مجلـــة العلـــوم التربـــوية والدراســـات الإنســـانيـــة
ISSN: 2709-0302 (online)
Humanities and Educational Sciences Journal
ISSN: 2617-5908 (print)

انتشار الاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية في السودان: دراسة تحليلية للفترة من (2000 إلى 2023)(*)

د/ أسماء محمد مصطفى دفع الله
أستاذ الصحة النفسية المساعد بقسم علم النفس
كلية اللغات والعلوم الإنسانية، جامعة القصيم - السعودية
وقسم علم النفس - كلية العلوم الإنسانية
جامعة بحري - السودان
as.dafaalla@qu.sa
ORCID: 0000-0003-2293-8422

*) تاريخ تسليم البحث 1/7/2025 تاريخ قبوله للنشر 10/8/2025
*) موقع المجلة: http://hesj.org/ojs/index.php/hesj/index

انتشار الاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية في السودان: دراسة تحليلية للفترة من (2000 إلى 2023)

د/ أسماء محمد مصطفى دفع الله
أستاذ الصحة النفسية المساعد بقسم علم النفس
كلية اللغات والعلوم الإنسانية - جامعة القصيم - السعودية
وقسم علم النفس - كلية العلوم الإنسانية
جامعة بحري - السودان

الملخص

هدفت الدراسة إلى تحليل مدى انتشار الاكتئاب بين المرضى النفسيين في السودان، خلال الفترة من عام (2000) إلى عام (2023) في ضوء عدد من المتغيرات الديموغرافية تضمنت النوع، والعمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، والموقع الجغرافي، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتم جمع البيانات من سجلات مرضى مشخصين مسبقًا في سبعة مستشفيات ووحدات نفسية موزعة على ولايات متعددة، وقد اعتمدت الدراسة على عينة متاحة بلغ حجمها النهائي (4779) حالة، ولمعالجة البيانات إحصائيًا تم حساب التكرارات والنسب المئوية نظرًا لطبيعة البيانات السريرية والتشخيصية الجاهزة، وخلصت النتائج إلى أن نسبة الإصابة بالاكتئاب بلغت (18.7%) من إجمالي العينة، كما كشفت عن ارتفاع معدل الانتشار لدى الفئات العمرية (21–30)، تلتها الفئة (31–40) عامًا، وأن نسبة الانتشار كانت أعلى بين الإناث، وكذلك بين العزاب والمتزوجين، وفيما يتعلق بالمستوى التعليمي توصلت الدراسة إلى أن معدل الانتشار كان أعلى بين الأفراد في الثانوي ثم الحاصلين على تعليم جامعي، كما أظهرت النتائج تباين في نسب الانتشار بين الولايات، وخلال الفترة من (2000 إلى 2023)، مع ميل عام نحو التصاعد، وفي ضوء هذه النتائج، توصي الدراسة بتوجيه حملات توعوية لزيادة الوعي بالاكتئاب وعوامله وتعزيز برامج التدخل المبكر خاصة للفئات الأكثر عرضة للاكتئاب، بجانب توسيع نطاق الخدمات النفسية، وتحسين البنية التحتية النفسية، لا سيما في الولايات التي سجلت معدلات مرتفعة، كما توصي الدراسة بدمج خدمات الصحة النفسية في النظام الصحي العام، وربط السياسات الصحية بالإحصاءات المستخلصة من الدراسات المحلية لتكون مرجعية لصانعي القرار في وزارة الصحة.

الكلمات مفتاحية: اكتئاب، متغيرات ديموغرافية، المرضى النفسيين، السودان.

The Prevalence of Depression in Light of Selected Demographic Variables in Sudan: An Analytical Study (2000–2023)

Dr. Asma Mohammed Mustafa Dafaalla
Assistant Professor of Mental Health, Department of Psychology, College of Languages and Humanities, Qassim University, Kingdom of Saudi Arabia; and College of Human Sciences, Bahri University, Sudan

Abstract

The study aimed to analyze the prevalence of depression among psychiatric patients in Sudan during the period from (2000 to 2023), in relation to several demographic variables, including gender, age, marital status, educational level, and geographical location. The study employed a descriptive-analytical methodology, with data collected from the records of previously diagnosed patients across seven psychiatric hospitals and units located in various states. A convenience sample was used, resulting in a final sample size of (4,779) cases. Given the nature of the available clinical and diagnostic data, frequencies and percentages were calculated for statistical analysis. The results indicated that the prevalence of depression was (%18.7) of the total sample. The highest prevalence was found among individuals aged (21-30), followed by those aged (31-40). The prevalence was also higher among females, as well as among single and married individuals. Regarding educational level, the highest prevalence was observed among individuals with secondary education, followed by those with university education. The findings also revealed variation in prevalence rates across different states, as well as over the period from (2000 to 2023), with a general upward trend.

Based on these findings, the study recommends implementing awareness campaigns to increase public knowledge about depression and its associated factors, and to promote early intervention programs, particularly for high-risk groups. It further recommends expanding mental health services, improving psychological infrastructure-especially in states with higher prevalence rates-and integrating mental health services into the general healthcare system. Finally, it calls for aligning health policies with data derived from local studies, to serve as a reference for decision-makers in the Ministry of Health.

Keywords: Depression, Demographic Variables, Psychiatric Patients, Sudan.

مقدمة الدراسة:

تُعد الصحة النفسية ركيزة أساسية من ركائز الصحة العامة، إذ لا تكتمل رفاهية الفرد والمجتمع إلا بتكامل السلامة الجسدية والعقلية والنفسية، وتشهد الحياة المعاصرة تزايدًا ملحوظًا في معدلات الاضطرابات النفسية، مما جعل الصحة النفسية تحظى باهتمام متزايد من الباحثين وصنّاع القرار انطلاقًا من دورها المحوري في تعزيز جودة الحياة وتماسك الأفراد والمجتمعات، ويبرز الاكتئاب كأكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا وتأثيرًا في حياة الأفراد، ويُمثل تحديًا صحيًا عالميًا.

ووفقًا لتقرير تقييم العبء العالمي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية (World Health Organization [WHO], 2023)، يُعد الاكتئاب ثاني أعلى عبء ومرض مُسبب للعجز بين جميع الأمراض، ومتوقع أن يُصبح أكبر عبء مرضي في العالم بحلول عام (2030)، كما أكدت تقارير ذات المنظمة (2023) أن الاكتئاب يؤثر على ما يقارب (280) مليون شخص حول العالم، ويسهم بشكل مباشر في تقليل جودة الحياة وزيادة معدلات الوفاة الناجمة عن الانتحار بما يفوق (700000) شخص منتحرًا كل عام.

وتُشير الأدبيات العلمية إلى أن العوامل المساهمة في انتشار الاكتئاب لا تقتصر على الجانب البيولوجي أو النفسي فقط، بل تتداخل فيها متغيرات ديموغرافية أخرى، مثل النوع، والعمر، والتعليم، والحالة الاجتماعية، والموقع الجغرافي، وقد أكدت دراسة بيتل وآخرون Patel et al. (2018) أن انتشار الاكتئاب لا يحدث بمعزل عن السياقات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية، بل يتأثر بها بشكل عميق، وأن السياقات ذات الطابع الهش، غالبًا ما تشهد نسبًا مرتفعة من الاضطرابات النفسية مقارنة بالمجتمعات المستقرة.

وقد أشار كوهن وآخرون Kohn et al. (2004) إلى أن حدة الاضطرابات النفسية تتضاعف في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط، نتيجة ضعف الخدمات النفسية، والوصمة الاجتماعية المرتبطة بالمرض النفسي، وندرة الموارد المخصصة للتشخيص والعلاج، ويندرج السودان ضمن هذا السياق، إذ يواجه تحديات مستمرة في المجال الصحي عامة، والنفسي خاصة، نتيجة لعوامل متعددة، وظروف معقدة منها صراعات سياسية متكررة، أزمات اقتصادية حادة، تفاوتات تنموية بين الولايات، النزاعات المسلحة، النزوح الداخلي وجائحة كورونا، في الفترة من (2020-2023)، ونقص في التخصصات والخدمات النفسية على المستوى القومي، مما ينعكس سلبًا على جودة الحياة وتماسك الفرد النفسي والاجتماعي.

انطلاقًا مما سبق تسعى هذه الدراسة إلى الكشف عن انتشار الاكتئاب في السودان باستخدام بيانات فعلية مستمدة من سجلات المرضى بمستشفيات ووحدات الطب النفسي في عدد من الولايات، خلال الفترة من (2000-2023)، وذلك وفق إجراءات رسمية واعتبارات أخلاقية تضمن وتراعي خصوصية المرضى وتحترم المبادئ المهنية.

مشكلة الدراسة:

تُعدّ الاضطرابات النفسية، وفي مقدمتها الاكتئاب، من القضايا الصحية الملحّة، لما لها من آثار سلبية على الأفراد والمجتمع، وفي السودان لوحظ محدودية نطاق الدراسات التي تناولت الاكتئاب إما لاقتصارها على عينات

مجتمعية ضيقة، أو اعتمادها على بيانات لا تستند إلى سجلات رسمية للمرضى المشخصين فعليًا أو لانعدام شموليتها على مستوى ولايات السودان، بجانب أنها لم تغطِ فترات زمنية ممتدة تكشف تطور انتشار الاكتئاب عبر الزمن والعلاقة بينه وبعض المتغيرات الديموغرافية، من بين هذه الدراسات، دراسة أحمد وآخرون Ahmed et al. (2024) ودراسة حسن وآخرون Hassan et al. (2025)، ودراسة أحمد وحامد Ahmed and Hamid. (2025)

وفي ضوء ذلك تتمثل مشكلة هذه الدراسة في السعي إلى الكشف عن انتشار الاكتئاب بين المرضى النفسيين المشخصين في المستشفيات السودانية خلال الفترة من (2000-2023)، وتحليل ارتباطه ببعض المتغيرات الديموغرافية، استنادًا إلى بيانات رسمية، بما يسد النقص القائم في الأدبيات العلمية ويدعم الجهود الوطنية للتخطيط ووضع السياسات النفسية المناسبة في مجال الصحة النفسية.

