

Investigating the Psychometric Properties of the Community Assessment of Psychic Experiences in University Students

Changiz Rahimi 

Professor, Department of Clinical Psychology, psychology and Educational Science Faculty, University of Shiraz, Shiraz, Iran

Zahra Zamanian *

MSc. Student, Department of Clinical Psychology, psychology and Educational Science Faculty, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Abstract

The purpose of this study was to investigate the psychometric properties of the 42-item form of the Persian questionnaire for general assessment of psychotic experiences (Stefanis & et.al, 2002) of Shiraz University students. Also, this study examined the relationship between psychotic experiences and general health. For this purpose, 200 male and female students (129 male and 71 female) with average ages of 23.75 and 25.69, respectively, were selected by simple random sampling method and they completed the General Assessment of Psychotic Experiences Questionnaire (CAPE, Stefanis & et.al, 2002) and General Health Questionnaire (GHQ, Goldberg & Hiller, 1979). Data were analyzed with SPSS-22 and AMOS-22 software using multivariate analysis of variance, confirmatory factor analysis and Cronbach's alpha and the convergent validity of CAPE was measured with GHQ ($r = 0.52$). The results showed that the internal consistency coefficient of the CAPE scale components was between 0.77 and 0.86. The components of GHQ questionnaire also had a statistically significant positive correlation with the dimensions and total score of CAPE (0.46-0.64). Finally, women scored higher than men in depression and positive symptoms. In general, it can be said that this questionnaire has a good validity and reliability and

* Corresponding Author: zahrazamanian76@gmail.com


How to Cite: Rahimi, Ch., Zamanian, Z. (2022). Investigating the Psychometric Properties of the Community Assessment of Psychic Experiences in University Students, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 12(48), 1-29.

seems to be able to measure psychotic experiences in the general population, especially University students.


Keywords: Psychic Experiences, Depression, Positive Symptoms, Negative Symptoms, Psychometrics properties, Mental Health.

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ارزیابی عمومی تجربه‌های روان‌پریشی در دانشجویان

استاد تمام گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه
 شیراز، شیراز، ایران

چنگیز رحیمی 

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی
 دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

زهرا زمانیان  *

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم ۴۲ سؤالی پرسشنامه فارسی ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی (استفانیز و همکاران، ۲۰۰۲) در دانشجویان دانشگاه شیراز بود. این مطالعه همچنین به ارتباط بین تجربه‌های روان‌پریشی و سلامت عمومی پرداخت. بدین منظور ۲۰۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شیراز (۱۲۹ پسر و ۷۱ دختر) با میانگین سنی به ترتیب ۲۳/۷۵ و ۲۵/۶۹ به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی (CAPE؛ استفانیز و همکاران، ۲۰۰۲) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ؛ گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) پاسخ دادند. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره، تحلیل عاملی تأییدی و آلفای کرونباخ با نرم‌افزار SPSS-22 و Amos-22 تحلیل شدند و اعتبار همگرایی CAPE با GHQ سنجیده شد ($r = 0/52$). نتایج حاکی از آن بود که ضریب همسانی درونی مؤلفه‌های مقیاس CAPE بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۶ به‌دست آمد. مؤلفه‌های پرسشنامه GHQ نیز همبستگی مثبت و معنی‌داری با و نمره کل CAPE (۰/۴۶-۰/۶۴) داشت. درنهایت زنان در افسردگی و نشانه‌های مثبت نمرات بالاتری از مردان کسب کردند. به‌طور کلی می‌توان گفت این پرسشنامه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است و به نظر می‌رسد قادر به سنجش تجربیات روان‌پریشی در جمعیت عادی و به‌خصوص دانشجویان باشد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، تجربه‌های روان‌پریشی، سلامت روان، نشانه‌های مثبت، نشانه‌های منفی.

مقدمه

اختلالات روان‌پریشی^۱ شامل برخی اختلالات روانی همچون اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و روان‌پریشی عاطفی و اختلال روان‌پریشی ناشی از مواد هستند و حدود سه درصد از مردم جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (اورمن^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). طی دهه‌های گذشته، مطالعات بر روی نمونه‌های گوناگون نشان داده است که بخش قابل توجهی از جمعیت عمومی، تجربیات روان‌پریشی را گزارش می‌کنند (راسلر^۳ و همکاران، ۲۰۰۷؛ استفانیز^۴ و همکاران، ۲۰۰۲؛ یانگ^۵ و همکاران، ۲۰۰۶؛ کلر و کنز^۶، ۲۰۱۱؛ شیلر^۷ و همکاران، ۲۰۱۵). افزایش شواهد در این زمینه، از فرضیه پیوستاری روان‌پریشی پشتیبانی می‌کند که در یک سرطیف روان‌پریشی بالینی و در انتهای مقابل عدم وجود تجربه‌های روان‌پریشی و تجربه‌های شبه روان‌پریشی غیر بالینی وجود دارد (شیلر و همکاران، ۲۰۱۵؛ یانگ و همکاران، ۲۰۰۵).

تجربیات شبه روان‌پریشی^۸ (PLEs) در واقع وجود علائم مثبت روان‌پریشی در غیاب وجود یک اختلال روان‌پریشی کامل هستند (سان^۹ و همکاران، ۲۰۲۰) و در نوجوانان و بزرگسالان نسبتاً شایع‌اند (۷/۲ درصد تا ۷/۵ درصد) (کلر و همکاران، ۲۰۱۲؛ لین اسکات و وان اوس^{۱۰}، ۲۰۱۳). اگرچه میزان شیوع در کشورها و گروه‌های سنی متفاوت بوده است و از ۱۹ درصد در انگلستان (مورگان^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۹) و ۱۷/۵ درصد در هلند (وان اوس و همکاران، ۲۰۰۹) تا ۱۱/۷ درصد در استرالیا (اسکات^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۶) در نوسان

-
1. psychotic disorders
 2. Evermann
 3. Rössler
 4. Stefanis
 5. Yung
 6. Kelleher & Cannon
 7. Schlier
 8. psychotic-like experiences
 9. Sun
 10. Linscott & Van Os
 11. Morgan
 12. Scott

است. در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، اطلاعات کمی در مورد تظاهرات روان‌پریشی وجود دارد. در مطالعه‌ای در شهر سائو پائولو در برزیل، علائم روان‌پریشی در ۳۰/۷ درصد از نمونه گزارش شد. هرچند این علائم تأثیر قابل توجهی بر زندگی روزمره افراد نداشت (لوچ^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). طبق مدل پیوستاری، هرچه شدت این تجربیات بیشتر باشد، اختلال در عملکرد بیشتر شده و افراد به تشخیص بالینی نزدیک می‌شوند (لین‌اسکات و وان‌اوس، ۲۰۱۳). علاوه بر این عوامل خطری همچون مصرف کانابیس (شوبارت^۲ و همکاران، ۲۰۱۱) و مشکلات دوران کودکی (وینکرز^۳ و همکاران، ۲۰۱۳) نیز با تجربیات شبه روان‌پریشی ارتباط دارند. علائم روان‌پریشی با طیف گسترده‌ای از علائم روان‌پزشکی (ایساکسون^۴ و همکاران، ۲۰۲۰؛ پیترز^۵ و همکاران، ۲۰۱۷) و پیامدهای منفی از جمله عملکرد ضعیف (آشر^۶ و همکاران، ۲۰۱۳؛ کلر^۷ و همکاران، ۲۰۱۵)، افزایش استفاده از خدمات بهداشت روانی و داروهای روان‌گردان (بهاوسار^۸ و همکاران، ۲۰۱۷؛ ریموال^۹ و همکاران، ۲۰۲۰؛ هیگینز^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۵)، اختلالات غیر روان‌پریشی (کلر و همکاران، ۲۰۱۲؛ کرلی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۹)، رفتارهای خودزنی یا خودکشی (یاتس^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹؛ هانینگر^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۶) و استفاده از خدمات بهداشت روان (بهاوسار و همکاران، ۲۰۱۸) همراه هستند. ارتباط بالقوه بین تجربه‌های روان‌پریشی و مشکلات روان‌شناختی بعدی، این تجربه‌ها را به‌عنوان اهداف اساسی برای پیشگیری از اختلالات روانی مورد توجه قرار می‌دهد؛ بنابراین تحقیقات بیشتر در مورد این تجربیات

-
1. Loch
 2. Schubart
 3. Vinkers
 4. Isaksson
 5. Peters
 6. Asher
 7. Kelleher
 8. Bhavsar
 9. Rimvall
 10. Higgins
 11. Kirli
 12. Yates
 13. Honings

ضروری هستند.

