

مقایسه مدل علی بهزیستی روان شناختی براساس مدیریت آموزش سبک های دلبستگی، جو عاطفی خانواده و حمایت دوستان با نقش واسطه ای امید به زندگی نوجوانان با و بدون نارسایی شنوایی

نصرت جعفری^۱، پرینا تجلی^۲، افسانه قنبری پناه^۳، منصوره شهریاری احمدی^۴

چکیده

از موضوعات مهم حوزه نوجوان بهزیستی روان شناختی است که مورد توجه صاحب نظران قرار گرفته است. هدف این پژوهش مقایسه مدل علی بهزیستی روان شناختی براساس مدیریت آموزش سبک های دلبستگی، جو عاطفی خانواده و حمایت دوستان با نقش واسطه ای امید به زندگی نوجوانان با و بدون نارسایی شنوایی بوده است. این پژوهش یک تحقیق توصیفی، از نوع الگویابی معادلات ساختاری می باشد، روش نمونه گیری در این پژوهش روش خوشه ای چند مرحله ای می باشد که ۲۱۰ نفر دانش آموز عادی و ۲۱۰ نفر از دانش آموزان دارای نارسایی شنیداری به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شده اند. ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق شامل پرسشنامه روانشناختی بهزیستی ریف (۱۹۸۹)، پرسشنامه سبک های دلبستگی هازن و شیور (۱۹۸۷)، پرسشنامه جو عاطفی هیل برن (۱۹۶۴)، پرسشنامه حمایت دوستان توس زیمن و دیگران (۱۹۸۸)، و پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر، هاریس اندرسون (۱۹۹۱) می باشد. یافته های تحقیق نشان داد که سبک های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا (مضطرب) به طور مستقیم بر بهزیستی روانشناختی تأثیر دارند. اما به طور غیر مستقیم و تحت تأثیر نقش واسطه ای امید به زندگی تأثیری بر بهزیستی روانشناختی دانش آموزان ندارند. همچنین جو عاطفی خانواده به طور مستقیم و نیز به واسطه متغیر امید به زندگی به صورت غیر مستقیم بر بهزیستی روانشناختی تأثیر دارد. حمایت اجتماعی دوستان نیز به طور مستقیم و با واسطه متغیر امید به زندگی به صورت غیر مستقیم بر بهزیستی روانشناختی تأثیر دارد. با توجه به تایید فرضیات، پیشنهاد می گردد تا عوامل تأثیرگذار بر افزایش دلبستگی از جمله احساس حمایت، و پذیرش از سوی والدین و اطرافیان افزایش یابد تا نوجوانان به سطح قابل قبولی از بهزیستی روانشناختی برسند.

واژگان کلیدی: بهزیستی روانشناختی، سبک های دلبستگی، جو عاطفی خانواده، حمایت اجتماعی

^۱ دانشجوی دکتری گروه روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

nosratjafari1402@gmail.com

^۲ استادیار گروه روان شناسی عمومی و کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

P_tajalli@yahoo.com

^۳ استادیار، گروه مشاوره، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، af_ghanbary@yahoo.com

^۴ استادیار، گروه مشاوره، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، mansure_shahriari@yahoo.com

مقدمه

با توجه به گسترش روزافزون تکنولوژی‌ها و ابزارهای صوتی انتقال اطلاعات از جمله رادیو، ضبط صوت، تلفن، موبایل و غیره اهمیت حس شنوایی بیش از پیش افزایش یافته و ضرورت برخورداری از صحت و سلامت آن بسیار احساس می‌شود. سلامت حس شنوایی به ویژه در زمینه تبادلات کلامی و صوتی میان انسان‌ها که بخش گسترده‌ای از تعاملات روزمره آن‌ها را تشکیل می‌دهد، بسیار حائز اهمیت است. بنابراین، وجود هر گونه نقص یا نارسایی در حس شنوایی فرد نه تنها کمیت و کیفیت روابط او را تحت الشعاع قرار می‌دهد، بلکه می‌تواند لطامات جبران ناپذیری را به رشد شناختی، اجتماعی، عاطفی و شخصیتی وی وارد آورد و در نهایت سلامت و بهزیستی روان‌شناختی او را با تهدید جدی مواجه سازد. به اعتقاد فلینگر و هولزینگ^۱ (۲۰۱۱) کودکان دچار نقائص شنوایی حتی در زمینه ارتباط با اعضای خانواده خویش مشکلات چشمگیری نشان می‌دهند و چن، تودی، سون، هی و همکاران^۲ (۲۰۱۱) نیز اظهار می‌کنند که ناشنوایی یک مشکل شایع جهانی است که کیفیت زندگی فرد مبتلا را با تهدید جدی مواجه می‌سازد. کودکان دچار نارسایی شنوایی، با تأخیر در تحول و مشکلات ارتباطی و اجتماعی مواجه هستند و اغلب قادر به ایجاد رابطه اجتماعی متقابل با همسالان و بزرگسالان نیستند و سازگاری عاطفی و مهارت‌های اجتماعی آنان با دشواری روبه‌رو است (ولی زاده، رضازاده، آعلی و مصطفی‌زاده، ۲۰۱۴). از جمله چالش‌های عمده‌ای که ناشنوایان با آن‌ها مواجه‌اند شامل زمینه‌های عاطفی، فکری، اجتماعی، تحصیلی، گفتار، تفکر، اشکال در فراگیری مسائل ذهنی می‌باشند (افروزه، طباطبایی و دروگر، ۱۳۹۲). نارسایی شنیداری با طیفی از مشکلات سلامت روان مرتبط است. مشکلاتی از جمله افسردگی، پرخاشگری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک، و اضطراب، جسمی سازی و بزهکاری مواردی هستند که در میان افراد دارای نارسایی شنیداری دیده می‌شود (استیونسون، کرپنر، پیمپرتون، ورسفولد و کندی^۳، ۲۰۱۰). به اعتقاد فلینگر، هولزینگ و پولار^۴ (۲۰۱۲) کودکان دچار نقائص شنوایی حتی در زمینه ارتباط با اعضای خانواده خویش مشکلات چشمگیری نشان می‌دهند. ناشنوایی یک مشکل شایع جهانی است که کیفیت زندگی فرد مبتلا را با تهدید جدی مواجه می‌سازد. کودکان دچار نارسایی شنوایی، با تأخیر در تحول و مشکلات ارتباطی و اجتماعی مواجه هستند و اغلب قادر به ایجاد رابطه اجتماعی متقابل با همسالان و بزرگسالان نیستند و سازگاری عاطفی و مهارت‌های اجتماعی آنان با دشواری روبه‌رو است. از جمله چالش‌های عمده‌ای که ناشنوایان با آن‌ها مواجه‌اند شامل زمینه‌های عاطفی، فکری، اجتماعی، تحصیلی، گفتار، تفکر، اشکال در فراگیری مسائل ذهنی می‌باشند (کاپتانوویک و سکوگ^۵، ۲۰۲۱). طبق شواهد به‌دست‌آمده، این معضلات تأثیرات زیادی در توسعه عملکرد شناختی، عاطفی و اجتماعی دارد. به همین خاطر میزان مشکلات رفتاری و احساسی در کودکان ناشنوا حدود دو برابر بیشتر از کودکان شنوا است (آشوری، جلیل‌آبکنار، حسن‌زاده و پورمحمدرضا تجریشی^۶، ۲۰۱۳). به همین ترتیب، افراد ناشنوا میزان پایین‌تری از بهزیستی جسمی را گزارش می‌دهند و کمتر از افراد شنوا از سیستم مراقبت‌های بهداشتی استفاده می‌کنند (الکساندر، لاد و پوول^۷، ۲۰۱۲؛ بارانت، مک‌کی، اسمیت و پیرسون^۸، ۲۰۱۱؛ پیک^۹، ۲۰۱۳). اهمیت برخورداری از حس شنوایی سالم به ویژه در دوره نوجوانی که دوره توسعه مهارت‌های اجتماعی، گسترش روابط و شکل‌گیری هویت محسوب می‌شود، بسیار برجسته می‌گردد و هر گونه نقص یا کاستی در آن می‌تواند نوجوانان را با مشکلات بسیار جدی مواجه سازد.

