



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag
Campus Elverum

4KR20

Laila Haugerudbråten

Mona Skogstad

Fordypningsoppgave i kreftsykepleie

Når humor og latter kommer før gråt

When humor and laughter come before crying

Videreutdanning i kreftsykepleie (2012-2014)

2014

(12765ord)

Veileder: Randi Martinsen

Samtykker til utlån hos høskolebiblioteket

JA NEI



Høgskolen i Hedmark

Saksbehandler Nina Nordengen
Telefon 62430208
nina.nordengen@hihm.no
Side 1 av 1

Unntatt offentlighet § 13

Bekreftelse i forbindelse med eksamen i: Fordypningsoppgave

Eksamenskode: 4 KR20

Eksamensdato: 31.5.2014

Høgskolen i Hedmark, avd. for helse- og idrettsfag, bekrefter herved at

Kandidatnr : 611

har fremmedspråklig bakgrunn. Sensor bes derfor om å se vekk ifra eventuelle skrive- eller formuleringsfeil i kandidatens eksamensbesvarelse under sensureringsarbeidet.

Med vennlig hilsen

Nina Nordengen
Nina Nordengen
Førstekonsulent



Sammenfatning

Tittel: Når humor og latter kommer før gråt.

Avdeling: Høgskolen i Hedmark, Campus Elverum

Utdanning: Videreutdanning i kreftsykepleie

Kandidatnummer: 611 og 607

Veileder: Randi Martinsen

Antall ord: 12765

Nøkkelord: Kreftsykepleier, kreftpasient, humor, kommunikasjon, og palliativ fase.

Bakgrunn: Når kreftsykepleieren møter kreftpasienten i palliativ fase kan livssituasjonen ofte være preget av alvor, fordi sykdommen truer livet. Pasienten kan ha problemer på så vel de fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle område. Som kreftsykepleier skal hun bidra til at pasienten får en god livskvalitet i den tiden han har igjen av sitt liv. Gjennom kommunikasjon med pasienten kan vi finne ut hva pasientens behov og utfordringer kan være.

Hensikt: Formålet med oppgaven er å undersøke og drøfte om fenomenet humor kan bli brukt for å oppnå en bedre kommunikasjon, mellom kreftsykepleier og kreftpasient hvor pasienten er i palliativ fase.

Metode: Vi bruker litteratur som metode, som bygger på kunnskap fra fagbøker og andre skriftlige tekstkilder, søk i databaser, sett i sammenheng med erfaringer fra praksisfeltet.

Drøfting/funn: Det fremheves at humor er en viktig del av menneskes hverdag, og humor kan være med å bygge opp relasjonen mellom kreftpasienten og kreftsykepleier, så lenge den ikke krenker andre. Humor er også viktig for pasienten, fordi det kan være en måte å uttrykke seg på. Funnene viser til at man må være følsom i hver enkelte situasjon, og mennesket man står ovenfor, ved bruk av humor.

Konklusjon: Humor er et middel som kan brukes i kommunikasjon, men det stiller visse betingelser for når, og hvordan humor bør brukes. Når kreftsykepleier vet med hvem, hvordan, og i hvilken situasjon hun kan bruke humor, så kan det fremme pasientens tillit til henne. For pasienten kan humor bety mestring, og samtidig være hans måte å kommunisere på for å få oppmerksomhet fra kreftsykepleieren, som har ansvar for hans omsorg.

Abstract

Title: When humor and laughter comes before crying

Institution: Høgskolen i Hedmark, Campus Elverum

Course: Specialized Education in oncology nursing

Candidate 611 and 607

Supervisor: Randi Martinsen

Number of words: 12765

Keywords: Oncology nurse, cancer patient, laughter, communication, and palliative care.

Background: When the oncology nurse meets the patient with cancer in a palliative stage living conditions can often be severe, because the disease has a great impact on his life. The patient can struggle with problems physically, psychologically, socially, existentially and spiritually. As an oncology nurse she has to help the patient to retain a good quality of life in the remaining time of his life. Through communication with the patient we can find out what his needs and challenges can be.

Aim: The purpose of this study is to do research and discuss whether the phenomenon of humor can be used to improve communication between oncology nurse and patient, in which the patient is in a palliative stage.

Method: We use literature as a method, based on the knowledge of textbooks and other written materials, and database searches, in a context with practice.

Discussion/findings: It is highlighted that humor is an important part of human life, and humor can help to build relationships between the cancer patient and oncology nurse as long as it not offends the other person. Humor is also important for the patient self, because it may be a way to express himself. The findings show that you have to be careful in every situation, also towards the person you face.

Conclusion: Humor can be used as a way of communication, but some conditions are to be set for when and how humor should be used. If the oncology nurse knows who, how and in what situation she can use humor, this may increase the confidence of the patient in her. For the patient humor can mean coping, and can simultaneously be his way to get attention from the nurse, who has the responsibility for his care.



«Du er den du er, og humoren dør ikke ut, selv om du er alvorlig syk».

(sitat fra Risberg & Wist, 2012, s.173.)

INNHOLDSFORTEGNELSE

Sammenfatning	s. 3
Abstrakt	s. 4
Forord: Et sitat	s. 5
1.0 Innledning	s. 8
1.1 Problemstilling	s. 9
1.2 Hensikt med oppgaven	s. 9
1.3 Presisering og avgrensing av oppgaven	s. 9
1.4 Oppgavens oppbygning og innhold	s.10
2.0 Metode	s.11
2.1 Litteraturstudie som metode	s.11
2.2 Valg av kilder og kildekritikk	s.12
2.3 Søkord og søkestrategi	s.13
2.4 Kort om forskningsartiklene og fagartikkelen	s.14
2.5 Etske overveielser av litteraturen	s.15
3.0 Å leve med kreft	s.16
3.1 Palliasjons historie	s.16
3.1.1 Å være i palliativ fase	s.17
3.1.2 Palliativ fase for pasienter med kreft	s.18
3.2 Kreftsyrkepleierens rolle i møtet med pasient i palliativ fase	s.19
4.0 Mellommenneskelige relasjoner i sykepleie	s.21
4.1 Kommunikasjon	s.23
5.0 Humor	s. 26
5.1 Humorens historiske betydning og grunntanke	s. 26
5.2 Humorens betydning for helse	s. 27

6.0 Presentasjon av forskning	s.29
6.1 Bruk av humor i kommunikasjon	s.29
6.2 Presentasjon av tilnæringsmetode	s.31
7.0 Hvordan kan humor brukes i kommunikasjonen med kreftpasienten i palliativ fase, på sykehjem?	s.33
7.1 Bruk av humor i palliativ fase	s.33
7.2 Teori mot forskning	s.38
7.2.1 Omsorg på en humoristisk måte	s.38
8.0 Konklusjon	s.42
Litteraturliste	s.43
Vedlegg	
1. Pico-skjema	s.49
2. Søkord/oversikt	s.50
3. Forskningsmatrise	s.51

1.0 Innledning

Det er utfordrende å få diagnosen kreft. Pasienten vet at det er en livstruende sykdom som kan koste livet, uansett om du er fattig eller rik. Som kreftsykepleier på et sykehjem vil vi møte vi mange eldre pasienter med kreft. Noen har fått kreft, som ikke lenger er kurativ, og er kommet i palliativ fase.

Statistikk viser at i 2012 var det 30099 nye krefttilfeller i Norge. Det er flest eldre som rammes, og tre av fire nye krefttilfeller blir diagnostisert hos personer over 60 år. Tallene viser også at det døde 11049 av kreft dette året (Kreftregisteret, 2014). Over 40 % av dødsfallene skjer i sykehjem, og over halvparten av kreftpasientene er over 70 år (Haugen, Jordhøy & Hjermstad, 2011).

En livssituasjon med uhelbredelig kreft, kan medføre plager på alle livets dimensjoner. Dimensjonene omtales som fysisk, psykisk, sosial, åndelig og eksistensielle områder. Kreftsykepleierens funksjon er blant annet å iverksette sykepleietiltak, for å begrense problemer og lindre lidelse. Innen palliasjon kreves særskilt faglig kompetanse innen symptomlindring, kommunikasjon og samhandling (Reitan, 2010a).

Det er mange kreftsykepleiere som ønsker å bruke humor for at andre skal få oppleve en god hverdag, men er tilbakeholdne eller ikke tør å slippe løs sin sans for humor. De kan tro at det ikke er dannet å bruke humor når pasienten har kreft i palliativ fase.

I praksis har vi observert at kreftsykepleiere bruker humor, for å få bedre kontakt med kreftpasienten. Likevel er ikke alle vant med å bruke humor i kreftomsorgen, og vi fikk flere reaksjoner når vi fortalte at vi ville skrive om bruk av humor i kreftomsorgen. Er dette på grunn av at sykepleierne vet for lite om humorens betydning, eller er kommunikasjonen med pasienten for dårlig?

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut om humor er en metode, som vi kan kommunisere med kreftpasienten på. Vi ønsker å fordype oss i hvordan kreftsykepleieren kan kommunisere med kreftpasienten, i palliativ fase, ved bruk av humor.

1.1 Problemstilling

«Hvordan kan humor brukes i kommunikasjonen med kreftpasienter, i palliativ fase på sykehjem?»

1.2 Hensikt med oppgaven

Formålet med oppgaven er å fordype oss i fenomenet humor, og se på bruk av humor i kommunikasjon mellom kreftsykepleier og kreftpasienten i en alvorlig livssituasjon. Kan det bli en mer åpen relasjon mellom kreftpasienten og kreftsykepleier ved bruk av humor? Vi ønsker å øke kompetansen ved å utvikle bedre kommunikative kunnskaper, ved bruk av humor i vårt yrke som kreftsykepleiere, til det beste for kreftpasienten. Inspirasjonen til oppgavens tekst er fra den danske filosofen Brandt sitat: «Humorens dypeste funksjon er å la latteren komme gråten i forkjøpet».

Kreftsykepleieren er avhengig av kompetanse, kunnskap, skjønn og erfaring, for å gi god omsorg i en helhetlig kreftsykepleie. Hvordan kan vi som kreftsykepleiere utvikle egen kompetanse av kommunikative ferdigheter, ved bruk av humor? Hva er viktig kunnskap på dette området, og som kan gi en forståelse eller kunnskap, som kan overføres til praksisfeltet?

1.3 Presisering og avgrensning av oppgaven

I vår oppgave handler det om mennesker med kreft som er i palliativ fase og i aldersgruppen over 60 år. Vi har i vår oppgave fokusert på kreftpasienter i palliativ fase, og som har avsluttet all livsforlengende behandling. Pasienten oppholder seg på et sykehjem.

I denne oppgaven er det ikke relevant hvilken kreftsykdom pasienten har. Vi gjør heller ingen forskjell mellom kjønn, kultur eller religion, der dette likevel kunne spille en rolle i forståelsen for bruk av humor.

Pårørerende er en viktig ressurs, og vi ser viktigheten av dem, og deres rolle i forhold til å ivareta kreftpasienten, men vi har satt fokus på pasienten og kreftsykepleieren.

Oppgaven har fokus på relasjon mellom kreftpasienten og kreftsykepleieren, på individnivå.

Når det gjelder kapitlet om kommunikasjon, er dette temaet begrenset ut fra vi mener er relevant for problemstillingen. Vi kommer inn på etikk, og er klar over at det ved bruk av humor kan oppstå etiske problemstillinger, og vi nevner det etiske i oppgaven, uten å gå i dybden.

Vi har fokus på kreftsykepleierens rolle i palliativ omsorg, som her i oppgaven er kommunikasjon og samhandling, med et helhetlig syn på menneskets alle dimensjoner.

Selv om vi har vårt fokus rettet mot kreftsykepleie, så har vi i oppgaven brukt kreftsykepleier, sykepleier og hun om hverandre. Når det gjelder kreftpasienten, så veksler vi mellom pasienten, den kreftsyke og han.

1.4 Oppgavens oppbygning og innhold

Oppgaven er inndelt i hovedkapitler, som består av innledning, metodedel, teoridel i fire kapitler, drøfting og konklusjon. Innledningen presenterer oppgaven med bakgrunn for valg av tema, problemstilling, oppgavens hensikt og presiseringer og avgrensinger. Under metodedelen har vi redegjort for hvordan vi har gått fram for å besvare problemstillingen, hvordan vi valgte kilder og litteratur, søkeord, søkestrategi og kildekritikk. Det er også redegjort for våre etiske overveielser av litteraturen. Vi har også gjort en kort presentasjon av de 8 forskningsartiklene og en fagartikkel. Teoridelen omfatter aktuell teori for å belyse den valgte problemstilling. Teoridelen er oppdelt i fire kapitler, noe som gjør det lettere å strukturere innholdet. Her presenteres teori om hva det vil si å leve med kreft, og å være kreftpasient i palliativ fase, kreftsykepleierens rolle, mellommenneskelige relasjoner i sykepleie, kommunikasjon, om hva humor er, og presentasjon av forskning bruk av humor i kommunikasjon og presentasjon av en tilnærmingmodell. Vi har valgt å drøfte i eget drøftingskapitel, som oppsummerer vår problemstilling ut fra spørsmål og begrep, ut fra teori, forskningsfunn og egne erfaringer. Hva som kan være fordeler og ulemper, og forslag til tiltak. I konklusjonen oppsummeres oppgaven, og om den gir svar på problemstillingen, og hva som kan være videre utfordringer. Litteraturliste er presentert til slutt i oppgaven, og PICO-skjema, søkestrategi og artikkelmatrise er vedlagt som tre vedlegg.

2.0 Metode

I dette kapitlet ønsker vi å beskrive hvilken faglig metode vi har benyttet for å samle inn kildemateriale, og hvilke overveielser vi gjorde for å bruke de valgte kilder, for å få et faglig svar på vår problemstilling (Rienecker & Jørgensen, 2013).

2.1 Litteraturstudie som metode

En metode er en framgangsmåte for å se etter et svar på en problemstilling, eller om man trenger ytterligere kunnskap om temaet. En bestemt metode kan hjelpe oss å finne den informasjon vi behøver for å få besvart vår undersøkelse. Vi må også vurdere om vår metode tilfredsstillende formålet om å besvare problemstillingen (Dalland, 2012). Vår litteraturstudie bygger på en tydelig formulert problemstilling som skal besvares, hvor vi har samlet inn forskningsartikler av eksisterende litteratur. Vi vil bruke litteraturen for å svare på problemstillingen. Våre valg og vurdering av litteraturen er med på å avgjøre om det til slutt kan gi svar på problemstillingen (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

Vi vil undersøke problemstillingen på en kunnskapsbasert måte. Kunnskapsbasert praksis er definert som: «Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon» (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s.17).

