

Namn: Nora Samawi och Claudia Toscano Westman

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGV51, VT2017

Nivå: Grundnivå

Handledare: Lars Andersson

Examinator: Elisabeth Bos Sparén

Hälsorelaterad livskvalitet hos vuxna personer efter en svår brännskada

En litteraturöversikt

Health-related quality of life among adults after a severe burn injury

A literature review

Sammanfattning

Bakgrund: En svår brännskada innebär en djup hudskada där kroppens underliggande organ kan komma att påverkas vilket kan resultera i ett kritiskt tillstånd. Skadan kan ge konsekvenser som berör den fysiska, psykiska, sociala och existentiella hälsan. Då en svår brännskada bedöms utifrån varje enskilt fall utgår sjuksköterskans omvårdnadsinsatser från de olika konsekvenser som brännskadan medfört. Med sjuksköterskans holistiska förhållningssätt i omvårdnaden kan det identifieras olika aspekter och faktorer i patientens hälsotillstånd som denne upplever vara av ett lidande. Det är då av vikt att sjuksköterskan ser till patientens hälsorelaterade livskvalitet, då detta beskrivs som ett subjektivt mått på hälsa och utgör således patientens unika upplevelser av sitt välbefinnande.

Syfte: Att beskriva den hälsorelaterade livskvaliteten hos vuxna personer efter en svår brännskada.

Metod: En litteraturöversikt har gjorts enligt Fribergs analysmetod. Tio vetenskapliga artiklar har valts ut med samtliga bestående av kvantitativ design. Artiklarna har sökts fram i databaserna CINAHL Complete och PubMed. Som en teoretisk utgångspunkt har Katie Erikssons omvårdnadsteori valts ut och använts som en referensram i resultatdiskussionen.

Resultat: Tre huvudteman med underteman har identifierats: *fysiska aspekter av livskvalitet* med underteman ”smärta och rörelseförmåga” och ”faktorer som påverkar den fysiska livskvaliteten”, *psykosociala aspekter av livskvalitet* med underteman ”psykisk ohälsa” och ”faktorer som påverkar den psykosociala livskvaliteten” samt *generella aspekter av livskvalitet* med underteman ”sjukhus tiden, vårdinsatser och tid sedan skadetillfället” och ”ålder/kön”.

Diskussion: I metoddiskussionen har författarna diskuterat för- och nackdelar med utförandet av denna litteraturöversikt. I resultatdiskussionen har det diskuterats de resultat som har varit mest intresseväckande hos författarna. Dessa har diskuterats utifrån Katie Erikssons omvårdnadsteori, litteraturöversiktens bakgrund och tidigare forskning.

Nyckelord: Brännskada, hälsorelaterad livskvalitet, vuxna, omvårdnad

Abstract

Background: A severe burn is defined as a deep dermal damage in which the body's underlying organs can become affected and can result in a critical condition. The consequences of a burn can affect the physical, psychological, social and existential health. Since a severe burn is evaluated on a case to case basis, the nurse's caring interventions are based on the specific consequences from the burn. With the nurse's holistic approach on caring, he/she can identify different aspects and factors in the patient's general health of which the patient experiences as suffering. Therefore it is of great importance that the nurse cares for the patient's health-related quality of life, since this is described as a subjective measurement of health and compounds the patient's unique experiences of his/her wellbeing.

Aim: To describe the health-related quality of life among adults with a severe burn injury.

Method: A literature review was done in accordance with the Friberg analytical method. Ten scientific articles were selected, all of which consisted of a quantitative design. The articles were found in the CINAHL Complete and PubMed databases. As a theoretical base, Katie Eriksson's caring theory was selected and used as framework in the results discussion.

Results: Three main themes with subthemes were identified; *physical aspects of quality of life* with subthemes "pain and movement capability" and "factors that affect the physical quality of life", *psychosocial aspects of quality of life* with subthemes "psychological ill-health" and "factors that affect the psychosocial quality of life" and *general aspects of quality of life* with subthemes "length of hospital stay, caring interventions and time since injury" and "age/gender".

Discussion: In the method discussion the authors have discussed the pros and cons of the execution of this literature review. In the results discussion, the results that were of greater interest to the authors have been discussed, in accordance with Katie Eriksson's caring theory as well as the background in this literature review and previous research.

Keywords: Burn injury, health-related quality of life, adults, caring

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1. BRÄNNSKADA	1
2.1.1. <i>Definition och händelseförlopp</i>	1
2.1.2. <i>Bedömning av skada</i>	2
2.2. FYSISKA, PSYKISKA, SOCIALA OCH EXISTENTIELLA KONSEKVENSER	3
2.3. HÄLSORELATERAD LIVSKVALITET	5
2.4. SJUKSKÖTERS KANS OMVÅRDNADSINSATSER	4
2.5. PROBLEMFÖRMULERING.....	6
3. SYFTE/FRÅGESTÄLLNINGAR	6
4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	6
4.1. KATIE ERIKSSONS OMVÅRDNADSTEORI	7
5. METOD	8
5.1. DESIGN	8
5.2. SÖKVÄGAR OCH SÖKORD	8
5.3. DATAINSAMLINGSMETOD	9
5.4. URVAL	9
5.5. ANALYSMETOD	10
6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
7. RESULTAT	11
7.1. FYSISKA ASPEKTER AV LIVSKVALITET	11
7.1.1. <i>Smärta och rörelseförmåga</i>	11
7.1.2. <i>Faktorer som påverkar den fysiska livskvaliteten</i>	12
7.2. PSYKOSOCIALA ASPEKTER AV LIVSKVALITET	12
7.2.1. <i>Psykisk ohälsa</i>	12
7.2.2. <i>Faktorer som påverkar den psykosociala livskvaliteten</i>	13
7.3. GENERELLA ASPEKTER AV LIVSKVALITET	13
7.3.1. <i>Sjukhustiden, vårdinsatser och tid från skadetillfället</i>	13
7.3.2. <i>Kön/ålder</i>	14
8. DISKUSSION	14
8.1. METODDISKUSSION.....	14
8.2. RESULTATDISKUSSION	16
8.2.1. <i>Depression</i>	16

8.2.2. Rörelseförmåga och egenvård	18
8.2.3. Rörelseförmåga och arbete	20
8.3. KLINISKA IMPLIKATIONER.....	21
8.4. FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	22
9. SLUTSATS	23
10. REFERENSFÖRTECKNING	24
BILAGA 1. SÖKMATRIS	28
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	29

1. Inledning

I dagens moderna tid uttrycks det normativa förhållanden i form av hur vi bör agera mot andra, mot oss själva och hur vi bör se ut i vårt samhälle. Mycket inflytande ges till oss via sociala medier, där en särskild cirkulerande trend som vi har noterat är den så kallade “fire challenge”. Denna utmaning går ut på att ungdomar skall filma sig själva när de håller brännbara vätskor på sin kropp och tänder eld, för att sedan släcka den så snabbt som möjligt. Dessa ungdomar åtar sig utmaningen utan att reflektera över vilka konsekvenser en brännskada kan medföra för personen i fråga. Då vi både inom vården och privat mött personer som har överlevt en svår brännskada, vet vi vilka förödande konsekvenser det kan te sig om. Detta väckte ett intresse hos oss att undersöka den hälsorelaterade livskvaliteten hos personer som har överlevt en svår brännskada. På så sätt kan vi även notera vilka aspekter och faktorer i den hälsorelaterade livskvaliteten som upplevs vara av ett lidande, som i sin tur kan bidra till sjuksköterskans omvårdnadsarbete kring patienter med brännskador.

2. Bakgrund

Författarna till denna litteraturöversikt har i följande avsnitt valt att presentera det aktuella kunskapsläget kring en brännskada vad gäller *definition och händelseförlopp* och *bedömning av skada*. Efter denna beskrivning förklaras brännskadans *fysiska, psykiska, sociala* och *existentiella* konsekvenser för att få en förståelse av de problem som kan uppstå. Då syftet med litteraturöversikten innefattar den *hälsorelaterade livskvaliteten* har därför innebörden av begreppet beskrivits. Vad sjuksköterskan kan göra i sitt omvårdnadsarbete vid vården av en patient med brännskada har sedan presenterats i *sjuksköterskans omvårdnadsinsatser*, då detta berör författarnas kommande vårdande profession. Slutligen i detta avsnitt har det presenterats en *problemformulering* för att motivera det valda ämnet.

2.1. Brännskada

2.1.1. Definition och händelseförlopp

Definitionen av en brännskada beskrivs av World Health Organization (WHO, 2016) som en “skada på huden eller annan organisk vävnad” där den primära orsaken är värme. Andra orsaker kan vara kontakt med kemikalier, radioaktivitet, strålning, ultraviolett strålning, friktion, elektricitet eller rökinalation som skadar organisk vävnad. Socialstyrelsens (2008)

definition av en brännskada är där hud och underliggande vävnad upphettas i en temperatur så pass allvarlig att hudcellerna skadas med efterföljande vävnadsdöd.

När en brännskada sker bildas en lokal inflammatorisk reaktion (Socialstyrelsen, 2008). Vid en större grad av brännskada uppstår ödem vid den skadade vävnaden, på grund av att ett lokalt och kraftfullt vätskeflöde träds ur blodbanan in i den omkringliggande vävnaden. Detta leder till en minskning av den cirkulerande blodvolymen, vilket i svåra fall kan orsaka en "brännskadechock". Enligt Järhult och Offenbartl (2013) beskrivs detta som en första fas vid en svår brännskada. Denna fas domineras av att salt- och vätskebalansen rubbas genom att mängder av salter, proteiner och kroppsvätska läcker från den brända huden och den ödembildning som uppstår. I en andra fas uppstår svåra problem med infektioner och sviktande organ som ofta orsakas av vävnadsdöd. Här kan det också uppstå problem med att täcka huden. I en tredje fas uppkommer problem som är relaterade till plastikkirurgi och rekonstruktion. Då en brännskada kan ge kvarstående ärrbildningar kan detta upplevas stigmatiserande och ge upphov till en social tillbakadragenhet hos personen (Socialstyrelsen, 2008).

2.1.2. Bedömning av skada

För att kunna bedöma allvarlighetsgraden av en brännskada beräknas i regel den procentuella kroppsytan som skadats, där en så kallad nio-procent-regel kan användas för att avgöra om brännskadan är en svår skada (Järhult & Offenbartl, 2013). Begreppet "svår brännskada" saknar dock en vedertagen och entydig definition, varför allvarlighetsgraden bör bedömas utifrån varje enskilt fall och prognos vad gäller överlevnad, anpassning efter att skadan har läkt samt omfattning och grad av vårdinsatser (Socialstyrelsen, 2008). Skadans utbredning och djup är påverkande faktorer liksom patientens ålder, inträffad luftvägsbrännskada eller andra traumatiska skador. Personer med kroniska sjukdomar i botten, framförallt äldre, kan ha en sämre förmåga att hantera den fysiologiska stress som kan uppstå vid en brännskada.

