

CECHY OSOBOWOŚCI TYPU D A FUNKCJONOWANIE W CHOROBIE PACJENTÓW ZE SCHORZENIAMI PRZEWLEKŁYMI

Małgorzata A. Basińska¹, Anna Andruszkiewicz²

¹ Insytut Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
Institute of Psychology, Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz

² Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Toruń

PERSONALITY TRAITS D AND FUNCTIONING IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASE

Summary. Personality type D is a specific construct, it is characterized by two dimensions: the tendency to experience negative emotions – depression, anxiety, anger or hostility, and a tendency to social withdrawal. Recent studies point to its important role in the pathogenesis and course of many diseases.

In the present work the problem of the occurrence of type D personality stress in patients chronically for a number of manifestations of the functioning of the disease: acceptance of illness, beliefs about the location of health control and health behaviors. The subjects: A total of 204 people together chronically ill, including 135 (66%) women and 69 (34%) men with a mean age of 49.56 years ($SD = 13.13$).

In this study, the following psychological methods: Scale DS-14 to D-type personality assessment and *Acceptance of Illness Scale – AIS*, *Multidimensional Health Locus of Control Scale – MHLC-B* and *Inventory Behavioral Health – IZZ*.

The subjects were characterized by varying the intensity of the analyzed variables, the average intensity of illness acceptance and attention to health behavior and frequent locating beliefs about health control in yourself or other people, and less frequently in random circumstances. The men did not differ significantly from women in the acceptance of the disease, type D personality and its components as well as beliefs about the location of health control, while they differed significantly in relation to their health behaviors, particularly in the field of prevention, health practices and healthy eating habits, of which women care more

The intensity of type D personality differentiated level of acceptance of the illness health behaviors, particularly healthy eating habits and a positive mental attitude, and beliefs concerning the location of health control in event of accidental. Level D did not differentiate the characteristics of prevention behaviors and health practices and two other beliefs about the location of health control – in themselves and in other people.

The importance of personality type D for the functioning of in illness is varied.

Adres do korespondencji: Małgorzata A. Basińska, e-mail, basinska@ukw.edu.pl

Key words: chronically ill, personality type D, acceptance of illness, beliefs about the location of health checks, health behaviors

Wprowadzenie

Pojęcie osobowości typu D zostało wprowadzone do literatury w 1995 roku przez psychologa klinicznego Johana Denolleta z Uniwersytetu w Tilburgu, w Holandii (Denollet, Sys, Brutsaert, 1995; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2004). Jest najpóźniej wyodrębnionym specyficznym rodzajem osobowości, charakteryzowanym przez dwa wymiary: negatywną emocjonalność i społeczne wycofanie. Jednostki z osobowością tego typu charakteryzują się tendencją do doświadczania negatywnych emocji – depresji, lęku, gniewu lub wrogości. Mają negatywną percepcję siebie i zgłaszają wiele skarg na dolegliwości somatyczne. Prezentują tendencję do społecznego wycofania się, czyli unikowego stylu kontaktowania się z innymi, do unikania potencjalnego zagrożenia wynikającego z interakcji społecznych, takich jak na przykład brak aprobaty ze strony innych. Takie osoby często czują się niekomfortowo, są napięte i nie mają poczucia bezpieczeństwa, gdy spotykają się z innymi (Sher, 2005; Ogińska-Bulik, 2006). Konstrukcja osobowości typu D oparty jest na względnie trwałej dyspozycji, która jest przejawem dwóch głównych wymiarów osobowości – neurotyzmu i niskiej ekstrawersji (Ogińska-Bulik, 2009).

Osobowość typu D została pierwotnie wyodrębniona w badaniach belgijskich pacjentów kardiologicznych podczas prób sprawdzenia roli cech osobowości w powstawaniu choroby niedokrwiennej serca. Istnieją dowody, iż konstrukcja ta jest także czynnikiem ryzyka innych schorzeń (Pedersen i in., 2000; Pedersen, Denollet, 2003). Dotychczas wykonane badania wskazują, że jednostki z osobowością typu D są czterokrotnie bardziej narażone na ryzyko zachorowania na chorobę niedokrwinną serca niż osoby niewykazujące tych cech. Wykazują ponadto wyższe wskaźniki śmiertelności z powodu tych chorób (Denollet, Pedersen, 2008). Przeprowadzone badania wykazały także, iż cechy osobowości typu D wpływają na efekty rehabilitacji pacjentów kardiologicznych. W tej grupie nasilenie symptomów wyczerpania i objawów somatycznych było czterokrotnie wyższe w porównaniu z pacjentami niewykazującymi nasilenia cech typu D (Denollet, Sys, Brutsaert, 1995).

U chorych cechujących się osobowością typu D przebiegowi choroby często towarzyszy wiele utrudnień, gdyż zgłaszają oni więcej skarg na stan somatyczny, doświadczają więcej lęku i depresji (Fruyt, Denollet, 2002), cechują się gorszym stanem psychicznym i mają niższą jakość życia (Zhang i in., 2015), a także, w przypadku chorych na astmę, trudniej im kontrolować chorobę (Kim i in., 2015). Negatywne emocje są powiązane ze zdrowiem poprzez następujące mechanizmy: fizjologiczne skutki stresu, łatwiejszą ekspozycję na stresory oraz zachowania antyzdrowotne (Smith, MacKenzie, 2006; Kupper i in., 2013). Negatywne stany emocjonalne, takie jak depresja i gniew oraz nierównoważenie mogą oddziaływać na zdrowie w sposób pośredni, gdyż ułatwiają funkcjonowanie w sposób niesprzyjający zdrowiu, np. poprzez podejmowanie zachowań ryzykownych i niekorzystne codzienne przyzwyczajenia (Caspi i in., 1995; Juczyński, 2001; Fronczyk, 2004), zaś w sytu-

