

Faktorer som kan påvirke unge kvinners  
beslutning om å ta eller å ikke ta  
humant papillomavirus-vaksine



---

Universitetet  
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i helsesykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Student: Monica Mo

Veileder: Morten Munkvik og Kjersti Stormark Rabanal

02.06.2020

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I  
HELSESYKEPLEIE**

**MASTEROPPGAVE**

**SEMESTER:**

Vårsemester 2020

---

**FORFATTER:**

Monica Mo

**VEILEDER:**

Morten Munkvik og Kjersti Stormark Rabanal

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Nordisk tittel:** Faktorer som kan påvirke unge kvinners beslutning om å ta eller å ikke ta humant papillomavirus-vaksine

**Engelsk tittel:** Factors that may influence young women's choice of whether or not to take the human papillomavirus-vaccine

---

**EMNEORD/STIKKORD:** Humant papillomavirus, HPV-vaksine, kreft, unge kvinner, påvirkningsfaktorer

---

**ANTALL ORD:** 16 625 (eksklusiv innholdsfortegnelse, vedlegg og referanseliste)

**STAVANGER, 2. juni 2020**

**Monica Mo**

## Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en spennende, utfordrende og lærerik prosess. I denne anledningen er det flere som fortjener en stor takk.

Først og fremst vil jeg takke min hovedveileder, Morten Munkvik. Dine råd og konstruktive tilbakemeldinger underveis har vært til stor hjelp. Jeg vil også takke min biveileder Kjersti Stormark Rabanal som har guidet meg gjennom alle statistiske utfordringer. Hjelpen og støtten din har vært uvurderlig. Jeg føler meg privilegert som fikk to dyktige og engasjerte veiledere som dere.

Takk til Alexandra Latinovic fra Kreftforeningen for hjelpen med utforming av spørreskjema.

En stor takk rettes også til respondentene som tok seg tid til å svare på undersøkelsen, samt Tonje Steen og helsesykepleierne ved studentsamskipnadene i Stavanger, Trondheim og Oslo, og Sex og Samfunn, som har vært med å rekruttere respondenter.

Sist, men ikke minst, vil jeg gi en takk min samboer, familie og venner for at dere har støttet, heiet og hatt troen på meg gjennom hele prosessen.

Stavanger, 2. juni 2020

Monica Mo

## Sammendrag

Langvarig infeksjon med humant papillomavirus (HPV) fører primært til kreft i cervix hos kvinner, men kan også gi kreft i ulike organer hos både kvinner og menn. Fra 2016 til 2018 ble det tilbudt gratis HPV-vaksine til unge kvinner født i 1991 eller senere. Tall fra Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK viser at 59,3% av kvinnene i målgruppen vaksinerte seg. Denne masteroppgaven presenterer en studie om faktorer som påvirker unge kvinners valg om å vaksinere seg eller ikke mot HPV, samt hvilke faktorer som for uvaksinerte kan være med på å påvirke valget om å vaksinere seg en gang i framtiden. Formålet med studien er å kartlegge og gi kunnskap om disse faktorene til bruk i det forebyggende arbeidet for å få flere i målgruppen til å vaksinere seg. Studien bygger på et kvantitativt forskningsdesign med spørreskjema som kartleggingsverktøy. Respondentene er unge kvinner født fra 1991 til og med 1996. Data er bearbeidet og analysert i dataprogrammet Statistical Package for Social Sciences, versjon 25. For den vaksinerte gruppen var gratis vaksinering, annonsering av informasjon om vaksinen og det å ha venninner som hadde tatt vaksinen av stor påvirkning. For de ikke-vaksinerte var legens manglende anbefaling, lavt kunnskapsnivå hos kvinnen selv og frykt for bivirkninger hovedfaktorene som gjorde at kvinnene valgte å ikke vaksinerte seg. Samme gruppe rapporterte at gratis vaksinering, annonsering og anbefaling fra en lege eller helsesykepleier ville ha stor påvirkning dersom de skulle velge å ta vaksinen en gang i framtiden. Oppsummert virker det som om gratis vaksinering, bedre annonsering, og anbefaling fra helsepersonell kan øke vaksinasjonsdekningen. Helsesykepleiere kan ha en viktig rolle i dette arbeidet.

**Nøkkelord:** Humant papillomavirus, HPV-vaksine, kreft, unge kvinner, påvirkningsfaktorer

## Abstract

Long-term infection with human papillomavirus (HPV) leads primarily to cervical cancer in women, but can also cause cancer in other organs in both women and men. From 2016 to 2018, free HPV-vaccine was offered to young women born in 1991 or later. Data from the National Vaccination Register SYSVAK shows that 59.3% of women in the target group got vaccinated. This master's thesis presents a study that investigates different factors that could influence young women's choice whether or not to take the human papillomavirus-vaccine. Furthermore the study also investigates factors that may influence women's choice to get vaccinated in the future. The purpose of the study is to uncover knowledge about these factors so that they can be used in the preventive work with the aim to elevate the immunization coverage. The study is based on a quantitative research design with a questionnaire as a survey tool. The respondents are young women born from 1991 to and including 1996. Data have been processed and analysed in the Statistical Package for Social Sciences computer program, version 25. For the women that chose to get vaccinated, factors like free vaccination, advertising and vaccinated friends seemed to be important for getting the vaccine. For the unvaccinated, doctors failing to recommend the vaccine, their own lack of knowledge and fear of side effects were the main reasons for their choice not to get the vaccine. The same group reports that free vaccination, advertising, and the recommendation from a physician or health nurse would have great influence to get vaccinated later. From this, we speculate that free vaccination, ads, and a health care provider's recommendation can increase vaccination coverage. Health nurses can have an important role in this work.

**Keywords:** Human papillomavirus, HPV-vaccine, cancer, young women, barriers and facilitators

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag	IV
Abstract	V
1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn, studiens hensikt og overordnet formål	1
1.2 Avgrensning	2
1.3 Problemstilling	3
1.4 Oppgavens oppbygning	3
2.0 Kunnskapsstatus	4
2.1 HPV og HPV-vaksine	4
2.2 Litteratursøk og tidligere forskning på området	5
2.2.1 Faktorer som øker eller reduserer sannsynligheten for HPV-vaksinering	9
3.0 Teoretisk rammeverk	11
3.1 Urie Bronfenbrenners humanøkologiske modell	11
3.1.1 Grunnstrukturene i modellen	11
3.1.2 HPV-vaksinering sett i lys av den humanøkologiske modellen	12
3.2 Miljørettet helsevern og helsesykepleie	13
3.3 Helsekompetanse og empowerment	13
3.3.1 Helsekompetanse	13
3.3.2 Empowerment	14
4.0 Metodisk tilnærming	16
4.1 Design	16
4.2 Utvalg	16
4.2.1 Utvalgets størrelse	17
4.3 Utarbeidelse av spørreskjema	17
4.3.1 Operasjonalisering av begreper	18
4.3.2 Utforming av spørsmål og svar	18
4.4 Rekruttering og innsamling av data	20
4.5 Analyse	22

4.6 Validitet og reliabilitet	23
4.6.1 Validitet	23
4.6.2 Reliabilitet	24
4.7 Forskningsetiske vurderinger	25
5.0 Presentasjon av resultater	27
5.1 Karakteristika ved de vaksinerte og ikke-vaksinerte	27
5.2 Vaksinerte	30
5.3 Ikke-vaksinerte	32
6.0 Diskusjon av resultater	38
6.1 Sammenheng mellom vaksinestatus og respondentenes karakteristika	38
6.2 Faktorer som påvirket valget om å vaksinere seg	39
6.3 Faktorer som påvirket valget om å ikke vaksinere seg	41
6.3.1 Mangel på kunnskap	42
6.3.2 Frykt for bivirkninger	45
6.4 Øke vaksinering i fremtiden	47
6.4.1 Gratis vaksinering	47
6.4.2 Annonsering av vaksinen	49
6.4.3 Vaksineanbefaling	50
6.4.4 Helsekompetanse og empowerment	52
6.4.5 Helsesykepleiers rolle	53
7.0 Avslutning	55
Litteraturliste	57
Vedlegg 1: Forskningsetisk vurdering fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord)	62
Vedlegg 2: Informasjonsskriv	64
Vedlegg 3: Faktorer med høyest innflytelse hos vaksinerte respondenter	65
Vedlegg 4: Faktorer med høyest innflytelse hos ikke-vaksinerte respondenter	66
Vedlegg 5: Faktorer med høyest innflytelse på framtidig vaksinering hos ikke-vaksinerte respondenter	67
Vedlegg 6: Artikkelsamling	68





## 1.0 Innledning

Helsesykepleiere jobber helsefremmende og sykdomsforebyggende med barn, unge og deres familier. En del av dette arbeidet innebærer å gi vaksiner som forebygger farlige smittsomme sykdommer på en enkel og effektiv måte (Folkehelseinstituttet, 2018a).

Langvarig infeksjon med humant papillomavirus (HPV) fører primært til kreft i cervix hos kvinner, men kan også gi kreft i andre organer hos både kvinner og menn (Folkehelseinstituttet, 2019a). HPV-vaksine forebygger HPV-infeksjon, og effekten er derfor best når den gis til personer som ikke allerede er smittet med viruset, altså før seksuell debut. I Norge ble vaksine mot HPV innført i barnevaksinasjonsprogrammet i 2009. Vaksinen ble først tilbudt jenter på 7. klassetrinn, men fra høsten 2018 fikk også gutter i 7. klasse samme tilbud (Folkehelseinstituttet, 2019a). Det er vist at vaksinen også har effekt for eldre jenter og voksne kvinner, uavhengig om de har hatt én eller flere partnere, eller ikke har debutert seksuelt (Folkehelseinstituttet, 2019a; Kreftforeningen, 2020). Derfor fikk unge kvinner født i 1991 eller senere tilbud om gratis HPV-vaksine gjennom et midlertidig vaksinasjonsprogram i årene 2016 til 2018 (Folkehelseinstituttet, 2016). Tall fra Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK viser at 137 420 kvinner født i 1991 eller senere benyttet seg av dette tilbudet, noe som utgjør 59,3% av kvinnene i målgruppen (Folkehelseinstituttet, 2019b). Denne oppgaven undersøker faktorer som kan påvirke unge kvinners valg om å vaksinere seg eller ikke mot HPV, samt hvilke faktorer som for uvaksinerte kan være med på å påvirke valget om å vaksinere seg en gang i framtiden.

### 1.1 Bakgrunn, studiens hensikt og overordnet formål

Det anslås at over 70% av befolkningen som er seksuelt aktive får en genital infeksjon med HPV i løpet av livet, de fleste i ung alder (Folkehelseinstituttet, 2019a). Flesteparten av tilfellene med HPV-infeksjon forløper asymptomatisk. Til tross for den høye forekomsten av HPV-infeksjon, går de fleste tilfellene over av seg selv grunnet utvikling av gradvis immunrespons mot HPV DNAet. Derimot vil ca. 10% av de smittede få en langvarig infeksjon som kan føre til utvikling av livmorhalskreft og annen HPV-relatert kreft etter mange år (10-30 år) (Folkehelseinstituttet, 2018c; Valentino & Poronsky, 2016, s. 156). Hvert år i Norge får rundt 300 kvinner livmorhalskreft hvor 70 av disse årlig dør av sykdommen (Folkehelseinstituttet, 2019a). Vaksine mot HPV vil redusere risikoen for å bli rammet av livmorhalskreft og annen HPV-relatert kreft i framtiden (Folkehelseinstituttet, 2018b). Det har blitt dokumentert at uavhengig av HPV-type gir vaksinen mer enn 90% beskyttelse mot

utvikling av alvorlige forstadier til livmorhalskreft hos kvinner som ikke var smittet med HPV ved vaksinasjonstidspunktet (Folkehelseinstituttet, 2019a).

Ved siden av å være masterstudent i helsesykepleie har jeg jobbet som helsesykepleier på Sauda helsestasjon siden begynnelsen av 2018. Da jeg startet der overtok jeg ansvaret for det midlertidige vaksinasjonsprogrammet mot HPV som varte fra 2016 til 2018. Jeg erfarte at flere unge kvinner hadde mangelfull kunnskap om HPV og HPV-vaksine, og at det var flere av dem som uttrykte at de ikke følte behov for vaksinen av ulike grunner. Flere av dem kunne eksempelvis fortelle meg at de ikke følte behov for å ta vaksinen fordi de var i et fast forhold. Andre fortalte at vennene deres hadde tatt den, og derfor ønsket de også å gjøre det. Da det midlertidige vaksinasjonsprogrammet var over, var det hele 40,3% som *ikke* hadde benyttet seg av tilbudet i følge tall fra SYSVAK (Folkehelseinstituttet, 2019b). Jeg ønsket derfor å rette søkelys mot dette temaet, og noen av spørsmålene som dukket opp var disse: Har unge kvinner manglende kunnskap om HPV og HPV-vaksine? Er det noen som ikke vet om vaksinen? Gjør praktiske hindringer det vanskelig å få satt vaksinen? På bakgrunn av sammenhengen mellom HPV-infeksjon og kreft, vil være viktig å kartlegge og løfte frem faktorer som er med å påvirke unge kvinners valg om å ta vaksinen eller ikke. Slik kunnskap kan være et utgangspunkt for intervensjoner for å øke vaksinasjonsdekningen.

Oppgaven skrives i forbindelse masterstudie i helsesykepleie. Hensikten er å kartlegge faktorer som påvirker unge kvinners valg om å vaksinere seg eller ikke mot HPV, samt hvilke faktorer som for uvaksinerte kan være med på å påvirke valget om å vaksinere seg senere en gang. Det overordnede målet er å gi kunnskap om disse faktorene og benytte kunnskapen i det forebyggende arbeidet for å få flere i målgruppen til å vaksinere seg. For å kunne nærme meg dette har jeg samlet inn data fra unge kvinner født fra 1991 til og med 1996 ved hjelp av en elektronisk spørreundersøkelse på sosiale medier.

## 1.2 Avgrensning

Studien avgrenser seg til unge kvinner født fra 1991 til og med 1996. Bakgrunnen for aldersbegrensningen var å inkludere de som har blitt tilbudt HPV-vaksinen gjennom vaksinasjonsprogrammet fra 2016 til 2018, og samtidig ekskludere de som ble tilbudt vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet.

Det finnes forskning på faktorer som øker og reduserer sannsynligheten HPV-vaksinering hos jenter og unge kvinner i flere land. I Norge er det derimot lite forskning på dette. En grunn for dette kan være fordi tilbudet om gratis HPV-vaksine til unge kvinner først kom i 2016.

### **1.3 Problemstilling**

Arbeidet med å utarbeide og formulere en problemstilling har vært krevende, men etter litteraturgjennomgang og vurderinger sammen med veileder ble følgende problemstilling satt:

*Hvilke faktorer har betydning for beslutningen om å ta eller å ikke ta HPV-vaksine hos unge kvinner i alderen 23 til 28 år, og hvordan kan kunnskap om dette benyttes for å få flere i målgruppen til å vaksinere seg?*

### **1.4 Oppgavens oppbygning**

I kapittel 2 presenteres en gjennomgang av kunnskap om tema og tidligere forskning. Videre blir det i kapittel 3 redegjort for teoretisk rammeverk, etterfulgt av en beskrivelse av prosessen fra valg av design til analyse i kapittel 4. I kapittel 5 gis en presentasjon av resultatene, som deretter blir drøftet i kapittel 6. I kapittel 7 oppsummeres og avsluttes oppgaven, og det vurderes hvilke implikasjoner funnene i studien har for gjeldende praksis rettet mot å øke vaksinasjonsdekningen.

## 2.0 Kunnskapsstatus

I dette kapittelet blir det redegjort for hva HPV er, og HPV-vaksine. Deretter følger en gjennomgang av litteratursøk og tidligere forskning relatert til tema.

### 2.1 HPV og HPV-vaksine

HPV er en gruppe DNA-virus. Det er identifisert 200 ulike genotyper, hvorav 40 av disse smitter ved seksuell kontakt (Folkehelseinstituttet, 2019a). Som nevnt i punkt 1.1 vil majoriteten av befolkningen i Norge bli smittet med HPV i løpet av livet, mens bare en liten andel av disse får en langvarig infeksjon som på sikt kan føre til utvikling av livmorhalskreft og annen HPV-relatert kreft etter mange år (10-30 år) (Folkehelseinstituttet, 2018c; Valentino & Poronsky, 2016, s. 156). Følgende viktige risikofaktorer for HPV-infeksjon er identifisert: flere sekspartnere, mangel på bruk av kondom, alder for seksuell debut, ikke-monogame seksuelle forhold, samt forhistorie med tidligere HPV-infeksjon (Folkehelseinstituttet, 2019a; Valentino & Poronsky, 2016, s. 155).

De ulike HPV-typer deles inn i såkalte høyrisiko- og lavrisiko HPV-typer basert på deres potensial til å forårsake kreft (Feiring et al., 2018, s. 1900). Hos både menn og kvinner er infeksjon med HPV i høyrisikogruppe assosiert med kreft i flere organer. HPV-relatert kreft hos kvinner forekommer for eksempel i cervix, vulva, vagina, anus og spiserøret, mens hos menn kan det oppstå i penis, anus og spiserøret (Burger, Sy, Nygård, Kristiansen & Kim, 2015, s. 206). Hyppigst forekommende av disse kreftformene er livmorhalskreft (rundt 300 kvinner pr. år), men de andre kreftformene utgjør samlet sett likevel totalt et like betydelig antall hvert år (rundt 300 tilfeller hos både kvinner og menn pr. år). HPV-infeksjon i lavrisikogruppe er forbundet med utvikling av vorter (papillomer), kjønnsvorter (kondylomer), samt lavgradige celleforandringer som går over av seg selv (Folkehelseinstituttet, 2019a).

Vaksine mot HPV virker forebyggende og kurerer ikke en pågående HPV-infeksjon (Feiring et al., 2018, s. 1900). På bakgrunn av dette er vaksinen mest effektiv når den administreres før smitte, altså før seksuell debut (Burger et al., 2015, s. 206). Dette er bakgrunnen for at vaksinen tilbys jenter og gutter i 11 til 12 års alderen, altså på 7. klassetrinn.

Det er vist at vaksinen også har effekt for eldre jenter og voksne kvinner, uavhengig om de har hatt én eller flere partnere, eller ikke har debutert seksuelt (Folkehelseinstituttet, 2019a; Kreftforeningen, 2020). Jenter født i 1991 eller senere fikk derfor tilbud om gratis HPV-vaksine gjennom et midlertidig vaksinasjonsprogram i årene 2016 til 2018 (Folkehelseinstituttet, 2016).

Om man har en pågående HPV-infeksjon med én genotype når vaksinen settes, vil vaksinen fortsatt ha effekt mot de andre genotypene den dekker. En gjennomgått HPV-infeksjon gir liten beskyttelse mot ny infeksjon. Derimot vil HPV-vaksinen kunne beskytte mot reinfeksjon hos de som tidligere har hatt en HPV-infeksjon.

I Norge finnes det tre typer HPV-vaksiner som har markedsføringstillatelse: Cervarix «GlaxoSmithKline», Gardasil og Gardasil 9 «MSD». Felles for alle tre vaksinene er at de beskytter mot HPV-genotypene 16 og 18. Disse genotypene står for til sammen ca. 70% av alle tilfeller av livmorhalskreft, og er også skyld i flesteparten av tilfellene med kreft i andre organer som nevnt over (Folkehelseinstituttet, 2019a).

## **2.2 Litteratursøk og tidligere forskning på området**

For å orientere meg om tema, utførte jeg litteratursøk fra mars til mai 2019 i databasene SweMed+, Cinahl, Medline og Pubmed. Med utgangspunkt i temaet i oppgaven brukte jeg først søkeordene: «HPV vaccine», «knowledge», «barriers», «facilitators», «women» og «students». Disse ble brukt i ulike kombinasjoner og resulterte i mange forskningsartikler relatert til mitt tema. Etter hvert så jeg at disse artiklene inneholdt forskjellige ord som også var relevante for mitt søk, eksempelvis: «uptake», «increase», «improve», «attitudes», «cancer», og «catch-up». Disse endte jeg også opp med å benytte for å spisse søket enda mer.

Jeg valgte først å søke etter artikler publisert i tidsrommet 2009 til 2019, noe som resulterte i mange artikler. For å begrense antallet, og for å vektlegge den nyeste forskningen på området, valgte jeg å begrense søket fra 2014 til 2019. Grunnen til dette var at HPV-vaksinen ikke ble godkjent i vaksinasjonsprogram før i 2006, der USA var først ut, etterfulgt av blant annet Canada, Australia, Storbritannia og Danmark (Sabeena, Bhat, Kamath & Arunkumar, 2018, s. 991). Med årene har vaksinen blitt tilbudt i permanente barnevaksinasjonsprogram, samt i midlertidige HPV-vaksinasjonsprogram til unge kvinner rundt om i verden. I de første årene etter innføring av ny vaksine kan det kanskje foreligge en skepsis til vaksinen og spørsmål rundt virkning og bivirkninger. De som ikke er overbevist velger muligens da å avstå fra å vaksinere seg til vaksinen har vært på markedet en stund. Nå som vaksinen har vært

tilgjengelig i flere år, ønsket jeg den nyeste forskningen på faktorer som øker eller reduserer sannsynligheten for vaksinerings.

Søk i SveMed+ gav ingen relevante treff, mens søk i Cinahl, Medline og Pubmed gav flere som så ut til å treffe tema for oppgaven min. Jeg fant ingen aktuelle artikler fra Norge, heller ikke fra Sverige eller Danmark. Søkeresultatet gav studier som blant annet undersøkte foreldres og unge kvinners kunnskap om HPV-infeksjon og HPV-vaksine, faktorer som øker og reduserer sannsynlighet for HPV-vaksinerings, samt potensielle strategier for å øke HPV-vaksinasjonsdekningen. Selv om det var en del publikasjoner på temaet for oppgaven, var det ingen som fokuserte på norske eller Skandinaviske forhold. Dette anses som et kunnskapshull som denne studien søker å fylle.

Artikler med tittel som inneholdt nøkkelbegreper sentrale for min problemstilling utforsket jeg nærmere. Disse var ord som «HPV-vaccine», «catch up vaccination», «facilitators», «barriers», «students», «women», «increase» og «improve». Jeg fant flere oversiktsartikler, men valgte å ekskludere disse da jeg ønsket å kun benytte primærkilder der jeg får førstehånds fremstillinger som ikke er fortolket av andre enn forfatterne selv (Everett & Furuseth, 2012, s. 132).

Etter gjennomgang av aktuelle artikler, endte jeg opp med å inkludere syv av dem i min studie (se tabell 1). Grunnen til at nettopp disse ble valgt var at alle omhandlet HPV-vaksinerings hos unge kvinner, som er populasjonen jeg også ønsket å undersøke. Da jeg ikke fant noen relevante artikler fra Skandinavia, inkluderte jeg artikler fra USA, Canada og Australia. Disse ble valgt fordi de naturlig kan sammenlignes med Norge. Samtidig ønsket jeg å inkludere en artikkel fra Romania for å utforske om det var noen forskjell i faktorer her når det gjelder beslutning om HPV-vaksinerings.

