

تأثیر رویکردهای نوین مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور و مدرسه‌محور در کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش نشاط معنوی نوجوانان با آسیب شنوایی

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۶/۰۱/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۲۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۲۱

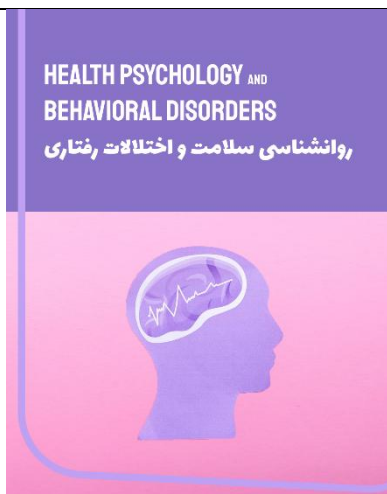
تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۲/۲۸

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رویکردهای نوین مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور و مدرسه‌محور در کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش نشاط معنوی نوجوانان دارای آسیب شنوایی بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال دارای آسیب شنوایی و مشغول به تحصیل در مدارس آموزش و پرورش استثنایی شهر اهواز در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۳۰ نوجوان شامل ۱۵ دختر و ۱۵ پسر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر یک شامل ۱۵ نفر، جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب پرسشنامه DASS-21 و مقیاس نشاط معنوی افروز بود. گروه آزمایش طی ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، دو بار در هفته، مداخله روان‌شناختی خانواده‌محور و مدرسه‌محور را دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون تحلیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در افسردگی معنادار بود، $F(1,27)=31.27, p<.001, \text{partial } \eta^2=.53$. همچنین اثر مداخله بر اضطراب معنادار به دست آمد، $F(1,27)=34.78, p<.001, \text{partial } \eta^2=.56$. در متغیر نشاط معنوی نیز تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده شد، $F(1,27)=43.66, p<.001, \text{partial } \eta^2=.62$. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان داد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افسردگی و اضطراب کمتری و نشاط معنوی بیشتری داشت. مداخله روان‌شناختی تلفیقی خانواده‌محور و مدرسه‌محور می‌تواند رویکردی مؤثر برای کاهش اضطراب و افسردگی و تقویت نشاط معنوی نوجوانان دارای آسیب شنوایی باشد و استفاده از آن در خدمات روان‌شناختی، مشاوره‌ای و آموزشی این گروه توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌گان: آسیب شنوایی، نوجوانان، اضطراب، افسردگی، نشاط معنوی، مداخله خانواده‌محور،

مداخله مدرسه‌محور



پردیس عالی وند^۱، غلامعلی افروز^{۲*}، حسین محقق^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، پردیس بین‌المللی کیش، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۳. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:
afrooz@ut.ac.ir

شیوه استناددهی: عالی وند، پدیس، غلامعلی، و محقق، حسین. (۱۴۰۶). تأثیر رویکردهای نوین مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور و مدرسه‌محور در کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش نشاط معنوی نوجوانان با آسیب شنوایی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*. ۵(۱)، ۱-۲۱.

Effectiveness of Novel Family- and School-Based Psychological Interventions in Reducing Anxiety and Depression and Enhancing Spiritual Vitality among Adolescents with Hearing Impairment

Submit Date:
2026-05-18

Revise Date:
2026-08-12

Accept Date:
2026-08-16

Initial Publish Date:
2026-09-27

Final Publish Date:
2027-03-21

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of novel family- and school-based psychological interventions in reducing anxiety and depression and enhancing spiritual vitality among adolescents with hearing impairment. This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with an experimental group and a control group. The statistical population consisted of adolescents aged 14-18 years with hearing impairment who were enrolled in special education schools in Ahvaz during the 2025-2026 academic year. Thirty eligible adolescents, including 15 girls and 15 boys, were selected through convenience sampling and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 15 participants in each group. Data were collected using the depression and anxiety subscales of the 21-item Depression, Anxiety and Stress Scale and the Afrouz Spiritual Vitality Scale. The experimental group received a 16-session family- and school-based psychological intervention, with each 90-minute session delivered twice weekly, whereas the control group received no intervention during the study period. Data were analyzed using analysis of covariance while controlling for pretest scores. Analysis of covariance revealed a significant between-group effect on depression after controlling for pretest scores, $F(1,27)=31.27$, $p<.001$, partial $\eta^2=.53$. A significant intervention effect was also found for anxiety, $F(1,27)=34.78$, $p<.001$, partial $\eta^2=.56$. Moreover, spiritual vitality differed significantly between the two groups, $F(1,27)=43.66$, $p<.001$, partial $\eta^2=.62$. Adjusted mean comparisons indicated that participants in the experimental group had significantly lower depression and anxiety and significantly higher spiritual vitality than those in the control group. The integrated family- and school-based psychological intervention was effective in reducing depression and anxiety and enhancing spiritual vitality among adolescents with hearing impairment, suggesting its potential utility in psychological, counseling, rehabilitation, and educational services for this population.

Keywords: *Hearing impairment, Adolescents, Anxiety, Depression, Spiritual vitality, Family-based intervention, School-based intervention*

HEALTH PSYCHOLOGY
AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



Pardis Alivand¹, Gholam Ali Afrooz^{2*}, Hossein Mohagheghi³

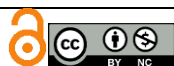
1. PhD Student, Department of Psychology, Kish International Campus, University of Tehran, Tehran, Iran

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran.

*Corresponding Author's Email: afrooz@ut.ac.ir

How to cite: Alivand, P., Afrooz, Gh.A., & Mohagheghi, H. (2027). Effectiveness of Novel Family- and School-Based Psychological Interventions in Reducing Anxiety and Depression and Enhancing Spiritual Vitality among Adolescents with Hearing Impairment. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 5(1), 1-21.



مقدمه

آسیب شنوایی یکی از شرایط حسی مهمی است که آثار آن محدود به کاهش دریافت محرک‌های صوتی نیست، بلکه می‌تواند ابعاد گوناگون تحول شناختی، هیجانی، تحصیلی و روان‌شناختی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. به‌ویژه در دوره نوجوانی، که فرد هم‌زمان با تغییرات جسمانی، شکل‌گیری هویت، افزایش استقلال، گسترش نقش‌های اجتماعی و مواجهه با انتظارات تحصیلی روبه‌رو است، محدودیت در دریافت و پردازش اطلاعات شنیداری می‌تواند تجربه این مرحله رشدی را پیچیده‌تر سازد. نوجوان دارای آسیب شنوایی ممکن است برای دنبال کردن گفت‌وگوهای گروهی، فهم دقیق محتوای شفاهی کلاس، دریافت نشانه‌های عاطفی و موقعیتی و مشارکت کامل در فعالیت‌های روزمره به تلاش شناختی بیشتری نیاز داشته باشد. از سوی دیگر، شیوه‌ای که فرد، خانواده، مدرسه و محیط اجتماعی با این محدودیت مواجه می‌شوند می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی آن را تشدید یا تعدیل کند. ادبیات حوزه کودکان استثنایی بر این نکته تأکید دارد که شناخت نیازهای روان‌شناختی افراد دارای آسیب شنوایی باید در کنار ملاحظات آموزشی و توان‌بخشی مورد توجه قرار گیرد و نمی‌توان موفقیت آنان را صرفاً بر اساس شاخص‌های شنوایی یا پیشرفت گفتار ارزیابی کرد (Afrouz, 2021, 2024). همچنین پژوهش‌های جدید نشان می‌دهند که پیامدهای آسیب شنوایی در مراحل مختلف زندگی می‌توانند در حوزه‌های سلامت، عملکرد و کیفیت زندگی ظاهر شوند؛ از چالش‌های آموزشی و توان‌بخشی گرفته تا پیامدهای سلامت در بزرگسالی و سایر مراحل چرخه زندگی (Lawrence et al., 2020; Livingston et al., 2020; Nikolaeva & Shustova, 2025; Zhang et al., 2025). از این منظر، توجه به سلامت روان نوجوانان دارای آسیب شنوایی نه یک موضوع فرعی، بلکه بخشی اساسی از مراقبت و آموزش جامع این گروه محسوب می‌شود.

نوجوانی برای افراد ناشنوا و کم‌شنوا دوره‌ای حساس در بازتعریف هویت شخصی و اجتماعی است. در این دوره، نوجوان تلاش می‌کند میان ادراک خود از توانایی‌ها، محدودیت‌ها، انتظارات خانواده، تجربه حضور در مدرسه و برداشت دیگران از وضعیت شنوایی خود نوعی انسجام ایجاد کند. مطالعات مربوط به هویت در نوجوانان و جوانان ناشنوا و کم‌شنوا نشان داده‌اند که تجربه هویت آنان می‌تواند متأثر از نوع ارتباط، میزان پذیرش اجتماعی، تجارب آموزشی، تعلق فرهنگی و شیوه نگرش اطرافیان به ناشنوایی یا کم‌شنوایی باشد (Hlayisi & Sekoto, 2023; Smolen & Paul, 2023). نگرش نوجوانان دارای آسیب شنوایی به آموزش فراگیر نیز نشان می‌دهد که کیفیت محیط آموزشی و میزان پاسخ‌گویی مدرسه به نیازهای خاص آنان اهمیت قابل ملاحظه‌ای دارد (Alegre de la Rosa & Villar Angulo, 2019). همچنین تجربه نوجوانان دارای کاشت حلزون نشان داده است که کارکرد شنیداری به‌تنهایی تعیین‌کننده بهزیستی روان‌شناختی نیست و عواملی مانند کیفیت ارتباط، مشارکت در فعالیت‌های روزمره و تجربه حضور مؤثر در محیط‌های آموزشی و اجتماعی نیز در سازگاری آنان نقش دارند (Dammeyer et al., 2018). یافته‌های مربوط به خودارزشمندی افراد دارای کم‌شنوایی نیز بیانگر آن است که آسیب شنوایی می‌تواند با چالش‌هایی در ارزیابی فرد از خود همراه باشد و این موضوع ضرورت توجه هم‌زمان به مؤلفه‌های عاطفی و شناختی را برجسته می‌سازد (Aggarwal et al., 2024). بنابراین، مداخلاتی که صرفاً بر جبران محدودیت حسی متمرکز باشند، ممکن است نتوانند تمامی نیازهای روان‌شناختی نوجوان را پوشش دهند.

یکی از مهم‌ترین مسائل روان‌شناختی در این گروه، افزایش آسیب‌پذیری نسبت به نشانه‌های اضطرابی و افسردگی است. مرور پژوهش‌ها در زمینه ناشنوایی و کم‌شنوایی نشان داده است که نوجوانان دارای آسیب شنوایی ممکن است در مقایسه با همسالان شنوا با سطوح بیشتری از اضطراب، خلق افسرده و فشار روان‌شناختی مواجه شوند (Cejas et al., 2021; Musselman & Tishman, 2020). مطالعات گسترده‌تر درباره ارتباط کاهش شنوایی و مشکلات سلامت روان نیز رابطه میان مشکلات شنیداری و نشانه‌های افسردگی و اضطراب را در گروه‌های مختلف سنی گزارش کرده‌اند (Cosh et al., 2019; Lawrence et al., 2020). در نوجوانان دارای آسیب شنوایی، عوامل متعددی می‌توانند در شکل‌گیری یا تداوم این نشانه‌ها دخالت داشته باشند؛ از جمله تلاش مداوم برای فهم اطلاعات شفاهی، نگرانی درباره اشتباه در موقعیت‌های آموزشی، احساس متفاوت بودن، تجربه ناکامی، دشواری در دنبال کردن تعاملات سریع محیط، نگرانی از قضاوت دیگران و

محدودیت در دسترسی آسان به حمایت‌های متناسب. در برخی نوجوانان، این فشارها ممکن است به اجتناب، نگرانی مداوم، کاهش انگیزش، ناامیدی و افت تجربه‌های مثبت منجر شوند. یافته‌های اخیر همچنین نشان داده‌اند که تجربه بدرفتاری در نوجوانان ناشنوا و کم‌شنوا با سطوح بالاتر افسردگی و اضطراب همراه است و این امر نشان می‌دهد که سلامت روان این نوجوانان باید در بافت گسترده تجربه‌های خانوادگی، آموزشی و محیطی بررسی شود (Hammad et al., 2024).

