

Osobowość typu D i akceptacja choroby w grupie pacjentów onkohematologicznych i hematologicznych

Type D personality and illness acceptance in patients with oncohaematological and haematological conditions

Katedra i Zakład Epidemiologii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice, Polska

Adres do korespondencji: Angelina Patrycja Kaleta-Pilarska, Katedra i Zakład Epidemiologii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Medyków 18, 40-752 Katowice, e-mail: akaleta@sum.edu.pl

doi <https://doi.org/10.15557/PIPK.2026.0002>

ORCID iDs

1. Angelina Patrycja Kaleta-Pilarska <https://orcid.org/0000-0003-4525-9553>

2. Grzegorz Marek Brożek <https://orcid.org/0000-0002-0716-6471>

Streszczenie

Wprowadzenie i cel: Wzrastająca liczba zachorowań na choroby układy krwiotwórczego stanowi istotny problem zdrowia publicznego i ma wymiar indywidualny. Osobowość typu D (stresowa) i akceptacja choroby przez pacjenta mogą wpływać na przebieg choroby, jakość jego życia i efektywność terapii. Celem badania było określenie częstości występowania osobowości typu D u pacjentów onkohematologicznych i hematologicznych oraz ocena różnic w tej częstości i w akceptacji choroby. **Materiał i metody:** W badaniu uczestniczyło 85 pacjentów (66 z rozpoznaną chorobą onkohematologiczną i 19 – hematologiczną). Rekrutację przeprowadzono w Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie i w Ośrodku Badań Klinicznych Pratia Onkologia Katowice. Analizę statystyczną objęto dane zebrane od chorych w wieku 19–82 lat. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz osobowy oraz polskie wersje narzędzi Acceptance of Illness Scale i Type D Personality Scale. W analizie statystycznej zastosowano metody statystyki opisowej i analitycznej. Statystyczną znamienność różnic zmiennych jakościowych oparto na wyniku testu χ^2 i jego modyfikacjach, a ilościowych – testu *U* Manna–Whitneya. Wyniki analiz prostych zweryfikowano, stosując analizę regresji logistycznej. Analizę statystyczną wykonano przy użyciu pakietu statystycznego Statistica 13.3. **Wyniki:** Wykazano, że większość pacjentów prezentowała osobowość typu nie-D (pacjenci onkohematologiczni: 66,7%, hematologiczni: 68,4%). W obu grupach zdecydowana większość pacjentów akceptowała swoją chorobę (65,2% i 94,7%). W przypadku częstości występowania osobowości typu D w dwóch analizowanych grupach nie wykazano statystycznej znamienności różnic ($p = 0,9$). Grupy różniły się pod względem częstości występowania akceptacji choroby ($p = 0,01$) i nie różniły się pod względem płci ($p = 0,2$) ani wieku ($p = 0,4$). **Wnioski:** Cechy osobowości typu D występowały u około 1/3 pacjentów (33,3% vs 31,6%). Pacjenci hematologiczni częściej wykazywali akceptację choroby ($p = 0,01$).

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, osobowość typu D, hematologia, onkohematologia

Abstract

Introduction and objective: The increasing incidence of haematological diseases represents a significant public health problem and also has an individual dimension. Type D personality (stress-prone personality) and patients' acceptance of illness may influence the course of the disease, quality of life, and treatment effectiveness. The aim of this study was to assess the prevalence of Type D personality and to examine differences in both Type D personality prevalence and illness acceptance among oncohaematological and haematological patients. **Materials and methods:** The study included 85 patients: 66 diagnosed with oncohaematological disease and 19 with haematological disease. Recruitment was carried out at the Municipal Hospital Group in Chorzów and at the Pratia Oncology Clinical Research Centre in Katowice. The patients' age ranged from 19 to 82 years. The study used an author-designed personality questionnaire, the Acceptance of Illness Scale, and the Type D Personality Scale. Statistical significance of differences in qualitative variables was assessed using the chi-square test, while quantitative variables were analysed using the Mann–Whitney *U* test. Results from univariate analyses were verified using logistic regression. Statistical analyses were performed using Statistica version 13.3. **Results:** The study showed that the majority of patients exhibited a non-Type D personality (oncohaematology patients: 66.7%, haematology patients:

68.4%). In both groups, most patients accepted their illness (65.2% and 94.7%, respectively). The prevalence of Type D personality did not differ significantly between the two analysed groups ($p = 0.9$). The groups differed in terms of illness acceptance ($p = 0.01$). No significant differences were observed between the groups regarding gender ($p = 0.2$) or age ($p = 0.4$). **Conclusions:** Type D personality traits were observed in approximately one-third of patients (33.3% vs. 31.6%). Haematological patients were more likely to accept their illness ($p = 0.01$).

