



آگاهی پزشکان عمومی شرکت کننده در بازآموزی روانپزشکی درباره اختلال تبدیلی و اختلال‌های پزشکی

دکتر مجتبی یکرنگ صفاکار*، دکتر مریم رسولیان**

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف سنجش دانش پزشکان عمومی درباره اختلال تبدیلی و سایر اختلال‌های پزشکی انجام شده است.

روش: آزمودنی‌های پژوهش را ۱۳۶ نفر از پزشکان عمومی تشکیل داده‌اند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌ای عبارت از بیست پرسش دربردارنده شرح حال بیماران فرضی و پرسش‌هایی درباره تشخیص و درمان بود. نتایج ۱۳۶ پاسخنامه، که پیش از شرکت در دو دوره بازآموزی بدون روانپزشکی برای پزشکان عمومی، تکمیل نموده بودند، با استفاده از آزمون‌های آماری کولموگوروف-اسمیرنوف، من-ویتنی و کروسکال-والیس تحلیل شد.

یافته‌ها: بیشتر پزشکان، علیرغم به دست آوردن نمره بالا در پرسش‌های مربوط به تشخیص پزشکی، در پاسخ به پرسش‌های مربوط به تشخیص اختلال تبدیلی نمره پایینی به دست آوردند، به طوری که به پرسش‌های مربوط به تشخیص صرع کاذب، فلج تبدیلی و کوری تبدیلی تنها برتریب ۲۴، ۱۶ و ۲۲ درصد آزمون شوندگان به درستی پاسخ دادند. میانگین این نمرات در گروه‌های مختلف از نظر جنس و دانشگاه محل تحصیل تفاوت معنی‌داری نداشت، اما با افزایش سن و مدت فراغت از تحصیل، سطح نمرات کاهش می‌یافت که این کاهش فقط در مورد تشخیص اختلال تبدیلی معنی‌دار بود.

نتیجه: بر پایه یافته‌های پژوهش حاضر دانش پزشکان مورد بررسی در زمینه تشخیص موارد پزشکی در سطحی مطلوب است. اما در زمینه تشخیص اختلال تبدیلی از این نظر در سطح پایینی بوده‌اند.

کلید واژه: اختلال تبدیلی، پزشک عمومی، آگاهی، بازآموزی، آموزش پزشکی

* روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران (نویسنده مسئول).

** روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

آنان بر می‌انگیزد (کاپلان^۱ و سادوک^۲، ۱۹۹۸). احساساتی که می‌تواند در قضاوت آنان سوگیری ایجاد کند. در پیشینه پژوهش‌های روانپزشکی از این احساسات به عنوان نوعی انتقال متقابل^۳ و با نام "احساس هیستری"^۴ یاد شده است. "احساس هیستری" مجموعه‌ای از احساس‌ها است که پزشک را نسبت به اعتبار رفتارهای بیمار مشکوک می‌کند (هاس^۵، ۱۹۸۸). گفتنی است که ۲۵ تا ۵۰٪ بیمارانی که تشخیص اختلال تبدیلی می‌گیرند سرانجام مبتلا به یک اختلال پزشکی یا عصبی غیرروانی تشخیص داده می‌شوند که توجیه‌کننده نشانه‌های پیشین آنان است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸). از این رو آگاهی پزشک در مورد تشخیص اختلال تبدیلی باید در حدی باشد که بتواند بر چالش تشخیص افتراقی آن چیره شود. در غیر این صورت، ناآگاهی پزشک و نیز احساسات منفی که در رویارویی با بیمار مبتلا به اختلال تبدیلی به وی روی می‌آورد، ممکن است روش‌های درمانی غیر مؤثر را برانگیزد (کوئیل^۶، ۱۹۸۵؛ گلیک^۷، ورکمن^۸ و گوفبرگ^۹، ۲۰۰۰).

