

## روند مشاوره‌های روانپزشکی بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)

دکتر عاطفه قنبری جلفایی<sup>1</sup>، دکتر مهدی نصر اصفهانی<sup>2</sup>

### Trends of Psychiatric Consultation in Rasoul Akram Hospital

Atefeh Ghanbari Jolfaee \*, Mehdi Nasr Esfahani<sup>a</sup>

#### Abstract

**Objectives:** The present study aimed to assess the characteristics of psychiatric consultations and their changes over a 3-year period in Rasoul Akram Hospital, (Tehran, Iran). **Method:** The consultations' characteristics of various hospital wards were retrospectively evaluated since 2007 to 2010 and some characteristics like gender, the reason of consultation request, the requesting ward for consultation, request and consultation date and psychiatric diagnosis were recorded. The data were analyzed using  $\chi^2$  and matched-paired t-test. **Results:** During the study period, for 1.09% of the inpatients, a psychiatric consultation was requested. Most of the referrals were from internal medicine department. Current psychiatric symptoms (55%) and unexplained physical symptoms (16%) were the most prevalent reasons for referral; and major depressive disorder (27.7%), delirium (11.8%) and substance dependency (10.2%) were the most common psychiatric diagnoses. There were no significant differences between the two time periods (2007 and 2010) based on the total number of consultations, gender of patients, the requesting ward for consultation and lag time. Although the rate of referrals from some departments such as neurology had significant difference ( $p < 0.05$ ), the reason for consultations were not different between the two periods ( $p \leq 0.05$ ). The rate of substance dependency in 2010 was more than 2007 ( $p = 0.001$ ). **Conclusion:** Further such studies are necessary for monitoring up the changes of consultations' patterns.

**Key words:** psychiatric consultation; trend of pattern change; physical disease

[Received: 28 June 2010; Accepted: 22 February 2011]

#### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، بررسی وضعیت مشاوره‌های روانپزشکی و تغییرات آن در یک دوره سه‌ساله در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) بود. **روش:** مشاوره‌های روانپزشکی درخواست‌شده از بخش‌های گوناگون بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) از بهمن 1385 تا پایان اسفند 1388 به صورت گذشته‌نگر بررسی و ویژگی‌هایی مانند جنسیت بیمار، دلیل درخواست مشاوره، بخش درخواست‌کننده مشاوره، تاریخ درخواست و انجام مشاوره و تشخیص روانپزشکی ثبت شد. داده‌ها به روش آزمون‌های  $t$  و  $\chi^2$  تحلیل شدند. **یافته‌ها:** در طول مدت بررسی، 1/09 درصد کل بیماران بستری‌شده، درخواست مشاوره روانپزشکی داشتند. بیشترین مشاوره‌ها از بخش داخلی درخواست شده بود. نشانه‌های روانپزشکی (55 درصد) و نشانه‌های جسمی توجیه‌نشده (16 درصد) شایع‌ترین علل درخواست مشاوره، و اختلال افسردگی اساسی (27/7 درصد)، دلیریوم (11/8 درصد) و وابستگی به مواد (10/2 درصد) شایع‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی بودند. میان دو دوره زمانی در سال‌های 1385 و 1388 از نظر شمار کلی مشاوره‌ها، جنسیت بیماران، بخش درخواست‌کننده مشاوره و زمان انتظار مشاوره تفاوتی وجود نداشت. گرچه در برخی بخش‌ها مانند نورولوژی در متوسط شمار مشاوره‌های درخواست‌شده از سال 1385 نسبت به سال 1388 تفاوت وجود داشت ( $p \leq 0/05$ )، علل درخواست مشاوره‌ها بین دو دوره تفاوتی نداشت. وابستگی به مواد در سال 1388 بیش از سال 1385 بود ( $p = 0/001$ ). **نتیجه‌گیری:** چنین بررسی‌هایی برای پی‌گیری تغییرات الگوهای مشاوره روانپزشکی ضروری است.

**کلیدواژه:** مشاوره روانپزشکی؛ روند تغییر الگو؛ بیماری جسمی

[دریافت مقاله: 1389/4/7؛ پذیرش مقاله: 1389/12/3]

<sup>1</sup> روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصوری، مرکز تحقیقات جراحی‌های کم‌تهاجمی. دورنگار: 021-66506853 (نویسنده مسئول) E-mail: [ati\\_2638@yahoo.com](mailto:ati_2638@yahoo.com)؛ <sup>2</sup> روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انسیتو روانپزشکی تهران.

