

Comparison of Basic Psychological Needs and Different Levels of Theory of Mind between Mothers of Oppositional Defiant Disorder and Hyperactivity / Attention Deficit Disorder Children

Atayi Kalan Z¹, Azarkolah A², Taklavi S¹, Molavi P *²

1. Department of Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branch. Ardabil, Iran

2. Department of Psychiatry, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989141511179, Fax: +984533232670, E-mail: p.molavi@yahoo.com

Received: Dec 21, 2018

Accepted: Mar 11, 2019

ABSTRACT

Background & objectives: This study was conducted to compare the basic psychological needs and different levels of Theory of mind between mothers of oppositional defiant disorder and hyperactivity / attention deficit disorder children

Methods: The statistical population of the study included all mothers of children with oppositional defiant disorder and hyperactivity/attention deficit disorder in psychiatric clinics of Fatemi hospital of Ardabil in 1396-1397. These mothers were randomly assigned in to two groups (35 people in group ODD & 35 people in group ADHD). The instruments used in this study were: Theory of mind, basic psychological needs and Children's Symptoms Questionnaire (CSI-4 Parent Form). The collected data were entered into SPSS-21 software and analyzed by data analysis method. Multivariate variance (MANOVA) was used.

Results: The results of the analysis of variance finding show that is no significant difference between mental theory ($p>0.407$, $F=0.697$) of basic psychological needs such as competency ($p>0.336$, $F=0.393$) self-determination ($p>0.597$, $F=0.283$) and communication ($p>0.387$, $F=0.760$) between two groups of mothers of children with oppositional defiant disorder and hyperactivity disorder/attention deficit.

Conclusion: These results show that the importance of paying attention to the basic psychological needs and the theory of the minds of mothers of these children in improving the educational status of social communication and emotional assessments and cognitive development of the child.

Keywords: Basic Psychological Needs; Levels of Theory of Mind; Hyperactivity/Attention Deficit Disorder and Oppositional Defiant Disorder

مقایسه بین نیازهای اساسی روان‌شناختی و سطوح نظریه ذهن در مادران کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه

زینب عطایی کلان^۱؛ آنیثا آذر کلاه^۲؛ سمیه تکلوی^۱؛ پرویز مولوی^{۲*}

۱. گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران

۲. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۱۵۱۱۱۷۹. فکس: ۰۴۵۳۳۲۳۲۶۷۰. ایمیل: p.molavi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: مطالعه حاضر با هدف مقایسه بین نیازهای اساسی روان‌شناختی و سطوح نظریه ذهن در مادران کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه به روش مقطعی (علی-مقایسه‌ای) انجام شد.

روش کار: در این پژوهش ۷۰ نفر از مادران کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه که در سال ۱۳۹۶ به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان فاطمی اردبیل مراجعه کرده بودند به شیوه در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه تئوری ذهن، نیازهای اساسی روانشناختی و پرسشنامه علائم مرضی کودکان (فرم والدین CSI-4). داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم افزار SPSS-21 شده و جهت تحلیل داده‌ها نیز از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های تحلیل واریانس نشان داد بین نظریه ذهن ($F=۰/۶۹۷$ ، $p>۰/۴۰۷$)، نیازهای اساسی روانشناختی از جمله خودمختاری ($F=۰/۲۸۳$ ، $p>۰/۵۹۷$)، شایستگی ($F=۰/۳۹۳$ ، $p>۰/۳۳۶$) و ارتباط ($F=۰/۷۶۰$ ، $p>۰/۳۸۷$) در بین دو گروه مادران کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: این نتایج اهمیت توجه به سطوح نظریه ذهن و نیازهای روانشناختی مادران این نوع کودکان را در بهبود وضعیت تحصیلی، شغلی و ارتباط اجتماعی و رشد شناختی و ارزیابی هیجانی کودک برجسته می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: نیازهای اساسی روانشناختی، سطوح نظریه ذهن، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) و اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه (ADHD)

پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۰

دریافت: ۱۳۹۷/۰۹/۳۰

مقدمه

دستیابی به سلامت روانی و جسمانی در طول دوران زندگی بیش از هر مساله دیگر در گرو رویدادهایی است که در خلال رشد و در حین تحولات کودکی رخ می‌دهد [۱]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلالات رفتاری (اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، نافرمانی مقابله‌جویانه و...) حاصل تعامل کودک با محیط اطراف وی است. بنابراین باید در رابطه با بافت خانواده،

همسالان، مدرسه و جامعه مورد بررسی قرار بگیرد [۲]. اختلال برون‌سازی کودکان از قبیل اختلال لجاجتی/نافرمانی مقابله‌ای^۱ و اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه^۲ از مشکلات شایع روان‌پزشکی و روان‌شناسی هستند که موجب اختلال کارکرد اجتماعی و آموزشی در کودکان می‌گردند [۳-۵].

^۱ Oppositional Defiant Disorder

^۲ Hyperactivity Disorder / Attention Deficit

اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از رایج‌ترین اختلال‌های بالینی در کودکان و نوجوانان و اختلال نسبتاً جدید در کودکان است که ملاک کامل اختلال رفتار هنجار ندارند. این اختلال در طبقه اختلال‌های رفتار مخرب قرار می‌گیرد که از بزرگ‌ترین گروه اختلال‌های ارجاعی به کلینک‌های سلامت روان کودکان و نوجوانان است. و به صورت الگویی از مزاج تحریک‌پذیر / عصبانی / رفتار نافرمانی و کینه توزی با حداقل چهار نشانه اختصاصی که به مدت حداقل ۶ ماه طول بکشد ظاهر می‌شود [۶]. میزان شیوع این اختلال ۲ تا ۱۶ درصد در سنین پیش دبستانی یا اوایل سن مدرسه برآورد شده است [۷]. کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال به آسانی خشمگین می‌شوند، زود از کوره در می‌روند، عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای تقاضاهای بزرگ‌ترها هستند [۸].

