الجُمهوريّة العَربيّة السُوريّة

وزارة التعليم العالي

الجامعة السُوريّة الخاصّة

كلية الطب البشريّ



دراسة ترافق الاكتئاب والحالة النفسية (التوتر، القلق) مع البدانة لدى عينة من طلاب الجامعة السورية الخاصة

A study of the association of depression and psychological state (anxiety, stress) with obesity among a sample of Syrian private university students

بَحث علمي أُعدَّ لنيلِ إجازةِ دُكتور في الطبّ البَشريّ (M.D)

إعداد الطالب:

حازم دلّول

إشراف الأستاذة الدكتورة

تغريد حمّود

رئيس القسم الأستاذ الدكتور

مروان شامية

العام الدراسي: 2023-2024

إهداء

إلى من ساندوا خطاي منذ الصغر .... وكانوا عوناً وداعماً لي على طول الطريق ... وقدما كل ما يمكن من أجلي

أبي وأمي

إلى من وقفوا بجانبي وساندوني في أيامي الصعبة .... إلى من ضحوا من أجل سعادتي

إخوتي

وإلى روح جدتي الغالية ...وإلى كل اصدقائي الاوفياء

وإلى كل اساتذتي في الجامعة السورية الخاصة وأخص بالشكر

الاستاذة الدكتورة تغريد حمود

المشرفة على رسالتي والتي منحتني من وقتها وعلمها وخبرتها الواسعة حيث كان لتوجيهاتها ونصائحها الفضل الكبير في انجاز هذه الرسالة

وإلى الأستاذة الدكتورة العزيزة

غروب الخير

التي كان لها الفضل في تشجيعي على إكمال مسيرتي الجامعي

جدول المحتويات

الدراسة النظرية 1

مقدمة (Introduction): 2

التعريف والوبائيات (Definition and Epidemiology): 2

تصنيف البدانة (Obesity Classification):..... 3

الفيزيولوجيا المرضية (Pathophysiology): 4

تشخيص البدانة (Obesity Diagnosis):..... 6

أشكال البدانة (Obesity Types):..... 6

بعض سِمات الشخصية البدينة: 7

أسباب البدانة (Obesity Etiology): 8

أخطار البدانة (Obesity Risks): 9

علاج البدانة (Obesity Treatment): 11

التشخيص التفريقي (Deferential Diagnosis):..... 13

الإنذار (Prognosis): 14

العلاقة بين الاكتئاب والبدانة (Obesity and Depression):..... 14

الاكتئاب (Depression)..... 15

مقدمة (Introduction):..... 15

الوبائيات (Epidemiology):..... 15

الفيزيولوجيا المرضية (Pathophysiology):..... 16

تصنيف الاكتئاب (Depression Classification):..... 16

معايير الدليل التشخيصي والاحصائي الأمريكي الخامس (2013):..... 18

أنواع الاكتئاب النفسي (Depression Types):..... 18

أسباب الاكتئاب النفسي (Depression Etiology): 19

أعراض الاكتئاب (Depression Symptoms):..... 20
قياس الاكتئاب النفسي (Depression Scales):..... 22
التشخيص التفريقي لحالات الاكتئاب (Deferential Diagnosis):..... 23
العلاج (Treatment):..... 24
الإنذار (Prognosis):..... 24
الدراسة العملية..... 25
أهمية وهدف الدراسة (Importance and aim study):..... 26
الطرائق (Methods):..... 26
التحليل الإحصائي (Statistical analysis):..... 27
النتائج (Results):..... 27
التحليل الوصفي:..... 27
التحليل الاستدلالي:..... 33
المناقشة (Discussion):..... 36
الخلاصة (Conclusion):..... 38
التوصيات (Recommendations):..... 39
المصادر (References):..... 40
الملحق (Appendix):..... 43

قائمة الجداول

جدول 1: توزع الطلاب حسب الجنس. 27

جدول 2: توزع الطلاب حسب الفئات العمرية. 28

جدول 3: توزع الطلاب حسب مكان السكن. 28

جدول 4: توصيف الحالة الاجتماعية للطلاب. 29

جدول 5: توصيف المستوى الاقتصادي. 30

جدول 6: عدد وجبات الطعام المتناولة في اليوم. 31

جدول 7: توصيف عادة التدخين. 31

جدول 8: توصيف فئات ال BMI. 32

جدول 9: المتوسطات والانحرافات المعيارية للعمر، الطول، الوزن، BMI. 33

جدول 10: نتائج دراسة متغيرات الدراسة مع فئات مشعر كتلة الجسم BMI..... 34

قائمة الرسوم البيانية

رسم بياني 1: توزع الطلاب حسب الفئات العمرية. 28

رسم بياني 2: توزع الطلاب حسب الجنس. 28

رسم بياني 3: توزع الطلاب حسب مكان السكن. 29

رسم بياني 4: توصيف الحالة الاجتماعية للطلاب. 30

رسم بياني 5: توصيف المستوى الاقتصادي. 30

رسم بياني 6: عدد وجبات الطعام المتناولة في اليوم. 31

رسم بياني 7: توصيف عادة التدخين. 32

رسم بياني 8: توصيف فئات ال BMI. 33

جدول الاختصارات

DAS	Depression, anxiety& stress
BMI	Body mass index
FTO	Fat mass and obesity
MONW	Metabolic Obesity in People with Normal Body Weight
USPSTF	The U.S. Preventive Services Task Force
NE	nor epinephrine
DA	Dopamine
BDNF	Brain-derived neurotrophic factor
SSRIs	Selective serotonin reuptake inhibitors
SNRIs	Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors
SDAMs	Serotonin Dopamine Activity Modulators
TCAs	Tricyclic antidepressants
MAOIs	Monoamine oxidase inhibitors

الملخص

الخلفية: الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق والتوتر (DAS) منتشرة للغاية. من المفترض أن تكون اضطرابات DAS مرتبطة بالبدانة، إلا أن العلاقة بين الحالتين ليست مؤكّدة. هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين البدانة واضطرابات DAS بين طلاب الجامعة السورية الخاصة.

الطرائق: دراسة مقطعية مستعرضة أجريت على عينة من طلاب الجامعة السورية الخاصة. وذلك في الفترة ما بين 2023/8/13 وحتى 2023/9/12. تمّ جمع بيانات 204 طالباً وطالبة من جميع كليّات الجامعة. تمَّ استخدام استبيان (DASS-21) لقياس DAS.

النتائج: أشار فحص البيانات إلى وجود علاقة معتدلة بين البدانة واضطرابات ال DAS. تم العثور على احتمالات أكبر للبدانة في المستويات الشديدة والشديدة للغاية من اضطرابات ال DAS مقارنة بالأنواع العادية والمعتدلة.

الاستنتاج: تعدُّ مكافحة البدانة أمراً بالغ الأهمية في سياسة الرعاية الصحية، نظراً لانتشارها المتزايد ومساهمتها في التسبب في العديد من الأمراض الثانوية. ويبدو أنَّ للعوامل الاجتماعية والاقتصادية دورٌ مهم في حدوثها، وقد تؤدي لتطور اضطرابات DAS. وجدنا في دراستنا أنَّ هناك أدلة معتدلة على أن ال DAS والبدانة مرتبطان بشكل إيجابي، أي لا يوجد دليل قوي لتحديد ما إذا كانت البدانة تتسبب في حدوث اضطرابات ال DAS.

الكلمات المفتاحية: البدانة، الاكتئاب، القلق، التوتر، طلاب الجامعة.

Abstract

Background: Mental disorders such as depression, anxiety, and stress (DAS) are highly prevalent. DAS is presumed to be linked to obesity, but the relationship between the two conditions is not certain. This study aimed to explore the relationship between obesity and DAS disorders among Syrian private university students.

Methods: A cross-sectional study conducted on a sample of Syrian private university students. Between 8/13/2023 and 9/12/2023. Data was collected for 204 male and female students from all university colleges. The DASS-21 questionnaire was used to measure DAS.

Results: Examination of the data indicated a moderate relationship between obesity and DAS disorders. Greater odds of obesity have been found in severe and very severe levels of DAS compared to normal and moderate types.

Conclusion: The fight against obesity is crucial to health care policy, given its increasing prevalence and contribution to the pathogenesis of many secondary diseases. Social and economic factors appear to play an important role in their occurrence, and may lead to the development of DAS disorders. In our study, we found that there is moderate evidence that DAS and obesity are positively associated, that is, there is no strong evidence to determine whether obesity causes DAS disorders.

Keywords: obesity, depression, anxiety, stress, university students.

الدراسة النظرية

مقدمة (Introduction):

تعتبر البدانة مشكلة صحية كبيرة يصعب التحكم فيها، فهي تؤثر على سلامة الفرد والمجتمع، كما أنها مرض خطير يهدد الحياة كونه يتسبب في مشكلة صحية وجسمية ونفسية، حيث أنها تؤدي إلى أمراض عديدة وخطيرة كالسكري، أمراض القلق، أمراض القلب والأوعية والمفاصل، وأنواع معينة من الأورام. بالإضافة إلى أن البدانة مشكلة جمالية تشوه صورة الجسم، وأصبحت تتزايد يوما بعد يوم حتى وصلت إلى أرقام مرتفعة جداً، إذ لم تقتصر على مجتمع أو بلد معين بل شملت كل العالم.

التعريف والوبائيات (Definition and Epidemiology):

تُعرَّف زيادة الوزن والبدانة بأنهما تراكم غير طبيعي أو مفرط للدهون يشكل خطراً على الصحة. ويعبر مؤشر كتلة الجسم الذي يزيد على 25 عن زيادة الوزن، والذي يزيد على 30 عن البدانة. وقد بدأت البدانة تأخذ أبعادا وبائية، حيث كان أكثر من 4 ملايين شخص يتوفون كل عام نتيجة لزيادة الوزن أو البدانة حتى عام 2017، (حسب منظمة الصحة العالمية WHO). ارتفع معدل البدانة في العالم بأكثر من الضعف منذ عام 1980، وفي عام 2016 كان أكثر من 1.9 مليار بالغ من سن 18 عاما فأكثر زائدي الوزن، وكان 39% من البالغين في سن 18 عاما فأكثر زائدي الوزن، وكان 13% منهم مصابين بالسمنة. تعيش غالبية سكان العالم في بلدان تفتك فيها زيادة الوزن والسمنة بعدد من الأرواح أكبر مما يفتك به نقص الوزن. كان 41 مليون طفل دون سن 5 سنوات زائدي الوزن أو مصابين بالسمنة في عام 2014–2016 وكشفت مجلة Lancet الأمريكية عن أن عدد مرضى السمنة في العالم يبلغ حاليا 640 مليون. أشارت العديد من الدراسات الجينية إلى دور الوراثة في تطور البدانة. تشمل الأسباب الأخرى للبدانة انخفاض النشاط البدني والأرق واضطرابات الغدد الصماء والأدوية وإمكانية الوصول إلى الكربوهيدرات الزائدة والأطعمة عالية السكر واستهلاكها، وانخفاض استقلاب الطاقة. تشمل المتلازمات الأكثر شيوعًا المرتبطة بالبدانة متلازمة برادر ويلي ومتلازمات MC4R، ومتلازمة باردیت بیدل.

تصنيف البدانة (Obesity Classification):

يتم تصنيف درجة البدانة وفقا للمعايير التالية (حسب منظمة الصحة العالمية) إلى:

1-**مؤشر كتلة الجسم**: الذي يتم حسابه من خلال:

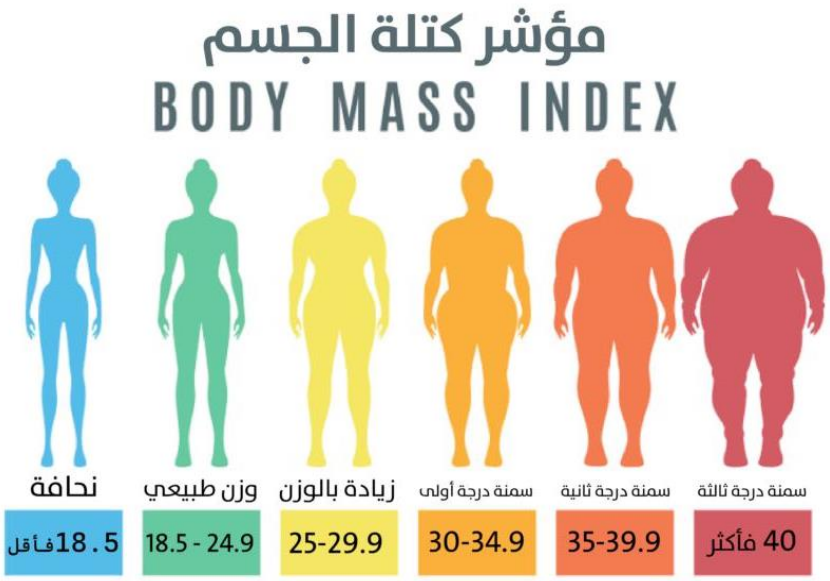
مؤشر كتلة الجسم = الوزن بالكيلوغرام مقسوماً على مربع الطول بالمتر.

$$\text{IMC (BMI)} = \frac{\text{الوزن (كغ)}}{\text{الطول (م2)}} \quad \frac{Kilogramme}{((Metre)2)}$$

الشكل 1: معادلة حساب مؤشر كتلة الجسم.

Table 1: تصنيف درجة السمنة حسب مؤشر كتلة الجسم.

مؤشر كتلة الجسم BMI	التصنيف
أقل من 18.5	نقص وزن
24.9 -18.5	وزن طبيعي
29.9 -25	وزن زائد
34.9- 30	بدانة درجة أولى
40-35	بدانة درجة ثانية
أكبر من 40	بدانة درجة ثالثة



الشكل 2: تصنيفات الوزن تبعاً لمؤشر كتلة الجسم.

2- **قياس محيط الخصر:**

يتم قياس محيط الخصر باستعمال شريط القياس العادي، ويحسب كالتالي:

Table 2: تصنيف البدانة حسب قياس محيط الخصر.

الرجال	النساء	التصنيف
أقل من 94 cm	أقل من 80 cm	وزن طبيعي
94- 102 cm	80-88 cm	وزن زائد
أكبر من 102 cm	أكبر من 88 cm	بدانة

الفيزيولوجيا المرضية (Pathophysiology):

ترتبط البدانة بأمراض القلب والأوعية الدموية ومقاومة الأنسولين، مما يسبب بدوره مرض السكري والسكتة الدماغية وحصيات المرارة وتشحم الكبد، بالإضافة إلى متلازمة نقص التهوية بسبب البدانة وانقطاع التنفس أثناء النوم. الارتباط بين الجينات وتطور البدانة راسخ بالفعل من خلال دراسات متعددة، يرتبط جين FTO بالاضطراب (وهو جين موجود على الصبغي 16 مرتبط بشكل وثيق بالبدانة وزيادة نسبة الدهون في الجسم.

