

Doświadczenia okołoporodowe kobiet z zespołem nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi (ADHD)

Perinatal experience of women with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

© Autorzy (prawa autorskie) • Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio (prawa wydawnicze) • **Open Access CC BY-NC-ND 4.0.**

Aurelia Anioł^a, Barbara Baranowska^b ✉

^a Aurelia Anioł, <https://orcid.org/0009-0005-3545-658X>, Faculty of Health Sciences, Medical University of Warsaw

^b Barbara Baranowska, <https://orcid.org/0000-0003-2723-9604>, Department of Midwifery, Centre of Postgraduate Medical Education

✉ Corresponding author: barbara.baranowska@cmkp.edu.pl

Abstrakt: *Wstęp:* Zespół nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi (ADHD) jest zaburzeniem neurorozwojowym, wykazującym znaczną różnorodność osobniczą. Badania populacyjne określają częstość jego występowania na 1% do 5% populacji. Ze względu na odmienną prezentację objawów, kobiety z ADHD rzadziej otrzymują adekwatną pomoc. W okresie okołoporodowym napotykają one na więcej trudności, niż kobiety neurotypowe. U ciężarnych z ADHD częściej występują trudności rodzinne w tym konflikty z partnerem czy brak wsparcia ze strony bliskich a także różnorodne powikłania położnicze, takie jak konieczność konieczność rozwiązania ciąży przez cesarskie cięcie, nadciśnienie indukowane ciążą czy niedokrwistość. Niewielka liczba prac naukowych skupia się na ich indywidualnym przeżywaniu okresu ciąży oraz porodu. *Metoda:* Badanie przeprowadzono za pomocą częściowo ustrukturyzowanych indywidualnych wywiadów. W badaniu wzięło udział 10 kobiet z formalną diagnozą ADHD, których ostatni poród odbył się w latach 2019-2024. Uczestniczki wybrano metodą doboru celowego spośród kobiet wyrażających chęć udziału w badaniu. Dane analizowano i kodowano zgodnie z metodologią refleksyjnej analizy tematycznej. *Wyniki:* Podczas analizowania treści wywiadów wyróżniono 3 wiodące tematy: 1. *ADHD w okresie okołoporodowym* (Zaburzenia uwagi, Nadpobudliwość i impulsywność, Atypowe przetwarzanie sensoryczne), 2. *W relacjach z innymi*, oraz 3. *Konsekwencje przeżyć okołoporodowych*, wraz z podtematami, które były istotne dla badanych kobiet. *Wnioski:* Na doświadczenia okołoporodowe kobiet z ADHD znaczący wpływ miały objawy tego zaburzenia. Skupienie na indywidualnych potrzebach ciężarnych i rodzących oraz uwzględnienie trudności wynikających z zespołu nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi może znacząco poprawić doświadczenia okołoporodowe tych kobiet. W opiece w trakcie porodu uwzględnić należy opisaną w badaniu szczególną wrażliwość sensoryczną na środowisko szpitalne oraz unikać unieruchamiania rodzących. Brak wsparcia ze strony personelu medycznego oraz rodziny może skutkować długofalowymi negatywnymi konsekwencjami. Konieczne są zmiany w prowadzeniu opieki nad ciężarną i rodzącą z ADHD, badania wykazały bowiem, że część kobiet z powodu traumatycznych doświadczeń porodowych, deklarowało rezygnację z dalszych planów prokreacyjnych. **Słowa kluczowe:** ADHD, ciąża, doświadczenia okołoporodowe, poród

Abstract: *Background:* Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder with considerable individual variability. Population-based studies put its prevalence at 1% to 5% of the population. Due to the different presentation of symptoms, women with ADHD are less likely to receive adequate help. They face more difficulties in the perinatal period than neurotypical women. Pregnant women with ADHD are more likely to experience family difficulties, including conflicts with their partner or lack of support from relatives, as well as a variety of obstetric complications, such as the need for delivery by cesarean section, pregnancy-induced hypertension or anaemia. A small number of scientific papers focus on their individual experience of pregnancy and childbirth. *Method:* the study was conducted by means of semi-structured individual interviews. Ten women with a formal diagnosis of ADHD, whose last delivery was between 2019 and 2024, participated in the study. Participants were selected by purposive sampling from women willing to participate in the study. Data were analysed and coded according to reflective thematic analysis methodology. *Results:* When analysing the content of the interviews, 3 leading themes were identified: 1. *ADHD in the perinatal period* (Attention Deficit Disorder, Hyperactivity and impulsivity, Atypical sensory processing), 2. *In relationships with others*, and 3. *Consequences of perinatal experiences*, together with subthemes that were relevant to the women interviewed. *Conclusions:* The perinatal experiences of women with ADHD were significantly influenced by the symptoms of the disorder. Focusing on the individual needs of pregnant and birthing women and taking into account the difficulties arising from attention deficit hyperactivity disorder can significantly improve the perinatal experience of these women. Care during labour should take into account the particular sensory sensitivity to the hospital environment described in the study and avoid immobilising parturients. Lack of support from medical staff and family can result in long-term negative consequences. Changes are needed in the management of care for pregnant and birthing women with ADHD, as research has shown that some women, due to traumatic birth experiences, declared abandonment of further procreative plans.

Keywords: ADHD, childbirth, perinatal experiences, pregnancy

Wstęp

Zgodnie z klasyfikacją ICD-11 zespół nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi (ADHD- attention deficit hyperactivity disorder) jest zaburzeniem neurorozwojowym, występującym już we wczesnym dzieciństwie¹. Składające się na ADHD komponenty wykazują znaczną różnorodność osobniczą. Z tego powodu zaburzenie to podzielono na podtypy, zależnie od dominujących objawów, oraz podtyp mieszany. Do cech związanych z zaburzeniami uwagi należy trudność w skupieniu się na zadaniach niedostarczających natychmiastowej nagrody, łatwe rozpraszenie się pod wpływem bodźców zewnętrznych. Osoby te mają także problemy z organizacją zadań i zapominają o wykonaniu zaplanowanych czynności. Podtyp nadpobudliwy może charakteryzować się nadmierną ruchliwością, uniemożliwiającą wykonywanie zadań w całkowitym bezruchu. Takie osoby często wypowiadają swoje myśli bez zastanowienia, czy przerywają wypowiedzi swoich rozmówców. Typowe jest także impulsywne podejmowanie działań pod wpływem bodźców zewnętrznych, bez namysłu nad możliwymi konsekwencjami. Osoby z ADHD inaczej postrzegają swoje otoczenie oraz mogą nie przestrzegać ustalonych norm społecznych. Chociaż nasilenie objawów wykazuje zmienność, w zależności od aktualnego środowiska oraz jego wymagań, to zgodnie z definicją muszą one negatywnie wpływać na codzienne funkcjonowanie. Jednocześnie osoby z ADHD, mogą nie zdawać sobie sprawy z istnienia tego zaburzenia, aż do wieku dorosłego, gdy wymagania otoczenia zaczynają przekraczać możliwości kompensacyjne jednostki, (tamże, por. także Elliott i in., 2024). Jest to zauważalnie częstsze u kobiet, ponieważ rzadziej prezentują one typowe objawy ADHD, takie jak nadmierna ruchliwość, czy konfliktowość. Najczęściej występuje u nich podtyp mieszany lub z zaburzeniami uwagi. Jednak ze względu na inne, niż te kierowane do mężczyzn, oczekiwania społeczne oraz kulturowe kobiety, są w stanie stosunkowo dobrze kompensować objawy. Trudności w codziennym funkcjonowaniu najczę-

