

Benedicte Nygård Veland

Mental helse blant sykepleierstudenter under Covid-19

En kvalitativ studie om hvilke erfaringer sykepleierstudenter har knyttet til egen mentale helse under Covid-19 pandemien

Masteroppgave i folkehelse

Veileder: Susan Saga

Mai 2023

Benedicte Nygård Veland

Mental helse blant sykepleierstudenter under Covid-19

En kvalitativ studie om hvilke erfaringer sykepleierstudenter har knyttet til egen mentale helse under Covid-19 pandemien

Masteroppgave i folkehelse
Veileder: Susan Saga
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Denne masterstudien la vekt på de ulike erfaringene sykepleierstudenter hadde under Covid-19 pandemien, knyttet til egen mental helse. Sykepleierstudentene var spesielt utsatte og sårbare med tanke på at de gjennom praksisstudiene skulle møte Covid-19 smitte på nært hold. Hensikten med studien var å finne hvilke erfaringer sykepleierstudenter har, og hvordan deres mentale helse har vært under Covid-19 pandemien. Det foreligger noe forskning på hvordan den mentale helsen blant studenter har vært under pandemien, men lite om hvordan den har vært for sykepleierstudenter spesifikt. Ny forskning var derfor nødvendig for å kunne tilegne seg mer kunnskap om feltet. Problemstillingen var følgende: «*Hvilke erfaringer har sykepleierstudenter knyttet til egen mental helse under Covid-19 pandemien?*». Studiens teoretiske tilnærming var resiliens og empowerment.

Kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming ble benyttet, for å kunne hente de erfaringer og opplevelser sykepleierstudentene hadde knyttet til egen mental helse under Covid-19 pandemien. Sykepleierstudentene ble rekruttert ved et universitet i Norge. Det ble gjennomført ti individuelle semistrukturerte intervjuer, disse ble også transkribert og analysert. Det ble også hentet foreliggende litteratur gjennom litteratursøk i ulike databaser.

Denne studiens hovedfunn viste at sykepleierstudentene hadde kjent på et spekter av varierte følelser gjennom Covid-19 pandemien. De tok også ansvar for sårbare og syke pasienter, og tok dette på alvor. Ansvar de tok med tanke på studiet de går, resulterte i at det gikk utover dem selv og skapte store sosiale begrensninger i livet deres. Blant annet forelå det også en stor frykt for Covid-19 smitte, da de blant annet fryktet å smitte andre sårbare grupper gjennom praksisstudiene. Denne frykten var også en bidragsfaktor til de store sosiale begrensningene de la på seg selv, hvor disse begrensninger var større enn det som var nødvendig. Den mentale helsen endret seg gjennom Covid-19 pandemien, hvor følelsene de kjente på varierte etter hvilke smitteverntiltak som forelå i samfunnet. Blant annet kjente de på nedstemthet, ensomhet, angstfølelse og stress. Sosial distansering førte til en følelse av ensomhet for de fleste av sykepleierstudentene i denne studien. Flere av sykepleierstudentene kjente på manglende motivasjon og konsentrasjon som følge av at det ble benyttet digital undervisning. Dette førte til for mange dårlige rutiner, og en følelse av å få gjort mindre studiearbeid enn hva som var forventet av dem. Noen følte også på manglende tilrettelegging fra studiestedet sitt. Sykepleierstudentene tok i bruk en rekke verktøy gjennom pandemien for å myndiggjøre seg selv, og gjøre seg motstandsdyktige mot de utfordringer pandemien medførte. Majoriteten av sykepleierstudentene tok kontakt med enten venner og familie, mens en var i kontakt med helsevesenet og en annen tok i bruk hjelpetelefonen Mental Helse. Andre tiltak de også gjorde var å trene og lage rutiner i hverdagen.

Summary

This Master's Thesis emphasizes the different experiences nursing students had during the Covid-19 pandemic, related to their mental health. Nursing students were particularly exposed and vulnerable considering that through their practical studies they would encounter Covid-19 infecting at a close range. The aim of this study was to explore the experiences nursing students had, and how their mental health has been during the Covid-19 pandemic. There is some research on how mental health has been for students during the pandemic, but little on how it has been for nursing students specific. New research was therefore important in order to acquire more knowledge on the subject. The objective of the study is the following: "*What experiences do nursing students have in relation to their own mental health during the Covid-19 pandemic?*". The study's theoretical approach was resilience and empowerment.

A qualitative method with a phenomenological approach was used in order to gather the experiences the study participants had related to their mental health during the Covid-19 pandemic. The nursing students were recruited from a university in Norway. Ten individual semi-structured interviews were conducted, these were also transcribed and analysed. Available literature was obtained through literature searches in various databases.

The conclusion of this study showed that the nursing students have experienced a range of various emotions throughout the Covid-19 pandemic. They also took responsibility for vulnerable and sick patients, and took this seriously. The responsibility they took regarding the course they are attending to, resulted in it going beyond themselves and creating major social limitations in their lives. Among other things, there was a great fear of contracting the Covid-19 infection, as they among other things feared infecting other vulnerable groups through practical studies. This fear was also a contributing factor to the great social restrictions they placed on themselves, where these restrictions were greater than what was necessary. Their mental health changed through the Covid-19 pandemic, where their feelings varied according to the infection control measures implemented in society. Among other things, they experienced feelings of low moods, loneliness, anxiety and stress. Social distancing led to a feeling of loneliness for most of the nursing students in this study. Several of the nursing students felt a lack of motivation and concentration as a result of the use of digital teaching. This led to for many, bad routines and a feeling lethargy and getting less study work done than expected of them. Some also felt a lack of facilitation from their place of study. The nursing students used several tools throughout the pandemic to empower themselves and make themselves resilient to the challenges the pandemic brought. The majority of nursing students made contact with either friends or family, while one nursing student contacted the healthcare system, and another made contact with the helpline Mental Health. Other preventative measures were also exercising and creating routines in their everyday life.

Forord

Endelig har dagen kommet, hvor jeg etter 2 år, skal levere masteroppgaven min i folkehelse. Masterstudiet har til tider vært krevende, men jeg har lært mye om meg selv og folkehelsefaget som jeg tar med meg videre i livet. Arbeidet med masterstudien har også vært svært lærerik, og jeg ville ikke vært foruten.

Først og fremst vil jeg takke sykepleierstudentene som stilte opp til intervju. Det krever mye mot å stille opp til intervju for å prate om et sårt og tungt tema som mental helse, spesielt i en vanskelig tid som Covid-19 pandemien. Jeg er svært takknemlig for at de ønsket å dele sine tanker og erfaringer med meg. Uten dem hadde ikke dette blitt en masterstudie.

Jeg ønsker å takke min veileder Susan Saga, for gode ord og tilbakemeldinger underveis. Uten henne hadde ikke denne studien blitt som den har blitt. Jeg vil også takke henne for gode og oppmuntrende ord, og at hun har fått meg til å ha troen på at jeg ville komme i mål til slutt. Tusen takk!

Helt til sist vil jeg takke min samboer for å ha stått med meg i denne tiden, med oppmuntrende ord og ros. Takk til min tante, Lena, som har hjulpet med meg språk under skriveprosessen, og som har svart på uendelig mange spørsmål om rettskriving og setningsoppbygging. En stor takk til mine medstudenter for god hjelp og et godt samarbeid på tvers av ulike oppgaver, hvor det har vært rom for inspirasjon og tilbakemelding. Jeg vil også rette en stor takk til familie og venner som hele veien har hatt tro på meg, og som har kommet med heiarop.

Trondheim, mai 2023
Benedicte Nygård Veland

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Introduksjon	1
1.2 Problemstilling og bakgrunn for valg av studie	2
1.3 Studiens oppbygning	2
2 Tidligere forskning	4
2.1 Frykt for Covid-19 pandemien	4
2.2 Mental helse i befolkningen under Covid-19	4
2.3 Ensomhet og behov for sosialisering under Covid-19	5
2.4 Søvn og fysisk aktivitet	5
2.5 Læring	6
2.6 Oppsummering av empiri	6
3 Teori	7
3.1 Folkehelse og folkehelsearbeid	7
3.2 Mental helse blant unge i dag	7
3.2.1 Forskjellen mellom mental og psykisk helse	8
3.3 Helsefremming og forebyggende arbeid	9
3.4 Empowerment	9
3.5 Resiliens	10
4 Metode	12
4.1 Den kvalitative forskningsmetoden	12
4.2 Fenomenologi	12
4.3 Datainnsamling	12
4.3.1 Utvalg og rekruttering	13
4.3.2 Det kvalitative forskningsintervjuet	14
4.3.3 Intervjuguide	14
4.3.4 Gjennomføring av intervjuer	15
4.4 Transkribering	16
4.5 Analyse	16
4.6 Metodekvalitet	18
4.6.1 For forståelse	18
4.6.2 Forskningsetiske overveielser	19
5 Resultat	21
5.1 Frykt	21
5.1.1 Frykt for smitte og smitte andre	21
5.1.2 Større sosiale restriksjoner som følge av frykt	23
5.1.3 Frykt knyttet til skolemessige prestasjoner og i studentmiljøet	24
5.2 Sykepleierstudentenes mentale helse under Covid-19	24
5.2.1 Vonde følelser i omløp	24

5.2.2 Mindre sosial kontakt og økt ensomhet	26
5.2.3 Endret søvnmønster og rutiner.....	28
5.2.4 Påvirkning av selvfølelse	29
5.3 Læring og tilrettelegging	29
5.3.1 Læringsutbytte	30
5.3.2 «Blir vanskelig å holde på med det du gjør, og når det er digitalt...»	30
5.3.3 Mangelfull tilrettelegging fra studiested	32
5.4 Tiltak sykepleierstudentene gjorde for å bedre hverdagen under pandemien.....	32
5.4.1 Be om hjelp i en vanskelig tid	33
5.4.2 Sosial kontakt	34
5.4.3 Rutiner og trening	35
6 Diskusjon	37
6.1 Frykt som tar over hverdagen.....	37
6.2 Fører økt isolasjon til dårligere mental helse?.....	39
6.3 Endres læringskvaliteten under pressede forhold?.....	40
6.4 Resiliens som mål for en bedre mental helse.....	41
6.5 Metodediskusjon.....	43
6.5.1 Validitet	43
6.5.2 Reliabilitet	44
6.5.3 Styrker og svakheter	44
7 Konklusjon	46
7.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning.....	46
Litteraturliste	48
Vedlegg	52
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	52
Vedlegg 2: Invitasjonsbrev.....	53
Vedlegg 3: Samtykkeskjema	54
Vedlegg 4: REK godkjenning	57

Liste av tabeller

Tabell 1: Utvalg	13
Tabell 2: Eksempel på hvordan analysene er gjennomført.....	16
Tabell 3: Hovedtemaer og undertemaer	21

1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg kort gi en presentasjon av temaet for studien. Innledningsvis vil jeg introdusere Covid-19 pandemiens forløp, og hvordan den har påvirket sykepleierstudenter i korte trekk. Videre vil jeg presentere problemstilling og bakgrunn for valg av studie, før jeg avslutningsvis vil presentere studiens oppbygning.

1.1 Introduksjon

I 2020 oppsto en historisk folkehelsekrise. Covid-19 er et smitteutbrudd av viruset SARS-Cov-2, som raskt spredte seg globalt innen kort tid. Verdens Helseorganisasjon (WHO) var tidlig ute, og definerte allerede den 30. januar 2020 Covid-19 for en internasjonal folkehelsekrise (World Health Organization, 2020). Pandemien har resultert i alvorlige konsekvenser verden over, og har i sin helhet påvirket oss i mer eller mindre grad. Allerede den 1. januar 2020 ble det første dødsfallet bekreftet som følge av viruset, og i utgangen av 2020 var det totalt 1,7 millioner dødsfall, på verdensbasis, hos pasienter med viruset (Tjernshaugen et al., 2022). I Norge satte Covid-19 pandemien inn for fullt den 12. mars 2020. Som følge av pandemien ble det innført en rekke smitteverntiltak, og til tider en nedstenging av samfunnet, som førte til langvarig isolasjon for de fleste av oss. Dette ble beskrevet som de mest inngripende tiltakene vi har hatt i Norge under fredstid (Regjeringen, 2021). Norge lyktes med å redusere smitten utover våren 2020, men etter sommeren 2020 blusset smitten opp igjen og samfunnet ble preget av en rekke tiltak som skulle hindre smittespredning (Tjernshaugen et al., 2022). Slik pågikk det i to år, hvor smitten kom i bølger med påfølgende smitteverntiltak og begrensninger som man måtte forholde seg til.

Samtidig som samfunnet stengte ned den 12. mars 2020, stengte også universiteter og høyskoler. Dette resulterte i at all fysisk undervisning ble byttet ut med digital undervisning, og studentene ble sittende hjemme frem mot sommeren. Når sommeren kom og fakultetene åpnet opp igjen, bar det med seg ulike smittevernrestriksjoner på nasjonalt og regionalt nivå. Dette var en sosial og psykisk utfordring for studentene (Regjeringen, 2020). I løpet av skoleåret 2020, var universitet og høyskole både åpent og stengt, men de fleste fag ble undervist digitalt for å hindre smittespredning. En artikkel viste til at flere studenter utsatte nødvendig arbeid under Covid-19 pandemien. Der det blant annet kom frem at flere hadde problemer med å holde struktur i hverdagen, ettersom det ikke var andre enn dem selv som hadde forventninger til hva som skulle bli gjort. Studenter uttalte at motivasjonen gikk ned som følge av digital undervisning (Grande, 2021). Kunnskapsdepartementet (2022) viste også til at studenter savnet det sosiale læringsmiljøet i de periodene hvor universiteter og høyskoler var stengt.

Sykepleierstudenter har gjennom studietiden vært vitne til hvordan det er å stå i frontlinjen når det kommer til å behandle syke pasienter, og har måttet håndtere etiske problemer i lys av Covid-19. Som sykepleierstudent skal man gjennom studiet bli rustet til å håndtere vanskelige situasjoner i yrket som sykepleier. De har gjennom pandemien erfart og sett, hvor vanskelig det kan være med en uforutsigbar hverdag som både sykepleier og student. Det kommer til syne at sykepleierstudenter har kjent på dårligere livskvalitet under Covid-19 pandemien. I tillegg er det rapportert flere symptomer på psykologisk stress (Hofstad, 2021). Helse- og omsorgsdepartementet (2023) la den

31.03.2023 frem en ny Folkehelsemelding. Det kom frem en økning i psykiske plager under pandemien, og at dette var knyttet til periodene med strenge smitteverntiltak. På den andre siden viste Folkehelsemeldingen til at den psykiske helsen i befolkningen har for de fleste vært motstandsdyktige mot de påkjenningene som smitteverntiltakene kan ha medført. Det har også vært noen grupper i befolkningen som har vært mer utsatte for å utvikle psykiske plager i disse periodene. Det kom også det frem at det har vært økt ensomhet blant studenter, hvor også strenge smittevernrestriksjoner på universiteter og høyskoler har påvirket læring, trivsel og psykisk helse i negativ forstand (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023, s. 139).

1.2 Problemstilling og bakgrunn for valg av studie

Bakgrunnen for at jeg har valgt å undersøke hvilke erfaringer sykepleierstudenter har med egen mental helse under Covid-19 pandemien, er at de er unge voksne som gjerne bor uten et stabilt nettverk rundt seg, fordi de kanskje har flyttet fra hjembyen sin. Mange av dem er avhengige av å møte andre medstudenter for å opprettholde sosial kontakt. Undervisningsformen til sykepleierstudentene har under Covid-19 pandemien vært preget av mye digital undervisning. Det kan tenkes at praksistiden har medført seg uvisshet om Covid-19 viruset, som under den første fasen av pandemien var et ukjent virus. Utdanningsløpet består av cirka 50% praksisstudier, som vil si at de har kontakt med ulike pasientgrupper gjennom studiet. I tillegg til at de er studenter, skal de gjennom studietiden og etter endt studie møte syke pasienter. Derfor vil det være viktig at de selv har hodet på rett plass, og er mentalt sterke til hva de møter på i yrket. Dersom de har møtt på noen utfordringer underveis i pandemien, vil det også være interessant å se om de har gjort noen tiltak i forhold til dette.

Jeg har selv vært student under pandemien, og har derved kjent tett på kroppen hvordan det har vært å studere under omstendigheter med ulike restriksjoner som har medfulgt Covid-19 pandemien. Dette var til tider tungt og krevende. Jeg bodde imidlertid i hjembyen min når jeg begynte å studere, og hadde både venner og familie rundt meg. Jeg kan derfor forestille meg at det ikke har vært like lett for de av sykepleierstudentene som har måttet flytte på seg, og som har hatt et lite eller ingen nettverk rundt seg fra start av.

Tittel og problemstilling på oppgaven er «*Hvilke erfaringer har sykepleierstudenter knyttet til egen mental helse under Covid-19 pandemien?*».

1.3 Studiens oppbygning

Under studiens oppbygning følger jeg IMRaD-modellen. IMRaD står for introduksjon, metode, resultater og diskusjon (Søk & Skriv, 2022). Introduksjonen består av en kort innledning til studiens tema og bakgrunn for valg av studie. Tidligere forskning består av tilgjengelig forskning i lys av problemstillingen. Teorikapittelet presenterer de teoretiske perspektivene som kan belyse studiens funn. Metodekapittelet inneholder en beskrivelse og refleksjon over fremgangsmåten i studien. Jeg presenterer også metoden som er blitt brukt, hvor jeg kommer inn på kvalitativ metode, fenomenologi, datainnsamling, transkribering, analyse og metodekvalitet. Videre følger resultater, hvor hovedfunnene fra studien er presentert. Etterfulgt av resultater kommer diskusjon, hvor resultatene blir diskutert opp mot tidligere forskning og teori, samt en diskusjon av metode hvor jeg

kommer inn på validitet og reliabilitet, og presenterer studiens styrker og svakheter til slutt. Avslutningsvis kommer det et konklusjonskapittel hvor studiens konklusjon blir presentert, her kommer jeg også inn på implikasjoner for praksis og videre forskning.

2 Tidligere forskning

I denne delen av studien, vil tidligere forskning på feltet bli presentert. Empirien ble funnet ved å søke i Oria, Google Scholar og PubMed. Her brukte jeg ulike kombinasjoner av disse søkeordene: *sykepleierstudenter/nursing students, frykt/fear, Covid-19, mental helse/mental health, folkehelse/public health, resiliens, helsefremming, forebyggende arbeid, søvnvansker/sleep problems, ensomhet/loneliness*. Jeg benyttet meg også av referansenøsting, som vil si at jeg har sett i referanselistene til den litteraturen jeg fant for å finne mer relevant litteratur. I gjennomgangen ble det inkludert seks studier (Azmi et al., 2022; Beisland et al., 2021; Martínez-Lorca et al., 2020; Sørengaard & Saksvik-Lehouillier, 2022; Utvær et al., 2021; Utvær et al., 2022), to rapporter (Folkehelseinstituttet, 2021; Sivertsen & Johansen, 2022) og én artikkel (Nes et al., 2020). Litteraturen som ble inkludert er både norske og internasjonale, og den internasjonale litteraturen er inkludert på bakgrunn av at den har sin relevans for denne studien. Disse er presentert etter tema under.

2.1 Frykt for Covid-19 pandemien

To studier finner at frykt har vært fremtredende blant studenter gjennom pandemien. Det kommer blant annet frem i en spansk studie at studenter som studerer innen helse hadde høyere frykt for Covid-19, enn den generelle studentpopulasjonen (Martínez-Lorca et al., 2020). Beisland et al. (2021) beskriver at det var høy frykt blant sykepleierstudenter for å bli smittet av Covid-19. Frykten var assosiert med både generell helse og psykologiske plager. For sykepleierstudenter hadde den mentale helsen blitt påvirket av frykten for Covid-19, hvor frykten var mer fremtredende hos de som følte seg ensomme og for de som ikke var i praksisstudier. Det kommer frem hos både Beisland et al. (2021) og Martínez-Lorca et al. (2020) at frykten var mest fremtredende blant de som gikk første studieår. Videre kommer det frem at sykepleierstudenter under 25 år og de som ikke hadde tillit til myndighetenes eller universitetets håndtering av situasjonen rundt Covid-19, hadde en høyere frykt. Det forekom ulike nivåer av frykt mellom universitetene, og nivåene av frykt hadde en sammenheng med restriksjonene som forelå for de ulike stedene (Beisland et al., 2021).

2.2 Mental helse i befolkningen under Covid-19

Gjennom pandemien viser studier og rapporter til en endring i befolkningens mentale helse. Det ble blant annet rapportert et økt nivå i bekymring, stressbelastning, isolasjon og ensomhet som følge av restriksjonene som var ilagt individet og samfunnet (Folkehelseinstituttet, 2021, s. 38). Både Folkehelseinstituttets (FHI) rapport om folkehelsen etter Covid-19 (2021, s. 38) og Nes et al. (2020) fant ut at man kan se en sammenheng mellom tiltakene som har vært i Norge, og den økte andelen som sliter med psykiske plager. De fant økte symptomer på angst under pandemien hos de som hadde en allerede eksisterende medisinsk tilstand. Det blir også belyst at plager ble forsterket under pandemien for de som allerede hadde emosjonelle plager fra tidligere. For studenter forelå det en økning i psykiske plager og reduksjon i livskvalitet under pandemien (Sivertsen & Johansen, 2022, s. 67). Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) (2022, s. 73) poengterer at det er en høyere andel kvinner som sliter med økte psykiske plager, og generelt sett oftere søker hjelp, enn menn. Med tanke på praksisstudiene sykepleierstudentene skal igjennom, har det blant disse også

vært en endring i den mentale helsen, hvor Beisland et al. (2021) belyser at de har vært spesielt utsatte for endringen under Covid-19 pandemien med tanke på praksisstudiene. Videre ble det rapportert lavere nivåer på generell helse og livskvalitet, samt høyere nivåer av psykiske plager. Det kom frem i rapporten til FHI (2021, s. 39) og Nes et al. (2020) at forekomsten av psykiske plager og lidelser virket høyere i tiden hvor det var strenge smitteverntiltak. Videre poengteres det at disse endringene ikke er langvarige, men at graden av plagene gjenspeiler seg i smitteverntiltakene som har vært. For eksempel var det en høyere andel som slet med psykiske helseplager i mars 2020, før det i juni 2020 gikk ned igjen, fordi smitteverntiltakene i samfunnet løsnet opp. Det kom også frem at de som var under behandling for psykiske plager og lidelser opplevde at de ikke ble møtt med hjelp for sine behov da Norge stengte ned (Folkehelseinstituttet, 2021, s. 39 og 40; Sivertsen & Johansen, 2022, s. 67).

