

استیگمای (انگ) افسردگی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان

غلامرضا خیرآبادی^۱، میترا نکویی شهرکی^۲، محمدرضا مراثی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: انگ یا استیگما (Stigma)، یک برچسب منفی است که مردم اغلب به گروه‌ها و افرادی که در جنبه‌هایی مانند ظاهر، نژاد، سلامت جسم و روان با آن‌ها متفاوتند، نسبت می‌دهند. استیگما، تأثیرات مخرب زیادی بر تمام ابعاد زندگی افرادی که برچسب خوردند، می‌گذارد. از آن جایی که بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی، گروهی از این افراد هستند و یکی از شایع‌ترین این بیماری‌ها افسردگی است، این پژوهش در جهت شناخت عوامل مؤثر بر روی استیگمای افسردگی در بین دانشجویان اجرا شد تا زمینه‌ی اطلاعاتی برای مداخلات احتمالی در آینده باشد.

روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر، یک پژوهش مقطعی بود. میزان استیگما در نگرش ۵۵۳ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دانشگاه هنر اصفهان نسبت به افسردگی سنجیده شد. استیگما، بر اساس ترجمه‌ی پرسش‌نامه‌ی Griffiths و همکاران سنجیده شد که شامل دو معیار استیگمای شخصی و استیگمای ادراک می‌باشد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی، تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: تجربه‌ی شخصی مثبت افسردگی با کاهش استیگمای شخصی افسردگی، ارتباط معنی‌داری داشت ($P = 0/007$). دانشجویان متأهل، به طور معنی‌داری میزان استیگمای شخصی کمتری داشتند ($P = 0/030$) و دانشجویان دانشگاه اصفهان، نمره‌ی استیگمای ادراک شده‌ی بیشتری نسبت به دو دانشگاه دیگر کسب کردند که این اختلاف معنی‌دار بود ($P = 0/009$).

نتیجه‌گیری: سابقه‌ی مثبت ابتلا به افسردگی، متأهل بودن و دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و یا دانشگاه هنر بودن، از عوامل محافظت‌کننده در برابر استیگمای افسردگی در میان دانشجویان می‌باشد.

واژگان کلیدی: افسردگی، دانشجویان، استیگمای جمعی

ارجاع: خیرآبادی غلامرضا، نکویی شهرکی میترا، مراثی محمدرضا. استیگمای (انگ) افسردگی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان. مجله دانشکده

پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۲۸): ۴۹۵-۴۸۸

خورده‌اند، اتفاق می‌افتد و بدین شکل اعضای گروه آن انگ را باور می‌کنند (۲).

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) یا WHO، ۱-۲ درصد مردم جهان از بیماری روانی شدید و ۵-۱۵ درصد از بیماری خفیف تا متوسط رنج می‌برند (۳). افسردگی، از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است (۴). در بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در ایران (سال ۱۳۸۰) در جمعیت بالای ۱۸ سال، شیوع افسردگی اساسی ۲/۹۸ درصد (۴/۳۸ درصد در زنان و ۱/۵۹ درصد در مردان) و اختلال افسردگی

مقدمه

انگ یا استیگما (Stigma)، برچسب منفی است که مردم اغلب به گروه یا افرادی که در بعضی جنبه‌ها با آن‌ها تفاوت دارند، نسبت می‌دهند. نژاد، ظاهر، سلامت جسمی و روانی از این جمله هستند (۱). به طور کلی، دو نوع استیگما وجود دارد. یکی استیگمای گروهی یا ادراک شده (Public or perceived stigma) که به صورت انگ زدن یک جامعه به گروه یا افراد و نیز برخوردهای متعصبانه و تبعیض‌آمیز بروز می‌کند و دیگری، استیگمای شخصی (Personal stigma) که در درون گروهی که از طرف جامعه انگ

۱- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: mitra.nk90@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤؤل: میترا نکویی شهرکی

در دانشگاه اصفهان، ۶۷۵۰ نفر در دانشگاه علوم پزشکی و ۲۷۴۴ نفر در دانشگاه هنر مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌گیری از این جمعیت به صورت تصادفی خوشه‌بندی شده به روش تسهیم به نسبت انجام گرفت و در کل، ۵۵۳ دانشجو در این پژوهش شرکت نمودند. تعداد نمونه‌ها به دلیل تنوع بالای رشته‌ها، به نسبت دانشکده‌ها تقسیم شد. ابتدا سهم هر دانشگاه و سپس، سهم هر دانشکده و در نهایت، سهم هر مقطع مشخص گردید. در تقسیم‌بندی مقاطع تحصیلی، به دلیل وجود رشته‌های پزشکی، داروسازی و دندان‌پزشکی که مقاطع تحصیلی خارج از تقسیم‌بندی کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری محسوب می‌شدند، این رشته‌ها، به دو مقطع پیش از بالین و بالین، تقسیم به نسبت شدند.

