الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي
الجامعة السورية الخاصة
كلية الطب البشري
قسم الأمراض الباطنة

الاكتئاب والقلق عند طلبة الكليات الطبية وعلاقته بالمعدل الدراسي وسنوات الرسوب

Depression And Anxiety and Its Relationship to GPA and repetition years in medical students

بحث علمي أعد لنيل إجازة دكتور في الطّب البشري M.D

إعداد:
تالة عدنان ضيا

إشراف:
الأستاذ الدكتور يوسف لطيفة

رئيس القسم:
الأستاذ الدكتور مروان شامية

العام الدراسي 2023-2024

باسمه ابتدأنا وبه نختم، من له محيانا ومماتنا، سعينا وإنجازنا . . . ولولاه ما كنا . . .

بسم الله والحمد والشكر لله أولًا وآخرًا .

إهداء:

إلى منبع طموحي وإلهامي اللذين دعماني ووقفا جانبي . أجمل الأصدقاء، وأوفى المستشارين، وألطف الناصحين. ولولا صبرهما علي لما حققت أي نجاح: أُمي وأبي العزيزين

إلى منبع الحنان والطيبة جدتي الحبيبة: ناديا

إلى من قضوا معي عمراً كانوا فيه سنداً ونوراً وضلعاً ثابتاً لا يميل: جالا وديالا

إلى شمعة بيتنا . . حبيب قلبي أخي يوسف

إلى من كانو سندي في أيام غربتي: أخوالي يامن وياس، خالاتي رباب ورزان، جدتي وداد رحمة الله عليها

إلى صديقة الروح والأخت التي أنجبتها لي الأيام: سلمى .

إلى كل من جاهدوا ليعلمونا ومهدوا لنا الطريق: أساتذتي الكرام

إلى حارس حلمي ورفيق دربي وشريك عمري .

لكل من فتح في روحي نوافذ من نور، وأمسك بيدي في عتمة الطريق .

فهرس المحتويات

الدراسة النظرية:

1. مقدمة 1
2. تعريفات المفاهيم 3
3. الأعراض 4
4. عوامل الخطر 6
5. المضاعفات 7
6. التشخيص 8
7. الوقاية 11
8. الآلية المرضية 12
9. الوبائيات 15
10. الطب النفسي في سوريا 16

الدراسة العملية 17

11. الاستبيان 20
12. التحليل الوصفي 24
13. التحليل الاستدلالي 34
14. المناقشة 43
15. المراجع 44

فهرس الجداول

1. الجدول رقم 1: التوزع النسبي للعينة حسب الجنس 24
2. الجدول رقم 2: التوزع النسبي للعينة حسب المعدل الدراسي.....24
3. الجدول رقم 3: التوزع النسبي للعينة حسب الحالة الاجتماعية.....25
4. الجدول رقم 4: التوزع النسبي للعينة حسب الجامعة 25
5. الجدول رقم 5: التوزع النسبي للعينة حسب نوع المدرسة.....26
6. الجدول رقم 6: التوزع النسبي للعينة حسب الكلية والسنة الدراسي.....27
7. الجدول رقم 7: التوزع النسبي للعينة حسب عدد سنوات الرسوب..... 28
8. الجدول رقم 8: التوزع النسبي للعينة حسب تعليم الأم والأب.....29
9. الجدول رقم 9: التوزع النسبي للعينة حسب الوضع المادي.....30
10. الجدول رقم 10: التوزع النسبي للعينة حسب نسب الاكتئاب بين الكليات الطبية..... 31
11. الجدول رقم 11: التوزع النسبي للعينة حسب نسب القلق بين الكليات الطبية.....32
12. جدول رقم 12: العلاقة بين العوامل الديموغرافية والاكتئاب (N= 2963).....33
13. جدول رقم 13: العلاقة بين العوامل الديموغرافية والقلق(N= 2963).....36
14. جدول رقم 14: العلاقة بين المثالية الإيجابية والسلبية والقلق والاكتئاب والمعدل الدراسي.....39
15. جدول رقم 15: نتائج الانحدار المتعدد لأثر كل من الاكتئاب والقلق على المعدل الدراسي.....40
16. جدول رقم 16: نتائج الانحدار المتعدد لأثر كل من الاكتئاب والقلق على سنوات الرسوب.....41

فهرس المخططات

مخطط 1- التوزع النسبي للعينة حسب الجنس.....24
مخطط 2- التوزع النسبي للعينة حسب المعدل الدراسي.....25
مخطط 3- التوزع النسبي للعينة حسب الحالة الاجتماعية.....25
مخطط 4- التوزع النسبي للعينة حسب الجامعة 26
مخطط 5- التوزع النسبي للعينة حسب المدرسة 26
مخطط 6- التوزع النسبي للعينة حسب الكلية والسنة الدراسية.....27
مخطط 7- التوزع النسبي للعينة حسب عدد سنوات الرسوب 28
مخطط 8- التوزع النسبي للعينة حسب الدرجة العلمية لكل من الأم والأب.....29
مخطط 9- التوزع النسبي للعينة حسب الحالة المادية.....30
مخطط 10- التوزع النسبي للعينة حسب نسب الاكتئاب بين الكليات الطبية.....32
مخطط 11- التوزع النسبي للعينة حسب نسب القلق بين الكليات الطبية.....33

ملخص الدراسة

أهداف الدراسة:

التعرف على مستوى القلق والاكتئاب وعلاقتهما بالمعدل الدراسي وسنوات الرسوب لدى طلاب الكليات الطبية

الطرائق والأدوات:

في دراسة وصفية ضمت 2963 طالبًا وطالبة، وبتوزيع استبيان إلكتروني ضم مقياس الاكتئاب(PHQ-9)، مقياس القلق (GAD-7)، من ثمّ إدخال البيانات للتحليل الإحصائي بإجراء اختبار كاي تربيع، معامل ارتباط بيرسون، الانحدار المتعدد لكل من الاكتئاب والقلق والمعدل الدراسي.

نتائج الدراسة:

تبين وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب والمعدل الدراسي وذات علاقة طردية مع سنوات الرسوب، دون وجود أثر واضح للقلق على كليهما.

التوصيات:

التوعية والاهتمام الفعال طبيًا بمن يحققون مستويات عالية من الاكتئاب أو القلق على مقاييس النخل.

Abstract

Study aim and background:

This research aims to investigate the levels of anxiety and depression and their correlation with academic performance and years of academic delay among students in medical colleges.

Methods and tools:

In a descriptive study of 2,963 students, after distribution of an electronic questionnaire that included patient health questionnaire (PHQ-9), generalized anxiety disorders (GAD-7), and then processing the data by statistical analysis tools as conducting a chai squared test, Pearson Correlation Coefficient, multiple regression of both depression, anxiety and the GPA score.

Study results:

A statistically significant inverse relationship was observed between depression and academic performance, with a positive correlation with years of academic delay. However, no clear impact of anxiety on either was identified.

Recommendations:

There is a need for heightened awareness and effective medical attention for individuals exhibiting high levels of depression or anxiety on screening measures.

Keywords: anxiety, depression ,GPA score.

الدراسة النظرية:

مقدمة:

تعتبر دراسة الطب من أكثر التخصصات ذات المكانة المرموقة لما فيها من عمل إنساني نبيل، لكن الطلاب تواجه فيها ضغوطات مختلفة بما في ذلك التكيّف مع بيئة تعليمية جديدة، ومواد واسعة ومتنوعة، وإجراء الامتحانات، ورؤية المرضى بحالات صحية مختلفة، بالإضافة لمشاكل الطلاب الشخصية والتغيرات في حالتهم الصحية. [1]

يؤدي التعرض المنتظم للضغوط الأكاديمية إلى تغيرات في الروتين اليومي مثل قلة النوم، والأكل غير المنتظم،[2] فإذا حدث فشل في التعامل مع هذه الضغوط أدى ذلك إلى حدوث ضغوط نفسية تتماشى مع الاكتئاب، وتدني الأداء الأكاديمي، ومشاكل بالتواصل بين الطبيب والمريض، وبالتالي فإن المشكلة النفسية التي يعاني منها طالب الطب لا تؤثر فقط على عملية التعلم ولكن أيضًا على واجباته كطبيب في المستقبل، علاوة على ذلك تؤثر صحة الأطباء على جودة الخدمات الصحية للمرضى والمجتمع، إذ تم الإبلاغ عن وجود ارتباط بين الإجهاد أو الاكتئاب والأخطاء الطبية،[3] كما تتأثر مهارات التعامل مع الآخرين كالتعاطف،[4] فلقد أثبتت العديد من الدراسات أن نسبة كبيرة من طلاب الطب يعانون من عبء كبير من أعراض الاكتئاب خلال سنوات الدراسة بسبب ضغوطات عديدة من ضمنها الضغط لتعلم كمية كبيرة من المعلومات الجديدة، وفقدان فرص الأنشطة الاجتماعية، ومواجهة الأمراض الخطيرة،[5] كما نجد أن الاكتئاب والقلق والتفكير بالانتحار أكثر عند طلاب الكليات الطبية.[6]

إذ يتوقع المجتمع أن لا تشوب أطباءه شائبة وأن يقوموا بعملهم على أكمل وجه ممكن، حتى أن طلاب الطب يظهرون بالفعل معايير شخصية أعلى مقارنة بطلاب الكليات الأخرى.[7]

كما بينت دراسة عن متلازمة الدونية الزائفة **(Imposter syndrome)** – وهي ظاهرة يشعر فيها الشخص بأنه أدنى من الناحية الفكرية على الرغم من الكفاءة المثبتة.

فالأداء العالي لا يعني عدم وجود مشاكل أكاديمية، فأولئك الذين يعانون من متلازمة الاحتيال لديهم معايير عالية للأداء ويقيّمون الإخفاقات بشكل ناقد كما تتنبأ الرغبة في الظهور بشكل مثالي للآخرين وإخفاء العيوب عنهم بوجود مشاعر أكبر من الاحتيال.[8]

ونتيجة للتغيرات البيئية التي يتعرض لها الأفراد فمن الطبيعي أن يشعروا بالقلق من حين لآخر، مع ذلك قد يكون القلق المستمر المفرط، والارتباك الذي يصعب السيطرة عليه، والتعارض مع الأنشطة اليومية علامات على اضطراب القلق.

كما كشف أيزنبرغ أن الكثير من الطلاب يزعمون تأثر الأداء الأكاديمي بالعاطفة أو المشاكل العقلية وهناك نسبة من الطلاب فشلت في مجال أكاديمي واحد على الأقل بسبب قضايا الصحة العقلية.

في كل من القلق والاكتئاب ، الغالبية العظمى من فئة سكانية معينة ذكرت عجز وظيفي واحد على الأقل فيما يتعلق بالأداء الأكاديمي.[9]

في حالة طلاب الطب، في إحدى الدراسات، كانت مستويات القلق الحدية مرتبطة بأفضل النتائج الأكاديمية (مقابل مستويات القلق المنخفضة أو الأعلى).

في حين يبدو أن مستويات منخفضة من أعراض الاكتئاب تفيد أداء طلاب الطب (مقابل المستويات الحدية أو مستويات أعلى من الاكتئاب). [10]

كما نذكر أنه تم تشخيص أو علاج ما يقرب من 10% من طلاب الجامعات من الاكتئاب على مدار الـ 12 شهرًا الماضية في الولايات المتحدة الأمريكية،.[11]

ولكي تتمكن الجامعات من تصميم علاجات محددة لاحتياجات طلابهم، فمن المهم أن نفهم ما جوانب الحياة، بالإضافة إلى الأكاديميين، هي السبب في زيادة في الاكتئاب والقلق والتوتر. على سبيل المثال: لقد ثبت أن تصورات صورة الجسم مرتبطة بزيادة احتمالية الإصابة بالاكتئاب والقلق لدى المراهقين

وكذلك انخفاض الرضا عن الحياة، وتدني احترام الذات، والشعور بالدونية قد يؤدي إلى ضعف كبير في الاجتماعية والمهنية و الأداء التعليمي.

