

## مقایسه خودتنظیمی انگیزشی و رفتارهای پرخطر در دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و دانش آموزان عادی

مجید ضرغام حاجبی<sup>۱</sup>، سعیدپورعبدل<sup>۲\*</sup>، شهزاد سراوانی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی قم، ایران؛ <sup>۲</sup>گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران؛ <sup>۳</sup>دانشجو، گروه

روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی قم، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۳ تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۱

### چکیده:

**زمینه و هدف:** اختلال نقص توجه/ بیش فعالی یکی از اختلالاتی می‌باشد که توجه بسیاری از روان‌شناسان، روان‌پزشکان و پژوهشگران را به خود جلب کرده است. از جمله عواملی که می‌تواند در تداوم این اختلال دخیل باشد، تنظیم نامناسب انگیزه‌ها و رفتارهای پرخطر است؛ لذا هدف پژوهش حاضر، مقایسه خودتنظیمی انگیزشی و رفتارهای پرخطر در دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و دانش آموزان عادی است.

**روش بررسی:** این پژوهش توصیفی از نوع توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و دانش‌آموزان عادی کلاس سوم دبیرستان تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ در شهر اردبیل مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش به حجم ۸۰ نفر (شامل ۴۰ دانش‌آموز عادی و ۴۰ دانش‌آموز مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی) بودند که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند، برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس خودتنظیمی انگیزشی، مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی، مقیاس تشخیصی کوتاه اختلال نقص توجه/ بیش فعالی بزرگسالان کانرز و مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-5 استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) نشان داد که میانگین نمرات خودتنظیمی انگیزشی (در تمامی مؤلفه‌ها) دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی به طور معنی‌داری از دانش‌آموزان عادی کمتر است ( $P < 0/001$ )؛ همچنین نتایج نشان داد که میانگین نمرات رفتارهای پرخطر (در تمامی مؤلفه‌ها) دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی به طور معنی‌داری از میانگین نمرات دانش‌آموزان عادی بیشتر است ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج به دست آمده از این یافته‌ها نشانگر اهمیت راهبردهای خودتنظیمی انگیزشی و تنظیم و تعدیل این انگیزه‌ها در جهت پیشرفت تحصیلی و کاهش رفتارهای پرخطر، بی‌توجهی، حواس‌پرتی و در نهایت پیشگیری و کاهش رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی است.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، خودتنظیمی انگیزشی، رفتارهای پرخطر.

### مقدمه:

است. در مقایسه با افرادی که در همان سطح از رشد قرار دارند، فراوان‌تر و شدیدتر است و منجر به رفتارهایی می‌شود که از لحاظ اجتماعی اختلال‌گرانه محسوب می‌شوند، یعنی موقعیت‌های اجتماعی را مختل می‌کنند. طبق DSM-5 برای مطرح کردن این تشخیص باید نشانه‌های کم توجهی و بیش‌فعالی پیش از ۱۲ سالگی به مدت ۶ ماه در کودکان و پس از ۱۷ سالگی برای نوجوانان

اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (ADHD) یک اختلال عصبی-رشدی و از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است که توجه روان‌شناسان و روان‌پزشکان و متخصصان بالینی را به خود جلب کرده است. علائم این اختلال برای نخستین بار در سال ۱۸۴۵ توسط هنریک هافمن توصیف گردید (۱). مشخصه اصلی این اختلال الگوی پایدار فقدان توجه و یا بیش‌فعالی تکانش‌گری

نشان داده که دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در زمینه‌های راهبردهای خودتنظیمی انگیزشی دچار نقص می‌باشند و در نتیجه همین خلل خودتنظیمی انگیزشی، دچار فقدان انگیزش تحصیلی، ضعف عملکرد تحصیلی، بی‌دقتی و حواس‌پرتی می‌شوند (۷). در مطالعه Vende Walle نتایج حاکی از آن بود که خودتنظیمی عاملی در کنترل عواطف دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی شده و در کاهش رفتارهای پرخاشگری و تحریک‌پذیری این دانش آموزان موثر است (۸)؛ همچنین نتایج به‌دست آمده از پژوهش Stergiakouli و همکاران نشان می‌دهد که افزایش انگیزه‌های مثبت و درونی و برنامه خودتنظیمی، خودمدیریتی، خودارزیابی، خودکنترلی بخش قابل توجهی از نقص‌های بیش فعالی و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی را کنترل و بهبود می‌بخشد (۹). علاوه بر این در پژوهش‌های Watkins و همکاران، Eugene و همکاران و Rodriguez و همکاران، مشخص شده است که آموزش‌های خودتنظیمی باعث افزایش دامنه توجه، کنترل هیجانی و بهبود روابط با همسالان می‌شود؛ همچنین نتایج حاصل از این پژوهش‌ها بیانگر آن است که خودتنظیمی انگیزشی یکی از مؤلفه‌های اصلی در بهبود روابط بین فردی، خانوادگی و اجتماعی می‌تواند باشد؛ همچنین وجود خودتنظیمی انگیزشی در نحوه کنترل هیجان‌ها و بروز آن‌ها و نیز نحوه برخورد با تکالیف تحصیلی را نمایان می‌سازد (۱۱، ۱۲).

