

# Bacheloroppgave

Diakonhjemmet Høyskole

*Hvordan kan sykepleier bidra til at brannskadepasienter mestrer utfordringene med å leve med et forandret kroppsbilde?*

Kull: 11sykkel

Antall ord: 10 723

Kandidatnummer: 1070

Bachelor i sykepleie

Dato: 13. mars

## **Sammendrag**

**Innledning:** Redegjørelse for valg av tema med problemstillingen "*Hvordan kan sykepleier bidra til at brannskadepasienter mestrer utfordringene med å leve med et forandret kroppsbylde?*"

**Teoretisk grunnlag:** Antonovskys teori om helse, et holistisk menneskesyn og Pricers kroppsbyldemodell bli presentert. Temaer som brannskader og mestrings blir også omhandlet.

**Metode:** Gjennom litteratursøk har jeg funnet frem til seks hovedartikler.

**Funn:** Hovedartiklene belyser funn som gir informasjon om pasienters opplevelser i etterkant av brannhendelsen knyttet til forandringer i kroppsbylde.

**Drøfting:** Brannskaden fører med seg utseendemessige og kroppsbylde forandringer som kan komme i konflikt med et tidligere kroppsbylde. Sykepleier må støtte opp under pasientens måte å mestre et forandret kroppsbylde på. Å opprette kontakt med familie og pårørende er svært viktig for pasientens mestringssevne. Sykepleiere blir selv utfordret på sitt eget kroppsbylde i møte med denne pasientgruppen, og bør ha et reflektert forhold til dette i arbeidet med brannskadepasienter.

# Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEDNING</b>	<b>4</b>
<i>1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA</i>	<b>4</b>
<i>1.2 PROBLEMSTILLING</i>	<b>4</b>
<i>1.3 PRESISERING OG AVGRENSING AV PROBLEMSTILLINGEN</i>	<b>5</b>
<i>1.4 RELEVANS FOR ANDRE PASIENTGRUPPER</i>	<b>5</b>
<i>1.5 STRUKTUR AV OPPGAVEN</i>	<b>5</b>
<b>2 TEORETISK GRUNNLAG</b>	<b>6</b>
<i>2.1 BRANNSKADER</i>	<b>6</b>
<i>2.2 AARON ANTONOVSKY - SALUTOGENESE</i>	<b>7</b>
<i>2.3 HOLISME</i>	<b>9</b>
<i>2.4 BOB PRICES KROPPSBILDEMODELL</i>	<b>10</b>
<i>2.4.1 PRICES MODELL FOR PLEIE TIL PASIENTER MED FORANDRET KROPPSBILDE</i>	<b>13</b>
<i>2.5 KAREN MACGINLEY - OMSORG TIL PASIENTER MED FORANDRET KROPPSBILDE</i>	<b>13</b>
<i>2.5.1 SYKEPLEIERS MELLOMMENNESKELIGE FERDIGHETER</i>	<b>15</b>
<i>2.6 MESTRING</i>	<b>16</b>
<b>3 METODE</b>	<b>18</b>
<i>3.1 LITTERATURSTUDIE</i>	<b>18</b>
<i>3.2 VALG AV LITTERATUR</i>	<b>18</b>
<i>3.3 KILDEKRITIKK</i>	<b>20</b>
<i>3.4 ETISKE HENSYN</i>	<b>21</b>
<b>4 FUNN</b>	<b>22</b>
<i>4.1 PRESENTASJON AV ARTIKLENE</i>	<b>22</b>
<b>5 DRØFTING</b>	<b>25</b>
<i>5.1 KROPPSREALITET</i>	<b>25</b>
<i>5.2 KROPPSIDEAL</i>	<b>27</b>
<i>5.3 KROPPSPRESENTASJON</i>	<b>28</b>
<i>5.4 MESTRINGSSTRATEGIER</i>	<b>29</b>
<i>5.5 STØTTE FRA FAMILIE OG SOSIALE NETTVERK</i>	<b>32</b>
<b>6 AVSLUTNING</b>	<b>35</b>
<b>7 LITTERATURLISTE</b>	<b>37</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Som sykepleier er man ofte nær pasienter som er i en spesielt utfordrende situasjon. Pasienter som har overlevd brannulykker er en kompleks pasientgruppe som både krever at helsepersonellet har kunnskaper og ferdigheter for å redde liv, samtidig som at pasientene har et stort behov for medmenneskelighet og omsorg. Disse pasientene kan ha flere utfordringer både på det fysiske og det psykiske plan. Dersom pasienten har vært utsatt for alvorlige brannskader kan pasientens liv stå i fare, og man må handle raskt. På det psykiske plan kan pasienten føle på skyldfølelse dersom man har gjort noe som har forårsaket brannen. Hvis man har satt andres liv i fare, kan dette være enormt tyngende for pasienten. Mange pasienter vil også være bekymret for fremtiden da man kanskje kommer til å oppleve tap av funksjoner, og frykt for å få skjemmende arr (Mathisen 2010:391-392).

Som sykepleier bruker man gjerne mye tid sammen med pasienten, spesielt i utføringen av sårstell av den brannskadde huden. I en studie gjort av Beth Hall sier en av pasientene at:

"Nurses make a huge difference in recovery, as they are there 24 hours a day. It is their touch, their caring, and their listening that aid the **patient** in his journey from fire victim to burn survivor." (Hall, 2012:272).

Dette inspirerer meg personlig som kommende sykepleier, og gjør at jeg føler meg privilegert som får lov til å jobbe så tett på mennesker, og være med på å hjelpe dem gjennom en vanskelig tid. På mange måter er sykepleieren nær det som er kjernen i utøvelse av sykepleie i møtet med disse pasientene; kunnskap og evne kombinert med omsorg og et holistisk menneskesyn. Som sykepleier må man se pasienten som et helt menneske, mer enn et sår eller en diagnose.

## 1.2 Problemstilling

*"Hvordan kan sykepleier bidra til at brannskadepasienter mestrer utfordringene med å leve med et forandret kroppsbilde?"*

### ***1.3 Presisering og avgrensing av problemstillingen***

I denne oppgaven vil jeg konsentrere meg om den pasientgruppen som har fått en brannskade som påvirker huden og dens utseende, og som truer pasientens kroppsbilde. Først og fremst vil dette gjelde skader som er synlige for andre, men også skader som gjør at pasienten blir konfrontert med sitt syn på seg selv og sin kropp. Det trenger nødvendigvis ikke være synlig for alle for at skaden skal true ens eget bilde av seg selv.

Mitt hovedfokus vil være på de psykiske følgene fysiske endringer på grunn av brannskader medfører, og jeg går ikke inn på medisinsk behandling, men hva sykepleier kan gjøre for å bidra til at pasienten kan mestre et forandret kroppsbilde. Pasientgruppen befinner seg på sykehus, men etter den akutte og livreddende fasen er over.

### ***1.4 Relevans for andre pasientgrupper***

Temaet i denne oppgaven vil være relevant for flere pasientgrupper. Wright (1986) skriver at enhver endring i utseende eller funksjon i en del av kroppen truer kroppsbildet (Wright referert fra MacGinley 1993:1098). Forandringer i kroppsbildet vil også være en del av aldringsprosessen. Dette kan ha noe å si for hvordan sykepleiere møter eldre pasienter. Videre vil temaet *forandret kroppsbilde* berøre pasienter som skal gjennomgå operasjoner, pasienter med kreft, pasienter som har fått slag og ellers pasienter med andre sykdommer som fører til at kroppen blir forandret (MacGinley 1993:1098-1099).

### ***1.5 Struktur av oppgaven***

I den neste delen vil jeg presentere sentrale teorier knyttet til helse og forståelsen av forandringer i kroppsbildet, og hvordan dette kan møtes av sykepleiere for å bidra til at pasienter mestrer et forandret kroppsbilde. Deretter vil jeg gjøre rede for metoden jeg har brukt i oppgaven og presenterer hvordan jeg har gått frem for å finne relevante artikler fra nyere forskning. I det neste kapitlet presenterer jeg hovedtrekkene i de artiklene jeg har valgt å analysere. I kapittel 5 drøfter jeg hovedmomentene som jeg finner mest relevant for sykepleiere som skal jobbe med pasientgruppen som jeg har valgt å fokusere på. Til slutt vil jeg samle trådene i avslutningen og oppsummere de viktigste funnene fra de artiklene jeg har fokusert på i litteraturstudien.

## 2 Teoretisk grunnlag

### 2.1 Brannskader

Brannskader skyldes kontakt med varme gjenstander, åpen flamme, varm væske, varm damp eller elektrisk strøm (Nakstad m. fl. 2011:117). Når mer enn 20% av kroppens overflate er rammet av en dyp skade, er skaden potensielt livstruende. Utbredte brannskader kan føre til store væsketap, betydelig redusert blodvolum, fallende blodtrykk og fare for sirkulasjonssvikt (ibid). Denne oppgaven vil først og fremst dreie seg om de pasienter som har skadet huden slik at den truer pasientens kroppsbilde. Kvinner er som oftest mest følsomme for skader i ansiktet, mens menn ofte er var for skader på hendene, da menn ofte assosierer hendene med maskulinitet (Mathisen 2010:392). Over 700 pasienter innlegges i norske sykehus årlig på grunn av brannskader (Nakstad m. fl. 2011:117).

For å vurdere hvor alvorlig brannskaden er, er det flere forhold som må sees på; hva som er årsaken til skaden, hvilken del av kroppen som er skadet, hvor stor del av kroppen som er skadet, hvor dyp skaden er, om pasienten har fått tilleggsskader og om pasienten har lidd andre tap (for eksempel tap av familiemedlemmer) som følge av hendelsen (Mathisen 2010:382-383).

Hvor dyp skaden er blir tradisjonelt delt inn etter grad 1, 2 og 3. Ved førstegradsforbrenning er det det øverste hudlaget som er skadet, epidermis. Ved andregradsforbrenning er epidermis og øvre dermis skadet, kapillærsirkulasjonen er bevart. Ved tredjegradsforbrenning (fullhudskade) er epidermis og hele dermis skadet. Kapillærsirkulasjonen er tapt, hudnervene er skadet og hudfølelsen er tapt. (Nakstad m. fl 2011:118).

