

ارزیابی روایی و پایایی پرسش‌نامه‌ی سابقه‌ی تروما ترجمه شده به زبان فارسی در بیماران روان‌پزشکی غیرسایکوتیک

کاوه علوی^۱، نسرين امینی کردکندی^۲، امیرحسین جلالی ندوشن^۱، مریم پیروز^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: (THQ (Trauma History Questionnaire) از ابزارهای کلیدی روان‌پزشکان برای تشخیص و مطالعه‌ی (Post-traumatic stress disorder) PTSD است. متأسفانه تاکنون نمونه‌ی استاندارد از این پرسش‌نامه به زبان فارسی وجود نداشته است، لذا هدف از این مطالعه، ارزیابی روایی و پایایی پرسش‌نامه‌ی سابقه‌ی تروما در بیماران روان‌پزشکی غیرسایکوتیک می‌باشد.

روش‌ها: این یک مطالعه‌ی مقطعی بود. ترجمه‌ی فارسی نهایی THQ به ۵ روان‌پزشک و روانشناس داده شد تا پایایی و روایی محتوایی هر یک از آیتم‌های پرسش‌نامه را ارزیابی کنند و سپس با توجه به معیارهای ورود و خروج، بیماران واجد شرایط وارد مطالعه شدند. برای تعیین روایی سازه بین دو پرسش‌نامه THQ و SLESQ (Stressful Life Events Screening Questionnaire) از ۵۰ بیمار روان‌پزشکی غیرسایکوتیک دعوت شد. آن‌ها همچنین سیاهه‌ی PCL (PTSD Checklist) و DASS (Depression Anxiety Stress Scale) را نیز تکمیل کردند.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های این مطالعه، بین THQ و SLESQ همبستگی قابل توجهی دیده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰/۷۰۴ بود. در مورد پاسخ به سؤال تجربه‌ی هر نوع تروما در ۲۳ مورد، آماره Kappa نشان‌دهنده‌ی پایایی عالی (بالاتر از ۰/۶) و در ۱۰ مورد نشان‌دهنده‌ی هماهنگی کامل پاسخ‌های آزمون و بازآزمون بود. تنها در مورد تجربه‌ی بلایای طبیعی ($K = ۰/۵۴۰$) پایایی چندان مناسب نبود. برای ارزیابی ساختار عاملی اکتشافی مقدار شاخص Kaiser-Meyer-Olkin برای کفایت تعداد نمونه، ۰/۶۱۷ و تست کروییت Bertlett از نظر آماری معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که THQ روایی، پایایی بازآزمایی و ثبات درونی خوبی دارد و ساختار عاملی آن هم رضایت‌بخش است.

واژگان کلیدی: اختلالات مرتبط با تروما؛ اختلال استرس پس از سانحه؛ پرسش‌نامه‌ی تاریخچه تروما؛ ترومای روان‌شناختی

ارجاع: علوی کاوه، امینی کردکندی نسرين، جلالی ندوشن امیرحسین، پیروز مریم. ارزیابی روایی و پایایی پرسش‌نامه‌ی سابقه‌ی تروما ترجمه شده به زبان فارسی در بیماران روان‌پزشکی غیرسایکوتیک. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۱؛ ۴۰ (۶۹۷): ۹۸۰-۹۷۲

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه (Post-traumatic stress disorder) PTSD یکی از نتایج شایع انواع حوادث تروماتیک است و با تظاهرات بالینی مشخصی تعریف می‌شود، از جمله به وسیله‌ی چهار گروه از علامت‌هایی که در پی مواجهه‌ی فرد با حوادث تروماتیک در او ظهور پیدا می‌کنند که عبارت‌اند از تجربه‌ی مجدد، اجتناب، باورهای منفی و برانگیختگی. ملاک‌های تشخیصی (PTSD) به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا به نحو قابل اتکایی به تشخیص

علائم در بیمار رسیده و چارچوبی مطمئن برای بررسی‌های تشخیصی تعیین کنند (۱، ۲).

در حال حاضر، از مهم‌ترین ابزارهای کلیدی روان‌پزشکان برای تشخیص و مطالعه‌ی اختلال استرس پس از سانحه، پرسش‌نامه‌های متنوعی نظیر مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس DASS (Depression Anxiety Stress Scale)، سیاهه‌ی اختلال استرس پس از سانحه (PCL (PTSD Checklist)، پرسش‌نامه‌ی غربالگری حوادث پر استرس زندگی SLESQ و پرسش‌نامه‌ی

۱- مرکز تحقیقات سلامت روان، پژوهشکده‌ی سلامت روان اجتماعی، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- دستیار تخصصی گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳- دستیار روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: نسرين امینی کردکندی؛ دستیار تخصصی گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

Email: nasrinamini2018@gmail.com

داوطلب شرکت در مطالعه باشند، یک ماه بعد مجدداً برای تکمیل پرسش‌نامه دعوت شدند.

۵. برای تعیین هماهنگی بین دو فرم مصاحبه و پرسش‌نامه قلم و کاغذی THQ با ۵۰ نفر از بیماران با شرایط بند «۳» مصاحبه شد. این افراد سیاه‌په‌ی علائم PTSD (PCL) و پرسش‌نامه‌ی افسردگی اضطراب‌ناسترس را هم تکمیل کردند. ضمناً، با این افراد بر اساس سؤالات مربوط به PTSD از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته (SCID-5) بر اساس DSM-5 هم مصاحبه شد.

۶. برای تعیین ساختار عاملی درون هر بخش از پرسش‌نامه و نیز ضریب آلفای کرونباخ، ۵۰ نفر از بند «۳» بررسی شدند و دست‌کم با ۵۰ بیمار دیگر با همان شرایط مورد مقایسه قرار گرفتند.

