

Opinie pacjentów i osób zdrowych na temat przyczyn rozprzestrzeniania się wstydlivych chorób zakaźnych

Views of patients and healthy population on the reasons for the spread of embarrassing illnesses

TERESA RZEPA^{1/}, OLIVIA JAKUBOWICZ^{2/}, RYSZARD ŻABA^{2/}

^{1/} Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

^{2/} Zakład Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Wprowadzenie. Długotrwałe doświadczany wstyd prowadzi do wyjątkowo negatywnych następstw oraz zarówno towarzyszy, jak i może uruchamiać każdą formę piętna.

Cel. Postanowiono zbadać: 1. jaki poziom wstydu przypisują swym chorobom pacjenci ze schorzeniami zaliczanymi do najbardziej wstydlivych; 2. jakie czynniki uznaje się za szczególnie niebezpieczne i sprzyjające rozprzestrzenianiu się tego typu chorób.

Materiał i metody. W pierwszym etapie badań opracowano zestaw dziesięciu najbardziej wstydlivych chorób, które następnie zostały ocenione przez 533 osoby za pomocą skali. Do badań właściwych dobrano trzy grupy pacjentów ze schorzeniami mieszczącymi się w grupie chorób uznanych za najbardziej wstydlive, tj. 43 osoby z trądzikiem, 43 z łuszczycą oraz 25 chorych na kiłę. Grupę kontrolną stanowiło 108 osób studiujących i pracujących w tym okresie w poznańskich uczelniach wyższych. Badania polegały na wypełnieniu autorskiej ankiety, złożonej z półotwartych zadań z podanym zestawem odpowiedzi. Analizy statystycznej dokonano za pomocą testu Kruskala-Wallis, testu χ^2 oraz testu do porównań dwóch wskaźników struktury, zakładając poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki. Wszyscy badani za obarczone największym wstydem uznali schorzenia zaliczane do grupy chorób przenoszonych drogą płciową. Za najważniejszą przyczynę ich rozprzestrzeniania się uznano ryzykowne zachowania seksualne. Do największego wstydu z powodu swej choroby przyznali się chorzy na kiłę, a do najmniejszego – pacjenci z trądzikiem. Wykazano statystycznie istotną różnicę doznawanego wstydu między badanymi grupami (test Kruskala-Wallis, $p = 0,0001$). Test wielokrotnych porównań wykazał, że różnice te zachodzą między poziomami wstydu we wszystkich porównywanych grupach.

Wnioski. Uzyskane wyniki mogą być pomocne w profilaktyce i terapii wstydu oraz jego patologicznych skutków. Ponadto mogą być pomocne w procesie projektowania działań profilaktycznych, a zwłaszcza wywierania wpływu na społeczeństwo poprzez odpowiednie formy edukacji seksualnej, która – jak wskazali sami badani – powinna być uwzględniona już na etapie nauki szkolnej.

Słowa kluczowe: wstyd, choroby wstydlive, kiła, trądzik, łuszczycza

Introduction. Prolonged feelings of shame lead to extremely negative consequences and accompany, as well as trigger, different forms of social stigma.

Aim. The study aimed at investigating the following: 1. level of shame that patients with illnesses commonly perceived as 'embarrassing' associate with their disease; 2. risk factors that favor the spread of these diseases.

Material & methods. In the first phase of the study a set of 10 most embarrassing illnesses was designed and evaluated by 533 people (scale). Three groups of patients, affected by various diseases from that list (43 – acne, 43 – psoriasis, 25 – syphilis cases), were included into the actual study. 108 students and employees of various Poznan colleges comprised the control group. The respondents filled in an original questionnaire, designed especially for the purpose of the study, consisting of half-open tasks with a set of answers. The χ^2 test and U Kruskal-Wallis test were used for the statistical analysis, with $p < 0.05$ as statistically significant.

Results. All respondents found illnesses from the group of sexually transmitted diseases to be the most embarrassing and pointed to risky sexual behaviors as the leading cause of transmission. The syphilis and acne patients admitted to the highest and lowest level of shame, respectively, due to their affliction. Statistically significant differences (Kruskal-Wallis test, $p = 0.0001$) in the level of shame were observed between the groups. The multiple comparison test revealed the presence of such differences in the level of shame in all of the studied groups.

Conclusions. The obtained results may be useful in prevention and therapy of shame, as well as its pathological consequences. Furthermore, they might be applicable in the process of undertaking preventive measures, especially through proper forms of sexual education which, as was observed by the respondents, should be included in the school curriculum.

Key words: shame, embarrassing diseases, syphilis, acne, psoriasis

© Hygeia Public Health 2013, 48(4): 486-493

www.h-ph.pl

Nadesłano: 27.09.2013

Zakwalifikowano do druku: 22.11.2013

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Prof. dr hab. n. med. Ryszard Żaba

Zakład Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań

tel. (61) 8691718, fax +48 618691572

e-mail: zaba@dermatologia.pl

Wprowadzenie

Wielowymiarowa emocja wstydu może wywierać pozytywny i negatywny wpływ na rozwój człowieka oraz na jego funkcjonowanie społeczne [1-8]. Pozytywne oddziaływanie wstydu polega na ochronie cielesności i prywatności oraz na utrzymywaniu korzystnego obrazu siebie w oczach innych ludzi. Wstyd odgrywa ponadto ważną rolę w procesie przyswajania norm społecznych i wzorców zachowań, tym samym kształtując tożsamość społeczną i osobistą [3, 9]. Jednak o wiele częściej wstyd jest rozumiany jako samoświadoma emocja negatywna, uruchamiająca wyrzuty sumienia, powiązana z poczuciem winy i doświadczeniem osobistej gorszości. Wstydu doznaje się wskutek negatywnej oceny własnego postępowania, dokonanej przez innych ludzi lub przez samego siebie, co wzbudza dotkliwe poczucie niższości, bezwartościowości i utraty godności osobistej [1-6, 10-13].

