تأثير مدة الإصابة بالفصام كمنبئ بشدة الأعراض في ضوء اختلاف البيئة الثقافية كمتغير معدل: دراسة عبر ثقافية بين مصر والولايات المتحدة الأمريكية

إعداد

د. إيمان عبد السلام الشيخ
مدرس علم النفس
كلية الآداب- جامعة طنطا

د. أنسام عبد السلام الشيخ
مدرس علم النفس جامعة بنها
أستاذ علم النفس المُساعد
الجامعة البريطانية

DOI: 10.21608/PSYB.2022.317900

مجلة علمية نصف سنوية

مجلة المنهج العلمي والسلوك م3، ع (6) ديسمبر 2022

رابط المجلة على بنك المعرفة المصري هو: https://psyb.journals.ekb.eg

والترقيم الدولي الموحد للطباعة (ISSN): 2682-4205

الترقيم الدولي الموحد الإلكتروني (ESSN): 2786-0248

المجلة حاصلة على 7 درجات في تقييم المجلس الأعلى للجامعات

ديسمبر 2022

تأثير مدة الإصابة بالفصام كمنبئ بشدة الأعراض في ضوء اختلاف البيئة الثقافية كمتغير معدل : دراسة عبر ثقافية بين مصر والولايات المتحدة الأمريكية

ملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن طبيعة الفروق عبر الثقافية بين مصر والولايات المتحدة الأمريكية في شدة أعراض الفصام، والتحقق من دور اختلاف البيئة الثقافية كمتغير معدل في العلاقة بين مدة المرض و شدة الأعراض السلبية و الإيجابية و العامة بين مرضى الفصام في مصر كثقافة عربية و الولايات المتحدة الأمريكية كثقافة غربية.

المنهج. اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، حيث تضمنت عينة الدراسة (114) مشارك، مقسمة إلى (56) مريض فصام بمركز العلوم الصحية بجامعة نيومكسيكو[1] بالولايات المتحدة الأمريكية ، تم تقسيمهم إلى مجموعتين، مجموعة (أ) 29 مريض بمدة إصابة طويلة تزيد عن 36 شهر متوسط عمر(37,7 +_7,2)، ومجموعة (ب) 28مريض مدة اصابة قصيرة (تقل عن 36 شهر) متوسط عمر(38,8+_8,02)، و (58) مريض فصام بمستشفيات الصحة النفسية المصرية ، تم تقسيمهم إلى مجموعة (أ) مدة إصابة طويلة متوسط عمر(42,5 +_8,8)، ومجموعة (ب)مدة اصابة قصيرة متوسط عمر(40,1_+10,02).

تم مراعاة تكافؤ البيانات الديموغرافية مثل السن و الجنس و الحالة العقلية العامة ، كذلك تم مراعاة بعض البيانات الاكلينيكية مثل مدة العلاج بمضادات ذهانيه بحيث لا تتعدى 10 سنوات ولا تقل عن سنتين، كما تم رصد جرعة مضادات الذهان المستخدمة. وتم تطبيق قائمة المتغيرات الديموغرافية و الإكلينيكية، ومقياس بانز لقياس الأعراض السلبية و الإيجابية والعامة الصورة العربية للمصريين والصورة الإنجليزية للأمريكان.

النتائج. توصلت النتائج إلى وجود فروق دالة لصالح المصريين (مجموعة ب) في كل من ارتفاع شدة الأعراض الإيجابية والعامة،، في حين يظهر انخفاضاً دالاً للمرضى المصريين (مجموعة أ) عن باقي عينات الدراسة في الأعراض الإيجابية، وترتفع شدة الأعراض السلبية لدى المصريين (مجموعة أ) بشكل دال عن باق عينات الدراسة، ويوجد إنحفاضاً دالاً في شدة الأعراض السلبية لصالح مرضى الفصام بالولايات المتحدة(مجموعة أ و ب) مقارنة بالعينات المصرية، وقد أوضحت

[1] New Mexico Health Sciences Center

النتائج كذلك التأثير الدال لمدة الإصابة كمنبئ بشدة الأعراض الإيجابية باختلاف البيئة الثقافية كمتغير معدل، ويمكن تفسير انخفاض الأعراض الإيجابية لدى المصريين (مجموعة أ) إلى تأثير العلاج بالمضادات الذهانية الجيل الأول، كما قد يرجع الاختلاف في شدة الأعراض السلبية إلى عوامل اجتماعية و ثقافية أو طبيعة الخدمة النفسية المقدمة والبرامج العلاجية النفسية مما يحتاج إلى مزيد من البحث

الكلمات المفتاحية: الفصام، الأعراض الإيجابية للفصام، الأعراض السلبية للفصام، الأعراض العامة، الفروق الثقافية، مدة الإصابة.

The impact of the duration of schizophrenia onset as a predictor of symptom severity in light of cultural environmental *differences as a moderating variable: A cross-cultural study between Egypt and the United States of America."*

Abstract

The current study aimed to investigate the cross-cultural differences between Egypt and the United States of America in the severity of schizophrenia symptoms and explore the role of cultural environment as a moderating variable in the relationship between illness duration and the severity of positive, negative, and general symptoms among schizophrenia patients in Egypt as an Arab culture and New Mexico state in the USA as a Western culture.

Method: The study utilized a descriptive-analytical approach and included a sample of 114 participants, divided into two groups. The first group consisted of 56 schizophrenic patients from the University of New Mexico Health Sciences Center in the USA, divided into Group A (29 patients with a long duration of illness, average age of 37.7 ± 7.2) and Group B (28 patients with a short duration of illness, average age of 38.8 ± 8.02). The second group included 58 schizophrenic patients from Egyptian mental health hospitals, divided into Group A (patients with a long duration of illness, average age of 45.5 ± 8.8) and Group B (patients with a short duration of illness, average age of 41.1 ± 10.02). Demographic data such as age, gender, and overall mental status were matched between the groups. Clinical data, including the duration of treatment with antipsychotic medications (not exceeding 10 years and not less than 2 years), were also considered. The PANSS scale was used to measure positive, negative, and general symptoms.

Results: The results revealed significant differences for Egyptians (Group B) in terms of higher severity of positive, negative, and general symptoms. However, there was a significant decrease in positive symptoms among Egyptian patients (Group A) compared to the other study samples. Moreover, there was a significant decrease in the severity of negative symptoms for schizophrenia patients in the United States (Groups A and B). The results also indicated the significant impact of illness duration as a predictor of the severity of positive symptoms, with variations in the cultural environment as a moderating variable. The decrease in positive symptoms

among Egyptians (Group A) may be attributed to the influence of first-generation antipsychotic treatment, while the differences in the severity of negative symptoms may be related to social, cultural factors, or the nature of the provided psychological services and treatment programs, which require further research.

مدخل الدراسة

من المعروف أن الفصام يعد من أخطر الاضطرابات النفسية لما له من مآل مرهق ومكلف، كما أن نسب انتشاره حول العالم وصلت الى حوالى 0.5 – 1%، وبات من المعروف أيضا أنه اضطراب ذات أساس بيولوجي وتشترك فيه العديد من الأسباب العصبية والجينية.

ويعد الفصام مرض متعدد الأبعاد حيث يظهر تدريجياً لدى المرضى مجموعة من الأعراض السلبية والإيجابية وكذلك اضطراب في الوظائف المعرفية فيما يسمى بالأعراض العامة، وتتمثل الأعراض السلبية في بعض الأبعاد مثل (الحبسة، تسطح الوجدان، انخفاض الدافعية،العزلة الاجتماعية)، والتي تعد من الأعراض الأساسية للفصام، وتتمثل الأعراض الإيجابية في الهلاوس بأنواعها(سمعية وبصرية وجسدية)، والضلالات، واضطراب التفكير، وفقدان الاستبصار، وتعد الأعراض السلبية للفصام أكثر استقراراً، وأكثر مقاومة للعلاج،ويصاحبها غالباً ضعف في الأداء الوظيفي ومصاحبات اكلينكية أخرى مثل ضعف معدل التماثل للشفاء و جودة الحياة لدى المرضى(Strauss, 2021; سهير غباشي،2016).

وقد أظهرت أغلب الدراسات عبر الثقافية على مرض الفصام أن أغلب أعراض الفصام مشتركة باختلاف الثقافة والانتماءات العرقية، إلا أن هناك دراسات أظهرت بعض الاختلافات في محتوى الضلالات (Koelkebeck and Wilhelm, 2014)، وأشارت دراسات أخرى الى وجود فروق ثقافية في القدرات المعرفية الاجتماعية وكذلك القدرات اللغوية(Koelkebeck et al., 2011) ، ومن الناحية العصبية، فبالرغم أن الفصام اضطراب ذات أساس بيولوجي عصبي إلا أن بعض الدراسات كشفت وجود فروق في المادة الرمادية في مناطق مختلفة في الدماغ تميز بين مرضى الفصام من أصول عرقية مختلفة(Cropley et al., 2017; Gong et

2013 ,.al., 2015; Haijma et al) ، ومن المفترض أن يتبع هذا التباين العصبي تبايناً في شدة الأعراض الخارجية سواء الأعراض الإيجابية أو السلبية أو الأعراض العامة بتباين الثقافات والأصول العرقية.

حتى أنه في حالة التباينات الطفيفة في الاضطراب نظرا لكونه ذات أساس بيولوجي، إلا أن اللغة و الوصمة وطبيعة التعامل مع المرض وكذلك الأدوية الطبية والجلسات العلاجية التي يتلقاها المرضى قد تعكس فروقا جوهرية في طبيعة المرض ومآله بين الثقافات المختلفة (2012,Kalra,Bhugra & Shah)، حيث أنه على سبيل المثال، بالرغم من أن مضادات الذهان هي العلاج الأمثل و الوحيد لمرضى الفصام على مستوى العالم، إلا أنها تعكس أثار جانبية متباينة على الجنسيات المختلفة (2013,.Leucht et al)، كما أن مضادات الذهان نفسها تنقسم إلى جيل أول وجيل ثاني، وتستخدم بعض الدول النامية أدوية الجيل الأول لانخفاض تكلفتها بينما تستخدم الدول المتقدمة الجيل الثاني لكونها أكثر فاعلية (Huhn et .(2020,.al

هذا بالإضافة إلى أن التدخلات العلاجية والخدمات النفسية المقدمة قد تختلف تبعاً للتكلفة الاقتصادية والبيئة الثقافية مما قد يؤثر في النتائج النهائية للعلاج ويغير من مآل المرض (1991,Marcolin).

وقد تساعد الدراسات عبر الثقافية بوجه عام على الوقوف على الميكانيزمات البيولوجية والعوامل الأخرى المسؤولة عن السلوك في حالة السواء والمرض (2017 ,Koelkebeck, Uwatoko, Tanaka & Kret).

وقد ينعكس هذا الاختلاف في العوامل الثقافية بمرور الوقت على شدة الأعراض، وبالتالي فإن مآل المرض قد يختلف من ثقافة إلى أخرى، ففي حين يتجه المرض في احدى الثقافات إلى انخفاض الأعراض بزيادة مدة المرض، تتجه ثقافات

أخرى لتفاقم الأعراض وخطورتها بزيادة مدة المرض، مما يعد انذاراً بالخطر والحاجة إلى إعادة النظر في تلك العوامل الثقافية الميسرة لشدة الاضطراب.

ويتضح مما سبق أن أعراض مرض الفصام قد تختلف في شدتها ومآلها باختلاف مجتمع الدراسة والسياق الثقافي، والتعمق في فهم هذا الاختلاف يُعد عاملاً أساسيا في معرفة مآل المرض في ثقافة محددة، وتطوير استراتيجيات علاج أكثر فعالية ومصممة في ضوء طبيعة الثقافة، لذا تهدف الدراسة الحالية للكشف عن الدور المعدل لاختلاف البيئة الثقافية في العلاقة التنبؤية بين مدة الإصابة بالمرض وشدة الأعراض الإيجابية والسلبية والعامة لدى مرضى الفصام في كل من مصر كثقافة عربية وولاية نيومكسيكو الأمريكية كثقافة غربية.

