

## Wykorzystanie kwestionariusza Manfreda Cierpki w analizie wsparcia rodzinnego u pacjentów z ostrą białaczką\*

### Manfred Cierpka questionnaire usefulness in the analysis of perception of familiar support in patients with acute leukaemia

Marcin Jabłoński, Dominika Dudek, Mariusz Furgał, Wojciech Datka,  
Andrzej Zięba

Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

#### Summary

**Aim.** The mechanisms of the impact of family support on somatic diseases are still unclear and they are subject of research. Especially little is known about the role of family relations. This study discusses the meaning of social support in somatic disorders, particularly acute leukaemia in the context of family functioning. The aim of the study is the evaluation of usefulness of the Manfred Cierpka questionnaire as the assessment tool examining social support for leukaemic patients.

**Method.** The study included 36 subjects, 21 men and 15 women, with diagnosis of acute leukaemia. The level of depression symptoms was Manfred Cierpka questionnaire usefulness in the analysis of perception of familiar support in patients with acute leukaemia by the set of questionnaires. The level of disease symptoms was established on the basis of several clinical variables and procedures, during a one year course of the disease. Family functioning and functioning of the patient within the family were evaluated by family assessment questionnaire of Cierpka.

**Results.** The result of the overall family functioning assessment in the subgroup with depressive symptoms was significantly worse than in the group without depression. There was no such difference in self assessment of the patients' functioning in the family. The scores of the family assessment questionnaire does not differentiate the group according to severity of the illness and one year mortality.

**Conclusion.** The Manfred Cierpka questionnaire is helpful as an assessment method of subjective perception of family support for leukaemic patients. The results of the family functioning questionnaire are related to the sustaining of depressive symptoms in the course of the disease. It may indicate the usefulness of early family intervention in the specific group of patients.

*Słowa kluczowe:* kwestionariusz Manfreda Cierpki, wsparcie społeczne, wsparcie rodzinne, ostra białaczka

*Key words:* Manfred Cierpka questionnaire, social support, familiar support, acute leukaemia

---

\* Badania prowadzono we współpracy z Katedrą i Kliniką Hematologii CM UJ, kierowanej przez prof. dr. hab. med. Aleksandra B. Skotnickiego.

## Wstęp

Czynnikiem istotnym w sytuacji stresowej, często poddawanych badaniom, a zarazem najmniej jasnym teoretycznie, jest wsparcie społeczne. Przypisuje się mu szczególnie ważną rolę w utrzymaniu zdrowia, zapobieganiu chorobom i wspomaganiu procesów zdrowienia [1, 2, 3, 4]. Pojęcie wsparcia społecznego pojawiło się po raz pierwszy w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku, w pracach psychologów amerykańskich [za: 5]. Wiąże się ono z istnieniem tzw. sieci społecznej, czyli powiązań jednostki z innymi ludźmi, grupami społecznymi czy wręcz całym społeczeństwem. Istnieje wiele definicji wsparcia społecznego, jednak nadal brak zgodności co do jednoznacznego określenia tego fenomenu [3]. Klasyczne definicje określają wsparcie społeczne jako liczbę osób włączonych w sieć społeczną pacjenta. Nowsze przywiązują zasadniczą wagę nie tyle do liczebności sieci społecznej, ile do jakości relacji społecznych, wzajemnej wymiany „zasobów” – środków, informacji – pomiędzy osobą wspieraną i wspierającą oraz adekwatności dostępnego wsparcia w odniesieniu do rzeczywistych potrzeb jego odbiorcy [6, 7, 8, 9]. W badaniach chorych na raka podkreśla się zarówno rolę rodziny w zakresie wsparcia społecznego, jak i fakt, że choroba nowotworowa jednego z jej członków oddziałuje w sposób szczególny na całą rodzinę [6, 10]. Istotne miejsce zajmuje też opis wzajemnych relacji małżeńskich, zmian w obszarze życia seksualnego i podziału ról w obrębie diady małżeńskiej, w związku z chorobą [4, 11]. W badaniach nad depresją w populacji chorych onkologicznych podkreślana jest zależność pomiędzy dostępnością adekwatnego wsparcia społecznego a częstością występowania i nasileniem objawów depresyjnych. Nadal poszukuje się narzędzi, które najlepiej opisywałyby subiektywne poczucie dostępności wsparcia. Autorzy są zgodni, że mechanizmy warunkujące tę zależność nie doczekały się jeszcze precyzyjnego wyjaśnienia [12, 13, 14, 15].

## Cel badania

Celem badania było określenie zależności pomiędzy subiektywną oceną funkcjonowania rodziny, rozumianej jako podstawowa grupa wsparcia pacjenta chorego na ostrą białaczkę, a obecnością depresji, ciężkością przebiegu białaczki i rokowaniem co do rocznego przeżycia.

## Material i metoda

Do badania zostali włączeni pacjenci zakwalifikowani do leczenia stacjonarnego w Klinice Hematologii CM UJ w Krakowie, z powodu ostrej białaczki, w latach 2001–2004, którzy w trakcie chemioterapii indukującej uzyskali całkowitą remisję hematologiczną (CR). Grupa ta spełniała więc podstawowe kryterium hematologiczne określające pozytywne rokowanie co do dalszego przeżycia (grupa jednorodna pod względem czynnika związanego z przebiegiem choroby i wynikami leczenia). W populacji tej możliwe było dalsze, regularne prowadzenie obserwacji w określonych przedziałach czasowych. Umożliwiły to, obowiązujące w Klinice Hematologii,

ujednolicone procedury terapeutyczne (standardy dotyczące sekwencji czasowej, dawkowania i rodzaju leków w kolejnych cyklach chemioterapii, jak również jednolite kryteria kwalifikacji do przeszczepienia szpiku). W obserwowanej grupie znalazło się trzydzieści sześć osób, w tym dwudziestu jeden mężczyzn (58,3%) i piętnaście kobiet (41,7%).

Do oceny depresji wykorzystano następujące narzędzia: Inwentarz Depresji Becka oraz jego krótką wersję – 13-itemowy Inwentarz Depresji Becka (BDI-SF, BDI-13), Skalę Depresji Hamiltona (HDRS), Skalę Ogólnej Oceny Stanu Klinicznego (CGI) i Skalę Beznadziejności Becka (HS-20).

