

ANDRZEJ E. SĘKOWSKI, BOGUMIŁA WITKOWSKA

PSYCHOLOGICZNA ANALIZA POSTAW  
PRACOWNIKÓW DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ  
WOBEC MIESZKAŃCÓW Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Rozwój cywilizacyjny, postępująca industrializacja i urbanizacja – poza pozytywnymi rozwiązaniami – niosą również wiele zagrożeń dla człowieka. Jednym z następstw tego procesu jest wzrastająca liczba osób, które mają problemy ze swoim zdrowiem psychicznym. Dane pochodzące z badań World Health Organization wskazują, że z powodu zaburzeń psychicznych poszukuje pomocy w placówkach niepsychiatrycznych około 1/4 ogółu ludności (za: Bilikiewicz i in., 2002). Analogiczne badania prowadzone w Polsce dały podobne wyniki (15-25%). Przy określaniu liczby chorych doświadczających zaburzeń psychicznych należy pamiętać także o tym, że część z nich nie szuka pomocy u specjalistów, pomimo objawów chorobowych. Trudno precyzyjnie oszacować, ile jest takich osób. Wyróżnienie chorób psychicznych spośród zaburzeń psychicznych bywa niekiedy zawodne, a często także stygmatyzujące. Z tego powodu w prezentowanych w artykule badaniach posłużono się pojęciem „zaburzenia psychiczne”, które jest znaczeniowo szersze i stosowane we współczesnych, międzynarodowych klasyfikacjach psychiatrycznych – jako bardziej neutralne. Pacjenci z zaburzeniami, leczonymi w szpitalach psychiatrycznych, nie zawsze mogą powrócić do rodziny, z którą mieszkali przed zachorowaniem. Często ich stan psychiczny nie pozwala na w pełni samodzielną egzystencję. W takich sytuacjach, a nie są one sporadyczne, osoba jest umieszczana w domu pomocy społecznej. Adaptacja do nowej rzeczywistości stwarza człowiekowi z zaburzeniami psychicznymi wiele

---

PROF. DR HAB. ANDRZEJ E. SĘKOWSKI, Instytut Psychologii KUL, Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin.

DR BOGUMIŁA WITKOWSKA, Instytut Pedagogiki i Psychologii, Akademia Świętokrzyska, ul. Krakowska 11, 25-029 Kielce.

trudności. Ogromne znaczenie mają relacje z personelem domu. Z literatury przedmiotu wiadomo, iż postawy pełnosprawnych wobec osób niepełnosprawnych, sposób ich postrzegania i oceniania, zależą od wielu czynników osobowościowych, społecznych i kulturowych. Osoby zdrowe są nastawione na odbieranie wyłącznie zachowań typowych, „normalnych”, co nasila trudności w rozumieniu i akceptowaniu czasem nietypowych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi oraz prowadzi do tworzenia dystansu wobec tej grupy ludzi. Postawy pracowników domów pomocy społecznej, umiejętność nawiązywania przez nich kontaktu z osobami dotkniętymi zaburzeniami psychicznymi, gotowość do wchodzenia w bliskie relacje z nimi, rozumienie ich zachowań i znajomość doświadczanych problemów wywierają istotny wpływ na przebieg ich rehabilitacji i powrót do zdrowia. Jednym z istotnych predyktorów procesu rehabilitacji osób mających problemy psychiczne jest w pełni podmiotowe ich traktowanie, dążenie do jak największego zbliżenia warunków życia w instytucji do tych, jakie stwarza prawidłowo funkcjonująca rodzina. Niewłaściwe postawy personelu, brak tolerancji dla odmienności utrudniają akceptację siebie, a także sprzyjają wycofywaniu się osób z zaburzeniami psychicznymi z kontaktów z innymi ludźmi. Taka sytuacja może prowadzić do nasilania zainteresowania się chorego własnymi przeżyciami wewnętrznymi i postępującej utraty kontaktu ze światem zewnętrznym. Dystansowanie się otoczenia wobec tych osób wyraźnie pogłębia ich skłonność do autyzmu. Wyodrębnienie i poznanie czynników psychologicznych, mających wpływ na postawy, stwarza szanse na ich zmianę. Z kolei modyfikowanie postaw pracowników domów pomocy społecznej w kierunku bardziej pozytywnych jest jednym z warunków sprzyjających procesowi rehabilitacji psychicznej mieszkańców. Z analizy literatury przedmiotu ostatnich lat wynika, że poziom akceptacji wobec osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności pozostaje na niemal niezmiennym poziomie (Harasymiw, Horne, Lewis, 1976; Horne, Ricciardo, 1988; Westbrook, Legge, Pennay, 1993; Sękowski, 1994, 1998; Ostrowska, Sikorska, 1996; Wciórka, Wciórka, 2000). Najbardziej pozytywne postawy są przejawiane wobec chorych somatycznie, następnie wobec osób z fizyczną niepełnosprawnością, w dalszej kolejności – z uszkodzeniami sensorycznymi i z niepełnosprawnością intelektualną. Postawy najbardziej negatywne, odrzucające, podkreślające odmiennność i wskazujące na dystans społeczny, są ujawniane wobec osób chorych na AIDS, narkomanów, alkoholików oraz chorych psychicznie. Pomimo wielu badań ukierunkowanych na poszukiwanie uwarunkowań postaw wobec osób niepełnosprawnych (Siller, 1984; Yucker, 1988; Sękowski, 1994), nadal pozostaje wiele niejasności, które wymagają rozwiąza-

nia. Badania psychologiczne przedstawione w tym artykule koncentrują się wokół zależności postaw od wybranych cech osobowości. Cel poznawczy prowadzonych badań polega na wskazaniu i opisie wpływu wybranych cech osobowości pracowników domów pomocy społecznej na ich postawy wobec mieszkańców. Drugi z realizowanych celów ma charakter użytkowy, pozwala na zastosowanie uzyskanych wyników badań w procesie rehabilitacji, jak również szerszej rozumianej integracji osób zaburzonych psychicznie ze społeczeństwem.