Tabell 1: Litteratursøk i Medline og Cinahl.

SØKE-NUMMER	SØKEORD	AVGRENSNING	ANTALL TREFF	VALGT ARTIKKEL
1*	HPV vaccine OR HPV vaccination OR human papillomavirus vaccination	2014-2019  Peer reviewed  Full text	576	
2*	SØK 1 AND barriers AND facilitators	2014-2019  Peer reviewed  Full text	26	
3*	SØK 1 AND SØK 2 AND increase or increasing	2014-2019  Peer reviewed  Full text	9	Barriers, facilitators, and potential strategies for increasing HPV vaccination: A statewide assessment to inform action (Cartmell, Pierce, McGue, Alberg, Luque, Zubizarreta and Brandt, 2018).
4*	SØK 1 AND catch up vaccination	2014-2019  Peer reviewed  Full text	173	
5*	SØK 1 AND SØK 4 AND students	2014-2019  Peer reviewed  Full text	15	Missed opportunities for catch-up human papillomavirus vaccination among university undergraduates: Identifying health decision-making behaviours and uptake barriers (Ragan, Bednarczyk, Butler & Omer, 2018).  Attitudes of undergraduate university women towards HPV vaccination: a cross-sectional study in Ottawa, Canada (Fernandes, Potter & Little, 2018).
6*	SØK 1 AND improve OR	2014-2019	22	Human papillomavirus vaccine motivators and

	improving AND students	Peer reviewed Full text		barriers among community college students: Considerations for development of a successful vaccination program (Hirth, Batuuka, Gross, Cofie & Berenson, 2018).
7*	SØK 1 AND knowledge AND woman OR women OR female OR females	2014-2019 Peer reviewed Full text	137	Attitudes, Knowledge and Factors Associated with Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Uptake in Adolescent Girls and Young Women in Victoria, Australia (Tung, Machalek, Garland, 2016).  Awareness and Knowledge About HPV and HPV Vaccine Among Romanian Women (Grigore, Telean, Pristavu & Matei, 2018).
8**	HPV vaccine OR HPV vaccination OR human papillomavirus vaccination	2014-2019 Peer reviewed Full text	882	
9**	SØK 8 AND improve or improving AND students	2014-2019 Peer reviewed Full text	11	Improving Human Papillomavirus Vaccination Uptake in College Students: A Socioecological Perspective (Lanning, Golman & Crosslin, 2017). Samme søk i Cinahl gav ingen relevante artikler.

\* Søk i Medline

\*\* Søk i Cinahl

Det vises ikke søk fra Pubmed da jeg ikke fant andre relevante artikler der enn de jeg allerede hadde funnet i Medline og Cinahl.

I følgende avsnitt vil jeg trekke frem hovedfunnene i artiklene.



### 2.2.1 Faktorer som øker eller reduserer sannsynligheten for HPV-vaksinering

De utvalgte artiklene pekte på flere faktorer som er assosiert med økt sannsynlighet for å ta HPV-vaksine. Anbefaling fra en lege, forelder eller venn om å ta vaksinen, samtale med noen som hadde god erfaring med HPV-vaksinering, samt kampanjer som fokuserte på å forebygge kreft var alle faktorer som økte vaksinasjonsdekningen (Fernandes, Potter & Little, 2018; Lanning, Golman & Crosslin, 2017; Ragan, Bednarczyk, Butler & Omer, 2018; Tung, Machalek & Garland, 2016). Foreldres rolle syntes å være særlig viktig da flere studier rapporterte at foreldres holdninger til vaksinering ble vektlagt i avgjørelsen, samt at foreldre ofte tok helserelaterte avgjørelser for sine barn (Fernandes et al., 2018; Hirth, Batuuka, Gross, Cofie & Berenson, 2018; Lanning et al., 2017; Ragan et al., 2018; Tung et al., 2016). Eksempelvis rapporterte flere ikke-vaksinerte kvinner å ha blitt frarådet vaksinen av sine foreldrene fordi de var bekymret for bivirkninger og fordi de følte at døtrene ikke hadde behov for vaksinen (Ragan et al., 2018; Tung et al., 2016).

Samtidig med at det å få en anbefaling fra en venn hadde innflytelse på å ta vaksinen (Fernandes, Potter & Little, 2018; Lanning, Golman & Crosslin, 2017; Ragan, Bednarczyk, Butler & Omer, 2018; Tung, Machalek & Garland, 2016), ble det i en annen studie rapportert at ikke-vaksinerte unge kvinner ikke stolte på venners videreformidling av informasjon om HPV-vaksinen. Dette gjaldt hovedsakelig dersom vennene hadde innhentet informasjon fra sosiale medier (Hirth et al., 2018).

Mangel på kunnskap om HPV og HPV-vaksine, frykt for potensielle bivirkninger og kostnad har gjentatte ganger blitt rapportert som hovedfaktorer bak valget om å *ikke* ta vaksinen (Cartmell, Young-Pierce, McGue, Alberg, Luque, Zubizarreta & Brandt, 2018; Fernandes et al., 2018; Grigore, Teleman, Pristavu & Matei, 2016; Hirth et al., 2018). Mangel på anbefaling fra helsepersonell, spesielt fra lege, praktiske hindringer (vanskelig å finne tid og ordne time), og sprøyteskrek var også faktorer som dro i samme retning (Cartmell et al., 2018; Fernandes et al., 2018; Ragan et al., 2018; Tung et al., 2016). Videre følte ikke kvinner som ikke var seksuelt aktive behov for vaksinen (Grigore et al., 2016; Ragan et al., 2018).

I artiklene ble vaksinasjonsdekningen for HPV-vaksine angitt som lav. Prosentandelen av kvinnene som hadde tatt minst én vaksinedose lå mellom 48-55,8% (Fernandes et al., 2018; Grigore et al., 2016; Hirth et al., 2018; Lanning et al., 2017; Ragan et al., 2018). I Norge benyttet 59,3% av unge kvinner seg av tilbudet om gratis HPV-vaksine fra årene 2016 til 2018 (Folkehelseinstituttet, 2019b).

For å øke vaksinasjonsdekningen, pekte flere av studiene på viktigheten av kunnskapsformidling om HPV og HPV-vaksine (Fernandes et al., 2018; Grigore et al, 2016; Hirth et al., 2018; Ragan et al. 2018). Formidling av kunnskapen via internett, eksempelvis annonser, og undervisning ble sett på som sentrale metoder. Her ble helsesykepleiere nevnt å ha en viktig rolle (Hirth et al., 2018; Ragan et al., 2018). Å gjøre vaksinen billigere ble også pekt på som viktig for at flere skulle velge å vaksinere seg (Cartmell et al., 2018; Fernandes et al., 2018).

Selv om studiene kom fra ulike land var de samme hovedfaktorene som gikk igjen. Dette kan tyde på at utfordringer knyttet til ikke-vaksinering er en felles utfordring på tvers av landegrensene.

### 3.0 Teoretisk rammeverk

Som teoretisk rammeverk har jeg valgt å benytte meg av Urie Bronfenbrenners humanøkologiske modell, miljørettet helsevern, health literacy og empowerment for å belyse tema.

#### 3.1 Urie Bronfenbrenners humanøkologiske modell

Urie Bronfenbrenner (1917-2005) var en utviklingspsykolog fra Moskva. Hans hovedinteresser lå generelt i menneskelig utvikling, spesielt for forskning rundt familieforhold og betingelser for barn og unges oppvekst (Aagre, 2014, s. 40).

Opp mot 70-tallet var tradisjonen innenfor utviklingspsykologisk forskning og teoridannelse i stor grad individorientert. En lette *i* barnet for å finne forklaringer på hvordan det utviklet seg, og var i liten grad opptatt av barnet som sosial deltaker i sin sosiale og kulturelle kontekst. Dette innebar at en så på for eksempel den sosiale utviklingen, den moralske utviklingen og tekningens utvikling hver for seg (Aagre, 2014, s. 42; Gulbrandsen, 2017, s. 51).

Bronfenbrenner brøt med denne tradisjonen og ønsket å sette fokus over på helheten i den menneskelige utviklingen. Da mennesket beveger seg i ulike miljøer og settinger som en sosial deltaker hvor en møter andre mennesker ansikt til ansikt, mente han at utviklingen påvirkes heretter i en dynamisk prosess. Med bakgrunn i dette utviklet han en humanøkologisk modell som bygger på forbindelsen mellom personer, de prosessene de tar del i, den konteksten de er en del av, og hvordan tiden virker inn på helheten i dette (Aagre, 2014, s. 41-42; Gulbrandsen, 2017, s. 51-52).

##### 3.1.1 Grunnstrukturene i modellen

Bronfenbrenner presenterer grunnstrukturene i modellen gjennom fire nivåer; mikronivå, mesonivå, eksonivå og makronivå. Mikronivået handler om relasjoner, sosialt samspill, samt rolleutforming i forhold til andre og de aktiviteter man utfører sammen. Mesonivået dreier seg om spillet mellom mikrosystemene. Endringer i ett av disse mikrosystemene kan eksempelvis påvirke trivsel eller posisjonen en har innenfor systemet, samtidig som en endring i ett mikrosystem kan få ringvirkninger for andre mikrosystemer. Eksonivået omhandler perifere påvirkningsfaktorer (som ens foreldres arbeidsplass og søskens skoleklasse, altså miljøer som personen ikke direkte deltar i), mens makronivået handler om nasjonal- og internasjonal politikk, religion, samt verdier og lover man bygger samfunnet på (Aagre, 2014, s. 42-44). Alle disse nivåene er gjensidig avhengige av hverandre, og dersom

ett ledd settes i bevegelse vil dette få konsekvenser for resten av systemet, som i sin tur virker tilbake på bevegelsens utgangspunkt (Gulbrandsen, 2017, s. 52).

Ut fra dette er ikke enkeltindividet å betrakte som en passiv mottaker av påvirkninger fra et konstant miljø. Han eller hun betraktes som en voksende og dynamisk person som litt etter litt beveger seg inn i og endrer de miljøene han eller hun tilhører. Følgelig blir det en gjensidighet i utvekslingene mellom enkeltindivider og miljøene de lever i (Gulbrandsen, 2017, s. 53).

### **3.1.2 HPV-vaksinering sett i lys av den humanøkologiske modellen**

Sett i sammenheng med HPV-vaksinering kan det tenkes at valget om å ta vaksinen eller ikke påvirkes av flere faktorer på ulike nivå i modellen. Andre studier som omhandler HPV-vaksinering hos unge kvinner har også benyttet seg av denne modellen for å belyse at valget om å ta vaksinen er påvirket på flere nivå (Cartmell et al., 2018; Lanning et al., 2017).

Først og fremst finnes det faktorer i selve individet som kan påvirke valget om vaksinasjon. For eksempel vil den enkeltes risikovurdering av smitte, frykt for bivirkninger, samt kunnskap og bevissthet om vaksinen være faktorer som kan påvirke valget. På mikronivå kan man tenke seg at familie, venner, og holdninger til vaksinering og vaksineskepsis kan påvirke valget om vaksinering.

På mesonivå kan vaksineanbefaling fra helsepersonell medvirke til at flere tar vaksinen, mens praktiske utfordringer i form av mangel på tid, kostnad, samt det å ikke vite hvor en kan ta vaksinen vanskeliggjøre muligheten for vaksinering.

På eksonivå kan oppslag i media, inkludert internett, TV, SMS, e-post og brosjyrer, samt annonser være faktorer som påvirker vaksinering. I løpet av det midlertidige vaksinasjonsprogrammet fra 2016 til 2018 publiserte Folkehelseinstituttet med jevne mellomrom animasjonsfilmer på sosiale medier som en opplysning og påminning om HPV-vaksinen. De publiserte også informasjon på sosiale medier om hvor en kunne finne utdypende informasjon og ofte stilte spørsmål relatert til HPV-vaksine (Folkehelseinstituttet, 2016). I tillegg sendte også Folkehelseinstituttet ut SMS til alle kvinner i målgruppen som tidligere ikke hadde fått tilbud om HPV-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet (født 1991-1996). Kvinner som hadde reservert seg mot digital kommunikasjon mottok ikke denne SMSen (Folkehelseinstituttet, 2016).

På Bronfenbrenners siste nivå, makronivået, kan vi se for oss at påvirkningsfaktorer dreier seg om vaksinekostnad og lovverk. I det midlertidige vaksinasjonsprogrammet fra 2016 til 2018 ble, som nevnt tidligere, vaksinen tilbudt gratis. Derfor var ikke kostnad en hindring.

### **3.2 Miljørettet helsevern og helsesykepleie**

Miljørettet helsevern omfatter faktorer i vårt miljø som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen; fysiske, kjemiske, biologiske og sosiale miljøfaktorer. Ansvar og myndighet for fagområdet miljørettet helsevern er tillagt kommunen med hjemmel i folkehelseloven (Folkehelseloven, 2011, §§ 8 og 9). I forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018, § 5) står det at tilbudet skal omfatte opplysningsvirksomhet og veiledning individuelt og i grupper, herunder bidra til å forebygge ikke-smittsomme sykdommer og samlivsveilednings- og foreldreforberedende arbeid. Videre skal det gis informasjon om barnevaksinasjonsprogrammet og nasjonalt vaksinasjonsprogram.

HPV-smitte skjer hovedsakelig ved seksuell kontakt, og som nevnt tidligere i oppgaven, anslås det at over 70% av seksuelt aktive kvinner vil bli smittet av HPV en eller annen gang i løpet av livet (Folkehelseinstituttet, 2019a). Kondom gir begrenset beskyttelse fordi viruset også kan finnes på huden rundt kjønnsorganer som kondomet ikke dekker. På grunn av dette kan smitte ved hudkontakt uten samleie og ved oralsex også forekomme (Folkehelseinstituttet, 2019a; Kreftforeningen, 2020). Helsestasjonen har en sentral rolle når det gjelder prevensjonsveiledning og forebygging av seksuelt overførbare infeksjoner (SOI). Helsesykepleiere har derfor en viktig rolle når det gjelder å informere om HPV og HPV-vaksine.

### **3.3 Helsekompetanse og empowerment**

Under vil jeg beskrive begrepene «helsekompetanse» og «empowerment», og deres relevans i forbindelse med valg om HPV-vaksinering.

#### **3.3.1 Helsekompetanse**

For at en skal kunne forholde seg til helseinformasjon, og for å kunne bruke denne i helserelaterte avgjørelser, er man avhengig av å ha et sett med ferdigheter som på engelsk omtales som health literacy (Finbråten, 2018, s. 86). Helse- og omsorgsdepartementet (2019) arbeider med å etablere begrepet «helsekompetanse» som den norske oversettelsen av «health literacy», og jeg vil derfor i det følgende benytte dette begrepet. Sand-Jecklin og Coyle (2014) skriver at helsekompetanse «er evnen til å skaffe, forstå og handle i forhold til informasjon om helse, samt å kunne vurdere når og fra hvilke kilder man skal skaffe seg informasjon om

helse og å forstå skriftlig og muntlig informasjon». Helsekompetanse er derfor å betrakte som en forutsetning for å kunne mestre og ta kontroll over egen helse, og for å kunne ha utbytte av de helsetjenestene som tilbys (Finbråten, 2018, s. 86).

Helsekompetanse kan anses som et resultat av helsekommunikasjon som dreier seg om utveksling av helserelatert informasjon for blant annet å informere, påvirke, støtte og sette folk i stand til å kunne ivareta egen helse (Finbråten, 2018, s. 95-102). Målet med helsekommunikasjon er å øke folks kunnskap og motivasjon rundt forhold som har med helsen å gjøre slik at de i større grad har mulighet og forutsetninger til å fremme, ivareta og mestre egen helse.

I planleggingen og gjennomførelse av helsekommunikasjon med enkeltindivider eller grupper, skriver Finbråten (2018, s. 102-103) at man først og fremst må vite noe om mottakernes helsekompetanse. Helsepersonell skal kommunisere på en slik måte at den andre kan forstå informasjonen, og slik tilpasses kommunikasjonen til mottakernes helsekompetanse. Som en konsekvens av effektiviseringen av helsevesenet blir kontaktpunktet mellom pasient og helsepersonell færre og kortere. I tillegg til dette oppsøker en helsepersonell først når en er syk eller har plager (Statistisk sentralbyrå, 2017). Dette fører til at pasienter og andre som søker kunnskap i større grad blir overlatt til seg selv. For å imøtekomme dette vektlegges det i dagens helsevesen en satsing på selvhjelpsmateriell, både i papir- og elektronisk form. Denne satsingen kan imidlertid utgjøre en stor utfordring for personer med begrensede helsekompetanse-ferdigheter, da det kan være utfordrende å både finne frem til relevant informasjonsmaterieil, lese og forstå innholdet, og til slutt omsette informasjon til helsefremmende handlinger (Finbråten, 2018, s 104).

### **3.3.2 Empowerment**

Delaktighet og medbestemmelse er vektlagt i dagens helsevesen. I dette ligger det også et ansvar for egen helse, der den enkelte i større grad skal involveres og ansvarliggjøres i avgjørelser som omhandler egen helse (Finbråten, 2018, s. 86). På bakgrunn av dette forventes det at pasienter skal delta aktivt i helsespørsmål som angår seg selv, og at helsebeslutninger tas i samråd mellom helsepersonell og den enkelte. I dette er begrepet «empowerment» en sentral komponent, og defineres av Verdens helseorganisasjon (WHO) som «en prosess hvor folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker helsen» (WHO, 1998). Med andre ord handler empowerment om den enkeltes evne og vilje til å ta kontroll over eget liv og helse, og derfor kan man muligens forstå

empowerment som et resultat av helsekommunikasjon og helsekompetanse. Gjennom å tilegne kunnskap og ferdigheter kan helsekompetanse anses å være et middel for å oppnå større kontroll over faktorer som påvirker helsen, hvilket igjen speiler definisjonen på empowerment (Finbråten, 2018, s. 99). Dermed vil det være sentralt ha som mål å styrke folks helsekompetanse, som deretter gir økt empowerment (Finbråten, 2018, s. 99).

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) står det at formen for medvirkning skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. For å ivareta prinsippet om brukermedvirkning må en derfor tilpasse informasjon til den enkeltes helsekompetanse, noe som gjør det mulig for mottaker å være mer aktiv og deltakende. Dette er også i tråd med samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 51-52) som skriver at pasienten skal være medspiller i sin egen helsefremmende prosess ut fra egne ressurser og forutsetninger.

Som jeg tidligere har vært innom, involveres ofte foreldre i avgjørelser som gjelder vaksiner. Unge kvinner stoler på og lener seg på foreldrene, noe som fører til at de i mindre grad tar direkte avgjørelser selv (Fernandes et al., 2018; Hirth et al., 2018; Lanning et al., 2017; Ragan et al., 2018; Tung et al., 2016). Kanskje vil det være viktig å styrke unge kvinners empowerment, slik at de kan treffe egne avgjørelser som omhandler deres helse? Det kan være et viktig ledd i det som hører med i det å bli selvstendig.

## 4.0 Metodisk tilnærming

I dette kapittelet blir det redegjort for fremgangsmåte og innhold i prosessen fra valg av design til resultat.

### 4.1 Design

Studien har et kvantitativt tverrsnittdesign med bruk av spørreskjema som datainnsamlingsmetode. Det at studien har et tverrsnittdesign innebærer at undersøkelsen gjennomføres på et bestemt tidspunkt, og en får derfor et øyeblikksbilde av virkeligheten (Jacobsen, 2015, s. 108; Johannessen, 2009, s. 48). Det skilles mellom kvantitative og kvalitative metoder. De egner seg i ulike sammenhenger og de kan også brukes i kombinasjon (Jacobsen, 2015, s. 41). I kvantitative tilnærminger måles virkeligheten ved hjelp av metoder som kan gi oss informasjon i form av tall. Her søker man etter omfang eller hyppighet av et fenomen. Man undersøker derfor mange enheter (det et ønsker å undersøke, eksempelvis individer eller grupper), men opplysningene en mottar er begrenset til akkurat det en spør om. Kvalitative metoder derimot, har som utgangspunkt å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Man undersøker få enheter da metoden søker etter å gå i dybden av et fenomen og få frem det som er spesielt (Dalland, 2017, s. 52-53; Jacobsen, 2015, s. 24). I denne oppgaven benyttes begrepet «respondent» om kvinnene jeg samler inn data fra.

For å kunne si noe om omfanget og variasjonen av ulike faktorer som påvirker unge kvinners valg i forhold til HPV-vaksinering, fant jeg at bruk av en kvantitativ tilnærming ville være den beste metoden til å belyse dette (Jacobsen, 2014, s. 134). For å innhente denne type data valgte jeg å benytte spørreskjema. Dette fordi det ville gi meg muligheten til å innhente informasjon fra en stor gruppe mennesker på en effektiv måte (Dalland, 2017, s. 123-124). Da jeg benyttet både åpne og lukkede spørsmål, fikk jeg også kvalitative data. Selv om disse ikke ble mulig å analysere, var det en fordel å ha åpne spørsmål fordi jeg fikk mer utfyllende informasjon.

### 4.2 Utvalg

Utvalget i undersøkelsen består av unge kvinner født fra 1991 til og med 1996, altså kvinner i alderen 23 til 28 år. Bakgrunnen for denne avgrensningen var at jeg ønsket å inkludere kvinner som ikke hadde blitt tilbudt HPV-vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet. Kvinner født før 1997 fikk ikke dette tilbudet. Unge kvinner født i 1991 eller senere ble tilbudt HPV-



vaksinen gratis i årene 2016 til 2018, og derfor ble begrensningen satt til kvinner født mellom 1991 og 1996.

Både de som ikke hadde tatt HPV-vaksine, de som hadde tatt én eller to doser, eller de som hadde fullført vaksineserien ble inkludert. Spørreskjema var på norsk, noe som forutsatte at de som skulle svare på spørsmålene behersket norsk.

Det finnes to hovedformer for utplukking av et utvalg; sannsynlighetsutvelgelse og ikke-sannsynlighetsutvelgelse. Sannsynlighetsutvalg er den mest omfattende og arbeidskrevende formen for utvalg, men samtidig sikrer den stor sannsynlighet for at utvalget blir så likt populasjonen som mulig. Økonomiske og praktiske årsaker gjorde det naturlig for meg å benytte ikke-sannsynlighetsutvalg der respondentene i stor grad bestemmer selv om de vil delta eller ikke. Faren her derimot var at jeg kunne ende opp med et systematisk skjevt utvalg, der relevante grupper ikke kommer med (Jacobsen, 2015, s. 302-303). Videre ville det vanskeliggjøre generalisering fra utvalget til den faktiske populasjonen (se nærmere omtale i punkt 4.6.1.2).

