

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۰۱۷



## شیوع مشکلات رفتاری دانش آموزان ابتدایی در شهرستان‌های استان تهران

### چکیده

**زمینه:** بررسی شیوع مشکل رفتاری به عنوان اولین گام در شناسایی و درمان این اختلالات می‌تواند راهگشای درمانگران و معلمان باشد. هدف از این مطالعه بررسی شیوع مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان ابتدایی شهرستان‌های استان تهران بود.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی مقایسه‌ای در ۳۴۷ دانش‌آموز ابتدایی در ۵ شهرستان به صورت تصادفی از بین شهرستان‌های استان تهران انتخاب و در هر شهرستان دو مدرسه دخترانه و پسرانه به صورت تصادفی انتخاب شدند. آزمون مشکلات رفتاری راتر به منظور تعیین مشکل رفتاری دانش‌آموزان مورد استفاده قرار گرفت. از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس و تی برای بررسی ارتباط متغیرهای پژوهش استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد شیوع بیش فعالی و پرخاشگری ۱۴/۲ درصد، اضطراب و افسردگی ۶/۴ درصد، ناسازگاری اجتماعی ۴/۱۸ درصد، رفتار ضد اجتماعی ۰/۳ درصد و نقص توجه ۶/۸ درصد می‌باشد. شهرستان‌های کرج و اسلامشهر، پایه‌های تحصیلی اول و پنجم و پسران شیوع بالاتری در مشکلات رفتاری داشتند.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود معلمان در خصوص مشکلات رفتاری کودکان آموزش داده شوند و روش‌های آموزش و برخورد با این کودکان در جزوات آموزشی در اختیار ایشان قرار گیرد. معلمان دبستان‌های پسرانه و به طور اختصاصی کرج و اسلامشهر اولویت بیشتری در این خصوص دارند.

**واژگان کلیدی:** شهرستان‌های استان تهران، شیوع، مشکل رفتاری

دکتر وحید نجاتی \*۱

۱- استادیار گروه علوم اعصاب  
شناختی دانشگاه شهید بهشتی

\* نشانی نویسنده مسؤول:  
تهران- ولنجک- دانشگاه شهید  
بهشتی- دانشکده علوم تربیتی و  
روانشناسی

تلفکس: ۲۹۹۰۲۳۳۹

نشانی الکترونیکی:

nejati@sbu.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۳/۲۷

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۱/۵/۲۳

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۹/۲۶

## مواد و روش‌ها

این مطالعه یک تحقیق مقطعی مقایسه‌ای<sup>۱</sup> است که به صورت آینده‌نگر اجرا گردید. نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای طبقه‌بندی شده و در داخل خوشه‌ها به صورت تصادفی ساده بود بدین ترتیب که ۵ شهرستان از بین شهرستان‌های استان تهران انتخاب و در هر شهرستان تعدادی مدرسه به صورت تصادفی انتخاب و سپس در هر مدرسه در هر پایه تعدادی آموزگار انتخاب و آموزگاران پرسش‌نامه راتر را در مورد ۵ نفر از دانش‌آموزان کلاس که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، تکمیل کردند. در کل ۳۴۷ دانش‌آموزان دبستانی در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده پرسش‌نامه اختلال رفتاری راتر بود. این ابزار به وسیله مهریار برای دانش‌آموزان ایرانی هنجار شده است و از چند شاخص برای مشکلات رفتاری تشکیل شده است؛ بیش‌فعالی-پرخاشگری، اضطراب-افسردگی، رفتار ضد اجتماعی-اختلال سلوک، رفتارهای ناسازگارانه و اختلال کمبود توجه [۱۰]. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات ابتدا با استفاده از آمار توصیفی درصد شیوع محاسبه شده و سپس از طریق آزمون تحلیل واریانس روابط بین متغیرها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت.

## یافته‌ها

این مطالعه در ۳۴۷ دانش‌آموز دبستانی ۵ شهرستان استان تهران (کرج، ری، قرچک، اسلامشهر و چاردانگه) با میانگین سنی ۹/۲۱ با دامنه ۷ الی ۱۴ سال انجام شد. بررسی شیوع نشان داد در نمونه‌های مورد بررسی ۱۴/۲ درصد مبتلا به بیش‌فعالی و پرخاشگری، ۶/۴ درصد مبتلا به اضطراب و افسردگی، ۴/۱۸ درصد از کودکان مبتلا به ناسازگاری اجتماعی، ۰/۳ درصد مبتلا به رفتار ضد اجتماعی و ۶/۸ درصد مبتلا به نقص توجه بودند. آزمون آماری تی مستقل بین دو جنس در اختلال پرخاشگری و نقص توجه، با آماره تی و سطح معنی‌داری (۲/۲۴، ۰/۰۲۷) معنی‌دار بود و پسران نمره بالاتر داشتند. در اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتار ضد اجتماعی و اختلال کمبود توجه دو جنس تفاوت معنی‌داری نشان ندادند.

