

اليقظة العقلية كمتغير مُعدل للعلاقة بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة المُدركة لدى المراهقين المكفوفين

هيام صابر صادق شاهين (*)

ملخص

فحص دور اليقظة العقلية كمتغير مُعدل لقوة العلاقة بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة المُدركة لدى عينة من المراهقين المكفوفين، وذلك بعد التحقق من الفروق بين المراهقين المكفوفين والمُبصرين، وكذلك بين الذكور والإناث من المراهقين المكفوفين على المتغيرات محل الاهتمام. إجراءات الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٦٦) مراهقاً كفيلاً (متوسط أعمارهم ١٥,٤١ عام)، و(٦٦) من المُبصرين (متوسط أعمارهم ١٥,٢١ عام)، واستُخدمت أدوات منها: مقياسي اليقظة العقلية، وجودة الحياة المُدركة (إعداد الباحثة)، ومقياس القلق الاجتماعي (إعداد البيلوي، ٢٠٠٢). نتائج الدراسة: أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المراهقين المكفوفين والمُبصرين في اليقظة العقلية في اتجاه المُبصرين، مع غياب الفروق الدالة بين متوسطي درجات المراهقين المكفوفين والمراهقات المكفوفات في اليقظة العقلية؛ فضلاً عن أن اليقظة العقلية تُعدل من قوة العلاقة بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة المُدركة لدى عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين.

الكلمات المفتاحية: اليقظة العقلية - القلق الاجتماعي - جودة الحياة المُدركة - المراهقين المكفوفين.

(*) أستاذ علم النفس المساعد - كلية البنات - جامعة عين شمس. للمراسلات في شأن هذا البحث ترسل إلى د. هيام صابر صادق شاهين hayam.shaheen@yahoo.com.

Mindfulness as moderator variable of the relationship between social anxiety and perceived quality of life among blind adolescents

Dr. Hayam Saber Sadek Shaheen
Assistant Prof. of Psychology –
Women’s Faculty- Ain Shams University

Study aims: Discovering the differences between blind & normal adolescents, gender differences of blind adolescents in mindfulness. Also, it aims to examine the role of mindfulness as a moderator of the relationship between social anxiety and perceived quality of life among a sample of blind adolescents. **Study Procedure:** The sample consists of (66) blind adolescents (their mean age, 15.41 years), and (66) normal adolescents (their mean age, 15.21years), the tools were mindfulness &perceived quality of life scales(designed by researcher) and social anxiety scale (Ehab A. Elbiblawy, 2002).**Study results:** Result indicated that there were significant differences in mindfulness towards normal adolescents, there were no significant differences between males& females of blind adolescents in mindfulness and that mindfulness modifies the relationship between social anxiety &perceived quality of life among a sample of blind adolescents,

Key Words: Mindfulness – Social Anxiety – Perceived Quality of Life – Blind Adolescents.

مقدمة:

تُثير الإعاقة البصرية العديدَ من المشكلات مقارنةً بأي إعاقَة أُخرى؛ فقد تكون أكبر قضية هي أن العمى يكون مرئياً؛ فضلاً عن أنها تتسبب في تطور العديد من المشكلات الطبية، والنفسية، والاجتماعية، والاقتصادية الخطيرة، والشخص الكفيف عادةً ليس هو الشخص الذي يحشد نفسه بسهولة في جمع من الناس، وخلافاً لتوقعات الكثيرين فإنه يقف منعزلاً بعيداً عن الآخرين (Bhuvanewari, Selvaraj, Selvaraj& Srinivason, 2016).

وتؤثر إصابة الفرد بكف البصر بشكل كبير في اتزانه الانفعالي، وتوافقه النفسي، ما يزيد من شعوره بالقلق وعدم الأمن، والهروب من البيئة التي يُخيل إليه أنها تنبذه، ولا تحبه بالقدر الذي يرضى به (الخطيب، ١٩٩٧: ١٧٨)، إضافةً إلى الإحساس بالإحباط، وانخفاض تقدير الذات، واختلال صورة الجسم (عزيز، ٢٠٠٣: ١٠٥).

وإذا كانت مرحلة المراهقة هي فترة مثيرة للتحدي فإن المراهقين المكفوفين يواجهون بعض التحديات الخاصة، بالإضافة إلى تلك التي يعايشها أقرانهم المبصرون؛ حيث يواجهون تحديات معرفية وانفعالية وسلوكية، ويعانون مشكلات في علاقاتهم الاجتماعية؛ فيقررون ممارسة أقل للأنشطة الاجتماعية مقارنةً بالمبصرين، فضلاً عن أنهم يندمجون في أنشطة سلبية مثل النوم، وكل هذا من شأنه أن يؤثر في جودة الحياة لديهم (Aydemir, 2009)؛ ويمكن تفسير ذلك في ضوء معاناتهم الشديدة من القلق الاجتماعي؛ الذي يجعل الكفيف يشعر بوجود فجوة نفسية بينه وبين الآخرين، كما يشكو صعوبات في إقامة العلاقات الاجتماعية، ما يؤدي إلى الانسحاب، وتجنب المواقف الاجتماعية، والخوف من التقييم السلبي (القريطي، ٢٠٠٥: ١٧٦)؛ كل هذا يضعه في خطر متزايد للمعاناة من العديد من المشكلات النفسية التي تتسبب في خفض معدلات جودة الحياة لديه (Huurre& Aro, 2000).

والقلق الاجتماعي هو حالة من التوتر والارتباك يشعر بها الفرد

عندما يوجد مع الآخرين أو يكون موضع اهتمامهم، ومن أهم خصائصه الخوف من الرفض، ومن ثمَّ الانسحاب من المواقف الاجتماعية؛ وهذا النوع من القلق قد يُثير أنماطاً متباينة من السلوك التجنبي الانسحابي، والذي من شأنه أن يعوق الفرد عن خبرة اكتساب مهارات اجتماعية جديدة، وفي أحيان كثيرة قد يتلف فاعلية السلوك الذي سبق تعلمه (سيد، ٢٠١٤)، كما يتضمن اضطراب القلق الاجتماعي مخاوف ملحوظة ومستمرة من التقييم السلبي في المواقف الاجتماعية ومواقف الأداء؛ حيث يتجنب الأشخاص هذه المواقف أو يتحملونها مع قلق شديد، الأمر الذي يؤدي إلى نقص واضح في الأداء والفعالية في الحياة اليومية، وتؤكد النماذج المعرفية والسلوكية دور الإدراك السلبي والتحيز في عمليات معالجة المعلومات، وسلوكيات التجنب في حدوث واستمرار القلق الاجتماعي (Norton, Abbott, Norberg & Hunt, 2015).

وتكمن خطورة القلق الاجتماعي في أنه يؤثر سلبيًا في معدل جودة الحياة، ويشير مصطلح جودة الحياة إلى جوانب الحياة التي تنسم بالإشباع، ويمتد ليشمل السعادة والرضا عن الحياة؛ فهو يشمل الصحة النفسية والجسمية والعلاقات الاجتماعية والأسرية والكفاءة والفعالية في العمل والمنزل (Olatunji, Cisler & Tolin, 2007).

لقد زاد اهتمام الباحثين بمفهوم جودة الحياة منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين كمفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي، والذي جاء استجابةً إلى أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد، كبديل للتركيز الكبير الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية من حياتهم، ويمثل الشعور بجودة الحياة الشغل الشاغل للكائنات البشرية منذ بدء الخليقة (West, 2008)؛ وعلى الرغم من وجود بعض الأدلة التي تشير إلى أن الإعاقة البصرية ربما تضع المراهق في خطر المعاناة من المشكلات النفسية، وعلى رأسها القلق الاجتماعي؛ فإنها ليست بالضرورة تحدث خللاً في الفعالية النفسية، وقد يرجع ذلك إلى وجود بعض العوامل الوسيطة التي تقلل تأثير الإعاقة البصرية في جوانب الحياة

للشخص المُعاق (Huurre& Aro, 2000). وفي السنوات الأخيرة جذب هذا الموضوع اهتمام الباحثين؛ لاستكشاف العوامل النفسية التي تعزز من الشعور بجودة الحياة لدى الأفراد، وكشفت البحوث الإمبريقية عن عوامل عديدة، جاء من بينها مفهوم اليقظة العقلية الذي جذب اهتماماً متزايداً في مجالات عدة على مدى العقدين الماضيين، وهو حالة عقلية تتميز بالاحتفاظ بالانتباه، والوعي بخبرة اللحظة الراهنة، وهو مفيد جداً؛ حيث تبين أنه يرتبط سلباً بالألم المزمن والتقلبات المزاجية والضغط، وتوجد أدلة متزايدة تشير إلى أن ممارسة اليقظة العقلية يمكن أن تيسر فوائد صحية ونفسية مهمة، مثل خفض القلق والاكتئاب، وتحسين العلاقات، وزيادة تقدير الذات، وتحسين وظيفة المناعة (West, 2008)؛ وقد نشأ هذا المفهوم من ممارسات التأمل البوذية القديمة، ويُعرف بأنه "التركيز على اللحظة الراهنة دون حكم" (Yeung, 2013)؛ وهو "حالة مرنة للعقل، والانفتاح على الجديد"، إنه يؤدي دوراً كبيراً في التحرر من الأفكار الأوتوماتيكية والعادات السلوكية غير الصحية، ويُعزز السلوك المُنظم للذات، والذي يرتبط بتعزيز الرفاهة الذاتية، وتُسهم اليقظة العقلية في تقليل نتائج الصحة السلبية؛ حيث ترتبط كسمة وكممارسة بالصحة النفسية الجيدة، ويمكن عزو ذلك لكون اليقظة العقلية تعمل على زيادة خبرات الوجدان الإيجابي، وخفض خبرات الوجدان السلبي؛ الأمر الذي يتسبب في إحداث نتائج تفيد الصحة النفسية على المدى الطويل (Mandal, Arya& Pandey, 2012)، كما تعمل على زيادة تركيز الفرد على الخبرة الحالية (هنا والآن) لتعزيز المزاج الإيجابي، والذي بدوره يؤدي إلى تسهيل التعافي من الحالات العاطفية السلبية، ويزيد من قدرة الفرد على التخفف من الآثار الفسيولوجية السلبية، وهكذا فإنها ترتبط إيجاباً بالرضا عن الحياة وسلباً بالقلق والاكتئاب (Yeung, 2013).

إن اليقظة العقلية هي علاج مفيد لمجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية؛ فضلاً عن أنها تُعزز من تقبل الذات الإيجابي؛ فهناك شبه توافق بين

الباحثين على أنها ترتبط بصحة نفسية وبدنية أفضل، ومع ذلك وعلى الرغم من كل نجاحات مفهوم اليقظة العقلية، فإن دراسته وتطبيقه على المراهقين هو تطور حديث نسبياً (Jennings & Jennings, 2013)؛ حيث ازدهرت على مدى العقد الماضي البحوث النفسية المعنية به، كما تزايدت التدخلات القائمة على تنميته، وتم تحديد اليقظة العقلية كسمة نفسية توجد لدى جميع الأفراد، ولكن بدرجات متفاوتة، وقد ركزت غالبية البحوث السابقة على دراستها لدى عينات من الراشدين، ومع ذلك أشار كل من (Marks, Sobansky & Hine, 2010) إلى أن المراهقين هم أفراد نمت لديهم قدرات معرفية كافية، تمكنهم من معرفة الذات، والتأمل الذاتي التي من شأنها أن تعزز لديهم مستويات أعلى من اليقظة العقلية، وهكذا ظهرت بحوث قليلة نسبياً، ولكنها متنامية تهدف إلى بحث ما إذا كانت اليقظة العقلية لها فوائد صحية ونفسية مهمة في مرحلة المراهقة أيضاً (In Ciesla, Reilly, Dickson, Emanuel & Updegraff, 2012)، وتبين أنها يمكن أن تؤثر بشكل إيجابي في جودة الحياة المُدركة؛ وفي ضوء ما تقدم ولأهمية متغير الفلق الاجتماعي، وإمكانية تأثيره في جودة الحياة المُدركة، جاءت هذه الدراسة للكشف عن دور اليقظة العقلية كمتغير مُعدل للعلاقة بين الفلق الاجتماعي وجودة الحياة المُدركة لدى المراهقين المكفوفين.

مشكلة الدراسة:

يُقدر معدل انتشار الإعاقة البصرية في الدول المتقدمة بما يقرب من ١٠:٢٠ من كل عشرة آلاف حالة، في حين يُقدر في الدول النامية بـ ٣٠:٤٠ من كل عشرة آلاف حالة (Bolat, Dogangun, Yavuz, Demir & Kayaalp, 2011)، والمراهقة هي فترة نمو تتسم بالعديد من التغيرات الهرمونية، والنمو البدني، والعقلي، والانفعالي؛ وقد يعيش المراهقون المعاقون بصرياً مشكلات نفسية وسلوكية شديدة (Parveen & Khan, 2016)؛ حيث يتحتم عليهم التعامل مع مشكلات الإعاقة، وكذلك مع مشكلات مرحلة

المراهقة؛ ومثل هذه المشكلات قد يكون لها تأثير دال في نفسياتهم (Bolat, et al., 2011؛ فقد أشار كل من هيررو Huurre، و آرو Aro، و Huurre& Aro, 2000) إلى أن المراهقين ذوي الإعاقات لديهم خطر متزايد لنمو الاضطرابات النفسية، بسبب الحاجة المستمرة إلى الرعاية الطبية والخدمات التعليمية الخاصة، والخدمات الاجتماعية المتنوعة؛ فضلاً عن استجابات الآخرين تجاههم، والتي يمكن أن تتسبب لهم في معاناة نفسية.

إن القلق الاجتماعي أحد مشكلات الصحة النفسية الشائعة بين المراهقين؛ ووفقاً لنموذج العرض^(١)، فإن القلق الاجتماعي يحدث عندما يريد الفرد تقديم صورة مرغوبة عن ذاته، لكنه يشك في قدرته على ذلك، ومثل هذا الشك ربما يزداد بفعل انخفاض تقدير الذات والخجل الشديد (Russell& Topham, 2012)؛ وبتزايد القلق الاجتماعي في مرحلة المراهقة، نظراً لتزايد التأكيد على استقلالية المراهق في جماعات الأقران والسياقات الاجتماعية، وهو الاضطراب الأكثر انتشاراً بين جميع اضطرابات القلق، وهو أكثر ثالث اضطراب نفسي منتشر بعد الاعتماد النفسي على المواد، واضطرابات الاكتئاب العظمى، وهو أكثر انتشاراً بين الرجال والنساء في جميع الأعمار، ويبدأ في سن مبكرة؛ حيث تبين أن متوسط العمر عند بداية القلق الاجتماعي يتراوح بين ١٠: ١٧ عاماً، وأن ما يقرب من ٣٠: ٥٠٪ من المراهقين يقررون وجود مخاوف اجتماعية (Ranta, Junntila, Laakkonen, Uhmavaara, La Greca& Niemi, 2012) وبذلك فإن القلق الاجتماعي له بداية مبكرة، وعادةً ما يسبق اضطرابات القلق والمزاج الأخرى، ويرتبط باضطرابات بالغة، ويُعطل الفعالية في مجالات العمل والحياة الاجتماعية؛ كما أن البداية المبكرة له تضخم من تأثيره، والذي يشمل ضعف الاندماج الاجتماعي، وزيادة الاضطرابات النفسية المصاحبة، ويفترض النموذج المعرفي للقلق الاجتماعي أنه خلال المواقف الاجتماعية فإنَّ هناك العديد من

(1) Presentation Model

العمليات النفسية التي تصفه، وتشمل الخوف من التقييم السالب، ومعارف لا توافقية عن النفس (مثل عدم الكفاءة الاجتماعية)، والآخرين (مثل الأحكام الناقدة)، والتركيز المُبالغ فيه على الذات، إن المعالجة ذاتية المرجع⁽²⁾ تزيد خلال المواقف الاجتماعية، والأداء لدى الأشخاص ذوي اضطراب القلق الاجتماعي؛ ومثل هذه المعالجة تشوه تفسير الإشارات الاجتماعية، وتحافظ على بقاء المخاوف الاجتماعية؛ الأمر الذي يؤدي إلى قصور في التنظيم المعرفي للانفعالات، والتأثير السلبي في الفعالية الشخصية (Goldin, Ramel & Gross, 2009)، كما يحدث القلق الاجتماعي تأثيراً غير مرغوب فيه في الهوية الشخصية والصحة النفسية، وترتبط شدة القلق الاجتماعي بالعجز في المهارات الاجتماعية، وصعوبات الانتباه، ومشكلات التعليم في المدارس؛ إذ تبين أن نسبة كبيرة ممن يعانون من القلق الاجتماعي يتركون المدرسة قبل الأوان (Russell & Topham, 2012)؛ فالأطفال والمراهقون ذوو اضطراب القلق الاجتماعي، عادةً ما يكونون غير مُلاحَظين ومُهملين في الفصول الدراسية، ولا ينتبه إليهم العاملون في المدارس، إلا عندما يتطور هذا الاضطراب إلى درجة أنهم يرفضون الذهاب إلى المدرسة، وما يزيد الأمر خطورة أن الوالدين عادةً ما يدركون هذا الاضطراب، ويعدونه نوعاً من الخجل، ولا يدركون أن أبناءهم يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي (Kashdan & Herbert, 2001).

