

انتشار الاكتئاب لدى عينة من طلاب الدراسات العليا في كلية الطب البشري في جامعة دمشق وعلاقة ذلك بنوع الاختصاص.

Depression prevalence among a sample of graduate students in the Faculty of Medicine at Damascus University and its relationship to specialty.

بحث علمي أعد في قسم طب الأسرة والمجتمع

في كلية الطب البشري في جامعة دمشق

لنيل درجة الدراسات العليا في طب الأسرة.

إعداد

الدكتورة: شهناز محمد أديب العلبي

إشراف

الأستاذ الدكتور: نزار أبازيد

إهداء

إلى من اشتقت جسده الغائب واثنين بروحه الحاضرة ... إلى أبي ..
إلى من احتضنتني وأحببني ودعمتني وصنعتني بكل تفاصيلي ... إلى أمي
إلى رفيقتي سريري ولعي وماضي وحاضري ومستقبلي .. إلى أختي
إلى عائلتي الثانية ... عمي نذير البحرة .. وزوجته نجاح الدبس ...
إلى من أحبني وألهمني وعلمني ورافق دربي ... إلى زوجي الحبيب
إلى فرحي وابتسامتي وعبق حياتي ... وأملتي وحلمي ... إلى طفلي الحبيب محمد إياد البحرة
إلى نوارتي أسرتي وشمعتي الملونتين إلى فرح الطفولة .. إلى ماسة وماريا بابيل
إلى رفاق الدرب والأيام الجميلة ... إلى رفاق لم يغيرهم الزمن ولا بعد المسافات ... إلى أصدقائي جميعاً ...
إلى أساتذتي ... بحبهم وعطائهم وعلمهم وتفانيهم...

إليكم جميعاً أهدي هذا العمل ...

شهناز ...

انتشار الاكتئاب لدى عينة من طلاب الدراسات العليا في كلية الطب البشري في جامعة دمشق وعلاقة ذلك بنوع الاختصاص.

الملخص

يعد الاكتئاب مرضاً شائعاً في مختلف أنحاء العالم. حيث أن هناك 350 مليون شخص يعانون من آثاره، وقد يؤدي في أسوأ مراحله إلى إقدام الشخص المصاب على الانتحار، وتقدر محاولات الانتحار بحوالي مليون حالة في السنة.

ويعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة لدى الأطباء والعاملين في الحقل الطبي وذلك نتيجة الضغوط الكبيرة التي يعانيها هؤلاء من خلال مسؤوليتهم تجاه حياة المرضى وصحتهم، بالإضافة إلى أسباب أخرى.

أجرينا دراسة مقطعية عرضية على 418 طالباً وطالبة من طلاب الدراسات العليا، من الاختصاصات التالية: النسائية، الباطنة، الجراحة، طب الأطفال، المخبر، التشريح المرضي تم تصنيفهم ضمن نوعين من حيث العلاقة المباشرة مع المرضى إلى: اختصاص سريري / اختصاص غير سريري. أيضاً تمت دراسة طلاب السنتين الأولى والأخيرة من كل اختصاص، وقد قمنا بدراسة العلاقة بين سنة الاختصاص ووجود الاكتئاب وأخيراً قمنا بدراسة العلاقة بين وجود الاكتئاب ونوع الاختصاص سريري/ غير سريري.

لاحظنا ارتفاع انتشار الاكتئاب بين طلاب الدراسات العليا باختصاص الأطفال والجراحة والتوليد وأمراض النساء مقارنة مع طلاب التشريح المرضي والطب المخبري والباطنة، حيث تنخفض لدى هؤلاء، كما لاحظنا في دراستنا ارتفاعاً لانتشار الاكتئاب لدى طلاب السنوات الأولى من مختلف الاختصاصات مقارنة مع السنوات الأخيرة من نفس الاختصاص، وتقارباً لنسب الحدوث عند طلاب الاختصاصات السريرية وطلاب الاختصاصات غير السريرية بشكل عام.

انتشار الاكتئاب لدى عينة من طلاب الدراسات العليا في كلية الطب البشري في جامعة دمشق وعلاقة ذلك بنوع الاختصاص.

المقدمة النظرية

يعد الاكتئاب مرضاً شائعاً في مختلف أنحاء العالم. وبحسب التقديرات هناك 350 مليون شخص يعانون من آثاره. وهو يختلف عن الاستجابات الانفعالية قصيرة الأمد للتحديات التي تواجه المرء في حياته اليومية، فقد يصبح حالة صحية خطيرة ولاسيما عندما يستمر لفترة طويلة، وتتراوح شدته بين الطفيفة والوخيمة، وقد يتسبب في سوء أداء المصاب في العمل والمدرسة وبين أفراد أسرته، وقد يؤدي في أسوأ مراحلها إلى إقدام المصاب على الانتحار [Anonymous,2012 a].

ويتزايد عبء الاكتئاب على مستوى العالم، واعترافاً منها بذلك دعت جمعية الصحة العالمية في أيار/ مايو 2012 إلى استجابة شاملة ومُنسّقة للاضطرابات النفسية على مستوى البلدان. ويتصف الاكتئاب بأعراض من الحزن ونقص الشعور بالمتعة والشعور الدائم بالذنب، أو نقص في تقدير الذات بالإضافة إلى اضطرابات في النوم والشهية ونقص في الطاقة والتركيز، وقد يكون هذا الاضطراب مزمنًا أو ناكسًا. [Anonymous,2013a]

تعريف الاكتئاب

الاكتئاب هو المرض الذي يصيب الجسم والمزاج والأفكار ويؤثر على الطريقة التي كان الشخص يأكل وينام ويعبر عن نفسه بها وطريقة تفكيره بالأشياء. لا يعد الاكتئاب اضطراب مزاج عابر، وهو ليس علامة ضعف الشخصية، كما أن الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب لا يمكن لهم المضي بأنفسهم قدماً من دون علاج.

تشمل علامات وأعراض الاكتئاب فقدان الاهتمام بالأنشطة التي كانت مثيرة للاهتمام سابقاً بما في ذلك الجنس، وفقدان الشهية، مع فقدان الوزن، أو الإفراط في تناول الطعام، مع زيادة الوزن، وفقدان التعبير العاطفي، القلق، مشاعر اليأس، والتشاؤم، والشعور بالذنب، التفاهة أو العجز، الانسحاب الاجتماعي، التعب غير الاعتيادي، ومستوى الطاقة المنخفض، اضطراب النوم والأرق، والاستيقاظ في الصباح الباكر أو

إطالة النوم، صعوبة في التركيز والتذكر، أو اتخاذ القرارات، التهيج، ومشاكل جسدية مثل الصداع المستمر، واضطرابات في الجهاز الهضمي، أو الألم المزمن المعند على العلاج، والتفكير في الموت أو الانتحار أو محاولات الانتحار [Drydn et al,2012].

• أعراض الاكتئاب [DSM-V, American Psychiatric Association]

يتصف الاكتئاب الكبير بخمسة أو أكثر من الأعراض التالية

- اعتلال الحالة المزاجية معظم اليوم كالشعور بالحزن أو الفراغ أو البكاء أحياناً
- تضائل الاحساس بالمتعة.
- فقدان وزن كبير مع عدم اتباع نظام غذائي، أو زيادة الوزن (على سبيل المثال تغيير أكثر من 5% من وزن الجسم خلال شهر واحد)، نقصان أو زيادة في الشهية.
- الأرق أو فرط النوم يومياً.
- الهياج أو زيادة الفعالية النفسية (ملاحظة من قبل الآخرين وليست مجرد مشاعر عند الشخص).
- التعب أو فقدان الطاقة بشكل يومي تقريباً.
- الشعور بعدم القيمة أو الشعور بالذنب المفرط.
- تضائل القدرة على التفكير أو التركيز.
- التفكير المتكرر بالانتحار.

يمكن أن تكون نوبات الاكتئاب تكون طويلة أو متكررة، ويضعف الاكتئاب الوخيم إلى حد كبير قدرة الفرد على العمل في العمل أو المدرسة أو التعامل مع الحياة اليومية. والاكتئاب يمكن أن يؤدي إلى الانتحار. أما الحالات الخفيفة يمكن علاجها بدون أدوية ولكن عندما يكون الاكتئاب معتدلاً أو وخيماً فقد يحتاج المريض إلى الدواء والعلاجات السلوكية الحديثة [Anonymous,2012b] ويمكن أن تستمر الأعراض لأسابيع أو أشهر أو سنوات.

يعاني 17 ٪ من الأشخاص في العالم من الاكتئاب في مرحلة ما من حياتهم، وإن ما يقدر بنحو 19 مليون شخصاً في الولايات المتحدة يعانون من الاكتئاب، وهو أكثر شيوعاً في النساء من الرجال، وإن 25٪ من النساء اللواتي يعانين من اكتئاب حاد يتطلبن علاجاً لمرة واحدة على الأقل خلال حياتهن [Conrad,et al,2008].

وهناك العديد من أشكال الاضطراب الاكتئابي، والأكثر شيوعاً منها هو الاضطراب الاكتئابي الكبير (Major depressive disorder) واضطراب المزاج الجزئي (Dysthymic disorder)

يتصف الاضطراب الاكتئابي الكبير - ويدعى أيضاً الاكتئاب الكبير - بمزيج من الأعراض والعلامات التي تؤثر على قابلية الفرد للعمل، الدراسة، الأكل، والاستمتاع بالنشاطات المبهجة، والاكتئاب الكبير يعيق الشخص عن التفاعل بشكل طبيعي، وربما تحصل نوبة الاضطراب الكبير لمرة واحدة خلال حياة الفرد ولكنها غالباً ما تؤثر على حياة الفرد بشكل عام.

أما اضطراب عصاب الاكتئاب - ويدعى أيضاً الاكتئاب الجزئي - (dysthymia) فإنه يتصف بفترات طويلة من الإصابة (قد تمتد لسنتين أو أكثر) لكن بأعراض أخف حيث أنها لن تعيق الفرد خلال حياته لكنها قد تمنعه من التفاعل بشكل طبيعي أو الشعور بشكل جيد. ويمكن أن يتعرض الشخص المصاب بالاكتئاب إلى نوبة اكتئاب كبير أو أكثر خلال حياته.

وهناك بعض أشكال الاكتئاب التي تختلف قليلاً عن تلك المذكورة أعلاه، وهي قد تحدث بتأثير ظروف خاصة وفريدة وقد اختلف العلماء في تصنيف تلك الأنواع والتي تتضمن:

1. الاكتئاب الذهاني: وهنا يترافق المرض الاكتئابي الحاد بأعراض ذهانية كالانسحاب من الواقع، الإهلاسات والأوهام.

2. اكتئاب ما بعد الولادة: وغالباً ما يحدث بعد الولادة الأولى.

3. الاضطرابات الانفعالية الموسمية: والتي ترافق حدوث الاكتئاب خلال فصل الشتاء، وتخف في فصل الربيع أو الصيف وهذا النوع من الاكتئاب قد لا يستفيد على العلاجات الخفيفة لوحدها بل يتطلب مضادات الاكتئاب ومشاركة للعلاجات النفسية والسلوكية الأخرى. [NIH Publication,2007].

كما يصنف الاكتئاب أيضاً إلى:

● **الاكتئاب أحادي القطب:** في شكله النموذجي يكون الشخص المصاب في مزاج منخفض، وعموماً فإن كثيراً من الناس الذين يعانون من الاكتئاب يعانون أيضاً من أعراض القلق واضطراب النوم والشهية، وربما لديهم مشاعر الذنب أو انخفاض تقدير الذات، وضعف التركيز وأعراض غير مفسرة طبيياً بأي مرض عضوي. [Anonymous,2012a].