Hjemmekontor har også hatt en innvirkning på den psykiske helsen, hvor det blant annet kommer frem at det har virket både positivt og negativt på enkeltpersoners helse. Videre belyses det at hjemmekontor var med på å påvirke hvordan de sosiale behovene ble dekket, og at det igjen kunne føre til en påvirkning av den psykiske helsen og livskvalitet. Det kommer frem at hjemmekontor har vært assosiert med negative følelser, og det er en høyere prosentandel med psykiske plager hos de med hjemmekontor enn hos de som jobber på arbeidsplassen (15%) (Folkehelseinstituttet, 2021, s. 38; Nes et al., 2020).

2.3 Ensomhet og behov for sosialisering under Covid-19

Det er rapportert ulike grader av ensomhet under Covid-19 pandemien. Blant annet beskriver FHI (2021, s. 40) og Nes et al. (2020) en økning i ensomhet gjennom pandemien. De beskriver en betydelig høyere andel som har følt på ensomhet sammenlignet med tidligere målinger. Det kommer også frem at det er spesielt unge, arbeidsledige, og aleneboere, som har følt mest på ensomhet. Videre ble det poengtert at tiltakene som har vært i Norge, har gått betydelig utover livskvalitet, og har skapt ensomhet. Det vil si at det derfor kan variere mellom byer, alt etter hvordan livsutfoldelsen har vært, og ettersom tiltakene har variert. På den andre siden viser SHoT undersøkelsen (2022, s. 83 og 84) en liten grad av økning i ensomhet fra undersøkelsen i 2018. Videre kommer det frem at rundt 20% føler seg utenfor, og omtrent 20% føler seg isolert. Følelsen av ensomhet har vært høyere for kvinner og yngre. Når sykepleierstudenter har opplevd ensomhet, har det vært som følge av Covid-19 og dersom de ikke var i praksisstudier (Beisland et al., 2021).

Som følge av de sosiale begrensningene man måtte ta gjennom Covid-19 pandemien har det vært vanskeligere å få dekket sine sosiale behov enn tidligere. FHI (2021, s. 38) beskriver at det sosiale livet har blitt begrenset på bakgrunn av sosial distansering. Det viser til at økt bekymring har vært knyttet til mindre sosial kontakt.

2.4 Søvn og fysisk aktivitet

SHoT undersøkelsen (2022, s. 75 og 76) og Sørengaard og Saksvik-Lehouillier (2022) presenterer en økning av søvnproblemer blant den delen av befolkningen som er studenter og de som jobber i samfunnskritiske yrker. Det kommer blant annet frem at nesten én av tre studenter har oppfylt kriteriene for insomni. Samtidig kommer det frem

at de som hadde helseproblemer knyttet til Covid-19, hadde høyere nivåer av søvnløshet og symptomer på dette. Symptomer på søvnløshet var også høy blant de som jobbet under Covid-19 pandemien. Videre viser SHoT undersøkelsen (2022, s. 75) en endring i søvnmønsteret, hvor det har vært rapportert vansker med innsovning og uregelmessige leggetider blant studenter. Det presiseres også en økning i andelen som har søvnevansker fra 2010 til 2022. Kvinner har høyere forekomst av søvnløshet enn menn, og forekomsten er høyere blant studenter over 26 år.

SHoT undersøkelsen (2022, s. 62 og 63) viser at studenter trener jevnlig, og det er flest som trener i aldersgruppen 18-25 år. Det tyder på at studentene trener mer nå enn før, selv om det var en liten nedgang sammenlignet med tilleggsundersøkelsen i 2021.

2.5 Læring

Azmi et al. (2022) fant at digital undervisning blant annet var assosiert med depresjon, og at denne undervisningsformen var mer utfordrende enn fysisk undervisning. De fant videre ut at studentene opplevde digital undervisning som kjedelig, og at det tok lenger tid å forstå pensum gjennom denne undervisningsformen. Utvær et al. (2021) fant ut at i tidene med digital undervisning, har det vært viktig for sykepleierstudentene med lærere som viste omsorg, og en nær relasjon til andre medstudenter, for å kunne lære på best mulig måte. Det har vært viktig med støtte fra lærerne, og denne støtten hadde en direkte effekt på hvordan sykepleierstudenter opplevde egen kompetanse, beskriver Utvær et al. (2022). Peer Support påvirket også, men da mer på den emosjonelle tilstanden til sykepleierstudentene. Den emosjonelle tilstanden påvirket igjen den opplevde kompetansen til sykepleierstudenter (Utvær et al., 2021; Utvær et al., 2022).

2.6 Oppsummering av empiri

Oppsummering av foreliggende empiri handler om frykt knyttet til Covid-19, økning i psykiske plager og lidelser, ensomhet, søvnevansker og fysisk aktivitet, og ulike aspekter som påvirker læring. Det foreligger lite forskning som spesifikt handler om sykepleierstudenter, og derfor ble det inkludert empiri om studenter generelt også. Samtidig foreligger det liten forskning på frykt for pandemien blant sykepleierstudenter i Norge, foruten Beisland et al. (2021), derfor inkluderte jeg også Martínez-Loca et al. (2020) som tok for seg frykt blant spanske universitetsstudenter. Det kom frem at det har vært en økt frykt blant de som studerer innen helse og sykepleierstudenter, og at frykten var sterkt knyttet opp mot psykiske plager og lidelser. Når det gjelder den mentale helsen til studenter under Covid-19 pandemien, har økningen i psykiske plager og lidelser, samt ensomhet, vært en konsekvens av smitteverntiltakene som pandemien har medført. Ensomheten kan ha en sammenheng med sosial distansering, hvor mange ikke har fått dekket sitt sosiale behov. Perspektivene på læring var assosiert med støtte fra lærere, der det var viktig med støtte, spesielt for sykepleierstudenter, for at de skulle kunne oppnå god kompetanse.

3 Teori

I teorigapittelet vil jeg presentere begreper og ulike teoretiske perspektiv som kan belyse problemstillingen min. Innledningsvis vil jeg presentere folkehelse og folkehelsearbeid i lys av studiens problemstilling, før jeg går over til mental helse blant unge fordi det er et av studiens sentrale begrep. Videre beskriver jeg forskjellen mellom mental helse og psykisk helse. Begrepet resiliens, empowerment og helsefremming er sentrale begrep i den teoretiske tilnærmingen til studien, og vil derfor bli presentert.

3.1 Folkehelse og folkehelsearbeid

Folkehelse går ut på hvordan jeg og du har det, og det handler om helse, være frisk fra sykdom, oppleve mestring, trivsel og livskvalitet. Det handler generelt sett om hvordan hele befolkningens helse er (Nylenna et al., 2022). Det å drive folkehelsearbeid er lovfestet. Kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter skal lage tiltak og samordne sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte (Folkehelseloven, 2012, §1; Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

Sykkeligheten i Norge er annerledes i dag, enn tidligere. Psykiske lidelser er blant de vanligste sykdomsgruppene og de som fører til størst helsetap i befolkningen. Psykiske lidelser dominerer når det kommer til legemiddelbruk, bruk av helsetjenester og trygdeytelser (Folkehelseinstituttet, 2018; Mæland, 2021, s. 42). Det har også vært en økning de siste ti årene blant barn og unge som bruker legemidler for psykiske lidelser (Bang et al., 2018). Likevel er det ikke sikkert om det er en reell økning i antallet som har psykiske lidelser, eller om det handler om at man er mer åpen om psykiske vansker nå, enn før (Mæland, 2021, s. 42). Psykiske lidelser blant unge og voksne i alderen 15-49 år utgjør cirka en tredjedel av det samlede helsetapet. Det finnes ulike måter å forebygge psykiske plager og lidelser. Første punkt er å gi trygge og gode oppvekstvilkår, slik at man kan sikre barn og unge en god oppvekst helt fra starten av. Dette er også en av de mest lønnsomme strategiene i forebyggende helsearbeid. Det andre er å føre en utviklende og meningsfull tilværelse. Her handler det om at man som menneske skal realisere seg selv og bruke de mulighetene man har. Her kan man utvikle et godt og stabilt selvbilde, skape relasjoner og få en følelse av at man er nyttig og verdifull. Det tredje handler om å ha støttende og stimulerende omgivelser. Her får man støtten man trenger i situasjoner som kan oppleves vanskelige, og støtte og hjelp til å forstå at man kan overvinne vanskelige situasjoner, og at man ender opp med vekst og utvikling, slik at man er mer rustet til neste gang man opplever psykiske plager eller tegn til psykisk lidelse (Mæland, 2021, s. 172–174).

3.2 Mental helse blant unge i dag

WHO rapporterer at det i dag er en av syv i aldersgruppen 10-19 år som opplever en psykisk lidelse, og at dette utgjør 13% av sykdomsbyrden globalt i denne aldersgruppen. Den fjerde største dødsårsaken blant 15-29 åringer er selvmord. Konsekvensene av at man ikke behandler psykiske lidelser vil være at man tar det med seg inn i voksenlivet, som vil føre til at man svekker den mentale og fysiske helsen (World Health Organization, 2021).

For ungdom er angstlidelser en av de mest utbredte årsakene til emosjonelle forstyrrelser. Angstlidelser rammer 14,4% av studenter i Norge (Sivertsen & Johansen, 2022, s. 72). Likevel er det ulike former for angst, og i noen tilfeller kan det være en form for frykt man kjenner på. Frykt og angst er to forskjellige følelser, som ofte er lett å forveksle med hverandre. Frykt er en naturlig reaksjon på en situasjon der man opplever en reell fare, mens angst er en følelse av uro og bekymring for noe som ikke har skjedd enda. Frykt kan beskrives som en adaptiv reaksjon, som er med på å hjelpe oss til å håndtere reelle situasjoner, mens angst kan resultere i en begrensning av livet vårt (Moxnes, 2009, s. 12). Man skiller mellom frisk og syk angst. Frisk angst er med på å gjøre oss oppmerksomme på farene rundt oss, og gjør oss forberedt dersom disse farene skulle oppstå. Syk angst kan påvirke vår evne til å fungere i hverdagen. Dette kan skje når nivået av angst er høyere enn hva som er nødvendig for situasjonen, eller når angsten går utover vår evne til å utføre hverdagslige gjøremål (Moxnes, 2009, s. 71).

Derimot er depresjon også en av de mest utbredte årsakene til emosjonelle forstyrrelser, og av studenter i Norge er det 13,2% som sliter med depresjon (Sivertsen & Johansen, 2022, s. 72; World Health Organization, 2021). Diagnostisert depresjon krever behandling, men dessverre er det få som søker hjelp ettersom man ikke er klar over at man er deprimert. På den andre siden er det mange som opplever depressive tanker og følelser, og disse kan være med på å gi en følelse av nedstemthet, eller at man har det tungt en periode. Depressive tanker og følelser er noe de fleste av oss vil føle i løpet av livet, men i de fleste tilfeller går dette som regel over av seg selv og krever ikke behandling (Kringlen, 2012, s. 9). Det er i ungdomsårene man som oftest utvikler grunnmuren for å forhindre eventuell utvikling av psykiske lidelser. Det er altså i denne tiden man utvikler sosiale og emosjonelle vaner som man tar med seg videre i livet. Miljøet man omgir seg med har mye å si for vår mentale helse. Risikofaktorer som kan bidra til økt stress, er blant annet presset om å tilpasse seg andre, og hvordan man skal finne sin egen identitet. Enkelte har større anlegg for å utvikle psykiske lidelser enn andre, dette er for eksempel de som har forstyrrelser, funksjonshemminger, eller de som lever under dårlige forhold (World Health Organization, 2021).

3.2.1 Forskjellen mellom mental og psykisk helse

Mental helse legger gjerne vekt på hvordan man kan leve et sunt og godt liv ved å ha en sunn mentalitet, mens psykisk helse fokuserer mer på det kliniske ved helsen som gjerne er angst og depresjon. I denne studien har det blitt lagt mer vekt på mental helse enn psykisk helse, ettersom mental helse legger vekt på hele aspektet av å leve et sunt og velfungerende liv (Lundli, 2020). Mental helse går ut på hvordan vi med vår mentalitet håndterer livets påkjenninger og det man møter i livet generelt. Hvordan vår mentale helse varierer fra individ til individ, og kan endre seg over tid til det positive og negative (World Health Organization, 2022). Vår mentale helse endrer seg gjennom hele livet, men vi kan selv gjøre noen endringer for at den skal være best mulig, slik at vi kan oppnå selvutvikling og unngå psykiske plager og lidelser.

Psykiske plager er en tilstand som kan oppleves belastende for individet, men denne belastningen er likevel ikke stor nok til at den kan kategoriseres som en lidelse. Disse plagene kan ofte påvirke oss i hverdagen, og manifesterer seg som tanker og følelser man kjenner til enhver tid. Tankene og følelsene vi kjenner på kan påvirke atferden vår, og hvordan vi er rundt andre mennesker. Psykiske lidelser derimot er en tilstand hvor

man fyller opp kriterier for en medisinsk diagnose. De psykiske lidelsene er mer belastende enn psykiske plager og påvirker på samme måte bare i enda større grad. Psykiske lidelser kan påvirke hvordan et individ generelt fungerer i hverdagen og livet. Likevel er disse lidelsene som oftest usynlige, for de som ikke har dem. Vi kategoriserer psykiske lidelser i tre ulike stadier; moderate, alvorlige og svært alvorlige (NHI, 2021).

3.3 Helsefremming og forebyggende arbeid

Forebygging handler om å kunne forhindre uønskede fenomener som oppstår. Dette kan for eksempel være at man tar i bruk p-piller for å forhindre uønsket graviditet, eller at man tar forholdsregler for å unngå smitte. Helsefremmende og forebyggende arbeid er to begreper som det er vanskelig å gi en klar definisjon på, og det er kun små forskjeller som skiller dem (Garsjø, 2018, s. 24 og 25). Helsefremmende arbeid handler om å fremme prosesser, og styrke de beskyttelsesfaktorene som fører til god helse. Det var WHO som initierte arbeid for å fremme helsen, og gjennom dette har man utviklet helsefremmende arbeid. Man har brukt mye tid på å forebygge, ved å finne risikofaktorer og påpeke de negative sidene i samfunnet, som kan føre til dårlig helse. Ved å tenke helsefremmende, vil man være med på å bidra til å se flere årsaker til det som er godt rundt oss, enn å kun se på det som er galt (Garsjø, 2018, s. 27).

Det helsefremmende arbeidet bygger på en sosial modell for helse og helsepåvirkning. Her skal man ikke bruke helse som et middel for å oppnå det man ønsker, og ikke kun bruke helse som et mål i seg selv. Empowerment er en sentral del i helsefremmende arbeidet, da tanken om helsefremming bunner i ideen om å oppnå makt og kontroll over egen helse (Mæland, 2021, s. 17). I helsefremmende arbeid er befolkningen en sentral del, og man betrakter ikke befolkningen som en målgruppe, men som aktive samarbeidspartnere. Det vil si, at de mål man har skal være åpen for diskusjon fra befolkningen, og at de kan være med å påvirke disse målene. Dette fører til at man, mer eller mindre, kan få en åpen kommunikasjon og dialog med befolkningen alt etter hvilke behov og ønsker de har (Mæland, 2021, s. 81).

3.4 Empowerment

Empowerment er et stort og uklart definert begrep, likevel kan empowerment forstås som et rammeverk for helsefremming. Ved å knytte empowerment til helse kan man føres tilbake til Ottawa-charteret, der det er tre prinsipper WHO la vekt på i det helsefremmende arbeidet; «maktfordeling, medvirkning og anerkjennelse av pasientens eller brukerens kompetanse på seg selv» (Tveiten, 2020, s. 33). Prinsippene til WHO danner grunnlaget for empowerment-tenkningen på individnivå. Dette betyr at helse kan fremmes, ved at man som enkeltindivid tar ansvar over egen helse. Samtidig skal man ha en forståelse for den kunnskapen man har om seg selv, og at man er med på å påvirke egen helse til det positive (Tveiten, 2020, s. 33). Empowerment-tenkningen bunner i et humanistisk menneskesyn, og handler om evner og ferdigheter som sikrer overlevelse, og et best mulig liv under rimelige betingelser (Sørensen et al., 2002). Altså, hvordan har studiedeltakerne i denne studien klart å få det best mulig mentalt under pandemien, når de har stått i en krise?

Empowerment er et begrep som brukes på individ-, gruppe-, samfunn- eller mikro- og makronivå. På individnivå påvirkes man av det miljøet man er i, der man enten kan være

med å medvirke eller ikke. På et strukturelt nivå handler det mer om hvordan individets makt kan påvirke, etter hvilken posisjon man har. Både individuell og strukturell empowerment henger sammen og påvirker hverandre (Tveiten, 2020, s. 47 og 48). Begrepet empowerment innebærer å gi styrke til et individ eller en gruppe, der man får makt til å påvirke og forandre uønskede forhold. Det betyr også at man blir i stand til å definere egne problemer, og til å finne løsninger på egen situasjon sammen med andre (Vågan & Olsson, 2018). Det som er motsigende i empowerment, er at det i liten grad tar for seg de individene som ikke har mulighet til å tilegne seg kunnskap om eget liv, og om hvordan de skal kunne påvirke og endre ubeleilige forhold. Empowerment blir likevel sett på som en prosess der pasienter får hjelp ved bruk av teorien i empowerment, til å kunne endre handlingene i større grad, enn å omfordele makt (Tveiten, 2020, s. 36).

Under pandemien har noen av oss kanskje hatt en opplevelse av å ha mindre kontroll over eget liv enn det vi vanligvis har hatt. Regjeringen har lagt begrensinger på vår livsutfoldelse som følge av Covid-19 viruset. Konsekvensen av dette var at vi for en viss periode, ikke kunne påvirke livet vårt i like stor grad som vi vanligvis gjør. Teorien om empowerment understreker at man skal være med på å bidra med støtte til mennesker som er i sårbare situasjoner, derav å støtte de som er sårbare gjennom pandemien (Tveiten, 2020, s. 36 og 37). Man skal støtte de menneskene som har det vondt, og som føler seg maktesløs i en sårbar situasjon. Likevel har man også ansvar for egen helse og påvirkning, hvor man selv skal være med på å påvirke de forhold som er ubeleilige. Videre bruk av begrepet empowerment i studien vil også det fornorskede ordet *myndiggjøring* bli benyttet.

3.5 Resiliens

Resiliens går ut på hvordan et individ evner å håndtere vanskelige aspekter ved livet, uten at det utvikles til å bli en vedvarende psykisk lidelse. Disse aspektene kan fortrinnsvis være ulike former for belastning eller stress (Kennair, 2023). Hvordan skal man klare å rette seg opp igjen etter man har opplevd en nedtur, eller kjent på følelsen av håpløshet? Vi mennesker handler forskjellig i ulike situasjoner, noen klarer seg bra og andre ikke. Resiliens handler om at man klarer seg til tross for vanskelige situasjoner. Selv om en vanskelig situasjon oppstår, klarer man seg og kommer seg gjennom dette bedre enn man forventet (Lein, 2021). Likevel opplever mennesker ulike situasjoner forskjellig, og ikke alle klarer å komme seg gjennom disse situasjonene like bra. En internasjonal studie, som undersøkte hva som har gjort noen av oss mer resiliente mot psykiske belastninger som pandemien har medført, fant at studiedeltakerne som var resiliente var preget av en gjennomgående optimisme. De studiedeltakerne som hadde klart seg bedre enn andre, var de som hadde en opplevelse av at man kunne lære noe, og hadde hatt en tanke om at det ordnet seg til slutt (Veer et al., 2021).

For å kunne forebygge uhelse vil det være viktig å vite hva som bidrar til god psykisk helse før en krise inntreffer, ettersom det vil gi oss beskyttelse når krisen rammer. Det viser til at gode vennskap med jevnaldrende, kan bidra til resiliens ettersom denne relasjonen bidrar med sosial støtte, der man kan dele ulike tanker og følelser med hverandre (Borge, 2018, s. 142). På grunn av pandemien har vi alle levd med smittevernrestriksjoner, da samfunnet har stilt retningslinjer til hvordan vi skal leve for å unngå smitte. Til tross for at vi alle har levd under de samme retningslinjene har man opplevd dette forskjellig, og vi har alle ulike erfaringer knyttet til hvordan det er å leve

under en pandemi. Studier gjort under pandemien, fant ut at de som hadde hatt fysisk kontakt med minst én venn var mindre ensom, og hadde mindre symptomer på depresjon og angst. Dette kan tyde på at den sosiale kontakten man har med andre er av en art som anses som viktig for en god mental helse, og som bidrar til resiliens (Bekkehus et al., 2020; Ulset & Bekkehus, 2022). Videre bruk av begrepet resiliens i studien vil også det fornorskede ordet *motstandsdyktig* bli benyttet.

4 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere studiens metode og fremgangsmåte. Kapitlet starter med valg av metodologisk tilnærming, og videre blir det redegjort for hvordan jeg har utført datainnsamlingen. Under datainnsamling beskriver jeg blant annet hvordan intervjuguiden (Vedlegg 1) ble utformet, og hvordan intervjuene ble gjennomført. Kapitlet kommer videre inn på transkriberingsprosessen og analyse, og avslutter med å beskrive for forståelsen og andre refleksjoner rundt forskningsetiske overveielser.