ściej zauważane są w okresach istotnych życiowych zmian takich jak założenie rodziny, czy rozpoczęcie pracy zawodowej. Pomimo tego, że większość cech prezentuje się odmiennie zależnie od płci jedną z niewielu występujących równie często u kobiet i mężczyzn jest skłonność do nadużywania substancji psychoaktywnych czy alkoholu (Young i in., 2020).

W zależności od przyjętych kryteriów diagnostycznych, metodologii badania, czy badanej populacji, częstość występowania ADHD określa się na poziomie 1,6% do 5%. Wartości te mogą być jednak niedoszacowane ze względu na trudności diagnostyczne u dorosłych, szczególnie u kobiet (Popit i in., 2024). W Stanach Zjednoczonych ok. 4% rodzących miało postawioną diagnozę ADHD na rok przed, lub do roku po porodzie. Liczba takich diagnoz wzrosła o 290% w okresie pomiędzy 2008, a 2020 rokiem (Hall i in., 2024).

Okres okołoporodowy określa charakterystyczną konstelację doświadczeń, obejmując zarówno wymiar zdrowia fizjologicznego, jak i psychicznego, na które mogą mieć głęboki wpływ cechy neurodywergentne jednostki. Okres ten wyróżniają znaczne zmiany hormonalne, szczególnie w odniesieniu do poziomu estrogenów i progesteronu. Estrogen może zwiększać stężenia dopaminy i serotoniny, a jego stabilnie zwiększone stężenie w ciąży może mieć istotny wpływ na zdolności skupienia uwagi, zachowania impulsywne i regulację emocjonalną. Jednocześnie nagłe zmiany hormonalne w czasie porodu mogą powodować nagłe nasilenie objawów ADHD (Elliott i in., 2024, Osianlis et al., 2025).

W związku z tym kobiety z ADHD w okresie okołoporodowym często doświadczają zwiększonych wyzwań emocjonalnych, fizycznych i społecznych, co prowadzi do większego ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych (Bang Madsen i in., 2024). W badaniach przeprowadzonych na stosunkowo dużej grupie kobiet z 7 różnych państw, wykazano korelację pomiędzy nasileniem objawów ADHD, a zmniejszonym wsparciem ze strony zarówno rodziny

1 World Health Organization. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders* (1st ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization. (From:) <https://www.who.int/publications/item/9789240077263>

jak i przyjaciół. Może to utrudniać radzenie sobie z już i tak zwiększoną liczbą sytuacji stresowych, które wiążą się z ciążą (Murray i in., 2022). Badania sugerują, że kobiety z ADHD mogą być szczególnie wrażliwe na gwałtowny spadek poziomu estrogenu i progesteronu, potencjalnie zwiększający ryzyko wystąpienia i nasilenie depresji poporodowej. Kobiety neuroatypowe zgłaszają większe trudności w radzeniu sobie z bodźcami zewnętrznymi w trakcie ciąży, które objawiają się głównie zwiększoną wrażliwością sensoryczną (Elliott i in., 2024; Kamath i in., 2020; Panagiotidi i in., 2018). U kobiety, u których zdiagnozowano ADHD, częściej występują problemy związane z niedowagą lub nadwagą, a także nadużywaniem alkoholu, tytoniu i substancji psychoaktywnych, które mogą skutkować szkodliwymi konsekwencjami położniczymi i okołoporodowymi (Skoglund i in., 2019). Wykazano również, że u ciężarnych z ADHD częściej występowało nadciśnienie indukowane ciążą, niedokrwistość, choroby serca czy nerek. Również w okresie porodu nierzadko występowały komplikacje, w tym poród przedwczesny, krwotok poporodowy oraz konieczność zakończenia porodu drogą cięcia cesarskiego. Noworodki natomiast częściej wymagały wydłużonego pobytu w oddziale neonatologicznym, co może mieć związek z częściej występującą wśród nich niską masą urodzeniową i związanymi z tym komplikacjami. Wśród noworodków zauważono także zwiększoną częstotliwość występowania wad wrodzonych, co także mogło predysponować je do przedłużenia hospitalizacji (Amikam i in., 2024; Poulton i in., 2018; Walsh i in., 2022).

Pomimo rosnącej świadomości społecznej dotyczącej zaburzeń neurorozwojowych, osoby z ADHD w kontaktach z ochroną zdrowia nadal napotykają na liczne bariery w komunikacji z personelem medycznym. Tylko niewielki procent chorych otrzymuje adekwatne wsparcie i dostosowane podejście terapeutyczne (Ramos-Quiroga i in., 2013). Otrzymują oni często zalecenia niedostosowane do ich indywidualnych potrzeb oraz ograniczeń (Ward i in., 2024). Może to w dalszej perspektywie prowadzić do poczucia opuszczenia oraz niezrozumienia przez pracowników ochrony zdrowia (Matheson i in., 2013). W okresie okołoporodowym czynniki te prowadzą do znacznych trudności komunikacyjnych

oraz ignorowania potrzeb ciężarnych i rodzących, co może skutkować finalnie negatywnym doświadczeniem porodowym (Elliott i in., 2024).

Pomimo szerokiego zakresu literatury dotyczącej wpływu czynników matczynych na możliwość wystąpienia ADHD u potomstwa, znacznie mniej uwagi poświęca się dobrostanowi ciężarnych i rodzących z ADHD. W opublikowanym w listopadzie 2024 roku przeglądzie literatury, dotyczącym doświadczeń okołoporodowych osób neuroroznorodnych, tylko jedno z jedenastu przytoczonych badań dotyczyło ADHD, pozostałe odnosiły się jedynie do spektrum autyzmu. W badaniu wzięły udział 73 rodziny, w tym tylko 17 matek z ADHD (Elliott i in., 2024). Pokazuje to jak bardzo niedoreprezentowana jest grupa kobiet z ADHD w pracach obejmujących okres okołoporodowy. Dodatkowo w większości istniejących badań stan psychiczny oceniany jest wystandaryzowanymi kwestionariuszami takimi jak Adult ADHD Quality of Life (AAQoL), które ze względu na swoją ogólną naturę nie dają możliwości głębszego wglądu w przeżycia tych kobiet (Gjervan & Nordahl, 2010). Wskazuje to na pilną potrzebę spojrzenia na indywidualne historie kobiet z ADHD. Analiza tych doświadczeń może przyczynić się do lepszego poznania ich perspektywy oraz dostosowania postępowania personelu medycznego do ich indywidualnych potrzeb. Pomimo pojawiających się na świecie opracowań dotyczących kobiet neuroroznorodnych w okresie okołoporodowym, brakuje również badań które uwzględniałyby polski kontekst kulturowy.

