



Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

## **En brännskadad kropp och vägen tillbaka**

- En litteraturstudie ur ett patient- och närståendeperspektiv

Författare: Louise Lundén och Julia Åkesson  
Handledare: Karin Emanuelsson  
Examinator: Ann-Charlott Wikström  
Omvårdnad - Examensarbete 15 hp  
Kandidatnivå HT 2011

*”Jag skulle gärna ha varit utan själva olyckan, men inte utan  
erfarenheten”*

Citat från artikel i SvD av Lasse Gustavsson (Renberg, 2010)

## Abstract

**Titel:** En brännskadad kropp och vägen tillbaka - En litteraturstudie ur ett patientperspektiv

**Title:** A burned body and the way back – A literature review from a patient´s perspective

<b>Författare</b>	Louise Lundén och Julia Åkesson
<b>Institution</b>	Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
<b>Arbetets art</b>	Examensarbete, 15 hp
<b>Program/kurs</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
<b>Termin/år</b>	HT 2011
<b>Antal sidor</b>	25

**Background:** Being subjected to an extensive burn injury affects the victim´s physique, social life and its psyche. A burn injury can be determined as a trauma. Burn injuries often make the patient suffer from pain, anxiety and lack of a social life. Sister Callista Roy´s theory was used to analyze the result of the study. One of her goal is to promote the adaptive function of self-perception. **Aim:** The aim of this literature review was to describe how patients with extensive burns and their families experienced the return to daily life. **Method:** This literature review is based on four qualitative and four quantitative scientific articles. **Results:** The results showed that family support played a major role in the patient´s life after the burn injury, it is important for the further rehabilitation. Burned patients use different coping strategies to solve this particularly traumatic situation. Several of the burn victims experienced an altered self-image as a burn injury changes the appearance. Many felt that it restrained them from participating in social contexts. Result is based on three different themes: I and myself, I together with my family and I together with the society. **Conclusion:** Patients and their family adapt to changes in their daily life different. Development of strategies was important to be able to return to daily life. Therefore, it is important for nurses to provide information on different strategies.

**Keywords:** altered relations, burns, coping, family support, Sister Callista Roy

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
<b>En brännskada</b> .....	<b>1</b>
<b>Smärta relaterat till brännskada</b> .....	<b>3</b>
<b>Sjuksköterskans stödjande funktion</b> .....	<b>3</b>
<b>Omvårdnadsteoretisk ram – Sister Callista Roy</b> .....	<b>5</b>
<b>En förändrad vardag</b> .....	<b>5</b>
<b>Problemformulering</b> .....	<b>6</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>6</b>
<b>Metod</b> .....	<b>6</b>
<b>Litteraturöversikt</b> .....	<b>6</b>
<b>Litteratursökning</b> .....	<b>7</b>
<b>Urval</b> .....	<b>9</b>
<b>Analys</b> .....	<b>9</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>10</b>
<b>Jag om mig själv</b> .....	<b>10</b>
<b>Jag tillsammans med familjen</b> .....	<b>13</b>
<b>Jag tillsammans med samhället</b> .....	<b>15</b>
<b>Diskussion</b> .....	<b>18</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>18</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>19</b>
Jag om mig själv .....	19
Jag tillsammans med familjen.....	21
Jag tillsammans med samhället.....	22
Teorins användbarhet .....	23
<b>Konklusion och praktiska implikationer</b> .....	<b>24</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>26</b>

Bilaga I

Bilaga II

## **Inledning**

En omfattande brännskada innebär en förändrad vardag och identitet, svåra typer av smärtor och en komplicerad omvårdnad med stora ekonomiska kostnader. Genom sjuksköterskeutbildningen erhålls knapphändiga kunskaper om personer med omfattande brännskador och därmed finns behov av större kunskap hos allmänsjuksköterskor. Beroende på hur allvarlig brännskadan är, har patienten ett varierat behov av omvårdnad. Det är viktigt att sjuksköterskor har förståelse för dessa patienters behov och problem i det dagliga livet för att kunna ge gott stöd och god omvårdnad. En brännskada kan ha uppkommit från ett större eller mindre trauma. Att förmedla trygghet och kunna ge fysiskt och psykiskt stöd är därför viktiga egenskaper hos en sjuksköterska, då de kommer att möta denna patientgrupp i sin yrkesverksamhet.

I denna studie görs ett fokuserande på patienters och deras närståendes upplevelser och erfarenheter av en omfattande brännskada efter sjukhustiden.

## **Bakgrund**

### **En brännskada**

Sommar och Huss (2008) redogör att cirka 36500 personer i Sverige söker vård för brännskador varje år. Esselman (2007) rapporterar att dödligheten av brännskador har minskat de senaste åren tack vare utvecklingen av adekvata behandlingsåtgärder. Socialstyrelsen (2008 a) anger att en brännskada uppstår när huden och underliggande vävnad utsätts för en så hög temperatur att cellerna i vävnaden går i nekros. Brännskadan orsakar en stor inflammation som resulterar i att vätska i kärlen tar sig ut i omkringliggande vävnader och orsakar därmed vävnadsödem och eventuell blodbrist. Sandell (2001) skriver att en brännskada kan uppstå av flera olika anledningar, de mest förekommande anledningarna är skållning av hett vatten, skador efter kontakt med varma föremål och skador från eldflammar. Öppen eld orsakar vanligen den allvarligaste formen av brännskada (Sandell, 2001). Det som avgör hur allvarlig brännskadan blir beror på exponeringstid, hur hög temperaturen är, skadans utbredning och djup, lokalisation liksom patientens tidigare hälsotillstånd. Brännskadans utbredning på kroppen anges i Total Surface Burn Area [TSBA], till exempel så anges en hand som TSBA en procent (se Bilaga I). Skadans utbredning avgör den kommande behandlingen (Sjöberg & Östrup, 2002).

Sjöberg och Östrup (2002) skriver för att tillämpa en adekvat behandlingsplan för brännskador bör en sjuksköterska ha kunskap om hudens uppbyggnad och funktion. Huden är indelad i tre olika lager. Överhuden, epidermis som följs av den djupare och tjockare läderhuden, dermis och till sist underhuden, den subkutana vävnaden som innehåller bindväv och fett (se Bilaga I). Huden är människans barriär mot infektioner och vatten, förhindrar förlust av kroppsvätskor, styr kroppstemperatur och förmedlar upplevelse av beröring. Den mildaste typen av brännskada är en första gradens brännskada där enbart epidermis tagit skada. Ett exempel på denna skada är kraftig solsveda. En svårare typ är andra gradens brännskada. Den innefattar epidermis och övre delen av dermis. Huden är här kraftigt röd, det skadade området har svullnat och den drabbade känner värmeökning och kraftig smärta. Smärtan uppkommer genom att känselreceptorer och nerver är skadade. Den allvarligaste brännskadan är en så kallad tredje gradens brännskada, där epidermis samt hela dermis är förstörd. Då hela dermis är förstörd, är även alla känselreceptorer och nerver förstörda och den drabbade känner därför ingen smärta. Vid en tredje gradens brännskada bildar huden en pansarliknande yta. Ju mer omfattande skada är till både i djup och yta desto större konsekvenser och följder vad gäller rehabilitering och återgång till ett dagligt liv. En brännskada medför komplikationer eftersom det sker sjukliga rubbningar runtom själva brännskadade området. Runt skadan är ämnesomsättningen ökad och syresättning och blodgenomströmning i vävnaderna är försämrade liksom immunsystemet, vilket höjer risken för infektion och dålig sårhäkning (Sjöberg och Östrup, 2002).

Omfattande brännskador kräver stor kontroll på den drabbades vätske- och nutritionstillförsel. I denna studie användes begreppet ”en omfattande brännskada”, och definieras som en andra- och tredjegradsbrännskada med över 15 % TBSA. Definitionen innebär brännskador som gett funktionshinder i vardagen, se bilaga I, (Sjöberg och Östrup (2002).

Om den drabbade har brännskador som är av större omfattning än TBSA sex till åtta procent så startas en process i kroppen, där vätska lämnar blodbanan och går ut i vävnaden, vilket kan leda till en brännskadechock. Det kan liknas en blödningschock om det förblir obehandlat och det är därför viktigt att ge vätska intravenöst. Detta är dock negativt för hudskadan då en brännskadechock försvårar sårhäkningen. Vid en brännskada förlorar kroppen vätska via skadan. Hur stor avdunstningen blir från det brända området beror till viss del på vilken sårbehandling som används (Sjöberg & Östrup, 2002). Esselman (2007) informerar att brännskadade patienter förlorar en stor kroppsmassa. Det leder till att patienterna blir kraftlösa och förlorar en del av funktionsförmågan. Sjöberg och Östrup (2002) skriver att en

brännskadad person får ett ökat energibehov, eftersom stora energimängder går förlorade men som behövs för att läka skadan. Energi behövs främst i form av föda. Vid malnutrition avstannar läkningsprocessen. En stor del av brännskadebehandlingen består därför av nutritionsbehandling. Det krävs att personalen runt patienten talar om vikten att få i sig energi, även om det känns arbetsamt att äta mer än vad som känns normalt (Sjöberg och Östrup 2002).

### **Smärta relaterat till brännskada**

Inflammationen vid en brännskada skapar smärta, men även en ökad smärtkänslighet, vilket innebär att även området utanför skadan är smärtekänsligt vid beröring. Smärtan är inte alltid svår de första timmarna efter traumat, eftersom patienten befinner sig i en chockfas som kan utlösa en hämning av smärta. Smärta är en individuell känsla och är unik för varje människa. Flera faktorer påverkar smärtupplevelsen, till exempel livserfarenhet, miljö, personlighet och kultur. En väl anpassad behandling bör påbörjas direkt vid smärtupplevelse för att få patienten att känna sig trygg och för att få tillbaka sin livskvalitet. Brännskador kan utlösa flertalet olika smärtyper och kan av den anledningen vara svår att få grepp om, därför bör behandlingen grunda sig på en smärtbedömning för att veta vilken betydelse smärtan har för patienten och för att kunna ge adekvat vård (Sjöberg & Östrup, 2002).

På grund av smärtan kan patientens psykiska status ta skada, hindra mobilisering samt försvåra sår läkningen (Sjöberg & Östrup, 2002). Det finns en paradox kring smärtbehandling. Smärta för med sig många negativa effekter och bör behandlas samtidigt kan känslan säga mycket om patientens tillstånd och vilken behandling patienten behöver få, eftersom brännskador kan skapa många andra livshotande tillstånd som exempelvis sepsis och kompartmentsyndrom (Sandell, 2001). En brännskada är vanligen oerhört smärtsam, redan vid enklare skador kan starka smärtstillande medel vara nödvändiga (Sjöberg & Östrup, 2002).

