

## Rola wsparcia i poczucia koherencji w zmaganiu się ze schizofrenią

### The role of support and the sense of coherence in dealing with schizophrenia

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM w Bydgoszczy, UMK Toruń. Kierownik: dr n med. Mirosława Felsmann  
Adres do korespondencji: Dr n. med. Krystyna Kurowska, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM w Bydgoszczy, UMK Toruń, ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel.: 52 585 21 94, e-mail: krystyna\_kurowska@op.pl  
*Source of financing: Department own sources*

---

#### Streszczenie

**Wstęp:** Schizofrenia jest chorobą psychiczną. Przebieg zaburzenia i jego leczenie w znacznym stopniu zależą od samych chorych. Czynnikiem wpływającym na umiejętność pokonywania trudnych sytuacji związanych z chorobą oraz radzenia sobie ze stresem jest poczucie koherencji (SOC). Wyjaśnia ono związek wsparcia ze zdrowiem. Wysokie SOC daje wiarę w sens życia, jego uporządkowanie, przewidywalność, co sprawia, że chce się być zdrowym i sprawnie funkcjonować. Zasobem zewnętrznym mającym wpływ na stan zdrowia jest wsparcie społeczne. **Celem pracy** było określenie związku pomiędzy zapotrzebowaniem na wsparcie a poziomem poczucia koherencji, jako wykładnika skuteczności terapii schizofrenii. **Materiał i metoda:** Badania przeprowadzono na grupie 102 chorych hospitalizowanych z powodu schizofrenii na oddziale psychiatrycznym w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie. Poczucie koherencji oceniono za pomocą kwestionariusza Antonovsky’ego SOC-29, a pomiar wsparcia społecznego skalą Kmieciak-Baran. **Wyniki:** Badani to osoby o przeciętnym poziomie poczucia koherencji i wsparcia społecznego. Najwyżej odczuwane było wsparcie emocjonalne otrzymywane od bliskich i personelu medycznego. Wraz ze zwiększaniem się poczucia koherencji wzrastały wyniki wsparcia. **Wnioski:** Określenie poziomu poczucia koherencji i otrzymywanego wsparcia przez chorych na schizofrenię pozwoli na ustalenie zapotrzebowania na wsparcie społeczne oraz dostosowanie jego rodzajów, co może mieć znaczący wpływ na lepsze funkcjonowanie społeczne pacjentów oraz skuteczniejsze radzenie sobie z następstwami choroby.

**Słowa kluczowe:** schizofrenia, wsparcie społeczne, poczucie koherencji (SOC), radzenie sobie ze stresem, akceptacja choroby

#### Summary

**Introduction:** Schizophrenia is a mental disorder. The course of this medical condition and its treatment depend to a large extent on the patients. The ability to overcome difficult situations, related to such disorder and ways of coping with stress, is influenced by a factor called Sense of Coherence (SOC). The Sense of Coherence (SOC) explains the correlation between support and health. A high level of SOC gives faith in the meaning of life, the way in which life is arranged, life’s predictability – all that makes us eager to be fit and healthy. Social support is an external resource that influences health. **Aim:** Identification of the relationship between the need for support and the level of the Sense of Coherence as an exponent of the effectiveness of the treatment of schizophrenia. **Material and methods:** The study was conducted on a group of 102 patients hospitalized for schizophrenia in the psychiatric ward in the Provincial Hospital for the Mentally Ill “Dziekanka” in Gniezno. Sense of Coherence was assessed using Antonovsky SOC-29 and the measurement of social support was assessed against the Kmieciak-Baran scale. **Result:** The subjects had an average level of Sense of Coherence and social support. Emotional support received from relatives and medical staff was perceived the highest. The performance support increased along with Sense of Coherence. **Conclusions:** Assessing the level of Sense of Coherence and support received by patients with schizophrenia will help to determine the need for social support and its well-adjusted types, which may have a significant impact on patients’ social functioning and finding more efficient ways of coping with the symptoms of the disease.

**Key words:** schizophrenia, social support, sense of coherence (SOC), coping with stress, acceptance of illness

**WSTĘP**

Schizofrenia uniemożliwia osiągnięcie celów rozwojowych i stabilizacji życiowej. Często prowadzi do stagnacji społecznej oraz obniżenia statusu społecznego<sup>(1)</sup>. Do istoty choroby należy poczucie wyobcowania i osamotnienia<sup>(2)</sup>. Aaron Antonovsky – autor koncepcji poczucia koherencji – udowodnił istnienie uogólnionych zasobów odpornościowych, które mobilizują człowieka do podjęcia walki z przeciwnościami pojawiającymi się w ciągu życia<sup>(3)</sup>. Rozpoznanie choroby, zwłaszcza przewlekłej, jaką jest schizofrenia, zawsze stanowi trudny moment. Silne poczucie koherencji i otrzymywane wsparcie pozwalają osobom chorym osiągnąć optymalny stan zdrowia<sup>(1)</sup>. Celem pracy było określenie związku pomiędzy zapotrzebowaniem na wsparcie a poziomem poczucia koherencji, jako wykładnika skuteczności terapii schizofrenii.

**MATERIAŁ I METODA BADAWCZA**

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi. Zostały przeprowadzone w terminie od maja do grudnia 2011 roku w grupie 102 pacjentów Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie, za zgodą komisji bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/357/2011). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 Aarona Antonovsky’ego<sup>(4)</sup>, Skalę Wsparcia Społecznego Krystyny Kmieciak-Baran<sup>(5)</sup> oraz ankietę konstrukcji własnej odnoszącą się do różnych aspektów z życia badanych. Kwestionariusz SOC-29 pozwala oszacować ogólny poziom poczucia koherencji, a także trzech jego wymiarów: poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności<sup>(3)</sup>. Skala Wsparcia Społecznego Kmieciak-Baran zawiera twierdzenia dotyczące czterech rodzajów wsparcia: informacyjnego, instrumentalnego, wartościującego i emocjonalnego<sup>(5)</sup>. Kryterium doboru do grupy badanej było: rozpoznanie schizofrenii zgodnie z wymogami ICD-10, brak nasilonych objawów choroby i zdolność do udzielania odpowiedzi na pytania. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek  $p < 0,05$ . Analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego STATISTICA 10.

**WYNIKI**

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku badanych wyniosła niewiele ponad 43 lata. Dominowały kobiety (60,8%). Najczęściej reprezentowany był przedział wiekowy 50–59 lat (33,3%). Większość chorych miała wykształcenie zawodowe (38,2%) i średnie (31,4%). Ponad połowa

**INTRODUCTION**

Schizophrenia makes it impossible to achieve developmental purposes and stabilization in life. It often leads to social stagnation and lowered social status<sup>(1)</sup>. The essence of this disorder comprises a feeling of alienation and loneliness<sup>(2)</sup>. Aaron Antonovsky – author of the concept of the sense of coherence – proved the existence of generalized immunological resources which mobilize the patient to start combatting the adversities appearing in her/his lifetime<sup>(3)</sup>. Diagnosis of the disease, especially chronic one, which is schizophrenia, is always a difficult moment. A strong sense of coherence and obtained support allow the patients to achieve an optimum health state<sup>(1)</sup>. The study is aimed at determining the correlation between the need for support and the level of the sense of coherence as an exponent of the effectiveness of schizophrenia therapy.