تساؤلات الدراسة:

تسعى الدراسة إلى الإجابة عن التساؤلات التالية:

1- ما مدى انتشار الاكتئاب في السودان بين المرضى النفسيين المترددين على مستشفيات ووحدات الطب النفسي خلال الفترة من (2000-2023)؟

2- هل يوجد تباين في نسب الإصابة بالاكتئاب بين أفراد عينة الدراسة بناءً على المتغيرات الديموغرافية مثل (النوع، العمر، التعليم، الحالة الاجتماعية)؟

3- ما مدى التباين في معدلات انتشار الاكتئاب في السودان وفق التباين الجغرافي لعينة الدراسة خلال الفترة المحددة، وذلك في عدد من الولايات التي شملت: النيل الأبيض، سنار، غرب دارفور، نهر النيل، النيل الأزرق، شرق دارفور، شمال دارفور، كسلا، وسط دارفور، البحر الأحمر، الخرطوم، شمال كردفان، غرب كردفان، جنوب دارفور، الجزيرة، الولاية الشمالية، القضارف، وجنوب كردفان.؟

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

1- تحديد معدل انتشار الاكتئاب وسط عينة من مراجعي مستشفيات ووحدات الطب النفسي بالسودان خلال الفترة من (2000-2023).

2- معرفة التباين في نسب الإصابة بالاكتئاب بين أفراد عينة الدراسة بناءً على المتغيرات الديموغرافية (مثل النوع، العمر، التعليم، الحالة الاجتماعية).

3- معرفة التباين في معدلات انتشار الاكتئاب في السودان وفق التباين الجغرافي لعينة الدراسة خلال الفترة المحددة وسط عدد من الولايات شملت: النيل الأبيض، سنار، غرب دارفور، نهر النيل، النيل الأزرق، شرق دارفور، شمال دارفور، كسلا، وسط دارفور، البحر الأحمر، الخرطوم، شمال كردفان، غرب كردفان، جنوب دارفور، الجزيرة، الولاية الشمالية، القضارف، وجنوب كردفان.

أهمية الدراسة:

تُسهم هذه الدراسة في إثراء الأدبيات النفسية من خلال تقديم تحليل منهجي لمدى انتشار الاكتئاب في السودان، اعتمادًا على بيانات ميدانية، جُمعت من سجلات مرضى في مؤسسات علاجية نفسية معتمدة، وتُعد من الدراسات القليلة التي تناولت انتشار الاكتئاب بناءً على متغيرات متعددة شملت (النوع، العمر، التعليم، الحالة الاجتماعية)، وعلى مدى زمني واسع امتد من (2000–2023)، وبهذا تُقدم الدراسة إطارًا مرجعيًا يُمكّن باحثين آخرين من مقارنة النتائج أو البناء عليها في دراسات لاحقة.

كما توفر الدراسة بيانات إحصائية يمكن الاستفادة منها في السياسات والقرارات الخاصة بالخدمات النفسية في السودان، ربما تمكّن نتائجها الجهات الصحية المختصة من التعرف على الفئات الأكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب، وتحديد أولويات التدخلات النفسية.

حدود الدراسة:

حدود مكانية: اقتصرت الدراسة على وحدات ومستشفيات الطب النفسي والموزعة على ولايات مختلفة في السودان، شملت النيل الأبيض، سنار، غرب دارفور، نهر النيل، النيل الأزرق، شرق دارفور، شمال دارفور، كسلا، وسط دارفور، البحر الأحمر، الخرطوم، شمال كردفان، غرب كردفان، جنوب دارفور، الجزيرة، الولاية الشمالية، القضارف، وجنوب كردفان.

حدود بشرية: شملت الدراسة المرضى النفسيين الذين تم تشخيصهم مسبقًا بالاكتئاب والمدونة بياناتهم في السجلات الطبية، بوحدات ومستشفيات الطب النفسي بالسودان والمذكورة في الحدود المكانية.

حدود موضوعية: مدى انتشار الاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية.

حدود زمانية: الفترة من يناير إلى مارس (2023).

المفاهيم الأساسية للدراسة:

الاكتئاب Depression:

اعتمدت الدراسة تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO, 2024)، كما ورد في دليل الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض – المراجعة الحادية عشرة ICD-11، بأنه اضطراب نفسي يتميز "بوجود مزاج مكتئب أو انخفاض في الاهتمام بالأنشطة، معظم اليوم، تقريبًا كل يوم، خلال فترة لا تقل عن أسبوعين، مصحوبة بأعراض أخرى مثل صعوبة التركيز، مشاعر انعدام القيمة أو الذنب المفرط أو غير الملائم، اليأس، تكرار الأفكار حول الموت أو الانتحار، تغيرات في الشهية أو النوم، التهيّج أو البطء الحركي النفسي، وانخفاض الطاقة أو الشعور بالإرهاق"، وُيشخص وفق المعايير التالية:

وجود أحد الأعراض الرئيسة الثلاثة الأتية:

1- انخفاض مزاجي دائم وشديد.

2- فقدان الاهتمام والمتعة في معظم الأنشطة.

3- الشعور بالإرهاق الشديد وفقدان الطاقة.

4- وجود أربعة أعراض إضافية على الأقل من التالي:
5- زيادة أو انخفاض في الشهية والوزن.
6- اضطراب في النوم (أرق أو زيادة).
7- اضطراب في الحركة.
8- صعوبة في التركيز واتخاذ القرارات.
9- أفكار متكررة عن الموت أو الانتحار.

أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association [APA], 2013) فقد عرفت الاكتئاب في دليلها التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5، بأنه اضطراب مزاجي يتضمن مجموعة من الأعراض الانفعالية والمعرفية والجسدية التي تؤثر بشكل كبير على الأنشطة والوظائف اليومية، وتُشخص الإصابة بالاكتئاب في حال المعاناة من خمسة أعراض أو أكثر، تستمر لمدة أسبوعين على الأقل، وتشمل:

1- مزاج مكتئب معظم الوقت، تقريبًا كل يوم.
2- فقدان واضح للاهتمام أو الاستمتاع بجميع الأنشطة أو تقريبًا جميعها.
3- تغيّرات في الوزن، زيادة كبيرة أو فقدان، أو اضطراب في الشهية.
4- اضطراب في النوم، أرق أو نعاس زائد تقريبًا كل يوم.
5- فقدان للطاقة.
6- الشعور المفرط بالذنب وانعدام القيمة.
7- ضعف القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات.
8- التفكير في الانتحار أو محاولات الانتحار.

النماذج النظرية المفسّرة للاكتئاب:

النموذج البيولوجي Biological Model:

يركّز على المحددات العضوية، ويُفترض أن الأعراض الاكتئابية ناتجة عن الخلل في النواقل العصبية، كما أن اختلال وظيفة محور الوطاء – النخامية – الكظرية (HPA) يُعدّ من العوامل المركزية، إذ يؤدي التوتر إلى ارتفاع في مستويات الكورتيزول، والذي يرتبط بتدهور المزاج، كذلك الالتهاب المناعي، والتغيرات في تركيبة الدماغ كالحُصين والقشرة الجبهية الأمامية، ويخلص النموذج البيولوجي إلى اعتبار العوامل الوراثية والبيولوجية كقاعدة استعدادية تزيد من احتمالية الإصابة بالاكتئاب، خاصة في وجود ضغوط بيئية (Lei et al,2025).

النموذج النفسي Psychological Model:

يرتبط هذا النموذج بنظريات العلاج المعرفي والسلوكي، ويركز على أن الجوانب المعرفية والانفعالية تلعب دورًا محوريًا في نشوء الاكتئاب وتبين الأدلة أن المصابين بالاكتئاب غالبًا ما يعانون من تشوهات معرفية، وتفسير سلبي مستمر للأحداث، إضافةً إلى الضعف في مهارات المواجهة وأساليب تكيّف غير فعّالة مثل النقد الذاتي المفرط، والتفكير الاجتراري، *والتجنب* (Ryum & Kazantzis, 2024).

النموذج الاجتماعي Social Model:

يرى هذا النموذج أن العوامل الاجتماعية والبيئية المحيطة بالفرد تلعب دورًا محوريًا في ظهور الاكتئاب، فالصدمات الحياتية، والعزلة الاجتماعية، والفقر، وغيرها من الظروف القاسية، كلها عوامل تُضاعف من خطر الإصابة بالاكتئاب، كما أن غياب الدعم الأسري أو المجتمعي يُعد من أبرز المؤشرات الاجتماعية المصاحبة لحالات الاكتئاب، خصوصًا بين الفئات الضعيفة (Alon et al., 2024).

