

عوامل مؤثر بر اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه از دیدگاه مادران دارای کودکان مبتلا به آن اختلال

مجتبی دهقانی شورکی^۱، مائده تیموری^۲، فاطمه سنجرى^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی بویین‌زهر، قزوین، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره هفتم، شماره بیست و ششم، تابستان ۱۴۰۴، صفحات ۸۳-۹۷

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی عوامل مؤثر بر اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه از دیدگاه مادران دارای کودکان مبتلا به آن اختلال بود. پژوهش حاضر از نوع کیفی و با روش پدیدارشناسی بود. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۱۲ مادر که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند جمع‌آوری گردید و به اشباع رسید. تحلیل داده‌ها در مورد عوامل مؤثر بر اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه از دیدگاه مادران، منجر به دوطبقه اصلی شامل؛ عوامل قابل کنترل و عوامل غیرقابل کنترل شد. یافته‌های پژوهش این را نشان داد که مادران خیلی از عواملی که بر اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه مؤثر می‌دانند، در حیطه‌ی کنترل آن‌ها نیست و این عوامل غیرقابل کنترل در بین مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه رواج بیشتری دارد. با توجه به اهمیت و اثرگذاری عوامل غیرقابل کنترل بر اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه باید پژوهشگران و متخصصین در شناسایی عوامل قابل کنترل تلاش کرده و آن را گسترش دهند که افراد با استفاده از آن‌ها، احتمال این اختلال را در فرزندان خود کاهش دهند.

واژه‌های کلیدی: بیش‌فعالی، کمبود توجه، مادران، کودکان.

مقدمه

از میان انواع اختلالات دوره کودکی اختلال بیش فعالی و کمبود توجه یکی از شایع‌ترین اختلالات این دوره می‌باشد که قبل از هفت سالگی قابل تشخیص است و حدوداً ۵ الی ۱۲ درصد از کودکان را مبتلا می‌سازد (لویس^۱، ۲۰۰۷، به نقل از امیری مقدم، ۱۳۹۸). نشانه‌های اصلی این اختلال حواس‌پرتی، فراموش‌کاری، ناتوانی در تمرکز، دامنه‌ی توجه کم، بیش‌فعالی و تکانشی‌گری است، هرچند امروزه اختلال بیش‌فعالی اختلالی برای دوره کودکی و هم اختلالی برای دوره‌ی بزرگسالی محسوب می‌شود اما ۶۵ درصد الی ۸۵ درصد کودکان، این اختلال را از دوران بچگی تا بزرگسالی با خود دارند و در بزرگسالی با برخی یا تمام ملاک‌های این اختلال درگیر هستند (آلبرچت^۲، ۲۰۰۹، ترجمه عاقبتی و همکاران، ۱۳۹۱).

بیش‌فعالی و کمبود توجه جزو اختلالاتی است که می‌تواند برای فرد مشکلاتی ایجاد کند، پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد افراد دارای بیش‌فعالی و کمبود توجه در برابر زدن واکسن کرونا مقاومت بیشتری نسبت به افراد عادی دارند و این می‌تواند خود و اطرافیان او را دچار بیماری کند (دوورسکی^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). لینگ^۴ (۲۰۲۲) در پژوهشی که انجام داده‌است معتقد است افراد دارای بیش‌فعالی و کمبود توجه به‌طور قابل‌توجهی در رانندگی ترمز یا توقف ناگهانی و نامناسب دارند. یکی دیگر از مشکلاتی که افراد دارای بیش‌فعالی و کمبود توجه برای مراقبین و اطرافیان خود ایجاد می‌کنند رفتارهای پرخطر جنسی آن‌هاست که می‌تواند هم خود و هم دیگران را به آسیب‌های جبران‌ناپذیری دچار کند (کارلندر^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). افراد دارای بیش‌فعالی و کمبود توجه در نوجوانی بیشتر به سمت مصرف الکل می‌روند (لودرر^۶ و همکاران، ۲۰۲۱) و این مشکلات تا جایی پیش می‌رود که نرخ مرگ به علت‌های غیرطبیعی در افراد دارای بیش‌فعالی و کمبود توجه، بیشتر از افراد عادی گزارش شده است (دالسگارد^۷ و همکاران، ۲۰۱۵). مشکلات ایجادشده توسط بیش‌فعالی و کمبود توجه برای فرد محدود به خود فرد نیست و می‌تواند بقیه اطرافیان مرتبط با او را هم درگیر این مشکلات کند، ماسن^۸ (۱۳۷۷) معتقد است که رابطه فرزند با والدین با یکدیگر کنش متقابل است به این معنا که تأثیرات کودک و والدین دوسویه است و از آنجاکه بیش‌فعالی و رفتارهای ناشی از آن امری ثابت و پایدار است این امر بر تعاملاتی که کودک با والدین و خواهران و برادران خود دارد تأثیر می‌گذارد، در این میان سلامتی مادرانی که مجبور هستند معمولاً در خانه به کودک خود رسیدگی کنند بیشتر در معرض آسیب است (جیسون^۹، ۲۰۱۷، به نقل از امیری مقدم، ۱۳۹۸). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که رفتارهایی که از کودکان بیش‌فعال و کمبود توجه سر می‌زند می‌تواند به افسردگی مادران، احساس گناه در مادران، اضطراب و کاهش اعتمادبه‌نفس مادران، درگیری والدین با یکدیگر، درگیری والدین با کودک دارای بیش‌فعالی و مشکلات مالی منجر شود (غریبی، ۱۳۹۰). یکی از مشکلاتی که کودک بیش‌فعال و کمبود توجه برای والدین

¹ Lewis

² Albrecht

³ Dvorsky

⁴ Liang

⁵ Carlander

⁶ Luderer

⁷ Dalsgaard

⁸ Massen

⁹ Jansen

ایجاد می‌کند اضطراب است، اضطراب از آینده اجتماعی او و این در حالی است که کودکان مبتلا به بیش‌فعالی توسط والدین تنها تر از کودکان عادی تلقی می‌شوند (راسلورود^۱، ۲۰۲۱).