¹ Flinger and Holzing

² Chen, Todi, Son, Hei et al

³ . Stevenson, Kreppner, Pimperton, Worsfold, & Kennedy

⁴ . Fellingner, Holzinger & Pollard,

⁵ . Kapetanovic & Skoog

⁶ A'shouri, Jalil-Abkenar, Hassan-Zadeh, & Pourmohammadreza-Tajrishi

⁷ Alexander, Ladd, & Powell

⁸ Barnett, McKee, Smith, & Pearson

⁹ Pick

با توجه به مشکلات و چالش های مطرح شده، انتظار می رود که افراد ناشنوا (به ویژه نوجوانان ناشنوا) سطوح پایین تری از بهزیستی روان شناختی را دارا باشند. سازمان بهداشت جهانی^۱ بهزیستی روان شناختی را به عنوان یک وضعیت توصیف می کند که در آن فرد توانایی های خود را درک می کند، می تواند با فشارهای عادی زندگی کنار بیاید، مولد و مثمر ثمر باشد و با جامعه خود همکاری داشته باشد (آریزا-مونتس، هرناندز-پرلاینس، هان و لاو^۲، ۲۰۱۹). در همین راستا، یافته های تحقیقات گوناگون از جمله وان الدیک^۳ (۲۰۰۵)، هینترمایر^۴ (۲۰۰۷)، فلینگر^۵ و همکاران (۲۰۰۸) حاکی از آن است که کودکان و نوجوانان ناشنوا بیشتر از افراد عادی در معرض خطر بهزیستی روان شناختی پایین قرار دارند (مانس و ادوارد^۶، ۲۰۱۲). قدم پور، رادمهر و حیدریانی (۱۳۹۷) نیز در پژوهش خود نشان دادند که بهزیستی روان شناختی کودکان ناشنوا از کودکان عادی و حتی کودکان نابینا کمتر است.

با توجه به اهمیت بالای بهزیستی روان شناختی در نوجوانان ناشنوا تلاش در جهت شناسایی عوامل مؤثر بر آن ضرورتی اجتناب ناپذیر است. یکی از عواملی که بر اساس شواهد پژوهشی و نظری احتمال می رود که بر بهزیستی روان شناختی افراد تأثیر چشمگیری داشته باشد، جو عاطفی خانواده است. جو عاطفی خانواده یکی از حوزه هایی است که از اهمیت بالایی برخوردار بوده و بر رشد هیجانی و عاطفی نوجوانان تأثیر به سزایی دارد. منظور از جو عاطفی خانواده روابط و تبادلات روانی و عاطفی است که بین اعضای آن وجود دارد. کلیت این روابط برخوردار از شکل خاصی است که درواقع تعیین کننده شکل غالب رفتاری اعضای خانواده است (کاظمیان، ۱۳۹۴). به عبارت دیگر، جو عاطفی خانواده بیانگر تعامل اعضای خانواده و تأثیر عملکرد اعضای خانواده بر جنبه های هیجانی و عاطفی هر عضوی از اعضای خانواده است (یعقوب لو، ۲۰۱۶؛ بونفسی و همکاران، ۲۰۱۶). روابط عاطفی پدر و مادر با فرزندان نقش بسیار مهمی در فرایند رشد و سازگاری نوجوانان دارد، بدین صورت که اگر محبت و یکرنگی بر فضای خانواده حاکم باشد، فرزندان فرصت می یابند تا بدون نگرانی و ترس از تنبیه شدن، به ابراز وجود بپردازند و در موارد لازم از طریق رفتار انطباقی و سازگارانه از حقوق خود دفاع کنند (حقیقی، شکرکن و موسوی و شوشتری، ۱۳۸۱). نتایج پژوهش گراس (۲۰۱۱) نشان می دهد که جو عاطفی خانواده بر سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی کودکان و نوجوانان مؤثر است و افراد خانواده می توانند در تعامل با یکدیگر عملکرد خانوادگی مثبتی داشته باشند که ارزش حفاظتی مؤثری برای فرزندان فراهم کند. نتایج مطالعات چان و دیکسون (۲۰۱۱) نیز حاکی از آن است که جو عاطفی خانواده با مشکلات رفتاری کمتر، اضطراب پایین، افزایش اعتماد به نفس و فعالیت نوجوانان همراه است.

عامل دیگری که طبق شواهد پژوهشی و نظری انتظار می رود بر بهزیستی روان شناختی افراد تأثیر داشته باشد، سبک دلبستگی است. دلبستگی، پیوند هیجانی بین دو نفر است که آن ها را از نظر فیزیکی و روانی به هم پیوند می زند و استمرار می یابد (دانکل و همکاران^۷، ۲۰۱۶). به عبارت دیگر، دلبستگی پیوند هیجانی پایدار بین دو فرد است؛ به طوری که هریک از طرفین کوشش می کند نزدیکی و مجاورت خود را با موضوع دلبستگی حفظ و به گونه ای عمل کند که مطمئن شود ارتباط ادامه می یابد (یانگ و همکاران^۸، ۲۰۱۶). سبک دلبستگی نیز الگویی تفهیم یافته از پاسخ به روابط صمیمانه فرد است که تصور می شود تجارب قبلی روابط صمیمانه را منعکس می کند و در طول زمان نیز ثبات نسبی دارد (جباری فر و برزگر بفرویی، ۱۳۹۸). اینزورث (۱۹۷۸) سه نوع سبک دلبستگی شامل سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی نایمن اجتنابی و سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا معرفی کرده است. پژوهش ها نشان داده اند که سبک دلبستگی تعیین کننده آمادگی فرد برای حل و فصل مسائل و کنش ها و واکنش های او در برابر مشکلات اجتماعی و ناکامی ها است. افرادی که سبک دلبستگی ایمن دارند برای نظم دهی به هیجان ها از راهبردهایی سود می جویند که تنیدگی را به حداقل می رساند و

هیجان‌های مثبت را فعال می‌سازد (میکولینسر و فلورین، ۲۰۰۱). نتایج تحقیقات بکندام (۲۰۰۱) نیز نشان می‌دهد که افراد ایمن، در روابط بین فردی، همدل‌تر و در تنظیم هیجان‌های خود شیوه‌های مناسب‌تری دارند. در مقابل، افراد نایمن، از آشفتگی‌های ذهنی بیشتر، شیوه‌های ناکارآمدتر و همدلی ضعیف‌تری برخوردارند. در همین راستا، یافته‌های مطالعه کافتسیوس و سیدریدیس (۲۰۰۶) حاکی از آن است که دلبستگی نایمن با بهزیستی روان‌شناختی رابطه معکوس و معناداری دارد. نادری و همکاران (۱۳۹۲) رابطه معناداری بین سبک دلبستگی ایمن با بهزیستی روان‌شناختی به دست آوردند. یافته‌های نریمانی، یوسفی و کاظمی (۱۳۹۲) نیز مشخص کرد بین دلبستگی ایمن با بهزیستی روان‌شناختی کودکان با ناتوانی‌های یادگیری رابطه مستقیم و بین سبک دلبستگی نایمن (دوسوگرا، اجتنابی) و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها رابطه معکوس وجود دارد. باباپورخیرالدین، پورشریفی، غباری بناب، خانجانی و بهرامی (۱۳۹۶) نیز نشان دادند سبک دلبستگی، پیش‌بین معناداری برای بهزیستی روان‌شناختی افراد است.

علاوه بر جو عاطفی خانواده و سبک دلبستگی، حمایت اجتماعی نیز به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر بهزیستی روان‌شناختی مورد توجه پژوهشگران بوده است. حمایت اجتماعی یک شبکه اجتماعی است که برای افراد، منابع روان‌شناختی محسوسی را فراهم می‌کند تا بتوانند با وضعیت‌های استرس‌زای زندگی و مشکلات روزانه کنار بیایند. به عبارتی، حمایت اجتماعی به عنوان میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان و دیگران مهم تعریف شده است (سارافینو^۱، ترجمه میرزایی، ۱۳۹۸). حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده و ادراک شده بررسی می‌شود. در حمایت اجتماعی دریافت شده، میزان حمایت‌های کسب شده توسط فرد مورد تأکید است و در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی‌های فرد از در دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع ضروری و مورد نیاز مدنظر است. مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده، به حمایت از دیدگاه ارزیابی شناختی فرد از روابطش اشاره دارد. نظریه پردازان این حوزه بر این باورند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد، حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شود؛ مگر اینکه فرد آن‌ها را به عنوان یک منبع در دسترس و مناسب برای رفع نیازهایش ارزیابی کند (تجلی، صبحی و قنبری پناه، ۲۰۱۰). حمایت اجتماعی ادراک شده بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد اثرات زیادی دارد و به عنوان یک عامل تعدیل کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی شناخته شده است (کلارا و کوکس، ۲۰۰۳). در همین راستا، نتایج تحقیقات از جمله نادری و همکاران (۱۳۹۲) و عسگری و شرف الدین (۱۳۸۷) رابطه معناداری را بین حمایت اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی گزارش کرده اند.