ويظهر الفرد المصاب بنوبة اكتئاب خفيفة بعض الصعوبة في الاستمرار في العمل العادي

والأنشطة الاجتماعية، ولكنه ربما لن يتوقف عن العمل تماماً. أما خلال نوبة اكتئاب شديدة فإنه من المحتمل جداً أن المصاب لن يكون قادراً على الاستمرار بالحياة الاجتماعية والعمل أو الأنشطة الاعتيادية إلا على نطاق محدود جداً. [Anonymous,2012a]

- **اضطراب المزاج ثنائي القطب:** هذا النوع من الاكتئاب يتكون عادة من نوبات من المزاج المرتفع ونوبات من المزاج المنخفض بالإضافة إلى فترات من المزاج الطبيعي، ويمكن أن يسمى أحياناً اضطراب الهوس الاكتئابي، وتتصف نوباته بانطوائية أو عصبية المزاج، والإفراط في النشاط وتضخم تقدير الذات وانخفاض الحاجة الى النوم [Anonymous,2012a].

أسباب الاكتئاب

تتدخل العوامل الاجتماعية والنفسية والبيولوجية في إمراضية الاكتئاب، كذلك يتدخل العامل الوراثي في 80% من إمراضيته، ويمكن للاكتئاب بدوره أن يؤدي إلى مزيد من التوتر النفسي والخلل الوظيفي في أجهزة الجسم. وهناك علاقة وثيقة أيضاً بين الاكتئاب والصحة الجسدية، فعلى سبيل المثال يمكن أن تؤدي أمراض القلب والأوعية الدموية إلى الاكتئاب والعكس بالعكس [Anonymous,2012b].

وقد يؤثر الاكتئاب في اضطرابات جسدية أخرى مثل السرطان والسكري والربو ويتأثر بها، فقد يكون الاكتئاب علامة على الإصابة بمرض من أمراض الجسد، وربما يكون نتيجة للإصابة بهذه الأمراض أو نتاجاً لآثار تتفاعل مع بعضها البعض. كما ترتفع معدلات الوفيات بين الأشخاص المصابين باضطرابات الصحة النفسية، فمثلاً يرتفع خطر تعرض المصابين بالاكتئاب الكبير (الكآبة الحادة) للوفاة بنسبة 40% عن عموم السكان، ويرجع السبب في ذلك في أغلب الأحيان إلى المشكلات الصحية الجسدية التي يعاني منها المصابون بالاكتئاب (مثل الإصابة بالسرطان، والسكري، وعدوى فيروس العوز المناعي البشري)، فضلاً عن العواقب الوخيمة كالانتحار الذي يُعد ثاني أكثر أسباب الوفاة شيوعاً في أوساط الشباب في جميع أنحاء العالم [Anonymous,2012d].

وتثبت التجارب أن برامج الوقاية تحدّ من الإصابة بالاكتئاب. وهناك نهج مجتمعية فعالة للوقاية من الاكتئاب، وتتضمن هذه النهج برامج تركز على المدرسة للحيلولة دون تعرض الأطفال للأذى، أو برامج تهدف إلى تعزيز المهارات الاجتماعية والمعرفية ومهارات حل المشكلات لدى الأطفال والمراهقين. كما أن التدخلات التي تستهدف آباء الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية قد تقلل أعراض الاكتئاب عند

الوالدين وتؤدي إلى نتائج أفضل لأطفالهم. وفي السياق ذاته، فإن إدراج التعرف المبكر على الاكتئاب وتدبيره في الرعاية الصحية العامة باستخدام منهج حيوي ونفسي واجتماعي يساعد على تحسين جودة حياة الأفراد وذويهم، ليس هذا فحسب بل ويقلل من العبء الاجتماعي والاقتصادي الواقع على كاهل المجتمعات والأنظمة [Anonymous,2012d].

وقد أطلقت منظمة الصحة العالمية مؤخراً بروتوكولات لتدبير الاضطرابات النفسية الشائعة التي تشمل الاكتئاب، وتأتي هذه البروتوكولات ضمن برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية الذي يتوجه إلى العاملين الصحيين من غير الاختصاصيين في مجال الصحة النفسية. ويتألف العلاج الموصى به لحالات الاكتئاب المتوسط والشديد من الدعم النفسي الأساسي مقروناً بتناول أدوية مضادة للاكتئاب أو العلاج النفسي.

وقد تم التركيز على موضوع الاكتئاب في اليوم العالمي للصحة النفسية بهدف إذكاء الوعي العام بهذه القضية من قضايا الصحة النفسية. ومن المتوقع أن يُركّز الانتباه على الاكتئاب باعتباره أحد قضايا الصحة العمومية الرئيسية التي لا تكفي الجهود المبذولة حالياً للتصدي لها ومجابهتها، كما يهدف إلى جذب الموارد اللازمة لخدمات الوقاية من الاكتئاب وعلاجه والتوعية به [Anonymous,2012d].

وفيما يلي شرح مبسط ومختصر للأسباب المحتملة للاكتئاب: [NIHPablication,2007]

ليس هناك من سبب معروف واحد للاكتئاب، وإنما يرجح حدوثه إلى مجموعة من العوامل البيئية والنفسية والجينية الوراثية والكيميائية الحيوية، حيث تشير البحوث إلى أن أمراض الاكتئاب تتعلق بالدماغ، فقد أظهر تصوير الدماغ بالرنين المغناطيسي أن أدمغة المصابين بالاكتئاب تبدو مختلفة عن أدمغة الأشخاص الطبيعيين، وأن الأجزاء من الدماغ المسؤولة عن تنظيم المزاج والتفكير والنوم والشهية والسلوك تعمل عندهم بشكل غير طبيعي، كما أن النواقل العصبية في الدماغ تبدو دونما توازن.

تميل بعض أنواع الاكتئاب للظهور في الأسرة الواحدة مما يشير إلى رابط وراثي. وتشير الأبحاث إلى ازدياد خطر حدوث الاكتئاب لدى تضافر تأثير جينات متعددة تعمل جنباً إلى جنب مع البيئة وعوامل أخرى متعددة. بالإضافة إلى ذلك فإن تعرض الإنسان للصدمة كفقْدان أحد أفراد أسرته أو أية حالة ضاغطة أخرى قد يؤدي إلى الاكتئاب.

علاج الاكتئاب

1. العلاج الدوائي:

وتشمل الأدوية المستخدمة لعلاج الاكتئاب ما يلي: [Halverson et al,2014]

- I. مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية.
- II. مثبطات السيروتونين افراز /التقاط. (Fluoxetine)
- III. مضادات الاكتئاب غير النمطية.
- IV. مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات. (imipramine)
- V. مثبطات أوكسيداز أحادي الأمين (مثبطات المونوأمينو أوكسيداز).

توصف مضادات الاكتئاب لتصحيح الاختلالات في مستويات المواد الكيميائية في الدماغ (السيروتونين، الكاتيكولامينات، الإندروفينات، الغابا)، وقد تعطي بعض التحسن خلال الأسبوع الأول أو الثاني من العلاج وقد لا تتحقق الفوائد الكاملة لمدة أيام أو أشهر [Anonymous,2013c].

إذا كان المريض يشعر بتحسن ضئيل أو معدوم بعد عدة أسابيع من العلاج يمكن للطبيب النفسي المعالج تغيير جرعة الدواء أو إضافة أو استبدال أدوية أخرى مضادة للاكتئاب [Anonymous,2013c]، وعادة ما يوصي الأطباء النفسيون المرضى بالاستمرار بتناول الدواء لمدة ستة أشهر أو أكثر بعد تحسن الأعراض [Anonymous, 2013c]، وبعد سنتين من الإصابة يمكن اقتراح العلاج بجرعات الصيانة على المدى الطويل لتقليل خطر الهجمات المقبلة [Anonymous, 2013c].

2. العلاج النفسي: [Halverson et al,2014]

غالباً ما يوصى في الحالات الخفيفة بالتدخلات النفسية والاجتماعية وعلاجات الخط الأول، حيث تدعم الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) هذا النهج، ولكنها تلاحظ أن الجمع بين العلاج النفسي مع الأدوية المضادة للاكتئاب قد يكون أكثر ملاءمة للمرضى الذين يعانون من اضطرابات اكتئابية طفيفة إلى اضطرابات اكتئابية وخيمة. وقد تستخدم أحياناً هذه الطريقة (العلاج النفسي) وحدها لعلاج الاكتئاب الخفيف، أما بالنسبة إلى الاكتئاب الوخيم فغالباً ما يتم استخدامها كمشاركة مع الأدوية المضادة للاكتئاب [Anonymous,2013c].

قد لا تتضمن هذه الطريقة العلاج النفسي للمريض فقط ولكن يمكنها أن تشمل الوسط المحيط، فعلى سبيل المثال يمكن أن يساهم العلاج الأسري أو علاج الأزواج في معالجة بعض الحالات الأخرى [Anonymous,2013c]. في حين ينطوي العلاج الجماعي على معالجة المرضى الذين يعانون من أمراض مماثلة اعتماداً على شدة الاكتئاب، ويمكن للعلاج أن يستغرق بضعة أسابيع أو أكثر، وفي كثير من الحالات يمكن ملاحظة وجود تحسن كبير خلال 10 إلى 15 جلسة [Anonymous,2013c].

3. العلاج بالتخليج الكهربائي:

العلاج بالتخليج الكهربائي (ECT) هو علاج فعال جداً للاكتئاب، وتشمل مؤشرات الحاجة إلى ECT على ما يلي:

- الحاجة إلى استجابة سريعة للعلاج.
- تاريخ استجابة جيدة لل ECT .
- تفضيل المريض.
- مخاطر عالية من الانتحار.
- مخاطر عالية من المراضة والوفيات الطبية.
- تقنيات التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة.

مقياس سنوات العمر المصححة للعجز (دالي)

يعد الاكتئاب مشكلة صحية هامة لأنه يؤثر بشكل أساسي على جودة حياة الفرد ويضعف قدرته على التكيف مع الحياة اليومية، وتتأثر خطورته من كونه عندما يكون وخيماً قد يؤدي للانتحار حيث أن 90% من الأشخاص المتوفين بانتحار لديهم سوابق اكتئاب طويل الأمد [Anonymous,2013f].

وتقيس منظمة الصحة العالمية عبء الأمراض بمقياس (دالي) (DALY)، وهو يقيس العبء والعجز بسبب المرض، أو سنوات العمر المصححة للعجز، ويُعبّر عنه بعدد السنوات الضائعة من العمر بسبب اعتلال الصحة أو الإعاقة أو الوفاة المبكرة. وقد طُور أساساً من قبل منظمة الصحة العالمية، وأصبح شائعاً بشكل متزايد في مجال الصحة العمومية وتقييم الأثر الصحي (HIA) (Health impact Assessment).

لأنه يوسّع مفهوم السنوات المحتمل خسارتها من الحياة بسبب الموت المبكر ليشمل عدد السنوات المكافئة من الحياة الصحية التي فقدتها الفرد بسبب تواجده في الدول النامية صحياً.

وقد أظهر ترصد الصحة العقلية العالمي في 17 بلداً أن معدل 20/1 من الأشخاص قد تعرضوا إلى شكل ما من أشكال الاكتئاب خلال السنوات السابقة، وبما أن الأعراض الاكتئابية غالباً ما تظهر في عمر باكر وهي تنقص من فعالية الفرد، فإن الاكتئاب يُعتبر المسبب الرئيسي للعجز حول العالم [Marus et al,2012].

