

بررسی میزان توافق دستیاران روانپزشکی در زمینه تشخیص گذاری محور III در طبقه بندی DSM-IV

دکتر حسن شاه‌رخ: دستیار روانپزشکی بیمارستان رازی دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط
دکتر نصرت الله پورافکاری: استاد گروه روانپزشکی بیمارستان رازی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
عبدالرسول صفائیان: کارشناس ارشد آمار حیاتی دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۲/۲/۲۱، بازنگری: ۸۲/۵/۲۸، پذیرش: ۸۲/۵/۲۹

چکیده

زمینه و اهداف: شیوع بیماریهای طبی در بیماران روانپزشکی بیشتر از جمعیت عمومی است و عامل مهمی در بیماریزایی و مرگ و میر در این گروه از بیماران به شمار می رود. این مطالعه با هدف بررسی توافق دستیاران روانپزشکی در تشخیص اولیه مشکلات جسمی در بیماران روانپزشکی طراحی و اجرا شده است.

روش بررسی: یکصد و هفده بیمار در جلسات گزارش صبحگاهی بیمارستان روانپزشکی «رازی تبریز» مورد مصاحبه قرار گرفتند. دستیاران حاضر در جلسات به طور جداگانه این بیماران را ارزیابی کردند. تشخیص های احتمالی اولیه توسط پرسشنامه جمع آوری شد. میزان متوسط توافق بین دستیاران با استفاده از ضرایب توافق بین طبقه ای و تأثیر عوامل مربوط به بیمار، عوامل مربوط به دستیار و تأثیر ارزیابی دستیاران از وضعیت روانی بیمار بر توافق نهایی در تشخیص بیماریهای طبی با تحلیل واریانس مورد سنجش قرار گرفت.

یافته ها: توافق دستیاران در مورد تشخیص بیماریهای طبی در بیماران روانپزشکی در حد متوسط ($\kappa = 0/42$) بود. توافق در دستیاران سال دوم و سوم بسیار پایین تر از دستیاران سال اول بود. این توافق در دستیارانی که به زبان آذری تسلط داشتند بیشتر از دستیاران فارسی زبان بود. دستیاران زن در ارزیابی این مشکلات نسبت به دستیاران مرد توافق بیشتری داشتند. عوامل جمعیت شناختی مربوط به بیمار توجه کننده تفاوت دستیاران در زمینه تشخیص نبود و از میان ارزیابی های مربوط به وضعیت روانی تنها ارزیابی «ظاهر کلی» و «نگرش» قادر به توجیه قسمتی از تفاوت بین دستیاران بود.

نتیجه گیری: تشخیص گذاری بیماران روانپزشکی در محور III طبقه بندی DSM-IV توسط دستیاران روانپزشکی پایایی کافی ندارد و این امر توجه بیشتر نظام آموزشی برای ایجاد انگیزش در دستیاران برای پرداختن به مشکلات جسمی بیماران روانپزشکی را ایجاب می کند.

کلید واژه ها: توافق، محور III، بیماریهای طبی، DSM-IV، تشخیص

مقدمه

روانپزشکی تشخیص منوط به رد عامل طبی عمومی است (۱). فقدان تشخیص مناسب این بیماریها رابطه درمانی روانپزشک - بیمار را تحت تأثیر قرار می دهد، زیرا اکثر بیماران مشکلات جسمی خود را ملموس تر درک می کنند و عدم توجه کافی پزشک به این مشکلات را نشانه ای از بی کفایتی و فقدان مسؤولیت پذیری او تلقی می کنند.

بررسی اعتبار و پایایی تشخیص گذاری روانپزشکان در این محور به عنوان پایه ای برای درک دقیق مشکل و نهایتاً آرایه راهکارهای علمی اهمیت بسزایی دارد. نظر به این که تاکنون بررسی جامعی در این زمینه صورت نگرفته است مطالعه حاضر با هدف ارزیابی میزان توافق دستیاران روانپزشکی در تشخیص گذاری محور III طراحی شد و عوامل احتمالی مرتبط با میزان توافق نیز مورد سنجش قرار گرفت.

