



## استخدام بعض استراتيجيات التعايش Coping Strategies في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً

إعداد: أ / سعيد عبد الرحمن محمد عبد الرحمن

مدرس بوزارة التربية والتعليم بمصر - ماجستير

في الصحة النفسية ، تخصص إعاقة سمعية ، كلية

التربية بنها - باحث دكتوراة في الإعاقة السمعية .

مما لا شك فيه أن الإعاقة السمعية تلقي بآثارها السلبية على جوانب الحياة المختلفة لدى الأفراد المعاقين سمعياً بمختلف مراحلهم العمرية. و جدير بالذكر أن الإحساس بجودة الحياة واحدة من القضايا المهمة في حياة الفرد السامع . نظراً لأن هذه القضية تعد نقطة البداية لكثير من المشكلات التي يمكن أن يعانيها ويعايشها ويشكو منها هذا الفرد، فكثيراً ما ينتج عن إحساس الفرد بانخفاض مستوى جودة الحياة أو عدم الرضا عن الحياة مشكلات عديدة في حياته كالقلق، والعزلة الاجتماعية، والوحدة النفسية، وفقد معنى الحياة لديه. فإذا كان ذلك هو حال الفرد السامع ، فما بالنا بالفرد المعاق سمعياً الذي يعاني بالإضافة إلى ماسبق من افتقار العلاقات الاجتماعية، وعدم الاتزان الانفعالي، والتمركز حول الذات، والقصور في التواصل الاجتماعي. فهو أكثر حاجة للإحساس بجودة الحياة والرضا لما له من مردود ايجابي نفسي واجتماعي على حالته النفسية. وإن نقص العلاقات الاجتماعية والأسرية والأنشطة المجتمعية، والصحة العامة تجعل المعاق سمعياً يشعر بالعجز عن إقامة علاقات اجتماعية ، وانخفاض تقدير الذات، الأمر الذي من شأنه أن يجعل المعاق سمعياً لا يشعر بمستوى مناسب من جودة الحياة ، فالمعاق سمعياً

كائن اجتماعي ، يعيش في المجتمع ، وانخفاض شعوره بجودة الحياة يعني له افتقاد الرفيق والصديق والمال والعمل والصحة والتواصل مع الآخرين من الناحية النفسية. حيث أكدت العديد من الدراسات الأجنبية على إنخفاض جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً. وبالتالي فلا بد من وجود استراتيجيات وأساليب علاجية نفسية لتحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً مثل استراتيجيات التعايش التي تتضمن « إعادة البناء المعرفي - تحسين الاستبصار - اسلوب حل المشكلات - والتدريب على التواصل الاجتماعي - المساندة (الدعم) الاجتماعية ». والهدف من هذه الورقة عرض لبعض استراتيجيات التعايش التي تمكن المعاقين سمعياً من التعايش مع مجتمع السامعين. حيث أصبح الآن الاتجاه السائد في كثير من الدول الأوروبية تحويل الكثير من مدارس التربية الخاصة إلى مدارس نظامية عامة، مدمج فيها ومتعايش فيها المعاقين سمعياً مع أقرانهم السامعين. ونتيجة لندرة الدراسات العربية التي تتناول استخدام استراتيجيات التعايش مع المعاقين سمعياً في تحسين جودة الحياة لديهم ، يتم عرض وتحليل بعض الدراسات الأجنبية التي تتناول استراتيجيات التعايش في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً .

كما تناقش ورقة العمل المحاور التالية :

- ١- مفهوم الإعاقة السمعية، والخصائص النفسية والاجتماعية للمعاقين سمعياً.
- ٢- مفهوم جودة الحياة، مكونات جودة الحياة والعوامل المؤثرة فيها ، قياس جودة الحياة، وتأثير الإعاقة السمعية على جودة الحياة.
- ٣- مفهوم استراتيجيات التعايش (المواجهة)، وبعض الفنيات والاساليب المستخدمة كاستراتيجيات للتعايش.



## مقدمة:

لقد غدا الاهتمام بالمعاقين من أكثر المجالات جذباً وظهوراً في وقتنا الحالي، سواء على المستوى البحثي أو على المستوى التربوي، بل وأصبح من أهم مقتضيات العصر. حيث إن لهذه الفئات مشكلات عديدة في حاجة ماسة إلى التغلب عليها وعلاجها من أجل جودة حياة أفضل، مما أدى إلى ابتكار أساليب ومسالك عديدة لعلاج هذه المشكلات ومواجهتها، مما تساعد على تنمية قدرات وشخصيات المعاقين، وإعدادهم لفهم العالم من حولهم، وذلك من خلال استخدام بعض استراتيجيات التعايش (المواجهة) **Coping Strategies**.. وسوف تتناول هذه الورقة فئة خاصة من ذوى الاحتياجات الخاصة وهي فئة الإعاقة السمعية.

فالإعاقة السمعية تؤدي إلى إعاقة النمو الاجتماعي للطفل، حيث تحد من مشاركته وتفاعلاته مع الآخرين، ومن اندماجه في المجتمع، مما يؤثر سلباً على توافقه الاجتماعي، وعلى نقص اكتسابه المهارات الاجتماعية الضرورية اللازمة لحياته في المجتمع، فضلاً عن إعاقة النمو الانفعالي للطفل<sup>٥</sup> (عبد المطلب القريظي، ١٩٩٦، ص ١٣٦ - ١٣٧)، وهذا القصور في قدرة الطفل المعاق سمعياً على التواصل الاجتماعي مع الآخرين، فضلاً عما يمكن أن يتعرض له من أنماط التنشئة الأسرية الخاطئة، يؤدي به إلى نقص النضج الاجتماعي وإلى الإجمادية. ولذا نجد أن كثيراً من الأطفال المعاقين سمعياً أقل نضجاً من الناحية الاجتماعية مقارنة بالأطفال العاديين؛ كما أنهم قد يتصرفون بتجاهل مشاعر الآخرين، وإساءة فهم تصرفاتهم، وإظهار درجة مرتفعة من التمركز حول ذواتهم. (جمال الخطيب، ١٩٩٨، ص ٩١).

كما أشار عادل عبدالله إلى أن الإعاقة السمعية تعد من أصعب أنواع الإعاقات التي قد يصاب الإنسان بها حيث يشاهد الشخص الأصم العديد والعديد من المثيرات المختلفة، ولكنه لا يفهم الكثير منها، ولا يصبح بالتالي قادراً على الاستجابة لها وهو ما يمكن أن يصيبه بالإحباط وتعنى هذه الإعاقة عدم قدرة الفرد على استخدام حاسة السمع بشكل وظيفي، كما تتراوح في حدها بين الفقد الكلي لحاسة السمع وبين الفقد الجزئي لها.

(عادل عبد الله «أ»، ٢٠٠٤ : ٣٤)

ولكن يرى على حنفي أن الفرد ضعيف السمع يكون أكثر إحساساً بالإعاقة السمعية من الأصم ، وأكثر معاناة منه ، فإذا كان الأصم يعاني من فقدان حاسة السمع ، ومن عدم قدرته على سماع أصوات الآخرين، فإنه بحكم نشأته يمكن أن يكون قد تقبل وضعه داخل المجتمع كأصم ، وبالتالي يتقبل وضعه كما هو عليه، في حين أن ضعيف السمع قد يكون أكثر قلقاً وتوتراً من الأصم ، لأنه يحاول أن يتكيف أو يندمج داخل مجتمع الصم كأحد أفراد وفي إطار المجتمع الأكبر المشبع لحاجاته، كما أنه ليس بالعادي، فيحاول أن يتعايش مع أقرانه من العاديين . . وبالتالي فإن هذا الوضع يجعل ضعيف السمع كأنه بين شقي الرحي ، مما ينمى لديه نمطا من الانعزالية، والإحساس بفقد الهوية، وعدم الإدراك الجيد لطبيعة دوره داخل المجتمع (على حنفي، ١٩٩٦، ص ١٨٨) .

كما أكد كل من فاكارى ومارشارك Vaccari & Marschark على أن الأطفال الصم ذوى الكفاءة العالية فى النمو العاطفى والاجتماعى والمعرفى واللغوى هم الأطفال الذين يشاركون بنشاط فى التفاعلات اللغوية مع آبائهم منذ مرحلة مبكرة، قد يكون آباء الأطفال الصم معاقين سمعياً أو قد يكون آباء سامعين اكتسبوا لغة الإشارة أو مهارات تواصلية أخرى • (Vaccari & Marschark, 1997, p.1)

ولذلك فإن الأفراد ذوى الإعاقة السمعية لهم بروفيل نفسى خاص يميزهم عن غيرهم من العاديين، وعن غيرهم من ذوى الفئات الخاصة الأخرى ، ولهذا تأثيره على نموهم الشخصى والاجتماعى ، فهم يميلون إلى العزلة عن الأفراد عادى السمع الذين لا يستطيعون فهمهم ، وهم مجتمع الأكثرية الذى لا يستطيع أن يعبر بلغة الإشارة أو بلغة الأصابع ، ولهذا السبب يميل ذوو الإعاقة السمعية إلي تكوين النوادي والتجمعات الخاصة بهم، بسبب تعرض الكثير منهم لمواقف الإحباط الناتجة عن تفاعلهم الاجتماعى مع الأفراد عادى السمع ، ومن ثم ليس من المستغرب ميلهم إلي المهن التى لا تتطلب الكثير من الاتصال الاجتماعى كالرسم والخياطة والنجارة والحدادة..... الخ .

(فاروق الروسان ، ١٩٨٩ ، ص ١٤٣)

ومما سبق يمكن القول بأن الصمم يؤثر على النضج الاجتماعى للأصم، فيفرض عليه



جداراً من الانطواء، والعزلة الاجتماعية، وعدم تحمل المسؤولية والاعتماد على الآخرين، وقد يكون مرجعه لنقص التواصل مع الآخرين، وحجب الخبرات المكتسبة منهم التي لا تحدث إلا من خلال تفاعلهم معه، ولا يتم ذلك إلا من خلال وجود لغة مشتركة. كما أن النمو الانفعالي للمعاق سمعياً قد يتأثر بإعاقته، حيث تؤدي إعاقته السمعية إلى اضطراب الناحية العاطفية لدي هذا الفرد، وعدم اتزانه الانفعالي، وعدم الشعور بالأمان والحنان من المحيطين به، وخاصة أسرته، ثم أقرانه. فالفرد المعاق سمعياً يتأثر نموه الاجتماعي نتيجة عدم فهم كلام الآخرين لعدم وضوح الأصوات المسموعة، وعدم فهم الآخرين له لعدم وضوح كلامه، مما يفقده أهم وسيلة للتواصل وهي التعبير اللفظي واللغة، ولذلك يميل المعاق سمعياً إلى العزلة، والتمركز حول الذات، والتقييم السلبي للذات، مما يقلل من قيمة معنى حياته؛ مما تقلل من جودة الحياة. ولذا من الضروري تدريب المعاقين سمعياً على تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لديهم بطريقة فعالة وتنمية اسلوب حل المشكلات، وأيضاً تنمية مهارات التواصل، والدعم الاجتماعي، وإعادة البناء المعرفي؛ كل ذلك يسهم بشكل ايجابي في تحسين جودة حياتهم وسهولة اندماجهم في المجتمع.

