

انگیزه پیشرفت در دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی با و بدون مصرف ریتالین و گروه عادی

ندا اکرمی^۱، فرنگیس کاظمی^۲، حمید علیزاده^۳

تاریخ دریافت: ۹۳/۰۴/۰۲

تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۶/۲۹

چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه انگیزه پیشرفت در دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده ریتالین و گروه عادی است. طرح پژوهش انجام‌شده علی-مقایسه‌ای بود، تعداد نمونه این پژوهش شامل ۶۰ نفر از دانش‌آموزان پسر مقطع پنجم و ششم ابتدایی (۱۱-۱۲) ساله دارای اختلال نارسایی/بیش‌فعالی مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده ریتالین و گروه عادی مشغول به تحصیل در مدارس دولتی منطقه ۸ تهران بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب و در سه گروه مجزا مشتمل بر مصرف‌کننده ریتالین، بدون مصرف ریتالین و گروه عادی دسته‌بندی شدند. در این پژوهش از پرسشنامه انگیزه پیشرفت هرمنس استفاده شد؛ و برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده نیز از مدل آماری تحلیل واریانس (برای مقایسه گروه‌ها بر اساس میانگین) و t برای دو گروه مستقل استفاده گردید، نتایج حاصل از یافته‌ها نشان بین سه گروه به لحاظ انگیزه پیشرفت تفاوت معناداری وجود دارد، بدین ترتیب که بیشترین انگیزه پیشرفت متعلق به دانش‌آموزان گروه عادی بدون اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، سپس در گروه مصرف‌کننده ریتالین و کمترین میزان انگیزه پیشرفت در دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بدون مصرف ریتالین بوده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که احتمالاً ریتالین می‌تواند به‌عنوان یک عامل افزایش‌دهنده انگیزه پیشرفت در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، انگیزه پیشرفت، ریتالین

۱. کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی Email:neda_akrami2010@yahoo.com

۲. استادیار گروه روانشناسی کودکان استثنائی دانشگاه علامه طباطبائی farangis-kazemi@yahoo.com

۳. استاد گروه روانشناسی کودکان استثنائی دانشگاه علامه طباطبائی hamidalizadeh1@yahoo.com

مقدمه

یکی از بحث‌برانگیزترین و متداول‌ترین اختلالات دوران کودکی و نوجوانی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۱ است که با سه ویژگی اصلی یعنی نارسایی توجه/بیش‌فعالی و تکانش‌گری توصیف می‌شود و بر ۳ تا ۷ درصد از کودکان اثر می‌گذارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات رشدی است^۲ که معمول نشانه‌های آن در اوایل زندگی کودک و سنین بیش از دبستان ظاهر می‌شود و اغلب تا پایان کودکی و نوجوانی ادامه می‌یابد (بیدرمن و روهد^۴، ۲۰۰۷). ویژگی اصلی این اختلال یک الگوی پایدار بیش‌فعالی، برانگیختگی، بی‌توجهی و یا ترکیبی از آن‌هاست (علیزاده، ۱۳۸۳). کودکان و نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نسبت به کودکان و نوجوانان عادی از مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی ضعیف‌تری برخوردارند (ویمیر^۵ و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین این کودکان از نظر سطح هوشی، حافظه، بازداری و توجه از کودکان معمولی ضعیف‌تر هستند. (لیو و همکاران^۶، ۲۰۰۷).

عواملی وجود دارد که ما را به فعالیت وامی دارند و این عوامل نه تنها ما را به فعالیت وامی دارند بلکه ما را به سوی هدف خاصی سوق می‌دهند، روانشناسان این عوامل را انگیزه می‌نامند؛ بنابراین می‌توان گفت انگیزه جایگاه بسیار مهمی در زندگی موجود زنده دارد و اولین عنصر تشکیل‌دهنده است. (جان مارشال ریو^۷، ۲۰۰۵).

