

**Badanie nastawienia polskich psychoterapeutów wobec
terapii online – polska adaptacja kwestionariusza
UTAUT-T (Uogólniona Teoria Akceptacji
i Stosowania Technologii, wersja dla Terapeutów
(*Unified Theory of Acceptance and Use
of Technology – Therapists Version*)
oraz weryfikacja modelu UTAUT-T**

**A study on the attitude of Polish psychotherapists towards online
therapy – Polish adaptation of the UTAUT-T (*Unified Theory
of Acceptance and Use of Technology – Therapist version*)
and verification of the UTAUT-T model**

Agnieszka Koch¹, Agata Graczykowska², Szymon Szumiał³,
Magdalena Marszał-Wiśniewska¹

¹Institut Psychologii, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Warszawa

²Wydział Projektowania, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Warszawa

³Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski

Summary

Aim. The aim of the study was to verify the psychometric properties of the Polish adaptation of the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology – Therapist version (UTAUT-T) and to verify the UTAUT-T model in a group of Polish psychotherapists.

Method. A total of 434 people aged 27-66 ($M = 40.78$; $SD = 7.70$), including 337 women and 58 men, took part in an online self-report study, which involved completing three questionnaires: UTAUT-T, the short IPIP-BFM-20 Questionnaire for measuring the Big Five, the Technology Readiness Index (TRI 2.0), as well as answers to questions about the use of digital technologies at work. The following analyses were carried out: confirmatory factor analysis (CFA), reliability analysis using Cronbach's alpha, and theoretical validity analysis – an analysis of the correlation between the subscales of the UTAUT-T instrument and questionnaires enabling the measurement of dimensions which had been indicated in previous research results as related to the acceptance of technology.

Results. The conducted analyses showed that the factor structure of the Polish version of UTAUT-T is the same as of the original tool, and the UTAUT-T model was confirmed in the group of Polish psychotherapists. The Cronbach's alpha reliability coefficient for individual subscales ranged from 0.57 to 0.97. The theoretical validity analysis confirmed the expected correlations between most dimensions of technology acceptance and technology readiness. In addition, there were single very weak correlations observed between technology acceptance and personality traits.

Conclusions. The psychometric properties of the Polish version of UTAUT-T show satisfactory values. The scale can be used to conduct further research. The UTAUT-T model can be utilized to predict the actual use of new technologies by Polish psychotherapists.

Słowa kluczowe: psychoterapia, wideokonferencje, samoopis

Key words: psychotherapy, videoconferencing, self-report

Wstęp

W ostatnich dekadach nowe technologie stały się codziennym narzędziem pracy wielu specjalistów, w tym psycho terapeutów [1]. Rozwiązania cyfrowe wspierają ich zarówno w administrowaniu pracą (np. umożliwiają automatyczne umawianie wizyt), jak i są bezpośrednio stosowane w realizacji usług, np. stanowiąc nośnik materiałów psychoedukacyjnych [2]. Dzięki aplikacjom wideokonferencyjnym stało się również możliwe prowadzenie sesji terapeutycznych online, co pozwala psychoterapeutom na pracę z klientami poza gabinetem. Przed pandemią COVID-19 taka forma pracy terapeutycznej była raczej kwestią preferencji specjalisty. Natomiast w czasie lockdownu stała się jedyną możliwą formą świadczenia usług. Badania pokazują, że efektywność prowadzenia terapii online nie odbiega od tej prowadzonej stacjonarnie w gabinecie [3–5], o czym terapeuci mogli się przekonać w czasie pandemii, kiedy niemalże każdy z nich prowadził sesje online. Jednak część specjalistów nadal pozostaje sceptyczna wobec wykorzystania narzędzi wideokonferencyjnych do spotkań z klientami/pacjentami [6]. Badania prowadzone jeszcze przed pandemią COVID-19 wskazują, że największe obawy psycho terapeutów związane z terapią online dotyczą między innymi: 1) jej niższej efektywności [7], 2) negatywnego wpływu na relację terapeutyczną [8], 3) ograniczenia komunikacji niewerbalnej [9], 4) poczucia własnej niekompetencji technologicznej [1], czy 5) niezgodności tej metody pracy z własną orientacją terapeutyczną [10].

Z uwagi na postępującą cyfryzację różnych usług profesjonalnych, prowadzoną także przez jednostki sektora publicznego, istotne wydaje się prowadzenie systematycznych analiz nastawienia psycho terapeutów wobec rozwiązań technologicznych. Badania pokazują, że kluczowe dla implementacji nowych technologii w danym obszarze życia jest nastawienie osób, które z nich korzystają [11]. Aktualnie w Polsce brakuje jednak narzędzia psychometrycznego, który pozwalałoby na badanie postaw psycho terapeutów wobec sesji online.

Niniejszy artykuł jest poświęcony własnościom psychometrycznym polskiej wersji kwestionariusza UTAUT-T (*The Unified Theory of Acceptance and Use of Technology – Therapist version*), który został opracowany przez Békés i współpracowników [12]. Narzędzie UTAUT-T pozwala dokonać pomiaru nastawienia psycho terapeutów

wobec terapii online. Ponadto według autorek [12] umożliwiała przewidywanie poziomu rzeczywistego wykorzystania nowych technologii przez tę grupę zawodową, choć w przeprowadzonym przez nie badaniu nie zebrano danych, które mogłyby świadczyć o poziomie rzeczywistego korzystania z nich przez terapeutów.

Koncepcja kwestionariusza UTAUT-T bazuje na modelu uogólnionej teorii akceptacji i stosowania technologii (UTAUT – *The Unified Theory of Acceptance and Use of Technology*)[13]. Model UTAUT pierwotnie był wykorzystywany w środowisku biznesowym, jednak dość szybko został zaadaptowany w innych obszarach życia takich jak: edukacja[14], czy zdrowie (np. fizjoterapia) [15]. Według Vakentesha i współpracowników, twórców modelu, UTAUT pozwala na oszacowanie prawdopodobieństwa wykorzystywania technologii w konkretnym środowisku. Ponadto pomaga zrozumieć specyficzne czynniki leżące u podłoża akceptacji nowych rozwiązań lub jej braku.

Zgodnie z modelem UTAUT prawdopodobieństwo wykorzystywania nowej technologii wynika bezpośrednio z intencji behawioralnej, na którą z kolei wpływ mają cztery czynniki: 1) oczekiwane wykonanie – stopień, w jakim dana osoba wierzy, że użycie technologii pomoże jej osiągnąć korzyści w wykonywaniu ważnych dla niej zadań; 2) oczekiwany wysiłek – postrzeganie technologii jako łatwej do zastosowania; 3) wpływ społeczny – przekonania jednostki o tym, że osoby dla niej znaczące (np. mentor) poparłyby jej decyzję o użyciu danej technologii; 4) sprzyjające okoliczności – założenie danej osoby, że istnieje organizacyjna i (lub) techniczna infrastruktura, która będzie stanowić dla niej wsparcie podczas korzystania z danej technologii) [13]. Późniejsze prace autorów modelu wyróżniają jeszcze dwa dodatkowe czynniki: 5) lęk związany ze stosowaną technologią oraz 6) postawy – ogólną reakcją afektywną jednostki wobec korzystania z danej technologii.