طی سال‌های گذشته، تمرکز تحقیقات روان‌پریشی به‌طور فزاینده‌ای به افراد غیربالینی معطوف شده است (آنتراسنر^۱، ۲۰۱۸)، زیرا به نظر می‌رسد که غربالگری منظم و استاندارد نشانگان روان‌پریشی می‌تواند در محیط‌های اجتماعی و آموزشی امکان‌پذیر باشد (هووی^۲ و همکاران، ۲۰۲۰؛ سان و همکاران، ۲۰۲۰؛ شیفمن^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). تشخیص به‌موقع تجربیات روان‌پریشی برای پیشگیری آسیب‌های مرتبط با سلامت روان (بهاوسار و همکاران، ۲۰۱۹)، به‌ویژه در قشر نوجوان و جوان ضروری است (آرنگو^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). با این حال، توانایی فعلی برای شناسایی تظاهرات روان‌پریشی در جمعیت‌های بالینی و عمومی نامطلوب است (بوکنایت^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). به‌عنوان مثال ۵۰ تا ۶۲ درصد بیماران مبتلا به علائم روان‌پریشی در اولین تماس با خدمات مراقبت‌های روان‌پزشکی، شناسایی نمی‌شوند (بونسترا^۶ و همکاران، ۲۰۰۹)؛ بنابراین، اولین و مهم‌ترین گام در تحقیقات در این زمینه، اندازه‌گیری معتبر و قابل‌اعتماد تجربه‌های روان‌پریشی است (سان و همکاران، ۲۰۲۰). از سویی، تنوع در شیوع تجربه‌های روان‌پریشی در سراسر جهان، می‌تواند به دلیل استفاده از ابزارهای مختلفی باشد که برای تشخیص این تجربیات استفاده می‌شود. به‌عنوان مثال استفاده از ابزارهایی که برای تشخیص اختلالات بالینی روان‌پزشکی ایجاد شده‌اند، می‌تواند وقوع تجربیات روان‌پریشی را غیرواقعی، کمتر از حد واقعی یا بیش‌ازحد، نشان دهد؛ بنابراین در سراسر جهان، باید وقوع تجربه‌های روان‌پریشی با استفاده از یک روش همگن، از جمله ابزارهای دقیق‌سنجیده شود (راگازی^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). دو روش متداول برای ارزیابی تجربیات روان‌پریشی در جمعیت عمومی شامل مصاحبه و پرسشنامه‌های خودسنجی ساختاریافته هستند. اکثر مطالعاتی که شیوع تجربیات روان‌پریشی

-
1. Unterrassner
 2. Howie
 3. Schiffman
 4. Arango
 5. Bukenaite
 6. Boonstra
 7. Ragazzi

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ارزیابی عمومی...؛ رحیمی و زمانیان | ۷

را ارزیابی می‌کنند، از مصاحبه‌کنندگان آموزش‌دیده و یا مصاحبه‌های بسیار ساختاریافته که بر اساس تعاریف و معیارهای سیستم طبقه‌بندی icd-10 و / یا dsm-5 توسعه یافته‌اند، استفاده می‌کنند (ورمیدن^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). به جز مصاحبه، برخی پرسشنامه‌های ساختاریافته نیز در این مورد کاربرد دارند. به‌عنوان مثال نشانگان شبه روان‌پریشی^۲ (PLIKS) از جمله این پرسشنامه‌هاست که با ۱۲ سؤال، بروز توهمات (بصری و شنیداری) طی ۶ ماه گذشته را می‌سنجد. پاسخ‌های مثبت به مقیاس‌های چنین پرسشنامه‌هایی معمولاً به‌عنوان حضور تجربیات روان‌پریشی در نظر گرفته می‌شود (نوردگارد^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). مقیاس تجدیدنظر شده توهم^۴ (RHS؛ مورسون^۵ و همکاران، ۲۰۰۲) نیز از دیگر ابزارهای مورد استفاده در این زمینه است که دارای ۲۴ ماده است و انواع تجربیات ذهنی مرتبط با توهم را می‌سنجد. چنانچه روشن است، این ابزارها اغلب بر نشانگان مثبت تجربیات سایکوتیک (به‌عنوان مثال توهم) متمرکز هستند و تجربیات روان‌پریشی را به‌طور کامل نمی‌سنجند. این در حالی است که اخیراً، ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی^۶ (CAPE) به‌عنوان مقیاس پر استفاده‌ی خودگزارشی و برای اندازه‌گیری تجربیات روان‌پریشی در جمعیت غیربالینی توسعه یافته و استفاده می‌شود (لی^۷ و همکاران، ۲۰۱۶؛ کاپرا^۸ و همکاران، ۲۰۱۵) و اعتبار درونی قابل قبول و اعتبار سازه‌ی قابل قبولی در بین مطالعات گوناگون نشان می‌دهد (مارک و تولوپو^۹، ۲۰۱۶). این مقیاس همچنین اعتبار و پایایی خوبی در بین دانشجویان دانشگاه نشان داده است (کاپرا و همکاران، ۲۰۱۷) و در دانشجویان دانشگاهی، از اعتبار هم‌زمان، روایی درونی، اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار است (سان و همکاران، ۲۰۲۰). این مقیاس یک ابزار خود گزارشی ۴۲ ماده‌ای است که بر

1. Vermeiden
2. Psychosis-like symptoms
3. Nordgaard
4. The Revised Hallucination Scale
5. Morrison
6. the community assessment of psychic experiences
7. Lee
8. Capra
9. Mark & Touloupoulou

اساس PDI^۱ یا فهرست ۲۱ سؤالی هذیان پیترز نوشته شده است (پیگوت^۲، ۱۹۹۹) و به‌طور خاص برای مطالعه طیف روان‌پریشی در مطالعات شیوع‌شناسی ایجاد شده است و وقوع تجربه‌های روان‌پریشی و پریشانی ناشی از چنین تجربه‌هایی را در جمعیت‌های عمومی، با توجه به سه بعد مثبت (انجام رفتارهایی که در افراد عادی دیده نمی‌شود، مانند توهم، هذیان، تجربیات عجیب، پارانوایا، خودبزرگ‌بینی و تفکر جادویی)، منفی (اختلال در رفتار طبیعی، مانند عاطفه تخت، انزوای اجتماعی و ضعف اراده) و افسردگی، بر اساس خوشه‌های علامتی مشاهده‌شده در بیماران روان‌پریش، ارزیابی می‌کند (استفانیز و همکاران، ۲۰۰۲).

به نظر می‌رسد که زنان و مردان به‌طور متفاوتی نشانه‌های روان‌پریشی را تجربه می‌کنند و در نظر گرفتن تفاوت‌های جنسیتی در پیشگیری از اختلالات روانی و انتخاب نوع درمان، کمک‌کننده است. چراکه در نظر گرفتن تفاوت‌های جنسیتی در تظاهرات بالینی و عملکرد عمومی قبل از ایجاد روان‌پریشی، انتخاب صحیح راهبردهای مداخله‌ای و به حداکثر رساندن تأثیر روش‌های درمانی را امکان‌پذیر می‌سازد (اوچونا^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). مطابق با مدل پیوستاری، عوامل مرتبط با جنسیت که در روان‌پریشی کامل شناسایی شده‌اند، در کل پیوستار روان‌پریشی معنی‌دار هستند، با این حال باید انتظار داشت که تفاوت‌های جنسیتی واقعی نیز در علائم روان‌پریشی قابل‌شناسایی باشد. تا به امروز دقیقاً مشخص نیست که آیا تفاوت‌های جنسیتی در شیوع‌شناسی اسکیزوفرنی به افرادی که در معرض خطر ابتلا به روان‌پریشی هستند نیز گسترش می‌یابد یا خیر. در بررسی تفاوت‌های جنسیتی در علائم روان‌پریشی، استینتون^۴ و همکاران (۲۰۲۱) با بررسی ۳۰۲ نوجوان (۱۷۵ دختر و ۱۲۷ پسر) در انگلیس، گزارش دادند که ۶۷/۵ درصد از اعضای نمونه حداقل یک مورد از نشانگان مثبت تجربیات روان‌پریشی را تجربه کرده بودند. علاوه بر این، دختران تجربه‌های روان‌پریشی و پریشانی ناشی از آن را به‌طور معنی‌داری بیشتر از پسران گزارش