Zakwalifikowanie pacjentów do grupy z depresją odbywało się na podstawie dynamiki przebiegu i nasilenia objawów depresyjnych w trzech kolejnych pomiarach, przeprowadzonych w 4-tygodniowych odstępach, w trakcie pierwszych trzech miesięcy leczenia hematologicznego. Podstawowym kryterium diagnostycznym było subiektywne nasilenie dolegliwości oceniane na podstawie Inwentarza Depresji Becka (dotyczące siedmiu dni poprzedzających badanie). Do badania wykorzystano skalę 21-itemową, jednak, zgodnie z zaleceniami dla badania chorych somatycznie, zliczano punkty odpowiadające skróconej wersji kwestionariusza (BDI-13), eliminując w ten sposób znaczną część pytań o dolegliwości somatyczne, na których obecność mogły wpłynąć czynniki zależne od nowotworu i przebiegu leczenia. Za kryterium rozpoznania depresji przyjęto 8 punktów. Warunkiem przydzielenia pacjenta do grupy z depresją było utrzymywanie się jej objawów w dwóch kolejnych, przeprowadzonych w odstępie 3–4 tygodni, badaniach.

Wyniki skal HDRS i CGI-S, jako skal kontrolnych, służyły zwiększeniu rzetelności i obiektywizacji wyników subiektywnych (self-report) w ostatecznej analizie statystycznej i opisie korelacji.

Za wartość graniczną dla wysokiego, charakterystycznego dla pacjentów depresyjnych, poczucia beznadziejności przyjęto 8 punktów w skali HS-20. W analizie statystycznej wykorzystano uśrednione wartości z kolejnych trzech badań.

Do badania subiektywnej oceny funkcjonowania rodziny posłużono się kwestionariuszem oceny rodziny Manfreda Cierpki. Pierwsza wersja kwestionariusza rodzinnego opracowana została w 1987 roku przez M. Cierpkę na podstawie Kwestionariusza Oceny Rodziny (Family Assessment Measure – FAM) A. Skinnera, D. Steinhauera i J. Santa-Barbary z 1984 roku. Jego polska adaptacja jest modyfikacją Familienbögen M. Cierpki i G. Frevert, opracowanego w Niemczech w 1994 roku [16, 17]. Pełny zestaw kwestionariuszy (stosowany w terapii rodzinnej) składa się z trzech zeszytów: samooceny, oceny relacji dwuosobowych i oceny rodziny. W niniejszym badaniu wykorzystywano dwa kwestionariusze, tj. samooceny oraz rodzinny, wypełniane przez pacjenta po pierwszym miesiącu leczenia hematologicznego. Arkusz samooceny składa się z 28, a arkusz rodzinny z 40 stwierdzeń (wypowiedzi). Poszczególne stwierdzenia osoba badana ocenia pod kątem zgodności z własnymi odczuciami, zachowaniami i poglądami, w odniesieniu do swojego funkcjonowania w rodzinie, relacji z jej członkami oraz sytuacji rodziny jako całości. Dla każdego stwierdzenia możliwy jest jeden z czterech wariantów odpowiedzi: „zgadza się całkowicie”, „zgadza się częściowo”, „raczej się nie zgadza” i „zupełnie się nie zgadza”. Odpowiedzią przyporządkowaną

jest punktacja w skali od 0 do 3, w której 0 oznacza stan pożądaný, a 3 – niepożądany. Wyniki we wszystkich arkuszach i wymiarach odczytuje się zgodnie z zasadą: im wyższy wynik, tym gorsze funkcjonowanie rodziny w danym wymiarze. Badanymi obszarami funkcjonowania rodziny są: wypełnianie zadań (WZ), pełnienie ról (PR), komunikacja (KOM), emocjonalność (E), zaangażowanie uczuciowe (afektywne nawiązywanie relacji – ANR), kontrola (K) oraz wartości i normy (WN), które opisywane są w odpowiednich podskalach kwestionariusza. Pomiar może odnosić się do funkcjonowania całej rodziny, diady i konkretnej osoby w ramach tej rodziny. Kwestionariusze zawierają też skalę ogólną – sumaryczną (WO) w postaci sumy wyników siedmiu podskal. Skale WZ, PR i KOM odnoszą się do poziomu behawioralnego, w odróżnieniu od skal E, ANR i K, dotyczących poziomu intrapsychnicznego, i skali WN, służącej do badania nadrzędnych struktur poznawczo-emocjonalnych osobowości związanych ze sferą moralności. Zgodnie z zaleceniami Beauvale interpretację odpowiedzi na pytania KOR można również przeprowadzić w kategoriach zadowolenia i niezadowolenia badanej osoby z uwzględnionych w kwestionariuszu aspektów funkcjonowania jej rodziny. Rodziny, do których badania służy powyższy kwestionariusz, muszą spełniać następujące warunki:

- wspólne mieszkanie z badanymi osobami;
- pozostawanie w obrębie rodziny nuklearnej (dwóch sąsiadujących pokoleń);
- możliwość zidentyfikowania wśród badanych osób społecznych ról: matki/żony/partnerki/ojca/męża/partnera/syna/córki;
- ukończenie przez badanych 14 roku życia.

W badaniu nie muszą brać udziału wszyscy członkowie rodziny, nie jest konieczne użycie wszystkich rodzajów kwestionariusza.

Ciężkość przebiegu białaczki rozumiano jako zbiór niekorzystnej kumulacji następujących zmiennych: liczby dni z gorączką, długości okresu leukopenii, nasilenia najczęstszych objawów niepożądanych chemioterapii wg skali WHO, obecności ciężkich powikłań po chemioterapii, stosowania procedur ponadstandardowych związanych z ciężkością stanu klinicznego pacjenta, stosowania leków przeciwbólowych, leków psychotropowych, w tym leków przeciwdepresyjnych.

