



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Stress, ångest och depression hos sjuksköterskestudenter på ett lärosäte i södra Sverige

En kvantitativ tvärsnittsstudie

Författare: Josefina Granqvist & Wendi Lu

Handledare: Irén Tiberg

Kandidatuppsats, Tvärsnittsstudie

Hösten 2020

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Stress, ångest och depression hos sjuksköterskestudenter på ett lärosäte i södra Sverige

En kvantitativ tvärsnittsstudie

Stress, anxiety and depression among nursing students in one of the universities in the southern Sweden

A quantitative cross-sectional studie

Författare: Josefina Granqvist, Wendi Lu

Handledare: Irén Tiberg

Kandidatuppsats, Tvärsnittstudie
Hösten 2020

Abstrakt

Syfte: Denna studie undersöker förekomsten av stress, ångest och depression hos sjuksköterskestudenter på ett lärosäte i södra Sverige, och om det förekommer någon skillnad i förekomst av stress, ångest och depression mellan termin 1-2 vs. termin 3-4. **Metod:** Totalt 126 sjuksköterskestudenter ingick i studien. Data samlades in med en online survey utformad av DASS-21. Chi-square test användes för att jämföra grupperna i avseende på symtom. **Resultat:** Det förekommer lindriga till mycket svåra symtom på stress, ångest och depression hos sjuksköterskestudenterna, som mättes till respektive 57,9 %, 51,6 % och 55,6 %. Studien fann ingen signifikant skillnad mellan grupperna i symtomen för stress, ångest eller depression ($p=0,158$, $p=0,783$, $p=0,811$). **Slutsats:** Sjuksköterskestudenterna rapporterade höga nivåer av stress, ångest och depression under utbildningen och indikerar att insatser som syftar till att reducera och förebygga psykisk ohälsa hos sjuksköterskestudenterna bör implementeras.

Nyckelord

Stress, ångest, depression, sjuksköterskestudenter, DASS-21

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion.....	1
Problemområde.....	1
Bakgrund.....	2
Psyisk ohälsa.....	2
Förekomst av psykisk ohälsa	3
Psyisk ohälsa hos studenter.....	4
Stress	4
Stress hos sjuksköterskestudenter.....	5
Ångest.....	6
Ångest hos sjuksköterskestudenter.....	6
Depression	7
Depression hos sjuksköterskestudenter.....	7
Sjuksköterskeutbildning I Sverige	8
Omvårdnadsteori.....	9
Syfte	10
Metod	10
Design	10
Urval	11
Instrument	11
Datainsamling.....	12
Kontext	12
Analys av data.....	13
Forskningsetiska avvägningar.....	14
Resultat.....	15
Förekomst av stress, ångest och depression.....	15
Jämförelse mellan T1-T2 vs. T3-T4	16
Stress	16
Ångest	16
Depression	17
Diskussion.....	17
Diskussion av vald metod.....	17
Metodval.....	17
Val av mätinstrument.....	18
Datanalys	19
Diktomisering av symtom	20
Urval	20
Bortfall och generaliserbarhet.....	21
Diskussion av framtaget resultat	22
Förändring av psykisk ohälsa under utbildningens gång	24
Pandemin	26
Interventioner	27
Slutsats och kliniska implikationer.....	29
Författarnas arbetsfördelning	29
Referenser.....	30
Bilaga 1 (3).....	47
Bilaga 2 (3).....	48
Bilaga 3 (3).....	49

Introduktion

Problemområde

Högre utbildning är förknippat med krav och stress som kan innebära en stor påfrestning och utmaning för dagens studenter (Folkhälsomyndigheten, 2018a). Nästan varannan student uppger att de har besvär med nedsatt psykiskt välbefinnande, stress och ångest under utbildningstiden (Folkhälsomyndigheten, 2020e). Flera studier indikerar att andelen studenter som rapporterar psykiska besvär är högre jämfört med jämnåriga (Andrews & Wilding, 2004; Cvetkovski et al., 2012; Winzer et al., 2014), där kvinnliga studenter utgör en grupp med högre risker (Cvetkovski et al., 2012; Eisenberg et al., 2013; Said et al., 2013). Att vara en högskolestudent, som en sjuksköterskestudent är, innebär en benägenhet att uppleva högre nivåer av stress, ångest och depression jämfört med allmänheten (Folkhälsomyndigheten, 2018a). Psykisk ohälsa hos studenter kan få allvarliga konsekvenser för framtiden i form av studieavbrott (Eisenberg et al., 2009), sämre inlärningsförmåga (Dinse et al., 2017), sämre studieresultat (Andrews & Wilding, 2004; Eisenberg et al., 2009; Vaez & Laflamme, 2008), sämre yrkesberedskap, mindre engagemang, mindre professionalitet i yrket, och kan även leda till utbrändhet som kan påverka kvalitén på omvårdnaden (Rudman & Gustavsson, 2012).

Det finns begränsat med forskning kring hur svenska sjuksköterskestudenter upplever stress, ångest och depression under utbildningstiden. En turkisk studie som inkluderade 330 sjuksköterskestudenter visade att 30,0 % hade stressymtom, 24,0 % hade ångestymtom, och 20,0 % hade depressionssymtom (Yüksel & Bahadır-Yilmaz, 2019). Under utbildningen utsätts sjuksköterskestudenten för olika typer av stress (Cheung et al., 2016). Beroende på vilken termin sjuksköterskestudenterna studerade på, upplevde de högre grader av vissa stressorer än andra. Dessa stressnivåer skiftade med de erfarenheter som studenterna erhöll från programmet (Jimenez et al., 2010). Tidigare studier visar att stress såväl som ångest och depression var mer uttalat tidigt i sjuksköterskeutbildningen (Cheung et al., 2016; Fabbris et al., 2017; Fornés-Vives et al., 2016; Jimenez et al., 2010; Rathnayake, & Ekanayaka, 2016), till exempel har det visat sig att studenter i sitt första år på utbildningen hade högre förekomst av stress, ångest och depression i jämförelse med de som gick sitt andra år (Cheung et al., 2016; Fornés-Vives et al., 2016). Liknande studie i avseende på jämförelse mellan terminer med avseende på stress, ångest och depression har inte gjorts på sjuksköterskestudenter i Sverige.

Bakgrund

Psykisk ohälsa

Det finns ingen vedertagen definition av psykisk ohälsa och därför används begreppet olika beroende på vilket sammanhang som råder (Socialstyrelsen, 2013). Psykisk ohälsa är en övergripande term, ett paraplybegrepp, som innefattar flera psykiska besvär och psykiska sjukdomar (Folkhälsomyndigheten, 2018a). Psykisk ohälsa i benämning, kan därför innefatta allt från nedsatt psykiskt välbefinnande till allvarligare former av psykiska sjukdomar eller syndrom (Vingård, 2020). Världshälsoorganisationen (WHO) definierar psykisk hälsa som ett tillstånd av psykiskt välbefinnande och inte bara frånvaro av psykisk ohälsa eller sjukdom (World Health Organization [WHO], u.å.).

Psykisk ohälsa kan förekomma i olika svårighetsgrader, till exempel från mildare tillstånd av ångest och oro till grav depression, eller andra psykiska tillstånd som kräver hälso- och sjukvårdsinsatser. Psykiska besvär har en långvarig negativ påverkan på funktionsförmågan, men inte i den grad att det kan diagnostiseras (Folkhälsomyndigheten, 2020f). Den psykiska hälsan och således den psykiska ohälsan kan mätas på olika sätt (Folkhälsomyndigheten, 2020e). Eftersom begreppet kan definieras olika finns det svårigheter i att mäta förekomst av psykisk ohälsa då det kan innehålla olika definitioner beroende på vilket sammanhang som råder. I Folkhälsomyndighetens (2018a) nationella folkhälsoenkät, som syftar till att visa hur befolkningen mår, analyseras och mäts nedsatt psykiskt välbefinnande, stress, ångest och depression för att undersöka förekomst av självrapporterad psykisk ohälsa. Genom att mäta förekomst av självrapporterad stress, ångest och depression kan man uttala sig om psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2018a), och är således ett sätt att mäta förekomst av psykisk ohälsa.

På samhällsnivå beskrivs psykisk ohälsa som ett problem som medför stora kostnader och utmaningar för hälso- och sjukvården (Skärsäter & Wiklund Gustin, 2019). Psykisk ohälsa anses vara vår tids stora folkhälsoutmaning, och därför gick regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) in i en överensstämmelse att anslå 1,7 miljarder svenska kronor under 2020, i syfte att främja psykisk hälsa (Aarflot, 2020). På individnivå är problemet med förekomst av psykisk ohälsa mångfacetterat och kan leda till konsekvenser som isolering, diskriminering och stigmatisering (Alonso et al., 2009; Angermeyer & Dietrich 2006). Personer med psykisk ohälsa, till exempel besvär med stress, ångest och depression,

har även en ökad risk för att drabbas av somatiska sjukdomar och 70,0 % högre dödlighet jämfört med personer utan psykisk sjukdom (Socialstyrelsen, 2019). Det krävs preventiva åtgärder för att psykisk ohälsa inte ska leda till olika former av somatisk eller psykisk sjukdom (Skärsäter & Wiklund Gustin, 2019).

Förekomst av psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa har under det senaste decenniet ökat både bland kvinnor (från 17,0 % till 20,0 %) och män (från 10,0 % till 14,0 %), och i de flesta ålders- och utbildningsgrupper (Folkhälsomyndigheten, 2018a). En sjuttio procentig ökning av psykisk ohälsa skedde i åldrarna 18-24 år under 2006-2016 (Socialstyrelsen, 2017), vilket även går i linje med Callings et al. (2017) studie som under en 25 årsperiod följde personers självrapportering av psykisk ohälsa i åldrarna 16-71 år. Den högsta ökningen av självrapporterad psykisk ohälsa hittades hos unga vuxna 16-23 år, med en trefaldig ökning hos kvinnor (från 8,9 % till 29,0 %) och en 2,5 faldig ökning hos män (från 5,0 % till 12,2 %) (Calling et al., 2017).

Ökningen av psykisk ohälsa är störst hos unga vuxna (Folkhälsomyndigheten, 2020b), samtidigt som psykiska besvär är vanligare bland unga i Sverige än i andra nordiska länder (Bremberg, 2015; Löfstedt, 2017). En av tre unga mellan 16-29 år har besvär av ångest i Sverige (Statistiska centralbyrån [SCB], 2020). Under 2020 var stress, ångest och nedsatt psykiskt välbefinnande högst förekommande i befolkningen i åldersgrupperna 16-29 år, där 33,0 % hade förekomst av stress, 66,0 % hade besvär med ångest (Folkhälsomyndigheten, 2020e) och 25,0 % hade nedsatt psykiskt välbefinnande (Folkhälsomyndigheten, 2020d).

Fler kvinnor har förekomst av stress (18,0 %) och ångest (49,0 %) än män (stress: 11,0%, ångest 33,0 %) (Folkhälsomyndigheten, 2020e). Uppskattningsvis drabbas cirka 25,0 % av befolkningen av ångest, och förekommer två till tre gånger mer hos kvinnor än som hos män (Socialstyrelsen, 2019). Även depression förekom nästan i dubbel så hög utsträckning hos kvinnor som bland män (Folkhälsomyndigheten, 2020e). I Folkhälsomyndighetens rapport, rapporterade 11,0 % av kvinnorna i befolkningen depressiva symtom i jämförelse med männen, där endast 8,0 % uppgav depressiva symtom (Folkhälsomyndigheten, 2018a).

Tidigare forskning visar att det finns en uppenbar skillnad i hur de olika könen självskattar förekomsten av stress, ångest och depression (Eaton et al., 2012; Lidwall & Olsson-Bohlin,

2016; Folkhälsomyndigheten, 2018a; Folkhälsomyndigheten, 2020e). Förekomsten av psykisk ohälsa är högre bland kvinnor än män. Det gäller både självrapporterade psykiska besvär (kvinnor 20,0 %, män 11,0 %) och även psykiatriska diagnoser inom öppenvård såväl som slutenvård (Folkhälsomyndigheten, 2020e). Risken att drabbas av psykisk ohälsa är avsevärt högre för kvinnor än för män (Eaton et al., 2012; Lidwall & Olsson-Bohlin, 2016), där kvinnor har 24 procents större risk än män att insjukna i en psykisk sjukdom (Eaton et al., 2012).

Psykisk ohälsa hos studenter

Psykiska besvär är vanligare bland studenter än jämnåriga i befolkningen och var fjärde student uppger att de känner sig stressade (Folkhälsomyndigheten, 2018a). Av studier utförda på universitet i Sverige, uppger 23,0 % av studenterna att de mått psykiskt dåligt på grund av sina studier (Holmström, 2018), där Björnemark et al. (2020) fann att 71,0 % av de kvinnliga studenterna och 62,0 % av de manliga studenterna mått psykiskt dåligt av sin studiesituation. Kvinnliga studenter rapporterade även dubbelt så höga stressnivåer i jämförelse med männen (Folkhälsomyndigheten, 2018b).