-
1. delusions inventory
 2. Pigott
 3. Ochoa
 4. Stainton

کردند. به‌علاوه علائم روان‌پریشی با اضطراب، افسردگی و استرس رابطه داشت. اسکات و همکاران (۲۰۰۸) نیز در مطالعه خود با بررسی جوانان ۱۸ تا ۲۳ سال در استرالیا دریافتند که زنان علائم روان‌پریشی مثبت (به‌خصوص توهم) را بیشتر از مردان گزارش کردند. پایایی CAPE در چندین کشور اروپایی قابل‌قبول به‌دست‌آمده است (استفانیز و همکاران، ۲۰۰۲؛ برنر و همکاران^۱، ۲۰۰۷؛ شیلر و همکاران، ۲۰۱۵؛ فونسکا‌پدرو^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). نسخه آلمانی مقیاس CAPE در مطالعه شیلر و همکاران (۲۰۱۵) در هر دو جمعیت بالینی و غیربالینی بررسی شد و نتایج حاکی از روایی ملاک برای مقیاس‌های علائم مثبت و خرده مقیاس‌های انزوای اجتماعی و عاطفه تخت، مناسب گزارش شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی در مطالعه‌ای در اندونزی نیز حاکی از پایایی و روایی قابل‌قبول CAPE بود (جایا^۳، ۲۰۱۷). مارک و تولوپو (۲۰۱۷) نیز نسخه چینی این مقیاس را در نمونه ۶۶۰ نفره از جوانان چینی اجرا کردند. از آنجا که تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که نسخه چینی CAPE از ساختار اصلی عامل‌ها پیروی نمی‌کند، برای ایجاد یک ساختار جایگزین از تجزیه و تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی پیگیرانه استفاده شد که منجر به طراحی CAPE-C15 با ۱۵ ماده شد که ساختار سه عاملی مقیاس اصلی را حفظ کرده و دارای سه مقیاس علائم مثبت، منفی و افسردگی نیز هست.

این مقیاس می‌تواند به شناسایی جمعیت‌های در معرض خطر کمک کند (نوز^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). با این حال این ابزار هنوز در کشورهای با درآمد کم و متوسط به‌خوبی اعتبارسنجی نشده و کمبود مطالعات در این کشورها وجود دارد. سازگاری CAPE در زبان‌ها و فرهنگ‌های گوناگون می‌تواند به درک بهتر شیوع‌شناسی طیف علائم روان‌پریشی در مناطق جغرافیایی و گروه‌های قومی متفاوت، کمک کرده و منجر به مقایسه بهتر بین کشورهای گوناگون شود (راگازی و همکاران، ۲۰۲۰). به‌علاوه با توجه به اهمیت تجربه‌های روان‌پریشی به‌عنوان عامل خطری مهم در ابتلا به سایر اختلالات روان‌شناختی و

1. Brenner
2. Fonseca-Pedrero
3. Jaya
4. Núñez

روان‌پریشی، وجود ابزاری که اعتبار آن سنجیده شده باشد، حائز اهمیت است. در این راستا هدف مطالعه حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تجربه‌های عمومی روان‌پریشی در دانشجویان است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

این پژوهش کاربردی، یک طرح روان‌سنجی است و در زمره پژوهش‌های غیرآزمایشی است. همچنین از حیث نوع گردآوری اطلاعات، پیمایشی است که در قالب یک طرح پژوهشی توصیفی انجام گرفته است. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه شیراز که در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ مشغول به تحصیل بوده‌اند، است. بر این اساس ۲۰۰ نفر از دانشجویان به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و مورد آزمون قرار گرفتند. بنا به پیشنهاد کامری^۱ و لی (۱۹۹۲) در مطالعاتی که بررسی روایی عاملی تأییدی مدنظر است، تعداد ۲۰۰ نفر نسبتاً خوب پیشنهاد شده است. هیر^۲ و همکاران (۱۹۹۵) نیز، به ازای هر متغیر ۲۰ نفر را پیشنهاد می‌کنند. معیارهای ورود نمونه به پژوهش شامل دانشجوی بودن، سن بین ۱۸ تا ۳۶ سال و داوطلب بودن جهت شرکت در پژوهش بودند. در ابتدا از میان ۷ دانشکده واقع در دانشگاه شیراز، به‌صورت تصادفی سه دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، مهندسی و علوم انسانی انتخاب شدند و از بین کلاس‌ها در هر دانشکده نیز ۳ کلاس به‌صورت تصادفی در نظر گرفته شد. پرسشنامه به‌صورت حضوری و انفرادی توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره، تحلیل عاملی تأییدی، آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی پیرسون و از نرم‌افزارهای آماری SPSS-22 و Amos-22 استفاده شد. علاوه بر راهنمایی‌های لازم که در دستورالعمل پرسشنامه‌ها ارائه شده بود، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات فقط در راستای اهداف پژوهش و بدون

1. Comrey

2. Hair

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ارزیابی عمومی...؛ رحیمی و زمانیان | ۱۱

ذکر مشخصات هویتی مورد استفاده واقع خواهد شد. پس از ارائه توضیح در مورد اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از افراد، به‌منظور گردآوری داده‌های موردنظر، از پرسشنامه ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی (CAPE) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی^۱ (CAPE-42): پرسشنامه ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی یک مقیاس خودگزارشی است که توسط استفانیز و همکاران (۲۰۰۲) جهت بررسی تجربیات روان‌پریشی در جمعیت عادی طراحی شد. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی ۴۲ ماده‌ای است که بر اساس PDI یا فهرست ۲۱ سؤالی هذیان پترز (۱۹۹۹) نوشته شده است و به‌طور خاص برای مطالعه طیف روان‌پریشی در مطالعات شیوع‌شناسی ایجاد شده است و وقوع تجربه‌های روان‌پریشی و پریشانی ناشی از چنین تجربه‌هایی را در جمعیت‌های عمومی، با توجه به سه بعد مثبت (انجام رفتارهایی که در افراد عادی دیده نمی‌شود، مانند توهم، هذیان، تجربیات عجیب، پارانوایا، خودبزرگ‌بینی و تفکر جادویی)، منفی (اختلال در رفتار طبیعی، مانند عاطفه تخت، انزوای اجتماعی و ضعف اراده) و افسردگی، بر اساس خوشه‌های علامتی مشاهده شده در بیماران روان‌پریش، ارزیابی می‌کند (استفانیز و همکاران، ۲۰۰۲). نمره‌گذاری آن در دو طیف محدود می‌شود یک بعد فراوانی این تجارب روان‌پریشی را می‌سنجد که با ۴ گزینه‌ی «هرگز»، «گاهی اوقات»، «اغلب اوقات» و «تقریباً همیشه» مشخص می‌شود و بعد دیگر میزان پریشانی و آشفتگی حاصل از این تجربه‌ها را نیز با ۴ گزینه از «رنج نمی‌برم» تا «به‌شدت رنج می‌برم» از ۱ تا ۴ مشخص و نمره‌گذاری می‌کند. از آنجا که این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران و در این پژوهش استفاده شده، بنابراین این ابزار ابتدا به فارسی ترجمه شد. سپس برای اطمینان بیشتر از صحت ترجمه و مطابقت دو نسخه انگلیسی و فارسی،

1. community assessment of psychic experiences questionnaire

ترجمه فارسی در اختیار متخصصان زبان انگلیسی قرار گرفت تا به انگلیسی برگردانده شود. پس از چند مرحله بررسی توسط متخصصان و دو تن از استادان گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز و اعمال تغییرات، فرم فارسی برای اجرای پژوهش آماده شد.

پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ-28): این پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال در زمینه بررسی وضعیت سلامت روان است که توسط گلدبرگ و هیلر^۲ در سال ۱۹۷۹ تدوین و ارائه شده است (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) و دارای چهار مقیاس فرعی است، شامل علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید و هر مقیاس هفت پرسش دارد. در نمره‌گذاری سؤالات، حداقل نمره کسب‌شده از سمت پاسخ‌دهنده صفر، به معنای بیشترین میزان از سلامت روان و حداکثر نمره هشتاد و چهار به معنای کمترین میزان از سلامت روان است. به‌منظور تعیین اعتبار روایی و ساختار عاملی پرسشنامه سلامت عمومی، تحقیقی توسط مرتضی نظیفی و همکاران انجام شده که نتایج آن بر روی ۴۱۵ نفر نمونه نشان می‌دهد که هم‌ی ضرایب آلفا در این مطالعه بالاتر از ۰/۷۴ هستند. این یافته‌ها از همسانی درونی مناسب خردی مقیاس‌های این پرسشنامه حکایت دارند. به‌منظور انجام تحلیل عاملی از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی یک راه‌حل ۴ عاملی و چرخش واریماکس استفاده شد. شاخص KMO مساوی با ۰/۸۶۹ بود و این چهار عامل ۶۰ درصد از واریانس کلی را تبیین کردند (نظیفی و همکاران، ۱۳۹۲). گلدبرگ و ویلیامز نتیجه بیش از ۷۰ تحقیق را در این خصوص ارائه داده‌اند و بر این اساس اعتبار متوسط ۰/۸۳ و پایایی متوسط را ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند (تقوی، ۱۳۸۷).

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۱۲۹ مرد (۶۴/۵۰ درصد) و ۷۱ زن (۳۵/۵۰ درصد) بودند که میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان مرد و زن به ترتیب ۲۳/۷۵، ۳/۷۱ و

1. general health questionnaire-28 (GHQ_28)

2. Goldberg & Hillier

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ارزیابی عمومی...؛ رحیمی و زمانیان | ۱۳

۲۵/۶۹، ۴/۲۸ و در کل نمونه ۲۴/۴۴ و ۴/۰۲ بود. در ادامه شاخص‌های توصیفی متغیرهای مطالعه حاضر در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار
پرسشنامه ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی	افسردگی	۳۰/۱۳
	نشانه‌های مثبت	۵۳/۶۰
	نشانه‌های منفی	۶۰/۳۳
پرسشنامه سلامت عمومی	کل	۱۴۴/۰۶
	علائم جسمانی	۵۴/۲۱
	علائم اضطرابی	۲۰/۷۱
	عملکرد جسمانی	۱۹/۵۳
	علائم افسردگی	۲۳/۲۹
سلامت عمومی	۸۵/۰۸	۱۴/۱۵

جهت بررسی پایایی پرسشنامه ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی از آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی گویه‌ها با نمره کل استفاده گردید. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، هر سه مؤلفه‌ی پرسشنامه‌ی ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی از پایایی مطلوبی برخوردار بودند و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه از پایایی مطلوب پرسشنامه ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی حکایت می‌کند.

جدول ۲. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی گویه‌ها با نمره کل

مؤلفه‌ها	شماره سؤال	ضریب همبستگی با نمره کل	آلفای کرونباخ کل
افسردگی	۱. آیا تا به حال احساس ناراحتی کرده‌اید؟	۰/۵۳**	۰/۷۷
	۹. آیا احساس کرده‌اید که نگاه بدبینانه‌ای نسبت به همه چیز دارید؟	۰/۵۵**	
	۱۲. آیا تا به حال احساس کرده‌اید که آینده‌ای برای شما وجود ندارد؟	۰/۵۶**	
	۱۴. آیا تاکنون حس کرده‌اید که دیگر حاضر به ادامه	۰/۵۶**	

مؤلفه‌ها	شماره سؤال	ضریب همبستگی با نمره کل	آلفای کرونباخ	آلفای کرونباخ کل
نشانه‌های مثبت	زندگی نیستید؟		۰/۹۲	
	۱۹. آیا تابه‌حال بی‌دلیل گریه کرده‌اید؟	۰/۴۳**		
	۳۸. آیا تابه‌حال احساس گناه کرده‌اید؟	۰/۴۶**		
	۳۹. آیا تابه‌حال احساس شکست کرده‌اید؟	۰/۴۹**		
	۴۰. آیا تابه‌حال احساس تنیدگی کرده‌اید؟	۰/۵۰**		
	۲. آیا تابه‌حال این احساس را داشته‌اید که گویا دیگران با طعنه یا کنایه و دو پهلو با شما صحبت می‌کنند؟	۰/۳۸**	۰/۸۵	
	۵. آیا تاکنون احساس کرده‌اید مطالب نوشته‌شده در مقالات و روزنامه‌ها یا مطالب تلویزیونی، ویژه شما نوشته یا درست شده‌اند؟	۰/۲۵**		
	۶. آیا تابه‌حال احساس کرده‌اید مردم آن چیزی که وانمود می‌کنند نیستند؟	۰/۲۵**		
	۷. آیا تاکنون احساس کرده‌اید که به‌گونه‌ای مورد آزار و اذیت قرار گرفته‌اید؟	۰/۴۵**		
	۱۰. آیا تابه‌حال احساس کرده‌اید که توطئه‌ای علیه شما در جریان است؟	۰/۴۴**		
	۱۱. آیا تابه‌حال احساس کرده‌اید که سرنوشت به‌گونه‌ای رقم خواهد خورد که فرد خیلی مهمی در آینده می‌شوید؟	۰/۲۰**		
	۱۳. آیا تابه‌حال حس کرده‌اید که فرد خیلی خاص یا عجیبی هستید؟	۰/۴۹**		
	۱۵. آیا تابه‌حال فکر کرده‌اید که افراد قادر به ارتباط از طریق فکر هستند؟	۰/۲۹**		
	۱۷. آیا فکر می‌کنید که وسایل الکترونیکی مانند رایانه می‌توانند طرز تفکر شما را تحت تأثیر قرار دهند؟	۰/۳۸**		
۲۰. آیا به قدرت سحر و جادو اعتقاد دارید؟	۰/۳۶**			
۲۲. آیا تابه‌حال حس کرده‌اید که مردم به خاطر	۰/۵۴**			

مؤلفه‌ها	شماره سؤال	ضریب همبستگی با نمره کل	آلفای کرونباخ	آلفای کرونباخ کل
	ظاهرتان نگاه عجیبی به شما دارند؟			
	۲۴. آیا تابه‌حال حس کرده‌اید که افکارتان از ذهنتان برده می‌شود؟	۰/۵۸**		
	۲۶. آیا تابه‌حال حس کرده‌اید افکاری که در ذهن شما هستند، به شما تعلق ندارند؟	۰/۶۰**		
	۲۸. آیا تابه‌حال افکارتان به قدری واضح بوده‌اند که نگران شنیده شدن آن‌ها توسط دیگران شوید؟	۰/۶۰**		
	۳۰. آیا تابه‌حال حس کرده‌اید که افکارتان در ذهن شما تکرار و به شما برگردانده می‌شود؟	۰/۶۰**		
	۳۱. آیا تابه‌حال احساس کرده‌اید که تحت کنترل نیرویی غیر از خودتان هستید؟	۰/۵۷**		
	۳۳. آیا در هنگام تنهایی صداهایی را می‌شنوید؟	۰/۴۷**		
	۳۴. آیا تابه‌حال شده زمانی که تنه‌اید صدای افرادی که با یکدیگر در حال صحبت کردن هستند را بشنوید؟	۰/۴۷**		
	۴۲. آیا تابه‌حال چیزهایی از جمله اشیاء، افراد یا حیواناتی را دیده‌اید که دیگران قادر به دیدن آن‌ها نیستند؟	۰/۳۰**		
	۴۱. آیا تابه‌حال حس کرده‌اید که فردی همانند شما، جایتان را به‌عنوان عضوی از خانواده، دوست یا همکار گرفته است؟	۰/۴۶**		
نشانه‌های منفی	۳. آیا تابه‌حال احساس کرده‌اید که خیلی انسان سرزنده‌ای نیستید؟	۰/۵۴**		
	۴. آیا تابه‌حال احساس کرده‌اید در مکالماتی که افراد با یکدیگر دارند فرد کم‌صحبتی هستید؟	۰/۳۸**		
	۸. آیا تابه‌حال احساس کرده‌اید که در وقایع مهم، هیجان کمی را تجربه می‌کنید یا هیچ‌گونه هیجانی را تجربه نمی‌کنید؟	۰/۴۹**		
	۱۶. آیا تابه‌حال احساس کرده‌اید که تمایلی برای	۰/۵۰**	۰/۸۶	

