



# NTNU

Kunnskap for en bedre verden

# Bacheloroppgave

**SY301813 SYKEPLEIE VI DEL II**

**Merket for livet - Scarred for life**

Kandidatnummer: 4495

Totalt antall sider inkludert forsiden: 53

Ord: 8780

Veileder: Torill Olsvik Ryste

Innlevert Ålesund, 23.05.16

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Torill Olsvik Ryste

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13](#)/[Fvl. §13](#))

Dato: 23.05.16

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** På verdensbasis trenger 11 millioner mennesker medisinsk behandling, grunnet brannskader. Brannskader kan føre til både fysiske og psykiske konsekvenser for pasienten, og det å mestre disse konsekvensene kan bli en langvarig prosess.

**Hensikt:** Hensikten med den oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan pasienter erfarer å mestre et endret selvbilde, etter en brannskade.

**Metode:** En systematisk litteraturstudie som er basert på 10 studier. 9 av disse studiene er kvalitative originalstudier, og en er en kvalitativ og kvantitativ reviewstudie.

**Resultater:** Selvbildet slo sprekker grunnet kroppslige forandringer. For å mestre dette ble det brukt ytre og indre ressurser. Det ble også brukt ulike mestringsstrategier.

**Konklusjon:** Brannskadede erfarer å mestre et endret selvbilde med å ta i bruk både ytre og indre ressurser. Samt en kombinasjon av følelsesfokusert og problemfokuserede mestringsstrategier.

**Nøkkelord:** Brannskadede pasienter, brannoverlevende, livet etter skaden, brannskade, erfaringer, mestring, etter brannskade, sykepleie.

**Background:** World wide, 11 million people need medical attention after suffering from burn injury. Burn injury can lead to both physical and psychological consequences, and coping with these consequences may be a lengthy process.

**Objective:** The purpose with this study is to gain more knowledge of how patients are coping a changed self-image, after a burn injury.

**Methods:** A systematic literature review based on ten studies. Nine of the studies are qualitative original studies and one both qualitative and quantitative review study.

**Results:** Self-image cracks due to bodily changes. To cope, there were used internally and externally recourses, and different coping strategies.

**Conclusion:** Burn survivors experience to cope with a changed self-image, by adopting both internal and external resources. And they used a combination of emotional and problem-focused coping strategies.

**Keywords:** Burn patients, burn survivors, life after burn, burn injury, experience, coping, post burn, nursing.

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1.0 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Begrunning av tema og problemstilling	1
1.2 Hensikt	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Begrepsavklaring	2
1.5 Avgrensning	2
1.6 Sykepleie relevans	3
1.7 Oppgavens videre oppbygning	3
<b>2.0 Teoribakgrunn</b>	<b>4</b>
2.1 Brannskader	4
2.2 Selvbilde	5
2.3 Mestring	5
2.4 Sosial støtte	6
2.5 Johan Cullbergs kriseteori	6
2.6 Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter	7
2.7 Kommunikasjon	8
<b>3.0 Metode</b>	<b>9</b>
3.1 Datainnsamling	9
3.2 Søkestrategi	9
3.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	10
3.4 Kvalitetsvurdering	10
3.5 Ethiske vurderinger	11
3.6 Analyse	12
<b>4.0 Resultat</b>	<b>13</b>
4.1 Kroppslige forandringer og konsekvenser for selvbildet	13
4.2 Sosial støtte	14
4.3 Mestringsstrategier	16
<b>5.0 Diskusjon</b>	<b>18</b>
5.1 Metodediskusjon	18
5.2 Resultatdiskusjon	19
5.2.1 Kroppslige forandringer og konsekvenser for selvbildet	19
5.2.2. Sosial støtte	20

5.2.3 Mestringsstrategier	24
<b>5.3 Konklusjon</b>	<b>27</b>
5.3.1 Forslag til videre forskning	27

Litteraturliste

Vedlegg 1

Vedlegg 2

Vedlegg 3

## **1.0 Innledning**

I dette kapitlet blir det presentert begrunning av tema og problemstilling, hensikt med litteraturstudien, problemstillingen, begrepsavklaring, avgrensning av oppgaven, sykepleier relevans og oppgavens oppbygning.

### **1.1 Begrunning av tema og problemstilling**

Temaet for denne litteraturstudien er brannskader, der det blir fokusert på hvordan brannskadede pasienter erfarer å mestre et endret selvbilde.

Årlig innlegges det over 700 pasienter med brannskader i Norge. Av disse 700 pasientene, har 80 pasienter alvorlige brannskader (Nakstad et al. 2011). På verdensbasis blir 11 millioner mennesker utsatt for så store brannskader at de har behov for medisinsk hjelp, og 265 000 mennesker dør hvert år grunnet skadeomfanget (WHO 2014). Slike skader kan påvirke viktige funksjoner i huden, som å kjenne smerte og berøring, beskytte seg mot infeksjoner, samt opprettholde normal væskebalanse og kroppstemperatur. Selvbildet kan også bli berørt da huden er viktig for selvbildet. Det kan også føre til en stor psykisk belastning for pasienten da utseendet kan blir forandret grunnet skaden (Mathisen 2010).

Gjennom arbeid- og praksiserfaring i sykepleie studie, har jeg fått kjennskap til mennesker som lever med et endret selvbilde. Disse pasientene har for eksempel vært igjennom ulykker, infeksjoner og ulike sykdomstilstander, som har ført til varige mén i form av; amputasjoner, lammelser, redusert funksjon i ekstremiteter og deformiteter. Disse pasientene vekker min interesse for mestring. Spesielt med tanke på hvordan pasientene klarer å mestre det å leve med et nytt og endret selvbilde. Og som kommende sykepleier ønsker jeg å få mer kunnskap angående dette temaet, og spesielt rettet mot pasienter som har fått endret selvbilde etter brannskader.

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien er å få mer kunnskap om hvordan pasientene erfarer å mestre et endret selvbilde. Det å mestre alvorlige brannskader kan ofte bli en livslang prosess, der pasienter kan stå ovenfor enorme fysiske og psykiske utfordringer (Reeve, James, McNeill 2009).

## **1.3 Problemstilling**

Hvordan erfarer pasienter å mestre et endret selvbilde etter en alvorlig brannskade?

## **1.4 Begrepsavklaring**

### *Mestring*

Ifølge Lazarus og Folkman (1984, sitert i Reitan 2010) er mestring en kontinuerlig prosess med skiftende kognitive og adferdsmessige anstrengelser for å takle ytre eller indre krav som oppleves som belastende, eller som overskrider individets ressurser.

### *Selvbilde*

Selvbilde består av det fysiske selv og det personlige selv (Hummelvoll 2012).

### *Alvorlige Brannskader*

Alvorlig brannskade menes skader som er forårsaket av varme, stråling eller etsende stoffer (Sand et al. 2006), som videre fører til redusert funksjon og utseendemessige forandringer (Mathisen 2010).

## **1.5 Avgrensning**

I denne oppgaven skal jeg sette søkelyset på brannskadede pasienter, som har fått et endret utseende og reduserte funksjoner i kroppen, i etterkant av skaden. Oppgaven vil ikke ta for seg medisinske behandlingsmetoder, men heller handle om hvordan pasientene erfarte og opplevde det å mestre et endret selvbilde. Oppgaven avgrenses til å gjelde voksne. Denne oppgaven er bygget opp i hvordan de brannskadede følte mestringen skjedde, og hvordan sykepleier kan bidra til mestring. Det blir ikke presisert hvilken arena sykepleier møter pasienten, da mestring av endret selvbilde skjer i en kontinuerlig prosess.



## **1.6 Sykepleie relevans**

Ifølge helsepersonelloven §4<sup>1</sup> skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut i fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidskarakter og situasjonen forøving (Helsepersonelloven 2011).

Brannskadede pasienter er en kompleks pasientgruppe i og med at skadeomfanget er variabelt. For å få best mulig resultat både fysisk og psykisk, krever dette kompetanse innen feltet. Det stilles store krav av både tekniske ferdigheter, kunnskap, kommunikasjonsferdigheter, samt empati og sympati. All behandling fra førstehjelp til rehabilitering har stor betydning for det endelige resultatet (Mathisen 2010).

Ifølge Nortvedt og Grønseth (2010) har sykepleiere ansvar for å tilnærme seg og ivareta pasienter i alle situasjoner. Dette omfatter oppgaver som å forebygge og fremme helse, lindre, behandle, rehabilitere/habilitere, undervise og veilede. Studien til Reeve, James og McNeill (2009) hevder at sykepleiere føler at de ikke har nok kunnskap for hjelpe og veilede brannskadede pasienters psykososiale behov. Dermed er det viktig at man setter søkelyset på hvordan pasientene mestrer det å ha fått endret selvbilde, slik at vi i framtiden har mer kunnskap om temaet.

## **1.7 Oppgavens videre oppbygning**

I neste kapittel belyses teori som er relevant for å besvare problemstillingen. Videre kommer kapittel 3, som omhandler metode. Etter dette blir kapittel 4 belyst som omhandler resultater, der hovedfunn blir presentert i ulike kategorier. Diskusjonsdelen i kapittel 5 består av metode- og resultatdiskusjon, og munner ut i en konklusjon med forslag til videre forskning.

## 2.0 Teoribakgrunn

Dette kapitlet blir brannskader, selvbylde, mestring, sosial støtte, Cullbergs kriseteori, Travelbee og kommunikasjon presentert.

### 2.1 Brannskader

Årsaken til brannskade er ifølge Sand et al. (2006) varme, stråling eller etsende kjemiske stoffer. Vi graderer brannskader inn i tre grader. Førstegradsforbrenning, er når det første ytterste hudlaget, epidermis, er skadet. Dette kan blant annet forekomme ved solforbrenning. Huden kan bli rød og litt hoven, men det forekommer ingen blommer. Førstegradsforbrenning heler seg selv. Ved andregradsforbrenning går skaden ned til lærhuden, dermis. Huden vil da være rød og øm, og det vil raskt utvikles hevelse og væskefylte blommer i hudområdet, slike skader vil også skape sterke smerter. Ved dyp andregradsforbrenning er det også skade på epitelceller i dermis, som fører til at tilhelingen kan ta lang tid, og det vil også forekomme arrdannelse. Ved tredjegradsforbrenning er det skade på alle hudlagene i huden. Dette vil innebære at skaden har gått igjennom hele dermis. Tredjegradsforbrenning kan være så dyp at det også kan være skade på organer under huden som muskulatur, leddkapsler og sener (Mathisen 2010). Ifølge Nakstad et al. (2011) vil det være tap av kapillærsirkulasjon og hudfølelse ved tredjegradsforbrenning. Ved tredjegradsforbrenning vil pasienten ikke ha smerter i det skadede hudpartiet, grunnet at nerveendene er ødelagt. Det skadede hudområdet vil også vises med å være deigaktig, læraktig, eventuelt svart og forkullet (Mathisen 2010). Sand et al. (2006) skriver at slike brannskader fører til at det blir skade på talgkjertlene, og huden vil bli tørr og mindre fettholdig. I det gjeldende området kan det også forekomme temperaturregulerings forstyrrelser, da det kan være skade på svettekjertlene. Glatt muskulatur kontrolleres av det autoimmune nervesystemet, som styrer gåsehud ved skrekk og kulde kan også være fraværende. Elastiske fibre i huden samt kollagenfibre er det også skade på, som fører til at huden blir svak og mindre elastisk. Nakstad et al. (2011) hevder at for å få en tilfredsstillende sårtilheling kan det være nødvendig med hudtransplantasjon.

## 2.2 Selvbilde

Selvbilde består ifølge Hummelvoll (2012), av det fysiske selv og det personlige selv. Det fysiske selv består av kroppsoppfatningen og kroppsuttrykket til et individ.

Kroppsoppfatningen (kropps-bilde) er alle aktuelle og tidligere oppfatninger og følelser et individ har rettet mot sin egen kropp. Kroppsuttrykket betraktes som vårt sosiale selv, der vi utfører sosiale handlinger og mottar informasjon fra omverdenen. Det personlige selv består av ideal-selvet, moralske selv og selvaktelse. Ideal-selvet er den oppfatningen individet har angående hvordan individet burde oppføre seg ut ifra individets personlige idealer. Det moralske selv er den delen av selvet som vurderer og sammenligner hvem personen sier han er, og fungerer som observatør og normsetter. Sist men ikke minst består selvaktelse av individets oppfatning av egenverd (Hummelvoll 2012).

Når deler av det fysiske selvet blir skadet, kan selvbildet slå alvorlige sprekker. Det kan ta lang tid å tilpasse seg og akseptere en endret kropp og et endret utseende. Individet må reorientere det fysiske selvet, og finne andre måter å erstatte den fysiske funksjonen på (Hummelvoll 2012). Kroppen kan få varige mén dersom skjemmende arr og endret kroppsfunksjon ikke mestres hensiktsmessig (Kjøllestad og Moesmand 2004). Noen brannskadede kan også føle seg *merket for livet* (Mathisen 2010).