معیارهای ورود و خروج: تمامی شرکت‌کنندگان، ابتدا نسبت به مطالعه و اهداف آن در جریان قرار گرفتند و فرم رضایت آگاهانه را امضاء کردند. ملاک‌های ورود به این مطالعه عبارت بودند: توانایی خواندن و نوشتن، فقدان علائم سایکوتیک در زمان ورود به مطالعه بر اساس پرونده‌ی بیمارستانی، احتمال تجربه‌ی تروماهای مختلف بر اساس قضاوت بالینی مجریان طرح و نیز دامنه‌ی سنی بین ۱۵ تا ۶۵ سال. معیارهای خروج از این مطالعه عبارت بودند از: ناقص بودن فرم پرسش‌نامه، عدم تطابق با شرایط ورود.

متن انگلیسی پرسش‌نامه توسط یک روان‌پزشک عضو هیأت علمی آشنا با ترجمه و یک فرد غیرروانپزشک مسلط به زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. این دو ترجمه مستقل از هم انجام گرفت و بعد در یک گروه پنج نفره این دو ترجمه مطابقت داده شدند و یک فرم واحد از آن استخراج شد. این فرم توسط یک مدرس مجرب زبان انگلیسی که خود فارسی زبان بود (فرد bilingual) دوباره به انگلیسی برگردانده شد. در یک پنل با حضور افراد فوق و این فرد، ترجمه‌ی انگلیسی یاد شده با متن اصلی پرسش‌نامه انطباق داده و اصلاحاتی در متن فارسی انجام شد. در مرحله‌ی بعد، ترجمه‌ی نهایی فارسی THQ به ۵ نفر از اعضاء هیأت علمی گروه‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی ایران که سابقه‌ی دست‌کم ۳ سال کار بالینی داشته باشند، داده شد تا در مورد هر گویه از پرسش‌نامه، بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ تایی، به سؤالات زیر پاسخ بدهند:

۱. هر سؤال چه قدر شفاف است و تا چه میزان توانسته مفهوم مورد نظر را بسنجد؟ (روایی صوری)

۲. آیا وجود این گزینه را در پرسش‌نامه ضروری می‌دانید؟ (روایی محتوایی)

۳. به علاوه، از این افراد درخواست شد تا اگر اضافه شدن مورد دیگری از تروماها را ضروری می‌دانند، آن مورد و سؤال مرتبط با آن را اضافه کنند.

سابقه‌ی تروما (Trauma History Questionnaire) THQ است. از این میان، یکی از رایج‌ترین این پرسش‌نامه‌ها THQ است که در سال ۱۹۹۳ توسط Green و همکاران طراحی شد. از علل عمده‌ی محبوبیت این پرسش‌نامه در بین روان‌پزشکان، داده‌های روان‌سنجی قابل اعتماد آن از جمله پایایی بالا در بازآزمایی (Test-retest) در بازه‌ی زمانی ۲ تا ۳ ماهه و ضریب همبستگی بین ۰/۴۷ تا ۱/۰۰ متغیر و متوسط ۰/۷۰ بوده است (۳). با این حال، متأسفانه تاکنون نمونه‌ی استاندارد از THQ به زبان فارسی موجود نیست و با توجه به اهمیت پیش‌گفته‌ی آن، انجام پژوهشی برای ترجمه و بومی‌سازی این پرسش‌نامه ضروری می‌نماید. علاوه بر این، از نکات ویژه‌ی THQ محدود نبودن به یک فضای فرهنگی خاص است؛ آنچنان که برای نمونه، ترجمه‌ی پرتغالی آن به خوبی کاربردی شده است. این ویژگی برای ما که کشورمان تفاوت‌های فرهنگی عمده‌ای با غرب دارد می‌تواند انگیزه‌ی دوچندانی را برای انجام این مطالعه فراهم کند (۴).

روش‌ها

این مطالعه از نوع روان‌سنجی و به صورت مقطعی است و از مردادماه ۱۳۹۹ تا خردادماه ۱۴۰۱ در بیمارستان روان‌پزشکی ایران و انستیتو روان‌پزشکی تهران انجام شد. برای بخش‌های مختلف این پژوهش، نمونه‌گیری متفاوتی در نظر گرفته شد و برای هر بخش حجم نمونه جداگانه محاسبه گردید.

۱. برای تعیین روایی محتوایی، ۵ نفر از اساتید روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران استفاده شد، این اساتید حداقل سه سال تجربه‌ی کار با بیماران روان‌پزشکی داشتند.

۲. روایی صوری با استفاده از همان شیوه‌ی بالا و نیز ۵ بیمار روان‌پزشکی که سابقه‌ی تروماهای متعدد (دست‌کم ۳ مورد تروما) دارند، ارزیابی شد.

۳. برای تعیین روایی سازه‌ای بین دو پرسش‌نامه THQ و SLESQ از ۵۰ بیمار روان‌پزشکی غیرسایکوتیک دعوت شد که به صورت نمونه در دسترس انتخاب شدند. این بیماران از میان بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های صبح و عصر بیمارستان روان‌پزشکی ایران و یا انستیتو روان‌پزشکی تهران انتخاب شدند، این بیماران می‌بایست اولاً بر اساس پرونده‌ی موجود در زمان بستری علائم سایکوتیک نمی‌داشتند و ثانیاً بر اساس شرح حال یا تشخیص، احتمال تجربه‌ی تروماهای مختلف در آن‌ها وجود می‌داشت (مواردی مثل PTSD، اختلال شخصیت مرزی، سابقه‌ی rape، اختلال انطباقی، سابقه‌ی زندان و مانند این‌ها).