#### Czas kolejnych obserwacji

Trzykrotnie oceniano subiektywne odczuwanie nastroju przez pacjenta (BDI), jego poczucie beznadziejności (HS-20) oraz wykonywano badania psychiatryczne (HDRS i CGI) – pierwszy raz po 4 tygodniach od rozpoczęcia leczenia hematologicznego, i potem w odstępach 4-tygodniowych. Badanie za pomocą kwestionariuszy rodzinnych M. Cierpki wykonywano jednorazowo w 3–4 tygodniu leczenia. Wszystkie badania przeprowadzano po zakończeniu kolejnych cykli chemioterapii, w okresie odbudowy hematopoezy, w stabilnym stanie somatycznym pacjentów. Dopuszczalne były indywidualne przesunięcia w czasie terminu badania  $\pm 7$ –14 dni, uwarunkowane zmiennym stanem somatycznym pacjentów oraz rytmem ich kolejnych hospitalizacji.

## Statystyczne metody opracowania wyników

Ogólnej charakterystyki badanych grup dokonano poprzez ocenę takich parametrów statystycznych, jak średnia arytmetyczna oraz odchylenie standardowe. Do oceny charakteru rozkładów badanej zmiennej posłużono się testami Lillieforsa i Shapiro–Wilka. W zależności od wyników testów normalności zastosowano odpowiednio: w przypadku przyjęcia hipotezy o rozkładzie normalnym – testy parametryczne; w przypadku odrzucenia hipotezy o rozkładzie normalnym – testy nieparametryczne. W związku z tym, w celu określenia, czy istnieją różnice w punktacjach skal (BDI-13, HDRS, HS-20), wykonano dla dwóch zależnych próbek – test kolejności par Wilcozona, dla dwóch niezależnych próbek – test U Manna–Whitneya oraz test Kołmogonowa–Smirnowa. Zmienne jakościowe porównywano za pomocą testu  $\chi^2$  – w zależności od liczebności z poprawką Yatesa ( $20 < n < 40$ , liczebności oczekiwane  $> 5$ ) oraz dokładnego testu Fishera ( $20 < n < 40$ , liczebności oczekiwane  $< 5$ ). Zależności między zmiennymi oceniano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana lub Pearsona [18, 19].

## Opis wyników pomiaru za pomocą kwestionariusza rodzinnego M. Cierpki

Zróznicowano grupy pod względem wartości wyników oceny własnego funkcjonowania w rodzinie i funkcjonowania rodziny jako całości. Porównywano grupy o wartościach pomiaru: „wyższych/niższych” niż przeciętne. Analizie statystycznej poddano również różnice w wynikach w odniesieniu do „grup wymiarów”, opisujących dwa zasadnicze poziomy funkcjonowania rodziny: behawioralny (WZ, PR, KOM) i intrapsychiczny (E, ANR, K) [2].

Mediana wieku wynosiła dla całej grupy 39,5 roku, odpowiednio: 41 lat dla mężczyzn i 37,3 roku dla kobiet. W związkach małżeńskich pozostawało w sumie dwadzieścia pięć osób (69,4%). W grupie tej znalazło się szesnastu mężczyzn i dziewięć kobiet. Stanu wolnego było dziesięć osób (30,6%), w tym pięć kobiet i pięciu mężczyzn. Jedną z badanych kobiet była wdowa. Liczebność rodzin pacjentów wahała się od 2 do 5 osób. Przewagę stanowiły rodziny składające się z czterech osób (model 2+2) – było ich szesnaście (44,5%), następne w kolejności były rodziny pięcioosobowe (2+3), których było dziewięć (25%), rodziny trzyosobowe (2+1), których było osiem (22,2%), oraz trzy bezdzietne pary małżeńskie (8,3%). Dwadzieścia cztery osoby mieszkały w mieście (66,7%), a dwanaście na wsi (33,3%). Najliczniejszą grupę stanowili ludzie z wykształceniem średnim – dziewiętnaście osób (52,8%); kolejne grupy to: z wykształceniem wyższym – siedem osób (19,4%), podstawowym – sześć (16,7%) i zawodowym – cztery osoby (11,1%). W zakresie aktywności zawodowej najliczniej reprezentowani byli ludzie czynni zawodowo – dwadzieścia osób (55,5%), następnie kolejno: uczniowie – sześć osób (16,7%), renciści – 6 (16,7%), emeryci – cztery osoby (11,1%). W badanej grupie z powodu ostrej białaczki szpikowej leczono się dwadzieścia dziewięć osób (80,5%), a z powodu ostrej białaczki limfoblastycznej siedem osób (19,5%). Przeszczepowi szpiku (BMT) w okresie obserwacji poddanych zostało pięciu pacjentów. Obecność innych chorób, przed zachorowaniem na białaczkę, zgłaszało w tej grupie piętnastu pacjentów (41,7%).

Średnie wartości pomiaru za pomocą kwestionariusza samooceny (WOs) kształtowały się na poziomie 20 punktów (zakres 3–37 punktów) i były podobne w grupach depresyjnej i bez depresji. Średnie wartości pomiaru za pomocą kwestionariusza do oceny rodziny (WOr) kształtowały się na poziomie 22,5 punktu i, w sposób istotny statystycznie, różniły się w grupach depresyjnej: mediana = 27,5, i bez depresji: mediana = 16,5 ( $p = 0,026$ ). Wyniki oceny wymiarów funkcjonowania rodziny, w poszczególnych grupach pacjentów, prezentują tabele 1–4.

Tabela 1. Wyniki oceny wymiarów funkcjonowania rodziny w obserwowanej grupie

	ŚREDNIA	MEDIANA	MINIMUM	MAKSIMUM
<b>WOr</b>	23,4	22,5	4	46
<b>Behaw-r</b>	10,9	10,0	1	22
<b>Intrapsych-r</b>	9,9	10,5	2	19
<b>WNR</b>	2,7	2,0	0	7

Tabela 2. Wyniki oceny wymiarów funkcjonowania rodziny w grupach pacjentów bez depresji i depresyjnych

BEZ DEPRESJI				DEPRESYJNI		
MEDIANA	MINIMUM	MAKSIMUM		MEDIANA	MINIMUM	MAKSIMUM
16,5	4	41	<b>WOr</b>	27,5	14	46
9,0	1	19	<b>Behaw-r</b>	12,0	5	22
6,5	2	17	<b>Intrapsych-r</b>	11,5	5	19
2,0	0	6	<b>WNR</b>	3,0	0	7

Skróty i symbole użyte w tabelach 1, 2:

