



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	23-04-2018 12:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	25-04-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	<b>Studiepoeng:</b>	12
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKSB3001 1 PRO 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 346

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Livet etter brannskaden- Kven er eg no?

**Antall ord \*:** 8361

**Tro- og loverklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert oppgavetittelen**  
**på norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**uitnemålet mitt \*:**

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Kven er eg no? Livet etter brannskaden.  
Who am I now? Life after a burn injury.

**Kandidatnr: 346**

Bachelor i sjukepleie, Stord.

Fakultet for helse- og omsorgsvitskap.

Rettleiar: Kari Marie Thorkildsen.

Innleveringsdato: 25.04.2019

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.



# Høgskulen på Vestlandet

**Bacheloroppgåve i sjukepleie  
Avdeling Stord, Hausten 2016**

**Innleveringsdato**

25.04.2019

**Antall sider:**

43

**Antall ord:**

8361

”Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted,  
må man først passe på å finne ham der hvor han er og begynne der.  
Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.”

(Søren Kierkegaard, 1859)

## Samandrag

**Tittel:** Kven er eg no- livet etter brannskaden

**Bakgrunn og val av tema:** Ei brannskade er ei omfattande og livstrugande hending, som kombinert med påkjenningar ved sjukehusinnlegging og langvarig behandling kan verke inn på og truge pasientar si fysiske og psykiske helse. Aldri før har kvaliteten på tverrfagleg samarbeid, akutthjelp og oppfølging vore så god, men sjølv om det har vore ei utvikling som har ført til færre dødsfall, opplev brannskadde pasientar kosmetiske og funksjonelle svekkingar som aldri let seg rette opp at.

**Hensikt** Hensikta med litteraturstudien er å tileigne seg meir kunnskap om korleis ein som sjukepleier kan bidra til at pasientar med brannskade opplev eit meningsfullt liv, tross skaden.

**Problemstilling:** *Kva opplevingar og erfaringar har pasientar etter ein alvorleg brannskade, og korleis kan sjukepleier si omsorg bidra til eit meningsfullt liv i etterkant?*

**Metode:** Oppgåva er ei systematisk litteraturstudie basert på funn frå forskingsartiklar funne i Cinahl og SveMed+.

**Resultat:** Artiklane viser at ei brannskade er ei hending som veltar om på livet, og fører til fysiske og psykiske påkjenningar. Pasientar opplev den nye kroppen deira som skjør og smertefull, og avgrensar daglegdagse aktivitetar dei har gjennomført utan problem tidlegare. Pasientar opplev også å bli stigmatisert når dei beveger seg i det offentlege rom, som fører til eit ynskje om å trekke seg tilbake.

**Oppsummering:** God oppfølging frå sjukepleiar, og å kunne nytte familie og andre relasjonar er gunstig for at pasienten skal oppleve eit meningsfullt liv.

**Nøkkelord:** Brannskade, sjukepleie til brannskadde, omsorg, mening.

## **Abstract**

**Title:** Who am I- Life after a burn injury.

**Background:** A burn injury is an extensive and life-threatening incident, which, combined with the stresses of hospitalization and long-term treatment, can affect and threaten patients' physical and mental health. Never before has the quality of interdisciplinary collaboration, emergency assistance and follow-up been higher. But even though medical development has led to fewer deaths, burn patients experience cosmetic and functional impairments that won't be rectified.

**Research question:** *What are a burn patient's experiences after a major burn injury and how can a nurse's care contribute to a meaningful life afterwards?*

**Aim:** The aim of this study is to gain more knowledge regarding how nurses can contribute to a meaningful life for patients with burn injuries.

**Method:** The thesis is a systematic literature study based on findings from research articles found in Cinahl and SveMed+.

**Result:** The articles shows that a burn injury is a major life changing event that can lead to physical and psychological strain. Patients experience their new body as fragile and painful, and limits daily activities that they previously could do without hesitation. Patients also experience stigmatization, which leads to them wanting to withdraw from the public.

**Summary:** Good follow-up from nurses, and using the patient's family and other relations is vital for the patients to experience a meaningful life.

**Keywords:** burn injury, nursing, caring for burn patients, meaning.

## Innholdsliste

1.0	INNLEIING .....	1
1.1	<i>Grunngjeving av tema og problemstilling</i> .....	1
1.2	<i>Hensikt med oppgåva</i> .....	1
1.3	<i>Problemstilling</i> .....	2
1.4	<i>Avgrensing</i> .....	2
1.5	<i>Omgrepsavklaring</i> .....	2
1.6	<i>Oppgåva sin vidare disposisjon</i> .....	3
2.0	TEORIDEL .....	4
2.1	<i>Sjuepleieteori: Kari Martinsen sin omsorgsteori</i> .....	4
2.2	<i>Meining</i> .....	6
2.3	<i>Brannskade</i> .....	6
2.4	<i>Sjuepleie ved brannskade</i> .....	7
3.0	METODE .....	9
3.1	<i>Kva er metode?</i> .....	9
3.2	<i>Litteraturstudie som metode</i> .....	9
3.3	<i>Datasamling</i> .....	10
3.4	<i>Søkestrategi</i> .....	10
3.4.1	<i>Vedlegg 1: Søketaellar</i> .....	11
3.5	<i>Kvalitetsvurdering</i> .....	12
3.6	<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i> .....	13
3.7	<i>Kjeldekritikk</i> .....	13
3.8	<i>Kritisk vurdering av eiga oppgåve</i> .....	14
3.9	<i>Etiske vurderingar</i> .....	14
4.0	RESULTAT .....	16
4.1	<i>Samandrag av artiklar</i> .....	16
4.2	<i>Oppsummering av funn</i> .....	19
5.0	DRØFTING .....	20
5.1.1	<i>Å leve med smerter og den skjøre, nye kroppen</i> .....	20
5.1.2	<i>Nytte støtte frå familie og vener som ei ressurs</i> .....	21
5.1.3	<i>Behovet for informasjon og omsorg frå sjukepleiar</i> .....	22
6.0	KONKLUSJON .....	25
7.0	LITTERATURLISTE .....	26
8.0	VEDLEGG .....	I

## 1.0 Innleiing

I dette kapitlet blir det presentert grunngeving av tema og problemstilling, hensikt med litteraturstudien, problemstilling, omgrepsavklaring og avgrensing av oppgåva.

### 1.1 Grunngeving av tema og problemstilling

Ei brannskade er ei omfattande og livstrugande hending, som kombinert med påkjenningane med sjukehusinnlegging og langvarig behandling i etterkant kan verke inn på og truge pasientar si fysiske og psykiske helse (Gjengedal & Moi, 2014). Det har aldri vore så god kvalitet på tverrfagleg samarbeid, akutthjelp og oppfølging etter brannskaden, men sjølv om utvikling på feltet har resultert i nedgang i dødelegheit og at fleire med alvorleg brannskade overlev, opplev brannskadde pasientar kosmetiske og funksjonelle svekkingar som aldri let seg rette opp at (Dahl, Wickman & Wengstrøm, 2012).

Mitt fyrste møte med norsk helsevesen som pasient i vaksen alder, var då eg tidleg våren i 2013 brente meg. Då eg kom på legevakta vart eg møtt av trygge sjukepleiarar som passa på meg, eg hadde også god oppfølging i fleire veker etter med tanke på brannsår og komplikasjonar knytt til det. Derimot var det aldri nokon som snakka om korleis skaden påverka meg som person. I fyrste omgang opplevde eg mykje frustrasjon rundt ting som bandasjer, kva klede som passa utanpå og smerter. Når sjølve såret var grodd, var det sumar og det fine været var ei konstant påminning om korleis kroppen min såg ut under kleda.

Min eigen brannskade blei motivasjon til å sjølv bli sjukepleier, og det virka då passande at det blei tema for bacheloroppgåva mi. Møte med sjukepleiarar på legevakta blei ein augeopnar for kva sjukepleiaryrket innebar, og kor verdifulle dei er. Samstundes var tida etter ei påminning om at pasienten er meir enn berre skaden sin, og at sjukepleie er å sjå heile pasienten. Eg har inntrykk av at jo meir avanserte prosedyrar eg lærer og jo meir kunnskap eg har, desto lettare er det å gli vekk frå det som eg ser som grunnlaget for sjukepleie; omsorg og ivaretaking av grunnleggande behov.

### 1.2 Hensikt med oppgåva

Mathisen (2013, s. 382) beskriv brannskadde pasientar som ei kompleks pasientgruppe med mykje utfordringar. Det blir stilt høge krav til sjukepleiar sin kompetanse, særleg til tekniske



ferdigheiter og empati. Helsepersonellova (1999) §4 legg fram at helsepersonell må utføre sitt arbeid i samsvar med dei krav til fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp ein kan forvente ut i frå helsepersonellet sine kvalifikasjonar, arbeidskarakter og situasjonen elles.

I Reeves, James & McNeill (2009) sin studie *providing psychosocial and physiological rehabilitation advice for patients with burns* kjem det fram at til tross for at sjukepleiarar kjenn seg trygg på ivareta og rettleie pasienten når det kjem til det fysiske aspektet ved ein brannskade, opplev dei at dei manglar kompetanse til å ivareta dei psykososiale og psykiske behova ein brannskadd pasient måtte ha. Hensikta med litteraturstudien er å utforske korleis sjukepleiarar kan bidra til at pasientar med brannskade kan oppleve mening etter skaden, og slik tileigne meg kunnskapane eg treng for å utøve fagleg forsvarleg sjukepleie.

### 1.3 Problemstilling

Problemstillinga er følgande;

*Kva opplevingar og erfaringar har pasientar etter ein alvorleg brannskade, og korleis kan sjukepleier si omsorg bidra til eit meningsfullt liv i etterkant?*

### 1.4 Avgrensing

Oppgåva er avgrensa til å omhandle brannskadde pasientar som har fått endra utsjånad og redusert funksjon som følgje av skaden. Fokuset ligg på vaksne pasientar. Den tek ikkje for seg medisinske behandlingsmetodar eller akuttida etter, men heller sjukepleie i rehabiliteringsfasen og pasientar si oppleving av kva som er eit meningsfullt liv etter skaden. Det er naturleg å avgrense oppgåva til å omhandle sjukepleiar sitt bidrag til pasientar ved ei kirurgisk avdeling. Pasienten er stabil og utan behov for akutthjelp, men treng sjukepleie knytt til brannskaden sin. Andre arenaer som kan være vel så relevante for ei slik problemstilling er til dømes heimesjukepleietenesta eller kirurgisk poliklinikk.

### 1.5 Omgrepsavklaring

Det blir presentert definisjon av omgrepa knytt til problemstillinga. Ei meir utfyllande forklaring kjem i teorikapitlet "2.0 Teori".

*Sjukepleie:* Sjukepleie inkluderer omsorg, pleie, helsefremmande og førebyggande arbeid. Hensikta er å syte for mogleik for god helse, at pasient kan vinne att si sjølvstendigheit eller får ei verdig død (NSF, 2011). Her vil sjukepleie være avgrensa til arbeid og tiltaka gjennomført i rehabiliteringsfasen hos brannskadde pasientar, og vil difor ikkje omhandle medisinsk behandling.

*Alvorleg brannskade:* Skader som oppstår grunna varme, stråling eller etsande stoff. Skadane blir definert som alvorlege når dei resulterer i endring i funksjon og utsjånad (Mathisen 2013, s. 381).

