

Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för social- och
hälsovård

VACCINATIONSBERÄGNET GÄLLANDE COVID-19-VACCIN PÅ ÅLAND

- En kvantitativ studie

Anna Jansson och Maria Söderlund



2021:36

Datum för godkännande: 03.06.2021
Handledare: Erika Boman

EXAMENSARBETE

Högskolan på Åland

| | |
|----------------------------|--|
| Utbildningsprogram: | Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård |
| Författare: | Anna Jansson, Maria Söderlund |
| Arbetets namn: | Vaccinationsbenägenhet gällande covid-19-vaccin på Åland |
| Handledare: | Erika Boman |
| Uppdragsgivare: | - |

Abstrakt

Bakgrund: Runt om i världen pågår vaccination mot covid-19. Tidigare studier har visat att det finns olika faktorer som påverkar hur människor ställer sig till att ta vaccin.

Syfte: Syftet med detta examensarbete är att kartlägga och analysera vaccinationsbenägenheten gällande vaccin mot covid-19 bland befolkningen på Åland.

Metod: Studien är en del av projektet Ålands Covidkohort. Studien är en kvantitativ tvärsnittsstudie som baseras på data insamlad med en enkät med 103 deltagare. Enkätsvaren analyserades med hjälp av både beskrivande och analyserande statistik.

Resultat: Resultatet visade att majoriteten av deltagarna skulle ta covid-19-vaccin om de rekommenderades att ta det. I ett fåtal separata påståenden kring vaccinationsbenägenhet fanns skillnader i kön, åldersgrupper och utbildningsnivå som indikerar att kvinnor kan ha lägre benägenhet och äldre personer kan ha en högre vaccinationsbenägenhet. Resultatet visade också att personer som förespråkar det nationella vaccinationsprogrammet har en högre benägenhet till att ta covid-19-vaccin.

Slutsats: Deltagarna i studien har en hög vaccinationsbenägenhet. Psykologiska, biologiska och sociokulturella faktorer kan påverka personers vaccinationsbenägenhet. Förtroende för hälso- och sjukvård samt myndigheter, ökar vaccinationsbenägenhet. Att sjukskötaren ger relevant och evidensbaserad information gällande covid-19-vaccin kan öka personers vaccinationsbenägenhet.

Nyckelord (sökord)

acceptans, benägenhet, covid-19, pandemi, vaccination, villighet

| | | | |
|--------------------------------|--------------|---------------|------------------|
| Högskolans serienummer: | ISSN: | Språk: | Sidantal: |
| 2021:36 | 1458-1531 | Svenska | 41 sidor |

| | | |
|-------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Inlämningsdatum: | Presentationsdatum: | Datum för godkännande: |
| 28.05.2021 | 03.06.2021 | 03.06.2021 |

DEGREE THESIS

Åland University of Applied Sciences

| | |
|------------------------------|--|
| Study program: | Study Programme in Health and Caring Sciences |
| Author: | Anna Jansson, Maria Söderlund |
| Title: | Vaccination Propensity regarding COVID-19 Vaccine on the Åland Islands |
| Academic Supervisor: | Erika Boman |
| Technical Supervisor: | - |

| |
|---|
| Abstract |
| <p>Background: Vaccinations against covid-19 are taking place around the world. Previous studies have shown that there are various factors that affect how people respond to vaccines.</p> <p>Aim: The aim of this thesis is to map and analyze the vaccination propensity for vaccines against covid-19 among the population on the Åland Island.</p> <p>Method: The study is part of the project Ålands Covidkohort. The study is a quantitative cross-sectional study based on data collected with a survey of 103 participants. The questionnaire responses were analyzed using both descriptive and analytical statistics.</p> <p>Result: The results showed that the majority of participants would take covid-19 vaccine if they were recommended to take it. In a few separate statements about vaccination propensity, there were differences in gender, age groups and level of education which indicate that women may have a lower propensity and older people may have a higher vaccination propensity. The results also showed that people who advocate the national vaccination program have a higher tendency to take covid-19 vaccine.</p> <p>Conclusions: The participants in the study have a high propensity to vaccinate. Psychological, biological and sociocultural factors can affect a person's propensity to vaccinate. Confidence in health care and the authorities increases the propensity to vaccinate. The fact that the nurse provides relevant and evidence-based information regarding covid-19 vaccines may increase individuals' propensity to vaccinate.</p> |

| |
|---|
| Keywords |
| acceptance, covid-19, hesitancy, pandemic, propensity, vaccination, willingness |

| | | | |
|-----------------------|--------------|------------------|-------------------------|
| Serial number: | ISSN: | Language: | Number of pages: |
| 2021:36 | 1458-1531 | Swedish | 41 pages |

| | | |
|-------------------|------------------------------|---------------------|
| Handed in: | Date of presentation: | Approved on: |
| 28.05.2021 | 03.06.2021 | 03.06.2021 |

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|-----------|
| 1. INLEDNING | 5 |
| 1.1 Bakgrund | 6 |
| 1.1.1. Vaccin | 6 |
| 1.1.2. Vaccinationsbenägenhet | 7 |
| 1.1.3. Sjukskötarens förebyggande arbete gällande vaccinationer | 10 |
| 1.2 Problemformulering | 11 |
| 1.3 Syfte | 11 |
| 2. METOD | 12 |
| 2.1 Urval | 12 |
| 2.2 Datainsamling | 13 |
| 2.3 Analys | 15 |
| 2.4 Etiska aspekter | 16 |
| 3. RESULTAT | 17 |
| 3.1 Inställning till covid-19-vaccin | 17 |
| 3.2 Faktorer som kan påverka beslutet att vaccinera sig mot covid-19 | 20 |
| 3.3 Benägenhet till covid-19-vaccin i relation till vaccinationsbenägenhet i allmänhet | 23 |
| 3.4 Inställningen till det nationella vaccinationsprogrammet och dess påverkan på benägenheten till att vaccinera sig mot covid-19 | 23 |
| 4. DISKUSSION | 26 |
| 4.1 Resultatdiskussion | 26 |
| 4.2 Metoddiskussion | 31 |
| 4.3 Slutsats | 33 |
| KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING | 34 |

1. INLEDNING

I december 2019 konstaterades fall av coronaviruset SARS-CoV-2 i Kina (Institutet för hälsa och välfärd [THL], 2020a). Coronaviruset SARS-CoV-2 orsakar sjukdomen covid-19. Virusets spridning skedde snabbt världen över och i mars 2020 deklarerade Världshälsoorganisationen sjukdomen covid-19 som en pandemi. Det finns ingen specifik behandling för covid-19 (Institutet för hälsa och välfärd [THL], 2021b). Sjukdomen kan ge allt från milda till allvarliga symtom och sjukdomen kan vara livshotande; en del av de som drabbas av sjukdomen kan behöva sjukhusvård och några till och med intensivvård. Sjukdomen kan dock förebyggas med hjälp av vaccin.

Vaccination förväntas ha en stor betydelse för kampen mot covid-19. Varje vaccination som ges har betydelse (Institutet för hälsa och välfärd [THL], 2021a; Institutet för hälsa och välfärd [THL], 2021c). Att befolkningen vaccinerar sig kan antas ha särskild betydelse på Åland, eftersom att hälso- och sjukvårdens resurser på Åland är begränsade och det finns endast ett fåtal intensivvårdsplatser. I takt med att flera vaccineras kan användningen av hälso- och sjukvårdstjänster till följd av covid-19 minska och resurserna kan fokuseras på att bota och förebygga andra sjukdomar (Institutet för hälsa och välfärd [THL], 2020c).

Det är i Finland frivilligt att vaccinera sig. Om den finländska befolkningen väljer att vaccinera sig kan det bero på vaccinationsbenägenhet (Institutet för hälsa och välfärd [THL], 2020b). Det har genom tiderna i allmänhet funnits delade åsikter kring vaccin. Tidigare studier visar att vaccinationsbenägenheten minskar generellt; fler avstår från att vaccinera sig (Succi, 2018; Troiano & Nardi, 2020). Det finns begränsat antal studier kring vaccinationsbenägenhet i Finland, framförallt på Åland, och varken i Finland eller på Åland finns det studier som belyser vaccinationsbenägenhet gällande covid-19. I detta arbete kommer vaccinationsbenägenheten gällande covid-19-vaccin på Åland att studeras.

1.1 Bakgrund

Just nu pågår i världen en pandemi, covid-19, som orsakas av coronaviruset SARS-CoV-2. Sjukdomen smittar genom direkt kontaktsmitta, genom föremål (indirekt kontaktsmitta) samt genom luften via hosta och nysningar. Den drabbar alla åldrar. Vissa personer är helt symtomfria. Andra får symtom som torrhosta, feber, trötthet, halsont, kroppsvärk, diarré och huvudvärk. Många med symtom återhämtar sig utan sjukhusvård, medan en del blir allvarligt sjuka och kan behöva intensivvård. Covid-19 kan vara livshotande och personer med underliggande sjukdomar, t.ex. svår hjärtsjukdom, svår lungsjukdom, diabetes med organskador och kronisk lever- och njursvikt, har en högre risk att drabbas av en mer allvarlig covid-19-infektion (THL, 2021c). I april 2021 hade 3 miljoner människor i världen dött av covid-19-infektion (World Health Organization [WHO], 2021). Motsvarande siffra i Finland, den 15 maj 2021 var 931 personer (Institutet för hälsa och välfärd [THL], 2021d). På Åland, fram till den 17 maj 2021 hade 381 positiva fall av covid-19 bekräftats (Ålands hälso- och sjukvård, 2021c). Enligt läkare M. Nordberg (personlig kommunikation, 18 maj 2021) hade, fram till 18 maj 2021, totalt 23 patienter sjukhusvårdats och några dödsfall av covid-19 har inte bekräftats på Åland.

Eftersom det inte finns någon direkt behandling mot covid-19 är begränsande av smittspridningen mycket viktig. Det finns ett antal förebyggande åtgärder som att hålla avstånd, sköta handhygien, använda munskydd och hosta i armveck (World Health Organization [WHO], 2020a). En annan förebyggande åtgärd mot covid-19 är vaccination. Runt om i världen pågår sedan december 2020 vaccinering mot covid-19 (Europeiska vaccinationsinformationsportalen, 2021). Några dagar efter julen samma år inleddes vaccinering mot covid-19 i Finland (Social- och hälsovårdsministeriet, 2021) och i januari 2021 inleddes vaccinationerna på Åland (Ålands hälso- och sjukvård, 2021a).

1.1.1. Vaccin

Vaccin är ett läkemedel som ges för att förebygga sjukdomar (Läkemedelsverket, u.å.). Vaccin fungerar genom att förbereda och träna immunsystemet, kroppens naturliga försvar, för att känna igen och bekämpa bakterier och virus som kroppen utsätts för. När en

vaccinerad person sedan utsätts för smittan är kroppen direkt redo att bekämpa den och förhindra att personen blir sjuk (WHO, 2020a).

Det finns olika typer av vaccin som ger skydd för både individen och människor i dess närhet. Vaccin minskar spridningen av sjukdom bland befolkningen. Vaccinerade personer skyddar indirekt de som av någon anledning inte kunnat ta vaccinet. Vaccin kan i bästa fall utrota en sjukdom som covid-19 i ett område eller i hela världen (THL, 2020c).