Första, andra och tredje gradens brännskada är kategorier som används för att avgöra skadans utbredning och delas in utifrån dess storlek och djup (Järhult & Offenbartl, 2013). Ytlig brännskada (första graden) är en skada på överhuden som kännetecknas av att huden blir röd, svullen och öm utan vävnadsdöd med symtom som sveda och värmekänsla. Ett exempel är en solbränna som är självläkande och som inte lämnar kvar bestående ärr på huden (Mathisen, 2011).

En delhudsskada (andra graden) är en djupare skada som har nått läderhuden och kan delas in i ytlig och djup delhudsskada (Mathisen, 2011). Vid denna typ blir huden röd, svullen, ömmande och bildar vätskefyllda blåsor. Oftast är skadan orsakad av en skållning och kan ge starka smärtor. Läkningprocessen avgörs av huruvida en delhudsskada är ytlig eller djup. Ytlig delhudsskada läker vanligen inom två veckor utan efterlämnade kvarstående ärr. Djup delhudsskada läker först genom kirurgisk sårrensning och hudtransplantation och lämnar kvarstående synliga ärrbildningar. En djup delhudsskada kan vara svår att skilja ifrån en fullhudsskada då vävnadsdöd kan förekomma.

En fullhudsskada (tredje graden) är en mycket djupare skada och omfattar alla anatomiska hudlager som kan ha orsakats av exempelvis eld (Mathisen, 2011). Alla hudlager går i vävnadsnekros som syns genom att sårytorna har mörknat och förkolnat (Järhult & Offenbartl, 2013). Brännskadan kan gå så pass djupt att den når underliggande organ och skadar sensor, ledkapslar och muskulatur. Läderhudens sensoriska receptorer har förstörts av skadan vilket gör att personen inte upplever smärta i det utsatta hudområdet, men kan ha smärta i sårkanter och under den brända hudytan (Mathisen, 2011). Skadan medför ett kritiskt tillstånd då en djupare del av kroppsytan är skadad och kräver sjukhusbehandling, där det är vanligt med kirurgiska åtgärder och hudtransplantation då skadan är svårläkt.

2.2. Fysiska, psykiska, sociala och existentiella konsekvenser

Utbredningen av en brännskada vad gäller lokalisering, storlek och djup kan vara avgörande för vilka konsekvenser som kan te sig (Mathisen, 2011). De *fysiska* konsekvenserna kan röra sig om andningsbesvär, cirkulationssvikt, organsvikt, smärta, sår och infektioner. En del personer behöver genomgå amputation på grund av bildningen av vävnadsnekros som i sin tur kan leda till en nedsatt kroppslig rörelseförmåga. Kvarstående ärrbildningar på huden medförs ofta efter läkning av infektioner och sår.

De *psykiska* konsekvenserna kan te sig i form av posttraumatisk stressyndrom genom återupplevelser ("flashbacks") av brännskadehändelsen. Personen kan då bland annat uppleva återkommande rädsla, spändhet, känslomässig avtrubbning och sömnsvårigheter. Forskarna Cakir, Terzi, Abaci och Aker (2015) belyser posttraumatiskt stressyndrom som vanligt förekommande psykisk ohälsa efter en brännskada, då själva brännskadehändelsen oftast sker plötsligt och ger en chockupplevelse. Brännskadan kan även medföra depressiva symtom i form av negativa tankar och emotioner om sig själv på grund av den kroppsliga förändring

som skett (Van Loey & Van Son, 2003). Personen kan då känna oro och ångest inför framtiden som kan ge upphov till en egentlig depression. I en studie av Wasiak et al. (2017) påvisas att kvinnor upplever fler depressiva symtom i jämförelse med män efter brännskadan, då kvinnor är mer sårbara för den fysiska förändringen på kroppen. Även beroende på brännskadans lokalisering kan reaktionerna skilja sig åt mellan män och kvinnor (Mathisen, 2011). En brännskada på ansiktet upplevs vara mer känsligt och sårbart hos kvinnor än hos män, då kvinnor framförallt inom västerländsk kultur förknippar ansiktet som en del av kvinnligheten genom de visuella känslor som uttrycks. Män är däremot mer känsliga för brännskador på händerna då handfunktionen förknippas med kompetens, skicklighet och förmåga för beröring och kontakt med andra.

De *sociala* konsekvenserna kan yttra sig i form av svårigheter för social kontakt som kan bero på posttraumatiskt stressyndrom eller depressiva symtom, då personen kan vilja isolera sig från omgivningen (Mathisen, 2011). Känslan av stigmatisering på grund av ärrbildningarna kan leda till ett undvikande beteende i mötet med andra. Ärrbildningarna kan även ge en negativ självbild och lägre självkänsla som kan påverka sexuella relationer, då personen inte känner sig lika sexuellt attraktiv (Connell, Coates, Doherty-Poirier & Wood, 2013).

Existentiella konsekvenser kan förekomma i form av livsåskådningsfrågor där personliga värderingar eller synsättet på sig själv och sin omgivning berörs (Kallenberg & Larsson, 2004). En del personer kan börja ifrågasätta det egna "jaget" då de ställs inför en process att kunna acceptera den förändring som skett (Mathisen, 2011).

2.3. Hälsorelaterad livskvalitet

Begreppet livskvalitet kan ha många olika definitioner då det kan benämnas i flera olika sammanhang (Brülde, 2009). I hälso- och sjukvårdssammanhang benämns livskvalitet i nära relation med begreppet hälsa (Sandman & Kjellström, 2013). Hälsa kan också definieras på olika sätt och benämns oftast synonymt med välbefinnande (Willman, 2014). Livskvalitet beskrivs som ett kvantitativt mått på välbefinnandet och blir då ett sätt att avgöra hur stor grad exempelvis ett funktionshinder eller sjukdom påverkar en persons liv. Detta begrepp namnges därför som *hälsorelaterad livskvalitet* och uttrycks på engelska som Health Related Quality of Life (HRQoL). Författarna till denna litteraturoversikt har valt att precisera sig till denna hälsorelaterade benämning av livskvalitet.

Mätvärdena av livskvalitet utgörs av en persons subjektiva upplevelser av sitt välbefinnande (Sandman & Kjellström, 2013). Olika utformade mätinstrument kan användas för att mäta livskvalitet såsom Kajandis instrument (KI) (Nordenfelt, 2004). Det finns även instrument som mäter livskvalitet i relation till ett särskilt ohälsotillstånd, såsom en brännskada, i vilket fall Burn Specific Health Scale (BSHS) kan användas (Blades, Mellis & Munster, 1982). BSHS-instrumentet innefattar domäner som berör psykisk, fysisk, social och existentiell hälsa. Den fysiska hälsan skattas utefter frågor om den fysiska funktionen såsom värmekänslighet, handfunktion och rörelsefunktion. Den psykiska hälsan berörs genom affektiva frågor om personens upplevda positiva och/eller negativa emotioner. Sociala relationer och arbete är några punkter som berör den sociala hälsan, medan den existentiella hälsan berörs genom frågor om personens upplevda självbild.

2.4. Sjuksköterskans omvårdnadsinsatser

Sjuksköterskans omvårdnad vid brännskador utgår ifrån att lindra lidande hos patienten som skadan medfört (Mathisen, 2011). I det kritiska skedet omfattar det framförallt andning- och cirkulationsstabilisering, smärtlindring, sårvård, näringstillförsel, behandling och förebyggande av infektioner, personlig hygien samt mobilisering under sjukhusvistelsen. För patienten kan det innebära en lång vårdtid då sjukhusvården oftast medför kirurgisk behandling, avancerad sårvård och rehabilitering. Sjuksköterskan behöver därför se utifrån varje patientfall och bemöta de aspekter som patienten upplever som ett lidande. Extra emotionellt stöd kan behövas hos patienter som upplever posttraumatisk stress, svårigheter att hantera den förändrade självbilden eller svårigheter för social kontakt (Van Loey & Van Son, 2003). Då patienten skrivs ut från sjukhus kan det innebära en process av egenvårdsinsatser såsom sår- och ärrskötsel och mobilisering (Mathisen, 2011). Det är då viktigt att patienten ges noggrann information om hur den individuella egenvården bör utföras, då sårhäkning och förebyggande av infektioner är beroende av en god egenvård. Patienter som domineras av negativa tankar och emotioner kring den kroppsliga förändringen kan uttrycka en nedsatt motivation för egenvården (Van Loey & Van Son, 2003). Sjuksköterskans holistiska förhållningssätt är därför av vikt för att stödja patienten genom dessa tankar och emotioner samt i svårigheter som berör relationer med andra (Mathisen, 2011). Hela patientens livssituation tillmötesgås på så sätt att olika omkringliggande aspekter, som för patienten kan ha skapat ett lidande, tas hänsyn till i omvårdnadsarbetet. Ett exempel är då relationer med

familj och närstående kan ha förändrats då de inte ovanligt ställs som en resurs i egenvården. Sjuksköterskan kan då stödja de närstående genom att vara lyhörd även för deras tankar och känslor kring de förändringar som skett.

Att se till den hälsorelaterade livskvaliteten hos patienten kan vara ett tillvägagångssätt för sjuksköterskan att kartlägga aspekter som kan ha skapat ett lidande, såsom familjens och närståendes situation eller sociala svårigheter som patienten kan uppleva (Van Loey & Van Son 2003). I en studie av Moi, Haugsmyr och Heisterkamp (2016) belyses livskvalitetmätningar och regelbundna uppföljningar av dessa som centrala inom omvårdnaden. Genom att tillmötesgå den hälsorelaterade livskvaliteten, både då patienten vårdas på sjukhus och tiden efteråt, kan ett eventuellt lidande som brännskadan medfört tidigt lindras och bidra till en optimal återhämtningsprocess.

2.5. Problemformulering

En brännskada sätter sig inte bara ytligt på huden utan kan påverka underliggande organ och kan medföra olika konsekvenser på hälsan; såväl fysiskt och psykiskt som socialt och existentiellt. Då den hälsorelaterade livskvaliteten hos personen innefattar ett subjektivt mått på sin egen hälsa kan det därigenom identifieras aspekter och faktorer som denne upplever vara av ett lidande. För att optimera sjuksköterskans omvårdnadsinsatser bör därför patientens hälsorelaterade livskvalitet tillmötesgås, då denna subjektiva mätning kan bidra till att eventuellt lidande får komma till uttryck. Författarna till denna litteraturöversikt anser därför att en ökad kunskap behövs om personens hälsorelaterade livskvalitet då denna identifiering av lidande kan innefatta en betydande roll för personens hälsa och livssituation samt bidra till en optimal omvårdnad kring personer efter en brännskada.

3. Syfte/Frågeställningar

Syftet med denna litteraturöversikt är att beskriva den hälsorelaterade livskvaliteten efter en svår brännskada hos vuxna personer.

4. Teoretiska utgångspunkter

Katie Erikssons omvårdnadsteori är den teoretiska utgångspunkten i denna litteraturöversikt. Teorin har använts i resultatdiskussionen för att bekräfta och styrka författarnas resonemang och slutsatser.

