

بررسی شیوع اختلالات جسمی و روانی دانش آموزان پسر اول راهنمایی شهرستان ری و جنوب تهران

نویسندگان: دکتر فتانه سادات بطحائی^۱،
دکتر حمید رضاصادقی پور^۲، کبری کمالی فرد^۳

خلاصه:

به منظور بررسی شیوع اختلالات جسمی و روانی دانش آموزان پسر اول راهنمایی شهرستان ری و جنوب تهران (مناطق ۱۱۰-۱۱۱-۱۱۶-۱۱۷-۱۱۹) ۱۸۰۰۰ دانش آموز پسر به صورت تصادفی انتخاب و تحت معاینات پزشکی از نظر (جسمی و روانی)، بینایی سنجی، شنوایی سنجی و بررسی وضعیت منحنی رشد قرار گرفتند. اختلالات مشاهده شده شامل:

دانش آموزان مبتلا به گواتر مرحله (stage Ib) و بالاتر ۹٪ دانش آموزان مبتلا به کم خونی (دارای علامت بالینی) ۱۲٪ دانش آموزان مبتلا به اختلالات روانی و رفتاری شامل ناخن جویدن ۱۲/۱۳٪، لکنت زبان ۱/۴۶٪، شب اداری ۳/۲٪ دانش آموزان مبتلا به اختلالات بینایی ۱۹/۴٪، دانش آموزان مبتلا به اختلالات شنوایی ۴/۸٪ دانش آموزان مبتلا به اختلالات دهان و دندان شامل: پوسیدگی دندان شیری ۹/۴۵٪، پوسیدگی دندان دائمی ۳۲/۱٪ پوسیدگی دندان شیری-دائمی ۳/۸٪، لثه متورم ۳٪ دانش آموزان از لحاظ وضعیت منحنی رشد زیر صدک ۳: ۱۱/۳۷٪، بین صدک ۳ و ۵۰: ۶۱/۷۵٪، بین صدک ۵۰ و ۹۷: ۲۲/۵۵٪، بالای صدک ۹۷: ۱/۸۹٪

کلید واژه: اختلالات جسمی و روانی، دانش آموزان پسر ۱۲ ساله

مقدمه

بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامتی حالتی از صحت کامل (well-being) روحی و اجتماعی و نه فقدان بیماری یا ناتوانی می باشد.

بدین منظور در سال ۱۹۹۵ انجمن بهداشت جهانی (Assmby world health) تصمیم گرفت که هدف عمده اعضای WHO این باشد که تا سال ۲۰۰۰ تمام مردم به سطحی از سلامتی دست یابند که یک زندگی مفید از لحاظ اقتصادی، اجتماعی داشته باشند، لذا طبق تحقیقات وسیع بعمل آمده بر روی دانش آموزان مناطق

مختلف جهان نتایج زیر حاصل شده است:

اولاً: مدارس به عنوان ابزار کارآمد هستند که جهت ارتقاء سلامتی دانش آموزان و بالغین عمل نموده و می تواند افراد را بسوی یک زندگی مولد و کامل سوق دهد.

ثانیاً: طی این تحقیق مشخص گردید اگر دانش آموزان دچار سوء تغذیه، استرسهای روانی و مبتلا به بیماریهای مسری یا عفونی باشند دچار افت تحصیلی می گردند.

ثالثاً: این بررسی استراتژی هایی را جهت غلبه بر حصارهای پیشگیری از سلامتی ارائه می دهد که یکی از آنها غربالگری

۱- پزشک عمومی و کارشناس بهداشت مدارس حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲- دانشیار گروه فیزیولوژی و معاون امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳- کارشناس بهداشت مدارس معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

نتایج:

