

## پژوهشی در باره توافقی دستیاران روانپزشکی در زمینه تشخیص‌گذاری اختلالات محور I براساس DSM-IV

دکتر حسن شاهرخی<sup>۱</sup>، دکتر نصرت‌اله پورافکاری<sup>۲</sup>، عبدالرسول صفائیان<sup>۳</sup>

### چکیده

پیش‌زمینه و هدف: نظام DSM-IV برای طبقه‌بندی بیماری‌های روانپزشکی، امروزه به‌طور وسیعی مورد استفاده روانپزشکان است. هرچند پایایی این نظام تشخیصی در مطالعات متعدد مورد بحث قرار گرفته است ولی در اکثر موارد، ارزیابی پایایی با استفاده از مصاحبه‌های تشخیصی ساختار یافته یا نیمه ساختار یافته صورت گرفته که متناسب با کار معمول بالینی نیست. بنابراین مطالعه حاضر مسئله توافقی دستیاران روانپزشکی در زمینه تشخیص‌گذاری‌های محور I روانپزشکی براساس DSM-IV با استفاده از مصاحبه‌های بدون ساختار را مورد ارزیابی قرار داده است.

مواد و روش: روش مطالعه به‌صورت مقطعی است. در جریان این تحقیق ۱۱۷ بیمار در جلسات گزارش صبحگاهی بیمارستان رازی تبریز مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند. این بیماران به‌طور جداگانه توسط دستیاران از نظر وضعیت روانی و تشخیص‌های محور I مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های به‌دست آمده برای تعیین توافقی متوسط دستیاران، با استفاده از ضریب توافقی درون طبقه‌ای مورد سنجش قرار گرفت هم‌چنین با استفاده از تحلیل واریانس تاثیر عوامل مختلف بر تشخیص‌گذاری‌ها سنجیده شد.

نتایج: میزان توافقی دستیاران در زمینه تشخیص‌گذاری اختلالات محور I روانپزشکی در حد خوب تا عالی (ICC=۰/۷۱) بود. هیچ‌یک از عوامل فردی مربوط به دستیار یا بیمار در توجیه فرآیند تشخیصی اهمیت قابل ملاحظه‌ای نداشتند، به‌جز ارزیابی دستیاران از «درک بیمار»، هیچ‌یک از اجزاء بررسی وضعیت روانی در این زمینه به‌طور قابل ملاحظه مؤثر نبودند.

تشخیص‌گذاری‌های محور III و IV روانپزشکی در توجیه قسمتی از فرآیندهای تشخیصی مهم برآورد گردید. بحث: به‌نظر می‌رسد هنگامی‌که ارزیابی‌کننده‌ها به اطلاعات یکسانی در مورد بیمار دسترسی داشته باشند، تشخیص‌گذاری بیماری‌های روانپزشکی، حتی بدون استفاده از مصاحبه‌های ساختار یافته با پایایی خوبی قابل انجام است.

گل‌واژگان: توافقی تشخیصی، دستیار روانپزشکی، بیماری‌های روانی، محور I

مجله پزشکی ارومیه، سال پانزدهم، شماره اول، ص ۵۴-۴۷، بهار ۱۳۸۳

آدرس مکاتبه: تبریز - جاده ائل گلی، بیمارستان رازی، دکتر حسن شاهرخی، تلفن ۳۸۰۴۴۸۶-۹  
Email: Hasan-sh@parsimail.com

۱- روانپزشک، بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲- استاد گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳- کارشناس ارشد آمار حیاتی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

## مقدمه

نظام DSM-IV<sup>۱</sup> که امروزه به طور وسیعی در بسیاری از کشورها (از جمله کشور ما) برای آموزش روانپزشکی و تشخیص گذاری های سازمان یافته به کار می رود، در جهت تضمین توجه به تمامی مسائل مرتبط با بیمار و بیماری، تشخیص در ۵ محور<sup>۲</sup> را به روانپزشکان توصیه می نماید.

از میان محورهای پنج گانه، محور ۱ به تشخیص اختلالات بالینی و دیگر موارد مورد توجه بالینی اختصاص دارد (۱). روانپزشکان حتی اگر به سایر محورها توجه کافی نداشته باشند (۲)، ارزیابی مشکلات محور ۱ را عموماً بسیار مهم تلقی می کنند. رویکردی که با ویرایش سوم DSM و پس از آن DSM-IV به طور رسمی به جریان غالب روانپزشکی بدل گردیده، تلاشی پیشرونده برای توصیف علامت شناسانه و دوری از نظرپردازی های ذهنی را در دستور کار خود قرار داده است (۱).

