



Institutt for helse og omsorgsfag

## **Er humoren tilfeldig?**

-Operasjonssykepleieres erfaringer med bruk av humor rettet mot operasjonspasienter

13465 ord

Ingvill Goos

Master i operasjonssykepleie, SYP-3902

November 2020

#### Bakgrunn:

Humor er et fenomen som brukes av de fleste mennesker verden over. Det å bruke humor på riktig måte i interaksjon med pasienter, gjør at det settes i gang reaksjoner som er positive både på det fysiske og det kognitive plan.

#### Hensikt:

Hensikten med oppgaven var å se på om bruken av humor når operasjonspasientene kom på operasjonsstuen og møtte operasjonssykepleierne. om sykepleierne brukte humoren bevisst eller ubevisst.

#### Metode:

Det er i oppgaven brukt semistrukturert livsverden-intervju som metode. Data bygde på tre intervjuer av operasjonssykepleiere. Det er brukt en tematisk strukturell analysemetode for å finne frem til temaer som diskusjonen bygger på.

#### Funn:

Analysen av empirien resulterte hovedtemaer som kommunikasjon, observasjon, erfaring med bruk av humor og upassende/ufrivillig humor.

#### Konklusjon:

Konklusjonen viser at humor brukt rett kan være en måte å skape tillit mellom en operasjonspasient og en operasjonssykepleier. Humor hjelper operasjonspasienter å finne mening en stresset situasjon. Det kan være en inngangsport for god kommunikasjon som er viktig når møtene er preget av dårlig tid. Videre viser undersøkelsen på et generelt plan, at humor kan være en brobygger mellom den som mottar og den som gir hjelp.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
2	Operasjonssykepleiernes historie og funksjonsområde.....	3
2.1	Hensikt med oppgaven og avgrensning.....	4
2.2	Forskningsspørsmål og problemstilling.....	4
3	Tidligere forskning .....	5
4	Operasjonspasienten.....	7
5	Humor.....	8
5.1	Sans for humor.....	9
5.2	Teorier om humor .....	10
5.3	Effekt av humor .....	10
5.4	Humorens grenser.....	11
6	Teoretisk tilnærming .....	12
6.1	Kommunikasjon.....	12
6.2	Stress og mestring.....	14
6.3	Tillit .....	14
6.4	Å sanse.....	15
7	Metode.....	16
7.1	Utvalg .....	16
7.2	Analyse .....	17
7.3	Intervju.....	19
7.4	Intervjuguide.....	20
7.5	Transkribering .....	21
7.6	Etikk.....	22
7.7	Metodedrøfting .....	23
8	Presentasjon av funn.....	25

8.1	Verbal kommunikasjon.....	25
8.2	Non-verbal kommunikasjon .....	26
8.3	Erfaring med bruk av humor .....	27
8.4	Bevisst eller ubevisst bruk av humor.....	27
8.5	Upassende og ufrivillig humor .....	28
9	Diskusjon/drøfting.....	30
9.1	Den verbale kommunikasjonen .....	30
9.2	Non-verbal kommunikasjon .....	31
9.3	Er det bevisst eller ubevisst bruk av humor? Erfaring med bruk av humor .....	34
9.4	Upassende eller ufrivillig humor .....	38
10	Konklusjon .....	39
	Referanseliste .....	41
	Vedlegg .....	43

# Forord

Ja! Puha! Håper et onomatopoetikon er tillatt i oppgaven min. For det er slik jeg føler meg nå. Både ja! Og puha! Endelig er jeg kommet i mål med masteroppgaven i operasjonssykepleie. Det siste året har vært en spennende tid, med skriving og ny jobb. Men det har vært lærerikt og spennende, tidvis ganske krevende, men med humor klarer man de fleste bragder.

Jeg vil gjerne takke min dyktige veileder Jan-Thore Lockertsen for at du veiledet meg trygt gjennom denne prosessen. Du har lært meg masse og jeg takker for din tålmodighet. Jeg vil også takke min gode venninne Sissel Fagerheim, som har lest korrektur og sørget for at jeg aldri igjen blir å glemme punktum etter en referanse. Og tusen takk til informantene som stilte opp til intervju.

Tusen takk til mine kjære barn som har heiet på meg gjennom hele perioden, dere er gull verdt. Sender også en takk til familie, venner og kollegaer som har hørt på min masing om oppgave her og oppgave der. Nå er det slutt.

Harstad, oktober 2020

Ingvill Goos

# 1 Innledning

Det blir årlig utført flere tusen operasjoner ved UNN, universitetssykehuset Nord-Norge. Ved et kirurgisk inngrep er ofte det første møtet mellom en operasjonspasient og en operasjonssykepleier når pasienten ankommer operasjonsavdelingen. Disse møtene er korte og preges av liten tid. Dette fordrer at operasjonssykepleieren ivaretar møtene godt, slik at tillit og trygghet skapes.

Humor er brukt i sykepleien over flere hundreår. The Daughters of Charity of St. Vincent de Paul, en kvinnelige sykepleierorden underlagt den katolske kirke og ble grunnlagt i 1633 av presten St. Vincent de Paul. De startet utdanningen av sykepleiere i 1642, og hadde på slutten av 1700-tallet overtatt sykepleien ved de fleste sykehusene i Frankrike. Munterhet var en av de grunnleggende tilnærmingene i sykepleie fra begynnelsen av utdanningen. Søstrene ble oppfordret til å hilse på de syke med «a modest gaiety», en «passende» munterhet.

Pasienter som skal til en operasjon, beskriver følelser som angst, stress, usikkerhet og mangel på kontroll (Hankela & Kiikkala, 1996; Travelbee, 2001, s. 236 og 267). Disse følelsene kan ha negative konsekvenser for operasjonspasienten som for eksempel postoperative sårinfeksjoner og økte smerter (Buxman, 2008).

Som operasjonssykepleiere skal vi bidra til at pasientene føler de mestrer situasjonen, for selv små operasjoner kan virke overveldende. Bruk av humor har vist seg å være en faktor som kan være med på å redusere stress og øke tilliten mellom pasient og sykepleier slik at følelsen av mestring øker (Sousa et al., 2019). Humor er en viktig del av det relasjonelle mellom mennesker, og kan, hvis det brukes på rett måte, øke tillit, men brukt feil, kan det føre til at pasienten mister tilliten. Humor som fenomen er brukt av mennesker i alle aldre, uavhengig av bakgrunn og etnisitet, alder og personlighet.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Humor er en naturlig del av mitt liv. Jeg bruker det daglig i uformelle møter, og jeg bruker det i mer formelle sammenhenger, som for eksempel på jobben. Jeg har jobbet som sykepleier på kirurgisk avdeling i elleve år, og har møtt mange forskjellige personer i ulik grad av redsel og engstelse for det som skal skje, eller det som har skjedd med dem. I slike situasjoner har jeg

ofte brukt humor, og min erfaring er at det for det meste er med positivt utfall. Under min videreutdanning i operasjonssykepleie observerte jeg i praksis at mange jeg jobbet sammen med brukte humor i møtet med operasjonspasientene. Tonen enkelte av operasjonssykepleierne klarte å etablere så raskt med pasientene, fikk meg til å undres. Jeg ønsket et innblikk i deres måte å bruke humor på, ble den brukt bevisst eller var det en ubevisst bruk? I min masteroppgave ønsker jeg derfor å undersøke operasjonssykepleieres erfaring med bruk av humor i møtet med operasjonspasienter, hvordan humoren kommer til uttrykk og om bruken er bevisst eller ubevisst.

## 2 Operasjonssykepleiernes historie og funksjonsområde

I Norge ble det utdannet sykepleiere fra andre halvdel av 1800-tallet. Disse hadde ansvar for pasientene både på sengepost samt at de bemannet operasjonssalene. Det var tre sykepleiere på operasjonssalene, en som utførte steril assistanse i såret, en som stod for narkosen, og en tredje som bistod sykepleieren i såret og de øvrige i operasjonsteamet, den såkalte gå-til-hånde sykepleieren (Lockertsen, 2009).

Fra 1920 ble operasjonsstuen skilt ut som egne enheter isolert fra sengepostene, og med fast personell som bare hadde sin tjeneste der. Fra å være i en avdeling som er kjent, og med sykepleiere som pasientene hadde etablert kontakt med over tid, ble operasjonspasientene nå overført til en avdeling som var lukket og fremmed. Møtet mellom operasjonssykepleier og operasjonspasient endret seg, det måtte skje raskt, i et forsert tempo. I dette spenningsfeltet, har vi som operasjonssykepleiere en begrenset del av kontinuiteten, så vi må ha kunnskaper og verktøy for å kunne etablere kontakt med pasienten på kort tid. Humor er et av verktøyene som kan gjøre denne overgangen lettere for operasjonspasienten.

«Operasjonssykepleie er et eget fagområde innenfor sykepleie» (Eide & Dåvøy, 2018). For å arbeide som operasjonssykepleier, må man ha en mastergrads- eller videreutdanning innen operasjonssykepleie. Utøvelsen av operasjonssykepleie er regulert i flere lover og forskrifter, blant annet lov om spesialisthelsetjeneste og forskrift til smittevernloven. Ansvarsområdet til en operasjonssykepleier spenner seg over flere fagområder som for eksempel smittevern, håndtering av kirurgisk utstyr, leiring, kommunikasjon, dokumentasjon, etikk og pasientsikkerhet samt veiledning og fagutvikling.

Den direkte pasientrettede funksjonen består i et mangfold av gjøremål før, under og etter et kirurgisk inngrep. Under et kirurgisk inngrep er det to operasjonssykepleiere til stede på operasjonsstuen for å kunne ivareta disse gjøremålene. Den ene operasjonssykepleieren er i steril bekledning og innehar den sterile funksjonen; å assistere og instrumentere kirurgen under inngrepet. Den andre funksjonen er den koordinerende funksjonen, hvis funksjon er å tilrettelegge for den sterile operasjonssykepleieren, dokumentere det som blir gjort på stuen, ta imot pasienten og leire, se til at de hygieniske prinsippene og sterilitet blir overholdt av teamet på operasjonsstuen og ellers være kontakt ut av stuen og mot resten av avdelingen.



## **2.1 Hensikt med oppgaven og avgrensning**

Hensikten med studien er å få en forståelse av operasjonssykepleiernes bruk av humor, om den er bevisst eller ubevisst, og hvordan dette kommer til uttrykk i møte med operasjonspasienten. Ved å sette søkelys på temaet, kan det føre til økt bevissthet rundt bruken av humor i møtet med operasjonspasientene, samt i møte med pasienter på andre avdelinger. Jeg håper min oppgave kan være et bidrag til økt forståelse og bevissthet rundt temaet humor i møte med pasienter.

Pasientene det refereres til i denne undersøkelsen, er voksne, kognitive friske og elektive operasjonspasienter i generell, regional eller lokal anestesi. Humoren det rettes fokus mot, er mellom operasjonssykepleier og operasjonspasient, det sees ikke på humor innad i teamet på operasjonsstuen. Jeg kommer ikke inn på pasienter fra det mangfoldet vi har av ulike kulturer i landet, eller barn.

## **2.2 Forskningsspørsmål og problemstilling**

Jeg undrer meg over om operasjonssykepleierne finner det hensiktsmessig å bruke humor og hvorvidt de anvender den bevisst eller ubevisst i forhold til pasienten på operasjonsstuen. På bakgrunn av denne undringen og mine egne erfaringer har jeg formulert følgende problemstilling:

*Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med bruk av humor i møtet med operasjonspasientene?*

### 3 Tidligere forskning

For å finne fram til forskning om bruk av humor, har jeg brukt ulike databaser som SveMed+, Cinahl og PubMed. Jeg har søkt på universitetsbiblioteket sin søkemotor Oria og sett i referanselistene til bøker og artikler. Jeg har brukt søkeord som humor, humour, laughter, jokes, nursing care og operation patient. Ved bruk av disse ordene har det kommet fram ulike artikler som jeg har valgt å bruke. Alle artiklene er fagfellevurdert. Artikler som er ekskludert av studien, er artikler som ikke er fagfellevurdert, som er av eldre årgang eller ikke aktuelle for problemstillingen. Hvis eldre artikler derimot er inkludert i studien, er det av årsaker som at de har en eksplisitt faglig tyngde, og fortsatt omhandler tema som er gjeldende og ikke har endret seg.

Det er gjort mange undersøkelser på viktigheten og fordelene av å bruke humor rettet mot pasienten. Sven Svebak, professor i medisin og psykologi, nå professor emeritus, har over 200 publikasjoner i nasjonale og internasjonale tidsskrifter, samt at han har utgitt flere bøker. Han lanserte i 2006 forskning hvor han konkluderte med at humor kan forlenge livet til dårlige pasienter. En av de viktigste egenskapene en omsorgsgiver kan være i besittelse av, er sans for humor. I studien så han og hans medforskere på sammenhengen mellom humoristiske sans og overlevelse, samt mestring av en livstruende sykdom. Informanter med kronisk nyresvikt gjennomførte spørreundersøkelsen. Informantene fylte ut et spørreskjema ved innleggelse, og skjemaet hadde blant annet spørsmål om kjønn, alder, utdanning, livskvalitet, samt sans for humor. Forskerne i studien var usikre på sammenhengen, men tror at humor påvirker stress og stresshormoner som igjen påvirker immunsystemet på en positiv måte (Svebak, Kristoffersen & Aasarød, 2006).