#### 4.2.1 Utvalgets størrelse

Et spørsmål som alltid dukker opp i forbindelse med utvalg, er hvor stort utvalget må være for å kunne si noe med nok styrke. Denne studien ble intet unntak (Jacobsen, 2015, s. 299). Jeg ønsket å få så mange respondenter som mulig. Mye av grunnen til dette var at jeg hadde en tanke om at det ville være vanskelig å rekruttere kvinner som *ikke* hadde tatt vaksinen.

Jacobsen (2015, s. 301) skriver at et «utvalg mellom 400 og 600 respondenter er som regel tilstrekkelig både for å oppnå en rimelig god presisjon og for å kunne behandle informasjonen på en fornuftig måte». I forhold til min problemstilling var det vanskelig å si med sikkerhet hvor mange respondenter jeg ville klare å rekruttere. Sammen med veileder satte vi et mål om å få 300 unge kvinner til å svare på spørreskjemaet.

#### 4.3 Utarbeidelse av spørreskjema

«Verdien av en spørreskjemaundersøkelse står og faller på utformingen av spørsmålene» (Dalland, 2017, s. 127).

Da jeg startet å utarbeide spørreskjema hadde jeg flere tanker om hvilke spørsmål jeg ville inkludere. Det var ikke selvsagt hvilke som burde inkluderes og hvilke som var mindre viktige. En annen utfordring lå i hvordan jeg best mulig skulle utforme spørreskjemaet med tanke på data jeg ønsket å samle inn. For å innhente tips og inspirasjon undersøkte jeg om det allerede var spørreskjema tilgjengelige som omhandlet HPV-vaksinering til unge kvinner. Jeg

undersøkte først blant artiklene jeg satt igjen med etter litteraturgjennomgangen, og fant to tilgjengelige skjema. Deretter søkte jeg etter andre validerte spørreskjema som omhandlet HPV-vaksinering. Dette gav ingen relevante resultater. Blant de to skjemaene som jeg hadde endte jeg med å benytte Fernandes, Potter og Little (2018) sitt spørreskjema som en inspirasjonskilde da dette var det som passet best til min studie.

Jacobsen (2015, s. 252) skriver at det særlig er tre elementer som står sentralt i planleggingen før en gjennomfører datainnsamling ved hjelp av spørreskjema. Disse elementene er 1) operasjonalisering av begreper, 2) utforming av spørsmål og svar, og 3) hvordan samle inn informasjon. Under vil jeg gå gjennom disse elementene.

#### **4.3.1 Operasjonalisering av begreper**

I følge Jacobsen (2015, s. 252) er den grunnleggende forutsetningen for å gjennomføre en god kvantitativ undersøkelse at problemstillingen lar seg konkretisere så mye at vi kan stille presise spørsmål som har presise og avgrensede alternativer. Videre må abstrakte begreper operasjonaliseres, som betyr å gjøre begrepet operativt eller målbart (Jacobsen, 2015, s. 253).

Studiens problemstilling spør etter hvilke faktorer som har betydning for beslutningen om å ta eller å ikke ta HPV-vaksine hos unge kvinner i alderen 23 til 28 år. Begrepet «betydning» er ikke noe man kan måle direkte, og måtte derfor operasjonaliseres for å gjøre det målbart. Jeg operasjonaliserte begrepet ved å bruke samme skalering som Fernandes et al. (2018).

Forfatterne hadde i deres spørreskjema spørsmål om ulike faktorer som hadde innflytelse på respondentenes beslutning om å ta HPV-vaksine der de delte opp svaralternativene i en ordinalskala: «very influential », «somewhat influential», «neutral », «not very influential», «not at all influential» og «N/A». Disse svaralternativene ble i min studie oversatt til norsk; «stor innflytelse», «noe innflytelse », «nøytral », «ingen innflytelse» og «ikke aktuelt».

#### **4.3.2 Utforming av spørsmål og svar**

Jeg har utformet et semistrukturert spørreskjema med kombinasjon av åpne og prestrukturerte svar med en overvekt på sistnevnte. Videre består spørreskjema av kategorisvar (nominalt målenivå) og rangordnede svar (ordinalt målenivå). Spørsmål med rangordnede svar gir respondentene mulighet til å nyansere svaret ved å markere det området på skalaen som gjenspeiler deres oppfatning (Johannessen, 2009, s. 32).

Kort sagt skal spørsmål og svar være relevante, enkelt formulert og entydige (Johannessen, 2009, s. 31). For å kunne måle det jeg ønsket å si noe om, altså faktorer som påvirket unge kvinners valg om å ta eller å ikke ta HPV-vaksinen, måtte spørsmålene stilles slik at svaret

ikke kunne vris i en annen retning enn det jeg ønsket. I tillegg måtte spørsmålene stilles slik at respondentene forstod det som ble spurt etter, og at spørsmålene oppfattes tilnærmet likt av alle respondentene (Jacobsen, 2015, s. 266).

Innenfor selve spørsmålsutformingen fulgte jeg Mordals (i Dalland, 2017, s. 128) syv krav til utforming av spørsmål. Disse kravene sier blant annet noe om at spørsmålene må utformes slik at svarene skal kunne sammenlignes, de må være presise og skal ikke være ledende.

Når det gjaldt utforming av kategorier for både kategoriske og rangordnede svar i lukkede spørsmål, stilles det to grunnleggende krav (Jacobsen, 2015, s. 260-261). For det første må svaralternativene være utfyllende, altså at alle relevante svar listes opp. Det andre kravet er at kategoriene skal være gjensidig utelukkende, som betyr at de ikke må overlappe hverandre. Dette var noe jeg hele tiden måtte ta hensyn til når jeg skulle lage spørsmål. Jeg valgte å ta med en åpen kategori på spørsmål der det potensielt fantes svært mange svaralternativer og ingen av de listede kategoriene passet (Jacobsen, 2015, s. 265). Dette for å møte kravet om utfyllende svaralternativer. Jacobsen (2015, s. 266) skriver at vi bør drøfte nøye om en skal bruke åpne svaralternativer eller ikke, i forhold til hva vi ønsker å måle. I og med at jeg ville ha med alle mulige faktorer som påvirket unge kvinners valg om å vaksinere seg eller ikke, følte jeg at det var god grunn til å benytte åpne svaralternativer der det var aktuelt.

Etter at bakgrunnsspørsmål var stilt, ble spørreskjema delt i to ulike deler der de som svarte «ja» eller «nei» på om de hadde blitt vaksinert med HPV ble sendt til hver sine sett med oppfølgingsspørsmål.

Før et spørreskjema blir ferdigstilt og distribuert, bør det gjøres en *prestudie* der spørsmålene blir prøvd ut på ulike testpersoner (Dalland, 2017, s. 128; Johannessen, 2009, s. 35). Da jeg hadde fått med meg det jeg ønsket i spørreskjema, spurte jeg etter innspill fra min veileder, samt Aleksandra Latinovic fra Kreftforeningen. Her fikk jeg flere tilbakemeldinger på hva som måtte endres, tas bort eller legges til. Jeg korrigerer spørreskjema og sendte det til et par venninner som var innenfor målgruppen for min studie, med ønske om ytterlige innspill og tilbakemeldinger. I denne prosessen fikk jeg luket bort unødvendige spørsmål og forbedret formuleringer som var uklare. Ved å teste skjema på kvinner i målgruppen, fikk jeg muligheten til å skreddersy undersøkelsen til dem som skal svare på spørsmålene. Etter nok en justering av spørreskjemaet, tok jeg en siste pretest på et par andre venninner. Jeg fikk ingen andre tilbakemeldinger og skjema ble derfor ansett som klart. Deretter opprettet jeg en

digital versjon av skjemaet gjennom SurveyXact som tilbys studenter via Universitetet i Stavanger.

#### 4.4 Rekruttering og innsamling av data

Da spørreskjema var ferdig utformet, var neste oppgave å bestemme hvordan data skulle samles inn. Her var det flere muligheter; a) postutsendt spørreskjema, b) telefonintervju, c) internettbasert spørreskjema og c) standardisert personlig intervju (Jacobsen, 2015, s. 276-277). Ut i fra disse valgmulighetene måtte jeg ta stilling til ulike begrensninger jeg som student hadde i forhold til ressurser og tid. Blant spørsmål som dukket opp var hvordan jeg kunne gjøre datainnsamlingen så effektivt som mulig og med lavest mulig kostnad.

Spørreskjema via post ble fort utelukket som et alternativ da dette forutsatte at jeg hadde en adresseliste til respondentene jeg ønsket å samle data fra. I tillegg ville porto og trykking av spørreskjemaer bety utgifter og ville også være mer tidkrevende enn andre alternativ (Murberg, 2012, s. 20). Standardisert telefonintervju og standardisert personlig intervju ble også utelukket da dette ville kreve mye arbeid med tanke på at jeg ønsket flest mulig respondenter. I tillegg ville det å få tak i telefonnumre til alle de jeg ønsket å intervjuere representere en utfordring (Jacobsen, 2015, s. 277).

Etter grundig vurdering av alternativene, landet jeg til slutt på å benytte internettbasert spørreskjema som jeg distribuerte via sosiale medier. Denne metoden hadde ingen kostnader og var sterkt arbeidsbesparende fordi data blir lagret direkte i en database. Jeg ville derfor slippe å manuelt overføre alle svarene fra papir over til en database. Dette er en stor jobb og kan også representere en feilkilde, da det er fare for å skrive feil. I tillegg ville respondentene få mulighet til å besvare spørreskjema hvor som helst og når de selv hadde tid. Samtidig tyder undersøkelser på at mennesker føler seg mest anonyme i denne type undersøkelse, noe som kan føre til at de er mer ærlige (Jacobsen, 2015, s. 278-279). Derimot har internettbaserte undersøkelser også svake sider, der de største problemene er svarprosent og representativitet. Bruken av internett er svært forskjellig avhengig av aldersgruppe. I tillegg er det slik at mennesker med høyere utdanning bruker internett mer enn de med lavere utdanning. Problemet med dette er at en vil miste store grupper av befolkningen om man innhenter svar kun fra internett. Tall fra Statistisk sentralbyrå (2018; 2017) viser at 98% av personer mellom 16 og 34 år bruker internett daglig, og 78-89% benytter sosiale medier daglig eller nesten daglig. Siden denne studien retter seg mot kvinner mellom 23 og 28 år hører disse til aldersgruppen som bruker internett og sosiale medier relativt hyppig.

Videre er frafall et stort problem, der internetbaserte undersøkelser ligger betydelig under 50-70% i svarprosent. Grunnen til dette er blant annet trussel om virus (Jacobsen, 2015, s. 280). I min studie vil det ikke være mulig å si hvor mange som ser invitasjonen til spørreundersøkelsen men som velger å ikke svare på den. Ved at jeg ikke spesifikt har sendt ut spørreundersøkelsen til bestemte potensielle respondenter, vil jeg i den forstand heller ikke ha noe frafall. Samtidig blir det et frafall i form av at flere vil se informasjonsskrivet og spørreundersøkelsen, men ikke alle vil komme til å svare på den. Dette fører også til en sterk selv-seleksjon av hvem som velger å delta, noe som representerer enda en ulempe. Nok en svak side ved internetbaserte spørreskjemaer er at det krever respondenter som er relativt interessert i problemstillingen. Dette fører til at en får et systematisk skjevt utvalg, noe jeg nevnte i punkt 4.2. I tillegg mister jeg også muligheten for å kunne inngå i en dialog med respondentene (Jacobsen, 2015, s. 280-281).

Underveis var jeg inne på tanken om å kombinere internetbasert spørreskjema med andre metoder. Dette for å rekruttere flest mulig respondenter. Deriblant vurderte jeg på å kontakte universiteter og høyskoler, hvor flere av studentene er mellom 23 og 28 år, for å høre om jeg kunne besøke noen kull der og levere ut spørreskjema. På denne måten ville jeg få direkte kontakt med informantene og samle svarene direkte inn etter utfylling. Ulempen derimot var at det ville koste både tid og penger. I tillegg ville da et større antall av respondentene vært studenter, og jeg ønsket også å få respondenter som for eksempel var i lære eller i jobb, eller som stod utenfor arbeidslivet. Dette for å kunne avdekke eventuelle forskjeller i vaksinestatus relatert til om en er student, i jobb eller utenfor arbeidslivet. Jeg valgte derfor å ikke gjennomføre det.

En annen tanke var å ta kontakt med helsestasjoner for studenter der helsesykepleiere kunne levere ut og deretter samle inn spørreskjema fra aktuelle respondenter. Denne idéen ble etter vurdering lagt vekk da det ville innebære porto-kostnad når spørreskjema skulle sendes tilbake til meg. Det ville også representere merarbeid for helsesykepleierne å scanne inn skjemaene og sende det til meg på mail. Jeg bestemte meg i stedet for å lage et informasjonsskriv om studien med en oppskrift på hvordan en kunne finne det elektroniske spørreskjema. Dette skrivet kunne helsesykepleierne dele ut til aktuelle respondenter. På denne måten ville helsesykepleierne slippe å måtte samle inn spørreskjemaene etter utfylling og sende dem i posten. Samtidig ville alt foregå elektronisk slik at jeg ville slippe å manuelt overføre svar i fra papir og inn i databasen som skulle benyttes til analyse av resultatene. I tillegg ville metoden sikre frivillighet og anonymitet i form av at respondentene da ikke ville

føle seg presset til å svare på spørreskjema der og da, men kunne ta med seg informasjonsskrivet hjem og tenke over det.

For å få kontakt med helsesykepleiere ved helsestasjoner for studenter, gikk jeg inn via alle landets studentsamskipnader for å få tak i kontaktinformasjon. Det var stor variasjon i hvor tilgjengelig denne informasjonen var, samtidig som det var flere studentsamskipnader som så ut til å ikke ha helsestasjon for studenter. Noen helsestasjoner hadde ikke annen kontaktinformasjon enn postadresse. Flere av helsestasjonene tok i mot studenter opp til 23 år, mens flesteparten tok i mot studenter opp til 25 år. Et par hadde også tilbud til studenter fram til de ble 30 år. De helsestasjonene som jeg kunne kontakt per e-post valgte jeg å sende en forespørsel til. I mailen sendte jeg informasjon om hvem jeg var, informasjon om studien og om de ville være med å rekruttere respondenter (se vedlegg for informasjonsskriv). Det var flere som ønsket å hjelpe til, blant annet studentsamskipnadene i Oslo, Trondheim og Stavanger, og Sex og Samfunn.

Spørreskjema ble lagt ut via en link på Facebook og Instagram. Her ble spørreskjema delt videre via venner og bekjente. Etter at det hadde gått to uker la jeg lenken ut på nytt på Facebook for å få kontakt med nye respondenter som kanskje ikke la merke til innlegget mitt første gang. Dette gjorde jeg også etter fem uker. I tillegg publiserte Tonje Steen fra Kreftforeningen lenken til spørreskjema på Thea Steens minnefondsside på Facebook. I publiseringen av lenken til spørreskjema, la jeg ved informasjon om undersøkelsens hensikt, hvem som kunne delta, at undersøkelsen var frivillig, anonym, og at det tok omtrent fem minutter å besvare.

## 4.5 Analyse

I dataanalysen har jeg benyttet dataprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versjon 25. Resultatene fra spørreundersøkelsen er blitt eksportert fra SurveyXact til SPSS.

For å vurdere om det var noen sammenheng mellom vaksinestatus (vaksinert eller ikke-vaksinert) og karakteristika hos respondentene er det blitt benyttet Kji-kvadrat-test ( $\chi^2$ -test). Dette er den mest brukte testen for å vurdere sammenhengen i kryssfordelte data på nominalt nivå (Bjørndal & Hofoss, 2004, s. 106). Logistisk regresjon ble brukt for å kontrollere for alder og andre bakgrunnsvariabler.

Når det gjelder ulike faktorerers innflytelse på valg om å ta vaksinen eller ikke, ble det utfordrende å analysere disse dataene på grunn av at de vaksinerte og ikke-vaksinerte svarte

på ulike spørsmål med forskjellige faktorer. Derfor har disse svarene blitt analysert deskriptivt og separat for de to gruppene.

## 4.6 Validitet og reliabilitet

Dersom forskning skal ha relevans og bli ansett som troverdig bør den være gyldig og relevant (valid), samt pålitelig og troverdig (reliabel) (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 108; Jacobsen, 2015, s. 16).

### 4.6.1 Validitet

Med validitet menes hvorvidt undersøkelsen faktisk gir svar på det eller de spørsmålene vi har stilt, og den deles inn i to typer, indre og ytre validitet.

Den går også ut på om måleinstrumentet evner å registrere det som skal registreres (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 109). For at andre skal kunne stole på de dataene som spørreskjemaet samler inn, må spørsmålene måle det jeg virkelig ønsker å måle, og ikke noe annet. Det vil derfor være viktig at spørsmålene i spørreskjemaet mitt knyttes opp mot- og fanger opp viktige aspekter ved problemstillingen/hypotesen som studien min ønsker å belyse (Murberg, 2012, s. 18-19).

#### 4.6.1.1 Indre validitet (begrepsmessig gyldighet)

Innenfor kvantitative undersøkelser handler indre validitet om hvorvidt måleapparatet en har brukt (eksempelvis spørreskjema) målet det en ønsker å måle. Dette kalles for begrepsmessig gyldighet (Jacobsen, 2015, s. 17). En av de store utfordringene en står overfor når en bruker spørreskjema med faste svaralternativer, er å sikre at spørsmålene måler de fenomenene vi faktisk ønsker å undersøke (Jacobsen, 2015, s. 352). I løpet av prosessen med utforming av spørsmål og svaralternativer måtte jeg hele tiden spørre meg selv om disse måler det jeg faktisk ville finne ut. En slik kritisk refleksjon bør følge en gjennom hele prosessen (Jacobsen, 2015, s. 352).

Som nevnt tidligere ønsket jeg å finne ut hvilken påvirkning ulike faktorer hadde på unge kvinners valg om å ta HPV-vaksine eller ikke. Dette ble operasjonalisert til begrepet «innflytelse», med kategoriene «stor innflytelse», «noe innflytelse», «nøytral», «ingen innflytelse» og «ikke aktuelt». Spørsmålet ble da i hvor stor grad denne konkretiseringen fanger opp det jeg ønsket å måle, og om kategoriseringen var forståelig. En vanlig måte å kontrollere den begrepsmessige validiteten på er å la andre personer med kunnskap på området sjekke våre konkretiseringer (Jacobsen, 2015, s. 354). En annen strategi er å diskutere operasjonaliseringer med respondentene som faktisk skal forholde seg til de

konkrete spørsmålene. For å kontrollere den begrepsmessige validiteten i min undersøkelse ble spørreskjema diskutert med veileder, Alexandra Latinovic fra Kreftforeningen, samt flere unge kvinner i målgruppen. I tillegg ble det gjort pretest på sistnevnte. Dette resulterte i, som nevnt tidligere, store endringer av spørreskjema.

#### **4.6.1.2 Ytre validitet**

I kvantitative metoder knyttes den ytre validiteten til i hvor stor grad funnene i undersøkelsen kan generaliseres fra utvalget til en større populasjon vi ikke har studert. For at dette skal være mulig, må utvalget vi har studert, være representativt for den sammenhengen en ønsker å overføre det til (Jacobsen, 2015, s. 17 og 363). Som jeg var inne på tidligere har jeg benyttet meg av ikke-sannsynlighetsutvelgelse, nærmere bestemt selvutvelgelse, der respondentene i stor grad bestemmer selv om de vil være med eller ikke. Faren med dette var at jeg kunne ende opp med et systematisk skjevt utvalg, der relevante sub-grupper kommer ikke med (Jacobsen, 2015, s. 302-303). Dermed kan en heller ikke generalisere fra utvalg til populasjon. Likevel var det denne metoden som var aktuell i denne oppgaven når en tar tid og ressurser i betraktning.

Jeg hadde i forkant av undersøkelsen en tanke om at kvinner som var engasjert i tema og hadde tatt vaksinen, kom til å bli overrepresentert i utvalget. Følgelig ville det bli færre svar fra de som ikke var interessert i samme grad og ikke hadde tatt vaksinen. Samtidig er det verdt å merke seg at 59,3% av kvinnene som ble tilbudt gratis HPV-vaksine fra 2016 til 2018 tok vaksinen, det vil si ca. 6 av 10 kvinner. Derfor er det også mange som ikke har tatt vaksinen. Uansett var det en forventning å få en overvekt med vaksinerte respondenter. Dette fører til utfordringer med generalisering fra ikke-vaksinert utvalg, til ikke-vaksinert populasjon.

#### **4.6.2 Reliabilitet**

Reliabilitet handler om datamaterialets pålitelighet og troverdighet (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 108). Både undersøkelsesopplegg, datainnsamling og analyse kan påvirke resultatet i en undersøkelse (Jacobsen, 2015, s. 241). Reliabilitet knyttes til spørsmålet om en kritisk vurdering av studien gir inntrykk av at forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte. Videre dreier reliabilitet seg om resultatene til en studie vil reproduseres dersom samme forskning gjentas (Thagaard, 2018, s. 187). Ved bruk av spørreskjema som datainnsamlingsmetode er det flere forhold som kan gi andre svar enn de man egentlig er ute etter. Dette gjelder eksempelvis ledende spørsmål, spørsmålskontekst, og uklare eller doble



spørsmål. Det finnes flere grep for å sikre bedre reliabilitet, eksempelvis pretest og re-test (Jacobsen, 2015, s. 378-381). Som jeg var inne på i punkt 4.3.2 ble spørreskjema revidert flere ganger og det ble utført pretester. Her fikk jeg avdekket overflødige og uklare spørsmål som jeg neste omgang korrigererte. I tillegg ble spørreskjema testet på kvinner i målgruppen, slik at den ble tilpasset respondentene. Ved såkalt re-test sender man ut samme spørreskjema til en mindre gruppe av det opprinnelige utvalget to til tre uker etter at det opprinnelige spørreskjema ble sendt ut. På denne måten kan man se om man får samme resultater (Jacobsen, 2015, s. 378-381). En slik re-test lot seg ikke gjøre for min studie på grunn av begrenset tid.

Analysearbeidet har vært krevende ettersom jeg ikke har erfaring med bruk av SPSS, noe som utgjør en trussel mot påliteligheten. Biveileder har vært til stor hjelp i dette arbeidet, og for å styrke påliteligheten fikk vi veiledning av en statistiker ved UiS. Vi fikk da bekreftet at analysemetodene vi benyttet ble anvendt riktig samtidig som vi fikk råd om andre analyser og om hvordan vi kunne fremstille resultatene.

En svakhet med studien, og som svekker dens pålitelighet, er at respondentene kunne svare flere ganger på spørreskjema. Jeg kontaktet IT-avdelingen ved UIS for å se på mulighetene for å unngå dette. Dessverre var det ikke mulig fordi datainnsamlingen foregikk ved bruk av ikke-sannsynlighetsutvalg. Dette førte til at IP-adressene ikke ble lagret, og derfor kunne én respondent svare så mange ganger det var ønskelig.