أهمية دراسة ظاهرة الاكتئاب [Anonymous,2012e]

يعد الاكتئاب مشكلة صحية هامة لأنه يؤثر بشكل أساسي على جودة حياة الفرد ويضعف قدرته على التكيف مع الحياة اليومية، ويعتبر الاكتئاب من بين الأسباب العشرة الرئيسية لسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز عالمياً وإقليمياً، ومن المتوقع أن يكون من الأسباب الثلاثة الأولى لسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز بحلول عام 2030، وإن الأشخاص الذين يعانون من حالات مزمنة بما في ذلك الأمراض غير السارية والعجز هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب مقارنة مع عامة السكان. وفي ضوء هذه الموجودات فإن الاكتئاب واحد من الحالات ذات الأولوية التي تم تحديدها للإدراج ضمن حزمة خدمات الصحة النفسية.

انتشار ظاهرة الاكتئاب

يعتبر الاكتئاب الكبير من أهم الأسباب المؤدية إلى الإعاقة في جميع أنحاء العالم، وحسب منظمة الصحة العالمية فإنه يعتبر رابع سبب للعجز حول العالم، وبحلول عام 2020 سيصبح السبب الثاني للعجز حول العالم، لكن البيانات الوبائية ليست متوفرة لجميع البلدان وعلى وجه الخصوص للبلدان ذات الدخل المنخفض، وتبين الدراسات أن متوسط تفشي الاكتئاب خلال سنة واحدة كان 3.2% من المشاركين دون إصابتهم بمرض جسدي، وتتراوح من 9.3% لتصل إلى 23.0% من المشاركين مع إصابتهم بأمراض مزمنة، وإن نسبة تفشي الاكتئاب خلال سنة واحدة في البلدان ذات الدخل المرتفع تقارب من 14% إلى نسبة 11.1% في البلدان ذات الدخل المنخفض، و5.9% في البلدان ذات الدخل المتوسط

[Bromet et al, 2011]. وبلغت نسبة العجز الوظيفي الذي يسببه الاكتئاب لدى الإناث المصابات إلى نسبة الذكور المصابين 1/2 في البلدان ذات الدخل المرتفع. وقد أظهرت بعض الدراسات أن معدلات المسح لانتشار الاكتئاب الكبير وصلت إلى 30% من العينات المستطلعة في اليابان والهند، وإلى أكثر من 60%

في فرنسا وأمريكا والبرازيل وأوكرانيا. ولقد كان معدل البقيا لدى الأشخاص المصابين بالاكتئاب في البلدان ذات الدخل المرتفع (أمريكا، نيوزيلندا، فرنسا) أعلى من معدلات البقيا للأشخاص المصابين في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض (الهند، المكسيك، جنوب إفريقيا) [Bromet et al, 2011]. كما يعد الاكتئاب والعقاييل الناجمة عنه مشكلة رئيسية هامة في المجتمعات الصناعية خاصة [Ikeda et al, 2013].

انتشار ظاهرة الاكتئاب لدى طلاب الدراسات العليا في الاختصاصات الطبية

يعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة عموماً حسب ما ذكرناه في الفقرة السابقة، وهو شائع أيضاً لدى الأطباء خاصة خلال فترة التدريب السريري (الاختصاص) [Kumar et al, 2012]، وتشير دراسة أجريت في قسم الطب النفسي في جامعة هاواي في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2004/2003 على (2000) طالب طب ومقيم للاختصاص إلى إصابة 12% منهم باكتئاب كبير، و 9.2% باكتئاب معتدل مع فروق متميزة حسب الجنس، حيث لوحظت إصابة النساء بشكل أكبر، وهذا ما أظهرته دراسة أجريت سنة 2005، وقد تناولت هذه الدراسة معدلات انتشار بعض الاضطرابات النفسية لدى الأطباء، وقد كان من بين تلك الاضطرابات النفسية الاكتئاب [Dyrbye et al, 2005]. حيث أظهرت تلك الدراسة ارتفاعاً في معدلات انتشار الاكتئاب بين المتدربين السريريين إلى 27% من مجموع الأطباء. وقد لوحظت زيادة انتشاره عند الطبييات أكثر من الأطباء حيث بلغت النسبة 51%، إضافة إلى فروقات إحصائية بين إصابة الطلاب البيض والسود، حيث ترتفع معدلات الإصابة بين الطلاب السود عنها لدى الطلاب البيض [Goebert et al, 2009].

وربما يكون ذلك نتيجة للضغوط الكبيرة التي يعانيها الأطباء [Haddad J, 2011] وذلك من خلال مسؤوليتهم تجاه حياة المرضى وصحتهم وعدم القبول بحدوث أخطاء طبية، بالإضافة إلى ساعات طويلة من تلقي المحاضرات، والكم الكبير من المعلومات والخبرة اللازم تعلمها، والاحتكاك مع المرضى لساعات طويلة قد تصل إلى 14 ساعة، وأيضاً نتيجة لبعض المواقف العدائية داخل الفريق الطبي الواحد أو بين الفرق الطبية والمجموعات المختلفة والتي يمكن أن تؤدي إلى اختلافات في تقييم الحالات المرضية، وبالتالي إلى خلافات بين الأطباء قد تتسبب بضغوط نفسية معينة لديهم أحياناً. وقد يعجز الطالب أو المتدرب عن تقديم نفسه كطبيب ناجح بالصورة الصحيحة مما يؤدي به إلى أن يكون الحلقة الأضعف (كبش فداء) ضمن الفريق الطبي مما يتسبب له بالضيق، كذلك بالإضافة إلى عدم انتظام أوقات حاجة المرضى للأطباء،

إذ أن المريض قد يحتاج الطبيب في أي وقت وهذا ما يتسبب في عدم حصول الطبيب على أوقات راحة كافية [Merry et AL,2000].

تأثير الاكتئاب على جودة حياة أطباء الدراسات العليا

قد يؤثر الاكتئاب على جودة حياة أطباء الدراسات العليا من حيث الأداء الطبي وتقدير الذات ومهارات التواصل الاجتماعي لديهم، حيث تذكر بعض الدراسات [Mukhtar et al,2010] أن إصابة طلاب الطب وطلاب الاختصاصات الطبية بالاكتئاب قد يؤثر على نوعية حياتهم وصحتهم النفسية، وربما يتعلق ذلك بمدى سوائهم النفسي السابق وبالضغوط التي يتعرضون لها، إضافة إلى مستوى تحصيلهم الأكاديمي. كما أظهرت تلك الدراسة [Mukhtar et al,2010] علاقة سلبية بين الاكتئاب ونشاط الشخص، وعلاقة إيجابية بين جودة حياة الشخص ونشاطه.

كما بينت تلك الدراسة أن التدخل التربوي كتدريب الطلاب على تدبير الكرب (stress) لديهم ربما يحرز تقدماً إيجابياً في تحسين الصحة النفسية لديهم، كما أن إجراءات المراقبة الجيدة التي يمكن أن يقوم بها الخبراء النفسيون ومقدمو الرعاية الصحية قبل حدوث الاكتئاب لدى الطلاب قد تضبط حصول الاكتئاب لديهم [Mukhtar et al,2010]. كما أن حدوث الاكتئاب لدى هؤلاء الطلاب قد يؤثر سلباً على علاقاتهم مع الهيئة التدريسية في الجامعة وعلى رعايتهم الطبية للمرضى، وفي نهاية المطاف على ثقافة المهنة الطبية [Dyrbye et al,2005].

تشير الأدبيات إلى اهتمام واضح بموضوع انتشار الاكتئاب لدى طلاب الطب، فقد ذكرت دراسة أجريت في البرازيل بين طلاب اختصاص الأنف والأذن والحنجرة إلى أن الذكور كانوا أفضل من الإناث حسب المقاييس النفسية، وأن الفرق الإحصائي الهام كان موجوداً بين طلاب السنة الأولى مقارنة مع السنة الثانية، حيث كان طلاب السنة الثانية أفضل نفسياً حسب المقاييس المستخدمة [Rezende et al,2011].

وتذكر دراسة أخرى أجريت في تركيا على 192 طبيباً عاملاً في وحدات الإسعاف التابعة للمشفى الجامعي والمشافي الخاصة في مدينة (دينيزلي) التركية ازدياد معدل انتشار الاكتئاب لدى الأطباء العاملين في وحدات الإسعاف وأنها ربما تؤدي إلى خلل في الأداء المستقبلي للطبيب [Aergin et al,2006]. كما أظهرت دراسة أخرى مجراة في كلية الصحة العامة على (4402) طالباً من مقيمي الجراحة في الولايات المتحدة الأمريكية أن 85% منهم ذكر أنه راضٍ عن اختصاصه، أما 15% فإنه غير راضٍ

ويشعر بالقلق بشأن توفير وادخار ما يكفي من المال كجراح، والتثلث منهم قالوا إن عملهم يؤثر سلباً على حياتهم الأسرية [Yeo et al,2009].

ووجدت دراسة أخرى أجريت في اليابان على طلاب الدراسات العليا في الاختصاصات الطبية أعراضاً اكتئابية في 29% من طلاب الاختصاص في السنة الأولى و 27% من طلاب السنة الثانية وذلك دون التطرق إلى نوع الاختصاص، حيث وجدت أن عدم التناسب بين المجهود والأجر وانخفاض الدعم الاجتماعي كانا مترافقين مع زيادة الأعراض الاكتئابية بين الطلاب [Sakata et al,2008].

وقد أشارت دراسة أجريت على جميع طلاب الطب في جامعة مينشغان عام 2009 عبر استبيان منشور على شبكة الانترنت إلى إصابة نسبة عالية منهم بالاكتئاب، ويعزى ذلك إلى الخوف من الوصمة (stigmatization) التي يظن طلاب الطب أنهم سيتعرضون لها في حال طلبهم للمشورة النفسية مما يجعلهم يعزفون عن طلب تلك المشورة.

وتزداد نسب حدوث الاكتئاب تبعاً لتزايد الخوف من حدوث الوصمة خاصة لدى طلاب السنوات المتقدمة، حيث أن طلب الرعاية والمشورة النفسية سيجعلهم يبدون أقل ذكاءً أمام بقية الطلاب، وتختلف تلك النسب أيضاً حسب الجنس حيث أنها تزداد لدى الطبيبات الإناث أكثر من الأطباء الذكور.

وهكذا فإن جميع الدراسات أشارت بشكل أو بآخر لأهمية المشكلة والعوامل التي ترتبط بوجودها [Thomas et al,2010]. وقد اقترحت بعض الدراسات أسباباً أخرى للاكتئاب لدى طلاب الطب منها تزايد العزلة الاجتماعية المرتبطة بالتعليم الطبي والتدريب والممارسة الطبية، وميل الأطباء أن يكونوا حاسمين مع أنفسهم وإلقاء اللوم على أنفسهم غالباً، وفي ضوء معدلات مرتفعة من الانتحار بين الطبيبات اقترح بعض الباحثين أن التحرش في مكان العمل قد يكون له دور في ذلك [Pauline et al,2010]، إضافة إلى تخوفات طلاب الطب من المستقبل خاصة في ظل وجود تنافسية كبيرة بينهم ووجود مبدأ (البقاء للأفضل) في أذهانهم، أو حتى بينهم وبين أساتذتهم الذين قد يخشون منافسة طلابهم لهم بعد التخرج والممارسة السريرية مما قد يؤدي إلى عدم التشجيع الكافي للطلاب من قبل أساتذتهم [Pauline et al,2010].

