

مطالعه اپیدمیولوژیک اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دبستانی شهرستان قروه در سال ۸۱-۸۰ و بررسی اعتبار و پایایی فرم راتر معلم در سنجش اختلالات رفتاری آنها

دکتر مرضیه مقدم^{۱*}، دکتر محمدتقی یاسمی^۲، دکتر مهدی بینا^۳، دکتر فریدون عبدالملکی^۴، سیدعباس باقری یزدی^۵

چکیده

مقدمه: برای دست یافتن به اهداف بهداشت روان در جامعه، مطالعه اختلالات رفتاری کودکان جامعه ضروری است. اهداف اصلی از این پژوهش بررسی روایی و پایایی فرم راتر معلم در سنجش اختلالات رفتاری و مطالعه اپیدمیولوژیک اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دبستانی شهرستان قروه می‌باشد.

مواد و روشها: مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی بوده و جهت نمونه‌گیری از روش **Multi stage stratified cluster random sampling** استفاده شده است.

نتایج: یک مرحله از بررسی به تعیین اعتبار و پایایی فرم راتر معلم اختصاص دارد که در این مرحله در نقطه برش تعیین شده ۱۶، آزمون از حساسیت و ویژگی خوبی برخوردار نبوده و همچنین همبستگی ضعیفی بین نتایج فرم راتر و نتایج مصاحبه بالینی وجود داشته است. شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دبستانی با استفاده از مصاحبه بالینی ۲۰/۴٪ برآورد شد. اختلال رفتار مقابله‌ای و بیش فعالی بترتیب با شیوع ۱۰/۲٪ و ۸/۴٪ از بیشترین میزان و اختلال سلوک و صرع با شیوع ۰/۶٪ از کمترین شیوع برخوردار می‌باشند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مربوط به آزمون راتر معلم این فرم از روایی مناسب جهت سنجش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان حداقل در مناطقی مشابه وضعیت منطقه ما برخوردار نمی‌باشد. بعبارت دیگر بنظر می‌رسد که نظرسنجی از معلمین نمی‌تواند روش قابل اعتمادی برای سنجش اختلالات رفتاری کودکان باشد. شیوع اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دبستانی در این منطقه با نتایج سایر تحقیقات داخلی نسبتاً همخوانی دارد. همچنین این رقم به شیوع اختلالات رفتاری اطفال در کشورهای خارجی که از نظر وضعیت اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی قرابت بیشتری با کشور ما دارند (چین و پورتوریکو) نزدیکتر از کشورهایمانند آمریکا و کانادا است.

اصطلاحات کلیدی: اختلالات رفتاری کودکان، فرم راتر معلم، روایی، پایایی

* - روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان قدس، سنندج، مؤلف مسئول

۲ - روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳ - روانپزشک، فلوکلینیکال کودک و نوجوان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۴ - پزشک عمومی

۵ - کارشناس ارشد بهداشت روان، اداره بهداشت روان، تهران

مقدمه

و از هر کدام ۱۰۰ دانش آموز بطور تصادفی به نسبت تعداد دانش آموزان هریابه و از روی شماره دانش آموزان انتخاب شدند. این پژوهش طی دو مرحله انجام شده است. در مرحله اول پرسشنامه راتر معلمین (۴) توسط معلمین پر شده است همزمان پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک نیز توسط والدین دانش آموزان تکمیل شده است. در مجموع توزیع و جمع آوری فرمها یک ماه طول کشید.

مرحله دوم مربوط به تعیین نقطه برش، اعتبار و پایایی فرم راتر می باشد که در این مرحله ده درصد نمونه اصلی (۱۵۷ نفر) به شکل تصادفی و همزمان با تکمیل پرسشنامه راتر توسط معلمین، والدین دانش آموزان به همراه خود دانش آموز تحت یک مصاحبه بالینی روانپزشکی قرار گرفتند. چک لیست مصاحبه روانپزشکی بر مبنای معیارهای تشخیصی DSM-IV و ICD-10 تهیه شده بود. هر مصاحبه تقریباً ۲۰-۱۵ دقیقه طول می کشید. برای سنجش پایایی فرم از روش بازآزمایی استفاده گردید و بعد از گذشت ۳ ماه از معلمین خواسته شد که پرسشنامه را مجدداً برای ۲۸ نفر از دانش آموزان نمونه که بطور تصادفی انتخاب شدند پر کنند. نتایج در ۷۰٪ موارد مشابه بود.