هدف این بررسی، سنجش دانش پزشکان عمومی شرکت‌کننده در بازآموزی‌های مدون روانپزشکی درباره اختلال تبدیلی بوده و امید است یافته‌های آن در برنامه‌ریزی‌های آموزش مداوم کمک‌کننده باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - مقطعی^{۱۰} بوده. جامعه پژوهش، پزشکان عمومی شرکت‌کننده در دوره‌های بازآموزی مدون روانپزشکی انجمن علمی روانپزشکان ایران در تابستان و پائیز سال ۱۳۸۰ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند.

- | | |
|---------------------|------------------------|
| 1- Chalmers | 2- Luker |
| 3- Barmadat | 4- Ormel |
| 5- Maudsley | 6- Kaplan |
| 7- Sadock | 8- countertransference |
| 9- hysteria feeling | 10- Haas |
| 11- Quill | 12- Glick |
| 13- Workman | 14- Gaufberg |
| 15- cross-sectional | |

تداوم آموزش پزشکی در سال‌های پس از پایان تحصیل سبب افزایش توانایی درمانگر در تشخیص و درمان بیماری‌ها می‌گردد (چالمرز^۱، لوکر^۲ و برامادات^۳، ۱۹۹۸؛ اورمل^۴ و همکاران، ۱۹۹۹). اما با توجه به مجال اندک و هزینه برنامه‌های آموزش مداوم، لازم است برنامه‌های بازآموزی در راستای سازگاری با مبرم‌ترین نیازهای جامعه برنامه‌ریزی شوند (مادزلی^۵، ۱۹۹۹). با این دیدگاه، بیماری‌هایی که از نظر همه‌گیرشناسی شایع هستند، و بیشتر به دلیل آن‌ها به پزشکان عمومی مراجعه می‌شود از مواردی هستند که لازم است در برنامه‌های بازآموزی گنجانده شوند. تقریباً یک سوم کل جمعیت در طول زندگی زمانی دچار برخی نشانه‌های اختلال تبدیلی می‌شوند و برخی بررسی‌ها بسوز سالانه آن را ۲۲ درصد هزار و حتی بیشتر گزارش کرده‌اند. علی‌رغم شیوع نسبی اختلال تبدیلی، تشخیص آن دشوار است. ویژگی اختلال تبدیلی وجود یک یا چند نشانه یا نارسایی مربوط به حرکات ارادی یا کارکرد حسی است که اگرچه یک اختلال پزشکی یا عصبی را تداعی می‌کند، پس از بررسی‌های مناسب، با یک اختلال پزشکی یا عصبی یا با تأثیر مستقیم مصرف مواد قابل توجیه نیست و از آنجا که شروع یا تشدید نشانه یا نارسایی، به دنبال فشارهای روانی بروز می‌کند، نشانه یادشده مربوط به عوامل روانی دانسته شده است. برای تشخیص اختلال تبدیلی لازم است بیمار نشانه یا نارسایی را به‌طور عمدی و آگاهانه و به‌منظور دستیابی به سودی ثانوی ایجاد نکند. با این تعریف، پزشک در برابر یک چالش تشخیصی قرار می‌گیرد: آیا نشانه از یک زمینه پزشکی طبی - عصبی ناشی می‌شود یا صرفاً به عوامل استرس‌زای روانی مربوط است؟ آیا بیمار واقعاً دچار نشانه شده است یا به قصد فریب‌دادن پزشک ادای آن را درمی‌آورد؟ چنین چالشی می‌تواند آزار دهنده باشد، چرا که شک به اختلال ساختگی یا تمارض، مراقبین پزشکی را با خشم ناشی از گول‌خوردن از بیمار روبرو می‌کند و احساس بیهودگی، پریشانی، بازیچه بیمار شدن، دشمنی و حتی تحقیر را در

درمان اختلال تبدیلی آموزش داده شد. بازآزمایی طوری زمان بندی شد تا فاصله دو آزمون با تعطیلات آخر هفته همزمان شود و پیش بینی می شد طی این مدت آموزش دیگری ندیده باشند. نُه نفر در هر دو آزمون مسلط و چهار نفر نامسلط بودند. ضریب پایایی به دست آمده برای این ابزار ۰/۸۷ بود.