مواد و روش ها

این پژوهش به مدت یک سال از ابتدای مهر ۱۳۸۰ تا اواخر شهریور ۱۳۸۱ در بیمارستان روانپزشکی «رازی تبریز» انجام گرفت. برای انجام این مطالعه در جلسات گزارش صبحگاهی که همه روزه در حضور دستیاران شاغل به تحصیل و حداقل یک استاد برگزار می شد، یک بیمار روانپزشکی مورد مصاحبه قرار می گرفت. در جریان این مصاحبه که ضمن اخذ شرح حال و تاریخچه بیماری (شامل بیماری طبی) معاینه

نظام تشخیص گذاری چند محوری که از ۱۹۸۰ میلادی همزمان با انتشار ویرایش سوم «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» (DSM)، به طور رسمی وارد حوزه روانپزشکی شد، به تشخیص بیماریها و مشکلات روانپزشکی در پنج محور می پردازد (۱). این نحوه رمز دهی در محورهای مختلف به معنای اختلاف مفهومی آنها نیست بلکه با هدف ارزیابی جامع بیماران براساس مدل زیستی - روانی - اجتماعی^۱ صورت می گیرد (۲). در میان محورهای تشخیصی چندگانه، محور III، به تشخیص بیماریهای طبی عمومی اختصاص دارد (۱).

مطالعات متعدد نشان داده اند که بیماریهای طبی در بیماران روانپزشکی، به طور کلی، شیوع بیشتری از جمعیت عمومی دارند و متأسفانه به دلایل مختلف در بسیاری از موارد تشخیص داده نمی شوند (۳). میزان عدم تشخیص این بیماریها در مطالعات مختلف از ۲۰٪ تا ۷۲٪ گزارش شده است (۷-۴).

اهمیت این موضوع هنگامی روشن تر می شود که بدانیم در تعداد متناسبی از این بیماران، بیماریهای جسمی تشخیص داده شده یا نشده باعث بروز یا تشدید علائم بیماری روانپزشکی می شوند یا بر سیر بهبود بیماری تأثیر منفی می گذارند (۱۰-۸). همچنین عدم تشخیص مناسب بیماریهای ذکر شده دقت تشخیص گذاری در سایر محورها، مشخصاً محور I، را تحت الشعاع قرار می دهد، چرا که در اکثر اختلالات

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی بیماران مورد بررسی بر حسب جنس، تحصیلات، گروه های سنی و محل سکونت

متغیرها	فراوانی	درصد
جنس		
مرد	۸۹	۷۶
زن	۲۸	۲۴
تحصیلات		
بی سواد	۶	۵
ابتدایی	۱۹	۱۶
راهنمایی	۴۳	۳۷
دبیرستانی	۳۷	۳۲
بالتر از دیپلم	۱۲	۱۰
گروه سنی		
کمتر از ۱۵ سال	۴	۳
۱۵-۱۹	۱۶	۱۴
۲۰-۲۹	۵۱	۴۴
۳۰-۳۹	۲۰	۱۷
۴۰-۴۹	۱۹	۱۶
۵۰ و بالاتر	۷	۶
محل سکونت		
شهر	۱۱۱	۹۵
روستا	۶	۵

مصابحه ها در ۸۷/۷٪ موارد به زبان فارسی و در ۱۲/۳٪ موارد به زبان آذری صورت گرفت. خلاصه تشخیص های مطرح شده برای بیماران توسط دستیاران را در جدول ۲ ملاحظه می کنید.

جدول ۲: درصد تشخیص گذاری های مختلف در محور III (بر اساس میزان متوسط نظرات دستیاران)

دسته های تشخیصی	درصد
نامشخص	۲۰/۱
فاقد تشخیص	۶۸/۸
بیماری های گوش، حلق و بینی	۰/۴
بیماری های غدد	۳
بیماری های مغز و اعصاب	۵
بیماری های جراحی عمومی	۱
بیماری های کلیه	۰/۵
بیماری های ارتوپدی	۰/۱
بیماری های تنفسی	۰/۴
تشخیص های غیر اختصاصی	۰/۷
جمع	۱۰۰

وضعیت روانی نیز انجام می گرفت و در پایان مصاحبه که به طور متوسط ۲۰ دقیقه طول می کشید، حاضران با راهنمایی استاد مربوطه به بحث در مورد بیمار و تشخیص های مطرح برای وی می پرداختند.

