

## بررسی شیوع افسردگی در بیماران بستری بخش جراحی عمومی و اثرات آن بر طول بستری

دکتر سید محمد علی قریشی زاده: استاد روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: goreishm@tbzmed.ac.ir

دکتر مهسا سلیمی نمین: پزشک عمومی

دریافت: ۸۳/۴/۲۷، بازنگری نهایی: ۸۳/۹/۱، پذیرش: ۸۳/۱۰/۲

### چکیده

**زمینه و اهداف:** افسردگی، مراقبت از بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی را با مشکلات زیادی همراه می‌سازد. این مطالعه به منظور تعیین شیوع افسردگی در بیماران بستری در بخش جراحی عمومی و نیز اثرات آن در طول مدت بستری آنها انجام شد.

**روش بررسی:** یک صد نفر از بیمارانی که جهت اعمال جراحی انتخابی در بخش‌های جراحی عمومی بیمارستان امام و سینای تبریز بستری بودند به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و توسط پرسشنامه افسردگی بک، مورد ارزیابی قرار گرفتند. بیماران براساس یافته‌های تست در دو گروه افسرده و غیرافسرده طبقه بندی شدند. طول روزهای بستری در دو گروه نیز تعیین و توسط آزمون تی تست مورد مقایسه قرار گرفت.

**یافته‌ها:** ۹۱ بیمار از ۱۰۰ بیمار (۵۰ مرد و ۴۱ زن) مطالعه را تکمیل کردند. براساس یافته‌های تست بک ۲۸ نفر (۳۰/۷۶٪) گروه غیرافسرده را تشکیل دادند و ۶۳ نفر (۶۹/۲۴٪) مبتلا به درجاتی از افسردگی بودند. اما اگر افسردگی را از نمره بالاتر از ۱۸ تست بک در نظر بگیریم، در این صورت ۶۰ نفر (۶۵/۹۳٪) در گروه غیرافسرده و ۳۱ نفر (۳۴/۰۷٪) در گروه افسرده قرار می‌گیرند. در هر دو حالت شیوع افسردگی در بیماران جراحی بالاتر از جمعیت عمومی یعنی ۲۵-۱۲٪ بدست آمد. متوسط روزهای بستری در گروه غیرافسرده ۶۹۲ روز و در گروه بیماران مبتلا به افسردگی متوسط و شدید ۹۰۲ روز بود ( $P=0/001$ ).

**نتیجه گیری:** شیوع افسردگی در بیماران بستری در بخش جراحی عمومی بالاتر از جمعیت عمومی بود و افسردگی سبب طولانی شدن روزهای بستری بیماران گردید که از این نظر لازم است مورد توجه قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** افسردگی، شیوع، بخش جراحی، طول بستری

### مقدمه

و عود این بیماری می‌شود (۵). از آنجائیکه افسردگی یک بیماری پیچیده با علائم هتروژن می‌باشد تشخیص همیشه آسان نیست. بسیاری از بیماران افسرده شکایتی از خلق دیسفوریک ندارند و خصوصیات بالینی غالب آنها به شکل اضطراب، شکایات جسمانی، خستگی و علائم وژتاتیو مثل تغییرات خواب و اشتها تظاهر کرده و یا به شکل پسیکوز خود را نشان می‌دهد (۵). اما علائم جسمی افسردگی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. شیوع این اختلال در بخش‌های طبی و جراحی ۲ تا ۳ برابر بیشتر از شیوع آن در جمعیت عمومی است (۲). ۶۰-۳۰٪ بیماران بستری کوتاه مدت بخش‌های داخل و جراحی مبتلا به اختلال روانی یا روانی اجتماعی هستند و بیماران افسرده بخش‌های طبی ۳ بار بیشتر از غیرافسرده‌ها از منابع طبی استفاده می‌نمایند و هزینه را ۲ برابر می‌کنند و ۷ بار بیشتر به مراکز اورژانس مراجعه می‌نمایند (۵).