برای گردآوری داده ها در بررسی اصلی آزمون در دو بازآموزی مسدود روانپزشکی، در نخستین روز بازآموزی ها پس از توضیح کوتاهی درباره پرسشنامه ها در مدت ۴۵ دقیقه تکمیل گردید. برای تحلیل داده ها آزمون تک نمونه ای کولوموگوروف-اسمیرنوف^{۱۱}، آزمون های ناپارامتری من- وایتنی^{۱۷} (مقایسه در دو گروه) و کروسکال-والیس^{۱۸} (مقایسه در چند گروه) به کار گرفته شد.

یافته ها

طی دو مرحله اجرای آزمون، در مجموع ۱۴۷ پرسشنامه بین آزمون شوندگان توزیع شد که به ۱۳۹ پرسشنامه پاسخ داده شد. سه پرسشنامه به علت ناقص بودن پاسخ ها از بررسی حذف شدند و داده های به دست آمده از ۱۳۶ پرسشنامه باقیمانده، تحلیل گردید. نتایج نشان داد که نمره کلی پاسخ به پرسش های مربوط به تشخیص اختلال تبدیلی در سطح پایینی (نمودار ۱) قرار دارد (نمره کلی=۳؛ میانگین=۰/۷۷؛ انحراف معیار=۰/۷۸).

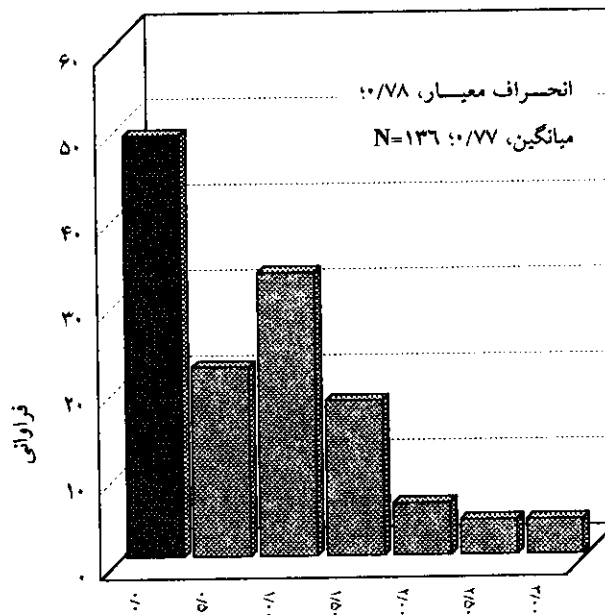
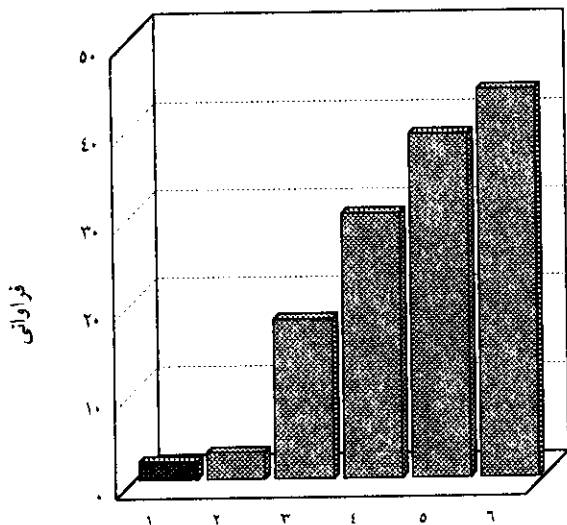
برای سنجش دانش پزشکان، با به کارگیری معیارهای طراحی آزمون های ملاک مرجع^۱ (وایرما^۲ و جورز^۳، ۱۳۷۵) و با بهره گیری از منابع معتبر (کاتلین^۴، ۱۹۹۳؛ کاتلین، ۱۹۹۹؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۰؛ سوروانیمی^۵، جوکاما^۶، هلنیوس^۷، سالوکانگاس^۸، ۱۹۹۶)، پرسشنامه ای بیست ماده ای و چند گزینه ای دارای شرح حال چند بیمار فرضی و پرسش هایی درباره نزدیک ترین تشخیص و یا مناسب ترین اقدام درمانی طراحی شد. در این پرسشنامه پس از ویژگی های فردی آزمودنی، سه مورد بیمار مبتلا به اشکال شایع اختلال تبدیلی (فلج تبدیلی، کوری تبدیلی و صرع کاذب) و سه مورد بیمار مبتلا به اختلال های افسردگی (اختلال افسردگی عمده، اختلال افسردگی ناشی از کم کاری تیروئید، اختلال انطباقی با خلق افسرده) و پنج مورد بیمار مبتلا به بیماری های شایع در پزشکی عمومی سرپائی (کم کاری تیروئید، پرکاری تیروئید، بازتاب معدی - مروی، سیستیت حاد و پرفشاری خون) مطرح شده و از آزمودنی خواسته شد نزدیک ترین تشخیص و مناسب ترین اقدام درمانی را از میان گزینه ها انتخاب کند. طی یک بررسی راهنما، با انجام آزمون - بازآزمون^۹، روایی و پایایی پرسشنامه بررسی شد. نخست پاسخ به ۸۰٪ پرسش ها به عنوان نقطه برش تسلط/عدم تسلط^{۱۱} تعیین شد. گفتنی است که تحلیل پرسشی برای بررسی همسانی درونی^{۱۱}، روایی همگرا^{۱۲} و روایی افتراقی^{۱۳} پرسشنامه انجام شده و در بررسی اصلی نقطه برش یادشده به کار برده نشده است. داده های به دست آمده از سی نفر دانشجویان پزشکی مورد تحلیل پرسشی ویژه آزمون های ملاک-مرجع قرار گرفت. با محاسبه شاخص دشواری^{۱۴} و شاخص افتراق تسلط/عدم تسلط برنان^{۱۵} (برنان، ۱۹۷۲ به نقل از وایرما و جورز، ۱۳۷۵)، مشخص شد بیشتر پرسش ها دارای درجه دشواری متوسط و قدرت افتراق قوی هستند. برای انجام بازآزمایی، نخست آزمون بر روی پانزده دانشجوی پزشکی انجام شد و سه روز بعد، بر روی همان افراد و به همان روش تکرار شد. در روز آزمون به دانشجویان در مورد نکات مهم تشخیص و