یادآوری می شود که در چنین مصاحبه های که مدل روشنی از مصاحبه های معمول روانپزشکی است برای تشخیص گذاری اولیه بیماری های طبی، معاینه فیزیکی کامل انجام نمی گیرد بلکه تشخیص اولیه بر اساس شرح حال اخذ و اجزای خاصی از معاینه مطرح می شود. در طول انجام مصاحبه هر یک از دستیاران حاضر در جلسه پرسشنامه ای را تکمیل می کردند که نظر آنان در مورد ارزیابی اجزای وضعیت روانی و تشخیص های قابل طرح برای بیمار را در بر می گرفت. برای اجتناب از تأثیر مخدوش کننده نظرات سایرین (به خصوص استاد حاضر در جلسه) بر نظر فردی دستیاران، پرسشنامه ها بلافاصله پس از پایان مصاحبه و قبل از شروع بحث جمع آوری می شد. ضمناً برای آن که شرایط دسترسی دستیاران به اطلاعات مربوط به بیمار یکسان باشد، کلیه دستیارانی که به اطلاعاتی بیش از آنچه در جریان مصاحبه به دست می آمد دسترسی داشتند (مثلاً دستیار بستری کننده یا دستیار مسئول بیمار در بخش یا کسانی که پیشتر پرونده بیمار را مطالعه کرده بودند) از بین دستیاران ارزیابی کننده حذف شدند.

پرسشنامه را پژوهشگران براساس منابع معتبر روانپزشکی تهیه و هفت نفر از اساتید روانپزشکی نیز صحت آن را تأیید کرده بودند. این پرسشنامه شامل متغیرهای مربوط به دستیار (شامل کد دستیار، جنس، سال تحصیلی، آشنایی یا عدم آشنایی با زبان آذری و دستیار مصاحبه گر)، متغیرهای مربوط به بیمار (شامل سن، جنس، محل سکونت، زبان مورد تکلم در مصاحبه)، متغیرهای مربوط به بررسی وضعیت روانی و متغیرهای مربوط به تشخیص بود.

بررسی وضعیت روانی بر مبنای این پرسشنامه دارای ۱۲۷ عبارت (شامل شایع ترین علائم روانپزشکی) بود. پس از جمع آوری اطلاعات ۱۲۷ عبارت مزبور با استفاده از تحلیل عاملی به ۱۹ متغیر کلی (شامل ظاهر کلی، فعالیت روانی - حرکتی، نگرش، ارتباط چشمی - کلامی، سطح ارتباط، خلق، عاطفه، تکلم، درک، فرآیند تفکر، محتوای تفکر، حافظه، توجه و تمرکز، جهت یابی، انتزاع، معلومات، قضاوت، بصیرت و قابلیت اعتماد مصاحبه) تقلیل یافت. آزمونهای ICC و تحلیل واریانس بر روی این متغیرها انجام شد.

ابتدا برای تعیین تعداد نمونه مورد نیاز در جهت دسترسی به نتایج قابل اعتماد یک مطالعه پیشاهنگ بر روی ۵۰ بیمار صورت گرفت که با استفاده از این مطالعه که به مدت دو ماه انجام شد و با توجه به فرمول

$$n = \frac{(1-p)^2}{d^2}$$

در سطح معنی دار ۰/۰۵ و با در نظر گرفتن $p = ۰/۰۵۹$ و حداکثر خطای $d = ۰/۰۴۴$ مشخص شد که برای یافتن نتایج قابل اعتماد حداقل به ۱۱۱ بیمار نیاز وجود داشت که این تعداد نمونه در طول یک سال به طور تصادفی از بین بیمارانی که در جلسه صبحگاهی مورد بحث قرار می گیرند انتخاب شدند.

