دور صعوبات تنظيم الانفعال في التنبؤ بمظاهر القلق والاكتئاب لدى المراهقين من ذوي الإعاقة البصرية

إعداد

د. منار محمد عكاشة

قسم علم النفس – جامعة القاهرة

ملخص :

هدف البحث الحالي إلى الكشف عن دور صعوبات تنظيم الانفعال في التنبؤ بمظاهر القلق والاكتئاب لدى المراهقين من ذوي الإعاقة البصرية، وكذلك الفروق بين الذكور والإناث في متغيرات الدراسة. حيث تضمنت العينة (٦٤) مراهقًا ومراهقة من ذوي الإعاقة البصرية الملتحقين بالمرحلة الثانوية، (٣٢ ذكرًا، ٣٢ أنثى)؛ ممن تراوحت أعمارهم بين (١٥–١٨) سنة، بمتوسط عمر (١٧±٠,٩٩) سنة. كما تم التكافؤ بين المجموعتين في مستوى الفهم، والمستوى الاجتماعي – الاقتصادي. وقد طُبقت على العينة البحثية بطارية من الأدوات النفسية شملت اختبار صعوبات تنظيم الانفعال، ومقياس القلق كحالة لسبيلبرجر، وقائمة بيك للاكتئاب، هذا بالإضافة إلى استمارة البيانات الأساسية، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي، واختبار الفهم من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال – الطبعة الرابعة. وقد تبين من النتائج وجود علاقة ارتباطية بين صعوبات تنظيم الانفعال ومظاهر القلق والاكتئاب لدى كل من الذكور والإناث، كما تبين القدرة التنبؤية لصعوبات تنظيم الانفعال بكل من مظاهر القلق والاكتئاب لدى كل من الذكور والإناث. وأظهرت النتائج وجود فروق بين الذكور والإناث في صعوبات تنظيم الانفعال، في حين لم توجد فروق بينهما في كل من مظاهر القلق والاكتئاب.

الكلمات المفتاحية: صعوبات تنظيم الانفعال – القلق – الاكتئاب – المراهقين – الإعاقة البصرية.

مقدمة :

هدف البحث الحالي إلى الكشف عن دور صعوبات تنظيم الانفعال في التنبؤ بمظاهر القلق والاكتئاب لدى المراهقين من ذوي الإعاقة البصرية، وكذلك الفروق بين الذكور والإناث في متغيرات الدراسة.

لقد وُجد الأفراد ذوي الإعاقة في كل العصور، ومنذ أقدمها، ولكن نظرة المجتمعات إلى الأشخاص ذوي الإعاقة اختلفت من عصر إلى آخر، تبعًا لمجموعة من المتغيرات والعوامل والمعايير؛ فقد كان التخلص من الأطفال ذوي الإعاقة هو الاتجاه السائد في أيام اليونان والرومان؛ باعتبارهم أفرادًا غير صالحين لخدمة المجتمع. أما في الوقت الذي ظهرت فيه الديانات السماوية، فقد كانت الرعاية والمعاملة الحسنة هما الاتجاه السائد؛ إذ حضّت الديانات السماوية على معاملة الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل إنساني. ولكن مع بدايات القرنين السادس عشر والسابع عشر عاد الاتجاه السلبي في معاملة المعاقين، وبقي الحال كذلك حتى القرن الثامن عشر، إلى أن نادت حركات الإصلاح بضرورة حماية الأشخاص ذوي الإعاقة وتعليمهم؛ حيث بدأ الاهتمام بذوي الإعاقة في القرن التاسع عشر في فرنسا، ثم امتد إلى عدد من الدول، وكانت فئات الإعاقة البصرية والسمعية هي أولى الفئات التي حظيت بالاهتمام، ثم تلتها فئات الإعاقة الذهنية والحركية (محمد والسيد، ٢٠١٢؛ جمعة، ٢٠١٤).

وتوجد الإعاقة البصرية لدى عدد كبير من سكان العالم، حيث يوجد (٤٥) مليون فرد مصابًا بالعمى، و(١٣٥) مليون فرد من ضعاف البصر. كما أظهر المعهد الدولي الكندي لكف البصر عام ٢٠٠٤ أن هناك ما يزيد عن (٦٠٠) ألف فرد مصابٍ بالإعاقة البصرية **(Yampolsky et al., 2008)**.

كما وجد من بيانات أخرى أن عدد الأفراد المصابين بالإعاقة البصرية المزمنة الشديدة يزداد لدى أكثر من (١٦٠) مليونًا، منهم (٣٧) مليون فرد مصابٍ بكف البصر **(Garnefski et al., 2010)**.

كذلك أقرت منظمة الصحة العالمية عام (٢٠١٠) أن هناك (٢٨٥) مليون فرد لديهم إعاقة بصرية في أمريكا اللاتينية؛ إذ يعاني (٢٤٦) مليون فرد من ضعف البصر، و(٣٩) مليون فرد مصابٍ بكف البصر **(Furtado et al., 2012)**.

كما تبين من خلال الدراسة التي قام بها "محمد وزملاؤه" **Muhammad et al., (2011)** حول نسب انتشار الإعاقة البصرية في ولاية "سوكوتو" بنيجيريا على عينة مكونة من (٤٨٤٨) مشاركًا من جميع الأعمار من الذكور والإناث، أن نسبة انتشار كف البصر في كلتا العينين كانت (١,٩%)، بينما كانت نسبة انتشار كف البصر لدى الذكور (٢,١%) أعلى من نسبة انتشاره لدى الإناث (١,٦%).

بينما وُجد من خلال التقارير الاجتماعية التي تمت من عام ٢٠٠٠ إلى عام ٢٠١١ التي قام بمراجعتها "أولديمولينز وزملاؤه" **Ulldemolins et al., (2012)** أن الإعاقة البصرية الكلية والجزئية أكثر انتشارًا لدى الإناث، كما وُجد أن المستوى الاجتماعي الاقتصادي متمثلًا في الدخل والتعليم المرتفعين والوظيفة يرتبط عكسيًّا بانتشار الإعاقة البصريّة والعمى، ووُجد أيضًا أن العرق والتباينات الجغرافية ارتبطتا بالإعاقة البصرية؛ حيث وجد كلٌّ من "فنجير وسكول" **Finger & Scholl (2013)** من خلال بحثهما عن انتشار الإعاقة البصريّة في البلاد مرتفعة الدخل (متضمنة أوربا الغربية وأمريكا الشمالية واستراليا) أن انتشار الإعاقة البصرية في هذه البلاد أقل بكثير من انتشارهما في البلاد منخفضة ومتوسطة الدخل، كما وجد أن معظم أسباب انتشارهما في البلاد مرتفعة الدخل، أسبابٌ مرتبطةٌ بالتقدم في العمر.

أما عن حجم الإعاقة البصرية وواقع الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية في مصر والوطن العربي، فقد أوردت هيئة الصحة العالمية في عدد من التقارير الصادرة عنها أن عدد ذوي الإعاقة البصرية في منطقة الشرق الأوسط يبلغ (٧,٥) مليون نسمة، وأن نسبة انتشار الإعاقة البصرية تبلغ (٥٠) لكل (١٠,٠٠٠) فرد في "جمهورية مصر العربية" أي (٠,٥%) من عدد السكان، وتُعَد هذه النسبة أعلى نسبة في العالم (عبد الله وآخرون، ٢٠٠٩، ١٦٨).

ويشير التقرير السنوي الأول للإعاقة في الدول العربية عام ٢٠٠٢ إلى أن الإعاقة البصرية تأتي في المرتبة الرابعة من حيث نسبة الإصابة بها بالنسبة لباقى الإعاقات في الدول العربية، وتأتي "تونس" في المرتبة الأولى بين الدول العربية من حيث معدلات الإعاقة البصرية من باقي الإعاقات؛ حيث تصل فيها النسبة إلى (١٣,٦%)، ثم تليها "سلطنة عمان"؛ إذ تحتل المرتبة الثانية بالنسبة للإعاقة البصرية (١٢,٩%)، تليها "البحرين" (١٠,٨%)، ثم "فلسطين" (٩,٥%)، ثم "السودان" (٨,١%) ثم "الأردن" (٥,٤%) من مجمل الإصابة بالإعاقات في الوطن العربي (أبو الحسن، ٢٠٠٢، ١٨٦؛ كفافي، وعلاء الدين، ٢٠٠٦، ٩٢–٩٣).

مشكلة الدراسة :

تتصف مرحلة المراهقة بالتغيرات النفسية والاجتماعية التي تؤثر على علاقات المراهقين بالأفراد الآخرين المحيطين بهم والبيئة الاجتماعية بوجه عام، وربما يخبر المراهقون ذوي الإعاقات صعوبات خاصة في هذه المرحلة من حياتهم، فهم يفكرون كثيرًا فيما يعتقده أقرانهم من غير ذوي الإعاقة، ويشعرون أنهم مختلفون عنهم **(Kef, 1999, 29)**. وبذلك يتزايد الاهتمام بالعلاقات بين الشخصية أثناء مرحلة المراهقة بسبب تنوع علاقات المراهقين بأقرانهم وعائلاتهم والأفراد الآخرين المحيطين بهم **(Colarossi, 2001)**.

تمثل الإعاقة البصرية خبرة صدمية لمعظم الأفراد؛ حيث يكون لها تأثير كبير على مختلف نواحي حياتهم، وكثيرًا ما يصاحبها عديد من المشكلات التي يتعرض لها الفرد أثناء ممارسته لنشاطات حياته اليومية؛ وذلك لأن فقدان البصر يحرم الفرد من عدد من التنبيهات التي تؤثر على خصاله النفسية والشخصية والاجتماعية، وكذلك يحرمه من التمتع بمدى واسع من الكفاءات التي يتميز بها الأفراد العاديون، كما يساهم في معاناة الشخص ذو الإعاقة البصرية من كثير من المشكلات التي تؤثر في شخصيته وتكوينه النفسي وفي توافقه مع المجتمع الذي يعيش فيه، كما يؤثر على علاقاتهم مع شركاء الحياة والعائلة والأصدقاء خاصة لدى بعض الأفراد الذين يجدون صعوبة في إقامة علاقات مع المبصرين (حسين، ٢٠٠٣؛ موسى، ٢٠٠٦؛ **Lee, Brennan, 2006; Stephens, 2007; Talbertkipasa, 2008; Yampolsky et al., 2008; Khurshid & Malik, 2011; Finkova, et al., 2014**).

وتشير نتائج الدراسات التي أجريت في هذا المجال إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية يغلب أن تسيطر عليهم مشاعر الدونية، والقلق، والصراع، وعدم الثقة بالنفس، والشعور بالاغتراب، وانعدام الأمن، والإحساس بالفشل، والإحباط، وانخفاض تقدير الذات، واختلال صورة الجسم، والنزعة الاتكالية، وهم أقل توافقًا شخصيًّا واجتماعيًّا، وتقبلًا للآخرين، وشعورًا بالانتماء للمجتمع من المبصرين، كما أنهم أكثر انطواءً واستخدامًا للحيل الدفاعية في سلوكهم؛ كالكبت والتبرير والتعويض والانسحاب، كما أنهم أكثر عرضة من المبصرين للاضطرابات الانفعالية وللشعور باليأس نتيجة القلق من المستقبل والنظرة السلبية نحو الذات (القريطي، ٢٠٠٥، ٣٧٣).

وفي عام ٢٠٢٠، قُدر عدد الأشخاص المصابين بالإعاقة البصرية الكلية والجزئية والذين يعانون من الإعاقة البصرية المتوسطة أو الشديدة بـ ٤٣,٣ مليونًا و٢٩٥ مليونًا على التوالي. وأفادت بعض الدراسات السابقة أن الإعاقة البصرية يمكن أن يؤثر على نوعية الحياة مما يؤدي إلى اضطرابات الصحة النفسية والعقلية، كالإصابة بالقلق والاكتئاب. فقد أفادت المراجعات المنهجية لهذه الدراسات أن معدل انتشار أعراض الاكتئاب لدى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية يتراوح بين ١٤ و٤٤%، وأن هناك زيادة في معدلات القلق لديهم (**Bouguiyoud et al., 2022**). كما تبين أن الأفراد الذين يعانون من الإعاقة البصرية الكلية والجزئية هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب مقارنة بالمبصرين (**Varadaraj, Friedman & Swenor, 2021**).

وفي دراسة دافي وزملائه **Davey et al., (2020)** التي أجريت على عينة مكونة من (٩٤) من ذوي الإعاقة البصرية، تراوح المدى العمري لهم من (١٣-٢٠) سنة، وكانوا جميعًا من الذكور. تبين أن (١٣,٨%) يعانون من الاكتئاب بدرجات متفاوتة. وكان المظهر النفسي الأكثر شيوعاً بينهم هو القلق (٤٦,٧%).