*Omsorg:* Martinsen beskriv omsorg som ei grunnhaldning og ein generell tilnæringsmåte, der den fundamentale verdien er ansvaret for den svake (Kristoffersen, 2016, s. 57).

*Meining:* Meining er ein av dei mest motiverande faktorane bak menneskeleg åtferd og gjer oss i stand til å meistre vonde situasjonar (Kristoffersen og Breievne, 2016, s. 205).

*Pasient:* Personer som i følge Martinsen lir, er svake eller har behov for omsorg grunna sjukdom, alder eller andre forhold (Kirkevold, 2008, s. 177).

## 1.6 Oppgåva sin vidare disposisjon

I oppgåva vil eg starte med å greie ut om metoden eg har nytta, korleis litteratur og teori er funne, kjeldekritikk og etiske forhold. Vidare vil eg legge fram relevant teori for problemstillinga mi. Eg har valt Kari Martinsen sitt teoretisk grunnlag for drøftinga mi, deretter kjem det teori om meining, brannskade og sjukepleie til brannskade. Det blir lagt fram samandrag av forskingsartiklane nytta i denne litteraturstudien, og deretter funn. Eg ynskjer deretter å drøfte problemstillinga mi utifrå litteratur eg har samla, og til slutt kome med ein konklusjon.

## 2.0 Teoridel

I dette kapitlet blir det presentert relevant teori som belyser valt problemstilling. Fyrst blir Kari Martinsen sin omsorgsteori presentert, deretter teori om meining, brannskade og sjukepleie til brannskadde.

### 2.1 Sjukepleieteori: Kari Martinsen sin omsorgsteori

Kari Martinsen (1989, s. 69) si skildring av sjukepleiefaget er bygga opp kring omgrepet omsorg, og peiker på omsorg som eit ontologisk fenomen; omsorg er ei grunnleggande forutsetning for alt menneskeleg liv. Omsorga sitt fundament er at det mest grunnleggande for eit menneske er at vi er avhengig av kvarandre. Martinsen (1989, s. 79) forklarar at denne avhengigheita særleg trer fram i situasjonar der sjukdom, liding og funksjonshemming er til stades, men er ikkje avgrensa til slike situasjonar.

Omsorg er eit omgrep som er kjent for oss i frå dagleglivet og beskriv det som å ”vise omtanke for”. Det forutsetter to partar. Når ein lider, vil den andre ”syte for”, i denne samanhengen lide saman med og lindre lidinga. Omsorg har noko med korleis menneskjer forhold seg til kvarandre, og korleis vi viser omtanke for kvarandre (Martinsen, 2012, s. 67-69). Kari Martinsen (1989, s. 73) peiker på omgrepet generalisert omsorg; den som yter omsorga forventar ikkje noko i gjengeld, som basisen for sjukepleie som omsorgsyrke. Den generaliserte omsorga er ei refleksjon av forståinga av at alle kan hamne i ein situasjon der dei er avhengig av hjelp frå andre (Martinsen, 1989, s. 81).

Omsorg har tre grunnpillrar. For det første er omsorg ei praktisk handling, som heng tett saman med prinsippet om ansvaret for den svake. For å illustrere dette, trekk Martinsen (1989, s. 15-16) inn den barmhjertige samaritanen frå bibelen. Samaritanen hjalp ein pleietrengande ved å helle olje og vin på såra hans, før han dekkja dei til og tok han med til herberget for å pleie han. Likninga illustrerer i følge Martinsen (1989, s. 16) at ein deltek praktisk i den andre si liding, og at hjelpen blir gitt vilkårslaust. Hjelpa blir gitt ut i frå tilstanden til den som treng den, og ikkje basert på kva resultat ein forventar. Martinsen (1989, s. 76-77) understreker at omsorga sine handlingar veks ut av den konkrete situasjonen, og tilstanden som mottakar av omsorg finn seg i. Handlingane er knytt til det ho kallar det ikkje-spesialiserte dagleglivets arbeid og reiskapane i det. Å nytte fagkunnskapar gjennom bruken av enkle reiskapar som pasienten allereie er kjend med frå sitt daglegliv, som til

dømes klut og skje, er noko av det mest fundamentale i ein omsorgssituasjon. Vi bør streve etter å gjere ein pleiesituasjon så enkel som mogleg (Martinsen, 1989, s. 76-77).

Omsorg har også ei moralsk side, som i følge Martinsen (1989, s. 47) er knytta til at forholdet mellom menneskjer er prega av makt og avhengigheit, og at moral spelar ei rolle i forvaltinga av desse. Den moralske sida har med livsførsel å gjere, og korleis vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet (Martinsen, 1989, s. 17). Moralen kjem til uttrykk i forholdet mellom menneskjer, i vår måte å være på. Som menneske er ein eit kollektivt vesen, og haldningane bak handlingane er viktig. Desse meiner Martinsen (1989, s. 51) blir danna gjennom vår livsførsel og fortrulegheit med moralske førebileter i kvardagslivets praksis. Om ein hevar seg over personen, held fast på individet sin underlegne posisjon og hindrar dei å leve det beste liv dei er i stand til, driv ein med ei maktutøving som er moralsk uakseptabel.

Sjuepleie som omsorg må bygge på moralsk ansvarleg maktbruk, og moralsk ansvarleg maktbruk må utøvast i samsvar med prinsippet om ansvar for dei svake (Martinsen, 1989, s. 48).

Omsorg er til slutt eit relasjonelt omgrep, som skildrar mennesket sitt svar på andre si avhengigheit. Det omfattar å hjelpe og å ta hand om. Forståinga for den andre sin situasjon er ei forutsetning for å handle omsorgsfullt, og denne forståinga veks frem frå felles erfaringar (Martinsen, 1989, s. 69). Martinsen (1989, s. 69) argumenterer at dersom vi skal forstå kvarandre, må vi ha noko som bind oss saman i eit fellesskap. Ho peiker på til dømes felles normer, regler eller behov. Å dele ein verden der vi har noko til felles. Altså er omsorg eit relasjonelt omgrep som tek utgangspunkt i eit kollektivt basert menneskesyn der det er grunnleggande at vi er avhengig av kvarandre (Martinsen, 2012, s. 14). Vi tileignar oss ei forståing ved å gjere ting saman med andre og utvikle ei felles erfaring som ein kan nytte for å forstå korleis den andre forhold seg til sin situasjon. Martinsen (2012, s. 71) legg fram at ei fundamental kvalitet med omsorg er at det kan sjåast som ein sosial relasjon, fordi den har med fellesskap og solidaritet med andre å gjere.

## 2.2 Mening

Hos menneskjer som lir og har det vondt som eit resultat av sjukdom og tap, er det hensiktsmessig å arbeide for å lindre smerte og framme pasientar si oppleving av mening og håp. Mening er, i følge Kristoffersen og Breievne (2016, s. 205), eit grunnleggande fenomen i sjukepleie fordi det er ein av dei mest motiverande faktorane bak menneskeleg åtferd, og gjer oss i stand til å meistre vonde situasjonar. Å finne mening i lidinga inneber å forsone seg med den nye livssituasjonen, samstundes som ein finn mogleik i den.

Kristoffersen og Breievne (2016, s. 206) legg fram verdiar som ei kjelde til mening.

Verdi blir av pedagog Nils Magnar Grenstad (1990, i Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 206) definert som noko som er grunnleggande verdifullt for eit menneske; verdiar er det vi bryr oss om og verdsetter. Det at vi har evne til å bryr oss er det som gjer oss utsett for lidning, og i vår del av verda er lidning ofte knytt til tap av helse, kropp, funksjon, utsjånad, sjølvstende, nære personar eller trussel om ei nær føreståande død. Vårt eige liv og livet til dei rundt oss har ei overordna verdi for oss alle. Desse verdiane gjer livet mening og verdt å leve (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 206). Mennesket sin søken etter mening i livet er grunnleggande for å forstå reaksjonar knytt til helse og sjukdom. Vi kan som menneskjer oppleve livet og tilvære som meningsfull ved å realisere ulike verdiar, anten kreative verdiar som er knytt til det vi yter, bidreg med eller gjer til verda gjennom ulike formar for skapande verksemd. Erfaringsverdiar som er knytt til det vi tek i mot frå omgivnaden, gjennom å møte menneskjer, og erfaringar og opplevingar, og haldningsverdiar som er knytt til fri vilje og opplevinga av mening (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 205-207).

## 2.3 Brannskade

Brannskader er i Mathisen (2013, s. 382) delt inn i tre hovudkategoriar, ut i frå korleis dei oppstår; termiske skader, elektriske skader og kjemiske eller etsande skader. Desse brannskadane er igjen gradert inn i tre grader ut i frå alvor. Ein vanleg form for brannskade er overflatisk forbrenning, eller førstegradsforbrenning. Det vil sei ei forbrenning i det yttarste hudlaget, epidermis. Huda blir raud og hoven, men har ingen blemmer. Desse skadane heler seg sjølv og treng sjeldan medisinsk behandling.

Annengradsforbrenning er i Mathisen (2013, s.384) definert som skade ned til lêrhuda eller dermis. Huda blir raud og øm, og det utviklar seg raskt ei hevelse og væskefylde blemmer. Ei

overflatisk delhudsskade vil helst i løpet av fjorten dagars tid, og resulterer sjeldan i betydelege arr. Ved ein djup annengrads skade vil det derimot stå att så lite epitelceller i dermis at helinga vil ta tid. Kor djupt skaden går i hudlaga, kan være vanskeleg å diagnostisere, særleg når skaden nyleg er oppstått. Brannskader som går ned i lêrhud kan gje store smerter.

Ved ein tredjegradsforbrenning er skaden så djup at den omfattar alle laga i huda. Det vil sei at den går gjennom heile lêrhuda og kan sjå svidd eller mørk ut. Ein tredjegradsforbrenning er alvorleg og treng sjukehusbehandling om den dekker eit litt større område av kroppen. Er skaden så djup at den omfattar organ under huda som til dømes muskulatur, leddkapslar og sener vil det komplisere pasienten si tilstand. Pasientar med tredjegradsforbrenning har ingen smerter eller kjensle i det skadde hudpartiet fordi nerveendane er øydelagde. Sårflata kan sjå deigliknande ut, være læraktig eller svart og forkulla. Ei fullhudskade vil berre kunne helst frå sårkantane, og treng som regel spesialbehandling i form av hudtransplantasjon (Mathisen, 2013, s. 384).

#### 2.4 Sjukepleie ved brannskade

I prinsippet er sjukepleie ved brannskader det same, uansett omfang av skaden. Hos pasientar med alvorlege og omfattande skader, oppstår det hyppigare komplikasjonar som bidrar til at både behandlinga og pleia blir meir kompleks og krev meir ressursar (Mathisen, 2013, s. 381). All behandling, frå førstehjelp til rehabilitering får stor betydning for sluttresultatet av den ulukka pasienten har vore utsett for. Ein pasient som er brannskadd har difor behov for sjukepleie basert på kunnskapar, ferdigheiter og haldningar (Mathisen, 2013, s. 381). Både den fysiske og den psykiske pleia til ein pasient er ei stor utfordring for sjukepleiarane. Systematisk datasamling og dokumentasjon av pasienten si tilstand og forordna og gjennomført medisinsk behandling kan bidra til å sikre kvaliteten på sjukepleia. Det er anbefalt at den same sjukepleiaren og generelt eit avgrensa antall helsepersonell bør fylgje opp pasienten over tid, slik får ein betre kjennskap til pasienten sin spesielle situasjon og det blir lettare å utføre prosedyrar etter gjeldande retningslinjer. Pasientar er svært observante på forskjellar i handlemåten hos ulike sjukepleiarar, og kan føre til at pasienten kjenn seg utrygg (Mathisen, 2013, s. 382).