- | | |
|--|-------------------------|
| 1- criterion-referenced | 2- Wiersma |
| 3-Jurs | 4-Catlin |
| 5-Sorvaniemi | 6- Joukamaa |
| 7- Helenius | 8- Salokangas |
| 9- test/retest | |
| 10- mastery/nonmastery cut-off point | |
| 11- internal consistent | 12- convergent validity |
| 13- discriminant validity | 14- Difficulty Index |
| 15-Brennan's Mastery/nonmastery Discrimination Index | |
| 16- One Sample Kolomogorov-Smirnov Test | |
| 17- Mann-Whitney | 18- Kruskal-Wallis |

(محدوده کاهش ۴ تا ۵) ولی آزمون کروسکال-والیس این کاهش را از نظر آماری معنی دار نشان نداد.

نمودار ۱- چگونگی توزیع نمره کلی تشخیص اختلال تبدیلی

نمودار ۲- چگونگی توزیع نمره کلی تشخیص پزشکی فراوانی



میزان امتیاز تشخیص پزشکی

میزان امتیاز تشخیص تبدیلی

جدول ۱- توزیع نمره کل تشخیص اختلال تبدیلی بین گروه‌های مختلف برحسب سن، مدت فراغت از تحصیل و نمره کل تشخیص پزشکی و نمره کروسکال-والیس و سطح معنی داری