I jämförelse med yrkesverksamma i samma åldersgrupp har studenter högre frekvenser av nedsatt psykiskt välbefinnande (25,0 % vs 16,0 %) (Folkhälsomyndigheten, 2020d), stress (25,0 % vs 16,0 %) och där varannan student vs. var tredje yrkesverksam har ångest (Folkhälsomyndigheten, 2018b). Depression förekom hos 16,0 % av studenterna i jämförelse med yrkesverksamma där 14,0 % hade depression (Folkhälsomyndigheten, 2018a). Studenter mår sämre än de yrkesverksamma i samhället med samma åldersgrupp, vilket flera internationella studier visar då högre andelar psykisk ohälsa förekommer hos studenter än hos jämnåriga icke-studerande (Cvetkovski et al., 2012; Dyrbye et al., 2006; Leahy et al., 2010; Winzer et al., 2014) och den allmänna befolkningen (Ibrahim et al., 2013; Rotenstein et al., 2016).

Stress

Stress definieras som det sätt människans kropp reagerar när den utsätts för krav, utmaning, hot eller belastning, vilket påverkar människan såväl kroppsligt som själsligt (Gustafsson & Wiklund Gustin, 2019). Det saknas en vedertagen definition av stress trots att det är ett

begrepp som har använts sedan länge. Stress är naturligt och kan ha både positiva och negativa effekter, men beskrivs som en subjektiv upplevelse som påverkar välmående negativt, och har sitt ursprung i situationer som individen inte har resurser till att hantera. Kroppens stresssystem är väl utvecklat för plötsliga och kortvariga hot. Den långvariga, svåra stressen är däremot något som resulterar i minskad energi, trötthet och försämrad prestationsförmåga som kan påverka individens förmåga att klara av vardagslivet. Denna nivå av stress kan i slutändan leda till depression eller död (Gustafsson & Wiklund Gustin, 2019; Wiklund Gustin, 2015). Yrkesgrupper med hög arbetsbelastning och höga krav har en större sårbarhet att utveckla stressrelaterad ohälsa (Gustafsson & Wiklund Gustin, 2019). Stress hos studenter har skadliga och negativa effekter på inlärning och kognitiv funktion under utbildningstiden (Cahill et al., 2003; Lupien & Schramek, 2006; Palmer et al., 2014; Saipanish, 2003).

Stress hos sjuksköterskestudenter

Sjuksköterskestudenter upplever både akademisk och klinisk stress (Galvin et al., 2015; Jimenez et al. 2010), men även social stress (Galvin et al., 2015). Akademisk stress beskrivs som stress som uppstår i samband med skolan genom uppgifter relaterat till utbildningen, såsom tentamen, press på att uppnå högre betyg och relationen med lärarna på skolan (Jimenez et al., 2010). Högre nivåer av akademisk stress förekommer i första året hos sjuksköterskestudenter jämfört med de i sista året (Chan et al. 2009; Kumar & Chew, 2011). Galvin et al. (2015) beskriver i en kvalitativ studie att studentens upplevelse av stress ökar i samband med uppgifter relaterat till studier, och särskilt mycket då uppgiften sker parallellt med VFU:n. Jimenez et al. (2010) rapporterar att klinisk stress till exempel kan uppstå då det förekommer dödsfall på VFU:n eller vid brist på kunskap och förmåga att hantera akuta situationer. Personalbrist under den kliniska placeringen bidrar även till den kliniska stressen vilket gör att sjuksköterskestudenter kan känna sig utsatta eftersom de inte utvecklat förmågan att hantera dessa situationer och samtidigt möta patienter i klinisk praxis (Galvin et al., 2015). Den sociala stressen uppstår bland annat genom att sjuksköterskestudenter upplever att andra studenter inte förstår hur det är att ha studier i samband med en klinisk placering (Galvin et al., 2015).

Tidigare studier identifierar att studieår har en avgörande roll i förekomsten av stress hos sjuksköterskestudenter (Chan et al., 2009; Cheung et al., 2016; Fornés-Vives et al., 2016;

Kumar & Chew, 2011). Forskning visar att högre frekvenser av stress förekommer bland de som går i första och andra termin (72,0 %), i jämförelse med de som går i tredje och fjärde termin (62,0 %), det kan förklaras genom att studenterna upplever större påfrestningar då VFU:n ofta sker parallellt med andra studier (Cheung et al., 2016). Stressen minskar under utbildningen och är som högst under första utbildningsåret i jämförelse med det sista året (Fornés-Vives et al., 2016). Diaz-Godiño et al. (2019) fann att sjuksköterskestudenter i Peru hade en 67,6 procentig prevalens av lindriga till mycket svåra stressymtom. Den vanligaste åldersgruppen bland deltagarna var 20-29 år och 36,9 % av dem hade lindriga till mycket svåra stressymtom. Mer än två femtedelar av både männen (41,2 %) och kvinnorna (40,0 %) självrappporterade lindriga till mycket svåra stressymtom (Diaz-Godiño et al. 2019), men de kvinnliga sjuksköterskestudenterna var mer benägna att rapportera stressymtom (33,4 %) än de manliga (30,2 %) (Cheung et al., 2016).

Ångest

“Ångest kommer från latinets *angustia* som betyder trånghet” (Ottosson, 2015, s. 174). Ångest är vår känslomässiga upplevelse och reaktion på förväntad eller tänkt fara, och beskrivs som ett tillstånd kopplat till tiden, panikkänslor eller rädsla för det absoluta nuet. Ångest kan vara allt från en normal reaktion till ett sjukligt tillstånd men är dock något varje människa möter förr eller senare i livet. Ångest kan därför fungera som en vägvisare som visar att något inte fungerar optimalt (Sjöström & Skärsäter, 2019). Ångestreaktioner initierar både psykiska och somatiska reaktioner genom att sinnena skärps och det sker en mobilisering för kamp-, flykt- eller frysningsrespons (Sjöström & Skärsäter, 2019). Vid svår ångest kan svårhanterlig oro och känslor av att inte kunna hantera tillvaron orsaka svårigheter i att klara av arbete, sysselsättning och fungera socialt i det vardagliga livet (Wiklund Gustin, 2015). Svåra ångesttillstånd kan även leda till varaktig funktionsnedsättning, sekundära psykiska och fysiska komplikationer, och suicid om inte adekvat behandling sätts in (Socialstyrelsen, 2020).

Ångest hos sjuksköterskestudenter

Internationella studier identifierar ångest bland sjuksköterskestudenter (Cheung et al., 2016; Diaz-Godiño et al., 2019; Fabbris et al, 2017). Tidigare studier visar att ålder, kön och utbildningsår påverkar förekomst av ångest, där ung ålder (Cheung et al., 2016; Diaz-Godiño

et al., 2019), det kvinnliga könet (Cheung et al., 2016) och att befinna sig i första året av utbildningen (Fabbris et al., 2017) är faktorer som kan vara risk för ångest. Cheung et al. (2016) visar att ångest är vanligare hos yngre sjuksköterskestudenter i Hong Kong, oavsett vilken årskurs de går: där hela 51,0 % av den yngre åldersgruppen (18-22 år) rapporterade att de har ångestsymtom (Cheung et al., 2016). Kvinnliga sjuksköterskestudenter var mer benägna att rapportera ångestsymtom (50,1 %) än manliga (47,3 %) (Cheung et al., 2016). Diaz-Godiño et al. (2019) fann i sin studie, att 77,8 % av sjuksköterskestudenterna i Peru hade ångestsymtom. Mer än 80,0 % av studenterna i åldern 20 år eller yngre rapporterade lindriga till mycket svåra ångestsymtom. I åldrarna 20-29 år fanns en liknande prevalens på över 75,0 %. En annan internationell studie visar att ångest i högre grad förekom hos första års sjuksköterskestudenter med en skillnad på 16 procentenheter i jämförelse med de studenter som går sitt sista år (Fabbris et al., 2017).

Depression

Depression kan komma utan utlösande orsak eller utlösas av yttre händelser (Skärsäter, 2019). Det kan förlama individens psykiska och såväl fysiska förmåga, och kan ibland förväxlas med känslan av nedstämdhet (Rowe, 1993). Personer som utvecklar depression befinner sig ofta i pressade livssituationer och olika faktorer kan bidra till depression, där stress är en påtaglig faktor. Vid depression uppstår en otillräcklig serotoninomsättning som leder till en biokemisk obalans i hjärnan (Skärsäter, 2019). Det som tidigare gav tröst och värme har inte samma effekt vid depression (Rowe, 1993). Depression delas in i olika allvarlighetsgrader: lindrig, medelsvår och svår eller allvarlig depression. Allvarlighetsgraden har en avgörande betydelse för vilka konsekvenser som kan uppstå för individen. Vid lindrig nivå är symtomen få och oftast milda medan symtomen vid medelsvår är fler och mer varaktiga. Hos personer med svår depression är funktionsförmågan och livskvaliteten kraftigt nedsatt, vilket medför stora svårigheter att klara vardagslivet och de dagliga aktiviteterna. Nivån kan även leda till suicidtankar och psykotiska symtom om den fortgår obehandlad (Socialstyrelsen, 2020).

Depression hos sjuksköterskestudenter

Depression förekommer hos sjuksköterskestudenter (Chen et al., 2015; Cheung et al., 2016; Christensson et al., 2011; Diaz-Godiño et al., 2019; Rathnayake & Ekanayaka, 2016; Tung et al., 2018), där kvinnliga sjuksköterskestudenter i den yngre åldersgruppen har större benägenhet att rapportera depressiva symtom. I en metaanalys som omfattade 8918

sjuksköterskestudenter förekom depression hos 34,0 %, där yngre studenter (21-25 år) hade högre förekomst av depression (39,0 %) än äldre (<25 år, 18,0 %) (Tung et al., 2018). Årskurs är statistiskt signifikant med förekomsten av depression (Rathnayake & Ekanayaka, 2016). Studenter i år två av utbildningen rapporterade lägre andel depressiva symtom (14,3 %) än de som gick sitt första år (33,7 %) (Cheung et al., 2016), och kan bero på den ökade belastning som förekommer då individen börjar studera i kombination med den första långvariga praktikplatsen (Cheung et al., 2016). Diaz-Godiño et al. (2019) fann att det förekom depression hos 38,8 % av både kvinnliga och manliga sjuksköterskestudenter i Peru (Diaz-Godiño et al., 2019). Manliga sjuksköterskestudenter i Hong-Kong tenderar att rapportera högre andel depressiva symtom (38,5 %) än kvinnliga studenter (33,8 %) (Cheung et al., 2016). I studien av Christensson et al. (2011) hade 16,0 % av sjuksköterskestudenter depressiva symtom. I en internationell studie hade 33,0 % av sjuksköterskestudenterna depressiva symtom som var korrelerad till stress och ångest (Chen et al., 2015).

Sjuksköterskeutbildning i Sverige

Omvårdnadsarbetet är historiskt sett ett övervägande kvinnligt yrke. Könsklyftan inom sjuksköterskeyrket var under 2018: 89,0 % kvinnor och 11,0 % män av sjuksköterskorna (Statistiska centralbyrån [SCB], 2018). Liknande könsfördelning sågs bland ansökningarna till sjuksköterskeprogrammet inför höstterminen 2019, där 84,0 % bestod av kvinnor och resterande 16,0 % var män (Universitets- och högskolerådet [UHR], 2020). Således är övervägande del av sjuksköterskestudenter kvinnor. Hälften av alla ansökningar till sjuksköterskeprogrammet inför höstterminen 2019 gjordes av personer under 24 år (52,0 %), 32,0 % av de som ansökte var mellan 25-34 år och 16,0 % var 35 år eller äldre (UHR, 2020). Således består sjuksköterskeprogrammen i Sverige till stor del av unga kvinnor.

För att erhålla en sjuksköterskeexamen krävs ett godkännande på 180 högskolepoäng, som motsvarar 120 studieveckor. Högskoleförordningen (SFS 1993:100) beskriver olika krav som ska uppnås för att den studerande ska tilldelas sjuksköterskeexamen, dessa krav innebär att sjuksköterskestudenten bland annat ska kunna visa kunskap, färdigheter, förmågor och förhållningssätt som ingår i sjuksköterskans ansvarsområde. I takt med den medicinska och tekniska utvecklingen förändras kraven på sjuksköterskans omvårdnadsarbete, som uttrycks i en ständig utveckling av sjuksköterskeutbildningens innehåll och längd (Willman, 2016). Vissa krav kan prövas genom examination av verksamhetsförlagd utbildning (VFU) som

innebär en klinisk placering i öppen- och sluten hälso- och sjukvård, eller inom omsorgen. VFU innebär att sjuksköterskestudenter får möjlighet att tillämpa sina teoretiska kunskaper och utöva diverse praktiska moment, som krävs inom sjuksköterskeprofessionen (Ulander et al., 2016). Att arbeta på hektiska scheman, hantera stressiga och oväntade situationer är en del av sjuksköterskeyrket (Nayak, 2019). Således kan det vara en fördel att sjuksköterskestudenter utvecklar färdigheter att bemöta det.

Omvårdnadsteori

Enligt Roys adaptationsmodell är adaptation människans förmåga att anpassa sig till en föränderlig miljö (Roy, 2009). Adaptationen kopplas till olika aspekter av mänskligt liv såsom utveckling, bemästrande och förändring av människan och hennes miljö (Roy, 2009). Adaptationen är viktigt i övergången från sjuksköterskestudent till yrkesverksam då studien av Craft et al. (2017) visat att det kan påverka sjuksköterskestudenternas psykiska välbefinnande.