Man kan hos voksne pasienter bruke en såkalt 9%-regel for å få en oversikt over hvor stor skaden er. Hodet og ansiktet utgjør 9% av kroppens overflate, en arm utgjør 9%, ett bein 2 x 9%, kroppens forflate 2 x 9% og kroppens bakflate utgjør 2 x 9%. Denne regelen er en hjelp når man skal regne ut hvor mye væske pasienten har behov for å få erstattet (Opdahl 2009).

Huden er kroppens største organ, og sørger for en rekke viktige funksjoner. Bant annet er en av hudens viktigste funksjon å beskytte mot infeksjoner. Huden oppfatter også smerte og berøring, og har en viktig funksjon med å regulere riktig kroppstemperatur og væskebalanse. Huden er også svært viktig for selvbildet. (Mathisen 2010:381)

Brannskader kan føre til store forandringer i pasientens utseende. Dette kan være vanskelig både for pasienten og for de som jobber med pasientene, i noen tilfeller kan denne forandringen i utseende være så vanskelig for de som jobber med denne pasientgruppen at man avhumaniserer pasienten (ibid:382). Dette er spesielt viktig å være klar over som sykepleier da dette kan føre til en ekstra belastning for pasientene. En del pasienter kan føle seg merket for livet, og det kan være en utfordring for pasienter å skulle komme ut igjen i samfunnet. Mange brannskadepasienter vil ha store og synlige arr, og dette gjør at mange kan streve med å tilpasse seg et forandret utseende (ibid:385).

## **2.2 Aaron Antonovsky - Salutogenese**

Aaron Antonovsky er en israelsk professor med bakgrunn i medisinsk sosiologi. Han har skrevet mye om helse, og forandret perspektivet som hadde vært det rådende innen helsedebatten da han hadde fokus på hva som bidrar til å fremme helse, heller enn å ha fokus på forebygging og behandling av sykdom (Kristoffersen 2011:50-51).

I en salutogen tilnærming er fokuset på det som skaper grobunn for helse (Antonovsky, 2012:16). Et salutogent perspektiv er for eksempel å se på hvilke faktorer som gjør at mennesker *ikke* blir innlagt på sykehus i stedet for å se på hvilke faktorer som gjør at de blir innlagt. Antonovsky argumenterer også for at det er forskjellige faktorer som er utslagsgivende (Ibid:30).

Antonovsky ville finne ut av hva det var som gjorde at noen mennesker som hadde opplevd umenneskelige hendelser likevel klarte seg godt psykisk (og fysisk). Svaret på det salutogene spørsmål var begrepet *opplevelse av sammenheng*. (OAS - eng.: sense of coherence - SOC). Med dette mener han at mennesker som opplever umenneskelige påkjenninger likevel kan klare seg like godt som de som ikke er blitt utsatt for noe slikt, fordi disse menneskene er i stand til å sette hendelsen inn i en meningsfylt sammenheng. Begrepet ble definert som

"[...] en helhetlig holdning som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgripende, varig, men dynamisk tillit til at ens indre og ytre miljø er forutsigbart, og at det er stor sannsynlighet for at ting vil gå så godt som man med rimelighet må kunne forvente" (Antonovsky 2012:17).

Antonovsky plasserer mennesker på et kontinuum mellom helse og uhelse. Han ønsker å gå vekk fra tankegangen om mennesker som friske eller syke. Dette mener han at kan gjøre at man ikke bare fokuserer på hvorfor personen ble syk, men heller har fokus på å kartlegge *hele* personens historie, herunder sykdommen. "Salutogenese handler om å finne ut hvor på kontinuumet hver enkelt person til enhver tid befinner seg" (ibid:27). Her ser man at en holistisk tilnærming, som jeg senere skal komme inn på, er nært knyttet til begrepet salutogenese.

For å finne ut hva som lå til grunn for at personer som hadde opplevd alvorlige traumer, men som tilsynelatende hadde kommet godt ut av det, intervjuet han 51 personer. 16 av disse kategoriserte han som personer med sterk OAS. Gjennomgangstema var hvordan de så på livene sine. Deretter gikk han gjennom intervjuene for å finne hvilke temaer som gikk igjen i gruppen med sterk OAS og hvilke temaer som manglet hos de han hadde kategorisert med svak OAS. Antonovsky kaller disse komponentene han fant i gruppen med sterk OAS *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet* (ibid:39).

*Begripelighet* handler om at de hendelser man utsettes for enten i det indre eller ytre miljø, oppfattes som "[...] kognitivt forståelige, som velordnet, sammenhengende, strukturert og klar informasjon i stedet for støy [...]" (ibid:40). Disse personene forventet at det man kom til å oppleve i fremtiden kunne settes inn i en sammenheng som var forståelig (ibid:40).

*Håndterbarhet* ble definert som i hvilken grad personen opplevde at den hadde ressurser til rådighet for å takle det den opplevde. Ressursene kan både være ressurser man opplever at man har i seg selv, eller man opplever gjennom en man kan stole på og har tillit til, for eksempel en ektefelle, Gud, en lege eller en venn. Opplevelse av håndterbarhet gjør at man ikke oppfatter seg selv som et offer eller at livet behandler en urettferdig (ibid:40).

*Meningsfullhet* handler om i hvilken grad man føler at livet er forståelig rent følelsesmessig. Personer med sterk OAS ga uttrykk for at det var områder i deres liv som ga mening for dem følelsesmessig, ikke bare kognitivt. Personer med svak OAS ga sjeldent uttrykk for at det var noe som var spesielt viktig for dem (ibid:41).

Som jeg var inne på tidligere har en salutogen tenkning likhetstrekk med begrepet *holisme*.



### **2.3 Holisme**

Holisme tar utgangspunkt i en tankegang om at mennesket forstås som noe mer enn bare summen av de enkelte organers funksjon. "Holisme betyr helhetsforståelse og er en livsoppfatning som innebærer at alle deler av menneskets natur må tilgodeses" (Odland 2008:25). I holistisk tankegang ligger man til grunn at det finnes mange mulige forklaringer på hvorfor et menneske har det som det har det.

Ut i fra et holistisk perspektiv tenker man at mennesker har fire dimensjoner; den *fysiske*, den *psykiske*, den *sosiale* og den *åndelige* dimensjonen. Den fysiske dimensjonen er den fysiske kroppen, de enkelte kroppsdelene, organer og celler. Sykdommer og feilfunksjoner her kan få konsekvenser for resten av livet for den som er rammet. Begrensninger ved den fysiske dimensjonen kan både gå utover jobb, interesser, familie og ivaretagelse av åndelige behov (ibid:26).

Den psykiske dimensjonen omfatter sjelelige anlegg og egenskaper. Denne kan både påvirke og bli påvirket av sykdommer og feilfunksjoner i de tre øvrige dimensjonene. Psykologisk stress og belastninger som for eksempel en sykdom gir, kan føre til mental sykdom. Psykisk stress kan også føre til kroppslig sykdom (ibid:26).

Den sosiale dimensjonen er knyttet til at mennesker har et behov for en stabil kontakt med andre mennesker. Et godt fungerende nettverk, eventuelt noen stabile personer, gir trygghet og håp, og kan i noen tilfeller virke beskyttende for sykdom (ibid:26).

Den åndelige dimensjonen er relatert til menneskets selvbevissthet, og også knyttet til menneskers verdier, livssyn og religion. Åndsdimensjonen er unik for hvert enkelt menneske og er ikke avhengig av alder og intellektuell kapasitet. En eksistensiell krise kan ha innvirkning på den åndelige dimensjon, men kan også påvirke de tre andre dimensjonene (ibid:27).

Man tenker at disse dimensjonene henger sammen og påvirker hverandre innbyrdes (ibid:27). Dette kan ha innvirkning på hvordan sykepleiere forholder seg til pasientene, og man ser ikke en pasient med brannskader som et sår man skal stelle, men som en person med brannskader. "Et *jeg-du*-forhold mellom pasient og sykepleier innebærer at de fremstår for hverandre som likeverdige subjekter med felles mål som er til pasientens beste" (ibid:28).

## **2.4 Bob Prices kroppsbildemodell**

Bob Price har utviklet en konseptuell modell som tar sikte på å være til hjelp for sykepleiere for å kunne planlegge og gi mer spesifisert, profesjonell pleie til pasienter med forandret kroppsbilde (Price 1990:585). Jeg vil i dette avsnittet gjøre rede for hans modell og grunnlaget for denne modellen. Videre i oppgaven vil jeg bruke denne modellen i drøftingen for å se på hvordan man som sykepleier ved hjelp av denne modellen kan hjelpe brannskadepasienter til å mestre å leve med et forandret kroppsbilde.

En slik modell må både forklare et normalt kroppsbilde og et forandret kroppsbilde, og det må gå bak subjektive utsagn om hvordan pasienten føler seg. I følge Price definerer Schilder (1935) kroppsbilde som *det bildet av vår kropp vi ser for oss i våre hoder, det vil si den måte kroppen oppleves av oss selv* (Schilder referert fra Price 1990:585). Price mener at det er få forklaringer på hva et kroppsbilde er som er direkte håndterbart for sykepleiere i et omsorgsperspektiv. Han ønsker å lage et rammeverk for omsorg der kroppsbildet er truet eller allerede ødelagt (ibid:585).

Price kommer med ti påstander om kroppen og hvordan mennesker ser på seg selv. Blant disse påstandene er den første påstanden den viktigste, og den legger grunnlaget for modellen han videre har utviklet.

1. påstand:

Mennesker har et dynamisk personlig kroppsbilde. Dette inneholder tre komponenter; kroppsjournalitet, kroppsideal og kroppsjournalisjoner.

*Kroppsjournalitet*; dette er kroppen slik den virkelig eksisterer, kroppens 'spots and all'.

Kroppsjournalitet er slik kroppen er på grunn av gener og hvordan livet ellers har påvirket den. Det er ikke slik vi nødvendigvis *vil* se den, men slik den ville blitt beskrevet ved en streng medisinsk (fysisk) undersøkelse. Den er foranderlig både på grunn av aldring, men også fordi vi bruker og misbruker den (misbruk; for eksempel røyking). Brå forandringer i kroppsjournaliteten er forbundet med traumer, ondartet kreft, infeksjoner og underernæring (ibid:587).

*Kroppsideal* er bildet vi har i våre hoder av hvordan vi kunne tenke oss at kroppen så ut og kunne prestere. Kroppsidealet blir påvirket av sosiale og kulturelle normer, og er truet av forandringer i kroppsrealiteten. Sykdomsforstyrrelser som spiseforstyrrelser kan også påvirke kroppsidealet direkte (ibid:587).