النموذج الحيوي – النفسي – الاجتماعي Biopsychosocial Model:

يُعد من أبرز الأطر النظرية التي فسرت الاكتئاب وأكثرها قبولًا نظرًا لشموليته وتفسيره الديناميكي لتطور الاضطراب، وهو نموذج يقوم على التكامل بين الأبعاد الثلاثة ويؤكد على أن الاكتئاب ينشأ نتيجة تفاعل معقّد بينها، كما أن هذا التفاعل يبرر التنوع في أعراض الاكتئاب بين الأفراد، ويعزز أهمية الدمج بين العلاج الدوائي، والعلاج النفسي، والتدخل الاجتماعي ضمن خطة علاجية متكاملة (Remes et al., 2021).

وتتفق الباحثة مع النموذج الحيوي – النفسي – الاجتماعي، حيث أنه يُقدم تفسيرًا مرنًا وواقعيًا لطبيعة الاكتئاب، إذ يجمع بين المحددات البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية، ما يسهم في الفهم المتكامل للاضطراب، ويدعم أهمية تصميم خطط علاجية متكاملة ومتعددة المحاور تستجيب لحاجات الفرد المصاب في كل بعد من هذه الأبعاد، مما يزيد من فاعلية التدخل العلاجي ويقلل من معدلات الانتكاس.

الدراسات السابقة:

أجرى جرادات (2012) دراسة هدفت إلى استقصاء معدل انتشار الاكتئاب بين طلبة جامعة اليرموك بالأردن، وقد استخدم المنهج الوصفي التحليلي وطبق مقياس بك للاكتئاب، وتوصل إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب بلغت (13.3%) من إجمالي العينة، وأن الاكتئاب أكثر شيوعًا بين الذكور مقارنة بالإناث، وبين المنحدرين من أسر منخفضة الدخل، وكذلك بين من كان المستوى التعليمي لوالديهم متدنٍ (إعدادي فأقل)، وأوصت الدراسة بضرورة تفعيل برامج الدعم النفسي الجامعي، مع التركيز على الفئات الأكثر عرضة.

وفي السودان، أجرى أسيل وزيدان Assil & Zeidan (2013) دراسة لتقييم انتشار الاكتئاب والعوامل المصاحبة له بين كبار السن السودانيين بولاية الخرطوم، استخدم الباحثان المنهج الوصف– التحليلي بشكل مستعرض، ومقياس الاكتئاب لكبار السن – النسخة القصيرة، وتوصلت الدراسة إلى أن معدل انتشار الاكتئاب بلغ (47.5 %)، مع ارتباط واضح بالاكتئاب بين الأفراد الأكبر سنًا، وذوي التعليم المنخفض، ومن يعانون من العزلة الاجتماعية، وقد أوصى الباحثون بضرورة تقديم تدخلات نفسية واجتماعية خاصة لكبار السن.

وأجرى دفع الله وآخرون Dafaalla et al. (2016) دراسة مقطعية على طلاب كلية الطب في الخرطوم، هدفت إلى معرفة مدى انتشار الاكتئاب والقلق والتوتر، وإيجاد الدور المحتمل للدعم الاجتماعي ونوعية الحياة في تطوير الاكتئاب والقلق والتوتر، استخدمت الدراسة أدوات متعددة منها DASS-21وWHOQOL-BREF وخلصت النتائج إلى أن (21%) من المشاركين لديهم درجة متوسطة من الاكتئاب وأوصت الدراسة بتوفير خدمات دعم نفسي متكاملة وتعزيز البيئة الجامعية الصحية.

وقام شورى وآخرون Shorey et al. (2021) بمراجعة منهجية وتحليل في ست قواعد بيانات عن الدراسات المنشورة بين عامي (2001) وديسمبر (2020)، وشملت اثنتين وسبعين دراسة، أُجري تحليل للمجموعات الفرعية بناءً على سنة النشر، والمنطقة الجغرافية، والجنس، وأدوات التقييم المستخدمة، وقد خلصت النتائج إلى أن معدل الانتشار العالمي لأعراض الاكتئاب المبلّغ عنها ذاتيًا (34%)، معدل الانتشار لاضطراب الاكتئاب الشديد (8%)، معدل الانتشار لاضطراب الاكتئاب المزمن (4%)، معدل الانتشار المجمّع لاضطراب الاكتئاب الشديد على مدار عام واحد (8%)، ومعدل الانتشار المجمّع لاضطراب الاكتئاب الشديد مدى الحياة (19%)، وقد ارتفع معدل انتشار أعراض الاكتئاب المرتفعة بين المراهقين من (24%) (2001-2010) إلى (2020-2011) (37%)، كما توصلوا إلى أن منطقة الشرق الأوسط وأفريقيا وآسيا تشهد أعلى معدل انتشار لأعراض الاكتئاب المرتفعة، وأن المراهقات لديهن معدل انتشار أعلى لأعراض الاكتئاب المرتفعة مقارنة بالمراهقين الذكور، وأوصت الدراسة بتصميم وتطوير برامج تدخل أكثر مراعاةً للنوع الاجتماعي وملائمةً للثقافة، وأن تُركز الأبحاث والسياسات على جهود التخفيف التعليمية والداعمة للحد من أعراض الاكتئاب لدى المراهقين قبل تفاقمها.

وفي السعودية أجرى نور وآخرون Nour et al (2023) مراجعة منهجية وتحليل تلوي بهدف التحقيق في انتشار الاكتئاب والعوامل المرتبطة به بين البالغين السعوديين خلال الفترة (2000-2022)، وتوصلت المراجعة إلى أن ما يقرب من ثلث البالغين السعوديين يعاني من الاكتئاب، وتُعد المراقبة المناسبة والتدخلات المبكرة واستراتيجيات إدارة الاكتئاب ضرورية للحد من انتشاره وعواقبه بين البالغين، وأوصى الباحثون بإعطاء الاكتئاب الأولوية في نظام الرعاية الصحية الحالي.

وقدمت دراسة يو وآخرون Yu et al. (2022) تحليلًا باستخدام المنهجية الببليومترية لتحليل (5000) مقال بحثي حول الاكتئاب، وخلصت النتائج إلى أن اضطراب الاكتئاب الشديد، كان شائعًا بين المراهقين وكبار السن، وأوصت الدراسة بضرورة توفير وتنفيذ تدابير التدخل المبكر.

وأجرى عوض وآخرون Awad et al. (2024) دراسة وصفية مقطعية هدفت إلى معرفة انتشار الاكتئاب وسط عينة من الأطفال والمراهقين السودانيين، باستخدام استبيان من قائمة مراجعة استبيان صحة المرضى 9 (PHQ-9) وتوصلت إلى أن (67.7%) من المشاركين يعانون من اضطراب اكتئابي حاد، بالإضافة إلى ذلك، سُجّلت حالات مرتفعة من الأفكار الانتحارية، وأوصت الدراسة بتوفير تدخلات صحية نفسية مناسبة للمتضررين.

منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، والذي يُستخدم عند دراسة الظواهر كما هي في الواقع وقد أشار أبو علام (2020) إلى أن المنهج الوصفي يهدف إلى جمع البيانات التي تعبر عن الظاهرة محل الدراسة كما هي موجودة في الواقع، وتحليلها بصورة كمية أو كيفية لتحديد خصائصها أو قياس انتشارها أو ارتباطها بمتغيرات أخرى

مجتمع وعينة الدراسة:

تمثل مجتمع الدراسة في المرضى النفسيين الذين ترددوًا على بعض مستشفيات ووحدات الطب النفسي في السودان بين عامي (2000 & 2023)، والذين تم تشخيصهم سريريًا على أنهم مصابون بالاضطرابات النفسية المختلفة، وتم اختيار عينة متاحة من خلال اعتماد أسلوب الحصر الشامل لكل سجلات المرضى الرسمية، مع بيان خصائص عينة الدراسة من المستشفيات (كوستي، التجاني الماحي، عبد العال الإدريسي، السلاح الطبي، الأبيض، نيالا، الجنينة)، والتي تغطي مختلف ولايات السودان وقد بلغت العينة النهائية (4779) مريضًا ومريضة (جدول من 1 إلى 7).

جدول (1)

عينة الدراسة تبعًا للمستشفى

المستشفى	التكرارات	النسبة المئوية
كوستي	1023	21.4
التجاني الماحي	1586	23.2
عبد العال الإدريسي	905	18.9
السلاح الطبي	522	10.9
الأبيض	513	10.7
نيالا	100	2.1
الجنينة	129	2.7
المجموع	4779	100.0

جدول (2)

عينة الدراسة تبعًا للولاية

م	الولاية	التكرارات	النسبة
1	النيل الأبيض	1207	25.3
2	سنار	86	1.8
3	غرب دارفور	205	4.3
4	نهر النيل	83	1.7
5	النيل الأزرق	12	3.
6	شرق دارفور	13	3.
7	شمال دارفور	53	1.1
8	كسلا	64	1.3
9	وسط دارفور	26	5.
10	البحر الأحمر	17	4.