كما توجد أدلة توضح أن أعراض القلق الاجتماعي لدى المراهقين تتداخل مع قدرتهم على عمل صداقات، ومع إنجازهم الأكاديمي، وأن سلوك التجنب المرتبط بالقلق الاجتماعي يُصبح أكثر صعوبة خلال المراهقة، ويُسهّم في تضاعف الأعراض حتى تصل لمستوى الاضطراب الإكلينيكي، وهكذا فإن التقييم والتشخيص المبكر للمراهقين ذوي اضطراب القلق الاجتماعي يُعدُّ مهمًّا للغاية (Ranta, et al. 2012)؛ إذ يقرر المراهقون الذين

(2) Self- Referential Processing

يعانون من القلق الاجتماعي وجود درجات دالة من الاكتئاب والأفكار الانتحارية، كما أنهم في خطر متزايد لمشكلات تعاطي المواد، علاوة على تزايد معدلات المشكلات السلوكية، مثل الغياب والهروب من المنزل والعنف والكذب (Inderbitzen-Nolan & Walter, 2000).

إن جودة حياة أولئك الذين يعانون من القلق الاجتماعي تكون مماثلة إلى حدٍ بعيدٍ لهؤلاء الذين يعانون من الاكتئاب الكلينيكي (Edmund, 2013)؛ وإذا كان الأمر كذلك لدى المراهق العادي، فإنه يزداد سوءاً لدى المراهق الكفيف؛ ولذلك فإنَّ تقييم جودة الحياة لدى المراهقين ذوي الإعاقة يمثل أهمية قصوى؛ فالمرافقة هي المرحلة الأساسية للتدخل والتعديل في عادات الحياة، وبغض النظر عن نوع الإعاقة، فإن هذه الفئات تستحق الاهتمام؛ حيث تتشكل هويتهم، ووجود نوعية من الحياة غير المرضية في هذه الفترة يمكن أن يكون له تداعيات خطيرة على مستقبلهم، وهذه هي نقطة البداية لمناقشة نوعية حياة المراهقين المعاقين مع الهدف النهائي المتمثل في التدخل لتحقيق مرافقة أكثر صحة، وعلى الرغم من تزايد الاهتمام ببحث جودة الحياة، فإنَّ دراسات قليلة قد اهتمت بدراستها لدى المراهقين ذوي الإعاقات (Torres, Marinho, De Oliveira & Vieira, 2013).

إن اليقظة العقلية ترتبط بتزايد الصحة النفسية والجسدية، وعلى الرغم من ذلك فإن غالبية الدراسات المعنية باليقظة العقلية أُجريت على عينات من الراشدين، وأغفلت بحثها لدى المراهقين علاوة على ذلك فإن البحوث التي أُجريت على مراهقين قد تناولت اليقظة العقلية كمفهوم أحادي البعد، ولم تهتم ببحث الأبعاد المتعددة لليقظة العقلية، والتي ظهرت من خلال الدراسات على الراشدين (Ciesla, et al., 2012)؛ وبمراجعة الدراسات المعنية بهذا الشأن تبين انخفاض معدلات جودة الحياة المُدركة لدى المراهقين المكفوفين (Huurre & Aro, 2000; Torres, et al., 2013)، وارتفاع معدلات القلق الاجتماعي لديهم (حسين، ٢٠١٠؛ خضير، ٢٠١١)، ووجود ارتباط

سالب ودال بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة (Alkhathami, 2015; Giaquinto, 2014; Hanes, 2016) وببحث اليقظة العقلية عربيًا، وإن وجدت دراسات أجنبية اتفقت في نتائجها على وجود ارتباط موجب بين اليقظة العقلية وجودة الحياة، وارتباط سالب بينها وبين القلق الاجتماعي (Bluth, 2012; Mandal, et al., 2012; Tan, Yang, Ma & Ya, 2016; West, 2008) بشأن اختلاف اليقظة العقلية باختلاف النوع (Peter, Chambers, Mc Grath & Dick, 2013; Rahman, 2015; Tan & Martin, 2012) وفي ضوء ما تقدم ولندرة الدراسات السابقة، وتباين نتائجها تركزت أهداف هذه الدراسة في الكشف عن الفروق بين المراهقين المكفوفين والمراهقين المبصرين، وكذلك بين الذكور والإناث من المراهقين المكفوفين في اليقظة العقلية، إضافة إلى معرفة دور اليقظة العقلية كمتغير معدل لقوة العلاقة بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة المدركة لدى المراهقين المكفوفين.

ولتحقيق هذه الأهداف صيغت أسئلة الدراسة على النحو التالي:

- ١- إلى أي مدى توجد فروق بين متوسطي درجات المراهقين المكفوفين والمبصرين على مقياس اليقظة العقلية؟
- ٢- إلى أي مدى توجد فروق بين متوسطي درجات المراهقين المكفوفين الذكور والإناث على مقياس اليقظة العقلية؟
- ٣- إلى أي مدى تعدل درجات اليقظة العقلية من قوة العلاقة بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة المدركة لدى عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين؟

أهمية الدراسة: تستمد هذه الدراسة أهميتها من الاعتبارات التالية:

١. أهمية المجال البحثي الذي يساير الاتجاهات المعاصرة في الاهتمام بموضوعات علم النفس الإيجابي؛ ذلك المجال الحديث نسبيًا، والذي يحتاج المزيد من الإثراء البحثي والنظري.

٢. أهمية المتغيرات؛ إذ يمثل متغير اليقظة العقلية أحد متغيرات علم النفس الإيجابي التي تسهم في الارتقاء بالصحة النفسية، وتؤثر في مختلف جوانب الحياة، فضلاً عن أهمية متغير جودة الحياة والذي يمثل الارتقاء به الغاية التي يسعى إليها جميع البشر على اختلاف توجهاتهم، يُضاف إلى ما سبق متغير القلق الاجتماعي، وما ينطوي عليه من مخاطر تؤثر في جودة الحياة خاصة لدى فئة المراهقين المكفوفين.
٣. حداثة البحث في متغير اليقظة العقلية عالمياً، وندرته عربياً لدى المراهقين، وخاصةً من ذوي الاحتياجات الخاصة، على الرغم من إثبات الدراسات التي اهتمت ببحثه لأهميته في تحقيق الهناء الشخصي، والارتقاء بالصحة النفسية.
٤. أهمية العينة؛ إذ يمثل المكفوفون أحد فئات ذوي الاحتياجات الخاصة التي تستوجب البحث والاهتمام والرعاية؛ لما تنطوي عليه هذه الإعاقة من تداعيات قد تنأى بهؤلاء الأفراد عن الاستمتاع بحياتهم، فضلاً عن تحقيق أهدافهم، والارتقاء بذاتهم.
٥. أهمية المرحلة العمرية؛ حيث تمثل المراهقة فترة انتقالية مهمة من الطفولة، وما تتسم به من اعتمادية، إلى الرشد وما يتطلبه من استقلالية؛ وخاصةً لدى فئة من ذوي الاحتياجات الخاصة وهم المكفوفين.
٦. أهمية تطبيقية: في ضوء ما تسفر عنه هذه الدراسة من نتائج يمكن تصميم برامج إرشادية وعلاجية لتنمية كل من اليقظة العقلية وجودة الحياة، فضلاً عن خفض القلق الاجتماعي بما يسهم في الارتقاء بنوعية حياة المكفوفين.
٧. تصميم مقياسين لتقدير كل من اليقظة العقلية، وجودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين؛ الأمر الذي قد يسهم في إثراء مكتبة القياس النفسي بمقاييس جديدة تناسب هذه الفئة.

مصطلحات الدراسة ومفاهيمها؛ تظلع هذه الدراسة بتناول المفاهيم

التالية:

١. اليقظة العقلية^(٣): على الرغم من وجود اتفاق على أن اليقظة العقلية تمثل سمة صحية، فإن هناك اتفاقاً أقل بشأن كيفية تعريفها؛ فالبعض ينظر إليها على أنها سمة، والبعض الآخر يعدها مجموعة مهارات يمكن تحسينها، وينظر إليها بعض ثالث على أنها انتباه هادف، ووعي بالحاضر، ويرى آخرون أنها بناء متعدد الأبعاد (Ciesla, et al., 2012)؛ وأياً كان تصور العلماء لهذا المفهوم، فإن هناك عدداً لا بأس من التعريفات منها تعريف كل من براون Brown وراين Ryan (Brown & Ryan, 2003) بأنها "الحالة التي يكون فيها الفرد منتهبها وواعياً لما يحدث في الحاضر" (In West, 2008)، كما أنها تعني أن "يركز الفرد انتباهه دون إصدار حكم، ومع قبول التجربة التي تحدث في اللحظة الراهنة" (Baer, Smith & Allen, 2004)، ويضيف (West, 2008) أنها "الملاحظة المنتبهة وغير المتحيزة لأي ظاهرة، من أجل إدراك وخبرة ما هي عليه حقاً بطريقة خالية من أي تشويه عاطفي أو معرفي"، كما أنها "ملاحظة غير تقييمية للمثيرات الداخلية والخارجية كما تحدث بالفعل، وتتضمن اليقظة العقلية مكونين أساسيين هما: التنظيم الذاتي للانتباه، ويعني القدرة على الاحتفاظ بالانتباه للخبرة الراهنة وجوانبها المختلفة، والثاني تبني اتجاه متطلع، ومُنفتح، ومُتقبل لكل المثيرات الخارجية والداخلية" (Norton, et al., 2015)، وفي الثقافة العربية يعرفها عبد الرحمن (٢٠١٦) بأنها "وعي الفرد وتركيز انتباهه في هنا والآن، والحضور بشكل هادئ في اللحظة الحاضرة، ومراقبة ومعايشة الخبرات فيها كما هي، ومقاومة الأحكام العقلية".

ولعله من المفيد أن نُميز بين اليقظة العقلية كنتيجة^(٤) -وهو ما يمثل

(3) Mindfulness

(4) Outcome

محور اهتمام هذه الدراسة- وكعملية^(٥)؛ فاليقظة العقلية كنتيجة هي حالة أو سمة يحاول فيها الفرد أن يُصبح أكثر وعيًا وانتباهًا للحظة الراهنة، وهذا قد يتطلب صفات مُحددة مثل التقبل أو القدرة على وصف الخبرة الداخلية في اللحظة الراهنة، وعلى النقيض فإنَّ اليقظة العقلية كعملية تشير إلى الممارسة المنتظمة، والتي عادةً ما تكون يومية، وفيها يُخصص الفرد فترة من الوقت للاندماج في ممارسة الوعي والانتباه، ويُشار إليها في بعض الأحيان بالتأمل^(٦)، كما أنَّها قد تتضمن حركات واعية (مثل الوعي بالتنفس، وممارسة اليوجا)، والوعي بالجسد (Bluth, 2012). وخلاصة ما سبق عرضه فإنَّه يمكن تعريف اليقظة العقلية- في إطار هذه الدراسة - نظريًا بأنها "عملية تنظيم الانتباه الواعي للخبرة التي تحدث في اللحظة الراهنة، والانفتاح عليها بفضول وتقبل دون إصدار أحكام، ودون توحد معها، وما يتطلبه ذلك من تنظيم ذاتي وفهم مُستبصر ومرونة"، كما يمكن تعريفها إجرائيًا بأنَّها "الوعي الناشئ عن توجيه الانتباه للخبرة التي تحدث في اللحظة الراهنة، وملاحظتها ووصفها، وتقبلها دون أحكام أو تقييم، وذلك كما تعكسها الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس اليقظة العقلية المُعد في هذه الدراسة".

٢. القلق الاجتماعي^(٧): يُعرف في قاموس American Psychological Association (Vanden Bos, 2007:862) بأنه "الخوف من المواقف الاجتماعية-مثل عمل محادثة، مقابلة غرباء والتعارف عليهم- حيث إمكانية حدوث مشكلات أو التقييم السلبي من قبل الآخرين، وينطوي القلق الاجتماعي على مخاوف تتعلق بالوضع الاجتماعي للفرد، ودوره وسلوكه"، وهو "اضطراب يتسم بالخوف الشديد من الإحراج والإهانة

(5) Process

(6) Mediation

(7) Social Anxiety

والتقييم السلبي من قبل الآخرين في المواقف الاجتماعية، والميل إلى تجنب المواقف التي تُثيرُ الخوف (Kashdan & Herbert, 2001)، ويُضيف جولدين Goldin وآخرون (Goldin, et al, 2009) أنه "حالة شائعة ومنكررة ومُنهكة تنسم بالخوف الشديد من التقييم في المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء"، ويمكن تعريفه نظرياً في هذه الدراسة بأنه "اضطراب يتسم بالخوف من المواقف الاجتماعية؛ حيث إمكانية التقييم السلبي للفرد من قبل الآخرين، وما ينطوي عليه من تجنب المواجهة الاجتماعية، وتجنب التواصل مع الآخرين، فضلاً عن وجود أعراض نفسية مصاحبة"، أمّا التعريف الإجرائي فتعتمد هذه الدراسة على تعريف البيلاوي (٢٠٠٢) للقلق الاجتماعي بأنه "تجنب المراهق الكفيف للمواقف الاجتماعية، والإخفاق في الاشتراك في المواجهات الاجتماعية، والشعور بعدم الارتياح خلال التواصل مع الآخرين، مع ظهور ردود فعل مختلفة تتضمن استجابات فسيولوجية وسلوكية ومعرفية وانفعالية؛ وذلك لأنه التعريف الذي اعتمد عليه مقياسه للقلق الاجتماعي، والذي تم استخدامه في هذه الدراسة.