Celem badania jest analiza doświadczeń okołoporodowych kobiet z ADHD oraz zbadanie wpływu neuroroznorodności na subiektywne przeżywanie czasu ciąży, porodu i pogołu.

1. Materiały i metody

Uczestniczki zostały wybrane metodą doboru celowego spośród kobiet, które zgłosiły chęć udziału w badaniu. Były to członkinie grup tematycznych skierowanych do osób z ADHD na portalu społecznościowym. Do badania włączano kobiety z formalną diagnozą ADHD, których ostatni poród odbył się w latach 2019-2024. Z uczestnictwa wykluczono

kobiety z towarzyszącymi innymi zaburzeniami neurorozwojowymi. W badaniu ostatecznie wzięło udział 10 kobiet w wieku 28-42 lat. Tylko jedna z nich miała ponad 40 lat. Dwie z uczestniczek były w związkach nieformalnych, reszta pozostawała w związkach małżeńskich. Trzy badane były pierworódkami, dla większości pozostałych był to drugi poród.

Badanie przeprowadzono za pomocą częściowo ustrukturyzowanych indywidualnych wywiadów przeprowadzonych zdalnie z pomocą oprogramowania teleinformatycznego umożliwiającego rozmowę w czasie rzeczywistym z przesyłem obrazu. Z każdą kobietą wywiad przeprowadzano jednokrotnie. Przed przystąpieniem do rozmowy uczestniczki wyrażały zgodę na uczestnictwo w badaniu. Na początku każdego wywiadu kobiety wyrażały zgodę na jego nagranie.

Wywiad rozpoczynano od ogólnych pytań otwartych „Opowiedz mi o swojej ciąży”, „Opowiedz mi o swoim porodzie.” a następnie zależnie od odpowiedzi, zadawano bardziej szczegółowe pytania w celu realizacji założeń badania, na przykład „Jak przebiegała Twoja ciąża, jak czułaś się gdy byłaś w ciąży?”, „Jakie traktowanie przez osoby najbliższe lub personel medyczny było dla Ciebie wspierające?”. Badane kobiety miały możliwość w pełni swobodnego wyrażenia swoich odczuć oraz przeżyć. Wywiady trwały średnio około godziny.

Wywiady zostały nagrane, a następnie były ręcznie transkrybowane w edytorze MS-Word przez pierwszą autorkę badania. Dane analizowano i kodowano zgodnie z metodologią refleksyjnej analizy tematycznej według Braun i Clarke (2022). Kody grupowano w pojęcia, które kategoryzowano poprzez zidentyfikowanie związków między nimi. Kategorie utworzone w tym procesie, jak również znalezione między nimi powiązania pozwoliły na wyłonienie głównych tematów. Po ponownym zapoznaniu się z materiałem z każdej rozmowy zostały wyszczególnione podtematy oraz odpowiadające im cytaty.

Do sposobów kontroli jakości wykorzystano refleksyjność, oraz szczegółowe dokumentowanie wszystkich etapów badania, kilkukrotne kodowanie, oraz konsultowanie brzmienia i znaczenia kodów i tematów wyłonionych z danych z innymi członkami zespołu badawczego bądź badaczami niezaangażowanymi w badanie.

2. Wyniki

W procesie analizy treści zebranych wywiadów wyróżniono 3 wiodące tematy: ADHD w okresie okołoporodowym, „*W relacjach z innymi*”, oraz *Konsekwencje przeżyć okołoporodowych*. W ramach pierwszego tematu wyłoniono podtematy: Zaburzenia uwagi, Nadpobudliwość i impulsywność, Atypowe przetwarzanie sensoryczne, a w ramach drugiego: Relacje z bliskimi, Komunikacja i współpraca z personelem medycznym.

2.1. ADHD w okresie okołoporodowym

Kobiety w narracjach dotyczących ciąży i porodu odnosiły się do wpływu różnych składowych zespołu nadpobudliwości na ich przeżywanie i doświadczanie okresu okołoporodowego. Część z badanych opisywała nasilenie się w tym okresie objawów ADHD, co powodowało znaczny dyskomfort i utrudniało funkcjonowanie. Jednocześnie część cech i zachowań charakterystycznych dla kobiet z zespołem nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi opisywane były przez kobiety jako zasób.

2.1.1. Zaburzenia uwagi

Występująca u badanych kobiet tendencja do prokrastynacji, miała wpływ na ich zachowania w okresie okołoporodowym. Miały one trudności z utrzymaniem uwagi i skupieniem, rozpoczynaniem czynności i realizowaniem zadań na czas. Pomimo zbliżającego się terminu porodu kobiety nie były przygotowane do pobytu w szpitalu, a nawet mimo rozpoczynającego się porodu potrafiły prokrastynować udanie się do placówki medycznej. Jedna z uczestniczek zadeklarowała, że badania laboratoryjne wykonywała podczas rozpoczynającej się czynności skurczowej, chociaż powinna zrobić to znacznie wcześniej. Inne kobiety odkładały szykowanie potrzebnych rzeczy do szpitala, tak długo, aż zmuszała je do tego rozpoczynająca się akcja porodowa.

„Nie wierzyłam, że faktycznie rodzę i robiłam śniadanie, zmywałam i nie chciałam się zebrać do szpitala, pomimo namawiania

przez męża. Był na mnie zły i kazał mi się dopakować i jechać. Torbę miałam niedopakowaną, bo tak bardzo nie wierzyłam, że to się już będzie działo.” (uczestniczka 2)

Natomiast niektóre kobiety deklarowały odmienne schematy zachowań. Opisywały one nadmierne skupienie i zaangażowanie w odniesieniu do przebiegu i prowadzenia ciąży, przygotowania do zbliżającego się porodu czy laktacji. Zgłaszały również potrzebę intensywnego poszerzania wiedzy dotyczącej okresu okołoporodowego.

