

تنمية الروحانية وخفض أعراض السيكلوثيميا لدى عينة من المعاقين بصريا

Developing Spirituality and Reducing Symptoms of Cyclothymia in a sample of visually impaired

عمرو مبروك خاطر¹، تحت اشراف: الأستاذ الدكتور/ حمدي محمد ياسين²

¹ باحث دكتوراه – تخصص علم نفس تعليمي – كلية البنات – جامعة عين شمس

² أستاذ علم النفس – كلية البنات – جامعة عين شمس

المستخلص:

هدفت الدراسة إلى تحديد مدى تباين كل من الروحانية، والسيكلوثيميا بتباين المتغيرات الديموجرافية (النوع - العمر) لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا من فئة ضعاف البصر المدمجين في مدارس العاديين، وتحديد مدى تباين كل من الروحانية والسيكلوثيميا بتباين القياسين القبلي والبعدي، والبعدي والتتبعي لدى العينة نفسها، وتضمنت العينة السيكومترية 80 طالبا وطالبة (N=80، N=43 = للذكور، N=37 للإناث) والعينة التجريبية 10 ممن تراوحت أعمارهم ما بين (13: 18) عامًا. طُبق عليهم مقياسا الروحانية والسيكلوثيميا، وقائمة المستوى الاقتصادي والاجتماعي، وأشارت النتائج أن كلاً من مقياسي الروحانية والسيكلوثيميا لا يختلف باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع - العمر)، وأن الروحانية والسيكلوثيميا تتباين بتباين القياسين القبلي والبعدي، والبعدي والتتبعي، وذلك في اتجاه القياس البعدي.

الكلمات المفتاحية: الروحانية، السيكلوثيميا، المعاقين بصريا.

Abstract:

The study aimed to determine the extent of variation in spirituality and cyclothymia based on demographic variables (gender and age) among a sample of visually impaired adolescents with low vision who are integrated into mainstream schools. It also sought to assess the variation in spirituality and cyclothymia across the pre-test, post-test, and follow-up measurements within the same sample. The psychometric sample included 80 students (43 males and 37 females), while the experimental sample consisted of 10 individuals aged between 13 and 18 years. The participants were assessed using spirituality and cyclothymia scales, as well as a socioeconomic status scale. The results indicated that spirituality and cyclothymia did not vary according to demographic variables (gender and age). However, both spirituality and cyclothymia varied across the pre-test, post-test, and follow-up measurements, with a trend toward the post-test results.

Keywords: Spirituality, Cyclothymia, Visually Impaired.

مقدمة:

تمثل الإعاقة البصرية إحدى خبرات الضغط المزمّن، التي تتطلب العديد من استراتيجيات المواجهة الخاصة؛ لتحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي، كما ترتفع نسب الاكتئاب بين المعاقين بصريا، وقد فشلت مضادات الاكتئاب في استيعاب معدلات الإصابة المرتفعة، ونادت العديد من الدراسات باتباع مناهج العلاج غير الدوائية. وقد أشار كل من (Ellison, 2012) و (Smith, et al., 2003) إلى قدرة كل من التدين، والروحانية على خفض احتمالات الإصابة بأعراض الاكتئاب..

ويقصد باضطرابات السيكلوثيميا -بصفة عامة- عدم مناسبة الأفعال، من حيث شدتها، أو نوعها للموقف الذي يتعرض له الفرد، وتتضمن اضطراب الهوس، وفيه يبدو الشخص مرحا، متفائلا، سعيدا، مرتفع الروح المعنوية، وهناك أيضا الاضطراب المناقض والذي يعرف بحالة الاكتئاب، وفيه يبدو الشخص حزينا، مهموما، متشائما، يئسا من الحياة وقد تتناوب الحالتان السابقتان على نفس الشخص فيبدأ بنوبة من الهوس تعقبها نوبة أخرى من الاكتئاب مباشرة، أو قد تفصل بين النوبتين فترة من الشفاء، وقد يبدأ بنوبة من الاكتئاب تليها نوبة من الهوس وهكذا (محمد حسن غانم، 2006)

وفي ظل التحديات النفسية والجسدية التي يواجهها الأفراد ذوو الإعاقة البصرية، تبرز الروحانية كقوة داخلية تقدم الدعم والتوازن في مواجهة هذه التحديات، والتي تعني البحث عن المعنى العميق للحياة والتواصل مع القوى الروحية، كما يمكن أن تكون مصدرا مهما للراحة النفسية والقدرة على التكيف، فهناك حوالي 4.6 مليار شخص، فضلا عن نسبة كبيرة من الأقليات العرقية والإثنية في الولايات المتحدة يعتبرون الدين والروحانية بمثابة جزء مهم من حياتهم اليومية. (Myers & Tay، Diener, 2011).

كما أن الأفراد الذين لديهم مستويات أعلى من الروحانية والتدين لديهم مستويات أقل من الاكتئاب والقلق وأكثر تحملاً

للألم وأقل انتشارًا للأمراض المزمنة (Lucchetti et al. 2013 & Koenig 2009).

وفي هذه الدراسة نسعى لتنمية الروحانية كمدخل لخفض أعراض السيكلوثيميا لدى عينة من المعاقين بصريا.

مشكلة الدراسة: تنبثق مشكلة الدراسة من خلال رافدين أساسيين:

1. الرافد الشخصي: يشكل هذا الرافد وقودا حيويًا لأية دراسة؛ باعتباره أولى القنوات المغذية للعمل البحثي والمعبرة عن دوافع الباحث، و قد تمثل في بعض قراءات الباحث ومنها: (حمدي محمد ياسين 2013، أماني الشافعي 2015؛ أحمد صلاح 2017) التي تبين خصوصية فئة المعاقين بصريا وحساسيتهم للسياق الاجتماعي، وردود أفعال الآخرين تجاههم؛ مما يزيد نسب تعرضهم للاضطرابات النفسية مقارنة بغيرهم.

2. الرافد البحثي: كنتيجة طبيعية للدافع الشخصي أصبحت حتمية ارتياد بعض المكتبات والمواقع البحثية ومنها:

- أولاً: المكتبات: المكتبة المركزية بجامعة عين شمس - مكتبة كلية البنات - مكتبة كلية التربية بجامعة عين شمس - المكتبة المركزية بجامعة المنوفية - المكتبة المركزية بجامعة السادات - مكتبة الإسكندرية.
- ثانياً: المواقع البحثية:

1. <https://scholar.google.com>
2. www.sciencedirect.com
3. www.springerlink.com

وفي ضوء ما تقدم يمكن صياغة مشكلة الدراسة وتحديدتها عبر المحاور التالية:

إشكالية تنمية الروحانية وفاعليتها في خفض أعراض السيكلوثيميا لدى المعاقين بصريا: تشير الدراسات السابقة إلى أن الاضطرابات المزاجية كاضطراب المزاج الدوري أو الاكتئاب أو ثنائي القطب ترتبط بشكل كبير بالانتحار سواء التفكير أو المحاولة وذلك لدى البالغين والأطفال Rihmer, (et al., 2017, pp. 212-213)

وفي ضوء ما تقدم طرح السؤالين الأول والثاني:

• ما مدى تباين كل من الروحانية والسيكلوثيميا بتباين القياسين القبلي والبعدي لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا؟

• ما مدى تباين كل من الروحانية والسيكلوثيميا بتباين القياسين البعدي والتتبعي لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا؟

* إشكالية اختلاف كل من الروحانية، والسيكلوثيميا

باختلاف كل من (النوع - العمر)

أظهرت عدة دراسات وجود فروق نوعية بين المراهقين، حيث اتضح أن الفتيات (17-13 عاما): أكثر حضورا للمراسم الدينية وأكثر اعتقادا بأهمية الدين في الحياة اليومية، وأكثر شعورًا بالقرب من الله، King & Reser, 2009. (Smith, 2011), p.438)

وثمة دراسات أكدت استخدام الدين كاستراتيجية للمواجهة بين الإناث، وأن النساء غالبًا ما يُظهرن مستويات أعلى من الروحانية والتدين مقارنة بالرجال (David et al., 2014). وكذلك دراسة (Erivin, K., 2019) التي أكدت أن المرأة تميل للروحانية مقارنة بالرجال، وأن النساء يمارسن فنيات التدين والروحانية أعلى بكثير مثل: الممارسات الدينية الخاصة والمعتقدات، والتسامح الديني/ التأقلم الروحي والديني والالتزام المؤسسي والتنظيمي الديني.

وترتبط الروحانية عند الرجال بمفاهيم القوة والتحكم الداخلي، وربما يقل اعتمادهم على الشبكات الاجتماعية الدينية مقارنة بالنساء. (Nyman, S. R., Dibb, B., Victor, C., 2012) (R., & Gosney, M. A. 2012)

ووفقا لدراسة (Underwood, L.G., & Teresi, J.A., 2002) التي تستعرض التطور الروحي عبر مراحل الحياة استنادًا إلى دراسة تتبعية، وأشارت النتائج إلى أن الروحانية تتزايد مع التقدم في العمر.

كما أن النساء قد يعانين من نوبات الاكتئاب بشكل أكثر حدة مقارنة بالرجال ويتعرضن لتقلبات مزاجية مرتبطة

ويؤكد (Idler, 2008) أنه منذ سن مبكرة تستند الخيارات التي يفضلها الفرد إلى المعتقدات، والقيم الروحانية التي يحملها، والتي ترتبط مباشرة بأسلوب حياته، ومجموعة العادات التي يتبناها بدءًا بالنظام الغذائي ومرورا بالسلوك الجنسي..... إلخ

كما أشار (Pargament, Thompson and 1997); (Smith, T.B.,) ; (Koenig, H.G. 2009.) (McCullough, M.E., & Poll, J. 2003)، أن الروحانية من شأنها مساعدة الفرد على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، والحصول على مخرجات نفسية إيجابية. وهذا ما أكدته دراسة (Pargament, K.I. 1997.) أن ثمة علاقة بين التجارب الروحية اليومية والرفاه النفسي بين البالغين في الولايات المتحدة، فضلا على أن التجارب الروحية اليومية مرتبطة إيجابيًا بالصحة النفسية.

وجميعها تؤكد تأثير التدين والروحانية والدعم الاجتماعي في الرفاه النفسي بين كبار السن في المناطق الريفية، وتشير النتائج إلى أن التدين والروحانية والدعم الاجتماعي يلعبون دورًا مهمًا في تعزيز الرفاه النفسي، كما يمكن أن يكون لهما دور في تعزيز الصحة النفسية، وأن أعراض الاكتئاب ونتائجه - كاليأس ونقص تقدير الذات - دليل على الكرب الروحاني الذي يعانيه الفرد (Wink, P., & Dillon, M., 2002). ((2002). (Wook, M., & Jones, D. 2002).

وكذلك دراسة (Ai, A.L., Peterson, C., & Huang, B. 2003) التي كشفت عن تأثير التأقلم الديني والروحي في المواقف الإيجابية للاجئين المسلمين البالغين من كوسوفو والبوسنة، وإسهامه في تعزيز المواقف الإيجابية لديهم.

ونستخلص مما سبق أن تنمية وتعزيز الجانب الروحاني يساعد على خفض حدة أعراض السيكلوثيميا، وأن الروحانية يمكن أن تسهم في تقليل مستويات التوتر والقلق، وتعزيز الشعور بالراحة النفسية، كما تساعد الأفراد على إيجاد معنى وغاية في حياتهم، مما يعزز الرضا الشخصي.

3. تحديد مدى تباين كل من الروحانية والسيكلوثيميا بتباين المتغيرات الديموجرافية (النوع - العمر) لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا.

أهمية الدراسة: أهمية الدراسة: تتبلور أهمية الدراسة من خلال عدة نقاط نجلها على النحو التالي:

1. **الأهمية السيكومترية:** تتمثل في بناء مقياسي السيكلوثيميا والروحانية وذلك بشكل يتناسب وعينة الدراسة، كما أن بناء مقاييس جديدة من شأنه أن يثري المكتبة السيكومترية المصرية والعربية على حد سواء، علاوة على بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية مهارات الروحانية سعيا لخفض أعراض السيكلوثيميا لدى المعاقين بصريا.

2. **الأهمية المنهجية:** تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي والمنهج التجريبي، فالدراسة لا تتوقف عند التشخيص والكشف عن المتغيرات وتباينها بتباين متغيرات أخرى، بل يتجاوز ذلك إلى مرحلة التعديل، من خلال تطبيق برنامج قائم على الروحانية لخفض أعراض السيكلوثيميا لدى المعاقين بصريا.

3. **أهمية المتغيرات:** تتناول الدراسة الروحانية وهو متغير حديث نسبيا وتحديدا في الثقافة العربية، وهو متغير له تأثير كبير في فئة المعاقين بصريا الذين تظهر عليهم أعراض السيكلوثيميا والتي لا بد من تحري الدقة في تشخيصها وتلمس السبل المختلفة للتدخل بغرض الحد من أعراضها.

4. **أهمية العينة:** تتناول الدراسة فئة المعاقين بصريا وهي من أهم الفئات التي أكدت الدراسات أهمية تناولها، وضرورة الإلمام بفنيات التعامل معها بهدف تجنب الوقوع في الأخطاء عند تشخيصها.

5. **الأهمية التربوية:** إن هذا البرنامج قد يكون له فائدة كبيرة في اكتساب مهارات الروحانية لخفض أعراض السيكلوثيميا عند المعاقين بصريا، مما يساعد في تحقيق أهداف العملية التعليمية.

6. **الأهمية الوقائية:** إن اكتساب مهارات الروحانية لخفض أعراض السيكلوثيميا عند المعاقين بصريا

بالدورة الشهرية، وأكثر عرضة للبحث عن مساعدة مهنية وللتعبير عن مشاعرهن ومشاكلهن النفسية، مما قد يساعد في التشخيص المبكر والعلاج الفعال. (American Psychiatric Association. 2013)

وأن أعراض اضطراب المزاج الدوري تزداد لدى الإناث مقارنة بالذكور، وأنه توجد علاقة عكسية بين اضطراب المزاج الدوري، وكل من تنظيم الذات والسلام الداخلي ومكوناتها الفرعية لدى طالب الجامعة (هبة حسين، 2013).

وعلى النقيض نجد دراسة (Koenig, H. G. 2012) تزعم بأن الرجال قد يظهرون نوبات الهوس الخفيف بشكل أكثر وضوحًا، وقد يعانون من اضطرابات في السلوك مثل تعاطي المخدرات أو السلوك العدواني.

ومنه نستخلص أن الروحانية ترتبط بشكل إيجابي وملحوظ بمتغيرات الصحة المدركة والسعادة الشخصية ونوعية الحياة والتدين، وأن النساء قد يجدن في الروحانية ملاذًا ودعمًا عاطفيًا ونفسيًا أكبر، وأنهن أكثر مشاركة في الأنشطة الدينية والروحانية الجماعية مثل الصلاة أو التأمل الجماعي، مما يعزز من شبكات الدعم الاجتماعي لديهن.

وفي ضوء ما تقدم نطرح السؤال الثالث:

1- ما مدى تباين كل من الروحانية والسيكلوثيميا بتباين المتغيرات الديموجرافية (النوع - العمر) لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا؟

ثالثاً: أهداف الدراسة: يمكن صياغة الأهداف في ضوء ما تقدم من أسئلة بشكل إجرائي على النحو التالي:

1. تحديد مدى تباين كل من الروحانية والسيكلوثيميا بتباين القياسين القبلي والبعدي لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا.

2. تحديد مدى تباين كل من الروحانية والسيكلوثيميا بتباين القياسين البعدي والتتبعي لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا.

6. المعالجة الإحصائية: تتباين نتائج الدراسة بتباين الوسائل الإحصائية التي تم تحديدها في ضوء (حجم العينة- طبيعة الأدوات المستخدمة - ونوعية الفروض المطروحة).

المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

نستعرض فيما يلي التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة الأساسية:

أولاً: مفهوم الروحانية Spirituality:

يمكننا في ضوء تحليل التعريفات الإجرائية السابقة والوقوف على مكونات المقاييس السابقة والنظريات والاستبانات المفتوحة لكل من

(Ellison, C.G., & (King&Roeser 2009) ،

Fan, D. 2008)،

(Koenig, H.G. 2001)،

(Hood, R.W., Hill, P.C., & Spilka, B. 2009)

(Harder, J. 2011) ، (Erivin, K. 2019)

(Austin, P., Macdonald, J., &

MacLeod, R. 2018).

(Makkar, S., & Singh, A. K. 2018).،

(Mishra, S. K. 2012)

كما يشير كل من (Kumar, A., & Makar, S. 2019) إلى حقيقة هي أن هناك الكثير من المقاييس للروحانية، ولكن معظمها يهيمن عليها الدين وتتصدى أيضاً لقضايا العالم الغربي، حيث تم تطوير غالبية المقاييس في الغرب، وفي الهند توجد مقاييس روحانية قليلة جداً، ومعظمها مقتبس من الموجود.

ويتحليل نتائج الدراسة الاستطلاعية والنظريات المفسرة، أسفرت هذه الخطوة عن العديد من المكونات، وقد تم استبعاد تلك التي حظيت بشيوع وتكرار عالي، ومن ثم نصوص التعريف الإجرائي للروحانية في (استجابة الفرد لمثيرات الممارسات الروحانية - البحث عن المعنى - الوعي بالذات - التسامي (الترانسندنالية) - خدمة الآخرين) ويعبر عن ذلك بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المعد لذلك.

سيكون له أثر كبير في الوقاية من العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية وما ينتج عنها من آثار سلبية ومعقدة.

7. أهمية المجال البحثي: تمثل هذه الدراسة عدة مجالات

بحثية، فهي من حيث العينة تقع في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة، ومن حيث المتغيرات تمثل مجال علم النفس الإيجابي، ومن حيث بناء مقاييس فهي تنتمي للقياس النفسي فضلاً عن كونها تعتمد على بناء برنامج، فهذا يضعها في مجال الإرشاد النفسي ودراسة تعدد مجالاتها من شأنه أن يعطيها وزناً ويعلي من شأنها.

