

ORIGINAL ARTICLE

Frequency of Referral Rate and Psychiatric Diagnoses in Sari Imam Khomeini Hospital during 2008 and 2009

Seyed Hamzeh Hosseini¹, Mehran Mortazavi²

¹ Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Psychiatrist, Hekmat Hospital, Sari, Iran

(Received 11 September, 2010 ; Accepted 10 January, 2011)

Abstract

Background and purpose: The purpose of this study was to determine the frequency of psychiatric diagnoses assigned by different consultation providers and to assess the demographic characteristics of patients in a general hospital.

Materials and methods: Six hundred patients, who received psychiatric consultation, were studied. In total 40992 patients were admitted for a period of two years from March 2008 to March 2009. In this study, psychiatric consultations were assessed by demographic characteristics of patients, different departments where consultations were requested and diagnoses made by chief psychiatric resident of the hospital supervised by psychiatric specialist fellowship. Emergency consultations were performed by an assistant psychiatric from Zare university hospital.

Results: Of those 40992 admitted patients, 600 (295 men and 305 women) patients received psychiatric consultation. The frequency of referral rate and psychiatric consultation was 0.9%. The highest referral rate was related to the department of internal medicine (2.4%) and the lowest was from department of Gynecology and Urology (0.1%). Psychological assessment was the most common reason (55.7 percent) for psychiatric consultation. The most prevalent psychiatric diagnoses were Dlyryum frequency (16%) and major depressive disorder (15%), respectively.

Conclusion: Considering the relatively high rate of psychiatric consultation in this hospital, it seems that more training programs is required for personnel and specialists to increase general awareness about psychiatric diseases and mental disorders.

Key words: General hospital, consultation, psychosomatic medicine, psychiatric disorder

J Mazand Univ Med Sci 2011; 21(80): 63-68 (Persian).

فراوانی میزان ارجاع و تشخیص‌های روانپزشکی در بیمارستان امام خمینی ساری در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷

سید حمزه حسینی^۱ مهران مرتضوی^۲

چکیده

سابقه و هدف : این بررسی با هدف تعیین فراوانی تشخیص‌های روانپزشکی به تفکیک رشته‌های تخصصی مشاوره‌دهنده و ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران در یک بیمارستان عمومی انجام گردید.

مواد و روش‌ها : تعداد ۶۰۰ بیمار که مشاوره روانپزشکی دریافت کردن مورد بررسی قرار گرفت. تعداد کل بیماران پذیرش شده از فروردین ۱۳۸۶ تا فروردین ۱۳۸۷، ۴۰۹۹۲ بودند. در این پژوهش مشاوره‌های روانپزشکی از نظر ویژگی جمعیت شناختی، بخش تخصصی یا فوق تخصصی درخواست کننده مشاوره و تشخیص مطرح شده و توسط دستیار سال آخر روانپزشکی مقیم در بیمارستان که تحت نظر متخصص روانپزشکی کار می‌کردند بررسی شد. مشاوره‌های اورژانس نیز توسط دستیار روانپزشکی اعزامی بیمارستان آموزشی روانپزشکی زارع صورت گرفت.

یافته‌ها : میزان ارجاع و مشاوره روانپزشکی ۰/۹ درصد بوده که بیشترین میزان ارجاع بخش داخلی ۲/۴ درصد و کمترین میزان ارجاع زنان و زیمان و اولولوژی ۰/۱ درصد بوده است. بیشترین علت درخواست مشاوره، بررسی ارزیابی روانی بود (۵۷/۵ درصد). تشخیص‌های روانپزشکی مطرح شده بترتیب دلیریوم (۱۶ درصد) و اختلال افسردگی اساسی (۱۵ درصد) بود.

استنتاج : با توجه به میزان نسبتاً بالای مشاوره‌های روانپزشکی در این بیمارستان به نظر می‌رسد که نیاز به آموزش بیشتر پرسنل و پژوهشکان متخصص جهت آشنایی بیشتر با بیماری‌های روانپزشکی و اختلال روان‌تنی احساس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: بیمارستان عمومی، مشاوره، طب روان‌تنی، اختلال روانپزشکی

مقدمه

روانشناختی موثر بر بیماری‌های طبی منظور شده اند این طبقه حاوی اختلالات جسمانی ناشی از عوامل هیجانی یا روانشناختی است. ضمناً اختلالات روانی یا هیجانی را که بر اثر بیماری‌های جسمی ایجاد یا تشدید شده‌اند را در بر می‌گیرد. در سال ۲۰۰۵ هیئت بورد متخصصین

