

**Acceptans och hälsomedvetenhet
kopplat till digifysisk elevhälsa
- en tvärsnittsstudie**

**Acceptance and health
consciousness related to
digiphysical school health service
- a cross-sectional study**

Examensarbete för magisterexamen med
huvudområdet Folkhälsovetenskap

Avancerad nivå 15 högskolepoäng

Vårtermin 2024

Student: Jenny Wilmarsgård & Therese Weståker

Handledare: Anders Klingberg

Examinator: Louise Arvidsson

SAMANFATTNING

Titel:	Acceptans och hälsomedvetenhet kopplat till digifysisk elevhälsa
Författare:	Wilmarsgård, Jenny; Weståker, Therese
Avdelning/Institution:	Avdelningen för folkhälsovetenskap, Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Folkhälsovetenskap: Digital hälsa och kommunikation - magisterprogram, Examensarbete inom folkhälsovetenskap: Digital hälsa och kommunikation A1E, 15 hp
Handledare:	Klingberg, Anders
Examinator:	Arvidsson, Louise
Nyckelord:	Acceptans, Hälsomedvetenhet, Elevhälsa, UTAUT, Digitala verktyg, Ungdomar

Sammanfattning

Introduktion: Den mentala ohälsan ökar hos barn och ungdomar samtidigt som den självskattade hälsan och livstillfredsställelsen minskar. Elevhälsan i skolorna spelar en viktig roll för hälsofrämjande insatser för barn och ungdomar. Dagens samhälle övergår alltmer till att bli digitalt. Då barn och ungdomar idag är digitala invånare är det av vikt att undersöka om elevhälsa kan kompletteras med digitala verktyg. Teorin som applicerades var Unified theory of acceptance and use of technology model (UTAUT). **Syfte:** Syftet var att studera acceptans och hälsomedvetenhet kopplat till digifysisk elevhälsa hos skolungdomar i årskurserna 7–9 i grundskolan och årskurserna 1–3 på gymnasieskolan. **Metod:** Studien var en kvantitativ enkätstudie med tvärsnittsdesign. Data samlades in med en digital enkät i en elevhälsoapp (n=207) med sammanlagt 24 frågor, varav 14 var validerade från UTAUT-teorin. Data analyserades sedan i programmet IBM SPSS Statistics. **Resultat:** Studien visade att det fanns en hög acceptans av digifysisk elevhälsa hos studiepopulationen. Alla frågorna hade ett positivt medelvärde. Det fanns en koppling mellan graden av hälsomedvetenhet och att appen upplevdes hjälpsam med att öka medvetenheten kring behov och mående. Verkyget ansågs vara en bra och snabb väg för kontakt med elevhälsoteamet. Trygghet och utformning ökar användarviljan. **Slutsats:** Studien visade att acceptansen av digifysisk elevhälsa var hög och att användningen kan hjälpa elever att bli mer medvetna om sin hälsa och sig själva. Kombinationen av digital och fysisk elevhälsa kan därmed vara hälsofrämjande för elever.

ABSTRACT

Title: Acceptance and health consciousness related to digiphsical school health services

Author: Wilmarsgård, Jenny; Weståker, Therese

Dept./School: Department of Public Health, School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Public Health Science: Digital health and communication A1E, 15 ECTS

Supervisor: Anders Klingberg

Examiner: Louise Arvidsson

Keywords: Acceptance, Health consciousness, School health service, UTAUT, Digital tools, Adolescent

Abstract

Introduction: Mental illness is increasing among children and adolescents, while self-rated health and life satisfaction are decreasing. Health services in schools play an important role in promoting health for children and adolescents. Today's society is increasingly becoming digital. As children and adolescents are digital inhabitants, it is important to investigate whether school health services can be complemented with digital tools. The theory applied was UTAUT. **Aim:** The purpose was to study acceptance and health consciousness related to digiphsical school health service among adolescents in grades 7–9 in primary school and grades 1–3 in high school. **Methods:** The study was a quantitative cross-sectional survey. Data was collected using a digital survey in a student health app (n=207) with a total of 24 questions. Data was then analyzed using the IBM SPSS Statistics program. **Results:** The study showed that there was a high acceptance of digiphsical school health service among the study population. All the questions had a positive mean value. There was a connection between the degree of health consciousness and that the app was perceived as helpful in increasing awareness of needs and well-being. The tool was considered a good and quick way to contact the student health team. Safety and design increase user willingness. **Conclusion:** The study showed that the acceptance of digiphsical student health was high and that its use can help to become more aware of health and needs. The combination of digital and physical student health can thus be health promoting for students.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INTRODUKTION	1
1.1	Barns hälsa	1
1.2	Elevhälsa	1
1.3	Digitalisering av elevhälsa	2
1.4	Folkhälsovetenskaplig relevans	2
1.5	Forskningsläge- digitalisering och hälsa hos barn och unga	3
1.6	Teoretiskt ramverk	4
1.7	Problemformulering	5
2	SYFTE	6
3	METOD	7
3.1	Studiepopulation och urval	7
3.2	Pilotstudie	7
3.3	Externt samarbete	7
3.4	Datainsamling	8
3.5	Analys	9
3.6	Etiska överväganden	10
4	RESULTAT	11
4.1	Deskriptiv statistik	11
4.1.1	Demografiska frågor	11
4.1.2	Kompletterande frågor	12
4.1.3	UTAUT-frågor	13
4.2	Sambandsanalys	15
4.2.1	Cronbach´s alpha	15
4.2.2	Acceptans av digifysisk elevhälsa	16
4.2.3	Hälsomedvetenhet kopplat till digifysisk elevhälsa	17
4.2.4	Andra faktorer som påverkar användarbeteendet	19
5	DISKUSSION	22
5.1	Resultatdiskussion	22
5.1.1	Acceptans av digifysisk elevhälsa	22
5.1.2	Hälsomedvetenhet kopplat till digifysisk elevhälsa	23
5.1.3	Andra faktorer som påverkar användarbeteendet	24

5.1.4	Bortfall	25
5.2	Metoddiskussion	25
5.2.1	Konstruktion av enkät	25
5.2.2	Reliabilitet och trovärdighet	27
5.2.3	Validitet och kvalitet	27
5.3	Etikdiskussion	28
5.3.1	Betydelsen av externt samarbete	28
5.3.2	Potentiella intressekonflikter	28
5.4	Slutsats	29
6	FÖRFATTARNAS TACK	30
7	REFERENSER	31
8	BILAGOR	36
8.1	Bilaga 1, disposition över frågorna i enkäten	36
8.2	Bilaga 2, informationsbrev	37
8.3	Bilaga 3, samtycket samt exempel på enkätfrågor i appen	38

1 INTRODUKTION

1.1 Barns hälsa

Vart fjärde år utförs en undersökning om skolbarns hälsovanor i 44 olika länder och regioner i Europa, Asien och Kanada i åldrarna 11, 13 och 15 år. Undersökningen görs i samarbete med Världshälsoorganisationen (WHO) (Health Behaviour in School-aged Children, u.å.), och i den senaste rapporten (Cosma et al., 2023) visas det att livstillfredsställelse och självskattad hälsa har minskat. Den senaste svenska undersökningen av skolbarns hälsovanor speglar det internationella resultatet. Mätningen av skolbarns hälsovanor startade på mitten av 1980-talet och aldrig tidigare har de självskattade hälsobesvären haft så hög frekvens som i rapporten från 2022, vilket återfanns i alla åldersgrupper (Folkhälsomyndigheten, 2023a). Både den internationella (Cosma et al., 2023) och den nationella (Folkhälsomyndigheten, 2023a) undersökningen visar att trenden är mer uttalad hos tjejer än hos killar. Undersökningarna visar även att tjejer är överrepresenterade med sämre resultat för mental hälsa och välbefinnande i alla studerade variabler. Tjejer uppger oftare och fler hälsobesvär i alla åldersgrupper jämfört med killar (Cosma et al., 2023).

Globalt lider uppskattningsvis en av sju (14 %) 10–19-åringar av psykisk ohälsa (WHO, 2021a). Suicid är den fjärde ledande dödsorsaken bland världens 15–19-åringar (WHO, u.å.) I Sverige är vart tredje dödsfall hos unga mellan 15–29 år suicid (Folkhälsomyndigheten, 2024). Folkhälsovetenskapliga insatser riktade mot barn som målgrupp är en determinant för deras möjligheter till hälsa senare i livet, då den typen av insatser minimerar risk för psykisk ohälsa och även för fetma, undernäring, hjärtsjukdom och kriminalitet senare i livet (CSDH, 2008).

Folkhälsomyndigheten (2018) förklarar att internaliseringsproblem innebär oro, depressiva symtom och psykosomatiska symtom såsom huvudvärk och magont samt självskadebeteende. I en nyligen publicerad studie (Schlack et al., 2021) visar resultatet att individer med internaliseringsproblem i barndomen eller tonåren oftare rapporterar sämre allmän psykisk hälsa, depressiva symtom och har en högre sannolikhet för ätstörningssymtom som unga vuxna. Vidare visar studien att individer med internaliseringsproblematik mer sällan uppger att de är i ett stabilt förhållande samtidigt som de oftare får oplanerade barn. Woodward & Fergussons (2001) studie visar att ungdomar som drabbas av ångestsyndrom har en högre risk att drabbas av ångest senare i livet såväl som depression, substansberoende, självmordsbeteende, underprestation i skola samt högre risk för att skaffa barn i unga år. Även 2002 fann Fergusson & Woodward att depression i ungdomen innebär en högre risk för negativa psykosociala utfall senare i livet. Studien visade även att depression i ungdomen har en direkt koppling till högre risk för djup depression och ångestsyndrom senare i livet (Fergusson & Woodward, 2002).

1.2 Elevhälsa

I skollagen 25 §, kap. 2 (SFS 2010:800) står det att elevhälsa ska finnas för elever i förskoleklass, grundskola, anpassad grundskola, sameskola, specialskola, gymnasieskola och anpassad gymnasieskola. Elevhälsan ska främst ha ett förebyggande och hälsofrämjande fokus. Personal ska finnas inom det medicinska, psykologiska, psykosociala och

specialpedagogiska med tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog, kurator och specialpedagog. Vidare skriver lagen att elevhälsoarbetet ska bedrivas på individ-, grupp- såväl som på skolenhetsnivå. Skolverket (2024) skriver att de olika yrkeskategorierna inte nödvändigtvis behöver vara anställda på skolan men att de behöver finnas tillgängliga för eleverna utifrån lokala behov och förutsättningar som angörs av skolans huvudman.

Socialstyrelsen (2016) skriver att det finns ett dubbelriktat samband mellan hälsa och lärande. Elevers hälsa har en betydande roll för deras skolprestation och deras skolprestation har en betydande roll för den mentala hälsan. Därför är det av vikt att skolan via elevhälsan formar insatser som berör båda komponenterna. Fadus & Harrisson (2019) menar att skolan är en nyckelaktör för hälsofrämjande insatser mot mental hälsa då arenan är tillgänglig, inkluderande och kostnadseffektiv. Fadus & Harrison (2019) menar även att skolor som arena både kan ha riktade insatser såväl som generella.

1.3 Digitalisering av elevhälsa

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) (2021) skriver att digitaliseringen av elevhälsan ökar och covid-19-pandemin har bidragit till ett ökat digitalt arbetssätt. I en enkät som skickades ut till Sveriges kommuner 2021 angav merparten av kommunerna att de erbjöd elevhälsa på distans och att de vanligaste yrkesgrupperna som erbjöd insatser digitalt eller via telefon var kuratorer och skolsköterskor. Respondenterna i enkäten tyckte i störst utsträckning att insatserna på distans fungerade ganska bra. En fjärdedel av kommunerna angav att det varierar mycket beroende på insats och elevernas behov. För en del elever har det varit en fördel med digitala möten medan andra föredragit fysisk kontakt. Svårigheter med digitaliseringen uppges vara osäkerhet kring säkerställande av sekretess (SKR, 2021).

För att öka tillgängligheten och delaktigheten inom vården samt elevhälsan kan digifysisk vård erbjudas. Regeringen (SOU 2019:42) definierar digifysisk som ett begrepp vilket innebär en kombination av digitala-och fysiska möten och kontakt. Digifysisk används både som begrepp inom digitalisering av elevhälsoarbetet och inom hälso- och sjukvården. Det största hindret med digitaliseringen i dag är att integreringen med den fysiska och den digitala vården inte fungerar optimalt, då utvecklingen av de två systemen sker parallellt snarare än på gemensamma plattformar. Genom att erbjuda en integrerad digifysisk hälso- och sjukvård kan det bidra till en kontinuitetsbaserad leverans av vården, vilket ökar tillgängligheten och tryggheten för patienten (SOU 2019:42). Även digifysisk elevhälsa kan ge ökad tillgänglighet då eleven kan ges möjlighet att ta kontakt både under och efter skoltid samt minska väntetider. Genom digital kontakt kan eventuella motstånd runt känsliga ämnen minska då det möjliggör för eleven att bibehålla sin integritet, då risk för kontakt med andra runt omkring vid vårdtillfället lättare kan undvikas (Curoflow, u.å.).

