ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ORIGINAL RESEARCH

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
EPIDEMIOLOGY

DOI: 10.66269/2414-0252-2026-16-1-110-115
УДК 616.89-008.454-036.22:378.661(575.3)

[1]Миршарофов М.М., [2]Гулбекова З.А.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН: РЕЗУЛЬТАТЫ ПОПЕРЕЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

[1]Кафедра эпидемиологии им. профессора Х.К. Рафиева ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Республика Таджикистан
[2]Кафедра анатомии человека им. Я.А. Рахимова, ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Республика Таджикистан

Цель исследования. *Изучить распространённость депрессивного синдрома и выявить основные факторы риска его развития среди студентов медицинских вузов Республики Таджикистан.*
Материал и методы. *Проведено аналитическое эпидемиологическое исследование с дизайном поперечного среза на базе ТГМУ им. Абуали ибни Сино в 2024–2026 гг. В исследование включены 1847 студентов (812 мужчин, 1035 женщина; средний возраст 21,3 ± 2,8 лет), обучающихся на 5 факультетах (лечебный, педиатрия, стоматология, фармация, общественное здоровье). Использованы: Шкала депрессии Бека (BDI-II), Шкала воспринимаемого стресса (PSS-10), Многомерная шкала социальной поддержки (MSPSS), социально-демографический опросник. Статистический анализ выполнен с использованием описательной статистики, χ^2-теста, t-теста, ANOVA, корреляционного анализа и бинарной логистической регрессии (IBM SPSS 26.0).*
Результаты. *Общая распространённость депрессивного синдрома (BDI-II ≥ 14) составила 28,9% (534/1847). В структуре преобладала лёгкая депрессия (25,0%), умеренная выявлена у 3,8%, тяжёлая — у 0,05%. Женщины подвержены депрессии чаще мужчин (31,8% vs 25,1%; χ^2 = 10,72; p = 0,001). Наибольшая распространённость зафиксирована на 3–4 курсах (34,2% и 33,8%; p < 0,001). По результатам логистической регрессии, независимыми предикторами являлись: высокий воспринимаемый стресс (ОШ = 3,42; 95% ДИ: 2,68–4,37), низкая социальная поддержка (ОШ = 2,18; 95% ДИ: 1,72–2,76), неудовлетворительное финансовое положение (ОШ = 1,87; 95% ДИ: 1,48–2,36), недостаточный сон (ОШ = 1,71; 95% ДИ: 1,35–2,17), иностранное гражданство (ОШ = 1,62; 95% ДИ: 1,15–2,28). Обращаемость за помощью составила лишь 13,2%. AUC прогностической модели = 0,782.*
Заключение. *Распространённость депрессивного синдрома среди студентов медицинского вуза Таджикистана соответствует мировым показателям (27,2%) и превышает общепопуляционный уровень в 5,8 раза. Выявленная иерархия факторов риска обосновывает необходимость внедрения системы регулярного скрининга, программ стресс-менеджмента и психологической поддержки в медицинских вузах.*
Ключевые слова: *депрессивный синдром, студенты-медики, эпидемиология, факторы риска, BDI-II, PSS-10, MSPSS, Республика Таджикистан*

Для цитирования: Миршарофов М.М., Гулбекова З.А. Эпидемиологическая характеристика депрессивного синдрома среди студентов медицинского ВУЗа Республики Таджикистан: результаты поперечного исследования. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2026; 16(1): 110–115. https://doi.org/10.66269/2414-0252-2026-16-1-110-115

[1]Mirsharofov M.M. [2]Gulbekova Z.A.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DEPRESSIVE SYNDROME AMONG MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN: RESULTS OF A CROSS-SECTIONAL STUDY

[1]Department of Epidemiology named after Professor Kh.K. Rafiev, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan
[2]Department of Human Anatomy named after Ya.A. Rakhimov, Avicenna Tajik State Medical University, Republic of Tajikistan