شواهد پژوهشی حاکی از آنند که امید به زندگی ارتباط تنگاتنگی با حمایت اجتماعی، سبک‌های دلبستگی و جو عاطفی خانواده دارد. به عنوان مثال، در پژوهش مکدرموت، چنگ، رایت و براونینگ (۲۰۱۵) رابطه معناداری میان سبک‌های دلبستگی و جو عاطفی خانواده با امید به زندگی مشاهده شده است. همچنین، نجفی و باصری (۱۳۹۶) و علیپور، علی اکبری دهکردی، امینی و هاشمی جشنی (۱۳۹۵) در پژوهش خود رابطه معناداری میان حمایت اجتماعی و امید به زندگی گزارش کرده اند. علاوه بر این، نتایج برخی مطالعات از جمله مری و قدسی (۱۳۹۶)، پورعبدل، عباسی، پیرانی و عباسی (۱۳۹۴) و هداوند، تجلی و شهریاری احمدی (۱۳۹۶) حاکی از وجود رابطه معنادار میان امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی است. در همین راستا، یارچسکی و ماهون (۲۰۱۶) نشان داده اند که امید به زندگی می‌تواند باعث تسهیل تغییر شده و سلامت جسمانی و روان‌شناختی فرد را افزایش دهد. از طرف دیگر، فقدان امید می‌تواند بهزیستی فرد را عمیقاً تحت تأثیر قرار داده و زمینه‌ساز ابتلا به انواع بیماری‌ها شود. لوین و اشنایدر نیز امید را به عنوان یکی از منابع تاب آوری در نظر می‌گیرند که در زمان‌هایی که فرد دچار استرس می‌شود می‌تواند تأثیر مثبتی بر سلامت و بهزیستی او داشته باشد (لطیفی، ۹۸). با توجه این توضیحات، می‌توان انتظار داشت که امید به زندگی در تبیین رابطه میان حمایت اجتماعی، سبک‌های

¹ Sarafino

دلبستگی و جو عاطفی خانواده با بهزیستی روان شناختی نوجوانان با نارسایی شنوایی نقش مهمی داشته باشد. با این حال، به احتمال نسبتاً زیاد هیچ پژوهشی نقش واسطه‌ای امید به زندگی را در رابطه میان حمایت اجتماعی، سبک‌های دلبستگی و جو عاطفی خانواده با بهزیستی روان شناختی این افراد بررسی نکرده است، اما در پرتو همبستگی امید به زندگی با حمایت اجتماعی، سبک‌های دلبستگی، جو عاطفی خانواده و بهزیستی روان شناختی، پیش‌بینی می‌شود که امید به زندگی رابطه میان متغیرهای مزبور را میانجی‌گری کند. لذا با توجه به پیشینه پژوهش می‌توان گفت که رابطه میان حمایت اجتماعی، سبک‌های دلبستگی و جو عاطفی خانواده با بهزیستی روان شناختی در نوجوانان با نارسایی شنوایی صرفاً یک رابطه خطی ساده نیست و متغیرهای دیگر می‌توانند به‌عنوان میانجی این رابطه را تحت تأثیر قرار دهند. از این رو، هدف پژوهش حاضر، آزمون مدل نظری رابطه بین حمایت اجتماعی، سبک‌های دلبستگی و جو عاطفی خانواده با بهزیستی روان شناختی با میانجی‌گری امید به زندگی در نوجوانان با نارسایی شنوایی است. علاوه بر این، پژوهش حاضر درصدد است که مدل مذکور را در نوجوانان عادی نیز بیازماید و از طریق مقایسه آن با مدل به دست آمده در نوجوانان با نارسایی شنوایی، به تعیین همسانی یا ناهمسانی آن در دو گروه پرداخته و تلویحات این امر را مورد بررسی قرار دهد.

روش شناسی

پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی، از نوع الگویابی معادلات ساختاری یا الگویابی علی، می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کل نوجوانان دوم متوسطه شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ می‌باشد که نمونه تحقیق از این جامعه انتخاب شده است. با توجه به هدف این تحقیق دو نمونه انتخاب شد. نمونه اول از بین نوجوانان عادی و نمونه دوم از بین نوجوانان دارای نارسایی شنوایی؛ نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد. ابتدا چهار منطقه ۴، ۲، ۹، و ۱۵ به صورت تصادفی از بین مناطق ۲۲ گانه تهران انتخاب شدند. در هر منطقه ۱ مدرسه عادی به صورت تصادفی انتخاب شدند. ۲۱۰ دانش آموز عادی در تحقیق شرکت کردند. دانش آموز دارای نارسایی شنوایی دو گروه بودند یک گروه که در مدارس عادی انتخاب شده تحصیل می‌کردند و گروه دیگر در آموزشگاه‌های ویژه نارسایی شنوایی بودند. در مجموع ۲۱۰ نوجوان دارای نارسایی شنوایی به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

فرم اصلی مقیاس بهزیستی روان شناختی ۱۲۰ سوالی است که توسط ریف (۱۹۸۹) ساخته شده است. ولی در بررسیهای بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴، ۵۴ و ۱۸ سوالی نیز پیشنهاد گردید. در فرم ۱۸ سوالی مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف، سه سوال به هریک از شش مولفه پذیرش خود (سوال‌های ۲، ۸ و ۱۰)، روابط مثبت با دیگران (سوال‌های ۱۱، ۳ و ۱۳)، خودمختاری یا استقلال (سوال‌های ۹، ۱۲ و ۱۸)، تسلط بر محیط (سوال‌های ۴، ۱ و ۶)، زندگی هدفمند^۱ (سوال‌های ۵، ۱۴ و ۱۶)، رشد فردی است (سفیدی و فرزاد، ۱۳۹۱). این مقیاس ۱۸ گویه‌ای براساس لیکرت شش درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. مجموع نمرات شش خرده‌مقیاس بصورت نمره کلی بهزیستی روان شناختی محاسبه می‌شود. ابزار دیگر این پژوهش، پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بود که توسط هازن و شیور (۱۹۸۷) ساخته شد. این مقیاس با ۲۱ گویه، سه سبک دلبستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) را می‌سنجد. پرسشنامه جو عاطفی خانواده نیز توسط ژرسننامه هیل برن (۱۹۶۴) ساخته شد. پرسشنامه جو عاطفی بی هیل برن (۱۹۶۴) دارای ۲ خرده مقیاس و ۸ بعد می‌باشد: خرده مقیاس رابطه پدر-فرزند، خرده مقیاس رابطه مادر-فرزند و ۸ بعد شامل: (محبت، نوازش، تأیید کردن، تجربه‌های مشترک، هدیه دادن، تشویق کردن، اعتماد، احساس امنیت است. در پژوهش حاضر، برای متغیرهای مورد مطالعه در بخش آمار توصیفی، شاخص‌های آماری میانگین، و انحراف معیار شد. در بخش آمار استنباطی به منظور آزمون روابط مفروض در الگوی پیشنهادی نیز از روش آماری مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. شاخص‌های برازش مدل، مثل خی دو، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص توکر-لویس (TLI)، شاخص نیکویی برازش مقایسه‌ای (CFI) و ریشه میانگین

مجدورات خطای تقریب (RMSEA) محاسبه شد. مقایسه مدل در دو گروه نوجوانان با مدل یابی معادلات ساختاری چندگروهی و آزمون نسبت درست نمایی انجام شد.

یافته‌ها

یافته‌های بدست آمده از تحقیق نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی در هر دو گروه مربوط به دختران بود. در گروه بدون نارسایی شنوایی (۵۶ درصد) و در گروه با نارسایی شنوایی (۶۴ درصد) را دختران تشکیل داده‌اند. همچنین یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی در گروه بدون نارسایی شنوایی (۳۶ درصد) مربوط به تعداد دو خواهر یا برادر و در گروه با نارسایی شنوایی بیشترین فراوانی (۵۳ درصد) مربوط به یک خواهر یا برادر بود. و بیشترین درصد فراوانی مربوط به گروه شغلی کارمند (۵۵ درصد) در گروه بدون نارسایی شنوایی و بیشترین درصد فراوانی مربوط به گروه شغلی آزاد (۴۸ درصد) در گروه با نارسایی شنوایی بود. و در هر دو گروه بیشترین فراوانی مربوط به سرپرستی هر دو پدر و مادر در گروه بدون نارسایی شنوایی (۸۷ درصد) و در گروه با نارسایی شنوایی (۷۲ درصد) بود. همچنین بر اساس یافته‌های تحقیق بیشترین فراوانی مربوط به پایه کلاسی یازدهم در هر دو گروه بدون نارسایی شنوایی (۳۵ درصد) و در گروه با نارسایی شنوایی (۳۹ درصد) بود.