1.4 Folkhälsovetenskaplig relevans

I rapporten *Closing the gap in a generation* (CSDH, 2008) skriver författarna att insatser med barn som målgrupp har störst effekt för att minska ojämlikheten i hälsa inom en generation. Rapporten knyter på så vis an till de svenska folkhälsopolitiska målen som syftar till att skapa jämlikhet i hälsan i befolkningen (Folkhälsomyndigheten, 2023b). De flesta av de

folkhälsopolitiska målen berörs i skolans och elevhälsans hälsofrämjande insatser. De målområden som främst inkluderas är målområdena 2,7 och 8. Målområde 2: *Kunskap, kompetenser och utbildning* syftar bland annat till att genom en bra lärandemiljö, likvärdigt utbildningssystem och tidiga identifieringar och insatser vid behov, har skolan som arena en grundläggande roll i arbetet mot jämlik hälsa. Målområde 7: *Kontroll, inflytande och delaktighet* som är avgörande för en god och jämlik hälsa. Målområde 8: *En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård* då elevhälsan är en del av hälso- och sjukvården och målet syftar till att bidra till förebyggande insatser samt skapa förutsättningar för en jämlik vård (Folkhälsomyndigheten, 2023b).

Även ur ett internationellt perspektiv är det av vikt att lyfta hälsofrämjande insatser mot barn. Agenda 2030 och de globala målen (UNDP, u.å.) syftar till att minska ojämlikhet och orättvisa i världen samt bidra till en hållbar utveckling. De globala målen som berör barns hälsa i skolmiljö är främst målområdena 3, 4 och 10 (UNDP, u.å.). Målområde 3: *God hälsa och välbefinnande* innebär att främja välbefinnande och säkerställa hälsosamma liv (UNDP, 2022c). Målområde 4: *God utbildning* för en inkluderande lärandemiljö och allas rätt till en god och hälsofrämjande utbildning (UNDP, 2022a) och målområde 10: *Minskad ojämlikhet* vilken syftar till allas lika rättigheter och möjligheter (UNDP, 2022b).

Skolan är en unik arena för implementering av hälsofrämjande insatser till barn och ungdomar då den nås av majoriteten av målgruppen, både globalt och nationellt (Fadus & Harrisson 2019). WHO (2021b) skriver att elevhälsa därför kan fungera som den främsta kanalen för att möta de dagliga hälsobehoven hos barn och ungdomar. Vidare beskriver WHO (2021b) att mycket av elevhälsoarbetet runt om i världen inte är evidensbaserade eller välfungerande samt saknar tillräckliga resurser. Därför är det av relevans att utvärdera elevhälsa för att säkerställa effektivitet.

I *Vision e-hälsa 2025* står det att säkerställandet av effektiviteten inom hälso- och sjukvården är nödvändig, både för att hantera utmaningar och ökade förväntningar för att skapa en hållbar utveckling. Vidare beskrivs att digitalisering kan bidra till att öka delaktighet, möjliggöra individanpassning, öka samverkan och bidra till ökad jämlik vård. Målgruppen barn och ungdomar kan stärkas med hjälp av digitala verktyg, vilket gör att deras perspektiv bör vara en utgångspunkt i implementeringsarbeten för målgruppen (Regeringsbeslut S2016/01874/FS). Även Skolverkets digitaliseringsstrategi lyfter digitaliseringen som en viktig komponent för att bygga ett hållbart samhälle och menar att digital kompetens är en nyckelfaktor i det digitala demokratiska samhället (Skolverket, 2022). Ur ett folkhälsovetenskapligt perspektiv är det därför relevant att lyfta barn och unga i det digitala samhället och studera förutsättningar med digitala verktyg för att främja en jämlik hälsa.

1.5 Forskningsläge- digitalisering och hälsa hos barn och unga

Det finns begränsat med forskning kring digitalisering med barn och elevhälsa, eftersom digitaliseringen i samhället sker i snabb takt och utvecklas ständigt. Under covid-19-pandemin tvingades skolorna ställa om till mer digital undervisning och elevhälsa. I en svensk kvalitativ studie med skolsköterskor menade respondenterna att den digitala lösningen möjliggjorde en närmare kontakt med eleverna och att eleverna oftare hörde av sig. Digitaliseringen medförde

även tätare kontakt med vårdnadshavare (Martinsson et al., 2021)

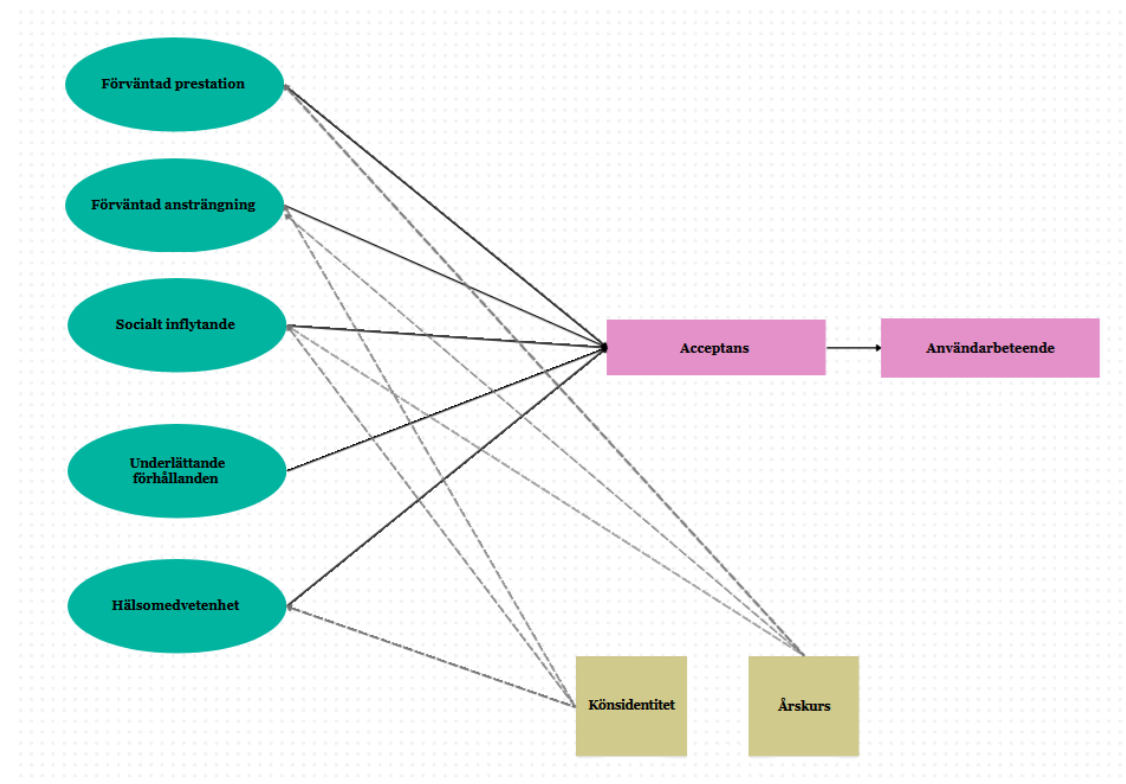
Moltrecht et al. (2021) genomförde en studie som utvärderade en intervention med en app som syftar till att vara ett hjälpmedel till att reglera känslor. Studiens målgrupp var skolbarn i åldern 10–12. Appen fanns tillgänglig under och efter skoltid i tre månader. I studien framkom det att 67 procent av eleverna tyckte att appen var hjälpsam för att reglera sina känslor. Respondenterna uppgav att de upplevde appen som tillgänglig och användbar. Sammanfattningsvis visar studien att app-baserade interventioner för mental hälsa kan vara viktiga i arbetet för att främja psykisk hälsa (Moltrecht et al., 2021).

Forskning kring vård för psykisk ohälsa hos unga visar att digitala tjänster och behandlingar kan främja den mentala hälsan (Burbach & Stiles, 2021; Titov et al., 2022). Vidare visar flertalet studier att digitala tjänster är både kostnadseffektiva och är ett viktigt komplement till traditionell vård (Burbach & Stiles, 2021; Krane et al., 2023; Titov et al., 2022; Walton et al., 2023). Walton et al. (2023) fann att det inte fanns några märkbara skillnader i deltagarantalet vid fysisk och digital terapi. Däremot visar Krane et al. (2023) att digitala möten kan upplevas som ytliga och gav en sämre relation till terapeuten, samtidigt som andra respondenter uppgav att de föredrog digitala möten. En studie av Grist et al. (2018) visar att trots att ungdomar är digitala medborgare finns det hinder med att använda digitala hälsoverktyg. Författarna fann att det finns skillnader hos ungdomar som är öppna för att använda app-baserade hälsotjänster jämfört med det faktiska användandet, vilket kan återspegla att majoriteten av de appar som finns tillgängliga inte har en layout anpassad för målgruppen. Resultatet visar att acceptans och användarvänlighet påverkar användandet hos målgruppen och forskarna diskuterar även datasäkerhetens roll vid användning av hälsoappar (Grist et al., 2018).

1.6 Teoretiskt ramverk

Venkatesh et al. (2003) beskriver att forskning visar att acceptans av teknologi är en nyckelfaktor för användarbeteendet av digitala verktyg och påverkar därigenom hur effektivt verktyget är. Valt teoretiskt ramverk för studien är Unified theory of acceptance and use of technology model (UTAUT) som är en modell baserad på åtta tidigare beprövade modeller inom området informationsteknologi (IT) och acceptans. De åtta modellerna har olika perspektiv och angreppssätt på acceptans och en avsaknad av ett holistiskt synsätt identifierades (Venkatesh et al., 2003). Venkatesh et al. (2003) jämförde konceptuella och empiriska likheter mellan de åtta modellerna; the theory of reasoned action, the technology acceptance model, the motivational model, the theory of planned behavior, a model combining the technology acceptance model and the theory of planned behavior, the model of PC utilization, the innovation diffusion theory, och the social cognitive theory. Fyra faktorer identifierades ha störst påverkan på acceptans och användarbeteende; förväntad prestation (eng. performance expectancy), förväntad ansträngning (eng. effort expectancy), socialt inflytande (eng. social influence) och underlättande förhållanden (eng. facilitating conditions). Vidare identifierades att de fyra faktorerna regleras av faktorer såsom kön, ålder, erfarenhet och frivillighet att använda teknologin. Resultaten skapar UTAUT-modellen med tillhörande validerade frågor och empiriska studier visar att modellen och frågorna är ett användbart verktyg (Venkatesh et al., 2003). I en studie av Cao et al. (2022) visar resultatet att hälsomedvetenhet har en signifikant positiv inverkan på förväntad prestation och tillit till tekniken. Vidare skriver författarna att de individerna med hög hälsomedvetenhet är mer benägna att ta till sig och använda hälsoappar. Även Mustafa et al. (2022) studerade en utökad

version av UTAUT och fann att hälsomedvetenhet spelar en signifikant roll i huruvida individer tar till sig ny teknik och att hälsomedvetenhet kan användas som en faktor i teorin. Vidare beskriver forskarna att hälsomedvetenhet tydligt kopplas samman med användarintentionen, vilket gör den lämplig att inkludera i modellen då den syftar till att studera acceptans och användarbeteende. Hälsomedvetenhet är viktig både som oberoende faktor och som reglerande faktor (Mustafa et al., 2022). Därför inkluderas även hälsomedvetenhet som en faktor i det teoretiska ramverket för den här studien, se figur 1.



Figur 1

En utökad version av UTAUT-modellen (Venkatesh et al., 2003 & Mustafa et al., 2022) med modererande faktorer som används för den här studien

1.7 Problemformulering

Livstillfredsställelsen och den självskattade hälsan minskar hos barn och ungdomar och den mentala ohälsan ökar både i Sverige och internationellt (Folkhälsomyndigheten, 2023a). Då skolan är en nyckelaktör för hälsofrämjande insatser (Fadus & Harrison, 2019), och insatser riktade mot barn kan motverka ojämlikheter i hälsa på både kort och lång sikt (CSDH, 2008) är den här studien högst aktuell. Samhället blir alltmer digitalt vilket också skapar möjligheter till hälsofrämjande arbete med hjälp av digital teknik. Barn och unga är digitala invånare, medan vuxna är digitala besökare (O'Neil, 2019). Trots att barn och ungdomar till stor del är digitala och de allra flesta använder digitala verktyg i sin vardag kan användningen av digitala verktyg påverkas av acceptans och hälsomedvetenhet. Då forskning kring den digitala elevhälsan är begränsad är det av vikt att studera vad som påverkar användningen, och med hjälp av UTAUT kan acceptans (Venkatesh et al., 2003) och hälsomedvetenhet (Mustafa et al., 2022) utvärderas.

2 SYFTE

Syftet är att studera acceptans och hälsomedvetenhet kopplat till digifysisk elevhälsa hos skolungdomar i årskurserna 7–9 i grundskolan och årskurserna 1–3 i gymnasieskolan.