ومن خلال دراسة بخلا وزملائه **Bakhla et al., (2023)** التي هدفت إلى معرفة مدى انتشار الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة البصرية، وذلك من خلال مراجعة (١٣) دراسة من الدراسات التي بحثت مدى انتشار الاكتئاب لديهم، والتي تكونت من (٨٢٢) مشاركًا، تبين أن معدل انتشار الاكتئاب بين الأطفال أو المراهقين من ذوي الإعاقة البصرية كان (١٤%) (٨٢٢/١٣٧ فردًا)، كما أظهرت خمس دراسات تعبر عن التوزيع بين الجنسين أن معدل الانتشار التراكمي للاضطرابات الاكتئابية المشخصة كان (٦,٨٥%) و(١٨,٩٦%) على التوالي، للذكور (ن = ٢١٩) والإناث (ن = ١١٦) من المشاركين.

وكما تُعَد فترة المراهقة من أكثر الفترات التي يُحتمَل فيها ظهور القلق والاكتئاب، فإنها تتسم أيضًا بتطور مهارات تنظيم الانفعالات بشكل كبير، فهي فترة تتميز بالتحديات الانفعالية وتطوير الدوائر العصبية التنظيمية **(Young, et al., 2019)**. وقد اتفقت الدراسات على أن مهارات إدارة العواطف تسمح للأطفال والمراهقين بكبح الدوافع غير المناسبة، وتوجيه سلوكهم بشكل بناء، واستكشاف البيئات والأشخاص والأشياء الجديدة والتكيف معها، وأن يتم قبولهم بشكل أفضل من قبل أقرانهم **(Sabatier et al., 2017)**.

من ناحية أخرى، كانت الصعوبات في تنظيم الانفعالات مرتبطة نظريًا وتجريبيًا بمجموعة متنوعة من السلوكيات غير التوافقية (مثل: إيذاء النفس المتعمد، وتعاطي المخدرات)، وإصابتهم بالأمراض النفسية (مثل: اضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب الشخصية الحدية، والقلق، والاكتئاب) **(Young et al., 2019; Weiss et al., 2015)**، وقد حددت دراسات التقرير الذاتي الارتباطات القوية بين خلل تنظيم الانفعالات وكل من القلق والاكتئاب لدى المراهقين، نظرًا لزيادة الاستقلالية والمتطلبات الجديدة خلال فترة المراهقة مقارنة بالطفولة، فقد يكون لدى المراهقين حاجة خاصة لتنظيم انفعالاتهم استجابةً للضغوطات، والفشل في القيام بذلك قد يعرضهم لخطر الإصابة بمشاكل الصحة النفسية. وبالتالي، قد يكون تنظيم الانفعالات جزءًا مهمًا من أجزاء معقدة فيما يتعلق بخطر القلق والاكتئاب **(Young et al., 2019)**.

ويُعد اختلال تنظيم الانفعالات في مرحلة المراهقة أمرًا أساسيًا في النظريات حول كيفية ظهور اضطرابات القلق والاكتئاب. وتشير هذه النظريات إلى أن انخفاض القدرة على تنظيم الانفعالات السلبية المتزايد أمر شائع في كل من القلق والاكتئاب، في حين أن انخفاض القدرة على تنظيم الانفعالات الإيجابية قد يكون أكثر ارتباطًا بالاضطرابات الاكتئابية. وتتضمن العديد من التدخلات النفسية للقلق والاكتئاب استراتيجيات معرفية أو سلوكية تهدف إلى تحسين القدرات على تنظيم الانفعالات **(Young et al., 2019)**.

كما يعاني ما يقرب من نصف المراهقين من أعراض الاكتئاب أو العدوانية التي تضعف أدائهم في مرحلة ما من مرحلة المراهقة. فقد تؤدي تجربة المشاعر الصعبة الشديدة والصعوبات في

تنظيم هذه الانفعالات إلى ظهور هذه الأعراض الاكتئابية والعدوانية. وكشفت نتائج دراسة "روتنبرغ وزملاؤه" أنه إذا عانى المراهق من حزن أو غضب أعلى من المعتاد في يوم معين، فإنه يعاني أيضًا من أعراض اكتئابية أو عدوانية أعلى من المعتاد، على التوالي. كما توسط صعوبات تنظيم الانفعالات وأدار هذه الارتباطات، فقد واجه المراهقون الذين لديهم غضب أعلى صعوبات أكبر في تنظيم غضبهم، مما أدى إلى ظهور أعراض عدوانية أعلى (تأثير وسيط). وإذا كان حزن المراهقين أعلى من المعتاد في يوم معين، فإن أعراض الاكتئاب لديهم تكون أكثر شدة من المعتاد إذا كانوا يعانون أيضًا من صعوبات أعلى من المعتاد في تنظيم الحزن (تأثير معتدل). وتساهم النتائج في فهم كيفية تأثير العواطف على الاضطراب العقلي بشكل يومي للمراهقين، وتؤكد على أهمية فحص انفعالات المراهقين **(Rothenberg et al., 2019)**.

ومن خلال دراسة غونسالفيس وآخرين **Gonçalves et al., (2019)** على (٢٤٦) مراهقًا (الذكور = ١٢٦؛ الإناث = ١٥٨)، وتراوح المدى العمري لهم (من ١١ إلى ١٤) سنة، تبين من النتائج أن صعوبات تنظيم الانفعالات (وخاصة الاستخدام المحدود لاستراتيجيات تنظيم الانفعالات) تنبأت بأعراض الاكتئاب، كما تبين ارتباط صعوبات ضبط الاندفاع بأعراض الاكتئاب بقوة أكبر لدى الإناث مقارنة بالذكور.

بالإضافة إلى ذلك، تبين من عدة دراسات بدءًا من مرحلة المراهقة المبكرة وحتى مرحلة المراهقة المتأخرة، أنه يتم تشخيص عدد من الإناث باضطراب الاكتئاب بمعدل ضعف عدد الذكور، حيث تظهر الإناث مستويات أعلى من أعراض الاكتئاب خلال فترة المراهقة المبكرة. بالإضافة إلى ذلك، فقد أشارت الدراسات إلى أن الاستجابة قد تختلف حسب النوع، حيث كانت الإناث على قدر أكبر من التفاعل الانفعالي، وزيادة التعبير الانفعالي، واستخدام مختلف لبعض استراتيجيات التنظيم مقارنة بالذكور **(Gonçalves et al., 2019)**.

ومن خلال دراسة ظفر وزملائه **Zafar et al., (2021)** التي هدفت إلى فحص الارتباط بين خلل تنظيم الانفعالات والأمراض النفسية في مرحلة المراهقة لدى عينة مكونة من (١٥٠٠) طالب مراهق باكستاني (٥٠% إناث) ممن تراوحت أعمارهم بين (١٢–١٩) سنة بمتوسط عمري (١٥,٠٨±١,٤٤) سنة، تبين من النتائج أن الإناث أقل درجة في الوضوح الانفعالي، وأكثر في الاندفاعية، أما الذكور فكانوا أقل درجة في الاستراتيجيات وأكثر في عدم التقبل، أما الانفعال الموجه نحو الهدف فلا فروق فيه، كما تبين وجود ارتباطات بين صعوبات تنظيم الانفعالات وكل من القلق والاكتئاب لدى الذكور والإناث، مع الأخذ في الاعتبار أن هذه الارتباطات كانت أقوى لدى الإناث.

أسئلة الدراسة :

في ضوء ما سبق، تتحدد مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية :

١ – هل توجد علاقة بين صعوبات تنظيم الانفعال وكل من مظاهر القلق والاكتئاب لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية (ذكورًا وإناثًا) ؟

٢ – هل تسهم صعوبات تنظيم الانفعال في التنبؤ بمظاهر القلق والاكتئاب لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية (ذكورًا وإناثًا) ؟

٣ – هل توجد فروق بين الذكور والإناث من ذوي الإعاقة البصرية في كل من صعوبات تنظيم الانفعال ومظاهر القلق ومظاهر الاكتئاب ؟

مبررات الدراسة :

١ – يُعَد القلق بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية أكثر شيوعًا من غيرهم، حيث تشير مراجعة الدراسات السابقة إلى أن هؤلاء الأشخاص يعانون من أعراض القلق المزمنة. وعلى الرغم من أهمية الظاهرة المذكورة وعواقبها السلبية، إلا أن الإنتاج العلمي لا يوضح أسبابها، ولا يحدد مختلف جوانب المشكلة، والأهم من ذلك أنها لا تقدم توصيات لمنع حدوث القلق لدى هؤلاء الأشخاص. ومن أجل فهم طبيعة القلق، من المهم معرفة المزيد عن أسبابه وعواقبه على الصحة، سواء على المستوى البيولوجي النفسي الاجتماعي. وبالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، فقد يعتمد هذا على ظروف معينة يواجهها هؤلاء الأشخاص كل يوم، وبالتالي فإن مفهوم القلق لدى هذه المجموعة من الأشخاص يتطلب دراسة منفصلة **(Binder et al., 2018)**.

٢ – لم تتناول الدراسات السابقة حول مفهوم تنظيم الانفعال لدى المراهقين الأسوياء، الإشارة إلى طبيعة هذا المفهوم والصعوبات فيه لدى ذوي الإعاقة البصرية.

٣ – فهم طبيعة العلاقة بين الصعوبات في تنظيم الانفعال وحدوث كل من القلق والاكتئاب لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية (ذكورًا وإناثًا).

مفاهيم البحث والنماذج النظرية المفسرة :

سيتم عرض مفاهيم البحث، وهي: صعوبات تنظيم الانفعال، والقلق، والاكتئاب، والإعاقة البصرية، والنماذج النظرية المفسرة لها، وذلك على النحو التالي:

أولًا : صعوبات تنظيم الانفعال :

أحد التعريفات الأكثر استخدامًا للتنظيم الانفعالي يقترحه جروس (٢٠١٥) والذي يشير إلى "جميع العمليات التي يؤثر من خلالها الأشخاص على انفعالاتهم، ومتى يخبرون هذه المشاعر وكيف يختبرونها ويعبرون عنها" **(Through: Sanchis-Sanchis et al., 2020)**.

كما عرّف ثومبسون تنظيم الانفعال بأنه "العمليات الخارجية والداخلية المسئولة عن مراقبة ردود الفعل الانفعالية وتقييمها وتعديلها، بناءً على وقتها وشدتها، وذلك من أجل تحقيق أهداف الفرد

(Thompson, 1994). وبالاعتماد على هذا التعريف، اقترح جراتز ورومير (٢٠٠٤) تصورًا تكامليًا لتنظيم العواطف في مرحلة البلوغ باعتباره بناء متعدد الأبعاد يتضمن الوعي بالعواطف وفهمها وقبولها، والقدرة على التحكم في السلوكيات الاندفاعية، والانخراط في سلوكيات موجهة نحو الهدف عند تجربة المشاعر السلبية، والاستخدام المرن للاستراتيجيات المناسبة للموقف لتعديل شدة الاستجابات العاطفية ومدتها، بدلاً من القضاء على المشاعر تمامًا. وعلى العكس من ذلك، يعتبر العجز في أي من هذه المجالات مؤشرًا على صعوبات تنظيم الانفعالات. على الرغم من أن مقياس صعوبات تنظيم الانفعالات الذي طوره جراتز ورومر بناءً على تصورهما (على سبيل المثال، الصعوبات في مقياس تنظيم الانفعالات) قد حصل على دعم تجريبي قوي، يركز هذا الإجراء في المقام الأول على الصعوبات المتعلقة بتنظيم الحالات الانفعالية السلبية ولا يتناول بشكل مباشر احتمالية خلل تنظيم الانفعالات في شكل استجابة إشكالية للمشاعر الإيجابية (**Gratz & Roermer, 2004; Weiss et al., 2015**). وتتبنى الدراسة الحالية تعريف جراتز ورومير لصعوبات تنظيم الانفعال.

يشير تنظيم الانفعالات إلى القدرة على تعديل التعبير الانفعالي لتلبية المتطلبات الموقفية. وتحدث الصعوبات في تنظيم الانفعالات عند اختلال أي من هذه المكونات. فإذا كان الشخص يعاني من صعوبات مستمرة في تنظيم الانفعالات، فقد يؤدي ذلك إلى ضعف نفسي اجتماعي. وهذا صحيح بشكل خاص في مرحلة المراهقة المبكرة. بدءًا من مرحلة المراهقة المبكرة، يواجه الشباب مجموعة من التغيرات الجسدية المرتبطة بالبلوغ (على سبيل المثال، زيادة الهرمونات الجنسية، وتغيرات الجسم) والتغيرات الاجتماعية (على سبيل المثال، زيادة أهمية الأقران مقابل شخصيات الوالدين) التي تسبب القلق والاكتئاب **(Gonçalves et al., 2019)**.

النماذج النظرية المفسرة لصعوبات تنظيم الانفعالات :

[١] نموذج جروس Gross Model :

افترض جروس نموذجًا تصور فيه تنظيم الانفعالات على أنه تطبيق لاستراتيجيات مختلفة لتنظيم الانفعالات، والتي تنطوي على درجات مختلفة من التفاعل مع الانفعالات أو المواقف الانفعالية. ومن ناحية أخرى، بما أن تنظيم الانفعالات يعني استخدام أساليب مختلفة تعتمد على المرحلة والتوقيت في عملية إنتاج الانفعالات، فمن الممكن تفعيل استراتيجيتين لتنظيم الانفعالات، هما: القمع التعبيري[١]، وإعادة التقييم المعرفي[٢]. ويُعرف القمع التعبيري على أنه استراتيجية تركز على الاستجابة غالبًا ما يُنظر إليها على أنها غير قادرة على التكيف، لأنها تنطوي على قمع أو تقليل التعبيرات السلوكية والفسيولوجية الانفعالات السلبية المستمرة دون التحايل على تجربتها

(1) Emotional Suppression.