الفصام

يُعد الفصام اضطراب عقلي تتباين أشكاله و أعراضه، وقد ميز اندرسون Andrseaen (1982) بين نوعين أساسيين من الأعراض والتي يمكن تمييزها بسهولة: النمط الأول وهو نمط الأعراض الإيجابية وهي مجموعة من الأعراض الظاهرة والواضحة مثل الضلالات والهلاوس والتفكير غير المنظم، أما النمط الثاني وهو نمط الأعراض السلبية والذي يتميز بالعجز الاجتماعي والوجداني، و الانسحاب السلبي، ويمكن التكهن بأن مثل هذا التصنيف له أهميته في دراسة مسببات الاضطراب وطرق علاجه وكذلك التنبؤ بمآل الاضطراب(1982,Key& Opler).

وبالنظر إلى هذا التصنيف، يتضح وجود أساس بيولوجي ورائه ففي حين ترجع الأعراض الإيجابية إلى فرط في إفراز الدوبامين والذي يُعد عجز ذهاني وظيفي، ترجع الأعراض السلبية إلى خلل بنائي في الدماغ(&Andreasen 1982,Olsen).

الفروق الثقافية والاضطرابات النفسية

القروق الثقافية قد تؤثر على سير ونتيجة المرض للأشخاص الذين يعانون من الفصام. وقد يكون ذلك نتيجة اختلافات في فهم طبيعة الأمراض العقلية أو في الأساليب العلاجية المستخدمة. على سبيل المثال ، قد تحسن بعض الثقافات النتائج أكثر من غيرها من خلال توفير مسارات أكثر فعالية للوصول إلى الرعاية الممكنة، بما في ذلك الوصول السهل إلى العلاج والدعم العائلي والاجتماعي ، والتي يمكن أن تساعد الفرد على التعامل بشكل أفضل مع الأعراض وأي عوامل نفسية مرتبطة بها. كما قد تزيد التصورات الثقافية السلبية تجاه الأمراض العقلية من الصورة النمطية والعزلة الاجتماعية ، وقد تركز بعض الثقافات أكثر على السلوك "غير الطبيعي" ،وتهمل الاستفادة من السلوك الطبيعي(Barnet et al.,2019).

وتلعب الثقافة دوراً حيوياً في فهم طبيعة الأمراض النفسية، فهي لها عدة تأثيرات كما يلي:

– التأثير المسبب للاضطراب. حيث تلعب الثقافة هنا العامل الأساسي في تشكيل الاضطراب.

– التأثير الانتقائي للاضطراب. أنماط رد الفعل الثقافية التي قد تؤثر في مآل الاضطراب.

– التأثيرات الوظيفية للاضطراب. أي ردود الفعل السلوكية التي تصبح مبالغا فيها من خلال التعزيزات الثقافية

– التأثيرات التيسيرية للاضطراب. العوامل الثقافية تساهم في حدوثها بشكل متكرر

– التأثيرات التفاعلية المرضية – تؤثر الثقافة على الإدراك، ورد الفعل(Viswanath & Chaturvedi, 2012).

وتُعد دراسة الفروق الثقافية في الاضطرابات النفسية بوجه عام ذات أهمية بالغة لما تمده للباحثين والعاملين في مجالات الصحة النفسية من رؤية متعمقة في عدة نواحي،ومنها:

- العوامل الثقافية: دراسة السياق الاجتماعي، والبيئي، والثقافي للاضطرابات النفسية يفيد الباحثين في فهم أعمق في تأثير الثقافة على الأعراض المرضية، مما يساعد في وضع محكات تشخيصية لكل ثقافة في ضوء المعطيات الثقافية والاجتماعية وبالتالي وضع استراتيجيات علاجية ونظم دعم نفسي مختلفة في ضوء طبيعة الثقافة.
- الاختلافات الجينية: دراسة الفروق الثقافية للاضطرابات النفسية قد يُلقى الضوء على الاختلافات الجينية المرتبطة بالاضطراب، وقد يُساهم تحديد الاختلافات الجينية تطور العلاج القائم على البروفايل الجيني للأفراد.
- العوامل البيئية: يساعد دراسة الفروق الثقافية في فهم اختلاف نظم الرعاية الصحية وخدمات الصحة العقلية والدعم الاجتماعي لمرضى الاضطرابات النفسية والعقلية، مما يُساعد مستقبلاً في وضع قواعد وسياسات لتطوير منظومة الصحة العقلية للوصول لأفضل النتائج للمرضى وذويهم.
- الكفاءة العلاجية: يُساهم دراسة الفروق الثقافية أيضاً في فهم أعمق لطبيعة العلاجات عبر الثقافية ، مما قد يعكس اختلاف في الاستجابة لعلاجات نفسية محددة.

دراسات حول الفروق الثقافية في اضطراب الفصام

– دراسة الفروق في نسب الانتشار. تشير أغلب الدراسات إلى أن انتشار اضطراب الفصام يختلف باختلاف الثقافة (Jeffreys et al.,1997; Kebede et al.,1999) ، وقد أظهرت معظم الدراسات وجود انتشار نقطي يتراوح بين 1.5 و 7 لكل ألف من السكان المعرضين للخطر. بعض البلدان مثل إيرلندا لديها معدلات

انتشار أعلى بينما توجد معدلات أقل في غينيا الجديدة. وتشير الأدلة إلى أنه لا يوجد فرق ملحوظ في انتشار اضطراب الفصام بين آسيا والغرب. أظهر تحليل بعدي لـ 188 دراسة من 46 دولة انتشارًا متوسطًا على مدى الحياة بلغت 4.0، مع نطاق يتراوح بين 1.6 و12.1، أظهرت الدراسات أن انتشار اضطراب الفصام أقل في الدول "الأقل تطورًا" مقارنةً بالدول "الناشئة" و "المتقدمة". كما اقترحت الدراسات الهندية وجود انتشار أقل في الهند مقارنةً بالغرب (Viswanath ,2012 &Chaturvedi) .يمكن أن يكون تقديم تقارير غير كافية عن حالات اضطراب الفصام هو سبب محتمل للانتشار المنخفض المرصود في بعض المناطق أو الدول النامية.

-دراسة الفروق الثقافية في الأعراض: انقسمت هذه الدراسات إلى دراسات حول محتوى الأعراض وأخرى حول شدة الأعراض. بالنظر في الأعراض الإيجابية للفصام، أشارت بعض الدراسات إلى وجود فروق في محتوى الضلالات، فعلى سبيل المثال أشارت دراسة(Tatyama et al .,1998) الى وجود فروق في الضلالات الدينية تميز المجتمعات المسيحية أكثر من المجتمعات المسلمة والهندية والبوذية، في حين أشارت دراسة (Stompe et al.,2006) حول ضلالات العظمة لدى مجتمعات مسيحية ومسلمة إلى أن المرضى الباكستانين أقل في معدل ضلالات العظمة والاضطهاد والاحساس بالذنب مقارنة بالمجتمعات المسيحية والمختلطة ، وقد أظهرت كذلك دراسة (Kala &Wig,2012) وجود فروق عبر ثقافية في محتوى الضلالات ترتبط بالخلفية الاجتماعية، والمعتقدات الثقافية حيث أشارت إلى أن الإناث في الريف مرتفعين بشكل دال على ضلالات السحر ؛. و قد أشارت دراسة(Khaled et al., 2023) الى أن بعض الأعراض الذهانية الإيجابية مثل الهلوسة تتأثر وتتغير

عبر الثقافات المختلفة، فقد هدفت الدراسة الى البحث عن الفروق الثقافية في الهلوسة بين عينات من مشاركين غير فصاميين من هولندا وقطر، بلغ حجم العينة في كل من البلدين 2999 مشاركا، كانت العينتين متساويتين نسبيا في المتغيرات الديموغرافية، حيث تتراوح أعمارهم بين 20 إلى ٦٥ ، وقد تم تطبيق استبيان التجارب الذهانية على عينتي الدراسة، وأشارت النتائج أن معدل انتشار الهلاوس اللمسية والشمية بين عينتي الدراسة متقارب بين البلدين، إلا أن الهلاوس السمعية والبصرية أكثر انتشارا بين المشاركين الهولنديين.

وتشير بعض الدراسات إلى أنه بالرغم من تقلص دور الثقافة في الأعراض المبدئية للفصام، إلا أن شدتها ونسبة حدوثها يختلف من ثقافة الى أخرى، فتصل نسبة حدوثها في الهند إلى 35%، وفي سيريلانكا إلى 25%، في حين تصل في نيجيريا إلى 60%.(Viswanath &Chaturved,2012).

و أما ما يخص الأعراض السلبية .فهي منتشرة الحدوث باختلاف الثقافات، ولكن تختلف في شدتها ونوعها باختلاف الثقافة، ففي دراسة (Chaturvedi &Gopinath,.1992) أظهرت النتائج شدة الأعراض السلبية المرتبطة باضطرابات النوم، و الأكل، والانسحاب الاجتماعي لدى مرضى الفصام في الهند مقارنة بمرضى الفصام من نفس العمر والخصائص الديموجرافية في انجلترا.

في حين أشارت الدراسات الطولية التي استمرت في متابعة الأعراض لمدة خمس سنوات و التابعة لمنظمة الصحة العالمية والمعروفة باسم **IPSS1** أن شدة الأعراض السلبية المرتبطة بالمهارات الاجتماعية تزداد سوءا في الدول المتقدمة مثل انجلترا

[1] International Pilot Study of Schizophrenia

والولايات المتحدة الأمريكية والمكسيك وهولندا مقارنة بالدول النامية مثل الهند ونيجيريا، ومنها دراسة(**Edgerton ; 1992 ,.Leff, J** ,1994).

وفيما يخص الوظائف المعرفية والأعراض العامة. توجد بعض الدراسات التي توضح الفروق عبر الثقافية في الوظائف المعرفية والتنفيذية ومن تلك الدراسات دراسة(2003 ,. **Velligan et al**) هدفت الدراسة الى مقارنة بين عينات مرضى فصام من بيئات ثقافية مختلفة في متغير الوظائف التنفيذية، تكونت عينات الدراسة من مرضى امريكان ذو أصول مكسيكية و مرضى من اصول اسبانية، اوضحت النتائج عجز الوظائف التنفيذية لدى عينتي الدراسة مع وجود فروق لصالح مرضى الفصام ذوي الاصول المكسيكية في المرونة المعرفية.

و في دراسة(2011 ,. **Goldberg et al**) هدفت الدراسة الى المقارنة بين مرضى فصام امريكان من أصول افريقية و الامريكان الاوروبين والامريكان الصينين، حيث أظهرت النتائج وجود عجز في الوظائف المعرفية لدى جميع عينات الدراسة، الا أن ظهرت فروق في بعض مجالات العجز المختلفة، فقد أظهر الصينين عجزا أوضح في الذاكرة العاملة مقارنة بباقي العينات.

وفي دراسة (**Lee et al**.,2018) هدفت الى قياس عجز القدرة المعرفية الاجتماعية لدى الفصاميين في ثقافات مختلفة (أمريكا الشمالية وكوريا)، تكونت عينة الدراسة من 120 مشارك مقسمين الى 30 كريين فصاميين ، 30 كوريين أسوياء، 30 أمريكين فصاميين، 30 أمريكيين أسوياء، وقد تم تطبيق مهمة المشاركة المجتمعية متعددة الاختيارات.

وفي ضوء ما سبق يتضح أهمية دراسة الفروق الثقافية في أعراض الاضطرابات النفسية وخاصة الفصام، حيث أظهرت نتائج الدراسات فروقاً في الأعراض الايجابية

مثل محتوى الضلالات ونوع الهلاوس، وكذلك فروقاً في شدة الأعراض السلبية مثل اضطرابات النوم والانسحاب الاجتماعي، وقد تكون الفروق في الوظائف المعرفية.

و أظهرت نتائج الدراسات كذلك أنه قد ترجع الاختلافات في شدة ومحتوى الأعراض إلى الفروق الدينية، أو الانتماءات العرقية، وقد ترجع إلى ثقافة الريف والحضر، وقد ترجع إلى طبيعة الثقافة العامة.