طی معاینات انجام شده نتایج زیر حاصل گردید:
 دانش آموزان مبتلا به اختلالات دهان و دندان ۷۵۴٪ دانش
 آموزان مبتلا به پوسیدگی دندان شیری، ۳۲۱٪ مبتلا به پوسیدگی
 دندان دائمی، ۳۲۸٪ شیری دائمی و ۳٪ مبتلا به تورم لثه بودند که
 بیشترین اختلال مشاهده شده در معاینات دهان و دندان مربوط
 به دندانهای دائمی بود. (جدول ۱)
 دانش آموزان مبتلا به کمبودهای تغذیه ای در دو گروه
 گواتر stage Ib و بالاتر و افراد دارای علائم بالینی احتمالی آنمی
 (کم خونی) مورد بررسی قرار گرفتند که دانش آموزان مبتلا به
 گواتر ۹٪ و کم خونی ۱۲٪ بود.
 همچنین طی این غربالگری ۱۹۴٪ دانش آموزان دچار اختلال
 بینایی و ۴۱۸٪ مبتلا به اختلال شنوایی بودند. (جدول ۱)
 دانش آموزان مبتلا به اختلالات روانی رفتاری - ناخن
 جویدن ۱۲/۱۳٪، لکنت زبان ۷۴۶٪، شب ادراری ۲۲٪. (جدول ۲)
 وضعیت منحنی رشد دانش آموزان (قد به سن):
 زیر صدک ۳، ۱۷۳۷٪. بین صدک ۳ و ۵۰، ۶۱۷٪. بین صدک
 ۵۰ و ۹۷، ۲۲/۵۵٪. بالای صدک ۹۷، ۷۸۹٪ (جدول ۳).

بحث:

غربالگری و آزمونهای تشخیصی را می توان بر اساس
 مصاحبه، معاینات جسمی، آزمون های آزمایشگاهی و استفاده
 از ابزارهای تشخیصی مانند عکسبرداری، اپتومتری، ادیومتری
 و سایر وسایل تشخیصی انجام داد. در این غربالگری معاینات
 جسمی، مصاحبه جهت تشخیص اختلا روانی، ادیومتری،
 اپتومتری و اندازه گیری قد و وزن انجام پذیرفت.

اختلال رفتاری:

بهداشت روانی بخشی جدایی ناپذیر از بهداشت عمومی
 است انسان با داشتن تعادل روانی، بهتر می تواند بر استرس های
 زندگی فائق آید، کارهای روزانه را پربارتر و سودمندتر گرداند و
 فرد مفیدی برای جامعه باشد مرحله نوجوانی که طیف کوتاه اما
 بسیار مهم و بحرانی از رشد آدمی را دربر می گیرد واجد ویژگیهای

سلامت (Screening) دانش آموزان می باشد(۱). بنابر این
 می تواند از آن به عنوان یک منشور ارتقاء سلامت در سطوح
 مختلف محلی ملی و بین المللی بهره جست.

کشور ما یکی از جوانترین جمعیت های جهان را داراست
 که قریب آنها را دانش آموزان تشکیل می دهند. بررسی هانشان
 می دهد که به این گروه کمتر توجه می شود. در حالیکه بسیاری
 از مشکلات روانی، رفتاری و جسمانی سنین بزرگسالی ریشه
 در این دوران دارند بعبارت دیگر نوجوانان، درگیر طیف وسیعی
 از مسائل بهداشتی هستند بنابر این غربالگری در این سنین سبب
 شناسایی اختلالات شده و با ارائه راه کارهای مناسب می تواند از
 بروز آن پیشگیری نموده و سبب ارتقای سطح سلامت جامعه
 گردد.

همچنین تحقیقات در این زمینه به منظور شناخت اختلالات
 و عوامل ایجاد کننده آنها و ارائه راه کارهای صحیح جهت
 پیشگیری و آموزش بهداشت می تواند از بروز و شیوع بسیاری
 از بیماریها جلوگیری کند.

جمعیت مورد مطالعه و نحوه پژوهش:

این مطالعه به صورت معاینات کلینیکی توسط فارغ
 التحصیلان جوان پزشکی، کارشناسان بینایی و شنوایی سنجی و
 کاردان های بهداشت (جهت بررسی وضعیت منحنی رشد) انجام
 گردید. بدین منظور از ۳۶۰۰۰ دانش آموز پسر اول راهنمایی
 تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۸۰۰۰ دانش آموز
 مناطق شهرستان ری و جنوب تهران به صورت تصادفی انتخاب
 و مورد معاینه قرار گرفتند و نتیجه آن کتبا به مدیر مدرسه برای
 پیگیری و اطلاع به خانواده داده شده است.
 جهت این بررسی ۱۰ تیم ۴ نفره متشکل از افراد فوق به
 مدارس رفته و کلیه دانش آموزان را مورد معاینات کلینیکی قرار
 دادند.