انگیزه پیشرفت^۸ یکی از نخستین انگیزه‌هایی است که توسط دانشمندان به تفصیل مورد مطالعه بررسی قرار گرفته است و پژوهش درباره این انگیزه امروزه نیز ادامه دارد. انگیزه پیشرفت عبارت است از گرایش همه‌جانبه ارزیابی عملکرد خود با توجه به عالی‌ترین معیارها

-
1. Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder
 2. American psychiatric association
 3. Developmental disorder
 4. Biederman & Rohde
 5. Wehmeier
 6. Liu
 7. Jon Marshall Reeve
 8. Achievement motivation

(مک کللند^۱ و همکاران، ۱۹۸۷). دانش‌آموزان دارای انگیزه پیشرفت در سطح بالا همواره خواستار موفقیت‌اند و در انتظار پیشرفت هستند و وقتی که شکست می‌خورند کوشش‌های خود را دو برابر می‌کنند و به فعالیت ادامه می‌دهند تا موفق شوند (اسلاوین^۲، ۲۰۰۶؛ به نقل از سیف، ۱۳۸۶). بنابراین داشتن انگیزه پیشرفت بالا موجب می‌شود فرد از حداکثر توان خود برای رسیدن به اهدافش استفاده کند (کارن^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی از فقدان انگیزه رنج می‌برند، به همین دلیل به ارائه پاسخ‌های تصادفی یا پاسخ‌هایی که در گذشته با تقویت روبرو شده‌اند مبادرت می‌ورزند (علیزاده و همکاران، ۱۳۸۹). آن‌ها قادر نیستند انگیزه درونی را فرابخوانند و اغلب لازم است با تکالیفی که خسته‌کننده، مزاحم، پرزحمت یا طولانی است، ناخواسته بردباری کنند - (وندرا^۴، ۱۹۹۸). کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در سطوح شناختی، رفتاری و هیجانی دچار مشکلات متعددی مانند عملکرد تحصیلی ضعیف می‌شوند (سوانسون^۵، ۲۰۰۳). شاید یکی از دلایل عملکرد ضعیف تحصیلی این کودکان نداشتن انگیزه پیشرفت باشد و همین کمبود انگیزه ممکن است بهبود توجه در این کودکان منجر شود (ولکاو و همکاران^۶، ۲۰۱۰). نظریه بازداری رفتاری آسیب در دستگاه انگیزشی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را به نارسایی در کارکرد اجرایی بازداری ارتباط می‌دهد. در واقع نارسایی در بازداری باعث می‌شود که کودک در کنترل و تنظیم هیجان، انگیزش مشکل اساسی پیدا کند. اینم شکل به‌صورت واکنش‌های نامناسب، افت توانایی به علت تأثیر هیجان، کمبود انگیزه کافی برای پیگیری کارها و درنهایت وابستگی به انگیزه‌های بیرونی است. (بارکلی^۷، ۱۹۹۷).

نقص کارکردهای اجرایی لوب فرونتال در این کودکان موجب شده است که درمان دارویی به‌عنوان جزء اصلی درمان این کودکان مطرح باشد. به همین دلیل استفاده از رویکرد

-
1. McClelland
 2. Slavin
 3. Karen
 4. Wender
 5. Swanson
 6. Volkow
 7. Barkley

درمانی بدون ترکیب با دارودرمانی بی‌ثمر خواهد بود (وست بای و واتسون^۱، ۲۰۰۴). -
 بررسی‌های سوخت‌وساز بدن نشان داده که این کودکان در شیمی عصبی دارای مشکلاتی
 هستند. یکی از مهم‌ترین فرضیات مطرح‌شده در این زمینه، فرضیه کارکرد دوپامین است
 از آنجا که دوپامین نقش مهمی در میزان برانگیختگی مغز دارد می‌توان به نقش داروهای
 روان محرک^۳ مانند (ریتالین) و تاثیر آن‌ها بر سیناپس‌های نوراپی‌نفرین و دوپامین بهتر پی‌برد
 (وندر^۴، ۱۹۷۱؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۸۴). شواهد نشان می‌دهد که کمبود انگیزه در اختلال
 نارسایی توجه/بیش‌فعالی با اختلال در مسیر پاداش دوپامین همراه است (ولکاو و همکاران،
 ۲۰۱۰). به همین خاطر مشوق‌ها و داروها به طور اخص (متیل‌فندیت^۵) می‌توانند اثرات
 افزایشی بر روی انگیزه این کودکان داشته باشند (مادلین^۶ و همکاران، ۲۰۰۹). افزون بر این
 دانش‌آموزانی که مصرف ریتالین داشته‌اند مشکلات کمتری برای معلم ایجاد می‌کنند و
 همچنین پیشرفت تحصیلی و رفتار کلاسی بهتری از قبیل یادداشت‌برداری و اتمام تکالیف را
 نشان می‌دهند. (ایوانس^۷ و همکاران، ۲۰۰۵).