#### رفتارهای پرخطر (High-risk behaviors)

نوجوانان یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشتی و اجتماعی جوامع کنونی است که بر فرد، خانواده و جامعه تأثیر می‌گذارد (۱۳). رفتارهای پرخطر شامل رفتارهایی هستند که زندگی دیگران را مختل کرده و ممکن است به اشخاص و یا اموال آنان آسیب برسانند و شامل رفتارهایی است که معمولاً تحت عنوان بزهکاری نوجوانان دسته‌بندی می‌شوند که شامل تخطی از قانون، نظیر تخریب اموال، سرقت، خشونت یا استفاده از سیگار، الکل، مصرف مواد،

و بزرگسالان به مدت ۵ ماه حضور داشته باشند؛ همچنین اختلال باید در بیش از یک موقعیت و مکان وجود داشته باشد (مثلاً خانه و مدرسه و محل کار). تعریف رایج ADHD شامل ۱۸ نشانه رفتاری است که به ۲ مجموعه ۹ نشانه‌ای، بی‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانش‌گری تقسیم می‌شود، دارای ۳ زیرمجموعه برای اختلال ADHD می‌باشد. براساس DSM-5، اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، معمولاً با عوارضی مانند کاهش توانایی‌های اجرایی در مدرسه و پیشرفت تحصیلی، حضور در مدرسه و محل کار و احتمال بیشتر، بیکاری و درگیری‌های بین فردی همراه است (۲).

یکی از حوزه‌هایی که به کارگیری آن دارای اهمیتی به‌سزا است و بر عملکرد تحصیلی، رشد هیجانی و عاطفی دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی می‌تواند مؤثر باشد، خودتنظیمی انگیزشی (Self-regulation Learning Strategies) است. خودتنظیمی به‌عنوان کوشش روانی برای کنترل وضعیت درونی، فرآیندها و کارکردهایی برای دستیابی به اهداف بالاتر تعریف شده است (۳). Renzulli تأکید می‌ورزد که انگیزش قوی برای یادگیری ضروری است و آن را در قالب تعهد به تکلیف بیان می‌دارد (۴). راهبردهای یادگیری خودتنظیمی به نقش فرد در فرایند یادگیری تأکید می‌کند که به‌موجب آن یادگیرندگان به‌طور فعال و مستمر شناخت‌ها، رفتارها و تلاش‌هایشان را جهت دستیابی به اهداف مورد نظر هدایت می‌کنند؛ لذا خودتنظیمی اثربخش نیازمند آن است که یادگیرندگان، هدف و انگیزشی جهت دستیابی به این اهداف داشته باشند. از طرفی انسان از طریق فعالیت‌های شناختی خود و مهار محیط زندگی‌اش می‌تواند با تقویت و تنبیه شخصی در خود ایجاد انگیزش کند و از این راه به مهار رفتار خود پردازد (۵). مدل خودتنظیمی انگیزشی ولترز به ۵ راهبرد خودنظم‌دهی انگیزشی شامل خود‌پاداش‌دهی، کنترل محیط، گفتگوی درونی درباره تسلط، گفتگوی درونی درباره عملکرد و ارتقای علاقه اشاره دارد (۶). نتایج برخی از تحقیقات

نتایج حاکی از آن است که سوء مصرف مواد، روان گسستگی و مشکلات شغلی در این افراد به طور معنی داری از جمعیت عادی بیشتر است و این افراد به دنبال هیجان خواهی بیشتر هستند و کمتر به حقوق دیگر احترام می گذارند و توانایی کنترل هیجانات خود را ندارند (۱۹).

در مجموع باتوجه به اینکه اختلال نقص توجه/ بیش فعالی می تواند باعث مشکلات فردی، خانوادگی، اجتماعی و تحصیلی از جمله خودتنظیمی انگیزشی پایین و رفتارهای پرخطر بالا گردد و همچنین باتوجه به شواهد موجود لازم به نظر می رسد تا به بررسی بیشتر به این اختلال پرداخت تا بتوان از مشکلات این گروه از افراد کاهش داد؛ بنابراین این پژوهش با هدف بررسی این موضوع، به دنبال پاسخ گویی به این سوال است: آیا خودتنظیمی انگیزشی و رفتارهای پرخطر در دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و دانش آموزان عادی متفاوت است؟

### روش بررسی:

روش پژوهش حاضر توصیفی - تحلیلی می باشد. در این پژوهش، متغیرهای خودتنظیمی انگیزشی و رفتارهای پرخطر به عنوان متغیر ملاک و گروه های دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و دانش آموزان عادی به عنوان متغیر مستقل محسوب می شوند. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه دانش آموزان پسر مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و دانش آموزان عادی کلاس سوم دبیرستان مدارس شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ می باشد. بعد از کسب مجوزهای لازم از آموزش و پرورش استان اردبیل، با رعایت ملاحظات اخلاقی و هماهنگی با مدارس و ضمن توضیح اهداف پژوهش، با استفاده از نمونه گیری تصادفی خوشه ای چندمرحله ای، ابتدا به صورت تصادفی ۵ مدرسه پسرانه انتخاب و از هر کدام از این مدارس ۳ کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد. از میان کلاس های مذکور با توضیح علائم اختلال نقص توجه/