**WOr** – wartość ogólna pomiaru za pomocą kwestionariusza rodzinnego

**Behaw-r** – suma oceny wymiarów behawioralnych w kwestionariuszu rodzinnym

**Intrapsych-r** – suma oceny wymiarów intrapsychicznych w kwestionariuszu rodzinnym

**WNR** – wymiar „wartości i normy” w kwestionariuszu rodzinnym

Tabela 3. Wyniki kwestionariusza samooceny w obserwowanej grupie

	ŚREDNIA	MEDIANA	MINIMUM	MAKSIMUM
<b>WOs</b>	20,8	20,0	3,000000	37,00000
<b>Behaw-s</b>	8,9	9,0	0,000000	19,00000
<b>Intrapsych-s</b>	8,6	9,0	0,000000	16,00000
<b>Wns</b>	3,1	3,0	0,000000	8,00000

Tabela 4. Wyniki kwestionariusza samooceny w grupach pacjentów bez depresji i depresyjnych

BEZ DEPRESJI				DEPRESYJNI		
MEDIANA	MINIMUM	MAKSIMUM		MEDIANA	MINIMUM	MAKSIMUM
20,0	5	37	<b>WOs</b>	19,0	3	34
9,0	3	19	<b>Behaw-s</b>	8,5	0	13
9,0	2	16	<b>Intrapsych-s</b>	8,5	0	15
3,0	0	6	<b>WNs</b>	3,0	0	8

Skróty i symbole użyte w tabelach 3. 4:

**WOs** – wartość ogólna pomiaru za pomocą kwestionariusza samooceny

**Behaw-s** – suma oceny wymiarów behawioralnych w kwestionariuszu samooceny

**Intrapsych-s** – suma oceny wymiarów intrapsychicznych w kwestionariuszu samooceny

**WNs** – wymiar „wartości i normy” w kwestionariuszu samooceny

#### Porównanie wyników badania za pomocą kwestionariusza rodzinnego i Inwentarza Depresji Becka

Zaobserwowano słabą, dodatnią korelację pomiędzy wynikami kwestionariusza rodzinnego (samooceny i oceny rodziny) a wynikami Inwentarza Depresji Becka ( $0,1 < r_{xy} < 0,3$ ). Wzajemna korelacja pomiędzy wynikami samooceny i oceny rodziny była bardzo wysoka ( $r = 0,77$ ). Korelację wyników kwestionariusza rodzinnego z wynikami Inwentarza Depresji Becka przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Korelacja wyników kwestionariusza rodzinnego z Inwentarzem Depresji Becka

	<b>WOs</b>	<b>WOr</b>	<b>BDI1</b>	<b>BDI2</b>	<b>BDI3</b>
<b>WOs</b>	1,00	0,77	0,16	0,18	0,17
<b>WOr</b>	0,77	1,00	0,27	0,19	0,20

**WOs** – sumaryczny wynik kwestionariusza samooceny M. Cierpki

**WOr** – sumaryczny wynik kwestionariusza oceny rodziny M. Cierpki

**BDI1** – pomiar depresji za pomocą Inwentarza Depresji Becka w 4 tygodniu leczenia

**BDI2** – pomiar depresji za pomocą Inwentarza Depresji Becka w 8 tygodniu leczenia

**BDI3** – pomiar depresji za pomocą Inwentarza Depresji Becka w 12 tygodniu leczenia

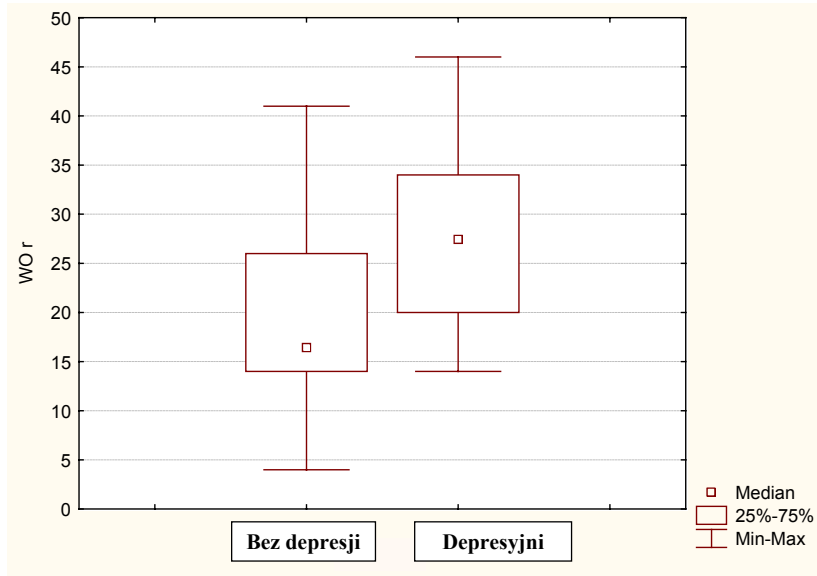
Pacjenci, określani jako depresyjni, uzyskiwali więcej punktów w kwestionariuszu rodzinnym (zgłaszali nieprawidłowe ich zdaniem funkcjonowanie rodziny w wymienionych w kwestionariuszu wymiarach) niż niedepresyjni ( $p = 0,026$ ). Analiza składowych kwestionariusza wykazała również, że zależność ta była istotna statystycznie w zakresie składowych mierzących zarówno poziom behawioralny, jakimi są: wypełnianie zadań, pełnienie ról, komunikacja ( $p = 0,046$ ), jak i poziom intrapsychiczny, którymi są: emocjonalność, afektywne nawiązywanie relacji i kontrola ( $p = 0,042$ ).

Nie wykazano różnicy w zakresie wymiaru „wartości i normy” z kwestionariusza rodzinnego. Nie zaobserwowano również różnic pomiędzy grupami w wynikach kwestionariusza samooceny. Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w rokowaniu co



do przeżycia jednego roku, jak również w ciężkości przebiegu choroby podstawowej w zależności od wyników uzyskanych w kwestionariuszu rodzinnym. Różnicę pomiędzy wynikami KOR, w grupach depresyjnej i bez depresji, przedstawia wykres 1.