جدول (۱) ویژگی‌های توصیفی متغیرها پژوهش

خرده مولفه ها	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف ستاندارد	کجی	کشیدگی	ضریب تحميل	VIF
جو عاطفی (شناوا)	17	80	58,700	13,444	-494	.015	.557	1,795
جو عاطفی (ناشناوا)	16	80	52,882	11,500	-176	-.184	.521	1,546
حمایت اجتماعی (شناوا)	4	20	13,990	3,595	-432	.174	.464	2,157
حمایت اجتماعی (ناشناوا)	4	20	13,160	3,190	-225	-.368	.397	1,975
سبک دلبستگی ایمن (شناوا)	6	30	17,120	3,678	.202	1,584	.628	1,592
سبک دلبستگی ایمن (ناشناوا)	10	30	18,890	3,078	.668	1,636	.645	1,413
سبک دلبستگی اجتنابی (شناوا)	8	30	16,830	2,654	.192	1,068	.662	1,512
سبک دلبستگی اجتنابی (ناشناوا)	8	30	18,830	3,042	1,245	1,245	.682	1,461
سبک دلبستگی دو سو گرا (شناوا)	6	30	17,520	2,676	.067	1,679	.715	1,398
سبک دلبستگی دو سو گرا (ناشناوا)	10	30	18,236	2,534	1,165	.342	.701	1,432
امید به زندگی (شناوا)	4	20	16,130	2,897	1,072	1,935	.504	1,984
امید به زندگی (ناشناوا)	5	20	13,630	3,529	-.518	-.556		
بهرزستی (شناوا)	42	87	68,375	9,616	-.518	-.556	متغیر ملاک	
بهرزستی (ناشناوا)	43	87	68,690	9,649	-.294	-.599		

با توجه به نتایج جدول (۱)، ارزش‌های کشیدگی و چولگی هیچ یک از متغیرها از محدوده بین ۲- تا ۲+ خارج نشده است. از نظر کلاین (۲۰۱۶) شاخص‌های چولگی و کشیدگی بین ۲- تا ۲+ بیانگر عدم انحراف چشمگیر از مفروضه منحنی نرمال است.

ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش در گروه بدون نارسایی شنوایی در جدول (۲) گزارش شده است.

جدول (۲) ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در گروه بدون نارسایی شنوایی

مقایسه مدل علی بهزیستی روان شناختی براساس مدیریت آموزش سبک های دلبستگی، جو عاطفی خانواده و حمایت دوستان با نقش ...

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
حمایت اجتماعی	۱						
جو عاطفی	۰۶۲۸ ^{xx}	۱					
سبک دلبستگی اجتنابی	-۰۰۰۳	-۰۱۲۳	۱				
سبک دلبستگی ایمن	۰۰۳۸	۰۱۳۷	-۰۰۴۸	۱			
سبک دلبستگی دوسو	-۰۱۹۹ ^{xx}	-۰۲۳۶ ^{xx}	۰۲۳۵ ^{xx}	-۰۰۶۴	۱		
امید به زندگی	۰۶۱۶ ^{xx}	۰۴۸۲ ^{xx}	-۰۱۰۵	۰۰۳۴	-۰۱۶۸ [*]	۱	
بهزیستی روانشناختی	۰۶۱۹ ^{xx}	۰۶۲۰ ^{xx}	-۰۰۰۴	۰۱۷۱ [*]	-۰۳۵۸ ^{xx}	۰۶۳۸ ^{xx}	۱

یافته های بدست آمده از تحلیل همبستگی پیرسون بین متغیرهای مورد مطالعه در جدول (۲) نشان می دهد که بین متغیر حمایت اجتماعی ($r = .619, p < .01$) و جو عاطفی ($r = .620, p < .01$)، سبک دلبستگی ایمن ($r = .171, p < .05$)، سبک دلبستگی دوسو گرا ($r = -.358, p < .01$) و امید به زندگی ($r = .638, p < .01$) با بهزیستی روانشناختی همبستگی در گروه نوجوانان بدون نارسایی شنوایی رابطه معنادار وجود داشت. اما بین سبک دلبستگی اجتنابی با بهزیستی روانشناختی در گروه نوجوانان بدون نارسایی شنوایی رابطه معناداری وجود نداشت. ($r = -.004, p < .01$)

جدول (۳) ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در گروه با نارسایی شنوایی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
حمایت اجتماعی	۱						
جو عاطفی	۰۵۳۴ ^{xx}	۱					
سبک دلبستگی اجتنابی	-۰۰۵۳	-۰۱۱۲	۱				
سبک دلبستگی ایمن	۰۰۶۲	۰۱۴۷	-۰۰۳۸	۱			
سبک دلبستگی دوسو گرا	-۰۲۰۹ ^{xx}	-۰۳۲۴ ^{xx}	۰۲۱۰ ^{xx}	-۰۰۳۵	۱		
امید به زندگی	۰۵۸۷ ^{xx}	۰۵۱۲ ^{xx}	-۰۰۹۸	۰۰۴۳	-۰۱۸۹ [*]	۱	
بهزیستی روانشناختی	۰۶۷۲ ^{xx}	۰۶۲۰ ^{xx}	-۰۰۴۲	۰۱۹۰ [*]	-۰۳۵۸ ^{xx}	۰۶۳۸ ^{xx}	۱

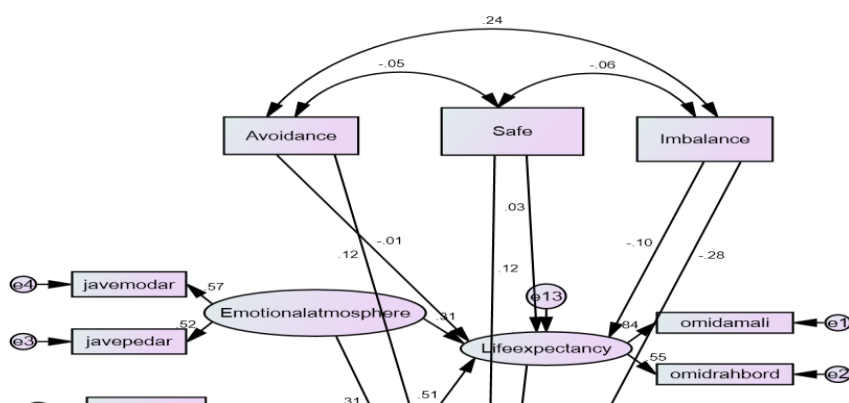
یافته های بدست آمده در جدول (۳) نشان داد، بین متغیرهای مورد مطالعه در جدول فوق نشان می دهد که بین متغیر حمایت اجتماعی ($r = .672, p < .01$) و جو عاطفی ($r = .620, p < .01$)، سبک دلبستگی ایمن ($r = .190, p < .05$)، سبک دلبستگی دوسو گرا ($r = -.358, p < .01$) و امید به زندگی ($r = .638, p < .01$) با بهزیستی روانشناختی همبستگی در گروه نوجوانان با نارسایی شنوایی رابطه معناداری وجود داشت. اما بین سبک دلبستگی اجتنابی با بهزیستی روانشناختی با نارسایی شنوایی رابطه معناداری وجود نداشت. ($r = -.042, p < .01$)

آزمون فرضیه اصلی

مدل علی بهزیستی روان شناختی بر اساس سبک‌های دلبستگی، جو عاطفی خانواده و حمایت اجتماعی با نقش واسطه‌ای امید به زندگی در نوجوانان بدون نارسایی شنوایی از برازش مناسبی برخوردار است.

در این فرضیه به نقش میانجی امید به زندگی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی، جو عاطفی خانواده و حمایت اجتماعی با بهزیستی روانشناختی در نوجوانان بدون نارسایی شنوایی پرداخته شده است. لازم به ذکر است که در این مدل، متغیرهای برونزاد مکنون سبک‌های دلبستگی (با سه سبک اجتنابی، ایمن و دو سوگرا)، جو عاطفی خانواده (با دو مولفه رابطه پدر-فرزند و رابطه مادر-فرزند) و حمایت اجتماعی (با سه مولفه حمایت دوستان، حمایت خانواده و حمایت دیگران) و همچنین متغیر امید به زندگی (با تفکر عاملی، تفکر راهبردی) به عنوان متغیر میانجی در مدل حضور دارند و رابطه آنها با بهزیستی روانشناختی (با شش مولفه پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خود مختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) به عنوان یک متغیر درونزاد در مدل مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج مقیاس‌های آماری از شاخص‌های برازش (GOF) مدل اولیه ۱۶-۴ در گروه بدون نارسایی شنوایی در مدل نشان داد $\chi^2(df=93)=274,794$, $\chi^2/df=2.955$, $CFI=.830$, $NFI=.769$, $IFI=.834$, $RMSEA=.860$.

