

Alf Ørjan Glesnes

Helse, Sense of Coherence og funksjon i studielivet hos sykepleierstudenter

En kvantitativ studie av sykepleierstudenter ved sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag

Masteroppgave i Helsevitenskap
Trondheim, desember 2015

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap



Forord

Interessen for helse er noe jeg har hatt lenge, noe som har ført til utdanning som sykepleier og nå masteroppgave i helsevitenskap. Tema for masteroppgaven var noe jeg var usikker på men etter å ha lest ulike forskningsartikler og fått undervisning om Antonovskys teori om salutogenese fremtrådte det for meg et ønske om å undersøke sykepleierstudenters sense of coherence (SOC). Selve tema i oppgaven kom derfra men ble så videre utviklet igjennom å ha lest ulik forskning og igjennom veiledning.

Masteroppgaven har vært utfordrende å jobbe med men har resultert i en større forståelse for prosessen og arbeidet i en masteroppgave/vitenskapelig undersøkelse, noe som har vært en meget verdifull erfaring. Arbeidet med oppgaven har også vært spennende siden det gitt meg muligheten til å kunne fordype meg i et tema som jeg finner interessant. Igjennom arbeidet med oppgaven har jeg ikke bare tilegnet meg ny kunnskap men også hatt en økt refleksjonen vedrørende betegnelsen helse, noe som jeg er sikker på at jeg vil ha nytte av i fremtidig arbeid.

I arbeidet med masteroppgaven er det flere personer jeg vil takke: Først og fremst vil jeg takke sykepleierstudentene ved ASP, HiST som deltok i undersøkelsen og personalet ved ASP, HiST som var imøtekommende og behjelpelige i forbindelse med innsamling av data. Jeg vil takke Kyrre Svarva ved SVT-IT for all hjelp ved produksjon og innskanning av spørreskjema. En spesiell stor takk går til min veileder Monica Lillefjell for veldig gode råd og god støtte og veiledning underveis. Jeg vil også takke min familie for støtte og råd underveis i prosessen hvor en særlig takk går til min mor Ellen Helaas Glesnes.

16.12.15

Alf Ørjan Glesnes

Forkortelser brukt i oppgaven

SOC = Sense of coherence.

GRR = Generalized resistance resources (generelle motstandsressurser).

QoL = Quality of Life, (livskvalitet).

REK = Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

HUNT = Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

SHoT = Studentenes helse- og trivselsundersøkelse

HiST = Høgskolen i Sør-Trøndelag

ASP = Avdeling for sykepleierutdanning ved HiST.

WHO = World Health Organization, (Verdens Helseorganisasjon).

BMI = Body mass index, (kroppsmasseindeks).

M = Mean, (gjennomsnitt).

N = Number of, (antall).

SD = Standard Deviation, (standardavvik).

SAMMENDRAG

Bakgrunn og formål: Sykepleierutdanning i Norge er en 3årig bachelorutdanning hvor sykepleierstudenter etter funn i ulike studier kan forventes å oppleve akademisk og praksisrelatert stress. Dette stresset kan blant annet føre til fysisk og psykisk sykdom, fravær og frafall i studiene. Følgende av stresset som sykepleierstudenter kan oppleve vil også være negativt for samfunnet ettersom det er utregnet et underskudd på 28 000 sykepleier i 2035. Innenfor helseteorien Salutogenese er sense of coherence (SOC) et teoretisk mål som benyttes for måle styrken hos en person til å tåle stressende og utfordrende hendelser. Oppgavens formål er å beskrive hva som kjennetegner sykepleierstudenter når det gjelder egenvurdert helse, sense of coherence og funksjon i studielivet og å undersøke om studentenes SOC kan relateres til egenvurdert helse og studiefunksjon.

Metode: Det ble utført en tverrsnittsundersøkelse med spørreskjema som metode. 355(N) deltakere fylte ut skjema blant første- og andreårsstudenter ved sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag som gir en svarprosent på 78.54 % hos de to kullene og 55.56 % ved hele sykepleierutdanningen. Analysing ble gjort ved hjelp av IBM SPSS og utført i tre omganger: deskriptive analyser, bivariate regresjonsanalyser inklusiv multikollinearitetsanalyse og multivariat hierarkisk regresjonsanalyse.

Resultat: De aller fleste av sykepleierstudentene rapporterer om god/svært god helse noe som kan relateres til studentenes generalized resistance resources (GRRs), unge alder og høye sosioøkonomiske status. Studentene rapporterer om ulike helseplager som kan skyldes stresset som sykepleierstudenter kan oppleve som vist i andre studier. Studentene fungerer godt i studielivet men har også utfordringer på ulike områder. Sammenlignet med resultater fra andre sammenlignbare studier har sykepleierstudentenes en gjennomsnittlig til sterk SOC. Sykepleierstudentenes helse og funksjon i studielivet kan relateres til studentenes SOC-score, hvor 38.7 % av variansen i SOC-scoren forklares av noen av variablene i spørreskjemaet.

Konklusjon: Sykepleierstudentene kjennetegnes av å ha en veldig høy andel god egenvurdert helse til tross for ulike helseplager. Sykepleierstudenten har en sterk sense of coherence og funksjonen i studielivet målt etter studieprogresjon og fornøydhets med studiet er god, selv om det er utfordringer knyttet til følelsesmessige problem og hodepine som kan relateres til studieaktivitet. Sykepleierstudentenes SOC kan relateres til egenvurdert helse og studiefunksjon hvor *egenvurdert helse, langvarig sykdom, opplevelse av studiet som meningsfylt, følelsesmessige problem, fornøydhets tilværelsen, hodepine, medikamentbruk og insomnia* forklarer 38.7 % av variansen i studentenes SOC-score.

Abstract

Background and aim: The nursing education in Norway is a 3-year bachelor degree in which nursing students, by findings in various studies, can be expected to experience academic and practice-related stress. This stress may partly lead to physical and mental illness, absenteeism and dropout in studies. The results of the stress that nursing students may experience will also have negative consequences for society in general, this is because there is calculated a deficit of 28 000 nurses in Norway in 2035. Within the health theory Salutogenesis there is a theoretical measurement called sense of coherence (SOC), which is used to measure a person's strength to endure stressful and challenging events. The aim of this thesis is to describe the characteristics of nursing students in terms of self-assessed health, sense of coherence and function in student life, and to examine if the students SOC can be related to self-perceived health and study function.

Method: A cross-sectional study with a questionnaire as a method was used. In total 355 (N) participants answered the questionnaire among first- and second-year students at the nursing program at Sør-Trøndelag University College. The response rate is 78.54 % among the first- and second-year students combined and 55.56 % among all students at the nursing program. Statistical analyses were carried out using IBM SPSS in three different areas: descriptive analyses, bivariate regression analyses including multicollinearity and multivariate hierarchical regression analysis.

Results: The vast majority of the nursing students report good/very good health, which can be related to the students generalized resistance resources (GRRs), young age and high socioeconomic status. The students also report of various health problems, which can be caused by the stress that the nursing students may experience as shown by findings in various studies. The students have a good function in student life though there are challenges in various areas linked to student life. Compared with results from other similar studies the nursing students have an average to strong SOC-score. Nursing students' health and functioning in student life can be related to the students SOC-scores, where 38.7 % of the variance in SOC-score can be explained by some of the variables in the questionnaire used.

Conclusion: Nursing students are characterized by having a very high proportion of good self-assessed health despite various health problems. The nursing students SOC-score is strong and the function in student life as measured by study progression and satisfaction is good, though there are challenges with emotional problem and headache related to study activity. The nursing students SOC can be related to self-assessed health and study function where *self-assessed health, chronic illness, meaningfulness in study program, emotional*

problem, life satisfaction, headache, medication usage and insomnia can explain 38.7 % of the variance in the students SOC-scores.

Innholdsfortegnelse

TABELLOVERSIKT	3
VEDLEGGOVERSIKT	4
1.0 INNLEDNING.....	5
1.1 Bakgrunn for oppgaven.....	5
1.2 Formål og problemstilling.....	6
1.3 Om begreper og forkortelser på engelsk	6
2.0 TEORI OG EMPIRI	7
2.1. Helse.....	7
2.1.1 Egenvurdert helse	7
2.2 Salutogenese.....	9
2.2.1 Sense of Coherence (SOC).....	11
2.2.2 Forskning og SOC	13
2.3 Stress og mestring	14
2.3.1 Sykepleierstudenter og stress.....	15
2.4 Funksjon i studielivet	18
2.5 Oppsummering	18
3.0 METODE.....	21
3.1 Design og metode.....	21
3.2 Tabeller.....	21
3.3 Litteratursøk	21
3.4 Utvalg, rekruttering og inklusjonskriterier.....	25
3.5 Innsamling og svarprosent	25
3.6 Spørreskjema.....	26
3.7 Variabler.....	27
3.7.1 Sosiodemografiske variabler	27
3.7.2 Helsevariabler.....	27

3.7.3 Funksjonsvariabler i studielivet.....	29
3.7.4 Sense of Coherence:	30
3.8 Reliabilitet og validitet	30
3.9 SOC-13 oversettelsen.....	32
3.10 Inndeling av spørreskjemaet	32
3.11 HUNT 3 og SHoT 10/14	34
3.12 Omkodning og utregning av score	34
3.12.1 Søvnløshet	35
3.12.2 SOC-13	35
3.13 Analyser	36
3.13.1 Skanning og analyseverktøy	36
3.13.2 Analyse	36
3.14 Etikk	37
4.0 PRESENTASJON AV DATA	39
4.1 Deskriptivt.....	39
4.2 Samvariasjon mellom helse, studieliv og SOC	44
5.0 DISKUSJON.....	47
5.1 Egenvurdert helse.....	48
5.2 Helse og helseplager.....	49
5.2.1 Langvarig sykdom/skade/lidelse	49
5.2.2 Medikamentbruk og hodepine	50
5.2.3 Vekt	51
5.2.4 Søvnproblemer.....	51
5.2.5 Fornøydhet med tilværelsen	52
5.3 God helse uavhengig av helseplager	53
5.4 Funksjon i studielivet	54
5.5 SOC.....	55

5.5.1 SOC-score.....	55
5.5.2 Samvariasjonen mellom helse, studieliv og SOC.....	56
5.6 Ytre validitet.....	59
5.7 Forskningsbehov på feltet	60
5.8 Metoderefleksjon.....	61
5.8.1 Oppgavens styrke	61
5.8.2 Oppgavens svakheter og begrensninger	61
5.8.3 Sammenligning med HUNT 3 og SHoT 10/14	63
5.8.4 Litteratur	64
6.0 AVSLUTNING.....	65
6.1 Oppsummering av oppgaven.....	65
6.2 Implikasjoner for praksis.....	66
6.3 Konklusjon	67
7.0 KILDELISTE.....	69
VEDLEGGSLISTE.....	77

TABELLOVERSIKT

Tabell 1: SOC oversikt.....	12
Tabell 2: Pubmed	23
Tabell 3: WoS	24
Tabell 4: Ovid	25
Tabell 5: Bakgrunnsinformasjon, Hodepine og SOC	40
Tabell 6: Helse og studier	41
Tabell 7: Reseptfrie medisiner og Insomnia	43
Tabell 8: Sum av hierarkisk regresjonsanalyse for variabler som forklarer variansen i SOC-score (N=274)	45

VEDLEGGOVERSIKT

Vedlegg 1: Spørreskjema.....	78
Vedlegg 2: Tillatelse til å bruke SOC-13 med kodifisering.	81
Vedlegg 3: Mail fra ASP, HiST om antall studenter ved ASP.	83
Vedlegg 4: Mail angående oppmøte av studenter kull 2013.....	85
Vedlegg 5: Mail fra NSF om medlemstall og antall sykepleierstudenter.....	86
Vedlegg 6: Vedtak fra REK midt.....	87
Vedlegg 7: Mail om godkjenning fra REK midt.	89

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Sykepleierutdanning i Norge er en 3årig bachelorutdanning hvorav utdanningen består av teori og praksis i spesialist- og kommunehelsetjenesten (HiST ASP, 2015b). I løpet av utdanningen kan det forventes at sykepleierstudentene møter utfordrende situasjoner, opplever stress og at synet på helse blir utfordret. Denne oppgaven ønsker å undersøke mulig samvariasjon mellom sykepleierstudenters sense of coherence (SOC) (Antonovsky, 2012), egenvurdering av helse (Idler & Benyamini, 1997) og fungering i studielivet målt i studieprogresjon, meningsfullhet og følelsesmessige problemer ved gjennomføring av studiet.

Salutogenese er en teoretisk tilnærming til helse utviklet av Aron Antonovsky som fokuserer på faktorer som støtter og oppbygger helse og velfølelse fremfor å fokusere på sykdomsfaktorer (Antonovsky, 2012). Innenfor salutogenese er SOC et teoretisk mål som benyttes for å beskrive individets evne til å takle stress. SOC består av de tre dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. En sterk SOC-score gir i henhold til Antonovsky en person større mulighet til å tåle stressende og utfordrende hendelser en møter i livet (Antonovsky, 2012).

I en review artikkel av Pulido-Martos, Augusto-Landa og Lopez-Zafra (2012) ble forskning fram til 2010 på sykepleierstudenters stress undersøkt, og her fant man at de fleste årsakene til stress var relatert til akademiske oppgaver som studering, arbeidsmengde og tolkning av litteratur (Pulido-Martos, Augusto-Landa, & Lopez-Zafra, 2012). Andre kilder til stress var koblet til kliniske situasjoner som frykten for å møte ukjente situasjoner, frykt for å utføre feil i pasientsituasjoner eller for å bruke medisinskteknisk utstyr feil. Generelt var det ikke noe forskjell imellom hvor langt i studiet studentene hadde kommet (Pulido-Martos et al., 2012). En annen review artikkel inkluderte forskning fra 1981 til 2008 på stress og stressintervensjoner hos sykepleierstudenter og forskerne fant at stress førte til sykdom, fravær og frafall i studiene (Galbraith & Brown, 2011).

Dette stresset som sykepleierstudenter kan forventes å oppleve, både i form av akademisk- og praksisrelatert stress, kan da som nevnt blant annet føre til sykdom, fravær og frafall i

studiene (Galbraith & Brown, 2011; Pulido-Martos et al., 2012). Disse negative effektene vil ikke bare gå ut over individet; Et stort antall fraværsdager og frafall i studiene vil også være ugunstig for samfunnet med tanke på redusert antall sykepleiere som blir ferdigutdannet hvert år. Tall fra 2011 viser at Helsedirektoratet beregner et personellunderskudd på 28 000 sykepleiere i 2035 (Statistisk sentralbyrå, 2012).

En sterk SOC-score er tidligere funnet relatert til god egenvurdert helse, god mental helse og positiv opplevd livskvalitet (Eriksson & Lindstrom, 2006, 2007), og med det som utgangspunkt vil være interessant å undersøke eventuell samvariasjon mellom SOC, egenvurdert helse og funksjon i studielivet blant sykepleiestudenter som kan forventes å oppleve mye stress i sin studiehverdag som kan ha negative påvirkninger på helse og studiefunksjon (Galbraith & Brown, 2011). SOC-scoren vil også kunne si noe om hvor motstandsdyktige sykepleierstudentene kan være mot de negative effektene av de stressende og utfordrende hendelsene de møter (Antonovsky, 2012). Oppgaven vil også kunne bidra til å gi mer yrkesspesifikk kunnskap relatert til SOC-score.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven er å beskrive hva som kjennetegner sykepleiestudenter når det gjelder egenvurdert helse, sense of coherence og funksjon i studielivet og å undersøke om studentenes SOC kan relateres til egenvurdert helse og studiefunksjon.

1.3 Om begreper og forkortelser på engelsk

I oppgaven vil flere begreper være skrevet på engelsk fremfor på norsk, selv der hvor begrepene er oversatt til norsk. Et eksempel er SOC: SOC (sense of coherence) kan oversettes til norsk som ”opplevelse av sammenheng” (Antonovsky, 2012). Hvorvidt oversettelsen fra "sense" til "opplevelse" er bra kan diskuteres ettersom sense kan oversettes til blant annet sansing og fornemmelse. Av den grunn og av hensyn til enkelhet er det valgt bruke det engelske navnet og forkortelsen SOC i oppgaven. For andre begrep eller forkortelser er grunnen til valget av det engelske begrepet/forkortelsen at det brukes likeverdig med norske oversettelser på norsk, eksempelvis BMI (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007) og WHO (Folkehelseinstituttet, 2015).

2.0 TEORI OG EMPIRI

I dette kapitlet vil teori og empiri bli presentert. Kapitlets innhold er bygd opp i tråd med hovedområdene i problemstillingen med fokus på helse, SOC og funksjon i studielivet. I tillegg omtales relevante begrep som salutogenese og stress og mestring.

2.1. Helse

Helse er et sammensatt konsept som vil ha ulikt innhold etter ulike perspektiv (Eriksson, 2007). I følge Helsedirektoratet kan helse måles i mange ulike former: levekårsindeks, livskvalitet, dødelighet, selvopplevd helse, legemiddelbruk, og bruk av helsetjenester for å nevne noen former (Helsedirektoratet, 2014). Verdens Helseorganisasjon (WHO), som er den bestemmende og koordinerende organisasjonen for helse innenfor de Forente Nasjoner (FN) (WHO, 2014), definerer helse som: *"[...] a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."* (WHO, 1948, p. 100). Denne definisjonen kan sies å være vanskelig å oppnå og er veldig omfattende hvor bare komplett fysisk, mental og sosial velvære sammen med fraværet av sykdom og skrøpeligheit er helse. Samtidig som WHO sin definisjon kan virke vanskelig å oppnå peker den på et viktig punkt: at helse omfatter flere områder enn sykdom og skrøpeligheit. At helse omfatter flere områder er noe Antonovsky, utvikleren av salutogenese, også er opptatt av (Antonovsky, 2012). Salutogenese er en teoretisk tilnærming til helse utviklet av Aron Antonovsky som fokuserer på faktorer som støtter og oppbygger helse og velvære fremfor å fokusere på sykdomsfaktorer (Antonovsky, 2012). Innenfor salutogenese forstås helse som et konsept som inneholder fysiske, mentale, sosiale og spirituelle plan på et individuelt, gruppe og sosialt nivå (Eriksson, 2007). Helse kan også relateres til livskvalitet (Quality of Life (QoL)): Der hvor mennesker har muligheten til å bruke ressurser til å mestre utfordringer, oppnå behov og ambisjoner på en meningsfull og helsefremmende måte vil helse gi muligheten til å oppleve god livskvalitet (QoL) (Eriksson, 2007; Eriksson & Lindstrom, 2007).

2.1.1 Egenvurdert helse

Siden helse kan ha ulikt innhold kan det være utfordrende å måle helse. En mulighet er egenvurdert helse hvor personer selv vurderer hvor god deres helse er. Egenvurdering av helse er et mål som har blitt brukt i lengre tid i norske undersøkelser, spesielt i levekårsundersøkelsene og det har vært få forandringer siden 1998 til 2012 hvor levekårsundersøkelsene viser at rundt 80 % svarer 'god' eller 'meget god' når de skal

vurdere sin egen helse (Helsedirektoratet, 2014). Mellom 2008 og 2012 har derimot andelen som opplever sin egen helse som 'dårlig' eller 'meget dårlig' økt med seks prosent, og økningen er høyest hos de med lavest utdanning (Helsedirektoratet, 2014). Lav utdanning, lav inntekt og lavstatus yrker er sosioøkonomiske skiller i helse som henger sammen med lavere levealder, dårligere egenvurdert helse og en dårligere helseatferd med tanke på tobakk, alkohol og fysisk aktivitet (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005). Sosiale ulikheter i helse kan måles på ulike måter og selv om det har eksistert kunnskap om dette i lang tid er det først etter andre verdenskrig at måling og motarbeidelsesstrategier har funnet sted (Bradby, 2012). Det er også en aldersforskjell i egenvurdert helse: I en helseundersøkelse i EU var det en høyere andelen som vurderte helsen sin som dårlig jo eldre respondentene var (Baert & Norre, 2009).

Egenvurdert helse er sammen med spørsmål om begrensende langvarig sykdom et av de mest anvendte enkeltmålene på globalhelse og har vist seg å være valid og reliabelt (Bowling, 2005; Manderbacka, Lahelma, & Martikainen, 1998). Spørsmålet er veldig generelt og gir ikke spesifikke detaljer om helsestatusen til individet noe kritikere har påpekt (Bowling, 2005). Spørsmålet om egenvurdert helse har også en predikativ verdi til mortalitet, morbiditet og bruk av helsetjenester og har en god test-retest reliabilitet (Idler & Benyamini, 1997; Lundberg & Manderbacka, 1996; Manderbacka et al., 1998). Egenvurdering av helse er av Idler og Benyamini kalt uvurderlig i en helsevurdering, dette fordi spørsmålet gir informasjon om individets helsestatus hvor informasjonen omfatter mange ukjente områder og verdier som er viktig for individet i forhold til han eller hennes helsetilstand (Idler & Benyamini, 1997).

Som nevnt i 1.1 bakgrunn for oppgaven er SOC sterkt koblet til subjektiv generell helse og særlig koblet til mental helse (Eriksson & Lindstrom, 2006; Eriksson, Lindstrom, & Lilja, 2007). I en studie (Eriksson et al., 2007) utført i den autonome regionen Åland i Finland fant man at de fleste av respondentene rapporterte god helse (64 %). SOC var signifikant og sterkt relatert til egenvurdering helse-score, jo høyere SOC-score jo bedre egenvurdert helse-score (Eriksson et al., 2007). SOC kan også virke som en buffer mot den påvirkningen stressende livshendelser kan ha for egenvurdert helse, noe en studie med et representativt utvalg i Canada fant med deltakere i alderen over 30 år (Richardson & Ratner, 2005). I en svensk

studie med et representativt nasjonalt utvalg ble det funnet en sammenheng imellom lav SOC, lav egenvurdert helse, lav sosial støtte og lav emosjonell støtte (Nilsson, Holmgren, & Westman, 2000). Forskerne i en annen studie fant en negativ sammenheng mellom jobbstress og søvnkvalitet hos sykepleiere, noe som igjen påvirket deres egenvurdert helse (Lin, Liao, Chen, & Fan, 2014). Egenvurdert helse har også en predikativ verdi til mortalitet (Idler & Benyamini, 1997), men kan delvis forklares fra ulike andre årsaker: I en langvarig (23 år) prospektiv studie i Finland var dårlig egenvurdert helse en sterk predikator for mortalitet hvor assosiasjonen bare delvis kunne forklares ut fra medisinsk historie, hjerte- og karsykdomsfaktorer og utdanning; Jo høyere egenvurdert helse jo lavere var mortalitetspredikasjonen (Heistaro, Jousilahti, Lahelma, Vartiainen, & Puska, 2001). Hva som positivt påvirker egenvurdert helse er sammensatt: I en systematisk litteraturstudie som inkluderte 36 studier som til sammen brukte 15 nasjonale representative databaser konkluderte forskerne med at ung alder, høy sosioøkonomisk status og å gå inn i et forhold/partnerskap var de faktorer som i størst grad påvirket utviklingen av positiv egenvurdert helse (Cullati, Rousseaux, Gabadinho, Courvoisier, & Burton-Jeangros, 2014).

2.2 Salutogenese

Salutogenese er som nevnt en teoretisk tilnærming til helse utviklet av Aron Antonovsky som fokuserer på faktorer som støtter og oppbygger helse og velvære fremfor å fokusere på sykdomsfaktorer (Antonovsky, 2012). Antonovsky ble født i New York i 1923 og tok ved Brooklyn College bachelor i historie og økonomi og mastergrad i sosiologi for senere å spesialisere seg i medisinsk sosiologi. Etter andre verdenskrig flyttet han til Israel hvor han frem til sin død i 1994 underviste ved og ledet avdelingen for medisinsk sosiologi som professor ved Ben Gurion universitetet av Negev i Bersheba i Israel (Antonovsky, 2012). Antonovsky var hele tiden opptatt av ulike forskningstemaer og denne nysgjerrigheten ga utspring til at han under en studie av kvinner i overgangsalderen i Israel, fattet interessert for at mange av de som hadde vært i konsentrasjonsleirer rapporterte om god fysisk og mental helse sammenlignet med de andre deltakerne i studien. Videre utforskning av dette ga utspring til teorien om salutogenese (Antonovsky, 2012).

