الكمالية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من الصم

إعداد

أ.د/ محمد إبراهيم الدسوقي
أستاذ علم النفس- كلية الآداب
جامعة المنيا

أ.م.د/ محمد رزق البحيري
أستاذ علم النفس المساعد
معهد الدراسات العليا للطفولة
جامعة عين شمس

أ. أية أحمد عبد العال مهران
ماجستير صحة نفسية وإرشاد نفسى

مقدمة:

تُعد مرحلة الطفولة من المراحل التي حظيت بالكثير من الاهتمام من العلماء والباحثين والدارسين لما لهذه المرحلة من أهمية قصوى في حياة الإنسان؛ حيث أنها تعتبر النواة الأساسية التي تشكل جميع جوانب شخصية الطفل وتحدد معالمه فيما بعد، وفي ظل الأهمية المتزايدة لمرحلة الطفولة وباعتبارها الأساس الذي يعتمد عليه كل مجتمع يحاول التقدم والاستقرار؛ فلقد أكدت معظم الدراسات النفسية والتربوية والاجتماعية أنه في هذه المرحلة تنمو قدرات الطفل ومواهبه وتتشكل جوانب شخصيته واستعداداته وانفعالاته وعاداته وتتضح ملامح قدراته علي التفاعل والتوافق مع الآخرين.

وتعد الإعاقة السمعية إحدى المشكلات التي اهتم بها علماء النفس والتربية والاجتماع والصحة لأن للإعاقة السمعية العديد من الآثار السلبية التي تؤثر علي الأطفال سواء داخل الأسرة أو المجتمع.

ويعاني الطفل المعاق من القصور في مهارات التواصل نتيجة القصور العضوي في الأداء الوظيفي للمخ، مما يؤدي إلى نقص قدرته علي التكيف مع البيئة المحيطة كما يتسم بالقلق نتيجة شعوره بتدني اعتبار الذات الناتج من شعورهم المستمر بعدم الكفاءة وعدم قدرته علي الاتصال بالآخرين.

وكثيرًا ما نجد من الأطفال المعاقين سمعيًا من يرغب في التغلب علي الإعاقة ويحاول إنجاز ما يطلب منه علي أكمل وجه، حيث يشعرون دائمًا بالقلق والخوف إذا نقص عمله، فهو يضع لنفسه معايير تكاد تكون من المستحيل الوصول إليها ورغم ذلك فإنهم لا يشعر بالسعادة وتقدير الذات، وهنا يبدأ الأصم في رحلة الإحساس الدائم بالقلق والشعور بالاكتئاب والذنب.(حسين علي فايد، ٢٠٠١: ٥١-٥٥)

وقد يحاول الأصم وضع معايير لنفسه غير واقعية وخاصة في مرحلة المراهقة لان الأصم يكون أكثر عرضة للانحرافات المعرفية السلبية والتي تؤدي إلى ومشاعر القلق والاكتئاب، حيث أثبتت بعض الدراسات أن الكمالية العصابية من العوامل المساهمة في زيادة معدل الانتحار لدي المراهقين والشباب، حيث يكون مصدر الضبط لدى الأصم الذي يحاول الوصول إلى الكمالية خارجي وليس داخلي، حيث فيقيم الأصم أداءه من وجهة نظر الآخرين، مما يساعد ذلك علي الشعور المستمر بحالة من عدم الراحة فيميل إلى الانطواء والاكتئاب لإحساسه الدائم ببعض الأخطاء في أداءه، ويري هاميك أن الكمالية هي أحدى صعوبات التوافق وتنبثق من وضع الفرد لنفسه مستويات غير واقعية يحارب ويناضل من اجلها ويقوم بتضخيم الفشل، بالإضافة إلى الانتباه الاختياري للسلبيات والميل إلى اعتبار الفشل الجزئي هو فشل تام، والنظر إلى أداء الفرد إما بالنجاح التام أو الفشل التام.

وقد اختلف الباحثون في تناولهم لمفهوم الكمالية سواء بشكل ايجابي أو بشكل سلبي فقد تناولها العديد علي أنها متغير يعبر عن سوء التوافق ويسبب كثيرًا من المشكلات النفسية والاجتماعية؛ فالكمالية هي رغبة عازمة وملزمة للأداء والإنجاز خوفًا من الشعور بالفشل والإحباط فيمكن أن تأخذ شكلاً تدميريًا أو ايجابيًا فقد تساعد الفرد علي وضع أهداف عالية واقعية يحاول الوصول إليها مما ينمي لديه الطموح وتأكيد الذات أو قد تؤدي إلى شك الفرد في قدراته.

مما سبق يتضح أن الكمالية من المشكلات التي قد تواجه الصم ولما تسببه من مشكلات واضطرابات علي المستويين النفسي والاجتماعي وخاصة في مرحلة المراهقة لما لها من دور مهم في توكيد الذات وبناء الشخصية وتحقيق الطموحات الخاصة بالطفل.

مشكلة الدراسة:

يُعد الاكتئاب من المشكلات النفسية المنتشرة لدي المراهقين حيث أثبتت الدراسات أن المراهقين هم الأكثر عرضة للاكتئاب، لتعرضهم للعديد من التغيرات النمائية التي قد تؤثر علي الشخصية، لذلك فان سعي المراهقين إلى الكمالية قد يؤدي إلى الاكتئاب، كما تشير اغلب الدراسات أن الاكتئاب يصل بين (٣-٦%) بين أطفال المدارس كما أن يظهر بمعدل اعلي لدى ضعاف السمع عن العاديين. (زينب شقير، ٢٠٠٢: ١٩٤)

لذلك ينبع الاهتمام بدراسة العلاقة بين الكمالية والاكتئاب لدى المراهقين من الصم والعاديين، وبناء عليه فقد أجريت هذه الدراسة للكشف عن العلاقة بين الكمالية والاكتئاب لدى عينة من الصم والعاديين.

وتثير مشكلة الدراسة التساؤلات الآتية:

١- هل توجد علاقة بين الكمالية والاكتئاب لدي عينه الدراسة من المراهقين الصم؟

٢- هل يختلف المراهقين الصم عن العاديين في الكمالية؟

٣- هل يتباين المراهقين الصم عن العاديين في الاكتئاب؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

١- الكشف عن العلاقة بين الكمالية والاكتئاب لدي عينة الدراسة من المراهقين الصم.

٢- بيان الفروق بين المراهقين الصم والعاديين في الكمالية.

٣- المقارنة بين المراهقين الصم والعاديين في الاكتئاب.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في خطورة المشكلة التي تتصدى لدراستها فمن الناحية النظرية:

- تحاول الدراسة الحالية أن تكشف عن العلاقة بين الكمالية والاكتئاب.
- تساعد الدراسة في معرفة الفروق بين الصم والعاديين علي درجة الاكتئاب.
- تساعد الدراسة في معرفة الفروق بين الصم والعاديين علي درجة الكمالية.

ومن الناحية التطبيقية:

- أن هذا البحث سيفيد عند إعداد برنامج لخفض الكمالية العصابية لدى الصم.
- أن هذا البحث سيوجه الانتباه الي الاهتمام بهذة الفئة .
- إعداد البرامج الارشادية لتجنب هذة الفئة للاضطرابات النفسية .

الاطار النظري ومفاهيم الدراسة:

١- الكمالية:

وعلي الرغم من اهتمام الباحثين بمفهوم الكمالية منذ أكثر من ٣٠ سنة إلا أنه لا يوجد تعريف محدد للكمالية، ويستوفي الباحث بعض التعريفات التالية علي النحو التالي:

الكمالية السوية هي الكفاح من أجل التفوق والنبوغ حيث يكون وضع الأهداف بناء علي قدرات الفرد وجوانب قوته وضعفه.

أما الكمالية العصابية: أنه الفرد الذي ينظر إلى مجهوداته وأعماله بأنها غير جيدة بالقدر الكافي علي الرغم من جودة هذا الأداء؛ فيها يضع الفرد لنفسه مستويات غير واقعية ويجاهد من أجل تحقيقها ويكون غير قادر عن الشعور بالرضا عن أدائه كما أنه لا يقدر علي الوصول المستوى الجيد الذي يستحق العناء. (أمال أباظة، ١٩٩٧: ١٩١-١٩٢)

التعريف الإجرائي :

محاول من الفرد للوصول إلى توقعات الآخرين منه من خلال فرض مجموعة من المستويات المرتفعة التي تتناسب ويعبر عنها إجرائيًا في استجابات الأفراد التي تعكس أدائهم وإحساسهم بالخطأ والدقة في الأداء وذلك علي مقياس الكمالية. (إعداد: الباحثة)

ويضع فروست خصائص الفرد الكمالي في الأبعاد الخمسة التالية:

١. الاهتمام الزائد بالأخطاء.
٢. المستويات العليا التي يضعها الفرد لنفسه.
٣. إدراكه لتوقعات الآخرين (الآباء والأمهات).
٤. إدراكه لنقد الآباء والأمهات.
٥. الشك في قدرته علي الأداء والتصرف في بعض المشاكل.

وأضاف فروست أنه من الصعب التمييز بين الفرد الكمالي السوي والعصابي، وقام بيتر سلاد بإدخال عامل الرضا ووجد أنه يرتبط ايجابيًا بالعصابية والانطوائية والذهان.

٢- **الاكتئاب:**

حالة من الحزن الشديد ينتج عن الظروف الأليمة، ويعبر عن شيء مفقود وإن كان يعبر عن المصدر الحقيقي لحزنه ويصحبه أعراض نفسية وجسمية، ومن أنواعه: الخفيف والبسيط والحاد والمزمن.(حامد زهران، ٢٠٠٣: ١٥١)

كما أنه حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر في الجانب الانفعالي لشخصية الفرد حيث تتميز باليأس الشديد والحزن. (فاروق مصطفي، ٢٠١١: ٣٥٦)

أعراض الاكتئاب:

- الأعراض المزاجية: وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات الوجدانية مثل: مزاج حزين معظم الوقت، والتشاؤم، والقلق، والتوتر، والشعور بالفشل، والأفكار الانتحارية.
- الأعراض الدافعية: وتتمثل في الأشكال السلوكية التي تشير إلى التوجه نحو الهدف فالناس المكتئبون غالبًا ما يعانون قصورًا في هذا المجال وقد يخبر البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل.
- الأعراض البدنية: تشير إلى الأعراض الجسمية التي ترتبط بالاكتئاب مثل: تغيرات في أنماط النوم والشهية، والاهتمام الجنسي، والإمساك، والشكوى من الاضطرابات الحشوية.
- الأعراض المعرفية: وتشير إلى قدرة الأفراد علي التركيز واتخاذ القرارات وكيفية تقويمهم لأنفسهم.(أسامة فاروق، ٢٠١١: ٣٥٦)

٣- **الصم:**

هم الأطفال الذين لديهم فقدان سمعي من ٧٠ ديسيبل وأكثر ويعيق فهم الكلام من الأذن وحدها باستعمال أو بدون استعمال السماعة الطبية. (علي بن حسن، ٢٠٠٩: ٢٤٦)

تركيب الأذن، أجزائها – وظائفها:

١) **الأذن الخارجية:**

تتكون الأذن الخارجية من ثلاثة أجزاء أهمها:

١- **الصيوان:** وهو الجزء الخارجي من الأذن ويتكون من أنسجة غضروفية مرنه ملتفة ويمتد الصيوان إلى داخل قناة الأذن الخارجية بشكل أنبوبي مغطيًا الثلث الأول (٨ ملليمتر من القناة) وتتمثل وظيفة الصيوان في:

- تحديد اتجاه ومصدر الصوت
- تجميع الموجات الصوتية وتركيزها وتوجيهها إلى داخل الأذن عبر القناة السمعية الخارجية ومن ثم إلى غشاء الطبلة.
- حماية الأذن الداخلية من أي أشياء غريبة قد تدخل فيها.

٢- **قناة الأذن الخارجية:** وهي عبارة عن أنبوب يبلغ طولها ٢,٥ وتبدأ من الصيوان وتنتهي بطبلة الأذن حيث الأذن الوسطي.

وتتكون قناة الأذن الخارجية من جزئين هما: الجزء الخارجي وهو مكون من مادة غضروفية، والجزء الداخلي مكون من مادة عظمية ولا يوجد بها غدد أو شعيرات.