بنابراین مدل ساختاری اولیه نیاز به برخی اصلاحات داشت که با اضافه کردن کواریانس بین برخی از خطاها این اصلاح انجام و در نتیجه مدل از برازش قابل قبولی برخوردار گردید. یافته‌های بدست آمده در مدل اصلاح شده نشان داد، $\chi^2(df=90)=203,717$, $\chi^2/df=2,264$, $CFI=.907$, $NFI=.901$, $IFI=.903$, $RMSEA=.078$ ، که مدل از برازندگی مناسبی برخوردار است و شاخص‌ها در حد قابل قبول می‌باشند. با توجه به شاخص‌های بدست آمده، مدل ساختاری اصلاح شده (۱) از برازش مناسبی برخوردار است. بنابراین چنین نتیجه‌گیری می‌شود که مدل ساختاری بهزیستی روان شناختی بر اساس سبک‌های دلبستگی، جو عاطفی خانواده و حمایت اجتماعی با نقش واسطه‌ای امید به زندگی در نوجوانان بدون نارسایی شنوایی از برازش مناسبی برخوردار است. نتایج شاخص‌های برازش مدل فوق در جدول (۵) نشان داده شده است.



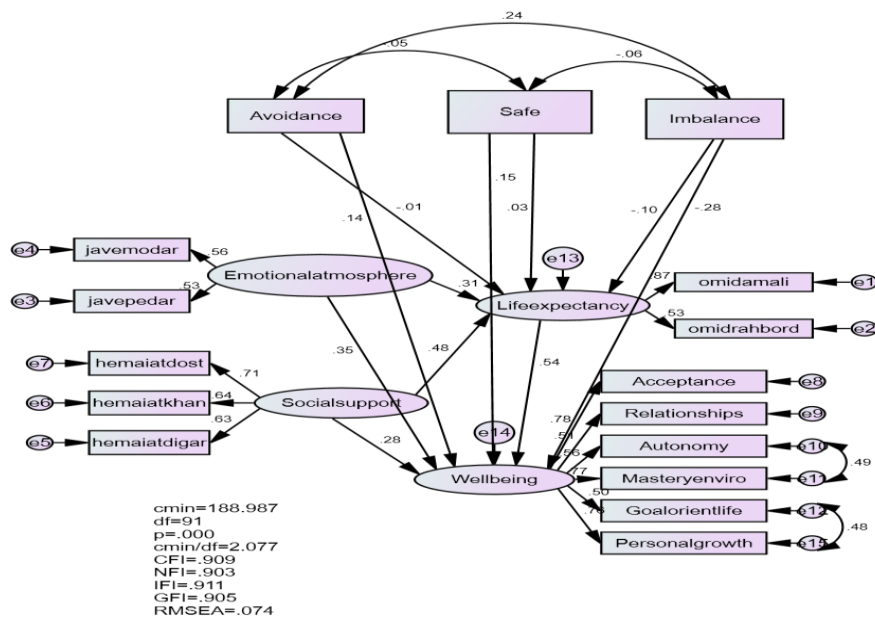
مدل (۱) مدل ساختاری اصلاح شده متغیرهای مورد مطالعه در گروه بدون نارسایی شنوایی

جدول (۴) شاخص های برازش اولیه و اصلاح شده مدل ساختاری گروه بدون نارسایی شنوایی

X2	df	p	χ^2/df	GFI	NFI	IFI	CFI	RMSEA
274.794	93	.001	2.995	.860	.769	.834	.830	.099
203.717	90	.001	2.264	.904	.901	.903	.907	.078
			<5	>.90	>.90	>.90	>.90	<.08

مدل علی بهزیستی روان شناختی بر اساس سبک های دلبستگی، جو عاطفی خانواده و حمایت دوستان با نقش واسطه ای امید به زندگی در نوجوانان با نارسایی شنوایی از برازش مناسبی برخوردار است.

در این فرضیه به نقش میانجی امید به زندگی در رابطه بین سبک های دلبستگی، جو عاطفی خانواده و حمایت اجتماعی با بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با نارسایی شنوایی پرداخته شده است. یافته های بدست آمده در مدل اصلاح شده نشان داد، $\chi^2 (df=91) = 188,987$ [$RMSEA=.074$, $GFI=.905$ $NFI=.903$, $IFI=.911$, $CFI=.909$, $\chi^2/df = 2,077$,) از برازندگی مناسبی برخوردار گردید و شاخص ها در حد قابل قبول قرار گرفتند. بنابراین چنین نتیجه گیری می شود که مدل ساختاری بهزیستی روان شناختی بر اساس سبک های دلبستگی، جو عاطفی خانواده و حمایت اجتماعی با نقش واسطه ای امید به زندگی در نوجوانان با نارسایی شنوایی از برازش مناسبی برخوردار است. نتایج شاخص های برازش مدل در جدول (۵) نشان داده شده است.



مدل (۲) مدل ساختاری اصلاح شده متغیرهای مورد مطالعه در گروه با نارسایی شنوایی

جدول (۵) شاخص‌های برازش اولیه و اصلاح شده مدل ساختاری گروه با نارسایی شنوایی

X2	df	p	χ^2/df	GFI	NFI	IFI	CFI	RMSEA
199.408	93	.001	2.144	.882	.790	.876	.872	.076
188.987	91	.001	2.077	.905	.903	.911	.909	.074
			<5	>.90	>.90	>.90	>.90	<.08

مدل‌های علی بهزیستی روان شناختی بر اساس سبک‌های دلبستگی، جو عاطفی خانواده و حمایت اجتماعی با نقش واسطه ای امید به زندگی در نوجوانان با وبدون نارسایی شنوایی با یکدیگر متفاوت هستند.

یکی از اهداف اصلی پژوهش حاضر، مقایسه مدل علی بهزیستی روان شناختی بر اساس سبک‌های دلبستگی، جو عاطفی خانواده و حمایت اجتماعی با نقش واسطه ای امید به زندگی در نوجوانان با وبدون نارسایی شنوایی بود. بنابراین نیاز به تحلیل‌های چند گروهی^۱ جهت بررسی اثر وضعیت شنوایی نوجوانان مورد مطالعه برای مقایسه سازه‌ها و همچنین تشخیص تفاوت‌های احتمالی بین گروه است. روش کلی در تجزیه و تحلیل چند گروهی، آزمایش عدم تغییرپذیری اندازه‌گیری بین مدل‌های غیرمحدود با پارامترهای محدود برای همه گروه‌ها است.

به همین منظور جهت ارزیابی تفاوت میزان کای اسکوتر و وزن‌های رگرسیونی بین دو گروه دارای نارسایی شنوایی و بدون نارسایی، از بسته‌های نرم‌افزاری آماری^۲ که برای توسط اکسل طراحی شده‌اند، استفاده گردید. نتایج بدست آمده نشان داد که میزان کای اسکوتر

¹Multigroup Analysis² Stats Tools Package

مقایسه مدل علی بهزیستی روان شناختی براساس مدیریت آموزش سبک های دلبستگی، جو عاطفی خانواده و حمایت دوستان با نقش ...

بین دو مدل با و بدون محدودیت تفاوت معناداری با یکدیگر وجود ندارند. ($\Delta\chi^2=21,096>.05$) نتایج در جدول شماره (۶) نمایش داده شده است.

جدول (۶) مقایسه میزان کای اسکوتر در دو گروه

مدل	chi	df	p
مدل بدون محدودیت	354.225	184	.275
مدل با محدودیت کامل	375,361	202	
تفاوت	21,096	18	

همچنین مقایسه وزن های رگرسیون در دو گروه و نسبت های بحرانی برای تفاوت بین پارامترها محاسبه شد، نتایج نشان دهنده عدم معنی داری تفاوت بین وزن های رگرسیونی بود که در جدول (۷) نشان داده شده است. بنابراین می توان گفت که این فرضیه مورد تایید قرار نگرفت.

جدول (۷) مقایسه وزن های استاندارد رگرسیونی بین دو گروه با و بدون نارسایی شنوایی

متغیر برونزاد	متغیر درونزاد	مسیر	β (ر سا)	β (نار سا)	t	p
سبک دلبستگی اجتنابی ---<	بهزیستی روانشناختی	مستقیم	.۱۲۵	.۱۴۱	.۰۳۰	.۹۲۳
سبک دلبستگی ایمن ---<	بهزیستی روانشناختی	مستقیم	.۱۱۶	.۱۵۲	.۲۵۷	.۷۹۷
سبک دلبستگی دو سو گرا ---<	بهزیستی روانشناختی	مستقیم	-.۲۸۴	-.۲۸۰	.۰۰۸۷	.۹۳۱
جو عاطفی خانواده ---<	بهزیستی روانشناختی	مستقیم	.۳۱۳	.۳۱۲	.۰۰۱۳	.۹۹۰
حمایت های اجتماعی ---<	بهزیستی روانشناختی	مستقیم	.۲۰۳	.۲۷۹	.۰۶۸۶	.۴۹۳
سبک دلبستگی اجتنابی ---<	بهزیستی روانشناختی	غیر مستقیم	.۰۰۵	.۰۵۴	۱۶۱۵	.۱۰۷
سبک دلبستگی ایمن ---<	بهزیستی روانشناختی	غیر مستقیم	.۰۱۷	.۰۱۶	.۰۰۶۲	.۹۵۱
سبک دلبستگی دو سو گرا ---<	بهزیستی روانشناختی	غیر مستقیم	.۰۵۷	.۰۵۴	.۰۱۰۶	.۹۱۵
جو عاطفی خانواده ---<	بهزیستی روانشناختی	غیر مستقیم	.۱۶۵	.۱۷۵	.۰۰۴۵	.۹۶۴
حمایت های اجتماعی ---<	بهزیستی روانشناختی	غیر مستقیم	.۲۶۱	.۲۸۹	.۰۳۴۵	.۷۳۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه مدل علی بهزیستی روان شناختی بر اساس سبک‌های دلبستگی، جو عاطفی خانواده و حمایت دوستان با نقش واسطه‌ای امید به زندگی نوجوانان با و بدون نارسایی شنوایی بود.

