



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Riikka Marjamäki & Rosa-Linda Rahja

LUKIOIKÄISTEN TIEDONTASO JA ASENTEET ROKOTTAMISESTA

Sosiaali- ja terveysala
2020

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Riikka Marjamäki & Rosa-Linda Rahja
Opinnäytetyön nimi	Lukioikäisten tiedontaso ja asenteet rokottamisesta
Vuosi	2020
Kieli	suomi
Sivumäärä	66 + 3 liitettä
Ohjaaja	Anne Puska

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lukioikäisten tiedontaso ja asenteet rokottamisesta. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät ovat yhteydessä tiedontasoon ja asenteisiin. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä terveydenhuollon ymmärrystä lukioikäisten rokottamisen tiedontasosta ja asenteista rokottamista kohtaan. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin, täytyisikö lukioikäisten tiedontasoon ja asenteisiin pyrkiä vaikuttamaan.

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään laajasti keskeisiä asioita rokottamisesta, kansallisesta rokotusohjelmasta ja rokottamiseen liittyvistä haittavaikutuksista. Lisäksi esitellään aikaisempia tutkimuksia rokottamisen tiedontasosta ja asenteista rokottamista kohtaan. Tutkimus toteutettiin määrällisenä kyselytutkimuksena, johon sisältyi yksi laadullinen kysymys. Tutkimusaineisto kerättiin Kalajoen lukiossa marraskuussa 2019. Kyselyyn vastanneita oli 186.

Tutkimuksen lukioikäisten tiedontaso rokottamisesta oli hyvä. Ensimmäisellä ja kolmannella vuosiluokalla olevilla vastaajilla oli parempi tiedontaso kuin toisella vuosiluokalla olevilla. Lähes kaikilla lukioikäisillä oli vähintään melko hyvä asenne rokottamista kohtaan. He pitivät rokottamista hyödyllisenä ja tarpeellisenä. Asenteisiin vaikuttivat vahvasti saatu tieto rokottamisesta, vanhempien mielipiteet, terveydenhuollon ammattilaisten luotettavuus sekä pelko rokottamista kohtaan. Lukioikäiset kaipasivat lisää tietoa erityisesti rokotusten haittavaikutuksista. Tutkimuksen tulokset vahvistivat aikaisempia tutkimustuloksia rokotuksiin liittyvistä asenteista ja tiedontasosta.

ABSTRACT

Author	Riikka Marjamäki & Rosa-Linda Rahja
Title	The Level of Knowledge and the Attitudes of Upper Secondary School Aged Students Regarding Vaccination
Year	2020
Language	Finnish
Pages	66 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Anne Puska

The purpose of this bachelor's thesis was to describe the level of knowledge and attitudes of upper secondary school aged students regarding vaccination and find out the factors that influence their knowledge and attitudes. The goal of this bachelor's thesis was to increase the awareness of healthcare professionals about the level of knowledge and the attitudes of students regarding vaccination. Also, the need to improve the level of knowledge of students or to have an influence on their attitudes regarding vaccination, was considered.

The theoretical framework was based on the key concepts of vaccination, Finnish national vaccination programme and the adverse effects of vaccinations. In addition, previous research of knowledge and attitudes regarding vaccination are presented. The study was carried out using a quantitative research method, which included a qualitative question. The data was collected using questionnaires in Kalajoki Upper Secondary School in November 2019. The questionnaire was answered by 186 respondents.

The results of the thesis indicated that the level of knowledge of the students regarding vaccination was good. The knowledge of first- and third-year students was better than the knowledge of second-year students. Almost all of the students had at least a fairly good attitude towards vaccination and they found it useful and necessary. The attitudes were strongly influenced by received information of vaccination, the attitudes of the parents, the reliability of healthcare professionals and the fear of vaccination. The students would like to have more information especially about the adverse effects of vaccination. The results of the thesis confirmed previous research results of the level of knowledge and the attitudes regarding vaccination.

Keywords Vaccination, vaccinate, upper secondary school aged students, level of knowledge, attitude

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	8
2	ROKOTTAMINEN.....	10
2.1	Immunitaetti ja rokottaminen	10
2.2	Rokotusohjelma	11
2.3	Rokotuskattavuus ja laumaimmunitaetti	14
2.4	Rokotusten haittavaikutukset.....	16
2.5	Tiedontaso ja asenteet rokottamisesta	18
3	TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	23
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
4.1	Kohderyhmä	24
4.2	Kyselylomake	25
4.3	Aineiston keruu.....	26
4.4	Määrällisen aineiston analysointi	27
4.5	Laadullisen aineiston analysointi.....	30
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	31
5.1	Aineiston kuvaaminen	31
5.2	Lukioikäisten tiedontaso rokottamisesta	33
5.3	Taustamuuttujien yhteys tiedontasoon	35
5.4	Lukioikäisten asenteet rokottamista kohtaan.....	38
5.5	Taustamuuttujien yhteys asenteisiin.....	39
5.6	Asenteisiin vaikuttavat tekijät	41
6	POHDINTA	46
6.1	Tutkimuksen eettisyys	46
6.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	48

6.3 Tutkimustulosten tarkastelu.....	51
6.4 Oman oppimisen arviointi	56
6.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusmahdollisuudet.....	58
LÄHTEET	60
LIITTEET	67

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Tiedontaso rokottamisesta, oikeiden vastausten määrä 24 väittämään.	33
Kuvio 2. Asenteisiin vaikuttavat tekijät.	45
Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot (N = 186).....	32
Taulukko 2. Tiedontaso rokottamisesta (N = 186).....	33
Taulukko 3. Tiedontaso-osion oikein vastanneiden osuus (N = 186).	34
Taulukko 4. Taustamuuttujien yhteys tiedontasoon.....	37
Taulukko 5. Asenteet rokottamisesta (N = 186).....	38
Taulukko 6. Mielenpiteiden jakautuminen asenne-osiossa (N = 186).....	38
Taulukko 7. Taustamuuttujien yhteys asenteisiin.	41
Taulukko 8. Tiedontason vaikutus asenteisiin rokottamisesta (%).	42

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Kyselylomake**LIITE 3.** Vastausten jakautuminen tiedontaso-osiossa

1 JOHDANTO

Tärkeimmät ihmisen terveyteen vaikuttavat tekijät ovat puhdas vesi, ilma ja ravinto. Heti näiden jälkeen tulevat rokotukset, joilla tuotetaan ja ylläpidetään terveyttä kustannustehokkaasti. (Duodecim 2018.) Rokotuksilla torjutaan infektioitauteja sekä suoraan yksilötasolla että epäsuoraan vähentäen taudinaiheuttajien mahdollisuutta levitä väestössä. Rokotusten ansiosta monet taudit, niiden jälkitaudit ja komplikaatiot ovat käyneet yhä harvinaisemmiksi ja Suomessa niistä useat on saatu hävitettyä kokonaan. (THL 2020.) Rokotuksilla saavutettu immunisaatio on tehokkaiden ja tasapuolisten terveysjärjestelmien perusrakenne, joka edistää terveyttä ja kestävästä kehitystä maailmanlaajuisesti (WHO 2018).

Suomessa on tällä hetkellä hyvä rokotuskattavuus eli suurin osa väestöstä on saanut rokotusohjelman mukaiset rokotteet (Sivelä, Launis, Jääskeläinen, Puumalainen & Nohynek 2018; THL 2016 b). Hyvän rokotuskattavuuden takana on tutkitusti todistettuun tietoon perustuvat toimenpiteet. Ihmisillä on kuitenkin myös virheellisiä käsityksiä rokottamisesta, joihin täytyisi pyrkiä vaikuttamaan. (Sivelä ym. 2018.) Tärkeitä rokotuskattavuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat luottamus terveydenhuollon ammattilaisiin ja oikeanlainen terveystiedotus, joka ohjaa kansalaisia terveyteen ajatteluun rokottamisesta (Laurent & Nohynek 2018). Tiedonpuute voi altistaa vääränlaisiin asenteisiin rokottamista kohtaan ja sitä kautta rokottamattomuuteen (Broas, Kaukoniemi & Syrjälä 2014).

Rokottamiseen liittyvistä asenteista puhuttaessa käytetään usein termejä rokotusmyönteisyys ja rokotusvastaisuus (Sivelä ym. 2018). Rokotusvastaisuuden taustalla voi olla esimerkiksi Leino ja Puumalaisen (2018) artikkelissa mainittu ilmiö, miten ihmiset näkevät ainoastaan rokotusten haittavaikutukset sen jälkeen, kun rokottamisen ansiosta on tauti saatu hävitettyä alueelta. Rokotteita ei koeta silloin hyödylliseksi, kun tauteja ei yhteiskunnassa enää esiinny. Tauteja alkaa kuitenkin uudelleen ilmaantua ja levitä, jos rokotuskattavuus huomattavasti laskee. (Rokotustieto 2018.)

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin lukioikäiset. Suuri osa nuorista on kyvykkäitä ymmärtämään omaa terveydenhuoltoaan, joten heidän oikeutta itsenäiseen

päätöksentekoonsa tulisi kunnioittaa (Doig & Burges 2000). Lukioiässä oma ajattelu kehittyy ja asioita aletaan ajatella oman itsensä lisäksi myös yhteiskunnan kannalta (MLL 2017). Lukioikäisiä olisi hyvä ohjata ymmärtämään rokottamisen merkitys yhteiskunnan hyvinvoinnille ja näkemään sen antamat mahdollisuudet viedä kansanterveyttä eteenpäin. Espanjalaisen tutkimuksen mukaan nuoret yleensä suhtautuvat positiivisesti rokottamiseen, vaikka heidän tietonsa niistä perustuvatkin lähipiirin kanssa käytyihin keskusteluihin (Navarro-Illana, Diez-Domingo, Navarro-Illana, Tuells, Alemán & Puig-Barberá 2013). Useimmat nuoret lisäksi myöntävät, että yleensä vanhemmat päättävät heidän rokotteiden ottamisesta, eivätkä he itse (Gowda, Schaffer, Dombkowski & Dempsey 2012).

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lukioikäisten tiedontaso ja asenteet rokottamisesta. Aihe valittiin sen mielenkiintoisuuden ja ajankohtaisuuden vuoksi. Rokottaminen on maailmanlaajuisesti aina tärkeä aihe, sillä se on yksi terveyden edistämisen tärkeimmistä keinoista. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös selvittää lukioikäisten tiedontasoa ja asenteita rokottamisesta sekä taustamuuttujien yhteyttä niihin. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä terveydenhuollon ymmärrystä lukioikäisten rokottamisen tiedontasosta ja asenteista rokottamista kohtaan. Tavoitteena oli saadun tiedon avulla selvittää, pitäisikö lukioikäisten tiedontasoon tai asenteisiin pyrkiä vaikuttamaan, jotta Suomen rokotuskattavuuden tilanne pysyisi ennallaan.

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään laajasti rokottamista, kansallista rokotusohjelmaa ja rokottamiseen liittyviä haittavaikutuksia. Lisäksi esitellään aikaisempia tehtyjä tutkimuksia rokottamisen tiedontasosta ja asenteista rokottamista kohtaan. Tutkimus toteutettiin määrällisenä kyselytutkimuksena, johon sisältyi yksi laadullinen kysymys. Tutkimuksen kohdeorganisaatioksi valittiin Kalamjoen lukio, jossa tutkimusaineisto kerättiin marraskuussa 2019. Kyselyyn saatiin vastauksia 186. Aineistoa analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmassa tilastollisten menetelmien avulla.

2 ROKOTTAMINEN

Rokotuksilla on merkittävä rooli tartuntatautien torjumisessa (STM 2019 a). Rokotuksilla torjutaan infektioitauteja suoraan yksilötasolla sekä epäsuoraan vähentäen taudinaiheuttajien mahdollisuutta levitä väestössä. Rokotusten ansiosta monet taudit, niiden jälkitaudit ja komplikaatiot ovat käyneet yhä harvinaisemmiksi ja Suomessa niistä useat on saatu hävitettyä kokonaan. (THL 2020.) Suomessa rokotuskattavuutta pyritään ylläpitämään valistuksella sekä terveydenhuollon ja kansalaisyhteiskunnan luottamuksella toisiinsa (Laurent & Nohynek 2018). Suomessa esiintyy kuitenkin myös rokotusvastaisuutta, jonka taustalla voivat olla ihmisten huolet ja harhakäsitykset rokottamisesta. Lisäksi käytännölliset seikat, kuten pitkät neuvolamatkat tai sopimattomat rokotusajat voivat johtaa rokotusvastaisuuteen. (Sivelä ym. 2018.)

Tutkimuksen teoreettista viitekehystä laadittaessa tieteellisiä julkaisuja etsittiin PubMed, Cinahl ja Medic -tietokannoista, ja lisäksi käytettiin THL:n ja STM:n sivustojen tieteellistä kirjallisuutta. Hakusanoina käytettiin asiasanoja rokotukset, rokottaminen, lukioikäiset, tiedontaso ja asenteet. Hakusanoista käytettiin myös sanojen englanninkielisiä vastineita.

2.1 Immunitetti ja rokottaminen

Immunitettiin eli elimistön vastustuskykyyn sisältyvät kaikki infektioiden torjumiseen osallistuvat elimistön puolustus- ja suojajärjestelmät. Immunitetti saa perustansa jo sikiöaikana jatkaen kehitystään syntymän jälkeen. Se kehittyy ja muoutuu elämän myötä kohdatessaan vieraita mikrobeja ja aineita joko luonnollisesti tai rokotusten välityksellä. (Lumio 2018.) Rokotukset sisältävät joko taudinaiheuttajia tai niiden osia, jotka estävät tartunnan ja taudin puhkeamisen vaikuttamalla ihmisen immuuni- eli puolustusjärjestelmään (Fimea 2019).

Rokotukset sisältävät vaikuttavaa ainetta eli antigeeniä ja apuaineita. Lisäksi niissä voi olla vähäisissä määrin jäämiä aineista, joita on käytetty rokotteiden valmistamisessa. (THL 2014.) Yhdessä rokotteessa voi olla yhtä tai useampaa antigeeniä, joka stimuloi elimistön vastustuskykyä eli on immunologinen aine. Rokotteet jaotellaan kahteen pääryhmään riippuen siitä, sisältävätkö ne eläviä heikennettyjä

taudinaiheuttajia vai eivät. (THL 2016 a.) Suurin osa tällä hetkellä käytössä olevista rokotteista sisältävät joko pilkottuja taudinaiheuttajia, niiden pintaproteiineja tai -sokereita, toksoideja tai kokonaisia tapettuja eli inaktivoituja taudinaiheuttajia (Fimea 2019). Toksoidit ovat bakteerimyrkkyjä, jotka on käsitelty myrkyttömään muotoon (Duodecim 2019). Tavallisin rokotteissa käytettävä apuaine on vesi, johon muut ainesosat ovat liuotettuina (Elonsalo 2016). Muita apuaineita ovat esimerkiksi formaldehydi sekä alumiinisulolat, jotka ovat normaalisti ympäristöstä saatavia myrkyllisiä aineita. Rokotteissa niitä on kuitenkin huomattavan paljon vähemmän. Apuaineet ovat välttämättömiä rokotteiden tehon, säilyvyyden ja oikeanlaisen koostumuksen saavuttamiseksi. (Rokotustieto 2018.)

Rokotteen saa antaa vain lääkäri tai asianmukaisen koulutuksen saanut sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai kättilö (STM:n asetus 149/2017). Rokote voidaan antaa joko ihonalaisena pistoksena reiden ulkosyrjään tai olkavarteen, lihaksensisäisesti reisi- tai hartialihakseen tai ihonsisäisesti vasempaan olkavarteen. Lisäksi rokote voidaan antaa suun tai nenän kautta. (Nohynek & Leino 2019.) Rokotteen antamisesta tulee tehdä poikkeuksetta merkintä potilasasiakirjoihin. Merkinnästä tulee selvittää rokotteiden antopäivämäärä, rokotteiden nimi ja eränumero, rokotuskohta, rokotustapa ja rokottaja. (STM:n asetus 149/2017.) Rokotteita annetaan muun muassa neuvoloissa, opiskelu- ja kouluterveydenhuollossa, sairaaloissa, terveysasemilla sekä kotisairaanhoidossa (THL 2019 a). Rokotteet ja rokottamisen järjestäminen täytyy huomioida toimipaikan lääkehuollon suunnitelmassa (THL 2019 b).

2.2 Rokotusohjelma

Kansallisen rokotusohjelman on laatinut Sosiaali- ja terveysministeriö, joka vastaa rokotusohjelman sisällöstä sekä rokotteiden lainsäädännöstä (STM 2019 a). Rokotusohjelman tavoitteena on luoda suomalaisille mahdollisimman hyvä suoja rokotteilla estettävissä olevia tauteja vastaan (THL 2017 a). Kunnalla on velvollisuus järjestää kuntalaisilleen kansallisen rokotusohjelman mukaiset rokotteet. Kunnassa on oltava kunnan virkasuhteessa oleva tartuntataudeista ja rokotustoiminnasta vastaava lääkäri. (L21.12.2016/1227.) Vastuussa oleva lääkäri suunnittelee ja toteuttaa kunnan rokotustoimintaa (STM:n asetus 149/2017). Rokotusohjelmaan

kuulumattomien työn vaarojen vuoksi annettavienrokotteiden järjestäminen on puolestaan työnantajan hankkiman työterveyshuollon tehtävä (L21.12.2016/1227).

Rokotusohjelmaa kehitetään jatkuvasti. THL:n kokoama kansallinen asiantuntijatyöryhmä arvioi uuden rokotteen lisäämistä rokotusohjelmaan. Arviointi toteutetaan tarkkoja kriteereitä noudattaen sekä yksilö- että yhteiskuntatasolla. Uuden rokotteen tulee olla turvallinen ja aiheuttaa yhteiskunnassa enemmän hyötyä kuin haittaa. Lisäksi sen tulee vähentää merkittävästi tautien esiintyvyyttä ja aiheuttaa terveyshyötyjä kohtuullisella taloudellisella panostuksella. (THL 2018 b.) Sosiaali- ja terveysministeriö päättää rokotusohjelmaan lisättävät rokotteet saatuaan tietoa rokotteisiin perehtyneiltä asiantuntijoilta (L21.12.2016/1227). Esimerkiksi vuodesta 2010 lähtien annettava pneumokokkrokote sekä vuodesta 2009 lähtien annettava rotavirusrokote kävivät läpi tämän lääketieteellisen ja terveystaloudellisen arvioinnin. Sen seurauksena niiden todettiin olevan todellinen menestys ja tuovan selkeää hyötyä sekä säästöä yhteiskunnalle. (Ruutu 2018.) Rokottamisen kohteina olevien tautien ehkäiseminen ja hävittäminen kertovatkin onnistuneesta rokotusohjelmasta (Leino 2017).

Kansallinen rokotusohjelma sisältää pikkulasten neuvolarokotteet, nuoruus- ja aikuisiässä annettavat neuvolarokotteiden tehosteet, varusmiesten rokotteet, aikuisten tehosterokotteet sekä erilaisten riskiryhmien rokotteet (Nohynek 2017). Pikkulasten rokotteisiin kuuluvat kaksi yhdistelmärokotetta, DTaP-IPV-Hib ja MPR, sekä pneumokokki-, rotavirus- ja HPV-rokote. Yhdistelmärokote DTaP-IPV-Hib suojaa jäykkäkouristukselta, kurkkumädältä, hinkuyskältä, polioltä sekä aivokalvontulehdusta ja verenmyrkytystä aiheuttavalta Hib-bakteerilta. MPR-yhdistelmärokote puolestaan antaa suojaa tuhkarokkoa, vihurirokkoa ja sikotautia vastaan. Lisäksi vuosittain on mahdollista saada kausi-influenssarokote. Vesirokkorokotetta tarjotaan kaikille 1,5- ja 6-vuotiaille, jotka eivät ole sairastaneet vesirokkoa. 14–15 vuoden iässä annetaan dtap-tehosterokote eli jäykkäkouristus-, hinkuyskä- ja kurkkumätärokkotteiden tehostaja. (THL 2019 d.) Sama tehosterokote annetaan myös 25-vuotiaana. 45- ja 65-vuotiaana annetaan vielä dT eli jäykkäkouristus-kurkkumätärokkotteiden tehosterokote. Poliorokotetta ei tarvitse enää tehostaa, ellei ole lähdössä polion riskialueille. Aikuisiässä voidaan täydentää myös muuten puutteellista

rokotussuojaa. Aikuisen tulee itse huolehtia siitä, että on saanut tarvittavat rokotteet. Annetut rokotteet kirjataan potilastietojärjestelmään ja potilaan omaan terveyskorttiin, josta omat rokotteensa ja tehosteiden ottamisen ajankohdat voi tarkistaa. (THL 2019 e.)

Riskiryhmiin kuuluville voidaan antaa lisäksi BCG-, kausi-influenssa-, pneumokokki-, TBE- ja hepatiitti A- ja B-rokotteet. BCG- eli tuberkuloosirokotetta annetaan lapsille, joilla on suurentunut riski tuberkuloositartunnalle. Influenssarokotetta tarjotaan puolestaan lapsille, joille influenssa aiheuttaisi merkittävän terveydellisen uhan. Alle 5-vuotiaat lapset, joilla on jonkin sairauden vuoksi lisääntynyt riski saada pneumokokkitauti tai sen jälkitauti, saavat kansallisen rokotusohjelman rokotteiden lisäksi pneumokokkirokotteen maksutta. TBE- eli puutiaisivotulehdusrokotteeseen ovat oikeutettuja yli 3-vuotiaat lapset, jotka asuvat Ahvenanmaalla tai manner-Suomen riskialueilla tai mökkeilevät niillä alueilla. Hepatiittirokotetta tarjotaan lapsille, joilla on elinolojen vuoksi suurentunut vaara hepatiitti A- tai B-tartunnalle. Näiden lisäksi kantasolusiirron jälkeen tulee rokotussuoja rakentaa uudelleen ja harkita tiettyjä riskiryhmien rokotteita. (THL 2019 f.)

Rokotusohjelman sisältämät rokotteet ovat saajalleen vapaaehtoisia ja maksuttomia. Ne rahoitetaan valtion budjetista. (THL 2017 a.) Suomessa rokotusohjelman mukaisten rokotusten hankkiminen ja antaminen yhdelle lapselle maksaa 228 euroa. Riskiryhmiin kuuluville annettavien rokotusten kustannukset on määritelty erikseen. Yhteensä lasten rokotusohjelman mukaisten rokotteiden hankkiminen ja antaminen maksavat Suomessa vuosittain 13,6 miljoonaa euroa. (Salo & Kilpi 2017.) Suomessa ei olla lähdetty pakkorokottamiseen, koska uskotaan korkean koulutustason sekä tieteellisen valistuksen johtavan korkeimpaan rokotuskattavuuteen (Ruutu 2018). Kuntien järjestämien rokotteiden ottaminen onkin vapaaehtoista. Pakollisia rokotteita voivat olla ainoastaan valtioneuvoston säätämät rokotukset, joiden välttämättömyys on perusteltu väestön tai sen osan hengen ja terveyden vahingoittamisen sekä tartuntatautien leviämisen ehkäisemisellä. Tämä rokote voi olla pakollinen ainoastaan tietyille ryhmälle, ikäluokalle tai väestön osalle. (L21.12.2016/1227.)