\* Corresponding author: Psychiatrist, Assistant prof. of Tehran University of Medical Sciences, Minimally Invasive Surgery Research Center, Mansoori Alley, Niyesh St., Sattarkhan St., Tehran, Iran, IR. Fax: +9821-66506853, E-mail: [ati\\_2638@yahoo.com](mailto:ati_2638@yahoo.com); <sup>a</sup> Psychiatrist, Associate prof. of Tehran University of Medical Sciences, Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry.

**مقدمه**

در مورد شیوع بالای اختلال‌های روانپزشکی و مشکلات روانی - اجتماعی در بیماران جسمی، شواهد زیادی وجود دارد. هم‌زمانی اختلال‌های روانپزشکی با بیماری‌های جسمی، 60-26 درصد گزارش شده است (سیلورستون<sup>1</sup>، 1996؛ هانسن<sup>2</sup> و همکاران، 2001؛ سلترز<sup>3</sup>، 1989؛ مارتوچی<sup>4</sup> و همکاران، 1999). تشخیص ندادن اختلال‌های روانپزشکی، مانند اختلال‌های خلقی<sup>5</sup> و جسمانی شکل<sup>6</sup>، می‌تواند به اقدامات تشخیصی و درمانی غیرضروری منجر شود (کاسم<sup>7</sup>، 1995؛ کاتن<sup>8</sup> و سالیوان<sup>9</sup>، 1990؛ مایو<sup>10</sup>، هاتن<sup>11</sup> و فلدمن<sup>12</sup>، 1988). افزون بر این، درمان نشدن اختلال‌های روانپزشکی در بیماران جسمی، افزایش مرگ و میر<sup>13</sup>، افزایش طول مدت بستری، بدتر شدن سیر بیماری جسمی، افزایش هزینه‌های درمان و بدتر شدن کیفیت زندگی را در پی دارد (فالوپ<sup>14</sup>، استرین<sup>15</sup>، فاهس<sup>16</sup> و اچمیدلر<sup>17</sup>، 1998؛ ساراوی<sup>18</sup> و لوین<sup>19</sup>، 1994؛ استرین<sup>20</sup> و فالوپ<sup>21</sup>، 1994؛ ونکاتا<sup>21</sup>، بندا<sup>22</sup>، ویندهابر<sup>23</sup> و نوتنی<sup>24</sup>، 2001؛ برونهایم<sup>25</sup> و همکاران، 1998). برای نمونه دلیریوم<sup>26</sup> یک عامل خطر مستقل برای مرگ و میر در بیماران مسن است (اینویه<sup>27</sup>، 1998 و 2006؛ اینویه، اچلسینگر<sup>28</sup> و لیدان<sup>29</sup>، 1999؛ و دینگتون<sup>30</sup>، 1982) و افسردگی از دیگر اختلال‌های شایع در بیماران جسمی، با مرگ و میر در ارتباط است (بارت<sup>31</sup>، شوماخر<sup>32</sup> و هرمن - لینگن<sup>33</sup>، 2004؛ رابینسون<sup>34</sup>، 2003). این در حالی است که درخواست مشاوره روانپزشکی برای بیماران جسمی بستری، یک تا 10 درصد گزارش شده است (برونهایم و همکاران، 1998). میزان این درخواست در ایران 2/45 درصد (سمانی و مستوفیان، 2008) و 1/6 درصد (بیرقی، شمس، مهاجر و بحرینیان، 2005) گزارش شده است.

در آمریکا و کشورهای اروپایی بیش از 30 سال است که سرویس‌های روانپزشکی مشاوره - رابط<sup>35</sup> پایه‌گذاری شده (مایو و هایسه<sup>36</sup>، 1991؛ موریس<sup>37</sup> و مایو، 1996) و برای پی‌گیری تغییرات الگوهای مشاوره روانپزشکی (از جمله تغییر در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران، دلایل ارجاع، نوع تشخیص‌ها و اقدامات درمانی) در فاصله‌های زمانی سه تا 10 سال، بررسی‌های زیادی انجام شده است (رزنیام<sup>38</sup> و مک‌کارتی<sup>39</sup>، 1996؛ لپوسکی<sup>40</sup>، 1974؛ مارک<sup>41</sup> و همکاران، 2000؛ کلیگرم<sup>42</sup> و مک‌کجنی<sup>43</sup>، 1971؛ مایو و هاتون، 1986؛ تون<sup>44</sup>، کار<sup>45</sup>، کوپر<sup>46</sup>، کلاگ<sup>47</sup> و گولینگر<sup>48</sup>،