Autorzy UTAUT-T [12] dostosowali treść pozycji oryginalnego kwestionariusza UTAUT do kontekstu prowadzenia przez psychoterapeutów sesji online za pośrednictwem wideokonferencji. W ramach walidacji narzędzia UTAUT-T twórcy narzędzia testowali zarówno 4-czynnikowy, jak i 6-czynnikowy model akceptacji technologii zaproponowany przez autorów pierwowzoru. Wyniki analiz [12] nie potwierdziły jednak żadnego z nich. Na podstawie eksploracyjnej analizy czynnikowej (EFA) zidentyfikowano 5-czynnikowy model, który był dobrze dopasowany do danych. W ostatecznej wersji kwestionariusza UTAUT-T znalazło się 5 skal: 1) *Oczekiwana jakość terapii*, 2) *Wpływ innych*, 3) *Łatwość stosowania*, 4) *Wygoda* oraz 5) *Profesjonalne wsparcie*. Odpowiadając na pozycje kwestionariusza osoby badane ustosunkowują się do twierdzeń na pięciostopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 5 – „zdecydowanie się zgadzam”. Im wyższy wynik w poszczególnych skalach, tym wyższy poziom akceptacji dla terapii online. Rzetelność całego narzędzia mierzona wskaźnikiem alfa Cronbacha wyniosła: $\alpha = 0,95$.

Skala *Oczekiwana jakość terapii* ($\alpha = 0,73$) liczy 8 pozycji, które dotyczą postrzegania terapii online jako dobrej dla pacjentów oraz łatwej w realizacji (w tym oferowania możliwości komunikowania emocji przez Internet czy zawierania przymierza terapeutycznego). Druga ze skal – *Wpływ innych* ($\alpha = 0,72$) obejmuje dwie pozycje i odnosi się do przekonań na temat tego, że wpływowe i ważne osoby w ramach wykonywanego zawodu uważają, iż terapeuta powinien prowadzić sesje online. Kolejna

skala – *Łatwość stosowania* (alfa = 0,81) liczy 4 pozycje odnoszące się do niezbędnej wiedzy technicznej oraz poczucia pewności i zrozumienia, jak korzystać z technologii. Skala *Wygoda* (alfa = 0,67) zawiera dwie pozycje i odnosi się do kwestii komfortu oraz oszczędności czasu i pieniędzy, jaką daje prowadzenie sesji terapeutycznych w Internecie. Ostatni z czynników – *Profesjonalne wsparcie* (alfa = 0,73) odnosi się do dostępu do wsparcia doświadczonych osób z otoczenia zawodowego. Skala liczy dwie pozycje.

W ramach prac nad oryginalną wersją UTAUT-T autorzy opracowali również dwa pytania, które pozwalały na pomiar *Intencji behawioralnej* (alfa = 0,94). Przeprowadzone przez nich analizy wykazały, że na podstawie wyników w pięciu wymiarach akceptacji technologii można przewidywać poziom intencji behawioralnej [12]. Nie przeprowadzono jednak pełnej weryfikacji sformułowanego modelu, w którym poziom intencji behawioralnej przekłada się na rzeczywiste korzystanie z technologii.

Z uwagi na brak polskich narzędzi do badania nastawienia wobec nowych technologii członków środowiska terapeutycznego zdecydowaliśmy się na przeprowadzenie adaptacji narzędzia. Ponadto postanowiliśmy zweryfikować pełny teoretyczny model UTAUT-T zaproponowany przez Békés i wsp. [12], który obejmuje również rzeczywiste wykorzystanie technologii w pracy zawodowej psychoterapeutów.

Material

Przeprowadzone badania miały na celu: 1) sprawdzenie rzetelności, struktury czynnikowej oraz trafności teoretycznej polskiej wersji kwestionariusza UTAUT-T oraz 2) weryfikację modelu UTAUT-T uwzględniającej rzeczywiste korzystanie z nowych technologii przez psychoterapeutów. Oczekiwano, że rzetelność poszczególnych skal kwestionariusza wyrażona współczynnikiem alfa Cronbacha będzie zbliżona do wartości uzyskanych w oryginalnej wersji kwestionariusza [12]. Ponadto zakładaliśmy, że dzięki konfirmacyjnej analizie czynnikowej (CFA) zostanie potwierdzona 6-czynnikowa struktura narzędzia, które, zgodnie z modelem UTAUT-T dodatkowo umożliwiałoby przewidywanie rzeczywistego wykorzystywania nowych technologii przez psychoterapeutów w pracy zawodowej.

Sformułowano również hipotezy dotyczące trafności teoretycznej narzędzia. Na podstawie wcześniejszych badań spodziewano się, że wyższy poziom akceptacji technologii będzie związany z wyższym poziomem gotowości technologicznej, a także z nasileniem specyficznych cech osobowości.

Gotowość technologiczna jest wyrazem skłonności ludzi do korzystania z technologii w życiu codziennym i pracy zawodowej [16]. Obejmuje ona dwa typy czynników: aktywatory (innowacyjność i optymizm) oraz inhibitory (dyskomfort i niepewność), które wyrażają obecną u każdego człowieka kombinację przekonań i odczuć związanych z wykorzystaniem nowych technologii. W odniesieniu do natury czynników składających się na gotowość technologiczną spodziewano się, że aktywatory będą pozytywnie korelować ze wszystkimi wymiarami akceptacji technologii. Z kolei inhibitory będą wykazywały związki negatywne.

Badania wskazują, że z akceptacją technologii są związane takie cechy jak: ekstrawersja [np. 17], stabilność emocjonalna [np. 18], czy otwartość na doświadczenie

[np. 19]. Dlatego spodziewaliśmy się pozytywnej korelacji pomiędzy wymiarami kwestionariusza UTAUT-T a ekstrawersją i otwartością na doświadczenie, a także negatywnego związku korelacyjnego ze stabilnością emocjonalną.

Metoda

Charakterystyka próby i procedura badania

W badaniu wzięły udział 434 osoby w wieku 27–66 lat ($M = 40,78$; $SD = 7,70$), w tym 401 osób w wieku 27–66 lat ($M = 40,79$; $SD = 7,70$) wzięło udział w badaniu trafności teoretycznej kwestionariusza. W tabeli 1. przedstawiono charakterystykę demograficzną badanej grupy.

