

مستوى الوعي الصحي والتركيب الجسمي وممارسة النشاط الرياضي وصورة الجسد لدى الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان

جعفر فارس العرجان*

ملخص

هدفت الدراسة التعرف على: مستوى الوعي الصحي، وطبيعة التركيب الجسمي، وممارسة النشاط الرياضي من أجل الصحة والمضاعفات الصحية المرتبطة بقلّة الحركة، وصورة الجسد، ومصادر الحصول على المعلومات الصحية، وانتشار التدخين، لدى عينة من الأفراد المعوقين حركياً في مدينة عمان.

تكونت عينة الدراسة من (300) فرداً معاقاً حركياً، بمتوسط عمر (9.32 ± 30.97) سنة، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية من الطلبة الدارسين في بعض الجامعات الأردنية، وبعض المراكز المختصة بتأهيل المعاقين حركياً، أخذت لهم مجموعة من البيانات الديمغرافية (العمرية، الاجتماعية، والصحية والانتروبومترية)، ثم طبقت عليهم استبانة الوعي الصحي، ومقياس صورة الجسد.

وأشارت النتائج إلى وجود فروق احصائية دالة في مستوى الوعي الصحي، وفي صورة الجسد تبعاً لمتغيرات تصنيفات مؤشر كتلة الجسم والممارسة الرياضية من أجل الصحة، ووجود انخفاض في مستوى الرضا عن صورة الجسد، وانخفاض في مستوى الوعي الصحي بين أفراد العينة، وارتفاع مؤشرات النمط الحياتي غير الصحي، والإصابة بالعديد من الأمراض المرتبطة بقلّة الحركة.

وفي ضوء ذلك يوصي الباحث بإجراء وتصميم استراتيجية على المستوى الوطني تهدف في مجملها العام إلى تفعيل النشاط الرياضي لذوي التحديات الحركية، وإلى توفير سبل الممارسة الرياضية الآمنة لهم في ضوء امكانياتهم البدنية والحركية، وإلى زيادة مستوى الوعي الصحي لديهم والمتناسب مع طبيعة اعاقاتهم وما قد يترافق معها من مضاعفات مرضية.

الكلمات الدالة: الوعي الصحي، البدانة، النشاط الرياضي من أجل الصحة، صورة الجسد، الإعاقة الحركية.

المقدمة

(2012).

فقد عانى الأفراد الذين ابتلوا بفقدان أو ضعف في واحدة أو أكثر من قدراتهم الحركية أو العقلية أو الحسية أو الانفعالية معاناة شديدة على مر العصور، فقد عاملتهم بعض الأمم قديماً بقسوة بالغة معتبرة إياهم عبء ثقيل، واعتبارهم نذير شؤم على أهلهم، لذلك كان يلقي بهم بعيداً ليكون الهلاك الحتمي مصيرهم، فالمجتمعات الإنسانية لا تخلو من المشاكل والصعوبات التي تواجه الأفراد والجماعات، إلا أن حجم ونوعية هذه المشاكل يختلف من فئة لأخرى، ومن الفئات الاجتماعية التي تواجه مشاكل معقدة في مختلف المجتمعات هي فئة المعاقين (أبو النصر، 2004)، كما تعتبر البدانة أحد أكثر الأسباب المؤدية إلى الإصابة بالعديد من الأمراض المزمنة والتي يمكن أن تكون سبباً للوفاة؛ (Al Alwan et al., 2013; Wiklund et al., 2010)، بحيث تبرز خطورة الإصابة على الأفراد غير المعاقين، إلا أن مخاطرها الصحية تزداد وتتعاظم

تعتبر مشكلته الإعاقة أحد الأخطار الرئيسية التي تواجه العالم في الوقت الحاضر وذلك لما تحمله من تدمير للكيان الإنساني والنفسي والاجتماعي، حيث أن عدم مواجهتها علمياً يجعل المعوق في صراع مع أسرته ومع المجتمع المحيط (عربي، هندأوي والعرجان، 2007؛ الحراحشه، 2013)، بحيث لا يكاد يخلو مجتمع من المجتمعات الإنسانية من وجود أفراد معاقين، إلا أن الفرق ويظهر في طبيعة نظرتها وتعاملها مع هذه الفئة من فئات المجتمع فكل مجتمع خصوصيته التاريخية والحضارية، ومنظومة القيم والمعايير الاجتماعية التي تحكم تصرفات أفرادها، وتحدد نظرتهم إلى مختلف أمور الحياة (عبد الباقي،

* قسم العلوم الأساسية، جامعة البلقاء التطبيقية، الأردن. تاريخ استلام البحث 2015/2/10، وتاريخ قبوله 2015/4/16.

واعضائه المختلفة، إضافة إلى محدودات قدرته على توظيف هذه الاعضاء وإثبات كفاءتها، مما قد يصاحب ذلك مجموعة من المشاعر المختلطة بشقيها السلبي والإيجابي وانعكاس ذلك على صورته الجسدية (Ingrid, Diane & Marianne, 2012; Xiaoyan et al., 2010) ولصورة الجسم ثلاث مكونات هي المكون المعرفي الإدراكي الذي يرتبط بالتقدير لحجم الجسد، والمكون الوجداني الذاتي والذي يعبر عن المشاعر الأفكار والاتجاهات تجاه الجسد، والمكون السلوكي والذي يشير إلى سلوك الفحص الذاتي المتكرر للجسد والرغبة في تجنب المواقف التي تجعلنا نشعر بعدم الراحة عن الجسد (Taryn et al., 2012; Homana & Tracy, 2014).

وتبعاً لذلك فإن المعاقين بشكل عام والمعاقين حركياً بشكل خاص سوف تتأثر لديهم النظرة العامة لصورة الجسد، وذلك نتيجة لفقد بعض الأطراف أو العجز عن القيام بوظائفها نتيجة للشلل أو أي أمراض أو مضاعفات صحية أخرى، ونظراً للعديد من المسوغات العلمية والصحية فقد تعددت الدراسات التي بحثت في تأثير وأهمية ممارسة النشاط الرياضي على المعوقين إضافة إلى التعرف على السلوك والنمط الصحي لديهم، فمن تلك الدراسات ما قام به (عفيف، 1997) بهدف التعرف إلى مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمعوقين عقلياً في الأردن تبعاً لمجموعة من المتغيرات، أشارت النتائج إلى تفوق المراكز الخاصة على المراكز الحكومية وذوي الإعاقات البسيطة على ذوي الإعاقة المتوسطة في أغلب اختبارات اللياقة البدنية، كما أجرى (الحراحشه، 2013) دراسة بهدف التعرف على أنماط السلوك الصحي السائدة لدى لاعبي الاندية الرياضية للمعاقين في الأردن، أشارت النتائج إلى وجود مستوى وعي صحي متوسط لدى أفراد العينة، كما لم تكن متغيرات الفئة العمرية، المؤهل العلمي، الجنس، نوع الرياضة الممارسة، عوامل مؤثرة على السلوك الصحي، باستثناء وجود تأثير جزئي لعامل الجنس على مجال السلوكيات الخطرة، وأجرى (الحربي، هزاع وحسن، 1422 هـ) دراسة بهدف التعرف على مستويات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى الأطفال الذكور المتخلفين عقلياً المصابين بمتلازمة داون وغير المصابين بها ومقارنتها مع أقرانهم العاديين، أظهرت النتائج أن نسبة البدانة لدى الأطفال المتخلفين عقلياً تجاوزت (50%) وإلى وجود انخفاض في القوة العضلية والتحمل الدوري التنفسي والتحمل العضلي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً مقارنة بالأطفال العاديين، إلا أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون اظهروا مرونة زائدة مقارنة بالأطفال العاديين، وبهدف التعرف على أثر برنامج مقترح في التربية الصحية على تنمية بعض جوانب السلوك الصحي لدى

لدى الأفراد المعاقين، بسبب انخفاض معدل الحركة لديهم قياساً إلى غير المعاقين (Weil et al., 2002; Okoro et al., 2004)، حيث أشارت بعض الدراسات التي أجريت على المجتمع الأمريكي، إلى أن إصابة المعاقين بالبدانة تعد المشكلة الصحية الأكثر المهددة لحياتهم على الصعيد الصحي والنفسي والاجتماعي (Fox & Rotatori, 1982; Rubin et al., 1998)، ومما لاشك فيه أن ممارسة النشاط الرياضي تؤثر على الفرد وتكسبه اتجاهات وقيماً وسلوكيات سليمة تجعله يتواءم مع نفسه ومع أفراد مجتمعه، حيث تلعب الأنشطة الرياضية دوراً هاماً في تنمية نواحي النقص لدى الأفراد، فإذا فقد الإنسان قدرته على التمتع بأي جانب من جوانب الحياة فإن هذه الأنشطة تعوضه من خلال شعوره بإمكانياته أثناء الممارسة، وهذا الأمر في غاية الأهمية بالنسبة للمعاقين حركياً، فقد تبين من الدراسات أن ممارسة النشاط الرياضي يؤثر إيجابياً على مفهوم الذات، وعلى زيادة ثقة الفرد بقدراته، وعلى التقليل من مستويات القلق والتوتر والكآبة (Willows et al., 2013; Agarwal et al., 2013) مما يعني وجود تحسن كبير على صعيد الناحية النفسية والاجتماعية للفرد وبما يؤدي إلى تحسين جودة ونوعية الحياة (Joan et al., 2014; Reis et al., 2014).

حيث تزداد أهمية ممارسة النشاط الرياضي لدى جميع الأفراد ولدى المعاقين حركياً بشكل خاص، وذلك لأن غالبيتهم أكثر عرضة للإصابة بالعديد من الأمراض المرتبطة بقلة الحركة، والاختلالات الصحية وذلك يعود إلى طبيعة النمط الحياتي لهم والذي يتميز بقلة الحركة نتيجة الجلوس الطويل، إضافة إلى بعض التأثير النفسي نتيجة لطبيعة إعاقاتهم (Roberts & Laye, 2012; CDCP, 2009)، كما بينت الدراسات وجود تأثير إيجابي لممارسة النشاط الرياضي للوقاية من الإصابة بتلك الأمراض إضافة إلى الدور الهام في التقليل من مضاعفاتها (Stephanie-May & Michelle, 2013; Rahman et al., 2013) إضافة إلى استخدام النشاط الرياضي في إعادة تأهيل المعاقين حركياً وإعادة دمجهم بالمجتمع من خلال العمل على تطوير قدراتهم البدنية للأطراف أو الأعضاء غير المصابة، بما يؤدي إلى تحقيق مبدأ التعويض في القدرات البدنية والحركية (Haukenes et al., 2014; Tomasone et al., 2014) فأمكن ذلك من تحسين حالات العجز للكثيرين منهم بفضل التقدم الطبي وبرامج التأهيل.

وبعد المظهر الجسمي أو ما تم التعارف عليه علمياً بصورة الجسد من الأمور الرئيسية التي ينشغل بها نسبة كبيرة من البشر، فصورة الجسد هي صورة ذهنية وعقلية يكونها الفرد عن جسده سواء في المظهر الخارجي، أو في مكوناته الداخلية

المعاقين عقلياً، توصل (عنبر، 2004) إلى وجود تحسن ذو دلالة احصائية على مجالات السلوك الصحي، أداء السلوك الصحي وإدراك السلوك الصحي.

وأجرى (Maqboul, 2009) دراسة بهدف التعرف إلى تأثير العوامل الديمغرافية الاجتماعية على مستوى السمنة، والوعي الصحي لدى المعوقين حركياً في محافظة نابلس، على عينة مكونة من (244) معاقاً حركياً، أشارت النتائج إلى إن الدرجة الكلية للوعي الصحي بشكل عام، والتغذية والإهتمام بالذات بين المعاقين حركياً في محافظة هي درجة منخفضة، وتنخفض جداً في مجال التمرينات، وتكون متوسطة في مجالي إدارة التوتر، والتدخين، وإلى وجود علاقة دالة إحصائية بين مؤشر كتلة الجسم، والجنس، والعمر، ومكان السكن، والحالة الاجتماعية، ومستوى التعليم، ووجود فروق دالة إحصائية في درجة الوعي الصحي، وفق متغيرات الحالة الاجتماعية، ومستوى التعليم، وعدد الساعات اليومية لمشاهدة التلفزيون، وعدد الساعات اليومية لاستخدام الحاسوب، كما أجرى (Armour et al., 2013) دراسة لمعرفة نسب انتشار البدانة والوزن الزائد لدى الأفراد المعاقين في أمريكا، حيث توصلوا إلى أن ما نسبته (41.7%) يعانون من البدانة المفرطة، وما نسبته (26.6%) يعانون من الوزن الزائد، كما توصل (Ells et al., 2006) إلى وجود ارتباط بين الإصابة بالبدانة والتهابات المفاصل واضطرابات الصحة العقلية لدى السكان في المملكة المتحدة، مما يشير إلى أن البدانة يمكن أن تكون أحد العوامل المهيئة لأحد أنواع الإعاقة المكتسبة، وفي دراسة لانتشار البدانة تبعاً لآفات متعددة بين الأطفال توصل (Alex et al., 2009) إلى أن نسبة انتشار البدانة للذين يعانون من الربو (19.7%)، ولدى الإعاقة السمعية (18.2%)، ولدى الإعاقة البصرية (18.5%)، ولدى الأطفال الذين يعانون من إعاقة التوحد بنسبة (23.4%)، كما تعددت الدراسات التي أجريت بهدف تحقيق تحسن في صورة الجسد ومفهوم الذات لدى المعاقين، باستخدام البرامج الرياضية والتأهيلية، فقد توصل (خوجة، 2011) إلى وجود تحسن كبير في صورة الجسد لدى الأفراد المعاقين حركياً نتيجة لتطبيق برنامج رياضي لمدة (10) أسابيع بواقع (3) وحدات تدريبية اسبوعياً، كما بينت النتائج وجود علاقة إيجابية بين التحسن في صورة الجسد وارتفاع مفهوم الذات، كما توصل (العلوان، 2006) من خلال دراسة هدفت إلى التعرف على درجة الرضا عن الحياة وعلاقته بتقدير الذات لدى المعاقين حركياً في الأردن، إلى وجود فروق في درجة الرضا عن الحياة وفي تقدير الذات لدى المعاقين حركياً من الممارسين للنشاط الرياضي قياساً إلى غير الممارسين.

كما توصل (المغازي، 2002) من خلال دراسة أجريت بهدف إعداد برنامج تأهيلي حركي للطفل الكفيف في مرحلة رياض الأطفال لتنمية مفهوم صورة الجسد والتوجه المكاني، على عينة مكونة من (20) طفل كفيف، إلى أن البرنامج التأهيلي الحركي له تأثير إيجابي في تحسين مفهوم صورة الجسد والتوجه المكاني، كما توصل (الأشرم، 2008) من خلال دراسة هدفت إلى التعرف على صورة الجسد وأبعاد صورة الجسد وعلاقتها بتقدير الذات لدى ذوي الإعاقة البصرية عن طريق الدراسة الكلينية على عينة من المعاقين بصرياً، إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين صورة الجسد وتقدير الذات، ووجود فروق احصائية بين المعاقين بصرياً في تقدير الذات تبعاً لمستوى الرضا عن صورة الجسد، وإلى عدم وجود أثر لكل من متغيرات سن الإعاقة، درجة الإعاقة، الجنس، على مستوى الرضا عن صورة الجسد وتقدير الذات، وفي دراسة أجراها (القاضي، 2009) على عينة من حالات البتر في قطاع غزة بفلسطين، بهدف التعرف على قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسد ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على قطاع غزة في ضوء بعض المتغيرات، أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين قلق المستقبل من جهة وما بين صورة الجسد ومفهوم الذات، كما تبين عدم وجود اختلافات جوهرية دالة في صورة الجسد تعزى لمتغيرات الجنس، الحالة الاجتماعية، مكان وسبب البتر، ومدة الإصابة، وفي دراسة أجراها (Beatus, 1996) بهدف المقارنة في صورة الجسد ومفهوم الذات بين أربعة مجموعات هي: مجموعة المصابين بالشلل السفلي، مجموعة المصابين بالشلل الرباعي، مجموعة المصابين بالأم أسفل الظهر، ومجموعة من الأفراد غير المصابين بأي إعاقة، أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود اختلاف بين المعوقين بإصابات الحبل الشوكي مع الأفراد العاديين في تقديرهم لصورة الجسم ومفهوم الذات، وعدم وجود فروق بين الأفراد المعوقين المصابين بالشلل النصفي السفلي مع أقرانهم المصابين بالشلل الرباعي في تقديرهم لصورة الجسم ومفهوم الذات. ويبقى التساؤل العلمي مطروحاً حول البحث عن مختلف الوسائل التي تمكن الأفراد القائمين على رعاية المعاقين في تحقيق مبدأ جودة الحياة واحداث التكيف النفسي والاجتماعي لهم ومن ثم وقايتهم من الإصابة بالعديد من الأمراض المرتبطة بقلة الحركة، وذلك لا يتم إلا من خلال التعرف على طبيعة ومستوى الوعي الصحي لهم، ومدى انتشار البدانة والوزن الزائد بينهم وارتباط ذلك بالعديد من المضاعفات الصحية الخطيرة، إضافة إلى أن دراسة مدى تأثير الإعاقة الحركية على صورة الجسد يمكن أن يساعد في برامج التأهيل النفسي لهم وصولاً إلى تقبل الجسد للفرد المعاق.

مشكلة الدراسة

تنبثق مشكلة الدراسة من أهمية الموضوع والمجال المدروس، إضافة إلى الأهمية الخاصة بطبيعة العينة، والتي ابتليت بنوع من الإعاقة، بحيث تبرز مشكلة الدراسة في وجود العديد من المؤشرات الخطيرة لارتفاع نسبة البدانة والوزن الزائد، والحمول البدني، وعدم ممارسة النشاط الرياضي والتدخين بين أفراد المجتمع الأردني على اختلاف قطاعاته، بما يشكل ارتفاع لعوامل الخطورة للاصابة بالأمراض القلبية الوعائية، إضافة إلى الأمراض غير السارية، إضافة إلى الارتباط الوثيق بين البدانة وما بين العديد من الأمراض غير السارية والمضاعفات الصحية والتي تتمثل في أمراض القلب وتصلب الشرايين، وآلام أسفل الظهر، ضغط الدم، التشوهات القوامية، السكري وهشاشة العظام، وكما بينت بعض الدراسات الأمريكية العلاقة مع الاصابة بمرض السرطان، إضافة إلى علاقة البدانة ببعض الاشكاليات النفسية والتي تتمثل في الكآبة وضعف الثقة بالنفس، والانطواء وصولاً إلى حالة تدني مفهوم الذات البدنية والجسمية لدى الفرد البدني.

كما أن الأفراد المعاقين حركياً يتميزون بنقص الحركة والانتقال مما يعرضهم إلى الزيادة في الوزن والبدانة، ومن زيادة في احتمالات الاصابة بالأمراض المرتبطة بنقص الحركة والبدانة، حيث أن إصابة المعاقين بالبدانة يمكن أن يضيف اعباءً صحية أخرى وبما يؤدي إلى تفاقم المشاكل الصحية ويزيد من حدة الإعاقة.

ومما يعضد مشكلة الدراسة على هذه الشريحة الهامة من المجتمع، تركز النسبة الغالبة من الأبحاث في الأردن وفي معظم الدول والمتعلقة بالوعي الصحي وانتشار البدانة والوزن الزائد وما يتصل بها من مضاعفات صحية خطيرة، وتلك المتعلقة بصورة الجسد وتأثيراتها النفسية العميقة على مفهوم الذات على الأفراد غير المعاقين، مما يشكل إهمالاً كبيراً لتلك الفئة والشريحة الاجتماعية من المعاقين، هذا إضافة لحصول العديد من المضاعفات النفسية خاصة فيما يتعلق باختلال صورة الجسد لدى الأفراد المعاقين حركياً، لا سيما أن كانت الإعاقة مكتسبة، كما تشير العديد من الدراسات المرجعية والتي أجريت على الأفراد المعاقين، أنهم أكثر عرضة للأمراض العقلية، نتيجة للضغوط النفسية والاجتماعية التي تسببها طبيعة الإعاقة لهم.

أهمية الدراسة

تبرز أهمية الدراسة فيما يلي:

1. الأهمية التطبيقية البحتة، حيث تتوافر امكانية الاستفادة من نتائج هذه الدراسة للعديد من الفئات التي تتعامل مع الأفراد

المعاقين حركياً، سواء في مجال التأهيل الحركي ما بعد الإعاقة الحركية، أو التأهيل النفسي، إضافة إلى المختصين في مجال النشاط الرياضي للحالات الخاصة.

2. كما تساعد هذه الدراسة في زيادة توجيه الاهتمام إلى إيجاد الفرص والامكانيات المناسبة لتفعيل مستوى النشاطات الرياضية والبدنية لدى الأفراد المعاقين حركياً وبما يساهم في تطوير مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لهم، وعدم اقتصر الرياضة للمعاقين على الرياضة التنافسية لهم، وإنما من خلال توسيع قاعدة المشاركين لتشمل أكبر نسبة ممكنة منهم.

3. كما أن التعرف على مدى الرضا عن صورة الجسد لدى الأفراد المعاقين حركياً يمكن أن يساهم مساهمة فعالة في إيجاد برامج التأهيل والاعداد النفسي وصولاً إلى تقبل الصورة الجسدية وبما يحقق الدمج الاجتماعي وتحسين الصحة النفسية لهم.

4. تنبيه المختصين والعاملين في مجال رعاية المعاقين إلى خطورة انتشار البدانة والوزن الزائد بين الأفراد المعاقين حركياً والعمل على وضع البرامج والاستراتيجيات لمواجهة ذلك.