من بين الدراسات العديدة التي تناولت موضوع انتشار الاكتئاب لدى الأطباء وطلاب الطب لفتت انتباهي دراسة أجريت في قسم الطب الوقائي والاجتماعي في معهد جواهر للدراسات العليا والأبحاث الطبية في (بودوتشيري) في الهند، ونُشرت في المجلة النفسية الهندية عام 2012 حيث تم تقييم عينة عشوائية طبقية

مؤلفة من 400 طالباً باستخدام مقياس الاكتئاب (بيك) من قبل الباحثين، حيث تم تقييم العوامل الاجتماعية مثل تعاطي الكحول وإدمان المخدرات، والمشاكل الأسرية، ووجود قصة عائلية للاكتئاب، والبقاء بعيداً عن المنزل وذلك عن طريق التحليل أحادي المتغير [Kumar et al,2012]. حيث أظهرت تلك الدراسة انتشار الاكتئاب لدى الإناث بنسبة أعلى منه لدى الذكور، وقد كان معدل انتشار الاكتئاب أقل نسبياً بين طلاب السنوات الأولى والثانية من طلاب الطب، وقد كان انتشار الاكتئاب أكثر بكثير بين الطلاب الذين يعانون من مشاكل أسرية وقصة عائلية للاكتئاب.

ومن بين الدراسات التي تناولت موضوع انتشار الاكتئاب لدى طلاب الطب والمتدربين السريريين في البيئة العربية دراسة أجريت على طلاب كلية الطب في جامعة المنصورة في مصر، وطلاب كلية الطب في جامعة الملك فيصل في السعودية، وذلك لمقارنة انتشار الاكتئاب بين طلاب الكليتين، وهي من أقرب الدراسات العربية التي تناولت موضوعاً مشابهاً لموضوع دراستي، وقد أحببت ذكرها في هذا الموقع [El-Gilany,et al,2008].

القسم العملي

أولاً - أساس البحث

تتوجه هذه الدراسة بشكل خاص إلى فئة طلاب الدراسات العليا في مرحلة الاختصاص الطبي بعد التخرج من كلية الطب البشري في مشافي وزارة التعليم العالي في جامعة دمشق، وهي فئة من المجتمع قد تكون معرضة لهذا الاضطراب النفسي بشكل كبير في الوقت الذي تعد هذه الشريحة هامة جداً كونها تمثل شريحة مقدمي الخدمة الطبية مستقبلاً في سورية، ومن الهام تقصي تأثير وجود الاكتئاب على المهارة الطبية والتحصيل والأداء الطبي.

ثانياً - أهداف البحث

1- الهدف الرئيسي:

دراسة انتشار الاكتئاب بين طلاب الدراسات العليا في الاختصاصات التالية (الأمراض الباطنة – الأمراض النسائية والتوليد – طب الأطفال – الجراحة – المخبر – التشريح المرضي) وذلك في العام الدراسي

2012 - 2011

2- الأهداف الفرعية:

دراسة علاقة نوع الاختصاص وسنة الاختصاص بالاكتئاب في عينة الدراسة.

ثالثاً - المواد والطرائق

أجريت دراستنا المقطعية العرضية على عينة من طلاب الدراسات العليا وقد تم تحري وجود علاقة الاكتئاب بنوع الاختصاص الطبي. وتم التطرق إلى علاقة سنة الاختصاص بوجود الاكتئاب تمهيداً لدراسات أخرى قد تتناول علاقة السنة الدراسية بوجود الاكتئاب لدى طلاب الدراسات والعوامل المؤثرة بذلك.

1- تصميم الدراسة

الدراسة هي من نمط الدراسات المقطعية العرضية (Cross-Sectional Study).

2- مكان وزمان الدراسة

أجريت الدراسة في مدينة دمشق في كل من مشافي: الموساة والأسد الجامعي والأطفال والتوليد التابعة لوزارة التعليم العالي. وقد كانت فترة جمع البيانات من تموز 2012 إلى تشرين الأول 2012.

3- جبهة الدراسة وطريقة الاختيار

شملت الدراسة طلاب الدراسات العليا في كلية الطب البشري في جامعة دمشق في المشافي المذكورة سابقاً وذلك باختصاصات: الأمراض الباطنة - طب الأطفال - الجراحة - التشريح المرضي - المخبر - الأمراض النسائية والتوليد. وقد شملت معايير الدخول طلاب السنوات الأولى والأخيرة من كل اختصاص من الاختصاصات المذكورة سابقاً باعتراف ملاءمة. حيث قمنا بزيارة الأقسام الطبية عدة مرات وقابلنا الطلاب الموجودين في أقسامهم في تلك المرات ولكن نسبة تغطية الطلاب كانت بحدود (85-90) % بسبب غياب بعضهم في أكثر من مناسبة.

وقد تم استجواب عينة من الطلاب في السنتين الأولى والأخيرة من كل الاختصاصات المذكورة سابقاً. وقد تم استبعاد الاستبيانات التي لم يحدد فيها الطالب سنة اختصاصه عندما قمنا بدراسة علاقة الاكتئاب بسنة الاختصاص.

تم تصميم الدراسة بحجم عينة (n=418) طالباً وطالبة من طلبة الدراسات العليا، حيث اعتمدت قوائم الدراسات العليا لمعرفة أعداد الطلاب، حيث تم استقصاء وجود الاكتئاب لديهم عبر استبيان (بيك المعرب)، وذلك بعد الحصول على الموافقة المستنيرة الكتابية من جميع الطلاب المشاركين.

4- طرق جمع البيانات

تمت الدراسة عبر توزيع استبيانات البحث (استبيان بيك المعرب) على طلاب الدراسات العليا المشاركين حيث استغرق ملء الاستبيان الواحد وسطياً 10-15 دقيقة. ويحتوي الاستبيان على ملحقين حيث يظهر الملحق الأول معلومات عامة حول المشارك في الاستبيان مثل نوع الاختصاص وسنة الاختصاص، كما يحتوي على الـ 20 سؤالاً المتعلقة بقياس الاكتئاب، ويحتوي في الصفحة الأخيرة على استمارة الموافقة المستنيرة.

5- لمحة عن اختبار بيك

يعد اختبار بيك Beck للاكتئاب الاختبار الأكثر تواتراً في الدراسات التي تناولت موضوع الاكتئاب ومعاييره وانتشاره، ونذكر من الدراسات الاحصائية التي استخدمت اختبار (بيك) دراسة مستعرضة أجريت في كلية الطب في جامعة الخرطوم سنة 2008 [Babiker,2010]، وقد تم التحقق من مصداقية اختبار بيك حيث أجرت الجمعية النفسية الأمريكية دراسة بعنوان مصداقية اختبار بيك للاكتئاب في جمهرة السكان باستخدام معيار تقدير النسبة، ونُشرت هذه الدراسة في مجلة علم النفس السريري والاستشارات عام 1978 [William et al,1978]، وقد أظهرت أن اختبار بيك للاكتئاب هو أداة ذات مصداقية جيدة لنخل الاكتئاب لدى جمهرة السكان. ويعتبر اختبار بك الثاني للاكتئاب BDI-II نسخة محدثة ثانية لاختبار بك للاكتئاب BDI [د. عبد الفتاح غريب، الموصفات السيكمترية لاختبار بيك الثاني للاكتئاب] وفي عام 1979 ظهرت النسخة الأولى المعدلة والتي يرمز لها بالرمز BDI-IA وأخيراً النسخة الحالية والتي يرمز لها بالرمز BDI-II.

وقد قام الدكتور عبد الفتاح غريب (جامعة الأزهر قسم الصحة النفسية) عام 1982 بإعداد وترجمة النسخة الأولى المعدلة لاختبار بك إلى اللغة العربية واستخدمها في بحث باللغة الإنجليزية نشر عام 1984 [Ghareeb,1984, pp.158 -162]، ثم قام بنشر النسخة المختصرة لاختبار بك الأول المعدل للاكتئاب عام 1985 (غريب 1984، 1985، 1986) والتي استخدمت في العديد من الدراسات (غريب، 1987، 1988 - أ، 1988 - ب، 1993) (Ghareeb,1987).

ويحتوي الاختبار على عشرين سؤالاً للنخل السريع للاكتئاب تتضمن أسئلة عن الأعراض النفسية (الملل، فقدان المتعة الحزن، الرضا..)، وعن تصور الجسد والأعراض الجسدية (الأرق، الرغبة في تناول الطعام، التعب والإرهاق..) وتتضمن الإجابات ثلاثة خيارات: قليلاً جداً، أحياناً، نعم غالباً، حيث يتم حساب درجة الاكتئاب وفق معايير ملحقة بالاختبار تبعاً لجمع الدرجات المأخوذة بعد الإجابة على أسئلة الاختبار.

كما قمنا باستخدام برنامج (SPSS v.17) لتحليل البيانات التي حصلنا عليها إحصائياً، كما استعنا ببرنامج (MS Excel 2007) لإنجاز الرسوم البيانية.

6- اختبار Chi مربع للاستقلال

هو اختبار إحصائي يستخدم لمعرفة فيما إذا كان هناك علاقة ما أو تأثير مشترك بين متغيرين مدروسين، وهو يعتمد على حساب نسبة تكرار ظهور حالة ما من متغير بالتزامن مع حالة أخرى في متغير آخر، ويظهر في الجدول الخاص بهذا الاختبار قيمة إحصاء Chi مربع وقيمة مقدرة لمستوى المعنوية (p-value) وهذه الأخيرة تستخدم للإقرار فيما إذا كان المتغيران مستقلين أو مرتبطين، فعند مستوى الثقة 95% نقارن قيمة مستوى الدلالة المقدرة مع القيمة (0.05) فإذا كانت أصغر منها فالمتغيران مرتبطان، وإذا كانت أكبر من (0.05) فالمتغيران مستقلان ولا توجد علاقة بينهما وقد حددنا مستوى الاعتداد عند قيمة p أقل من (0.05).

كما يظهر لنا جدول النتائج قيمة معامل كرامر، وهو يستخدم لقياس شدة علاقة الارتباط إن وجدت، حيث تتراوح قيمته ضمن المجال $[-1, +1]$ حيث تنعدم قوة الارتباط عند الصفر وتزداد قوته بشكل إيجابي كلما اقتربت القيمة من $+1$ ، بينما تزداد قوة الارتباط بشكل عكسي كلما اقتربت القيمة من (-1)

رابعاً - تحليل البيانات

أدخلت البيانات من قبل الباحث إلى الحاسب باستعمال برنامج (Excel) حيث تم ترميز المتغيرات (الاختصاصات): مخبر – تشريح مرضي - باطنة - أطفال - نسائية وتوليد - جراحة. برموز رقمية من 1 إلى 6، وتم ترميز (المتغيرات) السنوات: سنة أولى = 1، سنة أخيرة = 2، وتم ترميز متغير إجابات الاستبيان: قليلاً جداً - أحياناً - نعم غالباً برموز رقمية من 1 إلى 3.

تم تحليل البيانات بعد جمعها، حيث تم ترميز الاستبيان ثم إدخال البيانات المرمزة إلى الحاسب باستخدام برنامج (إكسل) حيث نفذت الجداول التكرارية لغرض التحليل، وتم استخدام اختبار (خي مربع) لدراسة العلاقة بين الانتشار ونوع الاختصاص.

