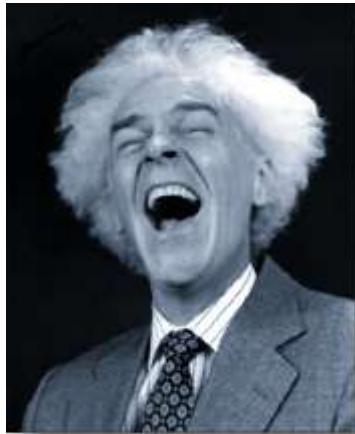


*Humor som en del av sykepleie til pasienter med revmatiske smerter.*



**Bacheloroppgave i sykepleie**

**Ved HSH – avdeling Haugesund  
Våren 2008**

**Kandidatnummer: 38**

**Antall sider: 41  
Antall ord: 11730**

"Den medisinske kunst består i å more pasienten samtidig som naturen helbreder sykdommen"  
(Voltaire, sitert i: Holden, u.å., s. 43)

## Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	3
1.1 Tema.....	3
1.2 Begrunnelse for valg av tema.....	3
1.3 Problemstilling .....	4
1.4 Presisering av problemstilling.....	4
1.5 Oppgavens formål .....	7
1.6 Presentasjon av oppgaven .....	7
2 Metode.....	9
2.1 Metodevalg.....	9
2.2 Etikk i forskning.....	10
2.3 Innhenting av data .....	10
2.4 Kildekritikk .....	11
3 Teori .....	14
3.1 Smerter og smertelindring.....	14
3.1.1 Revmatiske sykdommer .....	14
3.1.2 Fenomenet kroniske smerter .....	14
3.1.3 Smertelindring.....	16
3.2 Humorens virkning.....	17
3.2.1 Latterens fysiologiske virkning.....	17
3.2.2 Humorens psykologiske virkning.....	18
3.2.3 Avledning som smertelindring .....	18
3.3 Sykepleierrettet perspektiv .....	20
3.3.1 Tilgang på humor i sykehus .....	20
3.3.2 Menneske-til-menneske-forhold .....	21
3.3.3 Bruk av humor i relasjoner.....	22
3.3.4 Situasjoner og humortyper .....	24
3.3.5 Etske aspekter.....	25
4 Drøfting .....	26
4.1 Fysiologisk effekt av latter.....	26
4.2 Psykologisk effekt av humor.....	27
4.3 Smertelindring og avledning .....	29
4.4 Tilrettelegging på sykehus .....	30
4.5 Bruk av humor i relasjoner.....	32
4.6 Når og hvordan? .....	34
5 Avslutning .....	36
6 Litteraturliste .....	38

# 1 Innledning

## 1.1 Tema

Jeg retter søkelyset rettes mot humor, kroniske smerter hos revmatikere og sykepleie, og spør om disse tre kan kombineres. McCaffery & Beebe (2001, s. 13) fremhever at sykepleier skal "sette i verk smertelindrende tiltak med og for pasienten". En av sykepleierens arbeidsoppgaver på sykehus er altså å smertelindre. Jeg lurer derfor på om humor har noen smertelindrende effekt, og om dette i så fall kan brukes i sykepleiesammenheng og samtidig være etisk riktig.

## 1.2 Begrunnelse for valg av tema

Jeg har valgt dette tema fordi jeg har, i mine praksisperioder som sykepleierstudent, lagt merke til de forskjellige måtene ethvert menneske møter motgang og smerte på. Noen ser ut til å ha et godt humør nesten uansett hvilke utfordringer de måtte møte på, mens andre ser lettere mørkt på tingenes tilstand. Dette, i tillegg til at jeg er generelt interessert i både smerte og humor, har gjort meg veldig nysgjerrig på området.

Et eksempel på måter å møte smerte på kan gjenspeiles i en studie av Svebak (2000). Pasienter med gallestein ble undersøkt i forhold til smerteopplevelse og humør. Det viste seg at gruppen ble delt i to der den ene delen hadde tendens til bekymring og dårlig humør, mens den andre delen hadde større sans for humor og opplevelse av et meningsfylt liv. I den førstnevnte gruppen opplevde de smerter i større grad enn i den mer positive gruppen.

Dette er et interessant fenomen, men det sykepleiefaglige forsvinner i denne vinklingen. Derfor ønsker jeg å se nærmere på om sykepleier kan hjelpe pasienten til et bedre humør slik at smerteopplevelsen reduseres. Personlig tror jeg humor har stor innvirkning på blant annet humør.

Kroniske smerter interesserer meg fordi det stiller store krav til det å finne glede og humor, i forhold til akutte smerter. Selvfølgelig vil en også ved akutte smerter ha problemer med å finne glede. Men ved kroniske smerter blir synet på fremtiden påvirket fordi pasienten vet at

smertene før eller siden vil komme igjen. Dette stiller derfor større krav til mestring, utholdenhet og håp (Almås m.fl., 2005). Revmatikere er antagelig den største gruppen av pasienter med kroniske ikke-ondartede smerter, og det er derfor jeg velger å fokusere spesielt på denne gruppen.

Jeg velger sykehus som arena fordi det er her jeg selv har møtt flest pasienter med smerter. Dermed blir det enklere for meg å se situasjoner og tiltak på en mest mulig konkret måte. Jeg ønsker dessuten å jobbe på sykehus, og kan derfor kanskje bruke noe av det jeg kommer fram til i praksis.

Ved å i det hele tatt stille spørsmål med fenomener viser man at man er usikker i forhold til temaet. Man kan ha en mening om det, en forforståelse, et inntrykk. Hadde man følt seg sikker på den teorien man selv mente man satt inne med ville ikke interessen for å undersøke fenomenet vært til stede. Dette legger grunnlaget for at jeg velger å påstå at jeg ikke har noen sikker teori om dette temaet: kun en mening. Derfor ønsker jeg å gå i dybden av dette.

### **1.3 Problemstilling**

Kan sykepleier bruke humor som en smertelindrende faktor ovenfor pasienter med revmatiske smerter?

### **1.4 Presisering av problemstilling**

Sykepleieteoretiker **Joyce Travelbee** (1999) bruker begrepet ”å bruke seg selv terapeutisk”, der hun sikter til sykepleierens evne til å bruke kunnskap og kreativitet for å lindre pasientens ubehag. For å oppnå dette må det etableres et forhold til pasienten, og det kreves en dyp, menneskelig forståelse fra sykepleier. Hun fremhever selve **sykepleien** som en mellommenneskelig prosess, og det er sykepleierens oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet er bygd på erfaringer av samspillet mellom sykepleier og en person, og sykepleier har ansvaret for at forholdet etableres og opprettholdes.

Jeg har valgt å sette fokus på sykepleie i samsvar med Travelbee fordi hun har nettopp dette fokuset som nevnt ovenfor.

Bruk av humor kan være et samspill mellom to mennesker, det befinner seg altså i en **relasjon**. Jeg bruker som regel begrepet ”relasjon” i oppgaven, men jeg sikter til den samme betydningen av dette begrepet som av begrepet ”menneske-til-menneske-forhold” slik Travelbee (1999) bruker det.

Facente (2006) spør om en ikke bør være seriøs ovenfor en person som har det vondt og er syk, og om humor er krenkende. Dette er noe jeg også stiller spørsmål ved, ved å se på bruk av humor i forhold til relasjoner og etikk. Med andre ord spør jeg om det er mulig å bruke humor og samtidig ivareta pasientens integritet. Hvis et humoristisk poeng oppfattes negativt vil det neppe virke smertelindrende, derfor er dette en sentral del av sykepleierens smertelindrende oppgave.

**Humor** har følgende fire komponenter: et uttrykk, en kommunikasjon, kreativitet og oppfattelse. Humor er en komisk kvalitet som forårsaker glede, og innebærer evnen til både å oppfatte og uttrykke noe som er morsomt eller komisk (Dean, 2002).

Sundby (2002, s. 126) definerer humoristisk sans slik: ”Humoristisk sans er... evnen til å vite når det passer seg å si det som ikke passer seg å si”. Den humoristiske sansen viser seg å være svært individuell, og er derfor vanskelig å måle.

Dean (2002) skriver om to ulike syn på **latter**. Leiber mener at det ikke går an å skille humor og latter, da latter er det sterkeste beviset på humor. Morreal mener derimot at latter er en oppførsel, mens humor er mer en kognitiv opplevelse (Dean, 2002). Det er godt mulig å le uten at en situasjon er humorfylt: for eksempel slik subjektene i undersøkelsen til Åstedt-Kurki m.fl. (2001) gjorde for å skjule frykt. Jeg skiller noe mellom begrepene ”latter”, ”humor” og ”humoristisk sans” i oppgaven, da jeg følger de samme begrepene til diverse forfattere og forskere. Men ved bruk av begrepet ”humor” sikter jeg til alle faktorer som kan være tilstede ved bruk av humor: latter, humoristisk sans og humoren i seg selv som et morsomt fenomen.

Jeg retter hovedfokuset mot fenomenet **kroniske ikke-ondartede smerter**. Kanskje leseren blir forvirret av at jeg da skriver ”revmatiske smerter” i problemstillingen. Kroniske ikke-ondartede smerter er en betegnelse på hvilken *type* smerter **revmatikere** har.

WHO definerer *revmatiske sykdommer* med ”smertefulle tilstander i bevegelsesapparatet (ledd-, skjelett- og muskelsystemet) og bindevevssykdommer av mer eller mindre kronisk art” (Gregersen, 2005, s.711).

Revmatiske tilstander går inn under betegnelsen *kroniske ikke-ondartede smerter*, da dette er tilstander som ikke er livstruende. Kroniske smerter varer i større eller mindre grad i tre måneder eller mer, og noen har smerter hele livet (McCaffery og Beebe, 2001). De kroniske smertene er altså *en del av* de revmatiske sykdommene. Når jeg i oppgaven skriver ”smertefenomen” sikter jeg til fenomenet kroniske-ikke-ondartede smerter.

Jeg ser også på følgene av kroniske smerter, som nedsatt utskillelse av endorfiner, depresjon og inaktivitet. Jeg mener det blir for snevert å utelukke dem fordi humor kanskje kan påvirke disse faktorene i positiv retning, samtidig som depresjon kan gjøre det vanskelig for en person å ”få tak i” humoren.

Forfatterne bruker tre forskjellige betegnelser i forhold til smerte jeg ønsker å kategorisere, og jeg sikter her til begrepene *smertetoleranse*, *smerteintensitet* og *smertelindring*. Med *lindring* tenker jeg på det å dempe eller fjerne smerten. Økt *toleranse* forbinder jeg med det å kunne tåle sterkere smertepåvirkning enn før, mens *intensitet* forbinder jeg med graden av smerte. Fokuset i min problemstilling er det lindrende perspektivet, likevel vil jeg påstå dette berøres av begrepet økt smertetoleranse. Når man takler en sterkere smertepåvirkning skulle jeg tro at noe av den smerten som egentlig skulle være tilstede (sett ut ifra mengden smertepåvirkning) forsvant. Dermed er det tilsynelatende mye av det samme som skjer ved økt toleranse som ved lindring: en del av smerten dempes og behovet for smertestillende medikamenter reduseres. Derfor velger jeg å se en viss sammenheng mellom *økt smertetoleranse* og *smertelindring*.