Vesirokkorokote on ollut Suomen kansallisessa rokotusohjelmassa vuoden 2017 syyskuusta alkaen kahden annoksen ohjelmalla. Tätä ennen vesirokko on aiheuttanut huoltajien poissaolopäivistä jopa 7 % sen suunnilleen viikon kestäväen hoitamisen takia. (Leino & Puumalainen 2018.) Esimerkiksi Saksassa vesirokkorokotetta on annettu yhden annoksen ohjelmalla vuodesta 2004 lähtien 80 %:n rokotuskattavuudella. Tällä ohjelmalla vesirokosta aiheutuneet sairaalajaksot ovat vähentyneet 70 %. (Siedler & Dettmann 2014.) Jokainen rokotteisiin sijoitettu euro maksaa itsensä noin 6,6-kertaisesti takaisin. Lisäksi sairastamatta jääneiden tautitapausten jorjokkien terveydenhoitokustannusten säästöt ovat vuosittain noin 72 miljoonaa euroa. (Salo & Kilpi 2017.) 80 %–90 % rokotuskattavuudella vesirokkotapaukset vähenevät Suomessa merkittävästi tulevienkin vuosien aikana. Niiden ennustetaan vähenevän jopa 10 %:iin alkuperäisestä määrästä. (Siedler & Dettmann 2014.)

Uuden koronaviruksen aiheuttama epidemia käynnistyi Kiinan Wuhanista vuoden 2020 alussa. Uusi koronavirus, SARS-CoV-2, aiheuttaa COVID-19 -nimistä tartuntatautia. WHO eli Maailman terveysjärjestö julisti COVID-19-epidemian myöhemmin pandemiaksi viruksen leittyä maailmanlaajuisesti. (Fimea 2020.) COVID-19 on nuhakuumemainen infektiosairaus, joka leviää kosketus- ja pisaratartuntana erittäin helposti (WHO 2020). Tautiin ei ole olemassa rokotetta, mutta sitä yritetään kehittää parhaillaan pandemian pysäyttämiseksi (Fimea 2020). Rokotteen kehittämisen nopeuttamiseksi on jopa tehty poikkeus kliinisiä kokeita koskeviin säädöksiin, jotta rokote saataisiin nopeammin markkinoille. Poikkeus on väliaikainen ja koskee ainoastaan COVID-19 -tautia vastaan kehitettävää rokotetta. Tehokas ja turvallinen rokote tartuntatautia vastaan olisi ratkaisu pandemian pysäyttämiseksi. Poikkeus kliinisiä kokeita koskevissa säädöksissä on tehty hätäkäyttöön ja on välttämätön tämän pandemian pysäyttämässä. (Euroopan parlamentti 2020.)

2.3 Rokotuskattavuus ja laumaimmunitetti

Rokotuskattavuus kuvaa sitä, kuinka suuri osa väestöstä on saanut rokotteen. Rokotuskattavuutta seurataan THL:n perustaman rokotusrekisterin avulla. (THL 2016 b.) Suomessa rokotuskattavuus kansallisen rokotusohjelman mukaisilla rokotteilla on varsin hyvä, mutta alueelliset erot saattavat olla suuria (Sivelä ym. 2018).

Ihmiset saattavat ajatella, että rokotteilla karkotettuja tauteja ei enää ole, joten rokotteitakin pidetään tarpeettomina. Näitä tauteja alkaa kuitenkin ilmaantua uudelleen, mikäli rokotteet jätetään ottamatta ja rokotuskattavuus laskee. (Rokotustieto 2018.)

Rokottaminen suojaa sekä itse rokotettua että hänen ympärillään olevia muita ihmisiä (THL 2016 b). Kun rokotettujen määrä on 90–95 % väestöstä, ovat loput kansasta suojassa taudilta rokotettujen keskuudessa (Nykopp 2014). Rokottamaton osa väestöstä saa epäsuoraa suojaa rokotettujen avulla. Tätä ilmiötä kutsutaan laumaimmunitetiksi. Laumaimmunitetin luominen vaatii kuitenkin sen, että kriittisen rokotuskattavuuden vaatimus on täyttynyt. Kriittisen rokotuskattavuuden raja on sitä korkeampi, mitä tartuttavampi tauti on kyseessä. Tuhkarokolla on esimerkiksi korkein (95 %) rokotuskattavuuden vaatimus, sillä jo yksi infektion saanut voi tartuttaa sairastumisellaan yli 15 yksilöä. (Laurent & Nohynek 2018.) Influenssaan sairastunut puolestaan tartuttaa noin 1,5 yksilöä sairastaessaan, joten raja on huomattavasti matalampi (Nykopp 2014). Eurooppaan uudestaan saapunut tuhkarokko onkin selvä uhka myös Suomelle, sillä joillain alueilla rokotuskattavuus jää selvästi alle tarvittavan 95 %:n (Ruutu 2018).

Vuonna 2017 raportoitiin maailmanlaajuisesti suurin koskaan saavutettu kaikkien kolmen DTP-rokotusannoksen saaneiden lasten määrä, 116,2 miljoonaa. Jo vuonna 2018 rokotuskattavuus oli kuitenkin huomattavasti matalampi osoittaen sen, miten helposti saavutettu menestys rokotuskattavuudessa menetetään. Monet WHO-alueet ovatkin kärsineet esimerkiksi suurista tuhkarokko- ja kurkkumätätapauksista, jotka ovat aiheuttaneet jopa kuolemia. (WHO 2018.)

Kansallisen rokotusohjelman rokotteiden kattavuudessa on Suomessa paljon alueellista vaihtelua (Sivelä ym. 2018). Esimerkiksi HPV-rokote lisättiin kansalliseen rokotusohjelmaan 2013 (STM 2019 b). Pohjois-Pohjanmaalla vuonna 2004 syntyneiden yhden rokoteannoksen saaneiden tyttöjen HPV-rokotuskattavuus vuoden 2017 tilastossa oli 60,1 %. Koko Suomessa puolestaan sama luku oli 74 %. (THL 2019 c.) Kalajoen kaupungissa taas saman ikäluokan tyttöjen HPV-rokotteen saaneita oli 70,4 %. Kuitenkin täydellisen suojan saaneita, eli jokaisen kolmen

rokoteannoksen saaneita oli vuoden 2018 tilastossa Kalajoella 67,4 % ja koko Suomessa 66,5 %. (THL 2018 a.)

2.4 Rokotusten haittavaikutukset

Rokottamiseen liittyvä haittatapahtuma voi aiheutua rokotteesta, liittyä rokotustilanteeseen tai olla vain samaan aikaan sattuva tapahtuma, joka ei liity rokottamiseen. Haitat voivat olla odotettuja, jolloin niistä on tiedetty jo ennen myyntiluvan myöntämistä tai niistä on saatu kokemusta myyntiluvan jälkeen. Haittatapahtumat jaetaan yleisiin, melko harvinaisiin ja harvinaisiin tapahtumiin. Ne luokitellaan vakaviksi, jos ne johtavat sairaalahoitoon tai aiheuttavat hengenvaaran tai kuoleman. Useinkaan rokotteen ja haittatapahtuman syy-seuraussuhdetta ei voida täydellisesti todistaa. Useimmiten tapahtumaa onkin vain arvioitava saadun näytön pohjalta ja mietittävä, olisiko jokin muu asia voinut olla selittävänä tekijänä tilanteessa. (Nohynek 2013.)

Kaikilla rokotteilla voi olla erilaisia, yksilöllisiä haittavaikutuksia. Niiden esiintyminen on kuitenkin vähäistä, ja valtaosa niistä ovat lieviä ja ohimeneviä. (THL 2016 c.) Rokotteet on kehitetty mahdollisimman tehokkaiksi, ja niiden haittavaikutukset on pyritty minimoimaan. Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat pistoskohdassa ilmenevä punoittava sävy, turvotus, kipu tai kuumotus. Anafylaktinen reaktio on harvinainen, mutta vaarallinen ja nopeasti hoitoa vaativa rokotteesta aiheutuva reaktio. (Hermanson 2012.) Muita haittavaikutuksia ovat muun muassa alaraajan turvotus ja ihonvärin muutokset (discolored leg -reaktio), pyörtymistä muistuttava oireisto (hypotonis-hyporesponsiivinen episodi eli HHE), kouristukset, kuumereaktiot, pyörtyminen, suurentuneet imusolmukkeet, rokotusraajan paikalliset oireet ja vatsan alueen oireet sekä verihiutaleiden niukkuus. Yksilöllisiä haittavaikutuksia esiintyy muun muassa BCG-, MPR-, rotavirus- ja tetanustehosterokotteissa. (THL 2016 c.)

Terveysalan ammattilaisella on velvollisuus ilmoittaa epäilemästään tai havaitsemastaan rokotteen aiheuttamasta haittavaikutuksesta Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimealle. Fimea kirjaa saamansa tiedon haittavaikutuksista valtakunnalliseen haittavaikutusrekisteriin. Haittavaikutusrekisterin tiedot luovutetaan

Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle, joka seuraa rokotteiden vaikutuksia. Lisäksi se huolehtii rokottamisesta ja rokotteista aiheutuvien mahdollisten haittavaikutusten selvittämisestä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on oikeutettu saamaan salassa pidettäviä potilasasiakirjoja käyttöönsä. Rokotteiden tehoa, vaikuttavuutta ja turvallisuutta seuraamalla se ehkäisee tartuntatauteja ja niiden leviämistä. (L21.12.2016/1227.) Näin ollen rokotteiden turvallisuus on tarkasti säädeltyä ja valvottua. Turvallisuuden valvominen on tärkeää, sillä kaikista harvinaisimmat haittavaikutukset ilmenevät usein vasta laajemman rokotteen käytön jälkeen. Rokote saa myyntiluvan vasta lääkevalvontaviranomaisten tekemän rokotteen turvallisuuden arvioinnin jälkeen. (THL 2017 b.)

Vuonna 2009 maailmalla jylläsi sikainfluenssana tunnettu pandemia, A(H1N1)v 2009 -influenssa. Taudin aiheutti uusi influenssaviruksen muoto, jonka leviäminen alkoi Meksikosta ja Pohjois-Amerikasta. Virus pystyi lisääntymään myös keuhkoissa toisin kuin tavanomaisemmat kausi-influenssavirukset, jotka lisääntyvät vain ylähengitysteissä. Sikainfluenssavirus aiheutti usein keuhkokuumeen, joka aiheutti runsaasti kuolemantapauksia tehohoidosta ja hengityskoneista huolimatta. Pandemrix[®]-rokotteelle, eli rokotteelle sikainfluenssaa vastaan, myönnettiin myyntilupa kiireellisellä aikataululla Euroopan lääkeviraston toimesta. Yli puolet suomalaisista otti rokotteen vuosien 2009–2010 aikana. Vasta myöhemmin selvisi, että Pandemrix[®] -rokote lisäsi nuorten riskiä sairastua narkolepsiaan eli nukahtelusairauteen. Rokotuksen saaneiden riski sairastua narkolepsiaan kasvoi noin 10-kertaiseksi verrattuna rokottamattomiin. Narkolepsiaan sairastui 235 henkilöä rokotteen takia. Narkolepsian puhkeamiseen tarvittiin perinnöllinen alttius sekä erityinen rakenne kyseisestä influenssarokotteesta. Nykyisissä influenssarokotteissa rokotteen virusosan rakenne on erilainen. (Lumio 2019.)

Narkolepsiaepidemian taustalla on kiistatta sikainfluenssarokotukset. Narkolepsiaaudin syntyyn tarvitaan aina tietyn perimän lisäksi myös jokin taudin laukaiseva tekijä. Usein näiksi tekijöiksi on epäilty streptokokki-bakteeria tai useita virusinfektioita. Kahden vuoden sisällä sikainfluenssarokotteen ottamisesta diagnosoitu narkolepsia katsotaan rokotuksen laukaisemiseksi ja nämä henkilöt saavat lääkevahinkolain perusteella taloudellista korvausta tapahtuneesta. Tapaukset ovat

surullisia, mutta niiden rinnalla on pohdittu, miten pahaksi sikainfluenssapandemia olisi edennyt, mikäli kansalaisia ei olisi rokotettu niin nopeasti. Asiantuntijoiden mukaan rokottaminen sikainfluenssaa vastaan ehkäisi noin 800 000 tartuntaa ja 50 kuolemaa. Rokotteen aiheuttama haitta ei ollut teoreettisesti mitenkään ennakoitavissa. (Lumio 2019.)

2.5 Tiedontaso ja asenteet rokottamisesta

Keskusteltaessa, miten rokottamiseen yleisesti suhtaudutaan, puhutaan usein rokotusvastaisuudesta tai -myönteisyydestä. Nykyään kansaa puhuttava rokotusvastaisuus ei kuitenkaan ole tuore ilmiö, vaan sitä on käsitelty jo 1800-luvulla. Silloin rokotteet aiheuttivat pelkoa uutta ja tuntematonta asiaa kohtaan sekä vastustusta pakkorokottamiseen. (Sivelä ym. 2018.) Tauti saadaan hävitettyä, kun vuosien prosessin jälkeen rokote lisätään kansalliseen rokotusohjelmaan. Sen jälkeen on tyyppillistä, että huomio alkaa kiinnittyä vain rokotteiden puutteisiin ja niiden mahdollisesti aiheuttamiin haittoihin. (Leino & Puumalainen 2018.) Esimerkiksi tuhkarokotauhin vakavuus on unohtunut, kun sen kotoperäiset tartunnat Suomessa hävisivät 1990-luvun lopulla (Ruutu 2018).

Vanhemmilla on oikeuksia tehdä terveydenhuoltoa koskevia päätöksiä lapsilleen. Päätösvalta ei kuitenkaan oikeuta kaikkiin päätöksiin. Suuri osa nuorista on kyvykkäitä ymmärtämään asioita ja tekemään päätöksiä koskien omaa terveydenhuoltoaan. Nuoren oikeutta itsenäiseen päätöksentekoon tuleekin kunnioittaa. (Doig & Burges 2000.) Syitä nuoren rokottamattomuudelle on löydetty muun muassa nuorten rokotussuosituksen tuntemuksen ja ennaltaehkäisevän hoidon puutteesta. Vanhemmat kokevat, että ainoastaan rokotteiden hyvistä puolista kerrotaan ja sivuvaikutuksista informoiminen ohitetaan kokonaan. Monet nuoret puolestaan kokevat, että eivät tarvitse enempää tietoa rokottamisesta, sillä he kokevat vanhempien kertovan niistä riittävästi. Useimmat vanhemmat ja nuoret ovat yhtä mieltä siitä, että pääasiassa vanhemmat tekevät päätökset rokotteiden ottamisesta. Jos taas päätökset tehdään yhdessä, vanhemman sana painaa silti enemmän. Jotkut nuoret ottavat puolestaan kaikki rokotteet, joita lääkäri heille suosittelee. Joidenkin vanhemmat taas antavat nuoren päättää juuri HPV-rokotteen ottamisesta itse. Vanhempien tulisikin

antaa nuorelle vapautta pohtia ja päättää rokotteiden ottamisesta, mutta painottaa niiden tarpeellisuutta ja hyödyllisyyttä. (Gowda ym. 2012.)

Rokotusmyönteisyyden haasteina ovat sosiaalisessa mediassa jaetut mielipiteet, jotka eivät perustu aina tarkkaan tutkittuihin tietolähteisiin. Kansalaiset saattavat muodostaa asenteensa rokotteita kohtaan näiden mielipidetekstien myötä tietopohjasta riippumatta. (Ruutu 2018.) Vaikka terveydenhuollon tarjoajat tiedostavat, että huolet rokotteiden turvallisuudesta ja sivuvaikutuksista ovat merkittäviä esteitä nuorten rokottamiselle, heillä ei ole riittävästi aikaa keskustella näistä asioista terveyskeskuskäynneillä (Gowda ym. 2012).

Nuoret ovat yleensä enemmän huolissaan rokotteista aiheutuvista välittömistä sivuvaikutuksista, kuten pistopaikan kivusta ja turvotuksesta. Vanhemmat puolestaan miettivät enemmän pitkäaikaisia haittavaikutuksia. Myös ne vanhemmat, jotka eivät itse ole huolissaan rokotteiden turvallisuudesta, ymmärtävät sen huolettavan joitain vanhempia. (Gowda ym. 2012.) Nuoret suhtautuvat tästä huolimatta yleisesti ottaen positiivisesti rokottamista kohtaan. Espanjalaisen tutkimuksen mukaan nuorista vain noin yksi prosentti on täysin rokottamista vastaan. (Navarro-Illana ym. 2013.)

Espanjalaisessa tutkimuksessa suuri osa tutkimuksen nuorista tytöistä tiesi, mikä on HPV-infektio. Monikaan heistä ei kuitenkaan tiennyt HPV-infektion koskettavan myös miehiä. Yli puolet tytöistä ei kokenut itse olevansa infektoriskissä, mutta heistä vain noin 3 % jätti rokotuksen ottamatta sen takia. Vain pieni osa tutkituista tytöistä oli huolestunut rokotteen turvallisuusongelmista. Jopa puolet tytöistä ajatteli hyvällä hygienialla välttävänsä HPV-infektion. Tutkimuksessa tyttöjen tiedontaso HPV-infektiosta ei ollut riippuvainen yhteydenpidosta terveydenhuoltoon, vaan lähinnä tieto rokottamisesta oli peräisin keskusteluista läheisten ja perheen kanssa. Tutkimuksen mukaan sisaruksen aikaisempi rokottaminen oli yhteydessä heidän tiedontasoonsa. Yleisesti ottaen tyttöjen tiedontaso HPV-infektiosta oli hyvä, ja he ajattelivat HPV-rokotteen olevan tarpeellinen suoja syöpää vastaan. Noin 6 % kuitenkin ajatteli, että ei ota HPV-rokotetta sen haittavaikutusten vuoksi. (Navarro-Illana ym. 2013.)

Samassa espanjalaisessa tutkimuksessa noin 7 % tytöistä ei ollut saanut kaikkia rokotusohjelman mukaisia rokotteita tai ei tiennyt omista rokotteistaan. Tärkeä havainto oli, että nuorten tiedontaso perustui usein lähipiiristä ja mediasta saatuun tietoon. Mediasta saatua tietoa jaetaan suodattamatta kavereille, ja se voi aiheuttaa riskin rokotusvastaisuudelle. Rokotettujen tyttöjen tiedontaso oli tutkimuksessa korkeampi kuin rokottamattomien, mutta ei tiedetä vaikuttaako rokotteiden ottaminen tiedontasoon vai tiedontaso rokotteiden ottamiseen. (Navarro-Illana ym. 2013.)

Vanhempien syytä kieltäytyä lapsensa rokottamisesta on tutkittu useissa tutkimuksissa. Syyt ovat moninaisia, mutta niistä on voitu tiivistää neljä eri aihealuetta. Rokotteet voidaan jättää ottamatta uskonnollisista syistä tai henkilökohtaisista ja filosofisista syistä. Lisäksi rokotteisiin mielletyt turvallisuusongelmat tai liian vähäinen tietämys rokotteista voivat olla syinä rokottamattomuudelle. Henkilökohtaisista syistä rokottamista vastustavat ovat yleensä helpommin taivuteltavissa kuin uskonnollisista syistä rokottamisesta kieltäytyvät, sillä uskonnollisuus on tarkkaan harkittua ja vakaumuksellista. (McKee & Bohannon 2016.) Jotkut vanhemmat uskovat, että lapsen luontainen immuniteetti on parempi kuin rokotteilla aikaansaatu immuniteetti. Lisäksi he ajattelevat tautien sairastamisen vahvistavan elimistön puolustusjärjestelmää. Myös kulttuurierojen on havaittu vaikuttavan rokotusvastaisuuteen. (Fredrickson, Davis, Arnold, Kennen, Humiston, Cross & Bocchini 2004.)

Mahdollisesti suurin syy lapsensa rokottamatta jättämiseen on huoli rokotteiden turvallisuudesta (Dude, Gagnon, Nickels, Jeram & Schuster 2014). Yleisimpiä huolenaiheita ovat pelko haittavaikutuksista heti rokotteiden ottamisen jälkeen sekä pitkällä aikavälillä. Lisäksi joidenkin vanhempien mielestä rokotteista on liian vähän tietoa saatavilla. Luotettavimpia tietolähteitä heidän mukaansa ovat terveydenhuollon ammattilaiset, perhe ja ystävät. (Stefanoff, Mamelund, Robinson, Netterlid, Tuells, Bergsaker, Heijbel, Yarwood & The VACSATC 2010.) Kun tietoa ei saada terveydenhuollosta, aletaan sitä etsiä muista paikoista, jolloin varmuutta sen luotettavuudesta ei voida taata (Harmsen, Mollema, Ruiten, Paulussen, Melkeri & Kok 2013).

Hollantilaisessa tutkimuksessa vanhempien valintaan olla rokottamatta lapsiaan vaikuttivat negatiiviset kokemukset rokotteista. Niiden lisäksi sairastumisriskin ja sivuvaikutusten havaitseminen vaikuttivat kielteisiin asenteisiin rokottamista kohtaan. Jotkut vanhemmat kokivat taudin sairastamisen olevan hyväksi lapselle, joten he ajattelivat rokottamisen olevan turhaa. Tutkimuksen jotkut vanhemmat ajattelivat terveellisen elämäntavan vähentävän riskiä saada tartuntatauteja. He eivät uskoneet, että heidän lapsensa voisi saada tartuntaa. Tutkimuksen vanhempien mielestä rokotteista saa paljon vakavia sivuvaikutuksia eikä rokote edes suojaa taudilta kokonaan. Sosiaalisella ympäristöllä oli myös oma vaikutuksensa osaan vanhemmista ja heidän päätökseensä rokottaa tai olla rokottamatta lapsiaan. Lisäksi mediassa kerrotut tarinat rokottamisen takia saaduista reaktioista ja haittavaikutuksista vaikuttivat tutkimuksen vanhempien päätöksentekoon vahvasti. (Harmsen ym. 2013.)

Saksalaisessa puhelinhaastatteluilla toteutetussa tutkimuksessa todettiin asenteiden olevan yleisesti kohtalaisen hyviä rokotteita kohtaan. 79 % kansasta suhtautui positiivisesti rokottamiseen. Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 44–46 vuotta. (Schenkel, Radun, Bremer, Bocter & Hamouda 2008.) Itävaltalaisessa tutkimuksessa tutkittiin sosiaalisten tekijöiden vaikutusta tuhkarokon rokotuskattavuuteen. Tutkimuksessa selvisi, että perheen suuri lapsiluku ja vanhempien matala koulutustaso olivat yhteydessä lasten rokottamattomuuteen. Lisäksi siinä havaittiin rokotuskattavuuden olevan matalampi seitsemäsluokkalaisilla kuin viitos- tai kuutosluokkalaisilla lapsilla. Nämä tulokset osoittavatkin, että rokotusvalistuksen tulisi keskittyä pääasiassa suurperheisiin sekä vanhempiin, joilla on matala koulutustaso. (Stronegger & Freidl 2009.)