از دیدگاه روان‌شناسی بالینی، اضطراب و افسردگی محصول یک عامل منفرد نیستند و از تعامل سازوکارهای شناختی، عاطفی، رفتاری و زیستی شکل می‌گیرند. مدل‌های فراطشخیصی بر نقش آمادگی برای تجربه مکرر هیجان‌های منفی، الگوهای ارزیابی ناکارآمد، اجتناب و دشواری در تنظیم هیجان در تداوم طیفی از مشکلات اضطرابی و افسردگی تأکید دارند (Barlow et al., 2021). مطالعات علوم اعصاب نیز نشان داده‌اند که اختلال در فرایندهای شناختی و تنظیم هیجان می‌تواند در طیف وسیعی از اختلالات روان‌پزشکی نقش داشته باشد (Etkin et al., 2021). در سطح زیستی، پژوهش‌هایی درباره محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و فرایندهای التهابی نیز بر چندعاملی بودن افسردگی و ضرورت پرهیز از تبیین‌های تک‌بعدی تأکید کرده‌اند (Menke, 2019; Miller & Raison, 2020). البته این سازوکارهای عمومی به معنای وجود یک مسیر زیستی اختصاصی در نوجوانان دارای آسیب شنوایی نیست، بلکه نشان می‌دهد که برای کاهش اضطراب و افسردگی، مداخله باید از ظرفیت تأثیرگذاری بر چند سطح برخوردار باشد؛ به‌عنوان مثال، اصلاح ارزیابی‌های منفی، افزایش مهارت تنظیم هیجان، تقویت احساس توانمندی، ایجاد تجربه‌های موفق و فراهم کردن حمایت محیطی. در نوجوان دارای آسیب شنوایی، چنین رویکردی زمانی می‌تواند اثربخش‌تر باشد که متناسب با نیازهای ارتباطی و آموزشی او ارائه شود.

عملکرد زبانی و شنیداری از عوامل مهمی است که می‌تواند به‌صورت غیرمستقیم با مشکلات روانی - اجتماعی نوجوانان دارای آسیب شنوایی ارتباط پیدا کند. مرور نظام‌مند پژوهش‌ها نشان داده است که کیفیت کارکرد شنیداری و سطح مهارت زبانی با شدت مشکلات روانی - اجتماعی در کودکان و نوجوانان دارای کم‌شنوایی مرتبط است (De Jong et al., 2024). محدودیت در دسترسی کامل به زبان شفاهی ممکن است در برخی موقعیت‌ها باعث افزایش ابهام، خستگی شناختی و دشواری در فهم دقیق پیام شود. از سوی دیگر، توان بخشی شنیداری و مداخلات هدفمند آموزشی می‌توانند برخی ابعاد عملکردی را تقویت کنند. پژوهش‌های مرتبط با آموزش و توان بخشی کودکان دارای کاشت حلزون بر اهمیت مداخلات متناسب و نظام‌مند برای بهبود رشد گفتار و کارکردهای مرتبط تأکید کرده‌اند (Mohammad Amin et al., 2025). همچنین امکان آموزش مستقیم برخی توانایی‌های شناخت اجتماعی به افراد ناشنوا مورد حمایت قرار گرفته است؛ برای نمونه، آموزش هدفمند نظریه ذهن توانسته است ظرفیت‌های قابل آموزش این گروه را نشان دهد (Wu et al., 2024). با وجود این، بهبود مهارت‌های شنیداری، گفتاری یا شناختی به‌تنهایی لزوماً به رفع اضطراب، افسردگی و کاهش کیفیت تجربه هیجانی منجر نمی‌شود؛ از این رو، نیاز به مداخلات روان‌شناختی مکمل همچنان باقی است.

خانواده یکی از اصلی‌ترین بافت‌هایی است که می‌تواند مسیر سازگاری روان‌شناختی نوجوان دارای آسیب شنوایی را شکل دهد. والدین نه‌تنها در تصمیم‌گیری‌های آموزشی و توان بخشی نقش دارند، بلکه نحوه پذیرش وضعیت شنوایی فرزند، شیوه پاسخ به مشکلات او، سطح حمایت عاطفی، انتظارات، سبک مدیریت فشار روانی و نحوه کمک به نوجوان برای مواجهه با چالش‌ها می‌تواند بر تجربه هیجانی وی اثرگذار باشد. پژوهش‌های داخلی در زمینه تربیت کودک دارای آسیب شنوایی نشان داده‌اند که والدین شنوا و نوجوانان کم‌شنوا با مجموعه‌ای از چالش‌های ویژه مواجه‌اند و بخشی از این دشواری‌ها از تفاوت در تجربه، انتظارات و نحوه مدیریت نیازهای ناشی از کم‌شنوایی ناشی می‌شود (Aghazyarti et al., 2021). در ادبیات بین‌المللی نیز رویکرد خانواده‌محور به‌عنوان یکی از چارچوب‌های مهم ارائه خدمات به کودکان و نوجوانان ناشنوا و کم‌شنوا مطرح شده است. مدل‌های مداخله خانواده‌محور بر مشارکت واقعی خانواده، تصمیم‌گیری مشترک، توجه به اولویت‌های اعضای خانواده، توانمندسازی والدین و انطباق خدمات با شرایط روزمره زندگی تأکید دارند (Holzinger et al., 2022; Maluleke et al., 2021). اصول بنیادین مداخلات خانواده‌محور در حوزه ناشنوایی و کم‌شنوایی نیز خانواده را نه دریافت‌کننده منفعل خدمات، بلکه شریک فعال فرایند حمایت

و توان بخشی در نظر می‌گیرد (Moeller et al., 2024). اهمیت تداوم مراقبت خانواده‌محور در مراحل انتقال به خدمات مداخله‌ای نیز مورد تأکید قرار گرفته است (Nickbakht et al., 2021). این شواهد نشان می‌دهد که وارد کردن خانواده در مداخلات روان‌شناختی می‌تواند امکان تعمیم مهارت‌های آموخته‌شده به محیط خانه و استمرار حمایت را افزایش دهد.

در کنار خانواده، مدرسه بخش بزرگی از زیست روزمره نوجوان را تشکیل می‌دهد و بنابراین می‌تواند هم منبع فشار و هم منبع حمایت باشد. دانش‌آموز دارای آسیب شنوایی ممکن است برای دسترسی برابر به محتوای آموزشی به شرایط ویژه‌ای مانند جایگاه مناسب در کلاس، مشاهده واضح چهره معلم، سرعت مناسب گفتار، استفاده از ابزارهای دیداری و فرصت کافی برای پردازش اطلاعات نیاز داشته باشد. پژوهش‌های جدید درباره آموزش دانش‌آموزان دارای آسیب شنوایی نشان داده‌اند که طراحی شرایط آموزشی متناسب با نیازهای آنان بخش جدایی‌ناپذیر آموزش مؤثر است (Nikolaeva & Shustova, 2025). همچنین تجربه معلمان در برنامه‌های فراگیرسازی و توان بخشی کودکان ناشنوا و کم‌شنوا نشان می‌دهد که موفقیت این برنامه‌ها به منابع مدرسه، آمادگی معلمان، حمایت حرفه‌ای و تناسب خدمات با واقعیت‌های محیط وابسته است (Wang et al., 2025). نگرش نوجوانان دارای کم‌شنوایی به آموزش فراگیر نیز اهمیت محیط پذیرنده و پاسخ‌گو را تأیید می‌کند (Alegre de la Rosa & Villar Angulo, 2019). در نتیجه، مداخله‌ای که تنها در اتاق درمان اجرا شود و هیچ پلی میان آموخته‌های نوجوان و تجربه واقعی او در مدرسه ایجاد نکند، ممکن است با محدودیت در تعمیم اثر مواجه شود. رویکرد مدرسه‌محور این امکان را فراهم می‌کند که راهبردهای مدیریت اضطراب، تنظیم هیجان، امیدواری، مواجهه با ناکامی و استفاده از منابع حمایتی در همان محیطی تمرین شوند که بسیاری از محرک‌های روزمره نوجوان در آن شکل می‌گیرند.

علاوه بر کاهش نشانه‌های منفی، رویکردهای نوین سلامت روان بر تقویت منابع مثبت روان‌شناختی نیز تأکید دارند. صرف پایین آمدن نمره اضطراب یا افسردگی الزاماً به معنای برخورداری فرد از زندگی رضایت‌بخش، امیدبخش و معنادار نیست. در این میان، «نشاط معنوی» را می‌توان به عنوان سازه‌ای مثبت در نظر گرفت که با احساس معنا، امید، آرامش درونی، رضایت، جهت‌مندی و تجربه ارتباط با امر متعالی پیوند دارد. مرورهای داخلی درباره نشاط معنوی دانش‌آموزان و دانشجویان نشان داده‌اند که این سازه با طیفی از عوامل فردی و محیطی ارتباط دارد و می‌تواند به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت مثبت مورد توجه قرار گیرد (Araghian Mojarad et al., 2021). همچنین بر نقش محیط خانواده در شکل‌گیری و تقویت نشاط معنوی تأکید شده است (Yousefian, 2020). یافته‌های مرتبط با سرمایه اجتماعی، حمایت و تاب‌آوری نیز نشان داده‌اند که نشاط معنوی می‌تواند در بستر حمایت‌های محیطی با سازگاری بهتر همراه باشد (Saadattalab & Jafari, 2020). از این منظر، سنجش نشاط معنوی در نوجوانان دارای آسیب شنوایی اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا این سازه به پژوهشگر اجازه می‌دهد علاوه بر کاهش مشکلات، بررسی کند که آیا مداخله توانسته است منابع درونی مثبت و احساس امید و معنا را نیز افزایش دهد.

پژوهش‌های حوزه روان‌شناسی مثبت و سلامت معنوی نیز پشتوانه‌ای برای توجه به این بعد فراهم کرده‌اند. برای نمونه، یک کارآزمایی تصادفی نشان داده است که مداخلات مبتنی بر قدردانی می‌توانند به عنوان منبعی برای ارتقای سلامت روان پایدار مورد استفاده قرار گیرند (Bohlmeijer et al., 2021). همچنین بررسی سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی در ارتباط با افسردگی و افکار خودکشی نشان داده است که وضعیت معنوی بخشی از تصویر کلی سلامت فرد است و نباید از سایر ابعاد جدا تلقی شود (Fukai et al., 2020). این یافته‌ها برای نوجوانان دارای آسیب شنوایی از آن جهت مهم‌اند که زندگی آنان ممکن است با تجربه‌های مکرر محدودیت، تلاش اضافی و ناکامی همراه باشد و در چنین شرایطی، منابعی مانند امید، معنا، قدردانی، احساس ارزشمندی و جهت‌مندی می‌توانند ظرفیت مقابله روان‌شناختی را تقویت کنند. شواهد جدید در جوانان دارای ناتوانی شنوایی نیز نشان می‌دهد که سازه‌هایی مانند خودکارآمدی، تاب‌آوری، شادکامی و بهزیستی در ارتباطی پویا با یکدیگر قرار دارند و عوامل سبک زندگی می‌توانند این ارتباط‌ها را تعدیل کنند (Zhan, 2025). بنابراین، رویکردهای مداخله‌ای مطلوب باید از منظر «کاهش نشانه» فراتر رفته و هم‌زمان بر پرورش ظرفیت‌های مثبت فردی نیز تمرکز کنند.

محیط دیجیتال و سبک زندگی معاصر نیز با تجربه نوجوانی درهم تنیده شده است. پژوهش‌ها درباره ارتباط شبکه‌های اجتماعی و بهزیستی نوجوانان نشان می‌دهند که این رابطه یک‌دست و خطی نیست و بسته به نوع استفاده، شرایط فردی و زمینه اجتماعی می‌تواند پیامدهای متفاوتی داشته باشد (Frison & Eggermont, 2020). برای نوجوانان دارای آسیب شنوایی، ابزارهای دیجیتال از یک سو می‌توانند امکان دسترسی به اطلاعات، ارتباط نوشتاری و منابع حمایتی را افزایش دهند و از سوی دیگر، در صورت استفاده نامتناسب، زمینه مقایسه اجتماعی یا کاهش تجربه‌های حضوری حمایتگر را فراهم کنند. این وضعیت بار دیگر ضرورت مداخلاتی را نشان می‌دهد که به جای تمرکز بر یک نشانه یا یک محیط منفرد، نوجوان را در مجموعه بافت‌های زندگی واقعی او در نظر گیرند. خانواده می‌تواند در ایجاد برنامه روزمره، حمایت هیجانی و تقویت فعالیت‌های مثبت نقش داشته باشد و مدرسه می‌تواند موقعیت‌هایی برای تجربه موفقیت، امید، خودکارآمدی و مدیریت فشارهای تحصیلی فراهم سازد. چنین نگاه چندبافتی با رویکردهای نوین مراقبت شخص‌محور و خانواده‌محور در توان‌بخشی شنوایی نیز هماهنگی دارد (Hlayisi & Sekoto, 2023; Moeller et al., 2024).