#### **4.7 Forskningsetiske vurderinger**

Alle som forsker er underlagt bestemte etiske regler og prinsipper (Murberg, 2012, s. 27). Norsk senter for forskningsdata (NSD) (2018) skriver at et prosjekt må sendes inn til godkjenning dersom en skal behandle personopplysninger. Da spørreskjemaet var anonymt (spurte ikke etter navn, personnummer/fødselsdato, adresse eller andre personopplysninger), var det ikke nødvendig å sende forskningsprosjektet inn til godkjenning hos NSD. Samtidig benyttet jeg en anonym løsning i SurveyXact som gjorde at IP-adressene til respondentene ikke ble lagret.

Det ble søkt godkjenning av De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (2018). REK skal forhåndsgodkjenne alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter. I tilbakemeldingen fra REK ble det konkludert at prosjektet ikke fremstod «som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor

helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggingspliktig, jf. helseforskningsloven § 2». Se vedlegg.

I alle studier som inkluderer mennesker skal forskeren informere om at deltakelse i forskningsprosjektet er frivillig. Frivilligheten bekreftes gjennom informert samtykke (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 110). Ved at spørreskjemaet var anonymt ble informantenes gjennomførelse av spørreundersøkelsen å betrakte som et samtykke. I informasjonen som ble lagt ved spørreundersøkelsen, både på sosiale media og til utdeling på studenthelsestasjoner, ble det informert om at deltakelsen var anonym og frivillig. De fikk også informasjon om at de kunne trekke seg fra undersøkelsen på et hvert tidspunkt *før* de leverte inn spørreskjema. *Etter* at de hadde fylt ut og levert spørreskjema ville det ikke være mulig å trekke seg da spørreskjema var anonymt og derfor kunne en heller ikke spore tilbake til en enkelt respondent.

## 5.0 Presentasjon av resultater

Hensikten med denne oppgaven er å kartlegge faktorer som påvirker unge kvinners valg om å vaksinere seg eller ikke mot HPV, samt å kartlegge hvilke faktorer som kan være med på å påvirke valget om å vaksinere seg en gang i framtiden. Det overordnede målet er å gi kunnskap om disse faktorene og benytte kunnskapen i det forebyggende arbeidet for å få flere i målgruppen til å vaksinere seg. Som tidligere nevnt har jeg samlet inn data for å belyse temaet ved hjelp av en elektronisk spørreundersøkelse distribuert på sosiale medier. I det følgende vil jeg presentere funn fra undersøkelsen.

I løpet av en datainnsamlingsperiode på to måneder var det totalt 400 kvinner i alderen 23 til 28 år som svarte på spørreskjema. Det var 59 ufullstendige besvarelser som ble forkastet. Av de 341 respondentene som hadde gjennomført hele undersøkelsen var det stor overvekt av kvinner som oppga å ha tatt vaksinen, hvor kun 11% av respondentene oppga å ikke ha tatt vaksinen.

### 5.1 Karakteristika ved de vaksinerte og ikke-vaksinerte

Første del av spørreskjema kartla bakgrunnsinformasjon. I tabell 2 framstilles karakteristika til respondentene. Denne er delt opp i vaksinerte og ikke-vaksinerte.

Tabell 2: Karakteristika til respondentene.

	Vaksinerte (n=305)	%	Ikke-vaksinerte (n=36)	%
<b>Alder</b>				
23	58	19	5	14
24	47	15	6	17
25	72	24	3	8
26	55	18	5	14
27	33	11	9	25
28	40	13	8	22
<b>Sivilstatus</b>				
I et forhold	202	66	28	78
Singel	103	34	8	22
<b>Oppvekstland</b>				
Norge	301	99	36	100
Europa	4	1	0	0
<b>Fullført videregående skole</b>				
Ja	301	97	36	100
Nei	4	3	0	0
<b>Religiøs</b>				
Ja	32	10	13	36
Nei	170	56	9	25
Verken ja eller nei	103	34	14	39
<b>Status</b>				
I jobb	168	55	23	64
I jobb og studerer ved universitet/høyskole	70	23	6	17

Studerer ved universitet/høyskole	45	15	4	11
Annet	22	7	3	8
<b>Tidligere studert ved universitet/høyskole</b>				
Ja	242	79	23	64
Nei	63	21	13	36
<b>Fullført barnevaksinasjonsprogrammet</b>				
Ja	295	97	34	94
Nei	0	0	1	3
Vet ikke	10	3	1	3

På spørsmål om «status» («Hva holder du på med for tiden?») var det et åpent felt der respondentene kunne skrive det de ønsket dersom ingen av de forhåndsutfylte alternativene passet. Som det fremgår i tabellen over var det 25 respondenter som krysset av for «annet». Her svarte 14 av dem at de var i foreldrepermisjon, mens de resterende 11 svarte enten at de var gravide, jobbsøkende, sykemeldte eller var uføre.

Ved hjelp av kji-kvadrat-test fant vi at det var en sammenheng mellom vaksinert-status og det å være religiøs ( $P=0.026$ ) (tabell 3). Denne sammenhengen gikk ut på at en lavere andel vaksinerte rapporterte at de var religiøse (10%) sammenliknet med de ikke-vaksinerte (36%). Videre fant vi en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt å ha studert tidligere ved universitet eller høyskole ( $P=0.035$ ). Denne forskjellen gikk ut på at de vaksinerte i større grad rapporterte å ha studert tidligere (79%) enn de ikke vaksinerte (64%). Etter å ha kontrollert for alder i en logistisk regresjonsanalyse var sammenhengen mellom det å være religiøs og vaksinert-status ikke lenger statistisk signifikant ( $p=0.061$ ). Det var imidlertid fortsatt en statistisk signifikant sammenheng mellom å ha studert tidligere og det å være vaksinert også etter at vi hadde kontrollert for alder (odds ratio (OR)=2.41,  $p=0.024$ ) (tabell 4).

Tabell 3: Karakteristika for vaksinerte (n=305) og ikke-vaksinerte (n=36) respondenter. Forskjeller mellom gruppene er testet ved hjelp av t-test for kontinuerlige variabler (alder), Kji-kvadrat-test eller Fishers eksakte\* test for kategoriske variabler.

	Vaksinerte	%	Ikke-vaksinerte	%	P-verdi (likhet mellom gruppene)
<b>Gjennomsnittsalder</b>	25.3 (SD=1.6)	100	25.9 (SD=1.8)	100	0.029
<b>Sivilstatus</b>					
<b>I et forhold</b>	202	66	28	78	0.162
<b>Singel</b>	103	34	8	22	
<b>Oppvekstland</b>					
<b>Norge</b>	301	99	36	100	1.000
<b>Europa</b>	4	1	0	0	
<b>Fullført videregående skole</b>					
<b>Ja</b>	301	97	36	100	1.000
<b>Nei</b>	4	3	0	0	
<b>Religiøs</b>					
<b>Ja</b>	32	10	13	36	0.026
<b>Nei</b>	170	56	9	25	
<b>Verken ja eller nei*</b>	103	34	14	39	
<b>Tidligere studert ved universitet/høyskole</b>					
<b>Ja</b>	242	79	23	64	0.035
<b>Nei</b>	63	21	13	36	
<b>Fullført barnevaksinasjonsprogrammet</b>					
<b>Ja</b>	295	97	34	94	0.106
<b>Nei</b>	0	0	1	3	
<b>Vet ikke**</b>	10	3	1	3	

\* Fishers eksakte test ble brukt i stedet for Kji-kvadrat test når mer enn 20% av cellene hadde forventet antall <5 (dette gjaldt variablene oppvekstland, fullført videregående skole, religiøs, fullført barnevaksinasjonsprogrammet).

\*\* De som svarte «verken ja eller nei» på om de var religiøse, og «vet ikke» på om de hadde fullført barnevaksinasjonsprogrammet var kodet som «missing» og derfor utelatt fra analysene som testet for forskjeller mellom gruppene.

Tabell 4: Resultater fra logistisk regresjon. Odds ratio, avhengig variabel er vaksinert.

	Ujustert		Justert for alder		Fulljustert*	
	OR (95% CI)	P-verdi	OR (95% CI)	P-verdi	OR (95% CI)	P-verdi
<b>Religiøs</b>	0.34 (0.14-0.85)	0.020	0.40 (0.16-1.04)	0.061	0.37 (0.14-0.98)	0.045
<b>Studert tidligere</b>	2.17 (1.04-4.53)	0.039	2.41 (1.12-5.15)	0.024	2.92 (1.05- 8.11)	0.040

\* Justert for alder, om en anser seg selv som religiøs, og om en har studert tidligere.

I det som følger vil jeg først ta for meg resultatene fra respondentene som hadde vaksinert seg med minst én dose HPV. Deretter følger resultatene for de ikke-vaksinerte.

## 5.2 Vaksinerte

Respondentene som krysset av «ja» for om de hadde blitt vaksinert med minst én dose HPV ble deretter spurt om hvor mange doser de hadde tatt, samt om de hadde tenkt å fullføre vaksineserien. Dette er framstilt i tabell 5.

Tabell 5: Status på antall vaksinedoser og fullføring av vaksineserien for de vaksinerte respondentene.

<b>Vaksinerte</b>	<b>Antall (n=305)</b>	<b>%</b>
<b>Antall vaksinedoser</b>		
En dose	6	2
To doser	14	5
Tre doser	284	93
Jeg er ikke sikker	1	0
<b>Fullføring av vaksineserien</b>		
Jeg har allerede tatt alle tre	283	93
Ja	12	4
Nei	5	2
Usikker	5	2

Videre ble de spurt hvor stor innflytelse ulike faktorer hadde på deres valg om å vaksinere seg. Dette illustreres i tabell 6.

Tabell 6: Faktorer som påvirker valget om å ta HPV-vaksine.

<b>Faktorer som påvirker vaksinering</b>	<b>Antall (n=305)</b>	<b>%</b>
<b>En lege anbefalte vaksinen</b>		
Stor innflytelse	66	22
Noe innflytelse	29	10
Nøytral	31	10
Ingen innflytelse	93	30
Ikke aktuelt	86	28
<b>Helsesykepleier anbefalte vaksinen</b>		
Stor innflytelse		
Noe innflytelse	57	19
Nøytral	33	11
Ingen innflytelse	31	10
Ikke aktuelt	92	30
	92	30
<b>Foreldrene mine anbefalte vaksinen</b>		
Stor innflytelse		
Noe innflytelse	75	25
Nøytral	59	19
Ingen innflytelse	31	10
Ikke aktuelt	81	27
	59	19
<b>En venn anbefalte vaksinen</b>		
Stor innflytelse	97	32
Noe innflytelse	96	31
Nøytral	23	8
Ingen innflytelse	46	15
Ikke aktuelt	43	14
<b>Jeg er seksuelt aktiv og er derfor utsatt for å bli smittet med HPV</b>		
Stor innflytelse	117	38
Noe innflytelse	68	23
Nøytral	48	16
Ingen innflytelse	40	13
Ikke aktuelt	32	10
<b>Jeg så en annonse om vaksinen</b>		
Stor innflytelse	121	40
Noe innflytelse	77	25
Nøytral	37	12
Ingen innflytelse	35	11
Ikke aktuelt	35	11
<b>En venninne(r) av meg har tatt vaksinen eller skal ta den</b>		
Stor innflytelse	121	40
Noe innflytelse	87	29
Nøytral	32	10
Ingen innflytelse	36	12
Ikke aktuelt	29	10
<b>Flesteparten av jentene på min alder har tatt vaksinen eller skal ta den</b>		
Stor innflytelse		
Noe innflytelse	110	36
Nøytral	95	31
Ingen innflytelse	36	12
Ikke aktuelt	32	10
	32	10
<b>Vaksinen var gratis</b>		
Stor innflytelse	230	75
Noe innflytelse	40	13

Nøytral	8	3
Ingen innflytelse	12	4
Ikke aktuelt	15	5

Den faktoren der flest respondenter hadde krysset av for «stor innflytelse» var at vaksinen var gratis (75%), etterfulgt av at en venninne(r) hadde tatt eller skulle ta vaksinen (40%) og at en hadde sett en annonse om vaksinen (40%). Angående anbefalinger var det å få anbefaling fra en venn av størst innflytelse (32%), deretter kom anbefaling fra forelder (25%), lege (22%) og helsesykepleier (19%).

Respondentene ble deretter presentert for et åpent spørsmål der de eventuelt kunne fylle inn andre faktorer som hadde hatt innflytelse på deres valg om å ta vaksinen. Her var det så mange som 34 respondenter som gav svar. Disse vises i tabell 7.

Tabell 7: Selvrapporterte faktorer som påvirket vaksinerings.

<b>Faktor</b>	<b>Antall (n=34)</b>
Thea Steens #sjekkdeg-kampanje	8
Informasjon/reklame/undervisning på universitet/høyskole/praksis	7
Media/influencere	3
SMS	5
Familiemedlem med livmorhalskreft	4
Informasjon i posten	3
Celleforandringer/livmorhalskreft	4

Videre ble respondentene presentert for de nevnte faktorene i tabell 6, og bedt om krysse av opptil fire av de faktorene som hadde størst innflytelse på deres valg om å vaksinere seg. De kunne krysse av minimum én og maksimum fire faktorer. De kunne også velge å krysse av for sine eventuelle egendefinerte faktorer. Resultatene herfra er lagt som vedlegg (vedlegg 3).

### 5.3 Ikke-vaksinerte

De som svarte «nei» på spørsmål om de hadde vaksinert seg med minst én dose HPV ble sendt videre til spørsmål om hvilke faktorer som hadde innflytelse for deres valg om å ikke vaksinere seg. De ble presentert for samme faktorer som de som hadde vaksinert seg, i tillegg til noen nye faktorer. Dette illustreres i tabell 8.



Tabell 8: Faktorer som påvirket valget om å ikke ta HPV-vaksine.

<b>Faktorer for ikke-vaksinering</b>	<b>Antall (n=36)</b>	<b>%</b>
<b>Jeg har ikke fått anbefaling av en lege</b>		
Stor innflytelse	8	22
Noe innflytelse	4	11
Nøytral	6	17
Ingen innflytelse	13	36
Ikke aktuelt	5	14
<b>Jeg har ikke fått anbefaling av helsesykepleier</b>		
Stor innflytelse	6	17
Noe innflytelse	4	11
Nøytral	5	14
Ingen innflytelse	15	42
Ikke aktuelt	6	17
<b>Jeg har ikke fått anbefaling av foreldrene mine</b>		
Stor innflytelse	6	17
Noe innflytelse	3	8
Nøytral	6	17
Ingen innflytelse	15	42
Ikke aktuelt	6	17
<b>Jeg har ikke hørt om vaksinen</b>		
Stor innflytelse	1	3
Noe innflytelse	3	8
Nøytral	4	14
Ingen innflytelse	15	42
Ikke aktuelt	13	36
<b>Vaksinekostnaden er dyr</b>		
Stor innflytelse	4	11
Noe innflytelse	3	8
Nøytral	4	11
Ingen innflytelse	18	50
Ikke aktuelt	7	19
<b>Jeg er i et fast forhold og trenger derfor ikke vaksinen</b>		
Stor innflytelse	7	19
Noe innflytelse	7	19
Nøytral	4	11
Ingen innflytelse	11	31
Ikke aktuelt	7	19
<b>Foreldrene mine ville ikke at jeg skulle ta vaksinen</b>		
Stor innflytelse	2	6
Noe innflytelse	2	6
Nøytral	2	6
Ingen innflytelse	17	47
Ikke aktuelt	13	36
<b>Frykt for bivirkninger</b>		
Stor innflytelse	3	8
Noe innflytelse	12	33
Nøytral	5	14
Ingen innflytelse	11	31
Ikke aktuelt	5	14
<b>Jeg har ikke nok kunnskap om vaksinen</b>		
Stor innflytelse	6	17
Noe innflytelse	12	33
Nøytral	4	11
Ingen innflytelse	12	33
Ikke aktuelt	2	6
<b>Jeg har sprøyteskrekk</b>		

Stor innflytelse	3	8
Noe innflytelse	2	6
Nøytral	4	11
Ingen innflytelse	20	56
Ikke aktuelt	7	19
<b>Jeg har allerede HPV</b>		
Stor innflytelse	0	0
Noe innflytelse	0	0
Nøytral	4	11
Ingen innflytelse	10	28
Ikke aktuelt	22	61
<b>Jeg er ikke seksuelt aktiv</b>		
Stor innflytelse	1	3
Noe innflytelse	2	6
Nøytral	3	8
Ingen innflytelse	13	36
Ikke aktuelt	17	47
<b>Den går imot min religiøse tro (feks. at en ikke har sex før ekteskap)</b>		
Stor innflytelse	2	6
Noe innflytelse	2	6
Nøytral	0	0
Ingen innflytelse	12	33
Ikke aktuelt	20	56
<b>Vanskelig å finne tid til å ta vaksinen</b>		
Stor innflytelse	2	6
Noe innflytelse	12	33
Nøytral	4	11
Ingen innflytelse	15	42
Ikke aktuelt	3	8
<b>Vennene mine har ikke tatt vaksinen</b>		
Stor innflytelse	1	3
Noe innflytelse	4	11
Nøytral	4	11
Ingen innflytelse	19	53
Ikke aktuelt	8	22
<b>En jeg kjenner har hatt dårlig erfaring med vaksinen (feks. bivirkninger)</b>		
Stor innflytelse	0	0
Noe innflytelse	3	8
Nøytral	1	3
Ingen innflytelse	16	44
Ikke aktuelt	16	44
<b>Jeg vet ikke hvor jeg kan ta vaksinen</b>		
Stor innflytelse	2	6
Noe innflytelse	4	11
Nøytral	3	8
Ingen innflytelse	17	47
Ikke aktuelt	10	28
<b>Jeg er imot vaksiner</b>		
Stor innflytelse	1	3
Noe innflytelse	1	3
Nøytral	5	14
Ingen innflytelse	9	25
Ikke aktuelt	20	56

Den faktoren flest respondenter hadde krysset av for «stor innflytelse» var at de ikke hadde fått anbefaling fra en lege (22%), tett etterfulgt av «jeg er i et fast forhold og trenger derfor ikke vaksinen» (19%), ikke anbefaling fra helsesykepleier (17%) eller forelder (17%), samt at en ikke hadde nok kunnskap om vaksinen (17%).

Deretter ble de spurt om det var andre faktorer som påvirket deres valg om å ikke ta vaksinen. Her var det syv respondenter som svarte. To av dem nevnte at de ikke hadde tatt vaksinen på grunn av graviditet. De resterende syv svarte at det var dyrt og at det burde vært et gratis tilbud hele tiden. At det var vanskelig å komme seg til steder hvor en kunne ta vaksinen ble også nevnt. En rapporterte at hun var lesbisk og var derfor usikker på om vaksinen var nødvendig for henne. Hun syntes også det var lite informasjon rettet til denne gruppen kvinner.

Etter dette ble respondentene spurt, i likhet med de vaksinerte, om å krysse av opptil fire av de faktorene som hadde størst innflytelse på deres valg om å ikke vaksinere seg. Her kunne de krysse av minimum én og maksimum fire faktorer. De kunne også velge å krysse av for sine eventuelle egendefinerte faktorer. Disse resultatene er lagt som vedlegg (vedlegg 4).

Respondentene ble så spurt om å krysse av for hvor stor innflytelse ulike faktorer kunne ha for deres valg om å vaksinere seg mot HPV en gang i fremtiden. Resultatene fremstilles i tabell 9.

Tabell 9: Faktorer blant ikke-vaksinerte som kan påvirke fremtidig valg om å vaksinere seg.

<b>Faktorer som kan påvirke fremtidig vaksinering</b>	<b>Antall (n=36)</b>	<b>%</b>
<b>Anbefaling av lege</b>		
Stor innflytelse	20	56
Noe innflytelse	8	22
Nøytral	2	6
Ingen innflytelse	4	11
Ikke aktuelt	2	6
<b>Anbefaling av helsesykepleier</b>		
Stor innflytelse	18	50
Noe innflytelse	8	22
Nøytral	2	6
Ingen innflytelse	6	17
Ikke aktuelt	2	6
<b>Anbefaling av foreldrene mine</b>		
Stor innflytelse	11	31
Noe innflytelse	6	17
Nøytral	4	11
Ingen innflytelse	9	25
Ikke aktuelt	6	17
<b>Anbefaling av en venn</b>		
Stor innflytelse	8	22
Noe innflytelse	14	39

Nøytral	4	11
Ingen innflytelse	7	19
Ikke aktuelt	3	8
<b>Jeg er seksuelt aktiv og er derfor utsatt for å bli smittet med HPV</b>		
Stor innflytelse	9	25
Noe innflytelse	8	22
Nøytral	9	25
Ingen innflytelse	2	6
Ikke aktuelt	8	22
<b>Annonsering av vaksinen (med informasjon om vaksinen)</b>		
Stor innflytelse	11	31
Noe innflytelse	13	36
Nøytral	5	14
Ingen innflytelse	4	11
Ikke aktuelt	3	8
<b>En venninne(r) har tatt vaksinen eller skal ta den</b>		
Stor innflytelse		
Noe innflytelse	6	17
Nøytral	9	25
Ingen innflytelse	9	25
Ikke aktuelt	8	22
	4	11
<b>Flesteparten av jentene på min alder har tatt vaksinen eller skal ta den</b>		
Stor innflytelse		
Noe innflytelse	5	14
Nøytral	11	31
Ingen innflytelse	6	17
Ikke aktuelt	11	31
	3	8
<b>Gratis vaksinerings</b>		
Stor innflytelse	19	53
Noe innflytelse	8	22
Nøytral	3	8
Ingen innflytelse	3	8
Ikke aktuelt	3	8
<b>Jeg kan få tatt vaksinen på skolen</b>		
Stor innflytelse	11	31
Noe innflytelse	3	8
Nøytral	5	14
Ingen innflytelse	6	17
Ikke aktuelt	11	31

Anbefaling fra en lege (56%) ser ut til å ha størst innflytelse på valget om å vaksinere seg en gang i framtiden. Deretter følger gratis vaksinerings (53%), anbefaling fra helsesykepleier (50%), anbefaling fra foreldre (31%) og annonsering om vaksinen (31%) som andre vaksinefremmende faktorer.

Til slutt ble respondentene bedt om å krysse av opp til fire faktorer som ville hatt størst innflytelse på deres valg om å vaksinere seg en gang i framtiden. Her kunne de, i likhet med

tidligere, krysse av for minimum én og maksimum fire faktorer. De kunne også velge å krysse av for sine eventuelle egendefinerte faktorer. Disse resultatene er lagt som vedlegg (vedlegg 5).