### **Sjuksköterskans stödjandefunktion**

Alla människor upplever och reagerar olika på trauman. Krisreaktioner kan se olika ut och beror på flera orsaker, exempelvis ålder, personlighet, tidigare upplevelser och livsåskådning. Att kunna bemöta den drabbades unika behov har betydelse och sjuksköterskan bör individualisera vården. (Sjöberg & Östrup, 2002). Tengvall (2010, a) beskriver att om patienten ska kunna få god omvårdnad är det av betydelse att sjuksköterskan kan samarbeta

med andra yrkesgrupper som även bör kunna bemöta patientens behov och krisreaktion. Sjöberg och Östrup (2002) anger att patienter med omfattande brännskador genomgår vanligtvis en traumatisk och psykiskt påfrestande situation, därför är det viktigt att det psykiska omhändertagandet av den drabbade påbörjas omedelbart. En brännskadad person påverkar hela familjen och därför är det viktigt att vården även stödjer familjen genom den skadade personens hela rehabiliterings process. Cullberg (2003) beskriver den traumatiska krisen i fyra faser. Den första fasen genomgås under de första dygnet och kallas chockfasen. Då håller den drabbade verkligheten ifrån sig och vill inte hantera det som har hänt. Nästa steg i krisens utveckling är reaktionsfasen och individen förstår nu att något hemskt har hänt och söker en förklaring. Det är vanligt att den drabbade vill hitta någon eller något att skylla händelsen på. När det akuta läget har lagt sig övergår reaktionsfasen till en bearbetningsfas, där den drabbade kan acceptera det förflutna och fokusera på framtiden. Det kan ta över ett år att komma till detta accepterande. För en patient kan det handla om att lära sig leva med funktionshinder och utgå från den situationen som är just nu. Den drabbade måste se framåt och inte jämföra med hur livet var innan olyckan. Den sista fasen kallas nyorienteringsfasen, som varar resten av den drabbade människans liv. Krisen förändrar hela livet och sätter sina spår. Till en början kan krisen kännas allt annat än positiv, men efter hand kan de flesta lära sig att leva med den och på så sätt utvecklas som människa (a.a.).

Sjuksköterskan har en informerande och stödjande yrkesroll, vilken behövs för att hjälpa en patient att gå igenom en svår process (Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska, 2005). Brännskadade patienter behöver stöd i deras emotionella process. Det är viktigt att sjuksköterskan erbjuder stöd från olika professioner, exempelvis från en kurator, arbetsterapeut och sjukgymnast (Tengvall, 2010 a). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), (SFS 1982:763) 2 § fastställs att sjuksköterskan bör främja goda kontakter mellan olika vårdinstanser. Likaså fastslår Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005) att sjuksköterskan bör organisera och/eller delta i teamarbete kring patienten. Vidare skriver Tengvall (2010 a) att det är viktigt att personer som är i behov av stöd erbjuds det när de är mottagliga, vilket inte tillgodosågs i Tengvalls studie där flera behövande fick stöd när de inte var mottagliga. De kunde därför inte vara delaktiga eller ta till sig de betydelsefulla samtalen i rehabiliteringsprocessen (Tengvall, 2010 a).



## **Omvårdnadsteoretisk ram – Sister Callista Roy**

Roy's systemteori grundas på en adaptationsmodell och fokuserar på resultat (Roy & Andrews, 1999). Denna modell bygger på att sjuksköterskan ser patienten ur ett bio-psyko-socialt perspektiv. Detta är en helhet som hela tiden måste adaptera sig med den föränderliga miljön. En adaptiv människa kan effektivt anpassa sig till miljöförändringar och även påverka miljön. Som sjuksköterska är det viktigt att se till dessa förändringar och främja adaptationen. Adaptationen underlättar människans överlevande, växande, reproduktion och copingförmåga. Människan har copingmekanismer och dessa gör att individen klarar av den föränderliga världen. Mekanismerna kan vara av biologisk, psykologisk och social natur. Det är viktigt att sjuksköterskan kan undervisa och lära människan dessa copingmekanismer för då kan människan lättare adaptera sig och hantera den nya situationen. Förändringar kan ha en positiv eller negativ karaktär och för att få ut det positiva av förändringarna är det viktigt att använda sig av adaptationsförmågan. Roys omvårdnadsmål och syfte är att främja människans fyra adaptiva funktioner, vilka är fysiologiska funktioner, självuppfattning, rollfunktion samt relation och samhörighet. Hälsa hänger nära samman med adaptationsförmågan (Roy & Andrews, 1999).

Roy och Andrews (1999) anger att de viktigaste begreppen i teorin är människa, mål, hälsa, miljö samt omvårdnadshandlingar. Människan beskrivs som den som tar emot omvårdnad. Hälsa definieras som ett tillstånd som speglar adaptationsprocessen och innebär att bli en integrerad och hel person. Miljö är ett betydande och brett begrepp och innefattar förhållanden och omständigheter som finns runt människan, vilket påverkar utvecklingen samt beteendet. En förändring i miljön utlöser en adaptiv respons, för att hålla människan integrerad. Tecken på en adaptiv respons är att människan blir en tryggare person. Det sista viktiga begreppet är omvårdnadshandlingar, eller som författarna även kallar det omvårdnadsprocessen. I omvårdnadsprocessen finns sex steg: bedömning av beteende, bedömning av stimuli, omvårdnadsdiagnos, målformulering, intervention och utvärdering. Dessa sex steg utgör grunden för att uppnå hälsa (Roy & Andrews, 1999).

### **En förändrad vardag**

Enligt Sandell (2001) påverkar en omfattande brännskada såväl huden och kroppens vävnader liksom psykiskt och socialt. En allvarlig brännskada kan förändra utseendet radikalt och medföra funktionsnedsättning hos den drabbade. Livet efter brännskadan kan bli annorlunda och den drabbade kommer eventuellt se världen på ett annat sätt än före skadan. Tengvall

(2010 a) hävdar att brännskadade personer kan vara påverkade av skadorna långt efteråt, vilket försvårar återgången till vardagslivet. Vardagliga saker som att duscha och klä sig kan orsaka stark smärta och uppta stor tid av dagen särskilt tiden strax efter traumat. Brännskadade händer kan medföra att många personer inte kan fortsätta jobba på sin gamla arbetsplats (a.a.). Brännskadade personer kan ha det svårt socialt då de inte vill vistas offentligt, eftersom de skäms för sina ärr och känner att ärren inte är en del av dem. Tiden efter en brännskada kan vara oerhört jobbig då den drabbade måste lära känna sin kropp på nytt. Det kan handla om att acceptera sitt nya utseende, men även att inse sina begränsningar i vardagen (Sandell, 2001). Det är av stor vikt att personerna, i den brännskadades närhet, ställer upp och stödjer den drabbade i sin rehabilitering. Stöd kan ges via små gester, som hjälp med vardagssysslor, att hålla den drabbade sällskap och att avleda fokus från smärta (Tengvall, 2010 a). Forskning har visat att 20 % av brännskadade personer uppmätte kriterier för posttraumatiskt stress syndrom (Esselman, 2007).

## **Problemformulering**

Tidigare studier har rapporterat att en brännskada ger kroppsliga, psykiska och sociala konsekvenser. Som sjuksköterska är det därför viktigt att förstå skadans påverkan på patienten och dennes livssituation i rehabiliteringens olika faser för att ha möjlighet att ge tillfredsställande vård. Att utsättas för en omfattande brännskada innebär att personen i fråga måste utveckla olika strategier för att kunna återgå till det dagliga livet. Att utveckla dessa strategier är svårt för en person som går igenom en traumatisk kris, eftersom livet förändras i många aspekter. Genom att få tillgång till brännskadade patienters egna beskrivningar och även familjens upplevelser av deras dagliga liv efter en brännskada, kan sjuksköterskan i olika vårdorganisationer bättre förstå och möta patientens behov av omvårdnad.

## **Syfte**

Syftet med den här studien var att beskriva hur patienter med omfattande brännskador och dess närstående upplevde återgången till det dagliga livet.

## **Metod**

### **Litteraturoversikt**

Syftet med denna litteraturoversikt var att skapa en sammanfattning av forskningen inom ett väl avgränsat kunskapsområde, det vill säga om hur brännskadade patienter och deras närstående upplever återgången till det dagliga livet. Enligt Friberg (2006) görs ingen

avgränsning i litteraturöversikter till varken kvalitativa eller kvantitativa studier. I den här studien användes både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Den kvalitativa forskningsansatsen är kontextbunden och den ska ses i ett visst sammanhang och kan inte kallas generell. Kunskap som framkommer genom en kvantitativ studie har en generell giltighet och lagbundenhet och kan användas i flera kontexter.

## Litteratursökning

Sökningar har skett i databaserna Cinahl, Pubmed/Medline och Psycinfo för att få en omvårdnadsinriktning på artiklarna. Sökord som användes var burn\*, dailylife, burn\* injur\*, pain\*, rehabilitation, experience och psychosocial, se Litteratursökning 1. Trunkeringar har använts för att få fram artiklar med ordets alla böjningsformer och därmed få en större räckvidd med sökningen (Östlundh, 2006). Det gjordes en sökning på vardera sökord i titeln, abstract liksom i all text, i Cinahl. Sökorden kombinerades med AND för att få färre träffar och svara bättre på denna studies syfte. Vid sökningen valdes begränsningar så som att de skulle vara skrivna från och med 2001 till och med 2011 för att vara aktuell forskning. De skulle vara vetenskapligt granskade, peer- reviewed, enligt den bedömning som finns beskriven i Segesten (2006), detta för att kunna säkerhetsställa tillförlitligheten och de skulle vara skrivna på engelska. En sammanfattning, abstract, skulle finnas tillgänglig för att lätt få en överblick av artikeln i fråga. Artiklarna skulle vara uppbyggda på studier med vuxna deltagare, all adult, då denna studie riktas mot vuxna brännskadade patienter. Antal träffar och antal valda artiklar anges i, Litteratursökning 1.