فرضیه ۱. سبک‌های دلبستگی بر بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با/بدون نارسایی شنوایی اثر مستقیم دارند.

دلبستگی پیوند هیجانی پایدار بین دو فرد است؛ به طوری که هریک از طرفین کوشش می‌کند نزدیکی و مجاورت خود را با موضوع دلبستگی حفظ و به گونه‌ای عمل کند که مطمئن شود ارتباط ادامه می‌یابد. سبک دلبستگی نشان‌دهنده نیازهای ذاتی ضروری برای ارتباط اجتماعی در بین افراد است (لین، ۲۰۱۶). دلبستگی الگویی تفهیم یافته از پاسخ به روابط صمیمانه فرد است که تصور می‌شود تجارب قبلی روابط صمیمانه را منعکس می‌کند و در طول زمان نیز ثبات نسبی دارد (لین، ۲۰۱۶). اینسورث، بلیهر، واترز و وال^۱ (۱۹۷۸) سه نوع سبک دلبستگی شامل سبک دلبستگی ایمن^۲، اجتنابی^۳ و دوسوگرا (مضطرب)^۴ معرفی کرده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سبک دلبستگی تعیین کننده آمادگی فرد برای حل و فصل مسائل و کنش‌ها و واکنش‌های او در برابر مشکلات اجتماعی و ناکامی‌ها است. افرادی که سبک دلبستگی ایمن دارند برای نظم‌دهی به هیجان‌ها از راهبردهایی سود می‌جویند که تنیدگی را به حداقل می‌رساند و هیجان‌های مثبت را فعال می‌سازد. نتایج تحقیقات (لین، ۲۰۱۶)؛ (موناکو و دیگران، ۲۰۱۹)؛ (ماررو-کودو و دیگران، ۲۰۱۹)؛ نشان می‌دهد که بین سبک‌های دلبستگی و بهزیستی روانشناختی ارتباط معناداری وجود دارد. اما در تحقیقات (نوریا لاقا و دیگران، ۲۰۲۰) تنها سبک دلبستگی ایمن رابطه معناداری با بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان دارای ناتوانی شنوایی داشته و سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا ارتباط معناداری با بهزیستی روانشناختی ندارند.

براساس نتایج تحقیق، به ترتیب اثر ضریب مسیر استاندارد مستقیم سبک دلبستگی اجتنابی، سبک دلبستگی ایمن، و سبک دلبستگی دوسوگرا بر بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با نارسایی شنوایی ($\beta = .139, P < .01$)، ($\beta = .150, P < .01$) و ($\beta = -.279, P < .01$) می‌باشد. این یافته‌ها بیانگر آن است که سبک‌های دلبستگی اجتنابی، ایمن و دوسوگرا در تبیین نمرات بهزیستی روانشناختی نوجوانان دارای نارسایی شنوایی نقش دارند. همچنین براساس نتایج تحقیق به ترتیب اثر ضریب مسیر استاندارد مستقیم سبک دلبستگی اجتنابی، سبک دلبستگی ایمن، و سبک دلبستگی دوسوگرا بر بهزیستی روانشناختی در نوجوانان بدون نارسایی شنوایی ($\beta = .125, P < .01$)، ($\beta = .116, P < .01$) و ($\beta = -.284, P < .01$) می‌باشد. این یافته‌ها بیانگر آن است که سبک‌های دلبستگی اجتنابی، ایمن و دوسوگرا در تبیین نمرات بهزیستی روانشناختی نوجوانان بدون نارسایی شنوایی نقش دارند. بنابراین نتایج این بخش از تحقیق با نتایج به دست آمده در تحقیقات (نوریا لاقا و دیگران، ۲۰۲۰)، ماررو-کودو و دیگران (۲۰۱۹)، (موناکو، سچچس، و متویا-کاستیلا، ۲۰۱۹) همسو می‌باشد. نتایج بررسی ارتباط بین سبک‌های دلبستگی با بهزیستی روانشناختی در دو گروه دانش‌آموزان با/بدون نارسایی شنیداری یکسان بوده و تفاوت معناداری بین دو گروه مورد مطالعه مشاهده نمی‌شود. عدم وجود تفاوت معنادار بین میزان کای اسکوتر در دو مدل با/بدون نارسایی شنیداری با یکدیگر در نتایج تحقیق و همچنین عدم معناداری تفاوت بین وزن‌های رگرسیونی گواه این مطلب است. براین اساس فرضیه اول پژوهش مبنی بر تأثیر مستقیم سبک‌های دلبستگی بر بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با/بدون نارسایی شنوایی تأیید می‌گردد.

1. Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall

2. Secure attachment style

3. Avoidant attachment style

4. Anxious attachment style

فرضیه ۲. جو عاطفی خانواده بر بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با/بدون نارسایی شنوایی اثر مستقیم دارند.

یکی از عواملی که بر اساس شواهد پژوهشی و نظری احتمال می رود که بر بهزیستی روان شناختی افراد تأثیر چشمگیری داشته باشد، جو عاطفی خانواده است. افراد ناشنوا و کم شنوا در معرض خطر کاهش اجتماعی شدن عاطفی و رشد سلامت روان هستند (ایچنگرن و دیگران، ۲۰۲۲؛ لو و دیگران، ۲۰۲۲).

به اشتراک گذاشتن وضعیت عاطفی - ظرفیتی که به عنوان همدلی شناخته می شود - به ایجاد پیوند اجتماعی کمک می کند. همدلی به افراد این امکان را می دهد که احساس کنند دیگران چه احساسی دارند، عواطف دیگران را درک کنند و با تأثیرات و اقدامات مناسبی مانند تسکین و کمک به عاطفه پاسخ دهند (تسو و دیگران، ۲۰۲۱). در نتیجه، افرادی که سطوح بالاتری از همدلی دارند، دوستان بیشتری دارند و پذیرش بیشتری نسبت به همسالان نشان می دهند (ایسنبرگ، اگیوم و دی گیونتا، ۲۰۱۰) و آسیب کمتری به افراد دیگر وارد می کنند (ریفه، بروخوف، ایچنگرین، کوهنبرگ، ویگا، داسیلوا، ون درلن و فریجنس، ۲۰۱۸).

جو عاطفی خانواده عاملی اساسی برای رشد نوجوانان به طور کلی و ارتباط نوجوان و والدین به طور خاص است. جو عاطفی نقش مهمی در رشد اجتماعی کودکان و نوجوانان دارد (ریفه و دیگران، ۲۰۱۸). تاریخچه تعاملات بین والدین و فرزندان، و همچنین اهداف و ویژگی هایی که والدین برای اجتماعی شدن کودکان خود به ارمغان می آورند، در چارچوب جو عاطفی خانواده قرار دارد (کاپتانویک و سکوک، ۲۰۲۱؛ سعننس، ون استینکیس و بیر، ۲۰۱۹). جو عاطفی خانواده یک عامل محافظتی مهم در برقراری ارتباط والدین و نوجوان در رشد روانی- اجتماعی است (کاپتانویک و سکوک، ۲۰۲۱). در اصل، جو عاطفی خانواده را می توان مجموعه ای از پیوندهای عاطفی والدین- کودک، نگرش های والدینی و درک کودک از رفتارهای والدینی دانست (کاپتانویک و سکوک، ۲۰۲۱). جو عاطفی خانواده یکی از حوزه هایی است که از اهمیت بالایی برخوردار بوده و بر رشد هیجانی و عاطفی نوجوانان تأثیر به سزایی دارد. منظور از جو عاطفی خانواده روابط و تبادلات روانی و عاطفی است که بین اعضای آن وجود دارد. کلیت این روابط برخوردار از شکل خاصی است که در واقع تعیین کننده شکل غالب رفتاری اعضای خانواده است (جنس، فرلی، ارلیچ، استرن، لجوز، شاور و کاسیدی، ۲۰۱۸). جو عاطفی خانواده فضایی برای رشد نوجوانی به طور کلی و ارتباطات بین والدین- نوجوانان به طور خاص فراهم می کند (سعننس و دیگران، ۲۰۱۹).