وقناة الأذن الخارجية منحنية ومتفاوتة الاتساع فهي ضيقة من الداخل ومتسعة من الخارج لأن هذا الشكل يعرقل وصول الأجسام الغريبة إلى غشاء الطبلة.

وتتمثل وظيفة قناة الأذن الخارجية فيما يلي:

- حماية الأذن من الأجسام الخارجية التي قد تدخل فيها، حيث ان جدار القناة يمتلئ بالعديد من الشعيرات والخلايا التي تفرز مادة شمعية تمنع وصول الأتربة والأجسام الغريبة إلى الداخل.
- تمنع المادة الشمعية جفاف وتشقق الجلد.
- توقف المادة الشمعية من نمو الميكروبات.

٣- **غشاء الطبلة:** يقع غشاء الطبلة في نهاية قناة الأذن الخارجية، ويفصل غشاء الطبلة بين الأذن الخارجية والأذن الوسطي وغشاء الطبلة عبارة عن غشاء جلدي رقيق ذي سطح مخروطي بطول (٨-٩) مم ويتكون من ثلاث طبقات ذات الأنسجة المختلفة.

وتتمثل وظيفة غشاء الطبلة (طبلة الأذن) فيما يلي:

- حماية الأذن الوسطي.
- تحويل الطاقة الموجبة للصوت إلى طاقة اهتزازية.

٢) **الأذن الوسطي:**

وهي عبارة عن تجويف يقع بين الأذن الخارجية والأذن الداخلية، وتبدأ الإذن الوسطي من غشاء الطبلة التي تشترك فيها مع الأذن الخارجية وتعد الجدار الخارجي لها.

وتتكون الإذن الوسطي من:

١- **العظيمات الثلاث:**

وهي عبارة عن ثلاث عظيمات صغيرة هي المطرقة والسندان والركاب وأطلقت عليها هذه الأسماء بسبب أشكالها.

٢- **المطرقة:**

وهي تتمثل بالسطح الداخلي لغشاء الطبلة. حيث تتأثر باهتزاز غشاء الطبلة فتهتز بدورها وتنتقل تلك الاهتزازات إلى السندان الذي يتصل بها الغضاريف المرنة

٣- **الركاب:**

يتصل الر كاب بالسندان، كما يتصل بالنافذة المستديرة للأذن الداخلية، ويلاحظ أن سطح الركاب اصغر بكثير من سطح الطبلة، مما يزيد من تركيز الضغط والقوة علي السائل التيهي بالأذن الداخلية.

وتتمثل وظيفة العظيمات الثلاث فيما يلي:

- تكبير وزيادة شدة الصوت.
- تحويل الطاقة الصوتية إلى طاقة حركية وتنتقل هذه الحركة إلى الأذن الداخلية. وتنتقل هذه الحركة إلى السائل الموجود بالأذن الداخلية عبر النافذة المستديرة التي تربط بين الأذن الوسطي والأذن الداخلية.

٤- **قناة استاكيوس:**

وهي عبارة عن قناه تصل بين الأذن الداخلية وبين التجويف البلعومي الأنفي، ويتراوح طولها بين (٣-٤) سم، ويتم فتحها وغلقها عن طريق البلع وحركة الفم.

وتتمثل وظيفة قناة استاكيوس فيما يلي:

- منع وتخليص الأذن من السوائل التي قد تتسرب إليها فتعوق حركة العظيمات الثلاث (المطرقة، السندان، الركاب) مما يؤدي إلى تسهيل حركة العظيمات.
- حفظ الضغط علي جانبي الطبلة (بين الأذن الوسطي والداخلية).

٣) **الأذن الداخلية:**

وتتكون الأذن الداخلية من:

١- **القوقعة:**

تقع القوقعة في تجويف عظمي علي جانبي الجمجمة وطولها (٣٥ مم) وسميت بالقوقعة بسبب شكلها الخارجي المشابه للقوقعة ويأتي التفافها علي شكل حلزوني مدبب من الأعلى وعريض من الأسفل، وتلتف بشكل دائري حول نفسها مرتين ونصف المرة وقشرة القوقعة مكونة من مادة عظمية رفيعة.

وتحتوي القوقعة علي آلاف من الخلايا الشعرية ذات الصلة بالعصب السمعي يطلق علها عضو السمع وهو العضو الحسي السمعي الذي يحتوي علي خلايا عديدة ولكن من أهم الخلايا الموجودة داخل هذا الجسم خلايا تسمي بالخلايا الشعرية، وتنقسم الخلايا الشعرية

إلى قسمين رئيسين: خلايا شعرية داخلية وخلايا شعرية خارجية وفي كل جسم من أجسامها ثلاث خلايا شعرية خارجية وخلية شعرية داخلية واحدة.

وسميت الخلايا بهذا الاسم لأن في طرفها العلوي شعيرات صغيرة استشعارية للحركة. وتختلف الخلايا الشعرية الداخلية عن الخارجية بشكل الشعيرات وعددها, وفي قاعدة كل خلية شعرية نقطة اتصال من العصب السمعي.

ويوجد عصب وارد وعصب صادر من كل خلية ومتصل بالعقدة العصبية للعصب السمعي في منطقة قريبة وملاصقة للقوقعة ويتوقع أن تحتوي القوقعة علي ٤٠٠٠ خلية شعرية داخلية و١٢٠٠٠ خلية خارجية.

وتتمثل وظيفة القوقعة فيما يلي:

- تقوم القوقعة بحل شفرة الصوت وتحليله إلى مكوناته من ذبذبات صوتية، وهذه تنبه مواقع معينة بالجهاز العصبي السمعي لتقوم بتحويل تلك الذبذبات إلى موجات كهربية تنبه بدورها إلى مواقع محددة في المراكز الاعلي بجذع المخ.

٢-القنوات الدهليزية:

وهي عبارة عن ثلاثة قنوات شبه دائرية متصلة ببعضها وتتصل بالقوقعة من جهة، وبالعصب السمعي من جهة أخرى.

وتمتلئ القوقعة والقنوات الدهليزية بالسائل التيهي الذي يضطلع بمهمتين أساسيتين هما:

١. حفظ توازن الفرد، إذ توجد بالقنوات الدهليزية خلايا حسية يتم تنبيها عندما يتحرك السائل التيهي، وترتبط حركة السائل التيهي بحركة جسم الإنسان في الاتجاهات المختلفة، حيث تقوم الخلايا العصبية الحسية بتنبيه المخ إلى وضع الجسم، فيرسل المخ إشارات عصبية إلى عضلات الجسم لتعمل علي حفظ اتزان الجسم.

٢. تحويل الطاقة الحركية للسائل- الناتجة عن حركة أجزاء الأذن الوسطي إلى نبضات عصبية.

ويوضح (محمد عبد الحي، ٢٠٠١) أن الإعاقة السمعية هي تلك الحالة التي يعاني منها الفرد نتيجة لعوامل وراثية أو خلقية أو بيئية مكتسبة من قصور سمعي يترتب عليها آثار اجتماعية أو نفسية أو الاثنين معًا تحول بينه وبين تعلم أداء بعض الأنشطة

الاجتماعية التي يؤديها الطفل العادي بدرجة كافية من المهارات، وقد يكون ذلك القصور السمعي جزئيًا أو كليًا، شديدًا أو متوسطًا أو ضعيفًا، وقد يكون مؤقتًا أو دائمًا.

تصنيفات الإعاقة السمعية:

تم تصنيف الإعاقة السمعية من وجهات نظر متعددة لعل من أهمها وجهتي النظر الفسيولوجية والتربية، وهما وجهتان مكملتان لبعضهما البعض فوجهة النظر الفسيولوجية تقوم علي أساس كمي تتحدد من درجة الفقدان السمعي بوحدات صوتية معينه تسمي الديسيبل، أما التربوي فيقوم علي أساس وظيفي إلى درجات فقدان السمع من حيث مدى تأثيرها علي فهم الكلام واستعداد الطفل بتعلم اللغة والكلام ومدى ما يترتب علي ذلك من احتياجات تربوية خاصة.

١) **التصنيف الطبي:**

تصنف أنواع الصمم علي أساس التشخيص الطبي وتبعا لطبيعة الخلل الذي قد يصيب الجهاز السمعي:

١- **فقدان سمعي توصيلي:**

ويحدث هذا النوع عندما تعوق اضطرابات الأذن الخارجية أو إصابة الأجزاء الموصلة للسمع بالأذن الوسطي كالمطرقة السندان أو الركاب فهي عمل نقل الموجات أو الذبذبات الصوتية التي يحملها الهواء إلى الأذن الداخلية ومن ثم وصولها إلى المخ ومن أمثلة هذه الاضطرابات والإصابات حدوث ثقب في طبلة الأذن، ووجود التهابات صديدية أو غير صديدية وأورام في الأذن الوسطي أو تيبيس عظمتيها وتكدس المادة الشمعية الدهنية بكثافة في قناة الأذن الخارجية وعادة ما يكون القصور السمعي عن الصمم التوصيلي بسيطًا أو متوسطًا، حيث لا يفقد المريض في الغالب أكثر من (٤٠) وحدة صوتية إلا في حالات نادرة ويمكن علاج هذا النوع من الصمم عن طريق بعض الإجراءات الجراحية لإزالة الرشح خلف طبلة الأذن باستخدام بعض المضادات الحيوية المناسبة تحت إشراف طبيب متخصص كما تغير المعينات السمعية كالسماعات المكبرة في علاج هذا النوع من الصمم.

(أسامة فاروق، ٢٠٠٩ : ١٤)

٢- **فقدان سمعي حسي عصبي:**

وينتج هذا النوع من الإصابة في الأذن الداخلية أو حدوث تلف في العصب السمعي الوصل للمخ مما يستحيل معه وصول الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية مهما بلغت شدتها أو وصولها محرفة وبالتالي عدم إمكانية قيام مراكز الترجمة في المخ لتحويلها إلى نبضات عصبية سمعية.

وعدم تفسيرها عن طريق المركز العصبي السمعي ومن بين أهم أسباب هذا النوع من الصمم الحميات الفيروسية والميكروبية التي تصيب الطفل قبل أو بعد الولاية واستخدام بعض العقاقير الضارة بالسمع.

وهذا النوع قد يكون وراثيا من الوالدين أو خلقيا نتيجة إصابة الأم بالحصبة الألمانية أو الالتهاب الحمي أثناء الحمل وقد ينتج عن ملابسات عملية الولادة ذاتها كنقص الأكسجين أو الإصابة، كما قد ينتج عن إصابة الطفل في طفولته المبكرة بالحمى أو تعرض الأذن الداخلية لبعض الأمراض أو تعرض قوقعة الأذن للكسر أو التشقق أو تعرض الفرد فترة طويلة لأصوات مرتفعة ومن الصعب علاج هذا النوع نظرا للتلف المباشر في الألياف الحسية والعصبية.(عبد العزيز الشخص، ٢٠١٥: ٢٨)

٣- **صمم مركزي:**

يرجع إلى إصابة المركز السمعي بالمخ بخلل مما لا يتمكن معه من تمييز المؤثرات السمعية أو تفسيرها وهو من الأنواع التي يصعب علاجها.

٤- **صمم مختلط أو مركب:**

هو عبارة عن خليط من أعراض الصمم التوصيلي والصمم الحسي العصبي ويصعب علاج هذا النوع نظرا للتداخل بين أسبابه وأعراضه حيث إذا ما أمكن علاج ما يرجع منها إلى الصمم التوصيلي فقد يبقي الاضطراب السمعي علي ما هو عليه نظرًا لصعوبة علاج النوع الحسي العصبي.

٥- **صمم هستيري:**

يرجع هذا النوع إلى التعرض لخبرات وضغوط انفعاليه شديدة صادمة وغير طبيعية.

(جمال محمد، ٢٠١٤: ٢٧-٣٠).

٢) **التصنيف حسب وقت حدوث الإعاقة:**

١- **إعاقة سمعية قبل اللغة:**

وهي تحدث قبل اكتساب الطفل للغة وقد يكون ولاديًا أو مكتسبًا في مرحلة عمرية مبكرة أو يصاب بها الطفل خلال الخمس سنوات الأولى وذلك قبل تكون الحصيلة اللغوية تمكنه من فهمة للكلام وممارسته وهنا تعد الإعاقة السمعية مسببا لاضطرابات النطق والكلام لدى الفرد، والطفل في هذه الحالة يحتاج إلى أن يتعلم بصريًا أو بقراءة المادة المكتوبة.

