



Livet efter en brännskada

- ett individperspektiv

**Tove Brosché
Sandra Dahlén**

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Omvårdnad – Vetenskapligt arbete 61-90 hp
Vt 2010

Sektionen för hälsa och samhälle
Box 823
301 18 Halmstad



Life after burn injury

- an individual perspective

**Tove Brosché
Sandra Dahlén**

Nursing Programme 180 ECTS credits
Nursing Thesis, 15 ECTS credits (61-90 ECTS credits)
Spring 2010

School of Social and Health Science
P.O. 823
S - 301 18 Halmstad

Titel	Livet efter en brännskada – Ett individ perspektiv
Författare	Tove Brosché, Sandra Dahlén
Sektion	Sektionen för hälsa och samhälle, Högskolan i Halmstad, Box 823, 301 18 Halmstad
Handledare	Ing-Marie Bundesen, universitetsadjunkt, Fil. Mag. i omvårdnad
Examinator	Henrika Jormfeldt, universitetslektor, Dr. Medicinsk vetenskap
Tid	Vårterminen 2010
Sidantal	16
Nyckelord	Brännskador, Livskvalitet, Omvårdnad, Sjuksköterskor, Upplevelse
Sammanfattning	<p>Individer som blivit brännskadade upplever både fysiska och psykiska hinder. En acceptans av den nya kroppen kan ta lång tid. Under rehabiliteringsprocessen på sjukhuset arbetar det multiprofessionella teamet med denna patientgrupp för att de ska kunna klara av vardagen. Sjuksköterskan bör ha god kunskap av att vårda brännskadade patienter. Syftet med litteraturstudien var att belysa hur individen upplever sin livssituation efter en brännskada för att sjuksköterskan ska få en ökad kunskap och därigenom kunna ge en god omvårdnad. Sjutton vetenskapliga artiklar bearbetades för att sedan sammanställas till ett resultat med olika teman. Resultatet visade fem teman; <i>Upplevelsen av stöd, upplevelsen av att hantera brännskadan, upplevelsen av smärta och klåda, upplevelse av livskvaliteten efter brännskadan</i> samt <i>upplevelsen av vården</i>. Brännskadade individer behöver stöd från omvårdnadspersonal och närstående. Copingstrategier användes för att utstå både fysisk och psykisk smärta. Livskvaliteten kunde både försämrats och förbättras efter en brännskada. Att vårda patienter med brännskador kräver goda kunskaper inom omvårdnad då den omfattar många delar. Mer forskning inom området behövs för att sprida kunskap. Även en stödgrupp för brännskadade patienter borde etableras för att kontakt mellan brännskadade individer ska upprättas.</p>

Title	Life after burn injury - An individual perspective
Author	Tove Brosché, Sandra Dahlén
Department	School of Social and Health Sciences, Halmstad University, Box 823, 301 18 Halmstad
Supervisor	Ing-Marie Bundesen, lecturer, Master in Nursing
Examiner	Henrika Jormfeldt, Senior lecturer, PhD. Medical Science
Period	Spring term 2010
Pages	16
Key words	Burns, Experience, Nurses, Nursing care, Quality of Life

Abstract

Individuals who have endured burn injuries experience both physical and psychological barriers. Coming to terms with lasting effects of burn injuries on the body can take a long time. The rehabilitation process in the hospital is at a multi-professional level, drawing across a large cross section of specialist skills to enable patients to cope with everyday life. Nurses need to have a good knowledge base to care for burn injured patients. The purpose of this study was to highlight how individuals feel about their life after a burn injury, to help nurses get a better understanding of the subject and therefore provide good health care. Seventeen scientific articles were analysed and then compiled into a conclusion with different themes. These themes were; *the experience of support, the experience to cope with burns, the experience of pain and pruritus, experience of the quality of life and the experience of the health care*. Burn injured patients need support from the nursing staff and relatives. Coping strategies were used to endure both physical and mental pain. The quality of life could be either worse or better after a burn injury. Caring for patients with burns requires a high level of knowledge in nursing, as it affects the many stages of recovery. More research in this area is needed to increase knowledge. A support group for burn patients should also be established in order to support contacts between burn injured individuals.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Hudens funktion och uppbyggnad	2
Definition av brännskada	3
Uppkomst, kategorier och utbredning av brännskador	3
Sjusköterskans ansvar	3
Syfte	4
Metod	5
Datainsamling	5
Databearbetning	5
Resultat	6
Upplevelsen av stöd	6
Upplevelsen av att hantera brännskadan	7
Upplevelsen av smärta och klåda	8
Upplevelse av livskvaliteten efter en brännskada	8
Upplevelsen av vården	10
Diskussion	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	12
Konklusion	16
Implikation	16
Referenser	
Bilagor	
Bilaga I Tabell 1. Sökhistorik	
Bilaga II Tabell 2. Sökordsöversikt	
Bilaga III Tabell 3. Artikelöversikt	

Inledning

World Health Organization (WHO) beräknade år 2008 att cirka 300 000 människor dör varje år till följd av brännskador och miljoner fler bestående skador som påföljd. I Sverige behandlas cirka 36 000 brännskador årligen (Åkerlund, Huss & Sjöberg, 2007). Cirka 250 per 100 000 invånare i Sverige beräknas behöva kvalificerad sjukvård varje år på grund av sina brännskador och av dessa beräknas drygt 1000 bli inneliggande på sjukhus (Socialstyrelsen, 2008). Cirka 150 personer behöver specialistsjukvård på en av de två rikstäckande brännskadeenheter i Sverige; Uppsala, och Linköping (Langö, 2008). Av de icke-livshotande skadetillstånd som finns är brännskador det som är mest ekonomiskt påfrestande för samhället (Åkerlund, et al., 2007). I höginkomstländer såsom Sverige arbetas det aktivt med prevention av uppkomst av bränder genom att till exempel installera brandvarnare och brandlarm (Sjöberg & Östrup, 2002).

På vanliga sjukhus vårdas patienter med brännskador. Det kan gälla en mindre omfattande brännskada men även eftervården av en allvarlig brännskada. Att bli brännskadad upplevs traumatiskt och kan vara livshotande beroende på hur allvarlig skadan är (Wikehult, 2008). Skadan och återhämtningen kan upplevas stressande och för en del patienter blir livet aldrig mer detsamma. För sjuksköterskor är det viktigt att ha god kännedom om brännskador och hur patienter hanterar de psykologiska och fysiologiska reaktioner som kan komma i eftervården för att tillämpa god omvårdnad.

Bakgrund

WHO är en myndighet i Förenta Nationerna (FN) som leder och samordnar globala hälsofrågor. Genom olika projekt i världen arbetar WHO med att förebygga bränder och sprida information om vård vid brännskador (WHO, 2008). WHO har bland annat utvecklat The Burn Fact Sheet som tar upp globala problem med bränder, samhällets ansvar i samband med bränder och brännskador samt prevention av bränder (WHO, 2004).

American Burn Association (ABA) är en organisation i USA som genom utbildning, vård och forskning finns för att förbättra livet för brännskadade individer (ABA, 2005). Organisationen har mer än 3500 medlemmar från olika delar av världen och arbetar med brännskade-relaterad forskning, vård, rehabilitering och prevention. Medlemmarna i organisationen är multiprofessionella och har som mål att öka kvaliteten på vården som ges till brännskadade patienter. I Europa finns European Burn Casualty Association (EBCA) som startade 2008. Organisationen driver frågor om brännskadeprevention och vill att brännskadade ska få bättre eftervård. Flera länder har gått med i denna organisation, dock inte Sverige.

I Sverige har två enheter från och med 1 januari 2010 fått i uppdrag av Socialstyrelsen att bedriva rikssjukvård av svåra brännskador. För att bli remitterad hit krävs det att patienter uppfyller vissa kriterier men det görs även en bedömning från fall till fall. De patienter som inte uppfyller kriterierna för svåra brännskador vårdas på vanliga sjukhus runt om i landet (Langö, 2008). I Sverige är den vanligaste orsaken till brännskador skällning av hett vatten eller annan vätska, flamskador samt skada efter kontakt med varma föremål (Socialstyrelsen, 2008).

Patienter kan vårdas på en vanlig kirurgisk vårdavdelning för sina brännskador (Mathisen, 2002). Vården kring brännskadade patienter är inte helt olik från att vårda patienter med andra åkommor. Omvårdnaden kring den brännskadade patienten styrs till stor del av med medicinska behandlingen (Sjöberg & Östrup, 2002). Från första dagen arbetar vårdpersonalen aktivt med att förebygga komplikationer som kan uppstå efter en brännskada. Komplikationer kan drabba alla patienter som blivit brännskadade oavsett skadans djup och utbredning. Omedelbara konsekvenser kan vara smärta, infektioner, vätskeförlust och sår. (Mathisen, 2002). Långvariga konsekvenser är psykiska reaktioner, sårvård, klåda, immobilitet, nervskador, nedsatt styrka, försämrad koordination, kontrakturer och ärrvävnad (Sjöberg & Östrup, 2002). Målen för brännskadevården är att återställa det brännskadade området, att få patienten att kunna utöva aktiviteter som denne kunde innan skadan och göra det möjligt för patienten att återställas emotionellt och psykologiskt (Edgar & Breerton, 2005).

Ett sätt att mäta hälsan efter en brännskada görs med hjälp av Burn Specific Health Scale (BSHS). Den ursprungliga skalan utvecklades 1982 i USA och den undersöker sex olika områden av hälsan som berörs vid en brännskada. Dessa områden är fysisk hälsa, kroppsuppfattning, psykologisk hälsa, sexuell hälsa, fysiska aktiviteter samt familj och sociala relationer. BSHS har reviderats och anpassats i olika språk och i olika sammanhang som involverar brännskador och hälsa (Blades, Mellis & Munster, 1982).

Hudens funktion och uppbyggnad

Huden är kroppens största organ och täcker hela kroppens yta (Bjälje, Haug, Sand, Sjaasta & Toverud, 2002). De uppgifter som huden har är att skydda kroppen från yttre påverkan såsom mekanisk- och kemisk påverkan, intrång av mikroorganismer, skydd mot solljusets ultraviolettera strålning och skydda mot förlust av vätska. Huden lagrar även vätska och fett samt reglerar kroppstemperaturen. Huden ingår i sinnesorganen där den registrerar tryck, beröring, värme, kyla och smärta. Emotionella signaler kan förmedlas via huden som till exempel rodnad (Bjälje, et al., 2002).

Huden är uppbyggd av tre lager som benämns överhuden (epidermis), läderhuden (dermis) och underhuden (subcutis). Epidermis är det översta skiktet och varierar i tjocklek beroende var på kroppen det sitter. Hudlagret är vanligtvis cirka 0,1 mm tjockt men kan vara upp till 1 mm tjockt vid fotsulor och handflator. Epidermis är uppbyggt av epitelceller som innehåller keratin. Keratin är ett protein och har en skyddande funktion. Detta hudlager saknar blodkärl. Det mellersta hudlagret dermis, är mellan 0,5-3mm tjockt och består till största delen av fibrös bindväv. Här finns det bland annat hårfolliklar, nerver, blodkärl, lymfkärl, svettkörtlar och talgkörtlar. Grunden för hudens känsel sitter i nerverna, nervändssluten och sinnescellerna i dermis. Det djupaste hudlagret subcutis innehåller fettvävnad och fibrös bindväv som ger kroppen en bra isolering. Då subcutis består av fettvävnad och vävnadsvätska är den en viktig fettreserv och vätskeförråd för kroppen yta (Bjälje, et al., 2002).

Definition av brännskada

Enligt Socialstyrelsen (2008) definieras en brännskada som en vävnadsskada som uppstått efter att huden och vävnaden som finns under huden utsatts för hög temperatur. Efter att huden blivit utsatt för hög temperatur dör vävnaden och hudcellerna.

Uppkomst, kategorier och utbredning av brännskador

Brännskador kan uppkomma av olika anledningar. Övergripande delas brännskador in i termiska, elektriska och kemiska. Termiska brännskador uppstår när huden kommer i kontakt med solljus, varma vätskor och eld (O'Reilly, 2007). Elektriska brännskador uppkommer när ström gått igenom kroppen (Sjöberg & Östrup, 2002). Kemiska brännskador uppstår vid kontakt med kemikalier (O'Reilly, 2007). Det finns även inhalations-skador då patienten inhaledat rök eller toxiska substanser (Sjöberg & Östrup, 2002).