۴. برای تعیین روایی بازآزمایی از بین بیماران بند «۳»، ۳۰ نفر که

۱۹۹۵ توسط Lovibond و همکار طراحی شد. تکمیل این پرسش‌نامه مبتنی بر گزارش فرد از وضعیت یک نشانه در طول هفته‌ی گذشته است (۱۰). هر یک از خرده‌مقیاس‌های DASS-21 شامل ۷ سؤال است که نمره‌ی نهایی آن حاصل جمع نمرات سؤالات مربوط به آن می‌باشد. هر سؤال از صفر (اصلاً دربارهی من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً دربارهی من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آن‌جا که DASS-21 فرم کوتاه شده‌ی مقیاس اصلی (۴۲ سؤالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده‌مقیاس‌ها باید دو برابر شود. سپس با مراجعه به جدول استاندارد پرسش‌نامه می‌توان شدت علائم را مشخص کرد (۱۱، ۱۲).

PCL PTSD Checklist (PCL) یا فهرست اختلال استرس پس از سانحه، به وسیله‌ی Weathers و همکاران (۱۹۹۴) بر اساس معیارهای تشخیصی DSM برای مرکز ملی اختلال استرس پس از سانحه‌ی آمریکا تهیه شد و شامل ۱۷ سؤال است که ۵ سؤال آن مربوط به علائم و نشانه‌های تجربه‌ی مجدد حادثه‌ی آسیب‌زا تروماتیک، ۷ سؤال مربوط به علائم و نشانه‌های کرحتی عاطفی و اجتناب و ۵ سؤال دیگر آن مربوط به علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید است (۱۳).

روش نمره‌گذاری: ۱. جمع نمرات از محدوده‌ی نمره‌ی ۱۷ تا ۸۵ که می‌تواند از طریق جمع نمرات عبارات ۱۷گانه بر اساس مقیاس لیکرت به دست آید. نقطه‌ی برش برای تشخیص PTSD نمره‌ی ۵۰ در نمونه‌ها مربوط به نیروهای نظامی تعیین شده و فقط برای نظامیان اعتباریابی شده است.

۲. دومین روش نمره‌گذاری از معیارهای DSM-IV پیروی می‌کند و آن ترکیبی است از دو رویکرد. بدین معنی که داشتن حداقل یک نشانه از نشانه‌های ملاک B، سه نشانه از نشانه‌های ملاک C، دو نشانه از نشانه‌های ملاک D و جمع این نمرات به عنوان نقطه‌ی برش در جمعیت خاص به کار می‌رود. همچنین نمرات جداگانه می‌تواند برای ملاک‌های C، B، D به دست بیاید.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: داده‌های به دست آمده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) تحلیل شد. از آماره‌های فراوانی و درصد فراوانی برای توصیف متغیرهای کیفی و از میانگین، انحراف معیار، میانه و دامنه‌ی تغییرات برای توصیف داده‌های کمی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آماره‌ی Kappa، ضرایب همبستگی و آزمون Chi-square استفاده شد. تحلیل عاملی اکتشافی با روش مؤلفه‌ی اصلی انجام شد.

در این پژوهش از هیچ مداخله‌ی بالینی استفاده نشد. بیماران پیش از ورود به طرح از جریان مطالعه آگاه شدند و فرم رضایت آگاهانه را امضاء کردند. داده‌های فردی مطابق با تصویب کمیته‌ی

این نتایج جمع‌بندی شد و کلیه‌ی موارد پیشنهاد شده نیز در پنل پنج نفری بررسی گردید. سپس پرسش‌نامه‌ی نهایی به ۵ بیمار دارای سابقه‌ی دست کم ۳ تروما از موارد مطرح شده در THQ داده شد. این کار در یک پنل حضوری ۷ نفره (استاد راهنما، دستیار انجام دهنده‌ی طرح و ۵ بیمار یاد شده) صورت گرفت تا در مورد هر گویه مشخص شود که آیا مفهوم و کلمات مورد استفاده در ترجمه فارسی THQ از نظر بیماران قابل درک و روشن است یا خیر. پس از اصلاحات نهایی و ترجمه آخر پرسش‌نامه ویرایش و توزیع شد. با توجه به اینکه در بخشی از پرسش‌نامه برای cross-validation از عناوین منتخب پرسش‌نامه حوادث تنش‌زای زندگی (۵) استفاده شد، عناوین منتخب این پرسش‌نامه که بر اساس نظر Hooper و همکاران (۶) مطابقت نسبی با THQ دارند، به همان روال ترجمه شد.

در مرحله‌ی بعد، با مراجعه به درمانگاه و بخش‌های بیمارستان روان‌پزشکی ایران و یا انستیتو روان‌پزشکی تهران، بیمارانی که با توجه به معیارهای ورود و خروج، شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. سپس مجموعه پرسش‌نامه‌ها، شامل THQ، سؤالات منتخب SLESQ، دو پرسش‌نامه DASS و PCL و فرم داده‌های جمعیت‌شناختی داده شد تا در محل آن را تکمیل کنند. با بیماران مصاحبه نیز انجام شد. از حداقل ۳۰ نفر از افرادی که ضمن تکمیل پرسش‌نامه مشخص شد که تجربه‌ی چند نوع تروما داشته‌اند، دعوت به عمل آمد تا حدود یک ماه بعد (فاصله‌ی ۳ تا ۶ هفته) برای تکمیل مجدد پرسش‌نامه حضور پیدا کنند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

Trauma History Questionnaire (THQ): این پرسش‌نامه که در قالب خودگزارش‌دهی تنظیم شده، شامل ۲۴ سؤال بله/خیر است که طیفی از حوادث موجب تروما را در سه حوزه‌ی معین و منحصر به فرد مشخص می‌کند: (الف) تجارب مرتبط با جرائم، شامل: ۴ پرسش، (ب) تجارب مرتبط با فجاج و بلایای طبیعی، شامل: ۱۳ پرسش (ج) تجارب فیزیکی و جنسی ناخواسته، شامل: ۶ و یک پرسش باز (۷).