دلیل اصلی اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه مشخص نیست و احتمالاً چندین علت در بروز این اختلال مؤثر باشند. بیش‌فعالی و نقص توجه اختلالی وراثتی است که در اعضای یک خانواده دیده می‌شود و ژن‌هایی مختلفی که احتمالاً در فرآیند این اختلال نقش دارند مورد مطالعه قرار گرفتند، تصویربرداری عصبی، ارتباط بین بیش‌فعالی و کمبود توجه را با مواد شیمیایی، ساختار و عملکرد مغز در حیطه‌های توجه و کنترل تکانه نشان داده‌است. به‌رحال عوامل ژنتیکی به‌طور کامل توجیه‌کننده بیش‌فعالی و کمبود توجه نیست زیرا نرخ تطابق این بیماری بین دوقلوهای همسان که ژن‌های مشابهی دارند صدها درصد نیست (آلبرچت، ۲۰۰۹، ترجمه عاقبتی و همکاران، ۱۳۹۱). اگرچه عوامل ژنتیکی و محیطی مؤثر بر اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه ناشناخته‌اند اما می‌توان به این موارد اشاره کرد، سن والدین (کیم^۲ و همکاران، ۲۰۲۰)، مواجهه جنین با الکل و نیکوتین (لیننت^۳ و همکاران، ۲۰۰۳)، استرس مادر قبل از تولد کودک (راینسون^۴ و همکاران، ۲۰۲۲)، ترتیب تولد فرزند (صالح‌پور، ۱۳۹۸)، وضعیت اقتصادی (راسل^۵ و همکاران، ۲۰۱۶)، افسردگی بعد از زایمان مادر و جنسیت کودک (سیبراس^۶ و همکاران، ۲۰۱۱)، تحصیلات پایین مادر (گورویتز^۷ و همکاران، ۲۰۱۴)، تک والدی (رودریگز^۸ و همکاران، ۲۰۰۹)، زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد (گالرا^۹ و همکاران، ۲۰۱۱)، شیوه فرزندپروری والدین (کارلسون^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۵). چونی^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی مطرح کردند فرزندپروری والدین اگر همراه با صمیمیت باشد علائم اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه کمتر است. هودانپا^{۱۲} و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی به بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در کودکان زیر ۵ سال پرداختند، یافته‌های این پژوهش نشان داد که، جنسیت پسر، افسردگی مادران در بارداری و بعد از آن، خواب کم کودک، فرزندپروری از نوع مستبدانه مادر می‌تواند احتمال اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه را افزایش بدهد و سبک فرزندپروری مقتدرانه مادر و پدر علائم اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه را کمتر پیش‌بینی می‌کند و هر چند تعداد این عوامل بیشتر باشد احتمال اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در کودکان بیشتر خواهد بود. برخی از مادران در دوران بارداری خود از داروهای مربوط به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه استفاده می‌کنند و این باعث نگرانی آنان می‌شود که آیا این داروها بر جنین اثر بدی دارد یا خیر، لی^{۱۳} و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی که به بررسی ارتباط داروهای مصرفی مادران در دوران بارداری و اثر آن بر کودک پرداختند، ذکر کردند که شواهد

¹ Laslo-roth

² Kim

³ Linnet

⁴ Robinson

⁵ Russell

⁶ Sciberras

⁷ Gurevitz

⁸ Rodriguez

⁹ Galera

¹⁰ Carlson

¹¹ Choenni

¹² Huhdanpaa

¹³ Li

کنونی نشان نمی‌دهد که استفاده از داروهای اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در دوران بارداری منجر به عواقب نامطلوب قابل توجهی برای مادر یا فرزندان می‌شود. بااین‌حال، داده‌ها برای ارائه یک توصیه بی‌چون‌وچرا بسیار محدود هستند. با توجه به اینکه اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه می‌تواند زمینه‌ساز دیگر اختلالات و مشکلات برای کودکان مبتلا و اطرافیان آنان باشد شناسایی عوامل دخیل و مؤثر بر این اختلال حائز اهمیت می‌باشد. بررسی عوامل مؤثر می‌تواند درمانگران و والدین را برای پیشگیری از این اختلال کمک کند و آنان را محدود به اینکه اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه صرفاً مربوط به ژن‌هاست و عوامل دیگر هیچ تأثیر بر آن ندارند، نکند. والدین در مورد اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و عوامل مؤثر بر آن نظرات مختلفی دارند برای مثال برخی از والدین معتقد هستند خوردن کندر در دوران بارداری می‌تواند کودک را دچار اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه کند و این زمینه را برای پژوهش‌های بعدی باز کرده است (دهقانی شورکی، ۱۴۰۲) و در آخرین پژوهش‌ها رابطه معناداری بین مصرف کندر در دوران بارداری توسط مادر و اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه به دست نیامده است (رنجبر، ۲۰۲۱)؛ بنابراین با عنایت بر ضرورت شناخت و بررسی عوامل مؤثر بر اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و گسترش زمینه پژوهشی در این مورد، این پژوهش با این هدف انجام گرفت: دیدگاه مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه نسبت به عوامل مؤثر بر این اختلال چگونه است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پارادایم کیفی و با روش پدیدارشناسی توصیفی می‌باشد. به‌طورکلی هدف پژوهش پدیدارشناسی دریافت عمیق تجارب افراد است در این روش پژوهش که برای ورود پژوهشگر به لایه‌های عمیق و زیرین تجارب افراد می‌باشد، محقق با ابزار مصاحبه کیفی سعی بر این اتفاق دارد و می‌خواهد جهان را از منظر دیگران درک و بازنمایی کند (محمد پور، ۱۳۹۲). جامعه آماری این پژوهش تمام مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش‌فعال و کمبود توجه در شهر میبد و در سال ۱۴۰۲ بود. روش نمونه در این پژوهش از نوع هدفمند بود که پس از مصاحبه با ۱۲ نفر داده‌ها به اشباع رسیدند. آموزش و پرورش و مراکز درمانی شهر میبد بستریایی بودند که نمونه‌ها از آنجا به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. ملاک ورود و خروج از پژوهش شامل؛ داشتن حداقل یک کودک دارای اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه که توسط متخصص تشخیص گرفته و دارو مصرف می‌کند و ملاک خروج از پژوهش هم عدم سیالی کلامی برای بازگو کردن تجارب می‌باشد.

جدول ۱. اطلاعات مشارکت‌کنندگان

نام مستعار کد	وضعیت تأهل	میزان تحصیلات	وضعیت اشتغال	جایگاه اقتصادی	تعداد فرزند	سن فرزند	جنسیت فرزند
۱- شقایق	متاهل	لیسانس	شاغل	خوب	۱	۷	پسر
۲- فاطمه	متاهل	ارشد	شاغل	متوسط	۱	۵	دختر
۳- سارا	متاهل	ارشد	شاغل	خوب	۲	۹	پسر
۴- مریم	متاهل	دپلم	خانه‌دار	متوسط	۱	۷	پسر
۵- مهدیه	متاهل	لیسانس	خانه‌دار	متوسط	۱	۸	پسر
۶- آزاده	متاهل	ارشد	خانه‌دار	خوب	۱	۳	پسر
۷- نصرت	متاهل	فوق‌دپلم	شاغل	متوسط	۲	۱۳	دختر
۸- زهرا	متاهل	دپلم	خانه‌دار	ضعیف	۲	۱۰	پسر
۹- نیلوفر	متاهل	دپلم	خانه‌دار	خوب	۲	۹	پسر
۱۰- شادی	متاهل	ارشد	شاغل	خوب	۳	۸	دختر
۱۱- مانانا	متاهل	فوق‌دپلم	خانه‌دار	ضعیف	۳	۹	پسر
۱۲- هدیه	متاهل	دپلم	خانه‌دار	متوسط	۱	۹	دختر