acji wystąpienia choroby przewlekłej poprzez nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich (van de Ven, Witteman, Tiggelman, 2013; Wu, Song, Moser, 2015). Mogą one także oddziaływać na zdrowie bezpośrednio poprzez doprowadzenie do zmian wegetatywno-somatycznych, w wyniku czego może dojść do rozwoju choroby niedokrwiennej serca (Stetkiewicz i in., 2008). Wyniki badań potwierdzają, że osobowość typu D, w sytuacji stresowej, ze względu na nieprzystosowawczy charakter odpowiedzi z układu krążenia, szczególnie u mężczyzn, wskazuje na możliwy bezpośredni mechanizm psychosomatyczny w patogenezie chorób układu krążenia (Howard, Hughes, 2013). Częste doświadczanie wrogości powoduje aktywację neuroendokrynej osi stresu, powodując wzrost ciśnienia krwi i tętna (Smith, 1992; Howard, Hughes, 2013; Kupper i in., 2013), zaś częste doświadczanie sytuacji trudnych może powodować utrzymywanie się wysokiego poziomu glikokortykosteroidów oraz obniżenie reaktywności układu immunologicznego. Obniżona aktywność osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (HPA) może doprowadzić do stanu nadreaktywności układu odpornościowego i rozwoju chorób autoimmunizacyjnych oraz trudniejszy, a często z powikłaniami przebieg chorób (por. Maier i in., 1997; Sheridan, Radmacher, 1998; Mausch, 2003; Stokłosa, 2004).

Poza wyżej przedstawionymi wynikami badań istnieją doniesienia świadczące, iż osobowość typu D istotnie częściej występuje u osób chorych niż zdrowych (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2004) oraz wskazujące na istotny udział obydwu wymiarów składających się na osobowość typu D w predykcji choroby, np. choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, choroby nowotworowej, wrzodowej i łuszczycy.

Głównym celem prezentowanych badań była ocena związku między osobowością typu D a funkcjonowaniem psychologicznym osób przewlekle chorych. Najnowsze dane epidemiologiczne wskazują na wzrost liczby chorych przewlekle, schorzenia te stają się poważnym problemem współczesnej medycyny, gdyż dotknięta jest nimi coraz większa liczba osób w wieku produkcyjnym (Konstytucja WHO). Choroby przewlekłe są nie tylko najpoważniejszym problemem społecznym i zdrowotnym społeczeństw, ale jednocześnie wyzwaniem dla współczesnych systemów ochrony zdrowia. Schorzenia te niezależnie od rodzaju choroby przewlekłej utrzymują się dłużej niż 3 miesiące lub często nawracają, mają powolny początek i małe nasilenie objawów, zwykle są nieuleczalne. Oznacza to, że możliwe jest tylko łagodzenie objawów i hamowanie postępu schorzenia, dlatego tak ważnym jest adaptacyjne funkcjonowanie w chorobie, które często przekłada się na wyższą jakość życia chorych. Analizując psychologiczne funkcjonowanie i przystosowanie w chorobie przewlekłej, warto wziąć pod uwagę aspekty fizjologiczne, emocjonalne, behawioralne i poznawcze (de Ridder i in., 2008). Są one wspólne dla wszystkich chorych niezależnie od rodzaju doświadczanej choroby. Funkcjonowanie w chorobie przejawia się na kilku płaszczyznach, dlatego odpowiednio do nich można wyodrębnić:

- 1) akceptację choroby jako przejaw emocjonalnego funkcjonowania w chorobie;
- 2) przekonania o lokalizacji kontroli zdrowia jako przejaw poznawczego funkcjonowania w chorobie;

3) zachowania zdrowotne jako przejaw behawioralnego funkcjonowania w chorobie.

Akceptacja choroby wiąże się z uznaniem jej ograniczeń. Gdy jest większa, wskazuje na lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Zaakceptować własne schorzenie to rozpoznać i zrozumieć ograniczenia oraz straty z niego wynikające (Keogh, Feehally, 1999; Telford, Kralik, Koch, 2006; Basińska, 2009).

Przekonanie człowieka o tym, że może samodzielnie podejmować decyzje, wpływać na negatywne i szkodliwe zdarzenia oraz na swoje środowisko, ale także określać własne wewnętrzne stany i zachowania, nazwane zostało uświadamianą kontrolą (Wallston i in., 1987). Poczucie kontroli jest centralnym konstruktem wyjaśniającym relacje między zdarzeniami stresowymi, zachowaniem i zdrowiem. Wzajemne oddziaływania mogą prowadzić do zmian w stanie zdrowia poprzez odpowiedź układu autonomicznego, endokrynologicznego i immunologicznego (Wallston, 2001).

Związek między stylem życia a zdrowiem człowieka dostrzegany jest od dawna. Znalazło to swoje odzwierciedlenie w wytycznych WHO i Unii Europejskiej. Wśród wskaźników zalecanych do monitorowania zdrowia ludności znalazły się między innymi zachowania zdrowotne (Zdrowie...). Juczyński (2001) dzieli zachowania zdrowotne na cztery kategorie: prawidłowe nawyki żywieniowe (istotny jest tu przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności, tj. pieczywo pełnoziarniste, owoce i warzywa); zachowania profilaktyczne (przestrzeganie zaleceń zdrowotnych, uzyskiwanie informacji na temat zdrowia i choroby); praktyki zdrowotne (codzienne nawyki dotyczące snu, aktywności fizycznej); pozytywne nastawienie psychiczne (czynniki psychologiczne, tj. unikanie zbyt silnych emocji, stresu i napięć).

Odpowiednio do celu badań postawiono następujące hipotezy:

1. Chorzy przewlekle z osobowością typu D funkcjonują mniej adaptacyjnie w chorobie. Założono, że pacjenci charakteryzujący się osobowością typu D w porównaniu do tych bez cech typu D, wykazują niższą akceptację choroby, rzadziej przejawiają zachowania sprzyjające zdrowiu i cechuje ich zewnętrzną lokalizacją kontroli zdrowia.
2. Założono występowanie różnic w funkcjonowaniu w chorobie ze względu na płeć i wiek. Kobiety i osoby młodsze funkcjonują bardziej adaptacyjnie: bardziej akceptują swoją chorobę, przejawiają bardziej pozytywne zachowania zdrowotne i mają bardziej wewnętrzną lokalizację kontroli zdrowia.