Til oppgaven har vi funnet og lest litteraturstudier som hadde både kvalitativ og kvantitativ metode. I henhold til retningslinjene for fordypningsoppgaven, skal vår undersøkelse skje gjennom litteratursøk rundt et tema. Vi ser på og anvender kunnskap fra faget og forskning, ut fra hva som allerede eksisterer i forhold til egen problemstilling. I prosessen med oppgaven ønsker vi å tilegne oss en dypere forståelse om hvordan fenomenet humor kan brukes i kreftomsorgen av kreftsykepleiere, som arbeider med voksne pasienter som lever med kreft i palliativ fase.

Ved å tilnærme seg problemstillingen gjennom litteratur, som kvalitativ studier, kan det skape mer dybde og innsikt av et fenomen, når det blir satt inn i en sammenheng. Målet er å få en dybdekunnskap og å skape helhetlig forståelse. Litteratur tilnærming gjennom kvantitative studier gir bredde og oversikt, og kan gi kunnskap om omfang og utbredelse om temaet (Thornquist, 2003). Kvalitative data analyseres gjennom fortolkning, og kvantitative data

analyseres med statistikk. Ved at vi ser flere studier i sammenheng, kan det bidra til at flere sider ved et fenomen blir belyst (Bjørk & Solhaug, 2008). Ved å arbeide med analyser av 8 forskningsartikler, fortolker vi andres artikler fra vårt sykepleieståsted. Vi har forsøkt å være uten fordommer i arbeidet med å belyse problemstillingen, men har vært klar over at vi kan påvirkes av forfatterens syn (Dalland, 2012). Når man klarer å ha flere perspektiv på et fenomen, så er det mulig å åpne opp for ny kunnskap (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

2.2 Valg av kilder og kildekritikk

I denne oppgaven har vi benyttet pensumslitteratur for videreutdanning i kreftsykepleie, lovverk, nasjonale utredninger, offentlige og etiske retningslinjer, forsknings-, og fagartikler, og selvvalgt litteratur, som er relevant i forhold til oppgavens tema, og har gjort et utvalg i de kilder som er hensiktsmessige i forhold til å belyse vår problemstilling.

Etter å ha lest forskningsartiklene valgte vi Joyce Travelbees sykepleieteori som et bidrag for å belyse vår problemstilling. I sykepleie er Travelbees grunnlagstenkning en klassiker, og hennes første bok ble utgitt i 1966, og har hatt stor innflytelse på sykepleierutdanningen i Norge. I 1999 ble boka oversatt til norsk *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, og boka anses som en primærkilde. Travelbee beskriver kommunikasjon som en prosess, som skal gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold, som gjennom ulike faser kan føre til denne relasjonen. Innen pensumslitteratur har vi valgt bøkene til Reitan & Schølberg (2010), og Kaasa (2011), som handler om kreftsykepleie og palliasjon, da de skriver om det å leve med kreft og pasienter i palliativ fase. Av selvvalgt litteratur valgte vi Eide & Eide (2013) som beskriver humor og kommunikasjon. Stein Tyrdal har skrevet bøkene *Humor og helse - i teori og praksis 1 og 2* (2002). Bøkene tar for seg hva humor er, og humor som kommunikasjon, og humor og kreft. Et kapittel handler om hvordan og hvorfor humor brukes i sykepleien, med ulike typer humor og hvordan humor tolkes, og sykepleiernes holdning til humor. Om sykepleierne kan lære å bruke humor i relasjon med pasientene, er også omtalt. Sven Svebak har utgitt en bok og flere forskningsartikler. Boka *Forlenger en god latter livet* (2000), presenterer forskning om sans for humor i samspill mellom mennesker, dødelighet og stress. Marcellino Bogers har skrevet boka *Humor als een verpleegkundige interventie*(2007), som handler om at humor kan være et tiltak innenfor sykepleien, hvor det må være lov å le, for både pasient og sykepleier.

Vi har søkt hjelp fra Høgskolens bibliotek, og vi har forsøkt å holde oss til primærlitteratur, som er en førstehåndskilde, så langt det har vært mulig. Ved å bruke sekundærkilder, er vi klar over at andre har bearbeidet og tolket materialet før oss (Bjørk & Solhaug, 2008). Når litteratur er metoden, så er det viktig at vi bruker troverdig kunnskap, som betyr at vi må vurdere innsamlede forskningsartikler kritisk med hensyn til bruken for å belyse problemstillingen, og hvilken hensikt man har for å velge de kildene man har valgt (Rienecker & Jørgensen, 2013). Troverdig betyr at litteraturen er peer reviewed (fagfellevurdert) før utgivelse (Dalland, 2012). Våre krav til litteraturen var at den hadde fokus på kreftpasienter eller palliative pasienter, og kunne relateres til kreftsykepleie, og handlet om humor.

Vårt utvalg av litteratur har vært etter følgende kriterier; kvaliteten med hensyn til om artikkelen var fagfellevurdert, forfatter, språk og kultur, sted for undersøkelse, alder og litteraturens relevans for å belyse temaet. Vi har forsøkt å søke på litteratur som ikke er eldre enn ti år, men har gjort unntak der hvor vi synes litteraturen fortsatt er relevant for vårt tema og problemstilling.

Vi har valgt å inkludere en artikkel av Borod (2006). Artikkelen har ingen metodedel, og er vanskelig å vurdere, men kartleggingsverktøyet artikkelen presenter ser vi som viktig. Vi vurderer den til å være en fagartikkel, og referansene er av eldre dato.

De 8 forskningsartiklene er valgt ut fra de land som vi mener kan sammenlignes kulturmessig med norske forhold, og har en overføringsverdi, noe som styrke studiene og funnenes gyldighet. Artiklene er på engelsk, og oversettelse til norsk kan gi muligheter for feiltolkninger. Studiene kan ha henvisninger til hverandre, noe som kan begrense bredden av forfattere i oppgaven, men vi mener de er aktuelle for å belyse problemstillingen. Flere av forfatterne er sykepleiere, og enkelte har skrevet flere forskningsartikler.

2.3 Søkeord og søkestrategi

For å finne relevante forskningsartikler om temaet, bruk av humor i kommunikasjon, i palliativ fase, søkte vi med bestemte søkeord, i ulike databaser (Rienecker & Jørgensen, 2013). Søkeordene vi brukte i ulike kombinasjoner var; humor, kommunikasjon, kreftpasient, kreftsykepleie, kreft, palliativ fase. For å være sikre på å finne de riktige ordene på engelsk,

benyttet vi SveMed+ og ordnett for å finne MeSH ord, som; humor, humour, wit, laughter, cancer patient, oncology nurses, communication and palliative care (vedlegg 2).

Vi laget et PICO-skjema (vedlegg 1). Skjemaet skulle hjelpe oss til å organisere, og utdype problemstillingen på en bedre måte, som hjelp til å søke etter aktuelle artikler (Nortvedt et al., 2012). Kriteriene for hvilke artikler som skulle være med i oppgaven var; publisert etter år 2000, fordi det ble skrevet lite om temaet før dette. Artikkelen skulle ha fokus på pasient og (kreft)sykepleier, og artikkelen skulle være peer reviewed, som betyr fagfellevurdert.

Vi søkte etter artikler på norsk, svensk og dansk, ved bruk av SveMed+, i det internasjonale EBSCOhost. Deretter sjekket vi våre funn i Helsebibliotekets McMaster. Ingen av de artiklene vi hadde funnet, var vurdert i toppen av pyramiden. Vi søkte også i PubMed eller/og i CINAHL. Våre valg kan påvirkes når vi først leste abstraktet, og ikke videre i fulltekst. Søkestrategien er ytterligere beskrevet i vedlegg 2 til fordypningsoppgaven.

I referanselisten til artikkelen av Tanay, Roberts & Ream (2013), fant vi to nye artikler. Kjedesøking er å innhente en ny kilde gjennom en forfatters referanseliste. Fordelen kan være at man ser på de ulike forfatterens begrunnelser. Ulempen er at forfatterne kan ha misforstått hverandres utsagn (Rienecker & Jørgensen, 2013).

2.4 Kort om forskningsartiklene og fagartikkelen

Våre søk og funn har resultert i 8 forskningsartikler som alle er skrevet av sykepleiere, hvor fire er kvalitative, en er kvalitativ oversiktstudie, en er både kvalitativ og kvantitativ, og to er Scholarly Journals med klinisk etnografi. Alle forskningsartiklene er peer reviewed, som betyr at de er kvalitetsvurdert av fagpersoner innen faget. Likevel har vi mulighet til å være kritiske til artiklene (Rienecker & Jørgensen, 2013). Vi har inkludert en fagartikkel. Våre funn er i artikler fra USA, Canada, England og Finland, men kan likevel være relevante for norsk kreftsykepleie. Forsknings- og fagartikkelen er nærmere beskrevet i en egen oversiktstabell, som vedlegg 3 til oppgaven.

Samlet sett har artiklene ulike problemstillinger, som utspiller seg på ulike steder, og ikke bare for palliative pasienter med kreft, men vi mener artiklene gir en god belysning av temaet og problemstillingen vi undersøker. Mange av forskningsartiklene bekrefter hverandre, da de viser at humor er viktig, og kan brukes. Det handler om hvordan bruke humor, og om når skal det brukes, og til hvem. Det er også viktig med et helhetlig menneskesyn, og at kreftsykepleieren ivaretar alle menneskets dimensjoner, og ikke krenker pasienten. Det

handler om å bygge en god relasjon, hvor tilnæringsmåten og situasjonen er av stor betydning. Flere av artiklene tar for seg betydningen av å øke kompetanse hos kreftsykepleierne. Vi mener artiklene oppfyller kravene til å være troverdige, og at de kan ha betydning for praksis og kreftsykepleiere, som arbeider med voksne pasienter i palliativ fase.

2.5 Etiske overveielser av litteraturen

Etter Helsepersonelloven (1999) er vi som kreftsykepleiere pliktige til å ivareta taushetsplikten om informasjon om pasienten. Vi har vært nøye med anonymisering der vi bruker eksempler fra praksis ikke kan spores tilbake til pasient eller sted. Kildene vi har brukt i vår i oppgave, er behandlet med respekt, og vi har forsøkt å bruke våre egne ord, og å være uten fordommer, når vi beskriver teorien.

Vi er også pålagt å benytte APA-standard i oppgaveskrivingen, hvor tekst og referanseliste for større oppgaver og retningslinjer for fordypningsoppgave i kreftsykepleie ved Høgskolen i Hedmark er fulgt etter beste evne.

3.0 Å leve med kreft

Dette kapitelet handler om å leve med kreft, palliasjonens historie, før vi ser på det å være i palliativ fase i dag som kreftpasient, og å vite at sykdommen ikke kan kureres, og om hva kreftsykepleierens funksjon og rolle, og hva som er hennes rolle innen palliativ omsorg, i møte med kreftpasienten.

At kreft forekommer hyppigere kan ha forskjellige årsaker. Kreft blir oppdaget tidligere, utvikling av behandlingsmetoder gjør at mennesker med kreft lever lenger, eller fordi vi blir mye eldre nå enn før i tiden (Kreftforeningen, 2014; Norsk forening for palliativ medisin, 2004). Det er ikke alltid lett å forstå at man har fått sykdommen kreft. Det kan føre til psykiske, fysiske eller sosiale problemer. Pasienten kan få et annet selvilde og ser annerledes på livet. Hvor store disse problemene blir, er avhengig av hvert enkelt individ, og hans tidligere reaksjoner og erfaringer på tap eller vanskelige situasjoner (Schjølberg, 2013). Å leve med kreft og til slutt være i en situasjon at døden er eneste alternativet, får dyptgripende konsekvenser for hele mennesket. Å dø av en kreftsykdom innebærer at pasienten får tid til å forberede seg (Sæteren, 2010a).

3.1 Palliasjonens historie

Ordet palliativ kommer fra det latinske ordet «palliare» (å dekke med en kappe). Gjennom årene har denne betydning blitt mer symbolisk og står for beskyttende, lindrende, pleiende omsorg og alt som hører med til, for å oppleve en god livskvalitet (Trier, 2013).

Den palliative behandlingen oppsto i England i 50- og 60-årene, som en reaksjon på hvordan sykehusene ga omsorg til mennesker i livets slutfase. Dermed ble det opprettet hospice virksomheter, som inkluderte pasienten i sin helhet. Dame Cicely Saunders var en av de første som opprettet hospice bevegelsen. I Norge er Lovisenberg i Oslo, mest kjent for denne hospice tradisjonen (Trier, 2013).

Dame Cicely Saunders understreket at: « You matter because you are, and you matter to the last moment of life and we will do all we can, not only to help you to die peacefully but to live until you die» (sitert i Trier, 2013, s. 894). Hun fremhever at sykepleieren måtte se menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/ eksistensielle behov i sin helhet, den

såkalte «total pain», hvor Saunders budskap var: «constant pain needs constant control», slik at pasienten skulle føle trygghet og støtte (Ternestedt & Andershed, 2013, s. 106).

I lang tid var det etisk sett forbudt å nevne at man skulle dø, og pasienten ble ofte bare sett på som en sykdom, og ble behandlet for sine fysiske smerter (Nortvedt, 2008). For 20-30 år siden opplevde man utslitte pasienter, som bare fikk morfin hver fjerde time, og nesten ikke det, og i altfor små doser (Nortvedt, 2012).

Verdens helseorganisasjon (Helsedirektoratet, 2013) definerer palliasjon slik:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (s.10).

Definisjon er relatert til at palliativ behandling er fokusert på pasientens «total pain» i en fase hvor man ikke lengre kan bli kurert. Målet er å gi pasienten så god livskvalitet som mulig, slik at de føler denne fasen som en beskyttende kappe rundt seg (Trier, 2013). Pasienter som er i en palliativ fase, handler ikke bare om pasienter med kreft, de kan også være pasienter med andre diagnoser, som ikke lengre kan behandles (Helsedirektoratet, 2013).