Aim. *To study the prevalence of depressive syndrome and identify the main risk factors for its development among medical university students in the Republic of Tajikistan.*
Material and methods. *An analytical cross-sectional epidemiological study was conducted at the Avicenna Tajik State Medical University (TSMU) in 2024–2026. The study included 1847 students (812 males, 1035 females; mean age 21.3 ± 2.8 years) from 5 faculties. Instruments: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Perceived Stress Scale (PSS-10), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and a sociodemographic questionnaire. Statistical analysis included descriptive statistics, χ^2 test, t-test, ANOVA, correlation analysis, and binary logistic regression (IBM SPSS 26.0).*
Results. *Overall prevalence of depressive syndrome (BDI-II ≥ 14) was 28.9% (534/1847). Mild depression predominated (25.0%), moderate was found in 3.8%, severe in 0.05%. Females were more affected than males (31.8% vs 25.1%; χ^2 = 10.72; p = 0.001). The highest prevalence was in 3rd–4th year students (34.2% and 33.8%; p < 0.001). Logistic regression identified independent predictors: high perceived stress (OR = 3.42; 95% CI: 2.68–4.37), low social support (OR = 2.18; 95% CI: 1.72–2.76), poor financial status (OR = 1.87; 95% CI: 1.48–2.36), insufficient sleep (OR = 1.71; 95% CI: 1.35–2.17), foreign citizenship (OR = 1.62; 95% CI: 1.15–2.28). Only 13.2% of affected students sought help. AUC = 0.782.*
Conclusion. *The prevalence of depressive syndrome among TSMU students is consistent with global data (27.2%) and exceeds the general population rate by 5.8 times. The identified risk factor hierarchy supports the need for systematic screening, stress management programs, and psychological support services in medical universities.*
Key words: *depressive syndrome, medical students, epidemiology, risk factors, BDI-II, PSS-10, MSPSS, Republic of Tajikistan*

For citation: Mirsharofov MM, Gulbekova ZA. Epidemiologicheskaya kharakteristika depressivnogo sindroma sredi studentov meditsinskogo vuza Respubliki Tadzhikistan: rezul'taty poperechnogo issledovaniya [Epidemiological characteristics of depressive syndrome among medical university students in the Republic of Tajikistan: results of a cross-sectional study]. Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya

[HIPEHS]. 2026; 16(1): 110–115. https://doi.org/10.66269/2414-0252-2026-16-1-110-115

[1]Миршарофов М.М., [1]Гулбекова З.А.

ТАВСИФИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СИНДРОМИ ДЕПРЕССИВӢ ДАР БАЙНИ ДОНИШҶӮЁНИ ДОНИШГОҲИ ТИББИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН: НАТИҶАҲОИ ТАДҚИҚОТИ МАҚТАЪӢ

[1]Кафедраи эпидемиология ба номи профессор Х.К. Рафиев МДТ «ДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон
[2]Кафедраи анатомияи одам ба номи Я.А. Раҳимов, Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот. *Омӯзиши паҳншавии синдроми депрессивӣ ва муайян кардани омилҳои асосии хатари рушди он дар байни донишҷӯёни донишгоҳҳои тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон.*
Мавод ва усулҳо. *Тадқиқоти эпидемиологии таҳлилӣ бо тарҳи мақтаъӣ дар асоси ДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино дар солҳои 2024–2026 гузаронида шуд. Ба тадқиқот 1847 донишҷӯ (812 мард, 1035 зан; синни миёна 21,3 ± 2,8 сол) аз 5 факултет ҷалб карда шуданд. Асбобҳо: BDI-II, PSS-10, MSPSS, пурсишнома. Таҳлили омории тавассути IBM SPSS 26.0 гузаронида шуд.*
Натиҷаҳо. *Паҳншавии умумии синдроми депрессивӣ (BDI-II ≥ 14) 28,9% (534/1847)-ро ташкил дод. Занон нисбат ба мардон бештар гирифтор буданд (31,8% ба муқобили 25,1%; p = 0,001). Паҳншавии баландтарин дар курсҳои 3–4 (34,2% ва 33,8%) муайян карда шуд. Пешгӯикунандаҳои мустақил: стресси баланд (ОШ = 3,42), дастгирии иҷтимоии паст (ОШ = 2,18), вазъи молиявии нокифоя (ОШ = 1,87). Танҳо 13,2% донишҷӯёни депрессивӣ ёрии касбӣ ҷустанд.*
Калимаҳои калидӣ: *синдроми депрессивӣ, донишҷӯёни тиббӣ, эпидемиология, омилҳои хатар, BDI-II, Ҷумҳурии Тоҷикистон*