Metody badawcze

Zastosowano następujące metody badawcze:

1. Skalę do pomiaru Osobowości Typu D – DS-14, Niny Ogińskiej-Bulik, Zygryda Juczyńskiego i Johana Denolleta. Jest narzędziem do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych. Składa się z 14 stwierdzeń, z których 7 mierzy skłonność do przeżywania negatywnych emocji (Negatywna emocjonalność – NS), zaś pozostałe 7 – tendencję do powstrzymywania się od wyrażania tych emocji i związanych z nimi zachowań (Hamowanie społeczne – HS). Każde stwier-

- dzenie jest oceniane na pięciostopniowej skali: od 0 – fałszywe do 4 – prawdziwe. Skala służy do pomiaru nasilenia cech tzw. osobowości stresowej (typu D). Oddzielnie oblicza się wyniki dla negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego. Wyższy wynik oznacza większe nasilenie cech składających się na dany wymiar. Skala DS-14 jest metodą rzetelną (*alfa* Cronbacha wynosi: dla skali NE – 0,86, dla HS – 0,84) i trafną (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009).
2. Skalę Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale* – AIS), która została skonstruowana przez Barbarę Felton, Tracey Revenson i Gregory Hinrichsena (1984). Służy ona do pomiaru stopnia akceptacji choroby i jest przeznaczona do badania osób dorosłych, które są aktualnie chore (narzędzie to może być wykorzystywane w każdej chorobie). AIS posiada zadowalające właściwości psychometryczne. Rzetelność mierzona współczynnikiem *alfa* Cronbacha wyniosła 0,85 (Juczyński, 2001).
 3. Skalę Umiejszczenia Kontroli Zdrowia (*The Multidimensional Health Locus of Control Scale* – MHLC-B) autorstwa Kennetha Wallstona, Barbary Wallston i Roberta DeVellis (1978). Skala MHLC obejmuje trzy wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia:
 - wewnętrzny W – kontrola nad własnym zdrowiem zależy od jednostki;
 - wpływ innych (zewnętrzny) I – stan zdrowia jednostki jest wynikiem oddziaływania innych ludzi, obdarzonych mocą, szczególnie personelu medycznego;
 - przypadek (zewnętrzny) P – stan zdrowia jednostki jest wynikiem działania przypadku, o zdrowiu decyduje los. Rzetelność narzędzia MHLC określa wartość współczynnika zgodności wewnętrznej *alfa* Cronbacha ustalonego dla każdego wymiaru skali W, I, P i wynosi odpowiednio 0,64; 0,63; 0,59 (Juczyński, 2001).
 4. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ autorstwa Zygryda Juczyńskiego (2001). Inwentarz umożliwia ustalenie ogólnego nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych, pozytywnego nastawienia psychicznego. IZZ jest narzędziem przeznaczonym do badania osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych. Rzetelność dla całego inwentarza, ustalona na podstawie współczynnika *alfa* Cronbacha wynosi 0,85, zaś dla jego czterech podskal mieści się między 0,60 a 0,65 (Juczyński, 2001).
 5. Ankietę osobową, której głównym celem było zebranie i usystematyzowanie podstawowych informacji o osobie chorej, biorącej udział w badaniu.

Osoby badane

Przebadano razem 204 osoby chore przewlekle, w tym 135 (66%) kobiet i 69 (34%) mężczyzn. Badane kobiety ($M = 49,93$; $SD = 13,15$) i mężczyźni ($M = 49,86$; $SD = 13,70$) byli w podobnym wieku ($t = 0,543$; $p = 0,588$). Grupa była wewnętrznie zróżnicowana ze względu na wiek, od 20 lat do 82. Najwięcej badanych osób miało wykształcenie średnie ($n = 70$; 45,45%) i wyższe ($n = 48$; 31,17%), a najmniej miało

wykształcenie podstawowe ($n = 5$; 3,25%). Najwięcej badanych osób mieszkało z rodziną ($n = 143$; 71,86%), a najmniej z innymi osobami lub w instytucji ($n = 2$; 1,01%).

Wszyscy badani byli chorzy przewlekle. Najwięcej osób cierpiało z powodu chorób układu krążenia, przewlekłych chorób zakaźnych (żółtaczka typu C), chorób układu oddechowego oraz chorób endokrynologicznych i metabolicznych (tabela 1).

Tabela 1. Liczebność badanych w zależności od rodzaju choroby

Rodzaj choroby	Liczba	Procent
1 – choroby układu krążenia	58	28,43
2 – choroby układu oddechowego	30	14,71
3 – choroby układu ruchu	6	2,94
4 – choroby endokrynologiczne i metaboliczne	31	15,20
5 – choroby neurologiczne	13	6,37
6 – choroby układu pokarmowego	17	8,33
7 – choroby zakaźne	41	20,10
8 – inne choroby: jaskra, laryngologiczne, nerek, psychiczne, onkologiczne, alergie i dermatologiczne	8	3,82

Organizacja i przebieg badań

Na przeprowadzone badania otrzymano zgodę odpowiedniej Komisji Etycznej. Osoby badane były kwalifikowane w sposób celowy ze względu na stan zdrowia – miały zdiagnozowaną chorobę przewlekłą, a rekrutowano je metodą kuli śnieżnej. Badanie było wykonywane indywidualnie. W celu nawiązania kontaktu z pacjentem i stworzenia atmosfery współpracy zawsze badanie było poprzedzone rozmową i wypełnieniem ankiety, która pozwoliła na zebranie podstawowych informacji o chorym i aktualnym stanie jego zdrowia. Następnie pacjent przechodził do wypełniania kwestionariuszy.