كما أن الطلاب الذين نشأوا في أسر تفتقر إلى الاستقرار المالي هم أكثر عرضة لذلك تظهر أعراض الاكتئاب والقلق، مما يشير إلى أن الصعوبات المالية ترتبط بارتفاع معدلات مشاكل الصحة العقلية، وتشير الدراسات أيضا إلى أن عادات النوم لها تأثير سلبي على الأداء الأكاديمي وشكاوى الصحة العقلية، حيث أبلغت النساء عن قلة نومهن أكثر من الرجال.[12]

الآثار الجانبية السلبية للاكتئاب والقلق والتوتر على طلاب الجامعات تبين أهمية علاج حالات الإصابة بها على سبيل المثال، يرتبط الاكتئاب بالسلوكيات الضارة مثل التدخين، سوء التغذية، عدم ممارسة الرياضة، عادات النوم السيئة، وعدم الالتزام بالعلاج الطبي

تشير الدراسات أيضاً أن الأشخاص الذين يعانون من القلق لديهم نوعية حياة أسوأ من الأشخاص الذين لا يعانون منها.

يمكن أن يكون كذلك مفيد للجامعات لفهم جوانب الحياة لأن معدلات الاكتئاب والقلق والتوتر ترتبط بانخفاض الأعراض من أجل تشجيع تلك السلوكيات لدى طلابهم. [13]

تعريفات المفاهيم

تتضمن هذه الدراسة مجموعة من المفاهيم والمصطلحات وهي:

أولاً: القلق:

حالة نفسية تتصف بالخوف والتوتر، أو توقع شيء ما، فينجم عنها الخوف من المستقبل، أو صراع في داخل النفس بين النوازع والقيود التي تحول دون تلك النوازع، وهو أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا، فهو يصيب 10 – 15% من الناس، ويزداد حدوثه في الفترات الانتقالية من العمر، ومن أمثلة ذلك عند دخول الطفل للمدرسة، أو الانتقال من مرحلة الطفولة إلى المراهقة، أو عند وصول النساء لسن اليأس، أو عند تغيير المنزل أو جهة العمل.[14]

كما يعرف بأنه حالة نفسية وفسيولوجية تتركب من تضافر عناصر إدراكية وجسدية وسلوكية، لخلق شعور غير سار يرتبط عادة بعدم الارتياح أو التردد والخوف من أحداث متوقعة مثل الخوف من الموت، حيث يشعر الشخص بالخوف والهلع عندما يفكر في موته.

ثانياً: الاكتئاب:

مرض يميّزه الشعور الدائم بالحزن، وفقدان الاهتمام في الأنشطة التي يتمتع فيها الشخص عادةً، وهو يقترن بالعجز عن أداء الأنشطة اليومية لمدة أسبوعين على الأقل، إضافة إلى ذلك، يبدي المصابون بالاكتئاب العديد من الأعراض التالية في العادة: فقدان الطاقة؛ وتغيّر الشهية، والنوم لفترات أطول أو أقصر، والقلق،

وانخفاض معدل التركيز، والتردّد، والاضطراب، والشعور بعدم احترام الذات أو بالذنب أو باليأس، والتفكير في إيذاء النفس أو الانتحار.[15]

ثالثاً: المعدل العام(GPA): هو معدل جميع المساقات التي درسها الطالب حسب خطته الدراسية مقرباً إلى أقرب منزلتين عشريتين ويحسب كما يلي: (مجموع حاصل ضرب الساعات المعتمدة بالعلامة لكل مساق ÷ مجموع الساعات المعتمدة).

الأعراض

أعراض القلق:

يمكن أن يكون القلق مصحوبًا بالآثار جسدية مثل خفقان القلب، التعب، الغثيان، ألم في الصدر، ضيق في التنفس، آلام في المعدة، الصداع، زيادة ضغط الدم ومعدل ضربات القلب، التعرق، زيادة تدفق الدم إلى مجموعات العضلات الرئيسية، وتثبط وظائف النظام الهضمي والمناعة، ويمكن أن تشمل العلامات الخارجية للقلق الجلد الشاحب، والتعرق والارتعاش، واتساع حدقة العين وقد يواجه أيضا الشخص الذي يعاني من القلق الإحساس بالفزع أو الذعر.

على الرغم من أن نوبات الهلع (panic attack) لا تحدث لكل من يعاني من القلق إلا أنها تُمثّل أحد الأعراض المُشتَرَكة. عادة ما تأتي دون سابق إنذار، على الرغم من أن الخوف عموما غير عقلاني، فإن تصور الخطر حقيقي جدًا، غالبًا ما يشعر الشخص الذي يصاب بالنوبة الذعر كما لو كان على وشك الموت، وقد يحدث خلط بين نوبات الهلع وبين الأزمات القلبية.

لا يتشكل القلق من الأعراض البدنية فقط، فهناك العديد من الأعراض النفسية التي يتشكل منها أيضًا: مشاعر الخوف أو الفزع، وصعوبة التركيز، والشعور بالتوتر أو العصبية، وتوقع الأسوأ، والتهيج، والأرق، وانتظار الأحداث أو الخطر، والشعور بفراغ العقل والكوابيس، والشعور بأن كل شيء مخيف.

ومن أكثر الأعراض شيوعًا للقلق هو الخوف، الذي يتضمن الخوف من الموت، الخوف مثلًا أن آلام الصدر [الأعراض الجسدية للقلق] هي نوبة قلبية قاتلة، أو أن آلام الرأس هي نتيجة وجود ورم أو تمدد الأوعية الدموية.[16]

أعراض الاكتئاب:

عادة ما تكون الأعراض لدى العديد من المصابين بالاكتئاب من الحدة بما يكفي لإحداث مشاكل ملحوظة في الأنشطة اليومية، مثل العمل، أو المدرسة، أو الأنشطة الاجتماعية، أو العلاقات مع الآخرين. قد يشعر بعض الأفراد بالبؤس وعدم السعادة بشكل عام دون معرفة السبب.[17]

تحدث الأعراض أغلب اليوم، وكل يوم تقريبًا، والتي تتضمن:

- مشاعر الحزن أو الانهيار بالبكاء أو انعدام القيمة أو اليأس.
- نوبات الغضب أو التهيج أو الإحباط ولو بسبب أشياء صغيرة.
- فقدان الاهتمام أو المتعة في معظم الأنشطة العادية أو كلها.
- اضطرابات النوم بما يتضمن الأرق أو النوم المفرط.
- التعب وفقدان الطاقة حتى أن المهام البسيطة تستهلك جهدًا إضافيًا.
- انخفاض الشهية وفقدان الوزن أو زيادة الرغبة الشديدة في تناول الطعام وزيادة الوزن.
- القلق او الهياج والتململ.
- تباطؤ التفكير أو التحدث أو حركات الجسم.
- الشعور بانعدام القيمة أو الذنب أو التركيز على حالات الفشل السابقة أو لوم الذات.
- صعوبة التفكير والتركيز واتخاذ القرارات.
- تكرار التفكير في الموت أو التفكير في الانتحار أو معاودتهما أو محاولات الإقدام عليه او تنفيذه فعليًا.
- مشكلات بدنية غير محددة السبب مثل ألم الظهر أو مشكلات الصداع.[18]

عوامل الخطر

عوامل خطر القلق:

- الصدمة، يكون الأطفال الذين تحملوا الإيذاء أو شهدوا أحداثًا صادمة أكثر عرضة للإصابة باضطراب القلق في نقطة ما في حياتهم.
- الضغط العصبي بسبب المرض، يمكن أن تسبب الإصابة بحالة صحية أو مرض خطير في الشعور بالقلق الشديد إزاء أمور مثل: العلاج والمستقبل.
- تراكم الضغط العصبي، قد ينتج القلق المفرط عن وقوع حدث كبير أو بسبب تراكم مواقف حياتية أصغر تتسبب في الضغط العصبي كوفاة فرد من العائلة أو الشعور بالضغط العصبي بسبب العمل أو بسبب الأحوال المادية.
- الشخصية، هناك أنواع معينة من الشخصيات تكون أكثر عرضة للإصابة باضطرابات القلق أكثر من غيرها.
- اضطرابات الصحة العقلية الأخرى.
- وجود أقارب لديهم اضطراب القلق حيث يمكن لاضطرابات القلق ان تورث.
- المخدرات أو المشروبات الكحولية.[19]

عوامل خطر الاكتئاب:

غالبًا يبدأ الاكتئاب في فترة المراهقة أو خلال مرحلة العشرينيات أو الثلاثينيات من حياة الشخص لكنه قد يظهر في أي فئة عمرية، يتم تشخيص اكتئاب النساء أكثر من الرجال، لكن قد يكون سبب ذلك أن النساء أكثر بحثًا عن العلاج.[20]

تشمل العوامل التي قد تزيد خطر الإصابة بالاكتئاب ما يلي:

- بعض السمات الشخصية مثل تراجع الثقة بالنفس، والاعتماد على الآخرين والنقد الذاتي أو التشاؤم.

- الأحداث الصادمة أو المسببة للإجهاد النفسي كالانتهاك، وموت أو فراق شخص عزيز أو مشاكل مالية.
- وجود أقارب بالولادة لديهم تاريخ إصابة بالاكتئاب أو الاضطراب ثنائي القطب، أو إدمان الكحوليات، أو الإقدام على الانتحار.
- تاريخ مرتبط باضطرابات عقلية، مثل اضطراب القلق، واضطراب الشهية، واضطراب الكرب التالي للصدمة.
- الإصابة بأمراض مزمنة وخطيرة كالسرطان والسكتة الدماغية والألم المزمن وأمراض القلب.
- بعض الأدوية مثل أدوية ارتفاع الضغط والأقراص المنومة.[21]

المضاعفات

مضاعفات القلق:

الإصابة باضطراب القلق يؤدي إلى ما هو أكثر من القلق ويمكن أن يؤدي إلى الإصابة بحالات عقلية وجسمانية أخرى أو يؤدي إلى تفاقمها مثل:

- الاكتئاب أو اضطرابات أخرى متعلقة بالصحة النفسية.
- إساءة استخدام المواد المخدرة.
- صعوبة في النوم (الأرق).
- مشكلات هضمية.
- الصداع والألم المزمن.
- العزلة الاجتماعية.
- مشكلات في التعامل في المدرسة أو العمل.
- تدني نوعية الحياة.
- الانتحار.[18]

مضاعفات الاكتئاب:

يعد الاكتئاب اضطرابًا خطيرًا يمكن أن يكون وخيم الأثر على الشخص وعائلته، ويتفاقم الاكتئاب غالبًا في حال إهمال علاجه، مما يؤدي إلى مشكلات انفعالية وسلوكية وصحية والتي تؤثر على كل مجالات الحياة وتتضمن المضاعفات المقترنة بالاكتئاب ما يلي:

- زيادة الوزن أو السمنة والتي تؤدي إلى أمراض القلب أو الداء السكري.
- الألم أو المرض البدني.
- أمراض المواد الكحولية أو المخدرة.
- القلق أو اضطراب الهلع أو رهاب العلاقات الاجتماعية.
- الصراعات الأسرية أو صعوبة العلاقات والمشكلات في العمل أو المدرسة.
- العزلة الاجتماعية
- الشعور بالرغبة في الانتحار أو محاولات اقترافه أو فعله.
- تشويه الذات مثل جرح النفس.
- الوفاة المبكرة نتيجة الحالات الطبية.[18]

التشخيص

تشخيص الاكتئاب حسب Dsm-5 :

تشير الأحرف الثلاثة DSM إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)، وهو الدليل الذي يستخدمه المتخصصون في الصحة النفسية بالولايات المتحدة ومعظم العالم، باعتباره الدليل الرسمي لتشخيص الاضطرابات النفسية، أما DSM-5 ، فهي النسخة الخامسة من هذا الدليل، والتي صدرت في عام 2013. يستخدم DSM-5 معاييرًا لتشخيص الاكتئاب، إذ يجب أن يعاني الفرد من خمسة أعراض أو أكثر خلال فترة أسبوعين، وتشمل الأعراض:

- مزاج مكتئب طوال اليوم.
- عدم الاهتمام بأي نشاط سابق.
- خسارة الوزن أو زيادته بشكل كبير.
- تباطؤ في التفكير وانخفاض في الحركة الجسدية.
- الإرهاق والتعب طوال اليوم.
- الشعور بانعدام قيمة الذات أو الشعور بالذنب المفرط.
- ضعف القدرة على التفكير أو التركيز.
- أفكار انتحارية متكررة بدون خطة محددة، أو محاولة انتحار. [18]

تشخيص الاكتئاب الحاد:

يصاب الأشخاص بالاكتئاب الحاد أو ما يعرف بالاكتئاب الشديد، عند تعرضهم لمواقف حزن أو فقد بشكل متكرر، ولفترات طويلة.