### مشكلة الدراسة:

لقد وجد الباحث من خلال تواجده في ميدان التربية الخاصة، وخاصة مدارس الأمل للصم وضعاف السمع كمشرف للتدريب الميداني لطلاب الدراسات العليا بكلية التربية ببها شعبة الدبلوم المهني، تخصص إعاقة سمعية، فكان الباحث متواجداً باستمرار مع الطلاب المعاقين سمعياً « الصم وضعاف السمع ». فوجد الباحث أنهم يعانون من أفئقار في العلاقات الاجتماعية، نتيجة عدم القدرة على فهم الآخرين وعدم القدرة على التواصل معهم، ووجد الباحث أن الكثير منهم لا يدرك ولا يعي معنى حياته مما يشعره بالعجز والنقص، وبالتالي يكون لديه الشعور بالخجل أو الأنطواء، أو تفضيل العزلة الاجتماعية من أجل الهروب من الواقع، وبالتالي انخفاض في جودة حياتهم الموضوعية والذاتية. كما أكد ذلك العديد من الدراسات والبحوث الأجنبية منها: دراسة هامبتون Hampton (1999) والتي توصلت إلى أن كل من درجة الإعاقة، وعجز الفرد، وتاريخ

بداية الإعاقة، والدعم الاجتماعي، تارتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعاقين . كما توصلت دراسة ليمبورج Limburg (١٩٨٨) إلى وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين الإعاقة السمعية وبين التعايش الانفعالي والاجتماعي. كما أكدت دراسة دالتون وآخرون Dalton، et al (٢٠٠٣) إلى أن شدة الإعاقة السمعية ترتبط بصورة واضحة مع صعوبات التواصل الذاتية المدركة، وكان الأفراد ذوي فقد السمع المتوسط والعميق لديهم عجز وافتقار في أنشطة التعايش اليومي أكثر من العاديين . وفي ضوء ماسبق يرى الباحث أنه لا يمكن الحد من إعاقة الشخص الأصم أو ضعيف السمع ، بل يكون الجهد من أجل الحد من الآثار السالبة للبيئة الاجتماعية المحيطة به بصفة عامة، وتعايش المعاق سمعياً مع إعاقته والرضا عنها بصفة خاصة. مما يساعد على تحسين جودة حياة المعاق سمعياً. وهذا ما دفع الباحث إلى إعداد هذه الورقة من أجل تحسين جودة الحياة لذوي الإعاقة السمعية وذلك باستخدام بعض استراتيجيات التعايش ( المواجهة)، من قبيل التدريب على أسلوب حل المشكلات ، إعادة البناء المعرفي ، والمساندة (الدعم) الاجتماعية، والتدريب على التواصل الاجتماعي، وتحسين الاستبصار . حيث توصلت دراسة جامبور وإليوت Jmbor&Elliott (٢٠٠٥) إلى أن تعايش الصم ذوي فقدان السمع الشديد مع عالم السامعين في الحياة اليومية ساهم في زيادة التقدير الايجابي للذات. كما أكدت دراسة مارتن ويات Martin&Bat (٢٠٠٣) على أنه توجد فروق في النوع بالنسبة لمدى تأثير استراتيجيات التعايش المستخدمة مع المشاركين الصم.

وفيما يلي الأسباب التي دفعت الباحث لإعداد هذه الورقة :-

١- إن الإعاقة السمعية تعوق تفاعل الفرد مع البيئة، مما يؤثر على نضجه الاجتماعي، ويعيش منعزلاً ومتجنباً للتفاعل مع الآخرين، وكذلك عدم الرضا عن حياته، وتكوين مفهوم سالب نحو ذاته من الاتجاهات السالبة للآخرين نحو إعاقته، مما يعوقه من أن يحيا حياة طيبة ، وقد يؤدي إلى ظهور العديد من المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية .

٢- وفي حدود علم الباحث توجد ندرة في الدراسات والبحوث التي تناولت برامج إرشادية أو تدريبية لتحسين جودة الحياة للمعاقين بصفة عامة، والمعاقين سمعياً بصفة



خاصة ، وبالتالي أصبح من الضروري أن يقوم الباحث بإعداد وتصميم ورقة عمل تقوم على استخدام بعض استراتيجيات التعايش لتحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً . فوجد الباحث أنه من الضروري أن يتم تدريب المعاقين سمعياً بمختلف مراحلهم العمرية على بعض الاستراتيجيات التي من شأنها أن تنمي لديهم القدرة على التعايش مع الإعاقة التي يعانون منها ، ومع المحيطين بهم في المجتمع الذي يعيشون فيه ألا وهو مجتمع السامعين . مما يكسبهم القدرة على الوعي بالذات ، كما تمكنهم من الإدراك الذاتي ، وتحسين جودة حياتهم الذاتية ، والموضوعاتية .

### هدف الدراسة :

تهدف ورقة العمل الحالية إلى تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً من خلال استخدام بعض استراتيجيات التعايش .

### أهمية الدراسة :

وترجع أهمية ورق العمل الحالية إلى أنها تهتم بتنمية الرضا ، والتفاؤل والحب لدى المعاق سمعياً ، وتنمية القدرة على إقامة علاقات بينشخصية حميمة واجتماعية مع الآخرين ، وتنمية الخبرة الذاتية الإيجابية ، وتغير المعتقدات اللاعقلانية والأفكار التي تسيطر على عقول المعاقين سمعياً ، وبالتالي تحسين الوجدان ، وإدراك الحياة ومعايشتها بشكل جيد . فتحقق مستوى مرتفع من جودة الحياة ، والإحساس بالرضا عن الحياة ، وبالتالي فإن التدخل ببرنامج يقوم على استخدام بعض استراتيجيات التعايش (المواجهة) من شأنه تغيير هذا التصور السلبي للحياة ، وقد يحسن من المزاج والحالة النفسية والوجدان السالب للمعاقين سمعياً .

### مصطلحات الدراسة

#### ١- المعاق سمعياً: Hearing impaired

يعرف المعاق سمعياً على أنه« الفرد الذي لديه مشكلة ما في حاسة السمع بدرجة ما

من فقد سواء أكانت كلية أو جزئية، مما يحول معه الاستخدام الجيد لتلك الحاسة، مما يترتب عليه احتياجه لإحدى المعينات السمعية الخاصة به، كي يتمكن من التعامل والتكيف مع البيئة المحيطة به، كما يتمكن من التواصل مع المحيطين به والتفاعل معهم بصورة إيجابية.

## ٢- جودة الحياة : Quality of life

ويعرف كل من صلاح الدين عراقي، ومصطفى مظلوم (٢٠٠٥) هي وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة والاستمتاع بها والوجود الإيجابي . فجودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي كنتاج لظروف المعيشة الحياتية للأفراد وعن الإدراك الذاتي للحياة، حيث ترتبط جودة الحياة بالإدراك الذاتي للحياة لكون هذا الإدراك الذاتي يؤثر على تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة كالتعليم والعمل ومستوى المعيشة والعلاقات الاجتماعية من ناحية، وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد في وقت معين وظروف معينة من ناحية أخرى، كما تقاس بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس جودة الحياة . (صلاح الدين عراقي، ومصطفى مظلوم، ٢٠٠٥، ص٤٧١)

## ٣- استراتيجيات التعايش (المواجهة): Coping Strategies

يمكن تعريف الاستراتيجية بمفهومها العام : بأنها مجموعة من القواعد (الإجراءات) التي تنطوي على وسائل (فنيات) تؤدي لتحقيق هدف معين، أي أنها خطة موجهة نحو هدف معين . ولذا يمكن تعريف استراتيجيات المواجهة الإيجابية بأنها اتخاذ موقف عقلائي ومباشر في التعامل مع المشاكل والمساندة الاجتماعية، فإن المواجهة تكون في شكل تأثير مباشر .

## الإطار النظري:

وسوف تتناول هذه الورقة عرض الإطار النظري لمحاور الورقة الثلاثة الآتية الإعاقة السمعية، وجودة الحياة، واستراتيجيات التعايش (المواجهة)، وهي كما يلي :-





## أولاً: الإعاقة السمعية : Hearing impairment

وسوف يعرض الباحث للإعاقة السمعية من خلال تناول ما يلي : مفهوم الإعاقة السمعية، وفتاتها، والخصائص النفسية والاجتماعية للمعاقين سمعياً:-

### ١- مفهوم الإعاقة السمعية :

فيعرف وائل مسعود الإعاقة السمعية بأنها ذلك الخلل الذي يصيب الجهاز السمعي ويؤدي إلى عجز الإنسان عن السمع وإعاقته عن التفاعل والتواصل مع الآخرين. (وائل مسعود، ٢٠٠٢، ص ٧٦) كما أكد عبد الفتاح مطر على أن الإعاقة السمعية هي عطب يصيب حاسة السمع منذ الولادة أو قبل تعلم الكلام، يؤدي إما إلى الفقد السمعي الجزئي الذي يتطلب استخدام المعينات السمعية أو إلى الفقد السمعي التام الذي يتطلب تعلم أساليب تواصل غير لغوية كلغة الإشارة والشفاهة. (عبد الفتاح مطر، ٢٠٠٢، ص ٦٧) كذلك عُرِفَت الإعاقة السمعية من المنظور الوظيفي، بأنها تعنى انحرافاً في السمع يحد من قدرة الفرد على التواصل السمعي - اللفظي (عادل عبد الله «أ»، ٢٠٠٤، ص ١٥٠).

وتعرف ماجدة عبيد الإعاقة السمعية بأنها حرمان الطفل من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق ثقيل السمع مع أو بدون استخدام المعينات السمعية وتشمل الإعاقة السمعية الأطفال الصم وضعاف السمع. (ماجدة عبيد، ٢٠٠٠، ص ١٣) ولذا، فإن الإعاقة السمعية هي أي خلل يصيب السمع نتيجة لعوامل وراثية أو غير وراثية، مما يؤدي إلى:-

- فقدان جزئي للسمع (ضعف سمع): الذي يتطلب استخدام المعينات السمعية لإجراء عملية التواصل.

- فقدان كلي للسمع (صمم كلي): الذي يتطلب تعلم أساليب التواصل على سبيل المثال الإشارة والهجاء الإصبعي، والشفاهة، والإيماء لإجراء عملية التواصل.

### ٢- فئات الإعاقة السمعية :

وفيما يلي عرض موجز لفتتي الإعاقة السمعية :

أ- مفهوم الأصم :

يعرف على حنفي الأصم على أنه الشخص الذي فقد الحاسة السمعية بعد الميلاد أو قبل تعلم الكلام أو حتى بعد تعلم الكلام ، بدرجة لا تسمح له بالاستجابة الطبيعية للأغراض التعليمية والاجتماعية فى البيئة السمعية ، ويتراوح الفقدان السمعي لديه من ٦٠-٨٠ ديسيبل . (على حنفي ، ١٩٩٦ ، ص٦٦) كما يعرف عبد الرحمن سليمان الأصم بأنه الفرد الذي فقد السمع لأسباب وراثية فطرية أو مكتسبة سواء منذ الولادة أو بعدها، الأمر الذي يحول بينه وبين متابعة الدراسة واكتساب خبرات الحياة مع أقرانه العاديين وبالطرق العادية ، لذلك فهو فى حاجة إلى تأهيل يتناسب مع قصوره السمعي . (عبد الرحمن سليمان ، ١٩٩٨ ، ص٦٧)

وتشير زينب شقير إلى أن الأصم هو ذلك الفرد الذى فقد قدرته السمعية أو حرم من حاسة السمع منذ ولادته أو قبل تعلمه الكلام إلى درجة تجعله (حتى مع استعمال المعينات السمعية) غير قادر على سماع الكلام المنطوق، ومضطر لاستخدام الإشارة أو لغة الشفاه أو غيره من أساليب التواصل مع الآخرين . (زينب شقير ، ١٩٩٩ ، ص١٨٢) ويعرف إبراهيم الزريقات الأصم بأنه الشخص الذي لديه فقدان سمعي مقداره «٧٠» ديسيبل فأكثر، ويعوق فهم الكلام من خلال الأذن وحدها وباستعمال السماع الطبيعية . (إبراهيم الزريقات ، ٢٠٠٣ ، ص٥٦)

ب - مفهوم ضعيف السمع :

يعرف على حنفي ضعيف السمع بأنه الشخص الذي يعاني عجزاً أو نقصاً في حاسة السمع ، بدرجة لا تسمح لهم بالاستجابة الطبيعية للأغراض التعليمية والاجتماعية، إلا باستخدام وسائل معينة، ويتراوح الفقد السمعي لديه من ٤٠-٦٠ ديسيبل . (على حنفي ، ١٩٩٦ ، ص٦٧) وعرف عبد الرحمن سليمان ضعيف السمع بأنه حالة من انخفاض فى حدة السمع لدرجة قد تستدعى خدمات خاصة كالتدريب السمعي أو قراءة الكلام (الشفاه) أو علاج النطق، أو التزويد بمعين سمعي . (عبد الرحمن سليمان ، ١٩٩٨ ، ص٤٧) وأشار وائل مسعود إلى أن ضعيف السمع هو الشخص الذي يعاني من



صعوبات في السمع تؤدي إلى مواجهة مشكلات في سماع الكلام سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها.

