



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 312

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 10581

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 6

Andre medlemmer i gruppen: 311

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Styrke selvbilde etter en alvorlig
brannskade

Strengthen self-image after a major burn
injury

Kandidatnummer: 311 & 312

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 22.mai 2020

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

“I was not very pretty before [the accident], but I was a normal person and suddenly you see a person in the mirror, without hair and with an ugly face, and you think, ‘That is not me!’ Even though I knew it was me I saw in the mirror, I refused to admit it was me. It was painful, indescribable. Me, like that” (Moi, Vindenes & Gjengedal, 2008, s. 281).

Abstract

Title: Strengthen self-image after a major burn injury

Background: Every year, around 700 patients are treated for burn injuries in Norway. About 100 patients with major burn injuries are treated at the burn injury department at Haukeland Universitetssykehus. Burn injuries can change the patient's look and this can cause a mental strain for the patient. Many patient's struggle with a changed self-image.

Research question: *How can a nurse strengthen the self-image of patients with major burn injuries?*

Aim: The aim of this study is to gain more knowledge about how nurses can strengthen the patient's self-image after a burn injury.

Method: This thesis is a literature study based on research and academic literature. The research articles were found in Cinahl, Medline, PubMed and SveMed+ and both qualitative and quantitative articles were included.

Results: The research shows that a burn injury change the patient's life, both psychologically, physically and socially. The patients partners and family has an important role, to confirm that the love between them was not affected by the burn injury. The patients felt that it was important to have a familiar face in order to establish good cooperation with the nurses. Nurses courage to face the injures in the situation when the patients is in a life crisis, was essential in creating a trusting relationship.

Conclusion: The nurses must create a trusting relationship and support the patient's hopes, mastery and courage to strengthen the self-image. The patients used both internal and external resources in the rehabilitation process.

Keywords: Nurses, burn injury, self-image, hope, mastery, relationship, trust

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Oppgavens hensikt og bakgrunn	2
1.2 Presisering og avgrensninger i oppgaven	3
1.3 Problemformulering	3
1.4 Oppgaven sin disposisjon	3
2.0 Metode	4
2.1 Definisjon av metode	4
2.2 Litteraturstudie som metode	4
2.3 Søkeprosess	5
2.3.1 Inkluderingskriterier	5
2.3.2 Litteratursøk	6
2.3.3 Artikkelsøk	6
2.3.4 Analyse av forskningsartiklene	7
2.4 Kildekritikk	7
2.5 Etske overveielser	8
2.6 Kritisk vurdering av egen oppgave	8
3.0 Teori	11
3.1 Brannskade	11
3.2 Selvbilde	12
3.3 Mestring	13
3.4 Autonomi	13
3.5 Joyce Travelbee sin teori om mellommenneskelige aspekter og håp	14
3.6 Rehabilitering	15
3.7 Den traumatiske krisen	15
3.8 Sykepleie-pasient-felleskapet	16
3.9 Kommunikasjon	17
4.0 Resultat	18

4.1 Forskningsartikkel 1.....	18
4.2 Forskningsartikkel 2.....	18
4.3 Forskningsartikkel 3.....	19
4.4 Forskningsartikkel 4.....	19
4.5 Forskningsartikkel 5.....	20
4.6 Forskningsartikkel 6.....	20
5.0 Drøfting	22
5.1 Relasjonsbygging og tillit mellom sykepleier og pasient	22
5.2 Opplevelsen av håp og mestring	24
5.3 Betydningen av familie, partner og venner	26
5.4 Gjenoppbygging av det brente selvilde.....	28
5.4.1 Håndtering av krisereaksjon.....	29
5.4.2 Håndtering av en ny livssituasjon.....	30
5.4.3 Tverrprofesjonelt samarbeid.....	31
6.0 Konklusjon	32
Litteraturliste	33
Vedlegg	1
Vedlegg 1: Pico	1
Vedlegg 2: Søkehistorikk	1
Vedlegg 3: Litteratormatrise	1
Vedlegg 4: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie fra helsebiblioteket.....	1

1.0 Introduksjon

Alvorlige brannskader kan føre til et forandret utseende og dette kan oppleves som en stor psykisk belastning for pasienten. Det er vanlig at pasienter kan ha sterke og langvarige psykiske reaksjoner etter en brannskade og det kan ta lang tid før pasienten opplever å komme seg videre. Pasienten kan ha utfordringer med å komme seg ut i samfunnet igjen på grunn av store, synlige arr. Mange har utfordringer med å tilpasse seg et forandret selvbilde og noen føler seg «merket for livet» (Mathisen, 2015).

Hvert år blir rundt 700 pasienter behandlet for brannskader i Norge. Brannskadeavdelingen på Haukeland Universitetssykehus er et nasjonalt behandlingssenter som har en landsdekkende funksjon. Her blir om lag 100 pasienter med alvorlige brannskader behandlet hvert år. Behandling av brannskader består av konservativ behandling, operativ behandling og avansert intensivbehandling ved store skader. Etter den akutte fasen blir som oftest pasientene behandlet videre ved lokale sykehus eller ved rehabiliteringsavdelinger (Helse Bergen, 2017c).

Sykepleierne har flere hovedfunksjoner i møte med den enkelte brannskadde pasient. Noen av dem er å yte pleie og omsorg, samt gi nødvendig informasjon, veiledning og undervisning. I rammeplanen for sykepleierutdanningen står det at sykepleieren skal forholde seg til pleie og kontinuerlig omsorg for den syke ut fra hvordan det erfarer å være syk. Sykepleier har ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter (Kunnskapsdepartementet, 2008). Pasientens rett til informasjon er lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven. Der står det at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Sykepleieren skal også ivareta pårørendes rett til informasjon som sier at «dersom pasienten eller brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens eller brukerens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukerens helsetilstand og den helsehjelpen som ytes» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3). De yrkesetiske retningslinjer for sykepleier sier, herunder punkt 3.1 at sykepleieren skal bidra til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt (Norsk Sykepleierforbund, 2019). God kommunikasjon og formidling av

informasjon er en viktig del av sykepleien til pasienter med alvorlige brannskader og deres pårørende.

1.1 Oppgavens hensikt og bakgrunn

Hensikten med denne litteraturstudien er å få økt kunnskap om hva sykepleieren kan gjøre for å bidra til økt selvbilde hos den brannskadde pasienten. I sykehuspraksis var vi på Nordås rehabiliteringssenter der de behandler blant annet pasienter med brannskader.

Behandlingen foregår i trygge og tilrettelagte omgivelser og målet med oppholdet er å fremme selvstendighet og evne til å mestre eget liv (Helse Bergen, 2017b). Å møte mennesker som lever med et endret selvbilde gjorde et sterkt inntrykk på oss. Noen av pasientene hadde store, synlige arr, amputasjoner og funksjonsnedsettelse. Dette temaet gjorde oss nysgjerrig og vi valgte derfor å skrive om dette i vår litteraturstudie. Vi ønsket å undersøke ved hjelp av forskning, litteratur og fordypningspraksis hvordan sykepleieren kan styrke alvorlig brannskadde pasientens selvbilde.

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee sitt menneskesyn vil belyses i oppgaven for å se på sammenhengen mellom sykepleierens funksjon og den brannskadde opplevelser, erfaringer, håp og mestring. Hovedoppgavene til sykepleieren er å hjelpe pasienten til å mestre konsekvenser av sykdom, behandling og helsesvikt. Dette forutsetter at sykepleieren har evne til å se og forstå de ulike konsekvensene sykdom har for den enkelte pasient og hans familie. Sykepleieren må understøtte pasientens egne krefter, mestringsevne og håp. Dette innebærer å tro på pasientens autonomi, empowerment og mestringsressurser (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Vi har et ønske om at resultatet i denne litteraturstudien kan gi oss et godt grunnlag for hva som bidrar til å styrke selvbildet til den brannskadde pasient. Dette kan brukes i vår yrkesutøvelse, men også av andre profesjoner i møte med mennesker som av ulike årsaker har et dårlig selvbilde.

1.2 Presisering og avgrensninger i oppgaven

Denne oppgaven fokuserer på sykepleierens og pasientens erfaringer og opplevelser knyttet til hva som bidrar til å styrke selvbildet til pasienten etter en alvorlig brannskade. Disse pasientene har fått endret utseende og funksjonsnedsettelse som følge av skaden. Det er ikke lagt vekt på hvilken type brannskade pasientene har hatt eller hvilken medisinsk behandling som er gitt. Vi har valgt å se vekk ifra akuttfasen og har hovedsakelig fokusert på erfaringer og opplevelser i rehabiliteringsfasen på sykehus.

1.3 Problemformulering

Med utgangspunkt i bakgrunn og hensikt med oppgaven er følgende problemstilling utarbeidet: *Hvordan kan sykepleier bidra til å styrke selvbilde hos pasienter med alvorlige brannskader?*

1.4 Oppgaven sin disposisjon

I denne oppgaven vil metodekapittelet presenteres først. Dette kapitlet sier noe om hvordan vi har funnet faglitteratur og forskningsartikler. Kapitlet kommer også innom kildekritikk, etiske overveielser og en kritisk vurdering av egen oppgave. I teoridelen presenteres teori som er relevant for problemstillingen vår. Vi har valgt å anvende Joyce Travelbee sin teori om mellommenneskelige aspekter og håp både i teoridelen og i diskusjonsdelen. I resultatdelene har vi laget sammendrag fra de inkluderte forskningsartiklene. Teori og funn i forskningsartiklene legger grunnlaget for diskusjonsdelen. Til slutt har vi kommet frem til en konklusjon som sier noe om hvordan sykepleier kan bidra til å styrke selvbildet til brannskadde pasienter.

2.0 Metode

I dette kapitlet skal vi se på hva metode er, litteraturstudie som metode, søkeprosessen, kildekritikk, etiske overveielser og kritisk vurdering av egen oppgave. Pico-skjema, søkehistorikk og sjekklister for vurdering av kvalitativ studie er vedlagt i oppgaven.

2.1 Definisjon av metode

På spørsmål om hva metode er blir sosiologen Vilhelm Aubert sitert i mange sammenhenger og han formulerer det slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, referert i Dalland, 2017, s. 51). Metode er altså en fremgangsmåte som hjelper oss å samle inn data som vi trenger til undersøkelsen vår. Ved bruk av forskningsmetoder finnes det grunnleggende normer for hvordan en bør gå frem. Disse normene sier noe om at data skal brukes nøyaktig og at det skal være et systematisk utvalg. Resultatene skal være i overensstemmelse med virkeligheten og skal være kontrollerbare (Dalland, 2017).

2.2 Litteraturstudie som metode

Vi har valgt å bruke litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Dette innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt sammenfatte det hele (Magnus & Bakketeig, referert i Thidemann, 2015, s. 79). Hensikten med en litteraturstudie er å innhente kunnskap som allerede eksisterer. Litteraturstudien kommer ikke med ny kunnskap, men kan belyse nye erkjennelser når artiklene sammenstilles. En litteraturstudie skal ikke vise evnen til selvstendige synspunkter og påstander, men gi en oversikt over materiale som allerede eksisterer (Magnus & Bakketeigen, referert i Støren, 2013, s. 17).

Hensikten med den kvalitative metoden er samle data som gjør det mulig å forstå et fenomen. Her ønsker forskerne å samle data for å få kunnskap om erfaringer, opplevelser, oppfatninger, begreper, verdier, handlinger og følelser som mennesket har. Kvalitativ data kan også gi kunnskap om hvordan mennesket tolker og erfarer verden de lever i (Leseth &

Tellmann, 2018). Metoden kjennetegnes av dybdekunnskap, det vil si at en får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015).

Den kvantitative metoden kjennetegnes ved at den gir breddekunnskap. Her får man et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter. Dette er målbare tall, såkalte harde og objektive data, det vil si eksakt faktakunnskap (Thidemann, 2015).