4.1 Den kvalitative forskningsmetoden

For å undersøke hvilke erfaringer sykepleierstudenter har knyttet til egen mental helse under Covid-19, benyttet jeg meg av kvalitativ forskningsmetode. Kvalitative metoder bygger på menneskelig erfaring og fortolkning, dette betyr at metoden er godt egnet til å undersøke menneskelige egenskaper. Ved å bruke kvalitativ metode kan vi spørre om meningen og betydningen av ulike nyanser av hendelser, og vi kan spørre mennesker om hvorfor de gjør som de gjør (Malterud, 2011, s. 26 og 27). Kvalitativ metode var best egnet til å undersøke problemstillingen min. Ved å gjøre intervjuer lot metoden meg gå dypere inn i tematikken. Metoden lot meg undersøke sykepleierstudentenes erfaringer knyttet til hvordan det har vært å være student, og hvordan den mentale helsen deres har vært under Covid-19 pandemien.

4.2 Fenomenologi

Som analysetilnærming benyttet jeg meg av fenomenologi. Den fenomenologiske tilnærmingen stammer fra en filosofisk tradisjon forankret i Edmund Husserls filosofi og metode. I kvalitativ forskning peker man på hvordan man kan forstå sosiale fenomener ut fra andres forståelse av den livsverdenen de lever i, og hvordan den oppfattes av dem (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44). Livsverden handler om hvordan verden er slik som vi møter den daglig, og slik den opptrer umiddelbart uten forklaringer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Smith et al. (2021, s. 1 og 2) beskriver i fenomenologien, at man kan ha en opplevelse som kommer både uventet og uoppfordret. Disse opplevelsene kan være korte, men også vare over en lenger periode. Det beskrives videre at man opplever disse erfaringene forskjellig, i både positiv og negativ forstand. Det som er felles, er at opplevelsene vil være av stor betydning for oss, og at det setter i gang prosesser som skaper følelser og refleksjoner i oss. Ved å bruke fenomenologi gjennom studien min, fikk jeg tilgang til sykepleierstudentenes ulike opplevelser og erfaringer av fenomenet, gjennom at de fortalte meg om dette (Smith et al., 2021, s. 3). Dette brakte med seg en forståelse om erfaringer og opplevelser som sykepleierstudentene hadde hatt med sin livsverden, og fenomenet som pandemien har ført med seg.

4.3 Datainnsamling

Underkapitlet om datainnsamling presenterer fremgangsmåten min for å rekruttere studiedeltakere til studien. Først vil jeg presentere utvalget i studien, og hvilken rekrutteringsstrategi jeg benyttet meg av. Videre beskriver jeg hvordan et kvalitativt forskningsintervju gjennomføres, hvor jeg også kommer inn på hvilken type intervju det

ble brukt i studien. Avslutningsvis beskriver jeg hvordan intervjuguiden ble utformet, og hvordan gjennomføringen av intervjuene gikk for seg.

4.3.1 Utvalg og rekruttering

Utvalget i denne studien besto av tredjeårsstudenter på bachelorutdanning i sykepleie, ved et universitet i Norge høsten 2022. Inklusjonskriteriene var at studiedeltakerne skulle være tredjeårsstudent på sykepleierstudiet ved universitetet jeg rekrutterte fra. Dette fordi tredjeårsstudentene begynte på sin sykepleierutdanning når pandemien sto på som verst, og har dermed relevante erfaringer knyttet til det å ha vært sykepleierstudent under en pandemi. Det var ikke noe krav til om det var kvinne eller mann. Det ble likevel presisert et ønske om at de som hadde kjent på ekstra belastninger under pandemien skulle melde seg, og utvalget kan dermed betegnes som strategisk. Det ble til sammen rekruttert ti sykepleierstudenter. Det totale utvalget presenteres i tabell 1.

Tabell 1: Utvalg

<u>Kjønn</u>	
Kvinner:	8
Menn:	2
<u>Gjennomsnittsalder (range)</u>	24,4 (21-36)
<u>Bosituasjon</u>	
Kollektiv:	7
Samboer:	2
Aleneboer:	1
<u>Bosted</u>	
Ikke tilflytter til studieby:	1
Tilflytter til studieby:	9

Rekrutteringen startet september 2022 med en kort presentasjon av studien for sykepleierstudentene det gjaldt. Etter presentasjonen la veileder ut en invitasjon (vedlegg 2) til studien på universitetets digitale læringsplattform. To studiedeltakere kontaktet meg per e-post hvor vi avtalte tidspunkt for intervju, og gjennomførte intervjuene kort tid etter (en uke). Imidlertid viste det seg etter de to første intervjuene, at det ikke var like enkelt å rekruttere studiedeltakere til studien som vi først hadde antatt. Dette var fordi sykepleierstudentene var i praksisstudier på tidspunktet når rekrutteringsprosessen startet. Etter endt praksisperiode presenterte jeg dermed studien på nytt for sykepleierstudentene, og inviterte til deltakelse. Jeg og veileder pratet med sykepleierstudentene i etterkant av presentasjonen, og de som ønsket å delta skrev ned navn og telefonnummer på et ark til meg. Jeg kontaktet umiddelbart seks stykker som hadde sagt seg villige til å bli kontaktet. I tillegg var det to sykepleierstudenter som tok kontakt per SMS og e-post. Det ble avtalt intervju med samtlige i løpet av de kommende

to ukene. Studiedeltakerne var ivrige på å få gjennomført intervjuet fortest som mulig, som resulterte i at jeg en dag hadde tre intervju. De resterende dagene var det kun ett intervju per dag.

4.3.2 Det kvalitative forskningsintervjuet

Det kvalitative forskningsintervjuet har som mål å forstå de sider som studiedeltakeren har i sitt dagligliv, der studiedeltakeren forteller fra sitt eget perspektiv. Strukturen i forskningsintervjuet ligner en samtale man har på daglig basis, men man bruker en spesifikk spørreteknikk og metode når man utfører et kvalitativt forskningsintervju på et profesjonelt nivå (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 42).

Ved bruk av fenomenologi i forskningsintervjuet, er man opptatt av å undersøke studiedeltakerens oppfattelse av fenomenet i sin livsverden. Det vil være viktig å se bort fra forestillinger man har om et bestemt tema. Dette kan man også se i sammenheng med forforståelsen. Når man gjennomfører en studie vil man ha en forforståelse for et bestemt fenomen, og det vil derfor være viktig at man prøver å se bort i fra denne, slik at man ikke fortolker fenomenet til noe annet enn det er. Dette kan man kalle for common-sense, altså man setter bort forkunnskapene man har om et fenomen i en parentes, slik at vi oppnår en fordomsfri beskrivelse av et gitt fenomen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46).

I mine intervju, ble det benyttet individuelle semistrukturerte intervju. Dette vil si at jeg var ute etter studiedeltakerens eget perspektiv på erfaringer ved det å være sykepleierstudent under pandemien. Her var jeg interessert i at studiedeltakeren fortalte meg om sine egne beskrivelser av sin livsverden og sine fortolkninger av meningen om fenomenene som ble beskrevet. Dette intervjuet fulgte en intervjuguide (Vedlegg 1), som hadde bestemte temaer jeg var interessert i. I et semistrukturert intervju er det viktig at jeg som intervjuer, holder meg innenfor temaet jeg ville undersøke. Dette krevde at jeg stilte gode spørsmål, og at jeg gjennom hele intervjuet passet på å ikke bevege meg utenfor det spørsmålene stilte (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 22 og 46).

4.3.3 Intervjuguide

Jeg benyttet meg av en intervjuguide (Vedlegg 1) for å få fram studiedeltakernes perspektiv på livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 22). Intervjuguiden (Vedlegg 1), besto av tre hovedspørsmål med tilhørende underspørsmål. Disse spørsmålene var utformet for å få svar på problemstillingen som studien min stiller. Intervjuguiden (Vedlegg 1) ble utformet under veiledning av veileder, basert på tidligere forskning og teori om temaet. Siden jeg gjorde semistrukturerte intervju, var det viktig at hovedspørsmålene var store og åpne (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Hensikten med å forme hovedspørsmålene slik, var å hjelpe meg slik at jeg kunne få utfyllende svar, som ga informasjon og betraktninger om opplevelsen og erfaringene til studiedeltakerne. Underspørsmålene var hensiktsmessige å ha dersom studiedeltakeren svarte kort på hovedspørsmålene. Dermed kunne jeg få mer utfyllende svar ved å benytte meg av disse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 166). Det var som regel nok å stille hovedspørsmålene, men i den grad det var nødvendig, ble noen av underspørsmålene benyttet. Jeg strukturerte underspørsmålene i en rekkefølge slik jeg forestilte meg at studiedeltakerne ville svare, likevel var det vanskelig å forutse dette. Dette resulterte i at jeg tidvis måtte

hoppe frem og tilbake mellom spørsmålene. Når jeg var fornøyd med svaret de ga, eller fikk en opplevelse av at de ikke hadde noe mer å tilføye, gikk jeg videre til neste hovedspørsmål. For en av studiedeltakerne var det enkelte spørsmål ved den mentale helsen som ble vanskeligere å svare på enn andre, ettersom studiedeltakeren har hatt det vanskelig gjennom pandemien. En annen studiedeltaker synes derimot noen av spørsmålene var vanskelig å svare på, fordi studiedeltakeren ikke kunne relatere til innholdet enkelte spørsmål ettersom. Når jeg kom opp i disse situasjonene, gikk jeg videre og kom heller inn på spørsmålet ved en senere anledning. Dette erfarte jeg som en god måte å gjennomføre intervjuet på. Jeg forsøkte under intervjuene å skape en trygg atmosfære, og vise at det var trygt å dele deres tanker med meg.

4.3.4 Gjennomføring av intervjuer

Intervjuene ble gjennomført av meg alene. I forkant av første intervju gjorde jeg et prøveintervju med samboeren min for å trene på å være i en slik kontekst, men også for å teste hvordan intervjuguiden (Vedlegg 1) fungerte.

I forkant av intervjuet fikk studiedeltakerne skriftlig og muntlig informasjon om studien. Dette fikk de gjennom invitasjonsbrev (Vedlegg 2) som ble lagt ut på læringsplattformen deres, og gjennom den muntlige presentasjonen jeg holdt for dem. Når studiedeltakerne kom, introduserte jeg meg selv og repeterte informasjon om hvordan intervjuet ville bli gjennomført. Videre delte jeg ut samtykkeskjema (Vedlegg 3), og ba dem lese grundig gjennom dette. Her fikk også studiedeltakeren mulighet til å stille spørsmål dersom noe var uklart. Jeg ga også beskjed om at jeg hadde en intervjuguide (Vedlegg 1) med meg, men at denne kun var en veileder til hva man kunne prate om, og at dersom det var noe mer innenfor tema de ønsket å prate om var det rom for dette også. Jeg synes dette var en bidragsyter til en fin samtale om hvilke erfaringer de hadde knyttet til den mentale helsen under pandemien, og at miljøet vi befant oss i ikke følte oppstilt. Jeg ga også beskjed om at jeg hadde en notatbok som jeg kom til å skrive ned de tanker jeg hadde underveis slik at jeg ikke glemte dem. For at vi ikke skulle overstige lengden på intervjuet som ble satt (45 minutter til 1 time), hadde jeg telefonen min på siden for å følge klokken, men denne hadde jeg i flymodus for å forhindre bakgrunnsstøy. Dette ble også informert om i forkant, slik at de var klar over at den kun var fremme for å følge med tiden. For å kunne fokusere fullt og helt på studiedeltakeren og samtalen oss imellom, benyttet jeg meg av en lydopptaker. Dette lot meg holde fokus under intervjuet, i tillegg til at jeg var 100% engasjert i samtalen. Det som også var fint ved å benytte seg av lydopptaker, var at når intervjuene senere skulle transkriberes, kunne jeg gå tilbake og lytte til det studiedeltakeren fortalte meg (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205).

Når alle ti intervjuer var gjennomført, valgte jeg å avslutte datainnsamlingen. De siste intervjuene bekreftet temaer og funn fra tidligere intervjuer. Jeg opplevde metning i funnene, noe som oppnås når man ikke finner mer data som kan utvikle en viss kategori. Jeg ble sikker på at det ikke ville komme nye funn innenfor de temaene jeg samlet data til, og kunne da avslutte datainnsamlingen (Saunders et al., 2017).

Samtlige intervju ble gjennomført på grupperom ved universitetet som sykepleierstudentene studerte på. Grupperommene jeg reservertet var skjermet for andre studenter som gikk forbi. Jeg ønsket ikke grupperom med store vinduer, eller der hvor

det befant seg mange andre studenter. Dersom det ikke var ledige grupperom i skjermede omgivelser, plasserte jeg meg strategisk i rommet slik at det ikke var særlig synlig hvem som satt der. Det ble valgt grupperom ved universitetet deres, ettersom studiedeltakerne var kjent med områdene og hvor grupperommene lå.

4.4 Transkribering

Siden det er bedre egnet å analysere intervjuer i skriftlig form, fremfor muntlig, måtte jeg transkribere intervjuene. Etter dette steget var intervjuene klare til å analyseres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206). For å kunne transkribere intervjuene la jeg lydfilene fra lydopptakeren inn i NICE-1. Dette er et fillagringsområde som krever tilgang via to-faktor autorisering. Jeg overførte lydfilene til NICE-1 umiddelbart etter intervjuene var ferdig, og slettet lydfilene fra lydopptakeren. Samtlige intervju ble transkribert like etter at intervjuene var gjennomført. Dette gjorde jeg ettersom intervjuet, kroppsspråk og lignende var ferskt i minnet. Jeg noterte ned både latter og pauser, og når jeg merket på studiedeltakeren at noe var tungt å prate om. Når noe ble tungt for dem å prate om, ble svarene til deres kortere og de brukte lengre tid på å svare. Jeg synes dette var viktig å notere seg, da dette gjerne var temaer som gikk mer inn på enkelte av studiedeltakerne. Disse temaene var blant annet følelsen av ensomhet, som enkelte av sykepleierstudentene kjente på gjennom Covid-19 pandemien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208). Transkripsjonene ble også lagt inn i NICE-1 da de var ferdig.

Transkribering var en tidkrevende og lærerik prosess. Jeg lærte mye om meg selv og min rolle som intervjuer, og fikk en dypere kunnskap og forståelse av hva som kan forekomme i slike intervjuer. Under de første intervjuene la jeg merke til at jeg hadde kortere pauser enn jeg først antok, og dette kan ha ført til at studiedeltakeren ikke fikk tenkt seg godt nok om før jeg gikk videre til neste spørsmål. Dette er noe jeg tok med meg videre i prosessen, og ble bedre på for hvert intervju jeg gjennomførte.

4.5 Analyse

Det ble benyttet fenomenologisk tilnærming i analysene, og ved å bruke denne analysemetoden fortolket jeg studiedeltakernes oppfattelse av sin livsverden og fenomenet. Jeg har analysert datamaterialet mitt etter Kvale og Brinkmann (2015, s. 232) sin analysemetode, fortolkende fenomenologi. Denne analysemetoden deles opp i fem trinn, og handler om å forkorte studiedeltakernes utsagn. Først finner man meningsenhetene, altså man finner meningen som studiedeltakerne legger i sine opplevelser. Videre finner man meningsfortetting, som handler om at forskeren leter etter de naturlige meningsenhetene som uttrykker studiens hovedtema, altså det viktigste i meningsenhetene blir gjort om til en meningsfortetting. Ved å gjøre dette forkorter man utsagnene, slik at man enklere kan finne frem meningen i innholdet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 230–234). Tabell 2 viser et utdrag fra hvordan jeg har brukt meningsenheter og meningsfortetting, i tillegg til subtema og tema, i mine analyser.

Tabell 2: Eksempel på hvordan analysene er gjennomført.

Meningsenhet	Meningsfortetting	Subtema	Tema
--------------	-------------------	---------	------

<p>S: Eneste stedene vi møttes var på en måte på skolen for å lese med to andre eller på stimulering, som vi ikke hadde så mye av, men når vi først hadde det også en ting som ble veldig negativt ladet, for da var jeg veldig sånn er det dette her jeg skal havne i karantene eller isolasjon for. Så det endte opp med at jeg prøvde å isolere meg så godt som mulig, for at jeg var så redd for å havne i karantene, og eh isolasjon.</p>	<p>Møttes kun på skolen i liten grad, redd for å møte fordi man kunne havne i karantene eller isolasjon. Isolerte seg på grunn av dette.</p>	<p>Redd for smitte ved å delta på ting på skolen</p>	<p>Frykt for smitte</p>
<p>S: men det blir en underliggende frykt hele tiden for å smitte andre da, man vil jo ikke være sosial for da vet man at det er årsaken til at noen andre kan bli syke, så da blir man jo også litt mer restriktiv da</p>	<p>Hadde en underliggende frykt for å smitte andre, ønsket ikke å være sosial hvis det var årsaken til at andre ble syke</p>	<p>Frykt for å smitte andre</p>	
<p>S: Så vi ble sittende på rommene våres, turte ikke gå på trening, turte nesten ikke gå på butikken. Var veldig redd for å bli smittet fordi at jeg skulle reise hjem til jul ganske snart. Så det endte med at man ble ganske isolert da, og det føler jeg var veldig negativt for meg og mine medstudenter</p>	<p>Ble sittende på rommet sitt, kunne ikke trene og turte så vidt å gå på butikken. Var redd for å bli smittet før hen skulle hjem så hen isolerte seg og opplevde dette som negativt</p>	<p>Var lite sosial på grunn av frykten for å bli smittet</p>	

da som jeg har pratet med			
---------------------------	--	--	--

Første trinn i analysene etter Kvale og Brinkmann (2015, s. 232), handler om å danne seg et helhetsinntrykk. Her leste jeg gjennom transkripsjonene på papir, som ga meg en helhetlig forståelse av hva som kom frem i intervjuet. I andre trinn fant jeg meningsenhetene ved å gule dem ut på papir, med andre ord fant jeg de naturlige enhetene slik de ble uttrykt av studiedeltakeren selv. Videre skulle jeg fortolke meningsenhetene, men ikke til noe annet enn det de var. Her var det viktig at jeg forsøkte å lese studiedeltakerens utsagn på en fordomsfri måte, hvor jeg leser utsagnene fra studiedeltakerens synsvinkel slik som jeg fortolket det. I det fjerde trinnet så jeg meningsenhetene i lys av problemstillingen. Det femte og siste trinnet, bandt jeg de viktigste temaene til et deskriptivt utsagn, slik de kommer frem i resultatene (Tabell 3) (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 232). Jeg har også laget et eget subtema i analysene mine som jeg videre har samlet i et større tema, slik som man ser i Tabell 2.

4.6 Metodekvalitet

Denne delen av kapitlet handler om kvaliteten av metoden jeg har benyttet. Her vil jeg komme inn på forforståelse og forskningsetiske overveielser for studien.

4.6.1 Forforståelse

Når jeg bestemte meg for å undersøke sykepleierstudenters erfaringer knyttet til egen mental helse under Covid-19, reflekterte jeg over hvordan sykepleierstudentene kan ha erfart pandemien. Dette er fordi jeg selv har vært student under pandemien, og kan relatere til noen av de samme opplevelsene. Likevel opplevde ikke jeg pandemien som særlig tung og vanskelig, i motsetning til hvordan flere av studiedeltakerne i denne studien opplevde det. Min bacheloroppgave i pedagogikk med vekt på spesialpedagogikk og interkulturell pedagogikk, handlet om psykisk helse blant ungdommer. Selv om bacheloroppgaven min handlet om ungdommer i ungdomsskolen, tilegnet jeg meg kunnskap om hva som påvirker den mentale helsen vår, og hvilke faktorer som virker inn. Jeg har også gjennom å lese artikler, studier og rapporter som er gjort på feltet, tilegnet meg noen forkunnskaper på feltet som omhandler sykepleierstudenter og hvordan de har hatt det gjennom studieløpet under Covid-19 pandemien.

På bakgrunn av det jeg har erfart og lest tidligere, fikk jeg en forforståelse av at sykepleierstudentene kunne ha hatt det tungt under pandemien som student. Dette kan ha vært med på å prege hvordan jeg har formet studien. Imidlertid har jeg forsøkt å holde meg bevisst gjennom arbeidet med studien, og ikke fortolke noe slik det ikke er. I resultatene mine kommer det frem at mange har hatt det vanskelig, men at det er varierende funn mellom studiedeltakerne. Ikke alle har hatt det like vanskelig. Jeg fikk både bekreftet og avkreftet min forforståelse.

4.6.2 Forskningsetiske overveielser

Ettersom jeg i denne studien ønsket å samle inn helseopplysninger, ble det sendt en søknad til REK. Den 01.09.2022 ble studien godkjent (Vedlegg 4, REK godkjenning 01.09.2022, Ref. 483370).

I forkant av intervjuene og søknad til REK, ble det skrevet et samtykkeskjema etter mal fra REK (Vedlegg 3). Bakgrunnen for samtykkeskjemaet (Vedlegg 3) var å informere studiedeltakerne om formålet med studien, og hva det innebar å delta. Dette skjemaet informerte også om at deltakelsen var frivillig, og at de når som helst kunne trekke sitt samtykke om ønskelig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). Når studiedeltakerne kom inn til intervju, ba jeg dem lese gjennom og signere samtykkeskjemaet (Vedlegg 3) dersom de var innforstått med innholdet i skjemaet.

