

مقاله‌ی پژوهشی

ارتباط سلامت روانی مادران با سبک فرزندپروری در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه

خلاصه

مقدمه: اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه (ADHD) شایع‌ترین اختلال روان-پزشکی در کودکان است و خانواده، نقش بسیار مهم در مدیریت رفتار کودکان دارد. هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی وضعیت سلامت روانی والدین با سبک فرزندپروری در کودکان مبتلا به این اختلال می‌باشد.

روش کار: جامعه‌ی آماری این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی در سال ۹۳-۱۳۹۲ شامل مادران کودکان ADHD مراجعه‌کننده به درمانگاه روان‌پزشکی بیمارستان‌های طالقانی و ۵ آذر گرگان می‌باشند. گروه آزمون شامل ۶۴ کودک مبتلا به ADHD انتخاب شده بر اساس نمونه‌گیری تصادفی و گروه شاهد نیز شامل ۶۴ کودک دبستانی شهر گرگان بودند که بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. پس از ارایه‌ی توضیحات به مادران، پرسش‌نامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی، فرزندپروری بوری و سلامت عمومی (GHQ) تکمیل گردیدند. داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶، آمار توصیفی و تحلیلی و آزمون مجذور خی تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: در هر گروه ۴۷ نفر پسر و ۱۷ نفر دختر با میانگین سنی گروه ADHD (۸/۴۲+۱/۸۴ سال) و گروه شاهد (۸/۸۴+۱/۱۰ سال) بودند. نمرات مادران دو گروه در خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و افسردگی و نمره‌ی کل پرسش‌نامه‌ی GHQ، اختلاف معنی‌داری داشتند (به ترتیب $P=0/01$ ، $P=0/001$ و $P=0/01$) و مادران کودکان ADHD مضطرب‌تر، افسرده‌تر و از سلامت جسمانی پایین‌تری برخوردار بودند. میانگین سبک فرزندپروری مقتدرانه نیز در مادران دو گروه، اختلاف معنی‌داری نشان داد ($P=0/002$). سن مادران در گروه ADHD به طور معنی‌داری بالاتر ولی تحصیلات ایشان، پایین‌تر از گروه شاهد بود (به ترتیب $P=0/01$ ، $P=0/001$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد از براینده ۴ عامل اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، تحصیلات مادر، سلامت روان مادر و سن مادر بر به‌کارگیری سبک فرزندپروری مقتدرانه، عامل اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، نسبت به سلامت روان مادر تاثیر بیشتری دارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، سبک فرزندپروری،

سلامت روان

فیروزه درخشانپور

استادیار روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان ،
مرکز تحقیقات روان‌پزشکی گلستان، دانشگاه
علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

سعیده خاکی

پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان،
گرگان، ایران

*نجمه شاهینی

دستیار روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان-
پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی
مشهد، مشهد، ایران

کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم
پزشکی مشهد، مشهد، ایران

محمدعلی وکیلی

دکتری تخصصی آمار زیستی، استادیار، گروه
بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

سید علی ثاقبی

استادیار روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان-
پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی
مشهد، مشهد، ایران

*مؤلف مسئول:

مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری،
بیمارستان ابن‌سینا، مشهد، ایران

najmeh_shahini@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۴/۰۲/۰۵

تاریخ تایید: ۹۴/۱۰/۰۹

پی‌نوشت:

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه‌ی دکترای بوده که با تایید و حمایت مالی مرکز تحقیقات روان‌پزشکی گلستان انجام شده و ارتباطی با منافع نویسندگان ندارد. از همکاری مادران شرکت‌کننده، قدردانی می‌گردد.

