

بررسی میزان اضطراب، افسردگی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی در والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم

مهین اسلامی شهریابی^{۱،۲}، شهرزاد مظهري^{۱،۲}، علی اکبر حق دوست^۳، زینب زمانی^۴

چکیده

مقدمه: با توجه به این که والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم بیشتر از والدین کودکان مبتلا به دیگر اختلالات تکاملی و کودکان با رشد معمولی مستعد ابتلا به اختلالات روان پزشکی هستند، این مطالعه با هدف بررسی اضطراب، افسردگی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی در والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم در مقایسه با گروه کنترل انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی، توصیفی-تحلیلی بود و جمعیت هدف، والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم مراجعه کننده به روان پزشکی کودک و نوجوان کلینیک بعثت و یکی از مراکز توان بخشی شهر کرمان بودند که توسط روان پزشکی کودک و نوجوان بر اساس معیارهای DSM-IV-TR تشخیص اوتیسم کودک مسجل شده بود. گروه کنترل از میان والدین کودکان بالای دو سال مبتلا به بیماری جسمی، انتخاب شدند. در مطالعه انجام شده ۶۶ نفر در گروه مداخله و ۶۶ نفر در گروه کنترل شرکت کردند که در هر گروه ۳۳ نفر مرد و ۳۳ نفر زن بودند. پرسشنامه‌های افسردگی همیلتون، اضطراب همیلتون، سلامت عمومی ۲۸-GHQ و کیفیت زندگی WHOQOL-BREF برای دو گروه تکمیل شد. داده‌ها با آزمون t-test مورد آنالیز آماری قرار گرفت.

نتایج: بین میانگین نمرات اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد ($P < 0.001$)؛ اما بین میانگین نمره سلامت عمومی دو گروه تفاوت معنی دار نبود.

بحث و نتیجه گیری: والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم بیشتر مستعد ابتلا به اضطراب و افسردگی هستند و از سطح پایین تر کیفیت زندگی برخوردارند.

واژگان کلیدی: اوتیسم، اضطراب، افسردگی، سلامت عمومی، کیفیت زندگی، والدین

مقدمه

در ۱۰۰۰ نفر در سال ۱۹۷۰ به ۶ نفر در ۱۰۰۰ نفر افزایش پیدا کرده است که این افزایش احتمالاً در نتیجه پیشرفت تحقیقات و راه‌های تشخیصی است. اغلب کودکان مبتلا به اوتیسم در خانواده و با پدر و مادر زندگی می‌کنند. مراقبت از یک کودک مبتلا به اختلال فراگیر رشد ممکن است با سطح بالایی از استرس همراه باشد که به طور بالقوه‌ای موجب

اختلالات فراگیر رشد شامل اختلالات رشد ذهنی (کم توانی ذهنی و عقب ماندگی ذهنی) و اختلالات طیف اوتیسم (اختلال اوتیسم، اسپرگر و اوتیسم غیر تیبیک) است که به طور معمول در دوران کودکی شروع می‌شوند و اغلب تا بزرگسالی باقی می‌مانند (۱). شیوع اختلالات فراگیر رشد در کودکان از ۰/۴

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، پژوهشکده نوروفارماکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- دانشیار، گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی افضلی پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳- استاد، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۴- دانشجوی پزشکی، مرکز تحقیقات اعصاب بالینی، دانشکده پزشکی افضلی پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Email: zzb1120@yahoo.com