(2) Cognitive Rappraisal.

الداخلية من قبل الفرد. أما إعادة التقييم المعرفي، فهي استراتيجية تنظيم الانفعالات التي تركز على السوابق والتي غالبًا ما يُنظر إليها على أنها تكيفية، لأنها تتدخل في المراحل الأولية للمعالجة الانفعالية عن طريق تعديل الإدراك وتفسير الموقف المثير للانفعال، وبالتالي منع تطور الانفعالات السلبية أيضًا. ويمكن تنظيم الطرق التي يتصرف بها الأشخاص في كل خطوة من خطوات توليد الانفعالات في خمس خطوات، هي: اختيار الموقف، وتعديل الموقف، وتحويل الانتباه، والتغيير المعرفي، وتعديل الاستجابة **(Gross,2015)**.

[٢] نموذج ثومبسون Thompson Model :

أوضح ثومبسون أن التنظيم الانفعالي يتضمن تعزيز الاستثارة الانفعالية وكذلك منعها أو إضعافها، وأن المهارات المطلوبة لتنظيم الانفعال تنمو من خلال تدخلات الآخرين في الطفولة، فالمربون يبذلون جهدًا كبيرًا في مراقبة وتفسير وتعديل الحالات الانفعالية لأبنائهم الصغار– أي إنهم ينظمون انفعالاتهم، ومع نضج الأبناء يستخدم الوالدان التدخلات المباشرة وكذلك الاستراتيجيات غير المباشرة (مثل توجيه بدائل الاستجابة) ليس فقط للحفاظ على الصحة الانفعالية للأطفال، وإنما أيضًا لتهذيب الانفعالات بما يتوافق مع التوقعات الثقافية المتعلقة بالمشاعر والتعبير عنها. ويتكون نموذج تنظيم الانفعالات لثومبسون من سبع عمليات رئيسة هي: العوامل العصبية العضوية، وعمليات الانتباه، وتفسير الأحداث المثيرة، وتنظيم الإشارات الانفعالية الداخلية, واستخدام مصادر المواجهة، وتنظيم المتطلبات الانفعالية للمواقف المشابهة، واختيار بدائل الاستجابة التكيفية (مظلوم، ٢٠١٧).

[٣] نموذج خلل تنظيم الانفعال للقلق[٣] :

يفترض هذا النموذج أن خلل تنظيم الانفعال هو الآلية التي من خلالها ترتبط متغيرات الأبوة والأمومة المزاجية والانفعالية بالقلق. وتوفر نتائج تحليلات المسار في دراستهم الدعم الأولي لهذا النموذج، حيث توسط خلل تنظيم الانفعال بشكل كامل العلاقة بين الكف السلوكي والقلق وتوسط جزئيًا في العلاقة بين القلق وكل من البيئة الانفعالية والأسرية **(Suveg et al., 2010)**.

[٤] نموذج خلل تنظيم الانفعال لاضطرابات المزاج والقلق[٤] :

يفترض هذا النموذج أن الحدث المثير، بالتزامن مع الاستعداد الموجود لدى الفرد، يؤدي إلى تأثير سلبي أو إيجابي، اعتمادًا على الأسلوب الانفعالي له، وأن اضطرابات المزاج والقلق هي نتيجة لخلل تنظيم المشاعر للتأثير السلبي، إلى جانب أوجه القصور في التأثير الإيجابي. فهذا النموذج يتضمن تنظيم الانفعالات، والأساليب الانفعالية، والتجربة الانفعالية كعوامل مساهمة رئيسية في

(3) The Emotion Dysregulation Model of Anxiety.

(4) Emotion Dysregulation Model of Mood and Anxiety Disorders.

اضطرابات المزاج والقلق، حيث يمكن إنشاء حلقة ردود فعل إيجابية بين الاضطراب، وعدم التنظيم، والتأثير السلبي، والأسلوب الانفعالي، مما يؤدي إلى حالة مزمنة يصعب تغييرها. لذلك يفترض هذا النموذج أن أكثر الطرق فاعلية لعلاج اضطرابات المزاج والقلق تتم من خلال (أ) استهداف خلل تنظيم الانفعالات من خلال تعزيز استراتيجيات تنظيم الانفعالات التكيفية، و(ب) تقليل التأثير السلبي وزيادة التأثير الإيجابي، و(ج) تعزيز الأنماط العاطفية التكيفية **(Hofmann et al., 2012)**. ويتبنى البحث الراهن هذا النموذج، لأنه يتضمن المتغيرات الثلاثة محل الاهتمام والعلاقة فيما بينها.

ثانيًا : القلـق :

يشير القلق على أنه "شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبى اللا ارادى، ويأتى فى نوبات متكررة مثل: الشعور بالفراغ فى المعدة أو السحبة فى الصدر أو ضيق فى التنفس أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة.. إلخ" (عكاشة، ٢٠٠٩، ١٣٤). وتتبنى الدراسة الحالية هذا التعريف.

النظريات المفسرة للقلق :

تعددت النظريات التي فسرت القلق، ومن هذه النظريات :

[١] النظريات السلوكية القلق :

فسر أصحاب السلوكيون التقليديون أن القلق تعلم خاطئ حدث خلال الخبرات الماضية للفرد، ومن الممكن اعادة تعليم الفرد سلوكاً جديداً أفضل وأكثر توافقاً، أما أصحاب المدرسة السلوكية الجديدة فيرون أن القلق استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادى تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم يتم تعميم الاستجابة بعد ذلك (الجزائري، ٢٠٠٤، ٤٢). وبناء على ذلك، فإن النظريات السلوكية افترضت أن القلق ينتج من الإحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد؛ فبمجرد المرور بخبرة (سارة أو مؤلمة) فإنها تتحول إلى استجابة مشروطة ترتبط عن طريق التعميم بمواقف أخرى أقل إحباطًا وإحداثًا للضغط النفسي (من خلال: نوار، وقاعود، ٢٠٢٢).

[٢] النظريات المعرفية :

افترضت أن التعرض للخبرات السلبية المبكرة يمكن أن يتسبب في إدراك المراهقين للعالم باعتباره مكان مخيف، مما قد يتسبب في انخراطهم في لوم الذات بصورة أسرع، وتركيزهم على الجوانب السلبية للأحداث، ويزيدون من المعارف السلبية حول الأحداث ويقللون من تقديرهم لقدراتهم على مواجهة التهديد (نوار، وقاعود، ٢٠٢٢).

ثالثًا : الاكتئاب Depression :

تعريف الاكتئاب :

يُعرف الاكتئاب بأنه "احدي مشكلات المزاج الوجدانية له جوانب انفعالية تتمثل في كراهية الذات التي قد تصل إلى الانتحار، وجوانب معرفية تتمثل في انخفاض تقدير الذات واضطراب الذاكرة وتوقع الفشل وعدم القدرة على التركيز، وجوانب بدنية تتمثل في اضطراب الشهية والنوم، والبكاء وتناقص الطاقة" (البرزنجى، ٢٠١٠). وتتبنى الدراسة الحالية هذه التعريف لاشتماله على جميع مظاهر الاكتئاب.

كما يُعرف الاكتئاب بأنه "خبرة عدم السعادة أو الكدر، وقد يتضمن مشاعر الذنب وفقدان القيمة، وفتور الهمة واللامبالاة" (يوسف وعبد الكريم، ٢٠٠٦، ١١٧).

النظريات المفسرة للاكتئاب :

فقد فسرت عديد من النظريات الاكتئاب، ومن هذه النظريات: النظريات السلوكية، والنظرية الكيميائية الحيوية للاكتئاب، والنظرية المعرفية، ونظرية العلاج العقلاني الانفعالي، ونظرية العجز المكتسب، وفيما يلي تفصيلًا لهذه النظريات:

[١] النظريات السلوكية :

وصفت هذه النظرية الاكتئاب على أنه فقدان عملية التدعيم للسلوك، وقد اعتبروا أن وجود الاكتئاب يقل بالتدرج عن طريق التدعيم الإيجابي للسلوك، كما أكدوا على أن الاكتئاب هو عدم كفاية المدعمات للسلوك، واعتبروا الاكتئاب انطفاء يتضح مع نقص التدعيم ويستنتج من خلال ضعف الأدوار التي يؤديها الفرد (الفحل، ٢٠١٦، ١٢، موسى، ٢٠١٦، ٤٣).

[٢] النظرية الكيميائية الحيوية :

فسرت هذه النظرية الاكتئاب على أنه تأخر الاهتمام بهذا الجانب بسبب نقص المعرفة بفسيولوجية المخ، وعدم القدرة على دراسة العمليات الجزئية الدقيقة للمخ. ويرى أصحاب هذه النظرية أن الوراثة لها دور جوهري في الإصابة بالاكتئاب، وخاصة ما أثبتته دراسات التوائم المتطابقة، وأن الاضطراب المزاجي السائد في الأسرة إنما يكون أحد المؤشرات الدالة على سيادة عنصر الاكتئاب. كما أن الخبرات الانفعالية السيئة تؤثر على النشاط الكيميائي للمخ، ولذا فإن الأفكار والمشاعر والسلوك يمكن أن تتغير نتيجة حدوث تغيرات كيميائية في المخ. ومن خلال الناقلات العصبية ونقص بعض الإفرازات التي تقود إلى الاضطراب المزاجي (مثل نقص السيروتونين) (غانم، ٢٠٠٢).

[٣] النظرية المعرفية :

وضعها "آرون بيك" **Aaron Beck**، وافترض أن الأفكار الآلية السلبية للأفراد تعكس محتوى مخططاتهم غير التوافقية، والتي بدورها تؤدي إلى إصابتهم بالمشكلات والاضطرابات النفسية والتي

من بينها الاكتئاب **(Clark & Beck, 2010; Schniering & Rapee, 2004)**. ويعني هذا أن المشكلة ليست في الذات أو الماضي أو الحاضر أو المستقبل، وإنما تكمن المشكلة في نظرة الفرد السلبية للذات والآخرين والمستقبل، وهو ما أطلق عليه بيك الثالوث المعرفي. ويظهر الاكتئاب نتيجة الأخطاء المعرفية غير المنطقية في التفكير، والتشوهات التي يقع فيها الأفراد عند إدراكهم للأحداث التي يمرون بها في حياتهم اليومية بالإضافة إلى المخططات المشوهة (منصور، عكاشة، ٢٠٢١، ٢٨).

[٤] نظرية العلاج العقلاني الانفعالي :

اتفق ألبرت إليس **Abert Ellis** مع بيك، حيث افترض من خلال هذه النظرية أن المعتقدات غير العقلانية تقوم بدور جوهري في حدوث الاكتئاب، حيث يرى أن إدراك الفرد للمواقف التي يتعرض لها بطريقة غير عقلانية، يترتب عليها ردود أفعال سلوكية وانفعالية **(Ellis, 1999)**.

[٥] نظرية العجز المكتسب :

صاغ سيلجمان وجهة نظره المعرفية الخاصة بالاكتئاب في ضوء أن مصدر الاكتئاب هو حالة فقدان أو التحكم في وسائل التدعيم السلبي أو الإيجابي المكتسب، وأطلق على ذلك اسم العجز المتعلم، وفيه يشعر الفرد بالضعف والاستكانة والنظرة التشاؤمية للمستقبل.

ويرى سيلجمان أن الناس الذين ينكرون على أنفسهم فرصة ضبط بيئتهم الخاصة في سنوات حياتهم المبكرة يكونون أكثر ميلًا لحالة العجز المتعلم في الرشد (عبدالسلام، ٢٠١٤).