خامساً - الاعتبارات الأخلاقية

تم عرض المخطط على لجنة الكلية الخاصة بالبحث العلمي، كما تم التزام الاعتبارات الأخلاقية المتعلقة بالدراسة وأخذ الموافقة المستنيرة من كافة أفراد العينة بعد اطلاعهم على هدف الدراسة وطرق جمع البيانات ويظهر الملحق الثاني الموافقة المستنيرة.

سادساً - النتائج

بلغ عدد المشاركين 418 طالباً وطالبة من طلاب الدراسات العليا، حيث تم تقسيمهم إلى فئتين:

اختصاصات (جراحة، نسائية، أطفال، باطنة) 374 طالباً وطالبة بنسبة مئوية (89.47 %)

اختصاصات (تشريح مرضي، مخبر) 44 طالباً وطالبة بنسبة مئوية (10.53 %)

ومن حيث الإصابة بالاكنتاب إلى: مكتئب وغير مكتئب.

كما أن تصميم عينة البحث ركز على دراسة طلاب السنة الأولى والأخيرة من سنوات الدراسات العليا، وقد قام 359 طالباً بتحديد سنتهم الدراسية، وكان توزع العينة حسب السنة الدراسية كما يلي:

السنة الدراسية الأولى: 192 طالباً وطالبة بنسبة مئوية (45.9%)

السنة الدراسية الأخيرة: 167 طالباً وطالبة بنسبة مئوية (40%).

كما لم يعين 59 طالباً سنتهم الدراسية بنسبة مئوية (14,1%).

حيث أظهرت الدراسة أن 242 طالباً وطالبة غير مصابين بالاكنتاب (حالة طبيعية) بنسبة مئوية (67.41%) من المجموع الكلي، منهم 108 في السنة الأولى بنسبة مئوية (56.25 %) و 134 في السنة الأخيرة بنسبة مئوية (80.24 %).

كما أظهرت 117 طالباً وطالبة مصابين بالاكنتاب بنسبة مئوية (32.59 %) من المجموع الكلي، منهم

84 في السنة الأولى بنسبة مئوية (43.75 %) و33 في السنة الأخيرة بنسبة مئوية (32.59 %). ولوحظ عند دراسة العلاقة بين نوع الاختصاص ودرجة الاكتئاب أن هناك عدداً أكبر من الاصابات بشكل ملحوظ في كل من اختصاص النسائية (54.05%) واختصاص الأطفال (57.83%) من باقي الاختصاصات مع تدني في عدد الذين حصلوا على درجة طبيعية في هذين الاختصاصين. كما نلاحظ أيضاً عدم وجود ارتفاع بعدد المصابين في كل من اختصاصات: التشريح المرضي والداخلية والجراحة. وعند دراسة العلاقة بين سنة الاختصاص وجود الاكتئاب: نلاحظ أن هناك عدداً أكبر بشكل ملحوظ في أعداد المصابين بالاكتئاب في السنة الدراسية الأولى من السنة الدراسية الأخيرة.

صفات المشاركين في الدراسة

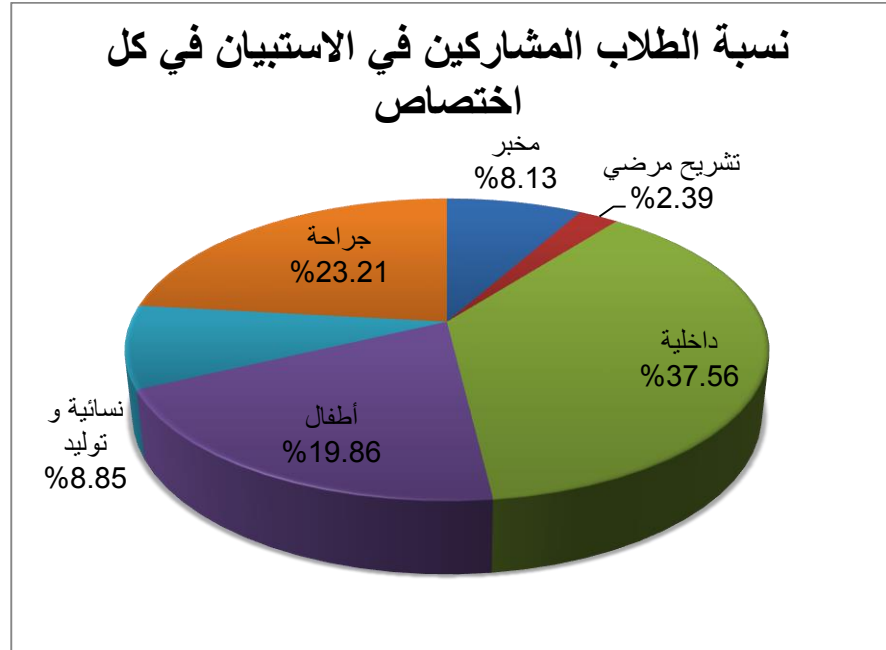
أطباء وطبيبات الدراسات العليا في كلية الطب البشري في جامعة دمشق، وفي السنوات الأولى والأخيرة من الاختصاصات المذكورة أعلاه، بأعمار متقاربة بين (23-28) سنة، ولم تتطرق الدراسة إلى الفروقات بين الذكور والإناث.

عينة البحث

تألفت عينة البحث من 418 طالباً، كانوا موزعين على الاختصاصات الطبية كما يلي:

جدول رقم 1

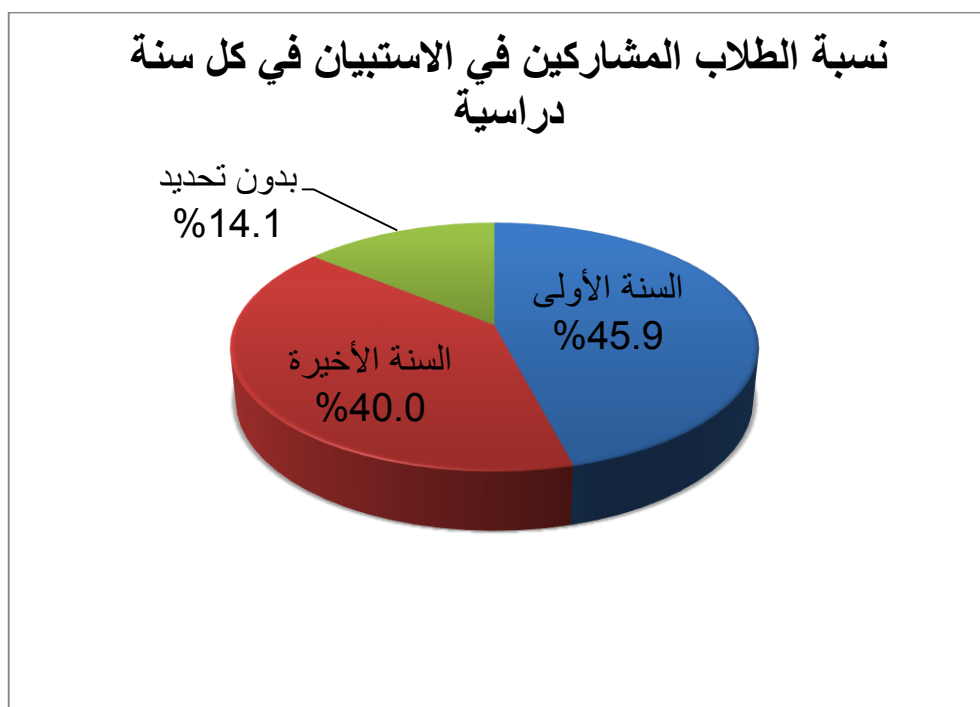
الاختصاص	مخبر	تشريح مرضي	باطنة	أطفال	نسائية	جراحة
العدد	34	10	157	83	37	97
النسبة المئوية	8.13 %	2.39 %	37.56 %	19.86 %	8.85 %	23.21 %



كما أن تصميم عينة البحث ركز على دراسة طلاب السنة الأولى والأخيرة من سنوات الدراسات العليا، وقد قام 359 طالباً بتحديد سنتهم الدراسية، وكان توزع العينة حسب السنة الدراسية كما يلي:

جدول رقم 2

السنة الدراسية	الأولى	الأخيرة	بدون تحديد
العدد	192	167	59
النسبة المئوية	45.9 %	40 %	14.1 %



تم حساب نتيجة الاستبيان وتحديد درجة الاكتئاب لكل طالب من الطلاب الذين شاركوا في الاستبيان، حيث حصل كل منهم على إحدى الدرجات التالية:

❖ حالة اكتئاب.

❖ حالة طبيعية.

الاختبار الإحصائي:

أولاً: دراسة العلاقة بين وجود الاكتئاب والاختصاص:

قمنا بحساب العدد والنسب المئوية للطلاب الطبيعيين والطلاب الذين لديهم حالات اكتئاب ضمن كل اختصاص، وكان توزيعهم على الشكل التالي:

جدول رقم 3

وجود الاكتئاب			الاختصاص
المجموع	اكتئاب	طبيعي	
34 (100 %)	11 (32.35%)	23 (67.65%)	مخبر
10 (100 %)	3 (30.00%)	7 (70.00%)	تشريح مرضي
157 (100 %)	30 (19.11%)	127 (80.89%)	باطنة
83 (100 %)	48 (57.83%)	35 (42.17%)	أطفال
37 (100 %)	20 (54.05%)	17 (45.95%)	نسائية وتوليد
97 (100 %)	19 (19.59%)	78 (80.41%)	جراحة
418 (100 %)	131 (31.34%)	287 (68.66%)	المجموع

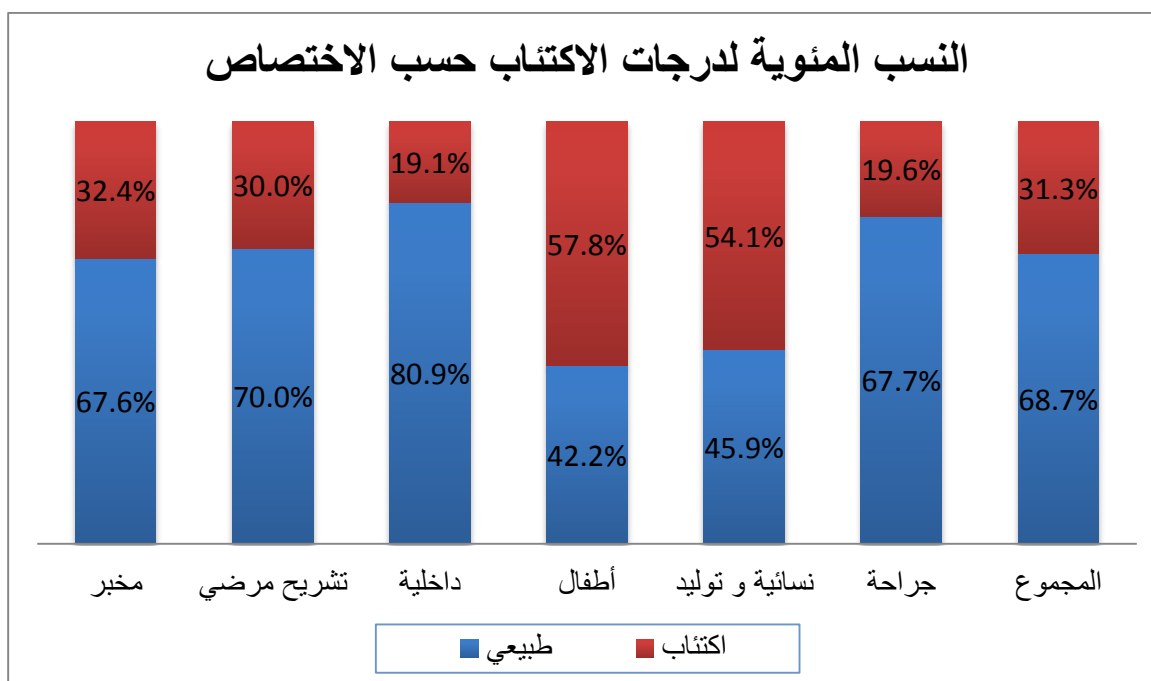
بغرض دراسة وجود علاقة ما بين اختصاص الطالب ووجود الاكتئاب لديه، نقوم بإجراء اختبار خي مربع، حيث نحصل على النتائج التالية

إحصاء الاختبار (χ^2)	مستوى المعنوية (P-value)	معامل كرامر
53.108	* 0.00	0.356

يتبين من نتيجة الاختبار، ($P\text{-value} < 0.05$) أن الاختبار معنوي، ولدينا علاقة معنوية إحصائياً (بثقة 95 %)، حيث تختلف النسبة المئوية للطلاب المصابين بالاكتئاب بين الاختصاصات المختلفة. كما يبين لنا معامل كرامر (0.356) أن هذه العلاقة هي علاقة ضعيفة.