وبرغم كثرة الدراسات حول دور الثقافة في أعراض مرض الفصام، إلا أن الباحثتان لم يتوصلا إلى أي دراسة عبر ثقافية تفرق بين شدة أعراض الاضطراب في مصر و الولايات المتحدة الأمريكية سواء الإيجابية أو السلبية أو العامة، وطبيعة هذه الفروق إن وجدت.

دراسة مآل الفصام عبر الثقافات تناولت بعض الدراسات الفروق في مآل اضطراب الفصام عبر الثقافات في محاولات للكشف عن أفضل الأساليب والعلاجات الممكنة، فبعض الدراسات تناولت دراسات طولية عبر ثقافية في حين تناولت دراسات أخرى عينات مرضية مختلفة في مدة الإصابة بالمرض، ففي دراسة قام بها (Leff, 1992) هدفت الدراسة متابعة طولية لمرضى فصام من بلاد نامية ومتقدمة، حيث استهدفت الدراسة 1200 مريض من 9 بلدان مختلفة نامية ومتقدمة وهي (الهند– كولومبيا – نيجيريا–لندن– واشنطن– مسكو– براغ)، استمرت المتابعة خمس سنوات متتالية ، أظهرت النتائج تحسناً في الأعراض لدى بعض البلاد النامية حيث حصلت الهند ونيجيريا على أفضل النتائج بنسبة 66% مقارنة بالولايات المتحدة الأمريكية في كل من الأعراض الاكلينيكية و عجزالتواصل الاجتماعي .وكانت من أكثر قيود هذه الدراسة عدم تمثيلها للمجتمع الأصلي.

وفي دراسة أخرى بهدف التعرف على مآل الاضطراب في الثقافات المختلفة، ظهرت دراسة (Edgerton, 1994)تضمنت العينة 1370 مريض من 12 دولة استمرت

الدراسة مدة عامين، أظهرت الدراسة نتائج أفضل في الدول النامية من المتقدمة، حيث ظهر في الهند شفاءاً جزئياً من الأعراض.

دراسة الفروق في التدخلات العلاجية.يشتمل علاج الفصام عادة على مزيج من العلاج الدوائي والعلاج النفسي وخدمات الدعم.

مضادات الذهان. يتم وصف أدوية مضادة للذهان عادة للمساعدة في التحكم في الأعراض وتقليل مخاطر الانتكاس. وفي دراسة قام بها هان وأخرون Huhn et al(2020 حول مراجعة للدراسات السابقة عن التأثيرات المتباينة ل32 عقار من مضادات الذهان،أوضحت الدراسة وجود تأثير لمضادات الذهان مقارنة بالبلاسيبو، إلا أنه يختلف تأثير كل عقار تبعاً لعدة متغيرات منها؛ اختلاف الجنسيات والمشاكل الصحية الأخرى.

العلاج النفسي. يمكن أن يكون العلاج النفسي ، مثل العلاج السلوكي المعرفي (CBT) ، مفيدًا أيضًا في مساعدة الأفراد على التعامل مع أعراضهم وتحسين جودة حياتهم العامة. من المهم أن نلاحظ أن الفصام هو مرض مزمن تتطلب إدارة مستمرة. على الرغم من عدم وجود علاج نهائي للفصام حاليًا ، يمكن أن يحسن العلاج والدعم بشكل كبير من جودة حياة الأفراد ومساعدتهم على تحقيق حياة إنتاجية ومفيدة

دراسة الفروق في التأثيرات الدوائية: حيث يختلف الأفراد من ثقافات وجنسيات مختلفة في عملية الامتصاص والتمثيل الغذائي للأدوية النفسية.كما أن العلاج بالصدمات الكهربية أكثر استخداماً في البلاد النامية مثل الهند.

دراسة الفروق في الأسس العصبية .يرتبط مرض الفصام بمناحي عصبية مختلفة، ومن أهمها اضطراب النمو العصبي، وعوامل جينية، وكذلك مرونة الوصلات العصبية، هذا بالاضافة الى دور الدوبامين الأساسي كعامل استهداف للاصابة.

كما يرتبط الفصام بتغيرات في المادة الرمادية وكذلك البيضاء مما يؤدي الى عجز في نمو الدماغ وحدوث تلف في بعض المناطق في الدماغ، وقد أِشارت بعض الدراسات إلى وجود انخفاض في المادة الرمادية للقشرة المخية الأمامية وكذلك منطقة المهاد مع بداية ظهور أعراض الفصام (Haijma et al., 2013)، وقد وجدت دراسات أخرى إنخفاضاً في حجم القشرة الحزامية الأمامية[1]، التلفيف المغزلي[2] ، القشرة الصدغية، والمنطقة المجاورة للحصين[3]، وتصل نسبة هذا الانخفاض إلى 2-6% مقارنة بالأسوياء.(Koelkebeck et al., 2019s)

وقد أشارت بعض الدراسات إلى وجود تدهور سريع في حجم المادة الرمادية لدى مرضى الفصام، ليس فقط في بداية ظهور الأعراض ولكنه يستمر حتى العقد السابع من العمر، ويقابل هذا التدهور تدهورا في حجم المادة البيضاء في الدماغ ولكنه تدهور أكثر اتساقا ويستمر تقريبا حتى عمر الخامسة والثلاثون.(Cropley et al., 2017)

وبشكل عام في مراجعة للدراسات السابقة حول تغير نشاط الدماغ لدى أكثر من 18000مريض فصام أوضحت النتائج أن حجم التأثير في التدهور البنائي والوظيفي للدماغ لدى مرضى الفصام يرتبط ببعض العوامل، ومنها:

- مدة حدوث المرض. حيث أشارت بعض الدراسات إلى صغر حجم المادة الرمادية بشكل عام بمرور الوقت.

[1] Anterior Cingulate Cortex

[2] Fosiform Gyrus

[3]ParaHippocampus

- الجرعة الحالية من مضادات الذهان. بالمقارنة بين مرضى الفصام غير المعالجين بمضادات ذهان والمرضى المعالجين أوضحت العديد من الدراسات الى أن المرضى غير المعالجين بمضادات ذهان كان حجم الدماغ والمادة الرمادية لديهم أقل من المعالجين بنسبة تصل إلى 30%
- الجنس.(Cropley et al.,2017)

وفي دراسة أخرى تدعم النتائج السابقة، قام كل من (Li, X et al.,2022) بمراجعة 25 دراسة عن المادة الرمادية الدماغية لدى مرضى الفصام، شملت الدراسة 998 مريض فصام، وقد أشارت النتائج إلى انخفاض في حجم المادة الرمادية بمناطق معينة في الدماغ يرتبط بتدهور الوظائف المعرفية مثل الذاكرة العاملة والانتباه فيما يسمي الأعراض العامة، وأوضحت النتائج الارتباط السلبي بين كل من العمر الزمني ومدة المرض والعلاج وبين تدهور المادة الرمادية للدماغ وبالتالي تدهور الوظائف المعرفية.

وفي ضوء تلك الدراسات قامت الباحثتان بحصر العوامل المساهمة في شدة المرض، وهي تنقسم إلى عوامل اكلينيكية مثل الإصابة بالمرض، ومضادات الذهان المستخدمة و الجرعة المستهلكة يومياً، بالإضافة إلى عوامل ديموغرافية مثل العمر الزمني و الجنس ونسب الذكاء ومستوى التعليم، لذا حاولت الباحثتان عزل تأثير المتغيرات التي قد تؤثر في النتائج بتصميم قائمة بالمتغيرات الديموغرافية والاكلينيكية استناداً إلى قائمة Li, X et al.,2022

وبالبحث حول احتمالية وجود فروق عبر ثقافية في الأسس العصبية للفصام ، أشارت دراسة جونج واخرون Gong et al (2015) إلى وجود فروق عبر ثقافية في التشريح العصبي لمرضى الفصام، حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن العوامل العرقية في الاصابة بمرض الفصام، تضمنت عينة الدراسة 126 مريض فصام من

أصول قوقازية بيضاء وأصول أفريقية و يابانيين وصينين، وتم التأكد من تكافؤ جميع العينات فيما يخص عدد سنوات الاصابة، وبفحص العلاقة بين حجم المادة الرمادية في الدماغ لعينات الدراسة وثمان متغيرات ديموجرافية، وهي الجنس والسن وسنوات التعليم والدرجة الكلية لمقياس الاعراض الايجابية والسلبية للفصام ودرجة الأعراض الإيجابية على المقياس ودرجة الأعراض السلبية على المقياس، ودرجة الأعراض العامة على المقياس، وجرعة الأدوية المضادة للذهان(كلوربرومازين)، وقد أوضحت النتائج إلى وجود فروق بين عينات الدراسة في الدرجة الكلية لشدة الأعراض الايجابية والسلبية للفصام لصالح مرضى الفصام الصينيين، وكذلك وجود فروق لصالح مرضى الفصام الصينين في الدرجة على شدة الأعراض الإيجابية والعامة، إلا أنه لم تظهر فروق ذات دلالة احصائية فيما يخص درجة شدة الأعراض السلبية بين جميع عينات الدراسة، وفيما يخص الفروق في جرعة الأدوية المضادة للذهان يتضح أن عينة الصينين لم تتلقى أي أدوية مضادة للذهان وعينة اليابانيين تتلقى أكبر جرعة مقارنة بباقي العينات، كما أن بمقارنة مدة تلقي الأدوية اتضح أن الأصول القوقازية أكثر عدد سنوات في تلقي أدوية مضادة للذهان.

وللتأكد من مدى مساهمة الفروق الثقافية في التغيرات العصبية المرتبطة بالفصام قام (Koelkebeck, Dannlowski, Ohrmann,.2019) بدراسة هدفت إلى المقارنة بين مرضى الفصام الألمان واليابانين في التغيرات في حجم المادة الرمادية، وباستخدام الرنين المغناطيسي الوظيفي على عينة مقدارها 163 من ألمانيا(منهم80 مرضى فصام)، و203 من اليابان (منهم 83 مرضى الفصام)، أظهرت النتائج وجود فروق بين الأصحاء والمرضى في حجم المادة الرمادية في الفص الأمامي والصدغي، كما أوضحت النتائج اختلاف بين عينتي الدراسة من

مرضى الفصام، وأشارت النتائج أن استخدام الكلوروبرومازين له تأثير على انخفاض المادة الرمادية بشكل أوضح لدى عينة مرضى الفصام اليابانيين.

مشكلة ومبررات الدراسة

بالنظر في التراث العلمي السابق حول طبيعة الفصام يتضح أن أغلب الأبحاث تؤكد على طبيعة المرض العصبية عبر الثقافات، إلا أنه يتضح وجود أبحاث تشير الى وجود فروق عبر ثقافية في شدة ومحتوى أعراض إكلينيكية محددة، فعلى سبيل المثال بالنسبة للأعراض الإيجابية، أشارت بعض الدراسات إلى وجود فروق عبر ثقافية في محتوى الضلالات(Tatyama et al .,1998; Stompe et al .,2006)، في حين أشارت دراسات أخري إلى وجود فروق عبر ثقافية في طبيعة الهلاوس(Khaled et al., 2023) ، وتوجد فروق أيضاً في شدة حدوث الأعراض الأولية باختلاف الثقافاتViswanath &Chaturved)2012,( )، وكذلك بالنسبة للأعراض السلبية، أشارت العديد من الدراسات إلى وجود فروق عبر ثقافية في شدة الأعراض السلبية(1992,Gopinath&Chaturvedi)، كذلك أشارت بعض الدراسات الى وجود فروق عبر ثقافية في الوظائف المعرفية لدى ذوي الاضطرابات النفسية (Koelkebeck et al,.2017)، وبالرغم من كل هذه الدراسات إلا أنه حتى الآن يوجد قصور في الدراسات عبر الثقافية حول الفروق في شدة الأعراض الإيجابية والسلبية والعامة بين الثقافات العربية والغربية، وبالأخص بين مصر والولايات المتحدة الأمريكية.