نویسنده‌ی مسئول: زینب زمانی

آدرس: کرمان بزرگراه امام خمینی، دانشگاه شهید باهنر، دانشکده پزشکی افضلی پور

تلفن: ۰۳۴۳۳۴۳۵۲۷۰

فکس: ۰۳۴۳۳۴۳۵۲۷۰

تضعیف سلامت روانی و جسمانی والدین این کودکان می‌شود (۲). تحقیقات نشان داده است که استرس مادران در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم به دلیل مشکلات رفتاری کودک است. اکثر کودکان مبتلا به (Autism Spectrum Disorder) ASD، زبان و الگوهای ارتباطی غیرمعمول مانند صحبت‌های کلیشه‌ای و عجیب‌وغریب و رفتارهای تشریفاتی دارند که چنین رفتارهایی می‌تواند مشکلاتی را برای مادران، وقتی که آن‌ها با کودکان خود در موقعیت‌های عمومی هستند، به‌ویژه زمانی که مردم ناآگاه دچار سوءتفاهم و تفسیر غلط از رفتارهای کودک می‌شوند، ایجاد کند (۳). علاوه بر فاکتورهای مرتبط با سلامت روان مانند استرس، یک فاکتور گسترده‌تر برای ارزیابی خانواده کودکان مبتلا به ASD، کیفیت زندگی است (۴).

مطالعه Mugno و همکاران نشان داد که والدین کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر رشد، احتمالاً به دلیل ترکیبی از عوامل محیطی و ژنتیکی نه‌تنها زجر زیادی را تحمل می‌کنند، بلکه استرس بیشتر و سطح کیفیت زندگی پایین‌تری نیز دارند (۵). Estes و همکاران نتیجه گرفتند که مشکل رفتاری کودک، به‌عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده قابل توجه استرس و پریشانی روانی در بین والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم است (۶). Smith و همکاران زمینه خانوادگی اختلالات طیف اوتیسم، نفوذ در رفتار ظاهری و کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند که مهر مادری بیشتر، در جلوگیری از مشکلات رفتاری نوجوانان مرتبط است و سطح انتقادات بالای مادر با افزایش مشکلات رفتاری در نوجوانان مبتلا به اوتیسم مرتبط است. این یافته‌ها نشان داده که محیط خانواده نه تنها برای

کاهش استرس خانواده، بلکه برای بهبود عملکرد رفتاری کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به اوتیسم یک هدف مهم جهت مداخله است (۷). مطالعه صابری و همکاران نشان داد که برنامه آموزش گروهی فرزند پروری مثبت موجب کاهش معنادار استرس والدگی بر هر دو والد و کودک می‌شود (۸). مطالعه برجیس و همکاران در اصفهان نشان داد که بین میزان امید و معنای زندگی در بین سه گروه مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، کودکان ناشنوا و کودکان با ناتوانی در یادگیری، تفاوت معناداری وجود دارد و با افزایش معنای زندگی در مادران سه گروه، امید افزایش یافته و نگرانی کاهش می‌یابد و بالعکس (۹).

ریعی و شهرپور پژوهشی را با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بر دانش والدین در مورد بیماری، راه‌های کمک به کودک و میزان استرس-اضطراب و افسردگی آن‌ها انجام دادند و یافته‌های آن‌ها نشان داد که دوره‌های آموزش گروهی والدین می‌تواند آگاهی والدین را در مورد کودک و درمان آن به‌طور معنی‌داری افزایش دهد (۱۰).

با توجه به افزایش روزافزون آگاهی و شناسایی کودکان مبتلا به این اختلالات مزمن و مشکلات والدین آن‌ها از نظر دستیابی به خدمات درمانی و مراقبتی و توان‌بخشی، بر آن شدیم که مشکلات روان‌پزشکی این گروه از والدین را بررسی نماییم تا با مداخله به موقع گام مؤثری در درمان این کودکان برداریم. قابل‌ذکر است طبق جستجویی که در پژوهش‌های قبلی انجام شد، تمام فاکتورهای مورد مطالعه در پژوهش حاضر به‌طور هم‌زمان و ارتباط آن‌ها با هم بررسی نشده بود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی، توصیفی-تحلیلی، جمعیت هدف برای گروه مورد، کلیه والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم مراجعه کننده به روان‌پزشک کودک و نوجوان کلینیک بعثت و یکی از مراکز توان‌بخشی شهر کرمان بودند که توسط روان‌پزشک کودک و نوجوان بر اساس معیارهای کتابچه تشخیصی و آماری، ویرایش چهارم، متن تجدیدنظرشده (Diagnostic and statistical manual of mental disorder, fourth edition, text revision) DSM-IV-TR تشخیص اوتیسم کودک مسجل شده بود. گروه شاهد از میان والدین کودکان بالای ۲ سال مبتلا به بیماری‌های جسمی مثل سرماخوردگی و گاستروانتریت که فاقد بیماری روان‌پزشکی و جسمی جدی بودند و به متخصصین اطفال در کلینیک بعثت یا بیمارستان افضل‌پور مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. نمونه‌ها با نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند.