أما بالنسبة لتشخيصه، فيقوم الطبيب النفسي بإجراء تشخيص الاكتئاب الحاد، بناءً على الأعراض والمشاعر والسلوكيات، ويتم ذلك من خلال عدة جلسات تجمعه بالمريض، يطرح من خلالها مجموعة أسئلة لتحديد ما إذا كان يعاني في الأسبوعين السابقين من أعراض الاكتئاب الشديد، والتي تشمل:

- الشعور بالحزن أو الانفعال معظم اليوم.
- قلة الاهتمام بمعظم الأنشطة التي استمتع بها من قبل.
- فقدان الوزن أو اكتسابه فجأة أو تغير في الشهية.
- صعوبة في النوم أو الرغبة بالنوم أكثر من المعتاد.
- الإصابة بالأرق.
- الشعور بتعب غير معتاد ونقص في الطاقة.
- شعور الشخص أنه بلا قيمة.
- صعوبة في التركيز أو التفكير أو اتخاذ القرارات.
- التفكير في إيذاء النفس أو الانتحار.

تشخيص الاكتئاب الذهاني:

تعد عملية تشخيص الاكتئاب الذهاني أصعب من غيرها، كون العديد من الأشخاص المصابين به، يخشون الحديث عن تجاربهم الذهانية، إذ يعاني الأشخاص المصابون بالاكتئاب الذهاني من أعراض الاكتئاب الحاد، إلى جانب مجموعة من الأعراض الذهانية، مثل:

- الهلوسة، وهي رؤية أو سماع أشياء غير موجودة.
- الأوهام، وهي المعتقدات الخاطئة.
- الزورانية (paranoia)، وهي الاعتقاد الخاطئ بأن الآخرين يحاولون إيذائه.

وهو ما يسعى الطبيب المختص إلى إثباته، ففي حال وجد أن الشخص يعاني من أعراض الاكتئاب الحاد، بالإضافة إلى ظهور أعراض ذهانية، فهذا دليل على الإصابة بالاكتئاب الذهاني.

معايير تشخيص القلق حسب DSM-5:

الكثير من القلق على مدى أكثر من ستة أشهر. هذا القلق موجود في معظم الوقت فيما يتعلق بالعديد من الأنشطة.

عدم القدرة على التحكم في هذه الأعراض

تحدث على الأقل ثلاثة من الأعراض التالية:

ملاحظة: مطلوب عنصر واحد فقط في الأطفال.

- الأرق.
- الإرهاق بسهولة.
- صعوبة التركيز.
- التهيج.
- توتر العضلات.
- مشاكل في النوم.
- أعراض تؤدي إلى مشاكل في الأداء والوظيفة.
- الأعراض ليست بسبب الأدوية والمخدرات وغيرها من مشاكل الصحة الجسدية.
- لا تتناسب الأعراض بشكل أفضل مع مشكلة نفسية أخرى مثل اضطراب الهلع.[18]

الوقاية

الوقاية من القلق:

ليست هناك طريقة للتنبؤ على وجه التحديد بما يجعل أي شخص يصاب باضطراب القلق ولكن يمكن اتخاذ الخطوات التالية للحد من الأعراض:

- طلب المساعدة باكرًا إذ قد يكون من الصعب علاج القلق كلما تأخرنا في علاجه.
- الحفاظ على النشاط والمشاركة في الأنشطة التي تشعر الشخص بالرضا عن نفسه.
- تجنب تناول الكحول أو العقاقير المخدرة. [22]

الوقاية من الاكتئاب:

لا توجد طريقة مؤكدة للوقاية من الاكتئاب، لكن يمكن للاستراتيجيات أن تفيد:

- اتخاذ الخطوات اللازمة للتحكم في الضغط النفسي لزيادة المرونة ولرفع درجة تقدير الذات.
- التواصل مع العائلة والأصدقاء، لا سيما في أوقات الأزمات للمساعدة على الصمود أمام الصعوبات.
- الحصول على العلاج عند ظهور علامات على وجود مشكلة وذلك لمنع الاكتئاب من التدهور. [23]

الآلية الإمراضية

الآلية الإمراضية للاكتئاب:

أسباب اضطرابات الاكتئاب مُعقدة وغير مفهومة وإلى حد الآن هي مفهومة بشكل جزئي فقط، توصل العلماء إلى اكتشاف تغيرات تطرأ على المواد الكيميائية في الدماغ، وعلى مستوى بعض الهرمونات في الجسم.
إضافة إلى ذلك، وجدوا بعض الإثباتات التي تؤكد أن الأشخاص الذين يملكون جينات معينة يتعرضون للاكتئاب أكثر من غيرهم.[24]

التأثيرات البيولوجية:

الوراثة

- التوتر الانفعالي والظروف الأليمة والأخبار المحزنة والكوارث القاسية (مثل موت عزيز أو طلاق).
- الحرمان (ويكون الاكتئاب استجابة لذلك)، وفقدان الحب والمساندة العاطفية وفقد حبيب أو فراقه.
- الصراعات اللاشعورية.
- الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.
- ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق.
- الوحدة، الشيخوخة والتقاعد.
- التربية الخاطئة.

أحداث حياتية

الأحداث والتغيرات الحياتية التي قد تساهم في الكآبة: سن اليأس، والصعوبات المادية، وضغوطات العمل، ومشاكل العلاقات الشخصية، والانفصال، وفقدان الأعزاء، والإصابات الحادة، وأمراض جسدية تسبب أمراضًا نفسية.

العلاجات الطبية:

بعض الأدوية المعروفة بأنها قد تسبب الكآبة عند عدد من المرضى مثل العقار المعالج لالتهاب الكبد C، وبعض العقاقير المستخدمة لعلاج ارتفاع ضغط الدم مثل حاصرات بيتا أو(reserpine).[25]

أمراض غير نفسية

الكآبة قد تكون نتيجة العديد من الأمراض المعدية والمشاكل الفيسولوجية بما في ذلك:

- الأمراض المزمنة والألم المزمن.
- نقص الأندروجينية (عند الرجال).
- مرض أديسون.
- مرض لايم.
- التصلب المتعدد.
- توقف التنفس أثناء النوم.
- اضطراب الساعة البيولوجية.
- قصور الغدة الدرقية.

المتلازمات النفسية

الكآبة تصاحب العديد من المتلازمات النفسية كعرض أساسي. فاضطرابات المزاج هي مجموعة من الاضطرابات الأساسية للمزاج، تشتمل على:

• الاكتئاب الأساسي: (يطلق عليه أحيانا الاكتئاب الأساسي أو الاكتئاب السريري) ويكون عندما يعاني الشخص من الكآبة ويفقد المتعة أو الاهتمام في أغلب النشاطات لأكثر من أسبوعين.

• الاكتئاب الجزئي: وهو اضطراب مزاجي أقل حدة من الاكتئاب السريري ولكنه يدوم لمدة أطول تصل إلى عدة سنوات.

• الاكتئاب الشديد: ويأتي على شكل نوبة أو نوبات من الاكتئاب فقط. وقد يصاحب هذا النوع من الاكتئاب أعراض ذهانية مثل الهلاوس أو الضلالات.

• الاضطراب ثنائي القطب: وتصاحبه فترة أو عدة فترات من ارتفاع غير طبيعي في مستويات الطاقة والابتهاج قد تتخلله فترات من الاكتئاب. عندما تتبع النوبات (الاكتئاب، ثنائي القطب، إلخ) نمطًا موسميًا يمكننا وصفه باضطراب عاطفي موسمي.

• اضطرابات المزاج: الكآبة عادة ما تصاحب اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الأحكام، وهو اضطراب مزاجي يظهر كرد فعل نفسي لحدث أو ضغط معين، بحيث تكون أعراضه حادة سلوكيًا وعاطفيًا لكنها لا تستوفي معايير فترات الاكتئاب؛ واضطراب ما بعد الصدمة اضطراب قلقي يتبع الصدمات وعادة ما تصاحبه الكآبة.

الآلية الإمراضية للقلق:

تعتبر الجينات مسئولة عن حوالي ثلث أنواع اضطرابات القلق،[26] الأفراد الذين لديهم استعداد وراثي لهذا الاضطراب هم أكثر عرضة للإصابة به، خصوصًا عند التعرض لضغوط الحياة.[27]

الاستخدام طويل المدى لمهدئ (Benzodiazepine) يمكن أن يفاقم أعراض القلق الكامن، مع وجود أدلة على أن الحد من استخدامه يمكن أن يؤدي إلى تخفيف أعراض القلق[28] .

وبالمثل، تعاطي الكحول على المدى الطويل يرتبط أيضًا باضطرابات القلق، مع وجود أدلة على أن الامتناع عن التعاطي لفترة طويلة يمكن أن يؤدي إلى اختفاء أعراض القلق.[29]

ومع ذلك، يمكن أن يستغرق الأمر ما يصل إلى عامين حتي تعود أعراض القلق إلى خط الأساس في حوالي ربع الأشخاص الذين يتعافون من إدمان الكحول.[30]

وجد أيضًا أن التدخين يعتبر عامل خطر لاضطرابات القلق،[31] كما الاستخدام المفرط للكافيين.[32]

الوبائيات

وبائيات الاكتئاب:

اضطراب الاكتئاب الشديد يصيب حوالي 216 مليون شخص في عام 2015 (3٪ من سكان العالم).
تتراوح نسبة الأشخاص المتأثرين في مرحلة ما من حياتهم من 7٪ في اليابان إلى 21٪ في فرنسا. في معظم البلدان، تقع نسبة الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب أثناء حياتهم في نطاق يتراوح من 8 إلى 18٪. في أمريكا الشمالية، يكون احتمال حدوث نوبة اكتئابية كبيرة خلال فترة عام 3–5 ٪ للذكور و8–10٪ للإناث، الاكتئاب الشديد شائع عند النساء بمعدل ضعف ما هو عليه عند الرجال، رغم أنه من غير الواضح سبب ذلك، وما إذا كانت عوامل لم يتم التعرف عليها تساهم في ذلك. ترتبط الزيادة النسبية في الحدوث بتطور البلوغ أكثر من العمر الزمني، وتصل إلى نسب البالغين بين سن 15 و18 عامًا، ويبدو أنها مرتبطة بالعوامل النفسية أكثر من العوامل الهرمونية. الاكتئاب هو سبب رئيسي للإعاقة في جميع أنحاء العالم.[33]

من المرجح أن يصاب الأشخاص بأول نوبة اكتئابية عندما يكون عمرهم بين 30 و40 عامًا، وهناك ذروة ثانية أصغر من الإصابة بين ذوي 50 و60 عامًا.