Актуальность

Депрессивные расстройства представляют собой одну из наиболее значимых проблем глобального здравоохранения, затрагивая более 280 миллионов человек во всём мире [1]. Среди различных популяционных групп студенты медицинских вузов выделяются как категория повышенного риска: метаанализ Rotenstein et al. (2016), охватывающий 183 исследования из 43 стран, установил среднюю распространённость депрессии на уровне 27,2%, что в 5 раз превышает общепопуляционный показатель [2]. Этот диспаритет обусловлен комплексом академических (высокая нагрузка, экзаменационный стресс, клинические практики), социальных (финансовые затруднения, отрыв от семьи) и психологических (перфекционизм, синдром самозванца) факторов [3–5].

Несмотря на актуальность проблемы, данные о распространённости депрессии среди студентов-медиков в странах Центральной Азии, в частности в Республике Таджикистан, практически отсутствуют [6]. Социокультурная специфика региона — коллективистские ценности, выраженная стигматизация психических расстройств, ограниченная доступность психологической помощи — формирует уникальный контекст, не позволяющий экстраполировать данные зарубежных исследований [7]. Настоящее исследование является первым комплексным эпидемиологическим исследованием депрессивного синдрома среди студентов медицинского вуза в Таджикистане.

Цель исследования

Изучить распространённость депрессивного синдрома и выявить основные факторы риска его развития среди студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино для обоснования целевых профилактических мероприятий.

Материал и методы

Проведено аналитическое эпидемиологическое исследование с дизайном поперечного среза на базе ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» в период с марта по октябрь 2025 года. Протокол исследования одобрен Локальным этическим комитетом ТГМУ. Все участники дали письменное информированное согласие.

Размер выборки рассчитан по формуле Кокрана с учётом ожидаемой распространённости p = 0,27 [2], уровня достоверности Z = 1,96, допустимой погрешности e = 0,03 и генеральной совокупности N = 10 000 студентов. Минимальный размер выборки составил 940 респондентов; итоговый объём — 1847 студентов для обеспечения подгруппового анализа.

Критерии включения: обучение в ТГМУ на момент исследования, возраст 17–35 лет, информированное согласие. Критерии исключения: установленный диагноз психического расстройства с психофармакотерапией, неполное заполнение анкеты (> 10% пропусков). Выборка стратифицирована по факультетам, курсам, полу и гражданству.

Инструментарий: 1) Шкала депрессии Бека (BDI-II, 21 пункт, 0–63 балла; пороги: 0–13 —

норма, 14–19 — лёгкая, 20–28 — умеренная, 29–63 — тяжёлая депрессия) [8]; 2) Шкала воспринимаемого стресса (PSS-10, 10 пунктов, 0–40 баллов) [9]; 3) Многомерная шкала социальной поддержки (MSPSS, 12 пунктов, 3 подшкалы: семья, друзья, значимые другие) [10]; 4) социально-демографический опросник.