4.1. Katie Erikssons omvårdnadsteori

Erikssons (2015) teori består av en humanvetenskaplig tradition som grundar sig i hennes synsätt på människan; att människan befinner sig i ett ständigt lidande, från det att hon föds till det att hon dör med döden som hennes djupaste väsen. I en beskrivning av människan som en enhet av "kropp, själ och ande" (s.59) utgör det att lidandet berör såväl den kroppsliga dimensionen som den själsliga och andliga. Teorin medför därigenom att fokus i vårdandet flyttas från sjukdomsdiagnos och sjukdomssymtom till det lidande som patienten upplever, erfar eller befinner sig vara. Sjuksköterskans uppdrag bygger sålunda på att lindra och förebygga patientens lidande.

Definitionen av ett lidande framkommer i ett begrepp hon beskriver som *lidandets kamp* och förklarar det som att dras "mellan det onda och det goda"; mellan det som *önskas* och det som *är* (Eriksson, 2015). Att lida kan alltså vara utmaningar i de begränsningar som medförs av ett sjukdomstillstånd, i förhållande till det liv som önskas att leva. Det är ett lidande mellan oförmågan som uppstått efter ett hot mot hälsan och vägen som behöver tas för att främja och bevara hälsa. Hälsa är på så sätt ett dynamiskt tillstånd som utgörs av att lidandet kommer till uttryck och tillmötesgås.

Processen där lidandet uttrycks och bearbetas förklarar Eriksson (2015) med begreppet *lidandets drama*. Denna process består av tre akter: bekräftelse av lidandet, själva lidandet och försoning med lidandet. Den *första akten* innebär att en person som befinner sig i ett lidande tillmötesgås av en så kallad medaktör; en empatisk lyssnare som bekräftar lidandet. Bekräftelse av lidandet innebär att medaktören förmedlar till personen att "jag ser" (s.50). Detta kan ske på olika sätt: genom en blick, beröring eller ord såsom "jag ser att du har ont". Den *andra akten* består av att personen i sitt lidande ges möjlighet att få lida, både i sin egen sfär och/eller i gemenskap. Då personen uttrycker lidandet i denna akt kan denne behöva stöd av medaktören för de hinder och utmaningar som har utgjort själva lidandet. En medaktör kan vara såväl en vårdare som en närstående som vägleder och ibland "bär" personen när ork inte längre finns. Frågor som "varför har detta drabbat mig?" är ett exempel på vad som kan ha utgjort lidandet, där svar söks för att nå växt och utveckling. Detta för att slutligen kunna försonas med lidandet och beskrivs som den *tredje akten*. Försoning förklaras som ett lyckligt slut på dramat, där personen har börjat acceptera sitt lidande, istället för att fly undan det. Att försonas är att finna tillvägagångssätt för att leva med det "onda"; det som är. Detta kan

innebära att personen har anpassat sig efter de oförmågor som uppstått och funnit en slags mening med förändringen som skett.

Eriksson (2015) beskriver vidare om lidandets former som finns och möts i vården, bland annat som sjukdomslidande och livslidande. *Sjukdomslidande* innebär ett lidande som upplevs vid sjukdom och behandling och innefattar såväl kroppsligt lidande som själsligt och andligt lidande. Kroppsligt lidande förklaras som en kroppslig smärta som är förorsakat av en sjukdom eller behandling. Själsligt och andligt lidande relateras till upplevelsen av förnedring, skuld och/eller skam då sjukdom och behandling erfars. *Livslidande* innebär ett lidande som berör personens hela livssituation och kan innefatta allt från att en ens totala existens hotas till att inte längre kunna utföra olika sociala roller.

Författarna till denna litteraturöversikt anser att Erikssons (2015) omvårdnadsteori är behjälplig för att kunna förstå hur ett lidande kan te sig och hur lidandet kan lindras. Då syftet med denna litteraturöversikt är att beskriva den hälsorelaterade livskvaliteten hos vuxna personer efter en brännskada, lämpar sig teorin för att kunna identifiera olika aspekter och faktorer som personen upplever vara av ett lidande. Teorin är därigenom relevant för hur sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet kan tillmötesgå lidande hos varje patient för att lindra lidandet och kunna främja dennes hälsorelaterade livskvalitet.

5. Metod

5.1. Design

Denna litteraturöversikt har gjorts enligt Fribergs (2012) analysmetod. Metoden har använts för att få ett övergripande kunskapsläge kring det valda ämnet och innebär att kunskap har sökts fram, granskats och analyserats av författarna för att besvara syftet med litteraturöversikten.

5.2. Sökvägar och sökord

Sökningar har utförts i databaser vars publiceringar varit relevanta till det valda ämnesområdet (Karlsson, 2012). CINAHL Complete och PubMed var de databaser som användes för att söka fram artiklar. En sökbegränsning på 2007-2017 i publiceringsår gjordes i syfte att aktualisera litteratur och forskning för arbetet. I databasen CINAHL gjordes en fritextsökning på orden "*Patients quality of life after burn injury*", där en åldersbegränsning

gjordes till “*all adult*” för en specificering inom åldersgruppen vuxen ålder. Fritextsökningen kombinerades senare med ämnesordet “*Quality of life*” (Major Heading) och “*Burn injury*” (Major Heading). Kombinationen gjordes genom boolesk söklogik då fritextsökningen och ämnesorden sammankopplades med “AND” och/eller “OR” (Östlundh, 2012). I databasen PubMed gjordes en fritextsökning på orden “*Patients quality of life after burn injury*” som kombinerades med ämnesordet “*Quality of life*” (MeSH Major Topic) genom en sammankoppling med “AND”. Denna sökning begränsades till “*10 years*” och “*Adult: 19+ years*”. Samtliga sökvägar och sökord som ledde till valda artiklar har författarna presenterat i sökmatrixen (*bilaga 1*).

5.3. Datainsamlingsmetod

Fritextsökningen utgjorde det första steget i litteratursökningen och gav författarna ett så kallat helikopterperspektiv på publiceringar inom valt ämnesområde (Friberg, 2012). I det andra steget gjordes en noggrann genomgång av sökträffar där sökord och sökvägar dokumenterades för de artiklar som planerades för analysering. Det andra steget innefattade även en genomskådande granskning av samtliga sökträffar. En granskning gjordes av artiklarnas titel för att avgöra huruvida titeln berörde det valda ämnesområdet; brännskada och hälsorelaterad livskvalitet. Ifall titeln bekräftade ämnesområdet lästes artiklarnas abstrakt, totalt 96 stycken. Om sökträffarna saknade abstrakt eller inte var tillräckligt innehållsrika för avgörande lästes hela artiklarna igenom, totalt 26 stycken, för att slutligen bestämmas för inklusion eller exklusion i litteraturöversikten. Totalt inkluderades tio artiklar i denna litteraturöversikt som författarna har presenterat i resultatmatrixen (*bilaga 2*).

5.4. Urval

De valda artiklarna innefattade en undersökningsmetod av kvantitativ design i syfte att få en överskådande kunskapsbild kring det valda ämnet (Friberg, 2012).

I den svenska regeringens utredning av mått på livskvalitet framkommer det att en livskvalitetsmätning bör primärt avse vuxna personer (18 år och högre) då det inte anses vara meningsfullt att till barn ställa de livskvalitetsfrågor som ställs till vuxna (Statens offentliga utredningar [SOU], 2015:56). Patienter i åldrarna 18 år och högre var därför ett primärt fokus hos författarna till denna litteraturöversikt, då de även ansåg att livskvaliteten hos barn och ungdomar efter en brännskada skulle innebära en mer komplex domän, med antagandet att

närstående skulle inkluderas i dessa mätningar. Hos författarna var det också av ett intresse att specialisera sig inom vuxen ålder, varför det inkluderades artiklar med både yngre (18+) och äldre vuxna (65+). En inklusion av både män och kvinnor gjordes i syfte att identifiera eventuella likheter/skillnader mellan könen.

För en geografisk spridning inkluderades fyra artiklar från Norden, fyra från övriga Europa, en från Australien och en från Asien. Detta för att notera eventuella kulturella skillnader/likheter som författarna anser kan vara betydelsefullt gällande överförbarheten till den svenska vården och samhället som mångkulturellt.

5.5. Analysmetod

Analysen gjordes genom att författarna till denna litteraturöversikt noggrant granskade och förstod innehållet av valda artiklar (Friberg, 2012). Författarna bearbetade igenom artiklarna genom att tillsammans läsa en artikel i taget och använde märkpenna för att markera det innehåll som berörde litteraturöversiktens syfte. Samtliga artiklar lästes igenom flertal gånger för att kunna förstå innehållet väl och kunna söka fram likheter och/eller skillnader mellan artiklarna. De likheter och skillnader som identifierades skrevs ner i tabeller. Därefter tematiserades dessa utifrån återkommande begrepp och gav ett sammanställt resultat.

Resultatet som ingick i analysen bestod enbart av statistiskt signifikanta data det vill säga data som hölls inom ramen för de *p-värden* som har presenterats i artiklarna; $p \leq 0.001$, $p \leq 0.01$ och/eller $p \leq 0.05$. Då ett *p*-värde förklaras som en sannolikhet (där *p* i *p*-värde kommer från engelskans probability) att ett resultat inte föreligger av slumpen används det som en säkerställning inom analytisk statistik för att resultatet i möjligaste mån ska vara trovärdigt (Billhult & Gunnarsson, 2012). Författarna till denna litteraturöversikt har av denna anledning valt att enbart inkludera resultat som framkom i enlighet med ovannämnda *p*-värden, då dessa innefattar en sannolikhet på 99,9 procent, 99 procent och/eller 95 procent (Ejlertsson, 2012).

Samtliga resultatartiklar bidrog till de slutliga huvudteman som skapades, fastän en del teman innehöll färre artiklar som referens.

6. Forskningsetiska överväganden

För att säkerställa kvaliteten i detta arbete har endast vetenskapligt granskade och publicerade artiklar inkluderats (Karlsson, 2012). Vid inklusion av artiklarna krävdes det av författarna till denna litteraturöversikt att artiklarna hade visat på noggranna etiska överväganden och erhållit

tillstånd från etisk kommitté i syfte att stärka dess vetenskapliga värde (Wallengren & Henricson, 2012). På ett internationellt plan förklaras detta av World Health Organization (WHO, 2017) om att all forskning avseende människor bör granskas av en etisk kommitté, där det förs en diskussion gällande de etiska principerna: välgörenhet, rättvisa och autonomi. Med detta i åtanke har författarna till denna litteraturöversikt tillämpat ett etiskt förhållningssätt utifrån ICN:s etiska kod för sjuksköterskor avseende respekt för deltagarnas integritet och autonomi i valda artiklar (Kjellström, 2012; International Council of Nurses, 2012).

Författarna har även utgått från att bortse från förförståelsen kring livskvaliteten hos personer efter en brännskada. Då författarna tidigare både inom vården och privat mött personer efter en brännskada har det uppfattats hos författarna en negativ bild av livskvaliteten. Författarna har genom en reflektion sinsemellan ansett denna förförståelse som en risk för påverkan av resultatanalysen, varför de har lagt stor vikt i att åsidosätta denna negativa förförståelse i analysen.

7. Resultat

Efter noggrann analysering av artiklarna identifierades tre huvudteman; *fysiska aspekter av livskvalitet* med underteman “smärta och rörelseförmåga” och “faktorer som påverkar den fysiska livskvaliteten”, *psykosociala aspekter av livskvalitet* med underteman “psykisk ohälsa” och “faktorer som påverkar den psykosociala livskvaliteten” samt *generella aspekter av livskvalitet* med underteman “sjukhustiden, vårdinsatser och tid sedan skadetillfället” och “ålder/kön”.