أهداف الدراسة

هدفت الدراسة التعرف على:

1. مستوى الوعي الصحي ومستوى الرضا عن صورة الجسد تبعاً لمغيرات حالة البدانة وممارسة النشاط الرياضي لدى الافراد المعاقين حركياً.
2. نسب انتشار البدانة والوزن الزائد والنحافة لدى الافراد المعاقين حركياً.
3. طبيعة الامراض المرتبطة بقلة الحركة التي يعاني منها افراد العينة من المعاقين حركياً.
4. على أكثر المصادر التي يعتمد عليها الأفراد المعاقين حركياً للحصول على المعلومات الصحية الخاصة بطبيعة الإعاقة والصحة.
5. نسب انتشار التدخين وعدم ممارسة النشاط الرياضي، وعدد ساعات استخدام الإنترنت ومشاهدة التلفاز لدى الافراد المعاقين حركياً.
6. الاسباب الدافعة التي تقف وراء ممارسة وعدم ممارسة النشاط الرياضي لدى الأفراد المعاقين حركياً.

تساؤلات الدراسة

في ضوء أهداف الدراسة تم وضع مجموعة من التساؤلات وهي:

إدارة التوتر والتدخين والكحول والمهدئات، كما يمكن تعرف الوعي الصحي على إنه: قدرة الفرد على ترجمة المعلومات الصحية إلى سلوكيات صحية سليمة في المواقف الحياتية التي يتعرض لها، والتي من خلالها يستطيع المحافظة على صحته في حدود أمكانياته المتاحة وقدراته الوظيفية والحركية (Maqboul, 2009).

التركيب الجسمي: يعرف التركيب الجسمي في هذه الدراسة على أنه نسب توزيع أفراد عينة الدراسة على مؤشرات البدانة والوزن الزائد والنحافة والوزن الطبيعي وذلك اعتماداً على معايير منظمة الصحة العالمية (Who, 2004). ممارسة النشاط الرياضي: وهو استجابة أفراد عينة الدراسة حول مدى ممارستهم للنشاط الرياضي، عن طريق الإجابة على السؤال المتعلق بذلك وعلى بدائل (نعم، لا، أحياناً). (تعريف إجرائي).

صورة الجسد: هي صورة ذهنية وعقلية يكونها الفرد عن جسده سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو اتجاهات موجبة أو سلبية عن تلك الصورة الذهنية للجسد (Chondronikola et al., 2013)، فيما تعرف صورة الجسد في هذه الدراسة على أنها الصورة النمطية التي يكونها الفرد المعاق حركياً عن جسده، من خلال ما قد يرتبط بذلك الأمر من سلبيات أو إيجابيات ناتجة من طبيعة الإعاقة الحركية المصاب بها، بحيث يتم الاستدلال على تلك الصورة، من الدرجة التي يتحصل عليها من خلال الاستجابة على مقياس صورة الجسد المستخدم في هذه الدراسة.

متغيرات الدراسة

اشتملت الدراسة على المتغيرات التالية:

المتغيرات المستقلة وتشمل:

1. التركيب الجسمي: من خلال تقسيم أفراد العينة إلى ثلاثة أقسام هي: الأفراد الذين يعانون من البدانة، الأفراد الذين يعانون من الوزن الزائد، والأفراد غير البدناء.
 2. ممارسة النشاط الرياضي: من خلال تقسيم أفراد العينة إلى ممارسين للنشاط الرياضي وغير ممارسين.
 3. المرحلة العمرية: من خلال تقسيم أفراد العينة تبعاً للسن إلى ثلاثة أقسام هي: (18-30) سنة، (31-40) سنة، (41-50) سنة.
- المتغيرات التابعة: وتشمل متغيرين هما: مستوى الوعي الصحي وصورة الجسد.

1. ما مستوى الوعي الصحي، ومستوى الرضا عن صورة الجسد، وهل يتباين مستوى الوعي الصحي ومستوى الرضا عن صورة الجسد تبعاً لحالة البدانة وممارسة النشاط الرياضي من أجل الصحة لدى الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان؟.
2. ما نسبة انتشار البدانة والوزن الزائد والنحافة لدى الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان؟.
3. ما الأمراض المرتبطة بقلة الحركة والمترافقة مع طبيعة الإعاقة التي يعاني من أفراد عينة الدراسة؟.
4. ما أكثر المصادر التي يستقي منها الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان للمعلومات الصحية الخاصة بطبيعة الإعاقة والصحة.
5. ما نسب انتشار التدخين وعدم ممارسة النشاط الرياضي، واستخدام الانترنت ومشاهدة التلفاز لدى الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان؟.
6. ما الأسباب الدافعة التي تقف وراء ممارسة وعدم ممارسة النشاط الرياضي لدى الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان؟.

محددات الدراسة

المحدد البشري والمكاني: تم اجراء هذه الدراسة على عينة من الافراد المعاقين حركيا والقاطنين في مدينة عمان، عاصمة المملكة الاردنية الهاشمية، بحيث كانت شروط اختيار العينة أن يكون لديهم نوعاً من الإعاقة الحركية خاصة تلك المتعلقة بوجود نقص واشكاليات في نمو العظام، خاصة الطرف السفلي من الجسد، وبعض الأمراض التي تتعلق بحركة المفاصل وبعض الأمراض والتشوهات والانحرافات القوامية، وما يتعلق بتواجد مرض الضمور العضلي والذي يؤدي إلى نوع من الإعاقة الحركية.

المحدد الزمني: نظراً لطبيعة العينة والصعوبة التي واجهت الباحث في جمع البيانات من أفراد عينة الدراسة، فقد استمر جمع بيانات الدراسة من الفترة الممتدة ما بين (2013/10-2014/6).

مصطلحات الدراسة

الوعي الصحي

يعرف الوعي الصحي إجرائياً في هذه الدراسة، بأنه الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة، على محاور مقياس الوعي الصحي المعد للتطبيق على الأفراد المعاقين حركياً وعلى محاور التغذية، العناية الشخصية، ممارسة النشاط الرياضي،

إجراءات الدراسة

منهج الدراسة

استخدم الباحث المنهج الوصفي باعتباره مناسباً لطبيعة أهداف وتساؤلات الدراسة.

مجتمع وعينة الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان، والذين يعانون من إعاقات تدرج في أعاقات العظام

والعضلات (نقص في نمو عظام الأطراف السفلى، خلع في بعض المفاصل والتي تؤثر على طبيعة الحركة والانتقال، التهابات المفاصل المعيقة للحركة، انحرافات القوام، الضمور العضلي)، فيما تكونت عينة الدراسة من (300) فرداً معاقاً جلهم من الذكور، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية من الطلبة الدارسون في بعض الجامعات الأردنية، ومن خلال مراجعة بعض المراكز المختصة بتأهيل المعاقين حركياً، والجدول (1) يوضح الخصائص البدنية والديمغرافية للعينة.

الجدول (1)
خصائص عينة الدراسة

المتغيرات	(متوسط ± انحراف)	المتغيرات	ت (%)
العمر (سنة)	8.96±30.94	الفئة العمرية	
الطول (متر)	0.05±1.70	18-30 سنة	164 (54.7)
الوزن (كغم)	16.69±80.13	31-40 سنة	77 (25.7)
مؤشر كتلة الجسم (كغم/م ²)	6.24±27.73	41-50 سنة	59 (19.7)
مساحة سطح الجسم (متر ²)	0.20±1.93	طبيعة الإعاقة	ت (%)
طبيعة الإعاقة من حيث السبب	ت (%)	نقص في نمو عظام الأطراف السفلى	42 (14.0)
خلفية	248 (82.7)	خلع في بعض المفاصل	107 (35.7)
مكتسبة	52 (17.3)	التهابات المفاصل المعيقة للحركة	80 (26.7)
الحالة الاجتماعية	ت (%)	انحرافات القوام	37 (12.3)
أعزب	134 (44.7)	الضمور العضلي	21 (7.0)
متزوج	132 (44.0)	أخرى	13 (4.3)
غير ذلك	34 (11.3)	وجود إعاقة لدى الزوجة: المتزوجين حالياً (وسابقاً)	ت (%)
وجود إعاقة أخرى في العائلة	ت (%)	نعم	42 (25.3)
نعم	39 (13.0)	لا	124 (74.69)
لا	261 (87.0)	المستوى التعليمي	ت (%)
العمل الحالي	ت (%)	غير متعلم	14 (4.7)
طالب	104 (34.7)	أقل من الثانوية العامة	127 (42.3)
عمل خاص	41 (13.7)	الدبلوم	60 (20.0)
موظف قطاع خاص	57 (19.0)	جامعي	99 (33.0)
موظف قطاع حكومي	75 (25.0)	الدخل الشهري العائلي: (د. أ)	ت (%)
لا يعمل	23 (7.7)	أقل من 300	67 (22.3)
ممارسة النشاط الرياضي من أجل الصحة	ت (%)	301-500	203 (67.7)
نعم	18 (6.0)	501-700	25 (8.3)
لا	224 (74.7)	أكثر من 700	5 (1.7)
أحياناً	58 (19.3)		

أدوات الدراسة

للتحقق من اهداف الدراسة، استخدم الباحث الأدوات التالية:

أولاً: استمارة البيانات الديمغرافية لعينة الدراسة والتي تمثلت في بيانات (العمر، طبيعة الإعاقة وسببها، الحالة الاجتماعية، وجود إعاقة لدى الزوجة الحالية أو السابقة، وجود إعاقة أخرى في العائلة، المستوى التعليمي، العمل الحالي، الدخل الشهري العائلي، ممارسة النشاط الرياضي من أجل الصحة، عدد ساعات مشاهدة التلفاز واستخدام الانترنت في اليوم، كما تضمنت بيانات تحدد الاسباب الدافعة لممارسة النشاط الرياضي من أجل الصحة، وأسباب عدم ممارسة النشاط الرياضي، المضاعفات الصحية التي يعاني منها المعاق، إضافة إلى الطلب من العينة تحديد مصادر الحصول على المعلومات الصحية.

ثانياً: القياسات الجسمية: تم قياس الوزن باقل الملابس الممكنة، باستخدام مقياس الوزن المعايير إلى أقرب (كغم)، وقياس الطول بواسطة مقياس الطول المدرج دون ارتداء حذاء، إلى أقرب (0.1) سم، ثم استخدمت البيانات الخاصة بالطول والوزن لاستخراج مؤشر كتلة الجسم بواسطة معادلة (الوزن "كغم"/ الطول² متر)، وحسبت مساحة سطح الجسم بواسطة معادلة (الطول "متر" × الوزن "كغم"/ 36 تحت الجذر Grubb & Newby, 2000)، وتم الاعتماد على تصنيفات منظمة الصحة العالمية لمؤشر كتلة الجسم، والتي تتناسب مع طبيعة أعمار عينة الدراسة وهي: النحافة أو (نقص الوزن) وهي وقوع مؤشر كتلة الجسم لمدى أقل من (18.49)، الوزن الطبيعي وهو وقوع مؤشر كتلة الجسم ما بين (18.50 - 24.99)، الوزن الزائد وهو وقوع مؤشر كتلة الجسم ما بين (25.00 - 29.99)، البدانة وهو وقوع مؤشر كتلة الجسم أعلى من (30.0) (كغم/م²) (Who, 2004).

ثالثاً: مقياس المستوى الصحي لدى المعاقين حركياً من اعداد الباحث معتمداً في ذلك على الاطلاع على مقاييس المستوى الصحي المستخدمة في دراسات (العرجان وآخرون، 2013؛ Maqboul, 2009؛ الحراش، 2013؛ القدومي، 2005)، بحيث يتكون هذا المقياس من (63) عبارة موزعة على خمسة محاور هي: التغذية بعدد (19) عبارة، العناية الشخصية بعدد (13) عبارة، ممارسة النشاط الرياضي بعدد (11) عبارة، ادارة التوتر بعدد (13) عبارة والتدخين والكحول والمهدئات بعدد (7) عبارات، بحيث صيغت جميع عبارات المقياس بالاتجاه الايجابي، وصحح المقياس بان يتم اعطاء (5) درجات على بديل

الاجابة (موافق بدرجة كبيرة جداً)، و(4) درجات على (موافق بدرجة كبيرة) و(3) درجات على (موافق بدرجة متوسطة) ودرجتين على (موافق بدرجة قليلة) ودرجة واحدة على (موافق بدرجة قليلة جداً)، ومن أجل التوصل إلى مستوى الوعي الصحي تم اعتماد المعيار التالي وهو: (75.0% فما فوق) مستوى صحي عالٍ، (50-74.99%) مستوى صحي متوسط، (أقل من 50.0%) مستوى صحي منخفض (العرجان وآخرون، 2013؛ القدومي، 2005).

رابعاً: مقياس صورة الجسد لدى المعاقين حركياً من اعداد (القاضي، 2009) والذي يتكون من (32) عبارة، صيغت جميعها بالاتجاه السلبي وعلى سلم ثلاثي للاستجابة وهو (دائماً) وتعطى لها درجة واحدة، (أحياناً) وتعطى لها درجتان، (نادراً) وتعطى لها ثلاث درجات، بحيث تكون الدرجة الكلية التي يمكن أن يحصل عليها المستجيب على هذا المقياس (96) والدرجة الدنيا (32)، ومن أجل التوصل إلى مستوى الرضا عن صورة الجسد تم اعتماد المعيار التالي وهو: (≤ 80%) تساوي درجة عالية جداً من الرضا، (70-79.99%) درجة عالية من الرضا، (60-69.99%) درجة متوسطة من الرضا، (50-59.99%) درجة منخفضة من الرضا، (> 50%) درجة منخفضة جداً من الرضا.

المعاملات العلمية لأدوات الدراسة

حتى يتم التأكد من مدى صلاحية أدوات الدراسة للتطبيق على عينة الدراسة من الأفراد المعاقين حركياً، قام الباحث بعرض مقياس مقياس المستوى الصحي ومقياس صورة الجسد، على لجنة من الخبراء والمحكمين بعدد (10) خبراء، في اختصاصات التربية الخاصة ورياضة المعاقين وقد طبق المقياسين على عينة عشوائية من الأفراد المعوقين حركياً ومن خارج عينة الدراسة بعدد (35) فرداً، وذلك لمبرتين متتاليتين بفارق زمني بين التطبيق الأول والثاني وقدره اسبوعان، بحيث استخدم الباحث نتائج التطبيق الأول لاستخراج معامل صدق الاتساق الداخلي لارتباط العبارة مع المحور الذي تنتمي اليه، ومع المقياس ككل، إضافة إلى قيام الباحث باستخدام نتائج التطبيق الأول والثاني لاستخراج معامل الثبات للمقياسين، والجدول (2) يوضح نتائج معاملات الارتباط لصدق الاتساق الداخلي والثبات للمقياسين.

الأساليب الإحصائية

تم تحليل البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية التالية وهي: إختبار مربع كاي، التكرارات والنسب المئوية، تحليل التباين المتعدد (MANOVA) وإختبار شيفيه البعدي.

الجدول (2)

معاملات صدق الاتساق الداخلي والثبات للمقياسين

صدق الاتساق الداخلي والثبات لمقياس المستوى الصحي لدى المعاقين حركيا												
الرقم	صدق الاتساق الداخلي		الرقم	الثبات	صدق الاتساق الداخلي		الرقم	الثبات	صدق الاتساق الداخلي		الرقم	
	الارتباط مع المجال	الارتباط مع المقياس			الارتباط مع المجال	الارتباط مع المقياس						
العناية الشخصية				التغذية								
1	§§0.73	§§0.75	§§0.79	1	§§0.80	§§0.77	§§0.89	11	§§0.85	§§0.80	§§0.88	1
2	§§0.80	§§0.78	§§0.87	2	§§0.76	§§0.80	§§0.77	12	§§0.79	§§0.75	§§0.81	2
3	§§0.86	§§0.87	§§0.78	3	§§0.84	§§0.82	§§0.89	13	§§0.80	§§0.77	§§0.83	3
4	§§0.84	§§0.74	§§0.75	4	§§0.89	§§0.85	§§0.79	14	§§0.81	§§0.82	§§0.80	4
5	§§0.79	§§0.80	§§0.84	5	§§0.80	§§0.76	§§0.86	15	§§0.80	§§0.86	§§0.79	5
6	§§0.75	§§0.86	§§0.78	6	§§0.76	§§0.75	§§0.83	16	§§0.81	§§0.85	§§0.83	6
7	§§0.80	§§0.85	§§0.83	7	§§0.79	§§0.77	§§0.80	17	§§0.79	§§0.84	§§0.82	7
8	§§0.83	§§0.80	§§0.81	8	§§0.86	§§0.80	§§0.79	18	§§0.76	§§0.77	§§0.79	8
9	§§0.87	§§0.84	§§0.83	9	§§0.88	§§0.84	§§0.77	19	§§0.84	§§0.87	§§0.80	9
10	§§0.86	§§0.75	§§0.85	10					§§0.87	§§0.74	§§0.86	10
11	§§0.79	§§0.79	§§0.81	11					الكلية			
12	§§0.83	§§0.78	§§0.80	12								
13	§§0.80	§§0.83	§§0.88	13								
الكلية												
التدخين والكحول والمهذبات				ادارة التوتر				ممارسة النشاط الرياضي				
1	§§0.89	§§0.76	§§0.80	1	§§0.77	§§0.86	§§0.90	1	§§0.80	§§0.84	§§0.89	1
2	§§0.76	§§0.89	§§0.74	2	§§0.82	§§0.88	§§0.92	2	§§0.84	§§0.79	§§0.82	2
3	§§0.74	§§0.83	§§0.84	3	§§0.86	§§0.73	§§0.77	3	§§0.78	§§0.80	§§0.85	3
4	§§0.88	§§0.77	§§0.87	4	§§0.87	§§0.78	§§0.81	4	§§0.90	§§0.76	§§0.80	4
5	§§0.87	§§0.86	§§0.89	5	§§0.85	§§0.80	§§0.78	5	§§0.92	§§0.81	§§0.77	5
6	§§0.85	§§0.88	§§0.79	6	§§0.77	§§0.89	§§0.87	6	§§0.82	§§0.79	§§0.83	6
7	§§0.89	§§0.84	§§0.83	7	§§0.83	§§0.85	§§0.80	7	§§0.87	§§0.89	§§0.88	7
§§0.87	الكلية			8	§§0.82	§§0.76	§§0.81	8	§§0.85	§§0.87	§§0.80	8
				9	§§0.77	§§0.78	§§0.89	9	§§0.79	§§0.80	§§0.86	9
				10	§§0.89	§§0.88	§§0.90	10	§§0.83	§§0.89	§§0.84	10
				11	§§0.80	§§0.84	§§0.89	11	§§0.81	§§0.88	§§0.83	11
§§0.86	المقياس الكلية			§§0.84	الكلية			§§0.87	الكلية			
صدق الاتساق الداخلي والثبات لمقياس صورة الجسد لدى المعاقين حركيا												
الرقم	صدق الاتساق الداخلي		الرقم	الثبات	صدق الاتساق الداخلي		الرقم	الثبات	صدق الاتساق الداخلي		الرقم	
1	§§0.87		23	§§0.90	§§0.87		12	§§0.83	§§0.89		1	
2	§§0.79		24	§§0.85	§§0.80		13	§§0.86	§§0.88		2	
3	§§0.83		25	§§0.80	§§0.85		14	§§0.79	§§0.82		3	
4	§§0.85		26	§§0.79	§§0.83		15	§§0.87	§§0.80		4	
5	§§0.81		27	§§0.88	§§0.87		16	§§0.80	§§0.84		5	
6	§§0.83		28	§§0.75	§§0.84		17	§§0.89	§§0.79		6	
7	§§0.85		29	§§0.88	§§0.87		18	§§0.79	§§0.86		7	
8	§§0.83		30	§§0.79	§§0.77		19	§§0.85	§§0.84		8	
9	§§0.87		31	§§0.86	§§0.79		20	§§0.89	§§0.81		9	
10	§§0.85		32	§§0.82	§§0.89		21	§§0.88	§§0.90		10	
11	المقياس الكلية			§§0.85	§§0.88		22	§§0.86	§§0.83		11	

§§ = دالة عند مستوى (0.01).

عرض النتائج ومناقشتها

مستوى الوعي الصحي ومستوى الرضا عن صورة الجسد تبعاً لحالة البدانة وممارسة النشاط الرياضي من أجل الصحة لدى الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان؟.

في ضوء تساؤل الدراسة الأول ونصه: ما هو مستوى الوعي الصحي، ومستوى الرضا عن صورة الجسد، وهل يتباين

الجدول (3)

مستوى الوعي الصحي ومستوى الرضا عن صورة الجسد لدى الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان

مستوى الوعي الصحي			
الترتيب	مستوى الوعي	الأهمية النسبية	متوسط±انحراف
الثاني	متوسط	56.25	0.54±2.81
الثالث	متوسط	52.28	0.69±2.61
الأول	متوسط	57.47	4.47±2.87
الخامس	منخفض	40.98	0.81±2.04
الرابع	منخفض	45.05	1.06±2.25
-	متوسط	50.40	0.45±2.52
مستوى الرضا عن صورة الجسد			
مستوى الرضا	الأهمية النسبية	متوسط±انحراف	الرضا عن صورة الجسد
منخفض	54.47	0.45±1.63	

الصحة، وقد يعود أيضاً حصول هذا المجال على المرتبة الأولى إلى احتمالية قيام نسب من أفراد عينة الدراسة بالخضوع لبرامج التأهيل والتي تستخدم فيها التمارين الرياضية بهدف تقوية العضلات والتعويض عن العجز البدني والحركي الذي أصيب به المعاق حركياً خاصة إن كانت الإعاقة مكتسبة، حيث يشير الجدول (1) إلى أن ما نسبته (17.3%) من أفراد العينة كانت اعاقاتهم مكتسبة وليست خلقية، وبالتالي فإن هذه النتيجة تدل على مدى اقتناع أفراد عينة الدراسة بأهمية ممارسة النشاط الرياضي للحد من مستوى تطور الإعاقة والتعويض عن النقص والعجز، ولكن لا تعني بالمجمل العام الممارسة الرياضية الفعلية.