Etter ei slik hendig, er det svært viktig at sjukepleier er oppmerksom på pasienten sine psykososiale behov. Ei brannskade er uventa og traumatisk, og kan gje sterke krisereaksjonar.

Mathisen (2013, s. 391) poengterer at dei psykiske reaksjonane ofte kjem etter dei fysiske og kan være der lenge etter at dei fysiske problema er gått over. Det psykiske traumet kan endre pasienten etter skaden. Som eit forsvar mot realiteten kan pasienten bli desorientert og apatisk. Observasjonar av pasienten si psykiske tilstand er viktig for at pasient skal få rett hjelp og behandling. Det er viktig at sjukepleier har kjennskap og ferdigheiter til å meistre dei psykiske utfordringane ein pasient kan møte.

Eit viktig sjukepleietiltak er å lytte til pasienten når pasienten er klar til å snakke. Pasienten må få greie ut om ulukka og eventuell redsel for framtida. Pasienten kan oppleve skuld og anger etter ei brannskade, særleg om dei kjenn på at dei har påført andre menneskjer og verdiar alvorleg skade (Mathisen, 2013, s. 391). Sjukepleier bør ha kjennskap til ulukka og at pasient slit med eit skuldproblem, uavhengig om pasient har ei objektiv skuld eller ikkje. Sjukepleier si oppgåve er å ikkje bagatellisere pasienten si kjensle av skuld og anger, men bidra til at han ikkje overdimensjonerer det som skjedde (Mathisen, 2013, s. 391). Etter ei brannskade kan pasientar også oppleve angst og frykt. Dei kan være redde for å døy, eller for å få varige plager, nedsett funksjon og skjemmaende arr. Det er ofte ei irrasjonell frykt, men for pasienten er dette ei realistisk oppleving. Sjukepleier kan førebygge dette ved å være klar over problema, og ved å gi pasienten støtte. Vidare bør sjukepleier legge til rette for sosial støtte, slik at pasient kan ha kontakt med sine næraste og nytte desse som ei ressurs. Desse kan overta enkelte oppgåver i omsorga for pasienten. Ofte kan dette være ei hensiktsmessig løysing, fordi pårørande slepp å stå makteslaus utan mogleik for å bidra (Mathisen, s. 391-392).

### 3.0 Metode

I dette kapitlet vært det presentert metode, datainnsamling, søkestrategi, kvalitetsvurdering, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kjeldekritikk, kritisk vurdering av eiga oppgåve og etisk vurdering. Det ligg og ved søketabell for litteratursøk i Cinahl og SveMed+.

#### 3.1 Kva er metode?

Ein nyttar metode som eit verktøy for å samle informasjon på feltet ein ynskjer å undersøke. Metoden ein nyttar seier noko om korleis ein må arbeide seg fram til relevant kunnskap. Ein vel metode utifrå kva ein tenkjer vil gje gode data og som kan belyse problemstillinga på best mogleg måte (Dalland, 2012, s. 81). Når ein snakkar om metode, snakkar ein ofte om kvantitativ og kvalitativ metode. Den kvantitative tek sikte på å forme informasjon til ein målbar eining, som til dømes statistikk eller presentar. Den kvalitative metoden kan ikkje talfestast eller målast, men tek sikte på å fange opp meiningar, erfaringar og opplevingar, og korleis ein kan fortolke eller forstå desse (Dalland 2012, s. 82).

#### 3.2 Litteraturstudie som metode.

I oppgåva er det nytta systematisk litteraturstudie som metode. Litteraturstudien tek utgangspunkt i forskning og litteratur som allereie eksisterer. Forsberg og Wengstrøm (2013, s. 26-27) inkluderer dette å søke etter, kritisk granske og samanfatte litteratur innanfor eit bestemt område. Forsberg og Wengstrøm (2013, s. 27) forklarar vidare at ei litteraturstudie kan gjennomførast på ulike måtar, det føreligg ingen metodemal. Ei forutsetning er at det er tilgang til relevant litteratur. Dalland (2012, s. 228) legg fram at det er ein ambisjon om å ha ei gjennomgåande god struktur i både gjennomføring og rapportering. Når ein legg fram litteraturen, skal det seiast noko om framgangsmåte, eventuelle avgrensingar og kva søkeord ein har nytta. Ein må gjere reie for kvar ein har funne artiklane, kva kriterier som er nytta i utvalet og kva som er nytta av data i oppgåva. Deretter skal ein drøfte studia som er presentert. Drøftinga inkluderer å setje ulike kjelder opp mot kvarandre og problemstillinga (Dalland, 2012, s. 228-229). Gjennom oppgåva har ein jobba seg fram mot ein konklusjon som skal være svaret på problemstillinga (Dalland, 2012, s. 231).



### 3.3 Datasamling

For å finne aktuelle kjelder vart databasane Cinahl og SveMed+ nytta. Databasane blei valt fordi dei er oversiktleg og lette å søke i. Cinahl inneheld vitskapelege tidsskriftartiklar, monografar og doktoravhandlingar (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 29). SveMed+ er ein database kvar ein kan søke i artiklar frå skandinaviske tidsskrifter innan områder som medisin, odontologi, helse og sjukepleie (SveMed+, u.å.). Søk blei også gjort i PubMed. Treffa her var vurdert som gode, men hadde psykologi eller medisin som bakgrunn. Desse blei difor ekskluderte. Seks forskingsartiklar er blitt analysert. Fem av desse har nytta kvalitativ metode, ein har nytta kvantitativ metode. Både kvalitativ og kvantitativ metode gjer ei forståing av samfunnet vi lev i, og korleis enkeltmenneskjer, grupper og institusjonar handlar og samhandlar (Dalland, 2012, s. 112).

### 3.4 Søkestrategi

For å få ei oversikt over litteraturstudien vart det nytta eit PICO-skjema. PICO står for patient- intervention- comparison- outcome, og gjer struktur og klargjer spørsmålet for litteratursøk, utval og kritisk vurdering av litteratur (Helsebiblioteket, 2016). Comparison vart ikkje nytta her, då det ikkje var relevant for problemstilling. Ei meir detaljert utgreiing ligg kan sjåast i vedlegg 4: PICO-skjema.

For å få relevant litteratur vart søkeord som "BURN INJURY", "EXPERIENCE", "CARING" "NURSING" og "COPING" nytta. Dei første søka avgrensa med publiseringar mellom 2009-2019 for å få ny og aktuell litteratur. Etter å ha gått gjennom treffa, og lest overskriftene, satt eg att med ca. 15 aktuelle artiklar som kunne være relevant for mi problemstilling. Deretter skumlast eg samandraga for å sjå om artikkelen framleis var relevant. Alle artikkane omhandla brannskadde si erfaring eller sjukepleie til brannskadde pasientar. Fire artiklar vart då ekskludert fordi dei var frå psykolog sitt perspektiv, vidare blei fire ekskludert fordi dei ikkje var like aktuelle som først antatt. Til slutt satt eg att med sju artiklar, desse var vurdert opp mot helsebiblioteket (2016) sine sjekklister for kvalitativ og kvantitativ forskning for å sikre at studia var truverdige og gyldige. Resultatet blei seks kvalitative og ein kvantitativ studie. Ein av dei seks kvalitative vart luka ut då hensikta var å sjå korleis sjukepleiarar meistra stresset og påkjenninga som kom med å arbeide med så sjuke

brannskadde pasientar. Denne vart vurdert som interessant, men mindre aktuell for problemstillinga. For ei betre oversikt over søk, så vedlagt søketabell under 3.5 inklusjonskriterar og eksklusjonskriterier.

### 3.4.1 Vedlegg 1: Søketaellar.

**Tabell 1:** Søkehistorikk, Cinahl

Søk i Cinahl 22.02.2019			
Nr.	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Burn injury		8049
S2	Burn patients		9548
S3	S1 + S2		4464
S4	Burn patients AND burn injury AND experience		425
S5	S4	Språk: English	184
S6	Burn patients OR burns AND coping		199
S7	S6 + Nursing		55
S8	S7	Språk: English	44
S9	S1+S2 + Nursing		148
S10	S9	01012009:01012019 Språk: English	132

Søk nr. 5 ga 184 treff. Mykje som ikkje var relevant, eller som hadde nokre av søkeorda i seg, men likevel ikkje omhandla temaet. Ved å bla gjennom og lese titlane fann eg artikkelen *The lived experience of relationships after major burn injury* (Moi & Gjengedal, 2014).

Artikkelen er relevant for problemstillinga fordi den utforskar kva rolle relasjonar har for pasientar si meistring etter ein alvorleg brannskade. Søket ga også treff på artikkel *preserving self-concept in the burn survivor: a qualitative study* (Zamandadeh, Valizadeh, Lotfi, & Salehi, 2015) og artikkelen *the experience of life after burn injury: A new bodily awereness* (Moi, Vindenes & Gjengedal 2008), som er aktuelle fordi dei ser på pasientar sine erfaringar med livet etter brannskaden og korleis ivareta "sjølvvet". Søk nr. 10 i Cinahl ga treff på artikkelen *providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns* (Reeve, James & McNeill, 2009). Artikkelen handlar ikkje om pasienterfaring, men vart

vurdert som aktuell fordi den studerer sjukepleiarar si eiga oppfatning av deira kompetanse når det kjem til pleie for brannskadde pasientar.

**Tabell 2:** Søkehistorikk, Cinahl

Søk i Cinahl 01.03.2019			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Burn injury OR burns		19772
S2	S1+ Caring in nursing		87

Søk nr 2. ga treff på artikkelen ”*Adapting to life after burn injury- reflections on care*” (Dahl, Wickman & Wengstrøm, 2012). Artikkelen vart valt ut fordi den tar for seg pasientar si oppleving av pleie etter brannskaden deira, og erfaringane deira med å leve med brannskade.

**Tabell 3:** Søkehistorikk, SveMed+

Søk i SveMed+ 01.03.2019			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Nursing AND Burn care		6

Søk nr. 1 i SveMed+ ga treff på artikkelen *Sjukepleiaren sitt mot fremmar tillit og styrkar livsmotet hjå alvorleg brannskadde pasientar* (Sjursen, Gjengedal & Kvige 2015). Artikkelen vart sett som relevant fordi den ser på korleis sjukepleiar sitt mot spelar inn på relasjonar til pasienten, og korleis det bidreg til livsmot og meistring hos pasienten.