### Litteratursökning 1

Datum	Databas	Sökord	Träffar	Urval
26-okt	Cinahl	AB burn* AND AB daily life NOT burnout	10	1
27-okt	Cinahl	AB burn* AND TX daily life AND AB pain* NOT burnout	12	2
27-okt	Cinahl	TI burn* AND AB pain AND TX experience NOT burnout	31	1
27-okt	Cinahl	TI burn* AND AB psychosocial NOT burnout	30	6
07-nov	Cinahl	TI burn* AND AB experience NOT burnout	68	1
07-nov	Cinahl	TI burn* AND AB rehabilitation NOT burnout	43	4

Artikelsökningarna i Pubmed/Medline och Psycinfo resulterade i samma artiklar som i Cinahl, därför visas litteratursökningarna enbart från Cinahl.

Den första litteratursökningen gav inte tillräckligt många relevanta träffar och de flesta artiklarna var kvantitativa, därför gjordes en andra litteratursökning i Cinahl med samma

begränsningar som i första litteratursökningen, dock utan årtalsbegränsning och med krav på kvalitativ metod. Den här sökningen gav inte heller några relevanta träffar. Vid denna litteratursökning användes sökorden, quality of life, psychosocial support, qualitative, social adaption, coping och body image, dessa har tagits ifrån funna artiklar och presenteras i Litteratursökning 2.

Vissa av sökorden har det gjorts en termsökning på i Cinahls databas, i ett försök att finna relevanta artiklar. Termsökningen anges i litteratursökningen som, MH.

En osystematisk sökning gjordes utifrån de valda artiklarnas referenslista i Cinahl, Pubmed och via Googlescholars sökmotor. Till synes relevanta artiklar hittades men kunde inte visas i fulltext, emellertid gav den osystematiska sökningen en relevant träff.

#### Litteratursökning 2

Datum	Databas	Sökord	Träffar	Urval
22-nov	Cinahl	TI Burn* AND MH Body image NOT burnout	10	0
22-nov	Cinahl	TI Burn* AND MH Quality of life NOT burnout	29	1
22-nov	Cinahl	Ti Burn* AND AB Psychosocial support NOT burnout	8	0
22-nov	Cinahl	TI Burn* AND TX Qualitative NOT burnout	19	2
23-nov	Cinahl	TI Burn* AND TX Qualitative AND Coping NOT burnout	2	0
23-nov	Cinahl	TI Burn* AND TX Qualitative AND Social adaption NOT burnout	0	0

Efter de två första litteratursökningarna handlade två av artiklarna som valts till urval om närståendes upplevelser och ytterligare en litteratursökning gjordes, se litteratursökning 3, för att kunna inkludera även närståendes beskrivningar i den här studien. Sökningen skedde i Cinahl, Pubmed/Medline och Psycinfo. Det nya sökordet som användes var, family, se litteratursökning 3. Samma begränsningar som i första och andra litteratursökningen användes, dock begränsade vi artiklarna till att vara skrivna från 2006 – 2012. Sökningen resulterade inte i någon relevant träff.

## Litteratursökning 3

Datum	Databas	Sökord	Träffar	Urval
10-jan	Cinahl	AB family AND TI burn* AND AB qualitative, NOT burnout	4	0
10-jan	Psychinfo	AB family AND TI burn* AND AB qualitative, NOT burnout	9	0
10-jan	Pubmed/Medline	AB family AND TI burn* AND AB qualitative, NOT burnout	22	0

### Urval

Genom att läsa abstract av artikelsökningarnas träffar gjordes ett första urval. Den systematiska- och osystematiska sökningen resulterade i sammanlagt 19 artiklar och efter sista urvalet kvarstod nio att analysera. De nio valdes ut genom att läsa samtliga 19 artiklars abstract och resultat och syftets relevans för denna studie. Artiklarna har skrivits ut via Cinahl, Google Scholar och beställts via bibliotekets hemsida. Inklusionskriterierna var att artikeln skulle vara relevant för studies syfte och inkludera tiden efter sjukhusvistelsen. Artiklar med relevant innehåll valdes att hämtas i fulltext. Artiklarna som hämtats i fulltext skulle vara uppbyggda som en vetenskaplig artikel, enligt anvisningar ur Friberg (2006). Artiklarna lästes sedan igenom och bedömdes om de skulle användas till denna studie. Artiklar som innehöll data om studiens definition av omfattande brännskador inkluderades. Av de nio artiklarna är fyra kvalitativa och fem kvantitativa.

### Analys

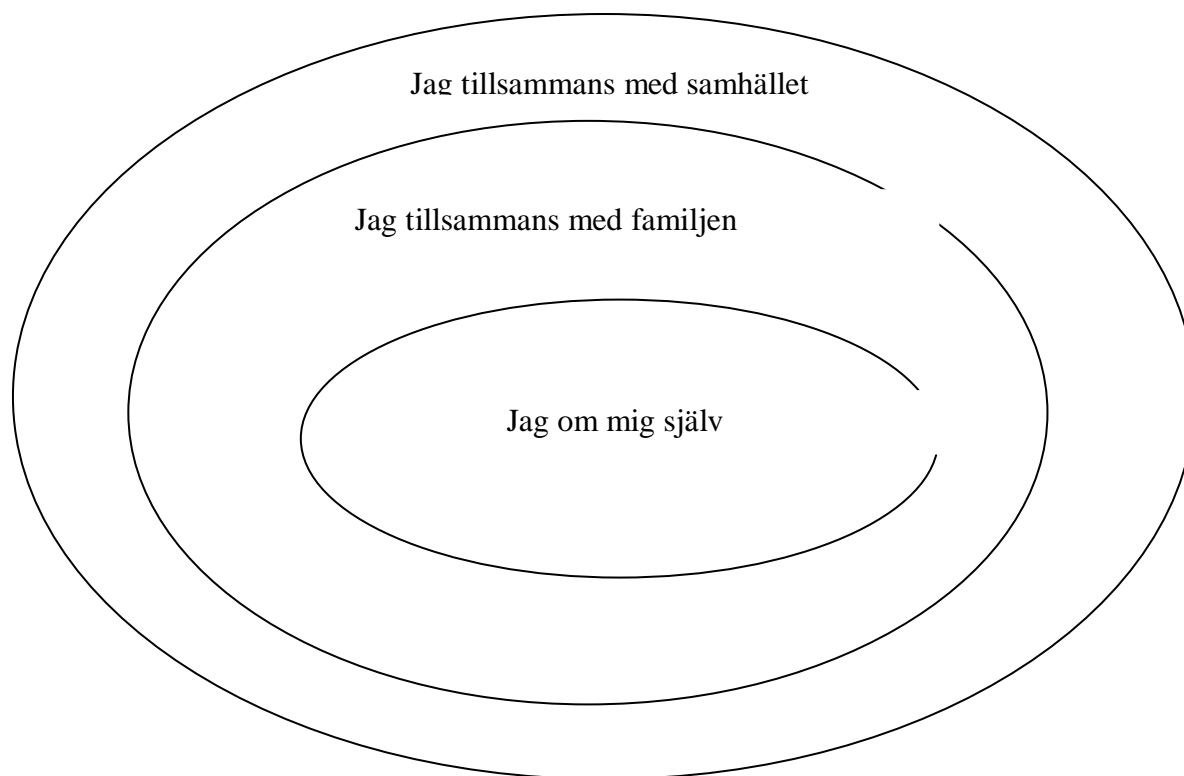
Det första steget i analysen var att granska artiklarnas kvalitet. Detta gjordes med frågor beskrivna av Friberg (2006). Frågorna besvarades och kvaliteten på artiklarna kunde på så vis säkerställas. De artiklar vi valde för analys dokumenterades i en artikelöversikt, se bilaga II.

Vid analysen av de vetenskapliga artiklarna användes en specifik metod som tillämpas vid en litteraturoversikt, den beskrivs av Friberg (2006 s.119-121). Metoden baserar sig på att följa tre steg genom analysen. Det första steget var att läsa igenom artiklarna i sin helhet flertalet gånger för att få en ökad förståelse om dess innehåll. Artiklarna lästes igenom av båda författarna, till en början oberoende av varandra och sedan tillsammans för att diskutera resultatdelarnas relevans till syftet för denna studie. Under diskussionen skrev var och en ned vad den tyckte var mest väsentligt utifrån syftet. Detta för att underlätta steg två. Vid andra steget söktes de likheter och skillnader som existerade i artiklarnas resultatdel och som var relevanta utifrån brännskadade patienters och deras närståendes beskrivningar av det dagliga

livet. Det sista och tredje steget innefattade en sammanställning av de likheter och skillnader som hittades i studiernas resultat (Friberg, 2006). Det andra och tredje steget diskuterades och gjordes tillsammans. Den text som framkom sorterades in under samma tema. Tre teman skapades som benämns, jag om mig själv, jag tillsammans med familjen och jag tillsammans med samhället. Dessa tre olika teman som framkom representerar artiklarnas resultatdelar.

## Resultat

Brännskadan innebar en ny syn på livet och en återgång till dagligt liv i flertalet aspekter (Ciofi-Silva, Rossi, Dantas, Costa Echevarria–Guanilo & Ciol, 2008; Williams, Davey & Klock-Powell, 2003). Beskrivningarna presenteras nedan i tre olika teman som benämns, jag om mig själv, jag tillsammans med familjen samt jag tillsammans med samhället.



Figur. Sammanfattande bild som illustrerar resultatets tre teman.

### Jag om mig själv

Detta tema belyser hur den brännskadade patienten uppfattar sitt liv och hur den omfattande brännskadan förändrar patienten som person.

Efter en omfattande brännskada var det svårt att hitta tillbaka till den personen som den var före brännskadan och leva det livet, eftersom personen efter brännskadan hade fått andra förutsättningar och nya livsaspekter (Tengvall, Wickman och Wengström, 2010 b). Silva-Costa, Aparecida-Rossi, Mara-Lopes och Lopes-Cioffi (2008) skrev att brännskadade män och kvinnor nådde livskvalitet när de kunde återgå till jobbet, röra armar och ben, vågade visa ärran offentligt, veta sina begränsningar och se sig själva som hälsosamma personer. För att komma till det här stadiet i rehabiliteringen måste den drabbade ha lagt ner energi, tid och livskraft. Tengvall et al. (2010 b) rapporterade att deras informanter fått nya livsperspektiv och värderingar. De brännskadade personerna fick en ändrad attityd gentemot andra och reflekterade mer. De har fått en ny livsförståelse som för vissa var positiv och vissa negativ. Silva-Costa et al. (2008) beskrev från en intervjuad person att brännskadan i sig var ond, men i sin tur skapade gott. Ciofi-Silva et al. (2008) rapporterade att 86,4% av de intervjuade upplevde förändringar i livet på grund av brännskadan. Livet blev annorlunda. Störst fokus låg på att kunna hantera den nya situationen med framför allt smärtan som var ett bland de största problemen att handskas med.