Analiza statystyczna

Badania zostały zrobione w modelu korelacyjnym. Zastosowano następujące testy statystyczne: do opisu zmiennych w grupach średnią (M) i odchylenie standardowe (SD) oraz liczebność (f) i procent (%); do określenia istotności różnic pomiędzy dwiema średnimi parametryczny test t -Studenta (zmienne miały rozkład normalny) lub test nieparametryczny U Manna-Whitneya, gdy zmienne nie miały rozkładu normalnego; do określenia zależności test Pearsona oraz analizę wariancji do określenia istotności różnic pomiędzy kilkoma średnimi.

Wyniki

Wyniki średnie

Badani charakteryzują się cechami osobowości typu D, szczególnie w wymiarze negatywnej emocjonalności, a także zróżnicowanym nasileniem analizowanych zmiennych: przeciętnym nasileniem akceptacji choroby i dbałością o zachowania zdrowotne oraz częstszym lokowaniem przekonań na temat kontroli zdrowia w sobie lub w innych osobach, a rzadziej w przypadkowych okolicznościach (tabela 2).

Tabela 2. Średnie wyniki surowe (*M*), odchylenie standardowe (*SD*), wyniki minimalne i maksymalne dla analizowanych zmiennych w badanej grupie (*N* = 204)

Analizowane zmienne	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Maks.
Negatywna emocjonalność	12,11	5,62	1,00	26,00
Hamowanie społeczne	9,67	5,31	0,00	24,00
Osobowość typu D	21,78	8,97	3,00	45,00
Akceptacja choroby	27,42	7,60	8,00	40,00
Zachowania zdrowotne – wynik surowy	84,28	13,94	42,00	111,00
Zachowania zdrowotne – wynik przeliczony	5,83	1,86	1,00	10,00
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,27	0,79	1,38	5,00
Zachowania profilaktyczne	3,67	0,79	1,33	5,00
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,55	0,66	2,00	4,83
Praktyki zdrowotne	3,49	0,72	1,00	5,00
Wewnętrzna lokalizacja	24,83	5,51	7,00	36,00
W innych osobach lokalizacja	24,57	5,92	8,00	41,00
W zdarzeniach przypadkowych lokalizacja	20,64	5,81	6,00	34,00

Mężczyźni nie różnią się istotnie od kobiet w zakresie akceptacji choroby, osobowości typu D i jej składowych oraz przekonań na temat lokalizacji kontroli zdrowia. Różnią się natomiast istotnie w zakresie podejmowanych zachowań zdrowotnych, a w szczególności w zakresie zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych i prawidłowych nawyków żywieniowych, o które kobiety bardziej dbają (tabela 3).

Tabela 3. Istotność różnic między średnimi w zakresie analizowanych zmiennych między badanymi mężczyznami i kobietami

Analizowane zmienne	Kobiety <i>n</i> = 135		Mężczyźni <i>n</i> = 69		<i>t/z</i> *	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Negatywna emocjonalność	12,40	5,49	11,54	5,86	1,039	0,300
Hamowanie społeczne	9,51	4,89	9,99	6,07	-0,386*	0,699
Osobowość typu D	21,91	8,55	21,52	9,79	0,293	0,770
Akceptacja choroby	27,41	7,49	27,43	7,88	-0,018	0,986
Zachowania zdrowotne – wynik surowy	87,21	12,94	78,55	14,13	4,381	0,0001
Zachowania zdrowotne – wynik przeliczony	6,03	1,79	5,43	1,94		
Prawidłowe nawyki żywnościowe	3,42	0,75	2,98	0,79	3,897	0,0001
Zachowania profilaktyczne	3,85	0,71	3,32	0,82	4,718	0,0001
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,61	0,66	3,44	0,66	1,686	0,093
Praktyki zdrowotne	3,61	0,67	3,27	0,77	3,195	0,002
Wewnętrzna lokalizacja	24,64	5,89	24,43	6,03	0,239	0,812
W innych osobach lokalizacja	20,88	6,08	20,17	5,26	0,822	0,412
W zdarzeniach przypadkowych lokalizacja	25,04	5,84	24,42	4,82	0,764	0,445

z – wynik analizy testem *U* Manna-Whitneya

t – wynik analizy testem *t*-Studenta

Sprawdzono także związek analizowanych zmiennych z wiekiem badanych osób, który okazał się istotny z osobowością typu D ($r = 0,148$; $p = 0,034$), akceptacją choroby ($r = -0,261$; $p < 0,0001$), przekonaniach o zewnętrznej lokalizacji kontroli zdrowia (w innych osobach – $r = 0,312$; $p < 0,0001$) oraz w zdarzeniach losowych ($r = 0,186$; $p = 0,008$). Im osoby były starsze, tym mniej akceptowały chorobę, charakteryzowały się bardziej nasiloną osobowością typu D oraz były przekonane, że kontrola ich zdrowia zależy od innych osób lub od zdarzeń przypadkowych. Zachowania zdrowotne ani przekonania o wewnętrznej lokalizacji zdrowia nie ujawniły związku z wiekiem w badanej grupie chorych przewlekle.

Zróznicowanie funkcjonowania w chorobie w zależności od nasilenia cech osobowości typu D

W kolejnym etapie analiz sprawdzono, czy badani różnią się w zakresie sposobu funkcjonowania w chorobie, wyrażonego w akceptacji choroby, zachowaniach zdrowotnych i przekonaniach na temat lokalizacji kontroli zdrowia, w zależności od nasilenia cech osobowości typu D (brak cech typu D, typ mieszany i występo-

wanie osobowości typu D). W badanej grupie pacjentów zaobserwowano podobne liczebności we wszystkich trzech poziomach nasilenia cech osobowości typu D (tabela 4).