با وجود توسعه فناوری‌های کمک‌شنوایی، کاشت حلزون، توان‌بخشی گفتار و برنامه‌های آموزشی، شواهد همچنان نشان می‌دهد که برخورداری از دسترسی بهتر به صدا یا گفتار لزوماً همه پیامدهای روان‌شناختی آسیب شنوایی را برطرف نمی‌کند. مطالعات مربوط به نوجوانان دارای کاشت حلزون، مشکلات روانی - اجتماعی و خودارزشمندی نشان می‌دهد که عوامل روان‌شناختی و محیطی حتی در شرایط برخورداری از مداخلات شنیداری همچنان اهمیت خود را حفظ می‌کنند (Aggarwal et al., 2024; Dammeyer et al., 2018; De Jong et al., 2024). از سوی دیگر، شواهد مربوط به برنامه‌های توان‌بخشی شنیداری و آموزش شناختی نشان می‌دهد که نوجوانان و کودکان دارای آسیب شنوایی از ظرفیت بالایی برای یادگیری و تغییر برخوردارند و مداخلات هدفمند می‌توانند مهارت‌های آنان را ارتقا دهند (Mohammad Amin et al., 2025; Wu et al., 2024). این دو دسته یافته در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که رویکرد مناسب نه چشم‌پوشی از توان‌بخشی شنوایی است و نه تقلیل نیازهای نوجوان به آن؛ بلکه ضرورت دارد در کنار حمایت‌های پزشکی، شنیداری و آموزشی، مداخلات روان‌شناختی ساختاریافته نیز برای مدیریت هیجان‌های منفی و پرورش ظرفیت‌های مثبت به کار گرفته شوند.

از منظر پژوهشی، یکی از خلأهای قابل توجه آن است که بسیاری از مطالعات پیشین یا بر توصیف میزان افسردگی و اضطراب در افراد دارای آسیب شنوایی تمرکز داشته‌اند (Cejas et al., 2021; Musselman & Tishman, 2020)، یا به عوامل آموزشی، هویتی و خانوادگی به‌طور جداگانه پرداخته‌اند (Aghaziyarti et al., 2021; Holzinger et al., 2022; Smolen & Paul, 2023). در مقابل، نیاز به مداخلاتی وجود دارد که هم‌زمان دو محیط اصلی زندگی نوجوان، یعنی خانواده و مدرسه، را در فرایند تغییر درگیر کنند و پیامدهای آن‌ها صرفاً با شاخص‌های منفی سنجیده نشود. ترکیب عناصر تنظیم هیجان، اصلاح ارزیابی‌های منفی، آرام‌سازی، افزایش امید، خودپذیری، معناجویی، قدرانی، هدف‌گذاری و حمایت خانواده و مدرسه می‌تواند از نظر نظری پاسخ مناسب‌تری به ماهیت چندعاملی مشکلات این نوجوانان ارائه دهد. توجه به نشاط معنوی در کنار اضطراب و افسردگی نیز این امکان را ایجاد می‌کند که اثر مداخله از دو جهت مکمل ارزیابی شود: کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش منابع مثبت درونی. چنین رویکردی با دیدگاه‌های جدید سلامت روان که بر ترکیب پیشگیری از آسیب و ارتقای بهزیستی تأکید دارند همسو است (Bohlmeijer et al., 2021; Fukai et al., 2020).

در ایران نیز اگرچه پژوهش‌هایی درباره ویژگی‌های روان‌شناختی افراد دارای آسیب شنوایی، چالش‌های خانواده‌ها، نشاط معنوی و عوامل مؤثر بر آن انجام شده است (Afrouz, 2021; Aghaziyarti et al., 2021; Araghian Mojarad et al., 2021; Yousefian, 2020)، همچنان بررسی تجربی مداخلات روان‌شناختی که به‌صورت هم‌زمان خانواده و مدرسه را به‌عنوان دو بافت مؤثر بر زندگی نوجوان دارای آسیب شنوایی در نظر گیرند، اهمیت دارد. تفاوت‌های فرهنگی، ساختار خانواده، ویژگی مدارس ویژه، شیوه دسترسی به خدمات روان‌شناختی و برداشت‌های اجتماعی از کم‌شنوایی می‌توانند بر اثربخشی مداخلات تأثیر بگذارند و ضرورت مطالعه آن‌ها را در بافت بومی تقویت کنند. همچنین توجه به مفاهیمی مانند نشاط معنوی که در فرهنگ ایرانی از جایگاه مهمی برخوردار است، می‌تواند به توسعه مداخلاتی منجر شود که نه تنها

از نظر روان‌شناختی، بلکه از نظر فرهنگی نیز برای نوجوان و خانواده قابل‌پذیرش و معنادار باشند. بر این اساس، ارزیابی یک مداخله خانواده‌محور و مدرسه‌محور می‌تواند شواهد کاربردی برای روان‌شناسان، مشاوران مدارس، متخصصان آموزش استثنایی و خانواده‌های نوجوانان دارای آسیب شنوایی فراهم سازد.

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رویکردهای نوین مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور و مدرسه‌محور در کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش نشاط معنوی نوجوانان دارای آسیب شنوایی بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود که با هدف بررسی اثربخشی رویکردهای نوین مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور و مدرسه‌محور بر کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش نشاط معنوی نوجوانان دارای آسیب شنوایی انجام شد. در این طرح، مداخله روان‌شناختی خانواده‌محور و مدرسه‌محور به‌عنوان متغیر مستقل و اضطراب، افسردگی و نشاط معنوی به‌عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند. هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش از شروع مداخله از نظر متغیرهای وابسته مورد ارزیابی قرار گرفتند و پس از پایان دوره مداخله نیز همان ابزارها با شرایط اجرایی مشابه مجدداً اجرا شدند. استفاده از پیش‌آزمون امکان کنترل آماری تفاوت‌های اولیه شرکت‌کنندگان را فراهم کرد و وجود گروه کنترل نیز به پژوهشگر اجازه داد تغییرات مشاهده‌شده در گروه دریافت‌کننده مداخله را با تغییرات طبیعی ناشی از گذشت زمان و سایر عوامل خارج از مداخله مقایسه کند. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان دختر و پسر دارای آسیب شنوایی ۱۴ تا ۱۸ ساله مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه مدارس آموزش و پرورش استثنایی شهر اهواز در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵ بود. برای دسترسی به شرکت‌کنندگان، مدرسه پسرانه شهید ذوالفقاری و مدرسه دخترانه یگانه به‌عنوان مراکز در دسترس انتخاب شدند و پس از اطلاع‌رسانی، بررسی پرونده‌های آموزشی و شنوایی شناسی و غربالگری اولیه، نوجوانان واجد شرایط شناسایی شدند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نوجوان دارای آسیب شنوایی، متشکل از ۱۵ دختر و ۱۵ پسر، بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از ورود به مطالعه، شرکت‌کنندگان کدگذاری و با استفاده از جایگزینی تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش علاوه بر برنامه‌های معمول آموزشی خود، مداخله روان‌شناختی خانواده‌محور و مدرسه‌محور را در ۱۶ جلسه دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل در طول این دوره برنامه‌های عادی مدرسه را ادامه داد و مداخله روان‌شناختی مورد مطالعه را دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در محدوده سنی ۱۴ تا ۱۸ سال، اشتغال به تحصیل در مقطع متوسطه، داشتن افت شنوایی در محدوده تقریبی ۴۵ تا ۷۵ دسی‌بل در گوش بهتر بر اساس سوابق شنوایی‌شناسی، برخورداری از توانایی شناختی لازم برای درک محتوای جلسات و پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها، نداشتن معلولیت ذهنی یا جسمی - حرکتی شدید که مشارکت در جلسات را مختل کند، عدم دریافت هم‌زمان مداخله روان‌شناختی مشابه و ارائه رضایت آگاهانه کتبی از سوی والدین همراه با موافقت نوجوان برای شرکت در مطالعه بود. غیبت در بیش از سه جلسه از مجموع ۱۶ جلسه، بروز یک وضعیت جسمانی یا روان‌شناختی حاد که مانع ادامه مشارکت شود، وقوع بحران خانوادگی شدید با قابلیت تأثیرگذاری جدی بر وضعیت روان‌شناختی نوجوان، شروع روان‌درمانی یا برنامه مداخله‌ای مشابه در طول اجرای پژوهش و درخواست نوجوان یا والدین برای انصراف از ادامه همکاری، به‌عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شدند. پیش از اجرای پیش‌آزمون، اهداف، مراحل، مدت مداخله و حقوق شرکت‌کنندگان برای نوجوانان و والدین توضیح داده شد و بر اختیاری بودن مشارکت، امکان خروج از مطالعه در هر زمان و محرمانه ماندن اطلاعات تأکید گردید. برای حفظ محرمانگی، داده‌ها با کدهای اختصاصی ثبت شدند و نام شرکت‌کنندگان در فایل تحلیل آماری وارد نشد. همچنین برای رعایت عدالت پژوهشی، مقرر شد پس از پایان مراحل اصلی پژوهش، محتوای آموزشی مورد استفاده، در صورت تمایل و امکان اجرایی، در اختیار گروه کنترل نیز قرار گیرد. در اجرای پرسشنامه‌ها و جلسات، ویژگی‌های حس شرکت‌کنندگان مورد توجه قرار گرفت

و درمانگر یا پژوهشگر در موقعیتی قرار می‌گرفت که مشاهده چهره و لب‌خوانی برای نوجوان امکان‌پذیر باشد؛ مطالب با جملات روشن و سرعت مناسب ارائه می‌شد و در مواقع ضروری از متن نوشتاری، تصاویر، کارت‌ها و سایر نشانه‌های بصری برای افزایش وضوح محتوا استفاده می‌گردید. برای ارزیابی اضطراب و افسردگی از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ۲۱ ماده‌ای یا DASS-21 استفاده شد که توسط لایبوند و لایبوند در سال ۱۹۹۵ تدوین شده است. این ابزار یک مقیاس خودگزارشی ۲۱ گویه‌ای است که سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را در بر می‌گیرد و هر خرده‌مقیاس از هفت گویه تشکیل شده است. پاسخ‌ها بر اساس یک طیف چهاردرجه‌ای از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر نشانگان در سازه مورد سنجش است. در پژوهش حاضر، متناسب با اهداف و فرضیه‌های مطالعه، فقط نمرات مربوط به دو خرده‌مقیاس اضطراب و افسردگی به‌عنوان متغیرهای پیامدی وارد تحلیل آماری شدند. خرده‌مقیاس اضطراب عمدتاً نشانه‌هایی مانند برانگیختگی جسمانی، احساس ترس، تنش موقعیتی و تجربه اضطرابی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، در حالی که خرده‌مقیاس افسردگی بر نشانه‌هایی نظیر خلق منفی، کاهش علاقه و لذت، ناامیدی و کاهش انگیزش تمرکز دارد. برای محاسبه نمره هر خرده‌مقیاس، نمرات گویه‌های مربوط با یکدیگر جمع می‌شوند و در صورت تفسیر بر اساس نسخه کامل ۴۲ ماده‌ای، مجموع به‌دست‌آمده در عدد دو ضرب می‌شود. این مقیاس در مطالعات متعدد از همسانی درونی و روایی سازه مطلوبی برخوردار بوده است و در ایران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی آن مورد بررسی قرار گرفته است. در بررسی صاحبی و همکاران، ضرایب همسانی درونی قابل قبول برای خرده‌مقیاس‌های این ابزار گزارش شده است. در مطالعه حاضر نیز به‌منظور اطمینان از کفایت اندازه‌گیری در نمونه مورد بررسی، همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های اضطراب و افسردگی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی شد. با توجه به آسیب شنوایی شرکت‌کنندگان، پرسشنامه به شکل نوشتاری در اختیار آنان قرار گرفت و در صورت نیاز، توضیح مربوط به شیوه پاسخ‌دهی یا معنای واژگان دشوار بدون جهت‌دهی به پاسخ شرکت‌کننده به صورت روشن و ساده ارائه شد.