Salutogenese kommer av de latinske ordene saluto som betyr helse og genese som betyr opprinnelse eller tilblivelse, salutogenese kan dermed oversettes til helsens opprinnelse eller helsetilblivelse (Eriksson, 2007). Det salutogene fokuset er ikke tenkt som en motsetning til det patologiske fokuset som fokuserer på sykdom, diagnose og behandling, men heller som et komplementært eller utfyllende fokus. Derimot er salutogenese en motsetning til den dikotomiske synet som ofte medfølges av et patologisk fokus: at menneske enten er syk eller frisk. Dette fokuset blir ifølge Antonovsky for snevert, siden det fokuseres på sykdommen og ikke mennesket (Antonovsky, 2012). Ved et salutogent syn setter man ikke et likhetstegn mellom sykdom og opplevelsen av dårlig helse: Et menneske kan fortsatt ha god helse selv om man er syk. Helse er noe Antonovsky forklarer ved hjelp av en akse hvor en person kontinuerlig beveger seg frem til tilbake imellom dårlig/u-helse og god helse, et kontinuum imellom de to ytterpunktene. Den salutogene tilnærmingen vil da fokusere på hva det er som vil bidra til å få menneske til å bevege seg på akse mot god helse (Antonovsky, 2012).

I salutogenese fokuseres det på tre aspekter: 1) Problemløsning, 2) generalised resistance resources (GRR) som kan oversettes til generelle motstandsressurser, og 3) sense of coherence (Eriksson, 2007). Med problemløsning menes det at i stedet for å fokusere på eksempelvis sykdommens bakgrunn eller utløsende faktor så bør det fokuseres på hva som vil bidra til å bevare eller øke en persons helse (Antonovsky, 2012). Eriksson definerer etter Antonovsky (Antonovsky, 1979) i sin ph.d. avhandling GRRs som: *"physical, biochemical, artifactual-material, cognitive, emotional, valued-attitudinal, interpersonal-relational or macro socio cultural characteristics of an individual, primary group, subculture or society that is effective in avoiding and/or combating a wide variety of stressors"* (Eriksson, 2007, p. 18). Eksempler på GRRs vil kunne være rikdom eller egostyrke som vil være effektive i å motstå og/eller motkjempe en rekke ulike typer for stress og dermed være med på å styrke en persons SOC. Der hvor en person har et "lavt nivå" på en GRR som eksempelvis at en person er økonomisk fattig eller har lav egostyrke, kan det som er en motstandsressurs bli til en motstandsunderskudd som svekker eller ikke bidrar til å styrke SOC (Antonovsky, 2012). De tredje aspektet SOC er mer komplisert og vil sammen med de to andre bidra til at individet skal få utnytte sitt helsepotensialet og bevege seg på kontinuumet mot god helse (Eriksson, 2007). SOC vil bli omtalt ytterligere under 2.2.1 Sense of Coherence.

Totalt skal disse aspektene utgjøre en prosess der refleksjon over eksterne og interne ressurser brukes til å identifisere og løse stressende og utfordrende hendelser slik at mestringsstrategiene øker helsepotensialet (Antonovsky, 2012; Eriksson, 2007). Salutogenese som teori etterstreber ikke bare individuelle tanker og handlinger men også en interaksjon mellom mennesker og samfunnsstrukturer: Hvordan vi tenker, oppfører oss, handler og møter mennesker bør hele tiden skje på en måte som er helsefremmende. Dette vil være med på at samfunnet ikke bare kurerer og forhindrer sykdom i befolkningen men også bidra til at alle mennesker i samfunnet opplever god helse slik at den totale befolkningshelsen øker (Eriksson, 2007).

2.2.1 Sense of Coherence (SOC)

For å prøve å forklare hva det er som gir god helse og hva det er som gjør at noen til tross for stor motgang enten fortsatt opplever god helse eller får styrket helsen sin utviklet Antonovsky SOC som konsept (Antonovsky, 2012). Antonovsky definerer SOC som:

The sense of coherence is a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one's internal and external environment in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement. (Antonovsky, 1987, p. 19)

Som en ser av definisjonen består SOC av tre deler: 1) der stimuli oppleves som strukturerte, forutsigbare og forståelige. Med "stimuli" menes det en ytre eller indre hendelse eller stressor som krever respons eller reaksjon, noe som også kalles stress (Antonovsky, 2012; Lazarus, 2006), noe som vil bli videre omtalt i 2.3 stress og mestring. 2) at en har ressurser tilgjengelig til å møte kravene som stimuli eller stresset krever og 3) at det er verdt å investere eller bry seg om utfallene av utfordringene. En kort måte å si det på er at SOC omhandler styrken i hvorvidt en person har en global og gripende oppfattelse om at en stressende hendelse er begripelig, håndterbart og meningsfull.

De to første komponentene kan forstås som kognitive aspekter siden de omfatter hvordan et individ opplever indre eller ytre stimuli og om individet mentalt mener at de har verktøyene tilgjengelig for å håndtere stressorene (Antonovsky, 2012). Det siste aspektet meningsfullhet

kan også forstås kognitivt med det å bry seg om utfallet av å håndtere en utfordring men Antonovsky utpeker at det er mer: Meningsfullhet er en generalisert orientering mot livet som involverer motivasjon, verdier og følelser. Selv om livet gir smerter er det en motivasjon om at livet er verdt å leve og at utfordringene en møter er verdifulle å bruke tid på og å engasjere seg i fremfor at utfordringene er en byrde (Antonovsky, 2012).

For å måle SOC utviklet Antonovsky et kartleggingsverktøy i form av et spørreskjema bestående av 29 spørsmål, forkortet kalt SOC-29. Han lagde også en kortversjon på 13 spørsmål, forkortet kalt SOC-13 (Antonovsky, 1987). Som svaralternativer i spørreskjema brukes en likert skala med 7 ulike verdier noe som eksempelvis vil gi totalscore på mellom 13 og 91 for SOC-13. Antonovsky ga selv aldri uttrykk for hva som kan betegnes som en sterk SOC score og i forskning brukes ord som høy eller sterk ulikt for å beskrive nivåer av SOC (Eriksson, 2007). For å si noe om styrken til SOC-scoren hos denne oppgavens utvalg, vil scoren sammenlignes med tidligere empiri; I Erikssons ph.d. avhandling har hun laget en oversikt over 127 studier utført mellom 1992 og 2003 som bruker SOC-13, hvor utvalg og score blir presentert (Eriksson, 2007). De utvalg i Erikssons oversikt som er nærliggende å sammenligne sykepleierstudentene i denne studien med, er studier som omfatter lignende utvalg og generelle populasjonsstudier som presentert i tabell 1.

Tabell 1
Oversikt over SOC-score

Hvor	Hvem	N	M (SD)
USA	College studenter, 16-58år	122	62.40 (10.89)
Canada	20-24år	1395	54.18 (12.42)
Israel	Kvinnelige studenter	54	61.26 (8.96)
Hellas	Sykepleiere	79	63.60 (11.70)
Danmark	Generell populasjon	2352	65 (11)
Sverige	Generell populasjon	1906	64.52 (11.03)
Sverige	Generell populasjon	1802	70.80 (10.40)*

Note: *Kvinner. Menn: 70.50 (9.90)

I følge Antonovsky (2012) utvikles SOC gradvis fra barndommen av før den stabiliseres i løpet av de første 10 årene i voksenlivet, det tilhører sjeldenheten at det er store forandringer i styrke eller svakhet under voksenlivet når SOC er etablert (Antonovsky, 2012).

Oppfølgingsstudier har imidlertid vist at SOC ikke er så stabil som Antonovsky først antok men at den er relativt stabil over tid, særlig for mennesker som i utgangspunktet har en høy SOC: Få eller ingen forskjeller rapporteres over 3-5 år og 10 år, men SOC tenderer til å øke med alder over hele livsløpet (Eriksson, 2007).

2.2.2 Forskning og SOC

Antonovsky (1993) beskriver SOC som et krysskulturelt og situasjonsuavhengig konsept. Der hvor andre konsepter som eksempelvis self-efficacy (Bandura & Estes, 1977) og intern locus of control (Rotter, 1954) er basert på spesielle kulturer, subkulturer og retter seg inn mot spesielle stressorer, mente Antonovsky at SOC ville være universell uavhengig av kultur, sosial klasse, kjønn og kultur ettersom SOC retter seg inn mot grunnlaget for å mestre stressorene en møter (Antonovsky, 1993). I en litteraturstudie fant forskerne at måleinstrumentet til SOC er reliabelt, valid og krysskulturelt anvendelig på bakgrunn av flere studier utført i ulike land med SOC på ulike språk (Eriksson & Lindstrom, 2005).

I en litteraturstudie (Eriksson & Lindstrom, 2006) ble sammenhengen mellom SOC og helse undersøkt: Basert på funn i 458 publiserte artikler og 13 ph.d. avhandlinger fant forskerne at SOC er sterkt koblet til generell god selvpoplevd helse og særlig mental helse. Denne koblingen er sterkere for de som hadde en høy SOC-score og funnene fantes uavhengig av alder, kjønn, etnisitet, nasjonalitet og forskningsdesign. Selv om SOC alene ikke forklarer generell helse mener forfatterne at SOC er et viktig bidrag til utvikling og vedlikeholdelsen av menneskers helse igjennom å styrke motstandsdyktighet mot stress og utviklingen av positiv subjektiv helsetilstand (Eriksson & Lindstrom, 2006). I et annen litteraturstudie (Eriksson & Lindstrom, 2007) fant man at SOC er positivt koblet til quality of life (QoL) i både tverrsnitt- og oppfølgingsstudier. Det er ingen konsensus på definisjon av QoL men det omfatter flere områder, alt fra personlig velfølelse og fornøydhhet med livet til sosiologisk og personlig oppnåelse (Eriksson & Lindstrom, 2007). SOC er en helseressurs som påvirker QoL og jo høyere SOC score jo høyere QoL score (Eriksson & Lindstrom, 2007). I en oppfølgingsstudie i Storbritannia med 18 287 deltakere mellom 41-80 år uten kroniske sykdommer ved baseline ble mortalitet fulgt opp 8,3 år (mean) senere. Basert på 1599 dødsfall fant studien at en sterk SOC-score var assosiert med en 20 % redusert risk for mortalitet (Wainwright et al., 2008). Livsstils valg (røyking, fysisk aktivitet, kosthold) og

sosioøkonomisk status (sosial klasse og utdanning) forklarte 23 % av denne assosiasjonen. I studien konkluderte forskerne med at SOC som konsept kan være en viktig hjelp i å forstå ulike forskjeller i helse hos like individer med samme sosioøkonomiske status og livsstils valg (Wainwright et al., 2008).

For sykepleierstudenter og sykepleiere er det begrenset forskning som involvere SOC. En høy SOC-score er sammen med kunnskap om smitteforebyggende og beskyttende tiltak koblet til et høyere nivå av faktiske gjennomførte tiltak hos israelske sykepleierstudenter enn hos studenter med lavere SOC-score (Livshiz-Riven, Nativ, Borer, Kanat-Maymon, & Anson, 2014). I en oppfølgingsstudie av finske studenter fant man at helsestudentene (sykepleiere, helsesøstre og fysioterapeuter) hadde sterkere SOC i begynnelsen av studiet sammenlignet med 2 andre studentgrupper. Fysisk aktivitet var relatert til sterkere SOC. Over 3 år ble SOC-scoren hos helsestudentene svekket hos 6 %, uforandret hos 65 % og styrket hos 32 %. Fysisk aktivitet var ikke assosiert med endringene (Kuuppelomaki & Utriainen, 2003). Hos japanske sykepleiere ble lav SOC-score koblet til familie-arbeid konflikter noe som igjen hadde en større negativ påvirkning på fysisk- og mentalhelse enn jobb- og familiekarakteristikk. Sterk SOC-score ble oppfattet som en buffer mot familie-arbeid konflikter (Takeuchi & Yamazaki, 2010). Hos greske sykepleiere ble SOC-score funnet å korrelere negativt med depresjon og utbrenthet (Tselebis, Moulou, & Ilias, 2001). En studie av litauiske sykepleiere fant at mental uro blant sykepleiere var assosiert med ugunstige psykososiale jobbkarakteristikk. Sterk SOC som en personlig karakteristikk fungerte som en buffer og beskyttet sykepleierne mot utviklingen av mentale problemer (Malinauskiene, Leisyte, & Malinauskas, 2009)

2.3 Stress og mestring

Som nevnt tidligere omhandler den første delen av SOC at stimuli oppleves som strukturerte, forutsigbare og forståelige (Antonovsky, 2012). I forbindelse med stimuli menes det en ytre eller indre hendelse eller stressor som krever respons eller reaksjon, noe som også kalles stress (Antonovsky, 2012; Lazarus, 2006).

Stress ble først omtalt på fjortenhundretallet som relatert til trengsler, vanskeligheter, motgang eller plager og senere på søttenhundretallet relatert til konstruksjonstekniske stressanalyser (eksempelvis i brokonstruksjon) som senere påvirket oppfattelsen på hvordan stress påvirket samfunnet, kroppen og enkeltindividets sinn (Lazarus, 2006). I en moderne beskrivelse vil stress omtales som todelt: en stress-stimulus eller stressor som ytre påvirkning og en stressrespons eller stressreaksjon som resultatet. Uansett terminologi eller fokus vil det ofte være tale om stimulusen og reaksjonen, men det betyr ikke at prosessen er et enkelt resultat av input og output, en stressprosess er mer sammensatt enn det (Lazarus, 2006). Stress kan etter Hans Selye deles inn i 2 deler: 1) distress som er negativt stress eller destruktiv stress som menes å være sunnhetsskadelig og koblet til negative følelser og 2) eustress som er positivt stress som menes å komme til uttrykk ved positive følelser, være en positiv streben og kan ha positive sunnhetsfølger (Lazarus, 2006).

Som kort nevnt i 1.1 bakgrunn for oppgaven kan et høyt stressnivå ha ulike negative helsepåvirkninger hos sykepleierstudenter og sykepleiere. Med tanke på de ulike negative påvirkningene vil stress ofte bli sett på som negativt men som nevnt kan stress også sees på som positivt (Lazarus, 2006). I et salutogent perspektiv vil det også være naturlig å omtale det positive som stress kan medfølge; eksempelvis kan stresset utfordre individet og bidra til flere og mer effektive mestringsstrategier hvis stresset blir mestret (Antonovsky, 2012). Etter Lazarus er stress også svært viktig for mennesker: *"[...] stress er helt afgjørende for vores sociale, fysiologiske og psykologiske sundhed."* (Lazarus, 2006, p. 43) Mestring henger sammen med stress og følelser og er også et sammensatt konsept (Lazarus, 2006). Situasjoner der individet klarer å tilfredsstille de krav som stimulus eller stresset krever ved hjelp av løsningsstrategier kan sies å være mestring av situasjonen (Antonovsky, 2012; Lazarus, 2006)

2.3.1 Sykepleierstudenter og stress

Det er generelt mye forskning på sykepleierstudenter, sykepleiere og stress med ulikt fokus fra tilstedeværelse til helsepåvirkninger. Pulido-Maros et al. (2012) undersøkte forskning fram til 2010 på sykepleierstudenters stress og fant at de fleste årsakene var relatert til akademiske oppgaver som studering, arbeidsmengde og tolkning av litteratur. Andre kilder til stress var koblet til kliniske situasjoner som frykten for å møte ukjente situasjoner, frykt for å utføre feil i pasientsituasjoner eller for å bruke medisinskteknisk utstyr feil. Generelt var det

ikke noe forskjell imellom hvor langt i studiet studentene hadde kommet (Pulido-Martos et al., 2012). Alzayyat og Al-Gamal (2014) som tok for seg forskning fra 2002-2013 undersøkte sykepleierstudenter og stress under praksis. De identifiserte 4 temaer i sykepleierstudentenes stress: initial klinisk opplevelse, sammenligning mellom de forskjellige akademiske årene, kryss-kulturell sammenligning og det positive stress aspektet av kliniske opplevelser (Alzayyat & Al-Gamal, 2014). I en svensk studie (Blomberg et al., 2014) fant forskerne at sykepleierstudent hadde ulik risiko for stress under praksis etter hvilke klinisk setting de var i. Av studentene hadde 43 % et høyt nivå av stress under praksis hvor sykehus hadde den høyeste andelen av stressede studenter og risikoen for stress økte til 71 % hvis studentene i sykehus hadde klinisk eksamen i samme periode (Blomberg et al., 2014). Irske sykepleierstudenter på sisteåret av utdanningen ble sammenlignet med nyutdannede sykepleiere: Begge gruppene rapporterte om høyt nivå av stress grunnet arbeidsmengde, arbeidsforhold med kollegaer og læringskrav som ikke ble fylt. Studentene rapporterte også om akademiske krav som grunnlag til stress og det var ingen signifikant forskjell imellom de to gruppene (Gibbons, Dempster, & Moutray, 2011). Mange britiske sykepleierstudenter svarer å ha opplevd stress og tror forekomsten av stress i yrkeslivet er høyt (Galbraith, Brown, & Clifton, 2014). De gir heller uttrykk for stress til familie og venner enn til arbeidsplassen, skolen eller arbeidskollegaer. De fleste søkte hjelp i sosialt miljø og de få som søkte profesjonell hjelp søkte den ikke-lokalt, selv om de fleste svarte at de ikke ville ha mindre tiltro til en stresset arbeidskollega (Galbraith et al., 2014).

Hos brasilianske sykepleierstudenter var opplevd stress med praksis, tidsplanlegging av hverdagen og kommunikasjon med medstudenter og lærere positivt korrelert med dårlig søvnkvalitet (Benavente, Silva, Higashi, Guido Lde, & Costa, 2014). Amerikanske sykepleierstudenter rapporterte høye nivåer av angst, bekymring og depresjon i respons til stress de opplevde noe som igjen ga følelser som å bli avvist og utilstrekkelighet. Studentene støttet seg oftest til sitt nærmeste sosiale nettverk fremfor ansatte ved skolen (Reeve, Shumaker, Yearwood, Crowell, & Riley, 2013). Norske sykepleierstudenter opplevde i praksis at de kunne føle seg som en byrde for sykepleierveileder og at de ikke fikk kontinuitet eller forståelse for arbeidet og utfordringene de møtte. De kunne føle seg alene og sårbare (Thorkildsen & Råholm, 2010). Hos ulike amerikanske sykepleierstudentgrupper fant forskerne at de studenter som hadde kommet lengre i studiet med en historie av depresjon, lav

selvtillit og som hadde lav sosial støtte hadde økt sannsynlighet for å oppleve høye stressnivåer (Wolf, Stidham, & Ross, 2015).

I Brasil undersøke forskere sykepleierstudenter som gikk siste semester for stress og depresjon hvor de fant at de fleste (69.8 %) ikke hadde depresjon og få hadde moderat til dyp depresjon (moderat 6.8 %, dyp 5.7 %). Moderat stressnivå var mest vanlig (76.9 %) og det var en relasjon mellom stress og tegn på depresjon, særlig dyp depresjon noe som tilsier at studentene med høyt stress nivå er mest utsatt for depresjon (Moreira & Furegato, 2013). I Sverige undersøkte forskere 1479 svenske førsteårs sykepleierstudenter og fant at studentene viste et høyt nivå av selvrapportert depresjon. Prevalensen var påvirket av alder hvor det var flere deprimerte blant de yngre studentene enn de eldre. De eldre var derimot mer utsatt for hjemme-skole konflikter noe forfatterne så på som utfordrende med tanke på at de utgjør en stor del av studentmassen (Christensson, Vaez, Dickman, & Runeson, 2011).

Hos australske sykepleierstudenter var det et økende nivå av maladaptiv utslitthet og dårlig rekonvalesens igjennom utdanningen. Ved ferdig studium rapporterte opp til 20 % av de nyutdannede sykepleierne tegn på alvorlig utslitthet og stress (Rella, Winwood, & Lushington, 2009). Hos sykepleierstudenter i Hong Kong konkluderte forskerne i en studie med at å studere sykepleie førte til økt nivå av stress, utbrenthet og psykologisk morbiditet og at dette var i hovedvekt relatert til individuell personlighet og mestringsstrategier (Watson, Deary, Thompson, & Li, 2008). Hos sykepleierstudenter i Thailand hadde studentene med høyt stressnivå dårligere rapportert fysisk helse og høyere psykologisk uro (Klainin-Yobas et al., 2014). Opplevde stress hadde en sterk effekt og forklarte flere variabler av psykologisk uro enn dårlig fysisk helse. Mestring medierte 77 % av stresset på dårlig fysisk helse og 11.30 % av stresset på psykologisk uro (Klainin-Yobas et al., 2014). Galbraith og Brown undersøkte forskning mellom 1981 til 2008 på stress og stressintervensjoner hos sykepleierstudenter og fant at stress førte til sykdom, fravær og frafall i studiene (Galbraith & Brown, 2011). I en norsk studie som viste at ungdom med høyt forbruk av paracetamol opplevde mer smerte, sov mindre, hadde et lavere selvbilde og hyppigere fravær i skolen enn de som ikke brukte paracetamol, ble det konkludert med at ungdommenes evne til å takle stress ikke var i harmoni med situasjonen de ble utsatt for (Skarstein et al., 2014).

2.4 Funksjon i studielivet

Opplevelsen av stress som sykepleierstudenter kan oppleve kan tenkes å påvirke akademiske prestasjoner og gjennomføringen av studier. I Norge har studentsamskipnader undersøkt helsen og trivselen hos studenter: Studentenes helse- og trivselsundersøkelser (SHoT) er en undersøkelse som ble utført i 2010 og 2014 (SiO, SiB, & SiT, 2010, 2014). Rapporten fra 2014 viser at de fleste (77 %) følger normert studieprogresjon og de fleste (85 %) rapporterer å oppleve studiet som meningsfylt. De fleste (64 %) har opplevd at følelsesmessige problem har sjeldent, av og til eller ofte påvirket gjennomføringen av studiet. Bare 36 % svarte at følelsesmessige problem aldri har påvirket gjennomføringen av studiet (SiO et al., 2014).

Normert studieprogresjon er spesielt interessant når det gjelder sykepleierstudenter grunnet fremtidige utfordringer koblet til populasjonsvekst og helsetjenester. Det er beregnet et personellunderskudd på 28 000 sykepleiere i 2035, dette gitt at studentmassen fortsetter veksten lik det den har hatt fram til 2011 (Statistisk sentralbyrå, 2012). Selv om sykepleierstudentene skulle bli ferdig med studie er det fortsatt en risiko for at de slutter i jobben: En studie (Wu, Fox, Stokes, & Adam, 2012) av nyutdannede amerikanske sykepleiere fremsatte at nyutdannede utgjør mer enn 10 % av sykepleiere ved sykehus og disse nyutdannede sykepleierne hadde økt sannsynlighet for å oppleve stress. Av de ulike stresstypene var stress koblet til bruk av medisinsk teknisk utstyr statistisk signifikant koblet til studiedeltakernes intensjon i å slutte i jobben (Wu et al., 2012). En oppfølgingsstudie i Taiwan (Clark, Nguyen, & Barbosa-Leiker, 2014) fulgte opp sykepleierstudenter som hadde gjennomført et treningsprogram før avsluttet studie 3, 6 og 12 måneder etter de var ferdig med utdanningen. De 3 første månedene var de mest stressende men hverken ved 3, 6 eller 12 måneder var stresset relatert til ønske om å slutte i jobben. Derimot var klinisk kompetanse ved 6 måneder relatert til ønske om å slutte i jobben (Clark et al., 2014).

2.5 Oppsummering

- Helse er et sammensatt konsept.
- De fleste i Norge vurderer helsen sin som god og i Europa er andelen som vurderer helsen sin som dårlig økende jo eldre respondentene er (Baert & Norre, 2009; Helsedirektoratet, 2014).