يزداد خطر الإصابة بالاكتئاب الشديد بسبب الحالات العصبية مثل السكتة أو مرض باركنسون أو التصلب المتعدد، وخلال السنة الأولى بعد الولادة. كما أنه أكثر شيوعًا بعد المعاناة من أمراض القلب والأوعية الدموية، وهو مرتبط أكثر بأولئك الذين يعانون من مآل قلبي سيئ أكثر من هؤلاء الذين حظوا بمآل أفضل للمرض.

تتعارض الدراسات حول انتشار الاكتئاب لدى كبار السن، لكن معظم البيانات تشير إلى وجود انخفاض في هذه الفئة العمرية، تعد الاضطرابات الاكتئابية أكثر شيوعًا بين سكان المناطق الحضرية عنها في المناطق الريفية ويزيد معدل انتشارها بين المجموعات ذات العوامل الاجتماعية والاقتصادية الأكثر فقرًا، مثل التشرد.

وبائيات القلق:

على الصعيد العالمي، اعتبارًا من عام 2010، ما يقرب من 273 مليون (4.5 ٪ من السكان) يعانون من اضطراب القلق. وهو أكثر شيوعًا عند الإناث (5.2٪) منه عند الذكور (2.8٪). في أوروبا وأفريقيا وآسيا، تتراوح معدلات اضطرابات القلق على مدى الحياة بين 9 و16٪، والمعدلات السنوية بين 4 و7٪.

في الولايات المتحدة، يبلغ معدل انتشار اضطرابات القلق مدى الحياة حوالي 29٪ وما بين 11 و18٪ من البالغين يعانون من هذه الحالة في عام معين.[34]

يتأثر هذا الاختلاف بمجموعة الطرق التي تفسر بها الثقافات المختلفة أعراض القلق وما يعتبرونه سلوكًا معياريًا. بشكل عام، تمثل اضطرابات القلق الحالة النفسية الأكثر انتشارًا في الولايات المتحدة، خارج اضطراب تعاطي المخدرات.

وتذكر دراسة أن انتشار القلق عند طلاب الطب أعلى ب 8 مرات من زملائهم في الكليات الأخرى.[35]

الطب النفسي في سوريا

أدى الصراع المدمر إلى نظام رعاية صحي يعاني من نقص شديد في التجهيزات الطبية علاوةً على هجرة العديد من المتخصصين في الرعاية الصحية من ضمنهم الأطباء النفسيين خارج البلاد مما يزيد الأمر سوءاً.

توفر وزارة الصحة ثلاثة مستشفيات للأمراض العقلية وتعاطي المخدرات: مستشفى ابن رشد (دمشق)، مستشفى ابن سينا (ريف دمشق)، ومستشفى ابن خلدون (حلب). [36]

ونظرًا لحدوث دمار هائل للبنية التحتية للخدمات الصحية، بما في ذلك خدمات الصحة العقلية، وزيادة انتشار مشاكل الصحة العقلية نتيجة للحرب، فمن المتوقع أن حالات الصحة العقلية سوف تطغى على الخدمات المتواضعة المتوفرة.

في المستقبل، لا يُتوقع أن يحصل معظم السوريين الذين يعانون من مشاكل الصحة العقلية على أي علاج أو رعاية. [37]

بالتالي الدراسات التي تقام لإحصاء نسب انتشار الاكتئاب أو القلق وغيرها من الاضطرابات النفسية لن تجدي نفعًا دون أخذ إجراءات فعلية لرفد الصحة النفسية في سوريا.

الدراسة العملية

أهمية البحث:

1. الأهمية النظرية: تسليط الضوء على مفهوم القلق والاكتئاب ونسب انتشارهما بين طلبة الكليات الطبية وتأثيرهما على التحصيل والمستوى الأكاديمي.

2. الأهمية العملية: توجيه القائمين على الجامعات لنسب القلق ولاكتئاب وأخذ خطوات للحد منهما أو علاجها لرفع السوية العلمية

أهداف البحث:

- دراسة نسبة انتشار القلق والاكتئاب عند طلبة الكليات الطبية.
- دراسة تأثير العوامل الديموغرافية على القلق والاكتئاب.
- دراسة تأثير الاكتئاب والقلق على المعدل الدراسي.
- دراسة تأثير الاكتئاب والقلق على سنوات الرسوب.

المواد والطرائق:

دراسة مقطعية عرضية اعتمدت المنهج الوصفي لدراسة انتشار القلق والاكتئاب من خلال توزيع استبيان إلكتروني (تم إرفاقه تاليًا) على طلبة كليات الطب، الصيدلة، طب الأسنان في كل من جامعتي دمشق والجامعة السورية الخاصة بعد أخذ الموافقات الرسمية اللازمة لذلك.
تم نشر الاستبيان بتاريخ 2021/2/22 واستمر لغاية شهر ونصف جمعت فيها عينة 3035 طالب تم اعتيانها بطريقة مناسبة* .

بعد إقصاء طلبة الكليات غير الطبية، والطلاب الذين تجاوزت مدة انقطاعهم 4 سنوات، كانت العينة النهائية 2963 طالبًا وطالبة.

*: تم الاعتيان بالتعاون مع الهيئات الطلابية للكليات الثلاث في الجامعتين، ما جعل الطريقة لا تتصف بما يكفي من العشوائية، مع غلبة الإناث وطلاب الجامعة السورية الخاصة على العينة الأمر الذي يعد من محدوديات الدراسة.

تضمن الاستبيان الإلكتروني:

1. المعلومات الديموغرافية

2.**مقياس الاكتئاب (Patient Health Questionnaire (PHQ-9)) :**

تم استخدام النسخة العربية من استبيان صحة المريض ذي التسع البنود (PHQ-9) في الدراسة لتقييم شدة الاكتئاب، وتم تصنيف العناصر الموجودة فيه على مقياس ليكرت المكون من 4 نقاط (0 = لا على الإطلاق، 1 = عدة أيام، 2 = أكثر من نصف الأيام، 3 = كل يوم تقريبًا)، مما يوفر نطاق درجة خطورة بين (0–27)، صنفت النتائج إلى 5 مجموعات: لا شيء (0–4)، معتدل (5–9)، متوسط (10–14)، معتدل الشدة (15–19)، وشديد (20–27). [38]

3. **مقياس القلق المعمم (Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7)):**

تم استخدام النسخة العربية من مقياس الاضطراب القلق المعمم في هذه الدراسة لتقييم شدة القلق، تم تصنيف العناصر الموجودة في (GAD-7) على مقياس ليكرت المكون من 4 نقاط (0 = لا على الإطلاق، 1 = عدة أيام، 2 = أكثر من نصف الأيام، 3 = كل يوم تقريبًا)، مما يوفر نطاق درجة خطورة 0–21.

مقياس(GAD-7) هو مقياس ذاتي التصنيف يُستخدم لتقييم شدة اضطرابات القلق الأربعة الأكثر شيوعًا (اضطراب القلق العام، واضطراب الهلع، والرهاب الاجتماعي، واضطراب ما بعد الصدمة)، حيث تشير الدرجة من 0–4 إلى عدم وجود أعراض القلق، صنفت الدرجات إلى 4 مجموعات: لا شيء (0–4)، معتدل (5–9)، متوسط (10–14)، وشديد (15–21).

المعالجة الإحصائية

تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss 23) في تحليل البيانات:

* الإحصاء الوصفي: دراسة توزع العينة بالنسب المئوية حسب العوامل الديموغرافية والكليات الطبية.

* الإحصاء الاستدلالي:

1. تم ربط العوامل الديموغرافية بكل من الاكتئاب والقلق، واعتماد القيم تحت (0.05) كقيم ذات دلالة إحصائية، بعد تطبيق اختبار كاي تربيع (Chi- Square).
2. حساب معامل ارتباط بيرسون لتأكيد العلاقة بين الاكتئاب والقلق والمعدل الدراسي وسنوات الرسوب.
3. تم إخضاع العوامل ذات الدلالة الإحصائية المعتبرة في الاختبارات السابقة لتحليل الانحدار المتعدد (multiple regression analysis) لكشف مدى تنبؤ الاكتئاب والقلق بتأثر المعدل الدراسي ووجود سنوات الرسوب.

وفي ما يلي نسخة من الاستبيان الالكتروني:

استبيان المثالية وارتباطها بالاكتئاب والقلق عند طلاب الكليات الطبية

يعدّ السعي للكمال والتفوق سمة فطرية لها إيجابياتها وسلبياتها

يهدف هذا الاستبيان إلى تحديد نسبة انتشار المثالية ومدى علاقتها بالقلق والاكتئاب في عينة تمثيلية ديموغرافياً لطلاب الكليات الطبية في الجامعات السورية

قد تم إجراء اختبار مصداقية وموثوقية على هذا الاستبيان من قبل لجنة علمية مؤهلة

راجين منكم المشاركة علماً أن كافة المعلومات ستبقى سرية وستستخدم في خدمة البحث العلمي فقط

ستكون إجابتك على هذا الاستبيان بالغة الأهمية

يتطلب إكمال الاستبيان 7-10 دقائق

شاكرين جهودكم وتعاونكم.

للتواصل salmakhsrouji@gmail.com

1) المعلومات الديموغرافية:

- الرقم الجامعي: .....
- المعدل الجامعي المئوي: .....
- الجنس: □ أنثى □ ذكر
- الحالة الاجتماعية:
- □ عازب/ة □ متزوج/ة □ مرتبط/ة
- الجامعة:

□ جامعة دمشق □ الجامعة السورية الخاصة SPU

- أدرس في كلية:

□ الطب البشري □ طب الأسنان □ الصيدلة

أخرى: .....

- السنة الدراسية:

□ سنة أولى □ سنة ثانية □ سنة ثالثة

□ سنة رابعة □ سنة خامسة □ سنة سادسة

□ خريج

- سنوات الرسوب: .....

- كنت أدرس:

□ أغلب السنوات في مدرسة عامة □ أغلب السنوات في مدرسة خاصة

- دراسة الأم:

□ لا تجيد القراءة والكتابة □ تعليم أساسي □ شهادة ثانوية □ شهادة جامعية

- دراسة الأب:
- □ لا يجيد القراءة والكتابة □ تعليم أساسي □ شهادة ثانوية □ شهادة جامعية
- الحالة المادية:

□ سيئة (لا تكفي الأساسيات) □ متوسطة (تكفي الأساسيات فقط)

□ جيدة (تكفي الأساسيات وبعض الكماليات) □ ممتازة (تكفي الأساسيات والكماليات)

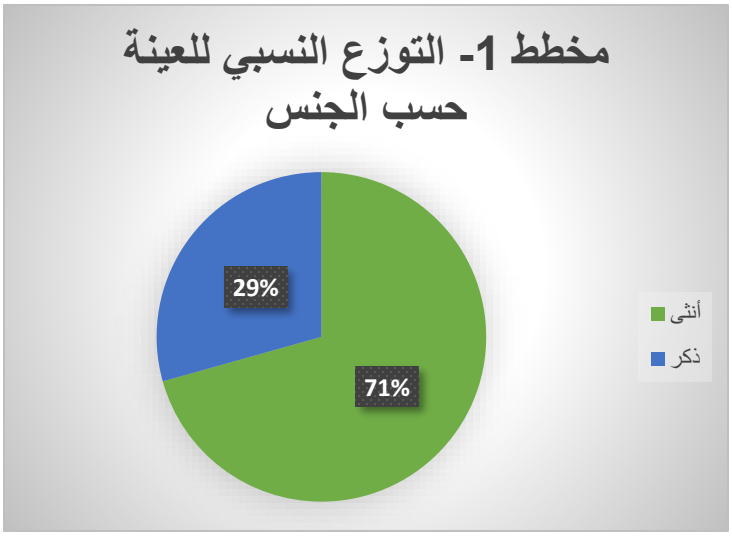
مقياس الاكتئاب PHQ-9	لم أشعر بهذا أبداً	شعرت بهذا في بعض الأيام	شعرت بهذا في أكثر من نصف الأيام	شعرت بهذا كل يوم تقريبًا
1. قلة الاهتمام أو قلة الاستمتاع بممارسة الأعمال	○	○	○	○
2. الشعور بالحزن أو ضيق الصدر أو اليأس	○	○	○	○
3. صعوبة في النوم أو نوم متقطع أو النوم أكثر من المعتاد	○	○	○	○
4. الشعور بالتعب أو بامتلاك القليل جدا من الطاقة	○	○	○	○
5. قلة الشهية أو الزيادة في تناول الطعام عن المعتاد	○	○	○	○
6. الشعور بعدم الرضا عن النفس أو الشعور بأنك قد خذلت نفسك أو عائلتك	○	○	○	○
7. صعوبة في التركيز مثلاً أثناء قراءة الصحيفة أو مشاهدة التلفاز	○	○	○	○
8. بطء في الحركة أو بطء في التحدث عما هو معتاد لدرجة ملحوظة من الآخرين / أو على العكس من ذلك التحدث بسرعة وكثرة الحركة أكثر من المعتاد	○	○	○	○
9. راودتك أفكار بأنه من الأفضل لو كنت ميتا أو أفكار بأن تقوم بإيذاء النفس	○	○	○	○