آزمون راتر (فرم معلم یا B) که توسط مایکل راتر تدوین شده شامل ۲۶ عبارت و ۳ سؤال اضافی است و این مقیاس قابل استفاده در سنجش اختلالات رفتاری از سنین آمادگی تا راهنمایی است (۱۴-۷ سال). پاسخ به آن نیازمند شرایط یا ابزار خاص نبوده و توسط معلمینی که در طول ۹ ماه گذشته ارتباط جدی با کودک داشته اند تکمیل می شود. راتر نقطه برش این پرسشنامه را ۹ اعلام کرده است (۵).

این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط امیر هوشنگ مهریار و همکاران با کمی تغییر بکار رفته است. پرسشنامه جدید دارای ۳۰ سؤال بوده که ۶ سؤال آن تغییر یافته است (۵). مهریار نقطه برش آزمون را ۱۳ اعلام کرده است.

پرسشنامه ای که در این پژوهش بکار رفته نوع تغییر یافته ای از فرم راتر معلم است که هفت سؤال آن توسط دکتر دژکام و همکاران تغییر داده شده است (۴).

جهت تجزیه و تحلیل نتایج از آزمونهای آماری t و χ^2 استفاده شد.

نتایج

در پژوهش انجام شده تعداد افراد نمونه ۱۳۹۶ نفر می باشد که دانش آموزان دختر و پسر سهم مساوی از این تعداد را دارند.

تقریباً همه انسانها دوره ای از عمر خود را در مدرسه می گذرانند و مدارس یکی از کانونهای اصلی مداخله بهداشت روان می باشد. برای آنکه بتوانیم به اهداف و استراتژیهای بهداشت روان در جامعه دست یابیم لازمست که مطالعه ای در رابطه با شیوع اختلالات رفتاری در کودکان جامعه داشته باشیم.

بررسیهای انجام شده در خصوص اختلالات رفتاری کودکان در ایران بیشتر بصورت منطقه ای و محدود بوده است. اولین بررسی در سال ۱۳۴۱ توسط باش در استان فارس انجام شده که ۱۱/۸۷٪ دچار نوعی بیماری روانی بوده اند (۱). همین محقق در سال ۱۳۴۲ در استان خوزستان رقم ۱۴/۹٪ را اعلام کرده است (۱).

در مطالعه ای که ورمز پور در سال ۱۳۷۴ با استفاده از فرم اصلی راتر معلم در شهرستان اهواز انجام داد ۳۱۵ دانش آموز دبستانی دچار اختلال رفتاری بودند (۲). نقطه برش تعیین شده با روش استاندارد در این پژوهش عدد ۸ بوده است. مهریار و همکاران در سال ۱۳۷۳ در شیراز از فرم راتر معلم (ویرایش مهریار) جهت سنجش اختلالات رفتاری اطفال استفاده کرد که در این مطالعه ۲۷٪ از پسران و ۲۲٪ از دختران در گروه کودکان ناسازگار قرار می گرفتند (۱). نقطه برش استفاده شده در این پژوهش بعثت یکسان بودن تعداد سؤالات فرم مورد استفاده با فرم راتر والدین همان نقطه برش فرم راتر والدین یعنی عدد ۱۳ می باشد.

توکلی زاده در مطالعه ای در شهر گناباد (۱۳۷۵) شیوع اختلالات رفتاری ایدایی و کمبود توجه را در اطفال ۱۷٪ برآورد کرده است که اختلال بیش فعالی و نقص توجه با ۹٪ بالاترین میزان شیوع را داشته است (۳).