Tabela 4. Liczebność badanych ze względu na nasilenie cech osobowości typu D

Występowanie typu D	Liczba	Liczba skumulowana	Procent	Procent skumulowany
Typ nie D	51	51	25,00	25,00
Typ mieszany	78	129	38,24	63,24
Typ D	75	204	36,76	100,00

Stopień nasilenia cech osobowości typu D różnicował: poziom akceptacji choroby, nasilenie zachowań zdrowotnych, w szczególności prawidłowych nawyków żywieniowych i pozytywnego nastawienia psychicznego oraz przekonań dotyczących lokalizacji kontroli zdrowia w zdarzeniach przypadkowych. Poziom cech D nie różnicował zachowań profilaktycznych i praktyk zdrowotnych oraz dwóch pozostałych przekonań na temat lokalizacji kontroli zdrowia – w sobie i w innych osobach (tabela 5).

Tabela 5. Istotność różnic w sposobie funkcjonowania w chorobie w zależności od nasilenia cech osobowości typu D – wyniki analizy wariancji

Wymiary funkcjonowania w chorobie	F	p
Akceptacja choroby	8,014	0,0004
Zachowania zdrowotne – wynik surowy	4,985	0,0077
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,263	0,0403
Zachowania profilaktyczne	1,294	0,2765
Pozytywne nastawienie psychiczne	7,845	0,0005
Praktyki zdrowotne	1,577	0,2092
Wewnętrzna lokalizacja	2,417	0,0918
W innych osobach lokalizacja	1,452	0,2365
W zdarzeniach przypadkowych lokalizacja	7,310	0,0009

Nasilenie cech osobowości typu D różnicuje poziom akceptacji choroby w badanej grupie. Osoby bez cech typu D różnią się istotnie od dwóch pozostałych typów i cechują się największą akceptacją choroby (tabela 6).

Tabela 6. Istotność różnic w badaniu testem NIR dla akceptacji choroby przy uwzględnieniu cech osobowości typu D

Nasilenie cech typu D	{1} – M = 30,84	{2} – M = 26,95	{3} – M = 25,59
Typ nie D {1}		0,004	< 0,0001
Typ mieszany {2}	0,004		0,254
Typ D {3}	< 0,0001	0,254	

Nasilenie cech osobowości typu D różnicuje poziom ogólnych zachowań zdrowotnych w badanej grupie. Osoby bez cech typu D różnią się istotnie od osób o typie D i cechują się największą dbałością o zachowania zdrowotne (tabela 7).

Tabela 7. Istotność różnic w badaniu testem NIR dla ogólnych zachowań zdrowotnych przy uwzględnieniu cech osobowości typu D

Nasilenie cech typu D	{1} – M = 88,98	{2} – M = 84,22	{3} – M = 81,15
Typ nie D {1}		0,054	0,002
Typ mieszany {2}	0,054		0,166
Typ D {3}	0,002	0,166	

Nasilenie cech osobowości typu D różnicuje poziom dbania o prawidłowe nawyki żywieniowe w badanej grupie. Osoby bez cech typu D różnią się istotnie od dwóch pozostałych typów i najbardziej o nie dbają (tabela 8).

Tabela 8. Istotność różnic w badaniu testem NIR dla prawidłowych nawyków żywieniowych przy uwzględnieniu cech osobowości typu D

Nasilenie cech typu D	{1} – M = 3,51	{2} – M = 3,21	{3} – M = 3,17
Typ nie D {1}		0,037	0,016
Typ mieszany {2}	0,037		0,710
Typ D {3}	0,016	0,710	

Nasilenie cech osobowości typu D różnicuje poziom dbania o pozytywne nastawienie psychiczne w badanej grupie. Osoby bez cech typu D różnią się istotnie od dwóch pozostałych typów i najbardziej o nie dbają (tabela 9).

Tabela 9. Istotność różnic w badaniu testem NIR dla pozytywnego nastawienia psychicznego przy uwzględnieniu cech osobowości typu D

Nasilenie cech typu D	{1} – M = 3,83	{2} – M = 3,56	{3} – M = 3,37
Typ nie D {1}		0,020	< 0,0001
Typ mieszany {2}	0,020		0,069
Typ D {3}	< 0,0001	0,069	

Nasilenie cech osobowości typu D różnicuje nasilenie przekonań na temat lokalizacji kontroli zdrowia w zdarzeniach przypadkowych w badanej grupie. Osoby bez cech typu D różnią się istotnie od dwóch pozostałych typów i najrzadziej są przekonane, że ich zdrowie zależy od przypadkowych zdarzeń (tabela 10).

Tabela 10. Istotność różnic w badaniu testem NIR dla przekonań o zewnętrznej – w zdarzeniach losowych – lokalizacji kontroli zdrowia przy uwzględnieniu cech osobowości typu D

Nasilenie cech typu D	{1} – $M = 18,06$	{2} – $M = 21,24$	{3} – $M = 21,77$
Typ nie D {1}		0,002	< 0,0001
Typ mieszany {2}	0,002		0,562
Typ D {3}	< 0,0001	0,562	

Dyskusja

Ustosunkowując się do postawionych hipotez, można stwierdzić, iż pierwsza, w której założono, że pacjenci charakteryzujący się osobowością typu D w porównaniu do tych bez cech typu D, wykazują niższą akceptację choroby, rzadziej przejawiają zachowania sprzyjające zdrowiu i cechuje ich zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia, została zweryfikowana pozytywnie. Osobowość typu D cechująca się względną stałością utrudnia adaptacyjne funkcjonowanie w chorobie, co jest zgodne z wieloma wcześniejszymi wynikami badań (por. Denollet, Sys, Brutsaert, 1995; Denollet, 1998; Fruyt, Denollet, 2002; Janowski, 2006; Ogińska-Bulik, 2009; Meyer i in., 2014). Natura osobowości D, jej względna stałość, pozwala wnioskować o jej roli predykcyjnej dla funkcjonowania jednostki niezależnie od okoliczności. Osobowość typu D ułatwia reagowanie depresją i lękiem przez pacjentów (Pedersen i in., 2000). Występowanie zaś emocji negatywnych jest niekorzystne z punktu widzenia przebiegu choroby przewlekłej, gdyż negatywne stany emocjonalne są powiązane z aktywnością osi stresowej HPA (podwzgórze – przysadka – kora nadnerczy), w tym głównie ze zwiększonym poziomem kortyzolu – hormonu stresu (Sher, 2005).