ابزار و وسایل سنجش:

تابلو یا چارت اسنلن جهت سنجش بینایی، دستگاه ادیومتر
 جهت سنجش شنوایی، دستگاه توزین وزن و قد، ست معاینات
 پزشکی، فشارسنج گوشی پزشکی و چراغ قوه بود.

ملاک تشخیص لکنت زبان در این غربالگری بر اساس جدول ۱-۲-۳۳ کاپلان جلد سه می باشد در این غربالگری ۲۴۶ نفر از دانش آموزان دچار این اختلال هستند که حدوداً ۷۴٪ جمعیت مورد مطالعه را در بر می گیرد و این برابر با میزان مورد انتظار است باید توجه داشت اغتشاش تکلم با اختلال یادگیری و سایر اختلالات ارتباطی، رابطه دارد و از هر روش درمانی که استفاده شود ارزیابی فردی و خانوادگی و مداخله های حمایتی ممکن است کمک کننده باشد ارزیابی تیمی کودک و نوجوان و خانواده او قبل از شروع درمان لازم است به عمل آید. (۶)

زیستی اجتماعی است. با اینکه این مرحله، مرحله بحران عاطفی و اجتماعی است پژوهشهای متعدد ناهنجاریهای روانی را در این دوره تایید نمیکنند اما مسلم است شخصی که از مرحله نوجوانی موفق و خوب برخوردار نباشد مطمئناً از زندگی سالم و با نشاط در دوره بزرگسالی و پیری برخوردار نخواهند شد آنچه به صورت مختلف در این بحث مطرح می شود غالباً عوارض

جدول: توزیع فراوانی مطلق و نسبی اختلالات جسمانی

وضعیت تعداد معاینه شده	مبتلا به پوسیدگی دندان						لته متورم	گواتر	کم خونی	بینایی	شنوایی					
	شبه د.		دائمی		ت	د										
	ت	د	ت	د												
۱۸۰۰۰	۱۷۰۱	۷۹/۶۵	۵۷۴	۳۳/۱	۵۶۷	۳/۸	۵۳۸	۲۳	۱۶۱۳	۸	۲۰۰۷	۳۱۲	۳۴۹۲	۱۹/۴	۸۷۶	۴/۸

فردی و خانوادگی و مداخله های حمایتی ممکن است کمک کننده باشد ارزیابی تیمی کودک و نوجوان و خانواده او قبل از شروع درمان لازم است به عمل آید. (۶)

ناخن جویدن:

از جمله رفتارهای ناشی از استرس در کودکان است که معمولاً سابقه فامیلی دارد و ممکن است تا حد آسیب دیدن نوک انگشتان دست شدت داشته باشد و تدریجاً به صورت عادی در آید این عادت گاهی انگیزه های میل ناخود آگاه کودک به آزار دادن و ناراحت کردن والدین است زیرا ناخن جویدن برای خود او خوشایند و بدون ناراحتی نیست (۲) در این غربالگری ۱۲/۱۳٪ دانش آموزان دچار این اختلال

غیر عضوی است و علت آن معمولاً حاصل شبکه در همی از مسائل مختلف می باشد و آنچه که نتیجه وراثت، فرهنگ و تربیت، محیط و یا واکنشهای حاصله از رفتار والدین، افراد خانواده، معلم و دیگر مسائل است هر یک به نحوی می تواند زمینه ساز این عوارض باشد با توجه به فراوانی این مشکلات به بحث در مورد بعضی از موارد این اختلالات که با مصاحبه و مشاهده مورد بررسی قرار گرفته می پردازیم. (۶)

لکنت زبان:

لکنت زبان زیر عنوان اختلالات ارتباطی طبقه بندی شده و با آشفتگی در سلامت طبیعی و تعیین الگوی زبانی تکلم که نامتناسب با سن بوده است و یا یک یا چند از موارد تکرار اصوات، طولانی کردن اصوات و عبارت تعجبی، امکت داخل واژه ها، جانشینی سازی مشهود

جدول ۲: توزیع فراوانی اختلالات رفتاری و روانی

شبه اداری	لکنت زبان		ناخن جویدن		فراوانی رفتار
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۵۷۷	۳/۲۰٪	۲۶۴	۱۲/۱۳٪	۲۱۸۵	۱۸۰۰۰

بودند. یکی از موثرترین راههای رفع مشکل بیان رابطه علت و معلولی و اکتش کودک نسبت به رفتار ناخوشایند والدین است که در این زمینه کارشناسان بهداشت و مدارس می توانند نقش مؤثری داشته و جهت آشنایی والدین در زمینه حمایت بیشتر کودک از و ایجاد محیط خانوادگی امن تری آنان را راهنمایی کنند.