„Miałam hiperfokus na tą ciążę, ja miałam wszystkie badania robione tak w terminie jak nikt, miałam dwie karty ciąży, jedną na NFZ, jedną prywatnie, wszystkie badania robiłam podwójnie.” (uczestniczka 6)

„I wpadłam w hiperfocus i wir czytania książek o porodzie. Od początku ciąży czytałam, przeczytałam chyba całą dostępną literaturę popularnonaukową o ciąży i porodzie. I tak samo z pielęgnacją dzieci, starałam się dowiedzieć wszystko na ten temat.” (uczestniczka 4)

2.1.2. Nadpobudliwość i impulsywność

Badane kobiety opisywały podejmowanie nieprzemysłanych decyzji oraz impulsywnych działań w okresie okołoporodowym, z których część wiązała się z negatywnymi konsekwencjami. Powtarzającym się motywem było podróżowanie w ciąży w terminie porodu, pomimo wiążącego się z tym ryzyka. Nadpobudliwość w opiniach badanych wpływała na zachowania związane z hospitalizacją. Kobiety wypisywały się ze szpitali na własne żądanie, a konieczność pozostawania w ruchu, czyniła trudnym do zniesienia unieruchomienie wymagane podczas prowadzenia zapisu KTG lub samego porodu. Pomimo świadomości możliwych konsekwencji, badane kobiety starały się uniknąć unieruchomienia na wszelkie sposoby.

„Gdy ja byłam dzieckiem byłam po prostu niegrzeczna, bo nie umiałam usiedzieć na miejscu. Na patologii ciąży byłam niegrzeczną pacjentką.” (uczestniczka 6)

„A i nie dali mi w ogóle się ruszyć, to jest coś, to jest ten gwóźdź do trumny (..) Ja nie byłam w stanie wyleżeć. Więc nie mogli dobrze zrobić KTG, więc musiałam dalej leżeć, więc leżałam, było ciężko.” (uczestniczka 1)

Część badanych opisywała trudność w zaakceptowaniu zmiany planów w okresie okołoporodowym wywołanych niezależnymi od nich okolicznościami.

„(...) gdy wstałam rano w Wigilię dostałam SMS, że moja wizyta jest odwołana. I ja powiedziałam do mojego partnera, że choćby nie wiem co ja nie pojadę na żadne Święta póki nie pojadę na to USG. No i znaleźliśmy na drugim końcu miasta jakąś lekarkę i tam pojechaliśmy.” (uczestniczka 6)

2.1.3. Atypowe przetwarzanie sensoryczne

Wszystkie badane kobiety często zwracały uwagę na niedostosowanie środowiska szpitalnego do ich potrzeb, co wpływało na ich odczucia i zachowania. Zaburzenia w przetwarzaniu bodźców zewnętrznych czyniło doświadczenie porodu dodatkowo trudnym.

„To samo chodzenie w mokrych klapkach po prysznicu. Uczucie przyklejania się do tej folii na krześle porodowym, filcowo-plastikowej. I to, że jesteś cała mokra i spocona i jeszcze się przyklejasz do tego (...) Straszne to było. Światło było zapalone, więc praktycznie przez cały poród miałam zamknięte oczy.” (uczestniczka 2)

„Mam nadwrażliwość na światło, górne zwłaszcza, nienawidzę go. A tam było górne światło ciągle zapalone i to było bardzo uciążliwe. Słuchową też mam nadwrażli-

wość. A w szpitalu dzieci ciągle płakały, ja praktycznie nie spałam, myślałam, że oszaleję.” (uczestniczka 5)

Niektóre kobiety zwróciły szczególną uwagę na psychiczny dyskomfort, który powodowały u nich czynności medyczne wymagające naruszania ciągłości tkanek. Potencjalne ryzyko przeżywania ponownie takiego wydarzenia mogło nawet wpłynąć na decyzję dotyczącą wyboru rodzaju porodu.

„W planie porodu było dosłownie napisane, że jestem nadwrażliwa dotykowo, że nie jestem w stanie znieść tych igieł, bo wywołują u mnie psychiczny ból i czuję to w każdym ruchu. Pamiętam jej irytację i wielkie zdziwienie dlaczego ja się tak boję igieł, jak miałam trzy cesarki. Ale ja właśnie przetrwałam trzy cesarki i nie chcę kolejnej. Gdybym się tak nie bała igieł, to mogłabym mieć kolejną cesarkę.” (uczestniczka 7)

Kobiety z ADHD deklarowały, że dyskomfort mogą powodować u nich zdarzenia, które w porodzie są całkowicie fizjologiczne. Szczególnie wyczulony zmysł dotyku sprawiał, że doświadczenie porodu obejmowało dodatkowe, nieprzyjemne dla nich doznania.

„Dziecko mi położyli na klatkę i ja byłam taka rozdrażniona, nie chciałam tego dziecka przytulić. Ono było takie mokre, oślizgłe, ja się czułam też źle. (...) ja już chciałam żeby ono było czyste, suche, zawięte w coś, albo nawet golutkie, ale czyste. Bo ja wiem, że to moje, że to ze mnie i to nie jest coś złego, to co ono ma na sobie, ale to we mnie powodowało takie obrzydzenie, dyskomfort i nieprzyjemne doznanie bardzo.” (uczestniczka 3)

„Ja po porodzie się czułam strasznie brudna po tym wszystkim, czułam się okropnie. To mnie niesamowicie drażniło, to uczucie spocenia, brudu. (...) Dużo czasu spędziłam pod prysznicem, nie chciałam spod niego wychodzić. Dawało mi to ukojenie,

to że ta woda leciała i że mogę się na bieżąco obmywać z tego, że się pocę. (uczestniczka 3)

Dyskomfort był również związany z karmieniem piersią. Zmuszało to kobiety do podejmowania trudnych decyzji i szukania alternatywnych rozwiązań.

„Gdy odciągałam dla niego, to nie robiłam tego laktatorem, tylko ręcznie i też wszyscy byli w szoku. Nie znosiłam laktatora, jego dotyku, dźwięku, koszmar. (...) I też głównie dlatego ich odstawiałam, przez te sensoryczne odczucia. Mimo, że nie chciałam kończyć, chciałam żeby samo się zakończyło, to zrobiłam to, bo mnie to tak męczyło.” (uczestniczka 2)

Badane kobiety deklarowały, że często po porodzie starały się uspokoić za pomocą rzeczy, które zwykle przywracały im komfort. Wybierały wtedy relaksujące rozrywki jak oglądanie ulubionego serialu, lub jedzenie, które kojarzyły z beztroską dzieciństwa.

„I ja czułam się taka uprawnomożona do jedzenia tych Michałków i po prostu miałam te Michałki w szufladzie skitrane i je tak jadłam. To był taki stan jak jakiś trans, jak pod wpływem narkotyków bym powiedziała. Uwielbiam Michałki, to są moje ulubione słodkie, może sentymentalne, bo mój tata bardzo lubi Michałki i od niego zawsze je podjadałam.” (uczestniczka 4)

„Ugotowała mi zupę, taką jak mi gotowała jak byłam mała, między nami jest 12 lat różnicy, więc gotowała mi jak byłam małą dziewczynką taką zupę.” (uczestniczka 1)

Część badanych opisywała wybiórczość pokarmową wynikającą z trudności sensorycznych w okresie okołoporodowym. Kobiety które zauważały u siebie takie trudności podkreślały, że w trakcie pobytu w szpitalu uciążliwa była dla nich dieta, która nie brała pod uwagę indywidualnych wykluczeń żywieniowych.