#### I. PSYCHOLOGICZNE UWARUNKOWANIA POSTAW WOBEC OSÓB CHORYCH PSYCHICZNIE W LITERATURZE PRZEDMIOTU

Badania nad postawami wobec osób chorych psychicznie mieszczą się w szerszym nurcie badań nad postawami wobec grup mniejszościowych, uprzedzeniami, odmiennościami i były przedmiotem empirycznych weryfikacji w pracach polskich autorów już w latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia. Początkowo koncentrowały się one na diagnozie i znaczeniu postaw osób zdrowych wobec niepełnosprawnych w procesie rehabilitacji psychospołecznej (Larkowa, 1970). Dalszy rozwój badań postępował w kierunku poszukiwania osobowościowych uwarunkowań postaw wobec osób niepełnosprawnych (Klimasiński, 1976; Sękowski, 1994, 1998).

Badania empiryczne dotyczące postaw społecznych wobec osób chorych psychicznie zostały zapoczątkowane w latach czterdziestych ubiegłego stulecia w Stanach Zjednoczonych, zaś w Polsce dwadzieścia lat później. Poszukując uwarunkowań tych postaw, wskazywano i weryfikowano w badaniach głównie czynniki socjodemograficzne: wiek, płeć, status społeczny, poziom i rodzaj wykształcenia, ogólną wiedzę na temat chorób psychicznych, osobiste doświadczenie w kontakcie z osobami chorymi psychicznie, miejsce zamieszkania. Pierwsza skala przeznaczona do mierzenia postaw wobec ludzi z zaburzeniami psychicznymi (Custodial Mental Illness Ideology Scale) została skonstruowana w 1956 r. przez D. G. Gilberta i D. J. Levinsona. W kolejnych latach powstawały w Stanach Zjednoczonych następne skale mierzące postawy wobec osób chorych psychicznie (ich szczegółowy opis zob. Antonak, Livneh, 1988). Były one inspirującym źródłem przy konstruowaniu skali do badania postaw, zastosowanej w badaniach prezentowanych w artykule. Pierwsze wyniki dotyczące omawianego zagadnienia, potwierdzone też w późniejszych badaniach, świadczyły o tym, że wyższy poziom wykształcenia respondentów

ma związek z przychylniejszym ustosunkowaniem wobec osób chorych psychicznie (Ramsey, Seipp, 1948 – za: Brodniak, 2000). W kolejnych badaniach, prowadzonych w latach 50. 70. XX w., na uwagę zasługują wyniki wskazujące na negatywne ustosunkowanie osób badanych wobec chorych psychicznie oraz samego faktu hospitalizacji psychiatrycznej. Osoby z zaburzeniami psychicznymi były opisywane jako niebezpieczne, mało wartościowe, nieprzewidywalne w swoich zachowaniach, których należało się obawiać (Nunnally, 1961; por. Brodniak, 2000). Późniejsze doniesienia z badań amerykańskich wskazują na niewielkie zmiany w kierunku bardziej pozytywnych postaw. Stwierdzono, że wiedza na temat chorób psychicznych i możliwości ich leczenia poszerzyła się oraz zmniejszył się dystans społeczny wobec tej grupy chorych, co w konsekwencji zwiększyło tolerancję (Rabkin, 1972; Meile, Whitt, 1981). Badania prowadzone w ostatnich latach (Goodwin, 1997 – za: Brodniak, 2000; Witkowska, 2001; Sękowski, Witkowska, 2002) pokazują, że nadal utrzymują się stereotypowe wyobrażenia na temat osób chorych psychicznie i ich możliwości funkcjonowania, ale też zauważalne są postawy większej akceptacji, zrozumienia, tolerancji z tendencją do wspierania tych ludzi. Badania potwierdzające znaczący związek posiadanej wiedzy na temat zaburzeń psychicznych z ujawnianiem bardziej pozytywnych postaw były ostatnio opublikowane w Wielkiej Brytanii (Papadopoulos i in., 2002). Stwierdzono różnice w prezentowanych postawach badanych Greków oraz Anglików. Okazało się, iż Grecy, mający rzadszy kontakt z osobami chorymi psychicznie, wyrażali bardziej skrajne poglądy na temat choroby niż Anglicy.

Interesujące badania przeprowadzili w Nigerii badacze z Kuwejtu. Ich przedmiotem była ocena opinii rodzin, które opiekowały się osobami dotkniętymi zaburzeniami psychicznymi (schizofrenia, zaburzenia nastroju), i ich porównywanie z reakcjami krewnych osób chorych somatycznie (choroby nowotworowe, niedokrwistość sierpowatokomórkowa – SCD). Reakcje rodzin z tych dwóch grup zajmujących się chorymi z zaburzeniami psychicznymi były podobne. Wśród wymienionych w kwestionariuszu czynników etiologicznych rodziny chorych psychicznie wskazywały najczęściej, iż przyczyną choroby ich bliskich jest szatan. Były to rezultaty podobne do otrzymanych w grupie opiekunów zajmujących się chorymi na raka, ale zdecydowanie różniące się od wyników uzyskanych przez opiekujących się chorującymi na SCD, którzy wskazywali przede wszystkim na uwarunkowania genetyczne. Okazało się także, że osoby zajmujące się chorymi psychicznie częściej czuły się obciążone i przeżywały złość. Jednak ponad 2/3 z tej grupy opiekunów odczuwało okresowo zadowolenie z powodu sprawowania opieki nad pacjen-

tem i niechętnie odnosiło się do oddania go do instytucji psychiatrycznej (Ohaeri, Fido, 2001).

Ze względu na przedmiot prezentowanych w artykule badań warto przytoczyć rezultaty, jakie otrzymali australijscy badacze postaw. Celem ich badań było porównanie postaw społecznych Australijczyków wobec osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych (schizofrenia lub depresja) z postawami specjalistów (lekarze ogólni, psychiatrzy, psychologowie kliniczni) (Jorm i in., 1999). Zarówno reprezentanci ogólnej populacji, jak i profesjonaliści podkreślali, iż po przebytych leczeniu na większą dyskryminację będą narażone osoby ze schizofrenią niż z depresją. Badana grupa niespecjalistów charakteryzowała się bardziej optymistycznymi przewidywaniami dotyczącymi długotrwałych następstw choroby. Uzyskane przez specjalistów negatywne postawy autorzy badań interpretowali jako być może bardziej realistyczne, oparte na większej wiedzy z zakresu zaburzeń psychicznych. W przytaczanych badaniach stwierdzono także zdecydowanie przychylniejsze postawy psychologów klinicznych niż lekarzy ogólnych i psychiatrów, zwłaszcza wobec osób chorych na depresję.