وقد يعزى حصول مجالي (إدارة التوتر، التدخين والكحول والمهدئات) على مستوى وعي صحي منخفض، إلى طبيعية الحالة النفسية والانفعالية والتي قد يتميز بها الفرد المعاق حركياً، والتي قد تتميز بالتوتر الانفعالي والقلق، والخوف من المستقبل (التميمي، 2005)، وقد يكون للحالة النفسية للفرد المعاق حركياً دوراً في انخفاض قدرتهم على التحكم بالقلق والانفعال والتوتر، إضافة إلى انخفاض قدرتهم على التعامل مع الأحداث اليومية التي يمرون بها بنوع من التوافق النفسي والذي يعبر عن مدى قدرة الفرد المعاق على التعامل الإيجابي مع المطالب الحياتية المختلفة التي يمر بها يومياً وما يتخللها من ضغوطات وتوترات (Thompson et al., 2014; Dhwanit et al., 2014; Griffith et al., 2014) فالسمات والخصائص النفسية لفئة

ويشير الجدول (3) إلى أن مستوى الوعي الصحي الكلي لجميع أفراد عينة الدراسة جاء في المستوى المتوسط بمتوسط وانحراف معياري (0.45±2.52)، وبأهمية نسبية (50.40%)، كما تشير النتائج إلى أن الوعي الصحي على مجال ممارسة النشاط الرياضي جاء في المرتبة الأولى بأهمية نسبية (57.47%) وبمستوى وعي في المرتبة المتوسطة، فيما جاء الوعي الصحي على مجال التغذية في المرتبة الثانية بأهمية نسبية (56.25%) معبرة عن مستوى وعي صحي متوسط، وجاء الوعي الصحي على مجال العناية الشخصية في المرتبة الثالثة بأهمية نسبية (52.28%) معبرة عن مستوى وعي صحي متوسط، إلا أن مستوى الوعي الصحي على مجال التدخين والكحول والمهدئات جاء في المرتبة الرابعة بمستوى منخفض وبأهمية نسبية (45.05%) وكذلك الوعي الصحي على مجال إدارة التوتر في المرتبة الخامسة وبأهمية نسبية (40.98%)، وقد يعزى حصول مجال ممارسة النشاط الرياضي على المرتبة الأولى كأكثر المجالات وعياً صحياً إلى الأهمية المتزايدة لممارسة النشاط الرياضي لجميع الأفراد بشكل عام، والأفراد المعاقين حركياً بشكل خاص، والتي يمكن أن اكتسبها الأفراد المعاقين من خلال وسائل الإعلام، حيث تبين أن أكثر الوسائل التي يستخدمها أفراد عينة الدراسة للحصول على المعلومات الصحية هي وسائل الإعلام، حيث لا تكاد تخلو قناة من القنوات الفضائية إلا ومن ضمن برامجها أحد البرامج التي تتحدث عن أهمية ممارسة النشاط الرياضي وأثره على

بينت دراسة (Cicmila & Karin, 2014) أن الأفراد المعاقين حركياً يعانون من مجموعة من المشكلات والاختلالات النفسية والاجتماعية، والتي تتمثل في انخفاض مستوى الرضا عن صورة الجسد، إلى الحد الذي يصل إلى نظرة دونية من قبل الفرد لجسده، كما بينت الدراسات المرجعية والتي أجريت على الأفراد غير المعاقين من البدناء، أن إصابة الفرد بالبدانة والوزن الزائد لها علاقة وثيقة بانخفاض مستوى تقدير ومفهوم الذات خاصة الذات الجسمية، إضافة إلى ارتفاع معدلات الشعور بالخجل من الصورة الجسدية، وارتفاع معدلات القلق والاكتئاب (Floriana et al., 2010)، إضافة إلى ارتفاع معدل الشعور بالتعب لدى المعاق حركياً في حالة قيامه بأي مجهود، كون طبيعة الإعاقة لديه تتطلب منه بذل قدر كبير من الطاقة والجهد لتعويض القصور البدني الذي يعاني منه، كما أن الإعاقة الحركية تؤدي في المجمل إلى إحداث تغيير في المظهر العام للجسد، مما يؤدي إلى أحداث آلام نفسية شديدة لدى المصاب بها، كما أن الكثير من المعاقين حركياً خاصة من لديهم حالة من حالات البتر في أحد الأطراف، يشعرون بنوع من الإحساس الوهمي بالطرف المبتور وبنوع من الألم فيه أو الوخز (Williams et al., 2014; Hauser et al., 2014).

إضافة إلى ما أشارت إليه الدراسات في هذا المجال، إلا أن هناك مجموعة من المشكلات والتي يعاني منها المعاقين على الصعيد النفسي، والتي تؤثر فعلياً في انحدار في مستوى الرضا عن صورة الجسد ومنها التصور النفسي الدائم للجسد المشوه، وجود نوع من الاتجاهات السلبية نحو الإعاقة بشكل عام، الصعوبة البالغة في تقبل الإعاقة ما يترتب عليها من مشكلات، ضعف الدافعية والتي غالباً ما تكون مصحوبة بفوائد لا شعورية للفرد ذي الإعاقة، الاعتمادية على الآخرين في المجالات الطبية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، والشعور الزائد بالعجز، مما يولد لدى الفرد المعوق الإحساس بالضعف والإستسلام للإعاقة، والشعور الزائد بالنقص، مما يعوق تكيفه الاجتماعي والنفسي، وعدم الشعور بالأمن النفسي، مما يولد لديه القلق، والخوف من المجهول، وعدم الاتزان والانفعال الزائد لأسباب بسيطة، مما يولد مخاوف وهموماً مبالغاً فيها، كما تبرز لديه سيادة مظاهر السلوك الدفاعي ومنها: التبرير، التعويض، الإسقاط، الأفكار التسلطية والافعال العكسية عنده، والشعور بالتوتر الداخلي والتعاسة وعدم الاتزان الانفعالي نتيجة سيطرة الإعاقة عليه، والاستعطاف ومحاولة جذب الانتباه بالأساليب المختلفة (Okoro et al., 2014; Jackson et al., 2014)، كما تبرز مشكلة اجتماعية لدى الأفراد المعاقين حركياً، والتي تتمثل في وجود خلل في التوافق الاجتماعي مع البيئة والمحيط

الإعاقة الحركية تشترك أو تتشابه من حيث بعض الآثار النفسية للإعاقة بشكل عام، كالقلق والتوتر، الانفعال وغيرها من السمات التي تكون عامة لدى المبتلين بها من فئات ذوي الحاجات الخاصة إلا إنها قد تتميز بسمات نفسية مرضية ربما لا توجد لدى بعض فئات ذوي الاحتياجات الخاصة فحياتهم مجموعة من الحرمان الحركي الذي لا يكون موجوداً لدى بعض الفئات الأخرى من ذوي الاحتياجات الخاصة، فتتميز حياتهم اليومية بمجموعة من القيود والتي تحد من مدى حركتهم، وذلك نتيجة لطبيعة تلك الإعاقة (Gallagher & Ailish, 2014; Nanjwan, 2014; Okoro et al., 2014; Enya, 2014) فيما تشير النتائج المتعلقة بمدى الرضا عن صورة الجسد والموضحة في الجدول (3) إلى حصول أفراد عينة الدراسة على متوسط وانحراف معياري (0.45 ± 1.63) وبأهمية نسبية (54.47%) معبرة عن مستوى رضا منخفض، ويمكن تفسير حصول المعاقين حركياً على ذلك المستوى المنخفض من الرضا عن صورة الجسد، إلى مجموعة المفاهيم النفسية السلبية، التي يشعر بها الفرد المعاق حركياً تجاه جسده، ومنها شعوره الداخلي بقصور وضعف قدراته البدنية مما يؤدي إلى تكوين مفهوم سلبي عن ذاته ككل (Ferda, 2003; Ziya, 2011; Boeger et al., 2003; Diane et al., 2003) ما اشارت إليه بعض الدراسات من وجود انخفاض في مفهوم الذات لدى الأفراد المعاقين بشكل عام والمعاقين حركياً بشكل خاص (Gorter et al., 2014; Cheong & Leanne, 2013) فعدم حصول إكمال في تركيب الجسد وهيئته العامة الطبيعية نتيجة مرض أو حادث أو بسبب خلقي، مما أدى إلى حدوث إعاقة حركية للفرد، سوف يتبع ذلك حدوث اضطراب في صورة الجسد ونقص في مستوى الرضى العام عنها (Cooke & Chandler, 2014; Lydecker et al., 2014; Lykins et al., 2014) فالفرد المعاق حركياً لديه مجموعة من الإشكاليات على الصعيد الاجتماعي والنفسي، فلدية مشكلة جسمية ممثلة في ضعف القدرة على التحرك أو إنعدامها، وهذا الأمر سيؤدي إلى إشكالية على الصعيد الاجتماعي وهي الاعتمادية على الآخرين في التحرك والانتقال أو حتى في إرتداء الملابس وقضاء الحاجة، ومن المعروف أن اعتماد الفرد المعاق على الآخرين في هذه الحاجات، سوف يشعره بالنقص مما يؤدي إلى بناءه صورة سلبية قائمة عن نفسه، وعن جسده (Cicmila & Karin, 2014; Coffey et al., 2014; Hsiu-Ching et al., 2014) أظهرت دراسة (Deborah et al., 2010) وجود انخفاض كبير في مستوى الرضا عن صورة الجسد لدى الأفراد الذين يعانون من مرض متلازمة (Prader-Willi syndrome)، إضافة إلى انخفاض مستوى رضا أولياء أمورهم عن الصورة الجسدية لابنائهم، كما

الاجتماعي، وهذا ما قد يؤدي إلى ظهور مشكلات في مظاهر السلوك مثل السلوك الانسحابي، والميول العدوانية، والاضطرابات في الحياة الاجتماعية، على الصعيد الاسري أو على صعيد العمل في حالة كان المعاق يعمل في مهنة معينة، كما أن إعاقة المعوق تسبب له تغيراً اجتماعياً في حياته، حيث أن نقل المعوق من الحالة الطبيعية السوية إلى حالة العجز والقصور يترتب عليه تغير في الأدوار مما يسبب ما يسمى بصراع التوقعات في الأدوار (Botticello et al., 2014; Özyazıcıoğlu & Buran, 2014).

كما يشير الأدب المرجعي إلى وجود مجموعة من الضغوط التي يتعرض لها ذوي الإعاقة بشكل عام، والإعاقة الحركية بشكل خاص، والتي تتمثل في ثلاثة أنواع من الضغوط وهي: الاحباط والتي تعبر عن حالة نفسية يمر بها الفرد المعاق بسبب مجموعة العقبات التي تقف وتحول أمام تحقيق الفرد المعاق لمجموعة حاجاته البيولوجية ومن هذه العقبات: العقبات البيئية المحيطة بالفرد من حيث المباني والطرق والشوارع وعدم قدرة الفرد المعاق على التعامل معها للنقص في امكانيات جسده، أو لعدم ملاءمتها لطبيعة الإعاقة، والعقبات الاجتماعية والتي تتمثل في التحيز الاجتماعي والاتجاه السلبي نحو الإعاقة أو المصابين بها، اضافة إلى عقبات الصراع والتي تعتبر مصدراً ذو أهمية كبرى من مصادر الضغوط التي تعرض لها المعاقين، ممثلة في تقييد الفرد المعاق باهداف حياتية تتعلق تتعلق بالعمل الذي سيمارسه مستقبلاً وذلك بسبب طبيعة الإعاقة التي يعاني منها، والعقبات الاجتماعية وتشمل توقعات المجتمع فيما يتعلق باستجابات الفرد ذي الإعاقة فإذا كانت تلك التوقعات غير واقعية أو يصعب تحقيقها فإنها تزيد من شدة الضغوط النفسية لديه وتجعله يشعر بالضيق الحرج (Mendes & Rajan, 2014; Kulkarni & Lengnick-Hall, 2014; Konrad et al., 2012) ويتضح مما سبق أن شعور المعاق بالعجز أو النقص، يشعره بالاحباط، والتعويض، وانخفاض الثقة بالنفس، والميل إلى العدوانية، والسلوك الانسحابي، بالإضافة إلى إحساسهم بعدم القيمة والكفاءة، والفشل في مواجهة المطالب والإمكانات، وعدم القدرة على مواجهة المشاكل والصعوبات التي تواجههم في الحياة، مما يؤثر ذلك على مستوى السعادة والصحة النفسية لديهم وتوجه نحو الحياة، وهذه الاشكاليات والتعقيدات النفسية والاجتماعية، غالباً ما تؤثر على النظرة العامة الجسد، وبالتالي وجود مستوى رضا منخفض نحو صورة الجسد العامه، نتيجة ما قد يشعر به الفرد المعاق حركياً من التشوه في جسده، وتلك العوامل والإشكاليات التي ترتبط على مختلف الصعد النفسية والصحية والاجتماعية للفرد المعاق ما يمكن أن يجعل

مستوى الرضا عن الجسد في مرتبة متدنية ومنخفضة. يتضح من الجدول (4) وجود فروق احصائية دالة على جميع مجالات الوعي الصحي وعلى الوعي الصحي الكلي، تبعاً لمتغيرات (نمط تركيب الجسم، والممارسة الرياضية) حيث جاءت جميع الفروق لصالح الأفراد غير البدناء والأفراد الممارسين للنشاط الرياضي، باستثناء مجال التغذية والذي لم تظهر فروقا احصائية ذات دلالة تبعاً لمتغير الممارسة الرياضية، ويمكن عزو الفروق في الوعي الصحي تبعاً لمتغير نمط تركيب الجسم والذي تبين أنه يتباين لدى الأفراد المعاقين حركياً تبعاً لتباين تصنيفات مؤشر كتلة الجسم لهم (البدانة، الوزن الزائد، غير البدناء)، أن الأفراد غير البدناء، غالباً ما يمارسون في حياتهم نمطاً صحياً، من خلال الابتعاد عن السلوكيات غير الصحية والتي قد تتمثل في التدخين، وتناول الطعام غير الصحي، والحياة الخاملة الخالية من النشاط والحركة، والنمط العصبي في الشخصية، أو تناول ما قد يضر بالصحة من كحول أو منشطات، اضافة إلى أنهم غالباً ما يتصفون بنمط الشخصية الاتزانى غير الانفعالي، وأما بالنسبة إلى الأفراد البدناء فغالباً ما تتخفص لديهم معايير السلوك الصحي من خلال الحياة الخاملة غير النشطة بدنياً، والاقبال المتزايد على تناول الطعام غير الصحي، وممارسة بعض السوكيات الضارة مثل التدخين (Drieling et al., 2014; Temple et al., 2009; Epstein et al., 2008; Epstein et al., 2007; Saelens et al., 1996) فقد توصل (Al-Isa, 1999) من خلال دراسته على عينة من المجتمع الكويتي، إلى أن نسبة ممارسة النشاط الرياضي تقل لدى الأفراد البدناء قياساً إلى غير البدناء، فقد كانت لدى البدناء (64.4%) ولدى الأفراد الذين يعانون من الوزن الزائد (73.8%)، ولدى الأفراد غير البدناء (76.7%)، وإلى وجود اختلافات في معايير السلوك الصحي الخاص بالاسنان، كما توصل (Inamura et al., 2012) إلى أن ممارسة النشاط الرياضي تتخفص لدى الأفراد البدناء بنسبة (22.2%) قياساً إلى غير البدناء بنسبة (17.6%)، وإلى أن المعايير الصحية تتباين فيما بينهم من حيث تناول الطعام داخل أو خارج المنزل، وتناول الكحول، والتدخين، وفي تناول المحليات والشوكلاته، وعلى المجتمع السعودي توصل (Alsaif et al., 2002) إلى أن نسبة غير النشيطين بدنياً من الأفراد البدناء تبلغ (59.41%)، ومن الذين يعانون من الوزن الزائد (56.4%)، ومن غير البدناء (54.4%)، وعلى المجتمع الأردني اشارت العديد من الدراسات إلى انخفاض نسبة الممارسة الرياضية من أجل الصحة بين البدناء قياساً إلى غير البدناء، فقد توصل (العرجان، 2013) إلى أن نسبة انتشار البدانة والوزن الزائد

لدى معلمي التربية البدنية من غير الممارسين للنشاط الرياضي (52.65%) ولدى الممارسين للنشاط الرياضي (45.41%)، والرياضي (العرجان، 2011). و(61.22%) لغير الممارسين، و(31.23%)، للممارسين للنشاط وعلى عينة من طلبة جامعة البلقاء التطبيقية كانت النسبة

الجدول (4)

تحليل التباين المتعدد (MANOVA) للتعرف على أثر نمط تركيب الجسم (البدانة، الوزن الزائد وعدم البدانة) وممارسة النشاط الرياضي من أجل الصحة على مستوى الوعي الصحي ومستوى الرضا عن صورة الجسم لدى الأفراد المعاقين حركياً

أثر نمط تركيب الجسم (البدينة، الوزن الزائد وعدم البدينة) وممارسة النشاط الرياضي من أجل الصحة على مستوى الوعي الصحي								
الأبعاد	العينة:	(متوسط ± انحراف)	النسبة المئوية	مستوى الوعي الصحي	مصدر التباين	قيمة (ف)	الدلالة §	دلالة الفروق البعدية
التغذية	البدناء (مج 1)	0.46±2.69	53.86	متوسط	نمط تركيب الجسم	8.878	§§ 0.00	مج 2= مج 3 NS، مج 3 ≠ مج 1 NS
	الوزن الزائد (مج 2)	0.43±2.84	56.98	متوسط				
	غير البدناء (مج3)	0.62±2.88	57.71	متوسط				
	الممارسين (مج 4)*	0.75±2.88	57.65	متوسط	الممارسة الرياضية	2.387	NS 0.123	مج 4 = مج 5
	غير الممارسين (مج 5)	0.44±2.78	55.83	متوسط				
	نمط تركيب الجسم+ الممارسة الرياضية من أجل الصحة							
العناية الشخصية	البدناء (مج 1)	0.43±2.39	47.99	منخفض	نمط تركيب الجسم	40.97	§§ 0.00	مج 2# مج 3 §§، مج 3 ≠ مج 1 §§، مج 2= مج 1 NS
	الوزن الزائد (مج 2)	0.38±2.49	49.96	منخفض				
	غير البدناء (مج3)	0.88±2.83	56.63	متوسط				
	الممارسين (مج 4)*	1.1±2.96	59.35	متوسط	الممارسة الرياضية	29.80	§§ 0.00	مج 4 ≠ مج 5 §§ لصالح المتوسط الاعلى
	غير الممارسين (مج 5)	0.43±2.49	49.88	منخفض				
	نمط تركيب الجسم+ الممارسة الرياضية من أجل الصحة							
ممارسة النشاط الرياضي	البدناء (مج 1)	0.57±2.83	56.70	متوسط	نمط تركيب الجسم	17.75	§§ 0.00	مج 2# مج 3 §§، مج 3 = مج 1 NS، مج 2= مج 1 NS
	الوزن الزائد (مج 2)	0.48±2.58	51.77	متوسط				
	غير البدناء (مج3)	0.82±3.04	60.82	متوسط				
	الممارسين (مج 4)*	0.98±3.04	60.81	متوسط	الممارسة الرياضية	22.18	§ 0.03	مج 4 ≠ مج 5 § لصالح المتوسط الاعلى
	غير الممارسين (مج 5)	0.57±2.81	54.34	متوسط				
	الكلبي							
نمط تركيب الجسم+ الممارسة الرياضية من أجل الصحة								
إدارة التوتر	البدناء (مج 1)	0.63±1.79	36.03	منخفض	نمط تركيب الجسم	25.85	§§ 0.00	مج 2# مج 3 §§، مج 3 ≠ مج 1 NS
	الوزن الزائد (مج 2)	0.41±1.92	38.57	منخفض				
	غير البدناء (مج3)	0.98±2.29	45.98	منخفض				
	الممارسين (مج 4)*	1.12±2.54	50.99	متوسط	الممارسة الرياضية	36.46	§§ 0.00	مج 4 ≠ مج 5 §§ لصالح المتوسط الاعلى
	غير الممارسين (مج 5)	0.58±1.87	37.58	منخفض				
	نمط تركيب الجسم+ الممارسة الرياضية من أجل الصحة							
التدخين والكحول والمهدئات	البدناء (مج 1)	0.78±2.12	42.51	منخفض	نمط تركيب الجسم	14.99	§§ 0.00	مج 2= مج 3 NS، مج 3 ≠ مج 1 §§، مج 2= مج 1 NS
	الوزن الزائد (مج 2)	1.22±2.23	44.79	منخفض				
	غير البدناء (مج3)	1.09±2.35	47.10	منخفض				
	الممارسين (مج 4)*	1.36±2.91	58.23	متوسط	الممارسة الرياضية	41.01	§§ 0.00	مج 4 ≠ مج 5 §§ لصالح المتوسط الاعلى
	غير الممارسين (مج 5)	0.83±2.02	40.58	منخفض				
	نمط تركيب الجسم+ الممارسة الرياضية من أجل الصحة							
الوعي الصحي	البدناء (مج 1)	0.26±2.36	47.81	منخفض	نمط تركيب الجسم	79.94	§§ 0.00	مج 2# مج 3 §§، مج 3 ≠ مج 1 §§، مج 2= مج 1 NS
	الوزن الزائد (مج 2)	0.31±2.42	48.41	منخفض				

أثر نمط تركيب الجسم (البدينة، الوزن الزائد وعدم البدانة) وممارسة النشاط الرياضي من أجل الصحة على مستوى الوعي الصحي										
الأبعاد	العينة:	(متوسط ± إنحراف)		النسبة المئوية	مستوى الوعي الصحي	مصدر التباين	قيمة (ف)	الدلالة §	دلالة الفروق البعدية	
الكلبي	غير البدناء (مج3)	0.57±2.68		53.64	متوسط				مج1 NS	
	الممارسين (مج4)*	0.64±2.87		57.40	متوسط	الممارسة	86.65	0.00 §§	مج4 ≠ مج5 §§	
	غير الممارسين (مج5)	0.29±2.40		47.64	منخفض	الرياضية			لصالح المتوسط الاعلى	
	نمط تركيب الجسم+ الممارسة الرياضية من أجل الصحة							58.50	0.00 §§	
أثر نمط تركيب الجسم (البدينة، الوزن الزائد وعدم البدانة) وممارسة النشاط الرياضي من أجل الصحة على مستوى الرضا عن صورة الجسد										
صورة الجسد:			درجة الرضا		نمط تركيب الجسم	14.99	0.00 §§	مج3 =مج2، مج3 ≠مج1 §§1، مج2 ≠مج §§1		
	البدناء (مج1)		0.46±1.46	48.80						منخفضة جدا
	الوزن الزائد (مج2)		0.44±1.64	55.80						منخفضة
	غير البدناء (مج3)		0.42±1.74	58.10						منخفضة
	الممارسين (مج4)*		0.43±1.79	59.89	منخفضة	الممارسة الرياضية	17.77	0.00 §§	مج4 ≠ مج5 §§	لصالح المتوسط الاعلى
	غير الممارسين (مج5)		0.45±1.57	52.98	منخفضة					
	نمط تركيب الجسم+ الممارسة الرياضية من أجل الصحة							11.4	0.00 §§	

§ = دالة عند مستوى (0.05)، §§ = دالة عند مستوى (0.01)، NS = لا يوجد فروق احصائية دالة، مج (1) = البدناء، مج (2) = ذوي الوزن الزائد، مج (3) = غير البدناء، مج (4) = الممارسين للنشاط الرياضي، مج (5) = غير الممارسين للنشاط الرياضي، * = تجمع الممارسين للنشاط الرياضي بشكل دائم وبمستوى احياناً.