٢- **إعاقة ما بعد اللغة:**

وهي التي تحدث بعد اكتساب المهارات اللغوية وقد تحدث فجأة أو تدريجيًا علي فترة زمنية طويلة وهو ما يسمي بالصمم المكتسب فهو لا يؤثر علي اضطرابات النطق إنما يعتمد علي شدة الصمم وسرعة حدوثه وشخصية الفرد وذكاءه ونمط حياته.

كما تشير دراسة (Thompson,1994) أن الصمم الذي يحدث قبل اكتساب اللغة يرتبط ارتباطًا شديدًا مع صعوبات شديدة في النمو المعرفي والاجتماعي واللغوي والنفسي أما الصمم، الصمم الذي يحدث بعد اكتساب اللغة يرتبط ايجابيًا مع النمو المعرفي والاجتماعي والنفسي واللغوي. (K.eliseen Allen, 2001: 36)

ويرى كلا من هيوا واورلانسكي (١٩٩٢) أن يصنف الصمم ايتولوجيا إلى نوعان وفقا لوقت حدوث الإعاقة السمعية.

١. **صمم فطري خلقي:** وهم الذين ولدوا ولديهم صمم.

٢. **صمم عارض أو مكتسب:** وهم أولئك الأطفال الذين ولدوا عاديين ثم تم إصابتهم بالصمم منذ لحظة الميلاد أو بعدها مباشرة قبل اكتسابهم اللغة أو في سن الخامسة بعد اكتسابهم للغة وذلك للإصابة بمرض ما أو حادث ما.

٣. **ثقيلو السمع:** هم أولئك الذين لديهم قصور سمعي وهنا حاسة السمع تؤدي وظيفتها بدرجة ما وهنا يمكنهم تعلم اللغة باستخدام المعينات السمعية أو بدونها.

(عبد الرحمن سيد، ١٩٩٩: ٧٥)

٣) **التصنيف الفسيولوجي:**

يركز الفسيولوجيون في تصنيفهم للإعاقة السمعية علي درجة الفقدان السمعي لدى الفرد والتي يمكن قياسها بالأساليب الموضوعية أو المقاييس السمعية لتحديد عتبة السمع

التي يستقبل المفحوص عندها الصوت وعلي ضوء ذلك يمكن تحديد نوعية ودرجة الإعاقة السمعية ويستخدمون ما يسمي بالوحدات الصوتية والهرتز أو ترددات الصوت لقياس مدى حساسية الأذن ويستدل من عدد الوحدات الصوتية علي مدى ارتفاع الصوت أو انخفاضه فكلما زاد عدد هذه الوحدات كان الصوت واضحًا وعاليًا وقويًا والعكس صحيح، ومن أمثلة هذه التصنيفات ما أورده كل من تيلفورد وساوري:

١- فقدان سمعي خفيف: تتراوح درجاته ما بين (٢٠: ٣٠) ديسبل ويعد من يعانون من هذه الدرجة من القصور السمعي فئة بيئية أو فاصلة بين ذوي السمع العادي وذوي السمع الثقيل ويمكنهم تعلم اللغة والكلام عن طريق الأذن عادة.

٢- فقدان سمعي هامشي: تتراوح درجاته ما بين (٣٠: ٤٠) ديسبل ومع أن أفراد هذه الفئة يعانون بعض صعوبات في سماع الكلام ومتابعة ما يدور حولهم من أحاديث عادية، إلا أنه يمكنهم الاعتماد علي أذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة.

٣- فقدان سمعي متوسط: تتراوح درجاته ما بين (٤٠: ٦٠) ديسبل ويعاني أصحاب هذه الدرجات من الفقدان السمعي من صعوبات اكبر في الاعتماد علي أذانهم في تعلم اللغة ما لم يعتمدوا علي بصرهم كحاسة مساعدة وما لم يستخدموا بعض المعينات السمعية المكبرة للصوت كالسماعات ويحصلوا علي التدريب السمعي اللازم.

٤- فقدان سمعي شديد: تتراوح درجته ما بين (٦٠: ٧٥) ديسبل ويحتاج أفراد هذه الفئة إلى خدمات خاصة لتدريبهم علي الكلام وتعلم اللغة حيث يعانون من صعوبات كبيرة في سماع الأصوات وتمييزها حتى لو من مسافة قصيرة إضافة إلى عيوب في النطق ويعدون صما من وجهه النظر التعليمية.

٥- فقدان سمع عميق: تبلغ درجته (٧٥) ديسبل فأكثر وأفراد هذه الفئة لا يمكنهم في اغلي الأحوال فهم الكلام وتعلم اللغة سواء بالاعتماد علي أذانهم أو حتى باستخدام المعينات السمعية. (عبد العزيز الشخص، ٢٠١٥: ٢٧).

٤) التصنيف في ضوء الاحتياجات التربوية.

الطفل الأصم:

ويوضح محمد عبد الحي (٢٠٠١) أن الإعاقة السمعية هي تلك الحالة التي يعاني منها الفرد نتيجة لعوامل وراثية أو خلقية أو بيئية مكتسبة من قصور سمعي يترتب عليها أثار اجتماعية أو نفسية أو الاثنين معا تحول بينه وبين تعلم أداء بعض الأنشطة الاجتماعية التي يؤديها الطفل العادي بدرجة كافيه من المهارات، وقد يكون ذلك القصور السمعي جزئيًا أو كليًا، شديدًا أو متوسطًا أو ضعيفا وقد يكون مؤقتا أو دائمًا.

(طارق عبد الرحمن، ٢٠١٠: ١٩)

ويعرض عادل الاشول تعريفًا مؤداه أن الأطفال الصم هم الأشخاص الذين يعانون من نقص أو إعاقة في حاستهم السمعية بصورة ملحوظة، لدرجة أنها تعوق الوظائف السمعية لديهم، وبالتالي فإن تلك الحاسة لا تكون الوسيلة الأساسية في تعلم الكلام واللغة لديهم.

ويذكر عبد العزيز الشخص (١٩٨٥) أن الشخص المعاق سمعيًا هو من حُرم من حاسة السمع منذ ولادته أو قبل تعلمه الكلام إلي درجة تجعله- حتى مع استعمال المعينات السمعية – غير قادر علي سماع الكلام المنطوق، ومضطرًا لاستخدام الإشارة أو لغة الشفاه أو غيرها من أساليب التواصل.

أولئك الأشخاص الذين يولدون ولديهم فقدان سمع مما يترتب عليه عدم استطاعتهم تعلم اللغة والكلام.أولئك الأشخاص الذين أصيبوا بالصمم في طفولتهم قبل اكتساب اللغة والكلام. أولئك الذين أصيبوا بالصمم بعد تعلم اللغة والكلام مباشرة لدرجة أن آثار التعلم قد فقدت بسرعة.(سهير كامل، ٢٠١١: ٢٨٠)

كما أنهم هم الذين فقدوا حاسة السمع لأسباب وراثية أو مكتسبة سواء منذ الولادة أو بعدها الأمر الذي يحول بينه وبين زملائه في متابعة الدراسة وتعلم خبرات الحياة وتعلم خبرات الحياة مع أقرانه العاديين وبالطرق العادية لذا فهو في أمس الحاجة إلى التأهيل يناسب قصوره الحسي. (طارق عبد الرؤوف، ٢٠٠٥: ٣١)

فالصمم: يشير إلى فقدان السمع الشديد حين أن الأفراد غير قادرون علي القيام بعملية التحدث اللغوي حتى باستخدام المعينات السمعية. (K.eliseen Allen, 2001: 27)

كما يرى سلومان وآخرون (١٩٨٧) أن الأصم هو: ذلك الشخص الذي يعوقه عدم السمع عن فهم الكلام عبر الأذن فقط باستخدام أو بدون استخدام المعينات السمعية.

كما يعرف عبد الرحمن سليمان (١٩٩٥) الأصم هو: ذلك الفرد الذي يعاني من اختلال في الجهاز السمعي يحول بينه وبين اكتساب اللغة بالطرق العادية وان مثل هذا الفرق يكون في قد فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام أو الذي فقدها بمجرد تعلم الكلام نتيجة لحدوث عطل فيها.

كما تعرفه زينب شقير (١٩٩٩) هو: ذلك الطفل الذي فقد القدرة علي الكلام في الثلاث سنوات الأولى من عمره الأمر الذي أدى إلى عدم قدرته علي اكتساب اللغة.

كما عرفه عبد العزيز الشخص هو: الذي فقد حاسة السمع منذ الميلاد أو قبل تعلم الكلام، بدرجة لا تسمح له بالاستجابة الطبيعية للأغراض التعليمية والاجتماعية في البيئة السمعية إلا باستخدام طرق تواصل خاصة.

كما يعرفه أيضا: هو ذلك الطفل الذي حرم من حاسة السمع منذ الميلاد أو من فقدها قبل تعلم الكلام أو بمجرد تعلم الكلام لدرجة أن أثار التعلم فقدت بسرعة.

كما تعرفه منظمة الصحة العالمية هو: ذلك الطفل الذي ولد فاقدًا حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق مستحيلاً مع أو بدون المعينات السمعية، هو الطفل الذي فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام أو الذي فقدها بمجرد أن تعلم لدرجة أن أثار التعليم فقدت بسرعة فهو يعاني عجزا أو اختلال يحول بينه وبين الاستفادة من حاسة السمع لأنها معطلة لديه، ولذلك فهو لا يستطيع اكتساب اللغة بالطريقة العادية.

كما يعرف محمد فتحي (٢٠٠١) الطفل الأصم هو: لن يكون قادرًا عن التخلي عن لغة الإشارة، ولا يتم لديه تلقائيا نظم الإيماءات والإشارات في التواصل.

وبذلك يتفق عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدمياطي(١٩٩٢) ومحمد فتحي (٢٠٠١) في أن الطفل الأصم هو: من تعدت لديه درجة فقد السمع عن (٩٠) ديسبل فأكثر مما يحول دون اعتماده علي حاسة السمع في فهم الكلام وان لغته لن تنمو عن طريق القناة السمعية وحدها بل يعتمد نموها علي قنوات حسية أخرى مثل البصر وغيره من الحواس.

كما يرى عبد المطلب القريطي (٢٠٠١) أن الأطفال الصم هم أولئك الأطفال الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع في أغراض الحياة العادية سواء من ولد منهم فقدين السمع تمامًا، أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد علي أذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة أو من أصيبوا بالصم في طفولتهم المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة أو من أصيبوا بالصم في طفولتهم

المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة أو من أصيبوا بفقدان السمع بعد تعليمهم الكلام مباشرة لدرجة أن أثار هذا التعلم قد تلاشت تماما مما يترتب عليه افتقاد المقدرة علي الكلام وتعلم اللغة.

الصمم: هو ضعف السمع الشديد بحيث تنخفض قدرة الطفل في معالجة المعلومات اللغوية من خلال السمع والذي يؤثر سلبا على أداء الطفل التعليمي.

(طارق عبد الرؤوف، ٢٠٠٥، ٣١)

ومن هنا يمكن أن نعرف أن الطفل الذي فقد أو حرم من حاسة السمع منذ الميلاد لا توجد لديه معلومات عن المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه الأمر الذي يجعله يعيش في عزله، بينما الطفل الذي حرم من حاسة السمع بعد اكتساب الكلام واللغة لديه خبرات قد تجعله متوافقا ومندمجا مع المحيطين به.

ضعاف السمع:

هو ذلك الطفل الذي تكون حاسة السمع لديه رغم أنها قاصرة إلا أنها تؤدي وظائفها باستخدام المعينات السمعية أو بدون استخدام المعينات السمعية.

كما أنه عدم القدرة علي السمع بوضوح في الظروف التي يسمع فيها الشخص العادي أو الشخص ضعيف السمع يسمع تردد الصوت من (٣٠٠٠- ٥٠٠٠) هرتز وقوة الصوت (٦٠) ديسبل والشخص العادي يسمع بوضوح علي مسافة (٦-٩) أمتار وهذا السمع الطبيعي وإذا قل عن ذلك يقال ضعف السمع.