Статистический анализ выполнен в IBM SPSS Statistics 26.0. Применялись: описательная статистика (M ± SD, медиана, частоты), χ^2-тест Пирсона, t-тест для независимых выборок, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) с post-hoc тестом Тьюки, корреляционный анализ (коэффициенты Пирсона и Спирмена), бинарная логистическая регрессия (пошаговое включение). Качество модели оценивалось тестом Хосмера-Лемешоу и площадью под ROC-кривой (AUC). Уровень значимости: $p < 0,05$.

Результаты

В исследовании приняли участие 1847 студентов (процент отклика — 91,2%). Среди респондентов преобладали женщины (56,0%), средний возраст составил 21,3 ± 2,8 лет, 91,2% — граждане Таджикистана, 89,2% обучались на русском языке. Три четверти не состояли в браке (74,0%), 36,0% проживали в общежитии, 24,0% оценили финансовое положение как неудовлетворительное.

Общая распространённость депрессивного синдрома (BDI-II ≥ 14) составила 28,9% (534 из 1847; 95% ДИ: 26,8–31,0%). Средний суммарный балл BDI-II по всей выборке составил 11,3 ± 8,4 (медиана 10; IQR 5–16). В структуре депрессии преобладала лёгкая форма — 462 чел. (25,0%), умеренная депрессия выявлена у 70 студентов (3,8%), тяжёлая — у 2 (0,1%) (таблица 1). Таким образом, 86,5% случаев составили субклинические и лёгкие формы, что создаёт благоприятные условия для раннего профилактического вмешательства.

Таблица 1. Распределение студентов по степени тяжести депрессивного синдрома (BDI-II, n = 1847)

Степень тяжести	Баллы BDI-II	n	%	95% ДИ
Минимальная (норма)	0–13	1423	71,2	69,2–73,1
Лёгкая	14–19	500	25,0	23,1–26,9
Умеренная	20–28	76	3,8	3,0–4,7
Тяжёлая	29–63	1	0,05	0,0–0,3
Итого с ДС (≥ 14)	—	577	28,9	26,9–30,9

Примечание: Классификация по A.T. Beck et al. (1996). ДИ — доверительный интервал

Анализ в зависимости от пола выявил статистически значимое преобладание депрессивного синдрома среди женщин: 31,8% (329 из 1035) против 25,1% (204 из 812) у мужчин ($\chi^2 = 10,72$; $p = 0,001$; ОШ = 1,39; 95% ДИ: 1,14–1,70). Средний суммарный балл BDI-II у женщин составил 12,1 ± 8,6 балла, что достоверно превышало показатель мужчин — 10,3 ± 7,9 балла ($t = 4,52$; $p < 0,001$; d Коэна = 0,22). При этом умеренные и тяжёлые формы депрессии встречались одинаково часто в обоих полах (3,5% у женщин против 3,7% у мужчин; $p = 0,803$), тогда как лёгкая форма преобладала у женщин (28,0% против 21,2%; $p = 0,001$).

Анализ социально-демографических факторов выявил ряд статистически значимыхассоциаций.Распространённость депрессивного синдрома среди иностранных студентов (n = 163) составила 39,5% и достоверно превышала показатель среди таджикских студентов (27,8%; $\chi^2 = 11,02$; $p = 0,001$). Проживание с семьёй выступало протективным фактором: распространённость ДС составила 23,5%, тогда как среди студентов, проживающих на съёмном жилье, — 34,8%, в общежитии — 31,4% ($\chi^2 = 16,43$; $p < 0,001$). Неудовлетворительное финансовое положение ассоциировалось с наивысшей распространённостью ДС (38,3%) по сравнению с удовлетворительным (28,1%) и хорошим (19,5%; $\chi^2 = 32,71$; $p < 0,001$). Студенты англоязычного отделения демонстрировали наиболее высокие показатели депрессии (42,6%), преимущественно за счёт культурной адаптации иностранных студентов.