رابعًا : الإعاقة البصرية :

عُرِّفت الإعاقة البصرية من عدة زوايا، من الناحية اللغوية، والقانونية، والطبية، والتربوية، والاجتماعية، والمهنية، ولم تعرف تعريفًا نفسيًّا. ولكننا سنركز هنا فقط على التعريف من الناحيتين اللغوية والتربوية؛ **فمن الناحية اللغوية** تعددت الكلمات التي تستخدم في اللغة العربية للدلالة علي من لديه إعاقة بصرية، ومن بينها كلمة: الأعمى، والأكمه، والضرير، والكفيف؛ حيث إن "العمى" ذهاب البصر كله، وفي الأزهري من العينين كلتيهما، ويُقال رجل أعمى وامرأة عمياء لمن كف بصره. أما " الأكمه" في التفسير العمى الذي يولد به الإنسان. وتستخدم كلمة "الضرير" للدلالة على من أصيب بسوء في نظره للدلالة على العمى، أما كلمة "الكفيف" فهي تطلق علي من كان مبصرًا قبل إصابة عينيه (ابن منظور، ٦٣٠هـ-٧١١هـ؛ مجمع اللغة العربية، ١٩٨٥؛ إسماعيل، ٢٠٠٦). أما التعريف القانوني للإعاقة البصرية، فهو يعرف الفرد ذو الإعاقة البصرية الكلية بأنه: "من تصل حدة إبصاره إلى (٢٠/٢٠٠) قدم أو أقل في العين الأقوى بعد التصحيح المناسب، أو يكون مجال الرؤية محدودًا بحيث يمتد أوسع قطر لمجال الرؤية إلى مسافة لا تزيد على (٢٠) درجة" (إبراهيم، ٢٠٠٦؛ **Ford, 2008; Willis, 2009**). بينما يعرف المعاق بصريًّا من الناحية

الطبية بوصفه: "ذلك الفرد الذي يفقد الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض وهو العين؛ حيث يعجز هذا الجهاز عن أداء وظيفته إذا أصابه خلل. وهذا الخلل إما خلل طارئ كالإصابة بالحوادث، أو خلل خلقي يولد معه" (شقير، ٢٠٠٥). وهناك **التعريف التربوي** الذي يعرف المعوق بصريًّا بأنه: "هو الذي تَحُول إعاقته دون تعلمه بالوسائل العادية؛ ولذلك فهو في حاجة إلى تعديلات خاصة في المواد التعليمية ، وفي أساليب التدريس، وفي البيئة المدرسية"، أو هو : "ذلك الفرد الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة برايل" (الشخص والدماطي، ١٩٩٢؛ يوسف، ٢٠٠٢؛ اللقاني والجمل، ٢٠٠٣؛ **Bigge et al., 1999; Abu El-Hassan, 2005; Abu El-Hassan, 2006; Wertset al., 2007; Panda, 2007; Willis, 2009; Pandey, 2018**).

ويمكن **تصنيف ذوي الإعاقة البصرية** في ضوء خمسة محكات رئيسة تندرج تحتها فئات فرعية، وذلك على النحو التالي: المحك الأول: تصنيف ذوي الإعاقة البصرية طبقًا لشدة الفقدان البصري، والمحك الثاني: تصنيف ذوي الإعاقة البصرية طبقًا لوقت حدوث الإعاقة، والمحك الثالث: تصنيف ذوي الإعاقة البصرية طبقًا للأسباب والعوامل، والمحك الرابع: تصنيف ذوي الإعاقة البصرية في ضوء السرعة التي حدث بها الفقدان البصري، والمحك الخامس: تصنيف ذوي الإعاقة البصرية طبقًا لموقع الإصابة. وسوف نعرض هنا – فقط – لتلك المحاور التي تهتم بها الدراسة الراهنة، وذلك على النحو الآتي :

المحك الأول : تصنيف ذوي الإعاقة البصرية طبقًا لشدة الفقدان البصري :

وتندرج تحت هذا المحك فئتان فرعيتان من ذوي الإعاقة البصرية، هما :

١ – **الإعاقة البصرية الكلية:** وهم أولئك الأفراد الذين لا يملكون الإحساس بالضوء ولا يرون شيئًا على الإطلاق؛ حيث يقل مدى إبصارهم عن (٢٠/٢٠٠) قدمًا في أقوى العينين بعد إجراء التصحيحات الطبية الممكنة، مما يستلزم معه ضرورة إعداد برامج تربوية لهم تعتمد على الحواس الأخرى كالسمع واللمس لمساعدتهم على التكيف والتوافق (محمد، ٢٠٠٣؛ حسين، ٢٠٠٣). وهذه الفئة محل اهتمام البحث الحالي.

٢ – **الإعاقة البصرية الجزئية:** وهي الفئة التي تستطيع أن تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف كبيرة أو باستخدام النظارة الطبية أو أي وسيلة تكبير، وتتراوح حدة إبصارهم ما بين (٢٠/٧٠) إلى (٢٠/٢٠٠) قدم في أقوى العينين أو حتى باستعمال النظارة الطبية (شقير، ٢٠٠٥؛ متولي، ٢٠١٤).

المحك الثاني : تصنيف ذوي الإعاقة البصرية طبقًا لوقت حدوث الإعاقة :

ويندرج تحت هذا المحك ثلاث فئات فرعية، هي :

١ – **فئة ذوي الإعاقة البصرية منذ الولادة :** نتيجة العوامل الوراثية، أو أثناء الحمل، أو أثناء الولادة.

٢ – **فئة ذوي الإعاقة البصرية في سن مبكرة :** وهو سن قبل الإلزام، وهؤلاء الأفراد ينالون حظهم من التعليم في معاهد النور، ويتدربون على المهن المناسبة لظروفهم الخاصة، وتساعد تجهيزات معاهد المكفوفين والأدوات والوسائل المعينة على استغلال حواسهم الباقية وتدريبها، وبالتحديد حاستي السمع واللمس؛ فيقفون في مستواهم التحصيلي على قدم المساواة مع زملائهم المبصرين في المدارس العادية، وهذا يُمَكِّنهم من أن يكون لكل منهم شخصيته المستقلة، كما يُمَكِّنهم من مواصلة تعليمهم إلى أعلى الدرجات العلمية في المجالات النظرية.

٣ – **فئة ذوي الإعاقة البصرية في سن متأخرة :** وقد عاش هؤلاء الأفراد جزءًا من حياتهم يبصرون العالم الخارجي، وهذه الفئة تمتاز عن غيرها من الفئتين الأولى والثانية بأنها تمتلك خواطر وذكريات وصورًا ومدركات بصرية لحقائق الحياة اليومية؛ أي أن لديها مخزونًا أو رصيدًا بصريًّا يمكنها الاستعانة به لتصور الأشياء (أبو الحسن، ٢٠٠٢، ١٨٨).

توجد **أسباب عديدة** يمكن أن تؤدي إلى الإعاقة البصرية منذ الميلاد وبعده. وتنقسم هذه الأسباب أو العوامل إلى: عوامل ما قبل الولادة، والتي منها **العوامل الجينية** وتضم العامل الوراثي، واختلاف العامل الرايزيسي، والاضطرابات الكروموزومية (موسى والعربي، ٢٠٠٥؛ سليمان، ٢٠٠٦؛ **Mason, 1992**)، **والعوامل الطبية الحيوية** التي تتضمن إصابة الأم الحامل بالأمراض، وسوء تغذيتها، وتعاطيها الكحوليات، وتناولها بعض العقاقير، وتعرضها للإشعاع (كفافي وعلاء الدين، ٢٠٠٦). **وعوامل أثناء عملية الولادة،** ومنها : نقص الأكسجين، والولادة المبتسرة، والإصابات الميكروبية أثناء الولادة (سليمان، ٢٠٠٧، ٢٠٦–٢٠٧)، و**عوامل ما بعد الولادة،** ومنها: سوء تغذية الوليد، والأمراض، مثل: الرمد الحبيبي (التراخوما)، والرمد الصديدي، والهربس، والمهاق، واعتلال الشبكية الناتج عن السكري، واعتلال الشبكية الناتج عن الخداج، والتهاب الشبكية الصباغي، وانفصال الشبكية، والعين الكسولة، وجحوظ العين، والعمى البصري، وضمور العصب البصري (الحديدي، ١٩٩٨؛ حسين، ٢٠٠٣؛ الظاهر، ٢٠٠٤؛ جلال، ٢٠٠٧؛ الخطيب وآخرون، ٢٠٠٧؛ عبد الله وآخرون، ٢٠١٠؛ **Kenefick, 2002; Hunt & Marshall, 2005; Kirk et al., 2009; Begeer et al., 2014; WHO, 2022**).

كما توجد عوامل أخرى يمكن أن يؤدي وجودها إلى الإعاقة البصرية، مثل: الحوادث والإصابات، وإدمان الفرد للخمور والمخدرات، وممارسة بعض العادات الضارة، والإهمال في علاج بعض المشكلات البصرية البسيطة، وعوامل انفعالية وفي هذه الحالة تكون الإصابة في إطار الأعراض الهيستيرية التحولية (السرطاوي والصماوي، ١٩٩٨؛ عبدالعزيز، ٢٠٠٨).

الدراسات السابقة :

يمكن تصنيف الدراسات السابقة إلى محورين، هما :

١ – القلق والاكتئاب وعلاقتهما بتنظيم الانفعال لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية.

٢ – تنظيم الانفعالات لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية.

أولاً : القلق والاكتئاب وعلاقتهما بتنظيم الانفعال لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية :

أجرى كل من جارايجوردوبيل وبرناراس **Garaigordobil & Bernarás (2009)** دراسة عن مفهوم الذات وتقدير الذات وسمات الشخصية والأعراض النفسية المرضية لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية والمبصرين. تكونت العينة من (٩٠) مشاركًا، منهم (٦١) مشارك ليس لديهم أي إعاقة، والمجموعة الثانية تكونت من (٢٩) طالبًا ممن يعانون من الإعاقة البصرية (٥٥,٢% من الذكور، ٤٤,٨% من الإناث)، وتراوح المدى العمري لهم (١٢–٢٠) سنة، وتراوحت نسبة الطلاب الذين فقدوا بصرهم منذ الميلاد (٨٢,٨%). أظهرت النتائج أن الإناث ذوات الإعاقة البصرية حصلن على درجات مرتفعة في الأعراض النفسية المرضية المختلفة (والتي منها القلق والاكتئاب).

كما أجرى كل من بولات وزملاؤه **Bolat et al., (2011)** دراسة بعنوان مستويات الاكتئاب والقلق وخصائص مفهوم الذات لدى المراهقين المصابين بالإعاقة البصرية الكلية التي حدثت منذ الميلاد. شملت الدراسة (٤٠) مراهقًا مصابًا بالإعاقة البصرية الكلية يدرسون في مدرسة متخصصة للإعاقة البصرية، و(٤٠) مراهقًا مبصرًا. وكانت كلتا المجموعتين متطابقتين من حيث العمر والجنس والحالة الاجتماعية والاقتصادية. وكان متوسط عمر المراهقين في كلتا المجموعتين (١٢,٨٢±١,١٧) سنة. تم استخدام قائمة الاكتئاب لدى الأطفال، ومقياس سبيلبرجر للقلق لدى الأطفال. أفادت النتائج أنه لا توجد فروق بين المجموعتين في درجات الاكتئاب، في حين أن مستويات القلق لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية كانت أعلى بكثير مقارنة بالمراهقين المبصرين.

كذلك، أجرى بانداي وزملاؤه **Panday et al., (2015)** دراسة عن الاكتئاب والقلق والتوتر لدى المراهقات ذوات الإعاقة البصرية الخلقية (منذ الميلاد). أجريت الدراسة في مدرستين للطلاب ذوي الإعاقة البصرية. وشارك في الدراسة (٦٠) طالبة، تكونت المجموعة الأولى من (٣٠) طالبة من ذوات الإعاقة البصرية اللاتي يبلغ متوسط أعمارهن (١٤,٩٣±٢,٠٣) سنة، أما المجموعة الثانية فتكونت من (٣٠) طالبة مبصرة ممن بلغ متوسط أعمارهن (١٤,٧٣±١,٧٩) سنة. تم استخدام مقياس الاكتئاب والقلق الذي أعده لوفي بوند **Lovi Bond (1995)**. أشارت نتائج الدراسة إلى أن حالات الاكتئاب والقلق كانت أعلى بين المراهقات ذوات الإعاقة البصرية مقارنة بالمبصرات.

أما دراسة بالصحراوي (٢٠٢٠)، فكانت عن الاكتئاب لدى عينة من المراهقين ذوي الإعاقة البصرية بمدينة ورقلة والجزائر. تكونت من (٥٩) معاقًا بصريًا (٣٤ ذكر، ٢٥ أنثى)، تراوح المدى العمري لهم (١٦–٢٠) سنة. تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب (قام بتقنينه بشير معمرية على البيئة الجزائرية)، وأظهرت النتائج أن الذكور لديهم درجة مرتفعة من الاكتئاب مقارنة الإناث.

وهدفت دراسة شعبان وعبد العزيز (٢٠٢٠) إلى فحص العلاقة بين المناعة النفسية (والتي من مكوناتها الضبط الانفعالي) والاكتئاب لدى عينة من المراهقين ذوي الإعاقة البصرية بالمنيا، تكونت عينة الدراسة من (٤٠) مراهقا ومراهقة (٢٠ إناث، ٢٠ ذكور) من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية، بمتوسط عمري (١٦,٥)، وانحراف معياري قدره (٠,٥٠). وقد استخدمت الباحثة مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١) ترجمة صفوت فرج (٢٠٠٠)، ومقياس المناعة النفسية إعداد الباحثة. وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط عكسي دال إحصائيًا بين المناعة النفسية والاكتئاب لدى عينة البحث، كما حددت نتائج الدراسة نسبة انتشار المناعة النفسية بنسبة (٥٨,١٨%) بين المراهقين الذكور ذوي الإعاقة البصرية، وتقدر المناعة النفسية بحوالي (١٣,٤٧%) بين الإناث من ذوي الإعاقة البصرية، أي أنهن لديهن مناعة نفسية أقل من الذكور ذوي الإعاقة البصرية.