متأسفانه افسردگی در سیر و عاقبت، بیماریها نیز تاثیر منفی می‌گذارد. و طول بستری بیماران را بالا می‌برد (۶). در یک مطالعه در بخش‌های

افسردگی از اختلالات شایع روانپزشکی می‌باشد. شیوع آن در طول عمر در زنان ۲۵-۱۲٪ و در مردان ۱۲-۵٪ گزارش شده است (۱). افسردگی اثرات منفی مهمی در عملکرد اجتماعی و شغلی افراد داشته و یکی از علل مهم ناتوانی‌ها محسوب می‌شود. مشکلات شغلی یا روابط بین فردی افراد ممکن است تظاهری از یک افسردگی پنهان و زیربنایی بوده باشد (۲). در سال ۲۰۰۰، افسردگی یک قطبی چهارمین علت از دست دادن شغل محسوب می‌شد. طبق مطالعات سازمان بهداشت جهانی، تخمین زده شده است که در سال ۲۰۲۰ افسردگی، دومین بیماری ناتوان کننده در بین تمام بیماریهای جسمی و روانی خواهد بود، یعنی بیشتر از تصادفات جاده‌ای، بیماریهای عروق مغزی و بیماریهای انسدادی ریوی (۳). در سال ۱۹۹۲ هزینه کلی ناشی از افسردگی در امریکا ۴۴ میلیارد دلار برآورد شده است (۴). علیرغم گسترش جهانی افسردگی، حدود ۵۰٪ از بیماران در جستجوی درمان برنیامده و درمان نمی‌شوند. شکست در تشخیص و درمان افسردگی منجر به مقاوم شدن

مورد ارزیابی قرار گرفتند. بیماران باسواد پس از توضیحات لازم، خود اقدام به تکمیل پرسشنامه می‌کردند و در غیر اینصورت توسط انترن شرکت کننده در مطالعه اقدام می‌شد. ابزار دیگر مورد استفاده، پرونده بیمارستانی بود. در ضمن مشخصات بیماران و خصوصیات دموگرافیک آنها نیز تهیه و طول مدت بستری در بیمارستان نیز در موقع ترخیص مشخص و ثبت گردید. پاسخنامه‌های تست بک توسط کلید مخصوص خود مورد ارزیابی قرار گرفتند. از نظر وجود افسردگی بیماران به دو طریق در دو گروه افسرده و غیرافسرده قرار گرفتند. در روش اول گروه غیرافسرده آنهایی بودند که نمره بین ۹-۵ در تست بک دریافت کرده بودند و نمره ۱۰ و بالاتر در گروه افسرده جای گرفتند. از نظر شدت افسردگی، نمرات ۱۸-۱۰ خفیف، ۲۹-۱۹ افسردگی متوسط، ۶۳-۳۰ بیانگر نوع شدید و نمره صفر تا ۴ نیز فاقد اعتبار تلقی شد. دو گروه افسرده و غیرافسرده از نظر طول مدت بستری با هم مقایسه شدند و معنی دار بودن تفاوت با روش آماری تی تست مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک گروه مورد بررسی

درصد	عوامل جمعیت شناختی	فراوانی (تقر)
جنس		
۵۴/۹۴٪	مرد	۵۰
۴۵/۰۶٪	زن	۴۱
سن		
۲۹/۶۷٪	۱۸-۲۷	۲۷
۱۶/۴۸٪	۲۸-۳۷	۱۵
۱۴/۲۸٪	۳۸-۴۷	۱۳
۱۳/۱۸٪	۴۸-۵۷	۱۲
۲۶/۳۷٪	۵۷ به بالا	۲۴
وضعیت تاهل		
۷۰/۳۳٪	متاهل	۶۴
۲۹/۶٪	مجرد	۲۷
شغل		
۲۸/۵۷٪	خانه‌دار	۲۶
۲۲٪	شغل آزاد	۲۰
۷/۶۹٪	محصل یا دانشجو	۷
۱۴/۲۸٪	بیکار	۱۳
۵/۴۹٪	کارمند بازنشسته	۵
۲/۱۹٪	سرباز	۲
۷/۶۹٪	کارمند	۷
۱۲/۰۸٪	نامشخص	۱۱