### 3.5 Kvalitetsvurdering

Artiklane i litteraturstudien blei vald utifrå relevans til problemstillinga etter ei kritisk vurdering ut frå Helsebiblioteket (2016) sine sjekklister for forskingsartiklar. Det blei vurdert om formålet med studien var klart formulert, om metoden nytta var gunstig og om utforminga av studia var hensiktsmessig for å svare på problemstillinga. I hovudsak vart det nytta kvalitativ forskning til litteraturstudia fordi det var meir hensiktsmessig å få tak i pasienterfaringane rundt tema. Når ein nyttar kvalitative studiar må ein ta høgde for at desse gjer forfattar rom til å tolka funna deira, samstundes er det vanskeleg å få grep om pasientopplevingar utan denne type artiklar (Helsebiblioteket, 2016). Artiklane vart og vurdert utifrå om dei hadde ei IMRoD-mal. IMRoD som står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon, og er ein mal for korleis ein strukturerer ein vitenskapelig artikkel. Oppgåver bygga

på denne modellen er ofte korte og konsise, utan rom for personlege meiningar (Søk og skriv, 2017) Artiklane blei og vurdert utifrå om dei hadde fått etisk godkjenning.

To studiar vart vurdert fordi dei var frå Iran og Ghana, då det i utgangspunktet var ynskjeleg å ha artiklar frå land som var mest mogleg like Noreg med tanke på kulturelle ulikheiter og kva som blir lagt i omgrep som ”omsorg”. Valetrand (2010) konkluderer med at Iran har eit helsevesen med høg kvalitet, artikkelen vart difor inkludert. Omlag 11 millionar brenn seg årleg, og rundt 180 000 av desse døyr av skadane påført av brannskaden (WHO, 2014). Brannskade er altså ikkje berre noko som skjer med skandinaviske pasientar. Det kan difor være gunstig å utforske kva oppfatningar og erfaringar som finns internasjonalt. Forskinga frå Ghana vart seinare ekskludert, då hensikta var å utforske korleis sjukepleiarar meistra stress og påkjenningar knytt til ei så kompleks gruppe. Det var ikkje relevant då det var ynskjeleg å få fram pasienterfaringar.

### 3.6 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å bli inkludert i litteraturstudien måtte artiklane anten handle om pasientar som var utsett for alvorleg brannskade, og korleis dei erfarte tida etter eller ta for seg sjukepleiarar sine erfaringar med brannskadde pasientar. Artiklane måtte også være norsk, engelsk, dansk eller svensk. Artiklar var ekskludert om pasientane var under 18 år, eller om dei hadde andre tilleggsdiagnosar som til dømes demens eller hadde ei sjølvpåført brannskade som eit resultat av psykiske lidingar. Artiklane vart også ekskludert om dei handla om medisinske behandlingmetodar eller akuttfasen etter brannskaden, det same gjaldt artiklar som var frå pårørande sitt perspektiv då det ikkje var relevant for problemstillinga.

### 3.7 Kjeldekritikk

I følge Dalland (2012, s. 64) er kjeldekritikk ein metode nytta for å avgjere om ei kjelde er truverdig. Dette inneber søk av litteratur som belyser problemstillinga best mogleg, og deretter gjere reie for litteraturen ein har valt. Kjeldekritikken skal vise at ein tenkjer kritisk i møte med litteratur og kjeldematerialet (Dalland, 2012, s. 64). Hensikta er at lesar skal få eit innblikk i kva refleksjonar som er blitt gjort, og kvifor litteraturen som er valt er relevant med tanke på problemstilling og tema (Dalland, 2012, s. 64).

Dei valte artiklane blei sjekka for kva metode som var nytta, og kva relevans dei hadde for problemstillinga. Det blei avgjort at dei kvalitative artiklane var dei som svarte best på problemstillinga mi då dei avdekkar erfaringar hos pasientane. Dei same funna gjekk igjen i fleire av studiane, som virka styrkande for haldbarheita og gyldigheita av funna. Det er hovudsakeleg nytta primærkjelder, for å unngå at innhald er fortolka av andre.

### 3.8 Kritisk vurdering av eiga oppgåve

Tema på bacheloroppgåva var bestemt tidleg, då det vart levert ei skisse i november. Problemstillinga vart spissa etter første møte med rettleiar slik at det var god tid til å søke etter litteratur. Fordi eg sjølv er brannskadd kan litteraturstudien være påverka. Andre hadde kanskje valt ei anna vinkling eller andre artiklar som kunne resultert i ei ulik oppgåve. Ei anna potensiell svakheit er at same forfattarar går igjen i nokre av artiklane. Større variasjon kunne gitt breiare kunnskap.

Litteraturstudien nyttar fem kvalitative og ein kvantitativ studie. Thidemann (2015, s. 79) argumenterer at det ikkje finns ei metodisk tilnærming som er ”rett”. Ulike metodar har ulike svakheiter, som ein kan vege opp for ved å kombinere fleire tilnærmingar. Difor kan det være hensiktsmessig å kombinere både kvalitative og kvantitativ metode, slik at ein veg opp for ulike svakheter som kan være tilstade ved å berre nytte ein metode. Det kan tenkjast at oppgåva hadde vore ei anna, dersom det vart nytta meir kvantitative artiklar i staden for kvalitative.

Forsberg og Wengstrøm (2013, s. 145) argumenterer at ein skal skrive etter eiga oppfatning og ikkje drive plagiat av andre sitt arbeid. Difor er det viktig å vise til kjelder på ei tilfredsstillande måte, slik at det er tydeleg kvar litteraturen er henta frå. Oppgåva nyttar APA-standard for referansar, då det er Høgskulen på Vestlandet sin standard.

### 3.9 Ethiske vurderingar

All medisinsk forskning som involverer menneskjer er underlagt etiske standardar som fremmer og sikrar respekt, og som vernar om deira helse og rettar. Helsinkideklarasjonen

(2013) konstaterer at helse til ein pasient må være fremste prioritet, og at helsepersonell har ei plikt i å verne om pasientar si helse, velvære og rettar, inkludert dei som er involvert i medisinsk forskning. Målet med medisinsk forskning som involverer menneskjer er å forstå årsakene, utviklinga og effekt av sjukdommar, og slik forbetre førebyggjande, diagnostiske og terapeutiske tiltak. Ein må under forskinga kontinuerleg evaluere om ein i varetek pasienten si sikkerhet og verdighet. Sjølv om hensikta med forskinga er å skape ny kunnskap, må den aldri gå framfor pasientar sine rettar og interesser (Helsinkideklarasjonen, 2013).

God etikk er viktig i forskning, og interessa for å skape og hente inn ny kunnskap må alltid vegast opp mot krav om personvern og enkeltpersonar si integritet og velferd (Forsberg og Wengstrøm 2013, s. 145). Det er ei hårfin linje mellom å utvikle ny kunnskap og teknologi som er tenleg for samfunnet, og samfunnet sitt behov for å verne seg mot potensielle og utilsikta skadelege verknader (Dalland, 2017, s. 233). Alle studiar i litteraturstudien har fått godkjenning av ein regional eller nasjonal etisk komité. Studiane viser til at pasientane som deltok var velinformerte i forkant. Dei gav skriftleg samtykke til å delta, og var informert om at dei kunne trekke seg når dei ville. Deltakinga deira var frivillig. Deltakarane var også informert om hensikta med studien, og vart anonymisert slik at dei ikkje kunne bli kjent att.

## 4.0 Resultat

I dette kapitlet presenterer samandrag av forskingsartiklane og funna i dei som vart sett som relevant for problemstillinga. Meir utfyllande resultatdel ligg som vedlegg under kap. 8.0.

### 4.1 Samandrag av artiklar:

#### 1. **The lived experience of relationships after major burn injury.**

(Moi & Gjengedal, 2014)

**Hensikt:** Å utforske betydinga relasjonar har for pasientar etter ei alvorleg brannskade.

**Metode:** Studien nytta kvalitativ metode, med opne intervju for å samle data. 14 informantar vart intervjuja i gjennomsnitt 14 månadar etter brannskaden (frå 5-35 månader etter). For å delta i studien måtte dei møte kriteria frå American burn association. Deltakarane måtte også være over 18 år, ikkje ha nokre mentale eller kognitive svekkingar, og kunne språket slik at dei kunne kommunisere og utdjupe erfaringane deira.

**Funn:** Pasientar som opplevde støtte innad i relasjonar hadde god helsemessig effekt av det. Pasientar opplevde at støtte frå familie, venner og frå helsepersonell var viktig for å kome seg tilbake til samfunnet, aktiviteter dei haldt på med før skaden og til eit meningsfullt liv.

**Konklusjon:** Å føle seg akseptert av familie og venner, var viktig for å bli frisk. Samstundes hadde det motsatt effekt om dei ikkje følte seg akseptert

#### 2. **Adapting to life after burn injury: Reflections on care.**

(Dahl, Wickman & Wengström, 2012)

**Hensikt:** Å sjå på brannskadde pasientar si erfaringar og korleis dei tilpassa seg livet etter, samstundes få ei djupare forståing av utfordringar relatert til pleie under og etter skaden.

**Metode:** Studien nytta kvalitativ metode, med intervju for å samle data. 12 informantar deltok i studien. For å delta måtte dei være over 18 år, ha ei liggetid på brannskadesenteret på over sju dagar, og ha ei tilstrekkeleg evne til å kommunisere.

**Funn:** Funna i studien vart delt inn i underkategoriane 'den skjøre kroppen', 'meistring' og 'refleksjonar rundt pleia'. Studien avslørte at traumet med ein brannskade og den påfølgande innlegginga vart sett på som livsendrande påkjenningar, som endra korleis dei såg på livet.

**Konklusjon:** Pasientar fortalde at dei såg på livet i eit nytt lys, og at det var viktig å forsøke å akseptere hendinga. Prosessen med å akseptere hendinga var kjenslefyllt, med blanding av tap og sorg, og være takksam for å ha overlevd.

### 3. The experience of life after burn injury: A new bodily awereness.

(Moi, Vindenes & Gjengedal, 2008)

**Hensikt:** Å setje søkelys på korleis brannskadde pasientar opplev å leve med ein ny og endra kropp.

**Metode:** Det vart nytta kvalitativ metode, med opne intervju for å samle data. 14 brannskadde pasientar deltok, desse hadde brannskader i samsvar med American burn association sine kriterier for brannskade.

**Funn:** Det kom fram at deltakarande opplevde at dei utsjånaden deira ikkje lenger var den same, til tross for at skadane grodde over tid, og kroppen hela seg. Informantane opplevde ei kjensle av å miste anonymiteten deira, då folk kunne stirre og peike på dei når dei var ute i det offentlege.

**Konklusjon:** Dei opplevde oppturar og nedturar etter brannskaden, oppturane gjorde at pasientane opplevde meistring og førte til at dei fekk trua til på eit liv etter sjukehusopphaldet.

### 4. Sjukepleiaren sitt mot fremmar tillit og styrkar livsmotet hjå alvorleg brannskadde pasientar.

(Sjursen, Gjengedal & Kvigne, 2015)

**Hensikt:** Å greie ut om sjukepleiarar sine erfaringar med å danne og halde ved like ein tillitsfull relasjon til brannskadde pasientar.

**Metode:** Studien nytta kvalitativ metode. Data vart samla med djupneintervju av fem erfarne sjukepleiarar, med temaguide som hadde fokus på kva som var fremmande og hemmande for tillit. Sjukepleiarar med minimum fem års erfaring til brannskadde pasientar var eit kriterium for å være med i studien.