## 2.3 Mestring

Lazarus og Folkman (1984, sitert i Reitan 2010) hevder at mestring er en kontinuerlig prosess med skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser man gjør, for å takle indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende for individet. Ifølge Dalgard, Ystegaard og Brevik (1995) mener Lazarus og Folkman at mestring må forstås som en dynamisk prosess, det vil si det er noe en person gjør for å klare de indre og/eller de ytre krav, som individet står ovenfor. Det som inngår i selve håndteringen av kravene som stilles, består både av handlingsorientering og intrapsykiske reaksjoner. Individuelle mestringsressurser og ressurser som er tilstede i omgivelsene har også innvirkning på selve mestringen (Dalgard, Ystegaard og Brevik 1995).

De indre ressursene en person har, kan spille inn på mestringen. Disse ressursene er blant annet humoristisk sans, selvtillit, optimisme, evne til å se sammenheng og mening med

tilværelsen, og evne til å oppleve kontroll over egen livssituasjon. Ytre ressurser er blant annet økonomi, levestandard, sosial bakgrunn og sosial støtte, som også kan påvirke mestringen (Dalgard, Ystegaard og Brevik 1995).

Tradisjonelt finnes det to hovedgrupper av mestringsmåter; problemløsende og følelsesfokusert. Problemløsende mestring består av ulike strategier man bruker for å endre selve situasjonen. Følelsesfokusert mestring tar sikte på å endre opplevelsen av situasjonen (Dalgard, Ystegaard og Brevik 1995). Mestringsstrategier blir satt i verk for å klare krav eller utfordringer man står ovenfor. De har som formål å hjelpe individet med å bevare selvbildet, finne mening og opprettholde kontroll over de ytre og indre krav individet står overfor (Reitan 2010).

## **2.4 Sosial støtte**

Sosial støtte kan omfatte familie, venner, arbeidskollegaer og naboer. Altså noen som betyr noe for individet, noen som er en ressurs for individet og som er imøtekommende ved aktuelle behov (Dalgard, Ystegaard og Brevik 1995). Det som er avgjørende for vår opplevelse av helse og livskvalitet, er å ha noen som står en nær. Evnen til å takle påkjenninger øker når man har et sosialt nettverk som inneholder sosial støtte (Hummelvoll 2012).

## **2.5 Johan Cullbergs kriseteori**

En forstyrrelse i det normale liv er en traumatisk krise. Denne forstyrrelsen kan komme uventet og akutt, og den kriserammede blir slått ut av kurs og mister orienteringsevnen (Reitan 2010). Johan Cullberg (2007, sitert i Reitan 2010) hevder at en traumatisk krise fører til at individets fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter blir truet. Slike kriser kan blant annet komme av dramatiske hendelser som ulykker eller livstruende sykdom. Krisen kjennetegnes ved at individets tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelig til å forstå eller mestre situasjonen. Individet går videre igjennom ulike faser, som sjokkfase, reaksjonsfase, bearbeidingsfase og en nyorienteringsfase (Reitan 2010).

Ifølge Cullberg (2010) varer sjokkfasen fra korte øyeblikk til noen dager. I denne fasen klarer ikke individet å ta virkeligheten innover seg, eller bearbeide det. Reaksjonsfasen starter når individet blir tvunget til å se realiteten, etter å ha fornektet det hele. Det inntreffer da en voldsom psykisk omstilling, og individet prøver å se virkeligheten så funksjonelt som mulig. I denne fasen aktiveres individets forsvarsmekanismer. Slike forsvarsmekanismer kan blant annet være regresjon, fornektelse, rasjonalisering, isolering og undertrykking av følelser. Det kan også forekomme sorgreaksjoner, fortvilelse, tomhet og lav vitalitet. Selvfølgelig kan også oppstå, der individet blir selvdestruktiv. Individet kan trekke seg tilbake, og oppleve seg som dårligere enn andre. Individet kan la andres adferd bli gjenstand for negative tolkninger, som igjen bekrefter individets følelse av å være utstøtt. Cullberg (2010) hevder at bearbeidingsfasen kommer et halvt år til ett år i etterkant av den traumatiske hendelsen. Individet blir framtidrettet og prøver å bearbeide sin kroniske sykdom eller permanente skade. Her blir det arbeidet med å godta den nye funksjonshemmingen og lære seg å tilvenne seg sine nye sosiale roller, etter skaden. Bearbeidningen fører til at forsvarsmekanismene som for eksempel fornektelse, forsvinner. Til slutt kommer nyorienteringsfasen, som består av at individets selvfølelse blir gjenopprettet, og håpene bearbeidet. Individet vil leve med arr som aldri forsvinner, men disse arrene vil ikke hindre videre liv. Det meste vil være bearbeidet, men individet kan enda kjenne at gamle følelser dukker opp. Krise er ikke noe man glemmer eller innkapsles, krise er en del av livet (Cullberg 2010).

## **2.6 Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter**

Travelbee fokuserer på sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjoner. Hun hevder at sykepleie er en mellommenneskelig prosess, der sykepleieren kan hjelpe et samfunn, en familie eller et individ med å forebygge eller mestre erfaringer med lidelse, eventuelt hvis nødvendig, finne mening med erfaringene (Travelbee 1971, sitert i Kirkevold 2001).

Travelbee (1971, sitert i Kirkevold 2001) sier at lidelse er en fundamental fellesmenneskelig erfaring, som kan forekomme når mennesket opplever tap, nedsatt egenverd eller blir atskilt fra andre. Finner individet mening med sin lidelse, kan det føre til at lidelsen blir en styrkende og selvaktualiserende erfaring, som gjør at individet er i stand til å gå utover seg selv og sine begrensninger. Travelbee (1971, sitert i Kirkevold 2001) hevder videre at for å få mening må man føle seg nødvendig for noe eller noen, som

fører til at livet blir betydningsfullt igjen. For å finne meningen igjen kan mennesket trenge hjelp, noe som et menneske-til-menneske-forhold kan hjelpe med. Et menneske-til-menneske-forhold eksiterer ikke mellom generelle og abstrakte roller, som for eksempel sykepleier og pasient, men mellom konkrete mennesker. For at det skal fungere forutsetter det at individet reagerer på andres ”menneskelighet”. En av de viktigste redskapene sykepleier har for å avhjelpe lidelse, er kommunikasjon (Kirkevold 2001).

## **2.7 Kommunikasjon**

Kommunikasjon består av utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter (Eide og Eide 2007). Vi kan både kommunisere verbalt og nonverbalt. Ved verbal kommunikasjon, er det ord som må fortolkes, ut ifra stemmens klang. Stemmens klang kan vise til at en person er urolig eller nervøs, sint eller glad. Ordene som kommer ut ved verbal kommunikasjon, kan også fortolkes for eksempel spydig, humoristisk eller vennelig. Ved nonverbal kommunikasjon kan vi vise takknemmelighet ved et blikk, interesse ved ivrige nikk, skepsis ved rynket panne samt forakt og avsky ved fnys. Kommunikasjon fører også til at man kan få en kognitiv kontroll over en situasjon, men dette forutsetter nok informasjon. Man kan også oppleve en emosjonell kontroll og mestring, via kommunikasjon. Der man lytter aktivt, trøster, støtter, gir informasjon og omsorg. Bruk av humor under kommunikasjon kan bidra til å åpne opp, lette stemningen, skape bedre kontakt, og føre til at det som er vanskelig å snakke om blir lettere (Eide og Eide 2007).

### 3.0 Metode

I dette kapittelet blir det presentert datainnsamling, søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering, etiskvurdering og valg av analyse.

#### 3.1 Datainnsamling

For å finne relevante studier ble databasene PubMed og Cinahl Complete brukt. I PubMed finner man vitenskapelige tidsskriftsartikler. I Cinahl Complete finnes det vitenskapelige tidsskriftsartikler, monografier, doktoravhandlinger og konferanseabstrakter (Forsberg og Wengström 2013). Bakgrunnen for valg av databaser er at begge databasene gir relevante studier, og at databasene er gode søkemonitorer. Begge disse databasene ga treff på både nasjonale og internasjonale studier som var relevante for å besvare oppgaven. Det var ønskelig å finne både nasjonale studier, som viser problemet i Norge, men også internasjonale studier da brannskader er et globalt problem.

#### 3.2 Søkestrategi

For å få en bedre oversikt under datainnsamlingen, ble det brukt et PICO-skjema. PICO er en strukturert metode for å sette sammen søkestrategier når man søker i de ulike databasene (Forsberg og Wengström 2013). Bokstaven "P" står for hvem, i dette tilfelle blir det den brannoverlevende. "I" står for hva, som i mitt tilfelle er brannskade. "C" står for kontrollgruppe, men i denne oppgaven ble C'en ekskludert, da oppgaven ikke skal sammenligne to pasientgrupper. Sist men ikke minst, står "O" for utfall/resultat (Forsberg og Wengström 2013). I mitt tilfelle vil dette være *erfaringer* brannskadede pasienter hadde med å *mestre* det nye selvbilde. For å se mer detaljert beskrivelse, se vedlegg 1.

I begge databasene ble søket avgrenset til relevante studier som hadde blitt publisert mellom 2005 til 2016. Det ble tilstrebet så langt som mulig å få like søkeord i begge databasene. Søkeordene som ble brukt i Cinahl var "burn survivors" og "burn patients", de ble brukt som grunnlag for søket, for dermed å utvide søket ved hjelp av å ta i bruk tilleggssøkeord som "experience" og "burn injury". I databasen PubMed ble "burn survivors", "life after burn injury" og "burn patients" lagt som grunnlag for søket, for deretter å ta i bruk tilleggssøkeord som "nursing", "experience", "post burn", "burn injury" og "coping". For å få et nærmere blikk på søkehistorikken, se vedlegg 2.

Under litteratursøket ble overskrifter på relevante studier viktig for at de videre skulle undersøkes. Var overskriften aktuell ble sammendraget lest, og hadde sammendraget en relevans for tema og problemstilling ble hele studien lest, for videre vurdering.

### **3.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriteriene for samtlige av studiene var at de skulle være fagfellevurderte og refereebedømte, være utgitt mellom 2005 og 2016, og omhandle deltakere som er 18 år eller eldre. Samtlige studier skulle også handle om mennesker som har opplevd alvorlige brannskader, og fokusere på hvordan dette preget dem, og hvordan de mestret det. Studiene skulle være skrevet i et pasientperspektiv. Sist, men ikke minst, skulle studiene enten være skrevet på norsk eller engelsk. Studier ble ekskludert hvis de omhandlet spedbarn, barn og ungdom, hvis de var skrevet i pårørende perspektiv eller sykepleierperspektiv, eller hvis de omhandlet medisinske behandlingsmetoder.

### **3.4 Kvalitetsvurdering**

Så snart studiene ble ansett som relevante, ble tidsskriftet til studiene sjekket via Databasen for statistikk og høgre utdanning, som er et verktøy for å se om tidsskriftet er en godkjent publiseringskanal. Studiene ble ekskludert hvis ikke tidsskriftet var godkjent. For å bli godkjent må tidsskriftet ha nivå 1 eller 2. Databasen for statistikk og høgre utdanning sjekker ulike publiseringskanalers kvalitet, samt om tidsskriftene har gode rutiner for eksterne fagfellevurderinger. Før kvalitetsvurderingen begynte var 14 studier valgt. 1 studie ble ekskludert grunnet manglende godkjenning av Databasen for statistikk og høgre utdanning.

For videre kvalitetsvurdering ble 2 reviewstudier ekskludert på bakgrunn av at de inkluderte allerede valgte originalstudier, og 1 studie ble ekskludert grunnet manglende IMRAD-struktur. Resterende studier ble kritisk lest og vurdert, som Forsberg og Wengstöm (2013) beskriver angående utvalg av studier. 10 studier ble valgt ut til slutt. 9 av disse var kvalitative originalstudier, og 1 studie hadde brukt både kvalitativ og kvantitativ metode i sin litteratur reviewstudie.



Samtlige studier som ble valgt var fra industriland som; Norge, Australia, USA, Iran og Kina. Studien fra Iran, som var skrevet av Zamanzadeh et al. (2015), ble vurdert ekstra kritisk, da studien viste at deltakerne fikk manglende smertelindring under sårbehandling, noe som kunne tyde på manglende kunnskap og/eller økonomiske ressurser. Men da Hans Rossling ble intervjuet av *Den norske lægeforæning* i 2010, ble det konkludert med at Iran ikke er et utviklingsland når det gjelder helse, da helsevesenet har høy behandlingskvalitet (Valestrand 2010). Studiens tidsskrift fikk også et høyt kvalitetsnivå i Databasen for statistikk og høgre utdanning.

