

رضایت از خدمات در جانبازان با قطع هر دو اندام تحتانی

سید حسین سیدحسینی داورانی^۱، بتول موسوی^{۲*}، سیما کربلایی اسماعیلی^۳، محمدرضا سروش^۳، مهدی معصومی^۳

^۱متخصص طب اورژانس، بیمارستان امام خمینی^۲ پزشکی اجتماعی، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان،^۳ پزشک عمومی، پژوهشگر، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

*نویسنده پاسخگو و محل انجام پژوهش: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان؛ خیابان دستگردی، خ فرید افشار، نبش آرش، پلاک ۲۴، طبقه پنجم. تلفن: ۰۲۱-۲۳۹۹۲۲۸۷
Email: bmousavi@jmrc.ac.ir

چکیده

هدف: این پژوهش به بررسی میزان رضایت جانبازان از خدمات بهداشتی درمانی و رفاهی ارائه شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران پرداخت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی ۳۳۵ جانباز با قطع هر دو اندام تحتانی مورد بررسی قرار گرفتند. علاوه بر اطلاعات دموگرافیک، خدمات ارائه شده شامل بهداشت و درمان، باز توانی، تسهیلات مسکن، خدمات تفریحی و ورزشی و تسهیلات آموزشی و میزان رضایت جانبازان از این خدمات بوسیله پرسش نامه جمع آوری شد.

یافته‌ها: میانگین سنی جانبازان ۴۲.۱ با انحراف معیار ۳.۶ سال بود. اکثر جانبازان مورد مطالعه مرد و متأهل بودند. شایع ترین سطح قطع عضو در جانبازان مورد مطالعه ۳۷.۶٪ (۱۳۳ نفر) قطع هر دو اندام تحتانی از زیر زانو بود. جانبازان از اکثر خدمات ارائه شده به جز تسهیلات آموزشی استفاده کرده بودند. حدود یک سوم جانبازان ۲۶.۶٪ (۸۶ نفر) از خدمات و تسهیلات آموزشی استفاده کرده بودند. از بین خدمات ارائه شده به جانبازان بیشترین رضایت مربوط به تسهیلات آموزشی و خدمات توانبخشی و کمترین رضایت مربوط به خدمات تفریحی- ورزشی و خدمات بهداشتی-درمان بود. مهمترین مشکلات جانبازان جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی و توانبخشی شامل شلوغی مراکز درمانی و معطلی زیاد جهت ملاقات پزشک ۷۲٪ (۲۴۱ نفر)، و در برخی از شهرها کمبود پزشک متخصص ۲۳.۲٪ (۷۸ نفر) بود.

نتیجه گیری: رفع مشکلات مربوط به ارائه خدمات از جمله ارتقاء سطح خدمات تفریحی، ورزشی و دسترسی بهتر به خدمات بهداشتی-درمانی می تواند موجب افزایش سطح رضایت جانبازان از خدمات شود.

کلید واژه: جانباز، قطع اندام تحتانی، خدمات، سلامت، رضایت.

تاریخ دریافت: ۸۹/۳/۲۵

تاریخ پذیرش: ۸۹/۷/۱۱

مقدمه

این مطالعه به صورت توصیفی به منظور بررسی میزان رضایت جانبازان باقطع هر دو اندام تحتانی از خدمات ارائه شده به آنان در شهر شیراز انجام شد. این مطالعه بخشی از مطالعه ملی بررسی نیازهای سلامت این گروه از جانبازان بود. تعداد ۳۳۵ نفر از کل ۵۷۸ جانبازی که در جنگ ایران و عراق و یا پس از آن به دلیل مین‌های باقی مانده در مناطق آلوده به قطع دوطرفه اندام تحتانی مبتلا شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند (میزان پاسخگویی ۵۸٪).