مقياس القلق GAD-7	لم أشعر بهذا أبداً	شعرت بهذا في بعض الأيام	شعرت بهذا أكثر من نصف الأيام	شعرت بهذا كل يوم تقريباً
1. الشعور بالغضب أو القلق أو الانفعال الشديد	○	○	○	○
2. عدم القدرة على إنهاء القلق أو التحكم فيه	○	○	○	○
3. القلق المفرط على أشياء مختلفة	○	○	○	○
4. الصعوبة في الاسترخاء	○	○	○	○
5. شدة الاضطراب لدرجة صعوبة البقاء في هدوء	○	○	○	○
6. السرعة في الانزعاج أو الانفعال	○	○	○	○
7. الشّعور بالخوف كما لو أن شيئا فظيعاً قد يحدث	○	○	○	○

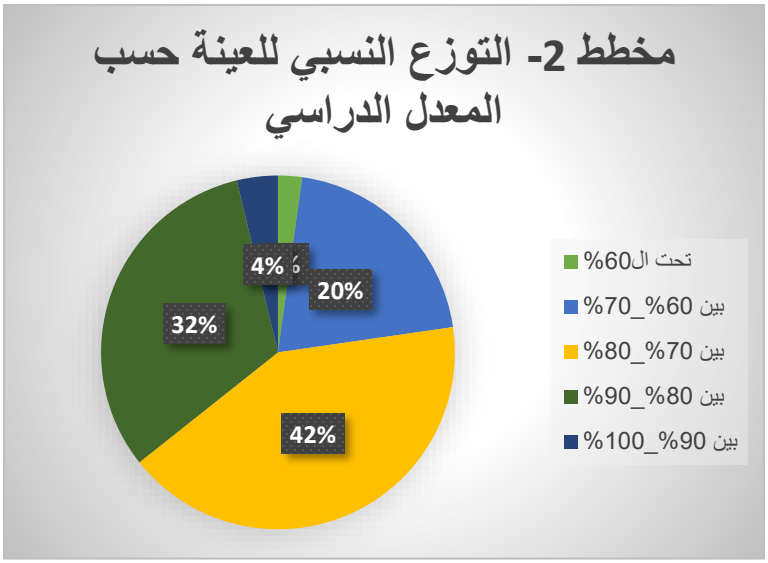
النتائج

التحليل الوصفي:

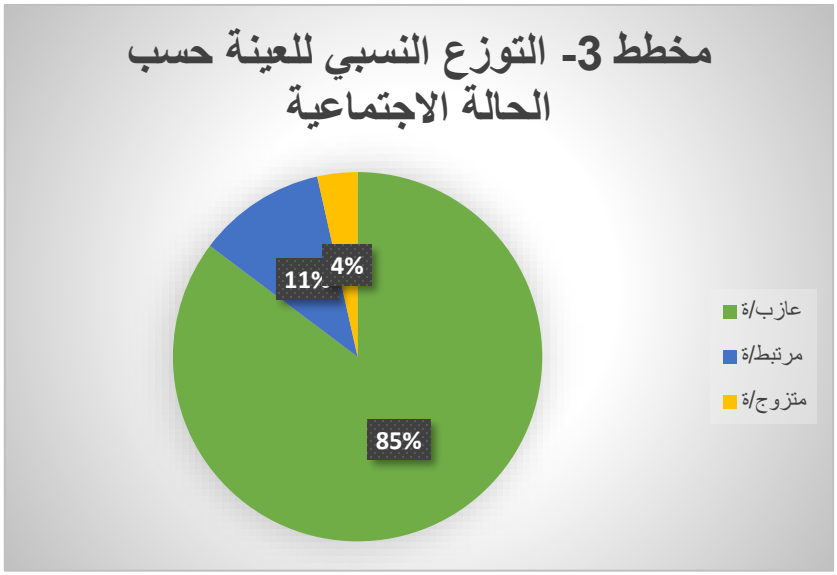
الجدول رقم 1: التوزع النسبي للعينة حسب الجنس:			
		N	%
الجنس	أنثى	2106	71.1
	ذكر	857	28.9
	المجموع	**2963**	**100**



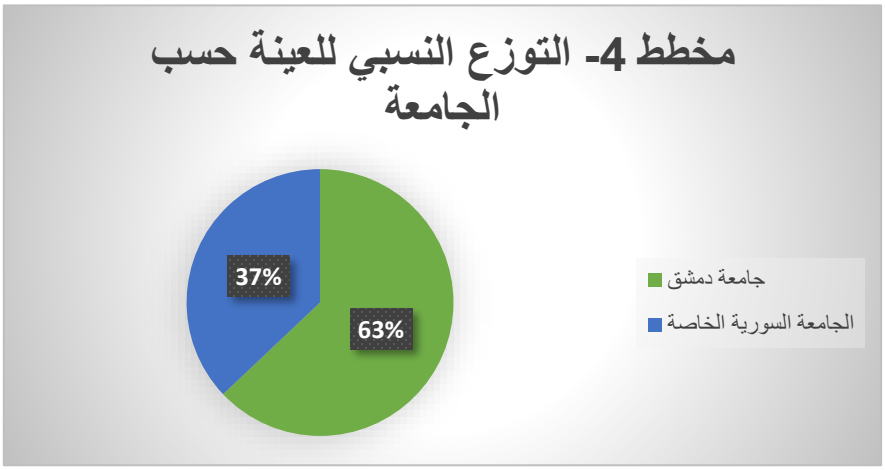
جدول رقم2: التوزع النسبي للعينة حسب المعدل الدراسي:			
		N	%
المعدل الدراسي	تحت ال60%	65	2.2
	بين60%_70%	608	20.5
	بين70%_80%	1233	41.6
	بين80%_90%	946	31.9
	بين90%_100%	111	3.7
	المجموع	**2963**	**100**



جدول رقم3: التوزع النسبي للعينة حسب الحالة الاجتماعية:			
		N	%
الحالة الاجتماعية	عازب/ة	2526	85.3
	مرتبط/ة	333	11.2
	متزوج/ة	104	3.5
	المجموع	**2963**	**100**



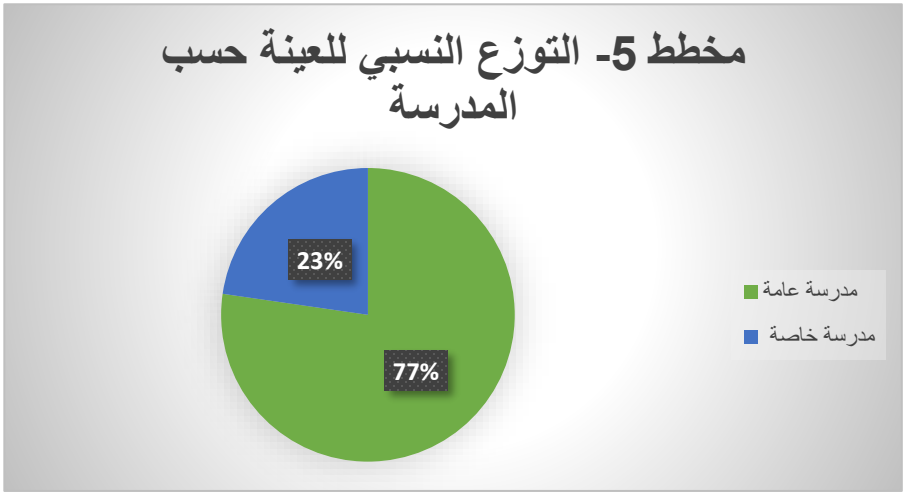
جدول رقم4: التوزع النسبي للعينة حسب الجامعة:			
		N	%
الجامعة	جامعة دمشق	1865	63
	الجامعة السورية الخاصة	1098	37
	المجموع	**2963**	**100**



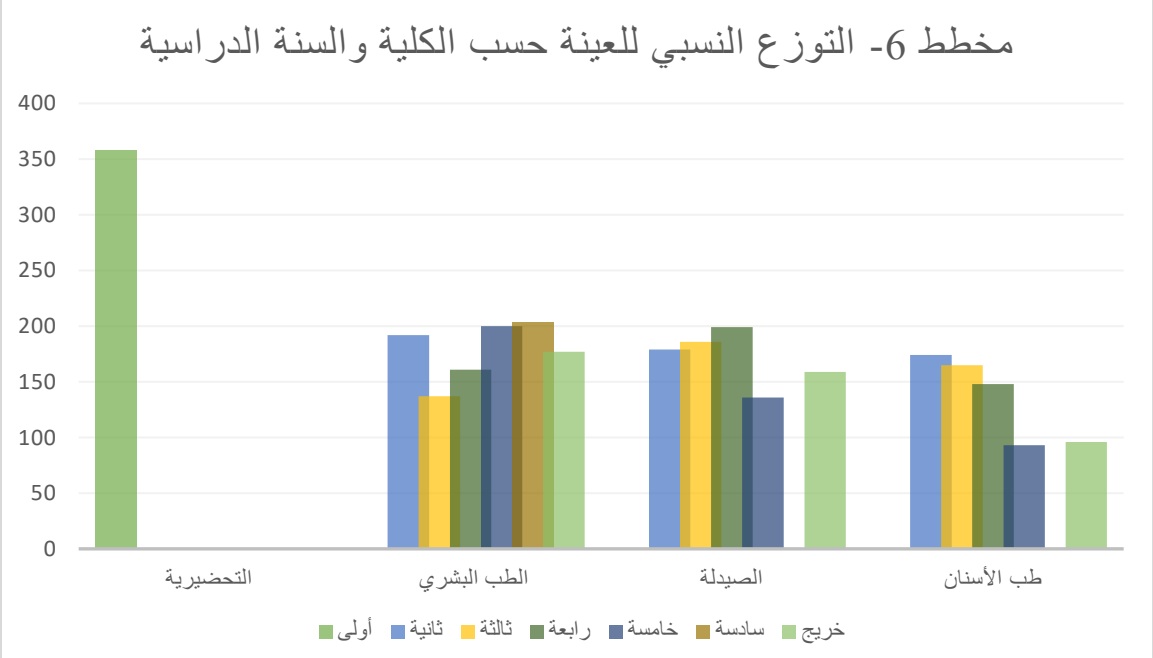
• تم اعتيان الطلاب نسبة لعدد طلبة كل من الجامعتين بحيث تكون العينة ممثلة إحصائيا

* بتطبيق معادلة كوكرين تكون العينة المطلوبة تقريبًا 2400 طالب.