Nikula (2011) luettelee rokotusosaamista käsittelevässä tutkimuksessaan tekijöitä, jotka vahvistavat ja heikentävät rokotusosaamista. Hän haastatteli tutkimuksessaan ammattilaisia, opiskelijoita ja asiakkaita. Hän jakoi rokotusosaamisen kolmeen luokkaan, joita olivat rokotuspätevyys, taitava rokottaminen ja rokottamisen vaikutukset. Pätevällä rokottajalla tulee olla erityisiä hyviä persoonallisia ominaisuuksia, taidot hyvään asiakaskohtaamiseen, virallinen suoritettu terveydenhuollon tutkinto ja hänen tulee olla sitoutunut rokottamiseen. Taitavaan rokottamiseen kuuluvat

rokottajan valmistautuminen, asiakkaan valmisteleminen ja taitava toiminta niin rokottamisen aikana kuin sen jälkeenkin. Rokottamisen vaikutuksiin kuuluvat puolestaan rokottamisen välittömät vaikutukset, joihin sisältyvät sekä rokottajan että asiakkaan onnistunut rokotuskokemus. Lisäksi siihen kuuluvat rokottamisen pitkänajan vaikutukset, joita ovat asiakasyhteyden jatkuminen sekä asiakkaan positiivinen asenne ja palaute rokottamisesta. Pätevän ammattilaisen tulee osata kertoa myös rokotteiden haittavaikutuksista sekä ohjata niiden tarkkailemista ja hoitoa. (Nikula 2011.)

Terveydenhuollon ammattilaisten onnistunut kohtaaminen asiakkaan kanssa, hyvä tietämys ja taidot rokottamisesta sekä positiivinen asenne rokottamista kohtaan vahvistavat rokotusosaamista. Lisäksi asiakkaan positiivinen asenne vaikuttaa terveydenhuollon ammattilaisen rokotusosaamiseen sitä parantavasti. Osaamista heikentäviä tekijöitä ovat puolestaan negatiivinen asenne rokottamista kohtaan, pelko injektoida rokotus asiakkaaseen ja huono tietämys tai taidot rokottamisesta. Asiakkaasta johtuvia heikentäviä tekijöitä ovat negatiivinen asenne rokottamista kohtaan, tiedon puute, neulapelko ja kommunikaatio-ongelmat. (Nikula 2011.)

3 TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lukioikäisten tiedontaso ja asenteet rokottamisesta. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, miten taustamuuttajat ovat yhteydessä tiedontasoon ja asenteisiin.

Tutkimuksen tavoitteena oli saadun tiedon pohjalta lisätä terveydenhuollon ymmärrystä siitä, miten paljon lukioikäiset tietävät rokottamisesta. Samoin tavoitteena oli saada käsitys, mitkä tekijät ovat yhteydessä tiedontasoon ja asenteisiin rokottamisesta. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin, täytyisikö lukioikäisten tiedontasoon ja asenteisiin pyrkiä vaikuttamaan.

Tutkimuskysymykset:

1. Mikä on lukioikäisten tiedontaso rokottamisesta?
2. Miten taustamuuttajat ovat yhteydessä tiedontasoon?
3. Minkälaisia asenteita lukioikäisillä on rokottamista kohtaan?
4. Miten taustamuuttajat ovat yhteydessä asenteisiin?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena, johon sisältyi lisäksi yksi kvalitatiivinen avoin kysymys. Kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimuksella kartoitetaan yleensä olemassa olevaa tilannetta lukumäärien ja prosentiosuuk-sien avulla (Heikkilä 2014). Siinä mitattavia muuttujia sekä niiden välisiä yhteyksiä tarkastellaan tilastollisin menetelmin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55; 114). Kvantitatiivisen tutkimuksen etuna on se, että tietoa voidaan kerätä nopeasti suureltakin tutkimusjoukolta. Lisäksi aineisto on numeerisesti tarkasteltavissa tilasto-ohjelmilla. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa puolestaan kerätään tietoa sanallisessa muodossa. (Paavilainen 2014, 16–17.) Sen yksi keskeisim-mistä vahvuuksista on lisätä ymmärrystä tutkimusilmiöstä (Kankkunen & Vehvi-läinen-Julkunen 2010, 57). Tutkimuksen kyselylomakkeen avoimessa kysymyk-sessä kysyttiin asenteisiin vaikuttavista tekijöistä, mikä antoi objektiivisen tiedon lisäksi kokemusperäistä tietoa tutkittavasta ilmiöstä.

4.1 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat lukioikäiset nuoret, ja kohdeorganisaationa toimi Kalajoen lukio. Kalajoen lukio on perustettu vuonna 1957 Pohjois-Pohjan-maalle (Kalajoki 2020), ja siellä opiskeli tutkimushetkellä yhteensä 248 opiskelijaa (Segler-Heikkilä 2019). Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävän suurta otosta (Heikkilä 2014), joten kaikkien koulun oppilaiden toivottiin vastaavan kyselyyn. Tämän myötä mahdollistui myös eri vuosiluokilla olevien oppilaiden vastausten vertaaminen toisiinsa. Lisäksi voitiin tarkastella vuosiluokan yhteyttä tiedontasoon ja asenteisiin rokottamisesta.

Lukioikäiset valittiin kohderyhmäksi heidän ikänsä vuoksi. MLL:n (2017) mukaan lukioiässä oma ajattelu kehittyy, ja nuori alkaa ymmärtämään asioita erilaisista nä-kökulmista ja luomaan niistä omia johtopäätöksiä. Nuorten aivot ovat herkistyneet tarkkailemaan sosiaalista hyväksyntää ja torjuntaa, joten alttius harkitsematomalle käytökselle on sen myötä suuri (Hermanson & Sajaniemi 2018). Tutkimuksessa yhtenä tekijänä haluttiinkin luoda käsitystä siitä, millaisia asenteita lukioikäisille on muodostunut rokottamista kohtaan lukiokoulutuksen aikana. Lukiokoulutuksen

tarkoituksena on antaa nuorelle tarpeellisia tietoja, taitoja ja valmiuksia kohdata elämän eri osa-alueita (L10.8.2018/714).

4.2 Kyselylomake

Tutkimuksen mittari, kyselylomake (Liite 2), suunniteltiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Se koostui strukturoiduista kysymyksistä sekä yhdestä avoimesta kysymyksestä. Kyselylomakkeen selkeään ulkonäköön ja pituuteen kiinnitettiin huomiota, sillä ne ovat usein ratkaisevia asioita ensivaikutelman ja vastaamismotivaation kannalta (KvantiMOTV 2010 a). Kyselylomake pyrittiin pitämään yksinkertaisena ja selkeänä, mutta kuitenkin riittävän kattavana. Kysymykset suunniteltiin mahdollisimman lyhyiksi, jotta vastaaminen olisi mielekästä. Lähes kaikissa kysymyksissä oli valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja sai valita sopivan. Kyselylomake jaettiin aihealueittain kolmeen osioon, joita olivat taustamuuttujat, tiedontaso ja asenteet. Ennen jokaista osiota kirjoitettiin ohjeeksi valita vain yksi mielestään oikea vastausvaihtoehto.

Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa selvitettiin taustamuuttujista ikä, sukupuoli, kansalaisuus, lukion vuosiluokka, vanhempien koulutustaso ja lasten lukumäärä perheessä. Lisäksi kysyttiin, ovatko vastaajat saaneet kaikki rokotusohjelman mukaiset rokotukset. Kysymyksiä taustamuuttujista oli kahdeksan. Ainoastaan ikää kysyttäessä vastaaja sai kirjoittaa ikänsä, ja muissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot olivat valmiina. ”En tiedä”-vaihtoehto annettiin yhdeksi vastausvaihtoehdoksi vain selvittäessä äidin ja isän korkeinta koulutusastetta sekä kysyttäessä, onko vastaaja saanut kaikki rokotusohjelman mukaiset rokotukset.

Kyselylomakkeen toisessa osiossa selvitettiin lukioikäisten tiedontasoa. Tiedontaso-osio koostui 24 kysymyksestä, joista yhteen oli kaksi ja muihin neljä valmista vastausvaihtoehtoa. Vastausvaihtoehdot olivat väittämiä, joista aina yksi oli oikein. Vaihtoehdot pyrittiin kirjoittamaan helposti ymmärrettävällä asiatyylillä sekä keskenään samantyyllisillä lauserakenteilla. Vain oleellisin asia eli oikea tai väärä tieto lauseissa erosivat toisistaan. Tällä pyrittiin helpottamaan väittämien lukemista ja ymmärtämistä, ja siten nopeuttamaan kysymyksiin vastaamista.

Kyselylomakkeen kolmannessa osiossa selvitettiin lukioikäisten asenteita rokottamisesta. Asenteita mitattiin Likert-asteikon avulla. Likert-asteikko on järjestysasteikko, jossa vastausvaihtoehdot ovat järjestyksessä samanmielisyyden mukaan (KvantiMOTV 2007). Asenne-osiossa oli 23 väittämää, joihin oli neljä vastausvaihtoehtoa: ”Eri mieltä”, ”Jokseenkin eri mieltä”, ”Jokseenkin samaa mieltä ja ”Samaa mieltä”. Väittämät muodostettiin saman suuntaisiksi siten, että vaihtoehto ”Samaa mieltä” oli teoriaan perustuen toivotuin vastaus. Väittämien lisäksi asenne-osioon sisällytettiin yksi avoin kysymys: ”Mitkä asiat vaikuttavat asenteisiisi rokottamisesta ja miksi?”. Avoimella kysymyksellä pyrittiin saamaan mahdollista syvällisempää tietoa lukioikäisten asenteista rokottamista kohtaan.

Kyselylomake esiteltiin muutamalla lukioikäisellä henkilöllä ennen varsinaisen kyselyn suorittamista. Esitelmästä saatujen kommenttien ja arvioinnin perusteella ei kuitenkaan syntynyt tarvetta kyselylomakkeen muuttamiseen. Kyselylomake päätettiin säilyttää entisellään.

4.3 Aineiston keruu

Tutkimuksen aineisto kerättiin sähköistä kyselylomaketta käyttäen. Kyselylomake on kvantitatiivisen tutkimuksen suosituin aineistonkeruumenetelmä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114). Kyselylomake suunniteltiin Word-tekstinkäsittelyohjelmassa, mutta se luotiin myöhemmin myös e-lomakkeelle aineiston keräämistä varten. E-lomake on verkkoselaimessa käytettävä sähköisen asioinnin ohjelmistoalusta, joka mahdollistaa muun muassa tiedon keräämisen ihmisiltä verkkolomakkeita hyödyntäen (E-lomake 2020). E-lomakkeella kyselyn kolme eri osiota näkyivät vastaajille yksi osio kerrallaan ja lisäksi vielä avoin kysymys erikseen. Näin ollen e-lomakkeella kyselylomakkeessa oli neljä sivua, joista pääsi siirtymään seuraavalle sivulle nuolta klikkaamalla. E-lomakkeella kyselyn asetukset muutettiin siten, että vastaajat pystyivät valitsemaan vain yhden vastausvaihtoehdon. Lisäksi jokaiseen osion kysymykseen täytyi vastata, että pääsi siirtymään seuraavalle sivulle. Vain viimeiseen osioon eli avoimeen kysymykseen vastaaminen oli vapaaehtoista, joten täytetyn kyselylomakkeen pystyi palauttamaan vastaamatta kysymykseen.

Yhteydenpito kohdeorganisaation yhteyshenkilön, lukion rehtorin, kanssa toteutettiin pääsääntöisesti sähköpostin välityksellä. Ainoastaan tutkimussuunnitelma ja tutkimuslupalomake toimitettiin yhteyshenkilölle kirjeitse. Tutkimusaineiston kerääminen tapahtui ryhmänohjaajien tunneilla Kalajoen lukiossa marraskuussa 2019. Kyselylomake lähetettiin yhteyshenkilölle sähköpostitse linkkinä, jonka hän puolestaan välitti eteenpäin kohderyhmälle ennen kyselyyn vastaamista. Tutkimuksen toteuttamisesta tiedotettiin kohderyhmää sekä yhteyshenkilön kautta että saatekirjeellä ennen kyselylomakkeeseen vastaamista. Lukion oppilaat vastasivat kyselyyn joko tietokoneella tai matkapuhelimella. Tutkimukseen osallistuminen vaati kohdeorganisaatiolta erittäin vähän resursseja. Kyselyyn vastaamiseen vaadittiin aikaa noin 10–15 minuuttia eikä sen toteuttamisesta aiheutunut kuluja kenellekään osalliselle.

4.4 Määrällisen aineiston analysointi

Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistoa voidaan analysoida matemaattisia menetelmiä käyttäen (Paavilainen 2014, 16). Kuvaavien tilastollisten menetelmien avulla tieto tiivistetään helposti ymmärrettävään muotoon. Havainnollistamisen lisäämiseksi aineistoa kootaan taulukoiksi ja kuvioiksi. (KvantiMOTV 2010 b.) Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS- (Statistical Package for the Social Sciences) ohjelmalla. SPSS-ohjelma on tilastollisen analysoinnin ohjelma, jossa aineistoa voidaan analysoida laajasti ja joustavasti (Gustafsson 2013).

Tutkimusaineisto kerättiin e-lomakkeella ja siirrettiin sieltä SPSS-tilasto-ohjelmaan. Tutkimusaineistoa käsiteltiin manuaalisesti SPSS-ohjelmassa, jotta se saatiin sopivaan muotoon aineiston analysointia varten. Yhdelle riville tuli yhden vastaajan tiedot. Muuttujien vastausvaihtoehdoille annettiin numeeriset arvot, jotka kuvattiin auki sanallisesti. Tutkimusaineiston manuaalisen muokkaamisen jälkeen muodostui tutkimuksen havaintomatriisi.

Taustamuuttujista sukupuolta kysyttäessä oli kaksi vastausvaihtoehtoa (1 = nainen ja 2 = mies). Taustamuuttujista ikää kysyttiin avoimella kysymyksellä. Ikä luokiteltiin vastausten perusteella kolmeen eri luokkaan (1 = 15–16-vuotias, 2 = 17-vuotias ja 3 = 18–19-vuotias). Kansalaisuutta kysyttäessä oli kaksi vastausvaihtoehtoa

(1 = Suomi ja 2 = Muu, mikä). Toisen vaihtoehdon valitessaan vastaaja sai kirjoittaa kansalaisuutensa. Muuttuja luokiteltiin uudelleen kahteen luokkaan (1 = suomalainen ja 2 = ulkomaalaistaustainen), jolloin kaikki suomalaiset kuuluivat yhteen ja ulkomaalaistaustaiset toiseen luokkaan. Lukion vuosiluokkaa kysyttäessä kukaan ei vastannut ”4. vuosi lukiossa tai enemmän”, joten tämä luokka jätettiin analysoinnista pois. Näin ollen muuttujia oli kolme luokkaa (1 = 1. vuosiluokka, 2 = 2. vuosiluokka ja 3 = 3. vuosiluokka).

Taustamuuttujista äidin ja isän korkein koulutusaste luokiteltiin uudelleen kolmeen luokkaan (1 = korkeintaan alin korkea-aste, 2 = korkeakoulu- tai tutkijakoulutusaste, 3 = en tiedä). Lasten lukumäärä perheessä luokiteltiin uudelleen kolmeen luokkaan (1 = 1 tai 2 lasta, 2 = 3 lasta, 4 = 4 lasta tai enemmän). Viimeisenä taustamuuttujana kysyttiin, onko vastaaja saanut kaikki rokotusohjelmaan kuuluvat rokotukset. Muuttuja luokiteltiin uudelleen kahteen luokkaan (1 = olen ja 2 = en ole tai en tiedä). Muuttujien suoria jakaumia ja frekvenssejä kuvattiin alkuperäisissä luokissaan. Muuten tutkimustulokset analysoitiin uudelleenluokitelluissa luokissa.

Tiedontaso-osiossa jokainen 24 muuttujasta luokiteltiin uudelleen niin, että väärät väittämät saivat arvon 0 ja oikeat väittämät arvon 1. Tämän myötä mahdollistettiin oikeiden ja väärin vastausten määrien laskeminen. Näistä luokitelluista muuttujista tehtiin summamuuttuja, jonka arvot luokiteltiin neljään luokkaan oikeiden vastausten määrien mukaan (1 = huono tiedontaso: 0–6 oikeaa vastausta, 2 = tyydyttävä tiedontaso: 7–12 oikeaa vastausta, 3 = hyvä tiedontaso: 13–18 oikeaa vastausta ja 4 = erinomainen tiedontaso: 19–24 oikeaa vastausta). Minimipistemäärä oli 0 ja korkein mahdollinen pistemäärä 24. Vastausten pistemäärien vaihteluväli oli 10–24. Yleisin tiedontason luokka oli 4 (Mo = 4) eli ”erinomainen tiedontaso”. Keskimääräinen tiedontaso oli 22/24 pistettä (Md = 22).

Summamuuttujan teon jälkeen huomattiin, että huonoa tiedontasoa ei esiintynyt ollenkaan ja tyydyttävää tiedontasoa esiintyi todella vähän (Taulukko 2). Ristiintaulukoinnin mahdollistamiseksi tehtiin uusi summamuuttuja. Siinä summamuuttujan arvot luokiteltiin uudelleen kahteen luokkaan (1 = hyvä tiedontaso: 0–18 oikeaa vastausta ja 2 = erinomainen tiedontaso: 19–24 oikeaa vastausta). Tulosten

analysoinnissa tarkasteltiin enimmäkseen kahteen luokkaan luokitellun summamuuttujan suoraa jakaumaa kuvaamalla prosentit ja frekvenssit. Lisäksi tätä summamuuttujaa ristiintaulukointiin taustamuuttujien kanssa tiedontason ja taustamuuttujien yhteyksien selvittämiseksi.

Kyselylomakkeen asenne-osiossa oli 23 väittämää, joihin jokaiseen oli neljä vastausvaihtoehtoa vastaajan eri- tai samanmielisyyden mukaan. Vastauksille annettiin arvot 1–4 (1 = eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = jokseenkin samaa mieltä ja 4 = samaa mieltä). Arvojen perusteella laskettiin vastaajien kokonaispisteet. Minimipistemäärä oli 23 ja maksimipistemäärä 92. Vastaajien pistemäärien vaihteluväli oli 32–92, yleisin pistemäärä oli 69 (Mo = 69) ja keskimääräinen 70 (Md = 70).

Asenne-osiosta muodostettiin summamuuttuja, joka luokiteltiin neljään eri luokkaan (1 = huono asenne: 23–40 pistettä, 2 = melko huono asenne: 41–57 pistettä, 3 = melko hyvä asenne: 58–74 pistettä ja 4 = hyvä asenne: 75–92 pistettä). Summamuuttujan yleisin luokka oli 3 eli “melko hyvä asenne” (Mo = 3). Huomattiin, että huonoa ja melko huonoa asennetta esiintyi ristiintaulukoinnin kannalta liian vähän. Asenneväittämistä tehtiin uusi summamuuttuja, joka luokiteltiin kahdeksi luokaksi (1 = melko hyvä asenne: 23–74 pistettä ja 2 = hyvä asenne: 75–92 pistettä). Vastaajien asenteita rokottamista kohtaan kuvattiin suoraa jakaumaa käyttäen prosentteilla ja frekvensseillä. Lisäksi taustamuuttujien yhteyttä asenteisiin tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla.

Kyselylomakkeen reliabiliteettia arvioidaan Cronbachin alfakertoimella. Se kertoo mittarin yhtenäisyydestä eli konsistenssista. (KvantiMOTV 2008.) Mittari on reliabeeli, jos alfan arvo on yli 0,70. Silloin mittarin osiot mittaavat samaa asiaa. (Heikkilä 2004, 187.) Alfakerroin lasketaan muuttujien välisistä keskinäisistä korrelaatioista ja väittämien lukumääristä (KvantiMOTV 2008). Tiedontaso-osion väittämät mittasivat lukioikäisten tiedontasoa, joten niille ei laskettu Cronbachin Alpha-kerointa. Asenneväittämille laskettiin Cronbachin alfa, joka oli 0,790. Tämä kertoo mittarin kyvystä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Alfakertoimen suuruuden vuoksi kaikki väittämät pidettiin mukana mittarissa. Jokaista muuttujaa pidettiin

myös teoreettisesti tärkeänä. Lisäksi kaikkien muuttujien mukana pitäminen lisäsi summamuuttujan stabiiliutta.

4.5 Laadullisen aineiston analysointi

Tutkimuksen laadullinen aineisto eli asenne-osion avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin käyttäen induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysissä tavoitteena on kuvata ilmiö kattavasti ja tiiviisti luoden käsittekarttoja, -luokituksia, -järjestelmiä tai malleja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 134-135). Aineisto pilkotaan osiin ja tutkimuskysymysten kannalta keskeiset asiat kiteytetään tiiviimpään muotoon (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Avoimen kysymyksen vastauksia analysointiin perehtymällä vastausten sisältöön tarkastelemalla niitä useaan otteeseen. Perehtymisen jälkeen pelkistettiin ja listattiin allekkain. Pelkistetyistä vastauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, joiden perusteella ne luokiteltiin alakategorioihin. Alakategorioista muodostettiin edelleen yläkategorioita, jotka tiivistivät alakategorioiden teeman. Ylä- ja alakategorioiden pohjalta luotiin vastauksia havainnollistava kuvio (Kuvio 2). Kuviota avattiin sanallisesti tutkimusten tuloksiin.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen aineistoa kuvataan kuvaamalla suorat jakaumat ja frekvenssit. Tutkimuksen tulokset raportoidaan tutkimuskysymyksittäin. Tutkimustuloksissa kuvataan lukioikäisten tiedontasoa ja asenteita rokottamisesta sekä rokotusasenteisiin yhteydessä olevia tekijöitä.

5.1 Aineiston kuvaaminen

Tutkimuksen kyselyyn vastasi 186 oppilasta ja vastausprosentti oli 75 %. Avoimeen kysymykseen vastasi 141 oppilasta. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli naisia. Miehiä oli kolmannes vastaajista. Nuorin vastaajista oli 15- ja vanhin 19-vuotias. Suurimmat ikäryhmät olivat 16- ja 17-vuotiaat. Lähes kaikki vastaajat olivat suomalaisia. Ulkomaalaistaustaisia oli 2 % vastaajista. Vastaajat olivat ensimmäisellä, toisella tai kolmannella vuosiluokalla lukiossa. Vastauksia eri vuosiluokilta saatiin melko tasaisesti. Oppilaita oli ensimmäisellä vuosiluokalla 70, toisella vuosiluokalla 65 ja kolmannella vuosiluokalla 51. (Taulukko 1.)

Vastaajien äideistä lähes 40 %:lla korkein koulutusaste oli enintään alin korkea-aste. Yli 40 %:lla korkein koulutus oli korkeakoulu- tai tutkijakoulutusaste. Noin 20 % vastaajista ei tiennyt äitinsä korkeinta koulutusastetta. Puolella vastaajien isistä korkein koulutus oli enintään alin korkea-aste. Kolmanneksella korkein koulutus oli korkeakoulu- tai tutkijakoulutusaste. 16 % vastaajista ei tiennyt isänsä korkeinta koulutusastetta. (Taulukko 1.)