7.1. Fysiska aspekter av livskvalitet

7.1.1. Smärta och rörelseförmåga

I fyra studier identifierades att den kroppsliga smärtan efter brännskadan var ett uttryckligt symtom av signifikans i livskvaliteten (Gauffin, Öster, Sjöberg, Gerdin & Ekselius, 2016; Moi & Nilsen, 2012; Pavoni, Ganesello, Paparella, Buoninsegni & Barboni, 2010; Van Loey, Van Beeck, Faber, Van de Schoot & Bremer, 2012). Detta då smärtan framkom i korrelation med nedsatt livsglädje, nedsatt rörelseförmåga samt nedsatt förmåga för vardagliga aktiviteter och arbete.

Förmågan för fysiska rörelser framkom i tre studier som även en betydande aspekt i livskvaliteten (Palmu et al., 2015; Pavoni et al., 2010; Renneberg et al., 2014; Xie, Xiao, Zhu

& Xia, 2012). Hos de personer med nedsatt rörelseförmåga uttrycktes det som problem med egenvård såsom mobilisering, personlig hygien eller på- och avklädsel samt som hinder för att återgå till sitt arbete.

7.1.2. Faktorer som påverkar den fysiska livskvaliteten

I två studier framkom den procentuella utbredningen av brännskadan som en påverkande faktor för hur livskvaliteten skattades (Palmu et al., 2015; Wasiak et al., 2014). En högre procentuell brännskada korrelerade signifikant med en sämre livskvalitet då detta innebar en mer omfattande fysisk nedsatthet. Den nedsatta funktionaliteten preciserades olika hos personerna beroende på brännskadans djup och placering (Palmu et al., 2015; Pavoni et al., 2010; Xie et al., 2012). En särskild signifikant aspekt kring den kroppsliga placeringen rörde sig om en brännskada på händerna då detta orsakade begränsningar i de vardagliga aktiviteter som krävde handarbete, varför dessa personer skattade en lägre livskvalitet gällande fysisk hälsa.

Att ha en förbättrad handfunktion var en avgörande faktor hos de personer som hade återgått till sitt arbete (Dyster-Aas, Kildal, & Willebrand, 2007; Xie et al., 2012). Oberoende av bidragande faktor för arbetsförmåga så skattade de personer som arbetade sin livskvalitet generellt i liknelse med det normativa genomsnittsvärdet för resterande befolkning, varav hos en del av dessa personer resulterade skattningen högre (Dyster-Aas et al., 2007).

7.2. Psykosociala aspekter av livskvalitet

7.2.1. Psykisk ohälsa

En frekvent förekommande psykisk ohälsa som uttrycktes hos personerna var symtom för posttraumatiskt stressyndrom (Bosmans, Hofland, & De Jong, 2015; Palmu et al., 2015; Renneberg et al., 2014; Van Loey et al., 2012). Detta tedde sig i form av emotionell instabilitet ("neuroticism") med humörsvängningar mellan ångest och aggression samt ett undvikande beteende som avskildhet och isolering från omgivningen. Ångest och depression var frekventa tillstånd hos de personer med nedsatt förmåga för fysisk rörlighet och mobilisering (Pavoni et al., 2010; Renneberg et al., 2014; Van Loey et al., 2012). Hos de personer med depressiva symtom, framförallt för egentlig depression ("major depressive disorder"), identifierades även en nedsatt förmåga för social kontakt och sociala aktiviteter (Palmu et al., 2015).

7.2.2. Faktorer som påverkar den psykosociala livskvaliteten

Den kroppsliga placeringen av brännskadan identifierades som en faktor för sämre skattad livskvalitet, då en brännskada på ansiktet korrelerade med uttryckta symtom för ångest och depression (Pavoni et al., 2010; Xie et al., 2012).

De personer med tidigare episoder av psykisk ohälsa såsom ångest, depression eller alkoholrelaterade problem var en annan faktor som stack ut (Palmu et al., 2015; Pavoni et al., 2010; Wasiak et al., 2014). Dessa personer uttryckte extrema symtom för ångest och egentlig depression i jämförelse med de som inte hade tidigare episoder av psykisk ohälsa som skattade lägre i denna domän.

Ytterligare en påverkande faktor som identifierades var hos de personer som hade återgått till sitt arbete, då dessa uttryckte en ökad social förmåga för att upprätta sociala relationer och samvaro (Dyster-Aas et al., 2007; Moi & Nilsen, 2012; Xie et al., 2012). För de som inte arbetade korrelerade det med olika tillstånd av psykisk ohälsa och en negativ självbild.

En enskild faktor för ökad livskvalitet sågs i samband med att symtom för posttraumatiskt stressyndrom successivt minskade (Bosmans et al., 2015).

7.3. Generella aspekter av livskvalitet

7.3.1. Sjukhustiden, vårdinsatser och tid från skadetillfället

I fyra studier framkom det att livskvaliteten skattades olika beroende på hur lång tid personerna hade vårdats på sjukhus (Gauffin et al., 2016; Moi & Nilsen, 2012; Wasiak et al., 2014; Xie et al., 2012). Hos de personer som hade vårdats en kortare tid på sjukhus skattades en generellt högre livskvalitet i jämförelse med de som hade vårdats en längre tid. Tiden på sjukhus sågs även i samband med hur arbete och sysselsättning blev påverkat hos personerna samt utgjorde ett samband med den uttryckta graden av smärta (Gauffin et al., 2016; I Moi & Nilsen, 2012).

Även beroende på vilka vårdinsatser som personerna genomgått i form av antal kirurgiska åtgärder eller hur länge en respirator har använts under sjukhustid skattades livskvaliteten olika (Van Loey et al., 2012; Wasiak et al., 2014). De personer som behövt genomgå färre kirurgiska ingrepp eller kortare tid med respirator skattade en högre livskvalitet i aspekter rörande fysisk funktionalitet.

Ytterligare en aspekt som framkommit av signifikans är tiden sedan skadetillfället, då ju längre tid det hade gått sedan inträffad skada desto högre skattades livskvaliteten i allmänhet (Bosmans et al., 2015; Xie et al., 2012).

7.3.2. Kön/ålder

I tre studier framkom det en signifikant skillnad mellan män och kvinnor kring hur de skattade sin livskvalitet, där kvinnor generellt skattade lägre än män i domänen fysisk funktion och psykisk hälsa (Palmu et al., 2015; Renneberg et al., 2014; Wasiak et al., 2014). Deltagarna i dessa studier var betydligt fler män än kvinnor, där antalet män respektive kvinnor som skattade dessa skillnader inte framkom tydligt. Skillnaderna utgjordes snarare då det påvisades ett samband mellan kvinnorna som deltog och en sämre skattad fysisk och psykisk hälsa. Detta statistiskt signifikanta samband saknades bland männen i studierna. Att kvinnor skattade sämre psykisk hälsa framkom som ett samband med de fall av tidigare episoder av psykisk ohälsa, då detta var mer frekvent hos kvinnor än hos män (Palmu et al., 2015).

Även beroende på personernas ålder skattades livskvaliteten i en signifikant skillnad, då äldre personer skattade lägre i domänen för fysisk funktionalitet och rörelseförmåga (Wasiak et al., 2014; Xie et al., 2012). Hos de yngre personerna utgjorde denna skattning ett samband med en snabbare återhämtning och återgång till det liv som varit före brännskadan.

8. Diskussion

8.1. Metoddiskussion

De tio artiklarna som inkluderades i litteraturoversikten söktes fram i databaserna CINAHL Complete och PubMed som författarna anser har utgjort en fördel i litteratursökningen. Detta då databaserna innehåller material rörande medicin- och vårdvetenskap som har varit relevanta för det valda ämnet (Karlsson, 2014). De fritextord och ämnesord som användes (*Patients quality of life after burn injury* respektive *quality of life* och/eller *burn injury*) ansågs av författarna innehålla material kring livskvaliteten efter en brännskada. Trots att sökningarna gav tillräckligt med relevanta sökträffar har författarna reflekterat över att fler sökningar, än de totalt tre sökningar som gjordes, skulle säkerställa att färre material blivit utelämnat. Dessa få sökningar anses därför vara en brist i utförandet av litteratursökningen.

Samtliga artiklar innehöll en kvantitativ design som författarna ansåg var av särskild relevans för undersökningen av livskvalitet. Då livskvalitet förklaras som den “uppskattade” hälsan av personen själv i fråga, skulle det principiellt kunna mätas på en särskild skala (Brülde, 2003). En kritik mot detta är dock att den mätning som görs endast beskriver att en subjektivitet *föreligger* och få detaljer om *hur*. Mätningen kan trots det enkelt ge en rimlig övergripande blick på den hälsa som uppskattats, för att också i andra sammanhang hjälpa till att se hur vårdbeslut gynnat hälsan eller att fördela vårdresurser på ett rättvist sätt. Författarna anser dock att en inkludering av kvalitativa artiklar skulle gett ett mer beskrivande resultat med djupare detaljer kring livskvaliteten, för att då också få en ökad förståelse. Att inkludera artiklar av endast kvantitativ design anses därför ha varit en brist i urvalet.

En geografisk spridning av resultatartiklarna anses vara en fördel i urvalet då det gav författarna en inblick över kulturella skillnader/likheter i litteraturöversiktens resultat. Detta anses vara betydelsefullt för överförbarheten till svensk vårdkontext. Nyckelbegreppen i de utländska artiklarna var i god överensstämmelse med de nyckelbegrepp i de två svenska artiklarna (av de fyra nordiska) vilket författarna anser utgör en god jämförbarhet med svenska vårdssammanhang.

Begränsningen som gjordes på 2007-2017 gällande artiklarnas publiceringsår anses vara till en fördel då detta gav ett aktuellt kunskapsläge. Denna begränsning ledde dock till en reflektion hos författarna om att litteratur som utgivits tidigare än år 2007 också bestått av väsentligt innehåll som kanske hade kunnat berika resultatet annorlunda. Begränsningen anses därför utgöra både en för- och nackdel. Åldersbegränsningen till vuxen ålder gav till fördel ett smalare spektrum för urvalet. Trots detta anser författarna att en inkludering av barn och ungdomar (under 18 år) skulle gett en betydande kunskap för den vårdande professionen.

Att inkludera både män och kvinnor i urvalet i syfte att identifiera likheter/skillnader mellan könen förstår författarna som en risk för könsdiskriminering. Detta då skillnader och likheter mellan könen egentligen inte bör utgöra en betydelse eftersom hälso- och sjukvård ska erbjudas på lika villkor oavsett kön (Socialstyrelsen, 2011). Dock kan likheter/skillnader mellan könen bidra till en förbättring av vården som jämlik, varför detta urval anses vara en styrka.

I analysen av artiklarna gjordes en noggrann granskning av enbart de data som hade utgjort en statistisk signifikans. Detta anser författarna som en styrka i analysen då det säkerställde innehållets trovärdighet (Billhult & Gunnarsson, 2012).