**MATERIAL AND RESEARCH METHOD**

The presented studies constitute a segment of accomplishment of a more comprehensive project of analysis of the quality of life for patients with mental disorders. They were carried out in the period from May to December 2011 in a group of 102 patients of the Voivodeship Hospital for the Mentally Ill “Dziekanka” in Gniezno, with the consent of the Bioethical Committee of the L. Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz (KB/357/2011). The studies used the Life Orientation Questionnaire SOC-29 by Aaron Antonovsky<sup>(4)</sup>, Social Support Scale by Krystyna Kmieciak-Baran<sup>(5)</sup> as well as our own questionnaire referring to various aspects from the patients’ life. Questionnaire SOC-29 allows to estimate the total level of the sense of coherence as well as its three dimensions: sense of comprehensibility, manageability and meaningfulness<sup>(3)</sup>. The Kmieciak-Baran Social Support Scale contains statements related to four types of support: informative, instrumental, evaluative and emotional<sup>(5)</sup>. The criterion of the choice for the tested group was: diagnosis of schizophrenia pursuant to the requirements of ICD-10, lack of severe symptoms of the illness and ability to answer the questions. Applied to the description of the variables were descriptive statistics (arithmetic mean, minimum, maximum, standard deviation) as well as distributions of variables. The relationships were tested using the Spearman’s correlation coefficient. Assumed as statistically significant were the test values meeting the condition  $p < 0,05$ . The analyses were carried out using the statistical package STATISTICA 10.

**RESULTS**

Data analysis indicates that the subjects’ average age was slightly over 43 years. Women were the majority (60.8%). The most frequently represented age range was 50–59 years (33.3%). Most of the patients had secondary

pacjentów (57,8%) nigdy nie wstąpiła w związek małżeński, 49,0% posiadało potomstwo, 97,4% mieszkało z rodziną, 68,6% w mieście. Z renty utrzymywało się 63,7% osób, a 8,8% z zasiłku socjalnego. Ogólnie należy stwierdzić, że była to grupa o przeciętnej sytuacji materialnej (51,0%). Średnia liczba hospitalizacji wśród badanych wynosiła niespełna 8 razy (7,9%). Przyglądając się okresom remisji, zauważono, że większość chorych (52,9%) była hospitalizowana w ciągu ostatniego roku. Tylko u 17,6% osób okres remisji choroby wynosił 2–3 lata.

Wsparcie społeczne w niniejszej pracy badano w czterech grupach: bliższa rodzina, dalsza rodzina, znajomi, personel medyczny. W skali znalazły się twierdzenia odnoszące się do czterech rodzajów wsparcia: informacyjnego, instrumentalnego, wartościującego i emocjonalnego<sup>(5)</sup>. Na podstawie analizy poziomów wsparcia społecznego w grupach można stwierdzić, że zarówno od bliższej i dalszej rodziny, jak też pracowników medycznych badani otrzymywali wsparcie przeciętne. Najwyższe wsparcie społeczne chorzy otrzymywali od bliższej rodziny (52,46) i personelu medycznego (62,03), zaś najniższe od znajomych (72,03). Wsparcie informacyjne polega na wymianie w trakcie interakcji wszystkich informacji, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu sytuacji i problemu. Często nazywane jest wsparciem poznawczym. Polega ono także na dostarczaniu informacji zwrotnych o skuteczności różnorodnych działań zaradczych podejmowanych przez osobę wspieraną. Analizując wsparcie informacyjne we wszystkich grupach, można powiedzieć, że uzyskano wyniki przeciętne. Najwyższe wsparcie informacyjne badani otrzymywali od bliższej rodziny (13,17), niżej klasyfikowali się personel medyczny (14,77) oraz znajomi (17,22), zaś najniżej dalsza rodzina (17,42).

Wsparcie instrumentalne to rodzaj instruktażu polegającego na przekazywaniu informacji o konkretnych sposobach postępowania, kształtowania skutecznych zachowań zaradczych. Pomoc ta może przyjąć formę wymiany sposobów postępowania, zdobywania informacji i dóbr materialnych. Najwyższe wsparcie instrumentalne badani otrzymywali od bliższej rodziny (12,59). Osoby te deklarowały, że bliscy opiekują się nimi, gdy chorzy tego potrzebują, choć rzadko organizują im kontakty z innymi ludźmi. Średnia wsparcia instrumentalnego ze strony personelu medycznego wyniosła 15,88 punktu. Najniższe wsparcie pacjenci otrzymywali od znajomych (18,72).

Najwyższego wsparcia wartościującego udziela według badanych bliższa rodzina (16,58), personel medyczny (17,54), dalsza rodzina (19,88).

Ostatnią składową wsparcia stanowi wsparcie emocjonalne. Jest to przekazywanie w kontakcie z drugim człowiekiem emocji podtrzymujących, uspokajających, okazywanie troski i zainteresowania, a przede wszystkim pozytywne ustosunkowanie do osoby wspieranej. Na podstawie wyników badania można stwierdzić, że najwyższe wsparcie emocjonalne chorzy otrzymywali od bliższej rodziny (10,13); w przypadku dalszej rodziny, znajomych

vocational education (38,2%) and secondary comprehensive education (31,4%). Over half of the patients (57,8%) never got married, 49,0% had children, 97,4% lived with their families, 68,6% lived in towns. As many as 63,7% of the patients lived on pension, and 8,8% on social benefits. Generally we can say that it was a group of an average financial situation (51,0%). The average number of hospitalizations among the subjects reached almost 8 times (7,9%). A survey of remission periods showed that most of the patients (52,9%) were hospitalized during the last year. Only in 17,6% of the patients the remission period was 2–3 years.

Social support in this study was tested in four groups: close family, distant family, acquaintances, and medical staff. The scale comprised statements related to four types of support: informative, instrumental, evaluative and emotional<sup>(5)</sup>. Analyses of the levels of social support in the groups indicate that the patients received average support both from close and distant families, and also from medical staff. The highest social support was that received from their close families (52,46) and medical staff (62,03), whereas the lowest – from their acquaintances (72,03).

Informative support consists in an exchange, during interaction, of all information which supports a better understanding of the problem. It is often called a cognitive support. It also consists in supplying of feedback information about the efficacy of various remedial measures undertaken by the supported person. Analysis of informative support in all groups yielded average results. The highest information support was that obtained from their close family (13,17), lower classified was medical staff (14,77) and acquaintances (17,22), and the lowest – distant family (17,42).