٣. جودة الحياة المُدرَكة^(٨): يرى عز الدين (٢٠٠٥) أنها "تتمثل في درجة رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تُقدم لأفراد المجتمع، وإدراك هؤلاء الأفراد لقدرة تلك الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة"، كما تُعرّف بأنها "شعور الفرد بالرضا والسعادة، وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة، ورقي الخدمات التي تُقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية، والنفسية مع حسن إدارته للوقت، والاستفادة منه" (منسي، ومهدي، ٢٠٠٦)، كما أنها تعني "أن يعيش الفرد في حالة جيدة متمتعاً بصحة بدنية، وعقلية، وانفعالية على درجة من القبول والرضا، وأن يكون قوي الإرادة، صامداً أمام الضغوط التي

(8) Perceived Quality of Life

تواجهه، ذو كفاءة ذاتية واجتماعية عالية، راضياً عن واجباته الأسرية والمهنية، والمجتمعية، مُحققاً لحاجاته وطموحاته، واثقاً من نفسه غير مغرور ومقدراً لذاته، ما يجعله يعيش شعور السعادة" (شقيير، ٢٠٠٩). وفي إطار هذه الدراسة يمكن تعريف جودة الحياة المُدرَكة نظرياً بأنها "إدراك الفرد لوضعه في المجالات الحياتية المختلفة في إطار النسق القيمي والثقافي الذي يعيش فيه، وعلاقة ذلك بأهدافه وتوقعاته ومستوى طموحه"، وإجراءياً بأنها "درجة شعور الفرد بالرضا والسعادة نتيجة إشباع احتياجاته في المجالات الصحية والاجتماعية والانفعالية والمعرفية والمادية، وذلك كما تعكسه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس جودة الحياة المُعد في هذه الدراسة".

٤. **المراهقون المكفوفون**^(٩): الشخص الكفيف هو "الذي لا تزيد قوة إبصاره عن (٢٠/٢٠٠٠) بعد التصحيح"، كما أنه "الفرد الذي لا يستطيع أن يجد طريقه دون قيادة في بيئة غير معروفة لديه، ومن كانت قدرته على الإبصار عديمة القيمة اقتصادياً"، ويُعرف تربوياً بأنه "الشخص الذي لا يستطيع القراءة والكتابة إلا بطريقة برايل" (أحمد، ٢٠٠٥: ١٥١-١٥٢) ويمكن تعريف المراهقين المكفوفين إجراءً في هذه الدراسة بأنهم "عينة الدراسة ممن ولدوا دون إبصار أو فقدوا إبصارهم بعد الولادة، وقبل بلوغهم عمر خمس سنوات، ولا تزيد قوة إبصارهم عن (٢٠/٢٠٠)، وتتراوح أعمارهم ما بين (١٣: ١٧) عاماً".

الدراسات السابقة، نعرض فيما يلي لعددٍ من الدراسات المعنية بمتغيرات هذه الدراسة على النحو التالي:

فيما يتعلق باليقظة العقلية لدى المراهقين المكفوفين؛ تبين نُدرَة

الدراسات عبر هذا المحور -في حدود اطلاع الباحثة-؛ وإن وجدت دراسات عديدة اهتمت ببحث اليقظة العقلية لدى المراهقين المبصرين في علاقتها

(9) Blind Adolescents

بمتغيرات أخرى، فضلاً عن اختلافها باختلاف النوع؛ ومنها دراسة تان ومارتن (Tan & Martin, 2012) التي سعت إلى التعرف على العلاقة بين اليقظة العقلية، وكل من القلق والاكتئاب والإحساس بالضغط، والجمود المعرفي، إضافةً إلى بحث الفروق بين الذكور والإناث في اليقظة العقلية؛ وذلك لدى عينة قوامها ٩٣ مراهقاً، تراوحت أعمارهم بين ١٣ : ١٨ عاماً، وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط سالب ودال إحصائياً بين اليقظة العقلية، والمتغيرات سالفة الذكر، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في اليقظة العقلية.

وعلى نقيض النتائج السابقة جاءت دراسة بيتر وآخرين (Petter, et al, 2013) التي سعت إلى بحث الفروق بين الذكور والإناث من المراهقين في اليقظة العقلية؛ حيث استجاب ١٩٨ مراهقاً (٦٦ ذكراً، و١٣٣ أنثى؛ متوسط أعمارهم ١٥,٩٩ عاماً) على مقياس سمة اليقظة العقلية، وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً في اليقظة العقلية تجاه الذكور.

وتحقيقاً لنفس الهدف السابق، طبق رحمن (Rahman, 2015) مقياس اليقظة العقلية (-The mindful attention & awareness scale- MAAS, 2005) على عينة قوامها (١٠٤:٥٢ ذكور، ومثلهم إناث) من المراهقين الهنود، وتوصل إلى عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في اليقظة العقلية.

أماً عن القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين؛ فجاءت دراسة محمد (٢٠١٠) لبحث تقدير الذات وعلاقته بالقلق الاجتماعي وقلق المستقبل لدى المراهقين المكفوفين بالمرحلة الثانوية بالمملكة العربية السعودية (ن = ١٢٠ : ٦٠ مكفوفين، و ٦٠ عابدين) الذين تتراوح أعمارهم بين ١٦ : ١٩ عاماً، وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات تقدير الذات لدى المراهقين المكفوفين والمبصرين في اتجاه المبصرين، فضلاً عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القلق الاجتماعي وقلق المستقبل لدى المراهقين المكفوفين والمبصرين في اتجاه المكفوفين، كما

وُجد ارتباط سالب ودال بين تقدير الذات وكل من القلق الاجتماعي وقلق المستقبل لدى المراهقين المكفوفين.

كما سعت أسماء **خضير** (٢٠١١) إلى التعرف على العلاقة بين القلق الاجتماعي ومتغيرات (تقدير الذات والمساندة الاجتماعية ومعنى الحياة) لدى المراهقين المعاقين بصرياً (ن=٣٠) ممن تتراوح أعمارهم بين (١٣: ٢٠) عاماً، وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط سالب ودال بين معنى الحياة والقلق الاجتماعي، كما اتضح ارتفاع القلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة.

ولبحث مستويات القلق والاكتئاب لدى عينة من المراهقين كفيفي البصر ولادياً بإسطنبول، طبق بولات وآخرون (Bolat, et al., 2011) مقاييس بيك للاكتئاب، بيرس هاريس لمفهوم الذات، سيبيلرجر لحالة وسمة القلق على عينة قوامها (٤٠) مراهقاً كفيفاً، و(٤٠) مراهقاً مُبصرًا متكافئين في العمر والنوع، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، تراوحت أعمارهم بين ١١: ١٤ عاماً بمتوسط ١٢,٨٢ عام، وتوصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في الاكتئاب ومفهوم الذات، في حين وُجدت فروق دالة إحصائية بينهما في متغير القلق تجاه المكفوفين.

سعت أيضاً **زينب سيد** (٢٠١٤) إلى التعرف على علاقة القلق الاجتماعي بكل من قوة الأنا، وتقدير الذات، والسلوك التوكيدي، والسمات السوية، وغير السوية لدى عينة من المراهقين المعاقين بصرياً (ن= ٣٠)، تراوحت أعمارهم بين ١٣: ١٧ عاماً من معهد النور للمكفوفين بقنا، وتوصلت إلى وجود ارتباط سالب ودال إحصائياً بين القلق الاجتماعي، وكل من قوة الأنا وتقدير الذات، والسلوك التوكيدي.

كما بحث **بوفانسويري** (Bhuvanewari, et al., 2016) المشكلات النفسية والنفس فسيولوجية لدى المراهقين المعاقين بصرياً (ن= ٧١: ١٥٠ منهم ذكور، تراوحت أعمارهم بين ١٣: ١٩ عاماً) من خمس مدارس بالهند، طُبّق عليهم مقاييس تايلور للقلق، والإحباط والعدوان، والتوافق، وأسفرت

النتائج عن وجود ارتباط موجب ودال بين القلق وكل من الإحباط والعدوان، علاوة على أن القلق يؤثر سلباً في التوافق الشخصي والاجتماعي.

وبالنسبة لجودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين، فقد هدف كل من

هاري وأرو (Huurre& Aro, 2000) إلى بحث جودة الحياة النفسية لدى المراهقين الفنلنديين المعاقين بصرياً (ن = 115)، ومقارنتهم بـ (44) مراهقاً ذوي حالات مزمنة (إعاقات سمعية وبصرية وتأخر عقلي)، و(607) مراهقاً عادياً، وأسفرت النتائج عن أن المراهقين المعاقين بصرياً خاصة العميان تماماً، كان لديهم المزيد من الصعوبات في العلاقات الاجتماعية مع الأصدقاء، مقارنةً بالمجموعتين الباقيتين، ولديهم مشكلات نفسية أقل مقارنةً بالمراهقين ذوي الأمراض المزمنة.

كما هدف أيديمير (Aydemir, 2009) إلى بحث العوامل المُنبئة بالرضا عن الحياة لدى عينةٍ من المعاقين بصرياً (ن = 138) بأنقرة، تراوحت أعمارهم بين 11: 22 عاماً، بمتوسط 14,38 عاماً، طُبّق عليهم مقياسي الرضا عن الحياة (Huebner, 1994) والمساندة الاجتماعية المُدرّكة، وأوضحت النتائج أن المساندة الأسرية المُدرّكة تتنبأ بشكلٍ دال بالرضا عن الحياة.

ولبحث إدراك المراهقين المعاقين بصرياً وسمعيّاً لجودة حياتهم، طبق كل من توريس وآخرين (Torres, et al., 2013) مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة على عينة من المراهقين (ن = 402: 88,1٪ منهم معاقين سمعيّاً، 11,9٪ معاقين بصريّاً)، تراوحت أعمارهم بين 10: 19 عاماً، وأشارت النتائج إلى أن الإدراك العام لجودة الحياة كان أعلى لدى المراهقين المعاقين بصريّاً مقارنةً بالمعاقين سمعيّاً، وكان المكون البيئي من مكونات جودة الحياة هو الأكثر انخفاضاً لدى المعاقين بصريّاً في حين كان المكون النفسي هو الأعلى لدى المعاقين سمعيّاً.

وفي سياق متصل هدف كورستاني ودانيشفار وروستي

(Kordestani, Danesshfar & Roustae, 2014) لمقارنة جودة الحياة والمهارات الاجتماعية بين التلاميذ المعاقين بصرياً (مكفوفين ومبصرين جزئياً) والعاديين بالمدارس الثانوية بطهران، تضمنت كل مجموعة أربعين تلميذاً، تراوحت أعمارهم بين ١٥ : ١٨ عاماً؛ وانتهت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين المعاقين بصرياً والعاديين في جودة الحياة والسلوك الاجتماعي الإيجابي تجاه العاديين، ولم توجد فروق دالة إحصائياً بين المكفوفين والمبصرين جزئياً في جودة الحياة والسلوك الاجتماعي الإيجابي.

أما دراسة رزق (٢٠١٥) فسعت إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الذكاء الوجداني، باستخدام البرمجة اللغوية العصبية في تحسين الشعور بجودة الحياة لدى عينة من المرهقات المعاقات بصرياً، تراوحت أعمارهن بين (١٦ : ١٨) عاماً، وطُبقت عليهن أدوات منها: مقياس الشعور بجودة الحياة للمراهقات المعاقات بصرياً، وبرنامج تنمية الذكاء الوجداني، وأسفرت النتائج عن فعالية البرنامج التدريبي في تنمية الذكاء الوجداني، وتحسين جودة الحياة لديهن.

وعن اليقظة العقلية والقلق الاجتماعي لدى المراهقين؛ درس راسوزين وبايدجن (Rasussen, Pidgeon, 2011) العلاقة بين اليقظة العقلية، وتقدير الذات والقلق الاجتماعي لدى عينة من الطلبة الأستراليين (ن = ٢٠٥) طبق عليهم مقياس منها اليقظة العقلية MAAS، وقلق التفاعل الاجتماعي، وأشارت النتائج إلى أن اليقظة العقلية تتنبأ بالمعدلات المرتفعة من تقدير الذات، والمنخفضة من القلق الاجتماعي، وأن تقدير الذات يتوسط جزئياً العلاقة بين اليقظة العقلية والقلق الاجتماعي.

كما طبق إيmonds (2013) مقياسي بيك للقلق والقلق الاجتماعي، وبرنامج مكون من ثمانية جلسات لتنمية اليقظة العقلية، بهدف خفض القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقين، وأسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج في خفض القلق الاجتماعي.

أما دراسة جيننج وجيننج (Jenning & Jenning, 2013) فبحثت تأثير تدريبات اليقظة العقلية على المراهقين (ن = 3 إناث، 5 ذكور) ممن تتراوح أعمارهم بين 17: 18 عاماً، وتوصلت إلى فاعلية التدريب في خفض القلق العام بمعدل 30٪، والقلق الاجتماعي بمعدل 9٪.

أما دراسة تان ولو وجي، وشو (Tan, Lo, Ge & Chu, 2016) فبحثت تقدير الذات كمتغير وسيط في العلاقة بين اليقظة العقلية والقلق الاجتماعي لدى المراهقين الصينيين (ن = 508: 64٪ منهم إناث)، طُبّق عليهم مقياس تقدير الذات لروزنبرج، واليقظة العقلية (MAAS) والتفاعلات القلقة، وبينت النتائج أن القلق الاجتماعي يرتبط سلباً بكل من اليقظة العقلية وتقدير الذات، وأن تقدير الذات يتوسط العلاقة جزئياً بين اليقظة العقلية والقلق الاجتماعي.

أما عن اليقظة العقلية وجودة الحياة لدى المراهقين؛ فجاءت دراسة

ويست (West, 2008) بهدف التحقق من الكفاءة السيكومترية لأربعة مقياس لليقظة العقلية على عينات من المراهقين (ن = 610: تراوحت أعمارهم بين 14: 19 عاماً بمتوسط 16,75 عاماً) بالمدارس العليا بولاية كنتاكي (Kentucky Inventory of mindfulness skills, استجابوا على مقياس KIMS, Five factors mindfulness questionnaire, FFMQ, The mindful attention & awareness scale, MAAS & the mindful Thinking & action Scale for adolescents. MTASA)، وأسفرت النتائج عن أن هذه المقياس تتمتع بكفاءة سيكومترية عالية، فضلاً عن ارتباط نتائج هذه المقياس الأربعة بشكل دال بمقياس الرضا عن الحياة والسعادة، والمزاج الإيجابي، والسلبى، وتعاطي المواد، ومقياس سمات الشخصية الخمس الكبرى للمراهقين.

كما هدفت دراسة بلوث (Bluth, 2012) إلى بحث الدور الوسيط للرحمة بالذات في العلاقة بين اليقظة العقلية والرفاهة الذاتية لدى عينة من المراهقين (ن = 67: 41,8٪ منهم ذكوراً) في الصفوف من التاسع إلى الثاني عشر تراوحت أعمارهم بين 14: 18 عاماً، وطُبّق عليهم مقياس اليقظة

العقلية^(١٠) للأطفال والمراهقين (CAMM, Greco, et al., 2011)، ومقياس المزاج الإيجابي والسلبي والرحمة بالذات والرضا عن الحياة والضغط المُدركة، وبينت النتائج أن الرحمة بالذات تتوسط العلاقة بين اليقظة العقلية، وكل من المزاج السلبي، والضغط المُدركة، لكنها لا تتوسط العلاقة بين اليقظة العقلية، وكل من المزاج الإيجابي، والرضا عن الحياة، وأن اليقظة العقلية تتوسط العلاقة بين الرحمة بالذات، وكل من المزاج السلبي، والرضا عن الحياة، والضغط المُدركة، لكنها لا تتوسط العلاقة بين الرحمة بالذات والمزاج الإيجابي.