(وائل مسعود، ٢٠٠٢، ص ٥١٥) ويؤكد إبراهيم الزريقات على أن ضعف السمع هو الشخص الذي يتراوح فقدان السمع لديه ما بين «٣٥-٦٩» ديسيبل، حيث يسبب صعوبة وليس إعاقة في فهم الكلام من خلال الأذن وحدها باستعمال أو بدون استعمال السماع الطبية (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٣، ص ٥٦).

ويتفق كلاً من فتحى عبد الرحيم مع عبد المطلب القريطى فى تقسيم آخر يربط بين درجات الإعاقة السمعية وتأثيرها على فهم الكلام واللغة والاحتياجات التعليمية والبرامج المطلوبة ويتضح ذلك من الجدول التالى :

#### جدول (١)

تقسيم درجات الإعاقة السمعية تبعاً لتأثيرها على فهم الكلام واللغة والاحتياجات التعليمية والبرامج المطلوبة

الاحتياجات التعليمية والبرامج المطلوبة	أثر درجة فقدان السمع على فهم الكلام واللغة	درجة الإصابة بفقدان السمع
<ul style="list-style-type: none"> <li>- يجب أن تعرض حالة الطفل على المسؤولين والمدرسين*</li> <li>- يستطيع الطفل استخدام السماع إذا اقترب فقدان السمع من ٤٠ ديسيبل*</li> <li>- يحتاج الطفل إلى العناية بالمفردات وأن يجلس فى مكان مناسب فى الفصل الدراسى وأن تكون الإضاءة جيدة*</li> <li>- يحتاج بعض الأطفال التدريب على قراءة الشفاه</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يعانى الطفل من مشكلة من السمع وعدم سماع الكلام بعيد المصدر*</li> <li>- يواجه الطفل صعوبات فى الموضوعات الأدبية اللغوية*</li> </ul>	<p>١- فقدان السمع الخفيف Slight يتراوح ما بين ٢٧ إلى ٤٠ ديسيبل*</p>

الاحتياجات التعليمية والبرامج المطلوبة	أثر درجة فقدان السمع على فهم الكلام واللغة	درجة الإصابة بفقدان السمع
<p>- يحتاج الطفل إلى العرض على أخصائي التربية الخاصة بهدف وضع الخطة المناسبة لمتابعة الحالة.</p> <p>- يحتاج الطفل إلى استخدام السماعه مع التدريب على طريقة استخدامها.</p> <p>- يحتاج الطفل إلى الجلوس في مكان مناسب في الفصل.</p> <p>- تعلم قراءة الشفاه والمشاركة في المناقشات والعمل على تصحيح أخطاء النطق.</p>	<p>- يستطيع الطفل فهم الحوار الكلامي من مسافة ٣-٥ أقدام عندما يكون مواجهاً للمتحدث.</p> <p>- قد يفقد الطفل ما يقرب من نصف المناقشات التي تدور في الفصل إذا كانت الأصوات منخفضة وإذا لم يكن مواجهاً للمتحدث.</p> <p>- قد يعاني الطفل من الضعف في نطق بعض المفردات.</p>	<p>٢- فقدان السمع المعتدل (mild) يتراوح ما بين ٤١-٥٥ ديسبل.</p>
<p>- يحتاج الطفل للعرض على أخصائي التربية الخاصة كما أنه يحتاج لوضعه في أحد الفصول الخاصة.</p> <p>- يحتاج إلى تدريب لتعلم المهارات اللغوية (مفردات - قراءة - قواعد اللغة).</p> <p>- يستطيع الطفل استخدام السماعه ويمكنه تعلم قراءة الشفاه والمشاركة في المناقشات مع تصحيح الأخطاء.</p>	<p>- يجب أن تتم المناقشة بصوت مرتفع حتى يتمكن من الفهم.</p> <p>- يعاني الطفل من عيوب النطق والكلام وقد لا يستطيع استيعاب اللغة وحصيلته من المفردات اللغوية قد تكون محدودة للغاية.</p>	<p>٣- فقدان ملحوظ للسمع Marked يتراوح ما بين ٥٦ إلى ٧٠ ديسبل.</p>
<p>- يحتاج إلى برنامج كامل للصم طول الوقت مع الاهتمام بالمهارات اللغوية كما يحتاج إلى قراءة الشفاه.</p> <p>- استخدام السماعه والانضمام إلى الفصول العادية إذا كان ذلك مفيداً.</p>	<p>- قد يستطيع الطفل أن يسمع الأصوات العالية من مسافة قدم واحد.</p> <p>- قد يستطيع أن يميز بين الأصوات المختلفة في البيئة.</p> <p>- يعاني الطفل من بعض عيوب النطق واللغة القابلة للتفاهم.</p>	<p>٤- فقدان شديد للسمع (Sever) يتراوح ما بين ٧١-٩٠ ديسبل.</p>



الاحتياجات التعليمية والبرامج المطلوبة	أثر درجة فقدان السمع على فهم الكلام واللغة	درجة الإصابة بفقدان السمع
<p>١- يحتاج إلى برنامج للصم طول الوقت مع الاهتمام بالمهارات اللغوية .</p> <p>٢- يحتاج إلى التدريب على قراءة الشفاه .</p>	<p>- يشعر الطفل بالذبذبات الصوتية أكثر من النغمات الصوتية .</p> <p>- يعتمد على الإبصار كوسيلة للتواصل</p> <p>- يعاني من عيوب النطق والكلام القابلة للتفاهم .</p>	<p>٥- فقدان متطرف للسمع Extreme يتراوح ما بين ٩١ ديسيبل فأكثر .</p>

( فتحى عبد الرحيم ، ١٩٩٠، ص ٢٣٦ - ٢٤٠؛ عبد المطلب القريطى ، ٢٠٠١، ص ٣١٨ - ٣١٩ )

### ٣- الخصائص النفسية للمعاقين سمعياً :

يذكر مورثان وريتشارد Morethan & Richard أن عدم شعور الطفل ضعيف السمع بالحنان أو عطف الأم خلال مرحلة الطفولة، قد يرجع إلى عدم سماع هذا الطفل لصوت أمه بنغماته أثناء عنايتها به ؛ مما يجعله يعاني من الإحباط المترتب على فقدده لوسيلة الاتصال المتمثلة في اللغة ، وبالتالي عدم فهم الآخرين له . ( Morethan&Richard، 1980، p. 119 ) وتشير ويناند Wynand إلى أن كثيراً من الأطفال المعاقين سمعياً يعانون من مشكلات سلوكية عديدة منها فقر التواصل Poor Communication ، أي صعوبة ومعاناة التواصل مع الآخرين ، والاعتمادية Depend on ، والتهور أو الاندفاع Impulsivity ، وحدة الطبع Irritability ، والوحدة Loneliness ، والتقدير المنخفض للذات Poor Self – Esteem . وترى ويناند أيضاً أن العلاج النفسي يعتبر من أفضل العلاجات التي يمكن استخدامها مع المعاقين سمعياً، ممن يعانون من مشكلات سلوكية عديدة ؛ حيث إن العلاج النفسي يساعدهم على التخلص من مشاعر العزلة ، ويعمق لديهم مشاعر الأمان، ويساعدهم على الاندماج بالتفاعل والتواصل مع الآخرين . ( Wynand، 1994، pp. 4034 - 4035 ) كما يوضح شاكر قنديل أن صعوبات الاتصال تعوق علاقة الطفل المعاق سمعياً بوالديه وأقرانه . وحينما يصبح الطفل واعياً بتلك العزلة ، يشعر بأنه مرفوض من والديه وأقرانه ؛ ويعكس تلك المشاعر على صورته

لذاته .. كما أن الخبرات السالبة التي قد يكتسبها في المدرسة وفي بيئته الأسرية تسهم في تشكيل مفهوم سالب عن ذاته .. فإذا ما تجمع كل ذلك بداخله ، أصبح المعاق سمعياً مكبلاً من الداخل ؛ ويصعب عليه عندئذ الارتباط بمعلميه وأقرانه على النحو الأمثل .. ويؤدي تراكم خبرات الفشل والإخفاق إلى زيادة بعد وانفصال المعاق سمعياً عن الآخرين . وحينما يضاف الفشل الأكاديمي إلى الإخفاق الاجتماعي ، تزداد الصعوبات الاجتماعية والانفعالية تعقيداً بالنسبة للمعاق سمعياً.

(شاكر قنديل ، ١٩٩٥ ، ص ٩)

وأكد عبد الرحمن سليمان على أن المعاق سمعياً يحاول تجنب مواقف التفاعل الاجتماعي مع عاديي السمع ، نظراً لصعوبة الاتصال اللفظي اللازم لإقامة علاقات اجتماعية معهم؛ ولذلك فإنه يميل إلى مواقف التفاعل التي تتضمن فرداً واحداً أو فردين . وحتى الذين يعانون من إعاقة سمعية متوسطة ، أي فقدان سمعي بحدود «٥٠» ديسيبل ، يحتاجون إلى تركيز انتباههم جيداً للحديث الشفهي للآخرين ، والاستعانة بحاسة البصر لديهم ، سواء لقراءة الشفاه أو تعبيرات وجه المتكلم وإيماءاته ، حتى يستطيعوا فهم ومتابعة الحوار . ويتعذر عليهم تحقيق هذا الفهم في المواقف التي تتضمن عدة أشخاص .. أما الذين يعانون من فقدان سمعي شديد بحدود «٨٠» ديسيبل ، فإنهم يميلون إلى إقامة علاقاتهم الاجتماعية مع أقرانهم الصم . (عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠٠ ، ص ١٠٨) وبالتالي تعتبر الإعاقة السمعية عامل أساسي في عزل الفرد المعاق سمعياً عن الآخرين ، وتجنب تكوين علاقات اجتماعية مع أقرانهم ، مما يفضل العزلة والتمركز حول ذاته وتتوقف قدرة المعاق سمعياً على تكوين علاقات مع الآخرين على درجة فقدان السمع . والأفراد المعاقين سمعياً أكثر حساسية لمشكلات التوافق التي تظهر أكثر خارج الأسرة ، وفي التواصل مع أفراد المجتمع ، ويرجع ذلك إلى شخصية الأصم التي تتسم بالسلبية في المواقف الاجتماعية ، مما يتيح عدم التوافق الشخصي للفرد المعاق سمعياً . أما من وجهة الكفاية الاجتماعية Social Competence ، فالنضج يعنى العملية التي يمر بها الشخص حتى يصل بسلوكه إلى مرحلة الاكتفاء الذاتي وخاصة فيما له



علاقة بالحصول على مقدرة العناية بالنفس فكل عمليات النمو والنضج تؤدي إلى هذا الغرض (نهى اللحامى ، ١٩٨٠ ، ص ٣٦).