Instrumental support is sort of a training consisting of transferring the information about concrete ways of conduct, development of effective remedial behaviours. This support may assume a form of exchange of the ways of conduct, acquisition of information and material goods. The patients obtained the highest instrumental support from their close families (12,59). These people declared that their family and friends took care of them when they needed it, although they seldom organized contacts with other people for them. The average instrumental support from medical staff reached 15,88 points. The lowest support obtained by the patients was that from their acquaintances (18,72).

The highest evaluative support according to the patients was that obtained from their close family (16,58), medical staff (17,54), and then distant family (19,88).

The last component of support is emotional support. This is the transmission, in contact with another person, of sustaining and soothing emotions, showing the concern and interest, and mostly positive attitude to the supported person. According to the results of the study we can state that the patients received the highest emotional support from their close family (10,13); in case of distant families,

i personelu medycznego uzyskano wynik przeciętny. Średnia wsparcia emocjonalnego udzielanego przez pracowników medycznych wyniosła 13,83 punktu. Na dalszych miejscach znalazło się wsparcie otrzymywane od dalszej rodziny (15,49) i od znajomych (16,22). Poziom globalnego wsparcia społecznego przedstawiono w tabeli 1. Średnia grupy to przeciętny poziom wsparcia społecznego (62,26). Odchylenie standardowe stanowi ponad 19% wartości średniej, co świadczy o zróżnicowaniu wyników. Średnia globalnego wsparcia informacyjnego wyniosła 15,64, instrumentalnego 16,23, wartościującego 18,46, emocjonalnego 13,92.

Badając globalne wsparcie społeczne, a później poczucie koherencji, dokonano analizy porównawczej ze względu na zmienne socjodemograficzne (płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, posiadanie dzieci, ilość hospitalizacji, obecność choroby psychicznej oraz relacje w rodzinie). Najwyższe wsparcie społeczne badani otrzymywali w wieku 60 lat, najniższe do 30. roku życia. Podobnie ze wsparciem instrumentalnym i emocjonalnym – najwyżżej oceniane było w wieku 60 lat, najniżej między 30. a 39. rokiem życia. Kobiety i mieszkańcy miasta otrzymywali wyższe wsparcie społeczne, natomiast na wsi zaobserwowano wyższe wsparcie wartościujące. Najwyższe wsparcie otrzymywali badani legitymujący się wykształceniem wyższym, hospitalizowani 4–5 razy, najniższe odnotowano w trakcie pierwszorazowej hospitalizacji. Wyższe wsparcie społeczne otrzymywali chorzy, którzy deklarowali, że ich relacje w rodzinie są bardzo dobre, niższe z kolei te osoby, które twierdziły, że w rodzinie przeważają konflikty.

Zdaniem Antonovsky'ego poczucie koherencji (*sense of coherence*, SOC) jest głównym czynnikiem psychologicznym sprzyjającym zdrowiu i pełni ono funkcję kluczowej zmiennej dla ochrony i przywracania zdrowia. W celu zbadania poziomu SOC u osób z rozpoznaniem schizofrenii wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 (tabela 2). Kwestionariusz zawiera 29 pytań, które odnoszą się do poszczególnych komponentów poczucia koherencji, czyli zrozumiałości, zaradności i sensowności<sup>(3)</sup>.

acquaintances and medical staff an average result was obtained. The average emotional support from medical staff reached 13.83 points. Further in turn was the support obtained from distant families (15.49) and from acquaintances (16.22). The level of the global social support is presented in table 1. The group's mean value is an average level of social support (62.26). Standard deviation constitutes over 19% of the mean value, which indicates differentiation of results. The mean global information support reached 15.64, instrumental 16.23, evaluative 18.46, and emotional 13.92.

Testing the global social support, and later a sense of coherence, a comparative analysis was carried out in respect of sociodemographic variables (gender, residence place, education, having children, number of hospitalizations, presence of mental illness and family relationships). The highest social support was obtained by the subjects aged 60 years, the lowest – up to the age of 30. A similar situation applies to instrumental and emotional support: evaluated as the highest was that at the age of 60 years, the lowest – between the age of 30 and 39. Women and inhabitants of the town obtained a higher social support, whereas in the country a higher evaluative support was observed. The highest support was obtained by patients with higher education, hospitalized for 4–5 times, whereas the lowest support was noted during the first hospitalization. A higher social support was obtained by those patients who declared that their family relationships were very good, while lower – by those who said that conflicts prevailed in their families.

According to Antonovsky's, the sense of coherence (SOC) is the main health-supporting psychological element and it functions as the key variable for health protection and restoring. The Life Orientation Questionnaire SOC-29 was used to test the SOC level in patients with diagnosed schizophrenia (table 2). The questionnaire contains 29 questions which refer to individual components of the sense of coherence, manageability and meaningfulness<sup>(3)</sup>. The subjects are people with average level of SOC (122.4).

Pozycja <i>Item</i>	Społeczne <i>Social</i>	Informacyjne <i>Informative</i>	Instrumentalne <i>Instrumental</i>	Wartościujące <i>Evaluative</i>	Emocjonalne <i>Emotional</i>
<b>N</b>	102	102	102	102	102
<b><math>\bar{X}</math></b>	64,26	15,64	16,23	18,46	13,92
<b>SD</b>	12,483	3,617	3,249	3,615	3,541
<b>Ufność –95,0%</b> <i>Confidence –95,0%</i>	61,81	14,93	15,59	17,75	13,22
<b>Ufność +95,0%</b> <i>Confidence +95,0%</i>	66,71	16,36	16,87	19,17	14,61
<b>Mediana</b> <i>Median</i>	64,3	15,6	16,3	18,6	13,5
<b>Minimum</b> <i>Minimum</i>	39,5	8,0	10,0	10,0	6,0
<b>Maksimum</b> <i>Maximum</i>	95,0	24,0	24,0	29,0	21,8

Tabela 1. Wsparcie globalne – statystyki  
Table 1. Global support – statistics

Wyniki Results	SOC		Zrozumiałość Comprehensibility		Zaradność Manageability		Sensowność Meaningfulness	
	Liczba Number	%	Liczba Number	%	Liczba Number	%	Liczba Number	%
Niskie Low	21	20,6	25	24,5	26	25,5	14	13,7
Przeciętne Average	69	67,6	50	49,0	69	67,6	78	76,5
Wysokie High	12	11,8	27	26,5	7	6,9	10	9,8
<b>N ważnych</b> N valid	102		102		102		102	
<b>Średnia</b> Medium	122,4		42,9		41,5		38,0	
<b>Odchylenie standardowe</b> Standard deviation	28,5658		11,7239		11,5130		8,7540	
<b>Ufność –95%</b> Confidence –95%	116,80		40,63		39,24		36,26	
<b>Ufność +95%</b> Confidence +95%	128,02		45,23		43,76		39,70	
<b>Minimum</b> Minimum	126,5		43,0		43,0		39,0	
<b>Maksimum</b> Maximum	48,0		18,0		13,0		12,0	
<b>Mediana</b> Median	182,0		71,0		66,0		55,0	