وفي سياق متصل سعى ماندال وآخرون (Mandal, et al., 2012) إلى بحث الدور الوسيط للوجدان الإيجابي والسلبي في العلاقة بين اليقظة العقلية (المكونات والدرجة الكلية)، والصحة النفسية لدى عينة (ن = ١٠٠، ٥٢ ذكراً، ٤٨ أنثى) تراوحت أعمارهم بين ٢٠: ٢٣ عاماً، طُبقت عليهم مقاييس منها اليقظة العقلية (The Five Facet Mindfulness Questionnaire; FFMQ, Baer, et al., 2004)، وبينت النتائج وجود ارتباط إيجابي دال بين اليقظة العقلية والوجدان الإيجابي، وارتباط سلبي ودال بينها، وبين الوجدان السلبي والمرض النفسي والضغط، وأن الوجدان السلبي، وليس الإيجابي هو الذي يتوسط العلاقة بين اليقظة العقلية والمرض النفسي.

أمّا دراسة **ينج** (Yeung, 2013) فبحثت العلاقة بين اليقظة العقلية والصحة النفسية لدى عينة (ن = ١١١: ٧٣٪ منهم إناث) من الطلبة بهونج كونج، تراوحت أعمارهم بين ١٨: ٢٣ عاماً، استجابوا على مقاييس اليقظة العقلية (MAAS)، والقلق والاكتئاب والرضا عن الحياة والتشوية المعرفي، وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط سالب ودال بين اليقظة العقلية، وكل من القلق والاكتئاب، وارتباط موجب بينها وبين الرضا عن الحياة، كما توسط التشوية المعرفي العلاقة بين اليقظة العقلية، وكل من القلق والاكتئاب، في

(10) The children & adolescents mindfulness measure

حين لم يتوسط العلاقة بين اليقظة العقلية والرضا عن الحياة.

كما بحث تان، ويونج، وما، ويا (Tan, Yang, Ma & Ya, 2016) الدور الوسيط لتقييم الذات في العلاقة بين اليقظة العقلية والرضا عن الحياة لدى المراهقين الصينيين (ن = ٤٣٦ : ٥٤٪ منهم إناث)، ممن تراوحت أعمارهم بين ١٥ : ١٧ عامًا بمتوسط ١٦,٨٦ عامًا، طبق عليهم مقاييس (MAAS) وتقييم الذات، والرضا عن الحياة، وتوصلت النتائج إلى وجود ارتباط موجب بين الرضا عن الحياة، وكل من اليقظة العقلية، وتقييم الذات الإيجابي، وأن تقييم الذات يتوسط جزئيًا العلاقة بين اليقظة العقلية والرضا عن الحياة، وتفترض هذه النتائج أن زيادة اليقظة العقلية من شأنها أن تعزز من الرفاهة لدى المراهقين.

بحثت دراسة اكس، وكى وليو، وووانج، ودينج (Xu, Qei, Liu, Wang & Ding, 2016) الدور الوسيط والمعدل لتقبل الذات والتسامح في العلاقة بين اليقظة العقلية والرفاهة الذاتية لدى عينة قوامها (٣٠١ : ١٣٠ منهم ذكور) من طلبة الجامعة ببيكين، تراوحت أعمارهم بين ١٨ : ٣٤ عامًا، استجابوا على مقاييس منها اليقظة العقلية (FFMQ, Baer, et al., 2004)، وأسفرت النتائج عن أن تقبل الذات فقط هو الذي يتوسط العلاقة الموجبة بين اليقظة العقلية والرفاهة الذاتية.

وأخيرًا القلق الاجتماعي وجودة الحياة لدى المراهقين؛ هدفت

دراسة جياكنتو (Giaquinto, 2014) إلى بحث العلاقة بين جودة الحياة، وكل من اليقظة العقلية، وحل المشكلات الاجتماعية لدى عينة من المراهقين (ن = ٤٠) الذاتيين، وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط موجب ودال بين اليقظة العقلية، وحل المشكلات الاجتماعية، وجودة الحياة بمكوناتها النفسية والجسدية والبيئية والاجتماعية، وارتباط سالب ودال بينها وبين القلق الاجتماعي.

ولبحث العلاقة بين القلق الاجتماعي، وجودة الحياة لدى المراهقين

بالمملكة العربية السعودية والمملكة المتحدة، طبق الخاثامي (Alkhathami, 2015) مقاييس: القلق الاجتماعي للمراهقين، وقلق التفاعل الاجتماعي، ومنظمة الصحة العالمية لجودة الحياة على عينة قوامها (ن = ٥٦٤ : ٢٧٣ ذكراً، ٢٩١ أنثاً) تراوحت أعمارهم بين ١٢ : ١٩ عاماً، وتوصلت النتائج إلى عدم وجود فروق في متغير القلق الاجتماعي تُعزى إلى النوع، كما وُجد ارتباطٍ سالبٍ دالٍ إحصائياً بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة.

ودعمًا للنتائج السابقة بحث هانس (Hanes, 2016) العلاقة بين القلق الاجتماعي وجوانب جودة الحياة لدى عينة من الطلاب (ن = ١١٩ : ٥٤٪ منهم إناث)، تراوحت أعمارهم بين ١٨ : ٢٤ عاماً بولاية ميتشجن، استجابوا على مقياسي القلق الاجتماعي، ومنظمة الصحة العالمية لجودة الحياة، وخلصت النتائج إلى وجود ارتباط سالب ودال بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة بجوانبها المختلفة (الصحة البدنية، والنفسية، العلاقات الاجتماعية، البيئة).

تعقيب عام على الدراسات السابقة، من خلال استقراء وتحليل الدراسات السابقة نخلص إلى ما يلي:

١. نُدرّة الدراسات التي هدفت بحث اليقظة العقلية لدى المراهقين بوجهٍ عام، والمراهقين المعاقين بصرياً على وجه التحديد، سواء على صعيد البحث الأجنبي أم العربي.

٢. عدم وجود دراسات عربية -في حدود اطلاع الباحثة- اهتمت ببحث العلاقة بين متغيرات الدراسة.

٣. نُدرّة الدراسات التي اهتمت ببحث تأثير المتغيرات الديموجرافية في اليقظة العقلية.

٤. تباينت نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بدلالة الفروق بين الذكور والإناث في اليقظة العقلية؛ فبينما أشارت نتائج دراستي (Rahman, 2015; Tan & Martin, 2012) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور

- والإناث في اليقظة العقلية، نجد دراسة (Peter, et al., 2013) توضح وجود فروق دالة إحصائية بينهما تجاه الذكور.
٥. اتفقت نتائج الدراسات السابقة بشأن:
- أ. ارتفاع معدلات القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين مقارنةً بالمُبصرين (حسين، ٢٠١٠؛ خضير، ٢٠١١؛ Bolat, et al., 2011؛ وأنه يؤثر سلباً في العديد من المتغيرات مثل التوافق الشخصي والاجتماعي، وتقدير الذات (Bhuvanewari, et al., 2016).
- ب. انخفاض معدلات جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين مقارنةً بالمُبصرين (Huurre& Aro, 2000; Kordestani, et al., 2014; Torres, et al., 2013).
- ج. وجود ارتباط سالب ودال إحصائياً بين اليقظة العقلية والقلق الاجتماعي لدى المراهقين (Rasussen& Pidgeon, 2011; Tan, et al., 2016).
- د. وجود ارتباط موجب ودال إحصائياً بين اليقظة العقلية وجودة الحياة (Bluth, 2012; Mandal, et al., 2012; Tan, et al., 2016; West, 2008).
- هـ. وجود ارتباط سالب ودال إحصائياً بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة لدى المراهقين (Alkhatami, 2015; Giaquinto, 2014; Hanes, 2016).
٦. وفيما يتعلق بالأدوات التي اعتمدت عليها الدراسات السابقة لتقدير اليقظة العقلية؛ نجد أن غالبيتها قد استخدمت مقاييس للراشدين بعد التحقق من كفاءتها على عينات من المراهقين؛ وذلك نظراً لندرة الدراسات التي اهتمت ببحث اليقظة العقلية لدى المراهقين، وقد اعتمدت غالبية الدراسات السابقة على مقياسي (MAAS; FFMQ).
٧. أمّا عن أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة فتمثلت في اختيار العينة؛ حيث تضمنت مراهقين مكفوفين وعاديين، ذكوراً وإناثاً، كما ظهرت أوجه

الاستفادة في استخلاص المفاهيم الإجرائية، وطرح الفروض في ضوء ما أسفرت عنه الدراسات السابقة من قضايا اتفاق واختلاف، وإعداد أدوات الدراسة، فضلاً عما يمكن استخلاصه من تعزيزات للنتائج عند مناقشتها لاحقاً.

٨. وفيما يتعلق بالجديد الذي تُضيفه هذه الدراسة؛ فإنها تحمل بعض الإضافات التي تشكل أيضاً مبررات بحثية تتمثل في:

أ. عدم وجود دراسة عربية -في حدود اطلاع الباحثة- اهتمت ببحث دور اليقظة العقلية كمتغير مُعدل لقوة العلاقة بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة المُدرّكة لدى المراهقين المكفوفين.

ب. محاولة الإسهام في إثراء مكتبة القياس النفسي، من خلال إعداد مقياسين لتقدير اليقظة العقلية وجودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين.

فروض الدراسة: في ضوء نتائج الدراسات السابقة، والأطر النظرية المختلفة، فإن هذه الدراسة تسعى إلى التحقق من الفروض التالية:

١. توجد فروق بين متوسطي درجات المراهقين المكفوفين والمُبصرين على مقياس اليقظة العقلية في اتجاه المراهقين المُبصرين.

٢. لا توجد فروق بين متوسطي درجات المراهقين المكفوفين الذكور والإناث على مقياس اليقظة العقلية.

٣. تُعدّل درجات اليقظة العقلية من قوة العلاقة بين القلق الاجتماعي، وجودة الحياة المُدرّكة لدى عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين.

منهج وإجراءات الدراسة:

أولاً **منهج الدراسة:** اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المُقارن للكشف عن الفروق بين المراهقين المكفوفين والمُبصرين، وكذلك بين الذكور والإناث من المراهقين المكفوفين في اليقظة العقلية؛ فضلاً عن المنهج الوصفي الارتباطي لبحث دور اليقظة العقلية كمتغير مُعدل لقوة العلاقة بين القلق الاجتماعي، وجودة الحياة المُدرّكة لدى المراهقين المكفوفين.

ثانياً إجراءات الدراسة وتشمل:

١. عينة الدراسة؛ تضمنت مجموعتين فرعيتين على النحو التالي:
 - أولاً: مجموعة المراهقين المكفوفين: وتضمنت (٦٦: ٣٠ ذكرًا، ٣٦ أنثى) مراهقًا، تراوحت أعمارهم بين ١٣: ١٧ عامًا بمتوسط (١٥,٤١)، وانحراف معياري (١,٤٤)، وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية من مدرستي النور بحمامات القبة -إدارة الزيتون التعليمية- بمحافظة القاهرة، والنور للمكفوفين -إدارة الدقي التعليمية- بمحافظة الجيزة، ورُوعي عند اختيار العينة أن تضم ذكورًا وإناثًا، وألا يعاني أفرادها من أي إعاقة أخرى باستثناء كف البصر، وقد جاء اختيار عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين لمبررات عدة أهمها:
 - أ. إن المراهقة هي مرحلة نمو مهمة؛ ففيها يتعرض المراهقون لمشكلات تتعلق بالصحة النفسية لديهم (Tan, et al., 2016)، وتزداد حدة هذه المشكلات في حالة وجود إعاقات؛ كالإعاقة البصرية.
 - ب. إن بحث متغير اليقظة العقلية لدى المراهقين يُعد مطلوبًا بشكل ملح، ويوجد عدد قليل جدًا من الدراسات التي اهتمت به لدى هذه المرحلة النمائية (Ciesla, et al., 2012).
 - ج. توجد أدلة متزايدة توضح أنه على النقيض من غالبية اضطرابات القلق والمزاج الأخرى، فإن اضطراب القلق الاجتماعي يحدث في سن مبكرة نسبيًا؛ حيث يُقدر متوسط العمر الذي يبدأ فيه بـ ١٥,٥ عامًا (Kashdan & Herbert, 2001).
 - د. كما تشير نتائج البحوث الحديثة إلى أن اضطراب القلق الاجتماعي شائع جدًا بين الأطفال والمراهقين؛ لما تتضمنه مرحلة المراهقة من عوامل لها تأثير كبير في مستوى هذا الاضطراب؛ كالتغيرات الجسمية، وعدم الرضا عن صورته الجسم، والحساسية الزائدة للانتقاد، والخوف من التقييم السلبي، والمعتقدات الخاطئة التي يتبناها المراهق (سيد، ٢٠١٤)، كما ساعد على انتشاره التكنولوجيا الحديثة التي عزلت الفرد

عن الآخرين، وقللت فرص التفاعل الاجتماعي فيما بينهم (عبد الفتاح، ٢٠١٢)، وعلى الرغم من ذلك فإن غالبية الدراسات المعنية به قد ركزت على عينات من البالغين.

٥. إن الأشخاص ذوي اضطراب القلق الاجتماعي في خطر متزايد وقابلية للاعتلال إذا كانت بداية حدوثه قبل سن ١٥ عاماً (Hanes, 2016).

ثانياً: مجموعة المراهقين المُبصرين: تم اختيارهم من أربع مدارس بنفس الإدارتين التعليميتين التابعة لهما مدرستي مجموعة المكفوفين-؛ بهدف المقارنة بينهم وبين المراهقين المكفوفين في متغير اليقظة العقلية، وبلغ عددهم (٦٦: ٣٠ ذكراً، ٣٦ أنثاً) مراهقاً، في نفس العمر (١٣: ١٧) عاماً بمتوسط (١٥,٢١)، وانحراف معياري (١,٥٣)؛ ورُعي ألا يعانون من أي إعاقات، كما تم التحقق من تكافؤ المجموعتين في متغيرات العمر، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي، كما بالجدول التالي:

جدول (١) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم اختبار (ت)

ودالاتها بين المراهقين المكفوفين والمُبصرين على متغيري التكافؤ

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	المراهقين المُبصرين (ن = ٦٦)		المراهقين المكفوفين (ن = ٦٦)		القيم الإحصائية المتغير
		ع	م	ع	م	
٠,٤٤	٠,٧٥٩	١,٥٣	١٥,٢١	١,٤٤	١٥,٤١	العمر
٠,١٦	١,٣٨٥	٤,٩٢	١٠٩,٧٩	٦,٢٩	١٠٨,٤٢	المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي

يتضح من القيم المُدونة بالجدول (١) عدم دلالة قيم (ت)؛ ما يعني عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المراهقين المكفوفين والمُبصرين على متغيري العمر، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي؛ الأمر الذي يبرهن على تكافؤهما.

٢. أدوات الدراسة، لتحقيق أهداف الدراسة تم توظيف المقاييس التالية:

أ. مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي؛ أعده البحيري (٢٠٠٢)، ويتكون من (٥٦) بنداً، وأستخدم بهدف التحقق من تكافؤ مجموعتي الدراسة المكفوفين والمُبصرين، وقد حسب مُعد المقياس ثباته باستخدام إعادة التطبيق (٨١)، والتجزئة النصفية (٨٧)، أمّا الصدق فتحقق منه باستخدام الصدق العاملي من الدرجتين الأولى والثانية، وتمخض عنه أربعة عوامل هي؛ المستوى الاقتصادي، ومدلولاته الثقافية، والاجتماعية، وممتلكات الأسرة وثقافتها، والمستوى الثقافي، والمستوى الثقافي الاقتصادي للأسرة.