وينتج عن العزلة التي تسببها الإعاقة السمعية الحرمان الإدراكي والاجتماعي ، فيصير الطفل المعاق سمعياً أقل نضجاً اجتماعياً وعقلياً من أقرانه الأصحاء ( ، Watson et al. ، 1990 ، pp. 143-144).

ويشير عمرو رفعت إلى أن المعاق سمعياً لديه عدم اتزان عاطفي بدرجة كبيرة إذا ما قورن بعادي السمع . إذ يبدو أكثر انطواء وعزلة ، وأقل حباً للسيطرة ، وأكثر استغراقاً في أحلام اليقظة . كما يتصف ببعض الصلابة والجمود .

( عمرو رفعت ، ١٩٩٧ ، ص ١١٢ )

وأخيراً يخلص جاكسون (Jackson 1997) إلى عدد من الخصائص النفسية للمعاقين سمعياً وهي:

- ١- أنهم أقل نضجاً .
- ٢- الانسحابية وخصوصاً من المواقف الاجتماعية .
- ٣- أقل مرونة من أقرانهم العاديين .
- ٤- ميلون إلي أن يتقيدوا بالروتين وبقواعده بشده .
- ٥- لديهم أفكاراً سلبية حول ذواتهم ، وقد يكون هذا جزء من أسباب نقص المعلومات الخاصة بطبيعة إعاقتهم السمعية .
- ٦- لا يظهرون اهتماماً بمشاعر الآخرين .
- ٧- ميلون لأن يكونوا محدوددي الاهتمامات .
- ٨- يظهرون نقصاً في تقديراتهم الاجتماعية .
- ٩- أنهم أكثر سداجة من غيرهم .
- ١٠- أكثر اعتماداً علي غيرهم .
- ١١- غير قادرين على تحمل المسؤولية .
- ١٢- ميلون إلي الاندفاعية في سلوكياتهم .
- ١٣- سلبيون وخاصة عند فقدان السمع في مراحل مبكرة من الحياة .

١٤- مكتئبون بصفة عامة ، وتزداد درجة الاكتئاب عندما يحدث الضعف السمعي في المراحل المتأخرة من العمر .

١٥- يميلون إلى الأنانية والفردية في حياتهم . (Jackson، 1997، p. 40)

بينما يرى عبد المطلب القريطي بأن الطفل الأصم أو ضعيف السمع قد يفتقد إلى الحب والدفء والأمن، فهو يعاني في محيط أسرته من التجاهل والإهمال وعدم إشراكه في تحمل بعض الأعباء والمهام الأسرية المتاحة لبقية إخوته مما يحجب فرص نموه الشخصي والاجتماعي ويعرضه للعزلة (عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠١ ، ص ٣٣٢) . ويؤكد جمال الخطيب على أن افتقار الشخص المعاق سمعياً إلى القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين، وكذلك أنماط التنشئة الأسرية قد تقود إلى عدم النضج الاجتماعي والاعتمادية (جمال الخطيب ، ١٩٩٨، ص ٩١) . وعلى العكس من ذلك فإن من أفضل صور تعامل الآباء مع ابنهم الأصم هو تقبل واقع إصابته بتشجيعه ومساعدته على استغلال أقصى طاقاته وقدراته، مما يسمح له بقدر وافر من الاعتماد على نفسه وعلى أسرته والسعى لإيجاد وسيلة اتصال قوية من خلال تعلم لغته (سامي جميل ، ١٩٩٠ ، ص ١٣٥) .

كما تتأثر الحالة الوجدانية لذوي الإعاقة السمعية تأثراً كبيراً بعوائق الفهم، إذ أن اللغة وتميز الأصوات يلعبان دوراً مهماً في الحالة الانفعالية . فيذكر كابلان ، Kaplan (1997) أن كلاً من الأصم وضعيف السمع عادة ما ينغلق عن العالم، ليس فقط بسبب صعوبة الاتصال مع الآخرين بل أيضاً لأن الغالبية من مجتمع السامعين لا يعرفون وسائل الاتصال بالمعاقين سمعياً، ويكون مردود ذلك عليهم الحزن والاكتئاب والانسحاب من الحياة الاجتماعية ومن الاتصال بالناس . كما يشعر المعاق سمعياً بالنقص بشكل متكرر وأن عليه أن يتحمل الكثير بسبب إعاقته، إضافة إلى شعوره بالخزي والوصمة والعار بسبب ارتباط الإعاقة عنده بالعجز عن اتخاذ القرار وتحمل المسؤولية .

ويضيف شاكر قنديل إلى أن أسلوب التواصل الفعّال يمكن أن يحقق فائدة قصوى لأسرة الأصم، ويسهل التفاعل الصحي بين أفرادها ذلك لأن التواصل يرتبط بكل جوانب حياة الطفل الأصم الاجتماعية والأكاديمية والانفعالية، وبمفهومه عن ذاته وقدرته على ضبط





سلوكه، وتأمين حياته فإن استمرار الطفل الأصم مهملاً أو مساء فهمه من الآخرين فإنه  
يصير أكثر عناداً وأقل توكيداً لذاته٠ (شاكركنديل، ٢٠٠٠، ص٤٩٨)

## ثانياً : جودة الحياة : Quality Of Life

وسوف يتناول الباحثفي هذا المحور ، مفهوم جودة الحياة، مكونات جودة الحياة  
والعوامل المؤثرة عليها، قياس جودة الحياة ، تأثير الإعاقة السمعية على جودة الحياة.

### ١- مفهوم جودة الحياة :

يُعد تعريف جودة الحياة من المهام الصعبة لما تحمله من جوانب متعددة ومتفاعلة  
مع بعضها البعض ،حيث أكد روجرسون Rogerson (١٩٩٩) إلى أن جودة الحياة  
ترتبط ببيئة الفرد، فالعوامل البيئية تعتبر من المحددات الأساسية لإدراك الفرد لجودة  
الحياة ، وهذا يبدو في تركيز العديد من الدراسات على جودة الحياة في بيئات  
محددة، كما أن الاهتمام بجودة الحياة لن يتوقف بل سيزداد بصورة ملحوظة ...  
وستحتل جودة الحياة دوراً محورياً في مجالات الخدمات المتعددة التي تقدم لأبناء  
المجتمع ، كما أن العنصر الأساسي في كلمة جودة Quality يتضح في العلاقة  
الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته ، وهذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر وأحاسيس  
الفرد ومدركاته ، كما يؤكد على أهمية دور البيئة والعوامل الثقافية كمحددات لجودة  
الحياة.

ولذا يرى ليطمان Litman (١٩٩٩) أن قياس جودة الحياة يجب أن يتم على  
المستويين:-

**الشخصي :** حيث يقيس رضا الفرد في إطار مناخ حياته الخاصة .  
**والبيئي:** الذي يقيس متغيرات البيئة التي تساعد على خلق الإحساس بالرضا أو عدم  
الرضا.

كما يستخدم مفهوم جودة الحياة في جوهره بوصفه فكرة ذاتية ”تصوراً ذاتياً“ تعطي إحساساً  
بالمرجعية والتوجيه من منظور الفرد . يركز على الشخص وبيئة الفرد ، ويوضعه موضوعاً  
محددًا يقدم إطار عمل لتصوير وقياس وتطبيق مركب ”بنیان“ جودة الحياة وبوصفه مركباً

اجتماعياً يتم استخدامه في جوهره كمبدأ لدعم وتحسين رفاهية وسعادة الفرد والتعاون من أجل التغيير الاجتماعي والمجتمعي والبرنامجي (Schalock, 2004, p.205).

كما توصل جودي Goode (١٩٩٤) إلى بعض الحقائق الخاصة بجودة الحياة منها:

١- يشعر الفرد بجودة الحياة عندما تشبع حاجاته الأساسية ، وتكون لديه الفرصة لتحقيق أهدافه في مجالات حياته الرئيسية التي تربط جودة الحياة لدى الفرد بجودة حياة الأشخاص الآخرين الذين يعيشون في البيئة نفسها.

٢- تتكون جودة الحياة للأفراد المعاقين من نفس العوامل والعلاقات ذات الأهمية في تكوين جودة الحياة للأفراد العاديين .

٣- تعزيز جودة الحياة يتضمن الأنشطة ، وبرامج التأهيل والعلاج والمساندة الاجتماعية.

٤- جودة الحياة بناء نفسي يمكن قياسه من خلال المؤشرات الذاتية والمؤشرات الموضوعية.

ويشير هامبتون Hampton (١٩٩٩) إلى أن تعريف جودة الحياة لدى المعاقين يعتبر من المهام الصعبة ، فالمفهوم من الصعب تحديده .. ويرى أن جودة الحياة يجب أن تحدد من وجهة نظر المعاقين ، فهم أكثر من يدركون أهمية الفقد أو العجز ، كما أن الرضا عن الحياة هو العامل الأساسي في إدراك الفرد لجودة الحياة ، وقد توصل في دراسة أجراها على «١٤٤» فرد من المعاقين تتراوح أعمارهم ما بين «١٦ - ٣٥» سنة ، إلى أن كل من درجة الإعاقة ، وعجز الفرد ، وتاريخ بداية الإعاقة ، والدعم الاجتماعي ، ترتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعاقين . كما يشير ليمان Litman (١٩٩٩) إلى أنه لا بد من النظر في مفهوم جودة الحياة من خلال الإحساس بالرفاهية والرضا التي يشعر بها الفرد في ظل ظروفه الحالية، بينما يربط آدمز Adams (٢٠٠٢) بين جودة الحياة بمحددات ذاتية أخرى من قبيل، مشاعر الحب والسعادة وتقدير الذات، كما يؤكد على فكرة إدراك الفرد لقيمة الحياة . وتم استخدام مفهوم جودة الحياة وتطبيقه بشكل متزايد على الأفراد ذوي الإعاقة العقلية على مدار العقدين الماضيين ، ثم اتسع استخدام



المفهوم ليتجاوب مع تصميم برامج دعم الأفراد والجماعات وخدمات التقويم الخاص  
بالسياسة الاجتماعية ، هذا الاستخدام والاهتمام هو جزء من النظرة الواسعة التي تقول  
أن جودة الحياة هي نتيجة ملائمة للتعليم والصحة وبرامج التأهيل والخدمة الاجتماعية  
( Schalock, 2004, p. 204)

ويرى رينيه وآخرون (Reine, et al, 2003) (٢٠٠٣) أن جودة الحياة هي إحساس الأفراد  
بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية ، وأنها تتأثر بأحداث الحياة والعلاجات  
وتغير حدة الوجدان والشعور. وأن الارتباط بين تقييم جودة الحياة الموضوعية والذاتية  
يتأثر باستبصار الفرد (Reine, et al, 2003, p. 297).

ويذكر فريش وآخرون (Frisch, et al, 2005) (٢٠٠٥) أن تعريفات جودة الحياة في بعض  
الدراسات السابقة تشير إلى أن جودة الحياة مرادفة للدرجة أو المستوى. وأن جودة الحياة  
بوجه عام تشير إلى الحياة النفسية، حتى على الرغم من تضمين الظروف البيئية في بعض  
التعريفات. وبالتالي فإن هذا المفهوم المركب يتم تقييمه بثلاث طرق هي :

- ١- من خلال التقدير الذاتي للرضا عن الحياة بوجه عام « السعادة أو الاستمتاع».
- ٢- التقدير الذاتي للرضا في مجالات أو جوانب معينة ( العمل / الصحة ، العلاقات  
مع الآخرين ) . (Frisch, et al, 2005)
- ٣- البيانات الديموجرافية بالنسبة لجودة الحياة ( المؤشرات الاجتماعية ، والموارد،  
والعواقب ) . (Rossler, 1990, p. 2)

وتحدد جودة الحياة من خلال قوى داخلية وخارجية. فإحساس الشخص بالسعادة  
الشاملة يكون دائماً معتمداً على الخصائص الموضوعاتية للموقف. وتمثل العوامل  
الداخلية (الذاتية) المؤثرة في جودة الحياة في مستوى الطموح ، والخبرة ، والتوقعات  
الشخصية والإدراك للظروف الحالية .