مؤلفه‌ها	شماره سؤال	ضریب همبستگی با نمره کل	آلفای کرونباخ	آلفای کرونباخ کل
	وقت گذراندن با افراد دیگر ندارید؟			
	۱۸. آیا تاکنون احساس کرده‌اید برای انجام کارها کمبود انگیزه دارید؟	۰/۵۷**		
	۲۱. آیا تا به حال در خود احساس کمبود انرژی کرده‌اید؟	۰/۶۰**		
	۲۳. آیا تا به حال حس کرده‌اید که ذهنی خالی از معلومات دارید؟	۰/۵۶**		
	۲۵. آیا تا به حال حس کرده‌اید که تمام روزهایتان به بطالت می‌گذرد؟	۰/۵۰**		
	۲۷. آیا احساس کرده‌اید که احساساتتان کمرنگ شده‌اند؟	۰/۵۵**		
	۲۹. آیا حس کرده‌اید که کمبود انگیزه درونی (خود انگیزگی) دارید؟	۰/۶۵**		
	۳۲. آیا تا به حال کند شدن احساسات خود را حس کرده‌اید؟	۰/۶۱**		
	۳۵. آیا حس می‌کنید که رسیدگی به ظاهر و پاکیزگی خود را پشت گوش می‌اندازید؟	۰/۴۸**		
	۳۶. آیا حس کرده‌اید که هرگز قادر به سرانجام رساندن کاری نیستید؟	۰/۴۶**		
	۳۷. آیا احساس کرده‌اید علائق و سرگرمی‌های کمی دارید؟	۰/۵۴**		

**P<۰/۰۱

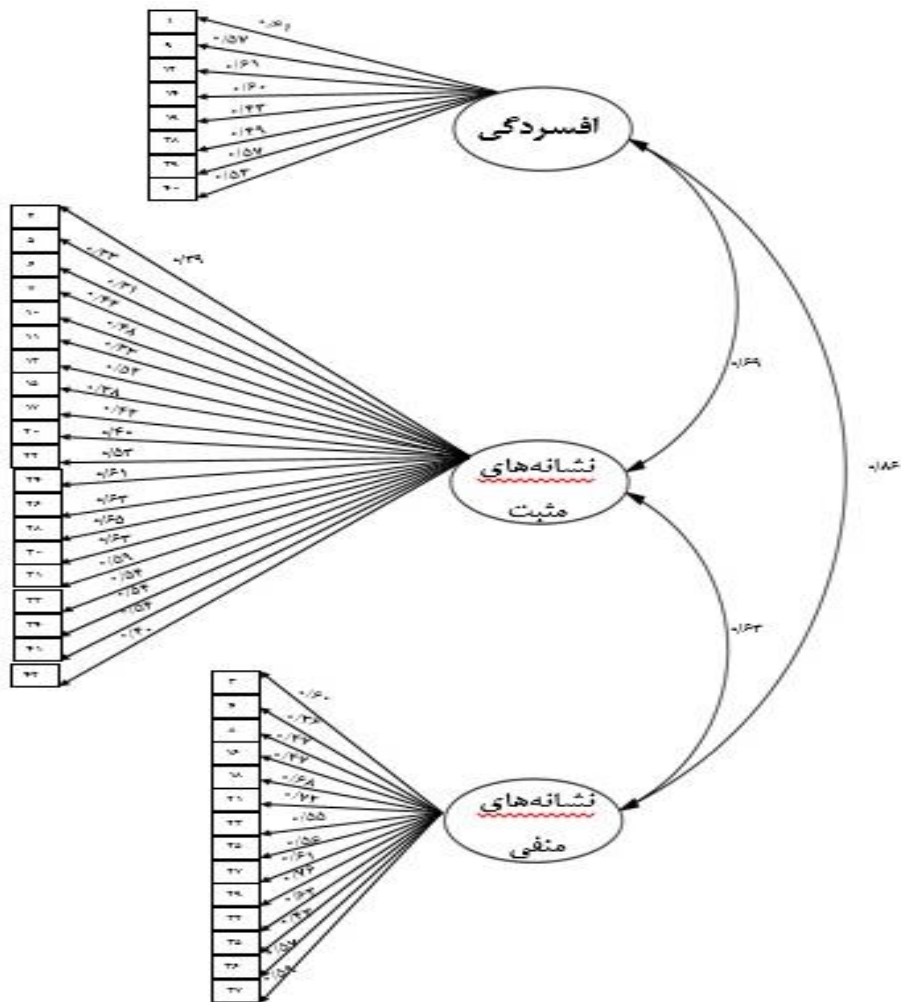
جهت بررسی روایی ساختار پیشنهادشده توسط استفانیز و همکاران (۲۰۰۲) برای پرسشنامه ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی تحلیل عاملی تأییدی استفاده گردید. شاخص‌های برازش در جدول ۵ نشان داده شده است. با توجه به شاخص‌های گزارش شده در جدول ۳ می‌توان نتیجه گرفت که ساختار پیشنهادشده توسط استفانیز و همکاران (۲۰۰۲) از برازش مطلوبی برخوردار بوده است. در شکل ۱ بار عاملی هر گویه مشاهده

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ارزیابی عمومی ...: رحیمی و زمانیان | ۱۷

می‌شود.

جدول ۳. شاخص‌های برازش

شاخص‌های برازش	PCLOSE	AGFI	GFI	IFI	CFI	RMSEA	CMIN/df
مقادیر به دست آمده	۰/۹۹۳	۰/۷۷۲	۰/۸۰۴	۰/۹۰۵	۰/۹۰۲	۰/۰۴	۱/۳۲۶
مقادیر قابل قبول	>۰/۰۵	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	<۰/۰۸	<۳



شکل ۱. بار عاملی ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی

روایی همگرایی پرسشنامه ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی، زیرمقیاس‌ها و نمره کل آن با زیرمقیاس‌ها و نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی بررسی شد و نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است. با توجه به جدول ۴ پرسشنامه سلامت عمومی همبستگی مثبت و معنی‌دار ($p < 0/01$) با زیرمقیاس افسردگی ($r = 0/53$, $p < 0/01$)، نشانه‌های مثبت ($r = 0/47$, $p < 0/01$)، نشانه‌های منفی ($r = 0/37$, $p < 0/01$) و نمره کل تجربه‌های روان‌پریشی ($r = 0/52$, $p < 0/01$) داشتند.

جدول ۴. نتایج روایی همگرا

علائم جسمانی	علائم اضطرابی	عملکرد جسمانی	علائم افسردگی	سلامت عمومی	
۰/۵۳**	۰/۵۳**	۰/۴۸**	۰/۶۵**	۰/۶۶**	افسردگی
۰/۴۷**	۰/۵۵**	۰/۴۹**	۰/۵۱**	۰/۶۱**	نشانه‌های مثبت
۰/۳۷**	۰/۴۰**	۰/۲۶**	۰/۴۰**	۰/۴۴**	نشانه‌های منفی
۰/۵۲**	۰/۵۷**	۰/۴۶**	۰/۵۸**	۰/۶۴**	کل

** $P < 0/01$

ماتریس همبستگی بین زیرمقیاس‌ها و نمره کل پرسشنامه ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی در جدول ۵ نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، زیرمقیاس‌ها با نمره کل پرسشنامه ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی همبستگی مثبت و معنی‌داری ($p < 0/01$) دارند.

