

تاثیر درمانگری شناختی - رفتاری بر سلامت عمومی و نشانه‌های افسردگی مادران

کودکان کم شنوا

دکتر گیتا موللی / دکترای روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی / استاد یار مرکز تحقیقات توان‌بخشی اعصاب اطفال / دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران

دکتر معصومه پور محمدرضای تجربی / دکترای روان‌شناسی بالینی / استاد یار دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی / کودکان استثنایی / دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران

سعید اسد ملابری / دانشجوی دکترای شنوایی شناسی / دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران

چکیده:

پژوهش حاضر به منظور بررسی تاثیر روش مداخله‌ای شناختی - رفتاری بر سلامت عمومی و نشانه‌های افسردگی مادران کودکان کم شنوا انجام گرفت. از جامعه آماری مادران کودکان کم شنوا که فرزندان آنها در مراکز مداخله و توان‌بخشی ویژه کودکان کم شنوا نام‌نویسی کرده بودند، ۳۳ نفر از یک مرکز به عنوان نمونه در دسترس انتخاب شدند و به منظور تعیین وضعیت سلامت عمومی و نشانه‌های افسردگی به ترتیب پرسشنامه‌های سلامت عمومی (SCL-90, GHQ) را تکمیل کردند و سپس در ۶ جلسه ۱/۵ ساعته درمانگری شناختی - رفتاری مجدداً به وسیله پرسشنامه‌های یاد شده مورد ارزیابی قرار گرفتند. یافته‌های به دست آمده با استفاده از آزمون آماری t وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج بیانگر آن بود که سلامت عمومی و نشانه‌های افسردگی مادران کودکان کم شنوا پس از شرکت در جلسات درمانگری شناختی - رفتاری در مقایسه با پیش از شرکت در جلسات، به ترتیب افزایش ($P < 0.001$) و کاهش ($P < 0.05$) معنادار داشته است. در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهد که درمانگری شناختی - رفتاری به طور معنادار، سلامت عمومی مادران کودکان کم شنوا را افزایش و نشانه‌های افسردگی را در آنها کاهش داده است.

واژه‌های کلیدی: درمانگری شناختی - رفتاری؛ مادران کودکان کم شنوا؛ نشانه‌های افسردگی؛ سلامت عمومی

مقدمه

(کامینگز^۱ و دیویس^۲، ۱۹۹۴)

نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که گرچه برخی از مادران به خوبی با مشکلات دست و پنجه نرم می‌کنند اما در کل مادران دارای کودک ناتوان، نسبت به سایر مادران، دارای اختلالات جسمی؛ افسردگی، اضطراب، استرس و فشارهای عصبی بیشتر و اعتماد به نفس کمتری هستند. همچنین احساس تنهایی می‌کنند و در ارتباطات خود با اطرافیان دچار مشکلاتی هستند (خمیس^۳، ۲۰۰۷).

سلامت روان‌شناختی مادران بر تحول اجتماعی، هیجانی، شناختی و رفتاری فرزندان و کیفیت دلبستگی آنان موثر است. فرزندان مادران افسرده در معرض خطر ابتلا به بسیاری از اختلالات هیجانی و رفتاری هستند.

مادر بزرگترین معلم و مربی کودک است. مادری عموماً از پیچیده‌ترین تجربه‌های هر زن به شمار می‌رود و زمانی که این تجربه در مورد کودکی دچار معلولیت باشد؛ به مراتب مشکل‌تر و همراه با احساسات ناخوشایند بسیار است. شرایط مادری برای کودکان استثنایی هم از نظر فیزیکی و هم از نظر هیجانی بسیار خسته کننده و استرس زا می‌باشد (برگ، پترسون و رویتر، ۲۰۰۶)

افسردگی شایع‌ترین اختلال روان‌شناختی در میان زنان و اختلالی بسیار شایع (۱۲-۸ درصد) در میان مادران کودکان خردسال است (لاوجوی و همکاران، ۲۰۰۰). زن بودن، اضطراب و وقایع استرس‌زای دوران زندگی از جمله عوامل خطر ساز مهم برای ابتلا به افسردگی است

1- Cummings
2-Davis
3- Khamis

بیش از ۹۰ درصد کودکان کم‌شنوا از والدین شنوا متولد می‌شوند و این کودکان کم‌شنوا در مقایسه با کودکان والدین کم‌شنوا از رشد هیجانی و شناختی ضعیف‌تری برخوردارند. از سویی ۱۵ تا ۶۰ درصد کودکان کم‌شنوا دچار درجاتی از اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی و تکانشگری هستند و از نظر پختگی اجتماعی مشکلاتی دارند (آلپینر^۲ و مک کارتی^۳، ۲۰۰۲؛ بایلی^۴ و همکاران، ۲۰۰۳).

مادران کودکان استثنایی به‌ویژه کودکان کم‌شنوا در مقایسه با مادران کودکان عادی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند و وجود معلولیت و کم‌توانی در خانواده، موجب بروز مشکلات عاطفی و روانی در اعضای خانواده به خصوص مادر، می‌شود

از دهه ۱۹۷۰ آموزش و مشاوره با والدین کودکان استثنایی به دلیل نقش اساسی آن در پیشرفت هر گونه برنامه مداخله‌ای و تاثیر مستقیم بر رشد هیجانی - شناختی کودک، مورد توجه ویژه قرار گرفته است. مطالعات بسیاری کارایی این گونه مشاوره‌ها را خاطر نشان کرده‌اند.

والدینی که در برنامه‌های مداخله‌ای و درمانگری شرکت می‌کنند، در دراز مدت نیز توانایی سازگاری بهتری با وضعیت خود دارند، دارای روابط صمیمی‌تری با فرزندان خود هستند و نگرش مثبت‌تری نسبت به ناتوانی فرزندان‌شان پیدا می‌کنند. مادرانی که از حمایت‌های مناسب برخوردارند و مورد توجه قرار می‌گیرند ارتباط عاطفی عمیق‌تری با خردسالان ناشنوا خود دارند (شچمن^۵ و گیلان^۶، ۲۰۰۵؛ خمیس، ۲۰۰۷، جلالی، پوراحمدی،

تجربه زندگی با مادر افسرده در سال‌های آتی کودک را در معرض خطر بسیاری از اختلالات روان‌شناختی، اختلالات رفتاری، اشکال در پیشرفت تحصیلی و مهارت-های اجتماعی قرار می‌دهد.

مادران افسرده در پرورش فرزندان خود با مشکلات عدیده‌ای روبرو می‌شوند. چنین مادرانی در مقابل رفتارهای نامناسب فرزندان خود بی‌قرارند، قادر به مدیریت صحیح روابط خود با فرزندان نیستند، در مهارت‌های فرزند پروری با مشکلات بسیاری روبرو هستند و در برقراری ارتباط مناسب با کودک خود و بیان محبت کافی دچار مشکلاتی می‌باشند. کورمن و برومبلی (۱۹۹۰) خاطر نشان کرده‌اند که مادران افسرده از نظر عاطفی برای کودک غیر قابل دسترسی اند و گوشه‌گیری آنان سبب می‌شود کودک در فقر عاطفی به سر برد. (محمد اسماعیل و موسوی ۱۳۸۲؛ پلچات و همکاران، ۱۹۹۹؛ ویک و همکاران، ۲۰۰۴؛ هو^۱، ۲۰۰۶).

این تاثیرات در مورد کودک معلول، دو چندان است. بررسی ویک و همکاران (۲۰۰۴) در مورد روابط مادر - فرزند نشان داد که این روابط در میان خانواده‌هایی با فرزندان کم‌شنوا، بسیار ضعیف بود (پیلوسکی و همکاران، ۲۰۰۶).

در مطالعه‌ای که در ارتباط با بررسی و مقایسه اختلالات افسردگی و اضطراب و سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با مادران کودکان عادی صورت پذیرفت، نتایج بیانگر آن بود که مادران کودکان استثنایی به ویژه کودکان کم‌شنوا در مقایسه با مادران کودکان عادی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند و وجود معلولیت و کم‌توانی در خانواده، موجب بروز مشکلات عاطفی و روانی در اعضای خانواده به خصوص مادر، می‌شود (نریمانی، آقا محمدیان، رجبی، ۱۳۸۶).

2- Alpiner
3- Mc Carty
4- Baily
5- Shechtman
6- Gilat

طهماسیان، شعیری، ۱۳۸۷).

در بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در مادران دانش‌آموزان نابینا، کم‌شنوا، کم‌توان ذهنی و عادی، نتایج بیانگر آن است که میانگین اختلالات روانی در مادران کودکان استثنایی بالاتر از مادران دارای کودک عادی است. همچنین داشتن انتظارات و عدم برآورده شدن این انتظارات موجب ناکامی افراد می‌شود بنابراین مادرانی که کودک استثنایی دارند در مدت ۹ ماه بارداری، انتظار تولد یک بچه سالم را دارند و با تولد کودک کم‌توان ذهنی، نابینا، کم‌شنوا، موجبات احساس گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک را در مادر ایجاد می‌کند که به طور طبیعی غم و اندوه و افسردگی را به دنبال دارد. در مجموع این شرایط می‌تواند سبب گوشه‌گیری و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت نفس و احساس خودکم‌بینی و بی‌ارزشی در مادر شود که پیامد آن بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادران است (سلطان‌فر، رضایی، جعفرزاده، سلطانی‌فر، ۱۳۸۸؛ یکتاخو، ۱۳۸۸).