Brännskador delas in i olika kategorier beroende på vilket djup skadan har. Mathisen (2002) delar in brännskadan i ytlig, delhudsskada och fullhudsskada. Vid ytliga brännskador är epidermis skadat. Huden blir svullen och röd. Skadan är vanligt förekommande efter vistelse i solen och läker av sig själv. Delhudsskada indelas i ytlig eller djup delhudsskada. Den ytliga delhudsskadan har gått ner i dermis och huden blir röd, ömmande och svullen med vätskefyllda blåsor. Denna typ av brännskada läker av sig själv. Den djupa delhudsskadan går lite längre ner i hudlagret dermis och ger vanligtvis ärrbildning och starka smärtor. Vid en sådan skada kan det behövas kirurgisk hjälp för att såret ska läka utan komplikationer. En fullhudsskada går igenom alla tre hudlagren. Brännskadan måste behandlas på sjukhus om den täcker större eller svåra områden på kroppen såsom genitalier. Fullhudsskador kräver vanligen specialistbehandling och hudtransplantation. En brännskada kan också benämnas som första-, andra- och tredje gradens brännskada (Hansson, 2010a). Viss litteratur tar upp fjärde- och femte gradens brännskada som även omfattar leder och skelett, definitionerna är inte nationellt vedertagna.

Utbredning av en brännskada räknas med 9 % regeln (Sjöberg & Östrup, 2002). Denna regel innebär en uppskattning av utbredningen som anges i Total body surface area (TBSA) angivet i %. Patientens hand är 1 %, huvudet 9 %, ett ben 9 % och en arm 9 %. En större brännskada beräknas vara ungefär 15 % av TBSA. Även lokalisering och djup har betydelse för hur allvarlig skadan är (Mathisen, 2002).

Sjuksköterskans ansvar

Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) ska sjuksköterskan tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska som psykiska. Sjuksköterskans omvårdnad kring patienten är att ge hjälp och stöd i de dagliga aktiviteter som brännskadan kräver (Sjöberg & Östrup, 2002). För att klara av omvårdnaden kring den brännskadade patienten krävs det stor förmåga att förstå både de fysiska och psykiska reaktioner som kan uppstå (Wikehult, 2008). International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2007) säger att sjuksköterskans ansvar är att ge människor vård. I brännskadevård fokuseras det snabbt på rehabilitering och förebyggande av komplikationer (Edgar & Brereton, 2005; Wikehult, 2008). Sjuksköterskan ska enligt kompetensbeskrivningen

för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) förebygga komplikationer i samband med vård, behandling och sjukdom.

Patienter som drabbas av en brännskada kan hamna i en kris. Sjuksköterskor kan möta dessa patienter på sjukhuset när de får behandling. Innehåll och mål för krisbehandling- en är att stötta patientens egna läkningsresurser så att en god process genom krisens faser sker naturligt. Sjuksköterskans uppgift är att vara ett stöd för patienten så att denne kan möta sin nya framtid samt att lindra lidandet för patienten. Närstående bör även involveras som stöd för patienten (Cullberg, 2006).

Under rehabiliteringstiden involveras andra professioner såsom sjukgymnaster och arbetsterapeuter för att patienten ska få bästa möjliga utgång för behandling (Hansson, 2010b). Rehabilitering kan ta lång tid och kräver mycket från individens sida. I en studie gjord 1992 (Blalock, Bunker, Moore, Foreman & Walsh) framkom att hälften av de tillfrågade patienterna nämnde att stöd från vårdpersonal var mycket viktigt i deras rehabiliteringsprocess. I studien framkom även att emotionella aspekter och teknisk kvalitet var viktig för patienten. Sjuksköterskan möter patienter med brännskador även på vårdcentraler och sjukhus. Här fokuseras det på nutrition, såromläggning, smärtlindring, minska infektionsrisken och rehabilitering (Brännskadeprogram, 2005). I slutfasen på sjukhuset blir många patienter medvetna om sin nya, förändrade kropp. Detta kan medföra ångest inför framtiden, smärtan fortsätter att vara en grogrund för oro och fysiska begränsningar blir med allt mer tydliga. När inte kroppen fungerar som den ska och patienten inte kan utföra sysslor som tidigare uppstår en frustration och sorg (Wikehult, 2008).

Tidigare forskning inom området uppmärksammar både fysiska och psykiska problem i samband med en brännskada. En studie gjord 2008 (Blakeney, Rosenberg, Rosenberg & Faber) tar upp problem med trötthet, oro, smärta och upplevelsen av vården. Brännskadade patienter upplevde stora förändringar medan de låg inne på sjukhus och behövde hjälp av omvårdnadspersonalen för att kunna ta sig vidare sin rehabilitering. Vården kring en brännskadad patient kan vara en utmaning och det är sjuksköterskan som spenderar mest tid inne hos patienten (Tengvall, 2010; Wikehult, 2008).

Då inte alla patienter kommer till en brännskadenhet utan kan komma att vårdas på en vanlig kirurgisk avdelning är det av intresse för sjuksköterskan att få fördjupad kunskap om brännskadevård. En brännskada kan ge en förändrad livssituation, både fysiskt och psykiskt, och det kan ta lång tid att acceptera sin nya situation. Det är inte bara medicinska aspekter sjuksköterskan ska ta hänsyn till utan se till hela individen.

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att belysa hur individen upplever sin livssituation efter en brännskada för att sjuksköterskan ska få en ökad kunskap och därigenom kunna ge en god omvårdnad.

Metod

Studien genomfördes som en litteraturstudie utifrån Friberg (2006) med en induktiv ansats. En litteraturstudie innebär att på ett strukturerat sätt ställa samman befintligt vetenskapligt material och göra en översikt av ett område.

Datainsamling

En pilotsökning inom ämnet gjordes för att se om det fanns vetenskapligt underlag för studien. Därefter utfördes den egentliga sökningen i databaserna PubMed och Science Direct. Sökningar med hjälp av MesH-termer gjordes men inga relevanta resultat erhöles. Därför kombinerades istället MesH-termer med fritextord (se bilaga I). Liknande sökningar gjordes i Cumulated Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Sju sökningar i PubMed och en sökning i Science direct gav resultat. Vid dessa artikelsökningar lästes titlarna igenom och de titlar som var för medicinsk inriktade eller inte svarade mot syftet valdes bort. Abstrakten till de artiklar som verkade relevanta lästes igenom och skrevs ut eller beställdes hem om de motsvarade syftet. Två artiklar som var en del av en avhandling hittades inte via valda sökord utan erhöles efter kontakt med författaren. I CINAHL erhöles dubletter av redan hittade artiklar som valts genom användning av Theasurustermer och fritext, därför togs dessa sökvägar bort. Sökning gjordes även i Digitala Vetenskapliga Arkivet (DiVA) och Academic Search Elite men inga bra resultat erhöles.

Totalt lästes 27 artiklar igenom i fulltext och granskades enligt Carlsson och Eimans mall (2003). De artiklar som fick grad III uteslöts då de ansågs ha för låg vetenskaplig kvalitet. Artiklar som inte helt svarade mot syftet valdes bort. Därefter valdes 17 artiklar ut till urval 2 som svarade till syftet. Av dessa 17 var fem stycken grad II och tolv stycken grad I. Alla artiklar som fick grad II låg nära gränsen till grad I. Av de artiklar som valdes till resultatet var fjorton kvantitativa och tre artiklar var kvalitativa (se bilaga III).

Inklusionskriterier i PubMed var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, vara utförda på vuxna över 19 år, ha abstrakt tillgängligt och vara publicerade under de senaste fem åren. En sökning utökades till tio år för att finna en specifik artikel. Inklusionskriterier i Science Direct var att artiklarna skulle ha abstrakt tillgängligt och vara publicerade från 2005 fram till nu. Artiklarna skulle komma från Nordamerika eller Europa. Både kvinnor och män fick ingå. Exklusionkriterier var att artiklarna inte skulle handla om brännskadade barn. Inga andra exklusionkriterier gjordes utan artiklarna valdes bort direkt om titlarna ansågs vara för medicinska eller om abstrakten inte svarade till syftet. Artiklar som var gjorda i Norden efterstävades men då materialet blev för tunt så utökades sökningar till andra länder.

Databearbetning

De utvalda artiklarna lästes igenom ett flertal gånger individuellt. För att få en förståelse för texten som helhet översattes resultatdelarna till svenska. Varje artikel fick ett nummer från ett till sjutton. Det som var relevant för studien stryktes under i olika färger

beroende på vad ämnet berörde. Återkommande ämnen diskuterades och fem övergripande teman upptäcktes. Dessa var *upplevelsen av stöd*, *upplevelsen av att hantera brännskadan*, *upplevelsen av smärta och klåda*, *upplevelse av livskvaliteten efter en brännskada* samt *upplevelsen av vården*. De olika teman fick varsitt separat dokument och där fördes de delar i varje artikel in som berörde respektive ämne. Teman som upptäcktes prövades mot syftet genom diskussion. De stycken från varje artikel som skrevs ned fick sitt nummer antecknat efteråt för att lättare kunna hitta källan. Bearbetning av de olika delarna blev sedan till ett resultat.

Resultat

Upplevelsen av stöd

Stöd var en viktig del för patienterna i deras rehabilitering (Badger & Royse, 2010; Moi & Gjengedal, 2008; Moi, Vindenes & Gjengedal, 2008; Rosenbach & Renneberg, 2008; Sproul, Malloy & Abriam-Yago, 2009; Tengvall, Wickman & Wengström, 2010). Familjens stöd uppfattades vara det mest betydelsefulla i flera studier (Moi & Gjengedal, 2008; Moi, et al., 2008; Sproul, et al., 2009; Tengvall et al., 2010). I en studie gjord av Tengvall et al. (2010) kunde stödet från familjen spela en stor roll för att deltagarna skulle bli bättre. Detta kunde göras genom att ge stöd i olika aktiviteter, uppmuntra dem samt att stå vid deras sida. Familjen fick dem även att kämpa hårt under rehabiliteringens gång och att inte ge upp. Det var viktigt att se sina familjemedlemmar bry sig (Moi & Gjengedal, 2008). Deltagarna ville känna sig självständiga och detta kunde komma i konflikt med familjemedlemmar som ibland hjälpte till för mycket med saker som de egentligen kunde utföra själva. Längtan efter självständighet och att kunna utföra uppgifter på egen hand var stor (Moi et al., 2008). Känslan av att vara helt beroende av hjälp från andra höjde betydelsen för varje prestation som de utförde självständigt (Moi & Gjengedal, 2008). Enligt Moi et al. (2008) gav närstående stöd genom att påminna deltagarna om vem de var innerst inne, vad som förväntades av dem och att de inte skulle ge upp. Stöd från sin partner kunde hjälpa deltagarna att leva med sitt nya utseende.

Sjukhuspersonal gav i stor uträkning stöd till deltagarna. De kunde vara stöd genom att bara finnas där, hjälpa till att blicka framåt och tänka positivt (Sproul, et al., 2009). Brännskadeorganisationer eller patientorganisationer för brännskadade kunde ge stöd (Badger & Royse, 2010; Moi & Gjengedal, 2008; Sproul, et al., 2009). Brännskadade människor fick en önskan om att dela med sig av sina erfarenheter och göra livet lättare för andra i samma situation (Moi & Gjengedal, 2008). Även möjligheten att få prata med en annan brännskadad kunde ge stöd (Badger & Royse, 2010; Sproul, et al., 2009). I en studie gjord på 117 deltagare svarade 89 % av dessa att det var till stor hjälp att prata med en annan brännskadad människa om rehabiliteringsprocessen. De blev genom dessa samtal hoppfulla om framtiden och de blev motiverade till sin egen återhämtning. De flesta av deltagarna i studien rekommenderar andra brännskadade att upprätta en sådan kontakt. Endast 6 % av deltagarna i studien upplevde att en sådan kontakt inte skulle ge något stöd och 28,2 % upplevde att de inte hade fått något stöd alls (Sproul, et al., 2009). Post Traumatic Growth (PTG) beskriver positiva livsförändringar efter ett trauma. I en studie jämfördes PTG med stöd och det upptäcktes att deltagare som fick

stöd i någon form hade en positiv livsförändring efter brännskadan (Rosenbach & Renneberg, 2008).