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna grupy badanej

		N	%
Płeć*	Kobieta	337	77,6
	Mężczyzna	58	13,4
Miejsce zamieszkania	Wieś	1	0,2
	Miasto do 50 tys. mieszkańców	33	7,6
	Miasto od 50 do 100 tys. mieszkańców	33	7,6
	Miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców	54	12,4
	Miasto pow. 500 tys. mieszkańców	239	55,1
	Brak danych	74	17,1
	Ogółem	434	100
Wykształcenie	Psycholog	195	44,9
	Pedagog	44	10,1
	Lekarz	45	10,4
	Socjolog	55	12,7
	Inne	56	12,9
	Brak danych	39	9,0
	Ogółem	434	100
Dominujący nurt pracy	Psychodynamiczny	79	18,2
	Poznawczo-behawioralny	92	21,2
	Systemowy	46	10,6
	Humanistyczny	63	14,5
	Inny	112	25,8
	Brak danych	42	9,7
	Ogółem	434	100

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Prowadzona forma terapii	Terapia indywidualna	357	82,3
	Terapia par	76	17,5
	Terapia rodzinna	51	11,8
	Terapia grupowa	60	13,8
Miejsce pracy	Prywatny gabinet	321	74,0
	Oddział szpitalny	43	9,9
	Poradnia PZP	73	16,8
	Organizacja pozarządowa	52	12,0
	Inne	53	12,2

*część badanych nie podała swojej płci, jedna osoba określiła swoją płć jako „inna”.

Badanie zostało przeprowadzone w formie online, za pomocą platformy Qualtrics. Polegało na wypełnieniu kolejno trzech kwestionariuszy: IPIP-BFM-20 [20], UTAUT-T [12], TRI 2.0 [22], a także ankiety demograficznej, w której były zawarte pytania służące pomiarowi rzeczywistego wykorzystywania w pracy zawodowej nowych technologii przez psychoterapeutów.

Narzędzia badawcze

Tłumaczenia kwestionariusza UTAUT-T dokonano metodą tłumaczenia zwrotnego (*back-translation method*). Nieściśłości w tłumaczeniach były uzgadniane w gronie sędziów kompetentnych: trzech psychologów z biegłą znajomością języka angielskiego. Poza narzędziem UTAUT-T w badaniu wykorzystano dwa kwestionariusze:

1. Krótki kwestionariusz do pomiaru Wielkiej Piątki (IPIP-BFM-20), który służy do badania cech osobowości według Teorii Wielkiej Piątki [23, 20]. Kwestionariusz liczy 20 pozycji. Osoba badana udziela odpowiedzi na 5-stopniowej skali, gdzie zaznaczenie 1 oznacza: „całkowicie nietrafnie mnie opisuje”, a 5: „całkowicie trafnie mnie opisuje”. Poszczególne skale narzędzia w wersji polskiej [20], cechują się zadowalającym poziomem rzetelności: ekstrawersja – alfa = 0,78–0,82, ugodowość – alfa = 0,69–0,71, sumienność – alfa = 0,72–0,75, stabilność emocjonalna – alfa = 0,70–0,73, intelekt – alfa = 0,61–0,65.
2. Kwestionariusz Gotowości Technologicznej (TRI 2.0) [21, 22], umożliwia pomiar skłonności do przyjęcia i wykorzystania nowych technologii dla osiągania celów w pracy i życiu. Skala obejmuje przekonania i odczucia związane z technologią. Składa się z 16 pozycji tworzących cztery podskale, które w wersji polskiej charakteryzują się zadowalającą rzetelnością [22]: optymizm (alfa = 0,66–0,71), innowacyjność (alfa = 0,68–0,82), niepewność (alfa = 0,63–0,68) i dyskomfort (alfa = 0,56–0,76). Osoby badane udzielają odpowiedzi na 5-stopniowej skali Likerta, w której 1 oznacza „zdecydowanie się zgadzam”, a 5 – „zdecydowanie się zgadzam”.

Pomiar rzeczywistego wykorzystania nowych technologii w pracy zawodowej przez psychoterapeutów był dokonany na podstawie sześciu pytań opracowanych

na potrzeby badania. Pytania dotyczyły wykorzystywania połączenia online w życiu zawodowym, w następujących obszarach: 1) kontaktów zawodowych (np.: Gmail, Outlook, Thunderbird, inny rodzaj poczty elektronicznej), 2) kontaktów zawodowych – bezpośrednich (platformy online), 3) superwizji (platformy online), 4) szkoleń i konferencji (platformy online), 5) sesji psychoterapii (platformy online), 6) aplikacji polecanych pacjentom (np. jako praca domowa, forma samopomocy, dodatkowe wsparcie między sesjami). Odpowiedzi udzielane były na 5-stopniowej skali Likerta (1 – nigdy, 2 – rzadko, 3 – czasami, 4 – często, 5 – bardzo często). Rzetelność opracowanego wskaźnika wynosiła: $\alpha = 0,78$.

Wyniki

Struktura czynnikowa kwestionariusza UTAUT-T

Strukturę czynnikową kwestionariusza zweryfikowano za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej (*confirmatory factor analysis*) w oparciu o metodę największego prawdopodobieństwa (*maximum likelihood method*). Model obejmował sześć wymiarów, które były ze sobą skorelowane. Weryfikowaną strukturę czynnikową kwestionariusza przedstawiono na rysunku 1.

Weryfikowany model był optymalnie dopasowany do analizowanych danych. Indeksy dopasowania (*fit indices*) wynosiły odpowiednio $CFI = 0,92$, $RMSEA = 0,07$, $GFI = 0,88$, $SRMR = 0,06$. Jako wartości progowe oznaczające dobre dopasowanie przyjęliśmy 0,90 dla CFI [24], 0,08 dla $RMSEA$ [25], 0,80 dla GFI [26] oraz 0,08 dla $SRMR$ [27].