Przegląd badań europejskich dotyczących postaw społecznych wobec byłych pacjentów szpitali psychiatrycznych dowodzi, iż w krajach Europy Północnej postawy te są bardziej pozytywne (Neelman, van Os, 1994). Niewielkie tendencje pozytywnych zmian w postawach są dostrzegane zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Europie. Nadal jednak choroby psychiczne zajmują jedną z najniższych pozycji w skali dystansu społecznego i ograniczenia szans życiowych osób nimi dotkniętych w stosunku do chorób somatycznych oraz innych rodzajów niepełnosprawności (Brodniak, 2000).

Badania nad postawami wobec osób z zaburzeniami psychicznymi mają swoją tradycję także w Polsce, gdzie zostały zainicjowane w latach sześćdziesiątych. Najbardziej znaczące były wówczas rezultaty otrzymane przez Bizonia i jego współpracowników (1965). Respondenci biorący udział w badaniach wymienili choroby psychiczne na czwartym miejscu (po chorobach nowotworowych, wenerycznych, gruźlicy) jako te, przed którymi czują lęk i szczególne obawy. Charakteryzowali się postawą nieufności oraz wyraźną tendencją do izolowania się od osób chorych psychicznie. W prowadzonych kilkanaście lat później badaniach (Ziarkowski, 1980) zwrócono uwagę na wyraźne różnice w postrzeganiu osoby chorej psychicznie w środowisku wiejskim i miejskim. W środowisku wiejskim wyrażany był pogląd o nieprzewidywalnych zachowaniach osoby chorej psychicznie, zagrożeniu, jakie stwarza, oraz przekonanie o nieuleczalności tych chorób. Opinie społeczeństwa

polskiego na temat osób chorych psychicznie i chorób psychicznych porównywano w dwóch kolejnych badaniach przeprowadzonych w latach 1996 i 1999 (Wciórka, Wciórka, 2000). Analiza uzyskanych wyników potwierdziła stabilność postaw. Nie zmienił się poziom lęku przed chorobami psychicznymi ani charakter przypisywanych chorym atrybutów poznawczych. Nie uległ też zmianie stopień deklarowanej życzliwości wobec chorych psychicznie. W społecznym stereotypie choroby psychicznej dominuje pejoratywny sposób określania osób nią dotkniętych, choć w porównaniu z wynikami z 1996 r. odnotowano niewielką zmianę w korzystnym kierunku. Pozytywną opinię o chorych psychicznie częściej podzielają kobiety niż mężczyźni. Z tych badań wynika także, że bezpośrednie kontakty z osobą chorą modyfikują stereotypowe wyobrażenia o niej i o skutkach choroby psychicznej. Należy podkreślić, iż szczególnie duży dystans wobec osób chorych psychicznie był ujawniany wśród najmłodszej grupy badanych – uczniów i studentów, zaś najmniejszy charakteryzował osoby bezrobotne. Dystans wobec chorych psychicznie był większy wśród grup znajdujących się w najlepszej sytuacji społecznej, a mniejszy w grupach będących w gorszym położeniu.

Prezentowane w tym artykule wyniki badań stanowią podstawę do poszukiwania uwarunkowań postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi pośród cech osobowości respondentów. Rezultaty uzyskane w badaniach mogą być szczególnie przydatne w doborze kadry pracującej w domach pomocy społecznej, a także w oddziaływaniach mających na celu zmianę postaw w kierunku bardziej pozytywnych, a tym samym przyczyniać się do inicjowania bądź wspomagania już istniejącej w domach pomocy społecznej rehabilitacji psychologicznej. Analizując postawy Polaków na przestrzeni ostatnich niemal 40 lat, należy zauważyć zmiany w zakresie poszerzenia wiedzy o zaburzeniach psychicznych i ich następstwach, zmniejszyła się intensywność stosowania obraźliwych określeń opisujących osoby chore psychicznie, wzrosło poparcie dla organizowania różnych form pomocy i leczenia dla tych osób. Jednakże Polacy nadal posługują się stereotypami na temat oceny osób chorych psychicznie, ich zachowania, przeżywania oraz pomniejszania ich możliwości. Utrzymuje się lęk przed chorobami psychicznymi oraz poczucie zagrożenia ze strony osób chorych.

## II. FUNKCJONOWANIE DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ W POLSCE

Domy pomocy społecznej, podobnie jak wiele innych instytucji edukacyjnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych, ulegają reorganizacji pod wpływem ogólnospołecznych zmian i reform realizowanych w naszym kraju. Umieszczenie osoby z zaburzeniami psychicznymi w takim domu wiąże się ze zmianą zamieszkania, ale także warunków i zasad codziennego życia. Domy pomocy są społecznościami w znacznym zakresie zamkniętymi, izolowanymi, często mają niewłaściwą infrastrukturę i nie są dobrze przygotowane do wypełniania swojej funkcji. Personel zatrudniony w tych domach przez wiele lat był niedoceniany, niskie wynagrodzenie za pracę powodowało częste zmiany kadrowe, co niekorzystnie wpływało na funkcjonowanie domu i jego mieszkańców. Autorzy badający funkcjonowanie domów pomocy społecznej w Polsce (Kowalik, 1997; Tarkowska, 1997) zwracają uwagę, że instytucje te nie zawsze stwarzają warunki sprzyjające prawidłowemu rozwojowi ich mieszkańców. Od kilku lat można jednak zauważyć znaczącą poprawę warunków funkcjonowania domów pomocy społecznej. Prowadzone są remonty, dzięki którym kilkuosobowe sale mieszkalne zamieniane są na mniejsze pokoje, usuwane są bariery architektoniczne, instaluje się windy, aby ułatwić osobom niepełnosprawnym poruszanie się po domu i poza jego terenem. W sposób znaczący zmieniło się także wyposażenie domów pomocy społecznej. Odpowiednia przestrzeń fizyczna oraz estetyczne sprzęty w pokojach stanowią ważne elementy, ale dom to przede wszystkim klimat emocjonalny, który tworzą jego mieszkańcy i pracownicy. Aby proces rehabilitacji psychicznej mieszkańców mógł być efektywnie realizowany, równolegle ze zmianami w zakresie modernizacji środowiska materialnego i uregulowań prawnych muszą zmieniać się również postawy personelu wobec mieszkańców. Konieczne, choć niełatwe, jest przełamywanie wielu barier, nawyków i stereotypów zarówno przez pracowników, jak i pensjonariuszy domów. W wielu domach pomocy społecznej rehabilitacja psychologiczna jest prowadzona systematycznie i ma wieloletnią tradycję. Wciąż jednak istnieją placówki, w których traktuje się ją marginalnie i nie jest ona nastawiona na poprawę funkcjonowania mieszkańców w zakresie ich sprawności fizycznej, psychicznej i umiejętności społecznych. Efektywność rehabilitacji psychicznej jest w znacznym stopniu uwarunkowana rodzajem postaw ujawnianych przez personel. Pracownicy w domu pomocy społecznej, którzy przejawiają pozytywne postawy wobec pensjonariuszy, dostrzegają ich indywidualne potrzeby, stwarzają okazje do przeżywania radości, są dostępni i dają wsparcie w sytuacjach trudnych,