Personopplysninger som ble behandlet var opplysninger knyttet til samtykkeskjemaet (Vedlegg 3), og dette skjemaet inneholdt studiedeltakerens navn og signatur. Disse opplysningene var kun tilgjengelige for meg og min veileder. Samtykkeskjemaene (Vedlegg 3) ble oppbevart i et låst skap, på et låst kontor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Andre personidentifiserbare materialer var lydfiler via lydopptak. Hvor lydfilene ble lagret som indirekte personidentifikasjonsbare, ved å navngi lydfilene som «*Studiedeltaker 1, dato*». Når samtykkeskjemaet (Vedlegg 3) ble utarbeidet sendte jeg en e-post til personvernombudet ved NTNU, for å spørre om det var ok at kontaktinformasjonen ble lagt til i samtykkeskjemaet (Vedlegg 3). Kontaktinformasjonen til personvernombud ble lagt inn tilfelle studiedeltakerne hadde noen spørsmål knyttet til personvernet i studien.

I forkant av studien gjorde jeg en vurdering knyttet til risiko ved gjennomføring av studien. Det var viktig å gjøre en risikovurdering av de opplysningene som skulle innhentes under arbeidet med denne studien. Ved å undersøke sykepleierstudenters erfaringer knyttet til egen mental helse under Covid-19 pandemien, og med tanke på anonymitet, ønsket jeg behandle dataene med forsiktighet. Studiens risiko for den enkelte studiedeltaker ble vurdert som liten, sammenlignet med nytten som kunnskap om de konsekvenser pandemien har hatt for mental helse hos sykepleierstudenter. Det ble antatt som lite sannsynlig at sykepleierstudentene ville få en psykisk reaksjon som følge av å dele sine erfaringer, tanker og følelser under intervjuene. Det ble likevel gjort en vurdering av dette på grunnlag av at studien undersøker skjøre tematikk, noe som kunne være vanskelig å prate om. Jeg la derfor inn kontaktinfo til ulike tilbud som hjelpetelefoner og lignende i samtykkeskjemaet (Vedlegg 3), som de kunne ta kontakt med i etterkant dersom de opplevde intervjurunden som vanskelig. Det var noen studiedeltakere som syntes enkelte temaer var vanskeligere å prate om, men ingen fikk en psykisk reaksjon under intervju. Flertallet av studiedeltakerne var min veileder med på å rekruttere gjennom å prate med sykepleierstudentene, etter at den andre muntlige presentasjonen ble avholdt. Jeg anså hjelpen som nødvendig for rekrutteringsprosessen, da hun har god kjennskap til sykepleierstudentene. Imidlertid kan dette kan ha vært med på å svekke anonymiteten deres. Dette fordi veileder kan, hvis hun ønsker, få innsikt i hvem som har deltatt siden hun hjalp til med rekruttering og at samtykkeskjemaene ligger låst i skapet på kontoret hennes. Jeg anså uansett dette som nødvendig for å ha samtykkeskjemaene (Vedlegg 3) på et trygt sted.

I studien har jeg brukt begrepet «hen». Dette er et bevisst valg da det på

sykepleierstudiet er flest kvinner, og mine studiedeltakere var bestående av både kvinner og menn. For å gjøre studiedeltakerne minst mulig gjenkjennbare valgte jeg dette begrepet fremfor å bruke kjønnsidentifiserende begrep som «han» og «hun». Sitatene som er trukket ut fra transkripsjonene i resultatkapittelet har blitt noe omskrevet. Dette var viktig for å gjøre det minst mulig gjenkjennbart, og fordi jeg hadde noen studiedeltakere som ikke hadde norsk som morsmål, og studiedeltakere med gjenkjennbar dialekt. Jeg endret ikke innholdet i sitatene, men gjorde de grammatisk riktig og skrev de om til bokmål for å unngå at de kan bli gjenkjennbare. I tillegg til dette har jeg kalt studiedeltakerne for «*studiedeltaker 1, 2, 3...*» under sitatene, for å gjøre det enda mindre gjenkjennbart.

5 Resultat

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer sykepleierstudenter hadde knyttet til egen mentale helsen under Covid-19 pandemien. Gjennom analysen kom jeg frem til hovedtema og subtemaer, som er presentert i Tabell 3:

Tabell 3: Hovedtemaer og undertemaer

<i>Hvilke erfaringer har sykepleierstudenter knyttet til egen mental helse under Covid-19 pandemien?</i>			
Frykt	Mental helse	Læring	Tiltak
Frykt for smitte og smitte andre	Vonde følelser	Læringsutbytte	Å be om hjelp
Frykt for å være sosial	Ensomhet og sosial tilhørighet	Digital undervisning	Sosial kontakt
Frykt for ikke å prestere på skolemessig og i studentmiljøet	Søvn mønster og rutiner	Dårlig tilrettelegging	Rutiner og trening
	Selvbilde		

5.1 Frykt

Gjennom analysene kom det frem at sykepleierstudentene kjente på frykt når det gjaldt smitte av Covid-19. Dette var frykt for å bli smittet og smitte andre, være sosial, ikke prestere på skolemessig plan og i studentmiljøet. Samtidig kom det et press utenfra og fra dem selv, om å ikke bidra til å spre smitte videre.

5.1.1 Frykt for smitte og smitte andre

Tema som dukket opp hos samtlige studiedeltakere var frykten knyttet til smitte. Her uttrykte studiedeltakerne at de ikke bare hadde en generell frykt for smitten, men frykt for å bli smittet slik at det kunne resultere i å smitte andre. Denne frykten innebar for studiedeltakerne at de ikke fryktet å bli syke selv, men at de kunne påføre andre sårbare grupper smitte som kunne gjøre dem sykere. En studiedeltaker beskrev det slik:

«... jeg var egentlig ikke så redd, jeg var mer redd for konsekvensene av å bli smittet, å ta det med hjem eller på jobb»

Studiedeltaker 5

En annen studiedeltaker fortalte om en følelse av at sykepleierstudentene hele tiden ble omtalt som en stor smittetilstand av studiestedet og media, fordi de var studenter. Dette resulterte i at studiedeltakeren følte på et press om å ikke være sosial for å unngå

potensiell smitte. En annen studiedeltaker fortalte også om en følelse av skam, som var tett knyttet til å kunne være en smittekilde. Dette var følelser studiedeltakeren delte med noen andre studiedeltakere også. Følelsene de beskrev var en opplevelse av at universitetet ikke ønsket sykepleierstudentene på studiestedet fordi de var studenter, og kunne bidra til smittespredning. Studiedeltakeren beskrev videre at hen følte seg som en del av en farlig gruppe smittsomme mennesker, som resulterte i at studiedeltakeren ikke turte å være sosial.

«... det var veldig mye snakk om at siden vi var sykepleierstudenter kunne vi ikke havne i karantene eller ha smitte for det vil se skikkelig dumt ut, og tenk de nyhetsoverskriftene»

Studiedeltaker 2

Det kom også frem at de ble fortalt av fadderne i fadderuken at det var viktig at de ikke bidro til smittespredning. Samtidig beskrev de en følelse av at universitetet ikke ville ha dem på studiestedet som følge av høye smittetall, og at media presenterte store overskrifter som omhandlet smitte. Dette førte til at de fryktet nyhetsoverskriftene som omhandlet sykepleierstudenter og smitte. Der de fryktet at det skulle komme overskrifter som omhandlet dem, dersom de skulle bli smittet og dette kom frem. De fortalte at dette var en bidragsfaktor til at de var mer forsiktig og restriktive, og at de følte på et press om å overholde retningslinjene om smittevern fra FHI. Det kom også frem fra noen av sykepleierstudentene at det var tabubelagt å bryte retningslinjene. Det ble videre beskrevet fra en annen studiedeltaker, at hen synes det var skummelt at sykepleierstudenter hadde et såpass stort ansvar overfor andre sårbare grupper, selv som sykepleierstudent uten tilstrekkelig kunnskap:

«... hvis man tenker hvor mye ansvar man har som sykepleier, du har jo bokstavelig talt menneskers liv i dine hender. Så da er det jo på en måte ja, det er litt skummelt å tenke hvor mye ansvar man har»

Studiedeltaker 7

Det var også noen studiedeltakere som ytret en frykt for å havne i isolasjon eller karantene, for da måtte de være alene. En studiedeltaker beskrev at det følte ut som at man ble tvunget til å være alene dersom man måtte i karantene. Studiedeltakeren beskrev dette slik:

«... jeg tror liksom det var en blanding av å havne i karantene fordi jeg ikke hadde lyst til å være alene. Eller jeg hadde ikke lyst til å bli tvunget til å være alene»

Studiedeltaker 2

Noen av studiedeltakerne beskrev også at de valgte å holde seg mer i hjembyen sin under de periodene med strenge smitteverntiltak. Primært gjorde de dette for å unngå smitte, men også fordi de følte seg tryggere og mindre ensomme i hjembyen sin. En annen studiedeltaker fortalte også om å måtte ta opp problematikken rundt frykten for smitte med kollektivet. Dette resulterte i en felles beslutning om at kollektivet la større

sosiale begrensninger på seg selv for å prøve å unngå en potensiell situasjon som bar med seg smitte inn i kollektivet. Studiedeltakeren beskrev det på denne måten:

«... men for at det skulle være litt mer sikkerhet at ikke en person måtte på en måte ha veldig strenge restriksjoner så kunne de fem andre løpe rundt å gjøre der de ville på en måte. Så vi hadde en litt felles forståelse på det da. Så det var litt kjedelig og litt vanskelig, litt vanskelig i starten hvis andre ville finne på mer en andre, så i starten før vi hadde en felles enighet da, men så gikk det seg til etter hvert»

Studiedeltaker 3

En annen studiedeltaker uttrykte frykt knyttet til trening. Studiedeltakeren beskrev frykten på en slik måte at hen var redd for å dra på trening, ettersom det forelå en økt risiko for å bli smittet og bringe smitten videre. Studiedeltakeren hadde i utgangspunktet et stort ønske om å trene, men at dette ble for vanskelig fordi frykten tok over. Studiedeltakeren syntes det var unødvendig å ta en risiko ved å trene med mange ukjente mennesker, ettersom studiedeltakeren potensielt kunne bli smittet av Covid-19 viruset. Studiedeltakeren beskriver dette slik:

«... så vi ble sittende på rommene våres, turte ikke gå på trening, turte nesten ikke gå på butikken. Var veldig redd for å bli smittet fordi at jeg skulle reise hjem til jul ganske snart»

Studiedeltaker 5

5.1.2 Større sosiale restriksjoner som følge av frykt

Samtlige av studiedeltakerne fortalte at de hadde lagt større restriksjoner på seg selv sosialt, enn det som var nødvendig etter det regjeringen påla. Studiedeltakerne beskrev at de følte på et større ansvar for å ikke smitte andre. Dette ansvaret kjente de på når de var på deltidsjobben, som er i helsesektoren, eller når de var i praksisstudiene. Dette førte til at de var mindre sosiale, som følge av begrensningene de la på seg selv. De la sosiale begrensninger på seg selv fordi de hadde en frykt for at sosialisering førte til at de enten ble smittet, eller endte opp i karantene. En av studiedeltakerne beskrev det slik:

«... det blir en underliggende frykt hele tiden for å smitte andre, man vil jo ikke være sosial for da vet man at det er årsaken til at noen andre kan bli syk, så da blir man jo også litt mer restriktiv da»

Studiedeltaker 3

Som studiedeltakeren over beskriver, var det en konstant frykt som lå i underbevisstheten hos sykepleierstudentene. De fortalte at de la begrensninger knyttet til sosiale aktiviteter, som de ellers hadde deltatt på. Frykten for smitte var det som førte til at sykepleierstudentene la ekstra restriksjoner på seg selv, og som resulterte i at de droppet sosiale aktiviteter, selv om de disse var innenfor de nasjonale og regionale smitteverntiltakene. Noe som det også førte til, var at noen opplevde en frykt for å gå

glipp av ting. Slik ble det beskrevet av en studiedeltaker:

«... jeg kjente også veldig på den frykten for å gå glipp av ting. Spesielt når vi kun kunne være små kohorter, og når jeg måtte være alene. Hvis det skjedde ting jeg ikke kunne bli med på så trakk jeg meg selv lenger ned»

Studiedeltaker 6

5.1.3 Frykt knyttet til skolemessige prestasjoner og i studentmiljøet

Studiedeltakerne beskrev også frykt knyttet til skolemessige prestasjoner. Noen studiedeltakere fortalte om en følelse av at de ikke strakk nok til i hverdagen som sykepleierstudent. De fortalte at de hadde all tid i verden til å få gjort unna studiearbeid, men at de ikke fikk gjort dette likevel til tross for at de satt mye hjemme. Frykten for å ikke prestere skolemessig handlet gjerne ikke bare om at de var redd for å ikke oppnå gode resultater, men også om å ikke få fullført praksisstudiene på grunn av smitte. En studiedeltaker beskrev en frykt for å ikke få fullført praksisstudiene på denne måten:

«... ikke få fullført praksisen, hvis vi ble syke og hadde sånne praksis ting og at det skulle få konsekvenser for det»

Studiedeltaker 5

Noen av studiedeltakerne fortalte også om at frykten var knyttet til å ikke prestere i studentmiljøet, altså det å ikke få seg venner og alt som omhandlet dette. Studiedeltakerne hadde en forventning om at studietiden skulle bli en merkverdig tid i livet, og hadde en forestilling om at det var her man knyttet sterke vennskapsbånd. Dessverre ble det ikke slik for alle. En studiedeltaker beskrev frykten for å ikke få seg venner, fordi hen ikke deltok på sosiale arrangementer, på denne måten:

«... med frykt var det mer sånn om jeg kom inn i noe vennekrets til å begynne med siden jeg ikke var med på sosiale ting, jeg jobbet jo så var redd for å dra med meg smitte»

Studiedeltaker 7

5.2 Sykepleierstudentenes mentale helse under Covid-19

Denne studien tar for seg sykepleierstudenters erfaringer knyttet til egen mentale helse, og gjennom analysene kom det frem ulike problematikker som studiedeltakerne slet med gjennom Covid-19 pandemien. Problematikken omfavner vonde følelser, ensomhet og sosial tilhørighet, søvnmønstre og rutiner, og selvfølelse.

5.2.1 Vonde følelser i omløp

Sykepleierstudentene i denne studien beskrev mange vonde følelser knyttet til den mentale helsen, som de kjente på under pandemien. Selv de som hadde kommet seg

greit gjennom pandemien, ifølge dem selv, hadde også i perioder kjent på vonde følelser. En studiedeltaker som mente å ha kommet seg tålig greit gjennom pandemien, beskrev det slik:

«... jeg har kommet meg fint ut av det, men likevel har jeg kjent på mye»

Studiedeltaker 3

Det kom frem at det var mange vonde følelser i omløp hos sykepleierstudentene under pandemien. Blant annet kjente noen på en følelse av angst. Det ble beskrevet en følelse av angst knyttet til det sosiale av en studiedeltaker, og for en annen ble det beskrevet en angst for å være i studiebyen ettersom studiedeltakeren var redd for å ikke kunne komme seg tilbake til hjembyen sin. Den ene studiedeltakeren beskrev det slik:

«... å være i studiebyen bar bare preg av angst for at kanskje jeg ikke kom hjem igjen, og det var veldig viktig for meg å være hjemme med familien»

Studiedeltaker 5

Ulike former for tunge tanker kom også frem under intervjuene. Noen hadde virkelig kjent på depressive følelser og tunge tanker, hvor noen tok kontakt med helsevesenet. Andre kjente på en lettere form for depresjon. Dette ble ikke presentert som en formell diagnose, men depressive følelser som noen av studiedeltakere kjente på og som ble beskrevet som en form for depresjon. En studiedeltaker fortalte at når vinteren kom, ble disse depressive tankene forsterket som følge av at det var digital undervisning og mørkt ute. Dette hadde ført med seg mye alenetid, spesielt i en tid hvor man gjerne hadde trengt noen å være med. På den andre siden var det en studiedeltaker som beskriver at hen valgte isolerte seg selv på eget initiativ, ettersom hen følte seg deprimert og ikke ønsket kontakt med noen i denne tiden:

«... det gjør meg trist at jeg ikke ville gjøre noe, at jeg ikke traff folk [...] jeg husker når jeg ikke ville snakke med noen så snakket jeg lavt, ehm jeg vet ikke, det var så ekkelt rett og slett»

Studiedeltaker 8

En annen studiedeltaker forklarte om en opplevelse av at det ikke var rom for å vise at man hadde det vondt, fordi man ikke ville være en belastning for samfunnet. En slik følelse kunne oppfattes som at de følelsene man kjenner på ikke var valide. Studiedeltakeren fortalte ikke hvor presset om å skjule følelser kom fra, men i likhet med uttalelser fra andre studiedeltakere, kom presset om at man ikke skulle være en belastning for samfunnet, fra universitetet, media og arbeidsplassen. Studiedeltakeren beskrev dette slik:

«... et press om at jeg ikke skulle bidra til å være en belastning for samfunnet, og kanskje et press at det ikke skulle merkes utad at jeg hadde det kjipt på en måte.»

Studiedeltaker 9

Samtidig som sykepleierstudentene forklarte om vonde og kjipe følelser, kom det frem at den mentale helsen hadde vært både god og dårlig. Hvordan den mentale helsen hadde vært, hadde en sammenheng med hvilke smittevernrestriksjoner som forelå i samfunnet. Følelsene ble forverret i de periodene med strenge smitteverntiltak, samtidig som de vonde følelsene bedret seg når tiltakene lettet. Noen av studiedeltakerne beskrev tilfeller hvor gamle følelser som de trodde var bearbeidet, kom tilbake, som følge av at følelsene ble forsterket under pandemien. Når man var mye alene fikk man tid til å tenke over ting som hadde hendt før, eller at gamle følelser man kjente på tidligere dukket opp igjen i en vanskelig tid med pandemi. Felles for studiedeltakerne var at samtlige kjente på følelser som de mente de ellers ikke ville kjent på, dersom det ikke var for Covid-19 pandemien. De som hadde det kjipt før pandemien, fikk sine følelser forsterket. Disse tok også kontakt med hjelpetelefoner eller lignende og prøvde å få hjelp der. Det er også en studiedeltaker som var i kontakt med helsevesenet, men som trengte en oppfordring av venner til å ta dette steget:

«... det var jeg selv som tok kontakt, men jeg hadde snakket med venner en del før jeg gjorde det, så de pushet nok litt på det. De vet på en måte historien min fra før av og at jeg har slitt med det tidligere av. Så ja de klarte på en måte å overbevise meg om at å ta kontakt var lurt og ta imot innleggelsen når den kom da t»

Studiedeltaker 6

5.2.2 Mindre sosial kontakt og økt ensomhet

Som student for første gang, og tilflytter til en ny by, brakte dette med seg mange forventninger til sykepleierstudentene. Her fortalte studiedeltakerne om forventninger til hvordan det ville bli sosialt, og at de håpte på en studietid som var preget av nye vennskap og en tid å se tilbake på, samt at man hadde tilegnet seg mye ny lærdom om sykepleieryrket. Studiedeltakerne ble i forkant av studiestart fortalt hvordan studietiden skulle bli, men at den ble alt annet enn forventet som følge av at pandemiens restriksjoner satte en stopper for det meste. For mange av studiedeltakerne ble disse forventningene ødelagte på grunn av nedstengning og smitteverntiltak, og de fortalte om at studietiden ble alt annet enn gøy og lærerik. Noen av studiedeltakerne opplevde studietiden som tung og ensom, og at den var mye preget av alenetid. Det ble nevnt at det var vanskelig å få venner når man var bundet til å være mye hjemme. En studiedeltaker fortalte om hvor slitsomt det var å måtte være mye hjemme for seg selv, og at det var en stor overgang å komme til en by uten å kjenne noen. Dette resulterte i at studiedeltakeren følte seg ensom.

«... jeg tenkte mye på at alle snakket om at studietiden skulle være den beste tiden i livet også var det [en studietid preget av smitteverntiltak] som var første møte med studietiden»

Studiedeltaker 2

Videre var det en studiedeltaker som forklarte at det sosiale skiftet fortegn fra positiv til negativ. De forklarte at å være sosial under en pandemi var vanskelig, fordi de opplevde

frykt for å bli smittet. Dette førte igjen til at de droppet den sosiale kontakten, og følte seg mer alene og ensom. En studiedeltaker fortalte at hen følte seg ensom som student og at følelsen av å være student i starten uteble, ettersom studiedeltakeren ikke kjente noen på studiet sitt. Dette gjorde at studiedeltakeren stengte seg mer inne, og ikke følte for å hilse på noen hvis hen først var ute blant folk eller medstudenter. Studiedeltakeren deltok kun på undervisning, og dro hjem uten sosialisering.