Roys adaptationsmodell innebär att människan aktivt ska anpassa sig utifrån livsomständigheter (Roy, 2009). Utifrån konsensusbegreppen menar Roy (2009) att människan är en del av ett större system. Människan förstås mot den bakgrund miljön utgör, och påverkar samtidigt miljön. Om en sjuksköterskestudent upplever symptom på psykisk ohälsa påverkar det, utifrån Roys adaptationsmodell, även miljön runt hen. Roy (2009) menar att hälsa och omvårdnad måste förstås i relation till systemet och i ett perspektiv som något som påverkar och påverkas av de andra komponenterna i metaparadigmet (Roy, 2009).

I miljön att förbereda sig på att utföra omvårdnad som en legitimerad sjuksköterska, innebär det att sjuksköterskestudenten måste anpassa sig till de rådande situationerna och miljön som existerar. Genom att utföra praktik möts sjuksköterskestudenten av olika miljöer som enligt Roy (2009) innebär bemästrande av den förändrade miljön.

Utifrån adaptationsmodellen ses hälsa som en dynamisk process som reflekterar människans förmåga att anpassa sig till miljön, något som ses som föränderligt. Miljön blir följaktligen en källa till stimuli, som människan utifrån hennes egen förmåga att bemästra, upplever som positiva eller negativa responser. Människan och världen är således relaterade till varandra (Roy, 2009).

En väsentlig aspekt i modellen är att visa respekt för att alla har sitt eget sätt att forma sin existens och modellen har utvecklats genom att fokusera på den enskilda människan. Roy (2009) beskriver att då människan utsätts för stimuli strävar kroppen efter en fysiologisk jämvikt, genom att bevara balansen inom den psykologiska och den sociala förmågan. Nya intryck, både inifrån och utifrån, som tankar och kroppsliga förnimmelser påverkar balansen. Roy menar att det kan uttryckas i komplexa företeelser som kan skilja personen från dess omgivning (Roy, 2009).

Roy (2009) menar att för att vara, att bli integrerad, och hel, det vill säga i balans, måste människan kunna hantera alla de inre och yttre stimuli som möts. Den individuella förmågan att ta in och hantera dem på ett ändamålsenligt sätt benämns adaptionsnivå. Då människan utsätts för belastningar ökar risken att adaptionsnivån minskar, individens förmåga att bemästra adaptionsnivå ändamålmässigt sjunker därför. Således påverkas sjuksköterskestudenters copingprocesser genom hens adaptation av situationen och kapacitet att hantera stressorer. Roy (2009) menar att residuala stimuli från tidigare erfarenheter kan bidra till ökad sårbarhet för liknande stimuli i framtiden.

I enlighet med Roys adaptionsmodell kan sjuksköterskestudenters upplevelse av symtom på psykisk ohälsa, som kan manifesteras sig i stress, ångest och depression, innebära en sårbarhet när det gäller deras sätt att hantera liknande situationer som färdig sjuksköterska. Därför är det viktigt att ta reda på i vilken nivå dessa symtom förekommer för att sjuksköterskestudenten ska ha chans att utveckla förmågan till god adaptation.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka förekomst av stress, ångest och depression hos sjuksköterskestudenter i termin 1-4 på ett lärosäte i södra Sverige, och jämföra förekomsten mellan termin 1-2 vs. termin 3-4.

Metod

Design

Studien genomfördes som en tvärsnittsstudie. Tvärsnittsstudier omfattar en typ av undersökning som innebär att information samlas in utan manipulation och ingår i en

studiedesign som kallas observationsstudier (Polit & Beck, 2018). Tvärsnittsstudier är studier med ett enda mättillfälle och resulterar i en bild av hur verkligheten ser ut här och nu (Kristensson, 2014). Enligt Polit och Beck (2018) bottnar en kvantitativ ansats i uppfattningen om att det finns en mätbar verklighet där resultatet ska leda till generaliserbara slutsatser. Kvantitativa enkätstudier används i många studier (Kristensson, 2014).

Urval

Ett bekvämlighetsurval användes, där respondenter fanns lättillgängliga för studieförfattarna på ett lärosäte i södra Sverige. Studien begränsades till sjuksköterskeprogrammet på grundnivå i terminerna 1-4 (T1-T4), då tidigare studier visat att stress, ångest och depression är mer uttalat tidigt i utbildningen (Cheung et al., 2016; Fornés-Vives et al., 2016; Jimenez et al., 2010; Rathnayake, & Ekanayaka, 2016). Inklusionskriterier var studenter i T1-T4 som under höstterminen 2020, studerande på sjuksköterskeprogrammet på grundnivå med en studietakt på 100%. Totalt tillfrågades 368 sjuksköterskestudenter i T1-T4 på ett lärosäte i södra Sverige att delta i studien. Via information från lärosätets administrativa avdelning bestod de tillfrågade studenterna av 80,3 % kvinnor och 19,7 % män. Medelåldern för respektive termin var 23 år i första terminen, 25 år i andra terminen, 24 år i tredje terminen och 27 år i fjärde terminen, med en medelålder på 25 år för alla terminer (termin 1-4). Av dem tillfrågade sjuksköterskestudenterna besvarade 126 studenter enkäten och skickade in sina svar (en svarsfrekvens på 34,3 %). En student nekade samtycke och 13 studenter påbörjade enkäten men skickade inte in sina svar och exkluderades från studien, vilket utgjorde det interna bortfallet.

Instrument

Instrumentet som användes var Depression Anxiety Stress Scales 21 (DASS-21) (Lovibond och Lovibond, 1995), och är ett självskattningsinstrument som används för att kartlägga förekomsten av stress, ångest och depression bland studiedeltagare den senaste veckan (se bilaga 1). Mätinstrumentet har utvärderats i flera studier, använts i Sverige och bedömts ha tillräcklig reliabilitet och validitet (Alfonsson et al., 2017; Lee, 2019; Ng et al., 2007), och valdes eftersom instrumentet mäter det studien avser mäta (se bilaga 1).

DASS innehåller tre delskalor: D-depression, A-ångest och S-stress. Delskalorna består av vardera 7 frågor, som representerar subskalorna. Med hjälp av en fyrgradig skala av likert-typ

bedömer respondenterna hur mycket varje påstående är relevant för dem den senaste veckan, “från stämde inte alls på mig”, till “stämde väldigt bra på mig, eller nästan hela tiden”. Originalversionen består av 42 frågor, DASS-21 som är en kortversion av DASS, innehåller endast 21 frågor.

I den senare studien av Alfonsson et al. (2017), översattes DASS-21 till svenska och utvärderades. Studien av Alfonsson et al. (2017) stödjer övergripande validitet och faktorstruktur för DASS-21. Resultatet av studien visade att DASS-21 kan användas för att mäta unika symtom på stress, ångest och depression, såväl som allmänpsykologiska besvär (Alfonsson et al., 2017). Studien av Alfonsson et al. (2017), bekräftar att DASS-21 är ett teoretiskt mätinstrument som är genomförbart för både forskning och klinisk praxis.

Enkäten kompletteras med en sluten bakgrundsfråga: “Vilken termin på sjuksköterskeutbildningen går du i nu?” med svarsalternativen: “Termin 1”, “Termin 2”, “Termin 3” och “Termin 4”.

Datainsamling

Innan enkäten distribuerades till studenterna genomfördes en pilotundersökning som inkluderade tio personer. Ett tillstånd till genomförandet av studien erhöles av verksamhetsansvarig innan studien påbörjades. Tillgång på studenternas mejladress beställdes av lärosätets supportteam som har hand om lärosätets studentregister. En förfrågan om att delta i studien skickades därefter ut till alla studenter som mötte inklusionskriterierna. Studenterna informerades om studien i ett informationsbrev som skickas ut med enkäten. Information om studien fanns även beskrivet i mejlet och som inledningstext i enkäten.

Data samlades in under en vecka i månadsskiftet november/december 2020. Enkäten skickades ut i tre omgångar, första gången i slutet av november 2020 och sedan som påminnelser. Första påminnelsen skickades ut två dagar efter och den andra påminnelsen efter ytterligare tre dagar. Enkäten gick endast att besvara en gång per person.

Kontext

Studien genomfördes under en pågående COVID-pandemi, som genom hela år 2020 spridit sig över världen (World Health Organization [WHO], 2020b). Pandemin har orsakat att flera

länder behövt justera samhället temporärt, där åtgärder såsom minimering av fysisk kontakt satts in för att minska smittspridningen (World Health Organization [WHO], 2020a). Förutom virusets konsekvenser på sjuklighet och dödlighet, påverkar pandemin och smittskyddsåtgärderna flera av samhällets funktioner (Folkhälsomyndigheten, 2020a). Universitet har fått ändra utbildningsform för att minska risken av smittspridning. Flera universitet har därför behövt invertera fysiska lektioner till online föreläsningar (UNESCO, u.å.). Datainsamlingen genomfördes under en pågående pandemi, där all undervisning och obligatoriska examinationer, om möjligt, skulle genomföras digitalt utan fysisk närvaro. Det innebar förändrade omständigheter på utbildningsformen av sjuksköterskeutbildningen.

Analys av data

I versionen av DASS-21 som är översatt och anpassad till det svenska språket (Alfonsson et al., 2017) finns en "DASS-21 tabellvärden" som resulterar i olika nivåer av symtom baserad på poängvärde av vardera subskala (se bilaga 3). Data överfördes till SPSS version 26 (IBM Corp, 2019) där den kategoriserades utifrån de påståenden som utgjorde de subskalor som fanns framställda i "Mall för poängberäkning" (se bilaga 2). Varje påstående-svar utgjorde en poäng från 0-3. Varje kategori summerades och multipliceras med två som bildade en totalpoäng för varje kategori: ett för stress, ett för ångest och ett för depression. (Psychology Foundation of Australia, 2018). Totalpoängen jämfördes med den framtagna poängen för befintliga nivåer (se bilaga 3) som definierar vilken nivå (normal, lindrig, måttlig, svår och mycket svår) av symtom individen upplevde och sammanställdes på gruppnivå i tabeller i antal och procent.

Materialet delades därefter in i två grupper i SPSS: Termin 1- 2 (grupp 1) vs. Termin 3- 4 (grupp 2), då syftet var att undersöka om det förekom någon skillnad i förekomst av stress, ångest och depression mellan T1-T2 och T3-T4. En jämförelse mellan grupperna 1 och 2 med avseende på stress, ångest och depression genomfördes för "normala symtom" och "lindriga till mycket svåra symtom", eftersom dessa nivåer av symtom kan orsaka konsekvenser för individen som svårigheter att klara av jobb och skola. Det icke-parametriska testet Chi-square användes för att jämföra grupperna. Chi-square-test används när två eller flera grupper ska jämföras på nominalskalenivå (Kristensson, 2014). Nivån av statistisk signifikans sattes på $p < 0.05$ i alla tester (Polit & Beck, 2018). Resultatet presenteras i tabeller i antal och procent, och grafiskt.

Forskningsetiska avvägningar

All forskning ska präglas av ett etiskt förhållningssätt (Kristensson, 2014). Eftersom en empirisk studie genomfördes gjordes ett etiskt övervägande om studien. I samhället finns utsatta grupper som måste visas särskild hänsyn till i forsknings-sammanhang. Att tillhöra en utsatt grupp handlar om i vilken grad individen har förståelse för konsekvenserna av att skriva under ett samtycke till att delta i en studie (Polit & Beck, 2018). Deltagarna i denna studie är per definition inte en utsatt grupp.

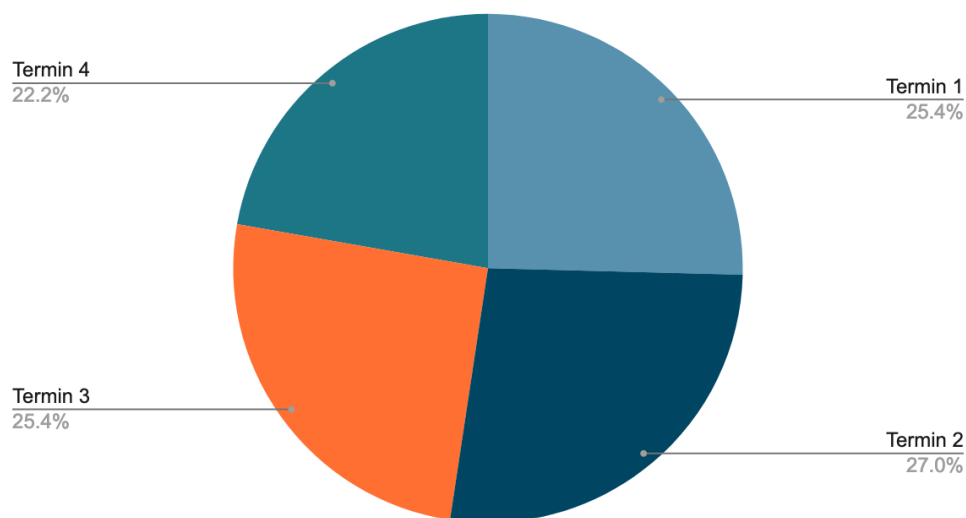
De etiska principerna inom forskning är, autonomi-, rättvise-, människovärdes- och godhetsprincipen (Kristensson, 2014). För att följa principerna krävs att samtyckeskravet, informationskravet och konfidentialitetskravet iakttas vid studier med människor inblandade (Bryman, 2011). Studier ska vara frivilliga och de människor som väljer att delta ska lämna ett informerat samtycke (Kristensson, 2014). För att deltagarna ska kunna fatta beslut om huruvida de vill delta eller ej behöver de först få detaljerad information om vad studien innebär, vilket studenterna fick i ett informationsbrev. Samtyckeskravet beskriver att deltagarna har rätten till att själva bestämma sin medverkan i studien (Bryman, 2011). Studenterna informerades om att medverkan var frivillig och de beslutade själva om de ville delta i studien genom att slutföra enkäten. I samband med att studenterna skickat in enkäten lämnade de ett informerat samtycke i enkätens samtyckesformulär angående deras deltagande i studien. Då studenterna lämnade samtycke, samtyckte de även till hur deras svar skulle behandlas och hanteras. Informationskravet finns för att deltagarna ska veta syftet med studien och vilka undersökningar eller moment som ingår, men även att medverkan är frivillig (Bryman, 2011). Informationskravet uppfylldes genom att information om studien skickades med i mejlet i ett informationsbrev i samband med enkäten. Informationen innehöll: studiens syfte; information gällande konfidentialitet; att data som samlades in inte kunde härledas tillbaka till deltagarna; att resultatet skulle presenteras på grupp-nivå; samt att studieförfattarna inte kunde veta vilka som medverkade. Eftersom studenterna tillfrågades digitalt bedömdes det som särskilt viktigt att tydliggöra att förfrågan avsåg en kandidatuppsats och vem avsändare till frågeformuläret var. Även om studieförfattarna studerar på samma program som de tillfrågade deltagarna, bedömdes risken för jäv som låg. Studieförfattarna kunde heller inte koppla svar till enskilda individer. Att besvara frågeformulär kan väcka känslor och tankar om det egna måendet. Därför inkluderades information i dels mejlet och dels sist i frågeformuläret, om vart studenten kunde vända sig om de upplevde att de behövde hjälp.

Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter som samlas in ska hållas konfidentiellt (Bryman, 2011). Då en anonym respondent-enkät utformades kunde uppgifter förvaras konfidentiellt det vill säga avidentifierat och utan insyn av obehöriga. Det insamlade materialet hanterades endast av studieförfattarna och endast de hade behörighet och tillgång på materialet. Efter avslutad examination av uppsatsen raderades insamlat material.

Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) ger rådgivande yttrande vid empiriska examensarbeten på sjuksköterskeprogrammet (Institutionen för hälsovetenskaper, 2017). En ansökan skrevs därför och skickades till VEN. Yttrandet från VEN innebar inga etiska invändningar från att studien skulle genomföras, men föreslog korrigeringar i designen. Noggranna etiska överväganden genomfördes av studieförfattarna tillsammans med handledare, programansvarig och ordförande i VEN angående VEN-utlåtandet.

Resultat

Av de 368 studenter besvarades enkäten av 126 studenter, vilket utgjorde en svarsfrekvens på 34,3 %. Det var en jämn svarsfrekvens mellan terminerna, med lägst svarsfrekvens i T4 (22 %) och högst i T2 (27 %).



Figur 1. Översikt av studiepopulation

Förekomst av stress, ångest och depression

I Tabell 1 redovisas antalet studenter och procent i de olika nivåerna för stress, ångest och depression. Av studenterna upplevde 57,9 % lindrig till mycket svår stressymtom. Normal

ångestnivå förekom hos 48,4 % av studenterna vilket betyder att mer än hälften (51,6 %) upplevde lindrig ångestsymtom till mycket svår ångestsymtom. Mer än hälften (55,6 %) av studenterna upplevde lindrig till mycket svår depressionssymtom. Mediannivån för stress, ångest och depression var lindrig symtom.

Tabell 1. Förekomsten av stress, ångest och depression

	Total Studiepopulation, n (%)					Total
	Normal	Lindrig	Måttlig	Svår	Mycket svår	
Stress	53 (42,1 %)	21 (16,7 %)	24 (19,0 %)	21 (16,7 %)	7 (5,6 %)	126 (100,0 %)
Ångest	61 (48,4 %)	9 (7,1 %)	29 (23,0 %)	12 (9,5 %)	15 (11,9 %)	126 (100,0 %)
Depression	56 (44,4 %)	17 (13,5 %)	21 (16,7 %)	14 (11,1 %)	18 (14,3 %)	126 (100,0 %)

Jämförelse mellan T1-T2 vs. T3-T4

Tabell 2 jämför T1-T2 vs. T3-T4 i förekomst av stress, ångest och depression genom en analys med Chi-square-test.

Stress

Det förekom ingen statistisk signifikant skillnad mellan grupperna i förekomsten av lindrig till mycket svår stress hos studenterna T1-T2 jämfört med T3-T4 ($p=0,158$). Av studenterna i T1-T2 upplevde sammanlagt 59,1 % lindrig till mycket svår stress. I T3-T4 upplevde sammanlagt 56,7 % lindrig till mycket svår stress (Tabell 2).

Ångest

Det förekom inte någon statistisk signifikant skillnad mellan grupperna (T1-T2 vs. T3-T4) vad gäller ångestsymtom ($p=0,783$). Av studenterna i T1-T2 hade 57,6 % lindrig till mycket svår ångest och av studenter i T3-T4 upplevde 45,0 % lindrig till mycket svår ångest (Tabell 2).

Depression

Av studenterna i T1-T2 hade 54,5 % lindrig till mycket svår depression, i jämförelse med T3-T4 där 56,7 % av studenter upplevde lindrig till mycket svår depression. Ingen statistisk signifikant skillnad mellan grupperna (T1-T2 vs. T3-T4) och förekomst av depressionssymtom påträffades ($p=0,811$) (Tabell 2).

Tabell 2. Förekomst och jämförelse av stress, ångest och depression mellan T1-T2 vs. T3-T4

	Stress, n (%)		Ångest, n (%)		Depression, n (%)	
	Inga symtom	Lindrig-Mycket svår	Inga symtom	Lindrig-Mycket svår	Inga symtom	Lindrig-Mycket svår
T1-T2	27 (40,9 %)	39 (59,1 %)	28 (42,4 %)	38 (57,6 %)	30 (45,5 %)	36 (54,5 %)
T3-T4	39 (59,1 %)	34 (56,7 %)	33 (55,0 %)	27 (45,0 %)	26 (43,3 %)	34 (56,7 %)
Totalt	53 (42,1 %)	73 (57,9 %)	61 (48,4 %)	65 (51,6 %)	56 (44,4%)	70 (55,6 %)
p-värde	0.158		0.783		0.811	

Diskussion

Diskussion av vald metod

Metodval

Syftet med studien var att undersöka förekomst av stress, ångest och depression, och styrde valet av metod. Studien var en kandidatuppsats vilket gjorde att omfattningen av studien avgränsades. Därför användes en webbaserad enkätstudie, eftersom det är ett enkelt sätt att distribuera enkäter och ett snabbt sätt att nå flera deltagare på kort tid (Eliasson, 2018). Enkätstudier är även tidseffektiva i den mån att data enklare går att föra in i analysprogram som summerar resultatet (Bryman, 2011). Vidare hade online-enkäten flera fördelar i avseende på att minimera smittspridningen mellan studiedeltagare och studieförfattare med hänsyn till pågående COVID-pandemi, när datainsamlingen utfördes. En svaghet med att använda webbenkäter kan vara att enkäter kan skickas till respondenternas skräppost

(Bryman, 2011), men genom att ett enkätverktyg användes, som även lärosätet använde för att utvärdera kurser, kunde risken minimeras eftersom studenterna fått mejl via enkätverktyget tidigare. Det finns svagheter kring frågor som rör anonymitet och konfidentialitet vid användning av webbenkäter (Bryman, 2011), men eftersom studieförfattarna i enkätverktyget gjorde enkäten till en "anonym respondentenkät" doldes personlig data och svaren blev oidentifierbara, och är således en styrka i metoden.

Enligt Bryman (2011) är slutna frågor i enkäter lättare att besvara och ökar svarsfrekvensen. En styrka i metoden var således att enkäten bestod av slutna frågor och påståenden som studenterna fick besvara som innebar att deltagandet var mindre tidskonsumerande och minskade bortfallet. Den korta svarstiden för hur länge enkäten låg ute kan ha påverkat svarsfrekvensen, vilket kan ses som en svaghet i metoden. Om enkäten legat ute under en längre tid hade studenterna haft längre tid att tänka kring sitt beslut om deltagande samt att fler påminnelser kunde ha skickats ut. Dock finns det ingen säkerhet att mer tid skulle resulterat i att fler personer besvarat enkäten. Enligt Bryman (2011) rekommenderas, vid en låg svarsfrekvens, att fler påminnelser ska skickas ut. Efter att den första påminnelsen skickades ut ökade svarsfrekvensen markant. Däremot hade den andra påminnelsen ingen avsevärd effekt då den inte genererade någon avsevärd ökning i inskickade svar, vilket talar för att fler påminnelser inte hade gjort någon större skillnad. Datainsamlingen var begränsad till en vecka och därför skickades endast två påminnelser ut. Enkäten skickades ut under första advent vilket kan ha påverkat svarsfrekvensen, eftersom det är en tid då studenter kan vara upptagna med förberedelser inför julen. Det finns även andra omgivande faktorer som kan ha påverkat svarsfrekvensen, som till exempel studenter som hade pågående VFU eller andra utbildningsrelaterade faktorer som kan orsaka att enkäten inte besvarades.

Val av mätinstrument

Det går att mäta stress, ångest och depression på flera olika sätt. I studien användes mätinstrumentet DASS-21 för att mäta förekomst av stress, ångest och depression. Instrumentets valdes eftersom instrumentets psykometriska egenskaper har utvärderats i flera studier och bedömts ha hög reliabilitet och validitet. Flera studier visar att DASS-21 har hög reliabilitet genom att den interna konsistensen av DASS-21 subskalor visade sig vara adekvat ($\alpha = 0,69-0,94$) (Alfonsson et al., 2017; Gloster et al., 2008; Lee, 2019; Ng et al., 2007; Osman et al., 2012; Sinclair et al., 2012). En annan studie av Bottesi et al. (2015) har gjort en test-retest som visade sig vara tillfredsställande ($r = 0,64-0,75$). Studien av Alfonsson et al. (2017)

utvärderar den svenska översättningen av DASS-21 i avseende faktorstruktur genom bekräftande faktoranalyser, och konvergent validitet genom att undersöka dess unika korrelationer med andra psykiatriska instrument och visar att DASS-21 behåller sina psykometriska egenskaper efter översättning ($\alpha = 0,77-0,92$), och stödjer övergripande validiteten och faktorstruktur för DASS-21.

Begreppen reliabilitet och validitet går att skilja åt men har ett samband, utan reliabilitet är det svårt att tala om validitet, vice versa (Bryman, 2011). Reliabilitet kommer från engelskans "rely on", och handlar om mät-säkerhet och i vilken utsträckning mätinstrumentet som används saknar mätfel, med andra ord mätprecision (Kristensson, 2014). En hög reliabilitet innebär således att instrumentets mät-säkerhet är hög och följaktligen även dess frånvaron av mätfel. Ur en vetenskaplig synpunkt är hög reliabilitet viktigt för att andra ska kunna kontrollera de data som undersökningens slutsatser bygger på (Eliasson, 2018). Om studiens slutsatser inte skulle kunna kontrolleras av andra kan alltså undersökningens vetenskapliga trovärdighet ifrågasättas, liksom de slutsatser undersökningen kommit fram till. Vid en kvantitativ undersökning innebär det att försäkra sig om att mätningarna genomförs på exakt samma sätt oavsett när och var undersökningarna genomförs (Eliasson, 2018).

Validitet handlar däremot om undersökningen faktiskt mäter det som den avsiktligt ska mäta och kan bedömas genom en så kallad faktoranalys (Eliasson, 2018). En hög validitet innebär att instrumentet i hög utsträckning mäter det som det avser mäta (Kristensson, 2014)

Undersökningens sanningshalt har en avgörande roll för den vetenskapliga trovärdigheten i undersökningen (Eliasson, 2018). Mätinstrumentets reliabilitet och validitet är en del av en studies interna validitet, som handlar om i vilken utsträckning ett resultat relaterar till det författaren påstår att det relaterar till (Kristensson, 2014). Genom att använda DASS-21, ett instrument med hög reliabilitet och validitet, och som är väl testat sedan innan, ökar studiens interna validitet. Läsaren kan få en uppfattning om studiens interna validitet genom att det finns en utförlig beskrivning av datainsamling, urval, resultat och analysprocess.

Datanalys

Statistisk validitet handlar om i vilken utsträckning de statistiska tester, som användes för att analysera resultatet, är adekvata och hållbara nog för att undersöka det som ska undersökas (Kristensson, 2014). Om testet som användes var fel är möjligheten att upptäcka resultat, som inte beror på slumpen, inte optimalt. Om fel analys utfördes blir resultatet av analysen på så

vis felaktig, och därmed även slutsatserna som dras. Vid analys med avseende en jämförelse mellan grupper och en variabel på nominalnivå med två diktoma utfall, som var aktuellt i föreliggande studie, ska Chi-square test användas. Att rätt test och analysmetod utfördes är således en styrka.