ب. مقياس اليقظة العقلية (إعداد الباحثة): جاء إعداده بهدف توفير مقياس لتقدير اليقظة العقلية لدى المراهقين المكفوفين، يلائم الثقافة العربية بوجه عام، والمصرية بوجه خاص، ويتفق وخصائص العينة؛ خاصة وأن مراجعة مكتبة القياس النفسي العربية، أشارت إلى ندرة مقاييس اليقظة العقلية بوجه عام، وعدم وجود أداة تناسب هذه العينة، كما أنه يوجد اهتمام متزايد في البحوث الحالية لمعرفة كيف تؤثر اليقظة العقلية في الصحة النفسية والجسدية، كما يوجد أيضاً اهتمام متزايد في الآونة الأخيرة بقياس اليقظة العقلية؛ فخلال العقد الماضي تم إعداد ما لا يقل عن ثمانية مقاييس لليقظة العقلية والتحقق من كفاءتهم السيكومترية (Bergomi, Tschacher & Kupper, 2013)؛ وقد مرَّ إعداد هذا المقياس وفق عدة مراحل أولها: مراجعة الأطر النظرية والدراسات والمقاييس السابقة المتعلقة بمتغير اليقظة العقلية، وقد انتهت هذه الدراسة إلى أن أنسب شكل لمحتوى المقياس هو اختبار الورقة والقلم (لفظي)، لذا فقد تم بناء المقياس ليكون لفظياً؛ استناداً إلى ما أشار إليه (West, 2008) من أن أكثر طريقة شائعة، وممتاحة لقياس اليقظة العقلية في الوقت الحاضر هي مقاييس التقرير الذاتي بالورقة

والقلم، ثانيًا، تحديد مكونات المقياس عن طريق استقراء الأدبيات النفسية، وكذلك المقاييس السابقة، مثل (MAAS, Brown& Ryan, 2003; Brown, West, Loverich & Biegel, 2011; KIMS, Baer, et al., 2004; Sherman, 2005; FMI; Walach et al., 2006; The Toronto Mindfulness Scale; Lau, et al., 2006; CAMM; Feldman, et al. 2006; Greco, Baer,& Smith, 2011; PHLMS; Cardaciotto, et al. 2008; SMQ, Chadwick et al. 2008; Silpakit& Silpakit, 2014)، وذلك على الصعيد الأجنبي؛ إذ لم يسفر البحث عبر مكتبة المقياس النفسي العربية سوى عن وجود مقياس أحادي البعد ومُعرب (CAMM, Greco, et al., 2011)، لتقديره لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية (عبد الرحمن، ٢٠١٦) - في حدود اطلاع الباحثة-؛ فضلًا عن تطبيق استبانة مفتوحة على عينةٍ من أساتذة علم النفس، لاستطلاع رأيهم بشأن مكونات اليقظة العقلية، والسمات الدالة على كل مُكون، وأسفر تحليل نتائج هذه المرحلة عن تحديد أربعة مكونات للمقياس - كانت هي الأعلى شيوعًا بين المصادر السابقة - تمثلت في التصرف بوعي، والملاحظة، والوصف، والتقبل، ثالثًا: صياغة بنود المقياس في ضوء ما أسفر عنه تحليل التراث النظري، والمقاييس السابقة وكذلك نتائج الاستبانة المفتوحة، وقد رُوعي في الصياغة التنوع بين السلب والإيجاب، والدقة والوضوح، والبعد عن البنود الموحية والمنفية، والمركبة، ومزدوجة المعنى، كما تم تحديد بدائل الاستجابة الثلاثية (أوافق: وتقابلها الدرجة ٣، أحيانًا: وتقابلها الدرجة ٢، لا أوافق: وتقابلها الدرجة ١، وتُعكس هذه الدرجات في حالة البنود السلبية)، بوصفها الأنسب لعينة الدراسة، وتمت صياغة تعليمات المقياس في صورة واضحة وملائمة للعينة، والهدف من المقياس.

رابعًا: تحكيم المقياس؛ عُرض المقياس كمكونات مستقلة على عينة من أساتذة علم النفس (ن=٥) لبيان مدى صلاحية البنود لقياس المُكون الذي تنتمي إليه، ومناسبتها لعينة الدراسة، فضلًا عن وضوح التعليمات، ومناسبة بدائل الاستجابة، وكان من

نتائج التحكيم الإبقاء على البنود التي حازت على نسبة اتفاق (٨٠٪ فأكثر)، بالإضافة إلى تعديل صياغة بعض البنود، وحذف البعض الآخر، وبلغت بنود المقياس عند انتهاء هذه المرحلة (٣٥) بنداً.

خامساً، تجريب المقياس من خلال تطبيقه في صورته النهائية على عينة استطلاعية (١٠ من المراهقين المكفوفين) للاطمئنان لوضوح البنود، فضلاً عن سهولة فهم التعليمات، وصلاحيته بدائل الاستجابة.

سادساً، الكفاءة السيكومترية للمقياس، وتشمل: **الثبات؛** تم التحقق من ثبات المقياس عبر الزمن بطريقة إعادة التطبيق بعد (١٦ يوماً) على عينة قوامها (٤٠) مراهقاً كفيفاً، ومثلهم من المُبصرين - حيث إن هذا المقياس سيُطبق على المُبصرين أيضاً للتحقق من صحة الفرض الأول-، وبلغ معامل الثبات (٧٢٦،٧ و ٧٨٦،٧) على التوالي؛ فضلاً عن التحقق من ثبات المقياس عبر خلاياه عن طريق حساب التجزئة النصفية، وبلغ (٦٣١،٦ و ٦٥٦،٦) -بعد تصحيح طول المقياس- على التوالي، وكذلك معامل ألفا، وبلغ (٦٩٧،٦ و ٧٣٢،٧) على التوالي؛ **أمّا الصدق** فتم التحقق منه عن طريق صدق المحكمين، وسبقت الإشارة إليه في المرحلة الرابعة من مراحل بناء المقياس، وكذلك صدق التمييز بين المجموعات المتضادة عن طريق حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات مجموعة من المراهقين المكفوفين ومجموعة أخرى من نظرائهم المُبصرين على المقياس، وجاءت قيمة (ت = ١١،٩٧) دالة عند (٠،٠١) في اتجاه المُبصرين (ن = ٤٠، م = ٧٦،٣ / ع = ٦،٠٦) مقارنةً بالمكفوفين (ن = ٤٠، م = ٦٢،٨٥ / ع = ٣،٦٩)؛ ما يبرهن على صدق المقياس.

ج. مقياس القلق الاجتماعي: أعده البيلاوي (٢٠٠٢) لتقدير القلق الاجتماعي لدى المراهقات الكفيفات، وتكون من ٢٨ بنداً موزعة على ثلاثة مكونات هي (تجنب المواجهة الاجتماعية، وتجنب التواصل مع الآخرين، والأعراض المصاحبة للقلق الاجتماعي)، وحسب مُعد المقياس ثباته بطريقتي معامل ألفا والتجزئة النصفية، وكانت قيمة

معامل الثبات (٧٩، ٨٤) على التوالي، كما تحقق من صدقه عن طريق صدق المحكمين، وصدق التمييز، وعلى الرغم من أن هذا المقياس صُمم أصلاً لعينة من المراهقات الكفيفات وليس المراهقين الذكور والإناث- إلا أنه بتفحص عباراته تبين أنها تقيس أعراض القلق الاجتماعي بوجه عام، دون وجود أي عبارات تخص الإناث فقط دون الذكور، وقد تم استخدامه في هذه الدراسة للاعتبارات التالية: أنه يقيس القلق الاجتماعي في المرحلة العمرية من (١٣: ١٨ عاماً)، وهو ما يتوافق ويتناسب مع عينة هذه الدراسة، فضلاً عن توظيفه في دراسات أخرى أفضت إلى تمتعه بصدق وثبات مرتفع مثل (خضير، ٢٠١١)؛ الأمر الذي يؤهله للاستخدام في هذه الدراسة.

وقد تم التحقق من الكفاءة السيكوميتريية للمقاييس مرة أخرى في هذه الدراسة؛ حيث حُسب الثبات بطريقة إعادة التطبيق بعد (١٦ يوماً) وبلغ معامل الثبات (٧٩١)، والتجزئة النصفية وبلغ (٩١٤) -بعد تصحيح طول المقياس)، وكذلك معامل ألفا، وبلغ (٨٧٥)؛ أمّا الصدق؛ فتم التحقق منه عن طريق الصدق المرتبط بالمحك؛ حيث حُسب معامل الارتباط بين درجات عينة المراهقين المكفوفين على المقياس ودرجاتهم على مقياس قلق المستقبل للمراهقين المكفوفين (سيد، ٢٠١٤)، وبلغ (٦٧٤)؛ علاوة على ما تقدم تم التحقق من صدق التمييز بين المجموعات المتضادة عن طريق حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات مجموعة المراهقين المكفوفين ومجموعة أخرى من نظرائهم المبصرين على المقياس، وجاءت قيمة (ت) = (١٦,١٤) دالة عند (٠,٠١) في اتجاه المكفوفين (ن=٤٠، م=٧٠,١٢ / ع=٤,٣٠) مقارنة بالمبصرين (ن=٤٠، م=٤٤,٧٧ / ع=٨,٩٤)؛ ما يبرهن على صدق المقياس.

د. مقياس جودة الحياة المُدرّكة (إعداد الباحثة): جاء إعداده بهدف توفير مقياس يلائم عينة الدراسة بما تنطوي عليه من سمات فريدة، ولإعداده تمت مراجعة المقاييس السابقة وتفنيدتها ومنها على سبيل المثال لا

الحصر (إسماعيل، ٢٠١٣؛ الدسوقي، ٢٠١٣؛ شقير، ٢٠٠٩؛ عبد المقصود، ٢٠١٣) على الصعيد العربي، ومقياسي (Bonomi, Patrick & Bushnel, 2000; Fox, 2003) على الصعيد الأجنبي، وذلك للاستعانة بها في إعداد هذا المقياس، الذي تكون في صورته النهائية من (٣٨) بنداً موزعةً على خمسة مكونات فرعية هي (جودة الحياة الصحية، وجودة الحياة المعرفية والأكاديمية، وجودة الحياة الأسرية والاجتماعية، وجودة الحياة الانفعالية، وجودة الحياة المادية)، أمام كل بند منها ثلاثة بدائل للاستجابة (أوافق: وتقابلها الدرجة ٣، أحياناً: وتقابلها الدرجة ٢، لا أوافق: وتقابلها الدرجة ١، وتُعكس هذه الدرجات في حالة البنود السلبية)، وقد تم التحقق من الكفاءة السيكمومترية للمقياس؛ حيث حُسب الثبات؛ عن طريق إعادة التطبيق، معامل ألفا، والتجزئة النصفية وبلغ معامل الثبات (٨٢٥، ٧٦٨، و٦٨٩)، على التوالي؛ أمّا الصدق، فتم حسابه عن طريق صدق المحكمين؛ حيث عُرض المقياس في صورته المبدئية على بعض أساتذة علم النفس لتقييمه شكلاً ومضموناً، وتم تفعيل توصيات المحكمين من خلال حذف عبارة واحدة نظراً لأنها مُكررة، وتعديل أربع عبارات لتوضيح الصياغة، وكذلك الصدق المرتبط بالمحك؛ حيث حُسب معامل الارتباط بين درجات عينة من المراهقين المكفوفين (ن = ٤٠) على المقياس ودرجاتهم على مقياس نوعية الحياة للمراهقين المكفوفين (محمد، ٢٠١٦)، وبلغ معامل الارتباط (٨٤٦)، الأمر الذي يشير إلى تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الصدق تؤهله للاستخدام. علاوةً على ما تقدم تم التحقق من صدق التمييز بين المجموعات المتضادة عن طريق حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات مجموعة من المراهقين المكفوفين، ومجموعة أخرى من نظرائهم المُبصرين على المقياس، وجاءت قيمة (ت = ١٨,٣٠) دالة عند (٠,٠١) في اتجاه المُبصرين (ن = ٤٠، م = ٨٨,٣٢ / ع = ٥,٧٣) مقارنةً بالمكفوفين (ن = ٤٠، م = ٦٨,٣٧ / ع = ٣,٨٢)؛ ما يبرهن على صدق المقياس.

٣. تطبيق أدوات الدراسة، طُبقت أدوات الدراسة بطريقة فردية خلال الفصل الثاني من العام الدراسي ٢٠١٦/٢٠١٧.

٤. الأساليب الإحصائية، في ضوء الوصف الإحصائي لمتغيرات الدراسة، وطبيعة الفروض، وحجم العينة تم الاستعانة بالإحصاء البارامتري متمثلاً في معامل الارتباط (البسيط، والجزئي، والمتعدد)، واختبار (ت) للعينات المستقلة، وحجم التأثير.

نتائج الدراسة؛ مناقشتها وتفسيرها:

الفرض الأول ونصه "توجد فروق بين متوسطي درجات المراهقين المكفوفين والمُبصرين على مقياس اليقظة العقلية في اتجاه المراهقين المُبصرين"، وللتحقق من صحة هذا الفرض عُولجت استجابات عينة الدراسة على مقياس اليقظة العقلية باستخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، وجاءت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (٢) المتوسطات والانحرافات المعيارية، وقيم اختبار (ت) ودلالاتها بين المراهقين المكفوفين والمُبصرين على مقياس اليقظة العقلية

القيم الإحصائية المتغير	المراهقون المكفوفون (ن=٦٦)		المراهقون العاديون (ن=٦٦)		قيمة (ت)	مستوى الدلالة	حجم التأثير (١١)
	ع	م	ع	م			
اليقظة العقلية	٦,٠٨	٦١,٥٦	٨,٥٧	٧٤,٢٤	١٠,٦٦	,٠٠١	١,٩ كبير

بتحليل القيم الواردة بالجدول (٢) يتبين وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة من المراهقين المكفوفين والمُبصرين على مقياس اليقظة العقلية، إذ جاءت قيمة (ت=١٠,٦٦) دالة إحصائية عند (٠,٠١) في اتجاه

(١١) اعتمدت الباحثة في حساب حجم التأثير على معادلة: قيمة $d = \frac{X - Y}{S}$ قيمة ت مقسومة على الجذر التربيعي لدرجة الحرية، ويُعتبر حجم التأثير صغيراً إذا بلغ (٠,٢)، ومتوسطاً إذا بلغ (٠,٥)، وكبيراً إذا بلغ (٠,٨). (فام، ١٩٩٧).

المراهقين المُبصرين (م=٧٤,٢٤) في مقابل (م=٦١,٥٦) للمراهقين المكفوفين؛ ويدعم هذه النتيجة ارتفاع قيمة حجم التأثير؛ حيث بلغ (١,٩)، وهي قيمة مرتفعة، وبمراجعة الدراسات السابقة المعنية بهذا الشأن تبين الندرة الشديدة في هذا الاتجاه، إذ لم توجد دراسات في حدود اطلاع الباحثة- اهتمت ببحث الفروق في اليقظة العقلية بين المراهقين المكفوفين والمُبصرين؛ إضافةً إلى الندرة الشديدة أيضاً في الدراسات المعنية ببحث اليقظة العقلية لدى المكفوفين؛ ولعل ذلك يمكن تفسيره في ضوء حداثة البحث في متغير اليقظة العقلية؛ الأمر الذي يستوجب الاهتمام ببحثه لدى فئات متباينة، وفي سياقات مختلفة؛ وبوجه عام يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الأدبيات السيكلوجية المعنية بالمعاقين بصرياً وخصائصهم المختلفة؛ حيث إن المكفوفين يحتاجون إلى إجراء مزيدٍ من النشاطات حتى يمكنهم التعلم من البيئة، في حين يستطيع المبصرون جمع كم من المعلومات البصرية بالصدفة؛ حيث إن العالم يأتي إليهم، وهذا ما لا يتوفر للمكفوفين الذين يحتاجون الخروج بأنفسهم إلى العالم ليكتشفوه لاعتمادهم الكبير على حاسة اللمس (العدل، ٢٠١٢: ٢٠٨-٢٠٩).