م	الولاية	التكرارات	النسبة
11	الخرطوم	1419	29.7
12	شمال كردفان	576	12.1
13	غرب كردفان	170	3.6
14	جنوب دارفور	197	4.1
15	الجزيرة	244	5.1
16	الشمالية	156	3.3
17	القضارف	73	1.5
18	جنوب كردفان	178	3.7
	المجموع	4779	100.0

جدول (3)

عينة الدراسة تبعًا للسنة

السنة	التكرارات	السنة
2000	5	0.10
2001	5	0.10
2002	3	0.06
2003	5	0.10
2004	16	0.33
2005	15	0.31
2006	14	0.3
2007	19	0.40
2008	22	0.45
2009	102	2.1
2010	46	1.0
2011	231	4.8
2012	88	1.8
2013	108	2.3
2014	442	9.2
2015	525	11.0
2016	419	8.8
2017	312	6.5
2018	469	9.8

السنة	التكرارات	السنة
2019	515	10.8
2020	528	11.0
2021	421	8.8
2022	369	7.7
2023	100	2.1
المجموع	4779	100.0

جدول (4)

عينة الدراسة تبعًا للنوع

النوع	التكرارات	النسبة
ذكور	2910	60.9
إناث	1869	39.1
المجموع	4779	100.0

جدول (5)

عينة الدراسة تبعًا للعمر

الفئات العمرية	التكرارات	النسبة المئوية
أقل20	746	15.6
30–21	1933	40.4
40–31	1111	23.2
50–41	543	11.4
60–51	251	5.3
أكثر61	195	4.1
المجموع	4779	100.0

جدول (6)

عينة الدراسة تبعًا للمستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرارات	النسبة المئوية
أمي	386	8.1
الابتدائية (الأساسية)	1584	33.1
ثانوي	1640	34.3
جامعي	1031	21.6
تعليم عالي	138	2.9
المجموع	4779	100.0

جدول (7)

عينة الدراسة تبعًا للحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرارات	النسبة المئوية
متزوج	1719	36
عازب	2815	58.6
مطلق	222	4.6
أرمل	23	.5
المجموع	4779	100.0

مصادر البيانات وأداة الدراسة:

تم جمع البيانات في هذه الدراسة من خلال سجلات المرضى المشخصين مسبقًا في مستشفيات ووحدات الطب النفسي المشاركة، وتم تفريغ البيانات المدونة في الملفات السريرية بطريقة منهجية ومنظمة، شملت متغيرات محددة ذات صلة بأهداف الدراسة، تمثلت في:

النوع، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، الولاية، اسم المستشفى، سنة التردد، ونوع التشخيص (اكتئاب أو اضطرابات نفسية أخرى).

وقد جرت عملية تفريغ البيانات بمساعدة فريق من مساعدي الباحثة الذين تلقّوا تدريبًا مبدئيًا على طريقة تفريغ البيانات والتعامل الأخلاقي مع الملفات الطبية، واعتمدت الباحثة على أداة منظمة تمثّلت في نموذج مُعد خصيصًا لاستخلاص المعلومات الديموغرافية والتشخيصية من الملفات الطبية، ثم جرت مراجعة دقيقة من قبل الباحثة للتأكد والدقة، قبل معالجة البيانات.

المعالجات الإحصائية:

نظرًا لطبيعة البيانات السريرية والتشخيصية الجاهزة المصنّفة مسبقًا من قبل مختصين نفسيين، اقتصر التحليل على:

- حساب التكرارات لعدد الحالات المشخصة بالاكتئاب مقابل بقية الاضطرابات.
- احتساب النسب المئوية لكل متغير ديموغرافي.
- الجداول التقاطعية بين الإصابة بالاكتئاب وكل من: النوع، العمر، التعليم، الحالة الاجتماعية، الولاية، المستشفى، السنة.

ولم تُستخدم أي معالجات إحصائية أخرى ذلك لأن البيانات غير خاضعة للقياس التجريبي أو التوزيع الاحتمالي، وإنما تُعالج ضمن الإطار الوصفي فقط.

الاعتبارات الأخلاقية:

حرصت الباحثة على الالتزام الكامل بالأطر الأخلاقية المعتمدة في البحوث التي تتعامل مع ملفات طبية، حيث:

1- تم الحصول على موافقات رسمية مكتوبة من وزارة الصحة.

2- لم تُستخدم أي معلومات تعريفية تخص المرضى.

3- اقتصرت البيانات على المتغيرات الديموغرافية والتشخيص دون المساس بالهوية الشخصية.

4- استخدمت البيانات فقط لأغراض علمية محضة، وفق ضوابط خصوصية صارمة.

5- وقد راعت الباحثة المعايير الأخلاقية التي تنص عليها أدبيات أخلاقيات البحث في علم النفس خاصة فيما يتعلق باستخدام البيانات السريرية **(**American Psychological Association [APA], 2017**)**.

عرض ومناقشة النتائج:

للإجابة عن السؤال الأول: "ما مدى انتشار الاكتئاب في السودان بين المرضى النفسيين المترددين على مستشفيات ووحدات الطب النفسي خلال الفترة من (2000-2023)"؟

جدول (8)

يوضح انتشار الاكتئاب خلال السنوات من (2000-2023)

السنة	تكرارات الاضطرابات النفسية الأخرى	النسبة المئوية للإضرابات النفسية الأخرى	تكرارات الاكتئاب	المجموع	النسبة المئوية للاكتئاب
2000	5	0.13	0	5	0.0
2001	5	0.13	0	5	0.0
2002	3	0.08	0	3	0.0
2003	5	0.13	0	5	0.0
2004	16	0.41	0	16	0.0
2005	15	0.39	0	15	0.0
2006	14	0.36	0	14	0.0
2007	17	0.44	2	19	10.5
2008	19	0.49	3	22	13.6
2009	79	2.03	23	102	22.5
2010	43	1.11	3	46	6.5
2011	192	4.94	39	231	16.9
2012	72	1.85	16	88	18.2
2013	90	2.32	18	108	16.7
2014	369	9.5	73	442	16.5
2015	388	9.99	137	525	26.1
2016	353	9.09	66	419	15.8
2017	273	7.03	39	312	12.5
2018	381	9.81	88	469	18.8
2019	416	10.71	99	515	19.2

السنة	تكرارات الاضطرابات النفسية الأخرى	النسبة المئوية للإضرابات النفسية الأخرى	تكرارات الاكتئاب	المجموع	النسبة المئوية للاكتئاب
2020	403	10.38	125	528	23.7
2021	335	8.63	86	421	20.4
2022	299	7.7	70	369	19.0
2023	91	2.34	9	100	9.0
المجموع	3883	81.3	896	4779	18.7

أظهرت النتائج أن نسبة الإصابة بالاكتئاب بين المرضى النفسيين بلغت (18.7%)، وفقًا لجدول (8)، وهي نسبة تعكس حجمًا معتبرًا من الحالات داخل عينة الدراسة، لا سيما وأن البيانات تم جمعها من مؤسسات نفسية متخصصة تستقبل عادة حالات معقدة أو مزمنة قد لا يكون الاكتئاب فيها هو التشخيص الأساسي، وتكشف النتائج في جدول (8) عن تصاعد ملحوظ في نسب الاكتئاب خلال الأعوام (2009، 2015، و2020)، حيث بلغت في بعضها أكثر من (26%)، ويُحتمل أن يكون هذا التزايد مرتبطًا بالأزمات الوطنية، مثل تصاعد النزاع الأهلي والأوضاع الاقتصادية المتردية وجائحة كوفيد-19، وتشير المعطيات العالمية إلى أن ما تم تسجيله في السودان من تصاعد في نسب الاكتئاب ليست حالة معزولة، بل ينسجم مع موجة عالمية رافقت جائحة كوفيد-19وما تبعها من ضغوط اجتماعية واقتصادية ونفسية، وقد أكدت COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021) ارتفاع معدلات الاكتئاب عالميًا خلال الكوارث والأزمات، كما أشارت دراسة شين وآخرون Chen et al. (2025) إلى أن معدلات انتشار الاكتئاب العالمي قد شهدت ارتفاعًا ملحوظًا بعد عام (2019)، وذلك بناءً على تحليل بيانات عبء المرض العالمي (GBD 1990-2021)، حيث ارتفع معدل الانتشار بنسبة (11%)، ومعدل العبء الصحي بنسبة (13%)، وأظهرت نتائج دراسة ميدانية أجراها عبد العزيز وآخرون Abdelaziz et al. (2021) على عينة مكونة من (886) مشاركًا في جزيرة توتي بولاية الخرطوم، أن اضطرابات المزاج كانت الأكثر انتشارًا بين المشاركين.

من جانب آخر يُلاحظ في جدول (8) عدم تسجيل حالات خلال الأعوام (2000-2006)، وتسجيل أعداد قليلة في العام (2007)، ثم ارتفاعًا طفيفًا تلته قفزة أكبر في (2009) حيث بلغت نسبة الانتشار (22.5) وهكذا استمر تذبذب الانتشار ما بين ارتفاع وانخفاض، وترى الباحثة أن الانحسار ربما يكون مرتبطًا بعدم التوثيق أو عدم اعتماد تصنيفه بشكل مستقل في السجلات الطبية آنذاك، ومن المحتمل أن حالات الاكتئاب كانت تصنّف ضمن فئات أخرى أو بسبب نقص الوصول، وقد أشار عثمان وآخرون (2019) Osman et al. إلى أن الوصول إلى مرافق الصحة النفسية غير متكافئ في جميع أنحاء السودان، حيث أنها متاحة بشكل أكبر لأولئك الذين يعيشون في العاصمة أو بالقرب منها، كما أن هناك نقص حاد في الكوادر المدربة، وتستعين العديد من المجتمعات في أنحاء السودان بالمعالجين التقليديين والدينيين للمساعدة في تلبية احتياجات الرعاية الصحية الأولية، وإلى جانب توافرهم وسهولة الوصول إليهم، فهم غالبًا جزءًا من نظام المعتقدات الثقافية الأوسع، ويُعتبرون جزءًا لا يتجزأ من الحياة اليومية.