„Mam pewną wybiórczość pokarmową. Jak nie pasuje mi zapach czegoś, to nie jestem w stanie tego jeść, bo zwymiotuję. Wzięłam do szpitala duże zapasy jedzenia swojego żeby mieć.” (uczestniczka 5)

„Dumna jestem z siebie jak zjem warzywo do kanapki. (...) Konsystencji też wielu nie lubię. Jak ktoś doda świeżego pomidora, czy ogórka kiszzonego, to cała potrawa jest taka, że abstrakcyjne by było ją zjeść. (...) Nie mam czegoś takiego, że mogę zjeść jedzenie, pomimo tego, że mi nie smakuje. Jak mi nie smakuje, to ja zwymiotuję prędzej, niż je zjem.” (uczestniczka 4)

2.2. W relacjach z innymi

Dużą przestrzeń w wywiadach kobiet zajmowały relacje zarówno w odniesieniu do bliskich, szczególnie nie partnera a także osób z personelu medycznego.

2.2.1. Relacje z bliskimi

Badane kobiety opisywały, że w okresie ciąży doświadczały trudności w relacjach rodzinnych. Obejmowało to zarówno relację partnerską jak i ze starszymi dziećmi. Jednocześnie genezy konfliktów były zróżnicowane, chociaż wszystkie związane z opisywanym zaburzeniem.

„Wszystko wyprowadzało mnie z równowagi i nie byłam w stanie się zatrzymać, tak jak zwykle, w ciąży się to pogłębia. Byłam bardzo wyczulona na dotyk i dźwięki. (...) Denerwowało mnie, że dzieci są obok mnie, że chcą trzymać mnie za rękę. Normalnie w porządku, ale w ciąży nie. Jeśli dzieci głośno się bawią, albo piszczą, kłócą się, to normalnie wychodzę do drugiego pokoju i daję radę, ale w ciąży jeśli to nawet z innego pomieszczenia słyszę, to ciężko mi to znieść.” (uczestniczka 7)

„W ciąży, szczególnie w tych pierwszych 4 miesiącach się strasznie kłóciliśmy i ja też lubiłam sobie tak wszystko mieć na ostrzu noża.” (uczestniczka 9)

W momencie samego porodu oczekiwania kobiet względem ich partnerów były różne. Części z nich wystarczało otrzymywane wsparcie instrumentalne oraz samo towarzyszenie im w porodzie. Dla innych natomiast niedostateczne zaangażowanie emocjonalne mężczyzn stanowiło problem.

„Ja w porodzie wołałam być bardziej sama, nie lubię dotyku. Więc mąż podawał mi wodę, ale nie brał takiego bezpośredniego udziału, bo ja też tego nie potrzebuję aż tak. Ale bardzo ważna jest dla mnie jego obecność i żeby przełączał muzykę.” (uczestniczka 1)

„On jak przyszedł na tą salę porodową, to też takie techniczne wsparcie stanowił. Wykonywał polecenia położnej „Tu pan przytrzyma żonie nogę” i dbał o moje nawodnienie podczas porodu. (...) Może ja bym potrzebowała żeby on był bardziej obecny, tak emocjami, a nie ciałem, ale on był po swojemu.” (uczestniczka 4)

2.2.2. Komunikacja i współpraca z personelem medycznym

Część badanych świadoma była swoich trudności w kontaktach interpersonalnych. Badane kobiety zwracały szczególną uwagę na rolę komunikacji w relacji terapeutycznej z personelem medycznym podczas porodu. Według większości badanych mogła ona diametralnie zmienić ich odczucia okołoporodowe. Nawet trudne doświadczenia, gdy personel umiał odpowiedzieć na potrzeby rodzącej w sposób dla niej odpowiedni, były wspomniane jako pozytywne. Jednak w wielu przypadkach komunikacja i współpraca z personelem była niesatysfakcjonująca. Rodzące często odbierały kierowane do nich komu-

nikaty jako niezrozumiałe, lub za mało precyzyjne. Deklarowały, że podczas porodu potrzebowałyby jasnych instrukcji.

„Byłam przygotowana do porodu, ale potrzebowałam kogoś, kto powie mi w tamtym momencie jak się zachować, a ja tego nie wiedziałam i czułam się z tym bardzo źle i byłam zupełnie sama. (...) Nie wiedziałam co się dzieje.” (uczestniczka 1)

„A ja nie wiedziałam co mam robić i miałam wrażenie, że wszystko robię źle. Położna powodowała we mnie poczucie winy, bo ja nie wiedziałam zupełnie jak mam przeć, co ja mam robić, jak to ma wyglądać. (...) I mówiła mi, że tutaj już główka wychodzi, już widać, a ty nie przesz i udusisz swoje dziecko. Zobacz co ty robisz.(...) to jak ta położna prowadziła tą akcję, to był koszmar.” (uczestniczka 3)

Innym często podkreślanym problemem był brak poczucia podmiotowości. Kobiety czuły się traktowane w sposób protekcyjny i przedmiotowy, co rzutowało na ich odczucia dotyczące porodu oraz chęć współpracy z personelem.

„Współpracy z położną nie było, pamiętam bardziej jej plecy przy biurku, niż jej twarz, czy głos.” (uczestniczka 7)

„I taka się czułam jak intruz tam.(...) Czułam się traktowana protekcyjnie. (...) Ciężko mi się z nimi rozmawiało.(...) Chciałabym żeby lekarze traktowali mnie poważnie, partnersko, że to co ja mówię jest dla nich ważne, to jak się czuję. I żeby nie traktowali mnie jak kolejną krowę do rodzenia, którą dostali, tylko no kobietę. Tak to sobie wyobrażałam. Czułam się jakbym była kolejną kobietą na taśmociągu i mam iść urodzić do tej sali i nara. Fabryka tak musi działać i jedziemy z następną kobietą do rodzenia.” (uczestniczka 5)

Gdy personel dawał rodzącym poczucie sprawczości i kompetencji do podejmowania decyzji, ich współpraca była lepsza i bardziej efektywna. Rodzące otrzymujące jasne dla nich instrukcje stosowały się do nich, a doświadczenie porodu opisywały jako bardziej pozytywne, nawet jeśli występowały komplikacje natury medycznej.