فرار از مدرسه، آتش افروزی، تجاوز به عنف یا تهدید می شود (۱۴). این رفتارها در نوجوانان با یکدیگر به شدت همبسته اند و از الگوی هم تغییری پیروی می کنند. زاده محمدی و احمدآبادی با ارائه اصطلاح سندرم رفتار مشکل ساز (Problem syndrome behavior)، مقوله رفتارهای پرخطر را شامل سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر، الکل، رانندگی خطرناک و فعالیت جنسی زودهنگام دانسته اند (۱۴). در ایران حدود ۱۳٪ دانش آموزان پایه های سوم راهنمایی تا سوم دبیرستان کشور در معرض خطر مواد مخدر قرار دارند و براساس پژوهشی که روی دانش آموزان این پایه ها در سراسر کشور توسط دفتر پیشگیری از آسیب های اجتماعی وزارت آموزش و پرورش انجام شده، ۵٪ دانش آموزان این پایه ها حداقل یک بار مواد مخدر مصرف کرده اند. ۱۳/۳٪ آن ها در معرض خطر مصرف مواد مخدر و ۳۵٪ تجربه حداقل یک بار سیگار کشیدن را دارند و ۸/۷۱٪ آن ها در معرض خطر و یا آستانه کشیدن سیگار هستند (۱۵). نتایج تحقیقات متعدد نشان داده است که دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی که رفتارهای پرخطر بیشتری، مخصوصاً مصرف مواد را تجربه می کنند، احتمال بیشتری دارد که ترک تحصیل کنند. نمرات کمتری در مدرسه کسب کنند و یا از مدرسه فرار کنند (۱۶). در مطالعه ای Peacock و همکاران، دریافتند که این اختلال به فرایند تحول استعداد های ذهنی و مهارت های اجتماعی - عاطفی دانش آموزان مبتلا به اختلال ADHD آسیب می رساند، به گونه ای که عملکرد تحصیلی ضعیف همراه با عزت نفس پایین، افزایش بزهکاری و افسردگی در این افراد بیشتر از افراد عادی بود (۱۷)؛ همچنین در پژوهش Kenny مشخص شد که اختلال های شخصیت، اعتیاد به الکل در این نوجوانان بیشتر است و وجود رفتارهای پرخطر همراه با اختلال های شخصیت می تواند پیش بینی کننده قوی برای وضع جسمانی نامناسب در فرد باشد و این مشکلات می تواند زمینه ساز بروز آشفتگی های روانی در زندگی فرد شود (۱۸). در یافته های Fuemmeler و همکاران،

پرسش‌نامه هنوز در ایران هنجاریابی نشده است؛ اما عربگل و همکاران در بررسی مقدماتی روی ۲۰ نفر اجرا و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آورده‌اند (۲۲). روایی محتوایی آن را ۳ نفر فوق تخصص کودکان تأیید کرده‌اند. سازندگان پرسش‌نامه پایایی آن را از ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ و اعتبار آن را از ۰/۳۷ تا ۰/۴۷ گزارش کرده‌اند (۲۱).

مقیاس خودتنظیمی انگیزشی: مقیاس خودتنظیمی انگیزشی ولترز از ۲۸ گویه تشکیل شده است و ۵ مولفه ارتقای علاقه (Interest enhancement)، گفت‌وگوی درونی عملکرد (Performance self-talk)، گفت‌وگوی درونی درباره تسلط (Mastery self-talk)، خود پاداش‌دهی (Self-consequating) و کنترل محیط (Environmental control) را شامل می‌شود (۶). نمره‌گذاری پاسخ به گویه‌های آن، از طریق مقیاس ۵ نمره‌ای لیکرت (از بسیار موافقم تا بسیار مخالفم) صورت می‌پذیرد. به این ترتیب که نمره ۱ برای گزینه کاملاً مخالفم، نمره ۲ برای گزینه تا حدی مخالفم، نمره ۳ برای گزینه ندارم، نمره ۴ برای گزینه تا حدی موافقم و نمره ۵ برای گزینه کاملاً موافقم در نظر گرفته شده است. ثبات داخلی مؤلفه‌های این مقیاس از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۸ تا ۰/۷۸ متغیر است که معرف پایایی قابل قبول نمرات مقیاس بود (۲۳).

مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی: این پرسشنامه توسط زاده محمدی و احمدآبادی ساخته شده است (۱۴). این پرسشنامه دارای ۳۸ سؤال می‌باشد. هر ماده براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) درجه‌بندی می‌شود. این مقیاس دارای ۷ مؤلفه (گرایش به مواد مخدر، گرایش به الکل، گرایش به سیگار، گرایش به خشونت، گرایش به رابطه و رفتار جنسی، گرایش به رابطه با جنس مخالف و گرایش به رانندگی خطرناک) می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری در این مقیاس طبق مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ است که در بعضی از سؤالات به شیوه معکوس نمره‌گذاری می‌شود. ویژگی روان‌سنجی در نسخه نرم شده توسط