Źródeł wstydu jest nieskończenie wiele, a są one stymulowane zarówno wewnątrz, jak i zewnątrz. Wykazano, że ludzie doświadczają wstydu z powodu swego wyglądu, rasy, narodowości, wyznania, pochodzenia, cech osobowości, niepełnosprawności, orientacji seksualnej, stanu zdrowia [5-6, 8]. Wstydu doznają osoby, które doświadczyły przemocy i były molestowane seksualnie w dzieciństwie [10, 14]. Wstydzą się niedoszli samobójcy [15], narkomani, alkoholicy i inni uzależnieni. Z powodu ich uzależnienia i społecznie nieakceptowanych zachowań doświadczają wstydu całe rodziny [16-19]. Wstyd jest ponadto udziałem danej osoby i członków jej rodziny, jeśli ta osoba (m.in.): jest chora psychicznie, popełniła przestępstwo, została dyscyplinarnie zwolniona z pracy, uznana za fałszywą, podstępna, niemoralną itp. [20-22]. Wstydu doświadczają także wraz z ujawnieniem negatywnych informacji o sobie czy własnej rodzinie, o błędach, niepowodzeniach i niepoehlebnych czynach [1, 3-4, 6-7, 23-24]. Wstyd pojawia się również w rozmaitych sytuacjach społecznych, zazwyczaj w związku z niezajomością lub przekroczeniem obowiązujących norm społecznych i standardów zachowań [5].

Człowiek doświadczający wstydu kurczy się i kuli, jego policzki oblewają się rumieńcem, mimika staje się nienaturalna, oczy unikają kontaktu, a dłonie zakrywają twarz. Niewerbalnym wskaźnikiem wstydu towarzyszą złożone objawy psychiczne, takie jak: lęk, niepokój, cierpienia duchowe, wyrzuty sumienia, poczucie winy i bezwartościowości, utrata wiary w siebie, zaniżona samoocena, gniew, złość. Prowadzą one do różnych form psychopatologii, a zwłaszcza do fobii społecznych, alienacji i depresji, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i zaburzeń odżywiania, do uzależnień i zachowań ryzykownych, złudnie traktowanych jako pomagające w przezwyciężaniu negatywnych stanów wewnętrznych [5-6, 10, 14, 23, 25].

Długotrwałe doświadczany wstyd prowadzi do wyjątkowo negatywnych następstw oraz zarówno towarzyszy, jak i może uruchamiać każdą formę piętna. U jego źródeł leżą bowiem te same atrybuty, które dyskredytują daną osobę [5, 8]. Do szczególnie stygmatyzujących, wstydlivych i budzących lęk społeczny zalicza się niektóre choroby, zwłaszcza związane z negatywnie ocenianą etiologią, umiejscowieniem i objawami oraz wysokim poziomem zakaźności [26-29]. Do tej kategorii niemal bezwyjątkowo zalicza się choroby przewlekłe, obejmujące intymne części ciała i przenoszone drogą płciową, a także choroby skóry o szpecących i widocznych objawach. Genezę tych chorób wiąże się przeważnie z brakiem higieny, prowadzeniem niewłaściwego trybu życia i z podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych.

Cele badawcze

Kaufman (1996) i Miller (2006), którzy od lat zajmują się problematyką wstydu podkreślają, iż ta emocja jest traktowana przez badaczy jak tabu i rzadko weryfikowana [3, 30]. Na dowód odmiennego podejścia do tego zagadnienia postanowiono zbadać: 1. jaki poziom wstydu przypisują swym chorobom pacjenci ze schorzeniami zaliczanymi do najbardziej wstydlivych; 2. jakie czynniki uznaje się za szczególnie niebezpieczne i sprzyjające rozprzestrzenianiu się tego typu chorób. Dodatkowo założono, iż wypowiedzi dotyczące drugiego problemu zostaną porównane z opiniami osób zdrowych na ten temat.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w latach 2011-2013. Najpierw kilku lekarzy ustaliło listę 35 chorób powszechnie kojarzonych z przeżywaniami wstydu. Po badaniach pilotażowych opracowano zestaw dziesięciu najbardziej wstydlivych chorób, które następnie zostały ocenione przez 533 osoby za pomocą skali od 1 do 10 (od najniższego do najwyższego poziomu wstydu).

Do badań właściwych dobrano trzy grupy pacjentów ze schorzeniami mieszczącymi się w pierwszej dziesiątce chorób uznanych za najbardziej wstydlive, tj. 111 pacjentów leczonych od pierwszych dni września 2012 r. do połowy marca 2013 r. w Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Były to: 1. osoby chore na niezakaźne schorzenia skórne, tj. 43 osoby z trądzikiem i 43 z łuszczycą; 2. osoby chore na schorzenia zakaźne, tj. 25 chorych na kiłę. Natomiast do grupy kontrolnej weszło 108 osób studiujących i pracujących w tym okresie w poznańskich uczelniach wyższych.