در این پژوهش با توجه به این که انگیزه پیشرفت راز موفقیت افراد در زندگی است
 (اتکینسون^۸، ۱۹۸۱). و یک نیروی نهانی است که اگر به موقع کشف و پرورش یابد موجب
 تعالی و تکامل می‌گردد (ویکنز^۹، ۲۰۰۵). پژوهشگران به بررسی میزان انگیزه پیشرفت
 در دانش‌آموزانی که دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی هستند پرداخته و میزان انگیزه-
 شان را در دانش‌آموزان نارسایی توجه/بیش‌فعالی که داروی ریتالین^{۱۰} مصرف می‌کنند و
 گروه مشابه بدون مصرف ریتالین و گروه عادی مورد مقایسه قرار می‌دهند. بنابراین با توجه
 به پیشینه موجود و بررسی پژوهش‌های انجام‌شده پژوهشگر درصدد آن است که به بررسی

-
1. West Bay & Watson
 2. Dopamin
 3. Psychostimulants
 4. Wender
 5. Methylphenidate
 6. Madeleine
 7. Evans
 8. Atkinson
 9. Vikenz
 10. Ritalin

فرضیه زیر پردازد، بین دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده ریتالین و گروه عادی از نظر انگیزه پیشرفت تفاوت وجود دارد.

روش پژوهش

در این پژوهش از طرح پژوهشی علی-مقایسه‌ای استفاده گردید.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این تحقیق عبارت است از دانش‌آموزان پسر مقطع پنجم و ششم ابتدایی (۱۱-۱۲) ساله دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده ریتالین که توسط روانشناسان و روان‌پزشکان غربالگری شده و در مدارس دولتی منطقه ۸ شهر تهران مشغول به تحصیل بودند و به همان نسبت دانش‌آموزان پسر مقطع پنجم و ششم ابتدایی (۱۱-۱۲) ساله گروه عادی که در مدارس دولتی منطقه ۸ تهران مشغول به تحصیل بودند؛ و در سه گروه مجزای ۲۰ نفره از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای بدین صورت که از بین مدارس پسرانه منطقه ۸ تهران چند مدرسه به صورت تصادفی و از هر مدرسه چند کلاس به صورت تصادفی و از هر کلاس چند دانش‌آموز به صورت تصادفی انتخاب شدند.

در این پژوهش از پرسشنامه انگیزه پیشرفت هرمنس^۱ بر اساس ۹ ویژگی متمایزکننده افراد دارای انگیزه پیشرفت بالا از افراد دارای انگیزه پیشرفت پایین استفاده گردید (کرمی، ۱۳۸۶). این پرسشنامه دارای ۲۹ پرسش هست که به صورت جمله‌های ناتمام و چهارگزینه‌ای بیان شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه با توجه به ویژگی‌های ۹ گانه که سؤالات بر اساس آن تهیه شده است انجام می‌گیرد. در این پرسشنامه برخی از سؤالات به صورت مثبت و بعضی دیگر به صورت منفی ارائه شده است. برای هر یک از سؤال‌ها نمره از ۱ تا ۴ تعلق می‌گیرد اما ترتیب نمره‌گذاری سؤال‌ها متفاوت است. دامنه تغییرات نمرات از ۲۹ تا ۱۱۶ هست، نمره‌ای که از مجموع سؤالات به دست می‌آید به عنوان نمره کل در نظر گرفته می‌شود که اگر بالا باشد نشانگر انگیزه پیشرفت بالا و اگر پایین باشد بیانگر انگیزه پیشرفت پایین در فرد هست. (کرمی، ۱۳۸۶).