Keywords: acceptance of illness, Type D personality, haematology, oncohaematology

WSTĘP

Choroby układu krwiotwórczego stanowią niejednorodną pod względem klinicznym grupę schorzeń, co wiąże się z różnym rokowaniem. Rozpoznanie choroby hematologicznej, a zwłaszcza onkohematologicznej, wiąże się dla pacjenta z trudnościami wynikającymi z konieczności przystosowania się do niej (Wiraszka i Lelonek, 2008). Akceptacja choroby jest wymagającym procesem, który może być uzależniony od charakteru pacjenta lub wsparcia jego najbliższych (Rolka *et al.*, 2015; Ryś *et al.*, 2009; Sowa *et al.*, 2018; Uchmanowicz, 2015). Poziom akceptacji choroby odgrywa istotną rolę w procesie zdrowienia oraz wpływa na przebieg choroby, jakość życia pacjenta i efektywność terapii (Juczyński, 2012; Smoleń *et al.*, 2018). Na poziom akceptacji może również wpływać osobowość pacjenta. Osobowość typu D (stresowa) jest typem osobowości, któremu przypisuje się szczególne znaczenie w ryzyku rozwoju chorób przewlekłych. Jest to typ, który charakteryzuje się odczuwaniem silnego gniewu, lęku i zamartwiania się, ale również świadomym powstrzymywaniem od ujawniania tych emocji, głównie ze strachu przed odrzuceniem ze strony innych osób (Kaleta-Pilarska, 2023). W związku z rosnącą liczbą zachorowań na choroby układu krwiotwórczego (Wojciechowska *et al.*, 2024), co jest istotnym problemem zdrowia publicznego, jak również z uwagi na małą liczbę doniesień podejmujących tę tematykę przeprowadzono badanie, którego celem było określenie u pacjentów onkohematologicznych i hematologicznych częstości występowania osobowości typu D oraz ocena różnic w tej częstości i w akceptacji choroby.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu uczestniczyło 85 pacjentów w wieku 19–82 lat – w tym 66 z rozpoznaną chorobą onkohematologiczną i 19 – hematologiczną. Rekrutację przeprowadzono na Oddziale Klinicznym Hematologii i Profilaktyki Chorób Nowotworowych (Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie) oraz w Ośrodku Badań Klinicznych Patia Onkologia Katowice. Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne i anonimowe, a na jego przeprowadzenie uzyskano zgodę placówek medycznych. Badanie polegało na udzieleniu odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w trzech anonimowych kwestionariuszach.

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz osobowy (uprzednio zwalidowany) (Kaleta i Zejda, 2019) oraz

polskie wersje Acceptance of Illness Scale (AIS) i Type D Personality Scale (DS-14). Autorski kwestionariusz osobowy składał się z 10 pytań dotyczących danych antropometrycznych i społeczno-ekonomicznych oraz chorób współistniejących. Do pomiaru osobowości typu D wykorzystano polską wersję DS-14 opracowaną w 2005 roku przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego. Skala ta składa się z 14 stwierdzeń (Denollet *et al.*, 2011), do których respondent odnosi się za pomocą 5-stopniowej skali odpowiedzi (0 – fałszywe, 1 – raczej fałszywe, 2 – trudno powiedzieć, 3 – raczej prawdziwe, 4 – prawdziwe).

Na osobowość typu D składają się dwa wymiary – negatywna emocjonalność (NE) i hamowanie społeczne (HS) (Ogińska-Bulik, 2010). Spośród 14 stwierdzeń kwestionariusza siedem określa wymiar NE i siedem – HS. Sumę uzyskanych punktów oblicza się oddzielnie dla obu wymiarów. Uzyskanie ≥ 10 pkt w danym wymiarze jest podstawą do zakwalifikowania badanego do danej kategorii. Uzyskanie w obu wymiarach ≥ 10 pkt uzasadnia rozpoznanie osobowości typu D (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2004, 2008).