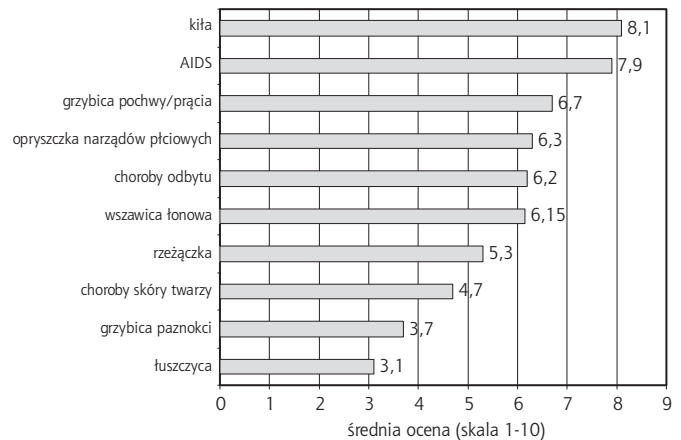
Osoby biorące udział w badaniu wypełniły autorską ankietę, złożoną z 9 (pacjenci) i z 8 (osoby zdrowe) półotwartych zadań z podanym zestawem

odpowiedzi. Ankieta została opracowana przez zespół badaczy na podstawie własnych doświadczeń medycznych i psychoterapeutycznych. W niniejszym tekście wykorzystano odpowiedzi dotyczące wskazanych celów badawczych – z tym, że w ankietowym zestawieniu dziesięciu najbardziej wstydlivych chorób zmieniono trzy niezakaźne schorzenia (choroby odbytu, choroby skóry twarzy i łuszczycę) na zakaźne, tj.: opryszczkę odbytu, zakażenie chlamydią (chlamydiozę) i gruźlicę. Było to konieczne z uwagi na przedmiot badań, który dotyczył chorób zakaźnych. Analizy statystycznej dokonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa, testu χ^2 oraz testu do porównań dwóch wskaźników struktury, zakładając poziom istotności $p=0,05$.

Wyniki

Zestawienie chorób ocenionych w pierwszej fazie badań jako obarczonych największym wstydem zaprezentowano na rycinie (ryc. 1). Mimo dokonanej zamiany trzech schorzeń niezakaźnych na zakaźne w drugiej fazie badań, lokaty większości chorób uznanych za najbardziej wstydlivie pozostały takie same, a różnice statystyczne między osobami zdrowymi i pacjentami oraz wewnątrz grup chorych okazały się nieistotne. Wprowadzona zmiana nie miała więc żadnego znaczenia dla dalszego przebiegu badań. Poza tym odpowiedzi na pytania ankietowe należało odnosić wyłącznie do chorób ocenionych jako najbardziej wstydlive. Ustalono, że nikt spośród badanych nie uznał za najbardziej wstydlivą którąkolwiek z chorób zakaźnych wprowadzonych do nowego zestawienia (tj. opryszczki odbytu, zakażenia chlamydią i gruźlicy). Za obarczoną największym wstydem osoby zdrowe oraz chorzy na trądżik uznali kiłę (odpowiednio: 8,3 i 7,6), natomiast chorzy na kiłę i łuszczycę – AIDS (odpowiednio: 9,0 i 7,9). Na drugim miejscu osoby zdrowe ułożyły AIDS (7,9), a pacjenci z kiłą i łuszczycą – kiłę (odpowiednio: 7,5 i 7,7), zaś chorzy na trądżik na tym miejscu ułożyli opryszczkę odbytu (średnia ocena = 6,6). Wszystkie te choroby są zaliczane do przenoszonych drogą płciową.

Następnie chorzy na trądżik, łuszczycę i kiłę zdecydowali, jaki procent wstydu należy przypisać własnej chorobie w porównaniu do schorzenia ocenionego jako najbardziej (tj. stu procentowo) wstydlive. Do największego (średnio 75-procentowego) wstydu z powodu swej choroby przyznali się chorzy na kiłę, a do najmniejszego (30-procentowego) – pacjenci z trądżikiem. Chorzy na łuszczycę ocenili wstyd doświadczony wskutek swej choroby jako 52-procentowy. Wyniki zawarto w poniższej tabeli (tab. I). Wykazano statystycznie istotną różnicę doznawanego wstydu między badanymi grupami (test Kruskala-Wallisa, $p=0,0001$). Test wielokrotnych porównań wykazał, że różnice te zachodzą między poziomami



Ryc. 1. Lista chorób ocenionych jako najbardziej wstydlive w pierwszej fazie badań

Fig.1. List of illnesses assessed as the most embarrassing in the first phase of research

Tabela I. Rodzaj choroby a deklarowany poziom wstydu
Table I. Kind of illness and declared level of shame

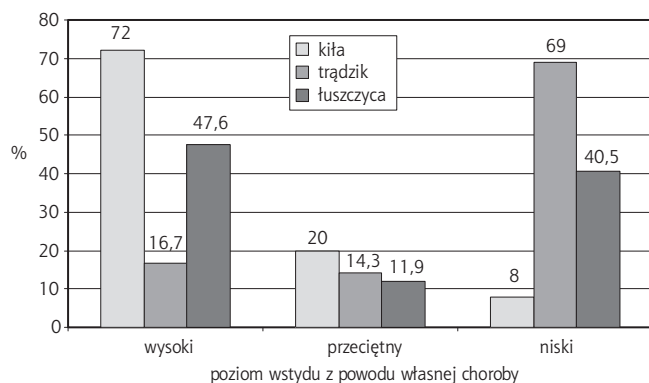
Grupa	N	Poziom wstydu (%)				
		Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe	
Ogółem	Kiła	25	75	30	100	23
	Trądżik	43	30	1	100	26
	Łuszczycza	43	52	0	100	35

Źródło: badania własne

wstydu we wszystkich porównywanych grupach, tj.: 1. chorych na kiłę i trądżik ($p=0,0001$); 2. chorych na kiłę i łuszczycę ($p=0,02$); 3. chorych na trądżik i łuszczycę ($p=0,0135$).