I Finland finns ett nationellt vaccinationsprogram vars syfte är att ge finländarna ett gott skydd mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination. I programmet ingår ett flertal olika vaccin som ges redan till barn från två månaders ålder upp till vuxen ålder. I Finland är det frivilligt att bli vaccinerad (THL, 2020b). Då det är en del av befolkningen som inte väljer att vaccinera sig, har det blivit en ökad förekomst av olika smittsamma sjukdomar, som hade gått att vaccinera bort. Världshälsoorganisationen har sett en generell tveksamhet kring vaccinationer och identifierar det som ett stort hot mot den globala hälsan (Reuben et al., 2020), eftersom det krävs en god vaccinationstäckning för att ha kontroll på infektionssjukdomar i samhället. Vaccinationstäckning handlar om hur många i befolkningen som har fått ett visst vaccin (THL, 2020c). Beroende på sjukdom krävs det olika grader av vaccinationstäckning för att sjukdomen inte skall spridas lika lätt. För att hålla pandemier, som covid-19, under kontroll krävs en hög vaccinationstäckning. För att uppnå hög vaccinationstäckning är befolkningens vaccinationsbenägenhet av betydelse (Paul et al., 2021).

1.1.2. Vaccinationsbenägenhet

Begreppet vaccinationsbenägenhet kan beskrivas som villighet till att ta vaccin (Dubé & MacDonald, 2016). Enligt Nationalencyklopedin (u.å) beskrivs benägenhet som en drivkraft som leder till en handling. I artikelsökningar till detta arbete framkom olika begrepp som används som synonymer till ordet benägenhet på engelska: *tendency*, *propensity*, *acceptance* och *willingness*. *Tendency* har flera synonymer på svenska: benägenhet, tendens, riktning, villighet och anlag (MOT-ordböcker, u.å.). *Propensity* kan översättas på svenska till benägenhet (MOT-ordböcker, u.å.). *Acceptance* kan på svenska beskrivas som acceptans, accepterande eller godkännande (MOT-ordböcker, u.å.). Ordet *willingness* översätts till

villighet på svenska. *Willingness* framkom i flera artiklar och kan användas för att förklara villigheten till att bli vaccinerad (MOT-ordböcker, u.å). Begreppet vaccinationsbenägenhet är således relaterat till förändringar i viljan till att bli vaccinerad, huruvida människor är villiga att vaccineras eller inte. Vaccinationsbenägenhet kan definieras som en beskrivning av den upplevda risken att bli smittad ihop med villigheten till att vaccinera sig. Vidare konstateras att vaccinationsbenägenhet är individuellt för varje enskild individ och varierar bland befolkningen (Baumgaertner et al., 2020). I detta arbete används begreppet vaccinationsbenägenhet för att förklara villigheten till att ta covid-19-vaccin (Baumgaertner et al., 2020).

Vid sökning av artiklar kring vaccinationsbenägenhet framkom även motsatta ord. Tveksamhet framkom som ett motsatsord till benägenhet och lydde på engelska som *hesitancy*. *Hesitancy* är en böjning av grundordet *hesitation* som på svenska har synonymer som begreppen tveksamhet, tvekan och villrådighet (MOT-ordböcker, u.å). *Vaccine hesitancy*, som kan översättas till vaccintvekan på svenska, kan användas för att förklara bristfällig vaccinationstäckning (Bedford et al., 2018). Ordet *refusal* användes också i flera artiklar. *Refusal* översätts på svenska till vägran och kan användas för att förklara då en person väljer att vägra en handling (MOT-ordböcker, u.å)

I hela världen finns det personer som ser olika på vaccinationer i allmänhet. Vissa personer är mer positivt inställda till vaccinationer medan andra är mer skeptiska. I en tidigare studie har det setts att de personer som har en mer positiv inställning till vaccin kände att de har mera kunskap och information gällande vacciner. De personer med en mer positiv inställning kände även att de tror på effektiviteten av vaccinationer och vad vaccinationer har för inverkan på samhället. Studien visade också att det blir en högre vaccinationstäckning då det erbjuds gratis vaccination (de Perio et al., 2012).

I flera studier lyfts faktorer som kan påverka vaccinationsbenägenheten negativt, såsom missvisande information, tveksamhet mot vaccin i allmänhet, oro över att vaccin är snabbt framställda samt oro över effekter av vaccin och dess trovärdighet (Larson et al., 2016; Succi, 2018; Setbon & Raude, 2010). Det finns flera olika grunder till att personer kan vara skeptiska till vaccin och vaccinationer, exempelvis okunskap, eller filosofiska, religiösa och

politiska övertygelser (Troiano & Nardi, 2020; Hogan et al., 2020; Freeman et al., 2020; Paul et al., 2021). Andra orsaker som kan vara till grund för skepsis till vaccinationer kan vara sociala faktorer, som inkluderar personlig erfarenhet, familjehistoria och åsikter som finns i närmiljön. Även media kan spela in gällande vaccinationer och ge missvisande information (Succi 2018; Lindberg, 2013).

Ett flertal studier visar att arbetsstatus, kön, ålder, utbildning, samt inkomst kan påverka vaccinationsbenägenhet. I studierna lyfts att kvinnor och yngre personer är mindre benägna till att ta vaccin än män och äldre personer. I studierna lyfts det också att arbetslösa och personer med lägre inkomst har en lägre benägenhet till att acceptera vaccin än de som är arbetande och har en högre utbildning (Troiano & Nardi, 2020; Succi, 2018; Larson et al., 2016; Freeman et al., 2020). I en annan studie lyfts att det finns människor som har en hög benägenhet att ta vaccin, men på grund av medicinska skäl inte kan bli vaccinerade (Böhm et al., 2018).

Under 2014 betonade Världshälsoorganisationen att det fanns ett brådskande behov av effektiva insatser för att ta itu med tveksamhet mot vacciner och för att öka acceptansen gentemot vaccin. En arbetsgrupp (Strategic Advisory Group of Experts, SAGE) utvecklade en modell för att öka kunskap om vaccinationstveksamhet och därmed arbeta för att öka vaccinationsbenägenheten. I modellen beskrivs vaccinationstveksamhet som försenad acceptans eller vägran till vaccin. Modellen lyfter fram att attityder kring vaccinering kan ses från totalt acceptande av vaccin till en fullständig vägran (SAGE, 2014). Arbetsgruppen SAGE jobbade fram tre viktiga faktorer som påverkar tveksamheten mot vaccin och acceptans. Dessa tre är: förtroende (*confidence*), självbelåtenhet (*complacency*) och bekvämlighet (*convenience*). Förtroende syftar till effektiviteten av vaccinet och vaccinets säkerhet, samt pålitligheten och kompetensen hos hälso- och sjukvården. Självbelåtenhet upplevs av personer som anser att vaccinationer har lite betydelse i sjukdomsförebyggande arbetet och att vaccination inte anses var nödvändigt; det finns andra faktorer som är viktigare än vaccinationer i det sjukdomsförebyggande arbetet. Bekvämligheten mäts genom tillgänglighet, kostnader, förståelsen av vaccinationer, samt orsaker som påverkar viljan att bli vaccinerad (Dubé & MacDonald, 2016).

1.1.3. Sjukskötarens förebyggande arbete gällande vaccinationer

Sjukskötarens har en etisk kod att följa. Enligt denna har sjukskötarens fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, förebygga sjukdomar, återställa hälsa och lindra lidande. Sjukskötarens ansvar är i första hand riktat till människor i behov av vård, men sjukskötarens har också ett ansvar gentemot allmänheten. En sjukskötare har ett delat ansvar med samhället för att initiera och främja insatser som tillgodoser allmänhetens, speciellt sårbara befolkningsgruppers hälsa och sociala behov. Sjukskötarens skall uppvisa trovärdighet, medkänsla och skydda integriteten. Detta kan göras genom att sjukskötarens genomför omvårdnaden med respekt för mänskliga rättigheter, samt ger patienter tillräcklig information som krävs för att ge informerat samtycke till vården (International Council of Nurses, 2012).

En patient har enligt lag rätt att få information om vårdens och behandlingens betydelse, olika vård- och behandlingsalternativ och hur behandlingen går till (Lag om patientens ställning och rättigheter, Finlex, 785/1992). Som sjukskötare är det viktigt att ha en kunskap gällande både vaccin i allmänhet, men även specifikt om covid-19-vaccinet (Paul et al., 2021). Sjukskötarens har ansvar över att patienten få tillräcklig och saklig information, vilket också styrks i SAGEs modell (SAGE, 2014). Information om både fördelar med vaccinationer och eventuella biverkningar som kan uppstå vid vaccinering bör diskuteras. Sjukdomsrisker och komplikationer som kan uppstå då personer låter bli att vaccinera sig bör också diskuteras. Det är viktigt att alltid visa respekt till patienten oavsett hur den ställer sig till vaccinering (Folkhälsomyndigheten, 2018). Det är viktigt att lyssna till patienterna. Genom att lyssna till patienten kan en sjukskötare få en större insikt i vad patienten har för inställning och åsikt gällande vaccinationer, samt få en större förståelse för deras perspektiv. Dock skall en sjukskötare endast försöka att rekommendera vaccin och inte sälja in det, eftersom det då kan leda till att patienten blir tveksam till vaccinationer (Dubé & MacDonald, 2016).

1.2 Problemformulering

Covid-19-pandemin har tagit hela världen med storm och drabbat många människor världen över. Mycket av hälso- och sjukvårdens resurser läggs just nu på att vårda patienter som drabbats av covid-19, men också på att förebygga sjukdomen med hjälp av vaccin.

Vaccinering i Finland är frivilligt och ingen kan tvingas bli vaccinerad. De konsekvenser som kan uppstå då människor väljer att inte bli vaccinerade är att en sjukdom, som covid-19, sprids bland befolkningen. För att bekämpa covid-19-pandemin krävs en hög vaccinationstäckning bland befolkningen. Med hjälp av studien kartläggs och analyseras vaccinationsbenägenheten gällande covid-19-vaccin bland befolkningen på Åland. Studien är viktig att genomföra ur ett samhällsperspektiv för att uppmärksamma hur vaccinationsbenägenheten ser ut på Åland. Studien är också viktig att genomföra för att personal inom hälso- och sjukvården, inklusive sjukskötare, skall få mer kunskap om vilka grupper i samhället som är mer eller mindre benägna till vaccin och därmed kunna ge mer information och stödja personer i att ta välgrundade beslut om vaccinering baserat på evidens.

1.3 Syfte

Syftet med detta examensarbete är att kartlägga och analysera vaccinationsbenägenheten gällande vaccin mot covid-19 bland befolkningen på Åland.

2. METOD

Arbetet är baserat på en kvantitativ tvärsnittsstudie, som innebär att numerisk data har använts för att besvara studiens syfte. Med hjälp av kvantitativ metod kan det fås svar på forskningsfrågor genom att det har gjorts någon form av strukturerade mätningar eller observationer, samt undersökt skillnader efter exempelvis ålder och kön (Stage & Wells, 2014). Den insamlade datan presenteras sedan i form av siffror, i detta arbete med hjälp av tabeller med stöd av förklarande text. Med en tvärsnittsstudie görs mätningar i en specifik grupp vid ett visst tillfälle (Billhult, 2017d; Barmark & Djurfeldt, 2019), i det här arbetet mättes vaccinationsbenägenhet bland den åländska befolkningen vid ett tillfälle under covid-19-pandemin.