### **3.5 Etiske vurderinger**

For medisinsk og helsefaglig forskning står helsinkideklarasjonen svært sentralt. Den slår fast at hensynet til individet skal alltid gå foran hensynet til samfunnet eller forskningsnytt. Dette for at pasienter ikke skal utsettes for skade grunnet forskningen. Deltakere skal være informert og delta frivillig, samt at det skal være vern om personopplysninger. Videre så skal alle medisinske og helsefaglige prosjekter som berører pasienter vurderes av en regional komiteen som er tilknyttet forskningslederens arbeidssted (Slettebø 2012).

I 9 av 10 studier ble det oppgitt at nasjonale eller regionale etiske komiteer godkjente studiene. I Klinge et al. (2009) sin reviewstudie, ble det ikke oppgitt at studien var godkjent av etiske komité. Men det ble vist til at reviewstudien hadde brukt studier som var etisk godkjent.

De 9 studiene som hadde blitt godkjent av regional eller nasjonal etisk komité, viste til at alle deltakerne fikk informasjonsskriv i forkant av studien. De ga skriftlig samtykke til å delta og kunne trekke seg når de ønsket, da det var frivillig å delta. Hensikten med studien ble gjentatt i begynnelsen av intervjuene, og deltakerne ble gitt anonymitet når resultatene i studiene ble skrevet. I noen studier ble det heller ikke beskrevet hvor brannskaden befant seg, da dette kunne føre til gjenkjennelse av deltakerne. Alle valgte studier ble grundig vurdert ut ifra Forsberg og Wengström (2013) sine kriterier for etisk vurdering.

### 3.6 Analyse

Ifølge Forsberg og Wengström (2013), betyr analyse å dele opp i mindre deler, for å så undersøke fenomenet hver for seg. Deretter starter syntesen, som innebærer at man setter sammen alle delene til en helhet. I arbeidet med å analysere studiene ble Evans (2002) metode valgt. Evans (2002) metode består av 4 faser.

**Fase 1:** Her skal man finne og samle relevante studier gjennom et litteratursøk, for dermed å velge studiene ut fra valgte inklusjonskriterier (Evans 2002). Det ble gjennomført et litteratursøk (se vedlegg 2), og studiene ble valgt ut i fra valgte inklusjonskriterier. 10 av 14 studier ble inkludert.

**Fase 2:** I denne fasen skal man lese studiene nøye og identifisere nøkkelfunn (Evans 2002). Her ble alle studiene kritisk lest igjennom. Det ble identifisert nøkkelfunn som var; familie og venner, støttegrupper, støtte via helsepersonell, håp og religion, kroppslige forandringer, arr, kontrakturer, smerte, kløe, temperaturforstyrrelser, stigmatisering, målsetninger, sammenligne seg med andre og humor.

**Fase 3:** I denne fasen skal man vurdere de ulike funnene i studiene mot hverandre (Evans 2002). Her ble da nøkkelfunnene kategorisert ved å merke funnene i studiene med ulike farger. Funnene ble vurdert opp mot hverandre, og funnene ble satt i kategorier som var som følgende; kroppslige forandringer og konsekvenser for selvbildet, sosiale støtte og mestringsstrategier. Kategorien ”kroppslige forandringer og konsekvenser for selvbildet” besto av arr, kontrakturer, forstyrrelser i temperaturreguleringen, smerte, kløe og stigmatisering. Kategorien ”sosial støtte” besto av familie og venner, støttegrupper og støtte via helsepersonell. Til slutt besto kategorien ”mestringsstrategier” av forsvarsmekanismer, målsetninger, humor, tro og håp.

**Fase 4:** I denne fasen skal man beskrive fenomenet (Evans 2002). I denne sammenhengen vil det si å beskrive resultatet av studiene. Resultatene ble delt opp i kategorier og undertemaer for å få det mest mulig oversiktlig. Resultatene presenteres i neste kapittel.

## 4.0 Resultat

Denne litteraturstudien setter fokus på hvordan pasienter erfarte å mestre et endret selvbilde etter alvorlig brannskade. For å besvare dette spørsmålet er hovedfunnene kategorisert som; kroppslige forandringer og konsekvenser for selvbildet, sosial støtte og mestringsstrategier.

### 4.1 Kroppslige forandringer og konsekvenser for selvbildet

Nesten samtlige studier nevnte kroppslige forandringer, og hvilke innvirkning dette hadde på respondentene. Ren et al. (2015), Abrams et al. (2015), Kornhaber et al. (2013) og Moi, Vindenes og Gjengedal (2008), fant at respondentene slet med fysisk smerte, kløe og forstyrrelser i temperaturreguleringen samt endret mobilitet, i etterkant av skaden. I Moi, Vindenes og Gjengedal (2008) sin studie, konkluderte respondentene blant annet med at utseendet aldri ville bli det samme igjen, selv om huden ble blekere, finere og mer sensitiv over tid, samt at kontrakturene ble behandlet. Det og ikke klare å gjøre de samme aktivitetene man tidligere gjorde før brannskaden førte til tristhet, sinne og sorg. Dette ble også trigget frem av amputasjoner, arr eller problemer i dagliglivet. (Moi og Gjengedal 2008; Abrams et al. 2015).

I worried that I'd never be the same. My skin couldn't breath, that I'd never sweat again, that I'd never be able to control my body temperature, that I'd looked differently. You know, I been told by other burn people that your skin will always feel different. You'll never relax that way. You'll always have that this isn't me feeling (Kornhaber et al. 2013, s. 593).

Konsekvensene av det å ha fått et endret utseende, følte respondentene på kroppen. Andre mennesker som ikke hadde vært gjennom en slik skade kunne stirre på dem og peke. Dette førte til at respondentene følte de mistet sin anonymitet og at de ble stigmatisert. Noen følte også at det var ukomfortabelt å være ute i det offentlige rom, og i verste fall kunne dette føre til sosial isolasjon (Moi, Vindenes og Gjengedal 2008; Moi og Gjengedal 2013; Zamanzadeh et al. 2015; Ren et al. 2015).

## 4.2 Sosial støtte

### *Støtte fra familie og venner*

Klinge et al. (2009) skriver at det å ha gode relasjoner førte til en bedre tilpassning etter brannskaden. Det kunne også føre til bedre selvtillit, slik at man kunne nærme seg sosiale situasjoner med fremmede senere, og at man kunne unngå sosial isolasjon. Studien til Moi, Vindenes og Gjengedal (2008) påpeker at det å bli akseptert fra partnere spilte en stor rolle når det handlet om at den brannskadede skulle akseptere det nye utseendet. I studien til Moi og Gjengedal (2013) kom det fram at familie, venner og kollegaer viste sympati, støtte og forståelse for den brannskadede sin nye tilværelse. Dette var blant annet viktig for at den brannskadede skulle akseptere skaden selv og føle velvære igjen. McLean et al. (2015), Abrams et al. (2015) samt Moi og Gjengedal (2013) fant også at forholdet mellom den brannskadede og familien ble sterkere etter skaden.

Det ble rapportert fra Klinge et al. (2009) og Moi og Gjengedal (2013) at det å ha et godt sosialt nettverk under sykehusoppholdet, der familie og venner aksepterte skaden og endringene dette måtte medføre, førte til tidligere utskrivning fra sykehuset. Moi og Gjengedal (2013) rapporterte også at det å kommunisere med venner og familie under sykehusoppholdet, samt at familien tok med bilder for å ha på rommet, skrev kort og brev ga motivasjon for fremtiden og medførte bedre søvn og velvære. I studien til Moi og Gjengedal (2008) ble det vist til at når pårørende skrev dagbøker under sykdomsperioden, ble dagbøkene senere lest av respondentene. Dagbøkene ble brukt som et verktøy for å få større innsikt i egen situasjon, og de ble brukt for å videre kontinuitet av livet.

Men familie og venner kunne også ha motsatt effekt hvis de ikke aksepterte skaden til den brannskadede. Moi og Gjengedal (2013) viser til at uten forståelse eller akseptasjon fra familie og venner, følte de brannskadede skuffelse, sinne og resignasjon. Klinge et al. (2009) hevder at det å ha dårlig støtte fra familie og venner kan føre til dårlig selvtillit, angst, adferdsforstyrrelse og sosial isolasjon. Og viser til slutt til at det å akseptere sin nye kropp og ha god sosial støtte er viktigere for å mestre skaden, enn brannskadens alvorlighetsgrad og arrenes plassering. I studien til Zamanzadeh et al. (2015) ble det rapportert også at noen brannoverlevende følte seg som en byrde for familien, med tanke

på det økonomiske, pleien de hadde behov for og omsorgen de pårørende ga. Studien viste også til at venner kunne skamme seg over de brannskadede sitt nye utseende, på grunn av at fremmede kunne stirre på dem, noe som førte til at enkelte følte seg stigmatisert.

### *Støtte fra andre*

Støttegrupper ble sett på som en viktig mekanisme for mestring, da dette var en arena der mennesker med samme skade møttes på. Støttegrupper førte blant annet til at de brannskadede følte mot, inspirasjon samt optimisme for fremtiden. Brannskadede følte at dette var en arena der man kunne snakke med mennesker som hadde vært igjennom det samme, og som forsto ekstra godt. Og dette ga et positivt utbytte (Kornhaber et al. 2014). Moi og Gjengedal (2008) og Kornhaber et al. (2013) beskrev at dette var en arena der de brannskadede kunne sammenligne seg med andre skadede, som både var trøstende, hardt og lærerikt. Abrams et al. (2015) fant at støttegrupper hjalp til med mestring, og det bidro til å finne meningen med skaden.

...You're able to talk with people that um understand what you've been through and in some cases have been through worse what you have. And I know that sound silly and stuff but it makes you feel a little bit better (pauses) um you see that someone's pulled through something maybe a little more significant than what you have. Um (pauses) so that I found very good. Ah (sighs) nurses, (my partner), psychologists, people can be supportive. But until you can talk to somebody that you know really understands what you are saying (sighs) to an extent the rest of it's just talk (Kornhaber et al. 2014, s. 114).

Men ikke alle syntes støttegrupper var like bra. Kornhaber et al. (2014) fant at noen brannskadede følte det var ukomfortabelt med slike grupper. Og tidspunktet da en talsperson kunne komme på besøk på blant annet sykehuset var viktig, da noen syntes det var for tidlig å snakke om skaden.

### *Støtte via helsepersonell*

Moi, Vindenes og Gjengedal (2008) viser til at det å få råd og informasjon fra helsepersonell førte til økt sikkerhet hos respondentene. Moi og Gjengedal (2013) viste til at respondentene fikk en forståelse av lidelsen via helsepersonell, ved at de tok i bruk kommunikasjon.

Men det at de kunne raskt bli overført fra brannskadeavdeling til et lokalt sykehus eller til sitt eget hjem førte til at respondentene og deres familier fikk mer ansvar, som de ikke var klar for. Dette resulterte i usikkerhet og utrygghet, fordi de følte at de ikke hadde mobiliteten for å klare seg alene (Moi, Vindenes og Gjengedal 2008; Moi og Gjengedal 2013).

### **4.3 Mestringsstrategier**

Studien til Zamanzadeh et al. (2015) viste til at brannskadede utviklet ulike strategier for å håndtere smerter og deformiteter. Dette besto både det å få dem selv opptatt, men også gi oppmerksomheten til deres nåværende helse. Resultatene av strategiene førte til at de aksepterte det nye kroppsbildet og bevarte selvbildet.

Slike strategier kunne blant annet være humor, som Abrams et al. (2015), McLean et al. (2015) og Kornhaber et al. (2013) nevner. Humor ble brukt ved å lette på kommunikasjonen. Humoren satte lys på ekstremt tragiske og livsforandrede opplevelser, og gjorde det lettere å snakke om. ”I found the perfect way to burn off some calories (...)” (Kornhaber et al. 2013, s. 593).

Målsetninger var andre strategier som ble satt i gang tidlig, allerede på sykehuset. De brannskadede i studien til Moi, Vindenes og Gjengedal (2008) og Abrams et al. (2015) nevnte det å bare få til å stå på sine egne føtter etter ulykken, det å gå på toalettet alene, gå i korridoren og komme seg hjem var store oppturer, som førte til at de begynte å tro på et liv etter sykehusoppholdet. Samt i tillegg ga mestringsfølelse.

Religion og håp for fremtiden ble også sett på som viktig for noen brannskadede. De som var troende følte på Guds nåde og støtte, samt at det også ble brukt for å finne en mening med skaden. Håp og tro var også viktige faktorer for enkelte, for å akseptere skaden som

hadde skjedd (Moi og Gjengedal 2008; McLean et al. 2015).

For å få fokuset vekk fra det nye kroppsbildet og den nye realiteten, ble det også brukt ulike strategier som distraksjon, som innebar å se tv, gå turer eller gjøre hagearbeide (Moi og Gjengedal 2008). Det kunne også forekomme at de brannskadede fornektet skaden, unngikk andre og drev med selvtrøstelse (Ren et al. 2015).

## **5.0 Diskusjon**

I diskusjonskapitlet blir det først presentert en kort metodediskusjon. Deretter blir resultatene diskutert opp mot relevant teori for å besvare problemstillingen.