Smärtan efter en omfattande brännskada var något den drabbade var tvungen lära sig att leva med (Tengvall et al., 2010 b). Williams et al.'s (2003) studie beskrev extrem fysisk smärta hos de drabbade efter en omfattande brännskada. Författarna rapporterade att varje liten del av kroppen gjorde ont och det kändes som om någon stack in nålar i hela kroppen och de hade en känsla i kroppen av kraftig kyla. Smärtan fanns där hela tiden och det fanns ingen förhoppning om att smärtan någonsin skulle försvinna helt. Till en början präglades vardagen av konstant smärta, till och med vila var för den drabbade oerhört smärtsam. Detta skapade en trötthet som var svår att bli av med, då även brännskadan och rehabiliteringsprocessen i sig tog stor energi. Tengvall et al. (2010 b) beskrev att duschning och klädbyte kunde kännas som att springa ett maratonlopp. Bristen på energi var påtaglig. Trots vila i hög omfattning, fortsatte den brännskadade patienten att vara uttröttad (a.a.).

Smärtan skiljde sig åt mellan olika tidpunkter. Den initiala smärtan hade en karaktär, medan exempelvis den smärtan patienterna hade när de kom hem hade en annan (Tengvall et al., 2010 b). Det framkom i studien (a.a.) att de brännskadade behövde information om smärtutvecklingen och hur de skulle sköta smärtbehandlingen på hemmaplan. Flertalet tyckte att de fick ansvara och behandla smärtan på egen hand. Flera av de intervjuade beskrev att de lärt sig ta hand om smärtan på sjukhuset, men eftersom smärtan ändrade karaktär när de kom hem visste de inte hur de skulle hantera den. I Dauber, Osgood, Breslau, Vernon och Carr's

(2002) studie blev det uppenbart att smärtan från en omfattande brännskada blev kronisk. Av 336 patienter i denna studie svarade 52 % att de efter elva år fortfarande hade pågående smärta efter brännskadan. I Tengvall et al.'s (2010 b) artikel framkom det att de brännskadade fick en ny känsla för övrig smärta. De upplevde att det hade skapats en ökad tolerans till annan smärta. Att exempelvis trampa på något som förut gjorde ont kändes på ett annorlunda vis efter brännskadan. Enligt Williams et al. (2003) påverkade väderomslag, fysiska aktiviteter, tankar på olyckan och depression så att smärtan upplevdes värre och mer intensiv.

Enligt Tengvall et al. (2010 b) fick huden efter brännskadan ett nytt utseende. En av studiens intervjuade sade att huden kändes annorlunda och fick en förändrad funktion och det kändes som om huden inte längre tillhörde kroppen. Känslan var inte normal och huden såg plastig ut. En annan intervjuad person i samma studie berättade att han hela tiden fick se sig för så att han inte slog i någonting. Där brännskadorna var som svårast gjorde det extra ont att slå i. En annan person i studien berättade att svettning var en obehaglig känsla och känslan var inte samma som innan brännskadan. När personen började bli varm och svettas stack det och kliade det över hela kroppen. En obehaglig känsla uppstod (a.a.). Trots hudförändringar rapporterade Titscher, Lumenta, Kamolz, Mittlboeck och Frey, (2010) att brännskadade personer inte hade mindre positiva känslor om sin hud än en icke-bränd person. Av de brännskadade personerna i studien hade 59 % positiva känslor gentemot huden och det motsvarade cirka 62 % av samma svarsfrekvens som i kontrollgruppen. Brännskadade personer var dock mer medvetna om hudens betydelse och tänkte på huden som mer praktisk än icke-brännskadade (a.a.).

Tengvall et al. (2010 b) angav att för patienter med brännskadesmärta var det av betydelse att hitta en individanpassad copingmekanism, så att de kunde lära sig hantera och uthärda smärtan. För att klara av detta framkom olika copingmekanismer. Distraction var en metod av flera som informanterna använde. De avledde uppmärksamheten från smärtan till fysiska övningar, att hålla vårdpersonal samt familj sällskap och att sitta framför datorn eller tv:n. En av informanterna i studien beskrev att enbart genom uppmuntran blev smärtan hanterbar. Samtal var ett annat sätt att skingra tankarna. Det framkom dock att smärtan inte var den svåraste adaptationen, utan det var traumat och erfarenheten de bar på. Enligt informanterna var det viktigt att utveckla adekvata och individanpassade adaptation- och copingmekanismer för att främja rehabiliteringen. Mekanismerna visade sig vara olika under olika tidpunkter i rehabiliteringen. Strategierna behövdes för att ta sig igenom traumat. Ett effektivt sätt att hantera den nya livssituationen var att få uttrycka sina känslor (a.a.). I Williams et al.'s (2003)



studie var ilska en känsla som nämndes i samband med krisen efter en brännskada. Att vara arg och grubbla fanns hos flera av de drabbade. Det var en viss skillnad mellan hur ilskan kom till uttryck hos män och kvinnor. För kvinnorna kom den vid vissa tillfällen och var övergående. Hos männen var ilskan starkare och dröjde sig kvar. En av männen upplevde ilska som ett sätt att hantera situationen och fick styrka av det (a.a.). Författarna i samma studie beskrev även en man som kunde fortsätta leva på grund av allt hat han utvecklade i samband med brännskadan.

Vid motgångar var det vanligt att människan drabbades av en tuff och känslomässig period (Phillips, Fussel & Rumsey, 2007; Tengvall et al., 2010 b); Williams et al., 2003; Ciofi-Silva et al., 2008). I Williams et al.'s (2003) studie visade det sig att flera av deltagarna, mestadels kvinnor, kunde omvandla motgångarna till något positivt och på så sätt komma ut som vinnare. Detta skede genom att erkänna de förtjänster som upplevdes av motgångarna. Brännskadan gav mer än vad den tog, enligt kvinnorna. En kvinna beskrev att skadan hade gjort henne till den hon blivit. Författarna beskrev att kvinnorna kände att de har växt som människor. De fick bättre självförtroende, kände en större tacksamhet till livet och hade en insikt till livet som byggde på att värdera och uppskatta de människor som betydde mycket för dem (Williams et al., 2003).

### **Jag tillsammans med familjen**

Detta tema beskriver hur den brännskadade och dennes familj upplever förändringar i det dagliga livet under rehabiliteringen.

Att komma hem med en omfattande brännskada var annorlunda än att leva med den på sjukhuset. Den drabbade och familjen kunde inte leva sin vardag på samma sätt som förut. På hemmaplan blev skadan verklig och påverkade personen, liksom anhörigas vardag (Tengvall et al., 2010 b).

Ciofi-Silva et al. (2008) rapporterade att den drabbades relation till familjen och nära vänner hade förändrats sedan brännskadan. Förändringarna i relationerna var delvis positiva, delvis negativa. Några deltagare bröt upp med sina partners medan andra hittade nya att leva vidare med. Williams et al. (2003) beskrev att funktionsnedsättningen som många brännskador innebär, kunde skapa en ökad press på relationen och den brännskadades partner. För att hålla ihop relationen och få livet att fungera var partnern tvungen att vara stark, annars fanns det ingen styrka kvar i relationen och den kunde då kollapsa. Enligt alla studier rapporterades det

att familjestödet var det främsta stödet (Ciofi-Silva et al., 2008; Dauber et al., 2002; Park, Choi, Jang och Oh, 2007; Phillips et al., 2007; Silva-Costa, 2008; Tengvall et al., 2010 b); Titscher et al., 2010; Wikehult, Hedlund, Marsenic, Nyman och Willebrand, 2007 & Williams et al., 2003. Familjestödet behövdes för att den drabbade skulle aktivera sig (Tengvall et al., 2010 b); Williams et al., 2003), undvika smärtförmimelse (Tengvall et al., 2010 b), vara lyckliga, ha livskvalitet (Silva-Costa et al., 2008) och för att underlätta rehabiliteringen (Williams et al., 2003).

Park et al. (2007) rapporterade att bristande familjestöd ledde till att den brännskadade utvecklade psykiska problem, fick rehabiliteringsproblem, liksom att återgången till vardagen blev försämrade. En utveckling av psykiska problem på grund av bristande familjestöd upplevde 64 % av studiens informanter. Phillips et al. (2007) rapporterade att det var av stor vikt att inkludera barn och syskon i rehabiliteringen, då de var patientens vardag och skulle komma att leva med den brännskadade.

Samtliga av partnerna till den brännskadade redogjorde att de var nöjda med den roll de fått i vårdsammanhanget (Phillips et al., 2007). Williams et al. (2003) rapporterade att anhöriga borde ha fått adekvat stöd, då en av deras intervjuade berättade att föräldrarna hade väldigt svårt att handskas med hans nya utseende. Phillips et al. (2007) redogjorde att partnern och barn till den drabbade hade svårt att titta på och röra vid skadorna. Detta betydde inte att alla anhöriga hade svårt att handskas med skadorna. Författarna till studien beskrev att vissa anhöriga uttryckte, trots omständigheterna, att den drabbade fortfarande var lika vacker. Att höra anhöriga uttrycka sig positivt om situationen var ett gott stöd för den drabbade. Studien rapporterade vidare att partnern till den brännskadade blev erbjuden stöd, men syskon och barn inte blev det. Konsekvensen blev att de inte kände sig delaktiga i dess anhörigas vårdprocess och kände att de inte var inkluderade i vården. När den drabbade kom hem blev skadan mer verklig för båda parterna. Anhöriga blev nu den drabbades nya vårdare. Då var det av stor vikt att hela familjen visste vad brännskadan innebar och att de kunde handskas med skadans påverkan i vardagen (a.a.).

Barn och syskon till den brännskadade rapporterade att de fick ta större ansvar hemma. De blev tvungna att sköta hemmets vardagssysslor. Av de intervjuade i studien, syskon, barn och partner medgav 48 % att de var tvungna att hjälpa till mer hemma efter skadan. Detta innebar att skadan påverkade övriga i familjen. Familjer rapporterade att de oroade sig mer i dagliga livet. Skolan och jobbet blev lidande, informanterna rapporterade att de inte längre hittade på

mycket på fritiden. En av de intervjuade partnerna berättade att hon blivit deprimerad. Hennes man som blivit brännskadad hade stora humörsvängningar och familjen fick vara försiktig för att inte göra honom upprörd (Phillips et al., 2007). Silva-Costa et al. (2008) rapporterade att den drabbade utvecklade ett beroende av familjen vid hemkomst. De drabbade kunde inte själva ta hand om sin sår. Om händerna var skadade, var dessa bandagerade och den drabbade kunde i princip inte göra någonting på egen hand. Williams et al. (2003) berättade om en man som tyckte det kändes hemskt att hans fru numera fick sköta hans hygien, vårda hans sår, hjälpa honom till toa och mata honom under middagarna. Författarna rapporterade även att den drabbade fick en känsla av att förlora kontrollen och känslan av att förlora autonomin. Detta tog de tidigare för givet. Williams et al. (2003) skrev att relationen mellan den brännskadade och eventuella partnern kunde skadas. Framförallt skedde skadan i den intima relationen dem emellan.