Skala AIS w adaptacji Juczyńskiego składa z ośmiu twierdzeń opatrzonych 5-stopniową skalą odpowiedzi, gdzie 1 oznacza zdecydowaną zgodność ze stwierdzeniem, a 5 – zdecydowany brak zgodności. Osoba badana może uzyskać 8–40 pkt. Niski wynik (< 20 pkt) oznacza brak akceptacji choroby przez badanego, a wysoki (≥ 20 pkt) świadczy o jej akceptacji (Juczyński, 2009).

Analiza statystyczna objęła metody statystyki opisowej i analitycznej. Statystyczną znamienność różnic ($p < 0,05$) zmiennych jakościowych oparto na wyniku testu Chi² i jego modyfikacjach, a zmiennych ilościowych – testu U Manna–Whitneya (brak cech rozkładu normalnego). Wyniki analiz prostych zweryfikowano, stosując analizę regresji logistycznej. Analizę statystyczną wykonano przy użyciu pakietu statystycznego Statistica 13.3.

WYNIKI

Analizie poddano dane 85 osób (42 kobiet i 43 mężczyzn) w wieku $64,0 \pm 14,0$ lat (zakres: 19–82 lat), spośród których u 66 rozpoznano chorobę onkohematologiczną, a u 19 – hematologiczną.

Grupy nie różniły się pod względem płci ($p = 0,2$) ani wieku ($p = 0,4$) (tab. 1 i 2).

Prawie połowa (45,9%) badanych mieszkała w miastach < 100 tys. mieszkańców. Respondenci najczęściej (31,8%) deklarowali wykształcenie wyższe. Większość (67,1%)

	Pacjenci hematologiczni (n = 19)	Pacjenci onkohematologiczni (n = 66)	Wartość p (wynik testu Chi ²)
Kobieta	12 (63,2%)	30 (45,5%)	0,2
Mężczyzna	7 (36,8%)	36 (54,5%)	

Tab. 1. Charakterystyka badanych grup w zależności od płci

Zmienna	Mediana ± rozstęp międzykwartylowy		Wartość p (wynik testu U Manna-Whitneya)
	Pacjenci hematologiczni (n = 19)	Pacjenci onkohematologiczni (n = 66)	
Wiek [lata]	57,0 ± 29,0	64,0 ± 12,0	0,4

Tab. 2. Charakterystyka badanych grup w zależności od wieku

badanych pozostawała w związku małżeńskim, a prawie połowa (44,7%) przed rozpoznaniem choroby nie była aktywna zawodowo (tzn. była na emeryturze). Najczęściej (56,5%) wskazywaną przez respondentów chorobą współistniejącą były przewlekłe choroby układu krążenia.

W grupie pacjentów onkohematologicznych (n = 66) ponad połowa (66,7%) prezentowała cechy osobowości typu nie-D. Podobna obserwacja dotyczyła grupy pacjentów hematologicznych (n = 19; 68,4%). Różnice te nie były istotne statystycznie (p = 0,9) (tab. 3).

W obu analizowanych grupach zdecydowana większość pacjentów akceptowała swoją chorobę (65,2% vs 94,7%). Różnice te były istotne statystycznie (p = 0,01) (tab. 4).

Dodatkowo przeprowadzono analizę różnic w grupach pacjentów z osobowością typu D i typu nie-D. Grupy różniły się istotnie statystycznie pod względem wykształcenia (p = 0,03). Wykształcenie wyższe i średnie vs zawodowe i podstawowe – iloraz szans = 2,1 (95-procentowy przedział ufności, 95% confidence interval, 95% CI: 0,7–6,4). Nie wykazano istotnych różnic pod względem płci (p = 0,3),

	Pacjenci hematologiczni (n = 19)	Pacjenci onkohematologiczni (n = 66)	Wartość p (wynik testu Chi ²)
Osobowość typu nie-D	13 (68,4%)	44 (66,7%)	0,9
Osobowość typu D	6 (31,6%)	22 (33,3%)	

Tab. 3. Częstość występowania cech osobowości typu D w dwóch grupach pacjentów

	Pacjenci hematologiczni (n = 19)	Pacjenci onkohematologiczni (n = 66)	Wartość p (wynik dokładnego testu Fishera)
Akceptacja choroby	18 (94,7%)	43 (65,2%)	0,01
Brak akceptacji choroby	1 (5,3%)	23 (34,8%)	

Tab. 4. Częstość akceptacji choroby w dwóch grupach pacjentów

miejsca zamieszkania (p = 0,4), stanu cywilnego (p = 0,4) ani wieku (p = 0,5).