در مطالعه ای که در یاسوج توسط فرم اصلی راتر معلم انجام شده (۱۳۷۳) ۲۴/۴٪ از دختران و ۲۹/۶٪ از پسران دارای اختلال رفتاری بوده اند (۱).

در این پژوهش هدف ما در وهله اول بررسی اعتبار و پایایی فرم راتر (فرم معلم) در سنجش اختلالات رفتاری دانش آموزان دبستانی منطقه خود و سپس مطالعه شیوع اختلالات رفتاری دانش آموزان دبستانی شهرستان قروه می باشد.

مواد و روشها

مطالعه ما اساساً توصیفی یا Descriptive بوده ولی از آنجا که برای برخی از مقایسه ها نیاز به تجزیه و تحلیل آماری داریم در واقع پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی یا Analytical-Descriptive (cross sectional) می باشد.

حجم نمونه ۱۳۹۶ نفر می باشد و جهت نمونه گیری از روش Multi stage stratified cluster random sampling استفاده شده است. در این روش ۱۴ مدرسه (۷ مدرسه پسرانه و ۷ مدرسه دخترانه) بطور تصادفی انتخاب شده

بعلت همپوشی بین بعضی تشخیصها در تعدادی از افراد نمونه ردیف جمع قید نشده است. بیشترین میزان همپوشی بین اختلال بیش فعالی و رفتار مقابله‌ای بود (۳٪).

بحث

هدف از انجام این پژوهش در ابتدا تعیین شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دبستانی با استفاده از فرم راتر معلمین بوده ولی در مرحله سنجش اعتبار آزمون باین نتیجه رسیدیم که این آزمون در نقطه برش تعیین شده حساسیت و ویژگی مطلوبی ندارد. همانطور که در قسمت یافته‌ها آمده حساسیت و ویژگی آزمون در نقطه برش ۱۶ بترتیب ۷۵٪ و ۴۶٪ و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی ۴۸٪ می‌باشد. همچنین همبستگی بین نتایج فرم راتر معلم و مصاحبه بالینی ۰/۱۲ بوده که همبستگی ضعیفی می‌باشد.

در پژوهشی که در شیراز بمنظور بررسی اعتبار و پایایی فرم راتر معلم انجام شده از آزمون هوشی گودیناف هریس، آزمون بینایی - حرکتی بندر گشتالت و تعدادی از معیارهای دیگر نظیر نمرات دروس اساسی و ارزیابی معلمین از پیشرفت تحصیلی، هوش و علاقه به درس دانش‌آموزان جهت سنجش روایی تست راتر استفاده شده است (۵).

ضرایب همبستگی در ۲ آزمون اول بترتیب ۰/۱۵- و ۰/۲۱+ بوده که نشانه اندکی یا عدم ارتباط است و در رابطه با سایر اندکسها بیشترین ضریب همبستگی ۰/۴۲ می‌باشد که علامت ارتباط نسبتاً متوسط می‌باشد. همچنین ضریب بدست آمده در بازآزمایی این آزمون ۰/۹۰ بوده است.

البته لازم به ذکر است که فرم استفاده شده در این پژوهش در ۷ سؤال با فرم مورد استفاده در پژوهش ما تفاوت دارد (۴). همچنین این بررسی در شیراز انجام شده که از نظر شرایط اقتصادی - اجتماعی - فرهنگی با شهرستان مورد مطالعه ما تفاوت دارد.

با توجه به نکات فوق بنظر می‌رسد که این آزمون وسیله معتبری جهت سنجش اختلالات رفتاری کودکان دبستانی در کشورهای در حال توسعه و یا حداقل مناطقی مشابه منطقه ما نمی‌باشد. بدلیل وجود تعداد زیاد دانش‌آموزان در هر کلاس معلمین فرصت کافی جهت تعامل با دانش‌آموزان و آشنایی با نیازهای شناختی رفتاری و عاطفی کودکان نداشته و همچنین بعلت وجود ضعف در سیستم آموزشی معلمین در زمینه بهداشت روان و تا زمانیکه وضعیت بدینگونه ادامه داشته باشد نظرسنجی از معلمین نمی‌تواند روش قابل اعتمادی برای سنجش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان باشد.