1. Hermans Questionnaire Measure of Achievement Motivation

روایی آزمون بر طبق گزارش‌های هومن و عسگری (۱۳۷۹) و نامدار (۱۳۸۲) نشان می‌دهد که مواد پرسشنامه به گونه کلی با یک عامل همبسته است. چرخش عامل‌ها به شیوه کوارتیماکس^۱ برای ساده‌سازی ساختار پرسشنامه نشان می‌دهد که ساختار نظری پرسشنامه از هفت عامل (داشتن پشتکار، اعتماد به نفس، ادراک پویا از زمان، فرصت‌جویی، سخت‌کوشی، توجه به ملاک شایستگی در انتخاب دوست، سطح آرزوی بالا و آینده‌نگری) با بار عاملی دست کم ۰/۳ تشکیل می‌شود که بیانگر روایی سازه^۲ قابل قبول برای پرسشنامه است. پایایی آن نیز از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد؛ و با استفاده از روش آزمون مجدد ضریب پایایی در حد ۰/۸۲ به دست آمد.

در اجرای این پژوهش بعد از انتخاب مدارس و انجام مقدمات اولیه، ابتدا دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی شناسایی شدند و در سه گروه مجزا مشتمل بر مصرف‌کننده ریتالین، بدون مصرف ریتالین و گروه عادی دسته‌بندی شدند. سپس دفترچه پرسشنامه پاسخنامه جداگانه توسط پژوهشگر تهیه و در میان دانش‌آموزان توزیع گردید، پس از آن اطلاعات لازم در اختیارشان قرار گرفت و به آن‌ها این اطمینان داده شد که پاسخ‌های آن‌ها کاملاً محرمانه است. از آنجا که سؤالات این پرسشنامه به صورت جمله‌های ناتمام و به صورت چهارگزینه‌ای تدوین شده بودند، از دانش‌آموزان خواسته شد با صداقت گزینه موردنظر خود را انتخاب کرده و در پاسخنامه در جای مربوط به سؤال علامت بزنند. در نهایت پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها پژوهش

در این مبحث ابتدا به منظور توصیف آماری متغیرهای تحقیق، از جداول شاخص‌های آمار توصیفی استفاده گردید. سپس در راستای تحلیل‌های استنباطی آزمون فرضیه‌های تحقیق، از مدل آماری تحلیل واریانس و t برای دو گروه مستقل استفاده به عمل آمد و از این طریق به مقایسه انگیزه پیشرفت در هر کدام از این سه گروه پرداخته شد.

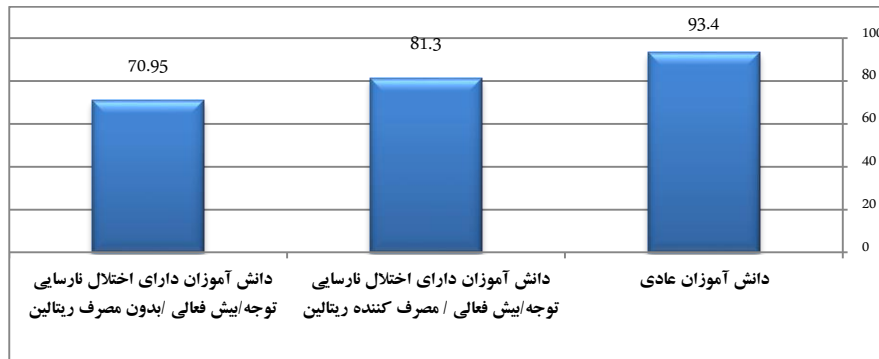
-
1. Quartimax
 2. Construct Validity

جدول ۱. آماره‌های توصیفی پیرامون میزان انگیزه پیشرفت به تفکیک سه گروه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	اشتباه معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
دانش آموزان عادی	۲۰	۹۳/۴۰	۹/۷۱	۲/۱۷	۷۳	۱۰۶
دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی / مصرف کننده ریتالین	۲۰	۸۱/۳۰	۱۰/۲۹	۲/۳۰	۶۶	۹۷
دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی / بدون مصرف ریتالین	۲۰	۷۰/۹۵	۸/۸۴	۱/۹۷	۵۸	۸۳
جمع	۶۰	۸۱/۸۸	۱۳/۲۴	۱/۷۰	-	-