(SLESQ) (Stressful Life Events Screening Questionnaire)

SLESQ یکی از ابزارهای بررسی مواجهه‌ی فرد با حوادث تروماتیک است. این پرسش‌نامه ۱۳ ماده دارد و بر اساس خودگزارش‌دهی طراحی شده و برای غربالگری افرادی که در طول عمرشان با حوادث تروماتیک مواجهه داشته‌اند استفاده می‌شود (۴، ۸). پرسش‌نامه‌ی SLESQ برای پژوهش و غربالگری‌های عمومی توصیه شده و هم‌اکنون به دو زبان انگلیسی و اسپانیایی موجود است (۹).

(DASS) (Depression Anxiety Stress Scale)

پرسش‌نامه‌ی مبتنی بر خودگزارشگری است. این پرسش‌نامه با هدف بررسی حالات عاطفی منفی در افسردگی، اضطراب و استرس در سال

اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران (IR.IUMS.FMD.REC.1399.288) محرمانه ماند.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۳۲ نفر (۱۰۴ نفر در گروه اول و ۲۸ نفر از گروه دوم) بررسی شدند. میانگین سن شرکت‌کنندگان (\pm انحراف معیار) $33/3 \pm 11/0$ سال (میان ۱۷ تا ۶۸ سال) بود. در میان شرکت‌کنندگان، ۷۴ مرد (۵۶/۱ درصد) و ۵۸ زن (۴۳/۹ درصد) حضور داشتند. سطح تحصیلات این افراد به این شرح بود: یک نفر (۰/۸ درصد) بی‌سواد، ۶۱ نفر (۴۶/۲ درصد) دارای تحصیلات زیردیپلم، ۳۲ نفر (۲۴/۲ درصد) دارای دیپلم و ۳۸ نفر (۲۸/۸ درصد) دارای مدرک دانشگاهی (یا دانشجو) بودند یا تحصیلات دانشگاهی داشتند. بر اساس مصاحبه‌ی بالینی، ۱۷ نفر (۱۲/۹ درصد) تشخیص PTSD داشتند. سابقه‌ی بستری روان‌پزشکی در ۶۹ نفر (۵۲/۳ درصد) گزارش شد (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی تشخیص بالینی اولیه‌ی شرکت‌کنندگان در مطالعه

اختلال	فراوانی	درصد
اختلالات مصرف مواد یا اختلالات ناشی از مصرف یا ترک مواد	۳۸	۲۸/۲
اختلالات افسردگی	۳۳	۲۵/۰
اختلالات اضطرابی	۲۱	۱۵/۹
اختلالات تجزیه‌ای	۲۳	۱۷/۴
اختلالات دوقطبی	۸	۶/۱
اختلال وسواسی-جبری و اختلالات مشابه	۵	۳/۸
PTSD	۲	۱/۵
اسکیزوفرنیا	۱	۰/۸
اختلال انطباقی	۱	۰/۸

فراوانی انواع تروما: شایع‌ترین ترومای تجربه شده، کتک خوردن از نزدیکان (سؤال ۲۳) بود که توسط بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان گزارش شد. دو نوع ترومای دیگر نیز توسط بیشتر از یک‌چهارم شرکت‌کنندگان تجربه شده بود: ۱. دریافت خبر آسیب جدی یا بیماری تهدیدکننده‌ی زندگی یا مرگ نزدیکان (سؤال ۱۶) و ۲. تجربه‌ی ربوده شدن فرد یا متعلق‌تاش (سؤال ۲).

همبستگی تعداد تروماهای تجربه شده با سایر سازه‌ها: تعداد تروماهای گزارش شده توسط افراد بر اساس THQ همبستگی معنی‌داری با تعداد تروماهای گزارش شده بر اساس SLESQ داشت. این شاخص با شدت استرس، افسردگی و اضطراب گزارش شده توسط فرد و نیز نمره‌ی PCL همبستگی معنی‌داری داشت (جدول ۲).

رابطه‌ی تجربه‌ی انواع تروما با جنسیت: از ۲۴ نوع ترومای ارائه شده، پنج نوع تروما در مردان و سه نوع تروما در زنان به طور شایع‌تری تجربه شده بود. تروماهایی که مردان به طور معنی‌داری بیشتر از زنان تجربه کرده بودند، عبارت بودند از: تصادف جدی در محل کار یا با اتومبیل (سؤال ۵)، ترس از مرگ یا آسیب جدی در یک موقعیت (سؤال ۱۰)، شاهد آسیب یا قتل کسی بودن (سؤال ۱۱)، مشاهده‌ی جسد کسی (سؤال ۱۲) و شرکت در جنگ (سؤال ۱۷). در یک مورد هم اگرچه اختلاف آماری معنی‌داری بین فراوانی تجربه‌ی مردان و زنان دیده نشد، اما اختلاف آماری اندکی وجود داشت (تجربه‌ی بلایای ساخته‌ی انسان؛ سؤال ۷). در مقابل، تروماهایی که زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان تجربه کرده بودند، هم عبارت بودند از: رابطه‌ی جنسی بر خلاف خواست فرد (سؤال ۱۸)، لمس جاهای خصوصی بدن فرد (سؤال ۱۹) و کتک خوردن از نزدیکان (سؤال ۲۳).