**Funn:** Artikkelen presenterer funn under tema som mot til å være nær pasienten i hans eksistensielle krise, mot til å utfordre pasienten sitt livsmot og til å erkjenne overtramp i dialog



med pasienten. Sjukepleiarar medelte at smerter og angst hos pasienten kunne opplevast så overveldande for pasientane at det blei barriere for sjukepleiar når ein skulle nå inn, samstundes kom det og fram at å avklare pasienten sine forventingar med tanke på smertelindring var særst viktig.

**Konklusjon:** Ei gradvis tillit til sjukepleiarane førte til at dei kunne oppleve meir meistring. Sjølv om sjukepleiarane hadde ei oppriktig interesse og ynskja pasienten det beste, skjedde det likevel overtramp som krenka pasienten. Mot til å stå i det var styrkande for tillita.

## 5. Preserving self-concept in the burn survivors: A qualitative study

(Zamanzadeh, Valizadeh, Lotfi & Salehi, 2015)

**Hensikt:** Undersøke korleis brannskadde pasientar erfarer å bevare sjølvbilete etter ei brannskade i Iran.

**Metode:** Det vart nytta kvalitativ metode, med intervju. 17 deltakarar var med i forskinga. Deltakarane måtte være 20 år eller eldre og ha overlevd ei brannskade for minimum seks månader sidan. Deltakarane skulle ha vore innlagt på brannavdelinga ved Sina Sjukehus i Tabris.

**Funn:** Studien fann at pasientane gjekk gjennom ein mental prosess frå ulukka skjedde til dei kom heimatt og skulle ut i samfunnet. Denne besto av korleis dei oppfatta seg sjølv, korleis andre såg dei og kva posisjon dei hadde i samfunnet etter skaden. Sjølvbilete deira vart trua fysisk, emosjonelt og spirituelt. Pasientane kjende på at andre stirra på dei når dei var i det offentlege rom, og at venner skamma seg over utsjånaden deira for dette.

**Konklusjon:** Deltakarane utvikla strategiar for å handtere smerta og deformitetar, som resulterte at dei kunne akseptere deira nye kroppsbilete og bevare sjølvbiletet.

## 6. Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns

(Reeve, James & McNeill, R. 2009)

**Hensikt:** Studien er ein replikasjonsstudie gjennomført i New Zealand, basert på ein studie gjort i engelske sjukehus. Hensikta er sjå på sjukepleiarar og andre helsearbeidarar si

oppfatning av eigen kompetanse med tanke på psykososial pleie og fysisk rehabilitering, knytt opp mot deira erfaring med brannskadde pasientar.

**Metode** Vet vart nytta kvantitativ metode, i form av spørjeskjema som vart levert ut på avdelingane. Deltakarane i studia var sjukepleiarar og helsearbeidarar som hadde erfaring med brannskadde vaksne og born, anten frå ei brannskadeavdeling, kirurgisk eller barnekirurgisk avdeling.

**Funn:** Artikkelen peika på at sjukepleiarane kjende seg komfortable med å gi pleie og råd til det fysiske aspektet ved brannskade, men opplevde at dei kom til kort når dei skulle tilby psykososial sjukepleie. Tekniske kunnskapar auka med erfaring, men det gjorde ikkje kunnskapar om det psykiske.

**Konklusjon:** Ein bør forbetre pasient- og personell kommunikasjon ved å gjere det til ein integrert del av utdanninga til dei tilsette i helsesektoren. Dei psykososiale behova til pasientane må være ein del av denne utdanninga.

#### 4.2 Oppsummering av funn

Pasientar opplev ein ny kraftlaus kropp og ei kjensle av å miste seg sjølv. Pleie- og behandlingsopplegg og dårleg kommunikasjon etter skaden kan føre til ei kjensle av makteslausheit. Pasientar som har vore velfungerande tidlegere blir plutselig avhengig av hjelp, og kroppsendringar og mentale påkjenningar har truga sjølvbiletet deira. Pasientar kjenn på å miste anonymiteten deira, og opplev å bli peika på og stigmatisert i det offentlege. Med ei slik skade kjem ei kjensle av isolasjon. Ei brannskade kan være smertefull, og angst og stressrelatert lidning knytt til smertefulle behandling- og pleieprosedyrar er kjent blant brannskadde pasientar. Som eit resultat opplev brannskadde pasientar mykje sinne og sorg. Sjukepleiarar opplev å kome til kort når dei skal tilby psykososial sjukepleie, men at å snakke med pasienten bidreg til betre samarbeid og pleie.

## 5.0 Drøfting

I dette kapitlet blir det presentert drøfting delt inn i underkategoriane ”Å leve med smerter og den skjøre kroppen, nye kroppen”, ”Nytte støtte frå familie og vener som ei ressurs” og ”Behovet for informasjon og omsorg frå sjukepleiar.” Her skal det svarast på problemstillinga med bakgrunn i valte forskingsartiklar og Kari Martinsen sin omsorgsteori.

### 5.1.1 Å leve med smerter og den skjøre, nye kroppen

Pasientar opplevde den nye ”kroppsoverflata” som eit overflatesår, som ikkje var slitesterkt nok til å tåle daglegdagse aktivitetar. Dei vart meir klar over avgrensingane til den nye kroppen. unngjekk å delta sosialt eller være med på aktivitetar i frykt for at nokon skulle dunke borti dei eller ta dei for hardt på skadestaden (Gjengedal & Moi, 2014, Dahl, Wickman & Wengstrøm, 2012). I forskinga til Sjursen, Gjengedal & Kvigne (2015) kom det fram at sjukepleiarar opplevde at det å avklare pasientar sine forventingar i høve smertelindringa var særst gunstig. Ved å forklare kor mykje smerte dei kunne rekne med, og at dei sjeldan ville være smertefri i nokre tilfeller, visste pasientane kva dei hadde i vente, som gjorde det lettare å takle. Sjukepleiar forklarte også kva smerter dei ikkje skulle akseptere, til dømes konstante smerter i kvilande stilling (Sjursen, Gjengedal & Kvigne, 2015).

Pasientane kjende på konsekvensane av eit endra utsjåande. Merkene på den brende kroppen ga også ei kjensle av å være sjuk, og mange forsøkte å dekke dei til. Zamanzadeh, Valizadeh, Lotfi & Salehi (2015) si forskning viser at vener kunne skamme seg over den brannskadde sin nye utsjånad, fordi framande kunne stirre og peike på pasienten. Som eit resultat av dette kjende dei seg stigmatiserte, og unngjekk det offentlege rom. Livet blei avgrensa etter skaden grunna smerter og mobilitetsproblem. Daglege aktivitetar som å ta ein dusj eller å kle på seg vart ei utfordring måtte planleggast, og mange pasientar kjende seg svake som ikkje klarte å løyse problema som hadde oppstått etter skaden. Med dette førte det med seg ei stor kjensle av isolasjon (Dahl, Wickman & Wengstrøm, 2012, Gjengedal & Moi, 2014).

Det å kunne stå på egne bein etter ulukka eller å gå på toalettet åleine vart sett på som store oppturar og ein siger for pasientane. Slike oppturar bidrog til at dei turte å tru på eit liv etter sjukehusopphaldet og gav ei kjensle av å meistre sjukdommen (Moi, Vindenes & Gjengedal, 2008). Ein kan som sjukepleier gjere lite med korleis kroppen ser ut etter brannskaden, men

ein kan derimot forsøke å gjere noko med smertene og dei utfordringane i kvardagen som gjer at pasienten kjenn seg mislukka. Martinsen (1989, s. 16) peiker på å delta praktisk i lidinga til pasienten. Slik kan ein oppnå kunnskap om kva som er galt og eventuelt få gjort noko med det som hindrar pasienten i å ha eit meningsfullt liv.

Til dømes peika Moi, Vindenes og Gjengedal (2008) på at det låg mykje meistringskjensle i det å kome heim. Tiltak som gjer det lettare å kome heim kan nettopp føre til at pasienten opplev livet som meningsfullt. Desse tiltaka kan berre utarbeidast om sjukepleier kjenn pasienten og kva problem den har. Ein må sjå kva pasienten har kapasitet til og kva han kan meistre. Ein har som sjukepleiar anledning til å utfordre pasienten heilt på grensa til kva han kan tåle, for å gje han ei oppleving av meistring og framgang (Sjursen, Gjengedal & Kvigne, 2015). Dette kan være godt for pasienten å oppleve at nokon ”heier på” og har trua på han. Og slik kan ein kanskje bidra til eit meningsfullt liv. Samstundes, peiker Martinsen på at det ikkje er eit mål at pasienten skal vinne att heile sin funksjon og sitt sjølvstende, men at ein legg til rette for at pasienten skal ha det best mogleg her og no, slik at han kan få livsmot til å takle tilstanden sin (Kristoffersen, 2016, s. 27). Ein bør som sjukepleiar kjenne grensa, og ikkje presse pasienten over det. Eg har sjølv erfaring med at ein ynskjer det beste for pasienten, og difor forsøker å engasjere. Her må ein forsøke å skilje mellom kva pasienten sjølv ynskjer og ikkje kva ein som sjukepleier har som mål.

### 5.1.2 Nytte støtte frå familie og vener som ei ressurs

I studien til Gjengedal og Moi (2014) kom det fram kor viktig relasjonar var, då dei verka støttande i den tunge tida. Emosjonell støtte inneber å sympatisere, akseptere og verdsette, og kan styrke pasienten si oppleving av å høyre til (Renolen, 2015, s. 176). Å kjenne aksept og forståing er viktig for at pasientane sjølv skal kunne akseptere skaden og sin nye utsjånad (Moi, Vindenes og Gjengedal, 2008). Eit støttande nettverk vart ein motiverande faktor som førte til tidlegere utskrivning frå sjukehuset (Gjengedal og Moi, 2014). Gjengedal og Moi (2014) rapporterte også at det å ha besøk av familie og venner når dei var innlagt, at dei tok med bileter og skreiv til dei, var ein stor motivasjonsfaktor som også ga betre søvn og velvære.

Samstundes viser Gjengedal og Moi (2014) til at familie og venner kunne ha motsatt effekt dersom den brannskadde kjende at dei ikkje aksepterte skaden. Utan støtte og aksept frå dei

rundt, kjende pasientane på frustrasjon og sinne. Studien til Zamanzadeh et al. (2015) viste også til at pasientane kunne kjenne på at dei var ei byrde både økonomisk og fordi dei hadde behov for pleie. I tillegg kom påkjenninga av at vener skamma seg over pasienten.

Skal den brannskadde akseptere den nye kroppen, må venner og familie også akseptere den. (Moi, Vindenes & Gjengedal, 2008). Dersom venner og pårørende skal kunne akseptere skaden, må dei ha kunnskap om skaden. Pasient- og brukarrettslova §3-3 (1999) seier at dersom pasienten gjer samtykke til det eller om det skulle være naudsynt, skal pårørende ha informasjon om pasienten sin helsetilstand og gitt helsehjelp. Ein bør som sjukepleier sjå pasienten og nettverket deira, og legge til rette for å nytte desse som ei ressurs. Martinsen (1989, s. 69) peikar på at når ein forstår pasienten sin situasjon, kan ein også handle omsorgsfullt. Hjelpa pasienten er avhengig av kan kome frå dei næraste. Ved å gjere ting saman, og utvikle ein felles erfaring kan ein forstå den andre sin situasjon (Martinsen, 2012, s.71). Sjukepleiar kan engasjere pårørende til å overta oppgåver i omsorga som er av ei slik natur at dei kan meistre dei. Slik forhindrar sjukepleier også at pårørende står på sidelinja og kjenn seg makteslaus (Mathisen, 2013, s. 392). Det er derimot viktig å ikkje presse pasienten og familie for mykje. For tidleg utskrivning eller overføring frå brannskadeavdeling til lokalsjukehus kan gje pasientane ei kjensle av å være utrygg. Å bli sendt heim før ein er klar, fører til at pasient og familie får større ansvar enn dei kan meistre, som igjen fører til usikkerheit (Moi, Vindenes & Gjengedal, 2008, Gjengedal & Moi, 2014).