برای سنجش نشاط معنوی نوجوانان از مقیاس نشاط معنوی افروز استفاده شد. این ابزار با رویکردی متناسب با زمینه فرهنگی ایران، جنبه‌های مثبت تجربه معنوی و روان‌شناختی فرد را ارزیابی می‌کند و بر مؤلفه‌هایی مانند احساس آرامش درونی، امیدواری، برخورداری از معنا و هدف در زندگی، احساس ارتباط با خداوند و امر متعالی، نگرش مثبت نسبت به زندگی، احساس ارزشمندی و رضایت درونی تأکید دارد. در این مقیاس، کسب نمره بالاتر بیانگر سطح بالاتر نشاط معنوی است؛ به این معنا که فرد منابع بیشتری از امید، معنا، آرامش و جهت‌مندی معنوی را در زندگی خود تجربه می‌کند. انتخاب این ابزار در پژوهش حاضر با توجه به هدف مطالعه مبنی بر ارزیابی پیامد مثبت مداخله در کنار کاهش نشانگان هیجانی صورت گرفت؛ زیرا بررسی هم‌زمان کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش یک شاخص مثبت روان‌شناختی - معنوی، تصویر کامل‌تری از اثربخشی مداخله در نوجوانان دارای آسیب شنوایی ارائه می‌دهد. بر اساس گزارش مطالعات داخلی مرتبط با این مقیاس، شواهد مطلوبی از روایی محتوایی و همسانی درونی آن به دست آمده و ضرایب پایایی در سطح قابل قبول و عموماً بیش از ۸۰/۰ گزارش شده‌اند. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی همسانی درونی مقیاس محاسبه شد. برای افزایش قابلیت فهم گویه‌ها در نوجوانان دارای آسیب شنوایی، اجرای ابزار در محیطی آرام و با نور مناسب صورت گرفت و در مواردی که شرکت‌کننده در فهم یک واژه یا عبارت با دشواری مواجه بود، توضیح صرفاً در سطح معنای واژگانی و بدون تغییر محتوای اصلی یا القای پاسخ ارائه شد.

بخش خانواده‌محور مداخله به‌عنوان یکی از دو بستر مکمل برنامه ۱۶ جلسه‌ای اجرا شد و هدف آن فراهم کردن محیط خانوادگی حمایتگر برای کاهش نشانه‌های اضطرابی و افسردگی و تقویت منابع روان‌شناختی و معنوی نوجوان بود. در این بخش، والدین در جلسات تعیین‌شده با اصول حمایت هیجانی متناسب با شرایط نوجوان دارای آسیب شنوایی، پذیرش واقع‌بینانه وضعیت شنوایی فرزند، پرهیز از نگرش‌ها و واژگان ترحم‌آمیز یا نقص‌محور، شناسایی و تقویت توانمندی‌های نوجوان، ایجاد تجربه‌های مثبت خانوادگی، حمایت از تنظیم هیجان و تقویت امید و خودارزشمندی آشنا شدند. والدین تشویق می‌شدند در مواجهه با اضطراب، ناکامی یا خلق پایین نوجوان به جای واکنش‌های انتقادی یا بیش‌حمایتی، شرایطی برای شناسایی احساس، آرام‌سازی و استفاده از راهبردهای آموخته‌شده فراهم کنند. بخش دیگری از مداخله خانواده‌محور

به تقویت نشاط معنوی اختصاص داشت و فعالیت‌هایی مانند توجه به جنبه‌های مثبت زندگی، تمرین شکرگزاری، توجه به معنا و هدف، ایجاد لحظات آرام معنوی در خانه، تقویت امید نسبت به آینده و حمایت از انتخاب اهداف واقع‌بینانه در برنامه قرار داشت. فعالیت‌هایی نظیر «نقشه شادکامی خانوادگی»، ثبت تجربه‌های مثبت روزانه، شناسایی «بذرهای امید»، توجه به رفتارهای معنادار در محیط خانه، تمرین شکرگزاری و قدردانی، مرور نقاط قوت نوجوان، برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مشترک لذت‌بخش و حمایت والدین از تمرین‌های آرام‌سازی و خودتنظیمی به‌عنوان تکالیف بین جلسات مورد استفاده قرار گرفت. همچنین والدین آموزش دیدند که هنگام افزایش تنش یا اضطراب نوجوان، اجرای فنون تنفس آرام‌ساز، آرام‌سازی عضلانی، نوشتن احساسات، تمرکز بر افکار واقع‌بینانه و استفاده از منابع معنوی مورد قبول نوجوان را تسهیل کنند. در جلسات پایانی، خانواده در تدوین برنامه حفظ دستاوردها مشارکت داشت و نشانه‌های احتمالی بازگشت اضطراب یا افت خلق، راهبردهای مؤثر قبلی و شیوه حمایت از نوجوان در ادامه مسیر مرور شد. تمام محتوای خانواده‌محور با توجه به ویژگی‌های رشدی نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله و محدودیت‌های ناشی از آسیب شنوایی ارائه شد و برای کاهش وابستگی به توضیحات شفاهی طولانی، از دستورالعمل‌های مکتوب، تصاویر و تمرین‌های عینی استفاده گردید.

بخش مدرسه‌محور با هدف انتقال و تثبیت مهارت‌های آموخته‌شده در محیط واقعی تحصیل نوجوان اجرا شد تا راهبردهای کاهش اضطراب و افسردگی و تقویت نشاط معنوی صرفاً به فضای جلسات محدود باقی نماند. در این بخش، فعالیت‌ها بر شناسایی موقعیت‌های تنش‌زای مدرسه، آگاهی از نشانه‌های جسمانی و شناختی اضطراب، استفاده از فنون تنظیم هیجان در محیط آموزشی، اصلاح افکار منفی و فاجعه‌ساز مرتبط با عملکرد تحصیلی یا شرایط شنوایی، افزایش امید، توجه به نقاط قوت، تحمل ناکامی، بازتعریف اشتباه و شکست به‌عنوان بخشی از فرایند یادگیری و تقویت احساس معنا و هدف در فعالیت‌های تحصیلی متمرکز بود. نوجوانان تمرین می‌کردند در موقعیت‌هایی مانند امتحان، دریافت نمره پایین، فشار تکالیف، قرار گرفتن در موقعیت ناآشنا یا تجربه ناکامی، ابتدا نشانه‌های اضطراب خود را شناسایی و سپس از ابزارهایی مانند تنفس کنترل‌شده، آرام‌سازی کوتاه، گفت‌وگوی درونی حمایتگر، توقف افکار فاجعه‌آمیز، انتخاب راه‌حل‌های مرحله‌ای و یادآوری اهداف بلندمدت استفاده کنند. همچنین فعالیت‌های مدرسه‌محور مربوط به نشاط معنوی شامل توجه به نمونه‌های امیدبخش، شناسایی معنا در فعالیت‌های روزمره، ثبت تجربه‌های مثبت، شکرگزاری، انجام فعالیت‌های داوطلبانه ساده، مرتبط ساختن اهداف تحصیلی با ارزش‌ها و اهداف شخصی و ترسیم «پل آینده» میان وضعیت فعلی و آینده مطلوب بود. در صورت امکان اجرایی، فضای کوتاهی برای آرام‌سازی یا تمرکز در مدرسه با هماهنگی عوامل آموزشی در نظر گرفته می‌شد و نوجوان تشویق می‌گردید راهبردهای تنظیم هیجان را در شرایط واقعی تمرین کند. تکالیف مدرسه‌ای به‌صورت ساده و قابل مشاهده طراحی شدند تا در جلسه بعد امکان مرور تجربه اجرای آن‌ها وجود داشته باشد. به دلیل ویژگی‌های شنوایی نمونه، ارائه محتوای مدرسه‌محور بر استفاده از نشانه‌های بصری، نوشته‌های کوتاه، کارت‌های مفهومی، تصاویر، نمایش عملی و قرارگیری مناسب تسهیل‌گر نسبت به نوجوان تأکید داشت و از توضیحات شفاهی طولانی یا سرعت بالای ارائه مطالب پرهیز می‌شد.

مداخله در مجموع طی ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و با تواتر دو جلسه در هفته برای گروه آزمایش اجرا شد. محتوای جلسات به‌صورت پیوسته از ایجاد آمادگی و شناخت منابع فردی آغاز و به تدریج به تنظیم هیجان، کاهش اضطراب و خلق منفی، افزایش خودپذیری، امید، معنا، نشاط معنوی، تاب‌آوری و تثبیت دستاوردها گسترش یافت. در جلسات آغازین، اهداف برنامه، چارچوب حضور و قواعد مشارکت توضیح داده شد و نوجوانان به شناسایی توانمندی‌های شخصی، تجربه‌های مثبت و نگرش خود نسبت به آسیب شنوایی پرداختند. جلسات بعدی بر شناسایی نشانه‌های اضطراب و افسردگی، آموزش تنفس آرام‌ساز و آرام‌سازی عضلانی، تشخیص افکار ناکارآمد، جایگزینی افکار حمایتگر و واقع‌بینانه، افزایش امید، یافتن معنا و هدف، تقویت خودپذیری و کاهش احساس نقصان متمرکز بود. بخش معنوی برنامه شامل تمرین تجربه آرامش درونی، توجه به مفهوم حضور و حمایت معنوی، نامه‌نویسی و تأمل شخصی، شکرگزاری، توجه به نعمت‌ها و منابع موجود، مشاهده معنا در رویدادهای معمول زندگی و پیوند دادن اهداف آینده با ارزش‌های شخصی بود. در ادامه، مفهوم شکست و ناکامی بازتعریف شد و نوجوانان یاد گرفتند اشتباهات و مشکلات را نه به‌عنوان شواهد ناتوانی شخصی، بلکه به‌عنوان موقعیت‌هایی برای یادگیری و رشد تلقی کنند. جلسات پایانی

بر مرور پیشرفت‌ها، شناسایی مهم‌ترین دستاوردهای فردی، تعیین اهداف آینده، تمرین مواجهه با موقعیت‌های پرتنش، تشکیل «جعبه ابزار» شخصی شامل فنون تنظیم هیجان و منابع معنوی، تدوین برنامه حفظ تغییرات و پیشگیری از بازگشت نشانه‌ها متمرکز بود. تمرین‌های هر جلسه متناسب با شرایط نوجوانان دارای آسیب شنوایی با استفاده گسترده از مواد دیداری، نوشتار، تصویر، کارت، نقاشی، ایفای نقش، نمایش عملی و فعالیت‌های عینی انجام شد. بلافاصله پس از پایان جلسه شانزدهم، پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. ابزارهای مورد استفاده در پس‌آزمون دقیقاً همان ابزارهای مرحله پیش‌آزمون بودند و تا حد امکان شرایط محیطی، زمان اجرا، دستورالعمل پاسخ‌دهی و نحوه ارائه توضیحات ثابت نگه داشته شد. گروه کنترل طی فاصله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون هیچ‌یک از جلسات مداخله مورد مطالعه را دریافت نکرد. داده‌های پژوهش پس از کدگذاری و بررسی اولیه با استفاده از نرم‌افزار IBM SPSS Statistics نسخه ۲۶ تحلیل شدند. در مرحله نخست، داده‌ها از نظر کامل بودن پاسخ‌ها، خطاهای ورود اطلاعات، داده‌های گمشده و وجود مقادیر پرت بررسی شدند و سپس برای توصیف وضعیت متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات و در صورت نیاز کجی و کشیدگی استفاده شد. جهت بررسی اثربخشی مداخله بر مجموعه متغیرهای وابسته، یعنی اضطراب، افسردگی و نشاط معنوی، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل اصلی، مفروضه‌های لازم برای کاربرد تحلیل کوواریانس بررسی گردیدند. نرمال بودن توزیع نمرات از طریق آزمون نرمالیت و شاخص‌های کجی و کشیدگی، وجود داده‌های پرت از طریق بررسی نمرات استاندارد و در سطح چندمتغیری با توجه به فاصله ماکس‌لانوبیس، همگنی واریانس خطای متغیرهای وابسته با آزمون لوین و همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس با آزمون Box's M مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین رابطه خطی میان پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر متغیر بررسی شد و برای احراز مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون، اثر تعامل گروه با نمرات پیش‌آزمون مورد آزمون قرار گرفت؛ عدم معناداری این تعامل به‌عنوان نشانه برقراری مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون در نظر گرفته شد. افزون بر این، همبستگی میان متغیرهای وابسته بررسی گردید تا از نبود هم‌خطی بسیار شدید و مناسب بودن ساختار داده‌ها برای تحلیل چندمتغیری اطمینان حاصل شود. پس از تأیید مفروضه‌ها، اثر کلی عضویت گروهی بر ترکیب خطی متغیرهای اضطراب، افسردگی و نشاط معنوی با کنترل نمرات پیش‌آزمون از طریق شاخص‌های چندمتغیری، به‌ویژه اثر پیلای، مورد بررسی قرار گرفت. در صورت معنادار بودن اثر چندمتغیری، تحلیل‌های کوواریانس تک‌متغیری برای هر یک از پیامدهای اضطراب، افسردگی و نشاط معنوی انجام شد تا مشخص شود مداخله در کدامیک از متغیرها موجب تفاوت معنادار بین گروه آزمایش و کنترل شده است. برای هر تحلیل، میانگین‌های تعدیل‌شده پس‌آزمون پس از کنترل اثر پیش‌آزمون گزارش شد و اندازه اثر با استفاده از مجذور اتای جزئی محاسبه گردید تا علاوه بر معناداری آماری، میزان تأثیر عملی مداخله نیز مشخص شود. سطح معناداری آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