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی نیز یکی از اختلال‌های عصبی رشد است که از سال‌های اولیه رشد ظاهر می‌شود و سه ویژگی اصلی آن عبارت از نارسایی توجه / بیش‌فعالی / تکانشگری می‌باشد [۹، ۱۰]. تحقیقات در مورد شیوع اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه نشان داده‌اند که این اختلال در ۴ تا ۱۰ درصد جمعیت کودکان شایع است [۱۱]. پری و همکاران در پژوهشی نشان دادند که اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی بر موفقیت اجتماعی، تحصیلی و رشد عاطفی تأثیر منفی می‌گذارد [۱۲].

حضور کودک با مشکلات رفتاری، سلامت خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد که در این بین، مادر به عنوان عضوی از این مجموعه که دارای بیشترین تعامل و نزدیکی با کودک می‌باشد می‌تواند در معرض خطر بیشتر این‌گونه مشکلات باشد [۱۳]. مادران این کودکان نسبت به مادران کودکان عادی کنترل کمتر، احساس خشم، افسردگی، تنیدگی زیاد، محدود شدن نقش والدینی و روابط منفی بیشتری را گزارش می‌کنند. بنابراین از سلامت عمومی پایین‌تری نسبت

به جمعیت عمومی برخوردارند [۱۶-۱۷]. از مسائل عمده‌ای که کودکان با آن مواجهند، شناخت دنیایی است که در آن زندگی می‌کنند. با توجه به مفهوم شناخت بدیهی است که شناخت با افکار افراد شکل می‌گیرد. اما نباید از این نکته غافل شد که شناخت، با ارتباط فرد با دنیای خارج آغاز می‌شود و اساساً محصول اجتماع است. شناخت نیازهای اساسی^۱ فرد و فراهم آوردن شرایط و امکانات که وی بتواند در حد مناسب و تعادل به رفع نیازهای خود بپردازد، موجب بهبود روابط فردی بین افراد می‌گردد که در این بین توجه به نیازهای روانشناختی مادران از اهمیت بسزایی برخوردار است. وجود ویژگی‌های ناهنجار روانشناختی مادر می‌تواند نقش موثری در شکل‌گیری اثرات روانی کودک بخصوص در تحول شخصیت دوران بزرگسالی او داشته باشد. نظریه خود تعیین‌گری^۲ فرض را بر آن نهاده که مجموعه‌ای از نیازهای اساسی روانشناختی برای سلامتی و رشد انسان لازم و ضروری است که شامل خودمختاری^۳، شایستگی^۴ و ارتباط^۵ می‌باشد [۱۹-۱۷]. پژوهش‌های اسکینوتی و همکاران [۱۱] و باباخانی و همکاران [۲۰] نشان داده‌اند که وجود نقص در رشد خودمختاری مادر موجب استقلال کمتر و احساس اضطراب، گسلس عاطفی تعارضات میان کودک و مادر می‌شود. امروزه موفقیت در تعامل اجتماعی روزمره نیازمند یک توانایی کلیدی است که آن را شناخت اجتماعی می‌نامند [۲۱]. داشتن مهارت اجتماعی و درک خود و دیگران جهت برقراری ارتباط صحیح بین فردی مادر و کودک مورد توجه پژوهشگران حیطه روانشناسی تحولی بوده است. درک رفتار دیگران مستلزم نوعی از شناخت اجتماعی^۶ به نام نظریه ذهن^۷

^۱ Basic Psychological Needs

^۲ Self- Determination Theory

^۳ Self- Governing

^۴ Merit

^۵ Communication

^۶ Social Cognition

^۷ Theory of Mind

بگیرند. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که مادران دارای کودکان ODD و ADHD مشکلات مربوط به سلامت روان شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند که در نتیجه این تجربه، احساس شایستگی و خودکارآمدی کمتری نسبت به جمعیت عمومی خواهند داشت. این وضعیت منجر به ایجاد یک چرخه معیوب در روابط والد-فرزندی و همچنین مشکلات والدین می‌شود. به این صورت که اگر والدین احساس بی‌لیاقتی داشته باشند، ناتوان شده و دچار استرس شدید و اعتماد به نفس پایین می‌شوند و بتدریج مشکلات روحی-روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و توانایی آنها را برای تربیت موثر نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. لذا با توجه به اهمیت نقش مادران در خانواده، جامعه و همچنین تربیت فرزندان، پژوهش حاضر به بررسی نیازهای اساسی روان شناختی و نظریه ذهن در مادران کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه می‌پردازد.

روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش مقطعی، از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه پژوهش حاضر را کلیه مادران کودکان دارای اختلالات ODD و ADHD تشکیل می‌دهند که در سال ۹۷-۱۳۹۶ جهت درمان کودکان خود به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان فاطمی شهر اردبیل مراجعه کرده بودند (تعداد کل کودکان مراجعه کننده ۶۴۰ نفر بود). نمونه پژوهش دربرگیرنده ۷۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده و در دو گروه (گروه مادران ODD و گروه مادران ADHD) جایگزین شدند. قبل از هرگونه اقدام برای جمع‌آوری اطلاعات، کلیه اهداف مطالعه برای همه مادران توضیح داده شد. مادرانی که تمایل به شرکت در مطالعه را نداشتند از مطالعه خارج شدند. همچنین مادرانی هم که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند قبل از اقدام به جمع‌آوری اطلاعات فرم رضایت‌نامه طراحی شده را پر

است که از طریق آن فرد قادر به درک حالات درونی^۱ انسان‌ها شامل تمایلات^۲، افکار^۳ و نیات^۴ آنها می‌شود [۱۲،۲۲]. مفروضه‌های اصلی نظریه ذهن عبارتند از: «ذهن وجود دارد، با دنیای بیرون در ارتباط است، مجزا از دنیای بیرون است، می‌تواند اشیاء رویدادهای را درست یا نادرست تجسم کند و فعالانه بر نحوه تغییر و تفسیر شخص از واقعیت تاثیر گذار است» [۲۳]. داشتن مهارت‌های ارتباطی و بیان نیت‌ها، احساس‌ها و خواسته‌های خود در ارتباط با موضوعی خاص صحیح در روابط بین مادر و کودک از اهمیت بسزایی برخوردار است. چنانچه مادر در گفت‌وگوهای روزمره با کودک به شرح حالت‌های ذهنی خود توجه نداشته باشد و تنها در رابطه با موقعیت عینی پیش آمده بدون بیان خواسته‌ها، باورها، نیت‌ها و احساس خود با کودک به گفت‌وگو پردازد در چنین شرایطی کودک وارد اولین مرحله فرایند درونی‌سازی توانایی نظریه ذهن هم نخواهد شد. ضعف در این توانایی کلیدی نیز به نوبه خود بر رفتار اجتماعی کودک آثار منفی خواهد داشت [۲۱]. اسچلینگ^۵ و همکاران [۲۳] در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که ارائه آموزش والدین با تلفیقی از شیوه‌های رفتاری و دیگر روش‌های روانشناختی مشکلات رفتاری کودکان را کاهش می‌دهد. از سوی دیگر سبب ایجاد نگرش مثبت بیشتری در والدین نسبت به کودک را نشان می‌دهد. همچنین دورا^۶ و همکاران [۲۴] در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای از کیفیت زندگی بهتری برخوردار نیستند. بنابراین باید در علل به وجود آمدن این اختلال‌ها در کودکان، کیفیت زندگی خانواده‌ها، آنها نیز مورد بررسی قرار

¹ Inner Moods

² Tendencies

³ Thoughts

⁴ Intentions

⁵ Schilling

⁶ Dora

کردند. همچنین شایان ذکر است کلیه مادران هر دو گروه از نظر متغیرهای جنس، سن و سطح تحصیلات با یکدیگر هم‌تاسازی شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز از مقیاس علائم مرضی کودکان فرم والدین (Csi-4)، مقیاس نیازهای اساسی روانشناختی (دسی و رایان) و مقیاس سطوح نظریه ذهن (نظریه ذهن آزمون ذهن‌خوانی از طریق چشم‌ها، بارون و کوهن) استفاده شد. چون اکثریت مادران این کودکان از لحاظ سطح سواد متوسط به پایین بودند لازم شد از تک تک مادران پرسشگری با زبان قابل فهم انجام گرفت تا در یافته‌های تحلیلی که به دست می‌آید هیچ خللی ایجاد نشود. بعد از اتمام پرسشگری و جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز، داده‌های بدست آمده وارد نرم‌افزار SPSS-21 شده و با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزارهای مورد استفاده

– پرسشنامه نیازهای اساسی روانشناختی (دسی و رایان)

این مقیاس توسط گاردیان، دسی و رایان در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است که میزان احساس حمایت از نیازهای خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگر آزمودنی‌ها را می‌سنجد. مقیاس مذکور ۲۱ ماده است که بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت درجه بندی شده است و ضرایب پایایی حاصل از اجرای آن روی مادر، پدر، شریک رمانتیک و دوستان آزمودنی‌ها به ترتیب ۹۲ درصد، ۹۲ درصد، ۹۲ درصد و ۹۲ درصد گزارش شده است [۲۵]. در ایران این مقیاس در نمونه‌های مدیران و دانشجویان ایرانی اجرا شده و از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است. به طوری که آلفای بین ۷۴ درصد تا ۷۹ درصد در نوسان است [۲۶]. در پژوهش طاهری و استوار پایایی این مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی محاسبه گردید. در این روش همبستگی خرده آزمون‌ها با نمره کل محاسبه گردید. همبستگی نمره

کل آزمون با نیازها برای استقلال، نیاز برای شایستگی و نیاز برای وابستگی به ترتیب با ۰/۸۵، ۰/۸۰، ۰/۸۵ بود. همان طور که مشاهده می‌شود نمرات خرد آزمون‌ها با نمره کل آزمون همبستگی بالا نشان داده است. همچنین نتایج تحلیل نشان داد که خرد آزمون‌ها همبستگی بالایی با یکدیگر ندارد. به این ترتیب روایی سازهای مقیاس روایی مورد تایید قرار گرفت. همسانی درونی مقیاس ارضای نیازهای بنیادین عمومی بر حسب ضرایب آلفا کرونباخ محاسبه شد و با ضرایب همبستگی از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ مورد تایید قرار گرفت. پایایی بازآزمایی مقیاس ارضای نیازهای بنیادین روانشناختی بر اساس نتایج دوبار اجرای آزمون محاسبه شد و با ضرایب همبستگی از ۰/۶۷ تا ۰/۷۷ برای زیر مقیاس‌های مختلف مورد تایید قرار گرفت [۲۷]. همچنین در پژوهشی [۲۸] میزان روایی زیرمقیاس‌های نیازهای روانشناختی به ترتیب، شایستگی ۰/۷۴۵، خودمختاری ۰/۷۰۳، ارتباط ۰/۵۴۶ می‌باشد.