وأجرى كل من ليكسارانيافونج وسوبابيتيبورن **Leksaranyaphong & Suppapitiporn (2021)** بحث بعنوان قلق الطلاب ذوي الإعاقة البصرية في المدرسة في تايلاند. تم إجراء دراسة وصفية على (٧٧) طالبًا من ذوي الإعاقة البصرية (٣٤ ذكر، ٤٣ أنثى) من خلال قراءاتهم لاستبيان القلق لدى الأطفال – المنقح وإجاباتهم عليه بطريقة برايل. تبين من النتائج أن (٣٣,٨%) و(٤٥,٥%) من الطلاب ذوي الإعاقة البصرية لديهم قلق الحالة والسمة، على التوالي. كما تبين انتشار القلق كسمة لدى الإناث مقارنة بالذكور، وارتباطه بعدد من العوامل الأسرية والتربوية والاجتماعية والاقتصادية.

كذلك، أجرى أكرم وزملاؤه **Akram et al., (2022)** دراسة كان من بين أهدافها تقييم القلق لدى المراهقين المكفوفين. وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (١٥٠) مراهقاً مكفوفًا، تراوحت أعمارهم بين (١٢–١٨) عامًا. تم استخدام النسخة الأردنية من مقياس بيك للقلق (١٩٨٨). أظهرت النتائج أن مستوى القلق أكبر نسبيًا لدى المراهقات الكفيفات منه لدى المراهقين المكفوفين.

ثانيًا : تنظيم الانفعالات لدى المراهقين المعاقين بصريًا :

كشفت دراسة كل من هو وجينج **Hu & Jing (2010)** عن ارتباط تنظيم الانفعالات المرتكز على الاستجابة بمعدلات مرتفعة من القلق، حيث قام مائة وستة وستون مراهقًا من ذوي الإعاقة البصرية بالاستجابة على مقياس استراتيجيات تنظيم الانفعالات، والمزاج القلق.

وأجرى كل من ساليمي وزملائه **Salimi et al., (2016)** دراسة عن استراتيجيات تنظيم الانفعالات لدى كل من الطلاب المبصرين والمكفوفين. تكونت العينة من (٦٤) طالبًا من الطلاب المبصرين والمكفوفين في جامعة أصفهان وجامعة آزاد الإسلامية في خراسكان (٣٢ طالبًا في كل مجموعة). تم استخدام مقياس تنظيم الانفعالات الذي أعده كل من جروس وجون (**Gross & John**). تبين من النتائج أن الطلاب المكفوفين يستخدمون كلتا الاستراتيجيتين (إعادة التقييم المعرفي والقمع التعبيري) بدرجة أقل من المبصرين. في حين لم توجد أية فروق تُعزى لمتغير النوع أو التفاعل بين النوع وحالة الرؤية.

التعليق على الدراسات السابقة :

١ – تضمنت عينات بعض هذه الدراسات طلابًا من ذوي الإعاقة البصرية سواء كانوا إناثًا فقط أو ذكورًا فقط أو الاثنين معًا. أما معظم هذه الدراسات، فتضمنت مجموعات من ذوي ذوي الإعاقة البصرية والمبصرين، وانصب اهتمامها على الفروق بينهم دون ذكر تأثير التفاعل بين النوع وحالة الرؤية.

٢ – تمت تلك الدراسات في عدة دول، منها: المنيا بمصر، والجزائر، وتايلاند، ولم يتحدد في بعض هذه الدراسات أعداد الذكور والإناث، كما أن النتيجة تظهر الفروق بين الذكور والإناث بشكل عام.

٣ – تعارض نتائج الدراسات السابقة، حيث ذكرت بعضها وجود فروق، وأخرى لم تجد أي فروق.

٤ – لا توجد دراسات – وذلك في حدود علم الباحثة – عن العلاقة بين صعوبات تنظيم وكل من مظاهر القلق والاكتئاب سوى دراستين، وهما: دراسة هو وجينج **Hu & Jing (2010)** ودراسة شعبان وعبدالعزيز (٢٠٢٠). أما بالنسبة للتنبؤات الخاصة بهذه المتغيرات لدى المراهقين المكفوفين، فلا توجد أية دراسات، وذلك رغم وجود كثير من التراث حول تلك العلاقة.

فروض الدراسة :

١ – توجد علاقة بين صعوبات تنظيم الانفعال وكل من مظاهر القلق والاكتئاب لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية (ذكورًا وإناثًا).

٢ – تسهم صعوبات تنظيم الانفعال في التنبؤ بمظاهر القلق والاكتئاب لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية (ذكورًا وإناثًا).

٣ – توجد فروق بين الذكور والإناث المراهقين من ذوي الإعاقة البصرية في كل من صعوبات تنظيم الانفعال ومظاهر القلق ومظاهر الاكتئاب.

منهج الدراسة :

يتمثل منهج الدراسة الراهنة في المنهج الوصفي الارتباطي الفارقي؛ حيث سيتم تناول المتغيرات في الدراسة الراهنة بالوصف والتصنيف.

العينة :

تكونت العينة من (٦٤) مراهقًا ومراهقة من ذوي الإعاقة البصرية الملتحقين بالمرحلة الثانوية[٥] (٣٢ ذكرًا، ٣٢ أنثى)؛ ممن تراوحت أعمارهم بين (١٥–١٨) سنة، بمتوسط عمر(١٧±٠,٩٩)

(٥) تتوجه الباحثة بخالص الشكر والامتنان لأفراد العينة – الطلاب والطالبات – الذين قامت بتطبيق بطارية الاستخبارات الخاصة بالبحث الراهن معهم – والأساتذة القائمين على التدريس لهم، ومدراء تلك المدارس، وذلك لتعاونهم معها.

سنة، حيث متوسط عمر الذكور (١٦,٨٤±١,٠٥) سنة، ومتوسط عمر الإناث (١٧,١٥±٠,٩٢) سنة. كما تم التكافؤ بين المجموعتين في مستوى الفهم، والمستوى الاجتماعي- الاقتصادي. وقد تم انتقاء هؤلاء الطلاب من أربعة مدارس بمحافظتي الجيزة والقاهرة، هي :

١ – مدرسة النور للمكفوفين بالدقي.

٢ – مدرسة النور للمكفوفين بحمامات القبة.

٣ – مدرسة النور والأمل بنات بالنزهة.

٤ – المركز النموذجي للمكفوفين بالزيتون.

ويوضح الجدول التالي الأعداد التي تم الحصول عليها من الأماكن المذكورة.

جدول (١) الأعداد التي تم الحصول عليها من أماكن التطبيق

م	أماكن التطبيق	الذكور (ن = ٣٢)	الإناث (ن = ٣٢)
١	مدرسة النور للمكفوفين بالدقي.	١٥ (٤٦,٩%)	١٧ (٥٣,١%)
٢	مدرسة النور للمكفوفين بحمامات القبة.	١١ (٣٤,٤%)	--
٣	مدرسة النور والأمل بنات بالنزهة.	--	١٥ (٤٦,٩%)
٤	المركز النموذجي للمكفوفين بالزيتون.	٦ (١٨,٨%)	--

وفيما يلي بيانات أفراد العينة من حيث الصف الدراسي، ووقت حدوث الإعاقة.

جدول (٢) توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية وفقًا للصف الدراسي ووقت حدوث الإعاقة

الصف الدراسي والوقت / المجموعات	الصفوف			وقت حدوث الإعاقة	
	الصف الأول الثانوي	الصف الثاني الثانوي	الصف الثالث الثانوي	منذ الميلاد	بعد الميلاد
الذكور	١٦ (٥٠%)	٩ (٢٨,١%)	٧ (٢١,٩%)	٣٠ (٩٣,٨%)	٢ (٦,٣%)
الإناث	٨ (٢٥%)	١٤ (٤٣,٨%)	١٠ (٣١,٣%)	٣١ (٩٦,٩%)	١ (٣,١%)

أما الجدول التالي، فيوضح التكافؤ بين الذكور والإناث في كل من العمر، ومستوى الفهم، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي.

جدول (٣) قيم ت والدلالة الاحصائية لها للتكافؤ بين الذكور والإناث على بعض المتغيرات الدخيلة من حيث العمر، ومستوى الفهم، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي

المجموعات / المتغيرات	الذكور (١) (ن=٣٢)		الإناث (٢) (ن=٣٢)		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
العمر	١٦,٨٤	١,٠٥	١٧,١٥	٠,٩٢	١,٢٦	٠,٢١
مستوى الفهم	١٠,١٢	١,٦٢	١٠,٣٧	٢,٠١	٠,٥٥	٠,٥٨
المستوى الاجتماعي الاقتصادي	٢,٤٧	٠,٦٢	٢,٣١	٠,٨٩	٠,٨١	٠,٤٢

يتضح من خلال الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في كل من العمر، ومستوى الفهم، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، مما يدل على تكافؤهم في هذه المتغيرات. وقد روعي أن يكون مستوى الفهم حول المتوسط لدى كل من الذكور والإناث، وقد قامت الباحثة بتطبيق اختبار الفهم من مقياس وكسلر للذكاء– الصورة الرابعة من إعداد وتقنين عبد الرقيب البحيري، وبناء عليه تم استبعاد الطلاب الذين تقل درجاتهم عن سبع درجات موزونة على هذا الاختبار.

الأدوات :

تم تطبيق في الفترة من مارس الى أغسطس ٢٠٢٣ (مع التوقف عن التطبيق أثناء فترة الامتحانات)، وقبل التطبيق توجهت الباحثة إلى المدارس الخاصة بالمعاقين بصريًا بمحافظتي الجيزة والقاهرة، فتم طلب الحصول على عدة موافقات رسمية بشكل تسلسلي، فتوجهت إلى الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، وبعد الحصول على الموافقة منه، توجهت إلى إدارة التربية والتعليم بكلتا المحافظتين، ومنها إلى الإدارات التعليمية التابعة لكل منهما، وتوجهت بعد ذلك إلى المدارس السابق ذكرها، ما عدا مدرسة النور والأمل للبنات، فعند التطبيق تبين للباحثة أن كل من مدرسة النور للمكفوفين بحمامات القبة، والمركز النموذجي للمكفوفين بالزيتون ليست مدارس مشتركة وإنما هي للذكور فقط، ولصعوبة اتخاذ إجراءات رسمية أخرى خاصة بمدرسة إضافية لإستكمال عينة الإناث المكفوفات، فقد تواصلت مع بعض طالبات "مدرسة النور والأمل بنات" التابعة لمحافظة القاهرة، عندما علمت بأدائهن لامتحانات الثانوية العامة بمدرسة النور للمكفوفين بحمامات القبة، وقد تم الإتفاق على التواصل معهن بعد انتهاء الامتحانات، وقد تضمنت الأدوات التي طبقت مع العينة ما يلي :

١- مقياس صعوبات تنظيم الانفعال (إعداد: جراتز وروميرGratz & Roemer, 2004، ترجمة: الباحثة).
٢- مقياس القلق كحالة لسبيلبيرجر.
٣- قائمة بيك للاكتئاب.
٤- اختبار الفهم من مقياس وكسلر للذكاء– الطبعة الرابعة.
٥- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي (إعداد: عبدالعزيز الشخص).

بالإضافة إلى استمارة البيانات الأساسية التي تتضمن أسئلة خاصة بالنوع، وتاريخ الميلاد، والسنة الدراسية، واسم المدرسة، ودرجة الإعاقة، وبدايتها، وأسبابها.

[١] مقياس صعوبات تنظيم الانفعال: من إعداد: جراتز وروميرGratz & Roemer, 2004، وهو مقياس يتكون من (٣٦) بندًا، موزعة على (٦) أبعاد، وهي: عدم تقبل الاستجابات الانفعالية، وصعوبة الإنخراط في السلوك الموجه نحو الهدف، صعوبات ضبط الاندفاع، ونقص الوعي الانفعالي، والاستخدام المحدود لاستراتيجيات تنظيم الانفعال، نقص الوضوح الانفعالي، وتتمثل بدائل الإجابة عليه في خمس بدائل، هي: لا ينطبق، ينطبق بدرجة بسيطة، ينطبق بدرجة متوسطة، ينطبق بدرجة كبيرة، ينطبق تمامًا. وقد مرت عملية إعداد المقياس بعدة مراحل إلى أن وصل لصورته النهائية، وذلك على النحو الآتي :

أ) ترجمة المقياس.

ب) تحكيم المقياس من قِبل ثلاثة محكمين من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس – جامعة القاهرة[٦]، وتم اقتراح بنود إضافية بحيث لا يقل كل بُعد عن (٧) بنود، وتعديل صياغة بعض البنود، كما تم حذف البعد السادس لتداخله مع البعد الرابع.

ج) تكونت الصورة النهائية للمقياس من (٤٢) بندًا، موزعة على خمسة أبعاد، وهي: عدم تقبل الاستجابات الانفعالية (٨) بنود، وصعوبة الإنخراط في السلوك الموجه نحو الهدف (٧) بنود، وصعوبات ضبط الاندفاع (٧) بنود، ونقص الوعي الانفعالي (١٠) بنود، والاستخدام المحدود لاستراتيجيات تنظيم الانفعال (١٠) بنود، وتم حساب الخصائص السيكومترية له.