اطلاعات دموگرافیک جانبازان شامل: سن، جنس، وضعیت اشتغال، سطح سواد، زمان آسیب و سطح آمپوتاسیون توسط دو پرسشگر جمع‌آوری شد. میزان رضایت از خدمات ارائه شده به جانبازان در زمینه خدمات بهداشتی، توانبخشی، تسهیلات آموزشی، حمایت‌های مالی، تسهیلات مسکن و خدمات تفریحی و ورزشی در پرسشنامه جداگانه‌ای جمع‌آوری شد. میزان رضایت جانبازان از دریافت خدمات به صورت کیفی به صورت بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم و بسیار کم ثبت شد. اطلاعات مربوط به میزان رضایت از خدمات توسط دو پرسشگر که با خدمات ارائه شده آشنا بودند و پیش از انجام مطالعه آموزش دیده بودند، جمع‌آوری شد. نتایج این مطالعه در جداول توزیع فراوانی و شاخص‌های آماری نشان داده شد. جهت آنالیز داده‌ها از نرم افزار spss استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی جانبازان ۴۲.۰۶ با انحراف معیار ۳.۶ سال بود. ۸ نفر (۲.۴٪) از جانبازان زن بودند. از زمان آسیب دیدگی جانبازان به طور میانگین ۲۲.۳ با انحراف معیار ۳.۹ سال می‌گذشت. اطلاعات دموگرافیک در جدول ۱ به نمایش گذاشته شده است. سطح آمپوتاسیون در ۳۷.۶٪ (۱۲۶ نفر) هر دو عضو از زیرزانو، ۲۲.۴٪ (۷۸ نفر) یک عضو از زیرزانو و عضو دوم از بالای زانو و در ۱۵.۲٪ (۵۱ نفر) حداقل یک عضو از زانو بود. شایع‌ترین علت قطع عضو ۵۶٪ (۹۱ نفر) به دلیل ترکش و پس از آن انفجار مین ۳۳٪ (۱۱۱ نفر) بود. اکثر جانبازان ۹۰.۱٪ (۳۰۲ نفر) آسیب‌های اضافی ناشی از جنگ نیز داشتند. از بین ۳۳۵ نفر ۳۲۴ نفر از خدمات مربوط به تسهیلات یا مناسب‌سازی مسکن، ۳۳۲ نفر از خدمات بهداشتی، ۳۳۴ نفر از خدمات توانبخشی، ۳۲۹ نفر از تسهیلات مالی،

هرگونه نقص در اعضای بدن نه تنها یک آسیب جسمی محسوب می‌شود، بلکه آسیب‌های اجتماعی و روانی-احساسی را نیز به دنبال دارد (۲۰۱). مشکلات اقتصادی، اجتماعی، فردی، خانوادگی و محیطی از مشکلاتی هستند که فرد مبتلا به قطع عضو با آن روبرو بوده و زندگی را سخت‌تر می‌کند (۳). در کنار نیازهای سلامت جسم و روان، عدم نزدیکی مراکز توانبخشی به محل سکونت جانباز از مشکلاتی است که این گروه با آن مواجه هستند (۱). کمبود تحرک فیزیکی از دیگر مشکلات شایع این گروه می‌باشد (۴۰۱). دسترسی به مراکز بهداشتی و توانبخشی سبب استقلال فیزیکی و بالارفتن کیفیت زندگی فرد مبتلا به قطع عضو می‌شود (۵). استقلال فرد به همراه فعالیت فیزیکی یکی از بهترین روش‌ها برای بهبود قدرت و استقامت عضلات، ارتقاء عملکرد اعضای حرکتی بدن، کاهش ریسک بیماری‌های قلبی و عروقی (۶) و بهبود حرکت پس از آمپوتاسیون می‌شود (۷). شیوع بیکاری پس از آمپوتاسیون و هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بهداشتی درمانی ناشی از آمپوتاسیون در بازماندگان جنگ بیشتر است (۸). بازگشت به کار یکی از چالش‌های بزرگ این گروه می‌باشد. بسیاری از این افراد پس از آسیب مجبور به تغییر شغل و یا کاهش زمان کار خود هستند (۹-۱۲). در اکثر مواقع نیز مراکز توانبخشی که فرد را برای بازگشت به کار آماده کند در دسترس نیست (۱۳). وجود مشکلات متعدد جسمی و روانی در افراد مبتلا به قطع هر دو اندام تحتانی (۱۹-۱۴) نیاز آنان را به خدمات بهداشتی درمانی، توانبخشی، ورزشی و تفریحی را افزایش می‌دهد. در طول جنگ عراق علیه ایران حدود ۱۵۰۰۰ نفر دچار قطع اندام فوقانی یا تحتانی شده‌اند، که از میان این تعداد ۵۷۸ نفر قطع دوطرفه اندام تحتانی هستند (۲۰). مطالعات محدودی به بررسی میزان رضایت از خدمات در جانبازان پرداخته‌اند (۲۱ و ۲۲). از آنجایی که رضایت از خدمات یکی از مهمترین ابزارهای اندازه‌گیری و ارزیابی کیفیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است (۲۳)، در این مطالعه ما به بررسی میزان رضایت از خدمات ارائه شده در جانبازان با قطع هر دو اندام تحتانی پرداختیم.