وإذا كانت نظرية التعلم الاجتماعي تشير إلى أن لدى الفرد ميلاً طبيعياً لتقليد سلوكيات الآخرين، فإن الكيف بطبيعة الحال لا يستطيع أن يقلد أموراً كثيرة تتعلق بالبصر؛ ففي البيئة الأولى للطفل لا يستلم كثيراً من المثيرات التي تخلق جواً انفعالياً إيجابياً لديه كالاتسامات، وعلامات الرضا، والحب، والحنان، ما يؤثر في نموه النفسي، كما تتأثر إلى حد بعيد عمليتي الاستيعاب والتكيف أو الموائمة.

فضلاً عن أن الكيف لا يمكن أن يُكوّن تصوراً كاملاً عن الشيء عن طريق اللمس؛ خاصةً وأن كثيراً من الأشياء لا يمكن لمسها، ولا يمكن أن يكون اللمس بديلاً كاملاً عن الإحساس البصري، لذلك فإن فقدان الفرد لبصره قد يُحد من عمليات عقلية كالتصور والتخيل (أحمد، ٢٠٠٥: ١٦٠-

(١٦١).

وتؤثر هذه الخصائص سالفة الذكر على سمة اليقظة العقلية لدى الفرد؛ حيث إنها تستوجب الانتباه، وملاحظة اللحظة الراهنة والمثيرات التي تنشأ في الخبرة سواء الداخلية (مثل الأفكار والمشاعر) أو الخارجية (مثل الأصوات والصور)؛ فالانتباه يجب أن يكون متكاملًا؛ بمعنى أنه يفقد التفسيرات الذاتية والأحكام التي يصدرها الأفراد عن تجاربهم (فاروق، ٢٠١٦).

إن مفهوم اليقظة العقلية يتضمن التأكيد القوي على طبيعة التركيز على الحاضر، والتي تبدو في التركيز على ما يحدث في اللحظة الحاضرة، وأن الفكرة الأساسية تكمن في أن نحرر أنفسنا من المشاعر السلبية، وأنها بحاجة إلى هدوء العقل لفصله عن الميول القهرية، وتصور خبراتنا فيما نحب أو نكره، وتقييم خبراتنا في مجال ذكريات الماضي أو توقعات المستقبل؛ أي إن الفرد بحاجة فقط إلى أن يلاحظ ما يحدث في هذه اللحظة، ومراقبة الخبرات وردود الأفعال بدلاً من التركيز في محتواها (عبد الرحمن، ٢٠١٦)؛ وهو ما لا يتوفر بالدرجة المطلوبة لدى المكفوفين مقارنةً بالمبصرين فالإعاقة البصرية تفرض قيودًا نفسية وانفعالية على صاحبها، وتجعله مثقلًا بالهموم والأعباء ضائق بالحاضر وقلق من المستقبل، ومن ثمَّ ظهرت فروق دالة إحصائيًا بين مجموعتي الدراسة من المراهقين المكفوفين والمبصرين في اليقظة العقلية تجاه المبصرين.

إضافةً إلى ما تقدم فإنَّه يغلب أن تسيطر على المكفوفين مشاعر القلق والصراع، وعدم الثقة بالنفس، والشعور بالاغتراب، وانعدام الأمن، والإحساس بالفشل والإحباط، وانخفاض احترام الذات، واختلال صورة الجسم، وهم أقلَّ تقبلاً للآخرين وشعورًا بالانتماء للمجتمع مقارنةً بالمبصرين، كما أنهم أكثر انطواءً واستخدامًا للحيل الدفاعية في سلوكهم؛ كالكبت والتبرير، والتعويض والانسحاب، وأكثر عرضة للاضطرابات

الانفعالية مقارنةً بالمبصرين (عزيز، ٢٠٠٣)، وفي هذا الصدد يذكر (Johnson, 2009) أن الفرد الذي يجد صعوبة في تنظيم الانفعالات السلبية يعاني صعوبات في قبول انفعالاته، ويمكن أن يحاول تجاهلها، وذلك يجعل من الصعب عليه أن يظل في الحاضر أو اللحظة الراهنة (في فاروق، ٢٠١٦)، والذي يمثل سمة أساسية، ومطلبًا ضروريًا لليقظة العقلية؛ ونتيجةً لكل ما سبق ذكره جاءت نتيجة هذا الفرض على هذا النحو الذي يدعم وجود فروق دالة إحصائية بين المراهقين المكفوفين والمبصرين على مقياس اليقظة العقلية تجاه المبصرين.

الفرض الثاني ونصه "لا توجد فروق بين متوسطي درجات المراهقين المكفوفين الذكور والإناث على مقياس اليقظة العقلية"، ولاختبار صحة هذا الفرض عُولجت استجابات عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين على مقياس اليقظة العقلية باستخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول (٣) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم اختبار (ت) ودلالاتها بين المراهقين المكفوفين الذكور والإناث على مقياس اليقظة العقلية

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الإناث (ن = ٣٦)		الذكور (ن = ٣٠)		القيم الإحصائية المتغير
		ع	م	ع	م	
٢٥٧,	١,١٤	٤,٣٧	٦٠,٩٧	٤,٦٥	٦٢,٢٣	اليقظة العقلية

بتحليل القيم الواردة بالجدول (٣) يتبين تحقق صحة هذا الفرض؛ إذ جاءت قيمة (ت = ١,١٤) غير دالة إحصائية؛ ما يعني عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة من المراهقين المكفوفين الذكور والإناث على مقياس اليقظة العقلية؛ واتفقت هذه النتيجة مع ما توصل إليه كل من (Tan & Martin, 2012; Rahman, 2015) من عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في اليقظة العقلية؛ إلا أنها اختلفت مع نتائج دراسة

(Peter, et al., 2013) التي انتهت إلى وجود فروق دالة إحصائية في اليقظة العقلية تجاه الذكور.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أن الذكور والإناث ينتميان لنفس المرحلة العمرية، وأنهما ما زالا في طور النمو العقلي، ويُظهران قدرًا متساويًا من البحث والاستكشاف والاستطلاع، ومن الصعوبة بمكان ظهور التمايز بينهما، ويتفق ذلك مع ما ذكره (Lawlor, et al., 2014) من أن الأطفال والمراهقين في سن المدرسة تزداد لديهم التغيرات المعرفية التي تنمي لديهم القدرة على التفكير في إنجازاتهم الشخصية، ويزداد عالمهم الاجتماعي اتساعًا ليشمل الأقران، والأنشطة خارج الأسرة، ويتقدمون للمنافسة والمقارنة الاجتماعية سواء في جماعات الأقران أو داخل الفصول الدراسية، ويتطور لديهم التنظيم الذاتي، ومهارات الوعي بالذات، واكتساب القدرة على تبني وجهات نظر الآخرين، ومثل هذه المظاهر تنمو لدى الجنسين، ومن الصعب التمييز بينهما (في عبد الرحمن، ٢٠١٦).

وفضلاً عما تقدم فإن كلاً من الذكور والإناث-عينة الدراسة-يُدرسون في مدرسة واحدة خاصة بهم دون غيرهم من المُبصرين، ويتعرضون لنفس المناهج الدراسية، ونفس الظروف المجتمعية، ونفس التحديات التي تفرضها طبيعة المرحلة العمرية من ناحية، وطبيعة الإعاقة من ناحية أخرى؛ الأمر الذي يجعل من الصعوبة بمكان وجود فروق بينهما في متغير اليقظة العقلية.

وإذا أمعنا الفكر في الآثار المترتبة على الإعاقة البصرية نجد أن غياب البصر يؤثر سلباً في قدرة الفرد على تكوين علاقات اجتماعية، لأنَّ غياب التفاعل الاجتماعي المُشترك مع الآخرين، وأهميته في جذب انتباههم يُضعف من القدرة على الاتصال مع الآخرين، ما يتسبب في حدوث اتصال اجتماعي مضطرب أو انعزال المُعاق بصرياً عن المجتمع والآخرين (صفوان، ٢٠٠٥)؛ ومن ثمَّ يُقلل من فرص احتكاك المراهق الكفيف بأقرانه المُبصرين، ويجعل علاقاته قاصرة على أقرانه من المُعاقين بصرياً الذين يتشابه معهم في

الخصائص والصفات، والأحداث والخبرات؛ ومن ثم تضاءلت الفروق بين الذكور والإناث في متغير اليقظة العقلية.

وفضلاً عما تقدم فإنَّ الإعاقة البصرية تُحد من قدرة الكفيف على ممارسة الكثير من الأنشطة التي يمارسها الفرد العادي، وتؤدي إلى اضطراب حركته، وقصور قدرته على التنقل، وعلى التحكم في بيئته، ونمو شعوره بالخوف وعدم الأمن والقلق والتردد والحذر، وتجعل تعلمه بطيئاً لأنه لا يستطيع مجاراة الآخرين، وتقليدهم، لاسيما في اكتساب الأنماط والنماذج السلوكية التي تقوم على المحاكاة البصرية، كما تُحد من قدرته على اللعب، ومن قدرته على اكتساب خبرات جديدة، والتعرف على البيئة الخارجية المحيطة به، واستكشاف مكوناتها ومعالمها، ومن ثم تُعيق فرص تعلمه والاستزادة بالخبرات اللازمة منها، ونظراً للقيود البيئية والاجتماعية التي غالباً ما تُفرض على حركة الكفيف، فإنه يعيش في عالم محدود ضيق تفرضه عليه آثار عجزه من جانب، والاتجاهات الاجتماعية نحوه من جانب آخر (القريطي، ٢٠٠٥: ٣٤٩)، ولعل كل هذه السمات سابقة الذكر يشترك فيها المكفوفون جميعاً سواء ذكوراً أو إناثاً، خاصة وأنهم لا يزالون في مرحلة المراهقة، ويعيشون في كنف الأسرة، ولم يخرجوا بعد للعالم الخارجي أو يتعاملوا بشكل حر مع المُبصرين كما في مجتمع الجامعة أو العمل الحر؛ الأمر الذي جعل خبراتهم متشابهة وعالمهم وأحداثهم متماثلة، وهو ما ظهر جلياً في عدم دلالة الفروق بينهما في متغير اليقظة العقلية.

وفي ضوء نتائج الفرضين السابقين، وبعد أن تبين انخفاض اليقظة العقلية لدى المراهقين المكفوفين مقارنةً بالمبصرين (بما يبرر التركيز على عينة المكفوفين)، كما تبين غياب الفروق بين الذكور المكفوفين والإناث المكفوفات (بما يسمح بالتعامل مع الجنسين كعينة واحدة)، نتقدم لاختبار فرض الدراسة الرئيسي.

الفرض الثالث ونصه "تُعدّل درجات اليقظة العقلية من قوة العلاقة بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة المُدركة لدى عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين"

وللتحقق من صحة هذا الفرض عُولجت استجابات عينة الدراسة على مقاييس اليقظة العقلية والقلق الاجتماعي، وجودة الحياة باستخدام معاملات الارتباط البسيط والجزئي والمتعدد، ويُبين الجدول (٤) قيم هذه المعاملات:

جدول (٤) معاملات الارتباط البسيط والجزئي والمتعدد بين اليقظة العقلية وكل من القلق الاجتماعي وجودة الحياة

الارتباط المتعدد	الارتباط الجزئي	مستوى الدلالة	الارتباط البسيط	المتغير
-	-	,٠١	,٧٣٠-	اليقظة العقلية/القلق الاجتماعي
-	-	,٠١	,٧٦٤	اليقظة العقلية/جودة الحياة
-	(أ),٤٦٩-	,٠١	,٧٦٥-	القلق الاجتماعي/جودة الحياة
,٧٩٧	-	-	-	اليقظة العقلية/القلق الاجتماعي وجودة الحياة

(أ) بعزل اليقظة العقلية

يُبين جدول (٤) أنه بعد حساب معامل الارتباط الجزئي بين درجات عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين على مقياسي القلق الاجتماعي وجودة الحياة، والتحكم الإحصائي في تأثير درجاتهم في مقياس اليقظة العقلية، تناقصت قيمة معامل الارتباط السالب بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة من (-,٧٦٥) إلى (-,٤٦٩)؛ ما يشير إلى دور اليقظة العقلية كمتغير مُعدل لقوة العلاقة بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة، وللتأكد أكثر من تأثير اليقظة

العقلية في قوة العلاقة بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة، ولأن الارتباط المتعدد يمثل الوجه الآخر للارتباط الجزئي (في البحيري، ٢٠١٣) تم حساب معامل الارتباط المتعدد بين درجات عينة الدراسة على مقياس اليقظة العقلية ودرجاتهم على مقياسي القلق الاجتماعي وجودة الحياة، وبلغت قيمة (ر = ٧٩٧،)، وهي قيمة أعلى من قيمتي معامل الارتباط البسيط بين درجات اليقظة العقلية، وكل من القلق الاجتماعي (-٧٣٠،)، وجودة الحياة (٧٦٤،)، وأيضاً من قيمة معامل الارتباط البسيط بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة (-٧٦٥،)؛ ما يؤكد أن اجتماع درجات اليقظة العقلية مع درجات كل من القلق الاجتماعي، وجودة الحياة من شأنه أن يؤثر في درجاتهما والعلاقة بينهما.

وبمراجعة القيم الواردة بالجدول (٤) والخاص بتوضيح العلاقة بين المتغيرات يتضح الآتي:

أولاً بالنسبة للعلاقة بين اليقظة العقلية والقلق الاجتماعي: تشير النتائج المذونة بالجدول (٤) إلى أن قيمة معامل الارتباط بين درجات عينة الدراسة على مقياسي اليقظة العقلية والقلق الاجتماعي بلغت (-٧٣٠،)، وهي دالة إحصائياً عند (٠١،)، وبمقارنة هذه النتيجة بنتائج الدراسات السابقة يتضح أنها تتفق مع ما توصل إليه كل من (Rasussen & Pidgeon, 2011; Edmonds, 2013; Jenning & Jenning, 2013; Tan, et al., 2016) من وجود علاقة سالبة ودالة بين اليقظة العقلية والقلق الاجتماعي، فضلاً عن فاعلية التدخل القائم على اليقظة العقلية في خفض القلق الاجتماعي.

وتتسق هذه النتيجة مع ما ورد في الأدبيات السيكلوجية، وأيدته المشاهدات الإمبريقية من أن اليقظة العقلية تقلل من الشعور بالمعاناة، وتزيد من الصفات الإيجابية مثل الرفاهة والبصيرة والحكمة والانفتاح والرحمة (Baer; Lykins & Peter, 2012)، كما تعمل على خفض معدلات الشعور بالألم المزمن، وتحسين مناعة الجسم، وخفض القلق، واضطرابات المزاج،

والاكتئاب، والقلق الاجتماعي (Bluth & Blanton, 2013).