Upplevelsen av att hantera brännskadan

Coping användes av många brännskadade patienter för att komma igenom den svåra situationen som de befann sig i (Braš, Lončar, Brajković, Gregurek, & Mičović, 2007; Kildal, Willebrand, Andersson, Gerdin & Ekselius, 2005; Moi & Gjengedal, 2008; Rosenbach & Renneberg, 2008; Tengvall, et al., 2010). För att återfå sammanhang i livet kunde det underlätta att ha tillgång till bilder, dagböcker och sjukhusjournaler från tiden på sjukhuset. Det var nödvändigt att uthärda den påfrestning en brännskada ger och dess behandling men samtidigt svårt att utstå. Genom att jämföra sig med andra som hade värre brännskador blev det lättare att härda ut och det kunde även anses som tröstande. För att nå målet att bli bättre så var det viktigt att tro på sin egen vilja och kraft (Moi & Gjengedal, 2008).

Flera studier tar upp undvikande coping som ett sätt att avleda uppmärksamheten från det som anses vara påfrestande och ansträngande (Braš, et al., 2007; Kildal, et al., 2005; Rosenbach & Renneberg, 2008; Tengvall, et al., 2010). Avledning av uppmärksamheten kunde göras genom att exempelvis titta på TV, göra fysiska övningar eller umgås med familj och vänner (Tengvall, et al., 2010). De som använde sig av undvikande coping upplevde mer hopplöshet och var ofta deprimerade (Braš, et al., 2007). De som var arbetslösa och de som levde ensamma använde sig av undvikande coping i större utsträckning än de som arbetade eller levde ihop med en partner (Tengvall, et al., 2010). De viktigaste copingstrategierna i en studie gjord av Kildal et al. (2005) var undvikande coping och emotionellt stöd som båda påverkade resultatet av rehabiliteringen för den brännskadade patienten. Att använda sig av emotionellt stöd innebär att söka emotionellt och socialt stöd från sin omgivning för att kunna hantera sin brännskada (Braš, et al., 2007). Däremot visar en annan studie att deltagarna använde sig av problemfokuserad coping hellre än undvikande coping (Rosenbach & Renneberg, 2008). Det fanns ingen skillnad mellan män och kvinnor i vilken copingstrategi de använde. Emellertid visade en studie att kvinnor använde sig av mer emotionellt stöd än män för att ta sig igenom sin brännskada (Braš, et al., 2007).

Coping användes konstant för att kunna genomlida den dagliga smärtan som uttryckte sig både fysiskt och psykiskt. Att kunna hantera sin smärta genom olika copingstrategier var viktigt för att kunna komma vidare i sin rehabilitering. I en studie (Tengvall, et al., 2010) beskriver två informanter att det är mer ansträngande att lära sig hantera sin oro än sin smärta. En annan copingstrategi var problemlösande coping där metoder som ansträngning för att få saker att fungera samt användning av kognitiva problemlösningstrategier användes (Braš, et al., 2007). Sådana strategier kan vara att återfå förmågan att uträtta saker självständigt eller att lära sig att lösa sina problem för att kunna hantera svårigheter (Moi, et al., 2008). De patienter som använde sig av problemfokuserad coping upplevde att de hade en positiv livsförändring efter sin brännskada (Rosenbach & Renneberg, 2008).

Upplevelsen av smärta och klåda

Flera studier beskrev smärtan som ett stort problem hos brännskadade patienter (Moi & Gjengedal, 2008; Moi, et al., 2008; Moi, Wentzel-Larsen, Salemark, Klopsdal Wahl & Hanestad Rokne, 2006; Moi, Wentzel-Larsen, Salemark & Hanestad Rokne, 2007; Tengvall, Björnhagen, Lindholm, Jonsson & Wengström, 2006; Tengvall, et al., 2010). I en studie gjord av Tengvall et al. (2010) berättar alla informanter att de hade minnen av smärtan. Denna smärta kunde upplevas direkt när brännskadan inträffade medan andra inte blev uppmärksamma på smärtan förrän de blev omhändertagna på sjukhuset. Alla informanter beskrev karaktären av smärtan som något de aldrig upplevt förut och den beskrev som stickande, svidande och brännande. Smärta kunde upplevas i samband med rörelser. Dessa rörelser kunde exempelvis vara vid förflyttning eller när bandagen rörde på sig. Vid sårbehandling var vissa tillvägagångssätt extra smärtsamma såsom att duscha, rengöra såren och byta bandage. Denna smärta jämfördes med föreställningen av smärta vid tortyr och var den starkaste minnesbilden från alla informanter i studien. Smärtan gjorde att informanterna hade svårt att sova (Tengvall, et al., 2010) När såren läkte som förväntat blev smärtan meningsfull och uthärdlig då den var nödvändig för att bli bättre (Moi & Gjengedal, 2008). Efter att ha varit med om en brännskada fick många informanter nya dimensioner av smärtupplevelser (Tengvall, et al., 2010).

Långvarig smärta efter en brännskada var en av många orsaker till nedsatt fysisk och psykosocial hälsa (Moi, et al., 2007). Liknande samband fanns i en studie gjord av Moi, et al. (2006) där långvarig smärta påverkade den fysiska funktionen och den allmänna hälsan. I en studie av Tengvall et al. (2006) jämfördes smärtintensiteten mellan brännskadade patienter som hade fått en sårinfektion med brännskadade patienter som inte hade en sårinfektion. Det visade sig att smärtan var värst hos dem som hade infektion och smärtan var värre på morgonen än på kvällen. I studien upptäcktes inget samband mellan vilken typ av sårbehandling som utfördes och smärtintensiteten. Det gjorde lika ont oavsett vilken procedur som användes.

Kroppens nya hud blev mer sårbar och känsligare för värme, kyla, vind och beröring (Tengvall, et al., 2010). Den nya huden efter brännskadan var ofta full med ärr som var ömtåliga och kändes obehagliga (Moi, et al., 2008). Även om brännskadan hade läkt så kunde obehag och smärta uppstå vid rörelser. Huden upplevdes som åtstramande (Tengvall, et al., 2010). Klåda var vanligt förekommande och gjorde det svårt att koncentrera sig. Det var svårt att bli av med klådan men det hjälpte att smörja med salva, massera eller klia på oskadad hud. Tryck från kläder och värme gjorde klådan värre (Moi, et al., 2008).

Upplevelse av livskvaliteten efter en brännskada

Efter utskrivning från sjukhuset kunde brännskadan orsaka stora begränsningar (Anzarut, Chen, Shankowsky & Tredget, 2005; Novelli, Melandri, Bertolotti & Vidotto, 2009; Moi & Gjengedal, 2008; Moi, et al., 2008; Moi, et al., 2007; Moi, et al., 2006; Rosenbach & Renneberg, 2008; Tengvall, et al., 2010; Willebrand, Wikehult & Ekselius, 2005). Dessa begränsningar kunde vara funktionella, sociala och emotionella (Novelli, et al., 2009). I en studie (Moi & Gjengedal, 2008) strävade alla deltagare efter att få tillbaka det liv som de hade innan olyckan eller göra livet ännu bättre än det hade varit.

Något som brännskadade patienter strävade efter var att återgå till det normala och att bli självständiga. (Moi & Gjengedal, 2008; Tengvall, et al., 2010). Vidare beskriver Moi och Gjengedal (2008) att en acceptans av brännskadan och den nya livssituationen över vad som inte kunde förändras behövdes för att kunna gå vidare i livet. För många kändes detta liv långt borta och det kunde ta lång tid innan deltagarna kunde känna att livet återgick till det normala. Det var viktigt för livskvaliteten att bestämma och göra egna val.

En brännskada ger upphov till psykiska reaktioner som kan yttra sig på olika sätt (Braš, et al., 2007; Moi & Gjengedal, 2008; Moi, et al., 2008; Moi, et al., 2006; Rosenbach & Renneberg, 2008). Deltagarna i en studie (Moi & Gjengedal, 2008) kunde inte skilja på drömmar och verklighet från olyckan. De beskrev att inte kunna minnas själva olyckan upplevdes både negativt och positivt. Det var positivt då de slapp att komma ihåg den traumatiska upplevelsen och negativt för att de samtidigt ville få veta vad som egentligen hade inträffat. Om de tänkte tillbaka på tiden innan olyckan kände de sig arga och ledsna då de insåg de begränsningar som olyckan hade fört med sig. De krav som det dagliga livet ställde gjorde att det inte alltid var lätt att återvända tillbaka till sitt vardagliga liv efter en brännskada (Tengvall, et al., 2010). Det kändes som en sorg eller förlust att inte kunna utföra aktiviteter och vardagliga sysslor som de hade kunnat göra innan olyckan. Emellertid så fanns det också en glädje av att klara av de hinder som uppstått efter brännskadan. Dessa hinder kunde vara både funktionella och psykologiska (Moi, et al., 2008).

Det var oerhört ansträngande att vistas på offentliga platser (Moi, et al., 2008). Genom att skyla sina ärr med smink eller kläder kunde det underlätta att träffa okända människor (Moi & Gjengedal, 2008). Vad okända människor tyckte var dock mindre viktigt än en acceptans från vänner och familj (Moi, et al., 2008). Depression, oro och hopplöshet var känslor som kunde uppstå efter en brännskada (Braš, et al., 2007). Oron kunde gälla osäkerhet inför framtiden (Moi, et al., 2008). De patienter som hade psykiska problem innan brännskadan hade större risk för allvarliga depressioner efter sin brännskada (Braš, et al., 2007).

Det finns olika uppfattningar angående uppskattning av livskvalitet. En studie visar att det var vanligt att uppskatta livet efter en brännskada (Moi, et al., 2006). Däremot säger en studie (Rosenbach & Renneberg, 2008) att deltagarna upplevde lägre livskvalitet, både fysiskt och psykisk, efter brännskadan. Lägst livskvalitet hade de som levde ensamma, var arbetslösa, hade tidigare psykisk sjukdom eller led av långvarig smärta sedan tidigare (Moi, et al., 2006). De patienter som hade fullhudskada upplevde att de fungerade sämre fysiskt (Anzarut, et al., 2005; Moi, et al., 2006). Brännskadade upplevde att de hade sämre hälsa jämfört med dem som inte har någon brännskada (Moi & Gjengedal, 2008). Kvinnor uppfattade att de hade sämre hälsa än män i flera av studierna (Novelli, et al., 2009; Rosenbach & Renneberg, 2008; Willebrand, et al., 2005). Detta kunde ses genom att kvinnor inte i samma uträkning kunde utföra den kroppsvård och det hushållsarbete som de brukade (Novelli, et al., 2009).

De kroppsliga barriärer, exempelvis ärr och amputationer, som hade uppstått orsakade problem i det dagliga livet. Detta utlöste frustration, ilska och sorg. Tacksamheten över att ha överlevt kunde lätta dessa bördor av att ha förlorat en kroppsdel eller att ha synliga ärr (Moi & Gjengedal, 2008). Deltagarna i en studie gjord av Moi et al. (2008) upp-

levde att det var svårt att se sin egen kropp med alla bandage och ärr och det tog lång tid innan de kunde acceptera sin egen spegelbild. Utsidan stämde inte överens med deras inre bild av sig själva och detta upplevdes mycket jobbigt. Spegelbilden kunde flera månader efter olyckan ge upphov till en känsla av förvåning. Denna nya kroppsbild gjorde att många kände sig missnöjda med sitt utseende och de kände sig oattraktiva för andra (Willebrand, et al., 2005). Deras kropp kändes främmande och vetskapen om att den aldrig blir densamma var frustrerande (Moi, et al., 2008). Vidare beskriver Moi et al. (2008) i sin studie att det tog längre tid att utföra olika aktiviteter på grund av kroppsliga begränsningar men med kontinuerlig träning kunde nya vägar finnas att utföra aktiviteter på. Ett genomförande av vardagliga saker såsom att gå och stå upplevdes besvärligt men när dessa övervanns kom en känsla av seger.