Humor kan bli brukt som beskyttelse når noe er vanskelig. En kvalitativ studie gjort i Sverige så på erfaringer med bruk av humor i helsevesenet og i sykepleien. Studien baserte seg på en spørreundersøkelse med spørreskjema, og utvalget bestod av åtte hundre personer fordelt på tre grupper: pasienter, ansatte i helsevesenet og en ekstern gruppe uten tilknytning til helsevesenet eller sykepleie. Forfatterne konkluderte med at humor ofte blir brukt som beskyttelse når noe blir vanskelig. De fant ut at humor ble oppfattet av informantene som en viktig egenskap da det kom frem i studien at å ikke være i besittelse av humoristisk sans, er noe som er vanskelig å innrømme. Det var det lettere å innrømme at man var i dårlig fysisk form eller hadde dårlig hukommelse (Olsson, Koch, Backe & Sørensen, 2000).

Førstelektor Kirsti Kvåle gjorde en undersøkelse som hadde til hensikt å se på pasienters opplevelse av hva som kjennetegnet en omsorgsfull sykepleier. I studien ble humor fremhevet av pasientene som viktig, og de ønsker at det skulle være latter og humor i avdelingen: «*Litt tull og tøys og fleip betyr mye*» (Kvåle, 2006).

Sousa et al. (2019) gjorde en undersøkelse som hadde til hensikt å se på hvilke faktorer som påvirket bruken av humor i sykepleien, om humor var anvendbar og hvilke fordeler humor har. Resultatene av undersøkelsen viser at humor bedrer kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient og at faktorer som personlighet, alder, kjønn, stressnivået og konteksten pasienten befant seg i, påvirket bruken av humor mellom en pasient og en sykepleier.

Hankela og Kiikkala (1996) gjorde en kvalitativ undersøkelse av operasjonspasienters forventninger til og erfaringer med operasjonssykepleiere. Forfatterne konkluderte i artikkelen med at det viktigste for opplevelsen til operasjonspasientene var hvordan de selv var i stand til å håndtere deres kirurgiske livsverden. Videre kom de fram til at operasjonssykepleiernes viktigste oppgave var å støtte og hjelpe operasjonspasientene med å håndtere det som skjedde på operasjonsstuen, og at bruk av humor hjalp pasientene med å håndtere dette.

Det som synes å være felles for forskningen nevnt over, er viktigheten av humor med tanke på den positive innvirkningen den har for relasjonen mellom pasienten og sykepleieren. Humor er en viktig ressurs for pasienten for å håndtere sykdom og pågående behandling. Humor påvirker mennesket på flere måter, det er en integrert del av mennesket og det påvirker både den som behandler og den som blir behandlet.

## 4 Operasjonspasienten

Det å komme til en operasjonsavdeling og inn på en operasjonsstue er for de aller fleste angstfullt og belastende. Flere faktorer påvirker angstfølelsen hos en operasjonspasient, for eksempel psykisk tilstand, tidligere erfaringer generelt og med helsevesenet spesielt. Tanken på å miste kontrollen over situasjonen, skaper økt angst og dermed stress. Hvordan en operasjonspasient tilpasser seg og håndterer pasientrollen, kan settes i sammenheng med blant annet alvorlighetsgraden av situasjonen. Fysiologisk stressrespons blir påvirket av fysiske, tankemessige og følelsesmessige faktorer. Angst kan lede til en stressreaksjon og også være en del av symptombildet (Bailey, 2010; Pritchard, 2009). Som vist under humorkapittelet, kan angst og stress også disponere for kirurgiske komplikasjoner.

## 5 Humor

Humor er et tema som har vært beskrevet siden Platons tid. Selve forståelsen av humor har variert gjennom tidene. Fra Platon som mente at latter var ondsinnet og at mennesket var uten selvkontroll hvis man lo, det å le var i seg selv et uttrykk for forakt (Moreall, 2016), til Hippokrates som skriver i sine tekster at en lege skal «...aldrig være i daarlig humør...» (Lærum, 2002).

Det er forsket mye på humor, men det er ingen konsensus om hva humor egentlig er. Vera M. Robinson er en psykiatrisk sykepleier og har tatt doktorgrad på temaet humor. Hun mener at begrepet humor er like komplekst som mennesket selv, og å definere humor er som å definere et verdensspråk, det er umulig. Hun mener humor må defineres sammen med kommunikasjon da begge parter må oppfatte kommunikasjonsprosessen som humoristisk (Robinson, 1991).

Humor forbindes ofte med noe positivt, den balanserer mellom å flørte med det komiske og det sørgelige. Denne ambivalensen kan både tiltrekke og frastøte, den kan være konstruktiv, men den kan også være destruktiv. Humor fremstår som et sammensatt, tvetydig og komplekst fenomen. Humor er en måte å uttrykke seg på, samtidig som den er noe man kan gjemme seg bak. Humoren er partikulær og individuell. Den skaper samhold og kan gi en positiv atmosfære. På den andre siden kreves det at humor utøves med forsiktighet og fintfølelse slik at pasienten ikke forulempes. Det hevdes videre ut ifra et sykepleievitenskaplig perspektiv, at humoren tilhører livet, og dermed også sykepleien. Den inkongruente humoren, lek med ord og ordspill, er den humoren som oftest benyttes i pleiesammenheng. Humor påvirker både mennesket som behandler og den som blir behandlet. Humor er en viktig ressurs for pasienten for å håndtere sykdom og pågående behandling. Det kan se ut til at humor er med på å styrke pasientens ressurser i møte med sykdom og i stressende situasjoner (Lantz & Siitonen, 2002).

Selve ordet humor betyr fuktighet, og kommer fra teorien om de fire kroppsvæskene som var sentrale i den greske medisinen. Når det ble ubalanse mellom disse væskene, ble personene syke. Nå er teorien forlengs avleggs, men ordet består fortsatt. Humor klassifiserer som enten positiv; at man ler med noen, eller som negativ; at man ler av noen. Den positive humoren skaper relasjoner og knytter mennesker sammen, mens den negative humoren kan gi negative følelser og skaper frustrasjoner. Humor kan være helsebringende hvis den er uten negativ virkning på den andre, den er en utmerket måte å styrke både pasientens fysiske og psykiske

status. Om pasienten ler og er i godt humør så synker risikoen for uro og stress, gir økt selvtillit og økt følelse at mestring (Buxman, 2008; Tyrdal, 2002e). Humor oppstår spontant, men samtidig er den ofte intensjonell, det vil si at aktørene bevisst prøver å skape noe humoristisk (Johnsen, 2002). Humor er et sosialt fenomen som kan knyttes opp mot følelser, mens humoristisk sans knyttes opp mot en persons personlige egenskap som kan utvikles (Svebak, 2000; Tyrdal, 2002e). Humor er også noe allmenngyldig, det er ikke knyttet til en spesiell profesjon eller rolle. Det er noe som ligger i oss mennesker, som en ferdighet, noe vi alle bruker i ulik grad.

Stein Tyrdal, overlege ved Oslo universitetssykehus med en doktorgrad i medisin, samt president for *Nordisk selskap for medisinsk humor*, en tittel han har hatt siden oppstarten i 1999. Tyrdal har skrevet to bøker om humor, hvor han i den ene boken refererer til Freud som så det samme som stressforskere ser i dag, at sans for humor er en ferdighet som kan hjelpe oss til å mestre blant annet stress som ofte kommer i forbindelse med et kirurgisk inngrep. Ved å bruke humor kan vi behandle opplevelsen slik at vi mestrer den bedre. Videre henviser han til Freud som mente at humor er et redskap som utløser undertrykte, ofte tabubelagte spenninger som de aggressive og seksuelle spenningene. Ved bruk av humor tillater en å uttrykke tanker og ideer som ellers ville ha blitt forkastet, kritisert eller sensurert (Tyrdal, 2002c).

## 5.1 Sans for humor

En definisjon av sans for humor er evnen en person har til både å oppfatte humor, og å selv produsere humoristiske budskap. Den med sans for humor trives i sosiale settinger og uttrykker munterhet gjennom smil og latter. En kan også knytte en persons sans for humor opp mot holdning til andre mennesker, evnen til å tenke morsomme tanker og lekenhet med tankene (Tyrdal, 2002e). Sans for humor er en intellektuell egenskap som inngår i de kognitive ferdighetene og knyttes opp mot den verbale intelligensen og kreativiteten (Tyrdal, 2002c). Sven Svebak påstår at ved mangel på sans for humor, bør man ikke ha ansvar for mennesker, da sans for humor er en stopp i vanetenking og med de konsekvenser at evnen til å knytte seg til andre mennesker endres (Svebak, 2000, s. 61).

## 5.2 Teorier om humor

Det finnes mange teorier om humor, Wilkins og Eisenbraun (2009) beskriver tre hovedteorier om humorens funksjoner. Den første teorien kaller de forløsningsteorien, den setter søkelys på den psykologiske frigjørelsen av stress. Teorien går ut på at humor reduserer stress og spenning i kroppen. Ved å le får vedkommende en følelse av glede og lettelse, som frigjør muskelspenninger i kroppen. Den andre teorien de legger frem er inkogruensteorien, den går ut på at man ler av ting som overrasker en. Noe som er kjent kommer ut av sitt faste mønster, noe som forutsetter at tilskueren er kjent med det faste mønsteret. Siste teori de beskriver, er overlegenhetsteorien hvor man ler av situasjoner som ofte er på bekostning av andre. Stand-up show er eksempel på denne teorien. Det som er felles for disse tre teoriene og andre teorier er at de ikke forklarer humorfenomenet fullverdig. Humoren som ofte preger samspillet mellom pasient og helsepersonell, preges av tema som helse, sykdom, død, lidelse og så videre.

## 5.3 Effekt av humor

Humor gir flere kroppslige reaksjoner, både fysiologiske og kognitive prosesser iverksettes ved humor og latter. Ved latter endres pustemønsteret, og pusterytmen øker, noe som igjen øker ventilasjonen og bedrer utskiftingen av residualvolumet. Dermed går også oksygenmengden i blodet opp. Ved latter øker også blodtrykket og pulsen, som igjen vil kunne bedre blodgjennomstrømningen generelt i kroppen og dermed fordele oksygenet bedre. Fordelingen av næringsstoffer, hvite blodlegemer, og andre deler av immunsystemet forbedres også som en effekt av økt oksygenutveksling i lungene. Slik kan infeksjoner bekjempes og sår gro bedre (Tyrdal, 2002b).

Mange fysiologiske endringer skjer i kroppen ved humor og latter. Fra endringer i pustemønsteret som nevnt over, til regulering av tarmsystemet. Muskler i kroppen som aktiveres og avslappes under latter, hevdes å ha like god effekt som ved avspenningsøvelser. Latter består av dyp ekspirasjon og inspirasjon som igjen fører til dyp respirasjon som gir maksimal tilgang til oksygen. Ved stress er pusten mer overfladisk og dermed mer ineffektiv. Latter vil dermed ha positiv innvirkning på respirasjonen. Latter er aerob trening, og hundre latterutbrudd tilsvarer ti minutter med roing eller jogging (Tyrdal, 2002d). God humoristisk sans bedrer overlevelsessevnen og forsinket sykdomsutviklingen (Svebak et al., 2006).

## 5.4 Humorens grenser

Humor er ikke alltid er sort og hvit, det er mange gråsoner mellom disse ytterpunktene. Det en person finner morsomt finner kanskje en annen støtende. Eksempler på humor man skal være forsiktig å bruke rettet mot en pasient er: sarkasme, practical jokes og galgenhumor (Buxman, 2008). Dette er humor som lett kan bli misforstått av en operasjonspasient. Slik humor kan lett bli forstått feil. Humor er ambivalent og kretser rundt områder i kulturen som ofte er tabubelagte, kan grensene for det pasienter opplever som morsomt, overskrides. Eksempler på dette er etnisk humor, seksuell humor og humor om legning.



## 6 Teoretisk tilnærming

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for den teoretiske bakgrunnen som danner rammene for oppgaven min. Jeg velger å bruke sykepleieteoretiker Joyce Travelbee som teoretisk referanseramme. Travelbee var en psykiatrisk sykepleier født i USA i 1926 og døde i 1973. Hennes teori bygger på tolkning av det mellommenneskelige aspektet i sykepleiefaget og har dermed en hermeneutisk vinkling. Kommunikasjon vil være en sentral del av den kontekstuelle rammen, sammen med fenomenene stress og mestring og tillit. Teori om humor er skrevet om i kapittel fem.