ale też zachęcają do wykorzystywania własnych możliwości, tworzą warunki sprzyjające rozwojowi mieszkańców.

### III. PROBLEM I HIPOTEZY BADAWCZE

Podjęcie prezentowanych badań miało na celu zbadanie związku cech osobowości z postawami przejawianymi przez respondentów wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. W badaniach uwzględniono następujące zmienne niezależne: poziom inteligencji, preferencje wartości, poziom lęku-stanu i lęku-cechy oraz strukturę i poziom samooceny. Na podstawie literatury przedmiotu można wnioskować, iż zmienne te istotnie modyfikują postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Zmienną zależną stanowią postawy wobec osób przejawiających zaburzenia psychiczne. Dane z literatury przedmiotu (por. Sękowski, 1994; Klimasiński, 1987) oraz codzienna obserwacja wskazują na istnienie takich zależności. Badania własne koncentrują się na głównych problemach zawartych w następujących pytaniach:

1. Jakie są postawy personelu domów pomocy społecznej wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i czy występują istotne różnice między grupami wyodrębnionymi ze względu na charakter wykonywanej pracy?

2. W jakim stopniu zmienne osobowościowe, takie jak inteligencja, wartości, lęk, samoocena, oraz ich wzajemne konfiguracje warunkują postawy personelu domów pomocy społecznej wobec osób z zaburzeniami psychicznymi?

Na podstawie literatury przedmiotu można sformułować następujące hipotezy:

1. Postawy personelu domów pomocy społecznej wobec osób z zaburzeniami psychicznymi są raczej pozytywne.

W literaturze można odnaleźć badania potwierdzające, że praktyczne doświadczenie, polegające na bezpośrednim kontakcie z osobą chorą psychicznie, jest najbardziej skuteczną metodą modyfikowania postaw. Należy przewidywać, iż pracownicy, którzy mają częsty kontakt z mieszkańcami domu pomocy społecznej, będą ujawniali dość pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych.

2. Postawy personelu domów pomocy społecznej wobec osób z zaburzeniami psychicznymi różnią się istotnie w poszczególnych grupach.

Ze względu na charakter wykonywanej pracy i specyfikę kontaktu z mieszkańcami domu, a także z powodu odmiennego wykształcenia i przygotowania



zawodowego należy oczekiwać, iż postawy osób należących do wydzielonych trzech grup będą się różniły między sobą.

3. Wzajemne konfiguracje zmiennych takich, jak inteligencja, wartości, lęk, samoocena mają bardziej istotny wpływ na rodzaj ujawnianych postaw niż pojedyncze zmienne.

Badania nad postawami wobec osób niepełnosprawnych dowiodły, że na podstawie zmiennych osobowości tworzących wzajemne konfiguracje można z większym prawdopodobieństwem przewidywać rodzaj ustosunkowań, niż tylko na podstawie jednej zmiennej (Sękowski, 1994). Można przypuszczać, że podobna prawidłowość ujawni się w postawach wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

#### IV. ZASTOSOWANE METODY BADAŃ

W celu zweryfikowania postawionych hipotez przeprowadzono badania, wykorzystując opisane poniżej metody. Do określenia rodzaju prezentowanych postaw zastosowano Skalę Postaw wobec Osób z Zaburzeniami Psychicznymi B. Witkowskiej. Jest to skala typu Likerta, która zawiera 30 twierdzeń. Wynik ogólny uzyskiwany w badaniu tą skalą mieści się w granicach 0-180. Średnia teoretyczna wynosi 90. Wyższy wynik osiągnięty w tej skali przez osobę badaną wskazuje na jej bardziej pozytywną postawę wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

W celu zbadania ogólnego poziomu inteligencji osób badanych użyto skali Matryc Progresywnych J. C. Ravena. Składa się ona z 60 matryc, ujętych w 5 serii po 12 zadań. Maksymalna wartość wyniku ogólnego wynosi 60 punktów.

Kolejna zastosowana metoda – Zeszyt Postaw Wartościujących G. W. Allporta, P. E. Vernona i G. Lindzey – służy do badania sześciu kategorii wartości: teoretycznych, ekonomicznych, artystycznych, społecznych, politycznych i religijnych. Zsumowanie ocen uzyskanych w obszarze każdej z sześciu wartości pozwala na wykreślenie profilu wartości akceptowanych przez osobę badaną.

Dla ustalenia poziomu lęku-stanu i lęku-cechy każdej z osób badanych posłużono się Inwentarzem Stanu i Cechy Lęku C. D. Spielbergera, J. Strelaua, M. Tysarczyk i K. Wrześniewskiego. Jest to metoda samoopisowa, składająca się z dwóch skal zawierających po 20 twierdzeń. Kwestionariusz pozwala na obliczenie dwóch wyników surowych, które mieszczą się w granicach 20-80 punktów.