بیش فعالی به معلمان و نظر آنان، دانش آموزان مشکوک به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی انتخاب شدند؛ سپس به منظور تشخیص دقیق دانش آموزان ADHD، از مصاحبه‌ی تشخیصی با توجه به ملاک‌های (Diagnostic and Statistic Manual of mental disorder= DSM-5) و اجرای پرسش‌نامه کانرز استفاده شد. در نهایت ۶۱ نفر به‌عنوان افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی شناسایی شدند و از میان آن‌ها ۴۰ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند که بعد از آن ۴۰ نفر از دانش‌آموزان عادی این مدارس نیز به شیوه هم‌سازی براساس سن و تحصیلات انتخاب شدند که این انتخاب از مدارس مذکور فرد به فرد انجام شد. در مورد انتخاب ۸۰ نفر (۴۰ نفر برای هر گروه) نمونه باید اشاره کرد که در روش‌های توصیفی- تحلیلی باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد. برای اینکه نمونه انتخاب‌شده نماینده واقعی جامعه باشد و اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۸۰ نفر (۴۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد (۲۰). برای جمع‌آوری داده‌های این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

مصاحبه بالینی ساختار یافته براساس علائم مندرج در DSM-5: در این پژوهش برای تشخیص علائم اختلالات بیش فعالی/ کم توجهی بزرگسالان، از مصاحبه بالینی ساختار یافته براساس علائم توصیف‌شده برای این اختلال طبق DSM-5 استفاده شد (۲).

مقیاس تشخیصی کوتاه اختلال بیش فعالی/ کم توجهی بزرگسالان کانرز (CAARSS:S): این مقیاس به صورت خود گزارشی است که توسط Connerss و همکاران ساخته شده است (۲۱). این مقیاس شامل ۲۶ آیت ۰ تا ۳ امتیازی دارد. نمرات خام این مقیاس با استفاده از جدول هنجاری مناسب به نمرات T تبدیل می‌شود (نمرات T در این مقیاس دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ است). نمرات T بالای ۶۵ به لحاظ بالینی معنی‌دار هستند و نمرات T بالای ۸۰ علاوه بر آنکه شدت مشکلات و آسیب‌شناسی آن حوزه را نشان می‌دهند، احتمال بدنمایی یا اغراق در علائم را نیز مطرح می‌کنند (۲۱). این

شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود.

### یافته‌ها:

در این پژوهش، ۸۰ نفر پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند که میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش به ترتیب ۱۸/۲۷ و ۰/۵۱ و گروه کنترل ۱۸/۲۰ و ۰/۴۹ با دامنه سنی ۱۸ تا ۱۹ سال بود. در دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، میانگین و انحراف معیار کل نمرات خودتنظیمی انگیزشی ۷۶/۳۷ و ۱۰/۴۶ و رفتارهای پرخطر ۱۱۵/۹۵ و ۱۲/۱۱ بود؛ همچنین در دانش آموزان عادی میانگین و انحراف معیار کل نمرات خودتنظیمی انگیزشی ۱۰۱/۹۲ و ۱۰/۳۲ و رفتارهای پرخطر ۸۶/۶۵ و ۱۷/۹۳ بود. به عبارت دیگر نتایج بیانگر این است که خودتنظیمی انگیزشی در دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، کمتر و رفتارهای پرخطر در این دانش آموزان نسبت به دانش آموزان بیشتر عادی است (جدول شماره ۱).

زاده محمدی، در رابطه با تشخیص تفاوت بین گروه‌ها امیدوارکننده است. روایی صوری پرسشنامه ۰/۷۷ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۷ گزارش شده است. میزان آلفای کرونباخ کل مقیاس و خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۳ و ۰/۷۴ بود (۱۴).

پس از کسب مجوز از آموزش و پرورش شهر اردبیل و جلب رضایت آزمودنی‌ها و نیز شناسایی دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، ابتدا هدف تحقیق برای آن‌ها بیان شد و پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که به دقت سؤالات را بخوانند و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و سؤالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. اطلاعات به صورت فردی و در مدارس مربوطه جمع‌آوری شد. سرانجام، داده‌های جمع‌آوری شده با تحلیل واریانس چند-متغیری مانوا (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت؛ همچنین اطمینان بخشی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی انتخاب برای

**جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای خودتنظیمی انگیزشی و رفتارهای پرخطر دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و دانش آموزان عادی**

| متغیر             | مؤلفه                       | دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی |        | دانش آموزان عادی |        |
|-------------------|-----------------------------|---|--------|------------------|--------|
|                   |                             | SD  | M      | SD               | M      |
| خودتنظیمی انگیزشی | ارتقای علاقه                | ۳/۶۸  | ۲۶/۰۷  | ۳/۴۴             | ۱۹/۵۲  |
|                   | گفت‌وگوی درونی عملکرد       | ۳/۴۷  | ۲۱/۵۵  | ۳/۳۶             | ۱۶/۷۷  |
|                   | گفت‌وگوی درونی درباره تسلط  | ۳/۱۴  | ۱۸/۳۰  | ۳/۶۲             | ۱۳/۶۲  |
|                   | خود پاداش‌دهی               | ۲/۶۷  | ۱۷/۹۷  | ۳/۴۷             | ۱۳/۱۷  |
|                   | کنترل محیط                  | ۲/۷۵  | ۱۸/۰۲  | ۲/۹۸             | ۱۳/۲۷  |
| رفتارهای پرخطر    | کل                          | ۱۰/۴۶   | ۱۰۱/۹۲ | ۱۰/۳۲            | ۷۶/۳۷  |
|                   | گرایش به مواد مخدر          | ۳/۴۰  | ۱۳/۶۵  | ۳/۴۸             | ۱۸/۲۲  |
|                   | گرایش به الکل               | ۳/۷۸  | ۱۴/۱۵  | ۳/۲۷             | ۱۸/۷۲  |
|                   | گرایش به سیگار              | ۳/۸۶  | ۱۴/۱۵  | ۳/۶۶             | ۱۹/۱۰  |
|                   | گرایش به خشونت              | ۲/۶۳  | ۱۱/۸۷  | ۳/۰۹             | ۱۵/۵۲  |
|                   | گرایش به رابطه و رفتار جنسی | ۴/۰۳  | ۱۱/۵۵  | ۲/۵۳             | ۱۵/۴۲  |
|                   | گرایش به رابطه با جنس مخالف | ۲/۹۴  | ۱۱/۷۷  | ۲/۶۵             | ۱۶/۰۲  |
|                   | گرایش به رانندگی خطرناک     | ۳/۶۸  | ۱۱/۷۲  | ۳/۰۲             | ۱۵/۹۷  |
|                   | کل                          | ۱۲/۱۱   | ۸۶/۶۵  | ۱۷/۹۳            | ۱۱۵/۹۵ |