مقدمه

اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه^۱ (ADHD)، شایع‌ترین اختلال رفتاری است که کودکان را مبتلا می‌کند (۱). راهنمای تشخیص آماری اختلال روانی، آن را به عنوان الگوی پایدار عدم توجه و تکانشگری شرح می‌دهد که در واقع نوعی اختلال مزمن شدید در تکامل روانی است و برای تشخیص آن حداقل ۶ مورد از ۹ معیار بی‌توجهی یا بیش‌فعالی - تکانشگری بایستی در دو موقعیت جداگانه (مثلا خانه و مدرسه) مشاهده شوند (۹) مشخصه‌ی رفتاری برای بی‌توجهی و ۹ مشخصه‌ی رفتاری نوع بیش‌فعالی - تکانشگری فهرست شده است. این علائم بایستی ۶ ماه به طول انجامد و با سطح تحولی کودک تطابق نداشته و پیش از ۷ سالگی ظاهر شده باشند (۱). شیوع این اختلال بین ۱۲-۵ درصد گزارش شده است (۴-۲). گزارش‌ها در مورد میزان شیوع این اختلال در ایالات متحده‌ی آمریکا از ۲ تا ۲۰ درصد در کودکان دبستانی متغیر است. میزان شیوع آن در انگلستان کمتر از ۱ درصد است (۵). قانع‌زاده و همکاران در پژوهش خود شیوع کلی این اختلال را ۹/۵۳ درصد با شیوع بیشتر در بین پسران، عنوان کرده‌اند (۳). خانواده، نقش بسیار مهمی در مدیریت و یادگیری این کودکان دارد و معلمین نیز به میزان زیاد در مدیریت روز به روز این کودکان همکاری و شرکت دارند (۶). اگر چه مدارک زیادی وجود دارد که ADHD اساساً یک اختلال ژنتیکی و عصبی می‌باشد (۹-۷) اما این موضوع نمی‌تواند اهمیت نقش خانواده در مدیریت رفتاری این کودکان را کم‌رنگ کند.

هر خانواده شیوه‌ی خاصی را تحت عنوان شیوه‌های فرزندپروری در تربیت فرزندان خویش به کار می‌گیرد که متاثر از عوامل متفاوت فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی است (۱۱،۱۰). سبک‌های فرزندپروری، الگوهای استاندارد تربیت فرزند هستند که با آداب و پاسخ‌های معین والدین به رفتارهای فرزندان مشخص می‌شود (۱۲). والدین قاطع سعی می‌کنند فعالیت‌های فرزندان را به شیوه‌ی منطقی و مباحثه‌محور هدایت کنند. این والدین کیفیت رفتارهای کنونی کودک را تایید می‌کنند والدین با سبک فرزندپروری قاطع به عنوان والدین سخت‌گیر شناخته می‌شوند (۱۴،۱۳).

والدین سهل‌گیر به عنوان والدین پاسخگو اما غیر کنترل‌گر شناخته می‌شوند. این والدین به ندرت از فرزندان خود تقاضا دارند و اجازه می‌دهند فرزندانشان هر کاری خواستند انجام دهند بدون این که بر اعمال آنان مراقبت داشته باشند (۱۵).

در کودکان ADHD بسیاری از توانایی‌های رشدی (به عنوان مثال در رفتارهای اجتماعی، رشد عاطفی، ارتباط، زبان و سخن گفتن) دارای

مشکل است. تحقیقات نشان می‌دهد که این کودکان باعث اختلافات بیشتر زناشویی شده و یک منبع اضطراب برای والدین‌شان می‌باشند (۱۶،۱۵). این والدین، سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزندپروری را تجربه می‌کنند و احساس عدم کفایت دارند (۱۷). بر اساس تحقیقات انجام شده، کودکان مبتلا به ADHD در مقایسه با گروه شاهد دارای مادرانی با دوره‌های افسردگی اساسی و یا علائم اضطرابی در طی یک سال گذشته بودند و پدران آنها نیز سابقه‌ی ADHD را گزارش می‌کردند (۱۸). در بررسی روابط متقابل کودک - والد ثابت شده است که والدین کودکان مبتلا به ADHD برای کنترل رفتارهای تکانشی فرزند خود دستورات زیادی می‌دهند و از تشویق و تنبیه بیشتری استفاده می‌کنند (۱۹). تعاملات کودک - والد به خصوص در دوران نوجوانی در این خانواده‌ها به طور مشخص منفی‌تر و خصمانه‌تر از سایر خانواده‌ها بوده و اثر این علائم روی سلامت روان والدین نیز وجود دارد. این مطالعه با هدف ارزیابی ارتباط بین وضعیت سلامت روانی والدین با سبک فرزندپروری در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه انجام شده است.

روش کار

جامعه‌ی این مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی شامل کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه ۱۲-۷ ساله‌ی مراجعه‌کننده به درمانگاه روان - پزشکی بیمارستان‌های طالقانی و ۵ آذر شهر گرگان می‌باشد که داوطلب و واجد شرایط شرکت در تحقیق هستند.