- Egenvurdert helse er et helsemål som har blitt brukt over lengre tid og omfatter kjente og ukjent informasjon som er viktig for individet i deres helsevurdering (Bowling, 2005; Idler & Benyamini, 1997).
- Salutogenese er en teoretisk tilnærming til helse av Aron Antonovsky som fokuserer på faktorer som støtter og oppbygger helse og velfølelse fremfor å fokusere på sykdomsfaktorer (Antonovsky, 1979, 2012).
- SOC er et teoretisk mål innenfor salutogenese på hvor sterkt en person oppfatter en stressende hendelse som begripelig, håndterbart og meningsfull (Antonovsky, 2012).
- Egenvurdert god helse er assosiert med en sterk SOC, SOC kan også være en buffer mot påvirkningen stressende livshendelser har på egenvurdert helse (Eriksson et al., 2007; Richardson & Ratner, 2005).
- Sykepleierstudenter hadde sterkere SOC sammenlignet med andre studentgrupper og hos 65 % av sykepleierstudentene ble SOC uforandret over 3 år mens 32 % hadde en styrkning i SOC-score (Kuuppelomaki & Utriainen, 2003).
- Hos sykepleiere ble en sterk SOC oppfattet som en buffer mot familie-arbeid konflikter og som en buffer mot utviklingen av mentale problemer mens lav SOC ble koblet til familie-arbeid konflikter og korrelerte positivt med depresjon og utbrenthet (Malinauskiene et al., 2009; Takeuchi & Yamazaki, 2010; Tselebis et al., 2001).
- Sykepleierstudenter rapporterer om høye nivåer av angst, bekymring og depresjon i respons til stress, som igjen ga følelser som å bli avvist og utilstrekkelighet (Reeve et al., 2013).
- Sykepleierstudenter med et høyt nivå av stress rapporterte om dårligere fysisk helse og høyere psykologisk uro hvor mestring kan mediere deler av stresset - stresset kan også føre til sykdom, fravær og frafall i studiene (Galbraith & Brown, 2011; Klainin-Yobas et al., 2014).

3.0 METODE

3.1 Design og metode

Designet i oppgaven er en deskriptiv tverrsnittundersøkelse hvor primærdata ble innhentet ved hjelp av spørreskjema som metode. En tverrsnittundersøkelse gir et øyeblikksbilde og hensikten er å samle inn kvantitativ data som kan gi en statistisk beskrivelse av populasjonen utvalget er trukket fra, ofte brukes spørreskjemaer som metode (Ringdal, 2013).

Spørreskjema er en systematisk metode for å samle inn data fra et utvalg personer for å gi en statistisk beskrivelse av populasjonen og er den mest brukte datainnsamlingsmetoden i samfunnsvitenskapene. Spørreskjema som metode gir høy grad av standardisering hvor formålet er å gi eliminere tilfeldige målefeil og gi pålitelige data, gjerne igjennom spørsmål som er funnet reliable og valide (Ringdal, 2013). Bakgrunnen for valget av design og metode er at designet og metoden valgt er egnet til å besvare oppgavens problemstilling. For å måle SOC kreves det at det utfylles et standardisert spørreskjema for å kunne utregne en score.

Som nevnt i teoridelen er helse et sammensatt konsept som kan defineres og måles på ulike måter. En måte å måle helse på er ved egenvurdering av helse, noe som er funnet reliabelt, valid og predikativt i forhold til mortalitet (Bowling, 2005; Idler & Benyamini, 1997).

Egenvurdering av helse målt ved bruk av spørreskjema er også en mindre tids- og ressurskrevende måte å måle helse på enn eksempelvis fysiske og psykiske målinger og undersøkelser, noe som er et poeng i en masteroppgave hvor tid og ressurser er begrenset.

Undersøking av studenters funksjon i studielivet gjøres ved ulike spørsmål hentet fra SHoT 2014 hvor det ble brukt spørreskjema som metode (SiO et al., 2014).

3.2 Tabeller

Tabeller i oppgaven er laget i APA stil ved hjelp av Microsoft Excel etter veiledning i bøkene til Johannessen og Ringdal (Johannessen, 2009; Ringdal, 2013).

3.3 Litteratursøk

Det ble i forbindelse med utforming av søknad til regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) gjort et begrenset litteratursøk relatert til oppgavens tematikk. Videre ble et systematisk litteratursøk utført i perioden 21. januar 2015 til 2. februar 2015. Følgende databaser ble brukt: PubMed, Web of Science og Ovid Nursing database. Disse databasene ble valgt på bakgrunn av forhåndskunnskap til databasene og

fordi databasene inneholder ulike tidsskrift og fagretninger relevant for oppgavens problemstilling. PubMed er U.S. National Institutes of Healths (NIH) database over artikler i tidsskrifter knyttet til medisin og samfunnsforskning som grenser mot medisin (Ringdal, 2013). Web of Science omfatter alle artikler fra rundt 23 000 tidsskrifter fra alle fag med dekning der tilgjengelig tilbake til 1945, det er også mulig å se hvilke referanser en artikkel bygger på og hvem som har sitert artikkelen i ettertid (Ringdal, 2013). Ovid Nursing database også kalt Ovid Nursing Fulltext Plus består av artikler fra 276 sykepleietidsskrifter indeksert i MEDLINE tilbake til 1950 der tilgjengelig med hovedvekt på sentrale fagområder innenfor sykepleie (Universitetsbiblioteket NTNU, 2015).

Følgende to inkluderingskriterier ble benyttet i litteratursøket: (1) tema skulle inkludere stress, SOC eller egenvurdert helsevariabler, (2) målgruppe; sykepleierstudenter og sykepleiere. Artikler som ikke hadde riktig målgruppe ble inkludert der det ble vurdert at overføringsverdi var tilstede. Ekskluderingskriterier var andre språk enn engelsk, norsk, svensk eller dansk. Eldre artikler enn 10 år ble i utgangspunktet ekskludert, men områder hvor det var få publikasjoner eller at artiklene var spesielt betydningsfulle for å belyse problemstillingen ble kriteriet sett bort fra. Forskning som omhandlet andre grupper enn sykepleierstudenter eller sykepleiere når det gjaldt stress som tema ble ekskludert. Det ble tilstrebet å bruke forskning utført i Nordamerikanske, Nordiske eller Europeiske land grunnet minst mulige kulturforskjeller med tanke på overførbarhet av resultatene. Forskningsartikler utenfor disse områdene ble ikke ekskludert, men mulige kulturforskjeller ble viet oppmerksomhet i anvendelsen av disse artiklene.

Noen av artiklene ble funnet flere ganger i ulike søk og databaser, selv der søkeordene var ulike. Antallet artikler i "resultater" og "gjennomgått" inneholder dermed artikler som er funnet flere steder. Ved lagring av artikler er artikler som ble funnet flere ganger bare registrert én gang: der de først ble lagret. Noen artikler ble også funnet ved å gjennomgå referanser i andre artikler og/eller bøker. Følgende tabeller under viser per database de ulike søkeordene, innsnevring, funn og antall artikler som ble lagret til videre vurdering for bruk i oppgaven. Når det gjelder antall gjennomgåtte artikler betyr det at resultater ble gjennomgått ved å lese tittel, år og sammendrag der det var relevant. Lagrede artikler ble gjennomgått mer grundig underveis i litteratursøket og i ettertid ved skriving av oppgaven.

Tabell 2
Database: PubMed

Søkeord	Innsnevring	Antall resultater	Antall gjennomgått	Antall lagret
(nurs* student*) AND SOC	full text, 10 år	90	90	3
(nurs* student*) AND SOC	full text	150	150	0
(nurs* student*) AND Sense of coherence	full text	18	18	4
(nurs* student*) AND stress	full text	1013	0	0
(nurs* student*) AND stress	full text, 10 år	532	200	8
(nurs* student*) AND self reported health	full text, 10 år	532	200	0
(SOC) AND self reported health	full text, 10 år	1500	0	0
(Sense of coherence) AND self reported health	full text, 10 år	122	122	5

Notater: * gir ordet en åpen ending i søk.

Tabell 3
Database: Web of Science

Søkeord	Innsnevring	Antall resultater	Antall gjennomgått	Antall lagret
nurs* student* AND SOC	10 år	9	9	0
nurs* student* AND SOC		12	12	0
nurs* student* AND Sense of coherence		13	13	0
nurs* student* AND stress		701	0	0
nurs* student* AND stress	10 år, english, sortert etter dato nyeste	491	100	3
nurs* student* AND stress	10 år, english, sortert etter times cited	491	100	3
nurs* student* AND self reported health	10 år, english, sortert etter dato nyeste	546	100	0
nurs* student* AND self reported health	10 år, english, sortert etter times cited	565	100	0
SOC and self reported health	10 år, english, sortert etter dato nyeste	202	100	0
SOC and self reported health	10 år, english, sortert etter times cited	202	100	0
Sence of Coherence AND self reported health	10 år, english, sortert etter dato nyeste	192	100	3
Sence of Coherence AND self reported health	10 år, english, sortert etter times cited	192	100	5

Notater: * gir ordet en åpen ending i søk.

Tabell 4
Database: Ovid Nursing database

Søkeord	Innsnevring	Antall resultater	Antall gjennomgått	Antall lagret
nurs* student* AND SOC		3	3	0
nurs* student* AND Sense of coherence		7	7	7
nurs* student* AND stress		501	0	0
nurs* student* AND stress	10 år.	269	0	0
	10 år, subjects: nursing students, sort entry date			
nurs* student* AND stress		236	100	7
nurs* student* AND self reported health		1	1	0
SOC and self reported health		1	1	0
Sence of Coherence AND self reported health		2	2	0

Notater: * gir ordet en åpen ending i søk.

3.4 Utvalg, rekruttering og inklusjonskriterier

Utvalget er sykepleierstudenter ved Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST). 2 av 3 årskull i bachelorutdanningen er inkludert (1. og 2. klasse). 3 klasse ble ikke inkludert da de var ute i praksis i tidsrommet for innsamling av data. Rekruttering av deltakere til studien foregikk ved at det ble tatt kontakt med prodekan ved ASP HiST som henviste videre til studentutvalget (SU) ved ASP. SU stilte seg positive til at datainnsamling kunne ta plass. Ansvarlige fagledere ved de ulike årskullene ble kontaktet for å identifisere mulige datoer og tidspunkt for innsamling. Inklusjonskriteriet for deltagelse i studien, var at deltakere skulle være student ved sykepleierutdanningen ved HiST, det ble ikke satt noen eksklusjonskriterier.

3.5 Innsamling og svarprosent

Man ønsket å samle inn data på obligatoriske undervisningsdager siden erfaring som student ved sykepleieutdanningen på HiST tilsier at det er et veldig varierende tall på studenter som møter opp til ikke-obligatorisk undervisning. Ved å møte opp på obligatoriske undervisningsdager ville det kunne møtes flere studenter og forhåpentligvis få en høyere

svarprosent. Data ble samlet inn i to omganger: 12. februar 2015 for 2. klasse (kull 2013) og 16. mars 2015 for 1. klasse (kull 2014).

Kull 2013 hadde obligatorisk undervisningsdag hvor 194 studenter av totalt 210 (ekskludert 10 desentraliserte studenter) møtte opp (vedlegg 3 og 4). Det ble samlet inn 174 fylte skjemaer noe som gir svarprosent på 89.69 % av registrerte møtte studenter og en svarprosent på 82.86 % totalt for kull 2013.

Kull 2014 hadde ikke en obligatorisk undervisningsdag men hadde første dag etter praksis og studieveiledningstime som inneholdt eksamensinformasjon så veldig mange møtte opp. Det ble ikke registrert antall studenter men det ble samlet inn 181 fylte skjemaer av totalt 242 mulige studenter ved kullet noe som gir en svarprosent på 74.79 % for kull 2014 (vedlegg 3).

Av mulige studenter i kull 2013 og 2014 kombinert er det 452 studenter hvor 355 (N=355) studenter totalt fylte ut skjemaene, noe som gir en svarprosent på 78.54 % hos de to kullene til sammen (vedlegg 3). Totalt er det 639 studenter ved ASP, HiST fordelt på 3 ulike årskull medregnet de 10 desentraliserte studentene ved kull 2013, noe som gir en svarprosent på 55.56 % av den totale studentmassen (vedlegg 3).

3.6 Spørreskjema

Spørreskjemaet, inndelt i tematiske kategorier, ble utformet med bakgrunn i teori, problemstillingen og empiri funnet ved litteratursøk. De ulike spørsmålene/variablene i spørreskjemaet er hentet fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3), Studentenes Helse og Trivselsundersøkelse (SHoT 10 og 14) og Antonovskys (Antonovsky, 1987, 2012; HUNT, 2014a, 2014b; SiO et al., 2010, 2014). Av spørsmål i spørreskjemaet er bakgrunnsvariablene om kull, alder, vekt og høyde ikke hentet fra andre kilder.

3.7 Variabler

Med bakgrunn i oppgavens problemstilling er følgende variabler inkludert:

3.7.1 Sosiodemografiske variabler

- *Årskull* er inndelt i de 3 mulig årskullene, dette var med tanke på at det kunne være mulighet for å samle inn data hos alle årskullene.
- *Alder* er inndelt i 3 kategorier, under 20, 20-25 og over 25. Dette er med bakgrunn i erfaring som student ved ASP, HiST at de fleste er innenfor 20-25 men det kan være stor spredning i alderen over dette. Inndeling i aldergruppen kan sies å være mer anonymiserende enn direkte alder.
- *Høyde og vekt* brukes til BMI utregning.
- *Langvarig sykdom* spørsmålet er hentet fra HUNT 3 (HUNT, 2014a). Spørsmålet har ”ja” eller ”nei” svarmulighet og spør om deltakeren har en langvarig (minst 1 års varighet) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter funksjoner i sitt daglige liv.

Merknad i forhold til kjønn:

- *Kjønn* er ikke valgt som en sosiodemografisk variabel. Dette er fordi at av studenter ved de ulike årskullene ved sykepleierutdanningen er andelen menn lav. Tall fra Studentenes Helse og Trivselsundersøkelse (SHoT) 2014 oppgir totalpopulasjonen ved sykepleierutdanningen ved HiST til å være 400 hvorav av disse er 39 menn, av disse svarte 70 kvinner og 9 menn på undersøkelsen (SiO et al., 2014). Tall innhentet fra ASP, HiST etter at data ble innsamlet viser at av totalt 639 elever er 62 menn som gir en prosentandel på 9.7 % (Vedlegg 3). Spørsmål om kjønn ble ekskludert siden det ble tenkt at det kan hindre mannlige studenter å fylle ut skjema siden de da vil føle seg mindre anonyme grunnet en mulig lav andel menn tilstede som fyller ut skjema under innhenting av data.

3.7.2 Helsevariabler

- *Egenvurdering av helse* er hentet fra HUNT 3 (HUNT, 2014a). Samme spørsmål er brukt i levekårsundersøkelsene (Helsedirektoratet, 2014) og er en valid og reliabel måling (Bowling, 2005; Lundberg & Manderbacka, 1996). Spørsmålet spør hvordan deltakeren vurderer sin egen helse sånn i sin alminnelighet og har svarmulighet

rangert fra ”svært dårlig” til ”svært god” med total 4 mulige svaralternativer.

Bakgrunnen at spørsmålet er en del av helsevariablene er på grunn av oppgavens problemstilling og at spørsmålet sees på som sentral i en helsevurdering (Idler & Benyamini, 1997). Variabelen har også en kobling til SOC hvor en sterk SOC-score har en beskyttende og sterke koblingen til subjektiv generell helse (Eriksson & Lindstrom, 2006; Richardson & Ratner, 2005).

- *Hodepine* består av 3 deler og er hentet fra SHoT 10 (SiO et al., 2010) og spør om (1) deltakeren har hatt hodepine i løpet av de siste 12 månedene, (2) om smertene har ført til at det har vært vanskelig å delta i daglige studieaktiviteter (organisert undervisning eller selvstudium) i løpet av det siste året og (3) hvor mye til hinder/plage smertene har vært de siste 2 ukene. Første del har ”ja” og ”nei” mens de to siste delene har en rangering på 4 mulige svar. Hodepine er noe som er relativt vanlig i befolkningen og kan være uttrykk for stress, noe som vil være interessant å se på siden sykepleierstudenter kan oppleve mye stress (HUNT, 2011; Pulido-Martos et al., 2012).
- *Medikamentbruk* er 2 deler og hentet fra HUNT 3 (HUNT, 2014b) og spør om (1) hvor ofte deltakeren har brukt reseptfrie medisiner i løpet av den siste måneden mot halsbrann/sure oppstøt, treg mage, hodepine og smerter i muskler/ledd. Dette vil gi innsikt i om smertestillende er brukt mot flere plager enn bare hodepine. Svarmuligheter er rangert fra ”nei, aldri” til ”ja, ofte” med totalt 4 mulige svar. Den andre delen av spørsmålet spør (2) om hvilke type smertestillende medikament som er brukt minst en gang i uka i løpet av en siste måneden. Dette spørsmålet er endret til å være oppdatert med tilgjengelig medisiner i dag etter søk i Fellekatalogen ettersom noen medikamenter ikke lengre er i bruk i Norge. Det er 4 spørsmål vedrørende ulike virkestoff/medikamenter: paracetamol, abyl-e, ibuprofen og andre typer medikamenter. Selv om salg og bruk av albyl-e er svært lavt i motsetning til paracetamol er ikke spørsmålet endret ettersom forbruk kan forekomme (Bøe, Haga, Andrew, & Berg, 2004; Haga et al., 2011). Svarmuligheter er ”ja” og ”nei”. Spørsmålet er med under helsevariabler med tanke på spørsmålet om hodepine og SOC-score men også siden det er funnet at ungdommer som har problemer med å takle stress har et økt forbruk av paracetamol (Koushede & Holstein, 2009; Skarstein et al., 2014).

- *Søvnkvalitet* er hentet fra HUNT 3 (HUNT, 2014b) og er funnet reliabelt for å finne personer med signifikante søvnforstyrrelser (Engstrøm et al., 2011). Søvnkvalitet består av totalt 9 underspørsmål som har mulig svar kategori ”sjelden/aldri”, ”av og til” og ”flere ganger i uka” (Se vedlagt spørreskjema, vedlegg 1). Scoreutregning omtales under omkodning i analyse del. Bakgrunnen for at spørsmålet er med under helsevariabler er at hos sykepleierstudenter med stress er det funnet dårlig søvnkvalitet og det er funnet en negativ sammenheng mellom jobbstress og søvnkvalitet hos sykepleiere (Benavente et al., 2014; Lin et al., 2014). Søvnkvalitet brukes til å utregne insomnia, se egen omtale under 3.12.
- *Fornøydhet med tilværelsen* er hentet fra HUNT 3 (HUNT, 2014a) og er en valid og reliabel mye brukt måling (Bowling, 2005). Spørsmålet spør "alt i alt, når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd?" Svarmuligheter er en rangering på 7 mulige svar fra ”svært fornøyd” til ”svært misfornøyd”. Spørsmål om fornøydhet med tilværelsen går under Quality of Life (QoL) hvor QoL er positivt koblet til SOC-score og kan kobles til helse (Eriksson, 2007; Eriksson & Lindstrom, 2007). Spørsmålet er som ved egenvurderingen av helse et generelt spørsmål, noe som gir hvert enkelt individ mulighet til å selv vurdere hva som er viktig i sin tilværelse (HUNT, 2011; SiO et al., 2014).

3.7.3 Funksjonsvariabler i studielivet

- *Funksjon i studielivet* er 3 delt og er hentet fra SHoT 14 (SiO et al., 2014)(se vedlagt spørreskjema, vedlegg 1). Det stiller spørsmål om (1) deltakeren følger normert studieprogresjon i tidligere og inneværende semester, (2) i hvilken grad deltakeren opplever studiet som meningsfullt med 5 mulige rangerte svar muligheter fra ”svært lite meningsfullt” til ”svært meningsfullt” og (3) om følelsesmessige problem har påvirket gjennomføringen av studiet med 5 mulige svar hvor 4 av de er rangert fra ”nei, aldri” til ”ja, ofte” men et femte alternativ for ”vet ikke”. Spørsmålene er hentet fra SHoT 14 og gir en mulighet for sammenligning av utvalget men gir også informasjon som kan sees i forbindelse med tidligere omtalt empiri; Eksempelvis kan spørsmålet om følelsesmessige problem har påvirket gjennomføringen av studie ses på i lys av at sykepleierstudenter kan oppleve negative følelser (som avvisning, byrde

og utilstrekkelighet) i forbindelse med stress (Reeve et al., 2013; Thorkildsen & Råholm, 2010).

3.7.4 Sense of Coherence:

- *SOC-13* utgaven brukes som består av 13 spørsmål hvor hvert spørsmål har 7 mulige svar i likert skala form (se vedlagt spørreskjema, vedlegg 1). Svarene er rangert fra et ytterpunkt til det andre, eksempelvis fra "veldig sjelden eller aldri" til "veldig ofte". *SOC-13* er en forkortning av 29 spørsmåls utgaven og målet er funnet reliabel og valid (Eriksson, 2007; Eriksson & Lindstrom, 2007; Feldt et al., 2007). Tillatelse til å bruke *SOC-13* er innhentet og gitt (se vedlegg 2). Utgaven av *SOC-13* på norsk er hentet ifra denne oppgavens veileders ph.d. avhandling (Lillefjell, 2008). Scoreutregning er allerede omtalt under 2.2.1 *SOC* og vil bli ytterligere diskutert 5.5 *SOC*. *SOC* består av tre dimensjoner som sammen forsøke å forklare hva som styrker eller gir god helse til tross for opplevd motstand og utfordringer (Antonovsky, 2012):
 - 1) *Meaningsfulness/meningsfullhet* som omhandler eksempelvis motivasjon og verdier. Spørsmål F1 om likegyldighet til omgivelsene rundt tilhører denne dimensjonen.
 - 2) *Comprehensibility/begripelighet* som omhandler eksempelvis forståelse av omgivelser eller personer. Spørsmål F2 om overraskelse over oppførselen hos kjente personer tilhører denne dimensjonen.
 - 3) *Manageability/håndterbarhet* som omhandler eksempelvis om en person har mestringsressurser tilgjengelig for å løse utfordringer. Spørsmål F13 om hvor ofte følelser som ikke kan kontrolleres oppstår tilhører denne dimensjonen.

3.8 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet kan også kalles pålitelighet og omhandler om gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat mens validitet eller gyldighet omhandler om det som måles er det en vil måle (Ringdal, 2013). Høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet og imens reliabilitet er et empirisk spørsmål vil validitet kreve en teoretisk vurdering. Det er ulike måter å vurdere reliabiliteten hvor test-retest-teknikk går ut på å teste grad av samsvar mellom to gjentatte målinger av samme variabel, noe som sjeldent er mulig med spørreskjemaer grunnet kostnad og tidskrav (Ringdal, 2013). En annen måte er å måle grad av intern konsistens mellom indikatorene som inngår i en indeks, dette måles med Cronbachs

alfa som varierer mellom 0 og 1 hvor høy verdi (over 0.70) tilsvarer tilfredsstillende reliabilitet (Ringdal, 2013). For å sikre reliabilitet av SOC-13 i innsamlet data er det utført en måling av Cronbachs alfa: I SOC-13 var Cronbachs alfa på 0.853 (N=346), noe som tilsvarer høy og tilfredsstillende verdi. SOC-13 har vist seg å ha god reliabilitet i flere studier: Eriksson undersøkte 127 studier med SOC-13 hvor Chronbachs alfa var på mellom 0.70 og 0.92 (Eriksson, 2007). SOC-13 er også funnet reliabelt ved test-retest og ved gjennomgang av forskning mellom 1992 til 2003 (Eriksson & Lindstrom, 2005). Det ble utført en måling av Cronbachs alfa på de fire spørsmålene som blir brukt i omkoding under 3.12.1 søvnløshet: Cronbachs alfa var på 0.67 (N=354) noe som er under det akseptable nivået på 0.70 (Ringdal, 2013) og kan dermed sies å være noe svak. Andre spørsmål benyttet i spørreskjemaet er vist å være reliable i andre undersøkelser. Dette gjelder spørsmålene om egenvurdert helse, fornøydhets med tilværelse og spørsmålene om søvn (Bowling, 2005; Engstrøm et al., 2011; Idler & Benyamini, 1997).