I Williams et al.'s (2003) artikel berättade en man om relationen med sin psykiatriker. Mannen uttryckte att psykiatrikern var orsaken till att han levde. Enligt mannen ska en psykiatriker berätta sanningen och inte vara emotionellt delaktig, enligt mannen. Denna utomstående hjälp upplevde mannen som äkta, ömsint och trovärdig. Psykiatrikern såg till honom på ett sätt som ingen annan gjort, eftersom han kunde se på honom i en helhet och inte bara som en brännskadad patient. Att samtala med en professionell terapeut var vanligtvis en del av rehabiliteringen. Övriga brännskadade hade även de fått professionell hjälp, där de kunde tala ut om traumat, men det var endast ett fåtal som upplevde att de fick ett bra stöd och en speciell relation till den utomstående hjälpande personen (a.a.).

Nya relationer skapades och gamla relationer fick ett annat djup. En av männen beskrev att det kändes som han nu levde för en enda orsak. Han värdesatte sin familj och nära vänner mer än innan skadan och dessa var nu hans stora trygghet (Williams et al., 2003). Det framkom även i Ciofi-Silva et al.'s (2008) studie att flera av deltagarna värderade familjen och vännerna högre än tidigare. Vissa insåg vilka personer som de ville lägga ned energi på och vilka de skulle sluta umgås med. Ciofi-Silva et al. (2008) beskrev en man som sade att många av hans vänner har försvunnit ur hans liv sedan skadan, vilket till viss del kunde bero på honom själv. Efter skadan ville han prata med sina vänner om traumat och det skrämde iväg dem. De ville inte lyssna på honom. Phillips et al. (2007) beskrev däremot att familjen ville att den drabbade skulle prata och göra dem delaktiga i skade- och rehabiliteringsprocessen.

### **Jag tillsammans med samhället**

Detta tema beskriver hur den brännskadade upplever sin förändrade funktion i samhället efter en omfattande brännskada.

Som tidigare redovisats så innebar en omfattande brännskada nya livsaspekter och livet kunde inte te sig på samma sätt som förut. Enligt Williams et al. (2003) påverkade brännskadan den skadades syn på sin roll som yrkesarbetande människa. Från att ha älskat sitt jobb och verkligen slitit med sin kropp till att fira när det gick att röra armarna en millimeter i sjukhussängen. Ciofi-Silva et al. (2008) beskrev den drabbades begränsningar med brännskadan som de största förändringarna som skedde inom arbetet. Av de brännskadade personerna som var anställda vid skadetillfället rapporterade 68 % förändringar inom arbetet. Brännskadade fick svårare att få nya jobb. Flera av de brännskadade kunde inte fortsätta jobba utan fick dra ned på arbetstid, förtidspensionera sig, adaptera arbetsmiljön eller byta jobb. Fysiska jobb och svåra brännskador var en paradox, det var svårt att utföra ett fysiskt arbete med exempelvis brännskadade lemmar (Ciofi-Silva et al., 2008; Silva-Costa et al., 2008). En brännskadad man berättade att skadan gjorde att han tappade möjligheten till att kunna byta jobb. Ingen arbetsgivare ville anställa en skadad arbetare och arbetsförändringarna resulterade i påfrestning i den drabbades ekonomi. Ciofi-Silva et al.(2008) rapporterade att storleken på brännskadan avgjorde hur stora arbetsförändringarna blev. Silva-Costa et al. (2008) redogjorde för att livskvalitet innebar för många människor att jobba och att ha arbetskapacitet, eftersom detta var ett tecken på individuell framgång. Park et al. (2007) skrev att arbetslöshet gav upphov till psykiska problem hos framförallt män. Tengvall et al. (2010 b) rapporterade att det var svårare att finna copingstrategier till ångest än smärta och övrig problematik. Av denna anledning var viktigt att påbörja rehabilitering i ett tidigt stadium då svåra konsekvenser av brännskadan kunde undvikas.

Enligt Ciofi-Silva et al. (2008) tog brännskadorna tid att vårda. Att duscha och lägga om såren kunde ta flera timmar och yngre vuxna med brännskador hade därför stor frånvaro från skolan vilken även eskalerade när de skrivits ut från sjukhuset. Brännskador medförde höga ekonomiska kostnader som påverkade hela familjen. Familjen fick dra ned på utgifter, vilket påverkade familjens dagliga liv. Det där lilla extra i vardagen gick förlorat. Den drabbade förlorade, för en tid, förmågan att arbeta och kunde då inte inbringa någon inkomst till hemmet. Den drabbades partner var i vissa fall tvungen att gå ned i arbetstid för att ha tid att vårda den drabbade, även då förlorade familjen pengar. Williams et al. (2003) intervjuade en man vars fru fick sluta jobba eftersom skötseln av skadorna och hemmet upptog all hennes tid.

Det framkom i Park et al.'s (2007) studie att ekonomiska bekymmer hade en parallell med utvecklingen av psykiska problem hos män med kroniska brännskador. Överlag utvecklade män i större omfattning psykiska problem. För kvinnor var risken för psykiska problem störst i åldrarna 30-39. Det sociala livet blev lidande då flera brännskadade personer utvecklade depression, sömnsvårigheter och posttraumatiskt stress syndrom. Personen i fråga blev socialt tillbakadragen och umgicks inte med vänner och anhöriga på samma sätt som förut. Silva-Costa et al. (2008) skrev att fysiskt och psykiskt välmående i flera kroppsliga nivåer var viktigt att uppnå för att känna livskvalitet. För att känna denna kvalitet i livet borde människan umgås och delta i sociala sammanhang. Det framkom att, efter brännskadan var det flera av de inblandade som på grund av sitt dåliga självförtroende, drog sig tillbaka vid sociala sammanhang. De vågade inte ta för sig och kommunicera i större grupper. De undvek det sociala livet utanför det trygga hemmet.

I Cioffi-Silva et al.'s (2008) och Silva-Costa et al.'s (2008) studier blev det tydligt att de drabbade förändrade sina besök på allmänna platser efter att ha fått brännskador på synliga delar av kroppen, även klädvalen förändrades. De använde längre byxor och tröjor för att dölja de synliga ärr. Dels för att skydda ärr från solen men också för att slippa visa dem för andra människor i allmänna sammanhang. Flera av de drabbade undvek offentliga platser där exponering av kroppen var stor. En kvinna slutade gå till badhuset och simma, en annan var rädd att skada sin hud på fotbollsträningen. En tredje kvinna uppskattade att dansa men tyckte att det var pinsamt att visa upp sig själv och sina ärr så hon slutade att dansa. Brännskadan förändrade dem som personer, begränsade deras sociala liv och minskade kvaliteten på livet (Silva-Costa et al., 2008). Att vara det man gör, fick helt plötsligt en helt ny innebörd. Från att ha varit en arbetande människa med stabil tillvaro till att vara en människa beroende av andra människors hjälp, visade sig vara tufft för den skadade. Rutiner och vanor i livet förändrades i vissa fall efter en brännskada, men även ovanor såsom rökning, konsumtion av alkohol och intag av olagliga droger minskade. Flera slutade helt och någon drog ned på konsumtionen. Denna aspekt gav brännskadan en positiv effekt (Cioffi-Silva et al., 2008).

I Cioffi-Silva et al.'s (2008) och Williams et al.'s (2003) studier upplevde drabbade personer att de ändrade sin religiösa uppfattning efter traumat. Någon fick en djupare och intensivare tro medan andra helt tappade förtroendet till sin religion och slutade helt vara troende. Det nämndes även att Gud spelade en stor roll för att hantera händelsen och därmed få hjälp med återhämtningen. I Williams et al.'s (2003) studie beskrev en brännskadad att han fick en

annan syn på livet en tid in i rehabiliteringen. Den brännskadade mannen undrade varför han inte dog. En tid in i rehabiliteringen hade denna undran förändrats till en undran om hur han nu ska leva sitt liv. Rehabiliteringen förändrade synen på livet på ett positivt sätt.

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Det första steget som gjordes i sökning av artiklar var att ta reda på vad som redan fanns skrivet inom det valda problemområdet, ett så kallat helikopterperspektiv (Friberg, 2006). Det framkom att det fanns både kvalitativa och kvantitativa studier som var relevanta inom området, därför valdes en litteraturöversikt som metod. Många av artiklarna har haft ett annat syfte än det som vi har haft i vår studie. Artiklarna har dock delvis redovisat resultat som har varit relevant för denna studie. Vi har via vår analys av artiklarna kunnat skriva en litteraturöversikt med samlad information om hur den brännskadade och dess närstående upplever återgång till det dagliga livet, även om informationen vi sökte fanns i olika studier.

Vi har valt att använda oss av Fribergs analysmodell. Den här modellen har fungerat väl vid analysen av kvalitativa liksom kvantitativa artiklar. Vi upplevde att modellen även säkerhetsställde en god kvalitet på artiklarna genom de antal frågor som Friberg ställt upp (Friberg, 2006). Frågorna innebar att alla delar av artikeln kvalitetsgranskades.

Första litteratursökningen resulterade mest i kvantitativa artiklar, därför gjordes en andra litteratursökning där målet var att finna relevanta kvalitativa artiklar. Vi hade önskat att grunda vårt resultat på kvalitativ data eftersom studiens syfte är att fånga patienters och dess närståendes upplevelser av återgå till dagligt liv. Tyvärr har det inte gjorts många kvalitativa undersökningar inom vårt studieområde så slutresultatet blev ungefär lika många kvalitativa som kvantitativa artiklar.

Vi ville att vår studie skulle vara aktuell och grunda sig på tidsenlig forskning, därav valde vi en årtalsbegränsning. Vid andra litteratursökningen valde vi att ta bort årtalsbegränsningen. Detta gjordes för att antalet valda artiklar var få. Även om årtalsbegränsningen togs bort, har inte några äldre relevanta artiklar hittats. Detta kan bero på att studiens område är relativt utforskat och ett smalt område.