سوف يرافقها مجموعة من السلوكيات الصحية السليمة على الصعيد الغذائي وبعض الممارسات المرتبطة بتناوله، وهذا ما قد يفسر وجود الفروق في مستوى الوعي الصحي تبعاً للممارسة الرياضية من أجل الصحة، فقد توصل (Emmons et al., 1994) إلى ارتفاع السلوكيات غير الصحية مثل التدخين وتناول الدهون المشبعة، لدى الأفراد غير الممارسين للنشاط الرياضي المعزز للصحة قياساً إلى الأفراد الممارسين، وتوصل (Pate et al., 1996) إلى وجود اختلافات جوهرية ما بين الأفراد الممارسين للنشاط الرياضي وغير الممارسين في مجموعة من السلوكيات الصحية، فقد ازدادت نسب التدخين، وتعاطي الكحول، وزيادة عدد ساعات مشاهدة التلفاز، وانخفاض تناول الفواكه والخضار الطازجة، لدى الأفراد غير الممارسين للرياضة بهدف تعزيز الصحة، كما تبين أن هناك أثر وعلاقة ما بين التفاعل بين (الممارسة الرياضية من أجل الصحة وتصنيفات مؤشر كتلة الجسم) والوعي الصحي، وذلك لوجود علاقة وثيقة ما بين الخمول البدني وعدم ممارسة النشاط الرياضي وارتفاع مؤشرات الإصابة بالبدانة، وما قد يرتبط بذلك من سلوكيات غير صحية على الصعيد الغذائي وحتى النفسي. ويشير الجدول (4) إلى وجود اختلافات احصائية دالة في مستوى الرضا عن صورة الجسد تبعاً لتصنيف مؤشر كتلة الجسم والممارسة الرياضية، حيث يتبين أن مستوى الرضا عن صورة الجسد ينخفض بشكل كبير جداً لدى الأفراد البدناء

حتى توصلت بعض الدراسات إلى وجود اختلافات في عدد ساعات النوم بين الأفراد البدناء وغير البدناء والتي كان متوسطها على التوالي (9.7)، (10.1) ساعة/ يوم لدى الذكور، و(10.1)، (10.3) ساعة/ يوم لدى الاناث (Kelly et al., 2014)، كما تبين أن للبدانة أثر سلبي على دهنيات الدم وضغط الدم، وبعض القياسات الانثروبومترية، فقد توصل (Noorunnisa et al., 2013) إلى وجود فروق احصائية دالة بين الرجال البدناء وغير البدناء في القياسات الانثروبومترية (الوزن، الطول، مؤشر كتلة الجسم، محيط الخصر والحوض)، ومستوى دهنيات الدم ولصالح الرجال غير البدناء، كما توصل (Shekharappa et al., 2011) إلى أن ضغط الدم يتباين ويختلف بين الرجال البدناء وغير البدناء، وإلى أن البدانة عامل مهم من عوامل الخطورة للإصابة بمرض ضغط الدم، كما توصل (Nagah, 2012) إلى أن مستويات السكر في الدم، وحامض اليوريك تتباين بين الأفراد البدناء وغير البدناء، حيث تميز الأفراد غير البدناء بوجود انخفاض ذو دلالة احصائية قياساً إلى البدناء، وبالتالي فإنه يمكن أن تكون الإصابة بالبدانة، لها علاقة وارتباط بالعديد من الانماط والسلوكيات البدنية والغذائية والاجتماعية غير الصحية لدى الأفراد المصابين بها بشكل عام، ولدى الأفراد المعاقين حركياً، وذلك نظراً للخصوصية البدنية والحركية والاجتماعية التي قد تفرضها طبيعة الإعاقة، كما أن ممارسة النشاط الرياضي بهدف تعزيز الصحة،

(Hamza et al., 2013; Cazenave et al., 2005).

إضافة إلى الدور الإيجابي للنشاط الرياضي في تدعيم عمليات التكيف الاجتماعي، واكتساب العديد من مهارات الحياة والتواصل والدمج الاجتماعي، بما يساهم في زيادة مستوى ثقة الفرد المعاق بنفسه، والنظر بمنظور إيجابي نحو الصورة الجسدية له (Ali et al., 2010) فقد توصل (Scott & Thomas, 2000) إلى انخفاض مستوى القلق والاعراض الاكتئابية لدى الأفراد الممارسين للنشاط الرياضي، وإلى وجود تحسن ملحوظ في مظاهر الصحة النفسية والعقلية، كما بينت دراسة (Hamza et al., 2013) وجود أثر إيجابي للممارسة الرياضية على عمليات التكيف مع البيئة الاجتماعية المحيطة لدى الأفراد المعاقين حركياً، من خلال المساعدة على دمجهم في المجتمع، وتأكيد دورهم الإيجابي فيه، كما بينت بعض الدراسات التجريبية التي أجريت على الأفراد المعاقين وجود تحسن كبير في بعض المتغيرات النفسية والتي لها علاقة وثيقة بصورة الجسد، فتوصل (خوجة، 2011) إلى وجود تحسن كبير في صورة الجسد لدى الأفراد المعاقين حركياً نتيجة لاشراكهم في برنامج رياضي تدريبي لمدة (10) أسابيع، وتوصل (المغازي، 2002) إلى أن الاشتراك في البرامج الرياضية التأهيلية لدى الأفراد المكفوفين، يساهم في تنمية مستوى الرضا عن صورة الجسد، وزيادة الاحساس الإيجابي بالاطراف وآلية التحكم بها، وفي زيادة مستوى التحكم والتوجه والادراك المكاني، كما توصل (Hamza et al., 2013) إلى وجود تحسن كبير في مستوى الثقة بالنفس والقدرات الجسدية، وفي تقدير الذات وفي صورة الجسد العامة لدى الأفراد المعاقين حركياً، بعد تطبيقهم لبرنامج رياضي تأهيلي، كما أشار (Garel, 1996) إلى أن ممارسة الأفراد المعاقين حركياً للرياضة والنشاط البدني، يساعد على استعادة الشعور بالكفاءة والنقة بالنفس، وإلى أنه وسيلة هامة من وسائل الترفيه النفسي عن الفرد المعاق، وتوصل (Cazenave et al., 2005) إلى وجود فروق بين المعاقين الممارسين للنشاط الرياضي وغير الممارسين في مستوى تقدير واحترام الذات، وفي مقدار الشعور بالاعراض الاكتئابية والقلق والتور، وفي النظرة إلى صورة الجسد، حيث تميز المعاقين الرياضيين بارتفاع مستوى الرضا عن صورة الجسد، وارتفاع مفهوم الذات ومستوى الثقة في القدرات الجسمية.

وبالتالي فإن الممارسة الرياضية للأفراد المعاقين لا يقتصر تأثيرها الإيجابي على صحة الجسد العضوية، وتقليل معدلات الإصابة بالأمراض المرتبطة بقلّة الحركة، وفي تقليل معدلات الإصابة بالبدانة وما قد يرافقها من أمراض ومضاعفات صحية، بل يتعدى ذلك التأثير الإيجابي ليشمل مكونات النفس

بنسبة مئوية وقدرها (48.8%) التي تعبر عن مستوى رضا منخفض جداً، قياساً إلى غير البدناء والتي جاءت في المستوى المنخفض، فعوضاً عما قد تسببه الإعاقة الحركية من اختلالات في صورة الجسد، وضعف مستوى الرضا عنه نتيجة لما تشكله الإعاقة الحركية من ضغوط وأعباء نفسية عميقة، واجتماعية وصحية على الفرد المعاق حركياً، فإن إضافة البدانة للأمر سوف يساهم في زيادة مستوى عدم الرضا عن صورة الجسد، فقد أشارت الدراسات العلمية حول تأثير البدانة على مستوى الرضا عن صورة الجسد، إلى وجود انخفاض حاد في الرضا العام عن صورة الفرد الجسدية إن كان مصاباً بالبدانة، فقد توصل (Chondronikola et al., 2013) إلى انخفاض مستوى الرضا عن صورة الجسد لدى الأفراد البدناء الذين لديهم مشكلات حركية متعددة، كما تبين من دراسة (Fauerbach et al., 2000) أن الأفراد الذين يعانون من تحديات حركية ينخفض لديهم مستوى الرضا عن صورتهم الجسدية، إذا ما تم تواجد البدانة لديهم، أو وجود صعوبات عالية أثناء التنقل، فالأفراد المعاقين حركياً ومن لديهم مشكلات على صعيد الوزن والبدانة غالباً ما لديهم معيقات هائلة على صعيد الانتقال، وبالتالي يكون لديهم مستوى منخفض من المشاركة الاجتماعية وهذا ما قد يسبب لديهم انخفاض عمليات التكيف الاجتماعي، ويصيبهم بالعديد من المشكلات النفسية التي هي أحد أهمها الكآبة، وعدم الرضا عن الجسد والنظرة الدونية له، بما يصب في عدم الرضا عن صورة الجسد (Williams et al., 2014)، كما بينت الدراسات التي أجريت بهدف معرفة أثر التناقص في نسبة الشحوم في الجسم (انتشار البدانة) لدى المعاقين على مدى التغير في الرضا عن صورة الجسد، فقد توصل (Maneiro et al., 2014) إلى وجود تحسن في مستوى الرضا عن صورة الجسد، بعد خفض نسبة الشحوم في الجسم لدى الأفراد المعاقين ذهنياً.

كما يشير الجدول (4) إلى وجود فروق إحصائية دالة في مستوى الرضا عن صورة الجسد تبعاً لمتغير الممارسة الرياضية، حيث ارتفع المتوسط والنسبة المئوية للاستجابة لدى الأفراد الممارسين للنشاط الرياضي (0.43 ± 1.79) ، (59.89%) ، ولدى الأفراد غير الممارسين (0.45 ± 1.57) ، (52.98%) ، وعلى التوالي، وهذه النتيجة تؤكد الدور الإيجابي المهم للنشاط الرياضي في تأثيره على العديد من مكونات الإنسان، فقد تبين من بعض الدراسات أن الممارسة الرياضية تساهم مساهمة فعالة في العديد من المتغيرات الإيجابية على الصعيد الصحي والبدني والهيئة العامة للجسد، إضافة إلى التأثير الإيجابي على مظاهر الصحة النفسية والعقلية،

البدانة والوزن الزائد والنحافة لدى الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان؟، يشير الجدول (5) إلى نتائج انتشار تصنيفات مؤشر كتلة الجسم لدى أفراد عينة الدراسة وتبعاً لمتغير المرحلة العمرية.

البشرية الأخرى، خاصة ما يتعلق نفسياً بمظاهر الصحة النفسية والعقلية، واجتماعياً لمساعدة الأفراد المعاقين على زيادة عمليات الدمج والتكيف البيئي والاجتماعي. في ضوء تساؤل الدراسة الثاني ونصه: ما نسبة انتشار

الجدول (5)
نسب انتشار تصنيفات مؤشر كتلة الجسم

المرحلة العمرية		تصنيف مؤشر كتلة الجسم		18 - 30 سنة		31-40 سنة		41-50 سنة		الكلية	
		تكرار		%		تكرار		%		تكرار	
النحافة		6.0		3.65		1.0		1.29		9.0	
الوزن الطبيعي		78.0		47.56		35.0		45.45		125.0	
الوزن الزائد		41.0		25.0		15.0		19.48		65.0	
البدانة		39.0		23.78		26.0		33.76		101.0	
قيمة كاي 2 ودالاتها		63.36		33.49		44.38		101.7		§§	
البدانة والوزن الزائد		80.0		48.78		41.0		53.24		166.0	
قيمة كاي 2 ودالاتها (تبعاً للفئة العمرية)		53.87		§§		-		-		-	

§ = دالة عند مستوى (0.05)، §§ = دالة عند مستوى (0.01).

المعاقين عقلياً في المجتمع الأمريكي (45.2%) للذكور و(50.5%) لدى الإناث بعمر من (18-40) سنة (Kelly et al., 1986) وعلى نفس المجتمع في ولاية كاليفورنيا أشار (Lewis et al., 2002) إلى أن ما نسبته (10.8%) من المعاقين عقلياً يعانون من النقص في الوزن عن الحد الطبيعي، وما نسبته (34.3%) يتمتعون بالوزن الطبيعي، وما نسبته (25.7%) يعانون من الوزن الزائد، وما نسبته (29.2%) يعانون من البدانة، وفي دراسة أخرى توصل (Okoro et al., 2007) إلى أن هناك تباين في نسبة انتشار البدانة بين المعاقين حركياً تبعاً للعرق، فقد كانت للعرق الهندي (27.0%)، وللعرق الأبيض (29.9%)، وللعرق الأسود (31.0%)، وللعرق الآسيوي (25.7%)، وللعرق الأسباني (28.8%).

كما تبين من بعض الدراسات أن الرياضيين من المعاقين بمختلف أنواع الإعاقات لديهم نسبة ليست بسيطة لانتشار البدانة، فقد أشار (Harris et al., 2003) إلى أن نسبة انتشار البدانة لدى الأفراد الرياضيين المشاركين في الأولمبياد الخاص بالمعاقين سنة (1999) بلغت (32.0%)، كما كانت النسبة لدى المصابين بمرض متلازمة داون في دراسة (Rimmer & Wang, 2005) (70.7%)، كما أشارت دراسة تحليلية لنسب انتشار البدانة في أمريكا لدى المعاقين، أن هناك ارتفاع مضطرد في انتشارها من نسبة (19.3%) سنة (1985-

يتضح من الجدول (5) أن نسب انتشار البدانة لدى الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان كانت (33.66%)، والوزن الزائد (21.66%) والوزن الطبيعي (41.66%)، فيما بلغت نسبة انتشار النقص في الوزن (النحافة) (3.0%)، فيما بلغت أيضاً نسبة انتشار البدانة والوزن الزائد مجتمعين (55.33%)، وتعتبر هذه النسب نسباً مرتفعة وبما تشكل أخطاراً مضاعفة إضافة إلى الأخطار الصحية والنفسية والتي تترافق مع الإعاقة الحركية، وعند مقارنة تلك النسب مع نتائج بعض الدراسات التي أجريت على الأفراد المعاقين نجد أنها أقل من تلك النسب الواردة في دراسة (Armour et al., 2013) والتي أجريت على المعاقين في أمريكا حيث تبين أن نسبة انتشار البدانة بينهم (41.7%) وانتشار الوزن الزائد (26.6%)، وكما ورد في دراسة (Alex et al., 2009) إلى أن ما نسبته (18.2%) من الأطفال المعاقين سمعياً، وما نسبته (18.5%) من الأطفال المعاقين بصرياً يعانون من البدانة، كما توصل (Rubin et al., 1998) إلى أن ما نسبته (33%) من الذكور المصابين بمرض متلازمة داون و(36.0%) من الإناث يعانون من الوزن الزائد، ولدى الأفراد المعاقين عقلياً توصل (Fox & Rotatori, 1982) إلى أن (15.6%) من الرجال وما نسبته (25.1%) من الإناث يعانون من البدانة، مع وجود ارتفاع في نسب انتشار البدانة في الأعمار الكبيرة، كما كانت نسبة الانتشار لدى عينة من

(19.88%)، ومن يتمتعون بالوزن الطبيعي (15.27%)، (7.02%) وعلى التوالي، حتى أن بعض الدراسات أظهرت وجود ارتفاع في نسب انتشار البدانة بين الأطفال المعاقين السعوديين الذين يعانون من متلازمة داون، فقد كانت النسبة للبدانة في دراسة (Samarkandy et al., 2012) (23.1%)، وللوزن الزائد (20.4%)، والوزن الطبيعي (56.5%)، وفي دراسة (AbdAllah et al., 2013) (53.3%) للبدانة والوزن الزائد، (36.7%) للنقص في الوزن، وعلى عينة من المعاقين في النرويج أشار (Haukenes et al., 2014) إلى أن نسبة انتشار البدانة بينهم (10.4%)، والوزن الزائد (38.2%)، والوزن الطبيعي (51.4%).

وعند مقارنة تلك النسب الواردة في هذه الدراسة على قطاع المعاقين حركياً في مدينة عمان مع نسب انتشار البدانة والوزن الزائد على شرائح متباينة من المجتمع الأردني من غير المعاقين نجد أن هناك نسب مرتفعة لانتشار البدانة والوزن الزائد فقد توصل (العرجان، 2013) إلى أن نسبة انتشار البدانة بين معلمي التربية البدنية في الأردن بلغت للذكور (13.38%)، للإناث (14.41%)، بنسبة انتشار للجنسين (14.75%)، وفي دراسة (العرجان، 2011) والتي أجريت على عينة من الطلبة الجامعيين كانت نسبة الإلتشار بينهم (18.25%)، فيما كانت أيضاً النسبة في دراسة (Ajlouni et al., 1998) على عينة من الأردنيين بعمر من (25-70) سنة للذكور (32.7%) وللإناث (59.8%)، وعلى نفس المنطقة الشمالية من الأردن توصل (البقاعي وآخرون 2004) وعلى عينة من الذكور بعمر (30-50) سنة على أن نسبة انتشار البدانة بلغت (33.7%)، كما توصل (Khader et al., 2008) في دراسة أجريت على عينة من أفراد المجتمع الأردني بعمر من (25-60) سنة، إلى أن انتشار البدانة بين الذكور بواقع (35.5%)، وبين الإناث (60.8%)، وعلى عينة من أفراد المجتمع الأردني أشار (Zindah et al., 2008) إلى أن نسبة الإلتشار بين الذكور والإناث مجتمعين بعمر من (18-65) سنة بلغت (34.8%)، فيما كانت نسبة الانتشار في دراسة (العرجان، 2010) والتي أجريت على عينة من الرجال الأردنيين اللذين يعانون من مجموعة من عوامل الخطر للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية بعمر (20-83) سنة (50.4%)، وعلى عينة من الأردنيين بعمر (18-70) سنة توصل (Dababneh et al., 2011) إلى أن نسب الانتشار كانت وعلى التوالي (13.8%)، (14.0%) للذكور، (21.5%)، (20.7%) للإناث.

وأما من حيث نسب انتشار البدانة والوزن الزائد مجتمعين تبعاً لمتغير المرحلة العمرية، فيشير الجدول (5) إلى وجود

(1988) إلى أن وصلت إلى (34.6%) سنة (1997-2000) (Yamaki, 2005)، وأشارت دراسة (Weil et al., 2002) إلى أن نسبة انتشار البدانة بين المصابين بمختلف أنواع الإعاقات بلغت (25.9%) والوزن الزائد (31.7%)، والوزن الطبيعي (36.7%)، والنحافة (5.7%)، كما توصل (Rimmer & Yamaki, 2006) إلى وجود اختلافات وتباين في نسب انتشار البدانة تبعاً لنوع الإعاقة، فكانت لدى المصابين بمرض متلازمة داون (70.7%) ولدى المعاقين عقلياً (60.6%)، ولدى المصابين بالسكري (92.5%)، ولدى المصابين بأمراض في المفاصل معيقة للحركة (95.5%)، ولجميع الإعاقات (61.8%)، وعلى عينة من الأمريكيين الذين يعانون من إعاقات التوحد، الشلل الدماغي، المصابين بمتلازمة داون، الإعاقة العقلية وبعمر من (12-18) سنة، توصل (Rimmer et al., 2011) إلى أن نسبة البدناء بينهم تصل إلى (17.5%)، والوزن الزائد (16.0%)، وفي دراسة على المعاقين عقلياً في إنجلترا توصل (Bell & Bhate, 1992) إلى وجود ارتفاع في نسبة البدانة بينهم خاصة لدى الإناث بنسبة (34.6%) قياساً إلى الذكور بنسبة (19.0%)، وفي دراسة أخرى على نفس المجتمع توصل (Emerson, 2005) إلى نسبة انتشار وقدرها (27.0%) بين المعاقين عقلياً، وعلى المعاقين عقلياً في المجتمع الألماني، أشار (Frey & Rimmer, 1995) إلى أن نسبة انتشار البدانة بينهم بلغت (6.8%) للمعاقين المقيمين في مؤسسات رعاية المعوقين، و(23.9%) بالنسبة للأفراد المقيمين مع عائلاتهم، وعلى المعاقين عقلياً في استراليا، كانت نسبة البدانة بينهم (16.3%) للذكور، (26.5%) للإناث (Beange et al., 1995).