محددات الدراسة:

محددات الدراسة: تُحدد نتائج هذه الدراسة بعدة محددات نتناولها على النحو التالي:

1. الإطار الزمني: ونقصد به الفترة الزمنية التي استغرقت في تطبيق الأدوات السيكمترية والإنمائية، وقد تراوحت بين الثالث من شهر سبتمبر 2023 والثالث من شهر أبريل 2024.

2. الإطار المكاني: يقصد به الإطار الجغرافي الذي سحبت منه للعينة، وقد سحبت من المعاقين بصريا المدمجين بمدارس العاديين بمحافظة البحيرة - إدارة التحرير- بدر التعليمية.

3. أدوات الدراسة: تعتبر الأدوات من المحددات الرئيسية لنتائج أي دراسة، وقد اعتمدت هذه الدراسة على أدوات سيكمترية، وأخرى لتحقيق التكافؤ، وثالثة نمائية وسيتم الإفصاح عن ذلك لاحقاً.

4. عينة الدراسة: تعتمد الدراسة على عينة من التلاميذ المعاقين بصريا المدمجين بمدارس العاديين والذين يعانون من ظهور أعراض السيكلوثيميا وانخفاض الروحانية، وسنوضح لاحقاً وصف العينة وخصائصها ومنطق ومبررات اختيارها.

5. منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي والتجريبي، وسيوضح ذلك عند تناول منهج اجراءات الدراسة.

ثانياً: مفهوم السيكلوثيميا: Cyclothymia

يمكننا في ضوء تحليل التعريفات الإجرائية السابقة والوقوف على مكونات المقاييس السابقة والنظريات والاستبانات المفتوحة لكل من (مقياس السيكلوثيميا، Fraser, 2017)، (Totterdell, P., & Kellett, S. 2001)، (DSM-IV؛ الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 1994)، قاموس الجمعية الأمريكية لعلم النفس، (VandenBos, 2015, p.279)، (Phillips, M. R. 2012)، (Verhoeven, W., (Marneros & Brieger, 1998) Paker et al.,), M. A., & Tuinier, S. 2001)، (Jensen, K. P., et al, 2020)، (منظمة الصحة العالمية، 2021، ص.265)

وبتحليل نتائج الدراسة الاستطلاعية والنظريات المفسرة، أسفرت هذه الخطوة عن العديد من المكونات، وقد تم استبعاد تلك التي حظيت بشيوع وتكرار عالي، ومن ثم نصوص التعريف الإجرائي للسيكلوثيميا في (استجابة الفرد لمثيرات نفسية - جسمية - معرفية - اجتماعية) ويعبر عن ذلك بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المعد لذلك.

الإطار النظري ودراسات سابقة

ونتناول فيما يلي مفاهيم الدراسة من حيث المفاهيم المرتبطة بكل متغير ونظرياته وسبل قياسه، وفتيات تعديله وبعض الدراسات التي تناولته:

المبحث الأول: الروحانية Spirituality**• أولاً: الروحانية والمفاهيم المرتبطة بها:**

تعددت المفاهيم المتداخلة مع الروحانية ومن أكثرها تداولاً التدين والإنسانية والوجودية... إلخ، كما تنوعت المحاولات والاتجاهات للتمييز فيما بينها.

الروحانية والتدين:

ومن أبرزها محاولات التمييز بين الدين والروحانية أيضاً من خلال آثارهما على الصحة الجسدية والعقلية للناس، حيث يمكن التمييز بين المفهومين باعتبار أن الدين كل ما يأتي من الخارج، من نواح شكلية أو مؤسسية، بينما الروحانية

تمثل كل ما هو شخصي وعاطفي، ويأتي من الداخل وليس منهجياً. (Ervin, K. 2019)

وتتأتى ضرورة التمييز بين التدين والروحانية في البلدان ذات الخلفية العلمانية من تزايد عدد الأشخاص الذين يعتبرون أنفسهم "روحانيين، لكن ليسوا متدينين". خلال العقد الماضي، أصبحت العلاقة بين التدين/ الروحانية والصحة موضوعاً ذو أهمية متزايدة خاصة في مجال الرعاية الصحية (MacLeod, R. 2018).

ويفرق (Tongeren, D. R., & Hook, J. 2018). بشكل حاد بين الروحانية غير الدينية والتدين، ويرى آخرون أن الاثنين متقاطعان ومتداخلان إلى حد كبير.

وعلى الرغم مما أشارت إليه دراسة (Makkar, S., & Singh, A. K. (2020). من ارتباط الروحانية بالدين منذ العصور القديمة فإن الدراسات الحديثة تشير إلى أن الروحانية أبعد من الدين وهي أوسع بكثير في معناها، ويختتم موضحاً بأنه حتى اليوم معنى الروحانية لا يزال موضوع نقاش وغير محدد.

وفي نفس الاتجاه تعتبر دراسة (Austin, P., Macdonald, J., & MacLeod, R. (2018) أن الروحانيات والدين ترتبط ارتباطاً وثيقاً، ولكن تختلف التعريفات، فيجب اعتبارها عند القياس بنائين منفصلين.

فغالباً ما يتم تعريف التدين على أن التمسك بالمعتقدات والعقائد والأخلاق والطقوس، والنصوص والممارسات المرتبطة بقوة أعلى إما بمفردها أو بين مجموعات منظمة (هود وسبيكا 2003).

وعلى الجانب الآخر، يتم تعريف الروحانية أنها مجموعة من التجارب والمشاعر الداخلية، و يبحث عنها الشخص داخلياً عن معنى وهدف، بالإضافة إلى العلاقات مع الذات والأسرة والآخرين، والمجتمع والطبيعة و المقدس (Austin, Baumsteiger and Chenneville 2015) (et al. 2017).

ويمكن أن يُعرّف بأنها نهج فردي ومنفتح في البحث عن معنى وهدف الحياة، ومن ناحية أخرى، فإن الروحانيات تتعامل مع المتعالي والصياغة النهائية وأسئلة بخصوص الغرض من الحياة، مع الافتراض المسبق أن الحياة أكثر مما نستطيع رؤيته أو سماعه أو إدراكه أو فهمه كاملاً.

لذلك يمكننا النظر إلى الروحانية كمفهوم عام يشمل وجهات نظر محددة وممارسات التدين الرسمي، والتي قد تشترك جوانب من الإنسانية العلمانية والوجودية؛ للحصول على مجموعة كبيرة من القنوات والمواقف الروحية

ونستنبط أن الروحانية تعني تجاوز الذات، والتعامل مع قضايا الرحمة تجاه الآخرين، وعادة ما تظهر الروحانية في السياق الديني، وإذا أخرجنا الروحانيات من السياق الديني، سيصبح المفهوم غامضاً جداً لدرجة التطرف مما يفقدها معناها، بينما الدين يساعد في الحفاظ على الحياة الروحية، والروحانية غالباً ما تكون جانب مهم من حياة المتدينين.

بشكل عام، اعترفت معظم المؤلفات التي تمت مراجعتها أن ظاهرة الروحانية تتعلق بمعتقدات الناس وقيمهم الأخلاقية ومواقفهم وأفعالهم.

• النظريات المفسرة للروحانية:

ثمة نظريات مفسرة نجمها فيما يلي 2008; Corniah , 2012; James et al., 2008; Colucci 2006 ; 2009; King & Roeser, 2014; Japar & Purwati 2007 ; Yampolsky et al (Mont , 2007)

1. نظرية نمو الإيمان Faith Development Theory

يصف (Fowler, 1981) جوهر الإيمان الديني بأنه إخلاص الفرد التام لعلاقته بالمتعالي مما يضيف الغرضية على طموحاته، وسلوكه، وأفكاره في هذه الحياة. ويستند نمو الإيمان إلى نمو العمليات المعرفية لدى الفرد؛ ولذا يظهر نضجه في أثناء مرحلة المراهقة حيث ينمو التفكير المجرد، والقدرة على استيعاب الأنظمة المفاهيمية المعقدة، والتساؤل بشأن القيم، والمعتقدات المسلم بها

وفي نفس الصدد تأتي دراسة Austin, P., (Macdonald, J., & MacLeod, R. 2018) لتؤكد وجود بعض التداخل في التعريفات، حيث إن الروحانية تشمل الدين، والدراسات السابقة التي تبحث هذا الرأي تشير إلى أن كلا من القادة الدينيين والناس العاديين ينظرون إلى الدين كمعتقدات تستند إلى قواعد مرتبطة بالممارسة المنظمة، بينما الروحانية أكثر شخصية، فتشمل العلاقات الداخلية والمستقلة عن المجتمع (Hyman and Handal 2006؛ Zimmer et al. 2016).

كما يرى (ماكلويد وآخرون، 2017) أن المعتقدات الدينية القوية ترتبط بمستويات عالية من القلق لدى الأشخاص الذين يفكرون في موتهم مقارنةً مع معتقدات روحية قوية تظهر مستويات أقل بكثير من القلق بشأن موتهم.

بالإضافة إلى الاختلافات السابقة في تعريفات الدين والروحانية يرى (Hill and Pargament 2003)، أيضاً أن الروحانية تختلف في سياق الرعاية الصحية اختلافاً كبيراً حيث يصفون الروحانية بعبارة مبسطة بالخير والدين بالسوء، ومثل هذه التعريفات تتغاضى عن الآثار المفيدة والضارة المحتملة من التدخلات الدينية والروحية).

ويناقش Zwingmann, C., Klein, C., & Büssing, A. (2011) في مقالهما التعليمي عدة احتمالات حول كيفية التفريق بين الدين/ التدين والروحانية، ويظهرون الدين على أنه البناء الأوسع، اعتماداً على التعاريف الملموسة والعلاقات المتبادلة من المفاهيم المعنية، وهذا يسلط الضوء على ضرورة وجود تعريفات صريحة وواضحة للظواهر التي سيتم تقييمها.

كما اقترح Zwingmann, C., Klein, C., & Büssing, A. (2011) للتمييز بين "الأديان" بأنه غالباً ما يُفهم الدين على أنه نهج مؤسسي محدد ثقافياً ينظم التجارب الجماعية للناس في نظام مغلق من المعتقدات والممارسات، بينما تكون التجارب الروحية فردية للغاية ولا يسهل توصيلها ومشتركة من قبل مجموعة من الناس؛ وبالتالي فإن الروحانية هي قضية معقدة ومتعددة الأبعاد،

المزاج، واضطراب ثنائي القطب سريع الدوران، اضطرابات القلق، ولا سيما اضطراب الهلع - رهاب الخلاء -، اضطراب تشوه الجسم، واضطراب تعاطي المخدرات واضطرابات الشخصية الدرامية ومن هذه الدراسات (Ruedrich, 1993)، (Akiskal 1994)، (Tyner, 1999).

وتتضمن اضطرابات الحالة المزاجية مجموعة واسعة من الاضطرابات ومنها الاضطرابات الاكتئابية، واضطراب الهوس، واضطراب ثنائي القطب بنمطيه، واضطراب عسر المزاج، واضطراب المزاج الدوري، اضطراب القلق العام، اضطرابات الشخصية، اضطرابات النمو العصبي، اضطراب الاكتئاب الشديد، النوع الثاني من اضطراب الشخصية الحدية.

وللتمييز بين السيكلوثيميا وغيرها نعرض ما يصفه قاموس كامبردج لعلم النفس حول اضطراب المزاج الدوري بأنه اضطراب يظهر فيه تقلبات مزمنة بين الهوس الخفيف والاكتئاب الذي يبدأ في أواخر سن المراهقة ويتطور الى اضطراب ثنائي القطب في حوالي ثلث حالات الاصابة .

السيكلوثيميا واضطراب ثنائي القطب بنمطيه

يعرض Shen, G. H., et al. (2008). ما اتفق عليه كل من (Akiskal et al., 1977)؛ (Cassano et al., 1999)؛ (Depue et al., 1981)؛ (Howland & Thase, 1993) بأن اضطراب دورية المزاج أو ما يعرف بـ اضطراب المزاج الدوري هو شكل أخف من الاضطراب ثنائي القطب، وينطوي على تقلبات مزاجية متكررة من نوبات الهوس الخفيف والاكتئاب، في حين يعاني الأشخاص المصابون به من نوبات الهوس الخفيف والاكتئاب الخفيف لمدة عامين على الأقل، ولكن يمكن أن تحدث هذه التغييرات في الحالة المزاجية بسرعة وفي أي وقت، كما قد يمر الشخص المصاب به بفترات قصيرة من المزاج الطبيعي، ولكن هذه الفترات تستمر لمدة أقل.

وعليه يعد اضطراب المزاج الدوري من الاضطرابات المزاجية الخفيفة، وله أعراض مشابهة لاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني، ويتسبب في حدوث تقلبات عاطفية،

بذلك تأخذ الروحانية لدى المراهقين صورة البحث عن معنى الحياة، و الإجابة عن أسئلتهم الملحة؛ ولذا يعتبر Lyon ، (Townsend – Akpan , and Thompson , 2001) الدعم الروحاني أهم الأسباب التي تحول بين المراهق، و أزمة الهوية.

2. نظرية النمو الإيجابي للشباب Theory of Positive Youth Development

ترجع هذه النظرية ندرة الدراسات التي تناولت الروحانية لدى الشباب إلى تعدد معانيها بتعدد الأفراد، والأوقات، والسياقات الثقافية المختلفة.

للروحانية دور مهم في حياة الشباب لأنها تعمل على توسعة حيز تفكيرهم ليشمل الأفراد، والأشياء، والمفاهيم من حولهم سواء أكانت تعنيهم بشكل مباشر، أو غير مباشر، حيث يمثل الاهتمام بالأخر، وعدم الاستغراق في الذات المصدر الرئيس للتنمية الأخلاق، وسمات الشخصية الإيجابية.

3. فرضية المصد Buffering Hypothesis

تقدم الديانات لأتباعها نظام عزوي فريد لتفسير ومواجهة أحداث الحياة، ذلك النظام الذي يعرف بالمجال الوجودي، وينمو عبر حياة الفرد بدءًا من المعتقدات الحدسية، أو الجمعية بمرحلة الطفولة وصولاً للمعتقدات المجردة بمرحلة المراهقة وما بعدها.

وبعبارة أخرى يقدم الدين للأفراد ما يسمى باستراتيجية المواجهة الدينية، والتي تساعدهم على عنونة، أو إعادة صياغة أحداث الحياة في ضوء علاقتهم بالمتعالي، ومن منطلق إيجابي.

المبحث الثاني: السيكلوثيميا Cyclothymia

السيكلوثيميا والمفاهيم المتداخلة: ثمة مفاهيم مرتبطة ومتداخلة مع هذا المفهوم تشير لأبرزها فيما يلي:

يذكر (Perugi, G., 2009) أن الدراسات الحديثة أكدت على التشابه بين عدة اضطرابات مثل: المتلازمات ثنائية القطب، الحالات المختلطة مع سمات الاكتئاب والهوس، الهوس أحادي القطب، اضطراب المزاج الدوري، وعسر

ج- اضطراب دوروية المزاج: يتطلب التشخيص تاريخًا لمدة عامين على الأقل للعديد من النوبات التي تشبه الهوس الخفيف وتشبه الاكتئاب الشديد، ولكن لا يستوفي أي منها معايير هذه الحالات.

ويوضح (Phillips, M. R. 2012) مقترحات DSM-5 لفصل اضطرابات المزاج DSM-IV إلى قسمين منفصلين "اضطرابات الاكتئاب" و "ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة". DSM-IV "اضطراب دوروية المزاج" معايير DSM-IV ومعايير DSM-5 المقترحة للاكتئاب واضطراب المزاج الدوري كلاهما يستبعدان أعراض المزاج المستمرة التي هي نتيجة لذهان أساسي، أو حالة طبية، أو تعاطي المخدرات.

ويؤكد (Van Meter, A., et al. 2011) أن اضطراب المزاج الدوري لا يزال موضع جدل، على الرغم من وجود معايير DSM المميزة له، فقد لوحظ في الأدبيات السابقة أنها تحاول التفريق بين الأنواع الفرعية للعتبات الفرعية، معتمدين على مجموعة معايير غير محددة بدقة.

ويضيف (Akiskal et al., 1977) أن اضطراب المزاج المزمن والتهيج خلال فترتي الهوس الخفيف والاكتئاب على حد سواء وصفت بأنها علامة على اضطراب دوروية المزاج، وأنه في حالة اضطراب المزاج الدوري يجب أن يتزامن التهيج مع نوبات الهوس الخفيف والاكتئاب، ولا تحدث باستمرار كما قد تحدث في حالات الاضطرابات أخرى.

ومن الملاحظ أيضا أن الأشخاص المصابون باضطراب دوروية المزاج من اضطرابات نوم كبيرة أثناء ظهور نوبات الهوس الخفيف والاكتئاب، ويرجع ذلك جزئيًا إلى القلق والإثارة المرتبطة بهما.

وعلى نقيضها دراسة (Andreasen, 1995)؛ (Feighner., et al, 1972) التي افترضت أن الشباب المصابين باضطراب المزاج الدوري لديهم تاريخ عائلي مشابه لغيره من الشباب المصابين باضطراب ثنائي القطب.

والفرق الرئيسي بين الاضطرابين هو شدة الأعراض. فاضطراب المزاج الدوري أعراضه أخف.

ومن وجهة نظر أخرى لـ (Akiskal et al. 1977) فإن وجود التاريخ العائلي لاضطراب المزاج هو العامل الرئيسي في التمييز بين الأشخاص المصابين باضطراب المزاج الدوري من الآخرين الذين يعانون من أعراض ثنائية القطب دون العتبة.

وفقا لـ (Van Meter, A., et al. 2011) تأتي الصعوبة في التشخيص الدقيق لاضطراب المزاج الدوري، والأشكال الفرعية الأخرى للاضطراب ثنائي القطب، بسبب التأخر الكبير في التشخيص وتقديم العلاج المناسب وقد يكون له تداعيات خطيرة.

ويؤكد (Verhoeven, W. M. A., & Tuinier, S. 2001) بأنه لا يمكن اعتبار اضطراب المزاج جزءًا من الطيف ثنائي القطب، على الرغم من أنه يشبه اضطراب المزاج الدوري في بعض الجوانب.

وبحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية فإنها تتضمن الاضطرابات المزاجية الآتي:

أ- الاضطراب الاكتئابي الشديد (MDD) أو ما يعرف بـ الاكتئاب الشديد أو الاكتئاب السريري، يتضمن فترات من الحزن الشديد، أو اليأس، أو الفراغ مصحوبة بمجموعة متنوعة من الأعراض الجسدية والمعرفية والعاطفية. علمًا أنه قد ينتج عن تعاطي بعض المواد المخدرة، أو السامة مثل الكحول، أو المخدرات، أو الأدوية.

ب- الاضطراب ثنائي القطب: سواء كان النوع الأول أو ما يعرف بـ الاكتئاب الهوسي، ويتميز بمزاج بهيج، أو عصبي، وزيادة الطاقة أو النشاط. أو النوع الثاني والذي يتضمن الهوس الخفيف ونوبات من الاكتئاب، ولكن ليس به نوبات هوس كبيرة، وثنائي القطب الناتج عن حالة طبية وليس حالة نفسية يعتبر من الاضطرابات المزاجية أيضًا.

توقف نشاط الهرمونات الجنسية (انقطاع الطمث)؛ مما يرفع احتمالات الإصابة بها بين الإناث. Akiskal, H. S. (2001).

3. **الأمينات الحيوية:** توجد علاقة قوية بين مستوى الإمينات (خاصة السيروتونين والأدرنالين والدوبامين والنورابينفرين) والاضطرابات الوجدانية، فنقص السيروتونين ضروريا لبدء الاضطراب الوجداني، ومستوى النورابينفرين يحدد ما إذا كانت الحالة اكتئابا أم ابتهاجا. وتوصلت الدراسات حديثا إلى احتفاظ جسم المكتئب بكمية من الصوديوم تزيد 50% عن المستويات الطبيعية، في حين تزيد هذه النسبة بحالة الهوس إلى 200% (Malhi, G. S., & Kuiper, S. 2003).

4. **المتغيرات الاجتماعية والثقافية:** أكد Hammen, (2005) أنه ثمة عوامل اجتماعية تشكل أسبابا لوجود السيكلوثيميا منها: غياب المساندة الاجتماعية، والوجدانية عند التعرض للكرب، وسوء الاستجابة لأحداث الحزن، والفرح وما يسمى هوس الحداد، وظروف الحياة الضاغطة كموت قريب أو تغيير محل الإقامة، خبرات الطفولة الصادمة: موت أحد الوالدين، أو طلاقهما... إلخ، وبيئة العمل، والمؤثرات البيئية والأحداث الأخرى تعتبر سببا في ترسيب الاضطراب حيث لوحظ انتشار الاضطرابات بين من يفكرون إلى المساندة الاجتماعية في بيئتهم السرية.

أيضا هناك بعض الثقافات قد تصنع ضغطا كبيرا على الأفراد للنجاح أو الامتثال لمعايير معينة، مما يمكن أن يزيد من التوتر والضغط النفسي ويؤثر على المزاج. 5. **الضغوط الاقتصادية:** مثل البطالة أو الفقر يمكن أن تكون مصدرا كبيرا للتوتر وتزيد من خطر الإصابة

أسباب السيكلوثيميا: وفقا لـ (World Health Organization, 2011)

1. **العوامل الوراثية:** يلعب العامل الوراثي دورا مهما في نشأة اضطرابات المزاج؛ حيث أظهرت دراسات التوائم - في أنحاء مختلفة من العالم - ارتفاع احتمالات الإصابة بين التوائم المتماثلة إلى 70%، وإلى 20% بين التوائم المتشابهة، بالإضافة إلى ذلك، يرتبط اضطراب المزاج الدوري بمجموعة واسعة من العائلات والاضطرابات النفسية (Findling, et al. 2005). كما يزداد مؤشر الخطورة في حالة إصابة (أحد الوالدين 25%) أو كليهما (60% American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed).

وأكدت دراسة (Azorin et al , 2016) أن الأقارب من الدرجة الأولى لأولئك الذين يعانون من اضطراب اكتئابي شديد وتاريخ عائلي للهوس يواجهون صعوبات في المدرسة أكثر من أولئك الذين ليس لديهم مثل هذا التاريخ العائلي.

وفي دراسة (Findling, et al., 2005) عن الشباب الذين يعانون من أعراض الهوس، فإن الشباب المصابين باضطراب المزاج الدوري كانوا أكثر عرضة لأن يكون أحد الوالدين مصابا باضطراب ثنائي القطب أكثر من أي شخص آخر من مجموعة من الشباب.

2. **اختلال النشاط الهرموني:** تنتشر هذه الاضطرابات في فترات الدورة الشهرية والطمث والولادة، وكذلك بين مرضى المرارة وأورام المخ والالتهاب الرئوي. Psychiatric American Association, 2013, (p.139)

وتزداد احتمالات الإصابة بالسيكلوثيميا بين مرضى فرط إفراز الغدة الكظرية أو الدرقية، كما قد تصاحب

- Akiskal, H. S. أو النشاطات الاجتماعية. (2001).
7. أن اضطراب المزاج الدوري وتقلب المزاج الشديد يحدث عندما يحدث الاضطراب اليومي للحالة الداخلية واستمراره وتضخيمه بواسطة الأحداث، والسلوكيات والعمليات التنظيمية (Totterdell and Kellett, 2008).
- ثانياً: الأعراض الاكتئابية الخفيفة:** وتتضمن ما يلي:
1. مزاج مكتئب: ويكون معظم اليوم، ولديه مشاعر دائمة من الحزن أو اليأس .
 2. فقدان الاهتمام أو الاستمتاع: انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو الاستمتاع بالنشاطات اليومية (American Psychiatric Association, 2013).
 3. تغيرات في الشهية أو الوزن: زيادة أو فقدان في الشهية أو الوزن دون محاولة متعمدة (Kupfer, 2005).
 4. الأرق أو النوم المفرط: صعوبة في النوم أو النوم لفترات طويلة (Bauer, M., & Whybrow, P. C. 2001).
 5. التعب أو فقدان الطاقة: شعور بالتعب المستمر أو نقص الطاقة (Thase, M. E., & Sachs, G. S. 2000).
 6. مشاعر انعدام القيمة أو الذنب المفرط: مشاعر مفرطة بالذنب أو انعدام القيمة (Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. 2007).
- هذه الأعراض يجب أن تكون مستمرة لمدة عامين على الأقل (سنة واحدة للأطفال والمراهقين) وتسبب ضيقاً أو خللاً كبيراً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في مجالات أخرى من الحياة اليومية.
- النظريات المفسرة للسيكلوثيميا:**
- ثمة نظريات مفسرة World Health Organization, (2001) نجملها فيما يلي:
- Sareen, J., Afifi, et al., (2011).
6. **النموذج التكاملية:** ومن المحتمل أن تتكامل المتغيرات السابقة لتشكل وجود السيكلوثيميا (اضطراب المزاج الدوري)، وقد اقتصرَت الدراسة الحالية على تناول العوامل النفسية والمعرفية وذلك من خلال فنيات العلاج المعرفي السلوكي لخفض أعراض اضطراب السيكلوثيميا.
- ❖ **أعراض السيكلوثيميا:** تتمثل فيما يلي:
- أولاً: أعراض الهوس الخفيف (الهيبومانيا):** هي حالة تمر فيها بفترة ارتفاع بشكل غير طبيعي في مزاجك أو عواطفك ومستوى الطاقة ومستوى النشاط، ونجمل هذه الأعراض فيما يلي:
1. نشاط مفرط أو زيادة في الطاقة: الشخص قد يشعر بزيادة في النشاط والطاقة مقارنةً بحالته الطبيعية.
 2. التهيج أو السعادة المفرطة: مشاعر مفرطة من الفرح أو التهيج.
 3. انخفاض الحاجة إلى النوم: الشخص قد يشعر بأنه بحاجة إلى نوم أقل من المعتاد. (Bauer, M., et al 2008).
 4. زيادة في الثقة بالنفس أو شعور بالعظمة: يشعر الشخص بالثقة المفرطة في النفس أو بالأفكار العظيمة. (Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. 2010).
 5. تسرع في الكلام أو تدفق الأفكار: فقد يجد زيادة في سرعة الكلام أو تدفق الأفكار بشكل مستمر. (Malhi, G. S., & Kuiper, S. 2003).
 6. زيادة في النشاط الموجه نحو الهدف: الشخص قد يصبح مفرط النشاط في مجالات مثل العمل أو الدراسة

لمؤثرات بيئية خارجية، فقد يظهر الاكتئاب؛ نتيجة أحداث الحياة الضاغطة؛ ونتيجة لانخفاض الدعم الايجابي في الحياة، أو العجز الذي يصيب الفرد عن المرور بخبرات مؤلمة .
4. **النظريات المعرفية:** تؤكد أن النظرة السلبية للذات، والعالم المحيط، وكذلك المستقبل، ثم التفسير للأفكار العقلانية للخبرات، وكذلك التوقع المستمر للفشل، تقود جميعها إلى الاضطرابات المزاجية (توماس ماير، 2016، ص.137).

5 - **النظريات الاجتماعية:** يقترح Totterdell, P., & Kellett, S. (2001). نظرية zeitgeber الاجتماعي لكل من (Frank, Ehlers 1988) تقترح أن اضطراب المزاج يحدث عندما تتعطل الإشارات الاجتماعية التي تدخل في الإيقاعات البيولوجية بفعل سلبية أحداث الحياة إلى جانب اضطراب الإيقاعات اليومية والاجتماعية.

وتقترح نظرية zeitgeber الاجتماعية أن اضطرابات وجبات الطعام تلعب دورًا مهمًا في إيقاعات المزامنة، ومن المهم، أن نلاحظ كيف أن شدة الحدث تؤثر أيضًا على الدرجة التي قد تتسبب في اضطراب الإيقاع الاجتماعي.

ونستخلص من هذه النظرية أن الأفراد الذين يعانون من أعراض اضطراب دوروية المزاج، لديهم اضطراب في الانتظام، فرط النشاط النفسي الحركي، تضخيم الأنا والاعتداد بالذات، سرعة تذبذب المزاج، اضطرابات النوم، فقدان الشهية للطعام.

❖ سبل علاج السيكلوثيميا وأهميته:

تؤكد الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي فعال في تحسين التقلبات المزاجية لدى ذوي اضطراب المزاج الدوري؛ من خلال تنمية الوعي المعرفي لديهم. (Perugi, et al., 2017, p.123-124)

يعتمد علاج اضطراب المزاج الدوري على التعرف المبكر على الأعراض، وتنفيذ التدخلات المناسبة، لإدارة عوامل الخطر، والتركيز على علاج خلل التنظيم العاطفي، والاعتراف بالعواقب السلبية لأنماط السلوك غير التكيفية؛

1. نظرية التحليل النفسي Psychoanalysis

Theory: تفسر نوبات الاكتئاب كأحد الأعراض الرئيسية للسيكلوثيميا بأنها نكوص للمرحلة الفمية السادية بالتطور الجنسي للشخصية، والذي يحرضه فقدان الحب، و يزداد بازدياد الميول النرجسية والعدوانية، غير أن هذا العدوان يتطور مع الوقت ليصبح موجهاً للذات فيأتي في صورة الشعور بالإثم (انقلاب الأنا الأعلى على الأنا) والذي تعبر عنه حالة الاكتئاب.

كما تفسر بأنها نتيجة لمرور الفرد بخبرات ضاغطة أو صادمة تحدث له في سنوات عمره الأولى مما يجعله عرضة للاكتئاب، كما انها قد تكون نتيجة لكبت الغرائز وما ينجم عن ذلك من توجيه الانفعالات السالبة كالعدوان وغيره الى داخل الفرد أي نحو الذات، ومن جهة أخرى يعد الهوس كرد فعل ووسيلة دفاعية ضد الاكتئاب المزمن او الكامن.

ويأتي الهوس ليعبر عن انتصار الأنا على الأنا الأعلى؛ حيث تطلق الأولى العنان لغرائزها، وكأنها تحاول الهروب من الشعور بالاكتئاب. (Desrosiers, 2011; Smith)

2. المنظور النمائي Prospective

Developmental: تمثل روابط الدفء والاهتمام بين الطفل والوالدين عامل وقاية من السيكلوثيميا، وغيرها من الاضطرابات المزاجية، وتعمل الرعاية الوالدية على إثارة الاهتمام الديني لدى المراهقين؛ ويلعب تقبل الوالدين للمناقشة حول نمو الجانب الروحاني، والديني لدى أبنائهما، ومن جانبها قد تدفع أعراض الاضطراب بعض الأفراد للبحث عن السكينة في ممارسة الشعائر الدينية، أو قراءة الكتب السماوية؛ مما يزيد مؤشرات تدينهم (الظاهري على الأقل).

3. النظريات السلوكية:

الاضطرابات عبارة عن سلوكيات مكتسبة من البيئة؛ بفعل سلسلة من الارتباطات بين المنبهات المختلفة، فأنواع السلوك أو الانفعال السوي، أو المضطرب؛ يتم اكتسابها من خلال التعلم نتيجة

العلاج، كانت داعمة للدور المقترح الذي تلعبه عمليات التحكم التنظيمي المعرفي في تحديد تغير المزاج في دوروية المزاج، فقبل العلاج اتسمت الحالة المزاجية للمريض بحالة مزاجية غير سعيدة وقلق شديد، بينما بعد العلاج تمكن المريض من تحقيق سعادة أكبر وقلق أقل، وأكدت فعالية العلاج المعرفي السلوكي وأنه يقلل من أخطار الإصابة بالانتكاس.

وأشارت دراسة (Shen et al., 2008) إلى أن زيادة انتظام نمط حياة المرضى غير كافٍ؛ لتقليل أعراض اضطراب دوروية المزاج، وأن مساعدة المرضى على تطوير وعي أفضل بحالاتهم المزاجية المتناقضة وطرق ذلك منها إدارة تقلب المزاج لديهم وتضمن العلاج المعرفي السلوكي اضطراب المزاج الدوري ويمكن تحقيقه من خلال صياغة فعالة للحالة، كما يُعتقد أن تدريب اليقظة والمراقبة الذاتية قد قللت من أعراض الاكتئاب في مجموعة تحكم مع أعراض اضطراب المزاج الدوري، و أن الأفراد الذين يحافظون على جداول منتظمة للنوم والوجبات والتمارين الرياضية يتمكنون من استعادة سيطرة اصطناعية على عدم تزامن إيقاعاتهم البيولوجية.

وفي هذه الدراسة يتضمن العلاج المعرفي السلوكي مساعدة أفراد العينة على الانخراط في السيطرة المعرفية؛ لتحدي تقييماتهم الشديدة للمزاج وتنفيذ سلوكيات أقل إنتاجية، كما أنه يزرع القبول الواعي لنطاق أوسع من التغيرات المزاجية، بالإضافة إلى الانخراط في أهداف شخصية أقل اعتمادًا على المزاج الحالي.

المبحث الثالث: المعاقون بصريا

الفرد يكتسب من خلال حاسة البصر أكثر من (80%) من معلوماته؛ ومن ثم فأى خلل بالجهاز البصري يؤثر على نموه العقلي والحسي والانفعالي، وإذا كانت المراهقة مرحلة عاصفة للإنسان العادي فهي أكثر صعوبة بالنسبة للإنسان المعاق الذي يواجه العديد من المشكلات في حياته الاجتماعية والانفعالية (منى الحديدي، 2013).

لذا يعد العلاج المعرفي السلوكي من أنسب العلاجات النفسية في حالة اضطراب المزاج الدوري (Gupta & Bieleck, 2020).

وأكد (Verhoeven & Tuinier 2000) أن اضطراب المزاج غير المستقر، والاضطراب الوظيفي هو عدم الاستقرار، والذي يستلزم تغييرات عرضية في السلوك والمزاج والقلق بذلك تعنى عملية العلاج تغيير النظم الفكرية السلبية التي يفسر الفرد في ضوءها مواقف الحياة المختلفة. وأشار (Totterdell, P., & Kellett, S., 2001) أن اضطراب المزاج يحدث للأفراد الذين لديهم تاريخ بيولوجي من الضعف الذي تؤدي فيه اضطرابات إيقاعات الساعة البيولوجية إلى نوبات عاطفية.

بينما يحدث اضطراب المزاج عندما تتحرف الإشارات الاجتماعية التي تؤثر على إيقاعات الساعة البيولوجية عن مسارها من أحداث الحياة السلبية (Grandin et al., 2006).

وقد تقتصر هذه الفاعلية على الحالات التي يكون فيها تكون الانتكاسات أقل تكرارًا (سكوت وآخرون، 2006).

كما أكدت دراسة (Baldessarini, R. J., et al, 2011) على فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب المزاج الدوري وتضمنت العينة 62 مريضًا، تم اختيارهم عشوائيًا للعلاج النفسي مقابل الرعاية السريرية المعتادة (الداعمة والاستشارية) بدون مضادات الاكتئاب أو الأدوية التي تعمل على استقرار الحالة المزاجية، وفي التقييم النهائي بعد عامين من المتابعة، وجد أن العلاج النفسي لمدة خمسة أشهر أظهر فوائد كبيرة استمرت لمدة سنتين على الأقل.

وفي دراسة لـ (Totterdell, P., & Kellett, S. 2001) والتي هدفت الحد من تقلب المزاج من خلال تعزيز الوعي المعرفي وتغيير المزاج، وللتدخل بالعلاج المعرفي السلوكي دور كبير في علاج مشاكل الحالة المزاجية للمريض مع تشخيص طويل الأمد لاضطراب المزاج الدوري. نتائج 11 شهرًا من البيانات اليومية تم جمعها قبل، وفي أثناء، وبعد

وتحدثت الإعاقة البصرية عندما تبلغ حدة إبصار الفرد 20 / 200 أو أقل في أفضل العينين وذلك باستخدام النظارات أو العدسات الطبية أو عندما يعاني الفرد من ضيق المجال البصري؛ بحيث تبلغ زاوية الإبصار أقل من 20 درجة، وبناءً عليه لا يستطيع الفرد قراءة الكلمة المطبوعة بما يحتم معه تعليمه بالاعتماد على الأساليب على الحواس الأخرى غير البصرية. (كمال سيسالم، 1997).