شیوه اساسی این نظام برای تشخیص گذاری، جمع آوری اطلاعات در جریان مصاحبه بالینی و سپس طبقه بندی سیستماتیک علائم و متناسب ساختن مجموعه ای از آنها به یک طبقه تشخیصی خاص می باشد که این امر خود به پیش بینی سیر بیماری و انتخاب درمان مناسب می انجامد (۳). امروزه برای روانپزشکانی که قسمت زیادی از نگرش بالینی خود را در چهارچوب چنین روش هایی کسب می کنند، موضوع هماهنگی غایی فرضیات اولیه این نظام ها با عملکرد و نتیجه نهایی شان اهمیتی اساسی دارد و پرداختن به این موضوع لاجرم، به بررسی پایایی و صحت طبقه بندی های تشخیصی علامت شناسانه در عمل روزمره خواهد انجامید.

متعاقب پیدایش نظام های تشخیصی علامت شناسانه، مطالعات زیادی پایایی عمومی این نظام ها را تأیید کرده اند (۴، ۵، ۶، ۷، ۸). اما از آنجا که در جریان بسیاری از این مطالعات، ارزیابی ها با روش های ساختاریافته یا نیمه ساختاریافته انجام

شده هنوز این سؤال باقی مانده است که: آیا هنگامی که این معیارها در جریان کار بالینی روزمره و بدون استفاده از شیوه های ساختار یافته اعمال گردند، بازهم پایایی آنها در حد مطلوب است؟

پرداختن به این سؤال شناخت منابع مهم اختلاف تشخیصی در جریان عمل روزمره بالینی را اقتضا می کند. این منابع به طور کلی در سه دسته قابل تقسیم بندی هستند (۹): اختلاف در دسترسی به اطلاعات کسب شده<sup>۳</sup>، اختلاف در مشاهده<sup>۴</sup> و اختلاف در معیارهای مورد استفاده<sup>۵</sup>.

نظامی چون DSM-IV حداقل از لحاظ نظری قادر است موضوع اختلاف در معیارها را بهبود بخشد. روش های ساختار یافته کسب اطلاعات نیز عمدتاً از طریق کاهش اختلاف در اطلاعات کسب شده بر پایایی نهایی تأثیر می گذارند. اما اختلاف در مشاهده، موضوعی است که تاکنون حتی نظام های تشخیصی علامت شناسانه قادر به حل کامل و یا حداقل نزدیک به کامل آن نشده اند. این اختلاف به درک متفاوت پزشکان از پدیده های یکسان اشاره دارد. چنین درکی به شدت وابسته به فرهنگ، نگرش و دیگر عوامل شخصی مربوط به فرد ارزیابی کننده است.

### 1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

۲- محورهای پنج گانه تشخیص گذاری در نظام DSM-IV به شرح زیر هستند:

- محور I: بیماری های روانپزشکی و مسائل دیگری که مورد توجه بالینی هستند.

- محور II: اختلالات شخصیت و عقب ماندگی ذهنی

- محور III: مشکلات طبی عمومی

- محور IV: مشکلات محیطی و اجتماعی که بر سیر بیماری روانپزشکی مؤثرند.

- محور V: ارزیابی عملکرد براساس مقیاس CAF

3- Information Variance

4- Observation Variance

5- Criterion Variance

مثلاً نشان داده شده که افرادی با فرهنگ‌های مختلف تظاهرات هیجانی یک چهره را به طور متفاوت درک می‌کنند (۱۰)، نیز کلام بیمار می‌تواند مورد تفاسیر مختلف قرار گیرد (۹) و درک موضوعاتی چون هذیان و توهم به شدت به نظر فرد ارزیابی‌کننده وابسته است (۱۱).

آنچه که تاکنون بیان شد در مجموع تأکیدی است بر لزوم پرداختن جدی به موضوع پایایی تشخیص‌گذاری‌های مرسوم روانپزشکی در عمل روزمره.