3.1.1 Å være i palliativ fase

Den palliative fase strekker seg fra den tiden det er klart at helbredelse ikke er mulig opp til tidspunktet for døden (Norsk forening for palliativ medisin, 2004). Den palliative fasen er utfordrende på en annen måte enn den kurative fasen, fordi det ikke lenger finnes behandling som kan gjøre pasienten kreftfri (Sæteren, 2010b). Det er det ingen avgrensede faser, men fasene flyter over i hverandre. De palliative fasene deles opp i: å forebygge eller utsette symptomer, og å lindre plagsomme symptomer, med en glidende overgang for hver pasient (Kaasa, 2011). Å få beskjed om at man har begrenset tid igjen å leve, er kanskje den tyngste beskjeden et menneske kan få. Sykdom som medfører at kroppen forfaller, og er en sterk påminnelse om at tiden er begrenset. Hvert menneske reagerer på sin spesielle måte på det å

skulle dø, og måten han har levd sitt liv kan ha innvirkning på hvordan han mestrer tanken på at han skal dø. Det er vanskelig å fastslå når noen skal dø (Sæteren, 2010a). Det er anslått en forventet levetid på opptil 9-12 måneder, for uhelbredelig syke og døende (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Når pasienten er i en palliativ fase, er målet at pasienten skal få så god livskvalitet som mulig, og å føle seg vel. Her ser man ikke bare sykdommen alene, men mennesket i sin helhet (Dahlberg, 2013). Det viktigste er, uansett når pasienten skal dø, å stimulere ham til å leve den tiden han har igjen av livet, med fokus på pasienten i et helhetsperspektiv (Sæteren, 2010a).

3.1.2 Palliativ fase for pasienter med kreft

Det å være i palliativ fase, kan for mange mennesker med kreft være en følelsesmessig vanskelig situasjon, fordi sykdommen berører kjernen av den menneskelige eksistens, både for pasienten, familie og fagfolk (Dahlberg, 2013). Pasienten i palliativ fase er i en situasjon som skiller seg ut fra andre som trenger omsorg. Når man har fått kreft og er i palliativ fase, så tenker mange på døden. For mange er det fortsatt vanskelig å snakke om døden, for døden minner oss på livets slutt (Friedrichsen, 2013).

I regjeringens *Livshjelp* blir det hevet at:

Livet kan oppleves meningsfullt og verdifullt tross begrenset levetid og store endringer i funksjonsdyktighet. Den enkelte skal få hjelp til å leve best mulig i egne omgivelser, med minst mulig angst og fysiske plager, og til å møte døden på sine egne premisser (Helse – og omsorgsdepartementet, 1999, Kapittel 4).

Pasienten i den palliative fasen har behov for tillit, forståelse, og trygghet, for å kunne få beholde sin verdighet så lenge som mulig og føle seg komfortabel i enhver situasjon (Dahlberg, 2013). Å få være seg selv å bli sett som en person handler om relasjonen mellom sykepleier og pasient, og er viktig i palliativ omsorg (Falk & Ung, 2013). Som Dame Saunders fremhever, er at alle skal få hjelp med å leve sitt liv, også når man ikke kan bli bedre. I palliativ kreftbehandling er det ikke døden som står sentralt, men det fullferdige livet personen har igjen av hans siste periode av livet (Kaasa, 2011). Mestring og forebygging er ikke hovedfokus i lindrende omsorg, men god symptomlindring kan føre til mestring, og mestringsfølelsen gjør at pasienten klarer å takle ubehag og smerte på en bedre måte. I dag har

man teknologi og kompetanse i palliasjon som var utenkelig noen tiår tilbake, og det er mange kreftpasienter som er våkne og vitale til like før de dør. (Nortvedt, 2012).

3.2 Kreftsykepleierens rolle i møte med pasienter i palliativ fase

Kreftsykepleierens funksjon og ansvar reguleres av juridiske, etiske og faglige retningslinjer, som helsepersonelloven, pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven, og Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Målet med videreutdanning i kreftsykepleie er å utdanne velkvalifiserte yrkesutøvere som kan utøve kreftsykepleie til pasienter innenfor og utenfor institusjon, samt bistå deres pårørende. Utøvelsen skal være samsvar med helselovgivningens krav til yrkesutøvelse og fagets kunnskaper og verdier. Et av utdanningens sentrale tema er samhandling–relasjonskunnskap, og kreftsykepleierrollen i arbeidet med alvorlig syke og døende (Utdannings- og Forskningsdepartementet, 2005).

Når kreftsykepleier møter kreftpasienter i en sårbar situasjon, kan hun bli møtt av moralske utfordringer (Trier, 2013). De Yrkesetiske retningslinjer (Y.E.R.) skal brukes som sykepleierens faglige etiske og faglige veiledning, og vise at hun er en profesjonell sykepleier, som kan bruke etikken i den relevante situasjonen (Nortvedt, 2006). I de Y.E.R. står det: Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelse av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten» (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 7).

Det er mange funksjoner kreftsykepleier må utføre samtidig, og for å utføre disse oppgavene krever det kunnskap, ferdigheter, erfaring og faglig skjønn (Utdannings- og Forskningsdepartementet, 2005). Reitan (2010a) nevner sykepleierens kompetanse, empati, skjønn, kommunikasjon, og samhandling med hvert enkelt menneske, som viktige ferdigheter. Kreftsykepleierens direkte pasientrettede funksjon omfatter forebygging, behandling, lindring og rehabilitering. Kreftsykepleieren skal hjelpe pasienten til å leve et best mulig liv og til å opprettholde best mulig livskvalitet til tross for en alvorlig og livstruende sykdom. Sykepleien skal utøves med respekt for pasientens integritet, ressurser og opplevelse av å ha en kreftsykdom, og det å gjennomgå behandling for sykdommen (Reitan, 2010a).

Sykepleiens grunnlag er:« all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet »(Norsk Sykepleierforbund, 2011, s.7).

I lindrende behandling er gjenvinning av autonomi, styrking av funksjoner, mestring og forebygging, mindre sentralt. Mestring og forebygging er viktig, men ikke hovedfokus. Nortvedt (2012) sier at det ikke finnes noe enten – eller.

Det lindrende aspektet i kreftsykepleie har som mål å begrense omfanget av pasientens belastninger ved sykdom og død. Belastningene kan være fysisk, psykisk, sosial og åndelig-eksistensiell karakter. Det kan være stress, ensomhet, angst, sorg og lidelse, vanskelige og vonde opplevelser, eller plagsomme symptomer som fatigue, smerte, kvalme og obstipasjon. Kreftsykepleierens tiltak skal forsøke å begrense omfanget av problemene, og lindre lidelse. Andre sykepleietiltak kan være å delta i en samtale, der pasienten får formidlet dårlige nyheter. Kreftsykepleieren har også et medansvar for å skape et godt og trygt miljø for pasienten. Hun har ansvar for å møte døendes spesifikke utfordringer og behov, og bidra til en fredelig og verdig død, samt å støtte pårørende ved livets slutt. Hun skal også bidra til at oppholdet i institusjon blir så meningsfylt som mulig. I utøvelsen av palliasjon er det særlig behov for kompetanse innen symptomlindring, kommunikasjon og samhandling (Reitan, 2010a).

Kreftsykepleierens forebyggende funksjon er rettet mot mennesker som har levd en tid med sykdommen, hvor målet er å begrense sykdommens følger for funksjon og livskvalitet, og å hindre at det oppstår komplikasjoner til sykdommen, og at nye problemer oppstår. Kreftsykepleierens behandlende funksjon for pasient i palliativ behandling, er at hun deltar aktivt i lindrende pleie og behandling. Kreftsykepleierens rehabiliterende funksjon er rettet mot mennesker som er i en situasjon der sykdom har ført til behov for ny læring, og hvor kreftpasienten trenger hjelp til å leve et best mulig normalt liv, og til å opprettholde god livskvalitet til tross av alvorlig og livstruende sykdom. Pasienten kan ha behov for å oppøve nye ferdigheter av psykomotorisk, kognitiv eller sosial art (Reitan, 2010a).

En av sykepleierens viktigste oppgave er å kommunisere med pasienter og pårørende. God kommunikasjon kan bidra til å opprettholde god livskvalitet (Skau, 2011). Friedrichsen (2013) fremhever at en samtale skal føres på pasientens premisser, bruke god tid, og tilpasses pasientens språk og uttrykk.

Sykepleiere som arbeider med menneskes helse, utvikling og sosiale velferd, må ha evne til å vurdere komplekse sammenhenger, utøve faglig skjønn, kunne tåle tvil og usikkerhet, samtidig som hun innhenter ny og pålitelig vitenskapelig kunnskap, som en viktig del av profesjonen (Skau, 2011).

4.0 Mellommenneskelige relasjoner i sykepleien

Travelbee (1999) fremhever et humanistisk syn, hvor hun sier at sykepleieren må vise omsorg, og bry seg om den som er alvorlig syk. Hennes definisjon om hva sykepleie er:

«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»

(Travelbee, 1999, s. 29).

I følge Travelbee (1999) fremheves sykepleierens støttende og opprettholdende rolle, hvor hun påpeker et grunnsyn som innebærer ytterligere innsikt, forståelse, kunnskap og ferdigheter for å støtte et menneske i krise, som viktigere enn å utføre alle typer tekniske og kompliserte behandlinger. Når sykepleieren støtter et annet menneske på en effektiv måte, må hun beherske en intellektuell tilnæringsmåte, hvor det handler om omtanke, å være målrettet, vise forstand, finfølelse og kreativitet.

Sykepleieren må klare å utvikle en sykepleier - pasient - relasjon, til et menneske-til-menneske-forhold, gjennom fem faser, slik Travelbee (1999) beskriver, før hun kan hjelpe den alvorlige syke pasienten. Først da gir det mulighet for at sykepleiens mål og hensikt kan oppfylles. Denne prosessen kan gå over flere faser, for deretter å reversere til en tidligere fase, uansett fase man befinner seg i. Prosessen kan også stoppe opp eller bare bli stående på stedet hvil, med det resultatet at forholdet ikke utvikles helt ut. Det er sykepleierens ansvar å finne ut hva årsaken kan være.

Travelbees faser (1999) for utvikling av menneske-til-menneske-relasjon er:

1. *Det innledende møtet*

Utviklingen er avhengig at sykepleier og pasient ser hverandre som individer, og klarer å se hverandre som mennesker, og at de responder på hverandre. Først da kan de gå over i neste fase.

2. *Framvekst av individer*

Fremveksten skjer når de to i relasjon begynner å se hverandre som individer, og det er begynnelsen på empatifasen. Sykepleieren begynner å forstå hvordan den andre opplever sin situasjon. For å unngå barrierer i utviklingen av relasjonen, må sykepleieren skille sine egne og pasientens problemer. Hun kan ha lignende erfaringer, som kan gjøre henne blind for deres

ulikheter, noe som er viktig i prosessen for å forstå den andre, ellers vil det hindre henne i å føle empati eller forstå den andre. Framveksten av identiteter fortsetter til et virkelig forhold er etablert.

3. Empatifasen

Empati skjer mellom to mennesker, og det handler om evnen til å sette seg inn i den andres indre opplevelse. Selv om sykepleieren står utenfor personen, så tar hun del i hans indre opplevelse. Denne fasen er en bevisst fase, hvor sykepleieren må ha et ekte ønske om å forstå. Hun kan føle empati, uten at det fører til gjensidig forståelse og kontakt, men er et viktig skritt mot denne fasen. Når det skjer har sykepleieren evnen til å føle empati, og hun har klart å bruke kunnskapen, som empatien har gitt henne, til å hjelpe den andre. Når hun aksepterer pasientens ulikheter, og anstrenger seg for å endre hans tilstand, så blir hun klar for neste fase.

4. Sympati og medfølelse

Dette betraktes ikke som en fase, men kan virke forsterkende og utdypende for relasjonen. Varmen i sympati og medfølelse som omsorgsegenskaper blir ofte kommunisert verbalt, men også non-verbalt. Ømheten og medlidenhet kan også uttrykkes i et ansiktsuttrykk, som et blick eller som en bevegelse, og som måten sykepleieren utfører hjelpen på. Denne måten å tenke og føle på, og som kommuniseres til pasienten, er karakterisert av en dyp personlig omtanke og interesse. Ved å føle empati blir man ikke beveget eller grepet av det som angår den andre, men det handler om å forstå, noe som ikke alltid fører til handling, men sympati og medfølelse gjør at sykepleieren føler trang til å hjelpe den andre og lindre hans plager. Sykepleieren må la seg involvere, kommunisere meningsfylt og gi pasienten støtte og hjelp. Hun må samtidig være bevisst hva hun føler og opplever, da feilen ikke ligger i følelsene, men i bruken av dem. Når pasienten kan stole fullt og helt på sykepleieren kan han oppleve tillit til at hun ikke svikter ham. Når tilliten er tilstede, så kan forholdet utvikle seg til gjensidig forståelse og kontakt.

5. Gjensidig forståelse og kontakt er her synonymt med etablering av et menneske -til menneske -forhold

Denne fasen er ifølge Travelbee det overordnede målet for all sykepleie, og som skjer etter å ha gjennomgått de fire sammenhengende faser, som kulminerer i denne fasen. Sykepleieren må være klar over at det kan gå raskt å nå denne fasen, eller motsatt, ta lang tid. For å komme til denne fasen må de handlinger sykepleieren utfører som hjelp til pasienten, bare være for å lindre hans plager, og ikke gjøre situasjonen verre for den alvorlige syke.

«Hun skal lette den sykes plager, minske eller avhjelpe dem eller gjøre det lettere å holde ut» (Travelbee, 1999,s.212). Sykepleieren kan identifisere og ivareta enkelte av den sykes behov, og i en viss grad lindre plager og symptomer, uten å oppleve gjensidig forståelse og kontakt. Hva som blir sagt og gjort i samhandlingen med den alvorlige syke, bidrar til å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Sykepleierens kunnskap må omsettes til handling, og hennes menneskesyn spiller også inn. I den siste fasen handler gjensidige kontakt og forståelse også om erfaringsaspektet, hvor erfaringene består av tanker, følelser og holdninger, kommuniseres mellom to mennesker. Det handler om hvordan de opptrer og oppfatter hverandre i relasjonen. Gjensidig forståelse og kontakt handler om sykepleierens personlighet, som er uløselig knyttet til hennes livsfilosofi, og som er en del av hennes verdisystem og den personen hun er. For å oppnå den siste fasen med gjensidig kontakt og forståelse, så må sykepleieren benytte en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte. Fasene handler om mennesker, hvor man ikke ser den andre som en rolle, eller den stereotype sykepleier og pasient. Sykepleieren må ha evne til å bry seg om, å føle omsorg, å kunne omsette omsorgsevnen til handling i sykepleiesituasjoner, som er kjernen i menneske-til-menneske-forholdet. Sykepleieren har omsorg for hele mennesket, enten lidelsen er psykisk, fysisk eller åndelig, og det er hennes ansvar at han får den hjelpen han har behov for (Travelbee, 1999).

I møtet med pasienten, så skjer det kommunikasjon mellom partene. Kommunikasjon er et virkemiddel for å lære den andre å kjenne, og det kan skje på ulike måter. Det handler om verbal og non-verbal kommunikasjon. Sykepleieren kan i samtalen observere kroppsspråket til den andre, som blant annet ansiktsuttrykk, holdning og atferd, som skjer bevisst eller ubevisst. Sykepleieren må også tåle tausheten i dette møtet. Hun må også ha evnen til å bruke seg selv terapeutisk, hvor hun må være bevisst på egen atferd, og hvordan atferden påvirker pasienten i relasjonen (Travelbee, 1999).