De forskningsfrågor som studien ämnar besvara är:

- Hur accepterad är digifysisk elevhälsa hos målgruppen? Finns det skillnader i acceptansen mellan årskurserna och könstillhörigheten?
- Finns det något samband mellan användning av digifysisk elevhälsa och hälsomedvetenhet och finns det skillnader mellan årskurserna och könstillhörigheten?
- Vilka faktorer påverkar användarbeteendet av digifysisk elevhälsa hos målgruppen?

3 METOD

Ansatsen i den aktuella studien var en kvantitativ enkätstudie av tvärsnittsdesign.

3.1 Studiepopulation och urval

Vald studiepopulation var elever i svensk grundskola årskurs 7–9 och gymnasieskola årskurs 1–3 med tillgång till digifysisk elevhälsa. Inklusionskriterier för studien var elever på utvalda skolor som aktivt hade laddat ner digifysisk elevhälsa i form av en app i sin dator/platta/mobil, under perioden 18 mars 2024 till och med 9 april 2024 då enkäten fanns tillgänglig i appen. Enkäten nådde ut till 12 skolor och 900 elever från olika delar av Sverige. Barn i lägre årskurser exkluderades på grund av sin ålder och därmed etiska skäl samt att de saknar tillgång till alla funktioner i appen.

3.2 Pilotstudie

För att säkerställa att språkbruket i enkäten överensstämde med målgruppens förväntade språkliga förmåga genomfördes en pilotstudie. Valet av språkbruk är av stor betydelse då det utgör forskningens verktyg, vilket motiverar vikten av pilottestning vid studier med barn (Källström & Andersson Bruck, 2017). I pilotstudien valdes fem respondenter ut genom ett bekvämlighetsurval och informerat samtycke av vårdnadshavare inhämtades. Respondenterna i en pilotstudie bör representera olika subgrupper i studiepopulationen (Ejlertsson, 2019). Respondenterna till pilotstudien hade därför olika demografiska variabler med olika kön och ålder. För pilotstudien skapades en enkät i Google formulär vilket är ett onlineverktyg för insamling av data (Google, 2024). I pilotstudien genomfördes kognitiva intervjuer med metoden "think aloud". Think aloud-metoden innebär att intervjuaren läser upp frågan och respondenten resonerar och förklarar tankegången för att komma fram till svaret, vilket är en effektiv metod för att testa förståelsen för frågorna (Ejlertsson, 2019). Resultatet av pilotstudien visade att språkbruket var förenligt med målgruppens förväntade språkförmåga.

3.3 Externt samarbete

För att nå studiepopulationen inleddes ett samarbete med företaget Allbry. Allbry (u.å.) är en digital plattform som erbjuder datadriven elevhälsa som idag nås av 15 000 elever. Genom att tillhandahålla möjlighet att i en app boka både fysiska och digitala möten, såsom video och chatt är Allbry ett digifysiskt verktyg för det systematiska elevhälsoarbetet. I appen finns det också möjlighet för skolorna att skapa dagliga utvärderingsfrågor om hälsa och välbefinnande såsom sömn och stressnivå, där eleven får reflektera över sitt mående (Allbry, u.å.). Frågorna till aktuell enkät skapades i samråd med Allbry som har personal med spetskompetens kring målgruppens behov och därefter utformades enkäten digitalt på Allbrys plattform (se bilaga 4 för exempel på utformning av frågorna i appen). Respondenterna valdes ut med ett bekvämlighetsurval och vilka elever från vilka skolor som deltog i undersökningen avgjordes av Allbry. Bedömningen gjordes utifrån vilka skolor som troligen skulle generera högst svarsfrekvens samt generera en geografisk spridning med skolor från olika delar av landet. Allbry blev då gatekeeper för urvalsprocessen. En gatekeeper är en person som har tillgång till målgrupper och kan användas i studier där studiepopulationen utgörs av minderåriga eller

sårbara grupper (Lamprianou, 2022). Påminnelser om att svara på enkäten utfördes av Allbry i appen med pushnotiser. Allbry uppmanade även skolpersonalen i de aktuella skolorna att påminna eleverna om enkäten.

3.4 Datainsamling

Enkäten bestod av 24 frågor (se bilaga 1). Tolv validerade frågor kom från teorin UTAUT, som översatts från engelska till svenska samt omarbetades med ett enklare språk för att bättre passa målgruppen. Frågorna från UTAUT användes för att utvärdera studiens forskningsfrågor om acceptans. Två validerade frågor hämtades från en utökad version av UTAUT (Cao et al., 2022) och avsåg att mäta hälsomedvetenheten hos respondenterna. De engelska frågorna från UTAUT användes och översattes då det saknades en svensk validerad version, tabell 1. Vidare inkluderades åtta kompletterande frågor för att utvärdera studiens forskningsfrågor om användarbeteende och hälsomedvetenhet. Två demografiska frågor användes för att kunna göra jämförelseanalyser mellan olika grupper i studiepopulationen samt undersöka eventuella samband eller skillnader. Alla frågor utom de demografiska frågorna besvarades med hjälp av en Likertskala. Likertskalan syftar till att mäta intensiteten i en känsla eller upplevelse (Bryman, 2018), vilket i den här studien gjordes genom en skala 1–5 där 1 motsvarade *håller inte alls med*, 2 motsvarade *håller till stor del inte med*, 3 motsvarade *neutral*, 4 motsvarade *håller till stor del med* och 5 motsvarade *håller helt och hållet med*. Ett sjätte alternativ *vet inte/vill inte svara* fanns också som svarsmöjlighet.

Tabell 1

Definition av de översatta och anpassade UTAUT frågorna

Faktor	Definition	Frågor	Förkortning
Förväntad prestation	Graden av fördelar som tekniken anses möjliggöra vid användning (Venkatesh, 2003)	Jag tycker att appen är ett användbart verktyg i min vardag	FP1
		Att använda appen ökar mina chanser att uppnå saker som är viktiga för mig	FP2
		Att använda appen hjälper mig att få kontakt med elevhälsoteamet snabbare	FP3
Förväntad ansträngning	Graden av lätthet att använda tekniken (Venkatesh, 2003)	Jag tycker att det är lätt att lära sig att använda appen	FA1
		Jag tycker att appen är tydlig och lätt att förstå	FA2
		Jag tycker att appen är lätt att använda	FA3
		Jag tycker det är lätt att bli skicklig på att använda appen	FA4

Socialt inflytande	I vilken utsträckning användaren uppfattar att viktiga personer anser att de ska använda tekniken (Venkatesh, 2003)	Personer som är viktiga för mig tycker att jag borde använda appen	SI1
		Personer med åsikter som är viktiga för mig tycker att det är bra att jag använder appen	SI3
Underlättande förhållanden	I vilken utsträckning användaren uppfattar att den har det stöd och resurser som behövs för att använda tekniken (Venkatesh, 2003)	Jag har de redskap som är nödvändiga för att kunna använda appen. (T ex. internet, mobil, dator och inlogg)	UF1
		Jag har tillräcklig kunskap för att kunna använda appen	UF2
		Jag kan få hjälp av andra när jag har problem med att använda appen	UF4
Hälsomedvetenhet	I vilken utsträckning användaren värdesätter sin hälsa (Cao et al., 2022)	Jag reflekterar mycket över min hälsa	HM1
		Jag är väldigt självmedveten om min hälsa	HM2

3.5 Analys

Efter att respondenterna genomförde enkäten samlade Allbry in data. Det var tio respondenter som valde alternativet *Nej* på frågan om samtycke till att delta i undersökningen. Innan Allbry delgav forskarna helt anonyma data i en Excel-fil exkluderades de tio som inte samtyckte. Excel-filen konverteras därefter till programmet IBM SPSS Statistics (SPSS), version 28 för analys. Datasetet förbereddes för analys genom att kontrollera för eventuell felaktiga eller orimliga data, men inga felaktigheter återfanns och därmed ändrades ingen data. Vidare genomfördes kodning av materialet och analyskategorier skapades.

Utifrån teorin UTAUT valdes validerade frågor för att öka studiens reliabilitet och validitet. Enligt Malterud (2014) kan systematiska fel förebyggas genom att utvärdera frågorna som inkluderas i studien vilket benämns som begreppsvalidering och innebär att säkerställa att frågorna mäter det som avses att mätas. För att testa reliabiliteten hos frågorna kopplade till teorin mättes dem med Cronbach´s Alpha, vilket användes för att testa tillförlitligheten av de koncept och egenskaper som frågorna avsåg att mäta. Cronbach´s Alpha ger ett värde mellan 0 och 1, där ett högt värde indikerar högre reliabilitet (Pallant, 2020).

Varje UTAUT- kategori med tillhörande frågor användes för att skapa fem olika index. Genom att slå ihop svarsalternativen *Håller inte med* och *Håller delvis inte med* till *Håller inte med* samt *Håller till stor del med* och *Håller helt och hållet med* till *Håller med*, skapades en variabel med tre kategorier för varje index. De användes sedan vid genomförandet av analyserna. Analyserna genomfördes med olika mätskalor och vid samtliga analyser sattes signifikansnivån till fem procent eller mindre, vilket ger ett p-värde < 0.05. För att kunna genomföra analyserna hanterades svarsalternativet *Vet inte/Vill inte svara* som ett bortfall och ingår därmed inte i analyserna.

Pearson Chi-2 test användes för att upptäcka sambandsmönster vilket Wahlgren (2012) menar är ett användbart test för att undersöka om sambandet är slumpmässigt eller generaliserbart. Genom att slå ihop svarsalternativen *Håller inte med* och *Håller delvis inte med* till *Håller inte med* samt *Håller till stor del med* och *Håller helt och hållet med* till *Håller med*, skapades en variabel med tre kategorier som användes vid Chi-2 analyserna. Det gjordes för att tydligt kunna avgöra vilka som var positiva eller negativa till de olika frågorna och faktorerna.

Fisher's Exakta test genomfördes i de analyser då frekvensen var för låg för en korrekt Chi-2 analys. För att kunna genomföra sensitivitetsanalyser med Fisher's Exakta test togs svarsalternativet *Neutral* bort då testet endast kan analysera två variabler. Därmed återstod en positiv och en negativ svarskategori för de faktorer och frågor som ingick i analyserna.

Svarsfrekvensen på *Vill inte ange/annat/icke-binär* på frågan om könsidentitet var för låg för att inkluderas i analyser med både Chi-2 och Fisher's test. Det finns risk för identifikation av de individerna, vilket går emot etiska riktlinjer. Vid analys med variabeln könsidentitet inkluderades därför enbart tjejer och killar. De som angav *Vill inte ange/annat/icke-binär* inkluderades i studiens andra analyser som inte innefattade analys med könsidentitet.

3.6 Etiska överväganden

Etiska överväganden gjordes i samband med studien och utformades i enlighet med de etiska riktlinjerna från Vetenskapsrådet (2017). Respondenterna tilldelades ett informationsblad (se bilaga 2) i början av enkäten med information om syfte, ändamål och anonymitet. Efter informationsbladet gavs respondenterna möjlighet att godkänna eller avvisa deltagandet (bilaga 3). Om respondenten avvisade samtycket exkluderades deras deltagande från studien. Enkäten fanns tillgänglig i appen där funktionen som möjliggör identifiering av individuella svar var borttagen för just den här enkäten. Det möjliggjorde för respondenterna att besvara enkäten anonymt. Det gjorde också att inga personuppgifter registrerades och minskade även risken för eventuell pseudonymisering. All hantering av inlogg och information som eventuellt kunde identifiera respondenten hanterades av Allbry och forskarna hanterade endast helt anonyma data. Allbry följer de rådande Dataskyddsförordningen (GDPR) och sekretesslagen (Gustafsson, 2023). Då studiepopulationen var barn var det av extra vikt att frågor med känslig karaktär inte ingick i enkäten. Källström & Andersson Bruck (2017) skriver att studier som inkluderar barn kräver att forskarna vidtar åtgärder för att minska risken för att barnen tar skada. Vidare skriver Källström & Andersson Bruck (2017) att under eller efter medverkan i studien kan det uppstå tankar, frågor och känslor kring de ämnen som forskningen berör. Av etiska skäl är det då av extra vikt att respondenterna tydligt vet var stöd finns att erhålla vid eventuella behov (Källström & Andersson Bruck, 2017). I informationsbrevet informerades respondenterna att Allbry var den främsta kontaktvägen för stöd vid eventuella känslor som kunde uppstå under studien.

En loggbok fördes över författarnas arbetsinsatser för att arbetet skulle visa på en etisk hållbar arbetsfördelning.

4 RESULTAT

4.1 Deskriptiv statistik

4.1.1 Demografiska frågor

Enkäten skickades ut till 900 elever som resulterade i 207 respondenter, vilket gav en svarsfrekvens på 23 procent. Majoriteten av respondenterna, 53,6 procent, identifierade sig som kille (n=111). Antalet respondenter som identifierade sig som tjej var 41,1 procent (n=85) och de som angav svarsalternativet *Vill inte ange / annat / icke-binär* var 5,3 procent (n=11), se tabell 2.