كما يعرف أيضا التلميذ ضعيف السمع هو التلميذ الذي يعاني من صعوبة شديدة في السمع ولكنه يفهم الكلام بمعاونه بعض الأجهزة السمعية.

ويرى فتحي عبد الرحيم (١٩٩١) أن ضعاف السمع: هم أولئك الأفراد الذين تكونت لديهم مهارة الكلام والقدرة علي فهم اللغة، ثم تطورت لديهم تلك الإعاقة في السمع وهم يكونون علي وعي بالأصوات ولديهم اتصال عادي أو قريب من العادي بعالم الأصوات الذي يعيشون فيه.

كما يصف عبد العزيز الشخص (١٩٩٢) أن ضعف السمع يعني حالة من انخفاض حدة السمع لدرجة تستدعي خدمات خاصة كالتدريب السمعي أو قراءة الكلام أو علاج النطق أو التزود بمعين سمعي، ويمكن لكثير منهم تلقي تعليمهم بدرجة من الفاعلية تتناظر

الأفراد العاديين في سمعهم ويمكن لكثير منهم تلقي تعليمهم بدرجة من الفاعلية تتناظر الأفراد العاديين في سمعهم وذلك مع إجراء التعديلات والتغيرات الصحية المناسبة لهم وهم من تتراوح لديهم نسبة فقد السمعي ما بين (٥٥-٧٠) ديسبل.

كما يعرف أحمد اليونس (١٩٩٠) الطفل ضعيف السمع هو الذي لديه تلف في السمع وعلي الرغم من تخلفه السمعي فإنه يمضي وفقا للنمط العادي والذي يحتاج من أجل تدريبه تدريبات خاصة أو تسهيلات معينة علي الرغم من عدم الحاجة إلى الطرق التي تستخدم مع الأطفال ذوي الصمم الكلي.

ويعرف زيدان الشرقاوي (١٩٩١) ضعيف السمع هو ذلك الشخص الذي يعاني من نقص في حاسة السمع بدرجة تجعل من الضروري استخدام أجهزة أو أدوات مساعدة حتى يتمكن من فهم الكلام المسموع.

ويذكر كل من يسلدي والجوزين (١٩٩٥) أن ضعيف السمع هو الفرد الذي يعجز سمعه إلى مدى يبلغ عادة من (٣٥ -٧٩) ديسبل مما يجعل من الصعب عليه فهم الكلام عبر الأذن فقط دون استخدام معينات سمعية.

كما يعرف عبد الرحم سليمان (١٩٩٨) ضعيف السمع أنه الشخص الذي لديه إعاقة سمعية دائمة أو مؤقتة تؤثر عكسيًا علي مهاراته في التعبير والاستقبال خلال اتصاله مع الآخرين مما يؤثر علي تطور أو أدائه الطبيعي ويشكل صعوبة ولكنها لا تحول دون مرور المعلومات اللغوية خلال حاسة السمع سواء باستخدام أو بدون استخدام معينات سمعية.

وترى ماجدة عبيد الطفل ضعيف السمع: هو ذلك الطفل الذي فقد جزءًا من قدرته علي السمع بعد أن تكونت لديه مهارة الكلام والقدرة علي فهم اللغة وحافظ علي قدرته علي الكلام، وقد يحتاج هذا الطفل إلى وسائل سمعيه معينه.

كما يعرف أيضًا أنه ذك الشخص الذي يعاني من عجز جزئي في حاسة السمع بدرجة لا تسمح له بالاستجابة الطبيعية لأغراض الحياة اليومية إلا في ظروف خاصة وباستخدام معينات سمعية. (طارق عبد الرؤوف، ٢٠٠٥: ٣٧)

ويشير جمال الخطيب (١٩٩٧) إلى ضعف السمع بأنه فقدان سمعي يبلغ من الشدة درجة يصبح معها التعليم بالطرائق العادية غير ممكن وغير مفيد، وبالتالي فلابد من تقديم

البرامج التربوية الخاصة، وتكون درجة الفقدان السمعي لدى ضعاف السمع تتراوح ما بين (٢٦-٨٩) ديسيبل.

ويصف حسن سليمان (١٩٩٨) شكوى ضعاف السمع بأنها نتيجة للمعاناة من ضعفي السمع بالأذنين علي آلا تقل درجة فقدانه في الأذن الأحسن سمعًا عن (٤٠) وحدة سمعية أو أكثر، وذلك يخرج عن نطاق تقدير كل مصاب بضعف أو صمم في أذن واحدة فقط مهما كانت درجته.

ويعرف ناصر قطبي ضعيف السمع بأنه هو الشخص الذي تكون عتبة الحس السمعي في ترددات اللغة الحرجة (٥٠٠ – ١٠٠٠ – ٢٠٠٠ هرتز) أعلي عنده من الطبيعي، ولكنها مازالت أقل من (٩٠) ديسيبل، والذي إذا زُود بالمعين السمعي المناسب، يكون قادرًا على اكتساب اللغة عن الطريق السمعي أساسًا، ويستخدم القنوات الحسية الأخرى كقنوات مدعمة. (محمود طنطاوي، ٢٠١٥: ١١٥)

فالطفل ضعيف السمع هو ذلك الطفل الذي يعاني من نقص في حاسة السمع بدرجة تجعله من الضروري استخدام أجهزة أو أدوات مساعدة تمكنه من فهم الكلام المسموع.

ويوضح عبد المطلب القريطي (٢٠٠١) هم الأطفال الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع في أغراض الحياة العادية سواء أن ولدوا فاقدين لحاسة السمع تمامًا أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد علي أذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة.(عبد المطلب القريطي، ٢٠٠١: ٣١٢)

ويعرفه عبيد هو ذلك الطفل الذي لا يسمع وفقد قدرته علي السمع ونتيجة لذلك لم يستطع اكتساب اللغة بشكل طبيعي بحيث لا تصبح لديه القدرة علي الكلام وفهم اللغة. (جمال محمد حسن، ٢٠١٥: ٢٠٥)

ومن هنا يمكننا التمييز بين الطفل الأصم وضعيف السمع:

هناك فرق بين الطفل الأصم وضعيف السمع وهذا الفرق هو فرق في الدرجة وذلك لان الطفل الأصم يتعذر عليه الاستجابة التي تدل علي فهم الكلام المسموع.

أما الطفل ضعيف السمع فهو قادر علي استخدام حاسة السمع لديه في اكتساب القدرة علي فهم الكلام، ويمكن أيضًا الفرق بين الأصم وضعيف السمع في خصائص العالم الذي يعيش فيه كل منهما ورد الفعل تجاه الأصوات الذي يمثل في الواقع عالم الطبيعة، فضعيف السمع قد يهديه سمعه المحدود إلى الاستجابة علي نحو ما لمصدر الصوت فتكون استجابته

خاطئة في الغالب في حين أن الطفل الأصم المحروم من السمع تماما فانه يعيش في سكون تام، لا يحس بالأصوات ولا يقدر وجودها.

فيحرم من مصدر خاص بالمعرفة وتطبيقاتها والتي لا تكتمل الابة وبالتالي فالطفل الأصم هو الحاضر الغائب، وبالتالي فهو أمس الحاجة إلى الفهم وأحوج ما يكون الاحتياج للمساعدة والرعاية، وليس الفرق بين الأصم وضعيف السمع هو فرق في الدرجة ذلك لان الصم هو ذلك الشخص الذي يتعذر عليه أن يستجيب استجابة تدل علي فهم الكلام المسموع.

بينما الشخص الذي يشكو ضعفًا في سمعه يستطيع أن يستجيب استجابة تدل علي إدراكه لما يدور حوله. بشرط أن يقع مصدر الصوت في حدود قدرته السمعية أي أن حاسة السمع عند الأصم معطلة فلا يستطيع اكتساب اللغة بالطرقة العادية في حين يعاني ضعاف السمع من نقص في القدرة السمعية ويكون هذا غالبًا نقص في درجات، اويا كان هذا النقص الفرق بين ضعف السمع والفرد الأصم فالمعاقون سمعيا.

فالطفل الأصم هم هؤلاء الأطفال الذين فقدوا حاسة السمع (جزئيًا أو كليًا) وبحدود مختلفة منذ الولادة أو في سن مبكرة الأمر الذي يؤثر علي قدراتهم اللغوية والتعليمية وبالتالي لا يستطيع متابعة التعليم الاعتيادي المألوف، بل تلزمهم إجراءات التربية الخاصة وخدماتها لمواجهة الآثار الناجمة عن هذا الفقدان.

ما مدى انتشار صعوبة السمع:

عشرة من كل ألف طفل في أمريكا لديهم صعوبة في السمع، منهم واحد لكل ألف لديه صعوبة سمع ملحوظ و(٣-٥) من كل ألف طفل لديه صعوبة سمع بسيط إلى طفيف. بشكل عام نسبة .مع العلم أن (٣%) من مجمل سكان أمريكا لديهم ضعف في السمع الأطفال الذين يعانون من ضعف سمع حسي عصبي في المجتمعات الإنسانية تصل تقريباً ما بين (٩-٢٧) من كل ألف.

ويتساوى توزيع صعوبة السمع بين الذكور والإناث، وتحدث الإصابة غالبًا منذ الولادة و(١٠-٢٠%) تكتسب بعد فترة الشهرين الأولين من الولادة.

ثمانية وعشرون مليون شخص يعانون من صعوبة السمع في أمريكا, (٨٠%) منهم لديه فقدان سمع غير قابل للعلاج. أكثر من مليون طفل في أمريكا يعانون من فقدان السمع.

(٥%) من الأشخاص دون سن ثمان عشرة سنة في أمريكا لديهم فقدان سمع. واحد من كل اثنين وعشرين رضيعًا في أمريكا يعانون من فقدان السمع. واحد من كل ألف رضيع في أمريكا لديه ضعف في السمع شديد إلى صمم كلي. تسعة من كل ألف طفل في سن المدرسة لديهم ضعف في السمع شديد يصل إلى صمم كلي. عشرة من كل ألف من طلاب المدارس لديهم فقدان سمع حسي عصبي دائم .واحد منكل عشرة إلى خمسة عشر طفلاً في أمريكا يعانون من مشكلة في اللغة أو الكلام. (٧,٧%) من الأطفال بين سن سنتين واثني عشرة سنة لديهم صعوبة سمع، و(١٩,٥%) من سكان مدينة الرياض معرضون لخطر الإصابة بصعوبة السمع. (تامر المغاوري: ٢٠١٥، ٥)

خصائص الصم:

أولاً: الخصائص النفسية للصم:

يرى الباحثون أن الدراسات التي أجريت علي السمات الشخصية والاجتماعية للمعوقين سمعيًا قد أظهرت أنهم يعانون من عدم الثبات أو عدم الاتزان الانفعالي، بالإضافة إلي العصابية، وسوء التوافق الاجتماعي، وذلك بدرجة أعلى مما يعتبر عاديًا أو سويًا في حال المقارنة بمن يتمتعون بحاسة السمع. وقد أوضحت دراسة "بنتنر" أن المعوق سمعيًا أميل إلى الانطواء، وأقل حبًا للسيطرة. كذلك أيدت بحوث "سبرنجر" أن المعوق سمعيًا إنسانًا عصابيًا. والطفل المعوق سمعيًا قد يتأثر بنفس العوامل التي يتأثر بها الطفل ذو السمع العادي. وبصفة عامة، فإن الأطفال المعوقين سمعيًا هم أشخاص يعانون من مشكلات انفعالية أكثر من أقرانهم السامعين العاديين، ذلك أن الشعور بالعجز والارتباك والاكتئاب والعزلة والانسحاب كلها تميز استجابات نفسية واجتماعية للأطفال المصابين بفقدان سمعي شديد. كما أن نتائج الدراسات أشارت إلى أن السلوك العصابي، والشعور بالقلق والتهديد والخوف وعدم الاستقرار والارتباك، كلها سلوكيات تميز الأطفال المعوقين سمعيًا، أضف إلى ذلك أن تدني تقدير الذات يثير القلق، ويؤدي بالشخص المعوق سمعيًا إلى افتراض مؤداه أن الآخرين لديهم أفكار ومشاعر لا وجود لها في الحقيقة.