حيث أن زيادة تعبير هذا الجين في الوطاء ترتبط بزيادة تناول السعرات الحرارية دون الشعور بالشبع والرضا بعد تناول الطعام)، قد يحتوي هذا الجين على متغيرات متعددة تزيد من خطر الإصابة بالبدانة. اللبتين هو هرمون يفرز من الخلايا الشحمية يقلل من تناول الطعام ووزن الجسم، ترتبط مقاومة اللبتين الخلوي بالبدانة. تفرز الأنسجة الدهنية الأديبونكتينات والأحماض الدهنية الحرة مما يتسبب في التهاب جهازي يسبب مقاومة الأنسولين وزيادة مستويات الدهون الثلاثية، مما يساهم لاحقًا في تطور البدانة. يمكن أن تسبب البدانة زيادة ترسب الأحماض الدهنية في عضلة القلب مما يسبب خللًا في البطين الأيسر. كما ثبت أنه يغير نظام الرينين والأنجيوتنسين مما يتسبب في زيادة احتباس الملح وارتفاع ضغط الدم، إلى جانب إجمالي الدهون في الجسم. ما يلي يزيد أيضًا من معدل الإصابة بالسمنة:

1. محيط الخصر (دهون البطن انذارها سيئ).
2. توزيع الدهون (عدم تجانس دهون الجسم).
3. الضغط داخل البطن.
4. سن ظهور البدانة.

توزع الدهون في الجسم مهم في تقييم مخاطر صحة القلب والأوعية الدموية. فمن المرجح أن يؤدي توزيع الدهون الحشوية الزائدة إلى زيادة خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية. حيث قدم رودرمان وآخرون مفهوم الوزن الطبيعي للسمنة الأيضية (MONW) للأشخاص الذين لديهم مؤشر كتلة الجسم طبيعي ولكن يعانون مضاعفات التمثيل الغذائي الموجودة عادة في الأفراد البدينين، في المقابل وجد أفراد ذوي مؤشر كتلة الجسم أكثر من 30 كغ/متر مربع ولكن ليس لديهم خصائص مقاومة الأنسولين. ثبت أن الخلايا الدهنية لها نشاط التهابي يمكن أن يزيد من خطر الإصابة بالسكتات الدماغية، يسبب إفراز الأديبونكتين المتغير التهابًا مزمنًا منخفض الدرجة، والذي قد يسبب تغيرًا في استقلاب الغلوكوز والدهون ويساهم في مخاطر استقلاب القلب في البدانة الحشوية. يحتوي الأديبونكتين على خصائص الحساسية للأنسولين وفعالية مضادة للالتهابات، وتتناسب مستويات الأديبونكتين في الجسم بشكل عكسي مع البدانة الحشوية.

تشخيص البدانة (Obesity Diagnosis):

تعدُّ البدانة كباقي الأمراض، فتحديد تاريخها وشكلها المرضي هو من بين الأمور الأساسية في تشخيص المرض وتحديد الخطوات العلاجية الواجب اتباعها:

- ✓ يجب تحديد تاريخ بداية المرض وارتفاع الوزن.
- ✓ تحديد وزن المريض خاصة عندما يكون في العشرين من عمره.
- ✓ تحديد وزن المريض منذ ولادته إن أمكن ذلك.
- ✓ أما بالنسبة للنساء فمن المهم معرفة عدد الأولاد.
- ✓ محاولة تحديد السبب المباشر المؤدي للبدانة الذي قد يكون ناجماً عن الحمل، سن اليأس، صراعات نفسية، تغيير نمط الحياة، الإقلال من الجهد الجسدي وهذه العوامل كثيرا ما تكون صعبة وغامضة التحديد.
- ✓ تحديد ما إذا كان الوزن في ارتفاع مستمر.
- ✓ وبعد الحصول على هذه المعلومات والبيانات التي تمكن من تشخيص البدانة وتحديد درجتها وشكلها تأتي عملية الفحص العيادي.

أشكال البدانة (Obesity Types):

تنقسم إلى قسمين:

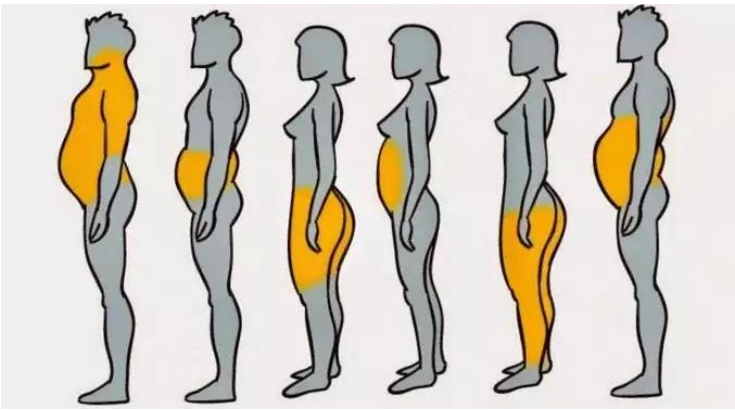
A. حسب الشكل:

❖ **البدانة المتمركزة في الوركين:**

وهذا النوع هو الأكثر حدوثا لدى النساء حيث يتميز هذا النوع بأن عرض الحوض أكبر من الكتفين، وتؤدي هذه السمنة إلى ظهور تعقيدات مثل الدوالي، الفتوق، آلام المفاصل. ولا بد من ذكر أن هذا التقسيم (حسب الشكل) يعود للعالم "J. Vague" إذ أن هذا التقسيم يساعد على تحديد احتمالات حدوث التأثيرات الجانبية للبدانة.

❖ **ب- البدانة المتمركزة في البطن:**

هذا النوع من السمنة هو أكثر شيوعا لدى الذكور منه لدى الإناث، حيث يكون عرض الحوض أصغر من عرض الكتفين، ويؤدي هذا النوع من البدانة إلى المشكلات الاستقلابية كالسكري، و زيادة نسبة الشحوم في الدم.



الشكل 3: أنماط البدانة.

B. حسب السن:

❖ **البدانة المبكرة:**

تحدث قبل سن العشرين و تستمر طوال العمر و يكون عادةً صعب العلاج، لأن البدانة في الصغر تكون بسبب زيادة عدد الخلايا الشحمية في الجسم، و لا يمكن التخلص من هذه الخلايا في الكبر عن طريق الحد من السعرات الحرارية، وهي تتركز عادة حول الوركين.

❖ **البدانة المتأخرة:**

تحدث بعد سن العشرين، وفيها يكون عدد الخلايا الشحمية طبيعياً و يعتبر علاج هذا النوع أسهل منه في البدانة المبكرة بحيث يمكن علاجه بالتغذية السليمة ويتركز عادة حول البطن.

بعض سِمات الشخصية البدينة:

تتميز الشخصية البدينة بالسلبية والحالات الانفعالية مثل:

- القلق.
- فقر النشاط الجنسي.
- المعاناة الدائمة من وزنه الزائد.
- ولكن في نفس الوقت يرفض إنقاص الوزن.

أسباب البدانة (Obesity Etiology):

توجد هناك بعض الدراسات التي تشير إلى علاقة حتمية ذات دلالات بين الانفعالات والعوامل النفسية وبين معظم أمراض الجسم مثل القرحة المعدية وضغط الدم وأمراض العيون وأمراض القلب التي تؤدي إلى البدانة، حيث نجد العديد من الأسباب المؤدية للبدانة نذكر منها ما يلي:

A. الأسباب الوراثية:

تختلف البنية الوراثية من فرد لآخر، وهذا الاختلاف يظهر من خلال احتمال الإصابة بالبدانة، فخطر الإصابة يرتفع بوجود طفرة وراثية في المورثة GAD المسؤولة عن صنع إنزيم جلوتامات ديكرويوكيلاز الذي يؤدي بدوره إلى تحفيز وإنتاج وتنشيط ناقل عصبي يدعى حمض جاما GAMA الذي يعمل على تنبيه الشهية.

B. الأسباب النفسية:

والتي قد تتمثل في القلق النفسي والحرمان العاطفي والكآبة والضغط، فقد أكد مايكل ها برتسام على أن 62.64% من حالات البدانة لا ترتبط بأسباب عضوية وإنما هي ذات مصدر نفسي بحت، في حين تلعب العوامل النفسية والانفعالات دورا هاما في أمراض الجسم مثل: ضغط الدم، أمراض القلب، و البدانة. كما أثبت علماء التحليل النفسي أن هناك دوافع لا شعورية قوية تدفع الإنسان لتناول المزيد من الطعام في حالات الاكتئاب والضيق، وقد يحدث العكس. ففي حالتي القلق والانفعال الزائد يؤدي كل منهما إلى تعطيل مركز الشبع مما يؤدي إلى الإحساس بالجوع وبالتالي لا يشعر الفرد فيما بعد بأن الوزن أصبح أكثر من اللازم، مع ما يرافقه من تشوه في المظهر الخارجي للجسم مما يؤدي إلى أثر سلبي على الجسم وعلى نظرة الفرد لذاته وخاصة لدى النساء. أما فرويد فربط بين الشراهة في الأكل وأسلوب التنشئة الاجتماعية كما قد يكون سبب البدانة نكوص للمرحلة الفموية بجانب دوافع نفسية أخرى. في حين يرى شاركوفسكي أن البدانة المرضية يصاحبها اضطراب نظام النوم أو زيادة النوم عن حدوده، وأن مثل هذه الحالات تستخدم الطعام كبديل لإرضاء النفس.

C. الأسباب الاجتماعية والبيئية:

تختلف البيئات في نظرتها إلى زيادة الوزن والبدانة فمعظم مجتمعات الدول النامية والفقيرة تفضل أن يكون الرجل طويلا ومفتول العضلات، وأن تكون المرأة بدينة نوعا ما دلالة على الصحة والقدرة على الإنجاب. أما المجتمعات المتقدمة فتفضل أن تكون المرأة نحيفة دلالة على النشاط والحيوية والجاذبية.

D. الأسباب الدوائية:

كما قد تتسبب بعض الأدوية كمضادات الاكتئاب وبعض المهدئات وحبوب منع الحمل، وبعض أدوية الصرع والتشنجات وبعض أدوية مرض السكري،إلى الإصابة بالبدانة.

E. الأسباب الفيزيولوجية:

الاضطراب في منطقة المهاد المسؤول عن الوظائف كالنوم والجنس ينجم عنه خلل فيزيولوجي في الدماغ تحت تأثير الضغط.

F. الأسباب البيولوجية:

وفرة الأطعمة الدسمة، قلة الحركة، الجلوس الطويل وقلة المشي.

أخطار البدانة (Obesity Risks):

تسبب البدانة التعب وعدم الراحة، مما يزيد الضغط على الجسم وخاصة عظام المفاصل، وزيادة نسبة التعرض لمرض السكري خاصة النوع الثاني، حيث زادت نسبته في مرض بدانة صغار السن، بالإضافة إلى اضطرابات صحية أخرى.

A. الداء السكري:

هناك ارتباط واضح و مؤكد بين الإصابة بمرض السكري النمط الثاني و البدانة. السكري النمط الثاني هو مرض استقلابي مزمن يستمر مدى الحياة سببه المقاومة لعمل الأنسولين ومع مرور الوقت تفشل البنكرياس و تفقد قدرتها على إفراز وانتاج الأنسولين اللازم لعملية الهضم مما يترتب عليه حدوث خلل يتمثل في عدم قدرة البنكرياس على القيام بوظيفته ومهامه الطبيعية. من الأسباب الأخرى التي تسبب خلل بعمل غدة البنكرياس و بالتالي نقص إفراز الأنسولين يكون نتيجة تناول الأشخاص الأغذية الغنية بالدهون والسكريات والنشويات والتي تؤدي لإفراز كمية أنسولين أكثر لكي يتم هضم كمية الطعام المطلوب هضمها مما يترتب عليه ارتفاع نسبة الغلوكوز بالدم.

B. مشكلات التنفس:

يعد التوقف المؤقت للتنفس أثناء النوم من المشكلات الخطيرة التي تزيد معدلاتها بين الذين يعانون من البدانة بشكل خاص ويحدث ذلك أثناء النوم، عندما يتوقف الشخص عن التنفس لفترات قصيرة حوالي 10 ثواني أو أكثر وذلك بسبب الوزن الزائد والدهون حول منطقة الرقبة حيث تغلق الأنسجة الرخوة في الجهاز التنفسي بشكل متقطع أثناء النوم، وفترات توقف التنفس هذه قد تتعدد لما يقرب من 100 مرة في الليل مما يتسبب في مشكلات الصداع والإعياء وذلك كله يعد من التأثيرات المقلقة. ويعتبر بعض الخبراء هذه الحالة ببساطة نتاجا لتراكم الدهون، فقد تبين أن معظم الذين يعانون من اختناق النوم لديهم مؤشر كتلة الجسم يتعدى 25% كما أن الرقبة الضخمة مرتبطة باختناق النوم عند الرجال والنساء الذين يشخرون، وفي الإجمال يكون الرجال الذين يتعدى حجم رقبتهم 43 سم، والنساء اللواتي يتعدى حجم رقبتهم 40 سم أكثر عرضة للاختناق أثناء النوم.

C. السرطان:

تعد البدانة سبب من أسباب ظهور السرطان (سرطان بطانة الرحم، سرطان الثدي،سرطان القولون) وهناك أيضا بعض المشاكل الصحية التي تسببها البدانة و المتمثلة فيما يلي:



الشكل 4: انقطاع التنفس النومي.

D. مشاكل في المفاصل:

التمزق الذي يصيب المفاصل بسبب الوزن الزائد قد يؤدي إلى الإصابة بالالتهاب بالمفاصل بشكل مبكر.

E. ارتفاع الكولسترول.

F. الأخطار النفسية:

- انخفاض في العلاقات الاجتماعية.
- اضطرابات نفسية مرتبطة بالجانب الجسدي بين المراهقات.
- مشاعر الكبت والعدوان.
- التعرض للإهانة والسخرية من الآخرين.
- انخفاض تقدير الذات وعدم الرضى عن الوزن.