På frågan om i vilken årskurs respondenterna gick svarade 41,1 procent (n=85) grundskolan och 58,9 procent (n=122) gymnasieskolan. Tabell 2 ger en överblick av inkluderade årskurser samt fördelningen av könsidentiteterna. För de respondenter som gick i grundskolan var fördelningen på årskurserna 10,1 procent i årskurs 7 (n=21), 11,1 procent i årskurs 8 (n=23) och 19,8 procent i årskurs 9 (n=41). Fördelningen i gymnasieskolan var 20,3 procent i årskurs 1 (n=42), 23,7 procent i årskurs 2 (n=49) och 15,0 procent i årskurs 3 (n=31).

Tabell 2

Fördelning av könsidentiteterna och inkluderade årskurser (n=207)

Demografi (n=207)	
	n (%)
Könsidentitet	
Tjej	85 (41,1%)
Kille	111 (53,6%)
Vill inte ange/annat/icke-binär	11 (5,3%)
Årskurser	
7 Grundskolan	21 (10,1%)
8 Grundskolan	23 (11,1%)
9 Grundskolan	41 (19,8%)
1 Gymnasieskolan	42 (20,3%)
2 Gymnasieskolan	49 (23,7%)
3 Gymnasieskolan	31 (15,0%)

4.1.2 Kompletterande frågor

I tabell 3 presenteras svar på de kompletterande frågorna. På alla de kompletterande frågorna var den sammanlagda frekvensen högre för alternativen *Håller till stor del med* och *Håller helt och hållet* med jämfört med alternativen *Håller inte alls med* och *Håller till stor del inte med*, vilket visar att övervägande antalet respondenter håller med och är positivt inställda till påståendena.

Frågan om appens utseende och utformnings påverkan på användningen var den frågan som hade högst svarsfrekvens i hela enkäten, enbart 5,3 procent angav alternativet *vet inte/vill inte svara*. De flesta respondenterna angav *Håller till stor del med* (28,5 %) och *Håller helt och hållet med* (21,7 %). Sammanlagt svarade 5,3 procent *Håller inte alls med* och *Håller till stor del inte med*.

De flesta respondenterna kände sig trygga med att använda appen (59,4 %) och endast 1,5 procent uppgav att de inte kände sig trygga. Det var jämnt fördelat över svarsalternativen *Neutral* (29,5 %), *Håller till stor del med* (27,1 %) och *Håller helt och hållet med* (30 %) på frågan om respondenterna känner sig trygga med att informationen de lämnar i appen inte sprids vidare.

Av respondenterna svarade 81,2 procent att de anser att appen är ett bra verktyg för kontakt med elevhälsoteamet. På frågorna om appen hjälper till att bli mer medveten om sömn, mående, stress och sig själv och sina behov var fördelningen utspridd över svarsalternativen. Majoriteten av respondenterna svarade dock att de håller med om att appen ökar medvetenheten förutom på frågan om sömn där majoriteten svarade *Vet inte/vill inte svara*.

Tabell 3

Fördelning över respondenternas svar på de kompletterande frågorna (n=207)

Kompletterande frågor	Håller inte alls med	Håller till stor del inte med	Neutral	Håller till stor del med	Håller helt och hållet med	vet inte/vill inte svara
Jag tycker att appens utseende och utformning gör att jag vill använda den	5 (2,4%)	6 (2,9%)	81 (39,1%)	59 (28,5%)	45 (21,7%)	11 (5,3%)
När jag använder appen känner jag mig trygg med att informationen jag lämnar inte sprids vidare	4 (1,9%)	1 (0,5%)	61 (29,5%)	56 (27,1%)	62 (30,0%)	23 (11,1%)
Jag känner mig trygg med att använda appen på min dator/platta/mobil	2 (1,0%)	1 (0,5%)	52 (25,1%)	65 (31,4%)	58 (28,0%)	29 (14,0%)

Jag upplever att appen är ett bra verktyg för att få kontakt med elevhälsoteamet	1 (0,5%)	2 (1,0%)	7 (3,4%)	91 (44,0%)	77 (37,2%)	29 (14,0%)
Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om hur jag mår	16 (7,7%)	17 (8,2%)	51 (24,6%)	45 (21,7%)	23 (11,1%)	55 (26,6%)
Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om min sömn	27 (13,0%)	16 (7,7%)	50 (24,2%)	46(22,2%)	1 (0,5%)	67 (32,4%)
Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om min stressnivå	17 (8,2%)	15 (7,2%)	48 (23,2%)	35 (16,9%)	34 (16,4%)	58 (28,0%)
Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om mig själv och vad jag behöver för att må bra	14 (6,8%)	19 (9,2%)	45 (21,7%)	40 (19,3%)	26 (12,6%)	63 (30,4%)

4.1.3 UTAUT-frågor

Förväntad prestation

De flesta respondenterna (36,7 %) ansåg att appen är ett bra verktyg för att få kontakt med elevhälsoteamet snabbare. Respondenterna var även mer benägna att hålla med påståendena att appen är ett användbart verktyg i vardagen (27,5 %) och att appen ökar chanserna att uppnå viktiga saker (26,1 %). För de två frågorna valde respondenterna dock alternativet *vet inte/ vill inte svara* i störst utsträckning (35,3 % och 28,5 %).

Förväntad ansträngning

Gemensamt för de fyra frågorna var att alla fick runt 40 procent sammanlagt på alternativen *Håller till stor del med* och *Håller helt och hållet med*. Frekvensen för alternativen *Håller till stor del inte med* och *Håller inte alls med* var mellan 0,0 procent och 1,0 procent. Resultaten på frågorna visade sammantaget att respondenterna tyckte att appen var lätt att lära sig, lätt att förstå, lätt att använda och lätt att bli skicklig på.

Socialt inflytande

På frågorna om socialt inflytande hade respondenterna en stor spridning mellan svarsalternativen. Däremot var respondenterna ändå mer benägna att hålla med i påståendena än att inte gjorde det. *Personer som är viktiga för mig tycker att jag borde använda appen* var det 34,3 procent som angav att de höll med på frågan. *Personer med åsikter som är viktiga för mig tycker att det är bra att jag använder appen* var 27,5 procent positiva till påståendet.

Underlättande förhållanden

Precis som för den förväntade ansträngningen svarade respondenterna angående de underlättande förhållandena en låg svarsfrekvens på att de inte höll med. Det var runt 40 procent som angav att de *Håller till stor del med* och *Håller helt och hållet med* på alla tre frågorna. Sammantaget visar resultatet på frågorna att respondenterna ansåg sig ha de nödvändiga redskap och kunskap som behövs samt att de kan få hjälp vid problem med att använda appen.

Hälsomedvetenhet

Svarsfrekvensen på frågorna om hälsomedvetenheten var höga både på håller med och håller inte med, vilket resulterade i lägre svarsfrekvenser på alternativen *Neutral* och *Vet inte/Vill inte svara* jämfört med de andra frågorna från UTAUT. Övervägande svar var dock positiva till påståendena. Av respondenterna svarade 20,8 procent att de *Håller till stor del med* på frågan *Jag reflekterar mycket över min hälsa* och på frågan *Jag är väldigt självmedveten om min hälsa* angav 29 procent samma svarsalternativ. På båda frågorna angående hälsomedvetenhet svarade respondenterna 23,7 procent att de *Håller helt och hållet med* (se tabell 4).

Tabell 4

Fördelning över respondenternas svar på UTAUT-frågorna (n=207)

Förväntad prestation	Håller inte alls med	Håller till stor del inte med	Neutral	Håller till stor del med	Håller helt och hållet med	vet inte/vill inte svara
Jag tycker att appen är ett användbart verktyg i min vardag	24 (11,6%)	9 (4,3%)	44 (21,3%)	36 (17,4)	21 (10,1%)	73 (35,3%)
Att använda appen ökar mina chanser att uppnå saker som är viktiga för mig	23 (11,1%)	15 (7,2%)	56 (27,1%)	31 (15,0%)	23 (11,1%)	59 (28,5%)
Att använda appen hjälper mig att få kontakt med elevhälsoteamet snabbare	2 (1,0%)	1 (0,5%)	58 (28,0%)	37 (17,9%)	39 (18,8%)	70 (33,8%)
Förväntad ansträngning						
Jag tycker att det är lätt att lära sig att använda appen	1 (0,5%)	1 (0,5%)	44 (21,3%)	46 (22,2%)	49 (23,3%)	66 (31,9%)
Jag tycker att appen är tydlig och lätt att förstå	1 (0,5%)	0 (0,0%)	51 (24,6%)	43 (20,8%)	41 (19,8%)	71 (34,3%)
Jag tycker att appen är lätt att använda	2 (1,0%)	0 (0,0%)	44 (21,3%)	54 (26,1%)	44 (21,3%)	63 (30,4%)
Jag tycker det är lätt att bli skicklig på att använda appen	2 (1,0%)	2 (1,0%)	50 (24,2%)	36 (17,4%)	41 (19,8%)	76 (36,7%)
Socialt inflytande						
Personer som är viktiga för mig tycker att jag borde använda appen	22 (10,6%)	16 (7,7%)	57 (27,5%)	36 (17,4%)	35 (16,9%)	41 (19,8%)

Personer med åsikter som är viktiga för mig tycker att det är bra att jag använder appen	27 (13,0%)	21 (10,1%)	39 (18,8%)	30 (14,5%)	27 (13,0%)	63 (30,4%)
Underlättande förhållanden						
Jag har de redskap som är nödvändiga för att kunna använda appen	2 (1,0%)	0 (0,0%)	44 (21,3%)	42 (20,3%)	47 (22,7%)	72 (34,8%)
Jag har tillräckligt med kunskap för att kunna använda appen	2 (1,0%)	1 (0,5%)	53 (25,6%)	36 (17,4%)	49 (23,7%)	66 (31,9%)
Jag kan få hjälp av andra när jag har problem med att använda appen	2 (1,0%)	1 (0,5%)	52 (25,1%)	41 (19,8%)	41 (19,8%)	70 (33,8%)
Hälsomedvetenhet						
Jag reflekterar mycket över min hälsa	31 (15,0%)	27 (13,0%)	32 (15,5%)	43 (20,8%)	49 (23,7%)	25 (12,1%)
Jag är väldigt självmedveten om min hälsa	1 (0,5%)	33 (15,9%)	41 (19,8%)	60 (29,0%)	49 (23,7%)	23 (11,1%)

4.2 Sambandsanalys

4.2.1 Cronbach´s alpha

Reliabilitetsanalyser över de olika UTAUT-faktorerna genomfördes med Cronbach´s alpha (tabell 5). Analyserna visade på låga Cronbach´s alpha värden där det lägsta värdet var för *Hälsomedvetenhet* 0,14 av 1 och det högsta värdet var för *underlättande förhållanden* som hade ett värde på 0,69 av 1. Resultaten visar att det fanns spridning i svaren inom de olika faktorerna. Faktorerna *Underlättande förhållanden* och *Förväntad ansträngning* hade därmed en högre reliabilitet än de övriga.

Tabell 5

Reliabilitetsanalys av UTAUT-faktorerna

Faktor	Antal frågor	Cronbach´s alpha värde (0–1)
Förväntad prestation	3	0,49
Förväntad ansträngning	4	0,66
Socialt inflytande	2	0,38
Underlättande förhållanden	3	0,69
Hälsomedvetenhet	2	0,14

4.2.2 Acceptans av digifysisk elevhälsa

För att svara på första forskningsfrågan av acceptansen samt om det finns skillnader mellan könstillhörighet och årskurserna av digifysisk elevhälsa skapades fem index av UTAUT-kategorierna. Samtliga fem index visar på att studiepopulationen hade en hög acceptans av det digifysiska elevhälsoverktyget (se tabell 6). Majoriteten av respondenterna svarade att de håller med på fyra av UTAUT-faktorerna. *Socialt inflytande* hade inte en majoritet på alternativet *Håller med* men det alternativet hade ändå högst svarsfrekvens (46,3 %).

Tabell 6

Svarsfrekvensen på de olika UTAUT-faktorerna

Faktor	Håller inte med	Neutral	Håller med	Totalt
Förväntad prestation (n=89)	24 (27,0%)	14 (15,7%)	51 (57,3%)	89 (100%)
Förväntad ansträngning (n=66)	3 (4,5%)	7 (10,6%)	56 (84,8%)	66 (100%)
Socialt inflytande (n=121)	37 (30,6%)	28 (23,1%)	56 (46,3%)	121 (100%)
Underlättande förhållanden (n=81)	2 (2,5%)	13 (16,0%)	66 (81,5%)	81 (100%)
Hälsomedvetenhet (n=179)	40 (22,3%)	33 (18,4%)	106 (59,2%)	179 (100%)

Vid sambandsanalyser med könsidentiteterna och alla UTAUT-faktorer återfanns inga signifikanta skillnader. Chi-2 analyser genomfördes med faktorerna *Förväntad prestation* ($p=0,165$), *Socialt inflytande* ($p=0,373$) och *Hälsomedvetenhet* ($p=0,706$). För faktorerna *Förväntad ansträngning* ($p=0,302$) och *Underlättande förhållanden* ($p=0,415$) genomfördes i stället Fisher's exakta test då Chi-2 analyser inte kunde genomföras då frekvensen var för låg. Korstabeller visade att tjejerna hade en högre positiv svarsfrekvens på faktorerna *Socialt inflytande* och *Hälsomedvetenhet* och killarna hade en något högre positiv svarsfrekvens på de övriga tre faktorerna.