درک این نیاز، نقطه عزیمت نویسندگان این مقاله در طراحی و اجرای تحقیقی گردید که تا حد امکان مشابه شرایط طبیعی کار بالینی باشد بدین ترتیب، پژوهش حاضر در زمینه بررسی توافق دستیاران روانپزشکی در تشخیص‌گذاری در محور روانپزشکی به اجرا درآمد. در این میان، میزان تاثیر بعضی از عوامل احتمالی که بر توافق دستیاران در این زمینه مؤثرند، نیز مورد سنجش قرار گرفت. به این امید که با تبیین ابتدایی وضعیت موجود بتواند راهی به سوی بررسی‌ها و اقدامات بعدی برای بهبود شرایط تشخیص‌گذاری و در نهایت درمان بیماران روانپزشکی بگشاید.

## مواد و روش

این پژوهش، یک مطالعه مقطعی است که به مدت یک سال از تاریخ اول مهر ۱۳۸۰ تا آخر شهریور ۱۳۸۱ در مرکز آموزشی و درمانی روانپزشکی رازی تیریز انجام شده، یافته‌های حاصل از آن با روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی مورد تحلیل قرار گرفت. مطالعه در جلسات گزارش صبحگاهی بیمارستان انجام می‌شد، به این ترتیب که در این جلسات به طور معمول یکی از دستیاران با یک بیمار مصاحبه به عمل می‌آورد. مصاحبه که حدود ۲۰ دقیقه به طول می‌انجامد، در حضور سایر دستیاران و حداقل یک استاد راهنما انجام پذیرد. پس از اتمام مصاحبه، یافته‌های به دست آمده در جریان مصاحبه توسط حاضران و با

راهنمایی استاد حاضر در جلسه مورد بحث قرار می‌گیرد. برای انجام تحقیق ابتدا براساس منابع معتبر روانپزشکی (۱۲) پرسشنامه‌ای مشتمل بر علائم و نشانه‌های روانپزشکی که در جریان معاینه وضعیت روانی قابل دسترسی است، تهیه گردید. این پرسشنامه سپس در اختیار ۷ نفر از اساتید قرار گرفت و پس از اعمال تغییراتی، برای دستیابی به اهداف مطالعه، معتبر تشخیص داده شد. پرسشنامه همه روزه در اختیار تک تک دستیاران حاضر قرار می‌گرفت و از آنها خواسته می‌شد که در جریان انجام مصاحبه علائم موردنظر خود را در مورد بیمار با زدن علامت مشخص کنند و در پایان آن تشخیص‌های موردنظر خود در محور ارا ذکر نمایند. پرسشنامه‌ها بلافاصله پس از اتمام مصاحبه و قبل از شروع بحث جمع‌آوری می‌شد تا از ایجاد اثر مداخله‌گرانه بحث‌های بعدی بر تشخیص‌های دستیاران جلوگیری شود. در ضمن از دستیاران خواسته شده بود که ضمن نوشتن تشخیص‌های احتمالی مطرح برای بیمار در صورت چندگانه بودن این تشخیص‌ها، مهم‌ترین موردی را که اساس برخورد بالینی با بیمار می‌دانند مشخص کنند. تحلیل داده‌ها بر روی این تشخیص‌های اولیه انجام گردید. یافته‌های حاصل از پرسشنامه‌ها که حاوی متغیرهای فراوان بود با روش تحلیل عاملی، به متغیرهای محدودتر تقلیل داده شد و سطح توافق دستیاران در ارزیابی مشکلات محور ا، توسط ICC برآورد گردید. سپس با استفاده از آزمون آماری ANOVA (تحلیل واریانس) تاثیر چهار دسته از عوامل بر توافق تشخیصی دستیاران مورد بررسی قرار گرفت. این عوامل عبارت بودند از:

- ۱) عوامل مربوط به بیمار (شامل جنس، محل سکونت «شهر یا روستا»، تحصیلات، زبان بیمار «یعنی زبانی که در مصاحبه مورد استفاده قرار می‌گرفت»).

- ۲) عوامل مربوط به دستیار (شامل جنس، درجه تحصیلی، زبان «یعنی آشنایی یا عدم آشنایی وی با زبان آذری علاوه بر زبان فارسی»).