Dikotomisering av symtom

Dikotomiseringen av symtomen resulterade i att "normala" och "lindriga till mycket svåra" nivåer av symtom för varje fenomen undersöktes, i avseende jämförelsen mellan grupperna. Dikotomiseringen gjordes dels på grund av att studie-författarna ville undersöka alla nivåer av symtom, dels på grund av att dessa nivåer av symtom kan orsaka konsekvenser för individen att klara av skolan och även för att andra studier också gjort likadan uppdelning av symtom vid analys (Diaz-Godiño et al., 2019; Rathnayake & Ekanayaka, 2016). En styrka i studien är således att samma dikotomisering utförts i tidigare studier. Det finns dock studier som valt att dela in symtomen på andra sätt, där symtomen till exempel redovisas som "måttliga - mycket svåra" nivåer (Bayram & Bilgel, 2008; Cheung et al, 2016; Shamsuddin et al., 2013). Men, det finns även de studier som endast mäter symtom och inte gör någon differentiering av symtom i olika nivåer (Chernomas & Shapiro, 2013; Gallego et al., 2015; Tung et al., 2019). Hur förekomst av stress, ångest och depression definieras är en central fråga, som inte har något rätt eller fel. Men då samma dikotomisering i föreliggande studie förekommit i tidigare studier, stärker det indelningen av symtom och är följaktligen en styrka.

Urval

Antal personer som ska ingå i en enkätstudie är inte helt enkelt att svara på (Kristensson, 2014), men Polit och Beck (2018) menar att studieförfattarna skulle sträva efter att rekrytera så många som möjligt. Målet är alltid att urvalet ska vara representativt för studiepopulationen (Kristensson, 2014). Inom ramarna för kandidatuppsatsens avsatta tid skickades därför förfrågan om att delta i studien till alla studenter i termin 1-4 på ett lärosäte i södra Sverige. Omfattningen på arbetet begränsade antal lärosäten som ingick i studien, då det hade krävts mer tid och resurser (som en kandidatuppsats inte innefattar) att inkludera fler lärosäten.

Ett hot mot studiens interna validitet skulle vara om urvalet av någon anledning inte är representativt. Ett bekvämlighetsurval användes i studien som är ett icke-sannolikhetsurval,

och resulterade i att hela studiepopulationen fick lika stor chans att medverka i studien. Men denna typ av urval ökar risken för bias. Ett sådant urval innebär att studiedeltagare fanns lättillgängliga för studieförfattarna och att nå dessa var enkelt, snabbt och bekvämt (Bryman, 2011; Polit & Beck, 2018). Dock menar Kristensson (2014) att ett bekvämlighetsurval per automatik inte innebär negativa konsekvenser för studiens interna validitet. Genom att urvalets inklusionskriterier beskrivs och hur rekryteringen gick till minskar risken för skevhet i föreliggande studie och därmed minskar hot mot den interna validiteten.

Bortfall och generaliserbarhet

Det förekom ett stort bortfall i studien, men det är även svårt att uppskatta storleken på eventuella skevheter som skulle vara orsakade av bortfallet i studien. Ett alltför stort bortfall kan påverka hur pass representativt urvalet är, och således kan det även påverka resultatet (Bryman, 2011). Bortfallet i studien är stort (65,7 %), och det finns en risk att det är systematiskt (Polit & Beck, 2018). Då författarna inte har någon kunskap om hur representativt bortfallet är ökar risk för bias, och det innebär att resultatet kan vara snedvridet som då påverkar studiens interna validitet. De tidigare studier studieförfattarna läst, som undersöker psykisk ohälsa hos sjuksköterskestudenter, har inte tagit fram något om bortfallsanalyser och följaktligen är det svårt att uttala sig om för och emot att ett systematiskt bortfall skulle vara rimligt och aktuellt eller inte. Rent hypotetiskt skulle den höga förekomsten av symtom kunnat bero på ett systematiskt bortfall, om till exempel alla äldre studenter lät bli att svara, och det endast är yngre studenter som svarat. De äldre studenterna kanske inte alls mår dåligt utan det kanske bara är de yngre studenterna som gör det, resultatet skulle då inte spegla och representera hela populationen och bli skevt. Därför skulle ett systematiskt bortfall rent hypotetiskt kunna förklara den höga förekomsten av symtom som hittades. Men eftersom att svarsfrekvensen var ganska lika för de olika terminerna (25,4 %, 27,0 %, 25,4 %, 22,2 % för respektive termin), tyder det på att bortfallet inte är systematiskt gällande tidigt och sent i utbildningen, och utgör därför inget större hot för studiens interna validitet. Resultatet skulle därmed möjligen kunna generaliseras till andra sjuksköterskestudenter i Sverige. Om en av terminerna däremot haft avvikande svarsfrekvens hade det varit svårare att generalisera resultatet och mer troligen att bortfallet varit systematiskt.

Generaliserbarhet kan förklaras som möjligheten att dra slutsatser från urvalet och hänger samman med studiens externa validitet, som handlar om i vilken utsträckning studiens resultat kan generaliseras till andra miljöer, omständigheter eller grupper människor (Kristensson, 2014). Generalisering är något studier strävar efter men är inte på förhand bestämd, det är läsaren som avgör om de håller med studieförfattarnas bedömning eller inte (Eliasson, 2018). Generaliserbarheten av resultatet kan riskeras vid ett för stort bortfall, eller om bortfallet skulle vara systematiskt, eftersom representativiteten då påverkas. Studien hade begränsade bakgrundsvariabler för att minska risken att studenterna skulle kunna identifieras som gör att det blir svårt att beskriva studiedeltagarna i urvalet. Möjligheten att utifrån dessa studenter dra slutsatser och generalisera begränsas därmed. Det är därför svårt att tala för hur resultatet är generaliserbart gentemot faktorer som t.ex. ålder och kön.

Dock skiljer sig inte utbildningen nämnvärt från andra sjuksköterskeutbildning runt om i landet eftersom samma nationella examensmål existerar och således skulle resultatet möjligen kunna generaliseras till andra sjuksköterskestudenter i Sverige. Men då studien begränsade urvalet till T1-T4, bör en försiktighet vid generalisering för alla sjuksköterskestudenter göras. Vilket innebär att resultatet kan kopplas till de studenter som går i T1-T4 och kanske inte för de studenter senare i utbildningen.

Då studien utfördes på ett större lärosäte skulle möjligen resultatet kunna vara generaliserbart till motsvarande lärosäten som har liknande upplägg på utbildningen och som befinner sig i liknande kontext, som till exempel europeiska länder med liknande upplägg av sjuksköterskeutbildningen som i Sverige. Vid bekvämlighetsurval menar dock Bryman (2011) att det är svårt att tala för att resultatet är generaliserbart, eftersom stickprovet som studerats är valt. Därmed bör generalisering från studiens resultat som gjorts observeras med hög försiktighet. Vid de tillfällen resultatet inte kan generaliseras, kan det istället fungera som ett avstamp för fortsatt forskning (Bryman, 2011).

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med studien var att undersöka om sjuksköterskestudenterna upplevde symtom på psykisk ohälsa, i form av stress, ångest och depression under utbildningen. Föreliggande studie visar att det förekommer olika nivåer av stress, ångest och depression hos sjuksköterskestudenter tidigt och under utbildningsperioden, där en majoritet av studenterna

rapporterar lindriga till mycket svåra symtom på stress (57,9 %), ångest (51,6 %) och depression (55,6 %). Den höga prevalensen av symtom kan bero på dikotomiseringen av symtom som utfördes inför analysen. Dikotomisering i den föreliggande studien har utförts i tidigare studier och visar liknande höga prevalens av symtom hos sjuksköterskestudenter. Studien av Rathnayake och Ekanayaka (2016) utförde liknande indelning av symtomen på sjuksköterskestudenter (normala nivåer av symtom vs. lindriga- mycket svåra nivåer av symtom) och fick fram liknande resultat för ångestsymtom (59,8 %) och depressionssymtom (51,1 %), dock var prevalensen av stressymtom avsevärt högre (82,6 %), i jämförelse med resultatet i föreliggande studie. Diaz-Godiño et al. (2019) använde också DASS-21 på sjuksköterskestudenter i Peru där lindriga till mycket svåra stress, ångest och depressionssymtom mättes till 67,6 %, 40,1% och 38,8% respektive. Resultatet av föreliggande studie går i linje med tidigare forskning, som visar att sjuksköterskestudenter har höga frekvenser av lindriga-mycket svåra symtom på stress, ångest och depression.

Det finns dock studier som gjort en annan dikotomisering av symtomen där resultatet presenteras i "måttliga - mycket svåra symtom", som visar en lägre förekomst av stress (20,0 %), ångest (39,9 %) och depressionssymtom (24,3 %) (Cheung et al., 2016). Det finns även de studier som inte differentierar graden av symtom i olika nivåer, till exempel visade Kumar och Chew (2011) att 67,2 % av sjuksköterskestudenter upplever stressymtom. Fabbris et al. (2017) fann att 56,0 % av sjuksköterskestudenterna hade ångestsymtom och Tung et al. (2018) fann att 34,0 % hade depressionssymtom. I och med att det förekommer olika definitioner av stress, ångest och depressionssymtom kan resultatet av en högre förekomst bero på hur dikotomiseringen utfördes.

Resultatet i föreliggande studie visar att större andel av sjuksköterskestudenterna kände sig stressade (57,9 %) i jämförelse med andra studenter (24,0 %) och yrkesarbetande (14,0 %) i samhället (Folkhälsomyndigheten, 2020c). I relation till dessa grupper upplevde även sjuksköterskestudenterna i föreliggande studie högre andel ångest (51,6 %) än studerande och yrkesarbetande i samhället, då 51,0 % av de studerande och 38,0 % av de yrkesarbetande i samhället rapporterade ängslan/oro eller ångest (Folkhälsomyndigheten, 2020c). Resultatet i föreliggande studie visar att sjuksköterskestudenterna mår sämre än andra studerande och yrkesarbetande i samhället vilket är oroväckande och behöver uppmärksammas.

Den höga förekomsten av symtom på psykisk ohälsa går även i linje med tidigare internationell forskning som visat att sjuksköterskestudenter upplever liknande nivåer av stress (67,2- 82,6 %), ångest (40,1- 59,8 %) och depression (38,8- 61,8 %) under utbildningstiden (Chrysoula et al., 2011; Diaz-Godiño et al., 2019; Fabbris et al., 2017; Kumar & Chew, 2011; Papazisis et al., 2014; Rathnayake & Ekanayaka, 2016). Det är dock svårt att göra en jämförelse av framtaget resultat och tidigare studier då sjuksköterskeprogrammet är uppbyggt på olika sätt. Utbildningen skiljer sig från land till land: i avseende på programlängd, program upplägg, skillnader i varaktighet för klinisk placering och förekomst av professionell licensiering; och även beroende på vilket land och lärosäte som ansvarar för utbildningen (Ayandiran et al., 2013; Deng, 2015; Labrague, 2018; World Health Organization [WHO], 2009). Det krävs i framtiden internationell forskning som jämföra olika länder och kontext för att se om kulturella skillnader i utbildningsprogram påverkar sjuksköterskestudenternas nivåer av psykisk ohälsa. Vidare krävs även nationell forskning som inkluderar flera studieorter för att jämföra program med olika upplägg och kontext för att undersöka om det är faktorer som påverkar förekomst av stress, ångest och depression.

Studien tog ingen hänsyn till om det fanns studiedeltagare med en diagnostiserad form av depression. Om personer med diagnostiserade former av depression medverkade, kan det påverka resultatet. För en diagnos på depression måste symtomen funnits där under en längre period och i den grad att det utgör hinder för personen (Ottosson, 2015). Om majoriteten av studiedeltagarna hade en diagnostiserad form av depression kan resultatet bli snedvridet, eftersom det då är osannolikt att resultatet skulle bero på utbildningen. Personer med diagnostiserad depression kan eventuellt ta mediciner eller få annan behandling. Det kan innebära att de studenter som har en diagnostiserad depression inte har symtom för att de är behandlade. Genom att ha ett exklusionskriterie kring om deltagarna hade diagnostiserad form av depression hade dessa studenter kunnat exkluderas från studien.

Förändring av psykisk ohälsa under utbildningens gång

Resultatet visar att det inte förekom någon signifikant skillnad mellan grupperna för stress, ångest och depression i avseende för tidigt och sent i utbildningen. Tidigare studier har dock visat att det finns en signifikant skillnad i förekomst av depression mellan tidigt och sent i utbildningen, där sjuksköterskestudenter rapporterar högre nivåer av depressiva symtom

tidigare i utbildningen i jämförelse med sent i utbildningen (Chen et al., 2015; Cheung et al., 2016; Dahlin et al., 2005). En annan studie av Cheung et al. (2016) har även visat att det föreligger en signifikant skillnad mellan studieår och förekomst av stress, där högre nivåer av stress förekommer tidigt i jämförelse med sent i utbildningen (Chan et al. 2009; Kumar & Chew, 2011). Förekomst av psykisk ohälsa tidigt i utbildningen kunde bero på de påfrestningar studenten ställs inför i samband med övergången till studentlivet. Då studenten behöver anpassa sig till en ny social miljö på universitetet kan hen utveckla känslor av psykisk störning (Leary & DeRosier, 2012; Lee & Robbins, 1995; Lee et al., 2002). Faktorer som byte av bostadsort och frånvaro av familj kan leda till symtom på psykisk ohälsa tidigt i utbildningen (Gray et al., 2019; Scanlon et al., 2007). Vilket går i linje med Pidgeon et al. (2014) som visade att då studenter utvecklat en känsla av psykologisk tillhörighet till sin högskolemiljö, minskade förhållandet mellan upplevd stress och depression. Ökad förekomst av symtom på psykisk ohälsa tidigt i utbildningen hos sjuksköterskestudenter kan även bero på den ökade belastning, som förekommer då individen börjar studera i kombination med den första långvariga praktikplatsen (Cheung et al., 2016; Galvin et al., 2015; Jimenez et al., 2010). Vidare kan förekomsten av symtomen tidigt i utbildningen bero på att personen inte utvecklat färdigheter i att bemästra hans föränderliga miljö som enligt Roy (2009) benämns som adaptionsnivå. Vid varje adaptionsnivå, som vid en ny miljö, utvecklar varje individ copingprocesser där yttre och inre stimuli möts, vilket ökar belastningen på copingförmågan (Roy, 2009). Studenter tidigt i utbildningen har inte utvecklat dessa copingprocesser ändamålsenligt och har därmed oförmåga att hantera dessa känslor i jämförelse med de studenter som befinner sig senare i utbildningen, som utvecklat dessa.