جهت دریافت داده‌ها از مشارکت‌کنندگان، از مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. بعد از تعیین مسئله و سوال اصلی پژوهش سؤالات مصاحبه طراحی شدند و برای شروع مصاحبه در راستای سوال اصلی پژوهش، پژوهشگر سعی کرده است که با برقراری ارتباط صمیمانه، فضای مصاحبه را دوستانه کند و با این سؤالات شروع کرده است؛ «حال فرزندتان چطور است» و... و برای عمیق شدن در موضوع از سؤالات پیگیرانه مثل؛ «می‌شود مثال بزنید» «منظورتان این هست» «امکان دارد بیشتر توضیح بدهید» استفاده می‌کرد. ترتیب پرسیدن سؤالات مهم نبود و با توجه به بحث پرسیده شده است. در آخر مصاحبه‌ها پژوهشگر سریع و گذرا برداشت‌های خود را بازگو می‌کند تا مورد تأیید مشارکت‌کننده قرار گیرد و اگر برداشت پژوهشگر غلط بوده است اصلاح شود که به‌نوعی اولین مرحله از روایی سنجی داده‌ها می‌باشد و در مرحله دوم مصاحبه برداشت‌هایی که بعد از تحلیل داده‌ها کسب شده است، برای مشارکت‌کنندگان بازگو شد و مورد تأیید آنان قرار گرفت. در هر پژوهشی رعایت نکات اخلاقی لازم است در پژوهش کیفی هم به دلیل ورود پژوهشگر به لایه عمیق زندگی افراد رعایت نکات اخلاقی حائز اهمیت هستند. ملاحظات اخلاقی که در این پژوهش صورت گرفته است شامل؛ باخبر کردن مشارکت‌کنندگان از هدف پژوهش و برای ضبط مصاحبه از آن‌ها شفاهی کسب اجازه شد و به دلیل حساس نشدن آن‌ها به همین اکتفا شد و رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها گرفته نشد. در مورد محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها اطمینان آن‌ها کسب شد و گفته شد از نام‌های مستعار استفاده کنند و مشارکت‌کنندگان حق این را داشتند از هرکجا که تمایل داشتند از مصاحبه و فرایند پژوهش خارج شوند.

برای تحلیل داده‌های کیفی به‌دست‌آمده از مشارکت‌کنندگان از روش ۷ مرحله‌ای کلایزی^۱ استفاده شد و برای افزایش اعتبار داده‌ها علاوه بر مصاحبه دوباره با مشارکت‌کنندگان و ارائه برداشت‌ها از متن مصاحبه آن‌ها، داده‌ها توسط دو نفر از متخصصین در حوزه‌های روانشناسی و مددکاری اجتماعی موردبررسی و تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها

حاصل ۱۲ مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته با مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در مورد دیدگاه آنان نسبت به عوامل تأثیرگذار بر اختلال فرزندشان، منجر به ۲ مضمون اصلی و ۸ مضمون فرعی شد. با تحلیل مصاحبه‌های انجام‌گرفته از مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، مادران بر ۲ عامل مؤثر بر اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه اشاره کردند که شامل؛ عوامل غیرقابل کنترل و عوامل قابل کنترل می‌باشد.

جدول ۲. عوامل غیرقابل کنترل

مضمون اصلی	مضمون فرعی	مضمون اولیه	نمونه گزاره
عوامل غیرقابل کنترل	نوع زایمان و جنسیت	تولد ای وی اف	بچه‌هایی که از طریق ای وی اف به دنیا میان درصد زیادی شون احتمال بروز بیش‌فعالی را دارند.
		سزارین	نوع سزارین بود بچا خوندم که سزارین هم احتمالش رو بالا می‌برد.
		پسر بودن	تحقیقاتی که من انجام دادم... پسر که باشد درصداش میره بالا.
	عوامل حین زایمان	تزریق منیزیم سولفات	اگر من استرس نداشتم سولفات به من نمی‌زدند و بچم آسیب نمی‌دید.
		کمبود اکسیژن	در حین زایمان چند دقیقه اکسیژن به مغزش نرسید.
		تورم سر	نمی‌دونم اما من زایمانمو حقیقت خیلی دخیل میدونم ... سرش هم متورم شده بود.
	ارثی بودن اختلال	مادر بیش‌فعال	چند پزشک بردم... متوجه شدم ای دادویی داد خودمم مشکل بیش‌فعالی داشتم.
		پدر بیش‌فعال	پدرشون و عموشون هم بیش‌فعالی دارن.
		اقوام نزدیک بیش‌فعال	دربارشم مادر بزرگش وضعه بزرگش هست.
	وضعیت اقتصادی ضعیف	کلاس‌های آموزشی ورزشی	وضعیت مالی خوب باشه بهتره خب میتونی کلاس‌های... ورزشی ببری که اثرش خالی باشه.
		داروهای ارزان	دارو هم متفاوتی برخی قیمت پایین دارند و برخی قیمت زیاده... اگر وضعیت مالی خوب نباشه باید داروهای ارزان تر بخری که خوب نیستند.

¹ Colaizzi

زیر مضمون اول: نوع زایمان و جنسیت

کد ۶ در مورد بارداری با روش لقاح آزمایشگاهی و تأثیر آن بر فرزند گفت: «تحقیقاتی که من انجام دادم بچه‌هایی که از طریق آی وی اف به دنیا میان درصد زیادشون احتمال بروز بیش‌فعالی را دارند روانپزشک هم میگفت نوع زایمانم ممکن که تأثیر گذاشته باشه روی بچه».

کد ۱۲ در این مورد گفت: «از آقای دکتر [اسم خاص] شنیدم که سزارین بودن بچه اثر داره». کد ۶ در ادامه به نوع جنسیت هم اشاره کرد و گفت: «پسر که باشند درصدش میره بالا» کد ۳ در این باره گفت: «انگار تو پسرا بیشتره».

زیر مضمون دوم: عوامل حین زایمان

کد ۱ در مورد نرسیدن اکسیژن به مغز فرزندش گفت: «من زایمانمو حقیقت خیلی دخیل می‌دونم بعضی وقتا فکر می‌کنم اگر توی زایمان افت قلب پیدا نمی‌کردم... سرش هم متورم شده بود نوک انگشت‌هاش کبود شده بود اکسیژن خیلی حیاتی است می‌دونی که اونجا کمبود اکسیژن پیدا کرده مسلماً و این آسیب مؤثر بوده».

کد ۷ در مورد نرسیدن اکسیژن به کودک در حین زایمان گفت: «در حین زایمان چند دقیقه اکسیژن به مغزش نرسید... روانپزشک بهم گفت که احتمالاً یکی از دلایلیش میتونه همین نرسیدن اکسیژن به مغزش باشه».

کد ۳ در مورد تأثیر منازیم سولفات گفت: «اگر من استرس نداشتم سولفات به من نمی‌زدند و بچه ام آسیب نمی‌دید».

کد ۶ در مورد عوامل حین بارداری و زایمان گفت: «مشکل خاصی زمان بارداری و زایمان نداشتم که دلیل این موضوع باشه».

زیر مضمون سوم: ارثی بودن اختلال

همه کدها بدون استثنا این نظر را قبول داشتند که این اختلال از طرف پدر یا مادر یا اطرافیان هست و به نوعی ارثی هست. همه کدها شبیه این نظر کد ۴ را بیان کردند: همون‌طور که میدونید بیش‌فعالی یسری علایم داره عدم تمرکز رو از پدرش به ارث برده و پرچنب و جوش رو از مادر.

کد ۳ در مورد ژنتیکی بودن اختلال می‌گوید: «امیرحسین عدم تمرکز داره و دقیقاً ژن این درباباش مادر بزرگش و عمه بزرگش هست. دقیقاً عدم ارتباط با اطرافیان حوصله نداشتن بی‌قراری و وسواس فکری امیرحسین در خانواده پدریش مادرشوهرش و عمه بزرگش هست دقیقاً با همین شدت».