ابزار سنجش در این پژوهش، پرسش‌نامه‌ای بود که بخش اول آن را متغیرهای دموگرافیک و بخش دوم را متغیرهای پاسخ (استیگما) تشکیل داده بود. استیگما، بر اساس پرسش‌نامه‌ی Griffiths و همکاران (۱۱) سنجیده شد که شامل دو معیار است. این پرسش‌نامه، با نهایت دقت توسط یک فرد مسلط به زبان انگلیسی به فارسی برگردانده شد و ضمن اصلاح ادبی متن فارسی، با تعامل چند نفره، روایی صوری آن مورد تأیید قرار گرفت. در مطالعه‌ای که بر روی ۵۲۵ فرد انجام شد، پایایی درونی هر دو معیار پرسش‌نامه با هم ۷۸ درصد و پایایی درونی معیار انگ شخصی ۷۶ درصد و معیار انگ مشاهده شده، ۸۲ درصد و همبستگی بین دو معیار، ۰/۸۰ ($P = ۰/۰۲۰$) به دست آمد (۱۲).

هر یک از معیارهای این پرسش‌نامه، شامل ۹ سؤال بود. محتوای سؤالاتی که در این پرسش‌نامه مطرح می‌شد، شامل جایگاه اختلال افسردگی به عنوان یک بیماری واقعی، وضعیت کنترل شخص بر اختلال افسردگی، وضعیت نقصان شخصیتی فرد مبتلا، خطرناک بودن، غیر قابل پیش‌بینی بودن، باعث خجالت بودن، اجتناب کردن و تبعیض بود. نیمی از سؤالات از شرکت‌کننده می‌خواست که به میزان موافقت خود در مورد هر یک از موارد امتیاز بدهد و نیم دیگر سؤالات، از شرکت‌کننده می‌خواست که در مورد باور بیشتر مردم درباره‌ی همان موارد امتیاز بدهد. امتیازدهی، دارای ۵ مقیاس است که بر اساس لیکرت امتیازبندی شده و شامل ۵: کاملاً موافق، ۴: موافق، ۳: بی‌نظر، ۲: مخالف و ۱: کاملاً مخالف بود. در انتها، معیار اول استیگمای شخصی را نشان می‌داد که نگرش شخصی فرد شرکت‌کننده بود و معیار دوم، استیگمای ادراک شده و مبتنی بر باورهای شرکت‌کننده درباره‌ی نگرش سایر افراد جامعه بود. امتیاز بیشتر در هر مورد، نشانه‌ی برچسب منفی بیشتر بود.

داده‌ها جمع‌آوری و وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY) شد و جهت

خفیف ۳۳ درصد و افسرده‌خویی ۶ درصد گزارش شد (۵).

مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی، اغلب از یک سو با مشکلات ناشی از علایم و ناتوانی‌های اختلال و از سوی دیگر، با استیگمای بیماری مواجه هستند (۱). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، از هر ۱۰ نفر مبتلا به بیماری روان‌پزشکی، ۹ نفر (۸۷ درصد) تحت تأثیر استیگما قرار گرفته‌اند (۶). بیش از دو سوم بیماران گفته‌اند که از انجام کارهای مورد علاقه به دلیل ترس از استیگما دست کشیده‌اند (۶) و استیگما بر روی تمامی ابعاد زندگی آن‌ها مؤثر بوده است (۶). این بیماران، برای پرهیز از برچسب منفی، ممکن است از ادامه‌ی درمان خودداری کنند (۷، ۲).

دانشجویان، به عنوان قشر جوان و بدنه‌ی اصلی آینده‌ساز جامعه شناخته می‌شوند و ارتقای دانش و عملکرد آن‌ها در زمینه‌ی مسایل بهداشت روان، می‌تواند باعث ارتقای این امر در جامعه شود. اگر این قشر جامعه به درستی آموزش داده و هدایت نشوند، نه تنها تأثیرات منفی بر پیشرفت آن‌ها خواهد گذاشت، بلکه در آینده باعث تضعیف نیروی کارآمد و مشکلات هنگفت ناشی از آن می‌شود که دامنه‌ی تخریب و صدمات آن غیر قابل پیش‌بینی است (۸).

با در نظر داشتن تمامی این موارد، ایجاد و تقویت برنامه‌هایی مبتنی بر شواهد جهت کاهش استیگمای بیماری‌های روان‌پزشکی در این قشر، حیاتی می‌نماید. مطالعاتی با مداخله‌ی برنامه‌های آموزشی، نتایج مثبتی بر کاهش استیگمای این بیماری‌ها نشان داده‌اند (۹). بعضی پژوهشگران، داشتن روابط نزدیک با افراد مبتلا را مؤثر دانسته‌اند (۱۰). در این بین، مطالعات کمی به طور اختصاصی تنها بر روی استیگمای بیماری افسردگی تمرکز کرده‌اند (۱۱). نظر به این که استیگما منجر به تأثیرات مضر در مبتلایان به افسردگی می‌شود و مطالعات بسیاری مداخلات مختلف را قابل تأثیر در میزان استیگما دانسته‌اند، مطالعه‌ی حاضر به منظور بررسی برخی عوامل مرتبط با استیگما نسبت به افسردگی در جامعه‌ی دانشجویان اصفهان اجرا گردید تا زمینه‌ی اطلاعاتی برای مداخلات احتمالی در آینده باشد.