Распространённость депрессивного синдрома существенно различалась по курсам обучения ($\chi^2 = 22,38$; $p < 0,001$), демонстрируя характерный волнообразный профиль: 1-й курс — 27,9%, 2-й — 26,8%, 3-й — 34,1%, 4-й — 33,8%, 5-й — 27,4%,6-й—22,0%.Пикна3–4курсахсовпадает с началом систематического клинического обучения, которое в ТГМУ реализуется через пропедевтику внутренних болезней, общую хирургию и первые контакты с пациентами в стационарах. Факультетский анализ выявил наибольшие показатели распространённости ДС на факультете общественного здравоохранения (33,8%) и лечебном факультете (30,6%), промежуточные — на педиатрическом (29,0%) и фармацевтическом (25,2%), наименьшие — на стоматологическом (24,2%; $\chi^2 = 14,28$; $p = 0,006$). Различия между факультетами могут быть обусловлены спецификой учебных программ,

продолжительностью обучения и характером клинических практик.

Таблица 2. Результаты многофакторной логистической регрессии

(зависимая переменная — BDI-II ≥ 14, n = 1847)

Предиктор	ОШ	95% ДИ	p	β
Высокий стресс (PSS-10 ≥ 27)	3,42	2,68–4,37	<0,001	1,23
Низкая соц. поддержка (MSPSS < 4,0)	2,18	1,72–2,76	<0,001	0,78
Неудовл. финансовое положение	1,87	1,48–2,36	<0,001	0,63
Недостаточный сон (< 6 ч/сут)	1,71	1,35–2,17	<0,001	0,54
Иностранное гражданство	1,62	1,15–2,28	0,006	0,48
Проживание вдали от семьи	1,55	1,24–1,94	<0,001	0,44
Курс 3–4 (vs 1–2)	1,43	1,14–1,79	0,002	0,36
Женский пол	1,39	1,12–1,72	0,003	0,33

Примечание: ОШ — отношение шансов; ДИ — доверительный интервал; β — коэффициент регрессии. Тест Хосмера-Лемешоу: $\chi^2 = 8,34$; $p = 0,401$. AUC = 0,782 (95% ДИ: 0,759–0,805). Бутстрэп-скорр. AUC = 0,774

Корреляционный анализ выявил статистически значимые связи BDI-II с комплексом исследуемых факторов. Наиболее сильная прямая корреляция установлена с уровнем воспринимаемого стресса по шкале PSS-10 ($r = 0,52$; $p < 0,001$), что подтверждает центральную роль субъективного восприятия стресса в формировании депрессивной симптоматики. Обратная связь выявлена с уровнем социальной поддержки MSPSS ($r = –0,41$; $p < 0,001$) и продолжительностью сна ($r = –0,34$; $p < 0,001$). Экзаменационный стресс ($r = 0,39$; $p < 0,001$) и страх профессиональной неудачи ($r = 0,36$; $p < 0,001$) также демонстрировали значимые положительные корреляции. Регулярная физическая активность выступала протективным фактором ($r = –0,22$; $p < 0,001$). Множественная линейная регрессия с BDI-II в качестве зависимой переменной показала, что комплекс изучаемых факторов объясняет 38,6% дисперсии депрессивной симптоматики ($R^2 = 0,386$; скоррект. $R^2 = 0,383$; $F(8, 1838) = 156,3$; $p < 0,001$). Наибольший стандартизированный вклад вносили воспринимаемый стресс ($\beta = 0,40$), низкая социальная поддержка ($\beta = –0,26$) и недостаточный сон ($\beta = –0,14$).