*Kroppspresentasjoner*; kroppsrealiteten møter bare så vidt opp til den standarden vi har i våre kroppsidealer, og kroppspresentasjonene kommer inn ved å forsøke å få disse to til å balansere. Dette er hvordan kroppen er presentert for verden, hvordan man kler seg, hvordan vi steller den, går og snakker. Mote (gjennom kroppsidealer) kan ha en stor effekt på hvordan kroppspresentasjonene forandrer seg. På samme måte vil lammelser og amputasjoner (kroppsrealitet) påvirke kroppspresentasjonene (ibid:587).

Price påstår at et positivt kroppsbilde finner bare sted dersom det er balanse mellom disse tre komponentene (ibid:587). Price tar videre for seg sykepleierens rolle, og hvorfor sykepleiere er de som er nærmeste til å utøve omsorg til denne pasientgruppen. Sykepleieren har i følge Price unike kvalifikasjoner til å assistere pasienter med å reetablere et tilfredsstillende kroppsbilde fordi

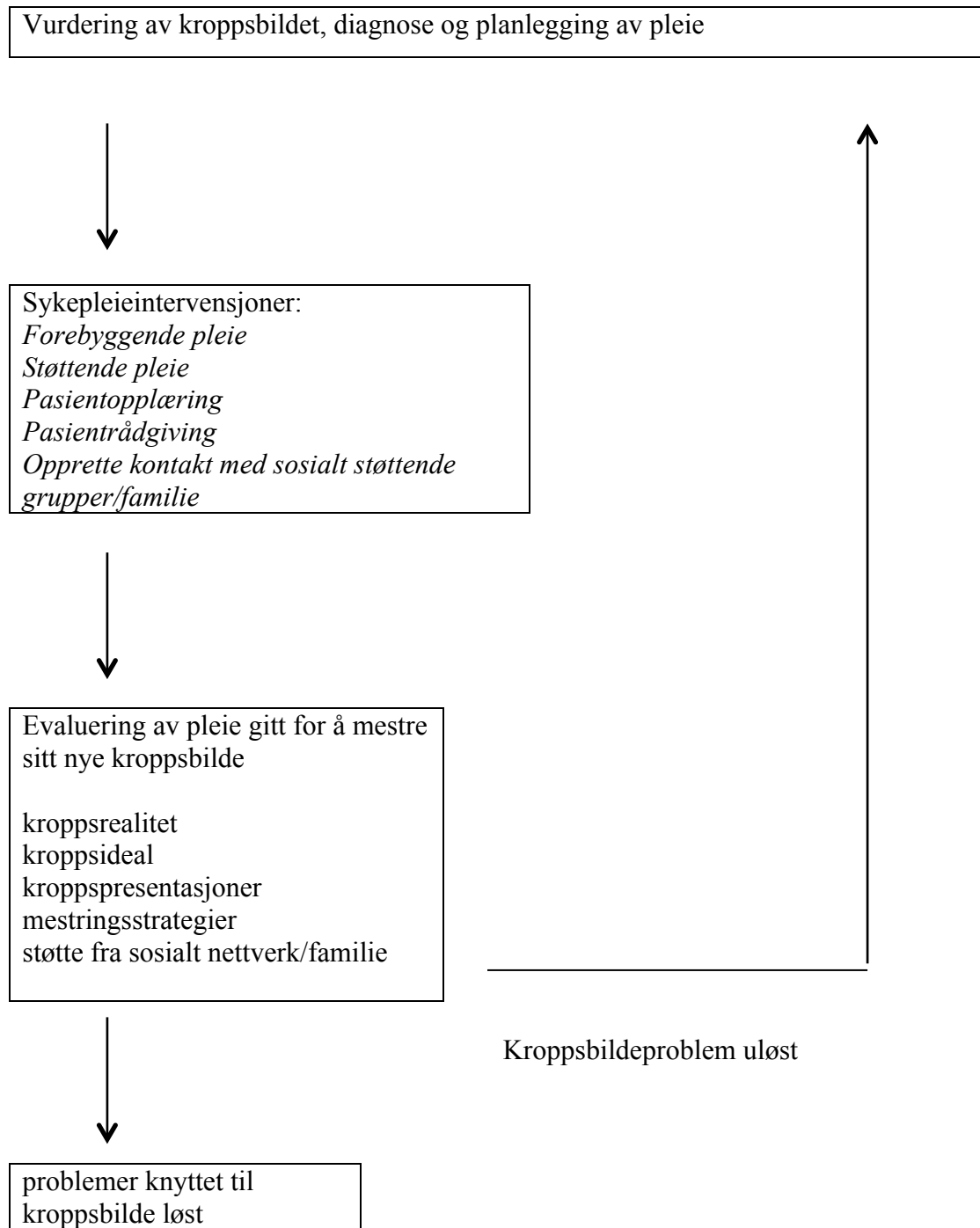
1. Sykepleiere har kontakt med pasientens følelsesmessige plan; hans følelser, frykt, håp og drømmer.
2. Sykepleiere tilhører en profesjonell gruppe som sørger for en nær, kontinuerlig pleie av sengeliggende pasienter.
3. Sykepleiere er lært opp i tanken om å gi holistisk omsorg, dette vil si at man er interessert i pasientens fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov.
4. Sykepleiere blir selv utfordret på tanker rundt sitt eget kroppsbilde, enten hun/han er tilfreds med sitt kroppsbilde eller ikke, da sykepleier skal gi omsorg til lemlestedede, underernærte og døende pasienter (Ibid:589).

Sykepleieren utøver omsorg gjennom sykepleieprosessen, og jobber sammen med pasienten mot å finne en ny måte å tenke om sitt nye utseende. Her er det viktig at ikke sykepleier overkjører pasienten, man må alltid huske at det er pasienten som går gjennom kroppsforandringene, og må selv finne det nye idealet, kroppspresentasjonen og realiteten (ibid:589).

Price trekker frem fem komponenter han mener er viktig for at pasienter med forandret kroppsilde skal kunne reetablere et tilfredsstillende kroppsilde. Dette er balanse mellom kroppsrealitet, kroppsideal og kroppsrepresentasjoner, personens mestringsstrategier og et støttende nettverk (ibid:590). Videre skriver han at å gi omsorg til pasienter som har problemer med et forandret kroppsilde kan grovt bli delt inn i fem sykepleieintervensjoner. Det er;

1. *Forebyggende omsorg/pleie*, dette er tenkt å ha en innvirkning på miljøet på en slik måte at trusler mot kroppsidealet ikke oppstår eller overføres til et forandret kroppsideal.
2. *Støttende pleie* er tenkt for å assistere de som allerede konfronteres med behovet for justere sitt kroppsideal. Dette kan for eksempel være på grunn av sykdom, aldring eller andre grunner.
3. *Pasientopplæring* kan være nødvendig dersom pasienten kjemper mot de miljømessige forandringene som undergraver kroppsidealet. Gjennom pasientopplæring kan pasienten ta kontroll over sin egen helse igjen.
4. *Pasientrådgivning* er viktig for pasienter som prøver å opprette et nytt kroppsideal, eller som skal jobbe seg gjennom en sorgprosess.
5. *Opprette kontakt med sosialt støttende grupper/familie*. Fordi tiden på sykehuset er avgrenset er det viktig at sykepleier hjelper, oppfordrer og støtter opp under viktigheten av å ha et godt sosialt nettverk. Dette kan hjelpe pasienter i etterkant av sykehusoppholdet (ibid:589).

### 2.4.1 Prices modell for pleie til pasienter med forandret kroppsbilde



(Price 1990:590).

### 2.5 Karen MacGinley - omsorg til pasienter med forandret kroppsbilde

Det er mange variabler som bidrar til utviklingen av et normalt kroppsbilde. På samme måte er det mange variabler som bidrar til et forandret kroppsbilde (eng. altered body image -

ABI). Det er viktig at sykepleiere erkjenner at alle pasienter innlagt i sykehus vil oppleve en form for forandring i deres kroppsbilde, uansett sykdom. Noen pasienter vil oppleve en stor forandring i deres kroppsbilde, og vil trenge omsorg og støtte for å finne frem til et nytt kroppsbilde (MacGinley 1993:1100).

Pasienter som opplever at kroppen forandres vil gå gjennom en sorgreaksjon. Pasientens sorgreaksjon er en prosess som kan innebære alt fra sjokk, sinne, fornektelse, depresjon, forhandling til aksept. Forandringer i kroppsbilde kan forårsake angst. Personer i denne situasjonen bruker forskjellige ubevisste mestrings- eller forsvarsmekanismer for å håndtere forandringen. I følge MacGinley har Wright (1986) skrevet at forskjellige forsvarsmekanismer knyttet til forandret kroppsbilde kan her være

- *Passivitet*: pasienten ønsker ikke å være involvert i han/hennes egen omsorg og er lite motivert.
- *Fornektelse*: pasienten fornektet den forandrede delen, og prøver å fortsette som før.
- *Beroligelse*: pasienten søker etter oppmerksomhet fra personalet for å forsikre seg om at han/hun fortsatt er akseptert.
- *Forskyvning*: følelser som pasienten opplever blir plassert på en annen person eller objekt isteden for på den aktuelle personen.
- *Projeksjon*: pasienten tillegger andre personer følelser som egentlig stammer fra seg selv.
- *Isolasjon*: selvpålagt isolasjon fordi pasienten ikke føler seg akseptabel.
- *Forandret reaksjon*: motsatte reaksjoner enn det pasienten føler er uttrykket.
- *Regresjon*: pasienten blir mer avhengig fysisk og psykisk enn situasjonen vanligvis ville tilsagt.
- *Intellektualisering*: tenke på heller enn å oppleve impulser og følelser, og dermed kontrollere dem.
- *Kontrollerende*: et overdrevent forsøk på å håndtere og regulere ting som skjer og miljøet man er i.
- *Undertrykkelse*: tilbakeholdelse eller bortvising av bevisste tilstander eller følelser.
- *Depersonalisering*: kroppsbildet blir forvrengt. Personen føler at han/hun ikke lengre er seg selv, og at kroppen er et ukjent objekt.

Disse forsvarsmekanismene er et forsøk på prøve å kontrollere frykt og angst. (Wright referert fra MacGinley1993:1100).