Den tredje litteratursökningen gjordes eftersom vi kommit underfund med att närståendes upplevelser av den drabbade personen brännskada var värdefull och gav lärrik kunskap.

Eftersom vi inkluderade familjens upplevelser kan sjuksköterskan få en större helhetssyn på brännskadans inverkan av det dagliga livet.

Artiklarna är skrivna av författare från bland annat Brasilien, Sverige, och Japan, vilket innebär att de kommer ifrån olika kulturer. Då människor från olika kulturer har olika vanor och beteenden så kan det ha påverkat vår studies resultat, vilket är intressant och lärorikt.

I vissa av artiklarna framgår det inte tydligt när i rehabiliteringsfasen som patienterna befinner sig. De kan vara på sjukhuset direkt efter hemkomsten från sjukhuset till flera år efter traumat. Vi har kunnat utgå från att de har blivit utsatta för en omfattande brännskada och på så vis fått kunskap om återgången till dess dagliga liv, men vi har inte kunnat visa hur de drabbade och dess närstående upplevt sitt dagliga liv vid en viss tid efter brännskadan. Som sjuksköterska är kunskapen ändå relevant oavsett när traumat har inträffat, eftersom vi kan möta dessa personer på flera olika vårdinstanser.

De artiklar vi analyserade upplevde vi olika svåra att läsa och förstå, därför ägnades stor tid åt denna arbetsfas. I och med att vi läste dem ett flertal gånger blev de mer begripliga och vi kunde då börja urskilja relevanta resultat. Vi upplevde att de artiklar som var skrivna av svenska författare var lättare att förstå. Då vi har bearbetat artiklarna noga, läst resultatdelarna flera gånger samt att vi har varit två författare som har läst artiklarna och diskuterat dem med varandra, så har den risken med felöversättning minimerats. Trovärdigheten styrks även av att vi som författare har varit noggranna vid översättning samt att vi inte har förvrängt den ursprungliga texten.

Vi skapade tre teman, vilka framkom genom artiklarnas likheter. Vi fann likheterna genom att flertalet gånger läsa igenom artiklarna, tillsammans men också var för sig. Vi valde att inte skapa subteman. Om vi hade använt oss av subteman anser vi att resultatet hade blivit rörigt och den röda tråden hade blivit svår att finna.

## **Resultatdiskussion**

### **Jag om mig själv**

Flera av intervjupersonerna kände att de fick behandla smärtan på egen hand (Tengvall et al., 2010 b). Så här ska det inte behöva vara utan sjuksköterskors kunskap om smärta bör kunna hjälpa patienten att leva sin vardag utan ständig smärta. Det är viktigt för sjuksköterskan att påbörja behandling och rehabilitering i ett tidigt skede, för att patienten ska kunna känna att

dennes behov blir tillgodosedda (Sjöberg & Östrup, 2002). Vissa av de intervjuade i Tengvall et al. (2010 b) berättade att smärtan ändrade sig radikalt vid hemkomsten. För att hjälpa de drabbade även i detta rehabiliteringsstadium, anser vi att ett hembesök skulle vara värdefullt, allt efter patientens egna behov. Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (2005) bör sjuksköterskan främja hälsa och förebygga ohälsa. Detta görs genom att säkerställa en säker patientvård men även att se till så att hemmiljön är god nog för patienten att vistas i. På detta vis kan den bästa rehabiliteringen för den brännskadade patienten och dess familj skapas.

Vi har uppfattat att patienten upplevt det skönt att komma hem, men eftersom patienterna hemma inte hade vårdpersonalens stöd fick de klara sig själva och det skapade en viss rädsla (Tengvall et al., 2010 b). I Tengvall et al.'s (2010 b) studie beskrev patienten att det kändes annorlunda att komma hem. Cullberg (2008) hävdar att det kommer att ta en tid innan chocken försvinner och därmed tar det även tid att kunna anpassa sig till sin hemmiljö. Roy's teori anger att människan hela tiden måste adaptera sig efter en föränderlig miljö och detta är något som sjuksköterskan kan hjälpa patienten i fråga med (Roy & Andrew, 1999). Enligt distriktssjuksköterskans kompetensbeskrivning (2008) bör sjuksköterskan stödja patienten i dess dagliga liv med respekt för patientens val och livsvärld. Distriktssjuksköterskans arbete kan ske i patientens hem (Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssjuksköterska, 2008), likaså anges det i det kommunala hemsjukvårdsansvaret att främja en patients rehabilitering (Socialstyrelsen, 2008 b)

Roy's omvårdnads mål och syfte är att främja människans fysiologiska funktioner, självuppfattning, rollfunktion samt relation och samhörighet (Roy & Andrews, 1999). Vi förstår att brännskadan förändrar personen inom dessa områden vilket kan styrkas genom Williams et al.'s (2003) studie som beskrev att relationen till partnern blev förändrad då brännskadan satte en ökad press på förhållandet när den ena personen hade en funktionsnedsättning. Enligt Roy är det viktigt att människan utvecklar strategier för att klara av att adaptera sig till förändringar (Roy & Andrews, 1999). Användandet av strategier som patienten använt sig av var ett genomgående tema i de analyserade artiklarna. Det finns variationer av strategier, vilket är viktigt att som sjuksköterska vara medveten om. Strategierna bör vara lämpliga för patienten så att sjuksköterskan kan hjälpa patienten i sin process att bli frisk. Enligt Tengvall (2010 a) bör sjuksköterskor vara kreativa, eftersom alla människor är olika och har unika behov. Med kreativitet menar vi att anpassa omvårdnaden



och utgå från sin stödjande och informerande roll som sjuksköterska och därigenom anpassa omvårdnaden efter patientens behov. I Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005) anges det att sjuksköterskan bör ha en förmåga att kommunicera, stödja och informera patienten för att ge god omvårdnad och få patienten att känna sig trygg. Enligt Cullberg (2003) kan det för en patient handla om att lära sig att leva med funktionshinder. Cullberg anser det viktigt att inte blicka bakåt utan drabbade personer bör göra det bästa av hur de lever i nuet, efter skadan (2003).

Ingen artikel har beskrivit vad livskvalitet innebar för en brännskadad patient på samma sätt som någon annan patient. Vi anser att detta beror på att alla människor är unika. Människan upplever och uttrycker därför livskvalitet på olika vis. Vad som är viktigt för en patient kan vara helt irrelevant för en annan patient (Park et al., 2007). En professionell sjuksköterska har förmågan att anpassa sig till olika individer och deras behov. HSL (SFS 1982:763 2§) fastslår att sjuksköterskan bör kunna se till den unika människan. I Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005) anges det att sjuksköterskan måste kunna se sina styrkor och svagheter för att utvecklas professionellt och på så sätt enklare kunna anpassa sig till mångfalden av patienter.

### **Jag tillsammans med familjen**

Sjuksköterskan bör ha möjlighet att se tendenser på utveckling av psykiska problem, som kan vara en konsekvens vid en brännskada (Park et al., 2007). Sjuksköterskan kan då i ett tidigt skede uppmärksamma patientens ohälsa. För att kunna hjälpa patienten i denna situation anser vi att det krävs en god relation mellan patient och sjuksköterska. Eide och Eide (1997) beskriver betydelsen i sjuksköterska-patient relationen. För att skapa en god relation krävs det bland annat en god kommunikation mellan vårdare och patient och att patienten känner sig trygg. För att skapa detta bör sjuksköterskan ha goda kunskaper i kommunikationens verbala och icke-verbala betydelse samt att vara lyhörd. Även Kihlgren (2009) fastslår att sjuksköterska-patient relationen är en förutsättning för god omvårdnad.

Det är förmodligen lätt att som sjuksköterska endast se till de fysiska skadorna och glömma hur patienten mår psykiskt, eftersom de fysiska skadorna utåt sett är synliga medan de psykiska inte är så synliga (Wijk, 2010) För att den brännskadade ska kunna återgå till sitt dagliga liv så bör det finnas människor runt omkring denne som stöttar och ställer upp i denna svåra situation. Detta är bland annat det som vi har sett i denna studie, att familjestödet är en stor del i rehabiliteringsprocessen och kan skapa en väg tillbaka till det dagliga livet (Ciofi-

Silva et al., 2008; Dauber et al., 2002; Park, Choi, Jang och Oh, 2007; Phillips et al., 2007; Silva-Costa, 2008; Tengvall et al., 2010 b); Titscher et al., 2010; Wikehult, Hedlund, Marsenic, Nyman och Willebrand, 2007 & Williams et al., 2003). Vi frågar oss hur de brännskadade personerna som befann sig i en kris kunde ta sig ur den utan familjestöd. Enligt nuvarande vårdorganisation i dagens samhälle finns ingen möjlighet att finnas där för en hemmavarande patient dygnet runt, vilket familjen kanske skulle ha varit. Socialstyrelsen (2008 b) anger att hemsjukvården har en begränsning samtidigt som behoven av vård har ökat. Vidare rapporterar Socialstyrelsen (2008 b) att en sjuksköterska kan i hemsjukvård få ansvara för upp till 400 patienter. Av denna anledning är det ännu viktigare att försöka skapa en god sjuksköterska-patient relation vid de tillfällen som ges, eftersom det kan få patienten att känna sig trygg i hemmet (Kihlgren, 2009).

Roys systemteori innebär bland annat att sjuksköterskan ska se patienten ur ett bio-psyko- och socialt perspektiv (Roy & Andrew, 1999), vilket inkluderar familjeperspektivet. Familjen påverkas också av brännskadan. Det är viktigt att även familjen får råd och stöd ifrån sjuksköterskan. Att som sjuksköterska se till patient, familj och miljö är att se till en helhet. Enligt Park et al.'s (2007) studie var det viktigt att se till hela patienten för att kunna ge adekvat vård. Vi tycker det är betydelsefullt att sjuksköterskan får andra medarbetare att förstå hur brännskadade och dess familj påverkas av skadornas omfattning. Om sjuksköterskan för den här studiens kunskap vidare kan det i en uppkommande situation underlätta omvårdnadsarbetet för patienten. Enligt Kihlgren (2009) har sjuksköterskan ett ansvar och möjlighet till att leda vårdarbetet där sjuksköterskans ledarskap syftar till att underlätta möjligheterna för vårdpersonalen att uppnå gemensamma mål.