– آزمون ذهن‌خوانی از طریق تصویر چشم^۱ (RMET)

این آزمون یک آزمون عصب‌روانشناسی مربوط به ذهن‌خوانی است که توسط کوهن-بارون^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۱ ساخته شده است. این آزمون تصاویری از ناحیه چشم بازیگران و هنرپیشه‌ها را در ۳۶ حالت مختلف شامل می‌شود. برای هر تصویر، چهار واژه توصیف‌گر حالت‌های ذهنی که از ظرفیت هیجانی مشابهی برخوردارند، ارائه می‌شود. پاسخ‌دهنده تنها از طریق اطلاعات بینایی موجود در تصویر، باید گزینه‌ای را که به بهترین نحو توصیف کننده حالت ذهنی شخص موجود در تصویر است، از بین چهار گزینه انتخاب کند. حداکثر امتیاز قابل اکتساب برای انتخاب واژگان درست در این آزمون ۳۶ و کمترین آن

¹ Reading the Mind in the Eyes Test

² Cohen-Baron

روش تنصیف برای فرم معلمان ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ به دست آمده و پایایی چک لیست والدین از طریق باز آزمایی ۰/۹۰ تعیین شده است [۳۰].

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی میانگین سن مادران بین ۴۰-۲۰ سال و از نظر مقطع تحصیلی در گروه مادران دارای کودکان اختلال بیش فعالی/ نقص توجه بیشترین فراوانی مادران دارای تحصیلات ابتدایی با ۶۰/۰ درصد فراوانی، در گروه مادران دارای اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای بیشترین فراوانی مادران تحصیلات راهنمایی با ۶۲/۹ درصد تشکیل دادند. جدول ۱ میانگین هر متغیر و شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیره پیش فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین و همگنی کواریانس آزمون باکس مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس نتایج پیش فرض همگنی واریانس‌ها- کواریانس در نظریه ذهن و نیازهای اساسی روانشناختی در دو گروه تایید شدند. نتایج آزمون لوین با مقدار سطح معنادار خطا آزمون برابر واریانس ($p > 0/05$) می‌باشد. همچنین در پیش فرض آزمون باکس جهت مفروضه همسانی واریانس- کواریانس با سطح معناداری ($0/053$)، بزرگتر از $0/05$ می‌باشد. بنابراین مفروضه همسانی ماتریس‌های واریانس- کواریانس برقرار است.

صفر می‌باشد. در غالب مطالعات صورت گرفته برای بررسی توانایی ذهن‌خوانی افراد سالم و بیمار، از این آزمون عصب روانشناسی استفاده شده است که به منظور نماینده اعتبار این آزمون در مطالعات ادراک حالات ذهنی است [۲۹].

- ابزار سنجش نوع اختلال رفتاری کودکان

این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای شایع‌ترین اختلالات روان پزشکی دوران کودکی است. عبارات آن بر اساس ملاک‌های چهارمین ویرایش راهنمایی تشخیص آماری (اختلال‌های روانی) تدوین شده است. فرم والدین دارای ۱۲ سوال است که ۴۱ عبارت آن (گروه A, B, C) مربوط به اختلال‌های رفتاری ایدایی، اختلال بیش فعالی و اختلال سلوک است. هر یک از عبارات مذکور، در یک مقیاس چهاردرجه‌ای: هرگز، گاهی، اغلب اوقات، و بیشتر اوقات پاسخ داده می‌شود. در پژوهش حاضر گروه A: اختلال بیش فعالی از سوال ۱-۱۸، گروه B: اختلال نافرمانی مقابله‌ای از ۱۹-۲۶ و گروه C: اختلال سلوک از سوالات ۲۷-۴۱ است. در این پژوهش نمره گذاری با جمع زدن تعداد عباراتی که با (هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات) پاسخ داده‌اند به دست می‌آید. پرسشنامه مرضی کودکان در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار، پایایی حساسیت و ویژگی آن محاسبه شده است. در پژوهشی که گراسیون، کارلسون روی نسخه CSI-3-R انجام گرفت حساسیت آن برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۰/۹۳، اختلال سلوک ۰/۹۳ و اختلال بیش فعالی ۰/۷۷ گزارش شده است. در تحقیق کلانتری (۱۳۸۰) اعتبار این پرسشنامه با استفاده از

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه نمونه

متغیر	میانگین گروه ODD	میانگین گروه ADHD
سطوح نظریه ذهن	۳/۰۸±۰/۳۰	۳/۰۴±۱/۰۵
خودمختاری	۳/۱۲±۰/۸۷	۳/۱۱±۱/۰۳
نیازهای روانشناختی	۳/۱۷±۱/۰۹	۲/۱۷±۱/۵۱
ارتباط	۲/۹۷±۰/۵۶	۲/۸۹±۰/۴۸

جدول ۲. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیره نظریه ذهن و نیازهای اساسی روانشناختی

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	P	مجذور اتا
اثر پیلای	۰/۹۹۲	۵۱۰۵/۶۴۲	۴/۰۰۰	۶۵/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹۲
لامبدا ویلکز	۰/۰۰۸	۵۱۰۵/۶۴۲	۴/۰۰۰	۶۵/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹۲
اثر هتلینگ	۱۳۲/۰۴۲	۵۱۰۵/۶۴۲	۴/۰۰۰	۶۵/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹۲
بزرگترین ریشه خطا	۱۳۲/۰۴۲	۵۱۰۵/۶۴۲	۴/۰۰۰	۶۵/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹۲
اثر پیلای	۰/۷۷۹	۱۳۶/۶۵۵	۴/۰۰۰	۶۵/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷۹
لامبدا ویلکز	۰/۲۲۱	۱۳۶/۶۵۵	۴/۰۰۰	۶۵/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷۹
اثر هتلینگ	۳/۵۳۴	۱۳۶/۶۵۵	۴/۰۰۰	۶۵/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷۹
بزرگترین ریشه خطا	۳/۵۳۴	۱۳۶/۶۵۵	۴/۰۰۰	۶۵/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷۹

تفاوت بین گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و ۷۷ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه‌ها ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$, $F = 136/65$, $\eta^2 = 0.22$ = لامبدا ویلکز). مجذور اتا نشان می‌دهد

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بر روی نظریه ذهن و نیازهای اساسی روانشناختی

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اتا
مدل	نظریه ذهن	۴۸۲/۲۶۸	۱	۴۸۲/۲۶۸	۳۴۰۰/۲۷۲	۰/۰۰۱	۰/۹۸۴
	خودمختاری	۳۰۲/۴۳۲	۱	۳۰۲/۴۳۲	۲۶۶۰/۴۰۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷۵
	شایستگی	۳۲۲/۰۴۱	۱	۳۲۲/۰۴۱	۳۵۹۰/۴۸۱	۰/۰۰۱	۰/۹۸۱
	ارتباط	۳۴۹/۸۸۹	۱	۳۴۹/۸۸۹	۴۶۵۰/۴۶۴	۰/۰۰۱	۰/۹۸۶
گروه	نظریه ذهن	۰/۰۷۸	۱	۰/۰۷۸	۰/۶۹۷	۰/۴۰۷	۰/۰۱۰
	خودمختاری	۰/۰۳۲	۱	۰/۰۳۲	۰/۲۸۳	۰/۵۹۷	۰/۰۰۴
	شایستگی	۰/۰۸۴	۱	۰/۰۸۴	۰/۳۹۳	۰/۳۳۶	۰/۰۱۴
	ارتباط	۰/۰۵۷	۱	۰/۰۵۷	۰/۷۶۰	۰/۳۸۷	۰/۰۱۱

بیش‌فعالی / نقص توجه انجام شده است. نتیجه تجزیه و تحلیل نیازهای اساسی روانشناختی بین مادران دو گروه (ODD و ADHD) نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. یافته‌های بابایی خاکیان و همکاران [۳۱] نشان داد که بین تمایز یافتگی (خودمختاری) مادران دارای کودکان ADHD تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اسجلینگ [۲۳] بیان داشت که وجود آموزش والدین با روش روانشناختی می‌تواند به بهبود ارتباط بین والدین و کودک کمک کند و منجر به ایجاد نگرش مثبت بین والدین به‌ویژه مادر با کودک شود.

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد بین سطوح نظریه ذهن ($F = 0/697$, $p > 0/407$), نیازهای اساسی روانشناختی از جمله خودمختاری ($F = 0/283$, $p > 0/597$), شایستگی ($F = 0/393$, $p > 0/336$) و ارتباط ($F = 0/760$, $p > 0/387$) در بین دو گروه مادران کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث

پژوهش حاضر تحت عنوان مقایسه بین نیازهای اساسی روانشناختی و سطوح نظریه ذهن در مادران کودکان دارای اختلال نافرمان مقابله‌ای و اختلال

در تبیین یافته حاصل از این مطالعه می‌توان چنین گفت که وجود مشکلات رفتاری کودکان تأثیر نامطلوبی بر روی والدین می‌گذارد. از آنجایی که کودکان دارای اختلالات رفتاری، قادر به کنترل رفتار خود نمی‌باشند، این ویژگی ناپه‌نچار آنها موجب می‌گردد که والدین به ویژه مادران نسبت به تربیت کودکان خود مایوس گشته و برای مقابله با آن به روش تربیتی مستبدانه متوسل شوند تا بتوانند رفتار کودک‌شان را کنترل کنند. داشتن ویژگی روانشناختی از جمله خودمختاری بیش از اندازه مادر می‌تواند موجب شود کودک نتواند به استقلال رفتاری، روانی، عاطفی که برای روابط اجتماعی بزرگسالی اهمیت دارد برسد. به بیان دیگر چون کودکان برای رسیدن به استقلال نیاز به حمایت محیط اطراف، به ویژه مادر دارند، عدم رشد استقلال در کودک با روش تربیتی مستبدانه مادر می‌تواند به عدم رشد جرئت و رزی در کودک منجر شود. این عدم رشد تصمیم‌گیری در کودکان ممکن است آنان را به سوی مشکلات جبران‌ناپذیری مثل بزهکاری، اعتیاد، اختلالات روانی- افسردگی، اضطراب، اختلال رفتاری- هیجانی و... بکشاند. والدینی که در جریان تعامل با فرزند خود موفق به اجرای اصول تربیتی بر روی کودک نمی‌شوند یک چرخه معیوب در روابط بین آنها شکل می‌گیرد. بدین صورت به تدریج احساس شایستگی کمتر در آنها شکل گرفته، اعتماد بنفس و روابط اجتماعی آنها محدود می‌شود؛ استرس و اضطراب در آنها افزایش می‌یابد و به دنبال این موارد یک احساس عدم کفایتی تربیتی در مادر شکل می‌گیرد که این مسئله بر روابط خانواده و خصوصاً روابط بین زن و شوهر تأثیرات تنش‌زایی دارد. مجموعه این موارد به کاهش سلامت روانشناختی والدین به ویژه مادر منجر می‌شود.

