

# Läker tiden alla sår?

- En litteraturstudie om livskvalitet efter brännskador mätt med The Burn Specific Health Scale- Brief

---

Does time heal all wounds?

- A literature review about quality of life after burns measured by The Burn Specific Health Scale- Brief

---

Sandra Andersson

Sofia Nyhlén

---

Fakulteten för Hälsa, natur- och teknikvetenskap

---

Omvårdnad/Sjuksköterskeprogrammet

---

Grundnivå/ 15 hp

---

Handledare Angelica Fredholm

---

Examinerande lärare Monica Björkström

---

2015-11-20

---

## Sammanfattning

**Titel:** Läker tiden alla sår? - en litteraturstudie om livskvalitet efter brännskador mätt med The Burn Specific Health Scale- Brief

**Title:** Does the time heal all wounds? - A literature review about quality of life after burns measured by The Burn Specific Health Scale- Brief

**Fakultet:** Fakulteten för Hälsa, natur- och teknikvetenskap

**Institution:** Institutionen för Hälsovetenskaper

**Ämne:** Omvårdnad

**Kurs:** Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, grundnivå

**Författare:** Sandra Andersson och Sofia Nyhlén

**Handledare:** Angelica Fredholm

**Sidor:** 36

**Nyckelord:** Brännskador, Omvårdnad, The Burn Specific Health Scale- Brief och livskvalitet

**Introduktionen:** I Sverige brännskadas ca 20 000 människor om året. Livskvalitet anses vara olika för olika individer. För att bedöma livskvalitet efter en brännskada används The Burn Specific Health Scale- Brief (BSHS- B) som är ett brännspecifikt bedömningsinstrument. **Syfte:** Syftet med litteraturstudien var att beskriva patienters upplevelser av livskvalitet efter en brännskada när livskvalitet bedömts med hjälp av The Burn Specific Health Scale- Brief. **Metod:** En litteraturstudie genomfördes med hjälp av en modifierad niostegsmodell efter Polit & Beck (2012). Artiklarna granskades noggrant enskilt och tillsammans av författarna. Tio artiklar skulle forma resultatet. **Resultat:** Artiklarna analyserades utifrån domänerna *Simple Abilities, Hand function, Work, Heat Sensitivity, Treatment Regimens, Body Image, Affect, Interpersonal Relationship* och *Sexuality* som tillsammans bygger upp BSHS-B. Resultatets teman i denna litteraturstudie är uppbyggt med samma domäner. Mellan 2-7 år efter brännskadan skattades livskvaliteten som högre, det var få individer som hade svårigheter med handfunktionen och män hade något lättare att återgå till arbetet. Även värmekänsligheten skattades med stora svårigheter. Hälften av studierna visade att deltagarna hade en negativ kroppsuppfattning och att relationen till familjen inte var påverkad i så stor utsträckning. Sexualiteten hos män var mindre påverkad av brännskadan än hos kvinnor. **Slutsats:** Förmågan att arbeta och tiden efter brännskadan påverkar livskvaliteten. Kvinnor upplevde att sexualiteten, värmekänsligheten och arbetet påverkades mer negativt av brännskadan än vad män gjorde.

## **Innehållsförteckning**

<b>1. Introduktion.....</b>	<b>4</b>
1.1 Brännskador.....	4
1.2 Omvårdnad och det holistiska perspektivet.....	4
1.3 Vårdteamets roll och konsekvenser för patienten.....	6
1.4 Upplevelse .....	6
1.5 Livskvalitet & hälsa.....	7
1.6 The Burn Specific Health Scale- Brief (BSHS-B) .....	7
1.7 Problemformulering.....	8
1.8 Syfte.....	8
<b>2. Metod.....</b>	<b>9</b>
2.1 Inklusions- & Exklusionskriterier .....	9
2.2 Litteratursökning och urval .....	9
2.3 Databearbetning/ analys .....	12
2.4 Etiska ställningstaganden .....	12
<b>3. Resultat.....</b>	<b>13</b>
3.1 Simple Abilities .....	13
3.2 Hand Function .....	14
3.3 Work .....	14
3.4 Heat Sensitivity.....	15
3.5 Treatment Regimens.....	15
3.6 Body Image.....	16
3.7 Affect.....	17
3.8 Interpersonal Relationships .....	17
3.9 Sexuality .....	18
<b>4.0 Diskussion .....</b>	<b>19</b>
4.1 Resultatdiskussion .....	19
4.2 Metoddiskussion.....	21
4.3 Klinisk betydelse .....	22
4.4 Förslag till fortsatt forskning .....	22
4.5 Slutsats.....	22
<b>5. Referenslista.....</b>	<b>.....</b>

## **Bilaga 1: Artikelmatris**

## **1. Introduktion**

I Sverige är det ca 20 000 människor som brännskadas per år (Sjöberg & Östrup 2002). Brännskador är ett av de viktigaste hälsorelaterade problem vi har i världen som ofta leder till lång sjukhusvistelse höga kostnader för både patient, familj och samhälle (Elsherbiny et al. 2011). Enligt WHO (2014) inträffar ca 265 000 dödsfall på ett år på grund av brännskador. År 2004 brännskadades 11 miljoner människor världen över så allvarligt att de var tvungna att uppsöka läkarvård.

Brännskador är ett trauma för både kropp och själ oavsett hur omfattande skadorna är (Sutcliffe 1994). De kan leda till psykiska åkommor och de vanligaste är depression och posttraumatisk stressyndrom (Willebrand et al. 2004). Därför är det viktigt att som sjuksköterska vara lyhörd (Moi et al. 2006) och att se hela människan och inte bara brännskadan (Nordenfelt 2004).

Allt förändras för dessa patienter. Från att veta vem man är till att inte känna igen personen i spegeln skapar en stor sorg och bryter ned självkänsla och det psykiska välmåendet, därför är betydelsen av sjuksköterskans insatser viktig (Hall 2005).

### **1.1 Brännskador**

Brännskador kategoriseras beroende på vad som orsakat dem. Det är skador som uppstått på grund av hög värme, direktkontakt med värmekällan så som kontakt med varma föremål, varm vätska eller lågor och så vidare. Det finns även brännskador som uppstår om personen inte är direkt ansluten till värmekällan så som strålning, köldpåverkan och värmen från lågor. Skadan kan vara orsakad av elektricitet, en så kallad elektrisk brännskada eller av kemikalier, en så kallad kemisk brännskada (Chipp et al. 2008).

Brännskador delas in i olika svårighetsgrader beroende på orsak, hur stor del av kroppen som är skadad och hur djup skadan är (Vaagbø 2005). Skadans storlek anges oftast i procent av den totala kroppsytan och alla skador räknas med utom de ytliga överhudsskadorna (Socialstyrelsen 2008). Brännskada i epidermis kallas överhudsskada. Huden blir röd och eventuellt lite svullen. Smärtan och obehaget efter en ytlig brännskada går oftast över inom något dygn. Då försvinner hudrodnaden och epidermis kan senare fjällas av. Detta lämnar inga bestående ärr. När brännskadan går ner i dermis kallas den för delhudskada med två indelningar: Ytlig delhudskada som vanligtvis läker spontant och djup delhudskada som kräver kirurgiska ingrepp. Huden blir då röd och ömmande, svullnar snabbt och vätskefyllda blåsor utvecklas i det brända hudområdet. Denna typ av brännskada ger ofta intensiva smärtor eftersom att hudens känselreceptorer stimuleras av skadan och kan ge upphov till ärrbildning. Brännskada som omfattar alla hudlagren och kan vara så djup att organen under huden skadats kallas för fullhudskada. Patienter med fullhudskada har inga smärtor och igen känsel i den skadade delen eftersom känselreceptorerna i läderhuden är förstörda. Dock kan starka smärtor i sårkanterna och runt om skadan uppkomma (Vaagbø 2005; Socialstyrelsen 2008).

### **1.2 Omvårdnad och det holistiska perspektivet**

Omvårdnad är både ett yrkesområde, det vill säga en profession och ett akademiskt ämne som utgörs av erfarenhetsbaserade, vetenskapliga, etiska och estetiska kunskaper (Perry 1985). Eriksson (1997) beskriver att vårdandet är ett naturligt beteendemönster hos människan och innefattar hela människan, det vill säga kropp, själ och ande. Vårdandet utgörs av tre element

där det första är att ansa. Det kännetecknas av närhet, beröring och värme och att man vill någon annan väl. Det andra är att leka, ett uttryck för hälsa som hör till ett naturligt beteendemönster och några begrepp som hör där till är övning, prövning och önskan. Det tredje sista elementet är att lära som utgörs av livets, varandets grunddimensioner. Att hjälpa patienten uttrycka sin frustration, rädsla, ilska och så vidare innebär att vårdaren behöver ha ett konstruktivt förhållande till patienten. Enligt Eriksson (1997) utgör omvårdnaden den mest primära formen av vårdande, en sjuksköterska har hjälpt patienten att tillgodose dennes behov. Det kan vara hjälp med hygien, att komma till ro eller något annat.

Allmän omvårdnad beskrivs som oberoende av medicinsk sjukdom och specifik omvårdnad som beroende av sjukdom. Omvårdnaden kan utgå från olika delar så som personens önsknings, förmågor, mål, värderingar, känslor, fysisk miljö och socialt stöd (Gustavsson & Willman 1999). Omvårdnaden ska ske på personnivå och utgå från människan som enhet. Människan har förmåga att göra egna val och ta ansvar och betraktas därför som en fri individ. Omvårdnadsvetenskapen betraktar människan som unik och hon skall bemötas individuellt utefter sina egna förutsättningar (Willman 1996; Gustavsson & Willman 1999).

Gott bemötande, att behandla patienterna som personer, att visa respekt, skydda dem i deras sårbarhet, erbjuda känsla av trygghet, lugna och trösta anhöriga och upprätthålla integriteten är centrala delar i all omvårdnad (Benner 1999). Relationen mellan patient och sjukvårdspersonal är viktig då det kan bidra till minskad spänning och rädsla men kan även orsaka det motsatta (Granberg et al. 1998). För att öka tillfredsställelse med vården krävs en fysisk närvaro från sjuksköterskan vilket också bygger upp förtroendet för både patient och anhörig (Walters 1995).