نلاحظ أن هناك عدداً أكبر وبشكل ملحوظ في المصابين بالاكتئاب في كل من اختصاص النسائية (54.1%) واختصاص الأطفال (57.8%) من باقي الاختصاصات، مع تدني في عدد الذين حصلوا على درجة طبيعية في هذين الاختصاصين.

شكل رقم 3



ثانياً دراسة العلاقة بين وجود الاكتئاب ونوع الاختصاص سريري / غير سريري:

لدراسة علاقة الاكتئاب مع نوع الاختصاص تم جمع الاختصاصات في فئتين: الاختصاصات السريرية وتشمل: الباطنة، الجراحة، الأطفال، النسائية والتوليد. والاختصاصات غير السريرية وتشمل: المخبر، التشريح المرضي.

قمنا بحساب العدد والنسب المئوية للطلاب الطبيعيين والذين لديهم حالات اكتئاب ضمن كل اختصاص، وكان توزعهم على الشكل التالي:

جدول رقم 4

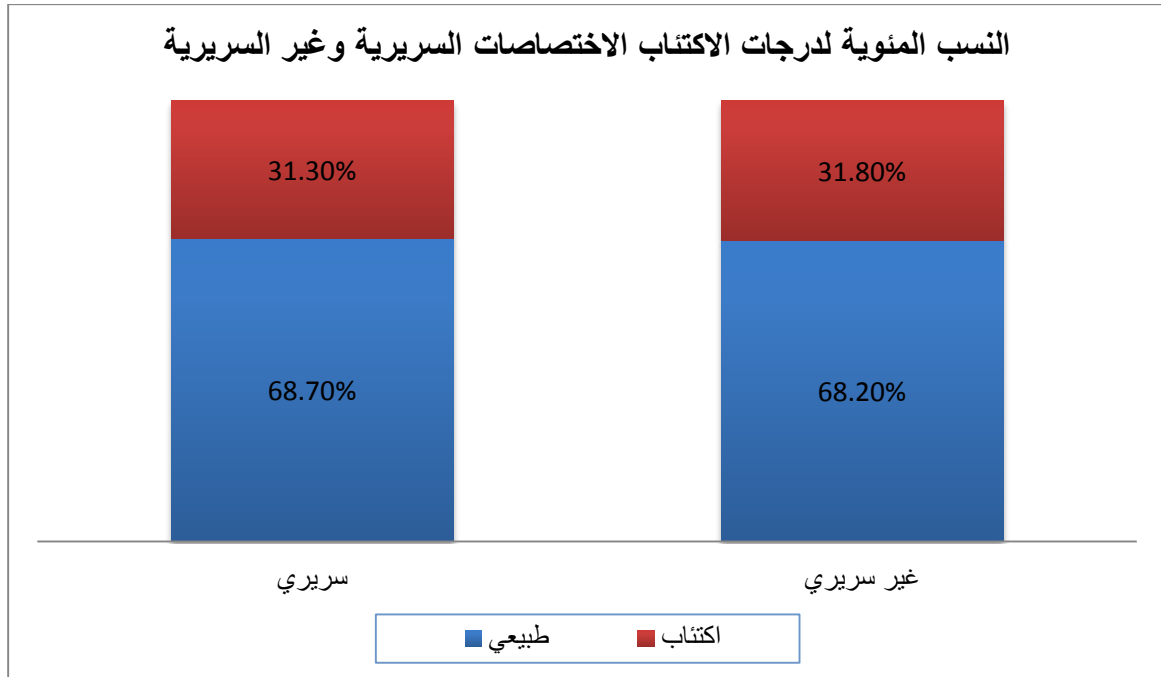
الاختصاص	وجود الاكتئاب		
	طبيعي	اكتئاب	المجموع
غير سريري	30 (68.2%)	14 (31.8%)	44
سريري	257 (68.7%)	117 (31.3%)	374
المجموع	287 (68.7%)	131 (31.3%)	418

بغرض دراسة وجود علاقة ما بين نوع اختصاص الطالب ووجود الاكتئاب لديه، نقوم بإجراء اختبار خي مربع، حيث نحصل على النتائج التالية:

إحصاء الاختبار (χ^2)	مستوى المعنوية (P-value)	معامل كرامر
0.005	0.533	0.004

يتبين من نتيجة الاختبار ($P\text{-value} > 0.05$) أن الاختبار غير معنوي، ولا توجد علاقة معنوية إحصائياً (بثقة 95 %)، حيث تتقارب النسبة المئوية للطلاب المصابين بالاكْتئاب بين الاختصاصات السريرية وغير السريرية .

شكل رقم 4



ثالثاً: دراسة العلاقة بين الاكْتئاب والسنة الدراسية في الاختصاص:

قمنا بحساب العدد والنسب المئوية للطلاب الذين حصلوا على مختلف درجات الاكْتئاب ضمن السنة الدراسية الأولى والسنة الدراسية الأخيرة، وكان توزيعهم على الشكل التالي:

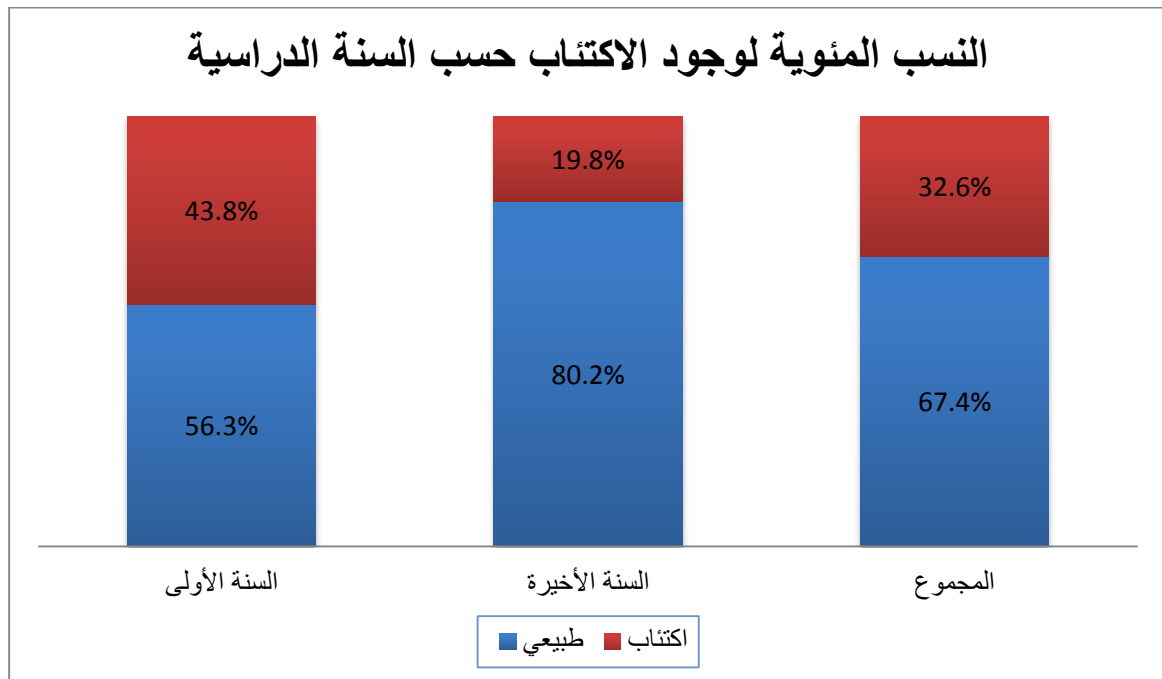
السنة الدراسية	وجود الاكتئاب		
	طبيعي	اكتئاب	المجموع
السنة الأولى	108 (56.25 %)	84 (43.75%)	192 (100 %)
السنة الأخيرة	134 (80.24 %)	33 (19.76%)	167 (100 %)
المجموع	242 (67.41 %)	117 (32.59%)	359 (100 %)

بغرض دراسة وجود علاقة ما بين السنة الدراسية للطلاب ووجود الاكتئاب لديه نقوم بإجراء اختبار خي مربع حيث نحصل على النتائج التالية:

إحصاء الاختبار (χ^2)	مستوى المعنوية (P-value)	معامل كرامر
23.397	0.00	0.255

يتبين من نتيجة الاختبار ($P\text{-value} < 0.05$) أن الاختبار معنوي، ولدينا علاقة معنوية إحصائياً (بتقنة 95%)، حيث تختلف النسبة المئوية للطلاب في وجود الاكتئاب لدى الطلاب بين السنة الدراسية الأولى والسنة الأخيرة. كما يبين لنا معامل كرامر (0.255) أن هذه العلاقة هي علاقة ضعيفة.

نلاحظ أن هناك عدد أكبر بشكل ملحوظ في وجود الاكتئاب لدى طلاب السنة الدراسية الأولى من طلاب السنة الدراسية الأخيرة. بينما تتسم نتائج السنة الأخيرة بوجود نسبة كبيرة (80.2%) ممن حصلوا على درجات طبيعية.



المناقشة:

نلاحظ مما تقدم وجود نسبة من الاكتئاب عند طلاب الدراسات العليا، حيث نلاحظ ارتفاعها بين طلاب اختصاص طب الأطفال والجراحة والتوليد وأمراض النساء. بينما تنخفض لدى طلاب التشريح المرضي والطب المخبري والباطنة وربما يعزى ذلك إلى طبيعة الاختصاصات من حيث عدد المناوبات التي تتراوح من منابطين أسبوعياً في بعض الاختصاصات إلى 6 منابوات في اختصاصات أخرى، وقضاء ساعات طويلة في المشفى والتي قد تصل إلى 33 ساعة دوام ضمن 48 ساعة، بالإضافة إلى عدد ساعات العمل الطويلة التي تتراوح بين 10-15 ساعة عمل يومياً، وإلى الاحساس العالي بالمسؤولية المتعلقة بالمرضى وجدية الحالة الطبية في اختصاص طب الأطفال مثلاً أو الجراحة أو الامراض النسائية والتوليد، بينما تنخفض هذه المسؤولية إلى حد ما في اختصاص المخبر والتشريح المرضي (حيث تنخفض نسبة الاحتكاك المباشر مع المريض إلى درجة كبيرة) كما تنخفض عدد ساعات الدوام والمناوبات في المشفى في هذه الاختصاصات عن سابقتها.