همچنین قسمت دیگر نتایج نشان داد که بین نظریه ذهن مادران گروه ODD و ADHD تفاوت معناداری وجود ندارد. یافته به دست آمده از این مطالعه همسو با یافته‌های درویزه [۳۲]، اکبری و همکاران

[۳۳]، دور و همکاران [۲۴] و فام و همکاران [۲۵] می‌باشد. در تبیین این قسمت از یافته‌های پژوهش می‌توان به نظریه شناخت اجتماعی ویگوتسکی و مدل فرنیگ اشاره کرد. قانون کلی تحول شناختی در نظریه ویگوتسکی این است که هر کار کرد عالی ذهنی پیش از آنکه به صورت یک فرایند روان‌شناختی در شخص رخ دهد، ابتدا در یک سطح اجتماعی وجود دارد. ویگوتسکی این موضوع را به عنوان انتقال از سطح بین ذهنی به درون ذهنی توصیف کرده و تحول تدریجی کارکردهای عالی ذهنی از طریق تعامل اجتماعی را درون‌سازی نام نهاد [۳۴]. همچنین فرنیگ نیز [۳۵] در مدل خود، تحول نظریه ذهن بر اساس تعامل‌های اجتماعی مادر- کودک را به خوبی نشان داده است. هنگامی که مادر و کودک، در ارتباط با موضوعی خاص شروع به گفت و گو می‌کنند و مادر حین گفت و گو آشکارا به بیان نیت‌ها، احساس‌ها و خواسته‌های خود در ارتباط با موضوعی خاص پرداخته و به شرح و توضیح علت حالت‌های ذهنی خود می‌پردازد، اولین مرحله از فرایند چهار مرحله‌ای تحول نظریه ذهن آغاز می‌شود. نخستین بار است که کودک در این گفت و گو علاوه بر دیدگاه خود نسبت به موضوع با دیدگاه فردی دیگر نیز مواجه می‌شود. پس از اتمام گفت و گو در مواقعی که مادر حضور ندارد و به ویژه در بازهای مثل وانمودسازی، کودک شروع به تمرین این توانایی جدید می‌کند و در قالب گفتار بیرونی به بیان نظریه خود و بیان حالت ذهنی مادر در ارتباط با آن موضوع خاص می‌پردازد. چنانچه مادر در گفت و گوهای روزمره با کودک به شرح حالت‌های ذهنی خود توجه نداشته باشد و تنها در رابطه با موقعیت عینی پیش آمده، بدون بیان خواسته‌ها، باورها و نیت‌ها و احساس خود با کودک به گفت و گو بپردازد، در چنین شرایطی کودک وارد اولین مرحله فرایند درونی‌سازی توانایی نظریه ذهن هم نخواهد شد و ضعف در این توانایی کلیدی نیز به نوبه خود بر رفتار اجتماعی کودک آثار منفی خواهد

است [۳۷-۴۲] می‌تواند منجر به تحول رفتارهای اجتماعی و ارتباطی در کودکان دارای اختلال ODD و ADHD گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد سلامت روانشناختی خانواده به عنوان کوچک‌ترین واحد اجتماعی وابسته به سلامت تک تک اعضای خانواده می‌باشد. لذا والدین به عنوان محور خانواده، کارکردها و مسئولیت‌های مختلف و متنوعی را در رابطه با فرزندان بر عهده دارند. عدم رشد نیازهای روانشناختی مادر می‌تواند تأثیر منفی بر روی کودک بگذارد. در صورتی که والدین حساسیتی به رشد شناختی کودک نداشته باشند باعث اختلال در خودپنداره کودک می‌شوند و عزت نفس وی را کاهش می‌دهند و باعث می‌شوند ارزیابی کودک از خود تحت الشعاع قرار بگیرد. این ارزیابی‌ها مهم‌ترین جنبه‌های رشد خود هستند، زیرا در تجربیات هیجانی، رفتاری آینده و سازگاری روانشناختی بلند مدت تأثیرگذار هستند. از طرفی چون کودکان با تغییرات تحولی مهم در زمینه شناخت ذهنیات دیگران مواجه هستند، داشتن ارتباط اجتماعی با دیگران مستلزم درک شناخت دانش دیگران نسبت به حوادث و اشیا و به طور کلی جهان است. کودکان دارای اختلال رفتاری در استنباط و تفسیر صحیح تفکرات، مقاصد، نیت‌ها و احساسات دیگران توانایی کمتری دارند. وجود چنین حالت‌هایی در پردازش اطلاعات اجتماعی کودکان می‌تواند عاملی در نظر گرفته شود که در استمرار رفتاری مشکل‌زای این کودکان تأثیرگذار باشد که در این صورت زمانی که مادر و کودک در ارتباط با موضوعی خاص شروع به گفت و گو می‌کنند و مادر حین گفت و گو به طور آشکار به بیان افکار و نیات موضوع خاص پردازد، می‌تواند موجب رشد نظریه ذهن کودک شود که لازمه رفتارهای اجتماعی موثر است. در غیر این