W drugiej hipotezie założono, że kobiety i osoby młodsze funkcjonują bardziej adaptacyjnie: bardziej akceptują swoją chorobę, częściej przejawiają pozytywne zachowania zdrowotne i mają bardziej wewnętrzną lokalizację kontroli zdrowia. Stwierdzony brak różnic między kobietami i mężczyznami w zakresie emocjonalnego i poznawczego funkcjonowania w chorobie nie pozwala na jej przyjęcie w całości. Zaobserwowano natomiast różnice między kobietami i mężczyznami w zakresie podejmowania zachowań zdrowotnych. Większość wyników badań wskazuje, podobnie jak prezentowane w tej publikacji, że to kobiety bardziej dbają o prawidłowe zachowania zdrowotne (Bishop, 2000; Dolińska-Zygmunt, 2000; Juczyński, 2001; Leganger, 2003; Andruszkiewicz, Basińska, 2009). Jeżeli zgodnie z założeniem przedstawianej pracy traktujemy zachowania zdrowotne jako przejaw behawioralnego funkcjonowania w chorobie, to ta jednoznaczność uzyskiwanych wyników powinna skutkować zwracaniem większej uwagi na chorych przewlekle mężczyzn, u których przebieg schorzenia może być trudniejszy, bo ich zaangażowanie w proces leczenia w aspektach wymagających zmiany stylu życia jest istotnie mniejsze.

W zakresie drugiego członu hipotezy drugiej – wieku, okazał się on w części istotnie różnicujący funkcjonowanie w chorobie. Prezentowane wyniki pokazały, że osobom starszym trudniej jest akceptować chorobę, częściej są przekonane, że

nie są w stanie kontrolować swojego zdrowia, gdyż zależy ono od innych osób lub zdarzeń losowych oraz generalnie prezentują więcej cech osobowości typu D. Wyniki badań innych autorów potwierdzają także, że osoby starsze częściej doświadczają negatywnych emocji, np. depresji, w porównaniu do osób młodszych (Strürmer, Amelang, 2006). Są też bardziej emocjonalne i cechuje je większa ilość emocjonalnych zaburzeń w wyniku czego są mniej efektywne w radzeniu sobie (Lang, Faller, 1992). W grupie pacjentów nefrologicznych stwierdzono, że im starsi wiekiem byli badani leczeni dializami, tym też byli coraz bardziej znużeni i mniej aktywni (Basińska, Waraksa-Wiśniewska, Andruszkiewicz, 2014). Taki stan emocjonalny nie sprzyja akceptacji sytuacji trudnej, ani nie daje poczucia, że panuje się nad swoją chorobą. Ogólnie zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia wiąże się u chorych przewlekle z negatywnymi emocjami: depresją, wrogością, lękiem oraz z nasileniem objawów fizycznych. Może mieć ono wpływ na zdrowie somatyczne właśnie poprzez jego powiązania ze zdrowiem psychicznym, ponadto nie sprzyja podejmowaniu zachowań zdrowotnych (Vandervoort, Luis, Hamilton, 1997). Uzyskany wynik potwierdza dotychczasowe rezultaty. Osoby starsze wymagają szczególnej opieki i wsparcia, gdy są chore.

Odpowiadając na główną tezę prezentowanej pracy, można stwierdzić, że występowanie u osoby chorej przewlekle cech osobowości typu D nie sprzyja adaptacyjnemu funkcjonowaniu w chorobie. Przejawia się to w trudnościach w akceptacji choroby i podejmowaniu prawidłowych zachowań zdrowotnych oraz w lokowaniu kontroli zdrowia w zdarzeniach losowych. Prezentowane wyniki badań potwierdzają te wcześniejsze, które wskazują na osobowość człowieka jako na ważną determinantę funkcjonowania w chorobie (Molchanov, Krut'ko, 1997; Juczyński, 2001; Fronczyk, 2004) i to niezależnie od innych czynników (Bunevicius i in., 2014; Kim i in., 2015).

Predyktorami podejmowania zachowań zdrowotnych w grupie osób chorych na cukrzycę było wiele zmiennych osobowościowych, takich jak sumienność i poczucie własnej skuteczności oraz zmienna demograficzna – płeć żeńska (Basińska, 2009). Podobnie, w grupie osób z autoagresywnymi chorobami tarczycy, predyktorem akceptacji choroby okazały się cechy osobowości według Wielkiej Piątki (Basińska, 2009). Jeżeli weźmiemy pod uwagę przekonania na temat lokalizacji kontroli zdrowia, uzyskane wyniki pokazują, że chorzy przewlekle lokują te przekonania w zdarzeniach przypadkowych. Może być tak, że osoby z niskim wewnętrznym LOC w rzeczywistości nie są przekonane o braku możliwości kontrolowania własnego zdrowia. One po prostu z zaufaniem oddały się wiedzy i umiejętnościom innych ludzi – fachowców (Wallston i in., 1987), ale nie w sytuacji, gdy chorzy lokują te przekonania w zdarzeniach losowych. Tak jak można się zgodzić, że w życiu każdego człowieka występują czasami sytuacje, które powodują, że trzeba oddać się pod kontrolę innej osoby, np. lekarza, tak lokalizacja przekonań w zdarzeniach losowych nigdy nie daje się zinterpretować pozytywnie. Można dlatego uznać, iż cechy osobowości typu D utrudniają funkcjonowanie w chorobie na wszystkich wyodrębnionych poziomach: emocjonalnym, poznawczym i behawioralnym.