Sjöberg (2002) beskriver att omvårdnaden av brännskador är en av målsättningarna att patienten skall uppleva så stort välbefinnande som möjligt samt känna kontroll över sin egen situation. En primär åtgärd är att säkra luftvägarna och övervaka vitalparametrarna. Patienten övervakas av personal 24 timmar om dygnet där kontroll av medvetande, puls, blodtryck och urinproduktion sker varje timme. Patienten behandlas och övervakas i enkelrum med sluss på grund av infektionsrisken. Vid stora brännskador förloras även stora mängder vätska vilket kan leda till brännskadechock. Det är därför viktigt att återställa vätskebalansen så tillräcklig urinproduktion kan upprätthållas. Även näringen är av stor betydelse för att patienten skall kunna läka skadorna men också för överlevnaden. Vid en brännskada skadas huden, ger upphov till feber och infektion samt ökade stresshormoner och det orsakar en ökad ämnesomsättning (Sjöberg 2002). Smärtan är en central del av brännskadorna och det gör att även smärtlindringen är det (Latarjet 1995). Det är inte bara vid skadetillfället som smärta upplevs utan även vid behandling och mobilisering (Raymond et al. 2001). Vanligt i dessa tillstånd är att kontrakturer uppkommer, därför är smärtbehandlingen viktig i samband med sjukgymnastik (Hawthorn 1999). En annan typ av omvårdnad som både sjuksköterskor och undersköterskor fått en speciell kompetens inom är sårvård. Behandlingen kan vara komplicerad på grund av att det finns många typer av sår. Vidare är bibehållandet av funktion och främja läkningen viktig. Det görs genom att behandla och förebygga infektioner, förebygga nekrotisk vävnad och transplantatförlust. Att hjälpa till med den dagliga hygien är också av stor vikt (Gordon & Marvin 2007).

Nordenfelt (2004) beskriver det holistiska perspektivet genom att se människan som helhet, inte bara en del av henne. Det handlar om människans grundläggande engagemang för sin hälsa och centrala delar i denna teori är välbefinnande, smärta och arbetsförmåga. Utseendet och den inre funktionen (organen) är egentligen oviktigt om det inte ansvarar för hennes

hälsa/ohälsa och att hon kan påverka det. Hälsa och sjukdom påverkar människans handlingsförmåga i en social kontext. Perspektivet betonar två förhållanden. Det första är känslan av välbefinnande (hälsan) och känslan av lidande (ohälsan). Det andra är förmåga till handling eller oförmåga till handling. Allt hänger samman, att känna sig stark ökar handlingsförmågan medan till exempel ångest, depression och smärta bidrar till att sänka handlingsförmågan. Det är dock inget som utesluter det andra, en individ kan vara invalidiserad och trots det vara helt handlingsförmögen (Nordenfelt 2004).

### **1.3 Vårdteamets roll och konsekvenser för patienten**

Sjuksköterskans roll i omvårdnaden kring brännskador spelar en stor roll för hur patienten senare kommer att må både fysiskt och psykiskt. Det är han/hon som har hand om samordningen mellan olika instanser och fungerar som en advokat och lärare för både patient och anhörig samt hjälper patienten att bygga upp självförtroendet på nytt igen.

Enligt Moi et al. (2006) beror symtom och konsekvenser på skadans omfattning och vid en fullhudskada genomgår patienten tre faser i den fysiska läkningsprocessen. Första fasen heter akutfasen och varar från olyckstillfället tills att tillståndet har stabiliserats. Patienten kan få konsekvenser som andningsbesvär, cirkulationssvikt och svåra intensiva smärtor. Andra fasen kallas för behandlingsfas och omfattar sårbehandling och infektionsförebyggande åtgärder som är understödande av kroppens läkningsprocess med till exempel god näring. Sista fasen, rehabiliteringsfasen, är den funktionella och kosmetiska återuppbyggnaden. Enligt Hall (2005) är det viktigaste i det akuta skedet att främja sårhäkningsprocessen av brännskadan och att undvika infektioner. Det görs genom att patienten dagligen behandlas i ett speciellt rum som är konstruerat för infektionskänslighet. Rehabiliteringen har en stor betydelse för patientens hälsa. Redan på akutmottagningen är sjukvårdspersonal med från rehabiliteringsteamet för att så tidigt som möjligt bli involverad i patienten. Det görs också för att patienten ska kunna finna tröst i att all personal samarbetar för att utgången ska bli optimal. Patienten kan då känna mer tilltro till teamet eftersom de varit med från början. Smärtstillande är något som är av stor vikt i vården av brännskadade. Tengvall et al (2006) skriver att den dagliga omvårdnaden ska innehålla bedömningar av skadan samt att patienten ska få tillfredställande smärtlindring. Enligt Hall (2005) har regelbunden smärtlindring stor betydelse för sårvården, den fysiska aktiviteten men även det psykiska välmåendet. Grundtanken är ofta att smärta i största utsträckning är fysisk men vid just denna typ av skada är också smärtan psykisk.

Patienter som varit med om en brännskada kan uppleva både psykiska och känslomässiga reaktioner. Det kan ta lång tid för patienterna att komma över skadan/skadorna och därför är det viktigt att som sjuksköterska vara lyhörd och uppmärksam när patienten väljer att berätta om upplevelsen (Moi et al. 2006). Depression är bland de vanligaste psykiska åkommorna som brännskadade individer drabbas av. Det är då viktigt att sjuksköterskan ser patientens behov av att prata om traumat och även tar kontakt med en psykolog som regelbundet har samtal med patienten. Vanställande ärr är något som skapar en stor sorg hos patienterna och det gör också att bilden av dem förändras då de inte ser ut som de gjort innan. Sjuksköterskan hjälper då till med att bygga upp patientens självbild genom att ha en positiv attityd och stötta patienten (Hall 2005).

### **1.4 Upplevelse**

En upplevelse är personlig och det är bara individen själv som kan berätta hur upplevelsen yttrar sig. Grunden för upplevelsevärlden är att människan är medvetande och

självmédvetande. Människan har ett djupt medvetande som innebär att den upplever ett möte med sig själv där önskan, hopp och förändring hela tiden utvecklas (Eriksson 1991).

## **1.5 Livskvalitet & hälsa**

Världshälsoorganisationen WHO (1997) definierar livskvalitet som en individs upplevelse av sin egen livssituation gentemot egna värderingar, intressen, mål och normer. Det är ett omfattande begrepp som influeras av individens psykiska, fysiska och sociala tillstånd samt egna åsikter och grad av självständighet. Murphy et al. (2008) menar att livskvalitet är när en individ har psykisk och fysisk hälsa samt känslomässigt, ekonomiskt och praktiskt stöd. Faktorer som också är viktiga är sociala relationer och aktiviteter, psykologiskt välbefinnande, goda förhållanden till familj, grannar och ekonomi. Elsherbiny et al. (2011) skriver att livskvalitet visar välmående hos befolkningen. Välmående kan vara högt trots att en person har en funktionsnedsättning eller någon annan svårighet. Det är svårt att sätta ord på vad just livskvalitet är eftersom alla upplever livskvalitet på olika sätt. Suhonen et al. (2004) skriver att det tidigare är känt att livskvalitet kan påverkas av hur omvårdnaden ser ut och eftersom alla patienter är olika och har olika behov bör det tas i beaktning under vårdtiden. Den individuella vård som bedrivs har en stor inverkan på hur patienterna upplever sin livskvalitet (Suhonen et al. 2004) och den kan försämrats på grund av att man upplever att kroppen förändrats (Kvigne et al. 2005). Ett begrepp som numera börjat användas är hälsorelaterad livskvalitet (Health-related quality of life). Det innebär att den generella livskvaliteten även påverkas av hälsan, både fysiskt och mentalt (Centers of Disease Control and Prevention 2000). Begreppet omfattar hur hälsan påverkar livskvaliteten och det är av värde när effekten av vårdåtgärder på patienters livskvalitet skall undersökas (SBU 2012).

Hälsa beskrivs som upplevelse av friskhet, välbefinnande och sundhet. Hälsan är en del av livet och beror på människans förhållande till världen, socialt och kulturellt samt miljömässiga faktorer som klimat och stress (Eriksson 1989). Antonovsky (2005) utvecklade det salutogena perspektivet som handlar om hälsans ursprung och hälsofrämjande faktorer. Han myntade också begreppet KASAM, känsla av sammanhang som medför hälsa. Han menar att människor hela tiden vajar mellan hälsa och ohälsa och ville att de med hjälp av KASAM skulle lära sig hantera de motgångar och förändringar som sker i livet. KASAM består av tre delar: hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet. Med hanterbarhet menas hur individen tar tillvara på sina resurser för att hantera utmaningar som hon/han sätts inför. Begriplighet handlar om individens förmåga att kunna på ett förnuftigt sätt uppleva inre och yttre stimuli samt bedöma och förstå sin egen situation. Meningsfullhet innebär att individen känner mening med livet och har motivation att leva (Antonovsky 2005).

## **1.6 The Burn Specific Health Scale- Brief (BSHS-B)**

År 1982 framtogs mätinstrumentet The Burn Specific Health Scale för att minska dödligheten efter brännskador (Blades et al 1982). Det har gjorts tre ändringar för att förbättra instrumentet: År 1987 kom The Burn Specific Health Scale- Abbreviated (BSHS-A). Skalan saknade vissa aspekter i hur hälsan inverkar på livet efter en brännskada. En ny version kom år 1994, The Burn Specific Health Scale- Revised (BSHS-R). Skalan kortades ner och blev mer kliniskt användbar. Den senaste versionen är The Burn Specific Health Scale- Brief (BSHS-B) som utvecklades år 2001. BSHS-B är ett tillfredställande instrument med god validitet (McMahon 2008 & Kildal et al. 2001) som bedömer livskvaliteten utifrån den fysiska, mentala och sociala aspekten (Dowda & Li 2014). WHO:s (1997).

BSHS-B är ett flerdimensionellt mätverktyg som består av 40 objekt som innefattar nio domäner: *Simple Abilities, Hand function, Work, Heat Sensitivity, Treatment Regimens, Body Image, Affect, Interpersonal Relationships* och *Sexuality* (Mohamed & Soliman 2011; Kildal et al. 2001). Öster et al. (2013) beskriver att patienterna själva får bedöma varje domän med hjälp av en femgradig skala:

- 0 = Mycket stora svårigheter/Stämmer alltid
- 1 = Avsevärda svårigheter/Stämmer oftast
- 2 = Medelstora svårigheter/Stämmer ibland
- 3 = Litegrann/Stämmer sällan
- 4 = Inga svårigheter alls/Stämmer aldrig

Poängen från de olika objekten sammanställs där lägsta poäng är 0 och högsta är 160. Ju högre poäng patienten erhåller desto bättre fysisk och psykosocial status har han/hon (Mohamed & Soliman 2011).