Tabela 2. Wyniki ogólne poczucia koherencji (SOC)

Table 2. Overall results of sense of coherence (SOC)

Badani to osoby o przeciętnym poziomie SOC (122,4). Odchylenie standardowe stanowi ponad 23% wartości średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników. Poczucie zrozumiałości pacjentów kształtowało się na poziomie przeciętnym (42,9). Odnosi się ono do zakresu, w jakim jednostki odbierają napotymane bodźce napływające ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego jako posiadające sens poznawczy, jako uporządkowaną, spójną informację, która jest przewidywalna. Poziom zaradności określa, jak ludzie postrzegają fakt, że mają do dyspozycji odpowiednie środki do sprostania wymaganiom stawianym przez bodźce. Badani to osoby o przeciętnym poziomie zaradności (41,5). Zdaniem Antonovsky'ego najważniejszą składową poczucia koherencji stanowi sensowność, która motywuje do podejmowania wysiłku rozwiązywania problemów oraz radzenia sobie z nimi. Wynik poczucia sensowności w niniejszym badaniu również jest przeciętny (38,0). Najwyższe poczucie koherencji prezentowali pacjenci w wieku 60 lat. Zrozumiałość najwyżej oceniali respondenci w wieku 30–39 lat, zaradność – 30 lat, a sensowność – 30–39 lat. Wyższe wyniki prezentują kobiety. Najwyższe poczucie koherencji posiadali badani hospitalizowani 4–5 razy, mający bardzo dobre relacje z członkami rodziny.

Wsparcie społeczne i silne poczucie koherencji umożliwiają chorym poradzenie sobie z każdą trudną sytuacją, nawet chorobą przewlekłą. Pozytywny emocjonalny kontakt z drugim człowiekiem pozwala cieszyć się dłuższym, zdrowszym i szczęśliwszym życiem. Głównym celem

Standard deviation constitutes over 23% of the mean value, which points to a high differentiation of results. The patients' sense of comprehensibility was at the average level (42.9). It refers to the range in which individuals perceive stimuli coming from internal and external environment as those having a cognitive sense, as arranged, coherent information which is predictable. The level of manageability determines how people perceive the fact that they have appropriate means to meet the requirements posed by the stimuli. The subjects are people having an average level of manageability (41.5). In Antonovsky's opinion, the most important component of the sense of coherence is meaningfulness which motivates to take up an effort to solve problems and cope with them. The result of the sense of meaningfulness in this study is also average (38.0). The highest sense of coherence was presented by patients aged 60. Comprehensibility was assessed highest by respondents aged 30–39 years, manageability – 30 years, and meaningfulness – 30–39 years. Women present higher results. The highest sense of coherence was that of patients hospitalized 4–5 times, having very good relationships with the family members.

Social support and strong sense of coherence enable the patients coping with every difficult situation, even a chronic illness. A positive emotional contact with another person allows to enjoy a longer, healthier and happier life. The main objective of the studies was to determine the relationships between the level of the sense of coherence and components of social support. The sense of coherence was

	<b>Wsparcie</b> <i>Support</i>	<b>N</b>	<b>R</b>	<b>t(N-2)</b>	<b>Poziom p</b>
<b>SOC</b>	Spoleczne <i>Social</i>	102	<b>0,2095</b>	<b>2,1424</b>	<b>0,0346</b>
	Informacyjne <i>Informative</i>	102	0,1543	1,5618	0,1215
	Instrumentalne <i>Instrumental</i>	102	0,1917	1,9534	0,0536
	Wartościujące <i>Evaluative</i>	102	0,1748	1,7754	0,0789
	Emocjonalne <i>Emotional</i>	102	0,1386	1,3994	0,1648
<b>Zrozumiałość</b> <i>Comprehensibility</i>	Spoleczne <i>Social</i>	102	0,0179	0,1793	0,8580
	Informacyjne <i>Informative</i>	102	0,0417	0,4178	0,6770
	Instrumentalne <i>Instrumental</i>	102	0,1695	1,7195	0,0886
	Wartościujące <i>Evaluative</i>	102	0,1039	1,0448	0,2986
	Emocjonalne <i>Emotional</i>	102	-0,0512	-0,5125	0,6094
<b>Zaradność</b> <i>Manageability</i>	Spoleczne <i>Social</i>	102	<b>0,2990</b>	<b>3,1334</b>	<b>0,0023</b>
	Informacyjne <i>Informative</i>	102	<b>0,2562</b>	<b>2,6501</b>	<b>0,0094</b>
	Instrumentalne <i>Instrumental</i>	102	<b>0,2848</b>	<b>2,9707</b>	<b>0,0037</b>
	Wartościujące <i>Evaluative</i>	102	<b>0,2401</b>	<b>2,4734</b>	<b>0,0151</b>
	Emocjonalne <i>Emotional</i>	102	0,1923	1,9594	0,0529
<b>Sensowność</b> <i>Meaningfulness</i>	Spoleczne <i>Social</i>	102	<b>0,2306</b>	<b>2,3696</b>	<b>0,0197</b>
	Informacyjne <i>Informative</i>	102	<b>0,2498</b>	<b>2,5798</b>	<b>0,0113</b>
	Instrumentalne <i>Instrumental</i>	102	<b>0,2456</b>	<b>2,5339</b>	<b>0,0128</b>
	Wartościujące <i>Evaluative</i>	102	<b>0,2631</b>	<b>2,7266</b>	<b>0,0076</b>
	Emocjonalne <i>Emotional</i>	102	<b>0,2504</b>	<b>2,5868</b>	<b>0,0111</b>

Tabela 3. Korelacje poczucia koherencji (SOC) i wsparcia społecznego  
Table 3. Correlation between sense of coherence (SOC) and social support

badań było określenie związków pomiędzy poziomem poczucia koherencji i składowymi wsparcia społecznego. Poczucie koherencji pozostawało w istotnej statystycznie niskiej korelacji ze wsparciem społecznym (tabela 3). Wraz ze wzrostem poczucia koherencji wzrastają wyniki wsparcia: ze wzrostem zaradności i sensowności – wyniki wsparcia informacyjnego, instrumentalnego; ze wzrostem zaradności – wyniki wsparcia wartościującego; ze wzrostem sensowności – wyniki wsparcia społecznego.