Szczegółowa analiza statystyczna wykazała znaczne zróżnicowanie rozkładów poziomu wstydu z powodu własnej choroby w poszczególnych grupach pacjentów. Wysoki poziom wstydu ujawniło najwięcej chorych na kiłę. Większość chorych na trądżik oceniła poziom wstydu z powodu własnej choroby jako niski. Pacjenci z łuszczycą ocenili swą chorobę jako niemal na równi obarczoną wysokim albo niskim poziomem wstydu. Rzadziej i w zbliżonym odsetku pacjenci oceniali swą chorobę jako przeciętnie wstydlivą (ryc. 2). Zależności między rodzajem choroby a poziomem przypisanego jej wstydu okazały się statystycznie istotne dla obu skrajnych poziomów, tj. niskiego (χ^2 , $p=0,0001$) oraz wysokiego (χ^2 , $p=0,01$). Ponadto, statystycznie istotne okazały się różnice między poziomem wstydu przypisanego własnym chorobom niezakaźnym przez pacjentów z trądżikiem i łuszczycą a poziomem wstydu, jaki przypisali swej zakaźnej chorobie pacjenci z kiłą (χ^2 , $p=0,01$).

W odpowiedzi na pytanie dotyczące przyczyn rozprzestrzeniania się wstydlivych chorób zakaźnych (przy czym należało się odnosić do chorób obarczonych największym wstydem, de facto – przenoszonych



Ryc. 2. Poziom wstydu z powodu własnej choroby w ocenie badanych pacjentów

Fig. 2. Level of shame because of own illness in the patients' assessment

drogą płciową), można było wybrać dowolną liczbę czynników z listy lub wpisać własną opinię. Wyniki porównawczej analizy wypowiedzi badanych pacjentów (podzielonych na grupy w zależności od rodzaju choroby) oraz osób zdrowych przedstawiono w poniższej tabeli (tab. II).

Wykazano, że statystycznie istotne różnice wystąpiły w zakresie następujących kategorii odpowiedzi:

1. Nieleczenie choroby z powodu skrępowania i wstydu – między osobami zdrowymi a: chorymi na kiłę ($p=0,0001$), łuszczycę ($p=0,0001$) i trądzik ($p=0,0001$);
2. Brak dbałości o codzienną higienę – między pacjentami z kiłą a pacjentami z trądzikiem ($p=0,0054$) i z osobami zdrowymi ($p=0,003$) oraz między tą ostatnią grupą a pacjentami z łuszczycą ($p=0,034$);

3. Nieużywanie prezerwatyw – między chorymi na kiłę a: chorymi na trądzik ($p=0,0076$), na łuszczycę ($p=0,0076$) oraz osobami zdrowymi ($p=0,005$);
4. Korzystanie z przydrożnego seksu – między osobami zdrowymi a pacjentami z łuszczycą ($p=0,0449$);
5. Niewłaściwe wzorce higieniczne wyniesione z rodzinnego domu – między osobami zdrowymi a pacjentami z kiłą ($p=0,0295$) oraz z łuszczycą ($p=0,003$);
6. Unikanie takich tematów przez mass-media – między chorymi na trądzik a chorymi na łuszczycę ($p=0,038$);
7. Wszelobecnny w Polsce brud – między osobami zdrowymi a pacjentami z łuszczycą ($p=0,0221$) oraz z kiłą ($p=0,0078$);
8. Niewłaściwe postawy rodziców wobec seksu – między pacjentami z kiłą a pacjentami z trądzikiem ($p=0,0001$) i z osobami zdrowymi ($p=0,0002$), a także między chorymi na trądzik a chorymi na łuszczycę ($p=0,0032$);
9. Używanie tych samych przyborów toaletowych – między osobami zdrowymi a pacjentami z trądzikiem ($p=0,015$) i z łuszczycą ($p=0,015$);
10. Korzystanie z publicznych toalet – między osobami zdrowymi a chorymi na kiłę ($p=0,021$).

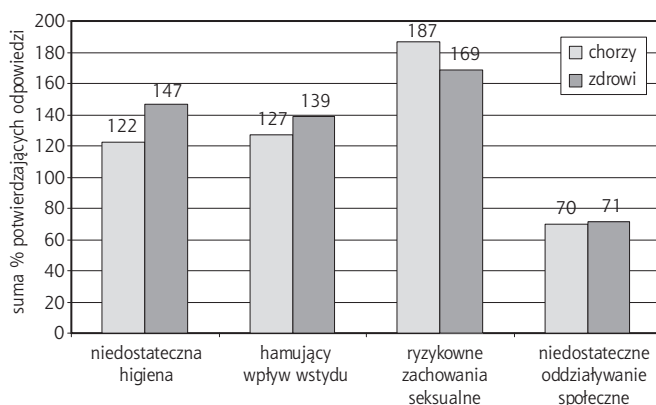
W przypadku pozostałych czynników (tj.: przygodne stosunki seksualne, bagatelizowanie pierwszych objawów choroby, lekceważenie wymogu mycia rąk, nieodpowiednia edukacja seksualna w szkole) wykazano brak różnic statystycznych, co dowodzi zgodności opinii wszystkich grup badanych w zakresie tych zmiennych.