للإجابة عن السؤال الثاني: "ما مدى انتشار الاكتئاب بين أفراد عينة الدراسة بناءً على المتغيرات الديموغرافية (مثل النوع، العمر، الحالة الاجتماعية، التعليم) لدى عينة الدراسة"؟

جدول (9)

يوضح انتشار الاكتئاب تبعًا لمتغير النوع

النوع	تكرارات الاضطرابات النفسية الأخرى	تكرارات الاكتئاب	المجموع	النسبة المئوية للاكتئاب
ذكر	2488	422	2910	47.1
أنثى	1395	474	1869	52.9
المجموع	4779	896	3883	100

أظهر جدول (9) أن الإناث سجلن نسبًا أعلى في الإصابة مقارنة بالذكور، حيث بلغت نسبة الإصابة (52.9%)، مقابل (47.1%) بين الذكور من مجموع الحالات المصابة بالاكتئاب العصابي وربما يرجع ذلك إلى التغيرات الاجتماعية والهرمونية، وارتفاع الاحتياجات الانتمائية بين الإناث في سن البلوغ، وزيادة التفاعل الإكتئابي تجاه أحداث الحياة الشخصية، وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت له العديد من الدراسات، فقد توصلت دراسة عبد العزيز وآخرون Abdelaziz et al. (2021) ودراسة نور وآخرون Nour et al (2023) إلى أن نوبات الاكتئاب أكثر شيوعًا بين النساء مقارنة بالرجال، وفسرت دراسة جودوين وجوتلب Goodwin and Gotlib (2004) ارتفاع معدل انتشار الاكتئاب بين الإناث مقارنةً بالذكور، بارتفاع مستويات العصابية واللطف والانبساط والضمير عند الإناث مقارنة بالذكور وأشارت دراسات كوهنر Kuehner (2003) إلى أن الأبحاث الوبائية أظهرت أن النساء أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب خلال حياتهن بمرتين تقريبًا من الرجال، وهو ما ينطبق على مختلف البيئات الثقافية، وتشمل التفسيرات تداخل عوامل وراثية وهرمونية ونفسية واجتماعية، مرتبطة بالأدوار الجندرية الداخلية والنفسية الاجتماعية، والتي قد تُسهم في ارتفاع خطر الإصابة بالاكتئاب لدى النساء، كما تنعكس جوانب الأدوار الجندرية في ردود فعل الغدد الصماء للتوتر، وربما تؤثر على العمليات العصبية النفسية المصاحبة، كما خلُص تحليل سالك وآخرون Salk et al. (2017) إلى أن النساء يعانين من معدلات أعلى من الاكتئاب عبر مختلف الفئات العمرية، خاصة في مرحلة الشباب والرشد المبكر، ويرجّح الباحثون أن التفاوت في نمط التعبير عن المشاعر، والاستجابة للضغوط، والوصمة الاجتماعية المرتبطة بطلب العلاج، تسهم بدورها في زيادة احتمال التشخيص بالاكتئاب لدى الإناث مقارنة بالذكور، وهذا يتفق مع ما لوحظ في تحليل منهجي للعبء العالمي للأمراض لعام (2019).

كذلك أشارت منظمة الصحة العالمية (WHO, 2023) إلى أن إصابة النساء بالاكتئاب أكثر من الرجال. وفي السياق السوداني ربما تكون هذه الفروقات مرتبطة بعوامل مجتمعية خاصة، كقلة الدعم النفسي الموجه للنساء، وزيادة الأعباء المنزلية والأسرية، ومحدودية فرص التمكين الاقتصادي والاجتماعي، مما يزيد من تعرضهن للضغوط النفسية التي قد تنعكس في صورة اكتئاب.

جدول (10)

يوضح انتشار الاكتئاب تبعًا لمتغير العمر

الفئة العمرية	تكرارات الاضطرابات النفسية الأخرى	تكرارات الاكتئاب	المجموع	النسبة المئوية للاكتئاب
أقل20	614	132	746	14.73
30–21	1575	358	1933	39.96
40–31	902	209	1111	23.33
50–41	450	93	543	10.38
60–51	192	59	251	6.58
أكثر60	150	45	195	5.02
المجموع	3883	896	4779	18.75

يعكس جدول (10) تباين نسب انتشار الاكتئاب بين مختلف الفئات العمرية المختلفة، حيث بلغت أعلى نسبة (39.96%) في الفئة (21–30)، تليها (23.33%) في الفئة (31–40) عامًا، ثم (14.73%) في الفئة (20) عامًا وأقل، بينما بلغت في الفئة من (41–50) عامًا حوالي (10.38%)، وبلغت النسبة (6.58%) في فئة (51–60) عامًا، و(5.02%) فيمن تجاوزوا (60) عامًا.

تتوافق هذه النتائج مع العديد من الدراسات التي خلُصت إلى تباين معدلات الاكتئاب عبر العمر، وأن خطر الإصابة بالاكتئاب ليس ثابتًا، إنما يتغير مع التقدم في العمر، وقد وجدت بعض الدراسات ارتفاعًا في نسبة انتشار الاكتئاب لدى الفئات الأصغر سنًا، فقد أظهرت دراسة شعبان وبشار Shaaban & Baashar (2003) بمدينة الخرطوم شملت (1107) فتاة مراهقة، وخلصت إلى أن (11%) منهن يعانين من اكتئاب سريري، بينما ظهرت أعراض جزئية لدى (8.6%)، كذلك وجدت دراسة عوض وآخرون Awad et al. (2024) أن (67.7%) مراهقًا يعانون من اكتئاب سريري واضح، إضافة إلى (57.2%) يعانون من أفكار انتحارية، وهو ما يعكس تأثيرًا مضاعفًا للعوامل النفسية والاجتماعية في هذه المرحلة، وقد ارتبطت معدلات الاكتئاب بعوامل مثل الضغوط الاجتماعية، وغياب الدعم النفسي.

أما على الصعيد العالمي، تفيد بيانات المعهد الوطني للصحة النفسية الأميركي، أن الفئة العمرية من (18 إلى 25) عامًا تسجل أعلى معدل انتشار سنوي للاكتئاب بنسبة (18.6%)، بينما سجلت الفئة من (26–49) عامًا نسبة(9.3%)، و(4.5%) للفئة التي تتجاوز (50) عامًا (National Institute of Mental Health [NIMH], 2022) وتدعم هذه المؤشرات نتائج تحليل أجرته ليم وآخرون Lim et al. (2018) شمل بيانات من ثلاثين دولة، حيث بلغ معدل انتشار الاكتئاب عالميًا (12.9%)، مع بروز واضح للفئات الأصغر سنًا، خصوصًا من النساء (14.4%) مقارنة بالرجال.

وترى الباحثة أن الفئات العمرية من (21) إلى (40) عامًا تُعد الأكثر عرضة، حيث تواجه تحديات الانتقال من التعليم إلى العمل وبناء الأسرة، فهي تواجه التحولات النفسية والضغوط الاقتصادية والاجتماعية، مما يعني أنها الأكثر هشاشة من الناحية النفسية، سواء في البيئات المستقرة أو في الدول التي تمر بتحولات وظروف معقدة مثل السودان.

رغم ما سبق، يجدر التنويه إلى أن بعض الدراسات توصلت إلى نتائج مغايرة فقد أجرت ميس (2014) Maes دراسة عن آثار العمر والجنس على تصنيف الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالاكتئاب، وتوصلت إلى أن الاكتئاب كان أكثر بروزًا وبشكل ملحوظ لدى المرضى الأكبر سنًا (55) عامًا فأكثر بالمقارنة مع الأصغر سنًا، من جهة أخرى أشارت منظمة الصحة العالمية (WHO, 2023) إلى أن الاكتئاب من أكثر المشاكل النفسية شيوعًا لدى كبار السن، إذ يقدَّر أن (5.7%) من البالغين فوق (60) عامًا يعانون من الاكتئاب عالميًا، وهي نسبة تفوق قليلًا معدل الاكتئاب بين جميع البالغين حوالي (5%) عالميًا، ويرجع ذلك إلى البيئة المادية والاجتماعية والضغوط المتعلقة بالشيخوخة والتراجع الكبير في القدرات الأساسية والوظيفية بجانب التعرّض للشدائد مثل فقدان ذويهم أو انخفاض دخولهم أو شعورهم بالافتقار إلى هدف في الحياة بعد التقاعد ومن ثم العزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة، إضافة إلى الأمراض المزمنة.

وقد أشارت دراسة Alfaifi وآخرون (2024) إلى أن الاكتئاب يُعد مشكلة صحية شائعة بين كبار السن، وخلصت دراسة أسيل وزيدان Assil & Zeidan (2013) إلى أن (47.5%) من كبار السن (60 سنة فأكثر) يعانون من أعراض اكتئابية في ولاية الخرطوم، كما وجدت دراسة أحمد وحامد Ahmed & Hamid (2025) في ولاية الجزيرة أن (44%) من كبار السن تظهر لديهم أعراض اكتئاب متوسطة إلى شديدة.

مما سبق يتضح أن العمر يُعد من العوامل الحاسمة في التنبؤ باحتمالية الإصابة بالاكتئاب، حيث تختلف النسب باختلاف المرحلة العمرية والتحديات المرتبطة بها.