## OMÓWIENIE

Schizofrenia stanowi jeden z podstawowych problemów psychiatrii klinicznej i poważny problem społeczny. Wskazuje na to jej znaczne rozpowszechnienie oraz niepewne

in a statistically significantly low correlation with social support (table 3). With an increase in the sense of coherence the support results increase: with an increase in manageability and meaningfulness – results of informative, instrumental support; with an increase in manageability – results of evaluative support; with an increase in meaningfulness – results of social support.

## DISCUSSION

Schizophrenia constitutes one of the basic problems of clinical psychiatry and a serious social problem. This points to its prevalence and uncertain and disadvantageous prognosis in many patients, despite a significant progress of knowledge about this disorder and possible

i niekorzystne rokowanie u znaczącej części chorych, pomimo istotnych postępów w zakresie wiedzy o tym zaburzeniu i możliwości terapii<sup>(1)</sup>. Negatywne następstwa choroby prowadzą zarówno do obniżonego funkcjonowania w środowisku, jak i zmniejszenia satysfakcji z życia. Następstwa w kategoriach obiektywnej oceny funkcjonowania odnoszą się do zaburzeń adaptacji życiowej w wymiarze somatycznym, osobowym i społecznym. Charakterystyczne cechy defensywnego stylu życia to: wycofanie, bierność, ograniczanie sposobu wyrażania emocji, zmniejszenie zainteresowań oraz potrzeb<sup>(1)</sup>.

Schorzenie to od lat pozostaje w kręgu dużego zainteresowania licznej grupy badaczy. Podejmowane badania dotyczą wielu aspektów schizofrenii: etiologii, diagnostyki, farmakoterapii, poczucia koherencji oraz oczekiwanego i otrzymywanego wsparcia społecznego. Każdy człowiek przyjmuje inną postawę, budowaną w wyniku indywidualnych doświadczeń, oczekuje więc różnorodnego wsparcia, które niewątpliwie wpływa na jego stosunek wobec choroby. Antonovsky zauważył ścisły związek między poczuciem koherencji a stanem zdrowia. Według badacza nasilenie SOC jest głównym czynnikiem psychologicznym odpowiadającym za stan zdrowia lub występowanie choroby. Ludzie odznaczający się silnym SOC potrafią uruchomić swoje potencjalne zasoby odpornościowe w większym stopniu niż ci, którzy cechują się niskim poziomem tej zmiennej. Osoba z silnym poczuciem koherencji sama dobiera odpowiednią i najlepszą jej zdaniem metodę walki ze stresem, natomiast człowiek o słabym SOC będzie częściej uruchamiać mechanizmy obronne, które zniekształcają obiektywny odbiór rzeczywistości, a także będzie dążyć do unikania konfrontacji ze stresem<sup>(4)</sup>.

W prezentowanym badaniu wzięły udział 102 osoby z rozpoznaniem schizofrenii. Celem niniejszej pracy było określenie związku pomiędzy zapotrzebowaniem na wsparcie społeczne a poziomem poczucia koherencji jako wykładnika skuteczności w terapii. Wsparcie społeczne w niniejszym badaniu doświadczane przez chorych na schizofrenię kształtowało się na poziomie przeciętnym. Identyczne wyniki przedstawiła Chuchra<sup>(6)</sup>. Wśród badanych najwyższym ocenianym wsparciem było wsparcie emocjonalne. Osoby będące oparciem dla respondentów to bliższa rodzina i personel medyczny. Uzyskane wyniki potwierdzają badania przedstawione przez Wciórka, według których stosunek najbliższej rodziny do chorych na schizofrenię jest częściej pozytywny niż negatywny. Znajomi i dalsza rodzina udzielali najmniejszego wsparcia. Chorym przypisuje się jedną z trzech ról wyznaczających im funkcję biernego członka, partnera lub podopiecznego oraz oczekiwania wobec nich. Wciórka podkreśla, że osoby chore psychicznie są częściej krzywdzone i wyśmiewane. Według autorki stosunek do chorych na schizofrenię zależy od wiedzy ogólnej na temat tego zaburzenia albo własnych doświadczeń wynikających z kontaktów z chorymi. Bezpośrednie zetknięcie z osobą chorą wywołuje u ludzi bezradność, zakłopotanie, strach. W świadomości Polaków nadal dominuje

therapies<sup>(1)</sup>. Negative consequences of the illness lead both to decreased functioning in the environment and decreased satisfaction with life. Consequences in categories of objective evaluation of functioning refer to disorders in life adaptation in somatic, personal and social dimension. Characteristic traits of the defensive lifestyle are: withdrawal, passivity, limited was of expressing emotions, decreased interests and needs<sup>(1)</sup>.

This disorder for years has aroused many researchers' interest. The undertaken studies refer to many aspects of schizophrenia: aetiology, diagnostics, pharmacotherapy, sense of coherence and expected and received social support. Every human being assumes a different attitude constructed in result of individual experiences, so a diversified support is expected, which no doubt affects his attitude to the disorder. Antonovsky noticed a strict correlation between the sense of coherence and health condition. According to that researcher, the level of SOC is the main psychological factor accounting for the health condition or occurrence of the disorder. People characterized by a strong SOC can launch their potential immunity resources to a higher extent than those characterized by a low level of that variable. A person with a strong sense of coherence chooses an appropriate and best method of overcoming stress, whereas someone with a poor SOC would more frequently launch defensive mechanisms which distort objective perception of reality, and will aim at avoiding the confrontation with stressor<sup>(4)</sup>.

One hundred and two people with diagnosed schizophrenia took part in the presented study. This study was aimed at determining the correlation between the need for social support and level of the sense of coherence as an efficacy exponent in therapy. Social support in this study experienced by patients with schizophrenia, was at an average level. Identical results were presented by Chuchra<sup>(6)</sup>. The subjects assessed emotional support highest. People who support the respondents belong to their close family and medical staff. The obtained results confirm the studies presented by Wciórka, according to which the closest family's attitude to schizophrenic patients is more often positive than negative. Acquaintances and distant family gave the least support. The patients are ascribed one of three roles determining for them the function of a passive member, partner or charge, and expectations towards them. Wciórka emphasizes that mentally ill patients are more often harmed and ridiculed. According to the author, the attitude to schizophrenic patients depends on the general knowledge about this disorder or one's own experiences resulting from contacts with the patients. Direct contact with a patient arouses helplessness, embarrassment and fear. In the Poles' awareness, the mental illness stereotype still prevails<sup>(2)</sup>. The patients usually expected emotional support which they defined as words or gestures signifying that they can always rely on a given person, raise her/his spirits, and sense of closeness. This type of support was evaluated by them highest, and they got it from their family and friends.

stereotyp choroby psychicznej<sup>(2)</sup>. Badani najczęściej oczekiwali wsparcia emocjonalnego, które określili jako słowa lub gesty mówiące o tym, że zawsze mogą liczyć na daną osobę, podtrzymywanie na duchu oraz uczucie bliskości. Ten rodzaj wsparcia był przez nich najwyżej oceniany i dostarczali im go najbliżsi.