از این رو توجه به افسردگی مادران کودکان دچار معلولیت بسیار اهمیت دارد. برای درمان افسردگی مادران می‌توان به روش‌های مختلف (دارودرمانی، روان‌درمانی یا درمان‌های ترکیبی) اقدام کرد. روش مداخله‌ای شناختی- رفتاری روش مناسبی برای درمان افسردگی است (کرونیس^۱ و همکاران، ۲۰۰۶؛ هیون^۲ و همکاران، ۲۰۰۵؛ چن^۳ و همکاران، ۲۰۰۶؛ دورویس^۴ و همکاران، ۲۰۰۵). رویکرد درمانی شناختی- رفتاری بر این باور استوار است که نشانه‌های افسردگی ناشی از ترکیب اختلال در عملکرد پردازش افکار و رفتارهای سازش نیافته‌ای است که به

وسیله این پردازش صورت می‌پذیرد. از آنجایی که چنین اختلالی در عملکرد فکری و رفتاری یاد گرفته شده است، افرادی که واجد نشانه‌های افسردگی هستند می‌توانند مهارت‌های سازش یافته‌تر و جدیدتری را بیاموزند که خلق و خوی آنها را بالا ببرد و توانایی آنها را برای مقابله با رویدادهای ناخوشایند روزمره افزایش دهد. از سوی دیگر، اصل اساسی در درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر این عقیده است که اگر فرد افکار و رفتارهای تغییر دهد، متعاقباً تغییر مثبتی در خلق و خوی او ایجاد خواهد شد. اگرچه برخی از والدین کودکان دارای نیازهای ویژه در مشاوره‌های فردی احساس راحتی می‌کنند اما اغلب این گونه والدین از شرکت در جلسات گروهی رضایت بیشتری دارند چرا که امکان بازگویی دردهای مشترک و همدلی موثرتر فراهم می‌شود و احساس تنهایی کمتری به آنها دست می‌دهد. همچنین مسائلی در مشاوره‌های گروهی مطرح می‌گردد که در مشاوره‌های فردی موقعیت بروز آن فراهم نمی‌شود (کلارک^۵ و همکاران، ۱۹۹۹؛ بارلو^۶، پاول^۷ و گیلیریس^۸، ۲۰۰۶؛ لاک وود^۹، پیچ^{۱۰} و کونروی^{۱۱}، ۲۰۰۴). بنابراین، ضرورت به کارگیری روش درمانگری شناختی- رفتاری به صورت جلسات گروهی قابل توجیه است.

پژوهش حاضر جهت ارزیابی نشانه‌های افسردگی و سلامت عمومی مادران کودکان کم‌شنوا و بررسی تاثیر روش مداخله‌ای شناختی- رفتاری در این مادران صورت گرفت. فرض بر آن بود که افسردگی و سلامت روانی مادران پس از شرکت در جلسات مشاوره گروهی بهبود می‌یابد.

5- Clarke

6- Bar low

7- Powel

8- Gilehrist

9- Lockwood

10- Page

11- Conray

1- Chronis

2- Hyun

3- Chen

4- De Rubeis

روش

جامعه؛ نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر در چهارچوب مطالعات نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون تک‌گروهی قرار دارد. از میان جامعه آماری همه مادران کودکان کم‌شنوا در شهر تهران که فرزند ناشنوی خود را در مراکز مداخله و توان‌بخشی ویژه کودکان کم‌شنوا نام‌نویسی کرده‌اند یک نمونه ۳۸ نفری از یک مرکز مداخله و توان‌بخشی به صورت در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ)^۱ و SCL-90^۲ را تکمیل کردند (مرحله پیش‌آزمون).

سپس مادران در ۶ جلسه درمان گروهی روش مداخله شناختی- رفتاری (مدت هر جلسه دو ساعت بود) شرکت کردند. در طول جلسات درمانگری سه نفر از مادران از ادامه شرکت در پژوهش سرباز زدند و از ۳۵ نفر باقیمانده ۲ مادر در طی اجرای پس‌آزمون حضور نداشتند. بنابراین؛ تنها اطلاعات به دست آمده از ۳۳ مادر برای تجزیه و تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

ابزار

در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر جهت ارزیابی مادران استفاده شد:

الف- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی است و به عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفته می‌شود که از نشانه‌های مشترک مرضی در اختلالات مختلف روانی تشکیل شده است. فرم ۲۸ سوالی این پرسشنامه که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته دارای چهار مقیاس (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) است. به هر پاسخ

آزمودنی از راست به چپ به ترتیب نمره‌های ۰؛ ۱؛ ۲؛ ۳ تعلق می‌گیرد. نمره هر آزمودنی در هر یک از مقیاس‌ها به صورت جداگانه محاسبه می‌شود و با محاسبه مجموع نمره‌های چهار مقیاس؛ نمره کلی به دست می‌آید. دامنه نمرات در کل مقیاس بین ۰ تا ۸۴ در نوسان است. نمره‌های بین ۱۴ تا ۲۱ در هر مقیاس وخامت وضع آزمودنی را در آن عامل نشان می‌دهد.

افرادی که واجد نشانه‌های افسردگی هستند می‌توانند مهارت‌های سازش یافته‌تر و جدیدتری را بیاموزند که فلق و فوی آنها را بالا ببرد و توانایی آنها را برای مقابله با رویدادهای نامفوشایند (روزمه افزایش دهد).

ضریب پایایی به روش دو نیمه برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۶؛ ۰/۸۴؛ ۰/۶۸ و ۰/۷۷ گزارش شده است (چن^۳، لو^۴ و چانگ^۵ ۱۹۸۳؛ نقل از هومن؛ ۱۳۷۶) ثبات و همسانی درونی را با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز برای محاسبه پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب ۰/۸۸ به دست آمد.

ب- پرسشنامه SCL-90: نوعی پرسشنامه خود گزارش‌دهی و مشتمل بر ۹۰ سوال است که برای ارزشیابی نشانه‌های روانی به کار می‌رود. فرم اولیه این آزمون به وسیله دراگوتیس و همکاران (۱۹۷۳) معرفی شد. پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای که بیانگر میزان ناراحتی از "هیچ" تا "به شدت" می‌باشد مشخص می‌شود. این آزمون ۹ بعد (نشانه‌های روان‌تنی؛ وسواس و اجبار؛ حساسیت در روابط متقابل؛ افسردگی؛ اضطراب؛ پرخاشگری؛ ترس مرضی؛ افکار پارانوئیدی و

3- Chen
4- Lu
5- Chang

1- General Health Questionnaire
2- Symptom Checklist

آنها به طور کتبی دریافت شد.

ابتدا پرسشنامه‌های پژوهش (GHQ و SCL90) به طور انفرادی به وسیله همه مادران تکمیل شدند. برای دو نفر از مادران که خود نیز کم شنوا بودند مواد پرسشنامه با زبان اشاره و به طور کامل توضیح داده شد. در پایان، تمامی داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ها به‌عنوان داده‌های مرحله پیش‌آزمون ثبت شدند.

پس از مرحله تکمیل پرسشنامه‌ها؛ سه نفر از مادران از ادامه شرکت در پژوهش امتناع ورزیدند و فقط ۳۵ نفر از مادران در برنامه مداخله حضور یافتند.

مداخله درمانی شناختی- رفتاری به مدت ۶ جلسه دو ساعته و هفته ای یک بار به‌وسیله روان‌شناس با تجربه و آشنا به این روش و با حضور پژوهشگر برای مادران و به صورت دو گروه ۱۲ نفری و یک گروه ۱۱ نفری اجرا شد. برنامه آموزشی شامل دو محور عمده: (۱) دانش‌افزایی و (۲) مهارت‌آموزی بود. محتوای جلسات به ترتیبی است که در پی می‌آید:

جلسه نخست: اطلاعاتی در زمینه استرس و آثار منفی آن بر کارکردهای جسمانی؛ روانی و عملکرد خانواده مطرح شد. مادران احساسات مختلف خود را در مورد کم‌شنوایی فرزند مطرح کردند و به آنها کمک شد تا به شناسایی احساسات مختلف خود بپردازند و استرس‌های خود را تشخیص دهند. به مادران تکالیفی داده شد تا در طول هفته انجام دهند.

جلسه دوم: تکالیف مادران مورد ارزیابی قرار گرفت و اطلاعاتی در مورد روش کنترل احساسات و مقابله مناسب با آن و مقدماتی در مورد مهارت‌های مدیریت استرس مطرح شد و مادران باید تکالیفی را در طول هفته انجام دهند.