جدول (11)

يوضح انتشار الاكتئاب تبعًا لمتغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	تكرارات الاضطرابات النفسية الأخرى	تكرارات الاكتئاب	المجموع	النسبة المئوية للاكتئاب
متزوج	1323	396	1719	44.2
عازب	2368	447	2815	49.9
مطلق	173	49	222	5.46
أرمل	19	4	23	.45
المجموع	3883	896	4779	18.7

أما عن انتشار الاكتئاب بين أفراد عينة الدراسة بناءً على الحالة الاجتماعية، يُلاحظ من جدول (11) تباينًا واضحًا في انتشار الاكتئاب حسب الحالة الاجتماعية، حيث كانت نسب الانتشار أعلى بين العزاب أي غير المتزوجين حيث بلغت (49.9%) يليها المتزوجون (44.2%) والمطلقون (5.46%)، ثم الأرامل (.45%)، وتتسق هذه النتيجة جزئيًا مع الدراسات السابقة، فقد بيّنت دراسة زاو وآخرون Zhao et al (2022) أن غير المتزوجين، كانوا يعانون بدرجات أكبر، كذلك في تحليل بين البلدان توصل زاي وآخرون Zhai et al. (2024) إلى أن الأفراد غير المتزوجين يكونون أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب، وفي مراجعة منهجية أجراها نور وآخرون Nour et al (2023) أظهرت أن العزوبية من بين عوامل الخطر المرتبطة بشكل كبير بالاكتئاب.

وفي نتائج مغايرة توصلت دراسة بولش وآخرون Bulloch et al. (2017) إلى انخفاض نسب الإصابة بالاكتئاب لدى الإناث العازبات والأرامل مقارنةً بالمتزوجين، وأظهرت دراسة عبد الرحمن (2021) في ولاية الخرطوم، وجود فروق في درجات الاكتئاب تبعًا للحالة الاجتماعية، وكانت الجهات الأكثر تضررًا هي المطلقين والأرامل مقارنة بالعزاب، كما أشار بولش وآخرون Bulloch et al. (2009) إلى وجود تفاعل سريري مهم بين الاكتئاب الشديد والحالة الزوجية، وتوصل إلى أن الانتقال من حالة الزواج إلى حالة الانفصال أو الطلاق ضاعف التعرض للاكتئاب، إذ أن للطلاق وما يصاحبه من ضغوط حياتية واجتماعية آثاره النفسية السلبية، فهو حدث حياتي مُجهد يرتبط بمشاعر الفقدان والصراع وربما وصمة اجتماعية، مما قد يفسر ارتفاع معدلات الاكتئاب وسط هذه الفئة، بالإضافة إلى وجود علاقة ذات اتجاهين بين الاكتئاب والطلاق، فالأفراد الذين يعانون من الاكتئاب معرضون أكثر لخطر انهيار العلاقة الزوجية والطلاق، وفي الوقت نفسه يزيد الطلاق من خطر الإصابة بالاكتئاب لدى الأفراد الذين لم يكونوا مكتئبين سابقًا، بمعنى آخر، قد يكون الاكتئاب سببًا ونتيجةً للطلاق في آنٍ واحد.

وفي سياق نتيجة هذه الدراسة يمكن تفسير ارتفاع نسبة انتشار الاكتئاب وسط العزاب والمتزوجين بالضغوط الاقتصادية والأزمات المتلاحقة والظروف المعقدة التي يشهدها السودان، بالإضافة إلى التوقعات الاجتماعية العالية التي تضعها الثقافة السودانية على المتزوجين وغير المتزوجين، يُضاف إلى ذلك أن شعور غير المتزوجين بالوحدة، وعدم وجود شريك يشارك ضغوط وتحديات الحياة، مما يزيد من احتمالية الاكتئاب.

ورُغم النظر للزواج كمصدر دعم نفسي يعزز شعور الفرد بالاستقرار والانتماء ويُشكل عامل حماية نسبية ضد الاكتئاب، إلا أن هذه النتيجة تبرز أن المؤثر الأساسي ربما يكون مدى جودة العلاقة الزوجية وليس الوضع القانوني بحد ذاته، وهذا ما أكدته دراسة فانج وآخرون Fang et al. (2025) بوجود علاقة سببية متبادلة بين جودة الحياة الزوجية والاكتئاب.

أم عن تدني نسبة الاكتئاب وسط المطلقين والأرامل في هذه الدراسة، ربما يعود ذلك إلى انخفاض أعداد هذه الفئات وسط العينة والتمثيل العددي غير المتوازن مما يجعل المقارنات الإحصائية صعبة، وقد تكون هناك متغيرات متداخلة مثل الوضع الاقتصادي، الدعم الاجتماعي، والحالة الصحية، وترجح الباحثة انخفاض الأعداد من هذه الفئات بقلة الإقبال على طلب الخدمة والوصمة لا سيما حالات الطلاق، بالإضافة إلى الاستعانة بالمعالجين التقليديين والدينيين الذين سبق الحديث عنهم.

وتؤكد منظمة الصحة العالمية على أهمية فهم العوامل الاجتماعية المساهمة في الاكتئاب لتطوير استراتيجيات وقائية وعلاجية فعالة (WHO, 2023).

جدول (12)

يوضح انتشار الاكتئاب تبعًا لمتغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	تكرارات الاضطرابات النفسية الأخرى	تكرارات الاكتئاب	المجموع	النسبة المئوية للاكتئاب
أمي	324	62	386	6.91
الابتدائية (الأساسية)	1300	284	1584	31.69
ثانوي	1338	302	1640	33.70
جامعي	804	227	1031	25.33
تعليم عالي	117	21	138	2.34
المجموع	3883	896	4779	18.7

أما عن المستوى التعليمي، يُلاحظ من البيانات الواردة في الجدول (12) أن نسبة انتشار الاكتئاب لدى الأفراد غير المتعلمين قد بلغت (6.91%)، ثم ارتفعت تدريجيًا بين فئات التعليم الأساسي (31.69%) لتبلغ ذروتها وسط فئة التعليم الثانوي (33.70%)، ثم التعليم الجامعي بنسبة (25.33%)، لتنخفض مجددًا لدى حملة الشهادات العليا أي التعليم العالي إلى (2.34%)، وتُعزى الزيادة في نسب الاكتئاب لدى الأفراد في المرحلة الثانوية إلى أنهم يُعدّون من الفئات الأكثر هشاشة من الناحية النفسية، نظرًا لخصائص المرحلة والتغيرات التي تحدث فيها، بالإضافة إلى الضغوط النفسية والاجتماعية والأكاديمية، لا سيما تلك التي ترتبط بمتطلبات التفوق الدراسي والقبول الجامعي فقد أظهرت دراسة Alharbi et al. (2019) بالسعودية أن نسبة معتبرة من طلاب المرحلة الثانوية يعانون من أعراض اكتئابيه، وعزت الدراسة ذلك إلى التغيرات الانفعالية المرتبطة بمرحلة المراهقة والضغوط الأكاديمية، كما أن التحولات النمائية التي يمر بها الأفراد في هذه المرحلة، بما في ذلك بناء الهوية الشخصية والتقلبات المزاجية وضعف تقدير الذات، تُعد من العوامل النفسية المؤدية لاضطرابات المزاج، وهو ما أكدته الأدبيات النفسية Patel et al. (2007).

أما انتشار الاكتئاب لدى خريجي الجامعات، فربما يُعزى إلى الضغوط النفسية المرتبطة بالتوقعات المهنية، وتحديات المواءمة بين المؤهل الأكاديمي وسوق العمل، أو البطالة بين الخريجين إضافة إلى التحديات الاقتصادية والاجتماعية، في المقابل، ربما يُفسَّر الانخفاض وسط فئة التعليم العالي بامتلاك الأفراد لمهارات تأقلم معرفية ونفسية أعلى، بجانب ارتفاع وعيهم بأساليب التعامل مع الضغوط، وهذا ما أكدته دراسة كوهن وآخرون (2020) Cohen et al. التي توصلت إلى أن مستوى التعليم العالي يرتبط بانخفاض خطر الإصابة بالاكتئاب، ويُعزى ذلك إلى تمتع الأفراد بمهارات معرفية واستراتيجيات تأقلم فعالة، بجانب ارتفاع مستوى الوعي الذاتي والدعم الاجتماعي.

وفي مراجعة منهجية شاملة أجراها إبراهيم وآخرون (2013)، تبين أن معدل انتشار أعراض الاكتئاب بين طلاب الجامعات في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل بلغ في المتوسط (24.4%)، دون وجود فروق كبيرة تُعزى لاختلاف التخصصات أو الجنس، كذلك توصل صالح وآخرون (2025) Salih et al. في دراسة حديثة في السودان أجريت على طلاب جامعة الخرطوم، إلى أن الضغوط السياسية والاقتصادية وغياب الاستقرار الأكاديمي أسهمت بشكل مباشر في ارتفاع نسب الاكتئاب.

وتشير هذه النتائج إلى أهمية التدخلات الوقائية والعلاجية لهذه الفئات، مع مراعاة الفروق الثقافية والاجتماعية الخاصة بكل مجتمع.