Tabela II. Przyczyny rozprzestrzeniania się wstydlivych chorób zakaźnych w ocenie badanych pacjentów i osób zdrowych (wyróżniono odpowiedzi udzielane najczęściej)

Table II. Reasons of spread of embarrassing illnesses in patients' and healthy people's assessment

Ocena przyczyn niebezpiecznego rozprzestrzeniania się chorób	Kiła N=25	Trądzik N=43	łuszczyca N=43	Zdrowi N=108	Suma (% ogółu badanych)
Nieleczenie się z powodu skrępowania/wstydu	15	33	27	104	179 (81,7)
Przygodne stosunki seksualne	22	31	34	86	173 (79,0)
Brak dbałości o codzienną higienę	7	27	18	66	118 (53,9)
Nieużywanie prezerwatyw	20	20	20	53	113 (51,6)
Bagatelizowanie pierwszych objawów choroby	14	26	26	46	112 (51,7)
Korzystanie z przydrożnego seksu	13	23	25	41	102 (47,0)
Brak odpowiedniej edukacji seksualnej w szkole	12	13	15	48	88 (40,2)
Niewłaściwe wzorce higieniczne wyniesione z domu	4	12	6	42	64 (29,2)
Lekceważenie wymogu mycia rąk	3	8	12	17	40 (18,3)
Unikanie problemu przez mass-media	4	10	3	19	36 (16,4)
Wszelobecnny w Polsce brud	0	5	3	25	33 (15,1)
Niewłaściwe postawy rodziców wobec seksu	10	1	10	11	32 (14,6)
Używanie tych samych przyborów toaletowych	4	8	8	6	26 (11,8)
Korzystanie z publicznych toalet	3	3	4	2	12 (5,5)

Następnie pogrupowano szczegółowe wypowiedzi osób chorych i zdrowych w cztery kategorie ogólne, tj.: 1. niedostateczna higiena; 2. hamujący wpływ wstydu; 3. ryzykowne zachowania seksualne; 4. niewłaściwe oddziaływania społeczne (ryc. 3). Pogrupowane czynniki poddano analizie statystycznej, która wykazała nieistotność różnic międzygrupowych, a tym samym wskazała na zgodność opinii badanych pacjentów i osób zdrowych. Warto podkreślić, że za najważniejszą przyczynę rozprzestrzeniania się chorób przenoszonych drogą płciową badani uznali ryzykowne zachowania seksualne (tj. przygodne stosunki seksualne, korzystanie z przydrożnego seksu i nieużywanie prezerwatywy).



Ryc. 3. Porównanie opinii osób chorych i zdrowych nt. przyczyn zarażenia chorobami uznanymi za najbardziej wstydlive

Fig. 3. Comparison of opinions of ill and healthy subjects on causes of infection with diseases regarded as the most embarrassing

Dyskusja

W ocenie 533 badanych, kiła, choroby skóry twarzy oraz łuszczyca znalazły się w pierwszej dziesiątce najbardziej wstydlivych chorób. To zestawienie raczej różni się niż jest zbliżone do międzynarodowej listy dziesięciu najbardziej napiętnowanych schorzeń, ponieważ wyznacznikiem piętna nie musi (lecz może) być wstyd [31]. Dlatego na porównywanej liście znalazły się zarówno choroby nowotworowe (rak odbytu i płuc) oraz otyłość, jak i zaburzenia erekcji, choroby psychiczne, AIDS czy łuszczyca. Zaistniałe różnice można wyjaśnić nie tylko w odwołaniu do metodologii konstruowania listy napiętnowanych chorób ze względu na przyjęte kryterium klasyfikacji, lecz również przez wzgląd na społeczną i historyczną wiedzę na temat stygmatyzowanych schorzeń oraz częstość ich występowania na danym obszarze geograficznym.

Niemal wszystkie porównania dotyczące wstydu doświadczanego z powodu własnej choroby przez pacjentów z kiłą, trądzikiem i łuszczyką okazały się statystycznie istotne. Najmniejszy (średnio 30-procentowy) wstyd z powodu swej choroby odczuwali chorzy na trądzik, którzy także najczęściej przypy-

sywali jej niski poziom wstydu (69%) wówczas, gdy odnosili ocenę wstydlivoci trądziku do obarczanej stuprocentowym wstydem kiły. Ten wynik można potraktować jako korzystny dla chorych na trądzik, ponieważ dowodzi uświadamianej przez nich różnicy w zakresie przyczyn wstydlivoci chorób i wskazuje na skuteczność techniki „porównań do gorszego” [32], która może być wykorzystywana przez lekarzy i terapeutów w procesie leczenia takich pacjentów. Ten wynik wskazuje również, iż chorzy na trądzik uznają za prawdziwe powszechne przekonanie o przemijającym charakterze swej choroby oraz że wiedzą o jej niezakaźności. Natomiast ci pacjenci, którzy ocenili poziom doświadczanego wstydu skutek trądziku jako przeciętny (14,3% badanych) lub wysoki (16,7%), prawdopodobnie doznali różnych form ostracyzmu i dyskryminacji z powodu widocznych objawów choroby czy posądzenia o brak higieny i niezdrowy styl życia [33-34].