De olika årskurserna slogs ihop till två kategorier, en för grundskolan och en för gymnasieskolan. Sambandsanalyserna visade inte heller några signifikanta skillnader mellan årskurserna och UTAUT-faktorerna. Chi-2 analyserna med *Socialt inflytande* fick $p=0,933$ och *Hälsomedvetenhet* fick $p=0,686$. Fisher's exakta test visade $p=0,535$ på *Förväntad prestation*, $P=0,436$ på *Förväntad ansträngning* och för *Underlättande förhållanden* visade $p=0,325$.

En korstabell visade att årskurs 1,2 och 3 i gymnasieskolan var de som höll med i högst utsträckning på fyra av UTAUT-faktorerna. *Underlättande förhållanden* hade däremot högst svarsfrekvens hos årskurs 9 i grundskolan (18,2 %) och årskurs 2 i gymnasieskolan (25,8 %).

4.2.3 Hälsomedvetenhet kopplat till digifysisk elevhälsa

För att svara på den andra forskningsfrågan om det finns något samband mellan användning av digifysisk elevhälsa och hälsomedvetenhet användes Fisher´s Exakta test mellan faktorerna *Förväntad prestation* och *Hälsomedvetenhet* (tabell 7). Det testar sambandet mellan graden av fördelar med användningen och graden av hälsomedveten. Resultatet visade ingen koppling mellan graden av hälsomedvetenhet och den förväntade prestationen, resultatet var inte heller signifikant ($p=0,572$). De respondenter som svarade *Håller med* på *Förväntad prestation* svarade i högst grad att de inte håller med på *Hälsomedvetenhet* (68,8 %), däremot var det endast 2,1 procents skillnad mot de som svarade att de håller med på båda faktorerna (66,7 %).

Tabell 7

Fisher´s exakta test mellan Förväntad prestation och Hälsomedvetenhet

Förväntad prestation (n=55)				
Hälsomedvetenhet	Håller inte med	Håller med	Totalt	p-värde
Håller inte med	5 (31,3%)	11 (68,8%)	16 (100%)	0,572
Håller med	13 (33,3%)	26 (66,7%)	39 (100%)	
Totalt	18 (32,7%)	37 (67,3%)	55 (100%)	
Fisher´s exakta test, signifikansnivå $p<0,05$				

Sambandsanalyser med Pearsons Chi-2 gjordes mellan *Hälsomedvetenhet* och fyra av de kompletterande frågorna. Analyserna syftade till att svara på om de respondenter som höll med att de var hälsomedvetna även svarade att appen bidrog till ökad medvetenhet om mående, sömn, stress och behov för att må bra. Alla analyser visade att majoriteten av de respondenterna som höll med på faktorn *Hälsomedvetenhet* även höll med på de fyra kompletterande frågorna. Ingen av de fyra analyserna fick ett signifikant p-värde. Respondenterna svarade i högst grad *Håller med* på både *Hälsomedvetenhet* och frågan *Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om mig själv och vad jag behöver för att må bra* och presenteras i tabell 8.

Tabell 8

Chi-2 analys mellan Hälsomedvetenhet och Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om mig själv och vad jag behöver för att må bra

Hälsomedvetenhet (n=179)					
Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om mig själv och vad jag behöver för att må bra	Håller inte med	Neutral	Håller med	Totalt	p-värde
Håller inte med	9 (28,1%)	2 (6,3%)	21 (65,6%)	32 (100%)	0,285
Neutral	10 (24,4%)	10 (24,4%)	21 (51,2%)	41 (100%)	
Håller med	21 (19,8%)	21 (19,8%)	64 (60,4%)	106 (100%)	
Totalt	40 (22,3%)	33 (18,4%)	106 (59,2%)	179 (100%)	
Pearsons Chi-square test, signifikansnivå $p < 0,05$					

För *Hälsomedvetenhet* återfanns det inga signifikanta skillnader mellan könsidentiteterna. Den högsta svarsfrekvensen identifierades på svarsalternativet *Håller med* både hos tjejer (62,9 %) och killar (57,1 %), se tabell 9.

Tabell 9

Chi-2 analys mellan Hälsomedvetenhet och könsidentiteterna

Hälsomedvetenhet (n=168)					
Könsidentitet	Håller inte med	Neutral	Håller med	Totalt	p-värde
Tjej	13 (18,6%)	13 (18,6%)	44 (62,9%)	70 (100%)	0,706
Kille	23 (23,5%)	19 (19,4%)	56 (57,1%)	98 (100%)	
Totalt	36 (21,4%)	32 (19,0%)	100 (59,5%)	168 (100%)	
Pearsons Chi-square test, signifikansnivå $p < 0,05$					

Skillnaderna mellan årskurserna och *Hälsomedvetenhet* var inte heller signifikanta. Även här hade svarsalternativet *Håller med* högst frekvens hos både Grundskolan (63,2 %) och Gymnasieskolan (56,8 %), se tabell 10.

Tabell 10

Chi-2 analys mellan Hälsomedvetenhet och årskurserna

Hälsomedvetenhet (n=179)					
Årskurser	Håller inte med	Neutral	Håller med	Totalt	p-värde
Grundskolan	14 (20,6%)	11 (16,2%)	43 (63,2%)	68 (100%)	0,686
Gymnasieskolan	26 (23,4%)	22 (19,8%)	63 (56,8%)	111 (100%)	
Totalt	40 (22,3%)	33 (18,4%)	106 (59,2%)	179 (100%)	
Pearsons Chi-square test, signifikansnivå p<0,05					

4.2.4 Andra faktorer som påverkar användarbeteendet

Den tredje forskningsfrågan syftar till att svara på vilka andra faktorer som kan påverka användarbeteendet av digifysisk elevhälsa. Sambandsanalyser gjordes mellan *Förväntad prestation* och fyra av de kompletterande frågorna som syftade till att svara på om appen bidrog till ökad medvetenhet om mående, sömn, stress och behov för att må bra. Samtliga analyser visade att respondenterna håller med på både den *Förväntade prestationen* och alla frågor. Det innebär att respondenterna som upplever appen som ett användbart verktyg även tycker att appen hjälper dem bli mer medvetna om sig själva och sina behov. Frekvensen var för liten för korrekta Chi-2 analyser och därför genomfördes Fisher's Exakta test. Två av frågorna fick signifikans. *Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om min sömn* visade resultatet p=0,043 (tabell 11) och det var 75,7 procent som svarade att de *håller med* på både frågan och den förväntade prestationen. *Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om min stressnivå* fick resultatet p=0,022 (tabell 12) och 76,5 procent höll med på både faktorn och frågan.

Tabell 11

Fisher's exakta test mellan Förväntad prestation och frågan Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om min sömn

Förväntad prestation (n=56)				
Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om min sömn	Håller inte med	Håller med	Totalt	p-värde
Håller inte med	10 (52,6%)	9 (47,4%)	19 (100%)	0,043
Håller med	9 (24,3%)	28 (75,7%)	37 (100%)	
Totalt	19 (33,9%)	37 (66,1%)	56 (100%)	
Fisher's exakta test, signifikansnivå p<0,05				

Tabell 12

Fisher´s exakta test mellan Förväntad prestation och frågan Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om min stressnivå

Förväntad prestation (n=49)				
Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om min stressnivå	Håller inte med	Håller med	Totalt	p-värde
Håller inte med	9 (60,0%)	6 (40,0%)	15 (100%)	0,022
Håller med	8 (23,5%)	26 (76,5%)	34 (100%)	
Totalt	17 (34,7%)	32 (65,3%)	49 (100%)	
Fisher´s exakta test, signifikansnivå $p < 0,05$				

För de kompletterande frågorna och könsidentiteterna identifierades en signifikant skillnad på frågan om appen hjälper till att bli mer medveten om sin sömn (se tabell 13), och för de andra frågorna var skillnaderna inte signifikanta. Chi-2 analyser genomfördes med frågorna om respondenterna upplever att appen hjälper till att bli mer medveten om mående ($p=0,914$), medveten om sömn ($p=0,043$), medveten om stress ($p=0,409$) och medveten om sig själv och sina behov ($p=0,687$). För de andra kompletterande frågorna genomfördes Fisher´s Exakta test då frekvensen var för låg för en korrekt Chi-2 analys. Frågan om appens utseendet och utformningen fick $p=0,616$, trygg att använda appen fick $p=0,253$, trygg att ha appen på sin dator/platta/mobil fick $p=0,156$ och frågan om appen är ett bra verktyg för att få kontakt med elevhälsoteamet fick $p=0,077$. I korstabeller med alla kompletterande frågor återfanns en väldigt liten procentuell skillnad i svarsalternativen mellan könsidentiteterna, dock hade killarna något högre positiv svarsfrekvens på alla frågor utom på frågan om appens utseende och utformning där tjejerna (90,9 %) svarade att de håller med i högre grad jämfört med killarna (90,8%).

Tabell 13

Chi-2 analys med könsidentiteterna och frågan Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om min sömn

Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om min sömn (n=196)					
Könsidentitet	Håller inte med	Neutral	Håller med	Totalt	p-värde
Tjej	18 (21,2%)	26 (30,6%)	41 (48,2%)	85 (100%)	0,043
Kille	23 (20,7%)	18 (16,2%)	70 (63,1%)	111 (100%)	
Totalt	41 (20,9%)	44 (22,4%)	111 (56,6%)	196 (100%)	
Pearsons Chi-square test, signifikansnivå $p < 0,05$					

På alla de kompletterande frågorna svarade årskurs 9 i grundskolan och årskurserna 1 och 2 på gymnasieskolan att de i högre utsträckning håller med och hade en svarsfrekvens runt 20 procent. För årskurs 7 och 8 i grundskolan och årskurs 3 i gymnasieskolan svarade i stället runt 10 procent att de håller med.

Förväntad prestation användes även i en sambandsanalys med frågan *Jag tycker att appens utseende och utformning gör att jag vill använda den*. Fisher's Exakta test visade att 75 procent av respondenterna som svarade *Håller med* på *Förväntad prestation* även höll med att utseendet och utformningen ökar användarviljan. Analysen var inte statistisk signifikant ($p=0,267$).

Det var 76,6 procent av respondenterna som uppgav att de var trygga med att använda appen och samtidigt håller med på faktorn *Förväntad prestation*, Fisher's Exakta test visade däremot inte ett signifikant resultat ($p=0,066$). Fisher's Exakta test utfördes även mellan *Förväntad ansträngning* och *När jag använder appen känner jag mig trygg med att informationen jag lämnar inte sprids vidare*. Alla som angav att de *Håller med* på faktorn angav även att de håller med på frågan, vilket visade 100 procent, se tabell 14. P- värdet var 0,001, vilket är ett signifikant resultat.

Tabell 14

Fisher's Exakta test mellan Förväntad prestation och frågan När jag använder appen känner jag mig trygg med att informationen jag lämnar inte sprids vidare

Förväntad ansträngning (n=40)				
När jag använder appen känner jag mig trygg med att informationen jag lämnar inte sprids vidare	Håller inte med	Håller med	Totalt	p-värde
Håller inte med	2 (100%)	0 (0,0%)	2 (100%)	0,001
Håller med	0 (0,0%)	38 (100%)	38 (100%)	
Totalt	2 (5,0%)	38 (95,0%)	40 (100%)	
Fishers exakta test, signifikansnivå $p<0,05$				

Resultatet i en Fisher's Exakta test visade att 97,1 procent av respondenterna höll med på både *Förväntad ansträngning* och frågan *Jag tycker att appens utseende och utformning gör att jag vill använda den*. Resultatet var dock inte signifikant ($p=0,056$).

5 DISKUSSION

5.1 Resultatdiskussion

5.1.1 Acceptans av digifysisk elevhälsa

Studiens syfte och första forskningsfrågan var att studera acceptansens koppling till digifysisk elevhälsa. Resultatet i studien visade att det fanns en hög acceptans av digifysisk elevhälsa hos studiepopulationen. Varje enskild fråga kopplad till det teoretiska ramverket samt de sammanslagna index hade alla en övervägande positiv svarsfrekvens, vilket visade att de flesta respondenterna höll med på frågorna och faktorerna. Den höga acceptansen antas leda till ett positivt användarbeteende, vilket även stämmer överens med det teoretiska ramverket.

Venkatesh et al. (2003) identifierade att de fyra faktorer som ingår i det ursprungliga teoretiska ramverket har en betydande roll för användning av digitala verktyg. *Förväntad prestation* identifierade Venkatesh et al. (2003) som den starkaste faktorn för att förutsäga användarintentionen. Det motiverar valet att den faktorn ingår i flest analyser i den här studien. Venkatesh et al. (2003) skriver att de modererande faktorerna kön och ålder har en betydande roll för den förväntade prestationen. Vidare skriver författarna att i forskning om genusvetenskap tenderar mäns svar vara mer framträdande i uppgiftsorienterade frågor. I den här studien visar deskriptiva data att killarna har en något högre svarsfrekvens på faktorn *Förväntad prestation*, även om skillnaderna var väldigt små och inte signifikanta.