### 6.1 Kommunikasjon

Travelbee henviser til en definisjon av kommunikasjon som *«det å meddele eller overføre...en prosess der meninger utveksles mellom individer gjennom et felles system av symboler (som språk, tegn eller gester)..»* Kommunikasjon er en kontinuerlig prosess mellom to personer, hvor det handler om å gjøre en annen delaktig i sine tanker og få en felles forståelse. Prosessen går begge veier som i en pendelbevegelse. Travelbee kaller dette en dynamisk kraft som kan, i mange tilfeller, ha dyp innvirkning. Kommunikasjonene kan trekke mennesker nærmere hverandre eller den kan støte mennesker bort, den kan hjelpe, men den kan også såre. Som sykepleier og operasjonssykepleier er det viktig å vite ikke bare at det er en kommunikasjon, men også hva det kommuniseres om (Travelbee, 2001, s. 133-139).

Tyrdal skriver om terapeutisk kommunikasjon at det er en faglig kommunikasjon som krever kunnskaper utover kommunikasjonkunnskaper. Behandleren må ha selvinnsett og forståelse for samspillet mellom mennesker, samt inneha evnen til å kunne tolke sine egne og andres handlinger. Kommunikasjon innebærer en rekke sosiale forhandlinger og vurdering av miljøet det foregår i. Sosiale handlinger inkluderer kontinuerlige forhandlinger for å finne en passende balanse mellom motsetninger som avhengighet og uavhengighet, fordømmelse og aksept, åpenhet og innesluttethet. Følelser er en vesentlig del av kommunikasjonen, og humor kan bidra til å formidle følelser. Skal humor være til hjelp i kommunikasjonen, må den brukes med omsorg for å skape blant annet tillit. Humor kan skape kontakt, den kan være en åpner for angst og fortvilelse, samt øke fortroligheten. Med humor kan vi kommunisere om følelser som angst og bekymring, men også håp og glede. På denne måten vedgår vi pasientens følelser samtidig som de blir ufarliggjort (Tyrdal, 2002a). Bruk av humor bedrer

kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, og humor kan brukes som metode for å komme forbi de følelsesmessige barrierene som hemmer en effektiv terapeutisk kommunikasjon (Sousa et al., 2019; Tyrdal, 2002f, s. 25). Å kunne bruke seg selv terapeutisk er en egenskap som enhver sykepleier bør inneha. Å være i besittelse av denne egenskapen betyr at en bruker sin egen personlighet på en hensiktsmessig og bevisst måte i interaksjon med en pasient. Det krever å ha innsikt i det å være menneske og det krever selvforståelse og faglig kompetanse på flere områder. Dette er noe som læres langsomt og over tid (Travelbee, 2001, s. 44-46 og 150).

Ved non-verbal kommunikasjon overføres budskapet uten bruk av ord. eks ved blikk, gester, og kroppsspråk ellers. Men også ved bruk av lyder, lukt og bruk av tegn/symboler. Omsorg formidles oftest gjennom den non-verbale kommunikasjonen, for eksempel gjennom håndlaget og blikket (Travelbee, 2001, s. 136-139). Det å ta på en pasient er viktig i sykepleien, og håndlaget blir ikke mindre viktig på operasjonsstuene.

Kroppsspråket er en viktig del av kommunikasjonen med andre. Operasjonssykepleieren kan parafrasere det pasienten sier, det vil si å gjengi det pasienten sier uten å endre på meningen i det som blir formidlet. Ved å bruke denne metoden får pasienten en mulighet til å utdype hva vedkommende er engstelig for. Det er viktig å ikke bagatellisere pasientens engstelse ved å «føyse» av det vedkommende uttrykker. Operasjonssykepleieren skal akseptere at angst/engstelse også blir tatt på alvor (Hankela & Kiikkala, 1996).

Utviklingen av kommunikasjonsevner hviler på visse grunnforutsetninger skriver Travelbee. En av forutsetningene for å kunne videreutvikle denne er å sette pasienten i fokus. Å ha en pasient i fokus er å gi den all oppmerksomhet, lytte og observere. En sykepleier som ikke innehar evnen å sette den andre i fokus, vil ikke kunne bevare den sykes behov for sykepleiepleie fullt ut. En annen forutsetning er å ha innsikt i eget kommunikasjonsmønster og interaksjonsmåte for å kunne definere egne svake og sterke punkter. Hun kaller dette en kontemplativ handling, at den som har denne evnen, lytter samtidig som vedkommende er i stand til å fange opp nyanserte meninger i det det kommuniseres om (Travelbee, 2001, s. 152-153).

Tyrdal skriver om metakommunikasjon, det å sende signaler om det som vi kommuniserer om, slik at det ikke blir en dikotomi mellom den verbale og det nonverbale kommunikasjonen

(Tyrdal, 2002a, s. 55). Ved diskrepans mellom det som sies og måten noe blir sagt på, kan det oppfattes som ironi (Oksavik, 2018, s. 215).

## 6.2 Stress og mestring

Stress er en forsvarsmekanisme som utløser en rekke biokjemiske reaksjoner og utskillelse av hormoner som gjør at kroppen blir satt i beredskap og klar til å kjempe eller å flykte. Disse stressreaksjonene var nyttige for steinaldermenneskene, og er nyttig for oss i dag også, men det er i dagens samfunn få reelle farer, og derfor kan stress være en reaksjon som får negative følger for den det gjelder (Tyrdal, 2002b).

Ifølge Hankela og Kiikkala (1996) har en operasjonspasient et økt nivå av stress. Både fysisk og psykisk stress kommer i forbindelse med en operasjon, og ofte er stresset stort slik at det skaper uønskede bivirkninger på det sympatiske eller det parasympatiske nervesystemet. Negativt stress øker blant annet risikoen for trykksår, postoperative sårinfeksjoner samt hypotermi. Det kan også påvirke den postoperative sårtilhelingen negativt, samt at stress kan øke bruken av postoperative smertestillende medikamenter.

Stress kan også være positivt i moderat form da den setter kroppen i beredskap så den lettere håndterer påkjenningen av en operasjon (Bailey, 2010).

Undersøkelser tyder på at mestring reduserer nivået av stress. Tyrdal referer til en studie av hjertetransplantasjonspasienters opplevde stressfaktorer og mestringsstrategier på tidspunktet de ble satt på venteliste og etter transplantasjonen var gjennomført. Den viste at sammen med å ha en positiv innstilling, var bruk av humor en av de viktigste mestringsstrategiene en pasient kunne ha. De med stor sans for humor vil klare mestringen best, og humor fungerer som en støtdemper. Videre påstår han at ved å bruke humor kan dette virke helsefremmende (Tyrdal, 2002b, s. 102). Humor er et effektivt middel mot krenkelse og humor kan gi et sosialt overtak (Weisæth, 2002).

## 6.3 Tillit

Tillit er en av grunnstenene i samhandlingen mellom en operasjonspasient og en operasjonssykepleier. Travelbee bruker begrepet *menneske-til-menneske-forhold* for å

beskrive tillit. Menneske-til-menneske-forhold beskriver hun som et forhold mellom den syke og sykepleieren, hvor kontakten fordrer at begge parter oppfatter den andre part som menneske og ikke i rollene som sykepleier eller pasient. Det er kommunikasjon som bidrar til å utvikle denne relasjonen, og hvor det er en gjensidig påvirkning av aktørene. Ved at sykepleier og pasient deler tanker og meninger, blir de kjent med hverandre og det skapes en gjensidig tillit der sykepleieren utøver sine oppgaver og tar sitt ansvar (Travelbee, 2001).

Slik jeg oppfatter Travelbee sin beskrivelse av menneske-til-menneske-forholdet, er det en prosess som går over tid, og tiden er knapp i møtet mellom en operasjonspasient og en operasjonssykepleier. Det å bruke humor i møtet er en effektiv måte å etablere en relasjon til pasienten slik at tillit kan oppnås. For ved å oppnå tillit til pasienten, kan sykepleieren lettere øke pasientens mestringsfølelse og redusere stresset.

## **6.4 Å sanse**

Elstad skriver om når du ser så er det ikke kun blikket som brukes, man senser også, du ser etter det du ikke ser etter. Hun skriver videre at sykepleiere lærer å ta magefølelsen på alvor, det de ikke helt vet og klarer å sette ord på (Elstad, 2014, s. 203). Det å uttrykke meninger med kroppen, for eksempel en magefølelse, må tas på alvor. Å sanse er å oppfatte mening.

## 7 Metode

I dette kapittelet redegjør jeg for de metodiske tilnærming som ligger til grunn for masteroppgaven og jeg vil beskrive de valgene jeg har tatt gjennom prosessen. I denne oppgaven bruker jeg en kvalitativ metode som utgangspunkt, da det er operasjonssykepleieres erfaringer jeg skal forske på, samt at jeg ønsker en dypere forståelse av denne erfaringen og deres fortolkning av den. Den opprinnelige greske betydningen av metode er «veien til målet» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 83), og min vei til målet er semistrukturerte intervju.

Intervjuene har jeg analysert i samsvar med Lindseth og Nordbergs metode for analyse av menneskers levde erfaringer, metoden bygger på Ricoeur sin teori om fortolkning. Jeg har også støttet meg til kapittel 25, «*Qualitative data analysis*» i Polit & Becks bok om sykepleieforskning.

### 7.1 Utvalg

Deltakerne i min oppgave ble valgt ut fra et strategisk utvalg. Jeg har brukt et strategisk utvalg slik at jeg kan få en bedre forståelse av fenomenet humor. Ved bevisst å velge informanter gjennom et strategisk utvalg, kan det forbedre forståelsen av fenomener (Polit & Beck, 2020, s. 499).

Den smittesituasjonen som oppstod i forkant av at jeg skulle starte prosessen med å velge informanter, gjorde det umulig for meg å komme inn på andre sykehus. Jeg valgte derfor å intervju operasjonssykepleiere som jeg jobbet med. Å skulle intervju kollegaer gav meg en gylden mulighet til å kunne velge blant de som jeg observerte brukte humor i interaksjon med operasjonspasientene. Jeg ønsket å intervju operasjonssykepleiere som ved bruk av en humoristiske og lett tone, klarte å etablere en kontakt med pasienten. Jeg undret meg over om jeg ville fått andre resultater ved å gjennomføre intervjuene på et annet sykehus? Det vil alltid være ulikheter i kulturen på ulike avdelinger, men forskningen sammenfaller i stor grad med mine funn, derfor tror jeg ikke jeg ville fått svar som avviker stort fra de funnene jeg har. Kanskje hadde det vært fokusert på andre temaer, men det er jeg ikke så sikker på.

Et annet aspekt jeg vurderte, var at ved å intervju operasjonssykepleiere ved et annet sykehus, så ville dette foregått via Skype. Å intervju er en ferdighet du opparbeider deg med erfaring. Jeg mener at det vanskelig kunne la seg gjøre på grunn av min manglende erfaring

som intervjuer. Et intervju kan oppleves som noe kunstig og påtatt, og denne kunstigheten er jeg redd kan være en sperre mot at jeg ikke får de gode historiene som jeg ville fått ved et ansikt til ansikt-intervju (Kvale & Brinkmann, 2015).

Å lytte med et åpent sinn og være fokusert er viktig i en intervjusituasjon. Hvis jeg skulle utført intervjuene via Skype, ville fokuset på intervjuet bli forstyrret. Ved at jeg ikke ser hele informanten under et intervju via Skype, kan jeg gå glipp av mye av den non-verbale kommunikasjonen, og det non-verbale er en viktig del av humor og kommunikasjon. En fordel med å intervju kollega kan være at det er lettere å oppnå fortrolighet med informanten, at vedkommende åpner seg mere opp for det de ønsker å si. Dette kan også være en ulempe, at det viktige kan bli holdt tilbake og ikke blir uttalt. Informantene kan være redd for å si noe som kan kjennes igjen i kollegiet. Dette har jeg vært oppmerksom på, og jeg poengterte det i innledningen av intervjuet at det som blir sagt i intervjuet er taushetsbelagt, og det som kommer med i oppgaven er anonymisert.

I tillegg til at operasjonssykepleierne brukte humor, har jeg satt som premiss at operasjonssykepleierne jobber med operasjonspasienter i det daglige.

Tre informanter ble intervjuet i forbindelse med oppgaven. Lengden på hvert intervju var på mellom 60-90 min. Jeg var i starten usikker på om dette begrensede antallet intervju skulle gi meg for lite empirisk materiale. Men det jeg oppdaget under transkripsjonen, var at jeg oppnådde en saturasjon av data. Flere faktorer spiller inn på oppnåelse av saturasjon. Faktorer som forskningsspørsmål, intervjuer og informanter kan påvirke saturasjonen av data. Eksempel på dette er hvis informantene er flinke til å reflektere over sine egne erfaringer samt flinke på å formidle dette, kan det oppstå en saturasjon ved et lavt antall informanter (Polit & Beck, 2020, s. 502).

## **7.2 Analyse**

For å forstå teksten, må man følge dens bevegelser, fra hva den sier til hva den snakker om. Jeg må finne essensen i selve meningen i det skrevne, og hva som ligger bak disse skrevne ordene. For å finne essensen, må jeg lese teksten flere ganger, først leser jeg den for å forstå den helhetlige meningen, for så å se nærmere og fordype meg i dens deler. Jeg må være åpen slik at teksten kan snakke til meg, og la meg beveges og røres av den. Teksten leses med en fenomenologisk holdning for å lettere kunne formulere forståelsen til et fenomenologisk språk (Lindseth & Norberg, 2004).