کد ۶ در مورد ارثی بودن اختلال گفت: «از نظر ژنتیکی هم مستعد باشد درصدش میره بالاتر در حالی که ایشون پدرشون و عموشون هم بیش‌فعالی دارند همه این‌ها باعث شد ما بیشتر مانور بدیم روی این موضوع... اولین عامل مؤثر عامل ژنتیکی هست ایشون پدرشون هم پیش‌فعالان و یک چیز طبیعی که اینقدر تحت تأثیر قرار گرفتند مواردی که من ذکر می‌کنم در نتیجه اون مطالعاتی است که من انجام دادم یعنی بعد از اینکه حساس شدم به رفتارهای نوحا مطالعات انجام دادم فهمیدم که یه سری علائم هستند که در مورد نوحا صدق می‌کنه و می‌تونه یکی از دلایلیش بیش‌فعالی باشه که یکی از اون‌هایی که گفتم آی وی اف که اگر

خودتون برید تحقیقات رو در بیارید مقاله‌های معتبری چاپ شده که بیش فعالی در پسران آی‌بی‌اف بیشتر از حالت نرماله و سه عامل آی وی اف ژنتیکی و پسر بودن به اندازه کافی قوی بوده که نوحا بیش فعال شده».

کد ۴ در همین مورد ارثی بودن اختلال و تأکید روانشناس بر این موضوع می‌گوید: «به نظر من که بیشتر ارثی هست من به ژنتیک خیلی اعتقاد دارم... و اینکه روانشناس امیرعلی هم نظرش این بود که بیش فعالی ارثی هست و بقیه عوامل ۲۰ درصد تأثیر دارند».

کد ۲ در مورد عامل ارث این چنین می‌گفت: «متوجه شدم ای دادبیداد خودم سال‌ها مشکل بیش فعالی داشتم منی که مادرم نمی‌دانستم پیش فعالم چرا، چون من مادر عاشق کوهنوردی هستم هیچ نفهمیدم چرا عاشق پیاده‌روی‌ام ولی مشکوک شدم به اختلال بچه‌ام وقتی تحقیق کردم ای دادبیداد ارث رو از من برده... توصیه‌ای که به مامان دارم اینه که زیاد تحقیق کنید این اختلال اختلالی است که ۱۰۰ ژنتیکی یا از طرف پدر یا خانواده پدری یا از طرف مادر یا خانواده مادری یک یا چند بیش فعال بودن... چاره نداشتم که قبول کنم هرکی هم می‌رسه می‌گه ژنتیکی دیگه یک بچه آرومه یک بچه هم شر و شوره دیگه شانس منو همسر خدا بهمون دختر شیطان داده».

کد ۱ در مورد این موضوع گفت: «اینو [اختلال بیش فعالی] همسر داره طرف خانواده من کسی بیش فعال نیست من الان رفتار همسر را بررسی می‌کنم می‌بینم آره به علائمی توش هست».

کد ۵ در همین رابطه می‌گوید: «اینم بگم خانواده همسر من کلاً در خانواده بچه بیش فعال دارند کلاً ژنتیکی انگار تو ژنشون بعد علائم پسر برادر شوهرم، دخترش و مادر همسر را چک میکنم همگی بیش فعالی یا وسواس هستند و احتمال می‌دادم که پسر منم پیش فعال باشه... برای من بیشتر ژنتیک است خانواده همسر دارند مادر همسر وسواس است بعد یک مقدار داریم پیش خودمون می‌گیم که بچه‌های برادر شوهرم دوتا شون مشکل دارند یکیشون کاملاً داره اذیت می‌کنه بیش فعال و دختره که وسواس اضطراب داره».

زیر مضمون چهارم: وضعیت اقتصادی پایین

کد ۱۱ در مورد تأثیر وضعیت مالی گفت: «بعضی مواقع نیازه که خصوصی کار کنی که اینجا پول حرف اولو می‌زنه یا مادر به حمایت و تفریح نیاز داره که بتونه به بچه‌اش خوب برسه که پول مهمه دیگه... الان هر چی پول بیشتر باشه بچه هم سالم تر».

کد ۸ در مورد تأثیر وضعیت مالی بر اختلال گفت: «وضعیت مالی خوب باشه بهتره خوب می‌تونی کلاس‌های نقاشی و سفالگری یا ورزشی ببری که انرژی خالی بشه من قبلاً همه این کارها رو براش انجام می‌دادم اما مشکلات مالی الان اجازه نمیده واقعاً قبلاً که این تفریح‌ها رو براش انجام می‌دادم خیلی رفتارش بهتر بود».

کد ۸ در مورد تأثیر وضعیت مالی بر تهیه داروهای ارزان گفت: «دارو هم متفاوتن برخی قیمت پایین دارند و برخی قیمت زیاد با توجه به شرایط بیش فعالی و داروی تجویز شده هر کسی متفاوت است اگر وضع مالی خوب نباشه باید داروهای ارزان‌تر بگیری که اثرگذاری کمتری داره ما اگر وضع مالیمون یه کوچولو بهتر بود من حتماً داروهای بهتری برای بچه‌ام می‌گرفتم به نظرم یکی از دلایلی که اینقدر داروهای که بهش میدیم اثر کمتری داره همین داروهای که بهش میدیم اگر خارجی باشه بهتر جواب میده»

مضمون دوم: عوامل قابل کنترل

جدول ۳. عوامل قابل کنترل

مضمون اصلی	مضمون فرعی	مضمون اولیه	نمونه گزاره
عوامل قابل کنترل	آشفته گی هیجانی	استرس در بارداری	من امیرحسین رو با یک شرایط حاملگی خیلی سخت به دنیا آوردم همش استرس داشتم (۳)
		افسردگی	و حالتهای افسردگی داشتم در حین زایمان (۷)
		ترس از زایمان ناموفق	[بعد از زایمان نا موفق] من به هفت ماه که رسیدم حال بدی داشتم اضطراب داشتم.
	عوامل محیطی	اشعه ایکس	در زمان بارداری در معرض اشعه ایکس قرار گرفتم.
		ضربه به سر	به نظرم...ضربه به سر باعث بیش فعالیش شد.
		سیگار کشیدن	با همسر شروع کردم به سیگار کشیدن...شاید این اثر گذاشته.
	عوامل بیولوژیکی	کم خونی مادر	کم خونی داشتم.
		کم خونی فرزند	او هم کم خونی داشت.
		شیر دادن به بچه در حالت استرسی	شیرجوش بچه ندید امیرحسین شیره جوش خیلی خورد.
	تغذیه	مصرف زیاد چای	شکر و چایی زیاد مصرف می کردم.
		قند و شکر	وقتی چیزهای شیرین میخوره انرژی چند برابر می شه.
		شکلات	شکلات را خدای احساس کردم یا مثلاً اسمارتیز شکلات این ها واقعاً دیدم که تأثیر داره.
		مولتی ویتامین	بعد این فطره مولتی ویتامین که میکن به بچه بدهید واقعاً دز کم به بچه بدن زیاددوری را آن خوب نیست.
		کندر	من تجربه مصرف کندر رو نداشتم ولی در گروه مادران بچه های بیش فعال بودم دیگران تجربه اینو داشتن.
		امگا سه	رژیم غذایی خیلی مؤثر است مثلاً غذاهایی که سرشار از امگا ۳ باشد.