I første omgang tenkte vi at kvalitative forskningsartikler var det vi trengte til vår litteraturstudie. Dette ville gi oss dybdekunnskap om hvordan pasientene opplevde å leve med en alvorlig brannskade og hvordan det påvirket selvbilde. Etter hvert som vi søkte etter flere forskningsartikler i databasene oppdaget vi at kvantitative artikler også kunne være relevant å ta med. Disse forskningsartiklene ga oss konkrete faktaopplysninger som rettet seg mot flere antall mennesker med alvorlige brannskader. Ifølge Dalland (2017) kan både kvalitative og kvantitative metoder bidra til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Denne litteraturstudien inkluderer derfor både kvalitative og kvantitative forskningsartikler for å belyse vår problemstilling.

2.3 Søkeprosess

2.3.1 Inkluderingskriterier

For å vurdere om forskningsartiklene hadde relevans for oppgavens hensikt og problemstilling så vi på tittel, utgivelsesår og sammendrag. Vi valgte å avgrense søket til forskningsartikler som var publisert etter 2010 for å sikre oppdatert forskning i litteraturstudien. Etter hvert valgte vi å utvide søket på grunn av manglende relevante treff, og valgte å sette grensen ned til 2007. Vårt hovedfokus var å finne forskningsartikler som omhandlet pasienter med alvorlige brannskader og deres selvbilde, og sykepleierens funksjon knyttet til dette. Litteraturstudien ble avgrenset til å gjelde mennesker mellom 16 til 50 år og alle typer brannskader ble inkludert. Forskningsartiklene måtte være skrevet på engelsk eller et skandinavisk språk, og de måtte følge IMRAD- strukturen (Introduction, Method, Results and Discussion) for å bli inkludert i litteraturstudien.

2.3.2 Litteratursøk

For å finne aktuell litteratur og fagstoff har vi brukt pensumlister fra emnebeskrivelsene fra alle tre årene på bachelorstudiet i sykepleie på Høgskulen på Vestlandet. I tillegg har vi søkt i skolen sitt nettbaserte bibliotek etter relevant litteratur. Lover og forskrifter knyttet til temaet har også blitt inkludert i søkene etter fagstoff. Helse Bergen sine nettsider om brannskade og deres nasjonale behandlingstjeneste for avansert brannskadebehandling er også aktivt brukt.

2.3.3 Artikkelsøk

Vi har benyttet oss av Høgskulen på Vestlandet sitt nettbaserte bibliotek for å finne relevante forskningsartikler. Vi har søkt i mange ulike databaser og følgende har gitt oss relevante treff: Cinahl, Medline, SveMed+ og PubMed. Felles for alle disse databasene er at de inneholder forskningsartikler som omhandler medisin, helse og sykepleie.

For å optimalisere problemstillingen og få et systematisk søk har vi brukt rammeverket PICO. De ulike bokstavene i PICO står for ulike elementer; P for patient/problem, I for intervention, C for comparison og O for outcome (Thidemann, 2015). Vi har ikke sammenlignet tiltak og har derfor ikke benyttet oss av C`en. En oversikt over PICO- skjemaet er presentert i vedlegg 1.

Vi har benyttet både norske og engelske søkeord i søkene. For å finne gode søkeord til søket brukte vi Helsebiblioteket sine nettsider for å finne engelske MeSH ord. Søkeordene vi har brukt er: *Burn patients, burn survivors, burn injury, burns, self-esteem, self-image, body-image, bodily, experience, quality of life og nursing*. Vi utførte et bredt søk i begynnelsen for å få en oversikt over hvor mye forskning som fantes om pasienter med alvorlige brannskader og deres selvbilde. Vi opplevde det vanskelig å finne nok antall forskningsartikler som handlet om pasienter med alvorlige brannskader i rehabiliteringsfasen og vi valgte derfor å inkludere noen forskningsartikler som handlet om selvbilde til brannskadde pasienter i den akutte fasen. For å avgrense søkene brukte vi AND eller OR mellom søkeordene i ulike kombinasjoner. Dette resulterte i våre utvalgte forskningsartikler som er presentert i vedlegg nummer 2.

Under søkeprosessen la vi inn inklusjonskriteriene for å finne relevante forskningsartikler. Dette gjorde at søkene ble innsnevret og vi fikk gode, relevante treff. Forskningsartiklene som er valgt å bruke i litteraturstudien er relevant for problemstillinger vår og vi endte til slutt opp med seks forskjellige forskningsartikler. Kvalitativ metode er benyttet i fire av studiene og kvantitativ metode er benyttet i to av studiene.

2.3.4 Analyse av forskningsartiklene

Analyse innebærer å granske en tekst for å tolke og forstå den. Teksten leses både i sin helhet og i deler for å få tak i detaljene, og den bør leses flere ganger (Thidemann, 2015). Analysearbeidet kan gjøres på flere måter og vi valgte å følge analysearbeidet slik Aveyard beskriver den (referert i Thidemann, 2015, s. 94). Denne fremgangsmåten inneholder flere trinn som summerer opp litteraturen.

Det første trinnet handler om å lese de inkluderte forskningsartiklene grundig og kritisk for å få en detaljert forståelse av dem. Vi leste våre inkluderte forskningsartikler og oversatte dem til norsk, før vi gikk gjennom dem sammen for å få en felles oversikt over innholdet. Vi lagde en litteraturmatrise for å få en oversikt over alle forskningsartiklene som er anbefalt i dette trinnet. I det andre trinnet er det meningen å identifisere temaene i forskningsartiklene. Her går man direkte til resultatdelen og går gjennom hovedfunnene. I dette trinnet valgte vi å bruke markeringstusj i ulike farger for å markere hovedfunnene i de enkelte forskningsartiklene. Etter å ha gjort dette kunne vi se hvordan de ulike forskningsartiklene hang sammen og hvordan de kunne relateres til problemstillingen vår. Videre diskuterte vi funnene i forskningsartiklene, sammenlignet dem og delte de inn i ulike temaer. Vi kunne da se at noen av forskningsartiklene hadde sterkere funn enn andre og at noen av temaene i forskningsartiklene var mindre viktig for vår problemstilling.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å finne frem til den litteraturen som belyser problemstillingen og deretter gjør rede for den litteraturen som er anvendt i oppgaven. Det må vurderes om opplysningene fra kilden er sanne og om opphavet til kilden er troverdig (Dalland, 2017). Vi har benyttet oss av sjekklister fra Helsebiblioteket (2016) for å kvalitetssikre og kritisk

vurdere forskningsartiklene. To overordnede spørsmål som er første ledd i en kritisk vurdering, er om forskningsartikkelen har en klart formulert problemstilling og om designet er velegnet for å svare på problemstillingen. En ferdig utfylt sjekkliste kan sees i vedlegg 4.

2.5 Etiske overveielser

Etikken skal gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler. Forskningsetikk handler om vurdering av forskning i forhold til samfunnets normer og verdier. Det handler om å ivareta personvernet og sikre at de som deltar ikke blir påført unødvendige belastninger eller skade (Dalland, 2017). Forskning skal ikke utsette mennesker for fysisk eller psykisk ubehag eller smerte og man må ha respekt for det enkeltes menneskes integritet. I tillegg må man respektere det enkelte menneskes rett til autonomi. Dette innebærer blant annet å ta hensyn til den enkeltes rett til å selvstendig ta stilling til informasjon og handlingsalternativer (Olsson & Sörensen, 2003). Dette er også beskrevet i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleierne, der det står at sykepleieren har et ansvar om å ivareta pasientens rett til å bli vernet om fortrolige opplysninger (Norsk sykepleierforbund, 2011). Under arbeidet med litteraturstudien har vi kontrollert at de inkluderte forskningsartiklene har vært anonymisert og at taushetsplikten er overholdt. Datamaterialet i forskningsartiklene kunne ikke knyttes til enkeltpersoner og samtlige av forskningsartiklene er godkjent av en etisk komité. For all forskning innen medisin og helse som involverer mennesker, skal det søkes om forhåndsgodkjenning og det er strenge regler knyttet til forsøk på mennesker.

2.6 Kritisk vurdering av egen oppgave

Ved oppstart av arbeidet laget vi en fremdriftsplan for oppgaven. I løpet av prosessen har det vært en del avvik fra fremtidsplanen blant annet fordi eksamenslesing og praksis tok mer tid enn planlagt. I vår har det også vært ekstra spesielt på grunn av pandemien, COVID-19. Vi ble tatt ut av praksis og eksamensformer ble endret på. På grunn av den spesielle situasjonen klarte vi ikke å følge fremtidsplanen like godt som vi hadde håpet på. Etter hvert som situasjonen roet seg fikk vi et godt tak på oppgaven igjen, og ble à jour med fremdriftsplanen i den siste fasen.

En av de største utfordringene med oppgaven vår var å analysere de inkluderte forskningsartiklene. Kun en av studiene er skrevet på norsk, mens de andre er skrevet på engelsk. Vi syntes at det var vanskelig å forstå de faglige uttrykkene og måtte benytte oss av oversettelsesverktøy på internett og ordbøker. Å bruke oversettelsesverktøy kan i noen tilfeller føre til at forskningsartikkelens innhold blir mistolket. Oversettelsen kan føre til feiltolkning og er derfor en svakhet i oppgaven vår. En styrke er at begge har analysert alle studiene og vi har diskutert innholdet i fellesskap. På den måten har vi forsikret oss om at vi har forstått og kommet frem til det samme.

Av de inkluderte studiene i vår oppgave er det kun en forskningsartikkel som belyser temaet fra et sykepleieperspektiv. Denne forskningsartikkelen har som hensikt å utforske sykepleierens erfaringer med å skape en tillitsfull relasjon til pasienten. De andre inkluderte studiene belyser temaet fra et pasientperspektiv, der pasientens opplevelser og erfaringer knyttet til hvordan det er å leve med en endret kropp er i fokus. Det kunne vært en styrke å inkludere flere forskningsartikler som belyser teamet fra et sykepleieperspektiv. Da kunne vi sammenlignet og sett på likheter om hva sykepleier mener bidrar til å styrke pasientens selvbilde.

En av de inkluderte forskningsartiklene i litteraturstudien vår handler om seksualitet, forhold og kroppsbildet. Dette kan sees som en svakhet da seksualitet ikke er direkte relevant for oppgaven vår. Forskningsartikkelen ble allikevel inkludert fordi den sier noe om hvordan seksualitet, forhold og kroppsbilde kan påvirke livskvaliteten til pasientene over tid. Funnene viser at sykepleieren må ha mer kunnskap om de psykiske reaksjonene som kan oppstå etter en alvorlig brannskade. Rehabiliteringsprogrammet bør tilrettelegges slik at det psykiske aspektet blir tettere fulgt opp (Connell, Philips, Coates, Doherty-Poirier & Wood, 2014). Funnene i forskningsartikkelen får frem gode poeng som kan bidra til å styrke pasientens selvbilde.

I første omgang valgte vi å sette nedre grense for inkluderte forskningsartikler til 2010. Dette var for å sikre at de inkluderte studiene ikke var eldre enn 10 år. Etter hvert utvidet vi søket på grunn av manglende treff, og satte en nedre grense til 2007. Dette resulterte i en rekke flere treff og vi valgte å inkludere en forskningsartikkel fra 2008 som var relevant for

vår litteraturstudie. Dette kan anses som en svakhet fordi det kan være et sprik mellom den valgte forskningsartikkelen og nyere forskning.

Vi har i hovedsak benyttet oss av primærkilder i vår litteraturstudie. Allikevel har vi ikke klart å unngå bruk av sekundærhenvisninger. Under koronapandemien var det utfordrende å få tak i ulike bøker blant annet fordi skolens bibliotek var stengt. Noen av lærebøkene vi har brukt har anvendt sekundærlitteratur, i tillegg til at noe av innholdet fra bøkene er oversatt fra andre språk. Når man bruker sekundærlitteratur finnes det alltid en risiko for at det opprinnelige perspektivet har forandret seg (Dalland, 2017). Dette er noe som kan være en svakhet i oppgaven da litteraturen kan ha endret seg i forhold til den originale versjonen.