در جلسه سوم تا ششم؛ مهارت‌های مدیریت استرس؛ تصحیح باورها و افکار نادرست از طریق آموزش متمرکز و نظام‌دار به والدین آموزش داده شد. این مهارت‌ها در

گرایش‌های روان‌پریش‌گونه) را ارزیابی می‌کند. بعد افسردگی این آزمون منعکس‌کننده طیف وسیعی از نشانه‌های بالینی افسردگی است که شامل خلق و خوی افسرده؛ بی‌علاقگی نسبت به لذات زندگی؛ نداشتن انگیزه و از دست دادن انرژی حیاتی؛ احساس ناامیدی؛ افکار خودکشی و دیگر جنبه‌های شناختی و جسمانی افسردگی می‌باشد. سوال‌های ۵؛ ۱۴؛ ۱۵؛ ۲۰؛ ۲۲؛ ۲۶؛ ۲۹؛ ۳۰؛ ۳۱؛ ۳۲؛ ۳۳؛ ۳۴؛ ۳۵؛ ۳۶؛ ۳۷؛ ۳۸؛ ۳۹؛ ۴۰؛ ۴۱؛ ۴۲؛ ۴۳؛ ۴۴؛ ۴۵؛ ۴۶؛ ۴۷؛ ۴۸؛ ۴۹؛ ۵۰؛ ۵۱؛ ۵۲؛ ۵۳؛ ۵۴؛ ۵۵؛ ۵۶؛ ۵۷؛ ۵۸؛ ۵۹؛ ۶۰؛ ۶۱؛ ۶۲؛ ۶۳؛ ۶۴؛ ۶۵؛ ۶۶؛ ۶۷؛ ۶۸؛ ۶۹؛ ۷۰؛ ۷۱؛ ۷۲؛ ۷۳؛ ۷۴؛ ۷۵؛ ۷۶؛ ۷۷؛ ۷۸؛ ۷۹؛ ۸۰؛ ۸۱؛ ۸۲؛ ۸۳؛ ۸۴؛ ۸۵؛ ۸۶؛ ۸۷؛ ۸۸؛ ۸۹؛ ۹۰؛ ۹۱؛ ۹۲؛ ۹۳؛ ۹۴؛ ۹۵؛ ۹۶؛ ۹۷؛ ۹۸؛ ۹۹؛ ۱۰۰؛ ۱۰۱؛ ۱۰۲؛ ۱۰۳؛ ۱۰۴؛ ۱۰۵؛ ۱۰۶؛ ۱۰۷؛ ۱۰۸؛ ۱۰۹؛ ۱۱۰؛ ۱۱۱؛ ۱۱۲؛ ۱۱۳؛ ۱۱۴؛ ۱۱۵؛ ۱۱۶؛ ۱۱۷؛ ۱۱۸؛ ۱۱۹؛ ۱۲۰؛ ۱۲۱؛ ۱۲۲؛ ۱۲۳؛ ۱۲۴؛ ۱۲۵؛ ۱۲۶؛ ۱۲۷؛ ۱۲۸؛ ۱۲۹؛ ۱۳۰؛ ۱۳۱؛ ۱۳۲؛ ۱۳۳؛ ۱۳۴؛ ۱۳۵؛ ۱۳۶؛ ۱۳۷؛ ۱۳۸؛ ۱۳۹؛ ۱۴۰؛ ۱۴۱؛ ۱۴۲؛ ۱۴۳؛ ۱۴۴؛ ۱۴۵؛ ۱۴۶؛ ۱۴۷؛ ۱۴۸؛ ۱۴۹؛ ۱۵۰؛ ۱۵۱؛ ۱۵۲؛ ۱۵۳؛ ۱۵۴؛ ۱۵۵؛ ۱۵۶؛ ۱۵۷؛ ۱۵۸؛ ۱۵۹؛ ۱۶۰؛ ۱۶۱؛ ۱۶۲؛ ۱۶۳؛ ۱۶۴؛ ۱۶۵؛ ۱۶۶؛ ۱۶۷؛ ۱۶۸؛ ۱۶۹؛ ۱۷۰؛ ۱۷۱؛ ۱۷۲؛ ۱۷۳؛ ۱۷۴؛ ۱۷۵؛ ۱۷۶؛ ۱۷۷؛ ۱۷۸؛ ۱۷۹؛ ۱۸۰؛ ۱۸۱؛ ۱۸۲؛ ۱۸۳؛ ۱۸۴؛ ۱۸۵؛ ۱۸۶؛ ۱۸۷؛ ۱۸۸؛ ۱۸۹؛ ۱۹۰؛ ۱۹۱؛ ۱۹۲؛ ۱۹۳؛ ۱۹۴؛ ۱۹۵؛ ۱۹۶؛ ۱۹۷؛ ۱۹۸؛ ۱۹۹؛ ۲۰۰؛ ۲۰۱؛ ۲۰۲؛ ۲۰۳؛ ۲۰۴؛ ۲۰۵؛ ۲۰۶؛ ۲۰۷؛ ۲۰۸؛ ۲۰۹؛ ۲۱۰؛ ۲۱۱؛ ۲۱۲؛ ۲۱۳؛ ۲۱۴؛ ۲۱۵؛ ۲۱۶؛ ۲۱۷؛ ۲۱۸؛ ۲۱۹؛ ۲۲۰؛ ۲۲۱؛ ۲۲۲؛ ۲۲۳؛ ۲۲۴؛ ۲۲۵؛ ۲۲۶؛ ۲۲۷؛ ۲۲۸؛ ۲۲۹؛ ۲۳۰؛ ۲۳۱؛ ۲۳۲؛ ۲۳۳؛ ۲۳۴؛ ۲۳۵؛ ۲۳۶؛ ۲۳۷؛ ۲۳۸؛ ۲۳۹؛ ۲۴۰؛ ۲۴۱؛ ۲۴۲؛ ۲۴۳؛ ۲۴۴؛ ۲۴۵؛ ۲۴۶؛ ۲۴۷؛ ۲۴۸؛ ۲۴۹؛ ۲۵۰؛ ۲۵۱؛ ۲۵۲؛ ۲۵۳؛ ۲۵۴؛ ۲۵۵؛ ۲۵۶؛ ۲۵۷؛ ۲۵۸؛ ۲۵۹؛ ۲۶۰؛ ۲۶۱؛ ۲۶۲؛ ۲۶۳؛ ۲۶۴؛ ۲۶۵؛ ۲۶۶؛ ۲۶۷؛ ۲۶۸؛ ۲۶۹؛ ۲۷۰؛ ۲۷۱؛ ۲۷۲؛ ۲۷۳؛ ۲۷۴؛ ۲۷۵؛ ۲۷۶؛ ۲۷۷؛ ۲۷۸؛ ۲۷۹؛ ۲۸۰؛ ۲۸۱؛ ۲۸۲؛ ۲۸۳؛ ۲۸۴؛ ۲۸۵؛ ۲۸۶؛ ۲۸۷؛ ۲۸۸؛ ۲۸۹؛ ۲۹۰؛ ۲۹۱؛ ۲۹۲؛ ۲۹۳؛ ۲۹۴؛ ۲۹۵؛ ۲۹۶؛ ۲۹۷؛ ۲۹۸؛ ۲۹۹؛ ۳۰۰؛ ۳۰۱؛ ۳۰۲؛ ۳۰۳؛ ۳۰۴؛ ۳۰۵؛ ۳۰۶؛ ۳۰۷؛ ۳۰۸؛ ۳۰۹؛ ۳۱۰؛ ۳۱۱؛ ۳۱۲؛ ۳۱۳؛ ۳۱۴؛ ۳۱۵؛ ۳۱۶؛ ۳۱۷؛ ۳۱۸؛ ۳۱۹؛ ۳۲۰؛ ۳۲۱؛ ۳۲۲؛ ۳۲۳؛ ۳۲۴؛ ۳۲۵؛ ۳۲۶؛ ۳۲۷؛ ۳۲۸؛ ۳۲۹؛ ۳۳۰؛ ۳۳۱؛ ۳۳۲؛ ۳۳۳؛ ۳۳۴؛ ۳۳۵؛ ۳۳۶؛ ۳۳۷؛ ۳۳۸؛ ۳۳۹؛ ۳۴۰؛ ۳۴۱؛ ۳۴۲؛ ۳۴۳؛ ۳۴۴؛ ۳۴۵؛ ۳۴۶؛ ۳۴۷؛ ۳۴۸؛ ۳۴۹؛ ۳۵۰؛ ۳۵۱؛ ۳۵۲؛ ۳۵۳؛ ۳۵۴؛ ۳۵۵؛ ۳۵۶؛ ۳۵۷؛ ۳۵۸؛ ۳۵۹؛ ۳۶۰؛ ۳۶۱؛ ۳۶۲؛ ۳۶۳؛ ۳۶۴؛ ۳۶۵؛ ۳۶۶؛ ۳۶۷؛ ۳۶۸؛ ۳۶۹؛ ۳۷۰؛ ۳۷۱؛ ۳۷۲؛ ۳۷۳؛ ۳۷۴؛ ۳۷۵؛ ۳۷۶؛ ۳۷۷؛ ۳۷۸؛ ۳۷۹؛ ۳۸۰؛ ۳۸۱؛ ۳۸۲؛ ۳۸۳؛ ۳۸۴؛ ۳۸۵؛ ۳۸۶؛ ۳۸۷؛ ۳۸۸؛ ۳۸۹؛ ۳۹۰؛ ۳۹۱؛ ۳۹۲؛ ۳۹۳؛ ۳۹۴؛ ۳۹۵؛ ۳۹۶؛ ۳۹۷؛ ۳۹۸؛ ۳۹۹؛ ۴۰۰؛ ۴۰۱؛ ۴۰۲؛ ۴۰۳؛ ۴۰۴؛ ۴۰۵؛ ۴۰۶؛ ۴۰۷؛ ۴۰۸؛ ۴۰۹؛ ۴۱۰؛ ۴۱۱؛ ۴۱۲؛ ۴۱۳؛ ۴۱۴؛ ۴۱۵؛ ۴۱۶؛ ۴۱۷؛ ۴۱۸؛ ۴۱۹؛ ۴۲۰؛ ۴۲۱؛ ۴۲۲؛ ۴۲۳؛ ۴۲۴؛ ۴۲۵؛ ۴۲۶؛ ۴۲۷؛ ۴۲۸؛ ۴۲۹؛ ۴۳۰؛ ۴۳۱؛ ۴۳۲؛ ۴۳۳؛ ۴۳۴؛ ۴۳۵؛ ۴۳۶؛ ۴۳۷؛ ۴۳۸؛ ۴۳۹؛ ۴۴۰؛ ۴۴۱؛ ۴۴۲؛ ۴۴۳؛ ۴۴۴؛ ۴۴۵؛ ۴۴۶؛ ۴۴۷؛ ۴۴۸؛ ۴۴۹؛ ۴۵۰؛ ۴۵۱؛ ۴۵۲؛ ۴۵۳؛ ۴۵۴؛ ۴۵۵؛ ۴۵۶؛ ۴۵۷؛ ۴۵۸؛ ۴۵۹؛ ۴۶۰؛ ۴۶۱؛ ۴۶۲؛ ۴۶۳؛ ۴۶۴؛ ۴۶۵؛ ۴۶۶؛ ۴۶۷؛ ۴۶۸؛ ۴۶۹؛ ۴۷۰؛ ۴۷۱؛ ۴۷۲؛ ۴۷۳؛ ۴۷۴؛ ۴۷۵؛ ۴۷۶؛ ۴۷۷؛ ۴۷۸؛ ۴۷۹؛ ۴۸۰؛ ۴۸۱؛ ۴۸۲؛ ۴۸۳؛ ۴۸۴؛ ۴۸۵؛ ۴۸۶؛ ۴۸۷؛ ۴۸۸؛ ۴۸۹؛ ۴۹۰؛ ۴۹۱؛ ۴۹۲؛ ۴۹۳؛ ۴۹۴؛ ۴۹۵؛ ۴۹۶؛ ۴۹۷؛ ۴۹۸؛ ۴۹۹؛ ۵۰۰؛ ۵۰۱؛ ۵۰۲؛ ۵۰۳؛ ۵۰۴؛ ۵۰۵؛ ۵۰۶؛ ۵۰۷؛ ۵۰۸؛ ۵۰۹؛ ۵۱۰؛ ۵۱۱؛ ۵۱۲؛ ۵۱۳؛ ۵۱۴؛ ۵۱۵؛ ۵۱۶؛ ۵۱۷؛ ۵۱۸؛ ۵۱۹؛ ۵۲۰؛ ۵۲۱؛ ۵۲۲؛ ۵۲۳؛ ۵۲۴؛ ۵۲۵؛ ۵۲۶؛ ۵۲۷؛ ۵۲۸؛ ۵۲۹؛ ۵۳۰؛ ۵۳۱؛ ۵۳۲؛ ۵۳۳؛ ۵۳۴؛ ۵۳۵؛ ۵۳۶؛ ۵۳۷؛ ۵۳۸؛ ۵۳۹؛ ۵۴۰؛ ۵۴۱؛ ۵۴۲؛ ۵۴۳؛ ۵۴۴؛ ۵۴۵؛ ۵۴۶؛ ۵۴۷؛ ۵۴۸؛ ۵۴۹؛ ۵۵۰؛ ۵۵۱؛ ۵۵۲؛ ۵۵۳؛ ۵۵۴؛ ۵۵۵؛ ۵۵۶؛ ۵۵۷؛ ۵۵۸؛ ۵۵۹؛ ۵۶۰؛ ۵۶۱؛ ۵۶۲؛ ۵۶۳؛ ۵۶۴؛ ۵۶۵؛ ۵۶۶؛ ۵۶۷؛ ۵۶۸؛ ۵۶۹؛ ۵۷۰؛ ۵۷۱؛ ۵۷۲؛ ۵۷۳؛ ۵۷۴؛ ۵۷۵؛ ۵۷۶؛ ۵۷۷؛ ۵۷۸؛ ۵۷۹؛ ۵۸۰؛ ۵۸۱؛ ۵۸۲؛ ۵۸۳؛ ۵۸۴؛ ۵۸۵؛ ۵۸۶؛ ۵۸۷؛ ۵۸۸؛ ۵۸۹؛ ۵۹۰؛ ۵۹۱؛ ۵۹۲؛ ۵۹۳؛ ۵۹۴؛ ۵۹۵؛ ۵۹۶؛ ۵۹۷؛ ۵۹۸؛ ۵۹۹؛ ۶۰۰؛ ۶۰۱؛ ۶۰۲؛ ۶۰۳؛ ۶۰۴؛ ۶۰۵؛ ۶۰۶؛ ۶۰۷؛ ۶۰۸؛ ۶۰۹؛ ۶۱۰؛ ۶۱۱؛ ۶۱۲؛ ۶۱۳؛ ۶۱۴؛ ۶۱۵؛ ۶۱۶؛ ۶۱۷؛ ۶۱۸؛ ۶۱۹؛ ۶۲۰؛ ۶۲۱؛ ۶۲۲؛ ۶۲۳؛ ۶۲۴؛ ۶۲۵؛ ۶۲۶؛ ۶۲۷؛ ۶۲۸؛ ۶۲۹؛ ۶۳۰؛ ۶۳۱؛ ۶۳۲؛ ۶۳۳؛ ۶۳۴؛ ۶۳۵؛ ۶۳۶؛ ۶۳۷؛ ۶۳۸؛ ۶۳۹؛ ۶۴۰؛ ۶۴۱؛ ۶۴۲؛ ۶۴۳؛ ۶۴۴؛ ۶۴۵؛ ۶۴۶؛ ۶۴۷؛ ۶۴۸؛ ۶۴۹؛ ۶۵۰؛ ۶۵۱؛ ۶۵۲؛ ۶۵۳؛ ۶۵۴؛ ۶۵۵؛ ۶۵۶؛ ۶۵۷؛ ۶۵۸؛ ۶۵۹؛ ۶۶۰؛ ۶۶۱؛ ۶۶۲؛ ۶۶۳؛ ۶۶۴؛ ۶۶۵؛ ۶۶۶؛ ۶۶۷؛ ۶۶۸؛ ۶۶۹؛ ۶۷۰؛ ۶۷۱؛ ۶۷۲؛ ۶۷۳؛ ۶۷۴؛ ۶۷۵؛ ۶۷۶؛ ۶۷۷؛ ۶۷۸؛ ۶۷۹؛ ۶۸۰؛ ۶۸۱؛ ۶۸۲؛ ۶۸۳؛ ۶۸۴؛ ۶۸۵؛ ۶۸۶؛ ۶۸۷؛ ۶۸۸؛ ۶۸۹؛ ۶۹۰؛ ۶۹۱؛ ۶۹۲؛ ۶۹۳؛ ۶۹۴؛ ۶۹۵؛ ۶۹۶؛ ۶۹۷؛ ۶۹۸؛ ۶۹۹؛ ۷۰۰؛ ۷۰۱؛ ۷۰۲؛ ۷۰۳؛ ۷۰۴؛ ۷۰۵؛ ۷۰۶؛ ۷۰۷؛ ۷۰۸؛ ۷۰۹؛ ۷۱۰؛ ۷۱۱؛ ۷۱۲؛ ۷۱۳؛ ۷۱۴؛ ۷۱۵؛ ۷۱۶؛ ۷۱۷؛ ۷۱۸؛ ۷۱۹؛ ۷۲۰؛ ۷۲۱؛ ۷۲۲؛ ۷۲۳؛ ۷۲۴؛ ۷۲۵؛ ۷۲۶؛ ۷۲۷؛ ۷۲۸؛ ۷۲۹؛ ۷۳۰؛ ۷۳۱؛ ۷۳۲؛ ۷۳۳؛ ۷۳۴؛ ۷۳۵؛ ۷۳۶؛ ۷۳۷؛ ۷۳۸؛ ۷۳۹؛ ۷۴۰؛ ۷۴۱؛ ۷۴۲؛ ۷۴۳؛ ۷۴۴؛ ۷۴۵؛ ۷۴۶؛ ۷۴۷؛ ۷۴۸؛ ۷۴۹؛ ۷۵۰؛ ۷۵۱؛ ۷۵۲؛ ۷۵۳؛ ۷۵۴؛ ۷۵۵؛ ۷۵۶؛ ۷۵۷؛ ۷۵۸؛ ۷۵۹؛ ۷۶۰؛ ۷۶۱؛ ۷۶۲؛ ۷۶۳؛ ۷۶۴؛ ۷۶۵؛ ۷۶۶؛ ۷۶۷؛ ۷۶۸؛ ۷۶۹؛ ۷۷۰؛ ۷۷۱؛ ۷۷۲؛ ۷۷۳؛ ۷۷۴؛ ۷۷۵؛ ۷۷۶؛ ۷۷۷؛ ۷۷۸؛ ۷۷۹؛ ۷۸۰؛ ۷۸۱؛ ۷۸۲؛ ۷۸۳؛ ۷۸۴؛ ۷۸۵؛ ۷۸۶؛ ۷۸۷؛ ۷۸۸؛ ۷۸۹؛ ۷۹۰؛ ۷۹۱؛ ۷۹۲؛ ۷۹۳؛ ۷۹۴؛ ۷۹۵؛ ۷۹۶؛ ۷۹۷؛ ۷۹۸؛ ۷۹۹؛ ۸۰۰؛ ۸۰۱؛ ۸۰۲؛ ۸۰۳؛ ۸۰۴؛ ۸۰۵؛ ۸۰۶؛ ۸۰۷؛ ۸۰۸؛ ۸۰۹؛ ۸۱۰؛ ۸۱۱؛ ۸۱۲؛ ۸۱۳؛ ۸۱۴؛ ۸۱۵؛ ۸۱۶؛ ۸۱۷؛ ۸۱۸؛ ۸۱۹؛ ۸۲۰؛ ۸۲۱؛ ۸۲۲؛ ۸۲۳؛ ۸۲۴؛ ۸۲۵؛ ۸۲۶؛ ۸۲۷؛ ۸۲۸؛ ۸۲۹؛ ۸۳۰؛ ۸۳۱؛ ۸۳۲؛ ۸۳۳؛ ۸۳۴؛ ۸۳۵؛ ۸۳۶؛ ۸۳۷؛ ۸۳۸؛ ۸۳۹؛ ۸۴۰؛ ۸۴۱؛ ۸۴۲؛ ۸۴۳؛ ۸۴۴؛ ۸۴۵؛ ۸۴۶؛ ۸۴۷؛ ۸۴۸؛ ۸۴۹؛ ۸۵۰؛ ۸۵۱؛ ۸۵۲؛ ۸۵۳؛ ۸۵۴؛ ۸۵۵؛ ۸۵۶؛ ۸۵۷؛ ۸۵۸؛ ۸۵۹؛ ۸۶۰؛ ۸۶۱؛ ۸۶۲؛ ۸۶۳؛ ۸۶۴؛ ۸۶۵؛ ۸۶۶؛ ۸۶۷؛ ۸۶۸؛ ۸۶۹؛ ۸۷۰؛ ۸۷۱؛ ۸۷۲؛ ۸۷۳؛ ۸۷۴؛ ۸۷۵؛ ۸۷۶؛ ۸۷۷؛ ۸۷۸؛ ۸۷۹؛ ۸۸۰؛ ۸۸۱؛ ۸۸۲؛ ۸۸۳؛ ۸۸۴؛ ۸۸۵؛ ۸۸۶؛ ۸۸۷؛ ۸۸۸؛ ۸۸۹؛ ۸۹۰؛ ۸۹۱؛ ۸۹۲؛ ۸۹۳؛ ۸۹۴؛ ۸۹۵؛ ۸۹۶؛ ۸۹۷؛ ۸۹۸؛ ۸۹۹؛ ۹۰۰؛ ۹۰۱؛ ۹۰۲؛ ۹۰۳؛ ۹۰۴؛ ۹۰۵؛ ۹۰۶؛ ۹۰۷؛ ۹۰۸؛ ۹۰۹؛ ۹۱۰؛ ۹۱۱؛ ۹۱۲؛ ۹۱۳؛ ۹۱۴؛ ۹۱۵؛ ۹۱۶؛ ۹۱۷؛ ۹۱۸؛ ۹۱۹؛ ۹۲۰؛ ۹۲۱؛ ۹۲۲؛ ۹۲۳؛ ۹۲۴؛ ۹۲۵؛ ۹۲۶؛ ۹۲۷؛ ۹۲۸؛ ۹۲۹؛ ۹۳۰؛ ۹۳۱؛ ۹۳۲؛ ۹۳۳؛ ۹۳۴؛ ۹۳۵؛ ۹۳۶؛ ۹۳۷؛ ۹۳۸؛ ۹۳۹؛ ۹۴۰؛ ۹۴۱؛ ۹۴۲؛ ۹۴۳؛ ۹۴۴؛ ۹۴۵؛ ۹۴۶؛ ۹۴۷؛ ۹۴۸؛ ۹۴۹؛ ۹۵۰؛ ۹۵۱؛ ۹۵۲؛ ۹۵۳؛ ۹۵۴؛ ۹۵۵؛ ۹۵۶؛ ۹۵۷؛ ۹۵۸؛ ۹۵۹؛ ۹۶۰؛ ۹۶۱؛ ۹۶۲؛ ۹۶۳؛ ۹۶۴؛ ۹۶۵؛ ۹۶۶؛ ۹۶۷؛ ۹۶۸؛ ۹۶۹؛ ۹۷۰؛ ۹۷۱؛ ۹۷۲؛ ۹۷۳؛ ۹۷۴؛ ۹۷۵؛ ۹۷۶؛ ۹۷۷؛ ۹۷۸؛ ۹۷۹؛ ۹۸۰؛ ۹۸۱؛ ۹۸۲؛ ۹۸۳؛ ۹۸۴؛ ۹۸۵؛ ۹۸۶؛ ۹۸۷؛ ۹۸۸؛ ۹۸۹؛ ۹۹۰؛ ۹۹۱؛ ۹۹۲؛ ۹۹۳؛ ۹۹۴؛ ۹۹۵؛ ۹۹۶؛ ۹۹۷؛ ۹۹۸؛ ۹۹۹؛ ۱۰۰۰؛ ۱۰۰۱؛ ۱۰۰۲؛ ۱۰۰۳؛ ۱۰۰۴؛ ۱۰۰۵؛ ۱۰۰۶؛ ۱۰۰۷؛ ۱۰۰۸؛ ۱۰۰۹؛ ۱۰۱۰؛ ۱۰۱۱؛ ۱۰۱۲؛ ۱۰۱۳؛ ۱۰۱۴؛ ۱۰۱۵؛ ۱۰۱۶؛ ۱۰۱۷؛ ۱۰۱۸؛ ۱۰۱۹؛ ۱۰۲۰؛ ۱۰۲۱؛ ۱۰۲۲؛ ۱۰۲۳؛ ۱۰۲۴؛ ۱۰۲۵؛ ۱۰۲۶؛ ۱۰۲۷؛ ۱۰۲۸؛ ۱۰۲۹؛ ۱۰۳۰؛ ۱۰۳۱؛ ۱۰۳۲؛ ۱۰۳۳؛ ۱۰۳۴؛ ۱۰۳۵؛ ۱۰۳۶؛ ۱۰۳۷؛ ۱۰۳۸؛ ۱۰۳۹؛ ۱۰۴۰؛ ۱۰۴۱؛ ۱۰۴۲؛ ۱۰۴۳؛ ۱۰۴۴؛ ۱۰۴۵؛ ۱۰۴۶؛ ۱۰۴۷؛ ۱۰۴۸؛ ۱۰۴۹؛ ۱۰۵۰؛ ۱۰۵۱؛ ۱۰۵۲؛ ۱۰۵۳؛ ۱۰۵۴؛ ۱۰۵۵؛ ۱۰۵۶؛ ۱۰۵۷؛ ۱۰۵۸؛ ۱۰۵۹؛ ۱۰۶۰؛ ۱۰۶۱؛ ۱۰۶۲؛ ۱۰۶۳؛ ۱۰۶۴؛ ۱۰۶۵؛ ۱۰۶۶؛ ۱۰۶۷؛ ۱۰۶۸؛ ۱۰۶۹؛ ۱۰۷۰؛ ۱۰۷۱؛ ۱۰۷۲؛ ۱۰۷۳؛ ۱۰۷۴؛ ۱۰۷۵؛ ۱۰۷۶؛ ۱۰۷۷؛ ۱۰۷۸؛ ۱۰۷۹؛ ۱۰۸۰؛ ۱۰۸۱؛ ۱۰۸۲؛ ۱۰۸۳؛ ۱۰۸۴؛ ۱۰۸۵؛ ۱۰۸۶؛ ۱۰۸۷؛ ۱۰۸۸؛ ۱۰۸۹؛ ۱۰۹۰؛ ۱۰۹۱؛ ۱۰۹۲؛ ۱۰۹۳؛ ۱۰۹۴؛ ۱۰۹۵؛ ۱۰۹۶؛ ۱۰۹۷؛ ۱۰۹۸؛ ۱۰۹۹؛ ۱۱۰۰؛ ۱۱۰۱؛ ۱۱۰۲؛ ۱۱۰۳؛ ۱۱۰۴؛ ۱۱۰۵؛ ۱۱۰۶؛ ۱۱۰۷؛ ۱۱۰۸؛ ۱۱۰۹؛ ۱۱۱۰؛ ۱۱۱۱؛ ۱۱۱۲؛ ۱۱۱۳؛ ۱۱۱۴؛ ۱۱۱۵؛ ۱۱۱۶؛ ۱۱۱۷؛ ۱۱۱۸؛ ۱۱۱۹؛ ۱۱۲۰؛ ۱۱۲۱؛ ۱۱۲۲؛ ۱۱۲۳؛ ۱۱۲۴؛ ۱۱۲۵؛ ۱۱۲۶؛ ۱۱۲۷؛ ۱۱۲۸؛ ۱۱۲۹؛ ۱۱۳۰؛ ۱۱۳۱؛ ۱۱۳۲؛ ۱۱۳۳؛ ۱۱۳۴؛ ۱۱۳۵؛ ۱۱۳۶؛ ۱۱۳۷؛ ۱۱۳۸؛ ۱۱۳۹؛ ۱۱۴۰؛ ۱۱۴۱؛ ۱۱۴۲؛ ۱۱۴۳؛ ۱۱۴۴؛ ۱۱۴۵؛ ۱۱۴۶؛ ۱۱۴۷؛ ۱۱۴۸؛ ۱۱۴۹؛ ۱۱۵۰؛ ۱۱۵۱؛ ۱۱۵۲؛ ۱۱۵۳؛ ۱۱۵۴؛ ۱۱۵۵؛ ۱۱۵۶؛ ۱۱۵۷؛ ۱۱۵۸؛ ۱۱۵۹؛ ۱۱۶۰؛ ۱۱۶۱؛ ۱۱۶۲؛ ۱۱۶۳؛ ۱۱۶۴؛ ۱۱۶۵؛ ۱۱۶۶؛ ۱۱۶۷؛ ۱۱۶۸؛ ۱۱۶۹؛ ۱۱۷۰؛ ۱۱۷۱؛ ۱۱۷۲؛ ۱۱۷۳؛ ۱۱۷۴؛ ۱۱۷۵؛ ۱۱۷۶؛ ۱۱۷۷؛ ۱۱۷۸؛ ۱۱۷۹؛ ۱۱۸۰؛ ۱۱۸۱؛ ۱۱۸۲؛ ۱۱۸۳؛ ۱۱۸۴؛ ۱۱۸۵؛ ۱۱۸۶؛ ۱۱۸۷؛ ۱۱۸۸؛ ۱۱۸۹؛ ۱۱۹۰؛ ۱۱۹۱؛ ۱۱۹۲؛ ۱۱۹۳؛ ۱۱۹۴؛ ۱۱۹۵؛ ۱۱۹۶؛ ۱۱۹۷؛ ۱۱۹۸؛ ۱۱۹۹؛ ۱۲۰۰؛ ۱۲۰۱؛ ۱۲۰۲؛ ۱۲۰۳؛ ۱۲۰۴؛ ۱۲۰۵؛ ۱۲۰۶؛ ۱۲۰۷؛ ۱۲۰۸؛ ۱۲۰۹؛ ۱۲۱۰؛ ۱۲۱۱؛ ۱۲۱۲؛ ۱۲۱۳؛ ۱۲۱۴؛ ۱۲۱۵؛ ۱۲۱۶؛ ۱۲۱۷؛ ۱۲۱۸؛ ۱۲۱۹؛ ۱۲۲۰؛ ۱۲۲۱؛ ۱۲۲۲؛ ۱۲۲۳؛ ۱۲۲۴؛ ۱۲۲۵؛ ۱۲۲۶؛ ۱۲۲۷؛ ۱۲۲۸؛ ۱۲۲۹؛ ۱۲۳۰؛ ۱۲۳۱؛ ۱۲۳۲؛ ۱۲۳۳؛ ۱۲۳۴؛ ۱۲۳۵؛ ۱۲۳۶؛ ۱۲۳۷؛ ۱۲۳۸؛ ۱۲۳۹؛ ۱۲۴۰؛ ۱۲۴۱؛ ۱۲۴۲؛ ۱۲۴۳؛ ۱۲۴۴؛ ۱۲۴۵؛ ۱۲۴۶؛ ۱۲۴۷؛ ۱۲۴۸؛ ۱۲۴۹؛ ۱۲۵۰؛ ۱۲۵۱؛ ۱۲۵۲؛ ۱۲۵۳؛ ۱۲۵۴؛ ۱۲۵۵؛ ۱۲۵۶؛ ۱۲۵۷؛ ۱۲۵۸؛ ۱۲۵۹؛ ۱۲۶۰؛ ۱۲۶۱؛ ۱۲۶۲؛ ۱۲۶۳؛ ۱۲۶۴؛ ۱۲۶۵؛ ۱۲۶۶؛ ۱۲۶۷؛ ۱۲۶۸؛ ۱۲۶۹؛ ۱۲۷۰؛ ۱۲۷۱؛ ۱۲۷۲؛ ۱۲۷۳؛ ۱۲۷۴؛ ۱۲۷۵؛ ۱۲۷۶؛ ۱۲۷۷؛ ۱۲۷۸؛ ۱۲۷۹؛ ۱۲۸۰؛ ۱۲۸۱؛ ۱۲۸۲؛ ۱۲۸۳؛ ۱۲۸۴؛ ۱۲۸۵؛ ۱۲۸۶؛ ۱۲۸۷؛ ۱۲۸۸؛ ۱۲۸۹؛ ۱۲۹۰؛ ۱۲۹۱؛ ۱۲۹۲؛ ۱۲۹۳؛ ۱۲۹۴؛ ۱۲۹۵؛ ۱۲۹۶؛ ۱۲۹۷؛ ۱۲۹۸؛ ۱۲۹۹؛ ۱۳۰۰؛ ۱۳۰۱؛ ۱۳۰۲؛ ۱۳۰۳؛ ۱۳۰۴؛ ۱۳۰۵؛ ۱۳۰۶؛ ۱۳۰۷؛ ۱۳۰۸؛ ۱۳۰۹؛ ۱۳۱۰؛ ۱۳۱۱؛ ۱۳۱۲؛ ۱۳۱۳؛ ۱۳۱۴؛ ۱۳۱۵؛ ۱۳۱۶؛ ۱۳۱۷؛ ۱۳۱۸؛ ۱۳۱۹؛ ۱۳۲۰؛ ۱۳۲۱؛ ۱۳۲۲؛ ۱۳۲۳؛ ۱۳۲۴؛ ۱۳۲۵؛ ۱۳۲۶؛ ۱۳۲۷؛ ۱۳۲۸؛ ۱۳۲۹؛ ۱۳۳۰؛ ۱۳۳۱؛ ۱۳۳۲؛ ۱۳۳۳؛ ۱۳۳۴؛ ۱۳۳۵؛ ۱۳۳۶؛ ۱۳۳۷؛ ۱۳۳۸؛ ۱۳۳۹؛ ۱۳۴۰؛ ۱۳۴۱؛ ۱۳۴۲؛ ۱۳۴۳؛ ۱۳۴۴؛ ۱۳۴۵؛ ۱۳۴۶؛ ۱۳۴۷؛ ۱۳۴۸؛ ۱۳۴۹؛ ۱۳۵۰؛ ۱۳۵۱؛ ۱۳۵۲؛ ۱۳۵۳؛ ۱۳۵۴؛ ۱۳۵۵؛ ۱۳۵۶؛ ۱۳۵۷؛ ۱۳۵۸؛ ۱۳۵۹؛ ۱۳۶۰؛ ۱۳۶۱؛ ۱۳۶۲؛ ۱۳۶۳؛ ۱۳۶۴؛ ۱۳۶۵؛ ۱۳۶۶؛ ۱۳۶۷؛ ۱۳۶۸؛ ۱۳۶۹؛ ۱۳۷۰؛ ۱۳۷۱؛ ۱۳۷۲؛ ۱۳۷۳؛ ۱۳۷۴؛ ۱۳۷۵؛ ۱۳۷۶؛