والطالب المعاق بصرياً تربوياً فهو: "الشخص الذي لا يستطيع الاستفادة من الخبرات التعليمية التي تقدم للعاديين ويحتاج إلى نوع خاص من التعليم، ويتطابق هذا مع ما تعرفه هيئة اليونسكو بأنه الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعلومات التي تمكنه من متابعة الدراسة في المدارس العادية" (مريم إبراهيم، 2010).

وبناء على ما سبق نعرف المعاقين بصرياً بأنهم الأفراد الذين يحتاجون إلى تربية ورعاية خاصة بسبب مشكلاتهم البصرية، الأمر الذي يستدعي إحداث تعديلات خاصة على أساليب حياتهم والمناهج التعليمية المقدمة لهم؛ ليستطيعوا النجاح في حياتهم.

■ تصنيف الإعاقة البصرية:

لا شك أن لوحة معلومات هيرمان سنلن لقياس حدة الإبصار لازالت هي الكشف المبدئي لتحديد درجة الإعاقة البصرية وقياس حدة الإبصار.

تقع الإعاقة البصرية في مدى متصل من الرؤية الضعيفة إلى الإعاقة البصرية الشديدة (الكف الكلي) . (Kirk; Gallagher & Anastasiow, 2003).

ويصنف المعاقين بصريا إلى ثلاث فئات كما يلي:

1- العميان: Blind وتضم هذه الفئة العميان كلياً الذين يعيشون في ظلمة تامة ولا يرون شيئاً، والأشخاص الذين يرون الضوء فقط، أو الذين يرون الضوء ويمكنهم تحديد مسقطهم، والأشخاص الذين يرون الأشياء دون تمييز كامل لها، أولئك الذين يمكنهم العد على أصابع اليد عند تقريبها من أعينهم ويعتمد هؤلاء الأشخاص على طريقة برايل كوسيلة للقراءة والكتابة.

ولقد حظي ميدان الإعاقة البصرية باهتمام مبكر سبق جميع الإعاقات الأخرى، كما ونالت فئة المعاقين بصرياً اهتماماً ورعاية كبيرين من جانب الاختصاصيين التربويين والنفسيين والاجتماعيين لم يحظ بها أي من ميادين الإعاقة الأخرى (Coates, 2003).

■ مفهوم الإعاقة البصرية:

المعاق بصرياً هو الشخص الذي يرى على مسافة عشرين قدماً (سنة أمتار) ما يراه الشخص المبصر على مسافة مائتي قدم (ستين متراً)، كما لا يتعدى أوسع قطر لمجال رؤيته عشرين درجة بالنسبة لأحسن العينين، وتتراوح الإعاقة البصرية بين الفقد الكلي للبصر سواء كان الفرد مولوداً كذلك أو حدث هذا الأمر في أي وقت بعد ولادته، وبين ضعف البصر أو الإبصار الجزئي وتتراوح حدة الإبصار بين 20 / 70 و 200/20 قدم أي بين 6 / 20 و 6 / 60 متراً في أقوى العينين بعد إجراء التصحيحات الطبية اللازمة سواء باستخدام النظارات أو العدسات اللاصقة (عادل عبد لله محمد، 2004، 325؛ مصطفى نوري القمش، 2017، 129-130).

ويعرف الطلاب المعاقون بصرياً بأنهم: "هم الأشخاص فاقدو البصر كلياً أو جزئياً، والذين يعتمدون في الوصول إلى المعرفة على استخدام حواسهم الأخرى، بالإضافة إلى البصر المتبقي إن وجد" (إيمان الزبون، ومني سعيد، 2013).

وعرفت هيئة اليونسكو التابعة للأمم المتحدة المعاق بصرياً، بأنه ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يعتمد على حاسة الإبصار لعجز فيها، في أداء الأعمال التي يؤديها غيره باستخدام هذه الحاسة (السيد فهمي، 2010).

فالشخص ذو الإعاقة البصرية - ضعيف البصر أو المبصر جزئياً (التعريف القانوني) هو الشخص الذي تصل حدة الإبصار لديه 20 / 70 إلى 20 / 200 قدم في أفضل العينين بعد إجراء التصحيح اللازم. (هالاهاان وأخرون، 2013).

إذا لم يتم التحكم فيه، وارتفاع ضغط الدم الذي يمكن أن يؤدي إلى تلف الأوعية الدموية في الشبكية.
 ه- الأورام: مثل الورم الأرومي الشبكي الذي يؤثر على الأطفال.
 و- أمراض التغذية: وأشهرها نقص فيتامين A الذي يؤدي إلى جفاف العين والعمى الليلي، ويمكن أن يتطور إلى فقدان دائم للبصر.

ثالثا: إصابات العين: ومنها الإصابات الناجمة عن الحوادث، مثل الإصابات الرياضية أو الحوادث الصناعية، والحروق الكيميائية والتعرض للأشعة الضارة.

رابعا: الولادة المبكرة: يمكن أن تؤدي إلى مشاكل بصرية نتيجة التطور غير الكامل للعينين.

خامسا: العوامل البيئية: التعرض الطويل للأشعة فوق البنفسجية: يمكن أن يؤدي إلى مشاكل بصرية مثل الساد والتهاب القرنية.

دراسات سابقة:

أولا: الروحانية وأبعادها عند المراهقين المعاقين بصريا

أشارت دراسة (كاظم الكعبي، 2015) إلى وجود علاقة ارتباطية بين الانهماك الديني والالتزام الانفعالي لدي ذوي الاعاقة البصرية، وأفادت النتائج أن الالتزام الديني للفرد يكسبه طمأنينة تخفف من حدة انفعالاته عند مواجهة الضغوط، كما أن أداء الفرد المتدين للعبادات من صلاة وصوم وعدم إتباع الشهوات يعلم الفرد التحكم في النفس والصبر مما يمثل تدريب له يساعده على التحكم في انفعالاته والسيطرة على انفعالاته، وأن التدين يجعل الفرد يكظم غيظه وغضبه، ولا يشعر بالحقد نحو الآخرين أو باليأس في مواقف المحن والتدين يدعو الفرد إلى التفاؤل مما يمثل مناعة أو وقاية نفسية له تساعده في كبح جماح الانفعالات وظهورها مناسبة للموقف، ويتضح مما سبق وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين كل من الالتزام الانفعالي والتدين لدي ذوي الاعاقة البصرية.

2- العميان وظيفيا (functionally Blind): وهم الأشخاص الذين توجد لديهم بقايا بصرية يمكنهم الاستفادة منها في مهارات التوجه والحركة، ولكنها لا توفي بالمتطلبات اللازمة لتعليمهم القراءة والكتابة بالخط العادي، وبالتالي تظل طريقة برايل هي وسيلتهم الرئيسة في تعلم القراءة والكتابة.

3- ضعاف البصر (low Vision Individuals): وهم الأفراد الذين يتمكنون من القراءة والكتابة بالخط العادي سواء عن طريق استخدام المعينات البصرية كالعصا المكبرة والنظارات او بدونها. (الأشرم، 2008). وهذه الفئة (ضعاف البصر) من المعاقين بصريا هي موضع الدراسة.

❖ أسباب الإعاقة البصرية of visual disability Causes

وفقا لمجمل تقارير منظمة الصحة العالمية فإن للإعاقة البصرية عدة أسباب أهمها:
 أولا: الأسباب الوراثية:

- أ- التهاب الشبكية الصباغي: وحالة وراثية تؤدي إلى تدهور تدريجي في شبكية العين.
- ب- الضمور البقعي المرتبط بالعمر: والذي يمكن أن يكون له أساس وراثي.
- ج- مرض ليبر الخلقي: وهو اضطراب وراثي نادر يؤدي إلى فقدان البصر في سن مبكرة.

ثانيا: الأمراض والالتهابات: وتشتمل على:

- أ- الجلوكوما (الماء الأزرق): زيادة ضغط العين مما يسبب ضرراً للعصب البصري.
- ب- الساد (الماء الأبيض): تكثف بروتيني على عدسة العين يؤدي إلى ضعف الرؤية.
- ج- التراخوما: عدوى بكتيرية يمكن أن تؤدي إلى العمى إذا لم تُعالج.
- د- الأمراض المزمنة: كالسكري الذي يؤدي إلى اعتلال الشبكية السكري، والذي يمكن أن يسبب فقدان البصر

وقيمة الذات عند المعاقين بصرياً، كما أظهرت النتائج أن المعاقين بصرياً من أبناء العاملين في المهن المتخصصة كالطب والتمريض ينظرون إلى أنفسهم نظرة ايجابية أكثر من أقرانهم المعاقين بصرياً أبناء العاملين في المهن الغير متخصصة، كما أن الأطفال ضعاف البصر أكثر تقديراً لأنفسهم وذاتهم من فئات المعاقين بصرياً كلياً، كما أظهرت النتائج أن المعاقين بصرياً منذ الولادة يحظون بقيمة ذات أعلى من المعاقين بصرياً بعد السنة الأولى من عمرهم.

أما دراسة (Higgins,1999) فقد هدفت إلى معرفة أثر تدريب المعاق بصرياً على التأمل والتنقل والحركة لمساعدته على التكيف مع البيئة المحيطة وتكونت العينة من (15) كفيفاً في نيوزيلندا. وقد تراوحت أعمار المشاركين ما بين (6-14) سنة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أهمية تدريب التنقل والحركة للمكفوفين، كما ينبغي أن يكون ذلك في مراحل عمرية مبكرة، مما يزيد من تكيفهم للعيش في البيئات المتعددة، واستقلاليتهم، واعتمادهم على أنفسهم.

وهدف دراسة (Nordholm & lindo, 1999) وصف استراتيجيات التكيف عند ضعاف البصر، ومدى ارتباطها بمظاهر الصحة العامة ومع الصعوبات التي يواجهونها في نشاطات الحياة اليومية تكونت عينة الدراسة من ٤٨ مفحوصاً من ضعاف البصر، استخدم في هذه الدراسة كل من استبانة بيرسون للتكيف ولائحة شطب الحالة المزاجية وأداة نشاطات الحياة اليومية المنقحة أظهرت النتائج وجود ارتباط ايجابي بين استراتيجيات التكيف والاستقرار النفسي والصعوبات في نشاطات الحياة اليومية حيث ارتبط الخجل والعزلة مع تدنى العلاقات في مجال الاستقرار النفسي العام، كما أظهرت النتائج أن الذين أحرزوا علامات عالية في الاستراتيجيات السلبية مثل العزلة والخجل واجهوا مشاكل أكثر في استخدام المواصلات وإرسال الرسائل، وفي النهاية أظهرت النتائج حاجة ضعاف البصر إلى مستويين من التدريب، وهما المستوى العاطفي ومستوى التكيف في نشاطات الحياة اليومية.

وقد أجرت (Kef, 2002) دراسة بهدف التعرف علي الارتباط بين الشبكات الشخصية للمراهقين المعاقين بصرياً والمبصرين مع الخصائص النفسية، الوحدة، السعادة، مركز الضبط، استراتيجيات التكيف وتقبل الإعاقة، والتعرف أيضاً علي التكيف النفسي والدعم الاجتماعي للمراهقين المعاقين بصرياً في هولندا، كما هدفت إلي التعرف علي المظاهر الوظيفية والبنوية لشبكات الدعم الاجتماعي لديهم، وتكونت عينة الدراسة من 316 مراهقاً ومراهقة معاقين بصرياً، وزعوا بين 166 ذكور و 150 إناث، أما المبصرون فقد بلغ عددهم 495، تراوحت أعمار العينة بين 18 و 24 سنة. استخدمت الباحثة عدة أدوات هي النسخة المعدلة من مقياس الفاعلية البصرية، مقياس تقدير الذات، مقياس مركز الضبط أشارت النتائج إلى أن المراهقين المعاقين بصرياً كان لديهم فروق في مركز الضبط والوحدة، كانت الفروق صغيرة بشكل عام في موضوع التوافق النفسي، وتبين من خلال هذه الدراسة استخدام المعاقين بصرياً لاستراتيجيات حل المشكلة والتجنب، كما تبين أن حجم شبكات الدعم كانت أصغر لدى المعاقين بصرياً كلياً، ثم يليها المعاقين بصرياً جزئياً، يليها المبصرين، أما ما يتعلق بالدعم الاجتماعي تبين أنه أكبر لدي المعاقين بصرياً وخاصة من الوالدين والأقران، كما وجد ان المظاهر الوظيفية للشبكات ودعم الأقران كان لها أهمية أكبر على التوافق والحياة الهانئة لدي المعاقين بصرياً أكثر من المبصرين.

وفي دراسة (Aro & Hurre, Kamulainen,1999) والتي هدفت إلى التعرف على الاختلاف في تقدير الذات والدعم الاجتماعي المقدم من العائلة والأصدقاء بين المراهقين المعاقين بصرياً على عينة تجريبية من الأطفال المعاقين بصرياً، وتكونت عينة الدراسة من 115 مراهقاً فنلندياً من المعاقين بصرياً وضعاف البصر تتراوح أعمارهم ما بين 13-16 سنة من كلا الجنسين. وكذلك 607 مبصرين من كلا الجنسين وأظهرت النتائج أن هناك علاقة طردية بين الدعم من الأصدقاء وقيمة الذات عند ضعاف البصر، وأيضاً هناك علاقة طردية بين الدعم من الأسرة

مشكلات أكثر في بعض عوامل الشخصية من المبصرين وارتبطت تقارير المعلمين بالأمراض النفسية الخاصة بالطفل الكفيف - ومهاراته الاجتماعية.

وتناولت دراسة (Knight, 2001) أثر الإعاقة البصرية في تقدير الذات والوحدة النفسية وتكونت عينة الدراسة من 21 معاقاً بصرياً من الراشدين الذكور والإناث وتم تطبيق مقياس تقدير الذات والوحدة النفسية على العينة، وأوضحت نتائج الدراسة أن الإناث لديهم تقدير ذات مرتفع أكثر من الذكور، كما أن الذكور يعانون من الوحدة النفسية أكثر من الإناث، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه كلما زاد تقدير الذات لدى المعاقين بصرياً قل الإحساس بالوحدة لديهم.

ثانياً: السيكلوثيميا وأعراضها لدى المعاقين بصريا

هدفت دراسة (يوسف المطيري، 2005) التعرف على مستوى القلق لدى الطلاب المعاقين بصرياً في دولة الكويت، وإلى معرفة العلاقة بين مستوى القلق ومتغيرات العمر، والجنس، والتحصيل الدراسي. وتكونت عينة الدراسة من (50) طالباً وطالبة من الطلاب المعاقين بصرياً المسجلين في مدارس النور التابعة لوزارة التربية والتعليم في دولة الكويت، وقد بلغ عدد الطلاب الذكور (25) طالباً، وعدد الإناث (25) طالبة، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن غالبية أفراد العينة كان مستوى القلق لديهم متوسطاً حيث بلغت نسبة الأفراد الذين حصلوا على درجات متوسطة من القلق (62%)، كما تبين أن (20%) من أفراد عينة الدراسة لديهم مستوى منخفض من الإحساس بالقلق، أما بالنسبة لفئة الأفراد ذوي القلق المرتفع فقد بلغت نسبتهم (18%) من أفراد العينة. كما أشارت النتائج انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى القلق لدى الطلاب المعاقين بصرياً تعزى إلى متغيري المعدل، والعمر، كما أشارت النتائج إلى أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية لمستوى القلق لدى الطلاب المعاقين بصرياً تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث.

وفي الاتجاه نفسه قام (Hardy, 1986) بدراسة هدفت إلى التعرف على شدة القلق المصاحب للطلاب في المدارس

كما هدفت دراسة (جيهان عثمان محمود، 2020) الكشف عن الإسهام النسبي للتدين و للشفقة بالذات في التنبؤ بالاتزان الانفعالي لدى طلاب الجامعة ذوي الإعاقة البصرية، وتكونت عينة البحث من (76) طالبا وطالبة من ذوي الإعاقة البصرية من كليتي التربية والآداب في جامعة الإسكندرية، وتم استخدام ثلاثة مقاييس هي الشفقة بالذات والتدين والاتزان الانفعالي، من إعداد الباحثة، وأسفر البحث عن النتائج التالية: عدم وجود تأثير دال إحصائياً لمتغيري النوع الاجتماعي (ذكور / إناث) ونوع الإعاقة البصرية (ضعاف البصر / مكفوفين) والتفاعل بينهما على الاتزان الانفعالي والشفقة بالذات والتدين لدى الطلاب ذوي الإعاقة البصرية، توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الطلاب مرتفعي ومنخفضي مستوى الشفقة بالذات على مقياس الاتزان الانفعالي لصالح الطلاب مرتفعي مستوى الشفقة بالذات، توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الطلاب مرتفعي ومنخفضي مستوى التدين على مقياس الاتزان الانفعالي لصالح الطلاب مرتفعي مستوى التدين توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين كل من الاتزان الانفعالي والشفقة بالذات والتدين لدى طلاب الجامعة ذوي الإعاقة البصرية تسهم كل من الشفقة بالذات والتدين إسهاماً دالاً إحصائياً في التنبؤ بالاتزان الانفعالي لدى طلاب الجامعة ذوي الإعاقة البصرية.