Pacjenci z łuszczyką odczuwali przeciętny (średnio 52-procentowy) wstyd z powodu swej choroby. W efekcie porównania własnych przeżyć do doświadczeń związanych z zachorowaniem na AIDS, obarczonym według nich stuprocentowym wstydem, ocenili poziom swego wstydu albo wysoko (47,6% pacjentów), albo nisko (40,5%). Wysoki poziom wstydu przypisywany łuszczyce można łączyć z niedostateczną wiedzą społeczną na temat niezakaźności tej choroby, a stąd – z tendencją do stygmatyzacji i dyskryminowania chorych. Widoczne zmiany skórne typowe dla łuszczyce mogą bowiem wywoływać negatywne reakcje i wzbudzać obawy co do zarażenia się [35-37]. Natomiast zmiany skórne u pacjentów przypisujących swej chorobie niski poziom wstydu prawdopodobnie są łatwe do ukrycia lub osoby z ich otoczenia dysponują wysokim poziomem wiedzy o łuszczyce i jej niezakaźności oraz rozumieją problemy chorych.

Najwyższy (średnio 75-procentowy) wstyd z powodu własnej choroby odczuwali chorzy na kiłę. Porównanie poziomu swego wstydu do stuprocentowego punktu odniesienia, jakim dla chorych na kiłę było AIDS, pozwoliło 72% pacjentów na wystawienie wysokiej oceny doświadczanej emocji negatywnej. Wyraźna i statystycznie istotna dominacja wysokiego poziomu wstydu doznawanego przez chorych na kiłę jest zgodna z jej lokatą na liście chorób obciążonych największym wstydem (średnia ocena = 8,1 w skali 1-10). Te ustalenia mogą budzić poważny niepokój. BOWIEM w przypadku kiły wstyd doznawany przez osoby zarażone może funkcjonować jako zarówno mechanizm obronny przed napiętnowaniem i ostracyzmem, jak i hamulec przed ujawnieniem prawdy nawet w relacjach z najbliższymi osobami. Chorzy na kiłę mogą zaprzeczać chorobie i tym samym pełnić stosowną aczkolwiek nieodpowiedzialną i groźną rolę

społeczną, tj. osoby bez piętna choroby przenoszonej drogą płciową [8]. Konsekwencje takiej roli – opartej na zatajeniu prawdy bądź na przekazaniu fałszywej informacji – są ryzykowne i społecznie zagrażające, gdyż decydują o rozprzestrzenianiu się choroby [38-41]. Najwięcej danych o niebezpieczeństwach wynikających z tego typu zachowań dostarczają badania prowadzone w Chinach, gdzie co roku znacząco wzrasta liczba przypadków zachorowań na kiłę. Przykładowo, chociaż 80% spośród 406 chorych mężczyzn czuło się napiętnowanymi z powodu własnej choroby, to 77% deklaroowało niechęć do poinformowania partnerki o możliwości jej zarażenia, a 40% uprawiało seks z pełną świadomością, iż ją zaraża [42].

Wobec wykazanych różnic w zakresie wstydu przypisywanego własnej chorobie, interesujące wydało się pogłębienie refleksji nad czynnikami przyczyniającymi się do rozprzestrzeniania chorób zakaźnych ocenionych jako najbardziej wstydlive, którymi de facto okazały się choroby przenoszone drogą płciową. Analiza statystyczna wykazała, że zarówno osoby chore, jak i zdrowe są zgodne co do negatywnej roli czynników pogrupowanych w następujące kategorie: ryzykowne zachowania seksualne, niedostateczna higiena, hamujący wpływ wstydu oraz niewłaściwe oddziaływania społeczne. Za najbardziej zagrażający czynnik 81,7% ogółu badanych uznało nieleczenie się osób zarażonych z powodu wstydu lub skrępowania i zaraz po nim – przygodne stosunki seksualne (79%). To ustalenie pozostaje zgodne zarówno z przytoczonymi powyżej wnioskami nt. kiły, jak i z wynikami innych badań [43-47]. Na dalszych miejscach – niemal równorzędnie – ułożono trzy kolejne czynniki, tj. brak dbałości o codzienną higienę (53,9%), bagatelizowanie pierwszych objawów choroby (51,7%) oraz nieużywanie prezerwatyw (51,6%). Pozostałe czynniki były wybierane przez mniej niż połowę ogółu badanych. Wśród nich warto wyróżnić „korzystanie z przydrożnego seksu” (46,6%), bliskie przygodnym stosunkom seksualnym, a także – brak odpowiedniej edukacji seksualnej w szkole (40,2%).

Szczegółowa analiza ujawniła statystycznie istotne różnice między badanymi grupami. Okazało się bowiem, że najmniej wstydzący się swej choroby pacjenci z trądziakiem oraz ludzie zdrowi zajęli bardziej radykalną niż pacjenci z kiłą i łuszczycą postawę wobec przyczyn rozprzestrzeniania się chorób przenoszonych drogą płciową i uznanych za najbardziej wstydlive. Zarówno osoby zdrowe (96,3%), jak i chorzy na trądziak (76,7%) dali wyraz swym obawom przypisując odpowiedzialność za to negatywne zjawisko niewłaściwemu zachowaniu osób zarażonych. Za najważniejszą przyczynę zarażenia uznali bowiem opór chorych przed poddaniem się leczeniu, spowodowany wstydem i skrępowaniem. Na drugim miejscu, 72,1% pacjentów

z trądziakiem oraz 79,6% osób zdrowych ułożyło przygodne stosunki seksualne. Odpowiedzialność za ich podejmowanie ma również charakter indywidualny, lecz w tym przypadku można się usprawiedliwić wpływem nieświadomych popędów oraz zróżnicowanych potrzeb i zaburzeń seksualnych, często pozostających poza racjonalną kontrolą [48]. Zgodnie opinie obu badanych grup dotyczyły także trzeciego miejsca, na którym 62,8% chorych na trądziak i 61,1% osób zdrowych ułożyło czynnik braku dbałości o codzienną higienę, za którą oczywistą odpowiedzialność ponosi każdy człowiek. Radykalne stanowisko opisanych grup wobec przyczyn rozprzestrzeniania się chorób przenoszonych drogą płciową polega na przypisaniu niemal całkowitej odpowiedzialności za swój stan zdrowia każdemu człowiekowi jako zdolnemu do przewidywania konsekwencji własnych czynów.