Gjennom Høgskolen på Vestlandet sine datasystemer har vi funnet gode pålitelige databaser som vi har anvendt i vår oppgave. Vi har kvalitetssikret våre inkluderte forskningsartikler ved hjelp av sjekklister som vi har gjennomgått systematisk under artikkelsøkene. Sjekklisten har vi hentet fra Helsebiblioteket og den har hjulpet oss å vurdere forskningsartiklernes kvalitet. Vi har gjennomgått sjekklisten systematisk, artikkel for artikkel for å sikre oss at de var i god nok kvalitet til å ha med i vår litteraturstudie. Dette kan sees på som en styrke for oppgaven. For at studiene skulle bli inkludert i oppgaven vår, måtte alle spørsmålene i sjekklisten besvares med «ja». Et eksempel på en ferdig utfylt sjekklister kan sees i vedlegg nr. 4.

3.0 Teori

I dette kapitlet skal vi se nærmere på relevant teori som belyser vår problemstilling. Teori om brannskader, selvbilde, mestring, autonomi, Travelbees mellommenneskelige aspekter og håp, rehabilitering, den traumatiske krisen, sykepleier-pasient-felleskapet og kommunikasjon presenteres.

3.1 Brannskade

Ved en brannskade er det huden som blir skadet. Brannskader kan oppstå ved kontakt med varme gjenstander, varmt vann eller stråler, og kalles termiske skader. Blir man skadet av elektrisitet, kalles dette for elektriske skader. Skader som oppstår på grunn av kjemikalier kalles kjemiske skader (Mathisen, 2015). Det finnes ulike grader av brannskader, en forbrenning av det ytterste hudlaget, epidermis kalles for en overfladisk forbrenning eller førstegradsforbrenning. Ved en andregradsforbrenning går skaden ned i lærhuden, og dette kalles for en delhudsskade. Går skaden gjennom alle lagene i huden, kalles det for en fullhudsskade, dette er en alvorlig skade. Skaden er da så dyp at den omfatter alle lagene i huden (Mathisen, 2015). I følge Nakstad, Bertelsen & Hornslien (2016) henger skadens alvorlighetsgrad og utbredelse sammen med temperaturen og varigheten av påvirkningen. Brannskader som dekker mer enn 20% av kroppens overflate kalles for utbredte brannskader. På grunn av at varmen forårsaker vevs- og cellenekrose er en brannskade ofte veldig smertefullt (Nakstad et al., 2016).

Det brukes et gradsystem når man skal beskrive hvor alvorlig en brannskade er. Ved førstegradsforbrenning leges huden i løpet av få dager uten arrdannelse. Ved andregradsforbrenning tar sårhelingen lengre tid, fra noen uker til flere måneder på grunn av at overhuden nydannes fra sårkanter og fra celler i veggene til hårfollikler og svettekjertler. Slike brannskader leges uten arr dersom skaden ikke er for dyp. Ved tredjegradsforbrenning er skaden så dyp at huden bare kan dannes fra sårkanten på grunn av at lærhuden er ødelagt. Brannskader med tredjegradsforbrenning krever ofte hudtransplantasjon for at sårtilhelingen skal bli tilfredsstillende, og fører ofte til arrdannelse i huden (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie & Toverud, 2006).

Den akutte behandlingen ved alvorlige brannskader skjer ved sykehus. De fleste pasienter med alvorlige brannskader vil ha behov for etterbehandling fordi huden er skjør og det lett oppstår nye sår. Noen vil kunne bli kalt inn til polikliniske timer for oppfølging og eventuell etterbehandling, mens andre har behov for langvarig rehabilitering. Dette kan skje på spesialiserte rehabiliteringssinsutisjoner, som i Helse Bergen hvor Avdeling for Fysikalsk Medisinsk Rehabilitering er lokalisert på Nordås. Det kan også skje i regi av hjemmesykepleien eller ved opptreningsopphold på sykehjem. Noen pasienter vil trenge jevnlig oppfølging resten av livet. Når man har oppnådd ønsket funksjon og arrene har blitt så bra som de kan bli, avsluttes ofte etterbehandlingen og rehabiliteringen (Helse Bergen, 2017a).

3.2 Selvbilde

Hummelvoll (2012) hevder at selvbilde består av det fysiske selv og det personlige selv. Det fysiske selv innebærer kroppsoppfatning og kroppsuttrykk. Kroppsoppfatningen eller kroppsbildet handler om hvordan vi oppfatter kroppen vår og hvordan vi ønsker at kroppen vår skal være. Kroppsuttrykk blir sett på som vårt sosiale selv og det er ved hjelp av kroppen vi utfører våre sosiale handlinger og mottar informasjon fra omverdenen. Det personlige selv handler om ideal-selv, det moralske selv og selvaktelse. Ideal-selvet handler om hvordan individet oppfatter at det skal oppføre seg ut fra sitt personlige ideal. Den delen av selvet som vurderer og sammenligner hvem personen sier han er, fungerer som observatørnormsetter, og kalles derfor det moralske selvet. Selvaktelse omhandler hvordan individet oppfatter sitt egenverd (Hummelvoll, 2012).

Det kan få alvorlige konsekvenser for selvbildet hvis deler av det fysiske selv skades eller endres. Det kan ta tid å godta at kroppsfunksjonen eller utseende endres, og for noen kan dette være vanskelig å akseptere (Hummelvoll, 2012). Hudens utseende er viktig for selvbildet og ofte fører brannskader til at selvbildet blir forandret. Noen pasienter opplever også psykiske plager etter en alvorlig brannskade (Mathisen, 2015). I rehabiliteringsfasen for brannskadde pasienter er den mest kritiske og smertefulle fasen overstått, men den nye huden kan bli skjemmende, arraktig og skrumpete, og det kan bli lett nedsatt bevegelighet i

de affiserte leddene. Den nye huden er tynn og det kan lett oppstå sår og blemmer (Mathisen, 2015).

3.3 Mestring

Lazarus referert i Kalfoss (2016, s. 455) beskriver mestring som kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle ytre eller indre belastninger som overskrider pasientens ressurser og opplevelsen av velvære. Mestringsstrategier benyttes for å hjelpe pasienten til å bevare sitt eget selvbilde og sin egen kroppslige integritet (Kalfoss, 2016). En skiller mellom tre hovedmåter å møte stressfylte situasjoner på, nemlig problemfokustert mestring, emosjonsfokustert mestring og meningsrett mestring. Ved problemfokustert mestring prøver en å forandre en stressfylt situasjon eller aktivt løse et problem direkte. Ved emosjonsfokustert mestring prøver en å gjøre noe med sin egen opplevelse av situasjonen. Målet er ikke å forandre selve problemet, men endre opplevelsen av det. Ved meningsrettet mestring prøver en å finne positiv mening eller lære noe positivt av hendelsen (Kalfoss, 2016).

3.4 Autonomi

Autonomi handler om den enkeltes pasients rettigheter og behov, samt rett til å velge eller nekte helsehjelp. Å ha mulighet til å ivareta egne interesser selv om man kan være sårbar, avhengig og hjelpetrengende betyr å utøve autonomi. Det er bare i helt spesielle situasjoner som ved sykdom og helsesvikt at et menneske blir fratatt sin selvstendighet og ansvar for sitt eget liv (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). For at pasienten skal kunne nekte behandling eller pleie, må pasienten være samtykkekompetent, samt tilstrekkelig informert og man må sikre at informasjonen er forstått (Nortvedt & Grønseth, 2016). Dette er forankret i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, herunder punkt 2.5: «Sykepleier fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» og punkt 2.6: «Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse» (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Pasientens rett til informasjon er lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2). Der står det at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Den skal

sørge for at det skal være tillit mellom pasient og helse-og omsorgstjenesten, samt sikre den enkelte sosial trygghet, autonomi, integritet og menneskeverd.

3.5 Joyce Travelbee sin teori om mellommenneskelige aspekter og håp

Joyce Travelbee beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess, fordi den alltid omhandler mennesker, enten direkte eller indirekte. Hun mener at sykepleieren og den syke påvirker hverandre gjennom en gjensidig prosess, som er et resultat av samspillet mellom dem. I følge Travelbee er sykepleierens mål er å hjelpe et individ, et samfunn eller en familie med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og eventuelt hvis det er nødvendig, finne mening med disse erfaringene (Travelbee, 2001). Håp er drivkraften for å oppnå mestring i rehabiliteringen.

Travelbee (2001) hevder at håp er en motiverende faktor bak menneskers atferd. Håp hjelper mennesker til å takle og mestre utfordringer, vanskelige situasjoner, nederlag, tragedier, kjedsomhet, tap, ensomhet og lidelse. Hun skriver at den som har håp, ønsker at framtidssituasjonen skal endre seg. I tillegg er håp relatert til at en trenger hjelp fra andre og samarbeid er en viktig faktor for at det enkelte mennesket skal overleve. Det er håpet som driver pasienten til å nå sine mål. Oppgaven til sykepleieren er å bidra til at både pasienten og dens familie har håp for fremtiden (Dahl, Romsland & Slettebø, 2014). Dette er også forankret i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, herunder punkt 2.2 «sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Tillit og utholdenhet er også knyttet mot håp. Tillit er noe sykepleieren må gjøre seg fortjent til, det er svært viktig å bygge en nær tillitsrelasjon for å kunne få hjelpe mennesker i nødens stund (Travelbee, 2001). Sykepleieren må vise den syke at hun både kan, og ønsker å hjelpe når situasjonen oppstår. Sykepleieren har en viktig rolle ved å hjelpe den syke til å unngå håpløshet, og samtidig hjelpe den håpløse å gjenvinne håpet. Det er sykepleierens oppgave å gi hjelpen det er behov for, uten å måtte bli bedt om det. Hun sier at sykepleieren har ansvaret for bygge en tillitsfull relasjon, men at det er et gjensidig forhold og at sykepleieren ikke kan gjøre det alene (Travelbee, 2001).

3.6 Rehabilitering

Solvang (2019) beskriver rehabilitering som en situasjon hvor man skal lære seg å håndtere en funksjonsnedsettelse. Det handler ikke bare om nedsatt funksjon i det kroppslige eller psykiske. Den største delen av rehabilitering handler om hvordan man i det daglige skal lære seg å leve med en endret funksjonsevne. En stor del av rehabilitering omhandler forebygging. Et viktig punkt i rehabilitering er at det inkluderer bidrag fra flere fagområder og yrkesprofesjoner. Rehabilitering kan organiseres på flere ulike måter. Flerprofesjonell praksis hvor de ulike profesjonene arbeider med oppgaver som er felles på egenhånd. Dette fører til at de ulike profesjonene må stole på hverandre og det er et samarbeid mellom flere faggrupper. I en tverrprofesjonell praksis samarbeider profesjonene tett og diskuterer felles mål. Det utvikles en felles forståelse av hva det arbeides med og hvordan arbeidet bør gjøres. Transprofesjonell praksis handler om at de ulike profesjonene har mer selvstendighet innenfor rammen, men oppgaven er den faglige fellesnevneren (Solvang, 2019). For at pasienten skal oppnå sine mål i rehabilitering, må de ha en drivkraft, og det kan være håp (Dahl et al., 2014).

3.7 Den traumatiske krisen

En traumatisk krise kan defineres som individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at personens fysiske eksistens, sosial identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter blir truet. Sterke psykiske følger kan oppstå ved tap av et kroppslig organ i forbindelse med en operasjon eller ulykke. Den psykiske opplevelsen ved tap av et organ kan påvirke individets identitet. Psykiske kriser kan føre til opplevelsen av å være forlatt, ensom, verdiløs og følelsen av kaos. Forløpet i den traumatiske krisen kan deles inn i fire naturlige faser. Først kommer sjokkfasen som etter hvert går over i en reaksjonsfase. Deretter følger en bearbeidingsfase, og til slutt en nyorienteringsfase. Disse fasene har ulike egenskaper og kan gli over i hverandre (Cullberg, 2007).