For meg startet analysen av teksten under transkripsjonen. Jeg merket meg at enkelte av uttalelser informantene kom med, gikk igjen hos flere av dem. Etter transkripsjonen leste jeg intervjuene naivt flere ganger, for å få et helhetlig inntrykk av hva som kom fram av erfaringer og hvilke temaer som skilte seg ut i alle intervjuene. Temaene som var viktig for operasjonssykepleierne hadde jeg fått en antagelse av under transkripsjonen, men nå kom de tydeligere frem. Lindseth og Norberg (2004) kaller denne delen av prosessen for naiv lesing. Under lesningen prøver jeg å tilnærme meg en fenomenologisk holdning slik at teksten blir lest mest mulig åpent og uten fordommer. Å være fordomsfri er ikke et mål, men jeg skal være klar over min egen forståelse til det jeg skal undersøke. I analysen av det transkriberte materialet, har en forståelse av meg selv som operasjonssykepleier og sykepleier. Disse rollene kan jeg ikke legge til side, men jeg skal være bevisst dem mens jeg analyserer. Når jeg leste gjennom datamaterialet var jeg også bevisst på å skille mellom det jeg ønsket å få frem av tema og det som var viktig for informantene.

Videre så jeg nærmere på teksten og delte den opp i meningsenheter, eller temaer, hvor hver meningsenhet som hadde samme mening, ble samlet under ett tema. En meningsenhet kan være alt fra liten del av en setning, et enkelt ord eller hele avsnitt (Lindseth & Norberg, 2004; Polit & Beck, 2020, s. 538). Meningsenhetene ble lest over flere ganger, fortsatt med en naiv holdning, og jeg reflekterte og diskuterte med meg selv hva som var essensen. Denne delen av analysen var noe utfordrende da noen temaer var ganske like.

Videre kondenserte jeg meningsenhetene til et forståelig og hverdagslig språk. På denne måten blir meningen lettere å beskrive. Resultatet av oppdelingen endte med at jeg satt igjen med ti ulike kondenserte meningsenheter. Det som var viktig for meg, var at jeg var sikker på at jeg fikk med de meningene som jeg opplevde var viktige for informantene. Fram til dette punktet av analysen, hadde jeg lest intervjuene flere ganger som en helhet. Nå ble det skrevne materialet delt opp, slik at jeg kunne granske delene nærmere og lese dem uavhengig av teksten. Vi skal se tekstdelene så uavhengig av teksten som mulig (Lindseth & Norberg, 2004; Polit & Beck, 2020, s. 535-545).

De kondenserte meningsenhetene som har lik mening, kondenseres videre til sub-temaer som noen ganger kan formes til et hovedtema (Lindseth & Norberg, 2004). Det siste trinnet i analysen var å formulere en helhetlig overordnet forståelse av datamaterialet. Under dette trinnet ble jeg bevisst at flere av meningsenhetene inneholdt samme essensielle mening, disse meningsenhetene ble slått sammen, og resultatet ble fem ulike enheter. Som forsker skal jeg

velge ut de temaene som omfatter de mest sentrale resultatene i studien. Disse reflekterer jeg over, og jeg oppsummerer resultatene opp mot forskningsspørsmålet samt oppgavens teoretiske rammeverk. Den helhetlige forståelsen blir presentert i kapittel åtte og videre diskutert i kapittel ni.

### **7.3 Intervju**

For å få svar på mitt forskningsspørsmål, har jeg valgt semistrukturerte livsverdenintervju som metode. Dette for å få frem erfaringene til operasjonssykepleierne. Semistrukturerte intervjuer er velegnede for å skape rom for en åpen og fri samtale rundt et spesifikt tema, og på denne måten få informanten til å reflektere over sine egne erfaringer samt få informantens forståelse knyttet til dette temaet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Intervju er en utveksling av informasjon, og strukturen på et forskningsintervju kan ligne en dagligdags samtale mellom to personer, men den må inneholde en viss spørreteknikk og metode. Temaet er oppgitt av intervjueren, og målet er å innhente opplysninger om informantens livsverden. Videre kjennetegnes det kvalitative forskningsintervjuet blant annet med at man søker beskrivelser framfor forklaringer, og prøver å utvikle forståelse av fenomener slik de fremstår i den virkelige verden. Utgangspunktet er empirien, den erfarte livsverden til intervjuobjektet. Livsverden er personens indre verden og hvordan vedkommende opplever og erfarer omverden (Kvale & Brinkmann, 2015).

Før jeg startet med å intervjuer, ble informantene underrettet om det praktiske. At jeg tok opp intervjuet på en applikasjon på telefonen min, og vi gikk sammen gjennom informasjonsskrivet slik at jeg var sikker på at alt var lest og forstått. Jeg minnet informantene på taushetsplikten ved eventuelle historier om pasienter.

For å bedre skulle lykkes med å få verdifullt materiale under intervjuene, prøvde jeg å skape en fin og rolig ramme rundt intervjusituasjonen, slik at informantene skulle føle at det var trygt å snakke åpent om erfaringene og forståelsen av disse. Jeg hadde med kaffe for å få en trivelig atmosfære rundt intervjuet, og jeg var bevisst hvordan stolene og bordet var plasserte. Intensjonen var at vi skulle sitte vendt mot hverandre uten bord mellom. Dette for å unngå en følelse av distanse oss imellom.



Risikoen for at jeg som forsker dominerer intervjuet, er stor (Elstad, 2014, s. 239; Polit & Beck, 2020, s. 520-521). For å prøve å unngå denne dominasjonen fra min side, lot jeg den jeg intervjuet prate, og gjerne komme inn på det som i etterkant viser seg å være blindveier. Det kan være at det i enden av disse blindveiene finnes en liten skatt i form av en god historie.

Intervju kan være en læreprosess for informant, og den som intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 49). I løpet av intervjuet med ene informanten ble vedkommende oppmerksom på sin egen læring. Og selv har jeg i etterkant brukt noe av det som kom fram i intervjuene i møtene med pasienter. Jeg følte jeg fikk noen tips av de erfarne operasjonssykepleierne. Et par av informantene i mitt prosjekt har kommet til meg i etterkant og sagt noe om at de er mer bevisst rundt dette med bruk av humor rettet mot pasientene.

I forkant av intervjuene gjennomførte jeg et prøveintervju. Det ble gjort for å få tilbakemelding på spørsmålene i intervjuguiden (vedlegg 3) og meg som intervjuer. Et prøveintervju kan i tillegg være viktig for i større grad å kunne sikre undersøkelsens validitet. Prøveintervjuet ble også transkribert for å få litt erfaring med transkripsjon. Noe som jeg endret på etter å ha transkribert prøveintervjuet, var at jeg ikke skulle komme med så mange «ja», heller nikke med hodet for å bekrefte det som ble sagt.

## 7.4 Intervjuguide

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide. Intervjuguiden brukte jeg som en veileder og sjekklister for å se om vi hadde vært innom de temaene jeg ønsket å vite noe om. Intervjuguiden er laget slik at den har åpne spørsmål, der informantene hadde mulighet til å gå i dybden av det som er temaet. Jeg startet med oppvarmingsspørsmål, for å skape en trygghet hos informantene, samt gi dem en følelse av mestring i situasjonen. Etter hvert som jeg følte at informantene hadde blitt mer trygge, gikk jeg videre til hovedspørsmålene. Disse spørsmålene skulle sikre at jeg fikk spurt om det jeg ønsket svar på.

Spørsmålene i min intervjuguide ble ikke stilt på samme måte til alle informantene, og ikke alle spørsmålene ble brukt i alle intervjuene. Dette hadde sammenheng med informantenes svar og hvor mye de selv kom inn på de ulike temaene. Det var ikke nødvendig å

standardisere intervjusituasjonen, og jeg reviderte intervjuguiden noe underveis etter som jeg ble oppmerksom på hvor fokus burde være.

## 7.5 Transkribering

Når intervjuene er ferdige, skal det omgjøres til materiale som gjør seg bedre for analyse. Transkripsjon er å omforme noe fra for eksempel lydfiler til skrevet materiale. Når intervjuene er gjennomført ved bruk av lydopptak, transkriberes de ordrett med pauser og følelsesmessige uttrykk (Kvale & Brinkmann, 2015). I oppgaven transkriberer jeg verbatim, det vil si ordrett. På denne måten holdes transkripsjonen så virkelighetsnært uttalelsene som mulig. Dette bidrar også å øke transkripsjonenes pålitelighet. En samtale er ofte mer uformell enn det skriftlige språket, og det kan være vanskelig å få den egentlige meningen med i det som transkriberes selv om det gjøres ordrett. Men det er viktig at det skrevne materialet er mest mulig lojalt mot intervjuene som blir gjort (Malterud, 2017, s. 77). Dette har jeg med meg når jeg transkriberer.

Jeg har transkribere intervjuene selv og det ble gjort umiddelbart etter hvert intervju. Dette ble gjort av flere årsaker, for å få en nærmere tilknytning til det skrevne og for at jeg som intervjuer, og dermed til stede under intervjuet, har notert ned hvis det kom for eksempel et følelsesmessig utbrudd som ikke lydopptaker registrerte. det styrker validiteten når forsker transkriberer selv (Malterud, 2017, s. 80). Umiddelbart etter hvert intervju tok jeg notater og skrev ned både tanker om selve intervjuet samt om det var noe i intervjuguiden som kunne endres på, og om jeg skulle endre på noe som intervjuer. Å ta notater rett etter et intervju har funnet sted, styrker relabiliteten i intervjuene (Polit & Beck, 2020, s. 535-545).

I intervju forteller informantene på sine egne dialekter, de bruker sin egen talemåte som er spesiell for dem, og de bruker egne ord. I talespråk får man klarere fram emosjoner enn man klarer i en skriftlig tekst. Ingar Kaldal, professor i historie ved NTNU, mener at man burde beholde den opprinnelige framstillingen mest mulig i sin muntlige form for å best kunne «...*ta muntligheten i muntlige historier på alvor...*» (Kaldal, 2016, s. 93-94). Jeg valgte å bruke informantenes dialekt når jeg transkriberte, for å bruke informantens eget språk gjør at jeg lettere klarer å sette meg selv tilbake til stemningen i det som ble sagt under intervjuet, og kanskje derfor lettere klarer å tolke meningen bak det som sies. Å finne uttrykk som er bærende, fordrer at jeg tar i bruk informantenes språk sammen mitt eget språk (Wadel, 1991,

s. 198-201). Videre i analysen valgte jeg å oversette den transkriberte teksten til bokmål for å ivareta informantenes anonymitet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Etter intervjuene er jeg bevisst på at det jeg sitter på er rådata-materiale. Rådata er ikke funnene, disse treder frem når jeg starter å analysere materialet.

## 7.6 Etikk

All forskning og innhenting av data gjøres i samsvar med forskningsetikkloven og helseforskningsloven. Disse har som formål å forskning i offentlig og privat regi, er etisk forsvarlig og skjer i henhold til forskningsetiske normer (Forskningsetikkloven, 2006, §1; Helseforskningsloven, 2008, §1). Operasjonssykepleierens etiske handlinger skal være i samsvar med de yrkesetiske retningslinjene, som innebærer at operasjonssykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av operasjonssykepleiesykepleie (NSF, 2020).

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det ikke bare under selve intervjuet etiske overveielser skal gjøres, etiske problemstillinger preger hele forløpet på prosjektet, fra undersøkelsen begynner, til forskningen er ferdig og utgis. Dette er jeg bevisst på under hele prosessen jeg arbeider med oppgaven. Jeg tenker at det etiske ansvaret strekker seg utover ferdigstilling med oppgaven. Jeg har alltid et etisk ansvar for oppgaven.

Dette er et meldepliktig prosjekt. I starten av prosjektet ble det sendt inn søknad om godkjenning av forskningsprosjektet til Norsk senter for forskningsdata (NSD). De vurderte at behandlingen av personopplysninger var i samsvar med personvernregelverket, og prosjektet ble godkjent (se vedlegg 4).

Intervjuet er tatt opp via en applikasjon på telefonen min. Dette er en applikasjon som er utviklet ved UiO, Universitetet i Oslo. Når intervjuet er slutt, sendes opptakene direkte til sikker lagring i TSD, Tjeneste for sensitive data, hvor de blir oppbevart en viss tid før de slettes.

## 7.7 Metodedrøfting

To krav er viktig i forbindelse med kvalitativ forskning; troverdighet og pålitelighet. Hvorvidt disse kravene er oppfylt eller ikke, vil påvirke kvaliteten av en undersøkelse (Kvale & Brinkmann, 2015).