[٢] مقياس القلق لسبيلبيرجر: يتكون هذا المقياس من عدة بنود تقيس حالة القلق وسمة القلق، وقد اعتمدت الدراسة الحالية على القلق كحالة، وهو يتكون من (٢٠) بند، تراوحت بدائل الإجابة بين (١-٤) درجات، وتتمثل البدائل في (لا مطلقاً، إلى حد ما، بدرجة متوسطة، كثيرًا جدًا). وقد تم استخدام هذا المقياس في عدة دراسات.

[٣] قائمة بيك للاكتئاب: تتكون هذه القائمة من (٢١) سؤال، يُجاب عليها بطريقة الاختيار من متعدد التي تعكس شدة هذه الأعراض من (١) إلى (٥). وقد تم استخدام هذه القائمة في عدة دراسات.

---

(٦) تتوجه الباحثة بخالص الشكر والتقدير لكل من أ.د./ شعبان جاب الله رضوان، وأ.د./ عزة عبد الكريم، ود./ نصرة منصور، وذلك لقيامهم بتحكيم المقياس.

الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة :

أولًا : الصدق :

تم حساب صدق التعلق بمحك خارجي، ويُقصد به مجموعة الإجراءات التي يمكن من خلالها حساب الارتباط بين درجات الاختبار وبين محك خارجي مستقل وهو السلوك نفسه أو النشاط الذي يتناوله الاختبار بالقياس (فرج، ٢٠٠٧، ٢٨٥). وهناك نوعان من صدق التعلق بالمحك، هما: الصدق التلازمي، والصدق التنبؤي **(Cronbach & Meehli, 1955; Gregory, 2015, 122)**، وقد تم اتباع النوع الأول في الدراسة الراهنة، وهو الصدق التلازمي، وذلك بالاستعانة بالمقاييس التالية :

- **مقياس التنظيم الانفعالي:** قام بإعداده جروس عام ٢٠٠٤، وترجمة الباحثة، تكوّن هذا المقياس من (١٠) بنود موزعة على مقياسين فرعيين، هي: الاستراتيجيات، والقمع. وكانت بدائل الإجابة (لا يحدث، يحدث قليلًا، يحدث أحيانًا، يحدث كثيرًا، يحدث بشدة). وقد تم استخدامه كمحك لاختبار صعوبات تنظيم الانفعال.
- **مقياس القلق للأطفال والمراهقين:** قامت بإعداده فداء أبو الخير، تكوّن هذا المقياس من (٢٥) بند، تراوحت بدائل الإجابة بين (١–٤) درجات. وقد تم استخدامه كمحك لمقياس القلق كحالة لسبيلبرجر
- **مقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب:** تكوّن من (٢٠) بند، وتتطلب الإجابة عن بنوده أن يحدد الطالب درجة انطباق كل بند عليه باستخدام الاختيارت التالية (نادرًا، قليلًا، أحيانًا، معظم أو كل الوقت). وقد تم استخدامه كمحك لقائمة بيك للاكتئاب.

جدول (٤) معاملات صدق التعلق بمحك خارجي لاختبارات الدراسة لدى أفراد العينة

المجموعات / الاستخبارات	الذكور	الإناث	المحك الخارجي
مقياس صعوبات تنظيم الانفعال	٠,٥٥	٠,٥٧	مقياس التنظيم الانفعالى من إعداد جروس
مقياس القلق كحالة لسبيلبرجر	٠,٦٥	٠,٧١	مقياس القلق للأطفال والمراهقين من إعداد فداء أبو الخير
قائمة بيك للاكتئاب	٠,٨١	٠,٨٤	مقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب

يشير الجدول السابق إلى ارتباط جميع مقاييس الدراسة الراهنة (اختبار صعوبات تنظيم الانفعال، ومقياس القلق كحالة لسبيلبرجر، وقائمة بيك للاكتئاب) بالمقاييس المحكية لكل منهم على التوالي (مقياس التنظيم الانفعالي من إعداد جروس، ومقياس القلق للأطفال والمراهقين من إعداد فداء أبو الخير، ومقياس الدراسات الوبائية للاكتئاب)، حيث تراوحت معاملات الصدق بين (٠,٥٥ و٠,٨٤) وهي معاملات صدق مقبولة إلى مرتفعة، وذلك لدى مجموعتي الذكور والإناث، مما يشير إلى تمتع تلك الأدوات بالمصداقية، ومن ثَمَ يمكننا الاعتماد عليها في جمع بيانات الدراسة الأساسية.

ثانيًا : الثبات : فيما يلي معاملات الثبات لمقاييس الدراسة.

جدول (٥) معاملات الثبات لاختبارات الدراسة

المجموعات / الاستخبارات	ذكور		إناث	
	ألفا	القسمة	ألفا	القسمة
مقياس صعوبات تنظيم الانفعال	٠,٦٨	٠,٨٦	٠,٦٤	٠,٨١
مقياس القلق كحالة لسبيلبرجر	٠,٨١	٠,٨٩	٠,٧٨	٠,٨٣
قائمة بيك للاكتئاب	٠,٧٥	٠,٧٥	٠,٦٩	٠,٧٦

يتضح من الجدول السابق تمتع اختبارات الدراسة بمعاملات ثبات تتراوح بين المقبولة والمرتفعة.

التحليلات الاحصائية :

باستخدام برامج الحزمة الاحصائية في العلوم الاجتماعية **(SPSS)**، تم استخدام الأساليب الإحصائية الملائمة للإجابة عن تساؤلات الدراسة واختبار فروضها، وهي :

أ) الإحصاءات الوصفية "المتوسطات والانحرافات المعيارية".
ب) معامل الارتباط الخطي المستقيم لـ بيرسون.
ج) تحليل الانحدار.
د) اختبار "ت" لدلالة الفروق.

نتائج الدراسة ومناقشتها :

- **نتيجة الفرض الأول :** توجد علاقة بين صعوبات تنظيم الانفعال وكل من مظاهر القلق والاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريًّا (ذكورًا وإناثًا).

وفيما يلي نتائج التحليلات الاحصائية.

جدول (٦) الارتباطات بين صعوبات تنظيم الانفعال وكل من القلق والاكتئاب لدى الذكور والإناث

المجموعات / المتغيرات	الذكور (ن = ٣٢)		الإناث (ن = ٣٢)	
	القلق	الاكتئاب	القلق	الاكتئاب
صعوبات تنظيم الانفعال	٠,٥١**	٠,٤٢*	٠,٦٨**	٠,٧٢**

* دال فيما وراء ٠.٠٥ ** دال فيما وراء ٠.٠١

يتضح من الجدول السابق وجود ارتباطات دالة بين صعوبات تنظيم الانفعال وكل من مظاهر القلق والاكتئاب لدى كل من الذكور المراهقين المعاقين بصريًّا والإناث المراهقات المعاقات بصريًا، وهذا يعني تحقق الفرض الأول للدراسة.

وبمقارنة هذه النتيجة بنتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع نتائج الدراسات السابقة، وهي دراسة كل من هو وجينج **Hu & Jing (2010)** التي كشفت عن ارتباط تنظيم الانفعالات المرتكز على الاستجابة بمعدلات مرتفعة من القلق، وذلك لدى مائة وستة وستون مراهقًا من ذوي الإعاقة البصرية. وكذلك دراسة شعبان وعبد العزيز (٢٠٢٠) التي تبين من خلال نتائجها وجود ارتباط عكسي دال إحصائيًا بين المناعة النفسية (والتي من مكوناتها الضبط الانفعالي) والاكتئاب لدى عينة من ذوي الإعاقة البصرية بالمرحلة الثانوية بمحافظة المنيا.

وبالرجوع للإنتاج الفكري المتوفر عن العلاقة بين صعوبات تنظيم الانفعال وكل من مظاهر القلق والاكتئاب، نجد أن تلك النتيجة تتسق مع ذلك الإنتاج، حيث أن دراسات التقرير الذاتي كشفت عن الارتباطات القوية بين خلل تنظيم الانفعالات وكل من القلق والاكتئاب لدى المراهقين، نظرًا لزيادة الاستقلالية والمتطلبات الجديدة خلال فترة المراهقة مقارنة بالطفولة، فقد يكون لدى المراهقين حاجة خاصة لتنظيم انفعالاتهم استجابةً للضغوطات، والفشل في القيام بذلك قد يعرضهم لخطر الإصابة بمشاكل الصحة النفسية. وبالتالي، قد يكون تنظيم العواطف جزءًا مهمًا من أجزاء معقدة فيما يتعلق بخطر القلق والاكتئاب **(Young et al., 2019)**. كما تبين من خلال دراسة ظفر وزملاؤه **Zafar et al., (2021)** وجود ارتباطات بين صعوبات تنظيم الانفعالات وكل من القلق والاكتئاب لدى المراهقين (الذكور والإناث)، مع الأخذ في الاعتبار أن هذه الارتباطات كانت أقوى لدى الإناث.

ويمكن تفسير تلك النتيجة في ضوء النماذج النظرية، ومنها نموذج خلل تنظيم الانفعال للقلق الذي يفترض أن خلل تنظيم الانفعال هو الآلية التي من خلالها ترتبط متغيرات الأبوة والأمومة المزاجية والانفعالية بالقلق. وكذلك نموذج خلل تنظيم الانفعال لاضطرابات المزاج والقلق الذي يفترض أن الحدث المثير، بالتزامن مع الاستعداد الموجود لدى الفرد، يؤدي إلى تأثير سلبي أو إيجابي، اعتمادًا على الأسلوب الانفعالي له، وأن اضطرابات المزاج والقلق هي نتيجة لخلل تنظيم المشاعر للتأثير السلبي، إلى جانب أوجه القصور في التأثير الإيجابي. فهذا النموذج يتضمن تنظيم الانفعالات، والأساليب الانفعالية، والتجربة الانفعالية كعوامل مساهمة رئيسية في اضطرابات المزاج والقلق، حيث يمكن إنشاء حلقة ردود فعل إيجابية بين الاضطراب، وعدم التنظيم، والتأثير السلبي، والأسلوب الانفعالي، مما يؤدي إلى حالة مزمنة يصعب تغييرها. لذلك يفترض هذا النموذج أن أكثر الطرق فعالية لعلاج اضطرابات المزاج والقلق تتم من خلال (أ) استهداف خلل تنظيم الانفعالات من خلال تعزيز استراتيجيات تنظيم الانفعالات التكيفية، و(ب) تقليل التأثير السلبي وزيادة التأثير الإيجابي، و(ج) تعزيز الأنماط العاطفية التكيفية.

- **نتيجة الفرض الثاني** : تسهم صعوبات تنظيم الانفعال في التنبؤ بمظاهر القلق والاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريًّا (ذكورًا وإناثًا).

تم تطبيق الأسلوب الاحصائي الخاص باختبار هذا الفرض، وهو أسلوب تحليل الانحدار البسيط، وذلك على النحو التالي.

جدول (٧) نتائج تحليل الانحدار البسيط لصعوبات تنظيم الانفعال في التنبؤ بمظاهر القلق والاكتئاب لدى الذكور والإناث

المتغيرات		معامل الارتباط المتعدد (ر)	معامل التحديد أو مربع معامل الارتباط المتعدد ($ر^2$)	القيمة الثابتة	معامل الانحدار المعياري بيتا	قيمة ف	قيمة ت
المتغير المنبئ	المتغير التابع						
الذكـور							
صعوبات تنظيم الانفعال	القلق	٠,٥١	٠,٢٦	٠,٣٦	٠,٥١	١٠,٥٧**	٣,٢٥**
	الاكتئاب	٠,٤٢	٠,١٧	٠,٣١	٠,٤٢	٦,٤٢****	٢,٥٣***
الإنـاث							
صعوبات تنظيم الانفعال	القلق	٠,٦٨	٠,٤٦	٠,٤٥	٠,٦٨	٢٦,٠٠*	٥,٠٩*
	الاكتئاب	٠,٧٢	٠,٥٢	٠,٤٤	٠,٧٢	٣٣,٢٥*	٥,٧٧*

*** دال فيما وراء ٠,٠٠٠ ** دال فيما وراء ٠,٠٠٣ *** دال فيما وراء ٠,٠١ **** دال فيما وراء ٠,١٧**

يتضح من الجدول السابق قدرة صعوبات تنظيم الانفعال على التنبؤ بكل من مظاهر القلق والاكتئاب لدى المراهقين المعاقين بصريًّا (ذكورًا وإناثًا)، حيث تسهم صعوبات تنظيم الانفعال في التنبؤ بمظاهر القلق لدى الذكور بنسبة (٢٦%)، ولدى الإناث بنسبة (٤٦%)، كما أسهمت صعوبات تنظيم الانفعال في التنبؤ بمظاهر الاكتئاب لدى الذكور بنسبة (١٧%)، ولدى الإناث بنسبة (٥٢%)، وهذا يعني تحقق الفرض الثاني للدراسة.