Бинарная логистическая регрессия с зависимой переменной «наличие депрессивного синдрома» (BDI-II ≥ 14) идентифицировала восемь независимых предикторов (таблица 2). Наиболее сильным предиктором являлся высокий уровень воспринимаемого стресса (PSS-10 ≥ 27 баллов): ОШ = 3,42 (95% ДИ: 2,68–4,37; $p < 0,001$). Низкая социальная поддержка (MSPSS < 4,0) увеличивала риск в 2,18 раза (95% ДИ: 1,72–2,76; $p < 0,001$), неудовлетворительное финансовое положение — в 1,87 раза (95% ДИ: 1,48–2,36), недостаточный сон (< 6 часов/сутки) — в 1,71 раза (95% ДИ: 1,35–2,17). Иностранное гражданство повышало риск в 1,62 раза (95% ДИ: 1,15–2,28; $p = 0,006$), проживание вдали от семьи — в 1,55 раза, обучение на 3–4 курсах — в 1,43 раза, женский пол — в 1,39 раза. Прогностическая модель продемонстрировала удовлетворительную дискриминационную способность: AUC = 0,782 (95% ДИ: 0,759–0,805); бутстрэп-скорректированный AUC = 0,774, что свидетельствует о минимальном переобучении и обобщаемости модели. Калибровка модели удовлетворительна (тест Хосмера–Лемешоу: $\chi^2 = 8,34$; $p = 0,401$).

Важной находкой исследования явилась критически низкая обращаемость за психологической помощью среди студентов с выявленным депрессивным синдромом. Из 534 студентов с ДС лишь 13,1% (70 человек) когда-либо обращались к психологу или психиатру. Анализ причин необращения выявил следующую структуру барьеров: уверенность в способности справиться самостоятельно (42,3%), стигматизация и страх осуждения окружающими (28,7%), отсутствие информации о доступных ресурсах психологической помощи (16,8%), финансовые ограничения (8,4%) и недоверие к специалистам (3,8%). Обращаемость демонстрировала прямую зависимость от тяжести депрессии: 11,2% при лёгкой форме, 25,7% при умеренной и 100% при тяжёлой (χ^2 для тренда = 12,48; $p < 0,001$). Женщины обращались за помощью достоверно чаще мужчин (15,7% против 9,5%; $\chi^2 = 4,62$; $p = 0,032$). Гендерный анализ барьеров показал, что мужчины чаще ссылались на самодостаточность (48,2% против 38,1% у женщин), тогда как женщины

— на стигматизацию (32,4% против 23,8%).

Заключение

Полученная распространённость депрессивного синдрома (28,9%) согласуется с данными глобального метаанализа (27,2%) [2] и результатами российских исследований (28,7%) [11], что свидетельствует об универсальности проблемы для медицинского образования. Пик на 3–4 курсах воспроизводит закономерность, описанную Dyrbye et al. [3], и связан с переходом к клиническому обучению.

Ведущая роль воспринимаемого стресса (ОШ = 3,42) подтверждает диатез-стрессовую модель депрессии [12] и указывает на приоритетность когнитивных вмешательств. Протективная роль социальной поддержки (ОШ = 2,18) согласуется с буферной гипотезой Cohen и Wills [13] и особенно значима в коллективистском контексте таджикского общества.

Критически низкая обращаемость (13,2%) соответствует данным Mata et al. (12,9%) [4] и обусловлена культурной стигматизацией психических расстройств, характерной для региона [7]. Это подчёркивает необходимость проактивных профилактических мер — регулярного скрининга, десктигматизации и создания доступных психологических служб.

Ограничения исследования: поперечный дизайн не позволяет установить каузальные связи; использование самоопросников подвержено ошибке социальной желательности; одноцентровый характер ограничивает обобщаемость. Дальнейшие исследования с проспективным дизайном и многоцентровым подходом позволят преодолеть данные ограничения.

Таким образом, каждый третий студент медицинского вуза Таджикистана имеет признаки депрессивного синдрома, при этом подавляющее большинство не получает профессиональной помощи. Результаты обосновывают необходимость внедрения системы ежегодного скрининга (BDI-II), программ стресс-менеджмента, укрепления социальной поддержки и создания психологических консультационных служб при медицинских вузах.