Yleisin lasten lukumäärä vastaajien perheissä oli kolme. 76 %:ssa vastaajien perheistä lapsia oli vähintään kolme. Suurin osa vastaajista tiesi saaneensa kaikki rokotusohjelman mukaiset rokotukset. Kolmasosa vastaajista ei tiennyt, onko saanut kaikki rokotusohjelman mukaiset rokotukset. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot (N = 186).

Taustamuuttajat	n	%
Sukupuoli		
Nainen	130	70
Mies	56	30
Kansalaisuus		
Suomalainen	182	98
Ulkomaalaistaustainen	4	2
Ikä		
15	10	5
16	61	33
17	64	35
18	45	24
19	6	3
Lukion vuosiluokka		
1. vuosiluokka	70	38
2. vuosiluokka	65	35
3. vuosiluokka	51	27
Lasten lukumäärä perheessä		
1	9	5
2	35	19
3	64	34
4	29	16
5 tai enemmän	49	26
Saanut kaikki rokotusohjelman rokotteet		
Olen	117	63
En ole	5	3
En tiedä	64	34
Äidin korkein koulutusaste		
Korkeintaan alin korkea-aste	70	38
Korkeakoulu- tai tutkijakoulutusaste	81	44
En tiedä	35	19
Isän korkein koulutusaste		
Korkeintaan alin korkea-aste	94	51
Korkeakoulu- tai tutkijakoulutusaste	62	33
En tiedä	30	16

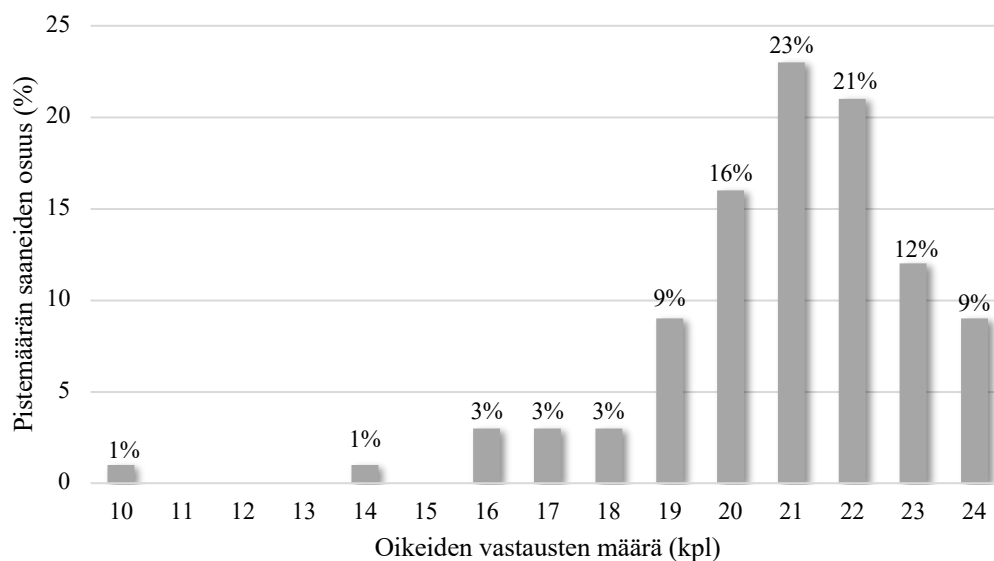
5.2 Lukioikäisten tiedontaso rokottamisesta

Lukioikäisten tiedontaso rokottamisesta oli lähes kaikilla vastaajilla vähintäänkin hyvä. Suurimmalla osalla vastaajista tiedontaso rokottamisesta oli erinomainen. Kymmenesosalla tiedontaso oli hyvä. Tyydyttävää tiedontasoa esiintyi muutamalla, ja huonoa tiedontasoa ei esiintynyt ollenkaan. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Tiedontaso rokottamisesta (N = 186).

Tiedontaso	n	%
Erinomainen tiedontaso	165	89
Hyvä tiedontaso	19	10
Tyydyttävä tiedontaso	2	1
Huono tiedontaso	0	0
Yhteensä	186	100

Tiedontasoa kuvaavia kysymyksiä oli 24. Kaikkiin kysymyksiin oikein vastanneita oli noin 10 %. Pienin oikeiden vastausten määrä oli kymmenen (min 10, max 24). Keskimäärin lukioikäiset vastasivat oikein 21 kysymykseen 24:stä. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Tiedontaso rokottamisesta, oikeiden vastausten määrä 24 väittämään.

Vastausten jakautuminen eri vastausvaihtoehtojen välillä vaihteli kysymyksestä riippuen (Liite 3). Kysymyksiin oikein vastanneiden määrä vaihteli 66–100 %:n välillä yhtä poikkeusta lukuun ottamatta. Vastaajista yli 90 % tiesi oikean vastauksen 12 kysymykseen: mikä on rokottamisen tarkoitus, mihin rokotukset elimistössä vaikuttavat, mistä rokotteet koostuvat, miksi rokotteet sisältävät useampaa eri ainetta, kuka voi antaa rokotteita, missä rokotteita annetaan, mikä on elimistön puolustusjärjestelmän tehtävä, kuka on vastuussa rokotusohjelmasta, häviävätkö tartuntataudit rokottamisella kokonaan, voidaanko uusi kehitetty rokote lisätä suoraan rokotusohjelmaan, mitä tarkoittaa laumaimmunitaatio ja valvotaanko rokotusten turvallisuutta. (Taulukko 3.)

Vastaajista 80–90 % tiesi oikean vastauksen kuuteen kysymykseen: mitä rokotusohjelmalla saavutetaan, onko rokotusohjelman toteuttaminen yhteiskunnalle kallista, kuka on vastuussa rokotusohjelman mukaisten rokotteiden järjestämisestä, mitä tapahtuu rokotuskattavuuden laskiessa, miten korkea rokotuskattavuuden tulisi keskimäärin olla, mitkä ovat tavallisimman rokotuksista aiheutuvat haittavaikutukset ja kuka pitää rekisteriä rokotusten haittavaikutuksista (Taulukko 3).

Alle 80 % vastaajista tiesi oikean vastauksen kuuteen kysymykseen: onko rokotteiden ottaminen pakollista Suomessa, millä tavoilla rokotteita voidaan antaa, kenelle vesirokkorokote annetaan, mitä tarkoittaa rokotuskattavuus ja mikä on haittatapahuma. Vähiten, 29 %, tiedettiin oikea vastaus kysymykseen, millä tavoilla rokotteita voidaan antaa (Taulukko 3).

Taulukko 3. Tiedontaso-osion oikein vastanneiden osuus (N = 186).

Oikea vastaus kysymykseen	n	%
Rokotteiden ottaminen ei ole Suomessa pakollista.	147	79
Rokottamisen tarkoitus on estää ja hävittää tartuntatauteja.	184	99
Rokotteet vaikuttavat elimistön puolustusjärjestelmään.	181	97
Rokotteet koostuvat vaikuttavasta aineesta ja apuaineista,	181	97
Eri aineita tarvitaan rokotteiden tehon, säilyvyyden ja oikeanlaisen koostumuksen saavuttamiseksi.	183	98
Rokotteita voidaan antaa pistoksena lihaksensisäisesti, ihonalaisesti tai ihonsisäisesti ja suun tai nenän kautta.	54	29

Rokotteita voivat antaa vain lääkäri ja koulutettu sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai kätilö.	181	97
Rokotteita annetaan neuvoloissa, opiskelu- ja kouluterveydenhuollossa, sairaaloissa, terveysasemilla ja kotisairaanhoidossa.	185	99,5
Puolustusjärjestelmä torjuu infektioita ja tuhoaa taudinaiheuttajia.	184	99
Rokotusohjelmasta on vastuussa Sosiaali- ja terveysministeriö.	182	98
Rokotusohjelmalla saavutetaan suoja tartuntatauteja vastaan.	167	90
Tartuntataudit käyvät rokottamisen ansiosta harvinaisemmiksi, ja Suomessa useat niistä on saatu hävitettyä jo kokonaan.	175	94
Rokottaminen ei ole yhteiskunnalle kallista, koska se on edullisempaa kuin hoitaa rokotteilla estettäviin tauteihin sairastuneita sairaalassa.	151	81
Kunta on vastuussa rokottamisen järjestämisestä.	152	82
Rokote voidaan lisätä rokotusohjelmaan heti, kun se on tutkittu ja arvioitu tarkasti, ja se on todettu turvalliseksi ja hyödylliseksi.	174	94
Vesirokkorokote annetaan niille, jotka eivät ole tiettyyn ikään mennessä sairastaneet vesirokkoa.	137	74
Rokotuskattavuus kuvaa, kuinka suuri määrä kansasta on saanut rokotteen.	123	66
Rokotuskattavuuden laskiessa tartuntatauteja alkaa ilmaantua uudelleen ja tautiepidemiat yleistyvät.	158	85
Rokotuskattavuusprosentti 80–90%.	156	84
Laumaimmuneetti tarkoittaa väestön immuniteettia, joka antaa suojaa myös rokottamattomalle osalle väestöä.	180	97
Haittatapahtuma voi aiheutua rokotteesta, liittyä rokotustilanteeseen tai olla vain samaan aikaan sattuva tapahtuma.	134	72
Pistoskohdassa ilmenevä punoittava sävy, turvotus, kipu tai kuumotus.	156	84
Haittavaikutusrekisteriä pitää lääkealanturvallisuus- ja tutkimiskeskus Fimea.	168	90
Rokotteiden turvallisuus on tarkasti säädelyä ja valvottua.	181	97

5.3 Taustamuuttujien yhteys tiedontasoon

Vuosiluokka oli ainoa taustamuuttuja, jolla oli merkitsevä yhteys lukioikäisten tiedontasoon ($p = 0,022$). Paras tiedontaso oli ensimmäisellä ja kolmannella vuosiluokalla olevilla vastaajilla. Heistä yli 90 %:lla oli erinomainen tiedontaso. Toisella vuosiluokalla olevilla vastaajilla oli huonompi tiedontaso. Heistä 80 %:lla oli erinomainen tiedontaso. (Taulukko 4.)

Sukupuoli ei ollut merkitsevästi yhteydessä tiedontasoon ($p = 0,732$). Noin 90 %:lla sekä miehistä että naisista oli erinomainen tiedontaso. Lopuilla 10 %:lla heistä oli hyvä tiedontaso. Myöskään eri ikäluokkien välillä ei ollut merkitsevää eroa tiedontasossa ($p = 0,183$). Erinomaista tiedontasoa esiintyi noin 90 %:lla 15–16-vuotiaista ja 18–19-vuotiaista. 17-vuotiailla erinomaista tiedontasoa esiintyi noin 80 %:lla vastaajista. (Taulukko 4.)

Äidin korkein koulutusaste ei ollut merkitsevästi yhteydessä vastaajien tiedontasoon ($p = 0,806$). Erinomainen tiedontaso oli 90 %:lla vastaajista, joiden äiti oli käynyt korkeintaan alimman korkea-asteen koulutuksen. Saman verran erinomaista tiedontasoa esiintyi vastaajilla, joiden äidin korkein koulutus oli korkeakoulu- tai tutkijakoulutusaste. Lähes samalla tavalla jakautuivat myös vastaajat, jotka eivät tienneet äitinsä korkeinta koulutusastetta. (Taulukko 4.)

Vastaajien tiedontasoon ei merkitsevästi vaikuttanut vastaajien isän korkein koulutusaste ($p = 0,565$). Vastaajista, joiden isän korkein koulutus oli korkeintaan alin korkea-aste, 90 %:lla oli erinomainen tiedontaso. Vastaajilla, joiden isän korkein koulutus oli ammattikorkeakoulu- tai tutkijakoulutusaste, esiintyi saman verran erinomaista tiedontasoa. Niillä vastaajilla, jotka eivät tienneet isänsä korkeinta koulutusastetta, oli huonompi tiedontaso. Heistä noin 80 %:lla oli erinomainen tiedontaso. (Taulukko 4.)

Lasten lukumäärä perheissä ei ollut merkitsevästi yhteydessä vastaajien tiedontasoon ($p = 0,534$). Kolmen lapsen perheissä noin 90 %:lla vastaajista oli erinomainen tiedontaso. Saman verran erinomaista tiedontasoa esiintyi perheissä, joissa oli neljä lasta tai enemmän. Yhden tai kahden lapsen perheissä erinomaista tiedontason oli 84 %:lla vastaajista. (Taulukko 4.)

Kaikkien rokotusohjelman mukaisten rokotusten saaminen ei vaikuttanut merkitsevästi vastaajien tiedontasoon ($p = 0,181$). Paras tiedontaso oli niillä vastaajilla, jotka eivät olleet saaneet kaikkia rokotusohjelman mukaisia rokotuksia tai eivät tienneet, ovatko saaneet kaikki rokotusohjelman mukaiset rokotukset. Yli 90 %:lla heistä oli erinomainen tiedontaso. Niistä vastaajista, jotka olivat saaneet kaikki rokotusohjelman mukaiset rokotukset, 86 %:lla oli erinomainen tiedontaso. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Taustamuuttujien yhteys tiedontasoon.

		Erinomainen tiedontaso (%)	Hyvä tiedontaso (%)	Yhteensä (%)	n	
Sukupuoli	Nainen	89	11	100	130	p = 0,732
	Mies	88	13	100	56	
Ikä	15–16v	92	9	100	71	p = 0,183
	17v	83	17	100	64	
	18–19v	92	8	100	51	
Vuosiluokka	1.vuosiluokka	93	7	100	70	p = 0,022
	2.vuosiluokka	80	20	100	65	
	3.vuosiluokka	94	6	100	51	
Äidin korkein koulutusaste	Korkeintaan alin korkea-aste	90	10	100	70	p = 0,806
	Korkeakoulu- tai tutkijakoulutus	89	11	100	81	
	En tiedä	86	14	100	35	
Isän korkein koulutusaste	Korkeintaan alin korkea-aste	90	10	100	94	p = 0,565
	Korkeakoulu- tai tutkijakoulutus	89	11	100	62	
	Ei tiedä	83	17	100	30	
Lasten lukumäärä	1 tai 2 lasta	84	16	100	44	p = 0,534
	3 lasta	91	9	100	64	
	4 lasta tai enemmän	90	10	100	78	
Rokotteiden saaminen	On saanut	86	14	100	117	p = 0,181
	Ei ole saanut tai ei tiedä	93	7	100	69	

5.4 Lukioikäisten asenteet rokottamista kohtaan

Vastaajien asenteet rokottamista kohtaan olivat kaiken kaikkiaan hyvällä tasolla. Lähes kaikilla vastaajilla asenne rokottamista kohtaan oli hyvä tai melko hyvä. Vastaajista neljäsosalla asenne oli hyvä ja yli 70 %:lla melko hyvä. Noin 5 %:lla vastaajista asenne oli melko huono tai huono. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Asenteet rokottamisesta (N = 186).

Asenteet rokottamisesta	n	%
Hyvä asenne	42	23
Melko hyvä asenne	135	73
Melko huono asenne	8	4
Huono asenne	1	1
Yhteensä	186	100

Yli 70 % vastaajista oli samaa mieltä yhden väittämän kanssa: rokottamisesta on enemmän hyötyä kuin haittaa. Yli puolet vastaajista olivat samaa mieltä myös kolmen muun väittämän kanssa: rokottaminen on tarpeellista, terveydenhuollon ammattilaisilta saatu tieto on luotettavinta ja uskon rokotteiden tehoon. Eniten vaihtelua vastauksissa oli väittämässä ”Olen etsinyt rokottamisesta tietoa internetistä”. Tämän väittämän jokaiseen vastausvaihtoehtoon tuli noin yksi neljäsosa vastauksista. Vähiten samaa mieltä oltiin väittämän ”En tarvitse lisää tietoa rokottamisesta” kanssa. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Mielenpitojen jakautuminen asenne-osiossa (N = 186).

Asenneväittäjä	Eri mieltä %	Jokseenkin eri mieltä %	Jokseenkin samaa mieltä %	Samaa mieltä %
Rokottamisesta on enemmän hyötyä kuin haittaa	1	3	25	72
Terveelliset elämäntavat eivät ole yhtä hyvä suoja tauteja vastaan kuin rokotteet	7	31	45	17
Tautien sairastaminen ei ole ihmiselle hyväksi	6	29	43	23
Rokotteilla saavutettu immuniteetti on parempi kuin ihmisellä luontaisesti oleva	7	23	39	31
Rokottaminen on tarpeellista	1	3	33	63

Rokotteista annetaan tarpeeksi tietoa	6	22	53	19
Saan eniten tietoa rokottamisesta terveydenhuollon ammattilaisilta	4	16	45	36
Terveydenhuollon ammattilaisista saatu tieto on luotettavinta	1	3	36	60
Olen etsinyt rokottamisesta tietoa internetistä	29	25	28	18
En tarvitse lisää tietoa rokottamisesta	11	36	43	11
Haluaisin, että rokotteiden haittavaikutuksista kerrottaisiin enemmän	5	25	50	20
Otan kaikki rokotusohjelman mukaiset rokotukset	4	9	47	41
Otan rokotteen, mikäli terveydenhuollon ammattilainen sitä minulle suosittelee	2	10	47	41
Uskon rokotteiden tehoon	1	5	44	51
Suhtaudun positiivisesti rokottamiseen	2	7	47	45
Minulla ei ole negatiivisia kokemuksia rokottamisesta	4	15	38	43
En pelkää rokotteiden haittavaikutuksia	2	22	44	32
Rokottamisesta aiheutuvat välittömät sivuvaikutukset ovat pelottavimpia kuin myöhemmin esiintyvät	13	24	44	19
En pelkää sairastuvani rokotteesta	4	18	46	32
Vanhempani ei/eivät päätä rokottamisestani	7	31	42	20
Lähipiirini mielipide ei vaikuta mielipiteeseeni rokottamisesta	8	25	39	28
Sosiaalinen media ei vaikuta mielipiteeseeni rokottamisesta	3	12	41	45
Rokottamisen on hyvä olla vapaaehtoista	11	26	39	25

5.5 Taustamuuttujien yhteys asenteisiin

Sukupuoli ei ollut merkitsevästi yhteydessä vastaajien asenteisiin rokottamista kohtaan ($p = 0,096$). Tässä otoksessa miesten asenne oli parempi kuin naisten. Miehistä noin kolmanneksella ja naisista viidenneksellä oli hyvä asenne. Myöskään vastaajien iällä ei ollut merkitsevää yhteyttä vastaajien asenteisiin ($p = 0,346$). 18–19-

vuotiaista vastaajista noin kolmanneksella oli hyvä asenne. 15–16-vuotiasta ja 17-vuotiaista noin viidenneksellä oli hyvä asenne. (Taulukko 7.)

Vuosiluokka ei ollut merkitsevästi yhteydessä vastaajien asenteisiin rokottamisesta ($p = 0,207$). Kolmannen vuosiluokan vastaajilla oli paras asenne. Heistä kolmanneksella oli hyvä asenne. Toisella vuosiluokalla olevista hyvä asenne oli viidenneksellä vastaajista. Ensimmäisen vuosiluokan vastaajilla esiintyi hyvää asennetta yhtä paljon kuin toisella vuosiluokalla. (Taulukko 7.)

Äidin korkein koulutusaste ei ollut merkitsevästi yhteydessä vastaajien asenteisiin rokottamista kohtaan ($p = 0,301$). Vastaajilla, joiden äidin korkein koulutus oli korkeakoulu- tai tutkijakoulutusaste, yli neljänneksellä oli hyvä asenne. Niistä vastaajista, joiden äidin korkein koulutus oli korkeintaan alin korkea-aste, noin viidenneksellä oli hyvä asenne. Niistä, jotka eivät tienneet äitinsä korkeinta koulutusastetta, 14 %:lla esiintyi hyvää asennetta. (Taulukko 7.)

Isän korkein koulutusaste ei ollut merkitsevästi yhteydessä vastaajien asenteisiin rokottamisesta ($p = 0,123$). Noin kolmanneksella vastaajista, joiden isän korkein koulutus oli korkeakoulu- tai tutkijakoulutus, oli hyvä asenne. Vastaajista, joiden isän korkein koulutus oli korkeintaan alin korkea-aste, 22 %:lla oli hyvä asenne. Niistä vastaajista, jotka eivät tienneet isänsä korkeinta koulutusastetta, kymmenyksellä oli hyvä asenne. (Taulukko 7.)

Lasten lukumäärä perheessä ei ollut yhteydessä asenteisiin rokottamisesta ($p = 0,848$). Hyvää asennetta esiintyi kaikissa luokissa lähes saman verran (n. 20 %). (Taulukko 7.) Myöskään rokotusohjelman mukaisten rokotteiden saamisella ei ollut yhteyttä asenteisiin rokottamista kohtaan ($p = 0,879$). Saman verran esiintyi hyvää asennetta riippumatta siitä, olivatko vastaajat saaneet kaikki rokotusohjelman mukaiset rokotukset tai eivät. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Taustamuuttujien yhteys asenteisiin.

		Hyvä asenne (%)	Melko hyvä asenne (%)	Yhteensä (%)	n	
Sukupuoli	Nainen	19	81	100	130	p = 0,096
	Mies	30	70	100	56	
Ikä	15–16v	18	78	100	71	p = 0,346
	17v	22	78	100	64	
	18–19v	29	71	100	51	
Vuosi- luokka	1.vuosiluokka	19	81	100	70	p = 0,207
	2.vuosiluokka	20	80	100	65	
	3.vuosiluokka	31	69	100	51	
Äidin korkein koulutusaste	Korkeintaan alin korkea-aste	21	79	100	70	p = 0,301
	Korkeakoulu- tai tutkijakoulutus	27	73	100	81	
	En tiedä	14	86	100	35	
Isän korkein koulutusaste	Korkeintaan alin korkea-aste	22	78	100	94	p = 0,123
	Korkeakoulu- tai tutkijakoulutus	29	71	100	62	
	Ei tiedä	10	90	100	30	
Lasten lukumäärä	1 tai 2 lasta	23	77	100	44	p = 0,848
	3 lasta	20	80	100	64	
	4 lasta tai enemmän	24	76	100	78	
Rokotteiden saaminen	On saanut	22	78	100	117	p = 0,879
	Ei ole saanut tai ei tiedä	23	77	100	69	

5.6 Asenteisiin vaikuttavat tekijät

Vastaajilla, joilla oli hyvä asenne rokottamista kohtaan, oli lähes kaikilla erinomainen tiedontaso rokottamisesta. Erinomainen tiedontaso oli myös suurimmalla osalla niistä vastaajista, joilla oli melko hyvä tai melko huono asenne rokottamista kohtaan. Vastaajalla, jolla oli huono asenne rokottamista kohtaan, oli tyydyttävä tiedontaso. (Taulukko 5.)

Taulukko 8. Tiedontason vaikutus asenteisiin rokottamisesta (%).

	Erinomainen tiedontaso	Hyvä tiedontaso	Tyydyttävä tiedontaso	Yhteensä
Hyvä asenne	22	1	0	23
Melko hyvä asenne	64	8	1	73
Melko huono asenne	3	1	0	4
Huono asenne	0	0	1	1
Yhteensä	89	10	1	100

Tekijöitä, jotka vaikuttavat asenteisiin rokottamista kohtaan, selvitettiin avoimen kysymyksen avulla. Vastausten perusteella merkitsevimmiksi asenteisiin vaikuttaviksi tekijöiksi nousivat tieto ja kokemukset rokottamisesta sekä muiden mielipiteet ja kuulopuheet rokottamisesta. Lisäksi terveydenhuolto näyttäytyi isona asenteisiin vaikuttavana tekijänä. Myös pelko rokottamista kohtaan esiintyi vastauksissa useasti. (Kuvio 1).