I en studie (Willebrand, et al., 2005) fick patienterna uppskatta sin sociala önskvärdhet relaterad till upplevd hälsa. Social önskvärdhet innebär en tendens att vilja visa sig från den bästa sidan. Informanter med hög social önskvärdhet hade sämre livskvalitet efter brännskadan. Speciellt två områden uppfattades sämre; att de hade sämre kroppsuppfattning samt att de hade problem med värmekänslighet. En hög social önskvärdhet innebär en ökad känslighet i sociala situationer utanför familjen och hemmet. Detta kunde påverka arbetet och de hade svårt att ta sig utanför hemmet.

Livskvaliteten i en studie av Novelli et al. (2009) visade att vissa områden var nedsatta efter en brännskada. De områden som mättes och var nedsatta i studien var arbete, emotionellt beteende, hushållssysslor, fritidsintressen, sömn och vila samt sociala samspel. På grund av dessa svårigheter var det många deltagare som inte hade återgått till sitt arbete. Mätningen gjordes om efter tre månader och det visade sig att deltagarna upplevde en förbättring på alla områden förutom sömn och vila och sociala samspel. Moi et al. (2007) beskrev i sin studie att förmågan att utföra egen kroppsvård också förbättrades en lång tid efter brännskadan. Arbetet påverkades lång tid efter brännskadan och de som hade arbete mådde bättre än de som var arbetslösa. Långvarig smärta, kontrakturer eller att vara amputerad kunde vara orsaker till att individerna inte återgått till arbetet. Den största utmaningen efter en brännskada var klåda, påfrestande minnen och känslan av trötthet.

Upplevelsen av vården

Många individer beskrev att de hade minnen från brännskadevården (Tengvall, et al., 2010). Första gången patienterna kom upp ur sängen var en vändpunkt och de såg saker ur ett bredare perspektiv. En deltagare i studien uttryckte en stor glädje av att komma upp ur sängen och få röra på sig (Moi, et al., 2008). Tillfredsställelsen med omvårdnadspersonalen var hög (Wikehult, Ekselius, Gerdin & Willebrand, 2009; Wikehult, Kildal & Willebrand, 2008). I en studie (Wikehult, Kildal, et al., 2008) var det delade meningar bland deltagarna i hur tillfredsställda de var med vården. Vid kontakt med omvårdnadspersonal tyckte patienterna att de viktigaste egenskaperna hos personalen var att de hade hög kompetens, vara empatiska, att de skulle vara lätt att nå dem samt att det skulle finnas en kontinuitet.

Under sjukhusvistelsen medförde hallucinationer och svåra minnen en opålitlig miljö och gjorde förhållandet med vårdpersonalen otryggt. Även om vårdpersonal fanns i när-

heten var det en panikartad känsla att inte kunna göra sig hörd eller kunna kontakta dem vid isolering. När patienterna kom från brännskadeenheten till ett vanligt sjukhus ökade otryggheten då mer ansvar lades på dem. Patienterna upplevde det mycket påfrestande att behöva hjälp från omvårdnadspersonalen. Däremot så kände sig patienterna trygga i samarbetet mellan vårdpersonal vid sårvård eller smärtbehandling (Moi, et al., 2008). I en annan studie (Wikehult, Hedlund, Marsenic, Nyman & Willebrand, 2008) rapporterade patienterna att de känt sig trygga under sjukhusvistelsen eller vid kontakt med omvårdnadspersonalen.

Den vanligaste negativa upplevelsen från brännskadevården var maktlöshet. Maktlöshet upplevdes när patienterna inte själva kunde styra över behandlingen eller över hur länge de skulle ligga inne på sjukhus. Även patientens TBSA spelade roll vid känslan av maktlöshet. Ju större brännskada patienten hade desto mer maktlösa kände de sig. Patienterna upplevde även rädsla som var kopplat till om de legat i respirator, hur länge de låg i respirator samt hur länge de låg på sjukhus (Wikehult, Hedlund, et al., 2008). Information om behandlingen uppfattades i två studier som dålig (Wikehult, et al., 2009; Wikehult, Kildal, et al., 2008). Det var viktigt att få veta hur lång tid behandlingen och rehabiliteringen skulle ta (Moi & Gjengedal, 2008). Även information om biverkningar från mediciner, prevention och möjliga svårigheter i framtider uppfattades i en studie som undermålig (Wikehult, Kildal, et al., 2008).

Diskussion

Metoddiskussion

Sökorden för den aktuella litteraturstudien valdes ut via syftet. De ord som inte fanns som MeSH-termer söktes i fritext (Bilaga II). Varje sökning innehöll Burns som en MeSH-term men de ord som kombinerades med detta kunde variera då det blev för få träffar. Flera artikelsökningar gjordes med en kombination mellan MeSH-termer och fritext för att få fram relevanta artiklar (Bilaga I). En svaghet i studien är att de flesta artiklarna är hämtade från databasen PubMed. Vid sökning i CINAHL erhöles många dubletter och medicinskt inriktade artiklar. Efter att ha fått fram en bättre sökväg via PubMed än CINAHL valdes därför artiklarna från PubMed. Personlig kontakt med artikelförfattaren ansågs vara en svaghet då det inte blev en systematisk sökning.

Vid sökning med valda sökord och inklusionskriterier erhöles få resultat. Utökning av åren gjordes från fem till tio år men det gav inte fler relevanta träffar. Ytterligare en utökning gjordes utan begränsningar i årtal. Relevanta artiklar erhöles men de var mer än tjugo år gamla. Även om de äldre artiklarna svarade mot syftet togs de inte med i resultatet då den kunskapen inte kändes aktuell inom vården idag. Därför återgick femårsgränsen som en inklusionskriterie. Både kvinnor och män ingick som en inklusionskriterie då vi bedömde att det inte fanns någon skillnad mellan deras upplevelser av brännskada.

De artiklar som användes i litteraturstudien ansågs vara relevanta för resultatet och motsvarade syftet. De artiklar som valdes bort till urval 1 svarade inte mot syftet eller handlade enbart om det akuta omhändertagandet vid en brännskada. Elva artiklar som resultatet bygger på är från Norden vilket anses som en styrka. Av dessa var sju artiklar från

Sverige och fyra från Norge. En svaghet är att det är många artiklar med samma författare eftersom området inte är tillräckligt beforskat. Det kan även vara en styrka då dessa forskare har mycket kunskap inom området. Anledning till att enbart Nordamerika utöver Europa användes som en inklusionskriterie var att mycket forskning kommer därifrån. Nordamerika har mycket kunskap om brännskador samt anordnar årliga konvent genom ABA för brännskadade i hela världen (ABA, 2005).

Databearbetning gjordes individuellt för att sedan diskuteras och sammanställas till en helhet. Detta anses som en styrka då resultatet framkom i två av varandra oberoende analyser. I den aktuella studien användes tre kvalitativa artiklar och 14 kvantitativa. Fler kvalitativa artiklar hade varit önskvärt men det fanns få sådana artiklar som svarade mot syftet. Det anses däremot vara en styrka att använda både kvalitativa och kvantitativa artiklar då problemet belyses ur olika synvinklar och djup. Tidigare forskning och litteratur inom området brännskador och brännskadevård var få och oftast äldre. En svaghet i litteraturstudien är att artiklarna berör olika aspekter av patientens upplevelse av att ha blivit brännskadad. Då det inte finns tillräcklig forskning för att beskriva enbart ett av ovanstående teman valdes att sammanfoga de olika artiklarna till en helhet. En styrka i studien är att de teman som redovisas i resultatet framkom efter att artiklarna hade lästs igenom och bearbetats. En öppenhet för vad som framkom i resultatdelen gjorde att inget förbisågs.

Resultatdiskussion

Artiklarna granskades enligt bedömningsmall för kvalitativa och kvantitativa metoder (Carlsson & Eiman, 2003). Den vetenskapliga kvaliteten av artiklarna till föreliggande litteraturstudie granskades av båda gemensamt vilket ses som en styrka då det blev en omedelbar diskussion om uppfattning av artiklarna. Totalt innehöll resultatet 17 artiklar varav 14 var kvantitativa och tre kvalitativa. I alla artiklar var det brännskadade individer som själva fick berätta om sin brännskada eller fylla i frågeformulär. Olika frågeformulär förekom i artiklarna. Vissa artiklar kunde ha flera frågeformulär i samma undersökning. Det mest förekommande frågeformuläret var BSHS som förekom i olika varianter då formuläret omarbetats för att kunna appliceras i studien i det land där den var gjord (Anzarut, et al., 2005; Badger & Royse, 2010; Kildal, et al., 2005; Moi, et al., 2007; Wikehult, Kildal, et al., 2008; Willebrand, et al., 2005). Detta kunde anses vara en styrka då studien gav en mer övergripande bild av hur individer upplever sin brännskada. I sex av artiklarna framgick det inte tydligt att de hade blivit godkända av etiska kommittéer (Badger & Royse, 2010; Braš, et al., 2007; Novelli, et al., 2009; Rosenbach & Renneberg, 2008; Sproul, et al., 2009; Tengvall, et al., 2006). Detta kunde bero på att de publicerande tidskrifterna, inte krävde att det beskrevs i artikeln att den var granskad men att tidskrifterna bara publicerar etiskt granskade artiklar.

Urvalet i artiklarna var ofta en större grupp människor med olika ålder och kön. Mestadels var det män som hade deltagit vilket kan bero på att fler män blir brännskadade än kvinnor (Huss, Steinvall & Sjöberg, 2001). En svaghet i vissa studier var att de hade stort bortfall av individer eller att inte bortfallet redovisades i artikeln. Dessa artiklar valdes ändå till resultatet då de svarade mot syftet. Många av de kvantitativa studierna hade bra och lättförståeliga tabeller. Däremot var vissa av de kvantitativa artiklarna svå-

ra att översätta till svenska och sättas in i ett sammanhang. De fem artiklar som fick grad II låg nära gränsen till grad I.

I resultatet framkom det att brännskadade människor uppskattade stödet från en annan brännskadad (Badger & Royse, 2010; Sproul, et al., 2009). I studien av Sproul et al. (2009) framkom att majoriteten av deltagarna uppskattade stöd av någon annan brännskadad individ. Det kunde hjälpa dem att komma vidare i livet och bli motiverade till sin egen rehabilitering. Att se hur någon annan som varit i samma situation har kunnat leva vidare med sina brännskador medförde hopp om framtiden (Moi & Gjengedal, 2008; Sproul, et al., 2009). Sverige har inte någon brännskadeorganisation och detta anses vara ett stort problem eftersom många skulle uppfatta detta stöd som motiverande. En tillgång till en brännskadeorganisation kan göra att individen inte känner sig ensam i sin situation och kan även göra det lättare att få kontakt med andra brännskadade individer. Det kan tänkas vara svårt för andra som inte har någon brännskada att sätta sig in i situationen och förstå vad de går igenom.

Stöd från sjuksköterskor gav en positiv effekt på återhämtningen (Blalock, et al., 1992). Det bästa stödet patienter kan få är känslan av att sjuksköterskan har kunskap om skadan samt omvårdnaden kring den (Sand, 2002). Sjuksköterskan ska inte bara ge stöd åt patienten utan även till deras anhöriga. Stödet ska både vara känslomässigt och praktiskt och leda fram till att patienten kan använda sina resurser och bli motiverad till att interagera socialt (Smebye, 2006). Stöd från sjuksköterskor till patienter tas även upp i kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005). Stödet från sjuksköterskan anses vara en viktig del av omvårdnaden. Den kris som den brännskadade patienten går igenom måste sjuksköterskan uppmärksamma och samtidigt ge stöd. En brännskada medför stora konsekvenser både fysiskt och psykiskt och patienten måste ta sig igenom detta själv med stöd från omvårdnadspersonalen. För att sjuksköterskan ska kunna stödja dessa patienter måste hon ha självkänedom samt ha ett professionellt förhållningssätt för att kunna möta svåra frågor och funderingar som patienten kan tänkas ha om exempelvis framtiden. Sjuksköterskan har en inblick då hon har kompetens och erfarenhet av omvårdnad. De två brännskadeenheterna i Sverige ligger i Uppsala och Linköping och där finns den högsta kompetensen inom området. Detta kan medföra en osäkerhet för sjuksköterskor när de ska vårda en brännskadad individ på andra sjukhus som inte har erfarenhet att vårda denna patientgrupp.