### **Jag tillsammans med samhället**

Tengvall et al.'s (2010 b) studie rapporterade att brännskadade ibland kunde känna att huden inte längre tillhörde kroppen. Känslan var inte längre densamma och huden såg plastig ut. Flera blev socialt isolerade för att de tyckte att de såg annorlunda ut (Silva-Costa et al., 2008). En intervjuad person i Tengvall et al.'s (2010 b) studie berättade att han hela tiden fick vara försiktig då han var rädd att slå sig. Nya miljöer kan på så sätt innebära påfrestningar för den brännskadade personen och det kan resultera i isolering och en känsla av utanförskap. När patienten känner utanförskap och isolerar sig, kan sjuksköterskan eller annan person i vårdkedjan uppmana patienten att byta strategi. Patienter väljer ibland en strategi som inte främjar dess hälsa. Enligt Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005) ska

sjuksköterskan främja hälsa och samarbeta med andra vårdgivare. Genom att försöka integrera patienten och uppmuntra denna att byta strategi kan patienten lättare hantera sin livssituation och återgå till det dagliga livet. Det är viktigt att sjuksköterskan kan samarbeta med andra vårdinstanser. HSL (SFS 1982:763) fastställer att sjuksköterskan bör främja kontakter med andra vårdinstanser. En annan professionell yrkesgrupp kan i vissa fall vara mer lämpad som en stödjande roll under rehabiliteringstiden.

I Williams et al.'s (2003) studie framkom det att den drabbade hade fått en ny syn på sig själv som yrkesarbetande människa. Flera kunde inte längre arbeta. Att inte ha ett arbete innebar för många av de brännskadade personerna en ny syn på sig själva, eftersom de inte längre hade samma relation till samhället, i och med förlusten av arbetslivet. Ett jobb kunde för många inte bara kännas som en syssla för att tjäna pengar, utan kunde även spegla identiteten. Som sjuksköterska är det i en sådan situation viktigt att finnas där som stöd och ge patienten information om var denne kan vända sig för att få hjälp (Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska 2005). Även om inte patienten har uttalat ett behov av information kan det vara en trygghet att få det. Sjöberg och Östrup (2002) beskrev att flera personer i en kris fick information och stöd när de inte var mottagliga. Vi har uppfattat att det är viktigt att kunna känna av situationen och ge information till de behövande vid ett passande tillfälle (Tengvall, 2010 a). Vi anser det bästa vore att erbjuda den drabbade personen och familjen stöd de själva önskar när detta skulle lämpa sig bäst (Eide & Eide, 2007). Detta kan upplevas som delaktighet i vården. HSL (SFS 1982:763) förespråkar att personal i hälso- och sjukvård ska ge individuellt anpassad information till patienterna och göra patienten delaktig i vården. Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lidencrona och Plos (2007) rapporterade att det är viktigt med delaktighet för att patienten ska förstå dess behandling och målet med omvårdnaden. De menar att delaktighet främjas av att sjuksköterskan är lyhörd och visar att patientens åsikter är betydelsefulla.

### **Teorins användbarhet**

Roy's teori är användbar då den grundar sig i interaktionen mellan sjuksköterska och patient, samt vad som händer med patientens vardag vid en förändrad miljö (Roy & Andrew, 1999). Av denna anledning valde vi att använda oss av teorin.

Roy förmedlar genom sin systemteori att en förändring i miljön vanligtvis ska utlösa en adaptiv respons, för att hålla människan integrerad. Tecken på adaptiv respons är att människan blir en tryggare person. För att kunna adaptera sig krävs en passande

strategimetod. Hälsa menar Roy hänger nära samman med adaptionsförmågan (Roy & Andrew, 1999). Detta är ännu en anledning till varför sjuksköterskan bör hjälpa den drabbade personen till att utveckla en passande strategi och vi tror att detta kommer att hjälpa personen oavsett familjestöd eller inte. Vi tycker att Roy's teori är otydlig här. Som tidigare skrivet, anger Roy att en förändring i miljön utlöser en adaptiv respons. Vi vet inte om Roy menar att såväl friska som sjuka utlöser en adaptiv respons. Flera av artiklarna vi analyserat har beskrivit att de drabbade personerna och dess närstående har svårt att skaffa sig en strategi och återanpassa sig till det dagliga livet. Vi tror om miljöförändringarna skett under en längre tid är det lättare att adaptera sig. Teorin bör uttryckas tydligare eller studeras ytterligare för att sjuksköterskor ska kunna använda den.

## **Konklusion och praktiska implikationer**

Den här litteraturöversikten visade att personer med en omfattande brännskada och dess närstående fick förändringar i flertalet aspekter av dess vardag. En slutsats vi kan dra från de analyserade artiklarna är att utvecklingen av en strategi var av stor betydelse, detta för att kunna handskas med de dagliga förändringarna som skett efter brännskadan. Dessa strategier skiljde sig från person till person. I Roy's teori betonas adaptation och enligt teorin bör patienten hela tiden adaptera sig med den föränderliga miljön för att må bra och uppleva hälsa. Att adaptera sig innebar ett underlättande av strategiförmågan och återgången till vardagen. För sjuksköterskan är det därför viktigt att underlätta och lära den drabbade personen om olika strategier.

Ytterligare en slutsats vi kan dra från vår studie är att familjestödet var det främsta stödet, dels för att främja rehabiliteringen, dels för att kunna skapa en relevant strategi. Det visade sig att den drabbade personen tyckte att familjen borde ha inkluderats i rehabiliteringen redan på sjukhuset, eftersom familjen ofta blev den drabbade personens vårdgivare i hemmet. Mer stöd och information borde även ha erbjudits till den brännskadade personen och familjen efter sjukhusvistelsen. Hemma blev skadorna mer verkliga och smärtan yttrade sig på ett annat vis. Majoriteten av de brännskadade personerna med synlig ärrvävnad vågade inte heller visa sig offentligt och blev därför socialt isolerade.

Sjuksköterskan bör vara medveten om den brännskadade personens mångfacetterade problem som kan uppstå i hemmet. Hon måste se patienten som en helhet och kunna adaptera omvårdnaden efter den enskilda patientens behov, då varje brännskadad patient handskas med sin situation på sitt sätt.

Den här studiens tre teman, presenteras i en cirkel. Cirkelns öppningar står för att alla tre teman hör ihop. Exempelvis, om den brännskadade personen ändrar sig som person, ändras följaktligen familjen och likaså samhället kring dem. De tre temana är sammanlänkade och visar att en brännskada ändrar det dagliga livet i flera aspekter och det är den kunskapen vi som sjuksköterskor bör ha fått och vara uppmärksam på. Det är viktigt för sjuksköterskan att se till helheten.

Ett citat finns från Lasse Gustafsson, före detta brandman, som lever med ärrer och erfarenheten av en omfattande brännskada. Han säger att han skulle vilja vara utan olyckan men inte dess erfarenheter som olyckan medförde. Vi tror att flera än Lasse känner så. De artiklar, exempelvis Williams et al. (2003), vi har studerat till vår studie har beskrivit patienter med många negativa känslor om olyckan men det har även fört med sig något gott och de kan nu, en tid efter skadan känna sig som vinnare.

Då detta är ett relativt stort och outforskat område finns det många områden att studera vidare inom. Många av de studier som är gjorda är kvantitativa. Vi föreslår att empiriska studier om de brännskadade bör göras, eftersom det bättre fångar patientens upplevelser. Det vore intressant att veta vilken information och utbildning brännskadade patienter hade önskat att få innan hemkomst. Detta för att kunna underlätta återgången till vardagen. Det vore även intressant att veta hur familjen upplever det att ta hand om och vårda en anhörig med en omfattande brännskada.

## Referenser

- Ciofi-Silva, C. L., Rossi, L. A., Dantas, R. S., Costa, C. S., Echevarria-Guanilo, M. E. & Ciol, M. A. (2010) The life impact of burns: the perspective from burn persons in Brazil during their rehabilitation phase. *Disability and rehabilitation*, 32(6), 431-437.doi: 10.3109/09638280802532555
- Cullberg, J. (2003). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur
- Dauber, A., Osgood, P. F., Breslau, A. J., Vernon, H. L. & Carr, D. B. (2002). Chronic persistent pain after severe burns: A survey of 358 burn survivors. *Pain medicin*, 3(1), 6-17.Hämtad från databasen CINAHL with full text.
- Eide, H. & Eide, T. (1997) *Omvårdnadsorienterad kommunikation*. Lund: Studentlitteratur
- Esselman, P. C. (2007). Burn Rehabilitation: An overview. *Arch Phys Med Rehabil*, 88(2), 3-6. Hämtad från databasen CINAHL with full text.
- Friberg, F. (2006) Att göra en litteraturöversikt. I F.Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (s.115-124)*. Lund: Studentlitteratur
- Kihlgren, M. (Red). Engström, B. & Johansson, G. (2009). *Sjuksköterska med uppdrag att leda*. Lund: Studentlitteratur
- Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssjuksköterska (2008). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf>
- Larsson, I.E., Sahlsten, M.J.M., Sjöström, B., Lindencrona, C.S.C., & Plos, K.A.E. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian journal of Caring Science*, 21, 313-320
- Park, S.Y., Choi, K. A., Jang, Y. C. & Oh, S. J. (2007). The risk factors of psychosocial problems for burn patients.*Burns*, 34(2008), 24-31. doi:10.1016/j.burns.2007.03.012
- Phillips, C., Fussel, A. & Rumsey, N. (2007). Considerations for psychosocial support following burn injury: A family perspective, *Burns*, 33(2007), 986-994. doi: 10.1016/j.burns.2007.01.010

- Renberg, G. (2010). Kan bara ändra mig själv, inte andra. *SvD*. Hämtad från [http://www.svd.se/nyheter/idagsidan/kropp-och-halsa/kan-bara-andra-mig-sjalv-inte-andra\\_4146713.svd](http://www.svd.se/nyheter/idagsidan/kropp-och-halsa/kan-bara-andra-mig-sjalv-inte-andra_4146713.svd)
- Roy, S. C. & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaption model*. Connecticut: Appelton & Lange
- Sandell, K. (2001). *Att (åter)skapa "det normala": bröstoperationer och brännskador i plastikkirurgisk praktik*. Lund: Arkivförlag
- Segesten, K. (2006) Användbara texter. I F.Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (s.37-44)*. Lund: Studentlitteratur
- SFS 1982:763. Hälsa- och sjukvårdslag. Stockholm: Sveriges Riksdag
- Silva-Costa, M. C., Aparecida-Rossi, L., Mara-Lopes, L. & Lopes-Cioffi, C. (2008). The meanings of quality of life: Interpretative analysis based on experience of people in burns rehabilitation. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, 16(2), 252-259. Hämtad från databasen CINAHL with full text.
- Sjöberg, F. & Östrup, L. (2002). *Brännskador*. Stockholm: Liber
- Socialstyrelsen. (2008 a). *Behandling av svåra brännskador som rikssjukvård: underlag till rikssjukvårdsnämndens möte den 24:e september 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8838/2008-130-9\\_20081309\\_rev2.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8838/2008-130-9_20081309_rev2.pdf)
- Socialstyrelsen. (2008 b). *Hemsjukvård i förändring*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59\\_200812659.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf)
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
- Sommar, P. & Huss, F. (2008). ABC om Brännskador. *Läkartidningen*, 105(48-49), 3547-3552. Hämtad från databasen CINAHL with full text.