بر اساس جدول بالا در گروه دانش آموزان عادی بیشترین نمره کسب شده از آزمون انگیزه پیشرفت هرمنس ۱۰۶ بوده و کمترین نمره کسب شده ۷۳ بوده است. در گروه دانش - آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی مصرف کننده ریتالین بیشترین نمره کسب شده از آزمون انگیزه پیشرفت هرمنس ۹۷ بوده و کمترین نمره کسب شده ۶۶ بوده است؛ و نهایتاً در گروه مشابه بدون مصرف ریتالین بیشترین نمره کسب شده از آزمون انگیزه پیشرفت هرمنس ۸۳ و کمترین نمره کسب شده ۵۸ بوده است. از این رو با توجه به اطلاعات جدول فوق گروه عادی بالاترین نمرات را در آزمون انگیزه پیشرفت کسب

کرده‌اند و پایین ترین نمرات متعلق به گروه دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بدون مصرف ریتالین است.



نمودار ۲. توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب میزان انگیزه پیشرفت به تفکیک سه گروه

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس انگیزه پیشرفت سه گروه

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین	عدد f	سطح معنی - داری
۵۰۵۰/۲۳	۲	۲۵۲۵/۱۱	۲۷/۱۸	$S=۰/۰۰۰$
۵۲۹۳/۹۵	۵۷	۹۲/۸۷		
۱۰۳۴۴/۱۸	۵۹			

نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس حاکی از آن است که تفاوت معنی داری بین انواع دانش آموزان میزان انگیزه پیشرفت وجود داشته است به این معنا که بیشترین انگیزه پیشرفت متعلق به دانش آموزان عادی (۹۳/۴۰) و کمترین میزان انگیزه پیشرفت در دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی / بدون مصرف ریتالین (۷۰/۹۵) بوده است؛ و این تفاوت به لحاظ آماری نیز معنی دار گردیده است زیرا سطح معنی داری به دست آمده ۰/۰۰۰ کمتر از ۰/۰۵ هست

جدول ۳. نتایج آزمون t برای دو نمونه مستقل جهت مقایسه میانگین نمرات آزمون انگیزه پیشرفت در دو گروه عادی و مصرف‌کننده ریتالین

انگیزه پیشرفت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	آزمون آماری
عادی	۲۰	۹۳/۴۰	۹/۷۱	۲/۱۷	$t=۳/۸۲$
مصرف‌کننده ریتالین	۲۰	۸۱/۳۰	۱۰/۲۹	۲/۳۰	$S=۰/۰۰۰$ سطح معنی‌داری

بررسی‌های آماری نشان می‌دهد میزان انگیزه پیشرفت در میان گروه دانش‌آموزان عادی (۹۳/۴۰) با دانش‌آموزان مصرف‌کننده ریتالین (۸۱/۳۰) متفاوت هست. یافته‌های به‌دست‌آمده حاکی از آن است که سطح اطمینان $t=۳/۸۲$ و سطح معنی‌داری حاصل ($S=۰/۰۰۰$) مطلوب هست پس این فرضیه تأیید می‌گردد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت میزان انگیزه پیشرفت برحسب دو گروه متفاوت هست و میانگین آن در میان دانش‌آموزان عادی بیشتر است.

جدول ۴. نتایج آزمون t برای دو نمونه مستقل جهت مقایسه میانگین نمرات آزمون انگیزه پیشرفت در دو گروه عادی و بدون مصرف ریتالین

انگیزه پیشرفت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	آزمون آماری
عادی	۲۰	۹۳/۴۰	۹/۷۱	۲/۱۷	$t=۷/۶۳$
بدون مصرف ریتالین	۲۰	۷۰/۹۵	۸/۸۴	۱/۹۷	$S=۰/۰۰۰$ سطح معنی‌داری

بررسی‌های آماری نشان می‌دهد میزان انگیزه پیشرفت در میان گروه دانش‌آموزان عادی (۹۳/۴۰) با دانش‌آموزان بدون مصرف ریتالین (۷۰/۹۵) متفاوت هست. یافته‌های به‌دست‌آمده حاکی از آن است که سطح اطمینان $t=۷/۶۳$ و سطح معنی‌داری حاصل

($S=0/000$) مطلوب هست پس این فرضیه تأیید می‌گردد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت میزان انگیزه پیشرفت برحسب دو گروه متفاوت هست و میانگین آن در میان دانش‌آموزان عادی بیشتر است.