1993؛ آدسن<sup>49</sup>، کرو<sup>50</sup>، ملر<sup>51</sup> و مگرا<sup>52</sup>، 1998). در ایران طی سال‌های اخیر در این خصوص بررسی انجام نشده است. بنابراین هدف پژوهش حاضر، بررسی ویژگی‌های مشاوره‌های روانپزشکی و بررسی تغییرات آن طی سال‌های 88-1385 بود.

**روش**

بررسی توصیفی - تحلیلی حاضر در طول سه سال، از بهمن 1385 تا پایان اسفند 1388 در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) انجام شد. نمونه بررسی حاضر، دربرگیرنده تمامی بیمارانی بود که در این مدت از سایر بخش‌های بیمارستان برای مشاوره روانپزشکی ارجاع شده بودند. مشاوره‌ها به‌وسیله دستیاران سال سوم، به‌همراه استادان انجام شد. ویژگی‌هایی مانند جنسیت بیمار، دلیل درخواست مشاوره، بخش درخواست‌کننده مشاوره، تاریخ درخواست و انجام مشاوره و تشخیص روانپزشکی وارد برنامه اکسل<sup>53</sup> شد. تشخیص بر پایه مصاحبه بالینی و با توجه به معیارهای چهارمین ویراست تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>54</sup> (DSM-IV-TR) (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2000) انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-16<sup>55</sup> و آزمون‌های t و  $\chi^2$  انجام شد.

1- Silverstone	2- Hansen
3- Seltzer	4- Martucci
5- mood disorders	6- somatoform
7- Cassem	8- Katon
9- Sullivan	10- Mayou
11- Hawton	12- Feldman
13- mortality	14- Fulop
15- Strain	16- Fahs
17- Schmeidler	18- Saravay
19- Lavin	20- Hammer
21- Wancata	22- Benda
23- Windhaber	24- Nowotny
25- Bronheim	26- delirium
27- Inouye	28- Schlesinger
29- Lydon	30- Weddington
31- Barth	32- Schumacher
33- Hermann-Lingen	34- Robinson
35- consultation-liaison psychiatry	
36- Huyse	37- Morriss
38- Rosenbaum	39- McCarty
40- Lipowski	41- Mark
42- Kligerman	43- McKegney
44- Tune	45- Carr
46- Cooper	47- Klug
48- Golinger	49- Adson
50- Crow	51- Meller
52- Magraw	53- Excel
54- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition- Text Revision	
55- Statistical Package for the Social Science-version 13	

## یافته‌ها

مقایسه مشاوره‌های دو ماه بهمن و اسفند سال‌های 1385 و 1388 نشان داد در این دو برهه زمانی، به ترتیب 1/01 و 1/05 درصد مشاوره برای به ترتیب 4821 و 7009 بیمار بستری درخواست شده بود. درصد زنان (و مردان) در این دو برهه زمانی به ترتیب برابر 47/8 (52/2) و 47/5 درصد (52/5 درصد) بود. در هر دو برهه زمانی، بیش‌ترین درخواست مشاوره از بخش داخلی بود: 46/94 درصد در سال 1385 و 54/05 درصد در سال 1388. البته بیش‌ترین درخواست مشاوره نسبت به شمار بیماران بستری، در دو برهه زمانی به ترتیب مربوط به بخش‌های نفرولوژی (38/71 درصد) و داخلی (40/49 درصد) بود (شکل 1).

فراوانی مشاوره‌ها در هر بخش در دو سال 1385 و 1388 با یکدیگر تفاوت داشت ( $\chi^2=0/14$ ,  $df=8$ ,  $p=0/04$ )؛ دلایل درخواست مشاوره (و درصد آنها) در سال 1385، وجود علائم روانپزشکی (50 درصد)، علائم جسمی توجیه‌نشده (36/7 درصد)، پرخاشگری (3 درصد)، عوارض دارویی (3 درصد)، سابقه اختلال روانپزشکی (3 درصد) و تنظیم داروهای روانپزشکی (3 درصد) و در سال 1388، وجود علائم روانپزشکی (46/7 درصد)، علائم جسمی توجیه‌نشده (19 درصد) و پرخاشگری و تحریک‌پذیری (17/3 درصد) بود.