Podobnie ze wsparciem informacyjnym oraz instrumentalnym. Najwięcej wsparcia instrumentalnego, które polegało na udzielaniu pomocy przy wykonywaniu czynności codziennych, prac domowych czy radzeniu sobie z objawami choroby, badani również otrzymywali od bliskiej rodziny i personelu medycznego. Wynik ten mógł wiązać się z faktem, że co trzeci respondent był w przedziale wiekowym 50–60 i więcej lat – osoby te są mniej sprawne ruchowo, a zatem potrzebują większej pomocy przy czynnościach dnia codziennego. Dodatkowo wpływ mogła mieć sama choroba, a zwłaszcza deficyty poznawcze. Wsparcie informacyjne natomiast to udzielanie porad, informacji. Ten rodzaj wsparcia także dawała badanym bliska rodzina i personel medyczny; to do ich wskazówek stosowali się chorzy. Wsparcie wartościujące kształtowało się na niskim poziomie. Można stwierdzić, że było ono słabym komunikatem, że badani są dla otoczenia osobami ważnymi, znaczącymi. Najwyższe wsparcie wartościujące chorzy otrzymali od bliższej rodziny, najniższe od znajomych. Wyniki badań dowiodły, że właściwa postawa najbliższych, bliskość, prawidłowe relacje w rodzinie, zrozumienie i akceptacja są dla osoby chorej najważniejsze. W pracach innych autorów uzyskano odmienne wyniki. Chuchra<sup>(6)</sup> w swoich badaniach wykazała, że pacjenci z zaburzeniami psychicznymi otrzymują wsparcie wartościujące na średnim poziomie, nie doświadczają zaś wsparcia emocjonalnego, informacyjnego oraz instrumentalnego. Chorzy mają poczucie wsparcia od rodzeństwa i nauczycieli, natomiast nie okazują im go rodzina oraz sąsiedzi. Pommersbach<sup>(7)</sup> w swoich badaniach uzyskał podobne wyniki jak Chuchra<sup>(6)</sup> – stwierdził, że najbardziej zaburzeni chorzy na schizofrenię polegałi także na osobach spoza rodziny, natomiast mniej zaburzeni opierali się na najbliższych członkach rodziny. Brown<sup>(8)</sup> badał zależność pomiędzy domownikami, wsparciem społecznym i zdrowiem psychicznym ludzi ze schizofrenią. Wyniki jego obserwacji sugerują silne pragnienie tych chorych, by żyć we własnym domu. Badacz udowodnił, że respondenci, wiedząc, że do czegoś należą, czuli się bezpiecznie i co najważniejsze – mieli większe możliwości utrzymywania wspierających relacji społecznych. Rozbieżność między wynikami prezentowanymi w niniejszej pracy oraz w badaniach innych autorów można tłumaczyć rodzajem więzi i zależności panujących w otoczeniu chorego oraz poziomem funkcjonowania społecznego przed chorobą, jak i w czasie jej trwania, a także postawą otoczenia wobec badanych i postawą samych pacjentów wobec choroby.

Górna<sup>(1)</sup> wspomina o czynnikach prognostycznych w funkcjonowaniu społecznym chorych na schizofrenię. Autorka podaje, że przy coraz większych możliwościach dostawiania opieki i wsparcia (w szerokim rozumieniu) we

The situation with informative and instrumental support is similar. Most of instrumental support which consisted in giving help with everyday activities, housework, or coping with symptoms of the disorder, was also offered by the close family and medical staff. This result could be associated with the fact that every third respondent was aged 50–60 and more years – these people are less physically fit, so they need more help in everyday activities. Additionally, the disorder as such could have an impact, especially cognitive deficits. Informative support, on the other hand, consists in giving advice or information. Besides, the patients received this type of support also from their close family and medical staff; it was their guidelines that the patients obeyed.

Evaluative support was at a low level. We could state that it was a poor message that the subjects are important people for the environment. The highest evaluative support was obtained by the patients from their closest families, and the lowest – from their acquaintances. The results of the studies prove that the family and friends' proper attitude, closeness, correct family relationships, understanding and acceptance are most important for the patient. Different results were obtained in studies carried out by other authors. Chuchra<sup>(6)</sup> in her studies demonstrated that patients with mental disorders obtain evaluative support at an average level; they do not experience any emotional, informative and instrumental support. The patients have support from their siblings and teachers, but they do not get it from their families and neighbours. Pommersbach<sup>(7)</sup> in his studies obtained results similar to those obtained by Chuchra<sup>(6)</sup> – he said that the most disturbed schizophrenic patients relied also on people who do not belong to their family, whereas those less disturbed relied on the closest members of the family. Brown<sup>(8)</sup> tested the correlation between household members, social support and mental health of schizophrenic patients. The results of his observations suggest these patients' strong wish to live in their own house. The researcher proved that the respondents, knowing that they belong to something, felt safe and, most importantly, they had more possibilities to maintain supporting social relationships. The discrepancy between the results presented in this study and in the studies performed by other authors may be accounted for by the type of attachment and correlations prevalent in the patient's environment and the level of social functioning before the disorder and while it lasts as well as the environment's attitude towards the subjects and the patients' attitude to the disorder.

Górna<sup>(1)</sup> mentions prognostic factors in schizophrenic patients' social functioning. The author says that with higher and higher possibilities of adjusting the care and support (perceived comprehensively) in the early period of the disorder, both for the patients and their families, the factors associated with treatment will more and more contribute to successful prognosis.

According to performed studies, Żołnierczuk-Kieliszek<sup>(9)</sup> says that schizophrenic patients experienced compassion



wczesnym okresie choroby, zarówno dla pacjentów, jak i ich rodzin, czynniki związane z leczeniem będą odgrywały coraz większą rolę w pomyślnej prognozie.

Zołnierzuk-Kieliszek<sup>(9)</sup> na podstawie przeprowadzonych badań podaje, że chorzy na schizofrenię spotykają się ze współczuciem najbliższych i akceptacją ich choroby przez rodzinę, natomiast w dalszym otoczeniu społecznym z akceptacją i obojętnością. Barbaro<sup>(10)</sup> pisze, że o niedostosowaniu wsparcia do potrzeb chorego może świadczyć rodzaj postawy i zachowanie najbliższej rodziny wobec pacjenta. Często badanym wyznacznikiem stosunku wobec chorego jest wskaźnik ekspresji emocjonalnych. Z wysokim poziomem tego wskaźnika wiąże się najczęściej nasilenie uwag krytycznych, nadmierne uwikłanie emocjonalne, wrogość i odrzucenie. Z badań wynika, że niekorzystne jest także nadmierne wsparcie, może ono bowiem sprzyjać osłabieniu motywacji do samodzielności i uzależnieniu od innych, obniżać samoocenę oraz powodować poczucie zależności<sup>(11)</sup>. Paradowska-Trzos<sup>(12)</sup> w swoich obserwacjach stwierdziła związek pomiędzy stylem poznawczym a postrzeganiem poziomu wsparcia w chorobach afektywnych. Związek ten był najsilniejszy w grupie pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową. W obydwu grupach chorych najsilniejsze były korelacje dotyczące wsparcia emocjonalnego.