Ostatnią z zastosowanych metod jest kwestionariusz „Jaki jesteś” P. Sears, zawierający 71 twierdzeń. Za pomocą tego kwestionariusza można uzyskać wyniki cząstkowe dotyczące pięciu aspektów samooceny (stan zdrowia i możliwości fizyczne, własne możliwości intelektualne, stosunek do pracy, stosunek do samego siebie i życia, stosunek do innych ludzi) oraz wynik ogólny informujący o samoocenie ogólnej.

## V. OSOBY BADANE

Badania były przeprowadzone wśród 150 osób zatrudnionych w domach pomocy społecznej dla przewlekle chorych ze schorzeniami układu nerwowego, w których mieszkańcami w większości były osoby chore psychicznie. Ponieważ w procesie rehabilitacji psychicznej tych osób powinien brać udział każdy pracownik, przy doborze badanych zwrócono uwagę, by reprezentowani byli wszyscy pracownicy. Zostali oni podzieleni na trzy grupy (kryterium podziału stanowił charakter wykonywanej pracy oraz specyfika kontaktu z mieszkańcami):

**Grupa I.** Pracownicy działu socjalno-terapeutycznego (pracownicy socjalni, psycholodzy, terapeuci zajęciowi, opiekunowie, rehabilitanci, lekarze), 50 osób, średnia wieku XI = 37,58; pod względem wykształcenia dominują osoby z wyższym wykształceniem (46%), pozostałe mają wykształcenie niepełne wyższe (30%) i średnie (24%); ze względu na staż pracy najliczniejszą grupę stanowią osoby zatrudnione krócej niż 5 lat (52%), osoby pracujące w tej grupie najdłużej – ponad 18 lat, ale krócej niż 23 lata – stanowią tylko 8%.

**Grupa II.** Personel medyczny (pielęgniarki), 50 osób, średnia wieku XII = 33,8; niemal wszystkie osoby mają wykształcenie średnie (96%), a tylko nieliczni niepełne wyższe (4%); połowa tej grupy jest zatrudniona krócej niż 5 lat, powyżej 24 lat pracuje najmniej osób (8%).

**Grupa III.** Pracownicy działu gospodarczego (salowi, magazynierzy, referenci, pracownicy kuchni, pralni, kierowcy, portierzy), 50 osób, średnia wieku XIII = 34,72; dominują osoby z wykształceniem zawodowym (46%), następnie podstawowym (26%), średnim (24%) oraz niepełnym wyższym (2%); staż pracy ponad połowy wszystkich badanych (62%) nie przekracza 5 lat, najmniej licznie są reprezentowane osoby pracujące ponad 24 lata (6%).

W celu rozstrzygnięcia, czy osoby z trzech wyróżnionych grup różnią się istotnie między sobą pod względem ujawnianych postaw, przeprowadzono

analizę statystyczną za pomocą testu wielokrotnych porównań Bonseroni, bazującego na teście  $t$  Studenta. Ze względu na to, iż mamy do czynienia z trzema grupami, zastosowano metodę wielokrotnych porównań. W celu uchwycenia związku między jedną zmienną a innymi zmiennymi jednocześnie posłużono się analizą wielokrotnej regresji liniowej (MR).

## VI. WYNIKI BADAŃ

Otrzymany za pomocą Skali Postaw wobec Osób z Zaburzeniami Psychicznymi wynik ogólny, jaki osiągnęły osoby badane, jest wyższy od średniej teoretycznej ( $x = 90$ ) i mieści się w obszarze między jednym a drugim odchyleniem standardowym. Przemawia to za dość przychylnymi postawami badanego personelu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Tabela 1 zawiera wyniki badań wyrażone za pomocą średnich arytmetycznych i odchyleń standardowych badanej zmiennej zależnej.

Tab. 1. Wyniki badań w Skali Postaw

Grupa	Skala Postaw	
	$\bar{x}$	$\delta$
GL	121,93	25,95
I	135,40	24,29
II	128,60	19,82
III	101,78	20,51

GL – wynik globalny dla całej grupy, I – personel działu socjalno-terapeutycznego, II – personel medyczny, III – personel działu gospodarczego,  $\bar{x}$  – średnia,  $\delta$  – odchylenie standardowe

Wśród badanych najbardziej pozytywne postawy przejawiają pracownicy działu socjalno-terapeutycznego, którzy dostrzegają u swoich podopiecznych ich szerokie możliwości, mający godność osoby, prawo do decydowania o sobie, potrafiący czerpać radość z życia tak jak inni ludzie. Zauważają także, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są wrażliwe na potrzeby innych. Podkreślają, iż kontakt z osobami chorymi psychicznie ubogaca ich, pomaga w pełniejszym rozumieniu siebie i innych ludzi. Najniższy średni wynik uzyskały osoby pracujące w dziale gospodarczym. Zwracają oni uwagę na niebezpieczeństwa wynikające z choroby psychicznej. Uważają, że osoby

z zaburzeniami psychicznymi są mało samodzielne i nieodpowiedzialne. Zaznaczają, że czasem obawiają się agresywnego zachowania osób chorych psychicznie. Wskazują również, że kontakt z nimi pomaga w pełniejszym rozumieniu innych oraz że osoby te potrzebują bliskości emocjonalnej z innymi ludźmi. Różnice między badanymi podgrupami w Skali Postaw oceniono testem Bonserroni. Najmniejsza istotna różnica na zadanym poziomie istotności 0,01 jest równa 12,9, zaś różnica między grupą I i II wynosi 6,8, między grupą I a III – 33,62, zaś między grupą II a III – 26,82. Ze względu na przeciętną wartość postaw, grupy I i II nie różnią się istotnie. Wysoce istotne okazały się różnice w postawach pomiędzy grupami II a III oraz – w jeszcze większym stopniu – między I a III. Dane z literatury przedmiotu wskazują, iż wysoki poziom inteligencji sprzyja występowaniu pozytywnego stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi. Zagadnienie związku, jaki występuje pomiędzy poziomem inteligencji a postawami wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, dotyczy szerszej problematyki związanej z zależnościami, jakie zachodzą między funkcjonowaniem poznawczym a funkcjonowaniem społecznym. Nie ma wątpliwości, że zależności takie istnieją, a w przypadku postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi wydają się szczególnie ważne.