در طول مدت نمونه‌گیری، در کل 1209 مشاوره درخواست شد، که میزان آن نسبت به 110590 نفر کل بیماران بستری شده، 1/09 درصد بود. 51/1 درصد مرد و 46/4 درصد زن بودند. متوسط انتظار برای انجام مشاوره  $1/39 \pm 1/088$  روز، با کمینه و بیشینه صفر و 10 روز بود.

بیشترین و کمترین میزان مشاوره، به ترتیب از بخش‌های داخلی و اورژانس، برای 499 (41/27 درصد) و یک (0/08 درصد) بیمار درخواست شد. بیشترین و کمترین میزان درخواست مشاوره بر حسب شمار بیماران، به ترتیب مربوط به بخش‌های نفرولوژی و داخلی بود (جدول 1).

در کل 90/2 درصد بیمارانی که برای آنان مشاوره روانپزشکی درخواست شده بود، تشخیص اختلال روانپزشکی گرفتند. دلایل درخواست مشاوره (و فراوانی آنها) عبارت بود از: وجود علائم روانپزشکی (6374 نفر)، علائم جسمی توجیه‌نشده (1845 نفر)، سابقه پیشین اختلال‌های روانی (533 نفر)، پرخاشگری (1240 نفر)، درخواست تنظیم دارو (742 نفر)، تعیین ظرفیت رضایت برای جراحی (232 نفر)، اقدام به خودکشی (278 نفر)، عوارض دارویی (220 نفر) و سایر علل (116 نفر). شایع‌ترین تشخیص‌ها، اختلال افسردگی اساسی<sup>1</sup> (27/7%)، دلیریوم (11/8%) و وابستگی به مواد (10/2%) بود.

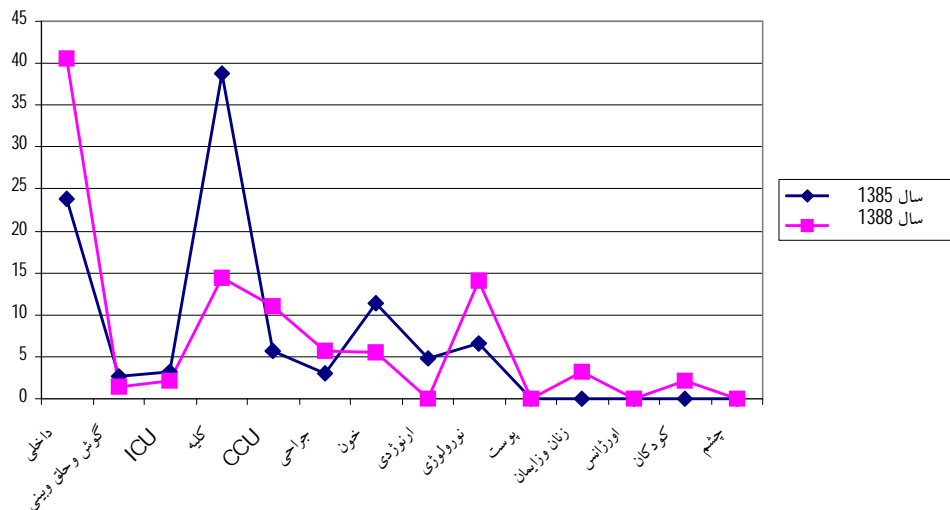
جدول 1- میزان درخواست مشاوره روانپزشکی برای بیماران بستری در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، به تفکیک بخش‌ها (88-1385)

نام بخش	درصد مشاوره هر بخش به کل مشاوره‌ها	درصد فراوانی درخواست مشاوره در هر بخش نسبت به کل بیماران پذیرش شده در همان بخش
داخلی	22/58	41/27
گوش و حلق و بینی	2/38	3/47
<sup>2</sup> ICU	3/43	2/81
کلیه	22/87	6/87
<sup>3</sup> CCU	4/69	6/95
جراحی	5/58	11/91
خون	6/69	4/22
ارتوپدی	3/92	4/14
مغز و اعصاب	8/65	9/35
پوست	15/30	3/56
زنان و زایمان	2/23	2/98
اورژانس	0/02	0/08
کودکان	1/73	1/49
چشم	0/32	0/91