به‌منظور ارائه تصویری اولیه از الگوی تغییرات متغیرهای پژوهش، میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی، اضطراب و نشاط معنوی در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون محاسبه شد. نتایج آمار توصیفی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون؛ میانگین	پیش‌آزمون؛ انحراف معیار	پس‌آزمون؛ میانگین	پس‌آزمون؛ انحراف معیار
افسردگی	آزمایش	۱۵	۱۴.۸۰	۲.۱۴	۱۰.۲۰	۱.۸۴
افسردگی	کنترل	۱۵	۱۴.۴۶	۲.۳۵	۱۳.۸۰	۲.۱۱
اضطراب	آزمایش	۱۵	۱۶.۲۰	۲.۵۶	۱۱.۱۰	۱.۹۲
اضطراب	کنترل	۱۵	۱۵.۹۳	۲.۸۱	۱۴.۹۰	۲.۰۵
نشاط معنوی	آزمایش	۱۵	۴۵.۳۳	۵.۶۷	۵۲.۴۰	۴.۷۶
نشاط معنوی	کنترل	۱۵	۴۶.۱۲	۵.۱۸	۴۶.۸۰	۵.۰۲

مطابق نتایج جدول ۱، میانگین نمرات دو گروه در مرحله پیش‌آزمون در هر سه متغیر به یکدیگر نزدیک بود، به‌طوری‌که در افسردگی میانگین گروه آزمایش ۱۴،۸۰ و گروه کنترل ۱۴،۴۶، در اضطراب به‌ترتیب ۱۶،۲۰ و ۱۵،۹۳ و در نشاط معنوی به‌ترتیب ۴۵،۳۳ و ۴۶،۱۲ بود. این الگو نشان می‌دهد که دو گروه پیش از اجرای مداخله از نظر توصیفی وضعیت اولیه نسبتاً مشابهی داشتند. با این حال، در مرحله پس‌آزمون الگوی متفاوتی مشاهده شد؛ میانگین افسردگی در گروه آزمایش از ۱۴،۸۰ به ۱۰،۲۰ و میانگین اضطراب از ۱۶،۲۰ به ۱۱،۱۰ کاهش یافت، در حالی که تغییرات متناظر در گروه کنترل محدود بود. در مقابل، میانگین نشاط معنوی گروه آزمایش از ۴۵،۳۳ در پیش‌آزمون به ۵۲،۴۰ در پس‌آزمون افزایش یافت، در حالی که در گروه کنترل میانگین این متغیر از ۴۶،۱۲ به ۴۶،۸۰ رسید. بنابراین، یافته‌های توصیفی نشان‌دهنده کاهش بیشتر افسردگی و اضطراب و افزایش بیشتر نشاط معنوی در گروه دریافت‌کننده مداخله نسبت به گروه کنترل بود.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های آماری مربوط به این آزمون بررسی شدند. بررسی نمرات استاندارد نشان داد که دامنه نمرات Z برای افسردگی از -۱،۸۵ تا ۲،۱۴، برای اضطراب از -۲،۰۱ تا ۱،۹۸ و برای نشاط معنوی از -۲،۱۲ تا ۱،۹۵ قرار داشت؛ بنابراین هیچ داده پرت تک‌متغیری مشاهده نشد. میزان داده‌های گم‌شده نیز کمتر از یک درصد بود و موارد محدود با استفاده از میانگین فرد مدیریت شدند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات افسردگی، اضطراب و نشاط معنوی از توزیع نرمال انحراف معناداری نداشت؛ به‌ترتیب مقادیر معناداری ۰،۲۷۲، ۱۴۵ و ۵۵۸ به دست آمد. همچنین آزمون لوین برای افسردگی، اضطراب و نشاط معنوی به‌ترتیب با مقادیر معناداری ۰،۲۹۸، ۳۶۷ و ۴۹۸ غیرمعنادار بود و از برقراری همگنی واریانس‌ها حمایت کرد. افزون بر این، تعامل گروه و پیش‌آزمون برای افسردگی، اضطراب و نشاط معنوی به‌ترتیب با مقادیر معناداری ۰،۲۴۳، ۳۳۱ و ۳۰۹ غیرمعنادار بود و در نتیجه پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار بود. بر این اساس، شرایط لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس و کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون فراهم بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p	اتای ناقص	توان آماری
افسردگی	گروه	۹۸،۲۰	۱	۹۸،۲۰	۳۱،۲۷	<۰،۰۱	۵۳	۰،۹۹
اضطراب	گروه	۱۱۲،۷۰	۱	۱۱۲،۷۰	۳۴،۷۸	<۰،۰۱	۵۶	۱،۰۰
نشاط معنوی	گروه	۲۳۵،۸۰	۱	۲۳۵،۸۰	۴۳،۶۶	<۰،۰۱	۶۲	۱،۰۰

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ نشان داد که پس از کنترل آماری نمرات پیش‌آزمون، اثر عضویت گروهی بر هر سه متغیر وابسته از نظر آماری معنادار بود. در متغیر افسردگی، اثر گروه معنادار بود، $F(1,27)=31.27, p<0.01$ ، و مقدار اتای ناقص ۵۳ نشان داد که ۵۳ درصد از واریانس تعدیل‌شده نمرات پس‌آزمون افسردگی با عضویت گروهی مرتبط بود. در متغیر اضطراب نیز تفاوت دو گروه معنادار به دست آمد، $F(1,27)=34.78, p<0.01$ ، و اندازه اثر ۵۶ بود. بیشترین اندازه اثر مربوط به نشاط معنوی بود؛ به‌طوری‌که اثر گروه بر این متغیر معنادار بود، $F(1,27)=43.66, p<0.01$ ، و اتای ناقص ۶۲ به دست آمد. بنابراین، پس از حذف اثر تفاوت‌های اولیه، مداخله روان‌شناختی خانواده‌محور و مدرسه‌محور با کاهش معنادار افسردگی و اضطراب و افزایش معنادار نشاط معنوی نوجوانان دارای آسیب‌شنوایی همراه بود. توان آماری بالا در هر سه تحلیل نیز نشان‌دهنده قدرت کافی آزمون‌ها برای شناسایی اثر مداخله بود.

جدول ۳. نتایج مقایسه‌های تعقیبی میانگین‌های تعدیل‌شده گروه آزمایش و کنترل

متغیر	میانگین آزمایش	تعدیل‌شده میانگین کنترل	تفاوت میانگین آزمایش - تعدیل‌شده	خطای استاندارد	p	حد پایین	حد بالا
افسردگی	۱۰،۲۴	۱۳،۸۴	-۳،۶۰	۰،۶۴	<۰،۰۱	-۴،۹۲	-۲،۲۸
اضطراب	۱۱،۰۸	۱۴،۸۸	-۳،۸۰	۰،۶۴	<۰،۰۱	-۵،۱۲	-۲،۴۸
نشاط معنوی	۵۲،۳۸	۴۶،۷۸	۵،۶۰	۰،۸۵	<۰،۰۱	۳،۸۶	۷،۳۴

نتایج مقایسه‌های تعقیبی میانگین‌های تعدیل‌شده در جدول ۳ جهت و ماهیت تفاوت‌های معنادار مشاهده‌شده در تحلیل کوواریانس را مشخص کرد. پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، میانگین تعدیل‌شده افسردگی در گروه آزمایش ۱۰,۲۴ و در گروه کنترل ۱۳,۸۴ بود و تفاوت میانگین برابر با ۳,۶۰ به دست آمد که از نظر آماری معنادار بود، $p < 0.01$ همچنین میانگین تعدیل‌شده اضطراب در گروه آزمایش ۱۱,۰۸ و در گروه کنترل ۱۴,۸۸ بود و تفاوت ۳,۸۰ واحدی بین دو گروه معنادار بود، $p < 0.01$ در مقابل، برای نشاط معنوی میانگین تعدیل‌شده گروه آزمایش ۵۲,۳۸ و گروه کنترل ۴۶,۷۸ به دست آمد و تفاوت مثبت ۵,۶۰ واحدی به نفع گروه آزمایش معنادار بود، $p < 0.01$ فاصله‌های اطمینان ۹۵ درصد مربوط به هر سه مقایسه نیز شامل صفر نبودند که ثبات تفاوت بین دو گروه را تأیید می‌کند. در مجموع، مقایسه‌های تعقیبی نشان دادند که نوجوانان گروه آزمایش پس از دریافت مداخله، در مقایسه با گروه کنترل، افسردگی و اضطراب کمتری و نشاط معنوی بیشتری داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رویکردهای نوین مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور و مدرسه‌محور بر کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش نشاط معنوی نوجوانان دارای آسیب‌شنوایی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری میان گروه آزمایش و کنترل در هر سه متغیر وابسته وجود داشت؛ به‌گونه‌ای که نوجوانان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل، نمرات پایین‌تری در افسردگی و اضطراب و نمرات بالاتری در نشاط معنوی به دست آوردند. اندازه اثرهای به‌دست‌آمده نیز نشان‌دهنده تأثیر قابل توجه مداخله بود؛ به‌طوری‌که اندازه اثر برای افسردگی ۰,۵۳، برای اضطراب ۰,۵۶ و برای نشاط معنوی ۰,۶۲ گزارش شد. این الگو نشان می‌دهد که مداخله نه‌تنها در کاهش نشانگان روان‌شناختی منفی مؤثر بوده است، بلکه توانسته یکی از مؤلفه‌های مثبت سلامت روان، یعنی نشاط معنوی، را نیز به میزان قابل ملاحظه‌ای ارتقا دهد. بیشترین اندازه اثر مربوط به نشاط معنوی بود که می‌تواند نشان‌دهنده تناسب بالای مؤلفه‌هایی مانند امید، معنا، شکرگزاری، خودپذیری، آرامش درونی و هدف‌گذاری با نیازهای روان‌شناختی نوجوانان دارای آسیب‌شنوایی باشد. نخستین یافته پژوهش نشان داد که مداخله خانواده‌محور و مدرسه‌محور موجب کاهش معنادار افسردگی در نوجوانان دارای آسیب‌شنوایی شد. این یافته از آن جهت حائز اهمیت است که شواهد قبلی نشان داده‌اند نوجوانان ناشنوا و کم‌شنوا در معرض خطر قابل توجه مشکلات خلقی قرار دارند. پژوهش‌های مرتبط با شیوع مشکلات روان‌شناختی در این گروه نشان داده‌اند که افسردگی یکی از مسائل قابل توجه در نوجوانان دارای آسیب‌شنوایی است و عوامل مرتبط با محدودیت‌های ارتباطی، شرایط محیطی و تجارب منفی می‌توانند این آسیب‌پذیری را تشدید کنند (Cejas et al., 2021; Musselman & Tishman, 2020). همچنین مرورهای پژوهشی رابطه میان کاهش شنوایی و افسردگی را در گروه‌های مختلف تأیید کرده‌اند و بر این نکته تأکید دارند که مشکلات شنوایی می‌توانند از مسیرهای مختلفی با کاهش بهزیستی روان‌شناختی همراه شوند (Cosh et al., 2019; Lawrence et al., 2020). یافته پژوهش حاضر با این مطالعات همسو است، اما یک گام فراتر می‌رود و نشان می‌دهد که با مداخله‌ای چندبافتی می‌توان بخشی از این آسیب‌پذیری روان‌شناختی را کاهش داد.

برای تبیین کاهش افسردگی می‌توان به چند سازوکار مداخله اشاره کرد. یکی از اجزای برنامه، شناسایی افکار منفی، بازتعریف شکست، توجه به توانمندی‌های فردی و جایگزینی ارزیابی‌های فاجعه‌آمیز با برداشت‌های واقع‌بینانه‌تر بود. این مؤلفه‌ها می‌توانند چرخه‌ای را که در آن تجربه محدودیت شنوایی به ناامیدی، احساس ناتوانی و کاهش انگیزش منجر می‌شود، تضعیف کنند. از دیدگاه رویکردهای فراتشخیصی، کاهش هیجان منفی پایدار نیازمند تغییر در نحوه ارزیابی موقعیت‌ها، تنظیم هیجان و کاهش الگوهای رفتاری ناکارآمد است (Barlow et al., 2021). یافته‌های علوم اعصاب نیز نشان می‌دهند که فرایندهای شناختی و تنظیم هیجان در بسیاری از اختلالات روان‌شناختی نقش محوری دارند (Etkin et al., 2021). بر این اساس، آموزش نوجوان برای مشاهده افکار منفی، فاصله گرفتن از تفسیرهای مطلق و استفاده از جملات حمایتگر می‌تواند شدت هیجان‌های افسرده‌ساز را کاهش دهد. همچنین تمرین‌هایی نظیر شناسایی نقاط قوت، ترسیم اهداف آینده، نوشتن

موفقیت‌ها و بازنگری در مفهوم شکست، می‌توانند احساس عاملیت و شایستگی را در نوجوان تقویت کنند؛ موضوعی که با توجه به شواهد موجود درباره آسیب‌پذیری خودارزشمندی در افراد دارای کم‌شنوایی اهمیت مضاعفی دارد (Aggarwal et al., 2024).