با استفاده از فرمول مقایسه دو میانگین و در نظر گرفتن مقدار حداقل تفاوت ارزشمند (d) مساوی ۰/۵ برابر مقدار انحراف معیار و با خطای نوع اول و دوم برابر ۰/۵ و ۰/۲، حداقل حجم نمونه هر گروه ۶۶ به دست آمد.

ابتدا هدف مطالعه به والدین کودکان دو گروه تشریح شد و پس از اخذ رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، سلامت عمومی، کیفیت زندگی، افسردگی و اضطراب تکمیل شد. فرم مشخصات دموگرافیک شامل جنس، سن، شغل و سطح تحصیلات بود.

پرسشنامه (General Health Questionnaire) GHQ-۲۸، پرسشنامه استاندارد روان‌پزشکی است که برای غربالگری سلامت روانی به کار می‌رود. این

پرسشنامه دارای چهار مقیاس فرعی، نشانگان جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، تغییر در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. از سؤال ۱ تا ۷ مربوط به نشانه‌های جسمانی، سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب و بی‌خوابی، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به تغییر در عملکرد اجتماعی و از سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به افسردگی می‌باشد. برای جمع‌بندی نمرات به الف نمره صفر، ب ۱، ج ۲ و د نمره ۳ تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است. ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از سه روش بازآزمون، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمده است.

مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون (Hamilton Anxiety rating scale) HARS شامل ۱۴ ماده بوده که هر مورد در ارتباط با نشانه‌های خاص اضطراب می‌باشد. در این آزمون که توسط درمانگر نمره‌گذاری می‌شود، هر ماده بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از صفر تا ۴ نمره می‌گیرد. صفر نشان‌دهنده عدم وجود و ۴ نشان‌دهنده شدت بالای آن نشانه در بیمار می‌باشد. مقیاس اضطراب همیلتون طیف وسیعی از نشانه‌ها را در بر می‌گیرد که معمولاً به عنوان نشانه‌های یک حالت اضطرابی تشخیص داده می‌شوند. نمره پاسخ‌دهنده در این مقیاس دست کم ۴ و حداکثر ۵۶ می‌باشد. همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory-II Symptom checklist-90) BDI-II، ۰/۶؛ با SCI-90، ۰/۷۳ و با ارزیابی بالینی ۰/۷۷ به دست آمده است. پایایی این آزمون طبق روش آزمون/آزمون مجدد توسط پژوهش‌های داخلی ۰/۸۱ گزارش شده است (۱۱). روایی پرسشنامه افسردگی

امتیازی با دامنه ۱۰۰-۰ می‌باشند. تحقیقات انجام شده در مورد مشخصات روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه WHOQOL نشان‌دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (سلامت جسمی ۰/۸۰ و سلامت روان‌شناختی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶، محیط ۰/۸۰) (۱۴) و پایایی آزمون-باز آزمون مناسبی است (۱۵).

بعد از توصیف متغیرهای زمینه‌ای در هر گروه، با استفاده از آزمون t-test میانگین متغیرهای اصلی در دو گروه مقایسه شدند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از برنامه SPSS نسخه ۱۷ استفاده شد.