در روش دوم به منظور کاهش موارد کاذب، افسردگی خفیف حذف و طبق برخی از پیشنهادات، افسردگی از نمره بالاتر از ۱۸ در نظر گرفته شد، یعنی مجموع افسردگی متوسط و شدید گروه افسرده را تشکیل دادند و گروه غیرافسرده آنهایی بودند که نمره بین ۱۸-۵ دریافت کرده بودند.

طبی و جراحی طول بستری بیماران افسرده بطور متوسط ۱۰ روز بیشتر از بیماران غیرافسرده بود (۷). در همان مطالعه آن گروه از بیماران افسرده که تحت درمان با داروهای ضدافسردگی یا روان درمانی قرار گرفته بودند، متوسط روزهای بستری آنها ۳۱/۸ روز کمتر از افسرده هائی بود که تحت درمان قرار نگرفته بودند (۷). مطالعات زیادی اثر افسردگی را بر سیر و عاقبت بیماریهای طبی و جراحی نشان داده‌اند (۸). همچنین در اکثر مطالعات درمان با داروهای ضدافسردگی با نتایج بهتری همراه بوده است (۸). امروزه جراحان به ابعاد مراقبت‌های روانپزشکی بیماران خود، آگاهی دارند (۵). این قبیل مراقبت‌ها هم قبل از عمل و هم بعد از عمل ضرورت دارد. وجود اضطراب شدید و افسردگی قبل از عمل در قبول عمل جراحی و بستری شدن و همکاری تأثیر فراوان دارد. بعد از عمل نیز افسردگی سبب بی‌انگیزه و بی‌علاقه بودن بیمار شده و همکاری با درمان را کم می‌کند و بدین طریق بهبود را به تأخیر انداخته و بستری را طولانی‌تر می‌نماید (۸). جراحی یک حادثه بالقوه بهبودی بخش و در عین حال تروماتیک می‌باشد و با ترس و اضطراب و افسردگی همراه است و عوامل روانپزشکی یا روانشناختی در عاقبت آن تأثیر مهمی برجای می‌گذارند (۹).

وضعیت هیجانی و روانی بیماران سهم عمده‌ای در علائم بالینی، دوره بیماری و عاقبت بعد از عمل جراحی دارد (۹). باید دانست که افسردگی واکنش شایع در برابر ابتلا به بیماریهاست اما این واکنش گاه نرمال نبوده و با عوارض فراوان همراه است و باید مورد مراقبت و درمان قرار گیرد (۱۰). افسردگی در بخش‌های داخلی مورد توجه بیشتری قرار گرفته و مطالعات زیادی در این زمینه انجام شده اما شیوع آن در بخش‌های جراحی و نیز تأثیر آن بر سیر و عاقبت بیماریهای جراحی کمتر مورد مطالعه بوده، بخصوص در کشور ما این قبیل مطالعات بسیار اندک هستند. با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت بالینی مسأله، این مطالعه انجام شد تا فراوانی افسردگی در بخش‌های جراحی عمومی و نیز تأثیر آن در طول دوره بستری مشخص نماید.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی و آینده‌نگر بین یک صد نفر بیمار بستری در بخش‌های جراحی عمومی بیمارستان امام و سینای تبریز در نیمه دوم سال ۱۳۸۱ انجام گرفت. این دو بیمارستان از بیمارستانهای عمومی و آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشند. بیماران به طریق نمونه گیری در دسترس از بین تمام بیمارانی که جهت عمل جراحی انتخابی بستری بودند، انتخاب شدند. شرایط شرکت در مطالعه داشتن سن ۶۵-۱۸ سالگی و ابتلا به یک بیماری جراحی عمومی، داشتن اندیکاسیون عمل و بستری شدن بدون در نظر گرفتن جنس بود. بیمارانی که سابقه بیماری روانی یا سوء مصرف مواد داشتند در مطالعه شرکت داده نشدند. همچنین بیمارانی که بطور اورژانس جهت عمل جراحی بستری بودند در مطالعه شرکت داده نشدند. همه بیماران در روز اول یا دوم بستری توسط تست افسردگی بک (ویرایش دوم آن) که با ملاک‌های DSM-IV مطابقت دارد از نظر وجود افسردگی و شدت آن