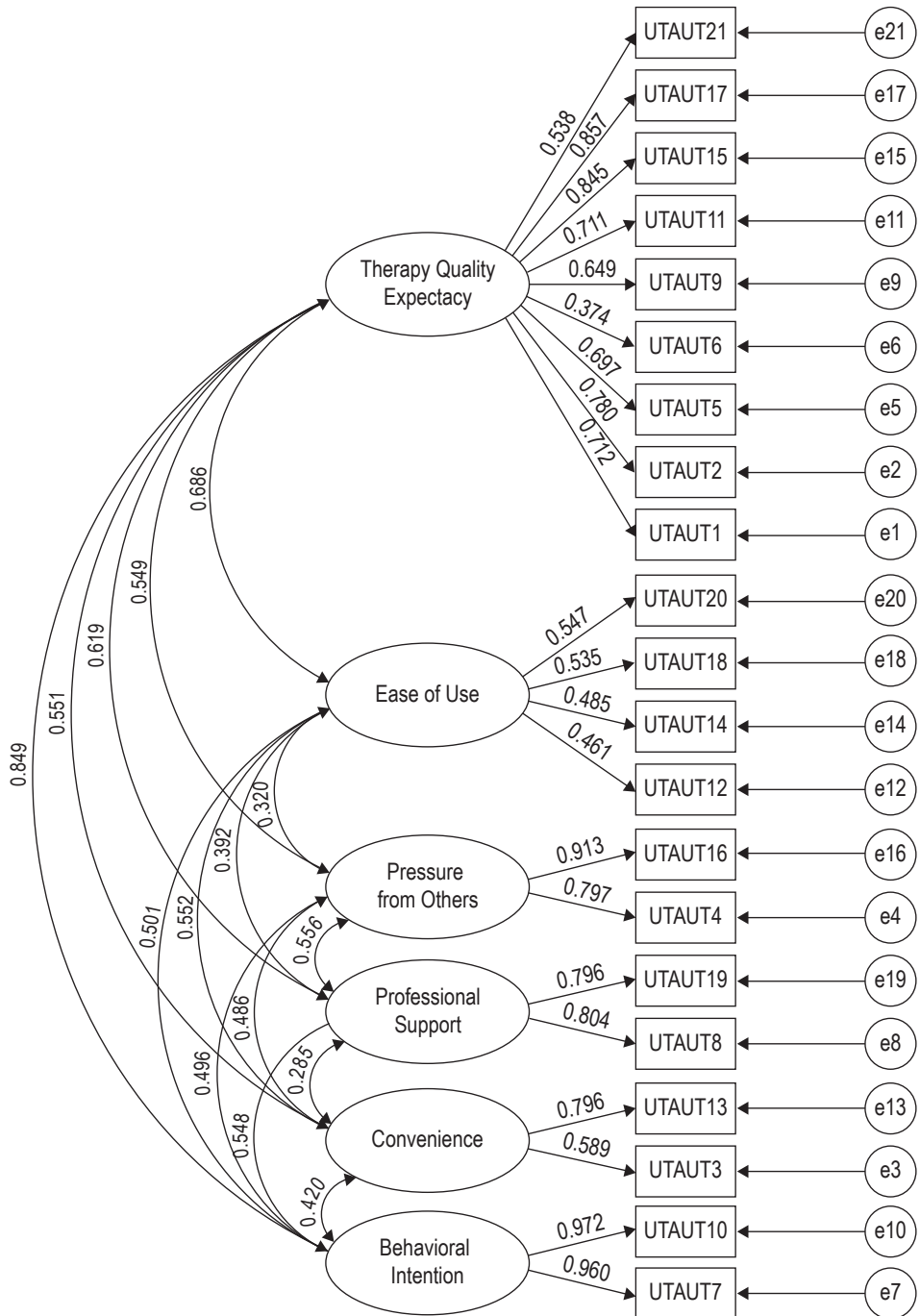
Analiza rzetelności

W tabeli 4 przedstawiono wartości współczynników rzetelności (α Cronbacha) dla analizowanych skal kwestionariusza.

Tabela 2. Wartości współczynników rzetelności skal polskiej wersji UTAUT-T

Skala	Wartość współczynnika alfa Cronbacha
Oczekiwana jakość terapii	0,89
Łatwość stosowania	0,57
Wpływ innych	0,84
Profesjonalne wsparcie	0,78
Wygoda	0,62
Intencja behawioralna	0,97

Wartości współczynników alfa Cronbacha dla skal: *Oczekiwana jakość terapii*, *Wpływ innych*, *Wygoda*, *Profesjonalne wsparcie* i *Intencja behawioralna* były wyższe niż w oryginalnej wersji narzędzia. Natomiast skala *Łatwość stosowania* uzyskała rzetelność niższą niż w oryginalnej wersji kwestionariusza UTAUT-T.



Rysunek 1. Weryfikowana struktura czynnikowa narzędzia

Statystyki opisowe

W tabeli 3 przedstawiono statystyki opisowe dla wyników otrzymanych na poszczególnych skalach kwestionariusza UTAUT-T, tj. wartości średnie, odchylenia standardowe, minimalne i maksymalne wyniki uzyskane w badanej próbie oraz wartości miar skośności i kurtozy.

Tabela 3. Statystyki opisowe dla wyników otrzymanych na poszczególnych skalach kwestionariusza UTAUT-T

Skala	M	SD	min.	max	S	K
Oczekiwana jakość terapii	28,82	7,28	11	45	0,07	-0,64
Łatwość stosowania	15,17	2,62	6	20	-0,36	0,35
Wpływ innych	5,81	2,03	2	10	-0,02	-0,64
Profesjonalne wsparcie	7,06	1,75	2	10	-0,74	0,40
Wygoda	6,98	1,86	2	10	-0,33	-0,49
Intencja behawioralna	7,19	2,32	1	10	-0,84	-0,18

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *min* – wartość minimalna; *max* – wartość maksymalna; *S* – miara skośności; *K* – miara kurtozy

Wartości miar skośności i kurtozy zawierały się w przedziale od -1 do 1 , co oznacza brak odchylenia od rozkładu normalnego zarówno w zakresie symetrii, jak i w zakresie rozproszenia wyników wokół wartości średniej. W konsekwencji w kolejnych analizach wykorzystano parametryczne metody statystyczne, a analizę ścieżek przeprowadzono w oparciu o metodę największego prawdopodobieństwa.

Analiza trafności teoretycznej

Analiza korelacji *r* Pearsona (por. Tabela 3) częściowo potwierdziła hipotezy dotyczące trafności teoretycznej UTAUT-T. Prawie wszystkie skale kwestionariusza UTAUT-T wykazały pozytywną, słabą korelację (wartości współczynnika *r* Pearsona przyjęły wartość od $0,130$ do $0,373$) z aktywatorami oraz negatywną słabą korelację z inhibitorami (wartości współczynnika *r* Pearsona od $-0,385$ do $-0,126$) wyróżnionymi w ramach konstruktów gotowości technologicznej.

Analiza zależności między podskalami UTAUT-T a wymiarami osobowości wykazała jedynie bardzo słabe związki między *Ekstrawersją* a *Oczekiwaną jakością terapii* ($r = 0,151$) oraz *Łatwością stosowania* ($r = 0,101$), a także *Stabilnością emocjonalną* a *Oczekiwaną jakością terapii* ($r = 0,150$) oraz *Łatwością stosowania* ($r = 0,136$). Cecha *Intelekt* (odpowiadająca *Otwartości na doświadczenie*) korelowała bardzo słabo pozytywnie prawie ze wszystkimi skalami UTAUT-T (wartości współczynnika *r* Pearsona od $0,103$ do $0,191$) poza *Wygodą*, gdzie nie zaobserwowano istotnej zależności.