براساس نتایج تحقیق اثر ضریب مسیر استاندارد مستقیم جو عاطفی خانواده بر بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با نارسایی شنوایی ($\beta = .354, P < .01$) است. بنابراین متغیر جو عاطفی خانواده قدرت تبیین نمرات استاندارد بهزیستی روانشناختی در گروه نوجوانان با نارسایی شنوایی را دارد. اثر ضریب مسیر استاندارد مستقیم جو عاطفی خانواده بر بهزیستی روانشناختی در نوجوانان بدون نارسایی شنوایی ($\beta = .313, P < .01$) گزارش شده است. بنابراین متغیر جو عاطفی خانواده قدرت تبیین نمرات استاندارد بهزیستی روانشناختی در گروه بدون نارسایی شنوایی را دارد. عدم وجود تفاوت معنادار بین میزان کای اسکوتر در دو مدل با/بدون نارسایی شنیداری با یکدیگر و همچنین عدم معناداری تفاوت بین وزن های رگرسیونی نشان می دهد که بین جو عاطفی خانواده با بهزیستی روانشناختی در دو گروه دانش آموزان با/ بدون نارسایی شنیداری تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج تحقیقات نشان می دهد که فقدان جو عاطفی بین والدین و فرزندان عامل مهمی در شکل گیری بهزیستی روانشناختی است (زیدمان-زیت و دوتان، ۲۰۱۷).

فرضیه ۳. حمایت اجتماعی بر بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با/بدون نارسایی شنوایی اثر مستقیم دارند.

1. Eisenberg, Eggum & Di Giunta

2. Rieffe, Broekhof, Eichengreen, Kouwenberg, Veiga, da Silva, van der Laan, & Frijns

3. Soenens, Vansteenkiste, & Beyers

4. Jones, Fraley, Ehrlich, Stern, Lejuez, Shaver & Cassidy

نتایج تحقیق نشان می‌دهد که اثر ضریب مسیر استاندارد مستقیم حمایت اجتماعی بر بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با نارسایی شنوایی معنادار نیست ($P > .01$, $\beta = .282$). این نتایج بیانگر آن است که متغیر حمایت اجتماعی قدرت تبیین نمرات استاندارد بهزیستی روانشناختی در گروه نوجوانان با نارسایی شنوایی را ندارد. همچنین نتایج تحقیق نشان می‌دهد که اثر ضریب مسیر استاندارد مستقیم حمایت اجتماعی بر بهزیستی روانشناختی در نوجوانان بدون نارسایی شنوایی معنادار نیست ($P > .01$, $\beta = .203$). بنابراین متغیر حمایت اجتماعی قدرت تبیین نمرات استاندارد بهزیستی روانشناختی در دو گروه نوجوانان با/بدون نارسایی شنوایی را ندارد. براین اساس فرضیه سوم پژوهش مبنی بر تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی بر بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با/بدون نارسایی شنوایی، تأیید نمی‌گردد. نتایج این بخش از پژوهش در تضاد با نتایج تحقیقات (بیلان، تومپکینس، و کروگر، ۲۰۲۲)، (هافن جر، درکه، و المره، ۲۰۲۲) است. در تحقیقات مذکور حمایت اجتماعی تأثیر مستقیم و معناداری بر بهزیستی روانشناختی افراد دارای معلولیت شنیداری دارد.

فرضیه ۴. سبک‌های دلبستگی با میانجی امید به زندگی بر بهزیستی روانشناختی نوجوانان با/بدون نارسایی شنوایی اثر غیرمستقیم دارند.

امید یکی از منابع اساسی در زندگی است که موجب افزایش نیرو در تحمل لحظات سخت می‌شود، نتایج امید در زندگی، داشتن یک زندگی خوب، آرزوهای خوب و لذت بردن از زندگی است (کی و دیگران، ۲۰۲۰). میزان امید به زندگی کودکان دارای نارسایی شنیداری در سالهای اخیر افزایش یافته است (آنوندسن، ۲۰۲۲). همچنین نتایج مطالعات پیشین (کاپتانوویک و سکوک، ۲۰۲۱)؛ (هوکدال و دیگران، ۲۰۲۰)؛ (هوکدال و دیگران، ۲۰۱۸) سطح پایین‌تری از امید به زندگی را برای کودکان و نوجوانان دارای نارسایی شنوایی نسبت به کودکان بدون نارسایی شنوایی گزارش داده‌اند. در حالی که (آنوندسن، هیلیدگ، نویچ و جوزفیا، ۲۰۱۸)؛ کی، ژانگ، نیی، وانگ و دو، ۲۰۲۰) تفاوت معناداری را در این زمینه ارائه نکردند. بیلان، تامپکینز و کروگر^۳ (۲۰۲۲) نشان داده‌اند که امید به زندگی می‌تواند باعث تسهیل تغییر شده و سلامت جسمانی و روانشناختی فرد را افزایش دهد. از طرف دیگر، فقدان امید می‌تواند بهزیستی فرد را عمیقاً تحت تأثیر قرار داده و زمینه‌ساز ابتلا به انواع بیماری‌ها شود. با توجه به این توضیحات، می‌توان انتظار داشت که امید به زندگی در تبیین رابطه میان سبک‌های دلبستگی و جو عاطفی خانواده با بهزیستی روانشناختی نوجوانان با نارسایی شنوایی نقش مهمی داشته باشد.

فرضیه ۵. جو عاطفی خانواده با میانجی امید به زندگی بر بهزیستی روانشناختی نوجوانان با/بدون نارسایی شنوایی اثر غیرمستقیم دارند.

نتایج تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که امید به زندگی ارتباط تنگاتنگی با جو عاطفی خانواده، و بهزیستی روانشناختی دارد. به عنوان مثال، در پژوهش چنگ، مکدرموت و لوپز (۲۰۱۵) رابطه معناداری میان جو عاطفی خانواده با امید به زندگی مشاهده شده است (چنگ و دیگران، ۲۰۱۵). نتایج تحقیق بیلان، تامپکینز و کروگر (۲۰۲۲) نشان می‌دهد که امید به زندگی در تبیین رابطه میان جو عاطفی خانواده و بهزیستی روانشناختی نوجوانان با نارسایی شنوایی نقش مهمی دارد.

براساس یافته‌های تحقیق اثر استاندارد مسیر غیرمستقیم جو عاطفی خانواده با میانجی امید به زندگی بر بهزیستی روانشناختی ($\beta = .165$, $p < .05$) در نوجوانان با نارسایی شنوایی معنادار می‌باشد. این نتایج بیانگر آن است که با افزایش یک انحراف استاندارد بر نمرات جو عاطفی خانواده ۰.۱۶۵ انحراف استاندارد نمرات بهزیستی روانشناختی در گروه دارای نارسایی شنوایی افزایش می‌یابد. در مورد گروه بدون نارسایی شنیداری، اثر استاندارد مسیر غیرمستقیم جو عاطفی خانواده با میانجی امید به زندگی بر بهزیستی

¹ . Aanondsen, Heiling, Nøvik, & Jozefiak

² . Qi, Zhang, Nie, Xiao, Wang, & Du

³ . Boylan, Tompkins & Krueger

روانشناختی ($\beta = .175, p < .05$) می باشد. این یافته بیانگر آن است که با افزایش یک انحراف استاندارد بر نمرات جو عاطفی خانواده، 175. انحراف استاندارد نمرات بهزیستی روانشناختی افزایش می یابد. بنابراین همانگونه که یافته های به دست آمده نشان می دهد جو عاطفی خانواده بر بهزیستی روانشناختی با میانجی امید به زندگی هر دو گروه با و بدون نارسایی شنوایی اثر مثبت دارد. براین اساس فرضیه پنجم پژوهش مبنی بر تأثیر غیرمستقیم جو عاطفی خانواده با میانجی امید به زندگی بر بهزیستی روانشناختی گروه های با و بدون نارسایی شنیداری تأیید می گردد. نتایج این بخش از تحقیق با تحقیقات (وست و لینچ، ۲۰۲۱)، (هافن جر، درکه، و المره، ۲۰۲۲) و بیلان، تامپکینز و کروگر (۲۰۲۲) همراستا می باشد.