والخلاصة أنه فيما يتعلق بالنمو الانفعالي– كأحد مكونات النمو النفسي– لدى المعوقين سمعيًا، نجد أن هذا المظهر المهم من مظاهر النمو يتأثر إلى حد بعيد بهذه الإعاقة، وذلك بسبب افتقاد المعوق سمعيًا إلى التواصل اللغوي مع الآخرين؛ نظرًا إلى أنه من الصعوبة

بمكان كبير أن نتخيل حجم المعاناة التي عاني منها المعوق سمعيًا منذ أن كان طفلاً وليدًا، فقد حرمته إعاقته من متعة وجود الأطفال من حوله، ومن سماع مختلف الأصوات الصادرة عن الطبيعة من حوله، علاوة على أن الطفل المعوق سمعيًا مطالب بأن يتشرب ثقافة المجتمع الذي يعيش فيه، وبيئته تتحدث لغة لا يمكنه سماعها، وهذا يشكل أعباءً انفعالية شديدة الوطأة عليه.

ومن خلال الدراسات التي تناولت طبيعة النمو الانفعالي لدى المعوقين سمعيًا في حال مقارنته بطبيعة النمو الانفعالي لدى العاديين، استخلص كل من خصائص النمو الانفعالي للصم في النقاط التالية:

١- يعاني الصم من بعض المخاوف المرضية.
٢- ينخفض مستوى النضج الانفعالي لدى الصم.
٣- الأصم أكثر عصابية وانطوائية.
٤- يميل الصم إلى الإشباع المباشر لحاجاتهم.
٥- يتأثر النمو الانفعالي بدرجة كبيرة بطبيعة العلاقة التي تربط الأصم بالوالدين.
٦- تنتشر بعض المشكلات السلوكية لدى التلاميذ الصم. والتي تتمثل فيما يلي: السرقة، والكذب الانتقامي، والعدوانية، وسرعة الانفعال والغضب، والعناد وعدم الامتثال للأوامر، والحساسية الزائدة في تعامله مع الآخرين، والوشاية بالآخرين، وإتلاف وتدمير ممتلكات الغير، وتقلب المزاج، والشذوذ الجنسي. (طارق عبد الرحمن، ٢٠١٠: ٢٣)

الخصائص الاجتماعية للصم:

إن افتقار الشخص المعوق سمعيًا إلى القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين قد تقود إلى عدم النضج الاجتماعي، كما قد تقوده إلى الاعتمادية، وقد لجأت عدة دراسات إلى إعداد مقاييس مختلفة للنضج الاجتماعي مثل مقياس فاينلاند، وقد تبين أن أداء الأشخاص المعوقين سمعيًا منخفضًا في حال مقارنته بأداء الأشخاص العاديين في سمعهم.

كما أن التوافق النفسي والاجتماعي لدى المعوقين سمعيًا يعتمد اعتمادًا كبيرًا على قدراتهم ومهاراتهم في التخاطب والتواصل الفعال. وطبقًا لتعريف التفاعل الاجتماعي باعتباره في المقام الأول تبادلاً للأفكار بين اثنين أو أكثر من الناس، فان اللغة تعتبر حتى الآن أكثر وسائل التواصل شيوعًا على الإطلاق في نقل المعلومات وتبادل الأفكار بين مجتمع

السامعين، ونظرًا لهذه المنزلة الفريدة التي تتمتع بها اللغة بين وسائل التواصل واعتماد التفاعل الاجتماعي اعتمادًا شديدًا عليها، فليس من العجيب إذن أن يرى كثير من الباحثين والمتخصصين اختلاف المعوقين سمعيًا وخصائصهم النفسية والاجتماعية عن سمات وخصائص العاديين.

كما أن وجود أصم واحد داخل الأسرة قد يكون أكثر عزله عن الآخرين، فمن السهل عزله عن اتخاذ القرارات والمناقشات في الأسرة فالمراهق العادي في الأسرة لا يسمع فقط لكنه يسمع كل ما يدور حوله داخل الأسرة، فقد يسمع أصوات الخلافات في الأسرة كما يسمع المحادثات علي التليفون ويتعلم الكثير، علي عكس الأصم الذي لا يكتسب العديد من المعارف من التعليم الرسمي. أي أن الأصم لا يكتسب العديد من مهارات التواصل وكيفية التصرف في مواقف الحياة الذي قد يتعلمه العادي من المجتمع.

(Daniel P. Hallahan, 1991: 227)

ففي دراسة أجريت على أطفال معوقين سمعيًا تراوحت أعمارهم ما بين (٩-١٠) سنوات وجد مايكل بست (١٩٦٠) أن حوالي (١٠%) منهم أقل اندماجًا من الناحية الاجتماعية في حال مقارنتهم مع العاديين.

وأشارت مينو (١٩٨٠) إلى أن المعوقين سمعيًا كثيرًا ما يتجاهلون مشاعر الآخرين ويسيئون فهم تصرفاتهم ويظهرون درجة عالية من التمركز حول الذات.

وقد أثبتت أبحاث "برادوى" أن النضج الاجتماعي لدى الطفل المعوق سمعيًا يقل عن النضج الاجتماعي لدى الطفل عادي السمع بنسبة (٢٠%) ومع نمو الطفل وتطوره؛ فان توقعات الوالدين قد لا يتم فهمها بسهولة ويسر؛ مما قد يؤدي بدوره إلى خبرات من الإحباط المتبادل بينه وبين والديه، وفي بعض الأحيان، قد يؤدي إلى قلق الوالدين، وغالبًا ما يؤدى هذا إلى عدم التوافق في ظل انعدام مهارات فهم اللغة والتعبير عنها.

(طارق عبد الرحمن، ٢٠١٠: ٤٧-٥١)

كما أن التوافق الاجتماعي للأطفال المعوقين سمعيًا يتأثر بشكل كبير بالسياق الاجتماعي ذلك أن عملية التواصل مع الطفل المعوق سمعيًا تكون محدودة، وتتطور ضمن نطاق أسرة الطفل أو عائلته. ولذلك فإن الأطفال المعوقين سمعيًا يواجهون صعوبات في تكوين أصدقاء، كما أن فرصهم محدودة في التفاعل مع أقرانهم وأسرهم والآخرين تكون

متباينة، هذا بالإضافة إلى أن صعوبات التواصل، تؤدى إلى صعوبات في التوافق الاجتماعي وتؤدى إلى خفض تقدير الذات. وهذه الصعوبات تظهر كنتائج خاصة عندما يشعر الطفل المعوق سمعيًا بالرفض من قبل الأطفال الآخرين الذين يتفاعل معهم يوميًا، والذين يعتبرون عنصرًا أساسيًا بالنسبة له. كما أن الظروف البيئية غير الجيدة والضعف في تزويد الطفل المعوق سمعيًا ببيئة داعمة يؤثر سلبًا علي توافقه. (Daniel P. Hallahan, 1991: 227)

وفي دراسة لسبرنجر وروسلو (١٩٣٨) التي طبقوا فيها قائمة براون للشخصية علي عينات من الأطفال الصم والعاديين والتي تتراوح أعمارهم ما بين (١٢-١٦) سنة والتي توصلت إلى أن الصم يعانون من العصابية، كما في دراسة أخرى لدى الصم من الذكر والإناث وتوصلت الدراسة أن المراهق الأصم أكثر عدوانية وأقل تعاونًا من المراهقين العاديين وأوضحت أيضًا أن شخصية الطفل الأصم انفعالي وغير ناضج وجامد الطباع ونظرته حول ذاته محدودة.

وأثبتت دراسة لانج (١٩٨٣) أن الأطفال الصم أكثر عصابية عن الأطفال العاديين، وأيضًا دراسة جريجوري (١٩٣٨) عن بعض السمات الشخصية للأطفال الصم توصلت إلى أن الأطفال الصم أكثر انسحابًا في المواقف الاجتماعية والمشاركة الاجتماعية، والي عدم الاستعداد لتحمل المسئولية علي عكس الأطفال العاديين.

وأشار فورث (١٩٧٣) في دراسته أن الفرد الأصم يعيش في مجتمع عادي وهو محروم من كل الوسائل التي تيسر له الاندماج مما يجعله عرضه لأن يأتي بسلوكيات غير لفظية التي هي في نظر العاديين مما يدل علي عدم النضج الانفعالي والاجتماعي أو عدم القدرة علي مراعاة المعايير الاجتماعية وضوابط السلوك علي الرغم من أنها الوسيلة للتعبير عن نفسه.
(سهير كامل، ٢٠١١: ٢٨٥)

ومن أهم المهارات الاجتماعية التي يجب إكسابها للطفل الأصم:

١. تعليمه المعلومات الأساسية كالاسم والعنوان والجنس والشخصية سواء عن كطريق الكتابة أو عن طريق التعريف علي هذه البيانات من خلال بطاقته الشخصية.
٢. تعريفه بأبرز المؤسسات الخدمية في محيط البيئة التي يعيش فيها.
٣. تعليمه كيف يمكنه التعبير عن مشاعره ورغباته للآخرين بطريقة مقبولة يفهمها السامعون.

٤. تعليمه كيفية التعرف علي الأشخاص غير المعروفين لديه وكيفية التواصل معهم.
٥. تعليمه أهمية حفظ بعض أرقام الهواتف التي من الممكن أن يكون بحاجة إليها في حالات الضرورة، مثل رقم هاتف المنزل والإسعاف والشرطة.
٦. تعريفه بما يدور حوله من أحداث ومجريات، إذ يعرف لا القليل عنها بأجهزة الإعلام المختلفة، حيث يرغب دائمًا في معرفة المزيد.
٧. تعليمه مبادئ الدين الذي ينتمي إليه وكيفية أداء العبادات والتعامل مع الآخرين باحترام.
٨. تعليمه الحقوق التي تكفلها له التشريعات والقوانين المختلفة.
٩. تعليمة مهارات الكتابة والقراءة.

الخصائص اللغوية للأطفال الصم:

يؤثر الصمم عند الطفل على عدم القدرة على اكتساب اللغة مما يمكن أن يعرضه للعزلة نتيجة عدم قدرته على توصيل أفكار للمستمعين من أقرانه وعدم القدرة على التعبير عن حاجاته للكبار منهم ويجدون الكثير منهم صعوبة في إنتاج الكلام المفهوم مما يعرضه للاستهزاء من الأقران أو الإنكار من المحيطين به من الكبار.

كما يوضح عبد المطلب القريطي (٢٠٠١) أنه يعد الافتقار إلى اللغة اللفظية وتأخر النمو اللغوي أخطر النتائج المترتبة على الإعاقة السمعية على الإطلاق، ويرتبط فهم اللغة وإخراجها ووضوح الكلام بالطبع بدرجة الفقدان السمعي؛ فالمصابين بالصمم الشديد ولاسيما قبل الخامسة يعجزون عن الكلام أو يصدرون أصواتًا غير مفهومة، ولذلك على الرغم من أنهم يبذلون مرحلة المناغاة في نفس الوقت مع أقرانهم العاديين، إلا أنهم لا يواصلون مراحل النمو اللفظي التالية لعدة أسباب:

١- إنهم لا يتمكنون من سماع النماذج الكلامية واللغوية الصحيحة من الكبار ومن ثم لا يستطيعون تقليدها.