كما تتأثر جودة الحياة أيضاً بمستوى الموارد والضغط البيئية. وبالتالي فمن أجل دعم  
وتحسين جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الصعوبات، يجب التركيز على كل من  
الظروف الشخصية والبيئية، فالسمات والتصورات ( الإدراكات ) الخاصة بالأشخاص  
وبجودة الحياة يتم التأثير فيها بالتدخلات المتمركزة حول الشخص ، على سبيل المثال ،

الإرشاد والتدريب على المهارات والعلاجات الطبية (Rossler, 1990, p.3) .

## ٢- مكونات جودة الحياة والعوامل المؤثرة على جودة الحياة :

إن جودة الحياة لدى الفرد لا ترتبط بمحدداته الشخصية فقط ، ولا بالمجالات وموضوعات الحياة المختلفة، وإنما أيضاً بالمتغيرات المرتبطة بالأفراد الذين يكونون في مجال إدراكه الشخصي مثل الآباء والأمهات والأخوة والأخوات والمعلمين والأقارب، وذلك من حيث مهاراتهم في مواجهة مشكلات الحياة والتواصل ، والدعم الاجتماعي الذي يوفره .  
ويعد تعريف اليونسكو لجودة الحياة مفهوماً شاملاً يضم كل جوانب الحياة كما يركها الأفراد، ويضم في طياته مكونات موضوعاتية « نسبة إلى موضوع » وأخرى ذاتية ( العارف بالله الغندور، ٩١٩٩، ص ٢٧) .

وفيما يلي تناول لهذه المكونات :

أولاً : المكونات الموضوعاتية: تتضمن المكونات الموضوعية العديد من الجوانب كما يلي:

- الصحة البدنية .
- العلاقات الاجتماعية .
- الأنشطة المجتمعية .
- العمل .
- فلسفة الحياة .
- وقت الفراغ .
- مستوى المعيشة .
- العلاقات الأسرية .
- الصحة النفسية .
- التعليم .
- الحقوق .

## ثانياً : المكونات الذاتية ( الإدراك الذاتي - خصائص الشخصية )

إن الجوانب الموضوعاتية من جودة الحياة لا تقدم إلا القليل للفرد السامع مما يجعلنا نبحث عن محددات أخرى لمؤشرات جودة الحياة ، ألا وهي جودة الحياة الذاتية أو المحددات الذاتية في جودة الحياة، أي كما يدركها الفرد السامع نفسه من خلال إحساسه بالرضا والسعادة أو الإحباط والتشاؤم واليأس، ومن خلال الإحساس بالانفعالات الإيجابية



وتحقيق الذات . فحينما يجد الفرد نفسه متفرجاً على الحياة، لا يستمتع بمبادياتها فإنه قد يعاني من إحباط، فما بالناس بالفرد المعاق سمعياً الذي يشعر بعجز واضح عن أقرانه العاديين، والذي يؤدي إلى إنخفاض جودة الحياة الذاتية لديه نتيجة إدراكه السلبي لذاته، ومن هنا كان الاهتمام بهذه المتغيرات النفسية كمحددات لجودة حياة الإنسان، فكل ما ندركه وننتبه إليه ننفعل به ويؤثر في سلوكنا .

ومما سبق ، يمكن تفسير سوء التواصل والمشكلات النفسية والاجتماعية، وإنخفاض التوافق النفسي والاجتماعي لدى المعاقين سمعياً، والإدراك السالب لذواتهم من جانب المحيطين بهم، إما بالرجوع إلى الإعاقة في حد ذاتها أو إلى البيئة الاجتماعية المحيطة بالمعاق، أو بالرجوع إلى شدة حساسية المعاق لإعاقته، فالإعاقة السمعية التي يعاني منها الفرد سواءً كانت كلية (صم) أو جزئية (ضعف سمع) تعوقه عن التواصل بفعالية مع العاديين ، مما يؤدي إلى شعوره بالعجز أو بأنه أقل من الآخرين. رغم ما قد تكون لديه من قدرات واستعدادات أخرى يمكن أن تساعده على الاندماج داخل المجتمع بشكل إيجابي، وكذلك فإن البيئة الاجتماعية المحيطة بالمعاق سمعياً بجانب الإعاقة يمكن أن تكون السبب الأكبر وراء إنخفاض جودة حياتهم بأبعادها المختلفة.

فالتوافق غير الفعال، والحزن الوجداني والعجز والقلق والغضب، والمستويات المنخفضة للتفاعل، واضطراب المزاج لها تأثيرات قد تكون حادة على مستوى جودة حياة الأشخاص، لأنها تؤثر على إدراك السعادة والعلاقات الاجتماعية، والاستقلال، وتقدير الذات، وكمية الطاقة اللازمة لمواجهة مشكلات الحياة أو حتى المشكلات النفسية. (Jia, et al, 2004, p.59) ويتطلب الإحساس بجودة الحياة فهم الفرد لذاته وقدراته وسماته، واستخدامها في إدراك جوانب الحياة المختلفة، وهذه الخصائص الشخصية للفرد مثل الطموح، والتوقع، والرضا، والقيم، والاتجاهات التي يحملها الفرد ويكتسبها، وتشكل شخصيته وتميزه عن الآخرين (العارف بالله الغندور، ١٩٩٩، ص ٢٩) .

ويذكر شالوك (Schalock ٢٠٠٢) أن هناك تحليل جديد بتحديد ثلاث مؤشرات لكل من المجالات الثمانية لجودة الحياة على النحو التالي:

١- السعادة الانفعالية: الرضا، ومفهوم الذات، وإنخفاض الضغوط .

- ٢- العلاقات بين الشخصية: التفاعلات، والعلاقات، والمساندة .
  - ٣- السعادة المادية: الحالة المالية ، والعمل ، والمسكن .
  - ٤- النمو الشخصي: التعليم ، والكفاءة الشخصية ، والأداء .
  - ٥- السعادة البدنية: الصحة ، وأنشطة الحياة اليومية ، ووقت الفراغ .
  - ٦- تقرير المصير: الاستقلالية، والأهداف والقيم ، الاختيارات.
  - ٧- الاندماج الاجتماعي: التكامل والترابط الاجتماعي والمشاركة، الأدوار المجتمعية، والمساندة الاجتماعية .
  - ٨- الحقوق البشرية: والقانونية والعلميات الواجبة. (Schalock، 2002، p.2)
- وفي ضوء ما سبق يمكن تصور مؤشرات جودة الحياة فيما يلي:
- الناحية الذاتية : التقييم الشخصي من خلال الرضا والسعادة .
  - الناحية الموضوعاتية : التقييم الوظيفي كمقاييس المدى « مستوى الوظيفة » وملاحظة المشاركة واستبيانات الظروف والأحداث البيئية والتفاعل في الأنشطة اليومية وتقرير المصير والتحكم الشخصي وأوضاع الدور « التعليم ، والمهنة، والمسكن .
  - الظروف الخارجية: « المنبئات الاجتماعية «مستوى المعيشة، ومستوى العمل، وتوقعات الحياة.

### ٣- قياس جودة الحياة :

وفيما يلي عرض لبعض المقاييس التي يمكن أن تستخدم في قياس جودة الحياة

- مقياس جودة الحياة لفريش Frisch(١٩٩٢)

وهو يقيس الرضا عن الحياة ( جودة الحياة )، ويتضمن مقياس الجودة الذاتية الذي يغطي ١٧ مجالاً للحياة مثل العمل ، والصحة ، ووقت الفراغ ، والعلاقات مع الأصدقاء والأبناء، ومستوى المعيشة، وفلسفة الحياة والعلاقات مع الأقارب والجيران والعمل الوطني... إلخ. حيث يطلب من المفحوص تقدير الرضا في مجال معين من الحياة، وكذلك قيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد .



#### – مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة (١٩٩٧) :

وهو يتكون من ٢٨ مفردة، والاستجابة من خمس نقاط وفقاً لمقياس لكيرت likert، وهي تقيس جودة الحياة العامة في المجالات البدنية، والاستقلال، والوظائف النفسية، والعلاقات الاجتماعية والمجال البيئي لجودة الحياة، وهو يعتمد على القبول والرفض، وتتراوح درجات المقياس من ٢٨ إلى ١٤٠، وتشير الدرجات المرتفعة إلى جودة حياة مرتفعة. (Molassiois, et al, 2002)

– مقياس تقييم جودة لـ هوثورني Hawthorne (١٩٩٩) وهو يتكون من ١٥ مفردة تقيس أبعاد خمسة جودة الحياة المرتبطة بالصحة وهي: الأمراض والحياة (العيش) المستقلة، والعلاقات الاجتماعية، والنواحي الجسمية والسعادة النفسية، والاستجابة عليها بنعم أو لا. حيث تعطى درجة صفر لجودة الحياة السيئة، وواحد لجودة الحياة العادية. (Hawthorne, 1999)

#### – استبيان المنظمة الأوروبية لعلاج السرطان :

لتقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة. وهو يتكون من ٣٠ مفردة تقيس الأبعاد التالية لجودة الحياة: الحالة الصحية الشاملة، الأداء البدني، والدور الانفعالي والمعرفي والاجتماعي والنواحي المالية، وتمثل الدرجات المرتفعة جودة حياة جيدة (Smith, et al, 2003).

#### ٤- تأثير الإعاقة السمعية على جودة الحياة

للإعاقة السمعية آثار سلبية على الجوانب المختلفة لشخصية الطفل الأصم وضعيف السمع وبخاصة الجوانب النفسية والاجتماعية، حيث أن الأصم في مرحلة الطفولة الباكورة لا يشعر بحنان الأمومة وعطفها الدافئ ويرجع ذلك إلى عدم سماع صوت أمه وترانيمها خلال فترة عنايتها به وهو في حضانتها، ولذلك يعيش الطفل الأصم في قلق واضطراب انفعالي بسبب وجوده في عالم صامت خال من الأصوات والكلام، فهو معزول سمعياً عن العالم الخارجي به، وهو في ذلك محروم من معاني الأصوات التي ترمز للحنان والعطف والتقدير، مما يعمق مشاعر النقص والعجز لديه، مما يجعله يعاني من بعض المشكلات النفسية مل غدم الثبات الانفعالي، الميل إلى الانطواء والعزلة،

يتصف بالتصلب والجمود ، التمرکز حول ذاته ، وتظهر لديه بعض الاستجابات العصبية بوضوح .

ويؤكد عبد الغفار الدماطي (١٩٨٧) على أن معظم المشكلات التي يعاني منها الأطفال الصم ليست نتاجاً بصفة مباشرة عن فقدان السمع ، بل تحدث نتيجة لمجموعة من الأنماط الانفعالية ، فالمشكلة ليست في القصور السمعي في حد ذاته بل في كيفية استجابة المحيطين لإعاقتهم ، وكيفية تقبلهم له ، وبخاصة الوالدين ، فكثير من المشكلات لديه ترجع إلى عدم تقبل الآخرين المحيطين به في بيئته لعجزه وقصوره .