For å få god kvalitet i min masteroppgave må jeg vurdere om temaet jeg har valgt å forske på er relevant å forske på, og hvorvidt problemstillingen er belyst godt nok gjennom aktuell teori og metode. Har jeg som forsker klart å svare på problemstillingen? Er mitt utvalg av operasjonssykepleiere troverdig og pålitelig? Jeg må kvalitetskontrollere spørsmålene i informasjonsskrivet, opp mot relevansen til forskningsfeltet, og vurdere om jeg har sikret meg god nok informasjon fra informantene. Videre må jeg vurdere min egen rolle som forsker, slik at informantenes fortellinger blir møtt med åpenhet og størst mulig grad av objektivitet. Det beskrives som utfordrende å være objektiv når man skal forske (Wadel, 1991). Grunnen til dette er at en forsker ikke bare vil erfares som en forsker, men informantene vil umiddelbart forbinde forskeren med rollen han bekler til hverdags. Gadamer snakker om denne forståelsen. Han sier at i møte med andre er det ingen av oss som møter med blanke ark, uansett hvem vi er, er det vanskelig å være nøytral (Krogh, 2014). I forkant av intervjuene var jeg bevisst min egen rolle som forsker, og prøvde å tilstrebe en noe formell stemning når informantene kom inn i rommet nettopp for at de skal se på meg som en forsker og ikke en kollega.

Intervjuene ble gjort på arbeidsplassen, men utenfor operasjonsavdelingen. Dette gjorde at informantene var kledd i hverdagsklær. Jeg undrer meg over om de var i roller som operasjonssykepleiere? Ville jeg fått andre svar hvis de var kledd i grønt og intervjuene ble gjort inne på operasjonsavdelingen? Intervjuene ble gjort i arbeidstiden til informantene <sup>1</sup>, hadde det noen innvirkning på situasjonen? Var informantene stresset med å komme seg tilbake til jobb? Det virket ikke som at de stresset nevneverdig, de virket mere interessert og nysgjerrig på dette som de skulle gjennom.

Jeg har prøvd å beskrive framgangen i analysen, å være så transparent som mulig, slik at de som skal lese denne oppgaven kan følge trinnene jeg har gjort i denne analyseprosessen. Jeg

---

<sup>1</sup> Intervjuene ble gjort i arbeidstiden med tillatelse fra avdelingsleder

har underveis stilt meg spørrende til funn og jobbet noe frem og tilbake i materialet slik at jeg var sikker på å få frem de temaene som framsto som viktig for informantene.

## 8 Presentasjon av funn

I det følgende kapittelet vil det bli presentert funn som skal besvare problemstillingen. Funnene vil bli presentert med utgangspunkt i de ulike temaene og deres tilhørende grupper. Jeg har brukt utvalgte informantutsagn under enkelte kategorier for å eksemplifisere meninger som kom frem, og for å validere resultatene. Jeg hadde i utgangspunktet fem temaer som jeg har analysert, men i etterkant har jeg slått sammen temaene verbal og nonverbal kommunikasjon for å få oppgaven mer oversiktlig.

### 8.1 Verbal kommunikasjon

Temaet verbal kommunikasjon omhandler funnene informantene beskrivelse i bruk av kommunikasjon som et verktøy og hva kommunikasjonen gjør i relasjonen til pasienten.

Informantene forteller at kommunikasjon er viktig for å få en god relasjon til pasienten. At ved å oppnå en god kontakt med pasienten erfarer de ofte at pasienten åpner seg opp og kan fortelle om ting som er viktig for operasjonsforløpet. De ser også at denne kontakten gjør at pasienten får mer tillit til dem, og derfor blir han mere mottakelig for og forstår bedre informasjonen de gir. Informantene forteller videre at om en pasient åpner opp med en morsom bemerkning, og den møtes med en mot-kommentar, så fortell man at man aksepterer å bruke humor. De hører hvordan pasienten ordlegger seg i forhold til hvordan de svarer tilbake med humor. Videre forteller informantene om at når det skapes en fortrolighet mellom pasient og sykepleier, så kan det gjøre at operasjonspasienter åpner seg for dem.

*«Ved å etablere god kommunikasjon kan pasienten starte å fortelle og du kan få veldig viktige opplysninger» (Informant 3).*

Videre forteller informantene at når de bruker munnbind, er det kun øynene pasienten ser. De antar vedkommende også ser hvis operasjonssykepleierne har et humoristisk blikk, og hører på dem om de har en humoristisk tone. Operasjonssykepleierne forteller også om den korte tiden de har for å etablere kontakt med operasjonspasienten. Men at pasienten innlemmes i teamet når han kommer på operasjonsstuen og blir en del av dem. Dermed så faller det også naturlig at operasjonspasienten er en del av humoren som eventuelt foregår på stuen.

*«Pasienten merker på øynene og toneleiet om jeg er humoristisk» (Informant 3).*

Enkelte av informantene angir kommunikasjon som et verktøy de bruker. At dette videreutvikles med erfaring, at det brukes mer avslappet etter hvert som de får erfaring. «*Kommunikasjonen ser jeg på som et verktøy som kan brukes [..]*» (Informant 2).

## 8.2 Non-verbal kommunikasjon

Temaet «nonverbal kommunikasjon» representerer gruppene blikkontakt, å lese pasient og situasjon, i tillegg til gruppene å sense/se pasienten samt observasjon. Funnene omhandler informantenes beskrivelser av hvordan de med blikkontakt starter en interaksjon med operasjonspasienten. Hvordan de ved hjelp av observasjoner kan lese situasjon og pasient samt hvordan informantene senser stemningen.

Det som informantene trekker frem som det viktigste i det første møtet er øynene og det å få blikkontakt med operasjonspasienten. Det er igjennom blikket kontakten skapes. En av informantene forteller om at det i de tilfellene hvor pasienten er mere lukket og ligger med øynene igjen, gir dem en utfordring, men at man nesten alltid klarer å skape kontakt gjennom blikket. «*Det viktige når jeg møter pasienten første gang, er å få blikkontakt*» (Informant). Videre sier de noe om at de fysisk tar på pasienten, og at det å ta på pasienten er viktig fordi det kan gi dem mange svar. Ved berøring så kjenner de om pasienten trekker seg tilbake eller om vedkommende «*svarer*», som de kaller det. De melder at gjennom kroppsspråk og mimikk får de gode indikasjoner på om behovene pasienten har. De kaller det for «*de små tingene*» og de forteller at hva som ligger i begrepet «*de små tingene*», er vanskelig å forklare med ord. Men hvis de greier å få pasienten til å flytte fokuset noe, ofte gjennom disse små tingene, så ser de at de har fått pasientene til å slappe mere av.

«*Hvis jeg tenker hva jeg gjør, så, kommunikasjon er jo litt vanskelig, det er jo ikke bare disse sagte ordene, men det du ser og det du senser og tar inn i deg som gjør at man velger å gjøre slik eller slik*» (Informant 2).

Informantene trekker frem viktigheten av å lese pasienten og situasjonen når de kommer inn på stuen. De betegner dette også som «*å kjenne på stemningen*». De forteller om de små signalene som pasienten sender ut, som de ikke vet hva er, men som bare er der. Stemningen er noe som er forskjellig fra pasient til pasient, og fra situasjon til situasjon.

### 8.3 Erfaring med bruk av humor

Temaet «erfaring med bruk av humor» representerer gruppene «bekledningen en hindring?», «humor som noe positivt» og «endringer på pasienten». Funnene omhandler informantenes beskrivelser av utfordringer og vurderinger ved bruk av humor.

Flere av de jeg intervjuet fortalte at de undret seg over om bekledningen muligens kunne være noe som hemmet bruken av humor. De påpekte at ved bruk av munnbind var det kun øynene som vistes, men de mente at ved å smile vistes det uansett på øynene. De også fram toneleie som en faktor som de mente operasjonspasienten brukte for vurdering av humoristisk sans hos operasjonssykepleieren. For informantene var det viktig at humoren som ble brukt, var positiv for pasientene og at det ikke gikk på pasientenes bekostning. Når operasjonssykepleierne bruker humor, gjøres forteller det ofte på bekostning av dem selv, de bruker seg selv og de poengterer at de ikke kan være fintfølede.

Videre fortalte sykepleierne at bruken av humor har mange positive sider med seg. Når de brukte humor, så de endringer på pasienten, blant annet kunne de merke at engstelsen til pasientene, ble noe mindre. De merket seg at ved å få pasientene mindre engstelig ble de mer mottakelig for den informasjonen operasjonssykepleierne kom med. Dette gikk begge veier, pasienten selv kunne komme med informasjon som var viktig for teamet på operasjonsstuen. Ved bruk av humor kunne informantene se på pasienten at vedkommende slappet mer av og de mente han mest sannsynlig fikk en bedre innsøvning og oppvåkning.

Informant 3: *«Du ser det hvis at pasienter slapper av, så har dem det bedre, en bedre innsøvning og som oftest så har dem en bedre oppvåkning, og jeg tror at dem har en bedre rekonvalesens.»*

### 8.4 Bevisst eller ubevisst bruk av humor

Kodegruppe «bevisst eller ubevisst bruk av humor» representerer temaene «ubevisst bruk av humor» og «bevisst bruk av humor». Funnene omhandler informantenes beskrivelse av hvordan de bruker humor og om dette er en bevisst eller ubevisst handling.

Flere av deltagerne fortalte at de så den enkelte operasjonspasienten an ved bruk av humor, og de at de tydelig så på pasienten om de kunne anvende det. Videre fortalte de at bruken av humor ble vurdert opp mot det kognitive samt at bruken var situasjonsbetinget. De poengterte at selv om det ikke ble benyttet humor på stuen, var det viktig med et smil og en lett tone.



Videre forteller de om hvordan de sener og ser an pasientene før de starter noen form for humor. I de situasjonene hvor pasienten ikke er mottagelig for humor, så legger de om og kommer med saklig informasjon. De har vansker for å sette ord på hvilken måte de sener, og hva de sener, men påpeker at de veldig tydelig merker stemningen på pasientene. Informant 1 uttrykker det slik: *«Det må jo være noe jeg ser eller oppfatter som gjør at jeg enten stopper eller fortsetter humoren»*.

Informantene forteller om humor som en viktig del i mottaket av operasjonspasienten. At bevisst bruk av humor ble vurdert opp mot operasjonspasients kognitive situasjon. De forteller at de kan merke det på stemningen, når pasienten kommer inn på operasjonsstuen, om pasienten da er mottagelig for humor og de forteller om reaksjonene til pasientene ved anvendelse av humor. De sier også noe om hvorfor bruken av humor er viktig; både med tanke på å skape en trygg ramme rundt situasjonen, og for å oppnå tillit i relasjonen slik at pasienten tør åpne seg. De påpeker viktigheten av å inkludere pasienten som et medlem av teamet og hvor forløsende det føles når hele teamet, med pasienten i fokus, får seg «en god latter» som en av informantene kaller det. *«Jeg ser det fort på pasienten når vedkommende kommer inn, om jeg kan prøve meg på en liten humoristisk vri»* (Informant 3).

Informantene fortalt om at de mente bruken av humor var noe som lå i dem som en egenskap, at pasientene fort ville merket det hvis humoren var påtatt. Men samtidig undret informantene på om den bevisste bruken av humor var noe som kom med erfaring, at det med erfaring ble et integrert verktøy de brukte i mottaket av pasientene. *«Humoren kan merkes på flere måter, er usikker på om det er noe som ligger ubevisst i meg, og om den bevisste bruken kommer mere med årene.»* Mens informant 2 fortalte: *«Jeg tror kanskje det startet som en ubevisst handling, men etter hvert som jeg har fått erfaring er det blitt mere som et verktøy jeg bruker»*. Senere i intervjuet fortalte informant 3 at *«Jeg bruke nok humor mer eller mindre bevisst. For å få den kontakten, jeg syns den kontakten er viktig»*.

## **8.5 Upassende og ufrivillig humor**

Temaet «upassende eller ufrivillig humor» representerer gruppene «upassende humor» og «ufrivillig humor».

Funnene omhandler informantenes beskrivelser av hva som er upassende å vitse om, i hvilke situasjoner humor ikke brukes, samt når operasjonssykepleierne kommer i situasjoner der det blir spøkt rundt det de angir som upassende tema.

Informantene forteller om betydningen av å være varsom under bruken av humor. Videre trekker de fram viktigheten av at humoren skal være «intelligent» og ikke bare fjas. Når det kommer til bruk av det seksuelle i forbindelse med humor, er det en felles konsensus blant informantene at det ikke er noe som brukes. «*De private sonene og det temaet, er noe jeg ikke vitser om.*» (Informant 1).

Informantene uttrykker at pasienten noen ganger kan starte humor av seksuell karakter, de antyder at dette kanskje kan ha noe med vår nordnorske kultur å gjøre. I den forbindelse forteller de om viktigheten av å trå varsomt og at de avrunder det på en måte som ikke setter pasienten i forlegenhet.

Operasjonssykepleierne forteller at om de trår feil, hvor viktig det da er å be pasienten om unnskyldning. Det de i denne forbindelsen fremhever som årsak, er redsel for å ikke fremstå som faglig. «*Det er mere min egen faglighet jeg tenker på hvis jeg går litt for langt i humoren*» (Informant 2).