طب روان‌تنی (سايكوسوماتيک) از حدود ۷۵ سال پيش يكى از حوزه‌های اختصاصی پژوهش در رشته روانپزشکی بوده است. در ویرایش چهارم کتابچه تشخيصی آماری اختلالات روانی DSMIV-TR، مفاهیم روان‌تنی در عنوان تشخيصی بنام عوامل

E-mail: hosseinish20@gmail.com

مؤلف مسئول: سید حمزه حسینی - ساری: کیلومتر ۵ جاده ساری نکا، مرکز آموزشی درمانی زارع

۱. گروه روانپزشکی، دانشکده پژوهشکی، و مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۲. روانپزشک، تامین اجتماعی استان مازندران، بیمارستان حکمت

تاریخ دریافت: ۸۹/۶/۲۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۹/۸/۳۰ تاریخ تصویب: ۸۹/۱۰/۲۰

آموزشی حضرت رسول اکرم (ص) تهران در مدت ۳ سال، بیشترین درصد آزمودنی های پژوهش از بخش داخلی (۴۴ درصد) ارجاع شده بودند. پزشکان بیشترین درصد بیماران ارجاع شده را به منظور ارزیابی روانی (۱۳ درصد) و پس از آن به دلیل مصرف روانگردان (۱۱ درصد) ارجاع داده بودند. در ارزیابی روانپزشک از وضعیت روانی بیماران ارجاع شده بیشترین درصد ابتلا، به اختلال های عاطفی (۲۴/۴ درصد) و تطابق به بیماری های جسمی (۱۳/۷ درصد) بود^(۶). در مطالعات دیگر شایعترین اختلال روانپزشکی در بیمارستان های عمومی دلیریوم ذکر و گزارش شده که دلیریوم در حدود ۱/۵ بیماران پذیرش شده در بیمارستان های عمومی رخ می دهد^(۱۱) (۲۰۱۱). میزان آن حتی در افراد مسن، بیماران کانسری و مراحل انتها ی عمر بیشتر است. دلیریوم روی پی آمد بیماری ها تاثیر منفی دارد. این اثرات منفی به صورت افزایش هزینه نگهداری بیمار تاثیر منفی روی عملکرد بعدی بیمار و در نهایت باعث افزایش مرگ و میر می شود^(۱۳).

پژوهش حاضر نیز، در این راستا و با هدف بررسی میزان مشاوره های روانپزشکی در یک بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی و ویژگی های جمعیت شناختی و تشخیص های مطرح شده روانپزشکی انجام گردیده است.

مواد و روش ها

این بررسی از نوع توصیفی است. در این پژوهش مشاوره های روانپزشکی که از ابتدای فروردین ۱۳۸۶ تا پایان اسفند ۱۳۸۷ انجام شد مورد بررسی قرار گرفت. مشاوره ها توسط دستیاران سال آخر روانپزشکی که تحت نظر متخصص روانپزشکی فعالیت می کردند انجام شده بود. مشاوره های اورژانس نیز توسط دستیار روانپزشکی اعزامی از بیمارستان آموزشی روانپزشکی زارع صورت گرفت.

طبی آمریکا و هیئت بورد روانپزشکی و نورولوژی در آمریکا بورد مجازای را به نام بورد طب روان تنی در آمریکا را تصویب کردند. این تصمیم تاکیدی بر اهمیت این رشته است و مجدداً سبب رواج اصطلاح روان تنی شد^(۱).

همزمانی ابتلا به یک اختلال جسمی و یک اختلال روانی باعث طولانی شدن مدت بیماری، اقامت بیشتر در بیمارستان و عدم پاسخ مناسب به درمان های رایج می شود^(۲،۳). همچنین همزمان شدن اختلال جسمی با اختلال روانی باعث افزایش هزینه های درمانی می گردد^(۴،۵). گاهی نیز همزمانی این دو اختلال باعث مشکل شدن تشخیص صحیح می شود^(۶). درمان صحیح و به موقع اختلالات روانی و ارجاع به خدمات مشاوره ای روانپزشکی سبب می شود که درمان موثر تری صورت گیرد و ضمناً باعث کاهش مدت اقامت و کاهش هزینه درمان شود^(۷). در صورت ارجاع بیمار توسط پزشکان غیر روانپزشک به بخش های روانپزشکی، هم پزشکان و هم بیماران احساس رضایت بیشتری می نمایند^(۸).