## 6.0 Diskusjon av resultater

I dette kapittelet diskuteres resultatene opp mot studiens problemstilling. Først følger en diskusjon av sammenhengen mellom vaksinestatus og respondentenes karakteristika. Deretter diskuteres hovedfaktorene som hadde en påvirkning når det gjaldt å ta vaksinen. Videre kommer en drøfting av hovedfaktorene som hadde en påvirkning hos de som valgte å avstå fra å vaksinere seg. Underveis vil det bli trukket inn teori og annen forskning som kan være med på å belyse funnene. Til slutt ses det på mulighetene for hvordan denne kunnskapen kan benyttes for å få flere i målgruppen til å vaksinere seg.

### 6.1 Sammenheng mellom vaksinestatus og respondentenes karakteristika

Når det gjelder sammenhengen mellom vaksinestatus og respondentenes karakteristika viste det seg å være en statistisk signifikant sammenheng mellom å ha studert tidligere og det å være vaksinert ( $P=0.035$ ). Denne sammenhengen gikk ut på at en større andel av de vaksinerte rapporterte å tidligere ha studert ved universitet/høyskole. Dette resultatet forble signifikant også etter at vi hadde kontrollert for alder (odds ratio (OR)=2.41,  $p=0.024$ ). Alder alene kan altså ikke forklare sammenhengen mellom å være vaksinert og det å ha studert tidligere ved universitet/høyskole. Ellers ble det ikke funnet andre statistiske signifikante sammenhenger mellom vaksinestatus og respondentenes karakteristika.

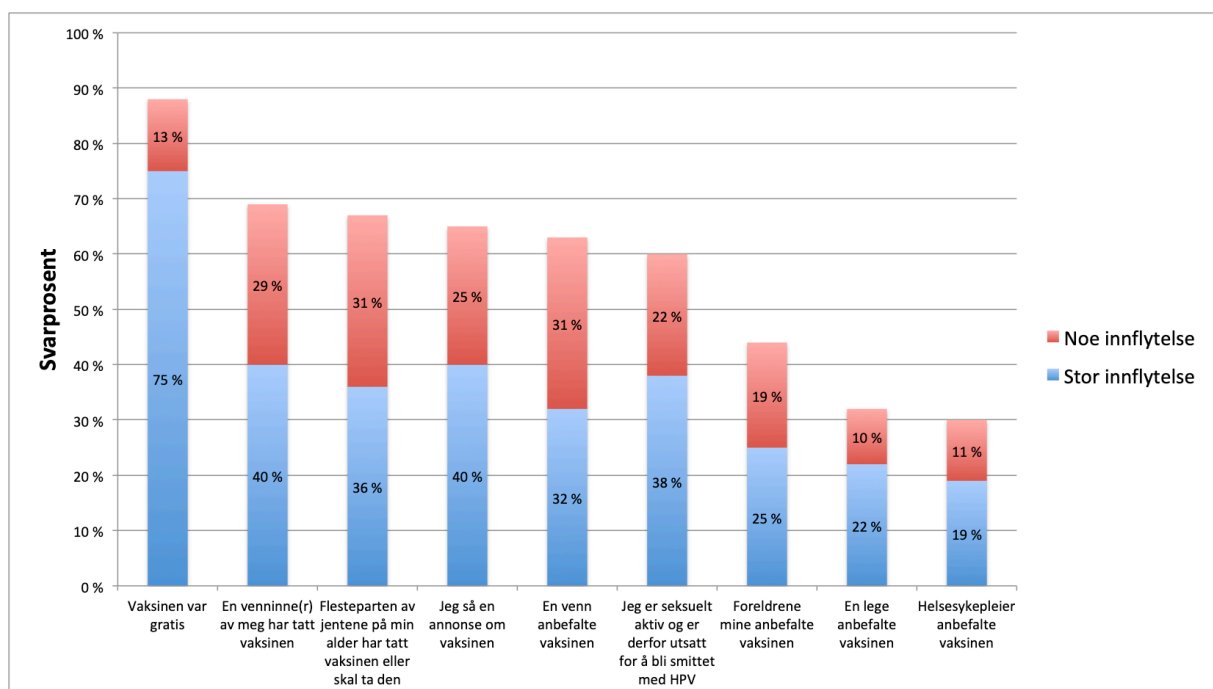
I en artikkel fra Statistisk Sentralbyrå (2009) står det at helseatferd, eller levevaner som påvirker helsen, varierer med utdanning, der høyt utdannede har gjennomgående bedre helse enn lavt utdannede. Veenstra og Slagsvold (2009) skriver at hvorfor det er slik er ikke helt fullt ut forstått, men har trolig flere årsaker. De nevner blant annet at utdanning kan bidra til at man er mer mottakelig for helseopplysninger og bruk av helsetjenester. På bakgrunn av dette kan det tenkes at de som har studert ved universitet eller høyskole har en bedre kompetanse og evne til å tilegne seg kunnskap om HPV og HPV-vaksine. Derfor kan det være at en høyere andel av vaksinerte har studert eller studerer ved universitet eller høyskole. I tillegg er ofte helserelatert reklame svært synlig på universitet/høyskoler, og studenter derfor kan tenkes å bli mer eksponert for informasjon som har med HPV-vaksinering å gjøre. Selv om resultatet var statistisk signifikant, var den ikke-vaksinerte gruppen liten (11%), noe som gjør det problematisk å generalisere i forhold til den generelle befolkningen.

Studien har en betydelig overvekt av vaksinerte kvinner (89%), noe jeg i forkant av studien hadde en tanke om at kom til å skje. Dette fordi de som er vaksinerte og interessert i tema, vil kanskje være mer positive til å ta seg tid til å svare på spørreundersøkelsen. Spørreskjema ble

også publisert på siden til Thea Steens minnefond på Facebook. Særlig her vil respondenter være engasjert i HPV generelt og HPV-vaksine spesielt. Derfor kan en også se for seg at flesteparten av disse har benyttet tilbudet og vaksinert seg mot HPV. Forhold som dette ligger til grunn for at jeg ikke sitter igjen med et utvalg som fullt ut representerer populasjonen. Dette gir utfordringer i forhold til generalisering av resultatene.

## 6.2 Faktorer som påvirket valget om å vaksinere seg

Det var flere faktorer som så ut til å ha en påvirkning når det gjaldt å vaksinere seg mot HPV. I figur 1 har jeg illustrert alle faktorene de vaksinerte respondentene ble presentert for når de skulle rangere de ulike faktorenes innflytelse på vaksinering.



Figur 1: Faktorer som påvirket valget om å ta HPV-vaksine.

Om man slår sammen kategoriene «stor innflytelse» og «noe innflytelse», ser man i figur 1 at de mest innflytelsesrike faktorene for å velge å vaksinere seg var at vaksinen var gratis, etterfulgt av at en venninne(r) hadde tatt vaksinen eller skulle ta den, og det at flesteparten av jevnaldrende jenter hadde tatt vaksinen eller skulle ta den. Man ser også at annonsering av vaksinen var av stor innflytelse.

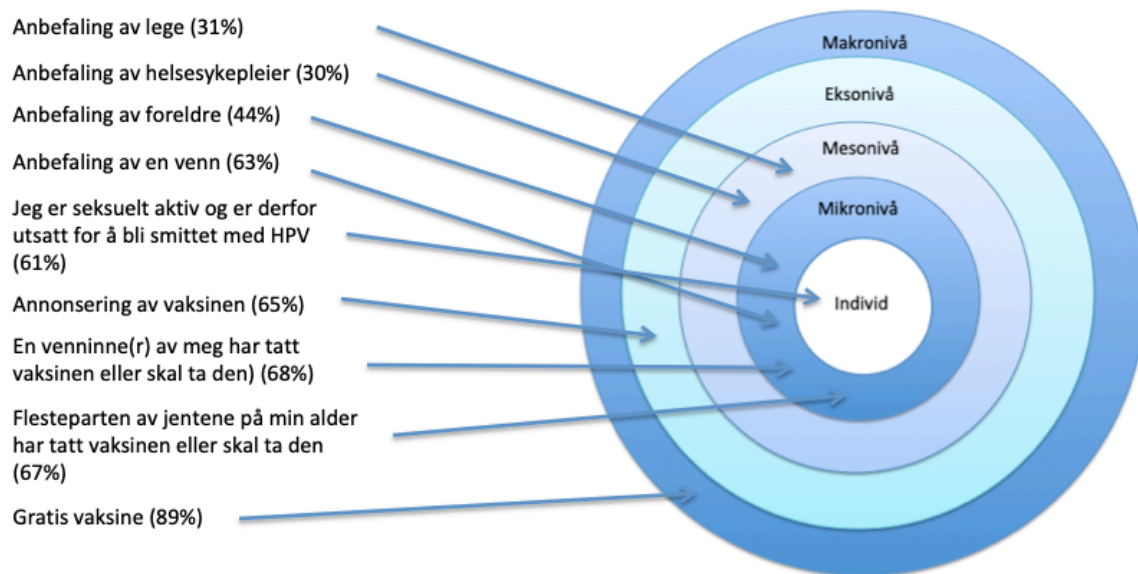
Det at en venn eller jevnaldrende jenter hadde tatt vaksinen eller skulle ta vaksinen, hadde en påvirkning på valg om å ta vaksinen, var ikke overraskende ettersom dette var noe jeg selv hadde erfart i praksis. Jeg fikk ofte høre fra unge kvinner som skulle vaksinere seg at deres venninne eller venninner hadde tatt vaksinen og derfor tenkte de også at det var lurt å gjøre

det. Her ser man tendenser til at man blir påvirket av hva våre venner gjør, og kan da velge å ta samme beslutning som dem. Dette kan selvfølgelig slå begge veier. Om én i venninnegjengen velger å ikke vaksinere seg, kan det påvirke andre til å ikke ta vaksinen. Som nevnt i 2.1.1 er ikke enkeltindividet å betrakte som en passiv mottaker av påvirkninger fra et konstant miljø. En blir påvirket og en påvirker andre hele tiden. I en studie blant studenter som oppga å ikke ha tatt vaksinen ble det rapportert at dersom vennene deres hadde tatt vaksinen, ville det være større sannsynlighet for at de slev tok den (Fernandes et al., 2018). Det å ha en venn som har tatt vaksinen, er rapportert i flere studier å ha en stor innflytelse på å selv være vaksinert mot HPV (Fernandes et al., 2018; Ragan et al., 2018). Ut i fra dette peker mye mot at valget om å vaksinere seg mot HPV er påvirket av de som en har rundt seg.

Når det gjelder å bli anbefalt å ta vaksinen, var det å få anbefaling fra en venn mest innflytelsesrikt, etterfulgt av anbefaling fra foreldre, lege, og til slutt helsesykepleier. Dette syntes jeg var interessant, i og med at jeg så for meg at det å få anbefaling fra helsepersonell ville ha størst innflytelse. Verdens helseorganisasjon (WHO) (2019) skriver at helsepersonell er de som blir sett på som de mest pålitelige rådgiverne og påvirkere når det gjelder vaksinering. Man kan stille seg spørrende til hvorfor ikke det så ut til å være tilfellet her. Det kan tenkes at nære relasjoner til venner og familie, spesielt foreldre, gjør at det er de en stoler mest på, og at det er råd og anbefalinger fra disse som da vil telle mest. På den andre siden var anbefaling fra lege den viktigste faktoren for ikke-vaksinerte i forhold til hvilke faktorer som kunne ha betydning for vaksinering i fremtiden. Dette tyder på at anbefaling fra helsepersonell kan ha stor betydning for å nå frem til den gruppen som foreløpig ikke har valgt å vaksinere seg og dermed øke vaksinedekningen i fremtiden. Det rapporteres i flere studier at foreldre involveres i avgjørelser når det gjelder vaksinering, og at unge kvinner stoler på og lener seg på foreldrene, noe som fører til at de tar mindre direkte avgjørelser selv (Fernandes et al., 2018; Hirth et al., 2018; Lanning et al., 2017; Ragan et al., 2018; Tung et al., 2016). Samtidig rapporteres det også at helsepersonell, spesielt leger, var viktige påvirkere i bestemmelsen om å vaksinere seg (Hirth et al., 2018; Lanning et al., 2017; Ragan et al., 2018).

Om man ser funnene i lys av Bronfenbrenners humanøkologiske modell, ser en av figur 2 at HPV-vaksinering var påvirket av alle nivåene i modellen.





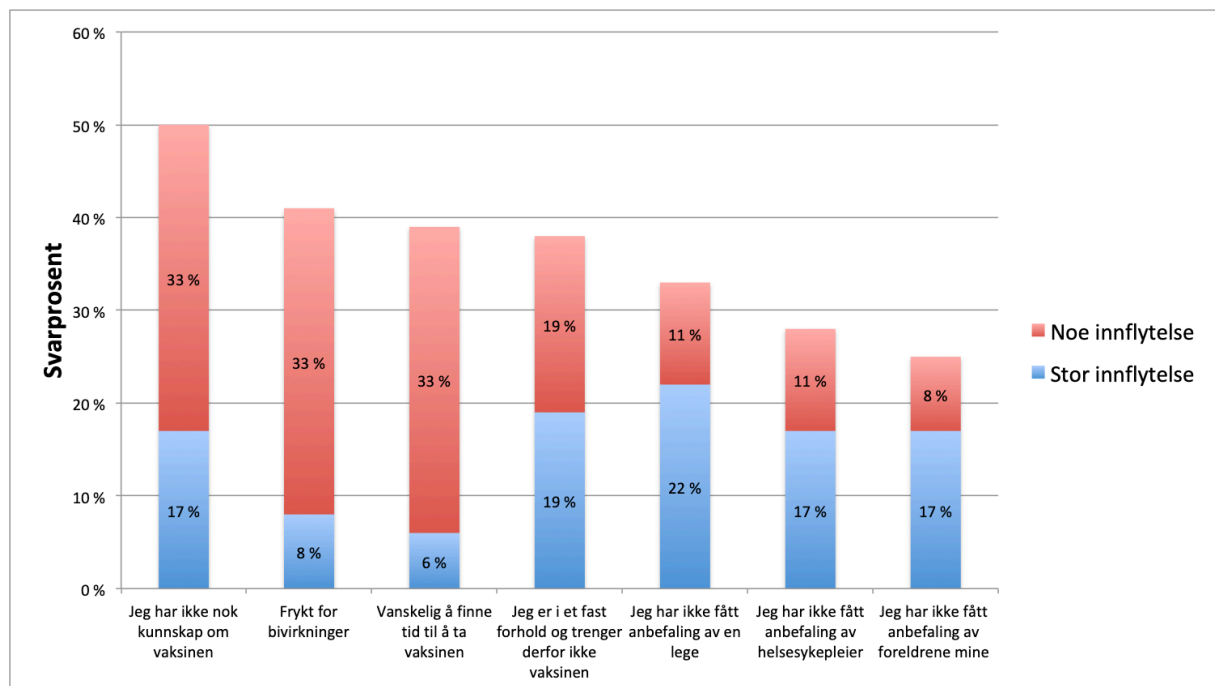
Figur 2: Faktorer som påvirket valget om å ta HPV-vaksine sett i lys av den humanøkologiske modellen.

Figur 2 illustrerer hvor kompleks veien mot å ta HPV-vaksinen kan være, der det ikke bare er én faktor alene som påvirker valget. Det kan se ut som at det er et samspill mellom flere faktorer på ulike nivå som til sammen fører til om en velger å ta vaksinen eller ikke. Dette kan bety at eventuelle tiltak må settes inn på flere nivå for å øke sjansen for at flere ønsker å ta vaksinen. Dette vil jeg komme tilbake til senere i diskusjonen.

I det som følger tar jeg for meg faktorene som i størst grad påvirket respondentene til å ikke ta HPV-vaksinen.

### 6.3 Faktorer som påvirket valget om å ikke vaksinere seg

For de ikke-vaksinerte kvinnene var det legens manglende anbefaling, det å være i et fast forhold, samt manglende kunnskap om vaksinen som var de faktorene som hadde høyest innflytelse på valget om å ikke vaksinere seg. Slår man sammen kategoriene «stor innflytelse» og «noe innflytelse» endrer rangeringen seg en god del. Dette kan være interessant å se nærmere på. 50% av kvinnene rapporterte da at manglende informasjon om vaksinen var av innflytelse på deres valg om å ikke vaksinere seg. Deretter kom frykt for bivirkninger (42%) og vanskelig for å finne tid til å ta vaksinen (39%).



Figur 3: De syv mest innflytelsesrike faktorene som påvirket valget om å ikke vaksinere seg.

I det som følger diskuteres faktorene «mangel på kunnskap» og «frykt og bivirkninger».

### 6.3.1 Mangel på kunnskap

I studien rapporterer 50% blant de ikke-vaksinerte at de hadde mangel på kunnskap om vaksinen. Flere andre studier blant unge kvinner har gjentatte ganger rapportert manglende kunnskap som en barriere mot vaksinering (Fernandes et al., 2018; Cartmell et al., 2018; Grigore et al., 2016; Hirth et al., 2018). Som nevnt i punkt 2.1.2 har Folkehelseinstituttet (2016) med jevne mellomrom publisert animasjonsfilmer på sosiale medier som en opplysning og påminning om tilbudet om gratis HPV-vaksine i perioden 2016 til 2018. Det har også blitt lagt ut utdypende informasjon om HPV og HPV-vaksine på Folkehelseinstituttets temaside om HPV. Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at det i 2018 var fire av fem nordmenn som brukte sosiale medier, der de yngste var de flittigste brukerne. Som tidligere nevnt bruker 78-89% av personer mellom 16 og 34 år sosiale medier daglig eller nesten daglig (Statistisk sentralbyrå, 2018). Kvinnene i min studie var mellom 23 og 28 år, hvilket vil si at flestparten av disse befinner seg på sosiale medier. Man kan derfor undre seg over hvorfor det er så mange av mine respondenter som svarer at de mangler kunnskap om vaksinen.

Det kan hende at kunnskapen ikke har truffet alle i målgruppen. En respondent som ikke hadde tatt vaksinen skrev at hun var lesbisk og var «Usikker på om vaksinen er nødvendig for

denne gruppen selv om man anbefaler den til alle. Vært lite informasjon rettet til denne gruppen kvinner» (sitat). Selv om det stod at vaksinetilbudet var til *alle* kvinner født i 1991 eller senere, kan man forstå at kvinner kan være usikre på om vaksinen er like aktuell for lesbiske.

Det rapporteres i flere studier som omhandler HPV-vaksinering hos unge kvinner at de innhenter informasjon fra ulike kilder, spesielt internett (Fernandes et al., 2018; Grigore et al., 2016; Hirth et al., 2018). Det finnes store mengder av kilder til helseinformasjon, hvor internett er bortimot en utømmelig kilde til informasjon som i utgangspunktet er tilgjengelig for alle. Internett gjør at man får rask tilgang til informasjon og gjør det mulig å nå ut til mange samtidig. På den andre siden vil denne flommen av helseinformasjon gjøre det utfordrende for mottakere å vite hvilken informasjon man skal ta til seg og hvilken man skal se bort fra (Finbråten, s. 104-105, 2018). Det kan også tenkes at informasjon om HPV-vaksinen har forsvunnet i alt det andre som det informeres om. Informasjon om HPV vekker kanskje ikke nok interesse sammenliknet med all annen informasjon.

Finbråten (2018, s. 105) skriver at online informasjon ofte kan være kompleks, og at den gjerne er skrevet på en måte som kan gjøre det vanskelig å forstå. Videre skriver hun at en slik formidling av helseinformasjon først og fremst ser ut til å treffe de med høy utdanning og gode lese- og skriveferdigheter. Dette er noe av det jeg var innom tidligere i diskusjonen angående sammenhengen mellom høyere utdanning og vaksinestatus. En studie viste at personer med lav helsekompetanse i mindre grad brukte internett som kilde til helseinformasjon (Finbråten, 2018, s. 105). I tillegg har disse mindre sannsynlighet for å navigere seg fram til riktig informasjon sammenliknet med de med høyere helsekompetanse. Dette kan videre føre til at personer med begrenset helsekompetanse får redusert tilgang på helseinformasjon om man sammenlikner med de som har høyere helsekompetanse. Som nevnt i 2.3.1 er helsekompetanse evnen til å skaffe, forstå og handle i forhold til informasjon om helse, samt å kunne vurdere når og fra hvilke kilder man skal skaffe seg informasjon om helse. Ut i fra dette må informasjonen en skal nå ut med, tilpasses målgruppen der budskapet ikke må kreve for høye kognitive ferdigheter for å være forståelig. Folkehelseinstituttet (2016) publiserte med jevne mellomrom animasjonsfilmer på sosiale medier som en opplysning og påminning om HPV-vaksinen. Dette kan tenkes å vekke mer interesse enn kun tekst. Finbråten (2018, s. 105) skriver at for personer med lav helsekompetanse var den beste måten å kommunisere kompleks helseinformasjon på ved å benytte animasjon med tale. Denne formen for helsekommunikasjon fungerte også godt for de med høy helsekompetanse.

Animasjonsfilmene brukt av Folkehelseinstituttet hadde ikke tale, men hadde bakgrunnsmusikk til tekst og illustrasjoner.

I den vaksinerte gruppen rapporterte 65% at annonsering (publisering av animasjonsfilmer og informasjon om HPV-vaksine) var av noe til stor innflytelse på valget om å ta vaksinen. Hva kan grunnen være til at 50% av de ikke-vaksinerte rapporterte manglende kunnskap om vaksinen? Kan det tenkes at de savner en annen type kunnskap enn det som formidles gjennom annonseringen? Kan det være at personer med lav helsekompetanse ikke har klart å tilegne seg kunnskapen som er formidlet, eller er informasjonen som er gitt ut ikke tilstrekkelig eller forståelig? Kunne annonseringen også ha foregått på andre mediesider med tanke på de som ikke bruker sosiale medier? Og hvordan når en ut til de som ikke er på sosiale medier? Dette ble forsøkt løst ved å sende ut SMS til alle kvinner i målgruppen som ikke fikk tilbud om HPV-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet. Dette har kanskje ikke vekket like mye interesse som animasjonsfilmene.

Som nevnt i punkt 3.3.1 har kontaktpunktet mellom pasient og helsepersonell blitt færre og kortere som følge av effektiviseringen av helsevesenet. Derfor blir det opp til pasienten selv å skaffe seg informasjon. Flere ender da opp med å søke etter kunnskap på internett fordi informasjonen her lett tilgjengelig. Men det er også en fare for at en kommer over informasjon som er lite kvalitetssikret og informasjon som til og med er direkte ukorrekt. Det rapporteres i flere studier at unge kvinner blant annet bruker internett som kilde til informasjon (Grigore et al., 2016; Lanning et al., 2017). Personer som har vanskelig for å navigere seg fram til god informasjon kan få en utfordring når det gjelder å skaffe seg kunnskap det er mulig å stole på.