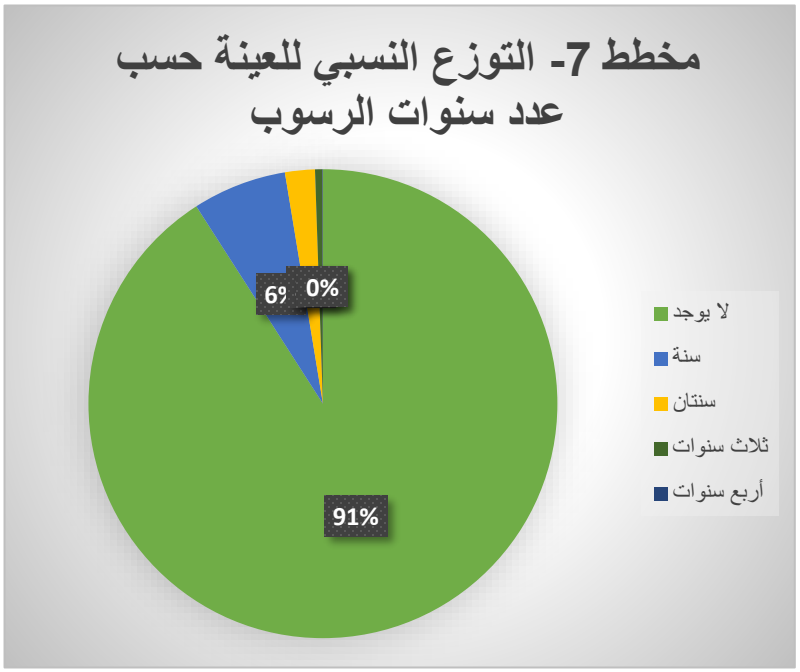
جدول رقم5: التوزع النسبي للعينة حسب المدرسة:			
		N	%
أغلب سنوات الدراسة في	مدرسة عامة	2290	77.3
	مدرسة خاصة	673	22.7
	المجموع	**2963**	**100**



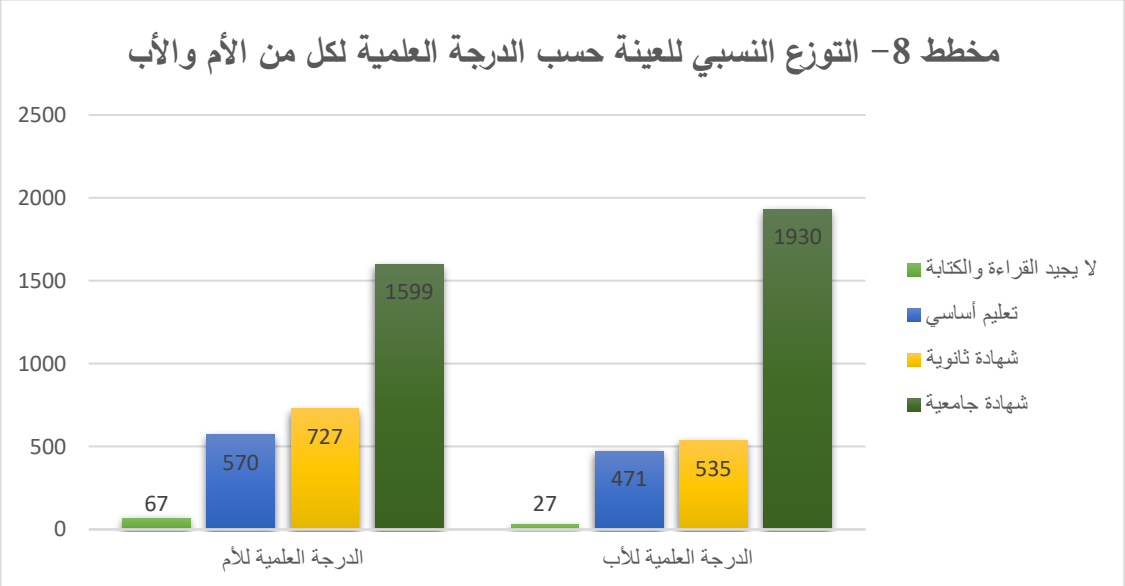
جدول رقم6: التوزع النسبي للعينة حسب الكلية والسنة الدراسية :			
		N	%
الكلية	السنة التحضيرية	358	12.1
	الطب البشري	1070	36.1
	الصيدلة	859	29.0
	طب الأسنان	676	22.8
	المجموع	**2963**	**100**
السنة الدراسية	أولى /تحضيرية	356	12.0
	ثانية	547	18.5
	ثالثة	488	16.5
	رابعة	508	17.1
	خامسة	429	14.5
	سادسة	206	7.0
	خريج	429	14.5
	المجموع	**2963**	**100**



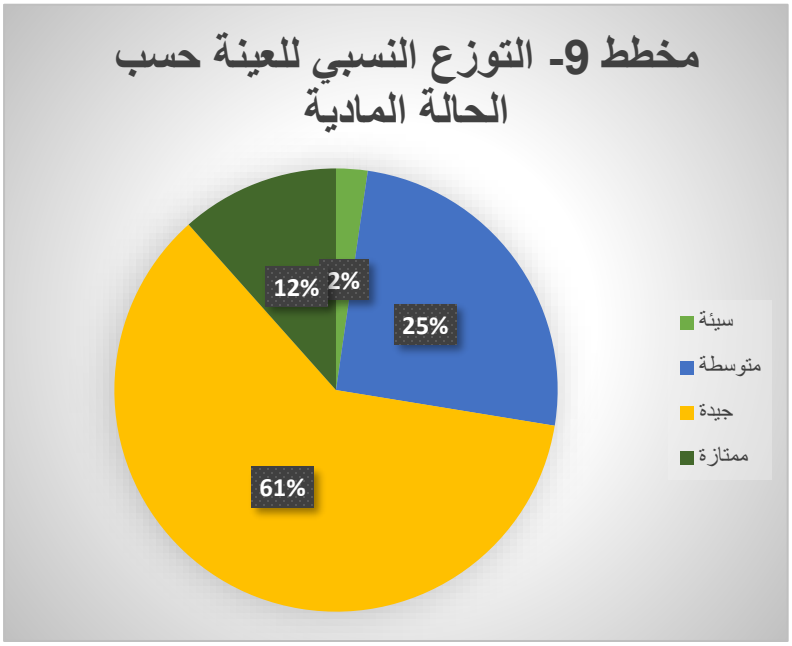
جدول رقم7: التوزع النسبي للعينة حسب عدد سنوات الرسوب:			
		N	%
عدد سنوات الرسوب	لا يوجد	2694	90.9
	سنة	192	6.5
	سنتان	61	2.1
	ثلاث سنوات	15	.5
	أربع سنوات	1	0.001
	المجموع	**2963**	**100**



جدول رقم8: التوزع النسبي للعينة حسب الدرجة العلمية لكل من الأم والأب:			
		N	%
الدرجة العلمية للأم	لا يجيد القراءة والكتابة	67	2.3
	تعليم أساسي	570	19.2
	شهادة ثانوية	727	24.5
	شهادة جامعية	1599	54.0
	المجموع	**2963**	**100**
الدرجة العلمية للأب	لا يجيد القراءة والكتابة	27	.9
	تعليم أساسي	471	15.9
	شهادة ثانوية	535	18.1
	شهادة جامعية	1930	65.1
	المجموع	**2963**	**100**

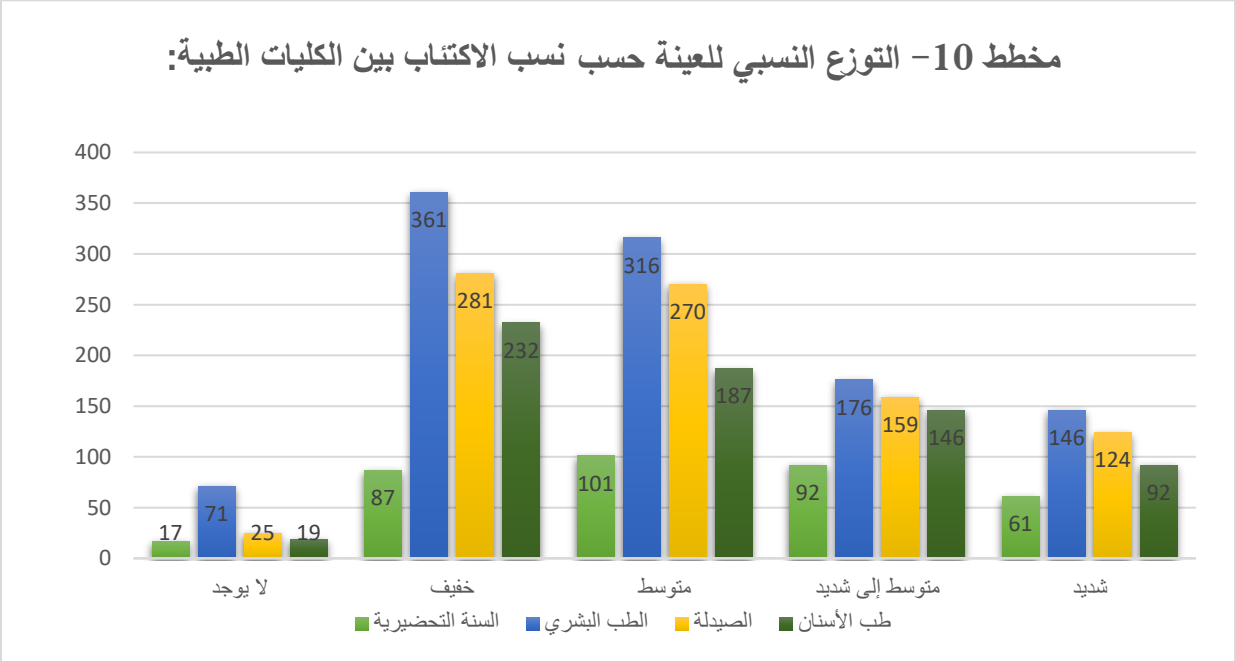


جدول رقم9: التوزع النسبي للعينة حسب الحالة المادية:			
		N	%
الحالة المادية	سيئة	68	2.3
	متوسطة	749	25.3
	جيدة	1803	60.9
	ممتازة	343	11.6
	المجموع	**2963**	**100**



جدول رقم10: التوزع النسبي للعينة حسب نسب الاكتئاب بين الكليات الطبية:									
		السنة التحضيرية		الطب البشري		الصيدلة		طب الأسنان	
		N	%	N	%	N	%	N	%
الاكتئاب	لا يوجد	17	13%	71	54%	25	19%	19	14%
	خفيف	87	9%	361	38%	281	29%	232	24%
	متوسط	101	12%	316	36%	270	31%	187	21%
	متوسط إلى شديد	92	16%	176	31%	159	28%	146	25%
	شديد	61	14%	146	35%	124	29%	92	22%

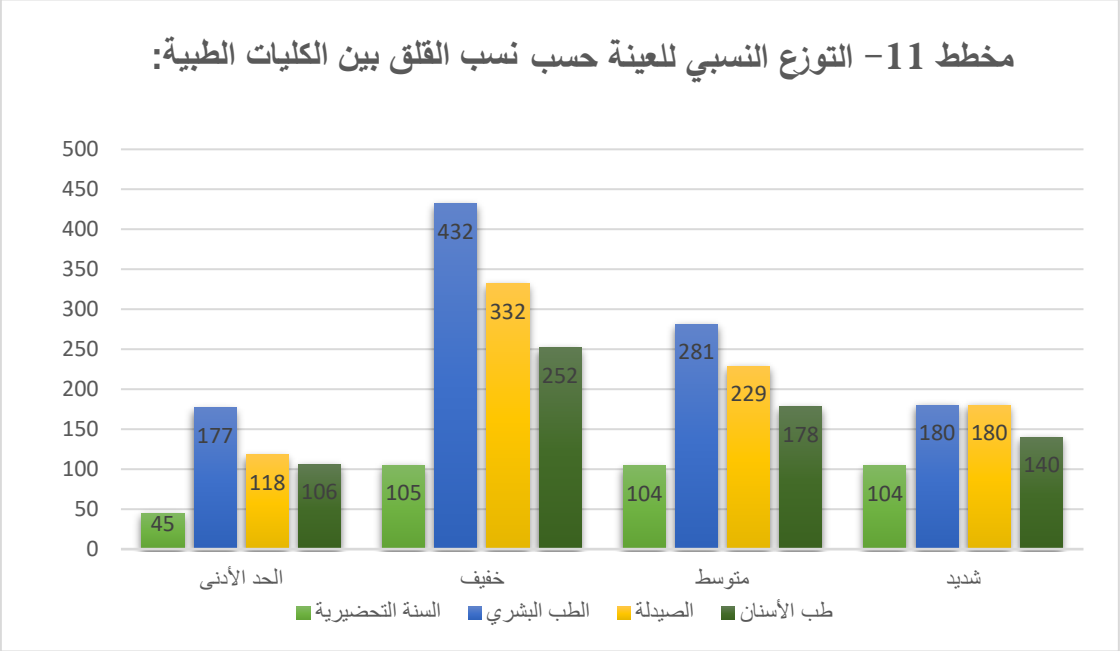
*ملاحظة تم أخذ النسب في الجدول بشكل أفقي



- نلاحظ سيطرة الاكتئاب بجميع مراحله في كلية الطب.
- بالتعامل مع النسب المئوية تبعا لكل كلية فإن الاكتئاب المتوسط هو المسيطر عند طلاب السنة التحضيرية، بينما يطغى الاكتئاب الخفيف على الكليات الثلاثة الطبية.