Cullberg (2007) skriver at sjokkfasen kan vare fra et kort øyeblikk til noen døgn. I denne fasen holder individet virkeligheten ute og klarer ikke å ta inn det som har skjedd og bearbeide det. Under overflaten er det kaos og personen kan ha vanskeligheter med å

huske hva som har skjedd og hva som er blitt sagt. I sjokkfasen kan bevisstheten bli uklar og den psykiske energien kan vendes bort fra den smertefulle virkeligheten.

Reaksjonsfasen viser seg når den rammende blir tvunget til å åpne øynene for det som har skjedd. Dette er en voldsom omstilling av det psykiske apparatet som har til oppgave å integrere virkeligheten. Her blir individets forsvarsmekanismer som regresjon, fornektelse, projeksjon, rasjonalisering, isolering, undertrykkelse og unrepresion mobilisert. Andre reaksjoner som kan oppstå i denne fasen er sorg, fortvilelse, tomhet, raseri, alkoholmisbruk, manglende matlyst, selvforaktelse, kaos og meningsløshet, aggresjon, stress, forvirring og psykosomatiske reaksjoner (Cullberg, 2007).

Bearbeidingsfasen kan ifølge Cullberg (2007) vare et halvt eller ett år etter den traumatiske opplevelsen. Sjokket og fortiden legges til side i denne fasen og personen begynner å bli mer fremtidsrettet igjen. I denne fasen arbeider personen med å godta sitt handicap og akseptere nye sosiale roller som en følge av skaden. Forsvarsmekanismene og reaksjonene begynner å forsvinne og personen er mer åpen for nye erfaringer.

I nyorienteringsfasen lever personen med ett arr som ikke forsvinner, men som ikke hindrer vanlige livskontakter. Nyorienteringsfasen har ingen avslutning. Selv om selvfølelsen og håpet er blitt bearbeidet og gjenopprettet, kan det gamle dukke opp i følelsene og kjennes som et stikk av smerte. Krisen blir en del av livet og mange opplever at hendelsen har fått nye betydninger i senere livsperioder (Cullberg, 2007).

3.8 Sykepleie-pasient-felleskapet

Sykepleieren vil kunne gi støtte til pasienten ved å skape et sykepleier-pasient-felleskap. Det handler om at pasient og sykepleier i fellesskap skal lage en plan om en behandling som skal skje i ulike faser: forberedelsesfasen, orienteringsfasen, bearbeidingsfasen og avslutningsfasen (Hummelvoll, 2012). Dette sikrer at pasienten føler seg inkludert i sin behandling. I fellesskap skal man prøve å kartlegge pasientens problemer og funksjonsvansker og hvordan en skal kunne løse disse. Fellesskapet må bygge på verdier som omhandler gjensidig respekt, ivaretagelse av pasientenes verdighet og integritet.

Sykepleier-pasient-fellesskapet bygger på Hummelvoll sine 9 hjørnesteiner som er: likeverdighet, møte og nærhet, selvaktelse/signifikans, ansvar for valg, mål, mening og verdiavklaring, håp, konformitet vs. opprør, skyld og soning, samt åpenhet og innsikt. For at samarbeidet mellom sykepleier og pasient skal lykkes, må det skapes en allianse og et samspill mellom partene som bygges på gjensidig åpenhet og tillit (Hummelvoll, 2012).

3.9 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon betyr å gjøre noe felles, gjøre en annen delaktig og å ha en forbindelse med noen (Eide & Eide, 2004). Man kan dele kommunikasjon i to: verbal- og nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon formidles med ord. Nonverbal kommunikasjon formidles ved hjelp av kroppsspråk, og man utveksler signaler og tegn på andre måter enn med språket. Profesjonell kommunikasjon hører yrket til og er basert på yrkets verdigrunnlag. Som profesjonsutøver har man en rolle og dette innebærer å opptre hjelpende for andre som følge av sin kompetanse og posisjon (Eide & Eide, 2004). Kommunikasjon er et av de viktigste redskapene sykepleieren har, og det er en prosess hvor tanker og følelser blir overført mellom partene. Kommunikasjon er viktig for å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse (Travelbee referert i Kirkevold, 2001).

4.0 Resultat

Vi har inkludert seks forskningsartikler i litteraturstudien vår. Disse forskningsartiklene er oppsummert i dette kapittelet. Vi har også laget litteraturmatriser som trekker frem de sentrale elementene i de ulike forskningsartiklene, se vedlegg 3.

4.1 Forskningsartikkel 1

«Sjukepleieren sitt mot fremmar tillit og styrker livsmotet hjå alvorleg brannskadde pasientar» av Sjursen, Gjengedal & Kvigne (2015). Målet med denne kvalitative studien var å undersøke sykepleierens erfaringer med å skape og opprettholde en tillitsfull relasjon med brannskadde pasienter. Data ble samlet inn gjennom intervjuer med fem sykepleiere som hadde erfaring med brannskadde pasienter. Resultatet viste at sykepleierne sitt mot fremmet tillit og styrket livsmotet hos de alvorlige brannskadde pasientene. Det kom frem at sykepleiernes mot til å møte den syke i den situasjonen de var i, og at det å stå i situasjonen når pasienten opplevde en livskrise var vesentlig for å skape tillitsfulle relasjoner. Sykepleieren erfarte at situasjoner der de tråkket over pasienten sine grenser kunne føre til svekket tillit og at de måtte bruke lang tid på å gjenvinne tilliten. Sykepleieren må være tilstede både fysisk, emosjonelt og faglig for å kunne yte den beste omsorgen for pasienten. Et annet viktig funn var at sykepleieren måtte være ærlig på sitt kunnskapsnivå. De opplevde at det å være ærlig og oppriktig hadde en positiv effekt på pasientens mestring og trygghetsfølelse.

4.2 Forskningsartikkel 2

“The experience of life after burn injury: a new bodily awareness” er skrevet av Moi, Vindenes, & Gjengedal (2008) og er en kvalitativ studie fra Norge. Studien tar for seg pasienter som har vært utsatt for brannskader og deres opplevelse av å leve med en endret kropp. Data ble samlet gjennom åpne intervjuer som ble tatt opp digitalt. Det var 14 deltakere i studien og de måtte være 18 år eller eldre, forstå flytende norsk, samt vært utsatt for en alvorlig brannskade etter American Burn Association sine kriterier. En ny og krevende kroppslig oppdagelse, omfavnet av både begrensninger og potensiale, kom frem som det mest essensielle hos den brannskaddes opplevelse av deres skadede kropp. Pasientene fortalte at utseende aldri ville bli det samme igjen. Pasientene opplevde også å bli

stigmatisert. Folk stirret og pekte på dem på gaten. Pasientene syntes det var viktig å bli akseptert av familie og venner. Et annet viktig funn er at pasientene opplevde det avgjørende å ha kjente ansikt og ha et godt samarbeid med sykepleierne på avdelingen. Forskningsartikkelen konkluderer med at sykepleieren må anerkjenne og verdsette den brannskadde pasienten i alle faser av rehabiliteringen og må tilrettelegge for nærvær og involvering av familie og venner.

4.3 Forskningsartikkel 3

“The lived experience of relationships after major burn injury” er skrevet av Moi & Gjengedal (2014). Hensikten med denne kvalitative studien var å se på betydningen av relasjoner i etterkant av en alvorlig brannskade. Det var 14 deltakere i studien og data ble samlet gjennom intervjuer. Resultatene i studien viste at familiemedlemmer og partnere hadde en viktig rolle med å bidra til økt søvnkvalitet, økt velvære og motivasjon hos de brannskadde pasientene. Partnere og nær familie hadde en viktig rolle ved å bekrefte at kjærligheten til den brannskadde pasienten ikke var påvirket av brannskaden. Deltakerne kunne føle på skuffelse når pårørende ikke viste empati og forståelse for deres situasjon. De kom frem til at gode relasjoner var viktig for at den brannskadde skal kunne mestre sin nye hverdag. Studien konkluderte med at helsepersonell også hadde en viktig rolle ved å vise støtte, forståelse og komme med gode råd til den brannskadde og familien hans/hennes.

4.4 Forskningsartikkel 4

“Social participation, social support, and body image in the first year of rehabilitation in burn survivors: A longitudinal, three-wave cross-lagged panel analysis using structural equation modeling” skrevet av Ajoudani, Jasemi & Lotfi (2018). Hensikten med denne kvantitative studien fra Iran var å identifisere årsaksforhold og utvikling knyttet til tre ulike psykososiale variabler det første året av rehabiliteringen: sosial støtte, sosial deltakelse og kroppsbildet til den brannskadde pasient. Resultatet viser at både sosial støtte, sosial deltakelse og kroppsbildet forverres i løpet av de første seks månedene. Misnøyen med utseende økte de første seks månedene, men misnøyen gikk ned i løpet av de neste seks månedene. Pasientene var i denne perioden i bedre tilstand til å kunne takle de kroppslige endringene. Selv om kroppsbildet ble bedre etter 12 måneder, ble det ikke slik som det var

før ulykken. Misnøyen med sosial støtte økte fra utskrivning og misnøyen gikk ikke ned på lik linje som med sosial deltakelse og kroppsbilde etter 6 måneder. Dette viser at vedvarende omsorg for den brannskadde pasienten bør ytes selv etter utskrivning og rehabilitering. Studien viser viktigheten av å ha langvarig omsorg og god rehabilitering for pasienten slik at de kunne være bedre rustet til å takle de kroppslige endringene de stod ovenfor.

4.5 Forskningsartikkel 5

“Sexuality, body image and relationships following burns: analysis of BSHS-B outcome measures” skrevet av Connell, Philips, Coates, Doherty-Poirier & Wood (2014) er en kvantitativ studie fra Australia med 865 deltakere. Hensikten med studien var å finne ut hvordan kroppsbilde og seksualitet ble påvirket etter en alvorlig brannskade. Funnene i denne studien viste at pasientene opplevde vanskeligheter knyttet til kroppsbilde, seksualitet og kjærlighetsforhold etter de hadde vært utsatt for en alvorlig brannskade. Dette er noe som kan påvirke livskvaliteten til pasientene over tid. Det kommer frem at sykepleierne i rehabiliteringsprosessen må ha mer kunnskap om de psykiske reaksjonene og plagene som kan oppstå ved en alvorlig brannskade. Studiene påpeker at det må utarbeides gode rehabiliteringsprogram som har fokus på det psykiske aspektet etter en skade. Forskningsartikkelen kommer frem til at sykepleiere er ikke «trent» eller komfortable med å stille spørsmål om pasientens psykiske helse og derfor får heller ikke pasientene den oppfølgingen de trenger. Rehabiliteringstjenester bør legge til rette for å utforme spesielle rehabiliteringsprogrammer knyttet til kroppsbilde, seksualitet og forhold for å kunne forebygge den negative effekten som kan oppstå på disse områdene.

4.6 Forskningsartikkel 6

“Preserving self-concept in the burn survivors: A qualitative study” skrevet av Zamanzadeh, Valizadeh, Lotfi & Salehi (2015) er en kvalitativ studie fra Iran. Det var 17 deltakere i studien og data ble samlet gjennom intervjuer. Hensikten med studien var å undersøke erfaringer med selvbildet etter å ha blitt utsatt for en brannskade. Resultatene fra studien viste at deltakerne synes det var krevende å akseptere sitt nye “jeg”, i tillegg til at de opplevde det belastende for familie og venner ved at de pårørende skammet seg over deltakeren sitt nye utseende. Deltakerne fikk dårligere selvbilde når de ble skrevet ut av sykehuset, og opplevde

stigmatisering fra samfunnet på grunn av deres forandrede utseende. Selvbildet ble påvirket både fysisk, psykisk men også åndelig. Erfaringene deltakerne hadde viste at deres posisjon i samfunnet, både individuelt og sosialt hadde endret seg fra før ulykken skjedde. Noen av deltakerne følte at de var en byrde for familien og at de brakte skam over familien når de ble sett ute sammen med dem.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet ønsker vi å drøfte hvordan sykepleier kan bidra til å styrke selvbilde til pasienter med alvorlige brannskader. Kapittelet er delt inn i følgende underkategorier: relasjonsbygging og tillit mellom sykepleier og pasient, opplevelsen av håp og mestring, betydningen av familie, partner og venner, og gjenoppbygging av det brente selvbilde.