٢- إنهم نتيجة للإعاقة السمعية لا يتلقون أي تغذية راجعة أو ردود أفعال بشان ما يصدرونهم من أصوات سواء من الآخرين أو حتى من داخل أنفسهم ومن ثم يفتقرون إلى التعزيز السمعي اللازم مقارنة بالعاديين، ولذا فغالبًا ما يرتبط الصمم بالبكم بينما يعاني ضعاف السمع من مشكلات لغوية بدرجات متفاوتة كمشكلات صعوبة سماع الأصوات المنخفضة، وفهم ما يدور حولهم من مناقشات، ومشكلات تناقص عند المفردات اللغوية،

وصعوبات التعبير اللغوي بالنسبة لذوي الإعاقة السمعية. (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠١: ٣٣٤-٣٣٥)

٣- لا يتلق الطفل الأصم أي رد فعل سمعي من الآخرين عندما يصدر أي صوت من الأصوات. (فؤاد عبد الجواله، ٢٠١٠: ٥١)

تأثير فقدان السمع علي فهم اللغة والمحادثة:

- ضعيف من (٢٧-٤٠) ديسبل: لديه صعوبة في سماع الأصوات كما لديه صعوبة في فهم الموضوعات.
- خفيف من (٤١-٥٥) ديسبل: يفهم المحادثات من مسافة (٣-٥) أقدام، كما أنه يفقد (٥٠%) من مناقشات داخل الفصل.
- متوسط من (٥٦-٧٠) ديسبل: لابد من أن تكون المحادثات معه بصوت عالي لكي يفهمها ويجد صعوبة في المحادثات الجامعية، كما أن قاموس الكلمات لديه محدود.
- شديد من (٧١-٩٠) ديسبل: من المحتمل أن يسمع الأصوات العالية والأصوات بالبيئة من على مسافة قدم من الأذن، كما أنه يسمع بعض الأصوات الساكنة.
- شديد جدًا (٩١ وأكثر) ديسبل: من المحتمل أن يسمع الأصوات المرتفعة ولكنه يعتمد على الرؤية منها على الأصوات كوسيلة أولية للاتصال. (Daniel P. Hallahan, 1991: 227)

كما يلعب التدخل المبكر وأسلوب الدعم الوالدي ورفاق المؤسسة التربوية أدوارًا هامة في دمج الطفل في الوسط الاجتماعي وإشعاره بالتقبل، ودون ذلك يصبح الطفل الأصم أكثر عرضه للإحباط، وبالتالي يتم ظهور العنف المتجه للمحيطين به.

لقد تأكد من خلال الممارسة أن الأطفال غير المتمرسين حين يتم إلحاقهم بأقسام الدمج المدرسي غالبا ما يكون سلوكهم متسم بالعنف والشجار وعدم القدرة على التعبير عن الاحتياجات، وما أن يقضي فترة من الزمن حتى تبدأ سلوكياته في التطور والتحسن، ويبدي رغبة في التعاون مع رفاقه، كما أنه يقبل على التعلم.

(عبد العزيز السيد الشخص، ٢٠١٥: ٧٣)

الخصائص المعرفية للطفل الأصم:

تباينت الآراء ونتائج الدراسات حول أثر الإعاقة السمعية على القدرات المعرفية للأفراد المعاقين سمعيًا مقارنة بعادي السمع، فقد أشارت بعض البحوث إلى أن النمو المعرفي لا يرتبط باللغة بالضرورة ولذلك فهم يؤكدون أن المفاهيم المتصلة باللغة هي وحدها الضعيفة لدى المعوقين سمعيًا، ويعزو هؤلاء اختلاف المعاقين سمعيًا على العاديين في اختبارات الذكاء إلى عدم توافر طرق فعالة لتعليم المعاقين سمعيًا، بينما أشار البعض الأخر إلى ارتباط القدرة العقلية بالقدرة اللغوية، وبما أن الإعاقة السمعية تؤثر بشكل كبير على القدرات اللغوية فليس من المستغرب أن نلاحظ تدني أداء المعاقين سمعيًا على اختبارات الذكاء وذلك لتشبع هذه الاختبارات بالناحية اللفظية.(Daniel P. Hallahan, 1991: 226)

كما تناولت بعض الدراسات لاختبارات الذكاء والاختبارات المعرفية لمعرفة مدي تأثير الصمم علي النمو اللغوي وذكاء الطفل الأصم وتوصلت نتائج الدراسة أن الأطفال الصم أن الأطفال وضعاف السمع لديهم جوهريا نفس التوزيع العام في الذكاء مثل باقي الأطفال السامعين وجميع الأدلة الموجودة توضح انه لا توجد علاقة مباشرة بين الفقدان السمعي والذكاء.(أسامة فاروق، ٢٠٠٩: ٣٦)

وهدفت دراسة عبد الحميد (١٩٩١) إلى مقارنة الأطفال العاديين مع المعاقين سمعيًا فيما يتعلق بقدرات التفكير الابتكاري وسمات الشخصية المبتكرة، واشتملت عينة الدراسة علي (٥٠) طفلاً من المعاقين سمعيًا و(٥٠) طفلاً من العاديين، وتم تطبيق اختبار تورنس للتفكير الابتكاري المصور وقائمة سمات الشخصية المبتكرة وقد توصلت النتائج إلى وجود فروق بين المعاقين سمعيًا والأسوياء في الطلاقة والمرونة والتفصيلات والدرجة الكلية للقدرة علي التفكير الابتكاري لصالح المعاقين سمعيًا ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين سمعيًا والأسوياء في سمات الشخصية المبتكرة لصالح المعاقين سمعيًا.
(فؤاد عبد الجوالدة، ٢٠١٢: ٥٤)

والجدير بالذكر وجود فروق في القدرات المعرفية بين المعاقين سمعيًا والعاديين. هذه الفروق في القدرات المعرفية بينهم إلى الفارق الزمني، فما قد يتعلمه عادي السمع خلال ساعة قد يتعلمه المعاق سمعيًا خلال ساعتين، ويضيف أن الطفل المعاق سمعيًا لا يتعرض إلى ما يتعرض له الطفل العادي من رعاية وخدمات، ففاقد الشيء لا يعطيه، بالإضافة إلى

ضعف كفاءة القائمين على تطبيق اختبارات الذكاء في عملية التواصل مع المعاقين سمعيًا، وعدم ملائمة هذه الاختبارات لقياس ذكاء المعاقين سمعيًا.

(طارق عبد الرحمن، ٢٠١٠: ١٧)

التحصيل الأكاديمي:

أن نتائج الدراسات التي اهتمت بربط التحصيل الدراسي ببعض المتغيرات كالذكاء ودرجة الإصابة في السمع وزمن الإصابة في السمع وعدد السنوات التي قضاها التلميذ بمعهد الصم تسبب نوعًا من الخلط والارتباك.

فهناك دراسة (ابشيل) حول الأطفال الصم بالمدارس اليومية بمقارن التحصيل الدراسي للأطفال الصم المقيمين في الدارس الداخلية، وتوصلت الدراسة إلى أن الفرق بين المجموعتين لا يقبل التفسير في ارتفاع درجة الذكاء.

وعلي الرغم من أن ذكاء المعوقين سمعيًا ليس منخفضا إلا أن تحصيلهم العلمي عموما منخفض بشكل ملحوظ عن الطلاب العاديين وكثيرًا ما يعاني هؤلاء الأطفال من مستويات مختلفة من التأخر العقلي في التحصيل الدراسي وخاصة التحصيل القرائي.

فقد قامت جامعة جالوديت في الولايات المتحدة الأمريكية بدراسة هدفت إلى تحديد مستوى التحصيل الدراسي الذي يبلغه الأطفال الصم فتبين أن (٥%) ممن هم في سن العشرين كان مستوى قراءتهم بمستوى الرابع الابتدائي ووجدوا أن (١٠%) منهم كانوا في المستوى الثامن أو أكثر، وبالنسبة للرياضيات فقد أتضح أن مستوى معظم الأشخاص الصم كانوا بمستوى الصف الثامن، وان أداء (١٠%) منهم فقط كانوا بمستوى أداء الآخرين من العاديين.

(Daniel P. Hallahan, 1991: 276)

وأوضح عبد السلام عبد الغفار في دراسته أن الدراسات المبكرة للتحصيل الدراسي علي الصم وان الأطفال في مدارس الصم متأخرون بحوالي ثلاث أو خمس سنوات عن أقرانهم العاديين، وأن مقدار ذلك التأخير يزداد مع السن أي أن الأطفال الكبار من الصم أكثر تأخرًا عن الأطفال الصغار، ودعت البحوث الحديثة تلك النتائج وأجمعت علي أن أكبر تأخر إنما يحدث في فهم معاني الفقرات والكلمات. (أسامة فاروق، ٢٠٠٩: ٣٨)

كما أثبتت بعض الدراسات أن الأطفال الصم من آباء صم تكون درجة تحصيلهم الدراسي أعلى من أقرانهم من آباء عاديين وفسرت هذه النتيجة علي أساس أن الآباء الصم يكون

بامكانهم التواصل مع أبنائهم بطرق مختلفة عن لغة الإشارة مما يساعدهم أكثر علي التعلم، ولوحظ أيضا أن الأطفال الصم من آباء صم يكونون أكثر توافقًا نفسيًا واجتماعيًا ومدرسيًا وأكثر تفاعلاً ونضجًا اجتماعيًا وتقديرًا وضبطًا لذواتهم وتحصيلاً أكاديميًا من الأطفال الصم لآباء العاديين. (Setareh Ataabadi, et al., 2013: 35-46)

دراسات سابقة:

سيتم تناول الدراسات السابقة في الأتي:

١- الكمالية لدى الصم.

٢- الاكتئاب لدى الصم.

٣- الكمالية وعلاقتها بالاكتئاب.

أولاً دراسات تناولت قياس الكمالية لدى الصم:

١) دراسة (Dewalt et Jillie, 1998) وهدفت إلى فحص الكمالية لدى الإناث من المراهقات من الصم عددهم (٨٩) من سن (١٢-١٧) باستخدام مقياس الكمالية متعدد الأبعاد، وقد أوضحت النتائج بأن البنات الذين يسمعون لديهم درجات أعلى في الشعور بعدم الرضا والكمالية كأبعاد لمقياس (EDL).

٢) دراسة (سعاد محمد عبد المنعم ٢٠١٥):

وتهدف إلى خفض الكمالية العصابية عن طريق استخدام الدراما لدى الأطفال الفائقين عقليا ضعاف السمع وتم تطبيق الدراسة علي (١٦) طفلا في سن من (٩-١٢) عامًا، وقد تم استخدام مقياس الكمالية العصابية ومقياس الذكاء، وقد توصلت النتائج إلى وجود فروق في رتب الكمالية بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية.

ثانيًا: دراسات تناولت قياس الاكتئاب لدى الصم:

١) دراسة (Marit. H. Kvim, 2007):

وتهدف إلى دراسة أعراض الاكتئاب لدى الصم، وقد تم تطبيق الدراسة علي (١٥٠) فردًا منهم (٧٥ ذكور، و٧٥ إناث)، وقد تم استخدام مقياس الاكتئاب العيادي، وقد توصلت النتائج إلى أن هناك تأثير واضح للاكتئاب علي الصحة العقلية لدى الصم، وقد أثبتت أن هناك فروقًا ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث علي مقياس الاكتئاب لصالح الإناث.

٢) دراسة (Firatsipal, 2013):

والتي تهدف إلى دراسة الدعم الاجتماعي والاكتئاب، وقد تم تطبيق الدراسة علي (١٠٤) أمًا، وقد تم تطبيق مقياس الاكتئاب، والتي أظهرت أن (٢٤,٤) من الأمهات لديهم اكتئاب للأطفال الصم.

ثالثًا: دراسات تناولت الكمالية وعلاقتها بالاكتئاب لدي الصم:

١) دراسة (Lorain Hoguin, 2008):

بعنوان الكمالية الاجتماعية كمنبئ بالاكتئاب لدى عينة من الصم، والتي تهدف إلى دراسة الكمالية كمتنبئ بالاكتئاب، وقد تم تطبيق الدراسة علي (٧٨٦) من الأطفال في مرحلة ما قبل المراهقة، والتي توصلت إلى أن هناك علاقة بين الكمالية والاكتئاب لدى الصم.

٢) دراسة (Chiristina Nobel, 2014):

بعنوان الكمالية متعددة الأبعاد والتقليد والاكتئاب، والتي تهدف إلى دراسة الكمالية وعلاقتها بالاكتئاب والتقليد، وقد تم تطبيق الدراسة علي (٤٠٥) طالبًا في المرحلة الجامعية من ضعاف السمع، وتوصلت النتائج أن هناك ارتباط بين الكمالية متعددة الأبعاد والاكتئاب.

تعقيب علي الدراسات السابقة:

ومن خلال عرض الباحثة للدراسات السابقة والمرتبطة أتضح أنه يمكن من خلال البرامج تخفيف الاكتئاب لدي المراهق الأصم، فهناك ارتباط واضح بين الصم والاكتئاب كما يمكن عمل برامج تدخل لتنمية خفض الاكتئاب.