Wykres 1. Różnica w ocenie wymiarów funkcjonowania rodziny (WOr) pomiędzy grupą bez depresji a grupą depresyjnych w 4 tygodniu leczenia hematologicznego ( $p = 0,026$ )



**WOr** – wartości punktowe kwestionariusza rodzinnego M. Cierpki

**Bez depresji** – grupa pacjentów, u których, na podstawie retrospektywnej analizy przebiegu klinicznego pomiędzy 4 a 12 tygodniem leczenia białaczki, nie stwierdzono objawów depresji

**Depresyjni** – grupa pacjentów, u których, na podstawie retrospektywnej analizy przebiegu klinicznego pomiędzy 4 a 12 tygodniem leczenia ostrej białaczki, stwierdzono objawy depresji

## Dyskusja

Pomimo wielu lat dociekań dotyczących roli wsparcia społecznego wydaje się ono nadal interesującym i zaskakującym obszarem badań. Najczęściej wyróżnia się cztery wymiary wsparcia społecznego:

- 1) wymiar emocjonalny, polegający na ofiarowywaniu opieki, okazywaniu zaufania, troski, bliskości, szacunku, miłości, zapewnieniu przynależności do grupy, stwarzaniu możliwości rozmowy, wysłuchaniu wszystkich obaw, potrzeb,
- 2) wymiar informacyjny, polegający na dostarczaniu choremu informacji, nauczaniu go nowych umiejętności, udzielaniu konstruktywnych rad, zakomunikowaniu o przynależności do określonego systemu wsparcia społecznego,
- 3) wymiar instrumentalny, polegający na dostarczaniu dóbr materialnych, pieniędzy, wspólnym rozwiązywaniu konkretnych zadań,
- 4) wymiar oceniający, obejmujący wyrażanie akceptacji, zrozumienia, zachęty, przekazywanie pozytywnych informacji i wspierających komunikatów [3, 6, 5, 20].



Wymienione wymiary wsparcia społecznego są ze sobą ściśle powiązane i wzajemnie uwarunkowane. Funkcjonują również trzy modele opisujące sposób, w jaki wsparcie społeczne może łagodzić szkodliwe dla zdrowia skutki stresujących wydarzeń życiowych. Model addytywny (bezpośredni), w którym wsparcie społeczne w sposób niezależny i samodzielny wpływa na proces przystosowania się pacjenta do sytuacji stresowej, model buforowy, w którym wsparcie społeczne oddziałuje na proces adaptacji w sposób pośredni, poprzez łagodzenie szkodliwego wpływu stresujących wydarzeń życiowych, i model będący kombinacją dwóch opisanych powyżej [21]. Bezpośrednie, subiektywne, ochraniające działanie wsparcia społecznego możliwe jest dzięki procesom emocjonalnym i poznawczym, które podnoszą samoocenę pacjenta, motywują go do większego wysiłku służącego przewycięzaniu problemu, redukują lęk, umożliwiają dokonanie porównań społecznych i stworzenie możliwości nadania pozytywnego znaczenia stresującemu wydarzeniu czy przeżywanym problemom i cierpieniu [22, 23, 24, 25, 26].

Niezależnie od modeli teoretycznych, rolę wsparcia społecznego próbowano określić w prospektywnych badaniach klinicznych. W wielu z nich wykazano, że gorsze rokowanie co do długości życia chorych na raka wiąże się z gorszą jakością lub mniejszą dostępnością wspierających relacji społecznych [21, 27]. Reynolds i Kaplan [28], w prospektywnej obserwacji grupy 6928 pacjentów (Alameda County Study), wykazali, że kobietom samotnym i o słabo rozwiniętej sieci społecznej grozi dwukrotnie wyższe ryzyko zachorowania i pięciokrotnie wyższe ryzyko zgonu z powodu chorób nowotworowych niż tym posiadającym liczną grupę społecznego wsparcia. Wykazano też, że pacjenci z chorobą nowotworową, pozostający w związkach małżeńskich, mają istotnie dłuższy okres przeżycia niż samotni, rozwiedzeni, owdowiali lub pozostający w separacji [4, 27, 29].

Pozytywna rola wsparcia społecznego ujawnia się w zapobieganiu rozwojowi zespołu depresyjnego, jak również w wyższej jakości życia w badanej populacji [30]. W przypadku nowotworów oszpecających wsparcie społeczne odgrywa istotną rolę częściej w grupach kobiet niż mężczyzn [31]. Zdaniem Taylor [4] istnieje też negatywny aspekt bliskiej relacji emocjonalnej między chorym na raka a jego rodziną. Kiedy człowiek przeżywa krytyczne wydarzenie życiowe, np. ciężką chorobę somatyczną, może mieć wiele osób w swoim najbliższym otoczeniu, ale przekazywana przez nie pomoc może być nieadekwatna do potrzeb lub niewłaściwie przekazywana. Co więcej, osoba doświadczająca traumatycznego stresu może nie być przygotowana do korzystania z oferowanego rodzaju wsparcia – brak kompetencji osobistych do jego przyjęcia [3, 4]. Można również wykazać, że silna więź emocjonalna z rodziną może nasilać *distres* chorego i obniżać jego samopoczucie w większym stopniu niż dotychczas sądzono. To z kolei może przekładać się w sposób niekorzystny na rokowanie w chorobie nowotworowej [4, 32, 33]. W innych badaniach zaobserwowano, że mogą istnieć bardziej i mniej korzystne dla pacjenta modele wsparcia społecznego. Na przykład aktywne zaangażowanie się w rozmowę o jego chorobie (prawidłowa komunikacja w rodzinie), jak również pomoc rodziny w znalezieniu konstruktywnych metod rozwiązywania jego problemów, przynosi większe korzyści niż przemilczanie, unikanie tematów związanych z chorobą nowotworową i nadopiekuńczość [34].