مواد و روش‌ها

از خدمات مربوط به خدمات توانبخشی و کمترین میزان رضایت مربوط تسهیلات تفریحی و ورزشی بود (جدول ۲). مهمترین مشکلات جانبازان جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی معطل شدن جهت گرفتن نوبت و یا انتظار زیاد برای ملاقات پزشک ۷۲٪ (۲۴۱ نفر)، کمبود پزشک متخصص در برخی از شهرها ۲۳.۲٪ (۷۸ نفر)، مشکل رفت و آمد جهت انجام اقدامات درمانی ۶۹٪ (۲۳۱ نفر) و پرداخت دیرهنگام هزینه درمان ۱۲٪ (۴۰ نفر) بود. تعداد ۱۳۵ نفر (۴۰.۳٪) عنوان کرده بودند که در برخی از مواقع خاص نمی دانند جهت دریافت خدمت به کجا باید مراجعه کنند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که به طور کلی جانبازان با قطع هر دو اندام تحتانی از خدمات رضایت نسبی داشتند. کمترین رضایت مربوط به خدمات تفریحی و ورزشی بود. اکثر افراد مبتلا به قطع اندام تحتانی مشکلات متعدد و مختلفی دارند (۱۹-۱۴ و ۲۴) و تسهیلات غیرکارآمد در سطح جامعه برای این گروه آن‌ها را با مشکلات بیشتری روبرو می‌کند (۲۵) افرادی که دچار قطع اندام می شوند به دلیل کاهش فعالیت‌های فیزیکی، ظرفیت فعالیت فیزیکی‌شان محدود شده و موجب برهم خوردن تناسب اندامشان می‌شود (۷ و ۴) مطالعات نشان داده‌اند که فعالیت‌های ورزشی تأثیر مثبتی بر روی کیفیت زندگی و رضایت از زندگی دارد (۲۶). توجه به فعالیت‌های ورزشی به عنوان یک نیاز به خصوص در این گروه دارای اهمیت ویژه‌ای است.

۳۲۲ نفر از خدمات تفریحی و ورزشی و ۸۹ نفر از تسهیلات آموزشی استفاده کرده بودند.