## **1.7 Problemformulering**

För att kunna hjälpa personer tillbaka till ett normalt liv efter en brännskada krävs stora insatser och kunskaper av sjuksköterskor. Det är därför viktigt att veta hur patienter upplever sin livskvalitet efter detta trauma för att kunna hjälpa fler i den situationen. Även om alla upplevelser är subjektiva kan patienterna uppleva liknande känslor och reaktionerna kan för många bli de samma. Sjuksköterskan har därmed en viktig uppgift som bland annat innebär att inge hopp, öka självförtroende och självkänsla samt samordna med olika instanser som behövs för patienten. Att kunna mäta livskvalitet är till stor hjälp för att kunna ta reda på hur drabbade upplever brännskador vilket gör det lättare att förstå och sätta in rätt åtgärder för de som behöver det.

## **1.8 Syfte**

Syftet med litteraturstudien var att beskriva patienters upplevelser av livskvalitet efter en brännskada när livskvalitet bedömts med hjälp av The Burn Specific Health Scale- Brief.



## **2. Metod**

En litteraturstudie grundar sig i att undersökningsfältet redan har dokumenterad kunskap som kan användas för att skapa ny kunskap (Forsberg & Wengström 2013).

Enligt Forsberg & Wengström (2013) ska metoden innehålla urvalsmetoder, datainsamlingsmetoder och datainsamlingens genomförande samt analysmetod. Även etiska övervägande ska göras och forskaren bör ta sin förförståelse i beaktning, det vill säga den kunskap hon/han besitter inom det valda området.

Studien genomfördes som en litteraturstudie. Det skulle finnas ett tydligt syfte som sammanställer en beskrivande bakgrund som berättar varför en studie genomförs eller beskriver kunskapsläget runt ett specifikt område. Därefter analyseras och beskrivs de valda studierna (Forsberg & Wengström 2013).

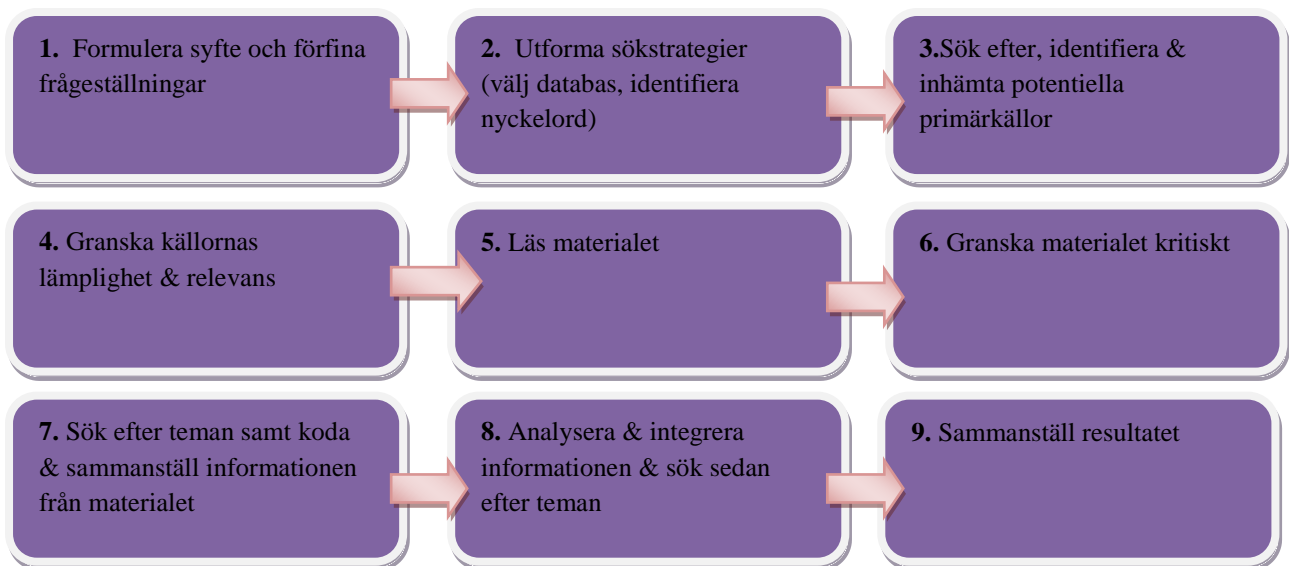
### **2.1 Inklusions- & Exklusionskriterier**

Inklusionskriterier: För att säkerställa att artiklarna var vetenskapligt grundade skulle de vara peer reviewed. Artiklarna skulle innehålla mätinstrumentet The Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B) och en eller flera domäner i instrumentet skulle presenteras i artiklarnas resultat. Patienterna skulle ha drabbats av en eller flera brännskador där graden av brännskada skulle vara anledning att behöva vårdas på sjukhus. Artiklarna skulle vara publicerade från 2005-01-01 till 2015-09-15 och alla tidsintervall efter brännskadan inkluderades.

Exklusionskriterier: Språken artiklarna var skrivna på begränsades till svenska och engelska. Även de som var reviews och som innehöll barn under 18 år när studien genomfördes exkluderades samt studier där instrumentet BSHS-B modifierats. I databasen PsycInfo exkluderades alla artiklar som inte var empiriska studier.

### **2.2 Litteratursökning och urval**

Studien har genomförts med hjälp av niostegsmetoden för litteraturstudier (Polit & Beck 2012). I den här litteraturstudien användes en modifierad version där steg 6 och 7 bytt plats. Kvalitetsgranskningen valdes att göras före kodning och sammanställning av information för att ett så korrekt urval som möjligt skulle kunna göras. Modellens steg redovisas i metoden inom parentes ().



Figur 1. Modell över litteraturstudiens process. Fritt översatt och en modifierad version av niostegsmodellen (Polit & Beck 2012 s. 96).

Först valdes ett tydligt syfte för vad som skulle undersökas (1). Sökningarna begränsades för att artiklarna lättare skulle stämma överrens med valt syfte samt med inklusions- och exklusionskriterierna. För att utöka sökningen användes till exempel "Burns" AND "Quality of life" då artiklarna skulle komma att innehålla båda sökorden. Därefter följde databassökningar i Cinahl via Headings, PubMed via MESH-termer och PsycInfo via Thesaurus (2) (Tabell 1). Materialets källor och kvalitet kontrollerades också (3,4).

I urval 1 lästes endast abstraktet för sammanlagt de 161 artiklarna som uppkom i sökningen. Därefter sorterades artiklar bort som inte stämde överrens med valt syfte och 54 artiklar kvarstod med sammanlagt 13 externa dubletter inräknat. Externa dubletter innebär att samma artikel påträffats i olika databaser. Mellan Psycinfo och Pubmed påträffades inte några dubletter och därför har de inte redovisats.

I urval 2 lästes de 41 artiklarna som blev kvar efter att ha exkluderat de externa dubletterna igenom noggrant och de irrelevanta artiklarna sorterades bort. Efter urval 2 kvarstod åtta artiklar.

De kvarstående åtta artiklarna lästes igenom i urval 3, först enskilt och sedan tillsammans av författarna (5) och granskades med hjälp av Polit & Becks (2012) modifierade niostegsmodell. Samtliga artiklar inkluderades då de uppfyllde kvalitetskraven (6).

Det gjordes ytterligare en sökning i Cinahl men då i fritext för att inhämta fler artiklar (Tabell 2). I fritextsökningen användes samma sökord som i övriga sökningar (2) och samma procedur följde inför varje urval. Sökningen resulterade i 98 artiklar där abstraktet noggrant lästes igenom. Irrelevanta artiklar valdes bort och även de som inte stämde överrens med denna litteraturstudies syfte. I urval 1 kvarstod 16 artiklar med en intern dublett, vilket innebär att samma artikel har påträffats fler gånger i samma databas vid olika sökningar.

I urval 2 lästes 15 artiklar noggrant efter att ha exkluderat den interna dubbletten. Efter urval 2 återstod två artiklar. Därefter lästes alla artiklar igenom ytterligare en gång (5). Vidare granskades artiklarna med hjälp av Polit & Becks (2012) granskningsmall för att identifiera om kvaliteten svarade mot kriterierna (6). Det fanns inga bortfall och urval 3 resulterade i tio artiklar. Alla artiklar har sammanställts nedan (Tabell 3).

**Tabell 1.** Litteratursökning i databaserna Cinahl, PubMed och Psycinfo med urval 1-3.

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3
Cinahl	(MH "Burns") [Headings] 2015-05-18	955			
Cinahl	(MM "Quality of life") [Headings] 2015-05-18	8 227			
Cinahl	(MH "Burns") [Headings] AND (MM "Quality of life") [Headings] 2015-05-18	43	23	5	5
PubMed	"Burns" [MESH] 2015- 05-18	4 320			
PubMed	"Quality of life" [ [MESH] 2015-05-18	46 750			
PubMed	"Burns" [MESH] AND "Quality of life" [MESH] 2015-05-18	105	29 (11)*	3	3
Psycinfo	SU.EXACT("Burns") [Thesaurus] 2015-09-15	135			
Psycinfo	SU.EXACT("Quality of Life") [Thesaurus] 2015-09-15	12 374			
Psycinfo	SU.EXACT("Burns") AND SU.EXACT("Quality of Life") [Thesaurus] 2015-09-15	13	2(2)\$	-	-
<b>Totalt antal artiklar</b>			<b>54 (13)</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

Resultat av litteratursökning. Dubletter som påträffats redovisas inom parantes.

\*Dubletter mellan Cinahl och Pubmed

\$Dubletter mellan Psycinfo och Cinahl

**Tabell 2.** Fritextsökning i databasen Cinahl med urval 1-3.

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3
Cinahl	Burns 2015- 09-09	2 115			
Cinahl	Quality of life 2015-09-09	23 878			
Cinahl	Burns AND Quality of life 2015-09- 09	98	16 (1)¤	2	2
<b>Totalt antal artiklar</b>			<b>16 (1)¤</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Resultat av litteratursökning. Dubletter som påträffats redovisas inom parantes.