به منظور بررسی شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان تلاش شد که از نتایج مصاحبه بالینی با والدین دانش‌آموزان و خود محصلین استفاده شود.

جدول شماره ۱: میانگین، انحراف معیار و فاصله اطمینان ۹۵٪ نمره فرم راتر دانش‌آموزان نمونه براساس جنسیت

جنسیت	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	فاصله اطمینان برای میانگین جامعه	T	P
دختر	۱۴/۳	۹/۷	۰/۳۷	۱۳/۶-۱۵	۱۳۴۷/۹	۰/۰۰۵
پسر	۱۰/۵	۸/۴	۰/۳۲	۹/۹-۱۱/۲	۷/۶۹۵	۰/۰۰۵

جدول شماره ۲: حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه

نمره برش	حساسیت (درصد)	ویژگی (درصد)	میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی (درصد)
۱۳	۸۱	۳۰/۵	۵۹
۱۴	۸۱	۳۳	۵۷
۱۵	۷/۵	۴۰	۵۲
۱۶	۷۵	۴۶	۴۸
۱۷	۶۶	۴۷	۴۹

همانطور که یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد بهترین نمره برش در این بررسی که دارای کمترین اشتباه طبقه‌بندی می‌باشد نمره ۱۶ است. باین معنی که کسانی که از نمره ۱۶ کمتر بدست آورده‌اند سالم و آنان که نمره ۱۶ و یا بالاتر گرفته‌اند بیمار می‌باشند.

جدول شماره ۳: بررسی همبستگی بین تشخیص بالینی

روانپزشک و نتایج فرم راتر معلم در ۱۵۷ نفر از

دانش‌آموزان دبستانی

نتایج فرم راتر	بیمار	سالم	کل
کمتر از نمره برش (۱۶)	۸	۵۸	۶۶
مساوی یا بالاتر از نمره برش (۱۶)	۲۴	۶۷	۹۱
کل	۳۲	۱۲۵	۱۵۷

χ²=۴/۷۸۹ df=۱ P<۰/۰۵ Kappa : ۰/۸۲

نمودار شماره ۱: شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان

دبستانی شهرستان قروه در سال ۸۱-۸۰ با استفاده از

مصاحبه بالینی

شیوع اختلالات رفتاری در این دانش‌آموزان با استفاده از فرم راتر ۳۰/۱٪ برآورد شده است که متأسفانه بدلیل معتبر نبودن آزمون قابل اطمینان نمی‌باشد.

جدول شماره ۴: بررسی شیوع انواع اختلالات رفتاری در

دانش‌آموزان دبستانی شهرستان قروه با استفاده از

مصاحبه بالینی

انواع اختلالات رفتاری	تعداد	درصد
اختلال رفتار مقابله‌ای	۱۷	۱۰/۲
بیش فعالی	۱۴	۸/۴
نقص توجه	۷	۴/۲
ناخن جویدن	۷	۴/۲
اضطراب جدایی	۶	۳/۶
تیک	۶	۳/۶
افسردگی	۵	۳
اضطراب	۳	۱/۸
اختلال سلوک	۱	۰/۶
صرع	۱	۰/۶

۱- با استناد به یافته‌های این تحقیق و دلایلی که در قسمت بحث آورده شده توصیه می‌شود که جهت ارزیابی رفتاری دانش‌آموزان حداقل در مناطقی مشابه وضعیت منطقه ما مبادرت به نظر سنجی از والدین دانش‌آموزان شود.

۲- با توجه به اینکه اولیاء دبستان بعد از اولیاء دانش‌آموز بیشترین ارتباط را با دانش‌آموزان دارند بدیهی است که برقراری جلسات آموزشی بهداشت روان بصورت مستمر و جدی برای اولیاء مدرسه لازم و ضروری است.