Tengvall, O. (2010 a). *Smärta, infektion och återanpassning till livet efter en brännskada. Licentiatavhandling*. Karolinska institutet, institutionen för molekylär medicin och kirurgi. Hämtad från databasen CINAHL with full text.

Tengvall, O., Wickman, M. & Wengström, Y. (2010 b). Memories of pain after burn injury: the patients experience. *Journal of Burn Care and Research*, 31(2), 319-327.doi: 10.1097/BCR.0b013e3181d0f5dd

Titscher, A., Lumenta, D. B., Kamolz, L. P., Mittlboeck, M. & Frey, M. (2010). Emotional associations with skin: Differences between burned and non-burned individuals. *Burns* 36(2010), 759-763. doi: 10.1016/j.burns.2010.05.020

Wijk, H. (Red.). (2010). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa*. Lund: Studentlitteratur

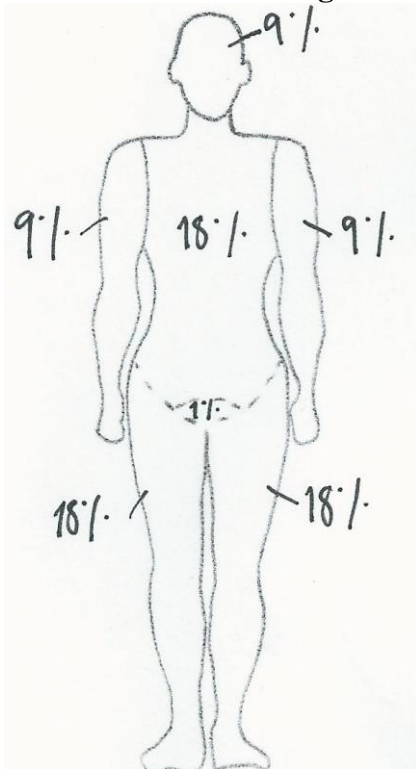
Wikehult, B., Hedlund, M., Marsenic, M., Nyman, S. & Willebrand, M. (2007). Patient and family perspectives: Evaluation of negative emotional care experiences in burn care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14), 1923-1929. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02302.x

Williams, N. R., Davey, M. & Klock-Powell, K. (2003). Rising from the ashes: Stories of recovery, adaption and resiliency in burn survivors. *Social work in health care*, 36(4), 53-77.Hämtadfråndatabasen CINAHL with full text.

Östlundh, L. (2006) Informationssökning. I F.Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (s.45-70)*. Lund: Studentlitteratur

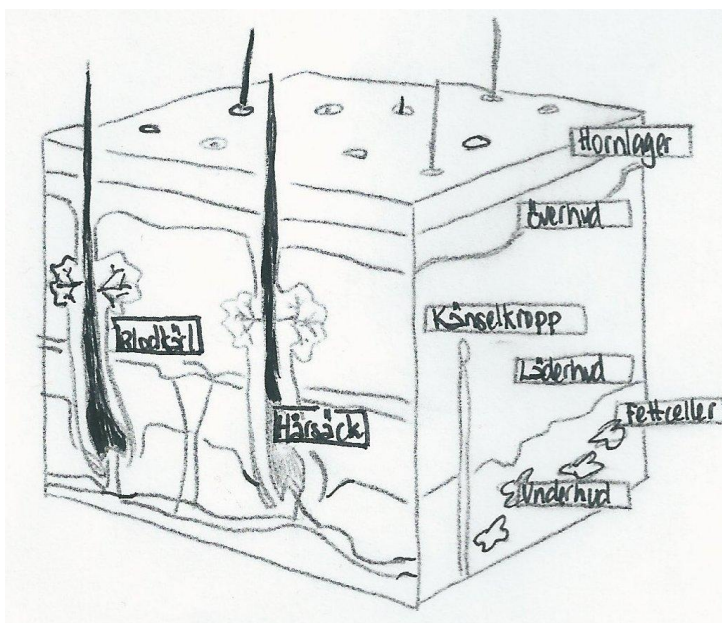


### Brännskadans utbredning i Total Surface Burn Area (TSBA).



Fritt utformad från <http://www.waterjel.com/burn-md/burn-classification/> den 11 november 2011

### Hudens uppbyggnad



Fritt utformad från <http://www.olay.se/Johannas/articles/hudens-uppbyggnad.html> den 11 november 2011

## Artikelöversikt

Artikel	Syfte	Ansats/Metod	Urval/Studie	Huvudsakligt resultat
Park, S-Y., Choi, K-A., Jang, Y-C & Oh, S-J. 2007	Att identifiera riskfaktorer som hindrar brännskadade från att utveckla adekvata anpassningar efter skadan.	En kvantitativ studie. Studien är en Cross-sectional study.	Antalet studiepersoner är 686st. Inklusionskriterier är, >18år, >tre dagar på sjukhuset på grund av brännskadan, exkluderade patienter med TSBA >30%.	Bristande familjestöd samt höga levnads-kostnader var de faktorer som tydligast pekade på en risk för att utveckla psykosociala problem.
Philips, C., Fussel, A & Rumsey N. 2007	Ge information om vidden av de psykosociala problem den brännskadades familj handskas med för att med informationen utveckla ett psykosocialt stödprogram.	En kvantitativ studie.	Antalet studiepersoner är 50st. Brännskadade vuxna och föräldrar till brännskadade barn ingår i studien. Inklusionskriterier är synliga ärr, >10 år, ingen psykiatrisk sjukdomshistoria.	Psykosociala program bör vara utformade för att inkludera familjemedlemmarnas behov. Familjen till en brännskadad är i stort behov av stöd.

Tengvall, O., Wickman, M & Wengström, Y. 2010 b)	Att beskriva brännskadade patienters erfarenheter och smärtninnen under och efter en brännskada för att skapa en djupare förståelse för patientens nytilkomna problem vid en brännskada.	En kvalitativ studie. Intervjuerna spelades in på band.	Antalet studiemedlemmar är 12 personer. Inklusionskriterier är, >18år, vistelselängd på brännskadecentrat >7 dagar. Ventilatorbehandlade exkluderades.	God smärtbehandling och psykosocialt stöd behövs för att kunna återgå till vardagen och skapa coping-mekanismer. Uppmuntra patienten till kommunikation inom familjen. Det minskar risken för psykisk sjukdom och ger en god familjerelation.
Silva-Costa, M. C., Aparecida-Rossi, L., Mara-Lopes, L. & Lopes-Cioffi, C. 2008.	Tolka meningen av livskvalitet av personer med allvarliga brännskador, deras erfarenheter och sociala/ kulturella bakgrund.	En kvalitativ studie. Studien är baserad på en etnografisk metod baserad på modern hermeneutik.	Antalet studiemedlemmar är 19 personer. Inklusionskriterier, före detta patienter, mellan 18-50år, vårdats på sjukhus, rehabiliterats i minst 1år. 11st anhöriga till de tillfrågade 19st tog del i studien.	Familjeliv, social integration, arbete, normalitet och autonomi är vägvisare för livskvalitet efter en brännskada.
Titscher, A., Lumenta, D-B., Kamolz, L-P., Mittlboeck, M & Frey, M. 2010	Att analysera skillnader när det gäller känslomässiga associationer till brännskadad hud och intakt hud.	En kvantitativ studie. En enkät har skickats ut till två olika grupper. En brännskadegrupp och en kontrollgrupp utan brännskador.	Antalet studiepersoner är 966st deltagare. Inklusionskriterier för brännskade gruppen, >18år.	Båda grupperna relaterade huden till att känna kontakt. Brännskadegruppen uppskattade hudens funktion mer än kontrollgruppen.

Wikehult, B., Hedlund, M., Marsenic, M., Nyman, S & Willebrand, M. 2007	Bedöma de brännskadades minnen av negativa upplevelser under vårdtiden.	En kvantitativ metod. Enkät undersökning, telefon intervju och person intervju.	Antalet studiepersoner är 42st deltagare. Inklusionskriterier är, svensktalande, fullt adekvata, >18år.	Deltagarna rapporterade en låg förekomst av negativa upplevelser under vårdtiden. De som upplevde negativa upplevelser hade allvarliga brännskador. Känslor som maktlöshet och rädsla var vanligt förekommande.
Dauber, A., Osgood, P-F., Breslau, A-J., Vernon, H-L & Carr, D-B. 2002	Beskriva den kroniska smärtan hos brännskadade överlevande. Vad kan lindra smärtan?	En kvantitativ metod. Ett frågeformulär mailades ut till deltagarna.	Alla medlemmar i North America Phoenix society for burn survivors vid tidpunkten 1994, en andra utskickning skedde sedan två år senare, 1996.	Smärtan hos brännskadade tar upp en stor del av livet. Patientfokus är viktigt för att kunna öka den brännskadades funktion i vardagen samt öka livskvaliteten.
Williams, N-R., Davey, M & Klock-Powell, K. 2003	Syftet är att få en ökad förståelse för hur brännskadade anpassar sig efter ett trauma samt en beskrivning av rehabiliteringen.	En kvalitativ studie. Bygger på intervjuer	Sju stycken frivilliga. >21 år	Det framkom att det beror, på när i livet de blir brännskadade, hur de reagerar och upplever livet efter brännskadan. Män och kvinnor reagerade olika och tog sig igenom rehabiliteringen på olika sätt.
Ciofi -Silva, C-L., Rossi, L-A., Dantas, R-S., Costa, C-S., Echevarria-Guanilo, M-E & Ciol, M-A. 2008	Beskriva livsförändringar under rehabilitering för brännskadade i Brasilien.	En kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer.	Antalet studiedeltagare är 44. >18år, boende i Ribeirao Preto, utskrivna mellan 6mån-1år.	86,4% av studiedeltagarna rapporterade livsförändringar i flertalet aspekter.



Högskolan Väst  
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur  
461 86 Trollhättan Tel 0520-22 30 00 Fax  
0520-22 30 99