«... jeg følte meg helt ensom, helt kastet ut kan man si, jeg følte meg ikke som en student i starten av studiet»

Studiedeltaker 10

Det var noen av studiedeltakerne som beskrev det som vanskelig å utvide vennekretsen sin, og danne seg et nettverk. Dette førte til en følelse av liten tilhørighet, ikke bare til studiet, men også til studiebyen sin. Det var også to studiedeltakere som beskrev at de mistet kontakt med sine tidligere venner under pandemien, ettersom de enten ikke ønsket sosial kontakt på grunn av frykten for smitte, eller fordi at man måtte i praksisstudier langt unna og dermed mistet kontakt med det lille nettverket man hadde bygget seg opp. Studiedeltakeren følte på at samtlige hadde etablert seg mer, og at dette førte til en ensomhet i tiden før samfunnet åpnet mer opp igjen. En studiedeltaker forklarte det slik:

«... men når jeg har hatt to praksiser hvor jeg har måtte være et stykke ut i distriktet, og da har jeg i de periodene mistet muligheten til å være med på sosiale arrangement i [studiebyen]. Så i første året med de vennene jeg hadde begynt å opparbeide meg da mistet jeg mye kontakt med for at jeg var borte et halvt semester og så hele sommeren. Så etter det har jeg ikke hatt mye kontakt med dem, så jeg har måtte begynne litt på nytt og finne nye»

Studiedeltaker 1

Ensomhet og følelsen av å være alene, er en følelse samtlige kjente på i mer eller mindre grad. De kjente på ensomhet som følge av at de hadde mindre sosial kontakt, mindre tilstedeværelse på studiestedet, og at de isolerte seg selv på grunn av smitteverntiltak. Det var også en studiedeltaker som forstod godt at hen ikke var alene om følelsen av å være ensom, men at det var vanskelig å være positiv og at tankegangen gikk over i en negativ spiral når man var alene. Dette resulterte i at studiedeltakeren følte seg alene om følelsen av ensomhet:

«... man føler jo man sitter helt i det alene selv om man kan ringe folk da, så det er jo ikke det samme»

Studiedeltaker 3

I studietiden og perioden hvor det var digital undervisning hadde sykepleierstudentene vært i læringsteam, der de hadde samarbeidet med andre sykepleierstudenter på kullet. Her forklarer studiedeltakerne at det var under læringsteam man dannet grunnlaget for hvilket nettverk og vennekrets man kom i. Læringsteamet var nærmest den eneste typen for sosialisering med medstudenter mange av sykepleierstudentene fikk under periodene

med digital undervisning. For noen hadde dette fungert godt, for andre ikke. En studiedeltaker fortalte at dette var vanskelig, ettersom man ble avhengig av å passe inn i den gruppen man ble satt i. Videre fortalte studiedeltakeren at hvis man ikke passet inn, eller kom overens med gruppen sin, kunne det føre til at man følte seg mer alene. Andre fortalte også om at det var vanskelig å komme tilbake til en studiehverdag som innebar oppmøte på studiestedet og normal sosialisering når man ikke kjente noen. De følte seg ensom i en stor gruppe med mennesker, ettersom man følte at mange av sykepleierstudentene i kullet allerede hadde funnet sine venner gjennom læringsteam og lignende.

«... vi ble jo delt inn i læringsteam, så vi hadde jo med dem å gjøre, noen var heldig og fant sine folk der, men andre var kanskje uheldig og ikke følte helt at det var sin gjeng. Men ble litt tvunget til å være med den gjengen da»

Studiedeltaker 5

5.2.3 Endret søvnmønster og rutiner

Mange av studiedeltakerne kjente på konsekvensene av et endret søvnmønster. Dette er noe som har endret seg gjennom pandemien hos de fleste studiedeltakerne. Noen av sykepleierstudentene fortalte at døgnnet ble snudd om, hvor de la seg sent og sto opp sent påfølgende dag. En studiedeltaker beskrev også at hen leste til anatomieksamen på nattestid, fordi hen følte seg mer fokusert da, og sov heller lenger påfølgende dag i denne perioden. På den andre siden beskrev andre studiedeltakere at de hadde et økt søvnbehov, og følte en trang til å sove på dagen. Samtidig beskrev de følelsen av å føle seg slapp og trøtt, selv om de hadde fått tilstrekkelig med søvn på natten. Det førte til at de kjente på lite energioverskudd, og mindre produktivitet i hverdagen. En studiedeltaker beskrev det slik:

«... jeg sov jo veldig mye og det var jo den typiske med å våkne kvart over 9 for å koble seg på zoom for å så legge seg igjen. Så sov jeg resten av dagen. Og jeg merket det veldig godt at det gikk utover den fysiske og psykiske helsen, for jeg følte meg slapp og mye mer trøtt. Også var jeg jo mye mer skuffet over meg selv for at jeg ikke hadde gjort noe den dagen, og lite produktiv da»

Studiedeltaker 6

Digital undervisning førte med seg at studiedeltakerne ikke klarte å holde på de rutinene som de hadde bygget seg opp. For eksempel tok de gjerne den digitale undervisningen fra sengen. Noen av studiedeltakerne fortalte at de sovnet under den digitale undervisningen når de fulgte med fra sengen hjemme. På den andre siden fortalte en studiedeltaker om at hen rett og slett ikke orket å logge seg på Zoom-forelesningen, da hen fikk lite utbytte siden den var digital. Rutinene endret seg i form av at studiedeltakerne ikke var sosiale, og at de for det meste holdt seg hjemme. En annen studiedeltaker fortalte om å ikke få utslipp for overskudd av energi når man satt mye hjemme for seg selv, i motsetning til i en normal hverdag uten restriksjoner.

«... også er jeg også som person en med mye energi, så følte jeg ikke fikk ordentlig utslipp for det»

5.2.4 Påvirkning av selvfølelse

Noen av studiedeltakerne brakte opp selvfølelse, og hvordan denne ble påvirket under Covid-19 pandemien. En studiedeltaker fortalte at hen sammenlignet seg selv med andre under digital undervisning, der hen kun fikk opp bilde av personene eller hørte stemmen deres. Studiedeltakeren beskrev deretter en monoton hverdag med lite kontakt med andre, bortsett fra kontakt med andre ukjente medstudenter på møtepunktene man hadde på zoom. Her dannet hen seg et bilde av de andre medstudentene gjennom profilbildene og «prestasjonene» deres, i de digitale møtene. Hen fortalte at hen sammenlignet seg og sin kompetanse med andre, ettersom andre klarte å svare på spørsmål som ikke hen klarte. Gjennom digital undervisning, var det vanskelig for studiedeltakeren å forstå at noen av sykepleierstudentene hadde erfaring fra før innen helsefaget som kom til nytte på studiet. Studiedeltakeren beskrev videre at hen synes dette var en kjedelig følelse å sitte med, og at det man sammenlignet seg med var alt annet enn det realiteten tilsa. Det ble videre beskrevet at man gjerne hang seg opp i det andre gjorde bedre enn seg selv, og glemte at majoriteten av de som satt i det digitale undervisningsrommet var på lik linje med studiedeltakeren selv. For studiedeltakeren resulterte disse tankene og sammenligningene i en dårlig selvfølelse, og en sjelden følelse av mestring. Samtidig opplevde hen at prestasjonene sine ikke var gode nok. Studiedeltakeren beskrev det slik:

«... 8 timer på zoom med masse folk som du etter hvert blir kjent med navnet deres, og du har jo et eller annet bilde på de for mange hadde jo facebook bildet sitt på zoom, men det var liksom ingenting mer enn bare at man så de i timen, eller et eller annet sånt, også var det så lett å på en måte, jeg vet ikke, bare sammenligne hvor flink man var fordi det var det eneste man hadde gående det var å gjøre det bra på skolen.»

Studiedeltaker 2

Andre studiedeltakere fortalte også at selvbildet ble påvirket. Samme studiedeltaker som fikk selvfølelsen sin endret, fortalte også at hen hadde et dårlig selvbilde, og at dette endret seg utover i pandemien som førte til en dårlig følelse. Studiedeltakeren fortalte at hen hatet tanken på å reise tilbake til studiebyen etter en sommer hjemme, og at studiedeltakeren nærmest hadde lyst til å slutte på studiet.

«... det skapte veldig mye uro med selvbildet mitt og selvfølelsen, og det gjør jo igjen at du blir skikkelig lei deg og bare føler deg veldig dårlig.»

Studiedeltaker 2

5.3 Læring og tilrettelegging

I analysene kom det fram ulike punkter som omhandlet læring og tilrettelegging av studiestedet som studiedeltakerne studerte ved. Dette handlet om læringsutbyttet til

sykepleierstudentene og deres tanker rundt dette, erfaringer med digital undervisning og hvordan tilretteleggingen fra studiestedet var.

5.3.1 Læringsutbytte

For sykepleierstudentene endret læringsutbyttet deres seg nokså mye under pandemien, ifølge dem selv. Flere av studiedeltakerne fortalte om et ambivalent forhold til å være student. Noen studiedeltakere fortalte at de enten vurderte å slutte, eller ikke starte i det hele tatt. En studiedeltaker forklarte følelsene knyttet til å slutte på studiet slik som dette:

«... stress for eksamen, skal jeg klare det, hva skal jeg gjøre, skal jeg slutte, skal jeg droppe å ta eksamen, men det gikk jo bra.»

Studiedeltaker 10

For studiedeltakerne som kjente på et mindre læringsutbytte, virket det som om disse følelsene var knyttet opp mot eksamensperioden. De fortalte at de gruet seg til eksamen, fordi de ikke følte de hadde lært alt som krevdes, samt at det var en ny eksamensform som skulle testes ut. Under pandemien var det mange av sykepleierstudentene som fortalte at de følte på lite mestring i hverdagen, spesielt i de periodene med strenge smitteverntiltak.

«... fordi jeg kjente på lite mestring i løpet av en dag, og følte meg jo bare mer mislykka av at jeg ikke klarte å komme meg opp tidlig som jeg så mange andre klarte»

Studiedeltaker 9

En annen studiedeltaker fortalte om at hen hadde all verdens tid til å lese pensum, men på grunn av den mentalt krevende situasjonen de sto i, hadde ikke studiedeltakeren fått lært alt man hadde en forventning om å lære. Studiedeltakeren beskrev en følelse av å ikke få gjort noe. Hen opplevde også at andre fikk til ting som man ikke fikk til selv, og at dette var en kjip følelse å sitte igjen med. Studiedeltakeren beskrev dette slik:

«... at man skal gjøre det bedre på skolen for man har jo hatt tid. Og det er jo litt sånn unødvendig, sikkert andre som har følt på det, men jeg har ja følt på det. Også har man jo hatt så sinnsykt mye tid hjemme så man burde jo gjøre et litt bedre resultat, til tross for at man ikke har lært så mye som man kunne gjort»

Studiedeltaker 3

5.3.2 «Blir vanskelig å holde på med det du gjør, og når det er digitalt...»

Under pandemien ble fysisk undervisning erstattet med digital undervisning i lenger perioder. De fleste universitetene i Norge underviste gjennom Zoom eller Teams. Samtlige syntes det var vanskelig med digital undervisning, og at dette ikke var en

optimal måte å undervise på.

«... jeg har veldig dårlig konsentrasjon jeg da, jeg trenger å være aktiv for å få med meg noe. Jeg må skrive eller tegne eller et eller annet for å få med meg noe, så hvis jeg sitter foran en skjerm faller jeg nesten like fort ut som jeg starter da»

Studiedeltaker 3

På den andre siden fortalte en annen studiedeltaker, at det var fint i periodene hvor studiestedet hadde hybrid undervisningsform. Med en slik løsning kunne man velge mellom digital eller fysisk undervisning. Fordelen var at man selv kunne velge å ta risikoen med å eksponere seg for Covid-19 smitte, og vurdere om det var verdt det. Ved å dra til studiestedet var risikoen for å bli smittet av Covid-19 viruset en del høyere, og studiedeltakeren valgte ofte å bli hjemme for å unngå risikoen:

«... vi hadde jo at noen kunne møte opp fysisk og andre digitalt, jeg valgte ofte å være digitalt uansett, litt fordi jeg ikke risikerte skolen på grunn av smitte»

Studiedeltaker 7

Under intervju kom det frem fra de fleste sykepleierstudentene, at konsentrasjon i forbindelse med digital undervisning var vanskelig. De fleste sykepleierstudentene fortalte at konsentrasjonen var dårligere i periodene med digital undervisning. Noen av studiedeltakerne fortalte også at de savnet en relasjon til forelesere og medstudenter. Det var vanskelig å sitte med digital undervisning på Zoom, der man kun så en tom skjerm med ukjente fjes.

«... så er det viktig å ha en relasjon til den som skal undervise deg og de som skal studere sammen med. Hvis ikke gir ikke det noe motivasjon og blir vanskelig å holde på med det du gjør, og når det er digitalt»

Studiedeltaker 5

En studiedeltaker fortalte også om en høy terskel for å diskutere med medstudentene digitalt på Zoom i breakout rooms. Breakout rooms er digitale grupperom hvor man deler gruppen i mindre grupper, slik at de kan diskutere ulike oppgaver. Det ble beskrevet som lettere å diskutere med sine medstudenter uformelt i pausene etter fysisk forelesning:

«... eh så klart kan de dele deg inn i grupper på zoom, men det er noe annet enn å se masse navn du ikke kjenner igjen enn å sitte i en forelesningssal med de nærmeste du kjenner, terskelen er jo lavere for å diskutere og snakke og utforske hverandres syn på ting da»

Studiedeltaker 6

5.3.3 Mangelfull tilrettelegging fra studiested

Noen av studiedeltakerne fortalte meg at de følte på dårlig eller manglende tilrettelegging fra forelesere og studiested. Da spesielt med tanke på tilrettelegging for at sykepleierstudentene skulle ha det best mulig i hverdagen under pandemien. Et par av studiedeltakerne fortalte at forelesere spurte et par ganger i slutten av undervisningen, om det gikk bra med sykepleierstudentene. På grunn av allerede pressede forhold, og følelsen av at de ikke hadde andre valg enn å fortsette så godt de kunne, ønsket de ikke å dele sine oppriktige tanker. De kjente på en høy terskel for å åpne seg opp på Zoom for ukjente profilbilder og ører.

«... foreleser spør alltid etter forelesning om det går greit, men du kan ikke si nei så vi sier bare ja»

Studiedeltaker 10

En annen studiedeltaker fortalte om lite informasjon om hvem man kunne kontakte dersom det var noe, enten det gjaldt det faglige, vanskelige tanker, eller bare for å luften følelser man satt inne med.

«... jeg syntes de burde tydeliggjort hvem man kunne kontakt med ved behov, og hvem som er lærer der og for din gruppe, hvem du kan kontakte der og der, at man på en måte ikke bare har den faste reklamen at man kan ta kontakt med mental helse»

Studiedeltaker 3

Studiedeltakerne fortalte at for kullet deres gjaldt en ny studieplan for sykepleierstudiet. Dette innebar også en ny eksamensform. Den nye eksamensformen ville i utgangspunktet bli krevende for studentene uavhengig av pandemi eller ikke, men med en pandemi i tillegg opplevdes dette enda mer krevende. Noen av studiedeltakerne fortalte at de ikke følte på forståelse fra studiestedet eller forelesere, for at det var tyngre å være student i en pandemi, enn det ville vært ellers. De opplevde mangelfull informasjon om den nye eksamensformen som ble introdusert, og om hvordan pensum ble lagt opp. Dette opplevde enkelte som en ekstra belastning når de kjente på andre følelser i tillegg.

«... men det har kanskje vært litt vanskelig å skjønne hva som har vært pensum, hvordan eksamen skal bli lagt opp»

Studiedeltaker 4

5.4 Tiltak sykepleierstudentene gjorde for å bedre hverdagen under pandemien

Analysene viste at sykepleierstudentene gjorde tiltak for å myndiggjøre seg selv. Dette innebar blant annet å be om hjelp og ha sosial kontakt med andre. Noen brukte også trening og rutiner som tiltak for å bedre hverdagen under Covid-19 pandemien.

5.4.1 Be om hjelp i en vanskelig tid

Sykepleierstudentene gjorde mange tiltak for å bedre den mentale helsen gjennom pandemien, men noen syntes også det var vanskelig å vite hva man skulle gjøre. En studiedeltaker tok kontakt med helsevesenet da hen slet med depresjon. Dette var noe studiedeltakeren hadde slitt med før pandemien, men da pandemien sto på som verst kom depresjonen tilbake, og studiedeltakeren måtte kontakte fastlegen for hjelp. Studiedeltakeren hadde fra tidligere god erfaring med psykiatri, og ble oppmuntret av venner til å ta imot innleggelsen da den kom. Studiedeltakeren hadde en positiv opplevelse av innleggelsen, og fikk god hjelp til å håndtere depresjonen og andre utfordringer.

«... jeg endte jo opp med å bli deprimert i løpet av pandemien. Det startet sånn smått når jeg flyttet til [studiebyen] i 2020, så bygde det seg sånn smått mer og mer oppover, frem til jeg i februar i år ble innlagt på psykiatrisk, så mye av det jeg har slitt med i pandemien»

Studiedeltaker 6

En annen studiedeltaker tok kontakt med Mental Helse hjelpetelefon. Studiedeltakeren fortalte at hen var i en situasjon der det var umulig å få kontroll på tankene og bekymringene hen satt inne med. Studiedeltakeren beskrev at tankene ble negative, og forstod ikke hvordan hen skulle komme seg ut av det. Med det følte ikke studiedeltakeren noen annen utvei, enn å ta kontakt med Mental Helse hjelpetelefon. Derimot ble dette et negativt møte, da studiedeltakeren fikk beskjed om å roe seg ned og prøve å ikke tenke på det. Rådet var heller dårlig, med tanke på at det var alle tankene som florerte i hodet og dominerte store deler av hverdagen, som var grunnen til at studiedeltakeren tok kontakt med dem.

«... jeg spurte jo om råd og om hva jeg burde gjøre i en viss case da. Jeg bodde jo i kollektiv med en som ikke var så veldig opptatt av korona og restriksjoner og sånn, og det var det jeg spurte om råd til da. Og de sa da at jeg bare ikke måtte stresse»

Studiedeltaker 2

På den andre siden var det ikke alle som ønsket å lufte tankene sine. En studiedeltaker beskrev at hen ikke ønsket å snakke med noen, verken venner, familie eller andre utenforstående. Utfordringene som studiedeltakeren strevde med, gikk dypt inn på studiedeltakeren:

«... snakket ikke med noen, deltok ikke i noen ting [...] jeg ville til og med ikke snakke med familien min eller ringe de, ville ikke ha kontakt med noen»

Studiedeltaker 8

Det var noen studiedeltakere som vurderte å ta kontakt med psykolog, hjelpetelefon eller fastlege, men på grunnlag av lange ventelister valgte de å ikke gjøre det likevel. De følte

at utfordringene de kjente på ikke var store nok for å kunne ta kontakt. De følte at det alltid var noen som hadde det verre. Disse studiedeltakerne hadde heller et håp om at det skulle gå over av seg selv.

«... jeg så på det, men så at du kunne sette deg på venteliste da, og da venter du jo en del måneder da, og du tenker jo da at det skal ordne seg innen da, det er ikke noe big deal liksom»

Studiedeltaker 3

Andre studiedeltakere fikk god hjelp av nettverket sitt, blant annet av venner og familie. Disse studiedeltakerne snakket heller med de som sto dem nær, fremfor å ta kontakt med helsevesenet eller hjelpetelefoner. Mange følte de kunne snakke med sine nære relasjoner for å få litt veiledning på veien i de periodene hvor det var ekstra tungt. Mange var også mye hjemme hos familiene sine i de periodene hvor samfunnet var på sitt mest lukkede, og mange kjente at dette hjalp godt på den mentale helsen.

«... kunne snakke med foreldrene mine og søsken. Så da hjalp det veldig mye. Men hvis jeg ikke hadde hatt dem, eller hatt noe nettverk hjemme, så hadde jeg nok måtte ta kontakt med noen»

Studiedeltaker 7

5.4.2 Sosial kontakt

Mange av studiedeltakerne fortalte at sosial kontakt var viktig i en ellers tung tid. Tidligere har vi sett at samtlige studiedeltakere i mer eller mindre grad kuttet ned på sosial kontakt. De studiedeltakere som mer eller mindre prøvde å leve som normalt, og som hadde kontakt med venner, kollektiv, samboer eller lignende, beskrev dette som hjelpsomt og viktig.

For noen av studiedeltakerne ble praksistiden på sykepleiestudiet beskrevet som et viktig punkt for å få litt sosialt påfyll. Når de i noe grad fikk kjenne på den sosiale biten, og fikk gjort noe verdifullt, hjalp det mange med å komme seg ut av den tunge hverdagen.

«... praksis hjalp meg egentlig, å ta kontakt med folk ute og sånn»

Studiedeltaker 8

For sykepleierstudentene var det viktig med gode venner på studiet som lyttet når man hadde det utfordrende og vanskelig. To av studiedeltakerne fortalte at det var noen som på et tidspunkt hadde sendt dem en melding, og spurte hvordan det gikk med dem. Dette var på bakgrunn av at den ene studiedeltakeren ikke deltok aktivt, verken i grupper på Snapchat, eller på andre sosiale aktiviteter. Snapchat er en applikasjon hvor man kan sende bilder eller meldinger med andre. Dette resulterte i at hen følte seg sett, og sa at kontakt med andre hjalp på de vonde følelsene. Videre beskrev begge studiedeltakerne at kontakten med andre gjorde det lettere når man kom tilbake til studiestedet når det åpnet, fordi man hadde noen rundt seg og ikke satt alene.

«... så hun snakket til meg og spurte hvordan jeg hadde det. Så skrev vi noen meldinger, så jeg tror det hjalp litt å ha kontakt med noen»

Studiedeltaker 8

Etter at samfunnet åpnet opp igjen, og sykepleierstudentene fikk delta på fysisk undervisning, hadde samtlige studiedeltakerne god nytte av å kunne delta aktivt igjen, og dette virket godt inn på både den mentale og fysiske helsen. Noen studiedeltakere fortalte om positive erfaringer ved å møte medstudenter igjen. Studiedeltakerne var enige i at det var lettere å være sosial igjen når samfunnet åpnet opp, og at det var enklere å holde kontakten med de man hadde fått et bekjentskap til. På den andre siden, var det en studiedeltaker som syntes det var vanskelig å være sosial etter gjenåpningen, men hen fortalte selv at det ble lettere etter hvert som tiden gikk.