¤Interna dubletter vid fritextsökningen

**Tabell 3.** Totalt antal inkluderade artiklar och urval i samtliga databaser.

Databas	Urval 1	Urval 2	Urval
Cinahl	23	5	5
PubMed	28	3	3
Psycinfo	2	-	-
Fritext Cinahl	16	2	2
<b>Totalt</b>	<b>70</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

### 2.3 Databearbetning/ analys

De tio artiklarna som skulle komma att bilda resultatet lästes igenom enskilt av författarna ett flertal gånger. Detta för att ge en tydlig bild över vad artiklarna handlade om i helhet. Eftersom att alla artiklar skulle innehålla The Burn Specific Health Scale- Brief vilket innehåller nio olika domäner för hur livskvalitet kan mätas, så anammade författarna en deduktiv ansats vilket innebär en mall för analys som testar en kategori, modell, hypotes och/eller ett koncept. Därefter gjordes en kategoriseringsmatris där data samlas i enlighet med kategorierna (Elo & Kyngäs 2007). Resultatets olika teman var desamma som instrumentets olika domäner. Nio olika A4-ark lades ut på bordet där varje domän skrevs ner, ett papper per domän. Varje artikel döptes från A-J för att kunna veta vilket resultat som hörde till vilken artikel. Resultaten i varje artikel lästes ytterligare en gång av varje enskild författare och varje del som hörde ihop med syftet för denna litteraturstudie skrevs ned på post-it lappar som även döptes med samma bokstav som tillhörande artikel. Post-it lapparna med de sammanfattade resultaten fästes sedan på rätt A4-papper (domän) (7). Efter denna procedur läste författarna igenom varje post-it lapp och letade efter likheter och skillnader i hur man analyserat artiklarnas resultat. Detta diskuterades gemensamt av författarna för att bortfall eller eventuell misstolkning av information skulle kunna undvikas (8). Slutligen sammanställdes resultatet gemensamt av författarna (9).

### 2.4 Etiska ställningstaganden

Vetenskapsrådet (2014) har gett ut riktlinjer där ohederlighet och fusk inte får förekomma, till exempel att kopiera eller vilseleda, det vill säga att ange en text utan referenser. Därför är det viktigt att vid all forskning redovisa resultatet öppet så att andra forskare har tillgång att läsa det eller upprepa det. Enligt Forsberg & Wengström (2013) bör etiska överväganden göras angående urval och presentation av resultat. Studierna som väljs ska ha blivit granskade av en etisk kommitté eller noggranna etiska överväganden ska ha gjorts. Alla artiklar ska redovisas samt arkiveras säkert i tio år. Alla resultat ska presenteras som angår hypotesen oavsett om det stöder forskarens egen åsikt eller inte, annars betraktas det som oetiskt.

Forskningsetik handlar generellt om hur etik är kopplad till forskning. Inom omvårdnadsforskningen kopplas det samman mellan omvårdnadsyrkets värden och antaganden. Det handlar om att hitta problem/fenomen att utforska, hur man hittar lösningar och vad som är bra lösningar på det vetenskapliga problemet (Stryhn 2007).

I denna litteraturstudie försäkrar författarna att inte egna hypoteser tagits med. Genom att använda sig av goda kunskaper i engelska och med hjälp av lexikon har plagiering kunnat undvikas vid översättning av engelska artiklar. Sökträffarna redovisar också de artiklar som inte är relevanta för valt syfte. I resultatet presenteras alla artiklar som ingått i denna studie. För att minimera egen påverkan vid resultatets bearbetning har författarna bearbetat artiklarna var för sig och sedan jämfört sammanställningen tillsammans och olikheter har diskuterats.

### 3. Resultat

Tio kvantitativa vetenskapliga artiklar utgjorde resultatet och finns sammanställda i en matris (Bilaga 1). Bearbetningen av artiklarna resulterade i nio teman som motsvarar domänerna i bedömningsinstrumentet The Burn Specific Health Scale- Brief. I varje domän skattade deltagarna själva sina svårigheter med hjälp av frågor/påståenden med tillhörande poäng från 0 *mycket stora svårigheter* till 4 *inga svårigheter alls*. Dessa frågor/påståenden från den svenska The Burn Specific Health Scale - Brief (Uppsala Burn Research Programme) presenteras i inledningen till varje tema. Resultatet presenteras i samma ordning som instrumentet är uppbyggt. Teman benämns i resultatet på engelska då originalinstrumentet är på engelska och det svenska instrumentet inte översatt dem. Det kommer att redovisas vad som är signifikanta resultat genom att p-värdet anges i texten.



Figur 2. Livskvalitet beskrivet utifrån The Burn Specific Health Scale - Brief

#### 3.1 Simple Abilities

Domänens frågor/påståenden till deltagarna i studierna:

- Bada/Duscha självständigt?
- Klä på dig själv?
- Sätta dig i och resa dig ur en stol?

Tre av studierna visade att majoriteten av deltagarna hade få problem med de dagliga funktionerna som går under Simple Abilities (Dyster-Aas et al. 2007; Elsherbiny et al. 2011; Öster et al. 2013). Enligt Xie et al. (2012) hade män inga problem med dagliga funktioner (m= 4,0 poäng) och kvinnorna hade medelstora svårigheter (m= 2,3 poäng).

Studien av Öster et al. (2013) visade ingen statistisk signifikans gällande förbättringar mellan 2-7 år efter brännskadan med enkla förmågor så som att klä sig och tvätta sig.

I en studie (Dyster-Aas et al. 2007) framkom för temat/domänen "Simple Abilities" signifikant skillnad ( $p < 0.0001$ ) mellan personer som återgått till arbetet och de som fortfarande inte återgått till arbetet, då det dagliga livet var lättare för de som återgått till arbetet. Liknande resultat framkom i en annan studie (Xie et al. 2012) då personerna som återgått till arbetet hade högre (m= 4,0 poäng) än de som inte återgått till arbetet (m= 3,3 poäng).

### 3.2 Hand Function

Domänens frågor/påståenden till deltagarna i studierna:

- Signera ditt namn (till exempel på en check)?
- Hantera kniv och gaffel?
- Knyta skosnören, slips med mera?
- Plocka mynt från en plan yta?
- Låsa upp en dörr?

I flera studier visade poängen att de flesta deltagarna hade få problem med handfunktionen efter brännskada (Ekeblad et al. 2015; Elsherbiny et al. 2011; Xie et al. 2012; Öster et al. 2013). I en studie hade män få svårigheter (3,7 poäng) och kvinnor hade medelstora svårigheter (2,1 poäng) (Xie et al. 2012).

Tre av studierna påvisar att efter 2-7 år förbättras handfunktionen för deltagarna då poängen ökade dock fanns ingen statistisk signifikans (Noble et al. 2006; Xie et al. 2012; Öster et al. 2013).

Studie av Dyster-Aas et al. (2007) visar på signifikant skillnad ( $p < 0,0001$ ) då deltagarna som återgick till arbetet fick en förbättrad handfunktion mot de deltagare som inte återvänt till arbetet.

I en annan artikel hade personerna som återgick till arbetet inga problem alls (m= 4,0 poäng) och personerna som inte återgick till arbetet hade få problem (m=3,0 poäng), studien visade dock inte på någon signifikant skillnad (Xie et al. 2012).

### 3.3 Work

Domänens frågor/påståenden till deltagarna i studierna:

- Arbeta i ditt gamla arbete (med samma sysslor)?
- Min brännskada påverkar mitt arbete.
- Att vara brännskadad påverkar min möjlighet att arbeta.
- Min brännskada har orsakat problem med mitt arbete.

Enligt Xie et al. (2012) hade män avsevärda svårigheter ( $m= 1,3$  poäng) i denna domän och kvinnorna hade mycket stora svårigheter ( $m= 0,4$  poäng).

Deltagare i flera olika studier hade bland de lägsta poängen i denna domänen och därmed stora svårigheter att återgå till jobbet, behålla tidigare arbetsuppgifter och de ansåg också att brännskadan hindrar arbetet (Elsherbiny et al. 2011; Finlay et al. 2014; Grisbook et al. 2012; Xie et al. 2012).

Studien av Öster et al. (2013) visade statistisk signifikans ( $p= <0,001$ ) då deltagarna fick lättare att återgå till jobbet ju längre tid som gått efter brännskadan. Samma resultat återfanns i två andra studier som dock inte visade på någon signifikant skillnad (Noble et al. 2006; Xie et al. 2012).

Öster et al. (2013) fann att över hälften av deltagarna i studien inte hade några problem att återvända till jobbet.

### **3.4 Heat Sensitivity**

Domänens frågor/påståenden till deltagarna i studierna:

- Att vara ute i solen besvärar mig.
- Jag kan inte gå ut och göra något utomhus vid varmt väder.
- Det stör mig att jag inte kan vara i solen.
- Min hud är känsligare än före skadan.

Denna domän hade bland de lägsta resultaten vilket påvisar att deltagarna i studien kände att varmt väder, vara ute i solljus och att huden är mer känslig besvärar dem mycket (Elsherbiny et al 2011; Grisbook et al 2012; Xie et al 2012; Öster et al 2013). En annan studie visade att denna domän inte påverkade deltagarna särskilt mycket (Finlay et al. 2014).

Med tiden upplevdes inte värmen lika jobbig (Noble et al. 2006; Xie et al. 2012; Öster et al. 2013).

En studie visade på statistisk signifikans ( $p=<0,05$ ) när individerna som återvände till arbetet var mindre påverkad av värmen än individerna som inte återvände till arbetet (Dyster-Aas 2007). En annan studie visade inte på någon statistisk signifikans när individerna som återvände till arbetet var mindre påverkad av värmen än de som inte återvänt till arbetet (Dyster-Aas 2007). En annan studie visade att personerna som inte återgått till arbetet hade medelstora till avsevärda svårigheter med värmen ( $m= 1,5$  poäng). Personerna som återgick till arbetet hade medelstora till avsevärda svårigheter med värmen ( $m= 1,5$  poäng) (Xie et al. 2012).

### **3.5 Treatment Regimens**

Domänens frågor/påståenden till deltagarna i studierna:

- Att vårda min hud är besvärligt.
- Det finns en del saker jag är omedd att göra för att sköta min skadade hud som jag inte tycker om att göra.
- Jag önskar att jag inte var tvungen att göra så många olika saker för att sköta om min skadade hud.
- Jag tycker det är besvärligt att göra allt jag är tillsagd att göra för att sköta min skadade hud.

- Att sköta min skadade hud gör att det är svårt för mig att göra allt annat som jag tycker är viktigt att göra.

Majoriteten av deltagarna var mer än nöjd (högre än 2 poäng) med hur skadan/huden skulle vårdas (Dyster-Aas et al. 2007; Ekeblad et al. 2015; Finlay et al. 2014; Öster et al. 2013). Studien av Elsherbiny et al. (2011) visade att mer än hälften av deltagarna ville ha mer hjälp med behandlingarna för sina brännskador.