أما عن الدراسات التي تناولت الكمالية وعلاقتها بالصم نجد أن هناك علاقة بين الكمالية والصم علي الرغم من ندرة الدراسات العربية التي تناولتها. كما أنه هناك العديد من الدراسات التي تناولت العلاقة بين الكمالية والاكتئاب علي الرغم من ندرتها علي المستوى العربي.

كما أشارت الدراسات السابقة أن الأصم الذي يحاول وضع أهداف محددة أمامه في ضوء قدراته واتجاهاته قد يتعرض أحيانًا للعديد من الاضطرابات النفسية منها: الاكتئاب، والقلق، والشعور بالذنب.

فروض الدراسة:

في ضوء أهداف الدراسة ونتائج الدراسة في الدراسات السابقة وعينة الدراسة أمكن صياغة الفروض علي النحو التالي:

١- يوجد ارتباط دال إحصائيًا بين درجات عينه الدراسة من المراهقين الصم علي مقياس الكمالية ومقياس بيك للاكتئاب.

٢- يوجد فروق ذات دلالة إحصائيًا بين متوسط درجات عينة الدراسة من المراهقين الصم والعاديين علي مقياس الاكتئاب.

٣- يوجد فروق ذات دلالة إحصائيًا بين متوسطات درجات عينة الدراسة علي مقياس بيك للاكتئاب.

منهج وإجراءات الدراسة:

أولاً: منهج الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة علي المنهج الوصفي المقارن، حيث درست العلاقة بين الكمالية والاكتئاب لدى عينة الدراسة من المراهقين الصم، والمقارنة بين الصم والعاديين في الكمالية والاكتئاب.

ثانيًا: عينة الدراسة:

١- عينة الصم:

اختيرت عينة الدراسة من المراهقين الصم الذي يصل فقدان السمع لديهم لـ (٨٠) ديسيبل فاعلي، وتتراوح أعمارهم ما بين (١٦-١٨) عامًا أي بمتوسط عمري قدره (١٦,٨٧٥) عامًا وانحراف معياري قدره (٠,٨٢٢)، وقد كان عددهم (٤٠) منهم (٢٠) ذكور و(٢٠) إناث، وبالاستعانة بالأخصائي النفسي والاجتماعي بالمدرسة تم استبعاد الأطفال الصم الذين يعانون من أمراض مزمنة، انفصال الوالدين، وفاة أحد الوالدين، الذين رسبوا في أعوام سابقة، مستوى ذكائهم أقل من المتوسط، المستوى الاجتماعي والثقافي أقل من المتوسط.

٢- عينة العاديين:

تم اختيار العينة بالطريقة القصدية من المراهقين العاديين الذين تتراوح أعمارهم ما بين (١٦-١٨)عامًا وذلك بمتوسط عمري (١٦,٨٢٥) وانحراف معياري (٠,٧٨١) وكان عددهم (٤٠) منهم (٢٠) ذكور و(٢٠) إناث، وتم اختيارهم بنفس طريقة اختيار الصم عدا أنهم كانوا من العاديين.

وقامت الباحثة بالتأكد من تجانس عينتي المراهقين الصم والعاديين علي العمر بحساب اختبار (ت) للفروق بين المجموعات المستقلة كما يتبين من جدول (١).

جدول (١)

المتوسطان والانحرافان المعياريان وقيمة (ت) ودلالتها

بين عينتي المراهقين الصم والمراهقين العاديين في العمر

المجموعة / المتغير	الصم (ن= ٤٠)		العاديون (ن= ٤٠)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	متوسط	انحراف معياري	متوسط	انحراف معياري		
العمر	١٦,٨٧٥	٠,٨٢٢	١٦,٨٢٥	٠,٧٨١	٠,٢٧٩	غير دالة

تشير نتائج جدول (١) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين عينتي المراهقين الصم والمراهقين العاديين في العمر. مما يؤكد على التكافؤ بين المجموعتين في العمر.

كما قد قامت الباحثة من التأكد من تجانس عينتي المراهقين الصم والعاديين علي الذكاء بحساب (ت) للفروق بين المجموعات المستقلة، كما يتبين من الجدول (٢).

جدول (٢)

المتوسطان والانحرافان المعياريان وقيمة (ت) ودلالتها

بين عينتي المراهقين الصم والمراهقين العاديين في الذكاء

المجموعة / المتغير	الصم (ن= ٤٠)		العاديون (ن= ٤٠)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	متوسط	انحراف معياري	متوسط	انحراف معياري		
الذكاء	٩٦,٤٠٠	٣,١٧٧	٩٧,٢٥٠	٥,٠٩٨	٠,٨٩٥	غير دالة

تشير نتائج جدول (٢) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين عينتي المراهقين الصم والمراهقين العاديين في الذكاء. مما يؤكد على التكافؤ بين المجموعتين في الذكاء.

كما قامت الباحثة بالتأكد من تجانس عينتي المراهقين من الصم والعاديين علي المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي بحساب اختبار (ت) للفروق بين المجموعات المستقلة، كما يتبين من جدول (٣).

جدول (٣)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم (ت) ودلالتها بين عينتي

المراهقين الصم والمراهقين العاديين في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي

المجموعة / المتغير	الصم (ن= ٤٠)		العاديون (ن= ٤٠)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	متوسط	انحراف معياري	متوسط	انحراف معياري		
المستوى الاقتصادي	٥٣,٢٧٥	٣,٢٠٢	٥٥,٣٢٥	١٥,٠٢٠	٠,٨٤٤	غير دالة
المستوى الاجتماعي	٥٣,٤٧٥	١,٩٧٤	٥٦,١٠٠	٢١,٣٧٣	٠,٧٧٣	غير دالة
المستوى الثقافي	٥٦,٩٠٠	٣,٩١٤	٦١,٦٥	٣٩,٥٤٩	٠,٧٥٦	غير دالة

تشير نتائج جدول (٣) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين عينتي المراهقين الصم والمراهقين العاديين في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي. مما يؤكد على التكافؤ بين العينتين في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي.

أدوات الدراسة:

أولاً: مقياس الكمالية:

أعدته الباحثة لتقدير الكمالية لدى المراهقين الصم والعاديين والذين تتراوح أعمارهم ما بين (١٦– ١٨) عامًا، وذلك في ثلاثة مكونات هي (مستوى الأداء والإحساس بالخطأ والدقة في الأداء) وقد حسبت الباحثة الثبات بطريقة التجزئة النصفية إذ بلغ معامل الثبات (٠,٦٣٦) بعد تصحيح ، ومعمل ألفا كرونباخ إذ بلغ معامل الثبات (٠,٧٨٦).

أما الصدق:

فقد حسبت الصدق المرتبط بالمحك بحساب معامل الارتباط بين درجات عينة من المراهقين الصم علي المقياس ودرجاتهم علي مقياس الكمالية ل (سارة محمد ٢٠١٤) وكانت قيمته (٠,٩٢٦).

طريقة تطبيق المقياس:

يطبق المقياس علي الأصم من خلال قراءة التعليمات ثم قراءة المفردات ويجيب الطالب إما (موافق – أحيانا – غير موافق) وإذا كان الأصم موافق فإنه سيحصل علي ٣ درجات وإذا كانت إجابته أحيانا سيحصل علي درجتان، وأما إذا كانت إجابته غير موافق

فإنه سيحصل علي درجة ١، وتكون الدرجة القصوي (٧٨)؛ فحصول الطفل علي درجتان أو أكثر علي المفردة فيبين أنه يتمتع بالكمالية بينما حصوله علي درجة واحدة تدل علي أنه لا يتمتع بالكمالية.

ثانيًا: مقياس بيك للاكتئاب:

أعده غريب عبد الفتاح (١٩٨٥)، ويتكون من (١٣) مجموعة من العبارات يتعلق كل منها بعرض أعراض الاكتئاب، وقد حسب غريب عبد الفتاح غريب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية وكان معامل الثبات بعد التصحيح (٠,٨٧)، وطريقة إعادة التطبيق وكان معامل الثبات (٠,٧٧).

أما الصدق:

فقد حسب الصدق المرتبط بالمحك مع اختبار الشخصية المتعدد الأوجه وبلغت قيمته (٠,٦٠).

تطبيق المقياس وطريقه تصحيحه:

يطبق المقياس علي الصم من خلال قراءة الأصم للتعليمات وقراءة المفردات ويضع الأصم دائرة حول الدرجة الموضوعة للعبارة التي يرى أنها تنطبق عليه كما يتكون المقياس من (١٣) مفردة يجيب عليها الأصم ويختار الأصم من بين أربعه اختيارات وتكون درجاتها ما بين (٠-٣) ويتراوح مجموع الدرجات ما بين صفر إلى (٣٩) درجة.

ثالثا مقياس جامعة أسيوط للذكاء غير اللفظي:

أعد الاختبار طه المستكاوي (٢٠٠٠) وهو اختبار جماعي يتكون من (٦٠) مفردة يستخدم لتقدير القدرة العقلية العامة للأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٩: ٢٠) عامًا، وقد استخدم في هذه الدراسة لاستبعاد الذي يقل معامل ذكاءه عن المتوسط، وحسب طه المستكاوي صدق الاختبار بطريقة الارتباط بالمحك (بعض الاختبارات الفرعية، الدرجة الكلية لاختبار وكسلر – بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين) تراوح معامل الارتباط ما بين (٠,٣٦٩ – ٠,٩٠١)، والتمييز بين الأعمار الزمنية المتباينة، وقد تراوحت قيم (ت) بين (٤,٩٤ – ٢٤,٢٥)، والصدق العاملي من الدرجة الأولى، كما حسب معامل الثبات بطريقتي التجزئة النصفية (٠,٨٦٣) وإعادة التطبيق (٠,٨٣٩).

تطبيق المقياس وطريقه تصحيحه:

يتكون من (٦٠) مفردة حيث يرى الأصم الصورة ويضع دائرة حول الصورة المشابهة لها ويحصل علي درجة علي كل مفردة صحيحة وتتراوح الدرجات ما بين (٠) حتى (٦٠) درجة.

رابعًا: مقياس المستوي الاقتصادي والاجتماعي والثقافي:

أعده محمد البحيري (٢٠٠٢) وهو يتكون من (٥٦) بندًا لتقدير المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي، وقد حسب محمد البحيري معامل الثبات وكانت قيمته (٠,٨١) لإعادة التطبيق، و(٠,٨٧) للتجزئة النصفية، أما الصدق فقد حسب الصدق العاملي من الدرجتين الأولى، والثانية، حيث تمخص عنه أربعة عوامل هي المستوى الاقتصادي ومدلولاته الثقافية والاجتماعية، ممتلكات الأسرة وثقافتها، المستوى الثقافي، والمستوى الثقافي الاقتصادي للأسرة.

طريقه تطبيق المقياس:

يتكون المقياس من (٥٦) بندًا حيث يطبق هذا المقياس علي ولي أمر الأصم فيضع علامة في الخانة التي يرى أنها تنطبق بما يراه في الأسرة أو تنطبق عليه وتتراوح الدرجات ما بين (٣٣) إلى (٢٠٠).

رابعًا: تطبيق أدوات الدراسة:

أجريت الدراسة في شهري مارس وابريل ٢٠١٥، وقد تم تطبيق علي عينة الصم في ثلاثة أيام، والعاديين في يوم آخر، وذلك بعد ضبط المؤثرات السمعية والصوتية قدر الامكان، كما أنه تم التطبيق بشكل فردي، ثم تم تطبيق مقياس الكمالية، ثم بعد ذلك مقياس القلق الاجتماعي.

خامسًا: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استعانت الدراسة بالإحصاء البارامتري المتمثل في:

- تحليل الانحدار المتعدد.
- اختبار ت لدلالة الفروق بين المجموعات المستقلة.
- معامل الارتباط بيرسون.
- المتوسطات.

- الانحراف المعياري.

نتائج الفرض الأول:

ينص على "يوجد ارتباط دال إحصائيا بين درجات عينة الدراسة من الصم علي مقياسي الكمالية والاكتئاب".