علاج البدانة (Obesity Treatment):

يمكن إتباع تقنيات مختلفة من الأنظمة الغذائية التي تؤدي لفقدان الوزن والأنسجة الدهنية الزائدة، وهناك العديد من التعليمات الغذائية منها:

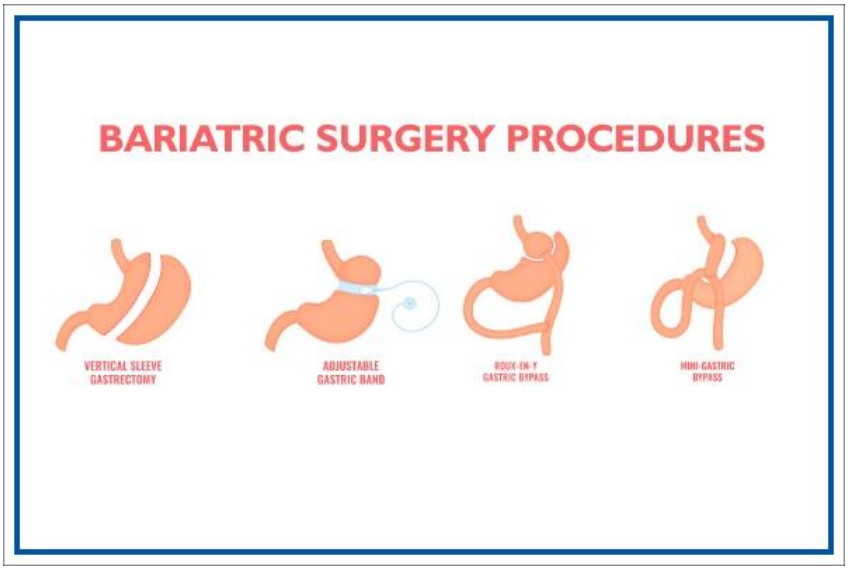
- التعديل الغذائي يجب أن يكون فرديًا مع المراقبة الدقيقة لفقدان الوزن المنتظم، يوصى بأنظمة غذائية منخفضة السعرات الحرارية، يمكن أن تكون السعرات الحرارية المنخفضة كربوهيدرات أو دهون مفيدة بالإضافة لتناول الأطعمة الغنية بالألياف. يمكن أن يؤدي اتباع نظام غذائي منخفض الكربوهيدرات إلى زيادة فقدان الوزن في الأشهر الأولى مقارنة بالنظام الغذائي قليل الدهون. يجب التأكيد بشكل متكرر على التزام المريض بنظامه الغذائي.
- ممارسة التمارين الرياضية ضرورية للمحافظة على فقدان الوزن وعلاج البدانة على المدى الطويل، حيث يسبب النشاط الجسدي زيادة في إستهلاك السعرات الحرارية في الجسم. من المهم أن نشير ونؤكد أن ممارسة الرياضة لوحدها تؤدي إلى إنقاص قليل من الوزن، أما الميزة الرئيسية أنها تساعد في الحفاظ على نقصان الوزن مع مرور الوقت، حيث يوصى بممارسة النشاط البدني المعتدل الجهد لمدة ساعة في اليوم.



الشكل 5: ممارسة التمارين الرياضية.

- العلاج الدوائي: تمت الموافقة على عدد قليل جدا من الأدوية لعلاج البدانة وهي بحاجة لوصفة طبية، ويوصي بها لتخفيف الوزن، يمكن استخدام الأدوية المضادة للبدانة من قبل الأشخاص الذين لديهم مؤشر كتلة الجسم أكبر من أو يساوي 30 أو مؤشر كتلة الجسم أكبر من أو يساوي 27 مع أمراض مصاحبة، كما يمكن دمج الأدوية مع النظام الغذائي والتمارين الرياضية والتدخلات السلوكية. تشمل الأدوية المضادة للبدانة المعتمدة من إدارة الغذاء والدواء فينترمين، أورليستات، لوركاسيرين، ليراجلوتيد، ديثيل بروبيون، فينترمين/توبيرامات، نالتريكسون/بوبروبيون، فينديميترازين. عادة ما يكون Orlistat هو الخيار الأول بسبب افتقاره للتأثيرات الجهازية بسبب الامتصاص المحدود. يجب تجنب اللوركاسيرين مع الأدوية السيروتونية الأخرى بسبب خطر الإصابة بمتلازمة السيروتونين. عادة ما يفقد المستجيبون أكثر من 5٪ من الوزن في الأشهر الثلاثة الأولى.
- التدخلات السلوكية: توصي USPSTF (فريق عمل الخدمات الوقائية الأمريكي) بإحالة المرضى الذين يعانون من البدانة المفرطة إلى التدخلات السلوكية المكثفة، تتوفر العديد من التدخلات العلاجية النفسية التي تشمل المقابلات التحفيزية والعلاج السلوكي المعرفي والعلاج النفسي بين الأشخاص. و مع أنه لا يوجد، بحسب الأبحاث أفضلية كبيرة أوأكثر صحية لطريقة علاج البدانة على طريقة أخرى، غير أن هناك أهمية كبيرة لتثقيف المرضى لعلاج البدانة، من حيث كيفية التخطيط مبكرا لقائمة الطعام اليومية، وتسجيل وجبات الطعام التي تم تناولها. و يعتبر التثقيف السلوكي في علاج البدانة عبارة عن حجر الأساس في الطريق لإنقاص الوزن بطريقة صحيحة.
- الجراحة: مؤشرات الجراحة هي مؤشر كتلة الجسم 35 أو أكثر. يجب أن يكون المريض ملتزما بتغييرات نمط الحياة بعد الجراحة وبرامج التمارين الرياضية، كما يجب أن يكون لدى المرضى تقييم

شامل قبل الجراحة للمخاطر الجراحية. تشمل العمليات الجراحية الشائعة لعلاج البدانة ربط المعدة القابل للتعديل، وتجاوز المعدة Roux-en-Y، واستئصال المعدة. حيث يمكن تحقيق فقدان الوزن السريع من خلال عملية تجاوز المعدة (المجازة المعدية) وهو الإجراء الأكثر شيوعًا. تشمل المضاعفات المبكرة بعد الجراحة التسرب والعدوى والنزيف بعد الجراحة والتخثر والأزمات القلبية. وتشمل المضاعفات المتأخرة سوء الامتصاص، ونقص الفيتامينات والمعادن.



الشكل 6: الإجراءات الجراحية في علاج البدانة.

التشخيص التفريقي (Deferential Diagnosis):

- ضخامة النهايات.
- الاستسقاء.
- متلازمة كوشينغ.
- قصور الغدة الدرقية.
- الأنسولينوما.
- متلازمة كالمان.
- الحثل الشحمي المعمم.
- مرض تكيس المبايض.

الإنذار (Prognosis):

البدانة لها معدلات وفيات هائلة. و المرضى الذين يعانون من البدانة المفرطة لديهم مخاطر عالية للإصابة بأزمات القلب والسكتة الدماغية، بالإضافة إلى نوعية الحياة السيئة. وتشمل العوامل التي تؤدي إلى تفاقم الاعتلال ما يلي:

- سن ظهور البدانة.
- مقدار البدانة المركزية
- شدة البدانة.
- الجنس.
- الاعتلال المصاحب للبدانة.
- العرق.

العلاقة بين الاكتئاب والبدانة (Obesity and Depression):

يمثل الاكتئاب نوعًا واحدًا من المشاعر أو الحالة المزاجية السلبية التي قد تؤدي إلى تناول كميات أكبر من الطعام. حيث أظهرت الأبحاث أن الأفراد الذين يعانون من أعراض الاكتئاب المرتفعة يبلغون عن مستويات أعلى من الأكل بسبب العاطفة. يعد الاكتئاب متلازمة غير متجانسة، و هناك زيادة في انتشار الاكتئاب غير النمطي والسوداوي، ففي حين يترافق الاكتئاب السوداوي عادة بفقدان الشهية وفقدان الوزن اللاحق، يترافق الاكتئاب غير النمطي بأعراض زيادة الشهية وزيادة الوزن. أشارت الدراسات الوبائية باستخدام معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية إلى أن 15–29٪ من مرضى الاكتئاب يعانون من اكتئاب غير نمطي، وأن معدل الانتشار المقابل من الدراسات السريرية كان 18–36٪. تم اقتراح الأكل العاطفي(تناول الطعام بسبب العاطفة) ليمثل علامة للاكتئاب الغير النمطي. كما وجد في دراسة هولندا للاكتئاب والقلق أن الأعراض المميزة للاكتئاب غير النمطي (زيادة الشهية، زيادة الوزن) لها ارتباطات إيجابية أقوى نسبيًا مع الأكل العاطفي مقارنة بأعراض الاكتئاب الفردية الأخرى. كما تشير الأدلة المتراكمة من الدراسات المقطعية والمستقبلية كذلك إلى أن الأكل العاطفي هو أحد المسارات التي تربط الاكتئاب بزيادة الوزن والبدانة. نتائج الدراسات المستقبلية القليلة تحلل تغير الوزن بمرور الوقت كنتيجة مثيرة للاهتمام بشكل خاص. فان سترين وآخرون لاحظوا أن الأكل العاطفي كان بمثابة وسيط بين الاكتئاب وزيادة الوزن لمدة 5 سنوات لدى الأمهات الهولنديات

(وإن لم يكن ذلك لدى الآباء الهولنديين). وبشكل أكثر تحديدًا، ارتبطت أعراض الاكتئاب بزيادة الأكل العاطفي و ارتبط الأكل العاطفي مع زيادة أكبر في مؤشر كتلة الجسم بشكل مستقل عن أعراض الاكتئاب. كما ارتبط الاكتئاب بشكل غير مباشر بتغير مؤشر كتلة الجسم عن طريق الأكل العاطفي. كونتينين وآخرون، وسعوا هذه النتائج من خلال إظهار مجموعة كبيرة من السكان من الفنلنديين الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و74 عامًا أن للاكتئاب تأثير أكبر على الزيادة في مؤشر كتلة الجسم ومحيط الخصر على مدى 7 سنوات قد تم توسطها عن طريق الأكل العاطفي. بالإضافة إلى ذلك، أصبح من الواضح أن العلاقة بين الاكتئاب والسمنة ثنائية الاتجاه: فبالإضافة إلى أن الاكتئاب يمكن أن يؤدي إلى زيادة الوزن لاحقًا وتطور البدانة، فمن الممكن أيضًا أن تؤدي البدانة إلى تطور لاحق للاكتئاب. تشير النتائج المأخوذة من عينة من البالغين في الولايات المتحدة في منتصف العمر مع متابعة لمدة 18 عامًا إلى أن الأكل العاطفي يلعب دورًا في ربط الاكتئاب والسمنة ثنائية الاتجاه. كشفت تحليلات المسار التي أجريت على النساء أن الإعاقة الجسدية والخلل الاجتماعي والأكل العاطفي تلعب دور في تطور البدانة بسبب الاكتئاب.

الاكتئاب (Depression)

مقدمة (Introduction):

يعتبر الاكتئاب من بين الاضطرابات النفسية المزاجية، وهو أيضا من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا وانتشارا في العالم حتى أنه أطلق على العصر الحالي اسم "عصر الاكتئاب"، وتؤكد الدراسات العلمية ارتفاع نسبة حدوثه في المستقبل حيث أن الجميع معرض له إناثا أو ذكورا على حد سواء ولا يفرق بين المستوى المادي ولا الثقافي ولا حتى العلمي.

الوبائيات (Epidemiology):

يبلغ معدل انتشار الاضطراب الاكتئابي الرئيسي لمدة 12 شهرًا حوالي 7 ٪، مع وجود اختلافات ملحوظة حسب الفئة العمرية. تتعرض الإناث لمعدلات أعلى بمقدار 1.5 إلى 3 أضعاف من معدلات الذكور في بداية المراهقة المبكرة. في الولايات المتحدة، يؤثر الاكتئاب على ما يقرب من 17 مليون بالغ.

الفيزيولوجيا المرضية (Pathophysiology):

لم يتم تحديد الفيزيولوجيا المرضية الكامنة وراء اضطراب الاكتئاب الشديد بوضوح. تشير الأدلة الحالية إلى وجود تفاعل معقد بين النواقل العصبية وتنظيم المستقبلات والحساسية الكامنة وراء الأعراض العاطفية. تشير التجارب السريرية وما قبل السريرية إلى حدوث اضطراب في نشاط السيروتونين (HT−5) في الجهاز العصبي المركزي كعامل مهم. تشمل النواقل العصبية الأخرى ذات الصلة النورابينفرين (NE) والدوبامين (DA) والغلوتامات وعامل التغذية العصبية المشتق من الدماغ (BDNF). تم اقتراح دور نشاط الجهاز العصبي المركزي في الفيزيولوجيا المرضية لاضطراب الاكتئاب الرئيسي من خلال الفعالية العلاجية لمثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRIs). تشير نتائج البحث إلى دور في تنظيم المستقبلات العصبية، والإشارات داخل الخلايا، والتعبير الجيني بمرور الوقت، بالإضافة إلى توفر الناقل العصبي المحسن. الاضطراب العاطفي الموسمي هو شكل من أشكال الاضطراب الاكتئابي الرئيسي الذي يظهر عادةً خلال فصلي الخريف والشتاء ويزول خلال فصلي الربيع والصيف. تشير الدراسات إلى أن الاضطراب العاطفي الموسمي يتم توسطه أيضًا من خلال التغيرات في مستويات الجهاز العصبي المركزي من HT− 5 ويبدو أنه يتم تشغيله عن طريق التغيرات في إيقاع الساعة البيولوجية والتعرض لأشعة الشمس. قد تساهم الآفات الوعائية في الاكتئاب عن طريق تعطيل الشبكات العصبية المشاركة في تنظيم العاطفة – على وجه الخصوص، المسارات الأمامية التي تربط القشرة الأمامية الجبهية الظهرية، والقشرة الأمامية الجبهية، والحزامية الأمامية، والحزامية الظهرية. المكونات الأخرى للدوائر الحوفية، على وجه الخصوص، الحصين واللوزة، لها علاقة في الاكتئاب.

تصنيف الاكتئاب (Depression Classification):

نجد أن للاكتئاب عدة تصنيفات ومن أشهر التصنيفات المعمول بها نذكر كل من:

- تصنيف منظمة الصحة العالمية (التصنيف الدولي العاشر).
- تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي 4 (التصنيف الأمريكي الرابع).