یافته ها

یکصد و هفده بیماری را که در این مطالعه شرکت داشتند دستیاران روانپزشکی بیمارستان روانپزشکی «رازی تبریز» مورد ارزیابی قرار دادند. خلاصه برخی از مشخصات بیماران در جدول ۱ آمده است.

یافته‌های پرسشنامه‌ها با استفاده از آزمون آماری ضریب توافق درون طبقه‌ای (ICC) مورد سنجش قرار گرفت و میزان توافق تشخیص در محور III به طور کلی ۰/۴۲ برآورد شد.

میزان توافق دستیاران سال اول در ارزیابی این محور ۰/۴۶ و میزان توافق گروه دستیاران سال بالا (شامل دستیاران سال دوم و سوم)، ۰/۱۴ بود. تفاوت بین دستیاران سال اول با گروه دستیاران سال دوم و سوم معنی‌دار بود ($p < 0.001$).

دستیاران زن در ارزیابی تشخیصی ۰/۵۹ و دستیاران مرد ۰/۲۳ توافق داشتند. اختلاف بین دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0.001$). دستیارانی که به زبان آذری تسلط داشتند در ارزیابی این محور به میزان ۰/۷۷ توافق داشتند، حال آن که میزان توافق دستیارانی که به این زبان تسلط نداشتند ۰/۱ بود. این اختلاف نیز معنی‌دار بود ($p < 0.001$). نقش دستیار مصاحبه‌گر در تعیین اختلاف تشخیصی حایز اهمیت نبود. با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس (ANOVA) قدرت هر یک از اجزای بررسی وضعیت روانی در پیش بینی اختلاف تشخیصی بین دستیاران مورد سنجش قرار گرفت و مشخص شد که از بین اجزای وضعیت روانی عواملی که در پیش گویی اختلاف تشخیصی بین دستیاران مؤثر هستند، عبارتند از:

ارزیابی ظاهر کلی و نگرش. قدرت/ارزیابی ظاهر کلی در پیش بینی اختلاف دستیاران ۰/۱۳ و قدرت ارزیابی نگرش ۰/۱۶۷ بود. ضمناً بر اساس تحلیل واریانس، هیچ یک از عوامل مربوط به بیمار (شامل جنس، محل سکونت، سن و غیره) در پیش گویی اختلاف دستیاران تأثیری نداشتند.

بحث

در مطالعه ما میزان توافق کلی دستیاران در زمینه تشخیص بیماریهای جسمی متوسط تا پایین ($ICC = 0.42$) برآورد شد. ما در جستجوی خود به مطالعه‌ای که مستقیماً به ارزیابی توافق روانپزشکان در تشخیص بیماریهای طبی پرداخته باشد برخورد نکردیم، اما توجه به یافته‌های به دست آمده دیگر در این مطالعه و مقایسه آنها با مطالعات در دسترس، در توصیف دلایل احتمالی این اختلاف مفید به نظر می‌رسد.

Yager منابع مهم اختلاف در تشخیص گذاری های روانپزشکی (که شامل تشخیص گذاری های طبی در محور III نیز می شود) را در سه دسته کلی مطرح کرده است: اختلاف در دسترسی به اطلاعات^۱، اختلاف در مشاهده^۲ و اختلاف در معیارهای مورد استفاده^۳.