داشت. در واقع دانستن شناخت‌های چون اسنادها، باورها و انتظارات مربوط به خود و دیگران در تعیین احساس‌ها و رفتارهای افراد بسیار مهم تلقی می‌شوند. به دلایل متعددی کودکان دارای اختلال رفتاری از جمله اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال بیش‌فعالی قادر به ارتباط درست با دیگران، همسالان و والدین به ویژه مادران‌شان نیستند به همین خاطر شناخت‌های تحریف شده نادرست و سازش یافته‌ها در مورد خود و دیگران و رویدادهای محیطی که دارند موجب می‌شود رفتارهای مشکل‌زایی از خود بروز دهند. در واقع مادران کودکان دارای مشکلات رفتاری از رفتارها و اعمال تکانش‌گرانه فرزندان خود رنج می‌برند و به احتمال زیاد این رفتارها در تعامل و سازگاری اجتماعی آنها تأثیر منفی می‌گذارد. طوری که به دلیل رفتارهای آزاردهنده فرزندان خود و پرورش دادن احساس حقارت در برابر اطرافیان سعی در نگه داشتن کودک در خانه دارند. تمامی این مسائل علاوه بر اینکه سازگاری اجتماعی والدین را با مشکل مواجه می‌سازد موجب می‌گردد روابط بین فردی مادر در محیط بیرون کمرنگ‌تر شده، اختلالات رفتاری مادر نیز افزایش یابد. در نتیجه، وجود چنین تنش‌های روانشناختی در مادر موجب ضعیف شدن گفت و گوی روزمره و روابط بین فردی وی و کودک نیز می‌گردد. بنابراین می‌توان بیان کرد که وجود همپوشی علایم‌ها در این نوع کودکان می‌تواند در نتایج به دست آمده تأثیرگذار باشد که با یافته‌های فیفندر و همکاران [۳۶] همسو می‌باشد. با توجه به مطالب بالا می‌توان گفت کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری، مشکلات مشابه بیشتری را در روابط اجتماعی با همسالان، والدین به ویژه مادرانشان، خواهر و برادر و معلمان تجربه می‌کنند. بنابراین هر چه مادر در گفت و گوهای روزمره با کودک به بیان حالت‌های ذهنی و روانشناختی به طور مبسوط پردازد، موجب تحول توانایی نظریه ذهن سریع رشد خواهد بود و از آنجا که این توانایی لازمه رفتارهای اجتماعی موثر

صورت کودک نمی‌تواند به رشد نظریه ذهن دستیابی پیدا کند و ضعف در این نوع توانایی تاثیر منفی بر رفتار اجتماعی او خواهد داشت.

محدودیت‌های تحقیق

از مهمترین محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم کنترل اختلال روانی مادر، عدم تعمیم نتایج مورد نظر به سایر مناطق اشاره کرد. با توجه به نتایج به‌دست آمده، به روانشناسان، روانپزشکان و مددکاران اجتماعی سازمان بهزستی پیشنهاد می‌گردد برای جلوگیری از افزایش روز افزون مشکلات رفتاری این کودکان برنامه‌های مهارت آموزی در حیطه ارتباط صحیح بین مادر- کودک در نظر بگیرند. همچنین برگزاری دوره‌های آموزشی و ارائه خدمات

رایگان به خانواده‌ها در مراکز بهداشتی در زمینه فرزندپروری صحیح می‌تواند کمک شایانی برای حل مشکلات این نوع کودکان باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و کارکنان درمانگاه روان پزشکی بیمارستان فاطمی شهر اردبیل به دلیل فراهم نمودن شرایط نمونه‌گیری، همچنین از کلیه مادران کودکان دارای اختلال ODD و اختلال ADHD که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

موردی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

- 1- Mash EJ, Wolfe DA. Abnormal child psychology, 2nd ed. Wadsworth: Thomson learning, 2010:40-41.
- 2- Amiri M, Molly G, Nasaian A, Hejazi M, Asadi Gandmani R. The effect of behavioral management training on mother on distress symptoms. Rehabilitation. 2017 Sep;18(2);84-96. [Full text in Persian]
- 3- Barzegary L, Zamini S. The effect of play therapy on children with ADHD. Procedia Soc Behav Sci. 2011 Feb; (30): 2216-18. [Full text in Persian]
- 4- Avila C, Cuenca I, Felix V, Parcet MA, Miranda A. Measuring impulsivity in school-aged boys and examining its relationship with ADHD and ODD ratings. J Abnormal Child Psychol. 2004 Jun; 32(3): 295-304.
- 5- Samavanatian H, Molavi H, Shafeghati SA, Nouri AG, Janatian S. Effectiveness of play therapy on the bases of cognitive behavior approach on severity of symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) among primary school male students aged 9-11. J Res Behav Sci. 2008 Aug; 6(2):109-118. [Full text in Persian].
- 6- American Psychiatry Association Diagnostic and manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American psychiatric Pub, 2013: 351-353.
- 7- Steiner H, Remsing L. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 Nov; 46(1): 126-141.
- 8- Hommeres P, Murray C, Ohan J, Johnston C. Oppositional defiant disorder rating scale: preliminary evidence of reliability and validity. J Emot Behav Disor. 2006 summer; 14(2): 118-125.
- 9- EG W. The prevalence of DSM-IV attention- deficit /hyperactivity disorder: a Meta analytic review. Neurotherapeutics. 2012 July; 9(3): 490-9.
- 10- Kaplan B, Sadock V. synopsis of psychiatry: Updated with DSM-5, 11th ed. Wolter Kluwer: Amazon, 2015: 1169.
- 11- Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of ADHD worldwide. Eur J Pediatr. 2007 Feb; 166(2):117-123.
- 12- Pary R, Lewis S, Matuschka P R, Rudzinskiy P, Safi M, Lippmann S. Attention deficit disorder in adults. Ann Clin Psychiatry. 2002 Jun; 14(2):105-111.