Enligt Xie et al. (2012) tyckte män (2,4 poäng) och kvinnor (2,2 poäng) att svårigheterna med att sköta om huden var medelstora.

Över tid upplevdes det lättare att ta hand om huden för deltagarna i studierna (Noble et al. 2005 & Xie et al. 2012).

Signifikant skillnad ( $p < 0,001$ ) fanns i en studie som visar att deltagarna som återgått till jobbet upplevde det lättare att ta hand om sin hud än de som inte kommit tillbaka till jobbet (Dyster-Aas et al. 2007). I Xie et al. (2012) hade deltagarna som inte återgick till arbetet medelstora svårigheter ( $m = 2,2$  poäng) att ta hand om sin hud. Deltagarna som återgick till arbetet upplevde svårigheterna att ta hand om sin hud som små till medelstora ( $m = 2,8$  poäng), dock fanns ingen signifikans i studien (Xie et al. 2012).

### 3.6 Body Image

Domänens frågor/påståenden till deltagarna i studierna:

- Ibland skulle jag vilja glömma att mitt yttre förändrats.
- Jag känner att mitt brännskadeärr är fränstötande för andra.
- Mitt allmänna utseende bekymrar mig.
- Utseendet på mina ärr stör mig.

Det fanns en signifikant skillnad mellan kvinnors och mäns kroppsuppfattning då kvinnor i högre grad upplevde en negativ påverkan på sin kroppsuppfattning än män. De skriver att: *"it was found that females had significantly higher severity levels (16.7%) compared with males (3.5%)"* (Connell et al. 2013).

De flesta av deltagarna hade ett sämre resultat och hade därmed en negativ bild av sin kroppsuppfattning (Connell et al. 2014; Ekeblad et al. 2015; Elsherbiny et al. 2011; Grisbook et al. 2012; Noble et al. 2006; Xie et al. 2012). I studien av Finlay et al. (2014) upplevde deltagarna i studien att deras kroppsuppfattning var ganska bra.

En studie visade statistisk signifikans ( $p = < 0,001$ ) där kroppsuppfattningen förbättrades hos deltagarna efter två 2-7 år efter skadan (Öster et al. 2013). I studien av Xie et al. (2012) hade deltagarna avsevärda till medelstora svårigheter ( $m = 1,4$  poäng) fram till fyra år efter brännskadan. Efter fyra år hade deltagarna fortfarande avsevärda till medelstora svårigheter ( $m = 1,4$  poäng).

I en studie gjord av Dyster-Aas et al. (2007) visade i denna domän ingen signifikant skillnad där deltagare som återgått till jobbet upplevde en bättre kroppsuppfattning än deltagare som inte gick tillbaka till jobbet. I en annan studie hade deltagarna som återgått till jobbet avsevärda till medelstora svårigheter ( $m = 1,5$  poäng). Deltagarna som inte återgick till jobbet hade avsevärda till medelstora svårigheter ( $m = 1,4$  poäng) (Xie et al. 2012).



### 3.7 Affect

Domänens frågor/påståenden till deltagarna i studierna:

- Jag plågas av ensamhetskänsla.
- Jag är ofta nedstämd eller deppig.
- Emellanåt har jag haft problem med känslolivet.
- Jag är inte intresserad av att göra saker med mina vänner.
- Jag tycker inte om att besöka folk.
- Jag har ingen att tala med om mina problem.
- Jag känner mig fångad eller instängd.

Deltagarna i två av studierna hade låga poäng som visar att de ofta kände sig ensamma, kände sig ledsna, inte orkade umgås med vänner och kände sig instängda eller fångade (Elsherbiny et al. 2011; Connell et al. 2014).

Två studier visade att mellan 2-7 år efter brännskadetillfället minskade känslor av ensamhet, fångenskap och orkeslöshet (Xie et al. 2012; Öster et al. 2013). En annan studie visade att personerna kände sig mer ensamma, fångade och orkeslösa (Noble et al. 2006).

En studie visade att män hade lite svårigheter (3,0 poäng) med att vara bland folk och kvinnor hade medelstora till lite svårigheter (2,5 poäng) (Xie et al. 2012).

Signifikant skillnad ( $p < 0,001$ ) fanns i en studie där personer som lyckats återgå till jobbet mätte mycket bättre psykiskt än de som inte kom tillbaka till jobbet. Personerna som inte återgick till jobbet kände sig ibland eller sällan ( $m = 2,5$  poäng) ensamma, nedstämda, fångade (Dyster-Aas et al. 2007). I en annan studie var poängen lika ( $m = 3,1$  poäng) för de som återgick till jobbet och för dem som inte återgick till jobbet men det fanns ingen statistisk signifikans (Xie et al 2012).

### 3.8 Interpersonal Relationships

Domänens frågor/påståenden till deltagarna i studierna:

- Min skada har främjat mig från min familj.
- Jag skulle hellre vara ensam än med familjen.
- Jag gillar inte min familjs sätt att bete sig när jag är med.
- Min familj skulle ha det bättre utan mig.

Personer som drabbats av en brännskada visade höga resultat i denna domän vilket antyder att de inte har några större problem med familjära relationer (Dyster-Aas et al. 2007; Ekeblad et al. 2015; Elsherbiny et al. 2011; Xie et al. 2012; Öster et al. 2013). Enligt Xie et al. (2012) män och kvinnor hade samma resultat i (3,6 poäng), dock utan statistisk signifikans. Connell et al. (2014) fann att kvinnor hade det jobbigare inom denna domän om brännskadan drabbade ansiktet, armar eller ben och en signifikant skillnad mellan män och kvinnor fanns i studien.

En studie fann med statistisk signifikans ( $p < 0,001$ ) att de personliga relationerna förbättrades över tid (Öster et al. 2013). Samma sak återfanns i två andra studier men de saknade signifikanta resultat (Noble et al. 2006; Xie et al 2012).

Deltagarna som återvänt till arbetet upplevde att de var betydelsefulla för familjen och ville umgås med familjen ( $m = 3,8$  poäng). De som inte återgick till arbetet hade något lägre poäng

( $m= 3,5$  poäng), dock tillräckligt för att påvisa en signifikant skillnad ( $p=<0,01$ ) (Dyster-Aas et al. 2007).

### 3.9 Sexuality

Domänens frågor/påståenden till deltagarna i studierna:

- Det är frustrerande att jag inte kan bli sexuellt upphetsad som jag brukade.
- Jag är helt ointresserad av sex.
- Jag vill inte kramas kyssas eller hållas om.

Män hade lite till inga svårigheter ( $m= 3,3$  poäng) med att bli upphetsade, vara intresserad eller att kramas. Kvinnor hade avsevärda till medelstora svårigheter inom denna domän ( $m= 1,8$  poäng), ingen signifikant skillnad fanns i studien (Xie et al. 2012). En annan artikel av Connell et al. (2014) visade signifikanta skillnader ( $p=<0,001$ ) mellan män och kvinnor vid ökande ålder där männens poäng sjönk och kvinnornas ökade.

Statistisk signifikans ( $p=<0,001$ ) fanns för att ju längre tid som gått efter brännskadan desto mindre svårigheter hade deltagarna med sin sexualitet (Öster et al. 2013). I studien av Xie et al. (2012) hade deltagarna medelstora till lite svårigheter ( $M= 2,4$  poäng) fram till fyra år efter brännskadan. Efter fyra år hade deltagarna fortfarande medelstora till lite svårigheter ( $M= 2,8$  poäng). En studie av Connell et al. (2013) visade en signifikant ökning av kvinnor som rapporterade en negativ förändring i *Jag vill inte kramas kyssas eller hållas om*, de skriver: "*there was a significant increase in females reporting a negative change in hugging, holding and kissing*"

En signifikant skillnad ( $p=<0,01$ ) fanns i studien av Dyster-Aas et al. (2007) som visade att sexualiteten förbättrades om man återgick till jobbet jämfört med om man inte gjorde det. Samma resultat återfanns i studien av Xie et al. (2012) men studien saknade signifikans.

## 4.0 Diskussion

Syftet med litteraturstudien var att beskriva hur patienten upplever sin livskvalitet efter en brännskada när livskvalitet bedömts med hjälp av The Burn Specific Health Scale- Brief. Litteraturstudiens resultat bygger på bedömningsinstrumentet The Burn Specific Health Scale- Briefs nio domäner *Simple Abilities, Hand Function, Work, Heat Sensitivity, Treatment Regimens, Body Image, Affect, Interpersonal Relationships* och *Sexuality*. *Hand Function* var det tema som var minst bekymmersamt för deltagarna och *Heat Sensitivity* och *Body Image* var de teman som flest hade mest bekymmer med. Att återvända till arbetet tenderade att ge högre livskvalitet och med tiden läker vissa sår men långt från alla.

### 4.1 Resultatdiskussion

Resultatet i litteraturstudien visar att återgång till arbete förefaller att främja hälsa/livskvalitet när det jämförs med att inte återgå till arbetet. Dock framgår det i Dyster-Aas (2007) artikel att återgången till arbetet är sammankopplat med graden av skada och patienternas personlighet. I det holistiska perspektivet beskrivs det att människans handlingsförmåga i en social kontext påverkas såväl av hälsa som av sjukdom. Känslan av lidande och oförmåga till handling innebär sjukdom (Nordenfelt 2004). Fler studier har visat att återkomsten till arbetet visar på god återhämtning efter brännskadan och är även viktigt för att kunna återgå till det sociala livet (Druery et al. 2005). Det har också påvisats i andra studier att de individer som inte lyckats återgå till arbetet haft lägre resultat i BSHS-B:s alla domäner och därmed visar på sämre livskvalitet och individerna hade också traumarelaterade psykiska och psykosociala problem (Ingelsson-Sgroi et al. 2005; Moi et al. 2007).