میزان ارجاع و مشاوره روانپزشکی در بیمارستان های عمومی در مطالعات مختلف و کشورهای مختلف از ۱۰/۷ درصد گزارش شده است^(۹،۱۰). در یک بیماری در آمریکا در بیمارستان عمومی در مدت ۱۲ ماه ۱۶۵ بیمار توسط پزشکان به واحد مشاوره روانپزشکی معرفی شدند در این بررسی نشان داده شد که وجود اختلال روانپزشکی باعث افزایش مدت اقامت شده بود. شایع ترین علل ارجاع نیز افسردگی، ارزیابی خطر خود کشی و نشانگان عضوی - مغزی بودند. شایعترین تشخیص های روانپزشکی نیز خلق افسرده (۵۵ درصد)، اختلال روانی عضوی (۳۵ درصد) اختلال سازگاری (۱۶ درصد)، اختلال شبه جسمی (۱۶ درصد) و اختلال شخصیت (۱۵ درصد) بود^(۴). در یک بررسی در ۳۰۰ بیمار ارجاع شده از ۱۲ بخش بستری در بیمارستان

روماتولوژی (۱۶ مورد) و ریه (۱۶ مورد) درخواست مشاوره روانپزشکی نموده بودند.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب سن

تعداد (درصد)	سن (سال)
(۰/۵) ۳	۰-۱۰
(۲۱/۵) ۱۲۹	۱۱-۲۰
(۳۱/۵۰) ۱۹۰	۲۱-۳۰
(۱۳/۵) ۸۱	۳۱-۴۰
(۱۱/۵) ۶۹	۴۱-۵۰
(۹) ۵۴	۵۱-۶۰
(۶/۵۳۸	۶۱-۷۰
(۳/۵) ۲۱	۷۱-۸۰
(۲) ۱۲	۸۱-۹۰
(۰/۵) ۳	۹۱-۱۰۰
(۱۰۰) ۶۰۰	جمع

جدول شماره ۲: توزیع تعداد پذیرش شده و میزان مشاوره روانپزشکی بخش‌های مختلف

نام بخش	تعداد پذیرش	تعداد (درصد)
داخلی	۶۷۸۷	(۲/۴) ۱۸۷
ارتوپدی	۴۳۳۷	(۱/۲) ۵۴
جراحی عمومی	۵۰۵۹	(۱/۱) ۵۷
انکولوژی	۲۸۳۹	(۰/۷) ۲۰
اورژانس و مسمویت	۲۰۴۷۲	(۰/۷) ۲۷۵
جراحی مغز و اعصاب	۲۳۲۴	(۰/۴) ۹
زنان و زایمان	۱۰۳۱	(۰/۱) ۱۲
ارولوژی	۴۹۸۶	(۰/۱) ۶
کل پذیرش	۴۰۹۹۲	(۰/۹) ۶۰۰

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی بیماران ارجاع شده از بخش‌های مختلف

بخش‌های تخصصی	تعداد (درصد)
ارولوژی	(۱) ۶
ارتوپدی	(۹/۵) ۵۴
جراحی توراکس	(۱/۵) ۹
جراحی مغز و اعصاب	(۱/۵) ۹
جراحی عروق	(۵) ۳۰
جراحی عمومی	(۳) ۱۸
زنان	(۲) ۱۲
بخش مسمویت‌ها و اورژانس	(۴۶) ۲۷۵
بخش داخلی	(۳۱) ۱۸۷
جمع	(۱۰۰) ۶۰۰

بیمارستان مورد نظر (بیمارستان امام خمینی ساری) با مجموع ۳۲۰ تخت، دارای بخش‌های تخصصی و فوق تخصصی جراحی عمومی، جراحی عروق، ارتوپدی، جراحی زنان و زایمان، ارولوژی، جراحی مغز و اعصاب، مراقبت‌های ویژه و داخلی (غدد، ریه، گوارش، روماتولوژی، نفرولوژی و خون و انکولوژی) می‌باشد. افراد مورد بررسی از نظر سن و جنس و مشاوره‌ها بر اساس بخش‌های تخصصی و فوق تخصصی مشاوره دهنده و بر اساس تشخیص‌های روانپزشکی مطرح شده تفکیک شدند. داده‌های گردآوری شده به کمک روش‌های آماری توصیفی تحلیل وارائه گردید.