Då samtliga artiklar bestod av det engelska språket framkommer en medvetenhet hos författarna att misstolkningar kan ha förekommit, varför artiklarna lästes igenom flertal gånger av vardera författare. Även ordböcker och lexikon användes för att säkerställa en korrekt översättning.

Vid genomförandet av arbetet har författarna suttit tillsammans för att fördela arbetet jämnt. Att arbeta i par har bidragit till en ökad förståelse för artiklarnas innehåll med flera tankar och reflektioner som väckts mellan parterna. Detta har lett till flera levande diskussioner om både litteraturöversiktens resultat och kopplingen till den teoretiska utgångspunkten, vilket bidragit till en mer intressant diskussion kring resultatet.

8.2. Resultatdiskussion

Författarna till denna litteraturöversikt fördjupade sig i att beskriva den hälsorelaterade livskvaliteten efter en svår brännskada hos vuxna personer. Nedan förs en diskussion kring de resultat som hos författarna varit mest intresseväckande, vilka är: ”*depression*”, ”*rörelseförmåga och egenvård*” och ”*rörelseförmåga och arbete*”. Dessa resultat diskuteras utifrån bakgrund, tidigare forskning och den teoretiska referensramen för att styrka författarnas resonemang och slutsatser.

8.2.1. Depression

I litteraturöversiktens resultat framkommer depression som ett frekvent förekommande tillstånd efter en brännskada. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2012) menar att depression är en av de viktigaste orsakerna till ohälsa världen över och ger påföljder som är av stort lidande för den drabbade med förlust i funktion och ekonomi. Detta globala folkhälsoperspektiv kan bekräftas med resultatet i denna litteraturöversikt, då depressiva symtom uttrycktes av personer från Kina och länder i Västvärlden.

I litteraturöversiktens bakgrund har det beskrivits att livskvalitet är ett subjektivt mått på hälsa vilket då kan beröra både en psykisk, fysisk, social och existentiell dimension. Att depression anses utgöra en aspekt i livskvaliteten kan förstås då den berör den psykiska dimensionen (Brülde, 2009).

När psykisk ohälsa uppstår efter en brännskada i form av depression kan detta förstås genom olika orsakande grunder, som kan relateras till såväl brännskadans utbredning som processen inom brännskadevården (Socialstyrelsen, 2008). Då vården initialt bemöter och

behandlar personens kritiska tillstånd i det akuta skedet, såsom andning, cirkulation och sviktande organ; hudkostym och eventuellt underliggande organ, anses det som en handling mellan liv eller död. När dessa tillstånd väl stabiliseras och personen börjar rehabiliteras, i form av läkning av brännskadesår eller mobilisering, kan de psykosociala symtomen börja uppstå såsom depression och bemöts då först i detta senare skede. Det kan då förstås att depressiva symtom uppstår dels då rehabiliteringsprocessen kan vara lång och svår att uthärda för personen, dels då personen bearbetar utseendeförändringarna som brännskadan medfört. Då själva rehabiliteringen kan innebära en lång vårdtid med smärtsamma behandlingar, såsom kirurgiska ingrepp, kan de depressiva symtomen som uppstår på grund av detta ses som ett sjukdomslidande ur Erikssons (2015) synvinkel. Ett annat sjukdomslidande kan förstås som när personen uttrycker depressiva symtom på grund av sitt förändrade utseende.

I en studie av Corry, Pruzinsky och Rumse (2009) belyses det att depression efter en brännskada ofta uppstår på grund av att personen har svårt att bearbeta förändringarna på utseendet. Många upplever sig vara missnöjda med sin självbild och känner en stor utmaning att acceptera sitt förändrade utseende. Detta kan då uppfattas som lidandets kamp utifrån Eriksson (2015) då förändringen är något som är och där en önskan skulle kunna vara att uppleva en positiv självbild och acceptera det nya utseendet.

Då resultatet i denna litteraturöversikt visar på att depressiva symtom har ett samband med en brännskada på ansiktet, anser vi att denna brännskadeplacering medför en större risk för att uppleva en missnöjd självbild, då ansiktet är en mer iögonfallande del av kroppen. Liknande resultat framkommer i en studie av Moi, Vindenes och Gjengedal (2008) där den missnöjda självbilden framförallt berör personer som har brännskadats på ansiktet. Dessa personer upplever att ansiktet inte passar ihop med personligheten. Att acceptera ett ansikte med förhårdnade ärr, en förändrad hudfärg och minskad känslighet vid beröring beskrivs som "oförklarligt smärtsamt", då bilden i spegeln krockar med självbilden som personerna tidigare haft. Vistelser i sociala sammanhang beskrivs därför som svåra för personerna, då många upplever att omgivningen stirrar både "öppet" och "diskret" som i sin tur ger en upplevelse av en "förlorad anonymitet" samt en känsla av stigmatisering. Offentliga platser gör då att tankegångarna domineras av vad andra tycker och tänker om det egna utseendet som "sticker ut" från normen. Utifrån Erikssons (2015) teori kan även detta uppfattas som en spänning mellan det som är och det som önskas, då en brännskada på ansiktet utgör en risk för depressiva symtom i form av missnöjd självbild och där ett sjukdomslidande kan te sig genom

den stigmatisering som kan upplevas i sociala sammanhang. En önskan kan då vara att kunna delta i olika sociala samvaron utan att behöva uppleva sig utstirrad och stigmatiserad.

Då livskvalitet innefattar enligt SBU (2012) bland annat samhörighet med andra individer, anses det då att ett lidande som kan uppstå i sociala sammanhang bör uppmärksammas vid vården av en person med brännskada. I en studie av Badger och Royse (2010) framkommer det att personer som upplever sociala svårigheter efter sin brännskada genomgår så kallad "social träning" för att få både starkare självförtroende och självbild samt för att kunna vistas i olika sociala sammanhang, utan att fyllas av negativa tankar och emotioner. Detta görs genom bland annat "peer-support" där personen möter andra personer som upplever eller har upplevt liknande situationer. Upplevelserna som delges har då kunnat relateras till varandra och bidragit till en social gemenskap. Detta skulle kunna vara en väg mot försoning enligt Erikssons (2015) teori, då "peer-support" kan ses som ett tillvägagångssätt för personen att befinnas i social samvaro.

Ett annat tillvägagångssätt för att bearbeta sociala svårigheter framkommer i en studie av Giordano (2016) som belyser vikten av olika sociala medier. Hos de nio unga vuxna som intervjuades i denna studie delgavs att olika sociala plattformar såsom Facebook, Youtube och Instagram hade bidragit till deras återhämtningsprocess efter sin brännskada. Då de via olika sociala medier delade sin "resa" efter brännskadan uppmärksammades det hos andra människor hur omfattande och livsförändrande brännskadan varit. För dem bidrog detta till en ökad förståelse hos andra som uttryckte stödjande och motiverande ord. Därigenom underlättades möten med människor i det "verkliga livet" då stödet via sociala plattformar minskade känslan av stigmatisering. Utifrån Erikssons (2015) teori kan detta förstås som de tre akterna i lidandets drama. Den första akten utgjordes då personer genom olika sociala plattformar uppmärksammat det lidande som uttrycktes genom "resan". I den andra akten agerade dessa personer som medaktörer då de bekräftade lidandet genom sina stödjande ord. Detta möjliggjorde den tredje akten, då olika sociala plattformar var ett tillvägagångssätt för personerna att befinnas i sociala sammanhang och försonades således med känslan av stigmatisering.

8.2.2. Rörelseförmåga och egenvård

I resultatet framkommer det att personer med en nedsatt kroppslig rörelseförmåga efter sin brännskada uttrycker begränsningar i egenvården såsom mobilisering, personlig hygien eller på- och avklädsel. Att ha en kroppsligt nedsatt rörlighet kan utifrån Brülde (2009) förstås som

en aspekt i livskvaliteten då rörelseförmågan utgör en del av det fysiska välbefinnandet. Rörelseförmågan anses då vara en resurs för personen att själv styra över sin fysiska hälsa. Då en nedsatt rörelseförmåga leder till att personen inte kan utföra sin egenvård kan det förstås som att en resurs har gått förlorad. SBU (2012) menar att livskvaliteten kan komma att inverkas då personens egna resurser begränsas eller förloras som för denne har varit betydelsefulla. Detta kan utifrån Erikssons (2015) teori förstås som lidandets kamp då en nedsatt rörelseförmåga föranlett en begränsning för egenvården och där ett lidande kan uppstå i det som kan förstås som en önskan om att sköta egenvården självständigt.

I studien av Moi et al. (2008) där 14 personer har intervjuats efter en brännskada, uttrycks det att rörelseförmågan varit som mest nedsatt under tiden de vårdades på sjukhus, då det brännskadade hudområdet var svullet och täckt med bandage. Detta gjorde att egenvården inte kunde skötas som tidigare då de nedsatta kroppsliga rörelserna lett till att de inte kunnat ta sig ur sängen, sköta toalettbesök och personlig hygien eller äta själv utan assistans. Utifrån Erikssons (2015) teori kan den nedsatta rörelseförmågan och den begränsade egenvården förstås som ett sjukdomslidande då dessa tillstånd är relaterade till brännskadan och behandlingen. Vid vården av en person med brännskada anses det därför att det bör uppmärksammas vilka begränsningar som en nedsatt rörlighet kan innebära för varje enskild person, såsom att inte längre kunna sköta sin egenvård själv.

I en annan studie av Moi och Gjengedal (2014) framkommer det däremot att det vid assistans i egenvården har underlättat för personerna att vila och återhämta sig efter brännskadan. Då den brännskadade kroppsdelen bland annat gett stark smärta och klåda har assistans från såväl sjuksköterskan som familj och närstående lett till ett mindre obehag som smärtan och klådan gett, då personen har fått stöd med bland annat smärtlindring, insmörjning av huden och massage. Detta kan då förstås utifrån det Eriksson (2015) benämner som första och andra akten i lidandets drama. I den första akten bekräftar sjuksköterskan och närstående personen genom att de ”ser” dennes smärta och klåda som utgör lidandet. I den andra akten agerar sjuksköterskan och närstående som medaktörer då de ger stöd i form av massage och insmörjning av huden.

Att agera som medaktör anses också innefatta respekt för personens autonomi i en situation som denna och handlar om att möjliggöra de självständiga förmågor som personen har. Detta genom att vara lyhörd och tillmötesgå personens önskemål kring sin egenvård. Personens önskemål anses vara en resurs hos denne för att kunna styra över sitt eget välbefinnande. Då

SOU (2015:56) beskriver att livskvalitet även berör personens frihet att styra sitt liv mot sina önskemål, anses det att autonomiförmågan därför är en viktig del för att främja livskvaliteten.