جدول ۵. ماتریس همبستگی پرسشنامه ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی

با زیرمقیاس‌های آن

کل	نشانه‌های منفی	نشانه‌های مثبت	افسردگی	
			۱	افسردگی
		۱	۰/۷۰**	نشانه‌های مثبت
	۱	۰/۵۵**	۰/۵۶**	نشانه‌های منفی
۱	۰/۸۷**	۰/۸۶**	۰/۸۲**	کل

** $P < 0/01$

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ارزیابی عمومی ...؛ رحیمی و زمانیان | ۱۹

جهت بررسی تفاوت‌های جنسیتی در مقیاس‌های افسردگی، نشانه‌های مثبت و منفی و نمره کل پرسشنامه ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی، آماره F تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) بررسی شد که در آن سه زیرمقیاس پرسشنامه ارزیابی عمومی از تجربه‌های روان‌پریشی و نمره کل آن به‌عنوان متغیر وابسته و دو گروه (مردها و زنها) به‌عنوان متغیر مستقل مورد تحلیل قرار گرفتند. همان‌گونه که از جدول ۶ قابل مشاهده است مقدار آماره F برای مقیاس‌های افسردگی و نشانه‌های مثبت معنی‌دار شده است ($p < 0.05$)؛ به‌عبارت‌دیگر مردها و زنها در افسردگی و نشانه‌های مثبت تفاوت معنی‌داری باهم دیگر داشتند.

جدول ۶. بررسی تفاوت‌های جنسیتی

F	زن		مرد		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۷/۷۸*	۱۰/۵۰	۳۲/۵۳	۷/۹۹	۲۸/۸۱	افسردگی
۴/۴۱*	۲۰/۶۳	۶۳/۸۸	۱۵/۹۶	۵۸/۳۷	نشانه‌های مثبت
۰/۱۱	۱۷/۱۴	۵۳/۰۸	۱۵/۶۳	۵۳/۸۸	نشانه‌های منفی
۲/۳۸	۱۱/۳۷	۱۴۹/۵۰	۳۲/۳۱	۱۴۱/۰۶	کل

* $P < 0.05$

بحث و نتیجه‌گیری

نظر به اهمیت بررسی تجربه‌های روان‌پریشی در بین جمعیت دانشجویان و نبود ابزار دقیق و تخصصی برای سنجش میزان این تجربه‌ها در نمونه غیر بالینی، اهمیت ترجمه و هنجاریابی این پرسشنامه در جامعه ایران و در بین جمعیت دانشگاهی احساس می‌شد. در این راستا هدف این مطالعه هنجاریابی مقیاس CAPE در دانشجویان بود. نتایج حاکی از آن بود که بین ابعاد CAPE و سلامت عمومی همبستگی مثبت معنی‌داری وجود داشت و همسانی درونی سؤالات خود پرسشنامه (CAPE) نیز با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برآورد شد؛ بنابراین نتایج مربوط به اعتبار همگرا و همسانی درونی حاکی از آن بود که مقیاس CAPE از اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار است. نتایج این مطالعه با نتایج استفانیز و همکاران (۲۰۰۲)، برنر

و همکاران (۲۰۰۷)، شلیر و همکاران (۲۰۱۵)، فونسکاپدرو و همکاران (۲۰۱۲) و راگازی و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. به‌عنوان مثال نسخه آلمانی این مقیاس توسط شیلر و همکاران (۲۰۱۵) ارزیابی شد و آلفای کرونباخ برای علائم مثبت، منفی و افسردگی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۵ و ۰/۸۱ و مطلوب به دست آمد. نتایج تحلیل عامل اکتشافی CAPE در مطالعه فونسکاپدرو و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داد که مقادیر اعتبار درونی بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ در دانشجویان اسپانیایی به دست آمد. همچنین این پرسشنامه با هذیان و اضطراب حالت، همبستگی معناداری داشت. راگازی و همکاران (۲۰۲۰) نیز در بررسی نسخه پرتغالی CAPE در برزیل، پس از حذف هفت مورد از بعد مثبت و دو مورد از بعد منفی، شاخص تناسب تأییدی (۰/۸۹۵) و سازگاری درونی در تمامی ابعاد (۰/۷۰) را گزارش کردند.

نتایج مطالعه حاضر به چند دلیل مورد توجه است. اول آنکه، CAPE ابزاری است که به‌طور گسترده در زمینه‌های بالینی، تحقیقاتی و جمعیت عمومی به کار رفته است (پیگنون^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). در چندین نمونه بزرگ، در کشورهای گوناگون و زبان‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار آن تأیید شده است (برنز و همکاران، ۲۰۰۷). به علاوه، اگرچه اکثر مطالعات در بررسی CAPE در جمعیت‌های عادی انجام شده‌اند، اما چندین مطالعه نشان می‌دهد که CAPE می‌تواند در جمعیت‌های بالینی نیز مورد استفاده قرار گیرد (هانسن^۲ و همکاران، ۲۰۰۳؛ یانگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ کایماز^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). در واقع CAPE به ابزاری مقرون‌به‌صرفه و معتبر برای تشخیص افراد در معرض خطر بسیار بالا برای اختلالات روان‌پریشی نیز شناخته شده است (مصاحب^۴ و همکاران، ۲۰۱۲). از سویی دیگر، ویژگی‌های روان‌پریشی معمولاً با استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی یا مصاحبه‌های ساختارمند اندازه‌گیری می‌شود. مقیاس‌های مبتنی بر مصاحبه، معمولاً جامع هستند، اما طولانی‌اند و در زمینه مدیریت و امتیازدهی، نیاز به آموزش دارند. این مسئله

1. Pignon

2. Hanssen

3. Kaymaz

4. Mossaheb

مورد توجه است که ابزارهای خودگزارشی، مختصر بوده و در تحقیقات و زمینه‌های بالینی خفیف‌تر کاربر پسندتر و دوستانه‌تر است و CAPE به‌عنوان ابزار خودگزارشی محبوب برای ارزیابی ویژگی‌های روان‌پریشی در عموم مردم، از این ویژگی‌ها برخوردار است (مارک و تولوپو، ۲۰۱۶). از دیگر اهداف این مطالعه، بررسی تفاوت جنسیتی در خرده مقیاس‌های CAPE و ارتباط علائم روان‌پریشی با سلامت عمومی بود. نتایج حاکی از آن بود که بین زنان و مردان در بعد افسردگی و نشانه‌های مثبت تفاوت معنی‌داری وجود داشت. زنان در مقیاس‌های افسردگی و نشانه‌های مثبت میانگین بالاتری از مردان داشته‌اند. این یافته همسو با مطالعات اسکات و همکاران (۲۰۰۸) و استیتون و همکاران (۲۰۲۱) بود. به‌طور کلی به نظر می‌رسد که شیوع علائم و نشانگان روان‌پزشکی از نظر جنسیتی متفاوت است. اختلالات خلقی و اضطرابی عموماً در زنان بیشتر مشاهده می‌شود (ویلیام^۱ و همکاران، ۲۰۰۳، پیگوت و همکاران، ۱۹۹۹). این تفاوت‌های نشانگان روان‌پزشکی می‌تواند ناشی از اثرات هورمون‌های جنسی بر رشد و عملکرد مغز باشد (تا بر^۲ و همکاران، ۲۰۰۱) و تا حدی توسط عوامل اجتماعی مانند نقش‌های اجتماعی یادگیری شده و عوامل جنسیتی که بر احساسات و رفتارها اثر می‌گذارد تعیین می‌شود (اسکات و همکاران، ۲۰۰۸). با این وجود، تحقیقات بیشتری لازم است که به درک دقیق‌تر تفاوت‌های جنسیتی تجربه‌های روان‌پریشی منجر شود.