5.1 Relasjonsbygging og tillit mellom sykepleier og pasient

Ifølge Helsedirektoratet (2013) må en god relasjon være tilstede for å oppnå en god behandling og oppfølging. Sykepleieren må bygge en god relasjon til pasienten basert på empati, respekt, trygghet og håp. For at sykepleieren skal kunne bidra til å styrke pasientens selvbilde, mener Sjørnsen et al. (2015) at sykepleieren først må bygge opp tillit og en god relasjon til pasienten. For å oppnå og vedlikeholde en tillitsfull relasjon kreves det både faglig ansvar og mot. Mot til nærhet, mot til å handle i håp om pasientens mestring og mot til å erkjenne overtramp som kan krenke pasienten er knyttet til tillitsskapende relasjoner. Sykepleierne som ble intervjuet i studien fortalte at for pasienten skulle både være en omsorgsgiver, lærer, kontaktperson, advokat og en fortrolig samtalepartner. I de ulike rollene må sykepleieren skape tillit og bygge en god relasjon gjennom pasientens behandling og rehabilitering. Hver eneste rolle har innvirkning på pasienten sitt nye selvbilde. Travelbee (2001) mener at tillit er noe sykepleieren må gjøre seg fortjent til. Sykepleieren må gjennom handling og ord vise den syke at hun eller han ønsker å hjelpe. Dette understreker viktigheten av at sykepleieren bruker god tid på å bygge en nær tillitsrelasjon til pasienten. Tillitsrelasjonen må være gjensidig og på sikt kan denne relasjonen brukes til å styrke selvbildet til pasienten.

I studien til Sjørnsen et al. (2015) beskrives tillit som en moralsk verdi. Det innebærer å gjøre andre godt, vise respekt og være rettferdig. Dette er også grunnlaget for pasientens autonomi. Autonomi handler om at pasienten sine rettigheter og behov, rett til valg og ivaretagelse av sine egne interesser blir ivaretatt (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Å ivareta pasientens autonomi mener vi er grunnleggende og over tid kan dette bidra til å styrke pasientens selvbilde. Som vi tidligere har sett er dette forankret i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Sykepleieren har som oppgave å fremme pasientens

mulighet til å ta selvstendige avgjørelser. Sykepleieren må gi tilstrekkelig informasjon og forsikre seg at informasjonene er forstått. Sykepleieren må vise respekt for pasientens rett til å foreta valg og også når pasienten frasier seg sin selvbestemmelse (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dette viser hvor viktig det er at sykepleieren har kjennskap til de yrkesetiske retningslinjene og bruker dem aktivt. For å kunne skape en god relasjon må sykepleieren ivareta pasientens rett til brukermedvirkning og medbestemmelse i behandlingsforløpet. Dette kan forsterke den tillitsfulle relasjonen mellom pasienten og sykepleier.

Et annet viktig aspekt som kom frem i en av studiene var at tilliten mellom sykepleier og pasienten opplevdes som skjør. Dette gjaldt spesielt i sårbare situasjoner. Det å for eksempel påføre brannskadde pasienter smerte under et sårstell opplevdes som en hemmende faktor for tilliten. Selv om sykepleieren kun ønsket det beste for pasienten, erfarte de situasjoner der de tråkket over grensen. Sykepleierne opplevde at pasienten kunne få svekket tillit til dem og at de dermed måtte gjenvinne tilliten (Sjursen et al., 2015). Selv om pasienten gjerne får smertestillende i forkant av et sårstell, må sykepleieren vise empati og handle med forsiktighet. Sykepleieren må være støttende, vise respekt og trå varsomt frem i sårbare situasjoner. Deltakerne i studien til Moi et al. (2008) opplevde at et kjent ansikt å forholde seg til var avgjørende for et godt samarbeid. I en sårbar situasjon kan det derfor være nyttig å ha primærkontakten tilstede for å skape trygghet for pasienten.

For å kunne gi god behandling må det finnes en god relasjon. Dette kan sikres gjennom å bygge et sykepleie-pasient-felleskap. Det handler om at sykepleier sammen med pasienten skal ha et mål om å oppnå et felles prosjekt (Hummelvoll, 2012). Dette handler om å dempe symptomer eller å lindre lidelsen. Sykepleieren har som oppgave å kartlegge, vurdere og observere pasientens symptomer, holdninger og handlinger til sin egen lidelse. Ved å lage en slik allianse mellom partene, skapes det tillit mellom pasient og sykepleier. Dette bidrar til å at pasienten beholder sin autonomi, og sykepleieren sørger dermed for at pasientens respekt, verdighet og integritet blir ivaretatt. Sykepleie-pasient-felleskapet bygger på gjensidig respekt og tillit. Ved å sette opp et felles mål og etablere et godt samarbeid med pasienten styrkes relasjonen mellom partene og sjansen for å oppnå gode resultater er større. Sykepleieren må opptre som et godt eksempel for pasienten. Han eller hun skal være

en god rollemodell og en person som pasienten føler seg trygg med. Å utveksle forventninger til hverandre er med på å skape en slik allianse (Hummelvoll, 2012).

Et viktig redskap for å kunne skape en god allianse er kommunikasjon. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper (Travelbee referert i Kirkevold, 2001). Tydelig kommunikasjon kan hjelpe med å sette klare retningslinjer og forventninger. Dette kan gjøres ved å bruke god verbal- og nonverbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2004). I tillegg vil tydeliggjøring av pasienten og sykepleierens roller og sørger for bedre samarbeid mellom partene. Sykepleieren må prioritere relasjonsbygging med pasienten og det å vise støtte og være et trygt punkt i en vanskelig situasjon er viktig. Pasienter som har fått et endret uteseende på grunn av en alvorlig brannskade kan ha fått et lavere selvbilde. Sykepleieren har en viktig jobb med å få pasienten til å føle seg verdifull. Dette kan gjøres gjennom gode holdninger, handlinger og ved å vise at pasienten er like mye verdt som andre. Ved å ha et nærvær som utlyser varme og trygghet for pasienten, samt å se pasienten for hvem de er bak skaden kan sykepleieren bidra til at pasienten føler seg sett og ivaretatt og dermed styrke pasientens selvbilde.

5.2 Opplevelsen av håp og mestring

Å håpe handler om at en har en forventning eller et ønske om at en skal oppnå et mål som er innenfor rekkevidde. Håp er en motiverende faktor og som kan hjelpe den brannskadde pasienten til å takle utfordringer, vanskelige situasjoner, nederlag, tap og lidelse (Travelbee, 2001). Sykepleieren må gjøre seg tilgjengelig og være villig til å hjelpe for å kunne unngå at pasienten føler håpløshet. Dette gjelder ikke bare fysiske hjelpeområder og omsorg, men også det å være tilgjengelig for pasienten og lytte til pasientens tanker om det han eller hun frykter eller er engstelig for. Håp henger sammen med tillit, og sykepleieren må vise gjennom handlinger at han eller hun ønsker å hjelpe pasienten (Travelbee, 2001). I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleieren skal understøtte pasientens håp, mestring og livsmot (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Et interessant funn i studien til Sjursen et al. (2015) viser at sykepleieren må ha mot til å handle i håp om pasienten sin mestring og livsmot. Sykepleieren må selv ha håp og i tillegg understøtte

pasientens håp. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere kan i kombinasjon med Travelbee sine tanker om håp brukes i møte med pasienter med alvorlige brannskader.

Håp er drivkraften for å oppnå mestring i rehabiliteringen. Det er håpet som driver pasienten til å nå sine mål. Oppgaven til sykepleieren er å bidra til at både pasienten og dens familie har håp for fremtiden (Dahl et al., 2014). Funnene i studien til Moi og Gjengedal (2014) tyder på at det er en sammenheng mellom sosial støtte og håp. Dette stemmer også overens med tidligere rapporter. Gjennom sosial støtte ble pasientens indre styrke forsterket. Familie, partner og venner hadde størst innflytelse på pasientens håp, men også helsepersonell som tok seg god tid til samtaler og omsorg hadde god innflytelse. For at sykepleieren skal ha god innflytelse på pasienten skriver Travelbee (2001) at sykepleieren må opptre støttende og empatisk ovenfor pasienten. Sykepleieren må vise at han eller hun ønsker pasientens beste. For å styrke pasientens livsmot må sykepleieren være til stede med hele seg, noe som innebærer både den sanselige og faglige kompetansen (Sjursen et al., 2015). Ved å overøse pasienten med omsorg, oppmuntring og positivitet kan sykepleieren bidra til at pasientens håp styrkes. Sykepleierens nærvær som konsekvent er positiv og motiverende kan ha god effekt på pasientens tro på seg selv. Dette viser viktigheten av at sykepleieren støtter oppunder og bygger pasientens håp og motivasjon slik at pasienten opplever mestring i rehabiliteringsprosessen.

Som vi har sett på tidligere kan mestring defineres som kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle ytre eller indre belastninger. Dette kan overskride pasientens ressurser og opplevelsen av velvære (Lazarus referert i Kalfoss, 2016, s. 455). Alvorlig brannskadde pasienter kan få ytre belastninger som for eksempel funksjonsnedsettelse og et endret utseende og indre belastninger som for eksempel et svekket selvbilde. Opplevelsen av mestring i rehabiliteringen vil derfor være nødvendig for å kunne bidra til å styrke pasientens selvbilde. Dette påpeker flere av de inkluderte studiene. Sykepleierne erfarte at det å utfordre pasientenes ferdigheter og egenskaper førte til økt mestringsfølelse. Det å kunne mestre å stå på egne ben, gå på toalettet selv, spise på egenhånd og komme seg ut fikk pasientene til å tro igjen. Sykepleierne opplevde at det å være ærlig og oppriktig hadde en positiv effekt på pasientens mestrings- og trygghetsfølelse. Sykepleierne hadde også samtaler med pasientene om livsmot og mestring (Moi et al., 2008;

Sjursen et al., 2015). Mestringsstrategier kan benyttes for å hjelpe pasienten til å styrke sitt selvbilde og sin egen kroppslige integritet. Sykepleieren kan introdusere problemfokustert mestring som betyr at man prøver å forandre en stressfylt situasjon eller aktivt løse et problem direkte. Videre kan emosjonsfokustert mestring benyttes for å prøve å gjøre noe med sin egen opplevelse av situasjonen. Målet er ikke å forandre selve problemet, men å endre opplevelsen av det (Kalfoss, 2016). Sykepleieren har en viktig rolle i arbeidet med å motivere pasienten til fremgang og til økt mestringsevne. Under samtalene med pasienten har sykepleieren ansvar for å informere, veilede og undervise om lidelsen og hvordan pasienten kan lære seg å takle livskrisen. Dette er fastsatt i rammeplanen for sykepleieutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008). Sykepleieren må kontinuerlig arbeide med å fremme mestringsevnen hos den alvorlig brannskadde pasienten.

5.3 Betydningen av familie, partner og venner

I studiene til Moi og Gjengedal (2014) og Moi et al. (2008) kommer det frem at betydningen av relasjoner i etterkant av en alvorlig brannskade var svært viktig for den brannskadde pasienten. Nær familie og partner hadde en viktig rolle ved at de viste støtte med tanke på det nye kroppslig bildet. Deres kjærlighet for pasienten var upåvirket av brannskaden. Pasientene kunne også oppleve følelsen av skuffelse når de pårørende ikke viste forståelse og sympati i forhold til situasjonen pasienten var i. Forståelse og sympati var derfor viktig for at pasienten kunne akseptere den nye tilværelsen både kroppslig og mentalt. Studien påpeker hvor sentral sykepleierens rolle er i møte med den alvorlig brannskadde pasienten og deres familie. Det å ha et kjent ansikt å forholde seg til og ha et godt samarbeid var viktig for pasienten. Støtte, forståelse og råd fra sykepleierne opplevdes som viktig for å kunne akseptere brannskaden (Moi & Gjengedal, 2014; Moi et al., 2008). Dette viser at et godt samarbeid mellom sykepleierne, pasienten og de pårørende er avgjørende for behandlingsforløpet. De pårørende har en sentral rolle og i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleierne står det at sykepleieren skal vise respekt, omtanke og inkludere de pårørende i behandlingsforløpet. Sykepleieren skal bidra til at pårørendes rett til informasjon bli ivaretatt (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dette er som tidligere nevnt også lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven. Pasientens nærmeste pårørende skal ha informasjon om pasientens helsetilstand dersom pasienten samtykker til det (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3). Dette understreker viktigheten av at sykepleieren

inkluderer og ivaretar de pårørende igjennom hele behandlingsforløpet. Sykepleieren må ha kunnskap om lovverk og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere og anvende dem i yrkesutøvelsen.

