



جامعة الإسكندرية  
كلية التربية بدمنهور  
قسم علم النفس التربوي

## العلاقة بين جودة الحياة النفسية والإعاقة اللغوية

ورقة عمل مقدمة للمؤتمر العلمي السابع لكلية التربية بجامعة كفر الشيخ  
بعنوان  
" جودة الحياة كاستثمار للعلوم التربوية والنفسية "  
في الفترة من 13-14 أبريل 2010م  
أعداد

الأستاذ الدكتور  
محمود فتحي عكاشة  
أستاذ ورئيس قسم علم النفس  
كلية التربية بدمنهور- جامعة الإسكندرية

الدكتور  
عبد العزيز إبراهيم سليم  
مدرس علم النفس  
كلية التربية بدمنهور- جامعة الإسكندرية

## المكتبة الإلكترونية



[www.gulfkids.com](http://www.gulfkids.com)

## جودة الحياة كاستثمار للعلوم التربوية والنفسية

### ملخص الورقة

لاشك أن الشخصية السوية بما تتمتع به من سمات تدل على الإيجابية متمثلة في جودة الحياة النفسية والتفاؤل والسعادة والأمل والرضا عن الذات والآخرين توفر للفرد فرصاً للنمو والارتقاء، إذ تشكل هذه المتغيرات محصلة جهد الفرد في سعيه للاستفادة من إمكاناته وقدراته والعمل على تنميتها لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي خاصة في ظل ظروف الحياة المعاصرة التي توصف بأنها ظروف منتجة لكافة أشكال الضيق وصيغ الكدر الانفعالي.

ومن هذا المنطلق بدأ يسود مجال البحث في علم النفس والصحة النفسية تيار جديد ينتمي إلى علم النفس الإيجابي، سرعان ما احتل مكان الصدارة بين البحوث في مجال علم النفس وبدأ العلماء يطرقون موضوعات لم تكن مطروقة من قبل مثل السعادة والأمل والتفاؤل وجودة الحياة النفسية والثقة والتوافق. مما أحدث نقلة نوعية في مجال الاهتمام البحثي، فلم يعد الأمر قاصراً على مجرد تناول موضوعات من قبيل علم النفس المرضي كالقلق، والخوف والاكتئاب، والعدوان والانحراف والمرض... إلخ، أو محاولة إصلاح الخلل في الشخصية أياً كانت طبيعته بصورة منفردة عن باقي جوانب الشخصية الأخرى، بل يجب أن يتعداه إلى مجال أوسع حيث السعي نحو إبراز الجوانب الإيجابية ومكامن القوة في الشخصية، والعمل على استخدامها في تحسين باقي جوانب الشخصية التي تعاني من قصور أو اضطراب.

وعليه أصبح متغير جودة الحياة **Quality of life** بصفة عامة وجودة الحياة النفسية<sup>1</sup> **psychological well being** بصفة خاصة من أكثر المتغيرات تناولاً في الفترة الأخيرة لما لهما من دور في تحقيق التوافق والسعادة والرضا لدى الأفراد. وتعرض الورقة الحالية لموضوع العلاقة بين جودة الحياة النفسية والإعاقة اللغوية من خلال تحديد ووصف العوامل التي تسهم في تحقيق جودة الحياة النفسية لدى الأطفال ذوي الإعاقة اللغوية. مسلمين من البداية بوجود علاقة وثيقة بين الإعاقة اللغوية وجودة الحياة النفسية، وأن كل منهما يؤثر ويتأثر بالآخر.

فإذا كانت الإعاقة اللغوية تحول دون تواصل الطفل مع من حوله بصورة فعالة، وتبنيه ردود أفعال انفعالية تتسم بالتوتر والقلق والخوف من التعبير والابتعاد والانسحاب والعزلة الاجتماعية نتيجة لقصوره في التواصل مع من حوله بصورة فعالة، وصعوبة الدخول إلى عالمه وتفهمهم مما يشعره بالدونية والنقص وانخفاض مستوى تقدير الذات، فينعكس على حالته النفسية والانفعالية بالسلب، كما أن إحساسه بأنه أقل من الآخرين طلاقة في المواقف التي تستدعي الكلام يزيد من رغبته في الابتعاد عنهم وعدم التواصل معهم وتفضيل الوحدة على الدخول معهم في محادثات وتفاعلات قد تسبب له الألم النفسي والغضب وعدم الشعور بالرضا والارتياح والسعادة، وكلها متغيرات ذات صلة بجودة الحياة النفسية.

كل ذلك يدفعنا للقول بوجود علاقة بين الإعاقة اللغوية وجودة الحياة النفسية، وهذه العلاقة في طبيعتها علاقة جدلية فهي علاقة تأثير وتأثر مما يفرض علينا توضيح هذه العلاقة لتيسير عمليات التدخل السيكولوجي في هذه المنطقة الهامة ذات التقاطع بين المتغيرات النفسية والمعرفية؛ لتجنيب الطفل المعاناة من تداعيات هذه الإعاقة وتحسين توافقه النفسي والاجتماعي مما ينعكس بالإيجاب على شخصيته ونظرته لنفسه، وبالتالي تحسين مستوى جودة الحياة النفسية لديه.

<sup>1</sup> - يرى معدا هذه الورقة أن الترجمة القريبة للمصطلح الأجنبي **psychological well being** هو جودة الحياة النفسية، لذلك سوف تعتمد هذه الورقة هذا المصطلح بهذا المعنى.

وتأسيساً على ما سبق يجب تضمين الورقة الحالية العناصر التالية:

- أولاً: مقدمة لجودة الحياة النفسية.
- ثانياً: جودة الحياة النفسية تعريفها وأبعادها
- ثانياً: علاقة جودة الحياة النفسية ببعض المفاهيم ذات الصلة
- رابعاً: قياس جودة الحياة النفسية
- خامساً: الإعاقة اللغوية (المفهوم والأبعاد)
- سادساً: العلاقة بين الإعاقة اللغوية وجودة الحياة النفسية
- سابعاً: مقترحات لتحسين جودة الحياة النفسية لدى الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية
- ثامناً: خاتمة واستنتاجات عامة
- تاسعاً: المراجع

الكلمات المفتاحية:

جودة الحياة، جودة الحياة النفسية، الإعاقة اللغوية، التواصل.

## أولاً: مقدمة

قديمًا كان ينظر إلى الصحة النفسية من المنظور المرضي **Pathology Approach** والذي يهتم بالأمراض، فمنذ تأسيس علم النفس التقليدي المرتكز على نموذج المرض والذي ينظر إلى الشخصية من منظور أن ما يعترىها من خلل أو قصور يرجع بالمقام الأول إلى خلل أو شذوذ إما في الدماغ البشري أو في بنية الشخصية، لذلك انشغل علم النفس الإكلينيكي بالبحث عن أساليب ومداخل علاجية لعلاج صيغ الخلل أو القصور المختلفة بالشخصية.

**ونتيجة** ذلك أصبح علم النفس غارقًا بصورة تامة في واقع الأمر في تعديل أو علاج الأداء النفسي المختل وظيفيًا. وركز على إصلاح الاضطرابات النفسية والسلوكية والعقلية باستخدام النموذج المرضي. وهو في سعيه لعمل ذلك نسي أو تناسى الجوانب الإيجابية في الشخصية، كما تجاهل هذه الاتجاه تمامًا فكرة النظر إلى الفرد القادر على الإنجاز والعطاء المملوء بالحيوية والتدفق الساعي بكل ما أوتي من قوة إلى تحقيق الذات، بل ولم يقدر فكرة أن بناء القوة وتمكين البشر من أقوى الأساليب وأكثرها فعالية في ترسانة العلاج النفسي.

**وأصبح** الإنسان الذي يتمتع بالصحة النفسية – في ضوء هذا الاتجاه وأنصاره- هو الإنسان الخالي من المرض، وبناء عليه انتظمت كل ممارسات الأطباء وأبحاث العلماء والمتخصصين حول البحث عن محكات لتشخيص هذه الأمراض وتحديد طريقة التدخل المناسبة. وكانوا يفترضون أنه إذا عالجت المرض يمكن للإنسان أن يعود لحالته الطبيعية من السواء النفسي والاجتماعي، وهو ما لم يفلح علم النفس في إثبات بالرغم من الفترة الطويلة التي قضاها للتحقق من ذلك.

**ونتيجة** ذلك ظهر تيار جديد منذ تسعينات القرن الماضي على يد أحد أشهر علماء النفس وهو **مارتن سليجمان<sup>2</sup> Martin Seligman** عرف بعلم النفس الإيجابي **Positive Psychology** والذي بدأ ينظر إلى الإنسان نظرة مختلفة تمامًا وهي أن الأصل هو الصحة وليس المرض، وأن الإنسان يستطيع أن يتكيف ويتوافق مع مجتمعه إذا ما ركز على الجوانب الإيجابية أو المضيئة في حياته وبث الأمل والتفاؤل **Optimism**، والسعادة **Happiness**، والرضا عن الذات، والاستمتاع بالعلاقات مع الذات والآخرين، والمرونة النفسية أو الصمود النفسي

## **Resilience**

**ويشير** إلى ذلك محمد نجيب الصبوة (2001) بقوله إنه بدأ يسود علم النفس الإيجابي بموضوعاته الآن على الساحة ليقف جنباً إلى جنب مع علم النفس المرضي، يناقسه بل ويتفوق عليه أحياناً نتيجة رغبة الباحثين في تعرف هذا المجال، ومن ثم بدأت تنتشر موضوعاته بين الباحثين والمتخصصين في المجال وبدأنا نسمع عن مصطلحات مثل السعادة والهناء النفسية جودة الحياة النفسية والمرونة وغيرها في مقابل المصطلحات القديمة والتي كانت ومازالت مسيطرة لدى البعض حتى الآن من قبيل علم النفس المرضي والاضطرابات النفسية والأمراض والقلق والاكتئاب... الخ.