هذا بالاضافة أنه بالرغم من القدرة على الحد من الأعراض الايجابية للمرض عبر الثقافات المختلفة عن طريق أدوية الجيل الأول مثل اعادة الامتصاص للدوبامين و أدوية الجيل الثاني إعادة امتصاص الناقل العصبي السيروتونين، إلا أن الأعراض

السلبية والوظائف المعرفية والتنفيذية للمرضى تزداد سوءا يوما بعد يوم (Strauss, 2021)، مما يدعو الباحثين إلى محاولة الوقوف على العوامل الثقافية وراء تدهور الأعراض السلبية والأعراض العامة.

لذا ركزت الدراسة الحالية على التحقق من وجود فروق عبر ثقافية في شدة الأعراض بين مصر والولايات المتحدة الأمريكية، وبحث القدرة التنبؤية لمدة الإصابة بالمرض على شدة الأعراض في ضوء اختلاف الثقافات.

ومما سبق ظهرت تساؤلات الدراسة الحالية:

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة (الأعراض السلبية –الأعراض الإيجابية– الأعراض العامة) بين عينات الدراسة مرضى فصام أمريكان مجموعة (أ،ب) ومرضى فصام مصريين(أ،ب).

2- هل يوجد تأثير لمدة المرض كمتغير منبيء بشدة الأعراض لدى مرضى الفصام باختلاف الثقافات كمتغير معدل في العلاقة؟

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية الى الكشف عن وجود فروق عبرثقافية فس شدة أعراض الفصام، والتحقق من دور البيئة الثقافية في تعديل العلاقة التنبؤية بين مدة الإصابة بالمرض وشدة الأعراض الايجابية والسلبية والأعراض العامة لمرض الفصام في الثقافة العربية متمثلة في جمهورية مصر العربية والثقافة الغربية متمثلة الولايات المتحدة الأمريكية.

أهمية الدراسة

تعد الدراسة الحالية من أولى الدراسات العربية التي تكشف عن فروق عبر ثقافية بين مصر كثقافة عربية والولايات المتحدةث أ كثقافة غربية فيما يخص الاعراض الايجابية والسلبية لمرض الفصام.

قد تشارك نتائج الدراسة الحالية في معرفة مآل مرض الفصام في مصر والولايات المتحدة، مما قد يساعد في وضع خطط علاجية بديلة أو تبادل الخبرات الأجنبية فيما يخص علاج مرض الفصام.

حث الأبحاث المستقبلية إلى مزيد من البحث في العوامل الثقافية التي قد تؤثر في الاضطرابات النفسية بشكل عام، ومحاولة التوصل إلى أفضل العلاجات المتاحة .

منهج واجراءات الدراسة

تتبع الدراسة الحالية المنهج الوصفي التحليلي، حيث تسعى الدراسة الى المقارنة بين الأعراض الفصامية في المستشفيات المصرية ومركز العلوم الصحية بجامعة نيومكسيكو الأمريكية، والكشف عن طبيعة الفروق في شدة الأعراض لدى مرضى الفصام في كل من البلدين، وكذلك التحقق من دور الثقافة كمتغير معدل في العلاقة بين مدة المرض وشدة الأعراض.

العينة

العينة الأمريكية

تتكون العينة من 56 مريض فصام من الذكور بالولايات المتحدة الأمريكية، تم الحصول على العينة من مركز العلوم الصحية بجامعة نيومكسيكو الأمريكية ، تم تقسيمهم إلى:

- مجموعة(أ) وهم 29 مريض ممن تم تشخيصهم بالفصام منذ أكثرمن ثلاث سنوات وحتي عشر سنوات من داخل المستشفيات النفسية و المراكز العلاجية بالولايات المتحدة.
- مجموعة (ب) وهم 27 مريض ممن تم تشخيصهم بالفصام منذ أكثر من سنة و أقل من ثلاث سنوات[1]، من داخل المستشفيات النفسية و المراكز العلاجية بالولايات المتحدة.

العينة المصرية

تتكون عينة الدراسة من 58 مريض فصام من الذكور ، تم اشتقاق العينة من مستشفى جمال أبو العزايم فرع العاشر من رمضان، و مستشفى جمال أبو العزائم فرع مدينة نصر و مستشفى الطريق للصحة النفسية، تم تشخيصهم جميعا من قبل أطباء نفسيين استنادا لمحكات تشخيص الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس 5DSM .

تم تقسيم عينة المصريين إلى:

- مجموعة (أ) وهم 31 مريض ممن تم تشخيصهم بالفصام منذ أكثرمن ثلاث سنوات وحتي عشر سنوات من داخل المستشفيات النفسية بمصر.
- مجموعة (ب) وهم 27 مريض ممن تم تشخيصهم بالفصام منذ أكثر من سنة و أقل من ثلاث سنوات، من داخل المستشفيات النفسية بمصر.

وتم مراعاة الآتي في محكات اختيار العينة:

- أن يكون التشخيص الأساسي فصام وفقاً لمحكات تشخيص الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس .DSM 5
- ممن تنطبق عليهم قائمة البيانات الديموغرافية السن، والجنس، والمستوى التعليمي.

[1] تم استبعاد المرضى الذين تم تشخيصهم بالفصام منذ أقل من عام وذلك للتأكد من دقة التشخيص، وتجنب الأعراض المبدئية للفصام والتي تتداخل مع اضطرابات أخرى في التشخيص.

- من تنطبق عليهم قائمة البيانات الاكلينكية مدة تشخيص من سنتين إلى عشر سنوات،مدة المكوث في مستشفى الأمراض العقلية لا تقل عن سنتين ولا تزيد عن عشر سنوات، ممن يتناولوا مضادات ذهان من الجيل الأول أو الثاني.

وتم مراعاة محكات الاستبعاد كالتالي:

- استبعاد حالات اضطراب فصام وجداني لتداخله مع الاضطراب ثنائي القطب.
- استبعاد حالات الفصام المصحوب بتخلف عقلي.
- استبعاد حالات الاعاقات الحركية والجسدية.
- استبعاد حالات تتناول أي أدوية نفسية اخرى غير مضادات الذهان.
- استبعاد أي حالات سوء استخدام عقاقير.

الخصائص الديموغرافية والإكلينيكية

جدول 1.

يوضح البيانات الوصفية لعينات الدراسة

البيانات الوصفية		مدة العلاج بالشهر	العمر الزمني	سنوات التعليم	نسب الذكاء
عينات الدراسة					
مرضى فصام أمريكان –مجموعة)أ)	م	139	37,7	12,8	85,7
	ن	29			
	ع	69,8	7,2	2,2	4,3
مرضى فصام أمريكان –مجموعة (ب)	م	38,3	38,8	13,1	86,6
	ن	27			
	ع	20,1	8,02	2,7	4,9
مرضى فصام مصريين –مجموعة (أ)	م	170,3	45,5	6,3	84,7
	ن	31			

	ع	74,7	8,8	2,5	3,9
مرضى فصام مصريين- مجموعة (ب)	م	49,4	41,1	13,3	85,4
	ن	27			
	ع	12,3	10,02	2,02	4,2

أدوات الدراسة

قائمة البيانات الديموغرافية والاكلينيكية

قامت الباحثتان بتحديد قائمة عبارة عن بعض الأسئلة حول المتغيرات الديموغرافية والاكلينيكية والتي قد تؤثر على متغيرات الدراسة، وذلك بهدف التأكد من تكافؤ عينات الدراسة في هذه المتغيرات لاستبعاد تأثيرها على النتائج.

وقد تم تحديد هذه القائمة في ضوء الدراسات السابقة التي سبق و أن حددت المتغيرات الديموجرافية التي قد تؤثر في شدة أعراض الفصام، وقد تم الاعتماد على قوائم البيانات الديموغرافية لكل من(.Cropley et al.,2017; Li, X et al.,2022)

مقياس الأعراض الايجابية والسلبية للفصام (بانز) positive and negative symptoms (PANSS)

وُضع المقياس عام 1978 لقياس الأعراض الايجابية والسلبية والعامة للفصام، ويُعد من أكثر المقاييس الاكلينيكية استخداماً ويحظى بخصائص سيكومترية جيدة باختلاف الثقافات، ويتكون المقياس من 30 بند و 7 بدائل باستخدام مدرج ليكرت تتراوح بين(1) غائب، (2) حد أدنى، (3) خفيفة، (4) معتدلة، (5)معتدلة شديدة ،(6) شديدة، (7) متطرفة، وقد تم قياس الخصائص السيكومترية للمقياس على يد ستانلي كاي وزملاؤه (1987)، وقد أكدت النتائج على أن المقياس يتمتع بدرجة

صدق وثبات مرتفعة باستخدام الصدق البنائي وصدق المحك الخارجي، وذلك على عينة قدرها 101 مشارك تتراوح أعمارهم ما بين 20- 68 عاما (بمتوسط 36,8 وانحراف معياري 11,16)، تكونت العينة من 70 من الذكور و 31 من الاناث ، انقسمت العينة الى 33 مشاركاً من الاصول البيضاء، 43 من الأصول السوداء، 25 من أصول أسبانية.(Kay & Qpjer, 1987)

وقد قام العديد من الباحثين بتقنينه على البيئة العربية، وتم التأكد من تشبعه بخصائص سيكومترية جيدة، يتكون المقياس في صورته العربية من 30 مفردة تقيس أعراض الفصام، وتنقسم الى ثلاث مقاييس فرعية:

- مقياس الأعراض الايجابية للفصام :يتكون من 7 فقرات تقيس كل من (الضلالات- الهلاوس- تفكك الأفكار- سلوك الهلوسة- الهياج – العظمة- الشك- العدائية).
- مقياس الأعراض السلبية للفصام: يتكون من 7 فقرات تقيس كل من (تبلد الوجدان- الانسحاب العاطفي- ضعف التواصل- الانسحاب الاجتماعي- ضعف التفكير التجريدي- عدم التلقائية- التفكير النمطي).
- مقياس الأعراض العامة للفصام: يتكون من16 فقرة تقيس كل من (الانزعاج الجسدي- القلق- تأنيب الضمير- التوتر- التصنع- الاكتئاب – التأخر الحركي- عدم التعاون- ضعف الانتباه- فقدان القدرة على اصدار أحكام- فقر السيطرة على الاندفاع- الانشغال- التجنب الاجتماعي النشط).

وقد أظهرت نتيجة التحليل العاملي للمقياس في عدد من الدراسات الى وجود العديد من العوامل ولكنها تختلف من دراسة الى أخرى، ففي بعض الدراسات أظهر التحليل العاملي الى وجود خمس عوامل (Wu, Lan, Hu Lee, &Liou, 2015 Anderson et) وفي دراسات أخرى ستة عوامل (Gil et al., 2009)، وقد وصل عدد العوامل في بعض الدراسات إلى سبع وثمان عوامل.(أبوالعطا,2016)

الخصائص السيكومترية للمقياس

الصدق التقاربي. تم حساب الصدق التقاربي عن طريق معامل الارتباط بين المقياس ومقياس الطب النفسي المختصر، وكان معامل الارتباط ر= 0.994 ، دالة عند مستوى 0,01 .

الاتساق الداخلي. وصل معامل ألفا للمقياس الكلي إلى 0,992، والعامل الأول 0.995، والعامل الثاني 0,986، والعامل الثالث (أبو العطا وإسماعيل،2016) 0.887

<u>إجراءات الدراسة</u>

1- تم تجميع البيانات عن المرضى الأمريكان من داخل مركز العلوم الصحية بجامعة ولاية نيومكسيكو، بعد حصول الباحثة الثانية وفريق بحثي بجامعة نيومكسيكو على موافقة كتابية من المركز باجراء البحث ضمن مجموعة مشروعات بحثية على مرضى الفصام المترددين على المركز.

2- تم تعبئة نموذج الموافقة المستنيرة من أهل المرضى أو ذويهم للقيام بأبحاث عليهم.