„Podczas porodu położna zachęcała mnie do zmiany pozycji, ale bardzo delikatnie i tłumacząc o co chodzi, żebym się zgodziła. To że tłumaczyła dlaczego było dla mnie ważne. Pytała mnie o zgodę i zachęcała i przez to czułam się zaangażowana w proces, a nie traktowana z góry. (...) Byłam wzmocniona i to była największa różnica w tym wszystkim. W tym pierwszym porodzie oni zostawili taką matkę totalnie zgnojoną, ja się czułam taka niewystarczająca, do niczego. Nie wiedząca w ogóle co się stało, totalnie bez siły na to, co mnie czeka. A w drugim czułam, że daję radę, że mam w sobie moc żeby się tym dzieckiem zaopiekować, że ze wszystkim sobie poradzę.” (uczestniczka 2)

„Nie miałam traumy przez moją sprawczość w pierwszym porodzie. Mogłabym wyjść z niego z traumą, ale przez to, że ja na wszystko się zgodziłam nie miałam traumy. Mogłam powiedzieć „nie”. I to ten lekarz podkreślił „to jest pani decyzja. Ja pani mówię, że może być niedotlenienie. Ale to jest pani decyzja czy pani się na to zgodzi. Ja czekam żeby zrobić, jak pani powie nie, to nie zrobię.” (uczestniczka 1)

3. Konsekwencje przeżyć okołoporodowych

Przytoczone powyżej trudne doświadczenia związane z ciążą i porodem u niektórych badanych kobiet miały długofalowe konsekwencje w postaci problemów psychicznych.

„Po pierwszym porodzie miałam podejrzenie depresji poporodowej (...) Terapeutka w tamtym okresie sugerowała mi, że po tym porodzie i takim traktowaniu przez położną mogę mieć PTSD. Mam flashbac-ki z tego porodu. Na przykład widziałam z okna wieżę kościoła i ilekroć widzę tą wieżę idąc po mieście, to mi się przypominają te sceny.” (uczestniczka 2)

„Nie miałam zdiagnozowanej depresji poporodowej po żadnym porodzie, ale myślę, że były do tego wskazania. Może gdybym miała więcej czasu, albo mój partner byłby bardziej wrażliwy na moje potrzeby, to by to zostało zrobione. Czułam, że jestem sama, że mnie nikt nie rozumie (...) Brak wsparcia i niezrozumienie ze strony partnera i teściów, brak zainteresowania, brak chęci pomocy” (uczestniczka 3)

Dwie z uczestniczek badania deklarowały, że w wyniku traumatycznych przeżyć okołoporodowych musiały zmienić swoje plany prokreacyjne.

„I chciałam powiedzieć, że to jest jeden z najważniejszych powodów, że nie planuję mieć drugiego dziecka. Bo się boję tego porodu i tego jak te rodzące kobiety są zaopiekowane, że nie wiadomo na co się trafi. Ja bardzo chciałam mieć dużo dzieci – czwórkę, albo trójkę. A na pewno dwójkę. A teraz nie chcę mieć już żadnego innego dziecka. (...) A było tak źle, że do tej pory nie mogę się z tego otrząsnąć. To jest tragedia po prostu.” (uczestniczka 5)

„Podczas tej późniejszej terapii pracowałam też nad tematem ciąży i porodu. I po tym wszystkim stwierdziłam, że moja córka jest moim pierwszym i jedynym dzieckiem, bo to wszystko kosztowało tak dużo nerwów, że drugi raz bym tego nie chciała przechodzić. Świadomie raczej nie zdecydowałabym się na drugie dziecko.” (uczestniczka 6)

4. Dyskusja

Badanie skupiło się na indywidualnych doświadczeniach ciąży oraz porodu 10 kobiet z formalną diagnozą ADHD. W trakcie wywiadów zidentyfikowano kilka głównych elementów, które istotnie wpływały na doświadczanie ciąży oraz okresu okołoporodowego kobiet z rozpoznaniem zespołem nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi. Większość kobiet zwracała dużą uwagę na trudności wynikające z ADHD. Jedną z najbardziej znaczących była nadreaktywność sensoryczna, której nasilenie jest typowe dla tego okresu (Elliott i in., 2024). W części przypadków prowadziło to do istotnego dyskomfortu w trakcie ciąży, w trakcie hospitalizacji oraz awersji w stosunku do interwencji medycznych, niezależnie od ich korzyści. Także w trakcie porodu występowały u nich silne negatywne odczucia związane z bodźcami zewnętrznymi, które rzadziej zgłaszane są przez osoby neurotypowe. Jednocześnie żadna z kobiet nie zgłosiła występowania komplikacji okołoporodowych, takich jak stan przedrzucawkowy, krwotok poporodowy, czy poród przedwczesny, pomimo, że są one częstsze u ciężarnych z ADHD (Poulton i in., 2018; Walsh i in., 2022).

Część z kobiet zgłaszała trudności w przestrzeganiu zasad zdrowego żywienia w trakcie ciąży, które wiązały się głównie z zaburzeniami sensorycznymi. W czasie pobytu w szpitalu wymuszona dieta powodowała u nich dodatkowy dyskomfort. Jest to zgodne z wynikami innych badań, wskazującymi na nieprawidłowe nawyki żywieniowe u kobiet z ADHD (Jones i in., 2018). Wykazano także, że osoby z ADHD mają inny profil chemosensoryczny (charakterystyka reakcji organizmu na bodźce chemiczne), co może być jednym z powodów zgłaszanych przez kobiety trudności w badanym okresie (Stankovic i in., 2021).

W piśmiennictwie opisuje się występowanie dodatkowych trudności skutkujących mniejszym wsparciem bliskich oraz większą liczbą konfliktów rodzinnych. Kobiety z ADHD czuły się także odizolowane od bliskich oraz trudniej im było satysfakcjonująco spędzać czas z rodziną Baker i in., 2022; Murray i in., 2022). Podobne sytuacje zostały zgłoszone przez część badanych przez nas kobiet, które wskazywały na częstsze kłótnie z bliskimi oraz rozczarowanie

spowodowane niespełnianiem ich oczekiwań przez partnerów. Jednocześnie inne uczestniczki naszego badania nie zgłaszały takich trudności i były zadowolone z roli jaką ich bliscy odegrali w trakcie porodu. Pomimo zgłaszania przez badane nasilenia wyzwań związanych z codziennym funkcjonowaniem oraz trudności w relacjach rodzinnych tylko jedna z nich wspominała o komplikacjach na gruncie zawodowym, co nie jest zgodne z wynikami innych badań wskazujących na częstsze występowanie tego typu problemów w opisywanym okresie (Eddy i in., 2019).