Tabela 3. Korelacje między wszystkimi badanymi skalami

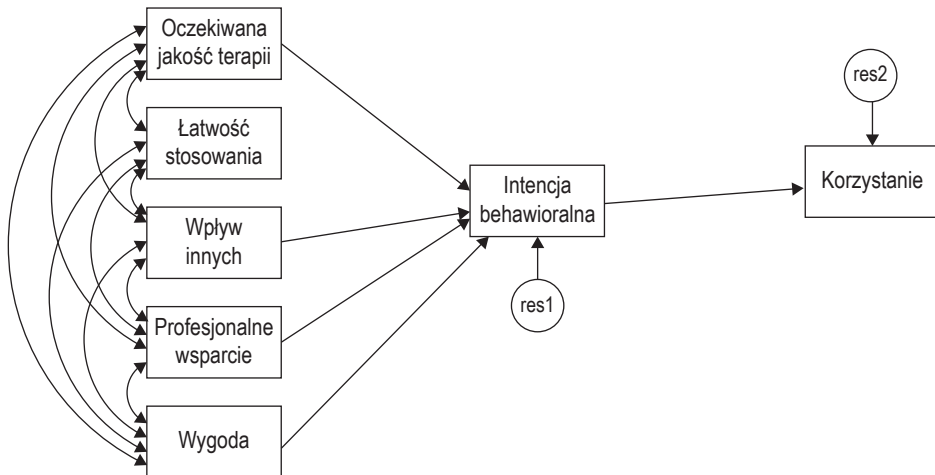
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Oczekiwana jakość terapii	1	0,526**	0,463**	0,513**	0,419**	0,770**	0,124*	0,171**	0,046	0,179**	0,195**	0,228**	0,167**	-0,246**	-0,389**	-0,127*
2. Łatwość stosowania	0,526**	1	0,222**	0,268**	0,350**	0,357**	0,098*	0,179**	0,077	0,158**	0,188**	0,238**	0,347**	-0,254**	-0,223**	0,084
3. Wpływ innych	0,463**	0,222**	1	0,462**	0,367**	0,442**	0,056	0,121*	0,018	0,032	0,158**	0,165**	0,099*	-0,078	-0,133**	0,029
4. Profesjonalne wsparcie	0,513**	0,268**	0,462**	1	0,206**	0,477**	0,039	0,215**	0,078	-0,010	0,112*	0,118*	0,105*	-0,138**	-0,197**	-0,057
5. Wygoda	0,419**	0,350**	0,367**	0,206**	1	0,342**	0,033	-0,028	0,022	0,049	0,040	0,279**	0,157**	-0,061	-0,124*	0,136**
6. Intencja behawioralna	0,770**	0,357**	0,442**	0,477**	0,342**	1	0,023	0,145**	0,031	0,115*	0,150**	0,217**	0,103*	-0,176**	-0,302**	-0,089
7. Ekstrawersja	0,124*	0,098*	0,056	0,039	0,033	0,023	1	0,276**	-0,035	0,252**	0,345**	0,044	0,124*	-0,172**	-0,133**	-0,062
8. Ugodowość	0,171**	0,179**	0,121*	0,215**	-0,028	0,145**	0,276**	1	-0,006	0,161**	0,268**	0,067	0,064	-0,113*	-0,030	-0,001
9. Sumiennność	0,046	0,077	0,018	0,078	0,022	0,031	-0,035	-0,006	1	0,223**	-0,032	-0,006	0,051	0,020	-0,008	0,036
10. Stabilność emocjonalna	0,179**	0,158**	0,032	-0,010	0,049	0,115*	0,252**	0,161**	0,223**	1	0,255**	0,029	0,132**	-0,200**	-0,213**	-0,124*
11. Intelpekt	0,195**	0,188**	0,158**	0,112*	0,040	0,150**	0,345**	0,268**	-0,032	0,255**	1	0,128*	0,205**	-0,182**	0,109*	0,040
12. Optymizm	0,228**	0,238**	0,165**	0,118*	0,279**	0,217**	0,044	0,067	-0,006	0,029	0,128*	1	0,402**	-0,211**	-0,301**	0,470**
13. Innowacyjność	0,167**	0,347**	0,099*	0,105*	0,157**	0,103*	0,124*	0,064	0,051	0,132**	0,205**	0,402**	1	-0,384**	-0,353**	0,448**
14. Dyskomfort	-0,246**	-0,254**	-0,078	-0,138**	-0,061	-0,176**	-0,172**	-0,113*	0,020	-0,200**	-0,182**	-0,211**	-0,384**	1	0,493**	0,443**
15. Niepewność	-0,389**	-0,223**	-0,133**	-0,197**	-0,124*	-0,302**	-0,133**	-0,030	-0,008	-0,213**	-0,109*	-0,301**	-0,353**	0,493**	1	0,443**
16. Gotowość technologiczna	-0,127*	0,084	0,029	-0,057	0,136**	-0,089	-0,062	-0,001	0,036	-0,124*	0,040	0,470**	0,448**	0,443**	0,443**	1

** Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie)

*Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie)

Weryfikacja modelu UTAUT-T

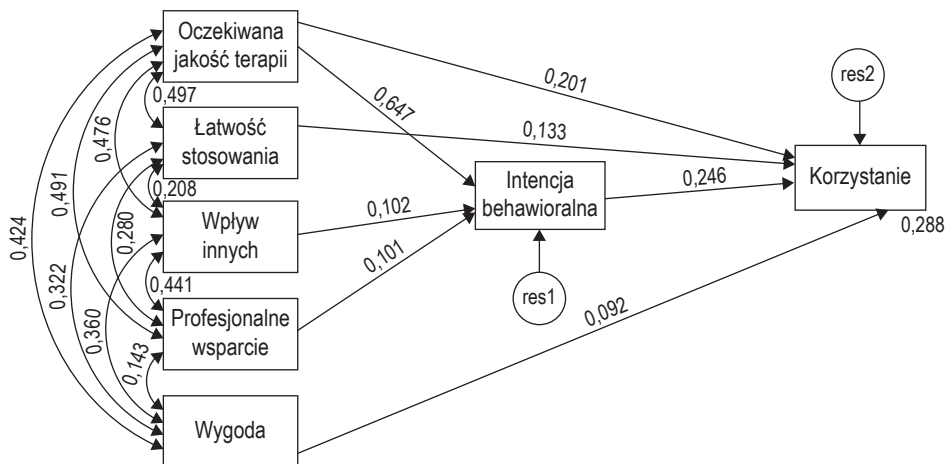
Weryfikację modelu UTAUT-T przeprowadzono za pomocą analizy ścieżek w oparciu o metodę największego prawdopodobieństwa. Model wstępny przedstawiono na rysunku 2.