I ett flertal studier framkom det att stöd från familjen var mycket viktigt. (Moi & Gjengedal, 2008; Moi, et al., 2008; Sproul, et al., 2009; Tengvall, et al., 2010). Det kan vara en utmaning för sjuksköterskan att försöka upprätta en god kontakt mellan patient och närstående (Smebye, 2006). Det anses därför vara av stor vikt att sjuksköterskan involverar familjen i patientens återhämtning. Som närstående till en brännskadad patient kan det vara svårt att se att den skadade lider och även synen av all medicinsk-teknisk utrustning som är kopplade till patienten. Då familjens stöd visar sig ha en betydelsefull roll i återhämtningsfasen ska sjuksköterskan främja en god kontakt så att familjens stöd får en positiv effekt. Den brännskadade patienten behöver mycket hjälp i början av sin rehabilitering för att återgå till sin vardag. Där har familjen en central roll då de är en del av vardagen och kan hjälpa till och stötta dem i funktionella hinder som kan uppstå under rehabiliteringens gång.

Brännskadade patienter kan med hjälp av olika copingstrategier ta sig igenom sin skada (Braš, et al., 2007; Kildal, et al., 2005; Moi & Gjengedal, 2008; Rosenbach & Renneberg, 2008; Tengvall, et al., 2010). Vilken copingstrategi som används beror på patienten och strategin kan både vara positiv och negativ för individen (Tengvall, 2010). Det som framkom i resultatet var undvikande coping, problemfokuserad coping samt emotionellt stöd. Sjuksköterskan ska främja att patienten kan använda de copingstrategier som denne anser vara av betydelse för att ta sig igenom skadan (Kristoffersen, 2006). I en studie av Kildal et al. (2005) framgick det att undvikande coping var en av de viktigaste copingstrategierna som de flesta av informanterna använde. Däremot visade en studie av Rosenbach och Renneberg (2008) att informanterna hellre använde sig av problemfokuserad coping än undvikande coping. Undvikande coping kan leda till hopplöshet, ångest och depression (Braš, et al., 2007; Tengvall, 2010). Som sjuksköterska är det viktigt att identifiera de patienter som mår dåligt av att använda sig av undvikande coping för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Det kan tänkas vara så att de individer som är mentalt starka och använder sig av undvikande coping uppfattar det positivt och klarar av att använda denna typ av copingstrategi för att slippa tänka på den fysiska och psykiska smärta som brännskadan orsakar. Om undvikande coping används är det viktigt att patienten tar sig igenom och bearbetar de känslor som brännskadan medfört. För att patienten ska klara av att ta sig igenom de långvariga konsekvenserna som brännskadan medför bör copingstrategier användas.

Problemfokuserad coping uppfattas som positivt då patienterna upplever en förbättring i sin hälsostatus och blir mer engagerade i att anpassa sig till sin situation (Tengvall, 2010). Det kan vara lättare att lösa funktionella problem vid användning av problemfokuserad coping (Moi, et al., 2008). Detta kan vara positivt då brännskador på händer och fötter kan medföra stora problem med motoriken som behöver tränas upp för att återfå normal funktion. Problemfokuserad coping kan tänkas medföra en större motivation för rehabiliteringen.

I resultatet framkom det att smärta var ett problem vid en brännskada (Moi & Gjengedal, 2008; Moi, et al., 2008; Moi, et al., 2006; Moi, et al., 2007; Tengvall, et al., 2006; Tengvall, et al., 2010). Det är sjuksköterskans ansvar att patienten är tillräckligt smärtlindrad (Brännskadeprogram, 2005). Smärta är en emotionell upplevelse och ger individen ett stort lidande. Smärtan kunde kännas vid flera olika tillfällen såsom vid dusch och sårvård (Tengvall, et al., 2010). En brännskada kan ge upphov till långvarig smärta. Långvarig smärta kan leda till nedsatt fysisk funktion och sämre hälsa (Moi, et al., 2006). Det är viktigt med en optimal smärtanalys för att minska brännskadade patienters upplevelse av smärtan då smärtan vid en brännskada är oundviklig. Sjuksköterskan får inte glömma att smärtan kan vara psykisk så att behandlingen inte sker av fel orsak. I dialog med patienten bör sjuksköterskan reda ut vilken typ av smärta det rör sig om samt ge adekvat smärtbehandling. Alla patienter behöver inte samma farmakologiska smärtbehandling. För att se om smärtbehandlingen hjälpte bör en utvärdering ske för att se om smärtbehandlingen gav en positiv effekt. Det är viktigt med smärtbehandling innan smärtsamma procedurer utförs för att minska lidandet. Det kan enligt Sjöberg och Östrup (2002) göras med farmakologiska preparat eller att avleda smärtan genom exempelvis musik. Sjuksköterskan ska informera patienten om planerade procedurer som är smärtsamma. På så vis kan patienten förbereda sig på att det kommer att göra ont och ta sig igenom smärtan på ett bättre sätt.

Klådan var ytterligare ett stort problem för många brännskadade individer (Moi, et al., 2008; Tengvall, et al., 2010). Klådan kan enligt Low (2007) göra att patienten får svårt att koncentrera sig och kan även göra att patienten får svårt att sova. Sjuksköterskan bör underlätta för patienten om denne har problem med klåda. Klådan får inte negligeras då det anses vara ett stort problem för många patienter. Det är viktigt att sjuksköterskan tar sig tid att hjälpa patienten med besvär av klådan. Detta kan leda till en sämre återhämtning då patienten inte orkar utföra vardagliga aktiviteter. En följd av klådan kan vara att nya sår uppstår och förhindrar en god läkningsprocess. Därför är det viktigt att sjuksköterskan underlättar klådan för patienten genom att exempelvis smörja med salva.

En brännskada kan påverka livet på många sätt och för många blir livet aldrig mer detsamma. Det visade sig i en studie att de brännskadade får sämre livskvalitet och upplevd hälsa (Rosenbach & Renneberg, 2008). Deltagare i studien av Moi et al. (2006) säger däremot att de uppskattade livet mer efter att ha varit med om en brännskada. Denna delade mening kunde bero på hur de individer som deltagit i studien har upplevt sin livskvalitet innan brännskadan skedde då livskvalitet är individuellt. En ökad livskvalitet efter brännskadan kan bero på att individen anser sig ha fått en andra chans och uppskattar andra saker. Detta kan vara vardagliga saker som individen tagit för givet innan som efter skadan har fått en annan betydelse.

En brännskada kan medföra kroppsliga förändringar i form av ärr, amputerade kroppsdelar och kontrakturer. Detta upplevdes frustrerande och för många kunde det vara svårt att acceptera den nya kroppen (Moi & Gjengedal, 2008; Moi, et al., 2008; Tengvall, et al., 2010). Individen kan uppleva begränsningar med sin nya kropp. Efter en brännskada är det vanligt att individen utvecklar depression (Braš, et al., 2007). Även oro över hur framtiden kommer att se ut, att kunna återgå till arbetet kan vara en bidragande faktor till depression. Sjuksköterskan har många uppgifter i att vägleda patienten i denna identitetskris som kan uppkomma efter brännskadan. Dessa uppgifter kan vara att se och förstå patientens behov då sjuksköterskan kan fånga upp att patienten vill prata med någon om sina känslor. Även om det är ett multiprofessionellt team kring patienten, är det sjuksköterskan som träffar patienten mest och kan läsa av de signaler som denne sänder. Sjuksköterskan måste även respektera och visa förståelse för patientens känslor och tankar. Det är viktigt att sjuksköterskan lyssnar och hjälper patienten att bearbeta sina känslor och funderingar. Detta kan leda till en ökad självinsikt och självständighet i sin nya vardag. För att individen ska få en ökad livskvalitet är det nödvändigt att sjuksköterskan uppmuntrar patienten när hon gör något bra eller utfört något självständigt. Detta kan vara exempelvis i samband med kroppsvård och förflyttning.

Otillräcklig information om behandling upptäcktes i två av artiklarna i resultatet (Wikehult, et al., 2009; Wikehult, Kildal, et al., 2008). Detta har även stöd i en avhandling av Tengvall (2010) där många patienter upplevde att de inte fick vara med att bestämma exempelvis vilken tid på dygnet de skulle träna tillsammans med sjukgymnasten. En uppfattning av att inte känna sig delaktig i sin egen vård kunde ge en känsla av maktlöshet (Wikehult, Hedlund, et al., 2008). För att sjuksköterskan ska förbättra behandlingsinformationen så att den inte uppfattas negativt bör sjuksköterskan ha en dialog med patienten. Detta för att involvera patienten i sin egen vård och samtidigt ge information om exempelvis behandlingar och biverkningar av läkemedel.

Tillfredställelsen med omvårdnadspersonal ansågs vara god (Wikehult, et al., 2009; Wikehult, Kildal, et al., 2008). Det är viktigt att sjuksköterskan ser till patientens behov och engagerar sig i rehabiliteringen. Ett engagemang från sjuksköterskan kan leda till en förbättrad relation mellan patient och sjuksköterska som i sin tur leder till att patienten är nöjd med sin vård. Sjuksköterskan ska inte orsaka mer lidande utan ta det varsamt vid omvårdnaden kring den brännskadade patienten. Detta både vid sårvård och vid förflyttning då patienten kan ha ont av sår och eventuella kontrakturer.

Konklusion

Resultatet visar fem teman som var betydelsefulla för individer med brännskador; *upplevelsen av stöd, upplevelsen av att hantera brännskadan, upplevelsen av smärta och klåda, upplevelse av livskvaliteten efter en brännskada samt upplevelsen av vården*. Resultatet visar att en större brännskada innebär en stor livsförändring då individen upplever förändringar både fysiskt och psykiskt. Det är viktigt att individerna får stöd både från omvårdnadspersonal och närstående för att ta sig igenom den svåra situationen. Genom att hitta egna copingstrategier som är positiva för individen kan denna process underlättas för att komma vidare i sin rehabilitering. Smärtan är ett stort problem för individerna. Med adekvat smärtlindring och delaktighet från patientens sida kan rehabiliteringsprocessen underlättas. Män och kvinnor upplever livskvaliteten olika men gemensamt för de som har högre livskvalitet efter brännskadan är att de uppskattar livet på ett annat sätt. De kan uppskatta andra saker som de innan tog för givet. Sjuksköterskan ska hjälpa patienten att återgå till vardagen och att bli självständig.

Implikation

Fortsatt forskning inom området behövs för att sprida kunskap, både till studenter och yrkesverksamma, om omvårdnaden kring brännskador. Även forskning kring hur individerna upplever sin brännskada i ett längre perspektiv behövs, då de flesta studier handlar om det akuta omhändertagandet av en brännskada. Patienterna behöver involveras mer i sin behandling för att bli mer delaktiga i sin vård. Då ingen stödgrupp för brännskadade finns i Sverige borde detta uppmärksammas då det kan hjälpa individen att förbättra sin livskvalitet efter brännskadan. En sådan stödgrupp skulle även kunna hjälpa till att etablera kontakt mellan brännskadade individer. Patienter med brännskador ska efter en tid på sjukhuset tillbaka till sin vardag och sjuksköterskan ska kunna hjälpa och stötta dessa patienter genom rehabilitering och vägledning av olika instanser som finns att tillgå.