8.2.3. Rörelseförmåga och arbete

Resultatet i denna litteraturöversikt visar att den nedsatta rörelseförmågan efter brännskadan även skapat hinder för att personerna ska kunna återgå i arbete, vilket i sin tur har lett till en nedsatt förmåga för sociala relationer och samvaro. Detta anses beskriva ett livslidande utifrån Eriksson (2015) då brännskadans påföljder hotat personens sociala uppdrag och levnad bland andra människor. Hur arbetsförmågan är en viktig faktor i livskvaliteten förklarar SBU (2012) med att det finns olika delar i personens tillvaro som utgör en viktig roll för den egna hälsan och på så vis livskvaliteten såsom: ”familj och umgänge, arbete och fritid, ekonomi, boende, utbildning, samhörighet med andra människor”. Livskvaliteten är därigenom starkt associerat med personens ekonomi och samhörigheten med andra. Detta framkommer även i en studie av Costa, Rossi, Lopes och Cioffi (2008) som belyser meningsfulla aspekter i livskvaliteten efter en brännskada. Hos de 18 personer som intervjuades delges det att arbetsförmågan gett såväl ekonomisk trygghet som livsglädje och en känsla av att vara delaktig i samhället. De personer som inte förmå att arbeta på grund av nedsatt rörelsekapacitet upplever en negativ självbild och lägre självkänsla, då de saknar den sociala samvaron som arbetet gett dem.

Resultatet i denna litteraturöversikt visar just att personer som inte förmå att arbeta efter brännskadan utgör ett samband med bland annat en negativ självbild. Utifrån Erikssons (2015) begrepp lidandets kamp kan det vid detta fall förstås att ett lidande kan te sig när personer upplever en saknad av den värdefullhet som ett arbete kan ge, i form av social samvaro och samhällstillhörighet, och hur en oförmåga för arbete lett till en negativ självbild. Lidandet uppstår då när en önskan om att kunna arbeta inte längre kan tillgodoses på grund av de fysiska begränsningarna som brännskadan medfört. En försoning anses då kunna möjliggöras genom att personen aktivt försöker anpassa sig efter de oförmågor som har uppstått. I studien av Costa et al. (2008) beskrivs det just att en del personer har behövt söka ett annat arbete utifrån de kroppsliga förmågor som personerna kunnat bibehålla. Detta anses kunna vara en process mot försoning ur Erikssons (2015) synvinkel då dessa personer finner tillvägagångssätt för att kunna fullfölja det som önskas; att återgå i arbete.

I denna litteraturöversikt visar resultatet att en bättre handfunktion är en avgörande faktor för arbetsförmåga, vilket då kan ifrågasättas ifall en brännskada på händerna innebär en större utmaning för att finna ett anpassbart arbete. Dock som det visas i studien av Costa et al.

(2008) upplever en del personer sin brännskada och de medförande kroppsliga begränsningarna som meningsfulla. Detta då de började omvärdera sitt liv efteråt genom att prioritera sin familj och sina vänner, istället för att prioritera arbetet som de gjort innan brännskadan. Hos andra personer förklaras det att livet känns glädjefyllt då de hade "tur i oturen" när de upplevde sig vara nära döden vid brännskadehändelsen. Detta kan förstås som en försoning då personerna funnit en mening med brännskadan då nära relationer omvärderas och livsglädje upplevs (Eriksson, 2015).

Även i studien av Moi och Gjengedal (2008) visar det att en del personer upplever stor glädje av att vara vid liv och som har bidragit till att de har kunnat acceptera brännskadans fysiska konsekvenser såsom kroppslig smärta, amputation eller nedsatt rörelsefunktion. En viktig bidragande aspekt till hur personerna har kunnat finna acceptans förklaras i studien Costa et al. (2008) då en del hade vänt sig till sin religiösa tro, som gett dem en slags inre förståelse för varför brännskadan inträffade. Några personer uttrycker att de tidigare hade levt ett liv i synd och att brännskadan därför var deras "straff" från Gud. Andra personer upplever att sin överlevnad innebar en "andra chans" att leva livet "rätt" utefter sin religion och att brännskadans konsekvenser ger en påminnelse om att inte ta livet för givet. Utifrån Eriksson (2015) kan det ses som att personernas inställning genom den religiösa tron bidragit till en försoning, då religionen blivit en strategi för att finna förståelse och acceptans för brännskadan.

8.3. Kliniska implikationer

Denna litteraturöversikt har bidragit med en ökad kunskap för hur den hälsorelaterade livskvaliteten ser ut hos personer efter en brännskada. Litteraturöversikten kan ge sjuksköterskan en inblick i vilka olika aspekter och faktorer i livskvaliteten som personer upplever vara av ett lidande. Sjuksköterskan kan med denna kunskap arbeta för att främja livskvaliteten redan då personen vårdas på sjukhus. Detta kan åstadkommas genom att sjuksköterskan ser till personens hela livssituation och inte enbart till själva brännskadan, då personen kan ha andra enskilda behov som behöver tillmötesgå för att främja hälsa och livskvalitet samt nå en optimal omvårdnad. Då resultatet i denna litteraturöversikt visar bland annat att brännskadan kan utgöra problem i personens psykiska mående, i form av depression, där en negativ självbild skapar svårigheter för att upprätthålla social kontakt bör detta därför uppmärksammas i omvårdnadsarbetet. Detta möjliggör för sjuksköterskan ett samarbete med

andra yrkesprofessioner såsom psykolog eller kurator då personen kan behöva särskilt professionellt stöd för sitt psykiska mående. Sjuksköterskans ställningstagande i ett sådant fall bidrar till en personcentrerad vård då personens enskilda behov tillmötesgår. Genom att sjuksköterskan även följer upp personens livssituation i ett senare skede kan andra hälsobehov komma att identifieras. Problem såsom att återgå i arbete visade resultatet i denna litteraturöversikt som en viktig aspekt i livskvaliteten då det ger en samhörighet med samhälle och andra människor. Sjuksköterskan kan då samarbeta med såväl fysioterapeuter och arbetsterapeuter som andra organisationer, exempelvis Samhall, för att ge enskilt stöd och personlig vägledning för de funktionshinder som brännskadan medfört. Att inkludera närstående i omvårdnadsarbetet är även av betydelse då de bland annat riskerar att ställas som en resurs för de problem som kan uppstå hos personen efter utskrivning. Genom att sjuksköterskan är lyhörd för även deras behov kan ett eventuellt lidande hos dem förebyggas.

8.4. Förslag till fortsatt forskning

Författarna till denna litteraturöversikt har noterat att den hälsorelaterade livskvaliteten efter en svår brännskada uttrycks olika beroende på brännskadans lokalisering och utbredning på kroppen. Författarna anser att vården skulle kunna utvecklas och specialiseras ifall framtida forskning inriktar sig mer på en mer specifik brännskadelokalisering och utbredning vid livskvalitetsmätningar.

För att bidra till en än mer specialiserad vård anser författarna att framtida forskning bör använda sig av både kvantitativa och kvalitativa metoder. Detta då de data som framkommer i kvantitativa mätningar kan förstås mer i beskrivande detaljer vid en kombination av exempelvis kvalitativa intervjuer. Då författarna analyserade de kvantitativa resultatartiklarna som användes i denna litteraturöversikt uppstod det en mängd olika frågor kring hur deltagarna har upplevt det som de uttrycker i livskvalitetmätningarna. Att då kombinera mätningarna med intervjuer kan livskvaliteten förstås på en mer djupare nivå och ge svar på frågor som kan uppkomma vid planering av en förbättrad vård.

Författarna har noterat att några av de resultatartiklarna som användes i denna litteraturöversikt har i sitt urval exkluderat personer med allvarliga psykiska sjukdomar i botten, bland annat olika psykossjukdomar. Författarna förstår detta som ett etiskt ställningstagande, men anser att det skulle vara av en nytta för deras kommande vårdande

profession att undersöka hur exempelvis en psykossjukdom kan influera livskvaliteten hos personer som överlever en svår brännskada.

9. Slutsats

En svår brännskada medför inte enbart konsekvenser på personens hälsa som helhet, utan kan även göra en inverkan i personens hälsorelaterade livskvalitet. Då litteraturöversiktens resultat visar att den hälsorelaterade livskvaliteten innefattar såväl hälsa som arbete och samhörigheten med andra människor, anses det att olika omkringliggande aspekter, bortom själva brännskadan, bör tas hänsyn till inom vården. En ökad kunskap om personens hälsorelaterade livskvalitet bidrar därför till en identifiering av olika aspekter som upplevs vara av ett lidande. Denna kunskap kan bidra till att förebygga lidande och främja den hälsorelaterade livskvaliteten, oavsett vilket sjukdomstillstånd det ter sig om eller vilket område sjuksköterskan är verksam inom.

10. Referensförteckning

Artiklar som analyserats i resultatet har markerats med *

Badger, K., & Royse, D. (2010). Helping others heal: burn survivors and peer support. *Social work in health care*, 49(1), 1-18. doi: 10.1080/00981380903157963

Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). *Analytisk statistik*. I M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (s. 317-326). Lund: Studentlitteratur.

Blades, B., Mellis, N., & Munster, A. M. (1982). A burn specific health scale. *Journal of Trauma*, 22(10), 872-875. Hämtad från databasen PubMed.

* Bosmans, W. G. M., Hofland, W. H., & De Jong, E. A. (2015). Coping with burns: the role of coping self-efficacy in the recovery from traumatic stress following burn injuries. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(4), 642-651. doi: 10.1007/s10865-015-9638-1

Brülde, B. (2009). *Teorier om livskvalitet*. Lund: Studentlitteratur.

Cakir, U., Terzi, R., Abaci, F., & Aker, T. (2015). The prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with post burn injuries, and their quality of life. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19(1), 56-59. doi: 10.3109/13651501.2014.981545

Connell, M. K., Coates, R., Doherty-Poirier, M., & Wood, M. F. (2013). A literature review to determine the impact of sexuality and body image changes following burn injuries. *Sexuality & Disability*, 31(4), 403-412. doi: 10.1007/s11195-013-9321-9

Corry, N., Pruzinsky, T., & Rumsey, N. (2009). Quality of life and psychosocial adjustment to burn injury: social functioning, body image, and health policy perspectives. *International review of psychiatry*, 21(6), 539-548. doi: 10.3109/09540260903343901

Costa, S. C. M., Rossi, A. L., Lopes, M. L., & Cioffi, L. C. (2008). The meanings of quality of life; interpretative analysis based on experiences of people in burns rehabilitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 252-259. Hämtad från databasen CINAHL Complete.

* Dyster-Aas, J., Kildal, M., & Willebrand, M. (2007). Return to work and health-related quality of life after burn injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(1), 49-55. doi: 10.2340/16501977-0005

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik: för hälsovetenskaperna* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan* (2. uppl.). Stockholm: Liber AB.