For at sykepleier skal kunne hjelpe disse pasientene, må hun ha en viss kunnskap om temaet. Han/hun må kjenne til pasientens tilpasningsvansker forbundet med et forandret kroppsbilde. Hun bør gjenkjenne forskjellige forsvarsmekanismer pasienten bruker. Sykepleier må også være bevisst sitt eget kroppsbilde. Ved å øke sin egen bevissthet er sykepleier bedre i stand til å leve seg inn i pasientenes situasjon. Å involvere familie er avgjørende for å øke pasientens selvtillit. Sykepleier bør undervise familiemedlemmer om forandret kroppsbilde (ABI), ettersom de kan ha samme frykt som pasienten. Involvering av familie vil gjøre at de kan fungere som en støtte for pasienten, og være til hjelp etter utskrivelse (MacGinley 1993:1101).

### **2.5.1 Sykepleiers mellommenneskelige ferdigheter**

Sykepleier må være bevisste hans/hennes verbale og non-verbale uttrykk. Pasienten er ofte oppmerksom på alt fra sykepleiers ansiktsuttrykk, tonen i stemmen, berøring til deres oppførsel. Pasient og sykepleier bør snakke sammen om den forandrede kroppen, dette er både nødvendig og sunt. Sykepleieren kan bruke denne muligheten til å bekrefte pasienten, og gi han følelse av fortsatt å være prissatt og verdifull som menneske (MacGinley 1993:1101).

Tillit skaper samarbeid. Dersom man vinner pasientens tillit, gir det rom for pasienten til å være ærlig både overfor sykepleier, men også andre helsearbeidere. Et forhold bygget på tillit er nødvendig for å kunne hjelpe pasienten til å akseptere en forandret kropp (Ibid:1101).

MacGinley skriver at i følge Clay (1984) er empati er en kvalitet som er behøvd av alle sykepleiere; uten denne basisferdigheten, er andre ferdigheter sykepleieren har mindre effektive. Sykepleieren bør være i stand til å ha empati med pasientens følelser, enten det er sinne eller depresjon, på en positiv og aksepterende måte uten å være dømmende (Clay referert fra MacGinley 1993:1102).

Berøring er et grunnleggende menneskelig behov, og lar pasienten få følelse av verdi. Å holde en pasients hånd eller å stryke hans/hennes arm er en ikke-inntrengende måte å vise omsorg og omtanke på. Ved å inkludere familie i dette aspektet av omsorg vil det gi kontinuitet med

pasientens virkelige liv, og kan være en hjelp for pårørendes behov for å vise omsorg (ibid:1102).

## **2.6 Mestring**

Mestring som begrep handler om menneskers måter å håndtere en situasjon på (Trollvik 2011:116). I Norge har vi i dag om lag 60 Lærings- og Mestringssenta (LMS). Sentrale personer i de første LMS definerer mestring som:

"Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre" (Vifladt og Hopen 2004:61).

Denne definisjonen av mestring har likhetstrekk med Antonvskys forståelse av helse (Lerdal og Fagermoen 2011:54). Det å mestre noe henger altså sammen med hva slags utfordring man står ovenfor, og hvorvidt man har krefter til å møte denne. Personer som står overfor utfordringer som man føler er større enn det man kan takle, trenger å få hjelp til å mestre. Her kan den som er hjelper bidra til mestring ved at man er den som praktisk hjelper (for eksempel hjelper pasienten til å få i seg drikke/næring), eller ved å lytte og gi psykologisk og eksistensiell støtte, for eksempel gjennom samtaler. Her kan man bidra til at pasienten får et annet perspektiv, eller man kan hjelpe pasienten til å se hva som er realistisk at man kan oppnå på kortere eller lengre sikt (Eide og Eide 2005:67-68).

I følge Bunkholdt skiller Lazarus og Folkman (1984) mellom følelsesfokusert og problemfokusert mestring. *Følelsesfokusert mestring* handler om at man prøver å gjøre noe med de følelsesmessige reaksjonene som utløste stressituasjonen. Fornekting vil i så måte være en følelsesfokusert måte å mestre situasjonen på. *Problemfokusert mestring* er at man prøver å gjøre noe med selve problemet. For eksempel vil dette dreie seg om å aktivt finne en tilfredsstillende måte å takle at man har fått en kronisk sykdom. Hvert enkelt menneske har sin egen måte å håndtere stress på, og oftest er det ved hjelp av begge metodene. Når stressnivået er høyt, vil de fleste ha en følelsesfokusert måte å mestre situasjonen på. Når de første kraftige følelsene har fått utløp, kan kognitive funksjoner gjennom problemfokusert mestring kobles inn i arbeidet (Lazarus og Folkman referert fra Bunkholdt 2002:256-257).



Eide og Eide (2010:172) skriver at mestring rammer kognitive, affektive og atferdsmessige prosesser, og disse er nært knyttet sammen. Videre kan man skille mellom tre forskjellige måter å reagere på. Forsvar og forsøk på å holde opplevelsen unna er en måte. En annen måte er å bli overmannet av en kaotisk strøm av indre impulser, eller man kan møte den utfordrende situasjonen med større eller mindre grad av ledighet og aksept.

Kriser vil alltid påvirke relasjoner man har til andre nærstående. Pårørende rammes også av krisen, og dette er viktig at sykepleier er oppmerksom på. Personer som har et godt støttende nettverk klarer seg bedre gjennom kriser enn de som ikke har det, og ved at den som hjelper "[...] gir støtte til både pasient og pårørende kan derfor være avgjørende for hvordan familien vil mestre situasjonen" (Eide og Eide 2010:169).

### 3 Metode

"Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke" (Dalland 2012:112). I prosessen med å finne hvilken metode som passet best til min oppgave sto jeg mellom intervju av sykepleiere, intervju av pasienter og litteraturstudie. På grunn av tid og oppgavens karakter, var det ikke mulig å foreta intervjuer av pasienter og deres erfaringer. Jeg valgte da litteraturstudie, fordi det kunne både gi meg informasjon om sykepleieres erfaringer og pasienters erfaringer. Dette var også fordi jeg gjennom et litteraturstudie kunne få tilgang på mye informasjon som handlet om dette temaet.

#### 3.1 Litteraturstudie

Formålet med et litteraturstudie er å samle kunnskap og skape en oversikt over hvilken forskning som allerede finnes på et valgt område (Fredriksen og Beedholm 2012:47). Det er to analysefaser i utarbeidelsen av et litteraturstudie. En analysefase hvor man vurderer om det materialet man finner gjennom litteratursøk overhodet skal tas med videre, og en fase hvor man vurderer om det materialet man har funnet gjør det mulig å svare på spørsmålet man har stilt seg i problemstillingen (ibid:49). Mitt spørsmål var: "*Hvordan kan sykepleier bidra til at brannskadepasienter mestrer utfordringene med å leve med et forandret kroppsbylde?*"

Jeg har brukt CINAHL som søkemotor for å finne forskningsartiklene jeg bruker i denne oppgaven. CINAHL er spesielt god på kvalitativ forskning og artikler om pasienterfaringer og -opplevelser. Innholdet i artiklene i denne databasen er vurdert i forhold til blant annet sykepleiefaglig relevans og nivå. CINAHL er laget slik at emneordene er tilpasset CINAHLs emnedekking, og gjør det enklere å søke på for eksempel sykepleiefaglige uttrykk og abstrakte begreper som *kommunikasjon* eller *mestring* (Hørmann 2012:42). For å holde omfanget av artikler håndterbart valgte jeg å forsøke å finne 6 hovedartikler som jeg skulle fokusere spesifikt på. I prosessen med å finne fram til artiklene brukt i analysen måtte jeg ta flere valg med det formål å finne de mest relevante artiklene.

#### 3.2 Valg av litteratur

I valg av relevant forskningslitteratur tok jeg utgangspunkt i kapittelet "sykepleie ved brannskader" i Klinisk sykepleie 2 (Mathisen 2011). Dette kapittelet har en rekke kildehenvisninger til relevant litteratur. To av de seks artiklene jeg har valgt å bruke fant jeg

gjennom kildehenvisningene i kapittelet. Det er "The experience of life after burn injury; a new bodily awareness", og "Evaluation of negative emotional care experiences in burn care" (Mathisen 2011:399). Disse artiklene er valgt fordi de behandler tema som er spesielt relevant i forhold til min problemstilling. I det videre arbeidet med å velge ut artikler har valgt å fokusere på artikler fra Europa, USA, Canada og Australia. Dette er for å unngå mest mulig av kulturelle forskjeller. Den vestlige kulturen har et sterkt fokus på kropp og utseende, og kan dermed ha innvirkning på hvordan man ser på seg selv (Bjørk og Breievne 2011:380).

Jeg har funnet litteraturen gjennom disse søkene i CINAHL:

Søkeord	Treff
burn*, NOT burnout*, AND cope*, AND adapt*, AND care	2270 (dette søket ga med tre relevante artikler)
burn*, NOT burnout*, AND body image, AND nurse*	575 (dette søket ga meg ti relevante artikler)
burn* NOT burnout* AND body image, nurse*, cope	226, (dette søket ga meg tre relevante artikler)

Etter at jeg hadde gjort de første søkene, fant jeg ut at det var hensiktsmessig å bruke NOT burnout, da det kom en del artikler om utbrenthet.

Artiklene er ikke et representativt utvalg av forskning på brannskader, men er valgt ut gjennom å bruke søkemotoren i CINAHL. Jeg har gjennom denne utvelgelsen søkt gjennom en rekke artikler som inneholder søkeord relevant for mitt tema. Av de artiklene som kom opp gjennom ulike søk, leste jeg hovedtrekkene i disse og satt igjen med 12 artikler basert på en selvstendig vurdering av hvilke som var mest relevant. Jeg gikk ut fra noen kriterier for valg av relevant litteratur. Kriteriene har vært at artiklene må spesifikt behandle tema om utfordringer knyttet til endret kroppsbilde som følge av brannskader. I tillegg har jeg valgt ut artikler som knytter seg direkte til hvordan sykepleiere kan bidra til en forbedret behandling av pasienter med kroppsbilde problematikk. Jeg har også avgrenset temaet ved å ekskludere barn som brannskadepasient, og holdt meg til pasienter over 18 år. Som siste kriterium har jeg forsøkt å finne fram til nyere forskning (de siste ti år).

### **3.3 Kildeskritikk**

I oppgaven bruker jeg blant annet artikler fra England, USA, Canada og Australia. Jeg har vært opptatt av at artiklene skal være fra land som kulturelt sett er lik Norge. Men i disse artiklene kan det finnes kulturelle forskjeller som vil ha innvirkning på funnene og relevansen for et norsk perspektiv.