4.1 Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon eller communication kan tilbake føres til det latinske ordet «communis». En definisjon av kommunikasjon er: «Kommunikasjon er en utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter» (Eide & Eide, 2013).

Travelbee ser kommunikasjon som en prosess der to individer utveksler meninger gjennom et felles system av symboler. Kommunikasjonen skjer gjennom utseende, atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og bevegelser. Dette skjer bevisst og ubevisst. Kommunikasjon blir en prosess gjennom de faser Travelbee beskriver, hvor interaksjonen gir mulighet til å bli

kjent som de to individene de er, og etablerer et menneske-til-menneske-forhold. Sykepleieren kan bruke sin erfaring for å ivareta pasientens behov ved å benytte en disiplinert intellektuell tilnærming til pasienten, i tillegg til en terapeutisk bruk av seg selv (Travelbee, 1999).

Meldinger som sendes mellom flere individer, blir mottatt for å tolkes. Ved bruk av forskjellige uttrykk kan det være en risiko for at man blir misforstått. Intensjonen er at meldingen blir bearbeidet og tolket av mottaker med den betydningen som avsender ønsket. Hvis meldingen blir oppfattet positivt kan det gi trygghet. Oppfattes meldingen negativt kan det skape usikkerhet, og meldingen vil ikke bli mottatt eller forstått (Vifladt & Hopen, 2013).

Sykepleieren kommuniserer for å motivere og påvirke syke mennesker, og motsatt. Kommunikasjon kan også være et virkemiddel for å søke og å gi informasjon, og når pasienten søker hjelp. Å kommunisere er en måte å komme nærmere andre mennesker, gi hjelp, å støtte dem vekk, eller å såre dem. Det handler om hvordan den andres intensjon oppleves i relasjon (Travelbee, 1999). Når kommunikasjon består av informasjon, trenger ikke denne informasjonen bety at man kommuniserer. I kommunikasjonen hvor man bruker en dialog, veksler man mellom å snakke og å lytte, og det er viktig at man har forståelse for hverandres meninger (Reitan, 2010b).

Ord, som ofte kan være entydige, kan sammen med non-verbale uttrykk bli oppfattet på ulike måter (Eide & Eide, 2013). Kommunikasjon uten ord kan være lyder som gråt, stønning eller skriking. Non-verbal kommunikasjon med tegn eller symboler kan omfattes av bilder, musikk, dans og miming. Berøring og lukt kan også gi meningsinnhold i den non-verbale kommunikasjonen. I sykepleiesituasjoner, hvor man møtes ansikt til ansikt, er den non-verbale kommunikasjonen i en kontinuerlig prosess, og den ledsager alltid den verbale kommunikasjonen når sykepleier og pasient snakker sammen. Det er ikke alltid det non-verbale og verbale stemmer overens. Det kan da gi betydningen av innholdet i det som blir sagt flere dimensjoner. Non-verbal kommunikasjon skjer også når de to er tause sammen. Målene i interaksjonen er at sykepleieren kan lære å kjenne den syke som hun har omsorg for, fastslå og ivareta den sykes sykepleiebehov, og å oppfylle sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 1999).

Kommunikasjon er et virkemiddel for å oppnå forandringer i sykepleiesituasjonen med pasienten. Den profesjonelle sykepleieren snakker og handler bevisst på en måte som kan føre til en forandring, og handlingen kan være en kreativ prosess. Sykepleieren må være bevisst målet i sykepleien, og ikke middelet for å nå målet. Travelbee fremhever også sykepleierens

behov for å utvikle nødvendige kommunikasjonsevner og – ferdigheter. Desto mer kreativ, kunnskapsrik og dyktig hun er, så kan hun dra bedre nytte av kraften og styrken som ligger i kommunikasjonen. Kommunikasjonsferdigheter læres når sykepleieren lærer en disiplinert tilnæringsmåte til problemer, sammen med terapeutisk bruk av selg selv. Ferdigheter uten kunnskaper er like unyttige som kunnskaper uten evnen til å ta dem i bruk (Travelbee, 1999).

Å kommunisere i helsevesenet er fortsatt påvirket av kultur og roller. Pasienten kan da møte en verden hvor han har sine egne regler, normer, språk og omgangsform. Hvert menneske er forskjellig, og ikke alle forstår hva som blir sagt, og det kan bety at den mellommenneskelige samhandling kan komme i bakgrunnen (Vifladt & Hopen, 2013). Travelbee (1999) har også satt opp noen årsaker for hvorfor kommunikasjonen bryter sammen, og det er når den syke ikke oppleves som individ, at de ulike betydningsnivåene i kommunikasjonen ikke oppfattes, at en lar være å lytte, at det er refleksjonsløs bruk av verdiutsagn, klisjeer og automatiske reaksjoner, anklager, bebreidelser og erting og til sist, at man unnlater å avbryte.

I Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, så er livskvalitet for kreftpasienter i palliativ fase viktig. Å kommunisere med hverandre, kan være en måte å finne ut om pasientens opplevelse, om han er motivert, hvilke behov og problemer han kan ha (Helsedirektoratet, 2013). Tyrdal (2002) sier at i en god kommunikasjon skal man møtes med holdninger som frihet, likhet, integritet, ydmykhet, barmhjertighet og verdighet.

Livskvalitet for kreftpasienter i palliativ fase er viktig. Å kommunisere med hverandre, kan være en måte å finne ut om pasientens opplevelse, om er han motivert, hvilke behov og problemer han kan ha (Helsedirektoratet, 2013). Tyrdal (2002) sier at i en god kommunikasjon skal man møtes med holdninger som frihet, likhet, integritet, ydmykhet, barmhjertighet og verdighet. Bruk av humor, spøk, et lekent smil, så kan det være en måte å kommunisere på for å vise at man har forståelse og omsorg, som en del av den følelsesmessige kommunikasjon (Vifladt & Hopen, 2013). Profesjonelle sykepleiere vet at evnen til å utnytte kommunikasjonsprosessen enda bedre, kan videreutvikles, og de forsøker stadig å finne muligheter til å gjøre det (Travelbee, 1999).

I møter mellom mennesker står kommunikasjon sentralt, og møter mellom mennesker er kommunikasjon. Sykepleieren kommuniserer først og fremst for å bidra til å endre noens livssituasjon, helse, livskvalitet eller kunnskapsnivå (Wist, 2011).

5.0 Humor

Kapitlet om humor handler om en kort historisk innføring om fenomenet humor, og begrepets betydning for pasientens helse.

5.1 Humorens historiske betydning og grunntanke

Opprinnelig kommer humor fra det latinske ordet fuktighet (humus) eller «væske», som senere fikk betydning sinnsstemning. Da mente man at kroppsvæsken (blod, gul galle, svart galle, og slim) i en ulik blanding, kunne bestemme hvilket humør personen var i. Når kroppsvæskene var i balanse var personen frisk. Hvis en av væskene forekom mer enn en annen, så var dette tegn på en psykisk tilstand, for eksempel svart galle (melas, svart og kholos, galle) så var personen melankolsk (Tyrdal, 2002).

Plato og Aristoteles mente at humor var noe hovmodig, en form for overlegenhet. Hvis man kunne le av andres feil, betydde det at de andre ikke var noen trussel og dermed ikke ble tatt på alvor (Tyrdal, 2002).

Darwin var den som gjorde oss oppmerksom på den samfunnsmessige betydningen av humor. Han mente at latter var et uttrykk for glede, som oppsto ved tilfredshet og suksess, i motsetning til gråt, som viste ubehag og misnøye. Med smil eller latter belønner mennesker sitt medmenneske som tilfredsstiller dens behov, og som er ansvarlig for den gode sensasjonen (Svebak, 2000).

Bergson sier at man ikke ler av det menneskelige, men det er mennesket som latterliggjør kulturelle, sosiale og rutinemessige ting. Man ler derfor ikke av hva som skjer, men av hvordan det skjer (Svebak, 2000). Bergson sier at: «sans for humor er en spesiell evne til tankens lek med sosial identitet» (sitert i Svebak, 2000, s. 63).

En ordboks definisjon om humor sier: «sans for det komiske, eller ytring, og framstilling eller lignende som er preget av humoristisk sans»(Wangensteen, 2005).

Humor er et subjektivt begrep som man fortsatt ikke helt kan forklare. Humor er noe man er personlig åpen for, er sosialt og som kan gi livskvalitet (Tyrdal, 2002). Å ha sans for humor

forklares som: «habitual individual differences in all sorts of behaviours, experiences, affects, attitudes, and abilities relating to amusement, laughter, jocularity» (sitert i Borod, 2006, s. 30).

Når man snakker om humor som kommunikasjon tenker man ofte på vitser, men humor har flere betydninger. Humor kan være et ord, situasjoner som blir snudd på hodet, gode replikker, rare lyder, overdrivelser, noe som ikke stemmer, overdreven og uventende handlinger og bevegelser. Et eksempel på et ordspill som mange av sykepleierne bruker er: «Skal vi dusje?», og dette kan bli tolket på flere måter. Å gjøre en liten rolle endring, for eksempel å snakke annerledes eller et ertende blikk, kan være med på å vise at man kan bruke humor på en terapeutisk måte (Bogers, 2007). Et smil kan gi følelsen av å bli møtt med varme og glede. Lantz & Siitonen (2002) sier at humor kan være med å åpne dører. For essensen av humor kan være sensibilitet, varme, varhet og vennskapsfølelse. Det er ikke alle som kan gjenkjenne, eller som klarer å vurdere hva humor er. Det er også avhengig av situasjonen og hva som er moralsk akseptabel. Videre er det avhengig av hva personen forstår som humor (Tanay, et al., 2012).

5.2 Humorens betydning for helse

Bruk av humor kan være viktig til å mestre psykiske, fysiske og sosiale situasjoner (Svebak, 2000; Tyrdal, 2002; Bogers, 2007). Humor kan være en metode for å redusere psykiske situasjoner med stress og tristhet, beholde selvtilliten, bli mer fortrolig med hverandre, og som kan føre til at man ser situasjoner på en annen måte (Svebak, 2000).

Fysisk sett har humor en god virkning på menneskets allmenntilstand. Ut fra vitenskapelig undersøkelse vet man at humor iverksetter flere fysiske funksjoner i kroppen (Christie & Moore, 2004). Tyrdal (2002) sier når man ler blir musklene våre kontrahert eller utvidet. Diafragma blir satt i mer bevegelse og dette stimulerer hjerte, lungene, lever og tarmen. Det kan bety at man får en bedre opptak av oksygen, eller en bedre stimulering av appetitten, eller at kroppen slapper av. Humor kan forsterke immunforsvaret ved å produsere celler som demper kreftcelleutvikling, og skal kunne lindre milde til moderate smerter (Karoliussen, 2011). Sosialt sett kan humor være en viktig egenskap å ha, da humor kan koble mennesker sammen. Når man ler sammen kan dette gi en følelse av samhörighet, nærhet, varme og

vennskap, etablere nye kontakter, og da tør man å kommunisere tidligere med hverandre (Bogers, 2007).

Sosialt sett kan humor også stenge menneske ute, hvis den blir brukt på en feil måte. Hvis man ikke har empati, ikke har evnen til å lytte og reflektere over hva som blir sagt, eller ler av andre, så kan humor virke støtende (Svebak, 2000). Humor skal heller ikke bli brukt for å ødelegge, å latterliggjøre, eller å kritisere. Humor med skjult, negativt budskap, selv med gode hensikter, må man passe seg for. Sarkastisk, ironisk eller humor med aggressivt innhold må ikke være med i en relasjon (Eide & Eide, 2013).

Man må være oppmerksom på at humor kan bli oppfattet som godt humør. Når man er blid og glad, så behøver ikke dette være at man har godt humør eller god humor. Omvendt kan det være at den sureste personen kan ha sans for humor på en mer makaber måte. Humor kan bare bli satt pris på når man er i den rette stemningen (Svebak, 2000).

6.0 Presentasjon av forskning

I dette kapitlet følger en analyse av de artiklene vi inkluderte i oppgaven, og vi presenterer fagartikkelen med tilnæringsmetoden.

6.1 Bruk av humor i kommunikasjon

Humour is a subjective emotional and expression of a comic, absurd and impulsive situation, remark, character or action, which enhances feelings of closeness or togetherness when shared in the context of trust between the patient and nurse and may have be used as a coping mechanism in a stressful situation such as the cancer care setting (Tanay, et al., 2013, s.2137).

Definisjonen er basert på deres funn i studien, om humor til bruk for den voksne kreftpasient. Forfatterne sier humor er en form for kommunikasjon, og undersøkte hvordan humor kan brukes på en terapeutisk måte. Artikkelen har en illustrasjon om hvilke faktorer som må til for å oppnå følelse av nærhet og tilhørighet mellom sykepleier og pasient, og tar utgangspunkt i en stressende situasjon, som kreftdiagnose, behandling, bivirkninger, dårlig prognose, og om det å være i livets slutfase. Det må være tillit i forholdet mellom pasient og sykepleier, når det forekommer morsomheter, absurdheter, inkongruens, impulsive situasjoner eller bemerkninger. Situasjonens karakter er også av betydning. Faktorene i illustrasjonen anses som de viktigste i denne sammenheng, da de fremhever at et forhold bygget på tillit kan bli sett på som en terapeutisk relasjon (Tanay, et al., 2013).

Adamle, Ludwick, Zeller & Winchell (2008) kvalitative studie tar for seg Pasient Initiert Humor, kalt PIH, som en ressurs, som brukes til å uttrykke fysiske, psykiske og emosjonelle behov, dersom kreftsykepleieren klarer å gjenkjenne og respondere på pasient initiert humor. Målet i studien var å finne var å finne hvilke uavhengige faktorer som var viktige for kreftsykepleierens gjenkjennelse og respons på PIH. Forfatterne knytter faktorene verbal, non-verbal kommunikasjon og stemningen som tre signaler fra pasienten, til kommunikasjonen. Den verbale variabelen var den som oftest ble gjenkjent. Det er viktig med personsentrert kreftsykepleie, fordi det kan hjelpe kreftsykepleieren hvis hun klarer å sette seg inn i kreftpasientens situasjon. Mangel på gjenkjennelse og respons kan derimot skape barrierer i kommunikasjonen. PIH viser nødvendigheten av et bredere perspektiv innen

kommunikasjonsferdigheter, for å forstå viktigheten og effektene av kreftpasientens kommunikasjonsverktøy som de tre tegnene.