Wsparcie odgrywa ważną rolę w poprawie jakości życia w wymiarze stanu psychicznego, funkcjonowania społecznego i zadowolenia z życia<sup>(11)</sup>, co zostało udowodnione w wielu pracach. Pacjenci przewlekle chorujący psychicznie wykazują liczne trudności w funkcjonowaniu społecznym. Konsekwencją tego jest ich materialne i socjalne upośledzenie oraz marginalizacja, aż do społecznego wykluczenia. Zjawiskom tym można zapobiegać poprzez programy rehabilitacji i wsparcia społecznego<sup>(11)</sup>, które jednakże powinno się stosować dopiero po ich dopasowaniu do indywidualnego pacjenta i przygotowaniu w jego środowisku domowym. Bronowski<sup>(13)</sup> w swych badaniach udowodnił, że uczestnictwo w programach wsparcia zabezpiecza przed hospitalizacjami.

Kolejnym krokiem w badaniu było poddanie analizie SOC wśród chorych na schizofrenię. Poczucie koherencji, wywodzące się z teorii salutogenezy, jest jednym z czynników (uważanym za prozdrowotny) mających korzystny wpływ na radzenie sobie z różnego rodzaju chorobami. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że badani to osoby o przeciętnym poziomie poczucia koherencji. Najwyższe wyniki uzyskano w poczuciu zrozumiałości, dalej w sensowności, najniższe w zaradności. Chorzy słabo dysponowali zatem środkami i zasobami, które mogłyby aktywnie wpływać na bieżącą sytuację, chorobę czy radzenie sobie z następstwami schizofrenii. Zgodnie z podziałem Antonovsky'ego<sup>(4)</sup> na ludzi mających silne i słabe poczucie koherencji badanych zaliczamy do typu, który jest skłonny do oddania swojego życia w ręce innych oraz zakładania, że raczej nic im już nie pomoże, a czasem nawet do rezygnacji. Najwyższe SOC prezentowali pacjenci hospitalizowani 4–5 razy oraz mający bardzo dobre stosunki

from their families and friends as well as acceptance of their illness by their families, but in their distant social environment they met acceptance and indifference. Barbaro<sup>(10)</sup> wrote that a failure to adjust support to the patient's needs may be reflected in the type of the closest family's attitude and behaviour towards the patient. Not infrequently, the determinant of the attitude to the patient is the emotional expressions indicator. Usually, associated with a high level of this indicator are: enhanced critical comments, excessive emotional entanglement, hostility and rejection. The studies indicate that excessive support is also disadvantageous, because it may decrease the motivation to self-reliance and dependence on others, decrease self-estimation and cause a sense of dependence<sup>(11)</sup>. Paradowska-Trzos<sup>(12)</sup> in her observations found a correlation between the cognitive style and perception of the level of support in affective diseases. This correlation was strongest in the group of patients with unipolar affective disease. In both groups of patients the correlations related to emotional support were the strongest.

Support plays an important part in improvement of the quality of life in the dimension of mental and social functioning as well as satisfaction with life<sup>(11)</sup>, which was proven in many studies. Chronically mentally ill patients exhibit many difficulties in social functioning. A consequence is their material and social impairment and marginalization, as far as social exclusion. Such phenomena may be prevented by programmes of rehabilitation and social support<sup>(11)</sup>, which, however, should be used only after they are adjusted to individual patient and prepared in his home environment. Bronowski<sup>(13)</sup> in his studies proved that participation in support programmes protects against hospitalizations.

A consecutive step in the study was subjecting schizophrenic patients to SOC analysis. The sense of coherence coming from the theory of salutogenesis is one of the factors (considered as health promoting) having an advantageous influence on coping with various types of diseases. According to the obtained results we can state that the subjects are people with an average level of the sense of coherence. The highest results were obtained in the sense of comprehensibility, next in meaningfulness, and the lowest in manageability. The patients had too little means and resources to actively affect the current situation, disorder or coping with the consequences of schizophrenia. According to Antonovsky's division<sup>(4)</sup> into people having a strong and weak sense of coherence, the subjects are counted among the type which is prone to give their life into the hands of other people and assume that nothing can help them, or sometimes even to resignation. The highest SOC was presented by patients hospitalized 4–5 times and having very good relationships with their family. Słowik<sup>(14)</sup> in his studies proved that when the sense of coherence (and all its components) is weaker, experiencing of negative emotions reaches a higher level, which is manifested in a higher anxiety, apprehension and higher

z rodziną. Słowik<sup>(14)</sup> w swoich badaniach dowiódł, że gdy poczucie koherencji (i wszystkie jej składowe) jest słabsze, przeżywanie emocji negatywnych osiąga wyższy poziom, co przejawia się większym lękiem, niepokojem oraz wyższym poziomem depresji. Opierając się na swoich obserwacjach, badacz stwierdził, że silniejsze poczucie koherencji może się przyczynić do lepszej adaptacji chorego somatycznie do stresu związanego z chorobą.

Na poziom poczucia koherencji w grupie pacjentów ze schizofrenią istotny wpływ miało miejsce zamieszkania i wykształcenie badanych. Wyniki analiz w tym zakresie potwierdzają założenia koncepcji Antonovsky'ego o zasobach psychospołecznych, takich jak wykształcenie czy stabilna sytuacja życiowa – osoby z wyższym wykształceniem oraz żyjące w stałym związku wykazują wyższy poziom poczucia koherencji<sup>(14)</sup>. W toku dalszych badań własnych analizowano zależność między poziomem SOC i jego składowych a poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego. Silne poczucie koherencji pozostawało w istotnej statystycznie niskiej korelacji ze wsparciem. Wraz ze wzrostem poczucia koherencji wzrastają również wyniki wsparcia – najwyższe mieli badani o wysokim SOC. Na podstawie badania zależności składowej SOC – zaradności – oraz wsparcia można stwierdzić, że wyniki wsparcia informacyjnego i instrumentalnego wzrastają wraz ze wzrostem zaradności. Badani, uzyskując wsparcie informacyjne i instrumentalne, sprzyjające lepszemu zrozumieniu sytuacji, położenia życiowego, potrafili dostrzec swoje mocne strony, aby móc sprostać przeciwnościom. Podobnie w przypadku poczucia sensowności: wraz z jego wzrostem wzrastają wyniki wsparcia informacyjnego i instrumentalnego – najwyższe wyniki uzyskały osoby o wysokim poczuciu sensowności. Chorzy ci mieli tak dużą motywację, że po otrzymaniu odpowiedniego instruktażu i informacji mogli poradzić sobie z chorobą i jej następstwami. Wraz ze wzrostem zaradności wzrastały wyniki wsparcia wartościującego. Wyniki badań określających poczucie koherencji w odniesieniu do otrzymywanego wsparcia w schizofrenii wskazują, że określenie zapotrzebowania na dane rodzaje wsparcia oraz ich dostosowanie mogą mieć znaczący wpływ na lepsze funkcjonowanie społeczne pacjentów ze schizofrenią oraz skuteczniejsze radzenie sobie z następstwami tej choroby. Wsparcie i silne poczucie koherencji pozwalają chorym poradzić sobie z obciążeniem fizycznym i psychicznym, jakim jest schizofrenia.