جدول ۵. نتایج آزمون t برای دو نمونه مستقل جهت مقایسه میانگین نمرات آزمون انگیزه پیشرفت در دو گروه مصرف‌کننده ریتالین و بدون مصرف ریتالین

انگیزه پیشرفت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	آزمون آماری
مصرف‌کننده ریتالین	۲۰	۸۱/۳۰	۱۰/۲۹	۲/۳۰	$t=3/41$
بدون مصرف ریتالین	۲۰	۷۰/۹۵	۸/۸۴	۱/۹۷	$S=0/000$ سطح معنی‌داری

بررسی‌های آماری نشان می‌دهد میزان انگیزه پیشرفت در میان گروه دانش‌آموزان مصرف‌کننده ریتالین (۸۱/۳۰) با گروه دانش‌آموزان بدون مصرف ریتالین (۷۰/۹۵) متفاوت هست. یافته‌های به‌دست‌آمده حاکی از آن است که سطح اطمینان $t=3/41$ و سطح معنی‌داری حاصل ($S=0/000$) مطلوب هست پس این فرضیه تأیید می‌گردد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت میزان انگیزه پیشرفت برحسب دو گروه متفاوت هست و میانگین آن در میان دانش‌آموزان مصرف‌کننده ریتالین بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده، فرضیه تحقیق مبنی بر این که بین دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی-توجه / بیش‌فعالی مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده ریتالین و گروه عادی از نظر انگیزه پیشرفت تفاوت وجود دارد را مورد قرار می‌دهد. بدین ترتیب که میزان انگیزه پیشرفت در ابتدا در میان گروه عادی بیشتر سپس در گروه مصرف‌کننده ریتالین و در نهایت در گروه بدون مصرف ریتالین بوده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که احتمالاً مصرف ریتالین می‌تواند به‌عنوان یک عامل افزایش‌دهنده انگیزه پیشرفت در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تلقی شود، با این وجود با توجه به نتایج این پژوهش این افزایش

انگیزه در حد کودکان عادی نبوده است. نظریه بازداری رفتاری آسیب در دستگاه انگیزشی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی را به نارسایی در کارکرد اجرایی بازداری ارتباط می‌دهد. در واقع نارسایی در بازداری باعث می‌شود که کودک در کنترل و تنظیم هیجان، انگیزش و برانگیختگی مشکل اساسی پیدا کند. (بارکلی^۱، ۱۹۹۷؛ به نقل از علیزاده و همکاران، ۱۳۸۹). یکی دیگر از دلایل کمبود انگیزه در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی اختلال در انتقال دهنده عصبی دوپامین است (گروه آزمایشگاه بروکهاون، آپتون، نیویورک^۲، ۲۰۱۰)؛ و از آنجایی که دوپامین نقش مهمی در میزان برانگیختگی مغز دارد می‌توان به نقش داروهای روان محرک^۳ (ریتالین) و تأثیر آن‌ها بر سیناپس‌های نورایی - نفرین و دوپامین بهتر پی برد (وندرا^۴، ۱۹۷۱). یافته این پژوهش مبنی بر این که استفاده از - ریتالین تاحدی می‌تواند سبب افزایش انگیزه پیشرفت در این کودکان شود با پژوهش مادلین^۵ (۲۰۰۹) همخوانی دارد، در این پژوهش اثر پاداش و دارو بر عملکرد و انگیزه کودکان ۱۵- ۹ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی با استفاده از نشانگرهای فیزیولوژیک بررسی شده است که نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهند، مشوق‌ها و داروها به طور ویژه ریتالین (متیل فنیدیت) اثرات افزایشی بروی انگیزه این کودکان دارد. همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیق هانترا^۶ (۲۰۱۰) که با استفاده از یک بازی ویدئویی، دریافت داروهای محرک و استفاده از یک سیستم پاداش / مجازات می‌تواند اثرات افزایشی مثبت بر روی انگیزه، تمرکز توجه و کنترل اعمال این کودکان داشته باشد همسو هست. افزون بر آن نتایج این تحقیق با پژوهش فاکر و همکاران (۱۳۸۷) و پژوهش جدیدی و همکاران (۱۳۹۱) که استفاده از ریتالین را اثربخش‌تر از دو روش درمانی دیگر یعنی آموزش مدیریت والدین^۷ و نرو فیدبک^۸، می‌دانند همخوانی دارد. از یافته‌های دیگر پژوهش حاضر این بود که انگیزه