وفي دراسة (ويندى بافا، 1991): هدفت الكشف عن المهارات الاجتماعية والتكيف عند الأطفال المعاقين بصرياً بهدف مقارنة مهارة حل المشكلات الاجتماعية والإدراك الانفعالي، والعوامل الشخصية بين الأطفال المكفوفين والمبصرين، ولتحقيق الهدف طبقت قائمة تقارير المعلمين، وتقارير الوالدين على 29 طفلاً كفيفاً ممن تتراوح أعمارهم بين 6-11 عام ومقارنة أداءهم بأداء مجموعة ضابطه من المبصرين، وظهرت النتائج أن الأطفال المعوقين بصرياً يعانون من قصور مهارة حل المشكلات الاجتماعية والإدراك الانفعالي مقارنة بالمبصرين، وأن لدى أطفال معوقين بصرياً مستويات تقدير ذات متشابهة، ولكن لديهم

كما قام كل من (أحمد الكبير ودرويش، 2006) بدراسة تناولت المخاوف المرضية ومفهوم الذات لدى عينة من التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية (دراسة مقارنة تنبؤية). وقد هدفت الدراسة الحالية إلى بحث المخاوف المرضية ومفهوم الذات لدى عينة من التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. وتضمنت عينة الدراسة 96 تلميذاً من ذوي الإعاقة البصرية تراوحت أعمارهم من 10-14 سنة (52) ذكراً، 44 أنثى واشتملت أدوات الدراسة استبانة المخاوف المرضية ومقياس مفهوم الذات من إعداد الباحثين وتم عرض خصائصهما السيكومترية. وأظهرت نتائج الدراسة ما يلي: أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات التلاميذ المعاقين بصرياً في المخاوف المرضية ومفهوم الذات وأبعادهما الفرعية تبعاً للجنس، وكانت الفروق لصالح الإناث. كما أظهرت الدراسة عدم وجود فروق بين متوسط درجات التلاميذ المعاقين بصرياً في المخاوف المرضية ومفهوم الذات وأبعادهما الفرعية تبعاً للخلفية الثقافية (ريف/حضر) ما عدا بعدد الخوف الاجتماعي فكان الفرق دالاً بين المجموعتين عند مستوى 05. لصالح تلاميذ الحضر، لا توجد فروق بين متوسط درجات التلاميذ المعاقين بصرياً في المخاوف المرضية ومفهوم الذات وأبعادهما الفرعية تبعاً للإعاقة (ولادي/مكتسب). ولا توجد فروق بين متوسط درجات التلاميذ المعاقين بصرياً في المخاوف المرضية ومفهوم الذات وأبعادهما الفرعية وفقاً لدرجة الإعاقة (كلية جزئية)، ولا توجد فروق بين متوسط درجات التلاميذ المعاقين بصرياً في المخاوف المرضية ومفهوم الذات والأبعاد الفرعية لكل منهما تبعاً لمتغير الإقامة (داخلي خارجي)، ومتغير الجنس منبئاً بالمخاوف المرضية ومفهوم الذات لدى التلاميذ المعاقين بصرياً.

وجاءت دراسة (Obiakor, 1986) لتقارن بين مفهوم الذات لدى المعاقين بصرياً والمبصرين وتكونت عينة الدراسة من 61 طالباً من المعاقين بصرياً، 229 طالباً من المبصرين،

السكنية للمكفوفين. وتكونت عينة الدراسة من (122) طالباً من المعاقين الذين تتراوح أعمارهم بين (13-22) سنة، وقد أشارت النتائج إلى وجود ارتباط إيجابي بين القلق والعمر عند المعاقين إعاقة بصرية جزئية وأن لديهم نسبة عالية من القلق مقارنة بذوي الإعاقة البصرية الكلية، كما وجد فرق في مستوى القلق بين الذكور والإناث لصالح الذكور ذوي الإعاقة الجزئية والكلية

وفي دراسة (Wilhelm, 1989) العلاقة بين درجة الإعاقة البصرية (كلي جزئي) وكل من المخاوف والقلق والسلوك، وتكونت عينة الدراسة من 139 طفلاً من المعاقين بصرياً تراوحت أعمارهم من 6-16 سنة، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس مسح الخوف المنقح للأطفال (CFSS-R)، ومقياس القلق الصريح المنقح للأطفال (CFSS-R)، وقائمة مراجعة سلوك الطالب (CBC) وهذا المقياس الأخير طبق على والدي الأطفال المعاقين بصرياً، وأشارت نتائج الدراسة إلى انتشار المخاوف المرضية والقلق والسلوك اللا توافقي لدى الأطفال المعاقين بصرياً (كلياً جزئياً) كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين الأطفال المعوقين بصرياً كلياً أو جزئياً في الاضطرابات السابقة، كما أوضحت تقديرات الوالدين في السلوك اللا توافقي أن أطفالهم المعاقين بصرياً كانت تتفصم الكفاءة الاجتماعية ويظهرون أكبر عدد من السلوك المشكل.

أيضاً دراسة ويمر وكاتوشيلي (Weimer, 1991) & Kratochwill) عن المخاوف لدى الأطفال المعاقين بصرياً، وتضمنت عينة الدراسة 42 طفلاً تراوحت أعمارهم من 5-18 سنة، وطبق على المفحوصين مقياس مسح المخاوف للأطفال، وأشارت النتائج إلى أن الأطفال المعاقين بصرياً كان لديهم مخاوف عديدة إلا أن الفرق بين عدد المخاوف البسيطة والمخاوف الشديدة كان ضئيلاً، كما قرر التلاميذ المعاقون بصرياً المخاوف المرتبطة بالمواقف الضارة بدنياً أكثر من المخاوف المرتبطة بمواقف ضارة نفسياً.

بين متوسطات الأفراد الصغار والكبار على الدرجة الكلية في الأداء على قائمة مفهوم الذات.

وهدفت دراسة (Bowman, 1984) التعرف على التوافق الانفعالي والاجتماعي لدى المعاقين بصرياً في بريطانيا، تكونت عينة الدراسة من 150 فرداً من المعاقين بصرياً المقيمين في مراكز داخلية ونهارية في بريطانيا وعلى نفس العدد من الشباب ضعاف البصر في مدارس حكومية عادية، استخدم الباحث في هذه الدراسة مقياساً للعوامل العاطفية. وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً ذات دلالة بين الذكور والإناث، وبين المعاقين بصرياً جزئياً وكلياً، وبين المقيمين بمراكز داخلية ونهارية، حيث حصل ذوو الإعاقة البصرية الجزئية على درجات مرتفعة من القلق والضغط وعدم الشعور بالأمن وسوء التكيف وقلة الثقة بالنفس وتشكيك الآخرين وقدرة أقل على تلبية متطلبات العائلة والمدرسة أكثر من ذوي الإعاقة الكلية، كما تبين أن هناك درجات مرتفعة من القلق وعدم الأمن وسوء التكيف انفعالياً واجتماعياً للمعاقين بصرياً في المراكز الداخلية.

وفي السياق ذاته أجرى (يعقوب الفرح، 2006) دراسة هدفت إلى معرفة مستوى التوافق الانفعالي (القلق، الاكتئاب، ضبط الذات، الثبات الانفعالي الشعور بالسعادة، تقدير الذات لدى المعاقين بصرياً وحركياً وسمعيّاً، وعلاقتها بجنس وعمر المعاق لتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بتطوير أداة لقياس التوافق الانفعالي. تكونت عينة الدراسة من 210 أفراد من الذكور والإناث المعاقين الذين تزيد أعمارهم على الثامنة عشرة أشارت نتائج الدراسة على ان هناك مستويات مرتفعة من التوافق الانفعالي بشكل عام لدى المعاقين وكلما زادت درجات القلق والاكتئاب لديهم تناقصت درجات ضبط الذات والثبات الانفعالي والشعور بالسعادة. كما تبين أن المعاقين بصرياً لديهم درجات تكيف انفعالي إيجابي أفضل من المعاقين سمعيّاً وحركياً، وأشارت النتائج إلى ان درجات القلق لدى الإناث أعلى منها لدى الذكور، كما أن درجات السعادة وتقدير الذات لدى الذكور اعلى منها لدى الإناث.

وتم استخدام مقياس مفهوم الذات متضمناً البعد الجسمي والاجتماعي والأكاديمي والتكفي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة في مفهوم الذات بين المعاقين بصرياً والمبصرين سواء بالنسبة للمجموعة الكلية أو بين المجموعات الفرعية تبعاً لاختلاف الصف الدراسي. وعلى النقيض دراسة (Martines, 1995) بعنوان: دراسة مقارنة بين مفهوم الذات لدى المراهقين من المعاقين بصرياً والعاديين، حيث قام الباحث بمقارنة درجات مفهوم الذات الـ 19 مفحوصاً من المعاقين بصرياً و19 مفحوصاً من المراهقين المبصرين بعد تطبيق مقياس تنسي لمفهوم الذات Tennessee Self-Concept Scale. وقام الباحث باختبار الفروض التالية: وجود فروق ذات دلالة بين درجات المفحوصين من المعاقين بصرياً والمبصرين في مفهوم الذات لصالح المبصرين، وأن الأفراد سواء مبصرين أو مكفوفين الذين سيحصلون على درجات عالية في اختبار الذكاء (WAIS-R) سوف يحصلون درجات أعلى على مقياس مفهوم الذات أكثر من أولئك الذين سيحصلون على درجات منخفضة. وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين المجموعتين في مفهوم الذات.

كما قام (محمد الأطرش، 1985) بدراسة استهدفت التعرف على الفروق في مفهوم الذات بين الأفراد المعاقين بصرياً والمبصرين في الأردن. وقد تكونت عينة الدراسة من (582) طالباً من الذكور والإناث، منهم (97) معاقاً بصرياً و(582) طالباً وطالبة من المبصرين أعمارهم من (16-7) عاماً وقد استخدم مقياس مفهوم الذات للأطفال، والذي قام بأعداده وتطويره (عبد الله زيد الكيلاني) والذي تألف من (112) فقرة موزعة على ثمانية مقاييس فرعية. وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأداء على قائمة مفهوم الذات بين المبصرين والمعاقين بصرياً لصالح المبصرين بغض النظر عن الجنس والعمر، كذلك وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطات الذكور والإناث لصالح الإناث، ولم يكن هناك فرق ذات دلالة إحصائية

ومعرفة الفروق في المشكلات السلوكية بين التلاميذ العاديين والمعاقين بصرياً، وأظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)، لدى التلاميذ المعاقين بصرياً في مشكلات التمرد العدوان اللامبالاة، الشرود والتشتت، وذلك لصالح التلاميذ من ذوي التحصيل الدراسي الضعيف والمتوسط. كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في الدرجة الكلية في المشكلات السلوكية لصالح التلاميذ المعاقين بصرياً من ذوي المستويات التحصيلية المتدنية (الضعيف والمتوسط. وأظهرت النتائج لدى التلاميذ العاديين فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مشكلات العدوان الانسحاب الاجتماعي، الغضب الشديد الحساسية الزائدة، وذلك لصالح التلاميذ ذوي التحصيل الدراسي الضعيف. وفي مشكلة الشرود والتشتت: كان الفرق لصالح ذوي التحصيل الدراسي الضعيف والمتوسط والجيد وفي مشكلتي اللامبالاة والتمرد كانت الفروق لصالح التلاميذ من ذوي التحصيل الضعيف والمتوسط.

وقد هدفت دراسة (سالم الشراري، 2002) إلى التعرف على الصعوبات التي تواجه المعاقين بصرياً من وجهة نظر الأهل والمعلمين ومعرفة أثر بعض المتغيرات (معاملة الأهل. دخل الأسرة الشهري. المستوى التعليمي للوالدين. درجة الإعاقة. زمن حدوث الإعاقة على طبيعة هذه الصعوبات. وتكونت عينة الدراسة من (120) من المعلمين و (110) من أولياء الأمور في منطقة الرياض بالمملكة العربية السعودية. وأشارت النتائج إلى أن أبرز الصعوبات الاجتماعية هي: الاعتماد على الآخرين، وضعف توكيد الذات والانسحاب، وضعف القبول الاجتماعي، وضعف المهارة في إقامة العلاقات الاجتماعية. كما كشفت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأبعاد الصعوبات الاجتماعية لأثر متغير معاملة الأهل (ديمقراطي. تسلطي) ولأثر متغير (مستوى تعليم الأب). وكشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأبعاد الصعوبات الاجتماعية لأثر متغير (التقبل. النبذ) لصالح التقبل ولأثر متغير زمن حدوث

كما تبين أن أعلى درجات التوافق الانفعالي كانت لدى المعاقين من أعمار 40 سنة فما فوق.

ولذلك حاولت دراسة (Mc Donald, 2006) بحث بعض المتغيرات النفسية المتمثلة في الاكتئاب، تقدير الذات الاعتمادية، الغضب، الرفض لدى عينة من ذوي الإعاقة البصرية، واستخدمت الدراسة أسلوبين لجمع البيانات، الأول يقوم فيه أحد الأشخاص بقرءة أسئلة الاختبار وتسجيل النتائج، والثاني قيام المعاق بتسجيل النتائج باستخدام كاسيت، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق في النتائج باختلاف أسلوب جمع البيانات، حيث وجدت الدراسة انخفاضاً في مستوى الرفض في الأسلوب الثاني، وكذلك ارتفاعاً في مستوى الغضب والاكتئاب، ويشير هذا إلى احتمال مرور الشخص المعاق أثناء الأسلوب الأول بإحساس الوعي بالذات، كما وجدت الدراسة فروقاً حسب نمط الإعاقة ولأدي Congenital طارئ Accidental، حيث وجدت الدراسة أن المعاقين بصرياً إعاقة ولادية يظهرون مستويات منخفضة في تقدير الذات، وصعوبة في التحكم عند الغضب، ويكثر من التعبير عن غضبهم عند مقارنتهم بأقرانهم من ذوي الإعاقة البصرية الطارئة، كما وجدت الدراسة فروقاً تبعاً للجنس، فالذكور المعاقون بصرياً أظهروا مستويات أعلى من الاكتئاب والغضب أكثر من الإناث، ولم تجد الدراسة فروقاً بين المعاقين بصرياً والعاديين في الشعور بالأزمة النفسية.

بينما دراسة (غادة يوسف، 2008) للتعرف على بعض المشكلات السلوكية لدى المعاقين بصرياً والعاديين وعلاقتها بعدد من المتغيرات الجنس العمر، التحصيل الدراسي)، وكذلك التعرف على نسب انتشار المشكلات السلوكية لدى التلاميذ العاديين والمعاقين بصرياً بتقدير معلمهم. ومعرفة نسب انتشار المشكلات السلوكية لدى التلاميذ العاديين والمعاقين بصرياً وفق متغيرات الجنس العمر، التحصيل الدراسي)؛ (بتقديرهم وبتقدير معلمهم). والتعرف على الفروق في المشكلات السلوكية بين التلاميذ العاديين والمعاقين بصرياً. (بتقديرهم وبتقدير معلمهم)،

للحدة البصرية الرؤية الوظيفية، الاكتئاب. أظهرت نتائج الدراسة أن الأفراد المصابين بانحطاط الحفيرة المتعلق بالعمر مكتئبون، وكان عندهم رؤية وظيفية سيئة جداً على استثناء البصر الوظيفي، وخرجت هذه الدراسة إلى الحاجة لتقييم الأعراض الاكتئابية في دراسات البحث التي تستعمل إجراءات الرؤية الوظيفية وفي الممارسات السريرية لتمييز العجز المتعلق بالرؤية لدى الأفراد المصابين بانحطاط الحفيرة المتعلق بالعمر.

كما أجرى كل (Mindell and De Marco, 1997) دراسة تناولت اضطرابات النوم عند صغار الأطفال المعاقين بصرياً، وذلك على عينة قوامها (28) من الأطفال المعاقين بصرياً (16) ذكور، (12) إناث، وعينة أخرى من الأطفال المبصرين (10) ذكور، (12) إناث، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن صغار السن المعاقين بصرياً يعانون من مشاكل واضطرابات في وقت النوم وأثناء الليل وأيضاً يعانون من قلة كم النوم الكلي مقارنة بالأطفال المبصرين وتوصلت نتائج الدراسة أيضاً إلى أن حصيلة الكلمات عند الطالب المعاق بصرياً أقل بشكل عام من حصيلة كلمات الطالب المبصر.

واستهدفت دراسة (سهير الصباح، 1993) التعرف على مستوى حدوث الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال المعاقين عقلياً وسمعيّاً وبصرياً وحركياً في مراكز التربية الخاصة في عمان، إضافة للتعرف على العلاقة بين مستوى الانسحاب الاجتماعي ومتغيرات نوع الإعاقة ودرجتها، والعمر، والجنس. إضافة إلى إسهام هذه المتغيرات في تفسير التباين على سلوك الانسحاب الاجتماعي، وتم بناء استبيان. وتطبيقه على عينة مؤلفة من (300) طفل معاق. أظهرت النتائج أن أكبر مستوى لحدوث الانسحاب الاجتماعي هو لذوي الإعاقة العقلية، السمعية، البصرية، الحركية بالترتيب، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك الانسحاب الاجتماعي ترجع لنوع ودرجة الإعاقة وللذان فسرًا (4%) من التباين على سلوك الانسحاب الاجتماعي. أما عمر وجنس الطفل المعوق فلم توجد فروق ذات دلالة في سلوك

الإعاقة (قبل الخامسة. بعد الخامسة) لصالح قبل الخامسة ولأثر متغير مستوى تعليم (الأم) لصالح المستوى التعليمي المتدني.

أما دراسة (سرور صالحه، 2007) فقد هدفت إلى التعرف على المشكلات السلوكية والانفعالية، وعلاقتها بالعمر والجنس، وسبب الإعاقة البصرية ومستواها لدى الأفراد المعاقين بصرياً في دمشق. حيث تكونت عينة الدراسة من 402 فرداً، تراوحت أعمارهم ما بين 14-69 سنة، منهم 192 فرداً معاق بصرياً، و210 أفراد مبصرين. وقامت الباحثة بتطوير استبانة للمشكلات السلوكية والانفعالية المكونة من بعدين هما البعد السلوكي والبعد الانفعالي. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود مشكلات سلوكية وانفعالية لدى الأفراد المعاقين بصرياً تتوزع حسب المتوسطات: الخوف والقلق.61، التشكيك.59، الاعتمادية.58، العدوان.56، اما الانطواء.40، الاكتئاب.40، تأكيد الذات.39 ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية ككل وكافة الأبعاد المتضمنة فيها بين المعاقين بصرياً والمبصرين لصالح المعاقين بصرياً. ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية والانفعالية ككل والانطواء والاعتمادية والخوف والقلق والاكتئاب بين الذكور والإناث من المعاقين بصرياً. وكانت لصالح الإناث. ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الاعتمادية بين المعاقين بصرياً كلياً وضعاف البصر، لصالح المجموعة الأولى، ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية في بعد المشكلات الانفعالية ككل والخوف والقلق بين مجموعة المعاقين الذين كانت إصابات الطبقة الخارجية لإعاقتهم البصرية ومجموعة المعاقين الذين كانت الإصابات المختلطة سبباً لإعاقتهم البصرية لصالح المجموعة الثانية.