واژه به منظور اجتناب از انسداد کلام و انسداد خاموش یا قابل سمع کلام ترکیب است شیوع این اختلال در جمعیت کلی حدود ۱٪ است اما میزان بروز نزدیک به ۳٪ تخمین زده می شود در بچه های کوچک شایعتر است و در بچه های بزرگتر و بالغین فروکش می کند شیوع آن در پسر هاسه یا چهاربار بیشتر از دخترها است و در اعضای خانواده کودکان مبتلا شایعتر از جمعیت کلی است

دکتر فتانه سادات بطحانی

شب ادراری:

شب ادراری را حالت دفع بی اختیار ادرار در شب یا روز بدون وجود علت عضوی در دستگاه ادراری پس از سن مورد انتظار (کنترل یافتن اسفنگتر ادراری) که معمولاً حداکثر زمان این کنترل یابی تا ۵ سالگی است، تعریف می شود. میزان شیوع آن از کشوری به کشور دیگر و نیز در طبقات مختلف اجتماعی با هم متفاوت است و معمولاً در خانواده های مرفه و کم جمعیت کمتر دیده می شود سن ابتلا آن تا هفت سالگی ۵٪، تا ده سالگی ۲/۵٪، تا چهارده ۱/۸٪ بوده و در پسرها ۷-۵ برابر بیشتر از دخترها است. (۲)

به صورت طبقه بندی شده می باشد. لذا گستردگی شبکه های مراقبت های بهداشتی درمانی کشور این امکان را در زمینه مراقبت های عمومی میسر ساخته است و استفاده از این شبکه جهت ارائه مراقبت های بهداشت دهان و دندان نه تنها موجب گسترش مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در سطح جامعه می شود بلکه با پیشگیری از شیوع بیماریهای دهان و دندان در کاهش هزینه های درمانی نیز مؤثر خواهد بود. (۳)

هم چنین بسیاری از عادات غلط دهانی و غذایی نامناسب از کودکی شکل گرفته و به صورت یک عادت جزئی از طبیعت فرد شده و تا بزرگسالی ادامه می یابد. بنابراین در دانش آموزان مقطع ابتدایی بهتری می توان با آموزش مناسب، عادت بهداشتی را ایجاد کرد که در این صورت اثرات پایدار خواهد داشت.

در غربالگری بعمل آمده ۲/۲٪ دانش آموزان مبتلا به این اختلال بودند که با توجه به آمار فوق و جنس دانش آموزان مورد معاینه درصد بالاتر از انتظار را نشان نمی دهد. مراقبتها و درمان شب ادراری شامل بررسی های لازم برای کشف علل اجتماعی و ارگانیک می باشد و همچنین ایجاد محیط آرام، آموزش های لازم و رفع تنش های عصبی در خانواده می تواند مؤثر باشد.

جدول ۳: توزیع فراوانی وضعیت منحنی رشد

فراوانی رفتار	قد به سن							
	زیر صدک ۳		بین صدک ۳ و ۵۰		بین صدک ۵۰ و ۹۷		بالای صدک ۹۷	
تعداد معاینه شده	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۸۰۰۰	۲۰۴۷	۱۱/۳۷٪	۱۱۱۰۷	۶۱/۷	۴۰۵۹	۲۲/۵۵٪	۳۴۰	۱/۸۹

شنوایی سنجی:

حس شنوایی نیز یکی از راههای ارتباط انسان با جهان پیرامونش می باشد ضمن اینکه او را از وجود خطرات آگاه و برحذر می نماید، زندگی را از خاموشی و خلوت به صحنه روابط اجتماعی برده و شیرین و لذت بخش میکند کاهش شنوایی در دانش آموزان علاوه بر قطع ارتباط با اجتماع سبب افت تحصیلی در آنان می گردد.