Referenser

- *Anzarut, A., Chen, M., Shankowsky, H., & Tredget, E.E. (2005). Quality-of-life and outcome predictors following massive burn injury. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 116(3), 791-797. Hämtad 2010-04-20 från databasen PubMed.
- American Burn Association. (2005). *About ABA*. Hämtad 2010-05-04 från: <http://www.ameriburn.org/about.php>
- *Badger, K., & Royse, D. (2010). Helping others heal: burn survivors and peer support. *Social work in healthcare*, 49(1), 1-18. Hämtad 2010-04-01 från databasen PubMed.
- Bjålie, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, V.Ø., & Toverud, C. K. (2002). *Människokroppen. Fysiologi och anatomi*. (ss.20-23). Stockholm: Liber.
- Blades, B., Mellis, N., & Munster, M.A. (1982). A Burn Specific Health Scale. *The Journal of Trauma*, 22(10), 872-875.
- Blakeney, P.E., Rosenberg, L., Rosenberg M., & Faber, A.W. (2008). Psychosocial care of persons with severe burns. *Burns*, 34, 433-440.
- Blalock, S.J., Bunker, B.J., Moore, J.D., Foreman, N., & Walsh, J.F. (1992). The impact of burn injury: a preliminary investigation. *Journal of burn care and rehabilitation*, 13, 487- 492.
- *Braš, M., Lončar, Z., Brajković, L., Gregurek, R., & Mičović, V. (2007). Coping with severe burns in the early stage after burn injury. *Collegium antropologicum*, 31(1), 159-163. Hämtad 2010-04-16 från databasen PubMed.
- Brännskadeprogram*. (2005) Utgåva 2. Reviderad 2005. Linköpings universitetssjukhus.
- Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). Evidensbaserad omvårdnad. Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola". Rapport nr 2. Hämtad 2010-04-27 från: http://dspace.mah.se/bitstream/2043/660/1/rapport_hs_05b.pdf
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Kap 16. Att möta människor i kris. (ss. 156-178). Stockholm: Natur och Kultur.
- EBCA About us*. (u.å.) Hämtad 2010-05-11 från: http://www.ebca.info/EN/About_us

Edgar, D., & Brereton, M. (2005). Rehabilitation after burn injury. Ingår i *ABC of burns*, Hettiaratchy, S., Papini, R., & Dziewulski, P. (red.). (s.26). Oxford: Blackwell Publishing.

Friberg, F (red.). (2006). Att göra en litteraturoversikt. Ingår i *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Hansson, T. (2010a) *Typer av brännskada*. Landstinget i Östergötland. Hämtad 2010-04-19 från: <http://www.lio.se/Verksamheter/SC/Hand--och-plastikkirurgiska-kliniken/BRIVA---Brannskadeavdelningen/BRIVA/Vardgivarinformation/Typer-av-brannskada/>

Hansson, T. (2010b). *Rehabilitering*. Landstinget i Östergötland. Hämtat 2010-04-19 från: <http://www.lio.se/Verksamheter/SC/Hand--och-plastikkirurgiska-kliniken/BRIVA---Brannskadeavdelningen/BRIVA/Vardgivarinformation/Rehabilitering/>

Huss, F., Steinvall, I., & Sjöberg, F. (2001). Brännskador i Sverige 1987-1996. Antalet sjukhusvårdade har minskat och dödligheten sjunkit med 70 procent. *Läkartidningen*, 18(98), 2184-2188.

*Kildal, M., Willebrand, M., Andersson, G., Gerdin, B., & Ekselius, L. (2005). Coping strategies, injury characteristics and long-term outcome after burn injury. *Injury*, 36, 511-518. Hämtad 2010-04-16 från databasen PubMed.

Kristoffersen, N.J. (2006). Stress, coping och livsstilsförändringar. Ingår i Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F., & Skaug, E-A, (red), *Grundläggande omvårdnad*. Del 3. (I. Bolinder, K. Grönvall & K.Olsson, övers.) (s.223) Stockholm: Liber. (Originalarbete publicerat 2005).

Langö, A. (2008). *För patienter*. Akademiska sjukhuset: Landstinget i Uppsala län. Hämtad 2010-04-15 från: http://www.akademiska.se/templates/page____40849.aspx

Low, J.F.A. (2007). *It's not just a burn. Physical and psychological problems after burn*. (akad.avh.). Uppsala universitet. Institutionen för kirurgisk vetenskap, plastikkirurgi, Uppsala.

Mathisen, J. (2002). Omvårdnad vid brännskador. Ingår i H. Almås, (red.), *Klinisk omvårdnad 2* (G.A. Wallgren, I. Bolinder, K. Falk, Jones, L & K. Olsson, övers.) (ss. 992-1011). Stockholm: Liber AB.

*Moi, A.L., & Gjengedal, E. (2008). Life after burn injury: striving for regained freedom. *Qualitative health research*, 18(12), 1621-1630. Hämtad 2010-04-16 från databasen PubMed.

*Moi, A.L., Wentzel-Larsen, T., Salemark, L., & Hanestad Rokne, B. (2007). Long-term risk factors for impaired burn-specific health and unemployment in patients with thermal injury. *Burns*, 33(1), 37-45. Hämtad 2010-04-16 från databasen PubMed.

- * Moi, A.L., Vindenes, H.A., & Gjengedal, E. (2008). The experience of life after burn injury: a new bodily awareness. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 278-286. Hämtad 2010-04-22 från databasen PubMed.
- *Moi, A.L., Wentzel-Larsen, T., Salemark, L., Klopsdal Wahl, A., & Hanestad Rokne, B. (2006). Impaired generic health status but perception of good quality of life in survivors of burn injury. *The Journal of trauma*, 61(4), 961-968. Hämtad 2010-04-20 från databasen PubMed.
- *Novelli, B., Melandri, D., Bertolotti, G., & Vidotto, G. (2009). Quality of life impact as outcome in burn patients. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 31(1), 58-63. Hämtad 2010-04-01 från databasen PubMed.
- O'Reilly, M. (2007). Major trauma management. Ingår i Jones, G., Endacott, R., & Crouch, R, *Emergency Nursing Care: Principles and Practice*. (ss.132-134). Cambridge: Cambridge University Press.
- *Rosenbach, C., & Renneberg, B. (2008). Positive change after severe burn injuries. *Journal of burn care & research*, 29(4), 638-643. Hämtad 2010-04-20 från databasen PubMed.
- Sand, A.M. (2002). Se mig också – att vara närstående. Ingår i H. Almås, (red.), *Klinisk omvårdnad 1* (G.A. Wallgren, I. Bolinder, K. Falk, Jones, L, K. Larsson Wentz & K. Olsson, övers) (ss. 31-47). Stockholm: Liber AB.
- Sjöberg, F., & Östrup, L. (2002). *Brännskador*. Stockholm: Liber.
- Smebye, K.L. (2006). Kontakt med andra. Ingår i Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F., & Skaug, E-A, (red), *Grundläggande omvårdnad*. Del 3. (I. Bolinder, K. Grönvall & K. Olsson, övers.) Stockholm: Liber. (Originalarbete publicerat 2005).
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2008). *Behandling av svåra brännskador som rikssjukvård*. Hämtad 2010-03-31 från:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8838/2008-130-9_20081309_rev2.pdf
- *Sproul, J.L., Malloy, S., & Abriam-Yago, K. (2009). Perceived sources of support of adult burn survivors. *Journal of burn care & research*, 30(6), 975-982. Hämtad 2010-04-01 från databasen PubMed.
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Tengvall, O. (2010). *Smärta, infektion och återanpassning till livet efter en brännskada*. (akad. avh.). Karolinska institutet, Institutionen för molekylär medicin och kirurgi, Stockholm.

*Tengvall, O.M., Björnhagen, V.C., Lindholm, C., Jonsson, C-E., & Wengström, Y. (2006). Differences in pain patterns for infected and non-infected patients with burn injuries. *Pain management nursing*, 7(4), 176-182. Personlig kontakt med författare.

*Tengvall, O., Wickman, M., & Wengström, Y. (2010). Memories of pain after burn injury – the patient's experience. *Journal of burn care & research*, 31(2), 319-327. Personlig kontakt med författare.

World Health Organization [WHO]. (2004). *Fact sheet on burns*. Geneva: World Health Organization. Hämtad den 2010-04-27 från: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/en/burns_factsheet.pdf

World Health Organization [WHO]. (2008). *A WHO plan for burn prevention and care*. Geneva: World Health Organization. Hämtad den 2010-04-27 från: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596299_eng.pdf

Wikehult, B. (2008). *Use of healthcare, perceived health and patient satisfaction in patients with burns*. (akad.avh.). Uppsala universitet, Institutionen för kirurgisk vetenskap, Uppsala.

*Wikehult, B., Ekselius, L., Gerdin, B., & Willebrand, M. (2009). Prediction of patient satisfaction with care one year after burn. [Electronic version]. *Burns*, 35(2), 194-200. Hämtad 2010-03-31 från databasen Science Direct.

*Wikehult, B., Hedlund, M., Marsenic, M., Nyman, S., & Willebrand, M. (2008). Evaluation of negative emotional care experiences in burn care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14), 1923-1929. Hämtad 2010-04-01 från databasen PubMed.

*Wikehult, B., Kildal, M., & Willebrand, M. (2008). Patient satisfaction with burn care 1-6 years after injury. [Electronic version]. *Burns*, 34, 783-790. Hämtad 2010-03-31 från databasen Science direct.

*Willebrand, M., Wikehult, B., & Ekselius, L. (2005). Social desirability, psychological symptoms, and perceived health in burn injured patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(12), 820-824. Hämtad 2010-04-16 från databasen PubMed.

Åkerlund, E., Huss, F.R.M., & Sjöberg, F. (2007). Burns in Sweden: An analysis of 24 538 cases during the period 1987-2004. *Burns*, 33, 31-36.

Bilagor

Tabell 1. Sökhistorik

Bilaga I:1

Databas	Datum	Sökord/Limits	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
Science Direct	100331	Burn care AND patient satisfaction (fritext) Limits: Abstract och 2005-present	4	2	2	2
PubMed	100401	"Burns"[Mesh] AND patient satisfaction (fritext) Limits: Only items with abstracts, English, All Adult: 19+ years och published in the last 5 years	35	15	4	2
PubMed	100401	"Burns"[Mesh] AND "Social Support"[Mesh] Limits: Only items with abstracts, English, All Adult: 19+ years och published in the last 5 years	16	13	7	2
Pubmed	100416	"Adaptation, Psychological"[Mesh] AND "Burns"[Mesh] Limits: Only items with abstracts, English, All Adult: 19+ years och published in the last 5 years	31	10	3	2
Pubmed	100416	"Adaptation, Psychological"[Mesh] AND "Burns"[Mesh] AND "Burns/psychology"[Mesh] AND "Quality of Life"[Mesh] Limits: Only items with abstracts, English, All Adult: 19+ years och published in the last 10 years	18	10	1	1
Pubmed	100420	"Quality of Life"[Mesh] AND "Burns"[Mesh] Limits: Only items with abstracts, English, All Adult: 19+ years och published in the last 5 years	31	15	5	5

Bilaga I:2

Databas	Datum	Sökord/Limits	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
PubMed	100422	"Health Status"[Mesh] AND "Burns/rehabilitation"[Mesh] Limits: Only items with abstracts, English, All Adults: 19+ years och published in the last 5 years	6	4	1	1
Personlig kontakt med författare	100412	Memories of pain after burn injury – the patients experience.				1
Personlig kontakt med författare	100412	Differences in pain patterns for infected and non-infected patients with burn				1

Tabell 2. Sökordsöversikt

Bilaga II

Sökord	PubMed MeSH-term	Science Direct
Brännskada	Burns	Burns (fritext)
Brännskadevård		Burn care (fritext)
Psykologi	Burns/psychology	
Rehabilitering	Burns/rehabilitation	
Patient tillfredsställelse	Patient satisfaction (fritext)	Patient satisfaction (fritext)
Socialt stöd	Social support	
Coping	Adaptation, Psychological	
Livskvalitet	Quality of life	
Hälsotillstånd	Health status	