ولدى المعاقين عقلياً من عمر أكبر من (14) سنة ممن يعيشون في شمال أيرلندا، توصل (Marshall et al., 2003) إلى أنهم يعانون من البدانة بنسبة (36.0%)، كما توصل (Peterson et al., 2014) إلى أن انتشار البدانة لدى عينة من الأفراد المصابين بالشلل الدماغي في أمريكا (23.5%)، وإلى وجود ارتفاع في محيط الخصر بمتوسط (85.53) سم، وفي محيط الحوض بمتوسط (93.75) سم، وفي نسبة محيط الخصر إلى محيط الحوض (0.90)، وعلى عينة من المعاقين في الدانمارك توصل (Husemoen et al., 2004) إلى أن نسبة من يعانون من البدانة (9.7%) للذكور (8.0%) للإناث، في حين أوردت بعض الدراسات على البيئة العربية نسباً متفاوتة لانتشار تصنيفات مؤشر كتلة الجسم لدى المعاقين، فقد توصل (Ismail et al., 2006) إلى أن نسبة انتشار البدانة بين الأفراد المصابين بهشاشة العظام في مفاصل الركبتين (41.6%) للذكور، (73.09%) للإناث، ومن يعانون من الوزن الزائد (43.05%)،

إضافة إلى تناقص واضح في المرونة المفصليّة والمدى الحركي للمفاصل، وزيادة التعرض لحالات كسور العظام لأسباب تتعلق بضعف التوازن مما يؤدي إلى السقوط ثم التعرض للكسور، إضافة إلى إمكانية حدوث ضعف ولين في العظام من خلال زيادة كمية المعادن المفقودة من العظام مما يعرضها لمرض هشاشة العظام، ووجود انخفاض في مستوى القوة العضلية مع التقدم في العمر، كما تقل مطاطية الاوعية الدموية وتزداد قابليتها للتصلب مما يعرض الشخص للأمراض الخاصة بالاعوية الدموية لاسيما مرض تصلب الشرايين كما بينت الدراسات وجود ارتفاع وثيق ما بين دهنيات الدم الخطرة والتقدم في العمر، وعلى صعيد التأثير على الجهاز التنفسي فقد بينت الدراسات حصول انخفاض في عمق التنفس وزيادة العضلات الوربية بين الأضلاع وانخفاض مطاطية الرئتين (Hayes et al., 2014; Yun et al., 2014)، كما عزت بعض الدراسات ارتفاع نسبة الشحوم في الجسم مع التقدم في العمر، إلى أن جسم الإنسان يصبح أقل استخداماً للدهون البيضاء التي تتراكم تحت الجلد، ويعني ذلك أن الإنسان يصبح أقل نشاطاً وأنه يحرق كمية أقل السعرات الحرارية من الدهون البيضاء، كما تبين أن هناك دور مهم للدهون ذات اللون البني في مساهمتها في حرق الدهون البيضاء لإنتاج الطاقة الحرارية التي تتراكم تحت الجلد وفي منطقة الوركين، وإلى أن هناك تناقص في نسبة الدهون البنية مع التقدم في العمر (Mauro et al., 2014; Bowman et al., 2013).

في ضوء تساؤل الدراسة الثالث ونصه: ما هيّة الأمراض المرتبطة بقلّة الحركة والمترافقة مع طبيعة الإعاقة التي يعاني من افراد عينة الدراسة؟، حيث يشير الجدول (6) إلى طبيعة الأمراض المرتبطة بقلّة الحركة والتي يعاني منها الأفراد المعاقين حركياً.

يتضح من الجدول (6) أن هناك مجموعة من الأمراض المزمنة والتي تترافق بالإعاقة الحركية التي يعاني منها أفراد عينة الدراسة، حيث جاء مرض السكري في المرتبة الأولى بنسبة (8.0%)، وارتفاع ضغط الدم في المرتبة الثانية بنسبة (7.0%)، وفي المرتبة الثالثة أمراض القلب بنسبة (6.0%)، وفي المرتبة الرابعة آلام أسفل الظهر بنسبة (2.67%)، وفي المرتبة الأخيرة أمراض المفاصل بنسبة (1.33%)، كما يبين الجدول أن نسبة الأفراد المعاقين والذي يوجد لديهم أحد الأمراض المزمنة بلغت (20.0%)، فيما يتضح أيضاً أن نسب تواجد تلك الأمراض تزداد وترتفع مع التقدم في العمر حيث بلغت نسبة من يعانون من أحد الأمراض المزمنة لدى المرحلة

زيادة طردية في تلك النسب مع التقدم في العمر، حيث كانت نسبة انتشار (البداية والوزن الزائد) لدى الأفراد في المرحلة العمرية (18-30) سنة (48.78%)، وفي المرحلة العمرية (31-40) سنة (53.24%)، وفي المرحلة العمرية (41-50) سنة وصلت النسبة إلى (76.27%) وتلك النسب تدل دلالة واضحة على أن الأفراد المعاقين حركياً تزداد لديهم نسب البداية والوزن الزائد مع تقدمهم في العمر، وهذا يتفق مع ما توصل إليه (Emerson, 2005) في دراسته على المعاقين في إنجلترا، حيث كانت نسبة انتشار البداية لدى الفئة العمرية (12-24) من الذكور (9.0%) ولدى الفئة العمرية (35-44) (25.0%) ولدى الفئة العمرية (45-54) (30.0%)، فيما كانت لدى الإناث (26.0%)، (27.0%)، (36.0%)، (35.0%) وعلى التوالي، كما اشارت العديد من الدراسات إلى وجود في نسب انتشار البداية مع التقدم في العمر، فتوصل (Ajlouni et al., 1998) إلى أن نسبة البداية لدى الذكور الأردنيين في المرحلة العمرية (25-29) سنة (17.8%)، ولدى المرحلة العمرية (30-39) سنة (27.9%)، ولدى المرحلة العمرية (40-49) سنة (47.5%)، كما بينت دراسة (Belbeisi et al., 2004) إلى وجود ارتفاع في نسبة الانتشار مع التقدم في العمر لدى عينة من الرجال والإناث الأردنيين فكانت النسبة لدى المرحلة العمرية (18-34) سنة (9.9%)، ولدى المرحلة العمرية (35-49) سنة (24.5%)، ولدى المرحلة العمرية (50-64) سنة (30.7%)، ومن خلال دراسة تحليلية لاهم الدراسات التي بحثت في تأثير العمر على زيادة معدل انتشار البداية اشار (Cari et al., 2014) إلى وجود زيادة في معدل الإصابة بالبدانة مع التقدم في العمر.

ويمكن أن يعزى زيادة نسبة انتشار البدانة مع التقدم في العمر إلى حدوث مجموعة من التغيرات الفسيولوجية التي تحدث لدى الفرد مع تقدمه في العمر ومنها الزيادة في عمليات الهدم مع تناقص في عمليات البناء، وحدث انخفاض في معدل الايض الأساسي للإنسان، مما يعني حدوث خلل في توازن الطاقة من خلال الزيادة في كمية السعرات الحرارية المتناولة وتناقص في كمية السعرات الحرارية المصروفة، نتيجة لانخفاض معدل النشاط البدني لدى الأفراد مع التقدم في العمر، فيصبحوا أكثر ميلاً للجلوس والبعد عن الحركة، فتبين الدراسات التي اجريت لمعرفة تأثير العمر على نشاط الفرد الحركي والبدني، إلى حدوث تغيرات سلبية على صعيد النشاط العصبي وسرعة وصول السيال العصبي لإحداث الاستجابة الحركية، وحدث تناقص واضح في مطاطية الانسجة الضامة

العمرية (41-50) سنة (83.05%)، ولدى المرحلة العمرية (31-40) سنة (33.76%)، فيما لم يكن هناك أي فرد من الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين (18-30) يعاني من أي من تلك الأمراض.

الجدول (6)

الأمراض المرتبطة بقلّة الحركة والمترافقة مع الإعاقة الحركية لدى أفراد عينة الدراسة وتبعاً لمتغير العمر

الترتيب	الكلبي (ن=300)		المرحلة العمرية (سنة)						الأمراض المرتبطة بقلّة الحركة
			50-41 (ن=59)		40-31 (ن=77)		30 - 18 (ن=164)		
	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	
الثاني	7.0	21.0	25.42	15.0	7.79	6.0	0.0	0.0	ضغط الدّم
الأول	8.0	24.0	23.73	14.0	12.99	10.0	0.0	0.0	السكري
الرابع	2.67	8.0	8.47	5.0	3.90	3.0	0.0	0.0	آلام اسفل الظهر المزمنة
الخامس	1.33	4.0	6.78	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	أمراض المفاصل
الثالث	6.0	18.0	18.64	11.0	9.09	7.0	0.0	0.0	أمراض القلب
-	§§, 1194.5		§§, 22.76		§§, 199.81		-		قيمة كاي(2) ودلالاتها (تبعاً لنسب انتشار الأمراض)
-	25.0	75.0	83.05	49.0	33.76	26.0	0.0	0.0	وجود احد الأمراض المترافقة مع الإعاقة
-	75.0	225.0	16.94	10.0	66.23	51.0	100.0	164.0	عدم وجود أمراض مترافقة مع الإعاقة
	§§, 96.33		§§, 10.59		§§, 12.48		-		قيمة كاي2 ودلالاتها (تبعاً لوجود مرض)

§= دالة عند مستوى (0.05)، §§= دالة عند مستوى (0.01).

انتشار الأمراض المزمنة بين المعاقين تتمثل في التهاب المفاصل بنسبة (54.9%)، والسكري (20.4%)، وارتفاع ضغط الدم (47.3%)، والنوبات القلبية (13.1%)، وأمراض شرايين القلب التاجية (12.5%)، والجلطة الدماغية بنسبة (8.9%)، وإلى أن التقييم العام لمؤشر الصحة لديهم لمن جاء مستواه الصحي في المدى ما بين (الجيد إلى الممتاز) بنسبة (53.5%)، كما أشارت النتائج إلى أن تلك الأمراض وانتشارها لدى الأفراد المعاقين أعلى من نسب الانتشار بين غير المعاقين، وفي دراسة أخرى توصل (Okoro et al., 2007) إلى وجود نسب مرتفعة من الإصابة بالأمراض المزمنة بين الأفراد المعاقين وتبعاً للعرق، فقد كانت نسب انتشار لمرض ضغط الدم (55.5%) للعرق الهندي والعرق الأبيض، (71.0%) للعرق الاسود، (56.4%) للعرق الاسيوي، (55.7%) للعرق الاسباني، ولمرض السكري (27.0%)، (20.9%)، (31.0%)، (25.7%)، (28.8%)، ومن يعانون من أمراض في القلب (31.1%)، (29.3%)، (20.4%)، (18.8%)، (17.8%)، ومن أصيبوا سابقاً بجلطة دماغية (11.1%)، (8.2%)، (13.8%)، (3.9%)، (9.4%) وعلى التوالي، فيما كانت أهم الأمراض المترافقة مع الإعاقة على عينة من المعاقين في الدانمارك، السكري بنسبة (15.2%)، ضغط الدم بنسبة (38.4%) (Martin

وهذا يتفق مع بعض الدراسات والتي بينت وجود ترافق ما بين الإعاقة بأنواعها وما بين زيادة معدلات الإصابة ببعض الأمراض المزمنة، فقد توصل (Kedde et al., 2012) إلى وجود مجموعة من الأمراض المزمنة التي تترافق مع الإعاقة الحركية، ومنها الأمراض القلبية الوعائية بنسبة (21.0%)، السكري بنسبة (11.0%)، أمراض العضلات بنسبة (9.0%)، وأمراض أخرى بنسبة (11.0%)، إضافة إلى وجود آلام مزمنة أثناء العلاقة الجنسية بنسبة (68.0%)، كما توصل (Dhamoon et al., 2014) إلى ما نسبته (22.0%) يعانون من السكري، و(74.0%) يعانون من ارتفاع ضغط الدم، لدى الأفراد المعاقين حركياً في أمريكا، وفي دراسة على الأفراد المعاقين حركياً في أيرلندا، توصل (McDaid et al., 2013) إلى أن نسبة انتشار الأمراض القلبية الوعائية بينهم بلغت (6.0%)، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة (9.0%) والسكري (6.0%)، والآلام المزمنة بنسبة (35.0%)، كما أشارت دراسة (Iezzoni et al., 2014) أن هناك مجموعة من الأمراض المزمنة والتي تعاني منها السيدات المعاقات حركياً، تتمثل في التهاب المفاصل، آلام أسفل الظهر والرقبة المزمنة، وآلام مزمنة في العضلات والعظام، كما وبينت الدراسة الوطنية الصادرة عن المركز الوطني للسيطرة والوقاية من الأمراض في أمريكا (CDCP, 2009) إلى أن نسبة

للمستقبل، إضافة إلى ما يتعلق بالنظرة السلبية وعدم الرضا عن صورة الجسد العامة، نظرا لما تؤثره الإعاقة الحركية على الحالة النفسية للمصاب بها، ونتيجة لانخفاض مستوى الصحة النفسية لدى الأفراد المعاقين كما بينت دراسات (Livneh et al., 2003; Nosek & Hughes, 2004) فإنه يمكن أن نعزي إصابتهم بتلك الأمراض المزمنة إلى العامل النفسي، كما تبين من بعض الدراسات أن للعامل النفسي أثر على زيادة احتمالات إصابة الفرد ببعض الأمراض المزمنة خاصة أمراض القلب، والسكري وضغط الدم وآلام أسفل الظهر، فقد تبين أن هناك العديد من الأدلة العلمية التي تؤكد الأثر السلبي ما بين الحالة النفسية التي يمر بها الفرد من اكتئاب أو قلق أو توتر مزمن، على زيادة معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة، إضافة إلى التأثير السلبي على جهاز المناعة، فقل لدى الإنسان المقاومة للإصابة بالمرض (Benedetto et al., 2014; Vilhena et al., 2014; Simons et al., 2014).

وفي ضوء تساؤل الدراسة الرابع ونصه: ما أكثر مصادر الحصول على المعلومات الصحية بين الأفراد المعوقين حركيا في مدينة عمان؟، حيث يشير الجدول (7) إلى أكثر المصادر التي يعتمد عليها الأفراد المعاقين حركياً للحصول على المعلومات الصحية.

ويتضح من الجدول (7) أن وسائل الاعلام كمصدر من مصادر الحصول على المعلومات الصحية، قد جاء في المرتبة الاولى من حيث أهميته لدى افراد عينة الدراسة، وذلك بنسبة مئوية للموافقة (37.66%)، وفي المرتبة الثانية جاء مصدر الانترنت بنسبة مئوية للموافقة (25.66%) وإذا قمنا بجمع نسبة الاتفاق على هذين المصدرين فإنها تبلغ (63.33%)، وهي نسبة مرتفعة تشير إلى موافقة عالية جداً، حول أهمية هذين المصدرين لدى المعاقين حركيا في الحصول على المعلومات الصحية، وذلك كون هذين المصدرين يصبان في المجل كوسائل اعلامية وتنقيفية تبعاً لاسلوب المستخدم والمتلقي، وهذا ما يتفق مع دراسة مقبول (Maqboul, 2009) والتي توصل فيها إلى وجود علاقة لدى الأفراد المعاقين حركيا ما بين عدد ساعات استخدام الكمبيوتر وتصفح الانترنت كمصدر من مصادر الحصول على المعلومات الصحية، وزيادة مستوى الوعي الصحي لديهم، إضافة إلى وجود علاقة طردية ما بين عدد ساعات مشاهدة التلفاز كمصدر من مصادر الحصول على المعلومات، وزيادة الوعي الصحي، كما تتفق مع نتائج ما توصل إليه (المصير، 1995) من أن وسائل الاعلام تحتل المرتبة الاولى من حيث مصدر الحصول على المعلومات الخاصة بالوعي والتنقيف الصحي لدى الأفراد المرضى

(et al., 2014)، وفي دراسة تتبعية لنسب انتشار الأمراض بين الأفراد المعاقين في هولندا بين عامي (1987-2001) توصل (Puts et al., 2008) إلى أن نسبة انتشار مرض السكري بينهم ارتفعت من (6.1%) إلى (9.0%)، وأمراض القلب حصل فيها انخفاض بنسبة (16.5%) سنة (1987) إلى (13.0%) سنة (2001)، وكذلك انخفاض نسبة انتشار آلام أسفل الظهر من (20.4%) إلى (16.7%)، وعلى مجتمع المعاقين في إنجلترا، أشار (Ramsay et al., 2006) إلى أن نسبة انتشار ارتفاع ضغط الدم بينهم بلغت (47.74%)، وارتفاع مستوى الكوليسترول الكلي في الدم (40.68%)، ومن لديهم انخفاض في مستوى الكوليسترول عالي الكثافة (16.27%)، ومن يعانون من أمراض القلب (22.6%)، ومن يعانون من السكري (13.05%).

وهناك عدة أسباب يمكن أن يعزى لها انتشار تلك النسب المرتفعة من الأمراض المزمنة المرتبطة بقلة الحركة لدى الأفراد المعاقين حركيا، فقد تبين علميا من خلال بعض الدراسات، أن عوامل الخطورة للإصابة بالأمراض المزمنة كالسكري وضغط الدم والأمراض القلبية الوعائية وهشاشة العظام، وآلام أسفل الظهر المزمنة، تتمثل في قلة أو انعدام النشاط البدني أو الرياضي، والحياة الخاملة، والإصابة بالبدانة، إضافة إلى النمط الحياتي غير الصحي على الصعيد الغذائي والحركي كعوامل متحكم بها، كذلك ما يتعلق بدور الوراثة والتقدم في العمر، كأسباب لا يمكن التحكم بها (Kontis et al., 2013; Bonita et al., 2014) وهذه العوامل المهيأة للإصابة بتلك الأمراض، غالبا ما تتواجد لدى الأفراد المعاقين حركيا، حيث تبين أن ما نسبته (33.66%) يعانون من البدانة، وما نسبته (6.0%) فقط يمارسون النشاط الرياضي بهدف الصحة، وما نسبته (22.0%) مدخنون، إضافة إلى عامل العمر حيث أن مدى المرحلة العمرية لأفراد العينة هو ما بين (18-50) سنة، ونسبة الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن (40) سنة هي (19.7%)، وبالتالي فقد يعزى تواجده تلك الأمراض المزمنة المشار إليها في الجدول (6) إلى هذه العوامل الخطرة المساعدة على الإصابة بتلك الأمراض وهي التقدم بالعمر، والتدخين وقلة النشاط البدني والبدانة.

كما أنه لا يمكن لنا أن نغفل عن سبب آخر يمكن أن يعلل ارتفاع نسب الإصابة بتلك الأمراض المزمنة بين افراد العينة، ألا وهو العامل النفسي، فقد تبين من خلال الدراسات التي بحثت في مستوى الحالة النفسية، وطبيعة الصحة العقلية لدى الأفراد المعاقين حركيا، وجود العديد من المؤشرات المقلقة حول ارتفاع مؤشرات الاحساس بالاكتئاب، والقلق والتوتر، وفقد الثقة بالنفس، وسوء عمليات التكيف الاجتماعي، والنظرة السوداوية

المعلومات الخاصة بالصحة هي وسائل الاعلام بنسبة (82.62%)، اضافة إلى ما توصل إليه (القومي، 2005) حيث كانت النسبة الأعلى لوسائل الإعلام (74.4%)، فيما كانت النسبة لوسائل الإعلام في دراسة (الجفري، 2007) (89.22%)، كما تبين من دراسة (Goold et al., 2003) أن أكثر وسيلة يستخدمها الشباب للحصول على المعلومات هي وسيلة الانترنت والمواقع الالكترونية، وذلك بسبب سهولة الدخول إليها، وهذه النتيجة ونظرا لطبيعة الإعاقة وما تفرضه على المعاق من تحديات خاصة تلك المتعلقة بالتنقل، فإن حصول وسائل الإعلام والانترنت على المراتب الاولى والتي يستقي منها الأفراد المعاقين حركياً معلوماتهم الصحية يعتبر متوافقاً مع طبيعة تلك التحديات الحركية، خاصة أن تلك الوسائل لا تحتاج في المجلد إلى الانتقال من مكان إلى آخر لمشاهدتها، بل يمكن أن يشاهدها الفرد المعاق في المنزل وبأقل جهد حركي ممكن.

المراجعين للمراكز الصحية في البحرين، وأن ما نسبته (81.0%) من أفراد العينة يعتبرون أن التلفزيون والاذاعة أفضل الوسائل للتنقيف والحصول على المعلومات الصحية الخاصة بمرضهم، كما تتفق أيضاً مع نتائج دراسة (كسناوي، 2001) والتي توصل فيها إلى الأهمية الكبيرة لوسائل الاعلام في التوعية والتنقيف الصحي حول عوامل الخطورة للإصابة بمرض الجمره الخبيثة، حيث جاء مصدر وسائل الإعلام بكافة أشكالها المرئية والمقروءة والمسموعة في المرتبة الاولى بنسبة (47.0%) والانترنت في المرتبة الثانية بنسبة (15.0%)، وفي دراسة (باريان، 2003) على المجتمع السعودي توصل إلى أن تحقيق المجالات الطبية المرتبة الاولى، والتلفاز المرتبة الثانية والصحافة في المرتبة الثالثة والانترنت في المرتبة الرابعة كأهم المصادر التي تعتمد عليها المرأة السعودية في التقيف والوعي الصحي، كما اتفقت هذه الدراسة مع دراسات كل من (العرجان وآخرون، 2013) والتي بينت أن أكثر المصادر التي يعتمد عليها عينة من طلبة الجامعات في الأردن في الحصول على

الجدول (7)

أكثر مصادر الحصول على المعلومات الصحية بين الأفراد المعوقين حركياً في مدينة عمان

الترتيب	%	التكرار	المصدر	الترتيب	(%)	التكرار	المصدر
السابع	3.66	11	الدورات التدريبية	الرابع	5.33	16	بعض المسابقات الجامعية المتعلقة بالصحة
العاشر	3.0	9	المطالعة الذاتية (الكتب والمقالات الورقية)	الخامس	4.66	14	الأصدقاء
الثالث	6.33	19	الزيارات المستمرة للمراكز الصحية	الاول	37.66	113	وسائل الإعلام
خامس مكرر	4.66	14	الزيارات المستمرة للمراكز الخاصة بالإعاقة	الحادي عشر	2.33	7	الموضوعات التي درست في المدرسة
الثامن	3.33	10	اولياء الأمور	الثامن مكرر	3.33	10	الأنشطة الثقافية
				الثاني	25.66	77	الانترنت

باسباب الأمراض، وطرق الوقاية منها، والتعرف على عوامل الخطورة للاصابة بالأمراض وكيفية مواجهتها عن طريق تغيير السلوك والنمط الحياتي لكافة شرائح المجتمع الأردني ومن ضمنهم الأفراد المعاقين بمختلف أنواع الإعاقات، وقد يعزى حصول هذا المصدر على تلك المرتبة لسهولة الحصول على تلك المعلومات من مصادر أكثر سهولة، إلا أن الملاحظ هو حصول مصدر (الزيارات المستمرة للمراكز الخاصة بالإعاقة) على المرتبة الخامسة، كمصدر من مصادر المعلومات الصحية، وهذا الأمر ما قد يضع علامة استفهام حول مدى كفاءة تلك المراكز في تقديم الرعاية الصحية والتوعية والتنقيف

وفيما جاء في المرتبة الثالثة مصدر الزيارات المستمرة للمراكز الصحية بنسبة موافقة (6.33%) وهذا يتفق مع دراسة (كسناوي، 2001) والتي جاء فيها أن المراكز الصحية تحتل المرتبة الثالثة من حيث التقيف الصحي بمرض الجمره الخبيثة بنسبة موافقة (12.0%)، ومع الاخذ بعين الاعتبار أن المهمة الأولى والأساسية للمراكز الصحية هو العلاج من الأمراض، إلا أن لها دور آخر مهم جداً، وهو التوعية الصحية، وهذا ما تم الإشارة إليه ضمن الخطوط العريضة للإستراتيجية الصحية الأردنية للعام (2008-2012) والتي جاء فيها، أن الهدف العام لتلك الاستراتيجية يتمثل في زيادة التوعية الصحية

المعاقين وتوعيتهم صحياً.
وفي ضوء تساؤل الدراسة الخامس ونصه: ما نسب انتشار التدخين وعدم ممارسة النشاط الرياضي المعزز للصحة، واستخدام الإنترنت ومشاهدة التلفاز لدى الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان؟.