«... så det var vanskelig i starten å skulle komme tilbake til den sosialiseringprosessen, det ble veldig unaturlig alt [...] og da komme tilbake å prøve å finne noen flere var veldig rart, og hele det opplegget, for folk var blitt så knyttet og, ehm det virket som det var vanskelig for folk å være med noen andre»

Studiedeltaker 5

Noen av studiedeltakerne fortalte også om den gode følelsen av frihet de fikk da samfunnet åpnet opp, og hvordan det hjalp på den mentale helsen deres. En studiedeltaker beskrev denne følelsen slik:

«... friheten har vært til stor hjelp, å kunne gjøre ting når du vil gjøre det, enn å måtte forholde seg til reglene, bare har du lyst å dra ut med venner så drar du ut med venner»

Studiedeltaker 6

5.4.3 Rutiner og trening

De fleste av studiedeltakerne fortalte at de hadde brukt trening som hjelp for å holde den mentale helsen ved like, og at det hjalp dem godt i hverdagen som sykepleierstudent under Covid-19 pandemien. De fortalte at det var godt å komme seg ut og se mennesker, og at dette var til stor nytte. Det kom fram fra en annen studiedeltaker at trening hjalp hen med å forebygge en form for vinterdepresjon. Denne studiedeltakeren beskrev at med en gang vinteren kom og rutinene begynte å falle ut, kom vinterdepresjonen, og ved å trene hjalp det hen med å bedrive fritiden sin med noe, og at dette bedret den mentale helsen.

«... de siste månedene nå har jeg begynt med mer hjemmetrening og blitt med i [idrettslinjeforeningen] og jeg gjør det vel litt for en sånn forebygging, for jeg husker hvor tungt det har vært de siste to vintrene så jeg vil prøve å hindre at det blir sånn igjen til vinter»

Studiedeltaker 1

De fleste studiedeltakerne hadde en ting til felles, og det var at de syntes det var vanskelig å holde på rutiner under Covid-19 pandemien. Spesielt i perioden hvor det var digital undervisning, og man ikke kunne dra til studiestedet. De fleste studiedeltakerne hadde prøvd å holde på rutinene, men at disse falt ut etter hvert som tiden gikk. Rutinene til sykepleierstudentene besto for det meste av å stå opp rett før den digitale undervisningen startet, for å få med seg undervisningen fra sengen. Mange sovnet ofte under undervisning også. Noen tok seg gjerne en gåtur, men holdt seg ofte innendørs resten av dagen. Rutinene var preget av mange ulike faktorer, men de fleste studiedeltakerne hadde etter en stund prøvd å gjøre tiltak for å holde rutinene i gang. En studiedeltaker beskrev det slik:

«... første året tror jeg det at det sklei litt ut når jeg var alene i kollektivet mitt og så på digitale forelesninger. For da kunne jeg jo velge litt hvilke forelesninger jeg ville se på, så fant jeg ut at jeg måtte ha litt struktur for at det ikke skulle skli ut, så da lagde jeg timeplaner for meg selv og fulgte litt mitt eget løp [...] men ja, jeg vet ikke om det er sånn jeg alltid har vært. Men når det var digitalt sklei det litt ut fordi jeg ikke måtte stå opp tidlig»

Studiedeltaker 7

En studiedeltaker fortalte at rutiner var blant det viktigste for å komme seg gjennom pandemien. Rutinene var viktig for å holde fokus på rett plass. Derfor dro hen til studiestedet, selv om ingen andre dro. Videre ble det av en annen studiedeltaker beskrevet som positivt å sette seg ved et bord, fremfor å ligge i sengen, og at dette hjalp til med å holde konsentrasjonen oppe under digital undervisning. Studiedeltakeren som holdt på gode rutiner, forklarte at det å holde på rutinene gjennom studietiden i en pandemi var med på å styrke den mentale helsen og læringsutbyttet:

«... det er vel bare generelt det at jeg er flink til å ikke sove vekk dagen, at jeg står opp, trener, lager meg sunn mat, sørger for å holde kontakt med folk da. At selv om det har vært zoom så lager jeg meg rutiner. At om ingen av mine venner vil dra på skolen, så drar jeg på skolen, bare for å komme meg ut av huset på en måte»

Studiedeltaker 4

6 Diskusjon

I denne studien ønsket jeg å undersøke hvilke erfaringer sykepleierstudenter hadde knyttet til egen mentale helse under Covid-19 pandemien. Studien min viste at det var frykt for smitte blant sykepleierstudentene. Frykten tok stor del i hverdagen deres, og de la store begrensinger på seg selv for å unngå eksponering av Covid-19 smitte. Blant annet reduserte de sosial kontakt betydelig, og holdt seg mye hjemme. De fryktet å bringe med seg smitte inn i praksisstudiene og på arbeidsplassen, men også for å smitte andre slik at de påførte andre sårbare grupper ekstra belastning. I tillegg til dette opplevde de frykt for å være en belastning for samfunnet, dersom de skulle bli smittet eller smitte andre. Et annet funn i min studie viste at Covid-19 pandemien påvirket den mentale helsen til sykepleierstudentene. Enkelte følte blant annet på tunge og vonde følelser, og samtlige av sykepleierstudentene i denne studien kjente på et eller annet tidspunkt på utfordringer knyttet til den mentale helsen. Det var variasjoner blant sykepleierstudentene etter hvor vonde følelsene var, og hvor lenge de varte. De som fra før pandemien hadde erfaringer med vonde følelser, hadde en opplevelse av at slike følelser ble forverret under Covid-19 pandemien. Dette var for noen som følge av at de tidligere vonde følelsene ble forsterket når man til en viss grad måtte begrense den sosiale kontakten. Flere fortalte også om en opplevelse av manglende læringsutbytte gjennom Covid-19 pandemien. De fortalte at digital undervisning gjorde det vanskeligere å lære fagstoff, ettersom det påvirket konsentrasjonen og motivasjonen, og enkelte følte de fikk gjort mindre i periodene med digital undervisning enn når undervisningen var fysisk. Det ble også beskrevet en følelse av manglende tilrettelegging fra studiestedet. Her beskrev de om en opplevelse av at det var lite informasjon om hvem man kunne kontakte, dersom man hadde spørsmål knyttet til det faglige, eller bare trengte å prate med noen. Noen opplevde også at det var mangel på engasjement fra foreleserne og studiestedet, samt at enkelte følte på lite forståelse for at det var tungt å være sykepleierstudent under pandemien. Enkelte trakk også frem ulike søvnproblemer som oppsto under pandemien, hvor enkelte hadde hatt et sterkere behov for mer søvn, mens andre hadde slitt med å få sove fordi det var mange tanker som florerte i hodet om kvelden. Til tross for utfordringene de møtte på, kom det fram en rekke forebyggende tiltak sykepleierstudentene gjorde for å fremme eller opprettholde en god mental helse. Blant annet kom det fram at noen ba om hjelp fra helsevesenet og hjelpetelefon, mens andre tok kontakt med familie eller venner for å åpne opp om tanker og følelser de hadde. Sosial kontakt ble også trukket frem som positivt for mange. Her opplevde de blant annet nytten av å kunne møte medstudenter og venner igjen, etter en lang tid med store sosiale begrensinger. Samtidig viste enkelte til at trening og rutiner hadde vært positivt for den mentale helsen, spesielt i periodene hvor det var strenge smitteverntiltak.

I diskusjonen vil jeg drøfte hovedfunnene opp mot studiens problemstilling, teori, og tidligere forskning. Problemstillingen min lyder som følger: *«Hvilke erfaringer har sykepleierstudenter knyttet til egen mental helse under Covid-19 pandemien?»*.

6.1 Frykt som tar over hverdagen

Et tydelig funn i studien min var at sykepleierstudentene kjente på mye frykt knyttet til Covid-19 pandemien. Frykten sykepleierstudentene kjente på kunne være frykt for det ukjente, hvor man visste lite om utfallet dersom man skulle bli smittet av Covid-19

viruset. Sykepleierstudenter er en spesiell gruppe med tanke på at de er studenter som skal møte sårbare pasienter i praksisstudiene. Dette kan ha ført til at sykepleierstudentene i min studie har tatt et større ansvar fordi de opplevde frykt for å bringe smitte med inn i praksisstudiene. Dette gjorde dem til en sårbar gruppe, også med tanke på at noen av dem var langt borte fra familiene sine. Enkelte av studiedeltakerne uttrykte frykt for å ikke kunne reise hjem til familien dersom de ble smittet, men også at de ikke ønsket å sette andre i fare ved å bringe smitten videre. Frykt vil være en naturlig reaksjon på en situasjon der det foreligger en reell fare, og enkelte kan nok oppleve denne frykten sterkere enn andre. Det kan også utvikle seg til å være svært belastende for et individ å oppleve frykt, og alle studiedeltakerne i min studie kjente på et tidspunkt gjennom pandemien på en frykt som påvirket hvordan de handlet i hverdagen (Moxnes, 2009, s. 12). Noen opplevde også at frykten tok over store deler av hverdagen. Det kan også tenkes at sykepleierstudentene tok alvoret pandemien medførte innover seg på en slik måte at det gikk utover dem selv. Dette funnet kan ses i sammenheng med funnene i rapporten til Melby et al. (2020, s. 243), der de beskrev at sykepleiere la stor vekt på hygiene og smittevern som følge av frykt for Covid-19, og at dette blant annet resulterte i at livet ble litt begrenset. Det er få studier som har undersøkt og forsket på hvordan frykt har utartet seg blant sykepleierstudenter under pandemien, foruten en studie som fant ut at sykepleierstudenter hadde tatt større forholdsregler enn det regjeringen hadde bestemt, med tanke på å ikke bli smittet. Det kom blant annet frem at frykten var knyttet til risikoen for komplikasjoner med Covid-19, hvor de også hadde en lavere tillit til regjeringens håndtering av Covid-19 pandemien (Beisland et al., 2021).

Det kom frem i min studie at sykepleierstudentene følte seg mer isolert som følge av Covid-19 pandemien. Dette hadde en sammenheng med at de holdt seg mer hjemme, og tok store forholdsregler når det gjaldt sosial kontakt. Disse forholdsreglene hadde en sammenheng med at de fryktet smitten, og la større sosiale begrensninger på seg selv som følge av dette. Det kom videre frem i studien min at frykten til sykepleierstudentene hadde kommet og gått, og at den gjenspeilet seg i smitteverntiltakene som forelå. Ensomhet kom også frem som en konsekvens av denne sosiale begrensningen, hvor sykepleierstudentene i min studie følte på økt ensomhet i de periodene hvor det var sterke smitteverntiltak. Disse funnene er således sammenfallende med FHI's rapport (2021, s. 38), hvor det ble beskrevet en økt isolasjon i befolkningen og at flere valgte å isolere seg mer enn det som regjeringen stilte krav om. Folkehelsemeldingen (2023, s. 75) poengterte at sosial isolasjon kunne føre til negative konsekvenser på helsen, fordi det kunne føre til økt stress og øke risikoen for psykiske lidelser. Videre viste Folkehelsemeldingen også til at ensomhet kunne ha en sammenheng med at de hadde mindre sosial kontakt under Covid-19 pandemien. Melby et al. (2020, s. 16) viste blant annet til at gjennom Covid-19 pandemien hadde 64% av sykepleiere redusert kontakten sin med venner. Det ble gjennom pandemien understreket at sykepleiere var en samfunnskritisk gruppe, og man kan tenke seg til at sykepleierstudentene i min studie tenkte mye på dette. I min studie kom det frem at en sykepleierstudent syntes det var skummelt med mye ansvar, og da selv uten tilstrekkelig med kunnskap om situasjonen man stod i. Dermed kan det tenkes at frykten til sykepleierstudentene i min studie kom av at de allerede første uken på studiet, ble presentert for et press om at det ville sett dårlig ut dersom det kom frem i media at de hadde bidratt til smitte. Videre kan dette ha vært en bidragsfaktor for sykepleierstudentene, ettersom de la større sosiale begrensninger på seg selv, siden de studerte til å bli sykepleiere. På den andre siden kan

man se at begrensningene sykepleierstudentene i min studie gjorde var forebyggende, siden de tok forholdsregler for å unngå smitte (Garsjø, 2018, s. 25).

6.2 Fører økt isolasjon til dårligere mental helse?

Flere av sykepleierstudentene i min studie fortalte at de hadde kjent på et spekter av følelser gjennom pandemien. Følelsene de hadde kjent på var primært vonde følelser, som inkluderte angstfølelse, ensomhet, nedstemthet og stress. Studiens funn var således i samsvar med tidligere studiers funn, som viste at studenter hadde vært spesielt utsatte for psykiske plager under pandemien og at disse plagene var særlig knyttet til de perioder med strenge smitteverntiltak (Folkehelseinstituttet, 2021, s. 40). Spesielt viser også en annen studie at sykepleierstudenters mentale helse har blitt påvirket under pandemien (Beisland et al., 2021). Imidlertid kom det frem at de fleste i befolkningen hadde vært motstandsdyktige mot psykiske plager, men at enkelte grupper hadde vært mer utsatte. Disse gruppene inkluderte også studenter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023, s. 66). For sykepleierstudentene i min studie var det noen som opplevde den mentale helsen som god gjennom pandemien, mens andre følte på større utfordringer. Ved at noen er motstandsdyktige mot psykiske plager, kan dette også betegnes som at de har opparbeidet seg resiliens. Imidlertid kan det ved gjentatte opplevelser av å ikke lykkes, føre til en følelse av depresjon (Mæland, 2020, s. 111). Mange av sykepleierstudentene i min studie husker periodene med strenge smitteverntiltak som tunge og krevende. Blant annet kom det frem at en studiedeltaker hadde vært deprimert tidligere, og gikk inn i en depresjon igjen som følge av pandemien. Dette kan tyde på at sykepleierstudenten ikke var motstandsdyktig mot pandemiens påkjenninger. Lignende funn fant man også i FHI (2021, s. 38) sin granskning, som viste at symptomer på angst under pandemien lå hos de som allerede hadde en medisinsk tilstand eller plager fra før.

Funnene i min studie tydet på mindre sosial kontakt blant sykepleierstudentene. Dette hadde ført til økt ensomhet, og man kunne se en betydelig økning i antallet som følte seg ensomme under Covid-19 pandemien. Ni av ti studiedeltakere i denne studien bodde ikke i hjembyen sin under studietiden, og mange av disse følte også en ensomhet som følge av å ha flyttet til en ny by på grunn av studier. Det kan være krevende å flytte til en ny by, og da spesielt under en pandemi. Dette med tanke på at man ofte ikke kjenner noen i byen man flytter til, og dette resulterer ofte i at man står på bar bakke alene. Blant annet beskrev FHI (2021, s. 38) og Helse- og omsorgsdepartementet (2023, s. 75) en økt ensomhet blant de som bor alene, og at studenter hadde vært spesielt utsatte for ensomhet gjennom pandemien. Ensomhet har en rekke negative konsekvenser for vår fysiske og psykiske helse, og kan øke risikoen for psykiske lidelser. Det kan tenkes at sykepleierstudentene i min studie som la større begrensninger på det sosiale livet, følte mer ensomhet. Den eneste formen for sosial kontakt var i perioder gjennom digital undervisning, eller kontakt med venner og familie gjennom telefon. FHI (2021, s. 38) poengterte også at kontakt gjennom sosiale medier ikke var med på å dekke behovet for sosial kontakt. For de fleste av oss er sosial kontakt et viktig behov for å opprettholde en positiv balanse i vår mentale helse.

Det kommer også frem i studien min at søvnmønsteret til de fleste sykepleierstudentene endret seg. De beskrev blant annet om endrede leggerutiner, og at de hadde hatt et økt behov for søvn. Det ble videre beskrevet at de sto opp senere, fordi de ikke trengte å stå

opp før den digitale undervisningen startet. Dette mente de selv var en følge av at de var i mindre fysisk aktivitet, og mindre aktive utenfor hjemmet. Flere studier poengterte en endring i andelen som slet med søvn blant studenter. SHoT undersøkelsen (2022, s. 75 og 76) viste blant annet til en økt forekomst av insomni blant studenter over 26 år. Videre ble det presisert at de med helseproblemer knyttet til Covid-19, hadde sterkere symptomer på søvnløshet, og at én av tre studenter hadde symptomer på insomni (Sørengaard & Saksvik-Lehouillier, 2022). Min studie kom imidlertid ikke med noen funn som omhandlet insomni eller symptomer på dette. Likevel presiserte de fleste studiedeltakerne at de slet med søvnevansker, og noen hadde problemer med innsovning som følge av tanker som surret i hodet. Dette kan tyde på at sykepleierstudentene i min studie ikke hadde gode nok rutiner under Covid-19 pandemien, som resulterte i at de ikke fikk sove, som igjen førte til at de sto opp senere enn de brukte å gjøre. Det kommer også frem at underskudd på søvn er assosiert med mentale tilstander, og at det øker sjansene for depresjon og angst (Sivertsen et al., 2014). Et viktig grep for å oppnå motstandsdyktighet er å ta vare på den fysiske helsen, i dette inkluderer også søvn. Ved å øke søvnkvaliteten kan man oppnå motstandsdyktighet mot psykiske plager (MacPherson, 2022). Dette kan ha vært en bidragsfaktor til at enkelte av sykepleierstudentene i min studie ikke var motstandsdyktige mot de utfordringer de møtte på, da spesielt for de som uttrykte å streve med søvn.

6.3 Endres læringskvaliteten under pressede forhold?

Digital undervisning var et av smitteverntiltakene regjeringen la frem i mars 2020. I tillegg til at majoriteten av sykepleierstudentene i min studie var i starten av 20-årene med høye forventninger til egne prestasjoner, skapte denne undervisningsformen misnøye blant flere studenter (Grande, 2021). Enkelte av sykepleierstudentene i min studie opplevde undervisningsformen som krevende, der læringsutbyttet ble betraktelig dårligere ifølge dem selv. De kjente på manglende motivasjon og konsentrasjon, og noen beskrev bekymring for å ikke lære alt fagstoffet som det var forventet av dem. Det ble også beskrevet at noen opplevde mindre produktivitet, og at de fikk gjort mindre enn det de følte var forventet av dem til tross for at de hadde mye tid hjemme. To av studiedeltakerne uttrykte at de kunne trenge et ekstra år på studiene, for å lære på nytt det de hadde undervisning i når det var digitalt. På den andre siden var det en studiedeltaker i min studie som syntes digital undervisning var positivt, og da spesielt når det ble kjørt en hybrid løsning hvor man kunne velge mellom digital eller fysisk deltakelse. Sykepleierstudenten syntes det var fint å kunne velge om man ønsket å eksponere seg for Covid-19 smitte eller ikke. Mine funn kan således støttes av Fawaz et al. (2022), hvor de avdekket en bekymring blant studentene knyttet til undervisningsmetoden som ble benyttet som et smitteverntiltak. En annen studie som tok for seg virkningen av digital undervisning, kom frem til at studenter følte på mer stress og eksamensangst som følge av overgangen fra fysisk til digital undervisning. Det kom også frem at studenter opplevde at det tok lenger tid å forstå pensum gjennom digital undervisning (Azmi et al., 2022).

Tidligere studie og rapport viste at praksisstudiene og læringsmulighetene til sykepleierstudenter hadde blitt påvirket under Covid-19 pandemien. Det kom også frem at to av tre sykepleierstudenter fikk utdanningsløpet sitt påvirket som følge av pandemien. Samtidig viser de til at praksisstudiene enten hadde blitt kansellert, ført til hyppigere testing, eller blitt flyttet til simuleringsrom ved studiestedet (Beisland et al.,

2021; Melby et al., 2020, s. 1 og 18–19). Dette fant imidlertid ikke jeg i mine funn, da praksisperioden ikke ble spesielt påvirket for sykepleierstudentene. Det var kun en sykepleierstudent i min studie som opplevde hyppigere testing gjennom praksisperiodene. Imidlertid var ikke dette en oppfordring av praksisplassen, men av eget initiativ og oppfordring fra arbeidsplassen som studiedeltakeren hadde utenom studiene. På den andre siden opplevde majoriteten av sykepleierstudentene praksistiden som nyttig, og da spesielt med tanke på at de fikk gjøre noe nyttig og verdifullt. Samtidig kom de i kontakt med andre mennesker og var sosiale. Derimot var det en sykepleierstudent som opplevde første praksisperiode som tung. Dette fordi studiedeltakeren ble plassert på et praksissted langt unna studiebyen, og dette resulterte i at studiedeltakeren hadde mindre kontakt med medstudenter under denne praksisperioden.

Enkelte av sykepleierstudentene i min studie hadde også følt på manglende tilrettelegging fra studiested og forelesere. I forkant av studiestart hadde sykepleierstudentene høye forventninger til hvordan studietiden skulle bli, men at den ikke ble som forventet. Beisland et al. (2021) fant at sykepleierstudenter hadde lavere tillit til hvordan universitetet håndterte Covid-19 pandemien. Dette funnet kan ses i sammenheng med funnene i min studie, hvor studiedeltakerne uttrykte en følelse av å ikke bli prioritert da andre studiesteder valgte å åpne for fysisk undervisning igjen, men studiestedet deres valgte å fortsatt holde stengt. Dette kan tyde på at sykepleierstudentene i min studie ikke var tilfreds med studiestedets håndtering av om undervisningen skulle være fysisk eller digital. Enkelte følte også på lite informasjon om hvor man kunne henvende seg dersom man trengte noen å prate med. Utvær et al. (2021) poengterte at det var viktig med omsorg fra lærerne i periodene med digital undervisning, og at sykepleierstudentene hadde en relasjon til sine medstudenter. Videre viste studien også til at blant annet forståelse og støtte fra lærere hadde en stor innvirkning på hvordan sykepleierstudenter opplevde egen læring (Utvær et al., 2021; Utvær et al., 2022). Dette funnet kan man se i sammenheng med at sykepleierstudentene i denne studien følte på lite forståelse fra studiestedet og foreleserne, og med den konsekvens at det var tungt å være student under en pandemi. Dersom sykepleierstudentene i min studie hadde kjent på følelsen av støtte og omsorg fra lærere og studiested, kunne de kanskje hatt en annen opplevelse av studietiden enn det de har nå. Dette kunne vært en bidragsfaktor til at de hadde følt på mer tilrettelegging og forståelse, for de utfordringer de kjente på gjennom Covid-19 pandemien.