روش‌ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه‌ی مقطعی بود. میزان استیگما در دانشجویان دانشگاه اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دانشگاه هنر اصفهان در سال ۱۳۹۵ اندازه‌گیری شد. متغیرهای وابسته در این پژوهش، استیگمای شخصی و استیگمای ادراک شده بودند و متغیرهای زمینه‌ای شامل جنس، سن، وضعیت تأهل، دانشگاه و رشته‌ی تحصیلی، مقطع تحصیلی و سال تحصیل بودند. داشتن عضو مبتلا به افسردگی در خانواده و تجربه‌ی شخصی افسردگی، متغیرهای مستقل بودند. تعداد کل دانشجویان، ۲۴۳۸۷ نفر بودند که ۱۴۸۹۳ نفر

علوم پزشکی با دانشگاه هنر معنی‌دار نبود ($P > 0/999$). آزمون همبستگی Pearson بین سن با نمره‌ی استیگمای شخصی ($r = -0/056$) و ادراک شده ($r = -0/083$)، رابطه‌ی معکوس غیر معنی‌داری را نشان می‌دهد. این آزمون، بین استیگمای شخصی و ادراک شده، رابطه‌ی مستقیم معنی‌داری را نشان داد ($r = 0/201$ و $P < 0/001$). همان گونه که در جدول ۲ آمده است، افرادی که تجربه‌ی بیماری افسردگی و دریافت درمان برای این بیماری را داشتند، استیگمای شخصی کمتری داشتند. آزمون χ^2 نشان داد که ۱۲/۰ درصد از دانشجویان دانشگاه اصفهان، ۱۹/۰ درصد از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی و ۲۶/۰ درصد از دانشجویان دانشگاه هنر، سابقه‌ی خانوادگی مثبت افسردگی داشتند و این تفاوت معنی‌دار بود ($P = 0/005$). ۱۱/۸ درصد از دانشجویان متأهل و ۶/۵ درصد از دانشجویان مجرد، سابقه‌ی شخصی مثبت افسردگی داشتند که این تفاوت نیز معنی‌دار بود ($P = 0/042$). مقایسه‌ی میانگین نمرات استیگمای دانشجویان در مقاطع مختلف در شکل‌های ۱ و ۲ به تصویر کشیده شده است.

توصیف داده‌ها، از میانگین، میانه، انحراف معیار و جداول توزیع فراوانی استفاده گردید. از روش‌های آماری تحلیلی شامل آزمون‌های Pearson، ANCOVA، One-way ANOVA، t و χ^2 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

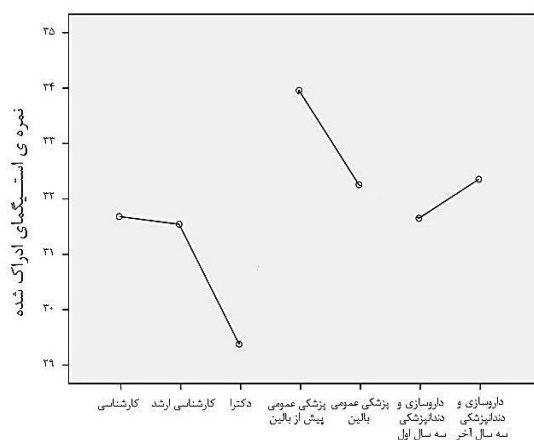
یافته‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است. یافته‌های حاصل از میانگین و انحراف معیار نمرات در ویژگی‌های دموگرافیک نسبت به استیگمای شخصی و ادراک شده در جدول ۲ آمده است. طبق آزمون ANCOVA، بین کاهش استیگمای شخصی و متأهل بودن، رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت ($P = 0/030$). بین دانشگاه و استیگمای ادراک شده، رابطه‌ی معنی‌داری بود ($P = 0/009$) و استیگمای ادراک شده در دانشجویان دانشگاه اصفهان به طور معنی‌داری نسبت به دانشگاه علوم پزشکی ($P = 0/007$) و دانشگاه هنر ($P = 0/045$) بیشتر بود. تفاوت بین استیگمای ادراک شده در دانشگاه