جدول ۲: فراوانی افسردگی و شدت آن و میانگین روزهای بستری در هر گروه

نمره پرسشنامه بک	نوع افسردگی	تعداد	درصد	میانگین روزهای بستری
۵-۹	فاقد افسردگی	۲۸	۳۰/۸۶٪	۶/۹۱
۱۰-۱۸	افسردگی خفیف	۳۲	۳۵/۱۶٪	۶/۹۳
۱۹-۲۹	افسردگی متوسط	۲۲	۲۴/۱۸٪	۸/۹
۳۰-۶۳	افسردگی شدید	۹	۹/۹٪	۹/۱۴

## یافته‌ها

از صد نفر بیمار شرکت کننده در مطالعه ۹ نفر بعلت عدم همکاری و یا داشتن نمره کمتر از ۴ در تست بک کنار گذاشته شدند. از ۹۱ نفر بیمار باقیمانده، ۵۰ نفر (۵۴/۹۴٪) مرد و ۴۱ نفر (۴۵/۰۶٪) زن بودند. حداقل سن ۱۸ و حداکثر سن ۶۵ سال بود (جدول ۱). از نظر افسردگی و نمره دریافتی از تست بک، ۲۸ نفر (۳۰/۸۶٪) نمره ۵-۹ داشتند یعنی افسرده نبودند و گروه کنترل را تشکیل دادند بقیه یعنی ۶۳ نفر (۶۹/۲۴٪) دچار درجاتی از افسردگی بودند که از نظر شدت افسردگی در سه گروه خفیف، ۳۲ نفر (۳۵/۱۶٪)، متوسط ۲۲ نفر (۲۴/۱۸٪) و شدید ۹ نفر (۹/۹٪) قرار گرفتند. مقایسه فراوانی بیماران از نظر افسردگی و شدت آن در جدول ۲ نشان داده شده است. همانطور که از جدول فوق بر می آید فراوانی افسردگی در بیماران جراحی بالاتر از جمعیت عمومی که حدود ۲۵-۱۰٪ گزارش شده، می باشد. در این مطالعه از نظر ارتباط روزهای بستری با افسردگی و شدت آن، متوسط روزهای بستری با بالا رفتن شدت افسردگی بالاتر رفته است و در گروه کنترل غیرافسرده، ۶/۹۱ روز و در گروه های افسرده خفیف، متوسط و شدید به ترتیب ۶/۹۳، ۸/۹ و ۹/۱۴ روز بدست آمد. اما این افزایش از نظر آماری معنی دار نبود. با در نظر گرفتن نمره ۱۸ برای برش افسردگی در تست بک، به منظور کاهش موارد مثبت کاذب افسردگی از این نظر ۳۱ نفر (۳۴/۰۷٪) در گروه افسرده و ۶۰ نفر (۶۵/۹۳٪) در گروه غیرافسرده جای گرفتند، متوسط روزهای بستری در گروه افسرده، ۹/۰۲ روز و در گروه غیرافسرده، ۶/۹۲ روز بدست آمد که مقایسه آنها از نظر آماری با روش تی تست معنی دار بود ( $p < 0.001$ ). لذا می توان نتیجه گرفت که افسردگی متوسط و شدید بر طول بستری بیماران تاثیر گذاشته و در افراد افسرده طول بستری بیشتر از افراد غیرافسرده است.