حجم نمونه بر اساس فرمول، ۶۴ نفر در هر گروه محاسبه شد. گروه آزمون شامل ۶۴ کودک مبتلا به ADHD بر اساس معیارهای چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و تایید فوق تخصص روان‌پزشکی کودکان می‌باشند که با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. هم‌چنین گروه شاهد نیز ۶۴ کودک دبستانی شهر گرگان می‌باشند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا شهرستان به ۴ ناحیه تقسیم و از هر ناحیه ۱ مدرسه و از هر مدرسه طی هماهنگی با مدیر دبستان ۱۶ کودک به طور تصادفی انتخاب شدند. در هر دو گروه، کودکان با بیماری‌های دیگر یا عقب - ماندگی ذهنی، کودکانی که توسط افراد دیگری به جز پدر و مادرشان نگهداری می‌شوند، والدین ایشان طلاق گرفته‌اند یا جدا از هم زندگی می‌کنند، از مطالعه حذف شدند. پس از ارایه‌ی توضیحات به والدین در مورد طرح تحقیقاتی و اخذ رضایت از والدین، پرسش‌نامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی، فرزندپروری بامریند و سلامت عمومی (GHQ) در اختیار ایشان قرار داده شد.

¹ Attention Deficit and Hyperactivity Disease

شاهد	آزمون	شاهد	آزمون
> ۰/۰۵	۸/۸۴±۱/۱۰	۸/۴۲±۱/۸۴	سن کودک (سال)
۰/۰۱	۳۵/۰۹±۴/۶	۳۶/۹۵±۳/۲۶	سن مادر (سال)
۰/۰۰۱	۶/۲ (۴)	۳۱/۲ (۲۰)	تحصیلات مادر
	۸۲/۸ (۵۳)	۴۸/۴ (۳۱)	دیپلم و کاردانی
	۱۰/۹ (۷)	۲۰/۳ (۱۳)	کارشناسی و به بالا
> ۰/۰۵	۱۶(۲۵)	۲۵ (۳۹/۱)	رتبه‌ی تولد کودک
	۴۸(۷۵)	۳۹(۶۰/۹)	غیر تک‌فرزند

جدول ۲- سلامت روانی مادران کودکان ADHD و سالم بر اساس

پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی

سطح معنی-داری	شاهد	آزمون	متغیر
	ناسالم	سالم	سالم
	تعداد	تعداد	تعداد (درصد)
	(درصد)	(درصد)	(درصد)
۰/۰۱	۱۸	۴۶	۳۳
	(۲۸/۱۲)	(۷۱/۷۸)	(۴۸/۴۳)
	۴/۹۸±۲/۹۰	۷/۶۵±۴/۸۴	انحراف معیار ± میانگین
۰/۰۰۰	۲۲	۴۲	۴۴
	(۳۴/۳۷)	(۶۵/۶۲)	(۶۸/۷۵)
	۵/۸۲±۳/۷۸	۹/۲۳±۴/۳۰	انحراف معیار ± میانگین
> ۰/۰۵	۲۹	۳۵	۳۲
	(۴۵/۳۱)	(۵۴/۶۸)	(۵۰/۰۰)
	۶/۲۹±۲/۸۶	۶/۸۷±۳/۱۸	انحراف معیار ± میانگین
۰/۰۰۱	۵	۵۹	۲۰
	(۷/۸۰)	(۹۲/۱۸)	(۳۱/۲۵)
	۲/۲۰±۲/۸۱	۴/۵۳±۴/۳۳	انحراف معیار ± میانگین
۰/۰۰۱	۱۹	۴۵	۳۸
	(۲۹/۶۸)	(۷۰/۳۱)	(۵۹/۳۷)
	۱۹/۳۴±۱۰/۰۲	۲۸/۵۳±۱۳/۵۸	انحراف معیار ± میانگین

با توجه به جدول بالا در خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و نمره‌ی کلی سلامت روان در گروه آزمون و شاهد ارتباط معنی‌دار آماری یافت شد.

در مطالعه‌ی حاضر در گروه آزمون ۵۹ خانواده (۹۲/۲٪) و در گروه سالم ۶۱ خانواده (۹۵/۳٪) دارای سبک قاطعانه بودند، ۵ خانواده (۷/۸٪) در گروه آزمون و ۳ خانواده (۴/۷٪) در گروه شاهد دارای سبک آمرانه بودند و این ارتباط، معنی‌دار نبود.