جدول ۲. ضرایب همبستگی Spearman بین تعداد تروماهای گزارش شده توسط فرد بر اساس THQ و سایر سازه‌ها (برای مقایسه‌ی ضرایب همبستگی متناظر برای فرم بازنگری شده SLESQ هم آورده شده است)

SLESQ		THQ		P
P	ضریب همبستگی Spearman	P	ضریب همبستگی Spearman	
-	-	< ۰/۰۰۱	۰/۵۶۹	فرم بازنگری شده‌ی پرسش‌نامه‌ی غربالگری حوادث ناخواسته‌ی زندگی (SLESQ)
< ۰/۰۰۱	۰/۸۳۶	< ۰/۰۰۱	۰/۵۸۷	استرس (DASS-21)
< ۰/۰۰۱	۰/۸۴۲	< ۰/۰۰۱	۰/۴۵۹	افسردگی (DASS-21)
< ۰/۰۰۱	۰/۸۱۳	< ۰/۰۰۱	۰/۵۴۹	اضطراب (DASS-21)
< ۰/۰۰۱	۰/۳۵۵	< ۰/۰۰۱	۰/۵۶۹	سیاهه نشانه‌های پس از تروما (PCL-5)

جدول ۳. توافق بین سؤالات مشابه از دو پرسش‌نامه THQ و SLESQ

شماره سؤال در THQ	شماره سؤال در SLESQ	مضمون سؤال	Kappa	خطای معیار	P
۱	۱۵	بیماری تهدیدکننده‌ی زندگی	۰/۹۰۸	۰/۰۶۴	< ۰/۰۰۱
۲	۵	حوادث تهدیدکننده‌ی زندگی	۰/۸۲۳	۰/۰۶۰	< ۰/۰۰۱
۳	۲	دزدی یا آدم‌ربایی با زور یا اسلحه	۰/۶۷۲	۰/۰۷۳	< ۰/۰۰۱
۵	۱۸	اجبار به رابطه‌ی جنسی	۰/۸۹۱	۰/۰۴۸	< ۰/۰۰۱
۶	۱۹	لمس نواحی خصوصی بدن	۰/۸۲۷	۰/۰۵۹	< ۰/۰۰۱
۸	۲۳	کنک خوردن از نزدیکان در بزرگسالی	۰/۷۲۰	۰/۰۶۲	< ۰/۰۰۱
۱۰	۲۱	تهدید با اسلحه یا چاقو	۰/۰۸۳	۰/۱۱۳	۰/۲۶۵
۱۱	۱۱	شاهد قتل یا آسیب کسی بودن	۰/۵۷۸	۰/۰۸۴	< ۰/۰۰۱

سؤال ۱۳ به دست می‌آمد.

پایایی بازآزمایی: از آن‌جا که در اغلب موارد فراوانی تجربه‌ی تروما اندک بود، امکان محاسبه‌ی پایایی در مورد دفعات تکرار تروما و سن تجربه‌ی آن وجود نداشت. اما در مورد پاسخ به سؤال، تجربه هر نوع تروما در ۲۳ مورد آماره‌ی Kappa نشان‌دهنده‌ی پایایی عالی (بالتر از ۰/۶) و در ۱۰ مورد، نشان‌دهنده‌ی هماهنگی کامل پاسخ‌های آزمون و بازآزمون بود. تنها در مورد تجربه‌ی بلایای طبیعی ($K = ۰/۵۴۰$) پایایی خیلی مناسب نبود.

ساختار عاملی: در تحلیل عاملی اکتشافی سؤال آخر که به سایر عوامل تنش‌زا می‌پردازد کنار گذاشته شد. برای ارزیابی ساختار عاملی اکتشافی مقدار شاخص Kaiser-Meyer-Olkin برای کفایت تعداد نمونه $۰/۶۱۷$ و تست کرویت Bertlett's از نظر آماره معنی‌دار بود ($X^2 = ۷۷۵/۳$; $P < ۰/۰۰۱$). در ارزیابی اولیه بدون چرخش ۸ عامل به دست آمد که در برخی موارد این عوامل همبسته بودند. به همین دلیل از چرخش Promax استفاده شد. در این چرخش وجود ۸ عامل مستقل از هم تأیید شد. با توجه به تعداد نمونه، بار عاملی $۰/۴۵$ برای نگه‌داری سؤالات در هر عامل در نظر گرفته شد. به این ترتیب، تمام سؤالات در عوامل هشت‌گانه بارگذاری شدند و تنها سؤال ۹ بود که در دو عامل بارگذاری شده بود. با این حال، سؤالات باقی‌مانده در هر عامل از نظر مفهومی باهم نزدیکی نداشتند (جداول ۴ و ۵).

رابطه‌ی تجربه‌ی انواع تروما و تشخیص PTSD در مصاحبه‌ی

بالینی: در ۸ مورد فراوانی تجربه‌ی تروما در کسانی که تشخیص بالینی PTSD داشتند، به طور معنی‌داری بیشتر از سایر افراد بود. این تروماها عبارت بودند از: تجربه‌ی ربه‌ی شدن فرد یا متعلق‌تاش (سؤال ۲)، در معرض مواد شیمیایی یا رادیواکتیو قرار گرفتن (سؤال ۸)، آسیب جدی فرد در یک موقعیت (سؤال ۹)، ترس از مرگ یا آسیب جدی در یک موقعیت (سؤال ۱۰)، شاهد آسیب یا قتل کسی بودن (سؤال ۱۱)، مشاهده‌ی جسد کسی (سؤال ۱۳)، شرکت در جنگ (سؤال ۱۷)، و رابطه جنسی بر خلاف خواست فرد (سؤال ۱۸). همچنین در دو مورد (تصادف جدی در محل کار یا با اتومبیل = سؤال ۵، و ابتلاء به یک بیماری جدی یا تهدیدکننده‌ی زندگی = سؤال ۱۵) اگرچه اختلاف معنی‌دار بین دو گروه دیده نشد، تمایل به معنی‌دار شدن اختلاف از نظر آماری دیده شد.

تطبیق سؤالات THQ و SLESQ در جدول ۳، آماره‌ی Kappa

برای نشان دادن توافق بین سؤالات مشابه دو پرسش‌نامه THQ و SLESQ دیده می‌شود. جز در مورد سؤال ۲۳ از THQ / سؤال ۸ از SLESQ (با مضمون تهدید شدن با چاقو یا اسلحه) توافق قابل توجهی بین دو ابزار دیده شد.