## مقدمه

مشکلات رفتاری در جوانان و نوجوانان، رفتارهای شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای والدین، معلمان و کودکان مشکلات فراوانی را ایجاد می‌نمایند و با تعداد زیادی از مشکلات اجتماعی همبودی دارند. اختلالات رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شوند و بین سنین ۸ الی ۱۵ سالگی به اوج می‌رسند. اختلالات رفتاری به طور قابل ملاحظه‌ای بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی می‌گذارد و موجب بروز خشونت در مدرسه شده و احتمال ابتلا به بیماری روانی در بزرگسالی را افزایش می‌دهد [۱ و ۲]. اختلالات رفتاری علاوه بر مشکلاتی که برای محیط‌های آموزشی، موجب بروز استرس در والدین نیز می‌شود (وبستر، ۲۰۰۸). در ایالات متحده آمریکا شیوع مشکلات رفتاری در بین دانش‌آموزان سنین مدرسه ۸/۶ درصد [۳] و در دانمارک ۱۰ درصد گزارش شده است [۴]. شیوع اختلال رفتاری در پسران بیشتر از دختران و در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی است [۵-۷]. شیوع اختلال رفتاری در بین دانش‌آموزان معلمان تازه کار بیشتر از معلمان باتجربه است [۴]. هالینگ و همکارانش در مطالعه خود بر روی نوجوانان آلمانی نشان داد ۱۱ درصد آنان به علت مشکلات رفتاری نیاز به خدمات بهداشت روان دارند [۴]. در گزارش سازمان بهداشت جهانی آمده است که در کشورهای اروپایی ۱۰ الی ۲۰ درصد از نوجوانان یک یا چند مورد اختلال رفتاری دارند [۹]. پژوهش حاضر به منظور ارزیابی فراوانی مشکلات رفتاری از جمله پرخاشگری و بیش‌فعالی، اختلال خلقی (اضطراب و افسردگی)، ناسازگاری اجتماعی، رفتاری‌های ضد اجتماعی و کمبود توجه و حواس‌پرتی در میان دانش‌آموزان ابتدایی شهرستان‌های استان تهران طراحی شده است. همچنین نقش متغیرهای زمینه‌ای در بروز اختلال‌های یاد شده مورد بررسی قرار گرفته است. با وجود مطالعات متعدد خارجی و داخلی در زمینه بررسی شیوع اختلالات رفتاری ضرورت پژوهش حاضر در این است که برای برنامه‌ریزی و آموزش اولین قدم تعیین مختصات مشکل در منطقه هدف می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی شیوع مشکلات رفتاری و همبسته‌های جمعیت شناختی آن در دانش‌آموزان ابتدایی شهرستان‌های استان تهران می‌باشد.

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار مشکلات رفتاری دانش‌آموزان دو جنس و نتایج آزمون تی مستقل تفاوت آنها				
مشکلات رفتاری	پسر میانگین (انحراف معیار)	دختر میانگین (انحراف معیار)	آماره تی	سطح معنی داری
بیش فعالی و پرخاشگری	۴/۸۹	۴/۱۶	۲/۲۴	<۰/۰۰۵
اضطراب و افسردگی	۳/۳۳	۳/۲۵	۰/۲۵۶	۰/۷۹۷
ناسازگاری اجتماعی	۴/۸۱	۴/۳۳	۰/۶۷۸	۰/۲۰۸
رفتار ضد اجتماعی	۱/۷۷	۱/۶۴	۱/۲۶۲	۰/۴۸۷
نقص توجه	۴/۴۰	۴/۴۰	۰/۹۶۸	۰/۳۳۴

پرخاشگری در کرج و قرچک بیشتر از سایر نواحی بود. شیوع ناسازگاری اجتماعی و نقص توجه در اسلامشهر و کرج بیشتر بود.