الف- پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ): یکی از ابزارهایی است که در زمینه‌ی کیفیت روان‌سنجی استفاده می‌گردد. این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ به منظور غربالگری اختلالات روان‌شناختی غیر روان‌پریشی طراحی شده و با روش لیکرت (۰-۱-۲-۳) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه شامل ۲۸ سؤال است که برای تحقیقات، اعتبار یافته و پایایی ۰/۸۳، روایی ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ این ابزار نیز ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۰). در ایران نیز پالاهاگ، اعتبار این آزمون را ۰/۹۱ گزارش نمود و مقادیر آلفای کرونباخ را برای نشانه‌های جسمانی ۰/۸۴، اضطراب و اختلال خواب ۰/۷۸، کارکردهای اجتماعی ۰/۷۹، افسردگی ۰/۸۱ و وضعیت سلامت روانی را ۰/۹۱ برآورد کرده است (۲۱).

ب- پرسش‌نامه‌ی فرزندپروری: این پرسش‌نامه توسط بامریند^۲ در سال ۱۹۷۲ برای سبک فرزندپروری ساخته شده و دارای ۳۰ سؤال است که به صورت لیکرت ۰-۱-۲-۳-۴ نمره‌گذاری می‌شود. هر ۱۰ سؤال آزمون، یک سبک را می‌سنجد (۱۴). بوری، میزان پایایی این پرسش‌نامه را با روش بازآزمایی ۰/۸۱ برای سبک سهل‌گیرانه، ۰/۸۶ برای سبک مستبدانه و ۰/۹۲ برای سبک مقتدرانه گزارش نموده است (۲۲).

بعد از جمع‌آوری داده‌ها و ورود اطلاعات در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ از آمار توصیفی و تحلیلی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. بررسی ارتباط بین متغیرها با آزمون مجذور خی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام گرفت.

نتایج

در این مطالعه ۶۴ کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و ۶۴ کودک سالم در سطح شهرستان گرگان مورد مطالعه قرار گرفتند که دو گروه از نظر متغیرهای سن، پایه‌ی تحصیلی و جنس، یکسان بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه در گروه ADHD ۸/۴۲±۱/۸۴ سال و در گروه شاهد ۸/۸۴±۱/۱۰ سال و میانگین سنی مادران گروه ADHD ۳۶/۹۵±۳/۲۶ سال و گروه شاهد ۳۵/۰۹±۴/۶ سال بوده است. ارتباط معنی‌داری بین دو گروه از نظر سن کودک مشاهده نشد. هم‌چنین در هر گروه ۴۷ نفر پسر (۷۳/۴٪) و ۱۷ نفر دختر (۲۶/۶٪) بودند (جدول ۱). جدول ۲ نمرات سلامت عمومی مادران دو گروه را نشان می‌دهد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی-داری
کودکان ADHD و سالم و مادران		

¹General Health Questionnaire

²Baumrind

جدول ۳- مقایسه‌ی نمرات سبک‌های فرزند پروری مادران کودکان

ADHD و سالم		
متغیر	انحراف معیار \pm میانگین	
	آزمون	شاهد
مقتدرانه	$27/93 \pm 3/90$	$30/70 \pm 5/60$
سهل‌گیرانه	$16/09 \pm 4/21$	$16/14 \pm 4/52$
مستبدانه	$17/14 \pm 5/14$	$17/09 \pm 6/34$

میانگین سبک فرزندپروری مقتدرانه در گروه آزمون و شاهد، اختلاف معنی‌دار آماری نشان داد ($P=0/002$) اما در سبک‌های آمرانه و سهل-گیرانه این اختلاف معنی‌دار نبود.

تحلیل رگرسیون پیش‌بینی شده امتیاز سبک فرزندپروری قاطعانه‌ی کودکان نشان می‌دهد که متغیر ابتلا به ADHD و تحصیلات مادر معنی‌دار بوده است ($P<0/01$) ولی نمره‌ی سلامت عمومی مادر و سن مادر در این پیش‌بینی، تاثیر معنی‌داری نداشته است. به علاوه ضریب بتا در معادله‌ی رگرسیونی در پیش‌بینی امتیاز سبک فرزندپروری قاطعانه به ترتیب برای سن مادر $0/077$ ، گروه $-2/178$ ، تحصیلات مادر $1/52$ برآورد می‌شود (کد متغیرهای گروه (ADHD عدد ۱، سالم عدد ۰)، سطح تحصیلات (زیر دیپلم عدد ۱، دیپلم و کاردانی عدد ۲، کارشناسی و به بالا عدد ۳) در نظر گرفته شده است).

بحث

در این مطالعه ۶۴ نفر از کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه (ADHD) و ۶۴ کودک سالم مورد بررسی قرار گرفتند. در هر گروه ۴۷ نفر پسر ($73/4\%$) و ۱۷ نفر دختر ($26/6\%$) بودند.

