



## 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 بترتیب 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.

:

\* 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<sup>۱</sup> و سادوک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸)، احساساتی که می‌تواند در قضاوت آنان سوگیری ایجاد کند. در پیشینه پژوهش‌های روانپزشکی از این احساسات به عنوان نوعی انتقال متقابل<sup>۳</sup> و با نام "احساس هیستری"<sup>۴</sup> یاد شده است. "احساس هیستری" مجموعه‌ای از احساس‌ها است که پزشک را نسبت به اعتبار رفتارهای بیمارمشکوک می‌کند (هاس<sup>۵</sup>، 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 غیرمؤثر را برانگیزد (کوئیل<sup>۶</sup>، ۱۹۸۵؛ گلیک<sup>۷</sup>، ورکمن<sup>۸</sup> و گوفبرگ<sup>۹</sup>، 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.

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - مقطعی<sup>۱۰</sup> بوده. جامعه پژوهش، پزشکان عمومی شرکت‌کننده در دوره‌های بازآموزی مدون روانپزشکی انجمن علمی روانپزشکان ایران در تابستان و پاییز سال ۱۳۸۰ بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس 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<sup>۱</sup>، لوکر<sup>۲</sup> و برامادات<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸؛ اورمل<sup>۴</sup> 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<sup>۵</sup>، 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 بروز 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 پیش‌بینی می‌شد طی این مدت آموزش دیگری ندیده باشند.  $\bar{u}$  نفر در هر دو آزمون مسلط و چهار نفر نامسلط بودند. ضریب پایایی به‌دست‌آمده برای این ابزار ۰/۸۷ بود.

برای گردآوری داده‌ها در بررسی اصلی آزمون در دو بازآموزی مدون روان‌پزشکی، در نخستین روز بازآموزی‌ها پس از توضیح کوتاهی درباره پرسشنامه‌ها در مدت ۴۵ دقیقه تکمیل گردید. برای تحلیل داده‌ها آزمون تک نمونه‌ای کولوموگوروف-اسمیرنوف<sup>۱۶</sup>، آزمون‌های ناپارامتری من- وایتنی<sup>۱۷</sup> (مقایسه در دو گروه) و کروسکال-والیس<sup>۱۸</sup> (مقایسه در چند گروه) به‌کار گرفته شد.

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

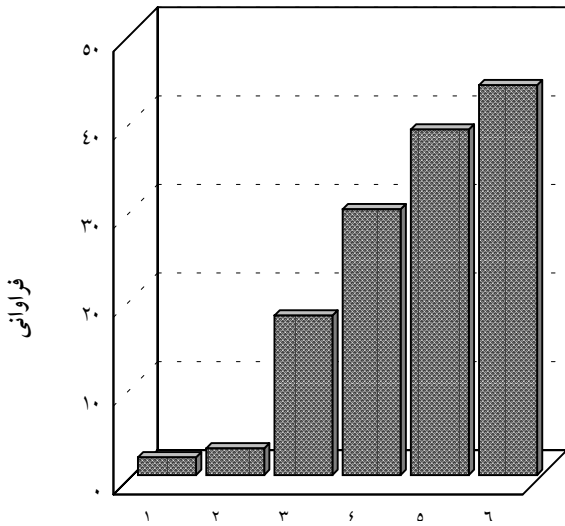
1- criterion-referenced	2- Wiersma
3-Jurs	4-Catlin
5-Sorvaniemi	6- Joukamaa
7- Helenius	8- Salokangas
9- test/retest	
10- mastery/nonmastery cut-off point	
11- internal consistent	12- convergent validity
13- discriminant validity	14- Difficulty Index
15-Brennan's Mastery/nonmastery Discrimination Index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