Mye av litteraturen jeg har brukt har vært skrevet på engelsk. Dette har jeg selv oversatt, og brukt nettordboken iFinger til ord og uttrykk jeg har vært usikker på. Det å oversette vil i seg selv føre med seg noen språklige forandringer som gjør at meningsinnholdet kan bli noe forandret. Jeg har likevel prøvd å oversette så nært til språket som mulig, og diskutert med andre medstudenter når jeg har vært usikker på hva som egentlig menes med som står i teksten. Sitater fra pasienter har jeg valgt å beholde på engelsk for å unngå at ikke noe av innholdet blir forandret på grunn av språklige begrensninger.

Artikkelen "altered body image: appearance-related concerns of people with visible disfigurement" (Rumsey m. fl. 2004) handler om flere pasientgrupper (inkludert brannskadepasienter) som søker behandling for en rekke skjemmende tilstander. Selv om ikke artikkelen bare tar for seg brannskadepasienter, har jeg likevel valgt å ha denne med som en av hovedartiklene, av den grunn at pasienter med skjemmende tilstander har flere ting til felles, og funnene vil være relevant også for brannskadepasienter. Samtidig kan det også være at det finnes forskjeller innenfor de forskjellige gruppene, noe som kan gjøre at ikke alle funnene passer til brannskadepasienter.

Artikkelen "Adult Patients Looking at Their Burn Injuries for the First Time" (Birsdsall og Weinberg 2001), oppfyller ikke mitt krav om å være forskning skrevet innen de siste ti årene. Jeg har likevel valgt å ha denne med som en av hovedartiklene, da denne artikkelen belyser et relevant tema for oppgaven, og jeg ikke har funnet andre artikler som går inn på det samme tema på denne måten innen de ti siste årene. Det kan tenkes at det er skjedd en utvikling etter at denne artikkelen ble skrevet, som kan ha noe å si for om artikkelen fortsatt er holdbar. Likevel, ut fra slik jeg har forstått de andre artiklene er det ikke noe i denne artikkelen som er motstridende eller motsier relevansen i funnene i denne artikkelen.

Ettersom artiklene ikke er et representativt utvalg, kan det kan helt klart finnes andre relevante artikler som belyser andre sider av forskning som er gjort på brannskadepasienter.

Disse artiklene er funnet frem til gjennom søkeord jeg mener er relevante for min problemstilling og ekskluderingskriterier jeg har satt for oppgaven.

### ***3.4 Etiske hensyn***

I oppgaven oppgir jeg alltid hvor jeg har hentet materialet jeg har brukt med kildehenvisninger. For meg har det vært viktig at den som leser alltid skal kunne finne tilbake til de rettmessige kildene. I de tilfellene hvor jeg ikke har primærkilden skal dette komme tydelig frem i teksten med henvisning til sekundærkilden jeg bruker, og henvisning til kilden sekundærforfatteren bruker.

## 4 Funn

### 4.1 Presentasjon av artiklene

Forfatter land, database	Artikkel	Hensikt	Design/metode	Utvalg	Hovedfunn	Nøkkelord
Dahl m.fl., 2012, Sverige CINAHL	Adapting to Life After Burn Injury - Reflections on Care	Formålet med studien var å undersøke brannskadepasienters opplevelser av å tilpasse seg livet i etterkant av hendelsen. Dette for å få en dypere forståelse av de viktigste problemene for å kunne gi bedre pleie til denne pasientgruppen.	Kvalitativ studie. Intervju av pasienter. Ti av informantene intervjuet på sykehuset, to av informantene intervjuet hjemme.	> 18 år >7 dager innleggelse kognitive og kommunikasjonsferdigheter intakt 8 menn, 4 kvinner n = 12	Tre hovedtemaer; 1) <i>Skjør kropp</i> - pasienter beskrev en ny bevissthet rundt hvor skjør kroppen var blitt, og nye begrensninger for hva de kunne gjøre uten å få vondt 2) <i>Mestring</i> - handlet om å prøve å håndtere ett nytt liv med nye forutsetninger. Handlet også å reflektere rundt hva som hadde skjedd. 3) <i>Refleksjoner rundt pleien</i> - det var viktig for informantene å være involvert i pleien og planlegge mål sammen med personalet.	burn patients burns patient care quality of health care
Klinge m.fl., 2009, Australia CINAHL	Psychological adjustment made by postburn injury patients: an integrative literature review	Formålet med studien var å indentifisere de faktorer som gjør at brannskadepasienter er i risiko for å utvikle psykologiske feiltilpasninger. Formålet var også å utvikle en omsorgsmodell for å fremheve for profesjonelle omsorgsgivere negative ettervirkninger av brannskader.	Kvantitativ studie litteraturreview Artiklene ble gjennomgått over en 6-måneders periode i løpet av 2007 og 2008.	<i>Gjennomgang av 17 artikler.</i> Søkeord: psychological, psychosocial, premorbid psychopathology, reintegration, body image, depression, coping, nursing, literature review. fant 37 artikler, 20 ekskludert på grunn av ekskluderingskriterier.	Seks variabler hadde innvirkning på hvor godt brannskadepasienter tilpasset seg brannskaden; - psykologisk tilstand i forkant av brannskaden - jobbsituasjon - personlighet og mestringsmåter - sosialt nettverk - brannskadens karakter - kjønn	burn injury burns patients interative literature review nursing postburn adjutments

Forfatter land, database	Artikkel	Hensikt	Design/metode	Utvalg	Hovedfunn	Nøkkelord
Moi m. fl., 2008, Norge CINAHL	The experience of life after burn injury; a new bodily awareness	Formålet med studien var å beskrive den skadede kroppen til personer som hadde overlevd alvorlige brannhendelser, og å forsøke å forstå essensen av deres livserfaringer knyttet til temaet.	Kvalitativ studie  Åpne dybdeintervjuer  De fleste intervjuene tok plass på poliklinikken.  Ni informanter intervjuet en gang, fire informanter intervjuet to ganger, en informant intervjuet tre ganger.	> 18 år  kognitive funksjoner intakt,  ikke selvforskyldt brannskade  alvorlig brannskade etter American Burn Association's kriterier  ikke lide av store mentale problemer  gj.snittsalder 46 år  (11 av 14 var menn)  $n = 14$	Hovedtrekkene var at - kroppen fortalte en historie om hva pasientene hadde vært gjennom - kroppen føltes ukjent - pasienter opplevde at kroppen var sårbar - ubehagelige kroppslige følger som kløe, svette og smerte - brannskaden førte til fysiske begrensninger for kroppen	bodily awareness  burn injury  experience  nursing  phenomenology  quality of life  rehabilitation
Wikehult m. fl., 2008, Sverige CINAHL	Evaluation of negative emotional care experiences in burn care	Formålet med studien var å samle inn og undersøke negative minner brannskadepasienter hadde fra oppholdet på sykehuset i forbindelse med den pleien de mottok.	Kvalitativ studie  - en gruppe: spørreundersøkelse per post - en gruppe telefonintervju - en gruppe ansikt-til-ansikt intervju  - alle gruppene fikk samme spørsmål.	> 18 år  kognitive funksjoner intakt  selvforskyldt og ikke selvforskyldt brannskade  81% menn  gj.snittsalder 50,4 år  $n = 42$	Alt i alt rapporterte pasientene lave nivåer av negative omsorgsopplevelser.  Den mest vanlige negative følelsen var opplevelse av avmakt (67% opplevde dette til en viss grad).	burn  ethics  intensive care  interview  nursing  questionnaire

Forfatter, land database	Artikkel	Hensikt	Design/metode	Utvalg	Hovedfunn	Nøkkelord
Rumsey m. fl., 2004, England CINAHL	Altered body image: appearance-related concerns of people with visible disfigurement	Formålet med studien var å undersøke omfanget av og type psykososiale behov polikliniske pasienter som søkte behandling for en rekke skjemmende tilstander hadde.	Studien var en tverrsnittundersøkelse av pasienter på polikliniske avdelinger med bruk av både kvalitativ og kvantitativ metode.  Et semi-strukturert intervjuformat var brukt for å innhente kvalitative data fra pasientene.  Diskusjonsgrupper for helsepersonell for å få frem deres synspunkter.	Polikliniske pasienter og helsepersonell.  >18 år  46% menn  gj.snittsalder 44,9 år  n = 458	Kvinner hadde betydelig høyere nivå av depresjon enn menn.  De som hadde jobb var mindre deprimeret.  Desto mer pasienter opplevde å bli gjennomgående støttet, desto mindre mente de at tilstanden var merkbar for andre.  Helsepersonell uttrykte ønske om å hjelpe pasientene, men mangel på tid og sted var et problem.	psychosocial distress outpatients disfigurement specialist nurse body image
Birdsall og Weinberg 2001, USA, Canada CINAHL	Adult Patients Looking at Their Burn Injuries for the First Time	Formålet med studien var å beskrive sykepleiepraksis for når og hvordan pasienter ser deres brannskadene første gangen. Dette for å identifisere kvalitative temaer som har innvirkning på pasientens respons.	Først gjennomført en pilotstudie med 25 sykepleiere.  Deretter ble et spørreskjema sendt ut. 197 sykepleiere svarte.  Funnene i pilotstudien ble lagt til selve studien.  Spørreskjemaet inneholdt 13 spørsmål.	Sykepleierpersonell som jobbet på brannskadeavdelinger for voksne.  n = 222	Sykepleier er den som vanligst er der når pasienten ser såret for første gang.  Det var aldri planlagt når pasienten skulle se skaden for første gang.  Pasienten ønsker sannhet, optimisme, og trygghet. Sykepleier har en positiv holdning, ærlig, og bruker terapeutisk kommunikasjon for å hjelpe pasienten.	burns psychosocial factors body image burn nursing nurse-patient relation



## 5 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte funnene fra artiklene for å svare på problemstillingen *"Hvordan kan sykepleier bidra til at brannskadepasienter mestrer utfordringene med å leve med et forandret kroppsbylde?"*. Price skriver at fem komponenter er viktige for at pasienter med en forandret kropp skal kunne reetablere et tilfredsstillende kroppsbylde. Det er balanse mellom kroppsrealitet, kroppsideal og kroppsrepresentasjon, personens mestringsstrategier og et støttende nettverk. For å reetablere et positivt kroppsbylde, mener han at sykepleier kan bidra gjennom fem hoved-intervensjoner (Price 1990:590). Jeg vil i min drøfting ta utgangspunkt i Prices modell.