للإجابة عن السؤال الثالث: "ما مدى التباين في معدلات انتشار الاكتئاب في السودان وفق التباين الجغرافي لعينة الدراسة خلال الفترة المحددة"؟

جدول (13)

يوضح انتشار الاكتئاب تبعًا لمتغير الموقع الجغرافي (الولاية)

الولاية	تكرارات الاضطرابات النفسية الأخرى	تكرارات الاكتئاب	المجموع	النسبة المئوية للاكتئاب
النيل الأبيض	1001	206	1207	22.99
سنار	74	12	86	1.34
غرب دارفور	153	25	205	2.79
نهر النيل	71	12	83	1.34
النيل الأزرق	6	6	12	0.67
شرق دارفور	12	1	13	0.11
شمال دارفور	41	12	53	1.34
كسلا	42	22	64	2.46
وسط دارفور	17	9	26	1
البحر الأحمر	12	5	17	0.56
الخرطوم	1225	194	1419	21.65
شمال كردفان	434	142	576	15.85
غرب كردفان	134	36	170	4.02
جنوب دارفور	160	37	197	4.13
الجزيرة	181	63	244	7.03
الشمالية	123	33	156	3.68
القضارف	55	18	73	2.01
جنوب كردفان	142	36	178	4.02
المجموع	3883	896	4779	18.7

يُلاحظ من جدول (13) وجود تباين في انتشار الاكتئاب بين ولايات السودان، ما قد يشير إلى فروقات في طلب الخدمة وكذلك الموارد ومدى توفر الخدمات النفسية، فقد سجّلت ولاية النيل الأبيض أعلى نسبة انتشار بلغت (22.99%)، كذلك سجلت ولاية الخرطوم نسبة مرتفعة بلغت (21.65) تلتها ولاية شمال كردفان بنسبة بلغت (15.85%)، ما يشير إلى تنوع التشخيصات وتوفّر خدمات نسبية، لا سيما ولاية الخرطوم ذلك حيث أنها من الولايات ذات الأولوية في التخطيط الصحي بحكم الكثافة السكانية والحاجة المتزايدة.

من جانب آخر لوحظ انخفاض نسب الانتشار في بقية الولايات، حيث تراوحت بين (1%) و(7.03%)، راجع جدول (13)، ويُعد هذا مؤشرًا خطيرًا قد يدل على ضيق نطاق التشخيص أو غياب أدوات التشخيص المتقدمة وضعف طلب الخدمة ومحدودية الخدمات المتخصصة، وقد تمت الإشارة إلى ذلك في الإجابة عن سؤال الدراسة الأول، ما يعني الحاجة الملحّة للاهتمام بالخدمات النفسية في هذه المناطق.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة إما بانخفاض حقيقي في معدلات المرض أو – وهو الأرجح – بضعف في آليات الكشف والتبليغ، وكذلك ضعف الوصول، مما يجعلها مناطق بحاجة إلى تدخلات تقييمية وتعزيزية للصحة النفسية الأولية.

وقد سلط كل من مارموت وآخرون Marmot et al. (2020)، وكومبتون وآخرون Compton et al. (2015) الضوء على أن التحديات الاجتماعية والاقتصادية والتفاوت في الموارد يؤدي إلى عدم المساواة في نتائج الصحة النفسية، ولاستعادة المساواة في الصحة بين المجموعات، يجب معالجة المحددات الاجتماعية، وقد تم تحديد مجموعة واسعة من محددات الصحة النفسية في الأدبيات: العمر والنوع والتربية الأسرية وأنماط التعلق المبكر والدعم الاجتماعي والتغذية السليمة وعوامل المجتمع، إذ يتدهور الناس بسبب الظروف على المستوى الفردي والمجتمعي؛ لذلك، يجب مراعاة هذه الظروف جنبًا إلى جنب مع التفاعلات بين المحددات.

وترى الباحثة أن هذه البيانات أقل من المتوقع، وربما تعكس الطلب والوصول إلى الخدمة أكثر ما تعكس الانتشار الفعلي للاكتئاب أو انخفاض معدل الإصابة، فضعف التغطية الصحية النفسية في بعض الولايات قد يؤدي إلى التقليل من حجم المشكلة في تلك المناطق، لا سيما وأن ولايات الأطراف مثل دارفور (بولاياتها الخمس) والنيل الأزرق وكردفان تواجه ظروفًا معيشية ونفسية أكثر تعقيدًا بسبب النزاعات، الفقر، الهشاشة الخدمية والاختلال في توزيع البنية التحتية الصحية وغيرها من التحديات، وقد أشارت دراسة Osman وآخرون (2019) إلى أنه لا تعمل سوى نسبة ضئيلة من الأطباء النفسيين في المناطق الريفية، التي تُشكل موطنًا لثلثي سكان السودان.

أيضًا سوء الفهم المجتمعي للاكتئاب في الثقافة المحلية، حيث لا يُفصح عدد من المرضى عن أعراضهم الوجدانية بسبب الوصمة، وقد خلصت دراسة إبراهيم وآخرون (2025) إلى أن للوصمة الاجتماعية تأثير بالغ على شعب السودان، إذ تؤثر على سلوكيات الأفراد وتخلق حواجز أمام الآخرين، كما أن السودانيين في الريف يعتبرون الإفصاح عن الأعراض الوجدانية ضعفًا شخصيًا أو انحرافًا دينيًا، فيلجؤون إلى التعبير عنها بأعراض جسدية، مما يؤدي إلى نقص التشخيص ويؤثر سلبًا على فرص التقييم والتدخل النفسي المبكر.

وحللت دراسة علي واجايبونج Ali and Agyapong(2016) العوائق البنيوية والاجتماعية أمام استخدام خدمات الصحة النفسية في السودان، وتمثلت في تمركز خدمات الصحة النفسية، وعدم كفاية عدد الكوادر النفسية، وعدم اعتبار الصحة النفسية أولوية من قبل صناع السياسات، فقد أجاب (95%) من مقدمي الرعاية بالنفي عند سؤالهم عما إذا كانت الحكومة تخصص مالًا كافيًا للصحة النفسية، بالإضافة إلى الاعتقادات المتعلقة بالمرض النفسي، والاعتماد على العلاجات البديلة مثل المعالجين الروحانيين والشعبيين، وقد أظهرت الدراسة أن (73%) من المرضى لجأوا لأنواع أخرى من العلاج قبل الوصول للمستشفى النفسي.

وبناءً على ما سبق واستنادًا إلى الاتجاه الزمني في جدول (9) يتضح من أن الاكتئاب شهد موجات تصاعد وانخفاض تتزامن غالبًا مع أزمات كبرى، مما يستدعي إدماج المتغيرات البيئية والاجتماعية والسياسية في تفسير مشهد الاكتئاب في السودان، والتخطيط لتدخلات متعددة المستويات.

وتشير منظمة الصحة العالمية (WHO,2025) إلى أن فاعلية التصدي لاضطرابات الصحة النفسية، وفي مقدمتها الاكتئاب، تتطلب استجابات وقائية ممنهجة تُفعّل في مراحل مبكرة، وعلى مستويات متعددة تشمل السياسات الوطنية والمؤسسات المجتمعية، وتؤكد المنظمة على أهمية الانتقال من النماذج العلاجية البحتة إلى مقاربات شمولية تدمج الوقاية وتعزيز الرفاه النفسي ضمن منظومات التعليم، والعمل، والرعاية الأولية، بما يحقق خفضًا فعّالًا في أعباء الاكتئاب الصحية والاقتصادية على المدى الطويل.

الخاتمة:

مما سبق يتضح أن الاكتئاب يُعدّ اضطرابًا نفسيًا شائعًا في المجتمع السوداني، ويرتبط بمجموعة من المتغيرات الديموغرافية التي تشمل النوع، والعمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وقد كشفت البيانات عن أن الإناث والفئات العمرية الأكبر، والمتزوجون كانوا الأكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب، وهي نتائج تتسق مع كثير من نتائج الأدبيات السابقة ذات الصلة.

أما من حيث المستوى التعليمي، فقد أظهرت النتائج اتجاهًا غير متوقع، إذ سجّل الأفراد في المستوى الجامعي أعلى نسبة للاكتئاب مقارنةً بالفئات الأقل تعليمًا، بينما كانت النسبة الأدنى لدى أصحاب التعليم العالي (الدراسات العليا)، وتُشير هذه النتيجة إلى أهمية النظر في الضغوط النفسية التي تواجه هذه الفئة، والبطالة، والتطلعات الاجتماعية والمهنية المرتفعة وغيرها من التحديات التي قد يعاني منها ذوو التعليم الجامعي، ما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب.

تُبرز هذه المعطيات الحاجة الملحّة إلى تعزيز برامج الصحة النفسية في السودان وتكاملها ضمن النظام الصحي العام، والمساواة في توفير الخدمات النفسية وتوسيعها في كافة ولايات السودان، وتبنّي استراتيجيات تدخل توعوية ووقائية وعلاجية تستهدف الفئات الأكثر هشاشة.

وفي ضوء ما تقدّم تُوصي الدراسة بإجراء دراسات طولية ومقاربات متعددة الأساليب (كمّية ونوعية)، تشمل مختلف ولايات السودان، بما يُسهم في توفير قاعدة معرفية أكثر اتساعًا لفهم ديناميات الاكتئاب في السياق المحلي، ويمكن الاستفادة منها في السياسات والقرارات الخاصة بالخدمات النفسية في السودان.