Opierając się na zaprezentowanych badaniach i niejednoznacznych doniesieniach z obserwacji klinicznych, można stwierdzić, że bycie członkiem określonej grupy społecznej (rodzina, przyjaciele, sąsiedzi, współpracownicy itp.), jak również podejmowanie przez grupę określonych działań wspierających, nie jest jednoznaczne z doświadczaniem przez chorego na nowotwór wsparcia adekwatnego do jego potrzeb. Możliwe wydaje się, że bardziej istotną rolę może mieć jego subiektywna percepcja i wartościowanie [3]. Wyniki omawianej pracy ukazują, że subiektywna ocena funkcjonowania rodziny, podstawowej grupy wsparcia, ma znaczenie w kształtowaniu sytuacji psychologicznej chorego na ostrą białaczkę. Wydaje się możliwe, że zdolność rodziny do prawidłowego wypełniania zadań i odgrywania ról może wskazywać na możliwości udzielania przez nią adekwatnego wsparcia instrumentalnego (rzeczowego) choremu na nowotwór. Percepcja tej możliwości może natomiast uwidocznić się w ocenie pacjenta w niskich wartościach punktowych kwestionariusza oceny rodziny, w podskalach określających wypełnianie zadań (WZ) i pełnienie ról (PR). Wydaje się również prawdopodobne, że zdolność rodziny do prawidłowej komunikacji może wskazywać na możliwości udzielania przez nią adekwatnego wsparcia informacyjnego choremu na nowotwór, percepcja zaś tej możliwości może uwidocznić się – w ocenie pacjenta – w niskich wartościach punktowych kwestionariusza oceny rodziny, w podskalach mierzących komunikację (KOM). W zgodzie z powyższymi założeniami, wydaje się również prawdopodobne, że sprawność rodziny w zakresie sprawowania adekwatnej kontroli, zapewniającej wsparcie emocjonalne, poczucie konstruktywności i przewidywalności, jak również spójny rodzinny system wartości i norm, mogą wskazywać na jej możliwości udzielania choremu na nowotwór adekwatnego wsparcia w wymiarze oceniającym. Percepcja tej możliwości przez pacjenta może uwidocznić się w niskich wartościach punktowych w kwestionariuszu oceny rodziny, w podskalach mierzących kontrolę (K) oraz wartości i normy (WN). Pacjenci, u których w ciągu dwumiesięcznej obserwacji zaobserwowano utrzymywanie się objawów depresji, na podstawie kwestionariusza M. Cierpki, już na samym początku obserwacji zgłaszali większe subiektywne niezadowolenie z określonych wymiarów funkcjonowania rodziny. Jeśli sprawne funkcjonowanie rodziny w poszczególnych wymiarach można rozumieć jako zapowiedź możliwości udzielenia pacjentowi określonych rodzajów wsparcia, to wynik ten potwierdza tezę o istotnym znaczeniu subiektywnej oceny dostępności wsparcia rodzinnego dla prawidłowej adaptacji do choroby nowotworowej. Choćby wyniki przeprowadzanej równocześnie analizy subiektywnej oceny funkcjonowania w rodzinie, które nie różniły się istotnie w grupach pacjentów depresyjnych i niedepresyjnych, wydają się potwierdzać jej znaczenie, to kierunek omawianej zależności: „niezadowolenie z funkcji rodziny – depresja”, może być nadal przedmiotem dyskusji. Wątpliwości nasuwa fakt, że badanie za pomocą kwestionariusza Cierpki przeprowadzono po 3–4 tygodniach leczenia, tak więc, w przypadku pacjentów depresyjnych, mogła mieć miejsce pierwotna, warunkowana depresyjnym stylem myślenia, interpretacja sytuacji rodzinnej. Niemożność ustalenia kierunku tej zależności można uznać za ograniczenie metodyki omawianej pracy.

Rozważania te wpisują się ściśle w aktualną dyskusję nad rolą czynników subiektywnych, zależnych od struktur poznawczych i emocjonalnych pacjenta, w po-

strzeganiu i wykorzystywaniu dostępnego wsparcia społecznego [35]. Rola lepszego poznania „perspektywy pacjenta” w odniesieniu do jego obecności w rodzinie, może, zdaniem niektórych autorów, przyczynić się również do pełniejszego zrozumienia mechanizmów radzenia sobie ze stresem choroby nowotworowej [36]. Prezentowana powyżej propozycja interpretacji wyników badania za pomocą kwestionariusza rodzinnego, również w odniesieniu do subiektywnej percepcji wsparcia rodzinnego, nawiązuje do tej koncepcji.

### Wnioski

1. Wyniki oceny wymiarów funkcjonowania rodziny, dokonanej przez pacjentów na początku leczenia, nie korelują w sposób charakterystyczny z rokowaniem co do rocznego przeżycia bądź z ciężkością przebiegu ostrej białaczki w ciągu jednego roku od rozpoznania.
2. Negatywna ocena wymiarów funkcjonowania rodziny, dokonana przez pacjentów na początku leczenia, koreluje z utrzymywaniem się objawów depresyjnych w późniejszym okresie. Obserwacja ta wydaje się potwierdzać znaczenie subiektywnej oceny dostępnego wsparcia rodzinnego i może wskazywać na konieczność wczesnej interwencji rodzinnej w określonej grupie pacjentów.
3. Kwestionariusz Manfreda Cierpki wydaje się użyteczną metodą w ocenie subiektywnej percepcji wsparcia rodzinnego przez pacjentów z ostrą białaczką.

### Использование глоссария Манфреда Церпки при анализе семейной помощи у больных острой лейкемией

#### Содержание

**Задание.** Механизмы влияния семейной помощи на течение соматической болезни остаются неясными, а в настоящее время являются предметом исследований. Особенно интересной, по-видимому, является роль взаимных семейных отношений и их субъективное чувство у больного. Предлагаемое исследование концентрируется на значении семейной помощи в группе больных, леченных по-поводу острой лейкемии в раннем периоде химиотерапии.

Определение пригодности глоссария Манфреда Церпки как вспомогательного пособия для определения субъективной percepcии семейной помощи госпитализированных больных по-поводу острого лейкоза.

**Материал.** В исследованиях приняло участие 21 мужчин и 15 женщин с ранним диагнозом острой лейкемии. Утяжеление субъективных жалоб, в том числе симптомов депрессии, а также клинических маркеров течения лейкемии, было определено рядом параметров. К этим последним относились клинические, лабораторные и количественные в периоде годичной обсервации. Функционирование семьи и пациента в семье было оценено с использованием семейного глоссария Манфреда Церпки, заполняемого больными. Описание функционирования семьи, предлагаемый больными, с симптомами депрессии, формировался как менее положительный от такового же в группе больных без депрессии. Не отмечено подобной согласности в радиусе самооценки пациентов в контексте их функционирования и семьях.