Tabell 3. Artikelöversikt

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2005 Kanada PubMed	Anzarut, A., Chen, M., Shankowsky, H., Tredget, E.E.	Quality-of-life and outcome predictors following massive burn injury	Att beskriva livskvalitet och kartlägga faktorer som förutspår god livskvalitet efter en brännskada.	En kvantitativ prospektiv studie där man använde sig av frågeformulär. Deltagarna valdes ut på ett sjukhus för brännskadade mellan 1980 – 2001. De skulle vara minst 14 år och ha en 50 % brännskada eller större. Mellan september 2001 – januari 2003 skickades ett brev hem till 189 patienter med en inbjudan till studien, frågeformulären Abbreviated Burn Specific Health Scale, the Short form-36 medical outcome survey (SF-36) samt ett returkuvert. De som inte svarade inom en månad kontaktades via telefon. Av dessa 189 patienter hade 70 avlidit och 72 svarade inte. Svarsfrekvensen blev 47 patienter. Av de som inte svarade var 52 patienter okontaktbara, 18 fullföljde inte frågeformulären och två kunde inte svara på grund av hälsoproblem. Av de 47 som deltog i studien var samtliga män. Formuläret SF-36jämfördes sedan med den vanliga populationen.	Patienternas livskvalitet var jämförbara med den generella populationen. Fysisk livskvalitet var kopplad till handfunktion och brännskadans typ. Psykisk livskvalitet var kopplad till upplevt socialt stöd och ålder när skadan uppstod.	Grad I

Bilaga III:2

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2010 USA PubMed	Badger, K., Royse, D.	Helping others heal: burn survi- vors and peer sup- port	Att undersöka hur bränn- skadade patienter upplever kamratstöd och det stöd den nationella brännska- deorganisationen gav.	En kvantitativ studie där frågefor- mulär skickades ut till 350 slump- älsigt utvalda personer som var medlemmar i Phoenix Society for Burn Survivors. Frågeformulären skickades till brännskadade som var 18 år eller äldre och som bodde i USA och Kanada. Alla brev var kodade med identifikationsnum- mer. Ett nytt brev skickade till de som inte returnerade kuvertet efter tre veckor. Breven innehöll fem olika frågeformulär; Perceived Value of Peer Support Scale (PVPSS), Social Comfort Ques- tionnaire (SCQ), Brief Version of the Burn Specific Health Scale (BSHS-B40), Satisfaction with Life Scale (SLS) och Community Inte- gration Questionnaire (CIQ). Av dessa 350 utskickade brev kom 13 tillbaka som olevererade, tre perso- ner hade dött, sex var inte bränn- skadade och två uppfyllde inte kriterierna för studien. Nittiofem (95) frågeformulär besvarades som kunde användas för studien. Me- delåldern för deltagarna var 47 år, 37 % hade fått brännskador större än 50 %. Medellängden för tiden när brännskadan inträffade var 22.6 år.	Patienter svarade positivt på kam- ratstöd. Stöd från den nationella brännskadeorganisationen kan vara ett bra komplement för kamratstöd och ge positiva resultat för rehabi- litering.	Grad I

Bilaga III:3

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 Kroatien PubMed	Braš, M., Lončar, Z., Brajković, L., Gregu- rek, R., Mičović, V.	Coping with severe burns in the early stage after burn injury	Att undersöka kopplingar- na mellan copingmönster, karaktären av brännskadan samt oro och depression hos vuxna brännskadade patienter i ett tidigt skede efter en brännskada.	En kvantitativ klinisk studie där brännskadade patienter (n=70) som var inneliggande under 2004 på sjukhus blev intervjuade med hjälp av frågeformulär två veckor efter brännskadan. Frågeformulär som användes var The Beck Anxiety Inventory, The Beck Depression Inventory, The Beck Hopelessness Inventory och Coping with Burn Questionnaire (CBQ). Fyrtioåtta (48) var män och 22 var kvinnor. Åldern varierade mellan 15 till 84 år. Sjukhusvistelsen varierade mel- lan två till 135 dagar. Alla bränn- skador uppstod via olyckshändel- ser. Trettio (30) patienter hade 1-9 % TBSA, 29 patienter 10-19 % TBSA och >20 % TBSA hade 11 patienter. Djupet på brännskadan varierade mellan ytlig dermal till fullhudsskada. Tjugofem (25) av patienterna hade psykiska sjukdo- mar sedan tidigare.	En analys av copingmönster och psykiska sjukdomar måste upp- täckas i ett tidigt stadiet för att förebygga kroniska, psykiatriska sjukdomar. Genom att upptäcka dessa patienter kan risken för fram- tida negativa känslor av anpassning till sin skada minimeras.	Grad I

Bilaga III:4

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2005 Sverige PubMed	Kildal, M., Willebrand, M., Anders- son, G., Gerdin, B., Ekselius, L.	Coping strat- egies, injury characteristics and long-term outcome after burn injury	Att mäta brännska- derelaterade resultat lång tid efter bränn- skadan med hjälp av Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS- B).	En kvantitativ studie där patienter som vårdats på en brännskadeenhet i Uppsala mellan 1980 – 1995 fick svara på frågeformulär om coping (CBQ) och BSHS-B. Tvåhundra-tju- gosju (227) patienter som deltagit i en uppföljningsstudie valdes ut. Pati- enterna var 15 år eller äldre när de blev brännskadade, hade 10 % TBSA eller mer och hade en sjukhusvistelse längre än 6 dagar. Patienterna kon- taktades via brev med en inbjudan till studien. Tjugo (20) deltagare skicka- de tillbaka ofullständiga frågeformu- lär och kontaktades via telefon för att fullfölja dem. Totalt svarade 161 patienter, 127 var män och 24 kvin- nor. Medelåldern var 47.7 år och ålder då skadan inträffade var 38.4. Medeltiden efter skadan inträffade var 9.2 år. Medel TBSA var 24 %. Medellängden på sjukhusvistelsen var 29.8 dagar.	Hur patienten själv uppfattade sitt hälsotillstånd lång tid efter bränn- skadan var relaterat till copingstra- tegrer. Ett dåligt resultat var relate- rat till undvikande copingstrategier och lågt emotionellt stöd.	Grad II

Bilaga III:5

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2008 Norge PubMed	Moi, A.L., Gjengedal, E.	Life after burn injury: striving for regained freedom	Att utifrån en fenomenologisk ansats beskriva och utforska erfa- renheten av livs- kvalitet efter en allvarlig bränn- skada.	En kvalitativ studie som utgick från en deskriptiv, fenomenologisk ansats. Det användes grundliga, öppna och ostruk- turerade personliga intervjuer. Fjorton individer tillfrågades i öppenvården som hade överlevt en brännskada. De skulle vara över 18 år, prata norska, överlevt en stor brännskada enligt American Burn Associations kriterier, inte lida av någon kognitiv sjukdom och inte heller ha självförvållande skador. Elva var män med ett intervall mellan 19-47 år. Genomsnittlig utbred- ning på brännskadan var 33 %. Fem- tioen dagar inneliggande på sjukhus var genomsnittet. Nio av deltagarna hade ådragit sig brännskadorna av eld, 3 via elektricitet och två av skållning. Fyra deltagare skadades på jobbet, tio i hemmet och fyra utomhus.	Patienter som överlevt en brännskada upplevde att de fick en förändrad livssyn. Patienterna strävade efter att få sitt liv tillbaka till hur det var innan olyckan eller ännu bättre.	Grad I

Bilaga III:6

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2008 Norge PubMed	Moi, A.L., Vindenes, H.A., Gjengedal, E.	The experience of life after burn injury: a new bodily awareness	Att redogöra för den skadade kroppen av människor som har överlevt en brännskada samt fånga det väsentliga i erfarenheten med att bli brännskadad.	En kvalitativ studie som utgick från en deskriptiv, fenomenologisk ansats. 14 individer som överlevt en brännskada. Individerna skulle vara 18 år eller äldre och tala flytande norska. De skulle ha överlevt en stor brännskada enligt American Burn Associations kriterier och inte ha någon mental eller kognitiv störning. Skadan skulle inte heller vara självförvållad. Elva deltagare var män och tre kvinnor. Medelåldern var 46 år och medel TBSA var 32 %. Fyra deltagare var skadade på jobbet, tio hemma och fyra skadades utomhus. Datainsamlingen gjordes via 20 stycken öppna intervjuer mellan 2005-2006. Nio deltagare intervjuades en gång, fyra deltagare intervjuades två gånger och en patient intervjuades tre gånger. Intervjuerna genomfördes i genomsnitt 14 månader efter skadan. Deltagarna skulle beskriva vad som hade hänt i deras liv efter brännskadan.	Sjuksköterskor bör känna igen och värdera patienter som ådragit sig en brännskada och deras levda erfarenheter. I rehabiliteringsfasen har sjuksköterskor en viktig roll med att underlätta närvaron och involvera närstående i den brännskadades tillfrisknande.	Grad II

Bilaga III:7

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 Norge PubMed	Moi, A.L., Wentzel- Larsen, T., Salemarm., Hanestad Rokne, B.	Long-term risk factors for impaired burn- specific health and unem- ployment in patients with thermal injury	Att identifiera faktorer som kan förutspå långvarig nedsatt fysisk och psykosocial hälsa hos brännskadade patienter.	En kvantitativ tvärsnittsstudie som var en del av en större studie. Frågeformulär skickades via brev till patienter i Norge som blivit brännskadade. Frågeformulär som användes var Burn Specific Health Scale Norwegian (BSHS-N) samt ett formulär med 13 frågor som berörde bakgrundsvariabler. Patienterna skulle vara 18 år eller äldre och varit inlagda på ett sjukhus i Bergen, Norge från 1995- 2000. Exkludering gjordes från 162 patienter där 10 inte pratade norska, en hade hjärnskador, två var dementa och sex patienter kunde inte lokalise- ras. Av de kvarstående 143 patienter besvarade 95 patienter frågeformulä- ren. Sjuttioåtta (78) var män och 17 var kvinnor. Medelåldern var 43.7 år, medel TBSA var 18.5 % och 7.4 % hade fullhudsskador. Den mest före- kommande brännskadan var eldska- dor. Fyrtionio (49) patienter hade psykologiska sjukdomar och 17 pati- enter hade kronisk smärta.	Socio-demografiska faktorer, andra sjukdomar än brännskadan och själ- va brännskadan försämrar avsevärt långvarig fysisk och psykosocial hälsa och arbetes status.	Grad I

Bilaga III:8

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2006 Norge PubMed	Moi, A.L., Wentzel- Larsen, T., Salemek, L., Klopsdal Wahl, A., Hanestad Rokne, B.	Impaired Ge- neric Health Status But Perception of Good Quality of Life in Survivors of Burn Injury	Att granska det generella hälso- tillståndet och livskvaliteten hos brännskadade patienter för att sedan jämföra resultatet med den generella befolk- ningen.	En kvantitativ kohortstudie där patienter som vårdats på en brännska- deenhet i Norge från 1995-2000 in- gick. Exkludering gjordes av patienter som var yngre än 18 år, de patienter man visste inte talade norska, de pati- enter som hade hudsjukdomar och de patienter som hade demens eller nå- gon hjärnskada. Frågeformulär skick- ades ut via brev till 143 patienter där 95 patienter svarade. Av deltagarna var 78 män och 17 var kvinnor. Me- delåldern var 43.7 år, medel TBSA var 18.5 % och i genomsnitt så hade 7.4 % fullhudsskador. Genomsnitts- längden på sjukhuset var 23.2 dagar. Frågeformulär som användes var SF- 36 och Quality Of Life Scale (QOLS) som sedan jämfördes med normalpo- pulationen.	Brännskadade patienter upplever 4 år efter att skadan uppstod att all- mäntillståndet var försämrat jämfört med den generella befolkningen. Patienterna upplevde dock ingen försämrad livskvalitet.	Grad I