- 13- Ahani R, Hashemi nesab M, Nekounam MS. Comparison of behavioral disorders in children 6-12 years old parents consuming parents with normal children. *jpen*. 2017 Jun;3(4):23-29. [Full text in Persian]
- 14- Hadicky J, Shecter C, Wiener G, Ducharme J. Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents impacton. *J Cild Fam Stud*. 2015 Jan; 24(1): 76-94.
- 15- Maughun B, Rowe R, Messser J, Good man R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in national sample; developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004 Feb; 45(3): 21-609.
- 16- Pham L. Mindful Parenting: A Guide for mental health practitioners. *J Dev Behav Pediatr*. 2016 June; 37(4): 3-352.
- 17- Ghorbani N, Watson PJ. Validity of experiential and reflective self – knowledge scales: relationships with basic need satisfaction among Iranian factory workers. *J Ped Rev*. 2006 June; 3(98): 727-733.
- 18- Ghorbani N, Watson PJ, Hargis MB. Integrative self–knowledge: Correlations and incremental validity of a cross- cultural measure developed in Iran and United States. *J Psychol*. 2008 Aug; 142(4): 395-412.
- 19- Ghorbani N, Watson PJ, Rostami R. Dialogical validity of religious measures in Iran: relationships with integrative self-knowledge and self-control of the “Perfect Man” (Ensn-e K mel). *Arch Psych Religion*. 2011 Nov; 33(100): 93-113.
- 20- Babaei Khakian Z, Zakiyi A, Nagshineh A. The Relationship between self-differentiation in mothers and family conflict with children’s behavioral disorder. *Urmia Med J*. 2015 June; 26(4):334-343. [Full text in persian]
- 21- Alizadehfard S. The effectiveness of social skills training program on theory of mind and social behaviors of children with nonverbal learning disorder. *J Lear Disab*. 2018 Nov; 7(1):136-142. [Full text in persian]
- 22- Flavell JH, Flavell ER, Green FL, Moses LG. Young children’s understanding of fact beliefs versus value beliefs. *J Child Dev*. 1990 Aug; 61(4): 915-928.
- 23- Schilling S, French B, Berkowitz SJ, Dougherty S, Scribano PV, Wood JN. Child-Adult relationship enhancement in primary care: A randomized trial of apparent for child behavior problems. *J Academic Pediatric*. 2017 Feb; 17(1): 53-60.
- 24- Szentivanyi D, Balazs J. Quality of in children and adolescent with symptom or oppositional defiant disorder. *Ment Heahlt Prev*. 2018 Jun; 10(5): 1-8.
- 25- Pham L. Mindful Parenting: A Guide for mental health practitioners. *J Dev Behav Pediatr*. 2016 May; 37(4): 352-3.
- 26- Deci EL, Ryan RM. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self – determination of behavior. *Psychological Inquiry*. 2000 Oct; 1(11): 227-268.
- 27- Quested E, Bosch J A, Burns VE, Cumming J, Ntoumanis N, Duda JL. Basic Psychological need satisfaction stress -related appraisals and dancers cortisol and anxiety responses. *J Sport Exerc Psychol*. 2011Dec; 33(6): 828-846.
- 28- Ryan R. Self-determination theory and wellbeing. *Wellbeing in developing*. 2009. 1-2.
- 29- Wang YG, Wang YQ, Chen SL, Wang K. Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: A componential view. *Psychiatry Res*. 2008 Nov; 161(2): 153-61.
- 30- Mohammad Esmail E, Alipor A. Preliminary validity and validity study and determination of disruption points in the children's symptom questionnaire. *J Res on except child*. 2002 Nov; 2(3): 239-254. [Full text in persian]
- 31- Babaie Khakyan Z, Zakyy A, Shakineh T, The relationship between self- esteem and family correlation with childrens behavioral disorder . *Med J Uremia*. 2015 June; 26(4): 334-343. [Full text in persian]
- 32- Deroizeh Z. An investigation on the relationship between mothers 'and girls' high school students 'behavioral abilities in Tehran girls'. *Social-psychological studies of women*. 2003 Nov; 1(3):29-58. [Full text in persian].

- 33- Ali akbari M, Kaku Juibari A, Amirabadi F, Shaghai F, Zare N, Khaleghi F. The role of theory of mind and executive function in predicting empathy. *J Advan Cog Science*. 2013 Aug; 2(15): 1-10. [Full text in persian]
- 34- Vygostky, L.S. (1978). *Mind in society the development of higher mental process*, 2nd ed. Cambridge Harvard university press, 1978:92-105.
- 35- Fernyhough C. Getting Vygotskian about theory of mind: Mediation, dialogue and the development of social understanding. *Dev Rev*. 2008 Jun; 28(2):225-62.
- 36- Mikami AY, Hunang-Pollock C, Pfifner LJ, McBurnett K, Hangai D. Social Skills Differences among Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Types in a Chat Room Assessment Task. *J Abnormal Child Psychol*. 2007 Aug; 35(4): 509-21.
- 37- Poletti M, Adenzato M. Theory of mind in non-autistic psychiatric disorders of childhood and adolescence. *Clin Neuropsychiatry*. 2013 Oct; 10(5): 188-195.
- 38- Lerner M, Hutchins T. Brief report: Preliminary evaluation of the theory of mind inventory and its relationship to social skills. *J Autism and Dev Disord*. 2011Apr; 41(4): 512-517.
- 39- Lonigro A, Laghi F, Baiocco R, Baumgartner E. Mind reading skills and empathy: evidence for nice and nasty tom behaviors in school-aged children. *J Child Fam Stu*. 2014 Apr; 23(3): 581-590.
- 40- Liddle B, Nettle D. Higher- order theory of mind and social competence in school-age children. *J Cul Evol Psychol*. 2006 Sep; 4(4): 231-246.
- 41- Watson A, Nixon C, Wilson A, Capage L. Social interaction skills and theory of mind in young children. *Dev Psychol*. 1999 Mar; 35(2): 386-391.
- 42- Walker S. Gender differences in relationship between young children's peer-related social competence in theory of mind. *J Genetic Psychol*. 2005 Jul; 166(3): 297-312.