Rysunek 2. Wstępny model zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi

Wartości indeksów dopasowania dla modelu wstępnego wynosiły odpowiednio $CFI = 0,96$, $RMSEA = 0,12$, $GFI = 0,97$, $SRMR = 0,05$. Przyjmując te same wartości progowe oznaczające dobre dopasowanie, których użyliśmy poprzednio, przeprowadzając confirmacyjną analizę czynnikową, należy stwierdzić, że wartość indeksu $RMSEA$ była zbyt wysoka. Stwierdzono również, iż zależności pomiędzy wynikami na skalach *Wygoda* i *Intencja behawioralna* były nieistotne statystycznie ($beta = 0,026$, $p = 0,487$). Usunięto ścieżkę dotyczącą zależności nieistotnej statystycznie. Na podstawie wartości indeksów modyfikacji przy wartości progowej równej 4,0 dodano bezpośrednie ścieżki pomiędzy oczekiwaną jakością terapii, łatwością stosowania i wygodą, a korzystaniem, uzyskując w ten sposób następujące wartości indeksów dopasowania $CFI = 0,99$, $RMSEA = 0,02$, $GFI = 0,99$, $SRMR = 0,01$. Na rysunku 3 przedstawiono otrzymany ostateczny model wraz z wartościami współczynników regresji. Przedstawiony model wyjaśniał 57,6% wariancji *Intencji behawioralnej* i 28,8% *Korzystania*.

Oczekiwana jakość terapii, *Wpływ innych* i *Profesjonalne wsparcie* były powiązane dodatnio z poziomem *Intencji behawioralnej*, a *Intencja behawioralna* z kolei – dodatnio z *Korzystaniem*. Stwierdzono również istotne statystycznie dodatnie zależności pomiędzy *Oczekiwaną jakością terapii*, *Łatwością stosowania* i *Wygodą* a *Korzystaniem*. *Oczekiwana jakość terapii*, *Łatwość stosowania*, *Wpływ innych*, *Profesjonalne wsparcie* i *Wygoda* korelowały ze sobą dodatnio.



Rysunek 3. Ostateczny model zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi

Dyskusja

Analiza własności psychometrycznych polskiej adaptacji narzędzia UTAUT-T wykazała, że struktura czynnikowa kwestionariusza jest tożsama ze strukturą oryginalnej wersji narzędzia. Rzetelności poszczególnych skal wyrażone współczynnikiem alpha Cronbacha przyjęły własności umożliwiające stosowanie polskiej wersji UTAUT-T w dalszych badaniach. Ponadto potwierdzono model teoretyczny akceptacji technologii przez psychoterapeutów, który może służyć do przewidywania poziomu rzeczywistego korzystania z nowych technologii w pracy przez tę grupę zawodową. Jednakże model ten różni się od pierwowzoru.

W przeprowadzonych przez nas analizach modelu akceptacji technologii ujmowaliśmy dodatkowo wymiar rzeczywistego korzystania z rozwiązań technologicznych w pracy zawodowej psychoterapeutów (skala *Korzystanie*). W oryginalnym modelu UTAUT-T przyjęto, że nasilenie intencji behawioralnej pozwala wprost przewidywać poziom rzeczywistego korzystania z nowych technologii, jednakże nie zbierano danych, które mogłyby świadczyć o stosowaniu rozwiązań technologicznych przez psychoterapeutów. Wprowadzenie przez nas do analizowanego modelu dodatkowych danych, związanych z rzeczywistym korzystaniem, mogło spowodować różnice w relacji pomiędzy poszczególnymi wymiarami tego modelu. Zaobserwowane różnice polegają na obecności w naszym modelu bezpośredniej relacji między wymiarami *Łatwość stosowania* oraz *Wygoda* a *Korzystaniem*, a także obecność mediacji częściowej pomiędzy *Oczekiwaną jakością terapii* a *Korzystaniem*. Otrzymane wyniki są zgodne z innymi badaniami [28], które wskazują, że bezpośrednim czynnikiem wyjaśniającym rzeczywiste stosowanie technologii nie musi być wyłącznie intencja behawioralna. Autorzy wskazują, że część przekonań wpływających na pracę z użyciem technologii, a dotyczących postrzegania sytuacji związanej ze stosowaniem danej technologii, ma bezpośrednie przełożenie na rzeczywiste korzystanie z owej technologii, a nie tylko

na intencję jej zastosowania. Przykładowo, według Ajzena, twórcy teorii planowanego zachowania (*Theory of Planned Behavior*, TPB) [29], intencja jest głównym, ale nie jedynym predyktorem zachowania. Innym istotnym czynnikiem jest spostrzegana kontrola behawioralna (*perceived behavioral control*), która odnosi się do tego, jak ludzie oceniają stopień trudności określonego działania. Mają tu znaczenie zarówno przeszłe doświadczenia, jak i antycypowane. Jeśli spostrzegana kontrola odzwierciedla rzeczywisty wpływ jednostki na sytuację, może być traktowana jako bezpośredni predyktor zachowania [29, 30].

Badając trafność teoretyczną UTAUT-T w polskiej wersji językowej spodziewano się pozytywnych korelacji podskal UTAUT-T z wymiarami gotowości technologicznej związanymi z aktywatorami (optylizmem i innowacyjnością) oraz negatywnych z inhibitorami (dyskomfortem i niepewnością). Wynik analiz potwierdziły istnienie takiej zależności, jednakże wykazane związki były słabsze niż zakładano. Otrzymane rezultaty mogą wskazywać na odrębność konstruktów akceptacji technologii oraz gotowości technologicznej. Kanwą wyjaśnienia otrzymanych wyników może być metateoretyczny model motywacji i osobowości Johna Mowena (*Meta-Theoretic Model of Motivation and Personality*, 3M)[31]. Model 3M jest zazwyczaj wykorzystywany do wyjaśniania zachowań konsumenckich. Jednakże Rudnicka [22] zauważa, że kontakt z technologią może być rozpatrywany jako konsumpcja, co umożliwi zastosowanie modelu do wyjaśniania nastawienia człowieka do korzystania przez niego z technologii. Model 3M wyróżnia cztery poziomy cechy, które wyjaśniają zachowania ludzkie: cechy elementarne (podstawowe predyspozycje wynikające z genetyki lub wczesnego uczenia się), złożone (predyspozycje wynikające z interakcji jednostki z otoczeniem w cyklu życia), sytuacyjne (efekt interakcji cech elementarnych i złożonych z warunkami funkcjonowania człowieka) i powierzchniowe (zachowania w specyficznym kontekście). Każdy z poziomów odnosi się do innych konstruktów psychologicznych. W ujęciu modelu 3M gotowość technologiczna dotyczy cech indywidualnych, które są związane ze specyficznymi okolicznościami – możliwością korzystania z technologii w życiu osobistym i zawodowym. Z kolei akceptacja sesji terapeutycznych online dotyczy konkretnej sytuacji, powinna być więc traktowana jako zachowanie w specyficznym kontekście, czyli jako właściwość powierzchniowa.