وبمقارنة هذه النتيجة بنتائج الدراسات السابقة، فلا يوجد دراسات عن ذلك الفرض – وذلك في حدود علم الباحثة، فلا يوجد سوى بعض من التراث الذي يشير إلى تلك التنبؤات، فمن خلال دراسة غونسالفيس وآخرون **Gonçalves et al., (2019)** على (٢٤٦) مراهقًا (عدد الذكور = ١٢٦؛ عدد الإناث = ١٥٨)، المدى العمري لهم (١١ إلى ١٤) سنة، تبين من النتائج أن صعوبات تنظيم الانفعالات (وخاصة الاستخدام المحدود لاستراتيجيات تنظيم الانفعالات) تنبأت بأعراض الاكتئاب، كما تبين ارتباط صعوبات ضبط الاندفاع بأعراض الاكتئاب بقوة أكبر لدى الإناث مقارنة بالذكور.

- **نتيجة الفرض الثالث:** توجد فروق بين الذكور والإناث في كل من صعوبات تنظيم الانفعال ومظاهر القلق ومظاهر الاكتئاب.

ولاختبار هذا الفرض تم إجراء اختبار (ت) للفروق بين المجموعتين، وذلك على النحو التالي.

جدول (٨) متوسط الدرجات على اختبارات الدراسة وانحرافاتها المعيارية لدى العينة

المجموعات / الاستخبارات	الذكور (ن=٣٢)		الإناث (ن=٣٢)		قيم ت ودلالتها	
	م	ع	م	ع	قيم ت	دلالتها
١– صعوبات تنظيم الانفعال	١٢٦,١٩	١٢,٦٦	١١٩,١٢	١٢,٨٨	٢,٢١	٠,٠٣
٢– القلق	٤٩,٤١	٨,٩٥	٤٧,٣٧	٨,٥٣	٠,٩٣	٠,٣٦
٣– الاكتئاب	٤٤,٦٦	٩,٢٦	٤٥,٢٥	٧,٨٧	٠,٢٨	٠,٧٨

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الذكور المراهقين المعاقين بصريًّا والإناث المراهقات المعاقات بصريًا في صعوبات تنظيم الانفعال، حيث تبين أن الذكور لديهم صعوبات في تنظيم انفعالاتهم بدرجة أكبر من الإناث، في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بينهما في كل من مظاهر القلق والاكتئاب، وهذا يعني تحقق الفرض الثالث جزئيًا.

وبمقارنة هذه النتيجة بنتائج الدراسات السابقة، نجد أنها اتفقت مع بعض نتائج الدراسات السابقة، منها: دراسة بولات وزملاؤه **Bolat et al., (2011)** لدى المراهقين المصابين بالإعاقة البصرية الكلية التي حدثت منذ الميلاد، حيث كشفت نتائجها عن أنه لا توجد فروق بين المجموعتين في درجات الاكتئاب. بينما تعارضت مع نتائج الدراسات الأخرى، والتي منها: دراسة جارايجوردوبيل وبرناراس **Garaigordobil & Bernarás (2009)** لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية والمبصرين، والتي أظهرت نتائجها أن الإناث ذوات الإعاقة البصرية حصلن على درجات مرتفعة في الأعراض النفسية المرضية المختلفة (والتي منها القلق والاكتئاب). وتعارضت كذلك مع دراسة كل من ساليمي وزملائه **Salimi et al., (2016)** التي تبين من نتائجها أن الطلاب المكفوفين يستخدمون كلتا الاستراتيجيتين (إعادة التقييم المعرفي والقمع التعبيري) بدرجة أقل من المبصرين. في حين لم توجد أية فروق تُعزى لمتغير النوع أو التفاعل بين النوع وحالة الرؤية. كما تعارضت مع دراسة بالصحراوي (٢٠٢٠) عن الاكتئاب لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريًا بمدينة ورقلة والجزائر، حيث تكونت العينة من (٤٨) معاقًا بصريًا (٣٤ ذكر، ٢٥ أنثى)، ممن تراوح المدى العمري لهم (١٦–٢٠) سنة. واستخدام مقياس بيك للاكتئاب (قام بتقنينه بشير معمرية على البيئة الجزائرية)، تبين أن الذكور لديهم درجة مرتفعة من الاكتئاب مقارنة الإناث. أيضًا، دراسة كل من ليكسارانيافونج وسوببابيتيبورن **Leksaranyaphong & Suppapitiporn (2021)** التي تبين من نتائجها أن (٣٣,٨%) و(٤٥,٥%) من الطلاب المعاقين بصريًا لديهم قلق الحالة والسمات، على التوالي. كما تبين انتشار القلق كسمة لدى الإناث مقارنة بالذكور. وأخيرًا، دراسة أكرم وزملاؤه **Akram et al., (2022)** التي أجريت على عينة مكونة من (١٥٠) مراهقاً مكفوفاً ممن تراوحت أعمارهم بين (١٢–١٨) عامًا. تم استخدام النسخة الأردية من مقياس بيك للقلق (١٩٨٨). أظهرت النتائج أن مستوى القلق أكبر نسبيًا لدى المراهقات المكفوفات منه لدى المراهقين المكفوفين.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء **عدة تفسيرات**، منها: **النظريات البيولوجية** التي تشير إلى أن الاختلافات بين الذكور والإناث في التنظيم الانفعالي ترجع إلى اختلافات وراثية فطرية أو اختلافات تتطور مع التقدم في السن، مثل الاختلافات الهرمونية التي تظهر طوال فترة النضج.

كما تشير **نظريات التنمية الاجتماعية** إلى أن الأطفال يتعلمون سلوكيات تتفق مع أدوار الجنسين، ويطورون أنماطًا معرفية بناءً على خبرتهم وملاحظتهم للبيئة.

أيضًا، تشير **النظريات البنائية الاجتماعية** إلى أهمية التعبير عن الاختلافات بين الجنسين بناءً على الاختلافات البيولوجية والاجتماعية في التنمية، ولكنها تشير أيضًا إلى أهمية السياق في التعبير عن السلوك الداخلي، حيث إن توقعات المجتمع بشكل عام تمثل تعبيراً عن سلوك الرجل والمرأة وفقاً للتوقعات الجندرية التي يفرضها السياق الاجتماعي **Sanchis-Sanchis et al., (2020).**

أما بالنسبة لعدم الفروق في القلق والاكتئاب فربما ترجع إلى أن معظم هؤلاء الذكور والإناث تم إصابتهم بالإعاقة البصرية منذ الميلاد، فهم قد عاشوا فترة كبيرة من حياتهم منذ ميلادهم حتى وصولهم للمرحلة الثانوية، ومروا بكثير من المواقف والأحداث، مما جعلهم يألفون معًا مصاعب الحياة ويتعاملون معها دون قلق أو يترتب على تعرضهم لها شعور بالاكتئاب، وذلك على عكس من فقدوا بصرهم بعد الميلاد، فقد عاشوا فترة من الزمن وهم مبصرين، لذلك تعرضهم للإعاقة البصرية بعد ذلك ربما يُحدث لديهم شعور بالقلق والاكتئاب مقارنة بغيرهم.

قائمة المراجع

أولاً : مراجع باللغة العربية:

ابن منظور (٦٣٠هـ-٧١١هـ). **لسان العرب: الجزئين السابع عشر والتاسع عشر.** المؤسسة المصرية العامة للتأليف والنشر: الدار المصرية للتأليف والترجمة.

أبو الحسن، سميرة (٢٠٠٢). **سيكولوجية الإعاقة ومبادئ التربية الخاصة.** القاهرة: حورس.

إبراهيم، مجدي عزيز (٢٠٠٦). **موسوعة المعارف التربوية (أ، ب).** القاهرة: عالم الكتب.

إسماعيل، نبية إبراهيم (٢٠٠٦). **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة.** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

البرزنجي، دنيا (٢٠١٠). الشعور بالذنب وعلاقته بالاكتئاب لدى المسنين: دراسة ميدانية. **مجلة الآداب،** ٩٢، ٥١٥-٥٤٠.

الجزائري، خلود حسين عبدالرازق (٢٠٠٤). المناخ الأسري وعلاقته بالقلق فى مرحلة الطفولة. **رسالة ماجستير غير منشورة،** جامعة القاهرة, معهد الدراسات التربوية.

الحديدي، مني صبحي (١٩٩٨). **مقدمة في الإعاقة البصرية.** عمان: دار الفكر.

الخطيب، جمال؛ الصمادي، جميل؛ الروسان، فاروق؛ الحديدي، منى؛ يحيى، خولة؛ الناطور، ميادة؛ الزيقات، إبراهيم؛ وآخرون (٢٠٠٧). **مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة.** ط١، عمان: دار الفكر.

السرطاوي، عبدالعزيز؛ الصمادي، جميل (١٩٩٨). **الإعاقات الجسمية والصحية.** الكويت: مكتبة الفلاح.

الشخص، عبدالعزيز السيد؛ الدماطي، عبدالغفار عبدالحكيم (١٩٩٢). **قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين.** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الظاهر، قحطان أحمد (٢٠٠٤). **مصطلحات ونصوص إنجليزية في التربية الخاصة.** عمان: دار اليازوري.

الفحل، نبيل (٢٠١٦). **مقياس الاكتئاب النفسي للمسنين.** القاهرة: دار العلوم.

القريطي، عبد المطلب أمين (٢٠٠٥). **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم.** ط٤، القاهرة: دار الفكر العربي.

اللقاني، أحمد حسين؛ الجمل، على أحمد (٢٠٠٣). **معجم المصطلحات التربوية المُعرفة فى المناهج وطرق التدريس.** ط٣، القاهرة: عالم الكتب.

بالصحراوي، يمينة (٢٠٢٠). الاكتئاب لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريًا: دراسة استكشافية بمدينة ورقلة والجزائر. **رسالة ماجستير منشورة،** جامعة قاصدي مرباح – ورقلة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.

جبر، محمد جبر (٢٠٠٤). علاقة مفهوم الذات بالصلابة النفسية لدى المعاقين بصريًا مقارنة بالمبصرين في ضوء بعض المتغيرات الديمجرافية. **الأعمال الكاملة لمؤتمر العلوم الإنسانية وتحديات المجتمع المصري. جامعة القاهرة (فرع بني سويف)،** كلية الآداب.

جلال، أحمد سعد (٢٠٠٨). **علم نفس الشواذ**. القاهرة: الدار الدولية.

جمعة، ناصر سيد (٢٠١٤). **استراتيجيات ذوي الإعاقة البصرية**. ط١. الرياض: دار الزهراء.

حسين، عبد الرحمن إبراهيم (٢٠٠٣). **تربية المكفوفين وتعليمهم**. القاهرة: عالم الكتب.

سليمان، عبد الرحمن سيد (٢٠٠٧). **المعوقون بصريًّا**. الرياض: دار الزهراء.

شعبان، نسمة لطفى؛ عبدالعزيز، أسماء فتحي أحمد (٢٠٢٠). المناعة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريًا. **مجلة البحث في التربية وعلم النفس** جامعة المنيا – كلية التربية، ٣٥ (٢)، ٤١–٥٨.

شقير، زينب محمود (٢٠٠٥). **الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملي لغير العاديين (المجلد الأول)**. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

صبحي سليمان (٢٠٠٦). تربية الطفل المعاق. الجيزة: دار الفاروق.

عبد السلام، حميدة (٢٠١٤). برنامج لتخفيف الاكتئاب لدى المسنين المقيمين فى دور رعاية المسنين. **مجلة البحث العلمي في الآداب**، ٢ (١٥)، ٢٣٣-٢٥٦.

عبد العزيز، رشاد علي (٢٠٠٨). **علم نفس الإعاقة**. ط١. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد الله، هشام إبراهيم؛ الرشيدي، خالد محمد؛ حمودة، صفاء غازي؛ المحمدي، أيمن محمد؛ النجار، حسين عبدالمجيد (٢٠٠٩). **المرجع في التربية الخاصة**. ط١٢، الرياض: مكتبة الشقري.

عبدالله، هشام إبراهيم؛ الرشيدي، خالد محمد؛ حمودة، صفاء غازي؛ النجار، حسين عبدالمجيد؛ الرواجفة، شاهر خليل (٢٠١٠). **الخدمات الإرشادية لذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم**. ط١، جدة: خوارزم العلمية.

عكاشة، أحمد (٢٠٠٩). **الطب النفسى المعاصر**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

غانم، محمد حسن (٢٠٠٢). المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة. **دراسات عربية فى علم النفس**، ١(٣): ٣٥-٨٩.

فرج، صفوت (٢٠٠٧). **القياس النفسي**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

كفافي، علاء الدين؛ علاء الدين، جهاد (٢٠٠٦). **موسوعة علم النفس التأهيلي (المجلد الثاني: الإعاقات)**، القاهرة: دار الفكر العربي.

متولي، وفاء محمد (٢٠١٤). الوعي بالعمليات المعرفية والقدرة على التخيل وعلاقتهما بالسلوك الاستكشافي لدى المكفوفين. **رسالة دكتوراه (غير منشورة)**، جامعة القاهرة، كلية الآداب.

مجمع اللغة العربية (١٩٨٥). **المعجم الوسيط: الجزء الثاني**، ط٣. مطابع الدار الهندسية.

محمد، حسام أحمد؛ السيد، السيد محمد (٢٠١٢). **مدخل إلى التربية الخاصة** (ط١). القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع.