Wnioski

1. Większość badanych osób cechowała się typem osobowości D lub typem mieszanym, w którym dominowała negatywna emocjonalność.
2. Mężczyźni różnią się istotnie od kobiet w zakresie podejmowanych zachowań zdrowotnych, a w szczególności w zakresie zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych i prawidłowych nawyków żywieniowych, o które kobiety bardziej dbają.
3. Starsi chorzy mniej akceptują chorobę, charakteryzują się bardziej nasiloną osobowością typu D oraz są częściej przekonani, że kontrola ich zdrowia zależy od innych osób lub od zdarzeń przypadkowych.
4. Nasilenie cech osobowości typu D różnicuje poziom akceptacji choroby, nasilenie zachowań zdrowotnych i przekonania o zewnętrznej – w zdarzeniach losowych – lokalizacji kontroli zdrowia w badanej grupie osób chorych.
5. Osoby bez cech typu D różnią się istotnie od dwóch pozostałych typów:
 - cechują się największą akceptacją choroby,
 - cechują się największą dbałością o zachowania zdrowotne, w tym o prawidłowe nawyki żywieniowe, pozytywne nastawienie psychiczne,
 - najrzadziej są przekonane, że ich zdrowie zależy od przypadkowych zdarzeń.

Ograniczenia

Przeprowadzone przez nas badanie dostarcza ważnych informacji wskazujących obszary wymagające szczególnie intensywnych działań edukacyjnych u pacjentów przewlekle chorych, jednakże relatywnie niewielka liczebność badanej grupy i duże zróżnicowanie nakazuje ostrożność w zakresie interpretacji uzyskanych wyników. Ponadto badania wykonane w modelu korelacyjnym ograniczają także możliwości wnioskowania na ich podstawie.

Literatura cytowana

- Andruszkiewicz, A., Basińska, M.A. (2009). Zachowania zdrowotne osób uzależnionych od nikotyny. *Przegląd Lekarski*, 66 (10), 783-785.
- Basińska, M.A. (2009). *Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Basińska, M.A., Waraksa-Wiśniewska, M., Andruszkiewicz, A. (2014). Nastrój jako wyznacznik akceptacji choroby pacjentów dializowanych. *Nefrologia i Dializoterapia Polska*, 18 (1), 27-31.
- Bishop, G.D. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Bunevicius, A., Brozaitiene, J., Staniute, M., Gelziniene, V., Duoneliene, I., Pop, V.J., Bunevicius, R., Denollet, J. (2014). Decreased physical effort, fatigue, and mental distress in patients with coronary artery disease: importance of personality – related differences. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21 (2), 240-247.

- Caspi, A., Begg, D., Dickson, N., Langley, J. (1995). Identification of personality types at risk for poor health and injury in late adolescence. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 5 (4), 330-350.
- Denollet, J. (1998). Personality and coronary heart disease: The type-D scale-16. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 209-215.
- Denollet, J., Pedersen, S.S. (2008). Prognostic value of Type D Personality compared with depressive symptoms. *Archives of Internal Medicine*, 168 (4), 431-432.
- Denollet, J., Sys, S.U., Brutsaert, D.L. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 57, 582-591.
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372 (9634), 246-255.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2000). *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Felton, B.J., Revenson, T.A., Hinrichsen, G.A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Society and Sciences Medicine*, 18 (10), 889-898.
- Fronczyk, K. (2004). Palenie papierosów a cechy osobowości – przegląd badań. *Roczniki Psychologiczne*, 7 (2), 45-61.
- Fruyt, F., Denollet, J. (2002). Type D personality: a five-factor model perspective. *Psychology and Health*, 17 (5), 671-683.
- Howard, S., Hughes, B.M. (2013). Type D personality is associated with a sensitized cardiovascular response to recurrent stress in men. *Biological Psychology*, 94 (2), 450-455.
- Janowski, K. (2006). *Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem w łuszczycy*. Lublin: Wydawnictwo Polihymnia.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Keogh, A.M., Feehally, J. (1999). A quantitative study comparing adjustment and acceptance of illness in adults on renal replacement therapy. *American Nephrology Nurses Association Journal*, 26 (5), 471-477.
- Kim, S.R., Kim, H.K., Kang, J.H., Jeong, S.H., Kim, H.Y., Kim, S.R., Kim, M.Y. (2015). Does type D personality affect symptom control and quality of life in asthma patients? *Journal of Clinical Nursing*, 24 (5-6), 739-748.
- Konstytucja WHO (dostępna na <http://who.int/en/>).
- Kupper, N., Denollet, J., Widdershoven, J., Kop, W.J. (2013). Type D personality is associated with low cardiovascular reactivity to acute mental stress in heart failure patients. *International Journal of Psychophysiology*, 90 (1), 44-49.
- Lang, H., Faller, H. (1992). Coping and adaptation in pancreatectomized patients: A somatopsychic perspective. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57 (1-2), 17-28.
- Leganger, A. (2003). Control constructs: do they mediate the relation between educational attainment and health behaviors? *Journal of Health Psychology*, 8 (3), 361-372.