Resultatet i litteraturstudien visade att ju längre tid som gått efter skadan påverkade individerna positivt även om resultatet i BSHS-B bara visade på en liten förbättring (Xie et al. 2012 & Öster et al. 2013). Studien av Xie et al. (2012) visade inte på signifikanta skillnader gällande tiden i relation till brännskadetillfället, dock framkommer lika resultat i andra studier med statistisk signifikans (Öster et al. 2013; Connell et al. 2013). Detta styrks också av Kildal et al. (2002) som menar att problem fortfarande finns efter en lång tid men med tiden förbättras poängen i BSHS-B vilket tyder på bättre livskvalitet. Eftersom fler forskare kommit fram till att med tiden påverkas brännskadade individer positivt betraktar vi resultatet av denna litteraturstudie som trovärdigt. Som sjuksköterska är det viktigt att vara lyhörd och låta patienterna berätta om traumat eftersom det kan ta lång tid att acceptera händelsen (Moi et al. 2006). Av resultatet framgår det att en av domänerna som deltagarna hade mest bekymmer med var *Body Image* och det kan kopplas till Eriksson (1997) som beskriver att sjuksköterskan ska hjälpa patienten att ge uttryck för sina känslor och genom vårdandet beakta kropp, själ och ande. Chapman et al. (2008) beskriver att tiden är viktig för individerna som drabbats av en brännskada för att de ska kunna återhämta sig med hjälp av långsiktig fysisk rehabilitering och psykologisk terapi som kan kopplas till *Heat Sensitivity* där det i resultatet framgår att tiden påverkar värmekänsligheten positivt. Renneberg et al. (2014) belyser att individer som upplevt ökad psykologisk och fysisk stress under sjukhusvistelsen också upplevde livskvaliteten som sämre upp till 18 månader efter brännskadan. Hall (2005) skriver att när individen tittar sig i spegeln och inte känner igen sig själv skapar det en sorg för individen vilket kan kopplas till påståendet *Ibland skulle jag vilja glömma att mitt yttre förändrats* i domänen *Body Image*. Sainsbury (2009) beskriver att vanställningar som ärrbildning, pigmentförändringar och asymmetri i ansiktet medför störningar i kroppsuppfattningen som kan leda till en livskris, speciellt om igenkännandet gått förlorat. Begriplighet är en av tre delar av KASAM som står för att kunna uppleva inre och yttre

stimuli på ett förnuftigt sätt och därmed kunna förstå samt bedöma sin egen situation (Antonovsky 2005).

Av resultatet framgår det att domänen *Heat Sensitivity* var den andra domänen som var mest bekymmersam. Det kan möjligen som sjuksköterska vara svårt att påverka *Heat Sensitivity* utifrån domänens innehåll. Utifrån litteraturstudiens resultat var domänen *Hand Function* den domän med minst bekymmer för deltagarna. Enligt Procter (2010) har rehabiliteringen efter brännskada som mål att bibehålla rörlighet och förebygga kontrakturer och rehabiliteringen startar dag ett för patienten. Det är möjligt att det är orsaken till att deltagarna upplevde *Hand Function* med mindre bekymmer än de övriga domänerna.

När vi började bearbeta resultatet upptäcktes det att det verkade föreligga skillnader mellan könen även om vissa studier inte lyft att det är signifikant. Den informationen användes sedan i resultatet för att en skillnad i livskvalitet mellan män och kvinnor förelåg samt att det var intressant att se hur skillnaderna visade sig. De vetenskapliga artiklarna hade med fler män än kvinnor och om man haft fler artiklar där det vore mer jämställt hade kanske resultatet sett annorlunda ut. Dock styrker fler källor att kvinnor mår sämre än män efter brännskador och att männen är överrepresenterade (Sjöberg & Östrup 2002; Åkerlund et al. 2007). Vi uppfattar det som att kvinnor är mer känsliga än män eftersom att poängen är lägre för dem. Enligt WHO (2014) är skadorna för män och kvinnor ganska lika, det är ingen av dem som drabbas mest. En förklaring skulle kunna vara att de flesta brännskador sker i arbetsmiljön eller att fler kvinnor dör av sina brännskador i jämförelse med män (Brusselsaers et al. 2010; Sjöberg & Östrup 2002; Åkerlund et al. 2007). Det som kanske måste tas i beaktning är var artiklarna härstammar från och att det kan finnas kulturella skillnader i sättet att se på livskvalitet. Nordenfelt (1991) beskriver att miljön påverkar människor beroende på var i världen de bor på grund av alla de olika möjligheterna som finns. Eriksson (1989) beskriver att hälsa är olika beroende på miljömässiga och kulturella faktorer.

Anmärkningsvärt är att ingen av författarna till de vetenskapliga artiklarna i denna litteraturstudies resultat förtydligar eller definierar vad livskvalitet är. Det hade varit av värde för denna litteraturstudie eftersom det framkommit i många andra studier som handlar om livskvalitet att definitionerna skiljer sig. Elsherbiny et al. (2011) beskriver att det handlar om befolkningens välmående men livskvalitet upplevs på olika sätt för olika individer medan Wallander et al. (2001) ser det som att livskvalitet innebär olika beroende på vetenskap. Enligt Kildal et al. (2001) har instrumentet god validitet och BSHS-B anses vara kliniskt passande att användas ur den fysiska, psykiska och sociala aspekten.

Det var svårt att finna hur forskarna använde BSHS-B för att mäta livskvalitet då det under flera gånger framkom att de använt instrumentet för att mäta något annat som till exempel Willebrand et al (2006) som i sin studie använder det för att mäta rädsla. Via mailkontakt diskuterades det med forskaren Mimmie Willebrand<sup>1</sup> som tyckte att BSHS-B kan anses vara ett mått på upplevde hälsa snarare än livskvalitet.

Är då BSHS-B ett tillförlitligt instrument att använda sig av när det inte definierar vilken typ av livskvalitet det ska mäta?

---

<sup>1</sup> Mimmie Willebrand, Professor, PhD, Lic. Psychologist. Department of Neuroscience. Uppsala University. Mailkonversation 2015-09-09.

Resultatet kan påverkas av att alla studier inriktar sig på olika delar, till exempel mäter vissa studier livskvalitet över tid och att återgå till arbetet. Vissa av dem fokuserar endast på specifika domäner så som *Sexuality*, *Body Image* och *Hand Function*. Om alla studier hade fokuserat på alla domäner i BSHS-B är det möjligt att resultatet sett annorlunda ut eller blivit mer tillförlitligt. Vi anser dock att BSHS-B är ett bra instrument att använda när det handlar om livskvalitet relaterat till brännskador med tanke på att domänerna visar på specifika problemområden som patienterna antydde ha det svårare med.

## 4.2 Metoddiskussion

I denna litteraturstudie söktes det efter vetenskapliga artiklar ur tre databaser för att få en så bred sökning som möjligt. Databasen Cinahl valdes för att den är inriktad på omvårdnadsforskning. Pubmed valdes eftersom det är en bred databas som bland annat innehåller forskning inom medicin samt innehåller vetenskapliga tidskrifter från databasen Medline. Sista databasen, Psycinfo användes för att det är en bred databas som innehåller bland annat vetenskapliga artiklar om psykologisk forskning inom omvårdnad, medicin och dess näromliggande områden (Forsberg & Wengström 2013). I Cinahl söktes det först via Headings med *Burns* och sedan *Quality of Life*. Båda sökorden söktes tillsammans med AND för att smalna av sökningen och få så relevanta artiklar som möjligt. Samma sak gjordes i PubMed men då med MESH-termer och i PsycInfo där Thesaurus användes. Då för få artiklar kunde användas gjordes en fritextsökning i endast Cinahl för att få mer resultat. Samma sökord och sökordskombination användes i fritextsökningen för att utesluta att relevanta artiklar kategoriserats i ett annat ämnesområde. Alla artiklar skulle innehålla bedömningsinstrumentet The Burn Specific Health Scale- Brief. I början användes det som ett sökord men artiklarna som framkom innehöll endast fakta om hur instrumentet framtagits eller hur validiteten mäts samt hur skalan översatts till olika språk. Därför valdes The Burn Specific Health Scale- Brief bort som sökord. Det stämde heller inte överrens med syftet med litteraturstudien som var att beskriva hur patienten upplever sin livskvalitet efter en brännskada när livskvalitet bedömts med hjälp av The Burn Specific Health Scale- Brief.

BSHS-B användes i denna litteraturstudie för att det mätte livskvalitet efter brännskador. Skulle litteraturstudien utgå från generell hälsorelaterad livskvalitet hade bland annat instrumentet Short Form Health Survey 36 (SF-36) använts (Promcenter 2015).

Inklusions- och exklusionskriterierna valdes ut efter relevans för denna litteraturstudie. Engelska språket valdes för att språket skulle kunna förstås och det gjordes genom att använda lexikon och kunskaper i engelska språket. Artiklarna lästes igenom av flera personer för att misstolkningar skulle kunna undvikas. Bedömningsinstrumentet BSHS-B skulle ha använts i alla artiklar, dock behövdes inte alla domäner tas upp då det kunde finnas relevant information i artiklarna ändå. Några artiklar hade syften som fokuserade på andra frågor vilket kunde vara ett problem men det innebar inte att de inte innehöll information som varit relevant för denna litteraturstudie. Connell et al. (2013) använde BSHS-B för att reda ut om sexualiteten och kroppsuppfattningen påverkades negativt av brännskador. Eftersom denna litteraturstudie fokuserade på alla domäner i BSHS-B användes informationen ur studien av Connell et al. (2013) för domänerna *Sexuality* och *Body Image*. Det är möjligt att fler referenser går att finna angående dessa domäner.

Polit och Becks (2012) niostegsmodell modifierades och användes som stöd för att genomföra litteraturstudien. I urval 1 lästes artiklarnas titel och abstrakt igenom för att de skulle överrensstämma med denna studies syfte. I urval 2 lästes artiklarna igenom var för sig och

sedan diskuterades det om de svarade på denna studies syfte. Sedan granskades artiklarna enligt Polit och Becks (2012) mall för kvalitetsgranskning för att denna studie skulle erhålla större trovärdighet.

Resultatet i denna litteraturstudie grundade sig på artiklar från olika håll i världen, tre från Sverige, en från Kanada, en från Egypten, fyra från Australien och en från China. Vi tror att detta kan göra att kulturella skillnader framkommit i studierna och enligt WHO (1997) är uppfattningen av livskvalitet olika beroende på var man bor i världen eftersom att människans normer, mål, intressen och förväntningar påverkar livskvaliteten. Resultatet av denna litteraturstudie redovisade heller inte alla poäng i domänerna då några av artiklarna gjort om poängskalan för just den studien och förklarar i löpande text vad poängen innebär. Det kan möjligen prägla resultatet.

Några av artiklarna hade stora bortfall men studierna valdes att användas ändå. Anledningen var att alla studier som inkluderades i litteraturstudien använde samma bedömningsinstrument. Resultaten för studierna med stora bortfall liknade de andra studiernas resultat. Det som bör beaktas är att studier med stora bortfall har lägre reliabilitet än andra.