آزمون آماری تحلیل پراکنش نشان داد که اختلال بیش فعالی و پرخاشگری، ناسازگاری اجتماعی و نقص توجه در شهرستان های مختلف، متفاوت است. (جدول شماره ۲) شیوع اختلال بیش فعالی و

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار مشکلات رفتاری دانش‌آموزان در شهرستان های مختلف و نتایج آزمون تحلیل پراکنش تفاوت آنها							
مشکلات رفتاری	چهاردانه میانگین (انحراف معیار)	قرچک میانگین (انحراف معیار)	کرج میانگین (انحراف معیار)	شهرری میانگین (انحراف معیار)	اسلامشهر میانگین (انحراف معیار)	ضریب اف	سطح معنی داری
بیش فعالی و پرخاشگری	۴/۰۰ (۳/۱۸)	۴/۱۱ (۳/۵۲)	۴/۹۷ (۳/۸۲)	۳/۵۹ (۲/۸۶)	۶/۱۴ (۳/۳۰)	۶/۱۴۸	<۰/۰۰۱
اضطراب و افسردگی	۳/۰۸ (۲/۸۳)	۳/۴۱ (۳/۰۳)	۳/۰۳ (۳/۱۰)	۳/۱۶ (۲/۵۹)	۴/۶۰ (۲/۹۱)	۱/۰۷۹	۰/۳۶۷
ناسازگاری اجتماعی	۳/۸۲ (۳/۰۰)	۳/۹۱ (۳/۵۹)	۵/۱۷ (۳/۵۹)	۴/۳۰ (۳/۰۶)	۵/۹۸ (۳/۴۵)	۴/۸۳۴	<۰/۰۰۱
رفتار ضد اجتماعی	۱/۶۶ (۲/۰۹)	۱/۶۶ (۱/۹۳)	۱/۴۴ (۱/۵۹)	۲/۰۵ (۲/۰۲)	۱/۹۱ (۱/۰۰)	۱/۰۵۳	۰/۳۸۰
نقص توجه	۴/۰۹ (۲/۷۲)	۳/۶۳ (۲/۸۷)	۴/۷۸ (۳/۱۴)	۳/۷۲ (۲/۷۰)	۵/۲۸ (۲/۶۰)	۴/۰۷۲	<۰/۰۰۵

پایه اول و پنجم شیوع بالاتری در اختلال رفتاری دارند. (جدول شماره ۳)

آزمون آماری تحلیل پراکنش نشان داد که فقط اختلال نقص توجه در پایه های مختلف متفاوت است و دانش‌آموزان

جدول شماره ۳- میانگین و انحراف معیار مشکلات رفتاری دانش‌آموزان در پایه‌های مختلف و نتایج آزمون تحلیل پراکنش تفاوت آنها							
مشکلات رفتاری	پایه اول میانگین (انحراف معیار)	پایه دوم میانگین (انحراف معیار)	پایه سوم میانگین (انحراف معیار)	پایه چهارم میانگین (انحراف معیار)	پایه پنجم میانگین (انحراف معیار)	ضریب اف	سطح معنی داری
بیش‌فعالی و پرخاشگری	۴/۶۷(۳/۳۱)	۴/۸۴(۳/۹۳)	۴/۲۱(۳/۴۲)	۴/۶۷(۳/۳۶)	۴/۴۴(۳/۱۳)	۰/۳۵۹	۰/۸۳۸
اضطراب و افسردگی	۳/۰۸(۲/۸۳)	۳/۴۱(۳/۰۹)	۳/۴۴(۳/۱۰)	۳/۱۶(۲/۵۹)	۴/۰۶(۲/۹۱)	۱/۰۷۹	۰/۳۶۷
ناسازگاری اجتماعی	۴/۰۰(۳/۰۷)	۴/۹۸(۳/۷۴)	۴/۱۷(۳/۱۹)	۴/۱۹(۳/۳۸)	۵/۰۰(۳/۵۹)	۱/۳۰۶	۰/۲۶۸
رفتار ضد اجتماعی	۱/۶۶(۱/۰۹)	۱/۶۶(۱/۰۳)	۱/۴۴(۱/۰۹)	۲/۰۵(۲/۰۲)	۱/۹۱(۱/۰۰)	۱/۰۵۳	۰/۳۸۰
نقص توجه	۴/۰۹(۲/۷۲)	۳/۶۳(۲/۸۷)	۴/۷۸(۳/۱۴)	۳/۷۲(۲/۷۰)	۵/۲۸(۲/۶۰)	۴/۰۷۲	<۰/۰۰۵