I den ikke-vaksinerte gruppen rapporterte 38% at det å være i et forhold hadde noe til stor innflytelse på deres valg om å ikke ta vaksinen. En studie blant kvinner i Romania (Grigore et al., 2016) fant at en av hovedgrunnene til at kvinner valgte å ikke vaksinere seg var fordi de ikke var seksuelt aktive. Dette har blitt rapportert i flere andre studier siden (Ragan et al., 2018; Hirth et al., 2018). Dette kan kanskje ha sammenheng med det jeg allerede har vært inne på: Manglende kunnskap om vaksinen kan gjøre at enkelte velger å ikke ta vaksinen. HPV-vaksinen ble, og blir fremdeles, anbefalt til unge kvinner uavhengig av antall partnere (ingen, én eller flere). Det å være i et forhold vil innebære mindre risiko for å bli smittet med HPV, men samtidig kan en også bli smittet av HPV av å bare ha seksuell kontakt med én partner. I min erfaring fra praksis var det flere som nevnte at de ikke helt følte behov for vaksinen, men som likevel kom for å ta den fordi de kjente andre som hadde tatt den og tenkte

at det var lurt å gjøre det samme. Samtidig manglet de kunnskap om HPV generelt og HPV-vaksine. En kan se en tendens til at man tenker mest «her og nå», og ikke på det som kan komme en gang i framtiden. For eksempel kan en bli sammen med og ha seksuell kontakt med en ny partner. Overlege Sveinung Sørbye (2019) ved Universitetssykehuset i Nord-Norge skriver at det fremdeles er mange som ikke vet hvor viktig det er å ta HPV-vaksinen. Han framholder at folk flest er lite interessert i kunnskap før de trenger den, og at det først er når en har fått en positiv HPV-test eller påvist celleforandringer at en setter seg grundigere inn i dette. I min studie var det også flere av de vaksinerte respondentene som rapporterte at de hadde familiemedlemmer med livmorhalskreft, og at det var grunnen til at de valgte å vaksinere seg. Det kan tenkes at når en kjenner noen som har hatt celleforandringer eller hatt livmorhalskreft, blir en mer opptatt av dette, søker opp i informasjon og ønsker å vaksinere seg. Men om en ikke kjenner noen som har opplevd dette, og ikke har opplevd noe selv, syker interessen og sjansen reduseres for at en søker etter informasjon. Videre faller sannsynligheten for at en vaksinerer seg.

### **6.3.2 Frykt for bivirkninger**

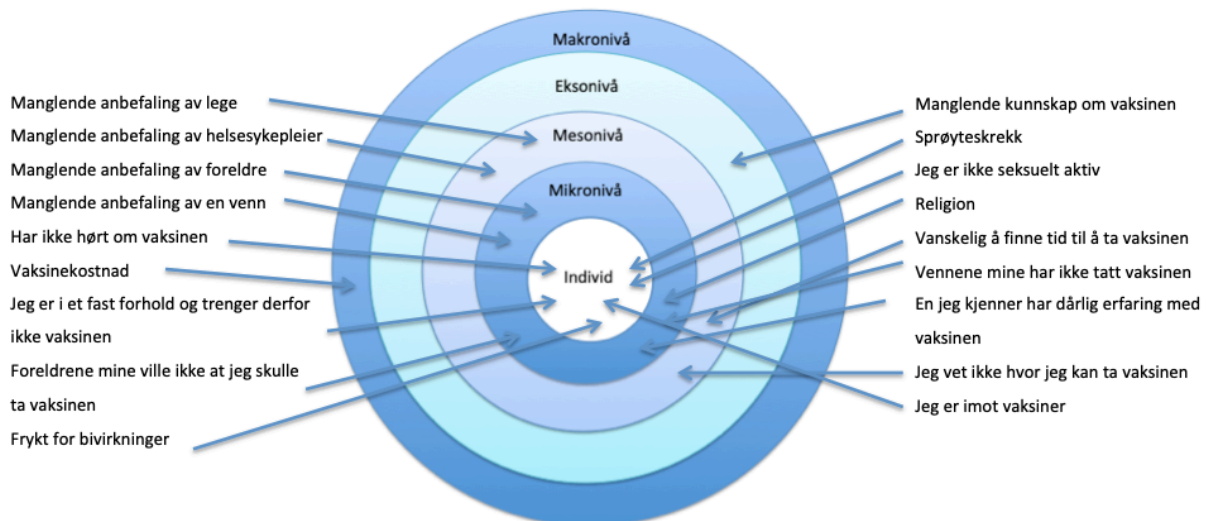
Så mye som 42% av de ikke-vaksinerte rapporterte at frykt for vaksinens bivirkninger hadde noe til stor innflytelse i valget om å ikke vaksinere seg. Frykt for bivirkninger er også rapportert i flere andre studier som en faktor som reduserer sannsynligheten for vaksinasjon (Cartmell et al., 2018; Fernandes et al., 2018; Grigore et al., 2016; Hirth et al., 2018; Tung et al., 2016).

Folkehelseinstituttet (2019c) skriver at det er økende oppmerksomhet rundt bivirkninger av vaksiner, der medieoppslag om komplikasjoner og påståtte faremomenter ved vaksiner bidrar til dette. Internett tilbyr nær sagt ubegrensede mengder helseinformasjon, men dessverre er mye av denne informasjonen ikke kvalitetssikret. Motstands- og protestgrupper mot vaksiner er i mange sammenhenger flinke til å gjøre sine oppfatninger og vurderinger svært synlige (Nøkleby, Furuseth & Greve-Isdahl, 2018, s. 214-215). Dette resulterer i både misforståelser og feilinformasjon om vaksinebivirkninger. Om en søker på HPV-vaksine på Internett, kommer det opp flere oppslag rundt at HPV-vaksine øker kreftfaren og kan redusere muligheten for å bli gravid. I tillegg kan man også lese at HPV-vaksinen kan føre til autisme. Slike innlegg kan fort få stor oppmerksomhet og skaper usikkerhet rundt vaksiner. I tillegg spres slike innlegg raskt i media. Har en da for eksempel lav helsekompetanse og ikke stiller seg kritisk til informasjonskilden, kan artikler med denne typen innhold virke troverdige. Dette kan føre til at en velger å avstå fra å vaksinere seg.

Kan frykt for bivirkninger også tenkes å ha sammenheng med manglende kunnskap om vaksinen? Her tenker jeg at dersom en har god informasjon om vaksinen, deriblant at den *ikke* fører til økt kreftfare eller gir autisme, kan det hende at flere veler vaksinere seg.

I 2019 meldte WHO (2019) at vaksinemotstand er en av verdens største helsetrusler. Det ble peket på at manglende tillitt er en av flere sentrale årsaker til at folk blir usikre i valget om å ta vaksinen eller ikke. I min studie var det to respondenter av de ikke-vaksinerte som rapporterte at de var imot vaksiner. På et åpent spørsmål hvor respondentene selv kunne skrive andre faktorer som påvirket valget om å ikke ta vaksinen, var det en som skrev: «Det er ikke medisinsk bevist at HPV-viruset er årsaken til noen sykdom, hverken kreft i livmoren eller andre sykdommer». Dette kan tenkes å være et resultat av feilinformasjon på internett. Om en ikke evner å ta kritisk stilling til troverdigheten av informasjon eller å navigere mot troverdige kilder, kan slike medieoppslag synes overbevisende. Dette kan gjøre at en stiller seg kritisk til vaksiner.

I figur 4 har jeg, som i figur 2, satt opp funnene i lys av Bronfenbrenners humanøkologiske modell. På samme måte som valget om å vaksinere seg var påvirket av faktorer på ulike nivå, var også valget om å ikke vaksinere seg påvirket av faktorer på ulike nivå.

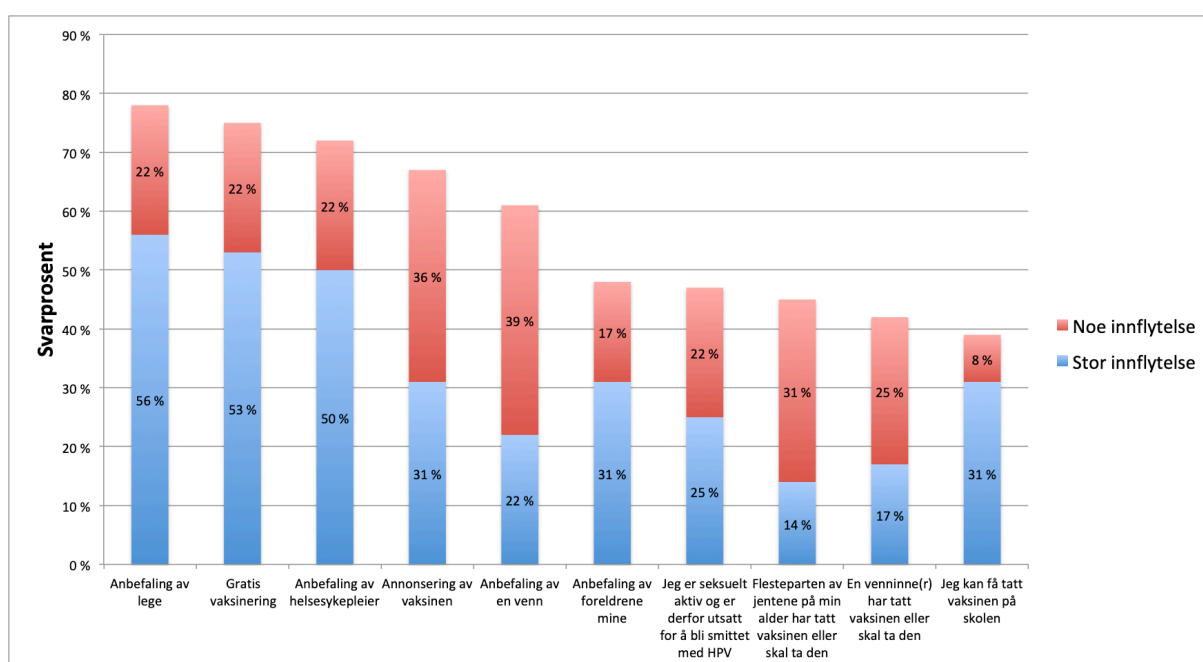


Figur 4: Faktorer som påvirket valget om å ikke ta HPV-vaksine seg sett i lys av den humanøkologiske modellen.

Nå som jeg har diskutert faktorer som påvirket respondentenes valg om å ta eller å ikke ta HPV-vaksinen, vil jeg i det som følger diskutere problemstillingens siste del om hvordan denne kunnskapen kan benyttes for å få flere i målgruppen til å vaksinere seg.

## 6.4 Øke vaksinering i fremtiden

Figur 5 viser at gratis vaksine (75%), anbefaling fra lege (78%) og helsesykepleier (72%), var de faktorene som ville veid tyngst på valget om å vaksinere seg mot HPV en gang i framtiden. Annonsering av vaksinen ser også ut til å ha en nokså stor betydning for om en velger å vaksinere seg en gang i framtiden (67%).



Figur 5: Faktorer som kan påvirke fremtidig valg om å ta HPV-vaksinen.

### 6.4.1 Gratis vaksinering

For den vaksinerte gruppen var det at vaksinen var gratis den faktoren som hadde høyest innflytelse på deres valg om å ta vaksinen (88%). Da de ikke-vaksinerte svarte på hvilke faktorer som ville hatt innflytelse på deres valg om å ta vaksinen en gang i framtiden, svarte 75% at gratis vaksinering hadde noe til stor innflytelse.

Flere studier har vist at vaksinekostnad spiller en viktig rolle for om kvinner velger å ta vaksinen eller ei (Fernandes et al., 2018; Grigore et al., 2016; Hirth et al., 2018). I Norge koster HPV-vaksinen i underkant av 4000 kr for alle tre dosene kombinert (Folkehelseinstituttet, 2016). I tillegg vil det koste å faktisk få satt vaksinen. De som fikk satt

alle tre dosene innen utgangen av juni 2019, fikk disse gratis. Dersom en hadde én eller to doser igjen etter dette, måtte en betale for det. I følge statistikken var det 137 420 kvinner som valgte å benytte seg av tilbudet der det til sammen ble satt 380 000 doser (Folkehelseinstituttet, 2019b). Dersom alle disse kvinnene hadde fullvaksinert seg, skulle det ha blitt satt 412 269 doser. Det vil si at det er en del som ikke har fullført vaksineserien på det tidspunktet da tilbudet var over. Vi har også de resterende 40,7% som valgte å ikke benytte seg av tilbudet i det hele tatt. Forhåpentligvis vil de som ikke hadde fullført vaksineserien når vaksinasjonstilbudet var over etter hvert ta de resterende dosene, men det kan være hindringer som gjør dette vanskelig.

En mulig årsak til at noen ikke har fullført vaksineserien kan være at en har fått bivirkninger etter den første dosen. Svært vanlige bivirkninger av HPV-vaksine er ømhet, rødhet og hevelse der vaksinen er satt, hodepine, tretthet, muskelplager. Feber, leddsmerter, kløe, hudutslett, kvalme, oppkast, diaré og magesmerter er også vanlig (Folkehelseinstituttet, 2019d). For enkelte kan det tenkes at det ikke er så mye som skal til før en velger å ikke ta resten av dosene. Har en hatt dårlig erfaring med første injeksjon, kan dette representere en hindring mot å fullføre resten av vaksineserien.

I studien ble det blant de ikke-vaksinerte rapportert at vanskeligheter med å finne tid til å ta vaksinen var av noe til stor innflytelse i deres valg om å ikke ta vaksinen (39%). Dette er kjent fra andre, liknende studier (Grigore et al., 2016; Hirth et al., 2018; Ragan et al., 2018). I tillegg til dette var andre logistiske utfordringer, som at de ikke visste hvor de kunne ta vaksinen, vanskeligheter med å bestille time og finne ut hvor en kunne ta vaksinen, og at det var vanskelig å komme seg dit. Dette gjorde det også vanskelig å fullføre vaksinasjonsprogrammet (Grigore et al., 2016; Hirth et al., 2018; Ragan et al., 2018). En av de ikke-vaksinerte gav følgende tilbakemelding: «Vanskelig å komme seg til stedet der man kunne ta vaksine. Passet dårlig selv om det er en dårlig unnskyldning». En annen respondent skriver at: «Bør gjøre det lettere å vaksinere seg». Dette kan være noe av grunnen til at en ikke har vaksinert seg. Dersom en er usikker på om en skal ta vaksinen eller ikke, virker det som at barrieren om å finne tid, ordne time og komme seg dit man vaksineres, blir så stor at en avstår fra å vaksinere seg. Utfordringene kan bli enda større ved at det blir dyrt å ta vaksinen. For de som har startet vaksinasjonsserien, men som ikke fullførte innen programmet var over, kan både vaksinekostnad og logistiske utfordringer gjøre at en ikke tar de gjenstående dosene. Det er altså flere faktorer som til sammen ser ut til å føre til om en



vaksinerer seg eller ikke. Dette er forsøkt illustrert via Bronfenbrenners humanøkologiske modell (figur 2 og 4).

En annen årsak til at en ikke har fullvaksinert seg kan være at på grunn av graviditet. I denne studien var det to respondenter som ikke kunne vaksinere seg grunnet graviditet. Den ene respondenten hadde to graviditeter i løpet av vaksinasjonsperioden. Begge hadde kun fått satt én dose. Om en ikke fikk satt mer enn én dose før en ble gravid, var det en sjanse for at en ikke rakk å fullføre vaksineserien i perioden den ble tilbudt gratis. Nå som vaksinen ikke tilbys gratis lengre, kan sannsynligheten for å fullføre vaksineserien reduseres. Samtidig kan det å fullføre vaksineserien bli nedprioritert i en travel hverdag som forelder.

Mange av kvinnene i målgruppen er studenter, og som student kan det være vanskelig å ta seg rå til vaksinen. Det kan også være vanskelig for en ung student å se seg selv som potensiell fremtidig kreftpasient. Det å betale 4000 kr kan virke mye når kreftdiagnosen er så fjern og uvirkelig. Her kommer en tilbake til dette var inne på tidligere, der en ikke søker informasjon eller vaksinerer før en eventuelt trenger det. Man tenker «her og nå», og derfor vil en heller ikke ta seg rå til vaksinen. Grunnet dette er det sannsynlig at flere vil vaksinere seg om HPV-vaksinen blir gratis igjen. En respondent i den ikke-vaksinerte gruppen uttrykte: «Dyrt. Burde vært gratis tilbud hele tiden, ikke innen en tidsfrist». Det blir nevnt i flere studier at det å redusere vaksinekostnaden kan føre til at flere ønsker å vaksinere seg mot HPV (Fernandes et al., 2018; Hirth et al., 2018).

Blant ikke-vaksinerte rapporterte 39% at det å få tatt vaksinen på skolen ville være av noe til stor innflytelse på om en velger å ta vaksinen en gang i framtiden. Mange av kvinnene i målgruppen er fremdeles studenter. Om helsesykepleiere på campus kunne ha satt vaksinen på campus, kan det tenkes at flere vil benytte seg av muligheten til å vaksinere seg fordi tilgangen er enklere. Selv om vaksinen ikke er gratis lengre, vil en i alle fall ha redusert de logistiske utfordringene flere poengterte når de rapporterte hva som kom i veien for vaksinasjon.

#### **6.4.2 Annonsering av vaksinen**

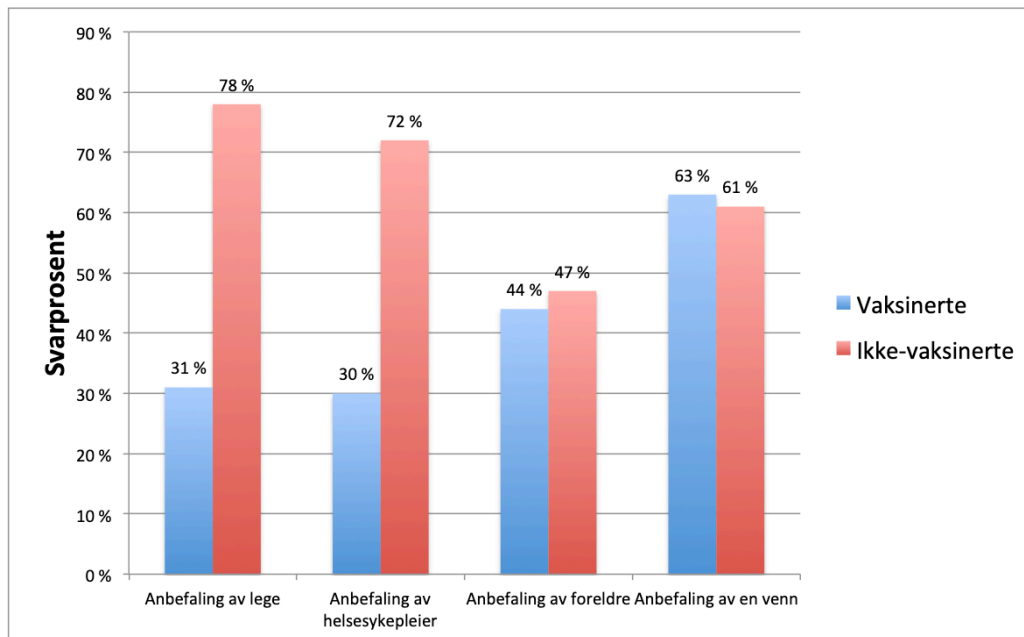
Så mange som 67% av de ikke-vaksinerte rapporterte at annonsering av vaksinen var av «noe til stor innflytelse» når det gjelder faktorer som kan påvirke fremtidig vaksinerer. På den ene kan det siden tenkes at internettannonsering vil ha stor påvirkning, men samtidig var det 50% av de ikke-vaksinerte som rapporterte manglende informasjon som en av grunnene til at de ikke vaksinerte seg. Var det slik at disse 50% ikke hadde fått med seg de gjentatte

annonseringene via sosiale medier, eller kan det være at kvinnene ikke var på de sosiale mediene da de ble publisert? Var informasjonen vanskelig å forstå? Dette spørsmålet stilte jeg også tidligere i oppgaven. Muligens har en ikke klart å nå ut med den informasjonen og kunnskapen på en måte som gjør at unge kvinner kan relatere seg til problemstillingen og ta til seg kunnskapen.

«En persons helsekompetanse kan utvikles gjennom helsekommunikasjon ved at vedkommende blir mer oppmerksom på forhold som kan påvirke helsen og at vedkommende settes i stand til å mestre egen helse» (Finbråten, 2018, s. 106). Som nevnt i teoridelen har personer ulik grad av helsekompetanse, og derfor vil det være nødvendig at dette kartlegges og at helsekommunikasjonen tilpasses deretter. På den ene siden vil dette i praksis vanskelig gjøres ved at kontaktpunktet mellom pasient og helsepersonell blir færre på grunn av effektivisering av helsetjenesten som tidligere nevnt. På den andre siden var animasjonsfilmene fra Folkehelseinstituttet formidlet på en konkret måte, men om en ville ha utdypende informasjon måtte en gå inn på en annen side for å finne dette. Det å måtte trykke seg inn på en annen side for å få informasjon er egentlig en enkel ting å gjøre, men samtidig kan det være at flere har unnlatt å gjøre det, eller ikke lest alt av informasjon som var på sidene. I tillegg påpeker Finbråten (s. 104, 2018) at flere studier viser at mange kan ha vanskeligheter med å forstå skriftlig informasjonsmateriell siden det ofte er skrevet på et høyere lese- og kunnskapsnivå enn mange faktisk befinner seg på. Dette kan muligens ha gjort det vanskelig for flere av personene i målgruppen.

#### **6.4.3 Vaksineanbefaling**

Når det gjelder å motta anbefaling om å ta vaksinen, kan det se ut som at gruppene foretrakk anbefaling fra ulike personer. For den vaksinerte gruppen var en venns anbefaling av større innflytelse enn å få anbefaling fra en lege, forelder eller helsesykepleier. For den ikke-vaksinerte gruppen var det legens manglende anbefaling som hadde høyest innflytelse i deres valg om å ikke ta vaksinen, samtidig som en leges anbefaling var det som ville hatt høyest innflytelse på eventuell fremtidig vaksinering, etterfulgt av anbefaling fra helsesykepleier, venn og forelder. Dette illustreres i figur 6.



Figur 6: Andel vaksinerte og ikke-vaksinerte som krysset av for «stor innflytelse» og «noe innflytelse» (disse to kategoriene er her sammenslått) relatert til vaksineanbefaling.

Det å ikke ha fått en anbefaling fra en lege er også sett i andre studier å ha en sammenheng med redusert sannsynlighet for å ta HPV-vaksine (Cartmell et al., 2018; Lanning et al., 2017). Samtidig synes det som at legens anbefaling om å ta vaksinen øker sannsynligheten for at en velger å ta den. Det kommer også fram at studenter foretrekker å få helseinformasjon fra helsepersonell (Cartmell et al., 2018; Lanning et al., 2017). En studie viser at 80% av unge kvinner som var usikre på om de ville vaksinere seg en gang i framtiden, rapporterte at det var mer sannsynlig at de kom til å ta vaksinen dersom de fikk anbefaling fra en lege eller forelder (Ragan et al., 2018). Lignende funn er rapportert i flere andre studier (Fernandes et al., 2018; Tung et al., 2016).