كما أن اليقظة العقلية تيسر من المرونة المعرفية والوجدانية والسلوكية، وتسمح بمزيد من الاستجابات التوافقية للمواقف المُهددة أو المثيرة للتحدي بدلاً من الاستجابة بطريقة اعتيادية أو متسرعة؛ ونظرياً نجد أن اليقظة العقلية تيسر التنظيم الانفعالي التوافقي، الذي يقلل بدوره من الاضطرابات والضغوط النفسية، ويزيد من فاعلية العلاقات بين الشخصية (Pepping; O' Donovan; Zimmer- Gembeck & Hanisch, 2014)؛ وفيما يتعلق باليقظة العقلية والعمليات الاجتماعية؛ نجد أنها تيسر من التركيز في العلاقات، وتقلل من الأحكام والتجنب للانفعالات الصعبة التي قد تظهر في العلاقات الحميمة، وهذا بدوره يعمل على تشجيع وتطوير والحفاظ على علاقات شخصية مرضية ومُشبعة، واتساقاً مع هذا الطرح فقد وُجد أن اليقظة العقلية ترتبط إيجاباً بالرضا المتزايد عن العلاقات الشخصية مع الآخرين؛ وفي بحث لأثر اليقظة العقلية على سلوك التواصل خلال مهمة نقاش أمور لنزاع بين الشركاء وُجد أن مستوى اليقظة العقلية لدى الأشخاص يتنبأ بمستوى منخفض من الغضب والعدائية عقب مناقشة النزاع، كما ترتبط اليقظة العقلية بزيادة التعاطف، وانخفاض القلق في المواقف الاجتماعية، فضلاً عن أنها ترتبط بالمعدلات المنخفضة من العدائية والعدوان (Pepping, et al., 2014).

وإذا كانت مشكلة الأشخاص ذوي اضطراب القلق الاجتماعي تتمثل في تزايد المعالجة ذاتية المرجع للمواقف فإنه من المفترض أن اليقظة العقلية تعمل على تقليلها؛ حيث تقلل من الميل التلقائي للانخراط في الرؤية الذاتية للنقد الاجتماعي، أو تقييم الذات، ومن التصرف بطريقة مُبالغ فيها للاعتقاد بشأن تقييم الآخرين، وهكذا فإن تدريب ذوي اضطراب القلق الاجتماعي على اليقظة العقلية، ربما يؤدي إلى التحول من التثويها المعرفية للذات الاجتماعية إلى رؤية أكثر توافقاً (Goldin, et al., 2009).

تُفيد اليقظة العقلية بشكل كبير في التنبؤ بنتائج التوافق؛ إذ تعمل على تخفيف تأثير أحداث الحياة الضاغطة، وهكذا فإن الأفراد اليقظين عقلياً لديهم قدرة عالية على التعامل مع الضغوط دون خبرة نتائج نفسية وصحية سلبية؛ فبالنسبة للمزاج الاكتئابي، والقلق دعمت بحوث سابقة هذه الرؤية؛ حيث تعمل اليقظة العقلية على خفضهما؛ فالأشخاص الذين لا يتفاعلون مع الأحداث لديهم قدرة عالية على تقبل حدوث الضغوط (ومنها ضغوط التفاعل الاجتماعي)، كجزء طبيعي من الحياة، ومن ثمَّ فإنهم لا يتأثرون بها، وبالمثل فإنَّ مكوّن عدم الحكم -كأحد مكونات اليقظة العقلية- يعزز القدرة على فهم الضغوط دون الحاجة للاستغراق في لوم الذات التقييمي أو إطالة الاستجابة الاكتئابية المفرطة، وأخيراً فإنَّ القدرة العالية على التصرف بوعي، توفر قدرة متزايدة على الاستجابة لتلك الضغوط بمرونة (Ciesla, et al., 2012)، وكل ذلك من شأنه أن يقلل من معدلات القلق في المواقف المختلفة، ومن ثمَّ يُحسن جودة الحياة المُدرّكة لدى الكفيف، ويدعم ذلك ما توصل إليه كل من (Ciesla, et al., 2012) من دراستهم التي بحثت اليقظة العقلية وعلاقتها بالاكتئاب والقلق والضغوط لدى عينة من المراهقين (ن = ٧٨ : ٦١٪ منهم إناث، تراوحت أعمارهم بين ١٤ : ١٨ عاماً)، استجابوا على مقياس منها اليقظة العقلية (FFMQ)، وأظهرت النتائج ارتباط اليقظة العقلية بالمستويات المنخفضة من القلق الاكتئاب، وأنها تتفاعل مع الضغوط اليومية لتتنبأ بالاكتئاب فيما بعد، وأنَّ الأشخاص منخفضي اليقظة العقلية أكثر عرضة لمعايشة الآثار السلبية للضغوط، والخلاصة فإنَّ هذه النتائج تدعم أهمية اليقظة العقلية لدى المراهقين، وتوضح الآليات التي من خلالها تؤثر اليقظة العقلية في الصحة النفسية، وجودة الحياة.

ثانياً بالنسبة للعلاقة بين اليقظة العقلية وجودة الحياة: تشير النتائج المُدونة بالجدول (٤) إلى أن قيمة معامل الارتباط بين درجات عينة الدراسة على مقياسي اليقظة العقلية وجودة الحياة بلغت (٧٦٤،) وهي دالة إحصائياً

عند (٠١)، وبمقارنة هذه النتيجة بنتائج الدراسات السابقة، يتضح أنها تتفق مع نتائج دراسات كل من (West, 2008; Bluth, 2012; Mandal, et al., 2012; Yeung, 2013; Tan, et al., 2016; Xu, et al., 2016) التي توصلت إلى وجود ارتباط موجب ودال بين اليقظة العقلية، وكل أبعاد جودة الحياة.

بقراءة هذه النتيجة في ضوء الأدبيات السيكلوجية المعنية بعلاقة المتغيرين، يتضح أن الأفراد ذوي المستويات المرتفعة من اليقظة العقلية، أفضل حالاً من أولئك منخفضي المستوى في العديد من النتائج النفسية؛ حيث إنها ترتبط بارتفاع معدلات الرضا عن الحياة وتقدير الذات، وفي المقابل ترتبط بانخفاض الاكتئاب والقلق والعصابية، والتفكك والاتصال غير الآمن والمزاج السلبي ووجود صعوبات في التنظيم الانفعالي (Pepping, et al., 2014).

وفي ذات السياق يوضح (Siegel, 2010) كيف يمكن لليقظة العقلية أن تحسن من مهارات الشخصية الاجتماعية؛ ففي العقل البشري يرتبط تنشيط الفص الأيسر مع التقارب، في حين يرتبط تنشيط الفص الأيمن مع الانسحاب، وقواعد التقارب الاجتماعي أو المشاركة في المجموعات ترتبط بتنشيط الفص الجبهي الأيسر، وتشير الدراسات إلى أن التأمل يزيد من نشاط منطقة الفص الأيسر، ويصف Siegel مثلث السعادة كمثلث مترابط من العقل والدماغ والعلاقات، التي تؤثر كل منها في الأخرى إذا اضطرب أحدها، فإن التوازن الكامل للشعور بالسعادة سوف يضطرب، وبذلك فإن رعاية العقل، والاهتمام به، وممارسة التأمل يحسن العلاقات، ومن ثمَّ يُحسن جودة الحياة (In Edmund, 2013)، كما أن اليقظة العقلية تفضي إلى الذكاء الوجداني الذي يساعد الأشخاص على تنظيم انفعالاتهم بشكل أكثر فاعلية، ومن ثمَّ يعزز من الرضا عن الحياة (Tan, et al., 2016)، وتساعد اليقظة العقلية الفرد على أن يفكر في ذاته بشكل إيجابي، وهكذا فإنها تحسن من جودة الحياة لديه (Tan, et al., 2016).

يمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً في ضوء أن اليقظة العقلية تُحدث تغييرات معرفية إيجابية، ومن ثمَّ تعزز الصحة النفسية، وتدعيماً لتلك الفكرة، فقد كشفت بعض الدراسات التجريبية عن أن الإدراك السلبي يتوسط فاعلية تأثير اليقظة العقلية على السعادة والصحة النفسية، كما أظهرت البحوث التجريبية فاعلية التدخل القائم على اليقظة العقلية في تقليل أعراض القلق والاكتئاب؛ فهي تساعد في الانسحاب من أنماط التفكير السلبي التلقائي، ووفقاً لنظرية (Ramel, et al., 2004) فإن ممارسة اليقظة العقلية يمكن أن تساعد الأشخاص لتعديل أعراض الاكتئاب المصاحبة للتغيرات المعرفية، مثل الاجترارية والمعتقدات المختلفة وظيفياً، وكلما كان الأشخاص ذوي المعدلات المرتفعة من اليقظة العقلية قادرين على تحديد الأفكار السلبية، والتخلص منها، في مرحلة مبكرة؛ كانوا أكثر صحة نفسية. أيضاً فإن الأشخاص ذوي المعدلات المرتفعة من اليقظة العقلية يمكنهم اعتبار الخبرات السلبية، كأحداث عابرة لفتت الانتباه بشكل مؤقت؛ فالرؤية الدقيقة للواقع هي السمة المميزة للتوافق النفسي، والأشخاص ذوي المعدلات المرتفعة من اليقظة العقلية يسمحون للمدخلات أن تصل إلى الوعي بإدراك بسيط لما حدث، وهكذا فإن اليقظة العقلية تُيسر الوضوح والوعي بالأحداث الراهنة، كما أنها تجعل لدى الأشخاص قدرة عالية على مقاومة الانزعاج، والمشاعر القلقة، والاستمتاع بحياة ذات جودة عالية (In Yeung, 2013).

ثالثاً بالنسبة للعلاقة بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة: تشير النتائج المدونة بالجدول (٤) إلى أن قيمة معامل الارتباط بين درجات عينة الدراسة على مقياسي القلق الاجتماعي وجودة الحياة بلغت (-٠,٧٦٥)، وهي دالة إحصائياً عند (٠,٠١)، وبمقارنة هذه النتيجة بنتائج الدراسات السابقة، يتضح أنها تتفق مع دراسات كل من: (Alkhatami, 2014; Giaquinto, 2016; Hanes, 2015)، والتي أسفرت عن وجود ارتباط سالب ودال بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة.

وتتنسق هذه النتيجة مع ما ورد في أدبيات علم النفس الإيجابي من أن الشعور بجودة الحياة يمثل الشغل الشاغل للكائنات البشرية منذ بدء الخليقة؛ وفي السنوات الأخيرة جذب هذا الموضوع اهتمام الباحثين لاستكشاف العوامل النفسية التي تؤثر في الشعور بجودة الحياة لدى الأفراد، والتي جاء من بينها مفهوم القلق الاجتماعي؛ حيث يعمل هذا النوع من القلق على تنمية شعور توقع الأسوأ، فضلاً عن الحساسية المفرطة من الأحكام والتقويم السلبي الذي قد يُصدره الآخرون، هذا إلى جانب الميل إلى تقويم الذات تقويماً سلبياً، وقد ينتج عنه بعض أعراض الشعور بعدم الارتياح أثناء التواجد في الموقف الاجتماعي، والخوف من التقويم السلبي، والتجنب والانسحاب، وعدم القدرة على الاستجابة بشكل ملائم في الموقف الاجتماعي (سيد، ٢٠١٤).

كما يرتبط القلق الاجتماعي بشكل دال بضعف في فعالية المراهقين؛ فهو أكثر قابلية لأن يتداخل مع النمو الطبيعي للعلاقات الشخصية والاجتماعية، ويؤدي إلى تجنب المدرسة أو رفضها ويتسبب في تداعيات خطيرة (Inderbitzen- Nolan & Walter, 2000)؛ وكل هذا من شأنه أن يؤثر في جودة حياتهم المدركة.

ولأن المواقف الاجتماعية تحدث بشكل عادي وأساسي عبر المراحل العمرية المختلفة، وتكون ضرورية لإنجاز الأهداف سواء الاجتماعية (نمو العلاقات) أو غير الاجتماعية (مقابلة عمل) فليس من المستغرب أن يتسبب القلق الاجتماعي في محن كبيرة، وتعطيل كبير لجوانب الحياة المختلفة؛ حيث يرتبط بانخفاض معدلات السعادة الشخصية والمعدلات المرتفعة من المزاج السلبي، والتشاؤم الاجتماعي، ومشكلات التحكم في الغضب (Kashdan & Herbert, 2001).

إن القلق الاجتماعي اضطراب مزمن يعطل الفرد وطاقاته في مجال السلوك الاجتماعي؛ فهو يجعله منسحباً منعزلاً خائفاً لا يشارك الآخرين، ولا

يستطيع التعبير عن نفسه، كما أن أداءه الدراسي يكون أقل من قدراته، ويُضاف إلى ذلك أن المعاناة الشخصية كبيرة، والمُصاب به يتألم من خوفه وقلقه ونقصه، وهو يُصاب بالاكْتئاب وأنواع أخرى من القلق والسلوك الإدماني (عبد الفتاح، ٢٠١٢)؛ حيث تبين أنه يمكن أن يؤدي إلى اكتئاب شديد وأفكار انتحارية، كما أنه يُخفض من إنتاجية العمل، ويمكن أن يؤدي إلى مشكلات عديدة، وصعوبات في الدراسة، وإيجاد عمل مناسب فيما بعد، والعلاقات الاجتماعية والعيش بشكلٍ مستقلٍ كراشد فيما بعد، كما أن جودة حياة أولئك الذين يعانون من القلق الاجتماعي تكون مماثلة إلى حدٍ بعيدٍ لهؤلاء الذين يعانون من الاكتئاب الكلينيكي (Edmund, 2013)؛ إن كل ما سبق من شأنه أن يوضح، ويفسر طبيعة الارتباط السالب بين القلق الاجتماعي وجودة الحياة، وهو ما يدعم أيضاً نتيجة هذه الدراسة.

وخلاصة من سبق عرضه فإن التمعن في مفهوم اليقظة العقلية ومكوناته التي تضمنها المقياس المُعد في هذه الدراسة (التصرف بوعي- الملاحظة-الوصف-التقبل)، يوضح بدقة أن انتباه الفرد الواعي لأي موقف يعايشه، وملاحظته له ملاحظة تمكنه من وصفه بدقة، وحرصه على التصرف بوعي، وتقبل الموقف دون التسرع في إصدار أحكام، كل هذا من شأنه أن يقلل من القلق الذي يمكن أن يُثار في المواقف الاجتماعية، ويقلل أيضاً من النقد الذاتي والأحكام القاسية على الذات والآخرين، ومن ثمَّ يجعل الفرد يُقبل على التفاعل مع الآخرين، دون شعور بالخزي والإرباك، وهذا التفاعل بدوره سوف يوفر له علاقات اجتماعية تمده بالثقة في ذاته، وتوفر له مساندة اجتماعية من شأنها أن تعزز من قدرته على تحقيق أهدافه، وهو ما ينعكس بدوره في ارتفاع معدل جودة الحياة المُدرّكة لديه.

الدراسات المقترحة والفائدة التطبيقية، وتتضمن ما يلي:

أولاً الدراسات المُقترحة: في ضوء ما تم تحليله من دراسات سابقة، وملاحظته من واقع ميداني، وما انتهت إليه هذه الدراسة من نتائج فإنه يمكن

اقترح بعض الدراسات المستقبلية على النحو التالي:

١. تنمية اليقظة العقلية كمدخل لخفض القلق الاجتماعي لدى المراهقين المكفوفين.
٢. تنمية اليقظة العقلية لتحسين جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين.
٣. مُحددات اليقظة العقلية لدى المراهقين ذوي الإعاقات الحسية.
٤. تنمية اليقظة العقلية لتحسين طيب الحياة الذاتي لدى المراهقين المعاقين بصرياً.
٥. اليقظة العقلية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى المراهقين.
٦. القلق الاجتماعي وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين.