W trakcie ciąży istniejące u kobiet z ADHD problemy z planowaniem, czy zaburzeniami uwagi mogą się nasilać, co negatywnie wpływa na odpowiednie korzystanie przez nie z opieki medycznej (Scoten i in., 2024). Kilka badanych przez nas kobiet zgłaszało takie trudności, głównie związane z okresem porodu i wyjazdem do szpitala. U kobiet z ADHD często współwystępują zaburzenia lękowe oraz emocjonalne. Ze względu na nieprzewidywalny charakter przebiegu ciąży i obawy kobiet o ich zdolności do radzenia sobie z nadchodzącymi zmianami mogą one doświadczać nasilenia się objawów tych zaburzeń (Young i in., 2020). Jednocześnie kilka z badanych przez nas kobiet zauważyło u siebie nadmierne skupienie na ciąży, co może również wynikać z potrzeby zapanowania nad nietatwym do kontrolowania doświadczeniem jakim jest ciąża i poród. W literaturze przedmiotu uwaga kobiet z ADHD opisywana była dotychczas jedynie w kontekście jej niedoboru, tak więc nadmierne skupienie na określonym temacie, określane jako hiperfokus jest obszarem wymagającym dalszego zbadania.

W naszym badaniu kobiety dużo częściej zauważały trudności wynikające z nadpobudliwości ruchowej, która powodowała znaczny dyskomfort w trakcie ciążowych badań kontrolnych oraz pobytów w szpitalu. Unieruchomienie, nawet stosunkowo krótkotrwałe było dla nich trudne do zniesienia i usilnie starały się go unikać. W artykule opublikowanym przez Young i in. (2020) nadpobudliwość ruchowa jest częściej wiązana z mężczyznami z ADHD, co powoduje ignorowanie takich trudności występujących u kobiet.

Kilka z badanych kobiet opisywało także sytuacje związane z podejmowaniem działań wiążących się z ryzykiem zdrowotnym w ostatnim trymestrze

ciąży. Chociaż działania te wydawały się dobrze zaplanowane, mogły jednak skutkować zagrożeniem zdrowia i życia dziecka oraz ich samych. Takie wrażenie przemyślanych decyzji może wynikać z lepszego maskowania objawów oraz dostosowywania się do społecznych wymagań u kobiet (Young i in., 2020).

W badaniu przeprowadzonym przez Matheson i in., (2013) osoby z ADHD opisywały niezrozumienie swoich problemów oraz trudności w komunikacji z personelem medycznym, wśród którego utrzymują się stereotypy przypisane kobietom z ADHD.

Takie podejście często prowadzi do stygmatyzacji osób z ADHD i unikania przez nie interakcji z pracownikami ochrony zdrowia (Lebowitz, 2016). Doświadczany przez niektóre z badanych przez nas kobiet brak współpracy z położnymi i lekarzami, mógł częściowo być z tym związany. Wyczuwały one także braku szacunku oraz chęci współpracy ze strony personelu medycznego, co bardzo negatywnie wpłynęło na ich postrzeganie porodu. Jest to problem opisywany przez osoby neuroatypowe także w innych badaniach (Elliott i in., 2024).

Często poruszany tematem była jakość współpracy z położną podczas porodu. Kobiety, którym dano poczucie sprawczości i zrozumienia, zdecydowanie lepiej wspominały swoje porody w porównaniu z kobietami, którym tego brakowało. Tak istotna rola nadawania im kompetencji przez personel może wynikać z częstego u kobiet z ADHD braku poczucia kontroli nad wydarzeniami w życiu (Attoe & Climie, 2023). Badania pokazują, że zarówno kobiety jak i lekarze zauważają trudności w objęciu opieką osób z ADHD, jednocześnie obie grupy widzą, że poprawa komunikacji oraz dostosowanie placówek medycznych do ich specyficznych wymagań może znacząco podnieść jakość opieki nad nimi oraz poprawić odczucia związane z kontaktami z ochroną zdrowia (Ward i in., 2024). Podobne stwierdzenia były wyrażane przez uczestniczki tego badania. Doceniały one sytuacje, w których personel potrafił zaadaptować sposób komunikacji i środowisko szpitalne do ich potrzeb.

Kilka badanych kobiet opisywało występowanie problemów psychicznych w okresie poporodowym oraz dalszym życiu. U kilku z nich wystąpiła depresja poporodowa, którą wiążą z negatywnymi przeżyciami w trakcie porodu. Zgodnie z badaniem kohortowym

przeprowadzonym przez Johnson i in. (2025) objawy depresji występowały częściej u kobiet z ADHD zarówno 3 miesiące po porodzie jak i ponad rok po nim.

ADHD jest także niezależnie związane z występowaniem większych trudności rodzinnych w okresie poporodowym (Joseph, Khetarpal, Wilson, Molina, 2022). Część kobiet opisywała swoje przeżycia okołoporodowe jako bardzo traumatyzujące, co zmusiło je do rezygnacji z dalszych planów prokreacyjnych z obawy przed powtórzeniem się takiego doświadczenia.

Wnioski

Na doświadczenia okołoporodowe kobiet z ADHD znaczący wpływ miały objawy tego zaburzenia takie jak nadwrażliwość na różnorodne bodźce, czy nadpobudliwość. Kobiety korzystające z opieki okołoporodowej zgłaszały niezrozumienie ich potrzeb przez personel medyczny oraz trudności w efektywnej z nim komunikacji. Jednakże w przypadkach, w których personel brał pod uwagę osobiste preferencje

rodzących, opisywały one swoje porody jako bardziej zadowalające. Część wypowiedzi uczestniczek może reprezentować uniwersalne potrzeby kobiet w zakresie podmiotowości i sprawczości, jednocześnie manifestowały one także współwystępujące wyzwania komunikacyjne charakterystyczne dla ADHD. Brak wsparcia ze strony personelu medycznego oraz rodziny może skutkować długofalowymi negatywnymi konsekwencjami, głównie natury psychicznej. Nasze badanie pokazując trudności w okresie okołoporodowym u kobiet z ADHD wskazuje na konieczność zmian w prowadzeniu opieki nad nimi. W dwóch przypadkach te doświadczenia doprowadziły do rezygnacji przez kobiety z dalszych planów prokreacyjnych. Jedną z możliwych zmian jest wprowadzenie szkoleń personelu medycznego w zakresie uwzględnienia ograniczeń wynikających z zespołu nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi oraz indywidualizacji opieki nad ciężarnymi i rodzącymi. W opiece okołoporodowej należy uwzględniać opisaną w badaniu szczególną wrażliwość sensoryczną na środowisko szpitalne oraz unikać unieruchamiania kobiet.