**والمتبع** لمجال البحث يجد أنه على عكس الكثير من المتغيرات النفسية التي تم تناولها ضمن ميدان علم النفس الإيجابي لم يهتم علماء النفس بدراسة مفهوم جودة الحياة النفسية<sup>3</sup> حتى منتصف العقد الثامن من القرن العشرين بالرغم من أهمية هذا المتغير في التأثير في باقي جوانب الشخصية الأخرى. ومع ذلك فقد أصبح موضوع جودة الحياة النفسية أو جودة الصحة النفسية في السنوات الأخيرة بؤرة تركيز الكثير من البحوث والدراسات وظهرت خلال العقدين الماضيين عدد

<sup>2</sup> - **مارتن سليجمان Martin Seligman** عالم نفس أمريكي مؤلف كتاب العجز المتعلم، وهو مؤسس علم النفس الإيجابي **Positive psychology**، وهو فرع جديد من فروع علم النفس يركز على المشاعر الإيجابية ومكامن القوة لدى الإنسان كالسعادة والتفاؤل والأمل والرضا عن الحياة.

<sup>3</sup> - يرى الباحثان أنه تم تناول مفهوم قريب من متغير جودة الحياة النفسية وهو متغير التوافق **adjustment** والذي يشير إلى سعي الفرد المستمر نحو تحقيق حالة من التوازن مع البيئة ليحقق الانسجام ويشعر بالرضا والارتياح. وللتوافق علاقة كبيرة جداً بالصحة النفسية فحسن التوافق هو أحد أبرز مظاهر الصحة النفسية ومن مؤشرات الواضحة واختلال التوافق هو اختلال في الصحة النفسية.

من أدوات القياس التي تستهدف قياس هذا المفهوم والكشف عن طبيعته وأبعاد العلاقة بينه وبين المفاهيم ذات الصلة (Ruine et al,2003, 268-275).

وإذا كان كثير من الباحثين والمتخصصين يرون أن مصطلح جودة الحياة النفسية يتضمن التفاعل الوظيفي لكل من الصحة النفسية والانفعالية والاجتماعية، وجودة الحياة الجسمية. فإنهم يؤكدون على أن هناك علاقة قوية - وإن كان غير منصوص عليها صراحة - بين كل من جودة الحياة النفسية والإعاقة اللغوية. فقد أشارت (Boyle & Busch, 2005) إلى أن القصور في مهارات التواصل المرتبط بالحبسة الكلامية كنوع من الإعاقة اللغوية، وكذلك نقص المشاركة في أنشطة الحياة اليومية يسهم في ضعف أو نقص الإحساس بجودة الحياة النفسية لدى الأفراد.

### ثانياً: تعريف جودة الحياة النفسية:

يعد مفهوم جودة الحياة النفسية من المفاهيم المعقدة نسبيًا، إذ تسهم فيه مجموعة متنوعة من المكونات والعوامل النفسية والانفعالية والمعرفية. لذا تعددت التعريفات التي طرحت لهذا المفهوم من قبل الباحثين المهتمين بالمجال ومن أبرزها تعريف (Stewart-Brown, 2000, 35) والذي يشير إلى أن جودة الحياة النفسية هي: "حالة كلية ذاتية توجد عندما يتوازن داخل الشخص مدي واسع من المشاعر منها الحيوية والإقبال علي الحياة، الثقة في الذات، الصراحة والأمانة مع الذات ومع الآخرين، البهجة والمرح، السعادة، الهدوء، والاهتمام بالآخرين".

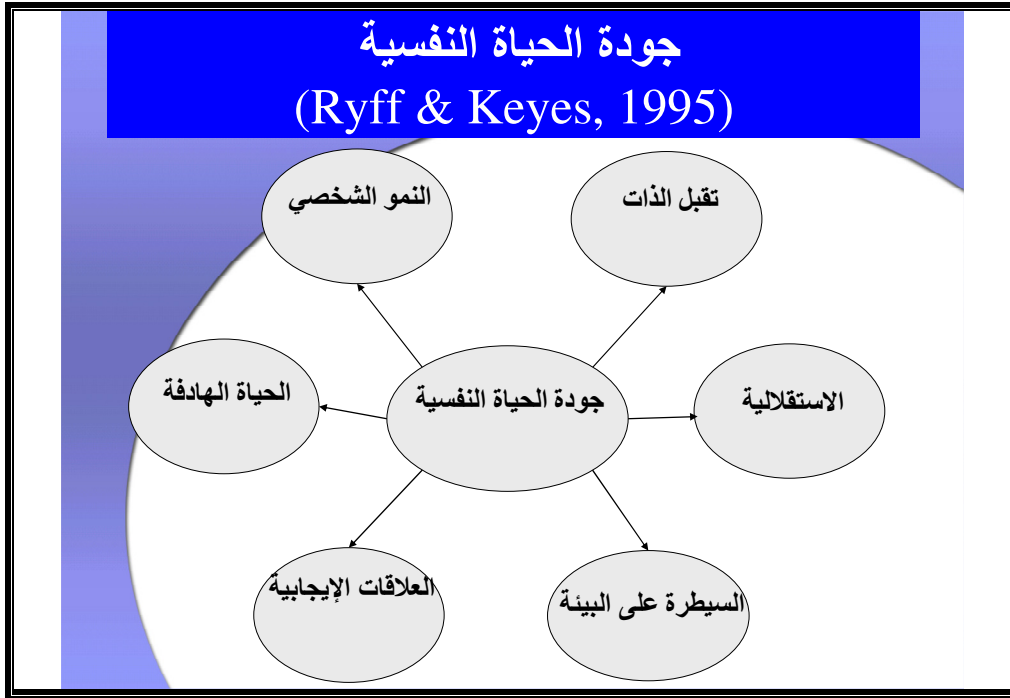
كما يعرفها بيتون (Betton, 2004) بأنها "تقييم معرفي انفعالي للحياة يشتمل علي الحالة المزاجية للفرد، وردود الأفعال الانفعالية تجاه الأحداث أو الحكم حول إنجازاته في الحياة، والرضا عن الحياة مع الشعور بالتوافق".

وكذلك تعريف كارول رايف وزملائها (Ryff et al, 2006) والذي ينص على أن جودة الحياة النفسية هي: "الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا المرء عن ذاته وعن حياته بشكل عام، وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدره وذات قيمة ومعنى بالنسبة له، واستقلاليته في تحديد وجهة ومسار حياته، وإقامته لعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين والاستمرار فيها. كما ترتبط جودة الحياة النفسية بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية" (Ryff et al, 2006, 85:95). ومن ثم ظهر مدخلان رئيسان لدراسة متغير جودة الحياة النفسية هما:

1. المدخل اللذي Hedonic أو ما يسمى بجودة الحياة الذاتية Subjective Well Being -، وهذا المدخل ينظر إلى السعادة باعتبارها جوهر المزاج الإيجابي والرضا عن الحياة، وهو ما يعني تنامي الشعور الإيجابي مع تدني الشعور السلبي.
2. المدخل النفسي Psychological والذي يركز على النضج الشخصي وتنمية القدرات الكلية للفرد (Geronimo, 2001 : 30) (في: محمد عبد العظيم، 2008، 67).

وعليه فإن مصطلح جودة الحياة النفسية يتسع ليشمل الكثير من المتغيرات النفسية التي تناولتها كارول رايف في دراستها ومن بعدها تلاميذها والتي أصبحت فيما بعد من صميم موضوعات علم النفس الإيجابي مثل: التوافق؛ تنظيم الذات؛ تقدير الذات؛ الاستقلالية؛ الحياة الهادفة، العلاقات الاجتماعية الإيجابية.

وقد وضعت رايف وكيز (Ryff & Keyes, 1995) نموذجاً لجودة الحياة النفسية يعرف باسم نموذج العوامل الستة، يتضمن العوامل التالية: (تقبل الذات، الاستقلالية، السيطرة علي البيئة، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، الحياة الهادفة، والنمو الشخصي)، كما هو موضح بالشكل التالي



شكل (1) نموذج جودة الحياة النفسية لرايف وكيز(1995)

بينما ترى أماني عبد المقصود عبد الوهاب(2006) أن هناك العديد من الباحثين يرون أن جودة الحياة النفسية\* تتضمن ثلاثة أبعاد هي:

- **جودة الحياة الذاتية Subjective Well-being** أو الشعور الذاتي بجودة الحياة والذي يدور حول كيف يكون الفرد سعيداً وراضياً عن حياته، وتعكس جودة الحياة الذاتية تصورات الأفراد وتقييمهم لحياتهم من الناحية الانفعالية السلوكية، والأدوار النفسية والاجتماعية التي تعد أبعاداً هامة للصحة النفسية.
  - **جودة الحياة النفسية Psychological Well-being** ، وهي تتميز عن جودة الحياة الذاتية حيث تتعلق بالإيجابية أو الصحة النفسية الإيجابية مثل القدرة على متابعة الأهداف ذات المغزى، ونمو وتطور وإقامة علاقات إيجابية مع الآخرين.
  - **جودة الحياة الموضوعية Objective Well-being** ويتضمن خمسة مجالات وهي: السعادة المادية والصحية، والنمو والنشاط، والسعادة الاجتماعية، والسعادة الانفعالية.
- كما يرى باحثون آخرون ضرورة تضمين بعد جودة الحياة الأسرية إلى هذه الأبعاد لما لها من تأثير كبير على جودة الحياة النفسية للطفل، ويرون أن العوامل الأسرية التي يمكن أن تؤثر على الطفل هي ما يوضحها الشكل التالي:

\* تترجم الباحثة جودة الحياة النفسية Psychological Well-being بالسعادة النفسية.