اسمیرونف نشان داد که توزیع متغیرهای خودتنظیمی انگیزشی با ( $z=1/943$  و  $P \geq 0/05$ ) و رفتارهای پرخطر ( $z=1/769$  و  $P \geq 0/05$ ) در بین ۲ گروه نرمال است.

به منظور بررسی تفاوت گروه‌های مورد پژوهش در نمرات خودتنظیمی انگیزشی و رفتارهای پرخطر، نمرات گروه‌های مورد بررسی در این مقیاس‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که بین میانگین نمرات خودتنظیمی انگیزشی ( $F=120/83$ ) و رفتارهای پرخطر ( $F=73/307$ ) در دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و دانش آموزان عادی به‌طور معنی‌داری تفاوت وجود دارد ( $P < 0/001$ ). به عبارت دیگر دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی خودتنظیمی پایین‌تر و رفتارهای پرخطر بالاتری نسبت به دانش آموزان عادی (گروه کنترل) دارند (جدول شماره ۲).

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لوین استفاده شد. براساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/ کوواریانس به‌درستی رعایت شده است ( $BOX=5/967$ ,  $F=1/934$ ,  $P=0/122$ ). براساس آزمون لوین و عدم معنی‌داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرهای خودتنظیمی انگیزشی و رفتارهای پرخطر معنی‌دار است ( $F=79/187$ ,  $P < 0/001$ ). آزمون فوق‌قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین ۲ گروه مورد بررسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ همچنین داده‌های حاصل از آزمون کولموگروف

#### جدول شماره ۲: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین نمرات خودتنظیمی انگیزشی و رفتارهای پرخطر

در دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و دانش آموزان عادی

| متغیر وابسته      | SS       | df | MS       | F      | P*    | Eta   |
|-------------------|----------|----|----------|--------|-------|-------|
| خودتنظیمی انگیزشی | ۱۳۰۵۶/۰۵ | ۱  | ۱۳۰۵۶/۰۵ | ۱۲۰/۸۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۰۹ |
| رفتارهای پرخطر    | ۱۷۱۶۹/۸۰ | ۱  | ۱۷۱۶۹/۸۰ | ۷۳/۳۰۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸۴ |

#### بحث:

برخوردارند؛ ولی دانش آموزان عادی از این لحاظ در سطح بالاتری قرار دارند. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش در راستای پژوهش‌های دیگر است (۷-۱۲). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که یادگیری خودتنظیمی، فرایند فعال و سازمان‌یافته‌ای است که طی آن، دانش آموزان، اهدافی را برای یادگیری انتخاب کرده و سعی می‌کنند تا شناخت، انگیزش و رفتار خود را تنظیم کرده و نظارت نمایند (۲۵). از آنجایی که این

هدف این پژوهش، مقایسه خودتنظیمی انگیزشی و رفتارهای پرخطر در دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و دانش آموزان عادی بود. طبق یافته‌های حاصل از این تحقیق، مشخص شد بین این ۲ گروه از دانش آموزان از لحاظ خودتنظیمی انگیزشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر نتایج نشان داد که دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی از خودتنظیمی انگیزشی کمتری