Gjennomføringen og bearbeidelsen av datainnsamling kan også påvirke reliabiliteten (Ringdal, 2013). For å sikre reliabiliteten ved innskanning av skjemaer ble håndskrevne tall og avkryssninger kontrollert visuelt ved hjelp av en datamaskin og der hvor det var usikkerhet ble det kontrollert direkte opp mot skjemaet. Der hvor det var krysset av to ganger i et svar under samme spørsmål ble det ved spinning av blyant tilfeldig bestemt hvilket kryss som bli beholdt. Når alle skjemaene var lagt inn i datafilen ble det utført en etterkontroll av manuelt innlagte svar.

Validitet kan vurderes på ulike måter: umiddelbar validitet (face validity) vil si en skjønsmessig vurdering av spørsmålenes dekningsgrad og innholdsvaliditet (content validity) som omtaler hvorvidt målet dekker de viktigste aspektene av et begrep som måles (Ringdal, 2013). Content validity er i oppgaven sikret ved å støtte seg til empiri der mulig, dette gjelder for spørsmålene om egenvurdert helse, langvarig sykdom, fornøydhets med tilværelse og SOC-13 som er funnet valide (Bowling, 2005; Eriksson & Lindstrom, 2005; Idler & Benyamini, 1997). Ved spørsmål om søvn er det under omkoding 3.12.1 søvnløshet henvist til at omkodingen er etter kriteriene satt i DSM-V (diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition) og kan etter disse kriteriene sies å være valid (American Psychiatric Association, 2013; Uhlig, Sand, Odegard, & Hagen, 2014). De andre spørsmål i

oppgaven må vurderes ut ifra face validity, at spørsmålenes dekningsgrad må vurderes etter skjønn (Ringdal, 2013). Disse spørsmålene som må vurderes etter skjønn er enten hentet fra SHoT 14 eller HUNT 3 noe som i seg selv kan være en verdi da spørsmålene er blitt vurdert av de som var involvert i de ulike studiene, blitt etisk vurdert og godkjent av en forskningskomite og at de har blitt brukt i norske undersøkelser for samme aldersgruppe (HUNT, 2011, 2014a, 2014b; SiO et al., 2014). Spørsmål som ikke er hentet fra enten SHoT eller HUNT er spørsmålene om årskull, alder, høyde og vekt; Disse spørsmålene er klare i formulering og svaralternativer og vurderes som valide.

3.9 SOC-13 oversettelsen

Det finnes ikke noen offisiell norsk oversettelse av SOC-13. Norske studier som bruker SOC-13 refererer enten til Antonovsky, Eriksson og Lindström eller begge (Antonovsky, 1993; Eriksson & Lindstrom, 2005; Snekkevik, Anke, Stanghelle, & Fugl-Meyer, 2003; Veenstra, Moum, & Roysamb, 2005). Det blir også nevnt indirekte at en norsk oversettelse eksisterte før 1993 (Antonovsky, 1993). Søk i ulike databaser resulterte i konklusjonen at Bjørn Guldvog var den som først som oversatte og brukte SOC-13 på norsk noe han selv bekrefter: *“This version of the questionnaire was translated by the author, since no validated SOC questionnaire exists in Norway.”* (Guldvog, 1993, pp. 4, Paper 6). I forhold til Guldvog sin oversettelse og den som brukes her i spørreskjemaet er de fleste spørsmålene veldig like eller identiske. Hovedforskjellen ligger i at versjonen som brukes i dette spørreskjemaet har mer moderne formuleringer og en mer moderne ordbruk. Forskjellene i språk gjelder også for utgaven som er presentert i den norske oversettelsen av Antonovskys bok *Unraveling the Mystery of Health* (Antonovsky, 2012).

3.10 Inndeling av spørreskjemaet

Spørreskjemaet er inndelt i ulike tematiske kategorier. Dette var med tanke på anbefalingen om at de enkleste spørsmålene bør komme først og de mer detaljerte og utfordrende eller truende spørsmålene til slutt i et spørreskjema (Ringdal, 2013). Når de enkle spørsmålene kommer først kan det motivere respondentene til utfylling ettersom starten er enkel å fylle ut. Hvis starten derimot begynner med utfordrende eller truende spørsmål kan det virke demotiverende for utfyllingen. Temaer bør tas opp et av gangen og ikke splittes siden det kan virke forvirrende, noe som bør følges opp ved at hvert tema begynner med generelle og

avslutter med mer spesifikke spørsmål (Ringdal, 2013). Inndelingen består av 6 ulike deler fra A til F og er oppbygd slik:

A. Bakgrunnsinformasjon.

1. Kull.
2. Alder.
3. Høyde.
4. Vekt.

B. Helse og studier.

1. Egenvurdert helse.
2. Langvarig sykdom, skade eller lidelse.
3. Normert studieprogresjon.
 - i. Tidligere i studiet.
 - ii. Nåværende semester.
4. Opplevelse av studie som meningsfullt.
5. Om følelsesmessige problem påvirket gjennomføringen av studiet.
6. Fornøydhet med tilværelsen.

C. Hodepine.

1. Siste 12 måneder.
2. Vanskelig å delta i daglige studieaktiviteter.
3. Hinder/plage siste 2 uker.

D. Reseptfrie medisiner.

1. Mot følgende plager siste måned.
 - i. Halsbrann.
 - ii. Treg mage.
 - iii. Hodepine.
 - iv. Muskler/ledd.
2. Medisiner brukt en gang i uka siste måned.
 - i. Paracetamol.
 - ii. Albyl E.
 - iii. Ibuprofen.
 - iv. Andre.

E. Søvn.

1. Snorking.

2. Pustestopp.
3. Innsoving.
4. Våkne om natten.
5. Våkne for tidlig.
6. Søvnig om dagen.
7. Plagsom nattesvette.
8. Våkne med hodepine.
9. Ubehag/kribling/mauring i ben.

F. Mestring – opplevelse av sammenheng.

- SOC-13 bestående av 13 spørsmål.

3.11 HUNT 3 og SHoT 10/14

Som nevnt under 3.6 spørreskjema og 3.7 variabler er deler av spørsmålene hentet fra HUNT 3 og SHoT 10 og 14 undersøkelsene. HUNT 3 studien ble utført i tidsrommet 2006-2008 for personer i alderen 20+ hvorav 50 839 personer minimum fylte ut det første av flere spørreskjemaet, dette tilsvarer totalt litt over 50 % av befolkningen i Nord-Trøndelag enn om tallet kan variere etter hvilke del/variabel som undersøkes (HUNT, 2011). Utvalget i SHoT 10/14 er norske studenter fra ulike steder i landet (SiO et al., 2010, 2014).

Gjennomsnittsalderen i SHoT 14 er på 24 år hvor gruppen på 18-34 år er den største med en total kjønnsfordeling på 41 % menn (SiO et al., 2014). I SHoT 10 er gjennomsnittsalderen 23.2 år hvor aldersgruppen 23-24år er størst med en total kjønnsfordeling på 42 % menn (SiO et al., 2010). I SHoT 14 var studentsamskipnader for 71 % av målgruppen deltakende og av 47 514 inviterte fulltidsstudenter under 35år svarte 13 663 på undersøkelsen noe som omfatter en svarprosent på 29 %. Etersom de fleste spørsmålene fra SHoT undersøkelsene er hentet fra SHoT 14 vil ikke SHoT 10 bli omtalt ytterligere.

3.12 Omkoding og utregning av score

Variablene på søvnløshet og SOC måtte omkodes i tråd med gjeldende retningslinjer før analyser kunne finne sted (Antonovsky, 1987, 2012; Eriksson, 2007; Uhlig et al., 2014) (vedlegg 2).

3.12.1 Søvnløshet

Som nevnt består E. Søvn av 9 ulike spørsmål som er brukt i HUNT3 studien, og funnet reliable for å identifisere individer med gjennomgående søvn forstyrrelser i epidemiologiske studier (Engstrøm et al., 2011; HUNT, 2014b). Ut fra disse 9 spørsmålene brukte Uhlig, Sand, Odegard og Hagen (2014) i en artikkel 4 av spørsmålene for å diagnostisere søvnløshet hos deltakere i HUNT3 studien etter kriterier i DSM-V (American Psychiatric Association, 2013; Uhlig et al., 2014). For å identifisere søvnløshet i innsamlet datamaterialet ble de det brukt samme 4 spørsmål og kriterier som Uhlig et al. (2014) brukte i sin artikkel. De fire spørsmålene er:

1. E3 Har vanskelig for å sovne om kvelden?
2. E4 Våkner gjentatte ganger om natta?
3. E5 Våkner for tidlig og for ikke sove igjen?
4. E6 Kjenner deg søvnig om dagen?

For å tilfredsstillere kravene satt av Uhlig et al. (2014) til å bli identifisert som søvnløs må deltakerne krysse av på "flere ganger i uka" på et av de tre første spørsmålene i tillegg til å krysse av "flere ganger i uka" på det fjerde spørsmålet E6. Omkoding ble gjort ved at svarene på de ulike fire spørsmålene fikk ulik tall verdi som ble slått sammen til en totalscore. Ut i fra totalscoren ble de ulike svarene delt inn i kategori for "nei" som ikke tilfredsstillere kravene til søvnløshet og inn i kategori "ja" hvor de tilfredsstillere kravene. Ut ifra artikkelen og DSM-V kriteriene for insomnia ble det ikke i "ja" kategorien differensiert imellom personer som krysset av på "flere ganger i uka" på et eller på flere enn et av de tre spørsmålene (E3-5) (American Psychiatric Association, 2013; Uhlig et al., 2014).

3.12.2 SOC-13

For å utregne SOC-score av de 13 svarene må det utføres en omkoding hvor noen av svarene reverseres. Denne reverseringen ble gjort etter merknader i bøkene til Antonovsky og Eriksson samt vedlegg gitt ved tillatelse av bruk av SOC-13 (Antonovsky, 1987, 2012; Eriksson, 2007) (vedlegg 2). Reversering av svar gjaldt for svarene på følgende spørsmål: F1, F2, F3, F7 og F10. De reverserte svarene erstattet da de tilsvarende u-reverserte i videre utregninger. SOC består av tre områder hvor følgende spørsmål tilhører de ulike områdene:

- Meaningfulness/meningsfullhet: F1, F4, F7, F12.
- Comprehensibility/begripelighet: F2, F6, F8, F9, F11.

- Manageability/håndterbarhet: F3, F5, F10, F13.

I de ulike områdene ble tilhørende svar summert ved hjelp av SUM funksjon i SPSS mens for totalscore til SOC-13 ble alle 13 svar summert. Etter anbefaling av Antonovsky som blir gjentatt av Eriksson ble totalscoren til SOC brukt til sammenligning i de videre analysene fremfor å bruke scoren til de ulike tre områdene SOC består av (Antonovsky, 1987, 2012; Eriksson, 2007). Som nevnt under variabler har hvert av de 13 spørsmålene 7 mulige svaralternativer, det vil si at det er en rangering fra 1 til 7 som kan krysses av. Dette gir en mulig totalscore på mellom 13 og 91 hvor høyere score tilsvarer høyere SOC. Antonovsky oppga aldri en sum for hva som kan regnes som en svak eller sterk SOC score (Eriksson, 2007).

3.13 Analyser

3.13.1 Skanning og analyseverktøy

Skjemaene ble ved hjelp fra SVT-IT scannet og omgjort til datafil. Til analysing er IBM SPSS Statistics versjon 21.0 for MAC og Windows brukt. Bøkene til Ringdal og Johannessen ble brukt som støttelitteratur under analysing av datamaterialet i SPSS (Johannessen, 2009; Ringdal, 2013).

3.13.2 Analyse

For å svare på problemstillingen er data analysert i tre ulike omganger:

1. Deskriptive analyser med frekvens, prosent, gjennomsnitt og standardavvik for å beskrive utvalget.
2. Bivariat regresjonsanalyse (inkludert multikollinearitetsanalyse) for å identifiserer signifikante forklaringsvariabler for inkludering i de multivariate analysene.
3. Multivariat hierarkisk regresjonsanalyse for å undersøke samvariasjon mellom egenvurdert helse, funksjon i studielivet og SOC hos målgruppen.

Data vil bli presenter i rekkefølgen: (1) deskriptive analyser, (2) samvariasjon mellom helse, studieliv og SOC (regresjonsanalyser).

I de deskriptive analysene er det brukt ulike analyser ut i fra type spørsmål og svarkategorier: Spørsmål om høyde, vekt, BMI utregning og SOC-score gir svar på en kontinuerlig skala. For kontinuerlige skala svar er det brukt gjennomsnitt (mean), standard avvik (SD) og antall svar (N). De resterende spørsmålene i spørreskjemaet har svar som er inndelt i kategorier: enten ja/nei eller på en ikke-kontinuerlig skala. For disse spørsmålene er det brukt en frekvens oversikt med antall svar og valid prosent for å gi en deskriptiv oversikt. Resultat av disse analysene blir presentert under kap 4.1.

Under regresjonsanalyser ble først det først utført bivariate regresjonsanalyser med alle variabler i spørreskjema (uavhengig) og SOC (avhengig) hver for seg, dette ble gjort for å utelukke de uavhengige variablene som var ikke-signifikante fra den videre analysen. Et signifikansnivå på lik eller mindre enn fem prosent, $p \leq 0,05$ ble valgt som kriterie for inklusjon i videre analyser. Linjær regresjon med model fit ble brukt, for missing ble det satt "exclude cases listwise". Totalt ble 17 variabler undersøkt. Det ble utført multikollinearitetsanalyse for å undersøke om noen av de signifikante variablene hadde en lineær sammenheng. Etter dette ble det utført en multipel regresjonsanalyse, en hierarkisk regresjonsanalyse med alle signifikante variabler lagt inn i blokker i tråd med spørreskjemaets oppbygging (A, B,C,D,E), totalt 4 blokker.

3.14 Etikk

Sykepleierstudenter vil igjennom studiet være ute i praksis i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, og det kan tenkes at noen av studentene i større eller mindre grad vil få utfordret sitt eget syn på egen helse og selvbildet igjennom møter med ulike personer og pasienter. Spørreskjemaet i denne oppgaven kan tenkes å ha noe av de samme påvirkningene ettersom noen av spørsmålene i SOC-13 tar for seg hvordan et individ ser på seg selv og andre. Det kan tenkes at noen får utfordret sitt eget selvbildet ved besvarelsen av spørsmålene og setter spørsmålstejn ved hvordan de selv oppfatter seg selv eller hvordan andre oppfatter dem. De ulike spørsmålene i helsevariablene og funksjon i studielivet kan også tenkes at utfordrer personers oppfatning av sin egen helse og funksjon i studiehverdagen. Det ble søkt godkjenning av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) midt-Norge noe som ble gitt (se vedlegg 6 og 7).

Disse etiske utfordringene ble ivaretatt ved at det ble gitt informasjon både muntlig og skriftlig før utfylling av spørreskjemaene om (a) at noen av spørsmålene kan utfordre deres syn på seg selv og andre, (b) at deltakelsen er frivillig og anonymt, (c) at prosjektet er godkjent av REK og (d) gitt kontaktinformasjon til helsetjenestene ved studentsamskipnaden i Trondheim (SiT) hvis studentene i ettertid skulle føle behovet for støtte. Det ble også gitt kontaktinformasjon i form av epostadresse og telefonnummer til student og veileder respektivt hvis det i ettertid skulle være spørsmål koblet til selve undersøkelsene.

4.0 PRESENTASJON AV DATA

4.1 Deskriptivt

A. Bakgrunnsinformasjon

Under tabell 5 presenteres oversikten over bakgrunnsinformasjon med frekvens, valid prosent, gjennomsnitt (M) og standardavvik (SD). Av sykepleierstudentene som fylte ut spørreskjemaet oppga 147 stykk (49 %) å tilhøre kull 2013 og 181 stykk (51 %) kull 2014. Som tabell 5 viser er de fleste studentene innenfor aldersgruppen 20-25 år.

Gjennomsnittshøyden på 169.03cm og gjennomsnittsvekten på 66.6 kg tilsvarer en gjennomsnittlig BMI på 23.23 med et standard avvik (SD) på 3.14, noe som tilsier en BMI innenfor normalt området 18.5-24.9 etter WHO's BMI indeks (WHO, 2015). Men med et standard avvik på 3.14 vil det tilsi at en andel av studentene har en BMI over normalområdet: I kategorien overvektig (BMI 25-29.9) er andelen 75 studenter (v.% 21.2) med ytterligere 10 stykk (v.% 2.9) med en BMI på >30. I motsetning har bare 9 studenter (v.% 2.5) en BMI på <18.5 som kategoriseres som undervektig.

Tabell 5
Bakgrunnsinformasjon, Hodepine og SOC

	Frekvens (valid %)	M (SD)
Alder (N=344)		
<20 år	23 (6.7)	
20-25 år	257 (74.7)	
>25 år	64 (18.6)	
Høyde (N=355)		169.03 (7.36)
Vekt (N=353)		66.6 (11.66)
Hodepine 12mnd (N=353)		
Ja	301 (85.3)	
Nei	52 (14.7)	
Smerter studiaktiv (N=317)		
Nei, aldri	130 (41)	
Ja, unntaksvis	92 (29)	
Ja, av og til	84 (26.5)	
Ja, ofte	11 (3.5)	
Hinder/plage 2 uker (N=317)		
Ikke noe	186 (58.7)	
Litt	114 (36)	
En god del	14 (4.4)	
Mye	3 (0.9)	
SOC Meningsfullhet (N=352)*		21.88 (3.73)
SOC Begripelighet (N=349)**		22.60 (5.39)
SOC Håndterbarhet (N=351)*		19.86 (4.12)
Total SOC (N=346)***		64.34 (11.34)

Note: Høyde i cm, vekt i kg.

For SOC: Mulig score: *4-28, **5-35, ***13-91

B. Helse og studier

De fleste studentene (97.2 %) opplever "god" eller "svært god" helse og ingen svarte å oppleve "svært dårlig" helse (Tabell 6). Andelen som har langvarig sykdom eller skade er på 17 % noe som tilsvarer nesten 1/5 av respondentene. En svært høy andel studenter følger normal studieprogresjon (94.8-94.9 %) og opplever studiet som meningsfylt (95.1 %). Samtidig har flesteparten opplevd at følelsesmessige problem har i mindre eller større grad påvirket gjennomføringen av studiet. En stor andel (74.5 %) av studentene svarer positivt på fornøydhet av livskvalitet mens 19.8 % svarer nøytralt med "både/og".

Tabell 6
Helse og studier

	Frekvens (valid %)
Egenvurdert helse (N=353)	
Svært god	109 (30.9)
God	234 (66.3)
Dårlig	10 (2.8)
Langvarig syk (N=353)	
Ja	60 (17)
Nei	293 (83)
Normert studie tidligere (N=350)	
Ja	332 (94.9)
Nei	13 (3.7)
Vet ikke	5 (1.4)
Normert studie nåværende (N=344)	
Ja	326 (94.8)
Nei	9 (2.6)
Vet ikke	9 (2.6)
Studie meningsfylt (N=353)*	
Ikke meningsfullt	9 (2.5)
Verken/eller	8 (2.3)
Meningsfullt	336 (95.1)
Følelsesmessige problem (N=354)	
Nei, aldri	118 (33.3)
Ja, men sjelden	123 (34.7)
Ja, av og til	90 (25.4)
Ja, ofte	19 (5.4)
Vet ikke	4 (1.1)
Fornøydhets tilværelsen (N=353)**	
Svært fornøyd	32 (9.1)
Meget fornøyd	108 (30.6)
Ganske fornøyd	123 (34.8)
Både/og	70 (19.8)
Misfornøyd	20 (5.7)

Note: *Ikke meningsfullt = svært lite+ganske lite, Meningsfullt = ganske+svært.

**Misfornøyd =svært+meget+ganske misfornøyd

C. Hodepine

De fleste (85.3 %) studentene opplevd å hatt hodepine i løpet av de siste 12 månedene og de fleste (59 %) har opplevd at hodepine smertene har i mindre ellers større grad gjort det vanskelig å delta i daglige studieaktiviteter i løpet av det siste året (Tabell 5). Når det gjelder de siste to ukene svarer derimot de fleste (58.7 %) at smertene eller plagene ikke har vært til noe plage de siste 2 ukene (Tabell 5).

D. Reseptfrie medisiner

For reseptfrie medisiner viser tabell 7 at de aller fleste (97.9 og 95.8 %) sjelden eller aldri har brukt reseptfrie medisiner mot halsbrann og treg mage i løpet av den siste måneden. Når det gjelder hodepine og muskler/ledd er forbruket høyere selv om flesteparten (69.6 og 80.3 %) fortsatt svarer sjelden eller aldri. Av de som bruker reseptfrie medisiner mot hodepine og muskler/ledd er andelen som bruker det 1-3 dager i uka høyest. Forbruk av spesifikke medisiner/virkestoff minst en gang i uka siste måneden utarter seg ulikt hvor ingen svarer å ha brukt medisiner med Albyl-e og de fleste (91 %) svarer nei for "andre" virkestoff. For paracetamol og ibuprofen er forbruket 41 % på paracetamol mens 26.7 % har brukt ibuprofen.

Tabell 7
 Reseptfrie medisiner og Insomnia

	Frekvens (valid %)
Halsbrann (N=331)	
Sjelden/aldri	324 (97.9)
1-3 dager	6 (1.8)
4-6 dager	1 (0.3)
Treg mage (N=332)	
Sjelden/aldri	318 (95.8)
1-3 dager	12 (3.6)
4-6 dager	2 (0.6)
Hodepine (N=336)	
Sjelden/aldri	234 (69.6)
1-3 dager	96 (28.69)
4-6 dager	4 (1.2)
Daglig	2 (0.6)
Muskler/ledd (N=335)	
Sjelden/aldri	269 (80.3)
1-3 dager	54 (16.1)
4-6 dager	10 (3)
Daglig	2 (0.6)
Paracetamol (N=339)	
Ja	139 (41)
Nei	200 (59)
Albyl-e (N=320)	
Nei	320 (100)
Ibuprofen (N=330)	
Ja	88 (26.7)
Nei	242 (73.3)
Andre (N=323)	
Ja	29 (9)
Nei	294 (91)
Insomnia (N=355)	
Ja	97 (27.3)
Nei	258 (72.7)

E. Søvn

Søvn ble som nevnt i metode brukt til å utregne søvnløshet/insomnia. Som tabell 7 viser vil 27.3 % av studentene kunne identifiseres å ha insomnia etter DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

F. SOC

SOC består av tre deler hvor hver del blir presentert med utregnet score i tabell 5 med gjennomsnitt (M) og standard avvik (SD) (Antonovsky, 2012). Totalscoren til SOC er som nevnt i teorien scoren som blir anbefalt å bruke ved sammenligninger og er den scoren vil bli brukt i oppgaven (Antonovsky, 2012; Eriksson, 2007). Etter tabell 5 scorer sykepleierstudentene høyest på begripelighet men lavest på håndterbarhet. Standardavviket er relativt jevnt imellom de tre ulike delene i SOC. Styrken til studentenes SOC-score vil bli omtalt i diskusjonsdelen.

4.2 Samvariasjon mellom helse, studieliv og SOC

Som nevnt i metode ble det først utført bivariate regresjonsanalyser med alle de ulike variablene i spørreskjemaet (uavhengig) og SOC (avhengig) hver for seg for å utelukke de ikke-signifikante uavhengige variablene. Av de 17 ulike variablene ble 12 variabler funnet signifikante i å forklare variansen i SOC-score med $p \leq 0.05$. De 12 signifikante variablene er: 1) B1 Egenvurdert helse, 2) B2 Langvarig sykdom, 3) B4 studie oppleves som meningsfullt, 4) B5 Følelsesmessige problem påvirker gjennomføringen av studie, 5) B6 Fornøydhet med tilværelsen, 6) C2 Om hodepinesmerter har vanskeliggjort daglige studieaktiviteter, 7) C3 Hvor mye hinder/plage hodepinesmerter har vært 2 siste uker, 8) D1-3 bruk av reseptfritt legemiddel mot hodepine, 9) D1-4 bruk av reseptfritt legemiddel mot smerter i muskler/ledd, 10) D2-1 Bruk av reseptfritt legemiddel paracetamol, 11) D2-3 bruk av reseptfritt legemiddel ibuprofen, 12) E Insomnia. Det ble utført multikollinearitetsanalyse for å undersøke om noen av de signifikante variablene hadde en lineær sammenheng. Høyeste korrelasjon var 0.518 som er under 0.7 som Johannessen setter som nivå hvor multikollinearitet blir et problem (Johannessen, 2009). En multippel regresjonsanalyse av hierarkisk type ble utført med de 12 signifikante variablene lagt inn i blokker i tråd med spørreskjemaets inndeling (A, B, C, D, E), totalt 4 blokker. Resultat av den hierarkiske regresjonsanalysen er presentert i tabell 8.