تصنيف منظمة الصحة العالمية: صدر هذا التصنيف عن منظمة الصحة العالمية (تم اعتماده عام 1990) وقد قسم الاكتئاب الى عدة أنواع:

1. **انتكاسة اكتئاب:** وهي حالات الاكتئاب الشائعة متفاوتة الحدة، وقد قسمت إلى بسيطة وشديدة، فالبسيطة عادة لا تؤثر على أداء الإنسان لوظائفه اليومية بشكل واضح، ولكن الانتكاسة الشديدة قد تؤدي إلى

توقف الطالب عن دارسته، أو ربة البيت عن أداء واجباتها اليومية وقد يستقيل الموظف وتتأرجح أعمال التاجر والنجار والحداد ورجل الأعمال بشكل ملحوظ وتتأثر صحته وسلوكه بشكل كبير.

2. **اضطراب مزاجي مزدوج القطب:** قد لا تتكرر مرحلة الاكتئاب في حياة الإنسان ولا تعود الأعراض ثانية، وفي أحوال أخرى فإن هناك تكرار لمرحلة الاكتئاب التي تحدث ضمن مرض الهوس الاكتئابي لا تختلف في أعراضها عن الاكتئاب عموما، ولكنها قد تكون مسبوقة أو متبوعة بنوبات من الزهو (حيث تتميز نوبة الزهو بمستويات عالية من النشاط و بعض الاعتقادات الخاطئة لكمية العمل التي يستطيع الشخص إنجازها في فترة زمنية قصيرة)، أو أنها تتبادل الدور مع الزهو كل سنة أو ستة أشهر.
3. **اكتئاب متكرر:** وفي أحوال أخرى فإن هناك تكرار للاكتئاب، إما على فترات متباعدة قد تصل إلى خمس سنوات أو أكثر، وقد يكون شديدا في كل مرة أو بسيطا في كل مرة وقد تتفاوت الانتكاسات من مرة لأخرى، وقد يتكرر بلا سبب واضح، أو لأسباب بسيطة أو أحداث معينة مثل الفشل في الدراسة أو الزواج والتغيير مثل بداية المرحلة الجامعية، وبداية العمل والإقبال على الزواج، ويمكن أن يكون التكرار بعد الولادة عند بعض النساء.
4. **اضطرابات مزاجية طويلة الأمد:** (اضطراب مزاجي دوري، تكدر المزاج): و تعد هذه من المشاكل التي قد يصعب تمييزها من قبل المريض نفسه، أو من حوله، وقد تعد جزءا من شخصيته ففي الاضطراب المزاجي الدوري يتأرجح المريض بين الاكتئاب البسيط أو تكدر المزاج ثم ارتفاع المزاج مما يصل إلى الزهو، ولكن فيه ابتهاج ونشاط وحركة زائدة نوعا ما، وكثيرا ما يصف الناس هذا الشخص بأنه مزاجي مع أن الاضطراب يتعدى الشخصية المزاجية، أما تكدر أو عسر المزاج فهو درجة بسيطة من الاكتئاب ولكنه طويل الأمد. اضطرابات أخرى وتشمل الأشكال الأخرى للاكتئاب سواء الغير نموذجية أو
5. **المصاحبة لأمراض أخرى:** كالفصام، فالاكتئاب غير النموذجي يكون مصحوبا بزيادة في كل من النوم والأكل والوزن ويترافق مع الكسل والقلق أحيانا، وغالبا ما يلاحظ في النساء.
6. **أما الاكتئاب المصاحب للفصام العقلي:** فهو من أشكال الاكتئاب الهامة والتي تتزامن مع أعراض الفصام أو تسبقها أو تتبعها.

معايير الدليل التشخيصي والاحصائي الأمريكي الخامس (2013):

اضطراب الاكتئاب الجسيم:

الدليل الأمريكي الخامس سماها بالاضطراب بدل النوبة، وجود خمسة أعراض (أو أكثر) من الأعراض التالية لمدة أسبوعين، والتي تمثل تغيرا في الأداء الوظيفي السابق، أو على الأقل واحدا من الأعراض إما مزاج مكتئب أو فقد الاهتمام أو المتعة. لم يذكر الدليل الأمريكي الخامس هذه الأشياء كما في الدليل الرابع (الأوهام غير المنسجمة مع المزاج، أو الهلوسات):

1. مزاج مكتئب معظم اليوم، وكل يوم تقريبا ويعبر عنه إما ذاتيا (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو باليأس أو يلاحظ من قبل الآخرين مثل ان يظهر باكيا)، في الأطفال والمراهقين يمكن أن يكون مزاجا مستثارا.
2. انخفاض بشكل واضح في الاهتمام او الاستمتاع بمعظم الأنشطة.
3. فقدان في الوزن واضح عند عدم اتباع نظام غذائي، أو زيادة في الشهية كل يوم تقريبا، و عند الأطفال يلاحظ عدم كسب زيادة في الوزن.
4. أرق أو إفراط في النوم.
5. هياج نفسي حركي (ليس مجرد مشاعر ذاتية من عدم الراحة أو التباطؤ).
6. التعب أو فقدان طاقة كل يوم تقريبا.
7. أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (قد يكون وهميا).
8. انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز.
9. أفكار متكررة عن الموت أو تفكير في الانتحار متكرر بدون خطة محددة أو محاولة الانتحار مع خطة محددة.

أنواع الاكتئاب النفسي (Depression Types):

قسم الأطباء النفسيون في الماضي الاكتئاب إلى نوعين، العصابي والذهاني. ويطلق على النوع الأول الاكتئاب الإستجابي أو النفسي وهو تعبير يشير إلى أن حالة المريض هي استجابة إلا أنها مبالغ فيها إزاء أحداث محددة، ويعد خارجي المنشأ، حيث تظل أعراضه تشتد وتزداد بمرور الزمن لكن لا تصاحبه إهلاسات. أما الذهاني هو داخلي المنشأ، يرجع إلى شخصية المريض، دون ارتباطه بأحداث خارجية والفارق في الدرجة فقط.

أسباب الاكتئاب النفسي (Depression Etiology):

المحصلة في النهاية لم تتعدى مجموعة من النظريات والافتراضات، يتحدث البعض فيها عن أسباب نفسية للاكتئاب، ينما يعزو البعض الآخر هذه الظاهرة إلى عوامل وراثية وبيئية واجتماعية، تتجه هذه النظريات إلى التركيز على العوامل البيولوجية والكيميائية، ورغم كل ذلك فلهذه الافتراضات حيثياتها. كل حالة من حالات الاكتئاب النفسي هي موضوع مستقل بذاته، ووضع لا ينطبق عليه ما ينطبق على الآخرين. الأسباب المباشرة للاكتئاب، هي الأحداث الاجتماعية فهي السبب المباشر في حدوث الاكتئاب واقعيا، لكن هذا غير كاف من وجهة نظر الطب النفسي فللعوامل النفسية، ومنها عملية الصراع داخل النفس لتعارض رغبتين أو تعذر إشباع حاجتين في وقت واحد، أو ما يحدث في فترة الطفولة المبكرة من تجارب أليمة، حيث تولد هذه الصدمات قدرا من الحساسية النفسية تمهد لظهور الاضطراب النفسي فيما بعد. ومهما تعددت الأسباب فالاكتئاب النفسي هو في النهاية نتيجة فقدان الإنسان قدرته على التوافق داخليا ومع الحياة من حوله، بما فيها من مؤثرات وأحداث. فالاكتئاب يمكن أن يصيب الإنسان في أي مرحلة من مراحل العمر. ومن خلال الدراسات النفسية فإن هناك عاملا وراثيا قويا من وراء الإصابة بحالات الاكتئاب، فوجود استعداد مسبق لدى المريض هو في الغالب السبب الأساسي لإصابته بالاكتئاب. للعوامل الكيميائية أيضا أثر في مرض الاكتئاب النفسي فقد أمكن الاستدلال عليها من خلال نقص الوسائط العصبية في مرض الاكتئاب، مثل النور ايبينفرين، السيروتونين... وقد تمت الاستفادة من المعلومات الخاصة بكيمياء الجهاز العصبي والتغييرات التي تحدث في حالات الاكتئاب في استخدام أدوية جديدة تقوم بتصحيح الخلل الكيميائي، وتؤدي إلى تحسن أعراض الاكتئاب. أما العوامل الفيزيولوجية فتتمثل في انخفاض مستوى معين من الأحماض الأمينية مثل الكانيكول أمين وانخفاض مستوى مادة الأدرينالين في مناطق الاستقبال بالدماغ وهي تختص بالسلوك العاطفي الوجداني وكذلك نقص بعض معدلات النواقل الكيميائية في الدماغ مما يؤثر على المزاج والقدرة على التحكم في التصرفات مثل السيروتونين. – أيضا وجد أنه هناك علاقة بين الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء في الجسم وبين الاكتئاب ويتم استخدام هذه الهرمونات في علاج بعض الحالات المستعصية من الاكتئاب وهناك بعض الأدوية تسبب الاكتئاب و ذلك نظرا لآثارها الجانبية على الكيمياء ووظيفة الدماغ، منها:

- أدوية القلب وضغط الدم: Methyl L-dopa, clonidine.
- المهدئات: Barbiturates, Benzothiazines.
- مشتقات الكورتيزول Prednisolone
- حبوب منع الحمل Oral contraceptives.
- الأدوية المسكنة للألم.

- مشتقات الأفيون Opiates, Indomethacin.
- بعض المضادات الحيوية Ciprofloxacin, Gentamicin.

أعراض الاكتئاب (Depression Symptoms):

نجد أن للاكتئاب النفسي أعراضا جلية وواضحة تمس عدة جوانب في الشخص ومن أهمها الجانب الانفعالي والمعرفي والجانب الحسي الحركي والجسمي والنفسي وهي كالتالي:

A. الجانب الانفعالي:

- الحزن والبكاء بحرقة.
- مطاردة الشعور بالذنب.
- فقدان الاستمتاع بالأنشطة السارة.
- الشعور بعدم الكفاءة.
- انخفاض الطاقة.
- التعب والإنهاك.
- فقد الاهتمام بالأمور المعتادة.
- الفتور واللامبالاة.
- البؤس وانخفاض الروح المعنوية.
- انحراف المزاج وتقلبه والانطواء النرجسي على الذات.
- عدم ضبط النفس وضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص والقلق والتوتر.
- الشعور بخيبة الأمل.

B. الجانب المعرفي: حيث نجد

- تشتت الانتباه.
- صعوبة في التركيز.
- شكوى مستمرة من ضعف الذاكرة.
- فقر في القدرة على التجريد فقدان الاستبصار.
- وجود قدر كبير من الأفكار الانتحارية.
- اضطراب محتوى التفكير حيث نجد تغلغل مشاعر اليأس ومشاعر دونية والشعور بالذنب وكذلك وجود فقر وضحالة في محتوى التفكير.

C. الجانب الحسي الحركي:

اضطرابات الشهية بين الزيادة والنقصان ونقص الوزن أو زيادته، بالإضافة إلى اضطراب إيقاع النوم حيث نجد صعوبة في الدخول إلى النوم مع أرق أو زيادة النوم إلى حد كبير، بالإضافة إلى انحسار الطاقة الجنسية.

D. الجانب الجسدي: وفيه

- ضعف عام والشعور بالدوار والغثيان والإقياء.
- تأخر موعد الطمث، اضطرابات هضمية.
- اضطرابات معدل ضغط الدم، تنميل الأطراف وجفاف الفم.
- انتشار الألم في الرقبة والأطراف والمفاصل، ضيق التنفس وقلة الحيوية.

E. الجانب النفسي:

قد يتأثر إلى حد شديد ويأخذ عدة مظاهر كالآتي:

- **التوهمات**: من أكثرها شيوعا في أمراض الاكتئاب، توهم العدم: وتعني الإحساس بغياب أو فقدان وظائف أحد أعضاء الجسم، وأحيانا تظهر توهمات اضطهادية تواكب محتوى التفكير، فيما يشعر المريض أنه يستحق ذلك.
- **الإهلاسات**: تظهر أحيانا مع مرض الاكتئاب بعض الإهلاسات السمعية و تكون غير مطابقة لمحتوى التفكير السوداوي وهي ما تسمى (إهلاسات غير مطابقة للمزاج)
- **التفكير**: عادة ما يجد مريض الاكتئاب صعوبة في التفكير والتركيز، حيث تغلب لديه النظرة السوداوية للأمور، مع تضخيم للأمور البسيطة التي تتوافق مع مزاجه السوداوي، ويتميز محتوى التفكير في الاكتئاب بالآتي:
  - الإحساس المستمر بالذنب وبتأنيب الضمير.
  - توهم العلل الجسمية والمرضية.
  - الشعور بعدم الأهمية.
  - الشعور بالدونية وفقدان مباهج الحياة، وتكون اجترارات الأفكار المستمرة حول الموت و الانتحار أو الإحساس بالذنب.

يظهر في بعض الأحيان عند مرضى الاكتئاب (حوالي 10%) اختلال شديد في التفكير مثل التوقف المفاجئ أو فقدان المحتوى و الإطالة الغير موضوعية.

- **اختلال الانتباه.**

- **كما يتأثر كل من التركيز والذاكرة:** يتميز مريض الاكتئاب بالبطء وعدم الانتباه وفقدان القدرة على التركيز مع ضعف الاستجابات الانفعالية، وقد تتأثر الذاكرة مع حدوث النسيان الشديد، وربما العته الكاذب ويصاحب ذلك تردد واضح في التفكير والسلوك.
- **الانتحار والاندفاعية:** ويعتبر الانتحار من أكثر الأعراض خطورة على حياة المريض كما أن معدل حدوثه ذو أهمية يجب ألا تهمل، حيث أن حوالي 10-15% من مرضى الاكتئاب قد ينجحون في محاولة الانتحار وإنهاء حياتهم رغم أن ثلث المرضى تشغلهم فكرة الانتحار. وفي الحالات الاكتئابية الشديدة يشكل فقدان المريض للطاقة وضعف العزيمة مانعا أمام المريض من تنفيذ فكرة الانتحار، ويخشى في هذه الحالات عند تحسن حالته من ناحية الطاقة والإرادة أن ينفذ فكرة الانتحار في توقيت لا يتوقعه الطبيب، ولذا ينصح دائما بعدم صرف كمية كبيرة من الدواء لهؤلاء المرضى مهما تحسنت حالتهم خوفا من احتمال حدوث مثل هذا الانتحار النقيضي. أما عن قتل الغير فقد يحدث في مرضى الاكتئاب نتيجة التوهمات المتطابقة مع اكتئابه، أو نتيجة توهمات غير متطابقة، وهناك من قسم هذه المظاهر إلى مظاهر انفعالية، مظاهر معرفية، مظاهر دافعية ومظاهر جسدية.