Bilaga III:9

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2009 Italien PubMed	Novelli, B., Melandri, D., Bertolotti, G., & Vidotto, G.	Quality of life impact as outcome in burn patients	Att undersöka om Sickness Impact Profile (SIP) är ett användbart tillväg- agångssätt för att utvärdera livskva- litet hos bränn- skadade patienter, att observera livskvalitet över tid och att identi- fiera områden där livskvaliteten försämras för att jobba tvärprofes- sionellt.	En kvantitativ studie där brännskada- de patienter själva besvarade formulä- ret SIP vid två olika tillfällen. Det första tillfället var mellan en till tolv månader efter utskrivning och den andra tre månader efter den första. Patienter som hade psykiska sjukdo- mar, självförvållande brännskador eller blivit förflyttade till andra sjuk- hus exkluderades. Fyrtiotvå (42) pati- enter uppfyllde kriterierna för studien men två av dessa avstod att delta. Tre personer svarade inte och sju personer hade bytt adress. Totalt deltog 30 patienter i studien varav 18 män och 12 kvinnor. Medelåldern var 42 år. Skador uppkommen av eld var vanli- gast och därefter skållning. Medel TBSA var 32 % och längden på sjuk- husvistelsen varierade mellan 3-80 dagar.	Studien visar att brännskadade pati- enter behöver tvärprofessionellt stöd flera månader efter utskrivning.	Grad II

Bilaga III:10

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2008 Tyskland PubMed	Rosenbach, C., Renne- berg, B.	Positive change after severe burn injuries	Att undersöka Post Traumatic Growth (PTG) hos brännskadade patienter efter utskrivning från sjukhus och att identifiera fakto- rer som antingen hindrar eller un- derlättar PTG.	En kvantitativ studie där 149 vuxna personer som blivit brännskadade deltog. Dessa kontak- tades genom olika kliniker i Tyskland. Frågeformulär skickades ut antingen via internet, brev eller genom klini- kerna. Medelåldern var 44 år och 84 patienter var män. TBSA varierade mellan 1.5 – 90 %. Medellängden sen skadan uppstod var 4 år. Frågeformu- lären som användes var Post Trauma- tic Growth Inventory (PTGI), CBQ, The Symptom Checklist (SCL-K-9), The Social Support Questionnaire (F- SozU-14) och The Short-Form Health survey (SF-12). Frågorna rörde co- ping, socialt stöd, livskvalitet och ångest.	Aktiv coping och socialt stöd var starkast relaterad till PTG. Patienterna upplevde mycket ångest och låg livskvalitet men hade ändå en hög PTG.	Grad I

Bilaga III:11

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2009 USA PubMed	Sproul, J.L., Malloy, S., Abriam- Yago, K.	Perceived sources of support of adult burn survivors	Att se vilka faktorer som upplevs viktiga för brännskadade patienters rehabilitering, se om och vilken typ av kamratstöd som gav fördelar vid rehabilitering av brännskadade patienter samt se det är någon skillnad av det upplevda hoppet hos patienter som har kamratstöd och de som inte har kamratstöd.	En kvantitativ deskriptiv studie. Etthundrasjutton (117) brännskadade patienter från olika länder som deltog på en konferens 2007 för brännskadade blev tillfrågade att svara på ett frågeformulär. Frågeformuläret bestod av tre delar. Första delen samlade demografisk information och information om deltagarnas brännskador. Andra delen berörde viktiga faktorer vid rehabilitering och kamratstöd. Den tredje delen var ett frågeformulär om hopp. Av de som deltog i studien var 56 män och 60 kvinnor. Åldern varierade mellan 18 – 80 år. Åttiosju (87) deltagare fick sina brännskador via eld, 13 deltagare av varma vätskor, fyra deltagare hade elektriska skador, fem deltagare hade kemiska skador och fem deltagare hade fått brännskadan via kontakt med varmt föremål. 1.7 % hade fått frostsador. TBSA varierade mellan 10 – 90 %.	Det finns fördelar med upplevt kamratstöd. Det har ett positivt intryck om hopp hos brännskadade patienter.	Grad II

Bilaga III:12

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2006 Sverige Personlig kontakt	Tengvall, O.M., Björnhagen, V.C., Lindholm, C., Jonsson, C-E., Wengström, Y.	Differences in pain patterns for infected and non-infected patients with burn injuries	Att utvärdera om patienter som diagnostiseras med en sårinfektion under de första åtta dagarna efter en brännskada upplever en ökad smärtintensitet. Hypotesen om att tecken på sårinfektion är relaterad till smärtintensitet testades.	En kvantitativ retrospektiv studie som genomfördes på Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm. Patienterna (293) var inlagda på sjukhus för sina brännskador mellan 1996 – 1998. Inklusionskriterier var att de skulle varit inlagda >24 timmar, inga förekommande infektioner, inte behöva ventilator, inga kommunikationsproblem eller psykiska sjukdomar och skulle kunna skatta sin smärta med hjälp av en Visuell Analogisk Skala (VAS). Totalt uppfyllde 169 patienter kriterierna men ingen smärtmätning erhöles av okänd anledning från fyra patienter så det slutgiltiga urvalet bestod av 165 patienter. Brännskadade patienter delades in i två grupper; de med infektion och de utan infektion. Patienterna fick skatta sin smärtintensitet via VAS under ett par dygn morgon och eftermiddag.	Patienter som diagnostiserats med sårinfektion upplever högre smärta än de utan infektion. Smärtan var värre på morgonen än på eftermiddagen.	Grad I

Bilaga III:13

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2010 Sverige Personlig kontakt	Tengvall, O., Wickman, M., Wengström, Y.	Memories of pain after burn injury – the patient's experience	Att beskriva patientens erfarenheter av sin smärta efter en brännskada. Detta för att sjuksköterskor under omvårdnadsarbetet ska få en ökad förståelse för vad patienten anser viktigt under och efter vårdtiden.	En kvalitativ studie. Inklusionskriterier var att patienterna skulle vara över 18 år, varit inneliggande på sjukhus >7 dagar, fick inte ha blivit behandlad med ventilator och inte ha några kognitiva eller kommunikativa störningar. Informanterna bestod av tolv patienter, åtta män och fyra kvinnor, som genomgick personliga intervjuer 6-12 månader efter sin brännskada. Intervjuerna genomfördes mellan februari 2006 – oktober 2007. Genomsnittlig TBSA var 10.6 %. Sju patienter hade skadats via eld, två patienter hade fått skållningsskador och tre stycken blev skadade via kontakt med varma föremål. Den första författaren utförde alla intervjuer, tog noteringar och gjorde transkriberingen. Deltagarna fick berätta om sina minnen av sin brännskada, hur de upplevde omvårdnaden på sjukhuset samt hur de mindes sin smärta. I analysmetoden kategoriserade och kodades resultatet.	Både goda och dåliga minnen under vårdtiden avslöjades och patienterna får bära denna upplevelse själva.	Grad II

Bilaga III:14

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2009 Sverige Science Direct	Wikehult, B., Ekselius, L., Gerdin, B., Wille- brand, M.	Prediction of patient satis- faction with care one year after burn	Att finna förutsä- gande faktorer som påverkar brännskadade patienters upple- velse av vården.	En kvantitativ prospektiv studie där brännskadade patienter som vårdats på brännskadeenheten i Uppsala mel- lan mars 2000 – november 2006 fick svara på frågeformulär om patienttill- fredsställelse när de var på ettårsupp- följning. Inklusionskriterier var att deltagarna skulle vara över 18 år, tala svenska, inte ha några kognitiva stör- ningar, TBSA > 5 % och längden på sjukhusvistelsen skulle vara > 1 dag. Etthundratre (103) patienter uppfyllde kriterierna men fem patienter missa- des på grund av administrativa anled- ningar och 17 tackade nej till att delta. Elva patienter skickade inte tillbaka frågeformuläret och en patient dog. Totalt svarade 69 patienter varav 54 var män och 15 var kvinnor. Fråge- formulären som användes var The Patient Satisfaction – Results and Quality (PS-RESKVA), Swedish universities Scales of Personality (SSP), The Impact of Event Scale – Revised (IES-R) samt The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).	Patienttillfredsställelse hade viss koppling till psykologiska sociode- mografiska variabler medan bränn- skadans svårighetsgrad inte hade någon koppling. Andra faktorer, hypotetiskt sett relaterade till om- vårdnaden bestämmer patienttill- fredsställelsen.	Grad I

Bilaga III:15

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2008 Sverige PubMed	Wikehult, B., Hedlund, M., Marsenic, M., Nyman, S., Willebrand, M.	Evaluation of negative emotional care experiences in burn care	Att undersöka hur brännskadade patienter minns sin upplevelse av negativ emotionell omvårdnad.	En kvantitativ studie genomförd på Uppsala Universitetssjukhus som var en del av en annan studie som genom- fördes 2004. Inklusionskriterier var att deltagarna skulle vara 18 år eller äldre, tala svenska och inte ha någon kognitiv störning eller demens. Av 63 deltagare tackade 20 nej till att delta i studien och en togs bort på grund av psykotisk störning. Totalt deltog 42 patienter varav 34 var män och 8 var kvinnor. Medel TBSA var 23 % och genom- snittlig vistelse på sjukhuset var 25.3 dagar. Fem hade självförvållande skador, tolv hade arbetsrelaterade skador, 20 hade blivit skadade hemma och fem hade fått skadorna under sin fritid. Patienterna valdes slumpmäs- sigt in i tre grupper om hur de skulle kontakts; personliga intervjuer, tele- fonintervju och brev. Alla fick iden- tiska frågor.	Det var ovanligt att patienterna hade upplevt negativ emotionell omvård- nad. Hur allvarliga skador patienten hade ådragit sig, lägre patienttill- fredsställelse och psykiska symptom var kopplat till negativa känslor.	Grad I

Bilaga III:16

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2008 Sverige Science Direct	Wikehult, B., Kildal, M., Wille- brand, M.	Patient satisfaction with burn care 1-6 years after injury	Att beskriva patienttillfredsställelse med omvårdnaden hos brännskadade patienter 1-6 år efter skadan . Studien ville även utforska om denna omvårdnad är relaterad till sociodemografiska- och skaderelaterade variabler, förväntningar på omvårdnaden, personlighetsgrad och upplevd hälsa.	En kvantitativ retrospektiv studie där man skickade frågeformulär via brev till brännskadade patienter som vårdats på brännskadeenheten på Uppsala Universitetssjukhus mellan januari 1996 – mars 2000. Inklusionskriterier var att deltagarna skulle vara över 18 år, tala svenska och inte ha någon kognitiv störning. Etthundra-sextioen (161) patienter låg inne under denna period, av dessa dog 18 stycken, 19 dog efter utskrivning, sex hade okänd adress och två hade demens. Frågeformulär skickades ut till 116 patienter varav 86 svarade. Frågeformulär som användes var PS-RESKVA, SSP, BSHS-B och HADS. Sextiotre (63) av deltagarna var män och 23 var kvinnor. Medelåldern var 43 år, medel TBSA var 17.2 % och längd på sjukhusvistelsen var 21.8 dagar.	Information om behandling, allmän tillfredsställelse av vården och kontakt med medicinsk personal skattades lägre av patienterna än kvaliteten på kontakten med omvårdnadspersonalen.	Grad I

Bilaga III:17

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2005 Sverige PubMed	Willebrand, M., Wikehult, B., Ekselius, L.	Social desirability, psychological symptoms, and perceived health in burn injured patients	Att undersöka relationen mellan det fysiska och/eller psykiska resultatet och social önskvärdhet samt om detta är relaterat till bättre eller sämre upplevd hälsa hos brännskadade patienter.	En kvantitativ studie. Inklusionskriterier var att deltagarna skulle vara över 18 år, svensktalande, ingen kognitiv störning. Av 161 patienter som låg inne mellan januari 1996 – mars 2000 på Uppsala Universitets-sjukhus brännskadeenhet så dog 18 patienter på sjukhuset, 19 dog efter utskrivning, sex hade okänd adress och två hade dement. Ett frågeformulär skickades via brev till 116 patienter och 86 skickade tillbaka. Av dessa 86 hade 84 patienter svarat på det frågeformulär som var nödvändig för studien. Sextiotvå (62) var män och 22 var kvinnor. Medelåldern var 46.3 år, medel TBSA 17.3 %. Och medellängd på sjukhusvistelsen var 22 dagar. Frågeformulären som användes var SSP, HADS och BSHS-B.	Psykiska symptom var inte relaterade till social önskvärdhet men de personer som hade stort behov av social önskvärdhet upplevde att de hade sämre hälsa efter brännskadan. De områden som personerna upplevde som sämre var arbetet, utomhusaktiviteter, värmekänslighet och olika sociala sammanhang.	Grad I