Åstedt-Kurki & Isola (2001) kvalitative studie ser på humor mellom pasient og sykepleier, og sykepleiere seg imellom. Humor ses som en form for kommunikasjon, og er en strategi for å skape en effektiv interaksjon i ulike situasjoner, relatert til behandling og pleie. Humor er brukt som en strategi for å intensivere samhandlingen, og er nesten alltid avhengig av situasjonen. Blant kollegaer kan humoren være litt røff, og har noe ødeleggende effekt.

McCreaddie & Wiggins(2008) kvalitative studie tar for seg hvilken effekt humor kan ha for helse og sykepleie, og sier sykepleieren må ha kunnskap om hvordan hun skal kommunisere, og må være oppmerksom på hvordan hun bruker humor for å motivere pasienten. Humorens effekt er at den kan påvirke pasientens opplevelse av helse og symptomer, og hans mulighet til å mestre. Humor handler ikke om vi kan fortelle en vits eller ikke, humoren er kompleks, utfordrende, situasjonsavhengig og en integrert del av den vi er, og hvordan vi kommuniserer med hverandre.

Christie & Moore (2004) kvalitative oversiktsstudie undersøkte terapeutisk bruk av humor, som en intervensjon til pasienter med kreft, hvor terapeutisk humor defineres som;

Any intervention that promotes health and wellness by stimulating a playful discovery, expression, or appreciation of the absurdity or incongruity of life situation ... (and can) be used as a complementary treatment of illness to facilitate healing or coping, whether physical, emotional, cognitive, social or spiritual (AATH, sitert i Christie & Moore, 2004, s.211).

Terapeutisk bruk av humor kan være en effektiv metode å bruke, når det tas hensyn til hele pasienten, og den bør brukes i sammenheng med kreftsykepleierens kompetanse og omsorg for pasienten, og det en kunst å bruke humor.

En kvalitativ og kvantitativ studie av Adamle & Ludwick (2005), har sett på bruk av humor i palliativ fase, og spør om hvem, hvor og hvor mye humor forekommer ved livets slutt. PIH var tilstede i 70% av tilfellene hvor humor forekom, og oppsto spontant. Humor er viktig i

livets slutfase, og skal være initiert av pasienten. Det var ikke store forskjeller uansett hospice type, og humor var mye tilstede ved livets slutt, i de sosiale interaksjoner.

Dean & Gregory (2004) har undersøkt fenomenet humor og latter i forhold til pasienter i palliativ fase. Studien har fokus på humorens og latterens funksjon i situasjonen, og humor var en måte å håndtere situasjonen på. Blant disse funksjonene var det tre kategorier som er fremhevet. Å bygge relasjoner der humor er limet, innholdet i situasjonen, og å uttrykke sensitivitet i omsorgen. Den menneskelige kontakten er grunnleggende for å skape kontakt, og å anerkjenne hele personligheten er helt nødvendig i palliativ omsorg, hvor hele pasienten er like viktig. Humor bør være tenoren i den palliative omsorgen, og humor bør ses som en viktig og nobel faktor i den empatiske omsorgen for den døende, og humor ikke skal tas for gitt. Humor og latter er viktige komponenter for døende, og at humorens rolle er en metode for å kommunisere en ellers usagt melding.

Dean & Major (2008), *Scholarly Journals*, undersøkte verdien av humor, i palliativ avdeling og et akuttmottak, for pasientene og for de ansatte. Humor bidro med en menneskelig dimensjon som er for verdifull til å bli oversett. Humor er effektivt når det gis med sensitivitet og omsorg, når det brukes med empati og anerkjenner individets verdighet, og sykepleieren må stole på seg selv, om når humor er passende. Terapeutisk bruk av seg selv kan skje når sykepleieren tillater seg å være naturlig og stole på sin intelligens. Sykepleiere bør ikke være tilbakeholdne med å bruke humor i kritiske situasjoner, fordi humor kan hjelpe å takle mange krav og stressfulle situasjoner.

6.2 Presentasjon av tilnæringsmetode

Borods (2006) fagartikkel tatt for seg en modell, kalt SMILES, som har som formål å bedre tilnærmingen ved bruk av humor til voksne kreftpasienter i palliativ fase, hvor målet er å oppnå en systematisk introduksjon av humor i relasjonen med kreftpasienten, og at humor kan være en hjelp til å utvikle de kommunikative ferdigheter på. Han foreslår en modell med seks punkter, som inkluderer humor og latter. Borod (2006) sier humor er en viktig del av omsorgen, og at humor og latter kan ha flere fordeler. Humor kan lette pasientens spenning og angstnivå, og humor kan hjelpe noen pasienter i å mestre angsten for å dø. Modellen er et bidrag for å utvikle kommunikasjon og innlevelse i pasientsituasjoner. Før man tar i bruk modellen i tilnærmingen til kreftpasienten, så må situasjonen være riktig. Vi har oversatt

modellen, og tilpasset den til norsk språk, og gjort at modellen beholder sitt opprinnelige navn, og derfor kan gjenkjennes. Hovedpunktene i modellen er;

1. Smil.
2. Møte med øyekontakt
3. Instinkt og innlevelse
4. Lete, lytte og være spontan i øyeblikket
5. Elefanter glemmer ikke
6. Sensitivitet i situasjonen

7.0 «Hvordan kan humor brukes i kommunikasjonen med kreftpasienter, i palliativ fase på sykehjem?»

Med utgangspunkt i problemstillingen vil vi i dette kapitlet diskutere teori, funn og egne erfaringer ved bruk av humor i kommunikasjon i en mellommenneskelig relasjon.

7.1 Bruk av humor i palliativ fase

Vi ser kommunikasjon som grunnleggende i kreftsykepleien, og bruk av humor, som en sykepleierintervensjon. Det vi som framtidige kreftsykepleiere må reflektere over, er hvordan kommunikasjonen brukes, for å unngå at den bryter med sykepleierens prinsipper for god, profesjonell og den hjelpende kommunikasjon.

I praksis på sykehjem har vi opplevd humor som på oss har virket infantiliserende, og det er ikke alltid sykepleieren oppnår målet for sykepleien i. En sykepleier spurte pasienten om han ville ha litt moro, for nå kunne de to gå og dusje. Pasienten snudde seg vekk i sengen, og svarte ikke. En annen sykepleier gikk etter en stund inn til ham, og spurte hvordan det gikk med ham, hvor han svarte: «Det nytter ikke hva jeg sier til hun som har ansvaret for meg, for hun prater til meg som jeg skulle vært et barn, og forsøker å være morsom på min bekostning, og hører ikke etter hva jeg sier».

Et av de viktigste etiske hensyn i palliasjon er å lytte til pasientens opplevelse, og høre etter hva han ønsker (Nortvedt, 2012). Kjernen i kommunikasjonen handler om å anerkjenne hverandre, og det betyr at man må være aktiv lyttende, åpen og direkte. Ved å bruke en åpen og ubestemt kommunikasjon er relasjonen avhengig av at pasienten har tillit til at sykepleieren har gode hensikter (Eide & Eide, 2013). Det er egen dømmekraft, normer og verdier, som avgjør om du som profesjonell vil bruke humor i kommunikasjonen, for å få tillit (Borod, 2006). Travelbee (1999) ser kommunikasjon som grunnleggende for å bli kjent med pasienten, og for å få tillit, må sykepleieren opparbeide seg tillit gjennom fasene i menneske-til-menneske-forhold. Når dette forholdet er nådd, har de mulighet til å snakke med hverandre på et likeverdig nivå.

Når sykepleieren på en personlig måte, er humoristisk, og har en tilnærming som gjør at pasienten føler seg vel, kan det føre til tillit (Bogers, 2007). I situasjonen fra praksis ved bruk av infantiliserende humoren, gjorde at sykepleieren ikke oppnådde kreftsykepleiens mål og

hensikt, og hun mistet tillit fra pasienten, og humoren var krenkende, og etiske prinsipper ble brutt.

Humor i kommunikasjon kan også hjelpe i møte med andre mennesker, når den brukes som en strategi for å skape en effektiv samhandling mellom sykepleier og pasient. Humor består ikke bare av spøk og vitser. Humor kan også være et smil som kan føre til tillit (Lantz & Siitonen, 2002). Vi har i praksis erfart at ved å tilnærme oss pasienten med et smil, eller en liten spøk, så blir man ofte omtalt som en smilende eller blid søster. Når du igjen møter den samme pasienten, blir du selv møtt med et smil.

For oss som kreftsykepleier er det sosiale samspillet ofte ikke slik vi kanskje forventer i møte med kreftpasienten, kommunikasjonen kan være både uforutsigbar og flertydig. Som sykepleiere må vi forholde oss til å finne frem i terrenget, som kanskje ikke stemmer helt med kartet. Her må vi våge å improvisere (Skau, 2011). Det å tørre å bruke humor i kommunikasjon, kan være en måte å gjøre dette på.

Åstedt-Kurki & Isola (2001) finner situasjonen viktig, ved at ubehagelige og vanskelige situasjoner kan mestres ved bruk av humor i kommunikasjon, fordi når nærhet og tillit er tilstede i relasjonen, minsker spenning, usikkerhet og angst hos pasienten.

Tanay et al.(2012) påpeker også at tillit er et viktig moment for å oppnå nærhet og tilhørighet i relasjonen mellom kreftpasient og kreftsykepleier, i palliativ fase. Humor blir brukt som mestringsmekanisme kan føre til en positiv og subjektiv følelsemessig respons. De fremhever at et forhold bygget på tillit kan bli sett på som en terapeutisk relasjon. Forholdet mellom kreftsykepleier og den voksne kreftpasient må være basert på tillit, men studien forklarer ikke hvordan tillit og terapeutiske relasjon kan oppnås, men henviser til sin teoretiske illustrasjon. McCreaddie & Wiggins(2008) sier at humor er kompleks, utfordrende, situasjonsavhengig og en integrert del av den vi er, og hvordan vi kommuniserer med hverandre. Tillit og sans for humor kan indirekte føre til en positiv relasjon, hvor humor kan være endringen som muliggjør etableringen av en relasjon. Humor kan påvirke pasientens opplevelse av helse og symptomer, og deres mulighet til å mestre. Adamle et al. (2008) har undersøkt pasientinitiert humor, og sier den kan være en ressurs, og at det er viktig med personsentrert kreftsykepleie, fordi det kan hjelpe kreftsykepleieren hvis hun klarer å sette seg inn i kreftpasientens situasjon. Sykepleieren må være særlig oppmerksom på faktorene den verbal, non-verbale og stemningen som tegn fra pasienten. Adamle & Ludwick (2005) undersøkte bruk av humor i palliativ fase, og sosiale interaksjoner, og fant at humor er viktig i livets slutfase, og den bør være initiert av pasienten. Christie & Moore (2004) undersøkte terapeutisk bruk av humor,

som en intervensjon til pasienter med kreft, og fant at terapeutisk bruk av humor kan være en effektiv metode å bruke, når det ble tatt hensyn til hele pasienten, men humor bør bare brukes i sammenheng med kreftsykepleierens kompetanse og omsorg for pasienten. Forfatterne har ingen framgangsmåte for den terapeutiske bruk i mellommenneskelig relasjon, men påpeker at humor har innflytelse på helsen. Dean & Major (2008) finner at humor bidrar med en menneskelig dimensjon, og at humor er viktig i bygging av meningsfulle relasjoner mellom pasient og sykepleier. Humor er effektiv når den brukes med følsomhet og omsorg, og når det brukes med empati og anerkjenner individets verdighet. Når sykepleieren tør å stole på seg selv, og er ekte i sin atferd, kan hun bruke seg selv terapeutisk.

Dean & Gregory (2004) har i motsetning til de andre forskningsartiklene lagt vekt på at den menneskelige kontakten er grunnleggende for å skape kontakt og relasjon. De fremhever at humor kan være en måte å bryte isen på i begynnelsen av en ny relasjon, hvor humor er limet. Det å anerkjenne pasientens personlighet er nødvendig i palliativ omsorg, med et helhetlig pasientperspektiv. Humor må brukes på en følsom måte, i den empatiske omsorgen for den døende. Det å komme i en palliativ fase er vanligvis en stressende hendelse, og pasientene reagerer med ulik grad av aksept eller fornektelse, av alvorligheten i sin situasjon. Studien sier at sykepleierne først og fremst dekker de akutte behovene som oppstår, før situasjonen kan endres, med en varm og god interaksjon, som gjør at pasienten klarer å slappe av, og isen brytes. Det er først da det oppstår et grunnlag som relasjonen kan bygges på, og når relasjonen nå er kommet til et nytt nivå, kan pasienten oppleve tillit og trygghet. «If they`re not in tune then you can`t use it, you know, you`ve got to be on the same wavelength» (s.141).

Forskningsartiklene vektlegger den mellom menneskelige betydningen ulikt, ved bruk av humor i kommunikasjonen. De fleste studiene sier tillit er viktig, men diskuterer ikke hvordan sykepleieren kan oppnå og beholde tillit. Noen av artiklene nevner betydningen av et helhetlig pasientperspektiv. Vi forstår artiklene slik at det er ikke nok med forståelse og empati, dersom kreftsykepleieren ikke har tillit fra kreftpasienten. Travelbee (1999) bruker begrepet empati, og det var et begrep vi ble kjent med på grunnutdanning for sykepleie.

I dag er det noen som har stilt spørsmål ved, om empati er nok for å oppnå det gode møtet, selv om det er beskrevet som kjernen i den palliative omsorgen. Det mest sentrale ved kritikken er om det er mulig for et friskt menneske å sette seg inn i hvordan det er å leve i dødens umiddelbare nærhet, og om personen vet om sin innlevelse er riktig eller ikke (Engstrøm, 2013).

Kanskje er det nødvendig med flere definisjoner, for å utvide forståelsen av begrepet? Artiklene har ikke beskrevet hvordan de mener tilnærmingen til kreftpasienten bør skje.

Når det på en annen side oppstår en situasjon med mangel på tillit, er når sykepleieren feiler i å gjenkjenne pasient initiert humor, kalt PIH. Dette kan påvirke endringer i følelsene til pasienten, og føre til barriere i relasjonen og kommunikasjonen (Adamle & Ludwick, 2005).