Resultatet i föreliggande studie fann ingen skillnad i tidigt och sent i utbildningen, och kan bero på indelningen av tidigt kontra sent i utbildningen som gjordes. Tidigare studier som hittat skillnader för tidigt kontra sent jämför oftast förstaårsstudenter och sistaårsstudenter (Cheung et al., 2016; Fabbris et al., 2017; Fornés-Vives et al., 2016; Jimenez et al., 2010; Rathnayake, & Ekanayaka, 2016). Därför kan resultatet bero på att studenter i T3-T4 inte kommit tillräckligt långt i utbildningen för att räknas som sent i utbildningen.

Resultatet beror troligtvis även på att en mängd olika variabler spelar in i vilken grad sjuksköterskestudenterna upplever stress, ångest och depressionssymtom, och inte enbart på om de befinner sig tidigt eller sent i utbildningen. Till exempel visar studier att då studenter har VFU på sjukhus, liksom förekomst av att ha både VFU och teoretiska uppgifter är mycket

stressande (Chernomas & Shapiro, 2013; Galvin et al., 2015; Jimenez et al., 2010). Andra studier visar att studenterna under klinisk praktik upplever förhöjda nivåer av stress, ångest och depression (Shikai et al. 2009), bland annat på grund av att det finns ett avstånd i kunskap mellan teori och praktik, rädsla över misstag, problem relaterat till död, bevittnande av smärta och lidande, och att bli observerad och bedömd (Chan et al., 2009; Jimenez et al., 2010; Kim, 2003; Oner Altıok & Üstün, 2013; Pulido-Martos et al., 2012). Andra studier visar även att variabler som självupplevd mental hälsa, sömnsvårigheter, fysisk inaktivitet och ekonomiska svårigheter, är signifikant associerad med förekomst av stress, ångest och depression (Cheung et al., 2016; Zeng et al., 2019).

Tidigare studier har visat att det finns ett samband mellan ålder och kön, och förekomst av stress, ångest och depression, då yngre studenter oavsett årskurs har högre nivåer av psykisk ohälsa än äldre och där kvinnliga studenter rapporterar högre nivåer i jämförelse med männen (Cheung et al., 2016; Diaz-Godiño et al., 2019). Att vara ung, av kvinnligt kön och befinna sig i början av sin utbildning kan därför innebära en benägenhet att ha högre halter av psykisk ohälsa. Den höga förekomsten av stress, ångest och depression i föreliggande studie skulle således kunna bero på den stora andelen kvinnor som går utbildningen. Det krävs därmed i framtiden även forskning kring huruvida ålder och kön, snarare än programmet i sig, är anledningen till höga förekomster stress, ångest och depression, då tidigare studier visar att stress, ångest och depression är korrelerat till både ålder (Cheung et al., 2016; Diaz-Godiño et al., 2019; Tung et al., 2018) och kön (Abebe et al., 2018; Bayram & Bilgel, 2008; Cheung et al., 2016; Shamsuddin et al., 2013).

Pandemin

Den höga förekomsten av stress, ångest och depression kan ha berott på att studien genomfördes under en pandemi. Studien genomfördes under en period som innebar att sjuksköterskestudenternas undervisning anpassats till en digitaliserad form för att minska smittspridning i samhället, till följd av COVID-pandemin (Folkhälsomyndigheten, 2020a; UNESCO, u.å.). Den snabba omställningen och ändrade utbildningsform kan ha påverkat resultatet av sjuksköterskestudenternas nivåer av stress, ångest och depression. Flera studier visar att förekomst av stress, ångest och depression har ökat under den pågående COVID-pandemin hos högskolestudenter (Aristovnik, 2020; Son et al., 2020; Wang et al., 2020). Det finns även studier på sjuksköterskestudenter som visar motsvarande trend av ökad nivå av

psykisk ohälsa under COVID-pandemin (Aslan & Pekince, 2020; Savitsky et al., 2020). Liknande resultat gällande stigande nivåer av stress, ångest och depression förekommer även hos befolkningen under pandemin (Choi et al., 2020; Kazmi et al., 2020; Kimhi et al., 2020). COVID-pandemin kan därmed innebära ökad risk för psykisk ohälsa, hos individer och innebär således risker för ökad utveckling av negativa hälsokonsekvenser (Folkhälsomyndigheten, 2020a). COVID-pandemin kan således ha bidragit till hög förekomst av stress, ångest och depressionssymtom hos sjuksköterskestudenterna.

Interventioner

Kunskapsutveckling och innovationer sker snabbt i vården som medför förändringar i sjuksköterskans arbete (Idvall & Andersson, 2014), och resulterar i en ständig utveckling av sjuksköterskeprogrammet för att möta de krav som ställs på sjuksköterskans arbete (Willman, 2016). I utvecklingen av sjuksköterskeutbildningen ligger ett stort fokus på att utveckla utbildningen och de krav som ställs på sjuksköterskestudenter, för att de i framtiden ska kunna arbeta som effektiva sjuksköterskor (Willman, 2016). Föreliggande studie visar att ett fokus och att en medvetenhet även måste finnas kring att sjuksköterskestudenter, som unga vuxna, också i hög grad har psykisk ohälsa. Kraven som föreligger på en sjuksköterskeutbildning inducerar stressfaktorer (Chernomas & Shapiro, 2013; Galvin et al., 2015; Jimenez et al., 2010) som ytterligare kan utmana deras psykiska hälsa, och om det inte uppmärksammas kan det påverka studentens framgång i programmet på ett negativt sätt genom lägre produktivitet, effektivitet och prestation (Andrews & Wilding, 2004; Dinse et al., 2017; Eisenberg et al., 2009; Idvall & Andersson, 2014; Vaez et al., 2008). Det är viktigt att symtom på psykisk ohälsa hos studenterna identifieras och uppmärksammas tidigt för att förebygga allvarigare konsekvenser i framtiden såsom studieavbrott (Eisenberg et al., 2009), sämre yrkesberedskap och utbrändhet (Rudman & Gustavsson, 2012).

Genom att identifiera sjuksköterskestudenters mått på stress, ångest och depression kan insatser som syftar till att reducera och förebygga psykisk ohälsa hos sjuksköterskestudenter införas av lärosäten, genom att de anpassas efter studenternas problem och behov. Det finns flera studier som har identifierat interventioner som visat sig minska eller förebygga psykisk ohälsa hos studenter. I en studie av Kang et al. (2009) implementerades mindfulness meditationer på koreanska sjuksköterskestudenter som var en del i ett stress-coping program. Programmet infördes som åtta olika sessioner fördelat på åtta veckor där varje session varade

i 1,5- 2,5 timmar. Mindfulness meditation visade sig effektivt minska stress och ångest hos studenterna (Kang et al., 2009). Mindfulness meditation har även utvärderats som åtgärd mot psykisk ohälsa hos studenter i andra studier. Till exempel infördes meditations baserade program för mindfulness 1-1,5 timme per vecka i åtta veckor, som minskade upplevd stress, ångest och depression hos studenter (Gallego et al., 2014; Walachs, 2008). Self-Healing Qigong är en annan form av meditation, som visat sig sänka stress, ångest och depression hos sjuksköterskestudenter (Chan et al., 2013). I studien av Chan et al. (2013) implementerades meditationen två gånger i veckan under tio veckor. Interventionen visade sig sänka stress, ångest och depression (Chan et al., 2013). Meditation och mindfulness, som interventionerna för hälsofrämjande och förebyggande av psykisk ohälsa hade dock kortvariga effekter (Conley et al., 2017).

Klinisk praktik kan vara en orsak till att sjuksköterskestudenter har höga nivåer av psykisk ohälsa. Flera studier visar att stress, ångest och depression ökade under klinisk praktik (Chernomas & Shapiro, 2013; Cheung et al., 2016; Galvin et al., 2015; Jimenez et al., 2010; Zeng et al., 2019). På sjuksköterskeprogram i Australien infördes därför ett strukturerande lärande program de tre första dagarna av en fyra veckors lång VFU. Syftet med programmet var att öka studenternas självförtroende angående deras kliniska kunskap och färdigheter, och minska ångest. Programmet ersatte de traditionella introduktions aktiviteterna en VFU ofta har och hade en positiv effekt mot ångest (Watt et al., 2011; Watt et al., 2016).

Mental Health First Aid (MHFA) är ett första hjälpen program med syfte att förbättra deltagarnas kunskap i mötet och bemötande av personer med psykisk ohälsa (Mental Health First Aid Australia, u.å.). MHFA har, förutom att öka kunskapen, visat sig bidra till att öka självmedvetenheten kring studenters egna psykiska status. Programmet har implementerats, och efter att studenter gått MHFA började de ändra sitt beteende och tog tag i sina problem för att hantera sin psykiska ohälsa (Hung et al., 2019). I en metaanalys av Maslowski et al. (2019) utvärderades effekterna av utbildningen som visade att kunskap om psykisk ohälsa, beredskap i att tillämpa kunskapen i praktiken och att bemöta personer med psykisk ohälsa, ökade. Däremot hade programmet en låg effekt på deltagarnas attityder till personer med psykisk ohälsa. Effekterna av utbildningen kvarstod i upp till 8 månader (Maslowski et al., 2019). Därför skulle en intervention för att förebygga psykisk ohälsa vara att implementera MHFA tidigt i sjuksköterskeutbildningen eftersom det kan hjälpa studenterna att hantera sin egen psykiska ohälsa men även stötta andra med psykisk ohälsa. Lärosäten har en viktig roll i

att förebygga och minska förekomst av psykisk ohälsa, genom att tillgodose en utvecklande och stödjande fysisk, social och akademisk miljö för studenterna (Folkhälsomyndigheten, 2018a).

Slutsats och kliniska implikationer

Resultatet av föreliggande studie visar att förekomsten av stress, ångest och depressionssymtom bland sjuksköterskestudenter på ett lärosäte i södra Sverige är hög. Studien ger utbildningsansvariga för sjuksköterskeprogrammen kunskap om måendet hos sjuksköterskestudenterna, och visar att ett fokus och att en medvetenhet även måste finnas kring att sjuksköterskestudenter, som unga vuxna, också i hög grad har psykisk ohälsa. Resultatet indikerar implementering av lämpliga strategier för att hjälpa sjuksköterskestudenter att hantera symtom på stress, ångest och depression under utbildningen, där insatser som: stress coping- program, att utbilda studenter och mindfulness kan reducera och förebygga psykisk ohälsa hos sjuksköterskestudenter. Resultatet av studien är relevant för omvårdnadsvetenskapen och fortsatt utveckling av sjuksköterskeutbildningen, som ligger till grund för professionen, och därmed omvårdnaden.

Författarnas arbetsfördelning

Båda författare har deltagit i arbetsprocessen från början till slut. Samtliga delar av arbetet har diskuterats, analyserats, reviderats och skrivits tillsammans av båda författare. En likvärdig och jämställd fördelning av arbetet utfördes där båda författarna har bidragit lika mycket.

Referenser

Aarflot, E. (30 januari 2020). 1.7 miljarder för att främja psykisk hälsa.