## بحث

در این مطالعه بر اساس یافته های تست افسردگی بک شیوع افسردگی در بیماران بستری در بخش جراحی عمومی بدون در نظر گرفتن جنس، سن و نوع بیماری بالاتر از جمعیت عمومی بدست آمد (۶۹/۲۴٪) و در بیماران افسرده با نمره تست بک بالاتر از ۱۸، این میزان ۳۴/۰۷٪ بود. در هر دو حالت شیوع افسردگی از جمعیت عمومی که حدود ۱۰ الی ۲۵٪ گزارش شده، بالاتر است که احتمالاً بعلت استرس ناشی از ابتلا به بیماری، درد و رنج ناشی از آن، اثر بیماری در کارائی، درآمد، شغل و کیفیت زندگی و یا عوامل روانی اجتماعی متعدد دیگر است. این یافته با اکثر مطالعات دیگر همخوانی

دارد و در اکثر مطالعات شیوع افسردگی در بخش های داخلی و جراحی بالا گزارش شده است (۱۱). در یک بررسی انجام شده در ایران میزان شیوع افسردگی در بیماران بستری در بخش های داخلی و جراحی بیمارستان شهید رهنمون یزد ۷۰٪ (۱۲) و در مطالعه ای در بیمارستان های کرمان ۵۳/۶٪ گزارش گردیده است (۱۳).

در اکثر مطالعات، افسردگی از شایعترین اختلالات روانپزشکی در بخش های جراحی عمومی گزارش شده است (۹). در یک مطالعه در کشور چین، شیوع افسردگی در بخش جراحی عمومی ۴۰/۴٪ بود (۱۴). در مطالعه دیگر در نیجریه نیز شیوع اختلالات روانپزشکی در بخش جراحی ۲۹/۶٪ گزارش شده است (۱۵). می دانیم اکثر بیماران بستری در بخش های بیمارستان های آموزشی و دولتی متعلق به اقشار متوسط و باین اقتصادی و اجتماعی هستند هرچند که رابطه شیوع افسردگی در طبقات مختلف اجتماعی در همه مطالعات یک رابطه مستقیم نبوده است و شیوع آن در تمام طبقات اجتماعی، یکسان شناخته شده است (۱)، اما شرایط ناسامان اجتماعی اقتصادی در سیر و پیش آگهی بیماری های جسمی، نقش به سزایی داشته و بیماران متعلق به این طبقه از امکانات و مراقبت های پزشکی کمتری بهره مند شده و بیماری شدیدتر و پیشرفته تری پیدا می کنند و لذا در صورت ابتلا به بیماری احتمال افسرده شدن در آنها بالاست. از طرفی درمان های انجام شده برای بیماران مثل دارو درمانی و درمان های فیزیکی و غیره نیز می تواند سبب افسردگی شود. اقدامات تشخیصی نیز مثل آندوسکوپی، رادیوگرافی، آنژیوگرافی، بیوپسی و غیره، نیز با استرس و اضطراب همراه بوده و می تواند تغییرات خلقی ایجاد نماید (۱۶). در بیماران جراحی قبل از عمل، خود استرس عمل جراحی نیز سبب اضطراب و افسردگی می شود.

از طرف دیگر هیجانات منفی یعنی اضطراب و افسردگی اثرات نامطلوب بر بیماری اولیه و سیر و عاقبت آن دارد (۱۷ و ۱۸) مثلاً مرگ و میر بدنبال انفارکتوس میوکارد در طی ۶ تا ۱۸ ماه پس از انفارکتوس، در بیماران افسرده، ۴ برابر بیشتر از بیماران غیرافسرده است و زنان مبتلا به افسردگی عودکننده، نسبت به زنان هم سن و سال غیر افسرده تراکم استخوانی تراکم استخوانی پائین تر و میزان پوکی استخوان بالاتری پیدا می کنند و نیز بیماران دیابتیک افسرده نسبت به بیماران دیابت غیر افسرده کنترل قند خون ضعیف تر و عوارض دیابتی بیشتری مانند نوروپاتی دارند.