Et interessant funn i studien til Zamanzadeh et al. (2015) viste at noen av deltakerne følte seg som en byrde for familien på grunn av deres endrede utseende. Noen opplevde det så belastende at de ønsket å dø eller ta sitt eget liv. Pasientene følte at de brakte skam over sine pårørende og venner på grunn av blikkene og stirringen de opplevde fra fremmende når de var i offentligheten. Pasientene oppga at de ble triste når folk så rart på dem ute på gaten, og noen valgte derfor å bruke ekstra klær eller sminke for å skjule skaden sin. Det å gå på en offentlig plass kunne være utfordrende fordi fremmende stilte spørsmål som gjorde dem triste. Flere av deltakerne opplevde seg belastende for familien og deres økonomi. I en av de andre studiene følte deltakerne at de ble stigmatisert og mistet anonymiteten sin. Flere av deltakerne følte at et endret utseende førte til at folk stirret og pekte på dem, og som igjen førte til at flere av deltakerne følte seg utilpass på offentlige steder. Selv om deltakerne i begge studiene opplevde å bli stigmatisert kan det tenkes at kulturelle forskjeller kan ha betydning for hvordan pasienten opplever å komme tilbake til samfunnet igjen (Moi et al., 2008). Dette viser hvor viktig det er at sykepleieren har kunnskap om skadelige faktorer som kan påvirke selvbildet og ha kjentskap til kulturelle forskjeller. Stigmatisering kan føre til at pasienten føler seg stemplet og uglesett. Sykepleieren bør i beste evne prøve å forberede pasienten på hva som kan møte dem og hvordan man kan forebygge denne skadelige faktoren.

Et annet aspekt viste at brannskaden kunne påvirke parforholdet negativt. I kjærlighetsrelasjoner kunne det gå utover intimiteten i forholdet fordi den brannskadde pasienten hadde et redusert selvbilde. Pasientene fikk erfare utfordringer i forbindelse med sine parforhold, noe som også kunne påvirke deres livskvalitet (Connell et al., 2014). Dette er noe som sykepleier bør informere pasient og pårørende om. Endret kroppsbilde- og funksjon kan påvirke seksualitet og samliv. Pasienten og pårørende vil ha behov for informasjon om seksualitet og samliv på grunn av endret kroppslig funksjon. Dette kan for mange være et tema som er veldig sensitivt og privat å snakke om. Sykepleieren må derfor

tre forsiktig frem når han eller hun skal starte en slik samtale og åpne opp for samtalen på en naturlig måte som skaper åpenhet og trygghet.

Som vi har sett på tidligere har pasientens nærmeste familie, partner og venner en viktig rolle i rehabiliteringsprosessen. Pårørendes tilstedeværelse, støtte og engasjement kan bidra til å fremme pasientens nye livssituasjon og det er derfor viktig at sykepleieren legger til rette for et godt samarbeid. Sykepleier kan ha en pedagogisk tilnærming og bruke sin kunnskap om helsepedagogikk til pasient og pårørende. Sykepleieren bør ha fokus på de psykiske aspektene og pårørende må få informasjon om lidelsen og symptomer på psykiske lidelser som kan forekomme slik som for eksempel depresjon. Dette kan føre til at man oppdager symptomene tidlig og kan forebygge lidelsen (Snoek & Engedal, 2017). Pårørende kan også ha behov for å delta på pårørendekurs eller mestrings- og læringskurs for å kunne takle og forberede seg bedre på pårørenderollen og sykepleieren bør derfor informere om at dette finnes. Et tett samarbeid med pårørende er viktig slik at de også får luftet sine tanker og bekymringer og kan bidra som støttespillere for pasienten. Pårørende trenger informasjon og veiledning slik at de kan oppnå større forståelse for lidelsen pasienten går gjennom. Dette vil det kunne føre til endring i familiens holdning rundt den brannskaddes forandrede utseende og føre til et bedre klima og større forståelse og støtte fra familien (Snoek & Engedal, 2017).

5.4 Gjenoppbygging av det brente selvbilde

Selvbildet til pasienter som har vært utsatt for en alvorlig brannskade kan bli betydelig svekket. Sykepleieren har en svært viktig rolle i arbeidet med å gjenoppbygge og styrke selvbilde til pasienten. Målet er at pasienten sakte, men sikkert lærer å akseptere sitt «nye jeg». Som vi har sett på tidligere består selvbilde ifølge Hummelvoll (2012) av to deler, det fysiske selv og det personlige selv. Det fysiske selv innebærer vår kroppsoppfatning som handler om hvordan vi oppfatter kroppen vår og hvordan vi ønsker at den skal være. Det kan ta lang tid for den alvorlig brannskadde pasienten å godta at kroppsfunksjonen eller utseende er endret. Dette kommer tydelig frem i flere av studiene. Pasientene opplevde det vanskelig å akseptere sitt nye «jeg». Utseendet ville aldri bli det samme igjen, selv om huden ville bli blekere, finere og mer sensitiv over tid (Moi et al., 2008; Zamanzadeh et al., 2015). Det personlige selv handler om ideal-selv, det moralske selv og selvaktelse. Dette

handler om hvordan individet oppfatter at det skal oppføre seg ut fra sitt personlige ideal, hvordan selvet vurderer og sammenligner hvem personen sier man er og hvordan individet oppfatter sitt egenverd (Hummelvoll, 2012). For å kunne styrke pasientens personlige selv må sykepleieren først og fremst ha kunnskap om de psykiske plagene som kan oppstå etter en alvorlig brannskade. Igjennom gode rehabiliteringsprogram må sykepleieren ha fokus på det psykiske aspektet. Rehabiliteringsprogrammene bør legge til rette slik at man kan forebygge den negative effekten som kan oppstå rundt det nye kroppsbildet (Connell et al., 2014).

5.4.1 Håndtering av krisereaksjon

Et interessant funn i studien til Sjursen et al., (2015) viser at sykepleieren må tørre å utfordre seg selv og stå i situasjoner som oppleves som vanskelig. Sykepleieren må ha mot til å involvere seg og stille de vanskelige spørsmålene. Funnene viser at erfaring styrker motet til å involvere seg og ta initiativ til samtale om traumatiske kriser. Det er derfor viktig at sykepleier tilegner seg faglig kunnskap om krisehåndtering slik at de kan hjelpe pasienten igjennom krisen. Som nevnt tidligere kan en traumatisk krise defineres som individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter blir truet (Cullberg, 2007). Alvorlig brannskadde pasienter kan få sterke psykiske følger etter tapet av organer i forbindelse med ulykken. I sjokkfasen vil pasienten stenge virkeligheten ute og vil ikke klare å ta inn det som har skjedd. I reaksjonsfasen blir den alvorlig brannskadde pasienten tvungen til å åpne øynene for det som har skjedd. Virkeligheten integreres, noe som kan oppleves som en voldsom omstilling av det psykiske apparatet. Bearbeidingsfasen kan vare fra et halvt til ett helt år og den brannskadde pasienten begynner i denne fasen å godta sin funksjonsnedsettelse og sitt nye utseende og aksepterer nye sosiale roller. I nyorienteringsfasen er selvfølelsen og håpet bearbeidet. Den alvorlig brannskadde pasienten har arr som aldri forsvinner, men som ikke hindrer vanlige livskontakter (Cullberg, 2007). Uavhengig av hvilken fase pasienten befinner seg i, må sykepleieren støtte pasienten og bygge opp under pasientens håp, mestring og livsmot. Sykepleieren må ha kunnskap om traumatiske kriser, krisehåndtering og hvordan man skal møte og støtte pasienten gjennom de ulike fasene.

5.4.2 Håndtering av en ny livssituasjon

I en av studiene kommer det frem at deltakerne erfarte langvarige utfordringer knyttet til sosial støtte, sosial deltakelse og sitt eget kroppsbilde. Det viste seg at misnøyen de opplevde knyttet til sosial støtte, sosial deltakelse og kroppsbilde økte de første seks månedene etter utskrivelsen, og misnøyen med sosial deltakelse og kroppsbilde ble noe bedre det neste halve året. Kroppsbildet ble allikevel aldri det samme som før ulykken. Misnøyen de opplevde knyttet til den sosiale støtten var vedvarende etter tolv måneder. Selv om støtten og omsorgen fra pårørende hadde en positiv effekt i etterkant av ulykken, var de brannskadde avhengige av å ha denne langvarige omsorgen for å kunne takle de nye utfordringene de hadde knyttet til sitt endrede kroppsbilde (Ajoudani et al., 2018). For noen kunne minner om brannskaden påvirke deres sosiale liv selv 10-20 år etter skaden (Zamanzadeh et al., 2015) Langvarig omsorg har stor betydning for hvordan den brannskadde takler og mestrer sitt endrede kroppsbilde og følgende av dette. Oppfølging og omsorg er viktig etter utskrivning av sykehus og rehabilitering. Sykepleier har en viktig rolle i den langvarige behandlingen og kan bidra med tilrettelegging, terapi og aksept av sitt endrede utseende for pasienten.

Sykepleieren har en viktig rolle i pasientens behandling og skal ha kunnskap om hvordan ulike sykdommer og lidelser kan påvirke pasientens livskvalitet, opplevelse av håp og mestring samt velvære (Kunnskapsdepartementet, 2008). Rehabilitering handler om å takle en ny hverdag med en funksjonsnedsettelse (Solvang, 2019). I flere av studiene ga pasientene uttrykk for at det ikke var noen som forberedte de på hva som ventet i etterkant av brannskaden, og at de savnet et rehabiliteringstilbud som fokuserte på de psykiske aspektene som kan forekomme etter en alvorlig brannskade (Connell et al., 2014; Zamanzadeh et al., 2015). Sykepleierens rolle i pasientens rehabiliteringsprosess handler ikke bare om pleie og observasjoner, men også om opptrening og det å vedlikeholde pasientens fungerende funksjoner. Sykepleieren har også en rolle som skal informere pasienten om hvilke konsekvenser skaden vil gi i det hverdagslige. Sykepleieren må se på det helhetlige bildet av pasienten, noe som innebærer fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter hos pasienten (Solvang, 2019).

5.4.3 Tverrprofesjonelt samarbeid

Det er ikke bare sykepleierens oppgave å drive med rehabilitering, andre profesjoner som fysioterapeuter og ergoterapeuter kan også ha viktige roller i rehabiliteringen. Ofte er det sykepleieren som har den overordnede oppgaven ved å være pasientens koordinator og sette i gang rehabiliteringsprosessen. Ved å arbeide i en tverrprofesjonell praksis sikrer man tettere samarbeid mellom profesjonene og man diskuterer et felles mål sammen som alle sammen skal jobbe mot (Solvang, 2019). Godt samarbeid mellom de ulike profesjonene er noe som vil gagne pasienten fordi rehabiliteringen vil være av høyere kvalitet. Det er allikevel en stor del av sykepleierens ansvar å sikre pasienten en god rehabilitering da sykepleieren er kanskje den som har mest pasientkontakt og har mest med pasienten å gjøre. Ved å ha en trygg og god relasjon til pasienten kan sykepleieren sikre at pasienten får den rehabiliteringen som trengs og øker motivasjonen for å fullføre rehabiliteringen. For at pasienten skal oppnå sine mål i rehabilitering, må de ha en drivkraft, og det kan være håp (Dahl et al., 2014). Å støtte pasienten i den krevende, nye hverdagen gjennom håp og motivasjon er en viktig rolle sykepleieren har for å sikre en vellykket rehabilitering.