Selv om det å få vaksineanbefaling fra en venn eller forelder ser ut til å ha mindre betydning for de ikke-vaksinerte respondentene, kan det tenkes at disse er mer skeptiske til vaksinen og har mindre kunnskap om den. Derfor foretrekker de kanskje anbefaling fra helsepersonell, spesielt fra en lege. Som vi allerede har sett hvordan unge ikke-vaksinerte kvinner ikke stoler på vennene sine når det gjaldt videreformidling av informasjon om HPV-vaksinen, spesielt dersom denne informasjonen var hentet fra sosiale media (Hirth et al., 2018). Derfor vil det være viktig for de som ikke har tatt vaksinen at de blir anbefalt av helsepersonell å gjøre det.

Som oftest oppsøker man fastlegen først når sykdom, skader eller bekymring om helsesituasjonen oppstår (Statistisk Sentralbyrå, 2018). Som nevnt tidligere i oppgaven er det

ofte slik at man ikke søker opp informasjon før man trenger det. Følgelig kan det tenkes at anbefaling fra lege uteblir rett og slett fordi kvinnen ikke drar til legen hvis det ikke er noe som føles galt eller som bekymrer. Samtidig har 31% av de vaksinerte rapportert at anbefaling fra lege hadde innflytelse som jo betyr at de må ha mottatt en anbefaling. Hva som var anledningen bak denne anbefalingen, vet en ikke. Muligens kan fastleger være mer på banen og informere om HPV-vaksine når de har en kvinne i målgruppen inne til konsultasjon. Dette kan tenkes å bli litt vanskelig dersom tema for konsultasjonen tar mye tid og er fjernt fra vaksinasjonstema.

#### **6.4.4 Helsekompetanse og empowerment**

Som nevnt i punkt 3.3.2 er delaktighet og medbestemmelse vektlagt i dagens helsevesen. Den enkelte skal involveres og ansvarliggjøres i avgjørelser som omhandler egen helse (Finbråten, 2018, s. 86). Videre forventes det at pasienter skal delta aktivt i helsespørsmål som angår seg selv, og at helsebeslutninger tas i samråd mellom helsepersonell og den enkelte. Det er dette empowerment omhandler, og som tidligere nevnt i oppgaven, kan det betraktes som et resultat av helsekommunikasjon og helsekompetanse.

For de vaksinerte i denne studien var det 44% som rapporterte at anbefaling fra foreldre hadde noe til stor innflytelse i deres valg om å ta vaksinen, mens 47% av de ikke-vaksinerte rapporterte at anbefaling fra foreldrene ville hatt en påvirkning om de skulle velge å vaksinere seg en gang. Flere studier rapporterer at foreldre involveres i avgjørelser når det gjelder vaksiner, der unge kvinner rådfører seg med foreldrene. Dette fører til at de tar mindre direkte avgjørelser selv (Fernandes et al., 2018; Hirth et al., 2018; Lanning et al., 2017; Ragan et al., 2018; Tung et al., 2016). Det at unge kvinner er påvirket av foreldre i helserelaterte avgjørelser kan være både positivt og negativt. Dersom foreldre er for eller imot vaksiner, vil dette påvirke barna. Forfatterne påpeker at en må øke unge kvinners autonomi og selvkontroll når det gjelder egen helse, ettersom at dette vil være fordelaktig når de blir eldre og kanskje starter egen familie (Fernandes et al., 2018; Hirth et al., 2018; Lanning et al., 2017; Ragan et al., 2018; Tung et al., 2016). Det å øke helsekompetansen hos unge kvinner kan videre øke deres autonomi og selvkontroll, ved at en via helsekommunikasjon fra helsepersonell blir mer oppmerksom på forhold som kan påvirke helsen og at vedkommende settes i stand til å mestre egen helse (Finbråten, s. 106, 2018).

På bakgrunn av dette må det kommuniseres målrettet til de enkelte hva en HPV infeksjon er og hvilke konsekvenser en slik infeksjon kan føre til, og at dette kan forebygges av vaksine.

Om en er skeptisk til vaksinering eller har manglende kunnskap om HPV og HPV-vaksine, er det viktig at en får tilstrekkelig informasjon til å kunne gjøre informerte valg (Folkehelseinstituttet, 2019c). I denne studien viste det seg at det var mange som følte de ikke hadde nok kunnskap om vaksinen, og at de var bekymret for vaksinebivirkninger. Folkehelseinstituttet (2019c) skriver at skriftlig informasjon kan ikke erstattes av det som sies av helsesykepleier eller lege som en person har tillit til. En må lytte til spørsmålene fra den enkelte, ta deres bekymringer på alvor, og gi faglig velfundert, brukertilpasset og riktig informasjon. På denne måten involveres og ansvarliggjøres den enkelte i avgjørelser som omhandler egen helse, noe som videre gjør dem i stand til å ta et informert og selvstendig valg. Dette vil være å styrke den enkeltes empowerment.

#### 6.4.5 Helsesykepleiers rolle

Nå som det midlertidige vaksinasjonsprogrammet er over, tilbys ikke lenger unge kvinner HPV-vaksine på helsestasjonene. Helsestasjonene tilbyr nå HPV-vaksine kun i henhold til barnevaksinasjonsprogrammet. De som ikke har fullført vaksineserien enda, og ønsker å gjøre det, eller de som vil starte opp nå, må kjøpe vaksinen ved å kontakte sin fastlege eller vaksinasjonskontor. Da programmet pågikk hadde helsesykepleiere en sentral rolle i forbindelse med vaksineringen, der kvinnene i målgruppen kunne komme og vaksinere seg på helsestasjonene rundt om kring i Norge.

Relatert til vaksinemotstand skriver WHO (2019) at helsepersonell er de som blir sett på som de mest pålitelige rådgiverne og påvirkere når det gjelder vaksinering. Flesteparten av studentsamskipnadene i Norge har helsestasjonstilbud til studentene, der helsesykepleiere er plassert på campus. I studien blant unge kvinner i Romania (Grigore et al., 2016) påpeker forfatterne at undervisning på skolene kan være med på å gi spesifikk informasjon om HPV infeksjon og HPV-vaksine til studenter og foreldre, som i sin tur kan være med på å øke vaksinasjonsdekningen. Da store deler av målgruppen for vaksinen er studenter, kan det tenkes at helsesykepleiere på universitet og høyskoler spiller en viktig rolle i informasjonsformidling. Flere studenter i riktig alder kommer med tanke på vaksinering gjerne innom for prevensjonsmidler, testing av kjønnssykdommer, samtaler og så videre. Her kan det være god anledning for informere om og anbefale HPV-vaksinen. Det å motta anbefaling fra helsesykepleier ble rapportert hos 50% av de ikke-vaksinerte som å ha en stor påvirkning på om en i framtiden skal velge å vaksinere seg.

I studien blant studenter i Georgia (Ragan et al., 2018) pekes det på at helsesykepleiere har en viktig rolle i å informere om vaksiner. Dette tenker jeg er en svært viktig del av jobben, da helsesykepleiere jobber helsefremmende og sykdomsforebyggende. Vaksiner er en viktig del av dette. Det at skriftlig informasjon ikke kan erstattes av det som sies av helsesykepleiere eller lege som en har tillitt til (Folkehelseinstituttet, 2019c), indikerer at helsesykepleiere med fordel kan bli mer aktive når det gjelder informasjonsformidling om HPV og HPV-vaksiner.

Flere studier nevner at det å undervise helsepersonell, foreldre og kvinner om hensikten og foreldren med å ta HPV-vaksiner, kan være med på å øke vaksinasjonsdekningen (Fernandes et al., 2018; Grigore et al., 2016; Lanning et al., 2017; Ragan et al., 2018). Det å kjøre informasjonskampanjer kan også være med på å øke vaksinasjonsdekningen (Grigore et al., 2016, Tung et al., 2016).

Som en avrunding av dette kapittelet vil jeg poengtere at gratis vaksiner, annonsering av informasjon om HPV og HPV-vaksiner, informasjon og anbefaling fra lege og helsesykepleier, representerer faktorer plassert på ulike nivå i den humanøkologiske modellen. Som jeg nevnte i punkt 6.2 så det ut som at det er et samspill mellom flere faktorer på ulike nivå som til sammen fører til om en velger å vaksinere seg eller ikke. Dette peker mot at forskjellige tiltak samtidig bør settes inn på de ulike nivåene i modellen for å øke sjansen for at flere velger å vaksinere seg.

## 7.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var vært å kartlegge faktorer som påvirker unge kvinners valg om å vaksinere seg eller ikke mot HPV, samt hvilke faktorer som kan være med på å påvirke valget om å vaksinere seg en gang i framtiden. Det overordnede målet var å gi kunnskap om disse faktorene og benytte kunnskapen i det forebyggende arbeidet for å få flere i målgruppen til å vaksinere seg.

For å besvare problemstillingen har jeg samlet inn data fra unge kvinner født fra 1991 til og med 1996 ved hjelp av en elektronisk spørreundersøkelse via sosiale medier. Funnene er blitt bearbeidet og analysert i SPSS, og forsøkt illustrert i lys av Bronfenbrenners humanøkologiske modell.

Basert på de innsamlede dataene ser en at valget om å ta HPV-vaksine var påvirket av flere faktorer. For den vaksinerte gruppen var gratis vaksinering, annonsering og det å ha venninner som hadde tatt vaksinen av størst påvirkning. Respondentene var tydelig påvirket av vennene sine, og dette var også noe jeg opplevde i min praksis på helsestasjonen der de som kom for å vaksinere seg sa at venninnene deres hadde gjort det.

For den ikke-vaksinerte gruppen var legens manglende vaksineanbefaling, egen mangel på kunnskap og frykt for bivirkninger hovedfaktorene som førte til valget om å ikke vaksinere seg. Man kan lure på hvorfor flere ikke-vaksinerte rapporterer å ha manglende kunnskap om HPV-vaksine, da det gjentatte ganger har vært informasjonsannonser på sosiale medier. Årsaken til det kan være at en ikke har fått med seg informasjonen eller ikke har følt seg truffet av informasjonen og derfor ikke fått med seg innholdet. Denne mangelen på kunnskap har blitt satt opp som en mulig årsak til frykt for bivirkninger. Det at kontakten mellom pasient og helsepersonell har blitt kortere og sjeldnere på grunn av effektivisering av helsevesenet, gjør at pasientene er mer overlatt til seg selv med tanke på innhenting av kunnskap. Medieoppslag om bivirkninger og nettsider som ikke er kvalitetssikret representerer en fare for at de med lav helsekompetanse som på bakgrunn av slik informasjon kan velge å avstå fra vaksinering.

De ikke-vaksinerte rapporterte at gratis vaksinering, annonsering med informasjon om HPV og HPV-vaksine, og anbefaling fra en lege eller helsesykepleier ville ha stor påvirkning dersom de skulle velge å ta vaksinen en gang i framtiden. Gratis vaksinering, eller gjøre den billigere, tenkes å være en sentral faktor som kan føre til at flere velger å vaksinere seg i

framtiden, spesielt med tanke på at store deler av målgruppen er studenter og kanskje har dårligere økonomi.

Det at vaksineanbefaling fra en lege var av større betydning for de ikke-vaksinerte er diskutert å ha sammenheng med at de gjerne er mer skeptiske til vaksinerer. Derfor kan det å få anbefaling fra en lege eller annet helsepersonell være forbundet med at flere vaksinerer seg. Samtidig er det en utfordring at man hovedsakelig går til lege når man har plager eller er syk og således ikke har kontakt med helsepersonell. I tillegg er gjerne ikke vaksineanbefalinger hovedfokus for kontakten med helsevesenet og derfor uteblir dette. Derimot kan helsesykepleier ha en viktig rolle i dette arbeidet. Det finnes helsestasjoner for studenter ved flere universitet og høyskoler i landet. Her vil flere unge kvinner i målgruppen ta kontakt for eksempel angående prevensjon, testing for kjønnssykdommer o.l. Helsesykepleiere, som skal drive sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid kan i disse anledningene gi informasjon om HPV og anbefale HPV-vaksine til de som ikke har tatt den. Helsesykepleier kan da tilpasse informasjonen til den enkeltes helsekompetanse, og lytte til eventuelle bekymringer om bivirkninger og korrigerer disse.

Angående annonsering av informasjon om HPV og HPV-vaksine vil det være viktig å formidle denne på sosiale medier der målgruppen befinner seg, samt at informasjonen treffer mottakerne på en god måte. Flere rapporterte frykt for bivirkninger som en viktig grunn til at de valgte å ikke vaksinere seg. Det kan muligens være en god idé å tydelig få fram i annonseringen at HPV-vaksine ikke har ført til påståtte bivirkninger som er å lese i flere medieoppslag.

Disse funnene peker mot at forskjellige tiltak samtidig bør settes inn på de ulike nivåene i den humanøkologiske modellen for å øke sjansen for at flere velger å vaksinere seg.



## Litteraturliste

- Aagre, W. (2014). *Ungdomskunnskap: Hverdagslivets kulturelle former* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Burger, E. A., Sy, S., Nygård, M., Kristiansen, I. S. & Kim, J. J. (2015). Too Late to Vaccinate? The Incremental Benefits and Cost-effectiveness of a Delayed Catch-up Program Using the 4-Valent Human Papillomavirus Vaccine in Norway. *The Journal of Infectious Diseases*, (211), 206-215. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiu413>
- Cartmell, K. B., Pierce, J. Y., McGue, S., Alberg, A. J., Luque, J. S., Zubizarreta, M. & Brandt, H. M. (2018). Barriers, facilitators, and potential strategies for increasing HPV vaccination: A statewide assessment to inform action. *Elsevier*, (5), 21-31. <https://doi.org/10.1016/j.pvr.2017.11.003>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2018). Lover. *REK*. Hentet fra: [https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/loverogregler?p\\_dim=34770&\\_ikbLanguageCode=n](https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/loverogregler?p_dim=34770&_ikbLanguageCode=n)
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning: en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2), 100-113. <https://doi.org/10.7557/14.244>
- Everett, E. L., & Furuseth. (2012). *Masteroppgaven - hvordan begynne og fullføre* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Feiring, B., Laake, I., Christiansen, I. K., Hansen, M., Stålcrantz, J., Ambue, O. H., ... Trogstad, L. (2018). Substantial Decline in Prevalence of Vaccine-Type and Nonvaccine-Type Human Papillomavirus (HPV) in Vaccinated and Unvaccinated Girls 5 Years After Implementing HPV vaccine in Norway. *The Journal of Infectious Diseases*, (218), 1900-1910. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiy432>
- Fernandes, R., Potter, B. K. & Little, J. (2018). Attitudes of undergraduate university women towards HPV vaccination: a cross-sectional study in Ottawa, Canada. *BMC Womens health*, (134), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0622-0>

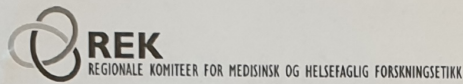
- Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik & Torill Bognes Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., s. 86-110). Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2016, 5. februar). HPV-vaksine til unge kvinner født 1991 og senere. Hentet fra: <https://www.fhi.no/sv/vaksine/hpv/hpv-vaksine-til-unge-kvinner/hpv-vaksine-til-unge-kvinner-fodt-1/>
- Folkehelseinstituttet. (2018a, 9. august). Hvorfor er det viktig å vaksinere? Hentet fra <https://www.fhi.no/sv/vaksine/barnevaksinasjonsprogrammet/hvorfor-vaksinere/>
- Folkehelseinstituttet. (2018b, 21. november). I framtida vil færre kvinner få livmorhalskreft. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/i-framtida-vil-farre-kvinner-fa-livmorhalskreft/>
- Folkehelseinstituttet. (2018c, 16. februar). Tilbud om gratis HPV-vaksine til unge kvinner. Hentet fra <https://www.fhi.no/sv/vaksine/hpv/informasjon-om-hpv-vaksine-til-unge-kvinner/>
- Folkehelseinstituttet. (2019a, 15. februar). HPV-vaksine (Humant papillomavirus) - veileder for helsepersonell. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/hpv-vaksinasjon-humant-papillomavir/>
- Folkehelseinstituttet. (2019b, 20. november). Mange greip moglegheita til å beskytte seg mot livmorhalskreft. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2019/mange-greip-moglegheita-til-a-beskytte-seg-mot-livmorhalskreft/>
- Folkehelseinstituttet. (2019c, 4. april). Barnevaksinasjonsprogrammet - veileder for helsepersonell. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon/barnevaksinasjonsprogrammet/>
- Folkehelseinstituttet. (2019d, 8. januar). Vaksine mot HPV (humant papillomavirus). Hentet fra: <https://www.fhi.no/sv/vaksine/barnevaksinasjonsprogrammet/vaksinene-i-barnevaksinasjonsprogrammet/vaksine-mot-hpv-humant-papillomavirus/>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29#KAPITTEL_3)

- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (FOR-2018-10-19-1584). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Grigore, M., Teleman, S. I., Pristavu. A. & Matei, M. (2016). Awareness and knowledge about HPV and HPV vaccine among Romanian women. *Journal of Cancer Education*, (33), 154-159. <https://doi.org/10.1007/s13187-016-1130-2>
- Gulbrandsen, L. M. (2017). Urie Bronfenbrenner: En økologisk utviklingsmodell. I L. M. Gulbrandsen (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling* (2. utg., s. 50-71). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Hirth, J. M., Batuuka, D. N., Gross, T. T., Cofie, L. & Berenson, A. B. (2018). Human papillomavirus vaccine motivators and barriers among community college students: Considerations for development of a successful vaccination program. *Elsevier*, (36), 1032-1037. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.01.037>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Kreftforeningen. (2020). HPV (Humant Papillomavirus) og kreft. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/forebygging/hpv-og-kreft/>

- Lanning, B., Golman, M. & Crosslin, K. (2017). Improving human papillomavirus vaccination uptake in college students: A socioecological perspective. *American Journal of Health Education*. (2), 116-128.  
<https://doi.org/10.1080/19325037.2016.1271753>
- Murberg, A. (Red.). (2012). *Kvantitativ metode*. NettOp: UiS.
- Norsk senter for forskningsdata. (2018). Må jeg melde prosjektet mitt? *NSD*. Hentet fra [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/index.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html)
- Nøkleby, H., Furuseth, E. & Greve-Isdahl, M. (2018). Vaksinasjon. I N. Misvær & P. Lagerløv (Red.). *Håndbok for helsestasjoner 0-5 år* (4. utg. s. 214-232). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ragan, K. R., Bednarczyk, R. A., Butler, S. M. & Omer, S. B. (2018). Missed opportunities for catch-up human papillomavirus vaccination among university undergraduates: Identifying health decision-making behaviours and uptake barriers. *Elsevier*, (36), 331-341. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.07.041>
- Sabeena, S., Bhat, V. P., Kamath, V. & Arunkumar, G. (2018). Global human papilloma virus vaccine implementation: An update. *The journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. (6), 989-997. <https://doi.org/10.1111/jog.13634>
- Sand-Jecklin, K & Coyle, S. (2014). Efficiently Assessing Patient Health Literacy: The BHLS instrument. *Clinical Nursing Research*, 23. <https://doi.org/10.1177/1054773813488417>
- Statistisk sentralbyrå. (2009). Hva betyr utdanning for vår helseatferd? Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hva-betyr-utdanning-for-vaar-helseatferd>
- Statistisk sentralbyrå. (2017). Ungdom går mer til legen. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/ungdom-gar-mer-til-legen>
- Statistisk sentralbyrå. (2018). Fire av fem nordmenn bruker sosiale medier. Hentet fra: <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/artikler-og-publikasjoner/fire-av-fem-nordmenn-bruker-sosiale-medier>

- Statistisk sentralbyrå. (2017). Ni av ti surfer på nettet hver dag. Hentet fra:  
<https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/artikler-og-publikasjoner/ni-av-ti-surfer-pa-nettet-hver-dag>
- Sørbye, S. (2019, 22. oktober). Vi vet fortsatt ikke nok om HPV. Hentet fra:  
<http://kjonnsforskning.no/nb/2019/10/vi-vet-fortsatt-ikke-nok-om-hpv>
- Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode: en praktisk tilnærming*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Tung, I. L. Y., Machalek, D. A., & Garland, S. M. (2016). Attitudes, knowledge and factors associated with human papillomavirus (HPV) vaccine uptake in adolescent girls and young women in Victoria, Australia. *PLOS ONE*, 1-15.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161846>
- Valentino, K. & Poronsky, C. B. (2016). Human Papillomavirus Infection and Vaccination. *Journal of Pediatric Nursing*, (31), 155-166. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.10.005>
- World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary. Hentet fra:  
<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization. (2018, Mars). Human papillomavirus (HPV). Hentet fra  
<https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/en/>
- World Health Organization. (2019). Ten threats to global health in 2019. Hentet fra:  
<https://www.who.int/news-room/feature-stories/ten-threats-to-global-health-in-2019>

# Vedlegg 1: Forskningsetisk vurdering fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord)



<b>Region:</b> REK nord	<b>Saksbehandler:</b> Veronica Sørensen	<b>Telefon:</b> 77620758	<b>Vår dato:</b> 27.06.2019	<b>Vår referanse:</b> 2019/1148/REK nord
			<b>Deres dato:</b> 11.06.2019	<b>Deres referanse:</b>
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser				

Morten Munkvik  
Det helsevitenskapelige fakultet

## 2019/1148 Faktorer som påvirker unge kvinners valg om å ta vaksine mot humant papillomavirus (HPV)

Søknaden er behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord) ved sekretariatsleder, etter fullmakt gitt av komiteen med hjemmel i forskningsetikkforskriften §7 første ledd, annet punktum.

**Forskningsansvarlig institusjon:** Universitetet i Stavanger  
**Prosjektleder:** Morten Munkvik

### Prosjektleders prosjekttale

*Formålet med studien er å illustrere faktorer som kan ha betydning for unge kvinner når de skal velge om de skal ta vaksine mot humant papillomavirus (HPV) eller ikke. Det overordnede målet vil være å medvirke til at befolkningen får nødvendig kunnskap for å kunne ta et informert valg angående HPV vaksinerings. Ut i fra dette søker studien å besvare følgende forsknings spørsmål: Hvilke faktorer har en betydning i valget om å ta HPV vaksine eller ikke hos unge kvinner i alderen 23-28 år, og hvordan kan disse brukes for å øke HPV vaksinerings i denne gruppen? Studien har et kvantitativt forskningsdesign med bruk av spørreskjema. Spørreskjema vil bli utlevert i papirform til aktuelle deltakere på flere universitet, høyskoler og ungdomshelsestasjoner i ulike deler av landet. I tillegg vil et identisk spørreskjema også publiseres elektronisk på Facebook. Publiserings på Facebook vil gjøres ved hjelp av Tonje Steen fra Kreftforeningen og Thea Steens minnefond.*

### REKs forskningsetiske vurdering

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om «medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger», jf. helseforskningsloven § 2. «Medisinsk og helsefaglig forskning» er i § 4 a), definert som «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom». Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

Prosjektleder beskriver at «Formålet med studien er å illustrere faktorer som kan ha betydning for unge kvinner når de skal velge om de skal ta vaksine mot humant papillomavirus (HPV) eller ikke. Det overordnede målet vil være å medvirke til at befolkningen får nødvendig kunnskap for å kunne ta et informert valg angående HPV vaksinerings.»