## WNIOSKI

1. Wsparcie społeczne doświadczane przez chorych na schizofrenię kształtuje się na poziomie przeciętnym. Poczucie wsparcia pacjenci otrzymują od bliższej rodziny i personelu medycznego, natomiast jego brak odczuwają ze strony znajomych oraz dalszej rodziny. Najwyżej ocenione zostało wsparcie emocjonalne.
2. Badani to osoby o przeciętnym poziomie poczucia koherencji. Najwyższe wyniki uzyskali w poczuciu

level of depression. By virtue of his observations, the researcher said that a stronger sense of coherence may contribute to the patient's better somatic adaptation to illness-related stress.

The level of the sense of coherence in the group of schizophrenic patients was significantly affected by the patients' residence place and education. The results of relevant analyses confirm assumptions of Antonovsky's concept about psychosocial resources, such as education or stable situation in life, people with higher education and living in permanent relationships exhibit a higher level of the sense of coherence<sup>(14)</sup>. Within further studies the correlation was tested between the level of SOC and its components and the level of obtained social support. A strong sense of coherence was in a statistically significant low correlation with support. Growing with an increase in the sense of coherence were also the results of support – the highest being those of the subjects with a high SOC. According to the study of the correlation between SOC component – manageability and support we can state that the results of informative and instrumental support increase with an increase in manageability. The subjects, obtaining informative and instrumental support favouring a better understanding of the situation, position in life, could discern their strong assets in order to be able to face up to adversities. Similarly in case of a sense of meaningfulness: with its increase also the results of informative and instrumental support are increasing. These patients had such a high motivation that having obtained appropriate instructions and information they could cope with the illness and its consequences. With an increase in manageability, the results of evaluative support were increasing. The results of the studies specifying the sense of coherence with reference to the obtained support in schizophrenia indicate that determining the demand for the given types of support and their adjustment may bear a significant influence on schizophrenic patients' better functioning and more effective coping with the consequences of that disorder. The support and strong sense of coherence allow the patients to cope with physical and mental disorder – schizophrenia.

## CONCLUSIONS

1. Social support experienced by schizophrenic patients is at an average level. The patients obtain a sense of support from their close families and medical staff, whereas its lack – from acquaintances and medical staff. Emotional support was estimated highest.
2. The subjects are people with an average level of the sense of coherence. They obtained the highest results in the sense of comprehensibility, then in meaningfulness, and the lowest – in manageability.
3. The sense of coherence was in a statistically significant low correlation with support – with an increase in the sense of coherence the results of informative and

- rozumiałości, dalej w sensowności, a najniższe w zaradności.
3. Poczucie koherencji pozostawało w istotnej statystycznie niskiej korelacji ze wsparciem – wraz ze wzrostem poczucia koherencji wzrastały wyniki wsparcia informacyjnego i instrumentalnego. Sensowność, jako składowa SOC, związana była ze wsparciem informacyjnym oraz instrumentalnym – jej wzrost powodował także wzrost tych rodzajów wsparcia. Wraz ze wzrostem zaradności wzrastały wyniki wsparcia wartościującego.
  4. Zbadanie poziomu SOC i otrzymywanego wsparcia przez chorych na schizofrenię pozwoli na określenie zapotrzebowania na dane rodzaje wsparcia społecznego oraz ich dostosowanie, co może mieć znaczący wpływ na lepsze funkcjonowanie społeczne pacjentów oraz skuteczniejsze radzenie sobie z następstwami choroby.

## PIŚMIENNICTWO:

### BIBLIOGRAPHY:

1. Górna K.: Obiektywny i subiektywny wymiar jakości życia chorych na schizofrenię po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej. Praca habilitacyjna. Wydawnictwo Naukowe AM im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2005.
2. Wciórka B., Wciórka J.: Stereotyp i dystans – choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego (1996 i 1999). *Post. Psychiatr. Neurol.* 2000; 9: 353–382.
3. Antonovsky A.: Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.): *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 1997.
4. Antonovsky A.: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia – jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. IPiN, Warszawa 2005.
5. Kmieciak-Baran K.: Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przeegl. Psychol.* 1995; 38: 201–214.
6. Chuchra M.M., Stodulska-Błaszke A.: Wsparcie społeczne w chorobach psychicznych – badania pilotażowe. *Badania nad Schizofrenią* 2006; 7: 195–200.
7. Pommersbach J.: Wsparcie społeczne a choroba. *Przeegl. Psychol.* 1988; 31: 503–525.
8. Browne G., Courtney M.: Housing, social support and people with schizophrenia: a grounded theory study. *Issues Ment. Health Nurs.* 2005; 26: 311–326.
9. Żołnierczuk-Kieliszek D., Żak B.: Społeczne konsekwencje zachorowania na schizofrenię. *Zdr. Publ.* 2002; 112: 362–366.
10. Barbaro B., Cechnicki A., Rostworowska M.: Wskaźnik ujawnianych emocji (EE) jako podstawowy wskaźnik prognostyczny w schizofrenii. *Przeegl. badań. Psychiatr. Pol.* 1986; 20: 119–126.
11. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J.: Znaczenie wsparcia społecznego dla jakości życia chorych na schizofrenię. *Psychiatr. Pol.* 2004; 38: 443–452.
12. Poradowska-Trzos M., Dudek D., Rogoż M., Zięba A.: Postrzeżenie wsparcia społecznego a styl poznawczy w chorobach afektywnych. *Psychiatr. Pol.* 2008; 42: 271–282.
13. Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S.: Charakterystyka populacji objętej środowiskowym systemem rehabilitacji i wsparcia społecznego. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43: 421–434.
14. Słowik P.: Związki między poczuciem koherencji a emocjami u chorych somatycznie. *Sztuka Leczenia* 2002; 8: 43–48.