W prowadzonych badaniach interesujący jest poziom korelacji pomiędzy zmienną zależną a zmiennymi niezależnymi. Możliwość tego typu analiz daje zastosowanie regresji wielokrotnej (MR). Ze względu na występowanie istotnych różnic w zakresie wyników uzyskanych w Skali Postaw pomiędzy grupą I a III oraz II a III zastosowano procedurę równania regresyjnego dla trzech grup oddzielnie.

Tab. 2. Zależności między wynikami Skali Postaw a zmiennymi wyjaśniającymi w grupie I

Zmienne	$\bar{x}$	$\delta$	$\beta$	$t$	p.u.
L-C	42,64	8,15	-0,433	-3,330	0,002

L-C – lęk jako cecha

Wyniki regresji wielokrotnej (krokowej) wskazują, że na rodzaj postaw w grupie I najsilniejszy wpływ ma lęk rozumiany jako cecha osobowości ( $\beta = -0,433$ ). Na podstawie wyników zawartych w tabeli 2 można z bardzo wysokim prawdopodobieństwem ( $p < 0,002$ ) przewidywać bardziej pozytywne postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi u tych pracowników działu

socjalno-terapeutycznego, którzy odznaczają się niższym nasileniem lęku jako cechy, niż u tych, których charakteryzuje wysoki poziom lęku-cechy.

Tab. 3. Wyniki równania regresyjnego dla zmiennych wyjaśniających rodzaj postaw w grupie I

	$R$	$R^2$	$K^2$	$F$	p.u.
MR	0,433	0,188	0,812	11,092	0,002

Na podstawie równania regresji stwierdzono, że lęk jako cecha ma istotne znaczenie dla rodzaju przyjmowanych postaw i jest źródłem zmienności prawie 19% wyników Skali Postaw ( $R^2 = 0,188$ ). Pozostała część zmienności jest uzależniona od innych zmiennych, a ich wyodrębnienie i określenie wpływu na rodzaj postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi wymaga prowadzenia dalszych badań.

Tab. 4. Zależności między wynikami Skali Postaw a zmiennymi wyjaśniającymi w grupie II

Zmienne	$\bar{x}$	$\delta$	$\beta$	$t$	p.u.
L-C	42,72	6,4	-0,327	-2,398	0,020

Podobnie jak w grupie I, na rodzaj postaw ujawnianych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi przez personel medyczny (grupa II) najbardziej znaczący wpływ ma lęk jako cecha. Należy więc oczekiwać od personelu medycznego o niskim nasileniu lęku – jako cechy osobowości – bardziej pozytywnego ustosunkowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi niż od tych osób spośród pracowników grupy II, którzy odznaczają się znacznym nasileniem lęku jako cechy osobowości.

Tab. 5. Wyniki równania regresyjnego dla zmiennych wyjaśniających rodzaj postaw w grupie II

	$R$	$R^2$	$K^2$	$F$	p.u.
MR	0,327	0,107	0,893	5,751	0,020

Współczynnik wielokrotnej determinacji ( $R^2 = 0,107$ ) informuje o tym, że wyróżniony czynnik lęku jako cechy jest źródłem zmienności prawie 11% wyników Skali Postaw. Pozostała część zmienności jest rezultatem oddziaływania innych zmiennych niezależnych, nie uwzględnionych w prowadzonych badaniach.

Tab. 6. Zależności między wynikami Skali Postaw a zmiennymi wyjaśniającymi w grupie III

Zmienne	$\bar{x}$	$\delta$	$\beta$	$t$	p.u.
WE	42,04	6,44	-0,504	-4,372	0,000
SR	40,20	9,11	0,374	3,950	0,003
WA	37,95	4,94	0,317	2,645	0,011
L-C	45,11	7,89	0,294	-2,329	0,024

WE – wartości ekonomiczne, WA – wartości artystyczne, SR – Skala Ravena, L-C – lęk jako cecha

Wykonane obliczenia pozwoliły ustalić, że na rodzaj postaw ujawnianych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w III grupie badanych pracowników istotny wpływ mają cztery czynniki. Najsilniejszy z nich to wartości ekonomiczne ( $\beta = -0,504$ ), a w dalszej kolejności: poziom intelektualny ( $\beta = 0,374$ ), wartości artystyczne ( $\beta = 0,317$ ) oraz czynnik odgrywający istotną rolę w omawianych już dwóch grupach, a mianowicie lęk rozumiany jako cecha osobowości ( $\beta = -0,294$ ). Powyższe analizy statystyczne pozwalają na przewidywanie z bardzo wysokim prawdopodobieństwem ujawniania pozytywniejszych postaw przez te osoby, dla których wartości ekonomiczne mają mniejsze znaczenie, zaś preferują oni wartości artystyczne; charakteryzuje je wyższy poziom intelektualny i mniejsze nasilenie lęku jako cechy.

Tab. 7. Wyniki równania regresyjnego dla zmiennych wyjaśniających rodzaj postaw w grupie III

Zmienne	MR	$R$	$R^2$	$K^2$	$F$	p.u.
WE		404	0,163	0,837	9,349	0,004
WE, SR		560	0,313	0,687	10,268	0,002
WE, SR, WA		608	0,369	0,631	4,089	0,049
WE, SR, WA, L-C		661	0,437	0,563	5,425	0,024

Z tabeli 7 wynika, że związek wszystkich czterech zmiennych występujących równocześnie jest znacznie większy ( $R = 0,661$ ) niż kiedy bierze się pod uwagę jedną ( $R = 0,404$ ), dwie ( $R = 0,560$ ), bądź trzy zmienne niezależne ( $R = 0,608$ ). Tak więc konfiguracja zmiennych niezależnych WE, SR, WA, L-C ma bardzo istotne znaczenie ( $p < 0,024$ ) dla przewidywania rodzaju postaw pracowników z grupy III wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Wśród personelu gospodarczego rodzaj postaw w 44% jest zależny od braku preferencji wartości ekonomicznych oraz wybierania wartości artystycznych, prezentowania wyższego poziomu intelektualnego i niskiego poziomu lęku-cechy.