For å bruke få ord ønsker jeg svar på følgende:

- 1) har humor og latter noen smertelindrende effekt?
- 2) hvordan legger sykepleier forholdene til rette for at pasienten skal få mer humor og latter under sykehusoppholdet?
- 3) er det uetisk å bruke humor ovenfor syke pasienter?

## **1.5 Oppgavens formål**

Formålet er først og fremst å sette meg inn i den vitenskapen og metoden som må ligge til grunn for å kunne skrive denne bacheloroppgaven.

For meg personlig er formålet å få større kunnskap om de positive og negative faktorene latter og humor kan ha, og lære mer om hvordan jeg som sykepleier skal bruke humor på en best mulig måte i forhold til pasienten.

Jeg ønsker også med dette å sette et større fokus på temaet i en mer offentlig forstand, da jeg tror det er skrevet lite om humor og sykepleie i Norge.

## **1.6 Presentasjon av oppgaven**

Innledningen fungerer som en begrepsavklaring, presentasjon av personlige tanker og oppgavens innhold. Teoridelen er derimot et rammeverk for hva jeg drøfter under punkt 4.0, og metoddelen skal presentere valgt metode og innsamlingen av data. Avslutningen fungerer som en blanding av resumé og konklusjon, da jeg valgte å skrive det slik på grunn av ordbegrensning.

Jeg har delt teoridelen i tre deler: smertefenomenet, humorens virkning og sykepleierettens perspektiv. Dette er for å gjøre det tydelig at teorien er delt i tre emner.

Jeg har valgt å ikke gå inn på humorbruk blant helsepersonell og har tatt lite med av typer humor, da dette ikke er fokus i min oppgave. De store trekkene er humorens fysiske og psykiske virkning, hvordan man kan få tilgang på humoristisk stimuli på sykehus og hvordan man går fram i en relasjon der en ønsker å bruke humor. Jeg har tatt med studier som belyser forskjellige perspektiver angående latter, humor og humorbruk, i håp om å få et bredest mulig grunnlag som svar på problemstillingen.

Siden jeg har skrevet all teorien med dets resultater i del 2.0 vil del 4.0 inneholde et sammenfallende blikk på funnene i teoridelen. Jeg ser på resultatene av forskningen og litteraturen i forhold til egne, ervervede synspunkt og erfaringer. Denne delen vil altså preges mest av egne ord.



Jeg bruker betegnelsen "pasient" på grunn av at jeg har fokus på sykepleie i sykehus, da dette er en vanlig betegnelse i en slik setting. Videre har jeg valgt å betegne pasienten i hankjønnform, og sykepleier som "hun". Det kan være enklere for meg å relatere meg selv i rollen som sykepleier via betegnelsen "hun", da jeg selv er kvinne. For ordens skyld betegner jeg da pasienten som "han", slik at det kan være enklere å forstå hvem jeg skriver om i den gitte situasjonen.

## 2 Metode

### 2.1 Metodevalg

Jeg bygger studien på litterære data. Dette innebærer at jeg kun arbeider med tekst, og ikke intervjuer eller observerer noen personer. Langhammer (2003, s. 1) definerer en litteraturstudie som: ”en systematisk gjennomgang av litteraturen rundt en valgt problemstilling”. Det innebærer dessuten det å være kritisk til den kunnskapen kildene gir og å diskutere resultatene.

Johannessen, Tufte & Kristoffersen (2006) skriver at det å studere litteratur krever at en klarer å lese formålsbevisst, notere nyttige ting underveis, gjengi andres tanker og meninger på en akseptabel måte og bruke materialet til å underbygge egen argumentasjon.

Denne oppgaven er av kvalitativ art, noe Johannessen m.fl. (2006) kaller ”tekstenes tale”.

Det er mindre fastsatt struktur i kvalitativ metode enn ved en kvantitativ metode. Kvantitativ metode kjennetegnes av at en på forhånd har avklart hva en ønsker å få opplysninger om, enhetene er mange og en bruker statistiske teknikker som en gjerne generaliserer ut ifra. Ved kvalitativ metode er en ikke i den grad bundet til retningslinjene en har oppsatt på forhånd, det er færre enheter og en ønsker et helhetlig bilde og forståelse av fenomenet. Ved kvalitativ tilnærming er hovedmålet å komme nærmere inn på den aktuelle gruppen, det individet eller det fenomenet en søker å forstå. Forskeren prøver å sette seg inn i subjektets situasjon og se verden med vedkommendes «briller». Det er altså et visst skille mellom det å forstå et fenomen og det å forklare fenomenet (Holme & Solvang, 1998).

Jeg bruker en *induktiv* tilnærming på problemstillingen, altså å gå fra empiri til teori (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2006). Fra praksis som sykepleierstudent har jeg sett at humor skaper glede (empiri). Ut fra dette har jeg blitt mer nysgjerrig på temaet, og ønsker derfor å finne teori om det (teoretisk underbygging).

## **2.2 Etikk i forskning**

Forskning berører etikk fordi etikk omhandler forholdet mellom mennesker, spesielt gjelder dette datainnsamlingen (Dysthe, Hertzberg & Hoel., 2003). Forskeren skal ha respekt for alle de mennesker som har vært en del av hans/hennes undersøkelse, og psykisk og fysisk integritet skal ivaretas. Både taushetsplikt og anonymitet skal overholdes, og forskeren skal være på vakt for å gi signaler som kan tolkes eller brukes i negativ forstand av undersøkelsessubjekter eller lesere (Holme & Solvang, 1998). Skal man finne stoff fra internett må en sørge for at denne informasjonen er offentlig og ikke privat, og en skal alltid oppgi hvor informasjonen er hentet fra (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2006).

En forsker eller forfatter har et stort ansvar i forhold til det å skille mellom egne ord og det andre har tenkt eller skrevet. Samtidig som en bruker skjønn med tanke på hvem som er leseren skal en klart unngå å plagiere, og sitater skal gjenfortelles nøyaktig slik de stod (Dysthe m.fl., 2003).

En forsker bør tenke på hvordan temaet belyses, slik at det ikke får negative konsekvenser for enkeltindivider, grupper eller hele samfunn. Via forskning kan man påvirke mennesker gjennom kunnskap og virkelighetsoppfatninger. Hvis folks oppfatning av seg selv endres på grunn av forskningsresultatene kan det i verste fall få alvorlige konsekvenser (Johannessen m.fl., 2006).

## **2.3 Innhentning av data**

Datamaterialet i denne oppgaven er flere artikler basert på kvalitativ og kvantitativ forskning og en doktorgrad. Jeg har også tatt med relevant litteratur i bokform og artikler som ikke eksplisitt viser at de er forskningsbaserte. Alt fra innledning til konklusjon regner jeg som data hvis jeg har valgt å referere til et helt datamateriale (altså en hel bok eller artikkel). Mine egne erfaringer og meninger regner jeg ikke som data.

Litteraturen jeg bruker fant jeg både før og underveis i skriveprosessen. Jeg brukte de internasjonale søkemotorene ProQuest og Ovid, den nordiske søkemotoren SveMed, det internasjonale søkestedet "Google" på internett samt skolebibliotekets database BIBSYS.

I det datamaterialet jeg fant underveis, og som jeg enten har brukt eller forkastet, fant jeg henvisninger til kilder jeg ønsket å se nærmere på. Dette resulterte i at jeg har brukt forfatternavn eller tittel som søkeord på flere av kildene mine. Foruten dette var søkeordene på de internasjonale søkemotorene "humor", "health care", "nursing" og "nurses". Via "Google" søkte jeg på "laugh trigger endorphins research", "endorfiner i blod", "endorfiner smerte" og "RX Laughter".

Min erfaring var at jo mer spesifikt man søkte jo færre treff fikk man, og det var flere treff på "Google" enn de andre stedene. Kort fortalt fikk jeg alt mellom 30800 og 7 treff i de forskjellige søkene. Det å søke var en prosess der man stadig ble overrasket av linker og sammenhenger mellom undersøkelser, universiteter og forfattere. Jeg erfarte at det å gå i dybden av ett tema fører til at man etter hvert ble kjent med et miljø der mange av de samme forskerne og forfatterne går igjen og kommenterer hverandres undersøkelser. Kanskje dette gjelder i større grad det temaet jeg undersøker i denne oppgaven, da det ikke er så altfor mye forskning rundt det.

## **2.4 Kildekritikk**

Med begrepet "kildekritikk" menes det å vurdere og reflektere over den aktuelle litteraturen. En skal se på hva hver kilde har bidratt med i forhold til egen problemstilling, og belyse teorier og forskningsresultaters relevans og gyldighet (Dalland, 2001). På grunn av oppgavens størrelse har jeg kun mulighet til å belyse en begrenset mengde data. Jeg vil derfor se litt på de forskningsbaserte kildene jeg bruker, vel å merke kun de som er primærkilder.

Det ser ut til at endorfiner skilles ut ved latter og glede, og derfor ønsket jeg svar på om endorfiner kan redusere smerteopplevelsen. Undersøkelsen til Bruehl m.fl (1996) var relevant på grunn av dens resultater om endorfiner i forhold til smerteopplevelse. Denne studien hadde kun menn som subjekter, noe som trekker gyldigheten i forhold til min problemstilling ned da min målgruppe er begge kjønn.

I studien av Svebak m.fl. (2006) fant de at humoristisk sans kan redusere depresjon, og at latter ikke er så viktig for overlevelsen. Her ligger relevansen i sammenhengen mellom den gledende humor og humoristisk sans gir, og det å redusere en depresjon. Funnet om at latter

kommer i andre rekke er også relevant siden jeg belyser latterens virkning. Det som trekker relevansen ned er det store fokuset på humoristisk sans, da dette er et personlig fenomen og noe sykepleier muligens ikke kan hjelpe pasienten så mye med.

Stuber m.fl. (2007) testet om avledning og latter har sammenheng med opplevelsen av smerte. Dette er relevant til min problemstilling, da jeg ønsker svar på om sykepleier kan anbefale avledning som smertelindring til pasienten. Mitt fokus er syke mennesker med kroniske smerter, både barn og voksne. I denne studien var det derimot kun friske barn som ble testet, og jeg er dermed usikker på om resultatene kan overføres til min problemstilling.

Dean (2002) studerte bruk av humor blant sykepleiere på sykehus, og gransket humor og avledning som smertelindring ved hjelp av litteratur. Ved å se på hennes observasjoner og funn kan det hjelpe meg i å få svar på hvordan sykepleiere bruker humor, og om avledning har smertelindrende effekt. Gyldigheten trekkes noe ned på grunn av at hennes målgruppe var pasienter i palliativ pleie, noe som ikke kan sammenlignes med revmatiske sykdommer. Likevel har disse to gruppene et fellestrekk i de langvarige smertene de kan oppleve.