- Maier, S.F., Watkins, L.R., Fleshner, M. (1997). Psychoneuroimmunologia. O współzależnościach pomiędzy zachowaniem, mózgiem i odpornością. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 5-35.
- Mausch, K. (2003). *Wprowadzenie do psychoneuroimmunologii*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Meyer, T., Hussein, S., Lange, H.W., Herrmann-Lingen, C. (2014). Type D personality is unrelated to major adverse cardiovascular events in patients with coronary artery disease treated by intracoronary stenting. *Annals of Behavioral Medicine*, 48 (2), 156-162.
- Molchanov, A.S., Krut'ko, V.N. (1997). Lichnost', zdorov'e i prodolzhitel'nost' zhizni. *Fiziologija Cheloveka*, 23 (4), 58-61.
- Ogińska-Bulik, N. (2006). *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła – konsekwencje – zapobieganie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Ogińska-Bulik, N. (2009). *Osobowość typu D. Teoria i badania*. Łódź: Wydawnictwo WSHE.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2004). Osobowość stresowa (typ D) a ryzyko występowania chorób układu krążenia. W: K. Kosińska-Dec, L. Szewczyk (red.), *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki* (s. 5-17). Warszawa: Wydawnictwo BEL Studio.
- Pedersen, S.S., Denollet, J.K.L. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 10, 241-248.
- Pedersen, S.S., Ong, A.T., Sonnenschein, K., Serruys, P.W., Erdman, R.A., van Dorburg, R.T. (2000). Type D personality and diabetes predict the onset of depressive symptoms in patients after percutaneous coronary intervention. *Diabetes Care*, 23 (9), 1321-1325.
- Sher, L. (2005). Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *QJM: An International Journal of Medicine*, 98 (5), 323-329.
- Sheridan, C., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia zdrowia: wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Smith, T.W. (1992). Hostility and health: current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, 11 (3), 139-150.
- Smith, T.W., MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 435-467.
- Stetkiewicz, A., Goch, A., Adamik, G., Borkowska, A. (2008). Cechy temperamentu, depresja oraz funkcje poznawcze u chorych na chorobę niedokrwienną serca. *Polski Mercuriusz Lekarski*, 25 (150), 523-527.
- Stokłosa, T. (2004). Psychoneuroimmunologia. W: J. Gołąb, M. Jakóbisiak, W. Lasek (red.), *Immunologia* (s. 326-336). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stürmer, T., Amelang, M. (2006). Personality, lifestyle, and risk of cardiovascular disease and cancer: follow-up of population based cohort. *British Medical Journal*, 10 (332), 1359-1368.
- Telford, K., Kralik, D., Koch, T. (2006) Acceptance and Denial: Implications for People Adapting to Chronic Illness: Literature Review. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 457-464.

- Vandervoort, D.J., Luis, P.K., Hamilton, S.E. (1997). Same correlates of health locus of control among multicultural individuals. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 16 (2), 167-178.
- Van de Ven, M.O., Witteman, C.L., Tiggelman, D. (2013). Effect of Type D personality on medication adherence in early adolescents with asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 75 (6), 572-576.
- Wallston, K.A. (2001). Conceptualization and operationalization of perceived control. W: A. Baum, T. Revenson, J.E. Singer (red.), *The Handbook of Health Psychology* (s. 49-58). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., Smith, S., Dobbins, C. (1987). Perceived control and health. *Current Psychological Research and Reviews*, 6, 5-25.
- Wu, J.R., Song, E.K., Moser, D. (2015). Type D personality, self-efficacy, and medication adherence in patients with heart failure – a mediation analysis. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 44 (4), 276-281.
- Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Biuro Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego 1999. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2001.
- Zhang, J.K., Fang, L.L., Zhang, D.W., Jin, Q., Wu, X.M., Liu, J.C., Zhang, C.D., Dai, D.Q. (2015). Type D personality is associated with delaying patients to medical assessment and poor quality of life among rectal cancer survivors. *International Journal of Colorectal Disease*, Publisher: Springer International; PMID: 26243469.

Streszczenie. Osobowość typu D jest specyficznym konstruktem, charakteryzowanym przez dwa wymiary: tendencję do doświadczania negatywnych emocji – depresji, lęku, gniewu lub wrogości oraz tendencję do społecznego wycofywania się. Najnowsze badania wskazują na jej istotną rolę w patogenezie i przebiegu wielu schorzeń.

W prezentowanej pracy podjęto zagadnienie występowania osobowości stresowej typu D w grupie przewlekle chorych w odniesieniu do wybranych aspektów funkcjonowania w chorobie: akceptacji choroby, przekonań na temat lokalizacji kontroli zdrowia i zachowań zdrowotnych.

Przebadano razem 204 osoby przewlekle chore, w tym 135 (66%) kobiet i 69 (34%) mężczyzn w średnim wieku 49,56 lat ($SD = 13,13$).

W badaniu zastosowano następujące metody psychologiczne: Skalę DS-14 do oceny osobowości typu D oraz Skalę Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale* – AIS), Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (*The Multidimensional Health Locus of Control Scale* – MHLC-B) oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ.

Badane osoby cechowały się zróżnicowanym nasileniem analizowanych zmiennych, przeciętnym nasileniem akceptacji choroby i dbałością o zachowania zdrowotne oraz częstszym lokowaniem przekonań na temat kontroli zdrowia w sobie

lub w innych osobach, a rzadziej w przypadkowych okolicznościach. Mężczyźni nie różnili się istotnie od kobiet w zakresie akceptacji choroby, osobowości typu D i jej składowych oraz przekonań na temat lokalizacji kontroli zdrowia. Różnili się natomiast istotnie w zakresie podejmowanych zachowań zdrowotnych, a w szczególności w zakresie zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych i prawidłowych nawyków żywieniowych, o które kobiety bardziej dbały.

Stopień nasilenia cech osobowości D różnicował poziom akceptacji choroby, zachowań zdrowotnych, w szczególności prawidłowych nawyków żywieniowych i pozytywnego nastawienia psychicznego, oraz przekonań dotyczących zewnętrznej lokalizacji kontroli zdrowia – w zdarzeniach przypadkowych. Poziom cech D nie różnicował zachowań profilaktycznych i praktyk zdrowotnych oraz dwóch pozostałych przekonań na temat lokalizacji kontroli zdrowia – w sobie i w innych osobach.

Generalnie występowanie cech osobowości typu D utrudnia adaptacyjne funkcjonowanie w chorobie osobom chorym przewlekle.

Słowa kluczowe: chorzy przewlekle, osobowość typu D, akceptacja choroby, przekonania o lokalizacji kontroli zdrowia, zachowania zdrowotne

Data wpłynięcia: 17.08.2015

Data wpłynięcia po poprawkach: 20.01.2016

Data zatwierdzenia do druku: 21.01.2016