Ved mangel på gjenkjennelse og respons fra kreftsykepleieren ved PIH, skjer også når kreftsykepleieren ikke oppfattes som engasjert. Dette kan ende i fysisk og psykisk ødeleggelse for kreftpasienten, og skaper ikke tillit og trygghet, som er nødvendig for kommunikasjonen når kreftpasienten forsøker å overvinne sine problemer og bekymringer. PIH viser nødvendigheten av et bredere perspektiv innen kommunikasjonsferdigheter, for å forstå viktigheten og effektene av kreftpasientens kommunikasjonsverktøy. Tillit kan også mistes fordi humor kan ha mange betydninger, og humor kan være humoristisk for den ene, men ikke for den andre, og humor passer ikke til alle anledninger og situasjoner (Adamle et al., 2008).

Noen ganger kan humor som blir presentert, skape distanse mellom sykepleier og pasient på en måte som beskytter sykepleieren fra å engasjere seg i alvorlig samtale, noe som gjør kommunikasjonen overflødig (Dean & Major, 2008). Når relasjonen mellom sykepleier og pasient er dårlig eller ikke-eksisterende, blir ikke humor tolerert, og tillit vil ikke være tilstede.

Humor betraktes som upassende når sykepleieren er ukjent med pasienten, og når empati er nødvendig. Sykepleierens kompetanse bør være på plass før hun bruker humor som en intervensjon i relasjonen (McCreddie & Wiggins, 2008).

Hvis kreftsykepleieren skal kunne sette seg inn i pasientens verden, og forholde seg etisk bevisst, og møte pasienten som et individ, mener vi at det å kjenne pasienten er en fordel, og at begrenser muligheten til å gjøre skade, i forhold til å bruke humor når man ikke kjenner ham.

Vi ser at det er ulike faktorer som kan hindre en empatisk og omsorgsfull bruk av humor i kommunikasjonen. Kreftsykepleieren må også ha en hensikt og mål for sykepleie, når hun kommuniserer ved bruk av humor, til den uheldelig syke kreftpasienten i palliativ fase, på sykehjem. Ved å kommunisere på en god og intellektuell måte kan målene i sykepleie oppnås i følge Travelbee (1999). Tyrdal (2002) sier at man i kommunikasjonen skal møtes med holdninger som frihet, likhet, integritet, ydmykhet, barmhjertighet og verdighet. Dette finner vi også mye støtte i Travelbees (1999) sykepleieteori. I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere understreker også plikten til å ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, og retten til helhetlig sykepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Hva gjør så kreftsykepleieren når hun ikke har tillit, eller mister kreftpasientens tillit?

«Der er en udtalt så at si en anonym fordring til os om at ta vare på det liv, som tilliden lægger i vor hånd» (sitert i Martinsen, 2012, s.49). Den av den danske filosofen Løgstrups livsytringer er fenomenet tillit, og hvor tillit er en grunnleggende faktor i forholdet mellom kreftsykepleieren og kreftpasienten. I tillit er vi lagt i hverandres hender i en sårbar, gjensidig utleverthet (Martinsen, 2012).

Det handler om at vi som kreftsykepleiere blir etisk utfordret når kreftpasienten får tillit til oss, om å ivareta ham, og ikke utnytte hans sårbarhet, og krenke ham ved bruk av humor. Tillit er ikke noe vi kan kreve, eller regne med at vi får. Tillit kan også rives ned. Ved å bruke humor som sårer eller krenker, vil vi klare å rive ned tilliten vi eventuelt har opparbeidet, og skape barrierer i relasjonen. Vi ser at forskningsartiklene ikke diskuterer hva sykepleieren bør gjøre ved manglende tillit, slik som Travelbee (1999) beskriver i sine faser for etablering av et menneske-til-menneske-forhold.

Kreftsykepleieren må være forsiktig ved bruk av humor. Humor handler ikke om at du kan eller ikke kan fortelle en vits, poenget er hvem du er, og hvordan du kan kommunisere (McCreddie & Wiggins, 2008). Retten til ikke å bli krenket er omtalt i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Vi har ulike preferanser om hva som er passende i ulike situasjoner, og høflighet og hensynsfullhet kan være grunner til at vi ikke alltid deler vår sans for humor med andre. Det er en nødvendighet der våre handlinger eller kunne blitt misforstått, eller som kunne blitt til en fornærmelse. Humor som kommunikasjon er avansert (Svebak, 2000). Dean og Major (2008) argumenterer for at det er flere som antar at det er av profesjonelle grunner, at humor ikke anses som forenelig med yrkesutøvelsen. De er selv ikke enige i denne argumentasjonen, og begrunner sin påstand med at humor gitt med følelse og omsorg kan være nyttig, når den kan respektere pasientens verdighet.

Når man jobber med mennesker med en uhelbredelig sykdom som kreft, må man ha evnen til å sette seg inn i hvordan andre kan føle seg. Det ligger en uendelig mulighet for misforståelser i møtet med ethvert menneske. Evnen til å presentere seg selv, og fange opp hvem man står ovenfor i samtalen, og hva slags mening samtalen har for den man snakker med, og det definerer kvaliteten i sitt arbeide med andre mennesker (Skau, 2011).

7.2 Teori mot forskning

Her vil vi diskutere Borods modell i sammenheng med Travelbees faser i menneske-til-menneske-forholdet.

7.2.1 Omsorg på en humoristisk måte

«Rather than treating the patient as dying when life functions are ending, the patient is often treated as dying from the moment of diagnosis» (Borod, 2006, s.31). Denne uttalelsen sier mye om det vi erfarer i praksis, i møte med kreftpasienten, hvor fokuset lett kan bli på døden, i stedet for livet. Borod sier humor kan være et virkemiddel for å minske gapet i relasjonen, og kan være en omsorgsfull måte å kommunisere med pasienter i palliativ fase. Hans definisjon på humor: «That quality of action, speech, or writing which excites amusement; oddity, jocularity, facetiousness, comicality and fun» (2006, s.30).

Borods (2006) erfaring er at bruk av humor som en måte å utvikle kommunikative ferdigheter og empati, og å ha et helhetlig syn på pasienten, er kun delvis riktig når det gjelder pasienter med livstruende sykdom i palliativ omsorg. Hans hensikt i fagartikkelen er å undersøke humorens rolle og betydning spesielt innen palliativ omsorg.

Vi ønsker her å få fram sykepleierperspektivet i bruk av SMILES -metoden, og har i drøftingen byttet ut legen i artikkelen med kreftsykepleieren.

1. Smilet må være ekte og kan smitte, når pasienten oppfatter at kreftsykepleieren krever et smil tilbake, og motsatt. Dessuten kan uttrykket i ansiktet hjelpe når smilet er ekte. Borod sier at når kreftpasienten initierer humor, og kreftsykepleieren responderer spontant, for eksempel med et smil, så kan det reflektere hvem pasienten er, og hvilken relasjon som er utviklet for øyeblikket (Borod, 2006). Metodens første trinn kan ses i sammenheng med Travelbees (2006) innledende møte, som første fasen i menneske-til-menneske-relasjonen. Begge sier at personene i relasjonen responderer på hverandre. Borod (2006) derimot sier her ingen ting om å se hverandre som menneskene de er, og betydningen det kan ha for neste fase. Hans tilnærming starter med et smil, og sier at om pasienten smiler tilbake, så er det som kreves for at kreftsykepleieren skal se hvem den palliative kreftpasienten er.

2. Når øyekontakt oppnås må kreftsykepleieren se etter glimt i øynene til pasienten, for å lete etter tegn på om han er lekende, ertende, eller om han utfordrer henne. Ved å se på pasienten, må kreftsykepleieren forsøke å se ham for den han virkelig er, og ikke se gjennom ham (Borod, 2006). Ved å sammenligne Travelbee(1999) med det Borod(2006) tar opp her, sier Travelbee at det er viktig å se pasienten for den han er, som et individ. Hun ser også

mennesket utenfor sykdommen. Det er ikke et krav hos Borod at kreftsykepleieren skal se pasienten som et individ. Øyekontakten kan handle om den non-verbale kommunikasjonen, hvor kroppsspråket er av betydning i situasjonen (Travelbee, 1999). Borod (2006) har ikke tatt for seg hvordan kreftsykepleieren skal forstå pasientens opplevelse av sin situasjon, eller hva som kan være ulikheter mellom dem, eller hva som skal til for at hun kan føle empati for pasienten. I forhold til Travelbee (1999) som først tar opp ømhet og medlidenhet i sin fase fire når hun snakker om sympati og medfølelse, hvor disse omsorgsegenskapene kommer til uttrykk både verbalt, men også non-verbalt, og at det er i hennes fjerde fase at det som kommuniseres til pasienten viser virkelig omtanke og interesse fra sykepleieren.

3. Her må kreftsykepleieren forsøke å leve seg inn i hva som kan åpne for å introdusere humor i situasjonen. Hun må spontant gripe muligheten som kan åpne seg der og da. Samtidig er det tre kriterier som må være på plass, å se om pasienten er mottakelig, timingen og innholdet i humoren som brukes, og kreftsykepleieren må observere responsen av latter i den enkelte situasjon. Ikke alle pasienter responderer på humor, og Borod nevner at initiativet til humor først bør komme fra pasient (Borod, 2006). Ved å se dette opp mot Travelbee (1999) kan bruk av humor utfordre kreftsykepleierens kreativitet. Hun må kjenne pasienten, for å vite om han er mottakelig, og vite at det er rett tid og sted, og her er de to på samme bølgelengde. Det å kjenne pasienten sier Borod (2006) ingen ting om her. Det å kjenne pasienten og hvilken situasjon pasienten befinner seg i, ser vi som en viktig faktor. Har man brukt humor og venter på hvilken reaksjon som kommer, tror vi at det kan bli noe tilfeldig om bruk av humor lykkes eller ei, når kreftsykepleieren ikke kjenner pasienten. Det at Borod nevner humor som pasientinitiert, kan kanskje begrense eventuell skade, i forhold til om kreftsykepleieren bruker humor når hun ikke kjenner pasienten. Travelbee (1999) sier tillit er viktig, og at kreftsykepleieren ikke svikter pasienten, noe som kan stå i fare ved slike tilfeldigheter.

4. Kreftsykepleieren må lytte ekte etter hva kreftpasienten sier. Det kan være at han tester henne, og om hun har oppfattet meningen i det som er sagt. Hun må være på vakt og gripe sjansen spontant hvis hun får den, og oppmuntre til latter. Kreftsykepleieren kan også kaste bort gode muligheter til å fange øyeblikket i situasjonen. Hun må se etter tegn på humor fra pasienten. Det er viktig at hun ikke er sarkastisk, og husker at humor også kan være destruktiv, dersom hensikten er å latterliggjøre pasienten (Borod, 2006). Borod er på linje med Travelbee (1999) når han sier sykepleieren må være ekte, men han virker mer opptatt av situasjonen, enn selve relasjonen. Imidlertid tar han for seg at humor må være vennlig og omsorgsfull, slik at den ikke krenker eller sårer pasienten. Hvis et menneske-til-menneske-

forhold hadde vært opprettet, og pasienten hadde tillit til at kreftsykepleieren ikke vil svikte ham, kan det være lettere å unngå slike uheldige situasjoner, men ikke alltid, men det kunne gi mulighet til å rette opp tilliten igjen, selv om man må tilbake til en tidligere fase (Travelbee, 1999). Tillit som oppstår i fasen med sympati og medfølelse, hvor kreftsykepleieren føler trang til å hjelpe og lindre pasientens plager, kan gi en opplevelse av trygghet for den palliative pasienten, etter at gjensidig forståelse og kontakt er etablert (Travelbee, 1999).

5. Det er viktig at kreftsykepleieren viser at hun bryr seg om pasienten, ved at hun klarer å huske ting om ham, som de tidligere har snakket om, og klarer å trekke det inn i samtalen når de møtes på nytt. Det kan da føre til en omsorgsfull og humoristisk interaksjon. Det Borod (2006) tar opp her beskriver ikke et første møte. For å ta opp noe som har skjedd tidligere må det ha vært et møte, som muliggjør å huske tidligere hendelser. Han skriver at elefanter ikke glemmer, men ingen ting om hvordan han har tenkt å løse en fastlåst situasjon, slik som Travelbee (1999) beskriver sine faser, om at prosessen kan stoppe opp, eller bli stående på stedet hvil, slik at kommunikasjonen stopper opp, eller reverserer til tidligere fase, sier Borod (2006) i sin modell ingen ting om. Det er også bare her han nevner flere møter med den samme palliative kreftpasienten. Han nevner en omsorgsfull og humoristisk interaksjon, hvor det å være omsorgsfull kan sammenlignes med empati, det å bry seg om den andre, ved å ha gode hensikter. Travelbee (1999) sier at å føle empati ikke automatisk fører til gjensidig forståelse og kontakt, men er en viktig faktor. Borod (2006) går ikke så langt som å si noe om sympati og medfølelse som ifølge Travelbee (1999) kan virke forsterkende når formålet er å opprette et menneske-til-menneske-forhold.

6. Kreftsykepleieren må være klar over at endringer kan skje, også fra time fra time, når tilstanden til den palliative kreftpasienten endrer seg, for eksempel ved dårlig smertelindring, og være sensitiv i situasjonen (Borod, 2006). Det må også tas hensyn til om den palliative kreftpasienten har sterk angst, dyspné, eller andre ting som kan virke inn på tidspunktet rundt ham. Borod (2006) har med timingen, mottakeligheten og innholdet i modellens punkt tre også. Upassende humor bør unngås, da det ellers kan føre til sårede følelser, angst, fiendtlighet eller krenkelse. Metoden handler om en tilnærming til pasienten ved bruk av humor. Å praktisere kommunikasjon med bruk av humor er en kunst (Borod, 2006). Travelbee (1999) er opptatt av at kommunikasjonen skal oppfylle sykepleiens mål og hensikt, og tilnærmingen skal være disiplinert og intellektuell, hvor det handler om å være målrettet, vise forstand, finfølelse og kreativitet. Hun ser kommunikasjonen som et virkemiddel for å bli kjent med pasienten. Mål og hensikt blir ikke tatt opp i SMILES -metoden.