Olsson m.fl. (2000) så på opplevelsen av humorbruk i helsetjenester og sykepleie, noe som er helt klart relevant for min oppgave da det er dette jeg har fokus på. Resultatene viste at humor er velkommen i sykehus selv om det ble oppfattet som lite brukt, noe som gir svar til den pasientrelaterte siden av problemstillingen min.

Undersøkelsessubjektene til Åstedt-Kurki m.fl. (2001) var kronisk syke pasienter, og pasientgruppen er dermed lett å relatere til revmatisk syke pasienter. Pasientene mente humor kunne avlede oppmerksomheten bort fra smertene og gi glede, noe som kan gi svar på spørsmålet om avledning.

Primærkilde er en original artikkel eller primær studie, mens sekundærkilde er lærebøker og sekundære tidsskrifter (Langhammer, 2003).

Jeg ønsket helst å jobbe med primærkilder, ellers var kravet at de måtte inneholde begrunnede fakta om humor, sykepleie og smertelindring til pasienter med kroniske smerter. Det var mye stoff der en eller to av disse faktorene var tilstede samtidig, men lite materiale som helt tydelig integrerte alle faktorene.

Kildene jeg forkastet underveis inneholdt enten for lite synliggjøring av hvor informasjonen var hentet fra, artikkelen var basert på synsing, dens innhold var for langt fra min problemstilling, for gammel eller at den var en sekundærkilde. Med andre ord: for lav

pålitelighet eller gyldighet. Bruken av sekundærkilder begrunnes av at jeg enten ikke har jeg funnet primærkilden eller mangler forskningsbasert informasjon på området.

Innholdet i kildene jeg bruker spenner fra endorfiner til pasientopplevelser. Grunnet deres forskjellige emner blir det noe vanskelig å sette kildenes funn og argumenter opp mot hverandre. Dette kan nok gi oppgaven et litt oppstykket preg. Samtidig mangler jeg forskning angående bruk av humor i forhold til kroniske smerter, noe som kan gjøre det vanskelig å få svar på problemstillingen. For å øke gyldigheten til egen problemstilling har jeg derfor oppsøkt flere kilder om samme tema.

Jeg har undersøkt tittel og faglig bakgrunn til forfatterne i de fleste sekundærkildene. Mye kunnskap og forskningsbakgrunn hos forfatteren kan øke påliteligheten noe, men en skal likevel stille seg kritisk til pålitelighet og gyldighet.

Jeg har funnet nesten alle de brukte artiklene på ProQuest, Ovid eller SveMed, og ut ifra min forståelse av disse søkekildene er de dermed fagfelleverdert. Jeg mener at de kildene jeg har valgt å bruke har såpass faglig tyngde at det er grunnlag for å kunne bruke dem i en slik oppgave. Jeg har også valgt å bruke litteratur rettet mot helsepersonell generelt fordi sykepleiere inngår i denne kategorien.

Jeg ønsket i prinsippet å holde meg til data som ikke var eldre enn 10 år, men valgte likevel å ta med noen kilder som var eldre da deres resultater eller innhold var svært relevant og interessant. Studier og materiale om relevant tema finnes heller ikke i overflod, noe som også ga grunn til å ta med ”utgåtte” kilder.

Boka til Cousins skiller seg kanskje mest ut i så måte, da den er fra 1979. Hans erfaringer var det eneste stoffet jeg fant som gikk direkte på humor som smertelindring i forhold til smerter av revmatisk art, og ønsket derfor å ta med dette.

Når det gjelder årstall mener jeg en kan se dette i lys av hva slags tema en undersøker. Visse fenomener faller raskere i gyldighet med årenes løp, mens andre ting forblir mer like. I forhold til kjemiske prosesser i menneskekroppen, mestringsevne og *mengden* enhver har av humoristisk sans tror jeg ikke dette har endret seg så mye de siste årene. Jeg har prøvd å ta med undersøkelser/tekster med forskjellige resultater og vinklinger for å få en viss dybde. Det er ikke gjort så voldsomt mange undersøkelser som er relevante til min problemstilling, noe som også har gjort at jeg måtte være litt fleksibel angående årstall.

## **3 Teori**

### **3.1 Smerter og smertelindring**

#### **3.1.1 Revmatiske sykdommer**

Det er mange sykdommer som går inn under kategorien revmatisme, og de deles gjerne inn i kategoriene inflammatoriske leddsykdommer, inflammatoriske bindevevssykdommer, bløtdelsrevmatisme og metabolske knokkelsykdommer. Eksempler på slike sykdommer kan være revmatoid artritt, Bekhterevs sykdom, revmatisk polymyalgi, systemisk lupus erythematosus og osteoporose (Gregersen, 2005).

Som Gregersen (2005) nevner kan det i prinsippet dreie seg om både akutte og kroniske sykdommer, men tilstandene vil som regel arte seg som kroniske med bedre eller verre perioder. Smerter, stivhet, tretthet og nedsatt bevegelighet er typiske problemområder. Både ved bløtdelsrevmatisme og ved leddsykdom er muskelsmerter et symptom, mens det ved leddsykdom også oppstår smerter i ledd. Smertene kan skyldes ødeleggelse av vev, brusk eller bein, betennelser eller leddforandringer. Tilstandenes intensitet kan som sagt variere, og ikke sjelden påvirkes smertene av vær, fysisk aktivitet og mat.

Smertene kan hindre pasientene på kortere eller lengre sikt i å oppnå det han/hun ønsker i forhold til jobb, fritid og sosialt liv. Sykemelding eller uføretrygd kan gå ut over økonomi og selvfølelse. Denne pasientgruppen har behov for forståelse og respekt i forhold til sine erfaringer (Gregersen, 2005).

#### **3.1.2 Fenomenet kroniske smerter**

Langvarig smertestimulering gjør at nerveimpulser utløses lettere, noe som etter hvert gir en mer intens smertefølelse. Dette skyldes blant annet prostaglandiner, som også er til stede ved betennelsestilstander, og kan gjøre vevet svært sensitivt (Sand, Sjaastad & Haug 2006). McCaffery & Beebe (2001) poengterer at samme type smerter i årevis fører til en lavere mengde endorfiner (se mer om endorfiner under punkt 3.1.3).

Moe (2002) fremhever at kronisk smerte ikke gir pasienten mening på samme måte som akutt smerte kan gjøre, siden den ikke lenger har noen varsselfunksjon. Kroniske smerter er bare til bry og endrer sentralnervesystemets funksjon. De typiske kjennetegnene man kan observere hos pasienter med akutte smerter, som kaldsvette og rask puls, er ikke tilstede.

McCaffery & Beebe (2001) mener at pasienter med kroniske smerter generelt kan ha store utfordringer i forhold til livslust, livsglede, livskvalitet og humør. Siri Næss´ definerer høy livskvalitet som å være i aktivitet, ha samhørighet, selvfølelse og en grunnstemning av glede. Angående grunnstemning av glede skriver hun blant annet at dette gjelder det å ha fravær av smerte, ubehag og angst samt det å ha en følelse av glede og velvære (Rustøen, 2004).

McCaffery & Beebe (2001) har satt opp det å oppnå optimal livskvalitet som et mål for pasienter med kroniske smerter. Moe (2002) skriver at smertefrihet er et urealistisk mål for de fleste med kroniske smerter.

Humor som smertelindring kan redusere behovet for smertestillende medikamenter og muligens øke den fysiske, psykologiske og sosiale funksjonen. Dette vil i så fall øke livskvaliteten (Moe, 2002).

Depresjon og søvnforstyrrelser er ikke uvanlig hos denne pasientgruppen (Almås, Valand, Bilicz & Berntzen, 2005). Inaktivitet, isolasjon og anoreksi er også noen følger som Moe (2002) nevner. Symptomer på depresjon *kan* forveksles med de symptomene som følger kronisk smerte: søvnforstyrrelser, konsentrasjonsproblemer og redusert aktivitet. Engstelse er heller ikke uvanlig (McCaffery & Beebe, 2001). Depresjon og angst kan dessuten øke smerteopplevelsen (Moe, 2002).

McCaffery & Beebe (2001) peker på at det hersker feiloppfatninger blant sykepleiere rundt fenomenet kroniske smerter. I USA var 268 sykepleiere med i en undersøkelse angående holdninger til pasienter med kroniske smerter, og mange av disse hadde negative bilder av denne pasientgruppen. Det ser ut til at sykepleiere tror smertelindring er mindre effektivt hos deprimerte pasienter, når sannheten er at depresjonen ofte har sitt opphav i smertene (McCaffery & Beebe, 2001).

Sykepleier skal ha gode holdninger ovenfor pasienter med kroniske smerter: at en bryr seg, at en tror på dem og deres opplevelse av smerte og er sammen med pasienten om å finne ut hva som lindrer deres smerter (McCaffery & Beebe, 2001). Travelbee (1999) skriver at



reaksjoner fra helsepersonell kan ha stor innvirkning på pasientens smerter, og kan enten gjøre smertene verre eller bedre.

### 3.1.3 Smertelindring

Endorfiner og enkefalin er en gruppe opioider i kroppen som nedsetter smertefølelsen, i likhet med morfin og opium. Smertefibrene i sentralnervesystemet, og spesielt i hjernen, har nerveender med opioidreseptorer, slik at opioidene kan hemme signaloverføringen i smertereseptorene (Sand m.fl, 2006). Når hjernen mottar smerteimpulser skilles det altså ut endorfiner som fungerer som et smertestillende medikament og demper smerteopplevelsen (Palmgren, 2003). Svebak (2000) hevder at endorfiner kun har innvirkning på *smertetoleransen*.

Palmgren (2003) henviser til Zubieta som i flere år har forsket på opioiders virkning ved Universitetet i Michigan. Ved å bruke et kjemisk stoff som bandt seg til opioid-reseptorer kunne man via PET-skanning av hjernen se hvor mye endorfiner hjernen skilte ut. Ved forsøk så Zubieta at hjernen skilte ut endorfiner ved smertepåføring, og at de subjektene som ga større uttrykk for smerte utskilte mindre endorfiner.

I en undersøkelse gjort av Bruehl m.fl. (1996) ble det brukt naltrexon i tablettform for å blokkere produksjonen av endorfiner hos halvparten av subjektene, mens andre halvparten fikk et placebo. Ingen av deltakerne visste hva de fikk. Subjektene, som alle var menn, ble påført smerte via klemming på langfingeren helt til personen fikk en klar smerteopplevelse. På forhånd ble subjektene testet for hvilken av de to følgende psykologiske mestringsteknikkene de brukte: om de var svært oppmerksomme på smerten eller om de hadde større evne til å overse smerten. Resultatene fra 42 menn viste at smertetoleransen var størst hos de som lettere overså smerten. Vel å merke ble smertetoleransen økt ved inntak av naltrexon. Konklusjonen ble derfor at psykisk mestring er sentralt for å dempe smerter, og at endorfiner har liten betydning for smerteopplevelse.