قياس الاكتئاب النفسي (Depression Scales):

تتعدد طرائق قياس الاكتئاب وتقديره من ملاحظة، مقابلة، ومقاييس موضوعية، وفنيات إسقاطية، ومقاييس فيزيولوجية، و في ما يلي مقاييس الاكتئاب النفسي الأكثر انتشارا:

1. **هاملتون Hamilton:** يعد من أوسع المقاييس المستخدمة لتقدير وضع المرضى المكتئبين، ويتضمن المقياس 21 بندا يشمل أعراض الاكتئاب ويتم تقدير كل منها على مقياس يمتد من(0 إلى 2) أو (من 0 إلى 4).
2. **مقياس بيك Beck:** الذي يضم 21 عبارة تصنف مشاعر مختلفة تنطبق على الحالة. وعزز بيك صحة النتائج والتشخيصات التي توصل إليها المختصون والباحثون السابقون، وتمكن من تنظيمها إجرائيا، اذ استطاع أن يحصر أعراض الاكتئاب في فئات محددة واعتبرها بمثابة الملامح الأساسية لمرض الاكتئاب.
3. **مقياس جرينكر:** توصل ومعاونيه إلى تحديد الأنماط التي تصف مشاعر واهتمامات المكتئبين، وتضمنت مجموعة من العوامل التي يتم بواسطتها قياس اضطراب الاكتئاب فتعطى مؤشرات واضحة لأعراض الاكتئاب النفسي.

4. **فريدام و معاونوه و كذلك أفرال** قاموا باستخدام أسلوب القياس النفسي التشخيصي.
5. **زونج** الذي استخدم معايير التشخيص الإكلينيكي بغية الوصول إلى تحديد دقيق لأعراض الاكتئابية فرتبها وفق نسق محدد.

التشخيص التفريقي لحالات الاكتئاب (Deferential Diagnosis):

1. الأمراض العضوية:

مثل حالات تصلب الشرايين (تصلب شرايين الدماغ)، وبعض أمراض الجهاز العصبي مثل الشلل الرعاشي، وكذلك استعمال أدوية معينة مثل الأدوية المستعملة في علاج ارتفاع ضغط الدم وبعض أدوية منع الحمل، وكذلك الأدوية المضادة لسرطان البنكرياس والقولون.

2. اضطرابات الغدد الصماء:

اضطراب في الغدة الكظرية والغدة الدرقية، ففى حالات الاضطراب الوجداني غير العضوي نجد أن الوظائف العقلية لا يصاحبها تشوش شديد، أما في حالات الاضطراب العضوي نجد أنها تتأثر بشدة ملحوظة.

3. الخرف (dementia):

وهنا يجب التفرقة بين حالات الخرف الكاذب التي قد تصاحب الاكتئاب وبين الخرف في مرض الزهايمر على سبيل المثال، وتتضح أوجه الفرق من حيث استجابة المريض للأسئلة في حالة الاكتئاب تكون سببية وتكون الإجابات في صورة (لا أعرف)، بعكس مريض الخرف فهو دائما يحاول إخفاء عجزه عن الإجابة ويحاول إخفاء عدم قدرته على التركيز والتذكر.

4. **الفصام:** وذلك بالأعراض المميزة له.
5. **العصاب:** خاصة عندما يصاحب حالات الاكتئاب بعض الأعراض العصابية مثل القلق والوسواس، الكحولية، وإدمان المخدرات، الوذمة المخاطية.

العلاج (Treatment):

يمكن للأدوية والعلاج النفسي القصير (العلاج السلوكي المعرفي، العلاج الشخصي) أن يخفف من أعراض الاكتئاب. و قد ارتبط العلاج المركب أيضًا بمعدلات أعلى بكثير لجهة تحسن أعراض الاكتئاب، زيادة جودة الحياة، وامتثال أفضل للعلاج. هناك أيضًا دلالات لقدرة العلاج المعرفي السلوكي على منع الانتكاس. يعتبر العلاج بالصدمات الكهربائية مفيد للمرضى الذين لا يستجيبون جيدًا للأدوية أو الذين لديهم ميول انتحارية.

الأدوية تشمل:

- مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRIs).
- مثبطات امتصاص السيروتونين / النورابينفرين (SNRIs).
- مضادات الاكتئاب غير النمطية.
- مُعدِّلات نشاط السيروتونين – الدوبامين (SDAMs).
- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (TCAs).
- مثبطات مونوامين أوكسيداز (MAOIs).
- مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRIs).

الإنذار (Prognosis):

للاكتئاب الشديد معدلات مراضة ووفيات عالية جدًا و يعد مسببا رئيسيا في ارتفاع معدلات الانتحار. على الرغم من توفر العلاج الفعال دوائيا، إلا أن ما يقرب من 50٪ قد لا يستجيبون في البداية للعلاج. تعتبر الهدأة الكاملة غير شائعة ولكن 40 ٪ على الأقل يحققون هدوءًا جزئيًا في 12 شهرًا.

ومع ذلك، فإن الانتكاسات شائعة ويحتاج العديد من المرضى إلى مجموعة متنوعة من العلاجات للسيطرة على الأعراض. تكون نوعية حياة معظم مرضى الاكتئاب رديئة.

الدراسة العملية

أهمية وهدف الدراسة (Importance and aim study):

الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق والتوتر (DAS) منتشرة للغاية. من المفترض أن تكون اضطرابات DAS مرتبطة بالبدانة، إلا أن العلاقة بين الحالتين ليست مؤكّدة. كان هدف الدراسة استكشاف العلاقة بين البدانة واضطرابات ال DAS بين طلاب الجامعة السورية الخاصة.

الطرائق (Methods):

تصميم الدراسة:

دراسة مقطعية مستعرضة، أُجريت في الجامعة السورية الخاصة، شَملت 204 طالب وطالبة، من 2023/8/13 وحتى 2023/9/12.

معايير الاشتمال: طلاب الجامعة السورية الخاصة، من جميع الكليّات.

الاستبيانات المستخدمة:

استخدمت هذه الدراسة نوعين من الاستبيانات. قمنا بإعداد استبيان منظم قمنا فيه بجمع معلومات حول الجنس والعمر والطول والحالة الاجتماعية. استخدمنا أيضاً استبيانات DASS، مدرجة في قسم الملحق.

مؤشر كتلة الجسم (BMI):

يمكن لمؤشر كتلة الجسم (BMI) تشخيص زيادة الوزن أو البدانة بسهولة بمساعدة قياسات الوزن والطول فقط. يمكن أن يساعد مؤشر كتلة الجسم في تحديد الأشخاص الأكثر عرضة لخطر الإصابة بمشاكل صحية لأن البدانة تحمل خطراً متزايداً للإصابة بأمراض، مثل أمراض القلب والسكتة الدماغية والسكري. الوزن بالكيلو جرام (كغ / م^2) مقسوماً على مربع الطول بالمتر (م^2/كغ). بناءً على النقاط المحددة لمنظمة الصحة العالمية، يتم تصنيفها إلى أربعة أنواع: نقص الوزن (<18.5 كغ / م^2)، الوزن الطبيعي (18.5–24.9 كغ / م^2)، الوزن الزائد (25–29.9 كغ / م^2)، والبدانة (≤30 كغ / م^2). بسبب عدم كفاية الملاحظات، يتم الجمع بين فئات الوزن الزائد والبدانة.

مقياس داس–21 (DASS-21 scale):

يقيس القلق والتوتر والاكتئاب معاً، ويتكون من 21 عنصراً يتم الإبلاغ عنها ذاتياً. يحتوي كل مقياس على 7 عنصرًا تتراوح من 0 إلى 3 (نطاق الدرجات المحتملة: من 0 إلى 21)، حيث تعني 0 أنه لم يتم تطبيق

أي شيء عليّ و3 تعني أنهم تم تطبيقهم في الغالب أو في كثير من الأحيان. يتم حساب درجات الاكتئاب والقلق والتوتر عن طريق إضافة درجات العناصر الـ 7 ذات الصلة. تتراوح الدرجات الطبيعية بين 0–4 على مقياس الاكتئاب، و0–3 على مقياس القلق، و0–7 على مقياس التوتر.

التحليل الإحصائي (Statistical analysis):

تمَّ تبويبُ بياناتِ المرضى وإدخالها إلى الحاسب ومن ثمَّ الاستفادةُ من برنامجِ الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS إصدار (26) في تحليلِ هذهِ البيانات وتمَّ الاعتمادُ على الأساليبِ الإحصائية التّالية في التحليل: الإحصاءُ الوصفي: يتمثّلُ في إيجاد التوزيعات التكرارية النسبية لمتغيرات الدراسة الفئوية (الجنس، السنة الدراسية، العمر وإضافة أشكال بيانية لإغناء النتائج. الإحصاءُ الاستدلالي: يهدفُ هذا الجزء من التحليل إلى عرضِ وتفسيرِ النتائج والاستدلالُ بها بغيةَ الوصولِ إلى هدفِ الدراسة، وذلك من خلال إجراءِ اختبارِ الاستقلال Chi Square لدراسةِ فيما إذا وجدت علاقة بين متغيرين وصفيين وذلك من خلال تطبيق إحصائية كاي تربيع. لتحليل الارتباط متعدد المتغيرات بين السمنة والعوامل الأخرى المرتبطة بها، بما في ذلك مستوى DAS، تم استخدام الانحدار اللوجستي المتعدد.

النتائج (Results):

التحليل الوصفي:

من أصل 204 طالب وطالبة شارك في الدراسة، بلغت نسبة الذكور منهم 111 (54.4%)، مقابل 93 (45.6%) إناث، (الجدول1). وكان معظم الطلاب من الفئة العمرية أكبر من 20 سنة 196 (96.1%)، مقابل 8 (3.9%) طلاب فقط أقل من 20 سنة (الجدول2). وكانت النسبة الأكبر من الطلاب من محافظتي دمشق 154 (75.5%) وريف دمشق 39 (19.1%)، (الجدول3). وتعرض الجداول مزيداً من المعلومات.

جدول 1: توزع الطلاب حسب الجنس.

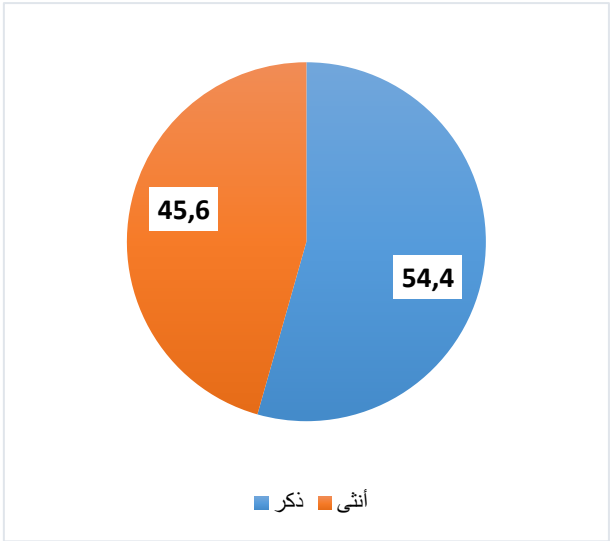
		عدد الطلاب	النسبة المئوية %
الجنس	ذكر	111	54.4
	أنثى	93	45.6
Total		204	100

جدول 2: توزع الطلاب حسب الفئات العمرية.

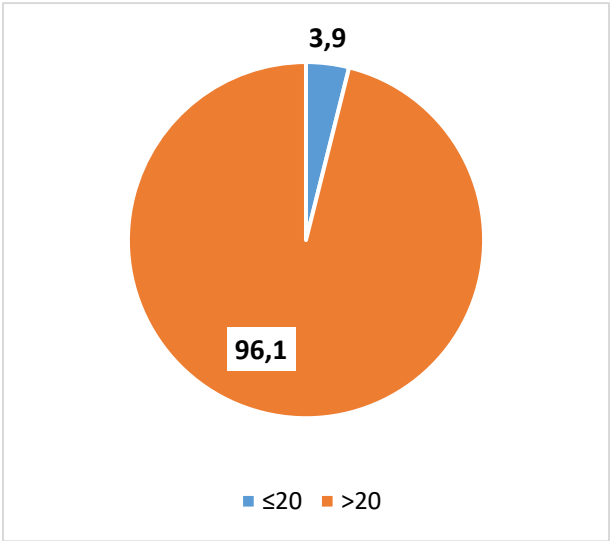
		عدد الطلاب	النسبة المئوية %
العمر	≤20	8	3.9
	>20	196	96.1
Total		204	100

جدول 3: توزع الطلاب حسب مكان السكن.

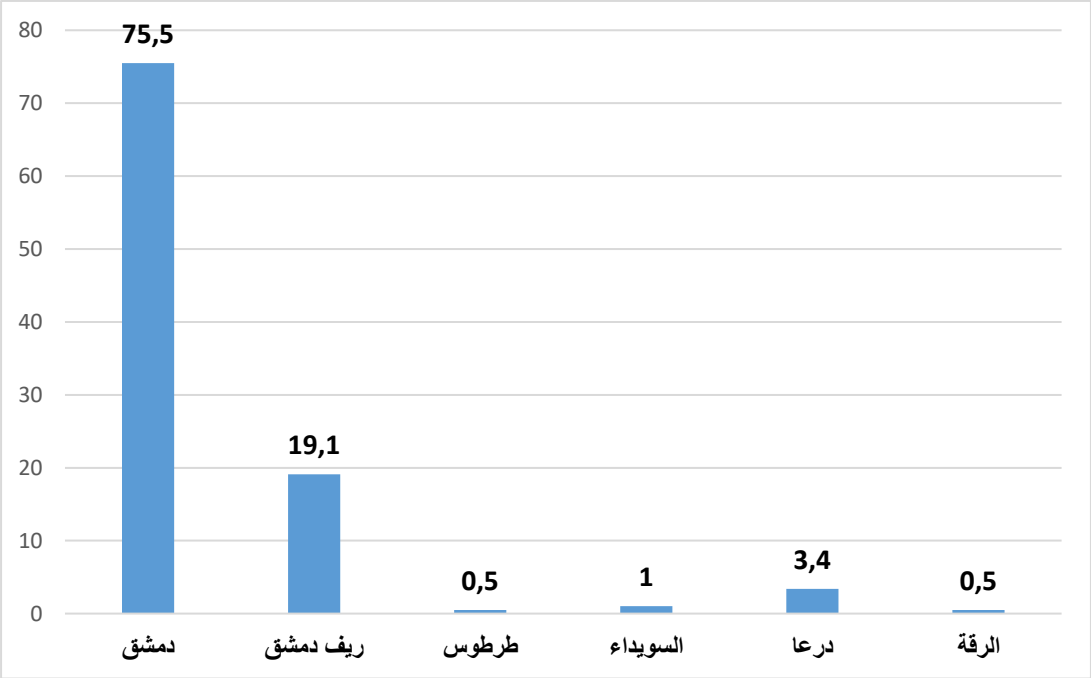
		عدد الطلاب	النسبة المئوية %
السكن	دمشق	154	75.5
	ريف دمشق	39	19.1
	طرطوس	1	0.5
	السويداء	2	1
	درعا	7	3.4
	الرقة	1	0.5
Total		204	100



رسم بياني 2: توزع الطلاب حسب الجنس.