در این غربالگری ۵٪ دانش آموزان دچار اختلال شنوایی بودند که این نشانگر عدم رعایت بهداشت گوش است. بسیاری از موارد اختلال شنوایی می تواند به علت جرم گوش، عفونتهای گوش خارجی، میانی و یا عدم همکاری دانش آموزان باشد. همچنین با توجه به عامل سن در این غربالگری عدم رعایت بهداشت گوش نیز حائز اهمیت است.

بینایی سنجی:

اختلالات مشاهده شده دهان و دندان:

طبق بررسی انجام شده توسط دفتر بهداشت دهان و دندان در شهریور ۷۴، DMFT (Decasy-Missing-filling-teeth) کودکان ۱۲ ساله ایرانی ۲/۰۲٪ برآورده شده است و طبق همین بررسی ۷۷٪ موارد پوسیدگی مربوط به اولین دندان دائمی است که در سن ۶-۷ سالگی می رویداست اگر بخواهیم اجزای DMFT را در ۱۲ ساله ها بیان کنیم مشاهده می کنیم که ۹۳٪ DMFT، ۱۲ ساله ها مربوط به دندانهای پوسیده ترمیم نشده است. (۳)

و طبق غربالگری انجام شده در ۲ منطقه شهرستای ری و جنوب تهران درصد پوسیدگی دندان دائمی ۳۲٪ مشاهده شده لذا این آمار نشان می دهد میزان پوسیدگی در این مناطق بالاست، ثانیاً دندان های پوسیده ترمیم نمی شوند بنابراین ارتقای بهداشت دهان و دندان جامعه نیازمند دسترسی آسان مردم به مراقبتهای اولیه این واحد و امکان استفاده از خدمات بهداشت دهان و دندان

دوره ۳۳ شماره ۵۲

stage و بالاتر ۹٪ گزارش شده است که لزوم بررسی و پیگیری بعدی را می طلبد.

کم خونی:

هنگامی که سطح هموگلوبین به کمتر از (۷۰-۸۰g/L) کاهش میابد ظرفیت تحمل فعالیت‌های بدن افت چشمگیری پیدا می کند. تنگی نفس، تپش قلب، سردرد ضربانی، خستگی زودرس با فعالیتها عارض می شود. (۴)

درصد کم خونی در معاینات انجام شده با توجه به مشاهدات و علائم بالینی ۱۲٪ بوده است که نقش پیگیری، آموزش الگوی غذایی و تامین مواد ضروری جهت حفظ سلامت را آشکار می سازد.

وضعیت رشد:

ضرورت شناخت جریان رشد از پدیده های مهم حیاتی کودکان و نوجوانان است در غربالگری انجام شده از طریق مقایسه میزان قد بر حسب سن با معیارهای استاندارد NCHS/WHO که در حال حاضر به عنوان تنها شاخص وضعیت رشد این گروه سنی در نظام بهداشتی است استفاده شده این نمودار در کشور آمریکا بعلت وجود افراد مهاجر و غیر مهاجر از تمام نژادها تهیه شده و مورد استفاده قرار گرفته است.

نمودار قد به سن نشان دهنده سوء تغذیه مزمن در دوران پیش دبستانی و دبستانی است. با توجه به غربالگری انجام شده ۱۷۳۷٪ دانش آموزان زیر صدک ۳، ۶۷٪ بین صدک ۳ و ۵۰ و ۲۲/۵۵٪ بین صدک ۵۰ و ۹۷ و ۷۸۲٪ بالای صدک ۹۷ بودند. همچنین آمار نشان می دهد حدود ۷۴٪ دانش آموزان زیر صدک ۵۰ هستند که نشانگر سوء تغذیه مزمن دانش آموزان با توجه به مناطق تحت معاینه می باشد که توجه خاص را موضوع را می طلبد.

با توجه به غربالگری انجام شده نکات زیر پیشنهاد می شود:

۱. معاینات غربالگری سالانه در تمام دانش آموزان انجام شود.