جدول ۱. نتایج توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

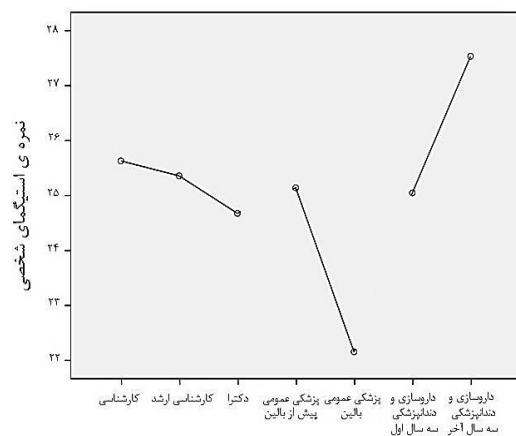
تعداد	میانها	میانگین	متغیرها	جنسیت
۳۲۱ (۵۸/۰)			زن	
۲۳۲ (۴۲/۰)			مرد	
	۲۳/۰ (۱۸-۴۲)	$23/2 \pm 3/6$		سن
۱۵۰ (۲۷/۱)			متأهل	وضعیت تأهل
۴۰۰ (۷۲/۰)			مجرد	
۳۵۸ (۶۴/۷)			دانشگاه اصفهان	دانشگاه
۱۲۶ (۲۲/۸)			دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	
۶۹ (۱۲/۵)			دانشگاه هنر اصفهان	
۲۵۷ (۴۶/۵)			کارشناسی	مقطع
۱۴۸ (۲۶/۸)			کارشناسی ارشد	
۶۵ (۱۱/۸)			دکتری	
۲۸ (۵/۱)			پزشکی عمومی پیش از بالین	
۱۹ (۳/۴)			پزشکی عمومی بالین	
۲۱ (۳/۸)			داروسازی و دندان‌پزشکی ۳ سال اول	
۱۵ (۲/۷)			داروسازی و دندان‌پزشکی ۳ سال آخر	
۸۵ (۱۵/۴)			مثبت	سابقه‌ی خانوادگی ابتلا به افسردگی
۴۶۸ (۸۴/۶)			منفی	
۴۵ (۸/۱)			مثبت	سابقه‌ی شخصی ابتلا به افسردگی
۵۰۸ (۹۱/۹)			منفی	
	۲۵/۰ (۹-۴۱)	$25/3 \pm 4/8$		نمره‌ی استیگمای شخصی
	۳۲/۰ (۱۸-۴۵)	$31/6 \pm 4/7$		نمره‌ی استیگمای ادراک شده

جدول ۲. نتایج آزمون ANCOVA در مورد عوامل مرتبط با استیگمای شخصی و ادراک شده

متغیرها	استیگمای شخصی			استیگمای ادراک شده		
	تعداد	میانگین	مقدار P	تعداد	میانگین	مقدار P
جنسیت	زن	۳۱۵	۲۵/۱ ± ۴/۲	۳۱۵	۳۱/۹ ± ۴/۵	۰/۳۶۳
	مرد	۲۲۶	۲۵/۷ ± ۴/۵	۲۲۳	۳۱/۳ ± ۴/۱	
وضعیت تأهل	متاهل	۱۴۸	۲۵/۲ ± ۴/۵	۱۵۰	۳۱/۵ ± ۴/۴	۰/۴۴۷
	مجرد	۳۹۳	۲۵/۴ ± ۴/۳	۳۸۸	۳۱/۸ ± ۴/۳	
دانشگاه	دانشگاه اصفهان	۳۵۱	۲۵/۷ ± ۴/۳	۳۴۸	۳۱/۳ ± ۴/۲	۰/۰۰۹
	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	۱۲۳	۲۵/۰ ± ۴/۴	۱۲۳	۳۲/۳ ± ۴/۶	
	دانشگاه هنر اصفهان	۶۷	۲۴/۲ ± ۴/۱	۶۷	۳۲/۷ ± ۴/۴	
مقطع	کارشناسی	۲۵۷	۲۵/۶ ± ۴/۵	۲۵۷	۳۱/۷ ± ۴/۵	۰/۰۰۱
	کارشناسی ارشد	۱۴۸	۲۵/۳ ± ۴/۵	۱۴۸	۳۱/۶ ± ۴/۸	
	دکتری	۶۵	۲۶/۶ ± ۰۵/۸	۶۵	۲۹/۴ ± ۴/۳	
	پزشکی عمومی پیش از بالین	۲۸	۲۵/۱ ± ۴/۷	۲۸	۳۴/۰ ± ۳/۷	
	پزشکی عمومی بالین	۱۹	۲۲/۱ ± ۴/۴	۱۹	۳۲/۳ ± ۵/۱	
	داروسازی و دندان پزشکی ۳ سال اول	۲۱	۲۵/۰ ± ۳/۳	۲۱	۳۱/۷ ± ۶/۷	
	داروسازی و دندان پزشکی ۳ سال آخر	۱۵	۲۷/۵ ± ۶/۹	۱۵	۳۲/۴ ± ۵/۲	
	سابقه‌ی خانوادگی ابتلا به افسردگی	مثبت	۸۰	۲۴/۴ ± ۵/۹	۸۳	۳۲/۴ ± ۴/۹
	منفی	۴۶۱	۲۵/۴ ± ۴/۵	۴۵۵	۳۱/۵ ± ۴/۷	
سابقه‌ی شخصی ابتلا به افسردگی	مثبت	۴۴	۲۳/۴ ± ۵/۰	۴۵	۳۲/۶ ± ۵/۲	۰/۱۲۵
	منفی	۴۹۷	۲۵/۴ ± ۴/۷	۴۹۳	۳۱/۵ ± ۴/۷	