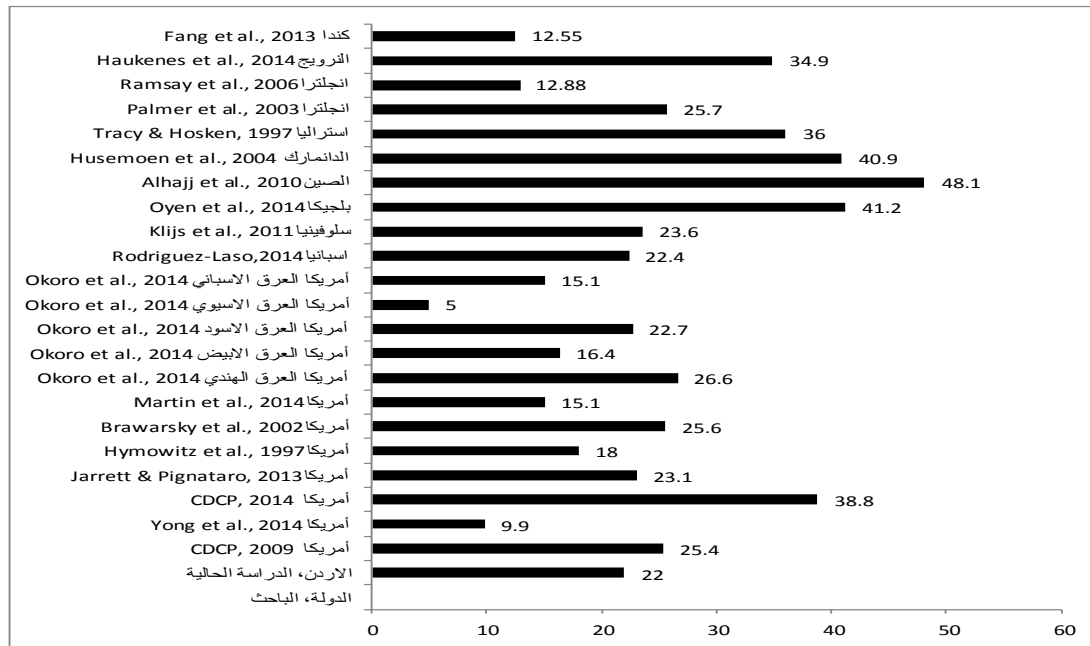
الصحي للمعاقين، لأنها هي الأقدر على تقديم ما يحتاج اليه المعاقين حركياً من توعية وتنقيف صحي، كما يلاحظ أن مصدر (الموضوعات التي درست في المدرسة) كمصدر من مصادر الوعي الصحي، قد جاءت في مرتبة متدنية وأخيرة من حيث الاعتماد عليها، وقد يعزى ذلك إلى احتمالية وجود قصور في المناهج التي درسها أفراد عينة الدراسة، بما يخص الأفراد

الجدول (8)

نسب انتشار التدخين وعدم ممارسة النشاط الرياضي المعزز للصحة، واستخدام الإنترنت ومشاهدة التلفاز لدى الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان

المتغيرات		المرحلة العمرية (سنة)						الكلّي (ن=300)
		18 - 30 (ن=164)		31-40 (ن=77)		41-50 (ن=59)		
ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	
التدخين								
غير مدخن	84	51.21	27	35.06	35	59.32	146	
مدخن حالياً	36	21.95	23	29.87	7	11.86	66	
أقلع عن التدخين	44	26.82	27	35.06	17	28.81	88	
قيمة كاي (2) ودلالاتها	§§ , 24.19		NS , 0.415		§§ , 20.47		§§ , 34.15	
ممارسة النشاط الرياضي								
نعم	11	6.70	1	1.29	6	10.16	18	
لا	124	75.60	52	67.53	48	81.35	224	
أحياناً	29	17.68	24	31.16	5	8.47	58	
قيمة كاي (2) ودلالاتها	§§ , 134.86		§§ , 50.83		§§ , 61.25		§§ , 238.63	
استخدام الإنترنت (ساعة/يوم)								
متوسط±انحراف	0.82±2.23		0.95±2.05		1.3±1.61		0.99±2.06	
	§§ , 8.986 (٩٩٩)						-	
لا أجد استخدام الانترنت	2.0	1.21	5.0	6.49	18.0	30.50	25.0	
ساعة - ساعتين/ يوم	106.0	64.63	51.0	66.23	24.0	40.67	181.0	
ساعتين - ثلاث ساعات/ يوم	44.0	26.82	15.0	19.48	13.0	22.03	72.0	
< ثلاث ساعات/ يوم	7.0	7.31	6.0	7.79	4.0	6.77	22.0	
قيمة كاي (2) ودلالاتها	§§ , 160.87		§§ , 72.97		§§ , 14.55		§§ , 220.72	
مشاهدة التلفاز (ساعة/يوم)								
متوسط±انحراف	1.08±2.31		1.09±2.46		1.02±2.62		1.07±2.41	
	NS , 1.88 (٩٩٩)						-	
في الغالب لا اشاهد التلفاز	7.0	4.26	2.0	2.59	0.0	0.0	9.0	
ساعة - ساعتين/ يوم	66.0	40.24	29.0	37.66	20.0	33.89	115.0	
ساعتين - ثلاث ساعات/ يوم	47.0	28.65	20.0	25.97	17.0	28.81	84.0	
ثلاث ساعات - اربع ساعات/ يوم	34.0	20.73	20.0	25.97	19.0	32.20	73.0	
< اربع ساعات / يوم	10.0	6.09	6.0	7.79	3.0	5.08	19.0	
قيمة كاي (2) ودلالاتها	§§ , 75.93		§§ , 32.15		§§ , 12.79		§§ , 134.19	

§ = دالة عند مستوى (0.05)، §§ = دالة عند مستوى (0.01)، NS = لا يوجد فروق إحصائية دالة، ٩٩٩ = تحليل التباين المتعدد (MANOVA)



الشكل (1): نسبة انتشار التدخين مقارنة مع نتائج الدراسات التي أجريت على الأفراد المعاقين من مجتمعات أخرى

المدخنين (Wilkinson et al., 2014)، وبالتالي فقد يكون التدخين من قبل الأفراد المعاقين، أكثر خطورة على صحتهم مقارنة بغير المعاقين، وذلك قد يعود إلى عدة أسباب منها: أن الأفراد المعاقين حركياً لديهم العديد من المشكلات النفسية والتي تتمثل في اختلال صورة الجسد، وتدني مفهوم الذات البدنية، وارتفاع مؤشرات التوتر والقلق نتيجة لما تشكله طبيعة الإعاقة الحركية من ضغوط نفسية عليهم، إضافة إلى أن الأفراد المعاقين حركياً، أقل تنقلاً وحركة وممارسة للجهد البدني المعزز للصحة (Boeger et al., 2003; Diane et al., 2003) وهذه العوامل النفسية والحركية تعتبر أحد العوامل المساعدة على الإصابة بالأمراض المرتبطة بقلة الحركة، حيث ربطت العديد من الدراسات ما بين الحالة النفسية وما بين الإصابة بأمراض ارتفاع ضغط الدم والسكري (Chwastiak et al., 2014; Alastair & Rothwell, 2014)، إضافة إلى ما تبين من نتائج بعض الدراسات والتي أشارت إلى وجود علاقة وثيقة ما بين الخمول البدني وعدم ممارسة النشاط الرياضي المعزز للصحة والإصابة بالعديد من الأمراض، وبالتالي فإن التدخين من قبل الأفراد المعاقين، يعتبر خطره مضاعفاً على صحتهم قياساً إلى الأفراد غير المعاقين.

فيما يشير الجدول (8) إلى أن نسبة الأفراد الذين يمارسون نشاطاً رياضياً معزراً للصحة بلغت (6.0%) فقط، وهذه النسبة تعني أن ما نسبته (96.0%) من العينة لا يمارسون نشاطاً رياضياً معزراً للصحة، ويعانون من الخمول البدني، وعند مقارنة هذه النسبة ببعض نتائج الدراسات التي أجريت على المعاقين، نجد أن

يتضح من الجدول (8) أنَّ نسبة انتشار التدخين بلغت (22.0%)، وأن أعلى نسبة كانت لدى المرحلة العمرية (31-40) سنة بنسبة بلغت (29.87%)، فيما يشير الشكل (1) إلى مقارنة نسب انتشار التدخين في الدراسة الحالية لدى الأفراد المعاقين مع نتائج دراسات أخرى أجريت على الأفراد المعاقين حركياً في مجتمعات أخرى، حيث يتضح أن نسبة التدخين في الدراسة الحالية كانت أقل من النسب الواردة في دراسات (Alhajj et al., 2010; Oyen et al., 2014; Husemoen et al., 2004; CDCP, 2014; Tracy & Hosken, 1997; Palmer et al., 2003; Brawarsky et al., 2002; CDCP, 2009; Klijs et al., 2011; Jarrett & Pignataro, 2013; Rodriguez-Laso, 2014; Haukenes et al., 2014) وعلى العرق الهندي والعرق الأسود في دراسة (Okoro et al., 2014) إلا أن نسبة الانتشار في الدراسة الحالية، كانت أعلى من النسب الواردة في الدراسات التي أجريت على المعاقين (Hymowitz et al., 1997; Martin et al., 2014; Ramsay et al., 2006; Yong et al., 2014; Fang et al., 2013) ومن نسبة الانتشار لدى العرق الأبيض، الإسباني، الآسيوي في دراسة (Okoro et al., 2014)، حيث تبرز خطورة التدخين في أنه أحد أهم العوامل المساعدة على الإصابة بالعديد من الأمراض، خاصة أمراض القلب والشرابيين، وأمراض الجهاز التنفسي (Lu et al., 2014; Salvi, 2014) كما بينت الدراسات المرجعية وجود صلة قوية ما بين التدخين والإصابة بسرطان الرئة (Bérubé et al., 2014) كما ربطت بعض الدراسات ما بين التدخين وزيادة معدلات العصبية والتوتر والقلق لدى

وعلى المعاقين في النرويج تبين من دراسة (Haukenes et al., 2014) أن نسبة انتشار الخمول البدني بينهم (عدم ممارسة نشاط رياضي معزز للصحة) (30.1%) وما نسبته (69.9%) يمارسون النشاط الرياضي بمعدلات من (أقل من ساعة إلى أكثر من 3 ساعات)/أسبوع، كما بينت الدراسة الوطنية على المعاقين في أمريكا (CDCP, 2009) أن ما نسبته (78.6%) من المعاقين مشاركون في أنشطة رياضية، ومن خلال تلك المقارنات يتضح لنا انخفاض نسبة الممارسة الرياضية من أجل تعزيز الصحة بين المعاقين حركياً (قيد الدراسة) قياساً إلى نسب الممارسة الرياضية في بعض الدراسات التي أجريت على مجتمعات أخرى غربية، وقد يعزى ذلك الأمر إلى الإختلاف الثقافي، والاجتماعي بين المجتمعات، وإلى تباين النظرة نحو الإعاقة بين مجتمعات تلك الدول، وإلى مدى توفر مستلزمات الممارسة الرياضية للمعاقين، حيث تبرز أهمية النشاط البدني المعزز للصحة لديهم، في تقليل المضاعفات الصحية المرتبطة بالإعاقة من خلال تقليل احتمالات ونسب الإصابة بالأمراض المرتبطة بقلة الحركة، إضافة إلى العمل على تقوية الأطراف السليمة لتعويض العجز والنقص في الأطراف غير السليمة، كما يفيد في تحسن مظاهر الصحة النفسية، من خلال تقليل معدلات الشعور بالقلق والتوتر والاكتئاب، وجعل جودة في حياة الإنسان المعاق، كما أن ممارسة النشاط الرياضي تساعد في أداء متطلبات الحياة اليومية من ارتداء الملابس والتنقل (Marck et al., 2014).

في ضوء تساؤل الدراسة السادس ونصه: ما الأسباب الدافعة التي تقف وراء ممارسة وعدم ممارسة النشاط الرياضي لدى الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان؟.

نسبة انتشار ممارسة النشاط الرياضي المعزز للصحة لدى عينة من المعاقين في إنجلترا في دراسة اميرسون (Emerson, 2005) بلغت (4.0%)، كما تبين أن نسبة الخمول البدني بين المعاقين تزداد بزيادة العمر، حيث كانت نسبة الخمول البدني في المرحلة العمرية (16-24) (88.0%) وفي المرحلة العمرية (25-34) (91.0%)، وفي المرحلة العمرية (35-44) سنة (93.0%)، وفي المرحلة العمرية (45-54) سنة (94.0%) لتصل إلى (97.0%) في العمر الأكبر (55-64) سنة ثم إلى (100.0%) في الأعمار الأكبر، وكانت نسبة الخمول البدني بين المعاقين في دراسة أخرى على نفس المجتمع (33.5%) (Ramsay et al., 2006) فيما توصل (Okoro et al., 2007) إلى أن نسبة عدم ممارسة النشاط الرياضي لدى المعاقين في أمريكا باختلاف العرق (39.0%) للعرق الهندي، (35.5%) للعرق الأبيض، (42.6%) للعرق الأسود، (37.3%) للعرق الآسيوي، (48.1%) للعرق الأسباني، وعلى المعاقين في الدانمارك كانت نسبة الخمول البدني بينهم (28.7%)، لدى الذكور، (28.3%) لدى الإناث (Husemoen et al., 2004)، وتوصل (Drozdz et al., 2012) في دراسة على المعاقين في بولندا، أن ما نسبته (25.3%) يمارسون النشاط الرياضي أحياناً، وما نسبته (16.2%) بمعدل (2-3) مرات/شهر، وما نسبته (23.4%) مرة واحدة في الأسبوع، وما نسبته (35.4%) يمارسون بمعدل (2-3) مرات/الأسبوع، وفي دراسة أخرى على نفس المجتمع الدانماركي أشار (Kissow & Singhammer, 2012) إلى أن نسبة المعاقين غير المشاركين في أية نشاطات رياضية معززة للصحة بلغت (59.59%)، وتوصل (Dunlop et al., 2014) أن نسبة المعاقين الذين لديهم مستوى منخفض في ممارسة النشاط البدني المعزز للصحة بلغت (25.17%)، ومن لديهم مستوى مرتفع (24.9%)،

الجدول (9)

الأسباب الدافعة لممارسة النشاط الرياضي وعدم ممارسة النشاط الرياضي لدى الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان

الاسباب الدافعة لممارسة النشاط الرياضي (للممارسين بشكل دائم أو أحياناً) (ن = 76)				
الأسباب	تكرار	%	الترتيب	قيمة كاي 2 ودلالاتها
تحسين الصحة والمحافظة عليها	8.0	10.5	الخامس	§ 9.92
تقوية الجانب أو الطرف غير المصاب بالإعاقة	11.0	14.5	الرابع	
مواجهة مضاعفات الإعاقة	22.0	28.9	الاول	
التأثير الايجابي النفسي لممارسة الرياضة	21.0	27.6	الثاني	
الوقاية من الأمراض المرتبطة بقلة الحركة	14.0	18.4	الثالث	
الاسباب التي تقف وراء عدم ممارسة النشاط الرياضي (لغير الممارسين) (ن=224)				
الأسباب	تكرار	%	الترتيب	قيمة كاي 2 ودلالاتها
لا يوجد إجابة	22.0	9.82	الخامس	§§ 41.00
عدم وجود أماكن للممارسة الرياضية خاصة بالمعاقين	49.0	21.87	الثالث	
الخوف من النظرة السلبية من المجتمع	63.0	28.12	الثاني	
الاعتقاد بعدم القدرة على الممارسة الرياضية بسبب الإعاقة	67.0	29.91	الاول	
عدم الاقتناع بأهمية الرياضة لوضعي الصحي	23.0	10.26	الرابع	

مجموعة من العوائق التي تقف حائلاً أمام ممارسة الأفراد المعاقين للنشاط الرياضي ومنها: العوامل المتعلقة بطبيعة المباني والتجهيزات الرياضية الخاصة بالمعاقين، العوامل النفسية، مستوى الوعي بأهمية الرياضة للمعاقين، نظرة المجتمع إلى الإعاقة، كما أشار (Buffart et al., 2009) إلى أهم العوائق التي تمنع المعاقين من ممارسة النشاط الرياضي تكمن في نقص التشجيع والتحفيز من الآخرين، والخوف من تعاضم الإعاقة، وإلى صعوبة الإعاقة، ومحدودية مرافق النشاط البدني، ونقص في مستوى المعرفة بأهمية ممارسة النشاط الرياضي، أما العوامل الدافعة فتتمثل في تأثير الرياضة على تحسين مستوى الحالة النفسية والصحية للمعاق، واكتساب مجموعة من المهارات الاجتماعية والتواصل مع الآخرين وتكوين صداقات جديدة، كما تبين من دراسة (Damush et al., 2007) أن أهم معوقات ممارسة النشاط البدني لدى الأفراد المعاقين نتيجة إصابتهم بجلطة دماغية تتمثل في طبيعة الإعاقة الناتجة عن الإصابة بالجلطة الدماغية، وعدم وجود الحافز، والعوامل البيئية المحيطة بالفرد، وأما العوامل الدافعة فتتمثل في الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد المعاق، ووجود وقت فراغ يجب العمل على استغلاله الاستغلال الأفضل، وفي دراسة (Scelza et al., 2005) أشاروا إلى أن أهم العوائق للاشتراك في النشاطات الرياضية المعززة للصحة للمصابين بإصابات الحبل الشوكي (Spinal Cord) هي ما يتعلق بالفرد المعاق نفسه مثل عدم وجود الدافع والحافز للاشتراك، وما يتعلق بالناحية الاقتصادية، وما يتعلق بمدى توافر أمكنة خاصة للممارسة الرياضية، وصعوبة التنقل والوصول للمرافق الرياضية، كما أن الدوافع للممارسة الرياضية في دراسة (Minna et al., 2006) لدى الأفراد المسنين الذي يعانون من مشكلات تتمثل في سوء الحالة الصحية، والخوف من الاشتراك في الممارسة الرياضية، والتجارب السلبية التي مروا بها، وعدم وجود توغر اصدقاء يشاركونهم الممارسة الرياضية، وعدم توفر البيئة والبنية التحتية الرياضية المناسبة لهم، ووجود إشكاليات وصعوبات في عملية التنقل، أما ما يشجعهم من دوافع للاشتراك في النشاطات الرياضية فتتمثل في الحد من مضاعفات الأمراض والعجز، وتعزيز الصحة النفسية.

الاستنتاجات

في ضوء نتائج الدراسة أمكن للباحث التوصل إلى الاستنتاجات التالية:

1. وجود مستوى وعي صحي متوسط لدى الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان، وإلى أن المستوى الصحي لهم

يتضح من الجدول (9) أن أهم الأسباب الدافعة لممارسة النشاط الرياضي لدى الأفراد المعاقين حركياً (الممارسين بشكل دائم أو أحياناً)، تمثلت في المرتبة الأولى (مواجهة مضاعفات الإعاقة) بنسبة (28.9%)، وفي المرتبة الثانية (التأثير الإيجابي النفسي لممارسة الرياضة) بنسبة (27.6%)، وفي المرتبة الثالثة (الوقاية من الأمراض المرتبطة بقلة الحركة) بنسبة (18.4%)، وفي المرتبة الرابعة (تقوية الجانب أو الطرف غير المصاب بالإعاقة) بنسبة (14.5%) وفي المرتبة الخامسة والأخيرة (تحسين الصحة والمحافظة عليها) بنسبة (10.5%)، وإذا قمنا بتحليل تلك الأسباب، نجد أنها تصب في المجمل العام في مواجهة المضاعفات الصحية المرتبطة بالإعاقة وتحسين الصحة سواء الجانب البدني والعضوي منها أو الجانب النفسي، فيما انحصرت الأسباب التي تقف وتحث من مشاركة أفراد عينة الدراسة في النشاطات الرياضية في (الاعتقاد بعدم القدرة على الممارسة الرياضية بسبب الإعاقة) في المرتبة الأولى بنسبة (29.91%)، وفي المرتبة الثانية (الخوف من النظرة السلبية من المجتمع) بنسبة (28.12%)، وفي المرتبة الثالثة (عدم وجود أماكن للممارسة الرياضية خاصة بالمعاقين) بنسبة (21.87%)، وفي المرتبة الرابعة (عدم الاقتناع بأهمية الرياضة لوضعي الصحي) بنسبة (10.26%)، وهذه الأسباب المعيقة تصب في محوئين أساسيين هما ما يخص الفرد المعاق نفسه ومستوى وعيه لأهمية ممارسة الرياضة لحالته الصحية والنفسية، والثاني ما يتعلق بالعوامل المحيطة بالفرد مثل الامكانيات والمرافق وصعوبة التنقل ونظرة المجتمع، وهذه النتائج تتفق في مجملها العام مع نتائج العديد من الدراسات والتي بحث في المعوقات والمسببات للممارسة الرياضية لدى الأفراد المعاقين، فقد توصل (Kissow & Singhammer, 2012) حول الأسباب الدافعة لعدم ممارسة المعاقين للنشاط الرياضي، إلى أنها تكمن في الخوف من مضاعفات الإعاقة بنسبة (53.0%)، وعدم توفر وسائل تنقل مناسبة بنسبة (43.0%)، وإلى أن طبيعة الإعاقة والعجز تحول دون ممارسة النشاط الرياضي بنسبة، وعدم وجود وقت كافٍ، لكل منها (36.%)، وعدم توفر ملابس خاصة بممارسة الرياضة للمعاقين بنسبة (35.0%)، وعدم وجود مرافق لممارسة الرياضة خاصة بالمعاقين بنسبة (34.0%)، أما من حيث الأسباب التي تدفع المعاقين للممارسة الرياضية فتتمثل في: المحافظة على الصحة العامة بنسبة (87.0%)، الترويج عن النفس، وتعلم مهارات حركية جديدة بنسبة (84.0%)، وتحسين مستوى الثقة بالقدرة الجسمانية بنسبة (83.0%)، والتعرف على أصدقاء جدد بنسبة (81.0%)، كما توصل (Rimmer et al., 2004) إلى وجود

الدافعة للممارسة الرياضية من قبل الأفراد المعاقين حركيا في مدينة عمان تتمثل مجملها في مواجهة التحديات الصحية المترافقة مع الاعاقة، والتأثير الايجابي للنشاط الرياضي على الحالة النفسية ومواجهة احتماليات الاصابة بالامراض المرتبطة بقلة الحركة.