6.4 Resiliens som mål for en bedre mental helse

Et av hovedfunnene i studien min var at sykepleierstudentene hadde gjort ulike tiltak for å bedre den mentale helsen gjennom Covid-19 pandemien. Dette inkluderte blant annet å be om hjelp for de utfordringene og vonde følelsene de kjente på. Det var en sykepleierstudent i min studie som hadde tatt kontakt med helsevesenet for en tilbakevendende depresjonsdiagnose under Covid-19 pandemien. En annen studiedeltaker tok kontakt med hjelpetelefonen Mental Helse, for å søke råd til å håndtere vonde følelser som tok kontroll over studiedeltakerens evne til å fungere tilstrekkelig i hverdagen. De andre studiedeltakerne pratet enten med venner og familie, eller pratet ikke med noen i det hele tatt. Noen av studiedeltakerne presiserte at de hadde vurdert å ta kontakt med helsevesenet, men at de følte at utfordringene de kjente

på ikke var store nok eller at det var andre som hadde det verre enn dem selv. Fosse et al. (2020) gjorde en nettbasert undersøkelse hvor et av funnene presenterte at 36% av de som allerede var under et hjelpetilbud, unngikk å oppsøke hjelp på grunn av frykt for smitte, eller nettopp for å unngå å bli en større belastning for helsevesenet. For de av sykepleierstudentene som vurderte å ta kontakt, kan man gjennom å bruke kunnskap fra teorien om empowerment, støtte andre mennesker som har det vondt i sårbare situasjoner, og gjennom denne støtten kan man oppnå resiliens. Her kan man tenke seg til at dersom sykepleierstudentene i min studie hadde hatt mer kontakt med hverandre, kunne de funnet løsninger på egen situasjon i fellesskap med andre i de tidene hvor de følte på store utfordringer (Mæland, 2020, s. 111; Tveiten, 2020, s. 36 og 37; Vågan & Olsson, 2018). Noen klarer seg gjennom en krise, andre ikke. Noen av oss har evner til å være resiliente, ved at vi håndterer vanskelige situasjoner på en slik måte at det ikke fører til psykiske lidelser (Kennair, 2023). Likevel er det noen i min studie som opplevde de mentale påkjenningene som spesielt tøffe. Blant annet ble det presisert at ved å ha kontakt med minst én venn, minsker man symptomer på depresjon og angst (Bekkehus et al., 2020; Ulset & Bekkehus, 2022). For de av sykepleierstudentene i min studie som hadde mer fysisk kontakt med venner, kom det frem gjennom besvarelsene at de virket mer resiliente enn de som hadde mindre av dette. Samtidig kan det også ha en sammenheng med at de som hadde det vanskelig, hadde anlegg for å utvikle psykiske plager eller lidelser fra før av, og at det for disse var vanskelig å myndiggjøre seg selv (Folkehelseinstituttet, 2021, s. 17 og 38).

For å kunne opprettholde en god mental helse, er det viktig å styrke beskyttelsesfaktorene man har rundt seg i form av helsefremmende arbeid (Garsjø, 2018, s. 27). Mange av sykepleierstudentene i min studie fortalte at sosial kontakt var svært viktig gjennom pandemien, og da spesielt i periodene hvor man var oppfordret av regjeringen til å holde seg hjemme. Det kan se ut til at kontakt med venner og familie var viktig for sykepleierstudentene i min studie. Ikke alle studiedeltakere tok sjansen på å opprettholde sosial kontakt, og da spesielt med tanke på frykten for å bli smittet av Covid-19 viruset. Likevel var det mange som tilbrakte mye tid i hjemkommunen sin, og fikk her kjenne på viktigheten av å være sosial uten å bekymre seg for smitte. Det var blant annet en studiedeltaker i min studie som trivdes bedre i hjemkommunen sin enn i studiebyen, ettersom studiedeltakeren da kunne være med venner og familie uten de bekymringene som medfulgte i studiebyen. Borge (2018, s. 142) viste til at vennskap bidro til resiliens, dersom relasjonen brakte med seg god støtte. Funnene i min studie tydet på at enkelte studiedeltakere følte på stor støtte fra venner på sykepleierstudiet, der noen syntes det var fint å ha noen som lyttet når man hadde det vanskelig. Selv gjennom tider hvor det var vanskelig å opprett holde fysisk kontakt, hadde studiedeltakerne kontakt med venner og familie gjennom telefon. Dette kan ha bidratt til resiliente faktorer for mange (Mæland, 2020, s. 111).

Mange av sykepleierstudentene i min studie kjente på en stor frihet når man kunne være sosial igjen uten de sosiale restriksjonene. Likevel var det enkelte av sykepleierstudentene som opplevde det som vanskelig å gå tilbake til en normal hverdag, uten begrensninger sosialt. Det var simpelthen vanskelig å legge fra seg de vonde følelsene og frykten. Som vi har sett, har den sosiale begrensningen ført til økt ensomhet for mange av sykepleierstudentene. Det kan se ut til at mange hadde nytte av sosial kontakt etter at samfunnet åpnet igjen, når de først mestret dette etter en lang tid uten (Folkehelseinstituttet, 2021, s. 38). Dette kan tyde på at de fleste studiedeltakerne i min studie har oppnådd motstandsdyktighet mot negative påkjenninger, gjennom at de har

følt på nytten av sosial kontakt med andre (Mæland, 2020, s. 111). Sosial kontakt har betydning for hvordan vi utvikler vår sosiale kompetanse. Ved å føle at man er en del av et sosialt fellesskap, bidrar dette til å styrke individers evne til å stå imot negativ påvirkning og man klarer å ta kontroll over eget liv (Mæland, 2020, s. 111). Det er funn i min studie som kan tyde på at enkelte av sykepleierstudentene følte på mindre kontroll over eget liv, som følge av de smitteverntiltakene som forelå og de sosiale begrensningene de la på seg selv. Likevel kan det virke som at enkelte klarte å myndiggjøre seg selv etter at smittevernrestriksjoner falt bort.

Resultater fra studien til Faulkner et al. (2021), viste til at de som rapporterte en nedgang i fysisk aktivitet under Covid-19 pandemien, hadde dårligere mental helse sammenlignet med de som økte nivået av fysisk aktivitet, eller holdt det vedlike. Noen av sykepleierstudentene i min studie brukte blant annet trening som hjelpemiddel for å opprettholde en god mental helse. De som hadde vært regelmessig fysisk aktive, fortalte også at den mentale helsen hadde vært i god balanse gjennom Covid-19 pandemien. De fortalte at det hjalp med fysisk aktivitet, ettersom de kom seg ut av huset og var i sosial kontakt med andre mennesker, fysisk. På den andre siden var det enkelte studiedeltakere i min studie som følte på en stor terskel for å dra på trening. Dette gjaldt også de studiedeltakerne som opplevde stor frykt knyttet til smitte. Det var økt bekymring gjennom pandemien i de periodene med nedstenging, som førte til at fysisk aktivitet ble redusert i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023, s. 17). Det kunne også tyde på at rutinene man hadde før pandemien endret seg. Dette som følge av at enkelte av sykepleierstudentene i min studie syntes det var vanskelig å opprettholde en god rutine, spesielt i periodene med digital undervisning. Det kom videre frem at samtlige studiedeltakere hadde forsøkt å holde på rutinene, men at det ble mer utfordrende etter hvert, som følge av at studiehverdagen var preget av lite struktur. Derimot var det en studiedeltaker i min studie som fortalte at rutiner var spesielt viktig, og at dette hadde god effekt på å holde fokus i hverdagen, og skapte en god balanse i den mentale helsen. Dette kan vi se i sammenheng med teorien om empowerment, hvor det legges vekt på hvordan mennesker har mulighet til å påvirke sin egen situasjon (Tveiten, 2020, s. 36). Her ser vi at studiedeltakeren i min studie tok kontroll over frykten knyttet til Covid-19 pandemien. Med andre ord hadde studiedeltakeren tro på egne evner til å mestre de utfordringene hen møtte på, og myndiggjorde seg selv mot negative påkjenninger (Mæland, 2020, s. 111).

6.5 Metodediskusjon

I denne delen av kapittelet vil jeg diskutere metoden som ble brukt i studien. Dette skal jeg gjøre ved å vurdere studiens validitet og reliabilitet, samtidig som jeg beskriver studiens styrker og svakheter.

6.5.1 Validitet

Validitet handler om hvorvidt metoden jeg har valgt egner seg til å undersøke problemstillingen som studien belyser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Likevel er det ikke bare dette som avgjør om kvalitativ forskning er valid eller ikke. Jeg har styrket studiens validitet gjennom å dokumentere hvilke valg jeg har gjort, og hvordan jeg har gjennomført studien. Diskusjon av studiens funn er avgjørende for å evaluere om man oppnår vitenskapelig kunnskap. Man må også se om observasjonene våre reflekterer de

fenomenene vi ønsker å undersøke. Ved å bruke validitet på denne måten, kan kvalitativ forskning gi en gyldig og vitenskapelig kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276 og 277). Jeg har styrket studiens validitet ved å oppnå det den gikk inn for å oppnå, og resultatene mine sammenfaller godt med tidligere forskning (Tracy, 2010). Jeg har også sammenlignet studiens funn opp mot foreliggende forskning og teori. Det som kan true den indre validiteten og troverdigheten er Recall Bias (Nikolopoulou, 2022). Studien min er en retrospektiv studie, med andre ord er det en studie gjort i etterkant av en oppstått situasjon. Enkelte av studiedeltakerne i min studie opplevde det som vanskelig å tenke tilbake til hvordan den mentale helsen var under pandemien. Det kan derfor hende at jeg hadde fått mer presise tanker og følelser dersom studien ble gjennomført under Covid-19 pandemien. Erfaringene til studiedeltakerne vil ikke endre seg, men man prosesserer egne erfaringer og ser dem i lys av hvordan utfallet ble av situasjonen man har vært i. Derfor kan svarene studiedeltakerne ga, være annerledes enn hvis man undersøkte erfaringene da de oppsto. Likevel var det viktig å finne ut noe om hvilke erfaringer de hadde knyttet til det studien min undersøkte – i ettertid.

6.5.2 Reliabilitet

Reliabiliteten sier noe om hvorvidt resultatene i forskningen har troverdighet, og om resultatet kan reproduseres av andre forskere på et senere tidspunkt. Dette vurderes ut fra om studiedeltakeren hadde endret på svarene sine, dersom det var en annen forsker som stilte spørsmålene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Det kan være en mulighet for at svarene til studiedeltakerne hadde endret seg dersom intervjueren hadde vært noen de hadde mer tiltro til, likevel er dette vanskelig å forutse. Jeg har styrket studiens troverdighet ved å unngå ledende spørsmål i intervjuene. Det vil være viktig å unngå ledende spørsmål, fordi det kan påvirke resultatene ved at studiedeltakeren svarer det de tror jeg er ute etter, og ikke det studiedeltakeren faktisk ønsker å svare. Noen ganger ble ledende spørsmål stilt, men dette ble gjort i etterkant for å sikre at jeg hadde tolket svarene deres riktig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 200 og 201). Kvale og Brinkmann (2015, s. 200 og 201) understreker at ledende spørsmål kan være med på å kontrollere og styrke reliabiliteten. Et fåtall av studiedeltakerne i min studie fortalte i forkant at de følte de hadde lite å bidra med til studiens problemstilling. Jeg understreket da at det var viktig å se ulike nyanser av problemstillingen, og at de var fri til å svare det de ønsket å fortelle med hensyn til spørsmålene som ble stilt. Det var også viktig å stille de samme spørsmålene til alle studiedeltakerne, for å sikre funn innenfor like temaer.

6.5.3 Styrker og svakheter

I denne studien benyttet jeg et strategisk utvalg ved å etterspørre deltakelse fra de som hadde opplevelser og erfaringer knyttet til den mentale helsen under Covid-19. Siden jeg i denne studien ønsket å belyse og forstå de vanskelige erfaringene knyttet til den mentale helsen under Covid-19 pandemien, var det hensiktsmessig å intervju nettopp dem som har kjent på dette. Dette er en styrke fordi jeg på denne måten kunne få gode svar på det jeg ønsket å undersøke. Studien er derfor ikke representativ for hele studentpopulasjonen, men den gir et viktig innblikk i situasjonen til de sykepleierstudentene som hadde det tøft under pandemien. Jeg vil også presisere at jeg ikke bare inkluderte sykepleierstudenter som hadde kjent på store utfordringer under pandemien, men også sykepleierstudenter som hadde hatt det tålig greit. Dette gjorde jeg fordi studien etterspør erfaringer, og dette har også vært med på å styrke studien.

Dette bidro til at man kunne se ulike nyanser av erfaringer knyttet til det problemstillingen etterspurte. Studien inkluderte flere kvinnelige sykepleierstudenter enn mannlige, men det er likevel en styrke at begge kjønn er inkludert.

En annen styrke med studien er metoden som ble benyttet. Både kvalitativ metode og fenomenologisk analysemetode var godt egnet til å svare på studiens problemstilling. Gjennom disse metodene fikk jeg avdekket erfaringer sykepleierstudenter hadde knyttet til den mentale helsen under Covid-19 pandemien. Jeg hadde en opplevelse av at spørsmålene som ble stilt under intervju, avdekket ulike nyanser ved problemstillingen. Det har vært fint å høre hvilke erfaringer sykepleierstudentene har hatt, og egne refleksjoner rundt deres mentale helse under en pandemi. Det ble også benyttet individuelle intervju, hvor studiedeltakerens egen opplevelse av fenomenet var i sentrum, som også la grunnlaget for resultatene. Det er også en styrke at jeg har gjennomført alle stegene i studien selv.

Det ble ikke avdekket store funn som ikke kommer frem i tidligere forskning, foruten at studien min beskriver flere aspekter knyttet til frykt blant sykepleierstudentene. Dette var også et overraskende funn, da forforståelsen min ikke tilsa at dette skulle foreligge. Det ble gjort litteratursøk, men det kan likevel være at litteraturen jeg har funnet ikke omfavner all litteratur som finnes på feltet. Det kan imidlertid ha kommet nyere forskning underveis i arbeidet mitt med studien, som ikke har blitt inkludert. Det ble også inkludert studier som tok for seg studenter, sykepleierstudenter og sykepleiere. Dette gjorde jeg på bakgrunn av at det er kommet lite forskning om sykepleierstudenter spesielt, og da hovedsakelig knyttet opp mot mental helse og erfaringer rundt dette under Covid-19. Likevel er mange av funnene i studiene som inkluderte studenter generelt og sykepleiere, representative for mine funn og ble derfor inkludert. Uansett er studiens funn viktige dersom lignende situasjoner skulle oppstå i fremtiden.

7 Konklusjon

Formålet med denne studien var å undersøke sykepleierstudenters erfaringer knyttet til deres mentale helse under Covid-19 pandemien. Det kom frem at sykepleierstudentene opplevde mye frykt under pandemien, hvor den for noen av sykepleierstudentene påvirket hverdagen i stor grad. Mange opplevde et ekstra ansvar for å ikke videreføre smitte, spesielt med tanke på at de var sykepleierstudenter. Dette førte til en opplevelse av at de måtte ha større sosiale begrensninger for å hindre smitte av Covid-19, enn det de nasjonale og regionale smitteverntiltakene la opp til.

Denne studien viste blant annet at nedstemthet, ensomhet, angstfølelse og stress, var følelser som endret seg i takt med smitteverntiltakene som forelå gjennom pandemien. For mange av sykepleierstudentene var det vanskelig å opprettholde en sunn og balansert mental helse i de strengeste periodene med smitteverntiltak. Studien min presenterte funn som var i samsvar med andre studiers funn. Blant annet var ensomhet et dominerende funn i min studie, som i andre studier. Sykepleierstudentene kjente til tider på ensomhet som følge av de sosiale begrensningene, og sosial kontakt ble i denne studien sterkt begrenset for samtlige sykepleierstudenter.

Ikke bare den mentale helsen endret seg under pandemien, men også læringsutbyttet til sykepleierstudentene. Digital undervisning ble opplevd som en dårlig undervisningsmetode, og flere sykepleierstudenter presiserte at læringsutbyttet deres ble dårligere som følge av dette. Det kom også frem at enkelte i liten grad følte på tilrettelegging og forståelse fra forelesere og studiestedet. Studien min fant likevel få funn på hvordan man kunne tilrettelagt bedre, men det kom frem i andre studier at en god relasjon til lærere og medstudenter ville virke positivt inn på den selvopplevde læringen til sykepleierstudenter.

Til tross for utfordringene sykepleierstudentene følte på under Covid-19 pandemien, har mange vist seg myndige ved at de tok ansvar over situasjoner de møtte på, som gjorde dem resiliente. De tok ansvar over situasjoner ved å be om hjelp, ha sosial kontakt, trene og holde på rutiner. Dette var tiltak sykepleierstudentene gjorde for å bli motstandsdyktige mot ulike utfordringer de følte på gjennom Covid-19 pandemien. Enkelte var flinkere på å bruke disse verktøyene fra start, mens andre tok dem i bruk senere. Felles for de fleste var at tiltakene de gjorde var med på å gjøre dem motstandsdyktige, slik at de mestret hverdagen bedre. Mange klarte til slutt å påvirke sin egen situasjon gjennom å bruke noen av disse verktøyene for seg selv. Selv om enkelte opplevde det som vanskelig å myndiggjøre seg selv, klarte de fleste det til slutt. Dette kan ha bidratt til at helsen blant sykepleierstudentene har blitt bedre, og at sykepleierstudentene har gjort helsefremmende og forebyggende tiltak for å bedre sin egen situasjon.

7.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Studiens funn bidro til ny for forståelse, men også tanker om hvor det er behov for mer forskning. Studiens nytte ble vurdert som stor, og spesielt med tanke på implikasjoner for praksis. Studien gir kunnskap om de utfordringer en pandemi har på livsutfoldelsen, hvordan det har påvirket sykepleierstudentene, og hvordan disse kan løses i fremtiden. Ved å øke bevisstheten rundt sårbare punkter, vil dette kunne være nyttig kunnskap for

fremtidig lignende situasjoner. Samtidig som man kan se på verktøyene sykepleierstudentene tok i bruk, og hvordan dette fungerte for dem. Ved å gjennomføre denne studien fikk sykepleierstudentene også muligheten til å dele erfaringer med meg som hadde et ønske om å lytte til dem.

Som tidligere nevnt foreligger det lite forskning på sykepleierstudenters mentale helse gjennom Covid-19 pandemien. Det er med andre ord behov for mer forskning på hvordan sykepleierstudenter opplevde Covid-19 pandemien, på godt og vondt. Formålet med denne studien var å ta for seg de erfaringene sykepleierstudenter hadde med den mentale helsen gjennom Covid-19 pandemien, og den inkluderte spesielt de som hadde hatt det tøft. Svarene jeg fikk, åpnet imidlertid også for flere spørsmål som kan tas med i nye studier. Videre forskning kan blant annet legge mer vekt på hvorfor frykten blant sykepleierstudenter har vært så stor, og hva man kan gjøre senere for å unngå dette. Det kan også være interessant å se om det forelå noen forskjeller mellom tilflyttere og de som studerte i hjembyen sin, og om det var forskjeller i populasjonen blant de som bodde alene eller sammen med noen. Det kan også være lærerikt å undersøke problemstillingen opp mot andre studentpopulasjoner enn sykepleie.