## 9 Diskusjon/drøfting

I kapitlene under vil jeg drøfte hovedfunnene i studien som omhandler kommunikasjon, å lese pasient og situasjon (observasjon), erfaring/er det bevisst eller ubevisst bruk? upassende eller ufrivillig humor. Videre drøftes funnene opp mot det teoretiske rammeverket, tidligere forskning og oppgavens problemstilling. Jeg har i oppgaven valgt å dele opp kommunikasjon i verbal og non-verbal kommunikasjon. Den delen om den non-verbale kommunikasjon har jeg valgt å slå sammen med funnene «å lese pasient og situasjon (observasjon)», da disse går mye inn i hverandre og jeg finner det vanskelig å skrive adskilt om disse.

### 9.1 Den verbale kommunikasjonen

Informantene jeg intervjuet, forteller om at kommunikasjon er viktig for å få en god relasjon til pasienten. Humor skaper kontakt og er en åpner for å øke tillit (Tyrdal, 2002a). Tillit mellom operasjonspasient og operasjonssykepleier er viktig, noe informantene også forteller om under intervjuene. De mener kommunikasjon kan gjøre at pasienten får økt tillit til dem, slapper av og åpner seg opp og dermed forteller om ting som er viktig for det videre operasjonsforløpet. Videre forteller informantene at det kan virke som om pasientene blir mer mottakelig til å forstå informasjonen som blir gitt av dem på operasjonsstuen.

Humor bedrer kommunikasjonen mellom pasient og operasjonssykepleier, og med humor kan vi kommunisere om følelser som blant annet angst og redsel (Tyrdal, 2002f).

Kommunikasjon er en pendelbevegelse mellom mottager og avsender (Travelbee, 2001). Hvis pasienten kommer inn på operasjonsstuen og ligger med øynene igjen, kan dette oppfattes som om at vedkommende ønsker ikke noen form for kontakt. Dette er også kommunikasjon, man kan ikke melde seg ut av kommunikasjon og det er alltid en form for kommunikasjon (Travelbee, 2001). En av informantene forteller om at kommunikasjon alltid kan skapes.

De mest erfarne informantene i min undersøkelse angir kommunikasjon som et verktøy de bruker. Det virker på meg som det da er en bevisst bruk av kommunikasjon som verktøy. Kan det være at denne erfaringen som de opparbeider seg gjør det lettere til å vite hva det kommuniseres om?

Travelbee lister opp noen punkter som hun kaller spesielle kommunikasjonsevner. To av dem er evne til å forstå når en bør snakke og når en bør tie. Slik jeg tolker det, er dette overførbart til bruk av humor. Evne til å vite når humor ikke kan brukes og når humor kan brukes. I min studie viser dette seg når informantene forteller om at de kan merke på stemningen om pasientene er mottagelige for humor eller ikke (Travelbee, 2001, s. 150).

En spesiell kommunikasjonsevne er å evaluere sin egen deltagelse i interaksjon med en pasient, og å evaluere i hvilken grad målene ble nådd og planlegge videre intervensjon på grunnlag av observerte data (Travelbee, 2001, s. 150). Jeg tenker dette kan overføres til bruk av humor, en operasjonssykepleier som bruker humor evaluerer fortløpende om humoren blir godt mottatt av pasienten, og om den kan brukes videre, eller om det skal skiftes taktikk. Dette samsvarer med det informantene forteller om de ser og senser om de kan bruke humor rettet mot pasienten. Hvis de merker at pasienten ikke er mottagelig for humor, avslutter de det.

## 9.2 Non-verbal kommunikasjon

Gruppen non-verbal kommunikasjon inneholder undergruppene observasjon, blikkontakt/ å se, og å sense. Disse har jeg slått sammen for jeg synes det var vanskelig å skrive om det ene emnet uten å nevne de andre emnene.

Informantene angir at når pasientene kommer inn på operasjonsstuen, er blikket det første de legger merke til, og at det å få blikkontakt med operasjonspasienten er viktig. For det er da kontakten mellom operasjonssykepleieren og operasjonspasient skapes. Som informant 3 forteller: «[...]liksom med en gang jeg får blikkontakt så da griper jeg sjansen, \*ler\*, for å si det slik. Da griper jeg den, da griper jeg sjansen til å opprette den kontakten som jeg ser, med en gang du har møtt øynene». Fenomenologi er ikke nødvendigvis noe som umiddelbart viser seg for en. Den kan være helt eller delvis skjult (Elstad, 2014, s. 250). Her viser operasjonssykepleieren at hun griper sjansen til en kontakt. Hun senser «noe» i blikket, og griper dette skjulte hun bare aner. Av erfaring vet hun at dette «noe» hun ser i blikket er håndgripelig, det angir til kontakt. Informantene angir at humor er en viktig del i mottaket av operasjonspasienten og de sier noe om hvordan de forsiktig i det første møtet sanser og «ser an» pasienten før de starter noen form for humor. Jeg undres på om ikke sansing er

individuell, det du sanser er jo din opplevelse av det du ser. Hvis en annen sanser i samme situasjon, vil denne personen oppleve det annerledes?

Informantene forteller om at det å ta på pasienten er viktig, ved berøring kjenner de om pasienten trekker seg tilbake eller om de «svarer». Kroppskontakt og håndlag er viktig i operasjonssykepleie, det kan gi mange svar. Alt fra hudstatus som varm/kald/klam til de svarene som er mer vanskelig å sette ord på. Det at pasienten trekker seg tilbake når du tar på han, er et tegn på at du skal slippe, slutte å ta på vedkommende. Men når du kjenner på pasienten at han gir etter, slapper av, så lar du kanskje hånden ligge der. En fast varm hånd på for eksempel en arm kan indikere ovenfor pasienten at du er i trygge hender, du blir tatt vare på. Det kan være en bekreftelse på at jeg har sett deg og jeg respekterer deg. Man må være seg bevisst berøringen, og hvor man berører og hvordan berøringen kommer til uttrykk.

Er dette en av de «små tingene» informantene forteller om som de synes er vanskelig å sette ord på, og som ene informanten forteller om «*[..] så i bunn og grunn, så er det sikkert det non-verbale, de små tingene. Så er det hva er de små tingene, det er jo det som er utfordringen*» (Informant 2). Videre antyder informantene at hvis de greier å forstå pasienten, ofte gjennom disse små tingene, så ser de at de har fått pasientene til å slappe mere av, men den må være naturlig og den må avpasses. En av informantene mine uttrykker det slik: «*Det er jo ikke alltid disse sagte ordene, men det er det du senser og tar inn i deg, som gjør at der og da så velger jeg å gjøre sånn, eller så velger jeg å ikke gjøre sånn*» (Informant 2).

Dette får meg til å undres hva det er som ligger i dette uartikulerte. Er det dette kliniske blikket? Er det som Alvsvåg skriver om i sin bok «Engasjement og Læring», skjønnnet som kommer til uttrykk? En faglig vurderingsevne som utvikles med erfaring? «*når sykepleiere lytter til pasientens uttrykk lærer de. Erfaringen har vist dem at en lydhør holdning til kroppens uttrykk skal tas alvorlig og respekteres*» (Alvsvåg, 2007, s. 208). Skjønnnet er at man i gitte situasjoner handler riktig og godt, å ikke la seg tvinge til en handling gitt av regler, men å finne den beste løsningen i situasjonen. Hvor uerfarne operasjonssykepleiere vil forholde seg til regler, vil ofte en erfaren bruke mere skjønn (Alvsvåg, 2007, s. 209).

Informantene uttrykker vanskelighet med å sette ord på hva de ser og på hvilken måte de senser operasjonspasientene, men de påpeker at de tydelig merker det. Som ene informanten uttrykker: «*[..]at de må ha mere slike opplysninger istedenfor. Jeg vet ikke hvorfor man ser det, men man klare veldig tydelig å se det på pasientene[..]*» (Informant3).

Legen må inneha erfaring i observasjon, for å kunne behandle pasienten (Elstad, 2014). Jeg tenker at dette også gjelder operasjonssykepleiere. Dette samsvarer med det informantene forteller om at erfaringen de har opparbeidet seg gjennom årene, gjør at de lettere kan observere og dermed merker tydeligere når de kan bruke humor rettet mot pasienten. Videre forteller de at når de var nyutdannet, var de mer opptatt med det tekniske rundt en operasjon enn å ivareta og se pasienten:

*«Jeg vil jo si at de som har jobbet en stund de er mye mer avslappet i sin væremåte, eller kommunikasjonsform over operasjonspasienten når de kommer inn på operasjonsstua, enn en som er nyutdannet. En som er nyutdannet er mye mere stiv, og kanskje ikke helt vet når skal jeg time det og være der, de ser på det som, nesten som en teknisk ting [...] også er det en arm hit og en arm dit også ut med hjulene også er det mer anestesiens sitt [...] så synes jeg faktisk det at jo mer erfaren du blir, så blir du flinkere å se» (Informant 2).*

Informantene påpeker viktigheten av å inkludere pasienten som et medlem av teamet og hvor forløsende det føles når hele teamet, med pasienten i fokus, får seg «en god latter» som en av informantene kalt det.

Elstad henviser til Aristoteles arete, hvor det gode ligger i ønsket om å ville gjøre den andre godt og at det gode ligger i aktiviteten en gjør, i handlingen. Å gjøre godt i interaksjon med andre mennesker, i min oppgave operasjonspasienter, og å gjøre det på pasientens premisser. Videre påpeker hun at Aristoteles mener det gode ikke ligger i personen som en egenskap, men at det gode kommer til uttrykk i handlingen personen utfører på andre. Praksisen vi utøver er partikulær og individuell og den peker innover mot utøveren selv. Det som kalles personlig kunnskap, hvor kunnskapen også går mot pasienten som en sansende og kroppslig kunnskap hvor det ikke holder med bare tanken om «å ville hjelpe», noe som krever erfaring, men også det å være oppmerksom på den andre. Dette er noe som hver enkelt utøver på sin egen personlige måte, men først og fremst på pasientens premisser (Elstad, 2014).

God sykepleiepraksis kommer av at personalet har søkelyset på flere ting/områder samtidig (Elstad, 2014). Man observerer og senser pasienten samtidig som man utfører praktiske gjøremål. Flere kunnskapsformer kommer da til uttrykk på en gang. Som den ene informanten uttrykker: «[.]du er høflig, du er anerkjennende, du har tid til kanskje både å se og lytte samtidig som du kanskje gjør arbeidsoppgavene» (Informant 2).

Ingunn Elstad sammenligner Aristoteles Techné med fagkompetanse. Fagkompetanse krever både sansing, erfaring og kunnskap om det aktuelle (Elstad, 2014, s. 190). I min undersøkelse snakket informantene om dette med erfaring og sansing. Hvordan de sanset pasienten når vedkommende kom inn på stuen, de mente dette var noe de hadde utviklet over tid.

Informantene jeg intervjuet til denne oppgaven, poengterer at ved en operasjon er vi ofte godt kledd med sterilt tøy og munnbind. De undret seg over om bekleddningen muligens kunne være noe som hemmet bruken av humor. De påpekte at ved bruk av munnbind var det kun øynene pasienten ser, men hvis vi smiler og har et humoristisk blikk, så antar de at pasientene ser det. De fremhever også toneleiet som en indikator de mener operasjonspasienten tar i bruk for vurdering av humoristisk sans. Er dette noe som operasjonssykepleierne bruker bevisst, er de bevisst på at smilet skal nå øynene, eller gjør smilet det uansett? Og er vi bevisst stemmen vår og hvilken klang vi har i den? På hodet er håret under en hette, og alle som ikke er sterilt påkledd har grønt tøy. Denne unisone og anonyme påkleddningen gjør at vi mister noe av våre egne kroppslige kjennetegn, vi blir veldig like. Vi fortsetter å ha våre unike personligheter så vi trenger ikke bli upersonlige, dette kan derimot gjøre at tillitsforholdet til en operasjonspasient styrkes (Elstad, 2014, s. 107). Kan det tenkes at operasjonssykepleierne tenker at bruk av munnbind og påkleddningen kan virke skremmende på pasienter, og dermed anstrenger seg ytterligere i bruken av humor som et kommunikasjonsverktøy for å skape en god atmosfære på operasjonsstuen?

### **9.3 Er det bevisst eller ubevisst bruk av humor? Erfaring med bruk av humor**

Informantene i min undersøkelse fortalte om at de så den enkelte operasjonspasient an om de kunne starte noen form for humor, at de kan merke det på stemningen om pasienten er mottagelig for humor. En av informantene, nr. 1, sier at *«det må jo være noe jeg senser eller oppfatter som gjør at jeg enten stopper eller fortsetter humoren»*. Videre forteller informantene om at de på den ene siden synes det er vanskelig å svare på om de brukte humor bevisst. De forteller at de ikke gjør noen konkret vurdering om når det skal brukes humor og når det ikke skal brukes humor. *«Kanskje det startet som en bevisst, tenkt handling, også ble det innlemmet i meg etter hvert som tiden gikk, som et integrert verktøy jeg kan bruker»* (Informant 2). De mener det er noe som ligger i dem, noe de bare gjør uten å tenke over det.