بالاخره امروزه روشن شده است که مرگ و میر به هر علتی بغیر از خودکشی در افراد افسرده حداقل ۲ بار بیش تر از غیرافسرده هاست و آمار خودکشی در افسرده ها از طرف دیگر بالا است. اما مطالعات

همراه است و اشغال تخت‌های بیمارستانی را سبب می‌شود و شانس بستری شدن بیماران دیگر و رسیدگی به موقع به آنها را کمتر می‌کند و درآمد بیمارستان را نیز کاهش می‌دهد، اهمیت درمان افسردگی در بخش‌های جراحی و رسیدگی فوری به آنها را نشان دهد.

#### محدودیت‌های مطالعه و پیشنهادات:

در این مطالعه شیوع افسردگی در بیماران جراحی در مرد و زن، پیر و جوان و در مبتلایان به بیماری‌های جراحی خوش‌خیم و بدخیم بدون تفکیک و در یک جا مورد بررسی قرار گرفت که یک نوع محدودیت این مطالعه محسوب می‌گردد و از عوامل مداخله‌گر می‌باشند. جهت رفع اینگونه اشکالات پیشنهاد می‌شود:

- ۱- شیوع افسردگی و اثر آن بر بیماری بخصوص طول روزهای بستری در مردان و زنان جداگانه بررسی گردد.
- ۲- بیماری‌های خوش‌خیم یا سبک جراحی و بدخیم جراحی از هم جدا شوند.
- ۳- در جوانان و سالمندان جداگانه بررسی بعمل آید.
- ۴- در بیماری‌های خاص جراحی مثل ارتوپدی، گوش حلق و بینی، جراحی سرطان‌ها و ... جداگانه مطالعه شود.
- ۵- مطالعه با حجم نمونه بالا و با نمونه‌گیری به طریق تصادفی انجام شود.
- ۶- بیماران باسواد از بیسواد جدا گردد.

فراوان نشان داده است که متأسفانه افسردگی بیماران بخش‌های داخلی و جراحی کمتر تشخیص داده شده و کمتر مورد درمان قرار می‌گیرد و به عواقب افسردگی و تاثیر آن بر سیر و عاقبت بیماری‌ها کمتر اهمیت داده می‌شود (۱۹). در این مطالعه بمنظور نشان دادن تاثیر منفی افسردگی بر بیماری و سیر آن، طول روزهای بستری ملاک قرار گرفت و در بیماران افسرده با بیماران غیرافسرده بستری در بخش جراحی عمومی با هم مقایسه گردید که بترتیب در بیماران افسرده متوسط و شدید، متوسط روزهای بستری ۹/۰۲ روز و در افراد غیرافسرده ۶/۹۲ روز بود که درتی تست تفاوت معنی داری را نشان داد ( $p < 0.001$ ) این یافته نیز با یافته‌های بسیاری از مطالعات دیگر از جمله مطالعه Balestrieri (۱۷) مطابقت دارد. تاثیر افسردگی بر دوره بیماری احتمالاً از طریق کاهش‌انگیزه و عدم همکاری بیمار با درمان صورت می‌گیرد. (۹) مراقبت‌های روانپزشکی بیماران جراحی باید هم قبل از عمل و هم بعد از عمل انجام شود. قبل از عمل لازم است ترس و اضطراب بیمار را از بین برد. وجود اضطراب، ترس و افسردگی قبل از عمل در قبول عمل و بهتر شدن همکاری تاثیر می‌گذارد. بعد از عمل افسردگی ممکن است بعلت اثرات بیهوشی و عوارض بعد از عمل مثل درد ویی حرکتی و یا پاسخ ناسازگارانه به استرس بعد از عمل پیدا شود (۲۰). وجود پسکوپاتولوژی قبلی در فرد نیز این قبیل واکنش‌ها را شدت می‌بخشد (۲۱). از آنجائیکه بستری شدن طولانی سبب پائین آمدن کیفیت زندگی بیمار شده و با تحمیل هزینه زیاد