جدول ۱: خصوصیات دموگرافیکی جانبازان با قطع هر دو اندام تحتانی

متغیرها	تعداد	درصد
سن		
کمتر از ۳۵ سال	۳۱	۹.۳
۳۵-۴۵	۲۳۲	۶۹.۳
۴۰ سال و بیشتر	۶۷	۲۰
جنس		
مرد	۳۲۷	۹۷.۶
زن	۸	۲.۴
سطح تحصیلات		
زیر دیپلم	۱۳۸	۴۰.۸
دیپلم	۱۰۷	۳۲
بالتر از دیپلم	۹۰	۲۷.۲
وضعیت تأهل		
ازدواج کرده	۳۲۷	۹۷/۶
وضعیت اشتغال		
شاغل	۹۶	۲۸.۶
غیر شاغل	۲۳۷	۶۸.۱
آسیب‌های دیگر ناشی از جنگ		
سر و گردن	۶۴	۲۱.۲
قفسه سینه	۲۶	۸.۶
شکم	۵۱	۱۶.۹
اندام فوقانی	۱۱۸	۳۹.۱
کمر و ستون مهره ها	۴۳	۱۴.۲

میزان رضایت از خدمات ارائه شده به جانبازان در جدول شماره ۲ به نمایش در آمده است. بیشترین میزان رضایت

جدول ۲: میزان رضایت از خدمات در جانبازان با قطع هر دو اندام تحتانی

نوع خدمت	بسیار زیاد (%)	زیاد (%)	متوسط (%)	کم (%)	بسیار کم (%)	عدم دریافت خدمت	کل
تسهیلات مسکن	۵ (۱.۵)	۴۱ (۱۲.۲)	۱۱۰ (۳۲.۸)	۹۹ (۲۹.۶)	۶۹ (۲۲.۱)	۶ (۱.۸)	۳۳۰
خدمات بهداشتی	۶ (۱.۸)	۶۸ (۲۰.۳)	۱۰۵ (۳۱.۳)	۷۱ (۲۱.۲)	۸۲ (۲۴.۵)	۳ (۰.۹)	۳۳۵
خدمات توانبخشی	۵ (۱.۵)	۶۰ (۱۷.۹)	۹۹ (۲۹.۶)	۹۶ (۲۸.۷)	۷۴ (۲۳.۱)	۱ (۰.۳)	۳۳۵
حمایت های مالی	۴ (۱.۲)	۳۳ (۹.۹)	۱۰۷ (۳۱.۹)	۹۳ (۲۷.۸)	۹۲ (۲۷.۵)	۶ (۱.۸)	۳۳۵
تسهیلات آموزشی	۳ (۰.۹)	۲۲ (۶.۶)	۳۳ (۱۰.۴)	۱۸ (۵.۴)	۱۱ (۳.۳)	۲۴۶ (۷۳.۴)	۳۳۵
خدمات تفریحی و ورزشی	۹ (۲.۷)	۴۸ (۱۴.۳)	۸۷ (۲۶)	۸۶ (۲۵.۷)	۱۰۳ (۳۰.۴)	۳ (۰.۹)	۳۳۵

که با بیکاری وی پس از ایجاد ناتوانی افزایش می‌یابد (۹-۱۱ و ۲). اشتغال فرد معلول معمولاً با افزایش سطح

دو مشکل اصلی افراد مبتلا به قطع اندام تحتانی افزایش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم مربوط به سلامت است

خدمات ضروری است که دریافت خدمات سریعتر و آسانتر شود. در ضمن مشکل کمبود مراکز تخصصی و توانبخشی در برخی شهرها نیز باید مورد توجه ارائه‌کنندگان خدمات قرار گیرد. معرفی مراکز درمانی از پیش تعیین‌شده در شهرهای کوچک‌تر و یا مکانیسم ارجاع می‌تواند جزو راهکار مناسبی در نظر گرفته شود. رفع مشکلات ایاب و ذهاب جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی نیز که از مشکلات شایع جانبازان در دریافت خدمات بود، باید مورد توجه ارائه‌دهندگان خدمت قرار گیرد.