انگیزش‌های خود منطقی عمل کنند. با انتخاب اهداف مناسب با توانایی‌های خود به بهترین عملکرد در راه دستیابی به آن برسند.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد، بین این ۲ گروه از دانش آموزان از لحاظ رفتارهای پرخطر تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر نتایج نشان داد که دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی از رفتارهای پرخطر بیشتری استفاده می‌کنند؛ ولی دانش آموزان عادی از این حیث میانگین نمرات کمتری دارند. نتایج این یافته‌ها، همسو با پژوهش‌های دیگر می‌باشد (۱۹-۱۶). اکنون سؤالی که اینجا پیش می‌آید، این است که چرا دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی از رفتارهای پرخطر بیشتری نسبت به همسالان خود استفاده می‌کنند. پاسخ به این سؤال عوامل متعددی را مطرح می‌کند. از جمله جامعه، خانواده، تأثیر همسالان، ویژگی‌های شخصیتی، روانی، فیزیولوژیکی و...؛ اولاً، در پاسخ به این سؤال باید خاطر نشان کرد که به دلیل اینکه نوجوانی یک دوره بحرانی از زندگی است، الگوهای رفتاری مهم و تأثیرگذار بر زندگی فرد، در این دوره شکل می‌گیرند. در این دوره، نوجوان به واسطه تغییرات سریع فیزیکی، روان‌شناختی، اجتماعی و شناختی با انبوهی از مشکلات مغایر سلامت همراه است. ثانیاً، نوجوان برای اینکه بتواند خود و جایگاه خود را در جامعه و خانواده ثابت کند و برای خود نقش و پایگاهی داشته باشد، ممکن است به رفتارهای مخرب و پرخطر روی بیاورد (۲۶)؛ اما چرا این رفتارها در این گروه از دانش آموزان و نوجوانان بیشتر است. می‌توان چنین تبیین کرد که دانش آموزان و نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی از مزاج فردی که معنای سطح پایه فعالیت رفتاری و دامنه توجه کردن را تعیین می‌کنند، دچار نقص هستند؛ همچنین شواهد پژوهشی نشان داده که این دانش آموزان که رفتارهای پرخطر را انجام می‌دهند، دارای منبع کنترل بیرونی هستند و در مقایسه با

دانش آموزان در تمرکز حواس و توجه نقص دارند، به جای تمرکز بر تکلیف و فرایند یادگیری به پیامدهای ناخوشایند عدم موفقیت در انجام تکلیف می‌اندیشند. پیش از آنکه ذهن خود را با تکلیف و فرایند یادگیری درگیر سازند، از انجام تکلیف و درگیر شدن با آن طفره می‌روند. موفقیتی در خودتنظیمی انگیزشی به معنای استفاده از راهبردهایی که به حفظ و ارتقای انگیزش آنان برای انجام تکالیف یادگیری پردازد، حاصل نمی‌کنند. چنان‌که Walters در تفاوت بین انگیزش و راهبردهای خودتنظیمی انگیزشی بیان می‌دارد؛ هدف‌گرایی نوعی بازنمایی ذهنی نسبتاً با ثبات است که خود می‌تواند منجر به انتخاب راهبردهای خودتنظیمی انگیزشی در جهت ابقا و ارتقای سطح انگیزش فرد برای انجام فعالیت‌های تحصیلی شود. از این رو است که افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، نه تمایلی به کسب مهارت و تسلط یافتن بر تکلیف دارند و نه در طلب پاداش‌های بیرونی برای انجام موفقیت‌آمیز تکلیف هستند و با شبکه‌ای از بازنمایی‌های ذهنی ممانعت‌کننده از یادگیری و خودتنظیمی انگیزشی مواجه‌اند و از راهبردهایی که مستلزم درگیر شدن در فرایند یادگیری است، اجتناب می‌ورزند (۶)؛ بنابراین خودتنظیمی، نقطه مرکزی کارکرد مؤثر در زمینه‌های کنترل تکانه، مدیریت زمان و مقابله با فشار روانی است که با بافت آموزشی، ارتباط دارد (۱۱). خودتنظیمی به دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی کمک می‌کند تا هنگام درگیری در یک تکلیف، بر یادگیری خودشان نظارت کنند. راهبردهای موفق را انتخاب نمایند و در هنگام شکست در تکالیف محوله بر هیجانات خود مسلط باشند (۱۰). می‌توان در برداشتی از این بحث‌ها به این نکته اشاره کرد که خودتنظیمی و راهبردهای آن در واقع با اهمیت دادن به ضعف توجه، سطح پایین انگیزش فرد و به چالش کشیدن بازنمایی‌های ذهنی و منفی فرد در جهت ارتقای عملکرد تحصیلی و زندگی اجتماعی فرد و کاهش هیجانات منفی فرد در پی آن است تا این افراد در نحوه برخورد با هیجانات و

### نتیجه گیری:

در کل می‌توان گفت، باتوجه به اینکه دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، توانایی به کارگیری استعدادهای خود را در بخش‌های مختلف دارند. می‌توان با آموزش‌های مناسب روان‌شناختی زمینه شکوفا شدن مناسب این استعدادها را فراهم کرد و نیز باتوجه به اینکه فقدان انگیزش، راهبردهای خودتنظیمی معیوب و رفتارهای پرخطر مفرط می‌تواند در تداوم اختلال ADHD و خلل در موفقیت تحصیلی و زندگی اجتماعی دانش آموزان مبتلا به این اختلال مؤثر باشد؛ لذا ضرورت توجه به این امر از سوی برنامه‌ریزان تعلیم و تربیت، روان‌شناسان و روان‌پزشکان ضروری به نظر می‌رسد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که متغیرهای خودتنظیمی انگیزشی و رفتارهای پرخطر می‌تواند در زندگی تحصیلی و اجتماعی این دانش آموزان (ADHD) نقش مهمی داشته باشند. به عبارت دیگر یافته‌ها نشان داد که خودتنظیمی بالا عامل مهمی در پیشرفت تحصیلی این دانش آموزان است و هر چقدر رفتارهای پرخطر این دانش آموزان بیشتر باشد، احتمال افت تحصیلی، فرار از مدرسه، مشکلات ارتباطی با همسالان و پیامدهایی از این قبیل به وجود خواهد آمد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود بودن نمونه مورد بررسی به دانش آموزان پسر شهر اردبیل بود که تعمیم‌پذیری نتایج را با سوگیری مواجه می‌کند؛ همچنین عدم کنترل متغیرهای مزاحمی از قبیل هوش و وضعیت خانوادگی از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود؛ لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابه در سایر مناطق جغرافیایی کشور صورت گیرد تا بتوان با اطمینان کامل نتایج را تعمیم داد؛ همچنین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی به عوامل مداخله کننده در نتایج پژوهش توجه شود و برای رسیدن به نتیجه کافی این عوامل کنترل گردد.