## VII. DYSKUSJA WYNIKÓW I WNIOSKI

Zaprezentowane wyniki badań dowiodły, iż poznanie poziomu takich zmiennych, jak inteligencja, wartości, lęk, samoocena oraz ich wzajemnych konfiguracji, pozwala w pewnym zakresie na przewidywanie rodzaju zachowania ujawnianego przez personel domów pomocy społecznej wobec ich mieszkańców. Postawy badanych można określić jako raczej pozytywne, co potwierdza naszą pierwszą hipotezę. Co czwarta osoba badana ujawniła zdecydowanie pozytywny stosunek wobec mieszkańców z zaburzeniami psychicznymi, ale 6% spośród pracowników przejawia postawy zdecydowanie negatywne. W badaniach wyodrębniono trzy grupy badanego personelu. Najwyższy średni wynik w Skali Postaw uzyskały osoby należące do grupy I (personel socjalno-terapeutyczny). Osoby te charakteryzowały się najwyższym spośród badanych poziomem intelektualnym, co jest zgodne z wynikami innych autorów, którzy wskazywali na zależność pomiędzy poziomem intelektualnym a pozytywnymi postawami ujawnianymi wobec osób niepełnosprawnych (Whitemann, Lukoff, 1962; Knittel, 1963; Sękowski, 1994, 1998). Wśród pracowników zaliczonych do grupy I dominują osoby z wykształceniem wyższym. Czynniki ten był weryfikowany empirycznie i opisywany w literaturze jako sprzyjający uzewnętrznianiu postaw pozytywnych (Freeman, Kassenbaum, 1960; Wright, Klein, 1966).

Nieco niższe wyniki, sugerujące mniej pozytywne postawy wobec mieszkańców z zaburzeniami psychicznymi, miały osoby z grupy II (personel medyczny), a jeszcze niższe – osoby z grupy III. W przejawianych postawach istotnie różnią się między sobą pracownicy grupy I i III oraz II i III. Hipoteza druga okazała się częściowo prawdziwa – ze względu na przeciętną wartość postaw, grupy I i II nie różnią się istotnie. Dane te przemawiają za tym,

iż oddziaływania w celu zmiany postaw powinny być skierowane głównie na personel działu gospodarczego. Efektywność procesu rehabilitacji jest znacznie wyższa wtedy, gdy współpracuje cały zespół, a nie tylko pojedyncze osoby. Z tego też względu należy dołożyć starań, aby osoby z grupy III otrzymały pomoc, która pozwoliłaby im lepiej rozumieć odmienne zachowania osób chorych psychicznie, mieszkających w domach pomocy społecznej.

Trzecia z założonych hipotez została pozytywnie zweryfikowana. Okazało się, że konfiguracja zmiennych osobowościowych wyodrębnionych w analizowanych badaniach ma bardziej istotny wpływ na rodzaj ujawnianych postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi niż pojedyncze zmienne. Potwierdzają to wyniki wcześniejszych badań (Sękowski, 1994). Przeszkodą, która często przyczynia się do nieujawniania się postaw pozytywnych, jest brak wiedzy na temat określonego rodzaju niepełnosprawności. Źródłem negatywnych postaw są także uprzedzenia wiążące się z pozbawianiem tej grupy osób uniwersalnych cech ludzkich. Jak podaje Kowalik (1999), uprzedzenia stanowią szczególną klasę cech odnoszących się do istoty człowieczeństwa. Ich niwelowanie powinno sprowadzać się do rehumanizacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Badania pokazują także, że postawy wobec osób niepełnosprawnych są przekazywane z pokolenia na pokolenie i kształtują się już we wczesnym dzieciństwie. Zmiany w kierunku bardziej pozytywnych postaw wiążą się z intensywnym oddziaływaniem nie tylko na sferę poznawczą (np. przez cykle edukacyjne), lecz także emocjonalno-motywacyjną. Badania wykazują jednak, że ta kategoria postaw jest raczej mało podatna na zmiany. Istotne wydaje się to, aby formowanie pozytywnych postaw wobec osób z różnego rodzaju niepełnosprawnością rozpoczynało się jak najwcześniej, kiedy osobowość dopiero się rozwija. Zdaniem Fairbairn (1996) najlepszym momentem jest wczesny okres przedszkolny. Przekaz stereotypów oraz transmisja kultury międzypokoleniowej powodują, że postawy wobec niepełnosprawnych nie podlegają szybkim zmianom. Kształtowanie pozytywnych postaw od najwcześniejszych lat jest znacznie efektywniejsze niż praca nad wyeliminowaniem postaw negatywnych, która jest procesem powolnym i długotrwałym. Pomoc rodziców i profesjonalistów w wypracowywaniu pozytywnych postaw akceptacji i tolerancji wobec osób niepełnosprawnych przez dzieci i młodzież może okazać się niezbędna dla przetrwania i funkcjonowania całego społeczeństwa. Zaprezentowane w artykule dane wskazują na ważną rolę zmiennych osobowościowych w ujawnianiu postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Poznanie mechanizmów rządzących kształtowaniem postaw oraz zmiennych mających z nimi istotny związek daje szansę na zmia-



nę tych postaw w kierunku większej akceptacji i zrozumienia osób mających zaburzenia psychiczne. Przyjęcie postawy życzliwej pomocy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi ma dla nich duże znaczenie rehabilitacyjne. Może przyczyniać się do zwiększenia motywacji do leczenia i do uzyskania pełnej remisji objawów. Wyniki przedstawionych badań mogą stanowić inspirację do podejmowania dalszych poszukiwań w celu wskazania innych zmieniających warunkujących postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Poszukiwania tych uwarunkowań powinny obejmować zarówno zmienne osobowościowe, jak również zmienne środowiskowe, kulturowe.