رضایت از خدمات یکی از مهمترین ابزارهای اندازه‌گیری و ارزیابی کیفیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی توسط پرسنل یا سیستم است (۲۳ و ۲۹) و عواملی چون سن، نژاد، سطح و نوع قطع عضو، منطقه جغرافیایی، زمان آسیب تأثیر چندانی روی تعیین رضایت از خدمات بهداشتی و درمانی ندارد (۱۵ و ۲۰ و ۳۰). یافته‌های پژوهش نشان داد که هر چند میزان رضایت از خدمات ارائه‌شده به جانبازان در سطح نسبتاً مطلوبی قرار دارد اما دسترسی به این خدمات با مشکلاتی مواجه است که نیازمند بازبینی کلی و مجدد برای رفع مشکلات و موانع مربوطه است.

رویکرد بیمار محور در ارائه خدمات می‌تواند سبب ارتقاء سلامت و افزایش رضایت بیمار و ارائه‌دهندگان خدمت شود (۳۱). تعیین دقیق نیازهای بیماران، به‌خصوص تفکیک نیازهای روانی و جسمی و نحوه ارتباط پزشک با بیمار نیز نقش به‌سزایی در رضایت از خدمات دارد (۲۹). تقویت تعامل بیمار و خانواده بیمار با ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی و توانبخشی از دیگر عوامل حیاتی و کلیدی در ارتقاء کیفیت خدمات است (۳۲). تقویت این دیدگاه‌ها در ارائه‌دهندگان خدمات می‌تواند نتایج حاصله را بهبودبخشیده و با افزایش رضایت جانبازان دریافت‌کننده خدمات همراه باشد.

در این مطالعه به بررسی کلی رضایت از خدمات ارائه‌شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران پرداختیم. در این مطالعه دلایل نارضایتی از خدمات توانبخشی، تسهیلات آموزشی، حمایت‌های مالی، تسهیلات مسکن و خدمات تفریحی و ورزشی مورد بررسی قرار نگرفته است، توصیه می‌شود در مطالعه‌ای کیفی به آن پرداخته شود.

سلامت وی همراه است (۱۱). در این مطالعه بیش از نیمی از جانبازان مشغول به کار نبودند که نسبت به مطالعات مشابه بالاتر بود (۲۳)، پرداخت مستمری ماهانه به دلیل ناتوانی شدید توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران مهمترین علت بیکاری این گروه است. میزان استفاده از تسهیلات آموزشی در جامعه مورد مطالعه از کمترین میزان برخوردار بود. جانبازان کمی از تسهیلات آموزشی استفاده کرده و ادامه تحصیل داده بودند. میزان و شدت ناتوانی به دلیل قطع دوپل اندام تحتانی می‌تواند از عوامل اثرگذار روی این مسئله باشد. انجام مطالعه‌ای کیفی جهت بررسی علت عدم ادامه تحصیل با توجه به وجود تسهیلات آموزشی توصیه می‌شود.

تامین هزینه‌های درمانی و نیازهای مالی در فرد پس از قطع اندام جزو مشکلات اصلی وی در نظر گرفته می‌شود. از جمله علل افزایش نیاز به کمک‌های مالی این گروه می‌توان به تأخیر طولانی از زمان آسیب‌دیدگی تا زمان اشتغال مجدد، عدم ادامه تحصیل، محدود بودن محیط‌های مناسب کاری برای افراد معلول و عدم شرایط محیطی و فیزیکی مناسب جهت تطابق آنان اشاره کرد (۱۱)، بیشتر نیازهای مالی مربوط به حفظ و ارتقاء سلامت جانبازان نیز توسط بنیاد تامین می‌شود.

بیشترین رضایت مربوط به خدمات توانبخشی بود. توانبخشی پس از وقوع آمپوتاسیون نقش مهمی در ارتقاء کیفیت و استقلال افراد قطع عضو دارد (۵). توانبخشی، بازتوانی فرد جهت بازگشت به کار و مشاوره باید قسمتی از برنامه‌های توانبخشی برای افراد معلول بویژه آن‌هایی که در سنین کار هستند، باشد. ارائه‌کنندگان خدمات می‌توانند با برداشتن موانع موجب دسترسی و دریافت بهتر و آسان تر خدمات توانبخشی شوند (۱ و ۲۴ و ۲۷). همکاری بین متخصصین مثل اعضای گروه توانبخشی، کار درمان‌ها و کارشناسان ارتوپدی فنی و سایر متخصصین نیز جهت بهبود و ارتقاء خدمات بهداشتی- درمانی ضروری است (۲۸).