یافته‌ها

تعداد کل مشاوره‌های مورد بررسی در طول دو سال (۱۳۸۶ و ۱۳۸۷) ۶۰۰ مورد بود که از این تعداد ۲۹۵ نفر مرد (۴۹/۱۵ درصد) و ۳۰۵ نفر زن (۵۰/۸۵ درصد) بودند.

از نظر توزیع سنی نیز بیماران به گروه‌های ۱۰ ساله تفکیک شدند که بیشترین فراوانی در گروه‌های سنی ۲۱ تا ۳۰ سال بود (جدول شماره ۱).

تعداد پذیرش در مدت ۲ سال به بخش‌های مختلف میزان ارجاع و مشاوره روانپزشکی در جدول شماره ۲ آورده شده است. در بین بخش‌های تخصصی مشاوره دهنده بیشترین فراوانی مربوط به بخش اورژانس و مسمویت‌ها بود (۴۶ درصد) (جدول شماره ۳). بیشترین تشخیص روانپزشکی مطرح شده دلیریوم بود (۱۶ درصد) (جدول شماره ۴). بیشترین علت درخواست مشاوره روانپزشکی ارزیابی وضعیت روانی بود (۵۷/۵ درصد) (جدول شماره ۵).

در بین رشته‌های فوق تخصصی بخش داخلی بیشترین بیماران مشاور شده از سرویس غدد (۶۵ مورد) بود بعد از آن به ترتیب بخش‌های گوارش (۳۴ مورد)، کلیه (۳۳ مورد) خون و انکولوژی (۲۰ مورد)،

نshan داد ۰/۹ درصد پذیرش‌ها در بیمارستان عمومی مورد ارجاع به روانپردازی روان تنی قرار می‌گیرند هر چند میزان آن از مطالعات دیگر کمتر می‌باشد (۱۵، ۱۴، ۹). اما با مطالعات دیگر قابل مقایسه می‌باشد (۱۶، ۱۰). ارجاعات در مطالعه حاضر بیشتر از بخش‌های داخلی و کمتر از بخش‌های جراحی بوده که موافق با سایر بررسی می‌باشد (۱۵، ۱۴).

در این بررسی بیشترین مشاوره‌های درخواستی و ارجاع به روانپردازی تشخیص دلیریوم را دریافت کردند (۱۶ درصد) و بعد از آن به فاصله کمی اختلال افسردگی اساسی (۱۵ درصد) و در رتبه سوم اختلالات شخصیت (۱۴ درصد) مطرح شده بود. که با تحقیق شناخت (۱۴ درصد) مطابق شد. که در آن بیشترین افراد ارجاع شده اختلال افسردگی اساسی داشتند تفاوت اندکی دارد همانطور که ذکر گردید در این بررسی به فاصله اندکی بعد از دلیریوم، اختلال افسردگی اساسی در رده دوم قرار داشت (۶).

نتایج این بررسی با مطالعه Young و همکاران و Siddiqi و همکاران که تشخیص دلیریوم را در حدود ۱۰ تا ۳۰ درصد بیماران بستری شده در بیمارستان‌های عمومی مطرح کرده بودند نسبتاً مطابقت دارد (۱۲، ۱۱).

بیشترین بخش درخواست کننده مشاوره بخش مسمومیت‌ها و اورژانس بود (۴۶ درصد) که با مطالعه فرد که در آن بخش داخلی بالاترین میزان ارجاع به سرویس روانپردازی را داشتند تفاوت بود. در این مطالعه سرویس داخلی در رده دوم (۳۱ درصد) مطرح شده بود که بنظر می‌رسد با توجه به این که بیمارستان امام خمینی ساری یکی از مراکز اصلی ارجاع بیماران اورژانس و مسمومیت‌ها، خصوصاً موارد مشکوک اقدام به خودکشی می‌باشد (۶) و حضور فعال متخصص داخلي، متخصص طب اورژانس و متخصص مسمومیت‌ها در این مرکز، می‌تواند دلیلی برای افزایش درخواست مشاوره توسط

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی تشخیص‌های مطرح شده روانپردازی