3- تم تطبيق قائمة بالبيانات الديموغرافية و الاكلينيكية الخاصة بالمرضى واستبعاد من لا تنطبق عليهم محكات الاختيار.

4- تم تطبيق مقياس PANSSللأعراض الإيجابية والسلبية والعامة الفصام على الممرضين والأخصائيين النفسيين المسؤولين عن الحالة.

الأساليب الاحصائية المستخدمة

للمقارنة بين عينات الدراسة تم استخدام تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات One-Way ANOVA، وقد تم استخدام مراجعة إحصائية لاحقة –

أسلوب المقارنة البعدية– للتحقق من الفروق الدقيقة بين جميع المجموعات المستقلة POST–HOC باستخدام مقياسي Tukey و Scheffe

تم استخدام تحليل الانحدار الخطي الأحادي Linear Regressionلقياس أثر كل من مدة المرض والثقافة والتفاعل بينهم على كل من شدة الأعراض الايجابية والسلبية والعامة.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول" توجد فروق في شدة الاعراض (الإيجابية–السلبية– العامة) بين مرضى الفصام في المستشفيات المصرية وولاية نيومكسيكو الأمريكية"

للتحقق من الفرض الأول تم استخدام التحليل الاحصائي تحليل التباين الأحادي ANOVA، للتأكد من وجود فروق ذات دلالة بين عينات الدراسة في شدة الأعراض.

- التباين في شدة الأعراض الإيجابية بين عينات الدراسة

جدول 2 .

يوضح تحليل التباين الأحادي للفروق في شدة الأعراض الايجابية بين عينات الدراسة

عينات الدراسة	ن	م	ع	قيمة ف	القيمة الاحتمالية
مرضى أمريكان(مجموعة أ)	29	16.41	5.679	29,2	0.001
مرضى أمريكان (مجموعة ب)	27	14.18	5.240		
مرضى مصريين (مجموعة أ)	31	12.87	4.660		
مرضى مصريين (مجموعة ب)	27	24.92	5.532		

العدد الكلي	**114**	**16.93**	**6.984**		

يشير الجدول إلى وجود فروق دالة احصائياً في شدة الأعراض الإيجابية بقيمة ف (29,2) ودلالة 0,001 ، حيث تظهر أكبر قيمة للمتوسطات لدى مرضى الفصام في مصر –مدة مرض قصيرة (24,92) ، وتظهر أقل قيمة لدي المرضي المصريين– مدة مرض طويلة(12,8)

جدول 3.

المقارنات البعدية*Post–Hoc* للمقارنة بين عينات الدراسة في شدة الأعراض الإيجابية باستخدام *TUKEY*

عينات الدراسة	العينات المقابلة	متوسط الفروق	الخطأ المعياري	الدلالة
مرضى أمريكان مجموعة(أ)	مرضى أمريكان مجموعة(ب)	**2.22**	**1.36**	**0.365**
	مرضى مصريين مجموعة(أ)	**4.63**	**1.31**	**0.004**
مرضى أمريكان مجموعة (ب)	مرضى مصريين مجموعة(أ)	**2.41**	**1.34**	**0.282**
مرضى مصريين مجموعة (ب)	مرضى أمريكان مجموعة(أ)	**8.51**	**1.36**	**0,001**
	مرضى أمريكان مجموعة(ب)	**10.74**	**1.38**	**0,001**

	مرضى مصريين مجموعة(أ)	**13.15**	**1.34**	**0,001**

يتضح من الجدول (٣) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين مرضى الفصام الأمريكين (مجموعة أ، و مجموعة ب) في الأعراض الإيجابية للفصام.

- إلا أنه توجد فروق دالة إحصائياً في شدة الأعراض الإيجابية بين مرضى فصام أمريكان(مجموعة أ) و مرضى فصام مصريين (مجموعة أ)،حيث تصل دلالة الفروق إلى 0.004، وهي دالة عند مستوى دلالة أكبر من 0.05، وتشير متوسطات الفروق إلى أن مرضى الفصام في مصرالمصابين لمدة طويلة أقل في شدة الأعراض الإيجابية عن نظرائهم من المرضى الأمريكيين المصابين لمدة طويلة ، ويعني هذا أن مرضى الفصام المعالجين في المستشفيات الأمريكية يعانوا بدرجة أكثر من الأعراض الإيجابية متمثلة في الضلالات و الهلاوس و تفكك الأفكارو سلوك الهلوسة و الهياج وضلالات العظمة والشك والعدائية، إلا أن هذه النتيجة تحتاج إلى مزيد من الدراسات حول أسباب تلك الفروق، وعما اذا كان هناك فروقاً في محتوى الضلالات ونوع الهلاوس.
- ويتضح من الجدول كذلك وجود فروق دالة عند أعلى مستوي دلالة 0.001 وذلك فيما يخص الفرق بين مرضي المصريين (مجموعة ب) وباق عينات الدراسة الأمريكان(مجموعة أ) والأمريكان (مجموعة ب)، والمصريين (مجموعة أ)، أي أن المصريين المصابين لمدة قصيرة يعانوا بدرجة أكبر من الأعراض الإيجابية كالهلاوس والضلالات و الشك والعدائية من باق العينات.

وبشكل عام يتضح من خلال الرسم البياني والتحليل الاحصائي، أن مرضى الفصام المصريين (مجموعة أ)المصابين لمدة طويلة هم أقل العينات في شدة الأعراض الايجابية مقارنة بباقي العينات الثلاثة (مرضى الفصام الأمريكيين

المعالجين لمدة طويلة– مرضى الفصام المصريين المعالجين لمدة قصيرة) كما هو موضح بوجود فروق ذو دلالة احصائية (0.004 ، 0.000) على التوالي، إلا أن النتائج لم تشير إلى فروق ذو دلالة بين المصريين المصابين لمدة طويلة و الأمريكيين المصابين لمدة قصيرة.

التباين في شدة الاعراض السلبية بين عينات الدراسة

جدول 4 .

يوضح تحليل التباين الأحادي للفروق في شدة الأعراض السلبية بين عينات الدراسة.

عينات الدراسة	ن	م	ع	ف	القيمة الاحتمالية
مرضى أمريكان (مجموعة أ)	**29**	**15.37**	**7.16**	**19,1**	**0,001**
مرضى أمريكان (مجموعة ب)	**27**	**14.85**	**5.37**		
مرضى مصريين((مجموعة أ)	**31**	**26.92**	**6.77**		
مرضى مصريين (مجموعة ب)	**27**	**19.71**	**7.12**		
العدد الكلي	**114**	**19.16**	**8.11**		

يشير الجدول إلى وجود فروق دالة احصائياً في شدة الأعراض السلبية بقيمة ف (19,1) ودلالة 0,001 ، حيث تظهر أكبر قيمة للمتوسطات لدى مرضى الفصام في مصر(مجموعة أ) وهي (**26.92**)، وتظهر أقل قيمة لدي المرضي الأمريكان (مجموعة ب) وهي (14,85)، ولمعرفة الفروق بين المجموعات تم حساب المقارنة البعدية باستخدام tukey

جدول 5.

المقارنة البعدية ***post– Hoc*** بين عينات الدراسة في شدة الأعراض السلبية باستخدام ***tukey***

عينات الدراسة	العينات المقابلة	متوسط الفروق	الخطأ المعياري	الدلالة
مرضى فصام أمريكان(مجموعة أ)	مرضى أمريكان(مجموعة ب)	**0.52**	**1.78**	**0.991**
	مرضى مصريين (مجموعة أ)	**10,8**	**1.78**	**0,001**
مرضى فصام مصريين (مجموعةأ)	مرضى أمريكان (مجموعة ب)	**11,3**	**1.72**	**0.001**
	مرضى مصريين(مجموعةب)	**7,2**	**1.75**	**0.001**
مرضى فصام مصريين (مجموعةب)	مرضى أمريكان (مجموعة أ)	**3,5**	**1.78**	**0.202**
	مرضى أمريكان (مجموعة ب)	**4,07**	**1.81**	**0.120**

بالنظر في الجدول (5) يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في شدة الأعراض السلبية بين مرضى الفصام الأمريكان (مجموعة أ) و(مجموعة ب)، مما قد ينفي احتمالية تأثير التدخلات العلاجية الأمريكية على خفض الأعراض السلبية للمرضى، في حين توجد فروق بين المصريين (مجموعة أ) و(مجموعة ب) حيث يعاني المصريين المصابين منذ مدة طويلة بدرجة أكبر من المصابين منذ مدة قصيرة في التبلد الوجداني والانسحاب الاجتماعي ، وتشير النتائج كذلك إلى عدم وجود فروق ذو دلالة بين شدة الأعراض السلبية بين المصريين (مجموعة ب) والأمريكان (مجموعةأ)، مما يعني أن الأعراض السلبية لدى المصريين المصابين لمدة قصيرة لا

تختلف في شدتها عن الأمريكان المصابين لمدة طويلة، إلا أن المصريين المصابين منذ مدة طويلة يعانوا من شدة الأعراض السلبية بشكل دال مقارنة بباق العينات.

ويتضح من خلال الرسم البياني والتحليل الاحصائي أن المرضى المصريين بتاريخ مرضي طويل أكثر فئة في شدة الأعراض السلبية مقارنة بجميع عينات الدراسة عند مستويات دلالة مرتفعة.إلا أنه كما هو موضح في الرسم البياني والتحليل الاحصائي عدم وجود فروق دالة بين مرضى الأمريكان(مدة طويلة– مدة قصيرة)، مما قد يؤكد على عدم تأثر الأعراض السلبية بشكل سلبي أو إيجابي بالخدمات الصحية المقدمة، أوبأدوية مضادات الذهان.

التباين في شدة الأعراض العامة بين عينات الدراسة

جدول6 .

يوضح تحليل التباين الأحادي للفروق في شدة الأعراض العامة بين عينات الدراسة

عينات الدراسة	ن	م	ف	الدلالة
مرضى أمريكان(مجموعة أ)	**29**	**29.03**	**3,8**	**0.012**
مرضى أمريكان(مجموعة ب)	**27**	**28.07**		
مرضى مصريين(مجموعة أ)	**31**	**33.25**		
مرضى مصريين(مجموعة ب)	**27**	**35.03**		
العدد الكلي	**114**	**31.37**		

يشير الجدول إلى وجود فروق دالة احصائياً في شدة الأعراض العامة بقيمة ف (3,8) ودلالة 0,012 ، حيث تظهر أكبر قيمة للمتوسطات لدى مرضى الفصام في مصر –مدة مرض قصيرة (35,37)، وتظهر أقل قيمة لدي المرضي الأمريكان–مدة

قصيرة(28,07)، ولمعرفة الفروق بين المجموعات تم حساب المقارنة البعدية باستخدام tukey

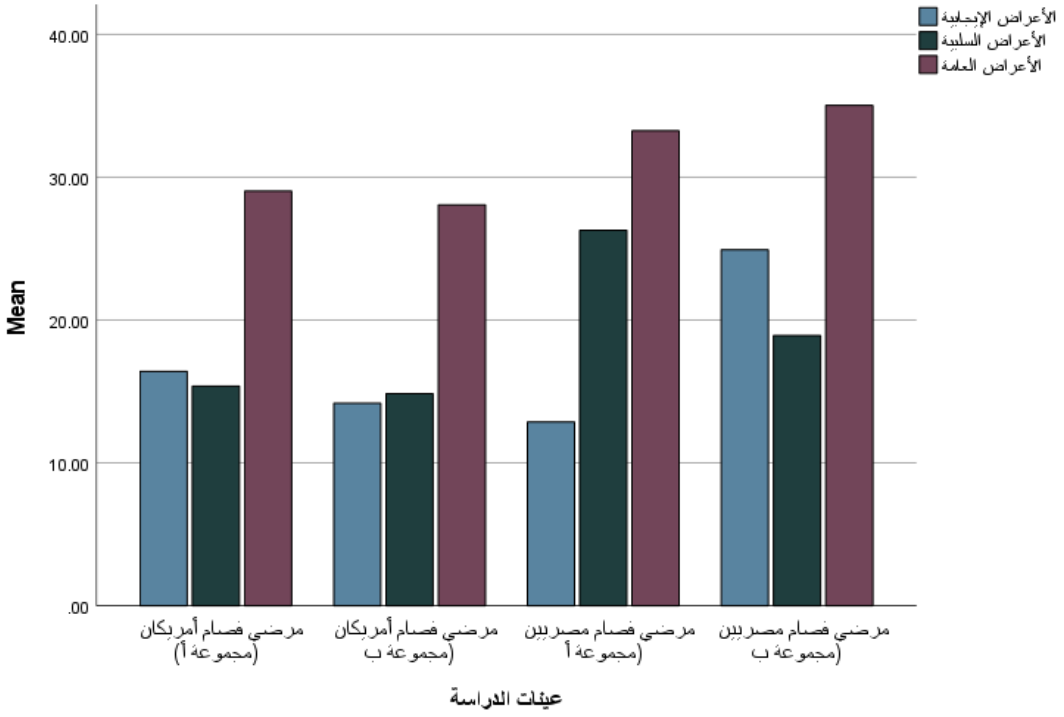
جدول 7 .