1- major depressive disorder

2- Intensive Care Unit

3- Cardiac Care Unit



شکل 1- درصد فراوانی درخواست مشاوره روانپزشکی در بخش‌های مختلف در سال‌های 1385 و 1388

می‌دادند، پس از حذف این بیماران، متوسط درخواست مشاوره در کل سه سال، دو ماه سال 1385 و دو ماه سال 1388 به ترتیب برابر با 1/43، 1/24 و 1/65 درصد به دست آمد، که به متوسط گزارش شده در سایر بررسی‌ها نزدیک‌تر است. این ارقام نسبت به 0/89 درصد درخواست مشاوره برای کل بیماران بستری در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، بین سال‌های 82-1379 (فرد و احسان‌منش، 2006)، پیشرفت خوبی را نشان می‌دهد. هم‌چنین افزایش شمار درخواست مشاوره در سال 1388 نسبت به سال 1385، اگرچه معنادار نبود، ولی می‌تواند نشان‌گر افزایش شناخت سایر بخش‌ها از عملکرد بخش روانپزشکی باشد.

در بیشتر بررسی‌ها (کاسم، 1995؛ گالا و همکاران، 1999؛ سمنانی و مستوفیان، 2008) میزان درخواست مشاوره برای زنان بیشتر از مردان بوده است، ولی در بررسی حاضر، شمار درخواست مشاوره برای مردان، اندکی بیشتر بود، که دلیل آن می‌تواند شیوع بالای وابستگی به مواد در میان این بیماران باشد.

هم‌سو با بیشتر بررسی‌های داخلی و خارجی (سیلورستون، 1996؛ هانسن و همکاران، 2001؛ سلترار، 1989؛ مارتوچی و همکاران، 1999)، در پژوهش حاضر نیز بخش داخلی بیشترین میزان مشاوره‌ها را به خود اختصاص داد. دلایل آن می‌تواند آگاهی بیشتر متخصصان داخلی از اختلال‌های روانی یا هم‌جواری بخش روانپزشکی با بخش داخلی در پژوهش حاضر (نیز بیرقی و همکاران، 2005) باشد.

بیش‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی در دو برهه زمانی تفاوتی با هم نداشتند: اختلال افسردگی اساسی (20/6 درصد)، دلیریوم (8/8 درصد)، اختلال سازگاری<sup>1</sup> (8/8 درصد) و اختلال روانپزشکی ناشی از بیماری طبی (8/8 درصد) در سال 1385 و اختلال افسردگی اساسی (21/6 درصد)، دلیریوم (9/8 درصد) و اختلال سازگاری (9/8 درصد) در سال 1388. بین دو سال 1385 (2/9 درصد) و 1388 (7/8 درصد) در تشخیص وابستگی به مواد تفاوت وجود داشت ( $\chi^2=0/43$ ,  $df=1$ ,  $p=0/001$ ).

از نظر زمان انتظار مشاوره نیز بین دو سال 1385 (1/63±2/077) روز با کمینه و بیشینه صفر و 10 روز) و 1388 (1/11±0/915) روز با کمینه و بیشینه صفر و چهار روز) تفاوتی وجود نداشت.

## بحث

میزان مشاوره‌های درخواست‌شده به کل بیماران بستری، در بررسی حاضر 1/09 درصد بود. این میزان در بررسی بیرقی و همکاران (2005) 1/6 درصد و در بررسی سمنانی و مستوفیان (2008) 2/54 درصد بود. یافته پژوهش حاضر از میزان به دست آمده در سایر کشورها نیز کمتر بود (کاسم، 1995؛ گالا<sup>2</sup> و همکاران، 1999). از آنجا که از بخش اورژانس تنها یک مشاوره درخواست شد و روند معمول در اورژانس، درخواست ویزیت روانپزشکی به جای درخواست مشاوره و بنابراین نوشته شدن اقدامات روانپزشکی در پرونده، به جای نوشتن آن در برگه مشاوره است و با توجه به این که 26413 نفر از بیماران بستری را بیماران اورژانس تشکیل