Palmgren (2003) mener at den personlige smerteterskelen ikke styres av psyken, men av gener og hormoner.

## **3.2 Humorens virkning**

### **3.2.1 Latterens fysiologiske virkning**

I forhold til vitenskapelige og erfaringsbaserte funn øker mengden endorfiner og enkefalin i kroppen ved latter, hevder både Moe (2002) og Holden (u.å.). McGhee (1998) og Svebak (2000) påpeker derimot at det ikke finnes noe godt vitenskapelig bevis på dette.

I "The American Physiological Society" (2006) skrives det om en undersøkelse av Berk, Tan og Westengard som viser utskillelse av endorfiner ved latter. Halvparten av 16 subjekter fikk se en selvvalgt og morsom film, mens den andre halvparten var kontrollgruppe. Det ble tatt blodprøver fra alle før eksperimentet begynte, fire timer underveis og tre timer etterpå.

Resultatene viste at de som fikk se film hadde 27% mer beta-endorfiner enn kontrollgruppen i alle tre blodprøvene. Konklusjonen var at både forventingen om en morsom hendelse og latter gir økt mengde beta-endorfiner, både før, under og en stund etter latteranfallet.

Svebak (2000) skriver at endorfiner produseres i hjernen, og at det dermed er vanskelig å måle. Ifølge Torstensen (u.å.) dannes endorfiner i hypofysen og frigjøres til blodet. Men endorfiner som allerede er skilt ut i blodet passerer ikke forbi blodhjernebarrieren og tilbake til hjernen (Allen, 2005).

Holden (u.å) mener at latter ikke kan kurere smerte helt men lindre den. Han sikter også til at latterens effekt med økt blodomløp, dypere pusting og oppløsning av muskelspenninger kan redusere smerter. Når Moe (2002) skriver om latterens positive muskelavspenning er det i sammenheng med det faktum at det ved kroniske smerter utløses muskelspenninger.

I en artikkel av McGhee (1998) forteller han at han hadde fått en hel forsamling til å le godt i ca. 30 sekunder under en leksjon om humor. Etterpå hadde en 83-årig kvinne kommet bort til han og fortalt at de kroniske smertene i kneet (som han antok var pga. leddgikt) hadde forsvunnet under latteranfallet, og var fortsatt borte 45 minutter etterpå.

I en studie av pasienter med forskjellige diagnoser, deriblant nevrologiske og muskelrelaterte sykdommer, var nesten tre-kvart av de spurte enige i at latter noen ganger fungerer vel så bra som en smertestillende pille (McGhee, 1998).

### 3.2.2 Humorens psykologiske virkning

Svebak, Kristoffersen, & Aasarød (2006) gjorde en kvantitativ survey for å se betydningen av humoristisk sans i forhold til overlevelse hos pasienter med alvorlig nyresvikt.

Ut ifra 41 besvarelser viste resultatene at pasienter som scoret under middels på humoristisk sans hadde en høyere dødsfrekvens i forhold til de som scoret over middels. Humoristisk sans så dessuten ut til å være en måte å motarbeide depresjon på. Konklusjonen er at sans for humor øker sjansen for å leve lengre hos pasienter med livstruende sykdom. Samtidig så det ut til at *latter* ikke var det mest sentrale i forhold til overlevelse: det var *den humoristiske sansen* som økte muligheten for et lengre liv.

Jeg ønsker her å tilføye Holdens (u.å.) utsagn om at latter ikke nødvendigvis er målet da det er selve humoren som gir både mot og håp.

Hjernen produserer mindre serotonin når man er deprimert. Slike psykiske prosesser henger sammen med biologiske prosesser i hjernen. Lite serotonin kan hemme aktiviteten i smerteregulerende nerver og føre til økt smerteopplevelse (Svebak, 2000).

De som har mye humor blir ikke så lett blir deprimerte og ensomme, og humor kan virke dempende på depresjon og angst (Moe, 2002). Lantz & Siitonen (2002) skriver også at humor er en terapeutisk kommunikasjonsteknikk som kan minske både angst, depresjon og forlegenhet.

Er man dypt deprimert kan det være svært vanskelig for humor å trenge inn til pasienten. Men i depresjon, der virkelighetsforståelsen fortsatt er til stede, er humor viktig: den kan forløse like mye følelser og spenning som gråt kan (Sundby, 2002).

### 3.2.3 Avledning som smertelindring

Effekten av avledning er bygget på det faktum at det en retter oppmerksomheten mot forsterkes, mens det en retter tankene bort fra dempes (Svebak, 2000).

Almås m.fl. (2005) skriver at smerter kan dempes ved å konsentrere seg om en samtale, film eller lignende. Gregersen (2005) fremhever også at revmatiske pasienter kan ha hjelp av

avledning via synsinntrykk, aktivitet eller lyder, da dette er en form for ikke-medikamentell smertelindring.

McCaffery & Beebe (2001) har satt opp spesifikke retningslinjer for sykepleie til pasienter med kroniske smerter, og ett av målene er å tilby pasienten smertelindrende alternativer. De mener passive metoder, som avledning, kan skape en avhengighet av andre som ikke nødvendigvis er så heldig.

Cousins (1979) opplevde sterke, konstante smerter på grunn av raskt progredierende revmatoid artritt. Fra å ha feber én dag hadde han problemer med å bevege hele kroppen bare en uke etterpå. Legene mente han umulig kunne leve lenge. Han ble innlagt på sykehus, og legene ga han maksimal dose av smertestillende og betennelsesdempende som han reagerte allergisk på med utslett og kløe.

I samarbeid med lege fikk han se morsomme filmer fra senga, og ble lest for av sykepleier av og til. Han erfarte smertelindring i to timer etter et latteranfall på ti minutter. På en uke trappet han ned alle typer medikamenter, inklusiv sovetabletter, samtidig som han fikk høye doser askorbinsyre (c-vitamin). Etter 8 dager klarte han å bevege tomlene uten smerter, og etter noen måneder klarte han å strekke armene ordentlig ut. Laboratorietestene viste raskt bedring av betennelsestilstanden, søvnen bedret seg og smertene ble mer og mer dempet. Han klarte å starte i jobb igjen, og etter noen år var smertene ubetydelige. Han mente selv at hans rekonvalesens skyldtes hans positive tanker med lyst til å leve, c-vitamin og intense latter.

I en undersøkelse gjort av Nevo, Keinan & Teshimovsky-Arditi (i: Dean, 2002, s. 26) ble humor testet i forhold til smertetoleranse. 72 subjekter holdt en hånd i kaldt vann. En tredjedel så en humoristisk film, en tredjedel så en dokumentar mens en tredjedel kun var kontrollgruppe. Resultatene viste at de som scoret høyest på personlig sans for humor opplevde filmen som mest effektiv på smertene.

Stuber, Hilber, Mintzer, Castaneda, Glover & Zeltzer (2007) ønsket å se om det var en sammenheng mellom humor som distraksjon, latter, smertetoleranse og smerteintensitet hos barn mellom 7 og 16 år. 18 subjekter skulle holde en hånd i kaldt vann mens de fikk se en morsom film eller ingen film. Det så ikke ut til at lattermengden hadde noen betydelig sammenheng med smertetoleransen eller opplevelse av smerteintensitet. Intensiteten var dessuten like høy om de så på film eller ikke, men smerteterskelen ble høyere under filmvisningen.

### **3.3 Sykepleierettit perspektiv**

#### **3.3.1 Tilgang på humor i sykehus**

Holden (u.å.) har skrevet en del om latter som den beste medisin. Han skriver blant annet at veldig mange sykehus er et dårlig sted for en syk person med dets lukt av desinfeksjonsmiddel, kalde og prydlose vegger, travle og utslitte helsearbeidere og næringsfattige måltider. Holden er redd for at slikt kan gjøre den syke enda dårligere.

McGhee (1998) skriver at det er flere sykehus som har fokus på humor og som gir pasientene tilgang på humoristiske ting. Dette kan være "humorvogner" med morsomme filmer, tegneserier, vitsebøker og spill, eller "humorrom" der pasientene får se morsomme filmer og har tilgang på morsomme kostymer, leker og spill. Klovner er også brukt med gode erfaringer på større sykehus. Dean (2002) skriver også at klovner, humorrom og humortraller er brukt flere steder med god kreditt.

Enda en forfatter som nevner disse fenomenene er Holden (u.å.). I stedet for "humorvogner" nevner han "komikasse", men innholdet er mye av det samme. Han fremhever også St. Joseph's sykehus der de har brukt komikere, tryllekunstnere og dramagrupper som en del av terapien. Andre steder i USA er det også brukt sangere, pianister, musikkterapeuter, imitasjonskunstnere og skuespillerelever, samt mer bevisstgjøring rundt det å dekorere med farger. Alle disse tiltakene har som mål å oppnå bedre helse for pasientene. Men forfatteren påpeker også at slike tiltak kan fungere godt i samarbeid med den medisinske og teknologiske behandlingen. "Latter er ett hjelpemiddel, menneskelig kontakt er et annet", skriver han (Holden, u.å., s. 49).

Dean (2002) la merke til i sine observasjoner at flere av helsepersonellet brukte materielle ting i sitt møte med pasienten, i håp om å få opp pasientens humør. Dette kunne være hatter med dekorasjon, morsomme leker, klistremerker, "klemmekuponger", lommelykter, hundekjeks eller godterier. I Deans intervjuer av helsepersonell og pasienter spurte hun om filmer, leker og klovner kunne brukes som humorterapi. Responsen var positiv, og subjektene svarte at det var viktig å fokusere på andre ting enn sykdommen. De poengterte samtidig at det var viktig å være forsiktig og vise respekt. Da sykehusavdelingen tidligere hadde fått tilbud fra andre instanser om bruk av musikk eller lytting som terapi, var det derimot mer skepsis. Helsepersonellet antok dermed at humor som terapi også ville bli møtt med skepsis (Dean, 2002).

Helsepersonell er antagelig i den beste posisjonen til å få pasienten til å smile, siden det er de som bruker mest tid sammen med han. Å skape en mer lekende form for relasjon mellom pasient og sykepleier kan være en stor fordel for begge to (McGhee, 1998). Svebak (2000) skriver at sykepleiere som har stor sans for humor ser ut til å takle belastende arbeid bedre enn de med mindre sans for humor.

### **3.3.2 Menneske-til-menneske-forhold**

Tyrdal (2002) skriver at humor er kommunikasjon, og kommunikasjon er en del av en relasjon der en prøver å dele tanker, følelser, meninger og opplevelser. Dean (2002) mener humor har en egen evne til å berike, oppleve og styrke relasjoner og kan brukes som en måte å håndtere følelser og få utløp for spenning på.