Wyniki analiz prostych zweryfikowano, stosując analizę regresji logistycznej zgodnie z modelem: osobowość typu D (tak/nie) = płeć + miejsce zamieszkania + wykształcenie + stan cywilny + wiek. Nie wykazano znamienności statystycznej dla żadnej zmiennej.

Analogicznie przeprowadzono analizę różnic w grupach pacjentów akceptujących chorobę i jej nieakceptujących. Grupy nie różniły się pod względem płci (p = 0,7), miejsca zamieszkania (p = 0,6), wykształcenia (p = 0,6), stanu cywilnego (p = 0,7) ani wieku (p = 0,5).

Wyniki analiz prostych zweryfikowano, stosując analizę regresji logistycznej zgodnie z modelem: akceptacja choroby (tak/nie) = płeć + miejsce zamieszkania + wykształcenie + stan cywilny + wiek. Nie wykazano znamienności statystycznej dla żadnej zmiennej.

OMÓWIENIE

Uzyskane wyniki wskazują, że u ponad połowy badanych pacjentów onkohematologicznych i hematologicznych (66,7% vs 68,4%) nie występują cechy osobowości typu D. Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że badania nad osobowością typu D są prowadzone w odniesieniu do takich chorób, jak cukrzyca, astma i choroby układu krążenia. Badania dotyczą również zaburzeń odżywiania, snu i przewlekłego bólu (Mols i Denollet, 2010; Nowak *et al.*, 2016; Ogińska-Bulik, 2010; Ogińska-Bulik *et al.*, 2009). Nie przeprowadzono natomiast badań wśród pacjentów z chorobami hematologicznymi. Wśród badań dotyczących związku osobowości typu D z chorobami onkologicznymi są takie, do których rekrutowano pacjentów onkohematologicznych, ale stanowili oni niewielki odsetek wszystkich uczestników. W badaniu Kozaki i Kobus (2015) w grupie 40 pacjentów onkologicznych zaledwie czterech cierpiało na choroby onkohematologiczne. Ponadto należy zwrócić uwagę, że te badaczki oceniały częstość występowania cech osobowości typu D w grupie pacjentów z rozpoznaną chorobą onkologiczną i wśród osób zdrowych, co uniemożliwia porównanie uzyskanych wyników z rezultatami niniejszego badania. W niniejszym badaniu wykazano, że zdecydowana większość pacjentów zarówno onkohematologicznych, jak i hematologicznych akceptuje swoją chorobę (65,2% vs 94,7%). Podobne wyniki uzyskały Wiraszka i Lelonek (2008), które stwierdziły, że ponad połowa (61,8%) pacjentów z ostrą lub przewlekłą białaczką prezentowała średni poziom akceptacji choroby. Również średni poziom akceptacji wśród chorych na chłoniaki obserwowali Ślusarska i wsp. (2016). Odmienne wyniki niż w niniejszym badaniu uzyskali natomiast Kruszecka-Krówka i wsp. (2025) w grupie pacjentów z nowotworem limfatycznym, spośród których około 75% nie akceptowało swojej choroby. Różnice te mogą wynikać z tego, że w cytowanym badaniu uczestniczyły wyłącznie nastolatki (średnia wieku: 15,6 roku), podczas gdy w niniejszym badaniu – osoby dorosłe (średnia wieku: 62 lata).

Mocną stroną niniejszego badania była pełna zwrotność kwestionariuszy, będąca skutkiem bezpośredniego kontaktu respondenta z ankieterem w miejscu hospitalizacji. Pacjenci, którzy wzięli udział w badaniu, przebywali w pomieszczeniu wyłącznie z ankieterem. W związku z tym ograniczono możliwość zakłócenia wyników spowodowanych obecnością osób trzecich czy trudnościami w zrozumieniu pytania.

W badaniu posłużono się kwestionariuszami powszechnie wykorzystywanymi i akceptowanymi w Polsce.

Słabą stroną niniejszego badania była natomiast ograniczona reprezentatywność pacjentów hematologicznych ($n = 19$). Ponieważ do badania rekrutowano wyłącznie pacjentów leczących się w dwóch ośrodkach specjalistycznych, losowy dobór próby nie był możliwy. W badaniu mogły wziąć udział osoby, które aktualnie były hospitalizowane, a w większości byli to pacjenci onkohematologiczni. Mimo to, z uwagi na ograniczoną liczbę badań z udziałem pacjentów z zaburzeniami układu krwiotwórczego, niniejsze badanie własne może mieć istotne – z punktu widzenia zdrowia publicznego – znaczenie poznawcze.