۲. معاینات با توجه به خصوصیات مناطق مختلف کشور

چشم یکی از اعضای مهم بدن جهت درک تشخیص شکل، فاصله، بعد و رنگ اشیاء می باشد همچنین درصد زیادی از یادگیری وابسته با این عضو و ارگان حیاتی می باشد و طبق بررسی های انجام شده، تقریباً ۱۳٪ شاگردان دبیرستانی و ۲۶٪ دانشجویان از عینک استفاده می کنند از اینرو باید بروز علائمی را که به کار چشم و کیفیت بینایی ارتباط دارد شناخته و قبل از اینکه آسیبی به چشم وارد شود به پیشگیری پرداخت (۲). با توجه به آمار بدست آمده در غربالگری ۲ منطقه جنوب وری ۱۹٪ دانش آموزان اختلال دید داشتند که با توجه به آمار فوق، میزان بالایی را نشان می دهد (قابل ذکر است که متأسفانه تعدادی از دانش آموزان علیرغم علم به کاهش دید به علت فقر مالی و فرهنگی از عینک استفاده نمی کردند).

با توجه به آمار ذکر شده ضرورت انجام زودرس بینایی سنجی قبل از سنین مدرسه حتی قبل از ۴ سالگی مشهود است. بنابراین توصیه می گردد در بهداشت چشم ها باید تفریح در هوای سالم، استفاده از غذای مناسب با ویتامین های مختلف بخصوص A، رعایت پاکیزگی چشم، دوری از سوانح و نورهای خیره کننده، استفاده از عینک با شیشه مرغوب، پرهیز از نگاه کردن زیاد به سطوح صیقلی و براق و مطالعه در نور کم رایج بوده به عنوان عامل مساعد کننده یا پیشگیرنده از ناراحتیهای چشمی مورد نظر و عمل قرار داد (۲).

گواتر:

گواتر قابل رویت ترین نشانه کمبود ید است. آسیب مغزی، عقب ماندگی جسمی و روانی و مرگ و میر کودکان جدی ترین عوارض کمبود ید است.

بنابراین تعیین شیوع گواتر در یک جمعیت برای تعیین احتمال وجود عوارض کمبود ید اهمیت دارد. دو روش برای ارزشیابی شدت کمبود ید در یک منطقه با ارزش یا ساده تر از سایر روشها هستند که عبارتند از شیوع گواتر و دفع ادراری ید.

برای تشخیص گواتر از طبقه بندی درجات گواتر توصیه شده از طرف سازمان بهداشت ICCIDD استفاده شده است (۵). در غربالگری به عمل آمده، در معاینه بالینی شیوع گواتر ۱۵



دکتر فتانه سادات بطحانی

اقدامات لازم در مورد درمان دانش آموزان مبتلا به یکی از موارد فوق ضروری می باشد.

صورت پذیرد و بیماریهای خاص هر منطقه شناسایی گردد.
۳. با توجه به غربالگری با همکاری ارگانهای مختلف

References:

1- Promoting health through schools report of A WHO Expert Committee on Comprehensive school health Education and promotion and promotion (world health organtech rep-ser 1997:82: iri, 1993) ENGLISH.

ک ۲- نوری. م. بهداشت مدارس. انتشارات واقفی تهران ۱۳۷۳- ص ۳۳۵ و ۴۲۹ و ۴۲۵ و ۳۴۹.

ک ۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت امور بهداشتی.

دفتر بهداشت دهان و دندان. آشنایی با واحد بهداشت دهان و دندان مرکز

بهداشتی درمانی ویژه مسئولین. تهران شرکت چاپ بانک ملی ایران ۱۳۷۸

ص ۷-۸

ک ۴- بیماریهای خون هاریسون، مترجمین: میرزاده ص. دکتر نورایی

ف، نشر اشتیاق-۱۳۷۷-ص ۹-۳، تهران

ک ۵- شیخ الاسلام، ر. سمندوند. س- اختلالات ناشی از کمبود ید برای

آموزش کارکنان بهداشتی (رده میانی) ۱- تهران وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی. معاونت امور بهداشتی ص ۲۶-۲۵

ک ۶- خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری. روانپزکی بالینی کاپلان،

ترجمه پورافکاری ۱۳۷۵. ص ۳۲۹-۳۲۷.