زیر مضمون اول: آشفته گی هیجانی

کد ۳ در مورد استرس، سولفات منیزیم در دوران بارداری اینچنین می گفت: «ببینید من امیرحسین رو با یک شرایط حاملگی خیلی سخت به دنیا آوردم همش استرس جوری فشارم بالا رفت و دردم گرفت تو هشت ماهگی که بیمارستان رفتم و سرم سولفات زدم و بعدش هم امیرحسین زود به دنیا آمد از بس تو حاملگی جوش میزد و غذا نمی خوردم من اولین مشکل امیرحسین رو و بنظر من یکی از فاکتورهای بیش فعالی بچه ها اولاً استرس شدید مادرها تو بارداری می دونم و دوم تغذیه مادر».

در ادامه کد ۳ گفت: «ببینید من در حاملگی دوم اصلاً استرس نداشتم، داشتم ولی شدید نبود با اینکه ام اس داشتم ولی ام اس ام درمان شده بود و حاملگی متفاوتی داشتم ولی در حاملگی اولم من کلاً به چیزی رو بخوام بگم و به مادرها این نصیحت رو بکنم حامله نشید یا اینکه حامله میشید تو حاملگی همه چیز را پشت گوشه بگذارید فکر اونیه که تو شکمتون هست باشید من این کار را نکردم همه حرفی به جوش را تحمل کردم شده روزها چیزی نمی خوردم به خاطر اینکه عصبی میشدم مشکل داشتم همه چی برام فراهم بود ولی آرامش و آسایش و محبت نداشتم؛ و این باعث می شه که من ناخودآگاه الان که دارم با شما صحبت کنم احساس عجز دارم که چرا این کارها را نکردم این باعث و بانی نمی خواهم نفرین کنم اگر من استرس نداشتم سولفات به من نمی زدند و بچه ام آسیب نمی دید».

کد ۴ در مورد آرامش در دوره بارداری گفت: «ولی دوران بارداری هم خیلی مهمه که زن آروم باشه دوران نوزادی هم خیلی مهمه که نوزاد تو محیط آروم بزرگ بشه... بله تجربه خودم این بوده دوران پراسترسی داشتم با همسر با خانواده اش در دوره بارداری مشکل داشتم که نمی خواهم در موردش حرف بزنم الان».

در رابطه با استرس و اضطراب در دوران بارداری و سابقه ناموفق بارداری کد ۵ گفت: «از زمان بارداری بخوام بگم من قبل حسام یک بارداری دیگه هم داشتم که توی هفت ماهگی ختم بارداری اعلام شد و کیسه آبم خشک شد و مجبور شدند بچه را به صورت سزارین خارج کنند بعد چون ریه تشکیل نشده بود و تمام شد بعد ۴ سال حسام به دنیا اومد من بعد ماه هفتم که رسیدم حال بدی داشتم اضطراب داشتم ولی برای من بیشتر ژنتیک است».

کد ۶ در رابطه با استرس دوران بارداری گفت: «ولی به هر حال شاید یکی از دلایل زیاد شدن این موضوع همین افزایش استرس زندگی‌ها برای مادر باردار باشد».

کد ۸ در این باره گفت: «اضطراب و استرس زیاد داشتم فکر می‌کنم بی‌تأثیر نبوده در دوران بارداری». کد ۷ بر افسردگی در حین بارداری اشاره کرد: «در حین بارداری افسردگی داشتم... بله از قبل از بارداری شروع شده بود حتی قبل تر هم شروع شده بود». کد ۱۰ در این موضوع گفت: «من بابت مشکلاتی که خودم دارم احتمال میدم که مؤثر بوده... من افسردگی دارم و قبول دارم که حالات من بی‌تأثیر نیست خب وقتی من مادر چندین قرص میخورم خب روی بچه هم اثر میگذاره دیگه».

زیر مضمون دوم: عوامل محیطی

کد ۱۲ در مورد در معرض اشعه ایکس قرار گرفتن گفت: «در زمان بارداری در معرض اشعه قرار گرفتم و در شکمم تشنج کرد... بله مادر شوهرم عکسبرداری کرده بود و من فراموش کرده بودم نباید تا چند روز پیام پیشش». کد ۴ هم بر این مسئله اشاره داشت که در زمان بارداری احتمالاً در معرض اشعه ایکس قرار گرفته است.

کد ۸ در رابطه با ضربه به سر گفت: «به نظرم سابقه بیش‌فعالی توی خانواده یا ضربه به سر باعث پیش‌فعالی می‌شه، وقتی چند ماهه بود یک ضربه کوچک از طرف من به سرش وارد شد البته سهوی بود و این توسط همسر درک شد وقتی برای دکتر اینو توضیح دادم گفت احتمالاً میتونه مؤثر باشه».

کد ۱۱ در این مورد گفت: «خونه ما زیرزمینی هست و طبقه بالا پدر مادرم هستند یک بار وقتی داشتم از پله‌ها میرفتم بالا از دستم افتاد... بله سرش ضربه خورد».

زیر مضمون سوم: عوامل بیولوژیکی

کد ۳ در مورد تأثیر شیر دادن به کودک در حالت اضطراب شدید گفت: «مادربزرگا می‌گفتند شیرجوش بچه ندید امیرحسین شیره جوش خیلی خورد تا جایی که من سه ماهی شیرم خشک شد استرس استرس شدیدی که داشتم شیرم افت کرد و این باعث شد امیرحسین شیرخشکی بشه و به نظرم باید چیزهایی که قدیمی‌ها میگن را باید جدی بگیرند».

کد ۱۲ در این مورد گفت: «وقتی من دنیا اومدم خواهرمادرم فوت کرده و من اینو از مادرم شنیدم که رفته بوده دکتر و دکتر بهش گفته بوده که شیر خودشو به من نده».

کد ۷ در مورد کم خونی فرزندش گفت: «مثلاً با اینکه کم خونی داره وقتی قرص خون می‌خوره علائم نقص توجه و بی‌قراریش بهتر شده به نظرم... خودمم کم خونی داشتم او هم کم خونی داشت».

کد ۱۰ در این باره گفت: «من به بچه اولم دوسال قطره آهن دادم کم خونی داشت و بیش‌فعال بود برای بچه دوم اصلاً ندادم و ماشالله کم خونی نداره و آروم آروم».

زیر مضمون چهارم: تغذیه

کد ۲ در مورد تأثیر بعضی از خوراکی‌ها مثل کندر و مکمل‌ها گفت: «توصیه‌ای که به مامان دارم اینه که... در دوره بارداری و شیردهی به هیچ عنوان کندر مصرف نکنند یک اشتباهی بود که من داشتم که واقعاً بچه را بیش فعال می‌کنه... قبل از تولد کندر مصرف می‌کردم دوره شیردهی هم می‌خوردم توی دوره شیردهی می‌گفتن برای نفخ بچه خوبه توی دوره بارداری می‌گفتن برای هوش بچه خوبه... بعد این قطره مولتی ویتامین که میگن به بچه بدی واقعاً دوز کم به بچه بدن زیاده روی از آن خوب نیست بچه‌هایی که این مولتی ویتامین‌ها رو می‌خورن باید زیاد راه برن می‌دونی مثلاً من خودم زمانی که درس می‌خونم سرویس مدرسه نداشتم و پیاده می‌رفتم مدرسه چون مسیر را پیاده می‌رفتم مدرسه چون به مسیری رو پیاده می‌رفتم تا مدرسه... من خیلی مولتی ویتامین خارجی به بچه‌ام دادم همش خارجی از اون گرون گرونا اشتباه کردم که این کارو کردم».