<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/01/17-miljarder-for-att-framja-psykisk-halsa/>

Abebe, A. M., Kebede, Y. G., & Mengistu, F. (2018). Prevalence of Stress and Associated Factors among Regular Students at Debre Birhan Governmental and Nongovernmental Health Science Colleges North Showa Zone, Amhara Region, Ethiopia 2016. *Psychiatry journal*, 2018, 7534937. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1155/2018/7534937>

Alfonsson, S., Wallin, E., & Maathz, P. (2017). Factor structure and validity of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in Swedish translation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2-3), 154-162. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jpm.12363>

Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J. M., de Girolamo, G., Bruffaerts, R., Kovess, V., Matschinger, H., & Vilagut, G. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 118(1-3), 180–186. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jad.2009.02.006>

Andrews, B. & Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, 95(4), 509–521. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1348/0007126042369802>

Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163–179. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>

Aristovnik, A. (28 augusti 2020). *How Covid-19 pandemic affected higher education students' lives globally and in the United States.*

<https://www.unr.edu/business/international/blog/covid-19-affecting-students>

Aslan, H., & Pekince, H. (2020). Nursing students' views on the COVID-19 pandemic and their perceived stress levels. *Perspectives in Psychiatric Care*. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/ppc.12597>

Ayandiran, E. O., Irinoye, O. O., Olayiwola Faronbi, J., & Mtshali, N. G. (2013). Education Reforms in Nigeria: How Responsive is the Nursing Profession? *International Journal of Nursing Education Scholarship*, *10*(1), 11–18. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1515/ijnes-2012-0016>

Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *43*(8), 667–672. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s00127-008-0345-x>

Björneberg, M., Ljunghammar, T., Magnusson, M., & Waxell A. (2020). *Studenternas uppfattningar om lärande och lärandemiljö - en fördjupad analys av Uppsala universitets studentbarometer 2018* (Rapportserie från avdelningen för kvalitetsutveckling ; 16). Uppsala universitet. <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1425960/FULLTEXT01.pdf>

Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, *60*, 170–181. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.comppsy.2015.04.005>

Bremberg, S. (2015). Mental health problems are rising more in Swedish adolescents than in other Nordic countries and the Netherlands. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, *104*(10), 997–1004. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/apa.13075>

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Liber.

Cahill, L., Gorski, L., & Le, K. (2003). Enhanced human memory consolidation with post-learning stress: interaction with the degree of arousal at encoding. *Learning & Memory (Cold Spring Harbor, N.Y.)*, *10*(4), 270–274. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1101/lm.62403>

Calling, S., Midlöv, P., Johansson, S. E., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2017). Longitudinal trends in self-reported anxiety. Effects of age and birth cohort during 25 years. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 1–11. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s12888-017-1277-3>

Chan, C. K. L., So, W. K. W., & Fong, D. Y. T. (2009). Hong Kong Baccalaureate Nursing Students' Stress and Their Coping Strategies in Clinical Practice. *Journal of Professional Nursing*, 25(5), 307–313. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.profnurs.2009.01.018>

Chan, E. S., Koh, D., Teo, Y. C., Hj Tamin, R., Lim, A., & Fredericks, S. (2013). Biochemical and psychometric evaluation of Self-Healing Qigong as a stress reduction tool among first year nursing and midwifery students. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19(4), 179–183. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ctcp.2013.08.001>

Chen, C. J., Chen, Y. C., Sung, H. C., Hsieh, T. C., Lee, M. S., & Chang, C. Y. (2015). The prevalence and related factors of depressive symptoms among junior college nursing students: a cross-sectional study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 22(8), 590–598. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jpm.12252>

Cheung, T., Wong, S. Y., Wong, K. Y., Law, L. Y., Ng, K., Tong, M. T., Wong, K. Y., Ng, M. Y., & Yip, P. S. F. (2016). Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Baccalaureate Nursing Students in Hong Kong: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(8). <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3390/ijerph13080779>

Chernomas, W. M., & Shapiro, C. (2013). Stress, Depression, and Anxiety among Undergraduate Nursing Students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 10(1), 255–266. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1515/ijnes-2012-0032>

Choi, E. P. H., Hui, B. P. H., & Wan, E. Y. F. (2020). Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10). <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3390/ijerph17103740>

Christensson, A., Vaez, M., Dickman, P., & 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. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(4), 299–310. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s00127-010-0198-y>

Chrysoula M.H., Tsiga E., Khachatryan R., et al. (2011) Suicidality and depressive symptoms among nursing students in northern Greece. *Health Science Journal*, 5(2), 90–97.

Conley, C. S., Shapiro, J. B., Kirsch, A. C., & Durlak, J. A. (2017). A meta-analysis of indicated mental health prevention programs for at-risk higher education students. *Journal of Counseling Psychology*, 64(2), 121–140. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/cou0000190>

Craft, J., Christensen, M., Wirihana, L., Bakon, S., Barr, J., & Tsai, L. (2017). An integrative review of absenteeism in newly graduated nurses. *Nursing Management - UK*, 24(7), 37–42. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.7748/nm.2017.e1587>

Cvetkovski, S., Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2012). The prevalence and correlates of psychological distress in Australian tertiary students compared to their community peers. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(5), 457–467. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0004867411435290>

Dahlin M, Joneborg N, & Runeson B. (2005). Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical Education*, 39(6), 594–604. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2929.2005.02176.x>

Deng, F. F. (2015). Comparison of nursing education among different countries. *Chinese Nursing Research*, 2(4), 96–98. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.cnre.2015.11.001>

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 81(4), 354–373. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1097/00001888-200604000-00009>

Diaz-Godiño, J., Fernández-Henriquez, L., Peña-Pastor, F., Alfaro-Flores, P., Manrique-Borjas, G., & Mayta-Tovalino, F. (2019). Lifestyles, Depression, Anxiety, and Stress as Risk Factors in Nursing Apprentices: A Logistic Regression Analysis of 1193 Students in Lima, Peru. *Journal of Environmental & Public Health*, 1–7. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1155/2019/7395784>

Dinse, H. R., Kattenstroth, J. C., Lenz, M., Tegenthoff, M., & Wolf, O. T. (2017). The stress hormone cortisol blocks perceptual learning in humans. *Psychoneuroendocrinology*, *77*, 63–67. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.psyneuen.2016.12.002>

Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *121*(1), 282–288. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0024780>

Eisenberg, D., & Golberstein, E., & Hunt, J. (2009). Mental Health and Academic Success in College. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, *9*, 40-40. <https://doi.org/10.2202/1935-1682.2191>

Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2013). Mental Health in American Colleges and Universities: Variation Across Student Subgroups and Across Campuses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*(1), 60-67. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1097/NMD.0b013e31827ab077>

Eliasson, A. (2018). *Kvantitativ metod från början*. (Fjärde upplagan). Studentlitteratur.

Fabbris, J. L., Mesquita, A. C., Caldeira, S., Carvalho, A. M. P., & Carvalho, E. C. (2017). Anxiety and Spiritual Well-Being in Nursing Students: A Cross-Sectional Study. *Journal of Holistic Nursing*, *35*(3), 261–270. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0898010116655004>

Folkhälsomyndigheten. (6 september 2018a). *Psykisk ohälsa bland högskole- och universitetsstudenter kan förebyggas*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/p/psykisk-ohalsa-bland-hogskole--och-universitetsstudenter-kan-forebyggas/?pub=53659>

Folkhälsomyndigheten. (2018b). *Universitet och högskolor kan förebygga psykisk ohälsa bland studenter*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2018/september/universitet-och-hogskolor-kan-forebygga-psykisk-ohalsa-bland-studenter/>

Folkhälsomyndigheten. (24 juni 2020a). *Covid-19-pandemins tänkbara konsekvenser på folkhälsan* (20084). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/c/covid-19-pandemins-tankbara-konsekvenser-pa-folkhalsan/?pub=76637>

Folkhälsomyndigheten. (1 december 2020b). *Därför ökar psykisk ohälsa bland unga*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/barn-och-unga--psykisk-halsa/darfor-okar-psykisk-ohalsa-bland-unga/>

Från Folkhälsomyndigheten. (2020c). *Folkhälsodata* [Tabell]. <http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/sq/f497b151-0992-4fe9-905b-e85b82871f26>

Folkhälsomyndigheten. (16 mars 2020d). *Nedsatt psykiskt välbefinnande*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/>

Folkhälsomyndigheten. (8 december 2020e). *Statistik psykisk hälsa*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>

Folkhälsomyndigheten. (1 december 2020f). *Vad är psykisk hälsa?*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>

Fornés-Vives, J., Garcia-Banda, G., Frias-Navarro, D., & Rosales-Viladrich, G. (2016). Coping, stress, and personality in Spanish nursing students: A longitudinal study. *Nurse Education Today*, 36, 318–323. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.nedt.2015.08.011>

Gallego, J., Aguilar-Parra, J. M., Cangas, A. J., Langer, Á. I., & Mañas, I. (2015). Effect of a mindfulness program on stress, anxiety and depression in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, E109. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1017/sjp.2014.102>

Galvin, J., Suominen, E., Morgan, C., O'Connell, E.-J., & Smith, A. P. (2015). Mental health nursing students' experiences of stress during training: a thematic analysis of qualitative interviews. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(10), 773–783. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jpm.12273>

Gloster, A. T., Rhoades, H. M., Novy, D., Klotsche, J., Senior, A., Kunik, M., Wilson, N., & Stanley, M. A. (2008). Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. *Journal of affective disorders*, 110(3), 248–259. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jad.2008.01.023>

Gray, M., Gordon, S., O'Neill, M., & Pearce, W. M. (2019). First year allied health student transition to a regional university. *Australian Journal of Rural Health*, 27(6), 497–504. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/ajr.12581>

Gustafsson, G., & Wiklund Gustin, L. (2019). Stress, utbrändhet och utmattningssyndrom. I I. Skärsäter, & L. Wiklund Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundnivå* (tredje upplagan s.57-86). Studentlitteratur.

Hung, M. S. Y., Lam, S. K. K., & Chow, M. C. M. (2019). Nursing students' experiences of mental health first aid training: A qualitative descriptive study. *Collegian*, 26(5), 534–540. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.colegn.2019.02.006>

Holmström, O. (2018). *Studentbarometern 2017*. Lunds Universitet. https://www.medarbetarwebben.lu.se/sites/medarbetarwebben.lu.se/files/studentbarometern_2017_rapport.pdf

Högskoleförordning (SFS 1993:100). Utbildningsdepartementet https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100

Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391–400. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>

Idvall, E., & Andersson A.-C. (2014). Kvalitetsutveckling inom omvårdnad. I A. Ehrenberg, L. Wallin & A. Edberg (Red.), *Ansvar och utveckling* (2. uppl. s. 331-357). Studentlitteratur.

Institutionen för hälsovetenskaper. (2017). Ansökan till VEN. Hämtad 20-03-11.
https://moodle.med.lu.se/pluginfile.php/108678/mod_resource/content/2/VENs_anvisningar_171221.pdf

IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp

Jimenez, C., Navia-Osorio, P. M., & Diaz, C. V. (2010). Stress and health in novice and experienced nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 442–455. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2648.2009.05183.x>

Kang, Y. S., Choi, S. Y., & Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, 29(5), 538–543. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.nedt.2008.12.003>

Kazmi, S. S. H., Hasan, K., Talib, S., & Saxena, S. (2020). COVID-19 and Lockdown: A Study on the Impact on Mental Health. *SSRN Electronic Journal*.
<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3577515>

Kim, K.H. (2003). Baccalaureate nursing students' experiences of anxiety producing situations in the clinical setting. *Contemporary Nurse*, 14(2), 145-155. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.5172/conu.14.2.145>

Kimhi, s., Eshel, Y., Marciano, H., & Adini, B. (2020). A Renewed Outbreak of the COVID–19 Pandemic: A Longitudinal Study of Distress, Resilience, and Subjective Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7743), 7743. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3390/ijerph17217743>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* (1. utg.). Natur & Kultur.

Kumar, R., & Chew N. (2011). Stress and coping strategies among nursing students. *Nursing & Midwifery Research Journal*. <https://doi.org/10.33698/NRF0134>

Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Papathanasiou, I. V., Edet, O. B., Tsaras, K., Leocadio, M. C., Colet, P., Kleisariis, C. F., Fradelos, E. C., Rosales, R. A., Vera Santos-Lucas, K., & Velacaria, P. I. T. (2018). Stress and coping strategies among nursing students: an international study. *Journal of Mental Health*, 27(5), 402–408. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/09638237.2017.1417552>

Leahy, C. M., Peterson, R. F., Wilson, I. G., Newbury, J. W., Tonkin, A. L., & Turnbull, D. (2010). Distress levels and self-reported treatment rates for medicine, law, psychology and mechanical engineering tertiary students: cross-sectional study. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 44(7), 608–615. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3109/00048671003649052>

Leary, K., & Derosier, M. E. (2012). Factors promoting positive adaptation and resilience during the transition to college. *Psychology*, 3(12A), 1215-1222. <https://doi.org/10.4236/psych.2012.312A180>

Lee, D. (2019). The convergent, discriminant, and nomological validity of the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21). *Journal of Affective Disorders*, 259, 136–142. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jad.2019.06.036>

Lee, R. M., Keough, K. A., & Sexton, J. D. (2002). Social Connectedness, Social Appraisal, and Perceived Stress in College Women and Men. *Journal of Counseling & Development*, 80(3), 355. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00200.x>

Lee, R. M., & Robbins, S. B. (1995). Measuring belongingness: The Social Connectedness and the Social Assurance scales. *Journal of Counseling Psychology*, 42(2), 232–241. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0022-0167.42.2.232>

Lidwall, U., & Olsson-Bohlin, C. (2016). *Sjukskrivning för reaktioner på svår stress ökar mest* (2016:2). Försäkringskassan.