نتایج

در مطالعه انجام شده ۶۶ نفر در گروه والدین کودکان اوتیسم (۳۳ مرد و ۳۳ زن) و ۶۶ نفر در گروه والدین کودکان سالم (۳۳ مرد و ۳۳ زن) شرکت کردند. خصوصیات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است و دو گروه شرکت‌کننده تفاوت آماری معنی‌داری از نظر خصوصیات دموگرافیک نداشتند.

جدول ۱: خصوصیات دموگرافیک دو گروه شرکت‌کننده

سطح معنی‌داری	والدین کودکان سالم تعداد (درصد)	والدین کودکان اوتیسم تعداد (درصد)		
P=۰/۲	۵۶ (۸۴/۸)	۵۹ (۸۹/۴)	سن	۲۰-۴۰ سال
	۱۰ (۱۵/۲)	۷ (۱۰/۶)		۴۱-۶۰ سال
P=۰/۱	۹ (۱۳/۶)	۸ (۱۲/۱)	تحصیلات	کمتر از دیپلم
	۱۶ (۲۴/۲)	۲۶ (۳۹/۴)		دیپلم
	۴۱ (۶۲/۲)	۳۲ (۴۸/۵)		بالای دیپلم

اضطراب با هم تفاوت آماری معنی‌داری داشتند به صورتی که والدین کودکان مبتلا به اوتیسم به صورت معنی‌داری اضطراب و افسردگی بیشتر از گروه والدین کودکان سالم داشتند؛ اما از نظر نمره سلامت

همیلتون با دامنه‌ای از ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ برای مقیاس کلی شدت افسردگی گزارش شده است و این مقیاس همبستگی بالایی با مقیاس درمانگر محور مانند MADRS و IDS-C دارد (۱۲). در یک مطالعه در جمعیت فارسی زبان ضریب همبستگی میان نمرات افسردگی بک و مقیاس افسردگی همیلتون ۰/۶۶ گزارش شده است (۱۳).

پرسشنامه کیفیت زندگی (World Health Organization Quality Of Life - WHOQOL-BREF) چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد. هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۸، ۳، ۶، ۷ سؤال می‌باشند. دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند؛ بنابراین این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد. پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۲۰-۴ برای هر حیطه به تفکیک، به دست خواهد آمد که در آن ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به

جدول ۲ نشان دهنده نمرات کسب شده در پرسشنامه‌های افسردگی، اضطراب همیلتون و سلامت عمومی در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم و گروه کنترل می‌باشد. دو گروه از نظر نمره افسردگی و

معنی که والدین کودکان اوتیسم از کیفیت زندگی پایین تر برخوردار بودند. این تفاوت در هر چهار حیطه سلامت عمومی دیده شد.

عمومی تفاوت معنی داری نبود. همچنین دو گروه مورد مطالعه از نظر نمره کلی پرسشنامه کیفیت زندگی با هم تفاوت آماری معنی داری داشتند. به این

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی، اضطراب، سلامت عمومی، کیفیت زندگی و حیطه‌های مختلف آن در دو گروه

سطح معنی داری	والدین کودکان مبتلا به اوتیسم		والدین کودکان سالم		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
<۰/۰۰۱	۱۰/۹۸	۷/۸۲	۶/۸۳	۴/۰۵	مقیاس اضطراب هامیلتون
<۰/۰۰۱	۱۲/۰۹	۸/۵۳	۷/۰۸	۵/۹۷	مقیاس افسردگی هامیلتون
۰/۰۷۱	۲۵/۸۳	۱۳/۳۸	۲۱/۵۸	۱۲/۷۹	سلامت عمومی
<۰/۰۰۱	۲۵۵/۱۵	۶۲/۵۶	۲۸۶/۳۷	۳۶/۸۶	نمره کلی کیفیت زندگی
<۰/۰۰۱	۶۳/۵۸	۱۸/۸۸	۷۰/۵۳	۱۳/۸۴	حیطه جسمی کیفیت زندگی
<۰/۰۰۱	۶۳/۵۲	۱۸/۱۹	۷۳/۵۳	۱۴/۱۱	حیطه روان‌شناختی کیفیت زندگی
<۰/۰۰۱	۶۵/۰۶	۱۸/۸۲	۷۳/۶۲	۷۰/۶۰	حیطه روابط اجتماعی کیفیت زندگی
<۰/۰۰۱	۶۳	۱۸/۴۷	۶۸/۷۰	۱۳/۲۱	حیطه محیطی کیفیت زندگی