Problemstillingen handler om hvordan pasienter erfarer å mestre et endret selvbilde etter en alvorlig brannskade. Resultatdiskusjonen munner ut i en konklusjon og forslag til videre forskning.

### **5.1 Metodediskusjon**

Den systematiske litteraturstudien har blitt gjennomført ved å bruke retningslinjene til NTNU, Evans (2002), Forsberg og Wengström (2013) samt støttelitteratur.

Det ble valgt å arbeide med denne oppgaven alene, da jeg føler å ha mer kontroll over materialet, samt at læringsutbyttet blir større. Det å skrive alene, krever struktur, framdrift og selvstendighet. Men det å arbeide alene kan også ha sine ulemper, da man ikke har noen å ha faglige diskusjoner med som kan styrke oppgavens oppbygning og innhold.

I høst ble brannskader valgt som tema, da jeg synes traumer er et interessant felt. Det ble utarbeidet en midlertidig problemstilling og prosjektplan, som senere ble forandret og fokus endret, til det nåværende. Det ble mye fram og tilbake, men etter et raskt litteratursøk, ble det bestemt at pasientperspektiv var det beste valget, for å få fram brannskadedes syn på skaden og hva dette medførte.

Det ble utarbeidet et PICO-skjema, som kom godt til nytte under søkeprosessen. Og studier ble valgt ut fra inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Etter kvalitetsvurdering ble en del studier ekskludert, på bakgrunn av manglende kvalitet, og nye studier måtte inkluderes. Etter kvalitetsvurdering, ble det gjort en etisk vurdering av studiene. I 9 av 10 studier ble det oppgitt etisk godkjenning av lokal komité, mens en studie ble det ikke oppgitt, men reviewstudien viste til at alle studiene som ble tatt med var etisk godkjent.

I analysedelen ble det brukt Evans (2002) metode for å analysere. Alle artikler ble grundig vurdert og lest, senere ble det vurdert nøkkelfunn, for så å bli satt opp mot hverandre. Alle funnene ble fargekodet inn i ulike farger, som representerte ulike temaer. Dette for å få lettere oversikt over funnene. Funnene ble deretter kategorisert inn i ulike undertemaer og



skrevet ned i oppgaven.

For å være kritisk til eget arbeid kan det nevnes at jeg har manglende erfaring med å analysere, men samtidig ble Evans faser (2002) gjennomført så nøyaktig som mulig. Under søkeprosessen ble det bare brukt to databaser, som jeg var godt kjent med. Dette kan ha ført til en svakhet i oppgaven, da bruk av flere databaser kanskje kunne ha ført til flere relevante treff på relevante studier. Tross dette mener jeg likevel å ha funnet relevante studier som besvarer min problemstilling.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

Brannskader kan gi sterke og langvarig reaksjoner, og det kan ta lang tid før pasientene føler de har kommet seg over skaden, psykisk sett. Det å komme ut i samfunnet igjen kan være en utfordring, da mange pasienter kan ha store arr, og sliter med å tilpasse seg sitt nye selvbilde. Noen pasienter kan også føle at de er *merket for livet* (Mathisen 2010).

### **5.2.1 Kroppslige forandringer og konsekvenser for selvbildet**

Studien til Moi, Vindenes og Gjengedal (2008) viste til at respondentene følte at utseende aldri kom til å bli det samme igjen, etter skaden. Respondentene kunne slite med alt fra endret mobilitet, smerte, kløe og temperaturreguleringsforstyrrelser (Ren et al. 2015; Abrams et al. 2015; Kornhaber et al. 2013; Moi, Vindenes og Gjengedal 2008). Ifølge Hummelvoll (2012) kan selvbildet slå sprekker når deler av det fysiske selvet bli skadet. Brannskader kan føre til et endret utseende og funksjon, noe som kan ha konsekvenser for hvordan individet oppfatter seg selv, og hvordan andre oppfatter individet (Mathisen 2010). Ifølge Kjøllesdal og Moesmand (2004), vil deler av det nye selvbilde dannes blant annet gjennom den responsen det skadede individet opplever å få fra pårørende og personalet. I slike situasjoner bør sykepleier støtte opp pasienten for å danne et realistisk selvbilde. Dette kan gjøres ved å fremheve de verdiene pasienten har som bygger på andre egenskaper enn utseende og funksjon. Man bør også være bevisst på holdninger og signaler man gir, da pasienten kan få et bilde av seg selv som frastøtende hvis sykepleier eller pårørende viser signaler til det. Dermed er det også svært viktig å gi informasjon og veiledning til de som besøker pasienten, angående holdninger og signaler man gir (Mathisen 2010). Slike signaler kan være nonverbalt kommunikasjon, der vi kan vise

skepsis ved å rynke pannen og avsky ved fnys (Eide og Eide 2007).

Brannskadede kunne føle at de mistet sin anonymitet og ble stigmatisert i samfunnet, da andre mennesker kunne stirre og peke på dem i det offentlige (Moi, Vindenes og Gjengedal 2008; Moi og Gjengedal 2013; Zamanzadeh et al. 2015; Ren et al. 2015). Det at fremmede peker og stirrer på brannskadede, kan føre til at individet trekker seg tilbake, og opplever seg selv som dårligere enn andre. Individet lar andres adferd bli gjenstand for negative tolkninger, slik at når noen peker og stirrer, bekrefter dette individets følelse av å være annerledes og utstøtt (Cullberg 2010). Som sykepleier kan man i en slik situasjon oppmuntre pasienten til å fortelle sin historie til familie og/eller nettverk. De kan skrive ned historiene sine og dele den med venner og familie. Sykepleier kan også holde foredrag om brannskader generelt. Økt kunnskap om tilstander hjelper storsamfunn og nærmiljø til å forstå pasientene bedre og deres bakgrunn (Hummelvoll 2012).

Respondentene følte også at de ikke kunne gjøre de samme aktivitetene som tidligere. Flere av respondentene hadde vært igjennom amputasjoner, hadde arr og problemer i dagliglivet, og dette førte til frustrasjon, sinne, sorg og tristhet (Moi og Gjengedal 2008; Abrams et al. 2015). Cullberg (2010) forklarer slike reaksjoner med at individet blir tvunget til å se den nye realiteten. Når individet blir tvunget til å se den nye realiteten kan det forekomme sorgreaksjoner og fortvilelse. I slike situasjoner kan sykepleier og pasienten sammen kartlegge de praktiske problemene i dagliglivet. Der sykepleier motiverer pasienten selv til å finne løsninger på problemene. Praktisk handling i dagliglivet er for noen en trygghetsramme og en bekreftelse på at de har en kompetanse, er til nytte og tar ansvar. Slike handlinger kan støtte pasientens egenverd, og gi tro på at det er mulig å finne løsninger i livet som gir plass til familie, arbeid, sykdom og behandling (Reitan 2010).

### **5.2.2. Sosial støtte**

#### *Familie og venner*

Gode relasjoner fører til bedre tilpassning etter skaden, og kan øke selvtilliten til den brannskadede (Klinge et al. 2009). For at den brannskadede selv skal få til å akseptere skaden sin, og de fysiske endringene dette måtte medføre, er det viktig at familie og venner aksepterer skaden, viser støtte og forståelse (Moi, Vindenes og Gjengedal 2008; Moi og

Gjengedal 2013). Menneskers evne til å mestre påkjenninger øker når man har et godt sosialt nettverk, som inneholder sosial støtte. Særlig sentralt for å gi god sosial støtte er familie og venner (Hummelvoll 2012).

I studien til Moi og Gjengedal (2013) samt Klinge et al. (2009) ble det vist at det å ha et godt sosialt nettverk rundt seg under sykehusoppholdet, førte til tidligere utskrivning. Å få kommunisere med familiemedlemmer under sykehusoppholdet, der de tok med bilder, brev og kort ga respondentene motivasjon for fremtiden (Moi og Gjengedal 2013). Det som er avgjørende for å mestre motgang og tap, er at andre personer rundt individet bryr seg om individet, og der individet kan få trøst og oppmuntring, samt noen å dele sorgene med (Mæland 2010). Det viser seg at pasienter kan føle seg tryggere når pårørende er hos dem, og med pårørende sitt nærvær, gir de pasienten emosjonell støtte og trygghet, verbalt og nonverbalt (Moesmand 2004).

Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.2 (Norsk Sykepleierforbund 2011), viser til at sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Og for å få det til, er det viktig at sykepleier setter av tid, rom og plass til at den brannskadede kan ha pårørende eller andre betydningsfulle mennesker rundt seg (Reitan 2010). Det nye selvbilde vil dannes først, gjennom responsen det skadede individet opplever å få av pårørende og personalet (Kjøllesdal og Moesmand 2004).

I studien til Moi og Gjengedal (2008) ble det vist til at når pårørende skrev dagbøker under sykdomsperioden, ble dagbøkene senere lest av respondentene, og de ble brukt som et verktøy for å få større innsikt i egen situasjon. De ble brukt for videre fremgang av livet. Sykepleier kan anbefale pårørende å skrive dagbøker, dette for at pårørende skal få sette ord på egen situasjon, men også for å få fram erfaringer med pasienten i etterkant. Dagbøkene kan bli brukt som et verktøy for å bearbeide opplevelsen etter akutt og kritisk sykdom (Moesmand 2004).

Familie og venner kan også ha motsatt effekt hvis de ikke aksepterer skaden.

Respondentene til Moi og Gjengedal (2013) viser til at uten forståelse eller akseptasjon fra de nærmeste, følte respondentene skuffelse, sinne og resignasjon. Klinge et al. (2009) støtter dette, og viser til at dårlig støtte kan føre til dårlig selvtillitt, angst, adferdsforstyrrelser og sosial isolasjon. Zamanzadeh et al. (2015), viser til at venner kunne

skamme seg over den brannskadede sitt nye utseende, grunnet at fremmede kunne stirre og peke, noe som førte til at respondentene følte seg stigmatisert. For at pårørende skal forstå pasientens situasjon, forutsetter dette at de får forståelig informasjon om pasientens situasjon og behovet for emosjonell støtte (Moesmand 2004). Yrkesetiske retningslinjer punkt 3.1 (Norsk Sykepleierforbund 2011) sier at sykepleier skal sørge for pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt. Pasient og brukerrettighetsloven § 3-3<sup>1</sup> (2011) sier at dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelpen som ytes. Pasient og brukerrettighetsloven sier videre i § 3-5<sup>1</sup> (2011) at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som modenhet, alder, erfaring, kultur og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte, og personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av det. Hummelvoll (2012) viser til at familien fungerer som en ressurs i pasientens bedringsprosses, men det er avgjørende at familien blir tatt vare på ved å dekke informasjon og kunnskapsbehovet, og gi mulighet til å ventilere eventuell skyldfølelse eller bekymringer. Klinge et al. (2009) sier at det å ha god sosial støtte og akseptere sin nye kropp, er viktigere for å mestre skaden enn brannskadens alvorlighetsgrad og arrenes plassering.

#### *Støtte fra andre*

Kornhaber et al. (2014) skrev at respondentene følte mot, inspirasjon og optimisme for fremtiden ved å delta i støttegrupper. Støttegrupper er en arena der mennesker med like erfaringer møtes på, og blir sett på som en viktig mekanisme for mestring. Støttegrupper kan også styrke det sosiale, men da er man avhengig av at det er en viss balanse mellom det man yter og det man får (Hummelvoll 2012). På slike arenaer kan man sammenligne seg selv med andre skadede, som ble sett på som både trøstende, hardt og lærerikt av respondentene (Moi og Gjengedal 2008; Kornhaber et al. 2013). Helsepersonelloven § 4<sup>1</sup> (2011) viser til at helsepersonell skal innhente bistand eller henvise pasienter videre, hvis dette er mulig. Ett av tiltakene sykepleier kan gjøre her, for at pasienten skal oppleve å få støtte fra andre overlevende, er å fortelle om støttegruppen; Norsk forening for brannskadde (<http://nffb.no/wp/>). Det å se en person som har gått igjennom det samme, som er oppegående og iført vanlige klær, kan gjøre det lettere for pasienten å akseptere sin nye situasjon. Sykepleier bør dermed informere om tilbudet og formidle kontakt med foreningen hvis pasienten ønsker dette (Nilsen 2010). Ifølge Eide og Eide (2007) viser det

seg at mennesker klarer å mestre kriser bedre, hvis de har et godt sosialt nettverk.

Noen av respondentene i studien til Abrams et al. (2015), fant mening med brannskaden ved å hjelpe andre brannskadede. Travelbee (1971, sitert i Kirkevold 2001) hevder at hvis individet finner mening med sin lidelse, kan lidelsen bli en styrkende og selvaktualiserende erfaring, som fører til at individet er i stand til å gå utover seg selv og sine begrensninger. Og for å oppnå mening, er det viktig at individet føler seg nødvendig for noe eller noen (Kirkevold 2001).