### 5.1.3 Behovet for informasjon og omsorg frå sjukepleiar

Brannskadde pasientar er ei kompleks pasientgruppe som krev mykje kompetanse frå sjukepleiar si side, både praktiske ferdigheter og kunnskap om psykososiale forhold. Sjukepleiarar er ei viktig ressurs og støtte for pasientane når dei skal meistre livet etter ei brannskade i følge Gjengedal og Moi (2014). Pasientar peikar på at manglande informasjon og dårleg kommunikasjon var sett på som ein av årsaka til at dei kjende på usikkerheit og utrygghet. Til dømes hendte det ofte at det var ein sjukepleiar som planla noko, og ein annan som utførte. Dette førte til mykje misforståingar og dermed mykje ubehag for pasienten (Dahl, Wickman & Wengström, 2012). Pasientane uttrykte at det hadde vore tryggande om personalet var flinkare til å informere om dei ulike prosessane og korleis det sto til med kroppen. Pasient- og brukarrettslova (1999) §3-2 gjer pasienten rett til naudsynt informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa, pasient skal også ha naudsynt

informasjon for å få tilstrekkeleg innsikt i helsetilbod og for å kunne ivareta sine rettar. Sjukepleiar bør legge til rette slik at pasienten får tilfredsstillande informasjon. Det er ikkje berre ”god sjukepleie” å gje denne informasjonen, det er ein pasientrett ein som sjukepleiar bør ivareta.

Kontinuerlege smerter, samt stress og angst relatert til prosedyrar hos den brannskadde førte lett misstydingar og konflikt i relasjonen, og satt tilliten til sjukepleier på spel. Angst og smerter kan bli så overveldande at den blir ei barriere for dialogen mellom pasient og sjukepleiar (Sjursen, Gjengedal & Kvigne, 2015). Då er det viktig at sjukepleiar ikkje gir opp, men forsøker å oppretthalde dialogen på ein hensiktsmessig måte. Å snakke med, og ikkje berre om pasienten er vesentleg for å skape tillit. (Sjursen, Gjengedal & Kvigne, 2015). Sjursen, Gjengedal og Kvigne (2015) argumenterer at det er når sjukepleier tek initiativ til samtaler om traumatiske opplevingar, opnar pasientar seg og fortel om si liding. Mathisen (2013, s. 391) peikar på at sjukepleie ved brannskade inneber å lytte til pasienten, slik at pasienten får snakket ut om ulukka og frykta for framtida. Sjukepleier bør difor sjå pasienten sin, og syte for god kommunikasjon, slik at pasienten føler seg sett og høyrte. Gjengedal og Moi (2014) viste at pasientane fekk ei forståing ved å kommunisere med erfarne sjukepleiarar. Pasientane opplevde at sjukepleiarane forsto, og at dei kunne tru seg til dei. Informasjon frå helsepersonell førte nettopp til auka tryggleik hos pasientane.

Pasientane opplevde det som verdifullt at nokon hadde tid til dei, kunne halde dei i handa eller ta på dei. Dette overgikk einsamheita deira, og gjorde at dei kunne fokusere på noko anna enn smerten. Sjukepleiarane blei opplevd som omsorgsfulle og kompetente, og det vart verdsatt når dei gav det litle ekstra, og viste respekt for pasienten som eit individ, til dømes ved å la pasienten velje klede sine sjølv eller hjelpte dei å barbere seg (Dahl, Wickman og Wengström, 2012). Desse kvardagslege tinga er noko av det Kari Martinsen (1989, s. 77) peiker på når ho snakkar om omsorg. Enkle reiskap som pasienten kjenner att, kan ha mykje å sei for pasienten si situasjon og for kvaliteten på omsorga. Noko som kan opplevast som trivielt for den friske sjukepleiaren kan ha mykje å sei for ein hjelpetrengande pasient. Gjennom dei to hovudkomponentane i fagleg skjønn- følsam openheit som gjer at ein ser appellen om livsmot i den andre si liding, og ved å nytte fagkunne for å forstå og handle godt for og saman med han, kan ein få fram livsmotet i pasienten (Martinsen, 1989, s. 141). Ein er trossalt berre avløyser for pasienten, inntil den sjølv kan finne sin plass. All sjukepleie må

nettopp difor være basert på eit personleg forhold mellom pasienten og sjukepleiar, der sjukepleiar kjenner og forstår (Martinsen, 1989, s. 178).

Forskinga til Sjursen, Gjengedal og Kvigne (2015) viser til at når sjukepleiar opplevde å få den brannskadde pasienten si tillit, erfarte dei eit styrka mot til å stå i dei utfordrande pasientsituasjonane og dei nære relasjonane. Det er når sjukepleier tørr å vise det sårbare, og oppriktige i relasjonen til pasienten, at ho blir pasienten sin tillit verdig. Ved å være til stades med heile sitt sanselege og faglege nærvær kan sjukepleier framme livsmot, og slik framme pasienten sitt livsmot til å halde ut lidinga (Martinsen, 2003 i Sjursen, Gjengedal og Kvigne, 2015).

Omsorg kan opplevast som eit enormt og breitt omgrep. Det er vanskeleg å definere kva som er omsorg, når pasientar er ulike individ med forskjellige behov. Når Martinsen (1989, s.76-77) peiker på at omsorg er ei praktisk handling fordi den veks ut av den konkrete situasjonen ein er i, får ein betre peikepinn på kva omsorg kan være. Det kan være nærliggande å tru at omsorg ikkje er ein universell ting som passar alle, men at den nettopp blir definert utifrå den gitte situasjonen vi finn oss i med pasienten. Det som er omsorg for meg, er kanskje ikkje omsorg for ein annan. Omgrepet ”meningsfullt” er også eit breitt og relativt omgrep. Vi som menneskjer søkjer etter mening i kvardagen, då det gjer livet innhald og retning (Førland, Alvsvåg og Tranvåg, 2018) Omsorg og mening er knytt saman, fordi omsorg er å legge til rette for det meningsgivande. Det som fremmar oppleving av verdigheit og styrkar mogleik til å realisere ynskjer, behov og potensiale. Denne realiseringa styrkar i følge Førland, Alvsvåg og Tranvåg (2018) personen si oppleving av mening, og fremmar opplevinga av verdigheit. Slik blir ein igjen meir rusta til å tåle desse vonde situasjonane, og meir open til å akseptere den nye livssituasjonen. (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 205).

## 6.0 Konklusjon

Hensikta med litteraturstudien var å tileigne seg kunnskap om kva opplevingar og erfaringar har pasientar etter ei brannskade, og korleis kan sjukepleier si omsorg bidra til eit meningsfullt liv i etterkant. Den føreliggande litteraturstudien viser at pasientar med brannskade sleit med utfordringar som smerter, endring av funksjon, kropp og sjølvbilete. Desse utfordringane kunne blant anna lede til ei kjensle av stigmatisering, sosial isolasjon og eit svekka sjølvbilete. Studiane samla i litteraturstudien viste til at ved å nytte relasjonar som familie og venner, samt støtte frå sjukepleiarar, kunne pasientane oppleve ei form for meining.

Å ha nokon som forstår, anten det er sjukepleiar eller nokon i ein nær relasjon, er vesentleg for pasientane når dei skal oppleve heling frå eit slikt traume. Ved å nytte pasientar sitt nettverk kan pasienten oppleve meistring og små singlar i kvardagen, som gjer dei motiverte til å fortsette. Skal pasientar oppleve eit meningsfullt liv må sjukepleiar har kjennskap til brannskader og eventuelle komplikasjonar som kan være eit hinder for dette. Omsorga sjukepleier gjer veks ut av dei konkrete situasjonane, og pasienten si tilstand (Martinsen, 1989, s. 76-77), og er dermed ikkje eit universelt omgrep som passar alle pasientar. Fordi omsorg er eit slikt vidt omgrep, kan det variere kva kvart enkelt pasient og sjukepleiar legg i det. Sjukepleier bør difor ha kjennskap til pasienten sin, og kva indre og ytre ressursar den har, og justere pleie og omsorg etter det.



## 7.0 Litteraturliste

- Dahl, O., Wickman, M. & Wengström, Y.(2012). Adapting to life after burn injury: Reflections on care. *Journal of burn care and research*, 33(5), 595-605.  
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1097/BCR.0b013e31823d0a11>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (6.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2013). Helsinkideklarasjonen. Henta 13.03.19 frå:  
<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3.utg.). Stockholm: Natur och kultur.
- Førland, O., Alvsvåg, H. & Tranvåg O. (2018). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. (4), 196-214. Doi: 10.18261/issn.2387-5984-2018-03-02
- Gjengedal, E. & Moi, A. L. (2014). The lived experience of relationships after major burn injury. *Journal of clinical nursing*, (23)15-16, 2323-2331. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.12514>
- Helsepersonellova (1999). Lov om helsepersonell (LOV-2018-06-15-38). Henta frå:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonellova>
- Kierkegaard, S. (1859). *Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed*. København: Gyldendal
- Kirkevold, M. (2008). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. (2. Utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (red.) (2016). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*.(s. 15-64). (3.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, N. J & Breievne, G. (2016) Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (red.) (2016). *Grunnleggende sjukepleie, bind 3*. (s. 187-221). (3.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016). PICO. Henta frå: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016). Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning. Henta 12.03.19 frå: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie, medisin*. Oslo: Tano.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe AS.
- Mathisen, J. (2013). Sykepleie ved brannskader. I Almås, H., Stubberud, D. G. & Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. (S. 381-400) (4.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Moi, A. L., Vindenes, H. A & Gjengedal, E. (2008). The experience of life after burn injury: a new bodily awareness. *Journal of advanced nursing*, 63(3), 278-286  
<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2648.2008.04807.x>
- Norsk sjukepleiarforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Henta frå: [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)
- Pasient- og brukerrettslova. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Henta frå: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#%C2%A73-4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-4)
- Reeve, J., James, F & McNeill, R. (2009). Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns. *Leading global nursing research*, 65(5), 1039-1043.  
<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2648.2009.04964.x>

Renolen, A. (2015). *Forståelse av mennesket- innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Sjursen, I., Gjengedal, E. & Kvigne, K. (2015). Sjukepleiaren sitt mot fremmar tillit og styrkar livsmotet hjå alvorleg brannskadde pasientar. *Nordisk sygeplejeforskning*, 5(2), 165–178. Henta frå: [https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/file/pdf/66783864/sjukepleiaren\\_sitt\\_mot\\_fremmar\\_tillit\\_og\\_styrkar\\_livsmotet .pdf](https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/file/pdf/66783864/sjukepleiaren_sitt_mot_fremmar_tillit_og_styrkar_livsmotet.pdf)