Funnene i de inkluderte studiene viser at pasientens selvbilde ble påvirket av flere faktorer. Pasientens nye utseende, relasjoner til familie, partner og venner, håp og mestring, stigmatisering og en god relasjon til helsepersonell hadde innvirkning på pasientens selvbilde. De inkluderte studiene i oppgaven vår viser at sykepleieren har en sentral rolle i rehabiliteringsprosessen. Sykepleieren må støtte pasienten og forberede pasienten på å møte verden med et nytt og realistisk utseende. Pasienten bør få informasjon om både fysiske og psykiske plager som kan komme som en følge av brannskaden slik at pasienten er god forberedt. Sykepleieren bør prøve å sette fokuset over på andre viktigere ting enn utseende som for eksempel andre verdier, holdninger eller positive egenskaper pasienten har. Sykepleieren må være bevisst på egne holdninger og handlinger i arbeidet med pasienten. Ved å bli godt kjent med pasienten, hjelpe pasienten å øke bevisstheten om seg selv, lytte til vedkommende og vise forståelse for dens problemer kan sykepleier bidra til at pasientens selvbilde styrkes. Sykepleieren må stille utforskende spørsmål til pasienten slik at de blir nødt til å utfordre sine refleksjoner og tanker knyttet til sitt eget selvbilde (Hummelvoll, 2012). En viktig oppgave er å anerkjenne og verdsette pasienter med alvorlige

brannskader i alle faser av rehabiliteringen og akseptere frustrasjon og sorgprosessen som pasienten kan oppleve.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi sett på hvordan sykepleier kan bidra til å styrke selvbildet hos pasienter med alvorlige brannskader. Funnene i studiene tyder på at selvbildet ble svekket på grunn av funksjonsnedsettelse, et endre utseende og stigmatisering. Som det kommer frem i diskusjonskapittelet benyttet den alvorlig brannskadde pasienten seg av både indre og ytre ressurser i rehabiliteringsprosessen. De indre ressursene pasienten tok i bruk var håp og mestring. De ytre ressursene var familie, partner og venner og helsepersonell. Sykepleierens viktigste rolle er å skape en tillitsfull relasjon til pasienten og understøtte pasientens håp, mestring og livsmot. Sykepleieren må også tilrettelegge for et godt samarbeid med de pårørende da de har stor innflytelse for at pasienten skal kunne akseptere sitt nye kroppsbilde. De pårørende er gode støttespillere og omsorgspersoner for pasienten i etterkant av brannskaden.

Studiene påpeker også at sykepleier bør ha mer kunnskap om psykiske reaksjoner som kan oppstå etter en alvorlig brannskade og forberede pasienten på hva som venter i etterkant av en slik skade. Sykepleieren må derfor sikre et rehabiliteringstilbud som også fokuserer på de psykiske aspektene. Mange av pasientene opplevde også å bli stigmatisert og sykepleieren må ha kunnskap om denne skadelige faktoren som kan svekke selvbildet. Sykepleier vil gjennom god kommunikasjon, veiledning, støtte, mestring, håp og omsorg kunne hjelpe alvorlige brannskadde pasienter med å styrke sitt selvbilde.

Litteraturliste

- Ajoudani, F., Jasemi, M. & Lotfi, M. (2018). Social participation, social support, and body image in the first year of rehabilitation in burn survivors: A longitudinal, three-wave cross-lagged panel analysis using structural equation modeling. *Burns: journal of the International Society for Burn*, 44(5), 1141-1150. Hentet fra <https://www-sciencedirectcom.galanga.hvl.no/science/article/pii/S0305417918302031?via%3Dihub>
- Connell, K. M., Philips, M., Coates, R., Doherty-Poirier, M. & Wood, F. M. (2014). Sexuality, body image and relationships following burns: analysis of BSHS-B outcome measures. *Burns*, 40(7), 1329-1337.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.burns.2014.01.006>
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling* (3. utg.). Stockholm: Universitetsforlaget.
- Dahl, B., Romsland, G., I & Slettebø, Å. (2014). Håp er drivkraften. *Sykepleien*, 9, 52-55.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse Bergen. (2017a, 22. mai). Brannskade- rehabilitering og etterbehandling. Hentet fra <https://helse-bergen.no/behandlinger/brannskade-rehabilitering-og-etterbehandling?language=2068&behandling=Brannskadar>
- Helse Bergen. (2017b, 18. desember). Rehabilitering etter omfattende skade. Hentet fra <https://helse-bergen.no/behandlinger/rehabilitering-etter-omfattende-skade-multitraume>
- Helse Bergen. (2017c, 6. desember). Brannskadar. Hentet fra <https://helse-bergen.no/behandlinger/brannskadar>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistene. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Helsedirektoratet. (2013). Relasjonens betydning. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/generelle-prinsipper/relasjonens-betydning>

Hummelvoll, J. K. (2012). *HELT- IKKE STYKKEVIS OG DELT: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kalfoss, M. H. (2016). Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 453-481). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Sykepleie- kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I K. N. Jahren, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1 Sykepleie- fag og funksjon* (3. utg., s. 89-138). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Mathisen, J. (2015). Sykepleie ved brannskader. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 381-399). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Moi, A. L. & Gjengedal, E. (2014). The lived experience of relationships after major burn injury. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2323-2331.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12514>
- Moi, A. L., Vindenes, H. A. & Gjengedal, E. (2008). The experience of life after burn injury: a bodily awareness. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 278-286.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04807.x>
- Nakstad, A. R., Bertelsen, B. & Hornslien, K. (2016). Skader og forgiftninger. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 113-126). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., Bjålie, J. G. & Toverud, K. C. (2006). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sjursen, I., Gjengedal, E. & Kvigne, K. (2015). Sjukepleiaren sitt mot fremmar tillit og styrkar livsmotet hjå alvorleg brannskadde pasientar. *Nordisk sykepleierforskning*, 5, 166-178.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykisatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Solvang, P. K. (2019). *(Re)habilitering: terapi, tilrettelegging, verdsetting*. Bergen: Fagbokforlaget.

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Lotfi, M. & Salehi, F. (2015). Preserving self-concept in the burn survivors: A qualitative study. *Nursing and Midwifery Faculty, 21(2)*, 182-191.

Vedlegg

Vedlegg 1: Pico

P: Patient/problem	I: Intervention	C: Comparison	O: Outcomes
Brannskadde pasienter Brann overlevende Brannskade Voksne	Selvbilde Selvtillit Livet etter brannskaden		Selvbilde Livskvalitet Mestring Erfaringer Sykepleie Kroppslig
Burn patients Brann survivors Burn injury Adults	Self-image Self-esteem Life after burn injury		Self-image/body image Quality of life Coping Experience Nursing Bodily

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Dato	Database	Søkeord	Antall treff	Lest abstrakt	Leste forsknings artikler	Inkluderte forskningsartikler
16.09.2019	SveMed+	#1 Burn injury #2 Nursing #1 AND #2	7	3	1	Nr. 2 av 7 treff: Sykepleiaren sitt mot fremmar tillit og styrker livsmotet hjå alvorleg brannskadd pasientar
03.10.2019	Cinahl	#1 Burn injury #2 Bodily #1 AND #2	363	4	4	Nr. 1 av 363 treff: The experience of life after burn injury: a new bodily awareness
04.10.2019	Medline (EBSCO)	#1 Burn patients #2 Burn injury #3 Experience #1 AND #2 AND #3	424	10	3	Nr. 55 av 424 treff: The lived experience of relationships after major burn injury
12.11.2019	Medline (EBSCO)	#1 Burns #2 Body image #1 AND #2	277	6	2	Nr. 3 av 277 treff: Social participation, social support, and body image in the first year of rehabilitation in burn survivors: A longitudinal, three-wave cross-lagged panel analysis using structural equation modeling.
04.12.2019	Medline (EBSCO)	#1 Burn patients OR burns OR burn injury #2 Self-image OR self-esteem OR body-image #3 Quality of life #1 AND #2 AND #3	113	11	5	Nr 41 av 113 treff: Sexuality, body image and relationships following burns: analysis of BSHS-B outcome measures.
11.12.2019	PubMed	#1 Burn survivors #2 self esteem #1 AND #2	46	5	4	Nr. 2 på listen av "best matches: Preserving self-concept in the burn survivors: a qualitative study

Vedlegg 3: Litteratormatrise

Litteratormatrise 1

Referanse	Hensikt/mål/ problemstilling	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for oppgaven
<p>Sjursen, I., Gjengedal, E. & Kvigne, K. (2015).</p> <p>Sjukepleiaren sitt mot fremmar tillit og styrker livsmotet hjå alvorleg brannskadde pasientar</p> <p><i>Nordisk sygeplejeforskning</i></p> <p>Norge</p> <p>VOL: 5 Utgave: 2 Side: 166-178</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske sykepleierens erfaringer med å skape og vedlikeholde en tillitsfull relasjon med pasienter som har blitt alvorlig brannskadet</p>	<p>Studien har et kvalitativt design. Data er samlet inn gjennom intervjuer med 5 sykepleiere som hadde erfaring med brannskadde pasienter. Giorgi sin fenomenologiske analyse har blitt brukt som inspirasjon til dataanalysen. Sykepleierne måtte ha minst 5 års erfaring med brannskadde, sykepleieren fortalte om sine opplevelser og fortellinger.</p>	<p>Sykepleieren måtte ha mot til å være nær pasienten når h*n opplevde en livskrise. Sykepleieren måtte ha samtaler knyttet til liv og død, men også samtaler i forbindelse med livsmot og mestring. Sykepleieren måtte være til stede med sitt fysiske, emosjonelle og faglige seg for å kunne yte den beste omsorgen til pasienten.</p> <p>For å kunne yte god omsorg og pleie måtte sykepleieren være ærlig på sitt kunnskapsnivå. De opplevde at det å være ærlig og oppriktig hadde en positiv effekt på pasientens mestring og trygghetsfølelse.</p> <p>Sykepleieren erfarte også situasjoner der de tråkket over grensene til pasienten og krenket de, til tross for at de bare ønsket det beste for pasienten. De opplevde derfor at pasienten fikk svekket sin tillit til de, noe som satt krav til at de måtte takle avvisning og skape en trygg og god dialog for å gjenvinne tillitten med pasienten. De måtte være tydelig i sitt språk og bruke klare instruksjoner.</p>	<p>Studien er relevant for oppgaven fordi den belyser viktigheten av å skape en tillitsfull relasjon til pasienten. Studien konkluderer med at det krever både et faglig og moralsk ansvar for å kunne fremme pasientens livsmot.</p>