WNIOSKI

Cechy osobowości typu D występują u około 1/3 pacjentów onkohematologicznych i hematologicznych (33,3% vs 31,6%).

Pacjenci hematologiczni istotnie częściej wykazują akceptację choroby (94,7% vs 65,2%; $p = 0,01$).

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Wkład autorów

Koncepcja i projekt badania: APKP, GMB. Gromadzenie i/lub zestawianie danych; analiza i interpretacja danych; napisanie artykułu: APKP. Krytyczne zrecenzowanie artykułu; zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: GMB.

Piśmiennictwo

Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL: Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation* 2000; 102: 630–635.

Juczyński Z: Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012.

Juczyński Z: Zmaganie się z chorobą. In: *Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009: 162–166.

Kaleta A, Zejda J: Ocena rzetelności kwestionariusza osobowości typu D (DS-14) w badaniu chorych z rakiem jelita grubego. *Hygeia Public Health* 2019; 54: 41–47.

Kaleta-Pilarska A: Osobowość typu D u pacjentów z rakiem jelita grubego. *Ann Acad Med Siles* 2023; 77: 51–59.

Kozaka J, Kobus P: Osobowość typu D a satysfakcja z życia i radzenie sobie z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2015; 2: 74–79.

Kruszecka-Krówka A, Cepuch G, Królikowska A et al.: Acceptance of illness, quality of sleep and emotional state of adolescents with lymphatic malignancy during the first cycle of anticancer treatment – a preliminary report. *Healthcare (Basel)* 2025; 13: 637.

Mols F, Denollet J: Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 9.

Nowak G, Żelazko A, Rogalska A et al.: Badanie zachowań zdrowotnych i osobowości typu D wśród studentek dietetyki. *Med Og Nauk Zdr* 2016; 22: 129–134.

Ogińska-Bulik N: Osobowość typu D a ryzyko uzależnienia od czynności. *Psychiatria* 2010; 7: 11–24.

Ogińska-Bulik N, Juczyński Z: Osobowość stresowa (typ D) a ryzyko występowania chorób układu krążenia. In: Kosińska-Dec K, Szewczyk L (eds.): *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki*. BEL Studio, Warszawa 2004: 5–17.

Ogińska-Bulik N, Juczyński Z: Właściwości osobowości sprzyjające chorobom somatycznym – rola typu D. *Psychoonkologia* 2008; 12: 7–13.

Ogińska-Bulik N, Juczyński Z, Denollet J: Skala do Pomiaru Typu D – DS14. In: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N (eds.): *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009: 71–85.

Rolka H, Krajewska-Kulak E, Kulak W et al.: Akceptacja choroby i strategii radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną – doniesienie wstępne. *Probl Pielęg* 2009; 17: 178–183.

Ryś J, Wysocki WM, Chmielnik E et al.: Rodzaje operacji wykonywanych u chorych na raka piersi i zasady zabezpieczania materiału tkankowego do badania histologicznego. *Pol J Pathol* 2009; 3 (Supl. 1): 20–25.

Sowa M, Głowacka-Mrotek I, Nowikiewicz T et al.: Ocena czynników wpływających na stopień akceptacji zachorowania na raka piersi u kobiet poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł piersiowy: analiza odległa po upływie 5 lat od zabiegu – badanie wstępne. *Pielęg Pol* 2018; 67: 58–64.

Smoleń E, Jarema M, Hombek K et al.: Akceptacja i przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych onkologicznie. *Probl Pielęg* 2018; 26: 37–43.

Ślusarska B, Nowicki GJ, Serwata M et al.: Poziom akceptacji choroby i jakość życia chorych na chłoniaki. *Med Paliat* 2016; 8: 88–95.

Uchmanowicz I: Wpływ zespołu kruchości na ocenę akceptacji choroby u chorych w wieku podeszłym na niewydolność serca. *Geron-tol Pol* 2015; 1: 3–10.

Wiraszka G, Lelonek B: Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Stud Med* 2008; 10: 21–26.

Wojciechowska U, Didkowska JA, Barańska K et al.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2022 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2024.