Förväntad ansträngning definierar Venkatesh et al. (2003) som graden av lätthet att använda ett digitalt verktyg och skriver att kvinnor oftare har en högre svarsfrekvens än män på den faktorn. Författarna förklarar att det kan bero på könsrollerna i samhället. Den här studien identifierade inga signifikanta skillnader mellan könsidentiteterna. En möjlig orsak till att det inte fanns några skillnader skulle kunna vara att barn och ungdomar är digitala invånare och alla oavsett könsidentitet befinner sig i en digital miljö, vilken kan generera en mer jämlik kunskapsnivå.

Faktorn *Förväntad ansträngning* hade en högre frekvens än faktorn *Förväntad prestation*, vilket tyder på att respondenterna upplever i högre grad att appen är lätt att använda än vad de anser att appen är användbar. Resultatet kan bero på att appen används vid behov och att respondenterna inte ansåg att de behövde använda appen i samma utsträckning som de ansåg att den var lätt.

En femtedel av respondenterna uppgav att de var neutrala på frågorna som ingick i faktorn *Underlättande förhållanden*, vilket är frågor som respondenterna borde kunnat ta ställning till om de håller med eller inte. Respondenterna hade tillgång till enkäten via appen vilket innebär att de rimligtvis har de nödvändiga redskap och kunskaper som krävs och därmed i större utsträckning borde svarat att de håller med på de frågorna. Venkatesh et al. (2003) skriver att när faktorerna *Förväntad ansträngning* och *Förväntad prestation* är inkluderade i studier kan *Underlättande förhållanden* bli överflödiga och kommer troligen inte generera ett signifikant resultat för acceptansen. Då respondenten redan angett sin upplevelse om lätthet och användbarhet har de även svarat indirekt om de har de nödvändiga redskap och kunskaper som krävs eller inte (Venkatesh et al, 2003). Faktorn inkluderas ändå i studien för att

undersöka respondenternas upplevelser av deras kunskapsnivåer. Det hade varit intressant att vidare studera orsaker till att respondenterna i den här studien inte svarade som förväntat på faktorn.

Venkatesh et al. (2003) menar att socialt inflytande har en betydande roll för acceptans av digitala verktyg. I den här studien svarade drygt en av fem respondenter att de inte höll med på faktorn *Socialt inflytande*. Då digifysisk elevhälsa kan öka och stärka integriteten för eleverna (Curoflow, u.å.) kan en möjlig förklaring till att respondenterna inte höll med vara att det digitala verktyget ökar möjligheten att söka hjälp utan att det sociala nätverket har vetskap om det. Det i sin tur kan leda till att elever i större utsträckning kan söka hjälp för känsliga ämnen och därmed stärka sin hälsa och sitt välmående. Venkatesh et al. (2003) skriver att tjejer och äldre har en tendens att svara i större utsträckning att de värderar andras åsikter. I den här studien sågs inga signifikanta resultat av kön och årskurs kopplat till faktorn. Däremot kunde det utläsas en något högre frekvens för tjejer samt gymnasieskolan, vilket stämmer överens med det teoretiska ramverket.

Det återfanns inga signifikanta skillnader mellan grund- och gymnasieskola på UTAUT-frågorna. Däremot identifierades en skillnad när varje årskurs studerades var för sig. De äldre respondenterna svarade att de höll med i högre utsträckning på UTAUT-frågorna jämfört med grundskolan, vilket skulle kunna bero på frågornas utformning eller enkätens längd. Sambandet med årskurserna skulle också kunna bero på slumpen då studiepopulationen utgjordes av ett bekvämlighetsurval samt att analyserna inte var signifikanta, det skulle därför vara intressant med vidare studier av orsakssamband.

Att det inte finns några signifikanta skillnader mellan vare sig könsidentiteterna eller årskurserna är i sig något positivt då det visar att acceptansen för digital elevhälsa är likvärdig mellan grupperna. Det betyder att det digitala verktyget är anpassat och användbart för alla de demografiska grupperna i studiepopulationen.

5.1.2 Hälsomedvetenhet kopplat till digifysisk elevhälsa

Den andra forskningsfrågan i den här studien syftade till att svara på om det fanns något samband mellan användning av digifysisk elevhälsa och hälsomedvetenhet. Cao et al. (2022) fann att hälsomedvetenhet hade en positiv inverkan på förväntad prestation då individer med hög hälsomedvetenhet oftare och mer aktivt tenderar att söka hälsorelaterad kunskap. I den här studien visade dock resultatet ingen tydlig koppling mellan *Hälsomedvetenhet* och *Förväntad prestation*. En möjlig förklaring kan vara frågornas utformning. Hälsomedvetenhetsfrågorna innehöll kraftuttryck såsom ”mycket” och ”väldigt”, vilket kan ha resulterat i att respondenterna inte var benägna att hålla med. Om frågorna i stället konstruerats utan kraftuttrycken är det möjligt att det hade funnits en eventuell koppling. En annan möjlig orsak till det här resultatet kan vara att respondenternas hälsomedvetenhetsgrad inte möter deras individuella preferenser och behov av innehåll i appen i tillräcklig utsträckning. Eftersom de med hög hälsomedvetenhet troligen inte är en homogen grupp kan det ha orsakat spridningen i svaren. Kvalitativa intervjuer kan leda till en djupare förståelse för det individuella perspektivet.

Resultatet i den här studien stämmer inte heller överens med studien av Mustafa et al. (2022), där hälsomedvetenheten spelade en signifikant roll för användarintentionen. Vidare studier av sambandet om hur hälsomedvetenhet är kopplad till användarintentionen skulle därför vara intressant för att kunna kartlägga vilken roll hälsomedvetenheten spelar för användning av digitala verktyg.

Hälsomedvetenhet hade däremot den högsta svarsfrekvens på svarsalternativet *Håller med* och det fanns en koppling mellan graden av hälsomedvetenhet och att appen upplevdes hjälpsam med att öka medvetenheten kring behov och mående. Det tyder på att användning av appen kan leda till ökad hälsomedvetenhet. Den ökade medvetenheten av hälsan skulle därmed kunna leda till ökad hälsa hos målgruppen. Det styrks även av tidigare forskning som visar att digitala interventioner är viktiga och hjälpsamma för att främja den psykisk hälsan (Moltrecht et al., 2021; Burbach & Stiles, 2021; Titov et al., 2022).

Resultatet visade ingen signifikant skillnad mellan könsidentitetsgrupperna. Tjejerna visade dock en något högre hälsomedvetenhet än killarna. Tjejer har uppgett sämre självskattat välbefinnande i både de nationella som internationella undersökningarna om skolbarns hälsovanor (Cosma et al., 2023; Folkhälsomyndigheten, 2023a). Det kan tyda på att det finns ett samband mellan den högre graden av hälsomedvetenheten som tjejerna uppgett i den här studien och att tjejer generellt uppgett en sämre skattad hälsa, då de reflekterar och är mer självmedvetna.

5.1.3 Andra faktorer som påverkar användarbeteendet

Tredje forskningsfrågan ämnade att besvara vilka andra faktorer som påverkar användarbeteendet hos målgruppen. Resultatet visar att känsla av trygghet och utformningen av det digitala verktyget var det som ökade användarviljan.

Datasäkerhet och sekretess är en stor utmaning vid digitalisering av elevhälsa (SKR, 2021), och Grist et al. (2018) diskuterar att datasäkerhet kan spela en roll vid användning av hälsoappar. Majoriteten av respondenterna i den här studien uppgav att de känner sig trygga med att både ha och använda appen. Dock uppgav en av tre respondenter att de var neutrala till att de var trygga med att informationen de lämnar i appen inte sprids vidare, och en av fyra var neutrala till att de var trygga med att använda appen. Skolverket (2022) menar att digital kompetens är en nyckelfaktor i det digitala demokratiska samhället, och för att öka känslan av tryggheten hos ungdomar vid användning av digital elevhälsa kan den digitala kompetensen utredas som en möjlig orsak till osäkerheten. Kvalitativa studier om möjliga orsaker kring vad ungdomar upplever tryggt och otryggt kring digitala verktyg föreslås för djupare förståelse av målgruppens upplevelser av datasäkerhet. Då sju av tio respondenter i den här studien svarade att de både är trygga med att använda appen och håller med på faktorn *Förväntad prestation* kan det konstateras att det i den här studiepopulationen finns ett samband mellan användning av digitala verktyg och känsla av trygghet.

Grist et al. (2018) menar att digitala hälsoappar oftast inte är anpassade efter en yngre målgrupp, och layouten kan därför utgöra ett hinder för användarvänligheten. De flesta av respondenterna (67,3 %) i den här studien angav att layouten i appen bidrar till viljan att använda den, och därmed bekräftar resultatet att layouten spelar en viktig roll för acceptansen

och användarbeteendet. *Förväntad ansträngning*, som testar graden av lätthet, och frågan om utseende och utformning hade ett samband då respondenterna höll med (97,1 %) på båda påståendena, vilket visar att layouten är lätt att ta till sig och använda. Det digitfysiska elevhälsoverkyget som studiepopulationen hade tillgång till under studieperioden verkar därmed ha en väl anpassad utformning som tilltalar målgruppen.

Av respondenterna uppgav 81,2 procent att appen är ett bra verktyg för kontakt med elevhälsoteamet, och högst andel respondenter angav även att appen bidrog till snabbare kontakt. Resultatet i studien styrker därmed vad regeringen anser är en av fördelarna med digitfysisk vård, att öka tillgängligheten (SOU 2019:42). Då den självskattade hälsan och livstillfredsställelsen hos barn och unga minskar (Folkhälsomyndigheten 2023a) skulle ökad tillgänglighet av elevhälsan potentiellt motverka den trenden. Elevhälsan spelar en viktig nyckelroll då den når ut till majoriteten av alla barn och unga (Fadus & Harrisson, 2019) och kan därmed bidra till ökad folkhälsa i samhället. Den ökade tillgängligheten av elevhälsa som den här studien visar att digitala verktyg kan möjliggöra, kan även bidra med en närmare och tätare kontakt med elever, som visades i studien av Martinsson et al. (2021).

Det återfanns inga signifikanta skillnader mellan grund- och gymnasieskola och de kompletterande frågorna. De i årskurs 9, årskurs 1 och 2 svarade generellt tio procent högre att de höll med jämfört med övriga årskurser. Skillnaderna är troligen slumpmässiga då studiepopulationen utgörs av ett bekvämlighetsurval och vidare studier med ett större urval skulle därför vara av intresse.

Killarna svarade i högre grad att appen hjälpte dem bli mer medvetna om sig själva och behov om mående, sömn och stress. Tidigare forskning visar att digitala verktyg kan vara hjälpsamma för ungdomar med att skapa medvetenhet om känslor (Moltrecht et al., 2021). Potentiellt kan app-baserad elevhälsa bidra till ökad jämlikhet i hälsomedvetenheten mellan de olika könsidentiteterna, och därför behövs fler studier för vidare sambandsanalyser.

5.1.4 Bortfall

Studien hade ett deltagarbortfall på 77 procent och frågorna i enkäten hade genomgående ett bortfall på ungefär 30 procent. SCB (2015) menar att ett stort bortfallet kan leda till större felmarginaler och osäkerhet i skattningarna, vilket i sin tur kan leda till missvisande resultat. På grund av bekvämlighetsurvalet kan inte resultaten i den här studien generaliseras till en annan grupp än studiepopulationen men kan ändå ge en indikation på målgruppens uppfattningar om digitfysisk elevhälsa.

5.2 Metoddiskussion

5.2.1 Konstruktion av enkät

Varje forskares förförståelse, som innebär erfarenheter, hypoteser, olika perspektiv och teoretiska referensramar kan påverka forskningsprojektet både positivt såväl som negativt. Det är därför av vikt att forskaren är uppmärksam och medveten om förförståelsens betydelse (Malterud, 2011). Forskarens förförståelse är en del av konstruktionen av enkätfrågor, vilket i

den här studien kan innebära att enkätfrågornas utformning påverkades av tidigare erfarenheter. För att minska risken att forskarnas enskilda förförståelse påverkade enkäten i för stor utsträckning vidtogs åtgärderna att konsultera med extern samarbetspartner med spetskompetens om målgruppens språkförståelse samt att det utfördes en pilotstudie.

Frågorna i enkäten är formulerade med en positiv antydning, vilket kan medföra att respondenten ger ett mer positivt svar. Ejlertsson (2019) skriver att frågekonstruktioner som innehåller negationer kan upplevas förvirrande vid skattningsskalor då det blir svårt att bedöma vad som avses att respondenten håller med om, det motiverar formulering av frågorna i den studien.