منفبر	فراوانی	درصد	df	کروسکال - والیس	P
سن					
۲۰-۲۹	۲۲	۱۶			
۳۰-۳۹	۸۲	۶۰			
۴۰-۴۹	۲۰	۱۵	۴	۹/۴۱	N.S.
۵۰-۵۹	۶	۴/۵			
۶۰≤	۶	۴/۵			
مدت فراغت از تحصیل					
۰-۴	۴۰	۲۹			
۵-۹	۶۲	۴۶			
۱۰-۱۴	۲۰	۱۵	۴	۲۲/۲۷	۰/۰۰۱
۱۵-۱۹	۲	۱/۵			
۲۰≤	۱۲	۸/۵			
نمره کل تشخیص پزشکی					
۱	۲	۱			
۲	۳	۲			
۳	۱۸	۱۳/۵			
۴	۳۰	۲۲	۵	۱۸/۹۷	۰/۰۰۲
۵	۳۹	۲۹			
۶	۴۴	۳۲/۵			

میان گروه‌های مختلف از نظر جنس و دانشگاه محل تحصیل، تفاوت معنی داری در میانگین نمره کلی پاسخ به پرسش‌های مربوط به تشخیص اختلال تبدیلی دیده نشد ($P < 0/05$). ولی با افزایش سن و مدت پایان تحصیل، این میانگین به طرز معنی داری کاهش یافت. میانگین نمره کلی پاسخ به پرسش‌های مربوط به تشخیص اختلال تبدیلی آزمودنی‌هایی که در پاسخ به پرسش‌های مربوط به تشخیص پزشکی، نمرات ۴ و ۶ را به دست آورده بودند، کمتر از دیگران بود ($P < 0/01$). به طوری که در زمینه تشخیص صرع کاذب، فلج تبدیلی و کسوری تبدیلی به ترتیب ۲۴، ۱۶ و ۲۲ درصد آزمودنی‌ها به پرسش‌های مربوطه پاسخ درست داده‌اند. نمره کلی پاسخ به پرسش‌های مربوط به تشخیص پزشکی (نمودار ۲) در سطح بالایی بود (نمره کلی=۶؛ میانگین=۴/۷؛ انحراف معیار=۱/۲۰). میانگین این نمره در گروه‌های مختلف از نظر جنس، دانشگاه محل تحصیل و مدت سپری شده از پایان تحصیل تفاوت معنی داری را نشان نداد (جدول ۱). اگرچه این میانگین با افزایش سن کاهش یافت

اضطرابی (۴۹٪) و اختلال‌های روانپزشکی با تظاهرات جسمی (۴۹٪) در سطح متوسطی قرار داشت. هایکی و همکاران (۲۰۰۱) طی پژوهشی در زمینه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و پزشکی عمومی دریافتند که پزشکان عمومی در ۵۶٪ موارد اختلال‌های روانپزشکی را در بیماران خود تشخیص نداده‌اند. ۶۶٪ این بیماران به یک اختلال مهم روانپزشکی مبتلا بودند و ۵۸٪ با نشانه‌های روانشناختی و ۷۶٪ با نشانه‌های بدنی مراجعه کرده بودند. آکسمن و همکاران (۱۹۸۳) در یک بررسی ثبات تشخیص مطرح شده از سوی پزشکان عمومی در مورد ۱۴۲ بیمار مبتلا به اختلال‌های روانپزشکی را بررسی کردند و دریافتند که تشخیص‌های "هیستری" و "هیپوکوندریا" به ندرت عنوان شده و در تمایز آن‌ها از افسردگی و اضطراب ضعف تشخیصی وجود دارد.

واندنبرینک و همکاران با انجام یک بررسی دریافتند: (۱) در سطح مراقبت‌های بهداشت اولیه، اختلال‌های روانپزشکی شایع هستند. (۲) این اختلال‌ها گذرا نیستند و خودبخود بهبود نمی‌یابند (۳) پزشکان عمومی بسیاری از این اختلال‌ها را تشخیص نمی‌دهند. (۴) تنها نیمی از مراجعه‌کنندگان به پزشکان عمومی که مبتلا به یک اختلال روانپزشکی هستند در عرض چهارده ماه پس از مراجعه اولیه، تحت درمان روانپزشکی قرار می‌گیرند. (۵) در صورتی که این اختلال‌ها تشخیص داده شوند، می‌توان آن‌ها را در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه به شکل مؤثری درمان کرد.