شکل ۲. میانگین نمره‌ی استیگمای ادراک شده نسبت به مقاطع تحصیلی



شکل ۱. میانگین نمره‌ی استیگمای شخصی نسبت به مقاطع تحصیلی

بحث

نتایج حاصل نشان داد بین تجربه‌ی شخصی مثبت و استیگمای شخصی افسردگی، رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. در مطالعه‌ای که Griffiths و همکاران با پرسش‌نامه‌ی مشابه این پژوهش انجام دادند، ارتباط معنی‌داری بین سواد افسردگی بالاتر و کاهش میزان استیگمای شخصی گزارش شده است (۱۲). در مطالعه‌ای که در انگلستان انجام گرفت، کسانی که سطح دانش کمتری نسبت به بیماری‌های روان

در تقسیم‌بندی اول، استیگمای شخصی در مقاطع مختلف، تفاوت معنی‌داری ندارد. استیگمای ادراک شده در این تقسیم‌بندی در مورد مقطع دکتری، با مقاطع کارشناسی ($P < 0/001$) و کارشناسی ارشد ($P = 0/002$) اختلاف معنی‌داری دارد. در تقسیم‌بندی دوم، استیگمای شخصی و ادراک شده در رشته‌ی پزشکی تفاوت معنی‌داری نداشت. در تقسیم‌بندی سوم، در رشته‌های داروسازی و دندان‌پزشکی نیز اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

طبق پژوهش‌های انجام شده، داشتن عضو مبتلا به بیماری روان‌پزشکی در خانواده، به نوعی باعث ایجاد استیگما برای افراد خانواده نیز می‌گردد (۱۸) که می‌تواند میان سایر ارتباطات با بیماران و ارتباط خانوادگی تمایز ایجاد کند. همچنین، نشان داده شده است که سواد بیماری‌های روان در میان افراد جوان‌تر، به طور معنی‌داری بالاتر است (۱۹) و این موارد، شامل جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر نیز می‌گردد. بر اساس بررسی‌های پژوهشگران مطالعه‌ی حاضر، پژوهش دیگری که ارتباط سابقه‌ی خانوادگی مثبت افسردگی با میزان استیگما در قشر دانشجویان را مورد مطالعه قرار داده باشد، انجام نگرفته است. در بررسی جنسیت و استیگما، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. در مطالعه‌ی Kanter و همکاران، ارتباط معنی‌داری میان جنسیت مرد و افزایش استیگمای کل وجود داشته است (۱۶). در مطالعه‌ی Griffiths و همکاران نیز افزایش استیگمای شخصی با جنس مرد رابطه‌ی معنی‌داری داشته است (۱۲). در این موارد نیز باید در نظر داشت که تفاوت جامعه‌ی آماری عموم مردم با جامعه‌ی آماری دانشجویان، می‌تواند موجب عدم معنی‌داری ارتباط استیگمای شخصی با جنس مرد شده و تفاوت در زمینه‌ی جنسیت را کمرنگ‌تر کرده باشد.

در این مطالعه، افراد متأهل به طور معنی‌داری استیگمای شخصی کمتری داشتند. در مطالعه‌ی دیگر در زمینه‌ی اختلال دو قطبی، بین انگ بیماری و عزت نفس رابطه‌ی معکوس معنی‌داری وجود داشت (۲۰). در یک مطالعه که در بین دانشجویان دختر دانشگاه لرستان انجام گرفت، میان بالاتر بودن اعتماد به نفس و متأهل بودن رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده گردید (۲۱). با در نظر داشتن تمامی نتایج، می‌توان چنین استنباط کرد که ممکن است بالاتر بودن اعتماد به نفس در افراد متأهل، باعث کمتر شدن استیگمای شخصی در آن‌ها شده باشد. در مطالعه‌ی دیگری که بر روی بیماران مبتلا به افسردگی در جمهوری چک انجام شد، بین میزان استیگما و وضعیت تأهل رابطه‌ی وجود نداشت (۲۲). ممکن است این تفاوت نتایج، به دلیل تفاوت در فرهنگ مردم کشور ایران در رابطه با ازدواج و تأثیرات فردی آن بر روی افراد باشد که نیاز به بررسی بیشتری دارد.

در پژوهش حاضر، رابطه‌ی سن با استیگما معنی‌دار نبود. در مطالعه‌ی دیگری (۱۳)، کسانی که سن بیشتری داشتند، به طور معنی‌داری نسبت به دیگر افراد نمونه، تصور منفی‌تری به تهاجمی بودن بیماران و تمایل بیشتری به فاصله‌ی اجتماعی از آنان داشتند. در مطالعه‌ی دیگری که در هلند بر روی بیماران مبتلا به افسردگی انجام گرفت، افراد جوان و میانسال، تمایل بیشتری به مراجعه برای دریافت درمان‌های مربوط داشتند (۲۳). شاید بتوان این طور نتیجه گرفت که در سنین جوانی و میانسالی، استیگمای پایین‌تر موجب می‌شود که بیماران، پذیرش بالاتری نسبت به درمان داشته باشند که این پذیرش