همان گونه که در نتایج گزارش شد، در خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمانی و اضطراب و افسردگی مادران بر اساس پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی، ارتباط معنی‌داری بین دو گروه ADHD و شاهد بود. به این معنی که مادران کودکان ADHD مضطرب‌تر و افسرده‌تر بوده و از سلامت جسمانی پایین‌تری برخوردار هستند. هم‌چنین نمره‌ی کل GHQ در دو گروه معنی‌دار بوده، به این معنی که سلامت روان مادران کودکان ADHD مختل می‌باشد که هم‌سو با مطالعات دیگر است (۲۳، ۲۱).

محرومی و همکاران، تاثیر آموزش برنامه‌ی تربیت‌سازنده به مادران را بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه را در ۶۰ مادر دارای کودک ۱۲-۶ ساله‌ی با اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه مراجعه‌کننده (۳۰ نفر آزمون و ۳۰ نفر شاهد) به درمانگاه کودک و نوجوان بیمارستان روزبه تهران، بررسی نمودند. تفاوت شاخص‌های افسردگی و اضطراب در گروه آزمون نسبت به شاهد معنی‌دار بود (۲۴) که در مطالعه‌ی حاضر نیز این ارتباط، معنی‌دار گزارش گردید.

در مطالعه‌ی حاضر مادران کودکان ADHD سطح بالاتری از افسردگی را نشان دادند که این با مطالعاتی که نشان دادند والدین کودکان ADHD سطح بالاتری از افسردگی را نسبت به گروه شاهد نشان می‌دهند، هم‌سو است (۲۵، ۲۴).

در این مطالعه، نشان داده شد که سلامت روان مادران کودکان ADHD به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه سالم است و مادران کودکان عادی نسبت به مادران کودکان ADHD علایم جسمانی، اضطرابی و اختلال عملکرد کمتری دارند و در کل سالم‌ترند. به عبارت دیگر، والدین کودکان ADHD علایم جسمانی، علایم اضطرابی و اختلال خواب بیشتری را در خود گزارش نموده‌اند و در زمینه‌ی عملکرد اجتماعی در مقایسه با والدین کودکان عادی مشکلات بیشتری دارند و ضعیف‌تر عمل می‌کنند. هم‌چنین بیشترین میزان سلامت روانی در بین فرزندان دیده می‌شود که مطابق سبک قاطع و اطمینان‌بخش تربیت شده‌اند و کمترین میزان سلامت روانی در بین فرزندان دیده می‌شود که مطابق سبک مستبدانه تربیت شده‌اند (۲۶).

در مطالعه‌ی عزیزاده و همکاران، ارتباط دوجانبه‌ی بین سبک‌های فرزندپروری و ADHD را بررسی کردند. نتیجه‌ها نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین ADHD و سبک‌های فرزندپروری وجود دارد. به طوری که بین ADHD و سبک قاطعانه، یک ارتباط منفی وجود دارد و در مقابل بین ADHD و سبک مستبدانه‌ی این ارتباط، مثبت است. به این معنی که احتمال داشتن فرزند ADHD در خانواده‌های با سبک قاطعانه، کمتر و در سبک مستبدانه، بیشتر می‌باشد (۱۶) اما در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین سبک سهل‌گیرانه و داشتن فرزند ADHD پیدا نشد. بنا بر مطالعات، پدران و مادران کودکان غیر ADHD تفاوتی در استفاده از سبک‌های فرزندپروری ندارند اما والدین کودکان ADHD بعضی تفاوت‌ها را در سبک‌های قاطعانه و مستبدانه نشان دادند. مادران با پسران و دختران مبتلا به ADHD مقتدرانه‌تر از پدران عمل می‌کنند ولی این یافته در مورد والدین کودکان سالم و نیز در مورد سبک مستبدانه و سهل‌گیرانه به دست نیامد (۲۷).

در مطالعه حاضر اگرچه عمدتاً سبک مقتدرانه داشتند اما میانگین نمره در گروه شاهد بالاتر بوده و به طور مناسب‌تری از این روش استفاده می‌کردند که با مطالعات دیگر مشابه بود که آموزش رفتاری باعث تغییر در شیوه‌های تربیتی مادران و افزایش سبک مقتدرانه در مادران کودکان ADHD شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از این تحقیق به نظر می‌رسد از برآیند ۴ عامل اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، تحصیلات و نمره‌ی سلامت عمومی