المقارنة البعدية *post– Hoc* بين عينات الدراسة في شدة الأعراض العامة باستخدام*Tukey*

عينات الدراسة	العينات المقابلة	متوسط الفروق	الخطأ المعياري	الدلالة
مرضى أمريكان (مجموعة أ)	مرضى أمريكان (مجموعة ب)	**1,17**	**2,41**	**0.96**
مرضى مصريين (مجموعة أ)	مرضى أمريكان (مجموعة أ)	**4,00**	**2,32**	**0.33**
	مرضى أمريكان (مجموعة ب)	**5,18**	**2,36**	**0,13**
مرضى مصريين (مجموعة ب)	مرضى أمريكان (مجموعة أ)	**5,74**	**2,41**	**0,08**
	مرضى أمريكان (مجموعة ب)	**6,96**	**2,44**	**0,02**
	مرضى مصريين (مجموعة أ)	**1,77**	**2,38**	**0,87**

يتضح من الجدول السابق (7) عدم وجود دالة بين عينات الدراسة إلا فيما يخص الفرق بين مرضى الفصام المصريين (مجموعة ب) و مرضى الأمريكان (مجموعة ب). ويستدل من المتوسطات والانحرافات المعيارية أن مرضى الفصام المصريين (مجموعة ب) المصابين منذ مدة قصيرة أشد في الأعراض العامة بشكل دال من

الأمريكان مجموعة (ب)، مما يجعلهم أكثر عجزاً في الانتباه وأكثر اضطراباً في العمليات المعرفية والذاكرة العاملة في بداية الاضطراب.



شكل 1.الفروق في شدة الأعراض (الإيجابية– السلبية– العامة) بين عينات الدراسة

مناقشة نتائج الفرض الأول:

فيما يخص الفروق بين عينتي الدراسة المصريين، اتضح من جداول تحليل التباين والمقارنات البعدية والرسوم البيانية ارتفاع شدة الأعراض (الإيجابية والعامة) لدى المرضى المصريين (مجموعة ب) المصابين منذ مدة قصيرة بشكل دال عن باق العينات، أما مرضى الفصام المصريين (مجموعة أ) المصابين منذ مدة طويلة، أوضحت النتائج انخفاض شدة الأعراض الإيجابية لديهم مقارنة بباقي العينات،

وارتفاع شدة الأعراض السلبية لديهم مقارنة بباقي العينات، إلا أن شدة الأعراض العامة لا تختلف لديهم عن باق المجموعات.

وتتفق تلك النتائج مع دراسة(Koelkebeck et al .,2019) والتي أشارت إلى أن جرعة مضادات الذهان لها دور في حماية المادة الرمادية للدماغ من التآكل بنسبة تصل إلى 30%، ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء دراسة(Leff, J.,1992 ; Edgerton,1994)حيث أشارت تلك الدراسات إلى أن مآل اضطراب الفصام في الدول النامية مثل الهند ونيجيريا أفضل من الدول المتقدمة مثل الولايات المتحدة، إلا أنه وفقاُ للدراسة الحالية فان الأعراض الإيجابية في مصر قد تتحسن بطول مدة المرض ولا ينطبق هذا على الأعراض السلبية، حيث تشير الدراسة الحالية أن الأعراض السلبية أشد لدى المرضى المصريين منذ زمن طويل عن باقي العينات سواء في مصر أو الولايات المتحدة، مما يتعارض جزئياً مع الدراستين السابقتين.

ومن ناحية أخرى أظهرت نتائج تحليل التباين بين عينتي الدراسة الأمريكان عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الفصام الأمريكان سواء (مجموعة أ) أو(مجموعة ب). وقد يرجع هذا إلى انخفاض جرعة مضادات الذهان اليومية برغم طول مدة العلاج.

وتتفق تلك النتيجة كذلك مع نتائج الدراسة الاستطلاعية التابعة لمنظمة الصحة العالمية (IPSS)[1] لعام 1992 والتي تتبعت حالات الفصام في 9 دول لمدة 5سنوات، و أوضحت انخفاض التحسن في الأعراض الإكلينيكية والاجتماعية في الدول الأكثر تقدماً.

أما الفروق بين مرضى الفصام المصريين (مجموعة أ) والأمريكان (مجموعة أ) في شدة الأعراض الإيجابية والذي بدا واضحاً من دلالة الفروق التي تتعدى مستوي

1

دلالة 0.05، فمن الممكن أن يرجع هذا إلى اختلاف نوع مضادات الذهان المستخدمة والجرعة المحددة، حيث أنه من الواضح أن مضادات الذهان الجيل الأول والتي ينتشر استخدامها بين مرضى الفصام المصريين لها مفعول أكثر تأثيراً على المصريين من مضادات ذهان الجيل الثاني والتي أكثر استخداماً بين عينة الأمريكان، وهذا يحتاج إلى مزيد من الدراسة.

وتختلف تلك النتائج جزئياً مع دراسة Khaled et al.,2023) (التي أشارت الى أن الاختلاف في نوع الهلاوس وليس في شدتها بالمقارنة عبر الثقافية بين عينات مرضى غير فصاميين من دولتي قطر وهولندا، وقد يتم تفسير عدم الاتفاق بين الدراستين الى أن العينات في الدراسة الحالية عينات معالجين بأدوية مضادة للذهان في كلا الدولتين مما قد يخفض من شدة الأعراض لدى كل من مصر وولاية نيومكسيكو الأمريكية.

ويُعد الفرق الثاني بين المصريين (مجموعة أ) و الأمريكان (مجموعة أ) في ارتفاع شدة الأعراض السلبية لدى المصريين المصابين مدة طويلة عن الأمريكان المصابين مدة طويلة، وتختلف نتائج تلك الدراسة عن دراسة (1992,Leff) والتي أشارت أن الدول الأكثر تقدماً مثل لندن والولايات المتحدة أشد في العجز الاجتماعي من الدول الأخرى.

وبالنظر الى العوامل الديموجرافيا لعينات الدراسة يتضح أنه لا يوجد اختلاف في العوامل الديموجرافيا يمكن عزو هذا الفروق إليه، لذا أنه من المحتمل أن يرجع هذا الاختلاف الى الدعم النفسي والاجتماعي المقدم وجلسات العلاج الجمعي التي تقدمها مستشفيات الصحة النفسية الأمريكية، ويحتاج هذا الى مزيد من الدراسة للتوصل الى الأساليب العلاجية الأكثر فعالية مع البيئة المصرية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً في ضوء أدوية الجيل الأول مثل الكلوروبرومازين والذي يتم استخدامه في مصر، وقد أشارت بعض الدراسات إلى قدرته على الحد من الأعراض االايجابية مقارنة بادوية الجيل الثاني والتي قد تقلل احتمال مضاعفة الأعراض السلبية لكنها ليست بالضرورة أقوى فعالية من الجيل الأول.

نتائج الفرض الثاني:"

تؤثرمدة المرض كمنبئ بشدة الأعراض الفصامية باختلاف البيئة الثقافية كمتغير معدل "

تؤثر مدة المرض كمنبئ بشدة الأعراض الإيجابيةباختلاف البيئة الثقافية كمتغير معدل

جدول 8.

نموذج انحدار لمدة المرض كمتغير منبيئ والبيئة الثقافية كمتغير معدل على شدة الأعراض الإيجابية

المتغيرات المتنبئة	R	R2	قيمة ف	دلالة ف	بيتا	قيمة ت	دلالة ت	معامل تضخم التباين VIT
مدة المرض	**5,27**	**0,444**	**29,2**	**0,005**	**2,229**	**1,57-**	**0,117**	
البيئة الثقافية					**17,82-**	**5,78**	**0,006**	
مدة المرض*البيئة الثقافية					**14,28**	**7,212**	**0,007**	

النموذج الكلي للانحدار. يوضح الجدول رقم 5 معنوية نموذج الانحدار للعلاقة بين شدة الأعراض الإيجابية كمتغير تابع، وكل من مدة المرض والبيئة الثقافية كمتغيرات منبئة، حيث بلغت قيمة (ف) ،29,29، وهي قيمة دالة عند مستوي دلالة أقل من 0,01 ، وهي تمثل 44% من تباين شدة الأعراض بدلالة ر2.

العلاقة التنبؤية بين مدة المرض وشدة الأعراض الإيجابية . جاءت قيمة بيتا (2,29)، وهي قيمة غير دالة معنوياً عند أي مستوى دلالة، وتعني أن زيادة مدة المرض لا تقترن بزيادة شدة الأعراض الإيجابية.

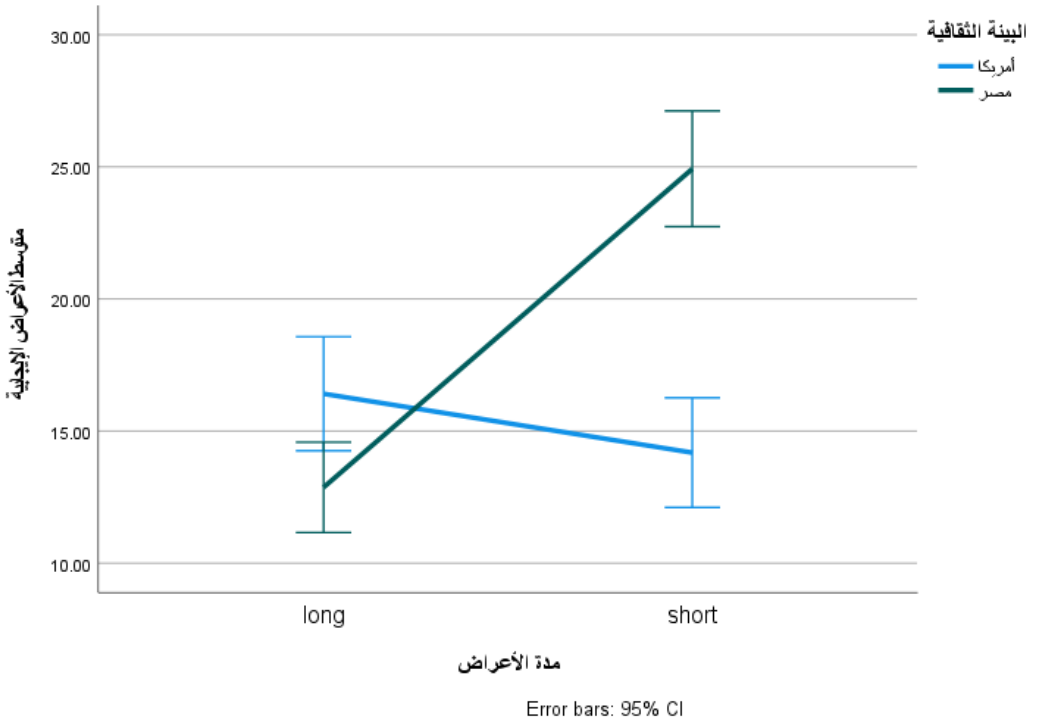
العلاقة التنبؤية بين البيئة الثقافية وشدة الأعراض الإيجابية تشير قيمة بيتا **(17,82)** بين البيئة الثقافية و شدة الأعراض الإيجابية إلى وجود علاقة دالة معنوياً عند مستوي دلالة أقل من 0,01، وتعني أن اختلاف الثقافة بين مصر والولايات المتحدة الأمريكية يزيد من شدة الأعراض الإيجابية **(17,82)** وحدة ..