#### BIBLIOGRAFIA

- Antonak, R. F., Livneh, H. (red.) (1988). *The measurement of attitudes toward people with disabilities: Methods, psychometrics, and scales*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Bilikiewicz, A., Pużyński, S., Rybakowski, J., Wciórka, J. (red.) (2002). *Psychiatria* (t. 1). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Bizoń, Z., Godorowski, K., Henisz, J., Raźniewski, A. (1965). *Postawy ludności Warszawy wobec psychicznie chorych i psychiatrów*. Warszawa: PZWL.
- Brodniak, W. A. (2000). *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Fairbairn, G. J. (1996). *Integracja, wartości, społeczeństwo*. W: J. Bogucka, M. Kościelska (red.), *Wychowanie i nauczanie integracyjne. Nowe doświadczenia* (s. 24-29). Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Freeman, H. E., Kassenbaum, G. G. (1960). Relationships of education and knowledge to opinions about mental illness. *Mental Hygiene*, 44, 43-47.
- Harasymiw, S. J., Horne, M. D., Lewis, C. (1976). A longitudinal study of disability group acceptance. *Rehabilitation Literature*, 37, 98-102.
- Horne, M. D., Ricciardo, J. L. (1988). Hierarchy of response to handicaps. *Psychological Reports*, 62, 83-86.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with mental disorder: A survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 77-83.
- Klimasiński, K. (1976). Cechy osobowości a postawy wobec inwalidów. *Przegląd Psychologiczny*, 19, 71-84.
- Klimasiński, K. (1987). Postawy widzących wobec niewidomych. *Przegląd Tyflogiczny*, 1-2, 33-39.
- Knittel, M. G. (1963). *A comparison of attitudes toward the disabled between subjects who had a physically disabled sibling and subjects who did not have a physically disabled sibling*. State University of South Dakota (nieopublikowana praca doktorska).
- Kowalik, S. (red.) (1997). *Od smutnej rzeczywistości do zaakceptowania konieczności*. Jarogniewice.

- Kowalik, S. (1999). *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Katowice: Śląsk Wydawnictwo Naukowe.
- Larkowa, H. (1970). *Postawy otoczenia wobec inwalidów*. Warszawa: PZWL.
- Meile, R. R., Whitt, H. (1981). Cultural consensus and definition of mental illness. *Social Science and Medicine*, 15.
- Neelman, van Os, J. (1994). Caring for mentally ill people. *British Medical Journal*, 309, 1218-1221.
- Nunnally, J. C. (1961). *Popular conceptions of mental health: Their development and change*. New York: Holt, Rinehart, Winston.
- Ohaeri, J. U., Fido, A. A. (2001). The opinion of caregivers on aspects of schizophrenia and major affective disorders in a Nigerian setting. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 36, 493-499.
- Ostrowska, A., Sikorska, J. (1996). *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Papadopoulos, Ch., Leavey, G., Vincent, Ch. (2002). Factors influencing stigma. A comparison of Greek-Cypriot and English attitudes towards mental illness in north London. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37, 430-434.
- Rabkin, J. G. (1972). Opinions about mental illness: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 77, 153-171.
- Sękowski, A. E. (1994). *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Sękowski, A. E. (1998). Osobowość a postawy wobec osób niepełnosprawnych. *Czasopismo Psychologiczne*, 4, 2, 105-119.
- Sękowski, A. E. (1999). Postawy wobec osób niepełnosprawnych. *Psychologia Wychowawcza*, 3, 237-246.
- Sękowski, A. E., Witkowska, B. (2002). W kierunku typologii uwarunkowań postaw wobec osób niepełnosprawnych. *Roczniki Psychologiczne*, 5, 129-144.
- Siller, J. (1984). Attitudes toward the physically disabled. W: R. L. Jones (red.), *Attitudes and attitude change in special education: Theory and practice*. Boston, AV: Council for Exceptional Children.
- Tarkowska, E. (1997). Ludzie w instytucji totalnej. Przypadek domów pomocy społecznej w Polsce. W: A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*. Warszawa: Wydawnictwo „Żak”.
- Wciórka, B., Wciórka, J. (2000). Stereotyp i dystans – choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego (1996 i 1999). *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 9, 3, 353-382.
- Westbrook, M. T., Legge, V., Pennay, M. (1993). Attitudes toward disabilities in a multi-cultural society. *Social Science Medicine*, 5, 615-623.
- Whitemann, M., Lukoff, J. F. (1962). Public attitudes toward blindness. *New Outlook for the Blind*, 56, 153-158.
- Witkowska, B. (2001). Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. *Przegląd Psychologiczny*, 44, 2, 239-254.
- Wright, F., Klein, R. (1966). Attitudes of hospital personnel and the community regarding mental illness. *Journal Consulting Psychology*, 13, 106-107.

- Yuker, H. E. (red.) (1988). *Attitudes toward persons with disabilities*. New York: Springer Publishing Company.
- Zasępa, E. (2000). Akceptacja społeczna dzieci niepełnosprawnych przez ich pełnosprawnych rówieśników w świetle wyników badań własnych. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, 11, 112-120.
- Ziarkowski, E. (1980). Postawy społeczne wobec chorych psychicznie. Analiza porównawcza zbiorowości wiejskiej, małomiasteczkowej i wielkomiejskiej. *Psychiatria Polska*, 2, 153-160.

PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF ATTITUDES OBSERVED  
AMONG SOCIAL CARE HOMES EMPLOYEES TOWARDS DWELLERS  
WITH MENTAL DISORDERS

S u m m a r y

Research results presented in the article focus on the correlation between attitudes towards people with mental disorders and chosen personality traits. Research involved 150 people – employees of social care homes. Job characteristics and the nature of contact with social care homes dwellers constituted the criterion for placing the analysed person into one of the subgroups. Three subgroups of equal size have been recognised: employees at social – therapeutic department(I), medical staff (nurses) (II), economic department employees (III). The following methods have been used: The Scale for Defining Attitudes Towards People with Mental Disorders, Raven's Progressive Matrices, Study of Values by G. W. Allport, P. E. Vernon, G. Lindzey, Stait-Trait Anxiety Inventory by C. D. Spielberger, J. Strelau, M. Tysarczyk, K. Wrześniewski, The Questionnaire: "What are you like?" by P. Sears. Within the analyzed group people from subgroup I manifested the most positive attitudes, people from subgroup II were slightly less favourably inclined, and people from subgroup III showed the least positive approach. The application of multiple regression equation showed that among the analysed variables trait anxiety has significant meaning for the type of attitudes both in group I and II. In subgroup III a significant influence on manifested attitudes is exerted by the following variables: economic values, intellectual level, artistic values and trait anxiety.

**Słowa kluczowe:** postawa, zaburzenia psychiczne, domy pomocy społecznej.

**Key words:** attitudes, mental disorders, social care homes.