### 5.1 Kroppsrealitet

Realiteten er at pasienten har fått en skade som på en eller annen måte påvirker huden og hvordan den ser ut. Den første gangen pasientene ser skaden, er den første gangen pasientene blir konfrontert med realiteten. Selv om sårene vil forbedre seg over tid, er det slik sårene ser ut på det tidspunktet, og pasienten må forholde seg til dette. I artikkelen skrevet av Birdsall og Weinberg (2001:362), undersøkes det når og hvordan pasienten ser skaden for første gang. Pasienten brukte non-verbale uttrykk for å signalisere at han er klar for å se skaden. Her kommer det frem at pasienten er interessert i å se seg selv, til tross for at han/hun har tanker og spørsmål som "jeg ser stygg ut", "jeg er redd for at jeg er stygg og at ingen kommer til å elske meg" og "hva kommer andre til å tenke?". Pasienten spør ofte om det kommer til å bli arr, og om det kommer til å bli bedre. Her er det en åpning for sykepleier til videre dialog. En av Prices (1990:589) sykepleieintervensjoner er forebyggende pleie. MacGinley skriver at sykepleier må være bevisst på sine non-verbale og verbale uttrykk, da pasienter ofte kan være var for sykepleiers følelser ut fra hvordan ansiktsuttrykket er, til tonen i stemmen og berøring (1993:1101). Dersom sykepleier gir uttrykk for at sårene ser ekle ut, er dette kanskje noe som kan overføres til pasientene.

I artikkelen kommer det frem at sykepleier aldri planlegger når pasienten skal se seg selv for første gang. Fordi hver pasient har forskjellige behov, ventet sykepleier på signaler (verbale eller non-verbale) fra pasienten. I noen tilfeller spurte sykepleieren direkte om pasienten hadde sett skaden. Sykepleieren ga trygghet, holdt seg til fakta om skaden og brukte pasientens spørsmål og kommentarer som en mulighet for å lære pasienten om sårtilheling.

Dersom pasienten ikke ønsket å se seg selv, spurte gjerne sykepleier om pasienten var bekymret for å se seg selv, eller vurderte situasjonen til at det var best å prøve igjen en annen dag. I artikkelen brukte sykepleieren stillhet, tilstedeværelse, forsiktig oppmuntring og emosjonell støtte for å hjelpe pasienten. Pasienten ble oppfordret til å undersøke såret og sykepleieren brukte denne muligheten til å oppfordre pasienten til å stille spørsmål (Birdsall og Weinberg, 2001:362). Dette igjen kan åpne en dør for å undervise pasienten om sårets tilhelingsprosess, arr og langsiktig utfall. Sykepleier kan her styrke pasientens tro på at "tiden leger". En av Prices (1990:589) sykepleieintervensjoner er nettopp undervisning. For å møte pasientens behov må sykepleier ha en positiv og ærlig holdning til pasientens sår (Birdsall og Weinburg, 2001:362).

Brannskadepasienter opplever at kroppen etter hendelsen blir en *fortellende kropp*. Pasientene bærer med seg merkene fra skaden uansett hvor de er, og noen føler at de er merket for livet; "I use to say that I am marked" (Moi m.fl. 2008:281). Dette kommer også frem i Dahl m. fl (2012:602), hvor informanter sier at skaden var en stadig påminnelse om hva som hadde skjedd.

En brannskade fører ikke bare med seg forandringer for utseende, men også kroppslige forandringer følger som regel med. Typiske forandringer er smerte, kløe, varmfølelse, kuldefølelse, at huden føles "tett" og stressende situasjoner kunne føre til hetebølger og økt ubehag, som igjen kunne være veldig forstyrrende i daglige aktiviteter og i jobbsammenhenger (Moi m. fl. 2008:2284).

I artikkelen "The experience of life after burn injury: a new bodily awareness" er ett av hovedtemaene *en kropp med brems*. Dette forteller at pasienter opplever at den kroppen som man har etter en brannskade, er en annerledes kropp, og en kropp som ikke klarer det den klarte før hendelsen. Mens pasienten var på sykehuset hadde kroppen vært totalt svekket. Informantene fortalte om hvordan man ikke klarte å løfte en skje, hvordan det var umulig å bevege seg i sengen, ikke klare å sitte oppe, behov for å få hjelp til personlig hygiene og toalettbesøk og behovet for å få hjelp til å få i seg næring (Moi m. fl. 2008:282). Dette blir også beskrevet av informanter i en annen artikkel (Dahl m. fl. 2012:597), hvor en del opplevde at kroppen ikke var dugelig for normal aktivitet. Informantene i artikkelen beskrev hvordan de hadde fått en ny opplevelse av hvor skjør kroppen var, og at det var nye begrensninger for hva de kunne gjøre uten å få vondt. For eksempel ble det beskrevet hvordan

det å komme borti ting utløste en sterkere smerte enn vanlig, og at man var redd for at noen skulle ta på dem for hardt. Klær ble også brukt for å beskytte seg selv mot smerte. En av informantene sier: "Today I am much more sensitive if I bump into doorposts or if I am clumsy, also if someone bumps into me or pats me really hard." (ibid:597).

Brannskaden hadde også en tydelig innvirkning på dagligdagse aktiviteter. Flere informanter hadde ikke kunnet returnere til sine jobber, fordi brannskaden enten hadde gått utover hendene, som er essensielle i en jobb som for eksempel snekker, eller man hadde ikke klart den psykiske påkjennelsen. En informant som hadde jobbet på et støperi klarte ikke lengre å jobbe i en slik varme som var på støperiet at han måtte slutte i jobben (Dahl m. fl. 2012:597-598).

## **5.2 Kroppsideal**

Kroppsideal er hvordan man skulle ønske at kroppen så ut og presterte. Dette er et individuelt tema, og pasienter vil ha forskjellige tanker om seg selv og sine forventninger til sin kropp og utseende. I artikkelen "Adapting to life after burn injury - reflections on care" sier en av informantene at han ikke ville at hans kone eller barn skulle se han på sykehuset, da han mente det ville bli for traumatisk for dem å se han slik han så ut (2012:599). Men man kan også lure på om hans ideal om hvordan han ville se ut, skygget for den støtten og hjelpen han kunne ha fått dersom han hadde valgt å la familien ta del i den vanskelige tiden på sykehuset. Dette vil jeg komme mer inn på under punkt 5.6. Denne personen opplevde store smerter ved sårstell og dusjing, og smerten økte etter at han hadde blitt utskrevet fra sykehuset (Dahl m. fl. 2012:599). I studien gjort av Klinge m. fl. (2009:2285) ser man at det kan finnes en sammenheng mellom emosjonelle problemer og smerte i etterkant av en brannskade.

At kroppen ikke lengre er slik man ser for seg i sitt indre kommer tydelig frem i artikkelen skrevet av Moi m. fl hvor en informant sier: "[...] I don't think it is particularly uplifting to look at myself in the mirror. The image one keeps of oneself is just like it has always been" (2008:281). Måneder etter ulykken kunne det å se seg selv i speilet trigge en plutselig følelse av overraskelse, noe som indikerer at utseende ikke passer til hvordan man føler seg på innsiden (ibid:281). I studien om hvordan pasienter tilpasset seg livet etter en brannskade, er et av funnene at de som ikke klarer å akseptere hvordan huden har blitt, som prøver å dekke over arrene, har problemer med følelse av isolasjon. "[...] I look different and I'm trying to

cover my body with a sweater even when it's warm outside ... I'm not such an open person anymore ... I'm hiding more today" (Dahl m. fl. 2012:598).

Flere funn viser til at relativt små skader kan få store konsekvenser for en pasients kroppsbilde (Klinge m. fl. 2009:2286). Det kan derfor være viktig at man unngår å lage pleieplaner om tar utgangspunkt i hvor store skader pasienten har i forhold til hvor store plager pasienten kan oppleve. Dette kan føre til at pasienter med mindre skader blir oversett. Rumsey m. fl (2004:450) skriver at det er stor grunn til bekymring dersom størrelse og alvorlighetsgrad av skaden blir definert som "risikopasienter" for å utvikle psykologiske tilpasningsvansker, ettersom at det er klare funn som tilsier at pasienter med mindre skader har vanskelig for å tilpasse seg et forandret kroppsbilde.

### **5.3 Kroppspresentasjon**

Når det er ubalanse mellom kroppsidealet og kroppsjrealiteten, kommer kroppspresentasjonene inn for å gjenskape balansen mellom disse to komponentene. Kroppspresentasjon er hvordan kroppen blir presentert for det ytre miljøet (Price 1990:587). Ubalanse mellom komponentene oppstår når pasienten er ute av stand til å tilpasse seg forandringene (McRobert 2012:28). Det å for eksempel dekke til den skadde delen med klær (Dahl m. fl 2012:598) kan sees på som et forsøk på å gjenskape balanse mellom kroppsjrealitet og kroppsideal. Dette er likevel ikke en hensiktsmessig måte å håndtere situasjonene på, ettersom funnene i denne artikkelen sier at disse personene har problemer med isolasjon (ibid:598).

Rumsey m. fl. (2004:451) skriver at allerede fra begynnelsen av bør spørsmål om psykososiale problemer inngå som en del av vurderingen og identifisering av gjeldende problemstillinger. Dette kan bli gjort gjennom en rekke aktiviteter som for eksempel å øve seg på å svare på vanskelige spørsmål ("Hva har skjedd med ansiktet ditt?") til å forberede seg på utfordrende situasjoner som å gå på i butikker, gå til frisør og å dra til svømmehallen (Clarke 1990, 2000 referert fra Rumsey 2004:451). For at slike tiltak skal ha effekt er det her viktig at man har en personlig tilnærming til pasienten. Ved at sykepleier bruker en holistisk tilnærming til pasientene sikrer en at alle aspekter ved mennesket blir ivaretatt. Slike tiltak vil i seg selv være bygget på et holistisk menneskesyn, fordi man her ser mennesket som mer en såret og hvordan dette kan behandles medisinsk, men også har øyne for hvordan dette

påvirker menneskets fysiske, psykiske, åndelige og sosiale dimensjon (Brinchmann 2008:26-27). Med trening og tilgang til passende resurser, kan helsearbeidere enkelt bli utrustet til å håndtere mer effektivt med problemer knyttet til psykososial rehabilitering. (Reeve m.fl. 2009:1043).