در این پژوهش، گروه‌های مختلف از نظر جنس و دانشگاه محل تحصیل در پاسخ به موارد پزشکی و تشخیص و درمان اختلال تبدیلی، تفاوت معنی‌داری

اختلال‌های روانپزشکی از اهمیت بهداشتی و اجتماعی بسیاری برخوردارند. بنابر برخی پژوهش‌ها دست کم یک پنجم بیماران مراجعه کننده به پزشکان عمومی از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند، درحالی که تنها یک بیستم این بیماران به مراکز تخصصی ارجاع می‌شوند. بنابراین پزشک عمومی با شمار زیادی از بیماران دارای مشکل روانپزشکی روبروست (رس^۱، ۱۹۷۷). یکی از مشکلات شایع در بخش‌های اورژانس، اختلال‌های شبه جسمی^۲ است، در حالی که هنوز در این زمینه بررسی‌های زیادی انجام نشده است. بررسی‌ها گویای آن هستند که در بخش‌های اورژانس بیشتر پزشکان عمومی که آموزش زیادی در زمینه روانپزشکی ندیده‌اند با این بیماران روبرو می‌شوند (تینگول^۳، ۱۹۹۵).

یافته‌های این بررسی نشان می‌دهد اگر چه دانش پزشکان مورد بررسی در زمینه تشخیص موارد پزشکی مطرح شده در پرسشنامه آزمون، در سطح مطلوبی است، اما دانش آن‌ها در زمینه تشخیص و درمان اختلال تبدیلی در سطح پایینی قرار داشته است. پزشکانی که در پاسخ به موارد پزشکی نمرات بالاتری به دست آورده‌اند، در پاسخ به موارد اختلال تبدیلی به طور معنی‌داری نمرات آن‌ها پایین‌تر بود ($P < 0/01$). شاید این یافته گویای این نکته باشد که کمبود دانش پزشکان مورد بررسی در زمینه اختلال تبدیلی، بیش از آنکه ناشی از دلایل فردی باشد، نتیجه آموزش ناکافی است. این یافته‌ها با نتایج بررسی‌های آکسمن^۴، هاریگان^۵ و کیوتس^۶ (۱۹۸۳)، آندرسن^۷ و هارتورن^۸ (۱۹۸۹)، واندنبرینک^۹، لویوسترا^{۱۰}، اورمل و وان‌دوویلیج^{۱۱} (۱۹۹۱)، هایکی^{۱۲} و همکاران (۲۰۰۱) همخوانی دارد. در یک بررسی، آندرسن و هارتورن (۱۹۸۹) نشان دادند که درستی تشخیص پزشکان مورد بررسی در زمینه مشکلات پزشکی در بالاترین سطح، ۸۱٪ و در مورد اختلال شخصیت در پایین‌ترین سطح، ۱۴٪ بوده است و در مورد اختلال‌های خلقی (۴۱٪)،

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1- Ress | 2- somatoform disorders |
| 3- Tignol | 4- Oxman |
| 5-Harrigan | 6-Kues |
| 7-Andersen | 8-Harthorn |
| 9- Van den Brink | 10-Loeustra |
| 11-Van de Villige | 12-Hickie |

- Andersen, S.M., & Harthorn, B.H. (1989). The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. *Medical Care*, 27, 869-886.
- Catlin, R.J. (1993). *Appleton & Lange's Reviews for the USMLE step2*. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange (P.82).
- Catlin, R.J. (1999). *Review for USMLE step2*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; (P.P. 26, 46).
- Chalmers, K.I., Luker, K.A., & Bramadat, I.J. (1998). Students' knowledge and attitudes towards primary health care. *Nurse Education Today*, 18, 399-405.
- Glick, T.H., Workman, T.P., & Gaufer, S.V. (2000). Suspected conversion disorder: foreseeable risks and avoidable errors. *Academic Emergency Medicine*, 7, 1272-1277.
- Haas, J.P. (1988). Comments on the so-called feeling of hysteria "[Article in German] *Der Nervenarzt*, 59, 92-98.
- Hickie, I.B., Devanport, T.A., Scott, E.M., Hadzi-Pavlovic, D., Naismith, S.L., Koschera, A. (2001). Unmet need for recognition of common mental disorders in Australian general practice. *the Medical Journal of Australia*, 16(175 Suppl.) 18-24.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins; (P.P. 634-637).
- Maudsley, R.F. (1999). Content in context: medical education and society's needs. *Academic Medicine*, 74, 143-145.
- Ormel, J., van Os, T.W., Van den Brink, R.H., Jenner, J.A., Van der Meer, K., Tiemens, B.G., Van der Doorn, W., Smith, A., & Van den Brink, W. (1999). Train-