کد ۱۲ در این باره گفت: «هر چیزی که کافین داشته باشه سبب بیش فعالی می‌شه اگر آدم بیش فعال هم نباشه مثلاً قهوه یا چایی روش اثر داره و پر انرژی میکنه آدمو حالا اگر بیش فعالی هم داشته باشه که دو چندان می‌شه».

کد ۷ در مورد مصرف زیاد چای گفت: «واقعاً فکر می‌کنم مجموعه‌ای از این عوامل از هر کدام چند درصدی وجود داشت که به این مشکل برخوردیم همه تغذیه نامناسب شکر چایی زیاد مصرف کردم کم خونی داشتم استرس و حالت‌های افسردگی داشتم».

کد ۳ در مورد اهمیت تغذیه گفت: «من سر امیرحسین یک ساعت بفکر تغذیه نبودم نه مغزجات نه گوشت نه میوه ولی سر این پسر همش خوردم و قشنگ تفاوت دوتا رو حس میکنم واقعاً برای رشد مغزی تغذیه مهم هست».

کد ۳ در مورد تأثیر شکر و شکلات بر شدت بیش فعالی کودک گفت: «چون من ارشد آموزش پزشکی هستم شکر عوارضی که داره خودش باعث افسردگی می‌شه شکر باعث تخریب سلولهای مغزی می‌شه یعنی ارتباط مستقیم داشته باش را نمی‌دونم ولی شکلات را خدای احساس کردم یا مثلاً اسمارتیز شکلات این‌ها واقعاً دیدم که تأثیر داره... به نظر من تری که میتونیم بدیم برای حاملگی‌ها، ارتباط تغذیه و حاملگی، به جرات میتونم بگم... تغذیه و مغزجات برای مغز بچه رشد مغزی بچه خیلی لازمه به نظر من پروتئین و ویتامین‌ها به درد در خانم‌های باردار می‌خوره».

کد ۶ در همین رابطه گفت: «من به تغذیه خیلی دقت می‌کنم نه صرفاً زمان بارداری یا برای نوحا کلاً رژیم سالم برام مهمه و خوب مصرف قند و نوشابه کافئین کولا و همه این‌ها برای سلامتی مضر هستند و ما توی سبد مصرفی مون نداریم».

در مورد تأثیر تغذیه و قند شکر شکلات، کد ۴ گفت: «از لحاظ تغذیه هم قرار شده مصرف قند شکر کاکائو فست فود کاهش بدیم توی خونمون و غذای سالم جایگزین بشه؛ که از نظر خودم شاید ۵ درصد تأثیر داشته باشه. البته بخاطر سلامتی رعایت می‌کنیم».

کد ۱ در مورد افزایش علائم به وسیله خوراکی‌های شیرین گفت: «وقتی چیزهای شیرین می‌خوره انرژی چند برابر می‌شه دیگه واقعاً کنترل کردنش سخت می‌شه... رژیم غذایی خیلی مؤثر است مثلاً غذاهایی که سرشار از امگا ۳ باشد». کد ۱۰ در مورد شکلات گفت: «من شکلات شیرین شنیدم راست و دروغشو نمی‌دونم».

کد ۳ در مورد عدم اعتقاد به کندر گفت: «ببیند من کندر خیلی نخوردم چرا دروغ بگم اعتقادی هم نداشتم که مثلاً باعث باهوش شدن بچه می‌شه بخورم بعد بگم وای بچم بیش فعالی شده نه من تجربه اش را نداشتم».

کد ۵ در مورد کندر گفت: «من کندر مصرف نداشتم اگر مصرف می‌کردم می‌گفتم بیش‌فعالی حسام به خاطر اونه اما خیلی‌ها را می‌شناسم که کندر خوردند تو اطرافیان چند نفر سراغ دارم توی گروه تلگرامم چند نفر میگفتند که کندر خوردند اما خیلی‌ها هم مثل من نخوردند».

کد ۶ هم در مورد این موضوع گفت: «در مورد کندر اطلاعی ندارم مصرف هم نکردم».

کد ۷ در مورد کندر گفت: «من تجربه مصرف کندر را نداشتم ولی در گروه مادران بچه‌های اوتیسم و بیش‌فعال که بودم دیگران این تجربه را داشتند البته به ندرت».

کد ۱۱ همین اعتقاد را برای شکلات مطرح کرد و گفت: «خواهر شوهر من همش داره شکلات و کاکائو می‌خوره پسرش هم ماشالله بیش‌فعال نیست خیلیم خوشگله».

بحث و نتیجه گیری

پس از بررسی داده‌های حاصل، عوامل مؤثر بر اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه به دودسته تقسیم شد. دسته‌ها شامل عوامل غیرقابل کنترل و عوامل قابل کنترل می‌باشد. عوامل غیرقابل کنترل به این معناست که این عوامل در اختیار مادران نیست و مادران نمی‌توانند آن‌ها را کنترل کنند مثل ژنتیک و منظور از عوامل قابل کنترل عواملی هست که در حوزه اختیارات مادران قرار دارند و می‌توانند آنان را کنترل کنند.

والدین خیلی خواستار این هستند که دلایل ایجاد این اختلال را در فرزندشان متوجه بشوند (احمد^۱ و همکاران، ۲۰۱۴) باین‌حال از گفته‌های مادران حاضر در این پژوهش این نتیجه به دست آمد که بخشی از عواملی که مادران برای اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه مؤثر می‌دانند در حوزه کنترل آن‌ها نیست. برخی از مادران بر نوع زایمان و جنسیت فرزندشان تأکید داشتند. در پژوهش حاضر یکی از مادران بر متولد شدن فرزندش با روش آی وی اف و لقاح خارج رحمی اشاره کرد که این مسئله می‌تواند احتمال اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه را در فرزندش بالا ببرد. داده‌های پژوهشی کالن^۲ (۲۰۱۱) با داده‌های پژوهش حاضر هم سو هستند و نظر مادران در مورد لقاح آزمایشگاهی و اثر آن بر کودک را تأیید می‌کند. برخی دیگر از مادران بر نوع زایمان خود تأکید داشتند که با پژوهش سیبراس (۲۰۱۷) همسو می‌باشد. برخی دیگر از مادران بر عوامل حین بارداری اشاره کردند، سیبراس و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی ذکر کردند که عواملی چون پایین بودن نمره آپگار در کودک، زایمان سخت مادر، خونریزی در حین زایمان، نارس بودن یا وزن کم کودک می‌تواند احتمال اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه را افزایش دهد. در پژوهش حاضر هم مادران بر مواردی چون تورم سر و نرسیدن اکسیژن به مغر کودک و سیاه شدن دست‌وپا اشاره کردند که با پژوهش مذکور همسو می‌باشد و علاوه بر آن در پژوهش مذکور بر تأثیر سزارین هم اشاره شده است که با داده‌های پژوهش حاضر هم‌خوانی