## References

1. Benjamin JS, Virginia AS. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 9<sup>th</sup> ed. New York, William and Wilkins, 2003; pp: 534-572.
2. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7<sup>th</sup> ed. Baltimor, William and wilkins, 2000; pp: 763-1887.
3. Christopher JLM, Alan DL. The Global Burden of Disease. *World Health Organization, Geneva, World Bank and Harvard School of Public Health*, 1996; pp: 1-4
4. Vaeroy H, Juell M, Hoivik B. Prevalence of depression among general hospital surgical inpatients. *Nor J Psychiatry* 2003; **57**(1): 13-6.
5. Michael GW, James RR. *Textbook of Consultation Liaison Psychiatry*. 2nd ed. Washington, American psychiatric publishing, 2002; pp: 593- 622.
6. Takashi H, Takayuki A, Toshijuki W. Comorbidity of depression among physically ill patients and its effect on the length of hospital stay. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1999; **53**(4): 491.
7. Verbosky LA, Franco KN, Zrull JP. The relationship between depression and length of stay in the general hospital patients. *J Clin Psychiatry* 1993; **54**(5): 177-81.
8. Ned HC, Theodor AS, Jerrold F, Rosenbaum and Michaels Jellinek Massachusetts General Hospital *Handbook of General Hospital Psychiatry*. 4<sup>th</sup> ed. New York, Mosby, 1997; pp: 25-68.
9. Rodin G, Abbey S. Psychiatric aspect of surgery, In: Gelder MG, Juan J, Lopez, ed. *new Oxford Textbook of Psychiatry* Oxford University Press, 2000; pp: 1173-1177.
10. Strain JJ, Newcom J, Cartegena RA. Adjustment disorders, In: Gelder, Juan. Lopez In *new Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2000; pp: 774-781.
11. Balestrieri M, Bisoffi G, Tansella M. Identification of depression by medical and surgical general hospital physicians. *General Hospital Psychiatry* 2002; **24**: pp: 4-11.
۱۲. باقری یزدی ع، بوالهروی ج، شاه محمدی د. بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستائی میند یزد، فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۷۳، سال ۱، شماره ۱، صص ۳۲-۴۱.
۱۳. نظری ط، یاسمی م، دوست محمدی م. بررسی شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران بستری در بخش داخلی و جراحی، فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۸۱، سال ۸، شماره ۲، صص ۱۸-۲۵.
14. Abiodan O, Ogunremi O. Psychiatric morbidity in medical and surgical wards of Nigerian general hospital. *J of Psychosomatic Research* 1990; **34**(4): 409-414

15. Smith G, Clarke DM, Handinos D, Dunsis A. Consultation Liaison psychiatrist management of depression. *Psychosomatic* 1998; **39**(3): 244-52.
16. Ackerman AN, Lyons JS, Hammer JS, Larson DB. The impact of coexisting depression and timing of psychiatric consultation on medical patients' length of stay. *Hospital Community Psychiatry* 1988; **39**(2), 173-6.
17. Balestrieri M, Bisoffi G, De Francesco M, Eridani M, Martucci M, Tansella M. Six month and 12 month mental health outcome of medical and surgical patients admitted to general hospital. *Psychological Medicine* 2000; **30**(2): 359-367.
۱۸. رایت پ، استرن ج، فلان م. مبانی روانپزشکی، ترجمه دکتر نصرت اله پورافکاری، تبریز، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، ۱۳۸۰، صص ۲۸-۱.
19. Fulop G, Strain J, Fahs M, Schmeidler J, Snyder S. A prospective study of the impact of psychiatric co morbidity on length of hospital stay of elderly medical-surgical inpatients. *Psychosomatic* 1998; **39** (3): 273.
20. Jian K, Wang S, Li J, Yin M, Du R. Depressive disorder in patients undergoing general surgical operations. *Zhonghua Wai Keza Zhi* 2002; (11): 830-833.
21. Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. Relates of psychopathology in genera medical inpatients to use and cost of services. *Am J Psy* 1990; **147**(11): 498-503.