<https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/41903408-e87d-4e5e-8f7f-90275d4fe6ad/psykisk-ohalsa-korta-analyser-2016-2.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/0005-7967(94)00075-u)

Lupien, S. J., & Schramek, T. E. (2006). The differential effects of stress on memory consolidation and retrieval: A potential involvement of reconsolidation? Theoretical comment on Beckner et al (2006). *Behavioral Neuroscience*, 120(3), 735–738. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0735-7044.120.3.735>

Löfstedt, P. (2017). *Sämre psykisk hälsa bland unga i Sverige än i övriga Norden*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2017/Samre-psykisk-halsa-bland-unga-i-Sverige-an-i-ovriga-Norden/>

Maslowski, A. K., LaCaille, R. A., LaCaille, L. J., Reich, C. M., & Klingner, J. (2019). Effectiveness of Mental Health First Aid: a meta-analysis. *Mental Health Review Journal*, 24(4), 245–261. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1108/MHRJ-05-2019-0016>

Mental Health First Aid Australia. (u.å.). *WHY MENTAL HEALTH FIRST AID*. Hämtad 21 januari 2021. <https://mhfa.com.au/why-mhfa>

Nayak, S. G. (2019). Impact of Procrastination and Time-Management on Academic Stress among Undergraduate Nursing Students: A Cross Sectional Study. *International Journal of Caring Sciences*, 12(3), 1480–1486.

Ng, F., Trauer, T., Seetal, D., Callaly, T., Campbell, S., & Berk, M. (2007). The validity of the 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales as a routine clinical outcome measure. *Acta Neuropsychiatrica*, 19(5), 304–310. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1601-5215.2007.00217.x>

Oner Altıok, H., & Ustun, B. (2013). The Stress Sources of Nursing Students. *In Educational Sciences: Theory and Practice*, 13(2), 760–766

Osman, A., Wong, J. L., Bagge, C. L., Freedenthal, S., Gutierrez, P. M., & Lozano, G. (2012). The Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21): Further Examination of Dimensions, Scale Reliability, and Correlates. *Journal of Clinical Psychology*, 68(12), 1322–1338.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/jclp.21908>

Ottosson, J. (2015). *Psykiatri* (8., [uppdaterade] upplaga). Liber.

Palmer, L. K., Economou, P., Cruz, D., Abraham-Cook, S., Huntington, J. S., Maris, M., Makhija, N., Welsh, T., & Maley, L. (2014). The Relationship between Stress, Fatigue, and Cognitive Functioning. *College Student Journal*, 48(1), 198–211.

Papazisis, G., Nicolaou, P., Tsigas, E., Christoforou, T., & Sapountzi-Krepia, D. (2014). Religious and spiritual beliefs, self-esteem, anxiety, and depression among nursing students. *Nursing & health sciences*, 16(2), 232–238. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/nhs.12093>

Pidgeon, A.M., McGrath, S., Magya, H.B., Stapleton, P., & Barbara, C.Y.L. (2014). Psychosocial moderators of perceived stress, anxiety and depression in university students: An international study. *Open Journal of Social Sciences*, 2(11), 23–31.
<https://doi.org/10.4236/jss.2014.211004>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2018). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (9. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Psychology Foundation of Australia. (26 juli 2018). *Depression Anxiety Stress Scales (DASS)*.
<http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>

Pulido-Martos, M., Augusto-Landa, J. M., & Lopez-Zafra, E. (2012). Sources of stress in nursing students: a systematic review of quantitative studies...[corrected] [published erratum

appears in INT NURS REV 2012 Jun;59(2):289]. *International Nursing Review*, 59(1), 15–25. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1466-7657.2011.00939.x>

Rathnayake, S., & Ekanayaka, J. (2016). Depression, Anxiety and Stress among Undergraduate Nursing Students in a Public University in Sri Lanka. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), 1020–1032.

Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2016). Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*, 316(21), 2214–2236. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1001/jama.2016.17324>

Rowe, D. (1993). *Depressionshandboken*. Forum.

Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3. ed.) Upper Saddle River, N.J.: Pearson.

Rudman, A., & Gustavsson, J. P. (2012). Burnout during nursing education predicts lower occupational preparedness and future clinical performance: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 988–1001. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ijnurstu.2012.03.010>

Said, D., Kypri, K., & Bowman, J. (2013). Risk factors for mental disorder among university students in Australia: findings from a web-based cross-sectional survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(6), 935–944. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s00127-012-0574-x>

Saipanish, R. (2003). Stress among medical students in a Thai medical school. *Medical Teacher*, 25(5), 502. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/0142159031000136716>

Savitsky, B., Findling, Y., Ereli, A., & Hendel, T. (2020). Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Education in Practice*, 46. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.nepr.2020.102809>

Scanlon, L., Rowling, L., & Weber, Z. (2007). "You don't have like an identity ... you are just lost in a crowd": Forming a Student Identity in the First-year Transition to University. *Journal of Youth Studies*, 10(2), 223–241. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/13676260600983684>

Shamsuddin, K., Fadzil, F., Ismail, W. S. W., Shah, S. A., Omar, K., Muhammad, N. A., Jaffar, A., Ismail, A., & Mahadevan, R. (2013). Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(4), 318–323. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ajp.2013.01.014>

Shikai, N., Shono, M., & Kitamura, T. (2009). Effects of coping styles and stressful life events on depression and anxiety in Japanese nursing students: a longitudinal study. *International journal of nursing practice*, 15(3), 198–204. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1440-172X.2009.01745.x>

Sinclair SJ, Siefert CJ, Slavin-Mulford JM, Stein MB, Renna M, & Blais MA. (2012). Psychometric Evaluation and Normative Data for the Depression, Anxiety, and Stress Scales-21 (DASS-21) in a Nonclinical Sample of U.S. Adults. *Evaluation & the Health Professions*, 35(3), 259–279. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0163278711424282>

Sjöström, N., & Skärsäter, I. (2019). Ångestsyndrom. I I. Skärsäter, & L. Wiklund Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundnivå* (tredje upplagan s.87-107). Studentlitteratur.

Skärsäter, I. & Wiklund Gustin, L. (red.) (2019). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundnivå* (Tredje upplagan). Studentlitteratur.

Skärsäter, I. (2019). Förstämningssyndrom. I I. Skärsäter, & L. Wiklund Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundnivå* (tredje upplagan s.109-136). Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2013). *Psykisk ohälsa bland unga* (2013-5-43). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-5-43.pdf>

Socialstyrelsen (2017). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna* (2017-12-29). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2017-12-29.pdf>

Socialstyrelsen (2019). *Vård vid depression och ångestsyndrom 2019. Underlagsrapport* (2019-5-13). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-13.pdf>

Socialstyrelsen (2020). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - Stöd för styrning och ledning* (2020-9-6936). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-9-6936.pdf>

Son, C., Hegde, S., Smith, A., Wang, X., & Sasangohar, F. (2020). Effects of COVID-19 on College Students' Mental Health in the United States: Interview Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e21279. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.2196/21279>

Från Statistiska centralbyrån [SCB]. (2020). *Hälsotillstånd, fysiska och psykiska besvär efter indikator, redovisningsgrupp och kön. Andelar i procent och skattat antal i tusental. År 2008-2009 - 2018-2019* [Tabell]. <https://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/98414.0000043V>

Statistiska centralbyrån [SCB] (2018). Yrkesregistret med yrkesstatistik 2018 Yrkesstrukturen I Sverige. Hämtad 2020-04-04 från https://www.scb.se/contentassets/b49d7efc2653457f8179f18461d2bf38/am0208_2018a01_sm_am33sm2001.pdf

Tung, Y. J., Lo, K. K. H., Ho, R. C. M., & Tam, W. S. W. (2018). Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 63, 119–129. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.nedt.2018.01.009>

Unesco. (u.å.). Education: From disruption to recovery. Hämtad 19 november 2020 från <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>

Ulander, A.K., Vallgård, J., Carlström, E., Both, S., & Frank, G. (2016). *Verksamhetsförlagd utbildning*. Vårdförbundet. <https://www.vardforbundet.se/siteassets/student/vardforbundet-student-vfu-ranking-2016.pdf>

Universitets- och högskolerådet, (2020). *Sök i Universitetets- och högskolerådets antagningsstatistik*. Hämtad 2020-04-04 från <https://statistik.uhr.se> (UHR)

Vaez, M., & Laflamme, L. (2008). Experienced Stress, Psychological Symptoms, Self-Rated Health and Academic Achievement: A Longitudinal Study of Swedish University Students. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 36(2), 183–195. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.2224/sbp.2008.36.2.183>

Vingård, E. (2020). *En kunskapsöversikt - Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*. <https://forte.se/app/uploads/2015/04/psykisk-ohalsa-arbetsliv.pdf>

Walach, H., Lynch, S., & Marie-Louise, G. (2008) Mindfulness-based coping with university life (MBCUL): A randomised wait-list controlled study. *European Journal of Integrative Medicine*, 1(1), 40-41. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2008.08.078>

Wang, X., Hegde, S., Son, C., Keller, B., Smith, A., & Sasangohar, F. (2020). Investigating Mental Health of US College Students During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e22817. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.2196/22817>

Watt, E., Murphy, M., Pascoe, E., Scanlon, A., & Gan, S. (2011). An evaluation of a structured learning programme as a component of the clinical practicum in final year bachelor of nursing programme: a pre-post-test analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15–16), 2286–2293. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2702.2010.03621.x>

Watt, E., Murphy, M., MacDonald, L., Pascoe, E., Storen, H., & Scanlon, A. (2016). An evaluation of a structured learning program as a component of the clinical practicum in undergraduate nurse education: A repeated measures analysis. *Nurse Education Today*, 36, 172–177. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.09.008>

Wiklund Gustin, L. (2015). Psykologi för sjuksköterskor. Studentlitteratur.

Willman, A. (Red.). (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (4., [rev.] uppl.). Studentlitteratur.

Winzer, R., Lindblad, F., Sorjonen, K., & Lindberg, L. (2014). Positive versus negative mental health in emerging adulthood: a national cross-sectional survey. *BMC Public Health*, *14*(1), 1–19. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/1471-2458-14-1238>

World Health Organization. (u.å.). *WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution*. Hämtad 23 december 2020 från <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

World Health Organization. (2009). *Global standards for the initial education of professional nurses and midwives*. World Health Organization. (WHO/HRH/HPN/08.6) <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44100>

World Health Organization. (2020a). *Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19* (WHO/2019-nCoV/Adjusting_PH_measures/2020.2). <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-in-adjusting-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>

World Health Organization. (12 mars 2020b). *WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic#:~:text=COVID%2D19%20can%20be,growing%20number%20of%20countries>

Yüksel, A., & Bahadır-Yılmaz, E. (2019). Relationship between depression, anxiety, cognitive distortions, and psychological well-being among nursing students. *Perspectives in Psychiatric Care*, *55*(4), 690- 696. <https://doi.org/10.1111/ppc.12404>

Zeng, Y., Wang, G., Xie, C., Hu, X., Reinhardt, JD. (2019). Prevalence and correlates of depression, anxiety and symptoms of stress in vocational college nursing students from

Sichuan, China: a cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine*, 24(7), 798-811.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1574358>

Bilaga 1 (3)

	Stämde inte alls på mig	Stämde på mig ibland eller en del av tiden	Stämde på mig ganska mycket, eller en stor del av tiden	Stämde väldigt bra på mig, eller nästan hela tiden
1. Jag tyckte att det var svårt att varva ner	0	1	2	3
2. Jag kände att jag var torr i munnen	0	1	2	3
3. Jag verkade inte kunna känna några positiva känslor alls	0	1	2	3
4. Jag upplevde andningssvårigheter (t.ex. överdrivet snabb andning fastän jag inte ansträngt mig fysiskt)	0	1	2	3
5. Jag tyckte det var svårt att motivera mig att göra saker	0	1	2	3
6. Jag hade en tendens att överreagera på händelser	0	1	2	3
7. Jag upplevde att jag darrade (t.ex. händerna)	0	1	2	3
8. Jag kände att mycket energi gick åt till att oro mig	0	1	2	3
9. Jag oroade mig för situationer där jag skulle kunna gripas av panik och göra bort mig.	0	1	2	3
10. Det kändes som att jag inte hade någonting att se fram emot	0	1	2	3
11. Jag märkte hur jag började bli upprörd	0	1	2	3
12. Jag tyckte att det var svårt att slappna av	0	1	2	3
13. Jag kände mig nedstämd och låg	0	1	2	3
14. Jag blev irriterad på saker som hindrade mig från att fortsätta med saker som jag sysslade med	0	1	2	3
15. Jag kände att jag var nära att gripas av panik	0	1	2	3
16. Jag lyckades inte känna mig entusiastisk över någonting	0	1	2	3
17. Jag kände att jag inte var värd mycket som människa	0	1	2	3
18. Jag kände att jag var ganska lättstött	0	1	2	3
19. Jag var medveten om min hjärtrytm även om jag inte ansträngde mig fysiskt. (t.ex. medveten om pulsen, eller att hjärtat hoppade över ett slag)	0	1	2	3
20. Jag kände mig rädd utan någon vettig anledning	0	1	2	3
21. Jag kände att livet var meningslöst	0	1	2	3

Bilaga 2 (3)

Mall för poängberäkning

D=depression, A=ångest, S=stress.

Poängberäkning

1=S

2=A

3=D

4=A

5=D

6=S

7=A

8=S

9=A

10=D

11=S

12=S

13=D

14=S

15=A

16=D

17=D

18=S

19=A

20=A

21=D

Bilaga 3 (3)

DASS-21 tabellvärden
Multiplicera därefter svaren med 2 och jämför
svaren med följande nivåberäkning.

	Depression	Ångest	Stress
Normal	0–9	0–7	0–14
Lindrig	10–13	8–9	15–18
Måttlig	14–20	10–14	19–25
Svår	21–27	15–19	26–33
Mycket svår	28+	20+	34