Bibliografia

- Amikam, U., Badeghiesh, A., Baghlaif, H., Brown, R., & Dahan, M.H. (2024). The association between attention deficit hyperactivity disorder and pregnancy, delivery and neonatal outcomes – An evaluation of a population database. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 364. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06561-5>
- Attoe, D.E., & Climie, E.A. (2023). Miss. diagnosis: A systematic review of ADHD in adult women. *Journal of Attention Disorders*, 27(7), 645-657. <https://doi.org/10.1177/10870547231161533>
- Baker, A.S., Wales, R., Noe, O., Gaccione, P., Freeman, M.P., & Cohen, L.S. (2022). The Course of ADHD during Pregnancy. *Journal of Attention Disorders*, 26(2), 143-148. <https://doi.org/10.1177/1087054720975864>
- Bang Madsen, K., Bliddal, M., Skoglund, C.B., Larsson, H., Munk-Olsen, T., Madsen, M.G., Hove Thomsen, P., Bergink, V., Srinivas, C., Cohen, J.M., Brikell, I., & Liu, X. (2024). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medication use trajectories among women in the perinatal period. *CNS Drugs*, 38(4), 303-314. <https://doi.org/10.1007/s40263-024-01076-1>
- World Health Organization. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders* (1st ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization. (From:) <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>
- Eddy, L.D., Jones, H.A., Snipes, D., Karjane, N., & Svikis, D. (2019). Associations Between ADHD Symptoms and Occupational, Interpersonal, and Daily Life Impairments Among Pregnant Women. *Journal of Attention Disorders*, 23(9), 976-984. <https://doi.org/10.1177/1087054716685839>
- Elliott, J.K., Buchanan, K., & Bayes, S. (2024). The neurodivergent perinatal experience – A systematic literature review on autism and attention deficit hyperactivity disorder. *Women and Birth*, 37(6), 101825. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.101825>
- Gjervan, B., & Nordahl, H.M. (2010). The Adult ADHD Quality of Life Questionnaire (AAQoL). *Nordic Psychology*, 62(1), 24-36. <https://doi.org/10.1027/1901-2276/a000003>
- Hall, S.V., Pangori, A., Tilea, A., Schroeder, A., & Zivin, K. (2024). Perinatal attention-deficit/ hyperactivity disorder diagnosis rates among commercially insured delivering women 2008-2020. *Journal of Affective Disorders*, 365, 36-40. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.073>
- Johnson, D., Wade, M., Marini, F., Vigod, S., Brown, H.K., Grigoriadis, S., Shiri, R., & Dennis, C.-L. (2025). Associations between self-reported ADHD symptoms and depression and anxiety in mothers and fathers during the postpartum period: A Canadian nationwide longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 378, 211-219. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.02.113>

- Jones, H.A., Eddy, L.D., Rabinovitch, A.E., Snipes, D.J., Wilson, S.A., Parks, A.M., Karjane, N.W., & Sviki, D.S. (2018). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptom clusters differentially predict prenatal health behaviors in pregnant women. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 665-679. <https://doi.org/10.1002/jclp.22538>
- Joseph, H.M., Khetarpal, S.K., Wilson, M.A., & Molina, B.S.G. (2022). Parent ADHD Is Associated With Greater Parenting Distress in the First Year Postpartum. *Journal of Attention Disorders*, 26(9), 1257-1268. <https://doi.org/10.1177/10870547211066488>
- Kamath, M.S., Dahm, C.R., Tucker, J.R., Huang-Pollock, C.L., Etter, N.M., & Neely, K.A. (2020). Sensory profiles in adults with and without ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 104, 103696. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103696>
- Lebowitz, M.S. (2016). Stigmatization of ADHD: A Developmental Review. *Journal of Attention Disorders*, 20(3), 199-205. <https://doi.org/10.1177/1087054712475211>
- Matheson, L., Asherson, P., Wong, I.C. K., Hodgkins, P., Setyawan, J., Sasane, R., & Clifford, S. (2013). Adult ADHD patient experiences of impairment, service provision and clinical management in England: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13, 184. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-184>
- Murray, A.L., Taut, D., Baban, A., Hemady, C.L., Walker, S., Osafo, J., Sikander, S., Tomlinson, M., Toit, S.D., Marlow, M., Ward, C.L., Fernando, A., Madrid, B., Van Thang, V., Tuyen, H.D., Dunne, M., Hughes, C., Fearon, P., Valdebenito, S., & Eisner, M. (2022). Associations Between ADHD Symptoms and Maternal and Birth Outcomes: An Exploratory Analysis in a Multi-Country Cohort of Expectant Mothers. *Journal of Attention Disorders*, 26(14), 1882-1894. <https://doi.org/10.1177/10870547221105064>
- Osianlis, E., Thomas, E.H.X., Jenkins, L.M., Gurvich, C., (2025). ADHD and sex hormones in females: A systematic review. *Journal of Attention Disorders*, 29, 706-723. <https://doi.org/10.1177/10870547251332319>
- Panagiotidi, M., Overton, P.G., & Stafford, T. (2018). The relationship between ADHD traits and sensory sensitivity in the general population. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 179-185. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.008>
- Popit, S., Serod, K., Locatelli, I., & Stuhel, M. (2024). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): Systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 67(1), e68. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1786>
- Poulton, A.S., Armstrong, B., & Nanan, R.K. (2018). Perinatal Outcomes of Women Diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An Australian Population-Based Cohort Study. *CNS Drugs*, 32(4), 377-386. <https://doi.org/10.1007/s40263-018-0505-9>
- Ramos-Quiroga, J.A., Montoya, A., Kutzelnigg, A., Deberdt, W., & Sobanski, E. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder in the European adult population: Prevalence, disease awareness, and treatment guidelines. *Current Medical Research and Opinion*, 29(9), 1093-1104. <https://doi.org/10.1185/03007995.2013.812961>
- Scoten, O., Tabi, K., Paquette, V., Carrion, P., Ryan, D., Radonjic, N.V., Whitham, E.A., & Hippman, C. (2024). Attention-deficit/hyperactivity disorder in pregnancy and the postpartum period. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 231(1), 19-35. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.02.297>
- Skoglund, C., Kopp Kallner, H., Skalkidou, A., Wikström, A.-K., Lundin, C., Hesselman, S., Wikman, A., & Sundström Poromaa, I. (2019). Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With Teenage Birth Among Women and Girls in Sweden. *JAMA Network Open*, 2(10), e1912463. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.12463>
- Stankovic, J., Hove Thomsen, P., & Ovesen, T. (2021). Food preferences, food neophobia and chemosensation among adolescents with ADHD. *Acta Paediatrica*, 110(7), 2187-2199. <https://doi.org/10.1111/apa.15790>
- Walsh, C.J., Rosenberg, S.L., & Hale, E.W. (2022). Obstetric complications in mothers with ADHD. *Frontiers in Reproductive Health*, 4, 1040824. <https://doi.org/10.3389/frph.2022.1040824>
- Ward, J., McBride, A., Gudka, R., Becker, K., Newlove-Delgado, T., & Price, A. (2024). Wider health needs in attention deficit hyperactivity disorder from lived and professional experience: A qualitative framework analysis. *BMJ Open*, 14(8), e083539. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-083539>
- Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B. B., Branney, P., Beckett, M., Colley, W., ... Woodhouse, E. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*, 20, 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>