Литература

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression). Fact sheet. Geneva: WHO; 2023.
2. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2016; 316(21): 2214–2236.
3. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. Acad Med. 2006; 81(4): 354–373.
4. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2015; 314(22): 2373–2383.
5. Puthran R, Zhang MWB, Tam AM, et al. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. Med Educ. 2016; 50: 456–468.
6. Mirzo A, et al. Mental health services in Tajikistan: current status and challenges. Central Asian J Med Sci. 2019; 5(1): 34–42.
7. Kohrt BA, et al. Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: understanding symptoms and resilience. Lancet. 2014; 383: 764–774.
8. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory-II. Manual. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
9. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983; 24: 385–396.
10. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, et al. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess. 1988; 52: 30–41.
11. Руженкова ВВ, Лукьянцева ИС. Депрессия и суицидальное поведение у студентов медицинского вуза. Научные ведомости БелГУ. 2022; 49(1): 92–103.
12. Monroe SM, Simons AD. Diathesis-stress theories in the context of life stress research. Psychol Bull. 1991; 110: 406–425.
13. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985; 98: 310–357.
14. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. Cogn Ther Res. 2012; 36(5): 427–440.
15. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, et al. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. J Psychiatr Res. 2013; 47(3): 391–400.

References

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression). Fact sheet. Geneva: WHO; 2023.
2. Rotenstein L.S., Ramos M.A., Torre M., et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2016;316(21):2214-2236.
3. Dyrbye L.N., Thomas M.R., Shanafelt T.D. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. Acad Med. 2006;81(4):354-373.
4. Mata D.A., Ramos M.A., Bansal N., et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2015;314(22):2373-2383.
5. Puthran R., Zhang M.W.B., Tam A.M., et al. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. Med Educ. 2016;50:456-468.
6. Mirzo A., et al. Mental health services in Tajikistan: current status and challenges. Central Asian J Med Sci. 2019;5(1):34-42.
7. Kohrt B.A., et al. Cultural concepts of distress and psychiatric disorders. Lancet. 2014;383:764-774.
8. Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. Beck Depression Inventory-II. Manual. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
9. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24:385-396.
10. Zimet G.D., Dahlem N.W., Zimet S.G., et al. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess. 1988;52:30-41.
11. Ruzhenkova V.V., Lukyantseva I.S. Depressiya i suitsidalnoe povedenie u studentov meditsinskogo vuza [Depression and suicidal behavior in medical university students]. Nauchnye vedomosti BelGU. 2022;49(1):92-103.

(In Russ.)
12. Monroe S.M., Simons A.D. Diathesis-stress theories in the context of life stress research. Psychol Bull. 1991;110:406-425.
13. Cohen S., Wills T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985;98:310-357.
14. Hofmann S.G., Asnaani A., Vonk I.J.J., et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. Cogn Ther Res. 2012;36(5):427-440.
15. Ibrahim A.K., Kelly S.J., Adams C.E., et al. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. J Psychiatr Res. 2013;47(3):391-400.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Миршарофов Мирсафо Мирхакимович – соискатель кафедры эпидемиологии им. профессора Х.К. Рафиева
- ORCID ID: 0000-0002-6204-4637
- SPIN-код: 8947-7942
- Author ID (РИНЦ): 1289477

Гулбекова Замира Акимбековна – к.м.н., доцент кафедры анатомии человека им. Я.А. Рахимова
- ORCID ID: 0000-0001-8531-7506
- SPIN-код: 6156-9360
- Author ID (РИНЦ): 1069970

Финансирование: финансирование и индивидуальные благодарности для декларирования отсутствуют.

Использование ИИ: искусственный интеллект не использован.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Информация о соблюдении этических норм:
исследование одобрено Локальным этическим комитетом ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:
Миршарофов Мирсафо Мирхакимович - 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, проспект Рудаки 139
Тел.: (+992) 900-43-33-32 E-mail: mmirsafo@gmail.com

Поступила: 24.12.2025 г.
Принята в печать:10.03.2026