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد ۱۴/۲ درصد از کودکان مبتلا به نقص بیش‌فعالی و پرخاشگری می‌باشند. در این مطالعه پس از اختلال ناسازگاری اجتماعی با شیوع ۱۴/۸ اختلال پرخاشگری و بیش‌فعالی شایع‌ترین اختلال رفتاری کودکان نشان داده شد. این شیوع در ایلام ۱/۸۵ درصد [۱۱]، ۱۰/۲ درصد در سبزوار [۱۲] و ۷/۳ درصد [۱۳] گزارش شده است. یافته‌ها نشان داد ۶/۴ درصد از کودکان مبتلا به اضطراب و افسردگی می‌باشند. در شهر فسا شیوع این اختلال ۲/۸ [۱۳] و در ایلام ۱/۶۳ [۱۱] گزارش شده است. اضطراب دوران کودکی شایع‌ترین مشکل روانپزشکی کودکان است [۱۴] و در افراد ارجاعی به درمانگاه‌ها حتی تا ۵۷/۷ درصد نیز گزارش شده است [۱۵].

در مطالعه حاضر تفاوتی بین شیوع اضطراب در پایه‌های تحصیلی مختلف نشان داده نشد در حالی که ارزیابی اضطراب با ابزارهای مربوط نشان داده است سن ۱۱ سالگی بالاترین میزان شیوع اضطراب را داراست و اضطراب‌های خاص مانند اضطراب جدایی و ترس‌های خاص در سنین پایین‌تر (۷ سالگی) و اضطراب اجتماعی در سنین بالاتر (۱۳ سالگی) شیوع بالاتری دارد [۱۶]. ضرورت و اهمیت توجه به اضطراب کودکی در این است که یک‌سوم بزرگسالان مضطرب، تجربه اضطراب کودکی داشته‌اند [۱۷].

ملاحظه حاضر نشان داد دو جنس در اختلال اضطراب و افسردگی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند. کرامتی و همکاران [۱۳] و

هاشمی پور و همکاران [۱۸] در اصفهان یافته‌های مطالعه حاضر را تأیید نمودند.

یافته‌ها نشان داد ۴/۱۸ درصد از کودکان مبتلا به ناسازگاری اجتماعی می‌باشند. کرامتی و همکاران [۱۳] در شهر فسا شیوع این اختلال را ۲/۴۳ نشان داده است.

یافته‌ها نشان داد در مشکل پرخاشگری و بیش‌فعالی دو جنس تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند و پسران شیوع بالاتری نسبت به دختران در این مشکل دارند. خوشابی و همکاران [۱۲]، کوشان و همکاران [۱۹]، سلیمان‌نژاد و همکاران [۲۰] و ضیالدینی و شفیع‌زاده [۲۰] به نتایج مشابه دست یافته‌اند. کرامتی و همکاران [۱۳] در مطالعه‌ای در شهر فسا شیوع این مشکل در پسران و دختران را یکسان نشان داده است که با مطالعه حاضر ناهمخوان است.

مطالعات مختلف نشان داده است که دو جنس در ساختار و عملکرد مغز تفاوت‌های قابل توجهی دارند. که این موضوع موجب تفاوت در توانایی شناختی و رفتاری در آنان می‌گردد [۲۲]. تفاوت‌های مربوط به جنس در تعاملات اجتماعی از همان ابتدای زندگی شروع می‌شود [۲۳]. اطلاعات کمی در دست است که چگونه تفاوت‌های ساختاری مغز، عملکرد مغز را متأثر می‌سازد، چراکه مغز دو جنس توانایی‌های یکسانی در بیشتر فعالیت‌ها دارند [۲۴].

اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی که یک بیماری با ناکارآمدی قطعه پیشانی است در جنس مذکر سه‌الی پنج برابر جنس مؤنث است. در این بیماری عملکردهای اجرایی شناختی قطعه پیشانی مغز (مشمول بر توجه، انگیزش و مهار رفتاری و هیجانی) اختلال پیدا می‌کنند [۲۵]. یکی دیگر از مسائل قابل توجه روند تکامل در دو جنس است؛

می‌شود دانش‌آموزان با افت تحصیلی برای بررسی سلامت رفتاری به روانشناس ارجاع شوند. یکی از مشکلات مطالعه حاضر و مطالعاتی از این دست این است که کمتر مورد استفاده گروه هدف اصلی (دانش‌آموزان، والدین و مربیان) قرار می‌گیرد، پیشنهاد می‌شود؛ پایش مشکلات رفتاری به صورت مستمر در مدارس صورت گرفته و برای دانش‌آموزان با اختلالات رفتاری مداخلات آموزشی و درمانی ارائه گردد.