التأثير التفاعلي لكل من مدة المرض والبيئة الثقافية على شدة الأعراض الإيجابية . فان قيمته (14,28) وهي قيمة دالة معنوياًعند مستوى دلالة 0.01 ، واستناداً لما سبق يمكن كتابة معادلة الانحدار كالتالي:

شدة الأعراض الإيجابية= 18,642 + **17,82*** البيئة الثقافية+ 14,28* البيئة الثقافية* مدة المرض

وبالنظر إلى هذه النتيجة، يتضح وجود قوة تنبؤية للبيئة الثقافية كمتغير مستقل في زيادة شدة الأعراض، وبالرجوع إلى تحليل التباين والتحليل اللاحق للتباين يتضح أن مرضى الفصام في مصر تزداد لديهم شدة الأعراض الإيجابية أكثر من مرضى الفصام في أمريكا، مما يفسر تأثير االبيئة الثقافية على شدة الأعراض، إلا أنه لوحظ اختلاف هذه العلاقة بتدخل عامل الوقت(مدة المرض) فيصبح شدة الأعراض

الإيجابية أقل عند المصريين من الأمريكان، إلا أن مدة المرض في أمريكا لم تكن عاملاً قوياً



شكل 2 تأثير مدة المرض على شدة الأعراض الإيجابية باختلاف البيئة الثقافية(مصر- الولايات المتحدة الأمريكية)

- **تؤثر مدة المرض على شدة الأعراض السلبية للفصام باختلاف البيئة الثقافية كمتغير معدل**

جدول 9

نموذج انحدار معنوي لمدة المرض وشدة الأعراض السلبية والبيئة الثقافية

المتغير التابع	المتغيرات المتنبئة	ر	ر2	قيمة ف	دلالة ف	بيتا	قيمة ت	دلالة ت	معامل تضخم التباين
شدة الأعراض	مدة المرض	**0,568**	**0,322**	**17,42**	**0,001 >**	**12.05**	**5.99**	**0,001**	**2.51**
	البيئة الثقافية					**0.0417**	**1.9**	**0,059**	**9.89**
	مدة المرض* الثقافة					**−0.038**	**−2.78**	**0,006**	**10.83**

النموذج الكلي للانحدار. يوضح الجدول رقم 5 العلاقة بين شدة الأعراض السلبية كمتغير تابع، وكل من مدة المرض والبيئة الثقافية كمتغيرات منبئة، حيث أوضحت النتائج معنوية نموذج الانحدار حيث بلغت قيمة (ف) **17,42** وهي قيمة دالة عند مستوي دلالة أقل من 0,001 ، وهي تمثل 30% من تباين شدة الأعراض بدلالة ر2.

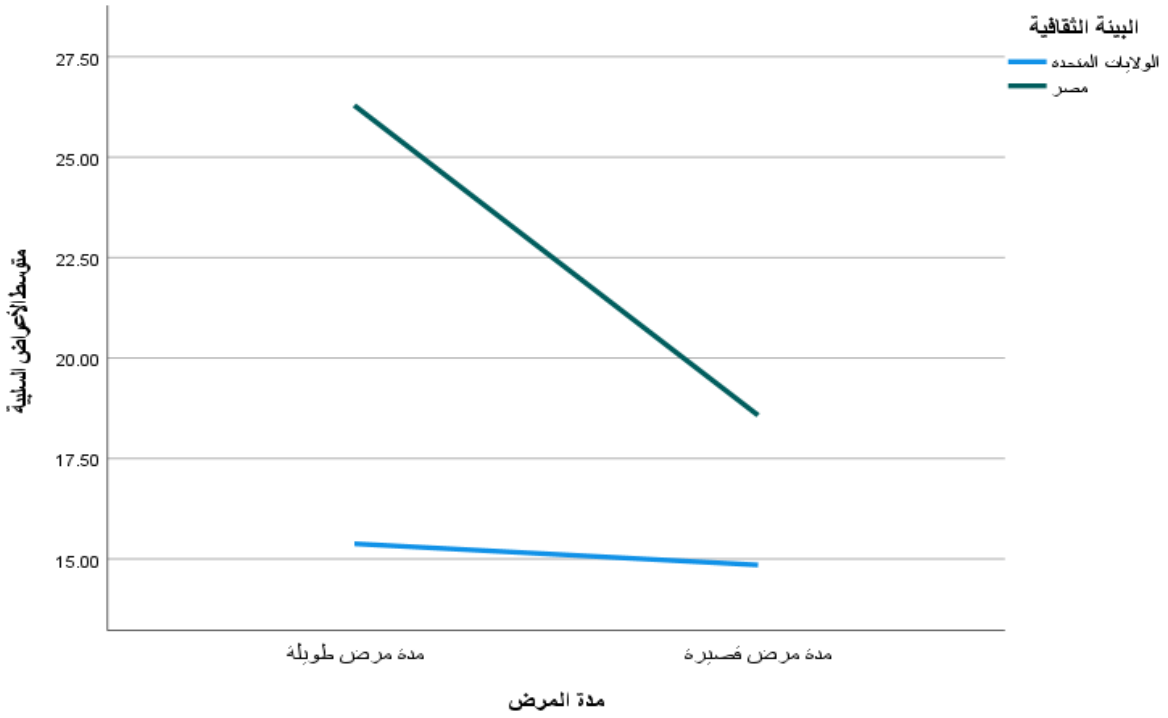
مدة المرض وشدة الأعراض السلبية. قد جاءت قيمة بيتا **(12.05)**، وهي قيمة دالة معنوياً عند مستوى دلالة 0.001 وهي دالة عند أعلى مستوى دلالة، وتعني أنه بزيادة مدة المرض بمقدار وحدة تزداد شدة الأعراض السلبية بمقدار **(12.05)** وحدة،

ومن ناحية أخري فإن قيمة بيتا بين الاختلاف الثقافي وشدة الأعراض السلبية **(0.0417)**، وهي قيمة دالة معنوياً عند مستوي دلالة 0,05، وتعني أن اختلاف الثقافة بين مصر والولايات المتحدة الأمريكية يزيد من شدة الأعراض السلبية **(0.0417)** وحدة.

تأثير التفاعل بين مدة المرض والبيئة الثقافية في شدة الأعراض . أظهر تحليل الانحدار قوة هذا التفاعل في التنبؤ بشدة الأعراض حيث بلغت قيمة بيتا **(0.038)** وهي قيمة دالة عند 0,01، واستناداً لما سبق يمكن كتابة معادلة الانحدار كالتالي:

شدة الأعراض السلبية= 2,72 + **12.05*** مدة المرض + **0.0417*** الاختلاف الثقافي+ .**0**380مدة المرض*الاختلاف الثقافي

- وبالنظر إلى هذه النتيجة، يتضح وجود قوة تنبؤية لمدة المرض كمتغير مستقل في زيادة شدة الأعراض السلبية، إلا أن الاختلاف الثقافي أقل قدرة تنبؤية بشدة الأعراض، وبالرجوع إلى تحليل التباين والتحليل اللاحق للتباين يتضح أن مرض الفصام في مصر تزداد فيه شدة الأعراض السلبية (تبلد الوجدان– الانسحاب العاطفي– ضعف التواصل– الانسحاب الاجتماعي– ضعف التفكير التجريدي– عدم التلقائية– التفكير النمطي) أكثر من مرض الفصام في أمريكا، مما يفسر تأثير الاختلافات الثقافية على شدة الأعراض، إلا أنه حتى مع مدة المرض الطويلة تزداد فيها شدة الأعراض السلبية لتصبح أكثر وضوحاُ لدى مرضى الفصام في مصر مقارنة بأمريكا والتي لا تتأثر فيها الأعراض السلبية بشكل ذو دلالة واضحة.



شكل 3 تأثير التفاعل بين مدة المرض والبيئة الثقافية على شدة الأعراض السلبية

- تؤثر مدة المرض على شدة الأعراض العامة للفصام باختلاف البيئة الثقافية كمتغير معدل

جدول 10.

نموذج انحدار معنوي لمدة المرض وشدة الأعراض العامة والبيئة الثقافية

	R	R2	قيمة ف	دلالة ف	بيتا	قيمة ت	دلالة ت	معامل تضخم التباين VIT
مدة المرض	8,95	0,094	3,84	0,011	0,960	0,401	0,689	
البيئة الثقافية					1,48	0,284	0,777	
مدة المرض*البيئة الثقافية					2,73	0,815	0,417	

النموذج الكلي للانحدار. أظهرت النتائج عدم تحقق معنوية النموذج في التنبؤ بالأعراض العامة سواء مدة المرض أو اختلاف البيئة الثقافية.

مناقشة نتائج الفرض الثاني

يتضح من نتائج تحليل الانحدار القدرة التنبؤية لمدة المرض على شدة الأعراض السلبية، ‘إلا أنه لا توجد أدلة لتأثير مدة المرض على الأعراض الإيجابية و الأعراض العامة مثل الإنتباه والذاكرة العاملة، ويمكن تفسير هذه لنتيجة في ضوء الدراسات السابقة، حيث تتفق هذه النتائج مع دراسات كل من (Cropley et al.,2017; Li, X et al.,2022)، حيث قد ترجع هذه العلاقة التنبؤية إلى تدهور في المادة الرمادية في مناطق محددة في المخ مما يجعل طول فترة الإصابة مؤشراً لشدة الأعراض السلبية هذا بالإضافة إلى مضادات الذهان التي تحد من الأعراض الإيجابية بمرور الوقت إلا أنها قد تفاقم من حدة الأعراض السلبية والتي لا تستجيب للأدوية (Cerveri, & Mencacci,2019) إلا أن هذه القدرة التنبؤية غير معنوية فيما يخص الأعراض العامة وتختلف هذه النتيجة عن نتائج دراسة كل من دراسة Li, X et al.,2022 والتي أشارت إلى وجود علاقة طردية بين مدة المرض وشدة الأعراض العامة، ويمكن تفسير هذا التعارض بين الدراستين إلى أن عينات الدراسة الحالية جميعهم من المترددين على المستشفيات والذين تناولوا مضادات ذهان مما قد يحدث كفاً للأعراض الإيجابية كالهلاوس والضلالات وتفكك التفكيرمنذ بداية العلاج وكذلك الأعراض العامة والتي قد يتم السيطرة عليها ببرامج علاجية مختلفة داخل المستشفيات، ويؤكد ذلك الرسم البياني والذي يوضح ارتفاع شدة الأعراض العامة لدى جميع عينات الدراسة.

ويتضح كذلك من جداول تحليل الانحدار والرسوم البيانية أثر البيئة الثقافية في شدة الأعراض الإيجابية والسلبية، وتتفق هذه النتائج مع نتائج كل من (Kala 2023,.&Wig,2012; Khaled et al) إلا أن هذه الدراسات اهتمت بتباين شدة ومحتوي الأعراض الإيجابية عبر ثقافات أخرى ففي حين اهتمت الأولي بالديانات المختلفة، اهتمت الأخرى بدولتى هولندا وقطر، وتتفق الدراسة الحالية أيضاً مع نتائج دراسة Chaturvedi &Gopinath(,1992) والتي أشارت إلى اختلاف في شدة الأعراض السلبية تبعاً للثقافة ولكن اهتمت بالمقارنة بين ثقافتي الهند و إنجلترا.

إلا أنه لا يوجد أثر للبيئة الثقافية في الأعراض العامة، فمن الواضح أن الأعراض العامة كمشاكل الانتباه والذاكرة العاملة تحدث بنفس الشدة باختلاف الثقافات فلا تتأثر بالأدوية النفسية أو طرق الدعم النفسي والصحي المقدم.