Litteraturliste

- Azmi, F. M., Khan, H. N., & Azmi, A. M. (2022). The impact of virtual learning on students' educational behavior and pervasiveness of depression among university students due to the COVID-19 pandemic. *Globalization and Health, 18*(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00863-z>
- Bang, L., Hartz, I., Furu, K., Odsbu, I., Handal, M., & Torgersen, L. (2018, februar 27). *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 8. mars 2023 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Beisland, E. G., Gjeilo, K. H., Andersen, J. R., Bratås, O., Bø, B., Haraldstad, K., Hjelmeland, I. H. H., Iversen, M. M., Løyland, B., Norekvål, T. M., Riiser, K., Rohde, G., Urstad, K. H., Utne, I., & Flølo, T. N. (2021). Quality of life and fear of COVID-19 in 2600 baccalaureate nursing students at five universities: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes, 19*(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01837-2>
- Bekkehus, M., Soest, T. V., & Fredriksen, E. (2020). Psykisk helse hos ungdom under covid-19. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 57*(7). Hentet 31. mars 2023 fra <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2020/06/psykisk-helse-hos-ungdom-under-covid-19>
- Borge, A. I. H. (2018). *Resiliens—Risiko og sunn utvikling* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Faulkner, J., O'Brien, W. J., McGrane, B., Wadsworth, D., Batten, J., Askew, C. D., Badenhorst, C., Byrd, E., Coulter, M., Draper, N., Elliot, C., Fryer, S., Hamlin, M. J., Jakeman, J., Mackintosh, K. A., McNarry, M. A., Mitchelmore, A., Murphy, J., Ryan-Stewart, H., ... Lambrick, D. (2021). Physical activity, mental health and well-being of adults during initial COVID-19 containment strategies: A multi-country cross-sectional analysis. *Journal of Science and Medicine in Sport, 24*(4), 320–326. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2020.11.016>
- Fawaz, M., Al Nakhal, M., & Itani, M. (2022). COVID-19 quarantine stressors and management among Lebanese students: A qualitative study. *Current Psychology, 41*(11), 7628–7635. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01307-w>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Sykdomsbyrden i Norge 2016*. <https://www.fhi.no/publ/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016/>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Folkehelse rapportens temautgave 2021. Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser for ulike grupper i befolkningen.* (s. 66). <https://www.fhi.no/contentassets/b669d0bbb94943efae9793b33526d415/folkehelse-erapportens-temautgave-2021---folkehelsen-etter-covid-19.pdf>
- Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Fosse, R., Birkeland, M. S., Blix, I., Strand, M., Møller, P., & Thoresen, S. (2020). Covid-19: Reaksjoner hos brukere av behandlings-tilbud for psykiske vansker og rusproblemer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 57*(11). <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2020/11/covid-19-reaksjoner-hos-brukere-av-behandlingstilbud-psykiske-vansker>

- Garsjø, O. (2018). *Forebygging og helsefremmende arbeid*. Gyldendal.
- Grande, T. R. (2021, oktober 15). *Digital undervisning gir mindre motivasjon*. Hentet 4. oktober 2022 fra <https://forskning.no/hoyskolen-kristiania-internett-partner/digital-undervisning-gir-mindre-motivasjon/1920298>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, juni 1). *Folkehelseloven* [Redaksjonellartikkel]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, mars 31). *Meld. St. 15 (2022–2023)—Folkehelsemeldinga* [Stortingsmelding]. Regjeringa.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/nn/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>
- Hofstad, E. (2021, juni 1). *Sykepleierstudentene oppgir lav livskvalitet under pandemien*. <https://sykepleien.no/2021/05/sykepleierstudentene-oppgir-lav-livskvalitet-under-pandemien>
- Kennair, L. E. O. (2023). Resiliens – psykologi. I *Store norske leksikon*. Hentet 7. mars 2023 fra https://snl.no/resiliens_-_psykologi
- Kringlen, E. (2012). *Depresjon*. Hertervig Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2022, februar 8). *Studentene er lei av nettundervisning og savner det sosiale* [Pressemelding]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/studentene-er-lei-av-nettundervisning-og-savner-det-sosiale/id2900267/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lein, M. (2021, februar 17). *Resiliens—Om å håndtere en påkjenning*. NHI.no. Hentet 7. mars 2023 fra <https://nhi.no/psykisk-helse/psykisk-egenpleie/resiliens-om-a-handtere-en-pakjenning/>
- Lundli, S. I. (2020, september 23). *Mental Helse*. Mental Helse. Hentet 4. oktober 2023 fra <https://mentalhelse.no/lokalnyheter/293-bo-i-vesteralen/722-hva-er-egentlig-forskjellen>
- MacPherson, A. (2022, januar 26). *How to build resilience and boost your mental health*. <https://www.ualberta.ca/folio/2022/01/how-to-build-resilience-and-boost-your-mental-health.html>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning—En innføring* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Martínez-Lorca, M., Martínez-Lorca, A., Criado-Álvarez, J. J., Armesilla, M. D. C., & Latorre, J. M. (2020). The fear of COVID-19 scale: Validation in spanish university students. *Psychiatry Research*, 293, 113350. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113350>
- Melby, L., Thaulow, K., Lassemo, E., & Ose, S. O. (2020). *Sykepleieres erfaringer fra første fase av koronapandemien fra mars-oktober 2020* (2020:01213; s. 352). SINTEF. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2822995>
- Moxnes, P. (2009). *Hva er angst?* Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (Red.). (2020). *Sykdommers sosiale røtter*. Gyldendal.

- Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid—Folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Nes, R. B., Aarø, L. E., Vedaa, Ø., & Nilsen, T. S. (2020, desember 17). *Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november-desember 2020*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/>
- NHI. (2021, oktober 11). *Psykiske helseproblemer*. NHI.no. Hentet 4. oktober 2022 fra <https://nhi.no/symptomer/psyke-og-sinn/psykiske-helseproblemer/>
- Nikolopoulou, K. (2023, mars 16). *What Is Recall Bias? | Definition & Examples*. Scribbr. Hentet 21. april 2023 fra <https://www.scribbr.com/research-bias/recall-bias/>
- Nylenna, M., Braut, G. S., & Thelle, D. S. (2022). Folkehelse. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 5. oktober 2022 fra <http://sml.snl.no/folkehelse>
- Regjeringen. (2020, april 7). *Gradvis åpning av barnehager, skoler, fagskoler, høyskoler og universiteter* [Pressemelding]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/kd/pressemeldinger/2020/gradvis-apning-av-barnehager-skoler-fagskoler-hoyskoler-og-universiteter/id2697077/>
- Regjeringen. (2021, april 14). *NOU 2021: 6 - Myndighetenes håndtering av koronapandemien - Rapport fra Koronakommisjonen* [NOU]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-6/id2844388/>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2017). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4). <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Sivertsen, B., & Johansen, M. S. (2022). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2022 (SHoT 2022)* (s. 108). https://studenthelse.no/SHoT_2022_Rapport.pdf
- Sivertsen, B., Lallukka, T., Salo, P., Pallesen, S., Hysing, M., Krokstad, S., & Øverland, S. (2014). Insomnia as a risk factor for ill health: Results from the large population-based prospective HUNT Study in Norway. *Journal of Sleep Research*, 23(2), 124–132. <https://doi.org/10.1111/jsr.12102>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2021). *Interpretative Phenomenological Analysis Theory, Method and Research* (2. utg.). SAGE Publications Ltd.
- Søk & Skriv. (2022, desember 5). *IMRaD-modellen | Søk & Skriv*. Hentet 23. mars 2023 fra <https://www.sokogskriv.no/skriving/imrad-modellen.html#introduksjon>
- Sørengaard, T. A., & Saksvik-Lehouillier, I. (2022). Insomnia among employees in occupations with critical societal functions during the COVID-19 pandemic. *Sleep Medicine*, 91, 185–188. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.02.025>
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G., & Nybø, A. (2002). «Empowerment» i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. <https://tidsskriftet.no/2002/10/kronikk/empowerment-i-helsefremmende-arbeid>
- Tjernshaugen, A., Hiis, H., Bernt, J. F., Braut, G. S., Bahus, V. B., & Simonsen, M. M.

- (2022). Koronapandemien. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 4. oktober 2022 fra <http://sml.snl.no/koronapandemien>
- Tracy, S. J. (2010). *Qualitative Quality: Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research* (Bd. 16). SAGE Publications.
<https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Tveiten, S. (2020). Empowerment. I *Helsepedagogikk—Helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Ulset, V., & Bekkhus, M. (2022, april 7). *Familie, vennskap, skole og barnehage kan bidra til resiliens og positiv utvikling hos barn og unge*. Rådet for psykisk helse. Hentet 21. mars 2023 fra <https://psykiskhelse.no/psykiskoppvekst/relasjoner/familie-vennskap-skole-og-resiliens/>
- Utvær, B. K., Paulsby, T., Torbergsen, H., & Haugan, G. (2021). Learning nursing during the COVID-19 pandemic: The importance of perceived relatedness with teachers and sense of coherence. *Journal of Nursing Education and Practice*, 11.
<https://doi.org/10.5430/jnep.v11n10p9>
- Utvær, B. K., Torbergsen, H., Paulsby, T. E., & Haugan, G. (2022). Nursing Students' Emotional State and Perceived Competence During the COVID-19 Pandemic: The Vital Role of Teacher and Peer Support. *Frontiers in Psychology*, 12.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.793304>
- Veer, I. M., Riepenhausen, A., Zerban, M., Wackerhagen, C., Puhlmann, L. M. C., Engen, H., Köber, G., Bögemann, S. A., Weermeijer, J., Uściłko, A., Mor, N., Marciniak, M. A., Askelund, A. D., Al-Kamel, A., Ayash, S., Barsuola, G., Bartkute-Norkuniene, V., Battaglia, S., Bobko, Y., ... Kalisch, R. (2021). Psycho-social factors associated with mental resilience in the Corona lockdown. *Translational Psychiatry*, 11, 67.
<https://doi.org/10.1038/s41398-020-01150-4>
- Vågan, A., & Olsson, A. B. S. (2018, november 16). *Empowerment – egenkraftmobilisering*. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. Hentet 02. juni 2022 fra <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/egenkraftmobilisering/>
- World Health Organization. (2020, januar 30). *IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)*. Hentet 04. mai 2023 fra [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- World Health Organization. (2021, november 17). *Mental health of adolescents*. Hentet 8. mars 2023 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organization. (2022, juni 17). *Mental health: Strengthening our response*. Hentet 4. oktober 2023 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide

1. *Hovedspørsmål 1: Hvordan har det vært å være sykepleierstudent under pandemien?*

- Har du følt på vanskelige følelser under pandemien?
- Kan du forklare hvilke følelser du har følt på?
- Har du følt på frykt eller tristhet under pandemien?
- Hvilken type frykt eller tristhet har du følt på?
- Har søvnmønsteret ditt endret seg under pandemien? Har det påvirket hverdagen din positivt eller negativt?
- Har du opplevd en frykt for å bli smittet eller smitte noen når du jobber tett på sårbare grupper i praksis?
- Har du opplevd det som stressende å være sykepleierstudent under pandemien?
 - Hva har vært stressende og hvilken frykt har du kjent på når det kommer til smitte?

2. *Hovedspørsmål 2: Hvordan har forelesere og/eller studieinstitusjon tilrettelagt for at hverdagen din som student under pandemien skal bli best mulig?*

3. *Hovedspørsmål 3: Har du gjort noen tiltak for å bedre utfordringer du har møtt på?*

- For eksempel gjennom å snakke med venner, en voksen? Eller ved å være i fysisk aktivitet?
- Kontakt med helsevesenet?

Vedlegg 2: Invitasjonsbrev

Invitasjon til å delta i prosjektet

MENTAL HELSE BLANT SYKEPLEIERSTUDENTER UNDER COVID-19



Formålet med prosjektet

Dette er et spørsmål til deg som er sykepleierstudent på 3 året bachelor, om å delta i et masterprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke utfordringer du som sykepleierstudent har kjent på under pandemien. Hensikten med studien er å undersøke hvordan pandemien har påvirket den mentale helsen til sykepleierstudenter slik at samfunnet kan bli enda bedre til å tilby hjelp og støtte til unge mennesker i en utdanningsinstitusjon ved lignende situasjoner i fremtiden.

Studien inviterer spesielt de som har kjent på kjipe følelser under pandemien, både som student og i livet generelt. Studien inkluderer likevel alle som føler de har noe å bidra med, både gutter og jenter.

Hvilken informasjon blir innhentet?

Deltakelsen innebærer at du deltar i et intervju. Dette tar omtrent 45 min-1 time. Intervjuet vil inneholde spørsmål om din mentale helse, derav opplevelse og erfaring av å være sykepleierstudent under Covid-19 pandemien. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, og det vil bli tatt notater underveis.

I tillegg vil vi innhente og registrere opplysninger som navn, e-post og eventuelt telefonnummer.

Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen når du møter opp til intervju. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ønsker du å delta?

Dersom dette høres spennende ut, og du ønsker å delta eller har noen spørsmål kan du ta kontakt på:

benedinv@stud.ntnu.no



Vedlegg 3: Samtykkeskjema

Versjon 2/31.08.2022



VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET MENTAL HELSE BLANT SYKEPLEIERSTUDENTER UNDER COVID-19 PANDEMIEN?

Vi har nettopp vært gjennom en lang og krevende pandemi. Denne pandemien har rammet oss alle på en eller annen måte. For sykepleierstudenter har pandemien kanskje rammet ekstra, da det har gått utover sosialt liv, livsutfoldelse og hverdagen som student. I praksisperioder har de vært utsatt for sterke restriksjoner som hindrer smitte hos pasienter. Dette masterprosjektet vil undersøke hvordan den mentale helsen til sykepleierstudenter har vært under pandemien.

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg som er sykepleierstudent på 3 året bachelor, om å delta i et masterprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke utfordringer du som sykepleierstudent har kjent på under pandemien. Hensikten med studien er å undersøke hvordan pandemien har påvirket den mentale helsen til sykepleierstudenter slik at samfunnet kan bli enda bedre til å tilby hjelp og støtte til unge mennesker i en utdanningsinstitusjon ved lignende situasjoner i fremtiden. Dette prosjektet gjennomføres som et mastergradsprosjekt ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Deltakelsen innebærer at du deltar i et intervju. Dette tar omtrent 45 min-1 time. Intervjuet vil inneholde spørsmål om din mentale helse, derav opplevelse og erfaring av å være sykepleierstudent under Covid-19 pandemien. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, og det vil bli tatt notater underveis.

I tillegg vil vi innhente og registrere opplysninger som navn, e-post og eventuelt telefonnummer.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelse i prosjektet vil ikke ha noen direkte nytteverdi for deg. En viktig motivasjon kan være at du får delt din egen opplevelse med en som ønsker å høre på deg. Samt at studien vil bidra til økt kunnskap om de utfordringer som en pandemi og restriksjoner på livsutfoldelse medfører for studenter. Og derav kan man øke bevisstheten rundt dette, og finne måter å løse utfordringer i fremtiden. Dersom intervjuet på noen måte vekker ubehag og du i ettertid har behov for å snakke med noen, oppfordrer vi deg til å ta kontakt med den psykososiale helsetjenesten ved NTNU, Mental Helse, Røde Kors, eller Mental Helse ungdomschat. Informasjon om disse tjeneste finner du under kontaktopplysninger i skjemaet.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og disse vil da utleveres innen 30 dager. Du kan også kreve at dine opplysninger i prosjektet slettes. Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert eller publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til 2023. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Susan Saga og Benedicte Nygård Veland som har tilgang til denne listen.

Etter at forskningsprosjektet er ferdig, vil opplysningene om deg bli oppbevart i fem år av kontrollhensyn.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet, 487469.

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og prosjektleder Susan Saga er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte:

Benedicte Nygård Veland, prosjektmedarbeider

Susan Saga, prosjektleder

Tlf. 951 67 204

Tlf. 73412162

E-post: benedinv@stud.ntnu.no

E-post: susan.saga@ntnu.no

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: thomas.helgesen@ntnu.no

Sit psykisk helsetjeneste Tlf. 73 53 86 30 Åpent mandag til fredag kl. 08:30-11:30 og kl 12:30-14:30. https://www.sit.no/helse/terapi	Hjelpetelefon, Mental Helse Tlf. 116 123 Åpent hele døgnet. https://mentalhelse.no	Kors på halsen, Røde kors Tlf. 800 333 21 Åpent mandag til fredag kl. 14-22 https://korspaahalsen.rodekors.no
	Sidetmedord-chat https://sidetmedord.no Åpent hele døgnet.	

Versjon 2/31.08.2022

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER BLIR BRUKT SLIK
DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 4: REK godkjenning



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Linda Tømmerdal Roten	73597506	31.08.2022	487469

Susan Saga

Prosjektsøknad: Mental helse blant sykepleierstudenter under covid-19 pandemien

Søknadsnummer: 487469

Forskningsansvarlig institusjon: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Prosjektsøknad godkjennes med vilkår

Søkers beskrivelse

Formålet med prosjektet er å undersøke (1) hvilke utfordringer sykepleierstudenter (bachelor) har kjent på under pandemien, og (2) hvordan den mentale helsen til sykepleierstudentene har vært, og (3) om de selv eller studieinstitusjonen har gjort tiltak for å bedre de utfordringene de eventuelt har møtt på.

10 sykepleierstudenter fra NTNU skal involveres til individuelt intervju.

Kvalitativ metode vil bli benyttet i dette prosjektet. Fordi denne metoden egner seg til å undersøke deltagernes erfaringer og opplevelser, samt at metoden går dypere i tematikken.

I analyseprosessen vil en fenomenologisk tilnærming benyttes.

Denne studien er viktig fordi den mentale helsen til studenter har blitt dårligere under pandemien. Sykepleierstudenter har vært spesielt utsatt fordi de gjennom sine praksisstudier har vært gjenstand for ekstra omfattende restriksjoner som har hatt konsekvenser også for studentens sosiale nettverk og livsutfoldelse. Det vil være nyttig å studere hvordan dette har påvirket disse studentene og påvirket den mentale helsen.

Innledning

Viviser til dinsøknadom
forhånds godkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge (REK midt) i møte 18.08.2022. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

REKs vurdering

Komiteens prosjektsammendrag:

REK midt

Besøksadresse: Øya Helsehus, 3. etasje, Mauritz Hansens gate 2, Trondheim

Telefon: 73 59 75 11 | E-post: rek-midt@mh.ntnu.no

Web: <https://rekportalen.no>

Studiens formål er å undersøke sykepleiestudenters oppfatning og erfaring av egen mental helse under Covid-19-pandemien, samt å undersøke om de selv eller studieinstitusjonen har gjort tiltak for å bedre de utfordringene studentene har erfart. Inntil 10 sykepleiestudenter ved NTNU som begynner på 3. året høsten 2022 skal delta i individuelle kvalitative intervju med lydopptak. Studien er samtykkebasert, og skal danne grunnlag for en master i folkehelse ved NTNU.

Forsvarlighet

Komiteen har vurdert din prosjektsøknad. Vi mener at prosjektet er omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, da vi oppfatter at dere skal undersøke mental helse hos sykepleiestudenter. Du skal se på hvordan studentene har blitt påvirket av Covid-19-pandemien når det gjelder frykt, tristhet, stress og søvn. Vi ber om noen endringer av informasjonsskrivet vedlagt søknaden, men har ellers ingen forskningsetiske innvendinger til prosjektet. Forutsatt at du endrer informasjonsskrivet i samsvar med våre kommentarer vil deltakerne motta et informasjonsskriv som gir dem et godt grunnlag for et informert, frivillig og dokumenterbart samtykke. Vi vurderer at det er minimal risiko/uleppe forbundet med deltakelse, og at den er akseptabel gitt den potensielle nytten av prosjektet. Prosjektet er også organisert med en klar ansvarsfordeling, og med relevant og tilstrekkelig kompetanse i prosjektgruppen. Under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge vurderer vi at prosjektet er forsvarlig, og at hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivarettatt.

Endring av informasjonsskriv

Vi ber deg endre informasjonsskrivet til foresatte i samsvar med følgende punkter:

1. Endre setningene «I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Dette er opplysninger som navn, e-post og eventuelt telefonnummer.» til «I tillegg vil vi innhente og registrere opplysninger som navn, e-post og eventuelt telefonnummer.».
2. Fjern setningen «Dette er likevel opplysninger som kun er tilgjengelig for meg, og vil ikke bli offentliggjort.» Under overskriften «Hva innebærer prosjektet for deg?».
3. Endre setningen «Dersom intervjuet på noen måte vekker ubehag og du i ettertid har behov for å snakke med noen, oppfordrer jeg deg til å ta kontakt med den psykososiale helsetjenesten ved NTNU, Mental Helse, Røde Kors eller Mental Helse ungdomschat.» ved å bytte ut «jeg deg» til «vi deg».
4. Endre setningen «Alle opplysningene vil bli behandlet anonymt og det er ikke mulig for noen å spore opplysningene tilbake til deg.» til «Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun [sett inn navn på prosjektleder og eventuelle andre] som har tilgang til denne listen.».
5. Rett opp navnet til prosjektleder under overskriften «Godkjenninger».
6. Sett inn versjonsnummer og/eller datering for eksempel toppteksten i skrevet.

Merknad om prosjektperiode

Vi gjør oppmerksom på at prosjektet må ha en gyldig REK-godkjenning så lenge det er aktuelt å behandle data i forskningsprosjektet. Det vil si under innsamling, bruk/analysering og inntil publiseringsprosessen er ferdig. Etter prosjektperioden skal data lagres utelukkende av kontrollhensyn. Dersom det er aktuelt å forlenge prosjektperioden må du sende en søknad om prosjektendring før sluttdato for prosjektet har passert.

Vilkår for godkjenning

1. Du må sende oss rekrutteringsmaterieell (tekst/brosjyrer/oppslag etc.) og revidert informasjonsskriv via REK-portalen. Vennligst marker endringene og benytt funksjonen «Endring og/eller henvendelse» for innsendingen. Du kan ikke sette i gang prosjektet før vi har bekreftet at informasjonsskriveter godkjent.
2. Vi forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan fremkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.
3. Vi forutsetter at du og alle prosjektmedarbeiderne følger egen institusjons bestemmelser for å ivareta informasjonssikkerhet og personvern ved innsamling, bruk, oppbevaring, deling og utlevering av personopplysninger. Bestemmelsene må være i samsvar med komiteens vilkår for godkjenning.
4. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene oppbevares i 5 år etter prosjektslutt. Enhver tilgang til prosjektdataene skal da være knyttet til behovet for etterkontroll. Prosjektdata vil således ikke være tilgjengelig for prosjektet. Prosjektleder og forskningsansvarlig institusjon er ansvarlige for at opplysningene oppbevares indirekte personidentifiserbart i denne perioden, det vil si atskilt i en koblingsnøkkel- og en datafil. Etter denne femårsperioden skal opplysningene slettes eller anonymiseres. Vi gjør oppmerksom på at anonymisering er mer omfattende enn å kun slette koblingsnøkkel, jf. Datatilsynets veileder om anonymiseringsteknikker.

Vedtak

Godkjent på vilkår

Sluttmelding

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalen senest 6 måneder etter sluttdato, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

Søknad om endring

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i formål, metode, tidsløp eller organisering må prosjektleder sende søknad om endring via portalen på eget skjema til REK, jf. helseforskningsloven § 11.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen

Vibeke Videm

Professor, dr.med./ overlege

Leder, REK midt

Linda Tømmerdal Roten

Seniorrådgiver, REK midt

Kopi til:

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Linda Tømmerdal Roten	73597506	05.09.2022	487469

Susan Saga

487469 Mental helse blant sykepleierstudenter under covid-19 pandemien

Forskningsansvarlig: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Søker: Susan Saga

REKs svar på generell henvendelse

Hei Susan.

Vi mottok 01.09.2022 din henvendelse der rekrutteringsmaterieil og revidert informasjonsskriv (versjon 2, datert 31.08.2022) var vedlagt. Vi tar rekrutteringsmateriellet til orientering uten merknader. Du har endret informasjonsskrivet i samsvar med våre kommentarer. Vi anser derfor vilkår 1 i vedtaksbrev fra REK midt datert 31.08.2022 som oppfylt og tar skrivet til orientering.

Lykke til med prosjektet.

Vennlig hilsen
Linda Tømmerdal Roten
Seniorrådgiver, REK midt

Vennlig hilsen
Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Denne e-posten er sendt automatisk fra REK og kan ikke besvares