Tabell 8
Sum av hierarkisk regresjonsanalyse for variabler som forklarer variansen i SOC-score (N=274)

		B	SE B	β	F change	$R^2_{Adjusted}$
Modell 1	Konstant	65.083				
	Egenvurdert helse	0.561	1.195	0.025		
	Langvarig sykdom	4.206	1.498	0.140**		
	Studie meningsfylt	1.329	0.743	0.088		
	Følelsesmessige problem	-4.119	0.684	-0.329***		
	Fornøydhet tilværelsen	-3.263	0.581	-0.315***	32.170***	0.363
Modell 2	Konstant	67.183				
	Egenvurdert helse	0.440	1.216	0.002		
	Langvarig sykdom	3.772	1.507	0.126*		
	Studie meningsfylt	1.464	0.743	0.096*		
	Følelsesmessige problem	-3.784	0.699	-0.302***		
	Fornøydhet tilværelsen	-3.248	0.582	-0.314***		
	Hodepine studie	-1.138	0.722	-0.088		
	Hodepine siste 2 uker	-0.731	1.015	-0.039	2.241	0.369
Modell 3	Konstant	65.168				
	Egenvurdert helse	0.062	1.212	0.003		
	Langvarig sykdom	3.280	1.530	0.109*		
	Studie meningsfylt	1.530	0.741	0.101*		
	Følelsesmessige problem	-3.869	0.700	-0.309***		
	Fornøydhet tilværelsen	-3.240	0.583	-0.313***		
	Hodepine studie	-0.484	0.802	-0.037		
	Hodepine siste 2 uker	-0.814	1.048	-0.044		
	Rsptfritt hodepine	-0.686	1.351	-0.033		
	Rsptfritt muskler	1.242	1.153	0.058		
	Rsptfritt paracetamol	3.254	1.436	0.142*		
	Rsptfritt ibuprofen	-0.380	1.467	-0.015	1.857	0.377
Modell 4	Konstant	65.041				
	Egenvurdert helse	0.031	1.202	0.001		
	Langvarig sykdom	3.013	1.522	0.100*		
	Studie meningsfylt	1.699	0.739	0.112*		
	Følelsesmessige problem	-3.598	0.705	-0.287***		
	Fornøydhet tilværelsen	-3.070	0.584	-0.296***		
	Hodepine studie	-0.339	0.799	-0.026		
	Hodepine siste 2 uker	-0.737	1.040	-0.040		
	Rsptfritt hodepine	-0.579	1.342	-0.028		
	Rsptfritt muskler	1.301	1.145	0.061		
	Rsptfritt paracetamol	3.210	1.425	0.140*		
	Rsptfritt ibuprofen	-0.538	1.457	-0.021		
	Insomnia	-2.915	1.288	-0.117*	5.119*	0.387

Note: *p ≤ .05, **p ≤ .01, ***p ≤ .001

Modell nr 1 i tabell 8 inneholder variablene fra første blokk som er *B. Helse og studier* ettersom ingen av variablene (alder og BMI) fra del *A. Bakgrunnsinformasjon* i spørreskjemaet var signifikante. Modell 1 viste at *B. Helse og studier* forklarer signifikant 36.3 % av variansen i SOC-score med $F(5.268) = 32.170$, $p = <0.001$ med en R^2_{Adjusted} på 0.363. I modell 1 har følelsesmessige problem størst forklaringsverdi ($\beta -0.329$, $t(268) = -6.024$, $p = <0.001$) og fornøydhet med tilværelsen nest størst forklaringsverdi ($\beta -0.315$, $t(268) = -5.618$, $p = <0.001$). Langvarig sykdom har også en signifikant forklaringsverdi ($\beta 0.140$, $t(268) = 2.808$, $p = 0.005$).

Modell nr 2 i tabell 8 inneholder variablene fra *B. Helse og studier* og *C. Hodepine og* forklarer signifikant 36.9 % av variansen i SOC-score ($F(7, 266) = 23.831$, $p = <0.001$), med en R^2_{Adjusted} på 0.369. I modell 2 har fornøydhet med tilværelsen størst forklaringsverdi ($\beta -0.314$, $t(266) = -5.584$, $p = <0.001$) og følelsesmessige problem nest størst forklaringsverdi ($\beta -0.302$, $t(266) = -5.414$, $p = <0.001$).

Modell nr 3 i tabell 8 inkluderer i tillegg til de to foregående delene også del *D. Reseptfrie medisiner*. Modell nr 3 forklarer signifikant 37.7 % av variansen i SOC-score ($F(11, 262) = 16.036$, $p = <0.001$), med en R^2_{Adjusted} på 0.377. I modell 3 har fornøydhet med tilværelsen størst forklaringsverdi med ($\beta -0.313$, $t(262) = -5.556$, $p = <0.001$) og følelsesmessige problem nest størst forklaringsverdi med ($\beta -0.309$, $t(262) = -5.523$, $p = <0.001$). Langvarig sykdom og studie meningsfylt har fortsatt en signifikant lav forklaringsverdi mens av de nye variablene har bare paracetamol en signifikant forklaringsverdi i modellen.

Modell nr 4 i tabell 8 inkluderer alle variablene fra modell 1-3 samt variabelen *insomnia* fra del *E. Søvn*. Modell nr 4 forklarer signifikant 38.7 % av variansen i SOC-score ($F(12, 261) = 15.357$, $p = <0.001$), med en R^2_{Adjusted} på 0.387. Endringen i F for R^2 er her signifikant fra modell 3. I modell 4 har fornøydhet med tilværelsen størst forklaringsverdi med ($\beta -0.296$, $t(261) = -5.260$, $p = <0.001$) og følelsesmessige problem nest størst forklaringsverdi med ($\beta -0.287$, $t(261) = -5.103$, $p = <0.001$). De variablene som hadde signifikant forklaringsverdi i modell 3 har fortsatt signifikant forklaringsverdi i modell 4. I tillegg har den nye variabelen i modell 4, *insomnia*, signifikant forklaringsverdi.

5.0 DISKUSJON

I denne delen vil resultater bli diskutert opp mot empiri og teori. Oppgavens formål er å beskrive hva som kjennetegner sykepleierstudenter når det gjelder egenvurdert helse, sense of coherence og funksjon i studielivet og å undersøke om studentenes SOC kan relateres til egenvurdert helse og studiefunksjon. De tematiske hovedområdene i oppgavens formål, vil være utgangspunktet for diskusjonsdelens oppbygging. Etter diskusjon av resultatene blir ytre validitet, forskningsbehov på feltet og metoderefleksjon reflektert over.

Hovedfunn

- De aller fleste sykepleierstudentene rapporterer om god/svært god helse som kan relateres til studentenes GRRs, unge alder og høye sosioøkonomiske status.
- Beskrivelsene av langvarig sykdom, bruken av medikamenter, hodepine, BMI, insomnia og fornøydhet med tilværelsen viser at studentene har ulike helseplager. Etter andelen vist i andre empiriske studier er andelen studenter med insomnia urovekkende. De ulike helseplagene kan skyldes stresset som sykepleierstudentene kan oppleve som vist i andre empiriske studier.
- Sykepleierstudentene rapporterer om god opplevd helse til tross for rapporterte helseplager, noe som kan forklares av en kombinasjon av teori om helse og om måling av egenvurdert helse ved et enkelt spørsmål.
- Til tross for at en betydelig andel av sykepleierstudentene rapporterer om følelsesmessige problemer og hodepine, oppgir de allikevel å være fornøyd med studiet og fungerer godt i studielivet.
- Sammenlignet med resultater fra andre sammenlignbare studier har sykepleierstudentenes en gjennomsnittlig til sterk SOC.
- Sykepleierstudentenes helse og funksjon i studielivet kan relateres til studentenes SOC-score, hvor 38.7 % av variansen i SOC-scoren forklares av: egenvurdert helse, langvarig sykdom, opplevelsen av studie som meningsfylt, følelsesmessige problem, fornøydhet tilværelsen, hodepine, medikamentbruk og insomnia.

5.1 Egenvurdert helse

Som tabell 6 viser oppgir de aller fleste studentene å ha "god" eller "svært god helse". Til sammenligning med resultater fra andre studier hvor samme måleinstrument er benyttet, oppgir f.eks. 80 % å ha "god" eller "svært god" helse i levekårsundersøkelsene fra 1998 til 2012, mens bare 66 % svarer det samme i en EU undersøkelse med 25 EU-medlemsland pluss Island og Norge (Baert & Norre, 2009; Helsedirektoratet, 2014). Selv om andelen sykepleierstudenter som vurderer helsen sin som god/svært god er høy i denne studien sammenlignet med levekårsundersøkelsen og EU undersøkelsen, er det viktig å påpeke at undersøkelsene er ikke direkte sammenlignbare. Levekårsundersøkelsen og EU undersøkelsen omfatter flere ulike aldersgrupper og har et større spenn i sosioøkonomiske klasse, noe som er kjent for å gi utslag i ulikheter i helse (Baert & Norre, 2009; Bradby, 2012; Heistaro et al., 2001; Helsedirektoratet, 2014; Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007). Andelen i levekårsundersøkelsen som vurderer helsen sin som "dårlig" eller "svært dårlig" er lavest hos de med høgskole/universitetsutdanning (Helsedirektoratet, 2014). Siden sykepleierstudenter tilhører denne klassen/utdanningsnivået, enn om som "midlertidig" siden de er studenter, kan det tenkes at tilhørigheten til denne utdanningsklassen kan gi GRRs som eksempelvis kunnskap om helse, helsepåvirkninger og viktigheten av å tidlig oppsøke helsevesenet ved tidlige helseproblemer noe som tenkes å bidra til oppfattelsen eller vedlikeholdet av god helse (Eriksson, 2007). Studentenes unge alder og forholdsvis høye sosioøkonomiske status som høgskolestudenter sammenfaller også med konklusjonen i en systematisk litteraturstudie hvor disse to faktorene, ung alder og høye sosioøkonomisk status, blitt sett på som positivt for utviklingen av god egenvurdert helse (Cullati et al., 2014). At ung alder relateres til god egenvurdert helse sammenfaller også med resultatene i EU undersøkelsen hvor bare en prosent i alderen 15-24 år oppga dårlig/svært dårlig helse (Baert & Norre, 2009).

Sammenlignet med HUNT 3 undersøkelsen som bruker samme instrument som levekårsundersøkelsen scorer sykepleierstudentene i denne studien noe høyere prosentmessig på god/svært god helse ettersom rundt 90 % av personene i alderen 20-29 år oppgir god/svært god helse (HUNT, 2011). For SHoT 14 er det bare spurt om fysisk helse hvor de aller fleste oppgir god/svært god eller nøytral vurdering. Ettersom det blir spurt om fysisk helse og ikke totale helse er det imidlertid ikke grunnlag for å kunne sammenligne sykepleierstudentene med SHoT 14 (SiO et al., 2014). Siden hovedandelen av studentene i denne studien er

kvinner, gis det ikke grunnlag for å kunne si noe om forskjeller mellom kjønn når det gjelder selvrapportert helse. Generelt vet man imidlertid at har menn bedre egenvurdert helse enn kvinner og jo eldre respondentene er jo lavere er andelen som vurderer helsen sin som god/svært god (Baert & Norre, 2009; HUNT, 2011; Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007).

5.2 Helse og helseplager

Selv om hoveddelen av sykepleierstudentene vurderer helsen sin som god/svært god, finnes det variasjon i helsestatus i utvalget når det gjelder rapportering av langvarig sykdom, bruk av medikamenter, hodepine, BMI, insomnia og fornøydhets med tilværelsen.

5.2.1 Langvarig sykdom/skade/lidelse

Andelen sykepleierstudentene som oppgir å ha langvarig sykdom/skade/lidelse som nedsetter funksjoner i daglige liv er i samsvar med tall fra HUNT 3 hvor ca 17 % av kvinner og 15 % av menn i alderen 20-29 år oppgir det samme (HUNT, 2011). SHoT 14 stiller ikke samme spørsmål men spør studentene om spesifikke typer skader, sykdommer eller funksjonsnedsettende lidelser noe som vanskeliggjør en sammenligningen med sykepleierstudentene (SiO et al., 2014). I en studie av nyutdannede australske sykepleiere oppga 20 % tegn på alvorlig utslitthet og stress (Rella et al., 2009). Langvarig sykdom kan tenkes å påvirke sykepleierstudentene både i studiet og i arbeid etter studiet: Hvis det ikke blir tilstrekkelig tilrettelagt for funksjonsnedsettelsen kan det tenkes at studentene står i fare for å oppleve en større fysisk eller psykisk belastning enn funksjonsfriske studenter. Grad av funksjonsnedsettelse eller tilrettelegging undersøkes ikke i denne studien, men sett i lys av den svært høye andelen sykepleierstudenter som følger normal studieprogresjon kan det tenkes at funksjonsnedsettelsen ikke har stor påvirkning på studiefunksjonen til studentene. Som omtalt i 5.1 Egenvurdert helse rapporterer de fleste sykepleierstudentene om god/svært god helse til tross for at det er en andel studenter som oppgir å ha en langvarig sykdom, noe som samsvarer med en salutogen tilnærming, hvor sykdom ikke er ensbetydende med opplevelse av dårlig helse (Antonovsky, 2012). Ettersom det er en svært høy andel av sykepleierstudenter som følger normert studieprogresjon kan man anta at studentene, til tross for langvarig sykdom, opplever mestring av skolehverdagen, noe som igjen kan påvirke studentenes SOC-score (Antonovsky, 2012).

5.2.2 Medikamentbruk og hodepine

Flesteparten av studentene hadde ikke brukt reseptfrie medisiner mot spesifikke plager eller brukt spesifikke medikamentstoffer. Unntaket gjelder imidlertid i forhold til bruken av reseptfrie medisiner mot hodepine og bruken av paracetamol og ibuprofen. Sammenlignet med data fra HUNT 3 studien brukte sykepleierstudentene sjeldnere reseptfrie medikamenter mot spesifikke plager og spesifikke medikamentstoffer enn deltakerne i HUNT 3 studien, unntaket gjelder spørsmålet om reseptfrie medisiner mot hodepine og bruken av paracetamol og ibuprofen hvor sykepleierstudentene rapporterte et høyere forbruk enn det deltakerne i HUNT 3 gjorde (HUNT Databank, 2015b, 2015c). En forklaring på det høyere forbruket av paracetamol og ibuprofen og et høyere forbruk av medikamenter mot hodepine, kan handle om at paracetamol og ibuprofen er de oftest solgte reseptfrie smertestillendemedikamentene og de er lett tilgjengelige i dagligvarebutikker og lignende utsalgssteder (Bøe et al., 2004; Haga et al., 2011). Denne forklaringen og sammenhengen mellom bruk av paracetamol, ibuprofen og medikamenter mot hodepine støttes av at de fleste sykepleierstudenter oppgir å ha hatt studieproblemer som følge av hodepine.

De fleste sykepleierstudentene rapporterer om opplevd hodepine noe som er markant høyere enn det studentene i SHoT 10 oppgir og de fleste sykepleierstudentene har hatt studieproblemer som følge av hodepine på et relativt likt nivå med studentene i SHoT 10 (SiO et al., 2010). Det kan tenkes at sykepleierstudentene har mer studieproblemer som følge av hodepine enn det studentene i SHoT 10 hadde, dette ettersom SHoT 10 stiller spørsmål vedrørende flere ulike typer smerter hvor alle er inkludert i spørsmålet om vanskeligheter i daglige studieaktiviteter (SiO et al., 2010). Hvorfor det er et høyt nivå i seg selv og høyere nivå av opplevd hodepine og studieproblemer som følger av hodepine hos sykepleierstudenter, sammenlignet med andre studenter er vanskelig å gi et klart svar på (SiO et al., 2010). En forklaringsmulighet er at hodepine, nakke- og leddsmerter kan være et uttrykk for stress eller psykososiale vansker, noe empirien viser at sykepleierstudenter kan forventes å oppleve og rapporterer om (Christensson et al., 2011; Galbraith & Brown, 2011; Galbraith et al., 2014; HUNT, 2011; Klainin-Yobas et al., 2014; Moreira & Furegato, 2013; Pulido-Martos et al., 2012; Reeve et al., 2013; Rella et al., 2009; Takeuchi & Yamazaki, 2010; Thorkildsen & Råholm, 2010; Tselebis et al., 2001; Watson et al., 2008; Wolf et al., 2015). Praksis kan også føre til høyere nivå av stress som igjen trolig kan gi mer hodepine (Blomberg et al., 2014). Samtidig skal det sies at disse smertene (hodepine, nakke- og

leddsmerter) er relativt vanlig i befolkningen og forskjellene kan skyldes tilfeldigheter (HUNT, 2011).

5.2.3 Vekt

BMI er en av måtene å måle helse på og utregnes fra vekt og høyde. BMI kan brukes som et mål på vekt og fedme i befolkningen (HUNT, 2011). Kraftig overvekt og fedme øker risikoen for ulike sykdommer som eksempelvis diabetes 2, søvnapnè, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk og enkelte kreftformer (Folkehelseinstituttet, 2015). Som presentert under 4.1 Deskriptivt har sykepleierstudentene en gjennomsnittlig BMI innenfor normalområdet etter WHO's BMI indeks (WHO, 2015). Forekomsten av fedme og overvekt øker i hele verden, Norge inkludert: HUNT studiene viser at prosentandelen som er overvektig (BMI >25) økte fra HUNT 1 til -2 og -3 studien hvor HUNT 3 studien hadde en BMI på 27.17(M) med SD på 4.41, noe som er betraktelig høyere enn hos sykepleierstudentene (HUNT, 2011; HUNT Databank, 2015a). Hos sykepleierstudentene er totalt 24.1 % av studentene overvektige med BMI >25, noe som sammenfaller med antallet studenter i samme kategori (25 %) etter SHoT 14, men som er betydelig lavere enn tilsvarende aldersgruppe i HUNT 3 studien, hvor nærmere 40 % av kvinner og 50 % av menn er i samme kategori (HUNT, 2011; SiO et al., 2014). Sosiale ulikheter finnes også i BMI: De med høyest utdanning har betydelig lavere prosentandel som er overvektig enn de med lavest utdanning (Folkehelseinstituttet, 2015; Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007). Det er derfor rimelig å anta at sykepleierstudentenes tilhørighet i kategorien med høyest utdanning har betydning for BMI. Alder kan også være en forklarende faktor ettersom tidligere studier har vist at jo høyere alderen er (opp til ca. 70 år), jo høyere er andelen overvektige (HUNT, 2011).

5.2.4 Søvnproblemer

Søvnløshet eller insomnia er assosiert med ulike fysiske og mentale helse problemer, kan predikere depresjon, angst og hjerte-kar sykdommer og kan ha en negativ samfunnsøkonomisk påvirkning med blant annet arbeidsfravær (Uhlig et al., 2014). Som presentert i tabell 7 oppfyller en del av studentene kriteriene i DSM-V for insomnia (American Psychiatric Association, 2013). I en studie som undersøkte insomnia blant alle voksne deltakere i HUNT 3 studien var utregnet prevalensen for HUNT 3 befolkningen på 7.9 % og insomnia var sterkt assosiert med dårlig selvrappertert helse (Uhlig et al., 2014). Sykepleierstudentene har slikt sett en mye høyere punkt prevalens av insomnia enn det som

ble funnet i den HUNT 3 studien. Sammenlignet med samme aldersgruppe i HUNT 3 studien har sykepleierstudentene fortsatt en mye høyere punkt prevalens av insomnia, da totalt 8,95 % av deltakerne i alderen 20-29 år i studien hadde insomnia (Uhlig et al., 2014). Denne høye punkt prevalensen av insomnia kan mulig forklares av det stresset som sykepleierstudenter kan forventes å oppleve ettersom det er funnet en negativ sammenheng mellom jobbstress og søvnkvalitet hos både sykepleiere og sykepleierstudenter (Benavente et al., 2014; Lin et al., 2014). En medvirkende faktor kan også være kjønn da kvinner hadde den høyeste prevalensen av insomnia i studien til Uhlig et al. (2014) og gruppen sykepleierstudenter består hovedsakelig av kvinner (se metode 3.7.1). Hos Uhlig et al. (2014) og i denne oppgaven brukes som nevnt kriteriene i DSM-V for å identifisere insomnia. Det skal nevnes at det har vært stor debatt og kritikk vedrørende DSM-V, særlig i forhold til endringer og nye kriterier til ulike diagnoser (*Making the DSM-5: Concepts and controversies*, 2013), men grunnet oppgavens fokus og omfang vil det ikke omtales ytterligere.

5.2.5 Fornøydhet med tilværelsen

Fornøydhet med tilværelsen benevnes også som livskvalitet eller quality of life (QoL) og kan måles på ulike måter ved å bruke flere spørsmål eller et enkelt spørsmål (HUNT, 2011; SiO et al., 2014). Som tabell 6 viser oppgir til sammen 74.5 % av sykepleierstudentene god livskvalitet, noe som er betydelig lavere enn andelen i HUNT 3 som oppga det samme (87 % menn, 85 % kvinner) i alderen 20-29 år (HUNT, 2011). I SHoT 14 brukes det et annet mål på livskvalitet noe som gjør en direkte sammenligning vanskelig, men det konkluderes med at de fleste studentene opplever middels til litt under middels livskvalitet (SiO et al., 2014).

Sykepleierstudentene rapporterer mulig bedre livskvalitet enn andre studenter men rapporterer med samme måleinstrument klart lavere livskvalitet enn det samme aldersgruppe i HUNT 3 gjør. Det stresset som sykepleierstudentene kan oppleve er rimelig å anta vil ha innvirkning på rapportert livskvalitet (Galbraith & Brown, 2011; Galbraith et al., 2014).

Siden de fleste studentene rapporterer om god livskvalitet kan det være en indikasjon på at de fleste studentene, til tross for empirien om opplevde utfordringer i praksis, opplever å mestre utfordringer og fylle behov og ambisjoner i praksis, noe som sammen med god helse er knyttet til muligheten for å oppleve god livskvalitet (Alzayyat & Al-Gamal, 2014; Blomberg et al., 2014; Eriksson, 2007; Eriksson & Lindstrom, 2007; Thorkildsen & Råholm, 2010).

5.3 God helse uavhengig av helseplager

Et spørsmål som virker naturlig å stille er hvorfor så mange sykepleierstudentene rapporterer om god helse til tross for rapportering av mange helseplager? Som nevnt kan det forventes at sykepleierstudenter kan oppleve stress, noe som kan forklare noen av helseplagene ettersom stresset kan blant annet påvirke søvn, angst, depresjon, følelse av å bli avvist, utilstrekkelighet, sykdom og fravær for å nevne noen (Benavente et al., 2014; Galbraith & Brown, 2011; Klainin-Yobas et al., 2014; Lin et al., 2014; Reeve et al., 2013; Thorkildsen & Råholm, 2010). Hvis dette forventede stresset var høyt kunne det tenkes at det også påvirket studentenes egenvurdert helse i større grad enn det resultatene viser i denne undersøkelsen. En forklaring kan være at sykepleierstudentene i denne undersøkelsen ikke opplever reelt stress i den grad som empiri kan tyde på ettersom de aller fleste vurderer helsen sin som god eller svært god. Noe som taler mot denne forklaringen er de ulike helseproblemene sykepleierstudentene rapporterer om, noe som sammenfaller med empiri om helsepåvirkningen sykepleierstudenter kan oppleve i forbindelse med stress (Benavente et al., 2014; Galbraith & Brown, 2011; Lin et al., 2014). En annen forklaring kan være at stress ikke oppfattes som negativ; Stresset kan tenkes å påvirke studentene negativt men kan også tenkes at studentene opplever stresset som positivt, som eustress (Lazarus, 2006). Det positive stresset støttes også av en studie av Alzayyat og Al-Gamal (2014) hvor et av fire identifiserte stressstemaer hos sykepleierstudenter var det positive stressaspektet av kliniske opplevelser. Men hvis eustresset hadde vært sterkt tilstede burde en ikke forvente å se helseplager i den grad det gjøres her ettersom eustress kommer til uttrykk ved positive følelser og har positive sunnheitsfølger (Lazarus, 2006). Samtidig kan noe eustress være tilstede da stress opplevd i forbindelse med mestring av situasjoner og utfordringer kan oppleves som positiv, noe en høy SOC-score kunne være uttrykk for noe som vil bli diskutert ytterligere under 5.5 SOC.