پیشنهادهای کاربردی پژوهش

همانطور که نتایج پژوهش نشان داد، سواد اطلاعاتی و رسانه ای به صورت مستقیم یا به واسطه فناوری اطلاعات و ارتباطات چه تأثیری بر اشتراک دانش دارد. با توجه به تأثیرگذاری سواد اطلاعاتی و رسانه ای به صورت مستقیم یا به واسطه فناوری های اطلاعات و ارتباطات بر فرایند اشتراک دانش، پیشنهادهای زیر جهت بهبود و یا تأثیرگذاری بیشتر در این زمینه ارائه می گردد:

- با توجه به تایید فرضیه اول پژوهش مبنی بر تأثیر مستقیم سبک های دلبستگی بر بهزیستی روانشناختی در نوجوانان با/بدون نارسایی شنوایی، پیشنهاد می گردد تا عوامل تأثیرگذار بر افزایش دلبستگی از جمله احساس حمایت، و پذیرش از سوی والدین و اطرافیان افزایش یابد تا نوجوانان به سطح قابل قبولی از بهزیستی روانشناختی برسند.

- بر اساس نتایج حاصل از فرضیه دوم پژوهش، جو عاطفی خانواده تأثیر مستقیم و مثبتی بر بهزیستی روانشناختی در نوجوانان دارد. بنابراین پیشنهاد می گردد حمایت عاطفی بیشتری از جانب خانواده صورت گیرد تا افراد ناشنوا به سطح قابل قبولی از بهزیستی روانشناختی دست یابند.

- با توجه به نقش مثبت و معناداری امید به زندگی در میانجی گری تأثیر جو عاطفی بر بهزیستی روانشناختی افراد با/بدون نارسایی شنیداری، پیشنهاد می گردد تا عوامل تأثیرگذار بر افزایش امید به زندگی در نزد نوجوانان مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

- نتایج تحقیق نشان می دهد که هیچ کدام از سبک های دلبستگی به واسطه نقش امید به زندگی تأثیر معناداری بر بهزیستی روانشناختی ندارند. بنابراین پیشنهاد می گردد تا زمینه تأثیرگذاری سبک های دلبستگی بر بهزیستی روانشناختی مورد توجه قرار گیرد.

- میرمولایی، سیدطاهره. ولی زاده، مهرنوش. محمودی، محمود. توکل، زینب. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر ارائه مراقبت‌های پس از زایمان در منزل بر میزان دریافت مراقبت و رضایت مندی مادران. *مجله پرستاری و مامایی علوم پزشکی تهران*، ۱۷ (۲)، ۴۲-۵۱.
- کاکابرای، کیوان. ارجمنیا، علی اکبر. افروز، غلامعلی. (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های مقابله ای و حمایت اجتماعی ادراک شده با مقیاس‌های بهزیستی روانی در بین والدین با کودکان استثنایی و عادی شهر کرمانشاه. *مجله روانشناسی افراد استثنایی*، ۷ (۲)، ۲۶-۱.

فهرست منابع انگلیسی

- A'shouri, Mohammad; Jalil-Abkenar, Seyyedeh Somayyeh; Hassan-Zadeh, Saeed; & Pourmohammadreza-Tajrishi, Ma 'soumeh. (2013). Speech intelligibility in children with cochlear implant, with hearing aids and normal hearing. *Archives of rehabilitation*, 14(3), 8-15
- Alexander, Andrew; Ladd, Paddy; & Powell, Steve. (2012). Deafness might damage your health. *The Lancet*, 379(9820), 979-981.
- Alexander, Andrew; Ladd, Paddy; & Powell, Steve. (2012). Deafness might damage your health. *The Lancet*, 379(9820), 979-981.
- Catana, Stefan-Alexandru; Toma, Sorin-George; Imbrisca, Cosmin; & Burcea, Marin. (2022). Teleworking Impact on Wellbeing and Productivity: A Cluster Analysis of the Romanian Graduate Employees. *Frontiers in psychology*, 13, 856196.
- Duncan, Jill; Colyvas, Kim; & Punch, Renee. (2021). Social capital, loneliness, and peer relationships of adolescents who are deaf or hard of hearing. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 26(2), 223-229.
- Eisenberg, Nancy; Eggum, Natalie D; & Di Giunta, Laura. (2010). Empathy-related responding: Associations with prosocial behavior, aggression, and intergroup relations. *Social issues and policy review*, 4(1), 143-180.
- Ensafadaran, Farideh; Nejabat, Mahmoud; Mahmoudi, AbdolReza; & Shamsaei, Maryam. (2022). Presenting a Model of Nurses' Psychological Well-Being Based on the Variables of Spiritual Health, Resilience, and Emotional Atmosphere of the Family during the Corona Pandemic and Its Effect on Emotional Distress Tolerance of Nurses. *Journal of Health System Research*, 18(2), 0-0. Retrieved from <http://hsr.mui.ac.ir/article-1-1385-en.html>
- Fellingner, Johannes; Holzinger, Daniel; & Pollard, Robert. (2012). Mental health of deaf people. *The Lancet*, 379(9820), 1037-1044.
- Ganster, Daniel C; & Victor, Bart. (1988). The impact of social support on mental and physical health. *British Journal of Medical Psychology*, 61(1), 17-36.
- Green, Ellayna. (2022). Mental health support within education in the UK: exploring the experiences and perspectives of Deaf individuals. University of Manchester.
- Gross, James J. (2013). *Handbook of emotion regulation*. Guilford publications.
- Haukedal, Christiane Ling\ a as; Lyxell, Björn; & Wie, Ona Bø. (2020). Health-related quality of life with cochlear implants: the children's perspective. *Ear and hearing*, 41(2), 330-343.
- Kapetanovic, Sabina; & Skoog, Therése. (2021). The role of the family's emotional climate in the links between parent-adolescent communication and adolescent psychosocial functioning. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(2), 141-154.
- Lin, Jih-Hsuan. (2016). Need for relatedness: A self-determination approach to examining attachment styles, Facebook use, and psychological well-being. *Asian Journal of Communication*, 26(2), 153-173.

- Marrero-Quevedo, Rosario J; Blanco-Hernández, Pedro J; & Hernández-Cabrera, Juan A. (2019). Adult attachment and psychological well-being: The mediating role of personality. *Journal of Adult Development*, 26(1), 41–56.
- Narimani, M; Yosefi, F; & Kazemi, R. (2014). The role of attachment styles and quality of life in predicting psychological well-being in adolescents with learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, 3(4), 124–142.
- Ngouajio, Amanda L.; Drejet, Sarah M.; Phillips, D. Ryan; Summerlin, Don-John; & Dahl, John P. (2017). A systematic review including an additional pediatric case report: Pediatric cases of mammary analogue secretory carcinoma. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 100, 187-193.
- Ngouajio, Amanda L.; Drejet, Sarah M.; Phillips, D. Ryan; Summerlin, Don-John; & Dahl, John P. (2017). A systematic review including an additional pediatric case report: Pediatric cases of mammary analogue secretory carcinoma. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 100, 187-193.
- Pasinringi, Mayenrisari Arifin A; Vanessa, Audrey Alya; & Sandy, Grestin. (2022). The Relationship Between Social Support and Mental Health Degrees in Emerging Adulthood of Students. *Golden Ratio of Social Science and Education*, 2(1), 12–23.
- Stevenson, Jim; Kreppner, Jana; Pimperton, Hannah; Worsfold, Sarah; & Kennedy, Colin. (2015). Emotional and behavioural difficulties in children and adolescents with hearing impairment: a systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 24(5), 477–496.
- Stevenson, Jim; McCann, Donna; Watkin, Peter; Worsfold, Sarah; Kennedy, Colin; & Team, Hearing Outcomes Study. (2010). The relationship between language development and behaviour problems in children with hearing loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(1), 77–83.
- Stevenson, Jim; McCann, Donna; Watkin, Peter; Worsfold, Sarah; Kennedy, Colin; & Team, Hearing Outcomes Study. (2010). The relationship between language development and behaviour problems in children with hearing loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(1), 77–83.
- Szarkowski, Amy; & Brice, Patrick J. (2016). Hearing parents' appraisals of parenting a deaf or hard-of-hearing child: Application of a positive psychology framework. *Journal of deaf studies and deaf education*, 21(3), 249–258.
- Tajvar, Maryam; Grundy, Emily; & Fletcher, Astrid. (2018). Social support and mental health status of older people: a population-based study in Iran-Tehran. *Aging & Mental Health*, 22(3), 344-353. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1261800>
- Whooul Group (world Health organization Quality of life Group.)(1993). study protocol for world health organization project to develop aquality of life assessment instrument (WHOQUOL) Quality of life esearch, 2, 153-9.
- Worsley, Joanne D; Mansfield, Rosie; & Corcoran, Rhiannon. (2018). Attachment anxiety and problematic social media use: The mediating role of well-being. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 21(9), 563–568.
- Zaidman-Zait, Anat; & Dotan, Adi. (2017). Everyday stressors in deaf and hard of hearing adolescents: The role of coping and pragmatics. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22(3), 257–268.