اختلالات روانپردازی	تعداد (درصد)
دلیریوم	(۱۶) ۹۶
اختلال افسردگی اساسی	(۱۵) ۹۰
اختلال شخصیت	(۱۴) ۸۴
اختلال سازگاری	(۱۲/۵) ۷۵
وابستگی به مواد	(۱۱/۵) ۶۹
اختلال مختلط اضطراب- افسردگی	(۶/۵) ۳۹
اختلال دیس تایمی	(۴) ۲۴
اختلال خلقی دو قطبی	(۳/۵) ۲۱
اختلال تبدیلی	(۳/۵) ۲۱
اختلال وسوسی جبری	(۲) ۱۵
اختلال خلقی ناشی از بیماری طبی عمومی	(۱/۵) ۱۲
اختلال خلقی ناشی از مواد	(۱) ۹
دمانس	(۵) ۶
اختلال خوردن	(۵) ۳
واکنش سوگ طبیعی	(۵) ۳
اختلال هذیانی	(۵) ۳
اختلال انفجاری متناوب	(۵) ۳
اختلال پاییک	(۵) ۳
تمارض	(۳) ۳
سوگ پاتولوژیک	(۳) ۲
اختلال فشار روانی حاد	(۳) ۲
اختلال ساختگی	(۳) ۲
سندرم نورولوژیک بدخیم	(۳) ۲
اختلال بیش فعالیتی و نقص توجه	(۱۵) ۱
بدون تشخیص	(۲) ۱۲
جمع	(۱۰۰) ۶۰۰

جدول شماره ۵: فراوانی علل ارجاع بیماران برای مشاوره‌های روانپردازی

دلیل ارجاع	تعداد (درصد)
ارزیابی روانی	(۵۷/۵) ۳۴۵
سابقه مصرف داروهای روانپردازی	(۶/۵) ۳۹
تاریخچه بیماری روانپردازی	(۰/۵) ۳۰
سوء مصرف مواد داروها	(۷/۵) ۴۵
پرخاشگری	(۵/۵) ۳۳
علام سایکوتیک و بی ربط گویی	(۰/۷) ۴۲
عدم همکاری درمانی	(۶/۵) ۳۹
عدم جهت یابی مکان و زمان	(۴/۵) ۲۷
جمع	(۱۰۰) ۶۰۰

بحث

همانطوری که در ابتدای مقاله بیان شد هدف از این بررسی تعیین میزان درخواست مشاوره‌های روانپردازی و تشخیص‌های روانپردازی مطرح شده در یک بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی آموزشی بود. نتایج

بیماری‌های روانپزشکی و اختلال روان‌تنی احساس می‌شود ضمن این که با حضور فعال‌تر روانپزشکی یا بخش روانپزشکی در یک بیمارستان عمومی و تعامل بیشتر با رشته‌های تخصصی دیگر، می‌توان سرویس بهتر و با کیفیت بیشتری به بیماران داد. در بررسی دلایل ارجاع بیماران جهت مشاوره روانپزشکی به نظر می‌رسد جای پیشگیری از مشکلات روانی در بیماران بستری خالی باشد و معمولاً مشاوره به دنبال ایجاد یک نشانه یا علامت درخواست شده است که این موضوع نیاز به آموزش بیشتر متخصصان رشته‌های تخصصی در زمینه مسائل روانی و طب پیشگیری را مطرح می‌کند.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر همانطور که در مطالعه ذکر شد، این بود که بیماران ارجاعی از بخش‌ها توسط دستیاران روانپزشکی مقیم در بیمارستان که در دوره‌های ۳ ماهه در این مرکز حضور داشتند انجام می‌گرفتک که با توجه به تغییر دستیاران بنظر می‌رسد نیاز به همسان‌سازی و آموزش بیشتر در زمینه تشخیص گذاری و استفاده از یک مصاحبه ساختار یافته احساس می‌شود و یکی از نواقص این مطالعه بوده است. پیشنهاد می‌شود بعد از برطرف کردن این مشکل و آموزش بیشتر پرسنل و متخصصان رشته‌های مختلف بررسی دقیق‌تری از موارد ارجاع شده به روانپزشک و بررسی موارد ارجاع نشده (علی‌رغم نیاز به مشاوره روانپزشکی) صورت گیرد تا بتوان اطلاعات دقیق‌تر و واقعی‌تر از میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی را بدست آورد.

بخش اورژانس در این مطالعه باشد.