1. Barkley
2. National laboratory Brookhaven, upton, new york
3. Psychostimulants
4. Wender
5. Madelein
6. Hunter
7. Parent Management Training (P.M.T)
8. Neurofeedback

پیشرفت در گروه عادی به نسبت دو گروه اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مصرف‌کننده ریتالین و غیر مصرف‌کننده ریتالین بیشتر است، این یافته نیز با نتایج تحقیق یعقوبی و همکاران (۱۳۸۹) هماهنگ است. آنان به مقایسه انگیزه پیشرفت، سلامت روان و عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و دانش‌آموزان گروه عادی پرداختند و در نهایت میزان انگیزه پیشرفت دانش‌آموزان عادی را بیشتر از دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه دانستند. علاوه بر آن یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیقات هاشمی و همکاران (۱۳۸۹) و نتایج تحقیقات گروه روانشناسان تربیتی - دانشگاه بندر الیزابت^۱ (۲۰۰۴) که انگیزه پیشرفت در نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی را کمتر از گروه عادی دانستند همسو هست. همچنین پژوهش فوق نتایج ولکاو^۲ و همکاران (۲۰۱۰) را که با استفاده از توموگرافی گسیل پوزیترون^۳ (PET) نشان دادند، کاهش عملکرد در مسیر مغزی پاداش دوپامین در افراد دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی سبب کمبود انگیزه در این افراد می‌شود و همین کمبود انگیزه ممکن است به کمبود توجه در این افراد منجر شود را مورد تأیید قرار می‌دهد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. این تحقیق به جامعه پسران محدود بوده و زیرگونه‌های این اختلال کنترل نشده است از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم کنترل سایر داروها و عدم کنترل اختلال‌های همراه اشاره کرد. در آخر پیشنهاد می‌شود به بررسی چگونگی واکنش‌های هیجانی - انگیزشی این کودکان به تقویت‌کننده‌های درونی و بیرونی و جدول‌های تقویتی پرداخته شود، همچنین پژوهش‌هایی در مورد تقدم انگیزه بر کمبود توجه در دیگر گروه‌های دانش‌آموزان اختلال نارسایی- توجه/ بیش‌فعالی که در کلینیک‌های تخصصی مورد تشخیص قرار گرفتند صورت گیرد. علاوه بر آن، این پژوهش بروی دانش‌آموزان پسر انجام شده، در به بررسی انگیزه پیشرفت بروی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با دانش‌آموزان دختر گروه عادی در سایر گروه‌های سنی پرداخت.

1. University of port Elizabet
2. Volkow
3. Positron Emission Tomography

منابع

- اسلاوین، ر. (۲۰۰۶). *روانشناسی تربیتی*. (ترجمه سیدمحمدی، ی. ۱۳۸۵). تهران: انتشارات روان.
- ریو، ج. م. (۲۰۰۵). *انگیزش و هیجان*. (ترجمه سیدمحمدی، ی. ۱۳۸۹). تهران: نشر ویرایش. جدیدی، م. شمسایی، م. مظاهری، م. خوشایی، ک. فرخی، ن. (۱۳۹۱). تا چه اندازه هر یک از مداخلات آموزش مدیریت والدین، نروفیدبک و ریتالین بر بهبود اختلال نارسایی-توجه / بیش فعالی و شاخص استرس والدین تأثیر دارند. *فصلنامه خانواده پژوهی*، سال هشتم، شماره ۲۹، ۱۰۱.
- سیف، ع. الف. (۱۳۸۶). *روانشناسی پرورشی (ویرایش ششم)*. تهران: نشر دوران.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۵). رابطه کارکردهای عصبی - شناختی اجرایی با اختلال‌های رشدی. *فصلنامه شناختی*، شماره ۴، ۵۷-۷.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۴). تبیین نظری اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی: الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خودکنترلی. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی* ۱۷، سال پنجم، شماره ۳، ۳۲۳-۳۴۸.
- فاکر، ح. داوری آشتیانی، ر. عربگل، ف. راجزی، س. حیدریان، ط؛ و عصاریان، ف. (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی ریتالین و استیمدیت در درمان اختلالات بیش‌فعالی-کم توجهی در کودکان ۶-۱۲ ساله. *فصلنامه علوم مغز و اعصاب ایران*، سال هفتم، شماره ۲۴، ۳۰۳-۲۹۷.
- کرمی، الف. (۱۳۸۶). پرسشنامه انگیزه پیشرفت هرمنس. تهران: مرکز نشر روان‌سنجی.
- هاشمی نصرت‌آباد، ت. محمودعلی‌لو، م. نعمتی، ف؛ و رستمی، ح. (۱۳۸۹). مقایسه اجرایی خودتنظیمی هیجان و انگیزش در زیرمجموعه‌های اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی بر اساس مدل بارکلی. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، سال دوازدهم، شماره ۱، ۱۶-۱.
- هومن، ح. (۱۳۷۹). تهیه و استاندارد کردن آزمون انگیزه پیشرفت. *مجله پژوهش‌های روانشناختی*، شماره ۱۱، ۳۲-۹.