Vi har valgt å trekke inn denne metoden i oppgaven for å se om den kan brukes i egen praksis, eller være et utgangspunkt, som kan tilpasses egen eller andres praksis innen kreftsykepleie, som tilnærmingen til pasienten, i relasjoner hvor humor kan brukes. Borod (2006) ser på egen profesjon i relasjoner ved møte med pasienter med alvorlig sykdom i palliativ fase. Ved å se Borods metode (2006) i sammenheng med Travelbees faser (1999), som fører til menneske-til-menneske-relasjon, håper vi at SMILES metoden kan forbedres ved at den blir utdypet og forsterket med bidrag fra Travelbees faser, da vi mener Borods metode blir for tynn dersom den blir stående slik som den er presentert. Dette er en fagartikkel, og ikke vitenskapelig bevist, og metoden må ha ytterligere studier for å utvikles ytterligere, før den brukes i praksis. Metoden til Borod (2006) er ment å være til hjelp til å utvikle kommunikasjon og innlevelse i pasientens situasjon, og han sier det er vanskelig å måle kvalitet av kommunikasjon, og å lære å kommunisere på en god måte. Borod sier metoden skal være til hjelp i møte med de alvorlig syke, og at en nøkkelfaktor er å opprettholde den enkeltes identitet, og at humor er en viktig del av dette. Han sier også at de som aksepterte døden som en del av livet, så var også humor mer tilstede hos disse pasientene. Borod fremhever at SMILES metoden er et bidrag for å lære å utvikle bedre kommunikasjonsteknikker, empati og helhetlig pasientperspektiv ved bruk av SMILES, og at den skal gjøre det lettere å gjenkjenne situasjoner som humor kan være passende å bruke, og bidra til en systematisk måte å introdusere humor i relasjonen. Vi kan ikke si at vi ser hans hensikter kommer helt tydelig fram i hans metode.

Borod (2006) stiller spørsmål om humoren bør komme fra den palliative kreftpasienten selv, og ikke kreftsykepleieren, fordi ikke alle reagerer godt på humor, kan være noe kreftsykepleiere bør være klar over i møtet med pasienten.

En mann innlagt med lungekreft, hadde utviklet benmetastaser, og var bekymret for en lesjon på toppen av hodet, på størrrelse med en tennisball. Det ble sagt at han var redd for at den skulle eksplodere. Ved tilsyn litt senere, så svarte kreftpasienten: «... og du trodde på dem?» (Borod, 2006, s.31). Det førte til latter som varte i fem minutter. Denne pasienten brukte humor som mestringsmekanisme. Borod (2006) sier at latter og humor generelt har flere fordeler, også med å takle de alvorlig syke, men etterlyser flere studier innen området. Vi ser ikke at kreftsykepleieren ensidig kan basere seg på SMILES metoden alene, for at det skal skje et positivt møte. I følge Travelbee (1999), må gjensidig forståelse og kontakt være oppnådd, før sykepleieren kan hjelpe den alvorlige syke.

8.0 Konklusjon

Vi mener vi har oppfylt hensikten med oppgaven, og de spørsmål vi stilte, om sykepleierne har for lite kunnskap om humorens betydning, eller om kommunikasjonen med pasienter er for dårlig? Ved å analysere litteratur så ser vi at humor er viktig, og at humor i kommunikasjon kan brukes på visse betingelser i sykehjem. For at kreftsykepleieren skal ha bedre sjanse for å lykkes, bør hun se den andre som det individet han er, og at pasienten opplever tillit. Det må tas hensyn til situasjonen, kreftpasientens mottakelighet, innholdet i humoren, måten det formidles på, og humoren gir mening for pasienten. Noen mener det er best om humoren er initiert av pasienten. Humor kan bidra til å mestre noen av pasientsituasjonene, og gi økt mestring, også i livets slutfase. Flere av forskningsartiklene nevner sykepleierens kompetanse som viktig ved bruk av humor. Ingen av forskningsartiklene vi tar opp at kommunikasjon bør skje gjennom flere faser for å ende i et menneske-til-menneske-forhold, før humor blir benyttet. Vi anbefaler at det gjøres ytterligere studier om bruk av humor på området, og en tilpasset tilnæringsmåte, for den voksne kreftpasienten i palliativ fase, ved bruk av humor i kommunikasjon.

Litteraturliste:

*Adamle, K.N. & Ludwick, R. (2005). Humor in hospice care: Who, where, and how much. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 22 (4), 287- 290.

<http://dx.doi.org/10.1177/104990910502200410>

(3 sider)

*Adamle, K.N., Ludwick, R., Zeller, R. & Winchell, J. (2008). Oncology Nurses' Responses to Patient- Initiated Humor. *Cancer Nursing*, 31 (6), E1- E9.

<http://dx.doi.org/10.1097/01.NCC.0000339243.51291.cc>

(8 sider)

Bjørk, I.T. & Solhaug, M.(2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: En ressursbok*. Oslo: Akribe.

*Bogers, M. (2007). *Humor als verpleegkundige interventie*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.

(94 sider)

*Borod, M. (2006). SMILES – Toward a Better Laughter Life: A model for Introducing Humor in the Palliative Care Setting. *Journal of Cancer Education*, 22 (6), 30- 34.

http://dx.doi.org/10.1207/s15430154jce2101_11

(4 sider)

*Christie, W. & Moore, C. (2004). The Impact of Humor on Patients with Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9 (2), 211- 218.

<http://dx.doi.org/10.1188/05.CJON.211-218>

(7 sider)

*Dahlberg, K. (2013). Vårdande med livsvärlden som grund. I B. Andershed, B.-M. Ternstedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ Vård: begrep & perspektiv i teori och praktik* (s. 103-113). Lund: Studentlitteratur.

(10 sider)

Dalland, O.(2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Akribe.

*Dean, R.A.K. & Gregory, D. M. (2004). Humor and laughter in palliative care: An ethnographic investigation. *Palliative and Supportive Care*, 2 (2), 139- 148.

<http://dx.doi.org/10.1017/S1478951504040192>

(9 sider)

*Dean, R. A. K. & Major, J. E. (2008). From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (8), 1088- 1095.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02090.x>.

(7 sider)

*Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. reviderte utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

(60 sider)

Engström, I. (2013). Etik, erfaring og evidens. I B. Andershed, B.-M. Ternstedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ Vård: begrep & perspektiv i teori og praktik* (s.151 - 160). Lund: Studentlitteratur.

(9 sider)

Falk, H. & Ung, E. J. (2013). Den siste vårdplatsen. I B. Andershed, B.-M. Ternstedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ Vård: begrep & perspektiv i teori og praktik* (s.79 - 90). Lund: Studentlitteratur.

(11 sider)

*Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

(215 sider)

*Friedrichsen, M. (2013) Språkets och samtaleets betydelse. I B. Andershed, B.-M. Ternstedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ Vård: begrep & perspektiv i teori og praktik* (s.431- 439). Lund: Studentlitteratur.

(8 sider)

Haugen, D. F., Jordhøy, M.S. & Hjermsstad, M. J. (2010). Organisering av palliativ tilbud. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok (2. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. (Rundskriv IS – 2101/2013). Oslo: Direktoratet.

*Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. (NOU 1999:2). Lokalisert på

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2.html?id=141460>

Kaasa, S. (Red.). (2011). *Palliasjon: Nordisk lærebok (2. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Karoliussen, M. (2011). Pasienten. I M. Karoliussen, *Nightingales arv – ny forståelse: Sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling* (s. 131- 133). Oslo: Gyldendal Akademisk.
(3 sider)

*Kreftforeningen (2014). *Forskning, 2014*. Lokalisert på

<https://kreftforeningen.no/forskning/>

*Kreftregisteret (2010). *Nyheter*. Lokalisert på

<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Cancer-in-Norway-2010/>

*Lantz, G. & Siitonen, E. (2002). Humor i sykepleien: «og søster ler med». I S. Tyrdal (Red.), *Humor og helse- i teori og praksis: Fra smilehull til latterkrampe Bok 2*. (s. 185- 195). Oslo: Kommuneforlaget.

(10 sider)

Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.

*McCreddie, M. & Wiggins, S. (2008). The purpose and function of humour in health, health care, and nursing: a narrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (6), 584- 595.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04548.x>.

(11 sider)

*Norsk Forening for palliativ medisin. (2004). *Standard for palliasjon*.

Lokalisert på

[http://www.legeforeningen.no/PageFiles/42354/Standard for palliasjon \(pdf\).pdf](http://www.legeforeningen.no/PageFiles/42354/Standard%20for%20palliasjon%20(pdf).pdf)

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, tilsendt fra Norsk sykepleierforbund, Oslo, revidert Forbundsstyret i NSF 9.august 2011.

*Nortvedt, P. (2006). Følelser og fornuft: Etisk teoridebatt med relevans for helsefagene. I Å. Slettebø & P. Nortvedt (Red.), *Etikk for helsefagene* (s. 50- 61). Oslo: Gyldendal Akademisk. (11 sider)

Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M.(2012). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Rienecker, L. & Jørgensen, P.S.(2013). *Den gode oppgaven: Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget. (306 sider)

Reitan, A. M. (2010a). Kreftsykepleie. I A.M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 21-33). Oslo: Akribe.

Reitan, A. M. (2010b). Kommunikasjon. I A.M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling* (3. utg., s.102- 120). Oslo: Akribe.

*Riley, J.B. (2012). *Communication in Nursing* (7. utg., s. 160- 173). St. Louis, USA: Mosby Elsevier. (13 sider)

*Schjølberg, T. Kr. (2013). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Bind 3 Sykepleiepleieboken* (s. 104- 158). Oslo: Cappellen Damm Akademisk.

(54 sider)

Skau, G.M. (2011). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (4. utg., s. 27- 50). Oslo: Cappellen Damm Akademisk.

*Svebak, S. (2008). *Forlenger en god latter livet? Humor, stress og helse*. Bergen: Fagbokforlaget.

(123 sider)

Sæteren, B. (2010a). Omsorg for døende pasienter. I A.M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling* (3. utg., s.235- 256). Oslo: Akribe.

Sæteren, B. (2010b). Sorg og sorgarbeid. . I A.M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling* (3. utg., s.257- 267). Oslo: Akribe.

*Tanay, M. A. L., Roberts, J. & Ream, E. (2012). Humour in adult cancer care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (9), 2131- 2140.

<http://dx.doi.org/10.1111/jan.12059>

(9 sider)

*Ternestedt, B- M., Andershed, B. (2013). Den palliativa utveckling. I B. Andershed, B.-M. Ternestedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ Vård: begrep & perspektiv i teori och praktik* (s. 103-113). Lund: Studentlitteratur.

(10 sider)

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

(287 sider)

*Trier, E. L. (2013). Lindrende sykepleie. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Bind 3. Sykepleie boken* (s.892- 944). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

(52 sider)

*Tyrdal, S. (Red.). (2002). *Humor og helse: i teori og praksis: Fra smilehull til latterkrampe* (Bok 1- 2). Oslo: Kommuneforlaget.

(232 og 297 sider minus 10 allerede lest)

Wist, E. (2011). Kommunikasjon som utfordring. I G. M. Skau, *Gode Fagfolk Vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

*Utdannings- og forskningsdepartementet(2005). *Rammeplan for videreutdanning i kreftsykepleie*. Lokalisert på:

[https:// Fronter.com/hihm/links/files.phtml/748615931\\$414021703\\$/Studieinfo/Planer/Rammeplan+for+videreutdanning+i+kreftsykepleie](https:// Fronter.com/hihm/links/files.phtml/748615931$414021703$/Studieinfo/Planer/Rammeplan+for+videreutdanning+i+kreftsykepleie)

*Vifladdt, E. H. & Hopen, L.(2013). *Pasientopplæring: kompetanse - veivalg – lederskap* (s. 139- 202). Oslo: Kolofon forlag.

(63 sider)

*Wangsteen, B. (2005). *Bokmålsordboka* (2. utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget Aschehoug Gyldendal.

*Åstedt- Kurki, P. & Isola, A. (2001). Humor between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (3), 452- 458.

<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01860.x>

(6 sider)

Selvvalgt litteratur er merket med: 1932 sider

PICO-skjema til prosedyre: Fordypningsoppgave			
Problemstilling formuleres som et presist spørsmål. Spørsmålet skal bestå av følgende deler:			
Pasient/Problem.	Intervention	Comparison.	Outcome.
Kreftpasienten Kreftsykepleier	Humor		Kommunikasjon Palliativ fase
Fullstendig spørsmål:			
Hvordan kan humor brukes i kommunikasjon med kreftpasient i palliative fase på et sykehjem			
Hva slags type spørsmål er dette?		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter relevante lover og forskrifter?	
<input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Prognose		ja	
<input type="checkbox"/> X erfaring			
Hvilke søkeord er aktuelle for å dekke problemstillingen?			
Bruk engelske ord, og pass på å få med alle synonymer. Fordel søkeordene etter hva som gjelder/beskriver			
P: pasient/problem, I: intervensjon/eksposisjon, C: sammenligning og O: utfall.			
P pasient/problem	I intervensjon/eksposisjon	C evt. sammenligning	O utfall
cancer pasient, patient, oncology nurses, nurse, nursing- health	humor, humour wit , laughter		communication palliative care

Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
Det er bare søkt på artikler mellom 2004- 2014					
Wit, humor, humour, cancer patients, oncology nurses, communication	EBSCOhost/ academic search premier / PubMed	2	2	2	Humour in adult cancer care: a concept analysis Tanay, M.A., Roberts, J., Ream, E. (2013)
Følgende artikkel funnet i referanseliste i artikkelen ovenfor	Oria/ ProQuest/ PubMed				Humor and laughter in palliative care: An ethnographic investigation Dean, R.A.K., Gregory, D.M. (2004)
ditto	Oria/ Sagepremier 2013/ PubMed				Humor in hospice care: Who, where, and how much Adamle, K. N., Ludwick, R. (2005)
Wit, humor, humour, cancer patients, oncology nurses, communication	EBSCOhost/ CINAHL/ PubMed	2	2	2	Oncology Nurses' Responses to Patient- Initiated Humor Adamle, K., N., Ludwick, R., Zeller, R., Winchell, J. (2008)
Wit, humor, humour, laughter, cancer patients	EBSCOhost/ CINAHL/ PubMed	21/11	2	1	SMILES -- toward a better laughter life: a model for introducing humor in the palliative care setting. Borod, M. (2006)
Wit, humour or humor, nursing health	EBSCOhost	96	0	0	
Wit, humour or humor, nursing health (search criteria: English and evidence based)	EBSCOhost/CINAHL/ PubMed	3	3	2	The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review McCreaddie, M., Wiggins, S. (2008)
Wit, humour or humor, nursing health (search criteria: English and evidence based)	EBSCOhost/CINAHL/ PubMed	3	3	2	The Impact of Humor on Patients With Cancer Christie, W., Moore, C. (2004)
Wit, humour, humor, nursing, palliative care	EBSCOhost/CINAHL/ PubMed	8	1	1	From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. Dean, R., A., K., Major, J., E. (2008)
Wit, humour, humor, nurse,	EBSCOhost	273	50 0	0	

patient					
Wit, humour, humor, nurse, patient, communication	EBSCOhost/ academic search premier / PubMed	44/23	1	1	Humour between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries Åstedt- Kurki, P., Isola, A. (2001)