Detta arbete är en del av ett större projekt, "Ålands Covid-19 populationskohort - en longitudinell epidemiologisk studie och kartläggning av befolkningens erfarenheter och beteenden", även kallad Ålands Covidkohort. Ålands Covidkohort är ett samarbetsprojekt mellan Högskolan på Åland och Institutet för hälsa och välfärd (THL), Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS), Ålands landskapsregering, Medimar och laboratoriet Bimelix. Ålands Covidkohort genomförs för att undersöka förekomst av covid-19 och antikroppar mot covid-19 hos den åländska befolkningen samt befolkningens erfarenheter av pandemin. Projektets syfte var också att kartlägga och analysera befolkningens kunskap, hälsofrämjande och riskbeteende samt tillit i samband med covid-19-pandemin. Projektet inleddes på Åland i oktober 2020. Det aktuella arbetet är baserat på ett urval av insamlat material från enkäter från Ålands Covidkohort.

2.1 Urval

Till Ålands Covidkohort bjöds i slutet av november 2020, totalt 260 slumpmässigt utvalda personer boende på Åland över 18 år att delta. Med slumpmässigt urval menas det att deltagarna väljs ut slumpmässigt, dvs. att varje individ som passar i inklusionskriterierna har lika stor sannolikhet att bli vald till urvalet (Barmark & Djurfeldt, 2019; Billhult, 2017d). Efter två påminnelser hade totalt 103 personer valt att besvara enkäten (svarsfrekvens: 36,9

%) 50 kvinnor och 53 män. Exklusionskriterierna i enkäten var personer under 18 år eller personer som inte besvarade det informerade samtycket.

2.2 Datainsamling

De personer som valde att delta i Ålands Covidkohort genomgick inledningsvis provtagning (PCR- och antikroppstest). I samband med provtagningen fick deltagarna information om ifyllande av enkäten. Deltagarna kunde själva välja att fylla i enkäten digitalt eller få hjälp att fylla i enkäten genom en telefonintervju. Datainsamlingen pågick 30.11.2020-18.02.2021.

Enkätstudier är bra att använda när det skall samlas in information från många människor på en kort tid (Billhult, 2017c). Enkäten som användes baserades på Världshälsoorganisationens (WHO) enkät, *“Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours and trust to inform pandemic outbreak response”* (World Health Organisation [WHO], 2020b). Deltagarna i den tvärprofessionella forskargruppen bakom Ålands Covidkohort granskade frågorna i WHO:s enkät och gjorde ett urval av frågorna utifrån relevans till projektets övergripande syfte. Relevanta frågor översattes till svenska och vissa frågor och/eller svarsalternativ modifierades. Deltagarna i forskargruppen lade även till frågor som antogs vara relevanta för åländska förhållanden. Under hösten 2020 pilottestades enkäten av sjukskötarstuderande vid Högskolan på Åland och personer från förvaltningen vid Ålands landshövdingens förvaltning. Efter pilottestet genomfördes några mindre justeringar i enkäten.

I enkäten från Ålands Covidkohort fanns tre grupper av påståenden som handlade om vaccinationsbenägenhet gällande covid-19-vaccin. De första fem påståendena berörde inställningen till att vaccinera sig mot covid-19. Påståendena var: “Om ett vaccin mot COVID-19 blir tillgängligt och jag rekommenderas ta det kommer jag att ta vaccinet”, “Jag tror att ett vaccin kan hjälpa till att kontrollera spridningen av COVID-19”, “Om jag visste att jag redan har smittats av COVID-19 skulle jag inte ta vaccinet, även om det fanns tillgängligt”, “När alla andra är vaccinerade mot COVID-19 finns det ingen anledning för mig att vaccineras”, “Om det fanns ett vaccin mot COVID-19 tillgängligt skulle jag vilja ta det, även om jag inte rekommenderades att ta det”. Påståendena besvarades på en ordinalskala mellan 1-7, där 1 = stämmer helt och 7 = stämmer inte alls.

De följande sju påståendena handlade om vad som påverkar beslutet till att vaccinera sig. Deltagarna skulle svara på “Om/när ett vaccin blir tillgängligt beror beslutet att vaccinera sig på...”: “Rekommendationer från läkare på hälsocentral, företagshälsovård eller motsvarande”, “Rekommendationer från Social- och hälsovårdsministeriet”, “Om vaccinet har använts länge och inga allvarliga bieffekter har rapporterats”, “Om vaccinet har använts i andra länder”, “Risken att bli smittad av COVID-19 vid tidpunkten för när vaccinet blir tillgängligt”, “Hur lätt det är att bli vaccinerad (t ex om det kommer att finnas möjlighet att vaccinera sig på arbetstid/utanför kontorstid)”, “Om vaccinet kommer att vara gratis”, “Om massvaccinering kommer leda till lättnader i restriktioner”. Även dessa påståenden besvarades på en ordinalskala mellan 1-7, där 1 = överensstämmer inte alls och 7 = överensstämmer helt.

Det sista påståendet handlade om det nationella vaccinationsprogrammet som gäller i Finland. Frågan löd som följande: “Bortsett från COVID-19 anser jag att alla borde vaccinera sig enligt det nationella vaccinationsprogrammet”. Frågan besvarades med svarsalternativen “Ja” eller “Nej”.

I tillägg till specifika frågor kring vaccinationer ställdes bakgrundsfrågor. I detta arbete har bakgrundsvariablerna ålder, kön, utbildningsnivå och om personen skattade sig vara i en riskgrupp använts. Deltagarna delades in i åldersgrupper: 18-39 år; 40-59 år; 60+ år. Svarsalternativen på vilket kön deltagarna identifierade sig med var “Man”, “Kvinna”, “Annat” eller “Jag önskar inte besvara frågan”. Ingen valde att svara “Annat” eller “Jag önskar inte besvara frågan”. Svarsalternativen till om deltagaren var i riskgrupp var “Ja”, “Nej”, och “Vet inte”. Svarsalternativen på hur många år av utbildning deltagarna hade slutfört var “0-9 år”, “10-12 år”, “Mer än 12 år” samt “Jag önskar inte besvara frågan”. Till detta arbete delades utbildningsnivå upp i två grupper; mindre än 12 år och mer än 12 år. De deltagare som valde att svara “Jag önskar inte besvara frågan” räknades som internt bortfall.

2.3 Analys

När den kvantitativa datan analyserades användes både beskrivande och analyserande statistik. Det innebär att slutsatser om skillnader och likheter drogs mellan olika variabler som kunde påverka vaccinationsbenägenheten. För att kontrollera om påståenden gällande vaccinationsbenägenheten var normalfördelade användes Shapiro Wilk test (SPSS Tutorials, 2020). Testet visade att alla svar var snedfördelade. I beskrivning av den kvantitativa datan användes därför median (Md) som centralmått och kvartilavstånd som spridningsmått (Billhult, 2017b). Medianen förklaras som det mittersta värdet om alla mätvärden skulle placeras i storleksordning. Kvartil är ett mått på spridningen. Kvartiler, som betyder en fjärdedel, används för att beskriva spridningen runt medianen genom att dela in de olika värdena i kvartiler (Billhult, 2017a; Barmark & Djurfeldt, 2019). I resultattabellerna redovisas kvartilerna i första kvartilen (q1) och tredje kvartilen (q3). I tabellerna presenteras också antalet (n) och procent (%).

Då materialet inte var normalfördelat användes icke-parametriska test för att analysera materialet. I arbetet har Mann Whitney U-test och Kruskal Wallis-test använts. Mann Whitney U-test används för att undersöka skillnad mellan två grupper (Barmark & Djurfeldt, 2019), i detta arbete för att mäta skillnad mellan kön och utbildningsnivå. Kruskal Wallis används för att testa skillnad mellan tre eller flera grupper (Barmark & Djurfeldt, 2019), i detta arbete för att mäta skillnader i åldersgrupper och riskgrupp. Både Mann-Whitney U-test och Kruskal Wallis-test används då data är snedfördelat, samt vid litet urval (Barmark & Djurfeldt, 2019).

För att tolka resultatets signifikansnivå har ett p-värde på $<0,05$ använts; med hjälp av p-värdet kan det med 95% säkerhet sägas att skillnaden inte beror på varken slumpen eller tillfälligheten (Billhult, 2017a). För att ta reda på mellan vilka grupper det fanns signifikanta skillnader, gjordes ett post hoc test, Dwass-Steel-Critchlow-Fligner pairwise comparisons. (Analyse-it, 2020). All data har analyserats med hjälp av programmet Jamovi version 1.6.15 (The Jamovi project, 2021).

2.4 Etiska aspekter

Forskningsetik finns för att skydda de människor som väljer att delta i en studie. De forskningsetiska aspekterna är till för att bevara människors lika värde, integritet och självbestämmande. Det är viktigt att deltagarna känner till vad studiens syfte innebär, samt att de känner till sina rättigheter i deltagandet (Kjellström, 2017). I detta arbetet följdes Helsingforsdeklarationen (2013) genom att skydda deltagarnas integritet, självbestämmande, informerat samtycke samt konfidentialitet.

Ålands Covidkohort godkändes av Ålands hälso- och sjukvårds etikkomité den 28 oktober 2020. För att uppfylla forskningsetikens principer fick alla deltagare i projektet information både muntligt och skriftligt. För att respektera deltagarnas självbestämmande, integritet samt uppfylla principer för informerat samtycke (Sandman & Kjellström, 2013), skickades innan projektets start, ett informationsbrev ut där det stod syftet med studien och vad det innebär att delta i studien. I informationsbrevet informerades deltagarna att det är frivilligt att delta och att deltagaren kan välja att avbryta sitt deltagande när som helst utan orsak, samt hur materialet kommer att användas och vad som händer med materialet efter avslutad studie. Skribenterna i detta arbete har tagit del av informationsbrevet som skickades till deltagarna.

Alla deltagare i projektet har tilldelats ett individuellt kodnummer. I enkäten har den individuella koden angivits; materialet innehåller inte andra personuppgifter som skulle kunna möjliggöra att svaren kan kopplas till person. Enbart projektets två studiekoordinatorer har tillgång till kodlista som innehåller personuppgifter. De material från enkäterna som skribenterna har blivit tilldelade har bevarats på lösenordsskyddade datorer och inte delats med någon utomstående. Efter avslutat arbete kommer material från Ålands Covidkohort att raderas. I arbetet följs riktlinjerna för checklista för att skriva examensarbete på yrkeshögskola (Rådet för yrkeshögskolornas rektorer Arene rf, 2018)

3. RESULTAT

Av de 103 deltagare som valde att svara på Ålands Covidkohort var medelåldern 49,5 år (min-max: 20-82 år). Bakgrundsdata för deltagarna presenteras i tabell 1. Könsfördelningen var jämn (48,5% var kvinnor). Majoriteten av deltagarna var i åldern 40-59 år (40,2 %) och hade en utbildningsnivå på mer än 12 år (61%). En liten del av deltagarna (14,6%) svarade “Ja” på frågan om de tillhörde en riskgrupp.