وفيما يخص التفاعل بين مدة المرض كمنبئ والبيئة الثقافية كمتغير معدل في شدة الأعراض، أوضحت النتائج قوة التفاعل بين مدة المرض والبيئة الثقافية في التأثير على شدة الأعراض الإيجابية والسلبية، فبالرغم من عدم تأثير مدة المرض على شدة الأعراض السلبية إلا أن تدخل عامل البيئة الثقافية أدى إلى تغيير في مسار مدة المرض على شدة الأعراض، ويمكن تفسير ذلك في ضوء تحليل التباين الذ يوضح اختلاف شدة الأعراض الإيجابية بشكل ذو دلالة بين كل من مصر (مرض مدة قصيرة– مدة طويلة) و أمريكا (مدة قصيرة– وطويلة) ، وبشكل عام أظهر الرسم البياني (شكل٢) انخفاضاً في شدة الأعراض الإيجابية لدى المصريين المصابين منذ مدة طويلة مقارنة بالمصابين منذ مدة قصيرة مما يُعد مؤشراُ لتحسن النتائج الخاصة بالأعراض الإيجابية في البيئة المصرية، وتتفق تلك النتائج مع بعض الدراسات منها؛

(Leff, J,1992; Edgerton, 1994)والتي أشارت إلى تحسن الأعراض في الدول النامية مقارنة بالدول الأكثر تقدماً، وقد يرجع هذا التحسن إلى مضادات الذهان

والتي يتم وصفها في مصر بجرعات مرتفعة عن الولايات المتحدة، كما قد يكون لنوع مضادات الذهان الجيل الأول والتي توصف للمرضى بمصر مفعولاً أقوى تأثيراً على الأعراض الإيجابية من مضادات الذهان من نوع الجيل الثاني المستخدمة في الولايات المتحدة . (Hartling et al.,2012)

وأما بالنسبة للتفاعل بين مدة المرض والبيئة الثقافية في شدة الأعراض السلبية ، فتتفق الدراسة الحالية مع دراسة 1982,Andreasen& Olsen بأن الأعراض السلبية ترجع إلى خلل بنائي في المخ، إلا أنه من المحتمل وجود بعض العوامل الثقافية التي من الممكن أن تزيد من شدة هذا الخلل.

حيث أن قوة التفاعل بين مدة المرض و البيئة الثقافية على شدة الأعراض السلبية له تأثيرا سلبيا في الثقافة المصرية والتي يتضح من الرسم البياني(شكل ٣) أن شدة الأعراض السلبية تزداد سوءا في البيئة المصرية بزيادة مدة المرض بينما لا تتأثر في الولايات المتحدة الأمريكية بزيادة مدة المرض. مما يحتاج إلى مزيد من البحث والدراسة عن استراتيجيات حديثة تحد من العوامل الثقافية المنبئة بزيادة شدة الأعراض السلبية، والتي قد تتمثل في الخدمات الصحية والدعم الاجتماعي المقدم و برامج العلاج السلوكي.

قيود الدراسة:

1- عينات الدراسة الحالية ليست عينات وبائية وبالتالي يصعب معها تعميم النتائج على كل القرى والمدن المصرية والمدن والولايات الأمريكية، ولذا فالبحوث في هذا المجال تحتاج إلى توسع في العينات لتصبح ممثلة للمجتمع المصري والأمريكي.

2- المقياس المستخدم هو مقياس له خصائص سيكومترية عالية باختلاف الثقافات، إلا أنه قد يتأثر بطريقة القياس.

3- يصعب ضبط جميع المتغيرات التي قد تؤثر في نتائج الدراسة لكثرة الفروق في العوامل الثقافية بين الدولتين، لذا تحتاج الدراسة إلى مزيد من البحث في درجة مساهمة كل عامل من العوامل الثقافية في تباين شدة الأعراض، مثل الدعم اجتماعي ومضادات الذهان المستخدمة وتباين الجرعات الدوائية والخدمات النفسية والصحية وطبيعة النظم الصحية في الدولتين.

توصيات الدراسة:

1- التوسع في دراسة الفروق عبر الثقافية، وسحب عينات أكثر تمثيلاً للمجتمع الأصلى.

2- مزيد من البحوث لدراسة تباين العوامل الثقافية ودورها في مآل المرض في مصر والولايات المتحدة الأمريكية.

المراجع العربية

أبو العطا، م ؛ إسماعيل ،م .(2016). فحص الصدق والثبات ودقة التشخيص لمقياس الأعراض الموجبة والسالبة للفصام على عينة مصرية (الصورة الكاملة للمقياس). مجلة كلية الآداب جامعة الفيوم.805–780 ,(13)*8* ,

الغباشي، سهير فهيم.(2017). فاعلية برنامج تدريبي للوعى بما وراء المعرفة فى خفض شدة بعض الأعراض السلبية لدى مرضى الفصام، مجلة دراسات عربية , 3(16). 647 – 686.

References

Andreasen, N.C, and Olsen, S. (1982).Negative v positive schizophrenia: Definition and validation. Archives of General Psychiatry, 39: 789-794.

Barnett P, Mackay E, Matthews H, Gate R, Greenwood H, Ariyo K, et al. (2019): Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: a systematic review and meta-analysis of international data. The Lancet

Psychiatry 6: 305-17.

Cerveri, G., Gesi, C., & Mencacci, C. (2019). Pharmacological treatment of negative symptoms in schizophrenia: update and proposal of a clinical algorithm. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *15*, 1525–1535. https://doi.org/10.2147/NDT.S201726

Cropley, V. L., Klauser, P., Lenroot, R. K., Bruggemann, J., Sundram, S., Bousman, C., Pereira, A., Di Biase, M. A., Weickert, T. W., Weickert, C. S., Pantelis, C., & Zalesky, A. (2017). Accelerated gray and white matter deterioration with age in schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 174(3), 286–295. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16050610

Cropley, V. L., Klauser, P., Lenroot, R. K., Bruggemann, J., Sundram, S., Bousman, C., Pereira, A., Di Biase, M. A., Weickert, T. W., Weickert, C. S., Pantelis, C., & Zalesky, A. (2017). Accelerated Gray and White Matter Deterioration With Age in Schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, *174*(3), 286–295. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16050610

Edgerton, R. B., & Cohen, A. (1994). Culture and schizophrenia: The DOSMD challenge. British Journal of Psychiatry, 164, 222-231.

Gong, Q., Dazzan, P., Scarpazza, C., Kasai, K., Hu, X., Marques, T. R., Iwashiro, N., Huang, X., Murray, R. M., Koike, S., David, A. S., Yamasue, H., Lui, S., & Mechelli, A. (2015). A Neuroanatomical Signature for Schizophrenia Across Different Ethnic Groups. Schizophrenia Bulletin, 41(6), 1266–1275. https://doi.org/10.1093/schbul/sbv109

Gopinath PS, Chaturvedi SK.(1992). Distressing behaviour of schizophrenics at home. Acta Psychiatr Scand, 86,185–8.

Hartling, L., Abou-Setta, A. M., Dursun, S., Mousavi, S. S., Pasichnyk, D., & Newton, A. S. (2012). Antipsychotics in adults with schizophrenia: comparative effectiveness of first-generation versus second-generation medications: a systematic review and meta-analysis. Annals of internal medicine, 157(7), 498–511. https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-7-201210020-00525

Haijma, S. V., Van Haren, N., Cahn, W., Koolschijn, P. C. M. P., Hulshoff Pol, H. E., & Kahn, R. S. (2013). Brain volumes in schizophrenia: A meta-analysis in over 18 000 subjects. Schizophrenia Bulletin, 39(5), 1129–1138. https://doi.org/10.1093/schbul/sbs118

Huhn, M., Nikolakopoulou, A., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Samara, M.,

Peter, N., Arndt, T., Bäckers, L., Rothe, P., & Cipriani, A. (2020). Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet, 396(10253), 403-416.

Kala, A.K., & Wig, N.N. (1982). Delusion across cultures. International Journal of Social Psychiatry, 28, 185-193.

Kalra, G., Bhugra, D., & Shah, N. (2012). Cultural aspects of schizophrenia. International Review of Psychiatry, 24(5), 441-449.

Kay, S. R., & Opler, L. A. (1982). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. 13(2).

Khaled, S. M., Brederoo, S. G., Yehya, A., Alabdulla, M., Woodruff, P. W., & Sommer, I. E. C. (2023). Cross-cultural Differences in Hallucinations: A Comparison Between Middle Eastern and European Community-Based Samples. Schizophrenia Bulletin, 49(1), S13–S24. https://doi.org/10.1093/schbul/sbac086

Koelkebeck, K., Dannlowski, U., Ohrmann, P., Suslow, T., Murai, T., Bauer, J., Pedersen, A., Matsukawa, N., Son, S., Haidl, T., & Miyata, J. (2019). Gray matter volume reductions in patients with schizophrenia: A replication study across two cultural backgrounds. Psychiatry Research - Neuroimaging, 292, 32–40. https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2019.08.008

Koelkebeck, K., Uwatoko, T., Tanaka, J., Kret. (2017). How culture shapes social cognition deficits in psychiatric disorders - a review. Soc. Neurosci. 12, 102–112. Lee, T.Y., Kwon, J.S., 2016. Psychosis research in Asia: advantage from low prevalence of cannabis use. NPJ Schizophr 2016, 2 (1).

Kuruvilla, A., & Kuruvilla, K. (1995). Incidence of adverse reactions to commonly prescribed psychopharmacological agents during the early phase of therapy. Indian Journal of Psychiatry, 37, 113-118.

Lee, H. S., Corbera, S., Poltorak, A., Park, K., Assaf, M., Bell, M. D., Wexler, B. E., Cho, Y. Il, Jung, S., Brocke, S., & Choi, K. H. (2018). Measuring theory of mind in schizophrenia research: Cross-cultural validation. Schizophrenia Research, 201, 187–195. https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.022

Leff, J., Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., & Ernberg, G. (1992). The international pilot study of schizophrenia: Five-year follow-up findings. Psychol Med, 22, 131-145.

Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., et al. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments

meta-analysis. Lancet, 382, 951-962.

Li, X., Liu, N., Yang, C., Zhang, W., & Lui, S. (2022). Cerebellar gray matter volume changes in patients with schizophrenia: A voxel-based meta-analysis. Frontiers in Psychiatry, 13, 1083480.

Marcolin, M. A. (1991). The prognosis of schizophrenia across cultures. Ethn Dis, 1(1), 99-104. Retrieved from MEDLINE.

Plene, P. L., Libal G., Keller F., Fegert J. M. & Muehlenkamp J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. Psychological Medicine 39.9 : 1549-1558.

Stefanovics, E. A., Elkis, H., Zhening, L., Zhang, X. Y., & Rosenheck, R. A. (2014). A cross-national factor analytic comparison of three models of PANSS symptoms in schizophrenia. Psychiatry Research, 219(2), 283–289. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.041

Stompe T, Bauer S, Ortwein-Swoboda G.(2006). Delusions of guilt: The attitude of Christian and Islamic confessions towards Good and Evil and the responsibility of men. J Muslim Ment Health,1,43–56. [Google Scholar]

Strauss, G. P. (2021). A Bioecosystem Theory of Negative Symptoms in Schizophrenia. Frontiers in Psychiatry, 12(March), 1–13. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.655471

Tateyama M, Asai M, Hashimoto M, Bartels M, Kasper S.(1998). Transcultural study of schizophrenic delusions. Tokyo versus Vienna and Tübingen (Germany) Psychopathology, 31,59–68

Viswanath, B., & Chaturvedi, S. K. (2012). Cultural aspects of major mental disorders: a critical review from an Indian perspective. Indian journal of psychological medicine, 34(4), 306–312. https://doi.org/10.4103/0253-7176.108193

Viswanath, B., & Chaturvedi, S. K. (2012). Cultural aspects of major mental disorders: A critical review from an Indian perspective. In Indian Journal of Psychological Medicine (Vol. 34, Issue 4, pp. 306–312). https://doi.org/10.4103/0253-7176.108193