En tredje forklaring på den gode egenvurderte helsen til tross for helseproblemene kan være en kombinasjon av teori om helse og om målingen av egenvurdert helse med et enkelt spørsmål: Helse kan defineres og måles på ulike måter, noe WHO og helsedirektoratet er eksempler på (Helsedirektoratet, 2014; WHO, 1948); WHO sin definisjon kan virke vanskelig å oppnå da helse skal omfatte fravær av sykdom og skrøpeligheit kombinert med komplett fysisk, mental og sosial velvære (WHO, 1948). Helsedirektoratet velger å måle helse med mange ulike mål, eksempelvis ved bruk av helsetjenester, bruk av rusmidler og ved egenvurdering av helse (Helsedirektoratet, 2014). Innenfor salutogen teori påpekes det også

at helse omfatter mange ulike områder men det påpekes også viktigheten av at individets forståelse og opplevelse av egen helse kan være uavhengig av tilstedeværelsen av sykdom (Antonovsky, 2012). Selve spørsmålet om egenvurdering av helse kan også ha en forklaringsverdi ettersom det lar hvert enkelt individ selv vurdere hva som er viktig for dem når individet skal vurdere sin egen helse (Idler & Benyamini, 1997). Denne kombinasjonen av (1) forståelsen av helse som et konsept med et salutogent syn hvor sykdom eller helseplager ikke betyr negativ helse, og (2) et ikke-spesifikk generelt helsespørsmål hvor individet selv får vurdere hva som er viktig for i sin egen helsevurdering, kan være en forklaring på hvorfor studentene rapporterer om god helse til tross for ulike helseplager. Det betyr ikke at helseplagene er uviktige da det understrekes av Antonovsky at salutogenese er ment som et komplementært eller ufyllende fokus til det patologiske fokuset (Antonovsky, 2012).

5.4 Funksjon i studielivet

Sykepleierstudentene har en veldig stor andel med normert studieprogresjon både tidligere i studiet og i nåværende semester og de aller fleste studentene er fornøyd med studiet. Andelen med normert studieprogresjon og fornøydhet med studiet er markant høyere i denne studien sammenlignet med SHoT 14 (83 %, 83 % og 85 % respektivt) (SiO et al., 2014). En forklaring på denne høyere studieprogresjonen hos sykepleierstudentene kan være at sykepleierutdanningen ved HiST er et profesjonsstudie, noe som innebærer at alle studiepoeng er fastlagte og at det er obligatorisk oppmøte i praksis og undervisning med arbeidskrav som kan utføres hvis fravær er for stort (HiST ASP, 2015a, 2015b). Det kan være flere faktorer som har betydning for fornøydheten med studiet.

De fleste sykepleierstudentene har opplevd følelsesmessige problem i mindre eller større grad, noe som sammenfaller med resultater fra tidligere studier som viser at sykepleierstudenter kan oppleve negative følelser (som avvisning, byrde og utilstrekkelighet) i forbindelse med opplevd stress (Reeve et al., 2013; Thorkildsen & Råholm, 2010). At de fleste av sykepleierstudentene har hatt følelsesmessige problemer som har påvirket gjennomføringen av studiet kan være tankevekkende. Men hvis følelsesmessige problem hadde vært et større problem for studentene kunne en ha forventet å se en større innvirkning på studieprogresjon og kanskje på fornøydhet med studiet. Studieprogresjon er kanskje det

viktigste målet på studiefunksjonen hos studentene ettersom det sier noe om at studentene holder tritt med utdanningsløpet frem til fullført grad. Dette blir spesielt viktig med tanke på de utfordringene helsevesenet står fremfor når det er utregnet et personellunderskudd på 28 000 sykepleiere i 2035 (Statistisk sentralbyrå, 2012). Totalt viser denne studien at sykepleierstudentene fungerer godt i studielivet enn om det er utfordringer knyttet til følelsesmessige problem og hodepine som kan påvirke studiefunksjonen.

5.5 SOC

5.5.1 SOC-score

Sykepleierstudentene har en gjennomsnittlig høyere SOC-score enn lignende utvalg fra andre studier, mens de scorer lavere på SOC enn utvalgene i de generelle populasjonsstudiene (Tabell 1 og 5). Forskjellen i SOC-score for sykepleierstudentene og studentundersøkelsene støttes av en studie der helsestudenter hadde sterkere SOC enn andre studentgrupper (Kuuppelomaki & Utriainen, 2003). En annen medvirkende faktor til den høyere gjennomsnittlige SOC-scoren hos sykepleierstudentene kan være den svært høye andelen som vurderer helsen sin som god ettersom det er funnet en sterk samvariasjon mellom SOC-score og god selvopplevd helse (Eriksson & Lindstrom, 2006; Nilsson et al., 2000). Dette understøttes av andelen sykepleierstudenter som rapporterer god/svært god helse, som for øvrig er høy, sammenlignet med samme aldersgruppe i HUNT 3 (HUNT, 2011). Samtidig har sykepleierstudentene også en høyere andel av rapportert god/svært god helse enn den generelle populasjonen i levekårsundersøkelsene (Helsedirektoratet, 2014), men en lavere SOC-score enn populasjonsstudiene presentert i tabell 1, noe som kan være en indikasjon på at flere faktorer enn god egenvurdert helse er avgjørende for en høy SOC-score. En annen medvirkende faktor til sykepleierstudentenes SOC-score kan være sykepleierstudentenes tilhørighet i en høyt utdannet sosioøkonomisk klasse, som kan bety tilgjengelige GRRs som bidrar til effektiv mestring (Eriksson, 2007). En forklaring på at sykepleierstudentene scorer høyere på SOC enn for eksempel de greske sykepleierne, kan være arbeidssituasjonen da helsesystemene i de to landene har vesentlig forskjeller.

Som en ser av sammenligningen mellom tabell 1 og tabell 5 har sykepleierstudentene en gjennomsnittlig til høy SOC-score. Noe som taler for at sykepleierstudentenes SOC-score er direkte høy/sterk er empiri om stress og helseproblemer: Sykepleierstudenter kan med

bakgrunn i tidligere empiri (Galbraith & Brown, 2011; Pulido-Martos et al., 2012) forventes å oppleve mye stress, noe som de rapporterte helseproblemer kan være en indikasjon på at stemmer. Hvis sykepleierstudentene da faktisk opplever dette høyet nivået av stress og samtidig vurderer helsen sin som god, kan det være en indikasjon på sykepleierstudentenes positive evne til å oppfatte stressende hendelser som begripelige, håndterbare og meningsfulle. Noe som til dels støtter dette er funnene i en studie hvor SOC virket som en buffer mot påvirkningen stressende livshendelser hadde for egenvurdert helse og som en buffer som beskytter mot utviklingen av mentale problemer (Malinauskiene et al., 2009; Richardson & Ratner, 2005). Selv om stresset sykepleierstudenter opplever kanskje ikke kan karakteriseres som store livshendelser, kan det fortsatt tenkes at sykepleierstudentenes SOC kan være beskyttende mot påvirkningen av stressorer på egen helse. En studie av Skarstein et al. (2014) blant norsk ungdom, fant at et høyt forbruk av paracetamol, høy opplevelse av smerte, dårlig søvn, lavt selvbilde og hyppig fravær var koblet til at ungdommenes evne til å takle stress ikke var i harmoni med situasjonen de ble utsatt for (Skarstein et al., 2014). Rapporterte helseproblemer hos sykepleierstudentene viser at de har et høyere forbruk av paracetamol sammenlignet med HUNT 3 deltakere, kan ha mer hodepinesmerter og opplever mer studieproblemer som følge av hodepinesmerter enn studenter i SHoT 10. Sykepleierstudentene har også mye høyere punkt prevalens av insomnia enn deltakerne i HUNT 3 studien. Helseproblemene hos sykepleierstudentene sammenfaller noe med det ungdommene i studien til Skarstein et al. (2014) rapporterer. Men hadde helseproblemene hos sykepleierstudentene påvirket deres evne til å takle stresset i stor grad, burde en ha forventet å se en svakere SOC-score enn det som er funnet når sykepleierstudentene blir sammenlignet med lignende utvalg. Dette støtter konklusjonen om at SOC kan være et viktig konsept for å forstå forskjeller i helse hos like individer (Wainwright et al., 2008). Sammenligningen med studien til Skarstein et al. (2014) er imidlertid utfordrende da studien omhandler yngre alder (15-16år) og ikke målte SOC.

5.5.2 Samvariasjonen mellom helse, studieliv og SOC

For den endelige modellen over samvariasjonen mellom helse, studieliv og SOC, finnes det støtte i tidligere studier for noen av faktorene som forklarer varians i SOC-score: (1)

Langvarig sykdom forklarer signifikant varians i SOC. Dette støttes delvis i oversikten over SOC-13 studier hos Eriksson (2007), hvor pasientgruppen i tre av fem studier hadde lavere SOC-score enn kontroll gruppen med friske personer. *Langvarig sykdom* som forklaring på

varians i SOC støttes også teoretisk; Langvarig sykdom/skade/lidelse med påfølgende daglig nedsatte funksjon vil kunne medføre færre tilgjengelig mentale eller fysiske ressurser til å håndtere de kravene/stressorene sykepleierstudentene møter, noe som igjen kan føre til en lavere SOC-score (Antonovsky, 2012). (2) *Fornøydhet med tilværelsen* (QoL) er funnet å forklare varians i SOC-score også i tidligere studier: I litteraturstudien til Eriksson og Lindstrom (2007) konkluderes på bakgrunn av 458 studier og 13 ph.d. avhandlinger at SOC er positivt koblet til QoL (Eriksson & Lindstrom, 2007). QoL variabelen har den sterkeste forklaringsverdien i den endelige modellen, noe som understreker en sterk relasjon til SOC. De fleste av de 458 studiene i studien til Eriksson og Lindstrom (2007) omhandler pasienter med en eller flere lidelser, mens sykepleierstudentene i denne studien er i hovedsak friske. Dette kan være en indikasjon på at SOC kan relateres til QoL uavhengig av sykdom. (3) At *reseptfritt paracetamol* signifikant forklarer varians i SOC-score, støttes av en studie som fant at dansk ungdom med lav SOC-score hadde et høyere forbruk av paracetamol for å håndtere hodepinesmerter (Koushede & Holstein, 2009). Dette samsvarer med studien til Skarstein et al. (2014), hvor høyt forbruk av paracetamol ble funnet hos ungdommer hvor evnene til å takle stress ikke var i harmoni med situasjonen de ble utsatt for (Skarstein et al., 2014). Selv om studien til Skarstein et al. (2014) ikke målte SOC, kan man ut i fra en teori om SOC anta at en lav evne til å takle stress kan relateres til lav SOC-score (Antonovsky, 2012).

Opplevelse av *studie som meningsfylt* forklarer signifikant varians i SOC. Dette støttes teoretisk, hvor den ene av de tre komponentene i SOC omhandler hvorvidt en bryr seg om utfallet eller meningsfullheten av utfordringene en møter (Antonovsky, 2012). Teorien sier også at meningsfullhet ikke bare er et kognitivt aspekt men også omhandler motivasjon, verdier og følelser (Antonovsky, 2012). Studiet som studentene følger vil ikke bare oppta en stor del av tiden til studentene, men kan også tenkes å være knyttet til motivasjon, verdier og følelser blant annet igjennom at studentene har valgt å studere sykepleie. De aller fleste sykepleierstudentene opplever som nevnt tidligere studiet som meningsfylt, noe som ser ut til å være relatert til studentenes opplevelse av meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet og med det relatert til studentenes totale SOC-score. (2) Betydningen av *Følelsesmessige problem* avhenger ut i fra teorien om SOC, om i hvilken grad personene oppfatter stress og utfordrende hendelser som begripelig, håndterbart og meningsfullt (Antonovsky, 2012): En sterk SOC-score ser ut til å være relatert til det å kunne håndtere eller mestre følelsesmessige

problemers påvirkning på gjennomføringen av studiet. De studentene som oftest opplever *følelsesmessige problemer* kan tenkes å ikke mestre de utfordringene de møter grunnet lavere kognitive evner til å begripe og se menings i problemene, og/eller har utilstrekkelige interne og eksterne mestringsstrategier for å håndtere problemene, noe som kan relateres til en lav SOC-score (Antonovsky, 2012). Dette peker også på at evnene til å løse de utfordringer en møter kan gjøre at personene definerer utfordringer forskjellige etter mestringssevne (og derav SOC-score); Der hvor de utfordrende hendelsene mestres kan det tenkes at utfordringene i ettertid blir definert som en "utfordring", mens en utfordrende hendelse som ikke mestres kan i ettertid bli definert som et "problem". Hvis denne defineringen er noe som ofte gjentar seg kan det tenkes at en person som ofte ikke har mestret en utfordring raskere definerer en utfordrende hendelse som et "problem" før han/hun prøver å mestre utfordringen, noe som kan føre til en negativ innstilling som kan være negativt for løsningen og mestringen av en utfordring. At *Følelsesmessige problem* signifikant forklarer varians i SOC-score kan kanskje ses i lys av at SOC er funnet relatert til å mestre utfordrende hendelser eller problemer (Antonovsky, 2012).

Som nevnt omhandler studien til Skarstein et al. (2014) ungdom hvor blant annet dårlig søvn var kjennetegn blant ungdom hvor evnen til å takle stress ikke var i harmoni med stresset de ble utsatt for (Skarstein et al., 2014). Selv om studien til Skarstein et al. (2014) ikke måler SOC-score kan det med utgangspunkt i teori om SOC stilles spørsmål til om ikke lav evne til å takle stress er relatert til lav SOC-score (Antonovsky, 2012). Insomnia er som nevnt tidligere blant annet assosiert med ulike fysiske og mentale helse problemer, og det er funnet en negativ sammenheng mellom jobbstress og søvnkvalitet hos både sykepleiere og sykepleierstudenter (Benavente et al., 2014; Lin et al., 2014; Uhlig et al., 2014). Hvis *insomnia* hos sykepleierstudentene er relaterte til stresset de opplever og samtidig påvirker den fysiske og mentale helsen, kan det tenkes at dette igjen har betydning for studentenes evne til å begripe, håndtere og å se mening i stressorene de møter, som igjen kan antas å ha betydning for SOC-scoren (Antonovsky, 2012).

Egenvurdert helse har svært lav forklaringsverdi i den endelige modellen. Med tanke på at SOC er funnet å være relatert til god selvopplevd helse, er dette noe overraskende (Eriksson, 2007; Eriksson & Lindstrom, 2006). Kanskje kan det forklares med at *egenvurdert helse* kan

bestå av mange dimensjoner, og hvor det er opp til individet selv å vurdere hva som viktig for han/henne å vektlegge i forhold til egen helse (Idler & Benyamini, 1997).

Totalt forklarer egenvurdert helse, langvarig sykdom, opplevelsen av studiet som meningsfylt, følelsesmessige problem, fornøydhet tilværelsen, hodepine, medikamentbruk og insomni 38.7 % av variansen i studentenes SOC-score. Det betyr også andre, foreløpig ukjente, faktorer er viktige å få kunnskap om, for å kunne forklare den totale SOC skåren.

5.6 Ytre validitet

Kan resultatene i denne studien overføres til befolkningen sykepleierstudenter i Norge?

Spørsmålet omhandler ytre validitet noe som omhandler hvorvidt data kan generaliseres fra utvalget til populasjonen, noe som fremsetter av populasjonen er klart definert og at utvalget helst er tilfeldig utvalgt (Ringdal, 2013). I denne studien sammenlignes det en del med HUNT 3 og SHOT 10/14 for å si noe om sykepleierstudentene. Svarprosenten i HUNT 3 presentert under 3.11 om HUNT 3 og SHoT 10/14 er på litt over 50 % noe som er veldig høyt, men kanskje enda mer viktig er det at data fra HUNT er funnet representativt for befolkningen i Norge (Holmen et al., 2003). Hvis en sammenligner svarantallet ved minimum et spørreskjema i HUNT 3 på 50 839 så tilsvarer det 1.06 % av den totale befolkningen i Norge i siste kvartal 2008 som var på 4 787 021 (Statistisk sentralbyrå, 2015). Det blir noe feil å bruke prosentantallet til HUNT 3 målt opp mot befolkningen i Norge da utvalget er først og fremst en del av befolkningen i Nord-Trøndelag, men det kan forsvares med at HUNT 3 sin populasjon skal være representativt for befolkningen i Norge (Holmen et al., 2003). Som presentert under 3.11 har SHoT 14 en svarprosent på 29 %. I 2014 var det 223 580 fulltidsstudenter noe som betyr at antall deltakere i SHoT 14 var 6.11 % av studentmassen uavhengig av alder (NSD, 2015).

I denne studien er utvalget to av tre årskull ved ASP HiST hvor antall deltakere 355(N) gir en svarprosent på 78.54 % hos de to kullene og utgjør totalt 55.56 % av den totale studentmassen ved ASP HiST som er på 639 (vedlegg 3). I en mail fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) som har et studentforbund (NSF Student) oppgis det at antallet sykepleierstudenter varierer med semester og at det var 13 507 sykepleierstudenter ved

vårsemesteret 2014 i Norge (vedlegg 5). Tar en utgangspunkt i vårsemesteret 2014 så er antall deltakere i denne studien 2,63 % av den totale sykepleierstudentmassen i Norge. Etter dette er antall sykepleierstudenter i denne studien sterkere prosentmessig mot antall deltakere i HUNT 3 undersøkelsen målt mot befolkningen i Norge men svakere mot antallet studenter i SHoT 14 målt opp mot antall studenter i Norge. Problemet for overførbarheten av resultatene i denne studien er kanskje først og fremst ikke svarprosenten eller det prosentmessig svaret målt opp mot antallet sykepleierstudenter i Norge men heller utvalget og populasjonen. For HUNT 3 og til dels for SHoT 14 er utvalget representativt for populasjonen igjennom å invitere alle og å tilfeldig trekke inviterte deltakere respektivt. I denne undersøkelsen er bare 2 av 3 kull ved én sykepleierutdanning invitert til å delta, noe som gjør resultatet først og fremst representativt for de 2 kullene. En overføring til populasjonen sykepleierstudenter i Norge blir vanskelig da utvalget ikke er sammenlignet med populasjonen med tanke på alder, bakgrunn, sammenligninger av de ulike skolenes fagplaner og andre sosioøkonomiske forhold som er gjort ved HUNT 3 undersøkelsen eller ved at utvalget er tilfeldig uttrukket som ved utvalget i SHoT 14. En konklusjon blir dermed at resultatene ved denne undersøkelsen ikke har en sterk ytre validitet og ikke kan generaliseres til populasjonen sykepleierstudenter. Resultatene i studien kan derimot være en indikasjon på statusen til sykepleierstudenter i Norge.

5.7 Forskningsbehov på feltet

Det er ulike forskningsbehov på feltene som oppgavens søker å belyse. Et av feltene er stress og helsepåvirkninger: Det er mye forskning på sykepleierstudenter og stress og helsepåvirkninger, men lite om hvordan sykepleierstudentene takler og mestrer stresset de kan forventes å møte. Et av de andre feltene hvor det er forskningsbehov på, er den generelle helsetilstanden og ikke bare helsepåvirkninger stresset har på sykepleierstudenter. Dette behovet for forskning på den generelle helsetilstanden gjelder også for til de andre ulike helsestudentene: Det utregnede behovet for 28 000 i 2035 er for sykepleiere – men det er behov for ytterligere personer i de andre helsepersonellgruppene som leger, tannleger og lignende (Helsedirektoratet, 2014). Helsetilstanden og statusen hos disse studentene kan si noe om hvordan de ulike studiene påvirker studentene, noe som også er viktig for gjennomføringen og funksjonen etter avsluttet studie, fremfor å se på studieprogresjonen alene. De er også et forskningsbehov innenfor SOC og studenter/helsepersonell; Mer kunnskap om ulike grupperes SOC-score vil gi et bedre grunnlag for en

sammenligningsvurdering. Ytterligere forskning innenfor SOC og studenter/helsepersonell vil også bidra til å øke kunnskapen om hva som bidrar til mestring av ulike utfordrende hendelser som personene møter i sin hverdag. Det sees et behov for andre typer studier enn det som er gjort i denne oppgaven: kvalitative dybdeintervjuer som kan si noe om eksempelvis sykepleierstudentenes opplevelse av helsefremmende faktorer og mestring av stress, men også oppfølgingsstudier og randomiserte kontrollerte studier med tanke på undersøkningen av ulike tiltak som eksempelvis å styrke mestringsevne og minske negative helsepåvirkninger.

5.8 Metoderefleksjon

5.8.1 Oppgavens styrke

Oppgaven er en tverrsnittsundersøkelse noe som gir en god oversikt fra én bestemt tid (eller to da innsamlingen var ulikt hos de ulike kullene). Tverrsnittsundersøkelse med utgangspunkt i et spørreskjema med standardiserte spørsmål, hentet fra andre undersøkelser, gjør at studien har høy grad av standardisering noe som minsker feilkilder. Bruken av standardiserte lukkede spørsmål gjør det enklere å analysere data deskriptivt og gjør at studien lettere kan sammenlignes med andre studier som har brukt samme spørsmål. Høy svarprosent er en styrke for studien. Oppgavens tema er også relevant med tanke på hva empiri sier om helsepåvirkninger av stress som sykepleierstudentene kan oppleve sett i lys av behovet for fremtidige sykepleiere.

5.8.2 Oppgavens svakheter og begrensninger

En tverrsnittsundersøkelse sier bare noe om tilstanden i gitt målt tidsrom, det sier ingenting om kausalitet noe en oppfølgingsstudie kunne ha sagt noe om. Spørreskjema som metode gir lite dybde og ingen informasjon utover spørsmålene som er i spørreskjemaet noe en kvalitativ metode kunne ha gitt informasjon om. En svakhet ved spørreskjemaet brukt i denne innsamling er at det ikke ble utført en test av spørreskjemaet før innsamling grunnet tid- og kostandsbegrensninger, selv om testingen er noe som anbefales av Ringdal (2013). Det er også en svakhet med spørreskjema med tanke på selvrapporing: det er mulig med selvbias hvor individet ønsker å fremstå bedre enn realiteten og dermed oppgir bedre svar. Svarene kan også være mer negative enn realiteten som følge av emosjonell uro eller sykdom (Gatchel, 2004). En annen faktor som kan ha påvirket egenrapporteringen er at ved presentasjonen av undersøkelsen ved datainnsamling, ble det blant annet nevnt at bakgrunnen

for oppgaven er de ulike negative helseeffektene av stress hos sykepleierstudenter som er beskrevet i ulike studier, noe som kan tenkes å påvirke deltakerne når de skulle svare på de ulike spørsmålene. Selvrapporing gjør det også umulig å undersøke om oppgitte svarene faktisk stemmer, eksempelvis ved langvarig sykdom/lidelse av daglig funksjonsnedsettende grad. Utvalget er også en svakhet med tanke på at det ikke er tilfeldig utvalgt og mangler et av de tre kullene noe som sammen med antallet deltakere i studien gjør at studiens resultater ikke kan overføres til populasjonen. Det er også mulige feilkilder i datamaterialet som følge av at studentene ikke har lest instruksjoner eller forstått spørsmålene fullstendig, eksempelvis ved spørsmål om hodepine (se vedlagt spørreskjema, vedlegg 1): Ved første spørsmål oppga 310 (2 missing) å hatt hodepine det siste året mens 317 svarte på de neste to spørsmålene, noe bare de som svarte ja på det første spørsmålet skulle ha svart på. Dette innebærer at dataene om hodepine kan inneholde feil. En deltaker uttrykte også forvirring ved innsamling på at ikke alle svarene i SOC-13 var i samme retning, fra negativ til positiv i leseretning, noe som kan være en indikasjon på en ufullstendig lesing av spørsmålene, og potensielt feil i data.