Model 3M może również stanowić wsparcie w wyjaśnieniu zaobserwowanych zależności między wymiarami osobowości a akceptacją technologii. Obecność pojedynczych bardzo słabych związków pomiędzy wymiarami osobowości i akceptacji technologii jest zgodna z wynikami wcześniejszych badań prowadzonych w oparciu o ten model. Badania [31] prowadzone, np. w kontekście aktywności sportowej czy kompulsywnych zakupów wskazują, że cechy elementarne takie jak osobowość bardzo rzadko wykazują bezpośredni związek z cechami powierzchniowymi. Jeśli taki związek zostaje zaobserwowany, charakteryzuje się bardzo małą siłą.

Ograniczeniem przeprowadzonych badań może wydawać się struktura grupy badanej, w której 77,6% osób badanych to kobiety. Badania wskazują jednak, że proporcja płci w środowisku psychoterapeutycznym w Polsce i w innych krajach wynosi od 4:1 do 6:1. Oznacza to, że na cztery, pięć lub sześć psychoterapeutek przypada jeden psychoterapeuta. W Polsce w 2021 roku kobiety stanowiły 85,1% wszystkich

psychoterapeutów [32]. Pod względem płci struktura grupy badanej ma zatem proporcje zbliżone do struktury środowiska psychoterapeutycznego w Polsce.

Należy również pamiętać, że kwestionariusz UTAUT-T dotyczy prowadzenia psychoterapii online. Zbudowany na potrzeby badania wskaźnik rzeczywistego korzystania z nowych technologii w pracy zawodowej obejmuje jednak nie tylko pytania o terapię online, lecz także o stosowanie nowych technologii do innych czynności zawodowych (np. korzystania z poczty elektronicznej w celach zawodowych). Powodem takiej konstrukcji wskaźnika była chęć stworzenia więcej niż jednego pytania dotyczącego rzeczywistego korzystania. Aby nie powtarzać tych samych treści, postanowiliśmy rozszerzyć zakres tematyczny pozycji o inne aktywności zawodowe, które służą do starczaniu usług terapeutycznych online.

W dalszym wykorzystaniu kwestionariusza UTAUT-T należy mieć na uwadze, że treść podskali *Intencja behawioralna* kwestionariusza UTAUT-T została opracowana w odniesieniu do specyficznych warunków. Stwierdzenia w ramach tego wymiaru („Po zakończeniu pandemii, zamierzam dalej stosować terapię online” oraz „Planuję stosować terapię online po zakończeniu pandemii”) odnoszą się do zamiaru prowadzenia sesji terapeutycznych online po zakończeniu pandemii. Sprawia to, że po zakończeniu pandemii pozycje te powinny zostać wyłączone z kwestionariusza lub przeformułowane w sposób odnoszący się do bardziej ogólnych okoliczności stosowania terapii online.

Wnioski

Własności psychometryczne polskiej wersji kwestionariusza UTAUT-T wykazują zadowalające wartości. Skala może być wykorzystywana do prowadzenia badań nad nastawieniem psychoterapeutów względem prowadzenia terapii online. Dalszy rozwój polskiej wersji UTAUT-T powinien rozszerzać analizy trafności teoretycznej, np. poprzez porównywanie wyników psychoterapeutów wykorzystujących terapię online na co dzień ze specjalistami, którzy pracują głównie stacjonarnie. Z uwagi na pojawianie się różnych rozwiązań cyfrowych, które wspomagają pracę terapeutów pojawia się również potrzeba, by tworzyć wersje narzędzia UTAUT-T umożliwiające pomiar nastawienia wobec innych rozwiązań technologicznych, np. aplikacji mobilnych oferujących psychologiczne interwencje internetowe.

Z kolei kierunkiem rozwoju badań nad nastawieniem psychoterapeutów wobec nowych technologii jest również rozszerzanie modelu UTAUT-T o inne czynniki, które mogą przyczynić się do lepszego wyjaśniania intencji behawioralnej oraz rzeczywistego korzystania z nowych technologii w tej grupie zawodowej. Wskazane jest również tworzenie nowych wskaźników rzeczywistego korzystania z nowych technologii przez terapeutów, które wykorzystują np. pomiar czasu spędzanego na terapii online uwzględniając rejestr aktywności w urządzeniach elektronicznych.

Piśmiennictwo

1. Van Daele T, Karekla M, Kassianos A, Compare A, Haddouk LS i wsp. *Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond*. J. Psychother. Integr. 2020; 30(2):160–173. doi:10.1037/int0000218.
2. Pionke-Ubych R, Kruk D, Kozłowska A. *Czy nowe technologie mogą pomóc w rozpoznawaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych?* W: Gawęda Ł. red. Kryzys psychiczny w nowoczesnym świecie. Warszawa: PWN; 2021, s. 213–240.
3. Egede LE, Acierno R, Knapp RG, Lejuez C, Hernandez-Tejada M, Payne EH i wsp. *Psychotherapy for depression in older veterans via telemedicine: a randomised, open-label, non-inferiority trial*. Lancet Psychiatry, 2015; (2): 693–701. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00122-4.
4. Lal S, Adair CE. *E-mental health: a rapid review of literature*. Psychiatric Services 2014; 65(1): 24–32.
5. Lindsay JA, Hudson S, Martin L i wsp. *Implementing Video to home to increase access to evidence-based psychotherapy for rural veterans*. J. Technol. Behav. Sci. 2017; (2): 140–148. doi.org/10.1007/s41347-017-0032-4.
6. Békés V, Aafjes-van Doorn K, Luo X, Prout TA, Hoffman L. *Psychotherapists' challenges with online therapy during COVID-19: concerns about connectedness predict therapists' negative view of online therapy and its perceived efficacy over time*. Front. Psychol. 2021; (12): 705699. doi: 10.3389/fpsyg.2021.705699.
7. Brooks E, Turvey C, Augusterfer EF. *Provider barriers to telemental health: Obstacles overcome, obstacles remaining*. Telemed. J. E-health 2013; 19(6): 433–437. doi.org/10.1089/tmj.2013.0068
8. Roesler C. *Tele-analysis: The use of media technology in psychotherapy and its impact on the therapeutic relationship*. J. Anal. Psychol. 2017; 62(3): 372–394.
9. Simms DC, Gibson K, O'Donnell S. *To use or not to use: Clinicians' perceptions of telemental health*. Can. Psychol. 2011; 52(1): 41–51. doi.org/10.1037/a0022275.
10. Perle JG, Langsam LC, Randel A, Lutchman S, Levine AB, Odland AP i wsp. *Attitudes toward psychological telehealth: current and future clinical psychologists' opinions of internet-based interventions*. J. Clin. Psychol. 2012; (69): 1–14. doi: 10.1002/jclp.21912.
11. Rogers H, Madathil K C, Agnisarman S, Narasimha S, Ashok A, Nair A i wsp. *A systematic review of the implementation challenges of telemedicine systems in ambulances*. Telemed. J. E. Health 2017; (23): 707–717. doi: 10.1089/tmj.2016.0248.
12. Békés V, Aafjes van DK, McCollum J, Prout TR, Hoffman L. *The development of a self-report scale to assess therapists' acceptance of telepsychotherapy*. J. Clin. Psychol. 2022; 78(6): 1240–1260.
13. Venkatesh V, Morris MG, Davis GB, Davis FD. *User acceptance of information technology: toward a unified view*. Manage. Inf. Syst. Q. 2003; 27(3): 425–478. doi.org/10.2307/30036540.
14. Oye ND, Iahad NA. *The history of the UTAUT model and its impact on ICT acceptance and usage by academicians*. Educ. Inf. Technol. 2014; 19(1): 251–270.
15. Liu L, Cruz MA., Rincon AR, Buttar V, Ranson Q, Goertzen D. *What factors determine therapists' acceptance of new technologies for rehabilitation – a study using the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT)*. Disabil. Rehabil. 2015; 37(5): 447–455. doi.org/10.3109/09638288.2014.923529.
16. Parasuraman A. *Technology Readiness Index (Tri): a multiple-item scale to measure readiness to embrace new technologies*. J. Serv. Res. 2000; 2(4): 307–320. doi.org/10.1177/109467050024001.