Vedlegg 2 –Søke strategi

ingen artikler funnet i toppen av pyramidesøk i McMaster

Vedlegg 3

Forskningsmatrise nr. 1

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn	Konklusjon	Styrke / Svakhet
Adamle, K.N., Ludwick, R., Zeller, R., Winchell, J. 2008 USA Cancer Nursing, 31(6),E1-E9 Doi: 10.1097/01.NC C.0000339243. 51291.cc.	Oncology Nurses` Responses to Patient- Initiated Humor (PIH)	Studiens formål er å undersøke hva som kjennetegner PIH fra sykepleier intervensjon, som en ny vinkling Innen pasient-sykepleier interaksjoner, Målet er å finne ut hvilke potensielle pasient variabler som er viktige for kreftsykepleierens gjenkjennelse og respons på PIH.	Peer-reviewed Kvalitativ Studien hadde to tilnærminger til problemstillingen, hvor de benyttet Spørreskjemaer som var konstruert med vignetter som skulle analyseres. 47 av 80 deltakere med lang erfaring svarte på undersøkelsen.	Kreftsykepleier graderte den verbale PIH som den variabelen som var lettest å gjenkjenne og respondere på under kommunikasjon PIH viser at det er nødvendig med et bredere perspektiv innen kommunikative ferdigheter, for å forstå viktigheten og	PIH er en individuell ressurs som blir brukt for å uttrykke fysiske, psykiske og emosjonelle behov. Funnene foreslår at en mer komplett forståelse er nødvendig, og at PIH kun er en del av fenomenet humor.	Styrke: Kreftsykepleierne hadde lang erfaring, og visste hvor viktig det kan være å bruke humor som kommunikasjon. Svakhet: Skjemaene ble bare sendt til kreftsykepleiere med lang erfaring. Usikkert om vignettene fanget opp alle aspektene i kommunikasjonen

				effekten av den.		
<p>Adamle, K.N., Ludwick, R.</p> <p>2005</p> <p>USA</p> <p>American Journal of Hospice and Palliative Medicine,22 (4), 287-290</p> <p>Doi: 10,1177/104990 910502200410</p>	<p>Humor in hospice care: Who, where, and how much?</p>	<p>Studien vil se på sosiale interaksjoner hos deltakerne innen hospice omsorg. Forfatterne sier få andre studier har hatt fokus på bruk av humor i end- of-life.</p>	<p>Peer-reviewed Kvantitativ og kvalitativ studie. De som observerte var ikke ansatt. Både sykepleier, pasient og pårørende ble observert. 160 deltakere. Deltakerne måtte samtykke til å bli observert i sosial samhandling, besøk og stell.</p>	<p>Humor er tilstede i 85% av situasjonene, og det var ikke store forskjeller, uansett hospice type. PIH oppsto i 70 % av de samme tilfellene. Humor oppsto ofte og spontant, og tilfellene av interaksjoner med humor var en naturlig del av av hverdagen i hospice.</p>	<p>Humor er viktig i livets slutfase, og humoren skal være initiert av pasienten. Humorens tilstedeværelse i hospice situasjoner, viser bemerkelsesver dig at dette menneskelige trekk også er tilstede ved livets slutfase (end-of-life).</p>	<p>Styrke: Observant ser at humor oppstår spontant uten tiltak.</p> <p>Svakhet: Det å ha en observant tilstede i situasjonen, kan ha påvirket den sosiale situasjonen. Det å informere deltakerne på forhånd kan også påvirke situasjonen og resultatet.</p>

Forskningsmatrise nr 2

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn	Konklusjon	Styrke / Svakhhet
Borod, M. 2006 Canada Journal of Cancer Education, 22 (6), 30-34 Doi: 10.1207/s15430 154jce2101_11	SMILES- Toward a Better Laughter Life: A Model for Introducing Humor in the Palliative Care Setting	Artikkelen tar for seg hvilke rolle humor og latter kan ha i medisinsk praksis generelt, og spesielt innen palliativ omsorg. I tillegg presenteres en modell som klinikere kan følge når de vil forsøke å introdusere humor i sin daglige omgang med pasientene. At humor kan være en måte å utvikle kommunikative ferdigheter på.	Peer-reviewed Oversiktsstudie FAGARTIKKEL	Humor i palliative fase gir voksne kreftpasienter midlertidig flukt fra kreftens plager, og den dekker ikke over alvoret, men kan gi håp om mulighet til å mestre. Den foreslåtte SMILES-modellen kan hjelpe omsorgsytene til å gjenkjenne situasjoner, hvor humor kan være passende, og bidra til å utvikle en systematisk måte å introdusere humor, i en lege-pasient relasjon.	Latter og humor har flere fordeler, særlig i helse- og omsorgsyrker, og spesielt i situasjoner med alvorlig syke pasienter. Forfatteren påpeker at det er behov for bedre kommunikasjon og empati i omsorgen for pasienten.	Styrke: Forfatteren gir mange eksempler på humor. Svakhhet: Har flere eldre referanser, helt tilbake til 1961. Kan være for gamle i forhold til hva andre forfattere har sagt.
Christie, W., Moore, C. 2004 USA Clinical Journal	The Impact of Humor on Patients With Cancer	Flere sykepleiere som arbeider med kreftpasienter forstår at humor er et viktig mestringsverktøy for mennesker i	Peer-reviewed Oversiktsstudie Kvalitativ studie Evidence-based practice Litteraturstudie av	Humor er en effektiv intervensjon, og kan bidra til bedring av kreftpasientens helse og	Terapeutisk humor kan være en opplevelse for pasienten. For sykepleiere som forsøker å implementere humor i sin	Styrke: Ser på ulike faktorer som kan påvirke helsen. Svakhhet: Kun to av de inkluderte artiklene i studien,

of Oncology Nursing, 9 (2), 211-218 Doi: 10.1188/05.CJON.211-218		krise, og derfor ville forfatterne utforske terapeutiske bruk av humor som en intervensjon til pasienter med kreft. Å bevise at humor kan være en effektiv intervensjon som påvirker helsen og velvære til kreftpasienter.	20 tidligere studier, Studien benytter Stetler modellen (5 faser) for å vise en positiv sammenheng mellom humor, og nivå av velvære hos pasienter med kreft.	livskvalitet.	praksis, så er det viktig med observasjoner og evalueringer av deres arbeid, for å kunne finjustere kunsten ved bruken av terapeutisk humor.	hadde fokus på kreftpasienter og humor.
---	--	--	--	---------------	--	---

Forskningsmatrise nr. 3

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn	Konklusjon	Styrke / Svakhhet
Dean, R.A.K., Major, J.E. 2008 United Kingdom Journal of Clinical Nursing, 17 (8), 1088-1095 Doi: 10.1111/j.1365- 2702.2007.0209 0.x	From critical care to comfort care: the sustaining value of humour.	Felles tema for begge studier var å se på verdien av humor i team arbeide, mestring av følelser og oppretholdelse av menneskelige relasjoner.	Peer-reviewed Scholarly Journal Klinisk etnografi i begge undersøkelsene, en masteroppgave og en doktoravhandling. Begge utførte å feltarbeide henholdsvis 72+ 200 timer. Omfattende feltnotater etter hver observasjonsperio de. Tilleggsdata innhentet i samtaler med	Begge studiene sier humor menneskeliggjør møter i helsevesenet. Sykepleiere bør ikke være så tilbakeholdne til bruk av humor som en del av en empatisk og personsentrert omsorg, selv i kritiske situasjoner, og sykepleierne må også stole på egen intuisjon om når det er	Humor er viktig, og kan hjelpe til å endre psyken og stemningen i situasjonen, både for pasient og sykepleier. Kombinert med vitenskapelige ferdigheter og empati, så er den menneskelige dimensjonen av humor for verdifulle til å bli oversett.	Styrke: Det kan være samme emosjonelle situasjoner i begge avdelingene. Svakhhet: Kan være ulike perspektiv i de to studiene.

			pasient og familie. Semi-strukturerte intervju med ansatte.	passende å bruke humor.		
Dean, R.A.K., Gregory, D.M. 2004 United Kingdom Palliative and Supportive Care, 2 (2), 139-148 Doi: 10.10117/S14789515040401	Humor and laughter in palliative care: An ethnographic investigation	Studien har undersøkt om fenomenet humor og latter i en palliativ fase. Forfatterne vil utvikle og tydelig beskrive situasjoner hvor humor og latter er observert, som upassende eller støtende. Fokuset er begrenset til humorens og latterens funksjon i situasjonen.	Peer-reviewed Scholary Journal Klinisk etnografi I palliativ avdeling med 30 senger. Data fra pasient, pårørende og ansatte. Notatblokk og lydopptaker ble brukt. 200 timer sammen med 6 sykepleiere i daglige aktiviteter.	Tre primære kategorier utmerket seg i studien i forhold til det å bruke humor i palliativ omsorg: - å bygge relasjoner -innholdet i situasjonen - å uttrykke sensitivitet/følsomhet Humor var å tilstede.	Humor er et bidrag til den menneskelige dimensjonen, og for verdifull til å bli oversett. I palliativ omsorg er den menneskelige dimensjonen spesielt viktig, den er kjernen. Humor en viktig del av den menneskelige relasjonen, som et uttrykk for en empatisk og personsentrert omsorg.	Styrke: Det blir observert bruk av humor i det daglige å arbeide i 200 timer. Svakhet: Informasjon gitt av 6 sykepleiere på samme avdeling.

Forskningsmatrise nr. 4

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn	Konklusjon	Styrke / Svakheter

<p>McCreddie. M., Wiggins, S.</p> <p>2008</p> <p>United Kingdom</p> <p>Journal of Advanced Nursing, 61 (6), 584- 595</p> <p>Doi: 10.1111/j.1365- 2648.2007.04548.x.</p>	<p>The purpose and function of humour in health, health care and nursing: A narrative review</p>	<p>Studiens hensikt er å identifisere, se på fakta, og gjøre en kritisk analyse om bruk av humor i flere felt, knyttet til helse, sykepleie og omsorg.</p>	<p>Peer-reviewed Kvalitativ Review: en fortellende gjennomgang av studier fra 1980 til 2007, ved bruk av evidence og ikke-evidence based artikler. Inkluderte 88 artikler til slutt, etter å ha lest 220 i full tekst.</p>	<p>Lite forskning på humor om området sykepleie er utført av sykepleiere. Pasienter bruker ofte ironisk humor for å utrykke seg, eller påkalle oppmerksomhet fra helsepersonell. Sykepleiere er redd for å bruke humor, dersom de kan virke uprofesjonelle eller ikke bli tatt på alvor. Humor er fortsatt ikke tatt på alvor, men kan være avgjørende i relasjonen mellom pasient og sykepleier.</p>	<p>Humor er mangfoldig, utfordrende, og avhengig av situasjonen, person- avhengig, og hvordan vi forholder oss til den andre. Mange sykepleiere opplever humor som et positivt fenomen. Humor kan påvirke pasientens opplevelse av helse og symptomer, mestringsfølel- sen, mulighet til å fortelle om symptomer eller resulterer i interaksjon med profesjonelle pleiere.</p>	<p>Styrke: Forfatterne hadde satt opp visse kriterier for å bruke visse artikler. Advanced Nursing Practice, Evidence- Based Practice.</p> <p>Svakhet: Bruk av artikler som ikke er utgitt, og/eller kun finnes på et bibliotek.</p>
<p>Tanay, M.A.L., Roberts, J., Ream, E.</p> <p>2012</p> <p>United Kingdom</p> <p>Journal of Advanced Nursing, 69 (9), 2131- 2140</p>	<p>Humor in adult cancer care: a concept analysis</p>	<p>Målet er å skrive en analyse om fenomenet humor, ut fra de funn forfatterne gjør i sin litteraturstudie. Humor er ofte dårlig definert, selv om humor er flerdimensjonelt verdiful.</p>	<p>Peer-reviewed Kvalitativ. Evidence-Based Practice Scholarly Journal</p> <p>Inkluderer litteratur fra 1990, engelsk litteratur.</p> <p>Bruker</p>	<p>Basert på analysen har forfatterne foreslått en definisjon om humor for voksne i kreftomsorgen, basert på de funn de har gjort. Humor spiller en viktig rolle i den</p>	<p>Analysen bidrar til å forstå fenomenet humor for voksne kreftpasienter på en bedre måte, og inkluderer en teoretisk illustrasjon</p>	<p>Styrke: Fokus på sykepleiere og kreft.</p> <p>Svakhet: Forfatterne påpeker selv: for lite tid og begrensede ressurser.</p>

Doi: 10.1111/jan.12059.			litteratursøk for å finne ut hva fenomenet humor innebærer, og deretter dele opp i forskjellige betegnelser, ved bruk av Walter og Avants ramme.	medmenneskelige relasjonen. Dersom det ikke oppnås en mellommenneskelig relasjon, så kan humor være upassende.	om hvilke faktorer som skal til for å oppnå følelsen av nærhet og samhörighet mellom sykepleieren og pasienten.	Kun engelsk litteratur.
----------------------------	--	--	--	--	---	-------------------------

Forskningsmatrise nr.5

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn	Konklusjon	Styrke / Svakheter
Åstedt-Kurki, P., Isola, A. 2001 Finland Journal of Advanced Nursing, 35 (3), 452-8. Doi: 10.1046/j.1365- 2648.2001.01860.x.	Humour between nurse and patient, and among staff: Analysis of nurses' diaries	Formålet med denne studien var å undersøke om humor oppsto, og hvordan, både mellom sykepleiere og pasienter, og blant personalet.	Peer-reviewed Kvalitativ Datasamling på to steder i hver sin landsdel, i Finland, hvor sykepleierne som deltok først deltok på seminar, for å informeres om prosjektet. 16 sykepleiere med arbeidserfaring fra 4 til 32 år deltok, og skrev dagbok over situasjoner.	Funnene i studien viser at humor blir brukt både blant pasient og sykepleier, og blant personalet. To spesifikke funn var; 1.Humor mellom pasient og sykepleier, viser at humor er en strategi for å skape en effektiv interaksjon i ulike situasjoner, relatert til behandling og sykepleie. 2.De ansatte mestrer vanskelige temaer og situasjoner,	Humor bidro til at pasient og sykepleier taklet ubehagelige prosedyrer, og hjalp begge til å håndtere vanskelige situasjoner. Humor førte også til bedre arbeidsmiljø og en bedre mestringsstrategi for sykepleierne.	Styrke: Det beskrives fortløpende i artikkelen med tydelig bruk av humor. Svakheter: Få deltakere Mulig mangel på hva som er riktig eller galt ved bruk av humor. Deltakerene synes det var vanskelig å gjenskape situasjonen i etterhånd, da den noe utvisket, og ikke virket like morsom.

				som kan føre til mindre stress og bedre arbeidsmiljø.		
--	--	--	--	--	--	--