Det er en svakhet i diskusjonen rundt sykepleierstudentenes egenvurderte helse:

Sammenligningen med EU undersøkelsen svekkes ettersom EU undersøkelsen har med et femte middels svaralternativ "fair", noe som kan tenkes å gi et utslag i resultatene, og som vanskeliggjør en direkte sammenligning med

levetidsundersøkelsen/HUNT/sykepleierstudenter som har fire alternative svar (Baert & Norre, 2009). At sykepleierstudentene ikke har et "nøytralt" alternativ kan resultere i at flere vurderer helsen sin som "god" fremfor "dårlig". Ettersom dette nøytrale svaret ikke er med i levetidsundersøkelsene og HUNT studiene, kan man stille spørsmål om det er et resultat av et ønske om å tvinge frem "dårlig versus god" helsevurdering. En svakhet ved spørsmålene rundt hodepine er at spørsmålene strekker seg over et år. Den lange tiden gjør at mulighetene for opplevd hodepine og plager er større, noe som kan sammenfalle med at de fleste sykepleierstudentene ikke har opplevd noe hinder/plager som følge av hodepinesmerter de siste to ukene. Den lengre tidsrammen for rapportering (tolv måneder) ved spørsmål om opplevd hodepine er også en svakhet i diskusjonen rundt medikamentbruk (en månedstidsramme). Det er en svakhet i spørsmålene om funksjon i studielivet, ettersom disse tre spørsmålene omfatter begrensede sider ved studietilværelse. For delen med insomnia kan reliabiliteten i de fire spørsmålene som inngår i insomnia utregningen være en svakhet:

Cronbachs alfa for de fire spørsmålene var på 0.67 noe som er under det akseptable nivået på

0.70 etter Ringdal (2013). Det er en svakhet ved sammenligningen av SOC-scorene i tabell 1 og tabell 5; Det lave antallet (N) i student- og sykepleierstudiene kan ha påvirket resultatene. Kulturelle forskjeller bør imidlertid ikke ha en påvirkning da SOC er blant annet funnet å være krysskulturelt anvendelig (Eriksson & Lindstrom, 2005). En annen svakhet i oppgaven som omfatter metode og tema er at oppgaven ikke direkte måler eller spør studentene om opplevd stress, det måles bare stress indirekte ved å se på helseplager som kan skyldes stress etter empiri om sykepleierstudenter, stress og helseplager. Selv om spørsmålene i spørreskjemaet er validert (content eller face validity) kan noen av spørsmålene diskuteres med tanke på face validity noe som kan oppfattes som en svakhet; Eksempelvis kan formuleringen "følelsesmessige problem" tolkes ulikt hos ulike personer: det kan tenkes at spørsmålet tolkes at personen har møtt et problem som har vekket sterke forbigående følelser eller som at personen har hatt et problem som har krevd endring i handlinger/væremåte/tanker etter en intern eller ekstern refleksjon.

5.8.3 Sammenligning med HUNT 3 og SHoT 10/14

Funn gjort i oppgaven er i diskusjonsdelen blitt sammenlignet med resultater fra HUNT 3 og SHoT 10/14. Denne sammenligningen er det knyttet to utfordringer til: (1) At et lite utvalg sammenlignes med et større utvalg (HUNT 3): Utvalget i denne oppgaven består av sykepleierstudenter som er en del av populasjonen sykepleierstudenter mens utvalget i HUNT 3 er befolkningen i Nord-Trøndelag som skal være representativt for befolkningen i Norge (HUNT, 2011). Dette kan være positivt ettersom det gir mulighet med å sammenligne med et utvalg som skal være representativt for befolkningen (Holmen et al., 2003). Samtidig som det kan tenkes at HUNT 3 sine funn påvirkes flere faktorer, eksempelvis deltakernes ulike aldre, familiestatus, sosioøkonomiske status og uføre/jobb status noe som igjen kan gi utslag ved sammenligning av funn. (2) Sammenligningen med andre studenter (SHoT 10 og 14): Utvalget i SHoT 10 og 14 er studenter på samme alder, har en mye høyere kjønnsfordeling enn det sykepleierstudentene har, er studenter fra ulike utdanninger, har en lav svarprosent ved noen utdanningssteder og har deltakere fra ulike deler av landet noe som kan tenkes å gi utslag ved sammenligning av funn (SiO et al., 2010, 2014). En annen faktor som kan spille inn i sammenligning med SHoT 10/14 er at deltakerne i gjennomsnitt hadde fullført 5,5 og 5,8 semesteret respektive, noe som er vesentlig høyere enn sykepleierstudentene i denne studien som hadde gjennomført forholdsvis rundt 1,4 og 3,4 semester (SiO et al., 2010, 2014). Hvor stor påvirkning ulikheten i fullførte semesteret kan ha på svar ved ulike variabler

er usikkert men det kan tenkes å ha en spesiell påvirkning på spørsmål om: "normert studieprogresjon" og om "følelsesmessige problem har påvirket gjennomføringen av studie". Sammenligningen med andre studenter er til tross for utfordringene positivt ettersom det sier noe om sykepleierstudentene opp mot andre studenter

5.8.4 Litteratur

En styrke i litteraturen brukt i oppgaven er mengden empiri vedrørende sykepleierstudenter og stress og helsepåvirkninger. En svakhet i litteraturen er begrenset forskning vedrørende sykepleiere, sykepleierstudenter og SOC. Mye av empirien brukt vedrørende SOC kommer fra de samme forskerne ettersom de er ledende på feltet og har utført store litteraturstudier på feltet. Erikssons ph.d. avhandling er også en viktig kilde i oppgaven, noe som også kan være en svakhet i oppgaven, da den støtter seg mye på få kilder om salutogenese.

6.0 AVSLUTNING

6.1 Oppsummering av oppgaven

Oppgavens formål er å beskrive hva som kjennetegner sykepleierstudenter når det gjelder egenvurdert helse, sense of coherence og funksjon i studielivet og å undersøke om studentenes SOC kan relateres til egenvurdert helse og studiefunksjon. Litteratursøk i tre ulike databaser relatert til oppgavens tematikk bidro til empiri. Teori og empiri viser blant annet at: 1) helse er et sammensatt konsept, 2) egenvurdert helse er et mye brukt helsemål som omfatter ulike ukjente sider og de fleste i Norge vurderer helsen sin som god, 3) salutogenese er en teoretisk tilnærming til helse som fokuserer på faktorer som støtter og oppbygger helse og velfølelse fremfor sykdomsfaktorer, 4) SOC er et teoretisk mål innenfor salutogenese på hvor sterkt en person oppfatter en stressende hendelse som begripelig, håndterbar og meningsfull, 5) en sterk SOC er koblet til blant annet god egenvurdert helse og god livskvalitet og kan virke som en buffer mot negative påvirkninger på egenvurdert helse og mental helse 6) sykepleierstudenter rapporterer blant annet om mye opplevd stress og psykologisk uro som kan føre til sykdom, fravær og frafall i studiene.

For å kunne svare på oppgavens problemstilling ble det utført en tverrsnittundersøkelse med spørreskjema som metode. De ulike variablene i spørreskjemaet er hentet fra SHoT 10/14 og HUNT 3 og spørreskjemaet ble inndelt i ulike tematiske kategorier. Reliabilitet til de ulike variablene er sikret i empiri og reliabiliteten til SOC-13 i innsamlet materiale ble sikret ved hjelp av Chronbachs alfa. Validiteten til de ulike variablene ble sikret igjennom tidligere empiri (content validity og face validity). Datainnsamling ble gjort ved de to første kullene av tre mulige ved ASP, HiST hvor inkluderingkriteriet var at deltakere skulle være student ved sykepleierutdanningen ved HiST. Det ble ikke satt eksklusjonskriterier. Det ble samlet inn 355 utfylte skjemaer, noe som gir en svarprosent på 78.54 % for registrerte studenter ved de to kullene og en svarprosent på 55.56 % for registrerte studenter ved hele utdanningen. Spørreskjemaer ble omgjort til datafil ved hjelp fra SVT-IT og noe manuell kontroll ble foretatt for å sikre reliabilitet. Før analysering ble noe svar i SOC-13 omkodet og svar innenfor E. søvn ble omkodet for å utregne insomnia. Analysering ble gjort ved hjelp av SPSS og utført i tre omganger: deskriptive analyser, bivariate regresjonsanalyser inklusiv multikollinearitetsanalyse og multivariat hierarkisk regresjonsanalyse. Etske utfordringer ble ivaretatt ved søknad og godkjenning hos REK samt muntlig og skriftlig informasjon til studentene om at deltakelse kan utfordre syn på seg selv og andre, at deltagelse er frivillig og

anonymt og ved å oppgi kontaktinformasjon til helsetjenestene ved studentsamskipnaden i Trondheim hvis det skulle oppstå behov for støtte i ettertid.

Diskusjon av analyseresultatene ga følgende hovedfunn: (a) De aller fleste sykepleierstudentene rapporterer om god/svært god helse som kan relateres til studentenes GRRs, unge alder og høye sosioøkonomiske status. (b) Mål på ulike helsevariabler langvarig sykdom, bruken av medikamenter, hodepine, BMI, insomnia og fornøydhet med tilværelsen, viser at studentene har ulike helseplager. Som vist i andre empiriske studier er andelen studenter med insomnia urovekkende. De ulike helseplagene kan skyldes stresset som sykepleierstudentene kan oppleve som vist i andre empiriske studier. (c) Sykepleierstudentene rapporterer om god opplevd helse til tross for rapporterte helseplager. (d) Til tross for at en betydelig andel av sykepleierstudentene rapporterer om følelsesmessige problemer og hodepine, oppgir de allikevel å være fornøyd med studiet og at de fungerer godt i studielivet. (e) Sammenlignet med resultater fra andre sammenlignbare studier har sykepleierstudentenes en gjennomsnittlig til sterk SOC. (f) Sykepleierstudentenes helse og funksjon i studielivet kan relateres til studentenes SOC-score, hvor 38.7 % av variansen i SOC-scoren forklares av: egenvurdert helse, langvarig sykdom, opplevelsen av studie som meningsfylt, følelsesmessige problem, fornøydhet tilværelsen, hodepine, medikamentbruk og insomnia.

6.2 Implikasjoner for praksis

Mange av funnene i studien er positive, både for studentene men også for samfunnet med tanke på den store andelen studenter som følger normert studieprogresjon; Etter studiet viser empiri at stress koblet til bruk av medisinsk teknisk utstyr og klinisk kompetanse er koblet til viljen til å slutte i jobb, noe som er ikke undersøkt i denne studien men som er viktige punkter for praksis for å sikre at flest mulig av studentene blir i jobb etter utdanning (Clark et al., 2014; Wu et al., 2012). Stresset sykepleierstudentene kan tenkes å oppleve i studiet kan ha sammenheng med de rapporterte helseplagene som er funnet i denne undersøkelsen. Disse helseplagene bør ha implikasjoner for praksis med tanke på at studiestedet bør forsøke å fange opp og hjelpe de studentene som ønsker hjelp. Studiestedene bør ikke forvente at studenter som trenger bistand selv oppsøker hjelp ettersom empiri viser at de fleste stressede studenter søker støtte i sosialt nettverk fremfor hos profesjonelle eller ansatte ved studiestedet

(Galbraith et al., 2014). Selv om studentene har en gjennomsnittlig til sterk SOC-score kan det tenkes at flere kan ha nytte av tilbud om stressmestringskurs, eller andre kurs for å mestre utfordringer og helseplager som kan være tilstede eller oppstå som følge det mulige stresset sykepleierutdanningen kan medføre. Et eksempel på et spesifikt tiltak kan være mer undervisning om søvnhygiene og tiltak ved opplevde søvnplager og insomnia, dette med tanke på den høye punkt prevalensen av insomnia hos studentene.

6.3 Konklusjon

Oppgavens formål er å beskrive hva som kjennetegner sykepleierstudenter når det gjelder egenvurdert helse, sense of coherence og funksjon i studielivet og å undersøke om studentenes SOC kan relateres til egenvurdert helse og studiefunksjon. Konklusjonen er at sykepleierstudentene kjennetegnes av å ha god egenvurdert helse til tross for ulike helseplager. Sykepleierstudenten har en sterk sense of coherence og funksjonen i studielivet, målt etter studieprogresjon og fornøydhets med studiet er god selv om det er utfordringer knyttet til følelsesmessige problem og hodepine som kan relateres til studieaktivitet. Sykepleierstudentenes SOC kan relateres til egenvurdert helse og studiefunksjon hvor *egenvurdert helse, langvarig sykdom, opplevelse av studiet som meningsfylt, følelsesmessige problem, fornøydhets tilværelsen, hodepine, medikamentbruk og insomnia* forklarer 38.7 % av variansen i studentenes SOC-score.

7.0 KILDELISTE

- Alzayat, A., & Al-Gamal, E. (2014). A review of the literature regarding stress among nursing students during their clinical education. *Int Nurs Rev*, 61(3), 406-415. doi:10.1111/inr.12114
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How people manage stress and stay well*. London: Jossey-Bass Limited.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725-733. doi:http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens Mysterium: Den Salutogene Modellen*. (A. Sjøbu, Oversetter). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Baert, K., & Norre, B. d. (2009). *Perceptions of health and access to health care in the EU-25 in 2007*. Retrieved from Luxembourg: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3433488/5280869/KS-SF-09-024-EN.PDF/f4f4f956-eafb-49f6-a52a-4a22d602433c>
- Bandura, A., & Estes, W. K. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
- Benavente, S. B., Silva, R. M., Higashi, A. B., Guido Lde, A., & Costa, A. L. (2014). Influence of stress factors and socio-demographic characteristics on the sleep quality of nursing students. *Rev Esc Enferm USP*, 48(3), 514-520. doi:DOI: 10.1590/S0080-623420140000300018
- Blomberg, K., Bisholt, B., Engstrom, A. K., Ohlsson, U., Johansson, A. S., & Gustafsson, M. (2014). Swedish nursing students' experience of stress during clinical practice in relation to clinical setting characteristics and the organisation of the clinical education. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2264-2271. doi:10.1111/jocn.12506
- Bøe, G. H., Haga, C., Andrew, E., & Berg, K. J. (2004). Paracetamolforgiftninger i Norge 1990-2001. *Tidsskrift for Den Norske Legerforening*, 124(12), 1624-1628. Retrieved from <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2004/1624-8.pdf>
- Bowling, A. (2005). Just one question: If one question works, why ask several? *J Epidemiol Community Health*, 59(5), 342-345. doi:10.1136/jech.2004.021204

- Bradby, H. (2012). *Medicine, Health and Society*. London: SAGE Publications Ltd.
- Christensson, A., Vaez, M., Dickman, P. W., & Runeson, B. (2011). Self-reported depression in first-year nursing students in relation to socio-demographic and educational factors: a nationwide cross-sectional study in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46(4), 299-310. doi:10.1007/s00127-010-0198-y
- Clark, C. M., Nguyen, D. T., & Barbosa-Leiker, C. (2014). Student perceptions of stress, coping, relationships, and academic civility: a longitudinal study. *Nurse Educ*, 39(4), 170-174. doi:10.1097/nne.0000000000000049
- Cullati, S., Rousseaux, E., Gabadinho, A., Courvoisier, D. S., & Burton-Jeangros, C. (2014). Factors of change and cumulative factors in self-rated health trajectories: A systematic review. *Advances in Life Course Research*, 19(0), 14-27. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.alcr.2013.11.002
- Engstrøm, M., Ødegård, S. S., Sand, T., Stovner, L. J., Zwart, J.-A., & Hagen, K. (2011). The Reliability of a New Sleep Screening Questionnaire for Large Population-Based Studies: The Third Nord-Trøndelag Health Study. *The Open Sleep Journal*, 4(1), 14-19. doi:10.2174/1874620901104010014
- Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis: The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale*. (2 ed.). Turku: Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research Programme.
- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 59(6), 460-466. doi:10.1136/jech.2003.018085
- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 60(5), 376-381. doi:10.1136/jech.2005.041616
- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 61(11), 938-944. doi:10.1136/jech.2006.056028
- Eriksson, M., Lindstrom, B., & Lilja, J. (2007). A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Aland, a special case? *J Epidemiol Community Health*, 61(8), 684-688. doi:10.1136/jech.2006.047498
- Feldt, T., Lintula, H., Suominen, S., Koskenvuo, M., Vahtera, J., & Kivimaki, M. (2007). Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale:

- prospective evidence from the population-based HeSSup study. *Qual Life Res*, 16(3), 483-493. doi:10.1007/s11136-006-9130-z
- Folkehelseinstituttet. (2015). Overvekt og fedme hos voksne. Retrieved from <http://www.fhi.no/artikler/?id=44465>
- Galbraith, N. D., & Brown, K. E. (2011). Assessing intervention effectiveness for reducing stress in student nurses: quantitative systematic review. *J Adv Nurs*, 67(4), 709-721. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05549.x
- Galbraith, N. D., Brown, K. E., & Clifton, E. (2014). A survey of student nurses' attitudes toward help seeking for stress. *Nurs Forum*, 49(3), 171-181. doi:10.1111/nuf.12066
- Gatchel, R. (2004). Psychosocial Factors That Can Influence the Self-Assessment of Function. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 14(3), 197-206. doi:10.1023/B:JOOR.0000022761.95103.f8
- Gibbons, C., Dempster, M., & Moutray, M. (2011). Stress, coping and satisfaction in nursing students. *J Adv Nurs*, 67(3), 621-632. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05495.x
- Guldvog, B. (1993). *Evaluation of epilepsy surgery in Norway 1949–1988*. (Dr. Med), University of Oslo, Oslo. (7)
- Haga, C., Muan, B., Cheung, M., Lyngra, M., Strømsæther, C. E., Lutro, O., & Andrew, E. (2011). Paracetamolforgiftninger etter innføring av ny salgsordning. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 131(21), 2115-2118. doi:10.4045/tidsskr.10.1441
- Heistaro, S., Jousilahti, P., Lahelma, E., Vartiainen, E., & Puska, P. (2001). Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *J Epidemiol Community Health*, 55(4), 227-232.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren 2013*. Retrieved from Oslo: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/605/Nokkeltall-for-helsesektoren-2013.pdf>
- HiST ASP. (2015a). Poengbelastning bachelor i sykepleie kull 2014. Retrieved from <https://www.emweb.no/hist/node/19463>
- HiST ASP. (2015b). Studieplan bachelor i sykepleie kull 2014. Retrieved from <https://www.emweb.no/hist/node/19618>
- Holmen, J., Midthjell, K., Kruger, Ö., Langhammer, A., Holmen, T. L., Bratberg, G. H., . . . Lund-Larsen, P. G. (2003). The Nord-Trøndelag Health Study 1995-97 (HUNT 2): objectives, contents, methods and participation. *Norwegian journal of epidemiology*, 13(1), 19-32.

- HUNT. (2011). *Folkehelse i endring: Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08)*. Retrieved from Levanger:
- HUNT. (2014a). HUNT 3, skjema 1. Retrieved from http://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=65b9ce4f-c712-4cdd-a1b1-ff67a6df42c8&groupId=10304
- HUNT. (2014b). HUNT 3, skjema 2. Retrieved from http://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=59251eca-90df-4eb8-86d4-06db64717349&groupId=10304
- HUNT Databank. (2015a). Body Mass Index HUNT 3. Retrieved from <https://hunt-db.medisin.ntnu.no/hunt-db/#variab5025>
- HUNT Databank. (2015b). Bruk av bestemte reseptfrie medisiner. Retrieved from <https://hunt-db.medisin.ntnu.no/hunt-db/#variab12629>
- HUNT Databank. (2015c). Bruk av reseptfrie medisiner i løpet av den siste måneden. Retrieved from <https://hunt-db.medisin.ntnu.no/hunt-db/#variab12628>
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*, 38(1), 21-37.
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS* (4 utg.). Oslo: Abstrakt forlag as.
- Klainin-Yobas, P., Keawkerd, O., Pumpuang, W., Thunyadee, C., Thanoi, W., & He, H.-G. (2014). The mediating effects of coping on the stress and health relationships among nursing students: a structural equation modelling approach. *J Adv Nurs*, 70(6), 1287-1298. doi:10.1111/jan.12283
- Koushede, V., & Holstein, B. E. (2009). Sense of Coherence and Medicine Use for Headache Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45(2), 149-155. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.12.009>
- Kuuppelomaki, M., & Utriainen, P. (2003). A 3 year follow-up study of health care students' sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors. *Int J Nurs Stud*, 40(4), 383-388.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser - en ny syntese* (M. Visby, Oversetter). Gylling, Danmark: Akademisk Forlag.
- Lillefjell, M. (2008). *Function and work ability following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain* (Vol. 2008:184). Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

- Lin, S. H., Liao, W. C., Chen, M. Y., & Fan, J. Y. (2014). The impact of shift work on nurses' job stress, sleep quality and self-perceived health status. *J Nurs Manag*, 22(5), 604-612. doi:10.1111/jonm.12020
- Livshiz-Riven, I., Nativ, R., Borer, A., Kanat-Maymon, Y., & Anson, O. (2014). Nursing students' intentions to comply with standard precautions: An exploratory prospective cohort study. *American Journal of Infection Control*, 42(7), 744-749. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2014.04.002
- Lundberg, O., & Manderbacka, K. (1996). Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scand J Soc Med*, 24(3), 218-224.
- Making the DSM-5: Concepts and controversies*. (2013). (J. Paris & J. Phillips Eds.). New York: Springer Science.
- Malinauskiene, V., Leisyte, P., & Malinauskas, R. (2009). Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. *Medicina (Kaunas)*, 45(11), 910-917.
- Manderbacka, K., Lahelma, E., & Martikainen, P. (1998). Examining the continuity of self-rated health. *Int J Epidemiol*, 27(2), 208-213.
- Moreira, D. P., & Furegato, A. R. (2013). Stress and depression among students of the last semester in two nursing courses. *Rev Lat Am Enfermagem*, 21 Spec No, 155-162.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2007). *Sosial ulikhet i helse: En faktarapport*. Retrieved from Oslo: <http://www.fhi.no/dav/1ae74b1d58.pdf>
- Nilsson, B., Holmgren, L., & Westman, G. (2000). Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden--gender and psychosocial differences. *Scand J Prim Health Care*, 18(1), 14-20.
- NSD. (2015). Database for statistikk om høgre utdanning, fulltidsstudenter 2014. Retrieved from http://dbh.nsd.uib.no/statistikk/rapport.action?visningId=124&visKode=false&columns=arstall&index=1&formel=224&hier=insttype!9!instkode!9!fakkode!9!ufakkode!9!progkode&sti=¶m=arstall%3D2014!9!semester%3D3!9!dep_id%3D1!9!kategori%3DS
- Pulido-Martos, M., Augusto-Landa, J. M., & Lopez-Zafra, E. (2012). Sources of stress in nursing students: a systematic review of quantitative studies. *International Nursing Review*, 59(1), 15-25. doi:10.1111/j.1466-7657.2011.00939.x
- Reeve, K. L., Shumaker, C. J., Yearwood, E. L., Crowell, N. A., & Riley, J. B. (2013). Perceived stress and social support in undergraduate nursing students' educational