مهارت و رشد شناختی با افزایش سن رشد می‌یابد ولیکن جنس نیز یک عامل تعیین‌کننده است. تیلور<sup>۱</sup> بر این عقیده بود که ریشه‌ای‌ترین موضوع در افتراق بین دو جنس سرعت تکامل فیزیکی و شناختی سریع‌تر در جنین و نوزاد مونث است. که به نوعی مانع اکتساب اختلالات تکاملی زود هنگام در آنان نیز می‌گردد [۲۶]. در بیست هفته اول بارداری قشر مغز دختران بیش از پسران تکامل می‌یابد. علاوه بر این نیمکره راست سریع‌تر از نیمکره چپ تکامل می‌یابد ولی مردان مکرراً یک وقفه زمانی را در تکامل نیمکره چپ تجربه می‌کنند. که این موضوع موجب ناتوانی‌های زود هنگام یادگیری و مهارت‌های زبانی ضعیف همراه آن در پسران می‌گردد [۱۹].

یافته‌ها نشان داد شیوع اختلال بیش‌فعالی و پرخاشگری، ناسازگاری اجتماعی و نقص توجه در شهرستان‌های مختلف متفاوت است. خوشابی و همکاران [۱۲] در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان ایلام میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی را در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی نشان داد که به نحوی با مطالعه حاضر همخوان است.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر فقط اختلال نقص توجه در پایه‌های مختلف متفاوت است و دانش‌آموزان پایه اول و پنجم شیوع بالاتری در اختلال رفتاری دارند. خوشابی و همکاران [۱۲] در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان ایلام نشان دادند که اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در پایه تحصیلی سوم بیشتر است که ناهمخوان با مطالعه حاضر و غیائی و همکاران [۱۱] میزان شیوع را در پایه تحصیلی پنجم بیشتر از سایر پایه‌های تحصیلی است که با مطالعه حاضر همخوان است. دلیل این یافته را می‌توان به زمان تحول مغز مرتبط دانست. تحول مغز و به طور اختصاصی قطعه پیشانی که در بازداری نقش اساسی دارد در حدود سنین ۱۲ سالگی صورت می‌گیرد و لذا مشکلات رفتاری به ویژه نقص توجه و بیش‌فعالی در این سنین نمایان می‌گردد [۲۸].

### پیشنهادات:

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود معلمان و مربیان مدارس در خصوص مشکلات رفتاری کودکان آموزش داده شوند و روش‌های آموزش و برخورد با این کودکان در جزواتی آموزشی در اختیار ایشان قرار گیرد. معلمان دبستان‌های پسرانه و به طور اختصاصی کرج و اسلامشهر اولویت بیشتری در این خصوص دارند. با توجه به اثر مشکلات رفتاری بر پیشرفت تحصیلی پیشنهاد

1- Taylor (1985)