۳- یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده این حقیقت است که تقریباً یک پنجم اطفال دبستانی ما بنحوی از مشکلات روحی - روانی رنج می‌برند. به عبارت دیگر این تعداد از جمعیت ۷-۱۲ ساله کشور ما نیازمند توجه و حمایت بیشتری در زمینه بهداشت روان هستند و این امر مستلزم یک برنامه‌ریزی جامع و دقیق در زمینه ارائه خدمات بهداشت روان می‌باشد لذا توصیه می‌شود:

الف - امر غربالگری اختلالات رفتاری دانش‌آموزان در شروع هر سال تحصیلی و هنگام ثبت نام توسط مربیان بهداشت مدارس و از طریق مصاحبه و پرکردن فرم توسط والدین انجام شود و موارد مشکوک جهت بررسی بیشتر به مراکز تخصصی فرستاده شود.

ب - با توجه به اینکه اولیاء دبستان بعد از والدین دانش‌آموزان بیشترین ارتباط را با دانش‌آموزان دارند بدیهی است که برقراری جلسات آموزشی بهداشت روان بصورت مستمر و جدی برای اولیاء مدرسه لازم و ضروری است.

ج - درج برنامه‌های آموزشی بهداشت روان بطور مستمر در رسانه‌های گروهی می‌تواند نقش عظیمی در اعتلای آگاهی جامعه در زمینه بهداشت روان و همچنین تغییر نگرشهای غلط نسبت به بیماریهای روانی داشته باشد.

تشکر و قدردانی

در انتها لازم است که از همکاری آقای دکتر محمود دژکام (روانشناس و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، خانم دکتر فریده یوسفی (روانشناس و عضو هیئت علمی دانشکده علوم تربیتی دانشگاه شیراز) و آقای محمود حجاران (کارشناس ارشد روانشناسی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی) که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده و زحمات زیادی را متقبل گردیده‌اند تشکر و قدردانی نمائیم.

همچنین از همکاری صمیمانه شبکه بهداشت و درمان شهرستان قروه، سازمان آموزش و پرورش استان کردستان و اداره آموزش و پرورش شهرستان قروه کمال تشکر را داریم.

منابع

۱. بوالهروی ج، براهنی م، بیرشک ب، نگارش‌زاده باقری قادر. بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دبستانی

شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان نمونه با استفاده از مصاحبه بالینی ۲۰/۴٪ برآورد شده است که با نتایج سایر تحقیقات بعمل آمده در ایران نسبتاً همخوانی دارد ولی رقم بدست آمده با فرم راتر ۳۰/۱٪ می‌باشد که اختلاف زیادی با نتایج سایر پژوهشها دارد.

شیوع اختلالات رفتاری در کشورهای خارجی براساس مطالعات بعمل آمده کمتر از رقم بدست آمده در مطالعه ما می‌باشد. در تحقیقی که بعنوان بررسی مسائل هیجانی و رفتاری در کودکان چینی انجام شده ۱۵/۵٪ کودکان دچار اختلال رفتاری بودند که پسران دو برابر دختران مبتلا بوده‌اند (۸).

همچنین مطالعه‌ای در سال ۱۹۹۹ در کانادا و آمریکا انجام شده که شیوع کلی اختلالات رفتاری در اطفال پیش دبستانی و دبستانی بترتیب ۱۳٪ و ۱۰٪ گزارش شده است (۷). در مطالعه‌ای در پورتوریکو ۱۸/۷٪ اطفال دارای مسائل رفتاری بوده‌اند (۸). با توجه به اطلاعات فوق شیوع اختلالات رفتاری در کشور ما شباهت بیشتری به شیوع مسائل رفتاری در کودکان چینی و پورتوریکویی دارد تا کودکان آمریکایی و کانادایی که از نظر شرایط اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی تفاوت بیشتری با کشور ما دارند.

البته لازم بذکر است که در مرحله دوم تحقیق تنها از دانش‌آموزان پسر استفاده شده در نتیجه رقم ۲۰/۴٪ تنها مربوط به شیوع اختلالات رفتاری در پسران است. در نتایج بدست آمده با فرم راتر در این پژوهش و همچنین سایر پژوهشهای داخلی و خارجی شیوع اختلالات رفتاری در پسران بطور معنی‌داری بیشتر از دختران است.