در مطالعه حاضر اختلاف در کسب اطلاعات به طور کامل حذف شده بود و دستیاران به اطلاعات واحدی دسترسی داشتند. اختلاف در معیارها نیز در زمینه تحقیق ما چندان مرتبط به نظر نمی‌رسد، چرا که اولاً ما خواستار تشخیص دقیق نبودیم و تنها زیر گروه عمومی تشخیص طبی را در نظر داشتیم و ثانیاً چنین اختلافی در بیماریهای طبی خاص اگر هم مطرح باشد، نقش بسیار محدودی دارد. اختلاف در مشاهده احتمالاً تنها عاملی است که قسمت قابل ملاحظه‌ای از اختلاف تشخیصی را توجیه می‌کند. بر مبنای این اختلاف ارزیابی کنندگان مختلف حتی هنگامی که در معرض اطلاعات واحدی قرار می‌گیرند، موارد محدودی از این اطلاعات را مبنای تصمیم گیری خود قرار می‌دهند (۱۱) و به طور خودآگاه یا ناخودآگاه موارد دیگر را در فرآیند تصمیم گیری دخالت نمی‌دهند. چنین توجه (یا عدم توجه) انتخابی به بعضی از اطلاعات، خود می‌تواند براساس منابع شناخته شده یا نشده

متعددی از جمله دانش، نگرش، پیش فرض‌ها و تمایلات پزشک باشد. همچنین اختلاف در مشاهده به این واقعیت اشاره دارد که توجه، تفسیر و اهمیت دادن به یافته‌های معاینه نیز بر مبنای تمایلات آشکار و پنهان پزشک می‌تواند مختلف باشد (۱۱).

مطالعه ما نشان داد که دستیاران سال اول در ارزیابی مشکلات جسمانی بیماران روانپزشکی نسبت به دستیاران سال بالاتر توافق بیشتری دارند. این یافته به نوعی متناسب با مطالعه D'Ercole است که نشان داده روانپزشکان نسبت به دستیاران تمایل کمتری به تشخیص گذاری طبی دارند (۱۲) و براین مبنای می‌توان این فرضیه را مطرح کرد که دستیاران سال پایین که احتمالاً هنوز فاصله زیادی از فضای طبی (در مقابل فضای روانپزشکی) ندارند، توجه بیشتری به شواهد بیماری طبی در کلام یا ظاهر بیمار دارند، به طوری که به افزایش پایایی تشخیصی بین آنها منجر می‌شود. در مقابل، دستیاران سال بالاتر که به طور مداوم در معرض دیدگاه‌های روانپزشکی قرار داشته‌اند تمایل دارند که شواهد وجود بیماری طبی را خواه و ناخواه از مجموعه اطلاعات خود حذف کنند. بنابراین ترتیب پایایی در بین آنها تضعیف می‌شود.

اجزای شناختی و ظاهری مواردی هستند که بیش از سایر اجزای وضعیت روانی برای تشخیص گذاری بیماریهای طبی توسط روانپزشکان مورد توجه قرار می‌گیرند (۱۳، ۱۴). طبیعی است که اختلاف در تشخیص ظاهر کلی توجیه کننده حداقل قسمتی از تفاوت تشخیصی در محور III باشد، اما این که این تفاوت از اختلاف در ارزیابی شناخت تأثیر پذیرفته، درخور توجه است. این امر با ارزیابی مستقل میزان توافق در ارزیابی «شناخت» و «ظاهر کلی» مورد بررسی قرار گرفت. براساس این ارزیابی میزان توافق در ارزیابی «ظاهر کلی» براساس ICC ۰/۳۹ و میزان توافق در اجزای شناختی (شامل حافظه، توجه و تمرکز، جهت یابی و انتزاع) از ۰/۸۲ تا ۰/۹۲ متغیر بود. از مجموعه این یافته‌ها می‌توان چنین استنباط کرد که عدم تأثیر پذیری تشخیص گذاری بیماریهای طبی از «اختلاف در ارزیابی شناخت» ناشی از عدم وجود اختلاف قابل ملاحظه در این «ارزیابی شناخت» بوده و بالعکس توافق کم در تشخیص «ظاهر کلی» با توافق کم در تشخیص های محور III هماهنگ بوده است.

اما موضوع نقش «نگرش» که در مطالعه ما در توجیه اختلاف تشخیصی حایز اهمیت تشخیص داده شده موضوعی بدیع به نظر می‌رسد که تاکنون در هیچ یک از مطالعات موجود به آن اشاره نشده و این امر نیازمند توجه مستقل در مطالعاتی دیگر است.