كما يرى علي حنفي (٢٠٠٠) أن الأطفال المعاقين سمعياً يبدون قدراً كبيراً من التفاعل مع أقرانهم المعاقين سمعياً ، وذلك بشكل يفوق ما يحدث بين فئات الإعاقة الأخرى ، وهو ما يعني التعصب من جانبهم لفئة المعاقين سمعياً حتى يحصلوا على القبول من الآخرين ، وقد قدم صورة شاملة لتأثير الإعاقة السمعية على شخصية الأصم موضعاً أن الأصم يفهم ما يريد من الآخرين من تعبيرات وجوههم فقط ، حيث أنه يفتقد سماع أصواتهم ، لذلك نلاحظ عجزه عن إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، وعجزه عن الاتصال الفكري بهم ، مما يؤدي إلى سوء التوافق الاجتماعي ، ولذلك فإن الأصم يفضل الحياة المدرسية عن المنزلية لسهولة تواصله مع زملائه . ولذا ينبغي تهيئة جو أسري يشبع حاجات الطفل المعاق سمعياً من خلال:

- ١ - إشاعة جو من الثقة في الإطار الأسري يسهم في تنمية ثقة الطفل بنفسه وبالآخرين .
  - ٢ - إعداد الطفل منذ وقت مبكر من حياته لتقبل ومواجهة الظروف المختلفة التي يمكن أن تصادفه وإيجاد حلول مناسبة لما تواجهه من مشكلات .
  - ٣ - مساعدة الطفل وتشجيعه على الأداء الاستقلالي .
  - ٤ - تعليم الصم إثناء احساسه بالمحبة المتبادلة بينه وبين الآخرين حتى تتكون لديه العاطفة والانتماء للآخرين ، لتشجيعه على إقامة علاقات اجتماعية مع العاديين في الأسرة والمدرسة من أجل تحقيق مزيداً من التوافق النفسي والاجتماعي .
- ويرى أشرف عبد القادر (٢٠٠٥) أن المعاقين من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة ،





حيث ينظرون إلى الحياة بنظرة مختلفة عن الآخرين. وتتأثر نظرتهم للحياة بظروف الإعاقة وما يحصلون عليه من دعم من قبل الآخرين في الأسرة أو المجتمع . وتحتاج هذه الفئات المهمة إلى خدمات تساعدهم على التوافق مع ظروف الحياة في ظل الإعاقة، وتعتبر جودة الحياة من المؤشرات الهامة لجودة الخدمات المقدمة لهذه الفئات، ورضا الفرد عنها وإحساسه بالسعادة، والرغبة في الحياة. ولاشك أن أثر الإعاقة على الفرد المعاق وعلى المجتمع تفرض الاهتمام بالبحث عن كيفية تجنبها بالوقاية من حدوثها. وتجنب أسبابها، والحد من آثارها البدنية والنفسية والاجتماعية حال حدوثها، وذلك بتحسين جودة الحياة. من جودة البرامج الوقائية، والعلاجية، ونحن في العالم العربي اليوم في حاجة ماسة إلى تضامر كل الجهود المبذولة لتخطيط وتنفيذ هذه البرامج علي أسس علمية سليمة. (أشرف عبد القادر، ٢٠٠٥، ص ٨) ويرتبط إدراك الفرد المعاق سمعياً لجودة الحياة بمجموعة من المتغيرات الشخصية والاجتماعية والثقافية، ولقد أوضحت العديد من الدراسات التي أجريت على المعاقين سمعياً من فئات عمرية مختلفة، يعانون من إنخفاض جودة الحياة لديهم، نتيجة معاناتهم من امشكلات نفسية واجتماعية تؤثر على جودة حياتهم بشكل مباشر تأثيراً سالباً . كما في دراسة ماجيلفي Magilvy (١٩٨٥) التي أوضحت أن الأفراد المصابين بصمم متأخر، كان لديهم إدراك منخفض لجودة حياتهم . وأوضحت أيضاً أن من أفضل المتنبأت بجودة الحياة هي وجود إعاقة سمعية، ووجود دعم اجتماعي وظيفي، وصحة سيئة. كما توصلت دراسة مولروا وآخرون Mulrow, et al (١٩٩٠) إلى أن هناك ارتباط وثيق بين الإعاقة السمعية والتأثيرات المختلفة المهمة (الاضطرابات الانفعالية- الاضطرابات العضوية) على جودة الحياة للأفراد الكبار . وأكدت دراسة تسوريوكا وآخرون Tsuruoka, et al (٢٠٠١) على ضرورة استخدام استبيان التقييم الذاتي لجودة الحياة، حيث تركز أبعاده على الخصائص التواصلية، والاجتماعية، والنفسية . كما توصلت أيضاً إلى أن فقدان السمع يؤثر على جوانب التواصل، والجوانب الاجتماعية والنفسية لجودة الحياة للمعاقين سمعياً . ولقد أكدت دراسة مارتن وبات Martin&Bat (٢٠٠٣) على أنه توجد فروق في النوع بالنسبة لمدى تأثير استراتيجيات التعايش المستخدمة مع المشاركين الصم . وتوصلت

دراسة استيورات وآخرون Stewart، et al (٢٠٠٠) أن هناك تحسن واضح في جودة الحياة بعد العلاج الجراحي لفاقد السمع التوصيلي . حي أن الأفراد الذين تم علاجهم باستخدام وسائل سمعية (مُعينات سمعية) كان لديهم انخفاض في جودة الحياة ، والحالة السمعية بدرجة أكبر من الذين تم علاجهم بالجراحة .

وهناك بعض الدراسات التي أوضحت أهمية استراتيجيات التعايش (المواجهة) في تحسين جودة حياة العماقين سمعياً سواء بشكل مباشر أو غير مباشر . كما في دراسة رينجدال وجرمبي Ringdahl&Grimby (٢٠٠٠) التي توصلت إلى أن الأفراد الذين يعانون من فقدان سمعي عميق أقروا بانخفاض الصحة المرتبطة بجودة الحياة . كما ترتبط الإعاقة السمعية العميقة بالصحة المرتبطة بجودة الحياة ارتباطاً وثيقاً من حيث الردود الانفعالية ، والتعايش الاجتماعي . كما أكدت دراسة دالتون وآخرون Dalton et. al (٢٠٠٣) على أن شدة الإعاقة السمعية ترتبط بصورة واضحة مع صعوبات التواصل الذاتية المدركة ، وكان الأفراد ذوي فقد السمع المتوسط والعميق لديهم عجز وافتقار في أنشطة التعايش اليومي أكثر من العاديين . وتوصلت أيضاً دراسة جامبور وإليوت Jmbor&Elliott (٢٠٠٥) إلى أن تعايش الصم ذوي فقدان السمع الشديد مع عالم السامعين في الحياة اليومية ساهم في زيادة التقدير الايجابي للذات

### ثالثاً: استراتيجيات التعايش (المواجهه): Coping Strategies

يعرف البعض الاستراتيجية « بأنها مجموعة من الإجراءات المحددة، وينبغي أن تحقق أهداف محددة مسبقاً بأعلى قدر من الكفاءة» .

ويرى فريدلاند وآخرون Friedland، et al (١٩٩٦) أن استراتيجيات المواجهة الإيجابية تشير إلى اتخاذ موقف عقلائي ومباشر في التعامل مع المشاكل والمساندة الاجتماعية، فإن المواجهة تكون في شكل تأثير مباشر . ويؤكد فولكماش Folkmas (١٩٩٣) أن المواجهة الإيجابية ترتبط بخفض المزاج المضطرب ، وتشير بعض الدراسات إلى أن الاستراتيجيات التكيفية الصحية مثل المواجهات السلوكية الإيجابية والتمركزة على المشكلة ترتبط



بشكل جوهري بتحسين جودة الحياة . وأن المواجهة غير التكيفية (التجنب - الانسحاب والتفكير المتمركز على الرغبة Wishful) ترتبط بشكل ذي دلالة بانخفاض مستوى جودة الحياة لدى المرضى (Friedland, et al, 1996:P.15)

لقد قاما لازاروس وفولكمان Lazarus&Folkman (١٩٨٠-١٩٨٥) بالتمييز بين استراتيجيتين للمواجهة أو التعايش، وهما:

- المواجهة التي تركز على المشكلة. Problem-Focused Coping وتشير إلى محاولات الفرد للحصول على معلومات إضافية لحل المشكلة واتخاذ القرار بشكل معرفي فعال أو تغيير الحدث الذي يؤدي إلى الضغط .

-المواجهة التي تركز على الانفعال. Emotion Focused Coping وتؤكد هذه الاستراتيجية على الاساليب السلوكية والمعرفية التي تهدف إلى التحكم في التوتر الانفعالي الذي ينجم عن الموقف الضاغط عن طريق أساليب دفاعية مثل (الإنكار، والتفكير التفاوضي، الابتعاد عن الحدث أو البحث عن مساندة انفعالية من أشخاص آخرين ، وتجنب مسببات الضغط النفسي .(Berzonsky, 1992, pp.203-213)، ولقد أكد لازاروس ومونتا Lazarus&Monta (١٩٩١) إلى أن استراتيجيات المواجهة تشمل ما يلي:

أ - استراتيجيات متمركزة حول المشكلات : والتي تهدف إلى تنظيم العلاقة بين المكتئب والبيئة بهدف تحسين علاقة الفرد بالبيئة .

ب - استراتيجيات متمركزة حول الانفعالات : والتي تهدف إلى تخفيف التأثير السلبي للحالة الوجدانية وتشمل:

- التدريب على مهارة حل المشكلات الأكاديمية أو الاجتماعية . - إعادة البناء المعرفي عن الذات وعن المجتمع المحيط به .

- التحقق من صحة المعرفة والمعلومة (In: Marsh, 1992:p.85)

ويضيف ويكلر Wikler (١٩٨٦) أن الاهتمام بالصحة الفردية والعلاقات الأسرية (مهارات التعامل والدعم العاطفي والاستقلالية) ، والاهتمام بالعلاقات مع الأقارب والجيران والأصدقاء والاهتمام بالعلاقات في مجتمع العمل ، والاهتمام بالخدمات العامة

والتطوع لأداء أنشطة اجتماعية . كما يضيف مارش Marsh (1992) أهمية التدريب على الاسترخاء . أما متشبنيوم فيصيف أهمية تعريف وتحديد المشكلة ثم اكساب المرضى خطط مواجهة أكثر فعالية ، وأخيراً تطبيق وتنفيذ خطط مواجهة على المشاكل الحقيقية (Marsh، 1992:p.86).

ولذا سوف يعرض الباحث بعض هذه الاستراتيجيات التي يمكن أن تستخدم بفاعلية في تحسين جودة حياة المعاقين سمعياً.

### أسلوب حل المشكلات :

تعد الإعاقة السمعية أحد أهم الأسباب التي تكمن خلف التشوه المعرفي لدى الطفل المعاق سمعياً ، فيعتقد أنه غير الآخرين ومرفوض منهم ، وتقف إعاقته والحيلولة دون تحقيق رغباته والعيش كما يحيا الآخرين ، فيدفعه ذلك إلى تبني أفكار غير منطقية وسلبية ، ويشعر أنه لا حول له فلا يستطيع أن يتعامل مع الموقف بشكل إيجابي ، بل ويتسم سلوكه بالصلابة وعدم المرونة .

كما أن الطفل المعاق سمعياً يتبنى ذخيرة من المعلومات السلبية غير المترابطة وغير الصحيحة ، والتي تؤدي إلى اضطراب تفكيره ، ولذلك فإن معلوماته وقدراته تكون معطلة ولا يسعفه بما يحتاجه أثناء مواجهة المشكلات ، فهو قادر على إيجاد بدائل وحلول للمشكلات التي يتصدى لها ولذا يكون لديه القدرة على إدراك جودة الحياة .

ولذلك يمكن استخدام استراتيجية أسلوب حل المشكلات بخطواتها التالية لمساعدة المعاقين سمعياً على كيفية التعايش مع المشكلات التي تواجههم في حياتهم ، كما يلي :-

- توضيح المشكلة للمعاق سمعياً ، وما هو مطلوب منه .