رسم بياني 1: توزع الطلاب حسب الفئات العمرية.



رسم بياني 3: توزع الطلاب حسب مكان السكن.

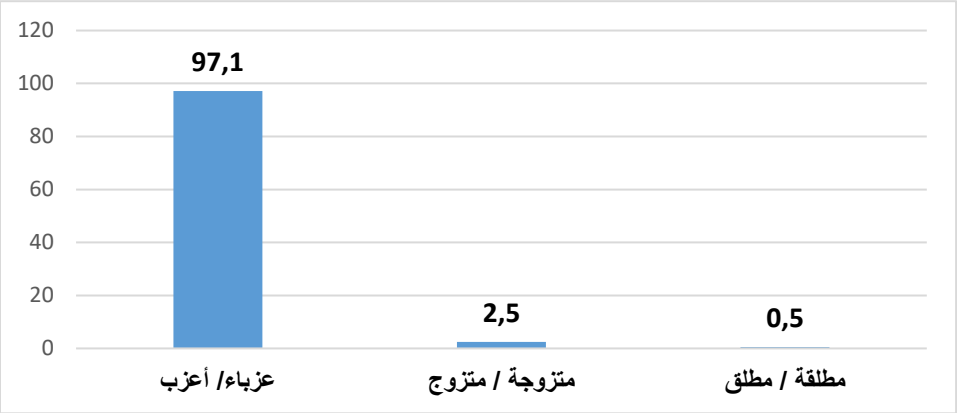
كان معظم الطلاب المشاركين من فئة العازبين 198 (97.1%)، مقابل حالات المتزوجين 5 (2.5%)، (الجدول4). بالنسبة للمستوى الاقتصادي، أجابت النسبة الأكبر " جيد يكفي الأساسيات وبعض الكماليات" 160 (78.4%)، تلاها " متوسط يكفي الأساسيات فقط" 32 (15.7%)، (الجدول5). وتعرض الجداول مزيداً من المعلومات.

جدول 4: توصيف الحالة الاجتماعية للطلاب.

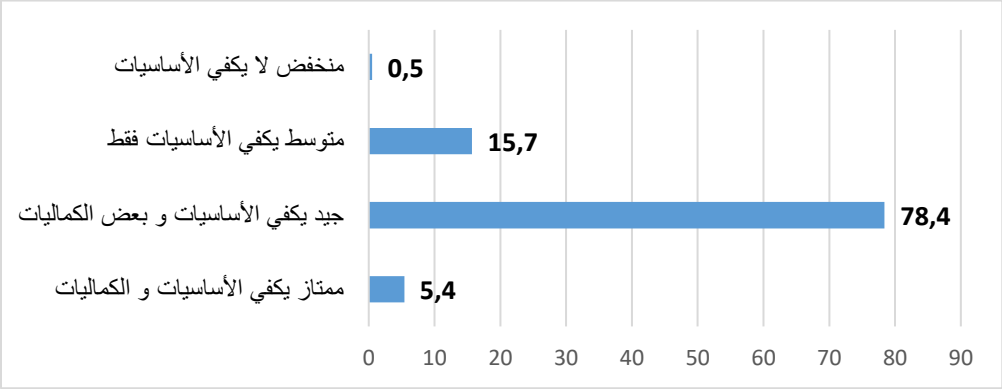
		عدد الطلاب	النسبة المئوية %
الحالة الاجتماعية	عزباء/ أعزب	198	97.1
	متزوجة / متزوج	5	2.5
	مطلقة / مطلق	1	0.5
Total		204	100

جدول 5: توصيف المستوى الاقتصادي.

		عدد الطلاب	النسبة المئوية %
المستوى الاقتصادي	ممتاز يكفي الأساسيات والكماليات	11	5.4
	جيد يكفي الأساسيات وبعض الكماليات	160	78.4
	متوسط يكفي الأساسيات فقط	32	15.7
	منخفض لا يكفي الأساسيات	1	0.5
Total		204	100



رسم بياني 4: توصيف الحالة الاجتماعية للطلاب.



رسم بياني 5: توصيف المستوى الاقتصادي.

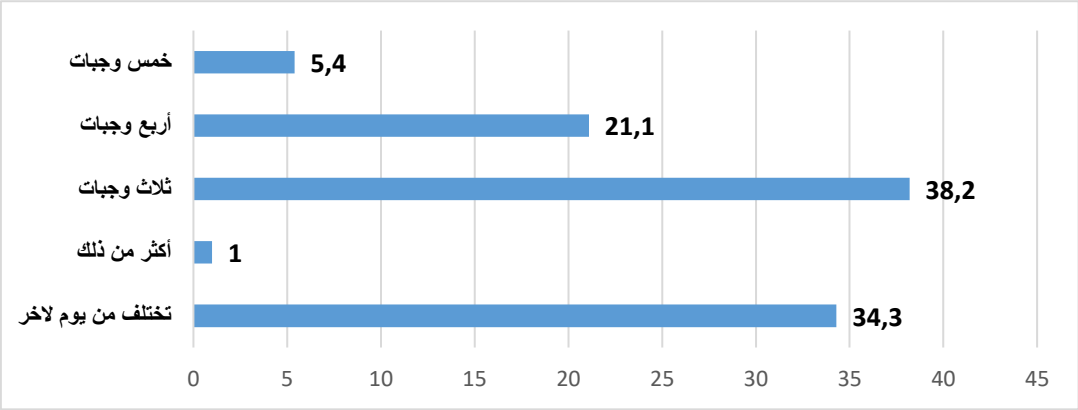
عند سؤالهم عن عدد الوجبات المتناولة يومياً، النسبة الأكبر 78 (38.2%) أجابت " ثلاث وجبات"، تلاها "تختلف من يوم لآخر" بنسبة 70 (34.3%)، (الجدول6). بالنسبة لعادة لتدخين، كانت النسبة الأكبر من غير المدخنين 124 (60.8%)، مقابل 42 (20.6%) مدخنين "سجائر"، (الجدول7).

جدول 6: عدد وجبات الطعام المتناولة في اليوم.

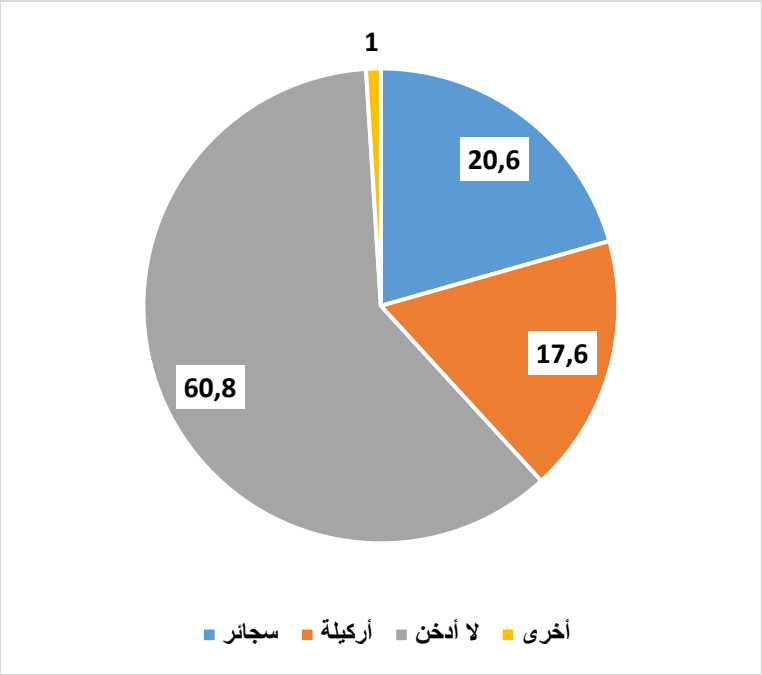
		عدد الطلاب	النسبة المئوية %
عدد وجبات الطعام المتناولة في اليوم	تختلف من يوم لآخر	70	34.3
	ثلاث وجبات	78	38.2
	أربع وجبات	43	21.1
	خمس وجبات	11	5.4
	أكثر من ذلك	2	1
Total		204	100

جدول 7: توصيف عادة التدخين.

		عدد الطلاب	النسبة المئوية %
التدخين	سجائر	42	20.6
	أركيلة	36	17.6
	لا أدخن	124	60.8
	أخرى	2	1
Total		204	100



رسم بياني 6: عدد وجبات الطعام المتناولة في اليوم.



رسم بياني 7: توصيف عادة التدخين.

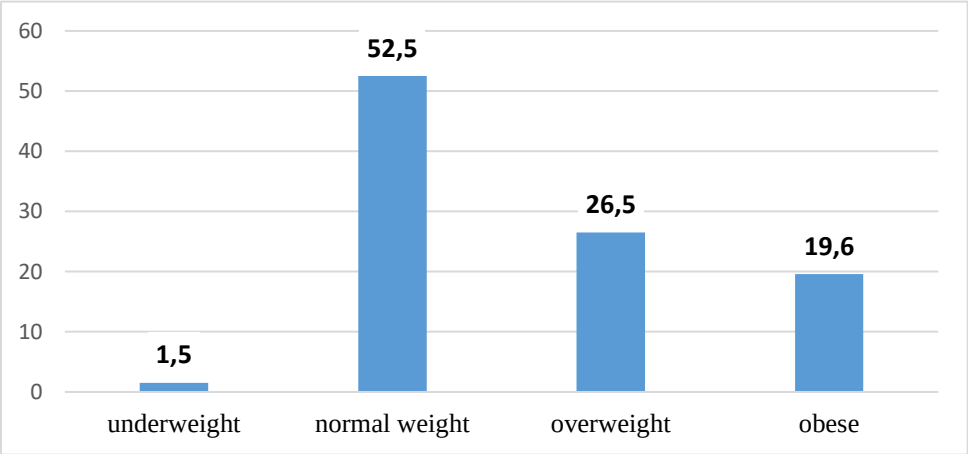
بالنسبة لفئات مشعر كتلة الجسم **BMI**، تبين أنَّ أكثر من نصف الطلاب ضمن فئة "Normal weight " 107 (52.5%)، ثمَّ فئة "Overweight " بنسبة 54 (26.5%)، ثمَّ فئة "Obese " بنسبة 40 (19.6%)، (الجدول8). ويبين (الجدول9) المتوسطات والانحرافات المعيارية، حيث تراوحت أعمار الطلاب بين 19–37 بمتوسط 22.69، وتراوحت قيمة **BMI** بين 17.3–41.7 بمتوسط 26.3. وتعرض الجداول مزيداً من المعلومات.

جدول 8: توصيف فئات ال BMI.

		عدد الطلاب	النسبة المئوية %
BMI	Underweight	3	1.5
	Normal weight	107	52.5
	Overweight	54	26.5
	Obese	40	19.6
Total		204	100

جدول 9: المتوسطات والانحرافات المعيارية للعمر، الطول، الوزن، BMI.

Std. Deviation	Mean	Maximum	Minimum	
2.296	22.69	37	19	**العمر**
8.433	170.98	191	150	**الطول**
16.151	77.45	136	45	**الوزن**
4.46709	26.3701	41.7	17.3	**BMI**



رسم بياني 8: توصيف فئات ال BMI.

التحليل الاستدلالي:

يعرض (الجدول10) نتائج اختبار الاستقلال Chi-Square لدراسة فيما إذا وجدت علاقة بين متغيرين وصفيين وذلك من خلال تطبيق إحصائية كاي تربيع.

من بين 204 طالب وطالبة، كان 3 (1.5%) يعانون من نقص الوزن، 94 (46.1%) يعانون من زيادة الوزن والبدانة، و107 (52.5%) يتمتعون بوزن طبيعي.

كان هناك ارتباط بين مشعر كتلة الجسم والجنس (P-Value=0.02) بشكل ملحوظ. وكان الذكور يعانون من زيادة الوزن والبدانة أكثر من الإناث بنسبة 59 (28.9%)، ولكن الإناث كانت أقل من الوزن الطبيعي بنسبة 3 (1.5%). ارتبط المستوى الاقتصادي بمشعر كتلة الجسم (P-Value=0.003)، حيث من أجابوا "جيد يكفي الأساسيات وبعض الكماليات" كانوا أكثر عرضة لزيادة الوزن. لم يكن هناك ارتباط بين الحالة الاجتماعية ومشعر كتلة الجسم (P-Value=0.85).

جدول 10: نتائج دراسة متغيرات الدراسة مع فئات مشعر كتلة الجسم BMI.