Studien til Kornhaber et al. (2014) viser også til kritikk når det gjelder støttegrupper. Noen respondenter følte det var ukomfortabelt med slike grupper. Tidspunktet de kunne få prate med en talsperson for foreningen var viktig, da noen syntes det var for tidlig å snakke om skaden. Ifølge yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund 2011) punkt 2.4 skal sykepleieren fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser, ved å gi pasienten tilstrekkelig og tilpasset informasjon, samt sørge for at informasjonen er forstått. Valget er pasientens, og det er noe sykepleier må respektere. Sykepleiere må ikke legge press på pasienten om å prate om ulykken og konsekvensene dette medførte, før pasienten selv føler tiden er moden (Mathisen 2010).

#### *Støtte via helsepersonell*

Moi og Gjengedal (2013) viste til at respondentene fikk en forståelse ved å kommunisere med erfarne sykepleiere, som hadde mye erfaring og kunnskap angående brannskader. Respondentene følte at sykepleierne forsto problemene de sto overfor, og at de kunne lette på tanker og følelser overfor dem. Moi, Vindenes og Gjengedal (2008) viser til at det å få råd og informasjon fra helsepersonell førte til økt sikkerhet hos respondentene. Ifølge Travelbee (1971, sitert i Kirkevold 2001) er kommunikasjon en av de viktigste redskapene sykepleier har for å avhjelpe lidelse. Formålet med kommunikasjon er å bli bedre kjent med pasienten, og oppfylle pasientens behov. God kommunikasjon mellom pasient og sykepleier, kan bidra til at man kan mestre sykdom og lidelse, ved finne mening med erfaringene. Sykepleier kan hjelpe individet med å finne mening, med å skape et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet eksiterer mellom konkrete mennesker, og ikke mellom abstrakte roller, og for at forholdet skal fungere må individet reagere på andres "menneskelighet" (Kirkevold 2001).

Kommunikasjon fører til at man kan få en kognitiv kontroll over en situasjon, men dette forutsetter nok informasjon. Man kan også oppleve en emosjonell kontroll og mestring. Det er viktig at sykepleier lytter aktivt, trøster, støtter, gir informasjon og omsorg (Eide og Eide 2007).

Samhandlingsreformen ble laget for å gjøre den norske helsetjenesten bedre i stand til å møte fremtidens utfordringer. Reformen skal styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, den skal sørge for økt pasientmedvirkning og setter fokus på økt behandling og oppfølging innad i kommunene (Fjørtoft 2012). Klinge et al. (2009) og Moi og Gjengedal (2013) viste til at hvis pasientene hadde et godt sosialt nettverk under sykehusoppholdet, førte det til tidligere utskrivning. Dette fører igjen til færre liggedøgn på sykehuset, som gir samfunnsøkonomisk gevinst. Det ble rapportert fra studien til Moi, Vindenes og Gjengedal (2008) og Abrams et al. (2015), at det å komme hjem, var en stor seier og ga mestringsfølelse. Tidlig utskrivning, eller det å bli overført fra brannskadeavdeling til lokalt sykehus eller hjemmet førte også til en usikkerhet. Det å komme hjem ga familien og respondentene større ansvar, som de ikke var beredt på, som resulterte i usikkerhet og utrygghet (Moi, Vindenes og Gjengedal 2008; Moi og Gjengedal 2013).

For å få en sikkerhet ved utskrivning, er man avhengig av en bedre samhandling på tvers av profesjoner og tjenester (Fjørtoft 2012). Det å være medisinsk ferdigbehandlet og bli overflyttet til andre institusjoner eller hjem, betyr nødvendigvis ikke at pasienten er i stand til å klare seg selv og dekke sine behov (Mekki og Holter 2011). For å forebygge usikkerhet, må kommune- og spesialisthelsetjenesten samarbeide. Ved bruk av kommunikasjon, informasjonsutveksling, kvalitetssikring og samhandling mellom innstansene, kan man få gjort alle nødvendige forberedelser i forkant av at pasienten blir overført fra et behandlingsnivå til et annet. Ved å få gjennomført dette kan det føre til økt pasientsikkerhet og bedre pasientopplevd kvalitet (Kveseth og Mikkelsen 2011).

### **5.2.3 Mestringsstrategier**

Studien til Zamanzadeh et al. (2015) viste til at brannskadede utviklet ulike strategier for å håndtere smerter og deformiteter. Dette kunne innebære å få dem selv opptatt, men også gi oppmerksomheten til deres nåværende helse. Resultatene av strategiene førte til at de

aksepterte det nye kroppsbilde og bevarte selvbildet. Mestringsstrategier blir satt i verk for å klare krav eller utfordringer man står ovenfor. Ofte deler man strategiene inn i problemfokuset og følelsesfokuset mestring (Reitan 2010).

### *Forsvarsmekanismer*

Noen av respondentene i studien til Ren et al. (2015) viste til at noen fornektet skaden og unngikk andre, samt trøstet seg selv. Cullberg (2010) forklarer slike reaksjoner som forsvarsmekanismer som blir mobilisert i reaksjonsfasen. Slike forsvarsmekanismer som fornektelse, unngåelse av andre og selvtrøstelse fungerer som et filter for individet, og fortrenger opplevelsen og oppfatningen av hendelsen. Det å fornekte skaden, kan forsinke overgangen til bearbeiding av det som har skjedd, slik at situasjonen varer lengre og blir vanskeligere (Reitan 2010). Lazarus og Folkman (1984, sitert i Reitan 2010) hevder at mestring er skiftende kognitive adferdsmessige anstrengelser man gjør for å oppnå de krav som stilles. For å sette dette i sammenheng, kan man se på at noen individer fornekte skaden, driver med selvtrøstelse og unngår andre, som en mestringsstrategi i en krisesituasjon. Man kan også se at forsvarsmekanismer er en følelsesfokuset mestringsstrategi, da den tar sikte på å endre opplevelsen av situasjonen individet er i. Det sykepleier kan gjøre ved slike reaksjoner er å gi pasienten informasjon om normale følelsesmessige krisereaksjoner, og hvordan slike reaksjoner påvirker selvbildet (Reitan 2010). Krisereaksjonene kan være søvnforstyrrelser, frykt, sinne, angst og depressiv fortvilelse (Hummelvoll 2012). Sykepleier kan oppmuntre pasienten til å bruke hjelpemetoder som musikk, visualisering, avspenning og fysisk aktivitet. Slike hjelpemetoder kan virke avslappende og forløsende på sterke følelser. Det som kan styrke pasientens opplevelse av emosjonell mestring og kontroll over situasjonen er aktiv egeninnsats (Reitan 2010).

### *Målsetninger*

Målsetninger var en strategi som ble satt i gang tidlig, allerede på sykehuset. Respondentene i studien til Moi, Vindenes og Gjengedal (2008) og Abrams et al. (2015), nevnte det å bare få til å stå på sine egne føtter etter ulykken, det å gå på toalettet alene, gå i korridoren og komme seg hjem var store oppturer, og førte til at de begynte å tro på et liv etter sykehusoppholdet, samt ga mestringsfølelse. Det å sette mål er en problemløsende mestringsstrategi, som tar for seg å endre problemene, direkte (Reitan 2010). Ifølge Reitan (2010) kan sykepleier også bidra til pasientens målsettingsarbeid. For at pasienten skal

prestere optimalt, må det avklares hvilke tanker og forestillinger pasienten anser som viktig, det må også avklares hvilke kunnskapsmål og adferdsmål pasienten ønsker å arbeide ut fra. Å arbeide med mål kan styrke egne ressurser og er motivasjonsskapende. For at pasienten skal ha tro på å endre adferd er det viktig at helsefremmende tiltak blir presentert på en måte som hjelper pasienten. Pasienten bør også sette seg kortsiktige og oppnåelige mål (Reitan 2010).

### *Humor*

Humor ble brukt hos respondentene i Abrams et al. (2015), McLean et al. (2015) og Kornhaber et al. (2013) for å lette på kommunikasjonen. Humor satte lys på ekstremt tragiske og livsforandrende opplevelser, og gjorde hendelsen og livet etter, lettere og snakke om. Ifølge Eide og Eide (2007) er humor en hensiktsmessig mestringsstrategi, da den bidrar til å gjøre det lettere å snakke om det som er vanskelig. Humor gir anledning til å slippe ut impulser som vi ellers holder på avstand, og det kan bidra til å redusere spenning i situasjoner hvor det psykiske presset har vært stort (Eide og Eide 2007). Dalgard, Ystegaard og Brevik (1995) hevder at humor er en indre ressurs, som påvirker mestringsprosessen ved å redusere stressopplevelse. Humor er også en følelsesfokusert mestringsstrategi som kan endre opplevelsen av en situasjon (Reitan 2010). Eide og Eide (2007) skriver at humor kan styrke båndet mellom sykepleier og pasient, og kan føre til nærhet og bedre kontakt, men dette forutsetter at det er allerede etablert en god og trygg kontakt. Som sykepleier skal man være litt forsiktig med bruk av humor, da pasienter er for forskjellige, og reagerer ulikt. Man må både se an personen og situasjonen, da noen kan bli forvirret og krenket (Eide og Eide 2007).

### *Håp og tro*

I studien til Moi og Gjengedal (2008) og McLean et al. (2015) ble religion og håp for fremtiden sett på som viktig for å mestre. Troende følte på Guds nåde og støtte, samt at religion ble brukt for å finne mening med skaden. Håp og tro var viktige faktorer for å akseptere skaden og ulykken. Sykepleiere er moralsk forpliktet til å anerkjenne pasientens tro. Dersom dette blir forsømt, kan dette øke pasientens lidelse (Kalfoss 2010). Håp er ifølge Bastøe (2011) viktig for å kunne mestre tap, usikkerhet og lidelse. Håpet fungerer som en mestringsstrategi som kan øke menneskets motivasjon for å kjempe seg fram. Håpet er framtidorientert med et ønske om endring eller utvikling til det bedre. Eide og Eide (2007) skriver at sykepleier kan skape trygghet og forutsigbarhet, som gir håp om at



pasienten på sikt klarer å mestre situasjonen. Trygghet kan skapes under for eksempel et sårstell, der sykepleier bevist forteller om det som skjer, og hvorfor det gjøres (Segesten 2010). Sykepleieren kan støtte håpet ved å lytte, og samtidig formidle trøst, støtte, gi informasjon og omsorg. Dette kan bidra til en bedre emosjonell kontroll og mestring for pasienten (Eide og Eide 2007).

### **5.3 Konklusjon**

Hensikten med denne litteraturstudien var å få kunnskap om hvordan pasienter med brannskader erfarte å mestre et endret selvbilde. Resultatene tyder på at selvbildet blir svekket grunnet kroppslige forandringer som påvirker funksjon og utseende. Dette kunne føre til stigmatisering og at noen kan føle seg merket for livet. Studiene viste til at brannskadede erfarte å bruke både indre og ytre ressurser for å mestre et endret selvbilde. De ytre ressursene var sosial støtte fra familie, venner, støttegrupper og helsepersonell. Den sosiale støtten kunne føre til økt selvtillit, bedre tilpasning, økt sikkerhet samt at støtten var til hjelp for å akseptere den nye kroppen, og bygge opp selvbildet. De indre ressursene pasientene brukte var ulike mestringsstrategier som både var problemløsende og følelsesfokusert som; forsvarsmekanismer, målsetninger, humor, samt tro og håp.

For at pasienter skal mestre et endret selvbilde etter en brannskade, er det viktig at helsepersonell har kunnskap om brannskader generelt, krisereaksjoner og skadelige faktorer som kan påvirke selvbilde, blant annet stigmatisering, og hvordan man kan forebygge dette. Helsepersonell må ha kunnskap om mestringsstrategier og sosial støtte og hvor viktig dette er for mestringen. Kommune- og spesialisthelsetjenesten må ha et tett samarbeid, slik at pasienten får best mulig oppfølging og opplever sikkerhet, fremfor usikkerhet og utrygghet.

#### **5.3.1 Forslag til videre forskning**

Ut i fra funnene i denne litteraturstudien kom det lite fram til hva pasientene mente helsepersonell hjalp til med, når det kom til mestring av selvbildet. Noe som kan være gunstig å sette mer fokus på i fremtiden.

## Litteraturliste

- Abrams, T. Ogletree, R. Ratnapradipa, D. og Neumeister, M. (2015). 'Adult survivors' lived experience of burns and post-burn health: a qualitative analysis', *Burns*, 42, s.152-162
- Bastøe, L.V. (2011) 'Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade', i Holter, I.M. og Mekki, T.E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. 4. Utg. Oslo: Akribe AS, s. 81 – 103.
- Cullberg, J. (2010) *Mennesker i krise og utvikling – en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie*. 3. Utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Dalgard, O. S, Ystegaard, M. og Brevik, J.I. (1995) 'Sosiale miljøfaktorer og psykisk helse', i Dalgard, O. S. Ystegaard, M. og Brevik, J.I. (red.) *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. 1. Utg. Oslo: Universitetsforlaget AS, s. 13-36
- Eide, H. og Eide. T (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Evans, D. (2002) 'Systematic reviews of interpretive research interpretive data synthesis of processed data', *Australian journal of advanced nursing*. 20 (2), s. 22-26.  
[Online] <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf> (hentet 31.03.2016)
- Fjørtoft, A. K (2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. 2. Utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 3. Utg. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur og Kultur.
- Helsepersonelloven. *Endret ved lov 24 juni 2011*. nr. 30 om krav til helsepersonells yrkesutøvelse. §4<sup>1</sup>. Forsvarlighet.