- تشجيع المعاق سمعياً على تقديم الحلول والاقتراحات الملائمة للمشكلة، ولم يتم الاهتمام بهذه الاقتراحات والحلول بقدر ما اهتم بتواجدها وقدرة الطفل المعاق سمعياً على التحدث عنها بلغة الإشارة ، وتقبل الحلول الخاطئة، حتى يصل إلى المرحلة التي يقوم فيها بتناول الحلول والاقتراحات بشكل يتسم بالكم والكيف .  
تدعيم المعاق سمعياً في حالة قيامه بطرح استجابات واقتراحات للمشكلة ، وخاصة



التدعيم المعنوي كالتعبيرات الدالة على الاهتمام والابتسام والرتب على كتف المعاق سمعياً في محاولة لتشجيعه على المواصلة . توجيه الطفل المعاق سمعياً للأفكار الجيدة والصحيحة في استجاباته واقتراحاته التي طرحها لحل المشكلة . ويعد أسلوب حل المشكلات من الأساليب الفعالة في علاج العديد من اضطرابات الأفراد بصفة عامة . وقد أشار شاكر قنديل (١٩٩٥) أن تقوية شعور المعاق سمعياً بالكفاءة الذاتية والفاعلية يكون من خلال تنمية قدراته على حل المشكلات في جو غير ناقد أو رافض .

## ٢- أسلوب تعديل البناء المعرفي :

لكي يتم تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً وخاصة جودة الحياة الذاتية والموضوعية ، فلا بد من تعديل الأفكار السلبية لدى المعاقين سمعياً ، من خلال تقديم الأفكار الصحيحة وممارستها من خلال المواقف الحياتية المختلفة ، وتدعيم وترسيخ هذه الأفكار الجديدة لتحل محل الأفكار الخاطئة وتشجيع المعاق سمعياً لممارسة هذه الأفكار الإيجابية . ويحدد جابر عبد الحميد وعلاء كفا في أهمية هذا الأسلوب في أنه هدف علاجي لتحديد أنماط التفكير الخاطيء، والتي هي المصدر الرئيسي للاضطرابات الإكلينيكية ، وتغيرها بعاف أكثر تكيفاً ، وهو ما يسمى بإعادة البنية المعرفية .

(جابر عبد الحميد وعلاء كفا في، ١٩٨٩، ص١٢٥)

فجودة الحياة المنخفضة لدى المعاقين سمعياً وفقاً لهذا الأسلوب يرتبط بالبناء المفاهيمي والأساسي المعرفي الخاطيء لدى المعاق سمعياً نظراً لافتقاره إلى الجانب المعرفي الفعال فهو يتعامل مع المواقف بتشويش معرفي ، ويفسرها وفقاً لمفهومه الداخلي الذي لا يبوح به لأحد ، فكلما يعيش في صمت فهو يفكر في صمت ، وقد يكون هذا التفكير خاطيء فلا يصححه له أحد فيزداد الموقف صعوبة وتعقيداً خاصة أن الأفكار الغير ملائمة تنمو بصورة تلقائية وسريعة وتعوق الفرد المعاق سمعياً عن التفكير الصحيح في المواقف التي تواجهه .

ويمكن أن يعرض الباحث أهم المفاهيم الخاطئة لدى المعاق سمعياً والتي ترتبط بالإعاقة السمعية عنده وينتج عنها العديد من الاضطرابات المعرفية والنفسية والسلوكية ، مما تؤثر

- على جودة الحياة ويجب تعديلها ، ومنها: -
- تجعلني الإعاقة موضع سخرية من جانب الآخرين .
- يختلف شكلي عن الأشخاص العاديين .
- يتجاهلني الآخريين نظراً لإعاقتي .
- أشعر أن مستقبلي بائس .
- من الصعب على فهم المحيطين بي .
- لا فائدة من الحياة بالنسبة لي .
- علياً أن أخفي إعاقتي عن أعين الناس .
- لست محبوباً كغيري من الأفراد العاديين .
- من الصعب علي أداء عمل يقوم به السامعون .
- أشعر بأنني أترقب حدوث كارثة .
- أنا فاشل في الدراسة .
- مهما حاولت فلن أنال ثقة السامعين .
- من الصعب عي الاستمرار في أداء عمل ما للنهاية .

وفي ضوء ما سبق يمكن تحديد وصياغة هذه الأفكار السلبية، والتركيز على هذه الأفكار من خلال استخدام استراتيجية إعادة البناء المعرفي، لتبصير المعاق سمعياً بمدى سلبية تلك الأفكار التي يعتقدونها، وأتاحة الفرصة للفرد المعاق سمعياً بالمشاركة من خلال المناقشة التي تعقب المواقف السلوكية المختلفة مع دحض الأفكار السالبة من خلال تقديم المعلومات الأفكار الصحيحة للفرد مع تكليفه بواجبات منزلية تساعد على توظيف ما تم اكتسابه من أفكار صحيحة، وما يرتبط بها من جوانب انفعالية وسلوكية وحل مواقف حياتية جديدة .

## ١- المساندة ( الدعم) الاجتماعية : Social Support

يعرف عزت عبد الحميد المساندة الاجتماعية على أنها درجة الشعور الفرد بتوافر المشاركة العاطفية والمساندة المادية والعملية من جانب الآخرين (الأسرة والأقارب



والأصدقاء وزملاء العمل ورؤساء العمل)، وكذلك وجود من يزودونه بالنصيحة والإرشاد عن هؤلاء الأفراد ويكون معهم علاقات اجتماعية عميقة .

(عزت عبد الحميد، ١٩٩٦، ص١٧)

لقد أشارت ممدوحة سلامة إلى أن المساندة الاجتماعية تأخذ أشكالاً وصور متعددة قد تكون المساندة انفعالية ( الرعاية والثقة والتجاوب )، أو تكون المساندة بالمعلومات (بإعطاء الفرد معلومات تعليمية أو مهارات تساعده في حل المشكلات)، أو تتم المساندة من خلال التدعيم الأدائي (المساندة في العمل أو المساعدة المالية) أو تكون مساندة بالتقدير - أي نقل للآخرين أنهم مقدرون لقيمتهم الذاتية، وهي ما تسمى بالمساندة النفسية .

(ممدوحة سلامة، ١٩٩٦، ص١٦)

كما تعرف المساندة الاجتماعية على أنها أساليب المساعدة المختلفة التي يتلقها الفرد من أسرته وأصدقائه ، والتي تتمثل في تقديم الرعاية والاهتمام والتوجيه والنصح والتشجيع في كافة مواقف الحياة ، والتي تشبع حاجته المادية والروحية للقبول والحب والشعور بالأمان فتجعله يثق بنفسه ويدركها الفرد ، مما يزيد من كفاءته الاجتماعية .

(هويدة حنفي ، ٢٠٠٧، ص٣١٨)

ويشير كل من صلاح عراقي، ورمضان مظلوم (٢٠٠٥) إلى أن المساندة الاجتماعية هي اعتقادات يقدرها الفرد في / ومن أسرته وأصدقائه والآخرين، وتشكل هذه الاعتقادات تقييم الفرد للمعلومات من جانب مصادر المساندة ، بالإضافة إلى حدوث التفاعلات التدميمية. فالمعتقدات والعوامل المعرفية (تقييم الفرد للحياة بمختلف مجالاتها ذات العلاقة) (وتقييم الفرد للأفعال وأساليب المواجهة) تتوسط العلاقة بين جوانب الحياة والنواتج الإيجابية أو السلبية التي يعيشها الفرد. ويتضمن ذلك رصد الأفكار السلبية التلقائية، وفحص الأدلة التي تؤيد أو تنفي هذه الأفكار ، واستبدالها بتفسيرات قائمة على الواقع ، والتعرف على الحالة المزاجية والاعتقادات المرتبطة بها، وتحديد وتغيير المعتقدات التي تشوه الخبرات والذات، وتنمية التفكير الإيجابي المتفائل ومكافأة الذات على الإنجاز وتنمية مهارة التواصل الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي والتواجد مع الناس والاهتمام بالآخرين وصحبة الآخرين من خلال إثابة الآخرين وإرسال إشارات غير لفظية إيجابية،

وتعلم قواعد الصداقة وتقوية العلاقات القائمة ، وتنمية الكفاءة الذاتية، وتقوية وتدعيم القيم، والتفاوض وتقبل الذات، واتخاذ مواقف إيجابية وإدارة الوقت، وجعل الطموحات تتماشى مع الممكن والمتاح والمقارنة بالآخرين الذين هم أقل منهم ، والشعور بالرضا إذا كانت أموره أفضل مما كانت عليه في الماضي .

(صلاح عراقي، ورمضان مظلوم ، ٢٠٠٥، ص٤٩٧)

ولذا يمكن تعريف المساندة الاجتماعية بأنها النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين والتي تتسم بأنها طويلة المدى ، ويمكن الاعتماد عليها، والثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالسند العاطفي .

### التوصيات والمقترحات :

- ١- تطوير مناهج التعليم للطلاب المعاقين سمعياً ، وتزويدها ببعض الموضوعات السيكولوجية التي قد تدحض الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية الداعية للاضطرابات النفسية لديهم ، والتي ينتج عنها انخفاض جودة الحياة .
- ٢- تدريب المعلمين والموجهين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين العاملين بمدارس الأمل للصمم وضعاف السمع على إعداد البرامج الإرشادية والعلاجية التي تعتمد على استراتيجيات التعايش (المواجهة) للتصدي للاضطرابات الانفعالية لدى المعاقين سمعياً.
- ٣- مناقشة الموضوعات التي تحظى باهتمام المعاقين سمعياً سواء أكانت : التعليم أم العمل ، أم الزواج وغيرها ، في شكل لقاءات عامة يشارك فيها خبراء التربية الخاصة ، وقيادات وزارة التربية والتعليم ، ورجال الأعمال والجمعيات الأهلية في محاولة لإيجاد الحلول المناسبة لهذه المشكلات من أجل تحسين جودة الحياة لدى هؤلاء المعاقين سمعياً .
- ٤- توجيه القائمين على تربية ذوي الإعاقة السمعية - سواء في الأسرة أو المدرسة - على ضرورة تقبل هؤلاء الأفراد ، وتقديرهم تقديراً غير مشروط ، حتى يتولد لديهم إحساساً بالأمن يؤدي إلى شعورهم بأنهم أحد الكيانات المجتمعية الهامة ، ومن ثم يفتحون على العالم الخارجي ، من خلال إقامة علاقات اجتماعية مع أقرانهم





- العاديين لتحقيق مستوى أفضل من التواصل الانفعالي الذي يعبر بحق عن مستوى الصحة النفسية لديهم. مما ينعكس على جودة حياتهم.
- ٥- الاهتمام بتبادل الزيارات بين المعاقين سمعياً والعاديين في مدراسهم ، وذلك لتغيير الاتجاهات السلبية لدى العاديين نحو المعاقين سمياً والعكس، بالإضافة إلى الاهتمام بتنمية التواصل الاجتماعي لدى المعاقين سمعياً والعاديين، مما يشجع من اندماج المعاقين سمعياً مع أقرانهم العاديين.
- ٦- لابد من زيادة المساندة ( الدعم ) الاجتماعية من جميع فئات مجتمع السامعين لذوي الإعاقة السمعية، حتى يتولد لديهم الشعور بالرضا عن ذاتهم ، والإدراك الصحيح لهذه المساندة .
- ٧- يجب التركيز على أهمية دور التواصل غير اللفظي للوالدين في نمو وتطور مفهوم الذات لدى المعاق سمعياً.بالإضافة إلى إقامة دورات تدريبية للمعلمين الجدد لتدريبهم على كيفية التواصل غير اللفظي للمعلم مع المعاق سمعياً.
- ٨- تشجيع أولياء أمور المعاقين سمعياً على حضور مجالس الآباء بالمدرسة لتوطيد الصلة بين المنزل والمدرسة مع توعية أولياء الأمور بدور الأخصائي النفسي في مدارس الأمل للصم وضعاف السمع .
- ٩- إعداد برامج إرشادية لتوعية الآباء والأمهات ومساعدتهم على حل المشكلات التي تنجم عن وجود طفل معاق بالأسرة، وما تسببه من آثار سلبية على الطفل وأسرته.
- ١٠- ضرورة تطبيق برامج التدخل الإرشادية في مراحل مبكرة من عمر الطفل الأصم للحد من تفاقم المشكلات السلوكية لديه وآثارها السلبية على تفاعله النفسي والاجتماعي.
- ١١- مساعدة المعلمين للأطفال الصم على اكتساب الخبرات اللازمة، وتعريفهم بالأعمال المختلفة ومتطلباتها، وتزويدهم بالمعلومات اللازمة التي تمكنهم من اجتياز المهن المناسبة، وتعديل اتجاهاتهم السلبية نحوهم، وأن يكتسبوا ثقة الأصم، والعمل على استثارة ميوله في جو يسوده الحب والود.
- والله من وراء القصد؟؟؟