با آن روبرو شده بودند؛ مطرح شد. یک ماه پس از پایان جلسات درمانی، پس از آزمون روی ۳۳ نفر از مادران اجرا شد (در این جلسه ۲ نفر از ۳۵ مادر حضور نداشتند) و نتایج این ۳۳ نفر با نتایج پیش آزمون آنها با استفاده از آزمون t وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

تعداد ۱۷ نفر از کودکان کم شنوا را که مادران آنها در جلسات درمانگری شناختی - رفتاری شرکت داشتند پسران و ۱۶ نفر از آنها را دختران تشکیل می دادند. همچنین بیشترین فراوانی سن کودکان کم شنوا ۴ سال و ۳ سال (به ترتیب با فراوانی ۱۵ و ۷) و دامنه سنی کودکان از ۲ تا ۵ سال می باشد.

بیشترین فراوانی مربوط به مادران طبقه سنی ۲۷-۲۳ سال (۱۲ نفر) و کمترین فراوانی مربوط به مادران طبقه سنی ۳۷-۳۳ سال (یک نفر) است.

میزان تحصیلات مادران کودکان کم شنوا از زیر دیپلم (۹ نفر) تا لیسانس (۴ نفر) متغیر بود.

در مورد وضعیت اشتغال مادران کودکان کم شنوا، از میان ۳۳ نفر مادر، ۲۶ نفر شاغل و ۴ نفر خانه دار بودند و ۳ نفر نیز پاسخی به این سوال نداده بودند.

به منظور آزمون این فرضیه پژوهش مبنی بر این که "میزان سلامت عمومی مادران پس از شرکت در جلسات درمانگری شناختی - رفتاری کاهش می یابد؛" نتایج حاصل از پرسشنامه های GHQ و SCL90 در هر دو موقعیت پیش آزمون و پس آزمون در مادران کودکان کم شنوا نمره گذاری و پس از محاسبه تفاوت نمرات؛ نتایج با استفاده از آزمون t وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که نتایج آن در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

طی ۴ جلسه دو ساعته مطرح شد. در ابتدای هر جلسه مادران عوامل به وجود آورنده استرس خود را با استفاده از موقعیت هایی که در زندگی واقعی در طول یک هفته داشتند، مطرح می کردند و روان شناس با استفاده از همان موقعیت ها؛ شرکت کنندگان را در جهت مقابله با استرس ناشی از آن آموزش می داد.

جلسه سوم بر تغییر عادات و رفتارهای نادرست و آموزش مهارت های خود کنترلی متمرکز شد. مادران یاد گرفتند افکار منفی خود را زیر سوال ببرند. همچنین راهبرد آرام سازی به مادران آموزش داده شد.

در **جلسه چهارم** به مادران آموزش داده شد افکار خودکار و منفی خود را یادداشت و پایش کنند و آنها را با افکار واقع گرا و مثبت جایگزین نمایند. به این ترتیب مادران در جریان آموزش مشارکت فعال داشتند و راهکارهای مناسب جهت کنترل استرس و راه های مقابله با آن را دریافت کردند.

پژوهشگران فاطر نشان کرده اند که

مادران در صورتی که از حمایت های مناسب برخوردار باشند و مورد توجه قرار گیرند؛ ارتباط عاطفی عمیق تری با فرزندان ناشنوا می تواند فراهم کنند

در **جلسه پنجم** به مادران فرصت داده شد تا توانایی های خود را در موقعیت های واقعی محک بزنند و نقش اساسی را خود بر عهده گیرند و نسبت به خود اطمینان و اعتماد پیدا کنند. اطلاعات تخصصی در زمینه کم شنوایی و برخی راهکارها جهت مقابله با احساسات منفی ناشی از کم شنوایی فرزند مطرح شد.