وللتحقق من صدق هذا الفرض تم حساب الباحثة معامل ارتباط بيرسون وكما يتبين من جدول (٤):

جدول (٤)

قيم معاملات الارتباط بين درجات عينة المراهقين الصم

على مقياسي الكمالية (الدرجة الكلية والأبعاد) والاكتئاب (ن=٤٠)

المكون / المتغير	مستوى الأداء	الإحساس بالخطأ	الدقة بالأداء	الدرجة الكلية للكمالية
الاكتئاب	**٠,٧٩٠	**٠,٧١٥	**٠,٨٨٣	**٠,٨٩٧

** دال عند مستوى (٠,٠١)

تشير نتائج جدول (٤) إلى تحقق صدق الفرض الأول، حيث وجد ارتباط موجب دال إحصائيًا بين درجات عينه الدراسة من المراهقين الصم علي مقياس الكمالية (مستوى الأداء، والإحساس بالخطأ، والدقة بالأداء، والدرجة الكلية)، ومقياس الاكتئاب وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠١).

لاحظت الباحثة ندرة الدراسات العربية التي تناولت العلاقة بين الكمالية والاكتئاب. وذلك في حدود إطلاع الباحثة. ففي دراسة (Nicholas W.Affrunti 2014)، والتي أكدت علي وجود علاقة بين الكمالية والاكتئاب وأعراضه المختلفة كما أنها تربط بين الكمالية الشخصية مع الاكتئاب، وفي دراسة (Lauren Huggins, 2008) أن هناك ارتباط بين الكمالية والاكتئاب ، حيث ان الاصم يضع لنفسه مجموعة من الاهداف التي تتناسب مع قدراته وامكاناته فدائما مايريد الدقة في الاداء و الاحساس الدائم بالخطا وعدم أعادته مرة اخري مما يبقي بعيدا عن الاخرين وينعزل عن الاخرين مما يشعر بالاكتئاب .

نتائج الفرض الثاني:

ينص على "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين الصم والمراهقين العاديين علي مقياس الكمالية وذلك في اتجاه المراهقين الصم".

وللتأكد من صدق هذا الفرض تم حساب الباحثة اختبار(ت) للعينات المستقلة، ويوضح ذلك جدول (٥).

جدول (٥)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم (ت) ودلالتها

بين المراهقين الصم والمراهقين العاديين على مقياس الكمالية

المجموعة / المكون	الصم (ن= ٤٠)		العاديون (ن= ٤٠)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	متوسط	انحراف معياري	متوسط	انحراف معياري		
مستوى الأداء	٢٠,٩٥٠	١,٥٦٨	١٨,١٧٥	١,٣٧٥	٨,٤١٤	٠,٠١
الإحساس بالخطأ	٢٢,٩٧٥	٢,٦٣٦	٢٠,٣٧٥	٣,٠٤٤	٤,٠٨٤	٠,٠١
الدقة بالأداء	٢٣,٨٥٠	٢,٧١٣	١٩,٦٥٠	٣,٠٥٩	٦,٤٩٦	٠,٠١
الدرجة الكلية	٦٧,٧٧٥	٤,٦٠٤	٥٨,٢٠٠	٦,٥٧٦	٦,٥٤٣	٠,٠١

تشير نتائج جدول (٥) إلى تحقق صدق الفرض الثاني بوجود فروق دالة إحصائيًا بين المراهقين الصم والمراهقين العاديين على مقياس الكمالية (مستوى الأداء، والإحساس بالخطأ، والدقة بالأداء، والدرجة الكلية)، وذلك في اتجاه المراهقين الصم.

وهذا ما لاحظته الباحثة علي الرغم من ندرة الدراسات السابقة علي مقياس الكمالية إلى أن هناك العديد من الدراسات الأجنبية التي توضح الفروق بين الصم والعاديين علي مقياس الكمالية منها دراسة (Paul et al, 2015) والتي تهدف إلى دراسة الكمالية لدى الصم والعاديين والتي توصلت إلى وجود فروق بين الصم والعاديين علي مقياس الكمالية لصالح الصم كما في دراسة (سعاد عبد المنعم ٢٠١٥) والتي تهدف إلى تخفيض الكمالية لدى الصم والتي توصلت إلى وجود فروق بين الصم والعاديين علي مقياس الكمالية.

نتائج الفرض الثالث:

ينص على "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين الصم والمراهقين العاديين علي مقياس الاكتئاب وذلك في اتجاه المراهقين الصم".

وللتأكد من صدق هذا الفرض تم حساب اختبار (ت) للعينات المستقلة، ويوضح ذلك جدول (٦).

جدول (٦)

المتوسطان والانحرافان المعياريان وقيمة (ت) ودلالتها

بين المراهقين الصم والمراهقين العاديين على مقياس الاكتئاب

المجموعة / المتغير	الصم (ن= ٤٠)		العاديون (ن= ٤٠)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	متوسط	انحراف معياري	متوسط	انحراف معياري		
الاكتئاب	١٩,٧٠٠	٢,٢٤٤	١٣,٧٠٠	٤,١١٥	٨,٠٩٦	٠,٠١

تشير نتائج جدول (٦) إلى تحقق صدق الفرض الثاني بوجود فروق دالة إحصائيًا بين المراهقين الصم والمراهقين العاديين على مقياس الاكتئاب، وذلك في اتجاه المراهقين الصم. وفي دراسة (Marit H. Kvam, 2007) والتي درست الاكتئاب والقلق لدى العاديين والصم فقد توصلت إلى أن هناك فروق بين الصم والعاديين علي مقياس الاكتئاب، وكذلك دراسة (أميرة فكري، ٢٠٠٨) لدراسة الاكتئاب لدي الصم والعاديين فقد توصلت إلى وجود فروق بين الصم والعاديين علي الكمالية لصالح الصم.

توصيات الدراسة:

في ضوء إجراءات الدراسة الحالية وما توصلت إليه من نتائج وما قدمته من تفسرات فإنها تعرض فيما يلي توصيات الدراسة للاستفادة منها:

١- التأكيد علي الآباء والمربين علي مساعدة الطفل في الوصول بين الكمالية.

٢- التأكيد علي المعلمين علي مساعدة المراهقين الصم في إتمام المهام التي تطلب منهم.

٣- التأكيد علي المعلمين علي مساعدة المراهق الأصم في التعبير عن رأيه في المواقف المختلفة.

٤- يمكن الاستفادة من مقياس الكمالية في تحديد مستوى الكمالية لدى الأصم.

٥- يمكن الاستفادة من مقياس الاكتئاب في تحديد مستوى الاكتئاب لدى الأصم.

٦- ضرورة توعية الوالدين باستخدام الأساليب الايجابية في تنشئة الطفل مما يساعد علي الوصول بين الكمالية والتخلص من الاكتئاب.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

١-أحمد عكاشة. (٢٠٠٣). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: دار الانجلو المصرية.

٢-أسامة فاروق، كامل الشربيني. (٢٠٠٣). *الإعاقة السمعية*. بيروت: دار المسيرة.

٣-آمال عبد السميع أباظة. (١٩٩٦). الكمالية العصابية والكمالية السوية. *مجلة دراسات نفسية*، ٦(٣)، ٣٠٥-٣٠٨.

٤-آمال عبد السميع أباظة. (١٩٩٧). *الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية*. القاهرة: دار الانجلو المصرية.

٥-الشربيني. (٢٠٠٠). *الاكتئاب المرض والعلاج*. الإسكندرية: منشاة المعارف.

٦-بطرس حافظ بطرس. (٢٠٠٤). *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة*. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

٧-تامر شوقي إبراهيم. (٢٠١٤). الكمالية وفعالية الذات ودورها في التنبؤ بالارجاء الأكاديمي لدى طلاب الجامعة في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ٢٤(٨٣)، ١٧٧-٢٤٦.

٨-جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي. (١٩٩٣). معجم *علم النفس والطب النفسي*. القاهرة: دار النهضة العربية.

٩-جمال محمد حسين نافع (٢٠١٤). *طرق التواصل لدي ذوي الاحتياجات الخاصة:* القاهرة: دار الفكر.

١٠- حسين علي فايد (٢٠٠١). شكل الجسم وتقدير الذات كمتغيرات وسيطة في العلاقة بين الكمالية والشره العصبي. *مجلة الإرشاد النفسي*، ١٥، ٥١-٥٥.

١١- خالد محمد عسل (٢٠٠٨). النمط السلوكي (أ) وعلاقته بالكمالية والرضا الوظيفي لدى عينة من معلمي المرحلة الابتدائية. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ١٨(٥٨)، (٨٠- ١٠٥).

١٢- داليا الشبؤون (٢٠١١). القلق وعلاقته بالاكتئاب لدى عينة من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي بمدارس دمشق الرسمية. *مجلة جامعة دمشق*، ٢٧(٣)، ٧٥٩-٧٩٦.

١٣- زينب شقير (٢٠٠٢). *الشخصية السوية والمضطربة*. القاهرة: دار النهضة.

١٤- سيف النصر عبد الحي محمد الإمام. (٢٠١٣). فعالية برنامج إرشادي لخفض حدة الكمالية العصابية لدى طلاب الجامعة الفائقين أكاديميًا. *رسالة دكتوراه* غير منشورة. معهد الدراسات التربوية. جامعة القاهرة.

١٥- شادية احمد عبد الخالق. (٢٠٠٥). استخدام الاختبار وفنيات العلاج الواقعي في خفض الكمالية العصابية. *مجلة الدراسات النفسية*، ١٥(٤٦)، ٢١٥-٢٦٦.

١٦- عبد العزيز السيد الشخص. (٢٠١٤). *اضطرابات الكلام واللغة*. القاهرة: دار الفكر.

١٧- عبد العزيز السيد الشخص. (٢٠١٢). *الإعاقة السمعية واضطرابات التواصل*. القاهرة: دار الفكر.

١٨- عبد الستار إبراهيم. (١٩٩٨): *الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث، فهمه، وأساليب علاجه*. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت. عالم المعرفة، ٢٣٩.

١٩- عبد الرحمن سيد سليمان. (٢٠٠١). *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة*. القاهرة: زهراء الشرق.

٢٠- فؤاد عبد الجواده (٢٠١٢). الإعاقة السمعية. عمان: دار الثقاف

٢١- محمد حسن (٢٠٠٦). *الاضطرابات النفسية والسلوكية*. القاهرة: الانجلو المصرية.

ثانيًا: المراجع الأجنبية:

22- Alexander Nounopoulos (2013). Multidimensional perfectionism and social connectivity among youth: Findings and Implications. *PhD* thesis University of Kentucky.

23- Alison Ram (2005). The Relationship of Positive and Negative Perfectionism to Academic Achievement Motivation, and Well-Being in Tertiary Students. *PhD thesis*. University of Canterbury

24- Arkik (2004). Development and validation of the sport perfectionism scale. *PhD thesis*. university of north cordinat-sobon.

25- Atilgan Erozkan, Yahya Karakas, Seda Ata, and Anis Ayberk (2011). The Relationship between perfectionism and depression in Turkish high school students. *Social Behavior and Personality*. 39(4).(45-461)

26- Boyle & Colleen, (S). (2011). Depression, anxiety and maladaptive perfectionism symptoms among elementary gifted students in three educational settings. *PhD* thesis. faculty of Kentucky

27- Christina L. Noble, Jeffrey S. Ashby, and Philip B. Gnilka (2014). Multidimensional Perfectionism, Coping, and Depression: Differential Prediction of Depression Symptoms by Perfectionism Type. *Journal of College Counseling*.17,(80-91).
28- Danielle M. Andrews1, Lawrence R. Burns1, Jacqueline K. Dueling (2014). Positive Perfectionism: Seeking the Healthy "Should", or Should We. *Journal of Social Sciences*. 2,(27-34).
29- Dewalt & Julie (1998). Impound that in deaf culture as preventive factor against eating disordered altitude and behaviors foe adolescent females. *PhD*. Berekely. California
30- Fahima Ahmed Yan (2014). The Role of Perfectionism Dimensions and Emotion Regulation Strategies in Predicting the Severity of Depressive and Anxiety Symptoms of University Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 20 (2),(153- 161).
31- Hu, tzu-an. (2013). *The relation ship between perfectionism and out comes variables(anxiety, depression*. New York.
32- Lauren Huggins, Melissa C. Davis, Rosanna Rooney and Robert Kane (2008). Socially Prescribed and Self-Oriented Perfectionism as Predictors of Depressive Diagnosis in Preadolescents. *Australian Journal of Guidance & Counseling.* 18 (2),(182–194).