بیشترین مشکلات در دریافت خدمات بهداشتی درمانی و توانبخشی مربوط به معطلی زیاد جانبازان جهت گرفتن نوبت و دریافت خدمات بود. به‌منظور افزایش رضایت از

منابع

- 1- Warmuz A, Szeliga D, Krzemień G, Stemplewska B, Witanowska J. Rehabilitation of patients after lower limb amputation as a basic element of adaptation to normal life. *Wiad Lek.* 2004; 57 Suppl 1:331-4.
- 2- Ebrahimzadeh MH, Rajabi MT. Long-term outcomes of patients undergoing war-related amputations of the foot and ankle. *J Foot Ankle Surg.* 2007;46(6):429-33.
- 3- Crowther H. New perspectives on nursing lower limb amputees. *J Adv Nurs.* 1982; 7(5):453-60.
- 4- Busmann JB, Schrauwen HJ, Stam HJ. Daily physical activity and heart rate response in people with a unilateral traumatic transtibial amputation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2008; 89(3):430-4.
- 5- Kelly M, Dowling M. Patient rehabilitation following lower limb amputation. *Nurs Stand.* 2008; 13-19; 22(49):35-40.
- 6- Bossier G, Martinet N, Rumilly E, Paysant J, André JM. Exercise training for lower limb amputees. *Ann Readapt Med Phys.* 2008; 51(1):50-6. Epub 2007 Dec 3.
- 7- Vestering MM, Schoppen T, Dekker R, Wempe J, Geertzen JH. Development of an exercise testing protocol for patients with a lower limb amputation: results of a pilot study. *Int J Rehabil Res.* 2005; 28(3):237-44.
- 8- Hettiaratchy SP, Stiles PJ. Rehabilitation of lower limb traumatic amputees: the Sandy Gall Afghanistan Appeal's experience. *Injury.* 1996; 27(7):499-501.
- 9- Burger H, Marincek C. Return to work after lower limb amputation. *Disabil Rehabil.* 2007; 15; 29(17):1323-9.
- 10- MacKenzie EJ, Bosse MJ, Kellam JF, Pollak AN, Webb LX, Swiontkowski MF, Smith DG, Sanders RW, Jones AL, Starr AJ, McAndrew MP, Patterson BM, Burgess AR, Trivison T, Castillo RC. Early predictors of long-term work disability after major limb trauma. *J Trauma.* 2006; 61(3):688-94.
- 11- Schoppen T, Boonstra A, Groothoff JW, De Vries J, Göeken LN, Eisma WH. Job satisfaction and health experience of people with a lower-limb amputation in comparison with healthy colleagues. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002; 83(5):628-34.
- 12- Bruins M, Geertzen JH, Groothoff JW, Schoppen T. Vocational reintegration after a lower limb amputation: a qualitative study. *Prosthet Orthot Int.* 2003; 27(1):4-10.
- 13- Fisher K, Hanspal RS, Marks L. Return to work after lower limb amputation. *Int J Rehabil Res.* 2003; 26(1):51-6.
- 14- Shahriar SH, Masumi M, Mousavi B, Soroush MR. Genitourinary disease in war related bilateral lower limb amputation. *Iranian Journal of war and Public Health.* 2009; 3:17-24.
- 15- Almassi F, Mousavi B, Masumi M, Soroush MR, Honari G. Skin Disorders Associated with Bilateral Lower Extremity Amputation. *Pakistan Journal of Biological Sciences* 2009; 12(20):1381-1384.
- 16- Almassi F, Emadi N, Mousavi B, Masumi M, Soroush MR. Dermatitis contributing factors in bilateral lower limb war amputees. *Pak J Biol Sci.* 2010; 15; 13(2):78-82.
- 17- Shahriar SH, Masumi M, Soroush MR, Edjtehadi F, Soveid M, Mousavi B. Cardiovascular risk factors among war related bilateral lower limb amputated males. *Military medicine* 2009; 174:10.