نوجوانان عادی اعتمادبه‌نفس کمتری دارند و از مصرف مواد مخدر به‌منزله راهی برای مقابله با مشکلات، احساسات منفی و موقعیت‌های فشارزا استفاده می‌کند. تکانش‌گری، حالت‌های افسردگی، توانایی ضعیف در ابراز وجود، اضطراب زیاد و نیاز شدید به تأیید اجتماعی، با رفتارهای پرخطر ارتباط دارد (۲۷)؛ همچنین می‌توان گفت تعامل والد-نوجوان نیز در بروز رفتارهای پرخطر دخیل‌اند و از آنجایی که دانش‌آموزانی که مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی هستند اغلب رفتار و روش توأم با حمایت و عطف والدین را ندارند. همین باعث می‌شود تا نوجوان بیشتر به رفتارهای پرخطر روی آورد، چون حمایتی از طرف خانواده نیست. در پژوهش‌های مختلف روشن شده است که نوجوانانی که در سابقه زندگی‌شان حوادث و رویدادهای منفی بیشتری وجود داشته است، احتمال بیشتری دارد که رفتارهای پرخطر را انجام دهند. شواهدی وجود دارد که فشار روانی نظیر فشار خانواده، همسالان و پرخاشگری، پیش‌بینی کننده مصرف مواد در نوجوانان است (۲۸،۱۳). به اعتقاد بعضی از پژوهشگران زیربنایی‌ترین علت بروز رفتارهای پرخطر، فشار روانی خصوصاً فشار روانی مربوط به مدرسه است (۱۹). دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی به دلیل اینکه مدرسه را فعالیتی مشکل و پرفشار می‌یابند، از فعالیت‌های مدرسه گریزان شده و همسالان منحرف را به‌منزله مفری برای رهایی از فشار روانی انتخاب می‌کند و انجام رفتارهای پرخطر توسط آن‌ها تقویت می‌شود. در این دیدگاه خودکارآمدی تحصیلی ضعیف مهم‌ترین علت فشار روانی نوجوانان در مدرسه است. در نتیجه اگر نوجوان درمورد مهارت‌های تحصیلی خود دچار تردید شود و مدرسه را محیطی پرفشار و نامساعد درک کند، ممکن است به رفتارهای پرخطر خصوصاً مصرف مواد روی آورد (۲۹،۱۵).



**تشکر و قدردانی:**

از حمایت‌ها و مساعدت‌های اداره کل آموزش و پرورش استان اردبیل، همچنین از کلیه دانش آموزان همکاری کردند، کمال تشکر و سپاس را داریم.

شرکت کننده و معلمین آن‌ها که در انجام این تحقیق با ما

**منابع:**

1. Alizadeh H. Attention deficit hyperactivity disorder (characteristics, assessment and treatment). Tehran, Iran: Roshd Pub; 2006.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association Pub; 2013.
3. Cole J, Logan TK, Walker R. Social exclusion, personal control, self-regulation, and stress among substance abuse treatment clients. *Drug Alcohol Depend.* 2011; 113(1): 13-20.
4. Renzulli JS. The three-ring conception of giftedness. In: Baum SM, Reis SM, Maxfield LR, editors. Creative Learning Press; 1998.
5. Matuga JM. Self-regulation, Goal Orientation, and Academic Achievement of Secondary Students in Online University Courses. *Educ technol soc.* 2009; 12(3): 4-11.
6. Walters A. Understanding procrastination from a self-regulated learning perspective. *J Educ Psychol.* 2003; 95: 179-87.
7. Kratochwill TR, Morris RJ. The practice of child therapy. New York: Academic Pub; 1992.
8. VandeWalle D. Goal orientation: Why wanting to look successful doesn't always lead to success. *Organ Dyn.* 2001; 30(2): 162-71.
9. Stergiakouli E, Martin J, Hamshere ML, Langley K, Evans DM, St Pourcain B, et al. Shared genetic influences between attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) traits in children and clinical ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015; 54(4): 322-7.
10. Watkins DE, Wentzel KR. Training boys with ADHD to work collaboratively: Social and learning outcomes. *Contemp Educ Psychol.* 2008; 33(4): 625-46.
11. Dunne EM, Hearn LE, Rose JJ, Latimer WW. ADHD as a risk factor for early onset and heightened adult problem severity of illicit substance use: an accelerated gateway model. *Addict Behav.* 2014; 39(12): 1755-8.
12. Rodriguez C, Gonzalez-Castro P, Garcia T, Nunez JC, Alvarez L. Attentional functions and trait anxiety in children with ADHD. *Learn Individ Differ.* 2014; 35: 147-52.
13. Mohammad Khani P, Jahani A, Tamanaifar S. Structured clinical interview for DSM disorders. Tehran: Faradid Pub. 2005.
14. Zadeh Mohammadi A, Ahmad Abadi Z. Simultaneous occurrence of high-risk behaviors among high school adolescents in Tehran. *J Fam Res.* 2006; 3(13): 87-9.
15. Abbasi M. A comparison of effectiveness two methods technique of acceptance and commitment and emotional regulation training on psychological well-being, adjustment and high-risk behaviors in students with dyscalculia [Thesis]: University of Mohaghegh Ardabili; 2014.
16. Peacock A, Bruno R. Young adults who mix alcohol with energy drinks: typology of risk-taking behaviour. *Addict Behav.* 2015; 45: 252-8.
17. Retz W, Freitag CM, Retz-Junginger P, Wenzler D, Schneider M, Kissling C, et al. A functional serotonin transporter promoter gene polymorphism increases ADHD symptoms in