ثبات درونی:

ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه $۰/۷۰۴$ بود. این ضریب با حذف تک سؤالات پرسش‌نامه بین $۰/۶۷۲$ (سؤال ۱۲) تا $۰/۷۱۷$ (سؤال ۲۴) تغییر می‌کرد. حداکثر واریانس ($۷/۱۱$) با حذف

جدول ۴. عوامل استخراج شده در تحلیل عاملی اکتشافی سؤالات پرسش‌نامه‌ی سابقه‌ی تروما، با روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش Promax

عوامل	مجموع مربعات بارهای عاملی بدون چرخش		مجموع مربعات بارهای عاملی با چرخش Promax	
	ارزش ویژه	درصد تبیین واریانس	درصد تبیین واریانس	عاملی با چرخش Promax
۱	۴/۰۲۹	۱۷/۵۱۵	۱۷/۵۱۵	۳/۲۱۰
۲	۲/۳۳۳	۱۰/۱۴۵	۲۷/۶۶۰	۲/۳۶۸
۳	۱/۸۵۸	۸/۰۷۸	۳۵/۸۳۸	۱/۹۷۸
۴	۱/۵۸۷	۶/۸۹۸	۴۲/۶۳۶	۲/۰۲۵
۵	۱/۴۷۴	۶/۴۱۰	۴۹/۰۴۶	۱/۸۴۰
۶	۱/۳۴۵	۵/۸۴۹	۵۴/۸۹۵	۱/۵۹۲
۷	۱/۰۶۰	۴/۶۰۹	۵۹/۵۰۳	۱/۷۸۴
۸	۱/۰۴۳	۴/۵۳۳	۶۴/۰۳۷	۱/۳۵۲

جدول ۵. ضرایب همبستگی عوامل استخراج شده از تحلیل عاملی اکتشافی THQ با چرخش Proamx

عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵	عامل ۶	عامل ۷	عامل ۸
۰/۱۲۲	-۰/۱۴۵	۰/۰۳۹	۰/۱۴۳	۰/۰۷۴	-۰/۱۰۳	۰/۰۱۳	
-۰/۰۵۸	۰/۱۴۷	۰/۰۵۱	۰/۰۸۶	-۰/۱۰۵	۰/۰۳۱		
-۰/۰۱۶	-۰/۰۰۷	۰/۱۱۳	-۰/۰۰۷	۰/۰۱۷	۰/۰۲۶		
	۰/۰۳۳	-۰/۰۰۸	۰/۰۲۹	-۰/۱۸۹	-۰/۱۰۶		
	۰/۰۳۷	۰/۰۲۹	-۰/۰۴۱	۰/۰۶۰	۰/۰۶۰		
		-۰/۰۴۱	۰/۰۲۸	-۰/۰۱۳	-۰/۰۱۳		
			۰/۰۲۸	۰/۰۲۸	۰/۰۲۸		

بحث

در حال حاضر، از مهم‌ترین ابزارهای کلیدی روان‌پزشکان برای تشخیص و مطالعه‌ی اختلال استرس پس از سانحه، پرسش‌نامه‌های متنوعی است که از این میان، یکی از رایج‌ترین این پرسش‌نامه‌ها THQ می‌باشد (۷).

پرسش‌های THQ با نظر به مصاحبه‌ای ساختاریافته در مورد وقایع استرس‌زا با شدت بالا تهیه شده و سپس بر اساس DSMIV اصلاح شده است. THQ در رویکرد خود از توصیه‌های گروه مطالعاتی رزنیک Resnick/Kilpatrick group بهره گرفته است (۱۴، ۱۵). بررسی‌های فراوانی درباره‌ی روش استاندارد نمره‌گذاری و محاسبه تعداد حوادث ترومازا و خرده مقیاس‌ها و نحوه‌ی پخش کردن نمرات THQ انجام شده است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به محققانی اشاره کرد که بیشتر به بررسی حوزه‌ی روابط بین فردی و تروماهای جنسی این ابزار توجه داشتند (۱۶، ۱۷). برخی محققان از جمله Yehuda و همکاران بیشتر از THQ برای تشخیص تروماهای پایدار ناشی از وقایع ابتدای زندگی استفاده می‌کردند (۱۵).

در این بررسی نشان داده شده است که شیوع جنسیتی تروماها در این افراد مطابق انتظار ما بوده، به طوری که برخی از تروماها در زنان بیشتر بود از جمله: رابطه‌ی جنسی برخلاف میل فرد، لمس جاهای خصوصی فرد و کتک خوردن. در مردان نیز تروماهای تصادف و شاهد قتل کسی بودن و شرکت در جنگ بیشتر بوده است (۱۸). در این پژوهش آماره‌ی Kappa که برای نشان دادن توافق بین سؤالات مشابه دو پرسش‌نامه THQ و SLESQ اندازه‌گیری شد، نتایج آن نشان داد که به جز در مورد سؤال ۲۳ از THQ / سؤال ۸ از SLESQ (با مضمون تهدید شدن با چاقو یا اسلحه) همبستگی معنی‌داری بین دو ابزار دیده می‌شود. روایی همزمان این دو پرسش‌نامه مناسب بود چرا که همبستگی آن‌ها ۰/۵۶۹ به دست آمد و این عدد قابل توجهی است. در سایر مطالعات نیز پژوهشگران به بررسی روایی سازه THQ از جمله به مقایسه‌ی روایی این پرسش‌نامه با برخی دیگر از ابزارها پرداخته‌اند. مبنای یکی از مطالعات مقایسه‌ی THQ با SLESQ بوده

است که نشان داد خروجی THQ مشابه با خروجی SLESQ بوده، به جز یک مورد که آن هم تهدید با اسلحه یا چاقو بوده است. در اغلب موارد آماره‌ی Kappa بالای ۰/۷ بود که نشان می‌دهد دو پرسش‌نامه با سؤالات مختلفی نتایج یکسان و فراتر از شانس را گزارش می‌دهند (۷).