افسردگی و اضطراب و همبستگی منفی و معنی دار بین کیفیت زندگی و نمرات اضطراب و افسردگی بود (جدول ۳).

در نهایت ارتباط بین نمرات متغیرهای اضطراب و افسردگی و کیفیت زندگی با یکدیگر بررسی شد و نتایج نشان دهنده همبستگی مثبت معنی دار بین

جدول ۳: همبستگی نمرات پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، افسردگی و اضطراب

مقیاس اضطراب هامیلتون	کیفیت زندگی
-۰/۵۹	۱
P= ۰/۰۱	
۰/۶۱	-۰/۵۴
P= ۰/۰۱	P= ۰/۰۱

مطالعه برجیس و همکاران (۹) که در اصفهان انجام شد و امید و معنای زندگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، کودکان ناشنوا و کودکان با ناتوانی یادگیری را مقایسه کردند و نتیجه گرفتند که میانگین امید و معنای زندگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم نسبت به میانگین کل و میانگین دو گروه دیگر در سطح پایین تری قرار دارد، همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر کیفیت زندگی والدین در دو گروه در چهار حیطه جسمی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیطی مورد بررسی قرار گرفت. نه تنها نمره کلی کیفیت زندگی در دو گروه تفاوت معنی داری داشت،

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی اضطراب، افسردگی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی در والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم انجام شد. نتایج نشان داد که از نظر سطح اضطراب و افسردگی و کیفیت زندگی بین این والدین و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود داشت، به صورتی که میانگین نمرات اضطراب و افسردگی بالاتر و نمره مربوط به کیفیت زندگی پایین تر از والدین گروه کنترل بودند. میانگین نمره افسردگی نیز بین دو گروه مورد و شاهد در این مطالعه تفاوت معنی داری داشت که با

بلکه در هر چهار حیطه (زیر مقیاس‌های) آن‌هم تفاوت معنادار بود. علاوه بر آن والدینی که مشکلات سلامت روان و کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند از افسردگی و اضطراب نیز رنج می‌بردند که این موضوع با مطالعه کوشا و همکاران (۱۶) که بر ۱۲۷ مادر دارای کودک مبتلا به ASD در رشت انجام شد و مطرح کرد که این مادران اضطراب و افسردگی بالا و کیفیت زندگی پایینی دارند و همچنین با مطالعه Bumin و همکاران (۱۷) که در ترکیه انجام شد و نشان داد مادران دارای کودکان ناتوان، اضطراب و افسردگی بالایی دارند که می‌تواند منجر به کیفیت زندگی پایین آن‌ها شود، همسو می‌باشد. در مطالعه حاضر تمام متغیرهای اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی و سلامت عمومی و ارتباط آن‌ها با هم در هر دو والد (پدر و مادر) بررسی و سنجیده شد، ولی در مطالعات قبلی بعضی از این متغیرها و اغلب در مادران بررسی شده بودند.

یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه مقایسه میانگین نمره سلامت عمومی بین دو گروه مورد و شاهد بود که نتایج حاکی از عدم تفاوت معنی‌دار بود که با مطالعه یکتاخواه و همکاران (۱۸) که میزان سلامت عمومی و کیفیت زندگی ۳۵ نفر از مادران دارای دانش‌آموز مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم در مدارس استثنایی شهریار را بررسی کردند و نشان دادند میان خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، مغایرت داشت. هر چند در مطالعه حاضر تفاوت نزدیک به معنی‌داری ($P=0/07$) بود، علاوه بر حجم نمونه کم احتمالاً علت این مغایرت این نکته باشد که در مطالعه حاضر هم پدر و هم مادر شرکت داشتند، اما در مطالعه یکتاخواه و همکاران فقط مادران حضور

داشتند. به عبارتی با توجه به این که مراقبت اصلی فرزندان چه مبتلا به بیماری و چه سالم در دوران کودکی با مادر است و زمانی که کودک مبتلا به بیماری جدی مثل اختلالات طیف اوتیسم باشد طبیعی است که فشار روانی وارد بر مادر بیشتر است و احتمال بروز انواع مشکلات سلامت روان در مادر بیشتر خواهد بود.

توصیه می‌شود دست‌اندرکاران نظام سلامت برنامه آموزشی جامعی را طراحی و انتخاب کرده تا بدین وسیله با شناسایی به موقع مشکلات ذکر شده باعث کاهش مشکلات و اختلالات روانی در والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم شده و با پیشگیری از پیشرفت آن، به این قشر مستعد بهترین خدمات و کمک‌ها ارائه شود. همچنین به والدین این کودکان توصیه می‌شود علاوه بر درمان فرزندشان، از روش‌های درمانی مناسب (دارویی و مشاوره) برای بهبود وضعیت خودشان بهره‌مند شوند.

محدودیت‌های این مطالعه شامل عدم همکاری کامل والدین در انجام مطالعه، حجم نسبتاً کم نمونه و چند مرکزی نبودن مطالعه بود. مهم‌ترین نقاط قوت مطالعه مشارکت هر دو والد و بررسی همزمان اضطراب، افسردگی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی در والدین دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن و توان‌فرسایی مثل اختلال طیف اوتیسم و ارتباط این مشکلات با هم می‌باشد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی جهت بررسی میزان آگاهی والدین این کودکان از روش‌های فرزند پروری مناسب و بررسی تأثیر اختلالات روانی والدین این کودکان و آشفته‌گی‌های محیط خانه بر دیگر اعضای خانواده شامل خواهر و برادر این کودکان، انجام شود.

نتیجه گیری

با توجه به رابطه متقابل مشکلات رفتاری کودک مبتلا به اوتیسم با فشار روانی وارده بر والدین، می توان نتیجه گرفت استرس مزمن ناشی از تعامل با کودکان مبتلا به اوتیسم می تواند سبب ابتلا والدین به اختلالات روان پزشکی مانند افسردگی و اضطراب شود. با توجه به مطالعه حاضر لازم است برنامه ریزی هایی جهت شناسایی و درمان این

اختلالات در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم انجام شود.

تشکر و قدردانی

از تمام والدینی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند صمیمانه قدردانی می شود. این مطالعه از پشتیبانی مالی مرکز تحقیقات علوم اعصاب کرمان با کد اخلاق ۹۲-۲۸ برخوردار بود.