در **جلسه نهمی**، مادران گزارشی از تجارب موفق و ناموفق خود را با دیگران در میان گذاشتند و از موفقیت های خود رضایت ابراز داشتند. این جلسه به ایفای نقش اختصاص داده شد و مشکلاتی که مادران در کار عملی

جدول ۱: نتایج آزمون t برای مقایسه تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون سلامت عمومی مادران کودکان کم شنوا بر

اساس پرسشنامه GHQ

متغیر	آماره	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت عمومی		۱۰	۱۳/۱۱	۲/۲۸	۴/۳۷	۳۲	۰/۰۰۰

ارقام مندرج در جدول ۱؛ بیانگر این واقعیت است که تفاوت نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون سلامت عمومی مادران کودکان کم شنوا از لحاظ آماری معنادار ($P < 0.001$) و حاکی از افزایش سلامت عمومی در مادران کودکان کم شنوا پس از شرکت در جلسات درمانگری شناختی- رفتاری است. با توجه به اینکه وضعیت سلامت مادران با استفاده از پرسشنامه SCL-90 نیز قبل و بعد از جلسات درمانگری شناختی- رفتاری مورد ارزیابی قرار گرفت؛ تفاوت نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه مذکور در پیش آزمون و پس آزمون محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون t برای مقایسه تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون سلامت عمومی مادران کودکان کم شنوا بر

اساس پرسشنامه SCL-90

متغیر	آماره	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت عمومی		۳۳/۷۵	۶۲/۲۵	۱۰/۸۳	۳/۱۱	۳۲	۰/۰۰۴

همانطور که در جدول ۲ منعکس شده است تفاوت نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون سلامت عمومی مادران کودکان کم شنوا بر اساس پرسشنامه SCL-90 معنادار ($P < 0.004$)؛ است. به عبارت دیگر؛ سلامت عمومی مادران پس از شرکت در جلسات درمانگری شناختی- رفتاری افزایش یافته است. فرضیه دیگر پژوهش، نشانه‌های افسردگی مادران کودکان کم شنوا را قبل و بعد از شرکت در جلسات درمانگری شناختی- رفتاری مورد بررسی قرار می‌دهد. به منظور مقایسه تفاوت نمرات نشانه‌های افسردگی مادران در دو موقعیت پیش آزمون و پس آزمون از آزمون آماری t وابسته استفاده شد که نتایج این تحلیل در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون برای مقایسه تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون افسردگی مادران کودکان کم شنوا بر اساس

پرسشنامه GHQ

متغیر	آماره	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
افسردگی		۲/۳۶	۴/۰۵	۰/۷۰	۳/۳۵	۳۲	۰/۰۰۲

مقایسه بیشتر نشانه‌های افسردگی، مادران کودکان کم‌شنوا با استفاده از بعد افسردگی پرسشنامه SCL-90، قبل و بعد از شرکت در جلسات درمانی مورد مقایسه و تحلیل قرار گرفتند که نتایج این تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج مندرج در جدول ۳ بیانگر آن است که نشانه‌های افسردگی مادران کودکان کم‌شنوا پس از شرکت در جلسات درمانگری شناختی- رفتاری کاهش یافته و این کاهش از لحاظ آماری معنادار ($P=0/002$) است. به‌منظور

جدول ۴: نتایج حاصل از آزمون برای مقایسه تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون نشانه‌های افسردگی مادران کودکان کم‌شنوا بر اساس زیر مقیاس نشانه‌های افسردگی پرسشنامه SCL-90

متغیر	آماره	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	تعداد	درجه آزادی	سطح معناداری
افسردگی		۸/۰۳	۱۳/۳۴	۲/۳۲	۳/۴۵	۳۲	۰/۰۰۲

نشان کرده‌اند که مادران در صورتی که از حمایت‌های مناسب برخوردار باشند و مورد توجه قرار گیرند؛ ارتباط عاطفی عمیق‌تری با خردسالان ناشنوی خود خواهند داشت (هو، ۲۰۰۶).

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمانگری شناختی- رفتاری بر نشانه‌های افسردگی مادران کودکان کم‌شنوا بود. از آنجایی که میانگین اختلال‌های روانی در والدین کودکان کم‌شنوا در مقایسه با والدین کودکان عادی بالاتر است؛ طبیعی به نظر می‌رسد که تولد کودک کم‌شنوا موجب احساس گناه، ناکامی و محرومیت مادر می‌شود که متعاقب آن غم و اندوه و افسردگی را به دنبال خواهد داشت و سلامت روانی مادران به خطر خواهد افتاد (یکتاخواه، ۱۳۸۸؛ سلطانی فر و همکاران، ۱۳۸۸) و ضرورت افزایش سلامت روان این گروه از مادران و به ویژه کاهش بروز اختلال‌های روانی از جمله افسردگی بیش از پیش احساس می‌شود. یافته‌های پژوهش نشان داد که نشانه‌های افسردگی مادران کودکان کم‌شنوا پس از شرکت در یک دوره درمانگری شناختی- رفتاری به‌طور معناداری $P<0.01$ کاهش یافت. این نتایج با یافته‌های مشابه پیشین مطابقت دارد. برای درمان افسردگی مادران از روش‌های متفاوتی از ارتباطات غیررسمی والدین تا

با توجه به ارقام مندرج در جدول ۴؛ مشاهده می‌شود که نشانه‌های افسردگی مادران کودکان کم‌شنوا پس از شرکت در جلسات درمانی کاهش یافته است. به سخن دیگر؛ تفاوت بین نشانه‌های افسردگی مادران کودکان کم‌شنوا قبل و بعد از شرکت در جلسات درمانی از لحاظ آماری معنادار ($P=0/002$) است.

بنابراین؛ با توجه به نتایج به دست آمده از جداول ۳ و ۴ می‌توان این فرضیه پژوهش را که "نشانه‌های افسردگی مادران کودکان کم‌شنوا پس از شرکت در جلسات درمانگری شناختی- رفتاری کاهش می‌یابد" را مورد تایید قرار داد.

بحث و نتیجه‌گیری

کودکان استثنایی - از جمله کودکان کم‌شنوا - به دلیل مشکلات خاص خود؛ والدین را دچار استرس می‌کنند (هو؛ ۲۰۰۶). وضعیت سلامت روانشناختی والدین در انتظارات آنها از فرزندان ناشنوی خود، همچنین در تحول اجتماعی؛ هیجانی؛ شناختی و رفتاری فرزندان و کیفیت دلبستگی آنها موثر است (اونیل^۱ و همکاران، ۲۰۰۴؛ اولوسانیا و همکاران، ۲۰۰۶). پژوهشگران خاطر

1- O'Neil

بعد تربیتی باشد که بیشترین مسئولیت آن بر عهده مادر است (کلانیک، ۱۳۸۳) به خصوص در فرهنگ ما که مادر بیشترین وقت خود را در خانه سپری می‌کند. بنابراین مسئولیت تربیتی و ناکامی‌های پی‌در پی وی در تربیت فرزند ممکن است به پرخاشگری منجر شود و به دلیل احساس گناه مادر، این پرخاشگری متوجه درون می‌شود و به واکنش‌های افسرده وار در مادر می‌انجامد. از سوی دیگر به دلیل آشنایی نزدیک مادر با مشکلات و خطرهای احتمالی که ممکن است متوجه فرزند کم‌شناها باشد و وی را تهدید کند، انتظار می‌رود که سلامت روانی مادران دارای کودکان کم‌شناها کاهش یابد. اگرچه نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پیشین مطابقت داشت؛ اما با محدودیت‌هایی از جمله عدم اجرای آزمون پیگیری و بررسی؛ تاثیر بلند مدت روش درمانگری شناختی- رفتاری و عدم استفاده از گروه کنترل مواجه بود و پیشنهاد می‌شود که در بررسی‌های آینده این موارد مورد توجه قرار گیرد. با توجه به رشد روزافزون تجهیزات و برنامه‌های شناسایی زودرس کم‌شنوایی؛ لزوم توجه به وضعیت سلامت روان شناختی والدین فرزندان کم‌شناها و در نظر گرفتن نقش اساسی والدین در هرگونه پیشرفت برنامه‌های مداخله‌ای کودکان ناتوان و ضرورت ایجاد برنامه‌های مشاوره‌ای و درمانگری - انفرادی و گروهی - برای والدین احساس می‌شود. در حقیقت، والدینی که در برنامه‌های مداخله‌ای و مشاوره‌ای شرکت می‌کنند؛ در بلند مدت نیز توانایی سازگاری بهتری با وضعیت خود و روابط نزدیک‌تری با فرزند کم‌شنوای خود دارند و نگرش آنها به ناتوانی فرزند مثبت‌تر می‌شود (برگ^۴ و همکاران، ۲۰۰۶؛ بارلو و همکاران، ۲۰۰۶) وضعیت سلامت روان شناختی والدین در انتظارات آنها از فرزندان کم‌شنوای خود موثر است و تحول اجتماعی؛ هیجانی؛

برنامه‌های مشاوره‌ای سیستماتیک به کار رفته است (هاستینگ^۱ و بک^۲؛ ۲۰۰۴) پژوهش‌های چندی حاکی از تاثیر روش درمانگری شناختی - رفتاری در درمان افسردگی و نشانه‌های آن بوده است (کرونیس و همکاران؛ ۲۰۰۶؛ هیون و همکاران؛ ۲۰۰۵).

چن، لوچانگ (۲۰۰۶) روش درمانگری شناختی- رفتاری را در درمان افسردگی گروهی از بیماران افسرده به کار بردند و میزان افسردگی و اعتماد به نفس آنها را دو هفته پیش از مطالعه و بلافاصله پس از دوره درمانی ارزیابی و با گروه کنترل مقایسه کردند. نتایج حاکی از کاهش قابل توجه نشانه‌های افسردگی و افزایش اعتماد به نفس بیماران بود. دورویس و همکاران (۲۰۰۵) درمان- شناختی و دارودرمانی را در گروهی از افراد دچار افسردگی مورد استفاده قرار دادند. نتایج بررسی آنها نشان داد که درمان شناختی می‌تواند به همان اندازه دارو درمانی موثر باشد و نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد. راموس^۳ و همکاران (۲۰۰۵) نیز به همین نتایج دست یافتند.