داشتند، به طور معنی‌داری نسبت به دیگر افراد نمونه، تصور منفی‌تری به تهاجمی بودن بیماران و تمایل بیشتری به فاصله‌ی اجتماعی از آن‌ها داشتند (۱۳). در پژوهشی که در بین دانشجویان دانشگاه زوریخ سوئیس انجام گرفت، سابقه‌ی مثبت بیماری‌های روان‌پزشکی به طور معنی‌داری با میزان بالاتر سواد بیماری‌های روان در بین این دانشجویان همراه بود (۱۴). این طور به نظر می‌رسد که میزان بالاتر سواد افسردگی در بین دانشجویان مبتلا به این بیماری، ممکن است در ارتباط با کاهش استیگمای شخصی در آن‌ها باشد. در مطالعه‌ی که در انگلستان در بین جمعیت مبتلایان به افسردگی و اختلال دو قطبی انجام گرفت، ۲۱/۷ درصد از شرکت کنندگان، استیگمای شخصی متوسط تا بالایی را نشان دادند (۱۵). در این مطالعه گروه شاهدی شرکت نداشت.

در مطالعه‌ی Kanter و همکاران بر روی مبتلایان به افسردگی، استیگمای شخصی افسردگی با شدت بیماری افسردگی رابطه‌ی مستقیم معنی‌داری داشت و بیمارانی که سابقه‌ی مصرف داروهای ضد افسردگی داشتند، استیگمای بیشتری نسبت به کسانی که تا کنون تحت درمان دارویی قرار نگرفتند، گزارش کرده‌اند (۱۶). باید در نظر بگیریم که ارتباط استیگمای شخصی در مبتلایان به افسردگی در جمعیت عمومی مردم در مقایسه با این ارتباط در جمعیت دانشجویان، می‌تواند متفاوت باشد و این ارتباط، باید با تأمل بیشتری بررسی شود. این طور فکر می‌کنیم که مبتلا بودن به این بیماری، استیگمای شخصی بیشتری را به همراه داشته باشد، اما سواد افسردگی که میزان آن در میان دانشجویان بیشتر در نظر گرفته شد (۱۷) باعث شده است که نه تنها این استیگما بیشتر نگردد، بلکه نسبت به جمعیت عموم میزان کمتری نیز داشته باشد.

در مطالعه‌ی حاضر، سابقه‌ی خانوادگی مثبت افسردگی با میزان استیگما ارتباط معنی‌داری نداشته است. بسیاری از مطالعات، تعاملات و ارتباطات اجتماعی با افراد مبتلا به بیماری‌های روان را باعث کاهش استیگما در نگرش آن‌ها می‌دانند. در مطالعه‌ی دیگری، افزایش میزان ارتباط با بیماران موجب کاهش احساس خطرناک بودن و کاهش تمایل به فاصله گرفتن از بیماران شده است (۱۰)، اما باید این را در نظر داشت که نگرش افراد شرکت کننده درباره‌ی کلیه‌ی بیماری‌های روان سنجدیده شده و در مورد بیماری افسردگی به صورت مجزا، تحت بررسی قرار نگرفته است. این امکان وجود دارد که تصویری که از یک بیمار روان‌پزشکی در ذهن غالب مردم وجود دارد، بیشتر به بیماران اسکیزوفرن نزدیک باشد تا افسردگی و طبق بسیاری از مطالعات، استیگمای بیماری‌هایی مانند اسکیزوفرنی بیشتر از افسردگی برآورد شده است (۱۵، ۱۳). از طرفی، نوع ارتباط در این زمینه باید با جزئیات بیشتری بررسی گردد.

باشند، می‌تواند محتمل باشد، اما نمره‌ی کمتر استیگمای ادراک شده در دانشجویان دانشگاه هنر نسبت به دانشگاه اصفهان، باید عوامل مربوط به خود را داشته باشد. در پژوهش، ارتباط مشابهی بین تجربه‌ی خانوادگی در بین دانشجویان این سه دانشگاه مشاهده گردید؛ به طوری که در دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه هنر، به طور معنی‌داری میزان بالاتر سابقه‌ی خانوادگی ابتلا به افسردگی، نسبت به دانشگاه اصفهان مشاهده شد. نتیجه‌گیری‌های بیشتر در این زمینه، نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد.

در این پژوهش، بین استیگمای شخصی و ادراک شده، رابطه‌ی مستقیم معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه‌ی Griffiths و همکاران نیز بین استیگمای شخصی و ادراک شده، رابطه‌ی مستقیم معنی‌داری وجود داشت (۱۱). در مطالعه‌ای که در ایالات متحده‌ی آمریکا انجام شد، بین تمامی معیارهای استیگما رابطه‌ی مستقیم معنی‌داری گزارش گردید (۱۶). در مطالعه‌ای که در انگلستان انجام گرفت، ارتباط قوی و معنی‌داری بین استیگمای شخصی با سایر معیارهای استیگما وجود داشت (۱۵).

مقطعی بودن این پژوهش به عنوان یک محدودیت، می‌تواند نتیجه‌گیری در مورد تمامی علل مؤثر بر استیگما را دشوار کند، اما به جهت از بین بردن عامل مداخله‌گر زمان، مقطعی بودن تنها روش قابل انجام در این مطالعات به نظر می‌آید. از این رو، تحقیقات مقطعی بیشتری در این حیطه توصیه می‌گردد.