وقد أجرى كل من (Rover Casten Tasman, 2006) وHegel) دراسة سعت إلى التعرف على حدوث الاكتئاب لدى الأفراد المصابين بانحطاط الحفيرة المتعلق بالعمر. تكونت عينة الدراسة من 206 أفراد في الولايات المتحدة الأمريكية، استخدم في هذه الدراسة تقييمات سريرية منظمة

وأجرى (محمد عبدالنواب، 1998) دراسة عن أثر الإرشاد بالمعنى في خفض خواء المعنى (كجانب سلبي لأحد مكونات الروحانية الايجابية وهو البحث عن المعنى) لدى عينة من المعاقين بصريا وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الإرشادية في القياس القبلي والقياس البعدي، وتشير هذه النتيجة إلى تأثير برنامج الإرشاد بالمعنى على خفض خواء المعنى لدى أفراد المجموعة الإرشادية ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الإرشاد بالمعنى أسهم في تعديل سلوك المسترشدين من خلال تغيير نظرتهم للحياة وأهمية وجودهم.

كما قام (Brame et al , 1998) بدراسة هدفت إلى تقديم الإرشاد الموجه للأطفال المعاقين بصريا، وأشارت نتائج الدراسة إلى أنه من الممكن السيطرة على أنواع السلوك غير الملائم التي ترتبط بالأطفال المعاقين بصريا إذا ما تم التعامل معها في فترة مبكرة، وأشارت نتائج الدراسة أيضاً إلى ضرورة وجود أفضل الحلول للتخلص من مثل هذا السلوك غير الملائم وأفضل الطرق هي التي توجه الأطفال إلى كيفية التصرف ومساعدة الأطفال في إقامة علاقات وظيفية تكيفية مع البيئة.

وهدف دراسة (محمد سعد الدين، 2002) الكشف عن مدى فاعلية برنامج إرشادي لتنمية مستوى النضج الخلفي لدى المكفوفين تألف العينة من مجموعه قوامها 150 مفحوصاً من المكفوفين المودعين بمعاهد النور للمكفوفين بواقع 75 مفحوصاً من الذكور 75 مفحوصاً من الإناث مع مراعاة تجانس أفراد العينة من حيث العمر الزمني الذكاء المستوى الاجتماعي والاقتصادي النضج الخلفي (استخدم مقياس تقدير مستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة المصرية ومقياس وكسلر بليفو لذكاء الراشدين والمراهقين، واختبار النضج الخلفي لكويلبرج، والبرنامج الإرشادي. وأسفرت نتائج البحث عن وجود فروق بين أفراد المجموعات التجريبية قبل وبعد التطبيق لصالح الأفراد بعد التطبيق، وجود تأثير دال لاستراتيجية المناقشة الخلقية ولعب الدور في تنمية النضج

الانسحاب الاجتماعي والذات لم يفسرا شيئاً ذا دلالة إحصائية.

وهدف دراسة (المهارة وآخرون، 2018) للتعرف على مستوى الصعوبات والمرونة النفسية لدى عينة الدراسة المكونة من 60 طالباً وطالبة من الإعاقات البصرية والحركية والسمعية. كشفت النتائج بأن مستوى الصعوبات النفسية كان منخفضاً على جميع الأبعاد باستثناء البعد الجامعي؛ حيث كان متوسطاً، وكذلك فيما يتعلق بالمرونة النفسية؛ حيث كانت متوسطة عند عينة الدراسة على جميع الأبعاد باستثناء البعد الروحي؛ حيث كان مرتفعاً. وقد كان مستوى الصعوبات النفسية منخفضاً لدى الذكور.

الروحانية مدخل لخفض أعراض السيكلوثيميا عند المعاقين بصريا

بشكل عام، تظهر الدراسات السابقة أن الأشخاص الذين لديهم مستويات أعلى من الروحانية والتدين لديهم مستويات أقل من الاكتئاب والقلق، وتحسن في نوعية الحياة، ولديهم تحمل أعلى للألم وانتشار أقل للأمراض المزمنة (Koenig, 2012؛ Lucchetti, et al. 2013).

كما تناولت دراسة (yampolsky , et al., 2008) دور الروحانية في التعامل مع الإعاقة البصرية لدى 85 معاقاً (23.97 عاماً) باستخدام مقياس الرفاهية الروحانية (Paloutzian & Ellison 1982) ومقياس المواجهة المختصر (Carver,1997) حيث أسفرت النتائج عن ارتباط الرفاهية الدينية ايجابياً بسلوكيات المواجهة المتوافقة، فضلاً عن تمتع الإناث بمستويات مرتفعة من الروحانية مقارنة بالذكور.

وعلى نفس الصعيد رصدت دراسة (Brennan , 2002) تأثير المواجهة الروحانية على الضغوط التي تسببها الإعاقة البصرية لدى 195 معاقاً بصرياً (36.4%) ذكوراً، وذلك من خلال تطبيق مقياس (Howden1992) للروحانية: و مقياس (Ros et al.,1967) للتوجه الديني (النسخة المعدلة) حيث أكدت النتائج ارتباط الروحانية ايجابياً بالانتران النفس - اجتماعي.

وأعدت قائمة لتقدير المهارات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال واستخدم مقياس اختبار الثقة بالنفس وبرنامج الدراما، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية الدراما في التدريب على بعض المهارات الاجتماعية وارتفاع ثقة هؤلاء الأطفال بأنفسهم، واستخدمت الدراسة المنهج التحليلي الوصفي descriptive analysis وذلك على ثلاث مجموعات المراهقين المعاقين بصرياً المدمجين (تراوحت أعمارهم بين 14-17 عاماً) (ن8)، المراهقين المعاقين بصرياً غير المدمجين من نفس المستوى العمري (14-17 عاماً) (ن8)، المراهقين المبصرين ن 16 طالباً. واستخدم الباحث الأدوات التالية: استبيان الاتجاهات الاجتماعية والمعرفية، مقياس المهارات الاجتماعية، مقياس مفهوم الذات مكون من خمسة أبعاد الأكاديمي الاجتماعي، العاطفي، الأسري، والبدني)، مقياس المواجهة للمراهقين مقياس الاتصال الاجتماعي: اعتمد على مدى تكرار خروج مع أقرانه من نفس المستوى العمري. وتوصلت الدراسة إلى أن الطلاب المعاقين بصرياً يستخدمون نفس استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الطلاب المبصرون، ويلجأ الطلاب المعاقون بصرياً المدمجون إلى إخوانهم من الإناث والذكور عندما يحتاجون إلى المساعدة، بينما يلجأ غير المدمجين غالباً إلى الآباء أما بالنسبة لنتائج بعد الاتجاه الاجتماعي: فلم تجد الدراسة فروقاً بين الطلاب المعاقين بصرياً المدمجين وغير المدمجين في حين قدروا أنفسهم أنهم أكثر اجتماعية عن المبصرين وذلك على أبعاد التعاون الحساسة الاجتماعية، المساعدة. وفيما يخص المهارات الاجتماعية: لم تجد الدراسة فروقاً بين الطلاب المعاقين بصرياً المدمجين وغير المدمجين، بينما كانوا أعلى من أقرانهم المبصرين في أبعاد التعبير الذاتي والتوكيدية. وفيما يخص مفهوم الذات وجدت الدراسة فروقاً بين الطلاب المعاقين بصرياً والمبصرين لصالح الطلاب المبصرين في الأبعاد: الأكاديمي، العاطفي، الاجتماعي، الأسري دون مفهوم الذات البدني. بينما وجدت الدراسة فروقاً بين الطلاب المعاقين بصرياً المدمجين وغير المدمجين لصالح غير المدمجين في بعدي مفهوم الذات الأكاديمي، والاجتماعي، في حين كانت

الخلقي لدى المكفوفين حيث كان هناك تقدماً نحو المراحل الأعلى للنضج الخلقي.

وفي دراسة (حمدي شعبان، 2002) التي هدفت مساعدة المعوق بصرياً على التفاعل الاجتماعي البناء الايجابي مع أقرانه ومع أفراد أسرته، وذلك من خلال جعله يتقبل اعاقته وذاته كما هي عليه أ) بناء مفهوم ذات إيجابي لدى المعوق معرفة صور المساندة الاجتماعية المؤثرة من قبل الأسرة على الأبناء (ذكور - إناث) ومدى تأثيرهم بهذه المساندة وأيهما أكثر إدراكاً لها ومقياس الروابط الاجتماعية بين المكفوفين والمجتمع ومحاولة مساعدتهم على الاتصال الجماعي (التعاون - بناء أدوار اجتماعية جديدة - اتخاذ القرار - حل المشكلات - إظهار المواهب الخاصة بهم في جميع المجالات) وذلك يحقق الإحساس بالقيمة الذاتية والثقة بالنفس، أستعين بمقياس المساندة الاجتماعية، واستمارة المعوقات للطفل المعاق بصرياً من وجه نظر الأسرة، برنامج إرشادي قائم على المساندة الاجتماعية للطفل المعاق بصرياً، وتكونت عينه الدراسة من عدد (52) طالباً من العينة الاستطلاعية من الذين حصلوا على درجات أقل في المقياسيين المساندة الاجتماعية وتقدير الذات)، تم تقسيمهم إلى مجموعتين (26) طالب مجموعته ضابطه و 26 طالب مجموعته تجريبية)، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي على متغير تقدير الذات بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من درجات القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، أظهرت النتائج أن تأثير المساندة الاجتماعية على الإناث أكبر منها عدد الذكور.

وفي دراسة (منصور وأيمن المحمدي، 2010): والتي هدفت الكشف عن فعالية الدراما للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية وأثره في تنمية الثقة بالنفس لدى الأطفال المكفوفين بمرحلة ما قبل المدرسة واختيرت عينه من الأطفال المكفوفين قوامها 12 طفلاً، وقسمت إلى 6 أطفال كمجموعة تجريبية، 6 أطفال مجموعة ضابطة

2. الروحانية مفهوم عام يشمل إيجاد المعنى في الحياة وتحقيق الذات والاتصال بالذات الداخلية والكل العام.
3. أهم مصادر للروحانية: الجانب الإيماني، والطبيعة، والجانب الإنساني، والمتعالي.
4. أن الأفراد الذين لديهم مستويات أعلى من الروحانية والتدين لديهم مستويات أقل من الاكتئاب والقلق وأكثر تحملاً للألم وأقل انتشاراً للأمراض المزمنة
5. تمثل السيكلوثيميا أدنى درجات الاضطراب ثنائي القطب

ثانياً: جوانب الاستفادة: يمكن حصر جوانب الاستفادة من تحليل الدراسات السابقة والأطر النظرية فيما يلي:

1. بالنسبة للعينة: وقع الاختيار على عينة من الطلاب المعاقين بصريا بعمر زمني يتراوح بين (13: 18) لدراسة الروحانية لخفض أعراض السيكلوثيميا وذلك لما أكده الإطار النظري من قلة الدراسات التي تعرضت لها رغم أهميتها.

2. بالنسبة للمتغيرات: اختير متغير الروحانية لخفض أعراض السيكلوثيميا للتحقق مما سبق الإشارة إليه عبر الدراسات السابقة من دور الروحانية في خفض أعراض السيكلوثيميا.

ثالثاً: ما الجديد الذي تقدمه الدراسة: في ضوء تحليل الدراسات السابقة يمكن الزعم بما يلي: البحث من حيث عنوانه والعلاقة بين متغيراته ومدى فاعليتها جديد على الصعيد العربي، أما على الصعيد الأجنبي فهو جديد من حيث:

1. استنباط أكبر عدد ممكن من الممارسات الروحانية
2. التوجه نحو بناء مقاييس للروحانية والسيكلوثيميا وهو أمر جديد في الإطار العربي.
3. دراسة الروحانية والسيكلوثيميا عند فئة عمرية لم تتعرض لها الدراسات السابقة.

فروض الدراسة:

1. يتباين كل من الروحانية والسيكلوثيميا بتباين المتغيرات الديموجرافية (النوع - العمر) لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا

الفروق لصالح المدمجين في أبعاد: مفهوم الذات العاطفي، الأسري، البدني. وأوضحت الدراسة أن الإعاقة البصرية تسبب الشعور بالخوف من عالم المبصرين. وفيما يخص الاتصال الاجتماعي، وجدت الدراسة أن الطلاب المعاقين بصرياً من المجموعتين قدروا أنفسهم على أنهم أكفاء اجتماعياً.

وعن دراسة (شاهين بيومي، 2008): والتي هدفت اختبار مدى فاعلية برنامج إرشادي بالتدريب التوكيدي في تنمية المهارات الاجتماعية للمكفوفين المراهقين، تم تقديم عرضاً نظرياً عن متغيرات البحث وتم اختيار عينه البحث من مجموعتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية طبقت عليهم مقياس المهارات الاجتماعية وبرنامجاً إرشادياً بالتدريب التوكيدي لتنمية المهارات الاجتماعية، وتشير النتائج إلى إمكانية تنمية المهارات الاجتماعية للمكفوفين والعاملين بمدارس النور والمؤسسات المجتمعية ذات الصلة وأقسام علم النفس بكليات الآداب

كما أجرت (سهام عبد الحميد، 1997) دراسة عن أثر برنامج إرشادي لتخفيف حدة السلوك الانطوائي لدى المعاقين بصرياً، وتكون عينة الدراسة من (50) طفلة من المعاقين بصرياً ممن تتراوح أعمارهم ما بين (10-12) عاماً، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرامج الضابطة بعد تطبيق البرنامج، وتشير هذه النتيجة إلى أن المجموعة التجريبية قد تأثرت بالبرنامج الإرشادي حيث انخفضت حدة الخجل والسلوك الانطوائي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

الدراسات السابقة رؤية تحليلية: بتحليل الدراسات السابقة نستخلص ما يلي:

أولاً: القضايا المستخلصة:

1. اتفقت الدراسات التي على ضرورة توفير برامج تساعد المعاقين بصريا على ممارسة الروحانية بهدف خفض أعراض السيكلوثيميا لديهم.

رابعاً: أدوات الدراسة (تم إعدادها ونوضح ذلك فيما يلي):

أولاً: مقياس الروحانية: (أعدّه الباحثان) عبر المراحل التالية:

1- الاطلاع على الدراسات السابقة للسيكلوثيميا، ومراجعة الأطر النظرية من مقاييس وبحوث وتعريفات ونظريات، فضلا عن اجراء دراسة استطلاعية حيث تم تطبيق استبانة مفتوحة تتضمن سؤالين على عينة $N=3$ من أساتذة علم النفس، و أسفرت هذه الخطوة عن عدة مفردات ومكونات نبقى عل تلك التي حظيت بتكرار وشيوع مرتفع والتي تمثلت في (الممارسات الروحانية - البحث عن المعنى - الوعي بالذات - التسامي (الترانسندننتالية) - خدمة الآخرين) وبناء على ذلك نصوغ التعريف الإجرائي للروحانية في (استجابة الفرد لمثيرات الممارسات الروحانية - البحث عن المعنى - الوعي بالذات - التسامي (الترانسندننتالية) - خدمة الآخرين) ويعبر عن ذلك بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المعد لذلك.

ثانياً: حساب الكفاءة السيكومترية وتتضمن:

1. حساب الثبات: تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية وألفا لكرونباخ لكل مكون من مكونات المقياس وقد تم حساب معامل ألفا لكرونباخ قبل وبعد حذف العبارات التي يقل معامل ارتباطها عن 20، كما هو موضح بالجدول التالية:

جدول (1) حساب ثبات ألفا والتجزئة النصفية لمقياس الروحانية

مكونات المقياس	معامل ألفا قبل الحذف	معامل ألفا بعد الحذف	ثبات التجزئة النصفية	قيمة الثبات
الممارسات الروحانية	,715	,780	,790	عالي
البحث عن المعنى	,353	,680	,810	عالي
الوعي بالذات	,840	,880	,890	عالي
التسامي(الترانسندننتالية)	,280	,450	,601	مقبول
خدمة الآخرين	,850	,870	,910	عالي

2. يتباين كل من الروحانية والسيكلوثيميا بتباين القياسين القبلي والبعدى لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا.

3. يتباين كل من الروحانية والسيكلوثيميا بتباين القياسين البعدى والتتبعي لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا

منهج الدراسة وإجراءاتها:

أولاً: منهج الدراسة:

تحقيقاً لأهداف الدراسة تم الاعتماد على كل من المنهج التجريبي، والمنهج الوصفي لما له من أهمية منهجية خاصة، فالدراسة لا تقف عند التشخيص وكشف المتغيرات فقط، بل تتخطى ذلك إلى التنمية والتغيير من خلال البرنامج القائم على الروحانية لخفض أعراض السيكلوثيميا لدى المعاقين بصريا، بما يتفق وعنوان الدراسة (تنمية الروحانية وخفض أعراض السيكلوثيميا لدى عينة من المعاقين بصريا).

عينة الدراسة وتتضمن:

1. العينة الاستطلاعية: وهي عينة جمع البيانات؛ للتحقق من الكفاءة السيكومترية والتحقق من الفروض الوصفية وتتضمن عينة المعاقين بصريا (ن = 160) من الذكور والإناث.

2. العينة التجريبية: تتضمن عينة من المعاقين بصريا ممن حصلوا على درجات منخفضة في مقياس الروحانية ومرتفع في السيكلوثيميا و يبلغ عدد العينة (ن = 10) ممن تتراوح أعمارهم بين 13-18 عامًا.

المفردات التي تبدأ بالنفي، فضلا عن التنوع في صياغة العبارات بين الايجابية والسلبية، وتوزيع المفردات على المكونات الفرعية للمقياس بشكل دائري.