På den andre siden så undres de om at bruk av humor er en ubevisst handling, noe som kommer med årene, etter hvert som de blir mer erfarne. Er dette noe som i operasjonssykepleieren ligger på prosedyrekunnskapsnivå? Er det så integrert i oss at det ligger i ryggmargen som en taus kunnskap? Humor nevnes som tema som kan forskes på i Polit og Beck (2020, s. 72-74). Jeg tenker dette viser at humor er noe vi sykepleiere bruker. Som jeg skiver tidligere, det ligger i oss, som mennesker, som sykepleiere og som operasjonssykepleiere. Vi tar det med oss i alle rollene vi har.

Informantene tror bruk av humor feller mere naturlig hos enkelte av operasjonssykepleiere enn andre, at det er personavhengig, og at pasientene merker det med en gang hvis humoren er påtatt.

Humor er med på å etablere menneske-til-menneske-forholdet Travelbee (2001, s. 177) beskriver. I det korte møtet mellom operasjonssykepleier og operasjonspasient, går begge parter ut av rollene og møtes som mennesker. Operasjonssykepleieren fortsetter å være profesjonell, men det etableres en forståelse av noe allmenngyldig, noe som er likt for begge parter, nemlig humor. Pasienten ser at det ikke er skille mellom han og sykepleieren, de er lik, sykepleie er bare en rolle, under rollen er det et menneske, slik som han. Det er i denne interaksjon med andre mennesker at mening skapes.

Informantene i undersøkelsen kunne fortelle om at bruken av humor har mange positive sider med seg. Og for informantene var det viktig at humoren som ble brukt, var positiv for pasientene og at det ikke gikk på deres bekostning. Når operasjonssykepleierne bruker humor forteller de at det ofte gjøres på bekostning av dem selv, de bruker seg selv terapeutisk, men de kan ikke være fintfølende. Det å bruke seg selv og sin egen personlighet i samhandling med en pasient kan bidra til at vedkommende lettere mestrer situasjonen som en operasjonspasient. Pleiepersonalet bør ha et positivt syn på humor og det å ikke være selvhøytidelig er et fint utgangspunkt for humorbruk (Lantz & Siitonen, 2002, s. 193). Man kan ta jobben høytidelig samtidig som man tar seg selv uhøytidelig (Tyrdal, 2002f). Som informant 1 uttrykte:

*«Jeg bruker meg selv da som kilde til humor, jeg vil jo ikke at pasienten skal føle seg brydd eller ja, ydmyket. Så det går kanskje mere på bekostning av det jeg selv gjør eller sier, eller hvis jeg formulerer meg [..]at jeg ikke finner ordene, eller roter til setninger, så blir det kanskje litt fliring av det og».*



Når informantene brukte humor, forteller de om at de ser endringer på pasienten, blant annet kunne de merke at engstelsen og stresset mange pasienter hadde ble noe mindre.

Undersøkelser viser at ikke bare reduseres stresset ved bruk av humor, men også faktorer som bedring av respirasjon og reduserte muskelspenninger ble påvirket i positiv retning (Buxman, 2008). Videre kunne de merke at pasientene ble mere mottakelig for informasjonen de kom med. Dette gikk begge veiene, at pasienten selv kom med informasjon som var viktig for teamet på operasjonsstuen å vite noe om. Dette støttes av det Travelbee skriver om. At det ved et kirurgisk inngrep er to behov som er grunnleggende for alle som skal gjennom et kirurgisk inngrep. Det ene er behovet for informasjon, det andre er behovet for sikkerhet (Travelbee, 2001, s. 262). Ved bruk av humor bedres forholdet mellom pasienten og operasjonsteamet med det resultat at kommunikasjonen mellom dem også blir bedret (Buxman, 2008).

Ved bruk av humor kunne informantene se at pasienten slappet mer av og informantene mente han mest sannsynlig fikk en bedre innsøvning og oppvåkning. *«Du ser det hvis at pasienter slapper av, så har dem det bedre, en bedre innsøvning og som oftest så har dem en bedre oppvåkning, og jeg tror at dem har en bedre rekonvalesens også»* (Informant 3).

Dette støttes både av forskning, og av det Vera Robinson skriver i sin bok om humor og helse: reduksjon av engstelse før en operasjon har positiv innvirkning på hele den postoperative fasen og postoperative komplikasjoner som postoperative smerter og infeksjoner. (Hankela & Kiikkala, 1996; Robinson, 1991, s. 45).

En av informant uttrykker: *«Hvordan du bruker humor er jo så veldig personlig»* (Informant 2). Dette tolker jeg slik at når operasjonssykepleierne bruker humor, så har hver enkelt en personlig måte å bruke humor på. En av informantene forteller om hvordan hun bruker ordet «hverdagsbunad» som et humoristisk innslag rettet mot operasjonspasienten: *«[...] som du ser så har vi fått på oss hverdagsbunaden [...]»* (Informant 3). Her forklarer vedkommende operasjonspasienten på en humoristisk måte den sterile bekledningen. Noe faglig og ukjent for pasienten tas ned til et forståelig nivå, en gjenkjennbar ting: en bunad, et klesplagg som brukes til fest, blir en metafor for å forklare at på en operasjonsstue er det ikke så mystisk og skummel. Dette gjøres for å blant annet å redusere stress-nivået til pasienten. Som vedkommende uttrykker videre: *«[...]prøver jeg å ufarliggjøre ting»* (Informant 3). Her bruker informant to humorteorier. Forløsningsteorien, hvor humor reduserer stress og spenninger i kroppen. For å få pasienten til å slappe mer av og til å skape tillit. Den andre teorien er inkongruens-teorien, man ler av noe som overasker en, noe som er kjent blir tatt ut av sitt

faste mønster og brukt i en ny setting. Dette konkrete eksemplet på bruk av humor bygger på tidligere erfaringer operasjonssykepleieren har gjort seg. Her har sykepleieren erfart noe når hun brukte det første gangen. Jeg undres på om hun stoppet opp og spurte seg selv hvilken erfaring hun gjorde med å bruke disse frasene. Hun så antagelig at det gjorde noe positivt med pasienten, dermed la hun det i sin «erfarings-boks» som en positiv handling hun ønsket å bruke ved en senere anledning.

Jeg undres om det er en spesiell kultur på arbeidsplassen som gjør at det brukes mye humor mellom de ansatte. Ved bruk av humor mellom ansatte antar jeg det gjenspeiler seg på operasjonsstuen. Som informant 2 uttrykte: «*[..]før pasienten kommer inn, og man har nettopp ledd eller hatt det litt artig med noen kollegaer eller sånn, så er man jo selv i en litt mere sånn høgre stemning*». Eller ligger det i en operasjonssykepleiers kultur å bruke humor? Jeg tenker at det på den andre siden er hvilken kultur pasienten tilhører. Det er forskjell på en eldre og en yngre pasient. Mye er skjedd med humoren siden Arthur Arntzens storhetstid. Hvor det før var vanlig å gjøre narr av en av samfunnets øvrigheter i sin spesifikke rolle, er det i dag helt legitimt å latterliggjøre en privatpersons personlighet eller utseende. Jæmfør overlegenhetsteorien som er beskrevet i kapittel 5.2. Jeg tenker at denne teorien ikke er noe som egner seg mellom en operasjonspasient og en operasjonssykepleier. Ved slik bruk av humor ville nok tilliten brytes. Informantene sier også noe om dette under kapittel 9.4, upassende eller ufrivillig humor.

Informant 2 poengterte at selv om det ikke ble brukt humor på stuen, var det viktig med «*et smil og en lett tone*». Når en sykepleier starer på en videreutdanning er det et minimums krav med to års erfaring som sykepleier. Det vil si at når en operasjonssykepleier er ferdig med sin videreutdanning, har han fire og et halvt år utdanning og minst to år med jobb. I tillegg har han mange uker med praksis under utdanningene. I løpet av disse årene har man dermed opparbeidet seg mye erfaring, både i møtet med mennesker og som menneske og sykepleier. Og denne erfaringen ligger i dem, det er noe de bruker, som for eksempel med et smil eller en lett tone, de ser det er viktig. Gjør denne erfaringen at man lettere gjenkjenner mønster, er det ikke dette som er ekspertkompetanse, å gjenkjenne mønster i handlingene?

## 9.4 Upassende eller ufrivillig humor

Informantene forteller om viktigheten av å være varsom under bruken av humor. De trekker fram viktigheten av at humoren skal være «intelligent» og ikke bare «fjas». Hva er intelligent humor? Kan det være humor som ikke går ut over noen og som gjør situasjon morsom? Er det faglig humor? Det er ikke slik at man skal være morsom for å vise at man er en morsom person. Jeg mener at man er morsom for å gjøre situasjonen morsom, slik at det blir enklere for pasienten, og det gjør at situasjonen blir mer overkommelig. En type humor som det ikke er heldig å bruke mot pasienter er overlegenhetsteorien. Det er humor som er på bekostning av andre. Det passer seg ikke i samhandling med en pasient, det ville fått fram negative følelser som har motsatt virkning enn det vi ønsker å fremskape med bruk av humor.

Under analysen opplever jeg at det sies lite om de negative sidene med humor. Informantene påpeker at noen ganger kan humoren slå feil, og de trekker frem at de aldri bruker det seksuelle i forbindelse med humor. Men jeg undres om grunnen til at de forteller lite om de negative sidene av humor, er fordi de tenker på humor som noe positivt, eller om det kan komme av at de ikke ønsker å utlevere seg selv på en negativ måte?

De forteller videre at hvis pasienten noen ganger har startet humor med en seksuell karakter, er det viktig å trå varsomt og da avrunder de det på en fin og naturlig måte. Jeg tenker at det er viktig å avlede bort fra det, men ikke overse humoren. Det kan gi pasienten en følelse av å bli oversett. Som informant 2 påpeker: «*Når vi ler med deg, av det du har sagt, så gir jo det deg en god følelse*». Her er det igjen dette med å se pasienten, og ikke avvise vedkommende.

Er det en moralsk sensitivitet som hun gjennom sin erfaring som sykepleier har oppøvd, som gjør at hun velger å avrunde spøken? Moralsk sensitivitet kjennetegnes som en evne til gjenkjenning av moralske trekk i en situasjon eller i en hendelse. For å kunne handle moralsk, må man ha blant annet god dømmekraft. God dømmekraft er at man ved hjelp av innlevelse og empiri kunne reflektere over de ulike handlingsalternativene en har i en situasjon. En viktig faktor i moralsk sensitivitet er evnen til reseptivitet, det å være åpen og mottagelig for blant annet menneskers sinnsstemning (Nortvedt, 2016, s. 104-106).

Ved operasjoner som er særlig invalidiserende for en pasient, for eksempel ved amputasjoner, bør det vises særlig varsomhet med bruk av humor som middel mot engstelse og nedstemthet. Bruk av humor for å «få opp stemningen», eller «lette på humøret» bør unngås hvis man ikke

er godt kjent med pasienten fra tidligere. En lett tone på stuen er kanskje så langt man bør gå (Travelbee, 2001, s. 269).

## 10 Konklusjon

Det jeg har funnet i mitt forskningsprosjekt er at humor er allmenngyldig og menneskelig. Funnene gir meg ikke konkrete svar på om humor er noe som brukes bevisst eller ubevisst, det virker mere som om dette er noe som er personavhengig. Operasjonssykepleierne bruker humor der de finner det hensiktsmessig, og i de fleste tilfeller med et godt resultat. Operasjonssykepleierne bruker seg selv som. Humor er en effektiv tillits-skaper og et godt og allsidig kommunikasjonsverktøy. Funnene passer inn med tidligere forskning og litteratur.

Mine funn, som også støttes av tidligere forskning og faglitteratur, tyder på at humoren strekker seg utover bruk rettet mot operasjonspasienter, det er noe som brukes på avdelinger flere plasser i verden.

Underveis i arbeidet med oppgaven har jeg fått ideer om forskning som kunne vært interessant å sett på, både videre forskning, og også andre vinklinger. Det jeg vil trekke frem som interessant er å kunne sett dette også fra pasientenes perspektiv, å sett det fra begge sider i en forskningsoppgave er nok en vanskelig oppgave, men interessant synes jeg. Å implisert anestesipersonellet hadde også vært et interessant tema. Samme med å kunne sett på om det er noen kjønnsforskjeller i bruken av humor, og om det da er noen forskjell på type humor som brukes. Det hadde også vært interessant å gjøre lignende studier, med samme forskningsspørsmål, men på andre sykehus. Det kunne avdekket om mine funn var resultat av en kultur, eller en bruk som er opparbeidet seg på denne operasjonsavdelingen.

Det siste jeg vil trekke frem, er hvordan bruken av humor har vært brukt gjennom århundrer. Som innledningen viser, var det nedtegnet i datidens fagbøker, at sykepleierne skulle opptre på en spesiell måte når det kom til humor. Jeg skulle ønske at det i dag var mer fokusert på bruken av humor i lærebøkene, både på grunnutdanningen og videreutdanningene. Ikke som en oppskrift om hvordan humor skal brukes, det er nok vanskelig, om ikke umulig å gi noe ensartet svar på. Men at det er et større fokus rettet mot *hvorfor* bruk av humor er viktig, og hva bruken *gjør* med pasientene. Humor truer ikke profesjonaliteten om den brukes korrekt.