کرونیس و همکاران (۲۰۰۶) این روش را در درمان افسردگی مادران فرزندان با کمبود توجه و بیش‌فعالی مورد استفاده قرار دادند. به این ترتیب که برنامه درمانی را روی گروهی از مادران اجرا و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۵ ماه پیگیری بعدی را مورد مقایسه قرار دادند. روش درمانگری شناختی - رفتاری موجب کاهش نشانه‌های افسردگی؛ افزایش اعتماد به نفس؛ بهبود نگرش نسبت به فرزندان و بهبود روابط خانوادگی شده بود.

در مجموع، با توجه به یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش حاضر به نظر می‌رسد که مهمترین مساله و شاید مشکل‌زاترین مسائل مربوط به کودک کم‌شناها در خانواده

1 -Husting

2 -Beck

3- Romos

4- Berg

شناختی و رفتاری فرزندان و کیفیت دل‌بستگی آنها را متأثر می‌کند (اونیل و همکاران، ۲۰۰۴؛ هو، ۲۰۰۶). بنابراین، به نظر می‌رسد اتخاذ روش‌های درمانگری موثر و کارآمد و تشکیل کارگاه‌های آموزشی مناسب بتواند تدابیر لازم را برای مقابله با این ناکامی‌ها در اختیار والدین به ویژه مادران کودکان کم‌شنوا قرار دهد و تا

حدودی آنها را نسبت به مشابه بودن تجارب خانواده‌های دیگر با خانواده خود آگاه سازد و پذیرش معلولیت فرزند را آسان‌تر نماید و متعاقب آن سلامت روانی آنها را ارتقاء بخشد. لذا ضروری است نتایج این پژوهش در اختیار دست‌اندرکاران بالینی، آموزشی و تربیتی قرار گیرد تا بتوانند به هنگام لزوم مورد استفاده قرار دهند.

منابع:

- پورافکاری، نصرت‌ا... (۱۳۷۵). پژوهشی پیرامون ارتباط افسردگی مادر با بروز اختلالات هیجانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان. طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- جلالی، محسن، پوراحمدی‌الناز، طهماسبیان‌کارینه، شعیری‌محمدرضا (۱۳۸۷). اثر آموزش والدین بر مبنای برنامه فرزندپروری مثبت (P3) بر سلامت روان شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD). فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۱۶، ۳۵۳.
- خیرآبادی، غلامرضا، ملکیان، آزاد، فخارزاده، مهناز (۱۳۸۶). مقایسه شیوع افسردگی در مادران کودکان مبتلا به آسم و مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع یک. دو فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری. ۹، ۲۶-۲۱.
- سلطانی‌فر، عاطفه، رضایی‌اردانی، امیر، جعفرزاده‌فدکی سید مرتضی، سلطانی‌فر، آزاده (۱۳۸۸). مطالعه مورد -شاهدی اضطراب و افسردگی در والدین کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۴۱، بهار، ۵۱.
- شرقی، افشان، نبی، بهروز، پراک، منوچهر، فرخی، علیرضا (۱۳۸۴). افسردگی در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی یا بدخیمی‌های خونی، مرکز طبی کودکان ۱۳۸۲. ۵۵، ۵۹۹.
- صالحی، منصور، سالاری‌فر، محمدحسین، هادیان، مینا (۱۳۸۳). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان دچار اختلال روان‌پزشکی با گروه گواه، فصلنامه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۳۸، ۷۸.
- کازرانی، سوسن (۱۳۸۲). بررسی ارتباط بین سطح ناتوانی رشد حرکتی کودکان فلج مغزی ۶-۱۰ ساله با میزان افسردگی مادران آنها در مراکز بهزیستی مناطق چهارگانه تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران. ایران.
- کلانیک، ک. ال. (۱۳۸۳). کنار آمدن با چالش‌های زندگی. ترجمه نریمانی، م. و ولیزاده حقی، ا. مشهد؛ انتشارات آستان قدس رضوی (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۸).
- لاجوردی، زهره. بررسی مقایسه‌ای میزان افسردگی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر و کودکان عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران. دانشگاه تهران، ۱۳۷۱.
- محمد اسماعیل؛ ا.؛ موسوی؛ ح. (۱۳۸۲). بررسی سلامت روانی مادران دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات رفتاری. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی: سال سوم: شماره ۲. ۱۱۶-۱۰۵
- محمدخان کرمانشاهی، سیما، ونکی، زهره، احمدی‌فضل‌ا...، آزاد فلاح، پرویز، کاظم‌نژاد، انوشیروان (۱۳۸۵). تجربیات مادران از داشتن کودک عقب‌مانده ذهنی، فصلنامه توانبخشی. ۲۶، ۲۶.
- مظاهری، محمدعلی، صادقی، منصوره سادات (۱۳۸۴). مقایسه سلامت عمومی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی، نابینا، ناشنوا و معلول جسمی - حرکتی. فصلنامه خانواده‌پژوهی. ۱، ۳، ۲۶۹.
- موللی، گیتا، سلامت روان در مادران کودکان ناشنوا (۱۳۸۷) ماهنامه تعلیم و تربیت استثنایی. ۷۷، ۲۷.
- میکائیلی، فرزانه (۱۳۸۷) مقایسه بهزیستی روان‌شناختی مادران با و بدون دانش‌آموزان ابتدایی کم‌توان ذهنی: اثر سبک‌های مقابله‌ای. فصلنامه

پژوهش در حیطه کودکان استثنایی . ۲۷ ، ۵ .

- میکائیلی، فرزانه (۱۳۸۸). روابط ساختاری بین بهزیستی روان‌شناختی، هوش هیجانی ادراک شده، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی . ۹، ۳۳، ۱۰۳ .
- نریمانی، محمد، آقا محمدیان، حمیدرضا، رجبی، سوزان (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی. فصلنامه اصول بهداشت روانی . ۹، ۳۳ و ۳۴، ۲۴-۱۵ .
- یکتا خواه، س (۱۳۸۸). مقایسه میزان تنیدگی و شیوه مقابله با آن در مادران دانش‌آموز کم‌توان ذهنی، نابینا، کم‌شنوا و عادی مقطع ابتدایی شهرستان کرج. ماهنامه تعلیم و تربیت استثنایی ، شماره ۸۹، فروردین و اردیبهشت ، ص ۳ .
- Alpiner, J. MC Carthy.P.(2002) *Rehabilitative Audiology* 4th ed. New Yourk : Williams & Wilkins Ltd.
- Bailly,D., De Chouly De Lenclave, m.B., Lauwerier, L. (2003) *Hearing impairment and psychopathological disorders in children and adolescents*. Encephale, 29, 41:329-337.
- Bar low, J., Powell, L. Gilehrst, m.(2006) *The influence of the training and support programme on the self- efficacy and psychological well-being of parents of children with disabilities : A controlled trial*, Complementary therapies in clinical practice , 12,1:55-63
- Berge, J.m., Patterson, J.m., Rueter, M.(2006) *Marital satisfaction and mental Health of Couples with children with Chronic Health Conditions* . Families, Systems & Health, 24,3:267-285.
- Clarke, G.N., Rohde , P. Lewin sohn , P.M. , Hops , H., Seeley , J.R.(1999) *Cognitive- behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions*, 38,3:272-279.
- Cummings, E.M., Davis , P.T. (1994) *Maternal depression and child development*, Journal of child Psychology and Psychiatry and allied Disciplnes , 35,1:73-112
- Chen, T., Lu,R., Chang , A.,Chu,D., Chou,x.(2006) *The Evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-Esteem*, Archives of psychiatric Nursing -20,1:3-11.
- Chronis, A.M, Gamble, S.A., Robert, J.E., Pelham, LV.E. (2006) *Cognitive – Bahavioral Depression Treatment for mothers in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, Behavior Therapy 37(2) 143-158
- De Rubeis,R.J., Hollon, S.D., Amsterdam , J.D. , Shelton , E.C. Young P.R., Salomon , R. M. Reardon, J.P., Lovett, M.L. Gladis, m.m., Brown , L.L.
- How, D. 2006 . *Disabled children, parent-child inter action and attachment*.child and family social work ; 11(2):95-106
- Hyun,M-S, Chung, H.-I.C. and Lee , Y – J 2005. *The effect of cognitive behavioral group therapy on the self-esteem, depression and self-efficacy of runaway adolescents in a shelter in South Korea*. Applied Nursing Reaserch.,18(3)160-166
- Khamis,V. 2007. *Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates*. Social Science and Medicine. 64(4):850-857
- Lockwood, C , page, T and conroy-Hiller.(2004) . *T Comparing the effectiveness of cognitive behaviors therapy using individual or group therapy in the treatment of depression*. Evidence-Based Health care Journal,2(5):185-206
- O'Neil, C, Lutman, M.E., Archbold, S. M., Gregory, S., Nikolopoulos, T. P (2004). *Parents and their cochlear implanted child:questionnaire development to assess parental views and experiences*.Internatoinal Journal of pediatric Otorhinolaryngology . 68 (2) : 149-160
- Ramos A. Sbahr, F. Castillo, A. R , Montenegro Ito, L , Dias DE Oliveria Latorre , M.D.R, Nunes Moreira, M and Lotufo-Neto. F. 2005. *Group Cognitive- Behavioral Therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescent with obsessive – compulsive disorder*. Journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry. 44 (11), 1128-1136
- Shechtman, Z. and Gilat, I , 2005,*The Effectiveness of counseling groups in reducing stress of parents of children with learning disabilities*. Group Dynamics, 9 (4):275-286