Søk og skriv. (2017). *IMRoD-modellen*. Henta 13.03.19 frå: <https://sokogskriv.no/skriving/struktur-og-argumentasjon/imrod-modellen/>

Thidemann, I. J. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. Oslo: Universitetsforlaget

Valestrand, M. (2010). Bobler av global helse. *Tidsskrift for den norske legeförening*, (12), 1258- 1259. Henta frå: <http://tidsskriftet.no/article/1989378/>

World health organization (2014) *Burns*. Henta 13.03.19 frå: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>

Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Lotfi, M. & Salehi, F. (2015). Preserving self-concept in the burn survivors: A qualitative study. *Indian journal of palliative care*, 21(2), 182-191. <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.4103/0973-1075.156492>

## 8.0 Vedlegg

### Vedlegg 2: Pico-skjema

<b>P (Patient)</b>	<b>I (Intervention)</b>	<b>O (Outcome)</b>
Brannskadde pasientar	Brannskade	Sjuepleie Erfaringer Meistring Meining
Burn patients	Burn injury	Care Experience Coping Meaning

**Vedlegg 3: Litteraturmatriser****Litteraturmatrise 1: Moi, A. L., Gjengedal, E. (2013). The lived experience of relationships after major burn injury**

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord/ Keywords	Metode	Funn	Relevans for oppgåva?
<p>Moi, A.L. Gjengedal, E. (2013).  The lived experience of relationships after major burn injury.  <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 23, 2323 -2331</p>	<p><b>Hensikt:</b> Å utforske kva meining relasjonar og støtte har for pasientar i etterkant av ein alvorleg brannskade</p> <p><b>Problemstilling:</b> Å beskrive erfaringar hos menneskjer som har opplevd ei alvorleg brannskade, slik at ein betre kan forstå korleis dei opplev den.</p>	<p>Burns, care, family, rehabilitation, social support</p>	<p><b>Kriterier:</b> deltakarar måtte være 18 år eller eldre, ha ein brannskade som samstemte med kriteria for american burn associaions. Alle deltakarar måtte kunne norsk, og ikkje ha noko mental eller kognitiv forstyrning</p> <p><b>Utval:</b> 14 deltakarar som passa kriteria.</p> <p><b>Datasamling:</b> Det blei nytta opne intervju for å samle inn data. Desse blei tatt opp på lydband, transkribert og analysert.</p> <p><b>Dataanalyse:</b> Det vart nytta kvalitativ metode. Intervjua blei analysert ved å nytte Georgi sin fenomenologiske metode.</p> <p><b>Etisk godkjenning:</b> studien fekk godkjenning frå regional komité for medisin og helseforskning.</p>	<p>*Relasjonar og familie var relevant for at sjukehusopphaldet skulle ha mening. Pasientane opplevde å bli motivert når dei fekk besøk av pårørende og venner. *Å føle seg akseptert av familie og venner, var viktig for å bli frisk. Samstundes hadde det motsatt effekt om dei ikkje følte seg akseptert. *Deltakarar følte at helsepersonell såg dei, og at dei var kompetente, dette virka tryggande.</p>	<p>Forskninga er relevant for oppgåva fordi den ser på relevante faktorar for å få brannskadde til å meistre den nye kvardagen sin. Relasjonar og gode råd frå helsepersonell kjem fram som viktig for å meistre livet etter skaden.</p>

**Litteratormatrise 2:** Reeve, James & McNeill (2009). *Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns*

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord/ Keywords	Metode	Funn	Relevans for oppgåve?
Reeve, J., James, F. & McNeill, R. (2009).  Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns.  <i>Leading global nursing Research,</i> 65(5), 1039 -1043	<b>Hensikt:</b> Utforske sjukepleiarar og andre helsearbeidarar si oppfatning av eiga kunnskap når det kjem til å gje pasientar psykososiale og fysiske rehabiliteringsråd, knytt til deira erfaring med brannskade	Burn patients, health care professionals, nursing, physical, psychosocial rehabilitation	<b>Kriterier:</b> Deltakarane måtte være sjukepleiarar eller anna helsepersonell som jobba med brannskadde pasientar, anten ved brannskadeavdeling, plastisk kirurgisk avdeling eller kirurgisk avdeling for born. <b>Utval:</b> Deltakarane var sjukepleiarar og helsearbeidarar som hadde erfaring med brannskadde vaksne og born. Anten frå brannskadeavdeling, kirurgisk avdeling eller barnekirurgisk avdeling. <b>Datasamling:</b> Informantane fekk ei forklaring av studien av forskarane, dei fekk deretter <i>nurse skills questionnaire</i> , eit skjema utvikla for <b>Dataanalyse:</b> Dette var en replikasjonsstudie med tverrsnittsdesign. Det vart samla inn att 54 spørjeskjema, som alle vart nytta. Data vart analysert ved å nytte SPSS 14.0 for Windows. <b>Etisk godkjenning:</b> Studien fekk godkjenning frå etisk komité ved universitetet i Auckland.	*Pasientane vender seg til helsepersonell for støtte og råd, og retteleiing. *Personalet opplevde at dei ikkje hadde tilstrekkeleg kunnskap for å gje pasientane god psykososiale sjukepleie. *Sjukepleiearar opplev at tekniske ferdigheiter blir betre med erfaring, men at kunnskapar om det psykososiale ikkje blir betre med åra. *Å setje av ressursar og god opplæring kan gjere helsepersonell rusta til å handtere problem knytt til psykososial rehabilitering.	Artikkelen er relevant for oppgåva fordi den tar sikte på å utforske korleis sjukepleiarar og anna helsepersonell ser på kvaliteten av pleia dei gjer til pasientane. Dette er ei viktig observasjon, fordi for å vite korleis sjukepleiar kan bidra til at pasientar opplev meining, må ein vite noko om kva form for sjukepleie pasienten får og kva kvalitet det er på pleia.

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

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord/ Keywords	Metode	Funn	Relevans for oppgave?
<p>Moi, A.L. Vindenes, H.A &amp; Gjengedal, E. (2008). The experience of life after burn injury: a new bodily awareness.</p> <p><i>Journal of advanced nursing</i>, 63(3), 278-286</p>	<p><b>Hensikt:</b> Hensikta med studien var å setje lys på korleis brannskadde pasientar opplever å leve med ein endra kropp.</p> <p><b>Problemstilling:</b> Tok for seg å beskrive erfaringar til menneskjer som har opplevd alvorlege brannskader, slik at ein kan forstå kva korleis dei opplev det.</p>	<p>Bodily awereness, burn injury, experience, nursing, phenomenology, quality of life, rehabilitation.</p>	<p><b>Kriterier:</b> Deltakarar måtte være 18 år eller eldre, forstå norsk, opplevd ei alvorleg brannskade som samsvarar med American burn associations kriterier. Deltakarane kunne ikkje ha mentale sjukdommar eller sjølvpåførte skader.</p> <p><b>Utval:</b> 14 deltakarar deltok i studia.</p> <p><b>Datasamling:</b> Det vart nytta kvalitativ metode. Data blei samla ved opne intervju, desse blei tatt opp digitalt og deretter transkribert.</p> <p><b>Dataanalyse:</b> Data vart analysert med Giorgi's fenomenologiske metode.</p> <p><b>Etisk godkjenning:</b> Studien fekk godkjenning av etisk komité i Noreg.</p>	<p>*Deltakara opplevde at utsjånad ikkje blei den same, sjølv om huda blei betre og meir sensitiv over tid, og komplikasjonar som kontraktur blei behandla. *Informantane kjente at dei mista anonymiteten deira, då folk kunne stirre og peike på dei. Dei følte seg utilpass og stigmatiserte. i det offentlege rom.</p> <p>*Relasjonar spelte ei stor rolle i å hjelpe pasienten i å leve med nytt utsjånad, då dei syns det var viktig å bli aksepterte.</p> <p>*Deltakarane opplevde at kroppen kunne klø, og vanskar med å regulere temperaturen.</p> <p>*Pasientane opplevde oppturar, som å gå på toalettet sjølv, å kome seg ut og å gå i korridoren. Slike augeblikk gjorde at pasientane fekk trua på eit liv etter sjukehusopphaldet.</p> <p>*Å ha eit kjent ansikt var viktig for pasientane, samt å ha eit godt samarbeid med helsepersonell.</p> <p>*Når pasientane reiste heim, følte familien på ei usikkerheit.</p>	<p>Studien er relevant for litteraturstudien fordi den beskriv erfaringar til pasientar med alvorleg brannskade, korleis dei erfarer å ha fått endra utsjånad og funksjon.</p> <p>Studien viser og til at gode relasjonar med familie og venner er viktig for heling og meistring av skaden, og at god kommunikasjon og støtte frå sjukepleiar er viktig for å oppleve meistring og kunne akseptere skaden sin.</p>

**Litteratormatrise 4:** Dahl, O., Wickman, M. & Wengström, Y.(2012). Adapting to life after burn injury: Reflections on care.

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord/ Keywords	Metode	Funn	Relevans for oppgåve?
Dahl, O., Wickman, M. & Wengström, Y. (2012).  Adapting to life after burn injury: Reflections on care.  <i>Journal of burn care and research,</i> 33(5), 595- 605.	<b>Hensikt:</b> Hensikta med forskinga var å utforske brannskadde pasientar sine erfaringar til å tilpasse seg livet etter ein brannskade.  <b>Problemstilling:</b> Korleis få ei djupare forståing for dei viktigaste problema for pasientar under og etter pleie.	Burns, wounds and injuries, coping, behavior. burn therapy	<b>Kriterier:</b> Deltakarane måtte være over 18 år, ha vore på brannskadeavdelinga over sju dagar, og ha tilstrekkeleg evner kognitivt og til å kommunisere. <b>Utval:</b> Intervju blei utført med tolv brannskadde pasientar (8 menn, 4 kvinner). <b>Datasamling:</b> Kvalitativ metode vart nytta. Deltakarane vart intervjuet 6-12 månader etter skaden. Intervjuet var opne, og starta med om deltakarane kunne fortelje kva dei hugsar frå skaden. <b>Dataanalyse:</b> Intervjuet blei analysert ved å nytte Kvaless metode for strukturerte analyse, og inkluderte ei gjennomlesing og tolking av teksta. <b>Etisk godkjenning:</b> Forskinga fekk godkjenning frå etisk komité ved sjukehuset.	*Pasientane opplevde ein ny kropp. Dei satt att med ei kjensle av at kroppen var skjørare enn tidlegare, og at det avgrensa daglege rutinar dei hadde hatt før skaden.  *Pasientane opplevde ei kjensle av sosial isolasjon. Arr på kroppen gav ei kjensle av å være sjuk, og frykt for å dunke borti noko eller skade seg gjorde at dei heldt seg unna sosiale samlingar.  *Nokre pasientar fortalte korleis skaden hadde påverka deira mentale helse. Dei opplevde fatigue, apati, einsamheit og depresjon etter skaden.  *Informantane satt att med ei kjensle av å være sårbar og mislukka fordi dei trong hjelp til ting dei hadde klart tidlegare.	Hensikta med artikkelen var å utforske korleis pasientar erfarte å tilpasse seg livet etter skaden. Artikkelen har relevans fordi den svarer godt på første delen av problemstillinga i denne litteraturstudien: ”kva opplevingar og erfaringar har pasientar etter ein brannskade”. Den ser også på livet etter brannskaden, som kan være relevant for korleis sjukepleier skal bidra til å finne mening.