Selv om dette er en helsefaglig studie og funnene i studien indirekte vil kunne gi en helsemessig gevinst faller ikke prosjektet inn under definisjonen av de prosjekt som skal vurderes etter helseforskningsloven.

**Besøksadresse:**  
MH-bygget UIT Norges arktiske  
universitet 9037 Tromsø

**Telefon:** 77646140  
**E-post:** rek-nord@asp.uit.no  
**Web:** <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i  
saksbehandlingen, bes adressert til REK  
nord og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to  
the Regional Ethics Committee, REK  
nord, not to individual staff

Prosjektet skal således ikke vurderes etter helseforskningsloven.

**Vedtak**

*Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggingspliktig, jf. helseforskningsloven § 2.*

*Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Dette må forankres i egen institusjon*

Til informasjon bytter REK søknadsportal i sommer. Den nye portalen vil være klar i august. Se våre [hjemmesider](#) under «Aktuelle meldinger» for oppdatert informasjon.

**Klageadgang**

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er 26. august 2019. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll  
Sekretariatsleder

Veronica Sørensen  
seniorrådgiver

**Kopi til:**marit.boyesen@uis.no;

[post@uis.no](mailto:post@uis.no)

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv

### Vil du være med å delta i en spørreundersøkelse om HPV-vaksinering?



Mitt navn er Monica Mo. Jeg studerer Master i Helsepsykiatri ved Universitetet i Stavanger, og holder nå på med min masteroppgave. I den forbindelse ønsker jeg å invitere deg til en spørreundersøkelse om HPV-vaksinering hos unge kvinner. HPV (humant papillomavirus) er et virus som kan forårsake kreft i ulike organer hos både kvinner og menn, der livmorhalskreft hos kvinner er vanligst. Unge kvinner født fra 1991 eller senere ble i årene 2016-2018 tilbudt HPV-vaksinen gratis.

Formålet med studien er å illustrere faktorer som kan ha betydning for unge kvinner når de skal velge om de skal ta vaksine mot humant papillomavirus (HPV) eller ikke. Det overordnede målet vil være å medvirke til at befolkningen får nødvendig kunnskap for å kunne ta et informert valg angående HPV vaksinering.

For å delta må du være født fra mellom 1991 til og med 1996. Du kan delta både dersom du har tatt vaksinen, eller ikke har tatt vaksinen. Undersøkelsen er helt anonym, og det tar rundt 5 minutter å svare.

**For å komme til undersøkelsen har du 2 alternativer:**

**Alternativ 1:** Skanne QR-kode. Slik gjør du det:

- Åpne Kamera-appen på enheten din (mobil/ipad/nettbrett)
- Hold enheten over QR-koden
- Trykk på varselet som dukker opp
- Du blir nå sendt til undersøkelsen

**Alternativ 2:** Gå inn på nettsiden:

- [www.svarfabrikken.no](http://www.svarfabrikken.no)
- Skriv inn kode: **W1XR-8KL6-UNCN**

Takk for deltakelsen!

Mvh, Monica Mo: Morten Munkvik (veileder):

For mer informasjon/oppløring kan du ta kontakt på tlf.: 915 32 144 (Monica)

### Vil du være med å delta i en spørreundersøkelse om HPV-vaksinering?



Mitt navn er Monica Mo. Jeg studerer Master i Helsepsykiatri ved Universitetet i Stavanger, og holder nå på med min masteroppgave. I den forbindelse ønsker jeg å invitere deg til en spørreundersøkelse om HPV-vaksinering hos unge kvinner. HPV (humant papillomavirus) er et virus som kan forårsake kreft i ulike organer hos både kvinner og menn, der livmorhalskreft hos kvinner er vanligst. Unge kvinner født fra 1991 eller senere ble i årene 2016-2018 tilbudt HPV-vaksinen gratis.

Formålet med studien er å illustrere faktorer som kan ha betydning for unge kvinner når de skal velge om de skal ta vaksine mot humant papillomavirus (HPV) eller ikke. Det overordnede målet vil være å medvirke til at befolkningen får nødvendig kunnskap for å kunne ta et informert valg angående HPV vaksinering.

For å delta må du være født fra mellom 1991 til og med 1996. Du kan delta både dersom du har tatt vaksinen, eller ikke har tatt vaksinen. Undersøkelsen er helt anonym, og det tar rundt 5 minutter å svare.

**For å komme til undersøkelsen har du 2 alternativer:**

**Alternativ 1:** Skanne QR-kode. Slik gjør du det:

- Åpne Kamera-appen på enheten din (mobil/ipad/nettbrett)
- Hold enheten over QR-koden
- Trykk på varselet som dukker opp
- Du blir nå sendt til undersøkelsen

**Alternativ 2:** Gå inn på nettsiden:

- [www.svarfabrikken.no](http://www.svarfabrikken.no)
- Skriv inn kode: **W1XR-8KL6-UNCN**

Takk for deltakelsen!

Mvh, Monica Mo: Morten Munkvik (veileder):

For mer informasjon/oppløring kan du ta kontakt på tlf.: 915 32 144 (Monica)





### Vedlegg 3: Faktorer med høyest innflytelse hos vaksinerte respondenter

<b>Faktorer</b>	<b>Antall</b>	<b>%</b>
Vaksinen var gratis	231	76
Jeg er seksuelt aktiv og er derfor utsatt for å bli smittet med HPV	150	49
Jeg så en annonse om vaksinen	124	41
En venninne(r) av meg har tatt vaksinen eller skal ta den	110	36
Flesteparten av jentene på min alder har tatt vaksinen eller skal ta den	109	36
En venn anbefalte vaksinen	89	29
Foreldrene mine anbefalte vaksinen	84	28
En lege anbefalte vaksinen	64	21
Helsesykepleier anbefalte vaksinen	48	16
Annet (det en selv noterte)	26	9

## Vedlegg 4: Faktorer med høyest innflytelse hos ikke-vaksinerte respondenter

<b>Faktorer</b>	<b>Antall</b>	<b>%</b>
Jeg har ikke fått anbefaling av en lege	21	58
Jeg er i et fast forhold og trenger derfor ikke vaksinen	14	39
Jeg har ikke nok kunnskap om vaksinen	14	39
Frykt for bivirkninger	10	28
Jeg har ikke fått anbefaling av en helsesykepleier	9	25
Jeg har ikke fått anbefaling av foreldrene mine	9	25
Vanskelig å finne tid	8	22
Annet (det en selv noterte)	7	19
Vaksinekostnaden er dyr	6	17
Jeg vet ikke hvor jeg kan ta vaksinen	4	11
Jeg har sprøyteskrekk	3	8
Jeg er imot vaksiner	1	3
Foreldrene mine ville ikke at jeg skulle ta vaksinen	1	3
Jeg er ikke seksuelt aktiv	1	3
En jeg kjenner har hatt dårlig erfaring med vaksinen (feks. bivirkninger)	1	3
Vennene mine har ikke tatt vaksinen	1	3
Den går imot min religiøse tro (feks. at en ikke har sex før ekteskap)	0	0
Jeg har allerede HPV	0	0

Vedlegg 5: Faktorer med høyest innflytelse på framtidig vaksinerings hos ikke-vaksinerte respondenter

<b>Faktorer</b>	<b>Antall</b>	<b>%</b>
Anbefaling av en lege	30	83
Gratis vaksinerings	25	69
Annonsering av vaksinen (med informasjon om vaksinen)	15	42
Anbefaling av helsesykepleier	14	39
Jeg er seksuelt aktiv og er derfor utsatt for å bli smittet med HPV	9	25
Anbefaling av foreldrene mine	7	19
Anbefaling av en venn	6	17
Jeg kan få tatt vaksinen på skolen	5	14
Annet (det en selv noterte)	5	14
En venninne(r) har tatt vaksinen eller skal ta den	4	11
Flesteparten av jentene på min alder har tatt vaksinen eller skal ta den	2	6

## Vedlegg 6: Artikkelsamling

<b>Tittel</b>	<b>Forfatter</b>	<b>Mål</b>	<b>Metode</b>	<b>Hovedfunn</b>
Barriers, facilitators and potential strategies for increasing HPV vaccination: A statewide assessment to inform action	Kathleen B. Cartmell, Jennifer Young-Pierce, Shannon McGue, Anthony J. Alberg, John S. Luque, Maria Zubizarreta & Heather M. Brandt	Å identifisere strategier som er effektive i å øke HPV-vaksinering	Individuelle intervju med 34 ledere i ulike organisasjoner som kan påvirke HPV-vaksinering	<p>Hovedbarrierer mot HPV-vaksinering: mangel på bevissthet om HPV, mangel på anbefaling, bekymringer rundt bivirkninger, mangel på tilgang ifm. vaksinekostnad, vansker med å fullføre vaksineserien, praktiske barrierer.</p> <p>Hovedfaktorer som øker sannsynlighet for HPV-vaksinering: forpliktelse, det å få ta vaksinen på Apotek, vaksineinformasjon</p> <p>Strategier for å øke HPV-vaksinering: ta opp viktigheten av HPV-vaksine, politiske endringer rundt kostnad av HPV-vaksine, vaksineundervisning, Apotek-basert-vaksinering.</p>
Attitudes of undergraduate university women towards HPV vaccination: a cross-sectional study in Ottawa, Canada	Rachel Fernandes, Beth K. Potter & Julian Little	Å utforske oppfatningene av HPV-vaksinering blant kvinnelige studenter	Elektronisk spørreundersøkelse (tverrsnitt) 401 kvinnelige studenter i alderen 18-25 år	Både vaksinerte og ikke-vaksinerte respondenter hadde positive oppfatninger om HPV-vaksinering, men vaksinerte kvinner hadde mer gunstige synspunkter på vaksinen. Hvite vaksinerte kvinner hadde signifikant mer positive synspunkter mot aksept av vaksinen enn hvite ikke-vaksinerte kvinner. Av 12 potensielle barrierer, var den mest

				innflytelsesrike barrieren mot vaksineringsmangel på kunnskap om vaksinen, frykt for bivirkninger og kostnad.
Missed opportunities for catch-up human papillomavirus vaccination among university undergraduates: identifying health decision-making behaviours and uptake barriers	Kathleen R. Ragan, Robert A. Bednarczyk, Scott M. Butler & Saad B. Omer	Å identifisere barrierer, fremmede faktorer og foretrukne informasjonskilder angående HPV-vaksine	Spørreundersøkelse (tverrsnitt) Studenter i alderen 18-25 år (343 kvinner, 168 menn)	HPV-vaksinering var signifikant høyere blant kvinner enn menn. Yngre studenter var generelt mer sannsynlige i å ha mottatt vaksinen. Faktorer som øker sannsynlighet HPV-vaksinering: anbefaling av en lege, forelder eller venn, informasjonskampanjer. Foreldre hadde en stor påvirkning på valg om vaksinerings. Blant ikke-vaksinerte var den vanligste grunnen at de ikke følte behov for vaksinen pga. de ikke var seksuelt aktive.
Awareness and knowledge about HPV and HPV vaccine among Romanian women	Mihaela Grigore, Sergiu Iuliu Telemann, Anda Pristavu & Mioara Matei	Å kartlegge kunnskap og holdninger hos kvinner om HPV og HPV-vaksine	Spørreundersøkelse (tverrsnitt) 454 kvinner	Bevisstheten om HPV var noe bedre hos kvinnene fra urbant område enn kvinner fra ruralt område.  Hovedbarrierer mot HPV-vaksinering: frykt for bivirkninger, inntrykk av at en ikke har behov pga. ikke seksuelt aktive.  Det var mangel på kunnskap om HPV-vaksine, genitale vorter og risikofaktorer for HPV-infeksjon.
Attitudes, knowledge and factors associated with human	Iris L. Tung, Dorothy A. Machalek & Suzanne M.	Å identifisere faktorer og barrierer assosiert med HPV-	Spørreundersøkelse (utført på to forskjellige tidspunkt)	Å være vaksinert var signifikant assosiert med å være født i Australia, å ha fullført barnevaksinasjonsprogr

<p>papillomavirus (HPV) vaccine uptake in adolescent girls and young women in Victoria, Australia</p>	<p>Garland</p>	<p>vaksinering</p>	<p>Kvinner i alderen 18-25 år.</p> <p>668 kvinner svarte på spørreskjema mellom 2011 og 2014</p> <p>417 kvinner svarte på spørreskjema i 2015</p>	<p>ammot, at en eller begge foreldrene var født i Australia, og at en eller begge av foreldrene var hovedbeslutningstaker når det gjaldt å motta HPV-vaksine. Alder, sosioøkonomisk status og hvilket område en var fra, samt foreldres religion, var ikke signifikant assosiert med å være vaksinert. Ikke-vaksinerte kvinner var mer sannsynlige i å være røykere og var mindre sannsynlig i å bruke prevensjon. Blant uvaksinerte kvinner var foreldrenes bekymringer rundt vaksinesikkerhet og oppfatning av lav risiko for HPV infeksjon hos deres døtre overveiende grunner for ikke-vaksinering. Lege var den kilden som en stolte mest på når det gjaldt informasjon om HPV.</p>
<p>Human papillomavirus vaccine motivators and barriers among community college students: considerations for development of a successful vaccination program</p>	<p>Jacqueline M. Hirth, Denise N. Batuuka, Tyra T. Goss, Leslie Cofie &amp; Abbey B. Berenson</p>	<p>Å kartlegge motivasjon og barrierer relatert til HPV-vaksine blant studenter</p>	<p>Semistrukturerte individuelle intervju</p> <p>Studenter i alderen 18-26 år (9 kvinner, 10 menn)</p>	<p>Generelt hadde respondentene positive oppfatninger om HPV-vaksinering. Studenter med negative holdninger om vaksinering uttrykte motvilje til å bli vaksinert. De følte at vaksiner kunne være skadelige. Barrierer mot vaksinering: kostnad, mangel på bevissthet og kunnskap, frykt for sprøyter og bivirkninger, praktiske barrierer. Helsepersonell var viktige påvirkere i</p>

				bestemmelsen om å vaksinere seg.
Improving human papillomavirus vaccination uptake in college students: A socioecological perspective	Beth Lanning, Mandy Golman & Katie Crosslin	Å estimere vaksinasjonsrate, identifisere faktorer som påvirker valg om å ta eller å ikke ta HPV-vaksine, og å identifisere faktorer som påvirker på ulike samfunnsnivå	Spørreundersøkelse (tverrsnitt) 1. og 2. klasse studenter (157 kvinner, 36 menn)	Omtrent halvparten av studentene rapporterte å være HPV-vaksinert. Studentene var bevisste på HPV-vaksinen og var kunnskapsrike om vaksinen. Kjønn og etnisitet ble funnet å ha assosiasjon med vaksinerings. Både vaksinerte og ikke-vaksinerte studenter rapporterte at legen hadde en signifikant påvirkning på HPV-vaksinerings. Media ble oppført som en signifikant kilde til helseinformasjon, men mindre som en påvirker for vaksinasjon.

## Spørreskjema

### DEL 1

1) Hvilket årstall er du født?

- 1991
- 1992
- 1993
- 1994
- 1995
- 1996

2) Sivilstatus

- Singel
- I et forhold

3) Er du oppvokst i Norge?

- Ja
- Nei, er oppvokst i Europa
- Nei, er oppvokst i Asia
- Nei, er oppvokst i Amerika
- Nei, er oppvokst i Afrika
- Nei, er oppvokst i Oseania

4) Har du fullført videregående skole?

- Ja
- Nei

5) Anser du deg selv som religiøs?

- Ja
- Verken ja eller nei
- Nei



6) Hva holder du på med for tiden?

- I jobb
- Studerer ved universitet/høyskole
- I jobb og studerer ved universitet/høyskole
- Ingen av delene

Dersom "ingen av delene", vennligst spesifiser:

---

7) Dersom du ikke nå studerer ved universitet/høyskole, har du tidligere studert på universitet/høyskole?

- Ja
- Nei

8) Har du fullført barnevaksinasjonsprogrammet?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

**Til informasjon:**

Vaksine mot HPV består av tre doser som gis på forskjellig tidspunkt. Du som er født mellom 1991 og 1996 har ikke fått denne vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet. Unge kvinner født i 1991 eller senere ble tilbudt vaksineserien gratis i årene fra 2016 til 2018.

9) Har du blitt vaksinert med minst én dose av HPV vaksine?

- Ja
- Nei

**DEL 2**

1) Hvor mange doser av HPV vaksinen har du tatt?

- En dose
- To doser
- Tre doser
- Jeg er ikke sikker

2) Har du tenkt å fullføre hele vaksineserien (3 doser)?

- Jeg har allerede tatt alle dosene
- Ja
- Usikker
- Nei

3) Kryss av for hvor stor innflytelse de følgende faktorene hadde i ditt valg om å ta HPV-vaksine.

	Stor innflytelse	Noe innflytelse	Nøytral	Ingen innflytelse	Ikke aktuelt
En lege anbefalte vaksinen					
Helsesykepleier anbefalte vaksinen					
Foreldrene mine anbefalte vaksinen					
En venn anbefalte vaksinen					
Jeg er seksuelt aktiv og er derfor utsatt for å bli smittet med HPV					
Jeg så en annonse om vaksinen					
En venninne(r) av meg har tatt vaksinen eller skal ta den					
Flesteparten av jentene på min alder har tatt vaksinen eller skal ta den					
Vaksinen var gratis					

Dersom andre faktorer enn de nevnt i tabellen over hadde innflytelse i ditt valg om å ta HPV vaksine, vennligst spesifiser:

---



---

4) Kryss av opp til 4 av de faktorene som hadde høyest innflytelse i ditt valg om å ta HPV-vaksinen

- En lege anbefalte vaksinen
- Helseesykepleier anbefalte vaksinen
- Foreldrene mine anbefalte vaksinen
- En venn anbefalte vaksinen
- Jeg er seksuelt aktiv og er derfor utsatt for å bli smittet med HPV
- Jeg så en annonse om vaksinen
- En venninne(r) av meg har tatt vaksinen eller skal ta den
- Flesteparten av jentene på min alder har tatt vaksinen eller skal ta den
- Vaksinen var gratis
- Annet (det du selv noterte over)

### DEL 3

1) Kryss av for hvor stor innflytelse de følgende faktorene hadde i ditt valg om å IKKE ta HPV-vaksine.

	Stor innflytelse	Noe innflytelse	Nøytral	Ingen innflytelse	Ikke aktuelt
Jeg har ikke fått anbefaling av en lege					
Jeg har ikke fått anbefaling av helseesykepleier					
Jeg har ikke fått anbefaling av foreldrene mine					
Jeg har ikke hørt om vaksinen					
Vaksinekostnaden er dyr					
Jeg er i et fast forhold og trenger derfor ikke vaksinen					
Foreldrene mine ville ikke at jeg skulle ta vaksinen					

Frykt for bivirkninger					
Jeg har ikke nok kunnskap om vaksinen					
Jeg har sprøyteskrekk					
Jeg har allerede HPV					
Jeg er ikke seksuelt aktiv					
Den går imot min religiøse tro (f.eks. at en ikke har sex før ekteskap)					
Vanskelig å finne tid til å ta vaksinen					
Vennene mine har ikke tatt den					
En jeg kjenner har hatt dårlig erfaring med vaksinen					
Jeg vet ikke hvor jeg kan ta vaksinen					
Jeg er i mot vaksiner					

Dersom andre faktorer enn de nevnt i tabellen over hadde innflytelse i ditt valg om å IKKE ta HPV vaksine, vennligst spesifiser:

---



---



---

2) Kryss av opp til 4 av de faktorene som hadde høyest innflytelse i ditt valg om å IKKE ta HPV-vaksine

- Jeg har ikke fått anbefaling av en lege
- Jeg har ikke fått anbefaling av helsesykepleier
- Jeg har ikke fått anbefaling av foreldrene mine

- Jeg har ikke hørt om vaksinen
- Vaksinekostnaden er dyr
- Jeg er i et fast forhold og trenger derfor ikke vaksinen
- Foreldrene mine ville ikke at jeg skulle ta vaksinen
- Frykt for bivirkninger
- Jeg har ikke nok kunnskap om vaksinen
- Jeg har sprøyteskrekk
- Jeg har allerede HPV
- Jeg er ikke seksuelt aktiv
- Den går imot min religiøs tro (feks. at en ikke har sex før ekteskap)
- Vanskelig å finne tid til å ta vaksinen
- Vennene mine har ikke tatt vaksinen
- En jeg kjenner har hatt dårlig erfaring med vaksinen (feks. bivirkninger)
- Jeg vet ikke hvor jeg kan ta vaksinen
- Jeg er imot vaksiner
- Annet (det du selv noterte over)

3) Kryss av for hvor stor innflytelse følgende faktorer vil ha for ditt valg om å ta HPV-vaksine en gang i fremtiden.

	<b>Stor innflytelse</b>	<b>Noe innflytelse</b>	<b>Nøytral</b>	<b>Ingen innflytelse</b>	<b>Ikke aktuelt</b>
Anbefaling fra en lege					
Anbefaling fra helsesykepleier					
Anbefaling fra foreldrene mine					
Anbefaling fra en venn					
Jeg er seksuelt aktiv og er derfor utsatt for å få bli smittet med HPV					
Annonsering av vaksinen (med informasjon om vaksinen)					

En venninne(r) har tatt vaksinen eller skal ta den					
Flesteparten av jentene på min alder har tatt vaksinen eller skal ta den					
Gratis vaksinerings					
Jeg kan få tatt vaksinen på skolen					

Dersom andre faktorer enn de nevnt i tabellen over vil ha betydning i ditt valg om å ta HPV vaksinen en gang i fremtiden, vennligst spesifiser:

---



---



---

4) Kryss av opp til 4 faktorer som ville hatt høyest innflytelse i ditt valg om å ta HPV-vaksinen en gang i fremtiden

- Anbefaling av en lege
- Anbefaling av en helsesykepleier
- Anbefaling av foreldrene mine
- Anbefaling av en venn
- Jeg er seksuelt aktiv og er derfor utsatt for å bli smittet med HPV
- Annonsering av vaksinen (med informasjon om vaksinen)
- En venninne(r) har tatt vaksinen eller skal ta den
- Flesteparten av jentene på min alder har tatt vaksinen eller skal ta den
- Gratis vaksinerings
- Jeg kan få tatt vaksinen på skolen
- Annet (det du selv noterte over)

Takk for at du ville delta i undersøkelsen!