BMI, N (%)					
Total	Over Weight and Obese	Normal weight	Underweight		
111 (54.4%)	59 (28.9%)	52 (25.5%)	0 (0%)	ذكر	الجنس (P-Value=0.02)
93 (45.6%)	35 (17.2%)	55 (27%)	3 (1.5%)	أنثى	
204 (100%)	94 (46.1%)	107 (52.5%)	3 (1.5%)	**Total**	
11 (5.4%)	5 (2.5%)	6 (2.9%)	0 (0%)	ممتاز يكفي الأساسيات والكماليات	المستوى الاقتصادي (P-Value=0.03)
160 (78.4%)	81 (39.7%)	76 (37.3%)	3 (1.5%)	جيد يكفي الأساسيات وبعض الكماليات	
32 (15.7%)	7 (3.4%)	25 (12.3%)	0 (0%)	متوسط يكفي الأساسيات فقط	
1 (0.5%)	1 (0.5%)	0 (0%)	0 (0%)	منخفض لا يكفي الأساسيات	
204 (100%)	94 (46.1%)	107 (52.5%)	3 (1.5%)	**Total**	
198 (97.1%)	91 (44.6%)	104 (51%)	3 (1.5%)	عزباء/ أعزب	الحالة الاجتماعية (P-Value=0.85)
5 (2.5%)	2 (1%)	3 (1.5%)	0 (0%)	متزوجة / متزوج	
1 (0.5%)	1 (0.5%)	0 (0%)	0 (0%)	مطلقة / مطلق	
204 (100%)	94 (46.1%)	107 (52.5%)	3 (1.5%)	**Total**	
70 (34.3%)	42 (20.6%)	27 (13.2%)	1 (0.5%)	تختلف من يوم لآخر	عدد وجبات الطعام المتناولة في اليوم (P-Value=0.00)
2 (1%)	2 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	أكثر من ذلك	
78 (38.2%)	20 (9.8%)	56 (27.5%)	2 (1%)	ثلاث وجبات	
43 (21.1%)	20 (9.8%)	23 (11.3%)	0 (0%)	أربع وجبات	
11 (5.4%)	10 (4.9%)	1 (0.5%)	0 (0%)	خمس وجبات	
204 (100%)	94 (46.1%)	107 (52.5%)	3 (1.5%)	**Total**	
8 (3.9%)	3 (1.5%)	5 (2.5%)	0 (0%)	≤20	الفئات العمرية (P-Value=0.8)
196 (96.1%)	91 (44.6%)	102 (50%)	3 (1.5%)	>20	
204 (100%)	94 (46.1%)	107 (52.5%)	3 (1.5%)	**Total**	
119 (58.3%)	39 (19.1%)	80 (39.2%)	0 (0%)	Normal	مستوى الاكتئاب (P-Value=0.000)
6 (2.9%)	2 (1%)	4 (2%)	0 (0%)	Mild	
23 (11.3%)	10 (4.9%)	10 (4.9%)	3 (1.5%)	Moderate	
33 (16.2%)	23 (11.3%)	10 (4.9%)	0 (0%)	Severe	
23 (11.3%)	20 (9.8%)	3 (1.5%)	0 (0%)	Extremely Severe	
204 (100%)	94 (46.1%)	107 (52.5%)	3 (1.5%)	**Total**	
123 (60.3%)	41 (20.1%)	82 (40.2%)	0 (0%)	Normal	مستوى القلق (P-Value=0.001)
12 (5.9%)	6 (2.9%)	6 (2.9%)	0 (0%)	Mild	

15 (7.4%)	10 (4.9%)	4 (2%)	1 (0.5%)	Moderate	
18 (8.8%)	12 (5.9%)	6 (2.9%)	0 (0%)	Severe	
36 (17.6%)	25 (12.3%)	9 (4.4%)	2 (1%)	Extremely Severe	
204 (100%)	94 (46.1%)	107 (52.5%)	3 (1.5%)	**Total**	
131 (64.2%)	46 (22.5%)	84 (41.2%)	1 (0.5%)	Normal	مستوى التوتر (P-Value=0.004)
10 (4.9%)	4 (2%)	6 (2.9%)	0 (0%)	Mild	
34 (16.7%)	22 (10.8%)	12 (5.9%)	0 (0%)	Moderate	
22 (10.8%)	18 (8.8%)	3 (1.5%)	1 (0.5%)	Severe	
7(3.4%)	4 (2%)	2 (1%)	1 (0.5%)	Extremely Severe	
204 (100%)	94 (46.1%)	107 (52.5%)	3 (1.5%)	**Total**	

عثرنا على ارتباط كبير بين عدد وجبات الطعام المتناولة يومياً ومشعر كتلة الجسم (P-Value=0.000)، وكان المشاركون الذي يختلف عدد الوجبات لديهم من يوم لآخر (لا يتبعون نظام غذائي محدد) وعددهم 42 (20.6%) أكثر عرضة لزيادة الوزن أو البدانة.

لم يكن هناك ارتباط بين الفئات العمرية ومشعر كتلة الجسم (P-Value=0.8)، ولكن قد يكون التقدم بالعمر مسؤول عن زيادة الوزن أو البدانة، حيث وجدنا 99 طالب (41.6%) ممن يعانون من زيادة الوزن أو البدانة من الفئة العمرية أكثر من 20 سنة، مقابل 3 طلاب غير بدينين (1.5%) من الفئة العمرية تساوي أو أقل من 20 سنة.

وجدنا ارتباط ذو دلالة إحصائية (P-Value=0.000) بين مشعر كتلة الجسم ومستوى **الاكتئاب**، 23 طالب (11.3%) ممن لديهم وزن زائد أو بدانة يعانون من اكتئاب شديد، و20 طالب (9.8%) يعانون من اكتئاب شديد جداً، في المقابل 3 طلاب (1.5%) ممن لديهم نقص وزن يعانون من اكتئاب متوسط.

كان هناك أيضاً ارتباط ذو دلالة إحصائية (P-Value=0.001) بين بين مشعر كتلة الجسم ومستوى **القلق**، 25 طالب (12.3%) ممن لديهم وزن زائد أو بدانة يعانون من مستوى قلق شديد جداً، مقابل طالب واحد (0.5%) لديه نقص وزن يعاني من قلق متوسط، بالتالي يمكن القول بأنَّ زيادة الوزن أو البدانة قد تؤدي إلى القلق.

كما كان هناك ارتباط ذو دلالة إحصائية (P-Value=0.004) بين مشعر كتلة الجسم **والتوتر**، حيث 22 طالب (10.8%) ممن لديهم وزن زائد أو بدانة يعانون من مستوى متوسط من التوتر، وقد يزيد التوتر من خطر زيادة الوزن أو البدانة.

المناقشة (Discussion):

تمَّ إثبات وجود علاقة بين البدانة وال DAS في العديد من الدراسات الرصدية. وتشير النتائج إلى أن البدانة وال DAS ترتبطان بشكل إيجابي. في معظم الدراسات، يكون لدى الأفراد الذين يعانون من البدانة المفرطة احتمالات أعلى بكثير للإصابة باضطرابات ال DAS مقارنة بالأفراد غير المصابين بالبدانة، ومع هذا فإن دليل القوة معتدل [34].

فيما يتعلق بالعلاقة بين أعراض الصحة العقلية وزيادة الوزن/البدانة، قد يكون الجنس عاملاً محتملاً، حيث لوحظ لدى الذكور والإناث استجابات فيزيولوجية مختلفة للتوتر، يكون الذكور أكثر عرضة للإفراط في تناول الطعام والإناث أكثر عرضة لفقد الشهية. قد تكون النساء أكثر عرضة للتأقلم مع الاكتئاب من خلال الأكل العاطفي، بينما قد يكون الرجال أكثر عرضة للتأقلم من خلال الإفراط في شرب الخمر أو السلوكيات الأخرى [41].

كشف التحليل ثنائي المتغير في دراستنا عن وجود ارتباطات كبيرة بين مشعر كتلة الجسم والجنس. حيث عثرنا على ارتباط إيجابي كبير للذكور مع الوزن الزائد والبدانة، وذلك بخلاف ما وجدته معظم الدراسات الطبقية حسب الجنس [35،34]. بالإضافة إلى ذلك، ترتبط متغيرات أخرى، مثل المستوى الاقتصادي بمشعر كتلة الجسم (P-Value=0.003)، حيث من أجابوا "جيد يكفي الأساسيات وبعض الكماليات" كانوا أكثر عرضة لزيادة الوزن.

وجدت دراسة أن الحالة الاجتماعية ترتبط بشكل ملحوظ مع مؤشر كتلة الجسم، ومن الواضح أن الطلاب المتزوجين قد يزيد وزنهم [36]. ولكن لم تجد دراستنا ارتباطاً بين الحالة الاجتماعية ومشعر كتلة الجسم (P-

Value=0.85). كما عثرنا على ارتباط كبير بين عدد وجبات الطعام المتناولة يومياً ومشعر كتلة الجسم (P-Value=0.000)، وكان المشاركون الذي يختلف عدد الوجبات لديهم من يوم لآخر (لا يتبعون نظام غذائي محدد) 42 (20.6%) أكثر عرضة لزيادة الوزن أو البدانة. تعتبر زيادة الوزن والبدانة أكثر انتشاراً بين الأفراد الأكبر سناً [37]. لم نجد في دراستنا ارتباطاً بين الفئات العمرية ومشعر كتلة الجسم (P-Value=0.8).

الاكتئاب اضطراب نفسي حاد يتميز باستمرار انخفاض الحالة المزاجية، وضعف الاهتمام، وبطء التفكير، وانخفاض النشاط الإرادي، وصعوبات النوم أو اضطرابات الشهية، ويؤثر على أكثر من 300 مليون شخص في جميع أنحاء العالم والعدد في تزايد. هناك مجموعة متزايدة من الأبحاث التي تدرك أن المشاعر السلبية مثل القلق والتوتر والاكتئاب لها تأثير سلبي كبير على الصحة والمرض. هناك أيضًا دراسات سريرية ذات صلة تظهر أن البدينين يعانون من درجات متفاوتة من أعراض الاكتئاب. تشير الأدلة الحديثة إلى أن الاكتئاب والبدانة ليسا مرتبطين بشكل مستقل. يمكن أن يكون الاضطرابان مترابطين من خلال حلقة مفرغة يعزز بعضها بعضا من التكيفات الفيزيولوجية غير القادرة على التكيف [42]. وجدنا في دراستنا خلاف ذلك حيث كان هناك ارتباطاً ذو دلالة إحصائية (P-Value=0.000) بين مشعر كتلة الجسم المرتفع ومستوى **الاكتئاب الشديد.**

في دراسة أجراها غاريبي وآخرون عام 2022، ذكروا وجود علاقة إيجابية بين القلق والبدانة من خلال مراجعة منهجية ودراسة تحليل شمولي. من الناحية الفيزيولوجية، فإن الأنظمة الغذائية ذات السعرات الحرارية العالية تضعف آلية تنظيم الخوف التي يتم استحضارها عن طريق تغيرات اللدونة التشابكية في قشرة الفص الجبهي، اللوزة الدماغية، والحصين. تتدخل هذه المناطق في تكوين دوائر عصبية أساسية لتنظيم الخوف.

وجدت دراسة صينية أجريت على طلاب جامعيين [43]، أن القلق المرتبط بالبدانة منتشر بين طلاب الجامعات ويمكن تخفيفه عن طريق تقييد السعرات الحرارية المعتدلة. كان هناك أيضاً في دراستنا ارتباط ذو دلالة إحصائية (P-Value=0.001) بين بين مشعر كتلة الجسم ومستوى **القلق الشديد**.

ترتبط زيادة مستويات الكورتيزول على المدى الطويل، كما يتمُّ قياسها في شعر فروة الرأس، ارتباطاً وثيقاً بالبدانة في منطقة البطن وباضطرابات عقلية محددة. ومع ذلك، ليس كل المرضى الذين يعانون من البدانة المفرطة لديهم مستويات مرتفعة من الكورتيزول. من المحتمل أن يؤدي الاختلاف بين الأفراد في حساسية الستيروئيدات القشرانية السكرية، إلى زيادة التعرض للضغوطات العقلية أو الجسدية. وجدت دراستنا ارتباطاً ذو دلالة إحصائية (P-Value=0.004) بين مشعر كتلة الجسم ومستويات **التوتر المتوسطة**.

قد تختلف قرارات الحياة للأشخاص الذين يعانون من البدانة المفرطة بشكل كبير عن قرارات الأشخاص ذوي الوزن الطبيعي لأن الأفراد الذين يعانون من البدانة المفرطة قد ينظمون حياتهم لتجنب تطور حالات ال DAS.

الخلاصة (Conclusion):

تعدُّ مكافحة البدانة أمراً بالغ الأهمية في سياسة الرعاية الصحية، نظراً لانتشارها المتزايد ومساهمتها في التسبب في العديد من الأمراض الثانوية. ويبدو أنَّ للعوامل الاجتماعية والاقتصادية دورٌ مهم في حدوثها، وقد تؤدي لتطور اضطرابات DAS. وجدنا في دراستنا أنَّ هناك أدلة معتدلة القوة على أن ال DAS والبدانة مرتبطان بشكل إيجابي. كان الذكور يعانون من زيادة الوزن والبدانة أكثر من الإناث، وكان من مستواهم الاقتصادي "جيد" واللذين لا يتبعون نظاماً غائي محدد أكثر عرضة لزيادة الوزن والبدانة، كما وجدنا ارتباط بين الإصابة بالاكتئاب أو القلق أو التوتر ومشعر كتلة جسم عالي.

التوصيات (Recommendations):

يعدُّ تدبير التوتر والقلق والاكتئاب أمراً بالغ الأهمية للصحة العامة، خاصةً للأفراد الذين يعانون من البدانة، فيما يلي بعض الاستراتيجيات المفيدة التي يجب مراعاتها:

- ✓ التواصل مع الآخرين: بناءُ شبكة دعم اجتماعي قوية يمكن أن يخفض مستويات التوتر بشكل كبير، تواصل مع الأصدقاء أو العائلة، إن تبادل الخبرات والمشاعر يمكن أن يوفر راحة عاطفية ويقلل من مشاعر العزلة.
- ✓ اليقظة الذهنية والتأمل: تعمل هذه التقنيات على تعزيز الاسترخاء وتقليل هرمونات التوتر وتعزيز الصحة العقلية.
- ✓ النشاط البدني: ممارسة التمارين الرياضية بانتظام لها فوائد عديدة، فهي تساعد على الحفاظ على الوزن، تقلل من التوتر، وتطلق الإندورفين (معززات المزاج الطبيعية)، ابحث عن نشاط تستمتع به (المشي، السباحة، الرقص).
- ✓ حمية غذائية: غذي جسمك بوجبات متوازنة، تجنب الأكل العاطفي الناجم عن التوتر أو الاكتئاب، اختر الأطعمة الكاملة والفواكه والخضروات والبروتينات الخالية من الدهون، الحد من الأطعمة المصنعة والسكرية.
- ✓ النوم الجيد: أعط الأولوية للنوم الكافي، قلة النوم تؤدي إلى تفاقم التوتر وتؤثر سلباً على الحالة المزاجية، أنشئ روتيناً هادئاً قبل النوم، وتجنب الكافيين في وقت متأخر من اليوم، وتأكد من بيئة نوم مريحة.
- ✓ اطلب المساعدة: لا تتردد في استشارة طبيب نفسي، يمكن للمعالجين أو المستشارين أو الأطباء النفسيين إرشادك من خلال استراتيجيات التكيف أو العلاج السلوكي المعرفي أو الأدوية إذا لزم الأمر.