- * Gauffin, E., Öster, C., Sjöberg, F., Gerdin, B., & Ekselius, L. (2016). Health-related quality of life (EQ-5D) early after injury predicts long-term pain after burn. *Burns*, 42(8), 1781-1788. doi: 10.1016/j.burns.2016.05.016
- Giordano, M. S. (2016). The lived experience of social media by young adult burn survivors. *The American Journal of Nursing*, 116(8), 24-32. Hämtad från databasen Academic Search Complete.
- International Council of Nurses. (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Hämtad 18 april, 2017, från International Council of Nurses, http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf
- Järhult, J., & Offenbartl, K. (2013). *Kirurgiboken: Vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar* (5. rev. och uppdaterade uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Kallenberg, K., & Larsson, G. (2004). *Människans hälsa: livsåskådning och personlighet*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Karlsson, K. E. (2012). *Informationssökning*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2012). *Forskningsetik*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.
- Mathisen, J. (2011). Omvårdnad vid brännskador. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Omvårdnad del 2* (2. uppl., s. 381-399). Stockholm: Liber AB.
- Moi, L. A., & Gjengedal, E. (2008). Life After Burn Injury: Striving for Regained Freedom. *Qualitative Health Research*, 18(12), 1621-1630. doi: 10.1177/1049732308326652
- Moi, L. A., & Gjengedal, E. (2014). The lived experience of relationships after major burn injury. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15/16), 2323-2331. doi: 10.1111/jocn.12514
- Moi, L. A., Haugsmyr, E., & Heisterkamp, H. (2016). Long-term study of health and quality of life after burn injury. *Annals of Burns & Fire Disasters*, 29(4), 295-299. Hämtad från databasen Academic Search Complete.
- * Moi, L. A., & Nilsen, M. R. (2012). Pathways leading to self-perceived general health and overall quality of life in burned adults. *Burns*, 38(8), 1157-1164. doi: 10.1016/j.burns.2012.05.004
- Moi, L. A., Vindenes, A. H., & Gjengedal, E. (2008). The experience of life after burn injury: a new bodily awareness. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 278-286. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04807.x
- Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa: teori och kritik* (2. uppl.). Linköping: Univ., Institutionen för hälsa och samhälle.

- * Palmu, R., Partonen, T., Souminen, K., Saarni, I. S., Vuola, J., & Isometsä, E. (2015). Health-related quality of life 6 months after burns among hospitalized patients: Predictive importance of mental disorders and burn severity. *Burns*, *41*(4), 742-748. doi: 10.1016/j.burns.2014.11.006
- * Pavoni, V., Giancesello, L., Paparella, L., Buoninsegni, T. L., & Barboni, E. (2010). Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, *18*(24), 1-8. doi: 10.1186/1757-7241-18-24.
- * Renneberg, B., Ripper, S., Schulze, J., Seehausen, A., Weiler, M., Wind, G., Hartmann, B., Germann, G., & Liedl, A. (2014). Quality of life and predictors of long-term outcome after severe burn injury. *Journal of Behavioral Medicine*, *37*(5), 967-976. doi: 10.1007/s10865-013-9541-6
- Socialstyrelsen. (2008). *Behandling av svåra brännskador som rikssjukvård*. Hämtad 15 mars, 2017, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20309/2008-130-9_rev2.pdf
- Socialstyrelsen. (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård: Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Hämtad 31 maj, 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/lists/Artikelkatalog/Attachments/18546/2011-12-30.pdf>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2012). *Viktigt men svårt mäta livskvalitet*. Hämtad 5 maj, 2017, från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, <http://weblisher.sbu.se/1201/paper.pdf>
- SOU 2015:56. *Får vi det bättre nu? Om mått på livskvalitet*. Stockholm: Elanders Sverige AB. Från: <http://www.regeringen.se/49c72e/contentassets/dbb4c911287747b3943b4f61cf2b344f/far-vi-det-battre-om-matt-pa-livskvalitet-.pf>
- * Van Loey, E. N., Van Beeck, F. E., Faber, W. B., Van de Schoot, R., & Bremer, M. (2012). Health-related quality of life after burns: a prospective multicenter cohort study with 18 months follow-up. *Journal of Trauma & Acute Care Surgery*, *72*(2), 513-520. Hämtad från databasen Cinahl Complete.
- Van Loey, E. N., & Van Son, M J. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology*, *4*(4), 245-272. Hämtad från databasen MEDLINE with Full Text.
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.481- 495). Lund: Studentlitteratur.
- * Wasiak, J., Lee, S. J., Paul, E., Mahar, P., Pfitzer, B., Spinks, A., Cleland, H., & Gabbe, B. (2014). Predictors of health status and health related quality of life 12 months after severe burn. *Burns*, *40*(4), 568-574. doi: 10.1016/j.burns.2014.01.021

- Wasiak, J., Lee, S. J., Paul, E., Shen, A., Tan, H., Cleland, H & Gabbe, B. (2017). Female patients display poorer burn-specific quality of life 12 months after a burn injury. *Injury*, 48(1), 87-93. doi: 10.1016/j.injury.2016.07.032
- Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa* (2. uppl., s. 37-50). Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization. (2016). *Burns*. Hämtad 13 mars, 2017, från World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>
- World Health Organization. (2017). *Ethical standards and procedures for research with human beings*. Hämtad 18 april, 2017, från World Health Organization, <http://www.who.int/ethics/research/en/>
- * Xie, B., Xiao, S.-C., Zhu, S.-H., & Xia, Z.-F. (2012). Evaluation of long term health-related quality of life in extensive burns: A 12-year experience in a burn center. *Burns*, 38(3), 348-355. doi: 10.1016/j.burns.2011.09.003
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökmatrix

MH = Major Heading

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.	Datum
CINAHL Complete	Patients quality of life after burn injury	47	Peer reviewed 2007-2017 All adult	32	14	1# 2# 4# 7# 8# 10#	27/3
CINAHL Complete Advanced Search	(Patients quality of life after burn injury) AND (MH "Quality of life") OR (MH "Burn injury")	39	Peer reviewed 2007-2017 All adult	22	5	3# 9#	29/3
PubMed Advanced	(Patients quality of life after burn injury) AND Quality of life [MeSH Major Topic]	51	10 years Adult: 19+ years	42	7	5# 6#	29/3

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
1# Bosmans, W. G. M., Hofland, W. H., & De Jong, E, A	Coping with burns: the role of coping self-efficacy in the recovery from traumatic stress following burn injuries	2015, Nederländerna, Belgien, Journal of Behavioral Medicine.	Att undersöka påverkan på den upplevda egenkompetens-förmågan ("coping self-efficacy") hos personer som återhämtar sig från PTSD till följd av en brännskada, med avseende för ålder, kön, brännskadeomfattning, kirurgisk behandling, coping-strategier och förändrad livskvalitet.	Metod: Kvantitativ longitudinell studie. Urval: 130 patienter varav 86 män och 44 kvinnor. Datainsamling: Genom mätinstrumenten Impact of Event Scale plus (IESplus), Coping self-efficacy measure (CSE-7) och Euroqol-5D-3L (EQ-5D-3L). Mätningarna utfördes vid två-fyra veckor, sex och 12 månader efter brännskada. Analys: Analytisk statistik. För att analysera longitudinella förändringar användes Latent growth curve modeling (LGM). Korrelationer testades med chi-två-test.	Symptom för posttraumatiskt stressyndrom korrelerade statistiskt signifikant med sämre skattad psykosocial livskvalitet. PTSD innebar undvikande beteende, isolering och humörsvängningar. En successivt bättre livskvalitet gällande fysisk, psykisk och social hälsa korrelerade med successivt minskade PTSD-symtom. Ju längre tid sedan skadetillfället desto högre skattades livskvaliteten generellt.
2# Dyster-Aas, J., Kildal, M., & Willebrand, M.	Return to work and health-related quality of life after burn injury.	2007, Sverige, Journal of Rehabilitation Medicine.	Att utvärdera vilka faktorer som är associerade med möjligheten att återgå till arbetet och att undersöka skillnaderna mellan den grupp som har återgått till arbetet med den grupp som inte har det, gällande hälsorelaterad livskvalitet, upplevd brännskade-relaterad hälsa, dysfunktionella uppfattningar och psykiska symtom.	Metod: Kvantitativ tvärsnittsstudie. Urval: 48 patienter varav 37 män och 11 kvinnor. Datainsamling: Genom patientjournaler, frågeformulär samt mätinstrumenten The Swedish universities Scales of Personality (SSP), Short-Form 36 Health Survey (SF-36), Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B), fear-avoidance, Impact of Event Scale-Revised (IES-R) och Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).	33 av 48 patienter började att arbeta igen. De personer som återgick till sitt arbete skattade högre jämfört med de som inte hade det gällande: fysisk funktion, rollfunktioner, kroppslig smärta, allmän hälsa, social förmåga och psykisk hälsa. Den fysiska hälsan skiljdes signifikant mellan gruppen som arbetade och gruppen som inte arbetade. Livskvaliteten hos de som arbetade skattades i nära relation med den genomsnittligt övriga svenska befolkningen, hos en del personer skattades livskvaliteten högre. De som inte arbetade hade lägre skattad livskvalitet i jämförelse med den övriga befolkningen gällande fysisk hälsa. De som arbetade skattade en bättre livskvalitet gällande vardagliga aktiviteter, värmekänslighet, handfunktion,

				<p>Analys: Analytisk statistik. Hypotesprövning gjordes med Mann-Whitney U-test, chi-två-test och fishers exakta test. Sambandsanalys gjordes genom logistisk regression.</p>	<p>behandlingsområden, arbete, sinnesrörelse, sociala relationer och sexualitet. Grupperna skiljdes inte åt gällande självbild.</p> <p>De som arbetade skattade färre PTSD-symtom.</p>
3# Gauffin, E., Öster, C., Sjöberg, F., Gerdin, B., & Ekselius, L.	Health-related quality of life (EQ-5D) early after injury predicts long-term pain after burn.	2016, Sverige, Burns.	Att prospektivt undersöka smärtgraden under en viss tid efter en brännskada och för att utvärdera förekomsten och karaktäristiken för långvarig smärta 2-7 år efteråt samt att undersöka följderna av brännskadan med fokus på hälsorelaterad livskvalitet.	<p>Metod: Kvantitativ prospektiv longitudinell kohort-studie.</p> <p>Urval: 67 patienter varav 52 män och 15 kvinnor.</p> <p>Datainsamling: Genom patientjournaler och mätinstrumenten Brief Pain Inventory-Short Form (BPI-SF), EQ-5D och Impact of Event Scale-Revised (IES-R) under sjukhustiden samt vid tre, sex, 12 och 24 månader efter brännskadan.</p> <p>Uppföljningsintervjuer gjordes även två-sju år efter brännskadan.</p> <p>Analys: Analytisk statistik. Hypotesprövning gjordes med chi-två-test, Fishers exakta test och student's t-test. Sambandsanalys gjordes genom logistisk regression och Spearmans korrelationskoefficient.</p>	<p>20 av 67 patienter uttryckte smärta två till sju år efter brännskadan och skattade statistiskt signifikant sämre livskvalitet, gällande fysisk hälsa, psykisk hälsa och social hälsa, under tvåårsperioden.</p> <p>Smärtgraden och dess påverkan på det dagliga livet skattades generellt som "lätt" till "måttlig" och påverkade främst allmänna aktiviteter, arbetet, livsglädje och humöret.</p> <p>Brännskadeomfattningen hade en statistisk signifikant korrelation med långvarig smärta.</p> <p>De som hade vårdats en längre tid på sjukhus skattade generellt lägre livskvalitet jämfört med de som hade vårdats en kortare tid.</p> <p>Den generella livskvaliteten vid tre och 12 månader efteråt samt skattade PTSD-symtom vid 12 månader efteråt var en statistisk signifikant förutsägande faktor för kronisk smärta och arbete.</p>
4# Moi, L. A., & Nilsen, M. R.	Pathways leading to self-perceived general health and overall quality of life in	2012, Norge, Burns.	Att utforska vägar till självuppnådd generell hälsa och generell livskvalitet hos personer efter brännskada.	<p>Metod: Kvantitativ tvärsnittsstudie.</p> <p>Urval: 95 patienter varav 78 män och 17 kvinnor.</p> <p>Datainsamling: Genom patientjournaler och mätinstrumenten Burn-Specific Health Scale (BSHS-N), SF-36 och The Quality of Life Scale</p>	<p>Smärta och klåda korrelerade signifikant med livslust. Smärta korrelerade med nedsatt rörelseförmåga och arbete.</p> <p>Tiden på sjukhus korrelerade med arbete och roll-aktiviteter, smärta och klåda. Ju längre vårdtid desto högre skattad smärta vid livskvalitet-mätningarna samt var en förutsägande faktor för arbetsförmåga.</p> <p>De som arbetade skattade högre gällande social hälsa.</p>