Dette støttes av MacGinley (1993:1101) som skriver at pasienten også bør være involvert i deres egen pleieplan med tanke på forandret kroppsbilde. Tiltak i disse situasjonene hvor pasienten opplever en ubalanse mellom sitt kroppsideal og kropprealitet kan her være *støttende pleie, pasientopplæring og rådgiving* (Price 1990:589). Disse tiltakene kan for eksempel bli gjennomført ved at sykepleier hjelper pasienten til gradvis eksponering. Prinsippet her er at pasienten beveger seg fra et beskyttet miljø (for eksempel sitt rom på sykehuset) til et ubeskyttet miljø med støtte fra sykepleieren. Man begynner gjerne med å kjenne på det skadde området, til å bruke speil, for deretter å gå til en butikk på sykehuset. Etterpå kan pasient og sykepleier snakke sammen om hans/hennes følelser og reaksjoner som ble opplevd av andre mennesker. Her må sykepleieren vurdere pasientens mestringsstrategier. Sykepleieren må være tilgjengelig for at pasienten skal kunne snakke med hen/henne. Sosial eksponering bør være planlagt før utskrivelse (MacGinley 1993:1101).

#### ***5.4 Mestringsstrategier***

MacGinley (1993:1100) skriver om forskjellige forsvarsmekanismer for personer med forandret kroppsbilde. Videre er hun klar på at sykepleier må kunne kjenne igjen de forskjellige mekanismene, og hvordan hun skal forholde seg til dem. Klinge m. fl. (2009:2285) finner at personer med spesifikke personlighetstrekk har vanskeligere for å tilpasse seg de kroppslige forandringene de opplever. Personlighetstrekk preget av pessimisme, negative følelser, introvert personlighet, og bruk av fornektelse som mestringsstrategi var alle strategier eller trekk forbundet med dårlig tilpasningsevne. Det at sykepleier er i forkant av disse problemene er viktig for den videre utviklingen til pasienten. Klinge m. fl. (2009:2289) skriver at dersom psykologiske symptomer identifiseres tidlig, er det mindre sannsynlig at de blir kroniske og invalidiserende. Å ha en proaktiv innstilling til disse problemene med for eksempel sosial trening og konkrete målsettinger, kan utstyre pasientene til å ha verktøy for å klare å mestre psykologiske problemer forbundet med brannskader (ibid:2285). Her kan man trekke inn alle de fem sykepleieintervensjonene Price skriver om. *Forebyggende pleie* vil starte allerede før pasienten selv har sett skaden

(1990:589), for eksempel i hvordan sykepleier uttrykker seg non-verbalt og verbalt (MacGinley 1993:1101). Videre vil *støttende tiltak, pasientopplæring og rådgiving* her være viktige tiltak fordi man her prøver å komme "på innsiden" av pasientens tanker, og kanskje klare å hjelpe pasienten til å se ting i et annet perspektiv. Her er det også svært viktig å *opprette kontakt med sosialt støttende grupper/familie* (Price 1990:589), dette vil jeg komme mer inn på under punkt 5.6

Informanter i Dahl m. fl (2012:601) beskriver hvordan det var nødvendig å finne sin egen måte å takle traumet. Man måtte finne sin egen måte å ta del i behandlingen, for eksempel hvordan man kunne klare å bevege seg i sengen, forberedelser før man skulle dusje og hvordan man skulle stille sårene på egenhånd. Å ta ansvar for sin egen trening og behandling var små oppgaver som tok oppmerksomheten bort fra smerte og sykdom. Informantene ga uttrykk for at de virkelig ville være aktive deltakere i alle aspekter av pleien, og de utfordret seg selv hver dag, selv om det kunne medføre smerte. Sykepleier bør her oppmuntre og støtte pasienten i å finne sin egen måte å takle situasjonen på, da funnene i denne artikkelen viser at positive tilbakemeldinger fra personalet var noe som var med på å styrke selvfølelsen (ibid:601).

Andre informanter opplevde at ved å få en distanse til traumet de hadde vært gjennom, hjalp dem til å se det i et nytt perspektiv. Pasienter prøvde delvis å glemme det som hadde skjedd, dette var nødvendig for å tilpasse seg livet i etterkant. De beskrev at et branntraume var en lang tilhelingsprosess med sår og smerte, og prøvde ikke å fornekte at det hadde skjedd. Det man hadde overlevd ga dem nye perspektiver på livet, og noen beskrev at de var nå mindre bekymret og viste mer respekt for andre mennesker. Mange informanter beskrev at de ikke tok livet for gitt, og ville ikke bruke energi på uviktige saker, men prøvde å være mer tilstede og at det var mer viktig å ha gode og nære forhold til dem de var glade i.

"[...] Life can change fast and you don't know anything about it when you go out the door. Many people have problems and they are wasting energy at unimportant things and fighting with their loved ones... you have to try to live more in the present and create good relationships instead." (Dahl m. fl. 2012:599-600).

De informantene som var delaktige i sin mestring av problemene, som prøvde å løse dette ved å være involverte og påvirke rehabiliteringsplanen på et tidlig stadium syntes å klare seg bedre etter utskrivelse. De fortsatte å være aktive, snakke om det som var vanskelig med de

som stod de nær, reflekterte rundt livet og følte de hadde fått nye muligheter for å skape et bedre liv. De informantene som unngikk å se på sin egen kropp, ignorerte pleieplanen, prøvde å stenge ute smerter og unngikk å tenke på hva som hadde skjedd, følte seg maktesløse. De følte seg bitter, og hadde vanskeligheter med å tilpasse seg livet i ettertid. Disse pasientene uttrykte mer angst og håpløshet i ettertid (ibid:602). Her ser man at det Antonovsky skriver om mestring og å finne en ny mening i tilværelsen stemmer overens med responsen fra disse pasientene. Antonovsky ville finne ut hva som skapte grobunn for god helse (Antonovsky 2012:16), Ved å se på funnene i denne artikkelen (Dahl m. fl 2012) ser man at ved å være delaktig i sin mestringsprosess i stedet for å unngå problemene, kan gi en positiv effekt.

Utfordringen er å bruke denne kunnskapen til de pasienter som har vanskelig for å finne mening og håp. MacGinley (1993:1098) skriver at sykepleier må være delaktige i pasientens prosess mot å finne en måte å mestre den forandrede kroppen. De må også være særlig oppmerksom på de pasienter som er i størst faresone for ikke å mestre et forandret kroppsbilde. Her er sykepleiers ferdigheter viktige. Ved å bygge et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier, at sykepleier er empatisk og kan leve seg inn i pasientens problemer og ved bruk av berøring, kan pasienten få hjelp til å mestre den forandrede kroppen. Sykepleier bør her være i stand til å gjenkjenne pasientens sorgreaksjoner, og ha kunnskap om hvordan hun/han skal møte disse. Som jeg var inne på under punkt 5.2 bør også eksponering være planlagt før utskrivelse (ibid:1101).

Noen informanter fortalte om hvor mye det ble satt pris på når noen hadde tid til å holde dem med selskap, berøre dem og holde deres hånd. Dette lettet ensomheten de følte på og hjalp dem å ha fokus på noe annet en smerte. Det at noen kom bare for å snakke litt kunne hjelpe. Helsepersonellet ble sett på som omsorgsfulle, kompetente og at de tok seg god tid når de skulle skifte bandasjer. Det at noen ga litt "ekstra" ble satt stor pris på og ga pasientene følelse av respekt og at de var individuelle personer. Det ble satt pris på at pasienten fikk velge sine egne klær, bli gitt en massasje eller hjelp til å få barbert seg (Dahl m.fl., 2012:600).

Å jobbe med mennesker som har fått brannskader er utfordrende også for sykepleiere, og man blir selv utfordret på egne tanker rundt kropp og utseende. For at sykepleier skal kunne møte pasienten og støtte opp under hans/hennes mestringsmåter må sykepleier ha kunnskap om temaet. Det at forskning viser at en del pasienter opplever å ha fått et nytt perspektiv på livet kan være oppløftende både for pasienter og for sykepleier. Wikehult (2008:1928) har

undersøkt brannskadepasienters opplevelser av pleien de mottok mens de var innlagt på sykehus. Selv om funnene her viser at pasienter stort sett var fornøyde med pleien de mottok, viser funnene at det også er rom for forbedring. 31% av pasientene svarte for eksempel "ja" på spørsmål om de følte at de var til bry på den avdelingen de var plassert på (ibid:1925). Her kan strukturerte diskusjoner mellom sykepleiere være et godt tiltak. Målet vil her være å forbedre empatisk samtaleform mellom sykepleiere og pasienter, og at det her skal være et rom for å snakke om negative emosjonelle opplevelser (ibid:1928).

### ***5.5 Støtte fra familie og sosiale nettverk***

I artikkelen "Psychological adjustments made by postburn injury patients: an integrative literature interview" er ett av hovedtemaene effekten av å ha et støttenettverk. Inntil nylig ble fysiske symptomer betraktet som utslagsgivende for psykiske utfall etter en brannskade, men forfatterne av denne artikkelen trekker frem flere studier som viser at det å ha et støttende nettverk har en tydelig sammenheng med bedre tilpasning i etterkant av brannhendelsen (Klinge m. fl 2012:2286).

Som jeg var inne på under punkt 5.3 ville ikke en av informantene at hans kone eller barn skulle se han på sykehuset. Han følte det var bedre å ha familien på avstand, og mente at det var for traumatisk for dem å se han slik som han så ut (Dahl m.fl., 2012:599). Som sykepleier må man alltid møte pasienten, og respektere hans avgjørelser. Price (1990:589) skriver at sykepleier på ingen måte må diktere for pasienten hvordan han skal takle den forandrede kroppen, men kanskje kunne det være en hjelp for denne pasienten å snakke med en sykepleier om dette, da det senere viste seg at denne pasienten hadde mer smerter, og vanskeligere for å tilpasse seg livet etter utskrivelse. (Dahl m.fl., 2012:599). Som sykepleier kan man ha betydelig kunnskap, og dette kan være til hjelp dersom dette blir videreformidlet til pasientene. Det kommer en tid etter innleggelsen, og for at overgangen skal bli så lett som mulig, ser man at det er viktig å innlemme familie i denne prosessen, da familie er de som først og fremst kommer til å være der for pasienten i ettertid (Klinge m. fl. 2009:2286, Rumsey m. fl 2004:451).