Travelbee (1999) bruker begrepet ”å bruke seg selv terapeutisk” og mener det innebærer å bevisst bruke kunnskaper og sin egen personlighet til å lindre plager. En skal da bruke både fornuft, logikk, intelligens, empati og selvinnsikt. Men bruk av intuisjon bør unngås. For å oppnå terapeutisk bruk av seg selv må det etableres et forhold til pasienten, og det kreves en dyp, menneskelig forståelse fra sykepleier (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) fremhever selve sykepleien som en mellommenneskelig prosess, og det er sykepleierens oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette sistnevnte begrepet har Travelbee valgt å bruke framfor begrepet sykepleier-pasient-forhold, fordi hun mener det er kun ved et menneske-til-menneske-forhold man kan nå helt fram til hverandre og oppnå en reell interaksjon. Å oppnå et slikt forhold er en prosess over tid, og det bygges opp hver dag mens sykepleier og pasient samhandler. Det kreves av sykepleieren at hun vet hva hun tenker, føler, erfarer og gjør (Travelbee, 1999).

### 3.3.3 Bruk av humor i relasjoner

Deans doktorgrad (2002) bygger ikke bare på litteratur, men også på deltagende observasjoner og intervjuer av både helsepersonell, pasienter og pårørende. Hun brukte 200 timer på en sykehusavdeling, med fokus på 6 sykepleiere. Av intervjuene viste det seg at mange sykepleiere ikke er bevisste på når de bør bruke humor. Fra hennes observasjoner så hun at helsepersonellet tok små hint hos pasientene som grunnlag for bruken av humor. Ut ifra dette, og ved å se på svarene hun hadde fått fra intervjuene, konkluderer hun med at det som utgjorde helsepersonellens bedømmelse for bruk av humor var intuisjon, erfaringsbasert kunnskap, gjennomtenkt vurdering og kunnskap om kroppen (Dean, 2002).

McGhee (1998) fremhever sunn fornuft som grunnleggende faktor for bruk av humor.

Facente (2006) har erfart at hvis pasienten selv bruker humor er sannsynligheten stor for at vedkommende også liker humor fra sykepleierens side. Humoren bør likevel brukes til riktig tid og være passende i situasjonen. Det bør være en balanse mellom humor, lytting og bekreftelse av pasientens uttrykk og ønsker, slik at han forstår at han blir tatt alvorlig. Åstedt-Kurki (2001) fremhever at sykepleieren bør kjenne pasientens holdning til humor før en bruker det.

McGhee (1998) mener en bør starte med en hyggelig og seriøs atferd ovenfor pasienten som viser at en virkelig bryr seg om hans helse. Ved å gjøre det får man opparbeidet et tillitsforhold, noe som er det beste grunnlaget for å prøve seg fram med humor. McGhee anbefaler dermed å ta en "stikkprøve": bruk en morsom, liten bemerkning for å se om pasienten tar poenget og synes det er morsomt. En bør følge pasientens ledetråd og hans ønske om form for kommunikasjon (McGhee, 1998). Sundby (2002) fremhever det samme poenget: sykepleier kan vente på initiativ fra pasienten og følge opp med humor pasienten selv liker.

Hvis en pasient ikke får med seg begynnelsen av en spøk eller om han overhører latter og kommentarer er det lett å tro at det er vedkommende som er det morsomme objektet. I Deans undersøkelse (2002) fant hun at helsepersonell i slike situasjoner inkluderte andre som var til stede for å unngå misforståelser. Sykepleierne kunne også ta fram morsomme minner man hadde sammen med pasienten: for eksempel å gjøre egne småfeil om til en komisk hendelse. Dette var kanskje ikke så bevisst fra helsepersonellens side, men det ga helt klart pasienten en morsom stund med latter, uansett om den var kortvarig (Dean, 2002).

Olsson, Koch, Backe & Sørensen (2000) gjorde en kvantitativ survey med 802 subjekter der de ville se på opplevelsen av humorbruk i helsevesenet. Subjektene var delt i tre grupper: pasienter, helsepersonell og utenforstående i forhold til helsevesen.

Av resultatene så det ut til at de fleste mente humor kunne brukes i sykepleie, og at det kan ha en beskyttende faktor. Pasientgruppen hadde noe lavere score på dette enn de andre gruppene. Pasientgruppen scoret også lavest i forhold til det å tro på sin egen og andres humoristiske sans.

Kun 4% av mennene og 15% av kvinnene i pasientgruppen mente humor faktisk *ble* brukt i helsevesenet. Forfatterne mener dette kanskje kan begrunnes i at pasientenes situasjon med sykdom og sykehusinnleggelse er ganske tøff. Pasientene er derfor ikke i ”det humoristiske hjørnet” og tar ikke et humoristisk poeng like lett, da bruk av humor kan være noe uventet. Det viste seg også at de fleste assosierte humor med latter og vitser, mens en morbid form for humor var størst i gruppen av helsepersonell.

Forfatterne konkluderer med at humor generelt sett er en positiv erfaring og kan brukes i sykepleie. De påpeker også at det er kun i de tilfellene der pasienten får bestemme tidspunkt og sted for latter og spøk, at sykepleier er i tråd med ICNs etiske retningslinjer.

Åstedt-Kurki, Isola, Tammentie & Kervinen (2001) gjorde en kvalitativ studie av 13 kronisk syke pasienter for å se på betydningen av humor ovenfor pasienter og i sykepleier/ pasient-relasjonen. Fem pasienter svarte på spørreskjema, mens åtte ble intervjuet.

Ett av svarene de fikk var følgende: ”En sykepleier som har sans for humor, er i godt humør og liker jobben sin er en sykepleier det går an å snakke med, det er den typen sykepleier du kan spørre etter smertestillende medikamenter eller en vask” (egen oversettelse, Åstedt-Kurki m.fl., 2001, s. 123). Bruk av humor gjorde det lettere for pasientene å åpne seg, og forholdet dem imellom ble styrket.

Det viste seg at humor fikk pasientens oppmerksomhet bort fra smerter og ga dem i stedet velbehag og glede for en liten stund. Humor hjalp pasientene til å akseptere hendelser og situasjoner ved å gi dem et mer positivt perspektiv. Når sykepleieren brukte humor ga det pasientene motivasjon til å yte det lille ekstra, også innen rehabilitering. De fleste subjektene ønsket en større bruk av humor fra sykepleieres side.



### 3.3.4 Situasjoner og humortyper

Dean (2002) og Åstedt-Kurki m.fl. (2001) skriver at det å verdsette humor er en individuell faktor, og sammenhengen humoren befinner seg i har stor betydning for oppfattelsen av den.

Dean (2002) anbefaler å ikke bruke humor til pasienter som er i krise, i en seriøs samtale/diskusjon eller til pasienter med høyt angstnivå. Det er ikke uvanlig at pasienter med høy angst eller alvorlig sykdom bruker mørk eller morbid humor selv, som en måte å reflektere over indre bekymringer på (Dean, 2002). McGhee (1998) mener også en skal unngå å bruke humor når pasienten er i krise eller ønsker å snakke om et følsomt og viktig tema.

Humor bør også unngås hvis pasienten har sterke smerter. En bør først forsøke å smertelindre med andre midler enn humor før en bruker humor som smertelindring. Men humor kan med fordel brukes ovenfor pasienter med lette til moderate, kroniske smerter (Moe, 2002).

Sarkasme og spøker som dreier seg om utenlandsk bakgrunn må unngås, og en bør alltid huske på at det kan være kulturelle forskjeller i humor (Facente, 2006). Både sarkasme, skadefryd og hån er aggressive former for humor som brukes til å fremheve seg selv (Svebak, 2000).

Sundby (2002) mener vennlig galgenhumoren *kan* brukes, men ikke når pasienten er lengst nede i en depresjon. Både galgenhumor og ironi må ikke gå på bekostning av pasienten. Skal slik humor brukes må sykepleier være sikker på at pasienten har sett vennligheten i poenget. Vennlig humor og situasjonskomikk er den beste og tryggeste humoren å bruke (Sundby, 2002). Svebak (2000) karakteriserer bruk av vennlig humor som en del av det empatiske i mennesket, som igjen er en del av sosial intelligens. Dean (2002) observerte vennlig humor som den mest brukte humorformen blant sykepleiere.

God humor er humor man kjenner seg igjen i, skriver Sundby (2002), og sikter til situasjonstragikomikk. Helsepersonell kan også bruke selvironi, noe som kan utjevne maktforholdet og skape god kommunikasjon. Men det å påpakke andre humor som en slags tvangsbehandling må unngås (Sundby, 2002).

### 3.3.5 Ethiske aspekter

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere begynner med følgende ord: ”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (Norsk sykepleierforbund, 2007, s. 7). Seljeskog (1996) nevner respekt, tro og håp som tre av verdiene en sykepleier bør ha. Fagets identitet er bygd på verdier, og verdier er grunnlaget for våre holdninger og handlinger. Videre skriver hun at moralske verdier legger grunnlaget for utviklingen av mot, kreativitet, humor og glede (Seljeskog, 1996).

Facente (2006) stiller seg spørrende til om bruk av humor i omsorgsyirket er krenkende eller nedverdiggende for pasienten. Selv mener hun humor ikke er krenkende på grunn av de mange fysiske og psykiske fordelene humor og latter kan ha. Åstedt-Kurki m.fl. (2001) tar utgangspunkt i sin studie når de skriver at humor kan hjelpe pasienter til å vise følelser og bevare deres verdighet. Både McGhee (1998) og Åstedt-Kurki m.fl. (2001) fremhever betydningen av å vise at en ler *med* og ikke *av* en pasient, for å unngå krenkelse.

Humor kan oppfattes som lite profesjonelt og som en likegyldig holdning ovenfor pasientens lidelser. For å unngå dette kan man gi pasientene en liten beskrivelse av humorens positive virkninger med det samme de kommer til sykehuset, og gjøre dem klar over at personalet kan komme til å bruke humor av og til (McGhee, 1998). En kan godt snakke åpent med pasienten om bruk av humor for å kartlegge pasientens ståsted og ønsker i forhold til dette. Slik kan man altså ”helgardere” seg mot krenkelse av pasienten (Sundby, 2002).

Humor kan øke respekten for personer som trenger god omsorg, og den kan bevare verdigheten hos en pasient (Dean, 2002). Pasienten kan oppleve økt grad av kontroll gjennom bruk av humor. Ved sykehusinnleggelse kan man lett føle seg hjelpsløs og at helsen er lagt i andres hender. Men humoren er noe man fortsatt kan kontrollere selv. Ved å føle kontroll får pasienten en mer positiv holdning, som igjen vil virke helsefremmende (McGhee, 1998).

## 4 Drøfting

### 4.1 Fysiologisk effekt av latter

Teorien om at endorfiner utskilles ved både smerter og latter ser det ikke ut til å være noen tvil om, men om endorfiner har smertelindrende effekt kan betviles ut ifra forskning under punkt 3.1.3 og 3.2.3. Personlig ser jeg ikke logikken i at endorfiner ikke skulle hatt en smertelindrende effekt når det skilles ut ved smerter og binder seg til smertereseptorer for å hindre nerveimpulser i å nå fram.