از سوی دیگر، با توجه به چهارچوب تحقیق حاضر و نتایج به دست آمده از آن طبیعی است که ظاهر کلی نقش تعیین کننده‌ای در تشخیص گذاری بیماریهای طبی در بیماران روانپزشکی ایفا کرده است. از آن جا که مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که تشخیص گذاری طبی براساس ظاهر کلی حتی در بین متخصصین غیر روانپزشک نیز پایایی کافی ایجاد نمی‌کند (۱۵، ۱۶) نتیجه ما منطقی به نظر می‌رسد.

ما نشان دادیم که عوامل مربوط به بیمار در توجیه اختلاف تشخیصی در این محور مهم نیستند. این امر با یافته های هانسن همخوانی دارد، به نحوی که بر مبنای آن سن و جنس بیمار در توجیه اختلاف در ارزیابی نورولوژیک (به عنوان یکی از شایع ترین بیماریهای طبی در بیماران روانپزشکی [۹] تأثیری ندارند (۱۷).

زبان، جنس و سال تحصیلی مربوط به دستیاران در توجیه اختلاف تشخیصی حایز اهمیت بودند. بر اساس این مطالعه مشخص شد که

ما این فرضیه را مجدداً با آزمون ICC مورد سنجش قرار دادیم. صحت آن به این ترتیب تأیید شد که هنگامی که توافق تنها براساس وجود یا عدم وجود بیماری طبی بررسی شود، کمترین در حد پایین تا متوسط است (ICC = ۰/۴۱) برای کل، ۰/۳۳ برای دستیاران سال اول و ۰/۱۵ برای دستیاران سال بالا).

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد که ارزیابی مشکلات جسمی در بیماران روانپزشکی توسط دستیاران روانپزشکی به طور مطلوب صورت نمی‌گیرد و آنان در زمینه این گونه بررسی‌ها توافق کافی ندارند. بنابراین برنامه‌ریزی‌های متناسب آموزشی با هدف افزایش حساسیت و توجه پزشکان به این موضوع توصیه می‌شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله از استادان گرانقدر خانم دکتر رنجبر و آقایان دکتر ارفعی، دکتر فخاری، دکتر قریشی‌زاده، دکتر نابدل، دکتر مالک و دکتر وفایی به خاطر کمک در معیاری‌سازی پرسشنامه مورد استفاده و نیز کمک به ایجاد شرایط مناسب جهت اجرای پژوهش در جلسات گزارش صبحگاهی تشکر می‌کنند. از دستیاران محترم بخش روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز نیز که در انجام مراحل پژوهش مشارکت داشتند، سپاسگزاری می‌شود.

References

1. Bogenschutz MP, Nurenberg HG. Classification of mental disorders. In: Sadock B, Sadock IV ed. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. New York: Lippincot Williams & Wilkins, 2000; P:830-36.
2. Kastrup M. Experience with current multiaxial diagnostic system: a critical review. Psychopathology; Basel; 2002; 35(2/3): 122.
3. Kaplan H, Sadock B. Synopsis of Psychiatry. 8th ed. Baltimore, Williams & wilkins, 1998; pp: 273-4.
4. Koran LM, Sheline Y, Imai K, Kelsey TG, Freedland KE, Mathews J, et al. Medical disorders among patients admitted to a public – sector psychiatric inpatient unit. Psychiatr Serv 2002; 53(12): 1623-1625.
5. Koranyi EK, Potoczny WM. Physical illnesses underlying Psychiatric symptoms. Psychother Psychosom 1992; 58(3-4): 155-160.
6. Bartsch DA, Shern DL, Feinberg LE, Fuller BB, Willett AB. Screening CMHC outpatients for physical illness. Hosp Community Psychiatry 1990; 41(7) : 786-790.
7. Madsen AL, Aakerlund LP, Pedersen DM. Somatic illness in psychiatric patients. Ugeskr laeger 1997; 159 (29): 4508-4511.
8. Dan B, Gregorie F, Verbanck P, Corten P, Pelc I. Organic morbidity of a hospitalized psychiatric population. Acta Clin Belg 1991; 46(4): 209-218.
9. Ta k, Westermeyer J, Neider J. Physical disorders among southeast Asian refugee outpatients with

جنسیت دستیاران در توجه تفاوت تشخیصی نقش بسزایی دارد، ولی نگارندگان به مطالعه ای که به طور مستقیم به این موضوع پرداخته باشد، برخورد نکرده‌اند و روشن شدن دقیق تر این یافته نیازمند مطالعات جداگانه ای است.