در اندازه‌گیری استیگما، استفاده از پرسش‌نامه‌ای که توسط شرکت کنندگان تکمیل می‌گردد، می‌تواند محدودیت‌هایی به همراه داشته باشد. احتمال آن می‌رود که پرسش‌نامه‌ها بیشتر، افکار و نظریات شرکت کنندگان را اندازه‌گیری می‌کنند تا نگرش آن‌ها در زندگی واقعی (۲۴)، اما برای حجم بالای نمونه در این مطالعه، استفاده از پرسش‌نامه کارآمدترین روش به نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری نهایی این که در بین دانشجویان، جنسیت، سن، سال‌های تحصیل و سابقه‌ی خانوادگی، پیش‌گویی کننده‌ی استیگما در نگرش نبودند. همچنین، مقطع تحصیلی به جز مقطع دکتری، پیش‌گویی کننده‌ی خوب و مطمئنی در این زمینه نمی‌باشد. تجربه‌ی شخصی مثبت، باعث کاهش استیگمای شخصی افسردگی می‌شود.

دانشجویان متأهل، میزان استیگمای شخصی کمتری داشتند و دانشگاه محل تحصیل، عامل مؤثری بر استیگمای ادراک شده بود. بررسی‌های بیشتر در جهت شناخت بیشتر عوامل تأثیرگذار در این رابطه لازم است. توصیه می‌شود که مداخلات احتمالی در آینده در جهت کاهش میزان استیگمای افسردگی در نگرش دانشجویان، چنین مطالعه‌ای را در جامعه‌ی دانشجویان مجرد دانشگاه اصفهان که در مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد در حال تحصیل هستند، انجام دهد.

در سنین بالاتر، به دلیل استیگمای بالاتر کاهش یافته است. در مطالعه‌ای که در انگلستان انجام شده است (۱۵)، سن مبتلایان به بیماری‌های افسردگی و دو قطبی، در اولین مراجعه به سیستم سلامت جهت این اختلال، با استیگمای شخصی رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری داشته است. به نظر می‌رسد در سنین پایین، زمینه‌های بیشتری برای مداخلات و در نتیجه پذیرش این بیماری با استیگمای کمتر برای مبتلایان به افسردگی وجود دارد. با در نظر داشتن نتایج پژوهشی که در هلند انجام شد (۲۳)، تمایل بالاتر به مراجعه به سیستم‌های بهداشتی در این سنین نیز می‌تواند این زمینه را تقویت کند. چنانچه گفته شد، اغلب این مطالعات هم‌جهت هستند. در حالی که جامعه‌ی آماری مطالعه‌ی حاضر به دلیل سطح تحصیلات و دانش، می‌تواند نتایج متفاوتی را با عموم مردم نشان دهد؛ چرا که در میان دانشجویان، احتمال می‌رود افزایش سن، با افزایش میزان تحصیلات و آگاهی همراه بوده و می‌تواند در جهت کاهش استیگما عمل کرده باشد.

در بررسی‌های انجام شده، ارتباطی میان سال‌های تحصیل با استیگما دیده نشد. در ادامه، ارتباط مقطع تحصیلی با استیگما بررسی شد که در هر دو تقسیم‌بندی، ارتباط معنی‌داری وجود داشت. در تقسیم‌بندی اول، در مورد استیگمای شخصی تفاوت معنی‌داری نبود و در مورد استیگمای ادراک شده، در مورد مقطع دکتری با مقطع کارشناسی و همچنین کارشناسی ارشد، اختلاف معنی‌داری وجود داشت. در تقسیم‌بندی رشته‌های دکتری حرفه‌ای، در مقاطع رشته‌ی پزشکی رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. در مقاطع دو رشته‌ی داروسازی و دندان‌پزشکی نیز تفاوت معنی‌داری نبود. در بسیاری از مطالعات انجام شده، رابطه‌ی پررنگی میان تحصیلات به خصوص با میزان استیگمای شخصی گزارش شده است. در مطالعه‌ای که در انگلستان انجام گرفت، ارتباط تحصیلات دانشگاهی با کاهش استیگمای شخصی معنی‌دار گزارش شد (۱۵) و در مطالعه‌ی Griffiths و همکاران، تحصیلات دانشگاهی با کاهش استیگمای شخصی همراه بود (۱۲). با در نظر گرفتن تمامی مطالعات، می‌توان گفت که استیگمای شخصی بیش از استیگمای ادراک شده، با سطح تحصیلات در ارتباط است، اما بر اساس بررسی‌های پژوهشگران، مطالعه‌ای که به طور اختصاصی تأثیر سطوح مختلف تحصیلات دانشگاهی را بر میزان استیگما اندازه‌گیری کرده باشد، انجام نگرفته است.

در پژوهش حاضر، بین دانشگاه و استیگمای ادراک شده رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد؛ بدین ترتیب که دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دانشگاه هنر اصفهان، به طور معنی‌داری نمره‌ی استیگمای ادراک شده‌ی کمتری نسبت به دانشگاه اصفهان داشتند. این که دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به دلیل آشنایی با علوم زیستی و بالینی، دانش بیشتری در این زمینه و در پی آن استیگمای کمتری داشته

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دانشگاه هنر اصفهان بابت همکاری در انجام طرح تشکر می‌گردد. در ضمن، از تمامی دوستانی که در گردآوری داده‌های این طرح یاری رساندند، سپاسگزاری می‌شود.