## منابع

- Adson, D. E., Crow, S. J., Meller, W. H., & Magraw, R. M. (1998). Potential drug-drug interactions on a tertiary-care hospital consultation-liaison psychiatry service. *Psychosomatics*, 39, 360-365.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup>ed. Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barth, J., Schumacher, M., & Hermann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66, 802-813.
- Beyraghi, N., Jamali, S., Mohajer, M., & Abdolhamid, B. (2005). Psychiatric consultation in Taleghani hospital in 2002. *Research in Medicine*, 2, 144-146. (Persian)
- Bronheim, H., Fulop, G., Kunkel, E. J., Muskin, P. R., Schindler, B. A., Yates, W. R., Shaw, R., Steiner, H., Stern, T. A., & Stoudemire, A. (1998). The academy of psychosomatic medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. *Psychosomatics*, 39, S8-S30.
- Cassem, E. (1995). Depressive disorders in the medically ill. *Psychosomatics*, 36, 2-10.
- Fard, K., & Ehsanmanesh, M. (2006). Psychiatric diagnoses among inpatient psychiatric consultations in a general hospital. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 11(1), 51-59. (Persian)
- Fulop, G., Strain, J. J., Fahs, M., & Schmeidler, J. (1998). A prospective study of the impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stays of elderly medical-surgical inpatients. *Psychosomatics*, 39(3), 273-280.
- Gala, C., Rigatelli, M., De Bertolini, C., Rupolo, G., Gabrielli, F., & Grassi, L. (1999). A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy. *General Hospital Psychiatry*, 21, 310-317.
- Ghafarnejad, A. (2000). Prevalence of depression among inpatients of a general hospital. *Journal of Gilan University of Medical Sciences*, 31&32, 95-98. (Persian)
- Hansen, M. S., Fink, P., Frydenberg, M., Oxhoj, M., Sondergaard, L., & Munk-Jorgensen, P. (2001). Mental disorders among internal medical inpatients: Prevalence, detection, and treatment status. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 199-204.
- در دیگر بررسی‌ها (بیرقی و همکاران، 2005؛ گالا و همکاران، 1999؛ سمناوی و مستوفیان، 2008) وجود علائم روانپزشکی، علائم جسمانی غیرقابل توجیه و پرخاشگری، از علل شایع درخواست مشاوره‌ها بودند، که در پژوهش حاضر نیز تکرار شد.
- شایع‌ترین تشخیص در پژوهش حاضر، اختلال افسردگی اساسی بود، که با سایر بررسی‌ها هم‌خوانی داشت (کلیگرمن و مک کجندی، 1971؛ مایو و هاتون، 1986؛ بیرقی و همکاران، 2005؛ گالا و همکاران، 1999). این یافته تأییدکننده میزان بالای شیوع افسردگی در بیمارستان عمومی و اهمیت تشخیص و درمان آن است (غفاری‌نژاد، 2000؛ اسمیت<sup>1</sup>، کلارک<sup>2</sup>، هندرینوس<sup>3</sup> و دونسیس<sup>4</sup>، 1998). در بررسی حاضر، میزان تشخیص اختلال سازگاری، نسبت به 16/5 درصد گزارش شده به‌وسیله بیرقی و همکاران (2005) و 13/6 درصد گزارش شده به‌وسیله سمناوی و مستوفیان (2008) کمتر بود. شاید کم‌بودن اعتبار تشخیصی اختلال سازگاری، به کاهش تمایل روانپزشکان و دستیاران به کاربرد آن منجر شده باشد. البته با وجود تمایل کلی به کم‌دانستن ارزش تشخیص اختلال سازگاری، بررسی‌ها نشان می‌دهد این تشخیص در روانپزشکی مشاوره-رابطه، هم‌چنان مهم و شایع است (استرین، اسمیت، همر و والا<sup>5</sup>، 1998). در کل یکی از دلایل متفاوت بودن یافته‌های پژوهش‌های گوناگون، تفاوت‌های موجود میان بیمارستان‌های عمومی است.
- میزان تشخیص وابستگی به مواد در سال 1388 بیش از سال 1385 بود که می‌تواند نشان‌گر افزایش میزان شیوع مصرف مواد در جامعه، افزایش امکان بستری این بیماران یا افزایش امکان انجام اقدامات تشخیصی و درمانی برای این بیماران باشد.
- ساختار یافته‌نبودن ابزار به کار رفته، از محدودیت‌های بررسی حاضر بود، هم‌چنین در این پژوهش تنها دو ماه از سال 1385 با دو ماه از سال 1388 مقایسه شد که نمی‌تواند منعکس‌کننده کل سال باشد. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، نوع درمان پیشنهادی برای بیمار، اورژانسی بودن یا نبودن مشاوره، شیوه پی‌گیری بیمار و کیفیت مشاوره‌ها نیز بررسی نشد، که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرار گیرد.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