Lähes puolet vastaajista kertoi tiedon vaikuttavan merkitsevästi asenteisiin rokottamista kohtaan. Erityisesti esiin nousivat aiheet tiedon saamisesta, tiedon määrästä, sen luotettavuudesta ja laadusta. (Kuvio 3.) Saadun tiedon täytyi olla peräisin luotettavasta tiedonlähteestä. Luotettaviksi lähteiksi vastaajat ilmoittivat tutkimukset, terveydenhuollon ammattilaiset, läheiset ihmiset ja muut ihmiset, joiden kanssa aiheesta keskustellaan. Sosiaalisesta mediasta saatuun tietoon vastaajat eivät luottaneet. He mainitsivat, että sosiaalisessa mediassa on tarinoita, jotka ovat enemmän tai vähemmän faktatietoa. Niiden perusteella moni voi kuitenkin muuttaa omaa asennettaan rokottamista kohtaan.

Noin kymmenes vastaajista kertoi, että tieto rokottamisen hyödyllisyydestä on merkitsevä asenteisiin vaikuttava tekijä (Kuvio 3). Rokottamisen hyödyllisyydessä korostuivat muun muassa aiheet rokottamisen tarpeellisuudesta ja kannattavuudesta sekä rokottamisen tehokkuudesta tartuntatautien leviämisen ehkäisemisessä. Vastaajien mukaan rokotteista ei anneta tarpeeksi tietoa. He kokivat oikean ja riittävän tiedon saannin olevan tärkeää, jotta he voisivat muodostaa oman mielipiteen

rokottamisesta. Tiedon saannista lisäksi mainittiin, että tärkeää on saada tietoa esimerkiksi rokotusten tehokkuudesta sekä haittavaikutuksista.

Noin neljännes avoimeen kysymykseen vastanneista mainitsi, että omat ja muiden ihmisten kokemukset rokottamisesta vaikuttavat heidän asenteisiinsa rokottamista kohtaan (Kuvio 3). Erityisesti vanhempien ja kavereiden kokemukset rokottamisesta mainittiin vaikuttavan asenteisiin eniten. Heidän kokemuksensa ikävästä tai hyvästä rokotustilanteesta, rokotteen saamisen jälkeisestä sairastumisesta tai muista huonoista tai hyvistä kokemuksista vaikuttavat asenteisiin.

Kokemusten lisäksi vajaa puolet vastaajista mainitsi muiden mielipiteiden vaikuttavan asenteisiinsa rokottamista kohtaan. Yli 15 % vastaajista mainitsi vanhempien asenteiden, mielipiteiden tai kokemusten vaikuttavan omiin asenteisiinsa. Lisäksi mainittiin perheen, sukulaisten, läheisten, kaverien sekä terveydenhuollon ammattilaisten mielipiteiden vaikuttavan. (Kuvio 3.) Perheen ja lähipiirin mielipiteen vaikutus korostui todella paljon varsinkin, jos vastaaja ei itse tiennyt rokottamisesta tarpeeksi. Silloin oma käsitys rokottamisesta oli muotoutunut siitä, kuinka enemmistö tai joku luotettava läheinen henkilö ajattelee. Muun muassa vanhempien mielipiteen suurta vaikutusta asenteisiin vastaajat perustelivat sillä, että vanhemmilla on kertynyt enemmän kokemusta rokottamisesta. Lisäksi monen vastaajan vanhempi oli terveydenhuollon ammattilainen, ja siksi hänen koettiin tietävän paljon asiasta. Myös muiden kuin läheisten ihmisten mielipiteillä on vaikutusta. Vastaajat mainitsivat, kuinka varsinkin muualta kuullut ihmisten negatiiviset kokemukset ja mielipiteet rokottamisesta saattavat muuttaa omaakin ajattelua negatiivisempaan suuntaan.

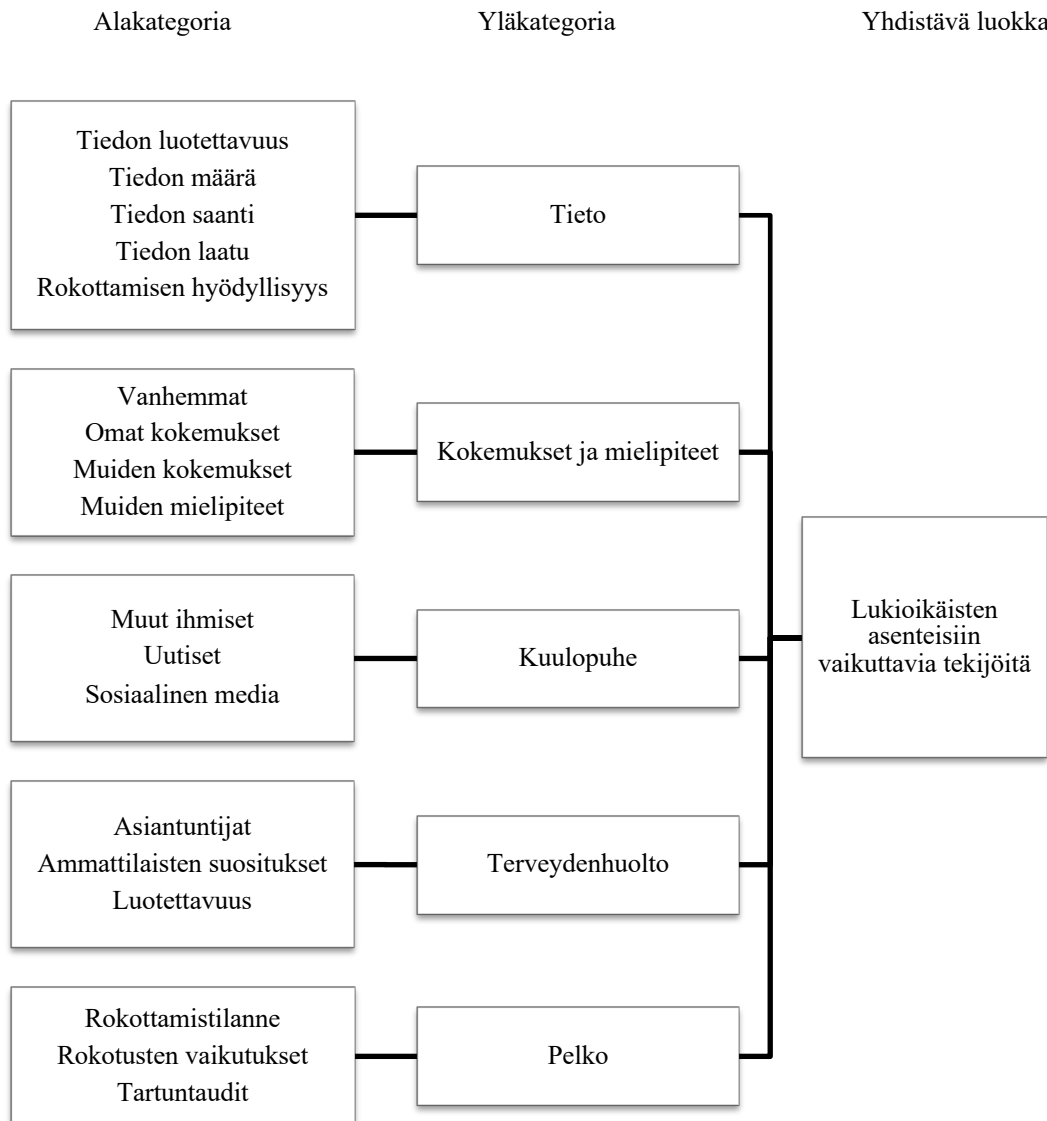
Noin kymmenes vastaajista kertoi terveydenhuollon vaikuttavan asenteisiinsa rokottamista kohtaan. Terveydenhuollon asiantuntijoiden asenteet ja mielipiteet olivat asenteisiin vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi esimerkiksi ammattilaisten suosituksia sekä määräyksiä pidettiin luotettavina. (Kuvio 3.) Heiltä otettiin mieluusti tietoa vastaan ja saadun tiedon koettiin olevan hyödyllistä. Myös rokottajaa kohtaan koettu luottamus ja rokottajan varma käyttäytyminen rokottamistilanteessa vaikuttavat kokemukseen rokottamisesta ja sitä kautta asenteisiin.

Lähes viidennes vastaajista mainitsi kuulopuheen vaikuttavan asenteisiinsa rokotamista kohtaan. Esille nousivat esimerkiksi sosiaalinen media, uutisointi, televisio, internet sekä muiden ihmisten kertomat asiat ja tarinat. (Kuvio 3.) Rokottamisesta kuultujen asioiden ja tarinoiden vaikutus omiin asenteisiin koettiin suureksi. Muutama vastaaja mainitsi, että heidän sukulaisensa oli sairastunut rokotamisen jälkeen. Muutama oli myös kuullut näin tapahtuneen jollekin tuntemattomalle, ja sen vaikuttavan omiin asenteisiinsa. Lisäksi vastauksissa muun muassa väitettiin rokotusten olevan tarpeettomia, vaarallisia ja liian vähän tutkittuja. Jotkut vastaajat puolestaan mainitsivat ainoastaan vapaaehtoisten rokotteiden olevan hyödyttömiä. He perustelivat asian sillä, että eivät olleet saaneet tautia, kuten influenssaa, vaikka eivät olleet rokotusta sitä vastaan ottaneetkaan. Vastaukset kaikkien rokotusten tarpeellisuudesta tai tarpeettomuudesta vaihtelivat paljon vastaajien keskuudessa. Muutama vastaaja mainitsi, että mikäli joku kaveripiiristä ei ollut ottanut jotakin rokotusta, oli hän kohta pois koulusta sairastuttuaan tautiin, jota vastaan rokote olisi ollut. Tällaista kuultuaan rokottaminen koettiin erittäin hyödylliseksi.

Noin viidennes vastaajista mainitsi pelon vaikuttavan asenteisiin rokotamista kohtaan. Pelolla tarkoitettiin esimerkiksi neula- ja pistämispelkoa sekä rokotamisen haittavaikutusten ja kivun pelkäämistä. Vastaajat kertoivat, että rokotettavan taudin vakavuus vaikuttaa myös asenteisiin. (Kuvio 3.) Vakavia tauteja pelättiin, joten rokottaminen niitä vastaan koettiin hyödylliseksi. Jotkut vastaajat mainitsivat, että mikäli mahdollinen sairaus ei ole vakava, he sairastavat sen mieluummin kuin ottavat rokotteita sitä vastaan. Lisäksi mainittiin, että joku voi pelotella tarinoilla rokottamistilanteesta tai rokotamisen jälkivaikutuksista. Useasti mainittiin myös, että rokottamisen jälkeen pelätään sairastumista narkolepsiaan, jolloin myös itse rokotamista aletaan pelätä. Lisäksi vastaajat kertoivat, että mitä enemmän rokottamisesta on tietoa, sitä enemmän voi sitä alkaa pelätä.

Muita esille nousseita asenteisiin vaikuttavia tekijöitä olivat rahatilanne, halu ottaa rokote, oman järjen käyttö ja tartuntatautien sairastamattomuus. Lisäksi mainittiin, että omilla valinnoillaan voi vaikuttaa sairastuuko vakaviin tauteihin vai ei. Kymmenes vastaajista puolestaan vastasi olevansa tietämätön, mitkä asiat vaikuttavat

heidän asenteisiinsa. Neljännes koko kyselyyn vastanneista ei vastannut avoimeen kysymykseen ollenkaan.



Kuvio 2. Asenteisiin vaikuttavat tekijät.

6 POHDINTA

Pohdinnassa käsitellään tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta sekä tarkastellaan tutkimustuloksia tehden niistä johtopäätöksiä. Lisäksi kerrotaan tutkimuksen tekijöiden ammatillisesta kehityksestä sekä tutkimusprosessista kokonaisuudessaan. Pohdinnan lopussa esitetään vielä jatkotutkimusmahdollisuuksia.

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyyttä pidetään tieteellisen toiminnan keskeisimpänä ajatuksena (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Tutkimusta voidaan pitää eettisesti kelvollisena ja totuudenmukaisena sekä sen tutkimustuloksia luotettavina, jos se on tehty hyvää tieteellistä käytäntöä noudattamalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Lähtökohtana tutkimuksen oikeutukselle sekä tutkimuseetikalle on tutkimuksen hyödyllisyys. Tutkimustulokset voivat hyödyttää joko tutkimukseen osallistujaa, tai niistä voidaan hyötyä yhteiskuntatasolla tulevaisuudessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Tämä tutkimus on hyödyllinen niin yksilölle kuin yhteiskunnallekin. Tutkimuksesta saadun tiedon pohjalta voidaan lisätä terveydenhuollon ymmärrystä lukioikäisten tiedontasosta rokottamista kohtaan. Tutkimuksesta saatiin myös tietoa niistä tekijöistä, jotka ovat yhteydessä lukioikäisten tiedontasoon ja asenteisiin rokottamisesta. Rokotukset ovat merkittävä suoja yhteiskunnalle vakavia tauteja vastaan, ja rokotuskattavuus suojelee rokotuksen ottajan lisäksi myös rokottamattomia ihmisiä (THL 2016 b). Näin ollen rokotuskielteisyyden taustalla olevia tekijöitä tulisi selvittää ja mahdollisiin väärin olettamuksiin pyrkiä vaikuttamaan hyvän rokotuskattavuuden antaman suojan taakamiseksi kansalaisille.

Tutkimukselle täytyy saada lupa ja samalla varmistaa, saako organisaation nimen kuvata tutkimusraportissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222). Tutkimuksen aiheen hyväksyi Vaasan ammattikorkeakoulun koulutuspäällikkö. Tutkimusta varten tehtiin tutkimussuunnitelma. Tutkimuslupa haettiin tutkimuksen ohjaajalta sekä kohdeorganisaatiolta. Hakemukseen liitettiin tutkimussuunnitelma, saatekirje ja kyselylomake. Kohdeorganisaatio osoitti kiinnostuksensa

tutkimukseen osallistumiseksi, ja heiltä saatiin kirjallinen lupa tutkimuksen suorittamista varten.

Vuonna 1995 American Nurses Association (ANA) on julkaissut eettiset ohjeet hoitotieteelliselle tutkimukselle. Näiden periaatteiden mukaan tutkijan on kunnioitettava tutkittavien tietoista päätöstä osallistua tutkimukseen, arvostettava heidän erilaisia persoonallisuuksiaan, määritettävä ja minimoitava tutkimuksesta mahdollisesti koituvat haitat ja varmistettava, että tutkittavat ovat samanarvoisessa asemassa keskenään. Lisäksi tutkijan tulee suojella tutkittavien yksityisyyttä, varmistaa tutkimuksen eettisyys, raportoida mahdollisista tutkimuksen virheistä ja ylläpitää omaa kompetenssiaan tutkimusaiheeseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217–218.) Tässä tutkimuksessa noudatettiin kaikin osin näitä tutkimuseettisiä ohjeita.

Tutkimukseen osallistuminen perustuu tutkittavan tietoiseen suostumukseen. Tutkittavan tulee olla tietoinen tutkimuksen luonteesta, vapaaehtoisuudesta, aineiston ja tulosten käytöstä. Lisäksi tutkittavien anonymiteetti tulee suojata tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219–221.) Näistä asioista kerrottiin tutkittavalle saatekirjeessä ennen kyselyn suorittamista. Saatekirjeessä kerrottiin myös tutkimuksen tekijöiden yhteystiedot mahdollista yhteydenottoa varten. Yli 15-vuotiaalla on oikeus päättää tutkimukseen osallistumisestaan itse (Mäkinen 2006, 65), joten erillistä lupaa vastaajien vanhemmilta ei tutkimuksen toteuttamiseen tarvittu. Kyselyyn vastattiin nimettömästi, eikä tutkittavien henkilöllisyyttä pystytty selvittämään missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkittavien vastaukset tallentuivat e-lomakkeelle. Tutkimusaineisto säilytettiin ja käsiteltiin luotamuksellisesti, eikä sitä päässyt tarkastelemaan muut kuin tutkimuksen tekijät.

Tutkimus toteutettiin tutkimussuunnitelman mukaisesti. Tutkimuksella ei aiheutettu vahinkoa eikä se vaatinut paljoa resursseja tutkittavilta tai kohdeorganisaatiolta. Ainoa mahdollinen haitta koitui kyselyyn vastaamiseen kuluvasta ajasta. Kyselylomake pidettiin kuitenkin lyhyenä ja arvioiduksi vastausajaksi esitettiin 10–15 minuuttia.

Tutkimustulosten raportoinnissa noudatettiin eettisiä ohjeita. Tutkimustuloksia raportoidessa, tulokset kuvataan puhtaina tuloksina, niitä arvottamatta. Myös kielteiset tulokset ja mahdolliset puutteet raportoidaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 225.) Tutkimustulokset raportoitiin sellaisenaan niitä mitenkään muuttamatta. Jokainen vastaus huomioitiin tulosten analysoinnissa ja raportoinnissa. Jotkut vastaukset jouduttiin kuitenkin jättää käsittelemättä. Esimerkiksi vastaajien ulkomaalaistaustaisuutta ei voitu käsitellä. Kyselyyn vastanneista vain muutama prosentti oli ulkomaalaistaustaisia, joten kyseistä taustamuuttujaa ei voitu ottaa mukaan analysointiin anonymiteetin suojelemiseksi.

Avoimen kysymyksen vastausten analysoinnissa ja raportoinnissa pyrittiin jatkuvasti pitämään mielessä analysoinnin objektiivisuus. Mahdollista subjektiivista näkökulmaa ja tulkintaa pyrittiin välttämään. Vastaukset pyrittiin tulkitsemaan vastaajan näkökulmasta. Mikäli vastauksen tarkoitus jäi epäselväksi, jätettiin vastaus analysoimatta kokonaan, ettei tutkimuksen eettisyys kärsisi. Vastaukset pyrittiin raportoimaan mahdollisimman samassa muodossa kuin vastaajat olivat ilmaisseet.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia tarkastelemalla. Tutkimuksen validiteetti kuvaa sitä, mitaako tutkimus juuri sitä asiaa tai ilmiötä, mitä siinä oli tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti kuvaa taas tulosten pysyvyyttä. Koko tutkimuksen luotettavuuden perustana voidaan pitää mittarin validiteettia. Vaikka tutkimus olisi muilta osin luotettava, mutta mittari ei mittaa haluttua tutkimusilmiötä, on mahdotonta saada luotettavia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 189.)

Tässä tutkimuksessa mittarina käytettiin kyselylomaketta, joka luotiin tätä tutkimusta varten. Ennen kyselylomakkeen kehittämistä luotiin kattava teoriapohja ja määriteltiin keskeiset teoreettiset käsitteet mitattaviksi analyttisiksi käsitteiksi eli ne operationalisoitiin. Operationalisoinnissa abstrakteja käsitteitä määritellään ymmärrettävään muotoon (KvantiMOTV 2008). Kyselylomakkeen kysymykset luotiin mittaamaan tutkittavia käsitteitä ja oikeiden vastausten valinta perustui

tutkittuun tieteelliseen tietoon. Lisäksi kyselylomake esitettiin eli pilotoitiin ennen varsinaisen tutkimuksen suorittamista. Mittarin esitelmä pienemmällä vastaajajoukolla on ehdottoman tärkeää tutkimukseen käytettävän uuden mittarin luotettavuutta ja toimivuutta arvioitaessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 154). Esitelmässä tutkimuksen kyselylomake arvioitiin luotettavaksi, eikä muutostarpeita noussut esiin. Kyselylomakkeella onnistuttiin mittaamaan tutkimuksessa juuri sitä mitä sillä oli tarkoituskin mitata – kyselylomakkeen luominen oli siis onnistunut prosessi.

Mittarin reliabiliteettia voidaan arvioida muun muassa tarkastelemalla mittarin sisäistä johdonmukaisuutta. Johdonmukaisuutta tarkasteltiin käyttämällä Cronbachin alfa-kerrointa, jossa kertoimen arvo sijoittuu aina välille 0,00–1,00. Uudella mittarilla kerrointa pidetään hyvänä, mikäli kerroin on yli 0,70. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 194). Kyselylomakkeen asenneväittämien Cronbachin alfa-kerroin oli 0,790. Tämä kertoo mittarin reliabiliteetista, jolloin tulokset eivät olleet sattumanvaraisia ja väittämien voidaan todeta kuvaavan todellista asennetta rokotamista kohtaan.

Tutkimuksessa käytetyn mittarin luotettavuuden lisäksi tulee arvioida tulosten luotettavuutta. Tulosten luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi tarkastelemalla tulosten sisäistä ja ulkoista validiteettia. Sisäistä validiteettia tarkasteltaessa arvioidaan johtuvatko tutkimuksen tulokset tutkimusasetelmasta, eivätkä muista tekijöistä. Tällaisia muita tekijöitä voivat olla esimerkiksi historia tai valikoituminen. Valikoituminen tarkoittaa, että vastaajiin on seuloutunut vain ”hyvät vastaajat”. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 195.) Näin ei kuitenkaan tässä tutkimuksessa ole voinut käydä, sillä tutkimus on toteutettu koko koulun oppilaille. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan pitää pääpiirteissään tutkimusasetelmasta johtuvina.

Tulosten ulkoinen validiteetti kuvaa tulosten yleistettävyyttä. Tulosten ulkoisen validiteetin uhkana voidaan pitää ilmiötä, jossa tutkittava muuttaa käyttäytymistään tiedostaessaan olevansa tutkimuskohteena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 196.) Tällainen toiminta pyrittiin minimoimaan järjestämällä tutkimustilanne

ryhmänohjaajan ohjeistamana, oman luokan kesken sekä tutussa ympäristössä. Tutkimustilanteesta tiedotettiin lukioikäisille ennakkoon, joten se ei tullut heille myöskään yllättäen. Tulokset eivät kuitenkaan ole yleistettävissä koko kohderyhmään otoksen pienuuden vuoksi.

Kyselylomake pyrittiin tekemään mahdollisimman helposti ymmärrettäväksi ja tiiviiksi, jotta kyselyyn vastaaminen olisi mielekästä. Tutkittavat vastasivat kyselyyn koulussa ryhmänohjaajien tunneilla, mikä mahdollisti hyvän vastausprosentin. Tutkimustilanteessa oli mukana opettajia, joten voidaan olettaa jokaisen vastaajan vastanneen kyselyyn itsenäisesti, eikä tutkimustilanteessa ole voitu käyttää vilppiä. Vastaajille annettiin selkeät ohjeet kyselylomakkeeseen vastaamiseen. Tiedontasosiossa vaihtoehdoksi ei annettu ”en tiedä”-vastausvaihtoehtoa. Joihinkin kysymyksiin olisi tällöin voinut tulla liian vähän vastauksia. Vastauskadon myötä ei kaikkia tuloksi olisi välttämättä voitu analysoida, jolloin tulosten luotettavuus olisi kärsinyt. Sähköisesti täytettävässä kyselylomakkeessa ei ollut mahdollista valita kuin yksi vastausvaihtoehto monivalintakysymyksissä. Mitään kohtaa ei voinut jättää tyhjäksi, vaan kaikkiin kohtiin täytyi vastata – viimeisenä olevaa avointa kysymystä lukuun ottamatta. Vastaamisen pakollisuus on saattanut vaikuttaa tuloksiin siten, että vastaaja on voinut arvata oikean vaihtoehdon. Tämä puolestaan ei tue tulosten luotettavuutta.

