

فراوانی میزان ارجاع و تشخیص های روانپزشکی در بیمارستان امام خمینی ساری در سال های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷

سید حمزه حسینی^۱ مهران مرتضوی^۲

چکیده

سابقه و هدف: این بررسی با هدف تعیین فراوانی تشخیص های روانپزشکی به تفکیک رشته های تخصصی مشاوره دهنده و ویژگی های جمعیت شناختی بیماران در یک بیمارستان عمومی انجام گردید.

مواد و روش ها: تعداد ۶۰۰ بیمار که مشاوره روانپزشکی دریافت کردند مورد بررسی قرار گرفت. تعداد کل بیماران پذیرش شده از فروردین ۱۳۸۶ تا فروردین ۱۳۸۷، ۴۰۹۹۲ بودند. در این پژوهش مشاوره های 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 می کردند بررسی شد. مشاوره های اورژانس نیز توسط دستیار روانپزشکی اعزامی بیمارستان آموزشی روانپزشکی زارع صورت گرفت.

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

استنتاج: با توجه به میزان نسبتاً بالای مشاوره های روانپزشکی در این بیمارستان به نظر می رسد که نیاز به آموزش بیشتر پرسنل و پزشکان متخصص جهت آشنایی بیشتر با بیماری های روانپزشکی و اختلال روان تنی احساس می شود.

واژه های کلیدی: بیمارستان عمومی، مشاوره، طب روان تنی، اختلال روانپزشکی

مقدمه

روانشناختی موثر بر بیماری های 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 بیماری های جسمی ایجاد یا تشدید شده اند را در بر می گیرد. در سال ۲۰۰۵ هیئت مورد متخصصین

طب روان تنی (سایکوسوماتیک) از حدود ۷۵ سال پیش یکی از حوزه های اختصاصی پژوهش در رشته روانپزشکی بوده است. در ویرایش چهارم کتابچه تشخیصی آماری اختلالات روانی DSMIV-TR، مفاهیم روان تنی در عنوان تشخیصی 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 پزشکی، 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

طبی آمریکا و هیئت بورد روانپزشکی و نورولوژی در آمریکا بورد مجزایی را به نام بورد طب روان تنی در آمریکا را تصویب کردند. این تصمیم تأکیدی 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 درمان‌های رایج می‌شود (۳،۲). همچنین همزمان شدن اختلال جسمی با اختلال روانی باعث افزایش هزینه‌های درمانی می‌گردد (۵،۴). گاهی نیز همزمانی این دو اختلال باعث مشکل شدن تشخیص صحیح می‌شود (۶). درمان صحیح و به موقع اختلالات روانی و ارجاع به خدمات مشاوره‌ای روانپزشکی سبب می‌شود که درمان موثرتری صورت گیرد و ضمناً باعث کاهش مدت اقامت و کاهش هزینه درمان شود (۷). در صورت ارجاع بیمار توسط پزشکان غیر روانپزشک به بخش‌های روانپزشکی، هم پزشکان و هم بیماران احساس رضایت بیشتری می‌نمایند (۸).

میزان ارجاع و مشاوره روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی در مطالعات مختلف و کشورهای مختلف از ۷/۱۰ تا ۷۱ درصد گزارش شده است (۱۰،۹). در یک بررسی 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. شایع‌ترین علل ارجاع نیز افسردگی، ارزیابی خطر خودکشی و نشانگان عضوی- مغزی بودند. شایع‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی نیز خلق افسرده (۵۵ درصد)، اختلال روانی عضوی (۳۵ درصد) اختلال سازگاری (۱۹ 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

آموزشی حضرت رسول اکرم (ص) تهران در مدت ۳ سال، بیشترین درصد آزمودنی‌های 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 اختلال‌های عاطفی (۲۴/۴ درصد) و تطابق به بیماری‌های جسمی (۱۳/۷ درصد) بود (۶). در مطالعات دیگر شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی دلیریوم ذکر و گزارش شده که دلیریوم در حدود $\frac{1}{5}$ بیماران پذیرش شده در بیمارستان‌های عمومی رخ می‌دهد (۱۱،۱۲) میزان آن حتی در افراد مسن، بیماران کانسری و مراحل انتهایی عمر بیشتر است. دلیریوم روی پی‌آمد بیماری‌ها تأثیر منفی دارد. این اثرات منفی به صورت افزایش هزینه نگهداری بیمار تأثیر منفی روی عملکرد بعدی بیمار و در نهایت باعث افزایش مرگ و میر می‌شود (۱۳).

پژوهش حاضر نیز، در این راستا و با هدف بررسی میزان مشاوره‌های روانپزشکی در یک بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و تشخیص‌های مطرح شده روانپزشکی انجام گردیده است.