شان ندادند ($P < 0/05$). ولی با افزایش سن و مدت فراغت از تحصیل آزمودنی‌ها، میانگین امتیازهای آن‌ها در پاسخ به پرسش‌های مربوط به تشخیص اختلال تبدیلی و نیز تشخیص پزشکی کاهش یافت به گونه‌ای که در گروه‌های مسن‌تر، کمبود بیشتری دیده شد. البته این کاهش، تنها در مورد اختلال تبدیلی معنی‌دار است. این یافته در تضاد با یافته‌های پژوهش‌های دیگری و همکاران (۲۰۰۱) است. آنان دریافتند پزشکانی که بیش از سی و پنج سال سن دارند در تشخیص اختلال‌های روانپزشکی دقت بیشتری نشان می‌دهند. شاید این ناهمخوانی یافته‌ها به علت تفاوت‌های اجتماعی و آموزشی جوامع مورد بررسی باشد. چنانچه بررسی‌های کامل‌تر و با حجم نمونه بزرگ‌تر یافته‌های این بررسی را تأیید کند، نیاز است به آموزش اختلال تبدیلی در دانشکده‌های پزشکی توجه بیشتری شود و این آموزش در برنامه‌های بازآموزی ادامه یابد.

Andeeshah
Va
Raftar
ادبشه و رفتار
۴۰

سپاسگزاری

از جناب آقای دکتر کاظم ملکوتی و نیز کارکنان محترم مرکز بهداشت غرب تهران که در اجرای پژوهش از همکاری ایشان بهره مند شدیم سپاسگزاریم. همچنین از سرکار خانم منیژه سامری که در تمام مراحل اجرای بررسی ما را یاری کردند و از جناب آقای دکتر اوستا رضوی مسئول محترم دفتر پژوهش و توسعه آزمون‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که درباره روش طراحی آزمون از راهنمایی ایشان بهره‌مند شدیم کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

- وایرژما، و.، جورز، ا.ج. (۱۳۷۵). *اندازه‌گیری و آزمون در تعلیم و تربیت*. ترجمه: غلامرضا خوی‌نژاد، تهران: مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی، ۳۶۱-۲۷۱.

ing primary care physicians improves the management of depression. *General Hospital Psychiatry*, 21, 168-176.

Oxman, T.E., Harrigan, J., & Kues, J. (1983). Diagnostic patterns of family physicians for somatoform, depressive, and anxiety disorders. *Journal of Family Practice*, 17, 439-446.

Quill, T.E. (1985). Somatization disorder. One of medicine's blind spots. *Journal of American Medical Association (JAMA)* 254, 3075-3079.

Ress, W.L. (1977). The general practitioner's role in the management of psychiatric illness. *Journal of Internal Medicine Research* 5(1 Suppl.):126-131.

Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2000). *Comprehensive*

textbook of psychiatry. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins (P.P. 1510 – 1514).

Sorvaniemi, M., Joukamaa, M., Helenius, H., & Salokangas, R. K. (1996) Recognition and management of major depression in psychiatric outpatient care: a questionnaire survey. *Journal of Affective Disorders*: 41, 223-227.

Tignol, J. (1995). Hysterical emergencies [article in French] *Le Revue Du Praticien*; 45, 2563-2567.

Van den Brink, W., Loeustra, A., Ormel, J., Van de Villige, G. (1991). Mental health intervention programs in primary care: their scientific basis. *Journal of Affective Disorders*, 21, 273-284.