بخش خانواده‌محور مداخله نیز احتمالاً در کاهش افسردگی نقش مهمی داشته است. نوجوان دارای آسیب شنوایی بخش قابل توجهی از تجربه هیجانی خود را در محیط خانه سازمان می‌دهد و نحوه برخورد والدین با محدودیت شنوایی، انتظارات آنان، شیوه حمایت و میزان تأکید بر توانمندی‌ها می‌تواند بر احساس ارزشمندی و امید او اثرگذار باشد. مطالعات داخلی نشان داده‌اند که خانواده‌های دارای فرزند کم‌شنوا با چالش‌های خاصی در فرایند تربیت و سازگاری روبه‌رو هستند و تفاوت در برداشت والدین و نوجوانان از مشکلات می‌تواند فرایند حمایت را دشوار کند (Aghaziyarti et al., 2021). رویکردهای خانواده‌محور نیز تأکید دارند که خانواده باید به‌عنوان بخشی فعال از فرایند مداخله در نظر گرفته شود، نه صرفاً محیطی بیرونی که نوجوان پس از پایان جلسه به آن بازمی‌گردد (Holzinger et al., 2022; Maluleke et al., 2024). در پژوهش حاضر، آموزش والدین برای پرهیز از نگرش ترحم‌آمیز، توجه به توانایی‌های نوجوان، فراهم کردن تجارب مثبت و حمایت از اجرای تمرین‌ها در خانه، احتمالاً موجب شد پیام‌های درمانی در فضای زندگی روزمره تکرار و تثبیت شوند. چنین فرایندی می‌تواند احساس تنهایی و ناامیدی را کاهش داده و احتمال تجربه خلق مثبت را افزایش دهد.

یافته دوم نشان داد که مداخله خانواده‌محور و مدرسه‌محور به کاهش معنادار اضطراب نوجوانان دارای آسیب شنوایی منجر شد. این یافته نیز با مطالعاتی که شیوع قابل توجه اضطراب را در نوجوانان ناشنوا و کم‌شنوا گزارش کرده‌اند همخوانی دارد (Cejas et al., 2021; Musselman & Tishman, 2020). در مطالعه Hammad و همکاران نیز ارتباط میان تجارب آسیب‌زا و افزایش افسردگی و اضطراب در نوجوانان ناشنوا و کم‌شنوا گزارش شده است که نشان می‌دهد محیط‌های بین‌فردی و اجتماعی می‌توانند در تشدید یا کاهش اضطراب این گروه نقش تعیین‌کننده داشته باشند (Hammad et al., 2024). همچنین بررسی تجربه روان‌شناختی نوجوانان دارای کاشت حلزون نشان داده است که کیفیت ارتباط و مشارکت در محیط زندگی با بهزیستی آنان ارتباط دارد (Dammeyer et al., 2018). بنابراین، اضطراب در نوجوان دارای آسیب شنوایی را نمی‌توان صرفاً یک واکنش فردی دانست، بلکه باید آن را در تعامل با محیط خانواده، مدرسه، شرایط ارتباطی و نحوه مواجهه نوجوان با موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی بررسی کرد.

یکی از سازوکارهای اصلی کاهش اضطراب در پژوهش حاضر می‌تواند آموزش مستقیم مهارت‌های تنظیم فیزیولوژیک و شناختی باشد. تمرین تنفس کنترل‌شده، آرام‌سازی عضلانی، شناسایی نشانه‌های بدنی اضطراب و استفاده از گفت‌وگوی درونی حمایتگر به نوجوان کمک می‌کند تا به جای واکنش خودکار به برانگیختگی، آن را شناسایی و مدیریت کند. این موضوع با دیدگاه‌های معاصر درباره نقش تنظیم هیجان در مشکلات اضطرابی هماهنگ است (Barlow et al., 2021). افزون بر آن، نوجوانان یاد گرفتند موقعیت‌های دشوار را به اجزای قابل مدیریت تقسیم کرده و برای مواجهه با آن‌ها از راهبردهای از پیش تمرین‌شده استفاده کنند. در افراد دارای آسیب شنوایی، بخشی از اضطراب ممکن است ناشی از ابهام و دشواری پیش‌بینی موقعیت‌های ارتباطی و آموزشی باشد؛ بنابراین، افزایش قابلیت پیش‌بینی و فراهم کردن یک «جعبه ابزار» مشخص برای مدیریت موقعیت‌های تنش‌زا می‌تواند احساس کنترل را افزایش دهد و شدت اضطراب را کاهش دهد.

مدرسه‌محور بودن بخشی از مداخله نیز می‌تواند در تبیین کاهش اضطراب نقش مهمی داشته باشد. دانش‌آموز دارای آسیب شنوایی در مدرسه با مجموعه‌ای از فشارهای اختصاصی مواجه است؛ از دشواری در دنبال کردن آموزش شفاهی تا احتمال از دست دادن بخشی از اطلاعات و نگرانی درباره عملکرد در کلاس. مطالعات جدید نشان داده‌اند که فراهم کردن شرایط ویژه آموزشی برای دانش‌آموزان دارای آسیب شنوایی، از جمله استفاده از امکانات بصری و سازگار کردن روش تدریس، برای عملکرد مناسب آنان ضروری است (Nikolaeva & Shustova, 2025). تجربه معلمان نیز نشان می‌دهد که کیفیت حمایت مدرسه و انطباق محیط با نیازهای دانش‌آموزان ناشنوا و کم‌شنوا نقش مهمی در موفقیت برنامه‌های فراگیر و توان‌بخشی دارد (Wang et al., 2025). در پژوهش حاضر، تمرین استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی در محیط مدرسه، شناسایی موقعیت‌های پرخطر، آماده کردن پاسخ برای موقعیت‌های دشوار و مرتبط ساختن آموخته‌ها با تجارب واقعی آموزشی باعث شد

مهارت‌ها از فضای درمانی به محیط طبیعی زندگی نوجوان منتقل شوند. این انتقال احتمالاً موجب افزایش احساس آمادگی و کاهش اضطراب موقعیتی شد.

همچنین، بهبود در اضطراب را می‌توان با افزایش احساس توانمندی شناختی و روان‌شناختی مرتبط دانست. مطالعات نشان داده‌اند که برخی توانایی‌های شناختی و اجتماعی در افراد ناشنوا قابل آموزش هستند و مداخلات هدفمند می‌توانند موجب بهبود عملکرد آنان شوند (Wu et al., 2024). از سوی دیگر، عملکرد شنیداری و سطح مهارت زبانی با مشکلات روانی - اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای آسیب شنوایی ارتباط دارد (De Jong et al., 2024). وقتی نوجوان به این باور برسد که می‌تواند برای مواجهه با شرایط دشوار مهارت بیاموزد، از دیگران کمک بگیرد و بر بخشی از شرایط اثر بگذارد، احتمالاً احساس درماندگی و تهدید کاهش می‌یابد. این امر با یافته‌های مربوط به ارتباط خودکارآمدی، تاب‌آوری، شادکامی و بهزیستی در جوانان دارای ناتوانی شنوایی نیز همسواست (Zhan, 2025). بنابراین، کاهش اضطراب در پژوهش حاضر را می‌توان حاصل ترکیب تنظیم هیجان، افزایش کنترل ادراک‌شده، تمرین رفتاری و حمایت محیطی دانست.

سومین یافته پژوهش نشان داد که مداخله موجب افزایش معنادار نشاط معنوی نوجوانان گروه آزمایش شد و این متغیر بالاترین اندازه اثر را در میان پیامدهای پژوهش داشت. این یافته از نظر نظری اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا نشان می‌دهد یک برنامه روان‌شناختی می‌تواند فراتر از کاهش مشکلات، منابع مثبت درونی نوجوان را نیز تقویت کند. در ادبیات داخلی، نشاط معنوی با مفاهیمی همچون امید، آرامش، معنا، رضایت و برخورداری از منابع درونی مثبت پیوند یافته و عوامل مختلف خانوادگی و اجتماعی در شکل‌گیری آن مؤثر دانسته شده‌اند (Araghian Mojarad et al., 2021; Yousefian, 2020). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نشاط معنوی می‌تواند در ارتباط میان حمایت‌های اجتماعی و تاب‌آوری نقش داشته باشد (Saadattalab & Jafari, 2020). یافته پژوهش حاضر با این دیدگاه همسواست و نشان می‌دهد که ترکیب تمرین‌های معنایی و هیجانی با حمایت خانواده و مدرسه می‌تواند این سازه را در نوجوانان دارای آسیب شنوایی افزایش دهد. یکی از دلایل احتمالی اثر بیشتر مداخله بر نشاط معنوی، حضور پررنگ عناصر امید، شکرگزاری، معنا، هدف‌گذاری و توجه به توانمندی‌ها در جلسات بود. نوجوانان در طول مداخله به‌طور مکرر به شناسایی داشته‌ها، ترسیم آینده مطلوب، نوشتن اهداف، توجه به رفتارهای مثبت روزمره، تجربه سکوت و آرامش درونی و بیان قدردانی تشویق شدند. شواهد تجربی نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر قدردانی می‌توانند منابع سلامت روان را تقویت کرده و آثار نسبتاً پایداری بر بهزیستی داشته باشند (Bohlmeijer et al., 2021). همچنین سلامت معنوی در کنار ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی، بخشی از وضعیت کلی سلامت انسان در نظر گرفته شده و با افسردگی و افکار خودآسیب‌رسان ارتباط دارد (Fukai et al., 2020). از این رو، افزایش نشاط معنوی ممکن است نه تنها یک پیامد مستقل، بلکه یکی از مسیرهای محافظتی در برابر خلق منفی و اضطراب نیز باشد.

عامل دیگری که می‌تواند افزایش نشاط معنوی را توضیح دهد، کمک به نوجوان برای بازتعریف هویت خود فراتر از آسیب شنوایی است. دوره نوجوانی مرحله‌ای حساس برای شکل‌گیری هویت است و مطالعات نشان داده‌اند که نوجوانان ناشنوا و کم‌شنوا ممکن است با چالش‌هایی در تعریف خود، تعلق و ادراک جایگاه خویش مواجه شوند (Hlayisi & Sekoto, 2023; Smolen & Paul, 2023). وقتی نوجوان خود را صرفاً بر مبنای نقص یا محدودیت تعریف کند، امکان دارد امید و معنای زندگی کاهش یابد. در مقابل، تمرکز بر نقاط قوت، اهداف آینده، ارزش‌های شخصی و توانایی مشارکت در زندگی می‌تواند چارچوب گسترده‌تری برای خودتعریفی فراهم سازد. یافته‌های Afrouz نیز بر اهمیت ویژگی‌های روان‌شناختی و شخصیتی نوجوانان و جوانان دارای نیازهای ویژه تأکید داشته است (Afrouz, 2021, 2024). بنابراین، جلساتی که به پذیرش خویش، معنا، امید و هدف اختصاص داشتند احتمالاً به نوجوان کمک کردند تا آسیب شنوایی را یکی از ابعاد زندگی خود بدانند، نه تمام هویت خویش.

نقش خانواده در افزایش نشاط معنوی نیز قابل توجه است. تمرین‌های مشترک خانوادگی، توجه به لحظات مثبت، شکرگزاری، انجام فعالیت‌های معنادار و حمایت والدین از اهداف نوجوان، امکان می‌دهد تجربه معنویت از یک مفهوم انتزاعی به بخشی از زندگی روزمره تبدیل شود. این

برداشت با تأکید منابع داخلی بر نقش محیط خانواده در نشاط معنوی هماهنگ است (Yousefian, 2020). همچنین رویکردهای خانواده‌محور در حوزه کم‌شنوایی بر این اصل تأکید می‌کنند که نتایج مطلوب زمانی تقویت می‌شوند که خانواده به‌صورت مستمر در فرایند حمایت مشارکت داشته باشد (Moeller et al., 2024; Nickbakht et al., 2021). بنابراین، احتمالاً بخشی از افزایش نشاط معنوی ناشی از این بوده است که تمرین‌های امید و معنا تنها در جلسه باقی نماندند و در محیط خانه نیز تکرار شدند.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مشکلات روان‌شناختی نوجوانان دارای آسیب شنوایی ماهیتی چندبعدی دارند و مداخلات مؤثر نیز باید متناسب با همین پیچیدگی طراحی و اجرا شوند. اگرچه توان‌بخشی شنیداری و بهبود مهارت‌های زبانی برای رشد این نوجوانان ضروری است (De Jong et al., 2024; Mohammad Amin et al., 2025)، این اقدامات به‌تنهایی تمامی نیازهای هیجانی و روان‌شناختی آنان را پوشش نمی‌دهند. در مقابل، رویکردی که تنظیم هیجان، آرام‌سازی، امید، خودپذیری، معنا، قدردانی و هدف‌گذاری را با حمایت خانواده و مدرسه تلفیق می‌کند، می‌تواند هم‌زمان بر کاهش آسیب و ارتقای ظرفیت‌های مثبت اثر بگذارد. این نتیجه با دیدگاه‌های چندبعدی در حوزه توان‌بخشی و مراقبت خانواده‌محور همسواست (Holzinger et al., 2022; Maluleke et al., 2021). از این منظر، اثربخشی مشاهده‌شده در سه پیامد پژوهش را می‌توان حاصل هم‌افزایی مداخله در سطح فرد، خانواده و مدرسه دانست، نه نتیجه یک تکنیک منفرد.