تصحيح المقياس: تم تصحيح المقياس في ضوء الصياغة الثلاثية بحيث يقابل كل مفردة من مفردات المقياس ثلاثة اختيارات (نعم، لا، إلى حد ما) وعلى المفحوص أن يختار أحد الاختيارات، وقد أعطيت لهذه الاختيارات التقديرات التالية (نعم 3، إلى حد ما 2، لا 1) للعبارات ذات الاتجاه الايجابي، (نعم 1، إلى حد ما 2، لا 3) للعبارات ذات الاتجاه السلبي، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (156-52).

ثانيا: مقياس السيكلوثيميا:

تم إعداد المقياس عبر المراحل التالية:

1- الاطلاع على الدراسات السابقة للسيكلوثيميا، ومراجعة الأطر النظرية من مقاييس وبحوث وتعريفات ونظريات، فضلا عن اجراء دراسة استطلاعية حيث تم تطبيق استبانة مفتوحة تتضمن سؤالين على عينة $N=3$ من أساتذة علم النفس، و أسفرت هذه الخطوة عن عدة مفردات ومكونات نبقي عل تلك التي حظيت بتكرار وشيوع مرتفع والتي تمثلت في (النفسية - الجسمية - المعرفية - الاجتماعية) وبناء على ذلك نصوغ التعريف الإجرائي للسيكلوثيميا في (استجابة الفرد لمثيرات نفسية - جسمية - معرفية - اجتماعية) ويعبر عن ذلك بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المعد لذلك.

ثانيا: حساب الكفاءة السيكومترية وتتضمن:

1- حساب الثبات: تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، وألغا لكرونباخ لكل مكون من مكونات المقياس وقد تم حساب معامل ألفا لكرونباخ قبل وبعد حذف العبارات التي يقل معامل ارتباطها عن 20.:

وبالنظر إلى معامل ألفا لكرونباخ لمكونات المقياس قبل وبعد حذف العبارات التي يقل معامل ارتباطها عن 20. نجد أنها أكثر من 70، والتجزئة النصفية مما يدل على أن معامل الثبات عالي لمكونات المقياس.

وفي ضوء معاملات الثبات سألغة الذكر نخلص إلى أن مقياس الروحانية يتمتع بمعامل ثبات يعتمد عليه.

2- الصدق: تم حساب الصدق بعدة طرق منها:

▪ **صدق المحكمين:** تم عرض المقياس على ($N=3$) من المحكمين؛ لإبداء ملاحظاتهم على المقياس من حيث وضوح الصياغة، واتصال العبارة بالتعريف الاجرائي، وقد أخذت ملاحظات المحكمين بعين الاعتبار من حيث الاضافة والحذف، ومن ثم أصبح المقياس صادقا من وجهة نظر المحكمين.

▪ **صدق البناء والتكوين:** تم بناء المقياس في ضوء مراجعة الأدبيات المرتبطة بالمفهوم، وما تتضمنه من تحليل نظريات، ومقاييس، و تعريفات إجرائية، وقد أسفرت هذه المرحلة عن عدة مفردات تم الإبقاء على تلك التي حظيت بتكرار ومعامل شيوع أعلى، وقد ترتب على ذلك صياغة التعريف الإجرائي للروحانية بأنها (استجابة الفرد لمثيرات الممارسات الروحانية - البحث عن المعنى - الوعي بالذات - التسامي (الترانسندنالية) - خدمة الآخرين) ويعبر عن ذلك بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المعد لذلك، وبناء على هذا التعريف تم صياغة مفردات المقياس، وفي ضوء ذلك يمكن الحكم على أن المقياس صادقا من حيث البناء والتكوين.

3- المرغوبة الاجتماعية: ولتحقيق المرغوبة

الاجتماعية تم استبعاد المفردات مزدوجة المعنى، والمفردات الغامضة أو الموحية بالمعنى، كما تم استبعاد

جدول (2) حساب ثبات ألفا والتجزئة النصفية لمقياس السيكلوثيميا

مكونات المقياس	معامل ألفا قبل الحذف	معامل ألفا بعد الحذف	ثبات التجزئة النصفية	قيمة الثبات
نفسية	,869	,888	,799	عالي
جسمية	,200	,843	,891	عالي
معرفية	,400	,686	,752	عالي
اجتماعية	,721	,801	,881	عالي

على هذا التعريف تم صياغة مفردات المقياس، وفي ضوء ذلك يمكن الحكم على أن المقياس من حيث البناء والتكوين يكون صادقا.

3- المرغوبة الاجتماعية: ولتحقيق المرغوبة الاجتماعية تم استبعاد المفردات مزدوجة المعنى، والمفردات الغامضة أو الموحية بالمعنى، كما تم استبعاد المفردات التي تبدأ باللفظي، فضلا عن التنوع في صياغة العبارات بين الايجابية والسلبية، وتوزيع المفردات على المكونات الفرعية للمقياس بشكل دائري.

تصحيح المقياس: تم تصحيح المقياس في ضوء الصياغة الثلاثية، بحيث يقابل كل مفردة من مفردات المقياس ثلاثة اختيارات (نعم، لا، إلى حد ما)، وعلى المفحوص أن يختار أحد الاختيارات، وقد أعطيت لهذه الاختيارات التقديرات التالية (نعم 3، إلى حد ما 2، لا 1) للعبارات ذات الاتجاه الايجابي، (نعم 1، إلى حد ما 2، لا 3) للعبارات ذات الاتجاه السلبي، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (105-35).

نتائج الدراسة ومناقشتها:

الفرض الأول ونصه: يتباين كل من الروحانية والسيكلوثيميا بتباين كل من (النوع - العمر) لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا، وللتحقق من صحة هذا الفرض عولجت استجابات العينة (N=80) باستخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق بين العينات المرتبطة، ونوضح ذلك فيما يلي:

وبالنظر إلى معامل ألفا لرونباخ لمكونات المقياس قبل وبعد حذف العبارات التي يقل معامل ارتباطها عن 20. نجد أنها أكثر من 70، والتجزئة النصفية مما يدل على أن معامل الثبات عالي لمكونات المقياس.

وفي ضوء معاملات الثبات سألغة الذكر نخلص إلى أن مقياس السيكلوثيميا يتمتع بمعامل ثبات يعتمد عليه.

2- الصدق: تم حساب الصدق بعدة طرق منها:

▪ **صدق المحكمين:** تم عرض المقياس على (N=3) من المحكمين؛ لإبداء ملاحظاتهم على المقياس من حيث وضوح الصياغة، واتصال العبارة بالتعريف الاجرائي، وقد أخذت ملاحظات المحكمين بعين الاعتبار من حيث الاضافة والحذف، ومن ثم أصبح المقياس صادقا من وجهة نظر المحكمين.

▪ **صدق البناء والتكوين:** تم بناء المقياس في ضوء مراجعة الأدبيات المرتبطة بالمفهوم، وما تتضمنه من تحليل نظريات، ومقاييس، و تعريفات إجرائية، وقد أسفرت هذه المرحلة عن عدة مفردات تم الإبقاء على تلك التي حظيت بتكرار ومعامل شيوع أعلى، وقد ترتب على ذلك صياغة التعريف الإجرائي للسيكلوثيميا بأنها (استجابة الفرد لمثيرات (نفسية - جسمية - معرفية - اجتماعية) ويعبر عن ذلك بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المعد لذلك، وبناء

أولاً: الروحانية ومتغير النوع للمقياس ككل ولمكونات المقياس ونوضح ذلك في جدول (3):

جدول (3) قيمة (ت) لدلالة الفروق لمتغير النوع إناث 37 ذكور 43

الدلالة	ت	ع	م	ن	القيم الاحصائية المقياس ومكوناته	
					إناث	ذكور
,270	1,111	13,75	61,79	37	إناث	المقياس ككل
		9,56	64,70	43	ذكور	
,240	1,16	4,17	19,70	37	إناث	الممارسات الروحانية
		2,95	18,76	43	ذكور	
,289	1,068	3,16	11,29	37	إناث	البحث عن المعنى
		2,28	10,65	43	ذكور	
,413	,823	2,68	15,16	37	إناث	الوعي بالذات
		2,70	14,46	43	ذكور	
,179	1,357	,83	11,24	37	إناث	التسامي
		,91	10,97	43	ذكور	
,270	1,111	1,92	7,29	37	إناث	خدمة الآخرين
		1,29	6,43	43	ذكور	

وفي ضوء ما تقدم جدول (3) نجد أن قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط أداء الذكور والإناث على مكونات مقياس الروحانية تراوحت بين (1.068 : 0.823)، ولمقياس الروحانية ككل بلغت (1.111) أي أنها غير دالة عند درجة حرية 78، وهذا يعني أن الروحانية لم تختلف باختلاف متغير النوع. ثانياً: الروحانية ومتغير العمر للمقياس ككل ولمكونات المقياس ونوضح ذلك في جدول (4):

جدول (4) قيمة (ت) لدلالة الفروق لمتغير العمر (13-15) & (16-18)

الدلالة	ت	ع	م	ن	القيم الاحصائية المقياس ومكوناته	
					13-15	16-18
,836	,208	11,41	62,88	43	13-15	المقياس ككل
		12,18	63,43	37	16-18	
,77	,280	3,51	19,09	43	13-15	الممارسات الروحانية
		3,69	19,32	37	16-18	
,879	,153	2,64	10,90	43	13-15	البحث عن المعنى
		2,79	11,00	37	16-18	
,959	,051	3,66	14,76	43	13-15	الوعي بالذات
		3,94	14,81	37	16-18	
,940	,440	,88	11,091	43	13-15	التسامي
		,90	11,10	37	16-18	
,651	,455	1,59	7,02	43	13-15	خدمة الآخرين
		1,66	7,18	37	16-18	

وفي ضوء ما تقدم في جدول (4) نجد أن قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط أداء ممن تتراوح أعمارهم بين (13-15) أي أنها غير دالة عند درجة حرية 78، وهذا يعني أن (15) & (16-18) على مكونات مقياس الروحانية تراوحت الروحانية لم تختلف باختلاف متغير العمر.

ثالثا: السيكلوثيميا ومتغير النوع للمقياس ككل ولمكونات المقياس ونوضح ذلك في جدول (5):

جدول (5) قيمة (ت) لدلالة الفروق لمتغير النوع إناث 37 ذكور 43

الدلالة	ت	ع	م	ن	القيم الإحصائية	
					المقياس ومكوناته	
,180	1,354	1,56	66,81	37	إناث	المقياس ككل
		1,62	66,33	43	ذكور	
,357	,927	1,86	11,08	37	إناث	المكون النفسي
		2,04	11,49	43	ذكور	
,086	1,740	3,44	21,68	37	إناث	المكون الجسمي
		3,64	20,33	43	ذكور	
,210	1,264	3,37	16,84	37	إناث	المكون العقلي
		3,19	17,77	43	ذكور	
292	1,062	1,88	17,22	37	إناث	المكون الاجتماعي
		2,06	16,74	43	ذكور	

وفي ضوء ما تقدم في جدول (5) نجد أن قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط أداء الذكور والإناث على مكونات مقياس السيكلوثيميا تراوحت بين (1,740: 1,927)، باختلاف متغير النوع.

رابعا: السيكلوثيميا ومتغير العمر للمقياس ككل ولمكونات المقياس ونوضح ذلك في جدول (6):

جدول (6) قيمة (ت) لدلالة الفروق لمتغير العمر (13-15) & (16-18)

الدلالة	ت	ع	م	ن	القيم الإحصائية	
					المقياس ومكوناته	
,714	,368	1,54	66,49	43	13-15	المقياس ككل
		1,88	66,62	37	16-18	
,369	,94	1,95	11,12	43	13-15	المكون النفسي
		1,96	11,51	37	16-18	
,491	,692	3,46	20,70	43	13-15	المكون الجسمي
		3,57	21,24	37	16-18	
,327	,987	3,17	11,67	43	13-15	المكون العقلي
		3,42	11,59	37	16-18	
,857	,181	1,96	17,00	43	13-15	المكون الاجتماعي
		2,03	16,92	37	16-18	

- إدارة التحرير - بدر التعليمية، كما أنهم ينتمون إلى فئة واحدة من ذوي الاحتياجات الخاصة وهم المعاقون بصريا، كما يعزى عدم وجود تأثير دال إحصائيا لمتغيري العمر (15-13 / 18-16) إلى تقارب وتداخل سعة الفئة العمرية وهي ست سنوات للفئتين، وأن الفئتين العمريتين ضمن مرحلة واحدة وهي المراهقة.

الفرض الثاني ونصه: يتباين كل من الروحانية والسيكلوثيميا بتباين القياسين القبلي والبعدي لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا. وللتحقق من ذلك عولجت استجابات العينة (N=10) باستخدام اختبار ويلكسون البديل اللا بارامترى لاختبار T لمجموعتين مرتبطتين) بين القياسين القبلي والبعدي وذلك بالنسبة للمقياس ككل ومكونات، وكانت النتائج ونوضح ذلك فيما يلي:
أولا: متغير الروحانية ومكوناتها:

وفي ضوء ما تقدم في جدول (6) نجد أن قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط أداء ممن تتراوح أعمارهم بين (13-15) & (16-18) على مكونات مقياس السيكلوثيميا تراوحت بين (181، :987)، ولمقياس الروحانية ككل بلغت (714)، أي أنها غير دالة عند درجة حرية 78، وهذا يعني أن السيكلوثيميا لم تختلف باختلاف متغير العمر.

مناقشة النتائج:

أظهرت نتائج التحليلات الاحصائية التي استمت للتحقق من علاقة الروحانية والسيكلوثيميا بمتغيري (النوع - العمر) عدم وجود تأثير دال إحصائيا لمتغيري النوع (ذكور / إناث)، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة كل من سليمان الحسين (2006)، وقريشي فيصل وجبالي نور الدين (2015)، وابتسام أحمد وصديق يوسف (2017)، ويمكن أن يعزى ذلك إلى الثقافة المتداخلة حيث أن جميع أفراد العينة من منقة واحدة بمحافظة البحيرة

جدول (7) اختبار ويلكسون (البديل اللا بارامترى لاختبار T لمجموعتين مرتبطتين) بين القياسين القبلي والبعدي وذلك بالنسبة للروحانية ككل ومكونات

المتغيرات	N	متوسط الرتب السالبة	مجموع الرتب الموجبة	مجموع الرتب	Z	الدلالة
المقياس ككل	10	,00	5,50	55,0	2,805	,055
الممارسات الروحانية	10	,00	5,50	55,0	2,821	,055
البحث عن المعنى	10	,00	5,50	55,0	2,871	,055
الوعي بالذات	10	,00	5,50	55,0	2,848	,055
التسامي	10	,00	5,50	55,0	2,840	,055
خدمة الآخرين	10	,00	5,50	55,0	2,814	,055

لأثر البرنامج . عن الذين لم يحدث لهم تحسن، ويؤكد ذلك من ارتفاع نتيجة الاختبار البعدي عن القبلي.
ب- وبالنظر إلى قيمة Z 2.805 نجد أنها دالة لأن دلالتها أقل من .05، لذا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي كنتيجة لأثر البرنامج.

وبمراجعة القيم الاحصائية الواردة في جدول (7) نستخلص ما يلي:

أ- أن متوسط الرتب الموجبة 5.50 ومتوسط الرتب السالبة 0. ويفسر ذلك بارتفاع عدد الأفراد الذين حدث لهم تحسن في الدرجة الكلية للمقياس . كنتيجة

ثانيا: متغير السيكلوثيميا ومكوناتها:

جدول (8) اختبار ويلكسون (البديل اللا بارامترى لاختبار T لمجموعتين مرتبطتين) بين القياسين القبلي والبعدى وذلك بالنسبة للسيكلوثيميا ككل ومكونات ونوضح ذلك فيما يلي:

المتغيرات	N	متوسط الرتب السالبة	متوسط الرتب الموجبة	مجموع الرتب السالبة	مجموع الرتب الموجبة	Z	الدلالة
المقياس ككل	10	5,50	,00	55,0	55,0	2,814	,005
المكون النفسي	10	5,50	,00	55,0	55,0	2,848	,005
المكون الجسمي	10	5,50	,00	55,0	55,0	2,850	,005
المكون العقلي	10	5,50	,00	55,0	55,0	2,820	,005
المكون الاجتماعي	10	5,50	,00	55,0	55,0	2,829	,005

القياسين القبلي والبعدى لصالح القياس البعدى كنتيجة لأثر البرنامج.

الفرض الثالث ونصه: يتباين كل من الروحانية والسيكلوثيميا بتباين القياسين البعدى والتتبعية لدى عينة من المراهقين المعاقين بصريا. وللتحقق من ذلك عولجت استجابات العينة (N=10) باستخدام اختبار ويلكسون (البديل اللا بارامترى لاختبار T لمجموعتين مرتبطتين) بين القياسين البعدى والتتبعية، وذلك بالنسبة للمقياس ككل ومكونات، وكانت النتائج ونوضح ذلك فيما يلي:

أولا: متغير الروحانية ومكوناتها:

وبمراجعة القيم الاحصائية الواردة في جدول (8) نستخلص ما يلي:

أ- أن متوسط الرتب الموجبة 00 ومتوسط الرتب السالبة 5.50 ويفسر ذلك بارتفاع عدد الأفراد الذين حدث لهم انخفاض في البعد النفسي. كنتيجة لأثر البرنامج. عن الذين لم يحدث لهم انخفاض، ويؤكد ذلك من انخفاض نتيجة الاختبار البعدى عن القبلي. ب- وبالنظر إلى قيمة Z 2.814 نجد أنها دالة لأن دلالتها أقل من 05، لذا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين

جدول (9) اختبار ويلكسون (البديل اللا بارامترى لاختبار T لمجموعتين مرتبطتين) بين القياسين البعدى والتتبعية وذلك بالنسبة للروحانية ككل ومكونات

المتغيرات	N	متوسط الرتب الموجبة	متوسط الرتب السالبة	مجموع الرتب الموجبة	مجموع الرتب السالبة	Z	الدلالة
المقياس ككل	10	0,00	5,50	0,00	55,00	2,818	,005
الممارسات الروحانية	10	0,00	5,50	0,00	55,00	2,814	,005
البحث عن المعنى	10	5,50	,00	55,00	0,00	2,871	,005
الوعي بالذات	10	4,08	,00	24,50	3,50	1,784	0,074
التسامي	10	5,50	,00	55,00	0,00	2,825	,005
خدمة الآخرين	10	2,00	3,80	2,00	19,00	2,814	,005

وبمراجعة القيم الاحصائية الواردة في جدول (9) نستخلص ما يلي:
 أ- أن متوسط الرتب الموجبة 0.00 ومتوسط الرتب السالبة 5.50 ويفسر ذلك بانخفاض عدد الأفراد الذين حدث لهم تحسن في الدرجة الكلية للمقياس عن الذين لم يحدث لهم تحسن.
 ب- وبالنظر إلى قيمة Z 2.818 نجد أنها دالة لأن دلالتها أقل من 0.05، لذا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي.