محمد، عبدالصبور منصور (٢٠٠٣). **مقدمة في التربية الخاصة: سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم.** القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

مظلوم، مصطفى على رمضان (٢٠١٧). تنظيم الانفعال وعلاقته بالأليكسيثيميا لدى عينة من طلاب الجامعة "دراسة سيكومترية – كلينيكية". **دراسات عربية في التربية وعلم النفس**، ٨٢(٨٢)، ١٤١–٢١٢.

منصور، نصرة؛ عكاشة، منار (٢٠٢١). **الإرشاد النفسي.** القاهرة : مركز جامعة القاهرة للتعليم المدمج.

موسى، تهانى (٢٠١٦). فاعلية برنامج إرشادى جمعى يستند إلى نظرية بيك في خفض الاكتئاب وتحسين الأمن النفسى لدى عينة من المسنين فى الأردن. **رسالة دكتوراه (منشورة)**، كلية الدراسات العليا، جامعة العلوم الإسلامية العالمية.

موسى، جمال محمد؛ العربي، أميرة عبد العزيز (٢٠٠٥). **المنظور الشمولي للخدمة الاجتماعية وذوي الاحتياجات الخاصة من المعوقين** . بدون بلد أو دار نشر.

موسى، صفية مبارك (٢٠٠٦). دراسة الذكاء الوجداني لدى عينات متباينة من ذوي الإعاقات البصرية من طلاب المرحلة الاعدادية والثانوية. **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، جامعة القاهرة، معهد الدراسات التربوية.

نوار، نسمة محيي السعيد السيد، وقاعود، محمود عبدالعزيز محمد (٢٠٢٢). القلق والاكتئاب كمنبئين بالصمود النفسي لدى عينة من المراهقين والمراهقات. **المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي**، ١٠(١)، ٥٣–٨٧.

يوسف، جمعة؛ عبد الكريم، عزة (٢٠٠٦). **الصحة الجسمية والنفسية للمسنين.** القاهرة : دار غريب.

ثانيًا : المراجع باللغة الانجليزية :

Abu El-Hassan, S. (2005). **Psychology of Handicapping principles of special Education**. Cairo : Teba publishing.

Abu El-Hassan, S. (2006). **Psychology of Handicapping principles of special Education**. Cairo: Horus House.

Akram, I.; Hassan, G.; Mazhar, N. & Khan, H. (2022). Anxiety, Social Adjustment and Psychological well-being of blind Adolescents **PJMHS**, 16, (6), 1003-1006

Bakhla, A.; Pallavi, P.; Kisku, R.; Goyal, N.; Amit, K. & Kameshwar, P. (2023). Prevalence of depression in visually impaired children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. **Indian Journal of Psychiatry**. 65(4), 396-403.

Begeer,S.; Dik, M.; Marieke, J.; Asbrock, D.; Brambring, M. & Kef, S. (2014). A New look at theory of mind in children with ocular-plus congenital blindness. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, 108(3), 17-28.

Bigge, J.L.; Stump, C.S.; Spagna, M.E. & Rosanne, K.S. (1999). **Curriculum assessment, and instruction for students with disabilities**. New York: Wads worth publishing company.

Binder, K.; Wrzesińska, M. & Kocur, J. (2018). Anxiety in persons with visual impairment. **Psychiatric**, 124, 1-10.

Bolat, N.; Dogangun, B.; Yavuz, M.; Demir, T. & kayaalp, L. (2011). Depression and anxiety levels and self-concept characteristics of adolescents with congenital complete visual impairment. **Turkish Journal of Psychiatry**, 1-6.

Bouguiyoud, Roullet, Bronchti, Frasnelli & Al Aïn. (2022). Anxiety and Depression: Assessments in a Mouse Model of Congenital Blindness. Brief Research Report. **Frontiers in Neuroscience**, 15.

Clark, D. & Beck, A. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. **Trends in Cognitive Sciences**, 14, 418-424.

Colarossi, L. (2001). Adolescent gender differences in social support: structure, function, and provider type. (Developing Scholars). **National Association of Social Workers**, 25, 4.

Cronbach, L. & Meehli, P. (1955). Construct Validity in Psychological Tests. **Psychological Bulletin**, 4(52), 281-302.

Davey, A.; Nasser, K. & Davey, S. (2020). Helping to overcome Anxiety, Depression and Mental Stress among Blind Adolescents? : A Cross Sectional Study of A Blind School, Meerut, **International Journal of Scientific Research is Spirtuality**, 9, 11.

Ellis, A. (1999). Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) and Cognitive Behavior Therapy for Elderly People. **Journal of Rational Emotive & Cognitive-Behavior Therapy**, 17(1), 5-18.

Finger, R. & Scholl, H. (2013). Blindness and Visual Impairment: High Income Countries (Abstract). Ophthalmology and the Ageing Society, 19-29.

Finkova, D.; Joklikova, H.; Ludikova, L. & Majerova, H. (2014). Information and the Quality of Life of visually impaired individuals. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, 112, 1099-1105.

Ford, J.M. (2008). Integrating a Statewide Outreach Model into the Administrative Design and Operation of a State-Supported School for the Visually Impaired. **Published Doctorial dissertation**, Walden University, Richard Riley College of Education.

Furtado, J.M.; Lansingh, V.C.; Carter, M.J.; Milanese, M.F.; Pen˜a, B.N. & Ghersi, H.A. (2012). Causes of Blindness and Visual Impairment in Latin America. In Fong,D.&Seddon, J. (Eds.), Public health and the eye. **Survey of Ophthalmology**, 57(2), 149-177.

Garnefski, N.; Kraaij, V.; Graaf, M. & Karels, L. (2010). Psychological intervention targets for people with visual impairments: The importance of cognitive coping and goal adjustment. **Disability and Rehabilitation**, 32(2), 142-147.

Gonçalves, Chaplin, Turpyn, Niehaus, Curby, Sinha, et al. (2019). Difficulties in Emotion Regulation Predict Depressive Symptom Trajectory From Early to Middle Adolescence. **Child Psychiatry Human Development**, 50(4), 618-630.

Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. **Journal of psychopathology and behavioral assessment**, 26(1), 41-54

Gregory, R. (2015). **Psychological Testing: History, Principles, Applications**. New York: Pearson.

Gross, J. (2015). The Extended Process Model of Emotion Regulation: Elaborations, Applications, and Future Directions. **March Psychological Inquiry**, 26(1), 130-137

Hofmann, Sawyer, Fang & Asnaani. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. **Depression and Anxiety**, 29(5), 409-416.

Hu, Jing. (2010). Emotion regulation strategy and attachment of visually impaired adolescent. East China Normal University (People's Republic of China). **ProQuest Dissertations Publishing**.

Hunt, N. & Marshall, K. (2005). **Exceptional children and youth : An Introduction to special education (4th ed.)**. New York : Houghton Mifflin Company.

Kef, S. (1999). Outlook on relations: Personal networks and psychosocial characteristics of visually impaired adolescents. **Published Doctorial Dissertation**, University of Amsterdam, Faculty of Social and Behavioural Sciences.

Kenefick, J.D. (2002). Vision. In Porter, L. (Ed.), **Educating young children with special needs** . London: Paul Chapman publishing.

Khurshid, F. & Malik, S. (2011). Perception of visually impaired youth about familial, academic and cargivers support. **Global Journal of human social science**, 11 (9).

Kirk, S.; Gallagher, J.J.; Coleman, M.R. & Anastasiow, N. (2009). **Educating exceptional children (12th ed.)**. New York: Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company.

Lee, E.O. & Brennan, M. (2006). Stress Constellations and Coping Styles of Older Adults with Age-Related Visual Impairment. **Health & Social Work** , 31(4), 289-298.

Leksaranyaphong & Suppapitiporn (2021). Anxiety of students with visual impairment in school for visually impaired students in Thailand, **Chula Med Journal**, 65 (2), 187-194

Garaigordobil, M. & Bernarás, E. (2009). Self-concept, Self-esteem, Personality Traits and Psychopathological Symptoms in Adolescents with and without Visual Impairment. **The Spanish Journal of Psychology**, 12(1), 149-160.

Mason, H. (1992). Visual impairments. In Gulliford, R. & Upton, G. (Eds), **Special educational needs**. New York : Routledge.

Muhammad, N.; Rabiu, M.; Adamu, M.; Elhassan, E. & Isiyaku, S. (2011). Prevalence and Causes of Blindness and Visual Impairment in Sokoto State, Nigeria: Baseline Data for Vision 2020: The Right to Sight Eye Care Programme. **Middle East African Journal of Ophthalmology**, 18(2), 123-128.

Panda, K.C. (2007). **Education of exceptional children : abasic text on the rights of the handicapped and the gifted (7th ed.)**. India : Vikas Publishing House.

Panday, R.; Srivastava, P.; Fatima, N.; Kiran, M.; Kumar, P. (2015). Depression, Anxiety and Stress among Adolescent Girls with Congenital Visual Impairment. **Journal of Disability Management and Rehabilitation**, 1(1) 21-24.

Pandey, R.K. (2018). Comparative Study of Adjustment of Visually Impaired Students Universal. **Journal of Educational Research**, 6(11), 2562-2571.

Rothenberg, Giunta, Lansford, Lunetti, Fiasconaro, Basili, et al. (2019). Daily Associations between Emotions and Aggressive and Depressive Symptoms in Adolescence: The Mediating and Moderating Role of Emotion Dysregulation. **Journal Youth Adolescent**. Author manuscript; 48(11), 2207-2221.

Salimi, S.; Mohammadi, E. & Sadeghi, A. (2016). Comparison of Emotion Regulation Strategies of Blind Students With Sighted Students. **Iranian Rehabilitation Journal**, 14(2), 127-132.

Sanchis-Sanchis, A.; Grau, M.D.; Moliner, A.R. & Morales-Murillo, C.P. (2020). Effects of age and gender in emotion regulation of children and adolescents. **Frontiers in Psychology**, 11, Article 946

Schniering, C. & Rapee, R. (2004). The Relationship Between Automatic Thoughts and Negative Emotions in Children and Adolescents: A Test of the Cognitive Content-Specificity Hypothesis. **Journal of Abnormal Psychology**, 113(3), 464-470.

Stephens, J. (2007). **The emotional well-being of blind and partially-sighted people.** Available in www.google.com

Suveg, Morelen, Brewer & Thomassin. (2010). The Emotion Dysregulation Model of Anxiety: A preliminary path analytic examination. **Journal of Anxiety Disorders**, 24(8), 924-930.

Talbert-kipasa, L. (2008). The relationship between general self – efficacy and vision – targeted health – related quality of life in adults diagnosed with vision impairment. **Published Doctorial dissertation**, University of Walden.

Yampolsky, M.; Wittich, W.; Webb, G. & Overbury, O. (2008). The Role of Spirituality in Coping with Visual Impairment. **Journal of visual impairment & blindness**, 102(1), 28-39 .

Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. Monographs of The Society For Research in Child Development, 59(2-3), 25-52.

Ulldemolins, A.; Van, C.; Valencia, L.; Marissa, J. & Kristen, A. (2012). Social inequalities in blindness and visual impairment: A review of social determinants. **Indian J Ophthalmol**, 60(5), 368-375.

Weiss, N.; Gratz, K. & Lavender, J. (2015). Factor Structure and Initial Validation of a Multidimensional Measure of Difficulties in the Regulation of Positive Emotions: The DERS-Positive. **Behavior Modification** , 39 (3).

Werts, M.G.; Culatta, R.A. & Tompkins, J.R. (2007). **Fundamentals of special education : what every teacher needs to know (3rd ed.)**. USA: Pearson.

Willis, C. (2009). **Creating inclusive learning environments for young children**. Corwin Press.

World Health Organisation (WHO). (2022). **Blindness and vision impairment**. Geneva. World Health Organisation.

Young, K.; Sandman, C. & Craske, M. (2019). Positive and Negative Emotion Regulation in Adolescence: Links to Anxiety and Depression. **Brain Science**, 9 (4), 76.

Zafar, H.; Debowska, A. & Boduszek, D. (2021). Emotion regulation difficulties and psychopathology among Pakistani adolescents. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, 26(1), 121-139.

The Role of Emotion Regulation Difficulties in predicting The Manifestations of Anxiety and Depression among Adolescents with Visual Impairment

By

Manar Mohammed Okasha

Dept. Psychology - Cairo University

Abstract:

The present research aimed to explore role emotion regulation difficulties in predicting of anxiety and depression among Adolescents with Visual Impairment. Sample consists of (64) Blind Adolescents (32 Males & 32 Females), whose age ranges from (15-18) years, mean (17±0,99) year. They were equal in Understanding and Economic-socio level. We used Emotion Regulation difficulties scale, Spelperger Anxiety scale & Beck Depression Inventory. The Results showed that there are relationship between Emotion Regulation difficulties, Anxiety and Depression. Also, Emotion Regulation difficulties predicts in both Anxiety and Depression. finally, there are differences between males and females in Emotion Regulation difficulties, but there are no differences in both Anxiety and Depression.

Key Words: Emotion Regulation difficulties - Anxiety - Depression - Adolescents - Visual Impairment.