Undersøkelsen til Bruehl m.fl. (1996) viste at det å stoppe utskillelsen av endorfiner kan øke smertetoleransen, og de mener derfor det er en persons psykiske mestring som har innvirkning på smertetoleransen. Både Palmgren (2003) og Svebak (2000) taler derimot for at smertetoleransen påvirkes av endorfiner. Det blir derfor nærliggende å tro på det sistnevnte argumentet, samtidig som jeg ikke ønsker å fraskrive konklusjonen til Bruehl.m.fl. Jeg velger å tro at smertetoleransen kan påvirkes av forskjellige ting, både psykiske og fysiske faktorer, og forkaster derfor ingen av argumentene.

Jeg ønsker å trekke inn enda to studier angående endorfiner, latter og humoristisk sans.

Konklusjonen til Stuber m.fl. (2007) heller i retning av at humoristisk sans påvirker opplevelse av smerte, mens latteren ikke har så stor betydning. Undersøkelsen som ble nevnt i "The American Physiological Society" (2006) viser at *både* glede og latter øker mengden endorfiner. Viser egentlig disse to studiene noen motsetninger? Hvis det er slik at humoristisk sans gir glede har disse undersøkelsene noe felles: glede reduserer smerte. Sistnevnte studie viser derimot at latter også utskiller endorfiner.

De fleste forskere og forfattere argumenterer *for* teorien om at endorfiner har en smertelindrende virkning. Sett i helhet vil jeg tro at både latter og humor har en viss lindrende effekt. Men, som Holden (u.å.) også poengterer, kan man nok ikke forvente at latter og humor kan fjerne all smerte, kun dempe den.

Det kan se ut til at jo lengre et latteranfall varer, jo lengre vil den smertestillende virkningen vare. Cousins (1979) opplevde lindring i to timer etter et latteranfall på 10 minutter, og kvinnen som lo av McGhee (1998) i ca. 30 sekunder var lindret i 45 minutter. Det er derimot ikke alltid like lett å få et skikkelig latteranfall i en situasjon der en er sykehuspasient, har

smerter og er syk. Det er heller ikke "bare bare" for en sykepleier å kunne slippe seg så løs i rollen at det oppstår et sikkert "latterutbrudd". Derfor blir kanskje det å oppnå et 10 minutters latteranfall litt for høytsvevende å prøve å oppnå. Men jeg vil tro at all latter og glede preger både det øyeblikket det oppstår, samt en stund etterpå.

Humoristisk sans er et individuelt fenomen, og latter står nødvendigvis ikke i samsvar med humoristisk sans, smertetoleranse eller opplevelsen av smerteintensitet.

For å klare å ta et humoristisk poeng og orke å le godt kreves det en viss fysisk helse, blant annet at man ikke har sterke smerter. Det kreves dessuten at man ikke er utsatt for mange stressende faktorer, ikke er i krise eller er dypt deprimert. Dermed utelukkes flere pasienter fra i det hele tatt å kunne "ta imot" humor som en smertelindrende faktor, og målgruppen her innskrenkes til pasienter med moderate smerter og ingen eller en moderat depresjon. De kroniske smertene revmatiske pasienter opplever er oftest ikke uutholdelig sterke, og bruk av humor ovenfor dem ser dermed ut til å være relevant.

Mange revmatiske pasienter får muskelspenninger på grunn av de kroniske smertene. Latter kan virke dempende på muskelspenninger, noe som igjen kan dempe smerter. Jeg har ikke noe forskningsbasert grunnlag for denne påstanden, men både Moe (2002) og Holden (u.å.) argumenterer for dette.

## **4.2 Psykologisk effekt av humor**

Da jeg leste om latter og humor i min leting etter svar på problemstillingen så jeg raskt at humor også hadde innvirkning på psyken, og da spesielt på depresjon. Ut ifra punkt 2.1.2 er depresjon en av de vanligste følgene ved kroniske smerter. Det er dermed sannsynlig at flere revmatiske pasienter er deprimerte. Både Moe (2002) og Svebak (2000) poengterer at en deprimert pasient vil føle smerte i større grad enn en som ikke er deprimert.

Sykepleiers smertelindrende oppgave blir derfor sentral i det å dempe en depresjon. Dette krever et helhetlig syn på pasienten, og ikke bare fokus på de fysiske smertene. Som Travlebee (1999) mener kreves det av sykepleier at hun har en dyp menneskelig forståelse for pasienten hvis et menneske-til-menneske-forhold skal oppnås. Jeg vil tro at jo bedre man blir

kjent med pasienten, jo dypere blir innsikten i de individuelle behovene den aktuelle pasienten måtte ha. Det blir dermed sentralt å kjenne pasienten for å gi riktig pleie og smertelindring.

Humor kan både dempe en depresjon og dempe faren for å bli deprimert, noe undersøkelsen til Svebak m.fl. (2006) og flere argumenter under punkt 3.2.2 viser. Det kan se ut til at humor og humoristisk sans nærmest har en egen "kraft" til å utholde sykdom og påkjenninger. Den gir en positiv vinkling til en situasjon, og er derfor en positiv måte å takle påkjenninger på.

Dean (2002) og Olsson m.fl. (2000) påpeker at bruk av morbid humor for å takle vanskeligheter ser ut til å være normalt blant pasienter og helsepersonell. Begge grupper utsettes for forskjellige typer stressorer, og slik jeg ser det er det mye bedre å bruke slik humor enn å ikke få utløp for sine tanker og følelser. Humor kan også brukes til å skjule følelser, noe blant annet studien til Åstedt-Kurki m.fl. (2001) viser. Dette er nok ikke fullt så heldig når pasienten er under stress, da han antagelig hadde hatt best av å få utløp for følelsene.

Sykepleier kan ikke, og skal heller ikke, "bestemme" hva pasienten skal bruke humoren til. Gjør hun det vil jeg tro hun ikke følger de etiske retningslinjene, og kan virke respektløs ovenfor pasienten.

Fra egne erfaringer har jeg sett at et godt humør ofte følges av humoristisk sans. De pasientene som har mye av dette kan se ut til å møte motgang bedre. Med "bedre" mener jeg "på en mer positiv måte", samt mindre sannsynlighet for å bli deprimerte.

Ifølge Svebak m.fl. (2006) er humoristisk sans helt sentralt for å takle påkjenninger på en best mulig måte. Flere forfattere ser ut til å være enige i dette, men da fenomenet humoristisk sans er svært individuelt mener jeg det er vanskelig å måle. Likevel sier jeg meg enig i dette argumentet på grunnlag av erfaringene nevnt ovenfor.

Det kan muligens være enklere for sykepleier å bruke humor ovenfor en pasient som selv bruker humor, da det er lett å tro at "slike" pasienter ikke er like følsomme for å bli såret av en spøk. Facente (2006) mener det er trygt å bruke humor hvis pasienten selv gjør det. Det kan nok være mye sant i dette, men jeg vil likevel tro at disse pasientene kan være like sensitive ovenfor bruk av humor som alle andre. Sykepleierens respekt og empati bør derfor stå i forsetet uansett.

### **4.3 Smertelindring og avledning**

Først og fremst vil jeg påpeke sykepleierens viktige funksjon i å tro på pasientens smerter, og det å vise at hun virkelig bryr seg om pasienten. Både McCaffey & Beebe (2001) og Travelbee (1999) poengterer nettopp dette. Velger sykepleieren å være tvilende til pasientens smerteopplevelse kan det føre til at pasientens smerter øker, og smertelindring blir enda vanskeligere å oppnå. Derfor er gode holdninger og et tett samarbeid med pasienten helt sentralt ovenfor pasienter med smerter.

Mange forbinder smertelindring med medikamenter, kanskje i størst grad i praksis da det kan se ut til å være liten bruk av ikke-medikamentell smertelindring. Humor kan altså være en form for ikke-medikamentell behandling.

Jeg mener humor bør brukes hånd-i-hånd med medikamentell smertelindring, med mindre pasienten og legen samarbeider om å bruke humor alene. Cousins (1979) er et eksempel på nettopp dette sistnevnte, da han valgte å stole på humoristisk avledning og c-vitaminer som eneste ”medisin”.

McGhee (1998) viser også til en studie der trekvart av subjektene mente at latter kan erstatte en smertelindrende pille. Spørsmål til dette funnet vil være om latter kan erstatte all form for smerte, uansett intensitet og varighet. Forfatteren skriver at erstatningen gjelder kun ”noen ganger”, og det blir derfor nærliggende å tro at det kun er ved moderate smerter. Cousins (1979) hadde sterke, kroniske smerter da han valgte å trappe ned på medisinene. Hans situasjon var kanskje litt spesiell i forhold til ”den allmenne hop”, da han hadde en enorm motivasjonsfaktor for å bli frisk. Han ble dessuten allergisk av medikamentene, noe som også kan ha motivert han til å kutte dem ut.

Det er altså mange faktorer som spiller inn på opplevelsen av smerte og humor, og det finnes ikke noe fasitsvar på hvordan humor påvirker smerter. Faktorer som påvirker opplevelse av både smerter og humor kan være pasientens situasjon, psykiske helse, lengden på latterutbruddet og evnen til å ta et humoristisk poeng.

Humor kan altså brukes både via avledning og i et samspill mellom to eller flere mennesker. Jeg ser en viss relasjon mellom disse to faktorene: er ikke en samtale en type avledning? Hvis man snakker om noe morsomt, får ikke da pasienten tankene vekk fra sin egen sykdom og smerte? Kommunikasjon *kan* altså være avledning, under forutsetning av at pasienten får tankene på noe annet.

Er det kun *humoristisk* avledning som virker smertelindrende, eller har *all* avledning denne effekten? Avledning av ikke-humoristiske filmer kan også gi positive effekter, så lenge den oppfattes som underholdene av mottakeren. Stuber m.fl. (2007) henviser til studier av voksne der det er vist en økt smertetoleranse under filmavledning, uansett om filmen var morsom, trist eller skremmende. Andre forfattere har delte meninger om dette.

Ifølge et par av undersøkelsene under punkt 3.2.1 og 3.2.3 ser det ut til at avledning av en morsom film øker smertetoleransen, samt at dette utskiller endorfiner. Derfor vil jeg legge til at humoristisk avledning som gir latter sannsynligvis har en større smertelindrende effekt under avledningssekvensen og en stund etterpå, enn en ikke-humoristisk avledning.

McCaffery & Beebe (2001) er noe skeptisk til avledning som smertelindrende alternativ, da de mener dette kan gjøre pasienten passiv og avhengig av andre. Dette er et godt poeng. Likevel vil jeg se det i forhold til svake pasienter innlagt på sykehus: hvis deres eneste mulighet til underholdning som kan få dem til å le er å se en morsom film synes jeg de skal få lov til det. Jeg vil tro det gagnar helsa i større grad enn akkurat den avhengigheten dette bringer med seg.