كما نلاحظ من الدراسة ارتفاعاً لانتشار ظاهرة الاكتئاب لدى طلاب السنوات الأولى من مختلف الاختصاصات عن السنوات الأخيرة من نفس الاختصاص، وهذا يتشابه مع نتيجة دراسة أخرى مجراة في القسم النفسي في كلية الطب في جامعة واشنطن/ الولايات المتحدة الأمريكية، والتي أظهرت احتمالاً بنسبة 12% لوجود الاكتئاب الكبير أو احتمال ظهوره لدى طلاب الاختصاص في السنوات الأولى من الاختصاصات الطبية [Zoccolillo et al,1986]، وربما يعزى ذلك الى طول ساعات العمل في السنوات الأولى [PJ et al,1997] (33 ساعة عمل ضمن 48 ساعة في مشافي جامعة دمشق) عن السنوات الأخيرة (14 ساعة عمل ضمن 48 ساعة) وإلى زيادة عدد أيام المناوبات في المشفى في السنوات الأولى (6 مناوبات أسبوعياً) عن السنوات الأخيرة (مناوبة واحدة). وربما يعزى ذلك أيضاً إلى التخوف من الاختصاص والترقب والبيئة الجديدة لدى طلاب السنوات الأولى عن طلاب السنوات الأخيرة الذين ألفوا الاختصاص ومناوباته وطريقة التعامل مع كل ذلك، بينما لم نجد دراسات أخرى تناولت علاقة الاكتئاب بنوع الاختصاص.

ونلاحظ أيضاً تقارباً للنسبة بين وجود الاكتئاب لدى طلاب الاختصاصات السريرية وطلاب الاختصاصات غير السريرية بشكل عام ومن العوامل الإضافية المتوقعة التي يمكن أن تبرر ذلك (والتي وجدتها بشكل شخصي أثناء قيامي بدراستي هذه، وبعد سؤال طلاب الدراسات العليا عن الأسباب التي تؤدي بهم إلى الشعور بالاكتئاب) بالإضافة إلى ما ذكرناه سابقاً نذكر:

1- ضغط العمل:

ذكر طلاب الدراسات العليا في الاختصاصات الطبية تعرضهم خلال سنوات دراستهم لضغوط شديدة سواء ما كان منها يتعلق بحجم العمل الملقى على عاتقهم أو عدد ساعات الدوام أو وجود مناوبات ليلية وحالات إسعافية بالإضافة إلى الضغط الناجم عن شعورهم بالمسؤولية عن صحة المريض وعن حياته في بعض الأحيان، وقد يزداد ذلك عند طلاب الاختصاصات السريرية تبعاً للاحتكاك المباشر مع المرضى وذويهم. وهذا ما بينته دراسة أجريت في المعهد الطبي بجامعة كارولينا/ستوكهولم/ السويد [Dahlin et al,2005] على طلاب الطب في مختلف مراحل دراستهم حيث تناولت حدوث الاكتئاب لديهم وعلاقته بالضغوط التي يتعرض لها الطلاب، حيث أجريت الدراسة على 342 طالباً وطالبة من السنة الأولى وحتى السنة السادسة، حيث سجلت الطبييات معدلات أعلى للاكتئاب من الطلاب، وسجل طلاب السنة السادسة معدلات أعلى من طلاب بقية السنوات، وسجلت الدراسة علاقة بين حدوث الاكتئاب وتفاقم الضغوط على الطلاب.

2- نوع الاختصاص:

يتفاوت حجم الضغط الملقى على طلاب الدراسات بين الاختصاصات المختلفة حيث يكون عالياً جداً في الاختصاصات الجراحية وطب الطوارئ والتوليد وطب الأطفال، بينما تكون هناك ضغوطاً أقل نسبياً في اختصاصات أخرى كالمخبر والتشريح المرضي.

3- عدد ساعات العمل:

يتفاوت عدد ساعات العمل ضمن مرحلة الاختصاص الطبي من ساعات عمل طويلة جداً قد تصل إلى 33 ساعة عمل خلال 48 ساعة في اختصاصي طب الأطفال والاختصاصات الجراحية إلى عدد ساعات أقل في بعض الاختصاصات الأخرى مثل المخبر والتشريح المرضي. وقد لاحظت ذلك أثناء دراستي هذه بعد العودة إلى برنامج منوبات الأطباء حيث تظهر عدد المناوبات الشهرية لطلاب السنة الأولى ما يقارب من 8 منوبات في معظم التخصصات السريرية وتنخفض إلى منوبتين لطلاب السنوات الأخيرة.

4- الانعزال عن المجتمع:

نظراً للأسباب السابقة ذكر معظم طلاب الدراسات العليا أنهم لا يجدون وقتاً للتواصل الاجتماعي وممارسة الهوايات المختلفة والنشاطات الاجتماعية وهذا يضعهم في جو من العزلة وفقدان المتعة [Pauline et al, 2012].

5- القلق من المستقبل:

وقد يكون للضغوط الكبيرة والانشغال بالتحصيل العلمي والعزلة الاجتماعية دور في تخوف طلاب الطب من عدم القدرة على تكوين الأسرة مستقبلاً وإيجاد شريك الزواج وإنجاب الأطفال، مما قد يؤدي بهم إلى الاكتئاب والتخوف من الوحدة في المستقبل. وقد تناولت هذه النقطة دراسة أجريت في كلية الطب بجامعة ديوك في دورهام بولاية نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية على طلاب كلية الطب [Rosenthal et al, 2005].

6- سنة الاختصاص:

قد يكون للتقدم في سنة الاختصاص دور في ظهور الاكتئاب لدى طلاب الدراسات العليا في الاختصاصات الطبية حيث تتفاقم المسؤولية الطبية لدى الطلاب، ويبدأ الاهتمام بالأمور السريرية يشغلهم، فلم تعد الإقامة في المشفى مجرد إمضاء وقت متعب فقط، بل أصبحت تتخللها العديد من

المسؤوليات تجاه المرضى [Rosenthal et al,2005]. وربما كانت هذه النتيجة تتعارض مع نتائج دراستنا، مما يستدعي التفكير بالفروق بين جامعة (ديوك) وجامعة دمشق.

7- قلة عدد ساعات النوم:

من المعروف أن الكليات الطبية وما يتعلق بها تكون مجهدة نوعاً ما للطلاب، حيث أنهم لا يحصلون على القسط الكافي من النوم نظراً لوجود الحالات الإسعافية أثناء المناوبات الليلية، بالإضافة إلى مسؤولياتهم تجاه المرضى المقيمين في المشفى ليلاً نهاراً [Rosenthal et al,2005].

الاستنتاجات

استنتجنا من هذه الدراسة وجود نسبة من الاكتئاب عند طلاب الدراسات العليا في الاختصاصات المدروسة، حيث نلاحظ ارتفاعها بين طلاب اختصاص طب الأطفال والجراحة والتوليد وأمراض النساء، بينما تنخفض لدى طلاب التشريح المرضي والطب المخبري والأمراض الباطنة. كما نلاحظ من الدراسة ارتفاعاً لانتشار ظاهرة الاكتئاب لدى طلاب السنوات الأولى من مختلف الاختصاصات عن السنوات الأخيرة من نفس الاختصاص.

التوصيات:

1- تحري انتشار ظاهرة الاكتئاب لدى طلاب الدراسات العليا في مختلف الاختصاصات وذلك من خلال إجراء دراسات أخرى حول انتشار تلك الظاهرة وعلاقتها بنوع الاختصاص وعلاقة الاكتئاب بالجنس وبسنة الاختصاص وعوامل أخرى.

2- إيجاد الحلول المناسبة للحد من انتشار تلك الظاهرة خاصة بين طلاب السنوات الأولى من مختلف الاختصاصات والتي قد تتضمن رفع جودة الحياة ضمن المشفى وتحسين الحالة الخدمية، وإجراء دراسة معمقة لعدد ساعات المناوبات وعدد أيام المناوبات ضمن المشفى وجدوى تلك المناوبات.

3- تأمين المشورة الاجتماعية والنفسية لطلاب الدراسات العليا خاصة في السنوات الأولى للاختصاص وفي الفترة قبل اختيار الاختصاص بعيد التخرج من كلية الطب البشري، وذلك بوجود

مثنقنن نفسين اءاماعين في أء مكاتب كلية الطب البشري وضمن كل مشفى حيث يقدم لطلاب الطب والدراسات العليا نصائح ومشورات نفسية لتفادي أو للء من ظهور الأعراض الاكتئابية بءرجاتها المختلفة لءى الطلاب حسب رؤيته لواقع المشفى وضغط العمل فيها ومن خلال تواصله مع الكادر الإداري والمسؤولين في المشفى.

قائمة المراجع

a - Anonymous, media centre, Fact sheet N°369, October 2012 ,Depression , World Health Organization/_Regional Office For The Eastern Mediterranean/
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

b - Anonymous, 2012, depression, mental health,
World Health Organization [/http://www.who.int/mental_health/management/depression/en](http://www.who.int/mental_health/management/depression/en)

c - Anonymous, Mental health, 2013, Depression, American Psychiatric Association,
<http://www.psychiatry.org/depression>

d - Anonymous, media centre, World Health Organization, 2012, Regional Office for The Eastern Mediterranean /world mental health day 10 October 2012
[/http://www.emro.who.int/ar/media/news/mental-health-day2012.html](http://www.emro.who.int/ar/media/news/mental-health-day2012.html)

e - Anonymous, 2010, depression, world health organization,
<http://www.emro.who.int/health-topics/depression/index.html>

f - Anonymous, Mental health, 2013, Depression, American Psychiatric Association,
<http://www.psychiatry.org/suicide>

Aergin,2006, A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli,Turkey, Department of Public Health Faculty of Medicine, Pamukkale University,Kinikli Denizli_Emerg Med J 2006;23:759-763 doi:10.1136/emj.2006.035071

Babiker E.F, Electronic Theses and Dissertation Depression among the Students of University of Khartoum University Of Khartoum, 2010, /
[/http://etd2.uofk.edu/view_etd.php?etd_details=348](http://etd2.uofk.edu/view_etd.php?etd_details=348)

Bromet E, Helena, Laura, Hwang I, Sampson, Nancy A, Alonso J, de Girolamo Giovanni, de Graaf Ron, D.K , Hu C, Iwata N, Karam A N,

Kaur J, Kostyuchenko S, Pierre L J, Levinson D, Matschinger H, Elena M.M, Browne M.O, Posada-V.J, Viana M.C, Williams D and Kessler R.C, 2011, major depressive episode, Cross-national epidemiology of DSM-IV, BMC Medicine 2011, 9:90, <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/90>

Conrad M, S, 2008, depression symptoms, medicinenet, <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=18543>

Dahlin M, Joneborg N, Roneson B, 2005, Stress and depression among medical students: A cross-sectional study. Wiley Online Library. Article first published online: 3 MAY 2005. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2929.2005.02176.x/abstract;jsessionid=>

Dryden R.E, 2012, depression facts, medicinenet, http://www.medicinenet.com/depression/article.htm#depression_facts

DSM-V, American Psychiatric Association, http://www2.nami.org/Content/NavigationMenu/Intranet/Homefront/Criteria_Major_D_Episode.pdf

Dyrbye L, Thomas M, Shanafelt T, 2005, Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solutions. Mayo Clinic Proceedings. 2005; 80(12):1613-1622

El-Gilany A.H, Amr M, Hammad S, 2008, Perceived stress among male medical students in Egypt and Saudi Arabia: effect of sociodemographic factors. Ann Saudi Med 2008; 28(6):442-448.

Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, Kent A, Kunkel M, Schechter J, Tate J, 2009, Depressive symptoms in medical students and residents, Department of Psychiatry, University of Hawaii John A. Burns School of Medicine, Honolulu: a multischool study. Acad Med. 2009 Feb

Haddad J, 2011, Reasons why medical students burn out and become depressed.
Medpagetoday, s Kevin MD.com June 27
2011/<http://www.kevinmd.com/blog/2011/06/reasons-medical-students-burn-depressed.html>

Halverson J, Bienenfeld D, 2014, Depression, Medscape/References/
<http://emedicine.medscape.com/article/286759-overview>

Ikeda E, Shiozaki K, Ikeda H, Suzuki M, Hirayasu Y, 2013, Prefrontal dysfunction in remitted depression at work reinstatement using near-infrared spectroscopy, Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine, Yokohama City University, Yokohama, Japan; Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama, Toyama, **Japan**, Psychiatry Res. 2013 Oct **17**/<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24139959>

Kumar GS, Jain A, Hegde S, 2012, Prevalence of depression and its associated factors using Beck Depression Inventory among students of a medical college in Karnataka. Department of Preventive and Social Medicine, Jawaharlal Institute of Postgraduate Medical Education and Research (JIPMER), Puducherry, India. Indian J Psychiatry. 2012 Jul; 54(3):223-6. Doi: 10.4103/0019-5545.102412.

Marcus M, Yasamy M. M, Ommeren M, and Chisholm D, SH, 2012, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse,
http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_Saxena_2012.pdf

Merry N. Miller, K. Ramsey, 2000, The Painful Truth: Physicians Are Not Invincible, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, James H. Quillen College of Medicine, East Tennessee State University, Johnson City, South Med J. 2000;93(10)
<http://www.medscape.com/viewarticle/410643>.

Mukhtar F, Hashim H, 2010, Relationship Among Depression, Self-efficacy, and Quality of Life Among Students in Medical and Allied Health Sciences, , PhD1Department of Psychiatry, University Putra Malaysia. Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences Vol. 6 (2) June 2010.

NIH Publication No. 07-3561, 2007, depression, National Institute of Mental Health http://www.state.nj.us/humanservices/dmhs/home/about/facts/NIMH_depression.pdf

Pauline W.CHEN, 2010, .Medical Student Distress And The Risk Of The Doctor Suicide.
October2010.http://www.nytimes.com/2010/10/07/health/views/07chen.html?pagewanted=all&_r=0

P.J. B, M. D, RW, W, 1997, How do working conditions affect attitudes, health and performance?,pubmed, Young doctors' health,IJuly1997, Soc Sci Med. 1997 Jul;45(1):35-40, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9203268>

Rosenthal **J.M**, Okie S, 2005, White Coat, Mood Indigo — Depression in Medical School. N Engl J Med 2005; 353:1085-1088September 15, 2005 DOI: 10.1056/NEJMp058183

Rezende G, Mello M, Granjeiro R ,Nakanishi M , Oliveira C,2011, The quality of life among Otorhinolaryngology residents in Distrito Federal (Brazil). Brazilian journal of otorhinolaryngology, Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.) vol.77 no.4 São Paulo July/Aug. 2011.

Sakata Y, Wada K, Tsutsumi A, Ishikawa H,A.Y, Watanabe M , Katoh N, Aizawa Y, Tanaka K,2008, Effort-reward imbalance and depression in Japanese medical residents-journal of occupational health2008;50(6):498-504. Epub 2008 Oct 23.

Schneider S, Phillips W, 1993, Depression and anxiety in medical, surgical, and pediatric interns, pubmed Psycho Rep/Jun1993, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8337317>.

Thomas, L.S, Lindsay D, BS Leslie A. Wimsatt, 2010, Depression, Stigma, and Suicidal Ideation in Medical Students, University of Michigan on October 6, 2010.

<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/304/11/1181>

William B, Oliver, J. M., McClure, James N, 1978, Validation of the Beck Depression Inventory in a university population using psychiatric estimate as the criterion, American Psychological Association, Journal of Consulting and Clinical Psychology. Feb 1978.

Yeo H, Viola M, Berg D, Lin Z, Nunez-S.M, Cammann C, HR, Jr Bell, Sosa J , Krumholz Harlan M,, , Curry Leslie A, JAMA MPH ,2009, Stress Among General Surgery Residents In The United States, Journal of the American Medical Association, medical news ,<http://www.medicalnewstoday.com/articles/165024.php>

Zoccolillo M, Murphy G, Wetzel R.D, 1986, Depression among medical students, Journal of Affective Disorders/July 1986.

المواصفات السيكومترية لمقياس بيك الثاني للاكتئاب في البيئة المصرية BDI-II قسم الصحة النفسية/كلية التربية/جامعة الأزهر

<http://www.dr-ghareeb.com/> / <http://www.dr-ghareeb.com/arabbookfull.htm>, Mars 2006//

الملاحق:

الملحق الأول:

استمارة جمع البيانات:

- الرقم المتسلسل
- اسم الاختصاص
- سنة الاختصاص

يطلب من الشخص أن يقرأ كل عبارة من كل مجموعة وأن يقرر أي عبارة تنطبق عليه وتصف حالته ومشاعره بوضع إشارة في الخانة المطلوبة

☐ قليلاً جداً	☐ أحياناً	☐ نعم غالباً	1- أشعر بأنني فاشل تماماً
☐ قليلاً جداً	☐ أحياناً	☐ نعم غالباً	2- أشعر باليأس من المستقبل
☐ قليلاً جداً	☐ أحياناً	☐ نعم غالباً	3- أشعر بالحزن بدرجة تفوق احتمالي
☐ قليلاً جداً	☐ أحياناً	☐ نعم غالباً	4- أشعر بالملل من كل شيء حتى حياتي
☐ قليلاً جداً	☐ أحياناً	☐ نعم غالباً	5- أشعر بأنني تافه وعديم الفائدة
☐ قليلاً جداً	☐ أحياناً	☐ نعم غالباً	6- أنا أستحق أن أعاقب (أنال العقاب)
☐ قليلاً جداً	☐ أحياناً	☐ نعم غالباً	7- أشعر بخيبة أمل في نفسي
8- دوماً ألوم نفسي على الأخطاء (أنتقد نفسي لأي خطأ أو لأي ضعف أصابني)			
☐ قليلاً جداً	☐ أحياناً	☐ نعم غالباً	9- أفكر كثيراً بالانتحار
☐ قليلاً جداً	☐ أحياناً	☐ نعم غالباً	10- أشعر بالانزعاج والقلق دوماً أكثر من المعتاد
☐ قليلاً جداً	☐ أحياناً	☐ نعم غالباً	11- أنا أبكي أكثر من المعتاد
☐ قليلاً جداً	☐ أحياناً	☐ نعم غالباً	12- أنا فقدت اهتمامي وإحساسي بوجود الآخرين أياً كان
☐ قليلاً جداً	☐ أحياناً	☐ نعم غالباً	

- 13- أنا عاجز عن اتخاذ أي قرار ☐ قليلاً جداً ☐ أحياناً ☐ نعم غالباً ☐
- 14- أشعر أن شكلي منفر وقبيح ☐ قليلاً جداً ☐ أحياناً ☐ نعم غالباً ☐
- 15- لم تعد لدي طاقة لعمل أي شيء ☐ قليلاً جداً ☐ أحياناً ☐ نعم غالباً ☐
- 16- أعاني من الأرق (أرق الاكتئاب يتميز بأنه يستيقظ قبل موعده بعده ساعات ولا يستطيع مواصلة النوم بعد ذلك ويستيقظ مرهقا للغاية)

- ☐ قليلاً جداً ☐ أحياناً ☐ نعم غالباً ☐
- 17- أشعر بالتعب الشديد حتى لو لم أفعل شيئاً ☐ قليلاً جداً ☐ أحياناً ☐ نعم غالباً ☐
- 18- لا أشعر بالرغبة في الأكل (أو بالعكس التهم أكثر من المعتاد) ☐ قليلاً جداً ☐ أحياناً ☐ نعم غالباً ☐
- 19- تشغلني أموري الصحية كثيراً ☐ قليلاً جداً ☐ أحياناً ☐ نعم غالباً ☐
- 20- أصبحت أقل اهتماماً بالجنس الآخر عن ذي قبل ☐ قليلاً جداً ☐ أحياناً ☐ نعم غالباً ☐

تفسير النتائج:

أعط نفسك من الدرجات كما هو بالأعلى:

- 1- درجة واحدة على (قليلاً جداً) ودرجتين على (أحياناً) وثلاث درجات على غالباً ثم اجمع درجاتك وأخضعها لما يلي:

- 1- الدرجات من 39 فما فوق تعني درجة مرتفعة من الاكتئاب تحتاج إلى علاج تخصصي.
- 2- الدرجات من 30 إلى 38 تعني أن لديك أعراضاً اكتئابية متوسطة يمكن التغلب عليها بتغيير نمط سلوكك اليومي وربما كنت تحتاج بعض المهارات الاجتماعية للتغلب على ضغوطك النفسية.
- 3- الدرجات من 20 إلى 29 أنت في حدود الطبيعي قد تتعرض لمشاعر حزن لكنها ضمن الطبيعي.

ملاحظة: في دراستنا وبعد تفسير النتائج جمعنا كلاً من الأعراض الاكتئابية المتوسطة والأعراض الاكتئابية المرتفعة ب: شخص مصاب بالاكتئاب، والشخص الذي كان مجموع درجاته بين 20-29 تم اعتباره شخصاً طبيعياً وغير مصاب بالاكتئاب وذلك وفق تفسير النتائج الوارد في الاستبيان.

الملحق الثاني:

استمارة الموافقة المستنيرة:

عزيزي الطبيب/عزيزتي الطبيبة:

أنا الدكتورة شهناز العلبي طالبة الدراسات العليا في اختصاص طب الأسرة في جامعة دمشق، أنفذ هذا البحث الذي يهدف إلى دراسة انتشار الاكتئاب وعلاقته بالاختصاص لدى طلاب الدراسات العليا في بعض الاختصاصات في كلية الطب في جامعة دمشق والمشافي التعليمية التابعة لها وذلك من أجل وضع بعض التوصيات للحد من انتشاره وتلافي ما أمكن من عواقبه.

إن موافقتك على الاشتراك في بحثنا هذا تعني تزويدنا بالمعلومات من خلال ملء استبيان خاص بالبحث يملأ من قبلكم مع الشكر، ولن يستغرق ملء الاستبيان أكثر من 10 دقائق، أود أن أؤكد لك أن المعلومات التي سأحصل عليها ستبقى سرية ولا يمكن لأحد مهما كان الاطلاع عليها كما سيتم ترميز المشاركين والمشاركات دون ذكر لأسمائهم مما يكسبكم الارتياح بعدم معرفة الاسم. كما أن تفسير النتائج المدرج في أسفل الاستبيان والذي سيعطى لكم لاحقاً سوف يساعدكم في تشخيص المشكلة وحلها ما أمكن.

لن يحصل المشارك/المشاركة في هذه الدراسة على أي مقابل مادي كما لن يتعرض الرافض/الرافضة لأي إجراء، وعليه فإن المشاركة ليست إلزامية ولك الحرية الكاملة في اختيار المشاركة من عدمها ولك الحق في الرفض أو الانسحاب متى شئت.