Litteratormatrise 2

Referanse	Hensikt/mål/ problemstilling	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for oppgaven
<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><i>Journal of Advanced Nursing</i></p> <p>Norge</p> <p>VOL: 64 Utgave: 3 Side: 278-286</p>	<p>Hensikten med denne studien var å belyse hvordan den enkelte pasient med brannskade opplevde å leve med en endret kropp. Studien tar for seg deltakernes beskrivelser av deres opplevelser og erfaringer etter en alvorlig brannskade, slik at man bedre kan forstå hvordan de opplever det.</p>	<p>Kvalitativ metode er benyttet og data ble samlet inn gjennom åpne intervjuer som ble tatt opp og transkribert. Intervjuene ble analysert etter Giorgi's fenomenologiske metode. Studien er godkjent av en etisk komité i Norge.</p> <p>Det var 14 deltakere i studien, tre kvinner og 11 menn (gjennomsnittsalder var 46år). Deltakerne i studien ble rekruttert ved brannskadeavdelingen på Haukeland Universitetssykehus som er et nasjonalt behandlingssenter. Deltakerne måtte være 18 år eller eldre, snakke flytende norsk, kunne ikke ha mentale eller kognitive forstyrrelser og de måtte ha opplevd en alvorlig brannskade etter American burn association's kriterier.</p>	<p>En ny og krevende kroppslig oppdagelse, omfavnet av både begrensninger og potensiale, kom frem som det mest essensielle hos den brannskaddes opplevelse av deres skadede kropp. Deltakerne fortalte at utseende aldri ville bli det samme, selv om huden ville bli blekere, bli finere og mer sensitiv over tid. Deltakerne følte at de ble stigmatisert og mistet anonymiteten sin. Flere av deltakerne følte at et endret utseende førte til at folk stirret på dem og pekte på dem. Dette førte igjen til at flere av deltakerne følte seg utilpass på offentlige steder. Deltakerne syntes det var viktig å bli akseptert av familie og venner, samt partner. Deltakerens partner spilte en stor rolle i å hjelpe deltakeren til å leve med et nytt utseende. Deltakerne fortalte at kroppen kunne klø mye og at medisinerne ikke fungerte optimalt. Oppturer som å stå på egne ben, gå på do selv, gå i korridoren og kommer seg ut fikk deltakerne til å tro igjen. Deltakerne opplevde at sikkerheten var viktig for dem, å se et kjent ansikt og ha et godt samarbeid med personalet på avdelingen. Ved hjemreise følte deltakerne seg usikre, som var en negativ erfaring.</p>	<p>Studien er relevant for oppgaven fordi den belyser pasientens opplevelser og erfaringer etter å ha blitt utsatt for en alvorlig brannskade. Studien konkluderer med at sykepleieren må anerkjenne og verdsette den brannskadde pasienten i alle faser av rehabiliteringen og må tilrettelegge for nærvær og involvering av familie og venner.</p>

Litteratormatrise 3

Referanse	Hensikt/mål/ problemstilling	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for oppgaven
<p>Moi, A. L. & Gjengedal, E. (2014).</p> <p>The lived experience of relationships after major burn injury.</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing</i></p> <p>Norge</p> <p>VOL: 23 Sidetall: 2323-2331.</p>	<p>Hensikten med denne studien var se på betydningen av relasjoner i etterkant av en alvorlig brannskade.</p>	<p>I denne studien ble det brukt kvalitativ metode. For å samle inn data ble 14 deltakere intervjuet. Noen av deltakerne ble intervjuet flere ganger, slik at det totalt ble gjennomført 20 intervjuer.</p> <p>Intervjuene ble spilt inn/tatt opp og senere transkribert. Kriterier for å være med i studien var at alle deltakerne var 18 år eller eldre på skadetidspunktet, og de kunne ikke ha noen mentale eller kognitive forstyrrelser. Deltakere som hadde språkproblemer eller problemer med å uttrykke seg ble ekskludert. Alle deltakerne ble anonymisert før dataene ble analysert.</p>	<p>Familiemedlemmer var viktig, særlig under sykehusoppholdet fordi de kunne bidra med bilder, brev og kort. Dette bidro til at noen av deltakerne opplevde bedre søvnkvalitet, økt velvære og motivasjon til å se fremover. Partnere og nær familie hadde en viktig rolle ved at de viste støtte med tanke på det endrede kroppslige bildet, og ved at de bekreftet at deres kjærlighet til deltakerne var upåvirket av brannskaden. Deltakerne kunne oppleve følelse av skuffelse når pårørende ikke viste forståelse og sympati i forhold til situasjonen deltakerne opplevde. Det at familien, venner og kolleger viste forståelse, sympati og verdsatte deltakerne var viktig for at de skulle akseptere den nye tilværelsen både kroppslig og mentalt. Helsepersonell hadde også en viktig rolle for den brannskadde og familien. Støtte, forståelse og råd fra helsepersonell var viktig for å kunne akseptere brannskaden.</p>	<p>Denne studien er relevant fordi den viser at relasjoner er en viktig faktor for at den brannskadde skal kunne takle den nye tilværelsen med et endret kroppslig bilde og for å kunne mestre det å leve med brannskaden i etterkant.</p> <p>I tillegg konkluderer de med at viktigheten av god støtte til den brannskadde fra familie, venner og helsepersonell. Studien konkluderer med at relasjoner er en viktig forutsetning for at den brannskadde skal kunne takle den nye tilværelsen etter brannskaden med et endret kroppslig bilde.</p>

Litteratormatrise 4

Referanse	Hensikt/mål/ problemstilling	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for oppgaven
<p>Ajoudani, F., Jasemi, M. & Lotfi, M. (2018)</p> <p>Social participation, social support, and body image in the first year of rehabilitation in burn survivors: A longitudinal, three- wave cross-lagged panel analysis using structural equation modeling</p> <p><i>Journal of the International Society for Burn</i></p> <p>Iran</p> <p>VOL: 44 Utgave: 5 Side: 1141-1150</p>	<p>Hensikten med denne studien var å identifisere årsaksforhold og utvikling knyttet til tre ulike psykososiale variabler: sosial støtte (familie, venner og andre), sosial deltakelse og kroppsbilde til den brannskadde pasient det første året av rehabiliteringen.</p>	<p>I denne studien ble det benyttet kvantitativ metode, en tverrsnittstudie. Deltakerne ble fulgt over en lengre periode og målet var å studere utvikling og endring. Data ble samlet inn gjennom spørreskjema ved tre tidspunkt; ved utskrivning, 6 måneder etter utskrivning og 12 måneder etter utskrivning.</p> <p>Det var 100 deltakere i studien som hadde vært innlagt på Imam Khomeini Teaching Hospital i Urmia. De inkluderte deltakerne var mellom 16-50 år, hadde ingen hørselsproblemer og de måtte ha minst ett av American burn association`s kriterier for en alvorlig brannskade.</p> <p>Studien er godkjent av etikkomiteen ved Urmia universitet for medisinske vitenskaper.</p>	<p>Både sosial støtte, sosial deltakelse og kroppsbildet forverres i løpet av de første seks månedene. Misnøyen med utseende økte de første seks månedene, men misnøyen gikk ned i løpet av de neste seks månedene. Pasientene var i denne perioden i bedre tilstand til å kunne takle de kroppslige endringene. Selv om kroppsbildet ble bedre etter 12 måneder, ble det ikke slik som det var før ulykken. Misnøyen med sosial støtte økte fra utskrivning og misnøyen gikk ikke ned på lik linje som med sosial deltakelse og kroppsbilde etter 6 måneder. Dette viser at studiens funn tyder på at vedvarende omsorg for den brannskadde pasienten bør ytes selv etter utskrivning og rehabilitering.</p>	<p>Denne studien har relevans for oppgaven fordi den viser hvordan kroppsbildet, sosial støtte og sosial deltakelse utvikler seg det første året etter utskrivningen. Studien er relevant fordi den får frem hvor viktig det er med langvarig omsorg for den brannskadde pasient.</p>

Litteratormatrise 5

Referanse	Hensikt/mål/ problemstilling	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for oppgaven
<p>Connell, K.M., Philips, M., Coates, R., Doherty-Poirier, M. & Wood, F.M (2014)</p> <p>Sexuality, body image and relationships following burns: analysis of BSHS-B outcome measures</p> <p>Australia</p> <p>VOL: 40 Utgave: 7 Side: 1329-1337</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan brannskader påvirker kroppsbildet og seksualitet.</p>	<p>I denne studien ble det brukt en kvantitativ metode, og det var 865 brannskadde pasienter deltok. For å bli inkludert i studien måtte de ha blitt behandlet ved brannskadeavdelingen for voksne på Royal Perth Hospital, og fylte et kriterie på den korte versjonen av Burn Specific Health Scale (BSHS-B). BSHS-B analyserer endringer i seksualitet og påvirkningen av forhold over tid.</p>	<p>I denne studien kom det frem at pasienter med tiden opplevde økt vansker knyttet til seksualitet, forhold og kroppsbildet. Dette var noe som skjedde uavhengig av forbedringer i deltakernes fysiske funksjon. Dette kunne påvirke pasientens livskvalitet over tid. Det kom frem at rehabiliteringstjenester bør utvikle spesielle rehabiliteringsprogrammer knyttet til seksualitet, kroppsbilde og forhold og at de må være klar over den potensielle negative effekten av disse områdene. Sykepleierne må ha mer kunnskap om de psykiske reaksjonene og plagene som kan oppstå ved en alvorlig brannskade. Pasientene får ikke den oppfølgingen de trenger fordi sykepleierne ikke er godt nok «trent» med å stille spørsmål knyttet til pasientens psykiske helse.</p>	<p>Denne studien er relevant for oppgaven vår fordi funnene viser at pasientene opplever vanskeligheter knyttet til kroppsbildet. Funnene knyttet til sykepleierens kunnskap om det psykiske aspekt er også relevant for vår oppgave. Dette kan ha stor innvirkning på selvbildet til pasienten.</p>

Litteratormatrise 6

Referanse	Hensikt/mål/ problemstilling	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for oppgaven
<p>Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Lotfi, M., Salehi, F. (2015)</p> <p>Preserving self-concept in the burn survivors: A qualitative study</p> <p><i>Nursing and Midwifery Faculty</i></p> <p>Iran</p> <p>VOL: 21 Utgave: 2 Side: 182-191</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke erfaringer med selvbildet etter å ha blitt utsatt for en brannskade for pasienter i Iran.</p>	<p>Det er benyttet kvalitativ metode, der 17 brannskadde pasienter ble intervjuet med åpne spørsmål. De inkluderte deltakerne måtte være over 20 år, ha overlevd en brannskade for minst 6 måneder siden og vært innlagt på brannskadeavdelingen på Sina sykehus i Tabriz. Intervjuene ble tatt opp, transkribert og analysert.</p> <p>Studien er godkjent av etikkutvalget ved Tabriz University of Medical Sciences.</p>	<p>Resultatene i studien viser at deltakerne gikk igjennom mentale prosesser fra ulykken, ved sykehusoppholdet, ved hjemreisen og til slutt da de skulle ut i samfunnet. Dette handlet om hvordan de oppfattet sitt nye «jeg», hvordan andre oppfatte dem og hvilken posisjon de hadde i samfunnet. Dette påvirket selvbildet både fysisk, psykisk og åndelig. Deltakerne opplevde at familie og venner skammet seg over deres nye utseende og at de ble stigmatisert når de var ute i samfunnet. Flere av deltakerne opplevde seg belastende for familien og deres økonomi. Noen opplevde det så belastende at de ønsket å ta sitt eget liv. Deltakernes erfaringer viste at de sammenlignet forholdene deres før og etter ulykkene, deres individuelle og sosiale posisjon hadde endret seg og deres avstand fra deres drømmer, mål og ønsker i livet hadde økt.</p>	<p>Denne studien er relevant for litteraturstudien fordi den belyser erfaringene til brannskadde pasienter. Studien ser på hvordan pasienten opplever seg selv og hvordan selvbildet og livet blir påvirket av skaden. Studien er relevant fordi den gi nyttig kunnskap for helsepersonell i møte med brannskadde pasienter.</p>

Vedlegg 4: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie fra helsebiblioteket

Eksempel på kvalitetsvurdering av forskningsartikkel: *Sykepleiaren sitt mot fremmar tillit og styrker livsmotet hjå alvorleg brannskadde pasientar* av Sjursen et. al (2015).

(A) Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?	Ja
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja
Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja
7. Er etiske forhold vurdert?	Ja
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presenter?	Ja
--------------------------------	----

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttig er funnene fra denne studien?	Denne artikkelen trekker frem interessante funn knyttet til tillit og en god relasjon mellom pasienten og sykepleieren. Forskerne belyser temaet fra et sykepleieperspektiv. Kritisk refleksjon rundt tillit som livsstyring burde komme tydeligere frem i utdanningen for sykepleiere.
---	---

Sjekklisten er hentet fra helsebiblioteket sine nettsider. Hentet fra <file:///C:/Users/Bruker/Downloads/Sjekkliste%20Kvalitativ%202018.pdf>