در این بررسی بیشترین فراوانی در علل ارجاع مربوط به بررسی و ارزیابی روانی بود که با مطالعه فرد مطابقت دارد^(۶). استفاده از این عنوان که "بیمار از نظر مشکلات روانپزشکی بررسی شود." در تعداد زیادی از مشاوره‌ها مطرح شد بدون اینکه دلیل درخواست مشاوره و تشخیص احتمالی مطرح شده در برگه مشاوره ذکر گردد که بنظر می‌رسد آشنایی کم متخصصان سایر رشته‌ها با رشته روانپزشکی و نیاز به حضور فعال‌تر روانپزشک و همکاری با متخصصین سایر رشته‌ها احساس می‌گردد.

در این بررسی نیز مانند بسیاری از بررسی‌های ذکر شده درخواست مشاوره برای زنان بیشتر بوده است البته میزان اختلال در این بررسی ناچیز بود (۳۰۵ بیمار زن در مقابل ۲۹۵ بیمار مرد).

در این بررسی بیشترین محدوده سنی بیماران مورد مشاوره ۲۱ تا ۳۰ سال بوده است (۳۱/۵ درصد). در مطالعه فرد ۳۱ تا ۴۰ سال بالاترین محدوده سنی برای بیماران ارجاعی بوده است (۲۰/۷ درصد) که احتمالاً به علت ارجاع بیماران با تشخیص احتمالی خودکشی و مسمومیت‌ها که اکثراً در محدوده سنی پایین‌تر از بیماران معمول یک بیمارستان عمومی می‌باشدند، مربوط می‌باشد^(۶).

با توجه به میزان نسبتاً بالای مشاوره‌های روانپزشکی در این بیمارستان به نظر می‌رسد که نیاز به آموزش بیشتر پرسنل و پزشکان متخصص جهت آشنایی بیشتر با

References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2007.
2. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity association with digressive symptom in the community. JAMA 1992; 267(11): 1478-1483.
3. Koenig HG, Shelp F, Goli V, Cohen HJ, Blazer DG. Survival and health care utilization in elderly medical inpatients with major depression. J Am Geriatr Soc 1989; 37(7): 599-606.
4. Clarke DM, Smith GC. Consultation-liaison psychiatry in general medical units. Aust N Z

- J Psychiatry 1995; 29(3): 424-432.
5. Simon G, Ormel J, VonKorff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. Am J Psychiatry 1995; 152(3): 352-357.
 6. Fard K. Psychiatric diagnoses among inpatient psychiatric consultations in a general hospital. Andeesheh Va Raftar 2005; 11(40): 6-14. (Persian)
 7. Schwenk TL, Coyne JC, Fechner-Bates S. Differences between detected and undetected patients in primary care and depressed psychiatric patients. Gen Hosp Psychiatry 1996; 18(6): 407-415.
 8. Ene S. The role of consultation-liaison psychiatry in the general hospital. J Med Life 2008; 1(4): 429-431.
 9. Bronheim HE, Fulop G, Kunkel EJ, Muskin PR, Schindler BA, Yates WR, et al. The Academy of Psychosomatic Medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. The Academy of Psychosomatic Medicine. Psychosomatics 1998; 39(4): S8-30.
 10. Gala C, Rigatelli M, De Bertolini C, Rupolo G, Gabrielli F, Grassi L. A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy. Italian C-L Group. Gen Hosp Psychiatry 1999; 21(4): 310-317.
 11. Young J, Inouye SK. Delirium in older people. BMJ 2007; 334(7598): 842-846.
 12. Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. Age Ageing 2006; 35(4): 350-364.
 13. Leetjens AFG, Vander mast RC, Delirium elderly people an update. Curr Opin Psychiatry 2005; 18(3): 325-330.
 14. Hengeveld MW, Rooymans HG, Vecht-van den Bergh R. Psychiatric consultations in a dutch university hospital a report 1814 referrals, compared with a literature review. Gen Hosp Psychiatry 1984; 6(4): 271-279.
 15. Huyse F, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, et al. Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. Gen Hosp Psychiatry 2001; 23(3): 124-132.
 16. Wallen J, Pincus HA, Goldman HH, Marcuse SE. psychiatric consultation in short-term general hospitals. Arch Gen consultations in short-term general hospitals. Arch Gen Psychiatry 1987; 44(2): 163-168.
 17. Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. J Nerv Ment Dis 1996; 184(1): 43-51.