Informanter i Dahl m. fl (2012:603) forteller at den lange tilhelingsprosessen skaden fører med seg kan gi en følelse av å være alene og isolert. Det at noen "bare er der" kan ha en betydelig positiv effekt. Informanter uttrykker et sterkt behov for å snakke og dele med andre



bekymringer de har. Noen ganger var man bekymret for å være en for stor belastning for familie og venner. Helsepersonellet er først og fremst med pasienten i perioden fra de kommer på sykehuset til de blir utskrevet. Dette er den perioden hvor fysiske og psykologiske effektene av en fersk skade er mest alvorlige. Forfatterne av denne artikkelen (ibid:603) mener at strategier for å styrke pasienters kommunikasjon må være en integrert del av sykepleiers opplæring for at sykepleierne skal kunne hjelpe pasientene i denne utfordrende fasen. Sykepleiers tilstedeværelse i og oppmerksomhet på pasienters vanskeligheter med å tilpasse seg et nytt kroppsbilde kan være helt avgjørende (MacGinley 1993:1098). Jo mer gjennomgående pasientene følte at de ble støttet, jo mindre følte de at tilstanden var synlig for andre, de var mindre bekymret for hva andre skulle tenke, og desto mindre følte de at tilstanden var synlig for andre. Dette gjorde at de følte de mestret situasjonen de sto i (Rumsey m. fl. 2004:450).

I noen tilfeller kan kanskje familie og pårørende være for ivrige for å hjelpe eller beskytte den skadde. Dette kan komme i konflikt med pasientens eget ønske om å klare ting på egenhånd, noe som er viktig for å oppleve at man mestrer. Dette understrekes i artikkelen skrevet av Moi m. fl (2008:283). Her er det kanskje behov for at sykepleier underviser pasienten og gir råd om at det er viktig at man er tydelig overfor familie og pårørende.

I de fleste artiklene jeg bruker har viktigheten av å ha et godt og fungerende nettverk kommet opp (Dahl m. fl. 2012, Klinge m. fl. 2009, Moi m. fl. 2008 og Rumsey m. fl 2004). En minimum standard på alle avdelinger bør være telefonnummer til støtteorganisasjoner plassert hvor det er lett å få tilgang til det. I tillegg bør det være selv-hjelpsinformasjon tilgjengelig i avdelingen (Rumsey m. fl. 2004:451). Som jeg har vært inne på tidligere, må sykepleier være spesielt oppmerksomme på de som er i faresone for å ha vanskelig for å tilpasse seg et nytt kroppsbilde, og de som ikke har et fungerende nettverk rundt seg. Sykepleier kan kanskje i slike situasjoner gi spesifikke tips til pasienter om hvilke organisasjoner pasient kan ta kontakt med, og hjelpe dem med å finne et tilbud sykepleier tenker hadde vært passende for den enkelte pasient. Prices (1990:589) sykepleieintervensjon *å opprette kontakt med familie/støttende nettverk* er her viktig å anerkjenne. I dette ligger det et ansvar på sykepleier. Sykepleier bør gjøre det mulig og oppfordre til at familie skal kunne komme på besøk, og sykepleier må inkludere familien i tiden på sykehuset. Sykepleier må også være observant på pasienter som ikke har et støttende nettverk. Her kan sykepleier oppfordre pasienten til å ta

kontakt med støttegrupper, og kanskje selv komme med konkrete tips om hvor de kan henvende seg.

## 6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg tatt for meg de psykiske følgende brannskader kan ha for pasienter og hvordan sykepleier kan bidra til at pasienter mestrer utfordringene med å leve med et forandret kroppsbilde. Jeg har gjennom litteratursøk funnet frem til seks artikler jeg mener har vært spesielt relevant for min oppgave.

Et holistisk menneskesyn sikrer at alle aspekter av mennesket blir ivaretatt. Dette er særlig viktig fordi man ser at brannskadepasienter kan utvikle psykologiske tilpasningsvansker i ettertid av brannskaden. Dette er funn som støtter opp under at brannskadepasienter ikke bare trenger oppfølging i forhold til skaden som sådan, men også på det psykiske, åndelige og sosiale plan. Det å ha en salutogen tilnærming til pasientene handler om å finne ut hvor på kontinuumet pasienten befinner seg, og dette må gjøres ved å inkludere hele mennesket med sin historie, herunder skaden. Antonovskys teorier om helse og et holistisk menneskesyn ligger som et bakteppe for hele oppgaven. I møte med brannskadepasienters problemer knyttet til kroppsbildeproblematikk var det også behov for litteratur som gikk mer spesifikt inn på dette. Her har Prices kroppsbildemodell og artikkelen av MacGinley være til stor hjelp.

*Hovedtrekkene i funnene i forskningen var at:*

Brannskaden førte med seg forandringer både for pasientens utseende, men også kroppslige forandringer som smerte, kløe, varmfølelse, kuldefølelse og andre symptomer som kunne være forstyrrende og problematisk i dagliglivet.

Pasienter mestrer brannskadene forskjellig. Sykepleier må her møte pasienten på bakgrunn av den kunnskap hun har, men må alltid være bevisst på å ikke diktere for pasienten hvordan han/hun skal mestre sine utfordringer.

Flere funn viser at selv relativt små brannskader kan få store konsekvenser for pasientens kroppsbilde.

Kontakt med familie og støttende nettverk ble i artiklene trukket frem som svært viktig for pasientenes mestringsevner.

Brannskaden førte for noen til at man fikk et nytt perspektiv på livet, og det ble viktigere for dem å ha gode og nære relasjoner.

*Hovedpoengene for sykepleiepraksis er at:*

Sykepleiere må være bevisste i forhold til sine non-verbale og verbale uttrykk, da pasienter ofte er var for hvordan sykepleieren uttrykker seg.

Det å støtte pasienten til å gradvis eksponere seg for et utrygt miljø kan hjelpe pasienter til å bli utstyrt med verktøy som kan være hjelpsomme i tiden etter sykehusoppholdet.

En pleieplan basert på at store skader gir større vansker med å tilpasse seg et forandret kroppsbilde er bekymringsverdig, og støttes ikke i den litteraturen jeg har brukt i oppgaven.

Sykepleier bør oppfordre familie/pårørende til og gjøre det mulig for disse å ta del i pasientens tid på sykehuset. Dette kan skape en bro mellom tiden på sykehuset og tiden etter utskrivelse.

Sykepleiere blir selv utfordret på sitt eget kroppsbilde i møte med brannskadepasienter. Funn i artiklene viser at ved å ha strukturerte samtaler sykepleiere imellom, kan ha en positiv effekt, og mulig være med på å gi pasienter bedre pleie. Dersom man skulle gått nærmere inn på dette er det nødvendig med videre forskning på dette området.

Sykepleier må være observant på pasienter som ikke har et støttende nettverk rundt seg. En hjelp til disse pasientene kan være å ta kontakt med andre støttegrupper for brannskadepasienter.

## 7 Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Birdsall, C. og Weinberg, K. (2001). Adult Parents Looking at Their Burn Injuries for the First Time. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*. 22(5): 360-364. Hentet fra CINAHL.
- Bjørk, I. T. og Breievne, G. (2011). Kropp og velvære. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, E. og Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie 2*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bunkholdt, V. (2002). *Psykologi – en innføring for helse- og sosialarbeidere*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Dahl, O., Wickmann, M. og Wengström, Y. (2012). Adapting To Life After Burn Injury – Reflections on Care. *Journal of Burn Care & Research*. 33 (5): 595-605. doi: 10.1097/BCR.0b013e31823d0a11
- Dalland, O. (2012). *Metode- og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H. og Eide, T. (2005). *Kommunikasjon i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Eide, H. og Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fredriksen, K. og Beedholm, K. (2012). Litteraturreviev. I: Glasdam, S. (red.). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Hall, B. (2012). Care for the Patient With Burn in the Trauma Rehabilitation Setting. *Critical Care Nurse Quarterly*. 35(3):272-280. doi: 10.1097/CNQ.0b013e3182542cdb
- Hørmann, E. (2012). Litteratursøgning. I: Glasdam, S. (red.). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Klinge, K. m.fl. (2009). Psychological adjustments made by postburn injury patients: an integrative literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 65(11):2279-2292. doi: <http://ezproxy.diastud.no:2079/10.1111/j.1365-2648.2009.05138.x>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Helse og sykdom. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, E. og Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie 1*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- MacGinley, K. J. (1993). Nursing care of the patient with altered body image. *British Journal of Nursing*. 2 (22):1098-1102. Hentet fra CINAHL.

Mathiesen, J. (2010). Sykepleie ved brannskader. I: Almås, H., Stubberud, D-G. og Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 2*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

McRobert, J. (2012). The psychosocial impact on patients with altered body image from burns. *British Journal og Community Nursing*. dec:27-30. Hentet fra CINAHL.

Moi, A. L., Vindenes, H. A. og Gjengedal, E. (2008). The experience of life after burn injury: a new bodily awareness. *Journal of Advanced Nursing*. 64(3):278-286 doi: <http://ezproxy.diastud.no:2079/10.1111/j.1365-2648.2008.04807.x>

Nakstad, A. R. m.fl. (2011). Skader og forgiftninger. I: Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red.). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Odland, L-H. (2008). Menneskesyn. I: Brinchmann, B. S. (red.). *Etikk i sykepleien*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Opdahl, H. (2012, 31. januar). *Brannskade*. Store norske leksikon. Hentet 27.02.2014 fra <http://snl.no/brannskade>.

Price, B. (1990). A modell for body-image care. *Journal of Advanced Nursing*. 15(5): 585-593. doi: <http://ezproxy.diastud.no:2079/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01858.x>

Reeve, J., James, F. og McNeill, R. (2009). Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns. *Journal of Advanced Nursing*. 65(5):1039-1043. doi: 10.1111/j.1356-2648.2009.04964.x

Rumsey, N. m.fl. (2004). Altered body image: appearance-related concerns of people with visible disfigurement. *Journal of Advanced Nursing*. 48(5):443-453. doi: <http://ezproxy.diastud.no:2079/10.1111/j.1365-2648.2004.03227.x>

Trollvik, A. (2011). Barn som har astma. I: Lerdal, A. og Fagermoen M. S. (red.). *Læring og mestring*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Vifladt, E. og Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk – Samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring

Wikehult, B. m.fl. (2008). Evaluation of negative emotional care experiences in burn care. *Journal of Clinical Nursing*. 17:1923-1929. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02302.x