Tabell 1. Bakgrundsdata över deltagarna.

| Variabler | n (%) |
|--------------------|-----------|
| Kön | |
| Kvinna | 50 (48,5) |
| Man | 53 (51,5) |
| Åldersgrupp | |
| 18-39 år | 32 (31,4) |
| 40-59 år | 41 (40,2) |
| 60 år och äldre | 29 (28,4) |
| Utbildning | |
| Mindre än 12 år | 39 (39) |
| Mer än 12 år | 61 (61) |
| Riskgrupper | |
| Ja | 15 (14,6) |
| Nej | 78 (75,7) |
| Vet inte | 10 (9,7) |

3.1 Inställning till covid-19-vaccin

Resultatet gällande de olika påståenden om inställningen till att vaccinera sig mot covid-19 (presenterat i median, kvartiler samt antal och andel svarande i respektive svarskategori) presenteras i tabell 2. Resultatet visade att majoriteten av deltagarna i enkätstudien (62,7%) svarade “Stämmer helt” på påståendet “Om ett vaccin mot COVID-19 blir tillgängligt och jag rekommenderas ta det kommer jag att ta vaccinet.”. Det var en stor andel (61,8%) deltagare

som svarade “Stämmer helt” på påståendet “Jag tror att ett vaccin kan hjälpa till att kontrollera spridning av COVID-19”. Ca en tredjedel (37,6%) svarade “Stämmer inte alls” på påståendet “Om jag visste att jag redan har smittats av COVID-19 skulle jag inte ta vaccinet, även om det fanns tillgängligt”. I enkäten svarade över en fjärdedel (26,5%) av deltagarna “Stämmer helt” på påståendet “Om det fanns ett vaccin mot COVID-19 tillgängligt skulle jag vilja ta det, även om jag inte rekommenderas att ta det”.

Tabell 2. Översikt för hur deltagarna svarat på påståenden om inställningen till att vaccinera sig mot covid-19 (1= Stämmer helt; 7= Stämmer inte alls).

| “Nedan följer några påståenden om vaccin mot COVID-19” | Md totalt (q1;q3) | 1 n (%) | 2 n (%) | 3 n (%) | 4 n (%) | 5 n (%) | 6 n (%) | 7 n (%) |
|--|-------------------|-----------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|-----------|
| “Om ett vaccin mot COVID-19 blir tillgängligt och jag rekommenderas ta det kommer jag att ta vaccinet.” | 1 (1;2) | 64 (62,7) | 14 (13,7) | 7 (6,9) | 11 (10,8) | 3 (2,9) | 1 (1) | 2 (2) |
| “Jag tror att ett vaccin kan hjälpa till att kontrollera spridning av COVID-19” | 1 (1;2) | 63 (61,8) | 22 (21,6) | 6 (5,9) | 8 (7,8) | 1 (1) | 2 (2) | 0 (0) |
| “Om jag visste att jag redan har smittats av COVID-19 skulle jag inte ta vaccinet, även om det fanns tillgängligt” | 5 (3;7) | 10 (9,9) | 13 (12,9) | 6 (5,9) | 15 (14,9) | 8 (7,9) | 11 (10,9) | 38 (37,6) |
| “När alla andra är vaccinerade mot COVID-19 finns det ingen anledning för mig att vaccineras” | 7 (6;7) | 4 (3,9) | 2 (2) | 1 (1) | 5 (4,9) | 2 (2) | 18 (17,6) | 70 (68,6) |
| “Om det fanns ett vaccin mot COVID-19 tillgängligt skulle jag vilja ta det, även om jag inte rekommenderas att ta det” | 4 (1;6) | 27 (26,5) | 13 (12,7) | 7 (6,9) | 20 (19,6) | 4 (3,9) | 12 (11,8) | 19 (18,6) |

I tabell 3 presenteras resultatet efter att ha jämfört bakgrundsvariablerna kön, åldersgrupper, utbildningsnivå och riskgrupp med påståenden om olika inställningar till covid-19-vaccin. Det framkom en signifikant skillnad mellan kvinnor och män i påståendet “Om jag visste att jag redan har smittats av COVID-19 skulle jag inte ta vaccinet, även om det fanns tillgängligt” ($p = 0,019$): kvinnorna hade ett lägre medianvärde på påståendet än männen.

Tabell 3. Resultat på påståenden om inställningen till att vaccinera sig mot covid-19 jämfört med bakgrundsvariabler (1= Stämmer helt; 7= Stämmer inte alls).

| “Nedan följer några påståenden om vaccin mot COVID-19” | Kön Md (q1;q3) | | Åldersgrupper Md (q1;q3) | | | Utbildningsnivå Md (q1;q3) | | Riskgrupp Md (q1;q3) | | |
|--|------------------------|---------|-----------------------------|---------|------------|-------------------------------|-----------|-------------------------|---------|---------------|
| | Man | Kvinna | 18-39 | 40-59 | >60 | <12 år | >12 år | Ja | Nej | Vet inte |
| “Om ett vaccin mot COVID-19 blir tillgängligt och jag rekommenderas ta det kommer jag att ta vaccinet” | 1 (1;2) | 1 (1;3) | 1 (1;2) | 1 (1;3) | 1 (1;1,25) | 1 (1;2) | 1 (1;3) | 1 (1;1) | 1 (1;2) | 1(;2) |
| | p = 0,158 ^a | | p = 0,283 ^b | | | p = 0,363 ^a | | p = 0,422 ^b | | |
| “Jag tror att ett vaccin kan hjälpa till att kontrollera spridningen av COVID-19” | 1 (1;2) | 1 (1;2) | 1 (1;2) | 1 (1;2) | 1 (1;2) | 1 (1;2) | 1 (1;2) | 1 (1;1) | 1 (1;2) | 1 (1;1,75) |
| | p = 0,150 ^a | | p = 0,578 ^b | | | p = 0,701 ^a | | p = 0,224 ^b | | |
| “Om jag visste att jag redan har smittats av COVID-19 skulle jag inte ta vaccinet, även om det fanns tillgängligt” | 6 (4;7) | 4 (2;7) | 7 (4;7) | 5 (3;7) | 4 (2;7) | 6 (4;7) | 4.5 (2;7) | 6 (1,5;7) | 5 (3;7) | 6,50 (4,25;7) |
| | p = 0,019 ^a | | p = 0,149 ^b | | | p = 0,097 ^a | | p = 0,656 ^b | | |
| “När alla andra är vaccinerade mot COVID-19 finns det ingen anledning för mig att vaccineras” | 7 (6;7) | 7 (6;7) | 7 (6;7) | 7 (6;7) | 7 (6;7) | 7 (6;7) | 7 (6;7) | 7 (6,5;7) | 7 (6;7) | 7 (7;7) |
| | p = 0,349 ^a | | p = 0,993 ^b | | | p = 0,649 ^a | | p = 0,696 ^b | | |
| “Om det fanns ett vaccin mot COVID-19 tillgängligt skulle jag vilja ta det, även om jag inte rekommenderas att ta det” | 3 (1;5) | 4 (2;6) | 4 (1,75;6) | 4 (2;6) | 2.5 (1;6) | 3 (1,50;6) | 4 (2;6) | 1 (1;4,5) | 4 (2;6) | 4 (3;6,25) |
| | p = 0,081 ^a | | p = 0,533 ^b | | | p = 0,450 ^a | | p = 0,216 ^b | | |

^aMann Whitney U-test

^bKruskal Wallis-test

3.2 Faktorer som kan påverka beslutet att vaccinera sig mot covid-19

Resultatet från de olika påståenden om vad som påverkar beslutet att vaccinera sig presenteras i tabell 4. Många deltagare (41,2%) svarade "Överensstämmer helt" på att beslutet att vaccinera sig berodde på "Rekommendationer från läkare på hälsocentral, företagshälsovård eller motsvarande". Det var även många (40,6%) som svarade "Överensstämmer helt" på påståendet "Rekommendationer från Social- och hälsovårdsministeriet". En stor del av deltagarna (42,6%) i enkätstudien besvarade "Överensstämmer helt" på "Om vaccinet har använts länge och inga allvarliga bieffekter har rapporterats". En femtedel av deltagarna (19%) svarade "Överensstämmer helt" på "Om vaccinet kommer att vara gratis".

Tabell 4. Översikt för hur deltagarna svarat på påståenden om vad som påverkar beslutet till att vaccinera sig. (1= Överensstämmer inte alls; 7= Överensstämmer helt).

| "Om/När ett vaccin blir tillgängligt beror mitt beslut att vaccinera mig på..." | Md Totalt (q1;q3) | 1 n (%) | 2 n (%) | 3 n (%) | 4 n (%) | 5 n (%) | 6 n (%) | 7 n (%) |
|--|-------------------|-----------|-----------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| "Rekommendationer från läkare på hälsocentral, företagshälsovård eller motsvarande" | 6 (4;7) | 6 (5,9) | 0 (0) | 2 (2) | 20 (19,6) | 10 (9,8) | 22 (21,6) | 42 (41,2) |
| "Rekommendationer från Social- och hälsovårdsministeriet" | 6 (4;7) | 6 (5,9) | 3 (3) | 2 (2) | 16 (15,8) | 10 (9,9) | 23 (22,8) | 41 (40,6) |
| "Om vaccinet har använts länge och inga allvarliga bieffekter har rapporterats" | 6 (4;7) | 7 (6,9) | 7 (6,9) | 4 (4) | 10 (9,9) | 8 (7,9) | 22 (21,8) | 43 (42,6) |
| "Om vaccinet har använts i andra länder" | 4 (2;6) | 13 (12,9) | 14 (13,9) | 3 (3) | 25 (24,8) | 19 (18,8) | 12 (11,9) | 15 (14,9) |
| "Risken att bli smittad av COVID-19 vid tidpunkten för när vaccinet blir tillgängligt" | 4 (2;5) | 20 (20,2) | 13 (13,1) | 7 (7,1) | 25 (25,3) | 11 (11,1) | 11 (11,1) | 12 (12,1) |
| "Hur lätt det är att bli vaccinerad..." | 2 (1;5) | 43 (43,9) | 12 (12,2) | 6 (6,1) | 11 (11,2) | 8 (8,2) | 9 (9,2) | 9 (9,2) |
| "Om vaccinet kommer att vara gratis" | 3,5 (1;6) | 38 (38) | 6 (6) | 6 (6) | 12 (12) | 8 (8) | 11 (11) | 19 (19) |
| "Om massvaccinering kommer att leda till lättnader i restriktioner" | 5 (2;7) | 21 (20,8) | 6 (5,9) | 5 (5) | 12 (11,9) | 7 (6,9) | 17 (16,8) | 33 (32,7) |

I tabell 5 presenteras resultatet efter att ha jämfört kön, åldersgrupper, utbildningsnivå och riskgrupp i påståendena som handlar om vad för faktorer som påverkar beslutet att vaccinera sig mot covid-19. Resultatet visade att det fanns signifikanta skillnader i påståendet "Rekommendationer från läkare på hälsocentral, företagshälsovård eller motsvarande". Signifikanta skillnader kunde ses i variabeln åldersgrupper ($p = 0,006$) och utbildningsnivå ($p = 0,005$). Efter post-hoc-test kunde det konstateras att de äldre deltagarna hade ett högre medianvärde i påståendet om att följa hälso- och sjukvårdspersonalens rekommendationer till att ta covid-19-vaccinet än de deltagarna som tillhörde de två yngre grupperna. Det syntes också att deltagare med en utbildningsnivå på mindre än 12 år hade ett högre medianvärde i påståendet om att följa hälso- och sjukvårdspersonalens rekommendationer än de som hade en utbildningsnivå på mindre än 12 år.