Taustamuuttujissa kysyttiin molempien vanhempien korkeinta koulutusastetta. Koulutusasteet selvitettiin tilastokeskuksen nettisivuilta (Tilastokeskus 2019). Jälkeenpäin pohdittiin, tietävätkö lukioikäiset, minkä asteisia koulutuksia eri ammatteihin on käyty. Vastaamisen helpottamiseksi vastausvaihtoehtoihin olisi voitu antaa esimerkkejä eri ammateista tai tarkempia määritelmiä eri koulutustasoista. Lisäksi koulutustasot olisi voitu jo alun perin jaotella suppeampiin luokkiin. Tämän muuttujan kohdalla ei voida olla varmoja, johtuvatko tulokset suoraan tutkimusasetelmasta.

Asenne-osiossa jätettiin ”ei samaa eikä eri mieltä” -vastausvaihtoehto pois. Tämä kohta olisi analysoinnissa jouduttu jättämään huomiotta ja vastausten määrä olisi pienentynyt. Lisäksi tämä vaihtoehto olisi antanut lukioikäisille helpon tien vastata

väittämiin, jolloin vastaajien oikeat asenteet olisivat saattaneet jäädä pimentoon. Asenne-osion väittämät kirjoitettiin lisäksi niin, että jokaiseen väittämään vaihtoehto ”samaa mieltä” oli teoriaan perustuen paras vastaus. Tämä teki väittämien muodostamisesta haasteellista ja jotkin väittämät olisivat ehkä kuulostaneet paremmalta eri lauserakenteissa. Väittämien uskotaan kuitenkin siitä huolimatta olleen selkeitä.

Tutkimuksen avoimen kysymyksen vastauksia oli ajoittain haasteellista analysoida vastausten hankalan kirjoitusasun vuoksi. On siis mahdollista, että joissakin vastauksissa on tutkijoiden omaa tulkintaa. Tulosten analysoinnissa ja raportoinnissa pyrittiin kuitenkin välttämään tulkitsemisen varaa mahdollisimman hyvin. Muutama vastaus jätettiin analysoimatta, koska niiden tarkoitus ei tullut tutkijoille selväksi.

Kaiken kaikkiaan aineiston käsittely SPSS-ohjelmassa vaati hyvin paljon tarkkuutta analyysoijilta. Tilasto-ohjelmaan lukuja ja muuttujia syötettäessä tarkastettiin asioiden oikeellisuus monta kertaa. Myös vielä tuloksia analysoitaessa käytiin asioiden oikeellisuus useasti läpi ja tarkistettiin useana päivänä, että syöttövirheitä ei ollut päässyt syntymään. Mitään tarkistamatonta tutkimukseen ei ole kirjoitettu ja kaikki on luotettavasti analysoitu tilasto-ohjelmalla.

6.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen vastausprosentti oli 75 %. Syytä puuttuville vastauksille ei tiedetä. Puuttuvia vastauksia saattaa selittää muun muassa oppilaiden poissaolot tai haluttomuus osallistua tutkimukseen. Pieni vastausten kato ei aiheuttanut tutkimukselle haittaa. Tutkimuksen otoskoko oli pieni, jos verrataan siihen, kuinka iso joukko lukioikäiset kohderyhmänä ovat. Tämän tutkimuksen kannalta vastaajamäärä ($N = 186$) oli kuitenkin riittävä ja siihen voidaan olla tyytyväisiä. Tutkimuksen tuloksia tarkasteltiin aikaisempien aiheesta tehtyjen tutkimusten valossa.

Niin sanottuja hupivastauksia tutkimuksessa tuskin oli, sillä esimerkiksi huonoa tiedontasoa ei esiintynyt ollenkaan. Näin hyvän tiedontason saamisen ei uskota tulleen vain arvaamalla. Olikin hienoa huomata, että tutkimus otettiin tosissaan ja siihen

vastattiin omien taitojen mukaan. Lukioikäisten tiedontaso rokottamisesta oli siis kaiken kaikkiaan erittäin hyvä. Hienoa on, että lähes kaikki vastaajat tiesivät, mikä on rokottamisen tarkoitus ja missä rokotteita annetaan.

Taustamuuttujista löytyi yksi merkitsevä yhteys tiedontasoon. Eri vuosiluokalla olevien vastaajien ero tiedontasossa oli merkitsevä. Ennakkoon ajateltiin, että tiedontaso paranisi vuosiluokkia edetessä niin, että tiedontaso olisi ensimmäisellä vuosiluokalla huonoin ja kolmannella vuosiluokalla paras. Toisella vuosiluokalla olevien vastaajien muita vuosiluokkia huonompi tiedontaso olikin yllättävä tulos. Tälle tulokselle ei löydy selittävää tekijää tästä tutkimuksesta. Tulos jäi pohdituttamaan ja tutkimuksen tekijät kaipaisivat selitystä ilmiölle.

Heikoiten tiedettiin oikea vastaus kysymykseen, millä tavoilla rokotuksia voidaan antaa. Asian saattaa selittää se, että yksi väärä vastausvaihtoehto oli todella samankaltainen kuin oikea vaihtoehto. Tämä tulos oli sen vuoksi vähän odotettavissakin. Kysymyksen asettelu saattoi olla tutkittaville haastava, sillä oikea vastaus sisälsi myös harvemmin käytettyjä antotapoja, mitkä eivät nuorille välttämättä ole tuttuja. Onneksi eniten käytössä olevat rokotustavat tiedettiin. Toiseksi vähiten tiedettiin oikea vastaus kysymykseen, mitä rokotuskattavuus tarkoittaa. Onkin hieman huolestuttavaa, että rokotuskattavuuden käsitettä ei tunneta hyvin. Se kuvaa kuitenkin niin havainnollisesti sen, miksi Suomessa ei tartuntatauteja juurikaan esiinny (Rokotustieto 2018). Oli kuitenkin hienoa, että suurin osa nuorista tiesi kuinka suuri rokotuskattavuuden tulisi olla, jotta suoja olisi riittävä. Se, että rokotuskattavuuden merkitystä tartuntatautien hävittämisessä ei ymmärretä, saattaa olla yksi vaikuttava tekijä rokottamista kohtaan syntyneissä asenteissa.

Oli yllättävää, että jopa viidennes vastaajista luuli rokotteiden ottamisen olevan pakollista Suomessa. Ehkä rokotusten ottaminen onkin joillekin niin itsestäänselvyys, että sen ei osata ajatella olevan vapaaehtoista. Kysyttäessä puolestaan onko rokotusohjelman toteuttaminen yhteiskunnalle kallista, suurin osa tiesi oikean vastauksen. Melkein viidennes vastasi kuitenkin rokottamisen olevan yhteiskunnalle kallista, koska se maksaa saman verran kuin rokotteilla estettäviin tauteihin

sairastuneiden hoitaminen sairaalassa. Tällainen tieto ja ajatus ei puhu rokotteiden puolesta, joten se olisi hyvä oikaista väärinajattelijoille.

Kysymykseen, kuka on vastuussa rokotusohjelman mukaisten rokotteiden järjestämisestä, 12 % vastasi ”Minä itse olen vastuussa rokotteiden järjestämisestä”. Näitä väärin vastanneita voisi jopa ymmärtää – Suomessa jokainen saa valita itse ottaako rokotuksia vai ei. Lisäksi varsinkin aikuisena täytyy itse huolehtia tarvittavien tehosterokotteiden ottamisen järjestäminen. Suurin osa vastasi kuitenkin kysymykseen onneksi oikein. Haittatapahtuman määritelmää kysyttäessä, neljäsosa vastaajista luuli haittatapahtuman tarkoittavan, että jokin estää rokotteen ottamisen. Haittatapahtuma ei olekaan käsitteenä helposti ymmärrettävä, mistä väärät vastaukset saattavat johtua.

Ruutu (2018) artikkelissaan mainitsi, että korkea koulutustaso nostaa rokotuskattavuutta. Itävaltalaisessa tutkimuksessa havaittiin lisäksi, että vanhempien koulutustaso sekä perheen lapsiluku vaikuttivat siihen, rokotettiin perheen lapset (Stronegger & Freidl 2009). Tässä tutkimuksessa kuitenkin vanhempien koulutustaso tai perheen lapsiluku eivät olleet merkittävästi yhteydessä lukioikäisten tiedontasoon. Toisaalta lukio on yleissivistävä koulu ja tutkimuksen lukioikäisillä oli erittäin hyvä tiedontaso. Jälkeenpäin pohdittiin, olisiko lasten lukumäärää perheissä kysyttäessä pitänyt olla ohje laskea tai olla laskematta myös puolisisarukset mukaan. Nyt on hieman epäselvää, ovatko kaikki vastaajat ajatelleet asian samalla tavalla. Tämä on voinut vaikuttaa tuloksiin. Lisäksi oli yllättävää, vaikka ei tilastollisesti merkittävää, miten miehillä esiintyi enemmän hyvää asennetta rokottamista kohtaan kuin naisilla. Mikään taustamuuttujista ei ollut kuitenkin tilastollisesti merkittävästi yhteydessä asenteisiin.

Saksalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että lähes 80 % kansalaisista suhtautuu positiivisesti rokottamiseen (Schenkel ym. 2008). Tässä tutkimuksessa lukioikäisten asenne rokottamista kohtaan oli myös hyvä ja vain pienellä osalla vastaajista oli huonompi kuin hyvä tai melko hyvä asenne. Tämä oli erittäin myönteinen tutkimustulos. Leino ja Puumalainen (2018) mainitsivat artikkelissaan, että kun tartuntatauti saadaan hävitettyä, huomataan sen jälkeen vain rokotuksen haittoja eikä enää

niiden hyödyllisyyttä. Tässä tutkimuksessa oltiin kuitenkin eniten samaa mieltä väittämän kanssa, että rokottamisesta on hyötyä, ja se on tarpeellista ja tehokasta. Vastaajien huomio ei ollut siis siirtynyt vielä rokotteiden aiheuttamiin haittoihin, vaan se oli vielä niiden hyvissä ominaisuuksissa.

Vaikka osa luulikin rokotusten ottamisen olevan pakollista Suomessa, he eivät selvästi olleet silti rokotusvastaisia. Päinvastoin, he olivat rokotusmyönteisiä. Lähes kaikki olivatkin samaa tai jokseenkin samaa mieltä väitteeseen, että suhtautuu positiivisesti rokottamiseen. Sama tulos, että harva nuori on rokottamista vastaan, saatiin myös espanjalaisessa tutkimuksessa (Navarro-Illana ym. 2013). Onkin hyvä, että vastaajat ovat tietoisia omasta asenteestaan rokottamista kohtaan.

Gowdan ym. (2012) tutkimuksessa nuoret kertoivat, että eivät tarvitse lisää tietoa rokotteista. He kokivat saavansa vanhemmilta tarpeeksi tietoa. Rokottamattomuuden syyksi saatiin selville kuitenkin, että rokotussuosituksia ei tunneta tarpeeksi hyvin. (Gowda ym. 2012.) Tässä tutkimuksessa ilmeni, että moni lukioikäinen tarvitsisi ja haluaisi enemmän tietoa rokottamisesta. Tietoa kaivattiin erityisesti rokotusten haittavaikutuksista. Tiedon määrä, sen saaminen ja luotettavuus vaikuttivat vahvasti vastaajien asenteisiin rokottamista kohtaan. Tämä tutkimustulos on merkittävä, ja sen pohjalta tulisikin aloittaa toimia tiedon antamisen lisäämiseksi lukioikäisille.

Nikulan (2011) tutkimuksessa saatiin selville, että pätevä rokottaja, joka kertoo myös rokotusten mahdollisista haittavaikutuksista, saa luottamusta ja vaikuttaa positiivisesti muotoutuviin asenteisiin. Tässä tutkimuksessa hieno tulos oli lukioikäisten luottamus terveydenhuollon ammattilaisiin, sillä lähes kaikki vastaajat olivat samaa tai jokseenkin samaa mieltä, että terveydenhuollon ammattilaisten antamaan tietoon voi luottaa eniten. Gowdan ym. (2012) tutkimuksessa joidenkin nuorten luottamus terveydenhuoltoon oli niin hyvä, että pelkästään lääkärin suosittelu saisi heidät ottamaan rokotteen. Nuoret kokivat myös, että ammattihenkilöt tietävät parhaiten rokotteista. Suomessa rokotuskattavuutta pyritäänkin ylläpitämään valistuksella sekä terveydenhuollon ja kansalaisten luottamuksella toisiinsa (Laurent & Nohynek 2018). Terveydenhuollon ammattilaisten rooli oikean tiedon antajana on

merkittävä osa heidän työtänsä. Näin ollen on hienoa huomata nuorten luottavan terveydenhuoltoon ja sen ammattilasiin.

Toisaalta se, että myös oman lähipiirin ihmisiä pidettiin luotettavina tiedonantajina, on huolestuttavaa. Tällöin lähipiirin mahdollinen negatiivinen asenne tai tieto rokottamisesta voivat siirtyä nuoren ajatteluun. Näin asenteet rokottamista kohtaan eivät muodostu oikean tiedon pohjalta. Onkin tärkeää, että oikeaa tietoa annetaan eri ikäryhmille, etteivät väärät uskomukset pääsisi leviämään. Myös Navarro-IIIian ym. (2013) sekä Stefanoff ym. (2010) tekemästä tutkimuksesta käy ilmi, että tietoa rokottamisesta saadaan juurikin perheeltä ja ystäviltä, ja tätä tietoa pidetään luotettavana.

Erityisesti vanhempien mielipide ja asenne rokottamista kohtaan olivat todella isossa roolissa lukioikäisen mielipiteiden ja asenteiden muodostumisessa. Tämä tulos oli tavallaan odotettavissa, mutta ennen tutkimusta ajateltiin lukioikäisellä muodostuneen enemmän jo omiakin mielipiteitä asioista. Kuitenkin, mikäli nuori ei ole saanut riittävästi tietoa rokotuksiin liittyen, on ymmärrettävää asenteiden muodostuvan muiden ihmisten mielipiteiden ja tietojen pohjalta. Huolestuttavaa oli, että varsinkin omien tai muiden ihmisten negatiiviset kokemukset tai mielipiteet muokkaavat helposti omaakin asennetta negatiivisemmaksi. Lisäksi nämä kokemukset saattoivat olla vain kuulopuhetta, jotka eivät perustuneet faktatietoon.

Aikaisempienkin tutkimusten valossa vanhempien mielipiteellä ja asenteilla on ollut vaikutusta nuoren rokotteiden ottamiselle ja asenteille rokotteita kohtaan. Vaikka yli 60 % lukioikäisistä tässä tutkimuksessa olivat samaa tai melkein samaa mieltä väittämään, että vanhemmat eivät päättä heidän rokottamisestaan, vanhemmat olivat kuitenkin isossa roolissa päättämässä nuoren rokotusten ottamisesta. Tätä tutkimustulosta tukee Gowdan ym. (2012) tutkimus, jossa havaittiin, että vaikka nuori tekee päätökset rokotusten ottamisesta vanhemman kanssa yhdessä, vanhemman mielipide vaikuttaa kuitenkin enemmän.

Huolestuttavaa oli, että moni vastaaja mainitsi jonkinlaisen pelon vaikuttavan asenteisiin rokottamista kohtaan. Oli se sitten pelko itse rokotteen pistämistä, rokotteen haittavaikutuksia tai tartuntatautiin sairastumista kohtaan, pitäisi näitä pelkoja

saada ehdottomasti lievennettyä. Duden ym. (2014) tutkimuksessa vanhemmat saattoivat jättää lapsensa rokottamatta, koska eivät luottaneet rokotteiden olevan turvallisia. Gowdan ym. (2012) tutkimuksessa nuoret pelkäsivät enemmän rokotteiden välittömiä sivuvaikutuksia kuin pitkäaikaisia. Tässä tutkimuksessa ilmeni kuitenkin pelkoa molempia kohtaan. Nuoret eivät pitäneet itse rokotustilannetta tai välittömiä haittavaikutuksia miellyttävinä. Lisäksi moni pelkäsi pitkällä aikavälillä ilmaantuvia haittavaikutuksia ja myös harvinaiset, kuten 2009-vuoden sikainfluenssaa vastaan annettu rokote ja sen aiheuttama narkolepsia aiheuttivat monessa pelkoa.

Huolestuttavinta oli maininta, miten jotkut pelottelevat nuoria juuri näillä asioilla. Tällainen pelottelu voi olla erittäin liioiteltua ja vaikuttaa negatiivisesti nuorten asenteisiin. Myös Ruutu (2018) mainitsi, että haasteena rokotusmyönteisyydelle on sosiaalisen median tarjoama väärä tieto rokottamisesta. Tämänkin tutkimuksen lukioikäiset kertoivat sosiaalisen median vaikuttavan asenteisiinsa, vaikka eivät yleisesti pidäkään sieltä saatua tietoa luotettavana. Sosiaalinen media on yhä enemmän osana arkielämää ja sen luomat paineet ovat kovia nykynuorten keskuudessa.

Tämän tutkimuksen tulokset olivat kaiken kaikkiaan erittäin hienoja. Oli hienoa huomata lukioikäisillä olevan sekä hyvä tiedontaso että positiivinen asenne rokotamista kohtaan. Lukiokoulutus on näin ollen onnistunut tehtävässään antaa nuorille tarpeelliset tiedot elämään. Ihmisten hyvä asenne vaikuttaa myös terveydenhuollon ammattilaisten rokotusosaamiseen sitä parantavasti (Nikula 2011). Luottamus terveydenhuollon ammattilaisiin sekä heidän osaamiseensa on omalta osaltaan edistämässä rokotusmyönteisyyden leviämistä niin lukioikäisten kuin muidenkin ikäluokkien keskuudessa.

6.4 Oman oppimisen arviointi

Tutkimuksen tekeminen on ollut kokonaisuudessaan palkitseva ja sopivasti haasteita sisältävä kokemus. Tutkimus on vaatinut tekijöiltään ahkeruutta, tarkkuutta ja huolellisuutta. Ennen tämän tutkimuksen tekemistä ei tekijöillä ollut aikaisempaa kokemusta tutkimuksen toteuttamisesta. Ainoastaan tutkimuksen tekemistä pohjustavia kursseja oli käyty, joten teoriassa tutkimuksen kulku tunnettiin.

Mielenkiintoa ja halua oppia oli kuitenkin paljon. Tutkimus on antanut tekijöilleen arvokkaita oppeja muun muassa aikataulutuksesta, teoriatiedon hankkimisesta ja lähdekriittisyydestä, tutkimusaineiston käsittelystä ja raportoinnista sekä kirjoitus- ja kielitaidon hallinnasta. Lisäksi se on opettanut itsekriittisyyttä, päättelyä, luovuutta, sinnikkyyttä ja ongelmanratkaisutaitoa. Ennen kaikkea tutkimuksen teon prosessi on kasvattanut ammattitaitoa ja antanut hyvän tieto- ja taitopohjan tulevien tutkimusten suorittamiselle. Tutkimuksen tekeminen on ollut siis kokonaisuudessaan mielekäs oppimiskokemus.

Tutkimuksen ovat tehneet kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa samasta opintoryhmästä. Tutkimus on toteutettu yhteistyönä, jonka molemmat tutkimuksen tekijät kokivat onnistuneeksi. Tarvittaessa toiselta tekijältä on saanut kehitysideoita ja tukea tutkimuksen etenemisen mahdollistamiseksi. Työnteko on ollut saumatonta, toista kunnioittavaa ja tasapuolista.

Tutkimuksen keskeisimpänä aiheena oli rokottaminen. Aiheen valinta ja rajaaminen oli haastavaa laajan tarjonnan vuoksi. Aiheen valinnassa onnistuttiin kuitenkin valitsemaan ajankohtainen ja yhteiskunnalle tärkeä aihe. Rokottaminen on oleellinen, mielenkiintoinen ja merkittävä osa terveydenhoitajan työtä ja tulee varmasti vastaan useaan otteeseen myöhemmin työelämässä. Tämän tutkimuksen avulla tekijät ovatkin onnistuneet syventämään omaa tietotaitoaan ja asiantuntijuuttaan aiheesta. Lisäksi erityistä onnistumista koettiin vastausten analysoinnista ja kiinnostavien tutkimustulosten löytämisestä. Tekijöiden vahvuuksia tutkimuksen teossa olivat sinnikkyys tutkimuksen tekemisessä, sen huolellinen toteuttaminen alusta loppuun sekä tiivis yhteistyö toisia kannustaen.

Vaikka tutkimus oli tekijöiden ensimmäinen, tutkimuksen teko sujui suhteellisen hyvin ja suuremmilta ongelmilta vältyttiin. Ajoittaisia haasteita tutkimuksen teossa kuitenkin oli. Haasteena oli oikeiden kuvaavien asiasanojen valitseminen. Lisäksi tutkimusta tehdessä huomattiin, että termit, joita tutkimuksessa käytetään, olisi ollut hyvä päättää etukäteen. Tutkimuksessa on käytetty esimerkiksi kaikkia kolmea termiä: lukioikäiset, lukiolaiset ja lukion oppilaat. Yksi näistä termeistä olisi kuitenkin riittänyt. Hieman lisähaastetta toi myös SPSS-tilasto-ohjelman käyttö, joka oli

molemmille tutkimuksen tekijöille täysin uusi ohjelma, johon tutkimusta tehdessä täytyi perehtyä.

Tutkimuksen laatiminen ja kirjoittaminen on pitkä prosessi, johon kuuluvat työstö- ja lomajaksot. Lomajakson, kuten kesäloman jälkeen työn jatkaminen oli osittain haasteellista, sillä se vaati tutkijoilta aikaa päästä takaisin työn teon pariin. Toisaalta tauot tekivät tutkimuksen tekijöille myös hyvää. Työnsä näki pienen tauon jälkeen kuin uusin silmin ja siihen löysi uusia näkökulmia.

Tutkimuksen ohjaajan tuki oli tärkeä ensikertalaisille tutkimuksen tekijöille. Ohjaajalta sai hyviä neuvoja ja vinkkejä sekä kannustusta, mikäli työ ei meinannut edetä suunnitelmien mukaisesti. Tutkimus oli tarkoitus saada nopeammalla aikataululla valmiiksi, mutta sen viivästymisestä ei aiheutunut kenelläkään osapuolelle haittaa. Alkuperäisessä aikataulussa ei täysin pysytty, mutta se oli ehkä työn laadun kannalta hyväkin asia. Tutkimusta ei tehdä hetkessä ja nykyistä tiiviimpi aikataulu olisi voinut näkyä tutkimuksen kirjoittamisen laadussa. Opinnäytetyötä ei siksi lähdetty tekemään turhan kiireellä. Saatekirjeessä lukee, että tutkimustulokset esitellään keväällä 2020. Kuitenkin kesätauko kirjoittamisesta ja tulosten huolellinen analysointi oli oleellista tutkimuksen laadun ja luotettavuuden takaamiseksi.