### **4.3 Klinisk betydelse**

Med denna litteraturstudie vill författarna öka medvetenheten hos vårdpersonal om livskvalitet efter en brännskada genom att utveckla kunskaperna inom de specifika problemområdena patienterna upplever sig ha. Sjuksköterskan kan då beakta om stödjande samtal, vård av hudkostym och samordning med andra instanser är relevanta. Det gör att rätt åtgärder kan sättas in i rätt tid och patienten känner sig kanske då också sedd och hörd. Det förebygger också fysisk och mental ohälsa vilket främjar patientens livskvalitet.

### **4.4 Förslag till fortsatt forskning**

Att mäta livskvaliteten efter brännskador anser vi som viktigt eftersom det påverkar individens hela liv. Eftersom att kvinnor oftast var i minoritet i studierna skulle det vara bra om mer forskning utfördes på dem. Något som också behövs att utredas är vilken typ av livskvalitet BSHS-B mäter så att alla som använder instrumentet mäter samma sak.

Att forska om varför fler kvinnor än män dör i samband med brännskador anser vi som viktigt eftersom att det framkommit att majoriteten i en studie var män som följd av att en del av kvinnorna avlidit.

Det skulle behövas mer och tätare forskning för att se om det spelar någon roll under vilken tid efter brännskadan som åtgärder sätts in och vilka de åtgärderna bör vara.

### **4.5 Slutsats**

Förmågan att arbeta och tiden efter brännskadan påverkar livskvaliteten. Kvinnor upplevde att deras sexualitet, kroppsuppfattning, värmekänslighet och arbete påverkade livskvaliteten mer negativt än vad män gjorde dock kunde ingen signifikans påvisas. Livskvaliteten upplevdes som ökad för individer som återgått till arbetet och de personliga relationerna upplevdes utan större svårigheter. I hälften av alla studier hade deltagarna svårigheter med att acceptera sitt nya utseende.

## 5. Referenslista

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Benner, P., Tanner, C.A., Chesla, C., A (1999). *Expertkunnande i omvårdnad: omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.

Blades, B, Mellis, N. & Munster, A. (1982). A Burn Specific Health Scale. *Trauma and Acute Care Surger*, 22 (10), 809-886.

Brusselsaers, N., Monstrey, S., Vogelaers, D., Hoste, E. & Blot, S. (2010). Severe burn injury in europe: a systematic review of the incidence, etiology, morbidity, and mortality. *Critical Care*, 14(5).

Centers of Disease Control and Preventions (2000). Population Assessment of Health-Related Quality of Life. *Measuring healthy days*. Centers of Disease Control and Preventions. Atlanta, Georgia.

Chapman, T.T., Richard, R.L., Hedman, T.L., Chisholm, G.B., Quick, C.D., Baer, D.G., Dewey, W.S., Jones, J.S., Renz, E.M., Barillo, D.J., Cancio, L.C., Chung, K.K., Holcomb, J.B. & Wolf, S.E. (2008). Military return to duty and civilian return to work factors following burns with focus on the hand and literature review. *Journal of burn care & research*, 29 (5), 756-762

Chipp, E., Walton, J., Gorman, D. & Moiemmen, N.S. (2008). Adherence to Referral Criteria for Burns in the Emergency Department. *Journal of plastic surgery*, 8, 247-253.

\* Connell, K.M., Coates, R. & Wood, F.M. (2013). Sexuality Following Burn Injuries: A Preliminary Study. *Journal of Burn Care & Research*,. 34 (5), 282-289.

\* Connell, K.M., Phillips, M., Coates, R., Doherty-poirier, M. & Wood, F.M. (2014). Sexuality, body image and relationships following burns: Analysis of BSHS-B outcome measures. *Burns*, 40 (7), 1329-1337.

Dowda, D.J. & Li, F. (2014). Major concerns and issues in burn survivors in Australia. *Burns & Trauma*, 2 (2), 84-87.

\* Dyster-Aas, J., kildal, M. & Willebrand, M. (2007). Return to work and health-related quality of life after burn injury. *Journal of Rehabilitation Medicin*, 39 (1), 49-55.

Druery, M., Brown, T.L. & Muller, M. (2005). Long term functional outcomes and quality of life following severe burn injury. *Burns*, 31 (5), 692-695.

\* Ekeblad, F., Gerdin, B. & Öster, Ö. (2015). Impact of personality disorders on health-related quality of life one year after burn injury. *Disability and Rehabilitation. An international, multidisciplinary journal*, 37 (6), 534-540.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The quality content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62 (1), 107-115.

\* Elsherbiny, E.E.O., Salem, A.M., El-Sabbagh, A.M., Elhadidy, R.M. & Eldeen, A.M.S. (2011). Quality of life of adult patients with severe burns. *Burns*, 37 (5), 776-789.

Eriksson, K. (1987). *Pausen: en beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Solna: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1991). *Introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Åbo akademi: Institutionen för vårdvetenskap.

Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB.

\* Finlay, V., Phillips, M., Wood, F., Hendrie, D., Allison, G.T. & Edgar, D. (2014). Enhancing the clinical utility of the Burn Specific Health Scale- brief: Not just for major burns. *Burns*, 40 (2), 328-336.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys, och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

Gordon, M., & Marvin, J. (2007). *Total Burn Care*. Edinburgh: Elsevier.

Granberg, A., Bergbom Engberg, I., & Lundberg, D. (1998). Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14 (6), 294-307.

\* Grisbrook, T.L., Reid, S.L., Edgar, D.W., Wallman, K.E., Wood, F.M. & Elliot, C.M. (2012). Exercise training to improve health related quality of life in long term survivors of major burn injury: A matched controlled study. *Burns*, 38 (8), 1165-1173.

Gustavsson, B. & Willman, A. (1999). Allmän och specifik omvårdnad behöver klargöras. *Theori.*, (8), 2-7.

Hall, B. (2005). Wound care for burn patients in acute rehabilitation settings. *Rehabilitation Nursing*, 30 (3), 114-119.

Hawthorn, J. R., K. (1999). *Smärta: bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Ingelsson-Sgroi, M., Willebrand, M., Ekselius, L., Gerdin, B. & Andersson, G. (2005). Fear-avoidance in recovered burn patients: association with psychological and somatic symptoms. *J health psychol*, 10, 491-502.

Kildal, M., Andersson, G., Fugl-Meyer, A.R., Lannerstam, K. & Gerdin, B. (2001). Development of a Brief Version of the Burn Specific Health Scale (BSHS-B). *The Journal of Trauma Injury, Infection and critical care*, 51 (4), 740-746.

Kildal, M., Andersson, G. & Gerdin, B. (2002). Health status in Swedish burn patients. Assessment utilising three variants of the burn specific health scale. *Burns*, 28. s. 639-645

Kvigne, K., Kirkewold, M. & Gjengerdal, E. (2005). The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14(7), 897-905.

Latarjet, J. (1995). A simple guide to burn treatment. International Society for Burn Injuries in collaboration with the World Health Organization. *Burns*, 21(3), 221- 225.

McMahon, M. 2008. Burn specific health scale. *Australian Journal of Physiotherapy*, 54 (4), 284.



- Mohamed, S.A. & Soliman, H. (2011) Correlates of Physical and Psychosocial Functioning Among Burn Patients. *Journal of American Science*, 7 (7), 313-318.
- Moi, A.L., Wentzel-Larsen, T., Salemark, L., Wahl, A.K. & Hanestad, B.R. (2006). Impaired generic health status but perception of good quality of life in survivors of burn injury. *The journal of trauma*, 61 (4), 961-968.
- Moi, A. L., Wentzel-Larsen, T., Salemark, L. & Hanestad, B. R. (2007). Long-term risk factors for impaired burn-specific health and unemployment in patients with thermal injury. *Burns*, 33, 37-45.
- Murphy, K., Cooney, A., O'shea, E. & Casy, D. (2008). Determinants of quality of life for older people living with a disability in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 606-615.
- \* Noble, J., Gomez, M. & Fish, J.S. (2006). Quality of life and return to work following electrical burns. *Burns*, 32 (2), 159-164.
- Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa: teori & kritik*. Linköping: Institutionen för hälsa och samhälle.
- Nordenfelt, L (1991). *Livskvalitet och hälsa*. Stockholm: Almqvist & Wiksell förlag
- Perry, J. (1985). Has the discipline of nursing developed to the stage where nurses do "think nursing"? *Journal of Advanced Nursing*, 10, 31-37.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Procter, F. (2010). Rehabilitation of the burn patient. *Indian Journal of Plastic Surgery*. 43, 101-113.
- Promcenter (2015). *PROMcenter- Generella instrument*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.promcenter.se/sv/generella-instrument/> [2015-10-12]
- Raymond, I., Nielsen, T. A., Lavigne, G., Manzini, C., & Choiniere, M. (2001). Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. *Pain*, 92(3), 381-388.
- 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.
- Sainsbury, D. CG. (2009). Clinical management extra. Body Image and Facial Burns. *Advances in Skin & Wound Care*, 22(1), 39-44.
- SBU- Statens beredning för medicinsk och social utveckling (2012). [Elektroniskt]. Tillgänglig: <http://www.sbu.se/sv/Vetenskap--Praxis/Vetenskap-och-praxis/Viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/> [2015-10-26]
- Sjöberg, F. & Östrup, L. (2002). *Brännskador*. Stockholm: Liber
- Socialstyrelsen. (2008). *Behandling av svåra brännskador som rikssjukvård*. [Elektronisk]. Tillgänglig: [https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8838/2008-130-9\\_20081309\\_rev2.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8838/2008-130-9_20081309_rev2.pdf) [2015-10-13]

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2005). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 5 (3), 283-292.

Sutcliffe, L. (1994). Philosophy and models in critical care nursing. *Intensive and Critical Care of Nursing*, 10, 212-221.

Tengvall, O., Björnhagen, V., Lindholm, C., Jonsson, C-E., & Wengström, Y. (2006). Differences in pain patterns for infected and noninfected patients with burn injuries. *Pain Management Nursing*, 7, 176-182.

Uppsala Burn Resaerch Programme. (?). *Burn Specific Health Scale-Brief*. Depts of Neuroscience (Psychatry), Surgecal Science (Plastic surgery), Uppsala Uneversity, Department of Behavioural Science, Linköping Unviversity, and the Burn Unit Uppsala University Hospital. Opublicerad.

Vaagbø, G. (2005). Behandling av brännskador i allmennpraksis. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 125 (11), 1923-1929.

Vetenskapsrådet (2014). *Oredlighet i forskningen*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.vr.se/etik/oredlighetiforskningen.4.9232df81081e742f7e800049.html> [2015-10-09]

Wallander, L. J., Schmitt, M., & Koot, M.H. (2001). Quality of Life Measurement in Children and Adolescence: Issues, Instruments and Applications. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (4), 571-585).