جدول رقم11: التوزع النسبي للعينة حسب نسب القلق بين الكليات الطبية:									
		السنة التحضيرية		الطب البشري		الصيدلة		طب الأسنان	
		N	%	N	%	N	%	N	%
القلق	الحد الأدنى	45	10%	177	40%	118	26%	106	24%
	خفيف	105	9%	432	39%	332	30%	252	22%
	متوسط	104	13%	281	35%	229	29%	178	22%
	شديد	104	17%	180	30%	180	30%	140	23%

*ملاحظة تم أخذ النسب في الجدول بشكل أفقي



- أعلى نسب القلق الشديد في كليتي الطب البشري والصيدلة
- بينما كانت نسب القلق الخفيف والمتوسط مسيطرة في الطب البشري
- بالتعامل مع النسب المئوية تبعا لكل كلية فإن نسب القلق الخفيف هي المسيطرة في الكليات الثلاث: الطب البشري، الصيدلة، طب الأسنان بنسب: (40%)،(38%)،(37%) على الترتيب.

التحليل الاستدلالي:

1. دراسة العلاقة بين العوامل الديموغرافية وكل من:

- الاكتئاب
- القلق

جدول رقم 12: العلاقة بين العوامل الديموغرافية والاكتئاب (N= 2963)

المتغيرات		الاكتئاب						
		شديد	معتدل الشدة	متوسط	معتدل	لا شيء	Chi-Square	p-Value
المعدل الدراسي	تحت ال60%	22	20	11	11	1	98.493	0.000*
	60%_70%	113	133	175	170	17		
	70%_80%	183	233	379	385	53		
	80%_90%	99	165	291	342	49		
	90%_100%	6	22	18	53	12		
الجنس	ذكر	129	155	229	290	54	14.595	0.006*
	أنثى	294	418	645	671	78		
الحالة الاجتماعية	عازب/ة	372	497	758	797	102	24.802	0.002*
	مرتبط/ة	40	57	99	115	22		
	متزوج/ة	11	19	17	49	8		
الجامعة	دمشق	281	340	548	602	94	9.329	0.053
	السورية الخاصة	142	233	326	359	38		
الكلية	السنة التحضيرية	61	92	101	87	17	47.514	0.000*
	الطب البشري	146	176	316	361	71		
	الصيدلة	124	159	270	281	25		
	طب الأسنان	92	146	187	232	19		
السنة الدراسية	أولى /تحضيرية	61	91	101	86	17	63.416	0.000*
	ثانية	69	108	158	188	24		
	ثالثة	79	114	144	140	11		
	رابعة	81	78	162	164	23		
	خامسة	57	70	136	148	18		
	سادسة	24	33	57	72	20		
	خريج	52	79	116	163	19		

سنوات الرسوب	لا يوجد	358	520	798	893	125	27.385	0.000*
	يوجد	65	53	76	68	7		
أغلب السنوات في مدرسة	مدرسة عامة	333	441	670	744	102	0.737	0.947
	مدرسة خاصة	90	132	204	217	30		
تعليم الأم	لا يجيد القراءة والكتابة	11	13	13	27	3	7.419	0.829
	تعليم أساسي	89	111	169	177	24		
	شهادة ثانوية	103	145	221	231	27		
	شهادة جامعية	220	304	471	526	78		
تعليم الأب	لا يجيد القراءة والكتابة	10	5	7	4	1	23.583	0.023*
	تعليم أساسي	73	84	139	148	27		
	شهادة ثانوية	82	107	157	177	12		
	شهادة جامعية	258	377	571	632	92		
الحالة المادية	سيئة	26	15	13	13	1	71.681	0.000*
	متوسطة	137	140	233	211	28		
	جيدة	228	343	544	609	79		
	ممتازة	32	75	84	128	24		
	*قيمة ذات دلالة إحصائية: p-value < .05							

• نلاحظ من الجدول السابق وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب وكل من:

- المعدل الدراسي: حيث كانت قيمة p= 0.002 < 0.05
- الجنس: حيث قيمة p= 0.006 < 0.05
- الحالة الاجتماعية: حيث قيمة p= 0.002 < 0.05
- الكلية التي يدرس بها الطالب: بقيمة p= 0.00 < 0.05
- السنة الدراسية: بقيمة p= 0.000< 0.05
- سنوات الرسوب: حيث قيمة p= 0.000 < 0.05
- تعليم الأب: حيث قيمة p= 0.0023 < 0.05
- الحالة المادية: حيث قيمة p= 0.000 < 0.05

• بينما لم تثبت علاقة إحصائيا بين الاكتئاب وكل من:

- الجامعة
- نوع المدرسة
- الدرجة العلمية للأم

جميع ما سبق كانت قيمة P> 0.05

جدول رقم 13: العلاقة بين العوامل الديموغرافية والقلق(N= 2963)								
المتغيرات		القلق				Chi-Square	p-Value
		لا شيء	خفيف	متوسط	شديد		
المعدل الدراسي	تحت ال60%	3	15	26	21	40.623	0.000*
	60%_70%	76	213	167	152		
	70%_80%	194	475	321	243		
	80%_90%	146	380	251	169		
	90%_100%	27	38	27	19		
الجنس	ذكر	153	331	209	164	9.878	0.020*
	أنثى	293	790	583	440		
الحالة الاجتماعية	عازب/ة	376	955	684	511	6.774	0.342
	مرتبط/ة	46	129	84	74		
	متزوج/ة	24	37	24	19		
الجامعة	دمشق	303	705	482	375	6.436	0.092
	السورية الخاصة	143	416	310	229		
الكلية	السنة التحضيرية	45	105	104	104	33.954	0.000*
	الطب البشري	177	432	281	180		
	الصيدلة	118	332	229	180		
	طب الأسنان	106	252	178	140		
السنة الدراسية	أولى /تحضيرية	44	105	103	0.119	42.262	0.001*
	ثانية	82	215	146	104		
	ثالثة	62	183	131	112		
	رابعة	82	193	124	109		
	خامسة	67	175	117	70		
	سادسة	38	84	57	27		
	خريج	71	166	114	78		
سنوات الرسوب	لا يوجد	414	1028	714	538	5.859	0.019
	يوجد	32	93	78	66		

أغلب السنوات في مدرسة	مدرسة عامة	353	873	611	453	2.911	0.406
	مدرسة خاصة	93	248	181	151		
تعليم الأم	لا يجيد القراءة والكتابة	16	21	14	16	17.808	0.037*
	تعليم أساسي	71	218	161	120		
	شهادة ثانوية	96	261	213	157		
	شهادة جامعية	263	621	404	311		
تعليم الأب	لا يجيد القراءة والكتابة	2	9	7	9	17.527	0.041*
	تعليم أساسي	68	165	140	98		
	شهادة ثانوية	60	202	156	117		
	شهادة جامعية	316	745	489	380		
الحالة المادية	سيئة	5	17	22	24	24.757	0.003*
	متوسطة	93	284	203	169		
	جيدة	286	689	475	353		
	ممتازة	62	131	92	58		

*: قيمة ذات دلالة إحصائية : p−value < .05

*النسب أفقية

نلاحظ من الجدول السابق وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المثالية السلبية وكل من:

- **المعدل الدراسي** الجامعة حيث كانت قيمة p= 0.000 < 0.05
- **الجنس** كانت قيمة p= 0.020 < 0.05
- **الكلية** التي يدرس بها الطالب كانت قيمة p= 0.000 < 0.05
- السنة الدراسية: بقيمة p= 0.001< 0.05
- **تعليم الأم** كانت قيمة p= 0.037 < 0.05
- **تعليم الأب** كانت قيمة p= 0.041 < 0.05
- الحالة المادية بقيمة p= 0.003 < 0.05

• بينما لم تثبت علاقة إحصائية بين المثالية السلبية وكل من:

- الحالة الاجتماعية
- الجامعة
- سنوات الرسوب
- نوع المدرسة خاصة أم عامة

جميع ما سبق كانت قيمة P> 0.05

2. معامل ارتباط بيرسون:

لكشف العلاقة بين المثالية الإيجابية والسلبية والقلق والاكتئاب والمعدل الدراسي

جدول رقم 14: العلاقة بين المثالية الإيجابية والسلبية والقلق والاكتئاب والمعدل الدراسي			
المتغيرات	**الاكتئاب**	**القلق**	**المعدل الدراسي**
الاكتئاب	1		
القلق	0.685**	1	
المعدل الدراسي	-0.151**	-0.089**	**1**
** :قيمة ذات دلالة إحصائية			

يظهر الجدول السابق علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب والقلق والمعدل الدراسي، حيث ارتبطت كل من الاكتئاب والقلق ارتباطًا سلبيًا (تناسب عكسي) مع المعدل الدراسي، بينما ارتبط الاكتئاب والقلق بارتباط إيجابي (تناسب طردي) مع مثبت بقيمة ذات دلالة إحصائية.

3. **حساب تحليل الانحدار المتعدد (multiple regression analysis)**

لتوضيح أثر الاكتئاب والقلق على:

- ❖ المعدل الدراسي
- ❖ سنوات الرسوب

جدول رقم 15: نتائج الانحدار المتعدد لأثر كل من الاكتئاب والقلق على المعدل الدراسي					
	المعدل الدراسي				
المتغيرات التنبؤية	R^2	Adjust R^2	β	t	P value
ثابت الانحدار	0.092	0.008	3.029**	22.630	0.000
الاكتئاب			−0.028**	−6.832	0.000
القلق			0.002	0.471	0.638
** : قيمة ذات دلالة إحصائية, p-value < .001					

• يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول (15)، ومن متابعة قيم اختبار (t) أن للاكتئاب أثر على المعدل الدراسي، بدلالة معاملات (β) التي بلغت قيم ذات دلالة إحصائية عند قيمة P< 0.001 والتي فسرت مجتمعة نسبة 9.2% من التباين الكلي في متغير المعدل الدراسي، دون وجود دلالة ذات قيمة واضحة لتأثير القلق.

جدول رقم 16: نتائج الانحدار المتعدد لأثر كل من الاكتئاب والقلق على سنوات الرسوب					
	سنوات الرسوب				
المتغيرات التنبؤية	R^2	Adjust R^2	β	t	P value
ثابت الانحدار	0.015	0.014	0.223**	3.535	0.000
الاكتئاب			0.008**	3.833	0.000
القلق			−0.003	−1.263	0.207
** : قيمة ذات دلالة إحصائية, p-value < .001					

• يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول (16)، ومن متابعة قيم اختبار **(t)** أن للاكتئاب أثر على سنوات الرسوب، بدلالة معاملات **(β)** التي بلغت قيم ذات دلالة إحصائية عند قيمة P< 0.001

والتي فسرت مجتمعة نسبة 1.5% من التباين الكلي في متغير سنوات الرسوب، مع التأكيد على الأثر السلبي للقلق والأثر الإيجابي للاكتئاب على سنوات الرسوب.