رفتار مقابله‌ای و بیش فعالی بترتیب با شیوع ۱۰/۲٪ و ۸/۴٪ از بیشترین میزان و اختلال سلوک و صرع با شیوع ۰/۶٪ از کمترین میزان شیوع برخوردار می‌باشند.

پژوهش ما از محدودیتهایی نیز برخوردار بود که شامل موارد زیر می‌باشد:

۱- یکی از اشکالات وارد بر این پژوهش این است که تعیین اعتبار و پایایی آزمون راتر معلم می‌بایست در مرحله اول انجام می‌شد و بعد از اطمینان از روایی آن اقدام به نمونه‌گیری وسیع می‌شد. این اشتباه که ناشی از اعتماد به پژوهشهای پیشین بوده منجر به اتلاف وقت و انرژی زیادی شد.

۲- اگر نمونه‌گیری مرحله دوم از هر دو جنس انجام می‌شد می‌توانستیم به نتایج بیشتری دست یابیم.

۳- کلیه نتایج بدست آمده در رابطه با روایی و پایایی فرم راتر در این پژوهش مربوط به نوعی از آزمون است که توسط دژکام تغییرات در آن داده شده است (۴). در نتیجه نسبت به تعمیم نتایج به فرم اصلی راتر و نوعی که توسط مهریار دستخوش تغییر شده باید احتیاط کرد.

۴- همچنین تعیین نقطه برش و اعتباریابی پرسشنامه راتر معلم در شهرستان قروه انجام شده لذا در استفاده از نتایج آن در سایر نقاط ایران باید احتیاط بعمل آورد.

در انتها ذکر پیشنهادات زیر الزامی می‌باشد:

- در شهر یاسوج - ۱۳۷۳ - انستیتو روانپزشکی تهران، پایان‌نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد. صفحه: ۲۵-۲۰.
۲. براهنی م.ت، علوی فاضل س، ک جلیلی، ب ورمزیور زرین. بررسی پایایی و اعتبار و هنجارهای مقدماتی پرسشنامه رفتاری کودکان راتر (فرم معلمین) و تعیین میزان شیوع اختلال سلوک و هیجانی در جمعیت کودکان دبستانی اهواز (۷۴-۱۳۷۳) انستیتو روانپزشکی تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، صفحه: ۴۰-۵۰.
۳. بوالهروی ج، مهریار.ا.ه، دژکام م، توکلی‌زاده جوانشیر. همه‌گیرشناسی اختلالات رفتاری و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد - ۱۳۷۵ انستیتو روانپزشکی تهران، پایان‌نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد، صفحه: ۳۰-۲۵.
۴. دژکام م، سهرابی فرامرز. بررسی اختلالات رفتاری نوجوانان شاهد محروم از والدین - ۱۳۶۹ دانشگاه تربیت مدرس. جهت اخذ مدرک کارشناسی روانشناسی بالینی صفحه: ۱۶۰-۱۵۰.
۵. یوسفی فریده - هنجاریابی مقیاس راتر به منظور بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی دانش‌آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی شیراز - مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، دوره سیزدهم، شماره‌های اول و دوم، پائیز ۱۳۷۶ و بهار ۱۳۷۷ (پیاپی ۲۵ و ۲۶)، صفحه: ۱۹۲-۱۷۲.
6. Liu- X, Kurrita- H, Gno-c, Tachimori-H, Ze-J Okava M. Behavioral and emotional problems in Chinese children; teacher reports for ages 6-11. J Child Physical Psychiatry 2000, 41(2); 253-60.
7. Jellinek-MS, Murphy- JM, Little, Pagano ME, Comer DM, Keiener KJ. Use of pediatric symptom check list to screen for psychosocial problems in pediatric primary care; a national feasibility study. Aren Pediatr Adolesc Med 1999; 153(3): 254-60.
8. Wasserman-RC, Kellener KJ, Bocian A, Childs GE, Indocochen F, Stulp C, Gardener WP. Identification of attention and pediatric research in office settings ambulatory setting practice network. Pediatric 1999; 103 (3): E38.