Enligt Wärneryd (1993) finns det en risk att en del respondenter kan uppleva svårigheter med att särskilja svarsalternativen vid en Likertskala med fler kategorier än fem, då skillnaderna kan uppfattas för små för att urskiljas. Vidare menar Wärneryd (1993) att det därför finns risk att resultatet delvis kan påverkas av slumpen. Det motiverar valet av en femgradig Likertskala i den här studien. Enkäten saknar bortfall då systemet där enkäten fanns tillgänglig automatiskt fyllde i alternativet *Vet inte/vill inte svara* om en respondent valde att hoppa över att svara på en fråga. Skulle en respondent ha missat att svara på en fråga har den felaktigt fyllts i som *Vet inte/ vill inte svara* och det kan därmed resultera i feltolkning av resultatet. I svarsalternativet *Vet inte/vill inte svara* ingår därför tre olika åsikter som inte går att särskilja från varandra och utgör därmed en begränsning i studien.

Ejlertsson (2019) skriver att desto större bortfall, desto svårare blir det att tolka resultatet, även möjligheten att generalisera resultatet blir svårare. Det var en relativt hög andel respondenter som genomgående i enkäten valde svarsalternativet *Vet inte/vill inte svara*, vilket för de flesta frågorna låg på ungefär 30 procent. Det finns flera möjliga orsaker till den höga svarsfrekvensen på det alternativet. En orsak kan vara att respondenterna upplevde enkäten som för lång då det fanns ett något förhöjt antal svar på det alternativet i slutet av enkäten. Bryman (2018) skriver att längden på enkäten kan påverka bortfallet och därför är en kortare enkät att föredra. En annan möjlig orsak kan vara att respondenterna inte använt appen i någon större utsträckning och därmed inte kunnat bilda sig en uppfattning om påståendena och därför svarat *Vet inte/vill inte svara*. Det finns en möjlighet att respondenterna inte använt sig av appen för att de inte ansett sig ha behovet, möjligen för att de mår bra. För att kunna dra slutsatser kring den höga svarsfrekvensen på alternativet *Vet inte/vill inte svara* skulle statistik om det faktiska användandet av appen och om respondenternas hälsostatus vara av vikt för vidare analyser. Då de kompletterande frågorna genererade en högre svarsfrekvens än UTAUT-frågorna, skulle det kunna bero på att UTAUT-frågorna trots konsultation med spetskompetens om målgruppens förväntade språkbruk inte var tillräckligt tydliga eller lätta att förstå. En annan möjlig förklaring är att respondenterna ansåg enkäten för lång. UTAUT-frågorna kom sist i enkäten vilket kan förklara de färre svaren.

En kritik mot UTAUT-teorin är att den är bred och komplex då den utgår från många frågor och faktorer. Det skapar många oberoende variabler som inte kan generera något vidare djup (Bagozzi, 2007). Det är möjligt att studien hade kunnat genomföras med ett mindre komplext teoretiskt ramverk för att kunna svara upp mot studiens syfte och därmed möjliggjort en fördjupning av frågeställningarna.

5.2.2 Reliabilitet och trovärdighet

Bekvämlighetsurvalet i den här studien bidrog till en låg reliabilitet och resulterade i att studiens resultat inte kan generaliseras till andra grupper än studiepopulationen. Urvalsfel och selektionsfel är två systematiska fel som förekom i studien. Då den externa samarbetspartnern valde ut skolor som de ansåg kunde generera högst svarsfrekvens var urvalet inte representativt för alla barn och ungdomar, vilket innebär ett urvalsfel (Andersson, 2021). Andersson (2021) beskriver selektionsfel som att det finns skillnader i egenskaper hos de som svarar och de som inte svarar. Det fanns en risk att ungdomar som inte ansåg att appen var användbar inte heller deltog i enkäten då den befann sig i appen, vilket kunde medföra att respondenterna hade en mer positiv inställning än de som inte deltog.

Inre och yttre motivation är betydande aspekter för att studiedeltagarna ska vilja delta i studier (Ejlertsson, 2019). I den här studien skulle en inre motivation vara respondentens hälsomedvetenhet. Andra möjliga inre motivationer skulle kunna vara intresse att delta i undersökningen och intresse för digitala verktyg. En möjlig yttre motivation skulle kunna vara att respondenten kände sig pressad att delta på grund av att enkäten distribuerades i skolmiljö. För att öka svarsfrekvensen genomfördes påminnelser vilket skulle kunna ha ökat den yttre motivationen. Dock visade datumen för genomförandet av enkäten på en jämn spridning över den tid då enkäten var tillgänglig, vilket kan antyda att påminnelserna inte resulterade i en högre press att delta. Svarsfrekvensen av deltagandet kan anses låg då den var 23 procent och en möjlig orsak kan vara att enkäten fanns tillgänglig under en period då skolorna hade påsklov. Källström & Bruck (2017) skriver att barn och unga kan ha ett motstånd att delta i forskning på fritiden. Vidare beskriver författarna att vissa barn kan uppfatta att deltagande i forskning anses irrelevant och något som inte prioriteras, vilket också kan förklara den låga deltagarfrekvensen i den här studien.

Då tre av fem UTAUT-faktorer fick ett Cronbach's alpha värde som var närmare 0 än 1, visar resultaten på låg reliabilitet. De två faktorerna som fick lägst värde innehöll bara två frågor vilket troligtvis påverkade tillförlitligheten och om fler frågor hade inkluderats i faktorerna finns det möjlighet att det skulle resultera i högre värden. *Förväntad ansträngning* och *Underlättande förhållanden* fick båda värden nära 0.7, vilket visar på en hög reliabilitet och därmed ökar tillförlitligheten till resultatet. Användandet av faktorerna i analyser kunde endast möjliggöras genom att skapa index. Respondenterna behövde ha svarat på alla inkluderade frågorna för varje enskild faktor för att svaren skulle ingå i indexet. Då bortfallet på enskilda frågor var högt resulterade det även ett högt bortfall på de olika faktorernas index och kan därmed ha påverkat resultatet.

5.2.3 Validitet och kvalitet

För att öka validiteten och kvaliteten i studien valdes UTAUT-teorin med tillhörande validerade frågor. Validiteten och kvaliteten på frågorna minskades när språket förändrades i översättningen från engelska, då frågorna inte fanns validerade på svenska. Även språkbruket förändrades för att passa målgruppen, vilket motiverar konsultation av personal med spetskompetens om målgruppens språkanvändning i syfte att öka kvaliteten. Vid sidan av de validerade frågorna användes även kompletterande frågor för att kunna svara upp mot studiens syfte och inspirerades av andra validerade frågeformulär. En styrka med studien som

ökar kvaliteten är att alla frågor utom de två demografiska frågorna mättes med en Likertskala för att möjliggöra tydliga jämförelseanalyser.

5.3 Etikdiskussion

Det finns etiska aspekter gällande den arena som enkäten har genomförts på. Källström & Andersson Bruck (2017) skriver att även om skolan är barnens arena då det är en plats för dem att lära sig, är den också styrd av vuxna. Det finns en risk att barnen känner sig pressade att ge ett svar som är rätt i enkäten och det är därför av stor vikt att försäkra sig om att barnet förstått att det inte finns rätt eller fel svar i enkäten. Vidare beskriver författarna att det även är viktigt att säkerställa att barnet är införstådd med att deltagandet är frivilligt, då skolmiljön annars kan göra att det kan vara svårt att fatta egna oberoende beslut (Källström & Andersson Bruck, 2017). Det var därför av stor vikt att informationsbladet i enkäten var utformad på ett för målgruppen tydligt sätt så att respondenten fick förståelse för att det var frivilligt och att inga svar var korrekta eller fel.

Målgruppen var minderårig vilket bidrog till en ökad etisk noggrannhet i samband med studien. Utformningen av studien och dess syfte har därför utvecklats och godkänts i samarbete mellan forskarna, Högskolan i Skövde och den externa samarbetspartnern. Då den externa samarbetspartnern sedan tidigare har olika utvärderingsverktyg för eleverna i sin app, besitter de både kunskap och erfarenhet kring att distribuera enkäter till målgruppen. Målgruppen var därmed van vid att besvara frågeformulär som liknar den som användes i studien. Den externa samarbetspartnern och målgruppens tidigare erfarenheter kan ha underlättat deltagandet samt bidragit till att eventuella negativa konsekvenser minimerats.

5.3.1 Betydelsen av externt samarbete

Samarbetet med den externa partnern möjliggjorde målgruppen som studiepopulation. Utan det samarbetet hade målgruppen i stället bestått av ungdomar 18 år och äldre. Då studien utgjordes av endast ett digifysiskt verktyg påverkade det resultatet och om fler verktyg hade inkluderats i studien hade det kunnat ge en bredare förståelse för upplevelsen av digifysisk elevhälsa. Försök att inkludera flera verktyg gjordes i förberedelserna inför studien genom mejlkontakt till fler aktörer som tillhandahåller digital elevhälsa, men utan resultat och därför inkluderades endast en aktör i studien. Skolorna som ingick i urvalet valdes ut av samarbetspartnern och kriterierna som de hade var att skolorna skulle ha en spridning över landet samt ha en hög förväntad svarsfrekvens. Urvalet av skolorna kan ha bidragit till att respondenterna hade en mer positiv inställning till verktyget jämfört med de skolor som inte valdes ut, vilket därmed kan ha påverkat resultatet i positiv riktning.

5.3.2 Potentiella intressekonflikter

Studien innefattar inga intressekonflikter då det inte har utgått någon ekonomisk eller annan typ av kompensation mellan forskarna, högskolan och externa samarbetspartnern.

5.4 Slutsats

Den här studien visade att acceptansen av digifysisk elevhälsa hos studiepopulationen var hög. Studien visade inte något samband mellan användningen och graden av hälsomedvetenhet, däremot visades att användningen av det digitala verktyget leder till en ökad medvetenhet om studiepopulationens mående, sömn, stressnivå, sig själva och sina behov. Respondenterna svarade i hög grad att de var trygga med att både ha och använda verktyget. Verktygets utseende och utformning påverkade användarviljan hos respondenterna positivt. Det återfanns inga signifikanta skillnader mellan frågeställningarna och vare sig könsidentitet eller årskurser i studien, vilket i sig är positivt då det visar på att acceptansen av det digitala verktyget är likvärdig i studiepopulationen. Då studien visar att verktyget är en användbar och snabb kontaktväg till elevhälsoteamet, kan digitala verktyg öka tillgängligheten av elevhälsa. Samhället står inför stora utmaningar med barn och ungas sviktande mående och genom att öka tillgängligheten ökar förutsättningar att i ett tidigare stadium fånga upp och hjälpa ungdomar i behov av stöd. Hur människor mår i tidig ålder påverkar hälsan genom hela livet och därför är det av stor vikt att stärka målgruppen, inte bara för att det är kostnadseffektivt utan även för att det stärker folkhälsan i hela samhället. Studiepopulationen valdes med ett bekvämlighetsurval och de flesta analyserna var inte signifikanta, vilket innebär att resultatet inte kan generaliseras, men studien kan ändå ha stor betydelse för vidare forskning. Då det inte finns någon evidens i någon större utsträckning om digital eller digifysisk elevhälsa behövs vidare forskning inom ämnet. För att kunna fördjupa den vetenskapliga evidensen om digifysisk elevhälsa skulle orsakssamband mellan hälsostatus och faktiskt användardata behövas studeras vidare. Den här studien skulle kunna vara vägledande för hur elevhälsa kan vidareutvecklas i det digitala samhället. Digifysisk elevhälsa är en kombination av den traditionella fysiska elevhälsan integrerad med en digital plattform med ökad möjlighet att behovsanpassa stöd utifrån elevens förutsättningar och preferenser. Digifysisk elevhälsa kan vara framtidens elevhälsa som kan bidra till en ökad jämlikhet i hälsa och ge ökade möjligheter till välmående medborgare, då barnen är samhällets framtid.

6 FÖRFATTARNAS TACK

Författarna till den här studien vill rikta sitt ödmjukaste tack till avdelningen för folkhälsovetenskap på Högskolan i Skövde för att ni hade tålamod och hjälpte oss att hitta en väg för att studera ett brinnande intresse.

Tack till vår handledare Anders Klingberg för många timmars bra och givande diskussioner, tips, idéer och stöd. Även tack till examinator, lärare och medstudenter på högskolan.

Tack till Allbry för att ni möjliggjorde studien och för ett otroligt intressant och lärorikt samarbete i vårt gemensamma mål att höja hälsan hos barn och ungdomar.

Tusen tack till alla elever som gav av sin tid och energi för att svara på enkäten som ligger till grund för studien.

Oändlig tacksamhet riktas också till författarnas familjer, husdjur och vänner som funnits som stöd genom hela processen.

Ni är ovärderliga. Tack!