Walters, A. J. (1995). Technology and the lifeworld of critical care nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 22 (2), 338-346.

WHO (1997). *WHOQOL - MEASURING QUALITY OF LIFE*. [Elektroniskt]. Tillgänglig: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf) [2015-10-02]

WHO (2014). *Burns*. [Elektroniskt]. Tillgänglig: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/> [2015-10-05]

Willebrand, M., Andersson, G., & Ekselius, L. (2004). Prediction of psychological health after accidental burn. *The journal of trauma*, 57, 367-374.

Willebrand, M., Andersson, G., Kildal, M., Gerdin, B. & Eskelius, L. (2006) Injury-related fear-avoidance, neuroticism and burn-specific health. *Burns*, 32 (4), 408-415.

Willman, A. (1996). *Hälsa är att leva. En teoretisk och empirisk analys av begreppet hälsa med exempel från geriatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

\* Xie, B., Xiao, S-c., Zhu, S-h. & Xia, Z-f. (2012). Evaluated of long term health-related quality of life in extensive burns: A12-year experience in a burn center. *Burns*, 38 (3), 348-355.

Åkerlund, E., Huss, F. R. M. & Sjöberg, F. (2007). Burns in Sweden: An analysis of 24 538 cases during the period 1987-2004. *Journal of the International Society for Burn Injuries*, 200 (33), 31-36.

\* Öster, C., Willebrand, M. & Ekselius, L. (2013). Burn-specific health 2 years to 7 years after burn injury. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 74 (4), 1119-1124.

Författare	Årtal	Syfte	Metod	Resultat
Connell, K.M., Coates, R. & Wood, F.M.	2013	Syftet var att utreda BSBS-B:s resultat för att identifiera om individer som överlevt en brännskada rapporterar negativa förändringar i sexualitet och kroppsuppfattning och om det förbättras eller försämras över tid.	Kvantitativ studie Preliminär studie 362 deltagare Bortfall: Medges ej Frågeformulär	Resultatet visade att deltagarna i studien hade en signifikant negativ påverkan på sin sexualitet och kroppsuppfattning. Båda domänerna spelar en stor roll för livskvaliteten efter brännskador och det bör tas i beaktning vid rehabiliteringen efter brännskador. Över tid blir det signifikant mer positivt för kvinnor inom domänen kroppsuppfattning jämförelsevis med män. Brännskadan påverkade svårigheterna för att bli sexuellt upphetsad lika mycket för män som för kvinnor. Män hade det svårare med denna domän än vad kvinnor hade och även här ses en signifikant förbättring hos kvinnor över tid.
Connell, K.M., Phillips, M., Coates, R., Doherty-Poirier, M. & Wood, F.M.	2014	Att fastställa hur brännskador påverkar ändringar i sexualitet, kroppsuppfattning och relationer över tid.	Kvantitativ metod 865 deltagare Bortfall: Medges ej Frågeformulär	Resultatet visade att brännskador hade en signifikant negativ påverkan på domänerna sexuality, body image, affect and interpersonal relationship.
Dyster-Aas, J., Kildal, M., & Willebrand, M.	2007	Syftet var att utvärdera vilka faktorer som är associerade med troligheten att återvända till arbetet och att undersöka skillnaderna mellan gruppen som återgick till arbetet och gruppen som inte återgick till arbetet i relation till hälsorelaterad livskvalitet, upplevd brännspecifik hälsa, dysfunktionell tilltro och psykologiska symtom.	Kvantitativ metod 116 deltagare Frågeformulär Bortfall: 68	Resultatet visade att 31 % av deltagarna inte återgått till arbetet och att återgången till arbetet påverkades av hur lång tid det var sedan skada inträffade, skadans utbredning och djup och personlig inställning. De som återgick till arbetet hade bättre hälsorelaterad livskvalitet, brännspecifik hälsa, mindre fear-avoidance och även mindre symtom på posttraumatisk stressyndrom än vad de som inte jobbade hade. Humöret var dock detsamma på båda grupperna.
Ekeblad, F., Gerdin, B. & Öster, C.	2014	Syftet med studien var att beskriva prevalensen hos individer med personlighetsstörningar som drabbats av stora brännskador.	Kvantitativ metod En prospektiv, longitudinell studie. 151 Deltagare Bortfall: 34 stycken. Ytterligare 27 deltagare föll bort under studiens gång. Strukturerade kliniska intervjuer för att upptäcka deltagare med psykisk ohälsa och en annan för att upptäcka personlighetsstörningar. Frågeformulär	Resultatet visade en överlägsen prevalens för personlighetsstörningar bland individer som blivit drabbad av brännskador. Personer som innan led av personlighetsstörningar hade en signifikant högre livstidsbörda av Axis I syndrom jämfört med deltagare utan personlighetsstörningar. I BSBS-B visade det sig att deltagare som led av personlighetsstörningar fick lägre poäng i domänerna hud, värmekänslighet och affect samt att de var relaterade till domänen treatment regimens.

Författare	Årtal	Syfte	Metod	Resultat
Elsherbiny, O.E.E., Salem, M.A., El-Sabbagh, A.H., Elhadidy, M.R. & Eldeen, S.M.A	2011	Syftet var att bedöma livskvalitet hos vuxna med svåra brännskador.	Kvantitativ studie Deskriptiv correlation studie och pilotstudie 100 deltagare Bortfall 0 Livskvalitetsinstrument structure interview schedule	Brännskador hade en negativ påverkan inom de flesta domänerna för livskvalitet. Dock sågs de lägsta poängen för livskvalitet inom domänerna för heat sensitivity, work, affect och body image. De högre poängen som påvisade en högre hälsorelaterad livskvalitet sågs inom domänerna sexualitet, personliga relationer, handfunktion och simple abilities.
Finlay, V., Phillips, M., Wood, F., Hendrie, D., Allison, G.T. & Edgar, D.	2014	Studien är designad för att undersöka reliabiliteten och validiteten av BSHS-B över ett urval av patienter med mindre brännskador.	Kvantitativ studie Kohort studie 927 deltagare Bortfall 104 stycken Frågeformulär	BSHS-B visade en utmärkt reliabilitet och en signifikant förbättring av alla domäner över 24 månader efter brännskadetillfället.
Grisbrook, T.L., Reid, S.L., Edgar, D.W., Wallman, K.E., Wood, F.M. & Elliott, C.M.	2012	Syftet var att under en 12-veckors lång period bedöma effekten av hälsorelaterad livskvalitet inom intervallträning kombinerad med träning med motstånd och aktivitetsbegränsningar för brännskadade vuxna individer minst 2 år efter skadan inträffade.	Kvantitativ studie. Kontroll studie. 18 deltagare Bortfall: 0 Frågeformulär	Gruppen med brännskadade hade minskat sin hälsorelaterade livskvalitet jämfört med hur de kände innan med hjälp av BSHS-B och vissa domäner i SF-36 visade också en minskning. Det visade sig att brännskadegruppen hade mycket sämre resultat i fem av nio domäner jämfört med kontrollgruppen. De rapporterade även att nivån på aktiviteten ökat jämfört med innan som mäts med hjälp av QuickDASH. Träningen förbättrade poängen i SF-36 för både kontrollgruppen och brännskadegruppen.
Noble, J., Gomez, M. & Fish, J.S.	2006	Syftet var att undersöka livskvaliteten och att återgå till jobbet efter elektriska brännskador.	Kvantitativ studie Tvärsnittsstudie 88 deltagare Bortfall: 66 stycken Kontaktades vi telefon eller brev Frågeformulär	Resultatet visade att det inte var någon skillnad i utbildning, lön eller andra parametrar på hög- eller lågenergiskador. Deltagarna hade låga resultat i BSHS-B formuläret och speciellt låga i domänen work. Deltagare med större brännskador hade lägre resultat i domänerna, sexuality, heat sensitivity, treatment regimens och work. efter fem år från skadan visades förbättringar i domänerna simple abilities, hand function, body image, heat sensitivity, treatment regimens och work. Bland högenergiskador var ångest något som sågs vara mer vanligt medan emotionell stress sågs över alla domäner.

Författare	Årtal	Syfte	Metod	Resultat
Xie, B., Xiao, A-c., Zhu, S-h. & Xia, Z-f	2012	Syftet var att rapportera en långsiktig ( $\geq 2$ år) undersökning på hälsorelaterad livskvalitet i denna speciella patientgrupp, och systematiskt analysera de viktigaste faktorer som påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten.	Kvantitativ metod Deltagarna kontaktades via telefon. 103 Deltagare Bortfall 83 stycken Frågeformulär	Resultatet visade att den hälsorelaterade livskvaliteten var lägre för SF-36 i domänerna fysiska funktioner, smärta, rollbegränsningar på grund av fysiska problem, sociala funktioner och rollbegränsningar på grund av emotionella problem jämfört med populationens normer. Endast att återvända till arbetet förutsåg förbättrad PCS (Fysisk summering) medan tiden sedan skadan inträffade, skador i ansiktet, tid på sjukhus korrelerade med MCS (Mental summering). Body image, work och heat sensitivity var de domäner som hade lägst poäng i BSHS-B. Det kunde dock ses en förbättring i den hälsorelaterade livskvaliteten genom resultaten i domänerna simple abilities, handfunction, work och affect även efter en ganska lång tid efter första testet.
Öster, C., Willerbrand, M. & Ekselius, L.	2013	Syftet var att försöka fastställa mönster över återhämtningen med hjälp av BSHS-B för att identifiera tidiga tecken på brännspecifik hälsa flera år efter brännskadan.	Kvantitativ metod Prospektiv longitudinell studie 89 deltagare Bortfall 22 stycken Frågeformulär och intervjuer som sköttes av tränade intervjuare som inte tillhörde forskningen. (Strukturerad kliniska intervjuer)	Resultatet visar att brännspecifik hälsa förbättras över tid. Mellan 2-7 år rapporterades de största problemen in vid domänerna för heat sensitivity, body image och work. De deltagare som led av psykisk ohälsa påverkades mest negativt vid domänerna personliga relationer och "affect" efter 12 månader. Eftersom tiden sedan skada, längden på sjukhusvistelsen och depression 12 månader efter brännskadan förutsåg utgången i domänen hud. I domänen arbete påverkades individen av hur lång sjukhusvistelsen varit, om han/hon arbetat när skadan inträffade och posttraumatiskt stressyndrom.