پژوهش حاضر با چند محدودیت همراه بود که در تفسیر و تعمیم نتایج باید مورد توجه قرار گیرند. نخست، حجم نمونه محدود و شامل ۳۰ نوجوان دارای آسیب شنوایی از مدارس مشخص شهر اهواز بود؛ بنابراین تعمیم یافته‌ها به همه نوجوانان دارای آسیب شنوایی در مناطق مختلف، مدارس عادی، مراکز تلفیقی یا گروه‌های دارای شدت‌های متفاوت کم‌شنوایی باید با احتیاط صورت گیرد. دوم، نمونه‌گیری اولیه به شیوه در دسترس انجام شد و اگرچه شرکت‌کنندگان پس از انتخاب به‌صورت تصادفی در گروه‌ها قرار گرفتند، امکان حذف کامل سوگیری ناشی از دسترسی وجود ندارد. سوم، پیامدهای پژوهش عمدتاً بر اساس ابزارهای خودگزارشی ارزیابی شدند و پاسخ نوجوانان ممکن است تحت تأثیر عواملی نظیر تمایل به پاسخ اجتماعی مطلوب، تفاوت در درک برخی عبارات یا شرایط روانی زمان تکمیل پرسشنامه قرار گرفته باشد. همچنین پژوهش حاضر شامل مرحله پیگیری بلندمدت نبود و در نتیجه درباره دوام اثرات مداخله در ماه‌های پس از پایان جلسات نمی‌توان نتیجه قطعی ارائه کرد. تفاوت‌های فردی در نوع کمک‌شنوایی، سابقه توان‌بخشی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده و کیفیت خدمات آموزشی نیز می‌توانسته‌اند بر پاسخ به مداخله اثر بگذارند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده این مداخله را با حجم نمونه بزرگ‌تر و در شهرها، استان‌ها و محیط‌های آموزشی متفاوت تکرار کنند تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. استفاده از طرح‌های کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده با دوره‌های پیگیری سه‌ماهه، شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند درباره پایداری اثرات اطلاعات دقیق‌تری فراهم سازد. همچنین مقایسه مستقیم مداخله خانواده‌محور و مدرسه‌محور با مداخلات صرفاً فردمحور، صرفاً خانواده‌محور یا صرفاً مدرسه‌محور می‌تواند سهم نسبی هر مؤلفه را مشخص کند. در مطالعات بعدی می‌توان متغیرهای میانجی مانند امید، تنظیم هیجان، خودکارآمدی، خودپذیری و تاب‌آوری را بررسی کرد تا سازوکارهای تغییر روشن‌تر شوند. استفاده هم‌زمان از گزارش نوجوان، والدین، معلمان و ارزیاب مستقل نیز می‌تواند اعتبار اندازه‌گیری پیامدها را افزایش دهد. بررسی اثربخشی مداخله بر اساس شدت آسیب شنوایی، نوع وسیله کمک‌شنوایی، سن شروع مداخله شنوایی و نوع مدرسه نیز می‌تواند به شناسایی گروه‌هایی که بیشترین سود را از برنامه می‌برند کمک کند.

با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود مشاوران مدارس استثنایی، روان‌شناسان، متخصصان آموزش کودکان دارای آسیب شنوایی و مراکز توان‌بخشی از برنامه‌هایی استفاده کنند که هم‌زمان نوجوان، خانواده و محیط مدرسه را در فرایند حمایت روان‌شناختی درگیر می‌کنند. آموزش والدین درباره شیوه حمایت هیجانی، تقویت نقاط قوت نوجوان، ایجاد فضای خانوادگی امیدبخش و تمرین راهبردهای آرام‌سازی می‌تواند به‌صورت منظم در خدمات مشاوره‌ای گنجانده شود. در مدارس نیز می‌توان جلسات کوتاه آموزش تنظیم هیجان، مدیریت اضطراب، هدف‌گذاری

و تقویت امید را در کنار خدمات آموزشی ارائه کرد و مطالب را با استفاده از ابزارهای دیداری، نوشتار روشن و شرایط مناسب برای نوجوانان دارای آسیب شنوایی در دسترس قرار داد. همچنین توصیه می‌شود در ارزیابی سلامت روان این نوجوانان، علاوه بر نشانه‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی، شاخص‌های مثبت مانند نشاط معنوی، امید و احساس معنا نیز سنجیده شوند تا برنامه‌های مداخله‌ای صرفاً بر کاهش مشکل متمرکز نباشند و به تقویت ظرفیت‌های مثبت و کیفیت زندگی نوجوان نیز توجه کنند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Hearing impairment is not merely a sensory limitation affecting the reception of auditory stimuli; rather, it can influence multiple dimensions of psychological, emotional, educational, and developmental functioning, particularly during adolescence. Adolescence is a sensitive developmental period characterized by identity formation, growing autonomy, increasing academic demands, and intensified emotional experiences. For adolescents with hearing impairment, these normative developmental challenges may be compounded by difficulties in accessing spoken information, following classroom communication, understanding rapidly changing social contexts, and coping with the psychological consequences of being perceived as different from hearing peers. Research in the field of exceptional child psychology has emphasized that the needs of

adolescents with hearing loss extend beyond auditory rehabilitation and should include attention to emotional well-being, psychological adjustment, and positive developmental resources (Afrouz, 2021, 2024). Studies on deaf and hard-of-hearing adolescents further indicate that identity development, self-perception, and psychological adjustment are strongly shaped by educational experiences, environmental acceptance, family responses, and the extent to which adolescents are able to participate meaningfully in everyday settings (Dammeyer et al., 2018; Hlayisi & Sekoto, 2023; Smolen & Paul, 2023). Psychosocial difficulties among adolescents with hearing impairment have also been associated with auditory functioning and language proficiency, suggesting that barriers to communication may indirectly increase vulnerability to emotional distress (De Jong et al., 2024). One of the most important psychological concerns in this population is the elevated risk of anxiety and depression. Previous studies have documented notable levels of depressive and anxiety symptoms among deaf and hard-of-hearing adolescents, indicating that these problems constitute important mental health priorities in this population (Cejas et al., 2021; Musselman & Tishman, 2020). Broader research has similarly identified associations between hearing loss and depression and anxiety across different age groups (Cosh et al., 2019; Lawrence et al., 2020). Negative environmental experiences may intensify this vulnerability; for example, maltreatment among deaf and hard-of-hearing adolescents has been associated with higher levels of depression and anxiety (Hammad et al., 2024). In addition, self-esteem may be adversely affected among individuals with hearing loss, further highlighting the importance of interventions that strengthen positive self-appraisal and emotional resources (Aggarwal et al., 2024). Contemporary psychological models suggest that anxiety and depression are maintained through interacting cognitive, emotional, behavioral, and physiological processes, including negative appraisal, avoidance, difficulties in emotion regulation, and heightened sensitivity to negative affect (Barlow et al., 2021; Etkin et al., 2021). Therefore, interventions for adolescents with hearing impairment may be more effective when they simultaneously address emotional regulation, negative thinking, self-acceptance, coping skills, hope, and environmental support. Family and school represent the two primary ecological contexts in which adolescents spend much of their daily lives. Family-centered approaches to hearing-related intervention emphasize active parental participation, empowerment, shared decision-making, adaptation to family priorities, and continuity of support within everyday life (Holzinger et al., 2022; Maluleke et al., 2021; Moeller et al., 2024; Nickbakht et al., 2021). Families of adolescents with hearing impairment may themselves experience challenges in understanding and responding to the adolescent's emotional and communication needs, making family involvement especially relevant (Aghaziyarti et al., 2021). School is similarly important because educational environments may either intensify stress through communication barriers and academic demands or function as supportive contexts when appropriate accommodations and responsive teaching practices are provided (Alegre de la Rosa & Villar Angulo, 2019; Nikolaeva & Shustova, 2025; Wang et al., 2025). Beyond reducing symptoms, contemporary mental health interventions increasingly emphasize the cultivation of positive psychological resources. Spiritual vitality is one such resource and encompasses experiences such as inner calm, hope, meaning, purpose, gratitude, positive orientation toward life, and connection with a transcendent source. Previous studies have emphasized the importance of spiritual vitality in students and family environments and its potential relationship with resilience and social support (Araghian Mojarad et al., 2021; Saadattalab & Jafari, 2020; Yousefian, 2020). Gratitude-based interventions have also been shown to contribute to sustainable mental health, while spiritual health has been associated with broader psychological well-being (Bohlmeijer et al., 2021; Fukai et al., 2020). Positive resources such as self-efficacy, resilience, happiness, and well-being may be especially relevant for young people with hearing disability (Zhan, 2025). Moreover, evidence that cognitive and social abilities can be improved through structured training in deaf populations supports the broader assumption that psychological capacities in this group are modifiable through targeted intervention (Wu et al., 2024). Although auditory rehabilitation remains essential and may improve

speech and communication outcomes (Mohammad Amin et al., 2025), auditory improvement alone may not adequately address emotional distress and positive psychological functioning. Accordingly, the present study aimed to investigate the effectiveness of novel family- and school-based psychological interventions in reducing anxiety and depression and enhancing spiritual vitality among adolescents with hearing impairment.

Methods and Materials

The present study was an applied quasi-experimental investigation using a pretest-posttest design with an experimental group and a control group. The statistical population consisted of male and female adolescents with hearing impairment, aged 14 to 18 years, who were enrolled in secondary-level special education schools in Ahvaz during the 2025-2026 academic year. Participants were recruited from Shahid Zolfaghari Boys' School and Yeganeh Girls' School. Following initial screening based on educational and audiological records, 30 eligible adolescents, including 15 girls and 15 boys, were selected through convenience sampling. The participants were then randomly assigned to an experimental group and a control group, with 15 participants in each group. Inclusion criteria consisted of being between 14 and 18 years of age, attending secondary school, having hearing loss approximately between 45 and 75 dB in the better ear, having sufficient cognitive capacity to understand the intervention and complete the questionnaires, having no severe intellectual or physical disability interfering with participation, not receiving a concurrent similar psychological intervention, and providing informed consent from parents along with adolescent assent. Exclusion criteria included absence from more than three intervention sessions, development of an acute medical or psychological condition, occurrence of a severe family crisis, participation in another psychological intervention during the study, or voluntary withdrawal. Depression and anxiety were measured using the 21-item Depression, Anxiety and Stress Scale, with only the depression and anxiety subscales included in the present analysis. Spiritual vitality was assessed using the Afrouz Spiritual Vitality Scale. The experimental group received a 16-session family- and school-based psychological intervention, with each session lasting approximately 90 minutes and being delivered twice weekly. The intervention incorporated emotional awareness, controlled breathing, muscle relaxation, identification and modification of negative thoughts, self-acceptance, recognition of personal strengths, hope enhancement, meaning-oriented activities, gratitude, spiritual reflection, future goal setting, coping with failure, and maintenance planning. Family-oriented components involved parental emotional support, strengths-based communication, realistic acceptance of hearing impairment, reinforcement of hope and positive experiences, and participation in home exercises. School-oriented components focused on managing stressful educational situations, applying emotion regulation strategies in school, strengthening hope and goal-directed behavior, and transferring therapeutic skills to real-life academic contexts. Visual materials, written instructions, role-playing, drawings, and other accessible methods were used to accommodate hearing-related communication needs. Both groups completed the measures before and immediately after the intervention. The control group continued its routine educational activities and did not receive the psychological intervention during the main study period. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics version 26. Descriptive statistics, including means and standard deviations, were calculated. Prior to inferential analysis, assumptions concerning outliers, normality, homogeneity of variances, and homogeneity of regression slopes were examined. Analysis of covariance was subsequently used to compare posttest scores while controlling for baseline scores.