I påståendet "Rekommendationer från Social- och hälsovårdsministeriet" syntes en signifikant skillnad mellan åldersgrupper ($p = 0,022$). Äldre deltagare hade ett högre medianvärde i påståendet om att ta vaccinet efter rekommendationer från Social- och hälsovårdsministeriet än de som var yngre. I påståendet "Om vaccinet har använts länge och inga allvarliga bieffekter har rapporterats" syntes en signifikant skillnad i utbildningsnivå ($p = 0,042$). Deltagare som hade en utbildningsnivå på mindre än 12 år i skola hade ett högre medianvärde i påståendet som handlade om att ta vaccinet om de använts länge och inte rapporterat allvarliga effekter än vad de deltagare med en utbildningsnivå på över 12 år hade.

Tabell 5. Resultat på påståenden om vad som påverkar beslutet till att vaccinera sig jämför med bakgrundsvariabler (1= Överensstämmer inte alls; 7=Överensstämmer helt).

| “Om/När ett vaccin blir tillgängligt beror mitt beslut att vaccinera mig på...” | Kön Md (q1;q3) | | Åldersgrupper Md (q1;q3) | | | Utbildningsnivå Md (q1;q3) | | Riskgrupp Md (q1;q3) | | |
|--|------------------------|-----------|--------------------------|---------|------------|----------------------------|---------|------------------------|------------|---------------|
| | Man | Kvinna | 18-39 | 40-59 | >60 | < 12 år | > 12 år | Ja | Nej | Vet inte |
| “Rekommendationer från läkare på hälsocentral, företagshälsovård eller motsvarande” | 6 (4;7) | 6 (4;7) | 6 (4;7) | 6 (4;7) | 7 (6;7) | 7 (6;7) | 6 (4;7) | 6 (4,5;7) | 6 (4;7) | 6.50 (5,25;7) |
| | p = 0,842 ^a | | p = 0,006 ^b | | | p = 0,005 ^a | | p = 0,732 ^b | | |
| “Rekommendationer från Social- och hälsovårdsministeriet” | 6 (4;7) | 6 (5;7) | 6 (4;7) | 6 (4;7) | 7 (6;7) | 7 (5;7) | 6 (4;7) | 6 (5;7) | 6 (4;7) | 6 (5,25;7) |
| | p = 0,327 ^a | | p = 0,022 ^b | | | p = 0,125 ^a | | p = 0,887 ^b | | |
| “Om vaccinet har använts länge och inga allvarliga bieffekter har rapporterats” | 6 (4;7) | 6 (4;7) | 6.5 (4;7) | 6 (4;7) | 7 (6;7) | 7 (6;7) | 6 (4;7) | 5 (3;7) | 6 (4;7) | 7 (6;7) |
| | p = 0,338 ^a | | p = 0,105 ^b | | | p = 0,028 ^a | | p = 0,199 ^b | | |
| “Om vaccinet har använts i andra länder” | 4 (2;5,25) | 4 (2;6) | 4.5 (3,75;6,25) | 5 (3;6) | 4 (2;5,25) | 4 (2;5,50) | 4 (3;6) | 4 (1,5;5) | 4 (2,75;6) | 5 (4,25;5,75) |
| | p = 0,433 ^a | | p = 0,399 ^b | | | p = 0,590 ^a | | p = 0,259 ^b | | |
| “Risken att bli smittad av COVID-19 vid tidpunkten för när vaccinet blir tillgängligt” | 4 (1;5) | 4 (2;6) | 4 (2;5) | 4 (3;6) | 2 (1;4,25) | 4 (2;6) | 4 (2;5) | 3 (1;4,75) | 4 (2;5,25) | 4 (4;5) |
| | p = 0,071 ^a | | p = 0,120 ^b | | | p = 0,772 ^a | | p = 0,313 ^b | | |
| “Hur lätt det är att bli vaccinerad...” | 2 (1;5) | 2 (1;4,5) | 2 (1;4) | 3 (1;5) | 1 (1;4) | 3 (1;5) | 2 (1;4) | 1 (1;3,50) | 2 (1;4) | 4 (2;6) |
| | p = 0,732 ^a | | p = 0,315 ^b | | | p = 0,575 ^a | | p = 0,081 ^b | | |
| “Om vaccinet kommer att vara gratis” | 3 (1; 5,25) | 4 (1;6) | 4 (1;6) | 4 (1;6) | 1 (1;4) | 4 (1;6) | 3 (1;6) | 1 (1;6) | 3 (1;6) | 5 (4;7) |
| | p = 0,328 ^a | | p = 0,203 ^b | | | p = 0,615 ^a | | p = 0,101 ^b | | |
| “Om massvaccinering kommer att leda till lättnader i restriktioner” | 5 (1;7) | 6 (4;7) | 6 (4;7) | 5 (2;6) | 5 (1;7) | 6 (3,25;7) | 5 (2;7) | 3 (1;6) | 5 (2;7) | 7 (4;7) |
| | p = 0,330 ^a | | p = 0,388 ^b | | | p = 0,151 ^a | | p = 0,150 ^b | | |

^aMann Whitney U-test

^bKruskal Wallis-test

3.3 Benägenhet till covid-19-vaccin i relation till vaccinationsbenägenhet i allmänhet

Resultatet (svarsfördelning) på påståendet som berör vaccinationsbenägenhet i allmänhet presenteras i tabell 6. Majoriteten av deltagarna svarade "Ja" i påståendet "Bortsett från COVID-19 anser jag att alla borde vaccinera sig enligt det nationella vaccinationsprogrammet". Resultatet visade att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan kön, ålder, utbildning eller riskgrupp.

Tabell 6. Översikt på "Bortsett från COVID-19 anser jag att alla borde vaccinera sig enligt det nationella vaccinationsprogrammet"

| | Kön (n:Ja; n:Nej) | Åldersgrupper (n:Ja; n:Nej) | Utbildningsnivå (n:Ja; n:Nej) | Riskgrupp (n: Ja; n: Nej) |
|--|----------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| "Bortsett från COVID-19 anser jag att alla borde vaccinera sig enligt det nationella vaccinationsprogrammet" | Man (42;6) | 18-39 (28;3) | <12 år (34;5) | Ja (15;0) |
| | Kvinna (46;7) | 40-59 (34;7) | >12 år (52;8) | Nej (63;13) |
| | | > 60 (25;3) | | Vet inte (10;0) |
| | p-värde | 0,686 ^a | 0,946 ^a | 0,088 ^b |

^aMann Whitney U-test

^bKruskal Wallis-test

3.4 Inställningen till det nationella vaccinationsprogrammet och dess påverkan på benägenheten till att vaccinera sig mot covid-19

Resultatet visade att signifikanta skillnader fanns mellan de som svarade "Ja" och "Nej" på påståendet om det nationella vaccinationsprogrammet i relation till påstående som berör benägenheten till att vaccinera sig mot covid-19 (tabell 7). De deltagare som svarade "Nej" på frågan "Alla borde vaccinera sig enligt nationella vaccinationsprogrammet" hade ett signifikant högre medianvärde på påståendet "Om ett vaccin mot COVID-19 blir tillgängligt och jag rekommenderas ta det kommer jag att ta vaccinet" än de som svarade "Ja" (p = 0,002). De deltagare som svarade "Ja" i påståendet "Bortsett från COVID-19 anser jag att alla borde vaccinera sig enligt det nationella vaccinationsprogrammet" hade ett signifikant lägre medianvärde om påståendet "Jag tror att ett vaccin kan hjälpa till att kontrollera spridningen

av COVID-19” jämför med de som svarade “Nej” på påståendet om det nationella vaccinationsprogrammet ($p = 0,021$).

Tabell 7. Resultat på “Alla borde vaccinera sig enligt nationella vaccinationsprogrammet” jämfört med påståenden om inställningen till att vaccinera sig mot covid-19 (1= Stämmer helt; 7= Stämmer inte alls).

| | Md totalt (q1; q3) | Alla borde vaccinera sig enligt nationella vaccinationsprogrammet | | p-värde |
|--|--------------------|---|------------------|--------------------|
| | | Ja, Md (q1; q3) | Nej, Md (q1; q3) | |
| “Om ett vaccin mot COVID-19 blir tillgängligt och jag rekommenderas ta det kommer jag att ta vaccinet” | 1 (1;2) | 1 (1;2) | 3 (1;5) | 0,002 ^b |
| “Jag tror att ett vaccin kan hjälpa till att kontrollera spridningen av COVID-19” | 1 (1;2) | 1 (1;2) | 2 (1;4) | 0,021 ^b |
| “Om jag visste att jag redan har smittats av COVID-19 skulle jag inte ta vaccinet även om det fanns tillgängligt” | 5 (3;7) | 6 (3;7) | 4 (3;5) | 0,074 ^b |
| “När alla andra är vaccinerade mot COVID-19 finns det ingen anledning för mig att vaccineras” | 7 (6;7) | 7 (6;7) | 7 (6;7) | 0,304 ^b |
| “Om det fanns ett vaccin mot COVID-19 tillgängligt skulle jag vilja ta det, även om jag inte rekommenderades att ta det” | 4 (1;6) | 4 (1;6) | 6 (2;7) | 0,125 ^b |

^bKruskal Wallis-test

Gällande “Risken att bli smittad av COVID-19 vid tidpunkten för när vaccinet blir tillgängligt” (tabell 8) kunde det ses att de deltagare som svarade “Ja” i påståendet om det nationella vaccinationsprogrammet hade ett signifikant lägre medianvärde i påståendet om risken för att bli smittad vid tidpunkten för när vaccinet blir tillgängligt än de deltagare som svarade “Nej” på påståendet om det nationella vaccinationsprogrammet ($p = 0,007$).