References

1. Reichow B, Kogan C, Barbui C, Barbui C, Smith I, Yasamy MT, et al. Parent skills training for parents of children or adults with developmental disorders: systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*. 2014; 4(8):1-5.
2. Allik H, Larsson JO, Smedje H. Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:1.
3. Estes A, Munson J, Dawson G, Koehler E, Zhou XH, Abbott R. Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*. 2009;13(4):375-87.
4. Eapen V, Črnčec R, Walter A, Tay KP. Conceptualisation and development of a quality of life measure for parents of children with autism spectrum disorder. *Autism Res Treat*. 2014;2014:160783.
5. Mugno D, Ruta L, D'Arrigo VG, Mazzone L. Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health Qual Life Outcomes*. 2007; 5: 22.
6. Estes A, Olson E, Sullivan K, Greenson J, Winter J, Dawson G, et al. Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain Dev*. 2013;35(2):133-8.
7. Smith LE, Greenberg JS, Mailick MR. The family context of autism spectrum disorders: influence on the behavioral phenotype and quality of life. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014;23(1):143-55.
8. Saberi J, Bahramipour M, Ghmarane A, Yarmohamadian A. The effectiveness of group positive parenting program on parental stress of mothers of children with autism disorder. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2014; 15(2): 69-77. Persian
9. Berjs M, Hakim Javadi M, Taher M, Gholamali Lavasani M, Hosseine Khanzadeh AA. A comparison of the amount of worry, hope and meaning of life in the mothers of deaf children, children with autism, and children with learning disability. *Journal of Learning Disabilities*. 2013; 3(1): 148-55. Persian
10. Rabiee A, Shahrivar Z. A pilot study on efficacy of group educational training on knowledge level, stress, anxiety and depression in parents of children with autistic disorder. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*. 2010; 7(1):1-8. Persian
11. Salmani B, Hasani J, Mohammad-Khani S, Karami GR. The efficacy of metacognitive therapy on metacognitive beliefs, metaworry and the signs and symptoms of patients with generalized anxiety disorder. *Feyz*. 2015; 18(5):428-39. Persian
12. Rush AJ, American Psychiatric Association. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
13. Rashedi E, Sohrabi F, Shams J. A study of the efficacy of cognitive behavior therapy in relapse prevention of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychology & Personality*. 2011; 2(5):49-64.
14. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8.
15. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA; WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004;13(2):299-310.
16. Kousha M, Attar HA, Shoar Z. Anxiety, depression, and quality of life in Iranian mothers of children with autism spectrum disorder. *J Child Health Care*. 2016;20(3):405-14.
17. Bumin G, Gunal A, Tukul S. Anxiety, depression and quality of life in mothers of disabled children. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2008;(15):6-

11. child. Journal of Exceptional Education
2014;1(123):13-9. Persian
18. Yektakhah S, Gorji R, Allameh M. General health and quality of life of mothers with autism

Anxiety, Depression, Quality of Life and General Health of parents of Children with Autism Spectrum Disorder

Mahin Eslami Shahrabaki¹, Shahrzad Mazhari², Ali-Akbar Haghdoost³, Zeinab Zamani⁴

Abstract

Background: Since parents of children suffering from autism disorder have more psychiatric problems compared to parents of normal children or those with other developmental disorders, the present research aimed to study anxiety, depression, general health and quality of life among parents of children with autism disorders in comparison to the control group.

Methods: This descriptive-analytical, cross-sectional study was performed on parents of autism children visiting the pediatric psychologist at Besat psychiatric clinic and one of the rehabilitation centers in Kerman, Iran. The autism diagnosis was confirmed by a child and adolescent psychiatrist and based on DSM-IV-TR criteria. The control group was selected from parents of children over two years with somatic problems. 66 people were selected in each of the control and case groups and in each group there was 33 men and 33 women. All participants were asked to fill out Hamilton Depression and Hamilton Anxiety questionnaires as well as general health questionnaire (GHQ-28) and quality of life (WHOQOL-BREIF) questionnaire. Data analysis was performed using t-test.

Results: Mean scores of depression, anxiety, and quality of life were significantly different between the case and control groups ($P < 0.001$). However, in terms of general health, mean scores of the two groups showed no statistically significant difference.

Conclusion: Parents of children suffering from autism spectrum disorders are more susceptible to anxiety and depression and have lower quality of life.

Keyword: Autism, Anxiety, Depression, General health, Quality of life, Parents

1- Associate Professor, Neuroscience Research Center, Institute of Neuropharmacology, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychiatry, Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- Professor, Research Center for Modeling In Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- Medical Student, Neurology Research Center, Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Zeinab Zaman **Email:** zzb1120@yahoo.com

Address: Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Imam Khomeini Highway, Kerman, Iran

Tel: 03433435270

Fax: 03433435270