به‌طور کلی می‌توان گفت که مطالعه تجربه‌های شبه روان‌پریشی امکان بررسی و فهم میزان آسیب‌پذیری و ریسک ممکن را جهت توصیف بالینی این نشانه‌ها در قالب اختلال و بهبود استراتژی‌های تشخیص اولیه و برنامه‌های پیشگیری ممکن می‌سازد (فوسار-پولی^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). علاوه بر این باید توجه داشت که (۱) تجربه‌های شبه روان‌پریشی در نوجوانان پدیده‌های روان‌شناختی و ویژگی فرایندهای رشدی و بلوغ هستند؛ (۲) تجربیات شبه روان‌پریشی لزوماً مرتبط با آسیب‌شناسی روانی یا خطر بیشتر برای رشد اختلال

1. Wilhelm

2. Taber

3. Fusar-Poli

روان‌پریشی نیستند؛ ۳) بیشتر این تجربه‌ها گذرا و ناپیوسته هستند و در درصد اندکی از افراد این تجربه‌ها با گذشت زمان تکامل نامطلوبی دارد و در تعامل با متغیرهای روانی، ژنتیک و کارکرد اجتماعی فرد قرار می‌گیرد که منجر به تشخیص‌گذاری اختلال می‌شود (فونسکا پدرو و همکاران، ۲۰۰۹). از سوی دیگر، مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی است که باید برای تعمیم نتایج به آن‌ها توجه داشت. مقیاس CAPE در بین جمعیت دانشجویان دانشگاه شیراز هنجاریابی شده است و استفاده از هنجارهای آن در سایر نقاط ایران، نظر به عدم وجود اطلاعاتی که از طریق آن بتوان تعمیم نتایج حاصل را توجیه کرد، باید با احتیاط همراه باشد. به‌علاوه پیگیری‌های بلندمدت این افراد و بررسی اینکه تا چه میزان تجربه‌های سنجیده شده را در قالب اختلال روان‌پریشی نشان خواهند داد و همچنین مطالعه این مورد که آیا با افزایش سن این تجربه‌ها در زندگی افراد تغییر خواهد کرد و در گروه‌های سنی متفاوت به چه صورت است نیاز به بررسی‌های بیشتر دارد که به مطالعات آتی موکول می‌گردد.

سپاسگزاری

از تمامی حامیان مادی و معنوی این پژوهش که ما را در اجرای این طرح همراهی کرده‌اند، کمال قدردانی و تشکر را داریم.

ORCID

Changiz Rahimi Taghanaki
Zahra Zamanian



<https://orcid.org/0000-0002-7180-364X>
<https://orcid.org/0000-0002-1853-5164>

منابع

- تقوی، م. (۱۳۸۷). هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز. *دانشگاه شاهد*. ۱۵(۲۸)، ۱-۱۳.
- نظیفی، م. مکرمی، ح. (۱۳۹۲). اعتبار، روایی و ساختار عاملی ترجمه فارسی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*. ۱۲(۴)، ۳۳۶-۳۴۲.

References

- Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., ... & Carpenter, W. (2018). "Preventive strategies for mental health". *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 591-604.
- Asher, L., Zammit, S., Sullivan, S., Dorrington, S., Heron, J., & Lewis, G. (2013). "The relationship between psychotic symptoms and social functioning in a non-clinical population of 12 year olds". *Schizophrenia research*, 150(2-3), 404-409.
- Bhavsar, V., Dean, K., Hatch, S. L., MacCabe, J. H., & Hotopf, M. (2019). "Psychiatric symptoms and risk of victimisation: a population-based study from Southeast London". *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(2), 168-178.
- Bhavsar, V., Maccabe, J. H., Hatch, S. L., Hotopf, M., Boydell, J., & McGuire, P. (2017). "Subclinical psychotic experiences and subsequent contact with mental health services". *BJPsych Open*, 3(2), 64-70.
- Bhavsar, V., McGuire, P., MacCabe, J., Oliver, D., & Fusar-Poli, P. (2018). "A systematic review and meta-analysis of mental health service use in people who report psychotic experiences". *Early intervention in psychiatry*, 12(3), 275-285.
- Boonstra, N., Wunderink, L., Sytema, S., & Wiersma, D. (2009). "Improving detection of first-episode psychosis by mental health-care services using a self-report questionnaire". *Early intervention in psychiatry*, 3(4), 289-295.
- Brenner, K., Schmitz, N., Pawliuk, N., Fathalli, F., Joobar, R., Ciampi, A., & King, S. (2007). "Validation of the English and French versions of the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE) with a Montreal community sample". *Schizophrenia Research*, 95(1-3), 86-95.
- Bukenaite, A., Stochl, J., Mossaheb, N., Schäfer, M. R., Klier, C. M.,

- Becker, J., ... & Amminger, G. P. (2017). "Usefulness of the CAPE-P15 for detecting people at ultra-high risk for psychosis: Psychometric properties and cut-off values". *Schizophrenia research*, 189, 69-74.
- Capra, C. N. (2015). "*Measuring, understanding and reducing psychotic-like experiences (PLEs) in young people*" (Doctoral dissertation, Queensland University of Technology).
- Capra, C., Kavanagh, D. J., Hides, L., & Scott, J. G. (2017). "Current CAPE-15: a measure of recent psychotic-like experiences and associated distress". *Early intervention in psychiatry*, 11(5), 411-417.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first Course in Factor Analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Evermann, U., Gaser, C., Meller, T., Pfarr, J. K., Grezellschak, S., & Nenadić, I. (2021). "Nonclinical psychotic-like experiences and schizotypy dimensions: Associations with hippocampal subfield and amygdala volumes". *Human Brain Mapping*, 42(15): 5075-5088
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Villazon-Garcia, U., Sierra-Baigrie, S., & Muñiz, J. (2009). "Attenuated psychotic experiences in adolescents". *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 63-73.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giraldez, S., & Muniz, J. (2012). "Validation of the Community Assessment Psychic Experiences-42 (CAPE-42) in Spanish college students and patients with psychosis". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(4) :169-76
- Fusar-Poli, P., Cappucciati, M., Borgwardt, S., Woods, S. W., Addington, J., Nelson, B., ... & McGuire, P. K. (2016). "Heterogeneity of Psychosis Risk Within Individuals at Clinical High Risk: A Meta-analytical Stratification". *JAMA Psychiatry*. Feb; 73 (2): 113-20.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). "A scaled version of the General Health Questionnaire". *Psychological Medicine*, 9(1), 139-145.
- Hair, J. F. J., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1995). *Multivariate data analysis* (4th ed.). Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Hanssen, M., Peeters, F., Krabbendam, L., Radstake, S., Verdoux, H., & Van Os, J. (2003). "How psychotic are individuals with non-psychotic disorders?". *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(3), 149-154.
- Honings, S., Drukker, M., Groen, R., & van Os, J. (2016). "Psychotic experiences and risk of self-injurious behaviour in the general population: a systematic review and meta-analysis". *Psychol Med*, 46(2), 237-251.
- Howie, C., Potter, C., Shannon, C., Davidson, G., & Mulholland, C. (2020). "Screening for the at-risk mental state in educational settings: A systematic review". *Early intervention in psychiatry*, 14(6), 643-654.
- Isaksson, J., Vadlin, S., Olofsdotter, S., Åslund, C., & Nilsson, K. W.

- (2020). "Psychotic-like experiences during early adolescence predict symptoms of depression, anxiety, and conduct problems three years later: a community-based study". *Schizophrenia research*, 215, 190-196.
- Jaya, E. S. (2017). "Confirmatory factor analysis of the Indonesian version of community assessment of psychic experiences". *Makara Human Behavior Studies in Asia*, 21(1), 1-12.
- Kaymaz, N., Drukker, M., Lieb, R., Wittchen, H. U., Werbeloff, N., Weiser, M., ... & Van Os, J. (2012). "Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based samples? A systematic review and meta-analysis, enriched with new results". *Psychological medicine*, 42(11), 2239-2253.
- Kelleher, I., & Cannon, M. (2011). "Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis". *Psychological medicine*, 41(1), 1-6.
- Kelleher, I., Connor, D., Clarke, M. C., Devlin, N., Harley, M., & Cannon, M. (2012). "Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies". *Psychological Medicine*, 42(9):1857-63
- Kelleher, Ian, Johanna TW Wigman, Michelle Harley, Erik O'Hanlon, Helen Coughlan, Caroline Rawdon, Jennifer Murphy, Emmet Power, Niamh M. (2015). "Psychotic experiences in the population: Association with functioning and mental distress". *Schizophrenia Research*, 165(1), 9-14.
- Higgins & Cannon. M (2015). "Psychotic experiences in the population: association with functioning and mental distress". *Schizophrenia research* 165, no. 1: 9-14.
- Kırlı, U., Binbay, T., Drukker, M., Elbi, H., Kayahan, B., Gökçelli, D. K., ... & van Os, J. (2019). "DSM outcomes of psychotic experiences and associated risk factors: 6-year follow-up study in a community-based sample". *Psychol Med.*, 49(8), 1346-1356.
- Lee, K. W., Chan, K. W., Chang, W. C., Lee, E. H. M., Hui, C. L. M., & Chen, E. Y. H. (2016). "A systematic review on definitions and assessments of psychotic-like experiences". *Early intervention in psychiatry*, 10(1), 3-16.
- Linscott, R. J., & Van Os, J. (2013). "An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders". *Psychological medicine*, 43(6), 1133.
- Loch, A. A., Wang, Y. P., Rössler, W., Tófoli, L. F., Silveira, C. M., & Andrade, L. H. (2011). "The psychosis continuum in the general