جدول شماره ۱: مختصات جمعیت شناختی بیمارانی که توسط دستیاران مورد ارزیابی قرار گرفتند

متغیرها	فراوانی	درصد
<b>جنس</b>		
مرد	۸۹	۷۶
زن	۲۸	۲۴
<b>تحصیلات</b>		
بی سواد	۶	۵
ابتدایی	۱۹	۱۶
راهنمایی	۴۳	۳۷
دیپستان	۳۷	۳۲
بالتر از دیپلم	۱۲	۱۰
<b>گروه سنی</b>		
کمتر از ۱۵ سال	۴	۳
۱۵-۲۰ سال	۱۶	۱۴
۲۰-۳۰ سال	۵۱	۴۴
۳۰-۴۰ سال	۲۰	۱۷
۴۰-۵۰ سال	۱۹	۱۶
بالتر از ۵۰ سال	۷	۶
<b>محل سکونت</b>		
شهر	۱۱۱	۹۵
روستا	۶	۵

زبان بیمار) و نیز فرد مصاحبه‌گر عوامل به‌طور قابل ملاحظه تعیین‌کننده‌ای برای تشخیص‌گذاری نبوده‌اند. از میان اجزاء وضعیت روانی تنها عاملی که توانسته بر فرآیند توافقی نهایی به‌نحو قابل ملاحظه‌ای تاثیر گذارد «ارزیابی دستیاران از درک بیمار» بوده است که ۱۲٪ از فرآیند را توجیه می‌کرد. هنگامی که

۳) اجزاء ارزیابی وضعیت روانی (شامل ارزیابی دستیاران از ظاهر کلی، فعالیت روانی - حرکتی، نگرش، خلق، عاطفه، تکلم، سیر تفکر، محتوای تفکر، درک، حافظه، توجه، قدرت انتزاع، قضاوت و بصیرت می‌باشد).

۴) ارزیابی‌های دستیاران در سایر محورهای تشخیصی

### نتایج

در کل ارزیابی دستیاران از ۱۱۷ بیمار شرکت‌کننده در گزارش صبحگاهی جمع‌آوری گردید. مشخصات بیمارانی که در این جلسات مورد ارزیابی قرار گرفتند به‌طور خلاصه در جدول ۱ آمده است.

از مجموع ۱۹ دستیار که با درجات تحصیلی مختلف در این بیمارستان مشغول به کار و تحصیل بودند، ۸ نفر از آنها به دلیل آنکه پرسشنامه‌های کافی برای حضور در مطالعه را تکمیل نکرده بودند، از مطالعه حذف شدند. این ۸ نفر کسانی بودند که به دلیل برنامه‌های معمول دستکاری و حضور در بخش‌های جانبی، درمانگاه و... امکان حضور مداوم در جلسات گزارش صبحگاهی را نداشتند. مشخصات ۱۱ دستیار که پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند به‌طور خلاصه در جدول ۲ آمده است.

جهت سهولت انجام تحلیل آماری، تشخیص‌های مطرح شده توسط دستیاران براساس نظام DSM-IV طبقه‌بندی گردید (۱). در جدول ۳ کلیات تشخیص‌های مطرح شده توسط دستیاران آمده است.

با استفاده از ضریب توافقی درون طبقه‌ای میزان متوسط توافقی بین دستیاران مورد سنجش قرار گرفت. نتایج این سنجش در جدول ۴ خلاصه شده است.

آنالیز واریانس نشان داد که درجه تحصیلی دستیاران در فرآیند نهایی تشخیص‌گذاری اثر قابل ملاحظه‌ای اعمال نکرده است همچنین آشنائی یا عدم آشنائی دستیاران با زبان آذری در توجیه این فرآیند اثر قابل ملاحظه‌ای نداشت. در ضمن عوامل مربوط به بیمار (شامل سن، جنس، تحصیلات بیمار، محل سکونت و

جدول ۴: میزان متوسط توافق دستیاران در ارزیابی مشکلات محور روانپزشکی براساس ضریب توافق درون طبقه‌ای (ICC)

میزان توافق	گروه تحصیلی
۰/۶۶	دستیاران سال اول
۰/۸۴	دستیاران سال دوم و سوم
۰/۷۱	میزان توافق کلی