¹ Amed

² Kallen

دارد. علاوه بر این موارد مادران بر تزریق منیزیم سولفات در بارداری اشاره کردند که پژوهشی در این مورد توسط پژوهشگر یافت نشد و می‌تواند زمینه‌ای برای پژوهش‌های بعدی باشد. در پژوهش‌ها بر زردی نوزاد هم تأکید شده است. وی^۱ و همکاران (۲۰۱۵) طی یک پژوهشی احتمال اختلال بیش‌فعالی در کودکانی که در نوزادی زردی داشتند را بیشتر اعلام کردند. در پژوهش حاضر ۸ نفر از ۱۲ نفر اعلام کردند که فرزندشان در دوران نوزادی دچار زردی بوده است. یکی دیگر از عواملی که مادران برای اختلال بیش‌فعالی ذکر کردند تأثیر ژن بر این اختلال است. اکثر مادران در پژوهش حاضر به ژنتیکی بودن این اختلال تأکید داشتند و به‌نوعی صورت‌مسئله برای آنان در مورد عوامل مؤثر بر ایجاد اختلال بیش‌فعالی پاک‌شده بود. همه مشارکت‌کنندگان این پژوهش به‌نوعی گفتند که این مشکل ریشه در خودشان، همسرشان یا اقوامشان دارد و کمتر به عوامل دیگر توجه می‌کردند. در مورد تأثیر ژن بر این اختلال پژوهش‌ها زیادی شده است. وضعیت اقتصادی پایین به‌عنوان آخرین مورد غیرقابل کنترل توسط مادران ذکر شد. یکی از مواردی که در برخی از پژوهش‌های که به عوامل مؤثر بر اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه به آن پرداخته شده است وضعیت پایین اقتصادی می‌باشد (هودانپا و همکاران، ۲۰۲۱) که با پژوهش حاضر همسو هست و در پژوهش حاضر والدین بر گران بودن داروهای خوب، که اثرگذاری بهتری دارند و کلاس‌های آموزشی و هزینه‌های بالای آنان تأکید دارند که در پژوهش مذکور به این موارد اشاره نشده است.

والدین علاوه بر موارد فوق بر عواملی که می‌شود آن‌ها را کنترل کرد هم اشاراتی داشتند. یکی از مواردی که والدین بر آن تأکید زیادی داشتند دوران بارداری آشفته‌ای هست که مادران بر حالات اضطراب و افسردگی آن دوران تأکید داشتند. داده‌های پژوهشی هودانپا و همکاران (۲۰۲۱) به نقش مهم علائم افسردگی در طول بارداری و بعد آن بر اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه کودکان تأکید دارد که با داده پژوهش حاضر همسو هست. به‌پژوه (۱۳۹۱) بر استرس مادران در دوران بارداری و تأثیر آن بر اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه تأکید دارد، نکته‌ای که در این پژوهش به آن اشاره شده است نگرانی مادران به زنده ماندن فرزندشان در هنگام زایمان هست که با گفته‌های مادران در پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. مادران بر تأثیر ضربه به سر کودک در دوران نوزادی، و اشعه ایکس هم تأکید داشتند که پژوهشی توسط پژوهشگر یافت نشد. مادران بر عوامل بیولوژیکی مثل کم‌خونی خودشان و فرزندشان و شیر دادن به کودک در حالت استرس تأکید داشتند که پژوهشی توسط پژوهشگر یافت نشد. مادران بر سیگار کشیدن در دوران بارداری اشاره کردند که با خیلی از پژوهش‌ها هم‌خوانی دارد، اما بر اساس جدیدترین پژوهشی که توسط پژوهشگر یافت شده است، رابطه‌ای بین سیگار کشیدن مادران قبل زایمان و اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه پیدا نشده است (هودانپا و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر عوامل فوق مادران بر تأثیر تغذیه بر اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه فرزندشان تأکید داشتند، آن‌ها معتقد بودند برخی از مواد غذایی می‌تواند باعث این اختلال شود و برخی می‌تواند باعث تشدید یا کاهش آن بشود. در مورد اثر تغذیه بر اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه به‌پژوه (۱۳۹۱) در پژوهش خود رابطه‌ای کشف نکرده است. در مورد کندر در پژوهش فعلی مادران نظرات مختلفی داشتند اما بعضی از آنان بر تأثیر منفی کندر تأکید می‌کردند، در این مورد رنجبر و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود داده معناداری مطرح نکردند.

¹ Wei

در پایان باید گفت که نمی‌شود برای اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه یک عامل قطعی معین کرد، عوامل زیادی هستند که هم قبل از تولد و هم بعد از تولد بر این اختلال اثر دارند، این عوامل هرچقدر که بیشتر باشند احتمال بروز اختلال بیشتر هست (هودانپا و همکاران، ۲۰۲۱). کورکوران^۱ (۲۰۱۷) در پژوهش خود ذکر کرد اغلب متخصصین بر عوامل پزشکی مثل ژنتیک تأکید دارند و اغلب افراد غیرمتخصص بر عوامل محیطی تأکید دارند اما در پژوهش حاضر این مسئله تأیید نمی‌شود، اغلب مادران بر ژنتیکی بودن این اختلال تأکید داشتند و این می‌تواند تأثیر متخصصین و داده‌های دریافتی از آن‌ها باشد. با توجه به این دو موضوع پیشنهاد می‌شود متخصصین علاوه بر تأکید بر موضوعات پزشکی و خاص بر موضوعات دیگر هم تأکید داشته باشند تا مادران با عوامل مختلف مؤثر بر اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه آشنا بشوند و تا آنجایی که امکان دارد آن‌ها را کنترل کنند. برای مثال در پژوهش هودانپا و همکاران (۲۰۲۱) بر تأثیر سبک فرزندپروری بر اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه تأکید شده است. در این پژوهش رابطه‌ی بین سبک فرزندپروری مستبدانه مادران و اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه معنادار بوده است و در این پژوهش اشاره شده است که رفتارهای کودکان در سنین پایین از جمله گریه زیاد آنان، خواب کم آنان، و مشکلات تغذیه آنان می‌تواند سبک‌های مستبدانه را در مادر شکل بدهد و این با اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه در کودکان مرتبط هست. سبک فرزندپروری عاملی هست که در پژوهش حاضر توسط مادران به آن اشاره نشده است و این می‌تواند تأثیر اطلاعات دریافتی مادران از متخصصین و فضای مجازی باشد که به برخی از موضوعات اشاره دارند و به برخی دیگر اشاره‌ای ندارند (احمد و همکاران، ۲۰۱۴) و این موضوع می‌تواند جز مواردی باشد که والدین آموزش ببینند و اجرا کنند، چون قابل کنترل می‌باشد. یکی دلایلی که احتمال دارد مادران به عواملی چون ژنتیک تأکید ویژه‌ای داشته باشند و کمتر به عوامل دیگر توجه کنند، نبود زمینه مناسب پژوهشی هست که این پژوهش می‌تواند زمینه پژوهش را در مورد عوامل مؤثر بر اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه را گسترش دهد.