6.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusmahdollisuudet

Tutkimuksen tekijöiden mielestä tutkimusprosessi onnistui kokonaisuudessaan hyvin. Rokottaminen on aina tärkeä ja ajankohtainen aihe. Lisäksi tutkimuksen tulokset osoittautuivat positiivisiksi havainnoiksi. Lukioikäisten tiedontaso ja asenteet rokottamisesta olivat oikein hyvät, mihin voidaan olla tyytyväisiä. Tutkimustulosten raportoinnin ja tarkastelun jälkeen pohdittiin erilaisia tutkimuksen kautta esiin nousseita jatkotutkimusmahdollisuuksia.

Tutkimuksessa saatiin selville, että nuoret halusivat saada lisää tietoa rokottamisesta. Vaikka lukioikäisten tiedontaso oli erittäin hyvä, ilmeni joissakin tiedontason osa-alueissa puutteellisuutta. Erityisesti rokotuskattavuudesta sekä haittatapahtumista tulisi lukioikäisille tarjota enemmän tietoa. Väärä tieto rokottamisesta saattaa vaikuttaa negatiivisesti asenteisiin, mikä vaikuttaa rokotuskattavuutta laskevasti ja

tautien esiintyvyyttä nostavasti. Rokottaminen täytyy kokea hyödylliseksi, jotta rokotteita otettaisiin. Jatkotutkimuksena tarvittaisiinkin opetuksen uudistamista lukioikäisille varsinkin näiden aihealueiden kohdalla.

Olisi ollut mielenkiintoista tarkastella oliko eri kansalaisuuksilla merkitsevä yhteys tiedontasoon ja asenteisiin rokottamisesta. Tutkimuksen olisi kuitenkin täytynyt olla paljon nykyistä laajempi, jotta kansalaistaustaa olisi voinut tarkastella anonymisuus suojaten. Tutkimuksen kyselyn voisi toteuttaa myös maahanmuuttajien tai muuten ulkomaalaistaustaisten keskuudessa, jotta saataisiin ymmärrystä heidän tiedontasostaan. Sen avulla voitaisiin suunnata rokotusvalistusta heillekin heidän tarvitsemistaan aihealueista.

Tutkimuksen voisi toteuttaa laajemmassa mittakaavassa tai vaikka erilaiselle kohderyhmälle – kuten aikuisille tai ammattikoulua käyville. Lukioikäisten hyvä tiedontaso laitto pohtimaan, johtuiko tiedontaso lukiokoulutuksen hyvästä tiedon tarjoamisesta vai olisiko myös ammattikoulua käyvillä nuorilla tiedontaso ollut yhtä hyvä. Ammattikoulua käyville nuorille suunnatun tutkimuksen avulla voitaisiin selvittää, mistä nuorten tiedot rokottamisesta ovat oikeasti peräisin. Lisäksi voisi selvittää mahdollisia syitä rokotusvastaisuudelle ja tarpeen tullen puuttua mahdollisiin vääriin käsityksiin ja tietoihin.

Toisella vuosiluokalla olevien lukioikäisten muita vuosiluokkia huonompi tiedontaso oli vähintäänkin yllättävä tulos. Olisikin mielenkiintoista tietää, mistä tällainen ilmiö johtuu. Ennakkoon ajattelisi tiedontason lisääntyvän vuosiluokkia edetessä. Ilmenisikö toisella vuosiluokalla enemmän huonoa tiedontasoa myös laajemman otoksen tutkimuksessa tai jos kohderyhmänä olisi jonkun toisen lukion oppilaat, vai oliko tulos vain koulukohtainen?

LÄHTEET

Broas, M., Kaukoniemi, U. & Syrjälä, H. 2014. Ryhtiä aikuisten rokotuksiin. Viitattu 1.5.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120669/3_14%2012-15%20Ryhtia%20aikuisten%20rokotuksiin.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Doig, C. & Burgess, E. 2000. Withholding life-sustaining treatment: Are adolescents competent to make these decisions? Viitattu 27.5.2019. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1231341/pdf/cmaj_162_11_1585.pdf

Dude, E., Gagnon, D., Nickels, E., Jeram, S. & Schuster, M. 2014. Mapping vaccine hesitancy – Country-specific characteristics of global phenomenon. Viitattu 26.5.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5355208/?report=classic>

Duodecim 2018. Rokotukset. Duodecim oppiportti. Viitattu 7.4.2019. <https://www.oppiortti.fi/op/okk00012>

Duodecim 2019. Toksoidi. Lääketieteen sanasto. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 26.2.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03477&p_hakusana=toksoidi

Elonsalo, U. 2016. Rokotteiden koostumus. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 4.4.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00799

Euroopan parlamentti 2020. Parliament to allow COVID-19 vaccines to be developed more quickly. Uutishuone. Viitattu 15.10.2020. <https://www.europarl.europa.eu/news/fi/press-room/20200706IPR82731/parliament-to-allow-covid-19-vaccines-to-be-developed-more-quickly>

E-lomake 2020. Kuvaus. Esittely. <https://www.e-lomake.fi/fi/>

Fimea 2019. Rokotteet. Kansalaisten lääketieto. Viitattu 26.2.2019. <https://www.fimea.fi/vaestolle/rokotteet>

Fimea 2020. Pandemia. Kansalaisen lääketieto. Viitattu 15.10.2020. <https://www.fimea.fi/ammattilaiset/influenssa/pandemia>

Fredrickson, D., Davis, T., Arnold, C., Kennen, E., Humiston, S., Cross, J. & Bocchini, J. 2004. Childhood Immunization Refusal: Provider and Parent Perceptions. *Clinical Research and Methods*. Vol. 36, No. 6. <https://fammedarchives.blob.core.windows.net/imagesandpdfs/fmhub/fm2004/June/Doren431.pdf>

Gowda, C., Schaffer, S., Dombkowski, K. & Dempsey, A. 2012. Understanding attitudes toward adolescent vaccination and the decision-making dynamic among adolescents, parents and providers. Viitattu 27.5.2019. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12-509>

Gustafsson, C. 2013. Tilastollinen tietojenkäsittely STAT2100 IBM SPSS Statistics 20 for Windows osa 1. Viitattu 2.5.2019. <http://lipas.uwasa.fi/~chg/SPSS%20versio%202020%20osa%201.pdf>

Harmsen, I., Mollema, L., Rüter, R., Paulussen, T., Melkeri, H. & Kok, G. 2013. Why parents refuse childhood vaccination: a qualitative study using online focus groups. Viitattu 27.5.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3878652/>

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 7., uudistettu painos. Helsinki. Edita Prima Oy.

Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Viitattu 17.5.2019. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Hermanson, E. 2012. Rokotteiden haittavaikutukset ja riskit. Kotineuvola. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 15.4.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=kot00708

Hermanson, E. & Sajaniemi, N. 2018. Nuoruuden kehitys – mitä tapahtuu pinnan alla? Lääketieteen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 1.5.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14286>

Kalajoki 2020. Lukio. Varhaiskasvatus ja koulutus. Viitattu 29.10.2020. <https://kalajoki.fi/varhaiskasvatus-ja-koulutus/lukio/>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1-2., painos. Helsinki. WSOYpro.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

KvantiMOTV 2007. Mittaaminen: muuttajien ominaisuudet. KvantiMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 1.2.2020. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/ominaisuudet.html>

KvantiMOTV 2008. Mittaaminen: mittarin luotettavuus. KvantiMOTV - Menetelmäopetusten tietovaranto. Viitattu 5.5.2020. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html#validiteetti>

KvantiMOTV 2010 a. Kyselylomakkeen laatiminen. KvantiMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 17.5.2019. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

KvantiMOTV 2010 b. Numerolukutaito: Tutkimuksen analyysivaihe. KvantiMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 2.5.2019. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/numerolukutaito/analyysi.html>

L10.8.2018/714. Lukiolaki. Viitattu 1.5.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20180714>

L21.12.2016/1227. Tartuntatautilaki. Viitattu 31.3.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2016/20161227?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=rokotus>

Laurent, H & Nohynek, H. 2018. Rokotteet ja laumasuoja – pakolla vai porkkanalla? Lehtiarkisto. Numero 1/2018. Viitattu 24.3.2019. http://sic.fimea.fi/verkkolehdet/2018/1_2018/palstat/rokotteet-ja-laumasuoja-pakolla-vai-porkkanalla-

Leino, T. 2017. Rokotusohjelman vaikuttavuus. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 20.5.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00801

Leino, T. & Kilpi, T. 2005. Lapsen rokottaminen ja rokottamatta jättäminen – yksilön ja yhteisön edut ristikkäin. Suomen lääkirilehti 35/2005. Viitattu 16.5.2019. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/97818/SLL352005-3365.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Leino, T. & Puumalainen, T. 2018. Vesirokkorokotus rokotusohjelmassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Numero 18/2018. Viitattu 30.3.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14522>

Leino, T., Salo, H. & Karppinen, T. 2015. MPR-rokotusohjelma säästää Suomessa 457 elinvuotta ja 38 miljoonaa euroa – joka vuosi. THL-blogi. Viitattu 7.4.2019. <https://blogi.thl.fi/mpr-rokotusohjelma-saastaa-suomessa-457-elinvuotta-ja-38-miljoonaa-euroa-joka-vuosi/>

Lumio, J. 2018. Elimistön vastustuskyky (immunitetti). Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 19.5.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01150

Lumio, J. 2019. Sikainfluenssa-pandemia 2009-2010 ja rokotuksia seurannut narcolepsia. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 19.10.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00908

McKee, C. & Bohannon, K. 2016. Exploring the Reasons Behind Parental Refusal of Vaccines. J Pediatr Pharmacol Ther 2016. Vol. 21 No. 2. Viitattu 26.5.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4869767/pdf/i1551-6776-21-2-104.pdf>

MLL 2017. 15–18-vuotiaan ajattelun moraalinen kehitys. Vanhempainnetti. Viitattu 21.5.2019. <https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/15-18-v/15-18-vuotiaan-ajattelun-ja-moraalin-kehitys/>

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Navarro-Illana, P., Diez-Domingo, J., Navarro-Illana, E., Tuells, J., Alemán, S. & Puig-Barberá, J. 2013. Knowledge and attitudes of Spanish adolescent girls towards

human papillomavirus infection: where to intervene to improve vaccination coverage. Viitattu 27.5.2019. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b5439b77-3284-4cec-9efc-eee13234f013%40sessionmgr120> (Maksullinen tietokanta).

Nikula, H. 2011. Vaccination competence – The concept and evaluation. Viitattu 7.2.2020. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/72549/AnnalesD995Nikula.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Nohynek, H. 2013. Laadukas seuranta on tärkeää rokotushaittojen havaitsemiseksi. Viitattu 29.5.2019. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.puv.fi/arkisto/muu-kirjoitukset/laadukas-seuranta-on-tarkeaa-rokotushaittojen-havaitsemiseksi/> (Maksullinen tietokanta).

Nohynek, H. 2017. Kansallinen rokotusohjelma. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 26.2.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00804#s1

Nohynek, H. & Leino, T. 2019. Rokotustekniikka. Rokotukset. Lääkärin tietokannat. Duodecim – Terveysportti. Viitattu 8.4.2019. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/ykt00061?toc=1306#s8> (Maksullinen tietokanta).

Nykopp, J. 2014. Jos rokottaminen loppuisi. Potilaan lääkärilehti. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/jos-rokottaminen-loppuisi/>

Paavilainen, P. 2014. Psykologian tutkimustyöopas. 1.-2. painos. Keuruu. Edita.

Rokotustieto 2018. Tiesitkö tämän rokotteista? Perustietoa rokotteista. Viitattu 24.3.2019. <https://www.rokotustieto.fi/perustietoa-rokotteista/tiesitko-taman-rokotteista>

Ruutu, P. 2018. Lähdekritiikkiä rokotuskeskusteluun. Lääkärilehti 10/2018. Viitattu 30.3.2019. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.puv.fi/ajassa/paakirjoitukset-tiede/lahdekritiikki-rokotuskeskusteluun/> (Maksullinen tietokanta).

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Analyysi ja tulkinta. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 6.5.2020. https://www.fsd.tuni.fi/metelmaopetus/kvali/L7_3.html

Salo, H. & Kilpi, T. 2017. Kansallinen rokotusohjelma – kansanterveyden ja talouden menestystarina. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Numero 10/2017. Viitattu 30.3.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13727>

Segler-Heikkilä, L. 2019. Henkilökohtainen sähköpostiviesti: Opinnäytetyö Kalojoen lukiossa. 27.11.2019. Vastaanottaja Rahja, R-L. Tiedustelu lukion oppilasmäärästä.

Schenkel, K., Radun, D., Bremer, V., Bocter, N. & Hamouda, O. 2008. Viral hepatitis in Germany: poor vaccination coverage and little knowledge about

transmission in target groups. Viitattu 28.5.2019. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b80222d5-b2fa-48e3-b0fc-541e808ef917%40sessionmgr4006> (Maksullinen tietokanta).

Siedler, A. & Dettmann, M. 2014. Hospitalization with varicella and shingles before and after introduction of childhood varicella vaccination in Germany. Viitattu 4.4.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4514040/>

Sivelä, J., Launis, V., Jääskeläinen, S., Puumalainen, T. & Nohynek, H. 2018. Käsitetykset rokotuksista ja rokotuskattavuuteen vaikuttavat tekijät. Lääkärilehti. Viitattu 28.3.2019. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/kasitykset-rokotuksista-ja-rokotuskattavuuteen-vaikuttavat-tekijat/>

Stefanoff, P., Mamelund, S-E., Robinson, M., Netterlid, E., Tuells, J., Bergsaker, M., Heijbel, H., Yarwood, J. & The VACSATC working group on standardization of attitudinal studies in Europe. 2010. Tracking parental attitudes on vaccination across European countries: The Vaccination Safety, Attitudes, Training and Communication Project (VACSATC). Viitattu 26.5.2019. https://www.academia.edu/29610072/Tracking_parental_attitudes_on_vaccination_across_European_countries_The_Vaccine_Safety_Attitudes_Training_and_Communication_Project_VACSATC

STM:n asetus 149/2017. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista. Viitattu 4.4.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170149>

STM 2019 a. Rokotukset. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Viitattu 26.2.2019. <https://stm.fi/rokotukset>

STM 2019 b. HPV-rokotukset. Viitattu 21.5.2019. <https://stm.fi/hpv-rokotukset>

Stronegger, WJ. & Freidl, W. 2009. A hierarchical analysis of social determinants of measles vaccination coverage in Austria schoolchildren. Viitattu 28.5.2019. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d6da58e1-ae64-40c1-b46b-e41747494376%40pdc-v-sessmgr05> (Maksullinen tietokanta)

THL 2014. Rokotteiden koostumus. Rokottaminen. Viitattu 26.2.2019. <https://thl.fi/fi/web/rokottaminen/rokotteet/rokotteiden-koostumus>

THL 2016 a. Antigeeni eli vaikuttava aine. Rokottaminen. Viitattu 26.2.2019. <https://thl.fi/fi/web/rokottaminen/rokotteet/rokotteiden-koostumus/antigeeni-eli-vaikuttava-aine>

THL 2016 b. Rokotuskattavuus. Kansallinen rokotushjelma. Rokottaminen. Viitattu 24.3.2019. <https://thl.fi/fi/web/rokottaminen/kansallinen-rokotushjelma/rokotuskattavuus>

THL 2016 c. Haittavaikutuksia oireittain. Rokottaminen. Viitattu 20.5.2019. <https://thl.fi/fi/web/rokottaminen/hyodyt-ja-haitat/haittavaikutukset/haittavaikutuksia-oireittain>

THL 2017 a. Kansallinen rokotusohjelma. Rokottaminen. Viitattu 25.5.2019. <https://thl.fi/fi/web/rokottaminen/kansallinen-rokotusohjelma>

THL 2017 b. Haittavaikutukset. Rokottaminen. Viitattu 4.4.2019. <https://thl.fi/fi/web/rokottaminen/hyodyt-ja-haitat/haittavaikutukset>

THL 2018 a. HPV-rokotuskattavuusraportti 2018. Terveyskeskus: Kalajoki. Viitattu 21.5.2019. <https://thl.fi/roko/rokotusrekisteri/hpvraportit2018/reports/hpvrokotuskattavuus2018kalajoki.pdf?filename=reports%2Fhpvrokotuskattavuus2018kalajoki.pdf>

THL 2018 b. Kansallista rokotusohjelmaa kehitetään johdonmukaisesti tieteellisen näytön perusteella. Tiedotteet ja uutiset. Viitattu 18.3.2019. <https://thl.fi/fi/-/kansallista-rokotusohjelmaa-kehitetaan-johdonmukaisesti-tieteellisen-nayton-perusteella>

THL 2019 a. Rokotteen määrääminen ja antaminen. Rokottaminen. Viitattu 28.5.2019. <https://thl.fi/fi/web/rokottaminen/kaytannon-ohjeita/rokottaminen-askel-askeleelta/rokotteen-maaraaminen-ja-antaminen>

THL 2019 b. Rokotusten järjestäminen. Rokottaminen. Viitattu 28.5.2019. <https://thl.fi/fi/web/rokottaminen/kaytannon-ohjeita/rokotusten-jarjestaminen>

THL 2019 c. Tyttöjen HPV-rokotuskattavuus. Rokotusrekisteri. Rokottaminen. Viitattu 21.5.2019. <https://thl.fi/roko/rokotusrekisteri/atlas/atlas.html?show=hpv>

THL 2019 d. Lasten ja nuorten rokotusohjelma. Rokottaminen. Viitattu 26.5.2019. <https://thl.fi/fi/web/rokottaminen/eri-ryhmien-rokotukset/lasten-ja-nuorten-rokotusohjelma>

THL 2019 e. Aikuisten rokotusohjelma. Rokottaminen. Viitattu 26.5.2019. <https://thl.fi/fi/web/rokottaminen/eri-ryhmien-rokotukset/aikuisten-rokotusohjelma>

THL 2019 f. Riskiryhmiin kuuluvien lasten ja nuorten rokotukset. Rokottaminen. Viitattu 1.6.2019. <https://thl.fi/fi/web/rokottaminen/eri-ryhmien-rokotukset/lasten-ja-nuorten-rokotusohjelma/riskiryhmiin-kuuluvat-lapset-ja-nuoret>

THL 2020. Tietoa rokotuksista. Infektiotaudit ja rokotukset. Viitattu 28.10.2020. <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/tietoa-rokotuksista>

Tilastokeskus 2019. Koulutusaste. Käsitteet. Tietoa tilastoista. <https://www.stat.fi/meta/kas/koulutusaste.html>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

WHO 2018. SAGE issues its 2018 assessment report of the Global Vaccine Action Plan. Viitattu 15.4.2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276967/WHO-IVB-18.11-eng.pdf?ua=>

WHO 2020. Coronavirus. Viitattu 15.10.2020. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

LIITTEET

LIITE 1 Saatekirje



Hyvä lukiolainen,

olemme Vaasan ammattikorkeakoulun kolmannen vuosiluokan terveydenhoitaja-opiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä aiheesta lukiolaisten tiedontaso ja asenteet rokottamisesta Kalajoen lukiossa. Tutkimuksen avulla selvitämme lukiolaisten tiedontason riittävyttä sekä mahdollisen tiedon lisäämisen tarvetta aiheesta.

Tutkimus toteutetaan kyselytutkimuksena. Kyselyyn vastataan sähköisesti, johon pääsette sähköpostiinne lähetetyn linkin kautta. Vastaamiseen olisi hyvä varata aikaa noin 10–15 minuuttia.

Kyselyyn vastaaminen on luottamuksellista ja vapaaehtoista. Kyselyyn vastataan nimettömänä eikä vastaajaa voida tunnistaa missään tutkimuksen vaiheessa. Aineisto on vain tutkijan saatavilla ja se hävitetään heti aineiston analysoinnin jälkeen asianmukaisella tavalla. Jokainen vastaus on tärkeä tutkimuksen onnistumiseksi. Vastaathan kyselyyn oman henkilökohtaisen tiedontasosi mukaan.

Tutkimuksen tulokset julkaistaan osoitteessa www.theseus.fi ja mahdollisesti myöhemmin paikallislehdessä. Opinnäytetyö esitetään Vaasan ammattikorkeakoulussa keväällä 2020. Opinnäytetyötämme ohjaa Vaasan ammattikorkeakoulun lehtori Anne Puska (puhelin: 0405395943 ja sähköposti: anne.puska@vamk.fi).

Ennakkokiitokset yhteistyöstänne!

Ystävällisin terveisin,

Riikka Marjamäki
puhelin: 0408328041
sähköposti: e1700952@edu.vamk.fi

Rosa-Linda Rahja
puhelin: 0403590891
sähköposti: e1700948@edu.vamk.fi

LIITE 2 (1/8) Kyselylomake

KYSELYLOMAKE

Tiedontaso ja asenteet rokottamisesta Kalajoen lukiossa



Kysely koostuu kolmesta osiosta: taustatiedot, tiedontaso ja asenteet. Lisäksi kyselyn lopussa on yksi avoin kysymys. Vastaathan jokaiseen kysymykseen, kiitos!

TAUSTATIEDOT

Valitse seuraavista YKSI vaihtoehto tai kirjoita vastaus sille annetulle viivalle

1) **Sukupuoli**

- a) Nainen
- b) Mies

2) **Ikä** _____ vuotta

3) **Kansalaisuus**

- a) Suomi
- b) Muu, mikä _____

4) **Lukion vuosiluokka**

- a) 1. vuosiluokka
- b) 2. vuosiluokka
- c) 3. vuosiluokka
- d) 4. vuosi lukiossa tai enemmän

5) **Äidin korkein koulutusaste**

- a) Ei perusasteen jälkeistä tutkintoa
- b) Toinen aste (lukio tai ammattikoulututkinto)
- c) Erikoisammattitutkinto/alin korkea-aste
- d) Alempi korkeakouluaste (ammattikorkeakoulu- tai yliopiston alempi korkea-koulututkinto)
- e) Ylempi korkeakouluaste
- f) Tutkijakoulutusaste (lisensiaatin tai tohtorin tutkinto)
- g) En tiedä

LIITE 2 (2/8) Kyselylomake**6) Isän korkein koulutusaste**

- a) Ei perusasteen jälkeistä tutkintoa
- b) Toinen aste (lukio tai ammattikoulututkinto)
- c) Erikoisammattitutkinto/alin korkea-aste
- d) Alempi korkeakouluaste (ammattikorkeakoulu- tai yliopiston alempi korkea-koulututkinto)
- e) Ylempi korkeakouluaste
- f) Tutkijakoulutusaste (lisenssiaatin tai tohtorin tutkinto)
- g) En tiedä

7) Lasten lukumäärä perheessä

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5 tai enemmän

8) Oletko saanut kaikki rokotusohjelmaan kuuluvat rokotteet

- a) Olen
 - b) En ole
 - c) En tiedä
-

TIEDONTASO

Valitse **YKSI** mielestäsi oikea vaihtoehto seuraavista väittämistä

1) Onko rokotteiden ottaminen pakollista Suomessa?