#### **4.4 Tilrettelegging på sykehus**

Under punkt 3.3.1 beskrives det humoristiske, materielle ting som skal bedre pasientenes helse. Det skal altså øke pasientens tilgang på humor, og dermed øke de positive faktorene ved humor og latter som nevnt under punkt 4.1 og 4.2. Ved å tilrettelegge et humormom eller en humortralle kan man altså, til og med uten pasientens viten, lindre hans smerter. Slike tiltak ser ut til å høste gode kritikker, og dette blir stadig mer populært verden over. Det kan foreløpig se ut til at USA er et foregangsland i så måte, der det også er prøvd ut klovner, musikere og skuespillere.

Innholdet i humortralle og på humormommene består av blant annet leker, filmer, tegneserier og spill. Dette avleder pasientens oppmerksomhet på noe morsomt og spennende, det samme gjør de innleide/ansatte artistene. Sammenhengen til det smertelindrende perspektivet kommer altså fram her også, da avledning ser ut til å virke lindrende. Om ikke det skulle lindre vil det i hvert fall få pasientens tanker på noe annet enn sykdommen, noe

blant andre pasientene i undersøkelsen til Åstedt-Kurki m.fl. (2001) mente var godt. Opplevs det godt for pasienten vil det gi håp og mot, og fremme helse, ifølge Rustøen (2004).

Tiltak som stiller visse økonomiske krav, slik de ovennevnte, er det en ledelse som må ta standpunkt til. Det kan dessuten være enklere å underholde et barn enn en voksen, og det stiller forskjellige krav til utstyr.

Et dilemma som kan oppstå på et tomannsrom er når den ene ønsker å se en komisk film og romkameraten ikke orker denne distraksjonen. Dette dilemmaet opplevde Cousins (1979) før han fikk hotellrom. Sykehusets hotell har begrenset med rom, likeså er antallet enerom på sykehusavdelingene. Den beste løsningen er muligens å ha både humorrom og dvd-spiller på hvert rom, slik at det er mulig å imøtekomme flest mulig ønsker.

Jeg stiller meg spørrende til om sykehus er det beste stedet for en syk person. I mine praksisperioder på sykehus, og via egne erfaringer som pasient, har jeg lagt merke til en lite næringsrik kost og kalde vegger. Både Cousins (1979) og Holden (u.å.) poengterer nettopp dette, og nevner at pasienter kanskje bare blir verre av å ligge på sykehus. Cousins var så heldig å få flytte på et hotellrom etter en liten stund. Dermed var kanskje dette også en av faktorene som fikk han så frisk igjen?

Relevansen til min problemstilling kan synes lav i forhold til dette, men selv ser jeg en viss sammenheng med det å ha det fint rundt seg og god mat, og det å kunne ha humoristisk sans. Hvis man mistrives vil jeg tro dette påvirker evnen til å se det morsomme i en situasjon.

Dean (2002) observerte at avdelingen ble pyntet med farger og at helsepersonellet ga pasientene morsomme ting. Kanskje skal det ikke så mye til å glede en pasient, da vedkommende antageligvis ikke forventer så mange overraskelser.

Hvor mye humor blir brukt av sykepleiere på sykehus? Ut ifra egen praksis og observasjoner har jeg sett at humor blir brukt, om enn i små og forsiktige doser. Jeg tror en skal lete lenge før en hører et skikkelig latterutbrudd i sykehuskorridorene. I Deans (2002) undersøkelse viste det seg at helsepersonell var usikre på hvordan humor ville bli mottatt av pasientene. Det kan se ut til at helsepersonell er redde for å skade pasienten på noen måte med spøkene sine, eller for å virke uprofesjonelle hvis de er "for" humorfylte.

I et par av undersøkelsene under punkt 3.3.3 ser det ut til at pasientene oppfatter liten bruk av humor, og uttrykker at de savner mer humor. Dette kan henge sammen med en redusert



evne til å ta et humoristisk poeng på grunn av deres stressende situasjon. Men det ser altså ut til at humor ikke brukes i overflod på en del sykehus.

Undersøkelser og argumenter viser en overveiende positiv innstilling til bruk av humor blant helsepersonell og pasienter, og undersøkelsen til Åstedt-Kurki m.fl.(2001) viser at de sykepleierne som bruker mye humor er populære blant pasientene.

#### **4.5 Bruk av humor i relasjoner**

Humor er en form for samhandling i en relasjon, i denne sammenheng mellom pasient og sykepleier. Dermed stilles det krav til hvordan denne samhandlingen utføres.

Med utgangspunkt i punkt 3.3.3 ser jeg at humor kan styrke relasjonen mellom pasient og sykepleier. Dette tror jeg blant annet kan begrunnes i at pasientene kan føle det enklere å åpne seg til en sykepleier som bruker humor. Men hvorfor vil pasienten føle det slik? Kanskje humor hjelper pasienten i å uttrykke følelser og si sin mening, eller kanskje humor demper et maktskille som gjør pasient og sykepleier likestilte. Ut ifra teorien ser det ut til å være noe av begge disse faktorene, og Åstedt-Kurki m.fl. (2001) skriver at humor kan gi pasientene et positivt perspektiv på en vanskelig situasjon. Humor blir altså forbundet med noe positivt, og dermed er det enklere å forstå at sykepleiere som er humoristiske oppfattes som positive og blir mer populære.

Vel å merke kan humor også brukes på en negativ måte: til å skjule frykt eller nedverdige andre. Det er ikke mye sykepleieren kan gjøre med dette hvis pasienten velger å bruke humor på denne måten, men sykepleieren skal helt klart unngå slik bruk selv.

Sykepleiere er under et visst tidspress, noe som kan gå ut over hennes personlige sans for humor. Det kan være lett for at alvoret og arbeidsoppgavene tar over fokuset, og at humor, latter og ”glimt i øyet” blir glemt. Med dette vil jeg påstå at en da kanskje glemmer pasienten litt også. Sykepleier skal fremme pasientens helse, noe jeg mener innebærer å oppmuntre og glede pasienten. Selv under prosedyrer eller stell skal det være mulig å kunne bruke humor. Selv har jeg observert bruk av vennlig humor, vennlig galgenhumor og selvironi under slike omstendigheter – med god tilbakemelding.

Men hva skal sykepleier basere sin humorbruk på? Dean (2002) så i sine observasjoner at det er få sykepleiere som bruker humor bevisst, i så fall er det med bakgrunn i intuisjon og erfaringsbasert kunnskap. Åstedt-Kurki m.fl. (2001) fremhever også intuisjonens betydning, mens Travelbee (1999) derimot mener at bruk av intuisjon bør unngås i et menneske-til-menneske-forhold. Det er ikke gitt at det Dean observerte er riktig å gjøre, og jeg ville ikke støttet meg fullt og helt til min intuisjon.

Som det nevnes i punkt 3.3.2, 3.3.3 og 3.3.5 bør respekt, håp, fornuft, kunnskap, empati, selvinnsikt og kjennskap til pasienten først og fremst ligge til grunn. Sykepleier bør altså kjenne både seg selv og pasienten, samt ha gode verdier. Dette mener jeg er det beste grunnlaget for bruk av humor.

Det etiske perspektivet berøres av mange forfattere og i undersøkelser. I besvarelsene til både Dean (2002), Olsson m.fl. (2000) og Åstedt-Kurki m.fl. (2001) sier pasienter og helsepersonell at det er greit å bruke humor – så lenge den brukes med respekt og forsiktighet. Sykepleier bør ha en sensitivitet for pasientens mottakelighet og personlighet. Flere forfattere påpeker at det går an å ta en liten, forsiktig spøk som en ”stikkprøve” for å finne ut pasientens forhold til humor. Det sikreste for å unngå krenkelse kan være å snakke åpent med pasienten om humorbruk, noe som kan kartlegge om pasienten bruker mye humor selv og om han synes det er greit at helsepersonell bruker det.

Seljeskog (1996) påpeker at verdier er grunnlaget for våre handlinger, deriblant humor og glede. Dette tolker jeg som at sykepleier vil gjenspeile sitt verdigrunnlag hvis hun bruker humor. Dermed blir sykepleierens verdier helt sentrale i forhold til bruk av humor. De etiske retningslinjene sier dessuten at sykepleieres grunnlag skal være respekt for enkeltmennesket, og da regner jeg med dette gjelder uansett om man bruker humor eller ei.

## 4.6 Når og hvordan?

For å få svar på min problemstilling var jeg nødt til å se litt på dette med tid og sted for bruk av humor. Tid og sted er faktorer som er umulige å unngå: det er alltid en tid (nå er for eksempel nå) og det som skjer, skjer alltid på et sted. Skal sykepleier i det hele tatt bruke humor er hun derfor nødt til å ta hensyn til disse faktorene.

Jeg vil tro at sykepleier aldri kan være 100% trygg på at hennes humoristiske poeng vil bli godt mottatt. Derfor bør hun i det minste vite hvilke situasjoner hun skal unngå å bruke humor i. Flere av forfatterne jeg har nevnt under punkt 3.3.4 påpeker viktigheten av dette med å bruke rett humor i rett situasjon.

Er en pasient i krise, har sterke smerter, høyt angstnivå eller ønsker å snakke om et følsomt og viktig tema skal humor unngås. Sykepleier skal selvfølgelig heller aldri le av en pasient, men vise tydelig at hun ler *med*.

Det ser ut til at sarkasme, spøker som dreier seg om utenlandsk bakgrunn, skadefryd og hån definitivt bør unngås. Både Dean (2002), Sundby (2002) og Svebak (2000) fremsetter vennlig humor som den tryggeste formen for humor. Av egen erfaring er det denne humortypen jeg har observert og brukt mest, og det så ut til at dette alltid ble godt mottatt.

Sundby (2002) er muligens litt frimodig i forhold til hva andre forfattere anbefaler, og mener vennlig galgenhumor og ironi kan brukes hvis den "kvalitetssikres". Han mener også situasjonstragikomikk og selvironi kan brukes, da dette kan utjevne maktforholdet mellom sykepleier og pasient. Her sier jeg meg enig i Sundby, da jeg tror selvironi viser en form for ydmykhet fordi man ikke tar seg selv så høytidelig. Bruk av vennlig galgenhumor tror jeg kan føles lettende for en del pasienter som føler sykdom svært tyngende. Men, som all humor, er det individuelle forskjeller her også, slik at sykepleier må "trå" forsiktig med slik humor.

Jeg har ikke funnet noen kontraindikasjoner på at humor ikke kan brukes ovenfor revmatiske pasienter med kroniske, moderate smerter. Moe (2002) mener humor kan brukes med stor fordel ovenfor kroniske smerter, og Gregersen (2005) hevder avledning er heldig for revmatiske pasienter.