شكل (2) نموذج للعوامل الأسرية المؤثرة في جودة الحياة النفسية للطفل

وباستقراء الشكل السابق يمكن القول بأن جودة الحياة النفسية للطفل تتأثر بنوعين من العوامل منها عوامل مباشرة وعوامل غير مباشرة، فالعوامل المباشرة تتضمن الإنجازات التي حققها الوالدان والسمات الشخصية والمزاجية، وكذلك السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه هذا الطفل، أما العوامل غير المباشرة فتتضمن شبكة المساندة الوالدية خاصة من قبل الأم، وكذلك العلاقات الزوجية. كما تتأثر جودة حياة الطفل بالطبقة الاجتماعية لوالديه ومستوى تعليمهم ومدى رضاهم عن وظيفتهم.

### ثالثاً: جودة الحياة النفسية وعلاقتها ببعض المفاهيم الأخرى:

هناك عدد من المفاهيم التي يحدث بينها وبين جودة الحياة النفسية تداخل مثل؛ مفهوم جودة الحياة، الصحة النفسية، جودة الحياة الذاتية، جودة الحياة الانفعالية، المرونة النفسية. لذا وجب تحديد معاني هذه المصطلحات، والفرق بينها وبين جودة الحياة النفسية وهو ما سوف نتناوله بشئ من الإيجاز في ما يلي:

#### (1) جودة الحياة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة:

لأن جودة الحياة العامة تم تعريفها بطرق وتطبيقات عديدة في سياقات متنوعة، نتيجة الخلفية التي استند إليها الباحثون في تعريفهم لجودة الحياة. فإن جودة الحياة عرفت كمصطلح يتضمن الجوانب الشخصية والموضوعية. وتقليدياً ركز الباحثون على المؤشرات الموضوعية في تعريفهم لجودة الحياة والتي تتضمن المؤشرات الظاهرة والقابلة للقياس والملاحظة الخارجية مثل؛ الحالة الوظيفية، والدخل، والحالة الاجتماعية الاقتصادية وحجم شبكة المساندة الاجتماعية (Bishop & Feist-Price, 2001).

وعلى أية حال، فقد ظهر هذا المصطلح خلال العقدين الأخيرين من القرن الماضي وسرعان ما حظي بالتبني الواسع على حد تعبير عادل عز الدين الأشول (2005) سواء على مستوى الاستخدام العلمي أو الاستخدام العملي، ومن أبرز التعريفات التي قدمت لمفهوم جودة الحياة تعريف (Bonomi et al, 2000) حيث يرى أن جودة الحياة: "تمثل مفهوماً واسعاً يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية، مرتبطة بالحالة الصحية والحالة النفسية للفرد، ومدى الاستقلال الذي يتمتع به، والعلاقات الاجتماعية التي يكونها، فضلاً عن علاقته بالبيئة التي يعيش فيها". كما

يرى كذلك أن جودة الحياة تتمثل في درجة رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، وإدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات التي تقدم لهم على إشباع حاجاتهم المختلفة. ولا يمكن أن يدرك الفرد جودة الخدمات التي تقدم له بمعزل عن الأفراد الذين يتفاعل معهم (أصدقاء وزملاء وأشقاء وأقارب)؛ أي أن جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والبيئة النفسية الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد.

كما يرى العديد من العلماء أن التركيز فقط على المؤشرات الموضوعية عند تعريف جودة الحياة يعد قاصراً في النظرة الكلية لهذا المفهوم (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). وضرورة التركيز على ما يعرف بجودة الحياة النفسية، والرضا عن الحياة، والسعادة الشخصية (Myers & Diener, 1995). مثل هذه النتائج دفعت الباحثين إلى التأكيد على أن الميكانيزمات الداخلية للفرد تؤثر في النظرة الكلية لجودة الحياة لديه (Gilman, Easterbrooks, & Frey, 2004)، وعليه فقد ركز الباحثون على نحو متزايد على المكونات الشخصية لجودة الحياة - بجانب المكونات الموضوعية- مثل، التقارير الذاتية، الاتجاهات، الإدراك، والطموحات خاصة في الأدبيات البحثية المعنية بإعادة تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة (Noreau & Sheppard, 1995; Rubin, Chan, & Thomas, 2003).

## (2) جودة الحياة النفسية و جودة الحياة الذاتية:

استخدمت بعض الدراسات مصطلح جودة الحياة الذاتية Subjective well being (SWB) بصورة متبادلة مع جودة الحياة النفسية، ووفقاً لما يرى (Diener & Diener, 1995, 658) فإن جودة الحياة الذاتية تعبر عن تقييم الشخص لردود أفعاله في حياته الشخصية بما تتضمنه من الرضا عن الحياة والرضا عن العلاقات مع الآخرين والحالة المزاجية أو الوجدانية الإيجابية.

## (3) جودة الحياة النفسية وعلاقتها بالصحة النفسية الإيجابية:

يشير (Diener & Diener, 1995, 658) إلى أن مفهوم جودة الحياة النفسية يحل بديلاً في كثير من الدراسات لمفهوم الصحة النفسية الإيجابية، كما ورد هذا المصطلح في تعريف منظمة الصحة العالمية والذي ينص على أن الصحة النفسية حالة من الشعور بالسعادة" (أحمد عبد الخالق، صلاح مراد، 2001). كما يرى (Masse et al, 1998b, 475-504) أن مصطلح الصحة النفسية يتضمن بصفة عامة عاملين أساسيين هما: الضيق أو الكدر النفسي، وجودة الحياة النفسية. وهو ما يشير إلى أن الصحة النفسية تتكون من بعدين أحدهما سلبي ممثلًا في الضيق أو الكدر الانفعالي، والثاني إيجابي ممثلًا في جودة الحياة النفسية.

## (4) جودة الحياة النفسية و جودة الحياة الانفعالية:

يمكن تعريف جودة الحياة الانفعالية بأنها: الخلو أو التحرر من المشكلات الانفعالية مثل: الاكتئاب، القلق، المخاوف المرضية، والقدرة على التوافق مع الضغوط بدون اللجوء إلى الأساليب غير التوافقية، وقدرة الشخص على التعبير عن مشاعره، والتواصل الإيجابي مع الآخرين (Radina, 2007).

## (5) جودة الحياة النفسية والمرونة النفسية:

يربط بعض الباحثين بين مفهوم جودة الحياة النفسية ومصطلح رئيسي يستخدم في مجال علم النفس الإيجابي في الوقت الراهن وهو مصطلح المرونة النفسية Psychological resilience وعند تناول مصطلح المرونة النفسية غالباً ما نجد أن معظم الناس يستخدمونه بصورة غامضة وشديدة العمومية، وبشكل يتعذر تمييزه عن دلالة كلمات أخرى مشابهة مثل: القدرة على التحمل، القدرة على مواجهة الشدائد والمصاعب بصلاية، والقدرة على التعافي والتجاوز السريع للتأثيرات السلبية لأحداث الحياة. وهذا يتسق مع المعنى اللغوي لمصطلح Resilience إذ أن هذه الكلمة مشتقة من أصل لاتيني يعني " يقفز على أو يتجاوز أو يستعيد (to jump (or bounce



**back** " وعليه تعرف المرونة النفسية بأنها: " قدرة تمكن الإنسان من المواجهة الإيجابية أو التأقلم والتوافق الإيجابي مع التهديدات أو العثرات والنكبات التي يتعرض لها في حياته، وتحقيق أو إحراز نواتج حياتية إيجابية بالرغم من مثل هذا التعرض " (محمد السعيد أبو حلاوة، 2007، 5).