Findings

Descriptive results showed that the experimental and control groups had relatively similar pretest scores across all three study variables. For depression, the pretest mean and standard deviation were 14.80 ± 2.14 in the experimental group and 14.46 ± 2.35 in the control group. At posttest, the depression mean decreased to 10.20 ± 1.84 in the experimental group, whereas the control group had a mean of 13.80 ± 2.11 . For anxiety, the experimental group had a pretest mean of 16.20 ± 2.56 and the control group had a mean of 15.93 ± 2.81 . At

posttest, anxiety decreased to 11.10 ± 1.92 in the experimental group, while the control group had a mean of 14.90 ± 2.05 . Spiritual vitality showed the opposite pattern. The pretest mean was 45.33 ± 5.67 in the experimental group and 46.12 ± 5.18 in the control group, whereas posttest means increased to 52.40 ± 4.76 in the experimental group and 46.80 ± 5.02 in the control group. Examination of standardized scores indicated no univariate outliers, with Z scores ranging from -1.85 to 2.14 for depression, -2.01 to 1.98 for anxiety, and -2.12 to 1.95 for spiritual vitality. Shapiro-Wilk tests were nonsignificant for depression, anxiety, and spiritual vitality, with p values of .272, .145, and .558, respectively, supporting normality. Levene's tests were also nonsignificant for depression, anxiety, and spiritual vitality, with p values of .298, .367, and .498, respectively, confirming homogeneity of variances. Interactions between group membership and pretest scores were nonsignificant for depression, anxiety, and spiritual vitality, with p values of .243, .331, and .309, respectively, supporting the assumption of homogeneity of regression slopes. Analysis of covariance showed a statistically significant group effect on depression after adjustment for baseline scores, $F(1,27)=31.27$, $p<.001$, partial $\eta^2=.53$, with statistical power of .99. The group effect on anxiety was also significant, $F(1,27)=34.78$, $p<.001$, partial $\eta^2=.56$, with statistical power of 1.00. The strongest effect was observed for spiritual vitality, $F(1,27)=43.66$, $p<.001$, partial $\eta^2=.62$, with statistical power of 1.00. Adjusted mean comparisons further confirmed these differences. Adjusted depression means were 10.24 for the experimental group and 13.84 for the control group, yielding a mean difference of -3.60, $p<.001$. Adjusted anxiety means were 11.08 and 14.88, respectively, with a mean difference of -3.80, $p<.001$. Adjusted spiritual vitality means were 52.38 in the experimental group and 46.78 in the control group, producing a mean difference of 5.60, $p<.001$. Thus, the intervention was associated with significantly lower depression and anxiety and significantly higher spiritual vitality.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that a combined family- and school-based psychological intervention was effective in improving both negative and positive dimensions of mental health among adolescents with hearing impairment. The reduction in depression may be explained by several components of the intervention, including restructuring negative appraisals, strengthening self-acceptance, identifying personal strengths, encouraging future-oriented thinking, and reframing failure as part of growth rather than evidence of personal inadequacy. These processes may have reduced hopelessness and reinforced a sense of competence and psychological agency. Family participation may also have amplified these effects by creating a more supportive emotional climate, reducing deficit-focused responses, and helping adolescents practice learned strategies outside the intervention sessions.

The significant reduction in anxiety may reflect the combined effects of physiological regulation, cognitive coping, and increased perceived control. Adolescents practiced controlled breathing, brief muscle relaxation, recognition of bodily anxiety signals, supportive self-talk, and stepwise coping with stressful situations. The school-based dimension likely contributed importantly because many anxiety-provoking situations for adolescents with hearing impairment occur in educational settings. By practicing coping strategies in relation to realistic school challenges, adolescents may have developed greater preparedness and reduced uncertainty when facing demanding situations.

The largest effect was found for spiritual vitality. This finding suggests that the intervention did more than reduce distress; it also strengthened positive internal resources. Repeated exercises involving gratitude, meaning, hope, spiritual reflection, goal setting, awareness of personal strengths, and attention to positive everyday experiences may have helped adolescents reconstruct their life experiences in a more hopeful and purposeful manner. Family participation may have further reinforced spiritual vitality by extending gratitude, hope, and meaning-oriented activities into daily home life. The increase in spiritual vitality may itself have

contributed to the reduction of depression and anxiety by strengthening perceived meaning, psychological stability, and optimism regarding the future.

Overall, the results support the value of a multi-context psychological approach for adolescents with hearing impairment. These adolescents experience their difficulties not only within themselves but also within the family and school systems in which they live. Therefore, an intervention that simultaneously strengthens individual emotional skills, family support, and the application of coping strategies in school may have advantages over approaches restricted to individual symptom management. The findings suggest that psychological services for adolescents with hearing impairment should not be limited to remediation of deficits or reduction of psychiatric symptoms. Programs should also cultivate positive resources such as hope, meaning, self-acceptance, gratitude, and spiritual vitality. In conclusion, the present study showed that novel family- and school-based psychological interventions can significantly reduce anxiety and depression while enhancing spiritual vitality among adolescents with hearing impairment, supporting the integration of multi-context psychological interventions into educational, counseling, and rehabilitation services for this population.

فهرست منابع

References

- Afrouz, G. (2021). A Comparison of Personality Characteristics of Deaf and Blind Adolescents and Young Adults. *Exceptional Children Quarterly*.
- Afrouz, G. (2024). *An Introduction to the Psychology and Education of Exceptional Children* (41st ed.). University of Tehran Press.
- Aggarwal, K., Ravi, R., & Yerraguntla, K. (2024). Self-Esteem Among Individuals with Hearing Loss: A Systematic Review. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. <https://doi.org/10.1007/s12070-023-04153-x>
- Aghazyarti, A., Ashouri, M., & Norouzi, G. (2021). Analysis and Identification of Challenges in Raising a Child with Hearing Loss from the Perspectives of Normal-Hearing Parents and Hard-of-Hearing Adolescents: A Preliminary Study. *Family Research*.
- Alegre de la Rosa, O. M., & Villar Angulo, L. M. (2019). Attitudes of Children with Hearing Loss Towards Public Inclusive Education. *Education Sciences*. <https://doi.org/10.3390/educsci9030244>
- Araghian Mojarad, F., Heydari Gorji, M. A., & Yaghoubi, T. (2021). Factors Affecting Students' Spiritual Vitality: A Narrative Review. *nursing development in health*.
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2021). The Nature, Diagnosis, and Treatment of Neuroticism: Back to the Future. *Clinical Psychological Science*.
- Bohlmeijer, E. T., Kraiss, J. T., Watkins, P., & Schotanus-Dijkstra, M. (2021). Promoting Gratitude as a Resource for Sustainable Mental Health: Results of a 3-Armed Randomized Controlled Trial up to 6 Months Follow-Up. *Journal of Happiness Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00261-5>
- Cejas, I., Coto, J., Sanchez, C., Holcomb, M., & Lorenzo, N. E. (2021). Prevalence of Depression and Anxiety in Adolescents with Hearing Loss. *Otology & Neurotology*. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000003006>
- Cosh, S., Helmer, C., Delcourt, C., Robins, T. G., & Tully, P. J. (2019). Depression and Anxiety with Hearing Loss: A Review of Recent Research. *Trends in Hearing*, 23.
- Dammeyer, J., Chapman, M., & Marschark, M. (2018). Experience of Hearing Loss, Communication, Social Participation, and Psychological Well-Being Among Adolescents with Cochlear Implants. *American Annals of the Deaf*. <https://doi.org/10.1353/aad.2018.0027>
- De Jong, T. J., van der Schroeffer, M. P., Stapersma, L., & Vroegop, J. L. (2024). A Systematic Review on the Impact of Auditory Functioning and Language Proficiency on Psychosocial Difficulties in Children and Adolescents with Hearing Loss. *International Journal of Audiology*. <https://doi.org/10.1080/14992027.2023.2261074>
- Etkin, A., Gyurak, A., & O'Hara, R. (2021). A Neurobiological Approach to the Cognitive Deficits of Psychiatric Disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Frison, E., & Eggermont, S. (2020). Toward an Integrated and Differential Approach to the Relationship Between Social Media and Adolescents' Well-Being. *Current opinion in psychology*.
- Fukai, M., Kim, S., & Yun, Y. H. (2020). Depression and Suicidal Ideation: Association of Physical, Mental, Social, and Spiritual Health Status. *Quality of Life Research*. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02538-x>

- Hammad, M. A., Al-Otaibi, M. N., & Awed, H. S. (2024). Child Maltreatment Among Deaf and Hard-of-Hearing Adolescent Students: Associations With Depression and Anxiety. *Frontiers in psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1287741>
- Hlayisi, V. G., & Sekoto, L. V. (2023). Understanding Identity Construction Among Deaf Adolescents and Young Adults: Implications for the Delivery of Person- and Family-Centered Care in Audiological Rehabilitation. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. <https://doi.org/10.3389/fresc.2023.1228116>
- Holzinger, D., Hofer, J., Dall, M., & Fellingner, J. (2022). Multidimensional Family-Centred Early Intervention in Children with Hearing Loss: A Conceptual Model. *Journal of clinical medicine*. <https://doi.org/10.3390/jcm11061548>
- Lawrence, B. J., Jayakody, D. M., Bennett, R. J., Eikelboom, R. H., Gasson, N., & Friedland, P. L. (2020). Hearing Loss and Depression in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Gerontologist*. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz009>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., & Mukadam, N. (2020). Dementia Prevention, Intervention, and Care: 2020 Report of the Lancet Commission. *The lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Maluleke, N. P., Khoza-Shangase, K., & Kanji, A. (2021). An Integrative Review of Current Practice Models and/or Processes of Family-Centered Early Intervention for Children Who Are Deaf or Hard of Hearing. *Family & community health*. <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000276>
- Menke, A. (2019). Is the HPA Axis as Target for Depression Outdated, or Is There a New Hope? *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00101>
- Miller, A. H., & Raison, C. L. (2020). Are Anti-Inflammatory Therapies Viable Treatments for Psychiatric Disorders? Where the Rubber Meets the Road. *JAMA Psychiatry*.
- Moeller, M. P., Gale, E., Szarkowski, A., Smith, T., Birdsey, B. C., Moodie, S. T., & Holzinger, D. (2024). Family-Centered Early Intervention Deaf/Hard of Hearing (FCEI-DHH): Foundation Principles. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. <https://doi.org/10.1093/deafed/enad037>
- Mohammad Amin, F., Hassanzadeh, S., & Afrouz, G. (2025). Examining the Effectiveness of an Auditory Rehabilitation Program on Speech Development in Deaf Children with Cochlear Implants in the Iraqi Region: A New Approach to the Education of Children.
- Musselman, S., & Tishman, A. (2020). Depression and Anxiety in Deaf Adolescents: A Review of the Literature. *Journal of Clinical Psychology*.
- Nickbakht, M., Meyer, C., Scarinci, N., & Beswick, R. (2021). Family-Centered Care in the Transition to Early Hearing Intervention. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. <https://doi.org/10.1093/deafed/enaa026>
- Nikolaeva, T. V., & Shustova, S. A. (2025). Special Conditions for Teaching the Subject "Physics" to Students With Hearing Impairment. *Vestnik of Minin University*, 13(1), 8. <https://doi.org/10.26795/2307-1281-2025-13-1-8>
- Saadattalab, A., & Jafari, M. (2020). Analyzing the Role of Spiritual Vitality in the Relationship of Social Capital and Social Support with Employees' Resilience Against the COVID-19 Pandemic During Social Distancing.
- Smolen, E. R., & Paul, P. V. (2023). Perspectives on Identity and D/Deaf and Hard-of-Hearing Students. *Education Sciences*, 13(8), 782. <https://doi.org/10.3390/educsci13080782>
- Wang, Z., Lin, W., Qiu, H., & Lan, Z. C. (2025). "It's Beyond Enough": Teachers' Experiences and Perspectives of Rehabilitation Inclusion for Working With Deaf and Hard of Hearing Children in Rural Areas of China. *BMC public health*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22972-1>
- Wu, Y., Liu, X., & Zhang, S. (2024). Training Deaf College Students to Improve Their Theory of Mind: Based on a Two-Component Model. *Frontiers in psychology*, 15, 1361878. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1361878>
- Yousefian, S. (2020). *Spiritual Vitality in the Family Environment* National Conference on the Role of Women in the Second Step of the Revolution,
- Zhan, W. (2025). Dose Regular Physical Activity Improve the Relationships Among Self-Efficacy, Resilience, Happiness, and Well-Being in Youth People With Hearing Disability in Guangdong—a Moderation Model. *Frontiers in psychology*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1611657>
- Zhang, H., Du, Y., Qiu, J., Wang, Y., & Song, Y. (2025). Pregnancy outcome in women with hearing disability: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 45(1), 2519379. <https://doi.org/10.1080/01443615.2025.2519379>