- experiences. *Nurse Education Today*, 33(4), 419-424.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.009>
- Rella, S., Winwood, P. C., & Lushington, K. (2009). When does nursing burnout begin? An investigation of the fatigue experience of Australian nursing students. *J Nurs Manag*, 17(7), 886-897. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00883.x
- Richardson, C. G., & Ratner, P. A. (2005). Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *J Epidemiol Community Health*, 59(11), 979-984. doi:10.1136/jech.2005.036756
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og Mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. (3 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New-York: Prentice-Hall.
- SiO, SiB, & SiT. (2010). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse* Retrieved from Oslo:
- SiO, SiB, & SiT. (2014). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse* Retrieved from Oslo:
- Skarstein, S., Rosvold, E. O., Helseth, S., Kvarme, L. G., Holager, T., Smastuen, M. C., & Lagerlov, P. (2014). High-frequency use of over-the-counter analgesics among adolescents: reflections of an emerging difficult life, a cross-sectional study. *Scand J Caring Sci*, 28(1), 49-56. doi:10.1111/scs.12039
- Snekkevik, H., Anke, A. G., Stanghelle, J. K., & Fugl-Meyer, A. R. (2003). Is sense of coherence stable after multiple trauma? *Clin Rehabil*, 17(4), 443-453.
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen: Sosial- og Helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Retrieved from Oslo:
- Statistisk sentralbyrå. (2012). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035: Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012*. Retrieved from Oslo: http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201214/rapp_201214.pdf
- Statistisk sentralbyrå. (2015). Folketalet kvartal 2008. Retrieved from <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectout/ShowTable.asp?FileformatId=2&Queryfile=2015102814402735715659Rd1222Kv&PLanguage=0&MainTable=Rd1222Kv&potsize=3>
- Takeuchi, T., & Yamazaki, Y. (2010). Relationship between work–family conflict and a sense of coherence among Japanese registered nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 7(2), 158-168. doi:10.1111/j.1742-7924.2010.00154.x
- Thorkildsen, K., & Råholm, M.-B. (2010). The essence of professional competence experienced by Norwegian nurse students: A phenomenological study. *Nurse*

- Education in Practice*, 10(4), 183-188.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2009.08.003>
- Tselebis, A., Moulou, A., & Ilias, I. (2001). Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. *Nursing & Health Sciences*, 3(2), 69-71.
doi:10.1046/j.1442-2018.2001.00074.x
- Uhlig, B. L., Sand, T., Odegard, S. S., & Hagen, K. (2014). Prevalence and associated factors of DSM-V insomnia in Norway: the Nord-Trondelag Health Study (HUNT 3). *Sleep Med*, 15(6), 708-713. doi:10.1016/j.sleep.2014.01.018
- Universitetsbiblioteket NTNU. (2015). Databasesett: om Ovid Nursing database. Retrieved from
http://uniport.hosted.exlibrisgroup.com/V/CYY8HKSG1LHA8FCHCDD1G1HUIQU4PQ1927HYG33L7L96CT4NRJ-03330?func=find-db-info&doc_num=000012310
- Veenstra, M., Moum, T., & Roysamb, E. (2005). Relationships between health domains and sense of coherence: a two-year cross-lagged study in patients with chronic illness. *Qual Life Res*, 14(6), 1455-1465.
- Wainwright, N. W., Surtees, P. G., Welch, A. A., Luben, R. N., Khaw, K. T., & Bingham, S. A. (2008). Sense of coherence, lifestyle choices and mortality. *J Epidemiol Community Health*, 62(9), 829-831. doi:10.1136/jech.2007.066464
- Watson, R., Deary, I., Thompson, D., & Li, G. (2008). A study of stress and burnout in nursing students in Hong Kong: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1534-1542.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.11.003>
- WHO. (1948). WHO definition of Health. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Retrieved from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- WHO. (2014). About WHO. Retrieved from <http://www.who.int/about/en/>
- WHO. (2015). BMI classification. Retrieved from
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- Wolf, L., Stidham, A. W., & Ross, R. (2015). Predictors of stress and coping strategies of US accelerated vs. generic Baccalaureate Nursing students: an embedded mixed methods study. *Nurse Educ Today*, 35(1), 201-205. doi:10.1016/j.nedt.2014.07.005

Wu, T.-Y., Fox, D. P., Stokes, C., & Adam, C. (2012). Work-related stress and intention to quit in newly graduated nurses. *Nurse Education Today*, 32(6), 669-674.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2011.09.002>

VEDLEGGSLISTE

Vedlegg 1: Spørreskjema

Vedlegg 2: Tillatelse til å bruke SOC-13 med kodifisering

Vedlegg 3: Mail fra ASP, HiST om antall studenter ved ASP

Vedlegg 4: Mail angående oppmøte av studenter kull 2013

Vedlegg 5: Mail fra NSF om medlemstall og antall sykepleierstudenter

Vedlegg 6: Vedtak fra REK midt

Vedlegg 7: Mail om godkjenning fra REK midt

HELSE OG FUNKSJON I STUDIELIVET HOS SYKEPLEIESTUDENTER

Formålet med denne spørreundersøkelsen er å studere sykepleierstudenters egenvurdering av helse, opplevelse av meningsfullhet, begripelighet, håndterbarhet (sense of coherence) og funksjon i studielivet. Dette kan bidra til mer yrkesspesifikk kunnskap relatert til studenters fungering i studiesituasjonen. Egenvurdert helse og Sense of coherence kan benyttes som mål på sykepleierstudenters motstandsdyktighet og evne til å håndtere stressende og utfordrende hendelser. Resultater fra undersøkelsen vil bli sammenlignet med resultatene fra studenters helse og trivselsundersøkelse (SHoT) 2010 og 2014. Undersøkelsen er en del av undertegnede mastergradsoppgave ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og alle som deltar er anonyme. Resultatene vil bli presentert slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Undersøkelsen er godkjent av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK).

Utfylling av spørreskjemaet kan utfordre ditt syn på egen helse, selvbilde og funksjon i studielivet. Hvis du skulle ha behov for å snakke med noen etter å ha fylt ut spørreskjemaet, kan du kontakte helsesøstertjenesten på campus eller studentsamskipnadens helsetjeneste (www.sit.no/helse).

Har du spørsmål om undersøkelsen, kontakter du Alf Glesnes, e-post alforjan@stud.ntnu.no, eller prosjektansvarlig ved Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU, professor Monica Lillefjell, tlf. 73 59 17 59. Mastergradsoppgaven vil bli tilgjengelig via universitetsbiblioteket, NTNU.

Takk for at du er villig til å delta!

Alf Øjan Glesnes, mastergradsstudent

Monica Lillefjell, professor/veileder



Kunnskap for en bedre verden

Senter for helsefremmende forskning

LES DETTE FØR DU STARTER!	Skjemaet skal leses maskinelt. Vennligst fyll ut skjemaet slik: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bruk svart/blå kulepenn. Skriv tydelig, og ikke utenfor feltene. Kryss av slik: <input checked="" type="checkbox"/>.</i> • <i>Feilkryssinger kan strykes ved å fylle hele boksen med farge. Kryss så i rett felt.</i> • <i>Sett bare ett kryss på hvert spørsmål om ikke annet er oppgitt.</i>
--	--

A. BAKGRUNNSINFORMASJON

1. Kull: 2012.. ₁ 2013... ₂ 2014 .. ₃ 2. Alder: Under 20.. ₁ 20-25 . ₂ Over 25 ... ₃

3. Din høyde* (cm): ⇒ 4. Din vekt* (hele kg, uten desimaler): ⇒

*) Vet du ikke nøyaktig høyde/vekt, oppgir du en sannsynlig ca.verdi.

B. HELSE OG STUDIER

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | svært
dårlig? | dårlig? | god? | svært
god? |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet? Vil du si at den er ... ⇒ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har du noen langvarig (dvs. minst ett år) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv? ⇒ | | | | Ja..... <input type="checkbox"/> ₁
Nei <input type="checkbox"/> ₂ |
| 3. Følger du normert studieprogresjon (dvs. 30 studiepoeng på et halvt år) på studieprogrammet du tar? ⇒ | | | | Ja <input type="checkbox"/> ₁ Nei <input type="checkbox"/> ₂ Vet ikke <input type="checkbox"/> ₃ |
| | 1. Tidligere / hittil i studiet | | | <input type="checkbox"/> |
| | 2. I inneværende semester | | | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | Svært lite
meningsfullt
1 | Ganske lite
meningsfullt
2 | Verken
/eller
3 | Ganske
meningsfullt
4 | Svært
meningsfullt
5 | | |
| 4. I hvilken grad opplever du studiet du går på som meningsfullt? ⇨ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Nei, aldri
1 | Ja,
men sjelden
2 | Ja,
av og til
3 | Ja, ofte
4 | Vet ikke
5 | | |
| 5. Har følelsesmessige problem påvirket din gjennomføring av studiet? ⇨ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Svært
fornøyd
1 | Meget
fornøyd
2 | Ganske
fornøyd
3 | Både
/og
4 | Ganske
misfor-
nøyd
5 | Meget
misfor-
nøyd
6 | Svært
misfor-
nøyd
7 |
| 6. Alt i alt, når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd? ⇨ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. HODEPINE

1. Har du hatt hodepine i løpet av *de siste 12 månedene*? ⇨ Ja..... ₁ Nei..... ₂

NB: Hvis du ikke har hatt hodepine siste 12 måneder, vennligst hopp avsnitt D nedenfor (Reseptfrie medisiner).

2. Har smertene ført til at det har vært vanskelig å delta i daglige studieaktiviteter (organisert undervisning eller selvstudium) i løpet av *det siste året*? ⇨
- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nei,
aldri
1 | Ja, unn-
taksvis
2 | Ja,
av og til
3 | Ja,
ofte
4 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ikke
noe
1 | Litt
2 | En god
del
3 | Mye
4 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
3. Hvor mye til hinder/plage har smertene vært *de siste 2 ukene*? ⇨

D. RESEPTFRIE MEDISINER

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Sjelden
/aldri
1 | 1-3 dager
i uka
2 | 4-6 dager
i uka
3 | Daglig
4 |
| 1. Hvor ofte har du brukt reseptfrie medisiner mot følgende plager i løpet av <i>den siste måneden</i> ? ⇨ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. Halsbrann/sure oppstøt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Treg mage..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hodepine..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Smerter i muskler/ledd..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Ja
1 | Nei
2 |
| 2. Har du brukt noen av disse reseptfrie medisinene minst en gang i uka i løpet av <i>den siste måneden</i> ? ⇨ | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. Paracetamol, Paracet, Panodil, Pamol, Pinex..... | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Albyl E (500 mg), Aspirin, Globoid, Dispril..... | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ibuprofen, Ibox, Ibumetin, Brufen..... | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Andre reseptfrie medisiner..... | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E. SØVN

Hvor ofte har det hendt i løpet av *de siste 3 månedene* at du ... ⇨

Ett kryss på hver linje.

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| | Sjelden
/aldri
1 | Av
og til
2 | Flere ganger
i uka
3 |
| 1. snorker høyt og sjenerende?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. får pustestopp når du sover?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. har vanskelig for å sovne om kvelden?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. våkner gjentatte ganger om natta?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. våkner for tidlig og får ikke sove igjen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. kjenner deg søvning om dagen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. har plagsom nattesvette?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. våkner med hodepine?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. får ubehag, kribling eller mauring i beina?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F. MESTRING – OPPLEVELSE AV SAMMENHENG

Delen av spørreskjemaet som inneholder Sense of Coherence (SOC) 13 er ikke gjort tilgjengelig på nett grunnet opphavsrettigheter, se vedlegg 2.

Center on Salutogenesis
Department of Nursing, Health and Culture

Master student Alf-Ørjan Glesnes
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap
NTNU, Dragvoll
7491 Trondheim, NORWAY
(alforjan@stud.ntnu.no)

Dear Alf-Ørjan Glesnes,

I hereby grant permission to use the 13-item version of the Sense of Coherence (Orientation to Life) Questionnaire, originally found in *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*, by Aaron Antonovsky (Jossey-Bass Publishers, 1987), for use in your study the association between SOC and perceived health among nursing students.

The permission is granted upon fulfillment of the following conditions:

1. You may not redistribute the questionnaire (in print or electronic form) except for your own professional or academic purposes and you may not charge money for its use. If administered online, measures should be taken to insure that (a) access to the questionnaire be given only to participants by means of a password or a different form of limited access, (b) the questionnaire should not be downloadable, and (c) access to the questionnaire should be time-limited for the period of data collection, after which it should be taken off the server. Distributing the questionnaire to respondents via email is *not* permitted. Finally, any electronic version of the questionnaire which you may have for your research purposes (other than distribution to research participants) should be in PDF format including password protection for printing and editing
2. The questionnaire is intended for research purposes only, and may *not* be used for diagnostic or clinical use. By "diagnostic or clinical" it is meant that the SOC score cannot be the basis of any kind of physical, mental, cognitive, social or emotional diagnosis or assessment of the respondent, and cannot direct therapeutic or medical decisions of any kind.
3. In any publication in which the questionnaire is reprinted, reference to the abovementioned source should be given, and a footnote should be added saying that the questionnaire is reprinted with the permission of the copyright holder.
4. The copyright of the Sense of Family Coherence Questionnaire remains solely in the hands of the Executor of the Estate of Aaron Antonovsky.

If possible, I would appreciate receiving a copy of any forthcoming paper concerning a study in which the SOC questionnaire has been used, for private use in building an SOC publication database.

Sincerely,

Avishai Antonovsky, Ph.D.
Estate of Aaron Antonovsky
Department of Education and Psychology
The Open University
Israel

On behalf of Avishai Antonovsky
Monica Eriksson, PhD, Associate Professor
Department of Nursing, Health & Culture
University West, Center on Salutogenesis
Trollhättan, Sweden

Codification of the items

Source: What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenetic model of health. Research and practice of health promotion, volume 4. Cologne 1999.

The table shows which item is attributed to which sub-scale of the SOC: C= Comprehensibility, MA= Manageability, ME= Meaningfulness.

The score for a sub-scale and the total score for SOC as a whole can be calculated by adding the points marked for each item in the questionnaire. Care, however, must be taken regarding the item scoring. If the item is positively scored, then the rating value marked is taken at face value: for example, a positively scored item which the questioner rates at "2", is then scored with two points. However, if the item is reverse scored, the lowest value marked (i.e., 1) must be converted to the highest value (i.e., 7). In keeping with this procedure, a 2 would get 6 points, a 3 would get 5 points and so on.

Item number	SOC sub-scale	Item scoring	Short form
1	C	Reverse scoring	
2	MA	Positive scoring	
3	C	Positive scoring	
4	ME	Reverse scoring	S
5	C	Reverse scoring	S
6	MA	Reverse scoring	S
7	ME	Reverse scoring	
8	ME	Positive scoring	S
9	MA	Positive scoring	S
10	C	Positive scoring	
11	ME	Reverse scoring	
12	C	Positive scoring	S
13	MA	Reverse scoring	
14	ME	Reverse scoring	
15	C	Positive scoring	
16	ME	Reverse scoring	S
17	C	Positive scoring	
18	MA	Positive scoring	
19	C	Positive scoring	S
20	MA	Reverse scoring	
21	C	Positive scoring	S
22	ME	Positive scoring	
23	MA	Reverse scoring	
24	C	Positive scoring	
25	MA	Reverse scoring	S
26	C	Positive scoring	S
27	MA	Reverse scoring	
28	ME	Positive scoring	S
29	MA	Positive scoring	S

From: [Astrid Kiil Hansen](mailto:Astrid.Kiil.Hansen@stud.ntnu.no)
To: alforjan@stud.ntnu.no
Cc: [Kari Sagmo](mailto:Kari.Sagmo@stud.ntnu.no)
Subject: SV: Ang. antall studenter ved ASP
Date: 20. februar 2015 12:00:18
Attachments: [Antall studenter PSP pr. 20.02.2015.pdf](#)

VEDLEGG 3

Hei Alf Ørjan.

I vedlegget er tallene for bachelor i sykepleie, hentet fra studentdatasystemet FS.

Vennlig hilsen Astrid Kiil Hansen
studiekonsulent
Avdeling for sykepleierutdanning (ASP)
Tlf. 73 41 21 76
astrid.k.hansen@hist.no

-----Opprinnelig melding-----

Fra: alforjan [<mailto:alforjan@stud.ntnu.no>]
Sendt: 19. februar 2015 14:05
Til: Postmottak
Emne: Ang. antall studenter ved ASP

Hei

I forbindelse med masteroppgave har jeg samlet inn data og skal ha en innsamling til ved sykepleierutdanningen ved HiST. I den sammenheng så lurer jeg på om jeg kan få et oppdatert elevtall fra ASP? Gjerne inndelt i kull med tall på distriktsstudenter i de kullene som har det og med kjønn.

Mvh.
Alf Ørjan Glesnes
masterstudent Helsevitenskap
alforjan@stud.ntnu.no
97192498

Kull/klasse	antall_studenter	antall_studenter_kvinner
Bachelor Sykepleier kull 2012	177	162
Bachelor Sykepleier kull 2013	210	184
Bachelor Sykepleier Desentrale kull 2013	10	10
Bachelor Sykepleier kull 2014	242	221
Totalt	639	577

From: [Thor Olaf Albriksen](#) **VEDLEGG 4**
To: ["alforjan"](#)
Subject: SV: SV: SV: Angående obligatorisk time før praksis og masteroppgave
Date: 12. februar 2015 14:59:11

Hei igjen!

En kjapp optelling av antall tilstedeværende i dag (unntatt Hitra): 194 studenter.

Lykke til med masteren.....

Mvh ThorA

From: [Sykepleierforbundet](#)
To: alforjan@stud.ntnu.no
Subject: Ref: 2199940
Date: 12. november 2014 16:38:55

VEDLEGG 5

Hei Alf

Antallet sykepleierstudenter i Norge er ikke en fast størrelse, for eksempel er det over tusen færre registrerte sykepleierstudenter i vårsemesteret enn det er i høstsemesteret. Det er også slik at det er et jevnt frafall av studenter hele veien frem til siste studieår. Dette skyldes både at en god del av de som begynner på sykepleierutdanning velger å hoppe av å gjøre andre ting, men også at noen stryker og ikke kan fortsette av den grunn.

Når vi opererer med en medlemsandel på omlag 90% tar vi utgangspunkt i antallet studenter registrert i vårsemesteret altså på det tidspunkt da vår medlemsandel er høyest, men også mest riktig i forhold til hvem som fullfører. Forenklet sagt er det slik at jo nærmere studieslutt studenter er, jo større medlemsandel har vi i NSF. Det er altså større medlemsandel blant det som lykkes med sine studier, enn blant de som av forskjellige grunner ikke ender opp som autoriserte sykepleiere.

Sist vår var det 13507 sykepleierstudenter registrert i Norge, av disse var 89.7 % medlem hos oss. Det er dette tallet vi har tillatt oss å runde av til 9 av 10.

Vennlig hilsen

Morten Kristoffersen
Norsk Sykepleierforbund

Personalialia

Navn:

Ang. antall studenter

Dato:

20.10.14 12:56

E-post:

alforjan@stud.ntnu.no

Arbeidsrom e-post:

h2199940@henvendelse.sykepleierforbundet.no

Henvendelse detaljer

Hei Har søkt litt på nettet uten å funnet noen tall så lurte på om dere hadde noen tall på hvor mange sykepleierstudenter det er i Norge siden dere reklamerer for at 9/10 studenter med medlem i nsf student? Mvh. Alf Ørjan Glesnes

Region: REK midt	Saksbehandler: Karoline Bjørstad Bergset	Telefon: 73597509	Vår dato: 18.12.2014	Vår referanse: 2014/2011/REK midt
			Deres dato: 28.10.2014	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Monica Lillefjell
HiST

2014/2011 Helse og funksjon i studielivet hos sykepleiestudenter

Forskningsansvarlig: NTNU
Prosjektleder: Monica Lillefjell

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 28.11.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Prosjektomtale

Dette er en tverrsnittstudie. Sykepleierstudenter kan oppleve mye stress, både akademisk og i praksis. Dette kan blant annet føre til dårlig helse, fravær, frafall i studiene og dårligere fungering i studiesituasjonen. Formålet med prosjektet er å beskrive hva som kjennetegner sykepleierstudentenes egenvurdert helse, «sense of coherence» og funksjon i studielivet. I tillegg vil man i denne studien se hvorvidt det er en samvariasjon mellom «sense of coherence», egenvurdert helse og funksjon i studielivet. Spørreskjemaet er anonymt, og de utfylte skjemaene vil kun håndteres av prosjektgruppen. Innsamlet data vil analyseres statistisk ved hjelp av SPSS. Prosjektet vil bidra til mer yrkesspesifikk kunnskap om sykepleiestudenters helse, mestring og funksjon i studielivet. Det skal inkluderes cirka 400 sykepleiestudenter fra HiST.

Vurdering

Det ble diskutert hvorvidt det innsamlede materialet kan regnes som anonymt. Komiteen konkluderte med at materialet kan regnes som anonymt, såfremt det ikke innhentes separat signert samtykke.

Komiteen ber derfor om at det innledningsvis i spørreskjema kort informeres om formålet med studien. Videre må det informeres om at besvarelse av spørreskjema regnes som samtykke til deltakelse i studien. Det må også fremgå at besvarelsen ikke skal signeres og er å betrakte som anonym.

Utover dette ble selve innsamlingen diskutert. I kommentar til helseforskningslovens § 2, note 7, står følgende:

Forskning på anonyme data faller utenfor lovens virkeområde, se § 4, jf. §20. Innsamling av slike data for forskningsformål vil imidlertid normalt omfattes, dvs. selv om opplysningene ikke anses som helseopplysninger. Dette fordi forskerne har direkte kontakt med deltakerne, og forskningen av den grunn anses som forskning på mennesker (...)

Komiteen har med bakgrunn i dette vurdert prosjektets søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge, framstår prosjektet som forsvarlig

og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

Komiteen var enstemmig i sin beslutning.

Vilkår for godkjenning

1. Komiteen ber om at det innledningsvis i spørreskjema gis informasjon om formålet med studien. Videre må det informeres om at besvarelse av spørreskjema regnes som samtykke til deltakelse i studien. Likeledes må det fremgå at besvarelsen ikke skal signeres og er å betrakte som anonym. Revidert spørreskjema skal sendes komiteen til orientering før studien igangsettes. Vennligst benytt e-postadressen post@helseforskning.etikkom.no. Skriv "REK midt 2014/2011" i emnefeltet.
2. Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen. Prosjektet må også gjennomføres i henhold til REKS vilkår i saken og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven (hfl.) med forskrifter.
3. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.
4. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK midt dersom det skal foretas vesentlige endringer av studien, jf. hfl. § 11.
5. Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt på eget skjema senest 15.01.2016, jf. hfl. § 12
6. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Av kontrollhensyn skal prosjektdata oppbevares i fem år etter sluttmelding er sendt REK. Data skal derfor oppbevares til denne datoen, for deretter å slettes eller anonymiseres, jf. hfl. § 38.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner prosjektet med de vilkår som er gitt.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold
Dr.med.
Leder, REK midt

Karoline Bjørstad Berget
Seniorkonsulent

Kopi til: postmottak@svt.ntnu.no; rek-midt@medisin.ntnu.no

From: [Monica Lillefjell](#) **VEDLEGG 7**
To: [alforjan](#)
Subject: VS: Svar fra REK midt 2014/2011: Informasjonsskriv tatt til orientering
Date: 20. januar 2015 14:56:57

Til orientering. Se under.

Monica Lillefjell
Professor, PhD, Reg.OT
Center for Health Promotion Research HiST/NTNU
Faculty of Health Education and Social work,
Department of Occupational Therapy,
Sør-Trøndelag University College
Phone +47 73 55 92 24/ +47 73 59 17 59
Mobile +47 90 77 65 70 

Fra: post@helseforskning.etikkom.no [post@helseforskning.etikkom.no]
Sendt: 20. januar 2015 14:36
Til: Monica Lillefjell
Kopi: postmottak@svt.ntnu.no; rek-midt@medisin.ntnu.no
Emne: Svar fra REK midt 2014/2011: Informasjonsskriv tatt til orientering

Vår ref.nr.: 2014/2011

Hei Monica Lillefjell

Vi viser til revidert informasjonsskriv innsendt 05.01.2015. Komiteen tar dette til orientering og anser vilkårene i studien "Helse og funksjon i studielivet hos sykepleiestudenter" som oppfylt. Studien kan igangsettes.

Med vennlig hilsen
Ramunas Kazakauskas
Førstekonsulent
post@helseforskning.etikkom.no
T: 73597510

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK midt-Norge (REK midt)**
<http://helseforskning.etikkom.no>