### بحث

مطالعات قبلی که در این زمینه انجام شده نشان‌دهنده توافق خوب تا عالی در تشخیص‌گذاری اختلالات روانپزشکی در محور است (۶، ۹). مطالعه ما نشان داد که حتی بدون استفاده از مصاحبه‌های ساختار یافته یا نیمه‌ساختار یافته نیز تشخیص‌گذاری در این محور از پایایی خوبی برخوردار است. میزان توافق دستیاران سال بالاتر که تخمین دقیق‌تری از وضعیت روانپزشکی در کشور ما را به دست می‌دهد به خصوص توافقی در سطح عالی را نشان داده است. این میزان توافق نسبت به بسیاری از مطالعات در دسترس بالاتر است. شاید یکی از دلایل آن باشد که طرح مطالعه ما چنان بود که تفاوت در کسب اطلاعات را به طور کامل حذف می‌کرد.

در مطالعات قبلی با وجود استفاده از مصاحبه‌های ساختار یافته یا نیمه ساختار یافته، فرد ارزیابی‌کننده برای تشخیص‌گذاری، به اطلاعاتی که خود به طور انفرادی در جریان مصاحبه با بیمار کسب می‌کرده متکی بود، بدیهی است که این امر حتی در مطلوب‌ترین شرایط نیز می‌تواند به درجات مختلف، موجب اختلاف در اطلاعات به دست آمده با تاکید ترجیحی بر موضوعاتی خاص گردد. اما در مطالعه ما کسب اطلاعات مربوط به تاریخچه، تنها توسط یک نفر (فرد مصاحبه‌گر) انجام می‌شد و دیگران در این کار نقشی نداشتند که این امر باعث اختلاف در کسب اطلاعات گردیده بود. همچنین کسب

تشخیص‌گذاری در سایر محورها از نظر تاثیر بر فرآیند نهایی تشخیص‌گذاری در محور ۱ بررسی شد، تشخیص‌گذاری‌های محور III و IV از این نظر مهم ارزیابی شدند که اولی ۹٪ و دومی ۱۲٪ از فرآیند تشخیص‌گذاری را توجیه می‌کرد.

جدول ۲: مشخصات دستیاران شرکت‌کننده در ارزیابی بیماران

متغیرها	فراوانی	درصد
جنس		
مرد	۸	۷۳
زن	۳	۲۷
درجه تحصیلی		
سال اول	۶	۵۵
سال بالائی (شامل دستیاران سال دوم و سوم)	۵	۴۵
زبان		
آذری	۶	۵۵
فارسی	۵	۴۵

جدول ۳: تشخیص‌های کلی مطرح شده توسط دستیاران (براساس میزان متوسط تشخیص‌های مطرح شده).

تشخیص	درصد
اطلاعات برای تشخیص‌گذاری، کافی برآورده نشده است	۱۱/۳
بیماریهایی که برای اولین بار در دوران شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی بروز می‌کنند.	۱/۱
دلیریوم، دمانس و بیماری‌های فراموشی و سایر اختلالات شناختی	۱/۱
اختلالات ذهنی ناشی از اختلال طبی عمومی که در جایی دیگر طبقه بندی نشده‌اند.	۱/۶
اختلالات وابسته به مواد	۴/۵
اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک	۲۳/۳
اختلالات خلقی	۳۴
اختلالات اضطرابی	۸/۱
اختلالات شبه جسمی	۴/۹
اختلالات ساختگی	۲/۱
اختلالات تجزیه‌ای	۰/۸
اختلالات جنسی و هویت جنسی	۰
اختلالات کنترل تکانه که به نوعی دیگر طبقه بندی نشده‌اند.	۰/۵
اختلالات انطفاقی	۱/۶
اختلالات دیگری که ممکن است مورد توجه بالینی باشند.	۵/۱
سایر کدها	۱/۱

اطلاعات مزبور توسط فرد مصاحبه‌گر، بدون ارجاع به سیستم مصاحبه مشخص صورت می‌گرفت. توضیح این مطلب ضروری است که پرسشنامه‌ها به‌هنگام مصاحبه تنها در اختیار دستیاران ناظر (و نه فرد مصاحبه‌گر) قرار داشت و چهارچوب این پرسشنامه‌ها نیز تنها برای ثبت مشاهدات (که با معاینه وضعیت روانی مدل‌سازی شده بود) طراحی گردیده بود.