در این بررسی همبستگی پرسش‌نامه‌ی THQ با DASS ۰/۴۶ تا ۰/۵۸ بوده است که این از نظر آماری عددی معنی‌دار محسوب می‌شود. در این بررسی مشخص شد که روایی دو پرسش‌نامه THQ با PCL معادل ۰/۵۶ است که این عدد نشان‌دهنده‌ی همبستگی قوی می‌باشد، در حالی که این همبستگی در دو ابزار SLESQ و DASS پایین‌تر بوده است. علت این موضوع هم این است که پرسش‌نامه‌ی THQ تروماهای بیشتری را می‌سنجد و احتمال همبستگی با علائم PTSD بیشتر است و خیلی از افرادی که تروماها را تجربه کرده‌اند که شاید در SLESQ نیامده است. این به‌طور دقیق به معنای بهتر بودن پرسش‌نامه‌ی THQ نمی‌باشد، بلکه صرفاً نشان می‌دهد که THQ تروماهای بیشتری را می‌سنجد اما SLESQ مختصرتر و مفیدتر است و در زمان کوتاه‌تری فرد می‌تواند پاسخ دهد. بنابراین تکیه‌ی صرف به شواهد مربوط به روایی و پایایی به معنای تأیید توانمندی بیشتر پرسش‌نامه نیست، بلکه این نکته را باید از دیدگاه‌های دیگر نیز مورد توجه قرار داد و بررسی کرد، از جمله می‌توان به زمان‌بر بودن پرسش‌نامه و تعداد سؤالات هر پرسش‌نامه توجه داشت.

در این بررسی ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه، ۰/۷۰۴ به دست آمد، این عدد از منظر آماری عدد معتبر و قابل اتکایی است و با حذف سؤالات تروماها، تغییری نمی‌کرد و واریانس آن عوض نمی‌شد که این مورد نشان می‌دهد هیچ یک از سؤالات پرسش‌نامه آسیبی به ثبات درونی پرسش‌نامه وارد نمی‌کند. این ضریب با حذف تک سؤالات پرسش‌نامه بین ۰/۶۷۲ (سؤال ۱۲) تا ۰/۷۱۷ (سؤال ۲۴) تغییر می‌کرد.

در پایایی بازآزمایی، ۳۲ نفر شرکت کردند. در مورد پاسخ به سؤال تجربه هر نوع تروما در ۲۳ مورد آماره‌ی Kappa نشان‌دهنده‌ی

نتیجه‌گیری

THQ ابزاری است که اطلاعات اولیه را در مورد تاریخچه‌ی تروما به طور خاص به عوامل استرس‌زای معیار AI به محققان و پزشکان ارائه می‌دهد. THQ روایی، پایایی بازآزمایی و ثبات درونی خوبی دارد و ساختار عاملی آن هم رضایت‌بخش بود.

در این مطالعه افراد به صورت در دسترس انتخاب شدند و ممکن است نماینده‌ی تمام افراد در گروه خود نباشند. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با روش‌های نمونه‌گیری تصادفی صورت گیرد. به علاوه، تعداد نمونه‌ی نهایی در مطالعه‌ی ما محدود بوده است و برای به دست آوردن نمر پرسش‌نامه و نیز تأیید عوامل استخراج شده در تحلیل عاملی لازم است در مطالعات بعدی تعداد بیشتری از افراد بررسی شوند. محدودیت دیگر مطالعه آن بود که بیماران ما دچار اختلالات شایع روان‌پزشکی بودند و با وجود عدم بستری نیمی از بیماران، هم‌ابتلائی‌های روان‌پزشکی آن‌ها جدی بوده لذا این بررسی قابلیت تعمیم‌دهی به کل جمعیت را ندارد و به علاوه این بیماران به علت بیماری مزمن و مصرف داروهای متعدد احتمالاً دچار خطا در حافظه می‌شوند و لذا ممکن است پاسخ‌های متفاوتی نسبت به تجربیات‌شان به ما بدهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی/ پایان‌نامه مقطع دستیاری رشته روان‌پزشکی می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی ایران به تصویب رسیده است. بدین‌وسیله از زحمات تمامی دست‌اندرکاران تقدیر و تشکر می‌شود.

پایایی عالی (بالتر از ۰/۶) و در ۱۰ مورد نشان‌دهنده‌ی هماهنگی کامل پاسخ‌های آزمون و بازآزمون بوده و تنها در مورد تجربه بلایای طبیعی ($\kappa = ۰/۵۴۰$) پایایی خیلی مناسب نبوده، که نشان داد توافق قابل توجهی بین آزمون و بازآزمون وجود داشته و بنابراین پرسش‌نامه پایایی بازآزمایی خیلی بالایی نشان داده است.

مطالعاتی دیگر توسط Mueser و همکاران در سال ۲۰۰۱، پایایی THQ را در طیف بیماری‌هایی که در طول زندگی تجربه‌ی وقایع تروماتیک داشتند در بازه‌ی متوسط تا بالا ارزیابی کرد. همین گروه THQ ضریب Kappa برای تشخیص وقایع تروماتیکی که در حداقل ۲۰ درصد شرکت‌کنندگان وجود داشت را بین بازه‌ی ۰/۵۷ (حمله‌ی فیزیکی بدون اسلحه) تا ۰/۸۹ (بلایای طبیعی یا انسانی) و ضریب Kappa برای سوء استفاده جنسی در کودکی و بزرگسالی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۸۲ ارزیابی کردند که در بازه‌ی قابل قبول تا عالی قرار می‌گیرد (۱۸).