مواد و روش‌ها

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

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

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب سن

سن (سال)	تعداد (درصد)
۰-۱۰	۳ (۰/۵)
۱۱-۲۰	۱۲۹ (۲۱/۵)
۲۱-۳۰	۱۹۰ (۳۱/۵۰)
۳۱-۴۰	۸۱ (۱۳/۵)
۴۱-۵۰	۶۹ (۱۱/۵)
۵۱-۶۰	۵۴ (۹)
۶۱-۷۰	۳۸ (۶/۵)
۷۱-۸۰	۲۱ (۳/۵)
۸۱-۹۰	۱۲ (۲)
۹۱-۱۰۰	۳ (۰/۵)
جمع	۶۰۰ (۱۰۰)

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

نام بخش	تعداد پذیرش	تعداد (درصد)
داخلی	۶۷۸۷	۱۸۷ (۲/۴)
ارتوپدی	۴۳۳۷	۵۴ (۱/۲)
جراحی عمومی	۵۰۵۹	۵۷ (۱/۱)
انکولوژی	۲۸۳۹	۲۰ (۰/۷)
اورژانس و مسمومیت	۲۰۴۷۲	۲۷۵ (۰/۷)
جراحی مغز و اعصاب	۲۳۲۴	۹ (۰/۴)
زنان و زایمان	۱۰۳۱۱	۱۲ (۰/۱)
ارولوژی	۴۹۸۶	۶ (۰/۱)
کل پذیرش	۴۰۹۹۲	۶۰۰ (۰/۹)

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

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

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 و ارائه 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 تفکیک بخش‌ها و میزان ارجاع و مشاوره روانپزشکی در جدول شماره ۲ آورده شده است. در بین بخش‌های تخصصی مشاوره‌دهنده بیشترین فراوانی مربوط به بخش اورژانس و مسمومیت‌ها 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)،

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی تشخیص های مطرح شده روانپزشکی

اختلالات روانپزشکی	تعداد (درصد)
دلیریوم	۹۶ (۱۶)
اختلال افسردگی اساسی	۹۰ (۱۵)
اختلال شخصیت	۸۴ (۱۴)
اختلال سازگاری	۷۵ (۱۲/۵)
وابستگی به مواد	۶۹ (۱۱/۵)
اختلال مختلط اضطراب- افسردگی	۳۹ (۶/۵)
اختلال دیس تایمی	۲۴ (۴)
اختلال خلقی دو قطبی	۲۱ (۳/۵)
اختلال تبدیلی	۲۱ (۳/۵)
اختلال وسواسی جبری	۱۵ (۲)
اختلال خلقی ناشی از بیماری طبی عمومی	۱۲ (۱/۵)
اختلال خلقی ناشی از مواد	۹ (۱)
دمانس	۶ (۰/۵)
اختلال خوردن	۳ (۰/۵)
واکنش سوگ طبیعی	۳ (۰/۵)
اختلال هذیانی	۳ (۰/۵)
اختلال انفجاری متناوب	۳ (۰/۵)
اختلال پانیک	۳ (۰/۵)
تمارض	۳ (۰/۵)
سوگ پاتولوژیک	۲ (۰/۳)
اختلال فشار روانی حاد	۲ (۰/۳)
اختلال ساختگی	۲ (۰/۳)
سندرم نورولپتیک بدخیم	۲ (۰/۳)
اختلال بیش فعالیتی و نقص توجه	۱ (۰/۱۵)
بدون تشخیص	۱۲ (۲)
جمع	۶۰۰ (۱۰۰)

جدول شماره ۵: فراوانی علل ارجاع بیماران برای مشاوره های روانپزشکی

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

بحث

همانطوری که در ابتدای مقاله بیان شد هدف از این بررسی تعیین میزان درخواست مشاوره های روانپزشکی و تشخیص های روانپزشکی مطرح شده در یک بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی آموزشی بود. نتایج

نشان داد ۰/۹ درصد پذیرش ها در بیمارستان عمومی مورد ارجاع به روانپزشکی روان تنی قرار می گیرند هر چند میزان آن از مطالعات دیگر کمتر می باشد (۱۵،۱۴،۹) اما با مطالعات دیگر قابل مقایسه می باشد (۱۶،۱۰). ارجاعات در مطالعه حاضر بیشتر از بخش های داخلی و کمتر از بخش های جراحی بوده که موافق با سایر بررسی می باشد (۱۵،۱۴).

در این بررسی بیشترین مشاوره های درخواستی و ارجاع به روانپزشک 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 Silverston در سال ۱۹۹۶ که اختلال سازگاری را دلیل بیشترین ارجاع به واحدهای مشاوره ای گزارش کرده، متفاوت می باشد (۱۷) و با بررسی فرد 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 بیمارستان های عمومی مطرح کرده بودند نسبتاً مطابقت دارد (۱۲،۱۱).

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

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 اختلالات در این بررسی ناچیز بود (۳۰/۵ بیمار زن در مقابل ۲۹/۵ 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 می‌باشند، 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

بیماری‌های روانپزشکی و اختلال روان‌تنی احساس می‌شود ضمن این که با حضور فعال‌تر روانپزشک 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 نیز 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 می‌گرفت که با توجه به تغییر دستیاران بنظر می‌رسد نیاز به همسان‌سازی و آموزش بیشتر در زمینه تشخیص‌گذاری 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.

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 impatient psychiatric consultations in a general hospital. Andesheh 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.