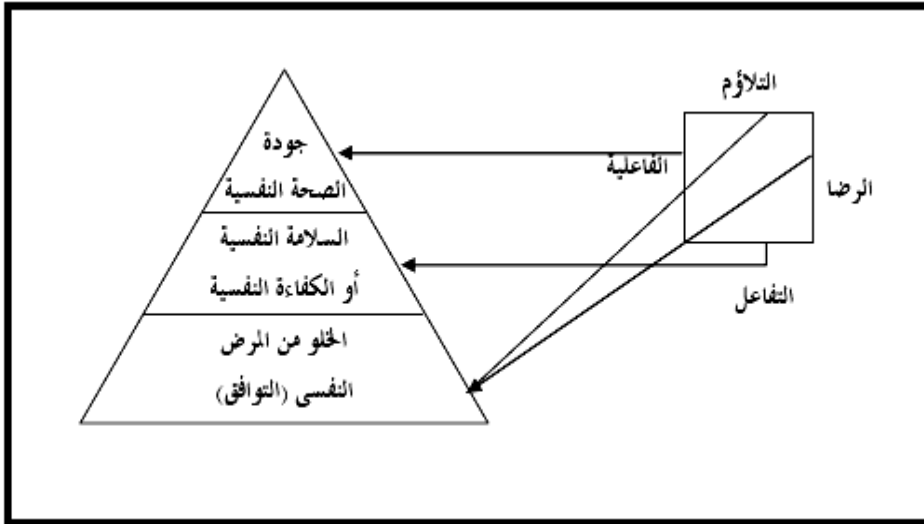
يمكن القول في ضوء ما سبق عرضه بأنه يوجد نوع من التداخل بين مفهوم جودة الحياة النفسية وكل من مفهوم جودة الحياة، وجودة الحياة الذاتية، والصحة النفسية الإيجابية، وجودة الحياة الانفعالية، والمرونة النفسية، ويمكن استخلاص العلاقة بين جودة الحياة النفسية وهذه المفاهيم المتداخلة من خلال العرض السابق. حيث يمكن القول إن جودة الحياة النفسية تمثل البعد النفسي أو السيكولوجي لجودة الحياة، كما أن جودة الحياة الذاتية تمثل الجانب الداخلي المعبر عنها بالرضا عن الحياة وعن العلاقات مع الآخرين، وبالتالي تعد جزءاً من جودة الحياة النفسية، بينما تمثل جودة الحياة النفسية البعد الإيجابي للصحة النفسية، وجودة الحياة الانفعالية على اعتبار أن جودة الحياة الانفعالية تمثل البعد الخاص بالكفاءة في التعامل مع الانفعالات والمشاعر بما يؤدي إلى تلقي الشخص تدعيمات اجتماعية إيجابية من الآخرين أثناء التفاعل معهم مما يفضي إلى تقبله لذاته ورضاه عن حياته، وأخيراً المرونة النفسية كمفهوم أساسي في مجال علم النفس الإيجابي يجسد القدرة على تجاوز الشخص للعثرات والمحن وسرعة تعافيه من تداعياتها السلبية مما يزيد من قابلية تحسين جودة حياته النفسية بشكل عام.

#### رابعاً: قياس جودة الحياة النفسية

إن المتتبع للدراسات والبحوث التي تناولت جودة الحياة النفسية يجد أن العلماء والباحثين استخدموا العديد من المقاييس لقياس جودة الحياة النفسية. إلا أن مقياس رايف لجودة الحياة النفسية الذي يعرف بنموذج العوامل الستة لجودة الحياة النفسية يعد من أكثر المقاييس استخداماً في المجال، وتشير (Ryff(1989)، إلى أن هذه العوامل تتضمن:

- (1) تقبل الذات Self-acceptance: ويشير إلى القدرة على تحقيق الذات إلى أقصى مدى تسمح به القدرات والإمكانات، النضج الشخصي، والاتجاه الإيجابي نحو الذات.
- (2) العلاقات الاجتماعية الإيجابية Positive relations with others: وتشمل القدرة على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين قائمة على الثقة والتواد، القدرة على التوحد مع الآخرين، القدرة على الأخذ والعطاء والتعلم من الآخرين.
- (3) الاستقلالية Autonomy: وتعني القدرة على تقرير مصير الذات، الاعتماد على الذات، والقدرة على ضبط وتنظيم السلوك الشخصي أثناء التفاعل مع الآخرين.
- (4) السيطرة على البيئة Environmental mastery: وتعني القدرة على اختيار وتخيل البيئات المناسبة لمن هم مثله، إضافة إلى المرونة الشخصية أثناء التواجد في مختلف السياقات البيئية.
- (5) الحياة الهادفة Purpose in Life: وتعني أن يكون للمرء هدف في الحياة ورؤية توجه تصرفاته وأفعاله نحو تحقيق هذا الهدف مع المثابرة والإصرار وتنحية كل المنغصات التي قد تحول دون تحقيق ذلك الهدف.
- (6) النمو الشخصي Personal growth: ويشير إلى قدرة المرء على تنمية قدراته وإمكاناته الشخصية لإثراء حياته الشخصية.

أما في البيئة العربية فقد قام مصطفى الشرقاوي (1999) بدراسة قدم فيها نموذجاً للصحة النفسية الإيجابية يوضح فيه كيفية تحقيق جودة الحياة النفسية، ثم قامت صفاء الغرباوي (2005) بالتحقق من صحة هذا النموذج على عينة من الطلبة في مرحلة المراهقة أطلقت عليه "نموذج مربع الصحة النفسية" (Psychological Health Square – Model ( P.H.S-M)، والشكل يبين الأبعاد المكونة لهذا النموذج وفق تصور الباحثة (صفاء الغرباوي، 2005، ب، 13).



شكل (3) نموذج مربع الصحة النفسية

وهذا النموذج يمثل إطاراً نظرياً لتفسير مستويات الصحة النفسية في جانبها الصحي والمرضي، والجانب الصحي يبدأ بـ:

- **المستوى الأول:** الخلو من المرض، ويتضمن كلاً من التوافق، ببعديه: " التلاؤم، والتكيف"، وكذلك الرضا.
- **المستوى الثاني:** ويتضمن السلامة أو الكفاءة النفسية، ويعبر عنه عنصر التفاعل الذي يحتل الضلع الثالث من المربع.
- **المستوى الثالث:** يشمل جودة الصحة النفسية والتي عندها تتحقق الفعالية والذي يعبر عن الضلع الرابع للمربع، فيصل الفرد إلي مستوي أعلى في قمة الصحة، وهو الجودة أو الفعالية والتي تعني " مبادأة الفرد بالتمنية الذاتية لطاقاته النفسية والبذل والعطاء للآخرين"، وتتميز هذه الحالة بالشعور بالسعادة والرغبة في الفيض بهذا الشعور على الآخرين (مصطفى خليل الشرقاوي، 1999، 114).

#### خامساً: الإعاقة اللغوية (تعريفها- أبعادها):

يعد الاهتمام باكتساب الطفل للغة أحد أهم مظاهر نمو الطفل وتطوره. وهناك بعض الأطفال لا تنمو لديهم اللغة بصورة طبيعية مثل الغالبية العظمى من أقرانهم بل تواجههم صعوبات في نمو لغتهم وتطورها، حتى في حالة غياب أية اضطرابات معرفية أو حسية واضحة. مثل هؤلاء الأطفال يبدعون في فهم اللغة المنطوقة والتحدث بها متأخرين عن أقرانهم من الأطفال الآخرين. كما أنه من المتوقع أثناء نمو الطفل وارتقائه أن يتعلم الطفل لغته الأصلية بسرعة وبسهولة إلى حد ما، وبوصوله إلى سن الرابعة من العمر، يصبح قادراً على بناء جمل طويلة من المفردات الموجودة بحصيلته اللغوية والتي تزيد عن الـ 5000 كلمة (O'Grady, 2005) هذا بالنسبة لكل الأطفال، إلا أنه توجد نسبة من الأطفال تظهر صعوبات في النمو في هذا الجانب. في عديد من الحالات السبب في ذلك يكون راجعاً لبعض المشكلات الطبية أو النمائية، مثل؛ التوحد، الصمم أو الشفة الشرماء. وبالرغم من ذلك فحوالي من (3-7%) من أطفال مرحلة ما قبل المدرسة لديهم إعاقة لغوية ولكنها تظهر بدون مشكلات طبية معروفة والتي تعرف بتأخر اللغة (Monaco, 2007).

واضطرابات اللغة والتواصل **Language and Communication Impairment**

من أكثر أشكال الإعاقات انتشاراً بين الأطفال؛ إذ تتراوح نسبة انتشارها بين الأطفال من (3 – 10%)، وهذه الإعاقة إما أن تكون مستقلة بذاتها أو مقترنة بعدد من صور الإعاقات الأخرى مثل؛ صعوبات التعلم **Learning Disabilities**، والتوحد **Autism**، والإعاقة العقلية **Mental**

**Retardation** ، وغيرها من الإعاقات، كما أن معدل انتشار هذه الإعاقة يصل إلى حوالي (8%) لدى أطفال ما قبل المدرسة (Beitchman et al,1986, 99). وهو نفس ما أكدته تقديرات (National Institute of Deafness and Other Communication Disorders, 1995) حيث أشار إلى أن حوالي من (8-12%) من جملة أطفال مرحلة ما قبل المدرسة في أمريكا يعانون من شكل من أشكال الإعاقة اللغوية وأن معظم الأطفال لا يتم التعرف عليهم حتى سن سنتين أو ثلاث سنوات عندما يفشلون في التحدث.

ويمكن تعريف الإعاقة اللغوية بأنها: "قصور أو نقص دال وواضح في المهارات اللغوية (التعبيرية – الاستقبالية) والتي تصيب عدداً كبيراً من أفراد المجتمع". كما يرى Doris et al (1993, 446) أن الإعاقة اللغوية هي: "قصور دال وواضح في القدرة على اكتساب مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية مع عدم وجود إعاقة سمعية أو إعاقة انفعالية أو حرمان بيئي" (Beitchman et al,1992).

بينما عرفت الرابطة الأمريكية للسمع واللغة والكلام (American Speech- Language & Hearing Association (ASHA), 2004) أن الإعاقة اللغوية هي: "عدم القدرة على الفهم أو استخدام اللغة في التحدث والكتابة"، وهذه الإعاقة تتضمن:

- (1) شكل اللغة (الأصوات، التراكيب النحوية، القواعد الصرفية).
- (2) محتوى اللغة (الدلالة).
- (3) التوظيف الاجتماعي للغة (أو استخدام اللغة في مواقف التواصل الاجتماعي).