Tabell 8. Resultat på “Alla borde vaccinera sig enligt nationella vaccinationsprogrammet” jämfört med påståenden om vad som påverkar beslutet till att vaccinera sig (1= Överensstämmer inte alls; 7=Överensstämmer helt).

| | Md totalt (q1; q3) | Alla borde vaccinera sig enligt nationella vaccinationsprogrammet | | p-värde |
|--|-----------------------|---|---------------------|--------------------|
| | | Ja, Md (q1; q3) | Nej, Md (q1; q3) | |
| “Rekommendationer från läkare på hälsocentral, företagshälsovård eller motsvarande” | 6 (4;7) | 6 (5;7) | 6 (4;7) | 0,264 ^b |
| “Rekommendationer från Social- och hälsovårdsministeriet” | 6 (4;7) | 6 (5;7) | 4 (3;7) | 0,063 ^b |
| “Om vaccinet har använts länge och inga allvarliga bieffekter har rapporterats” | 6 (4;7) | 6 (4;7) | 7 (6;7) | 0,240 ^b |
| “Om vaccinet har använts i andra länder” | 4 (2;6) | 4 (2;6) | 4 (4;5) | 0,743 ^b |
| “Risken att bli smittad av COVID-19 vid tidpunkten för när vaccinet blir tillgängligt” | 4 (2;5) | 4 (2;5) | 6 (4;7) | 0,007 ^b |
| “Hur lätt det är att bli vaccinerad...” | 2 (1;5) | 2 (1;5) | 2 (1;6) | 0,528 ^b |
| “Om vaccinet kommer att vara gratis” | 3.5 (1;6) | 3.5 (1;6) | 4 (1;6) | 0,638 ^b |
| “Om massvaccinering kommer att leda till lättnader i restriktioner” | 5 (2;7) | 5 (2;7) | 6 (3;7) | 0,254 ^b |

^bKruskal Wallis-test

4. DISKUSSION

Syftet med detta examensarbete var att kartlägga och analysera vaccinationsbenägenheten gällande vaccin mot covid-19 bland befolkningen på Åland. För att besvara syftet användes enkätsvar från projektet Ålands Covidkohort. Resultatet baserar på svar från totalt 103 personer. Resultatet indikerar på en hög vaccinationsbenägenhet till covid-19-vaccin bland befolkningen på Åland. I ett fåtal separata påståenden kring benägenhet att vaccinera sig mot covid-19 fanns skillnader i kön, åldersgrupper och utbildningsnivå. Det kan vidare konstateras att de som förespråkar det nationella vaccinationsprogrammet har en högre vaccinationsbenägenhet gällande covid-19-vaccin än de som inte förespråkar det nationella vaccinationsprogrammet.

4.1 Resultatdiskussion

Resultatet i denna studie visar att deltagarna generellt har en hög vaccinationsbenägenhet gällande covid-19-vaccin. I resultatet framgår att det finns en mindre andel som är skeptiska till att bli vaccinerad mot covid-19. I studier i andra länder har det också visats att det finns delade åsikter angående covid-19-vaccin (Freeman et al., 2020; Fisher et al., 2020). Det är dock känt att befolkningen i Norden generellt är för vaccin. Enligt Larson et al. (2016) tycker befolkningen i Finland, Sverige och Danmark att vaccinationer överlag känns säkra och effektiva. Det kan bero på att befolkningen generellt är högt utbildade i Norden och har en tillit till hälso- och sjukvården (Larson et al., 2016); befolkningen i Norden har generellt ett högt förtroende till vaccination, vilket enligt SAGE:s modell ökar vaccinationsbenägenheten (SAGE, 2014). Detta är faktorer som i tidigare studier i andra länder visat kunna påverka vaccinationsbenägenheten (Baumgaertner et al., 2020). I Larson et al. (2016) studie framkom det även att religiösa övertygelser inte påverkade människor lika mycket i Finland, Sverige och Danmark som i andra länder.

I bakgrunden i detta arbete beskrivs hur ålder, kön och utbildning har påverkat vaccinationsbenägenheten i tidigare studier. Resultatet i denna studie visade endast ett fåtal signifikanta skillnader mellan bakgrundvariablerna och vaccinationsbenägenhet. Efter att ha

jämfört olika påståenden med olika bakgrundsvariabler konstaterades en signifikant skillnad i medianvärde mellan kvinnor och män i påståendet "Om jag visste att jag redan har smittats av COVID-19 skulle jag inte ta vaccinet, även om det fanns tillgängligt". Männen hade ett signifikant högre medianvärde, vilket kan tolkas som att kvinnor på Åland kan ha en lägre benägenhet till att vaccinera sig mot covid-19. Tidigare forskning visar att kvinnor överlag har en lägre benägenhet till att ta vaccin än män (Troiano & Nardi, 2020; Kelly et al., 2021). Högre vaccinationsbenägenhet bland män är förknippat med mer kunskap om vacciner och högre smittorisk för covid-19 (Ruiz & Bell, 2021). Män i andra utomnordiska länder har i en studie visats ha högre utbildning än kvinnor (Reuben et al., 2020), vilket anses som att de lättare kan tillgodogöra sig information om vaccinationer. I andra studier framkommer det också att kvinnor är mer oroliga över covid-19-pandemin (Hogan et al., 2020) och säkerheten kring vaccin och vaccinationer än vad män är (Troiano & Nardi, 2020; Ruiz & Bell, 2020). I en studie av Freeman et al. (2020) framkom det att många kvinnor hade haft dåliga vårdupplevelser och att det har lett till att kvinnor inte har samma tro till hälso- och sjukvården och på grund av det har en lägre vaccinationsbenägenhet, dvs lägre förtroende vilket påverkar vaccinationsbenägenheten negativt (SAGE, 2014). I resultatet kunde könsskillnader endast ses i en fråga. En vidare studie om lägre vaccinationsbenägenhet bland kvinnor kunde vara intressant att göra för att undersöka hur det skiljer sig mellan män och kvinnor på Åland och vilka faktorer som kan påverka den lägre vaccinationsbenägenheten.

Resultatet indikerar att de som är äldre (60 år och äldre) har en högre benägenhet till att följa hälso- och sjukvårdens samt social- och hälsovårdsministeriets rekommendationer vid vaccinering. I tidigare forskning har det visat att äldre överlag har en högre benägenhet till att vaccinera sig. Det kan bero på att yngre personer har mindre kunskap om covid-19, sämre socioekonomisk status, mindre interaktion och förtroende gentemot hälso- och sjukvården (Neumann-Böhme et al., 2020; Paul et al., 2021; Khubchandani et al., 2020). I Hogan et al. (2020) framkom att personer över 65 år var mest rädda och oroade över att bli exponerade för covid-19, samtidigt som de hade högst vaccinationsbenägenhet. I samma studie framkom det att 45-54 åringar hade lägst benägenhet till att bli vaccinerade. Sammanfattningsvis kan det antas att ålder kan påverka vaccinationsbenägenheten, vilket kan bero på olika kunskapsnivåer, tidigare erfarenheter och förtroende gentemot hälso- och sjukvårdspersonal, vilket också lyfts i SAGEs modell (SAGE, 2014).

I resultatet kunde det ses att de med utbildningsnivå mindre än 12 år var eniga om både att följa hälso- och sjukvårdens rekommendationer kring vaccinering och att ta vaccinet om det använts länge och inte några bieffekter rapporterats. De deltagare med en utbildningsnivå på mer än 12 år hade en mer delad åsikt i båda påståendena (spridning i svarsalternativ). Största delen av deltagarna hade en utbildningsnivå på över 12 år, vilket kan betyda att skillnaden i antalet deltagare mellan utbildningsnivå kan påverkat resultatet. I tidigare forskning visar det att personer med lägre utbildning (Kelly et al., 2021; Paul et al., 2021; Reuben et al., 2020) och arbetslösa (Khubchandani et al., 2020) har en lägre benägenhet till att ta covid-19-vaccin. Enligt Reuben et al. (2020) kan den lägre vaccinationsbenägenheten bero på att personer med lägre utbildningsnivå har försämrade läskunnigheter på internet, vilket i sin tur kan vara en utmaning när det gäller att avgöra vad som är sant och inte sant gällande information om vaccin. Sammanfattningsvis kan det sägas att utbildningsnivå tidigare setts påverka vaccinationsbenägenheten, vilket har kopplats till brist på kunskap. Det kunde vara värdefullt att göra vidare analyser kring detta för att se hur påståenden samverkar med varandra och vilka påståenden som har störst betydelse för vaccinationsbenägenheten i relation till utbildningsnivå. En regressionsanalys kunde vara intressant för att se sambandet mellan olika bakgrundsvariabler och vaccinationbenägenhet på Åland.

I resultatet framkom det inte att det fanns någon signifikant skillnad i om vaccinet var gratis eller inte, och inte heller i påståendet kring hur lätt det är att bli vaccinerad, vilket enligt SAGEs modell kan kopplas till begreppet bekvämlighet (SAGE, 2014). Resultatet indikerar att majoriteten av deltagarna inte påverkas av om vaccinet är gratis eller inte, men för en del är ekonomi och lättillgängligt av betydelse. I detta arbete framkom inte vilken inkomst deltagarna hade, vilket betyder att det är svårt att dra paralleller om inkomsten påverkar vaccinationsbenägenheten på Åland. En faktor som kan spela in kan vara att alla som bor permanent, arbetar eller studerar på Åland har rätt till hälsovårdstjänster, som tillhandahålls av landskapet (Nordisk samarbete, u.å). Till stor del är tjänsterna som hälso- och sjukvården ger avgiftsbelagd enligt lag, med några få undantag (Ålands hälso- och sjukvård, 2021b). Vaccinationer som ingår i det nationella vaccinationsprogrammet är avgiftsfria, vilket kan leda till att befolkningen på Åland och i Finland är mer benägna till att bli vaccinerade överlag (THL, 2020b), jämfört med andra länder, där hälso- och sjukvården kan vara dyrare

och har sämre villkor i samhället (Kelly et al., 2021). I Khubchandani et al. (2020) studie från USA har det visat sig att befolkningen förknippar vaccinationer med kostnader och tillgången till vaccin. I samma studie framkom det även att de personer som har en nedsatt ekonomisk status och försäkringsstatus, har en lägre vaccinationsbenägenhet samt mindre kunskap om vaccinationer. I Kelly et al. (2021) studie lyftes också försäkringsstatus i USA. De personer i USA som var oförsäkrade var 30% mindre benägna till att bli vaccinerade. Trots att resultatet rörande tillgänglighet inte var signifikanta i denna studie antas vaccinationsbenägenheten påverkas av tillgänglighet, vilket också styrks av SAGE:s modell (SAGE, 2014). Lättillgänglighet, ekonomi och bekvämlighet, som styrks i SAGE:s modell, har i tidigare studier setts påverka vaccinationsbenägenheten. Om vi på Åland vill upprätthålla en hög vaccinationsbenägenhet är det bra att covid-19-vaccinet fortsättningsvis är gratis.

Utifrån resultatet i påstående "Bortsett från COVID-19 anser jag att alla borde vaccinera sig enligt det nationella vaccinationsprogrammet" kan det anses att personer som har en mer skeptisk inställning till vaccin i allmänhet också har en lägre benägenhet att ta covid-19-vaccinet, trots att de rekommenderas ta det. De personer som har en mer skeptisk inställning till vaccin har också en mindre tro på att vaccinet kan hjälpa till att kontrollera spridningen av covid-19. I en studie av Fisher et al. (2020) konstaterades att hälften av de som var skeptiska till vaccin hade antivaccin-attityder, -övertygelser eller -känslor. De varken gillade, ville ha eller trodde på vacciner, vilket enligt SAGE:s modell kallas för självbelåtenhet. I studien var brist på förtroende den näst vanligaste orsaken till att inte vaccinera sig, vilket också lyfts i SAGE:s modell (SAGE, 2014). Pender et al. (2015) lyfter att tidigare erfarenheter och beteende har en sannolikhet att påverka hälsofrämjande beteenden hos människor, både direkt och indirekt. I tidigare forskning har det visat sig att vid pandemier är vaccinationsbenägenheten något lägre. Detta kan bero på att det inte finns tillräckligt med kunskap om själva pandemin, samt om vaccinationer. Dock har vaccinationsbenägenhet gällande covid-19 varit högre jämfört med tidigare pandemier, exempelvis svininfluensan (H1N1-pandemin) under 2009 (Kelly et al., 2021).