- population: findings from the Sao Paulo Epidemiologic Catchment Area Study". *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 261(7), 519-527.
- Mark, W., & Touloupoulou, T. (2016). "Psychometric properties of "community assessment of psychic experiences": review and meta-analyses". *Schizophrenia Bulletin*, 42(1), 34-44.
- Mark, W., & Touloupoulou, T. (2017). " Validation of the Chinese version of Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE) in an adolescent general population". *Asian journal of psychiatry*, 26, 58-65.
- Morgan, C., Fisher, H., Hutchinson, G., Kirkbride, J., Craig, T. K., Morgan, K., ... & Fearon, P. (2009). " Ethnicity, social disadvantage and psychotic-like experiences in a healthy population based sample". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(3), 226-235.
- Morrison, A. P., Wells, A., & Nothard, S. (2002). "Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucination in non-patients". *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 259-270.
- Mossaheb, N., Becker, J., Schaefer, M. R., Klier, C. M., Schloegelhofer, M., Papageorgiou, K., & Amminger, G. P. (2012). " The Community Assessment of Psychic Experience (CAPE) questionnaire as a screening-instrument in the detection of individuals at ultra-high risk for psychosis". *Schizophrenia research*, 141(2-3), 210-214.
- Nordgaard, J., Hastrup, L. H., Haahr, U. H., & Simonsen, E. (2018). " Assessing psychosis in the general population: Self-rated versus clinician-rated". *Schizophrenia research*, 206, 446-447.
- Núñez, D., Godoy, M. I., Gaete, J., Faúndez, M. J., Campos, S., Fresno, A., & Spencer, R. (2021). " The Community Assessment of Psychic Experiences-Positive scale (CAPE-P15) accurately classifies and differentiates psychotic experience levels in adolescents from the general population". *Plos one*, 16(8): e0256686
- Ochoa, S., Usall, J., Cobo, J., Labad, X., & Kulkarni, J. (2012). " Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a comprehensive literature review". *Schizophrenia research and treatment*. 2012(1):916198
- Peters, E., Ward, T., Jackson, M., Woodruff, P., Morgan, C., McGuire, P., & Garety, P. A. (2017). " Clinical relevance of appraisals of persistent psychotic experiences in people with and without a need for care: an experimental study". *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 927-936.
- Pignon, B., Peyre, H., Ferchiou, A., van Os, J., Rutten, B. P., Murray, R. M., ... & Szöke, A. (2019). " Assessing cross-national invariance of the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE)". *Psychol Med*, 49(15), 2600-2607.

- Pigott, T. A. (1999). "Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders". *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 4-15.
- Ragazzi, T. C., Shuhama, R., Sinval, J., Marôco, J., Corsi-Zuelli, F., Roza, D. L. D., ... & Del-Ben, C. M. (2020). "Validation of the Portuguese version of the Community Assessment of Psychic Experiences and characterization of psychotic experiences in a Brazilian sample". *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(4), 389-397.
- Rimvall, M. K., van Os, J., Verhulst, F., Wolf, R. T., Larsen, J. T., Clemmensen, L., ... & Jeppesen, P. (2020). "Mental health service use and psychopharmacological treatment following psychotic experiences in preadolescence". *American Journal of Psychiatry*, 177(4), 318-326.
- Rössler, W., Riecher-Rössler, A., Angst, J., Murray, R., Gamma, A., Eich, D., ... & Gross, V. A. (2007). "Psychotic experiences in the general population: a twenty-year prospective community study". *Schizophrenia research*, 92(1-3), 1-14.
- Schiffman, J., Stephan, S. H., Hong, L. E., & Reeves, G. (2015). "School-based approaches to reducing the duration of untreated psychosis". *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 24(2), 335-351.
- Schlier, B., Jaya, E. S., Moritz, S., & Lincoln, T. M. (2015). "The community assessment of psychic experiences measures nine clusters of psychosis-like experiences: a validation of the German version of the CAPE". *Schizophrenia Research*, 169(1-3), 274-279.
- Schubart, C. D., Van Gastel, W. A., Breetvelt, E. J., Beetz, S. L., Ophoff, R. A., Sommer, I. E. C., ... & Boks, M. P. M. (2011). "Cannabis use at a young age is associated with psychotic experiences". *Psychological medicine*, 41(6), 1301.
- Scott, J., Chant, D., Andrews, G., & McGRATH, J. O. H. N. (2006). "Psychotic-like experiences in the general community: the correlates of CIDI psychosis screen items in an Australian sample". *Psychological medicine*, 36(2), 231-238.
- Scott, J., Welham, J., Martin, G., Bor, W., Najman, J., O'Callaghan, M., ... & Mcgrath, J. (2008). "Demographic correlates of psychotic-like experiences in young Australian adults". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 230-237.
- Stainton, A., Chisholm, K., Woodall, T., Hallett, D., Reniers, R. L., Lin, A., & Wood, S. J. (2021). "Gender differences in the experience of psychotic-like experiences and their associated factors: A study of adolescents from the general population". *Schizophrenia Research*, 228, 410-416.
- Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N. K., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., ... & Van Os, J. (2002). "Evidence

- that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population". *Psychological medicine*, 32(2), 347-358.
- Sun, M., Wang, D., Jing, L., Xi, C., Dai, L., & Zhou, L. (2020). " Psychometric properties of the 15-item positive subscale of the community assessment of psychic experiences". *Schizophrenia Research*, 222, 160-166.
- Taber, K. H., Murphy, D. D., Blurton-Jones, M. M., & Hurley, R. A. (2001). "An update on estrogen: higher cognitive function, receptor mapping, neurotrophic effects". *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 13(3), 313-317.
- Unterrassner, L. (2018). *Subtypes of psychotic-like experiences and their significance for mental health. In Psychosis-Biopsychosocial and Relational Perspectives*. IntechOpen.
- Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: " a psychosis continuum in the general population?". *Schizophrenia research*, 45(1-2), 11-20.
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. J. P. M. (2009). " A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder". *Psychological medicine*, 39(2), 179.
- Vermeiden, M., Janssens, M., Thewissen, V., Akinsola, E., Peeters, S., Reijnders, J., ... & Lataster, J. (2019). " Cultural differences in positive psychotic experiences assessed with the Community Assessment of Psychic Experiences-42 (CAPE-42): a comparison of student populations in the Netherlands, Nigeria and Norway". *BMC psychiatry*, 19(1), 1-15.
- Vinkers, C. H., Van Gastel, W. A., Schubart, C. D., Van Eijk, K. R., Luykx, J. J., Van Winkel, R., ... & Wiersma, D. (2013). " The effect of childhood maltreatment and cannabis use on adult psychotic symptoms is modified by the COMT Val158Met polymorphism". *Schizophrenia research*, 150(1), 303-311.
- Wilhelm, K., Mitchell, P., Slade, T., Brownhill, S., & Andrews, G. (2003). "Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey". *Journal of affective disorders*, 75(2), 155-162.
- Yates, K., Lång, U., Cederlöf, M., Boland, F., Taylor, P., Cannon, M., ... & Kelleher, I. (2019). "Association of psychotic experiences with subsequent risk of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide deaths: a systematic review and meta-analysis of longitudinal population studies". *JAMA psychiatry*, 76(2), 180-189.
- Yung, A. R., Buckby, J. A., Cotton, S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E. J.,

- Stanford, C., ... & McGorry, P. D. (2006). "Psychotic-like experiences in nonpsychotic help-seekers: associations with distress, depression, and disability". *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 352-359.
- Yung, A. R., Yung, A. R., Pan Yuen, H., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., ... & Buckby, J. (2005). " Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states". *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(11-12), 964-971.

استناد به این مقاله: رحیمی، چنگیز، زمانیان، زهرا. (۱۴۰۱). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ارزیابی عمومی تجربه‌های روان‌پریشی در دانشجویان، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۲(۴۸)، ۱-۲۹.

DOI: 10.22054/jcps.2023.63820.2657



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