از نظر اختلاف در معیارهای تشخیصی طرح، مطالعه حاضر با دیگر مطالعات در این زمینه تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشت. در دیگر پژوهش‌ها هم عموماً بر اصول واحد به‌عنوان معیار تشخیص‌گذاری یا به‌طور روشن توافق شده بود یا به‌صورت ضمنی (همچون مطالعه ما). بدین ترتیب در این مطالعه از بین خطاهای احتمالی، تنها خطای بالقوه‌ای که می‌توانست باعث تفاوت تشخیصی گردد، اختلاف در مشاهده بود. به‌خصوص با در نظر گرفتن توافق قابل ملاحظه در دستیاران سال بالا، بنابراین می‌توان گفت که تفاوت احتمالی در مشاهده نقشی تعیین‌کننده در تشخیص‌گذاری ایفا نکرده است. آنچه که در بررسی حاضر تأییدی بر ادعای مزبور است، نشان دادن آن است که فرآیند تشخیصی به‌طور قابل ملاحظه‌ای از فرآیند بررسی وضعیت روانی جدا بوده و ظاهراً تشخیص‌ها عمدتاً به عواملی دیگر به‌غیر از بررسی وضعیت روانی (مانند اخذ تاریخچه بیماری) متکی بوده است. در این مورد تنها عامل «درک» مستثنی بوده و قادر به توجیه قسمتی از اختلاف تشخیصی است. به‌رغم آنکه بررسی مورد اخیر در مشخص شدن فرآیند دقیق تشخیص‌گذاری نقش قابل ملاحظه ایفا می‌کند، اما برحسب اطلاعات ما تاکنون در هیچ مطالعه‌ای به‌طور مستقیم مورد توجه قرار نگرفته است. هم‌چنین در چهارچوب مطالعه حاضر نمی‌توان توجیه دقیقی در مورد علت تأثیر ویژه درک بر فرآیند تشخیص ارائه داد. و این یافته تنها مطرح‌کننده سئوالی برای بررسی در مطالعات آتی است.

با توجه به‌اینکه به‌نظر می‌رسد تشخیص‌گذاری عمدتاً به‌تاریخچه

بستگی داشته است، موضوع عدم تأثیر قابل ملاحظه زبان (چه در مورد دستیاران و چه در مورد بیماران) در فرآیند تشخیص‌گذاری تا حدی غیرقابل توجیه به نظر می‌رسد. از آنجا که ترکیب حضور دستیاران در جلسات همواره ثابت نبوده است و تحلیل آماری به بررسی سطح متوسط توافق پرداخته است، شاید این امر ناشی از ترکیب اتفاقی خاص دستیاران آذری زبان و غیرآذری زبان در جلسات باشد. به هر حال این امر از محدودیت‌های مطالعه حاضر محسوب می‌شود و تعمیم این نتیجه در حال حاضر امکان‌پذیر نیست. مطالعات بعدی با چهارچوب مناسب برای بررسی این مطلب، می‌تواند به روشن شدن این ابهام کمک کند.

براساس نتایج این پژوهش توافق در گروه دستیاران سال بالاتر بیش از دستیاران سال اول است و این امر همانگونه که وب و همکارانش (۱۳) نشان داده‌اند، نقش آموزش را در افزایش توافق تشخیصی مورد تأکید قرار می‌دهد.

همچنین در ایسن تحقیق تشخیص‌گذاری در محور III (بیماری‌های جسمی) و محور IV (مشکلات محیطی و اجتماعی) قادر به توجیه قسمتی از فرآیند نهایی تشخیص بوده است. این امر متناسب با مطالعاتی است که بر ارتباط قابل ملاحظه بیماری‌های جسمی (۱۴، ۱۵) و نیز مشکلات محیطی و اجتماعی (۱۶، ۱۷، ۱۸) با مشکلات محور I تأکید دارند.

با توجه به‌نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت که در صورت حذف منابع اختلاف در بین ارزیابی‌کننده‌ها، تشخیص‌گذاری در محور I روانپزشکی با پایایی خوب تا عالی قابل انجام است؛ حتی اگر این تشخیص‌گذاری‌ها بدون استفاده از مصاحبه‌های ساختار یافته یا نیمه ساختاریافته، صورت گیرد.