برای سنجش دانش پزشکان، با به‌کارگیری معیارهای طراحی آزمون‌های ملاک مرجع<sup>۱</sup> (وایرزما<sup>۲</sup> و جورز<sup>۳</sup>، ۱۳۷۵) و با بهره‌گیری از منابع معتبر (کاتلین<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳؛ کاتلین، ۱۹۹۹؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۰؛ سوروانیمی<sup>۵</sup>، جوکاما<sup>۶</sup>، هلنیوس<sup>۷</sup>، سالوکانگاس<sup>۸</sup>، ۱۹۹۶)، پرسشنامه‌ای بیست ماده‌ای و چند گزینه‌ای دارای شرح حال چند بیمار فرضی و پرسش‌هایی درباره نزدیک‌ترین تشخیص و یا مناسب‌ترین اقدام درمانی طراحی شد. در این پرسشنامه پس از ویژگی‌های فردی آزمودنی، سه مورد بیمار مبتلا به اشکال شایع اختلال تبدیلی (فلج تبدیلی، کوری تبدیلی و صرع کاذب) و سه مورد بیمار مبتلا به اختلال‌های افسردگی (اختلال افسردگی عمده، اختلال افسردگی ناشی از کم‌کاری تیروئید، اختلال انطباقی با خلق افسرده) و پنج مورد بیمار مبتلا به بیماری‌های شایع در پزشکی عمومی (سرپائی (کم‌کاری تیروئید، پرکاری تیروئید، بازتاب معدی - مروی، سیستیت حاد و پرفشاری خون) مطرح شده و از آزمودنی خواسته شد نزدیک‌ترین تشخیص و مناسب‌ترین اقدام درمانی را از میان گزینه‌ها انتخاب کند. طی یک بررسی راهنما، با انجام آزمون-بازآزمون<sup>۹</sup>، روایی و پایایی پرسشنامه بررسی شد. نخست پاسخ به ۸۰٪ پرسش‌ها به‌عنوان نقطه برش تسلط/عدم تسلط<sup>۱۰</sup> تعیین شد. گفتنی است که تحلیل پرسشی برای بررسی همسانی درونی<sup>۱۱</sup>، روایی همگرا<sup>۱۲</sup> و روایی افتراقی<sup>۱۳</sup> پرسشنامه انجام شده و در بررسی اصلی نقطه برش یادشده به‌کار برده نشده است. داده‌های به‌دست آمده از سی نفر دانشجویان پزشکی مورد تحلیل پرسشی ویژه آزمونهای ملاک-مرجع قرار گرفت. با محاسبه شاخص دشواری<sup>۱۴</sup> و شاخص افتراق تسلط/عدم تسلط برنان<sup>۱۵</sup> (برنان، ۱۹۷۲) به نقل از وایرزما و جورز، (۱۳۷۵)، مشخص شد بیشتر پرسش‌ها 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

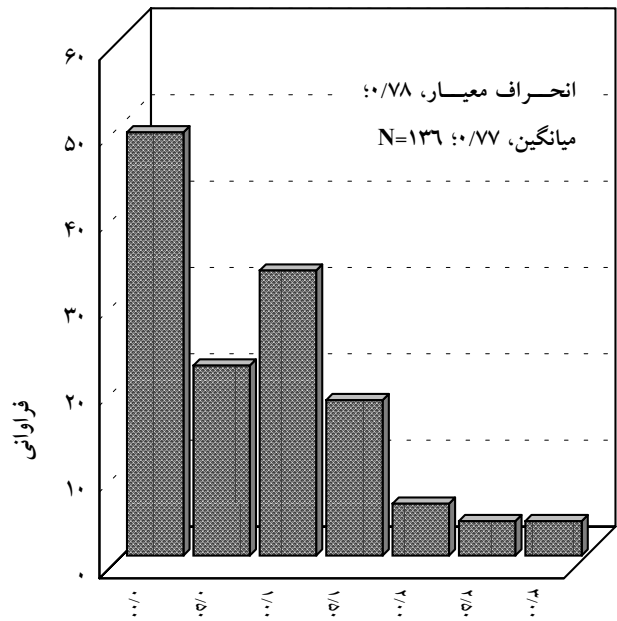
(محدوده کاهش ۴ تا ۵) ولی آزمون کروسکال-والیس این کاهش را از نظر آماری معنی دار نشان نداد.

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

متغیر	فراوانی	درصد	df	کروسکال-والیس	P
سن	۲۰-۲۹	۲۲	۱۶	۹/۴۱	N.S.
	۳۰-۳۹	۸۲	۶۰		
	۴۰-۴۹	۲۰	۱۵		
	۵۰-۵۹	۶	۴/۵		
	۶۰≤	۶	۴/۵		
	از تحصیل فراغت	۲۲	۲۹		
نمره کل تشخیص پزشکی	۱	۲	۱	۲۲/۲۷	۰/۰۰۱
	۲	۳	۲		
	۳	۱۸	۱۳/۵		
	۴	۳۰	۲۲		
	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 کوری تبدیلی به ترتیب ۱۶، ۲۴ و ۲۲ درصد آزمون‌شوندگان 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. ۴۶٪ 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.

وان دنبرینک 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. بنا بر برخی پژوهش‌ها دست کم یک پنجم بیماران مراجعه‌کننده 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<sup>۱</sup>، ۱۹۷۷). یکی از مشکلات شایع در بخش‌های اورژانس، اختلال‌های شبه جسمی<sup>۲</sup> 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 (تیگنول<sup>۳</sup>، 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<sup>۴</sup>، هاریگان<sup>۵</sup> و کیوئس<sup>۶</sup> (۱۹۸۳)، آندرسن<sup>۷</sup> و هارتورن<sup>۸</sup> (۱۹۸۹)، وان دن برینک<sup>۹</sup>، لویوسترا<sup>۱۰</sup>، اورمل و وان دوویلیج<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۱)، هایکی<sup>۱۲</sup> 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., & Gaufrberg, 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 یکی 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.

از جناب آقای دکتر کاظم ملکوتی و نیز کارکنان محترم مرکز بهداشت غرب تهران که در اجرای پژوهش از همکاری ایشان بهره‌مند 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.

وایرژما، و.، جوزز، 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.