For er det ikke konsensus på en definisjon av humor blant fagfolkene, så drister jeg meg å påstå at det er konsensus på at bruk av humor generelt sett, er positivt.

## Referanseliste

- Alvsvåg, H. (2007). Læring av sykepleie. I H. Alvsvåg & O. Førland (Red.), *Engasjement og læring* (s. 205-232). Oslo: Akribe AS.
- Bailey, L. (2010). Strategies for Decreasing Patient Anxiety in the Perioperative Setting. 445-460. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.04.017>
- Buxman, K. (2008). Humor in the OR: A Stitch in Time? *AORN Journal*, 88(1), 67-77. <http://doi.org/10.1016/j.aorn.2008.01.004>
- Eide, P. H. & Dāvøy, G. (2018). Funksjon- og ansvarsområde. I G. M. Dāvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg., s. 28-33). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elstad, I. (2014). *Sjukepleietenking*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskningsetikkloven. (2006). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Hankela, S. & Kiikkala, I. (1996). Intraoperative Nursing Care as Experienced by Surgical Patients. *AORN Journal*, 63(2), 435-442. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)63231-6](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)63231-6)
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Johnsen, B. H. (2002). Hvem ler av hve, om humorens form, innhold og kontekst. I S. Tyrdal (Red.), *Humor og helse - i teori og praksis: fra smilehull til latterkrampe: Bok 1.* (s. 45-76). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Kaldal, I. (2016). *Minner som prosesser : i sosial- og kulturhistorie*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier — slik pasienter ser det. *Vård i Norden*, 26(1), 15-19. <https://doi.org/10.1177/010740830602600104>
- 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 AS.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*, 18(2), 145-153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Lockertsen, J.-T. (2009). *Operasjonssykepleie ved Troms og Tromsø sykehus 1895-1974*.
- Lærum, O. D. (2002). Medisinsk humor gjennom tidene. I S. Tyrdal (Red.), *Humor og helse - i teori og praksis: fra smilehull til latterkrampe: Bok 2.* (s. 31-52). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Moreall, J. (2016). Philosophy of Humor", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2016 Edition) Edward N. Zalta (ed.). Hentet fra <https://plato.stanford.edu/entries/humor/>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke : en innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- NSF. (2020). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

- Oksavik, W. S. (2018). Sammarbeid i team. I G. M. Dāvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg., s. 203-217). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Olsson, H., Koch, M., Backe, H. & Sörensen, S. (2000). Nursing and Humour — An Exploratory Study in Sweden. *Vård i Norden*, 20(1), 42-45.  
<https://doi.org/10.1177/010740830002000109>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pritchard, M. J. (2009). Managing anxiety in the elective surgical patient. *British Journal of Nursing*, 18(7), 416-419.
- Robinson, V. M. (1991). *Humor and the health professions : the therapeutic use of humor in health care* (2nd utg.). Thorofare, N.J: Slack.
- Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Antunes, A. V., Frade, M. d. F. G., Severino, S. P. S. & Valentim, O. S. (2019). Humor intervention in the nurse-patient interaction. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1078-1085. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0609>
- Svebak, S. (2000). *Forlenger en god latter livet? : humor, stress og helse*. Bergen: Fagbokforl.
- Svebak, S., Kristoffersen, B. & Aasarød, K. (2006). Sense of Humor and Survival among a County Cohort of Patients with End-Stage Renal Failure: A Two-Year Prospective Study. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(3), 269-281.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tyrdal, S. (2002a). Humor i kommunikasjon. I S. Tyrdal (Red.), *Humor og helse - i teori og praksis: fra smilehull til latterkrampe: Bok 2.* (s. 53-63). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Tyrdal, S. (2002b). Humor og stress. I S. Tyrdal (Red.), *Humor og helse - i teori og praksis: fra smilehull til latterkrampe: Bok 2.* (s. 97-110). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Tyrdal, S. (2002c). Humoranalyse. Et oversiktskart. I S. Tyrdal (Red.), *Humor og Helse - i teori og praksis: fra smilehull til latterkrampe: Bok 1.* (s. 29-43). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Tyrdal, S. (2002d). Humorfysiologi. I S. Tyrdal (Red.), *Humor og helse - i teori og praksis: fra smilehull til latterkrampe: Bok 1.* (s. 101-118). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Tyrdal, S. (2002e). Hva er humor? I S. Tyrdal (Red.), *Humor og helse - i teori og praksis: fra smilehull til latterkrampe: Bok 1.* (s. 13-27). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Tyrdal, S. (2002f). Hva er medisinsk humor? I S. Tyrdal (Red.), *Humor og helse - i teori og praksis: fra smilehull til latterkrampe: Bok 2.* (s. 15-26). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.
- Weisæth, L. (2002). Humor ved kriser og katastrofer. I S. Tyrdal (Red.), *Humor og helse - i teori og praksis: fra smilehull til latterkrampe: Bok 2.* (s. 129-149). Oslo: Kommuneforbundet AS.
- Wilkins, J. J. & Eisenbraun, J. A. (2009). Humor Theories and the Physiological Benefits of Laughter. *Holistic Nursing Practice*, 23(6), 349-354.  
<http://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3181bf37ad>

# Vedlegg

## Vedlegg 1 Forespørsel avdeling

Forespørsel angående deltakelse til individuelle intervju i forbindelse med masterprosjekt.

Jeg er student ved UiT Norges arktiske universitet, tar master i sykepleie, retning operasjon. I forbindelse med min avsluttende masteroppgave skal jeg gjennomføre et prosjekt som omhandler å se på hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har med bruk av humor i møte med operasjonspasientene. Jeg ønsker i den forbindelse å foreta individuelle intervju av tre operasjonssykepleiere. Intervjuet ønskes gjennomført ved deres avdeling.

Jeg forespør om muligheten til å foreta disse intervju med operasjonssykepleiere ved deres enhet. Målet med studiet er å undersøke om operasjonssykepleiere finner det hensiktsmessig å bruke humor som virkemiddel i møtet med operasjonspasientene.

Jeg ønsker å komme i kontakt med operasjonssykepleiere ved deres avdeling som kunne tenkt seg å bidra til dette. Inklusjonskriterier for denne studien er at de må ha videreutdanning som operasjonssykepleier og være i regelmessig kontakt med operasjonspasienter. Minimum to års arbeidserfaring som operasjonssykepleier. Kun norsktalende for å unngå språkbarrierer. Både menn og kvinner i ulike aldersgrupper.

Prosjektet er godkjent av NSD, og jeg vil forholde meg til personvernreglementet. Ansvarlig for prosjektet er UiT Norges Arktiske Universitet ved min prosjektleder/veileder Jan-Thore Lockertsen.

Prosjektet er planlagt avsluttet desember 2020.

Håper på positiv tilbakemelding fra dere.



Ta gjerne kontakt hvis det er noe som er uklart eller dere ønsker nærmere utdypning.

Mvh

***Student***

*Ingvill Goos*

*Tlf 99364512*

*Epost: [igo004@post.uit.no](mailto:igo004@post.uit.no)*

***Veileder***

*Jan-Thore Lockertsen*

*PhD-student. FSG Praksisnær sykepleieforskning*

*Videreutdanningene ABIKO*

*Epost: [jan-thore.lockertsen@uit.no](mailto:jan-thore.lockertsen@uit.no)*

## Vedlegg 2 Informasjonsskriv til informanter

Vil du delta i forskningsprosjektet.

*” Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med bruk av humor i møtet med operasjonspasientene? ”*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har med bruk av humor i møtet med operasjonspasientene. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med prosjektet er å bidra til å sette fokus på bruk av humor i møtene med pasientene, dette er viktig for flere ting når det kommer til operasjonspasienter. Det er tenkt å gjøre individuelle intervju av to til tre operasjonssykepleiere. Problemstillingen min er «*Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med bruk av humor i møtet med operasjonspasientene?*», og det er en masteroppgave i forbindelse med min master i spesialsykepleie.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

UiT Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

## **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Jeg ønsker tre operasjonssykepleiere som har norsk som morsmål, har jevnlig kontakt med operasjonspasienter.

## **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et individuelt intervju hvor kun du og jeg deltar. Intervjuet vil ta mellom en-to timer, og jeg vil ta opp samtalen på lydbånd, disse lydopptakene gjøres med en diktafonapp på min telefon. Appen sender opptakene direkte til Tjeneste for Sensitive Data (TSD) hvor de blir lagret, og ingenting vil bli lagret på telefonen min. I etterkant av intervjuet vil jeg transkribere intervjuene, alt skriftlig materiale anonymiseres.

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Jeg og veileder vil ha tilgang til lydfilene og det transkriberte materialet.

Det informerte samtykket og lydfilen av deg vil bli oppbevart på ulike lokalisasjoner, så lydfilene vil ikke kunne bli knyttet til ditt navn.

I transkripsjonen vil jeg ikke benevne deg med navn, men anonymisere. Dette vil jeg også gjøre hvis jeg bruker noe av det du har sagt som referat i oppgaven. Så du vil ikke kunne gjenkjennes i oppgaven.

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes utgangen av 2020 Etter avsluttet prosjekt vil lydfiler bli slettet.

## **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- UiT Norges arktiske universitet, ved veileder Jan-Thore Lockertsen
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Student

Jan-Thore Lockertsen

Ingvill Goos

-----  
-----

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har med bruk av humor i møtet med operasjonspasientene, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, desember 2020

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3 intervjuguide

- Velkommen, Ingvill Goos heter jeg, det vet du jo, og er veldig glad du tar deg tid til å møte meg.
- Intervjuet med deg i dag er del av en master jeg skriver i forbindelse med videreutdanning i operasjonssykepleie. Var ferdig som operasjonssykepleier før jul, og tar nå en master. Temaet er erfaringer med bruk av humor i forhold til mottak av operasjonspasienter, så spørsmålene kommer for det meste til å dreie seg om det.
- Intervjuet dokumenteres med at jeg tar opp alt du sier med en diktafonapp på min telefon. Appen sender opptakene direkte til Tjeneste for Sensitive Data (TSD) hvor de blir lagret, og ingenting vil bli lagret på telefonen min. Etterpå skriver jeg ordrett ned alt som er sagt og analyserer det. Når prosjektet er ferdig og bestått, vil jeg slette alle lydopptak.
- Navnet ditt vil aldri brukes, det er ikke relevant. For å holde orden på hva de ulike jeg intervjuer sier, vil jeg kalle dere informant en, to og tre. Du kan til enhver tid trekke deg fra prosjektet uten å oppgi noen grunn. Når prosjektet er ferdig kan du, om du ønsker, få lese gjennom det som er skrevet, ev. få en kopi av den ferdige oppgaven.
- Intervjuet vil ta en plass mellom en og en halv time til to timer.
- Informer om gjensidig taushetsplikt og taushetsplikt ovenfor pasienter og identifiserbare opplysninger om informantene og pasientene.

## Introduksjonsspørsmål:

- Stillingsprosent?
- Hvor lenge har du jobbet som operasjonssykepleier? Snakk videre om dette, spes ved lang erfaring..
- Ev. noe annet?

## Nøkkelspørsmål:

- Ofte er det første møtet med pasienten inne på operasjonsavdelingen, fortell om dette første møtet, hvordan foregår det, hva gjør du?
- Er det noen møter du husker spesielt godt? Hvorfor?
- Hva slags erfaring har du med bruk av humor når du tar imot en pasient som skal til operasjon?
- Hvordan anvender du humor i møtet med en operasjonspasient?
- Fortell meg om sist/en gang du brukte humor
- I hvilken grad synes du at det å bruke humor er nyttig i møtet med en operasjonspasient? Ev på hvordan måte er det nyttig?
- Gjorde det noe med stemningen mellom deg og pasienten?
- Når bruker du humor? Kan du gi et eksempel på når du bruker humor?
- Er det grenser for bruk av humor?
- Fortell om en gang der du opplevde at bruken av humor var positiv.
- Fortell om en gang der du opplevde at bruken av humor ikke ble slik man forventet.
- Bruker du humor bevisst? ..fortell..

## Oppfølgingsspørsmål:

- Hva mener du med..?
- Kan du gi eksempler på det du snakker om nå..?
- Hvorfor valgte du..?



### Inngående spørsmål:

- Kan du si litt mere om det?
- Har du flere eksempler på dette?

### Spesifiserende spørsmål:

- Hva opplevde du?
- Hvordan bruker du humor?

Notater:

## Avslutning:

- Er det noe du vil legge til, noe som ikke er kommet frem som du ønsker å si?
- Oppsummering?
- Takk igjen for at du tok deg tid til å møte meg.

## Vedlegg 4 skjermdump av godkjenning NSD

N

### NSD Personvern

29.01.2020 11:20

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 984648 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 29.01.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres,