منابع

- آلبرجت، آوا تی. (۱۳۹۱). ۱۰۰ پرسش و پاسخ درباره بیش‌فعالی و نقص توجه، ترجمه اسما عاقبتی و همکاران. تهران: انتشارات دانژه.
- امیری مقدم، علی. (۱۳۹۸). بررسی تجربه زیسته تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه: یک پژوهش کیفی پدیدارشناسی. پایان‌نامه جهت اخذ مدرک دکتری، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- به‌پژوه، احمد؛ امیرافشاری، شیدا؛ غباری بناب، باقر؛ ارجمندیا، علی اکبر. (۱۳۹۱). شناسایی نقش عوامل تنش‌زای دوران بارداری در ابتلای کودکان به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی. روانشناسی افراد استثنایی، ۲(۸)، ۱۹-۱.
- دهقانی شورکی، مجتبی. (۱۴۰۲). تجربه زیسته مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه. پایان‌نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان.
- صالح پور، قائم؛ صالح پور، قاسم (۱۳۹۸). رابطه ترتیب فرزند و تعدد سابقه کیفری با استرس و علائم نقص توجه و بیش‌فعالی در سارقین. روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۶(۶)، ۱-۱۶.
- غریبی، حسن؛ فتحی آذر، اسکندر؛ ادیب، یوسف؛ حاتمی، جواد؛ قلی‌زاده، زلیخا. (۱۳۹۰). پدیدارشناسی تجارب مادران در زندگی با کودکان ADHD. خانواده پژوهی، ۷(۲۵)، ۵-۲۲.

¹ Corcoran

- ماسن، پاول هنری؛ هوسترن، آلتا کارول؛ کانچر، جان جین وی. (۱۳۷۷). رشد و شخصیت کودک، ترجمه مهشید یاسایی (۱۳۹۵). تهران: نشر مرکز.
- محمدپور، احمد. (۱۳۹۲). روش تحقیقی کیفی ضد روش، مراحل و رویه‌های عملی در روش شناسی کیفی. جلد دوم. انتشارات جامعه شناسان.
- Ahmed, R., Jacqueline, M., Borst, C., Wei, Y., & Parisa, A. (2014). Do parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) receive adequate information about the disorder and its treatments? A qualitative investigation, *Patient Preference and Adherence*, 8, 661-670.
- Carlander, A., Thorsell, M., Demetry, Y., Nikodell, S., Kopp Kallner, H., Skoglung, C. (2022). Knowledge, challenges, and standard of care of young women with ADHD at Swedish youth clinics. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 32, 100727. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100727>
- Carlson, E.A., Jacobvitz, D., Sroufe, LA (1995). A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. *Child Dev*, 66(1), 37-54
- Choenni, V., Lambregtse-van den Berg, M. P., Verhulst, F. C., Tiemeier, H., & Kok, R. (2019). The longitudinal relation between observed maternal parenting in the preschool period and the occurrence of child ADHD symptoms in middle childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(5), 755-764.
- Corcoran, J., Schildt, B., Hochbrueckner, R. et al. (2017). Parents of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Synthesis, Part I. *Child Adolesc Soc Work J* 34, 281-335. <https://doi.org/10.1007/s10560-016-0465-1>
- Dalsgaard, S., Stergaard, S., Leckman, J., Mortensen, P., Pedersen, M. (2015). Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *The Lancet*, 358(9983), 2190-2196.
- Dvorsky, M., Breaux, R., Langber, J., Becker, S. (2020). Adolescents with ADHD are at increased risk for COVID-19 vaccine hesitancy. *Journal of Psychiatric Research*, 152, 25-30.
- Galera, C., Côté, SM., Bouvard, M.P., Pingault, J-B., Melchior, M., Michel, G. et al. (2011). Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Arch Gen Psychiatry*, 68(12), 1267-1275.
- Gurevitz, M., Geva, R., Varon, M., Leitner, Y. (2014). Early markers in infants and toddlers for development of ADHD. *J Atten Disord*, 18(1), 14-22
- Huhdanpaa, H., Morales-Muñoz, I., Aronen, E.T. et al. (2021). Prenatal and Postnatal Predictive Factors for Children's Inattentive and Hyperactive Symptoms at 5 Years of Age: The Role of Early Family-related Factors. *Child Psychiatry Hum Dev*, 52, 783-799.
- Kallen, A. J., Finnström, O. O., Lindam, A. P., Nilsson, E. M., Nygren, K. G., & Otterblad Olausson, P. M. (2011). Is there an increased risk for drug treated attention deficit/hyperactivity disorder in children born after in vitro fertilization?. *European journal of paediatric neurology : EJPN : official journal of the European Paediatric Neurology Society*, 15(3), 247-253.
- Kim, K., Choi, Y., Lim, M., Kwon, H. (2020). Parental age at childbirth and risk for attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring. *Journal of Psychiatric Research*, 131, 180-186.
- Laslo-reth, R., George-levi, S., Rosenstreich, E. (2021). Protecting children with ADHD against loneliness: Familial and individual factors predicting perceived child's loneliness. *Personality and Individual Differences*, 180, 110971.
- Li, L., Sujana, A.C., Butwicki, A. (2020). *et al.* Associations of Prescribed ADHD Medication in Pregnancy with Pregnancy-Related and Offspring Outcomes: A Systematic Review. *CNS Drugs* 34, 731-747.
- Liang, O., Yang, C. (2022). Mental health conditions and unsafe driving behaviors: A naturalistic driving study on ADHD and depression. *Journal of Safety Research*, 82, 233-240.
- Linnet, K., Dalsgaard, S., Obel, C., Wisborg, K., Henriksen, T., Rodriguaz, A. (2003). Maternal Lifestyle Factors in Pregnancy Risk of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Associated Behaviors: Review of the Current Evidence. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1028>
- Luderer, M., Ramos, J., Faraone, S., Zhang-james, Y., Reif, A. (2021). Alcohol use disorders and ADHD. *Neuroscience&BiobehavioralReviews*, 128, 648-660.
- Ranjbar, A. M., Kamali Ardakani, E., & Zarehshahi, R. (2021). Prevalence of ADHD in children born by mothers consuming Frankincense during pregnancy. *Advances in Pharmacology and Therapeutics Journal*, 1(1), 41-48. doi: <https://doi.org/10.18502/aptj.v1i1.7959>
- Robinson, L.R., Bitsko, R.H., O'Masta, B. et al. (2022). A Systematic Review and Meta-analysis of Parental Depression, Antidepressant Usage, Antisocial Personality Disorder, and Stress and Anxiety as

Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01383-3>

- Rodriguez, A., Olsen, J., Kotimaa, A.J., Kaakinen, M., Moilanen, I., Henriksen, TB., et al (2009). Is prenatal alcohol exposure related to inattention and hyperactivity symptoms in children? Disentangling the effects of social adversity. *J Child Psychol Psychiatry*, 50(9), 1073–1083
- Russell, A.E., Ford, T., Williams, R. et al. (2016) The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev* 47, 440–458. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0578-3>
- Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD-Review of Existing Evidence. *Current psychiatry reports*, 19(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0753-2>
- Sciberras, E., Ukoumunne, O.C. & Efron, D. (2011). Predictors of Parent-Reported Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children Aged 6–7 years: A National Longitudinal Study. *J Abnorm Child Psychol* 39, 1025–1034 <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9504-8>
- Wei, C. C., Chang, C. H., Lin, C. L., Chang, S. N., Li, T. C., & Kao, C. H. (2015). Neonatal jaundice and increased risk of attention-deficit hyperactivity disorder: a population-based cohort study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(4), 460–467. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12303>