إذن يمكن القول بأن الإعاقة اللغوية مصطلح يستخدم ليشير إلى الأطفال الذين لديهم صعوبات في فهم واستقبال اللغة أو التعبير بها. وهو لا يتضمن الأطفال الذين لا تتطور لديهم اللغة بسبب الإعاقة العقلية أو الجسدية، أو فقد السمع، أو مشكلات انفعالية، أو الحرمان البيئي. وإنما يستخدم مع الأطفال الذين يعانون من صعوبات في اللغة والكلام فقط. وعادة ما يعاني هؤلاء الأطفال من بعض الصعوبات يمكن إجمالها في ما يلي:

- يبدو أن الطفل يفهم ما يقال، ولكن الناس لا يستطيعون فهم ما يحاول الطفل أن يقوله.
- يتكلم الطفل بشكل واضح وبالتفصيل، لكنه في أغلب الأحيان يخفق في إيجاد موضوع للمحادثة، وعمل تعليقات وردود مناسبة.
- يتكلم الطفل بشكل واضح ومفهوم عندما يستخدم كلمات مفردة، لكنه يجد صعوبة في الربط بين الكلمات وتجميعها معاً لعمل جمل كاملة ذات معنى مفيد، وغالباً ما يترك أو يهمل بداية الكلمات أو نهايتها أو حتى كلمات كاملة.

وهؤلاء الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات النمائية للغة يتوزعون على عدة مجموعات، وغالباً ما تظهر الاضطرابات النمائية للغة (LDD) Language development disorders لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة، وقد أظهر الفحص الوبائي Epidemiologic survey أو ما يعرف بالدراسات الوبائية أن نسبة انتشار الإعاقة اللغوية يتراوح ما بين (6-8%) بين أطفال هذه المرحلة (Willinger et al, 2003). ويرى معظم الباحثين المتخصصين في مجال اللغة والكلام أنه يمكن تصنيف أو توزيع اضطرابات اللغة إلى نوعين كبيرين تنظم تحتها كل أشكال الاضطرابات اللغوية الأخرى، وهذان النوعان يمكن توضيحهما كما يلي:

### اضطراب اللغة التعبيرية النمائية Developmental Expressive Language Disorder

حيث يعاني بعض الأطفال ذوي الإعاقات اللغوية من مشكلات في التعبير عن أنفسهم بالكلام. وهذا الاضطراب يطلق عليه، اضطراب اللغة التعبيرية النمائية. على سبيل المثال؛ فطفل الرابعة الذي يتحدث بجملة مكونة من كلمتين فقط وكذلك طفل السادسة الذي لا يستطيع الإجابة عن الأسئلة البسيطة كلاهما يعاني من اضطرابات في اللغة التعبيرية وهذا الاضطراب يمكن أن يأخذ أكثر من شكل.

ويرى (Willinger et al(2003) أن الإعاقة التعبيرية للغة تتضمن: القصور في الكلام، مدى محدود في الحصيلة اللغوية، صعوبة في اكتساب الكلمات الجديدة، صعوبة في التعرف على الكلمات أو المفردات، الجمل القصيرة، التراكيب النحوية البسيطة، قصور ومحدودية في التنوع في التراكيب النحوية(مثل: الإتيان بأشكال مختلفة للفعل كصورته في الماضي أو المضارع أو الأمر)، عدم التنوع في التراكيب المختلفة للجمل(مثل: صيغة الأمر والاستفهام)، وحذف بعض الكلمات من الجملة. بالإضافة إلى أن الأطفال ذوي الإعاقة اللغوية أقل ميلاً إلى استخدام الكلمات المعبرة عن الحالة الانفعالية الداخلية لهم مقارنة بأقرانهم العاديين، وحتى لو استخدموا مثل هذه الكلمات فإنهم يستخدمونها في حدود ضيقة جداً. كما يوجد لديهم عجز دال عن إرسال الرسائل الانفعالية اللفظية مما يحد بصورة كبيرة من قدرتهم على ضبط وتنظيم الانفعالات، وذلك لأن اللغة وسيلة هامة من وسائل الإدارة أو تنظيم الخبرة الانفعالية.

## **ب. اضطراب اللغة الاستقبالية النمائية Developmental Receptive Language Disorder:**

**حيث** يعاني بعض الأشخاص من صعوبات في فهم بعض جوانب أو مظاهر الكلام فهناك الطفل الصغير الذي لا يستطيع أن يجيب عندما يسمع اسمه؛ نظراً لعدم فهمه للسؤال، وطفل ما قبل المدرسة الذي يضع في يدك الجرس عندما تسأله أن يحضر الكرة، أو العامل الذي لا يستطيع إتباع التعليمات البسيطة بصورة منتظمة. ومع أن حاسة السمع لديهم سليمة وبحالة جيدة ولكن ليست لديهم الحساسية تجاه الأصوات أو فهم الأصوات والوعي بها وكذلك الكلمات والجمل التي يستمعون إليها. وقد يبدون حتى غير منتبهين أو غير مباليين. مثل هؤلاء الأشخاص يعانون من اضطرابات في اللغة الاستقبالية لأن فهم الكلام واستخدامه يرتبطان معاً بصورة قوية. والعديد من الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات اللغة الاستقبالية النمائية يعانون كذلك من صعوبات في اللغة التعبيرية. ومن المتفق عليه بين العلماء أنه من الطبيعي لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة وجود بعض الأخطاء في استخدام الأصوات، الكلمات، أو القواعد والذي يعد جزءاً عادياً من عملية تعلم الكلام. ولكن عندما تستمر هذه المشكلات إلى ما بعد ذلك ففي هذه الحالة يكون هناك مبرر قوي للقلق (The Public School Parent's Network, 2004).

إذن يمكن القول إنه ومع وجود اضطراب اللغة الاستقبالية يصبح الفرد غير قادر على أن يفهم ما يقال للآخرين أو ما يقوله الآخرون له، وقد يأخذ اضطراب اللغة الاستقبالية شكلين؛ إما أنهم لا يفهمون معاني المفردات والجمل، أو لا يستطيعون استنباط مغزى أو معنى أو مقصد الكلام عندما توضع الكلمات معاً في جمل.

## **سادساً: جودة الحياة النفسية وعلاقتها بالإعاقة اللغوية**

إذا كانت جودة الحياة النفسية تهتم بالحالة النفسية للفرد والتي تتأثر بدورها بكثير من الصعوبات والمعوقات التي يواجهها الأطفال، والتي ربما تؤثر بصورة دالة على إحساسهم الشخصي بنوعية وطبيعة حياتهم النفسية من حيث؛ الرضا أو عدم الرضا وغير ذلك من المؤشرات المتعلقة بالصحة النفسية الإيجابية. فإن نطاق هذه التحديات والصعوبات تنتسج مع الأطفال ذوي الإعاقة اللغوية لدرجة قد يجد معها الطفل نفسه محاصراً بكثير من الأسئلة المصيرية – إن جاز التعبير – منها على سبيل المثال؛ كيف يتواصل مع الآخرين، وما الصورة التي يريد أن يكون عليها في عيون الآخرين؟ وكيف يستطيع السيطرة على البيئة من حوله؟ وكيف يمكك بزمam المبادرة أثناء محادثة الآخرين؟ وكيف ستؤثر إعاقته على حالته النفسية وعلى مجمل حياته فيما بعد؟ وما الصورة التي سيكون عليها في المستقبل؟ وما مدى تقبل الآخرين له إن ظل على حالته تلك؟ ولهذه الأسئلة وغيرها في واقع الأمر علاقة مباشرة بنوعية أو جودة الحياة النفسية للأطفال بصفة عامة وذوي الإعاقة اللغوية على وجه الخصوص.

كما حاول العديد من الباحثين الإجابة عن عدة أسئلة فيما يتعلق بالعلاقة بين الإعاقة اللغوية وجودة الحياة النفسية من قبيل:

- (1) هل توجد علاقة بين كل من الكفاءة التواصلية وجودة الحياة النفسية؟
- (2) هل تؤثر الإعاقة اللغوية على إحساس الطفل بجودة حياته النفسية فيما بعد؟
- (3) هل يؤدي التحسن في الكفاءة التحادثية ومهارات التواصل إلى تحسين مستوى جودة الحياة النفسية؟

وإذا كان العلماء يستندون في تعريف جودة الحياة النفسية على ثلاثة محاور أو أبعاد رئيسية هي: (1) مدى قدرة الأطفال على ضبط وتنظيم والتعبير عن المشاعر والانفعالات، (2) مدى قدرة الأطفال على تكوين علاقات اجتماعية إيجابية آمنة مع الآخرين، (3) مدى قدرة الأطفال على التعلم واستكشاف البيئة. فإنه في ضوء ذلك قد يصح القول بأن مصطلح الإعاقة اللغوية يرتبط ارتباطاً قوياً مع مصطلح جديد نسبياً على تراثنا السيكولوجي العربي وهو مصطلح جودة الحياة النفسية. وعلى الرغم من عدم وجود دراسات صريحة بحثت العلاقة بين جودة الحياة النفسية والإعاقة اللغوية فإن معظم الإكلينيكين والباحثين يتفقون على أن الإعاقة اللغوية تؤثر على جودة الحياة النفسية للفرد بشكل خاص، فهي تميل إلى التأثير بصورة سلبية على تقدير الفرد لذاته والإحساس بالكفاءة الذاتية وقدرته على التعلم والتعبير عن انفعالاته.

كما استخدم كثير من الباحثين مقاييس جودة الحياة (Quality of Life (QOL عند تقييم برامج التدخل اللغوي للوقوف على مدى فعاليتها العلاجية خاصة في فترة إعادة التأهيل حيث إن تحسين جودة الحياة يكون هو الهدف الرئيس من العلاج (Day, 1993).