یعقوبی، الف. علیزاده، ح؛ و مرادی امین، ف. (۱۳۸۹). مقایسه میزان سلامت روان، انگیزه پیشرفت و عملکرد تحصیلی در دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی و دانش آموزان عادی. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، سال ششم، شماره ۱۶، ۱۶۳-۱۴۷.

- Atkinson, J. W. (1981). Studing personality in the context of an advance motivational psychology. *American psychologist*, 36, 117-128.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statical manual of mental Disorder*. (4thed.Revised). Washington, Dc: Author.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, Sustained attention, & executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Biederman, J. & Rohde, L. A. (2007). the World wide prevalence ADHD: A systematic reviewand meta- regression analysis. *American Journal of psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Evans. T. D. (2005). The tools of encouragement. *the international child and yauth carenetwork*. Issue.
- Hunter. M. (2010). Synergy between behavioral and pharmacologic interventions for ADHD. *Science Daily*. Retrived September11, 2010, From [http: www Sciencedaily.com/releases2010/04/10040125719. htm](http://www.Sciencedaily.com/releases2010/04/10040125719.htm).
- Karen, L. Rutler, B. smitt, H. (2005). The effects of gender of grade level on the motivational-need of Achievement. *Journal of family and consumer sciences Education*. 23(2): 19-26.
- Liu. Y. & Laang, Y. (2002). Cognitive functions of children with Attention deficit/ Hyperactivity Disorder. *Journal Zhonghud Yi exu Za Zhi*, 82, 389-92. [English abstract fromwww.pubmed.com]
- Madelein, J. Scerif, G. Liddele, P. F. Batty, M. J. Liddle, K. L. Cahill, J. D. Liotti, M. and Hillis, C. (2009). Effects of motivation and medication on Electrophysiological Markers of Response Inhibition in children with Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder. *society of Biological Psychiatry*, 67(7): 624- 631.
- McClelland. D, C. (1987). Characteristics of successful entrepreneurs. *The Journal of creative Behavior*, 21, 219-233.
- Swanson, J. M. (2003). Role of executive function in ADHD. *Journal of clinical psychiatry*, 64(14), 35-39.
- Volkow, ND.Wang, J. H. kollins, SH. Wigal, T. L. Telang, F. Fowler, J. S. Goldstein, R. Z. klein, N. Logan, L.Wang, C. Swanson. J. M. Department Brookhaven National Laboratory, Upton, NY, USA. (2010). Motivation deficit in ADHD is associated with dysfunction of the dopamine reward pathway. *Molecular psychiatry*, 16(11): 1147-54.

-
- Wehmeier, pm. Schacht, A. Barkley, RA.(2010). Social and emotional impairment inChildren and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolesc Health*, 46: 209-217.
- Westby, G. & Watson, S. (2004). Perspectives on Attention-deficit/Hyperactivity disorder: exective Functions, Working memory & Language disabilities. *Semin Speech language, Aug: 25(3): 247-54.*
- Wickens, J. R. Tripp, E. G. (2005). ALtered Sensitivity to reward in children with ADHD Dopamine timing is off. *Behav Brain Sci*, 28: 445-446.
- Wender, E. H. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder on adolescence. *Journal of Developmental and Behavioral*, 29, 108-117.