**Результаты.** Полученные данные в глоссарии Манфреда Церпки не отличались существенным образом в группах пациентов с различной тяжестью течения лейкемии и прогнозом, относительно что до годичного периода жизни больных.

**Выводы.** Глоссарий Манфреда Церпки оказался интересным и пригодным пособием для оценки субъективной percepcии доступной семейной помощи. Более худшие результаты

гlossария оценки семьи коррелировали с насилением депрессии при лейкемии, по-видимому, кажется обоснованным введение ранней семейной интервенции в этой специфической группе больных.

### **Gebrauch des Fragebogens von Manfred Cierpka bei der Analyse der familiären Unterstützung bei Patienten mit akuter Leukämie**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Die Mechanismen des Einflusses der familiären Unterstützung auf den Verlauf einer somatischen Krankheit bleiben unklar und werden zur Zeit untersucht. Besonders interessant scheint die Rolle der gegenseitigen Familienbeziehungen und ihre subjektive Perzeption durch den Patienten zu sein. Die vorliegende Studie konzentriert sich auf die Bedeutung der familiären Unterstützung in der Krankengruppe, die an akute Leukämie in der frühen Etappe der Chemotherapie behandelt werden. Das Ziel der Studie war die Bestimmung der Brauchbarkeit des Fragebogens von Manfred Cierpka als Hilfswerkzeug bei der Beurteilung der subjektiven Perzeption der familiären Unterstützung durch die Kranken, die wegen akuter Leukämie hospitalisiert wurden.

**Methode.** An die Studie wurden 36 Patienten eingeschlossen: 21 Männer und 15 Frauen mit der frühen Diagnose der akuten Leukämie. Die Intensität der subjektiven Beschwerden - darunter der Depressionssymptome und der klinischen Marker des Leukämieverlaufs - wurde durch eine Reihe der qualitativen und quantitativen klinischen Parameter und Laborparameter in der Zeit einer jährlichen Beobachtung definiert. Das Funktionieren der Familie und das Funktionieren des Patienten in der Familie wurde mit Hilfe des Familienfragebogens von Manfred Cierpka beurteilt, der durch den Patienten auszufüllen war.

**Ergebnisse.** Die Beschreibung des Funktionierens der Familie, worüber die depressiven Patienten berichteten, gestaltete sich als viel weniger günstig als in der Gruppe ohne Depression. Die ähnliche Abhängigkeit im Bereich der Selbstbeurteilung des Patienten im Hinblick auf ihr Funktionieren in der Familie wurde nicht beobachtet. Die Ergebnisse des Fragebogens von Manfred Cierpka unterschieden sich signifikant in den Gruppen der Patienten mit unterschiedlicher Intensität der Schwere im Verlauf der Leukämie und Lebensaussichten für 1 Jahr.

**Schlussfolgerungen.** Der Fragebogen von Manfred Cierpka zeigte sich als ein interessantes und brauchbares Instrument zur subjektiven Perzeption der zugänglichen familiären Unterstützung. Weil die schlechteren Ergebnisse des Fragebogens der Familienbeurteilung mit der Intensität der Depression im Verlauf der Leukämie korrelierten, scheint es angemessen zu sein, zu erwägen, ob die frühe familiäre Intervention in dieser spezifischen Gruppe der Kranken begründet ist.

### **L'application du questionnaire de Manfred Cierpka dans l'analyse du soutien social chez les patients souffrant de la leucémie aiguë**

#### **Résumé**

**Objectif.** Les mécanismes de l'influence du soutien social sur le cours de la maladie somatique restent confus et aujourd'hui ils sont objet de plusieurs recherches. Il semble que le rôle des relations en famille et leur subjective perception y sont très intéressants. Ce travail se concentre à l'importance du soutien social dans le groupe de patients souffrant de la leucémie aiguë et suivant leur thérapie. On vise avant tout à évaluer l'utilité du questionnaire de Manfred Cierpka comme outil mesurant la perception subjective du soutien social en famille des patients souffrant de la leucémie aiguë.

**Méthode.** On examine 36 patients (21 hommes et 15 femmes). L'intensité subjective des symptômes (dépression) et des marqueurs cliniques de la leucémie sont définis par plusieurs paramètres cliniques (qualitatifs et quantitatifs) pendant l'observation clinique durant un an. Le fonctionnement de la famille et le fonctionnement du patient en famille sont analysés avec le questionnaire de Manfred Cierpka.

**Résultat.** La description du fonctionnement de la famille faite par les patients souffrant de la dépression est moins favorable que celle des patients sans dépression. On n'observe pas de corrélation pareille dans l'auto-évaluation des patients et de leur fonctionnement en famille. Les résultats du questionnaire de Manfred Cierpka ne diffèrent point dans les groupes de patients avec l'intensité variée de la leucémie et le pronostic de survivre encore une année.

**Conclusion.** Ce questionnaire est donc un outil intéressant et assez utile à analyser la perception subjective du soutien social. Il semble aussi que l'intervention précoce de la famille dans ce groupe spécifique de patients paraît nécessaire car la corrélation de l'intensité de la dépression et de l'évaluation pire de famille influe sur le cours de la leucémie.