ثانياً: متغير السيكلوثيميا ومكوناتها:

جدول (10) اختبار ويلكسون (البديل اللابارامترى لاختبار T لمجموعتين مرتبطتين) بين القياسين البعدي والتتبعي وذلك بالنسبة للسيكلوثيميا ككل ومكونات ونوضح ذلك فيما يلي:

المتغيرات	N	متوسط الرتب الموجبة	متوسط الرتب السالبة	مجموع الرتب الموجبة	مجموع الرتب السالبة	Z	الدلالة
المقياس ككل	10	3,50	3,50	7,00	14,00	,816	,414
المكون النفسي	10	1,00	,00	1,00	0,00	1,000	,317
المكون الجسدي	10	1,00	0,00	10,00	0,00	1,000	,317
المكون العقلي	10	0,000	2,50	0,00	10,00	2,000	,46
المكون الاجتماعي	10	0,000	2,50	0,00	10,00	2,00	,46

وبمراجعة القيم الاحصائية الواردة في جدول (10) نستخلص ما يلي:
 أ- أن متوسط الرتب الموجبة 3.50 ومتوسط الرتب السالبة 3.50 ويفسر ذلك بتساوي عدد الأفراد الذين حدث لهم تحسن في الدرجة الكلية للمقياس مع الذين لم يحدث لهم تحسن.
 ب- وبالنظر إلى قيمة Z 2.816 نجد أنها غير دالة لأن دلالتها أكبر من 0.05، لذا لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي.

وفي ضوء ما تقد يمكن إجمال النتائج فيما يلي:

1. لا توجد فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث في علي مقياسي الروحانية والسيكلوثيميا لهذه المرحلة العمرية (المراهقة)
2. لا توجد فروق ذات دلالة بين ممن تتراوح أعمارهم بين (13-15) & (16-18). علي مقياسي الروحانية والسيكلوثيميا

توصيات الدراسة:

1. اعداد برامج لتنمية الروحانية والتي تناسب الفئات العمرية المختلفة.
2. عقد ورش عمل للممارسات الروحانية لمعلمي المراحل المختلفة وأولياء الأمور.
3. تفعيل دور التعاون بين الأسرة والمعلمين في تقديم كل ما يسهم في نجاح البرامج الإرشادية المقدمة للطلاب.

الدراسات المقترحة:

1. تنمية الروحانية كمدخل لتعزيز تقرير المصير لدى طلاب الثانوية العامة.
2. تنمية الروحانية لزيادة فاعلية الذات لطلاب الثانوية العامة.
3. الروحانية كمدخل لتعزيز الصلابة النفسية لدى طلاب الثانوية العامة.
4. فاعلية برنامج تدريبي قائم على الروحانية في خفض الأفكار الانتحارية لطلاب الثانوية العامة.

المراجع العربية والأجنبية

أولاً: المراجع العربية:

9. سالم الشراري، (2002). الصعوبات الاجتماعية التي تواجه المعاقين بصرياً. رسالة ماجستير. الجامعة الأردنية عمان، الأردن.
10. صالحه سرور (2007). المشكلات السلوكية والانفعالية للأفراد المعاقين بصرياً وعلاقتها بمتغيرات: سبب الإعاقة البصرية ومستواها العمر والجنس. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية جامعة دمشق وكلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
11. محمد عبد التواب، (1998): أثر الإرشاد بالمعنى في خفض خواء المعنى لدى عينة من العميان: مجلة الإرشاد النفسي جامعة عين شمس، العدد الثامن
12. غادة يوسف، (2007). بعض المشكلات السلوكية لدى المعاقين بصرياً والعاديين وعلاقتها بعدد من المتغيرات دراسة ميدانية مقارنة لتلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في مدينة دمشق". رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة دمشق.
13. يعقوب الفرح، (2006). التوافق الانفعالي لدى المعاقين بصرياً وحركياً وسمعياً وعلاقته بالجنس والعمر، المجلة العربية للتربية الخاصة. العدد (9) الرياض.
14. مسعد بن مسفر القعيب، (2002). الاكتشاف المبكر لحاجات المعاقين الاجتماعية والتدخل المهني أساليب تقييم الحاجات الاجتماعية للمعوقين وعمليات التدخل المهني في ضوء التوجيه النظري للخدمة الاجتماعية، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد 111، ص 225-250.
15. كاظم محسن الكعبي (2015). الانهماك الديني وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى طلبة الجامعة. مجلة الآداب، ع 114، الجامعة المستنصرية، العراق، 565-602
1. أحمد صلاح (2017). "تأثير العلاج النفسي على التكيف النفسي للمراهقين المعاقين بصرياً". مجلة العلوم النفسية التربوية.
2. أماني الشافعي (2015). "التأثير النفسي للإعاقة البصرية على المراهقين وتأثيرها على نمو الشخصية: دراسة تحليلية في المجتمع المصري". مجلة الصحة النفسية والاجتماعية.
3. إيمان الزبون، ومنى سعيد الحديدي (2013)، تقييم الخدمات المكتبية المقدمة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية في الأردن في ضوء المعايير الدولية، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، الأردن، مج9، ع4، سبتمبر، 377-388.
4. جيهان عثمان محمود، (2020). الشفقة بالذات والتدين كمنبئين بالاتزان الانفعالي لدى طلاب الجامعة ذوي الإعاقة البصرية. مجلة البحث العلمي في التربية- الاسكندرية، العدد 21. ص1
5. حمدي محمد ياسين (2013): سيكولوجية الفئات الخاصة، الطبعة الأولى. القاهرة.
6. سهام عبد الحميد، (1997): برنامج إرشادي لتخفيف حدة السلوك الانطوائي لدى المعاقين بصرياً المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس، ص 671-688.
7. سهير الصباح (1993). الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال المعوقين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
8. السيد فهمي علي (2010)، سيكولوجية ذوي الإعاقات الحركية - السمعية - البصرية - العقلية، الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة.

- وتتظيم الذات لدى الشباب من الجنسين، دراسات نفسية، 23 (2) 145-178.
16. أحمد علي محمد الكبير، ودرويش، رمضان محمود أحمد (2006): المخاوف المرضية ومفهوم الذات لدى عينة من التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية (دراسة مقارنة تنبؤية). المجلة المصرية للدراسات النفسية، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ص ص
17. كمال سالم سيسالم، (1997). المعاقون بصريا خصائصهم ومناهجهم، ط1، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية
18. محمد إبراهيم الأطرش، (1985). الفروق في مفهوم الذات بين الأفراد المعاقين بصرياً والأفراد المبصرين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
19. محمد حسن غانم (2006)، الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية الوبائيات، التعريف، محكات التشخيص، الأسباب، العلاج، المال والمسار، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
20. مريم إبراهيم حنا (2010)، الرعاية الاجتماعية والنفسية للفئات الخاصة والمعاقين، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
21. يوسف عياد محسن المطيري، (2005). مستوى القلق لدى الطلاب المعاقين بصرياً في دولة الكويت وعلاقته ببعض المتغيرات رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
22. منى صبحي الحديدي (2011)، مقدمة في الإعاقة البصرية، ط4، عمان، دار الفكر
23. المهيرة، وآخرون (2018). مستوى الصعوبات النفسية والمرونة النفسية لدى الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في الجامعة الأردنية عمادة البحث العلمي، الجامعة الأردنية، 45 (1)، 233-248.
24. هبه حسين إسماعيل (2013). اضطراب السيكلوثيميا وعلاقته بكل من السلام الداخلي

- Cyclothymic Disorder: Commentary. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(3), 131–135.
8. Baldessarini, R. J., Vázquez, G., & Tondo, L. (2011). Treatment of Cyclothymic Disorder: Commentary. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(3), 131–135.
9. Bauer, M., & Whybrow, P. C. (2001). Role of thyroid abnormalities in the pathogenesis and management of bipolar mood disorders. *The Biological Basis of Neuropsychiatric Disorders*, 2, 113–125.
10. Bauer, M., Pfennig, A., Severus, E., Whybrow, P. C., Angst, J., & Möller, H. J. (2008). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2007 on the long-term treatment of bipolar disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 9(1), 1–44.
11. Bielecki, J. E., & Gupta, V. (2020). *Cyclothymic Disorder*. Treasure Island: Stat Pearls Publishing.
12. Brame C.M., Martin D. and Martin P. (1998). Counseling the Blind or visually impaired child: An Examination of Behavioral.
13. Coates, D.C. (2003). Social Order and the Construction of Meaning in Social Interaction: Troubled Communication Between Sighted and Partially Sighted,
- ثانياً: المراجع الأجنبية**
1. Ai, A.L., Peterson, C., & Huang, B. (2003). The effect of religious-spiritual coping on positive attitudes of adult Muslim refugees from Kosovo and Bosnia. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 13(1), 29–47.
 2. Akiskal, H. S. (2001). The Clinical Spectrum of Bipolar Disorders. In *Bipolar Disorder: Clinical and Neurobiological Foundations* (pp. 30–52)
 3. American Psychiatric Association. (2013).* *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
 4. Ano, G.G., & Vasconcelles, E.B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461–480. Levin, J.S. (2010).
 5. Ashmos, D. P., & Duchon, D. (2000). Spirituality at Work: A Conceptualization and Measure. *Journal of Management Inquiry*, 9(2), 134–145
 6. Austin, P., Macdonald, J., & MacLeod, R. (2018). Measuring Spirituality and Religiosity in Clinical Settings: A Scoping Review of Available Instruments. *Religions*, 9(3), 70. <https://doi.org/10.3390/rel9030070>
 7. Baldessarini, R. J., Vázquez, G., & Tondo, L. (2011). Treatment of

- of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51–77.
20. Hood, R.W., Hill, P.C., & Spilka, B. (2009). *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*. Guilford Press.
21. Idler, E.L., & Kasl, S.V. (1997). Religion among disabled and nondisabled persons I: Cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(6), S294–S305.
22. Kef sabina (2002). Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescent. *Journal of visual impairment & bilindness*. v 96. nl. 22–37.
23. King, D. B., & DeCicco, T. L. (2009). A viable model and self-report measure of spiritual intelligence. *International Journal of Transpersonal Studies*.**
24. Kirk, S.A, Gallagher, J.J&Anastasiow, N.J. (2003). *Educating Exceptional Children*, Boston, New York: Houghton Mifflin Company.
25. Knight J. (2001) Loneliness and self-esteem of visually impaired and blind adults Dissertation Abstract international Vol. 39. N.6A. P.1512
26. Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*.
- Blind People, Unpublished Doctoral Dissertation. WayneStateUniversity, DetroitMichigan
14. David, M., et al. (2014). Spirituality and Its Impact on Mental Health: A Critical Review of the Literature. *Journal of Religion and Health*, 53(1), 102–114.
15. Ellison, C.G., & Fan, D. (2008). Daily spiritual experiences and psychological well-being among US adults. *Social Indicators Research*, 88(2), 247–271.
- Paloutzian, R.F., & Park, C.L. (Eds.). (2013.)
16. Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression* (2nd ed.).
17. Hammen, C. (2005). Stress and Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293–319.
18. Harder, J. (2011). Spirituality and Mental Health: An Integrative Approach. *Journal of Spiritual Studies*, 15(3), 210–225.
- Harder, J. (2011). Cultural Diversity in Spiritual Practices and Their Psychological Implications. *International Journal of Cross-Cultural Psychology*, 24(4), 350–367 [
19. Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood Jr, R. W., McCullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points

- <https://www.researchgate.net/publication/339324515>
33. Malhi, G. S., & Kuiper, S. (2003). Cyclothymia: A conceptual history. *Bipolar Disorders*, 5(5), 306–313
34. Martines R (1995). A comparson between the self–concept of visually impaired adults and sighted adults. Dissertation Abstract International Vol. 33. N.6A p.1975.
35. Mindell J. A. and De Marco C.M. (1997). Sleep problems of young Blind Children. *Journal of Visual Impairment and Blindness*. vol 91 No1.
36. Mishra, S. K. (2012). *Spirituality at Work: A Guide to Spiritual Leadership*. Management Studies Press. Mishra, S. K. (2015). Spirituality and Connection with Nature: The Path to Inner Balance. *Journal of Spiritual Research*, 20(2), 150–165.
37. Nyman, S. R., Dibb, B., Victor, C. R., & Gosney, M. A. (2012). * Emotional well–being and adjustment to vision loss in later life: A meta–synthesis of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*
38. Obiakor E. (1986). A comparison study of the developmental of self concept in normally sighted and visually impaired students. Dissertation Abstract International Vol.48. N.2A.
39. Pargament, K. I., & Mahoney, A. (2002). Spirituality: Discovering and conserving the sacred. In C. R. Snyder & S. J. 27. Koenig, H. G., & Bussing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A Five–Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions*, 1(1), 78–85.
28. Koenig, H.G. (2001). Religion and Medicine II: Religion, Mental Health, and Related Behaviors. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(1), 97–109. Smith, T.B., McCullough, M.E., & Poll, J. (2003).
29. Koenig, H.G., McCullough, M.E., & Larson, D.B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press. Pargament, K.I. (The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice.
30. Kumar, A., & Makar, S. (2019). Spirituality and Mental Health: A Comprehensive Review. *Journal of Psychological Studies*, 24(2), 123–140. Kumar, A., & Makar, S. (2020). The Role of Diverse Spiritual Practices in Enhancing Personal Well–being. *International Journal of Spiritual Research*, 18(1), 98–115
31. Kupfer, D. J. (2005). The increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA*, 293(20), 2528–2530.
32. Makkar, S., & Singh, A. K. (2020). Spirituality Measurement Scale: An Empirical Study. ResearchGate. Retrieved from

- population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 68(4), 419-427.
45. Shen, G. H., Sylvia, L. G., Alloy, L. B., Barrett, F., Kohner, M., Iacoviello, B., & Mills, A. (2008). Lifestyle regularity and cyclothymic symptomatology. *Journal of clinical psychology*, 64(4), 482-500.
46. Singh, A. K. (2015). Spirituality and Mental Health: Insights and Implications. *Journal of Psychological Studies*, 30(1), 45-60. Singh, A. K. (2015). Exploring Diverse Spiritual Practices and Their Impact on Well-being. *International Journal of Spiritual Research*, 10(2), 85-102
47. Smith, T.B., McCullough, M.E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614-636.
48. Thase, M. E., & Sachs, G. S. (2000). Bipolar depression: pharmacotherapy and related therapeutic strategies. *Biological Psychiatry*, 48(6), 558-572.
49. Totterdell, P., & Kellett, S. (2001). Restructuring mood in cyclothymia: An intervention study using cognitive behavior therapy. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14(2), 147-154.
50. Underwood, L.G., & Teresi, J.A. (2002). The Daily Spiritual Experience Scale: Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 646-659). Oxford University Press).
40. Pargament, K.I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: Guilford Press. Ellison, C.G., & Fan, D. (2008).
41. Perugi, G. Vannucchi, G. & Mazzarini, L. (2017). The treatment of cyclothymia. In Carvalho, A. F., & Vieta, E. (Eds.). *The treatment of bipolar disorder: integrative clinical strategies and future direction* (pp.123-138). Oxford University Press.
42. Phillips, M. R.* (2012). Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 201108, China; Departments of Psychiatry and Global Health, Emory University, Atlanta, GA, USA. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. January 2012.
43. Rihmer, Z. Gonda, X. & Döme, P. (2017). The assessment and management of suicide risk in bipolar disorder. In Carvalho, A. F., & Vieta, E. (Eds.). *The treatment of bipolar disorder: integrative clinical strategies and future directions* (pp.207-224). Oxford University Press.
44. Sareen, J., Affifi, T. O., McMillan, K. A., & Asmundson, G. J. (2011). Relationship between household income and mental disorders: findings from a

Differentiations and Categorization of Instruments.

ثالثاً: المواقع الإلكترونية البحثية: -

1. <https://scholar.google.com>
2. www.sciencedirect.com
3. www.springerlink.com

- Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 22–33.
- Ellison, C.G., & Fan, D. (2008). (
51. Van Meter, A., Youngstrom, E. A., Youngstrom, J. K., Feeny, N. C., & Findling, R. L. (2011). Examining the validity of cyclothymic disorder in a youth sample. *Journal of Affective Disorders*, 132(1–2), 55–63. doi: 10.1016/j.jad.
52. VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). *APA dictionary of psychology* (2nd ed.). American Psychological Association.
53. Verhoeven, W. M. A., & Tuinier, S. (2001). Psychotic disorders in artists. *European Psychiatry*, 16(5), 335–340.
54. Wilhelm J. (1989). Fear and anxiety in low vision and totally blind children. *Education of the visually band capped* Vol.20. N.4.
55. Wink, P., & Dillon, M. (2002). Spiritual development across the adult life course: Findings from a longitudinal study. *Journal of Adult Development*, 9(1), 79–94.
- Yoon, D.P., & Lee, E.K. (2007)
56. Wook, M., & Jones, D. (2002). Religion and spirituality and mental health: A review and cognitive analysis
57. Zwingmann, C., Klein, C., & Büssing, A. (2011). Measuring Religiosity/Spirituality: Theoretical