المراجع:

أبو علام، رجاء محمود. (2020). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية. دار الزهراء للطباعة والنشر والتوزيع: القاهرة. https://2u.pw/G1E6N

جرادات، عبد الكريم. (2012). انتشار الاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك. *مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية*، 9(1)، 177-196. https://search.shamaa.org/fullrecord?ID=116126

فضل المولى عبد الرحمن. (2021). أثر الحالة الاجتماعية والنوع على الاكتئاب بولاية الخرطوم. *مجلة كلية التربية*، جامعة الخرطوم، العدد(7). http://dx.doi.org/10.53332/jfe.v7i.374

Abdelaziz, O., Yagoub, A., & others. (2021). *Prevalence of mental disorders in Tuti Island, Khartoum*. *The Arab Journal of Psychiatry*, 32(1), 35-45. https://search.emarefa.net/detail/BIM-1267160

Ahmed, A. A., & Hamid, S. (2025). Prevalence of depression and associated factors among older people in Gezira State, Sudan: A cross-sectional study. *Health Science Reports, 8*, e70589. https://doi.org/10.1002/hsr2.70589

Ahmed, A. B. M., Yeddi, A. A., Alrawa, S. S., & Alfadul, E. S. A. (2024). Anxiety and depression symptoms among a sample of Khartoum civilians during the 2023 Sudan armed conflict: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 19(7), e0307648. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307648

Alfaifi, F., Elmahdy, M., El-Setouhy, M. A., & Alfaifi, A. (2024). Prevalence of depression among older adults visiting the primary healthcare centers in Jizan City, Saudi Arabia: An analytical cross-sectional study. *Cureus*, 16(1), e52847. https://doi.org/10.7759/cureus.52847.

Alharbi, R. S., Alsuhaibani, R. A., Almarshad, A. I., & Alyahya, A. I. (2019). Depression and anxiety among high school students at Qassim Region. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(2), 504-510. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6436297.

Ali, S. H., & Agyapong, V. I. O. (2016). Barriers to mental health service utilisation in Sudan: Perspectives of carers and psychiatrists. *BMC Health Services Research*, 16, 31. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1280-2.

Alon, N., Macrynikola, N., Jester, D. J., Keshavan, M. S., Reynolds, C. F. III, Saxena, S., Thomas, M. L., Torous, J., & Jeste, D. V. (2024). *Social determinants of mental health in major depressive disorder: Umbrella review of 26 meta-analyses and systematic reviews. Psychiatry Research, 335*, Article 115854. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115854.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. https://www.apa.org/ethics/code.

Assil, S. M., & Zeidan, Z. A. (2013). *Prevalence of depression and associated factors among elderly Sudanese: A household survey in Khartoum State. Eastern Mediterranean Health Journal*, 19(5), 435-440. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24617121.

Awad, M. H., Mohamed, R. S., Abbas, M. M., & Absam, M. B. (2024). Major depressive disorder: Point prevalence, suicidal ideation, and risk factors among Sudanese children and adolescents during Sudan army conflict: A cross-sectional study. *Discover Mental Health*, 4(1), 28. https://doi.org/10.1007/s44192-024-00084-3.

Bulloch, A. G. M., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., & Patten, S. B. (2009). The relationship between major depression and marital disruption is bidirectional. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1172-1177. https://doi.org/10.1002/da.20618/

Bulloch, A. G. M., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., & Patten, S. B. (2017). The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. *Journal of Affective Disorders*, 223, 65-68. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.007.

Chen, L. H., Massarwe, H., Cohen, T. R., & Xie, C. (2023). Applying the bio-psycho-social model to understand depression: Interactions of neurobiology, cognition and environment. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1225433. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1225433 .

Chen, X.-D., Li, F., Zuo, H., & Zhu, F. (2025). Trends in prevalent cases and disability-adjusted life-years of depressive disorders worldwide: Findings from the Global Burden of Disease Study from 1990 to 2021. *Depression and Anxiety*, 2025, Article ID 5553491. https://doi.org/10.1155/da/5553491.

Cohen, A. K., Nussbaum, J., Weintraub, M. L. R., Nichols, C. R., & Yen, I. H. (2020). Education and adult depression: A review of longitudinal studies. *Preventing Chronic Disease*, 17, E40. https://doi.org/10.5888/pcd17.200098.

Compton M.T., Shim R.S. The Social Determinants of Mental Health. American Psychiatric Publishing; Washington, DC, USA: 2015. https://doi.org/10.1176/appi.focus.18104.

COVID-19 Mental Disorders Collaborators. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. The Lancet, 398(10312), 1700-1712. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7.

Dafaalla, M., Farah, A., Bashir, S., Khalil, A., Abdulhamid, R., Mokhtar, M., Mahadi, M., Omer, Z., Suliman, A., Elkhalifa, M., Abdelgadir, H., Kheir, A. E. M., & Abdalrahman, I. (2016). Depression, anxiety, and

stress in Sudanese medical students: A cross sectional study on role of quality of life and social support. *American Journal of Educational Research*, 4(13), 937-942. https://pubs.sciepub.com/education/4/13/4/

Fang, B.-J., Leong, K.-S., & Tan, H.-X. (2025). A cross-lagged analysis of the relationship between marital quality and depression among the older adults: Gender effects of socioeconomic status. *Frontiers in Psychology*, 16. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1389801

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, *Lancet Psychiatry*. (2022) 9, no. 2, 137-150, https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3.

Goodwin, R. D., & Gotlib, I. H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research, 126*(2), 135-142. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.12.024.

Hassan, A. A., Idrees, M. B., Al-Nafeesah, A., Alharbi, H. Y., AlEed, A., & Adam, I. (2025). *Depression and anxiety among adolescents in Northern Sudan: A school-based cross-sectional study. Medicina*, 61(2), 228. https://doi.org/10.3390/medicina61020228/

Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391-400. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. Bulletin of the World Health Organization, 82, 858–866. https://www.scielosp.org/article/bwho/2004.v82n11/858-866/

Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 163-174. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00204.x.

Lei, A. A., Phang, V. W. X., Lee, Y. Z., Kow, A. S. F., Tham, C. L., Ho, Y.-C., & Lee, M. T. (2025). *Chronic stress-associated depressive disorders: The impact of HPA axis dysregulation and neuroinflammation on the hippocampus-a mini review. International Journal of Molecular Sciences*, 26(7), 2940. https://doi.org/10.3390/ijms26072940.

Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, 8, Article 2861.https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x. scispace.com+9nature.com+9scirp.org+9

Maes, M. (2014). Effects of age and gender on the classification and phenomenology of unipolar depression. *Acta Neuropsychiatrica*, 14(1), 29-35. https://doi.org/10.1034/j.1601-5215.2002.140104.x

Marmot M., Allen J., Boyce T., Goldblatt P., Morrison J. Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On, in The Health Foundation. Institute of Health Equity; London, UK: 2020. https://2u.pw/5sDqy.

National Institute of Mental Health. (2022). *Major depression: Prevalence of major depressive episode among adults*. U.S. Department of Health and Human Services. https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.

Nour, M. O., Alharbi, K. K., Hafiz, T. A., Alshehri, A. M., Alyamani, L. S., Alharbi, T. H., … Tamim, H. M. (2023). Prevalence of depression and associated factors among adults in Saudi Arabia: Systematic review and meta-analysis (2000-2022). *Depression and Anxiety*, 2023, Article ID 8854120. https://doi.org/10.1155/2023/8854120.

Osman, A. H. M., Bakhiet, A., Elmusharaf, S., & Omer, A. (2019). Sudan's mental health service: Challenges and future horizons. *BJPsych International*, 17(1), 17-19. https://doi.org/10.1192/bji.2019.19.

Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17434406/

Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., … Whiteford, H. (2015). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. The Lancet, 387(10028), 1672-1675. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00390-6.

Remes, O., Mendes, J. F., & Templeton, P. (2021). Biological, psychological, and social determinants of depression: A review of recent literature. *Brain Sciences*, 11(12), 1633. https://doi.org/10.3390/brainsci11121633.

Ryum, T., & Kazantzis, N. (2024). *Elucidating the process-based emphasis in cognitive behavioral therapy: mechanisms underlying change in depressive symptoms. Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, Article 100819. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100819.

Salih, H. S., Ibrahim, S. A., Gaded, M. A. A., et al. (2025). Depression, stress and anxiety among Khartoum University students. *BMC Psychiatry*. https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-025-06591-z.

Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783-822. https://doi.org/10.1037/bul0000102

Shaaban, K. M., & Baashar, T. A. (2003). *A community study of depression in adolescent girls: Prevalence and its relation to age*. *Medical Principles and Practice*, 12, 256-259. https://doi.org/10.1159/000072294.

Shorey, S., Ng, E. D., & Wong, C. H. J. (2021). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(4), 567-590. https://doi.org/10.1111/bjc.12333.

World Health Organization. (2024). Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. https://iris.who.int/handle/10665/375767.

World Health Organization. (2023). *Depression*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

World Health Organization. (2025). *New WHO guidance calls for urgent transformation of mental health policies*. https://2u.pw/gcKb6

Yu, Q., Wang, Z., Li, Z., Liu, X., Agyeman, F. O., & Wang, X. (2022). Hierarchical structure of depression knowledge network and co-word analysis of focus areas. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 920920. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.920920.

Zhai, X., Tong, H. H. Y., Lam, C. K., Xing, A., Sha, Y., Luo, G., … Li, K. (2024). Association and causal mediation between marital status and depression in seven countries. *Nature Human Behaviour*, 8(12), 2392-2405. https://www.nature.com/articles/s41562-024-02033-0.

Zhao, L., Zhang, K., Gao, Y., Jia, Z., & Han, S. (2022). The relationship between gender, marital status and depression among Chinese middle-aged and older people: Mediation by subjective well-being and moderation by degree of digitization. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 923597. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.923597.