7 REFERENSER

- Allbry. (u.å.). *Elevhälsa på elevens vis*. Hämtad 15 februari, 2024, från <https://allbry.se/>
- Andersson, I. (2021). *Epidemiologi för hälsovetare* (3:e uppl.). Studentlitteratur.
- Bagozzi, R. P. (2007). The Legacy of the Technology Acceptance Model and a Proposal for a Paradigm Shift. *Journal of the Association for Information Systems*, 8(4), 244-254. <https://doi.org/10.17705/1jais.00122>
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder* (3:e uppl.). Liber.
- Burbach, F & Stiles, K. (2021). Digital Mental Health and Neurodevelopmental Services: Case-Based Realist Evaluation. *JMIR Formative Research*, 5(9). <https://doi.org/10.2196/29845>
- Cao, J., Kurata, K., Lim, Y., Sengoku, S. & Kodama, K. (2022). Social Acceptance of Mobile Health among Young Adults in Japan: An Extension of the UTAUT Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15156. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215156>
- Cosma, A., Abdrakhmanova, S., Taut, D., Schrijvers, K., Catunda, C. & Schnohr, C. (2023). *A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey* (Volume 1). World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/373201>
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.
- Curoflow. (u.å.). *Ökad tillgänglighet för både elev och förälder*. Hämtad 22 februari, 2024 från <https://curoflow.se/vi-hjalper/digital-varldplattform-for-elevhalsa>
- Ejlertsson, G. (2019). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik* (4:e uppl.). Studentlitteratur.
- Fadus, M.C. & Harrison, J.D. (2019). A Missed Opportunity: Universal School-Based Mental Health Literacy Programs. *Academic Psychiatry*, 43, 457-460. <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01036-8>
- Fergusson, D M. & Woodward, L J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 59(3), 225-31. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.3.225>
- Folkhälsomyndigheten. (2018). *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985-2014* (Artikelnummer: 18023-2).

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/628f1bfc932b474f9503cc6f8e29fd45/varfor-psykiska-ohalsan-okat-barn-unga-18023-2-webb-rapport.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2023a). *Huvudsakliga resultat 2021/2022 för Skolbarns hälsovanor*. Hämtad 21 februari, 2024, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/skolbarns-halsovanor/huvudsakliga-resultat-2021-2022-for-skolbarns-halsovanor/>

Folkhälsomyndigheten. (2023b, 8 februari). *Nationella folkhälsomål och målområden*. Hämtad 7 mars, 2024, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/>

Folkhälsomyndigheten. (2024). *Statistik om suicid*. Hämtad 31 januari, 2024, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/statistik-om-suicid/>

Google. (2024). *Så här använder du Google formulär*. Hämtad 5 mars, 2024, från <https://support.google.com/docs/answer/6281888?hl=sv&co=GENIE.Platform%3DDesktop>

Grist, R., Cliffe, B., Denne, M., Croker, A. & Stallard, P. (2018). An online survey of young adolescent girls' use of the internet and smartphone apps for mental health support. *BJP Psych Open*, 4, 302–306. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.43>

Gustafsson, C. (2023, 11 december). *Elevhälsa: Tystnadsplikt och sekretess*. Hämtad 15 februari, 2024, från <https://allbry.se/elevhalsa-tystnadsplikt-och-sekretess/>

Health Behaviour in School-aged Children. (u.å.). *A focus on adolescent mental health and well-being in Europe, central Asia and Canada Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey: Volume 1*. Hämtad 20 februari, 2024, från <https://hbsc.org/publications/reports/a-focus-on-adolescent-mental-health-and-well-being-in-europe-central-asia-and-canada/>

Krane, V., Kaasbøll, J., Kaspersen, S. L. & Ådnanes, M. (2023). "It's not like real therapy": young people receiving child welfare services' experiences of video consultations in mental healthcare in Norway: a mixed methods approach. *BMC Health Services Research*, 23(1), 949. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09939-x>

Källström, Å & Andersson Bruck, K. (2017). *Etiska reflektioner i forskning med barn*. Gleerups utbildning.

Lamprianou, L. (2022) Surveying through gatekeepers in social research: methodological problems and suggestions, *International Journal of Social Research Methodology*, 25(6) 783-795. <https://doi.org/10.1080/13645579.2021.1940775>

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning* (3:e uppl.). Studentlitteratur.

- Martinsson, E., Garmy, P. & Einberg, E.-L. (2021). School Nurses' Experience of Working in School Health Service during the COVID-19 Pandemic in Sweden. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (6713). <https://doi.org/10.3390/ijerph18136713>
- Moltrecht, B., Patalay, P., Deighton, J. & Edbrooke-Childs, J. (2021). A School-Based Mobile App Intervention for Enhancing Emotion Regulation in Children: Exploratory Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*, 9(7) 21837, <https://doi.org/10.2196/21837>
- Mustafa, S., Zhang, W., Shehzad, U. M., Anwar, A. & Rubakula, G. (2022). Does Health Consciousness Matter to Adopt New Technology? An Integrated Model of UTAUT2 With SEM-fsQCA Approach. *Frontiers in Psychology* 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.836194>
- O'Neil, I. (2019). *Digital health promotion, a critical introduction*. Polity Press.
- Pallant, J. (2020). *SPSS Survival manual, a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7:e uppl.). McGraw-Hill Education.
- Regeringsbeslut S2016/01874/FS. *Vision ehälsa 2025 gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård*. <https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2021/02/vision-e-halsa-2025-overenskommelse.pdf>
- SCB. (2015, 9 juni). *Mer bortfall i statistiken*. Hämtad 28 maj, 2024, från <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2015/Urbanisering--fran-land-till-stad/mer-bortfall-i-statistiken/>
- Schlack, R., Peerenboom, N., Neuperdt, L., Junker, S. & Beyer, A K. (2021). The effects of mental health problems in childhood and adolescence in young adults: Results of the KiGGS cohort. *Journal of Health Monitoring*, 6(4) 3–19. <https://doi.org/10.25646/8863>
- SFS 2010:800. *Skollag*. Utbildningsdepartementet. Hämtad 21 februari, 2024, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/skollag-2010800_sfs-2010-800/#K1
- Skolverket. (2022). *Förslag till nationell digitaliseringsstrategi för skolväsendet 2023–2027* (Diarienummer: 2022:1293). <https://www.skolverket.se/getFile?file=10849>
- Skolverket. (2024). *Elevhälsa*. Hämtad 21 februari, 2024, från <https://www.skolverket.se/regler-och-ansvar/ansvar-i-skolfragor/elevhalsa>
- Socialstyrelsen. (2016). *Vägledning för elevhälsan- Tredje upplagan* (art nr 2016-11-4). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2016-11-4.pdf>
- SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*. <https://www.regeringen.se/contentassets/6e378658462844798630946d5bf12fc3/digifysiskt-varldval--tillganglig-primarvard-baserad-pa-behov-och-kontinuitet.pdf>

- Sveriges Kommuner och Regioner. (2021). Nuläge och utmaningar i elevhälsan. 2021.<https://skr.se/download/18.21c40ad41835ce6270d4855/1663742228930/Nulage-och-utmaningar-i-elevhalsan-2021-TA.pdf>
- Titov, N., Dear, B.F., Nielsens, O., Wootton, B., Kayrouz, R., Karin, E., Genest, B., Bennett-Levy, J., Purtell, C., Bezuidenhout, G., Tan, R., Minissale, C., Thadhani, P., Webb, N., Willcock, S., Andersson, G., Hadjistavropoulos, H.D., Mohr, D.C., Kavanagh, D.J., Cross, S. & Staples, L.G. (2020). User characteristics and outcomes from a national digital mental health service: an observational study of registrants of the Australian MindSpot Clinic. *Lancet Digital Health*, 2(11), 582–593. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30224-7](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30224-7)
- UNDP. (u.å.). *Om globala målen*. Hämtad 12 mars, 2024, från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/>
- UNDP. (2022a, 18 oktober). *4 God utbildning för alla*. Hämtad 2 april, 2024, från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-4-god-utbildning-alla/>
- UNDP. (2022b, 18 oktober). *10 Minskad ojämlikhet*. Hämtad 2 april, 2024, från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-10-minskad-ojamlikhet/>
- UNDP. (2022c, 18 oktober). *3 God hälsa och välbefinnande*. Hämtad 2 april, 2024, från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/>
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, 27(3), 425–478. <https://doi.org/10.2307/30036540>
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed* (Rapport 2017). Hämtad 9 februari, 2024, från <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>
- Wahlgren, L. (2012). *SPSS steg för steg* (3:e uppl.). Studentlitteratur.
- Walton, C.J., Gonzalez, S., Cooney, E.B., Leigh, L. & Szewc, S. (2023). Engagement over telehealth: comparing attendance between dialectical behaviour therapy delivered face-to-face and via telehealth for programs in Australia and New Zealand during the Covid-19 pandemic. *Borderline personality disorder emotional dysregulation*, 10 (16). <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00221-4>
- WHO. (u.å.). *Improving the mental and brain health of children and adolescents*. Hämtad 31 januari, 2024, från <https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>
- WHO. (2021a). *Mental health of adolescents*. Hämtad 31 januari, 2024, från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

- WHO (2021b). *WHO guideline on school health services* (9789240029392). Hämtad 6 mars, 2024, från <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341910/9789240029392-eng.pdf?sequence=1>
- Woodward, L. J. & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086-93. <https://doi:10.1097/00004583-200109000-00018>
- Wärneryd, B. (1993). Utformningen av svarsalternativ. I B. Wärneryd (Red.), *Att fråga* (5:e uppl., s. 101–121). Statistiska centralbyrån.

8 BILAGOR

8.1 Bilaga 1, disposition över frågorna i enkäten

Demografiska frågor	
	Vad har du för könsidentitet?
	Vilken årskurs går du i?
Hälsomedvetenhet	
HM1	Jag reflekterar mycket över min hälsa.
HM2	Jag är väldigt självmedveten om min hälsa.
Kompletterande frågor	
	Jag tycker att appens utseende och utformning gör att jag vill använda den.
	När jag använder appen känner jag mig trygg med att informationen jag lämnar inte sprids vidare.
	Jag känner mig trygg med att använda appen på min dator/platta/mobil.
	Jag upplever att appen är ett bra verktyg för att få kontakt med elevhälsoteamet.
	Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om hur jag mår.
	Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om min sömn.
	Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om min stressnivå.
	Jag upplever att appen hjälper mig bli mer medveten om mig själv och vad jag behöver för att må bra.
Förväntad prestation	
FP1	Jag tycker att appen är ett användbart verktyg i min vardag.
FP2	Att använda appen ökar mina chanser att uppnå saker som är viktiga för mig.
FP3	Att använda appen hjälper mig att få kontakt med elevhälsoteamet snabbare.
Förväntad ansträngning	
FA1	Jag tycker att det är lätt att lära sig att använda appen.
FA2	Jag tycker att appen är tydlig och lätt att förstå.
FA3	Jag tycker att appen är lätt att använda.
FA4	Jag tycker det är lätt att bli skicklig på att använda appen.

Socialt inflytande	
SI1	Personer som är viktiga för mig tycker att jag borde använda appen.
SI3	Personer med åsikter som är viktiga för mig tycker att det är bra att jag använder appen.
Underlättande förhållanden	
UF1	Jag har de redskap som är nödvändiga för att kunna använda appen.
UF2	Jag har tillräckligt med kunskap för att kunna använda appen.
UF4	Jag kan få hjälp av andra när jag har problem med att använda appen.

8.2 Bilaga 2, informationsbrev

Hej!

Du är inbjuden att delta i en undersökning om digital elevhälsa, som vi i enkäten kallar för 'appen'. Undersökningen genomförs i samarbete med Högskolan i Skövde.

Du kommer få besvara en enkät med 25 frågor och det tar ungefär 10 minuter att svara på frågorna. Dina svar är anonyma vilket betyder att ingen kommer att veta vad just du svarar. En sammanställning av er elevers gemensamma svar kommer finnas tillgänglig för er skola.

Det är helt frivilligt att delta i undersökningen och du kan när som helst välja att avsluta din medverkan fram till att du väljer att skicka in dina svar. Redan inskickade svar går inte att radera. Det finns inget rätt eller fel utan svara såsom du tycker och känner. Vi är väldigt tacksamma för ditt deltagande och dina svar är väldigt viktiga för vår undersökning.

Har du några frågor eller behöver stöd efter att du genomfört enkäten kan du kontakta kontakt@allbry.se

8.3 Bilaga 3, samtycket samt exempel på enkätfrågor i appen

12:30 59%


← Hälsomedvetenhet och acceptans av digifysisk elevhälsa - Page 1 / 6

Fråga 1
Samtycker du till att dina enkätsvar på ett anonymt sätt behandlas i utbildningssyfte av Högskolan i Skövde?

Ja

Nej

Nästa



12:31 59%

← Hälsomedvetenhet och acceptans av digifysisk elevhälsa - Page 3 / 6

Fråga 4
Jag reflekterar mycket över min hälsa.

Håller inte alls med

Håller till stor del inte med

Neutral

Håller till stor del med

Håller helt och hållet med

Vet inte / Vill inte svara

Fråga 5
Jag är väldigt självmedveten om min hälsa.

Håller inte alls med

Håller till stor del inte med

Neutral

Håller till stor del med

Håller helt och hållet med

Vet inte / Vill inte svara

Tidigare

Nästa