- delinquents: interaction with adverse childhood environment. *Psychiatry Res.* 2008; 158(2): 123-31.
18. Kenny PJ. Brain reward systems and compulsive drug use. *Trends Pharmacol Sci.* 2007; 28(3): 135-41.
19. Fuemmeler BF, Kollins SH, McClernon FJ. Attention deficit hyperactivity disorder symptoms predict nicotine dependence and progression to regular smoking from adolescence to young adulthood. *J Pediatr Psychol.* 2007; 32(10): 1203-13.
20. Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. Tehran: Growth Pub; 2001.
21. Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. Conner's adult ADHD rating scales: Technical manual: Multi-Health Systems Incorporated (MHS); 1999. Available from: <https://www.mhs.com/product.aspx>.
22. Arabghol F, Hayati M, Hadideh M. Prevalence of attention deficit/ hyperactivity disorder in the group of students. *Inst Cogn Sci Stud.* 2004; 6(2): 73-8.
23. Seif D, Bashash L. The relationship between goalorientation and motivational strategies among gifted students. *Iran J Except Child.* 2011; 11(3): 243-29.
24. Pintrich PR, De Groot EV. Motivational and self-regulated learning components of classroom academic performance. *J Educ Psychol.* 1990; 82(1): 33-40.
25. Zimmerman B, Martinez-Pons M. Student differences in self-regulated learning: Relating grade, sex, and giftedness to self-efficacy and strategy use. *J Educ Psychol.* 1990; 82(1): 41-9.
26. Ahadi H, Jomehri F. Developmental psychology adolescence, adulthood (Early, Middle, Late). Tehran: Pardis Pub; 2007.
27. Forman SG, Linney JA. School-based social and personal coping skills training. Persuasive communication and drug abuse prevention. 1991: 263-82. Available from: <https://books.google.com/books?isbn=1136469966>.
28. Hawkins D, Catalano F, Miller J. Risk and protective factor for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood. *Psychol Bull.* 1992; 112: 1-21.
29. Petraitis J, Flay BR, Miller TQ. Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychol Bull.* 1995; 117(1): 67-86.

## A comparison of motivational self-regulation and high-risk behaviors in students suffering from attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and normal students

Zargham Hajebi M<sup>1</sup>, Pourabdol S<sup>2\*</sup>, Saravani Sh<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psychology Dept., Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, I.R. Iran; <sup>2</sup>Psychology Dept., University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, I.R. Iran; <sup>3</sup>Students, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, I.R. Iran.

Received: 24/Jun/2015 Accepted: 22/Nov/2015

**Background and aims:** Attention deficit/hyperactivity disorder is one of the disorders that gains attention of psychologists, psychiatrists and researchers. Among the factors that could be involved in the persistence of this disorder is to improperly adjust the motivation and high-risk behaviors. Therefore, the aim of the current study was to compare the motivational self-regulation and high-risk behaviors in students suffering from attention deficit/hyperactivity disorder and normal students.

**Methods:** This is a descriptive-analytic study. The statistical population of this research includes all male students in the Third grade of high schools (ADHD and normal students) in Ardabil city in the 2014-2015 academic year. The research subjects consisted of 80 students (n=40 for each group). Students in these schools were selected by multistage cluster sampling. To collect data, motivational self-regulation scale, high-risk behavior questionnaire, conners' scale and diagnostic interview based on DSM-5 were used.

**Results:** The results of multivariate analysis of variance (MANOVA) showed that the mean of motivational self-regulation scores (all components) in students with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) was significantly lower than normal students ( $P<0.001$ ). Also, the results showed that the mean of high-risk behaviors (all components) scores in students with ADHD was significantly higher than the normal students ( $P<0.001$ ).

**Conclusion:** The results of these findings are indicative of the importance of motivational self-regulation strategies and regulation of these incentives for academic achievement and reduction of aggressive behavior, inattention, distractibility, and ultimately prevention and reduction of high-risk behavior in students with ADHD.

**Keywords:** Attention deficit/hyperactivity disorder, Motivational self-regulation, High-risk behavior.

**Cite this article as:** Zargham Hajebi M, Pourabdol S, Saravani Sh. A comparison of motivational self-regulation and high-risk behaviors in students suffering from attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and normal students. J Shahrekord Univ Med Sci. 2016; 18(3): 87-97.

---

**\*Corresponding author:**

Psychology Dept., University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, I.R. Iran. Tel: 00989147466959,  
E-mail: saeed.pourabdol@yahoo.com