مطالعه حاضر ضمن نشان دادن نتایج ذکر شده، سئوالی اساسی را نیز در مورد فرآیند دقیق تشخیص‌گذاری روانپزشکی در عمل روزمره بالینی پیش رو می‌نهد، امید می‌رود که در ایجاد انگیزه در بین محققان برای بررسی جامع‌تر این موضوع توفیقی به‌دست آورده باشد.

## تشکر و قدردانی

که در زمینه تأیید اعتبار پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه گروه تحقیق را یاری نمودند، سپاسگزاری می‌نماید. همچنین از دستیاران روانپزشکی شاغل در بیمارستان رازی تبریز به‌خاطر همکاری در اجرای مراحل تحقیق قدردانی می‌شود.

از اساتید روانپزشکی بیمارستان رازی تبریز خانم دکتر فاطمه رنجبر و آقایان دکتر اصغر ارفعی، دکتر علی فخاری، دکتر علی قریشی‌زاده، دکتر ایوب مالک، دکتر یونس نابدل و دکتر باقر وفایی

## References

- 1- Bogenschutz M, Nurenberg H: Classification of mental disorders, In: Sadock B, Sadock V, eds, Comprehensive Textbook of psychiatry. 7th ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 830-6.
- 2- Skodol AE: Axis IV: a reliable and valid measure of psychosocial stressors? Compr Psychiat, 1991, 32(6): 503-15.
- 3- Manley M: Psychiatric Interview, History, and Mental Status Examination, In: Sadok B, Sadock V, eds, Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7 th ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 652.
- 4- Pang AHT, Ungvari GS, Wong CK, Leung T: Interrater reliability of ICD-10 in Chinese patients. Eur Psychiat. 1997, 12: 8-10.
- 5- Sartorius N, Ustun TB, Korten A, Cooper JE, Van Drimmelen J: Progress toward achieving a common language in Psychiatry, II: Results from the international field trials of the ICD-10 diagnostic criteria for research for mental and behavioral disorders. 1995, 152(10): 1427-37.
- 6- Spitzer RL, Forman JB, Nee J: DSM-III field trials: I Initial Interrtor diagnostic reliability. Am J Psychiat, 1979, 136(6): 815-7.
- 7- Baca-Garcia E, Diaz - Sastre C, Rico F, Saiz Ruiz J: Assessment of clinical assessment reliability among researchers of a multicenter clinical trial. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatro cienc Afines, 1998, 26(6): 358-62.
- 8- Roy-Byrne P, Russo J, Way B, Allen M, et al: Interrator agreement among psychiatrists regarding emergency psychiatric assessments. Am J Psychiat, 1999, 156(11): 1840.
- 9- Yager J, Gitlin M: Clinical Manifestations of Psychiatric Disorders, In: Sadock B, Sadock V, eds, Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 789, 791.
- 10- Shioiri T, Someya T, Halmeste D, Tang SW: Misinterpretation of facial expression: A cross - cultural study. Psychiat clin Neurosci, 1999, 53(1):45.

- 11- Manschreck T: Delusional Disorder and Shared Psychotic Disorder, In: Sadock B, Sadock V, eds, Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 1247-8.
- 12- Sadock B: Signs and Symptoms in Psychiatry, In: Sadock B, Sadock V, eds, Comprehensive Textbook of psychiatry. 7th ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 678-88.
- 13- Webb LJ, Gold RS, Johnstone EE, Diclemente CC: Accuracy of DSM-III diagnoses following a training program. Am J Psychiat, 1981, 138(3): 376-8.
- 14- Koranyi EK, Potoczny WM: Physical illnesses underlying psychiatric symptoms. Psychother Psychosom, 1992, 58(3-4): 155-60.
- 15- Madsen AL, Aakerlund LP, Pedersen DM: Somatic illness in psychiatric patients. Ugeskr Laeger, 1997 159(29): 4508-11.
- 16- Yellowlees PM, Kaushik AV: An examination of the associations between life problems and psychiatric disorders in a rural patient population. Aust Nz J Psychiat, 1994, 28(1): 50-7.
- 17- Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceicao AT, Mari JJ: Stressful life events and major psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. Int J Psychiat, Med, 1996, 26(2): 211-22.
- 18- Bebbington P, Hamdi E, Ghubash R: The Dubai Community Psychiatric Survey IV: Life events, chronic difficulties and Psychiatric morbidity. Soc Psychiatr Epidemiol, 1998, 33(10): 501-9.