- 18- Mousavi B, Montazeri A, Soroush MR. Quality of life in war related bilateral lower limb amputees. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research.* 2009; 8(3): 303-310.
- 19- Rezaee N, Mousavi B, Masumi M, Soroush MR, and Baghbani M. Pattern of activity of daily living in war related lower extremities amputation: A result of a National project from Iran. *Iranian Journal of war and Public Health.* 2009; 2:73-81.
- 20- Goldstein LB, Matchar DB, Hoff-Lindquist J, Samsa GP, Horner RD. Veterans Administration Acute Stroke (VAST) Study: lack of race/ethnic-based differences in utilization of stroke-related procedures or services. *Stroke.* 2003; 34(4):999-1004.
- 21- Soroush MR, Mousavi B, Ganjparvar Z. Health care service satisfaction among chemical warfare survivors with severe ophthalmologic complication. *Journal of war and Public Health.* 2008; 1:16-24.
- 22- Mousavi B, Jafari F, Davati A, Soroush MR, narenjkar J. Health services satisfaction among chemical warfare survivors: A national survey from Iran. *Journal of war and Public Health.* 2009; 5:1-5.
- 23- Bolus R, Pitts J. Patient Satisfaction: The Indispensable Outcome. *Managed Care.* 1999. Available from: <http://www.managedcaremag.com/archives/9904/9904.patsatis.html>
- 24- Ephraim PL, MacKenzie EJ, Wegener ST, Dillingham TR, Pezzin LE. Environmental barriers experienced by amputees: the Craig Hospital Inventory of Environmental Factors-Short Form. *Arch Phys Med Rehabil.* 2006; 87(3):328-33.
- 25- Seki M, Takenaka A, Nakazawa M, Takahashi H, Chino N. Examination of living environment upon return to home for patients with cervical spinal cord injury-report of a case. *Gan to Kagaku Ryoho.* 2002; 29 Suppl 3:522-5.
- 26- Deans SA, McFadyen AK, Rowe PJ. Physical activity and quality of life: A study of a lower-limb amputee population. *Prosthet Orthot Int.* 2008; 32(2):186-200.
- 27- Centers for disease control and prevention (CDC). Environmental barriers to health care among persons with disabilities-Los Angeles

county, California, 2002-2003. *MMWR Morb Mortal Wkly rep.* 2006; 8; 55(48):1300-3

28-Burger H. Return to Work after Amputation. Amputation, Prosthesis Use, and Phantom Limb Pain . 2010, 101-114, DOI: 10.1007/978-0-387-87462-3_7

29-Hills R, Kitchen S. Satisfaction with outpatient physiotherapy: focus groups to explore the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiother Theory Pract.* 2007; 23(1):1-20.

30- Pasquina PF, Tsao JW, Collins DM, Chan BL, Charrow A, Karmarkar AM, Cooper RA. Quality of

medical care provided to service members with combat-related limb amputations: report of patient satisfaction. *J Rehabil Res Dev.* 2008; 45(7):953-60.

31- Upshur CC, Bacigalupe G, Luckmann R. "They Don't Want Anything to Do with You": Patient Views of Primary Care Management of Chronic Pain. *Pain Med.* 2010 Oct 1. Doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.00960.x. [Epub ahead of print]

32-Vermoch KL, Bunting RF Jr. Benchmarking patient- and family-centered care: Highlights from a study of practices in 26 academic medical centers. *J Healthc Risk Manag.* 2010; 30(2):4-10.