- Hummelvoll J.K. (2012) *HELT – IKKE STYKKEVIS OG DELT. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kalfoss, M.H. (2010) 'Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv', i Almås, H. Stubberud, DG. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 4.Utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS, s.475-497.
- Kirkevold, M. (2001) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 113-127.
- Kjøllestad, A. og Moesmand, A. M. (2004) 'Å være akutt og kritisk syk', i Moesmand, A. M og Kjøllestad, A. (red.) *Å være akutt og kritisk syk. Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS, s. 35-64.
- Klinge, K. Chamberlain, D.J. Redden, M. og King, L. (2009) 'Psychological adjustment made by postburn injury patients: an integrative Review', *Journal of advanced nursing*, 65 (11), s. 2274-2292
- Kornhaber, R. Wilson, A. Abu-Qamar, M.Z. og McLean, L. (2013) 'Coming to terms with it all: adult burn survivors 'lived experience' of acknowledgment and acceptance during rehabilitation', *Burns*, 40, s. 589-597.
- Kornhaber, R. Wilson, A. Abu-Qamar, M.Z. McLean, L. og Vanderbord, J. (2014) 'Inpatient peer support for adult burn survivors - A valuable resource: A phenomenological analysis of the Australian experience', *Burns*, 4, s. 110-117.
- Kveseth, B. og Mikkelsen, J. (2011) 'Sykepleierens rolle i kvalitetsarbeid'. I Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleie 2 boken*. 3. Utg. Oslo: Akribes AS, s. 309-346
- Mathisen, J. (2010) 'Sykepleie ved brannskader' i Almås, H. Stubberud, DG. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 381-400.

- McLean, L. Rodgers. V. Kornhaber. R Proctor MT. Kwiet, J. Streimer, J. og Vandervord, J (2015) 'The patient-body relationship and the "lived experience" of a facial burn injury: a phenomenological inquiry of early psychosocial adjustment', *The journal of multidisciplinary healthcare*. 8, s. 377-387
- Mekki, T.E. og Holter, I.M (2011) 'Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg?', i Holter, I.M. og Mekki, T.E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 4. Utg. Oslo: Akribe AS, s. 27-37.
- Moesmand, A. M (2004) 'Mestring og følelser', i Moesmand, A. M og Kjøllesdal, A. (Red.) *Å være akutt og kritisk syk, om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS, s. 70-98.
- Moesmand A, M (2004) 'Pårørende til akutt og kritisk syk', i Moesmand, A. M og Kjøllesdal, A. (red.) *Å være akutt og kritisk syk. Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS. s. 150-200.
- Moi, A.L. og Gjengedal, E. (2008) 'Life after burn injury: striving for regained freedom', *Qualitative health research*, 18 (12), s.1621-1630.
- Moi, A.L. og Gjengedal, E. (2013) 'The lived experience of relationships after major burn injury', *Journal of Clinical Nursing*, 23 s. 2323 -2331.
- Moi, A.L. Vindenes, H.A og Gjengedal, E. (2008) 'The experience of life after burn injury: a new bodily awareness', *Journal of advanced nursing*, 63 (3), s. 278-286.
- Mæland, J.G. (2010) *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. 3. Utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nakstad, A. Bertelsen, B. Hornslien, K. og Mjell, J (2011) 'skader og forgiftninger', i Ørn, S. Mjell, J og Bach-Gransmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS, s.111-122 .

- Nilsen, C. (2010) 'Sykepleie til pasienter med stomi', i Almås, H. Stubberud, DG. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 4. Utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS, s.103-132.
- Norsk forening for brannskadde. Tilgjengelig fra: <http://nffb.no> (hentet 28. April. 2016)
- Norsk sykepleierforbud (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICN etiske regler*. Tilgjengelig fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) (hentet 21. April 2016)
- Nortvedt, P. og Grønseth, R (2010) 'Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar', i Almås, H. Stubberud, DG. og Grønseth R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 4. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS, s. 17-31.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Endret ved lov 24 juni 2011*. Nr 30. Om Rett til medvirkning og informasjon §3-5<sup>1</sup> Informasjonens form
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Endret ved lov 24 juni 2011*. Nr 30. Om rett til medvirkning og informasjon. §3-3<sup>1</sup> Informasjon til pasientens nærmeste pårørende.
- Reeve, J. James, F. og McNeill, R. (2009) 'Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns', *Journal of advanced nursing*, 65 (5), s. 1039-1043
- Reitan, A, M. (2010) 'Mestring', i Kuntstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleie 2 boken*. 3. Utg. Oslo: Akribe AS, s. 74-107.
- Ren, Z. Chang, W. Zhou, Q. Wang, Y. Wang, H. og Hu, D (2015) 'Recovery of lost face of burn patients, perceived changes, and coping strategies in the rehabilitation stage', *Burns*, 41, s.1855-1861
- Sand, O. Sjaastad, Ø. Haug, E og Bjålie J. (2006) *Menneskekroppen. Fysiologi og*

*anatomi*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Segesten, K. (2010) 'Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom', i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleie 2 boken*. 3. Utg. Oslo: Akribe AS, s. 125- 136
- Slettebø, Å. (2012) 'Forskningsetikk' i Brinchmann, B. S (red.) *Etikk i sykepleien*. 3. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 209-226
- Valestrand, M. (2010) 'Bobler av global helse', *Tidsskrift for den norske legeforening*, (12) s. 1258- 1259 [Online] Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/1989378/> (Hentet: 29 Mars 2016 )
- World health organization (2014) *Burns*. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/> (Hentet: 17.Mars 2016)
- Zamanzadeh, V. Valizadeh, L. Lotfi, M. og Salehi, F. (2015) 'Preserving self-concept in the burn survivors: a qualitative study', *Indian journal of palliative care*. 21 (2), s. 182-191

Vedlegg 1: PICO skjema

P (patient)	I (Intervention)	O (Outcome)
Brannoverlevende Brannskadede pasienter Livet etter brannskaden	Brannskade	Erfaringer Mestring Etter brannskade Sykepleie
Burn survivors Burn patients Life after burn injury	Burn injury	Experience Coping Post burn Nursing

Vedlegg 2. Søkehistorikk.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
“Burn patients” AND “Burn injury” AND “Experience”	15/3 - 2016	CinahlComplete	101	6	2	<i>Nr: 2 av 101 treff: “The lived experience of relationship after major burn injury” (2013)</i>  <i>Nr: 38 av 101 treff: “The experience of life after burn injury: a new bodily awareness” (2008)</i>
“Burn survivors” AND “Burn injury” AND “Experience”	15/3 - 2016	CinahlComplete	18	3	1	<i>Nr: 1 av 18 treff: “Preserving self-concept in the burn survivors: a Qualitative study” (2015)</i>
“Life after burn injury” AND “Coping” AND “Experience”	15/3 - 2016	PubMed	8	1	1	<i>Nr: 5 av 8 treff: “Life after burn injury: striving for regained freedom” (2008)</i>
“Burn patients” AND “Burn injury” AND “nursing” AND “post burn”	16/3 - 2016	PubMed	28	3	1	<i>Nr: 25 av 28 treff: “Psychological adjustment made by postburn injury patients: an integrative literature review” (2009)</i>



Vedlegg 2: Søkehistorikk.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
<p>''Burn survivors'' AND                      ''Burn injury'' AND                      ''Experience''</p>	6/4 - 2016	PubMed	85	14	7	<p><i>Nr 4 av 85 treff:</i> ''Adult survivors' lived experience of burns and post-burn health: a qualitative analysis'' (2015).</p> <p><i>Nr: 5 av 85 treff:</i> ''Recovery of lost face of burn patients, perceived changes, and coping strategies in the rehabilitation stage'' (2015).</p> <p><i>Nr 6 av 85 treff:</i> ''The patient-body relationship and the ''lived experience'' of a facial burn injury: a phenomenological inquiry of early psychosocial adjustment'' (2015)</p> <p><i>Nr 15 av 85 treff:</i> ''Inpatient peer support for adult burn survivors - A valuable resource: A phenomenological analysis of the Australian experience'' (2015)</p> <p><i>Nr 20 av 85 treff:</i> ''Coming to terms with it all: Adult burn survivors' 'lived experience' of acknowledgment and acceptance during rehabilitation'' (2013)</p>

**Vedlegg 3.** Litteratormatrise 1: Moi, A.L. Gjengedal, E. (2008) *Life after burn injury: striving for regained freedom*

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Moi, A.L. Gjengedal, E. (2008)</p> <p>”Life after burn injury: striving for regained freedom”</p> <p>Norge</p> <p><i>Qualitative health research</i></p> <p>VOL: 18 Utgave nr: 12 Side: 1621-1630</p>	<p><b>Hensikten</b> med denne studien var å sette søkelyset på livskvalitet til pasienter som har overlevd alvorlige brannskader.</p> <p><b>Problemstilling</b> Utforske og beskrive erfaringer angående livskvalitet hos pasienter som har overlevd alvorlige brannskader.</p>	<p>Burn injury/burns Coping, adaptation, health, lived experience, fenomenol ogy, quality of life</p>	<p><b>Kriterier:</b> Deltakerne skulle kunne norsk, være 18 år eller eldre når skaden inntraff. Ha erfart en alvorlig brannskade som samstemmer med ’American burn association’s kriterier. Deltakere ble ekskludert hvis skaden var selvpåført, eller hadde mentale forstyrrelser.</p> <p><b>Utvalg:</b> 14 deltakere deltok i studien.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Det ble brukt åpne intervju for å samle inn data. Intervjuene ble tatt opp med lydbånd. Intervjuene ble senere transkribert og analysert.</p> <p><b>Dataanalyse:</b> Det ble brukt kvalitativ metode. Intervjuene ble analysert ved bruk av Georgi’s fenomenologiske metode.</p> <p><b>Etisk godkjenning:</b> Studien ble godkjent av den norske komiteen av etikk og medisin.</p>	<p><b>Funns:</b> * Å få kommunisere med familie/venner under sykehusopphold bidro til tidligere utskrivning.</p> <p>* Det å få lese journalen og dagbøker, ble i ettertid brukt for å etablere et nytt liv, i etterkant av skaden.</p> <p>* Å ha håp var et viktig funn i studien, samt religion for troende. Troende følte på guds nåde og støtte. Og ha håp eller tro var viktig for å akseptere det som hadde skjedd.</p> <p>* Deltakerne brukte distraksjoner som å se TV, gå turer eller hagearbeid. Dette for å ta fokuset vekk fra det endrete kroppsbildet.</p> <p>* Når deltakerne ikke kunne gjøre de samme aktivitetene som tidligere, ga dette en tristhet, sinne og sorg. Dette ble også trigget fram av arr, amputasjoner og problemer i dageliv.</p> <p>* Takknemmelighet kunne lette byrden av funksjon og kroppslige tap.</p> <p>* Det å sammenligne seg med andre skadede, var trøstende, hardt og lærerikt.</p>	<p>Studien er relevant for min oppgave grunnet at den tar opp viktige punkt som deltakerne erfarte.</p> <p>Blant annet tar den opp at deltakerne ble trist, sint og frustrert av å se på kroppslige forandringer som amputasjoner, arr osv. Men samtidig så kunne takknemmelighet for å være i livet samt ha familie/venner rundt seg, lette byrden.</p>

**Vedlegg 3.** Litteratormatrise 2: Moi, A.L. Gjengedal, E. (2013) *The lived experience of relationships after major burn injury*