Nieco inną postawę, różniącą się istotnie pod względem statystycznym, zaprezentowali chorzy na kiłę, przypisujący swej chorobie wysoki poziom wstydu i prawdopodobnie dlatego poszukujący usprawiedliwień dla swego postępowania. 88% badanych pacjentów uznało, że największym zagrożeniem w przypadku rozprzestrzeniania się chorób przenoszonych drogą płciową są przygodne stosunki seksualne. Tym samym zasugerowano, że na podejmowanie ryzykownych zachowań mógł wpłynąć nadmierny lub zaburzony popęd seksualny, niekontrolowane i niedające się opanować potrzeby fizjologiczne, silna presja ze strony partnera/partnerki, wyjątkowe podniecenie seksualne itp., przy czym wszystkie te czynniki można obarczyć współodpowiedzialnością za zarażenie. Na drugim miejscu pacjenci z kiłą ułożyli nieużywanie prezerwatyw (80%), również dające się usprawiedliwić nadmiernym pożądaniem i podnieceniem seksualnym blokującym racjonalne myślenie i działanie [48]. Dopiero na trzecim miejscu pacjenci wymienili czynnik nieleczenia się z powodu wstydu lub skrępowania (60%). Postawę pośrednią, lecz bardziej zbliżoną do zajmowanej przez chorych na kiłę ujawnili pacjenci z łuszczycą, lokujący na pierwszym miejscu przygodne stosunki seksualne (79,1%), na drugim – nieleczenie się z powodu wstydu lub/i skrępowania (62,8%), a trzecim – niebezpieczeństwo wynikające z tendencji do bagatelizowania pierwszych objawów choroby (60,5%).

Celem przeprowadzonych badań było ustalenie i weryfikacja różnic w zakresie poziomu wstydu przypisanego własnej chorobie przez osoby ze schorzeniami znajdującymi się w pierwszej dziesiątce chorób ocenionych jako najbardziej wstydlive. W tym zestawieniu i w ocenie samych pacjentów wyróżnia się kiła jako obarczona największym wstydem. Wstyd doświadczany przez chorych na kiłę okazał się statystycznie istotny w porównaniu do poziomu wstydu

doznawanego przez chorych z trądzikiem i łuszczycą. Ponadto, porównanie poziomu wstydu doznawanego wskutek własnej choroby do stuprocentowego punktu odniesienia, jakim dla chorych na kiłę było AIDS, pozwoliło większości tych pacjentów na wysoką ocenę doświadczanej emocji negatywnej. Te ustalenia empiryczne mogą być pomocne w profilaktyce i terapii wstydu oraz jego patologicznych skutków, związanych nie tylko z chorymi na kiłę, lecz z większością relacji międzyludzkich, szczególnie zaś z relacją „lekarz/psychoterapeuta-pacjent”.

Przeprowadzone badania pozwoliły również na porównanie opinii osób zdrowych i pacjentów ze schorzeniami zaliczanymi do wstydlivych na temat czynników stwarzających zagrożenie rozprzestrze-

niania się chorób obarczonych największym wstydem, za które uznano głównie choroby przenoszone drogą płciową [31]. Spośród pogrupowanych czynników najważniejsze znaczenie przypisano ryzykownym zachowaniom seksualnym. Natomiast za szczegółowe czynniki dominujące uznano opór przed podejmowaniem leczenia przez osoby zarażone, podyktowany wstydem lub skrępowaniem, a także – przygodne stosunki seksualne [45-47]. Te ustalenia mogą być pomocne w procesie projektowania działań profilaktycznych, a zwłaszcza wywierania wpływu na społeczeństwo poprzez odpowiednie formy edukacji seksualnej, która – jak wskazali sami badani – powinna być uwzględniona już na etapie nauki szkolnej.