فالأطفال ذوو الإعاقة اللغوية ينخفض لديهم الشعور بجودة الحياة النفسية خاصة في بعدي العلاقات الاجتماعية والمساندة العاطفية والتعبير عن المشاعر والأفكار. فهم في أغلب الأحيان يكونون غير قادرين على إقامة والإبقاء على العلاقات الاجتماعية والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية المختلفة. وللتغلب على ذلك النقص يقترحون العمل على بث الثقة في نفس الطفل، وتحسين المهارات التحادثية لديه (Hilari & Northcott, 2007).

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن جودة الحياة النفسية تتضمن أبعاداً سيكولوجية لها علاقة مباشرة بالإعاقة اللغوية تتمثل في:

- مدى قدرة الأطفال على تكوين علاقات اجتماعية إيجابية آمنة مع الآخرين والتواصل معهم.
- مدى قدرة الأطفال على ضبط انفعالاتهم وتنظيمها والتعبير عن هذه الانفعالات والمشاعر باستخدام اللغة
- مدى قدرة الأطفال على التعلم واستكشاف البيئة واستخدام اللغة بصورة سوية فيما يتعلق بهذا المجال.

• مدى شعور الأطفال بحسن الحال النفسي والجسمي والاجتماعي.  
وهو ما أكد عليه (Records & Tomblin, 1992) حيث قاما بفحص العلاقة بين جودة الحياة والإعاقة اللغوية لدى عينة من المراهقين ذوي الإعاقة النوعية للغة الخفيفة الذين تلقوا علاجاً معتمدين على مقياس لقياس جودة الحياة يتضمن أبعاد هي:

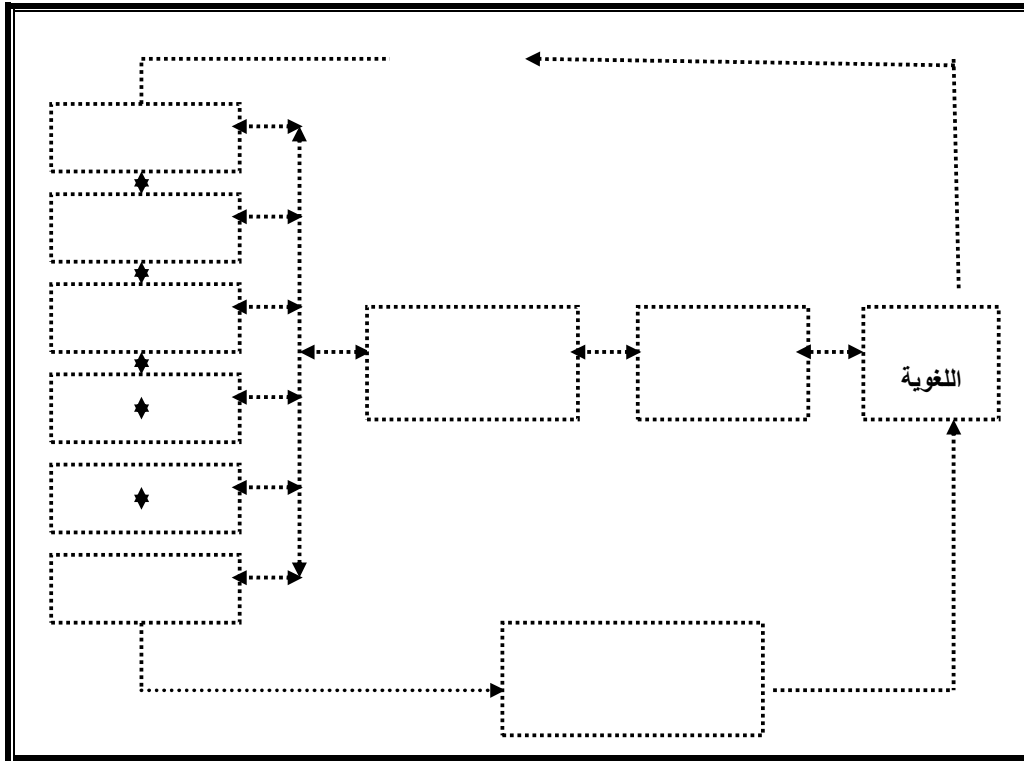
- السعادة الشخصية **personal happiness** ،
  - الرضا عن الحياة **life satisfaction** ،
  - مكانة أو منزلة الفرد في مجالات الحياة المختلفة **status in various life domains** (مثل: التعليم، المهنة، العائلة/ الحياة الاجتماعية).
- وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في المكونات الشخصية المختلفة لجودة الحياة.

كما أشارت نتائج العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة (Brinton & Fujiki, 1999; Fujiki et al, 1996; Rice, 1991; Nickels 2002) إلى وجود مؤشرات قوية على أن الأطفال ذوي اضطرابات اللغة يعانون من صعوبات في الجوانب الأخرى من النمو؛ خاصة الجوانب الاجتماعية والنفسية والانفعالية ذات الصلة المباشرة بجودة الحياة النفسية لديهم. وكما أن

شعور المرء بالسعادة والرضا عن الذات يرتبط بصورة عامة بما ينجزه أو يحققه من نجاحات تتناسب مع إمكانياته وقدراته الشخصية، فإن تعثره لأي سبب من الأسباب ذاتية كانت أم اجتماعية يزيد من احتمالات تعرضه للنفور من ذاته والسخط على الآخرين بشكل عام.

أضف إلى ذلك ما خلصت نتائج العديد من الدراسات إلى معاناة الأطفال ذوي الإعاقة اللغوية من صعوبات في التفاعل الاجتماعي؛ فهم أقل تقبلاً داخل الفصول الدراسية من قبل أقرانهم ذوي النمو اللغوي العادي. (Fujiki et al 1999; Gertner et al, 1994). ونادراً ما يشتركون في محادثات مع زملائهم (Cunningham et al, 1985). كما أنهم يواجهون صعوبات في الدخول في تفاعلات اجتماعية مستمرة (Craig & Washington, 1993). وكثيراً ما يصفهم الآخرون- زملائهم ومعلموهم- بأنهم أقل اجتماعية وأكثر انسحاباً من أقرانهم من ذوي النمو اللغوي العادي (Fujiki et al 2001; Fujik et al, 1999).

كما قدمت بعض الدراسات السابقة الدليل على أن القصور في التواصل الاجتماعي مع الآخرين يرتبط باضطرابات اللغة مما قد يسهم في خفض الإحساس بجودة الحياة النفسية، والحد من المشاركة في الأنشطة اليومية (Code et al, 1999) وعليه يمكن القول بأن هناك علاقة قوية- وإن لم تكن ظاهرة ومنصوص عليها صراحة- بين الإعاقة اللغوية وجودة الحياة النفسية ويمكن وضع تصور مقترح لشكل ومسار هذه العلاقة كما بالشكل التالي:



شكل (12) تصور مقترح لمسار العلاقة بين الإعاقة اللغوية وجودة الحياة النفسية

وبالنظر إلى الشكل السابق يمكن القول إن الإعاقة اللغوية بجميع جوانبها (النحوية، الصرفية، الصوتية، الدلالية، الوظيفية) تؤثر على المهارات اللغوية التعبيرية والاستقبالية لدى الطفل، مما يؤدي إلى ضعف قدرته على التواصل الاجتماعي الفعال نتيجة عدم القدرة على التفاعل مع الأقران، والتعبير عن نفسه وفق ما أشار إليه (Brinton et al, 1998; Brinton et al, 1997; Craig & Washington, 1993)، بالإضافة إلى صعوبات كبيرة في تنظيم المحادثات والمحافظة على مسارها ومحتواها والاستمرار في موضوعها. مع عدم القدرة على تكوين الصداقات أثناء مرحلة ما قبل المدرسة ومرحلة المدرسة (Gallagher, 1993; Gertner et al, 1994)، مما يدفعهم إلى الإحجام عن المشاركة الاجتماعية، وبالتالي يقل تقبلهم لذواتهم فتتخفص لديهم القدرة على

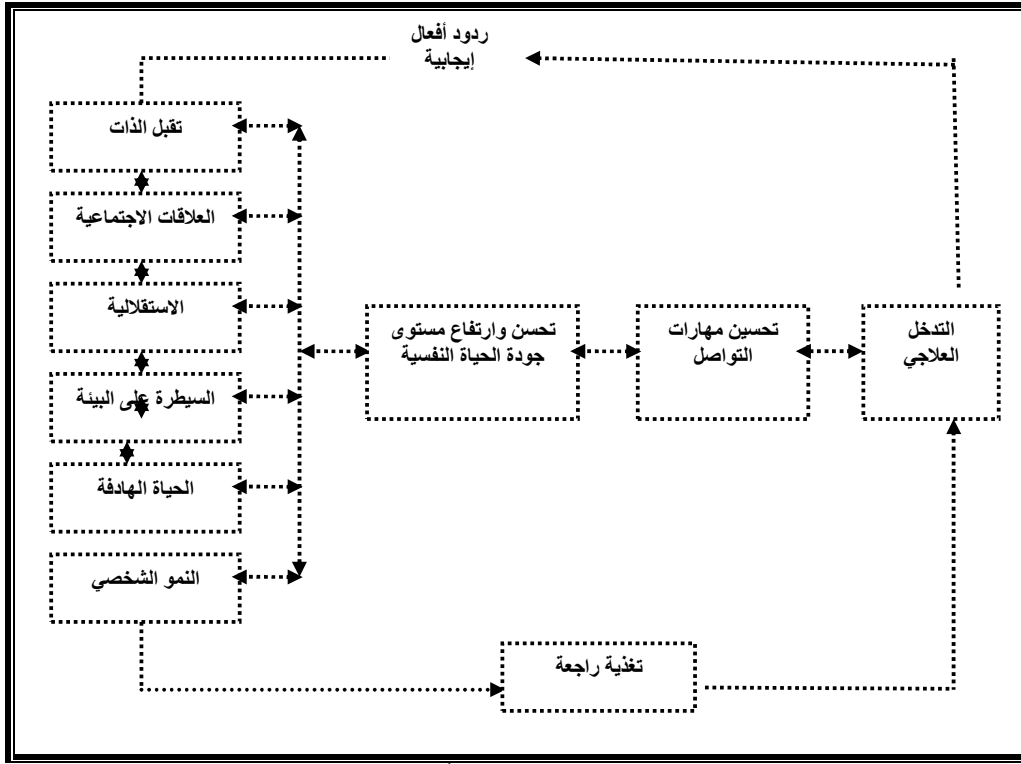
الإحساس بجودة الحياة النفسية بأبعادها المختلفة (تقبل الذات، العلاقات الاجتماعية الإيجابية مع الآخرين- الاستقلالية، السيطرة على البيئة، الحياة الهادفة- النمو الشخصي).