## المراجع

### أولاً : المراجع العربية :

- ١- أشرف أحمد عبد القادر (٢٠٠٥) : تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة ، ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر تطوير الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة ، مكتب التربية العربي لدول الخليج ، الرياض، المملكة العربية السعودية ١٤-١٦ فبراير ٢٠٠٥.
- ٢- إبراهيم الزريقات عبدالله (٢٠٠٣) : الإعاقة السمعية ، دار وائل للنشر ، الأردن.
- ٣- العارف بالله الغندور ( ١٩٩٩) : أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة ، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، ص ص (١-١٧٧) .
- ٤- جمال الخطيب (١٩٩٦) : تربية وتأهيل المعوقين سمعياً، العدد ٧ - كلية العلوم التربوية بالجامعة الأردنية - عمان - الأردن.
- ٥- جمال الخطيب (١٩٩٨) : مقدمة فى الإعاقة السمعية، الطبعة الأولى ١٤١٩هـ - ١٩٩٨ ، قسم الإرشاد والتربية الخاصة، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية. دار الفكر للنشر والتوزيع .
- ٦- سامى سعيد جميل (١٩٩٠) : حماية المعوق سمعياً من الإعاقة النفسية والبدنية، المؤتمر الخامس للاتحاد، بحوث ودراسات اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، نحو طفولة غير معوقة من ٨-٦ نوفمبر، القاهرة، ص ص ١٣٢-١٤٢ .
- ٧- شاكرا عطية قنديل (١٩٩٥) : سيكولوجية الطفل الأصم ومتطلبات إرشاده، المؤتمر الدولي الثانى لمركز الإرشاد النفسى للأطفال ذوى الحاجات الخاصة. (الموهوبون - المعاقون) بحوث المؤتمر - المجلد الأول - دار الضيافة - جامعة عين شمس.
- ٨- شاكرا عطية قنديل (٢٠٠٠) : أساليب رعاية وتنمية الطفل الأصم تربوياً ونفسياً، المؤتمر الدولي السابع لمركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، ٥-٧ نوفمبر، ٤٩٧-٥١٨ .
- ٩- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤) : "الإعاقات الحسية، الطبعة الأولى، دار الرشد للنشر .
- ١٠- عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٠) : سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة ( الخصائص والسمات) ، الجزء الثالث ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .
- ١١- عبد الفتاح رجب مطر (٢٠٠٢) : فاعلية السيكدراما فى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الصم، رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، كلية التربية بنى سويف، جامعة القاهرة .
- ١٢- عبد المطلب أمين القريطى (١٩٩٦) : سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، الطبعة الأولى - دار الفكر العربى، القاهرة.



- ١٣- عبد المطلب أمين القريظي (٢٠٠١): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، القاهرة، دار الفكر العربي .
- ١٤- علي عبد النبي محمد (١٩٩٦): دراسة مقارنة للتقبل الاجتماعي لدى المراهقين الصم وضعاف السمع والعادين، رسالة ماجستير، كلية التربية ببنها، جامعة الزقازيق.
- ١٥- عمرو رفعت (١٩٩٧): فاعلية برنامج إرشادي في تحسين بعض جوانب الصحة النفسية لدى الطلاب الصم في المرحلة الإعدادية، رسالة دكتوراه، كلية التربية - جامعة عين شمس.
- ١٦- فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٩٠): سيكولوجية الأطفال غير العادين واستراتيجيات التربية الخاصة، ج٢، ط٤، دار القلم، الكويت.
- ١٧- ماجدة السيد عبيد (٢٠٠٠): السامعون بأعينهم "الإعاقة السمعية"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- ١٨- ممدوحة سلامة (١٩٩٦): مقدمة في علم النفس، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٩- نهى يوسف اللحامي (١٩٨٠): دراسة تجريبية لعوامل النضج الاجتماعي وعوامل الشخصية لدى الطفل الأصم، رسالة ماجستير، كلية البنات، جامعة الأزهر.
- ٢٠- هويدة حنفي محمود (٢٠٠٧): المساندة الاجتماعية كما يركها المكفوفون والمبصرون من طلاب جامعة الإسكندرية وتأثيرها على الوعي بالذات لديهم، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد (٥٥)، المجلد السابع عشر، أبريل ٢٠٠٧.
- ٢١- وائل محمد مسعود (٢٠٠٢): الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة، سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة، الرياض.
- ٢٢- عبد الغفار الدماطي (١٩٨٧): الخصائص الفكرية والنفسية والاجتماعية للصم، ندوة المعوقين بين الواقع وتطلعات المستقبل، جامعة الملك سعود، الرياض.

## ثانياً : المراجع الأجنبية :

- 1 - Dalton, D; Cruickshank, K; Klei, B; Klein, R; Wiley; Nondahl, D.(2003): The impact of hearing loss on quality of life in older adults. Gerontologist. vol43(5) : pp. 661- 668.
- 2Frisch, M.; Clark, M.; Rouse, S.; Rudd, M.; Paweleck, J.; Greenstone, A. andKopplin, D(2005): Predictive and Treatment validity of life satisfaction and the quality of life inventory. Assessment. Vol.12, No.1, pp.66-78.
- 3- Frisch, M.; Cornell, J.; Villanueva, M .and Retzlaff, P.(1992): Clinical Validation of the quality of life inventory :A Measure of life satisfaction for use in Treatmnt

- Planning and Outcome Assessment. Psychological Assessment. Vol.4. No.1,pp.92-101.
- 4- **Goode,D.(1994)** : Quality of life for Persons with disabilities: International perspectives issues; in : Mitchel.D.(1997) : Book Review; Journal of Intellectual & Developmental Disability;Vol.22No.1,pp.63-75.
- 5 - **Hampton,N.**(1999): Quality of life of People with Substance disorders in Thailand: Exploratory Study; Journal of Rehabilitation. vol.65.No.3.PP.42-55.
- 6- **Hawthorne,G.(1999)**:The Assessment of quality of life(AQOL) instrument: A Psychometric measure of health related quality of life .Quality of life Research.vol.8,pp.209-224.
- 7- **Jackson, L., P. (1997)**: “ A psycho – Social and Economic Profile of The Hearing Impaired and Deaf “. in Hull. R. (Eds): Aural Rehabilitation. Third Edition. by Singular Publishing Group. Inc. 37-47.
- 8- **Kaplan, F., Harriet (1997)**: “Counseling Adults who are Hearing Impaired. in Hull. R. (Eds): Aural Rehabilitation. Third edition. London, Singular Publishing Group. Inc . . 193-212.
- 9- Jambor. E& Elliott.M (2005): self - esteem and coping strategies among deaf students ; Journal of deaf studies and deaf education . Vol 10 (1) pp 63- 81.
- 10 – Jia.H.;Uphold.C.; Wu.S.; Reid.K.; Findley.K. and Duncan.P.(2004): Health- Related Quality of life Among Men with HIV infection: Effects of social support, coping .and Depression. AIDS patient Care &STDs.vol.18.No.10,pp.594-603.
- 11– Leitman,J.(1999) : Can City QOL indicators be Objective and relevant? Towards Participatory tool for Sustaining Urban Development . Local Environment. Vol.4.No2.PP. 169-181.
- 12– Limburg;D(1995):Relationship of hearing Handicap coping strategies used and Loneliness in Elderly Individuals with a perceived hearing loss. The University of texas at Austin. Dissertation Abstracts international vol 50 (o2B) .p 496.
- 13– Magilvy ,J. (1985) : Quality of life of hearing Impaired women , Nurs Res vol 34(3),pp140-144
- 14– Martin. D & Bat. C (2003): Negotiating deaf- hearing friend ship :coping strategies of deaf boys and girls in mainstream schools child .Care Health and Development ; Vol 29(6) ;pp 511-521.
- 15– Molassiotis,A.;Callaghan,P; Twinn.S.;Lam.S.;Chung.W. and Li.C.(2002): Apilot Study of the Effects of cognitive- Behavioral Group Therapy and peer support /counseling in decreasing Psychologic Distress and Improving Quality of life in chinese patients with Symptomatic HIV Disease. AIDS patient Care



- and STDs, Vol.16.No.12.PP.83-95.
- 16- Morethan ,N.& Richard, J.( 1980): The Every Day Need of Sick and Handicapped Children and Their Tovistock Publications, London, New York
- 17- Mulrow, C. ;Aguilar, C.;Endicott, J.;Velez ,R. ; Tuley, M. ; Charlip, W. and Hill, J.(1990): Association between Hearing Impairment and quality of life of elderly individuals. J Am Geriatr Soc. Vol 38(1): pp.45-50.
- 18- Reine, G; Lancon, C.;Tucci, S.; Sapin, C. and Auquier, P.(2003): Depression and Subjectiv quality of life in chronic phase schizophrenic patients. Act Psychiatrica Scandinavica. vol. 108.PP.297-303.
- Ringdahl, A& Grimby, A.(2000) : Sever-profound hearing Impairment and health related quality of life among post-lingual deaf ended Swedish adults. Scand Audile vol.29, No.4, pp.266-275.
- 19- Rogerson, R.(1999) : Quality of life and City Competitiveness; Urban Studies; vol.36, PP.969 - 986.
- 20 - Rossler R. ,(1990): A quality of life prspectiv on rehabilitation counseling. Rehabilitation Counsling Bulletin, Vol.34, No.2, PP.1-7.
- 21- Schalock, R.(2004):The concept of quality of life: what we know and do not no . Journal of Intellectual Disability Research, vol.48, No3, PP.203 -216.
- 22- Schalock, V.(2002): Handbook of Quality of life for human Service Practitioners. American Association on Mental Retardation Washington, DC.
- 23- Smith, E; Gomm, S. and Dickens , C.(2003): Asesting The independent Contribution to quality of life from anxiety and Depression in patients with advanced Cancer. Palliative Medicinal, vol.17.PP.509 -513.
- 24- Manolidis, S. and Bautista, M.(2000): Outcomes and quality of life in conductive hearing loss. Otolaryngol head Neek Surg ,vol123(5) :527-532.
- 25- Tsuruoka, H.; Masuda, S. Ukai, K. ;Sakakura, Y. ;Harada, T. and Majima, Y. (2001) : Hearing Impairment and quality of life for the elderly in nursing homes. AurisNasus Larynx . vol28(1) .pp 45- 54.
- 26- Vaccari, C. & Marschark, M. (1997): "Communication Between Parents and Deaf Children Implications for Social Emotional Development", Journal of Child Psychology Psychiatry , Vol. 38, No. 7, PP.793-801.
- 27- Watson, S.M.; Henggeler, S.W. & Whelan, J.P. (1990): "Family Functioning and the Social Adaptation of Hearing Impaired Youths", Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 18, No.2, PP. 143-163.
- 28 - Wynand, W. ( 1994 ) : Therapy with The deaf Children , Dissertation Abstracts International , Vol (54), No (11) ,pp. 4034 - 4035 A.**