بررسی‌های گوناگونی درباره‌ی پایایی THQ انجام گرفته است. نخستین داده‌های روان‌سنجی THQ از بین ۴۲۳ دانشجو بررسی شد و بعداً به عنوان نمونه‌ی آزمایشی اولیه مورد استفاده قرار گرفت (۹). نتایج آزمون-بازآزمون تقریباً عالی بود. ضریب پایداری برای وقایع خاص در بازه‌ی ۰/۵۱ (نزدیک به کشته شدن) تا ۰/۹۰ (مورد حمله با اسلحه قرار گرفتن) و ۰/۹۱ (مورد سرقت قرار گرفتن) بود. بر اساس نظر Cohen، ضریب ۰/۷۰ و بالاتر برای پایایی ضریبی قابل قبول محسوب می‌شود (۱۹). هر چند همه‌ی موارد پرسش‌نامه نیز به این آستانه‌ی قابل قبول نمی‌رسیدند از جمله ماده‌ی شماره‌ی ۹ (آسیب‌های جدید دیگر) و ماده‌ی شماره‌ی ۲۰ (روابط جنسی ناخواسته‌ی دیگر) که ضریب همبستگی هر دو ۰/۴۷ بود (۱۷).

References

- Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med* 2016; 46(2): 327-43.
- Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depress Anxiety* 2014; 31(2): 130-42.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Goodman LA, Corcoran C, Turner K, Yuan N, Green BL. Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *J Trauma Stress* 2003; 11 (3): 521-42.
- Hooper LM, Stockton P, Krupnick JL, Green BL. Development, use, and psychometric properties of the trauma history questionnaire. *J Loss Trauma* 2011; 16(3): 258-83.
- Wilson JP, Raphael, B. International handbook of traumatic stress syndromes. 1st ed. New York, NY: Plenum Press; 1993. p. 135-44.
- Norris FH. Screening for traumatic stress: A scale for use in the general population. *E J Appl Psychol* 1990; 20(20, Pt 2): 408-18.
- Green B, Chung J, Daroowalla A, Kaltman S, DeBenedictis C. Evaluating the cultural validity of the stressful life events screening questionnaire. *Violence Against Women* 2006; 12(12): 191-213.
- Lovibond PF, Lovibond SH. Manual for the depression emotional anxiety stress scales. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation of Australia; 1995.
- Lovibond PF, Lovibond, SH. The structure of

- negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) with the Back Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33(3): 335-43.
12. Samani S, Joukar B. A study on the reliability and validity of the short form of the Depression Anxiety Stress Scale (Dass-21). *Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University* 2007; 52(3): 65-77.
 13. American Psychiatric Association. *Diagnosfic and stafirtical manual of mental &orders*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
 14. Resnick HS, Falsetti SA, Kilpatrick DG, Freedy JR. Assessment of rape and other civilian trauma-related PTSD: Emphasis on assessment of potentially traumatic events. In: Miller TW. *Theory and assessment of stressful life events*. 1st ed. Madison: CT: International Universities Press; 1996. p. 235-71.
 15. Yehuda R, Blair W, Labinsky E, Bierer LM. Effects of parental PTSD on the cortisol response to dexamethasone administration in their adult offspring. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 163-6.
 16. Neylan TC, Metzler TJ, Best SR, Weiss DS, Fagan JA, Liberman A, et al. Critical incident exposure and sleep quality in police officers. *Psychosom Med* 2002; 64(2): 345-52.
 17. Wu KK, Leung PWL, Wong CSM, Yu PMW, Luk BTC, Cheng JPK, et al. The Hong Kong Survey on the epidemiology of trauma exposure and posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2019; 32(5): 664-76.
 18. Mueser KT, Salyers MP, Rosenberg SD, Ford JD, Fox L, Carty P. Psychometric evaluation of trauma and posttraumatic stress disorder assessments in persons with severe mental illness. *Psychol Assess* 2001; 13(1): 110-7.
 19. Cohen J. *Applied multiple regression: Correlation analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1983.

Evaluation of the Validity and Reliability of the Trauma History Questionnaire in Non-Psychotic Psychiatric Patients

Kaveh Alavi¹, Nasrin Amini Kordkandi², Amir Hossein Jalali Nadoushan¹, Maryam Pirooz³

Original Article

Abstract

Background: THQ is one of the key tools for psychiatrists to diagnose and study the PTSD. Unfortunately, there is no standard sample of it in Persian, so the aim of this study was to evaluate the validity and reliability of the Trauma History Questionnaire in non-psychotic psychiatric patients.

Methods: This was a cross-sectional study. The final Persian translation of THQ was given to 5 psychiatrists and psychologists to evaluate the reliability and content validity of each item of the questionnaire and then according to the inclusion and exclusion criteria, eligible patients were included in the study. Fifty non-psychotic psychiatric patients were used to determine the construct validity between THQ and SLESQ questionnaires. They also completed the PCL and DASS checklists.

Findings: According to the findings of present study, it was seen a significant correlation between THQ and SLESQ. Cronbach's alpha coefficient of the whole questionnaire was 0.704. Regarding the answer to the questions, the experience of each type of trauma in 23 cases, the kappa statistics showed excellent reliability (above 0.6) and in 10 cases showed complete correlation of test and retest answers. Reliability was not very good for the experience of natural disasters ($\kappa = 0.540$). To evaluate the heuristic factor structure, the value of Kaiser-Meyer-Olkin index was sufficient for the adequacy of sample size 0.617 and Bertlett's sphericity test was statistically significant.

Conclusion: The results of this study showed that THQ has good validity, retest reliability and internal stability and its factor structure was satisfactory.

Keywords: Post Traumatic Stress Disorder; Trauma Related Disorders; Psychological Trauma; Tool; Patient Health; Questionnaire

Citation: Alavi K, Amini Kordkandi N, Jalali Nadoushan AH, Pirooz M. **Evaluation of the Validity and Reliability of the Trauma History Questionnaire in Non-Psychotic Psychiatric Patients.** J Isfahan Med Sch 2023; 40(697): 972-80.

1- Mental Health Research Center, Psychosocial Health Research Institute, Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Resident of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Resident of Psychiatry, Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Nasrin Amini Kordkandi, Resident of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Email: nasrinamini2018@gmail.com