تشکر و قدردانی

از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بابت تأمین هزینه‌های انجام این طرح به شماره‌ی تصویب ۳۹۵۶۰۳ و از مرکز تحقیقات علوم رفتاری بیمارستان خورشید و از معاونت آموزشی محترم دانشگاه اصفهان،

References

1. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1(1): 16-20.
2. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol* 2004; 59(7): 614-25.
3. World Health Organization. The introduction of a mental health component into primary health care. Geneva, Switzerland: WHO; 1990.
4. Clak DA, Beck AT, Alford BA. Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York, NY: Wiley; 1999. p. 1-3.
5. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretamad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 1: 16.
6. Corry P. Stigma shout: Service user and carer experiences of stigma and discrimination. London, UK: Time to Change; 2008.
7. Sadruddin S. Predictors of treatment delay in depressive disorder in pakistan [PhD Thesis]. Toronto, Canada: University of Toronto; 2007.
8. Ordoubadi A. Mental health of students. Shiraz, Iran: Shiraz University Publications; 1991. p.1. [In Persian].
9. Chisholm K, Patterson P, Torgerson C, Turner E, Jenkinson D, Birchwood M. Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: the SchoolSpace cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 2016; 6(2): e009435.
10. Alexander L, Link B. The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health* 2003; 12(3): 271-89.
11. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF, Evans K, Groves C. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 342-9.
12. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 25.
13. Papadopoulos C, Leavey G, Vincent C. Factors influencing stigma: a comparison of Greek-Cypriot and English attitudes towards mental illness in north London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37(9): 430-4.
14. Lauber C, Ajdacic-Gross V, Fritschi N, Stulz N, Rossler W. Mental health literacy in an educational elite -- an online survey among university students. *BMC Public Health* 2005; 5: 44.
15. Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study. *J Affect Disord* 2011; 129(1-3): 56-63.
16. Kanter JW, Rusch LC, Brondino MJ. Depression self-stigma: a new measure and preliminary findings. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196(9): 663-70.
17. Scottish Association Mental Health. A World to belong to: social networks of people with mental health problems. Glasgow, Scotland: SAMH; 2006.
18. Corrigan PW, Watson AC, Miller FE. Blame, shame, and contamination: the impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *J Fam Psychol* 2006; 20(2): 239-46.
19. Dahlberg KM, Waern M, Runeson B. Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample - investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health* 2008; 8: 8.
20. Farjad M. Behavioral problems and mental disorders in the family. Tehran, Iran: Badr Publications, 1995. p.101. [In Persian].
21. Nazarzadeh F, Mami S, Nazarzadeh M. Examine the relationship between personality type and level of confidence in the girl students in Zainab hostel of Lorestan University. *J Ilam Univ Med Sci* 2014; 22(3): 149-54. [In Persian].
22. Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Marackova M, Grambal A, Slepecky M. Self-stigma and quality of life in patients with depressive disorder: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12: 2677-87.
23. Boerema AM, Kleiboer A, Beekman ATF, van Zoonen K, Dijkshoorn H, Cuijpers P. Determinants of help-seeking behavior in depression: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2016; 16(1): 78.
24. Haghghat R. A unitary theory of stigmatisation: pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 207-15.

Stigma of Depression and Related Factors in University Students

Gholamreza Kheirabadi¹, Mitra Nekouei-Shahraki², Mohammadreza Maracy³

Original Article

Abstract

Background: Stigma is a mark of disgrace in the society's attitude that discredits a person or a group because of an attribute such as a deformity, color, or mental illness. Stigma can adversely affect all aspects of life. Depression is one of the most common mental health problems. The goal of the current study was to investigate some factors associated with stigma of depression among university students in Isfahan City, Iran, in order to facilitate possible interventions.

Methods: This cross-sectional study was designed to evaluate the stigma of depression in students of University of Isfahan, Isfahan University of Medical Sciences, and Art University of Isfahan, and was conducted among 553 participants. We used a questionnaire designed by Griffiths et al. and translated it to Persian to evaluate the personal and perceived stigma.

Findings: Personal stigma was statistically lower in participants with positive history of depression ($P = 0.007$). It was also lower in married participants ($P = 0.030$). Perceived stigma was significantly higher in students of University of Isfahan comparing to other universities ($P = 0.009$).

Conclusion: Positive history of depression, being a married person, and being a student of Isfahan University of Medical Sciences or Art University of Isfahan are protective factors against the stigma of depression in university students in Isfahan City.

Keywords: Depression, Social stigma, Students

Citation: Kheirabadi G, Nekouei-Shahraki M, Maracy M. **Stigma of Depression and Related Factors in University Students.** J Isfahan Med Sch 2017; 35(428): 488-95.

1- Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Mitra Nekouei-Shahraki, Email: mitra.nk90@yahoo.com