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keyword s	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Moi, A.L. Gjengedal, E. (2013)</p> <p>”The lived experience of relationships after major burn injury”</p> <p>Norge</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing</i></p> <p>VOL: 23 Sidetall: 2323-2331</p>	<p><b>Hensikten</b> med denne studien var å utforske og beskrive hvilke betydning forhold/ relasjon hadde, i etterkant av en alvorlig brannskade.</p>	<p>Burns, care, family, rehabilitation, social support.</p>	<p><b>Kriterier:</b> Deltakerne måtte være 18 år eller eldre og ha fått en alvorlig brannskade som stemte med kriteriene for American burn association’s. Deltakerne måtte kunne norsk, og ikke ha noen mentale eller kognitive forstyrrelser.</p> <p><b>Utvalg:</b> 14 deltakere deltok i studien.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> For å samle data ble det brukt åpne intervjuer. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og senere transkribert, og analysert.</p> <p><b>Dataanalyse:</b> Det ble brukt kvalitativ metode. Intervjuene ble analysert ved å bruke Georgi sin fenomenologiske metode.</p> <p><b>Etisk godkjenning:</b> Studien ble godkjent av den regionale komiteen for medisin og helse forskning.</p>	<p><b>Funn:</b> * Familie var viktig for å gi mening for sykehusoppholdet, da de kom med bilder, brev og kort. Slike ting familie gjorde førte til at deltakerne opplevde velvære og bedre søvn.</p> <p>* Å tenke på hjemmet, familien og tidligere liv ga deltakerne motivasjon for å fortsette progresjon.</p> <p>* Grunnet endret utseende eller oppførsel kunne andre mennesker stirre på deltakerne, og det føltes ubehagelig, som igjen førte til at de ikke ønsket å gå ut i det offentlige.</p> <p>* Familien støttet deltakerne med å akseptere den nye kroppen.</p> <p>* Deltakere følte seg skuffet når familien ikke forsto situasjonen deltakerne opplevde.</p> <p>* Det at familien, venner og kollegaer viste en sympati og forståelse for den nye tilværelsen var viktig for det å akseptere skaden og føle velvære.</p> <p>* For å godta brannskaden var det viktig at man fikk forståelse, råd og hjelp av helsepersonell og familie. Uten forståelse og kompetanse fra familie og helsepersonell følte deltakerne skuffelse, sinne og resignasjon.</p> <p>* Forholdet mellom familie og pasienten ble sterkere etter skaden, grunnet god støtte.</p>	<p>Denne studien er relevant for min oppgave grunnet at den tar opp viktige faktorer for å få brannskadde til å takle en ny tilværelse og en endret kropp.</p> <p>Relasjoner/forhold er en viktig faktor brannskadde har, for å mestre det å leve med brannskaden i etterkant.</p>

**Vedlegg 3.** Litteraturmatriks 3: Moi, A.L. Vindenes, H.A Gjengedal, E. (2008) *The experience of life after burn injury: a new bodily awareness.*

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Moi, A.L. Vindenes, H.A Gjengedal, E. (2008)</p> <p>”The experience of life after burn injury: a new bodily awareness”</p> <p>Norge</p> <p><i>Journal of advanced nursing</i></p> <p>VOL: 63 Utgave nr: 3 Side: 278-286</p>	<p><b>Hensikten</b> med denne studien var å sette søkelyset på brannskadde sin opplevelse av å leve med en endret kropp.</p> <p><b>Problemstilling</b> Tok for seg å beskrive erfaringene til mennesker som har overlevd alvorlige brannskader, slik at man kan forstå bedre hvordan de opplever det.</p>	<p>Bodily awareness, burn injury, experience , nursing, phenomenology, quality of life, rehabilitering</p>	<p><b>Kriterier:</b> Deltakerne måtte være 18 år eller eldre, forstå flytende norsk, samt ha opplevd en alvorlig brannskade som samsvarer med ’American burn association’s’ kriterier. Deltakerne skulle ikke mentale sykdommer, eller selvpåførte skader.</p> <p><b>Utvalg:</b> 14 deltakere deltok i studien.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Dataen ble samlet ved åpne intervjuer. Intervjuene ble tatt opp digitalt, og kort tid etter transkribert.</p> <p><b>Data analyse:</b> Det ble brukt kvalitativ metode. Dataen ble analysert ved bruk av Giorgi’s fenomenologiske metode.</p> <p><b>Etisk godkjenning:</b> Studien ble godkjent av en etisk komité i Norge.</p>	<p><b>Funnt:</b> * Deltakerne fant ut at utseende ville aldri bli det samme, selv om huden ble blekere, finere, mer sensitiv over tid og kontrakturene ble behandlet. * Deltakerne følte at med det å ha fått et endret utseende, så stirret folk på dem, og pekte. Deltakerne følte at de mistet anonymiteten sin, samt at de ble stigmatisert. Noen deltakere følte seg utilpass ved å være i offentlige rom, da mange kunne stirre og peke. * Partnere spilte en stor rolle, ved å hjelpe den brannskadde til å leve med en nytt utseende. Deltakerne syntes det var viktig å bli akseptert av venner og familie samt partnere. *Kroppen kunne også klø mye, og de følte at medisinene ikke fungerte optimalt. Å regulere kroppstemperaturen var også et problem. * Tap, utfordringer og oppturer var betydelige øyeblikk, som den første gangen pasientene sto på egne føtter, var sett på som en stor seier. Samt det å få til å gå på do selv, gå i korridoren og komme seg ut. Slike oppturer fikk pasientene til å tro igjen på et liv etter sykehusoppholdet. * Sikkerhet var en viktig faktor i denne studien. Det å se et ansikt som er kjent var en viktig for sikkerheten for pasientene. Samt det å ha et godt samarbeid med helsepersonell. * Når pasientene fikk dra hjem følte pasientene og familien en usikkerhet, som var en negativ erfaring.</p>	<p>Denne studien er relevant for min oppgave grunnet at den gir en innsikt i det pasientene erfarer med det å ha fått et endret utseende og funksjon. Studien viser til både hva som var gode erfaringer og dårlige. Den viser til at familie og venner er en god ressurs for å få til å mestre skaden i etterkant.</p>

**Vedlegg 3.** Litteratormatrise 4: Zamanzadeh, V.Valizadeh, L.Lotfi, M.Salehi, F. (2015) *Preserving self-concept in the burn survivors: a qualitative study*

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Zamanzadeh, V. Valizadeh, L. Lotfi, M. Salehi, F. (2015)</p> <p>''Preserving self-concept in the burn survivors: a qualitative study''</p> <p>Iran</p> <p><i>Indian journal of palliative care</i></p> <p>Utgave nr: 2 VOL: 21</p> <p>S. 182-191</p>	<p><b>Hensikten</b> med denne studien er å undersøke brannpasienters erfaring angående selvilde etter brannskade.</p> <p><b>Problemstilling:</b> hvordan erfarer brannskade pasienter å bevare selvilde etter en brannskade i Iran?</p>	<p>Burn survivors, Iran, Qualitative study, self-concept.</p>	<p><b>Kriterier:</b> Deltakerne skulle være 20 år eller eldre, og overlevd en brannskade for minimum 6 måneder siden. Deltakerne skulle også ha vært innlagt på brannavdelingen på Sina sykehus, Tabriz.</p> <p><b>Utvalg:</b> 17 deltakere deltok i studien.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> For å samle data, ble det brukt dybde intervju med åpne spørsmål. Intervjuene ble holdt av tredje forfatter. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd, så transkribert og analysert.</p> <p><b>Dataanalyse:</b> Det ble brukt kvalitativ metode. Dataen ble analysert ved å bruke MAXQD10 software.</p> <p><b>Etisk godkjenning:</b> Studien ble godkjent av Universitetet i Tabriz sin etiske komité.</p>	<p><b>Funns:</b> * Deltakerne var i en mental prosess fra ulykken fant sted til de kom hjem og ut i samfunnet. * Selvbildet ble truet både fysisk, emosjonelt og spirituelt. * Den mentale prosessen besto av hvordan deltakerne oppfattet sitt nye jeg og hvordan andre så på de, samt hvilken posisjon de hadde i samfunnet i etterkant av skaden. * Noen deltakere følt at de var en byrde for familien, økonomisk sett, men også grunnet at de trengte pleie og omsorg. * Deltakerne følte at venner skammet seg over det nye utseende deres, grunnet at fremmede kunne stirre på gaten. Dette førte til at deltakerne følte seg stigmatisert. * Deltakerne kunne sammenligne livet de hadde før, med livet de nå hadde. Dette førte til sorg. * Deltakerne utviklet ulike strategier for å håndtere smerte og deformiteter, få dem selv opptatt og gi oppmerksomhet til deres helse. Resultatet av strategiene var at de aksepterte de nye kroppsbilde og bevarte selvbildet.</p>	<p>Denne studien er relevant for min oppgave grunnet at den viser hvordan brannoverlevende takler sin nye tilværelse. Den viser hva som er vanskelig og hva som må gjøres.</p> <p>Studien gir også et innblikk hvordan mennesker fra midt Østen mestrer det, og hvilke utfordringer de står overfor.</p>

**Vedlegg 3.** Litteratormatrise 5: Abrams, T. Ogletree, R. Ratnapradipa, D. Neumeister, M (2015) *Adult survivors' lived experience of burns and post-burn health: a qualitative analysis*

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Abrams, T. Ogletree, R. Ratnapradipa, D. Neumeister, M (2015)</p> <p>”Adult survivors’ lived experience of burns and post-burn health: a qualitative analysis”</p> <p>USA</p> <p><i>Burns</i></p> <p>Vol: 42 Sidetall:152-162</p>	<p><b>Hensikten</b> med studien var å gi innsikt i hvordan deltakerne erfarte helsen deres etter i etterkant av en brannskade.</p> <p><b>Problemstilling:</b> Utforske brannskadede sin helse, i etterkant av brannskaden.</p>	<p>Major burns, Domains of health, early and middle adulthood, Qualitative analysis.</p>	<p><b>Kriterier:</b> Deltakerne skulle være mellom 18 og 64 år, ha minimum 20% brannskade og ha blitt utskrevet fra sykehuset minimum 12 mnd siden.</p> <p>Kriterier for familiemedlemmer var at de skulle være nær familie med den brannskadde.</p> <p><b>Utvalg:</b> 8 deltakere med brannskade, 4 deltakere som var familiemedlemmer av den brannskadde.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Det ble brukt semi-strukturert dybde intervju. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og senere transkribert.</p> <p><b>Dataanalyse:</b> Det er brukt kvalitativ metode. Dataen ble analysert, ved å identifisere kategorier.</p> <p><b>Etisk godkjenning:</b> Godkjent av ”Office of special projects and the committee for research involving human subjects”.</p>	<p><b>Funns:</b> * Deltakerne slet med fysisk smerte, endret mobilitet og utseende etter brannskaden. Det å ikke kunne gjøre de samme aktivitetene som før var førte til en tristhet. Temperaturregulering var også et problem.</p> <p>* Støttegrupper, hjalp med mestring. Det å hjelpe andre hjalp med å forstå meningen med skaden.</p> <p>* Å oppnå mål som deltakerne hadde satt seg i rehabiliteringsfasen, ga mestringfølelse.</p> <p>* Humor ble brukt som en mestringstrategi.</p> <p>*Brannskaden førte til at deltakerne verdsatte livet mer, og de forsto at livet var uforutsigbart.</p> <p>*Deltakerne følte seg takknemlige ovenfor familiemedlemmer, venner, naboer, samfunnet og helsepersonell.</p>	<p>Studien er relevant for min oppgave grunnet at den viser viktige funn, både når det kommer til fysiske problemer og mestringsstrategier .</p> <p>Den tar opp både humor og takknemlighet for støtte, samt hvor viktig støttegrupper er for brannskadde. Den viser også til fysiske belastninger som forstyrrelser i temperatur reguleringen, smerte og forstyrrelser innen mobilitet.</p>

**Vedlegg 3.** Litteraturmatrikse 6: McLean, L. Rodgers. V. Kornhaber. R Proctor MT. Kwiet, J. Streimer, J. Vandervord, J (2015) *The patient-body relationship and the "lived experience" of a facial burn injury: a phenomenological inquiry of early psychosocial adjustment.*

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>McLean, L. Rodgers. V. Kornhaber. R Proctor MT. Kwiet, J. Streimer, J. Vandervord, J. (2015)</p> <p>"The patient-body relationship and the "lived experience" of a facial burn injury: a phenomenological inquiry of early psychosocial adjustment".</p> <p>Australia</p> <p><i>The journal of multidisciplinary healthcare.</i> VOL: 8 Sidetall:377-387</p>	<p><b>Hensikten</b> med denne studien var å sette søkelyset på den brannskadde sine erfaringer. Studien satte også fokus på forholdet mellom kropp og tidlig psykososiale forandringer.</p> <p><b>Problemstilling:</b> Hadde fokus på hvordan brannskadde erfarte kroppslige forandringer. Samt forstå og finne mening i deres opplevelser.</p>	<p>Facial burn, body image, psychosocial adjustment, complex trauma, posttraumatic growth, fenomenologi.</p>	<p><b>Kriterier:</b> Deltakeren skulle være 18 år eller eldre, ha brannskade i ansiktet, kunne lese og snakke engelsk. Deltakere ble ekskludert hvis de hadde mentale forstyrrelser.</p> <p><b>Deltakere:</b> 6 deltakere deltok på studien.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Det ble brukt semi-strukturert dybdeintervju. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og senere transkribert.</p> <p><b>Dataanalyse:</b> Dataen ble analysert med Colaizzi's metode for dataanalyse.</p> <p><b>Etisk godkjenning:</b> Godkjent via human etiske komité.</p>	<p><b>Funn:</b> *Deltakerne erfarte at synet på hvordan de så på seg selv, endret seg etter skaden. Kvinner følte sorg over endringen, mens menn følte en økt bevissthet når det kom til endringen.</p> <p>* Fleste deltakere følte at forholdet til venner og familie ble sterkere etter skaden.</p> <p>* Deltakerne følte optimisme når det kom til rehabilitering og det at livet kom til å gå tilbake til det "normale", igjen.</p> <p>* Deltakerne følte en takknemlighet for å være i live, etter skaden.</p> <p>* Deltakerne brukte humor for å mestre skaden.</p> <p>* Noen deltakere følte en angst for å dø i etterkant av skaden.</p> <p>* Alle deltakerne reflekterte over ulykken og prøve å forså bakgrunnen.</p> <p>* Religion ble brukt for å finne mening.</p>	<p>Denne studien er relevant for min oppgave på bakgrunn av funnene, som viser både mestringsstrategier som humor og religion. Samt at den viser at venner og familie er viktig, og at den viser hvordan deltakerne ser på seg selv etter skaden.</p>