Hälso- och sjukvårdens arbete är viktigt när det handlar om en hälsofrämjande åtgärd som vaccin (Ruiz & Bell, 2021; Coustasse et al., 2020). Succi (2018) lyfter att hälso- och sjukvårdspersonalen anses vara den viktigaste och mest tillförlitliga informationskällan för

patienter. Denna studie ses som viktig för att personal inom hälso- och sjukvården, inklusive sjukskötare, skall få mer kunskap om vilka grupper i samhället som anses vara mer eller mindre benägna till vaccin och därmed kunna stödja patienter i att ta välgrundade beslut om vaccinering baserat på evidens. Sjukskötarens hälsofrämjande arbete kan stödjas av *The Health Promotion Model*, den hälsofrämjande modellen. Modellen är skapad av Nola J. Pender som är en omvårdnadsteoretiker, författare och sjukskötare. Penders hälsofrämjande modell beskriver interpersonella faktorer hos människor som interagerar i miljön för att sträva efter hälsa. Syftet med Penders modell var att hjälpa sjukskötare att få förståelse för de viktigaste faktorerna för att främja en hälsosam livsstil (Pender et al., 2015; Sakraida, 2017).

Ett hälsofrämjande arbete innebär att skapa förutsättningar för levnadsvanor och beteenden som leder till att människor kan maximera sin hälsa och sitt välbefinnande (Pender et al., 2015). Pender menar att personers hälsofrämjande beteende påverkas av interpersonella faktorer som till exempel familj, vänner, hälso- och sjukvårdspersonal och normer, vilket i detta arbete kan kopplas ihop att de flesta skulle ta vaccinet om de rekommenderades av hälso- och sjukvårdspersonal. I detta arbete kan kunskapen om vaccin hos sjukvårdspersonalen anses ha en stor betydelse, eftersom vaccin är en viktig hälsofrämjande åtgärd när det handlar om covid-19. I resultatet i det här arbetet kan ses att sjukskötare och övrig hälso- och sjukvårdspersonal har betydelse för personers vaccinationsbenägenhet, eftersom deltagarna menar att de skulle ta vaccinet om de skulle bli rekommenderade av hälso- och sjukvårdspersonal. Personers hälsofrämjande beteenden kan påverkas av psykologiska, biologiska och sociokulturella faktorer, vilket kan sammankopplas till SAGES modell över att förtroende, självbelåtenhet och bekvämlighet som kan påverka vaccinationsbenägenhet. Även ålder, kön, socioekonomisk status kan vara faktorer som kan påverka både hälsofrämjande beteende (Pender et al., 2015) och vaccinationsbenägenhet (SAGE, 2014), men dessa faktorer var av mycket liten betydelse i detta arbete.

Sjukskötare kan hjälpa människor att forma ett positivt beteende, i detta fall kring vaccinationsbenägenhet, genom att stödja människor att fokusera på fördelar, övervinna hinder för beteendet och öka förtroendet hos personen. Sjukskötare skall kunna ge relevant och evidensbaserad information, som gynnar människan och att det sedan leder till att egna beslut hos den enskilde individen kan tas utifrån den information som sjukskötare gett

(Pender et. al, 2015). Att sjukskötaren stödjer och ger relevant information till patienten om covid-19 och covid-19-vaccin har en stor betydelse för vaccinationsbenägenheten på Åland.

4.2 Metoddiskussion

En tvärsnittsstudie används för att göra mätningar vid ett tillfälle. I detta arbete användes enkäter som datainsamlingsmetod. Enkäter är bra att använda då information vill samlas in från många människor på kort tid (Billhult, 2017c). Denna design ansågs vara relevant för att besvara denna studies syfte, vilket var att kartlägga och analysera vaccinationsbenägenheten gällande vaccin mot covid-19 bland befolkningen på Åland. Nackdelen med en tvärsnittsstudie är att det inte går att följa förändringar över tid (Billhult, 2017d).

Validiteten i en studie grundas sig i att studien mäter det den ska mäta (Billhult, 2017e; Barmark & Djurfeldt, 2019). I detta arbete kan validiteten säkerställas genom att enkäten, som använts som datainsamlingsmetod i detta arbete, har sin grund i en tidigare utarbetad enkät med liknande syfte (WHO:s enkät) (Billhult, 2017e). Det kan också säkerställas genom att enkäten pilottestats och deltagarna i forskargruppen översatte och modifierade frågorna efter pilottesningen. Enkäten var omfattande med många ingående frågor vilket kunde tolkas att ha påverkat det interna bortfallet i några av påståendena.

Reliabilitet handlar om hur mätningarna i ett arbete görs (Barmark & Djurfeldt, 2019). En hög reliabilitet i en studie betyder att samma mått fås vid varje mätning (Billhult, 2017e). Mätinstrumentet i detta arbete var enkäter. Det som kunde ha påverka reliabiliteten för detta arbete var hur smittläget av covid-19 såg ut just vid tillfället för insamlingen av enkäter. Enkäten samlades in då det var ett relativt lugnt smittläge på Åland och svaren kunde därför se annorlunda ut om de samlats in då smittläget var kritiskt.

Fördelen med att använda färdigkonstruerade enkäter är att frågorna är utformade av erfarna forskare, då mer tid kan läggas på att tolka och analysera svaren. En nackdel med att använda enkätstudier, som i denna studie, är att det finns en risk för låg svarsfrekvens, de vill säga att få väljer att svara på enkäten (Barmark & Djurfeldt, 2019). Att relativt få valde att svara kan

påverka studiens generaliserbarhet. Generaliserbarhet handlar om att det resultat som presenteras från urvalet kan vara giltigt för populationen och även utanför de område där studien gjorts (Priebe & Landström, 2017). I arbetets syfte, att kartlägga och analysera vaccinationsbenägenheten gällande vaccin mot covid-19 bland befolkningen på Åland, lyfts den åländska befolkningen som målgrupp. Av 260 slumpmässigt utvalda, valde 103 personer att svara på enkäten. På grund av det stora bortfallet i enkäten (svarfrekvens: 36,9%) kan generaliserbarheten till befolkningen på Åland påverkas; resultatet ska tolkas med försiktighet och framför allt gällande grupper som antas representera en större del av bortfallet, nämligen personer som har svårigheter med svenska språket samt personer med någon form av funktionsnedsättning. Resultatet kan också vara överförbart till andra delar i Norden med liknande sociokulturella strukturer, såsom gratis sjukvård och generellt hög utbildningsnivå. Det kan dock antas att smittläget kan påverka vaccinationsbenägenheten i andra länder, vilket betyder att resultatet kunde troligtvis se annorlunda ut i de områden som drabbats hårdare av covid-19-pandemin. Det kan trots det vara intressant för andra mindre områden i liknande situation att ta del och jämföra med resultatet från detta arbete.

I flera påståenden som jämförts med olika bakgrundvariabler syntes det att det fanns skillnader i medianvärdet trots att det inte fanns någon signifikant skillnad efter att olika tester gjorts. Det kan bero på att grupperna i de olika bakgrundvariablerna var små. Skulle stickprovet i de olika grupperna varit större kan det antas att det kunde ha visat ett signifikant värde (Barmark & Djurfeldt, 2019).

Generellt kan det finnas svagheter i arbetet, då detta är det första mer omfattande vetenskapliga arbete som skribenterna genomfört. Arbetet har dock skrivits under handledning av en forskare med erfarenhet av liknande studier. Skribenterna har dock eftersträvat att vara noggranna och under hela arbetet har de forskningsetiska aspekterna som togs upp i metoddelen beaktats och hafts i åtanke. Genom hela processens gång har materialet använts korrekt utan att utnyttja medarbetarnas makt över information och material. Bortsett från det som togs upp i metoddelen har skribenterna under seminarier och inlämningar behandlat andra deltagare, handledare och varandra med respekt och tacksamt tagit emot tips och idéer.

4.3 Slutsats

Syftet med detta examensarbete var att kartlägga och analysera vaccinationsbenägenheten gällande vaccin mot covid-19 bland befolkningen på Åland. Utifrån resultatet kunde det ses att vaccinationsbenägenheten bland deltagarna i studien var hög. I likhet med tidigare forskning finns det i resultatet indikationer på att äldre personer (60 år och äldre), män och personer med högre utbildning har en ökad vaccinationsbenägenhet. Personer som förespråkar det nationella vaccinationsprogrammet har också en högre vaccinationsbenägenhet gällande covid-19. Personers vaccinationsbenägenhet kan påverkas av psykologiska, biologiska och sociokulturella faktorer. Förtroende till hälso- och sjukvård samt myndigheter, ökar vaccinationsbenägenheten, medan liten tro på vaccinationer generellt, så kallad självbelåtenhet, är relaterat till minskad vaccinationsbenägenhet. Förutsättningarna för gratis vaccination och att vaccinet är lättillgängligt, något som tidigare beskrivits som bekvämlighet, antas på Åland vara goda. Sjukskötaren har en viktig roll i det hälsofrämjande arbetet och kan därmed hjälpa människor att öka vaccinationsbenägenheten. Att sjukskötaren ger relevant och evidensbaserad information gällande covid-19-vaccin kan öka personers vaccinationsbenägenhet. Ytterligare en studie inom samma ämne skulle med fördel kunna göras för att följa förändringar i vaccinationsbenägenhet på grund av förändrat smittläge, ökad kunskap i samhället kring covid-19-pandemin samt mer erfarenhet av covid-19-vaccin.

KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING

Analyse-it. (14 augusti 2020). *Multiple comparison procedures for the means/medians of independent samples*.

<https://analyse-it.com/docs/user-guide/compare-groups/multiple-comparison-procedures>

Barmark, M., & Djurfeldt, G. (2019). *Statistisk verktygslåda 0 - att förstå och förändra världen med siffror*. Studentlitteratur, Lund.

Baumgaertner, B., Ridenhour, J.B., Justwan, F., Carlisle, E.J., & Miller, R.C. (2020). Risk of disease and willingness to vaccinate in the United States: A population-based survey. *PLOS medicine*, 17 (10), 1-23. doi:10.1371/journal.pmed.1003354

Bedford, H., Attwell, K., Danchin, M., Marshall, H., Corben, P., & Leask, J. (2018). Vaccine hesitancy, refusal and access barriers: The need for clarity in terminology. *Vaccine*, 36(44), 6556-6558. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.08.004

Billhult, A. (2017a). Analytisk statistik. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 275 - 282). Studentlitteratur: Lund.

Billhult, A. (2017b). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.265-273). Studentlitteratur: Lund.

Billhult, A. (2017c). Enkäter. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 121-132). Studentlitteratur: Lund.

Billhult, A. (2017d). Kvantitativ metod och stickprov. I M.Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 99-109). Studentlitteratur: Lund.

Billhult, A. (2017e). Mätinstrument och diagnostiska test. I M.Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 133-141). Studentlitteratur: Lund.