## مراجع

- 1- Pandina GJ, Zhu Y, Cornblatt B. Cognitive function with long-term risperidone in children and adolescents with disruptive behavior disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009; 19(6): 749-56.
- 2- Gumpel TP Sutherland KS. The relation between emotional and behavioral disorders and school-based violence. *Aggression and Violent Behavior*. 2010; (15): 349-356.
- 3- Eglund N, Hansen K.F. Behavioral disorders in Danish schools: A quantitative survey. *Eur J Spec Need Edu*. 2000; 15(2): 158-170.
- 4- Handeren RL, Mullen DO.(1997). Conduct disorder in childhood. In J. M.Wiener (Ed). Text book of child and adolescent psychiatry. Washington. D. C.: American Psychiatry Press, Inc. Kaplan HI, Sadock BJ. (1998). Synopsis of psychiatry .Baltimore: Williams and Wilkins.
- 5- Xua Y, Franklin SF, Heimberg RG, Princisvalle K, Liebowitza MR, Wanga S, Blancoa C. Gender differences in social anxiety disorder: Results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions. *J Anx Disord*. 2012(26): 12– 19.
- 6- Yang Y, Li H, Zhang Y, Tein JY, Liu X. Age and gender differences in behavioral problems in Chinese children: Parent and teacher reports. *Asian J Psychiatry*. 2008; (1): 42–46.
- 7- Elgar FJ, Arlett C, Groves R. Stress, coping, and behavioural problems among rural and urban adolescents. *Journal of Adolescence*, 2003; 26(5): 574-585.
- 8- Holling H, Erhar tm, Ravens s, Sch lak R. Behavioral Problems in Children and Adolescence. *J Psychol Gesundheitsschutz*. 2007; (S- 6): 784-93.
- 9- Eglund N, Hansen K.F. Behavioral disorders in Danish schools: A quantitative survey. *Europ J Spec Needs Edu*, 2000; 15(2): 158-170.
- 10- Mehryar AH, Yusefi F. (1370). Diagnosis and treatment of psychological disease in children. Tehran, Rosh Press [In Persian].
- 11- Ghyasi N, Nazarpour F, Bakhti F, Pournajaf AH, Shirini Kh. Epidemiology of behavioural problems in elementary school student of Ilam city in 1384-1385. *J Ilam Univ of Med Sci*, 1387; 16 (1): 26-33. [In Persian].
- 12- Khushabi K, Moradi Sh, Isa Morad AGh, Shojaee S, Hemati Alam Darlu Gh, Dehshiri Gh. Epidemiology of behavioural problems in elementary school student of Ilam city. *Rehabili*, 1386; 8(29): 28-33. [In Persian].
- 13- Karamati K, Bolhari J, Asgharnejad FAA, Effect of father deprivation on behavioural problems of elementary school students. *Andisheh & Raftar*. 1385; 12 (4): 390-395. [In Persian]
- 14- Curry JF, March JS, & Hervey AS. (2004). Comorbidity of childhood and adolescent anxiety disorders. In: T. H. Ollendick, J. S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 116–140). Oxford: Oxford University Press.
- 15- Hammerness P, Harpold T, Petty C, Menard C, Zar-Kessler C, Biederman J. Characterizing non-OCD anxiety disorders in psychiatrically referred children and adolescents. *J Affective Disord*, 2008; (105): 213-219.
- 16- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikanga KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 2005; (62): 593-602.

- 17- Gregory AM, Caspi A, Moffitt TE, Koenen K, Eley TC, Poulton R. Juvenile mental health histories of adults with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 2007; 164: 301-308.
- 18- Hashemipour M, Klishdi R, Rouhafza HR, Pouraryan Sh, Anxiety in obese and overweight student with aged from 12 to 18 years old in Isfahan. *J Ghazvin Univ Med Sci*, 1384; 9 (35): 104-108. [In Persian].
- 19- Kushan M, Behnam- Vashani HR, Evaluation of behavioural disorder and relative familial factor in elementary school student of Sabzevar City. *J Sabzevar Univ Med Sci*, 1380; 8 (4): 40-46. [In Persian].
- 20- Soleymannejad H, Kalantari M, Ahmadi SA. Epidemiologic evaluation of ADHD in school student of Ilam. *J Ilam Univ of Med Sci*, 1380; 9 (31): 30-34. [In Persian].
- 21- Ziaaddini H, Shafizadeh N. Epidemiology of Attention deficit hyperactivity disorder in Sirjan elementary school students. *Andisheh & Raftar*, 1384; 11(4):419-425. [In Persian].
- 22- Baron-Cohen S, Knickmeyer RC, Belmonte MK. Sex Differences in the Brain: Implications for Explaining Autism. 2005; 310(4): 319-323.
- 23- Connellan J, Baron-Cohen S, Wheelwright S. Ba'tki A, Ahluwalia J, Infant Behaviour. *J. of Developmnt*, 2001; 23: 113.
- 24- Richardson JTE. Introduction to the study of gender differences in cognition. In P. J. Caplan M, Crawford JS, Hyde JTE. Richardson (Eds.), *Gender differences in human cognition* (pp. 3-29). Oxford, England7 Oxford University Press. 1997.
- 25- Rosser R. *Cognitive development: Psychological and biological perspectives*. Boston, MA7 Allyn and Bacon. 1994.
- 26- Blanton RE, Levitt JG, Peterson JR, Fadale D, Sporty ML, Lee M, To D, Mormino EC, Thompson PM, McCracken JT, Toga AW. Gender differences in the left inferior frontal gyrus in normal children. *NeuroImage*. 2004; 22(2): 626-636.
- 27- Corden B, Critchley HD, Skuse D, Dolan RJ. Fear recognition ability predicts differences in social cognitive and neural functioning in men. *J Cogn Neurosci*. 2006; 18(6): 889-97.
- 28- Krain AL, Castellanos FX. Brain development and ADHD. *Clinical Psychology Review*, 2006; 26(4): 433-444.