Piśmiennictwo / References

1. Kurtz E. Wstyd i poczucie winy. IPZiT, Warszawa 1988.
2. Lewis M. Shame. The exposed self. Free Press, NY 1992.
3. Kaufman G. The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes. Springer, NY 1996.
4. Bradshaw J. Toksyczny wstyd. Jak uzdrowić wstyd, który cię zniewala. Akuracik, Warszawa 1997.
5. Leary M. Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji. GWP, Gdańsk 2000.
6. Miller RS. Niepewność i zakłopotanie. O pokonywaniu niechcianych uczuć. GWP, Gdańsk 2000.
7. Tangney JP, Dearing RL. Shame and guilt (emotions and social behavior). Guilford, New York 2002.
8. Goffman E. Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości. GWP, Gdańsk 2005.
9. Erikson EH. Tożsamość a cykl życia. Zysk i S-ka, Poznań 2004.
10. Deblinger E, Runyon MK. Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment. Child Maltreat 2005, 10: 364-376.
11. Stuewig J, McCloskey LA. The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: psychological routes to depression and delinquency. Child Maltreat 2005, 10: 324-336.
12. <http://www.attachmentdisordermaryland.com/shame+attachment.htm> (9.03.2013).
13. <http://innerself.com/content/self-help/behavior-modification/attitudes-transformed/perfectionism/7894-about-unhealthy-self-destructive-shame.html> (15.03.2013).
14. Rahm GB, Renck B, Ringsberg KC. Disgust, disgust beyond description – shame cues to detect shame in disguise, in interviews with women who were sexually abused during childhood. J Psychiatr Ment Health Nurs 2006, 13: 100-109.
15. Lester D. The role of shame in suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior 1997, 27(4): 352-361.
16. Dodziuk A. Wstyd. IPZ, Warszawa 1999.
17. Mikuła J. Rodzina z problemem alkoholowym. PARPA, Warszawa 2006.
18. Sztander W. Poza kontrolą. IPZiT, Warszawa 2006.
19. Derwich-Nowak A. Patologiczny hazard. Difin, Warszawa 2010.
20. Zupancic MK, Kreidler MC. Shame and the fear of feeling. Perspect Psychiatr Care 1998, 34: 29-34.
21. Sjöblom LM, Pejler A, Asplund K. Nurses' view of the family in psychiatric care. J Clin Nurs 2005, 14: 562-569.
22. Hasson-Ohayon I, Ehrlich-Ben Or S, Vahab K i wsp. Insight into mental illness and self-stigma: the mediating role of shame proneness. Psychiatry Res 2012, 200(2-3): 802-806.
23. Kroll J, Egan E. Psychiatry, moral worry, and the moral emotions. J Psychiatr Pract 2004, 10: 352-360.
24. Dryden W. Jak pokonać wstyd. JK, Łódź 2008.
25. Ekman P. Emocje ujawnione. Odkryj, co ludzie chcą przed Tobą zataić i dowiedz się czegoś więcej o sobie. Sensus, Gliwice 2011.
26. Saylor C, Yoder M, Mann RJ. Stigma. [in:] Chronic illness: Impact and interventions. Lubkin IM, Larsen PD (ed). Jones & Bartlett, Boston 2002: 53-76.
27. Schmid-Ott G, Künsebeck HW, Jecht E, et al. Stigmatization experience, coping and sense of coherence in vitiligo patients. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007, 21: 456-461.
28. <http://www.medicaljournals.se/acta/content/?doi=10.2340/00015555-1082&html=1> (29.04.2013).
29. Rzepa T, Jakubowicz O, Skopińska S, Żaba R. Wstydliva choroba a orientacja seksualna – badania wstępne. Probl Hig Epidemiol 2012, 93(3): 519-524.
30. http://www.columbiapsych.com/shame_miller.html (14.03.2013).
31. <http://www.livescience.com/14424-top-10-stigmatized-health-disorders.html> (05.04.2013).
32. Aronson E, Wilson TD, Akert RM. Psychologia społeczna. Serce i umysł. Zysk i S-ka, Poznań 1997.
33. <http://www.thefreelibrary.com/Teenagers+with+acne+cite+shame%2c+embarrassment+about+condition+of+skin.-a0114129448> (06.04.2013).

34. Rzepa T. Trądzik jako „przekleństwo” okresu dojrzewania. *Post Dermatol Alerg* 2012, 29(supl 2): 50-56.
35. Hawro T, Janusz I, Zalewska A, Miniszewska J. Jakość życia i stygmatyzacja a nasilenie zmian skórnych i świadomości u osób chorych na łuszczycę. [w:] *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*. Rzepa T, Szepietowski J, Żaba R (red). Cornetis, Wrocław 2011: 42-51.
36. Ogłodek E, Araszkiewicz A, Placek J. Stygmatyzacja osób chorych na łuszczycę. *Zdr Pub* 2009, 119(3): 335-337.
37. Sampogna F, Tabolli S, Abeni D. Living with psoriasis: Prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta Derm Venereol* 2012, 92: 299-303.
38. Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma. [in:] *Handbook of social psychology*. Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G (ed). McGraw-Hill, NY 1998:504-554.
39. Lee JD, Craft EA. Protecting one's self from a stigmatized disease... Once one has it. *Deviant Behavior* 2002, 23: 267-299.
40. Lieber E, Li L, Wu Z i wsp. HIV/STD stigmatization fears as health-seeking barriers in China. *AIDS Behav* 2006, 10: 463-471.
41. Rzepa T, Żaba R. Radzenie sobie ze stresującym piętnem choroby przenoszonej drogą płciową. *Post Psychiat Neurol* 2009, 18: 143-148.
42. Liu H, Detels R, Li X, Ma E, Yin Y. Stigma, delayed treatment, and spousal notification among male patients with sexually transmitted disease in China. *Sex Transm Dis* 2002, 29: 335-343.
43. Cunningham SD, Tschann J, Gurvey JE i wsp. Attitudes about sexual disclosure and perceptions of stigma and shame. *Sex Transm Infect* 2002, 78: 334-338.
44. Lichtenstein B, Neal TM, Brodsky SL. The stigma of sexually transmitted infections: Knowledge, attitudes, and an educationally-based intervention. *Health Educ Monogr Series* 2008, 25(2): 28-33.
45. Jeynes C, Chung MC, Challenor R. Shame on you' – the psychosocial impact of genital warts. *Int J STD AIDS* 2009, 20(8): 557-560.
46. Rzepa T, Żaba R, Jakubowicz O i wsp. Kiła i jej konsekwencje jako zapomniany problem zdrowia publicznego. *Polit Społecz* 2012, XXXIX (456), 3: 19-23.
47. Rzepa T, Żaba R, Jakubowicz O, et al. Selected aspects of the living situation of persons suffering from syphilis – Poznan Study. *Acta Dermatovenereol Croat* 2012, 20(3): 157-164.
48. Leiblum SR, Rosen RC. *Terapia zaburzeń seksualnych*. GWP, Gdańsk 2005.