تذكر أن رحلة كل شخص فريدة من نوعها، ومن الضروري تصميم هذه التوصيات بما يتناسب مع احتياجاتك الخاصة.

اطلب الدعم، وأعط الأولوية للرعاية الذاتية، وكن متعاطفاً مع نفسك، أنت لست وحدك، وهناك موارد متاحة لمساعدتك في طريقك نحو صحة نفسية أفضل.

المراجع (References):

1. Kozlov AI. [Carbohydrate-related nutritional and genetic risks of obesity for indigenous northerners]. Vopr Pitan. 2019;88(1):5-16. [PubMed]
2. Gowd V, Xie L, Zheng X, Chen W. Dietary fibers as emerging nutritional factors against diabetes: focus on the involvement of gut microbiota. Crit Rev Biotechnol. 2019 Jun;39(4):524-540. [PubMed]
3. Holly JMP, Biernacka K, Perks CM. Systemic Metabolism, Its Regulators, and Cancer: Past Mistakes and Future Potential. Front Endocrinol (Lausanne). 2019;10:65. [PMC free article] [PubMed]
4. Akinkuotu AC, Hamilton JK, Birken C, Toulany A, Strom M, Noseworthy R, Hagen J, Dettmer E, Langer JC. Evolution and Outcomes of a Canadian Pediatric Bariatric Surgery Program. J Pediatr Surg. 2019 May;54(5):1049-1053. [PubMed]
5. Després JP, Nadeau A, Tremblay A, Ferland M, Moorjani S, Lupien PJ, Thériault G, Pinault S, Bouchard C. Role of deep abdominal fat in the association between regional adipose tissue distribution and glucose tolerance in obese women. Diabetes. 1989 Mar;38(3):304-9. [PubMed]
6. Fujioka S, Matsuzawa Y, Tokunaga K, Tarui S. Contribution of intra-abdominal fat accumulation to the impairment of glucose and lipid metabolism in human obesity. Metabolism. 1987 Jan;36(1):54-9. [PubMed]
7. Sparrow D, Borkan GA, Gerzof SG, Wisniewski C, Silbert CK. Relationship of fat distribution to glucose tolerance. Results of computed tomography in male participants of the Normative Aging Study. Diabetes. 1986 Apr;35(4):411-5. [PubMed]
8. Ruderman NB, Berchtold P, Schneider S. Obesity-associated disorders in normal-weight individuals: some speculations. Int J Obes. 1982;6 Suppl 1:151-7. [PubMed]
9. Bonora E, Kiechl S, Willeit J, Oberhollenzer F, Egger G, Meigs JB, Bonadonna RC, Muggeo M. Insulin resistance as estimated by homeostasis model assessment predicts incident symptomatic cardiovascular disease in caucasian subjects from the general population: the Bruneck study. Diabetes Care. 2007 Feb;30(2):318-24. [PubMed]
10. Karelis AD, St-Pierre DH, Conus F, Rabasa-Lhoret R, Poehlman ET. Metabolic and body composition factors in subgroups of obesity: what do we know? J Clin Endocrinol Metab. 2004 Jun;89(6):2569-75. [PubMed]
11. Ferrante AW. Obesity-induced inflammation: a metabolic dialogue in the language of inflammation. J Intern Med. 2007 Oct;262(4):408-14. [PubMed]
12. Neels JG, Olefsky JM. Inflamed fat: what starts the fire? J Clin Invest. 2006 Jan;116(1):33-5. [PMC free article] [PubMed]
13. Mercado-Gonzales SI, Carpio-Rodríguez AN, Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Sleep Duration and Risk of Obesity by Sex: Nine-Year Follow-Up of the Young Lives Study in Peru. Child Obes. 2019 May/Jun;15(4):237-243. [PMC free article] [PubMed]
14. Shiozawa B, Madsen C, Banaag A, Patel A, Koehlmoos T. Body Mass Index Effect on Health Service Utilization Among Active Duty Male United States Army Soldiers. Mil Med. 2019 Oct 01;184(9-10):447-453. [PubMed]
15. Al-Nimr RI. Optimal Protein Intake during Weight Loss Interventions in Older Adults with Obesity. J Nutr Gerontol Geriatr. 2019 Jan-Mar;38(1):50-68. [PubMed]

16. Pasarica M, Topping D. An Evidence-Based Approach to Teaching Obesity Management to Medical Students. MedEdPORTAL. 2017 Dec 20;13:10662. [PMC free article] [PubMed]
17. Walsh K, Grech C, Hill K. Health advice and education given to overweight patients by primary care doctors and nurses: A scoping literature review. Prev Med Rep. 2019 Jun;14:100812. [PMC free article] [PubMed]
18. Ball W, Raza SS, Loy J, Riera M, Pattar J, Adjepong S, Rink J. Effectiveness of Intra-Gastric Balloon as a Bridge to Definitive Surgery in the Super Obese. Obes Surg. 2019 Jun;29(6):1932-1936. [PubMed]
19. Klebanoff MJ, Corey KE, Samur S, Choi JG, Kaplan LM, Chhatwal J, Hur C. Cost-effectiveness Analysis of Bariatric Surgery for Patients With Nonalcoholic Steatohepatitis Cirrhosis. JAMA Netw Open. 2019 Feb 01;2(2):e190047. [PMC free article] [PubMed]
20. Monteiro JLGC, Pellizzer EP, Araújo Lemos CA, de Moraes SLD, do Egito Vasconcelos BC. Is there an association between overweight/obesity and dental implant complications? A systematic review and meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg. 2019 Sep;48(9):1241-1249. [PubMed]
21. Barr AC, Lak KL, Helm MC, Kindel TL, Higgins RM, Gould JC. Linear vs. circular-stapled gastrojejunostomy in Roux-en-Y gastric bypass. Surg Endosc. 2019 Dec;33(12):4098-4101. [PubMed]
22. Salik I, Marwaha R. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): Sep 19, 2022. Electroconvulsive Therapy. [PubMed]
23. Singh R, Volner K, Marlowe D. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): Jun 21, 2022. Provider Burnout. [PubMed]
24. Ormel J, Kessler RC, Schoevers R. Depression: more treatment but no drop in prevalence: how effective is treatment? And can we do better? Curr Opin Psychiatry. 2019 Jul;32(4):348-354. [PubMed]
25. Pham TH, Gardier AM. Fast-acting antidepressant activity of ketamine: highlights on brain serotonin, glutamate, and GABA neurotransmission in preclinical studies. Pharmacol Ther. 2019 Jul;199:58-90. [PubMed]
26. Namkung H, Lee BJ, Sawa A. Causal Inference on Pathophysiological Mediators in Psychiatry. Cold Spring Harb Symp Quant Biol. 2018;83:17-23. [PubMed]
27. Mangla K, Hoffman MC, Trumpff C, O'Grady S, Monk C. Maternal self-harm deaths: an unrecognized and preventable outcome. Am J Obstet Gynecol. 2019 Oct;221(4):295-303. [PubMed]
28. Tanner J, Zeffiro T, Wyss D, Perron N, Rufer M, Mueller-Pfeiffer C. Psychiatric Symptom Profiles Predict Functional Impairment. Front Psychiatry. 2019;10:37. [PMC free article] [PubMed]
29. Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. Lancet Psychiatry. 2019 Jun;6(6):538-546. [PubMed]
30. Knappe S, Einsle F, Rummel-Kluge C, Heinz I, Wieder G, Venz J, Schouler-Ocak M, Wittchen HU, Lieb R, Hoye J, Schmitt J, Bergmann A, Beesdo-Baum K. [Simple guideline-oriented supportive tools in primary care: Effects on adherence to the S3/NV guideline unipolar depression]. Z Psychosom Med Psychother. 2018 Sep;64(3):298-311. [PubMed]
31. Saracino RM, Nelson CJ. Identification and treatment of depressive disorders in older adults with cancer. J Geriatr Oncol. 2019 Sep;10(5):680-684. [PMC free article] [PubMed]

32. Hengartner MP, Passalacqua S, Andreae A, Heinsius T, Hepp U, Rössler W, von Wyl A. Antidepressant Use During Acute Inpatient Care Is Associated With an Increased Risk of Psychiatric Rehospitalisation Over a 12-Month Follow-Up After Discharge. Front Psychiatry. 2019;10:79. [PMC free article] [PubMed]
33. Rootes-Murdy K, Carlucci M, Tibbs M, Wachtel LE, Sherman MF, Zandi PP, Reti IM. Non-suicidal self-injury and electroconvulsive therapy: Outcomes in adolescent and young adult populations. J Affect Disord. 2019 May 01;250:94-98. [PubMed]
34. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress scales. Sydney: Psychology Foundation (1995).
35. Nemiary D, Shim R, Mattox G, eta l. The relationship between obesity and depression among adolescents. Psychiatr Ann 42 (2012): 305-308.
36. Becker ES, Margraf J, Türke V, et al. Obesity and mental illness in a representative sample of young women. Int J Obes Relat Metab Disord 25 (2001): S5-S9.
37. Banna MHA, Dewan MF, Tariq MR, et al. Prevalence and determinants of eating disorder risk among Bangladeshi public university students: A cross-sectional study. Health Psychol Res [Internet] (2021).
38. The Association between Obesity and Depression, Anxiety, and Stress Disorders among University Students at Rajshahi City in Bangladesh
39. Koski M, Naukkarinen H. The relationship between stress and severe obesity: A case-control study. Biomed Hub 2 (2017): 1-13.
40. Nagai M, Kuriyama S, Kakizaki M, et al. Effect of age on the association between body mass index and all-cause mortality: the Ohsaki cohort study. J Epidemiol 20 (2010): 398-407.
41. Xie, F., Jiang, L., Liu, Y., Wang, M., Liu, H., Jiang, F., Wu, Y., & Tang, Y. L. (2023). Gender differences in the associations between body mass index, depression, anxiety, and stress among endocrinologists in China. BMC psychology, 11(1), 116. https://doi.org/10.1186/s40359-023-01150-1
42. Fu, X., Wang, Y., Zhao, F., Cui, R., Xie, W., Liu, Q., & Yang, W. (2023). Shared biological mechanisms of depression and obesity: focus on adipokines and lipokines. *Aging*, *15*(12), 5917–5950. https://doi.org/10.18632/aging.204847
43. Wang, J., Ran, X., Ye, J., Deng, R., Dang, W., Fan, Y., Hu, Z., Yang, L., Dong, W., Lv, Y., Lin, K., Li, M., Jiang, Y., & Zheng, R. (2022). Obesity-Associated Anxiety Is Prevalent among College Students and Alleviated by Calorie Restriction. *Nutrients*, *14*(17), 3518. https://doi.org/10.3390/nu14173518
44. van der Valk, E. S., Savas, M., & van Rossum, E. F. C. (2018). Stress and Obesity: Are There More Susceptible Individuals?. *Current obesity reports*, *7*(2), 193–203. https://doi.org/10.1007/s13679-018-0306-y

الملحق (Appendix):

DASS 21 NAME _____ DATE _____

BLACK DOG INSTITUTE

Please read each statement and circle a number 0, 1, 2 or 3 which indicates how much the statement applied to you over the past week. There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any statement.

The rating scale is as follows:

0 Did not apply to me at all - NEVER

1 Applied to me to some degree, or some of the time - SOMETIMES

2 Applied to me to a considerable degree, or a good part of time - OFTEN

3 Applied to me very much, or most of the time - ALMOST ALWAYS

		N	S	O	AA	FOR OFFICE USE D	A	S
1	I found it hard to wind down	0	1	2	3			
2	I was aware of dryness of my mouth	0	1	2	3			
3	I couldn't seem to experience any positive feeling at all	0	1	2	3			
4	I experienced breathing difficulty (eg, excessively rapid breathing, breathlessness in the absence of physical exertion)	0	1	2	3			
5	I found it difficult to work up the initiative to do things	0	1	2	3			
6	I tended to over-react to situations	0	1	2	3			
7	I experienced trembling (eg, in the hands)	0	1	2	3			
8	I felt that I was using a lot of nervous energy	0	1	2	3			
9	I was worried about situations in which I might panic and make a fool of myself	0	1	2	3			
10	I felt that I had nothing to look forward to	0	1	2	3			
11	I found myself getting agitated	0	1	2	3			
12	I found it difficult to relax	0	1	2	3			
13	I felt down-hearted and blue	0	1	2	3			
14	I was intolerant of anything that kept me from getting on with what I was doing	0	1	2	3			
15	I felt I was close to panic	0	1	2	3			
16	I was unable to become enthusiastic about anything	0	1	2	3			
17	I felt I wasn't worth much as a person	0	1	2	3			
18	I felt that I was rather touchy	0	1	2	3			
19	I was aware of the action of my heart in the absence of physicalexertion (eg, sense of heart rate increase, heart missing a beat)	0	1	2	3			
20	I felt scared without any good reason	0	1	2	3			
21	I felt that life was meaningless	0	1	2	3			
					TOTALS			

DASS Severity Ratings

The DASS is a **quantitative** measure of distress along the 3 axes of depression, anxiety[1] and stress[2]. It is not a categorical measure of clinical diagnoses.

Emotional syndromes like depression and anxiety are intrinsically dimensional - they vary along a continuum of severity (independent of the specific diagnosis). Hence the selection of a single cut-off score to represent clinical severity is necessarily arbitrary. A scale such as the DASS can lead to a useful assessment of **disturbance**, for example individuals who may fall short of a clinical cut-off for a specific diagnosis can be correctly recognised as experiencing considerable symptoms and as being at high risk of further problems.

However for clinical purposes it can be helpful to have 'labels' to characterise degree of severity relative to the population. Thus the following cut-off scores have been developed for defining mild/moderate/severe/ extremely severe scores for each DASS scale.

Note: the severity labels are used to describe the full range of scores in the population, so 'mild' for example means that the person is above the population mean but probably still way below the typical severity of someone seeking help (ie it does not mean a mild level of disorder.

The individual DASS scores do not define appropriate interventions. They should be used in conjunction with all clinical information available to you in determining appropriate treatment for any individual.

[1]Symptoms of psychological arousal
[2]The more cognitive, subjective symptoms of anxiety

DASS 21 SCORE

DEPRESSION SCORE	ANXIETY SCORE	STRESS SCORE

	Depression	Anxiety	Stress
Normal	0 - 4	0 - 3	0 - 7
Mild	5 - 6	4 - 5	8 - 9
Moderate	7 - 10	6 - 7	10 - 12
Severe	11 - 13	8 - 9	13 - 16
Extremely Severe	14 +	10 +	17 +