**Vedlegg 3.** Litteratormatrise 7: Ren, Z. et.al (2015) *Recovery of lost face of burn patients, perceived changes, and coping strategies in the rehabilitation stage.*

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Ren, Z. Chang, W. Zhou, Q. Wang, Y. Wang, H. Hu, D. (2015)</p> <p>”Recovery of lost face of burn patients, perceived changes, and coping strategies in the rehabilitation stage”.</p> <p>Kina</p> <p><i>Burns</i> Vol: 41 S. 1855-1861</p>	<p><b>Hensikten</b> med denne studien var å sette søkelyset på hvordan brannskadde i Kina kan mestre brannskaden best mulig.</p> <p><b>Målet</b> med studien var å utviklet et bedre rehabiliterings tilbud til brannskadde i Kina.</p>	<p>Burn, Perceived changes, coping strategies, chinese culture, rehabilita on.</p>	<p><b>Kriterier:</b> Deltakerne skulle ha overlevd brannulykke, ha mental kapasitet til å minnes ulykken, ha en skade som påvirket deres liv, funksjon eller utseende, og som hadde blitt utskrevet fra sykehuset og fått rehabilitering. Deltakere som hadde kognitive forstyrrelser ble ekskludert.</p> <p><b>Utvalg:</b> 15 deltakere deltok i studien.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> For å samle data ble det brukt semi-strukturert dybde intervju. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert.</p> <p><b>Dataanalyse:</b> Det ble brukt kvalitativ metode for analyse. Analysert videre med Shenton sine steg angående analyse.</p> <p><b>Etisk godkjenning:</b> Godkjent av sykehuset Xijing, sin kliniske etiske komité.</p>	<p><b>Funns:</b> * Alle deltakere erfarte fysisk ubehag med sin nye kropp, som smerte, kløe, forstyrrelser i mobilitet.</p> <p>* Deltakere følte skam grunnet skaden og erfarte å bli stigmatisert.</p> <p>* Deltakere opplevde å bli avvist offentlig, i form av vitser og passiv ignorering.</p> <p>* Avvisningen hadde en negativ effekt på deltakerne, og kunne føre til sosial isolasjon.</p> <p>* Deltakerne brukte mestringsstrategier som unngåelse, selvtrøsting, komme ut til fremmede, distraksjon, fornektelese, akseptere realiteten og gå tilbake til deres plikter i samfunnet.</p> <p>* Etter å ha søkt etter mening med endringene som kom etter skaden bygget deltakeren en ny identitet og fant ut at de gradvis fikk livet tilbake.</p>	<p>Denne studien er relevant for min oppgave grunnet at den tar opp både positive og negative mestringsstrategier, samt viser hvordan det er å ha brannskader i Kina, i forhold til andre steder i verden. Studien viser at deltakerne følte skam og at de kunne bli avvist i samfunnet. Studien viste til slutt at de bygget en ny identitet og at de gradvis fikk livet tilbake igjen.</p>



**Vedlegg 3.** Litteratormatrise 8: Klinge, K. Chamberlain, D.J Redden, M. King, L. (2009) Psychological adjustment made by postburn injury patients: an integrative literature Review

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Klinge, K. Chamberlain, D.J Redden, M. King, L. (2009)</p> <p>”Psychological adjustment made by postburn injury patients: an integrative literature Review”</p> <p><i>Journal of advanced nursing</i></p> <p>Utgave nr: 11 VOL: 65 Sidetall: 2274-2292</p>	<p><b>Hensikten</b> med denne studien var å sette søkelyset på brannskadede pasienters psykiske helse.</p> <p><b>Problemstillingen</b> fokuserte på å identifisere faktorer som kunne vise at brannskadde pasienter har en risiko for å utvikle psykologiske plager.</p>	<p>Burn injury, Burn patients, interative literature review. Nursing, postburn adjustment</p>	<p><b>Kriterier:</b> Studiene skulle være på engelsk, og publisert mellom 1997 og 2008. Studiene ble ekskluder hvis de fokuserte på barn eller om studiene fokuserte bare på livskvalitet, kroppsbilde og depresjon.</p> <p><b>Utvalg:</b> 17 studier ble valgt.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> For å samle data ble det brukt databasene: MEDLINE, CINAHL og PsycINFO.</p> <p>Det ble brukt søkeordene: <i>Psychological, Psychosocial, premorbid psychopathology, reintegration, body image, depression, coping, nursing og litterature review.</i> Alle søkeordene ble koblet med søkeordet <i>burn injury</i></p>	<p><b>Funn:</b> * Brannskade kan komme av risikoadferd. Dette grunnet at pasientene kunne missbruke alkohol og rus, og ha psykiske lidelser i forkant av skaden.</p> <p>* Psykiske lidelser reduserer sjansen for å mestre.</p> <p>* Adferdsforstyrrelser som pessimisme har en negativ effekt på mestring.</p> <p>Optimisme fører til bedre mestring og tilpasning over tid.</p> <p>* Å ha gode relasjoner fører til bedre tilpasning etter brannskaden. Og kan også føre til bedre selvtillit, slik at man kan nærme seg sosiale situasjoner med fremmede, og unngå isolasjon.</p> <p>* Det å ha sosiale nettverk, å bli akseptert av venner og familie kan føre til tidligere utskrivning av sykehus.</p> <p>* Risikofaktorer for å utvikle</p>	<p>Denne studien er relevant for min oppgave grunnet at den tar opp både faktorer som kan føre til brannskade, samt konsekvenser for brannskaden.</p> <p>Studien tar opp hvor viktig det er å mestre den, og hva som kan skje hvis man unngår å mestre skaden.</p> <p>Den viser også til hvor viktig det er å ha gode relasjoner, samt hvor viktig det er å mestre den.</p>

			<p><b>Dataanalyse:</b> Det ble brukt både kvalitativ og kvantitativ metode. For å analysere studiene nøyere ble de analysert med programmet: Health care practise &amp; development Unit 2005.</p> <p><b>Etisk godkjenning:</b> Studien tok i bruk bare studier som var etisk godkjent.</p>	<p>kroppsbilde misnøye er: Ha store brannskader, være kvinne, og å være opptatt av utseende.</p> <p>* Å ikke akseptere skaden, det å ikke få til å mestre, ha dårlig støtte fra familie og venner og dårlig selvtillit, kan føre til angst, adferdsforstyrrelser, og sosial isolasjon.</p> <p>* Å akseptere sin nye kropp og ha sosial støtte er viktigere for å mestre brannskaden, enn brannskadens alvorlighetsgrad og arrenes plassering.</p>	
--	--	--	---	---	--

**Vedlegg 3.** Litteratormatrise 9: Kornhaber, R. Wilson, A. Abu-Qamar, M. McLean, L. Vanderbord, J. (2015) Inpatient peer support for adult burn survivors - A valuable resource: A phenomenological analysis of the Australian experience

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Kornhaber, R. Wilson, A. Abu-Qamar, M. McLean, L. Vanderbord, J. (2014)</p> <p>”Inpatient peer support for adult burn survivors - A valuable resource: A phenomenological analysis of the Australian experience”</p> <p><i>Burns</i></p> <p>Australia</p> <p>Vol: 41 Sidetall: 110-117</p>	<p><b>Hensikten</b> med denne studien var å sette søkelyset på støttegrupper for brannskade.</p> <p><b>Målet</b> med studien var å utforske brannoverlevende sin erfaring med støttegrupper.</p>	<p>Burn survivor, Peer support, Inpatient, Lived experience, Qualitative, research.</p>	<p><b>Kriterier:</b> Deltakerne måtte være 18 år eller eldre, ha en brannskade som var større en 20%. Fått brannskaden i løpet av de 8 siste årene samt kunne snakke og lese engelsk. Deltakerne ble ekskludert hvis skaden var selvpåført.</p> <p><b>Utvalg:</b> 21 deltakere deltok i studien.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> For å samle dataen ble det utført semi-strukturert dybde intervju. Intervjuene ble tatt opp digitalt og transkribert.</p> <p><b>Dataanalyse:</b> Det ble brukt kvalitativ metode. Det ble brukt Colaizzi’s metode for dataanalyse.</p> <p><b>Etisk godkjenning:</b> Studien ble godkjent av etiske komiteer i Australia.</p>	<p><b>Funn:</b> * Støttegruppene førte til at deltakere følte på mot, inspirasjon samt optimisme om fremtiden.</p> <p>* Deltakere følte at de var ikke alene om skaden, og at det var flere som slet med det samme.</p> <p>* Noen deltakere følte på at det var ukomfortabelt med støttegrupper.</p> <p>* Tidspunktet slike støttegrupper kom på besøk, var viktig, da noen kunne føle det var for tidlig.</p> <p>* Deltakere følte at de kunne snakke med mennesker som forsto, og hadde vært igjennom det samme, som ga et positivt utbytte.</p>	<p>Denne studien er relevant for min oppgave da den gir et inntrykk hvor viktig støttegrupper er. Samt at den viser både positive og negative sider med støttegrupper.</p>

**Vedlegg 3.** Litteratormatrise 10: Kornhaber, R. Wilson, A. Abu-Qamar, M.Z. McLean, L. (2013) *Coming to terms with it all: adult burn survivors 'lived experience' of acknowledgment and acceptance during rehabilitation.*

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Kornhaber, R. Wilson, A. Abu-Qamar, M.Z. McLean, L. (2013)</p> <p>''Coming to terms with it all: adult burn survivors 'lived experience' of acknowledgment and acceptance during rehabilitation''</p> <p><i>Burns</i></p> <p>VOL: 40 Sidetall: 589-597</p>	<p><b>Hensikten</b> med denne studien er å få en større forståelse for brannskadede sine erfaringer med å anerkjenne og godkjenne deres skade.</p> <p><b>Problemstilling</b> Hvordan anerkjenner og godkjenner brannskadede deres skader?</p>	<p>Burn survivors, Self awareness, Acceptance, Acknowledgement, 'lived experience'</p>	<p><b>Kriterier:</b> Deltakerne måtte være 18 år eller eldre. Deltakerne måtte ha en vedvarende brannskade som var større en 20%. Deltakerne måtte forstå og snakke engelsk samt at brannskaden skulle ha skjedd i løpet av de 8 siste årene. Var skaden selvpåført ble deltakere ekskludert fra studien.</p> <p><b>Utvalg:</b> 21 deltakere deltok i studien.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Deltakerne ble intervjuet. Intervjuene ble filmet og senere transkribert.</p> <p><b>Analyse:</b> Det ble brukt kvalitativ metode. Det ble brukt Colaizzi's metode for dataanalyse.</p> <p><b>Etisk godkjenning:</b> Studien ble godkjent av 5 forskjellige etiske komiteer i Australia.</p>	<p><b>Funn:</b> * Deltakerne slet med å akseptere fysiske endringer etter brannskaden, men fant noe trøst med å sammenligne sine skader med andre. * Deltakerne brukte humor for å akseptere og mestre det som hadde skjedd. * Deltakerne kom frem til at det å akseptere forandringene og hvordan det kom til å påvirke dem videre i livet, var en gradvis prosess. De kom også fram til at man aldri kom til å bli den samme igjen. * Det fysiske utseende og kroppsbilde hadde en stor påvirkning på deres emosjonelle tilværelse, samt den responsen de fikk fra andre. Det å konfrontere sitt nye utseende, var en utfordrende opplevelse. Noen av deltakerne følte ubehag med det at de ikke kunne kontrollere kroppstemperaturen som tidligere. Og dette var en stor bekymring for noen, og de opplevde at de følte seg som et 'romvesen' i sin egen kropp</p>	<p>Denne studien er relevant for min oppgave grunnet at det gir meg innsikt i hvordan brannskadde pasienter mestrer det å få et endret selvbilde.</p> <p>Studien gir innsikt i hvordan brannskadde aksepterer skaden, samt at den tar fram viktige ting pasientene kan slite med i etter tid. Som det å føle seg som et romvesen i egen kropp.</p>