ثانياً الفائدة التطبيقية: توصي هذه الدراسة بما يلي:

- (١) إعداد البرامج الإنمائية التي تهدف تنمية اليقظة العقلية لدى المراهقين والأطفال لأهمية هذا المتغير في دعم الصحة النفسية والبدنية.
- (٢) عقد ندوات لتوعية معلمي المراهقين المعاقين بصرياً باضطراب القلق الاجتماعي وأعراضه حتى يمكن اكتشافه مبكراً لديهم.
- (٣) عقد ندوات لتوعية أسر المراهقين المعاقين بصرياً بخطورة اضطراب القلق الاجتماعي، وتأثيره في صحة أبناءهم البدنية والنفسية، وكيفية اكتشافه مبكراً.
- (٤) إنشاء مراكز للإرشاد النفسي لدعم المراهقين ذوي الإعاقات المختلفة وتحسين جودة حياتهم المُدرّكة.
- (٥) التدخل الإرشادي المبكر لتنمية عوامل الوقاية لدى المراهقين المعاقين بصرياً للحد من خطورة اضطراب القلق الاجتماعي، والارتقاء بنوعية حياتهم.

المراجع

- أحمد، قحطان. (٢٠٠٥). *مدخل إلى التربية الخاصة*. عمان: مكتبة الكتب العربية.
- إسماعيل، بشرى. (٢٠١٣). *مقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة"*. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- البيلاوي، إيهاب. (٢٠٠٢). *نمذجة العلاقات السببية بين المتغيرات المرتبطة باضطرابات الأكل لدى المراهقات الكفيفات. مجلة معهد الدراسات العليا للطبفة*. ٥٧-١، (١٧)٥.
- البحيري، محمد. (٢٠٠٢). *بعض المتغيرات المرتبطة بتحمل الغموض لدى عينة من الصم - دراسة ميدانية. رسالة ماجستير (غير منشورة)*، كلية البنات، جامعة عين شمس.
- البحيري، محمد. (٢٠١٣). *الذكاء الأخلاقي كمتغير معدل للعلاقة بين التفاؤل والخلج لدى عينة من الصم المساء معاملتهم. حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية*، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ٩(١٠)، ٨٠-١.
- خضير، أسماء. (٢٠١١). *النموذج السببي للعلاقة بين القلق الاجتماعي وبعض المتغيرات النفسية لدى المراهقين المعاقين بصرياً. رسالة ماجستير (غير منشورة)*، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- الخطيب، جمال. (١٩٩٧). *الإعاقة البصرية*. عمان: الجامعة الأردنية.
- الدسوقي، مجدي. (٢٠١٣). *مقياس الرضا عن الحياة*. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- رزق، فادية. (٢٠١٥). *تنمية الذكاء الوجداني كمدخل لتحسين الشعور بجودة الحياة باستخدام البرمجة اللغوية العصبية لدى المراهقين المعاقين بصرياً. رسالة دكتوراه (غير منشورة)*، كلية البنات، جامعة عين شمس.

سيد، زينب. (٢٠١٤). الفلق الاجتماعي وعلاقته بقوة الأنا وتقدير الذات والسلوك التوكيدي والسمات السوية واللاسوية لدى عينة من المراهقين المعاقين بصرياً. *مجلة كلية الآداب، جامعة سوهاج*، ٣٧، ١٣٥ - ٢٠٠.

شقير، زينب. (٢٠٠٩). *مقياس تشخيص معايير جودة الحياة. القاهرة: الأنجلو المصرية.*

صفوان، دانية. (٢٠٠٥). فاعلية برنامج في تنمية أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المكفوفين. *رسالة دكتوراه (غير منشورة)*، كلية البنات، جامعة عين شمس.

عبد الرحمن، فتحى. (٢٠١٦). اليقظة العقلية وعلاقتها بالسعادة الدراسية لدى من تلاميذ المرحلة الابتدائية. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*. ٢٦ (٩١)، ٣٢٥ - ٣٦٦.

عبد الفتاح، رباب. (٢٠١٢). الفلق الاجتماعي وعلاقته بتقدير الذات والثبات الانفعالي لدى عينة من مرضى القلق. *مجلة البحث في التربية وعلم النفس*، كلية التربية - جامعة المنيا، ١ (٣)، ١٢٠ - ١٦٤.

عبد المقصود، أماني. (٢٠١٣). *مقياس الرضا عن الحياة. القاهرة: الأنجلو المصرية.*

العدل، عادل. (٢٠١٢). *مدخل إلى التربية الخاصة. القاهرة: دار الكتاب الحديث.*

عز الدين، عادل. (٢٠٠٥). نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي. وقائع المؤتمر العلمي الثالث: *الإتماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة*. (٣ - ١٣)، كلية التربية - جامعة الزقازيق - ١٥-١٦ مارس.

عزيز، مجدي. (٢٠٠٣). *مناهج تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء متطلباتهم الإنسانية والاجتماعية والمعرفية. القاهرة: الأنجلو المصرية.*

- فاروق، سحر. (٢٠١٦). النموذج البنائي للعلاقات السببية بين التمعن والتنظيم الانفعالي والتراحم بالذات لدى طلاب الجامعة. *مجلة دراسات نفسية*، ٢٦(١)، ١٥٨-٨٥.
- فام، رشدي. (١٩٩٧). حجم التأثير الوجه المكمل للدلالة الإحصائية. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ٧(١٦)، ٥٧-٧٥.
- القريطي، عبد المطالب. (٢٠٠٥). *سيكولوجية نوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- محمد، عبد المجيد. (٢٠١٠). تقدير الذات وعلاقته بالقلق الاجتماعي وقلق المستقبل لدى الطلاب المكفوفين بالمرحلة الثانوية بالمملكة العربية السعودية. *رسالة ماجستير* (غير منشورة)، كلية الدراسات العليا للتربية، جامعة القاهرة.
- محمد، نهلة. (٢٠١٧). فعالية برنامج لتحسين نوعية الحياة لخفض القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقين المكفوفين. *رسالة دكتوراه* (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- منسي، محمود، ومهدي، علي. (٢٠٠٦). مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة. وقائع ندوة *علم النفس وجودة الحياة*، جامعة السلطان قابوس - مسقط - ١٧-١٩ ديسمبر.

Alkhathami, S. (2015). Social anxiety and quality of life in adolescents: Cognitive aspect, social interaction and cultural tendency. *Unpublished doctoral dissertation*, University of Bedfordshire.

Aydemir, D. (2009). The predictors of life satisfaction of visually impairment Turkish adolescents. *Unpublished master's thesis*, Middle East Technical University.

Baer, R. A., Smith, G. T. & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Psychological Assessment*, 11(3), 191-206.

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Psychological Assessment*, 13(1), 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504.
- Baer, B. R.; Lykins, E. L. B. & Peter, J. R. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched non meditators. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 230–238
- Bergomi, C.; Tschacher, W. & Kuppe, Z. (2013). Measuring mindfulness: First steps towards the development of a comprehensive mindfulness scale. *Mindfulness*.4,18–32 . DOI 10.1007/s12671-012-0102-9.
- Bhuvanewari, M.; Selvaraj, I. C.; Selvaraj, B. & Srinivasan, T. (2016). .Assessment of psychological and psycho-physiological problems among visually impaired adolescents. *Iranian Journal of psychiatry & Behavioral Science*, 10(1): e3895.doi: [10.17795/ijpbs-3895](https://doi.org/10.17795/ijpbs-3895).
- Bluth, K. & Blanton, P. W. (2013). Mindfulness and self-compassion: Exploring pathways to adolescent emotional well-being. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 1298- 1309. DOI 10.1007/s10826-013-9830-2.
- Bluth, K. L. (2012). : Exploring pathways to adolescent emotional well-being. *Unpublished doctoral dissertation*, University of Tennessee, Knoxville.
- 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*,
- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., & Bushnel, D. M. (2000). Validation of the United States version of the world health organization quality of life (WHOQOL) measurement. *Journal of Clinical Epidemiol*, 53, 1-12.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness & its role in psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 84(2), 822- 848.
- Brown, K. W., West, A. M., Loverich, T. M., & Biegel, G. M. (2011). Assessing adolescent mindfulness: Validation of an adapted

- mindful attention awareness scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological Assessment*, 23(4), 1023-1033. doi: 10.1037/a0021338.
- Cardaciotto, L., Herbert, J., Forman, E., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance : The Philadelphia mindfulness scale. *Psychological Assessment*, 15(204), 204-223.
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 451-455.
- Ciesla, J. A.; Reilly, L. C. Dickson, K. S.; Emanuel, A. S. & Updegraff, J. A. (2012). Dispositional mindfulness moderates the effects of stress among adolescents: Rumination as a mediator. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(6), 760–770. DOI: 10.1080/15374416.2012.698724.
- Edmunds, E. (2013). Mindfulness training and social anxiety reduction in adolescents: A Model training program. *Unpublished doctoral dissertation*, California School of Professional Psychology, San Francisco Campus, Alliant International University.
- Feldman, G.; Hayes, A.; Kumar, S.; Greeson, J. & Laurenceau, J.P. (2007). Mindfulness & emotion regulation: The development and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scale-revised (CAMS- R). *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 29, 177- 190.
- Fox, S. (2003). Validation and testing of Fox simple quality of life scale. *Unpublished doctoral dissertation*, Virginia Commonwealth University.
- Giaquinto, M. B. (2014). Mindfulness, social problem solving, social anxiety and quality of life in college students with Autism Spectrum Disorders. Teachers College, Columbia University, *Unpublished ED. dissertation*, <http://search.proquest.com.ugradel.eul.edu.eg:2048/docview/1548319766?accountid=37552>
- Goldin, P.; Ramel, W. & Gross, J. (2009). Mindfulness meditation

- training and self-referential processing in social anxiety disorder: Behavioral and neural effects. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 242- 257. DOI: 10.1891/0889-8391.23.3.242
- Greco, L. A., Baer, R. A., & Smith, G. T. (2011). Assessing mindfulness in children and adolescents: Development and validation of the child and adolescent mindfulness measure (CAMM). *Psychological Assessment*, 23(3), 606- 614.
- Hanes, A. (2016). The impact of social anxiety and sensory processing sensitivity on quality of life. *Unpublished doctoral dissertation*, Michigan School of Professional Psychology.
- Huurre, T. & Aro, H. (2000). The Psychosocial **well-being** of finnish **adolescents** with **visual** impairments Versus Those with chronic conditions and those with no disabilities. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. 94 (10), 625- 638.
- Inderbitzen-Nolan, H. M. and Walters, K. S. (2000). Social anxiety scale for adolescents: Normative data and further evidence of construct validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 360–371.
- Jennings, S. J. and Jennings, J. L. (2013). Peer-directed, brief mindfulness training with adolescents: A Pilot Study. *International Journal of Behavioral Consultation & Therapy*, 8(2), 23-25.
- Kashdan, T. B. and Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(1),37- 61.
- Kordestani , F. ; Daneshfar , A. & Roustae , D. (2014). Comparison of quality of life and social skills between students with visual problems (Blind and Partially Blind) and normal students. *International Journal of Academic Research in Progressive Education and Development*, 3(4), 384- 391.
- Lau, M., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N.D., Carlson, L., Shapiro, S., Carmody, J., Abbey, S., & Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1445-1467.
- Mandal, S. P.; Arya, Y. K. and Pandey, R. (2012). Mental health and mindfulness: Mediational role of positive and negative affect. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 19, 150-159.

- Norton, A. R. ; Abbott, M. J.; Norberg, M. M. & Hunt, C. (2015). A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(4), 283–301 .
- Olatunji, B.O.; Cisler, J. M. & Tolin, D.F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 27, 572–581.
- Parveen , A. & Khan, S. (2016). Comparative study of mental health of normal and visually challenged adolescents. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(4), 177- 184.
- Pepping, C. A.; O'Donovan, A. ; Zimmer-Gembeck, M. J. & Hanisch, M. (2014). Emotion regulation the process underlying the relationship between low mindfulness and psychosocial distress? *Australian Journal of Psychology*, 66,130–138. Doi: 10.1111/ajpy.12050.
- Petter, M., Chambers, C. T., Mc Grath, P.J. & Dick, B. D. (2013). The role of trait mindfulness in the pain experience of adolescents. *The Journal of Pain*, 14(12), 1709- 1718.
- Rahaman, A. (2015). A Comparative study of mindfulness between male and female intervarsity taekwondo players of India. *Journal of Education and Practice*, 6 (25), 22-24.
- Ranta. K; Junttila, N. ; Laakkonen, E.; Uhmavaara, A. ; La Greca, A. M. & Niemi, P. M. (2012). Social anxiety scale for adolescents (SAS-A): Measuring social anxiety among finnish adolescents. *Journal of Child Psychiatry & Human Development*, 43:574–591. DOI 10.1007/s10578-012-0285-2.
- Rasmussen. M. K. and Pidgeon, A. M. (2011). The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24 (2), 227- 233.
- Russell, G. & Topham, P. (2012). The impact of social anxiety on student learning and well-being in higher education. *Journal of Mental Health*, 21(4): 375–385. DOI: 10.3109/ 09638237. 2012.694505.
- Sherman. A. C. (2005). Development of the Langer mindfulness scale- youth version. *Unpublished doctoral dissertation*, The Faculty of Pacific Graduate School of Psychology Palo Alto.

- Silpakit, O. & Silpakit, C. (2014). A Thai Version of Mindfulness Questionnaire: Srithanya Sati Scale. *East Asian Archives of Psychiatry*, 24,9- 23.
- Tan, L. B. G. & Martin, G. (2012). Mind full or mindfull: A report on mindfulness and psychological health in healthy adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 1, 1-11.
- Tan, .; Yang, W.; Ma, H. & Yu. Y. (2016). Adolescents' core self-evaluation as mediators of the effects of mindfulness on life satisfaction. *Social Behavior & Personality*. 44(7), 1115–1122.
- Tan, J.; Lo, P.; Ge, N.; Chu, C. (2016). Self-esteem mediates the relationship between mindfulness and social anxiety among Chinese undergraduate students. *Social Behavior and Personality*, 44(8), 1297–1304. doi.org/10.2224/sbp.2016.44.8.1297.
- Torres, V. M. F.; Marinho, C. L. A.; De Oliveira, C. G. G. & Vieira, S. C. M. (2013). Quality of life in adolescents with hearing deficiencies and visual impairments. *Internationa Archives of Otorhinolaryngology*, 17(2): 139–146. Doi: 10.7162/S1809-97772013000200005.
- Vanden Bos, G. R. (Ed.) (2007). *American Psychological Association (APA) Dictionary of psychology*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Walach, H., Buchheld, N., Bütünmüller, B., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness- the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543-1555.
- West , A. M. (2008). Mindfulness and well- being in adolescence: An exploration of four mindfulness measures with an adolescent sample. *Unpublished doctoral dissertation*, Central Michigan University, Mount Pleasant, Michigan.
- Xu, W.; Oei, T. P. S. ; Liu, X.; Wang, X. and Ding, C. (2016). The moderating and mediating roles of self-acceptance and tolerance to others in the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Journal of Health Psychology*, 21(7), 1446–1456.
- Yeung, S. W. (2013). Mindfulness, negative cognition and mental health. *Discovery – SS Student E-Journal*, 2, 49-67.