التوصيات

في ضوء استنتاجات الدراسة أمكن للباحث التوصية بما يلي:

1. ضرورة تصميم استراتيجيات وطنية تهدف في مجملها العام إلى مواجهة التحديات الصحية ذات الخطورة العالية لذوي التحديات الخاصة، والتي تتمثل في مواجهة انتشار التدخين والخمول البدني، والاصابة بالبدانة والوزن الزائد، والأمراض المرتبطة بقلة الحركة.
2. ضرورة سن قوانين النازمة لتأسيس بنية تحتية رياضية خاصة بالممارسة الرياضية لذوي التحديات الحركية الخاصة، من أجل توفير سبل الممارسة الرياضية الآمنة لهم في ضوء امكانياتهم البدنية والحركية والاقتصادية.
3. العمل على تفعيل الآليات والطرق والوسائل المختلفة التي تهدف إلى زيادة مستوى الوعي الصحي لدى ذوي التحديات الخاصة.
4. ضرورة وجود وحدات ارشادية نفسية ضمن المراكز الصحية، والمراكز الصحية الخاصة بذوي التحديات الخاصة، تكون مهمتها تقديم خدمات ارشادية نفسية، لمواجهة الأخطار النفسية التي تترافق مع الاعاقة.
5. ضرورة اجراء دراسات موسعة على المعاقين في الأردن، لمعرفة الأخطار الصحة المنتشرة بينهم، بما يفيد في التخطيط المستقبلي لمواجهتها.

البقاعي، ع. أبو رميله، ن. الحوراني؛ هـ. والفوارس، ج. (2004) السمنة والمتلازمة الايضية في شمال الأردن، المجلة العربية للغذاء والتغذية، (11)، ص. 279-291.

التميمي، ف. (2005) أثر برنامج تأهيلي للمعوقين حركياً في مفهوم الذات واليأس لديهم، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية، جامعة القاهرة.

جابر، م. (2003) مستوى سلوكيات الصحة بين الطلبة في الجامعة الفلسطينية في الضفة الغربية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجّاح الوطنية، نابلس: فلسطين.

الجفري، ع. (2007) مصادر الحصول على المعلومات الصحية ومستوى الوعي الصحي وعلاقته بالتحصيل الاكاديمي لدى

ويختلف تبعاً لتصنيف مؤشرات مؤشر كتلة الجسم بين البدناء وغير البدناء، وتبعاً للممارسة الرياضية من أجل الصحة.

2. انخفاض مستوى الرضا عن صورة الجسد لدى المعاقين حركيا في مدينة عمان، وإلى أن مستوى الرضا عن صورة الجسد ينخفض لدى الأفراد المصابين بالبدانة، قياساً إلى غير البدناء.
3. تأثر مستوى الرضا عن صورة الجسد بعامل ممارسة النشاط الرياضي المعزز للصحة، فترتفع في حالة لدى الممارسين قياساً إلى غير الممارسين.
4. ارتفاع مؤشرات النمط الحياتي غير الصحي لدى الأفراد المعاقين حركيا في مدينة عمان، من خلال ارتفاع نسب التدخين، وعدم ممارسة النشاط الرياضي المعزز للصحة، وارتفاع متوسط الساعات السلبية لمشاهدة التلفاز واستعمال الانترنت بينهم.
5. وجود تفرق ما بين الإعاقة والإصابة ببعض الأمراض المزمنة المرتبطة بقلة الحركة، والتي تشكل عبءاً صحياً مضافاً على جودة الحياة لدى الأفراد المعاقين حركيا في مدينة عمان.
6. أن أكثر المصادر التي يعتمد عليها الأفراد المعاقين حركيا في مدينة عمان، للحصول على المعلومات الصحية، هي وسائل الإعلام والانترنت والزيارات المستمرة للمراكز الصحية.
7. وجود العديد من معيقات الممارسة الرياضية من قبل الأفراد المعاقين حركيا في مدينة عمان، من أهمها الاعتقاد بعدم القدرة على الممارسة الرياضية بسبب الإعاقة، ونظرة المجتمع السلبية، ووجود النقص في البنى التحتية الرياضية الخاصة بالمعاقين، ووجود العديد من الاسباب والعوامل

المصادر والمراجع

أبو النصر، م. (2004) تأهيل ورعاية متحدي الإعاقة- علاقة المعاق بالأسرة من منظور الوقاية والعلاج، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة: مصر. ص 51.

الأشهر، ر. (2008) صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية (دراسة سيكومترية - اكلينيكية)، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق: مصر.

باريان أ. (2003) دور وسائل الإعلام في التنقيف الصحي للمرأة السعودية بمدينة الرياض (دراسة ميدانية)، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.

عنبر، هـ. (2004) أثر استخدام برنامج مقترح في التربية الصحية على تنمية بعض جوانب السلوك الصحي وبعض عمليات التعلم الأساسية لدى التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة المنيا، مصر.

القاضي، و. (2009) قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة: فلسطين.

القُدومي، ع. (2005) مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة. مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة البحرين، 6، (1)، ص. 223-263.

القُدومي، ع. وزايد، ك. (2009) مستوى الوعي الغذائي لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعة النجاح الوطنية وجامعة السلطان قابوس. ملخصات المؤتمر الرياضي العلمي الفلسطيني الأول: نحو بناء استراتيجية تكاملية للنهوض بالرياضة الفلسطينية، والمنعقد في 29-30/4/2009 في جامعة النجاح الوطنية، فلسطين، نابلس.

كسناوي، م. (2001) دراسة إعلامية: التوعية بالأنترنكس. صحيفة عكاظ، العدد 12849، ص 2.

المصيفر، ع. (1995) نظرة تقييمية لبعض برامج التثقيف الغذائية في دول الخليج العربية. ورقة عمل مقدمة لندوة التثقيف الصحي بدول مجلس التعاون الخليجي، أبو ظبي: الإمارات العربية المتحدة.

المغازي، ص. (2002) فاعلية برنامج تأهيلي لتنمية مفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني لدى الطفل الأعمى في رياض الأطفال، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة عين شمس: مصر.

AbdAllah. A., Raffa. S., Alaidaroos. T., Obaid. R and Abuznada. J (2013). Nutritional Status of some Children and Adolescents with Down syndrome in Jeddah, *Life Science Journal*, 10. (3): 1310-1318

Agarwal.S.,Bhalla.P., Kaur.S and Babbar. R (2013). Effect of body mass index on physical self concept, cognition & academic performance of first year medical students, *Indian Journal of Medical Research*, 138. (4):. 515-522.

Ajlouni. K., Jaddou. H and Batiecha. A (1998). Obesity in Jordan. *International Journal of Obesity*, 22; P. 624-628.

Al Alwan. I., Motasim. B., Al-Ghamdi. M., Aljarbou. A., Alotaibi .H and Tamim. H (2013). Prevalence of Self-reported Cardiovascular Risk Factors among Saudi Physicians: A Comparative Study, *International Journal of Health Sciences* 7, (1):. 3-13.

Alastair. J and Rothwell. P (2014). Physiological Correlates of Beat-to-Beat, Ambulatory, and Day-to-Day Home Blood Pressure Variability After Transient Ischemic Attack or Minor Stroke, *Stroke*, 45: 533-538.

تلاميذ المرحلة الثانوية في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية. المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضة، (52)، ص 240-265.

الحراحشه، ق. (2013) السلوك الصحي لدى لاعبي اندية الإعاقة الحركية في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد، الأردن.

الحري، م. الهزاع، هـ. وحسن، ع. (1421هـ) اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى الأطفال المتخلفين عقلياً مقارنة بالأطفال العاديين، الدورية السعودية للطب الرياضي، 5، (1)، ص. 22-32.

خوجة، ع. (2011) أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً، مجلة جامعة النجاح للابحاث (العلوم الإنسانية)، 25، (5)، ص. 1283-1336.

عبد الباقي، ع. (2012) تصور مقترح لتفعيل دور الجمعيات الأهلية المصرية في مجال تأهيل المعوقين حركياً في ضوء خبرات بعض الدول، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الفيوم، مصر.

عرايبي، س. هنداوي، ع. والعرجان، ج. (2007) رؤية مستقبلية للإحتراف في كرة السلة بالكراسي المتحركة في الوطن العربي، بحث حائز على مرتبة بحث متميز في جائزة الأمير فيصل بن فهد الدولية لبحوث تطوير الرياضة العربية 2006-2007 المحور الأول: الإحتراف في مجال الرياضة، الدورة السادسة.

العرجان، ج. (2010) التباين في مؤشر كتلة الجسم والمرحلة العمرية وتأثيرهما على عوامل الخطورة للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية لدى الرجال الأردنيين، مجلة جامعة النجاح الوطنية للأبحاث "العلوم الإنسانية"، 24، (2)، ص. 539-563.

العرجان، ج. (2011) انتشار السمنة والوزن الزائد والنقص في الوزن لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن، مجلة دراسات، الجامعة الأردنية، العلوم التربوية، 38، (6)، ص 2036-2036.

العرجان، ج. (2013) البدانة، الممارسة الرياضية من أجل الصحة، التدخين، الأمراض المرتبطة بقلة الحركة والعادات الغذائية لدى معلمي التربية الرياضية في الأردن، مجلة جامعة النجاح الوطنية للأبحاث "العلوم الإنسانية"، 27، (8)، ص. 1661-1704.

العرجان، ج. نيب، م. والكيلاني، غ. (2013) مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن، مجلة العلوم التربوية والنفسية. جامعة البحرين، 14. (1)، ص. 311-344.

عفيف، إ. (1997) مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمعوقين عقلياً، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

العلوان، ب. (2006) الرضا عن الحياة وعلاقته بتقدير الذات دراسة مقارنة بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي للمعاقين حركياً في الأردن، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان: الأردن.

- image in physically disabled youth, *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 51 (3):165-77.
- Bonita. R., Magnusson. R., Bovet. P., Dong. Z., Deborah. C., Robert. G., Suh.I., Kavumpurathu. R., Martin. M., James. H., Maximilian. d., Simon. C and Robert. B (2013). Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. *Lancet*, 381: 575–84.
- Botticello. A., Rohrbach. T and Cobbold. N (2014). Disability and the built environment: an investigation of community and neighborhood land uses and participation for physically impaired adults, *Annals of Epidemiology.* 24 (7): 545–550.
- Bowman. L., Hiroko.H., Mattek. N., AronK.B., Lisa.C., Lynne.S., Diane.B., Jeffrey.A and Quinn. J (2013). Plasma omega-3 PUFA and white matter mediated executive decline in older adults, *Frontiers in Aging Neuroscience*, 92, (5): 1-7.
- Brawarsky. P., Brooks. D., Wilber. N., Gertz. R and Walker. D (2002). Tobacco use among adults with disabilities in Massachusetts, *Tobacco Control*;11(Suppl II):P.ii29–ii33
- Buffart.M., Tessa. W., van den. R., Stam. J and Marij. R (2009). Perceived Barriers to and Facilitators of Physical Activity in Young Adults with Childhood-Onset Physical Disabilities, *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, (11): 881-885.
- Cari. M., Alan. J., Gonzalez. A., Leslie. B., Brotzman. M., MacInnis. R., Moore. C., Robien. K, Rosenberg. P., Pramill. N., Weiderpass. E., Adami. H., Culver. H , Barbash. R.,Julie. E., Freedman. M., Fraser. G., Freeman. L., Gapstur. S., Gaziano. J., Graham. G., kansson. N., Hoppin. J., Frank B., Koenig. K., Martha. S., Yikyung. P., Alpa. V., Purdue. M., Schairer. C., Howard. D., Visvanathan. K, White. E., Wolk. A., Jacquotte. A and Hartge. P (2014). Association between Class III Obesity (BMI of 40–59 kg/m²) and Mortality: A Pooled Analysis of 20 Prospective Studies, *PLOS Medicine*, 11, (7): 1-14.
- Cazenave. N., Peultier. A. and Lefort. G (2005).L'activité physique et sportive et l'estime de soi chez les adolescents handicapés : le cas de la pathologie du pied bot. Laboratoire de psychologie des pratiques physiques, centre de recherche en science du sport, université de Paris.
- CDCP, Centers for Disease Control and Prevention (2009). National Center for Birth Defects and Developmental DisabilityHealth Behaviors Among People With and Without Disability: 2007 Florida Behavioral Risk Factor Surveillance System, <http://fodh.phhp.ufl.edu>
- CDCP,Centers for Disease Control and Prevention, National Alex. Y., Sue. E., Amy. J., Houtrow. and Paul. W (2009). Prevalence of Obesity Among Children With Chronic Conditions, *Obesity* . 18, P.210–213.
- Alhajj. T., Limin. W., Krista. W., Weiyan. Z., Yaowu. S., Lorann. S and Huiyun. X (2010). Prevalence of disability among adolescents and adults in rural China, *Disability and Health Journal*, 3:282-288.
- Ali. M., Fang. H and Rizzo. (2010). Body weight, self-perception and mental health outcomes among adolescents. *J Ment Health Policy Econ.*;13 (2):.53-63.
- Al-Isa. A (1999). Dietary and socio-economic factors associated with obesity among Kuwaiti college men, *British Journal of Nutrition*, 82: 369–374.
- Alsaif .M., Hakimb. I., Harrisc. R., Alduwaihyd. M. Al-Rubeaand. K., Al-Nuaimd. A and Al-Attas. O. (2002). Prevalence and risk factors of obesity and overweight in adult Saudi population, *Nutrition Research* 22: 1243–1252.
- Armour. B., Elizabeth. A., Vincent. A. and Holly. R (2013). Disability Prevalence Among Healthy Weight, Overweight, and Obese Adults, *Obesity*. 21: 852-855.
- Beange. H., McElduff. A and Baker. W (1995). Medical disorders of adults with mental retardation: A population study. *Am J Ment Retard* 99:595–604.
- Beatus. J (1996). Body image. self concept and factors which influence the adjustment to disability in spinal cord injured persons, in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy. faculty of the graduate school of the university of Maryland. USA.
- Belbeisi. A., Zindah. M., Walke. H., Jarrar. B and Mokdad. A (2004). Assessing Risk Factors for Chronic Disease - Jordan, *MMWR*, 55.(23): 653-655.
- Bell. A and Bhate. M (1992). Prevalence of overweight and obesity in Down's syndrome and other mentally handicapped adults living in the community. *J Intellect Disabil Res* 36:359– 364.
- Benedettoa. M., Lindnerb. H., Aucotec. H., Churcherd. J., McKenziee. S., Croningf. N and Jenkins. E (2014). Comorbid depression and chronic illness related to coping and physical and mental health status, *Psychology, Health & Medicine* , 19 (3): 253-262.
- Bérubé. S., Lemieux. J., Moore. L., Maunsell. E and Brisson. J (2014). Smoking at time of diagnosis and breast cancer-specific survival: new findings and systematic review with meta-analysis, *Breast Cancer Research*, 16: R42:1-11
- Boeger. A., Mülders. S and Mohn. A (2003). Aspect of body

- elderly urban cohort: the Northern Manhattan Study, *Annals of Epidemiology* .24 (5):362–368.
- Dhwanit. D., Sumit. M., Deepak. T., Parmar. M., Sachin. G & Vishal. P (2014) Study of Anxiety and Depression in Caregivers of Intellectually Disabled Children, *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 2 (1):. 8-13.
- Diane E., Patricia. L. & Penelope. A. (2003). Body Image among Women with Physical Disabilities: Internalization of Norms and Reactions to Nonconformity, *Sociological Focus*, 36 (2):. 159-176.
- Drieling. R. , Rosas. L., Jun. M and Stafford. R (2014). Sociodemographic Factors Associated with Diet and Physical Activity among Low-Income Obese Latino Immigrants, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 114 (2): 257–265.
- Drozdz. R., Pasko. M and Zillkowska. J (2012). Forms of Physical Activity Performed by handicapped people in Their Free Time,the Example of Gdansk Citizens, *Geo.Journal of Tourism and Geosites*, 2, (10), P.162-171.
- Dunlop.D., Song.J., Semanik.P., Sharma. L., Bathon. J., Eaton. C., Hochberg. M., Jackson. R., Kwoh. C. , Mysiw. W, Nevitt. M and Chang. R (2012). Relation of physical activity time to incident disability in community dwelling adults with or at risk of knee arthritis: prospective cohort study, *BMJ*; 348: 2472, 1-11
- Ells. L., Lang. R., Shield.J., Wilkinson. J., Lidstone. J., Coulton. S and Summerbell.C.(2006) Obesity and disability - a short review., *Obes Rev*, 7.(4): 341-345.
- Emerson. E (2005). Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *J Intellect Disabil Res* 49: 134 –143.
- Emmons. K., Marcus. B., Linnan. L., Rossi. J and Abrams. D (1994). Mechanisms in Multiple Risk Factor Interventions: Smoking, Physical-Activity, and Dietary-Fat Intake Among Manufacturing Workers, *Preventive Medicine*, 23 (4): 481–489.
- Epstein. L., Robinson. J., Temple. J., Roemmich. J., Marusewski. A and Nadbrzuch. R (2008). Sensitization and habituation of motivated behavior in overweight and non-overweight children. *Learn Motiv*; 39:243–55
- Epstein. L., Temple. J., Neaderhiser. B., Salis. R and Leddy. J (2007). Food Reinforcement, the Dopamine D2 Receptor Genotype, and Energy Intake in Obese and non-obese Humans. *Behav Neurosci*; 121: 877–86.
- Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Division of Human Development and Disability, Atlanta, GA (2014). Disparities in current cigarette smoking prevalence by type of disability, 2009-2011, Public Health Reports (Washington, D.C. : 1974) .129 (3): P.252-260.
- Cheong. S and Leanne. M (2013) . Systematic review of self-concept measures for primary school aged children with cerebral palsy, *Research in Developmental Disabilities*, 34 (10):.3566–3575.
- Chondronikola. M., Labros. S., Richardson. L., Temple. J., Berg. P., Herndon. D andWalter. J (2013).Impact of Obesity on Body Image Dissatisfaction and Social Integration Difficulty in Adolescent and Young Adult Burn Injury Survivors, *Journal of Burn Care & Research*. 34, (1): 102-108.
- Chwastiak. L., Davydow. D., McKibbin. C., Schur. E., Burley. M., McDonell. M., Roll. J., Daratha. K (2014). The Effect of Serious Mental Illness on the Risk of Rehospitalization Among Patients With Diabetes, *Psychosomatics*, 55 (2): 134–143.
- Cicmila. N and Karin. E (2014) Body image among eating disorder patients with disabilities: A review of published case studies, *An International Journal of Research, Body Image*, 11 (3):.266–274.
- Coffey. L., Gallagher. P and Desmond. D (2014) . Goal Pursuit and Goal Adjustment as Predictors of Disability and Quality of Life Among Individuals With a Lower Limb Amputation: A Prospective Study , *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95 (2): 244–252.
- Cooke. L, Chandler. K (2014) Examination of the Relationship Between Imagery Use,Efficacy Beliefs, and Body Image in Females, *WSPAJ*, 22 (1): 47–53.
- Dababneh. Basem F., El-Qudah .Jafar M. and Al-Bakheit. A. (2011). Nutritional Status and Obesity among Adults of Amman and Al-Balq’a Governorates, *American Journal of Agricultural and Biological Sciences* 6 (3): 339-347.
- Damush. T., Plue. L., Bakas. T., Schmid. A and Williams. L (2007). Barriers and Facilitators to Exercise Among Stroke Survivors, *Rehabilitation Nursing*, 32 (6): 253–262.
- Deborah. A., Jennifer. Z., Nielsen. S., Wang. H., and Jillian. M (2010). Perceptions of Body Image by Persons With Prader-Willi Syndrome and Their Parents, *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 115 (1):. 43-53.
- Dhamoon. M., Yeseon. P., Myunghee. C., Ralph. L and Elkind. M (2014). Diabetes predicts long-term disability in an