Böhm, R., Meier, W.N., Groß, M., Korn, L., & Betsch C. (2018). The willingness to vaccinate increases when vaccination protects others who have low responsibility for not being vaccinated. *J behav Med (2019)* (42), 381-391. doi: 10.1007/s10865-018-9985-9

Coustasse, A., Kimble, C., & Maxik, K. (2020). Letter to the Editor: COVID-19 and Vaccine Hesitancy. *J Ambulatory Care Manage*, 44 (1), 71-75. doi: 10.1097/JAC.0000000000000360

De Perio, M.A., Wiegand, D. M., & Evans, S.M. (2012). Low Influenza Vaccination Rates Among Child Care Workers in the United States: Assessing Knowledge, Attitudes, and Behaviors. *J Community Health* (37), 272-281. doi: 10.1007/s10900-011-9478-z

Dubé, E., & MacDonald, N. E. (2016). Chapter 26 - Vaccine Acceptance: Barriers, Perceived Risks, Benefits, and Irrational Beliefs. I B. R. Bloom & P.-H. Lambert (Red.), *The Vaccine Book* (2 uppl., s. 507–528). Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-802174-3.00026-6

Europeiska vaccinationsinformationportalen. (18 februari 2021). *Vacciner mot covid-19*. <https://vaccination-info.eu/sv/covid-19/vacciner-mot-covid-19>

FINLEX ® - Uppdaterad lagstiftning: *Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992*.

Hämtad 25 maj, 2021, från

<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=lag%20om%20patientens%20>

Fisher, K.A., Bloomstone, S.J., Walder, J., Crawford, S., Fouayzi, H., & Mazor, K.M. (2020). Attitudes Toward a Potential SARS-CoV-2 Vaccine: A Survey of U.S. Adults. *Annals of Internal Medicine*. 1-10. doi: 10.7356/M20-3569

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Vaccinationsprogram för barn. En kunskapsöversikt för hälsovårdspersonal.*

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9b0c23490ceb401ba3d0a094a567f6cb/vaccination-av-barn-det-svenska-vaccinationsprogrammet-2008-126-9.pdf>

Freeman, D., Loe, B., Chadwick, A., Vaccari, C., Waite, F., Rosebrock, L., Jenner, L., Petit, A., Lewandowsky, S., Vanderslott, S., Innocenti, S., Larkin, M., Giubilini, A., Yu, L., McShane, H., Pollard, A. & Lambe, S. (2020). COVID-19 vaccine hesitancy in the UK: the Oxford coronavirus explanations, attitudes, and narratives survey (Oceans) II. *Cambridge university press. (December)*, 1-15. doi: 10.1017/S0033291720005188

Helsingforsdeklarationen. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects.

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Hogan, C., Atta, M., Anderson, P., Stead, T., Solomon, M., Banerjee, P., Sleight, B., Shivdat, J., McAdams, A., & Ganti, L. (2020). Knowledge and Attitudes of Us Adults Regarding COVID-19. *International Journal of Emergency Medicine* 13 (1): 53. doi: 10.1186/s12245-020-00309-6

Institutet för hälsa och välfärd [THL]. (10 juni 2020a). *Coronaviruset COVID-19.*

<https://thl.fi/sv/web/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/sjukdomar-och-bekampning/sjukdomar-och-sjukdomsalstrare-a-o/coronaviruset-covid-19-ustest>

Institutet för hälsa och välfärd [THL]. (2 september 2020b). *Det nationella vaccinationsprogrammet.*

<https://thl.fi/sv/web/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/information-om-vaccinationer/det-nationella-vaccinationsprogrammet>

Institutet för hälsa och välfärd [THL]. (8 april 2020c). *Varför behövs vaccinationer?*
<https://thl.fi/sv/web/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/information-om-vaccinationer/varfor-behovs-vaccinationer->

Institutet för hälsa och välfärd [THL]. (19 Mars 2021a). *Din coronavaccination: hur, varför och när?*
<https://thl.fi/sv/web/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/aktuellt/aktuellt-om-coronaviruset-covid-19/smitta-och-skydd-coronaviruset/vacciner-och-coronaviruset/din-coronavaccination-hur-varfor-och-nar->

Institutet för hälsa och välfärd [THL]. (12 februari 2021b). *Riskgrupper för allvarlig coronavirussjukdom.*
<https://thl.fi/sv/web/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/aktuellt/aktuellt-om-coronaviruset-covid-19/riskgrupper-for-allvarlig-coronavirussjukdom>

Institutet för hälsa och välfärd [THL]. (23 februari 2021c). *Symtom och behandling - coronavriuset.*
<https://thl.fi/sv/web/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/aktuellt/aktuellt-om-coronaviruset-covid-19/symtom-och-behandling-coronaviruset>

Institutet för hälsa och välfärd [THL]. (28 april 2021d). *Lägesöversikt om coronaviruset.*
<https://thl.fi/sv/web/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/aktuellt/aktuellt-om-coronaviruset-covid-19/lagesoversikt-om-coronaviruset>

International Council of Nurses. (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses.* [Broschyr].
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf

Kelly, B.J., Southwell, B.G., McCormack, L.A., Bann, C.M., MacDonald, P.D.M., Frasier, A.M., Bevc, C.A., Brewer, N.T., & Squiers, L.B. (2021). Predictors of willingness to get a COVID-19 vaccine in the U.S. *BMC Infectious Diseases* 21 (338), 1-7. doi: 10.1186/s12879-021-06023-9

Khubchandani, J., Sharma, S., Price, J.M., Wiblehauser, M.J., Sharma, M., & Webb, F.J. (2020). COVID-19 Vaccination hesitancy in the United States: A Rapid National Assessment. *Journal of Community Health*. doi: 10.1007/s10900-020-00958-x

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57- 80). Studentlitteratur: Lund.

Larson, H.J., de Figueiredo, A., Xiaohong Z., Schulz, W.S., Verger, P., Johnston, I.G., Cook, A.R., & Jones N.S. (2016). The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine* 12, 295-301. doi: 10/1016/j.ebiom.2016.08.042

Lindberg, A. (2013). Misstron mot vaccinationer måste bemötas med respekt. *Läkartidningen*, 16 (110), 822-824

Läkemedelsverket. (u.å). *Vaccin och vaccination*.

<https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/vaccin>

MOT-ordböcker. (u.å.). Acceptance.

<https://mot-kielikone-fi.ha.idm.oclc.org/mot/hogskola/netmot.exe>

MOT-ordböcker. (u.å.). Hesitancy.

<https://mot-kielikone-fi.ha.idm.oclc.org/mot/hogskola/netmot.exe>

MOT-ordböcker. (u.å.). Propensity. <https://www.sanakirja.fi/english-swedish/propensity>

MOT-ordböcker. (u.å.). Refusal. https://www.sanakirja.fi/oxford_english/english-english/refusal

MOT-ordböcker. (u.å.). Tendency.

<https://mot-kielikone-fi.ha.idm.oclc.org/mot/hogskola/netmot.exe>

MOT-ordböcker. (u.å.). Willingness. <https://www.sanakirja.fi/english-swedish/willingness>

Nationalencyklopedin. (u.å). Benägenhet. Hämtad 23 mars 2021 från
<https://www-ne-se.ha.idm.oclc.org/uppslagsverk/ordbok/svensk/ben%C3%A4genhet>

Neumann-Böhme, S., Elsem Varghese, N., Sabat, I., Pita Barros, P., Brouwer, W., van Exel, J., Schreyögg, J., & Stargardt, T. (2020). One we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID-19. *The European Journal of Health Economics*, 21, 977-982. doi: 10.1007/s10198-020-01208-6

Nordiskt samarbete. (u.å). *Rätt till vårdtjänster på Åland*.
<https://www.norden.org/sv/info-norden/ratt-till-vardtjanster-pa-aland>

Paul, E., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2021). Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications. *The Lancet Regional Health-Europe*, 1. doi: 10.1016-100012.

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M.A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. (7 uppl.). Pearson Education.

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori.. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 25-40). Studentlitteratur: Lund.

Reuben, R., Aitken, D., Freedman, J. L., & Einstein, G. (2020). Mistrust of the medical profession and higher disgust sensitivity predict parental vaccine hesitancy. *PloS One*, 15(9). doi: 10.1371/journal.pone.0237755

Ruiz, J.B., & Bell, R.A. (2021). Predictors of intention to vaccinate against COVID-19: Results of a nationwide survey. *Vaccine*, 39 (2021), 1080-1086. doi: 10.1016/j.vaccine.2021.01.010

Rådet för yrkeshögskolornas rektorer Arene rf. (2018). *Etiska rekommendationer för examensarbete på yrkeshögskolor*. (Arene).
<http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/ETISKA%20REKOMMENDATIONER>

%20F%C3%96R%20EXAMENSARBETEN%20P%C3%85%20YRKESH%C3%96GSKOLOR
_2020.pdf?_t=1578480382

Sakraida, J.T. (9 februari 2017). *Health Promotion Model*. Nurse Key.

<https://nursekey.com/health-promotion-model/>

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken* (8 uppl.). Studentlitteratur.

Setbon, M & Raude, J. (2010). Factors in vaccination intention against the pandemic influenza A/H1N1. *European Journal of Public Health*, 20(5), 490–494. doi: 10.1093/eurpub/ckq054

Social- och hälsovårdsministeriet. (11 mars 2021). *Coronaviruset och vaccinutveckling*.

<https://stm.fi/sv/vaccin-mot-coronaviruset>

SPSS Tutorials. (2020). *SPSS Shapiro-Wilk Test – Quick Tutorial with Example*.

<https://www.spss-tutorials.com/spss-shapiro-wilk-test-for-normality/>

Stage, F.K., & Wells, R.S. (2014). Critical Quantitative Inquiry in Context. *New Directions for Institutional Research*, 2013 (158), 1-7. doi: 10.1002/ir.20041

Strategic Advisory Group of Experts [SAGE]. (2014). *Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy*.

https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf

Succi, R.C.M. (2018). Vaccine Refusal - What We Need to Know. *Jornal de Pediatria* 94 (6): 574–81. doi: 10.1016/j.jped.2018.01.008

The Jamovi Project. (2021). *Jamovi*. (Version 1.6.15). [Computer Software]. Hämtad från

<https://www.jamovi.org>.

Troiano, G. & Nardi, A. (2020). Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public Health*.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.025>

World Health Organization [WHO]. (19 Mars 2021). *Covid-19 vaccines*.
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines>

World Health Organization [WHO]. (12 oktober 2020a). *Coronavirus disease (COVID-19)*.
<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

World Health Organisation [WHO]. (29 Juli 2020b). *SURVEY TOOL AND GUIDANCE Rapid, simple, flexible behavioural insights on COVID-19*. WHO/EURO:2020-696-40431-54222.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333549/WHO-EURO-2020-696-40431-54222-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ålands hälso- och sjukvård. (28 April 2021a). *Aktuellt om coronavaccineringen*.
<https://www.ahs.ax/aktuellt-om-coronavaccineringen>

Ålands hälso- och sjukvård. (18 februari 2021b). *Patientavgifter*.
<https://www.ahs.ax/patienter/patientavgifter>

Ålands hälso- och sjukvård. (17 maj 2021c). *ÅHS samlade information om coronapandemin*.
<https://www.ahs.ax/patienter/ahs-samlade-information-om-coronapandemin>