**Litteratormatrise 5:** Sjursen, I., Gjengedal, E. & Kvigne, K. (2015). Sjukepleiaren sitt mot fremmar tillit og styrkar livsmotet hjå alvorleg brannskadde pasientar

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord/ Keywords	Metode	Funn	Relevans for oppgåve?
<p>Sjursen, I., Gjengedal, E. &amp; Kvigne, K. (2015). Sjukepleiaren sitt mot fremmar tillit og styrkar livsmotet hjå alvorleg brannskadde pasientar.</p> <p><i>Nordisk sygeplejeforskning</i>, 5(2), 165–178</p>	<p><b>Hensikt:</b> Å utforske sjukepleiarar sine erfaringar med å oppnå og halda ved like ein tillitsfull relasjon i samhandling med alvorleg brannskadde.</p> <p><b>Problemstilling:</b> Korleis kan sjukepleiar oppretthalde tillit og fremme meistring hos brannskadde pasientar.</p>	<p>Brannskade, erfaringskunnskap, mot, møte lidning, nærleik, omsorg, skape tillit</p>	<p><b>Kriterier:</b> Sjukepleiarar med minimum fem års erfaring i nært arbeid med brannskadde.</p> <p><b>Utval:</b> ti fekk informasjonsskriv til å delta, fem erfarne sjukepleiarar ga samtykke til å være med.</p> <p><b>Datasamling:</b> Det vart nytta kvalitativ djupdeintervju. Det vart nytta ein temaguide som hadde fokus på tre områder (1) utdjuping av forteljingane, (2) utdjuping om kva som vart opplevd som tillit/Mangel på tillit og kva som vart opplevd som fremmande/hemmande for tillit og (3) refleksjonar kring episodane i etterkant.</p> <p><b>Dataanalyse:</b> Intervjua blei tatt opp på bånd, og deretter transkribert.</p> <p>Det vart nytta Giorgi sin fenomenologiske analysemodell.</p> <p><b>Etisk godkjenning:</b> Studien vart godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).</p>	<p>Funn blei presentert med følgjande tema: (1) mot til å være nær pasienten i hans i eksistensielle krise. (2) mot til å utfordre pasienten sitt livsmot og evne til (3) mot til å erkjenne overtramp i dialog med pasienten.</p> <p>*Sjukepleiarar opplevde at smerter og angst kunne være så overveldande at det blei ei barriere for dialogen, naudsynt pleie og behandlingsprosedyrer.</p> <p>*å avklare pasienten sine forventingar i høve smertelindringa vart lagt fram som særskilt viktig.</p> <p>*Sjukepleiarane opplevde gradvis at pasientane fekk meir tillit til dei, og opplevde meir meistring.</p> <p>*Sjølvsagt om sjukepleiarane hadde ei oppriktig interesse og ynskja det beste for pasienten, skjedde det likevel overtramp som krenka pasienten, dei erfarte at dette svekka tillita. *Å ta opp uheldige episodar i etterkant sette krav til sjukepleiarar sitt mot til å takle avvising og erkjenne overtramp.</p>	<p>Artikkelen utforskar korleis sjukepleiarar sine erfaringar med å skape tillitsfulle relasjonar til sine brannskadde pasientar. Fordi denne litteraturstudia handlar om korleis omsorg kan føre til meistring, er det relevant å sjå på sjukepleiarar sine relasjonar til pasienten.</p>

**Litteratormatrise 6:** Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Lotfi, M. & Salehi, F. (2015). *Preserving self-concept in the burn survivors: A qualitative study*

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord/ Keywords	Metode	Funn	Relevans for oppgave?
Zamanzadeh, V. Valizadeh, L. Lotfi, M. Salehi, F. (2015).  Preserving self-concept in the burn survivors: a qualitative study.  <i>Indian journal of palliative care</i> , 21(2), 182- 191	<b>Hensikt:</b> Hensikta med studien er å undersøke erfaringane med sjølvbilete hos brannskadde pasientar  <b>Problemstilling:</b> Korleis opplev brannskadde pasientar i Iran å bevare sjølvbilete etter skaden.	Burn survivors, Iran, Qualitative study, self- concept.	<b>Kriterier:</b> Deltakarane måtte være 20 år eller eldre, ha overlevd ei brannskade for minst 6 månader sidan og vore innlagt på brannskadeavdelinga på Sina sjukehus i Tabriz. <b>Utval:</b> 17 deltakarar var med. <b>Datasamling:</b> Det blei nytta djupneintervju med opne spørsmål. Alle intervju blei teken opp på lydband og deretter transkribert og analysert. <b>Dataanalyse:</b> Det vart nytta kvalitativ metode for å analysere <b>Etisk godkjenning:</b> Studien vart godkjend av etisk komité ved Universitetet i Tabriz.	*deltakarane gjekk gjennom ein mental prosess frå ulukka fann stad til dei kom heimatt og ut i det offentlege. Blant anna korleis dei oppfatta seg sjølv og sitt nye ”eg”, deira nye posisjon i samfunnet og korleis andre såg på dei. *Pasientane kjente på at dei vart ein byrde for familien fordi dei trong pleie og var ein økonomisk påkjenning. *Sjølvbiletet blei truga fysisk, psykisk og spirituelt. *Pasientane opplevde at venner og familie skamma seg over deira nye utsjånad og at dei vart stigmatiserte når dei var ute i det offentlege. *Deltakarane utvikla ulike meistringsstrategiar for å handtere smerter og deformitetar, desse strategiane gjorde at dei kunne akseptere deira nye kropp og sjølvbilete. *Det var mykje sorg i å samanlikne livet dei hadde hatt med det livet dei hadde i dag.	Artikkelen er relevant for litteraturstudien fordi den utforskar korleis brannskadde pasientar oppfatta seg sjølv og sjølvbilete deira etter skaden. Det er hensiktsmessig når ein skal sjå på pasientar sine erfaringar og opplevingar etter ei brannskade, å sjå på korleis dei opplev seg sjølv i tida etter.

Moi & Gjengedal - The lived experience of relationships after major burn injury  
 Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

**Vedlegg 3: Døme på kritisk vurdering gjennom sjekkliste**

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

**SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING**

Målgruppe: studenter og helsepersonell  
 Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?  
 Hva forteller resultatene?  
 Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:  
 1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

**INNLEDENDE SPØRSMÅL**

1. Er formålet med studien klart formulert? <i>TIPS:</i> • Er det oppgitt en problemstilling for studien?	Ja X	Uklart 0	Nei 0
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? <i>TIPS:</i> • Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?	Ja X	Uklart 0	Nei 0

Studien søker å belyse pasienters erfaring med barnstekt og korleis relasjonar kan bidra til å redusere heil eller smerten

**KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?**

3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? <i>TIPS:</i> • Er strategien, måten å samle inn data på og måten å analysere data på beskrevet og begrunnet?	Ja X	Uklart 0	Nei 0
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? <i>TIPS:</i> I strategiske utvalg er vallet å dekke utvalgte relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er valgt ut mennesker, men kan også være begreper, sosiale situasjonar eller dokumenter. Enheterne kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemt forbindelse med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige. • Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder osv.)?	Ja X	Uklart 0	Nei 0
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? <i>TIPS:</i> Datamaterialet må være omfattende nok både i breidde (typen observasjoner) og i dybde (graden av observasjoner) som den skal kunne støtte og generere konklusjoner. • Er metoden som ble valgt god for å belyse	Ja X	Uklart 0	Nei 0

Kommentar: Det kjem tydelig fram korleis som i samta inn og korfor.

Kommentar: Det vart nytt strategisk utval ved å bli med begge kjønn og ved å ha variasjon i svarekomparat og korleis skaden oppsto. Det v redegjort for korleis pasientane dei vart ut og korfor. Det var godt utvalgt å bli med ulike tilhøyringsforhold. Det v tatt med PAS med ulike kulturelle og sosiale forhold.

Kommentar: Data var samla gjennom utvalgte intervju, slik at det vart mogleg å utforske utførelsen.

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</li> <li>Er valgte data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjupåide)?</li> <li>Ble valgt av setting for dokumentasjonen begrunnet?</li> </ul>	<p>Det var nyttig å gjøre en fenomenologisk metode for å bruke. En intervjupåide, intervjua, med minimums innblanding for at deltakere ikke kunne utslippe. Det kom fram hvor intervjua er holdne, men det er ikke bekvemme kriterer</p>
---	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt temainnalyse, hvor man ser i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)</li> <li>Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>Er motvridende data tatt med i analysen?</li> <li>Se du en klar sammenheng mellom innvalgte data (f.eks. sitater) og kategorier som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<p>Ja Uklart Nei 0 0 0</p> <p><b>Kommentar:</b> Det var nyttig fenomenologisk analyse. Det er viktig først med notiserte ut data, da dette gir gode perspektiver. Datamaterialet er tydelig beskrevet, og det er en klar sammenheng mellom innvalgte data og kategorier. Kristvarene var forne fram til</p>
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som dokumentasjonen foregår innvirke på resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Har forskeren gjort rede for konteksten som dokumentasjonen foregår innenfor?</li> <li>Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<p>Ja Uklart Nei 0 0 0</p> <p><b>Kommentar:</b> Datamaterialet er tydelig beskrevet i hovedsak på grunnviset på at det er alle relevante data. Det er en klar sammenheng mellom innvalgte data og kategorier. Kristvarene var forne fram til</p>
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: Kategoriene eller aspektene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende aspekt ble identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, se en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende uttrykk fra andre kilder. Det er spesielt av forskjellige kilder gir det litt uttrykk, innholdet blir ikke forskjeller fortolket</p>	<p>Ja Uklart Nei 0 0 0</p> <p><b>Kommentar:</b> Det er tilgjengelige uttrykk gjort forskning for å underbygge funnene, da det er vanskelig å underbygge perspektiver.</p>

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>4. Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å underbygge funnene?</p>			
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS: • Ble studien forklart for deltakerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? • Deresom relevant, ble studien forelagt Etisk komité?</p>	<p>Ja Uklart Nei 0 0 0</p>		

**Kommentar:** Studien fikk etisk godkjenning og deltakerne var informerte og fikk skriftlig informasjon. Det fikk informasjon om at deltakerne var trykkelige og at de kunne beklage seg.

HVA ER RESULTATENE?

<p>5. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p>Ja Uklart Nei 0 0 0</p>		
---	--------------------------------	--	--

**Kommentar:**  
+ God støtte til pårørende er viktig for å redusere livet etter skaden.  
+ Helsepersonell si støtte kan og betyr

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sammenligne eller resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomener.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengene jeg arbeider i?</li> <li>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p>Ja Uklart Nei 0 0 0</p>		
---	--------------------------------	--	--

**Kommentar:**  
Resultatene er nyttig mtp påvirkning i helseberedningen min, da den skader på å koma. Studien gir kunnskap om noen mange spørsmål oppgjør de kan møte om - psykologisk støtte. Disse funnene bidrar til at ein kan utvise tydelig forståelse og støtte til helsepersonell.  
Ikke bare den fysiske skaden, men også det psykiske skaden som ved etter skaden merket (Sørg, angst, depresjon osv.)