1- Smith  
2- Clarke  
3- Handrinus  
4- Dunsis  
5- Wallack

- Inouye, S. K. (1998). Delirium in hospitalized older patients. *Clinics in Geriatric Medicine*, 14, 745-764.
- Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. *England Journal of Medicine*, 11, 1157-1165.
- Inouye, S. K., Schlesinger, M. L., & Lydon, T. J. (1999). Delirium: A symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *American Journal of Medicine*, 106, 565-573.
- Katon, W., & Sullivan, M. (1990). Depression and chronic medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 3-11.
- Kligerman, M. J., & McKegney, F. P. (1971). Patterns of psychiatric consultation in two general hospitals. *Psychiatric Medicine*, 2, 126-132.
- Lipowski, Z. J. (1974). Consultation-liaison psychiatry: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 131, 623-630.
- Mark, T. L., Coffey, R. M., King, E., Harwood, H., McKusick, D., Genuardi, J., Dilonardo, J., & Buck, J. A. (2000). Spending on mental health and substance abuse treatment. *Health Affairs*, 19, 108-120.
- Martucci, M., Balestrieri, M., Bisoffi, G., Bonizzato, P., Covre, M. G., Cunico, L., De Francesco, M., & Marinoni, M. G. (1999). Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: A two-phase epidemiological survey. *Psychological Medicine*, 29, 823-832.
- Mayou, R., & Hawton, K. (1986). Psychiatric disorders in the general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 149, 172-190.
- Mayou, R., & Huyse, F. (1991). Consultation-liaison psychiatry in Western Europe. The European consultation-liaison workgroup. *General Hospital Psychiatry*, 13, 188-208.
- Mayou, R., Hawton, K., & Feldman, J. (1998). What happens to medical patients with psychiatric disorders. *Journal of Psychosomatic Researches*, 32, 541-549.
- Morriss, R., & Mayou, R. (1996). International overview of consultation-liaison psychiatry. *Liaison Psychiatry*, 35, 1-20.
- Robinson, R. G. (2003). Post stroke depression: Prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54, 376-387.
- Rosenbaum, M., & McCarty, T. (1994). The relationship of psychosomatic medicine to consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics*, 35, 569-573.
- Saravay, S., & Lavin, M. (1994). Psychiatric comorbidity, and length of stay in the general hospital: A critical review of outcome studies. *Psychosomatics*, 35, 233-252.
- Seltzer, A. (1989). Prevalence, detection and referral of psychiatric morbidity in general medical patients. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 82, 402-410.
- Semnani, Y., & Mostofian, M. (2008). Evaluation of psychiatric consultation requests in Imam Hosein general hospital. *Daneshvare Pezeshki*, 68, 37-43. (Persian)
- Silverstone, P. H. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(1), 43-51.
- Smith, G. C., Clarke, D. M., Handrinos, D., & Dunsis, A. (1998). Consultation-liaison psychiatrists' management of depression. *Psychosomatics*, 39, 244-252.
- Strain, J. J., Hammer, J. S., & Fulop, G. (1994). APM task force on psychosocial interventions in the general hospital inpatient setting: A review of cost-offset studies. *Psychosomatics*, 35, 253-262.
- Strain, J. J., Smith, G. C., Hammer, J. S., & Wallack, J. J. (1998). Adjustment disorder: A multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *General Hospital Psychiatry*, 20, 139-149.
- Tune, L., Carr, S., Cooper, T., Klug, B., & Golinger, R. C. (1993). Association of anticholinergic activity of prescribed medications with postoperative delirium. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 5, 208-210.
- Wancata, J., Benda, N., Windhaber, J., & Nowotny, M. (2001). Does psychiatric comorbidity increase the length of stay in general hospital. *General Hospital Psychiatry*, 23(1), 8-14.
- Weddington, J. W. (1982). The mortality of delirium: An underappreciated problem. *Psychosomatics*, 23, 1232-1235.