	burned adults.			(QOLS) genomsnittligt ca. fyra år efter brännskada. Analys: Wilson och Cleary modellen användes för att analysera hälsa och livskvalitet. Analytisk statistik utfördes genom hypotesprövning (med Chi-två-test) och sambandsanalys (med Cronbachs alfa och korrelation/regression).	
5# Palmu, R., Partonen, T., Souminen, K., Saarni, I. S., Vuola, J., & Isometsä, E.	Health-related quality of life 6 months after burns among hospitalized patients: Predictive importance of mental disorders and burn severity.	2015, Finland, Burns.	Att bedöma livskvaliteten hos personer med brännskada 6 månader efter att brännskadan inträffade och att undersöka vilka faktorer som påverkar livskvaliteten.	Metod: Kvantitativ prospektiv longitudinell kohortstudie. Urval: 92 patienter varav 64 män och 28 kvinnor. Datainsamling: Genom mätinstrumenten RAND-36, EQ-5 och 15D i strukturerade diagnostiska intervjuer sex månader efter inträffad brännskada. Analys: Analytisk statistik. Hypotesprövning gjordes med chi-två-test och student's t-test. Sambandsanalys gjordes med linjär regression.	Mätinstrumenten visade på att majoriteten av personerna i studien hade generellt skattat sin livskvalitet som "utmärkt" eller "bra" sex månader efter inträffad brännskada. Nedsatt fysisk rörlighet korrelerade statistiskt signifikant med egenvård och arbete. Procentuell brännskadeomfattning förutsåg livskvaliteten gällande roll-begränsningar på grund av fysisk nedsatthet. Beroende på skadans djup och placering skattades den fysiska nedsattheten olika. Symtom för posttraumatiskt stressyndrom samt depression (framförallt egentlig depression) korrelerade med en sämre skattad livskvalitet gällande psykisk hälsa. Egentlig depression korrelerade med en sämre skattad livskvalitet gällande social hälsa. Långvarigt alkoholberoende hade en statistisk signifikant korrelation med psykisk ohälsa såsom ångest och depression. Livskvaliteten skattades sämre hos kvinnor än hos män gällande fysisk funktion och psykisk hälsa. De personer med en tidigare episod av psykisk ohälsa korrelerade statistisk signifikant med psykisk ohälsa efter brännskadan. Detta var mer frekvent hos kvinnor än hos män.

<p>6# Pavoni, V., Giancesello, L., Paparella, L., Buoninsegni, T. L., & Barboni, E.</p>	<p>Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit.</p>	<p>2010, Italien, Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine.</p>	<p>Att undersöka dödliga konsekvenser efter en svår brännskada hos patienter som vårdas på IVA samt att undersöka livskvaliteten hos de som överlever sin brännskada, ett år efter händelsen.</p>	<p>Metod: Kvantitativ prospektiv-observationsstudie. Urval: 19 patienter varav elva män och åtta kvinnor. Datansamling: Prospektiv observation under fem år samt genom mätinstrumentet EQ-5D via telefonintervju ett år efter att brännskadan inträffat. Analys: Analytisk statistik. Hypotesprövning gjordes med chi-två-test, t-test och fisher's exakta test. Sambandsanalys gjordes med logistisk regression.</p>	<p>Totalt av de 21 överlevande patienterna deltog 19 i individuell telefonintervju. Inga av dessa hade återgått till sin tidigare hälsa och livskvalitet före inträffad brännskada.</p> <p>Åtta av 19 hade drabbades av ångest/depression.</p> <p>13 patienter hade fysisk nedsatt rörlighet; 57,9 procent relaterat till egenvård, 79 procent relaterat till smärta och 79 procent relaterat till ångest/depression. Den fysiska nedsattheten berodde även på skadans djup och placering.</p> <p>89,5 procent uttryckte problem med att upprätta vardagliga aktiviteter.</p> <p>Extrem ångest och depression uttrycktes av sex patienter (med tidigare episoder av psykisk ohälsa före sin brännskada) och av två patienter (utan förmåga att använda båda händerna). Sju tav dessa hade missbildningar i ansiktet och ärr på händerna.</p> <p>Inga av dessa 19 patienter återgick till sitt vardagliga arbete (36,8 procent pensionerade och 63,2 procent arbetslösa).</p>
<p>#7 Renneberg, B., Ripper, S., Schulze, J., Seehausen, A., Weiler, M., Wind, G., Hartmann, B., Germann, G., & Liedl, A.</p>	<p>Quality of life and predictors of long-term outcome after severe burn injury.</p>	<p>2014, Tyskland, Journal of Behavioral Medicine.</p>	<p>Att identifiera den långsiktiga livskvaliteten hos personer efter en svår brännskada.</p>	<p>Metod: Kvantitativ prospektiv longitudinell kohort-studie. Urval: 265 patienter varav 191 män och 74 kvinnor. Datansamling: Patientjournaler och genom mätinstrumenten Short-form-12 (SF-12), NEO five-factor-inventory (NEO-FFI), Burn Specific Health Scale (BSHS), PTSD Symptom Scale self report (PSS-SR) och Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression (HADS-D). Mätningarna gjordes vid sex, 12, 24 och 36 månader efter brännskada.</p>	<p>Fysisk hälsa hade en statistisk korrelation med fysisk mobilisering och brännskadeomfattning.</p> <p>Den psykiska hälsan som skattades korrelerade statistiskt signifikant med kön, mobilisering, emotionell instabilitet, typ av depression och undvikande beteende relaterat till PTSD. Kvinnor skattade oftare sämre psykisk hälsa.</p> <p>Rörelseförmågor såsom mobilisering var en viktig faktor för livskvaliteten då det korrelerade statistiskt signifikant med egenvård och arbete samt ångest och depression.</p>

				Analys: Analytisk statistik med hypotesprövning och sambandsanalys.	
#8 Van Loey, E. N., Van Beeck, F. E., Faber, W. B., Van de Schoot, R., & Bremer, M.	Health-related quality of life after burns: a prospective multicenter cohort study with 18 months follow-up.	2012, Nederländerna, Journal of Trauma & Acute Care Surgery.	Att mäta ohälsa hos personer med brännskada samt att bedöma hur kön, ålder, grad av brännskada och psykiska faktorer påverkar livskvalitet och rehabilitering.	Metod: Kvantitativ prospektiv longitudinell kohort-studie. Urval: 244 patienter varav 178 män och 66 kvinnor. Datainsamling: Genom mätinstrument EQ-5D som användes tre veckor, tre, sex, nio och 18 månader efter inträffad brännskada. Under sjukhusvistelsen mättes psykisk ohälsa med enkätformulär. Analys: Analytisk statistik med hypotesprövning genom binomial-test och sambandsanalys genom latent growth modeling (LGM).	Smärta korrelerade statistisk signifikant med nedsatt livslust, nedsatt rörlighet och arbete. PTSD korrelerade signifikant med psykisk ohälsa. Nedsatt fysisk rörlighet korrelerade med ångest och depression. De som hade genomgått färre operationer skattade en högre livskvalitet gällande fysisk funktion.
#9 Wasiak, J., Lee, S. J., Paul, E., Mahar, P., Pfitzer, B., Spinks, A., Cleland, H., & Gabbe, B.	Predictors of health status and health related quality of life 12 months after severe burn.	2014, Australien, Burns.	Att undersöka demografiska och kliniska samband med patientens hälsorelaterade livskvalitet 12 månader efter brännskada.	Metod: Kvantitativ longitudinell studie. Urval: 99 patienter varav 74 män och 25 kvinnor. Datainsamling: Genom patientjournaler rörande demografiska och kliniska värden samt genom användning av mätinstrumenten Short Form 36 Medical Outcomes Survey (SF-36v2) och Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B) 1 år efter inträffad brännskada. Analys: Analytisk statistik genom sambandsanalys med linjär regression och kovariansanalys (ANCOVA).	En sämre fysisk hälsa ett år efteråt hade en statistisk signifikant korrelation med ökad ålder, kvinnligt kön och ökad procentuell brännskadeomfattning. En bättre psykisk hälsa hade en statistisk signifikant korrelation med yngre ålder, manligt kön och lägre procentuell brännskadeomfattning. En generellt högre skattad livskvalitet hade en statistisk signifikant korrelation med en lägre procentuell brännskada, kortare vårdtid på sjukhus, kortare tid med respirator, färre antal operationer, yngre ålder och manligt kön. Psykisk ohälsa innan inträffad brännskada korrelerade statistiskt signifikant med psykisk ohälsa ett år efter.
#10 Xie, B., Xiao, S.-C.,	Evaluation of long term health-	2012, Kina, Burns.	Att utvärdera livskvaliteten hos personer efter svår	Metod: Kvantitativ tvärsnittsstudie.	Fysisk nedsatthet korrelerade statistisk signifikant med mobilisering och oförmåga för arbete.

Zhu, S.-H., & Xia, Z.-F.	related quality of life in extensive burns: A 12-year experience in a burn center.		brännskada och att identifiera kliniska faktorer som korrelerar med livskvaliteten.	<p>Urval: 20 patienter varav 14 män och sex kvinnor.</p> <p>Datansamling: Information samlades in genom användning av mätinstrumenten: Short Form-36 Medical Outcomes Survey (SF-36), Brief Version of Burn Specific Health Scale (BSHS-B), Michigan Hand Outcome Questionnaire (MHQ) och Affiliated Information Questionnaire.</p> <p>Analys: Analytisk statistik. Hypotesprövning gjordes med Shapiro-Wilk-test, assumption of homogeneity of variance, Student's t-test, Wilcoxon rank test och chi-två-test. Sambandsanalys gjordes med multipel linjär regression och korrelation.</p>	<p>Handförmåga var en avgörande faktor för arbete. De som arbetade skattade en högre livskvalitet gällande sociala relationer och sociala samvaro. De som inte arbetade korrelerade statistiskt signifikant med psykisk ohälsa och sämre självbild.</p> <p>Brännskadeomfattning korrelerade statistiskt signifikant med fysisk nedsatthet.</p> <p>En brännskada på ansiktet korrelerade med ångest och depression. En ökad ålder korrelerade statistiskt signifikant med fysisk funktion och rörlighet.</p> <p>Kortare tid på sjukhus korrelerade statistisk signifikant generellt högre livskvalitet. Ju längre tid skadetillfället desto högre generell livskvalitet skattades.</p>
--------------------------	--	--	---	--	---