المناقشة

- تمت الدراسة على عينة مؤلفة من 2963 حالة، حسب معادلة (cochren formula) بعد اعتماد نسبة خطأ (2%).

- أظهرت دراستنا ارتباطًا بين الجنس ونسب القلق والاكتئاب (الجدول 12،13) بما يتوافق مع دراسة عالمية تبين أن نسب الاكتئاب أعلى بين الإناث[39]

- أظهر الجدول رقم 10 سيطرة انتشار الاكتئاب على طلاب كلية الطب بشكل خاص ما يتماشى مع دراسة برازيلية أظهرت الانتشار العالي لأعراض الاكتئاب بين طلاب الطب، وخاصة الإناث، والتي تنطوي بشكل رئيسي على تأثيرات جسدية ونفسية.[40]

- يوضح الجدول (12) علاقة بين الاكتئاب والدرجة العلمية للأبوين كما في دراسة في الصين أكدت على أثر تعليم الوالدين في الحالة المزاجية لأولادهم. [41]

- فسر الاكتئاب حوالي 9% من التباين في المعدل الدراسي كما في الجدول رقم 15، وكان للاكتئاب دور تنبؤي ذو دلالة إحصائية على المعدل الدراسي كما في الجدول رقم 14 و 15
بما يتوافق مع دراسة ربطت الاكتئاب مع انخفاض التحصيل الدراسي والمعدل المئوي بمقابل ارتفاعه بعد العلاج. [42]

- أظهر الجدول 15 علاقة تنبؤية سلبية للمعدل الدراسي بما يتوافق مع دراسة إماراتية بينت ترافق الاكتئاب مع انخفاض المعدل الدراسي المئوي (GPA) عند طلاب الجامعات، بينما لم يرتبط القلق به بشكل واضح.[42]

- يبين جدول رقم 16 تنبؤ الاكتئاب بسنوات الرسوب في الجامعة، كما أوضحت دراسة في جنوب إفريقيا على طلاب الجامعات ازدياد سنوات الرسوب وعدم تحقيق متطلبات الجامعة الكافية كلما زادت شدة الاكتئاب.[43]

الاستنتاجات:

نستخلص من الدراسة الأثر السلبي للاكتئاب على الرسوب في الجامعة والمعدل الدراسي

في مقابل ذلك لم نلاحظ علاقة واضحة للقلق بهما.

التوصيات:

- تفعيل قسم الإرشاد النفسي وتطبيق مقاييس النخل كال PHQ-9/ GAD-7 وإيلاء الطلبة ذوي القيم المرشحة للتشخيص إلى اختصاصيي الطب النفسي منعا من تطور الأمراض المرافقة أو خطر الانتحار، ورفعا لإنتاجيتهم كطلاب ثم أطباء لاحقًا.
- تنظيم دورات تدريبية لنشر الوعي وزيادة المرونة النفسية وفن التعامل مع بيئة الضغط الدائم.
- إجراء دراسات مشابهة في باقي الأفرع الجامعية.

المراجع

.1 Backović DV, Maksimović M, Davidović D, Zivojinović JI, Stevanović D. [Stress and mental health among medical students]. *Srp Arh Celok Lek*. Nov-Dec 2013;141(11-12):780-4. doi:10.2298/sarh1312780b

.2 Slavin SJ. Medical Student Mental Health: Culture, Environment, and the Need for Change. *Jama*. Dec 6 2016;316(21):2195-2196. doi:10.1001/jama.2016.16396

.3 Kwok C. Depression, Stress, and Perceived Medical Errors in Singapore Psychiatry Residents. *Acad Psychiatry*. Apr 2021;45(2):169-173. doi:10.1007/s40596-01376-020-w

.4 West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *Jama*. Sep 6 2006;296(9):1071-8. doi:10.1001/jama.296.9.1071

.5 Al Saadi T, Zaher Addeen S ,Turk T, Abbas F, Alkhatib M. Psychological distress among medical students in conflicts: a cross-sectional study from Syria. *BMC Med Educ*. Sep 20 2017;17(1):173. doi:10.1186/s12909-017-1012-2

.6 Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Jama*. Dec 6 2016;316(21):2214-2236. doi:10.1001/jama.2016.17324

.7 Aldahadha B. The psychometric properties of perfectionism scale and its relation to depression and anxiety. *Cogent Psychology*. 2018/12/31 2018;5(1):1524324. doi:10.1080/23311908.2018.1524324

.8 Thomas M, Bigatti S. Perfectionism, impostor phenomenon, and mental health in medicine: a literature review. *Int J Med Educ*. Sep 28 202 ·213-11:201;0doi:10.5116/ijme.5f54.c8f8

.9 Eisenberg D, Gollust SE, Golberstein E, Hefner JL. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *Am J Orthopsychiatry*. Oct 2007;77(4):534-42. doi:10.1037/0002-943277.4.534.

.10 Waqas A, Rehman A, Malik A, Muhammad U, Khan S, Mahmood N. Association of Ego Defense Mechanisms with Academic Performance, Anxiety and Depression in Medical Students: A Mixed Methods Study. *Cureus*. Sep 30 2015;7(9):e337. doi:10.7759/cureus.337

.11 Holm AL, Severinsson E. Chronic care model for the management of depression: synthesis of barriers to, and facilitators of, success. *Int J Ment Health Nurs*. Dec 2012;21(6):513-23. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00827.x

.12 Orzech KM, Salafsky DB, Hamilton LA. The State of Sleep Among College Students at a Large Public University. *Journal of American College Health*. 2011/08/01 2011;59(7):612-619. doi:10.1080/07448481.2010.520051

.13 Doom JR, Haeffel GJ. Teasing apart the effects of cognition, stress ,and depression on health. *Am J Health Behav*. Sep 2013;37(5):610-9. doi:10.5993/ajhb.37.5.4

.14 Aldahadha B. Metacognition, Mindfulness Attention Awareness, and Their Relationships with Depression and Anxiety. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2021/06/01 2021;39(2):183-200. doi:10.1007/s10942-020-00367-y

.15 Lopresti AL, Hood SD, Drummond PD. A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: diet, sleep and exercise. *J Affect Disord*. May 15 2013;148(1):12-27. doi:10.1016/j.jad.2013.01.014

.16 Crocq MA. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues Clin Neurosci*. Jun 2017;19(2):107-116. doi:10.31887/DCNS.2017.19.2/macrocq
.17 Greenberg J, Tesfazion AA, Robinson CS. Screening, diagnosis, and treatment of depression. *Mil Med*. Aug 2012;177(8 Suppl):60-6. doi:10.7205/milmed-d-12-00102
.18 ed.). APAAdIDasmomdt. *https://doiorg/101176/appibooks9780890425596dsm05* .
.19 Eberhart L, Aust H, Schuster M, et al .Preoperative anxiety in adults - a cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC Psychiatry*. Mar 30 2020;20(1):140. doi:10.1186/s12888-020-02552-w
.20 Wetzel JW. Depression: women-at-risk. *Soc Work Health Care*. 1994;19(3-4):85-108. doi:10/1300.J010v19n03_05
.21 Hammen C. Risk Factors for Depression: An Autobiographical Review. *Annu Rev Clin Psychol*. May 7 2018;14:1-28. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811
.22 Domschke K, Schiele MA, Romanos M. [Prevention of anxiety disorders]. *Nervenarzt*. May 2021;92(5):450-456. Prävention von Angsterkrankungen. doi:10.1007/s00115-020-01045-1
.23 Almeida OP. Prevention of depression in older age. *Maturitas*. Oct 2014;79(2):136-41. doi:10.1016/j.maturitas.2014.03.005
.24 Seiffge-Krenke I. [Depression in children and adolescents: prevalence, diagnosis, etiology, gender differences and therapeutic approaches]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2007;56(3):185-205. Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze. doi:10.13109/prkk.2007.56.3.185
.25 Zong Y CT, Dong H, Zhu L, Ju W. . Si-Ni-San Prevents Reserpine-Induced Depression by Inhibiting Inflammation and Regulating CYP450 Enzymatic Activity. *Front Pharmacol*. 2020 Jan;doi:doi: 10.3389/fphar.2019.01518

.26 Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. Oct 2001;158(10):1568-78. doi:10.1176/appi.ajp.158.10.1568
.27 Donner J, Pirkola S ,Silander K, et al. An association analysis of murine anxiety genes in humans implicates novel candidate genes for anxiety disorders. *Biol Psychiatry*. Oct 15 2008;64(8):672-680. doi:10.1016/j.biopsych.2008.06.002
.28 Lindsay SJEP, Graham The Handbook of Clinical Adult Psychology 4 .2020:173 أبريل
.29 Wetterling T, Junghanns K. Psychopathology of alcoholics during withdrawal and early abstinence. *Eur Psychiatry*. Dec 2000;15(8):483-8. doi:10.1016/s0924-9338(00)00519-8
.30 Cohen SI. Alcohol and benzodiazepines generate anxiety, panic and phobias. *J R Soc Med*. Feb 1995;88(2):73-7 .
.31 Morissette SB, Tull MT, Gulliver SB, Kamholz BW, Zimering RT. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: a critical review of interrelationships. *Psychol Bull*. Mar .72-245:(2)133;2007 doi:10.1037/0033-2909.133.2.245
.32 Bruce MS, Lader M. Caffeine abstention in the management of anxiety disorders. *Psychol Med*. Feb 1989;19(1):211-4. doi:10.1017/s003329170001117x
.33 Kessing LV. Epidemiology of subtypes of depression .*Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2007;(433):85-9. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.00966.x
.34 Tiller JW. Depression and anxiety. *Med J Aust*. Sep 16 2013;199(S6):S28-31. doi:10.5694/mja12.10628
.35 Quek TT, Tam WW, Tran BX, et al. The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. Jul 31 2019;16(15)doi:10.3390/ijerph16152735
.36 Hedar M. Mental health during the Syrian crisis: How Syrians are dealing with the psychological effects. *International Review of the Red Cross*. 2017;99(906):927-935. doi:10.1017/S1816383119000080

.37 Abou-Saleh M, Mobayed M. Mental health in Syria. *Int Psychiatry*. Aug 2013;10(3):58-60 .
.38 Summaka M, Zein H, Abbas LA, et al. Validity and Reliability of the Arabic Patient Health Questionnaire-9 in Patients with Spinal Cord Injury in Lebanon. *World Neurosurg*. May 2019;125:e1016-e1022. doi:10.1016/j.wneu.2019.01.234
.39 Parker G, Brotchie H. Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(5):429-36. doi:10.3109/095402612010.492391.
.40 Baldassin S, Alves TC, de Andrade AG, Nogueira Martins LA. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. Dec 11 2008;8:60. doi:10.1186/1472-692060-8-
.41 Man X, Liu J, Bai Y. The Influence of Discrepancies between Parents' Educational Aspirations and Children's Educational Expectations on Depressive Symptoms of Left-Behind Children in Rural China: The Mediating Role of Self-Efficacy. *Int J Environ Res Public Health*. Nov 8 2021;18(21)doi:10.3390/ijerph182111713
.42 Hysenbegasi A, Hass SL, Rowland CR. The impact of depression on the academic productivity of university students. *J Ment Health Policy Econ*. Sep 2005;8(3):145-51 .
.43 Wagner F, Wagner RG, Kolanisi U, Makuapane LP, Masango M, Gómez-Olivé FX. The relationship between depression symptoms and academic performance among first-year undergraduate students at a South African university: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. Nov 11 2022;2 ·2067:(1)2 doi:10.1186/s12889-022-14517-7