- 44 (5) : 1230-1235.
- Grubb, R and Newby. D (2000). Churchill's Pocket Book of Cardiology , FED, Churchill Livingstone, China.
- Hamza. S., Selmi. W and Hermassi. S (2013). Relationship between anthropometric parameters and physical self-esteem in overall motor disability among practitioners a physical activity, *International Journal of Scientific and Research Publications*, 3 (8):. 1-5.
- Harris. N., Rosenberg. A., Jangda. S., O'Brien. K and Gallagher. M (2003). Prevalence of obesity in International Special Olympic athletes as determined by body mass index. *J Am Diet Assoc* 103: 235–237.
- Haukenes. I., Erlend. H., Trond. R and Grethe. S (2014). Physical health-related quality of life predicts disability pension due to musculoskeletal disorders: seven years follow-up of the Hordaland Health Study Cohort, *BMC Public Health*, 167 (14): 1-9.
- Hauser. J., Olson. E and Drogin. E (2014). Psychiatric disorders in people with intellectual disability (intellectual developmental disorder): forensic aspects, *Current Opinion in Psychiatry*, 27 (2): 117–121.
- Hayes. S., Alosco. M and Forman. D (2014). The Effects of Aerobic Exercise on Cognitive and Neural Decline in Aging and Cardiovascular Disease, *Curr Geri Rep.* 3: 282–290.
- Homana. J and Tracy. L (2014). Appearance-based exercise motivation moderates the relationship between exercise frequency and positive body image, *Elsevier*, 11 (2): 101–108.
- Hsiu-Ching L., Knox. M and Jennieffer. B (2014). A grounded theory of living a life with a physical disability in Taiwan, *Disability & Society*, 29 (6): 968-979.
- Husemoen. L., Osler M., Godtfredsen. N and Presott. E (2004). Smoking and subsequent risk of early retirement due to permanent disability, *European Journal of Public health*, 14: 86–92.
- Hymowitz. N., Jaffe. F., Gupta. A and Feuerman. M (1997). Cigarette smoking among patients with mental retardation and mental illness. *Psychiatric Services*, 48: 100-102.
- Iezzoni. L., Yu. J., Wint. A., Smeltzer. S and Ecker. J (2014). Conditions Causing Disability and Current Pregnancy Among US Women With Chronic Physical Disabilities, *Medical Care*, 52 (1): 20-25.
- Inamura. Y., Izumi. T., Sakurai. K., Katsui. T and Murayama. N (2012). Dietary Factors Associated with Obesity in Patients with Schizophrenia Living at Home, *Food and Nutrition*
- Fang. L., Woodrow. J., Atkinson. A., Buehler. S., West. R and Wang. P (2013). Smoking and alcohol consumption patterns among elderly Canadians with mobility disabilities, *BMC Research Notes*, 218.(6): 1-9.
- Fauerbach. J., Heinberg. L., Lawrence. J., Munster. A., Palombo. D., Richter. D, Spence R., Stevens. S., Ware. L., Muehlberger. T. (2000). Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury, *Psychosom Med.* 62 (4): 576-82.
- Ferda. G and Ziya. K (2011). the Influence of Physical Activity on Body image in People With and Without Acquired Mobility disability, *Acta Univ. Palacki. Olomuc., Gymn.* 41 (4): 29-35.
- Floriana. S., Leonore. M., Paul. F., Theo. S., Pim. C., Brenda. W and Frans. G (2010). Overweight, Obesity, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies, *Arch Gen Psychiatry*, 67 (3): 220-229.
- Fox. R and Rotatori. A (1982). Prevalence of obesity among mentally retarded adults. *Am J Ment Defic* 87:228 –230.
- Frey. B and Rimmer. J (1995). Comparison of body composition between German and American adults with mental retardation. *Med Sci Sports Exerc* 27: 1439 –1443.
- Gallagher. S and Ailish. H (2014). Depression and chronic health conditions in parents of children with and without developmental disabilities: The growing up in Ireland cohort study, *Research in Developmental Disabilities*, 35 (2): 48–454.
- Garel. J (1996). Education physique et handicap moteur. *NATHAN Pédagogie*, p.(3).
- Goold. P., Ward. M and Carlin. E. (2003). Can the internet be used to improve sexual health awareness in webwise young people? *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 29 (1): 28–30.
- Gorter. W., Debra. S., Marc. S., Gillian. K., Marilyn W., Tram. N., Matt. F and Marilyn. S (2014) Pathways toward Positive Psychosocial Outcomes and Mental Health for Youth with Disabilities: A Knowledge Synthesis of Developmental Trajectories, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 33 (1): 45-61.
- Griffith. G., Hastings. R., Michael. A (2014). Brief Report: Fathers' and Mothers' Ratings of Behavioral and Emotional Problems in Siblings of Children with Autism Spectrum Disorder, *Journal of Autism and Developmental Disorders*,

- 11:378: 1-7.
- Kissow. A and Singhammer. J (2012). Participation in physical activities and Everyday Life of people With disabilities, *European Journal of Adapted Physical Activity*,5,(2),P. 65-81.
- Konrad. A., Moore. M., Doherty N and Breward. K (2012).Temporary work, underemployment, and workplace accommodations: Relationship to well-being for workers with disabilities. *British Journal of Management*. doi: 10.1111/j.1467-8551.2011.00809.x
- Kontis. V., Mathers. C., Rehm. J., Stevens. G., Shield. K., Ruth. B., Leanne. M., Vladimir. P., Robert. B and Majid. E (2014). Contribution of six risk factors to achieving the 25×25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study, *Lancet*; 384: 427–37.
- Kulkarni. M and Lengnick-Hall. M (2014). Obstacles to Success in the Workplace for People With Disabilities: A Review and Research Agenda, *Human Resource Development Review*. 13 (2): 158–180.
- Lewis. M., Lewis. C., Leake. B., King.H and Lindemann. R (2002). The quality of health care for adults with developmental disabilities. *Public Health Rep* 117: 174–184.
- Livneh. H., Lott. S and Antonak. R (2004). Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A cluster analytic approach. *Psychology, Health & Medicine*, 9 (4): 411-430.
- Lu. L., Mackay. D and Pell. J (2014). Cardiac risk factors and prevention, Meta-analysis of the association between cigarette smoking and peripheral arterial disease, *Heart*, 100: 414-423.
- Lydecker. J., Cotter. E and Mazzeo S (2014) . Body checking and body image avoidance: Construct validity and norms for college women, *Eating Behaviors*, 15 (1): 13–16.
- Lykins. A., Ferris. T and Graham. C (2014). Body region dissatisfaction predicts attention to body regions on other women, *An International Journal of Research, Body Image*, 11 (4): 404–408.
- Maneiro. J., Diego. M and José. L (2014). Influence of weight loss therapy programs in body image self-perception in adults with intellectual disabilities, *International Journal of Clinical and Health Psychology*.14 (3): 178-185.
- Maqboul. S (2009). The Influence of Socio- Demographic factors on the level of Obesity and Health-Awareness among Physically Disabled in Nablus Governorate, *Sciences*, 3: 1387-1396.
- Ingrid. H.,Diane. C.,Marianne. S (2012). Body image satisfaction among Norwegian adolescents and young adults: A longitudinal study of the influence of interpersonal relationships and BMI, *Elsevier*, 9 (2): 201–208.
- Ismail. A., Al-Abdulwahab. H and Al-Mulhim. A (2006). Osteoarthritis Of Knees and Obesity in Eastern Saudi Arabia, *Saudi Med J*, 27 (11): 1742-1744.
- Jackson. J. Pratik. P., Timothy. D., Nathan.E.,Thompson.J., Hughes. C., Brenda.T. Vasilevskis. E., Morandi. A., Ayumi. K., Hopkins.R., Gordon.R., Dittus.R and Wesley. E (2014). Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: a longitudinal cohort study, *The Lancet Respiratory Medicine*, 2 (5): 369 – 379.
- Jarrett. T and Pignataro. R (2013). Cigarette smoking among college students with disabilities: National College Health Assessment II, *Disability and Health Journal*. 6 (3): 204 - 212.
- Joan. L., Geoffrey. C., Nikos. N., Amanda. Daley., Frank. F., Nanette. M.,Peter. C., Rekha. L., Ruth. V., Blamey and Kate. J (2014). Effects of a standard provision versus an autonomy supportive exercise referral programme on physical activity, quality of life and well-being indicators: a cluster randomized controlled trial, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11 (10): 1-15.
- Kedde. H., Van De. W., Schultz. W., Vanwesenbeek. W and Bender.J (2010). Efficacy of Sexological Healthcare for People With Chronic Diseases and Physical Disabilities', *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36 (3): 282 – 294.
- Kelly. L., Rimmer. J and Ness. R (1986). Obesity levels in institutionalized mentally retarded adults. *Adapted Phys Act Q* 3, (2): 167–178.
- Kelly. R., Joey. A., Douglas. A., Walsh. A., and Eisenmann. J (2014). Concurrent Associations between Physical Activity, Screen Time, and Sleep Duration with Childhood Obesity, Hindawi Publishing Corporation, ISRN Obesity, Article ID 204540.
- Khader. Y., Batieha. A., Ajlouni. H., El-Khateeb. M., Ajlouni. K. (2008). Obesity in Jordan: prevalence, associated factors, comorbidities, and change in prevalence over ten years, *Metab Syndr Relat Disord*, 6,(2): 113-20.
- Klijs. B., Mackenbach. J and Anton. E (2011). Obesity, smoking, alcohol consumption and years lived with disability: a Sullivan life table approach, *Public Health*,

- Noorunnisa. R., Abdul Azeem. M., Nudrat. K and Siddiqui. M (2013). Obesity Indicators and Cardiovascular Parameters in Obese and non- Obese Subjects, *Pak J Physiol*; 9 (1): 20-25.
- Nosek. M. and Hughes. R. (2003). Psychosocial issues of women with physical disabilities: The continuing gender debate, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46.(4): 224-233.
- Okoro. C., Denny. C., McGuire. L., Balluz. L., Turner. G and Mokdad. A (2007). disability Among Older American Indians and Alaska Natives, *Gerontologist*. 47.(5): 690–696.
- Okoro. C., Hootman. J., Strine. T, Balluz. L., Mokdad. A (2004). Disability, arthritis and body weight among adults 45 years and older. *Obes Res*, 12 (5): 854-861.
- Okoro. C., Satvinder. S and Chaoyang. L (2014). A Triple Play: Psychological Distress, Physical Comorbidities, and Access and Use of Health Services among U.S. Adults with Disabilities, : *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 25 (2): 814-836.
- Oyen. H., Berger. N., Nusselder. W., Charafeddine. R., Jagger. C., Cambois. E., Jean-Marie. R and Stefaan. D (2014). The effect of smoking on the duration of life with and without disability, Belgium 1997–2011, *BMC Public Health*, 14:723: 1-12.
- Özyazıcıoğlu. N and Buran. G (2014). Social Support and Anxiety Levels of Parents with Disabled Children, *Rehabilitation Nursing*, 39 (5): 225–231.
- Palmer. K., Syddall. H., Cooper. C and Coggon. D (2003). Smoking and musculoskeletal disorders: findings from a British national survey, *Ann Rheum Dis*; 62 (1): 33–36.
- Pate. R., Heath. G., Dowda. M and Trost. S (1996). Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. *American Journal of Public Health*, 86 (11): 1577-1581.
- Peterson. M., Haapala. H., Chaddha. A and Hurvitz. E (2014). Abdominal obesity is an independent predictor of serum 25-hydroxyvitamin D deficiency in adults with cerebral palsy, *Nutrition & Metabolism*, 11 (22): 1-8.
- Puts. M., Deeg. D., Hoeymans. N., Nusselder. W., Schellevis. F (2008). Changes in the prevalence of chronic disease and the association with disability in the older Dutch population between 1987 and 2001, *Age and Ageing*, 37: 187–193, doi:10.1093/ageing/afm185.
- Rahman. S., Svetlana. S., Kirsti. H., Risto. T., Xiaolin .Y., Jorma. V., Olli. T and Eira V (2013). The role of obesity and physical activity in non-specific and radiating low back Submitted in Partial Fulfillments of the Requirements for the Degree of Master in Public Health, Faculty of Graduate Studies, at An- Najah National University, Nablus, Palestine.
- Marck. C., Hadgkiss. E., Weiland. T., Meer .D., Pereira. N and Jelinek. G (2014). Physical activity and associated levels of disability and quality of life in people with multiple sclerosis: a large international survey, *BMC Neurology*, 14, (1): 143, P.1-11.
- Marshall. D., McConkey. R and Moore. G (2003). Obesity in people with intellectual disabilities: The impact of nurse-led health screenings and health promotion activities. *J Adv Nurs* 41 (2): 147–153.
- Martin. V., Fanning. K., Serrano. D., Dawn. C., Reed. M., Bernstein. J and Lipton R (2014) . Chronic rhinitis and its association with headache frequency and disability in persons with migraine: Results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study, *Cephalalgia* . 34 (5): 336–348.
- Mauro. Z., Rossi. A., Fantin. F., Zamboni. G., Chirumbolo. S., Elena. Z., Mazzali. G (2014). Adipose tissue, diet and aging, *Mechanisms of Ageing and Development*. (136–137): 129–137.
- McDaid. O., Hanly. M., Richardson. K., Kee. F., Kenny. R and George. M (2013). The effect of multiple chronic conditions on self-rated health, disability and quality of life among the older populations of Northern Ireland and the Republic of Ireland: a comparison of two nationally representative cross-sectional surveys. *BMJ Open*; 3:e002571. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002571.
- Mendes. d and Rajan. K (2014). Psychosocial influences in onset and progression of late life disability. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*.;69 (2): 287-302.
- Minna. R., Mirja. H., Raija. L., Taru. L., and Taina. R (2006). Motives for and Barriers to Physical Activity Among Older Adults With Mobility Limitations, *Journal of Aging and Physical Activity*, 15 (1): 90-102.
- Nagah. A (2012). Fasting blood glucose, uric acid and calcium levels of obese Sudanese women aged 40-50 years: Case study (Wad Medani) area, *Indian Journal of Science and Technology*, 5. (2): 2093- 2095
- Nanjwan. J and Enya. D (2014). Legislation and Adjustments for Persons with Disabilities in Southern Senatorial District in Cross River State, Nigeria, *Public Policy and Administration Research*, 4 (5): 14-18.

- (11): 1216-1221.
- Scelza. W., Kalpakjian. C., Zemper. E and Tate. D (2005). Perceived barriers to exercise in people with spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehabil*;84 (8): 576–583.
- Scott. A and Thomas. L. (2000). *Physical Activity and Mental Health, Sports Medicine*, 29 (3): 167-180.
- Shekharappa. K., Johncy. S., Mallikarjuna. P., Vedavathi. K., Jayarajan. M (2011). Correlation between body mass index and cardiovascular parameters in obese and non-obese in different age groups, *Int J Biol Med Res*. 2 (2): 551-555.
- Simons. L., Elman. I and Borsook. D (2014). Psychological processing in chronic pain: A neural systems approach, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* .39: 61–78.
- Stephanie-May. R & Michelle. F (2013). The important role of physical activity in the prevention and management of gestational diabetes mellitus, *Diabetes/ Metabolism Research and Reviews*, 29 (5): 334–346.
- Taryn. A.,Danielle. R.,Janis. H and Jeffery.A (2012).The impact of appearance-focused social comparisons on body image disturbance in the naturalistic environment: The roles of thin-ideal internalization and feminist beliefs, *Elsevier*, 9 (3): 342–351.
- Temple. J., Bulkley. A.,Rebecca. L., Nicole. K., McCann. S., and Epstein L (2009). Differential effects of daily snack food intake on the reinforcing value of food in obese and nonobese women, *Am J Clin Nutr*; 90 (2): 304–13.
- Thompson. S., Hiebert. D and Trute. T (2013) Parental perceptions of family adjustment in childhood developmental disabilities, *Journal of Intellectual Disabilities*, 17 (1): 24-37.
- Tomasone. R., Kathleen. A., Paul. A., and Laura Domenicucci (2014) ‘Changing Minds’: determining the effectiveness and key ingredients of an educational intervention to enhance healthcare professionals’ intentions to prescribe physical activity to patients with physical disabilities, *Implementation Science*, 30 (9): 1-11.
- Tracy J. and Hosken, R. (1997).The importance of smoking education and preventative health strategies for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41 (5): 416-421.
- Vilhena.E., Ribeiro.J., Silva.I., Pedro. L., Meneses. R., Cardoso. H., Silva. A and Denisa. M (2014). Psychosocial factors as predictors of quality of life in chronic portuguese patients, *Health and Quality of Life Outcomes*, 12 (3): 1-11.
- Weil. E., Wachterman. M., McCarthy. E., Davis. R., Oday. B., pain: The Young Finns study, *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 42 (6): 640–650.
- Ramsay. S., Whincup. P., Shaper. A and Wannamethee. S (2006). The Relations of Body Composition and Adiposity Measures to Ill Health and Physical Disability in Elderly Men, *American Journal of Epidemiology*, 164, (5). P.459 – 469.
- Reis, R. S.; Hino, A. Akira.; Cruz, Danielle. K.; Espiridião. da. Lourival.; Carvalho. Malta.; Domingues. Marlos. R.; Hallal, Pedro (2014). Promoting Physical Activity and Quality of Life in Vitoria, Brazil: Evaluation of the Exercise Orientation Service (EOS) Program, *Journal of Physical Activity & Health*, 11 (1): 38-44.
- Rimmer. J and Wang. E (2005). Obesity prevalence among a group of chicago residents with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 86 (7): 1461–1464.
- Rimmer. J. and Yamaki. K (2006). Obesity and Intellectual disability, MENTAL Retardation and Developmental disabilities, *Research Reviews* 12: 22–27
- Rimmer. J., Riley. B., Wang. E., Rauworth. A and Jurkowski. J (2004). Physical activity participation among persons with disabilities: Barriers and facilitators, *American Journal of Preventive Medicine*, 26 (5): 419–425.
- Rimmer. J., Yamaki. K., Davis. M., Wang. E and Vogel. C (2011). Obesity and Overweight Prevalence Among Adolescents With Disabilities, *Preventing Chronic Disease, Public Health Research, Practice and Policy*, 8 (2): 1-6.
- Roberts. C and Laye. MJ (2012). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases, *Compr Physiol*, 2 (2): 1143-1211
- Rodriguez- Laso. A., Antonio. A., Mayte. S., Rogelio. P., Ignacio. M and Purificación. V (2014). Perceived economic situation, but not education level, is associated with disability prevalence in the *Spanish elderly: observational study*, *BMC Geriatrics* 60 (14): 1-11
- Rubin. S., Rimmer. J., Chicoine. B., Braddock. D and McGuire. D (1998). Overweight Prevalence in Persons With Down Syndrome, *Mental Retardation*, 36 (3): 175-181.
- Saelens. B and Epstein. L (1996). Reinforcing value of food in obese and non-obese women. *Appetite*; 27 (1): 41–50.
- Salvi. S (2014). Tobacco Smoking and Environmental Risk Factors for Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Clinics in Chest Medicine*, 35 (1): 17–27.
- Samarkandy. M., Badreldin. A and Al-Hamdan. A (2012). Nutritional assessment and obesity in Down syndrome children and their siblings in Saudi Arabia, *Saudi Med J*; 33

- Cree school children in Canada, *BMC Pediatrics*, 118 (13): 2-7.
- Xiaoyan. X., David. M., Melanie. K., Lina. A., Marita. P., Yangang. X (2010) . Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents, *Elsevier*, 7 (2): 156–164.
- Yamaki. K (2005). Body weight status among adults with intellectual disability in the community. *Ment Retard*. 43 (1): 1–10.
- Yong. L., Janet. B ., Lynda. A., Anne G., Letitia and Earl. S (2014). The association of chronic obstructive pulmonary disease, disability, engagement in social activities, and mortality among US adults aged 70 years or older, 1994–2006, *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 15 (9): 75-83.
- Yun. C., Theresa. M, Inoue. T and Tang. B (2014). The biochemistry and cell biology of aging: metabolic regulation through mitochondrial signaling, *American Journal of Physiology - Endocrinology and Metabolism Published*. 306 (6): E581-E591.
- Zindah, M., Belbeisi, A., Walke, H. & Mokdad, A.(2008). Obesity and Diabetes in Jordan: Findings From the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Prev Chronic Dis*, 5 (1): 1-8.
- Iezzoni.L and Wee. C (2002). Obesity among adults with disabling conditions. *JAMA*; 288 (10): 1265-1268.
- Wiklund P, Toss F, Jansson J, Eliasson M, Hallmans G, Nordström A, Franks P, & Nordström P.(2010). Abdominal and gynoid adipose distribution and incident myocardial infarction in women and men, *Int J Obes*, 34 (12): 1752-1758
- WHO (2004) expert consultation. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. The Lancet, *World Health Organization*; P.157-163
- Wilkinson. A., Vatcheva. K., Pérez. A., Reininger. B., McCormick. J., Fisher-Hoch.S (2014). Anxiety, Depression, and Smoking Status Among Adults of Mexican Heritage on the Texas-Mexico Border, *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 36 (3): 316-328.
- Williams. L., Hastings. R., Owen. D., Burns. L., Day. J., Mulligan. J and Noone. S (2014). Exposure to life events as a risk factor for psychological problems in adults with intellectual disabilities: a longitudinal design, *Journal of Intellectual Disability Research*, 58 (1): 48–60.
- Willows. N., Denise R., Kim. D and Katerina M.(2013) High adiposity is associated cross-sectionally with low self-concept and body size dissatisfaction among indigenous

The level of Health Awareness, Physical activity and Body Image Among Physically Disabled in Amman

*Ja'far F. Al-A'rjan**

ABSTRACT

The study aimed to identify: the level of health awareness, body composition, physical activity, health complications associated with the lack of movement, body image, and the sources of access to health information, and the prevalence of smoking, among a sample of disabilities in Amman.

The study sample consisted of (300) individuals disabled physically, with an average age (30.97 ± 9.32) years, were chosen randomly from students studying the way in some Jordanian universities, and some competent centers, rehabilitation of the physically disabled, demographic data (age, social, health and anthropometric), then applied them to identify health awareness, and the measure of body image.

The researcher recommends conducting design strategy at the national level aimed in its entirety for the activation of physical activity for people with mobility challenges, and to provide for the safe sports practice them in light of their potential physical and kinetic, and to increase the level of health awareness they have disproportionate to the nature of their disabilities, and may be associated with it complications from satisfactory.

Keywords: Health awareness, obesity, physical activity for health, body image, motor disability.

* Department of Pure Science, Al-Balqa Applied University, Jordan. Received on 10/2/2015 and Accepted for Publication on 16/4/2015.