وعند وصف البروفيل النفسي والاجتماعي للأطفال ذوي الإعاقة اللغوية من المهم أيضاً أن نضع في اعتبارنا التأثيرات التي ربما لها علاقة بجودة الحياة النفسية المدركة. فقد خلصت نتائج البحوث السابقة والتي ركزت على العلاقة بين التفاعل بين الأقران والإدراك الذاتي أن الأطفال الذين لديهم ضعف في علاقاتهم بالأقران ومرفوضين من قبل شركائهم يدركون ذواتهم بصورة سلبية (Boivan & Begin, 1989). بالإضافة إلى قصور واضح في مهارات التواصل الاجتماعي، كما يدركون أنفسهم على أنهم أقل مرغوبة في المحادثات التشاركية (Hadley & Rice, 1991) ، كما أنهم يعانون من الرفض من قبل الأقران (Fujiki, et al, 1999; Fujiki, et al, 1999) . علاوة على ذلك، ونتيجة للقصور اللغوي الذي يعاني منه هؤلاء الأطفال غالباً ما يواجهون صعوبات في الأداء الأكاديمي والقدرة على الإنجاز وانخفاض الثقة بالنفس (Glenn & Smith, 1998; Jerome et al, 2002; McAndrew, 1999) أسمته (Rice, 1993, 155) بالمسار الاجتماعي السلبي Negative social spiral الذي يؤدي في النهاية إلى تدني في مستوى جودة الحياة النفسية لدى هؤلاء الأطفال.

ومن هنا أصبح من الضروري القيام بعملية التدخل العلاجي بفتياته المختلفة لتعزيز وتحسين المهارات اللغوية لدى هؤلاء الأطفال مما يساعدهم على التواصل الاجتماعي والقدرة على تعميم ونقل هذا التحسن إلى المواقف الاجتماعية الأخرى، والاستعمال التلقائي وفهم اللغة في المواقف، ويمكن أن تركز عملية التدخل على الجوانب التالية:

- استخدام المثيرات البيئية المحيطة بالطفل وتوظيفها في إثراء لغته.
- التدريبات اللغوية المباشرة باستخدام استراتيجيات التدخل السريع (مثير.... استجابة..... تعزيز).
- التخطيط لبرامج التدخل اللغوي بإعداد المواقف والسياقات المثالية لتعلم اللغة.
- خلق فرص للتواصل الاجتماعي الفعال مع الآخرين.
- تقديم أنشطة لغوية تستثير اهتمام الطفل بطريقة مشوقة.

وهو ما يؤدي في النهاية وفق ما أشار إليه (Alison Ross et al, 2006) إلى إحساس الطفل بالكفاءة والثقة في نفسه والمشاركة في الأنشطة اليومية والدخول في محادثات مع الآخرين والقدرة على بدء المحادثات وإنهائها، والاتزان الانفعالي، مما يرفع من تقدير الطفل لذاته ويساعده على النجاح في التواصل مع الآخرين، بالإضافة إلى تحسين قدرة الطفل على التوافق النفسي والاجتماعي والاندماج الاجتماعي، والميل إلى تفضيل إقامة علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين مما يسهم في تحسين جودة الحياة النفسية بمكوناتها ويمكن تمثيل التأثير المتوقع للتدخل العلاجي على جودة الحياة النفسية وفق التصور التالي:



شكل (13) تصور مقترح لمدى تأثير التدخل العلاجي في خفض حدة الإعاقة اللغوية وتحسين جودة الحياة النفسية

في ضوء هذا التصور يمكن القول إن هناك علاقة وثيقة بين المتغيرات البحثية التي تتضمنها الورقة الحالية وهي جودة الحياة النفسية والإعاقة اللغوية، وأن كل منهما يؤثر ويتأثر بالآخر على النحو الذي سبق ذكره، فإنه ومن المتوقع أن التدخل العلاجي المقترح سيعمل على خفض حدة الإعاقة اللغوية وتحسين مهارات التواصل وتحسين توافق الفرد وبالتالي تحسين مستوى جودة الحياة النفسية لديه.

وأخيراً، يؤكد العديد من الباحثين على أن التدخل في منطقة العلاقة بين اللغة وجودة الحياة النفسية يجب أن يتضمن التدخل المباشر وغير المباشر بحيث لا يقتصر على أحدهما دون الآخر، حيث يركز التدخل المباشر على خفض حدة الإعاقة اللغوية وتحقيق التواصل، بينما يركز التدخل غير المباشر على تحسين الحالة الانفعالية وجودة الحياة النفسية (Cruice et al, 2003).

#### سابعاً: مقترحات لتحسين جودة الحياة النفسية لدى الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية:

- 1- مساعدة الطفل على زيادة تحكمه في ذاته وبيئته.
- 2- التعرف على الوسائل التي تزيد من الرضا عن كثير من جوانب حياته.
- 3- مساعدة الطفل على تحسين قدرته على السيطرة الذاتية على جوانب عجزه أو قصوره.
- 4- تنمية مهارات الإدارة الذاتية لدى الفرد أو الفعالية في تحسين القدرة على تحمل المسؤولية.
- 5- تحسين قدرة الطفل على المشاركة بفعالية في الأنشطة المدرسية والاجتماعية لتحسين حالته النفسية.
- 6- مراقبة وتقييم الحالة النفسية والصحية للطفل.
- 7- التدخل العلاجي المبكر إن لزم الأمر لتحسين جودة حياة الطفل النفسية.
- 8- تدريب المهارات الاجتماعية لزيادة ثقة الطفل في ذاته.
- 9- تحسين الظروف الأسرية لتأثيرها على جودة حياة الطفل النفسية.



- 10- مساعدة الطفل على التكيف بمساعدتهم على إعدام تقييم مدى ونوعية مشاركتهم الاجتماعية مع الآخرين.
- 11- مساعدة الطفل على البحث عن اهتمامات وعلاقات اجتماعية جديدة .
- 12- يجب على أخصائي علاج أمراض اللغة والكلام ألا يقتصر في تدخله على تحسين مهارات تواصل الطفل مع الآخرين ولكن أيضاً تعزيز ومساندة اندماجه في التدريب والتعليم وتزويدهم بالعلاقات الاجتماعية الضرورية لتحسين جودة حياته النفسية.

### ثامناً: خاتمة واستخلاصات عامة:

بناءً على ما سبق يمكن القول إن هناك علاقة وثيقة بين المتغيرات البحثية التي تتضمنها الورق الحالية وأن كل منهما يؤثر ويتأثر بالآخر، فإذا كان هدفنا الأساسي نحن الآباء والمعلمين هو تحسين جودة الحياة النفسية لأبنائنا وتلاميذنا فإنه يجب علينا مساندهم وتقديم الدعم المادي والمعنوي وأن نتواصل معهم ونحس بإحساسهم ونشاركهم آمالهم وطموحاتهم وتطلعاتهم ونرى الحياة من منظورهم الشخصي أو الذاتي لا من منظورنا نحن. وقتها فقط يمكن أن نتفهم مسار نموهم وما يؤثر في تكوينهم النفسي والعقلي والاجتماعي وربما يكون ما قدم في هذه الورقة من أفكار هو بمثابة إلقاء حجر في الماء الراكد للفت انتباه الآباء وتوجيه اهتمامهم نحو تنشئة أبنائهم ورعايتهم كما ينبغي أن يكون لا وفق ما هو سائد أو كائن.