- a) Rokotteiden ottaminen on Suomessa pakollista.
- b) Rokotteiden ottaminen ei ole Suomessa pakollista.

2) Mikä on rokottamisen tarkoitus?

- a) Rokottamisen tarkoitus on lisätä ihmisten terveyskeskuskäyntejä.
- b) Rokottamisen tarkoitus on estää ja hävittää tartuntatauteja.
- c) Rokottamisen tarkoitus on levittää ja lisätä tartuntatauteja.
- d) Rokottamisen tarkoitus on muunnella ihmisten geenejä.

3) Mihin rokotukset elimistössä vaikuttavat?

- a) Rokotteet vaikuttavat luihin ja lihaksiin.
- b) Rokotteet vaikuttavat aivoihin.
- c) Rokotteet eivät vaikuta elimistössä mihinkään.
- d) Rokotteet vaikuttavat elimistön puolustusjärjestelmään.

LIITE 2 (3/8) Kyselylomake**4) Mistä rokotteet koostuvat?**

- a) Rokotteet koostuvat vaikuttavasta aineesta ja apuaineista.
- b) Rokotteet koostuvat pelkästään myrkyllisistä aineista.
- c) Rokotteet koostuvat kasveista ja yrteistä.
- d) Rokotteet koostuvat ksylitolista ja fluorista.

5) Miksi rokotteet sisältävät useampaa eri ainetta?

- a) Eri aineita tarvitaan elimistön myrkyttämiseksi.
- b) Eri aineita tarvitaan rokotteen tehon, säilyvyyden ja oikeanlaisen koostumuksen saavuttamiseksi.
- c) Eri aineita tarvitaan, että rokotteen kehittäjät saisivat sekoitella niitä keskenään.
- d) Rokotteet sisältävät vain yhtä ainetta.

6) Millä tavoilla rokotteita voidaan antaa?

- a) Rokotteita voidaan antaa vain tablettina suun kautta.
- b) Rokotteita voidaan antaa pistoksena lihaksensisäisesti, ihonalaisesti tai ihonsisäisesti ja suun tai nenän kautta.
- c) Rokotteita voidaan antaa vain pistoksena lihaksensisäisesti, ihonalaisesti tai ihonsisäisesti.
- d) Rokotteita voidaan antaa verisuoneen tai suun kautta.

7) Kuka voi antaa rokotteita?

- a) Rokotteita voivat antaa vanhemmat.
- b) Rokotteita voi antaa opettaja.
- c) Rokotteita voivat antaa vain lääkäri tai koulutettu sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai kätilö.
- d) Rokotteita voi antaa kuka tahansa.

8) Missä rokotteita annetaan?

- a) Rokotteita annetaan neuvoloissa, opiskelu- ja kouluterveydenhuollossa, sairaaloissa, terveysasemilla ja kotisairaanhoidossa.
- b) Rokotteita annetaan vain kotona.
- c) Rokotteita annetaan hammaslääkärissä.
- d) Rokotteita annetaan isovanhempien luona.

9) Mikä on elimistön puolustusjärjestelmän tehtävä?

- a) Puolustusjärjestelmä kertoo, milloin väsyttää tai on nälkä.
- b) Puolustusjärjestelmä on yksi mielenterveyden osa-alue.
- c) Puolustusjärjestelmä torjuu infektioita ja tuhoaa taudinaiheuttajia.
- d) Puolustusjärjestelmä on sama asia kuin rokote.

LIITE 2 (4/8) Kyselylomake**10) Kuka on vastuussa rokotusohjelmasta?**

- a) Rokotusohjelmasta on vastuussa Sosiaali- ja terveysministeriö.
- b) Rokotusohjelmasta on vastuussa kouluterveydenhoitaja.
- c) Rokotusohjelmasta on vastuussa Presidentti.
- d) Rokotusohjelmasta on vastuussa opettaja.

11) Mitä rokotusohjelmalla saavutetaan?

- a) Rokotusohjelmalla saavutetaan tartuntatautien leviämistä laajemmille alueille.
- b) Rokotusohjelmalla saavutetaan kaikkien tartuntatautien häviäminen kokonaan.
- c) Rokotusohjelmalla saavutetaan suoja tartuntatauteja vastaan.
- d) Rokotusohjelmalla saavutetaan uusien tautien syntymistä.

12) Häviävätkö tartuntataudit rokottamisella kokonaan?

- a) Tartuntataudit häviävät rokottamisella kokonaan, minkä jälkeen rokottaminen on täysin turhaa.
- b) Tartuntataudit käyvät rokottamisen ansiosta harvinaisemmiksi, ja Suomessa useat niistä on saatu hävitettyä jo kokonaan.
- c) Tartuntataudit lisääntyvät rokottamisella.
- d) Tartuntatauteja esiintyy rokottamisen takia useammin epidemioina.

13) Onko rokotusohjelman toteuttaminen yhteiskunnalle kallista?

- a) Rokottaminen on yhteiskunnalle kallista, koska se maksaa saman verran kuin rokotteilla estettäviin tauteihin sairastuneiden hoitaminen sairaalassa.
- b) Rokottaminen ei ole yhteiskunnalle kallista, koska rokotteet maksetaan itse.
- c) Rokottaminen ei ole yhteiskunnalle kallista, koska se on edullisempaa kuin hoitaa rokotteilla estettäviin tauteihin sairastuneita sairaalassa.
- d) Rokottaminen on yhteiskunnalle hyvin kallista, joten ihmiset tulisi sen takia jättää rokottamatta.

14) Kuka on vastuussa rokotusohjelman mukaisten rokotteiden järjestämisestä?

- a) Kunta on vastuussa rokotteiden järjestämisestä.
- b) Minä itse olen vastuussa rokotteiden järjestämisestä.
- c) Vanhemmat ovat vastuussa rokotteiden järjestämisestä.
- d) Koulun rehtori on vastuussa rokotteiden järjestämisestä.

15) Voidaanko uusi kehitetty rokote lisätä suoraan rokotusohjelmaan?

- a) Rokote voidaan lisätä rokotusohjelmaan heti, kun Suomessa esiintyy tartuntatautia, johon rokote on kehitetty.
- b) Rokote voidaan lisätä rokotusohjelmaan, kun se on tutkittu ja arvioitu tarkasti, ja se on todettu turvalliseksi ja hyödylliseksi.
- c) Rokote voidaan lisätä rokotusohjelmaan ilman mitään lisätutkimuksia, kun joku on kehittänyt uuden rokotteen.
- d) Voin itse lisätä haluamani rokotteen rokotusohjelmaan.

LIITE 2 (5/8) Kyselylomake**16) Kenelle vesirokkorokote annetaan?**

- a) Vesirokkorokote annetaan kaikille suomalaisille.
- b) Vesirokkorokote annetaan niille, jotka eivät ole tiettyyn ikään mennessä sairastaneet vesirokkoa.
- c) Vesirokkorokote annetaan, jos lähtee Afrikkaan lomamatkalle.
- d) Vesirokkorokote annetaan, jos sairastuu vesirokkoon.

17) Mitä tarkoittaa rokotuskattavuus?

- a) Rokotuskattavuus kuvaa, kuinka suuri määrä kansasta on saanut rokotteen.
- b) Rokotuskattavuus kuvaa, kuinka monta rokotetta ihminen on saanut.
- c) Rokotuskattavuus kuvaa, kuinka kattavasti rokote suojaa tartuntataudilta.
- d) Rokotuskattavuus kuvaa, kuinka paljon rokotteista täytyy maksaa.

18) Mitä tapahtuu, jos rokotuskattavuus laskee?

- a) Rokotuskattavuuden laskiessa ei tapahdu mitään, koska tartuntataudit ovat hävinneet.
- b) Rokotuskattavuuden laskiessa tartuntatauteja alkaa ilmaantua uudelleen ja tautiepidemiat yleistyvät.
- c) Rokotuskattavuuden laskiessa on kehittävä uusia rokotteita.
- d) Rokotuskattavuuden laskiessa tartuntataudit häviävät.

19) Miten korkea rokotuskattavuuden tulisi keskimäärin olla?

- a) 80–90 %
- b) 60 %
- c) 10–30%
- d) 0 %

20) Mitä tarkoittaa laumaimmuneetti?

- a) Laumaimmuneetti tarkoittaa laumaihmistä.
- b) Laumaimmuneetti tarkoittaa lehmälaumaa.
- c) Laumaimmuneetti tarkoittaa väestön immunitettia, joka antaa suojaa myös rokottamattomalle osalle väestöä.
- d) Laumaimmuneetti tarkoittaa joukkoa, johon ei päästetä ketä tahansa mukaan.

21) Mikä on haittatapahtuma?

- a) Haittatapahtuma voi aiheutua rokotteesta, liittyä rokotustilanteeseen tai olla vain samaan aikaan sattuva tapahtuma, joka ei liity rokottamiseen.
- b) Haittatapahtuma tarkoittaa, että rokottaja ärsyttää rokotettavaa.
- c) Haittatapahtuma tarkoittaa, että jokin estää rokotteen ottamisen.
- d) Haittatapahtuma on tapahtuma, joka tapahtuu ennen rokotteen ottamista.

22) Mitä ovat tavallisimmat rokotuksista aiheutuvat haittavaikutukset?

- a) Pistoskohdassa ilmenevä punoittava sävy, turvotus, kipu tai kuumotus.
- b) Kuolema tai vakava sairaus.
- c) Kuume, flunssa tai nokkosihottuma.
- d) Ahdistus, kylmähiki tai paniikkikohtaus.

LIITE 2 6/8 Kyselylomake

23) Kuka pitää rekisteriä rokotusten haittavaikutuksista?

- Haittavaikutusrekisteriä täytyy pitää itse.
- Haittavaikutusrekisteriä pitää opettaja.
- Haittavaikutusrekisteriä pitää lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea.
- Haittavaikutusrekisteriä pitävät vanhemmat.

24) Valvotaanko rokotusten turvallisuutta?

- Rokotteiden turvallisuutta ei valvota mitenkään.
- Rokotteiden turvallisuus on tarkasti säädeltyä ja valvottua.
- Rokotteiden turvallisuutta tulee valvoa itse.
- Rokotteiden turvallisuus on toissijaista.

ASENTEET

Valitse seuraavista YKSI vaihtoehto, joka kuvaa mielipidettäsi parhaiten

	Eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Samaa mieltä
1) Rokottamisesta on enemmän hyötyä kuin haittaa	1	2	3	4
2) Terveelliset elämäntavat eivät ole yhtä hyvä suoja tauteja vastaan kuin rokotteet	1	2	3	4
3) Tautien sairastaminen ei ole ihmiselle hyväksi	1	2	3	4
4) Rokotteilla saavutettu immuniteetti on parempi kuin ihmisellä luontaisesti oleva	1	2	3	4
5) Rokottaminen on tarpeellista	1	2	3	4
6) Rokotteista annetaan tarpeeksi tietoa	1	2	3	4
7) Saan eniten tietoa rokottamisesta terveydenhuollon ammattilaisilta	1	2	3	4

LIITE 2 (7/8) Kyselylomake

	Eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Samaa mieltä
8) Terveydenhuollon ammattilaisilta saatu tieto on luotettavinta	1	2	3	4
9) Olen etsinyt rokottamisesta tietoa internetistä	1	2	3	4
10) En tarvitse lisää tietoa rokottamisesta	1	2	3	4
11) Haluaisin, että rokotteiden haittavaikutuksista kerrotaisiin enemmän	1	2	3	4
12) Otan kaikki rokotusohjelman mukaiset rokotukset	1	2	3	4
13) Otan rokotteen, mikäli terveydenhuollon ammattilainen sitä minulle suosittelee	1	2	3	4
14) Uskon rokotteiden tehoon	1	2	3	4
15) Suhtaudun positiivisesti rokottamiseen	1	2	3	4
16) Minulla ei ole negatiivisia kokemuksia rokottamisesta	1	2	3	4
17) En pelkää rokotteiden haittavaikutuksia	1	2	3	4
18) Rokottamisesta aiheutuvat välittömät sivuvaikutukset ovat pelottavampia kuin myöhemmin esiintyvät	1	2	3	4
19) En pelkää sairastuvani rokotteesta	1	2	3	4
20) Vanhempani ei/eivät päättä rokotamisestani	1	2	3	4
21) Lähipiirini mielipide ei vaikuta mielipiteeseeni rokottamisesta	1	2	3	4

LIITE 2 (8/8) Kyselylomake

	Eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Samaa mieltä
22) Sosiaalinen media ei vaikuta mieliteeseeni rokottamisesta	1	2	3	4
23) Rokottamisen on hyvä olla vapaaehtoista	1	2	3	4

AVOIN KYSYMYS:

Mitkä asiat vaikuttavat asenteisiisi rokottamisesta ja miksi?

Kiitos vastauksistasi!

LIITE 3 (1/4) Vastausten jakautuminen tiedontaso-osiossa

Väittämät ja vastaustausvaihtoehdot	n	%
Onko rokotteiden ottaminen pakollista Suomessa?		
Rokotteiden ottaminen on Suomessa pakollista	39	21
Rokotteiden ottaminen ei ole Suomessa pakollista.	147	79
Mikä on rokottamisen tarkoitus?		
Rokottamisen tarkoitus on lisätä ihmisten terveyskeskuskäyntejä.	1	1
Rokottamisen tarkoitus on estää ja hävittää tartuntatauteja.	184	99
Rokottamisen tarkoitus on levittää ja lisätä tartuntatauteja.	0	0
Rokottamisen tarkoitus on muunnella ihmisten geenejä.	1	1
Mihin rokotukset elimistössä vaikuttavat?		
Rokotteet vaikuttavat luihin ja lihaksiin.	3	2
Rokotteet vaikuttavat aivoihin.	0	0
Rokotteet eivät vaikuta elimistössä mihinkään.	2	1
Rokotteet vaikuttavat elimistön puolustusjärjestelmään.	181	97
Mistä rokotteet koostuvat?		
Rokotteet koostuvat vaikuttavasta aineesta ja apuaineista.	181	97
Rokotteet koostuvat pelkästään myrkyllisistä aineista.	1	1
Rokotteet koostuvat kasveista ja yrteistä.	2	1
Rokotteet koostuvat ksylitolista ja fluorista.	2	1
Miksi rokotteet sisältävät useampaa eri ainetta?		
Eri aineita tarvitaan elimistön myrkyttämiseksi.	1	1
Eri aineita tarvitaan rokotteiden tehon, säilyvyyden ja oikeanlaisen koostumuksen saavuttamiseksi.	183	98
Eri aineita tarvitaan, että rokotteiden kehittäjät saisivat sekoitella niitä keskenään.	1	1
Rokotteet sisältävät vain yhtä ainetta.	1	1
Millä tavoilla rokotteita voidaan antaa?		
Rokotteita voidaan antaa vain tablettina suun kautta.	1	1
Rokotteita voidaan antaa pistoksena lihaksensisäisesti, ihonalaisesti tai ihonsisäisesti ja suun tai nenän kautta.	54	29
Rokotteita voidaan antaa vain pistoksena lihaksensisäisesti, ihonalaisesti tai ihonsisäisesti.	117	63
Rokotteita voidaan antaa verisuoneen tai suun kautta.	14	8
Kuka voi antaa rokotteita?		
Rokotteita voivat antaa vanhemmat.	1	1
Rokotteita voi antaa opettaja.	2	1
Rokotteita voivat antaa vain lääkäri tai koulutettu sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai kätilö.	181	97
Rokotteita voi antaa kuka tahansa.	2	1
Missä rokotteita annetaan?		
Rokotteita annetaan neuvoloissa, opiskelu- ja kouluterveydenhuollossa, sairaaloissa, terveysasemilla ja kotisairaanhoidossa.	185	100
Rokotteita annetaan vain kotona.	1	1
Rokotteita annetaan hammaslääkärissä.	0	0
Rokotteita annetaan isovanhempien luona.	0	0

LIITE 3 (2/4)

Väittämät ja vastausvaihtoehdot	n	%
Mikä on elimistön puolustusjärjestelmän tehtävä?		
Puolustusjärjestelmä kertoo, milloin väsyttää tai on nälkä.	1	1
Puolustusjärjestelmä on yksi mielenterveyden osa-alue.	1	1
Puolustusjärjestelmä torjuu infektioita ja tuhoaa taudinaiheuttajia.	184	99
Puolustusjärjestelmä on sama asia kuin rokote.	0	0
Kuka on vastuussa rokotusohjelmasta?		
Rokotusohjelmasta on vastuussa Sosiaali- ja terveysministeriö.	182	98
Rokotusohjelmasta on vastuussa kouluterveydenhoitaja.	3	2
Rokotusohjelmasta on vastuussa Presidentti.	1	1
Rokotusohjelmasta on vastuussa opettaja.	0	0
Mitä rokotusohjelmalla saavutetaan?		
Rokotusohjelmalla saavutetaan tartuntatautien leviämistä laajemmille alueille.	9	5
Rokotusohjelmalla saavutetaan kaikkien tartuntatautien häviäminen kokonaan.	9	5
Rokotusohjelmalla saavutetaan suoja tartuntatauteja vastaan.	167	90
Rokotusohjelmalla saavutetaan uusien tautien syntymistä.	1	1
Häviävätkö tartuntataudit rokottamisella kokonaan?		
Tartuntataudit häviävät rokottamisella kokonaan, minkä jälkeen rokottaminen on täysin turhaa.	6	3
Tartuntataudit käyvät rokottamisen ansiosta harvinaisemmiksi, ja Suomessa useat niistä on saatu hävitettyä jo kokonaan.	175	94
Tartuntataudit lisääntyvät rokottamisella.	1	1
Tartuntatauteja esiintyy rokottamisen takia useammin epidemioina.	4	2
Onko rokotusohjelman toteuttaminen yhteiskunnalle kallista?		
Rokottaminen on yhteiskunnalle kallista, koska se maksaa saman verran kuin rokotteilla estettäviin tauteihin sairastuneiden hoitaminen sairaalassa.	31	17
Rokottaminen ei ole yhteiskunnalle kallista, koska rokotteet maksetaan itse.	4	2
Rokottaminen ei ole yhteiskunnalle kallista, koska se on edullisempaa kuin hoitaa rokotteilla estettäviin tauteihin sairastuneita sairaalassa.	151	81
Rokottaminen on yhteiskunnalle hyvin kallista, joten ihmiset tulisi sen takia jättää rokottamatta.	0	0
Kuka on vastuussa rokotusohjelman mukaisten rokotteiden järjestämisestä?		
Kunta on vastuussa rokotteiden järjestämisestä.	152	82
Minä itse olen vastuussa rokotteiden järjestämisestä.	23	12
Vanhemmat ovat vastuussa rokotteiden järjestämisestä.	10	5
Koulun rehtori on vastuussa rokotteiden järjestämisestä.	1	1
Voidaanko uusi kehitetty rokote lisätä suoraan rokotusohjelmaan?		
Rokote voidaan lisätä rokotusohjelmaan heti, kun Suomessa esiintyy tartuntatautia, johon rokote on kehitetty.	11	6
Rokote voidaan lisätä rokotusohjelmaan, kun se on tutkittu ja arvioitu tarkasti, ja se on todettu turvalliseksi ja hyödylliseksi.	174	94
Rokote voidaan lisätä rokotusohjelmaan ilman mitään lisätutkimuksia, kun joku on kehittänyt uuden rokotteen.	1	1
Voin itse lisätä haluamani rokotteen rokotusohjelmaan.	0	0

LIITE 3 (3/4)

Väittäjä ja vastausvaihtoehdot	n	%
Kenelle vesirokkorokote annetaan?		
Vesirokkorokote annetaan kaikille suomalaisille.	44	24
Vesirokkorokote annetaan niille, jotka eivät ole tiettyyn ikään mennessä sairastaneet vesirokkoa.	137	74
Vesirokkorokote annetaan, jos lähtee Afrikkaan lomamatkalle.	3	2
Vesirokkorokote annetaan, jos sairastuu vesirokkoon.	2	1
Mitä tarkoittaa rokotuskattavuus?		
Rokotuskattavuus kuvaa, kuinka suuri määrä kansasta on saanut rokotteen.	123	66
Rokotuskattavuus kuvaa, kuinka monta rokotetta ihminen on saanut.	13	7
Rokotuskattavuus kuvaa, kuinka kattavasti rokote suojaa tartuntataudilta.	49	26
Rokotuskattavuus kuvaa, kuinka paljon rokotteista täytyy maksaa.	1	1
Mitä tapahtuu, jos rokotuskattavuus laskee?		
Rokotuskattavuuden laskiessa ei tapahdu mitään, koska tartuntataudit ovat hävinneet.	5	3
Rokotuskattavuuden laskiessa tartuntatauteja alkaa ilmaantua uudelleen ja tautiepidemiat yleistyvät.	158	85
Rokotuskattavuuden laskiessa on kehittävää uusia rokotteita.	17	9
Rokotuskattavuuden laskiessa tartuntataudit häviävät.	6	3
Miten korkea rokotuskattavuuden tulisi keskimäärin olla?		
80–90 %	156	84
60 %	26	14
10–30 %	4	2
0 %	0	0
Mitä tarkoittaa laumaimmuneetti?		
Laumaimmuneetti tarkoittaa laumaihmistä.	0	0
Laumaimmuneetti tarkoittaa lehmälaumaa.	4	2
Laumaimmuneetti tarkoittaa väestön immunitaattia, joka antaa suojaa myös rokottamattomalle osalle väestöstä.	180	97
Laumaimmuneetti tarkoittaa joukkoa, johon ei päästetä ketä tahansa mukaan.	2	1
Mikä on haittatahtuma?		
Haittatahtuma voi aiheutua rokotteesta, liittyä rokotustilanteeseen tai olla vain samaan aikaan sattuva tapahtuma, joka ei liity rokottamiseen.	134	72
Haittatahtuma tarkoittaa, että rokottaja ärsyttää rokottettavaa.	3	2
Haittatahtuma tarkoittaa, että jokin estää rokotteen ottamisen.	47	25
Haittatahtuma on tapahtuma, joka tapahtuu ennen rokotteen ottamista.	2	1
Mitä ovat tavallisimmat rokotuksista aiheutuvat haittavaikutukset?		
Pistoskohdassa ilmenevä punoittava sävy, turvotus, kipu tai kuumotus.	156	84
Kuolema tai vakava sairaus.	4	2
Kuume, flunssa tai nokkosihottuma.	20	11
Ahdistus, kylmähiki tai paniikkikohtaus.	6	3

LIITE 3 (4/4)

Väittäjä ja vastausvaihtoehdot	n	%
Kuka pitää rekisteriä rokotusten haittavaikutuksista?		
Haittavaikutusrekisteriä täytyy pitää itse.	12	7
Haittavaikutusrekisteriä pitää opettaja.	4	2
Haittavaikutusrekisteriä pitää lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea.	168	90
Haittavaikutusrekisteriä pitävät vanhemmat.	2	1
Valvotaanko rokotusten turvallisuutta?		
Rokotteiden turvallisuutta ei valvota mitenkään.	2	1
Rokotteiden turvallisuus on tarkasti säädeltyä ja valvottua.	181	97
Rokotteiden turvallisuutta tulee valvoa itse.	1	1
Rokotteiden turvallisuus on toissijaista.	2	1