Evnen til å ta et humoristisk poeng kan synke ved sykehusinnleggelse eller ved en dyp depresjon, noe sykepleier bør ha forståelse for. En dyp depresjon oppstår gjerne sammen med en krise, og sykepleier skal dermed unngå bruk av humor i slike situasjoner. Sundby (2002)

mener humor er viktig i en mild eller moderat depresjon så lenge virkelighetsforståelsen er til stede, da dette kan virke følelsesforløsende.

McGhee (1998) mener humor kan gi sykehuspasienten økt kontroll over situasjonen, og jeg tror økt kontroll kan føre til håp og et bedre sykehusopphold. Både Cousins (1979) og Rustøen (2004) fremsetter håpet som svært betydningsfullt for pasienten. Ut ifra dette mener jeg derfor at bruk av humor gir økt kontroll, håp og en redusert grad av depresjon.

## 5 Avslutning

Mange pasienter med revmatiske sykdommer har kroniske smerter, noe som kan føre med seg blant annet muskelspenninger og depresjon. Får denne pasientgruppen redusert sine smerter ved hjelp av humor vil både aktivitetsnivået og gleden øke, og livskvaliteten blir dermed hevet.

Latter og humor har, i et sammenfallende perspektiv, følgende positive effekter for pasienter med revmatiske sykdommer:

- forebygger og demper depresjon
- løser opp muskelspenninger
- lindrer smerter
- gir velbehag og glede
- gir positive perspektiver ved påkjenninger (som sykdom og sykehusinnleggelse)

Det er hovedsakelig pasienter med lette til moderate smerter som er målgruppen, da en skal unngå å bruke humor ovenfor pasienter med sterke smerter. Humor bør antageligvis ikke brukes som smertelindring alene, men det kan redusere behovet for smertelindrende medikamenter.

Humor har stort sett blitt godt mottatt av sykehuspasienter, og de fleste mener det er greit at sykepleiere bruker humor på sykehus. Humor kan styrke relasjonen mellom sykepleier og pasient, hjelpe pasienten til å få ut følelser og gi han beskyttelse og kontroll.

Humoristisk avledning og latter ser ut til å ha en smertelindrende effekt både før, under og etter avledningssekvensen. Sykepleier kan anbefale morsomme filmer, vitsebøker eller spill til pasienten, og gjerne presentere de positive faktorene humor kan bringe med seg. Og har avdelingen mulighet til å leie inn klovner eller skuespillere vil dette også avlede pasientens tanker vekk fra sykdommen og smertene for en kortere eller lengre periode.

Jeg ser at det kan være vanskelig å ha humoristisk sans ved sykehusinnleggelse og ved kroniske smerter, men det er nettopp i slike tilfeller sykepleierens bruk av humor eller tilbud om avledning kan komme til nytte.

*Men: kan sykepleier bruke humor som smertelindrende faktor ovenfor pasienter med revmatiske smerter? Ut ifra at latter ser ut til å lindre smerte, humoristisk avledning hever smertetoleransen og humor styrker relasjonen mellom sykepleier og pasient er svaret mitt ”ja”.*

Men skal humor ha noen positiv effekt kreves det at sykepleieren ikke krenker pasientens verdighet. Hun bør derfor kjenne pasienten, ha respekt for han, og bruke fornuft og empati i all kommunikasjon.

Det kreves en dyp forståelse av pasienten fra sykepleierens side for at hun skal kunne bruke seg selv terapeutisk, og jeg tror derfor humor og alvor bør gå hånd-i-hånd. Med dette fremhever jeg sykepleierens oppgave i å ta pasienten på alvor: møte hans smerter med forståelse, lytte til hans ønsker og tanker og være der for han. Skal sykepleiere bruke humor mener jeg dette alvoret bør ligge til grunn, ellers vil ikke humoren nå fram. Den vil dermed miste sin positive effekt.

Det er individuelle forskjeller i smerteopplevelsen, og jeg tror det vil være like individuelt om humor virker lindrende eller ei. Derfor er ikke humor en garanti som smertelindrende faktor.

Jeg savner mer forskning på humor i forhold til kroniske smerter. Tar man utgangspunkt i at pasienten har nedsatt endorfinutskillelse (som man kan få ved kroniske smerter), samt viten om at smerten vil komme igjen, vil jeg tro dette kan øke smerteopplevelsen. Dermed er nok ikke smerteopplevelsen helt den samme som ved akutte smerter, og evnen til å se humoristisk på en situasjon vil muligens påvirkes.

Via denne studien har jeg blitt overrasket over de mange positive faktorene humor og latter ser ut til å ha, og jeg vil nok bli mer bevisst på bruk av humor i min praksis. Personlig har jeg nå en enda sterkere tro på humorens, latterens og humørets helbredende virkning enn jeg hadde tidligere, og ser gjerne at det fokuseres mer på dette i norske sykehus.

## 6 Litteraturliste

Allen, S. M. (2005) Endorfiner – kroppens eget rusmiddel. **Helsenytt for alle**, 22.08.05  
[Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.helsenytt.no/artikler/endorfiner.htm> [lest 26.02.08]

Almås, H., Valand, E., Bilicz, J. A. & Berntzen, H. (2005) ”Sykepleie til pasienter med smerter”, I: **Klinisk sykepleie 1**, red. Hallbjørg Almås, s. 65-114. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bluehr, S., Carlson, C.R., Wilson, J.F., Norton, J.A., Colclough, G., Brady, M.J., Sherman, J.J. & McCubbin, J.A. (1996) Psychological coping with acute pain: An examination of the role og endogenous opioid mechanisms. **Journal of Behavioral Medicine**, Nr. 19, s. 129-142.

Cousins, N. (1979) **Anatomy of an illness**, New York, Norton.

Dalland, O. (2001) **Metode og oppgaveskriving for studenter**, 3. utgave, Oslo Gyldendal Akademisk.

Dean, R. A. (2003) **Transforming the moment: humor and laughter in palliative care**. Doktorgradsoppgave, The University of Manitoba, Canada.

Dysthe, O., Hertzberg, F. & Hoel, T. L. (2003) **Skrive for å lære**, Oslo, Abstrakt forlag AS.

Facente, A. (2006) Humor in health care: Irreverent or invaluable? Learn how laughter can improve your patient’s outlook and possibly his outcome. **Hospital Nursing**, nr 4.  
Tilgjengelig fra ProQuest [lest 09.01]

Gregersen, A. G.(2005) Sykepleie til pasienter med revmatiske sykdommer, I: **Klinisk Sykepleie 2**, red. Hallbjørg Almås, s.711-743. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Holden, R. (u.å.) ”Latter, den beste medisin” og ”Humor, lykke og helse”, I: **Latter – din beste medisin**, s. 33-82. Hammersmith, Harper Collins Publishers Ltd.

Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1998) **Metodevalg og metodebruk**, Forfatterne og TANO AS

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2006) **Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode**, 3. utgave, Oslo, Abstrakt Forlag AS.

Langhammer, B. (2003) *Litteraturstudie metode*, Powerpointpresentasjon. [Internett]  
Tilgjengelig fra: <http://www.hf.hio.no/tverrfaglig/TM-Veks-3/Ressursforelesninger/LanghammerIII.ppt> [lest 29.01.08]

Lantz, G. & Siitonen, E. (2002) ”Humor i sykepleien”. I: **Humor og helse – i teori og praksis 2**, red. Stein Tyrdal, s. 185-195. Oslo, Kommuneforlaget AS.

McCaffery, M. & Beebe, A. (2001), **Smerter**, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

McGhee, P. (1998) RX: Laughter. **RN Magazine**, nr.7, s. 50-54.

Moe, N. (2002) ”Smerte og humor”, I: **Humor og helse – i teori og praksis 2**, red. Stein Tyrdal, s. 79-96. Oslo, Kommuneforlaget AS.

Norsk Sykepleierforbund (2007). **Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere** [Internett]  
Tilgjengelig fra:  
<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/Norsk%20Sykepleierforbunds%20NSFs%20Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf> [lest 05.02.08]

Olsson, H., Koch, M., Backe, H., & Sörensen, S. (2000) Nursing and humour – an exploratory study in Sweden. **Vård i Norden**, nr 1, s. 42-45.

Palmgren, G. (2003), Hormoner gjør kvinner hardhudet. **Illustrert Vitenskap**, Nr. 11, s.60-61.

Rustøen, T. (2004), **Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?** Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.



Sand, O., Sjaastad, Ø. & Haug, E. (2006) **Menneskekroppen**, Oslo, Gyldendal Akademisk.

Seljeskog, I. (1996) **Etikken viser vei**, Kristiansand S., Høyskoleforlaget AS.

Svebak, S. (2000) ”Slagord inspirerer, men bør vi tro på dem?” og ”Sans for humor og mestring av smerte”, I: **Forlenger en god latter livet?**, s. 15-24 og s. 121-138. Bergen, Fagbokforlaget.

Svebak, S., Kristoffersen, B. og Aasarød, K. (2006) Sense of humor and survival among a county cohort of patients with end-stage renal failure: a two-year prospective study. **International Journey of Psychiatry in Medicine**, Vol. 36 (3), s. 269-281. Tilgjengelig fra: ProQuest [lest 09.01.08]

Sundby, E. (2002) ”Humor og depresjon”, I: **Humor og helse – i teori og praksis 2**, red. Stein Tyrdal, s. 121-128. Oslo, Kommuneforlaget AS.

Stuber, M., Hilber, Sherry D., Mintzer, L. L., Castaneda, M., Glover, D. & Zeltzer, L. (2007) **Laughter, humor and pain perception in children: A pilot study**, 5 sider. Los Angeles, Semel Institute at UCLA.

The American Physiological Society (2006). **Maybe laughter really is the best medicine, and it's prophylactic!** [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.the-aps.org/press/conference/eb06/10.htm> [lest 08.02.08]

Torstensen, T. (u.å.) *Dosert trening – smertebehandling*, Holteninstituttet, Powerpointpresentasjon. [Internett] Tilgjengelig fra: [http://www.holteninstitute.com/media/pdf/\(6\)%20Dosert%20trening%20som%20smerteb,%20Osort%20hvit.pdf](http://www.holteninstitute.com/media/pdf/(6)%20Dosert%20trening%20som%20smerteb,%20Osort%20hvit.pdf) [lest 25.02.08]

Travelbee, J. (1999) ”Hva er sykepleie” og ”Menneske-til-menneske-forholdet”, I: **Mellommenneskelige forhold**, s. 29-50 og s. 171-218. Oslo, Universitetsforlaget.

Tyrdal, S. (2002), "Humor i kommunikasjon", I: **Humor og helse – i teori og praksis 2**, red. Stein Tyrdal, s. 53-63. Oslo, Kommuneforlaget AS.

Åstedt-Kurki, P., Isola, A., Tammentie, T., & Kervinen, U. (2001) Importance of humour to client-nurse relationships and client's well-being. **International journal of nursing practice**, Nr. 2, s. 119-125.