## تاسعاً المراجع

### المراجع العربية:

1. أحمد عكاشة (2007). جودة الحياة والنسيج الاجتماعي. ورقة مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر السنوي الخامس للمركز المصري للعلوم الطبية بالاشتراك مع، جامعة الأزهر وعنوانه: "نحو أعصاب سليمة". المنعقد في الفترة من 3 إلى 4 مايو 2007. متاح على الموقع الإلكتروني التالي: <http://arrietty.maktoobblog.com/?post=309353> آخر زيارة للموقع في تمام الساعة السادسة يوم السبت 2007/8/18.
2. أماني عبد المقصود عبد الوهاب (2006). السعادة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من المراهقين من الجنسين. مجلة البحوث النفسية والتربوية، السنة الثانية والعشرين، العدد الثاني، ص ص: 253-307.
3. صفاء محمد الغرباوي (2005أ). فاعلية التدخل الإرشادي النفسي الوقائي في تنمية أبعاد نموذج مربع الصحة. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية البنات، جامعة عين شمس.
4. صفاء محمد الغرباوي (2005ب). دراسات جديدة. النشرة الإعلامية لرابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم). رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، القاهرة، العدد (91)، ص ص: 12-14.
5. محمد السعيد أبو حلاوة (2007). المرونة النفسية: تعريفها، أبعادها، وبرامج تنميتها. سلسلة علم النفس الإيجابي (4). (قيد النشر).
6. محمد عبد العظيم الخيمي (2008). مدى فعالية الإرشاد غير المباشر في تنمية بعض الجوانب الإيجابية في الشخصية لدى عينة من طلبة الجامعة. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة سوهاج.
7. محمد نجيب الصبوة (2001). ولنا كلمة - رئيس التحرير. دراسات نفسية. تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية. القاهرة. المجلد 11، العدد 3، ص ص: 335-336.
8. مصطفى خليل الشرقاوي (1999). مقياس جودة الصحة النفسية. مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد (84)، ص ص: 111-127.

### المراجع الأجنبية

9. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
10. American Speech-Language-Hearing Association. (1993). Definition of communication disorders and variations. ASHA, 35(Supplement C10), 40-41.
11. Arnold, R. et al. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. **Quality of Life Research**; 13:883-896.
12. Beitchman, J.H. (1985). Speech and language impairment and psychiatric risk. **Psychiatric Clinics of North America**, 8, (4), 721-734
13. Bishop, M., & Feist-Price, S. (2001). Quality of life in rehabilitation counseling: Making the philosophical practical. **Rehabilitation Education**, 15 (3), 201-212.
14. Boyle, M. M., & Busch, R. C. (2005). Effects of Aphasia Group Treatment on Conversation and Psychosocial Well-Being. **Annual American Speech-Language-Hearing Association Convention** November 18, 2005 San Diego, CA.
15. Bradburn, N. (2001). **The Structure of Psychological Well-Being**. Chicago: Aldine Publishing Company.
16. Brinton, B., & Fujiki, M. (1999). Social interactional behaviors of children with specific language impairment. **Topics in Language Disorders**, 19,(2), 49-69.

17. Brinton, B., Fujiki, M., Spencer, C., & Robinson, L. A. (1997). The ability of children with specific language impairment to access and participate in an ongoing interaction. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 40, 1011–1025
18. Carol, D. R.(1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 57(6), Dec 1989, 1069-1081.
19. Craig, H. K. (1993). Social skills of children with specific language impairment: Peer relationships. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 24, 206–215.
20. Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L., & Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology, Special Issue*, 17,(3), 333-353.
21. Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L.,& Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Physiology*.
22. Diener,E., & Diener, M. (1995). Cross cultural correlates of life satisfaction and self esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*. 68,653-663.
23. Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. E. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
24. Diener,E.,& Diener,M.(1995). Cross cultural correlates of life satisfaction and self esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*. 68,653-663.
25. Driscoll. A. K.(2007). Academic Resilience among Low SES High School Students. University of California, Press. Available at: <http://paa2006.princeton.edu/download.aspx?submissionId=61572>.
26. Edmunds,L., & Stewart-Brown,S.(2002). **Assessing Emotional and Social Competence in Primary school and Early Years Setting: A Review of Approaches**, Issues and Instruments. Health Services Research Unit.
27. Gallagher, T. (1993). Language skill and the development of social competence in school-age children. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 24, 199–205.
28. Gilman, R., Easterbrooks, S., & Frey, M. (2004). A preliminary study of multidimensional life satisfaction among deaf/hard of hearing youth across environmental settings. *Social Indicators' Research*, 66, 143-166.
29. Glenn, E. E., & Smith, T. T. (1998). Building self-esteem of children and adolescents with communication disorders. *Professional School Counseling*, 2, 39–46.
30. Hadley, P. A., & Rice, M. L.(1991). Conversational responsiveness of speech- and language-impaired preschoolers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34,1308-1317.
31. Hilari, K; Byng, S; Lamping, L.D& Smith, C.S.(2003). Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39). Evaluation of Acceptability, Reliability, and Validity. *Stroke*. 34,1944-1950.
32. Jerome, A. C., Fujiki, M., Brinton, B., & James, S. L. (2002). Self-esteem in children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 700–714.
33. Kim,J.E & Moen,B.(2002). Human Psychological Wellbeing. *The Journals of Gerontology*, Series B. May 2002 v57 i3 pP212(11).
34. Luthar S. S, Cicchetti D., & Becker B (2000). Research on Resilience: Response to Commentaries. *Child Development*, 71,(3) , 573–575.
35. McAndrew, E. (1999). The relationship between self-esteem and language disordered children. *Child Language Teaching and Therapy*, 15, 219–232.

36. Masse, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Belair, S., & Battaglini, A. (1998b). The structure of mental health higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. **Social Indicators Research**, 45, 475-504.
37. Mental Health Foundation. (1999) **Bright futures: promoting the mental health of children**. London: The Mental Health Foundation Press.
38. Ministry of Education (2004). Graduation portfolio assessment and focus areas: a program guide. National Library of Canada. available at: [http://www.bced.gov.bc.ca/graduation/portfolio/moe\\_grad\\_portfolio\\_p1\\_p2.pdf](http://www.bced.gov.bc.ca/graduation/portfolio/moe_grad_portfolio_p1_p2.pdf)
39. Monaco, A.P. (2007). Multivariate linkage analysis of specific language impairment. **Annals of Human Genetics**, 71, 1-14.
40. Moriarty, K. (2006). quality of life. A Available at: [mapp.naccho.org/MAPP\\_Glossary.asp](http://mapp.naccho.org/MAPP_Glossary.asp).
41. Myers, D.G., & Diener, E. (1995). Who is happy? **Psychological Science**, 6, 10-19.
42. Nastasi, B. K., Varjas, K., Sarkar, S., & Jayasena, A. (1998). Participatory model of mental health programming: Lessons learned from work in a developing country. **School Psychology Review**, 27, 2, 260-276.
43. - Noreau, L., & Sheppard, R. J. (1995). Spinal cord injury, exercise and quality of life. **Sports Medicine**, 20, 226-250.
44. O'Grady, W. (2005). How children learn language . Cambridge: Cambridge University Press.
45. Radina, K. (2007). Six Ways to be Truly Well. A Available at: <http://kathyradina.com/art/art2.html>.
46. Records, L.N. & Tomblin, B.J. (1992) The Quality of Life of Young Adults With Histories of Specific Language Impairment. **American Journal of Speech-Language Pathology**, Vol.1 44-53 January 1992.
47. Rice, M. L. (1993). **Don't talk to him; he's weird: A social consequences account of language and social interactions**. In A. Kaiser & D. Gray (Eds.), *Enhancing children's communication: Research foundations for intervention* (pp. 139-158). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
48. Ross, A; Winslow, I; Marchant, P., & Brumfitt, S. (2006). Evaluation of communication, life participation and psychological well-being in chronic aphasia: The influence of group intervention. **Aphasiology**, Volume, 20, Issue, 5 May 2006 , pp: 427 - 448
49. Ruini, B & Fava, G. (2007). Improving Psychological Well-being In Schools. A New Preventive Strategy. The International Federation for Psychotherapy (IFP). Available at: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/57533.php>.
50. Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. **Journal of Personality and Social Psychology**, 69, 719-727.
51. Ryff, C, Love, G., Urry, H., Muller, D., Rosen\_Kranz, M., Friedman, E., Davidson, R., & Singer, B. (2006). Psychological Well-Being and Ill-Being: Do They Have Distinct or Mirrored Biological Correlates?. **Psychotherapy Psychosomatics**, 75, 85-95.
52. Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is It?: Exploration on the Meaning of Psychological Well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, 57, (6), 1069-1081.
53. Ryff, C., & Keyes, L. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. **Journal of Personality and Social Psychological**, 69, 4, 719-727.
54. Schalock, D. (1996). **Quality of Life Indicators: Executive Summary**. A Available at: <http://www.supportinc.com/Outcomes.htm>.

55. Schuele. M. C., & Hadley. A. P . (1999). Viewpoint :Potential Advantages of Introducing Specific Language Impairment to Families. **American Journal of Speech-Language Pathology**, 8, 11–22.
56. Stewart-Brown ,S(2000). Parenting ,well- being , health and disease. In Buchanan ,A.,& Hudson,B.(eds).Promoting Children’s Emotional Well-being. Oxford: Oxford University press
57. Tengland, P. (2001). **Mental Health: A Philosophical Analysis**. Kluwer Academic Publishers.
58. The General Education Centre(2007). Psychological well-being. The Hong Kong Polytechnic University Press. Available at: <http://www.polyu.edu.hk/~gec/gec256/reference.html>.
59. The Jacksonville Community Council (2007). Definition of quality of life. A Available at: [nydailynews.healthology.com/nydailynews/15836.htm](http://nydailynews.healthology.com/nydailynews/15836.htm)
60. Van Dierendonck. D,(2005). The Construct Validity of Ryff’s Scales of Psychological Well-Being and its extension with Spiritual well-Being. *Personality and Individual Differences*, 36, (3), 629-643
61. Willinger, U., Völkl-Kernstock, S., Neubauer, R.,& Eisenwort, B.(2001). **Verbal and non-verbal intellectual capacity in preschool-time and spelling and reading abilities in school-time among children with specific**