نکته قابل توجه در پژوهش حاضر تفاوت قابل ملاحظه دستیاران آذری زبان با غیر آذری زبان بود (۰/۷۰ در مقابل ۰/۱۰). در مقابل، «ارزیابی ظاهر کلی» و «نگرش» در توجه اختلاف تشخیص حایز اهمیت تلقی شده اند. حال با دو یافته متناقض روبرو هستیم: از سویی تفاوت زبانی دستیاران بر توافق تشخیصی تأثیر قابل ملاحظه‌ای برجای می‌گذارد و از سوی دیگر، ارزیابی های کلامی بیمار (به جز در مورد نگرش) نقش عمده ای در توجه تفاوت تشخیصی نداشته است.

تاشیکی و همکاران (۱۹۹۹) نشان دادند که تفاوت‌های فرهنگی (که زبان یکی از تظاهرات آن است) موجب بروز اختلاف در ارزیابی تظاهرات هیجانی چهره می‌شود (۱۸). بنابراین در این جا می‌توان نقش زبان در تفاوت تشخیصی را به عنوان تظاهری از تفاوت های عمیق تر فرهنگی در نظر گرفت که موجب ارزیابی متفاوت از تظاهرات هیجانی چهره می‌شود.

حجم پایین تشخیص نسبت به میزان قابل انتظار برای ما مطرح کننده این احتمال بود که اختلاف موجود نه تنها در زمینه گروههای مختلف تشخیصی بلکه بر مبنای نقش تشخیص یا عدم تشخیص هم بوده است.

- psychiatric disorders. Psychiatr Serv 1996; 47(9): 975-979.
10. Knutsen E, Durand C. Previously unrecognized physical illnesses in psychiatric patients. Hosp Community Psychiatry 1991; 42(2) : 182 – 186.
11. Yager J, Giltin M. Clinical manifestations of psychiatric disorders. In: Sodock B, Sadock U, eds. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. NewYork: Lippincot; Williams&Wilkins, 2000; PP: 789-794.
12. D'Ercole A, Skodol AE, Struening E, Curtis J, Millman J. Diagnosis of physical illness in psychiatric patients using axis III and standardized medical history. Hosp Community Psychiatry 1991; 42(4): 395-400.
13. Mezzich J, Otero – Ojeda A, Lee S. International Psychiatric Diagnosis. In: Sodock B, Sadock V, eds. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Newyork: Lippincot Williams&Wilkins, 2000; P:840.
14. Zun L, Gold I. A Survey of the form of the mental status examination administered by emergency physicians. Ann Embery Med. 1986; 15(8): 916- 22.
15. Gjorup T, Hamberg O, knudsen J, Rosenfalk AM, Bugge PM. Does the patient appear acutely or chronically ill? An interobserver study of global assessment of hospital patients. Acta Med Scand 1982; 212 (5): 325 – 8.
16. Hung OL, kwon NS, Cole AE, Dacpano GR, Wu T. Evaluation of the physician's ability to recognize the

presence or absence of anemia, fever, and jaundice. Acad Emerg Med 2000; 7(2): 146 – 56.

17. Hansen M, Christensen PB, Sindrup SH, Olsen NK, Kristensen O, Friis ML. Inter-Observer Variation in the evaluation of neurological signs: patient – related factors. J Neurol 1994; 241(8): 492 – 6.

18. Shioire T, Someya T, Helmeste D, Tang SW. Misinterpretation of facial expression: A cross – cultural study. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 1999; 53(1): 45.