### Piśmiennictwo

1. DeLongis A, Folkman S, Lazarus RS. *The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediators.* J. Person. Soc. Psychol. 1988; 54: 486–495.
2. Kobasa SC, Puccetti MC. *Personality and social resources in stress resistance.* J. Person. Soc. Psychol. 1983; 45: 839–850.
3. Poprawa R. *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem.* Acta Univ. Wratislav. 1996; 1818: 101–133.
4. Taylor SE. *Health psychology.* New York: McGraw-Hill; 2003.
5. Krasuska ME, Stanisławek A, Lechicka J, Wrońska I. *Wsparcie pacjenta i rodziny w chorobie, cierpieniu i śmierci.* Psychoonk. 2002; 6: 65–69.
6. Molassiotis A, Morris PJ. *Suicide and suicidal ideation after marrow transplantation.* Bone Marr. Transplant. 1997; 19: 87–90.
7. Pierce GR, Sarason BR, Sarason IG. *General and specific support expectations and stress as predictors of perceived supportiveness: an experimental study.* J. Personal. Soc. Psychol. 1992; 63: 297–307.
8. Pierce GR, Sarason IG, Sarason BR. *General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one?* Personal. Soc. Psychol. 1991; 61: 1028–1039.
9. Sarason IG, Sarason BR, Potter EH 3rd, Antoni MH. *Life events, social support and illness.* Psychosom. Med. 1985; 47: 156–163.
10. Spiegel D, Bloom JR, Gotthel E. *Family environment as a predictor of adjustment to metastatic breast carcinoma.* J. Psychosoc. Oncol. 1983; 1: 33–35.
11. Kuijter RG, Buunk BP, Ybema JF, Wobbes T. *The relation between perceived inequity, marital satisfaction and emotions among couples facing cancer.* Brit. J. Soc. Psychol. 2002; 41: 39–56.
12. Arolt V, Fein A, Driessen M, Dorlochter L, Maintz C. *Depression and social functioning in general hospital in-patients.* J. Psychosom. Res. 1998; 45: 117–126.
13. De Leeuw JR, De Graeff A, Ros WJ, Blijham GH, Hordijk GJ, Winnubst JA. *Prediction of depressive symptomatology after treatment of head and neck cancer: the influence of pre-treatment physical and depressive symptoms, coping, and social support.* Head and Neck 2000; 22: 799–807.
14. Hann D, Baker F, Denniston M, Gesme D, Reding D, Flynn T, Kennedy J, Kieltyka RL. *The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences.* J. Psychosom. Res. 2002; 52: 279–283.
15. Oktay JS. *Psychosocial aspects of breast cancer.* Prim. Care Pract. 1998; 2: 149–159.
16. Beauvale A, de Barbaro B, Namysłowska I, Furgal M. *Niektóre psychometryczne własności Kwestionariuszy do Oceny Rodziny.* Psychiatr. Pol. 2002; 36: 29–40.
17. Namysłowska I, Paszkiewicz E, Siewierska A, de Barbaro B, Furgal M, Drożdżowicz L, Józefik B, Beauvale A. *Kwestionariusze Manfreda Cierpki do Oceny Rodziny.* Psychiatr. Pol. 2002; 36: 17–28.

18. Stanisław A. *Przystępny kurs statystyki z wykorzystaniem programu STATISTICA PL na przykładach z medycyny*. Tom I. Kraków: StatSoft Polska; 2001.
19. Stanisław A. *Przystępny kurs statystyki z wykorzystaniem programu STATISTICA PL na przykładach z medycyny*. Tom II. Kraków: StatSoft Polska; 2002.
20. Cobb S. *Social support as a moderator of life stress*. Psychosom. Med. 1976; 38: 300–314.
21. Kornblith AB, Herndon JE 2nd, Zuckerman E, Viscoli CM, Horwitz RI, Cooper MR, Harris L, Tkaczuk KH, Perry MC, Budman D, Norton LC, Holland J. Cancer and Leukemia Group B. *Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer*. Cancer 2001; 91: 443–454.
22. Derogatis LR, Abeloff MD. *Cancer and the mind: how are they connected*. Science 1978; 200: 1363–1368.
23. Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. *Social support and survival among women with breast cancer*. Cancer 1995; 15: 631–637.
24. Pommersbach J. *Wsparcie społeczne a choroba*. Przegl. Psychol. 1988; 31: 503–525.
25. Spiegel D. *Effects of psychotherapy on cancer survival*. Nat. Rev. Cancer 2002; 2: 383–389.
26. Stavrakis KM, Donner AP, Kincade JE, Stewart MA. *The effect of psychosocial factors on lung cancer mortality at one year*. J. Clin. Epidemiol. 1988; 41: 75–82.
27. Goodwin JS, Hunt WC, Key CR, Samet JM. *The effect of marital status on stage, treatment and survival of cancer patients*. J. Am. Med. Assoc. 1987; 258: 3125–3129.
28. Reynolds P, Kaplan GA. *Social connections and risk for cancer: prospective evidence from the Alameda County Study*. Behav. Med. 1990; 16: 101–110.
29. Lai H, Lai S, Krongrad A, Trapido E, Page JB, McCoy CB. *The effect of marital status on survival in late-stage cancer patients: An analysis based on surveillance, epidemiology, and end results (SEER) data, in the United States*. Int. J. Behav. Med. 1999; 11: 150–176.
30. Parker PA, Baile WF, de Moor C, Cohen L. *Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients*. Psychooncol. 2003; 12: 183–193.
31. Katz MR, Irish JC, Devins GM, Rodin GM, Gullane PJ. *Psychosocial adjustment in head and neck cancer: the impact of disfigurement, gender and social support*. Head and Neck 2003; 25: 103–112.
32. Manne S, Glassman M. *Perceived control, coping efficacy, and avoidance coping as mediators between spouses' unsupportive behaviors and cancer patients' psychological distress*. Health Psychol. 2000; 19: 155–164.
33. Manne SL, Taylor KL, Dougherty J, Kemeny N. *Supportive and negative responses in the partner relationship: their association with psychological adjustment among individuals with cancer*. J. Behav. Med. 1997; 20: 101–125.
34. Hagedoorn M, Kuijter RG, Buunk BP, DeJong GM, Wobbles T, Sanderman R. *Marital satisfaction in patients with cancer: does support from intimate partners benefit those who need it the most?* Health Psychol. 2000; 19: 274–282.
35. Brummett BH, Barefoot JC, Siegler IC, Steffens DC. *Relation of subjective and received social support to clinical and self-report assessments of depressive symptoms in an elderly population*. J. Affect. Dis. 2000; 61: 41–50.
36. Persson L, Hallberg IR. *Acute leukaemia and malignant lymphoma patients' experiences of disease, treatment and nursing care during the active treatment phase: an explorative study*. Eur. J. Cancer Care 1995; 4: 133–142.

Adres: Marcin Jabłoński  
Klinika Psychiatrii Dorosłych  
31-501 Kraków, ul. M. Kopernika 21 a

Otrzymano: 11.01.2007  
Zrecenzowano: 8.05.2007  
Przyjęto do druku: 10.07.2007