17. Sindermann C, Riedl R, Montag C. *Investigating the relationship between personality and technology acceptance with a focus on the smartphone from a gender perspective: results of an exploratory survey study*. Future Internet, 2020; 12, 110; doi:10.3390/fi12070110.
18. Barnett T, Pearson AW, Pearson R, Kellermanns FW. *Five-factor model personality traits as predictors of perceived and actual usage of technology*. Eur. J. Inf. Syst. 2015; (24): 374–390.
19. Maican C, Cazan A-M, Lixandriou R, Dovleac L. *A study on academic staff personality and technology acceptance: The case of communication and collaboration applications*. Comput. Educ. 2019; (128): 113–131. doi.org/10.1016/j.compedu.2018.09.010.
20. Topolewska E, Skimina E, Strus W, Ciecuch J, Rowiński T. *Krótki kwestionariusz do pomiaru Wielkiej Piątki*. Roczniki Psychologiczne 2014; XVII, (2): 367–384.
21. Parasuraman A, Colby CL. *An Updated and Streamlined Technology Readiness Index: TRI 2.0*. J. Serv. Res. 2014; 18(1): 59–74.
22. Rudnicka P. *Gotowość wobec technologii. Konteksty, definicja i pomiar*. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego; 2021.
23. Costa PT, McCrae RR. *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1992.
24. Bentler PM. *Comparative Fit Indexes in Structural Models*. Psych. Bull. 1990; 107(2): 238–246.
25. Browne MW, Cudeck R. *Alternative ways of assessing model fit*. W: Bollen KA, Long JS, red. *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage, 1993; s. 136–162.
26. Baumgartner H, Homburg C. *Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: a review*. Inter. J. Res. Market 1996; 13(2): 139–161.
27. Hu LT, Bentler PM. *Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives*. Structural Equation Modeling 1999; 6(1): 1–55.
28. Agudo-Peregrina AF, Hernández-García A, Pascual-Miguel FJ. *Behavioral intention, use behavior and the acceptance of electronic learning systems: differences between higher education and lifelong learning*. Comput. Hum. Behav. 2014; (34): 301–314. doi.org/10.1016/j.chb.2013.10.035.
29. Ajzen I. *The theory of planned behavior*. Organ Behav. Hum. Decis. Process, 1991; 50(2): 179–211.
30. Ajzen I, Driver ML. *Prediction of leisure participation from behavioral, normative, and control beliefs: An application of the theory of planned behavior*. J. Leisure Sci. 1991; (13): 185–204.
31. Mowen JC. *The 3M Model of motivation and personality: theory and empirical applications to consumer behavior*. Kluwer Academic Press; 2000.
32. Hermanowski M. *Psychoterapeuci i psychoterapeutki w Polsce. Analiza cech populacji*. Poznań: Wyd. Nauk Społecznych i Humanistycznych UAM; 2021.

Adres: Agnieszka Koch
Instytut Psychologii SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
ul. Chodakowska 19/31
03-815 Warszawa
e-mail: akoch1@swps.edu.pl

Otrzymano: 9.11.2022
Zrecenzowano: 4.01.2023
Otrzymano po poprawie: 17.01.2023
Przyjęto do druku: 18.01.2023

Załącznik

**Polska wersja kwestionariusza UTAUT-T
Uogólniona Teoria Akceptacji i Stosowania Technologii,
wersja dla terapeutów**

Instrukcja:

Zaznacz, jak bardzo zgadzasz się z poniższymi stwierdzeniami na temat terapii online.

- 1 – Zdecydowanie nie zgadzam się
- 2 – Nie zgadzam się
- 3 – Nie mam zdania
- 4 – Zgadzam się
- 5 – Zdecydowanie zgadzam się

Uważam, że terapia online działa dobrze na pacjentów.					
Jakość terapii online jest taka sama, jak w przypadku terapii prowadzonej w gabinecie.					
Korzystanie z terapii online oszczędza czas i/lub pieniądze.					
Osoby, które mają na mnie wpływ, uważają, że powinienem stosować terapię online.					
Obawiam się, że terapia online osłabi relację terapeutyczną.(R)					
Prowadzenie terapii online jest dla mnie łatwe.					
Po zakończeniu pandemii, zamierzam dalej stosować terapię online.					
Moja organizacja zawodowa popiera stosowanie terapii online.					
Martwię się, czy w terapii online w pełni możemy przekazywać i odbierać emocje.(R)					
Planuję stosować terapię online po zakończeniu pandemii.					
Obawiam się korzystania z terapii online.(R)					
Korzystanie z technologii, potrzebnej do terapii online jest dla mnie jasne i zrozumiałe.					
Praca online jest wygodniejsza.					
Łatwo jest się nauczyć prowadzenia terapii online.					
Lubię prowadzić terapię online.					
Ludzie, którzy są moimi autorytetami, sądzą, że powinienem stosować terapię online.					
Stosowanie terapii online to dobry pomysł.					
Posiadam fachową i techniczną wiedzę, niezbędną do prowadzenia terapii online.					
W moim środowisku zawodowym, moi koledzy i przełożeni wspierają prowadzenie terapii online.					

Terapia online jest dla mnie nieco onieśmiałająca. (R)					
Terapia online nie jest zgodna ze sposobem, w jaki zazwyczaj prowadzę terapię.(R)					

Podskale: Oczekiwana jakość terapii: 1, 2, 5R, 6, 9R, 11R, 15, 17, 21R; Łatwość stosowania: 12, 14, 18, 20R; Wpływ innych: 4, 16; Profesjonalne wsparcie: 8, 19; Wygoda: 3, 13; Intencja behawioralna: 7, 10.