

## الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى مستخدمي الأطراف البديلة

فاطمه عباس\* د. ليندا صالح\*\*

(الإيداع: 13 أيار 2022، القبول: 30 تشرين الأول 2022)

### الملخص:

تعد حالات البتر من الإعاقات الحركية التي تواجه مشاكل حساسة ومعقدة كظهور الكثير من المشكلات النفسية والاجتماعية. يعرف البتر بأنه إزالة جزء أو طرف من جسم الفرد وذلك للحفاظ على حياته، وبالتالي فقدان الفرد للوظيفة التي وجد من أجلها هذا الطرف، مما يؤثر على حياته الشخصية والاجتماعية والمهنية بدرجات متفاوتة. تقييم الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى مستخدمي الأطراف البديلة. تم إجراء دراسة وصفية كمية مستعرضة على عينة هادفة مكونة من 100 مصاب من مستخدمي الأطراف البديلة السفلية بشكل جزئي أو كلي في مشفى زاهي أزرق العسكري في مدينة اللاذقية. تم جمع البيانات باستخدام استبيانين مطورين بالاعتماد على مقياس دراسة الهنداوي. تم الحصول على الموافقة الرسمية لإجراء الدراسة. تم الحصول على اسم وعنوان ورقم هاتف جميع العسكريين المبتورين واستخدموا طرفاً بديلاً في مدينة اللاذقية. قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب معامل ألفا كرونباخ. أجريت دراسة دلالية على 10% من أفراد العينة لتقييم وضوح الأدوات. تم جمع البيانات وتفرغها وتحليلها احصائياً. أظهرت نتائج الدراسة الحالية بأن مستوى الدعم الاجتماعي الكلي كان مرتفعاً وأن مستويات الرضا عن جودة الحياة جميعها كانت متوسطة لدى مستخدمي الأطراف البديلة. وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً في مستوى الدعم الاجتماعي بين مصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع ومصادر الدعم الاجتماعي ككل والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة الكلية. أوصت الدراسة الحالية بتزويد المستشفيات بمتخصصين في الصحة النفسية لعلاج حالات الإصابات الحربية وتقديم الدعم والخدمات النفسية والاجتماعية والطبية والمهنية في المراحل المبكرة للإصابة و تطوير برامج التأهيل وإجراء دراسات تجريبية كتأثير برنامج دعم مقدم على جودة الحياة لديهم.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة، الدعم الاجتماعي، جرحى الحرب، البتر، أطراف بديلة.

\*طالبة دراسات عليا(ماجستير)،قسم تمريض صحة المجتمع، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

\*\*مدرس في قسم تمريض صحة المجتمع، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

## Social Support and Its Relationship To the Satisfaction Level of Life Quality among Users of Alternative Limbs

Fatima Ibrahim Abbas\*      PhD. Linda Saleh\*\*

(Received: 13 May 2022, Accepted: 30 October 2022)

### Abstract:

Amputations are motor disabilities facing sensitive and complex problems such as the emergence of many psychological and social problems. Amputation is defined as the removal of a part or limb of an individual's body in order to preserve his life, thus the individual's loss of the function for which that limb existed, affecting his personal, social and professional life to varying degrees. the aim of this study was to assess social support and its relationship to the satisfaction level of life quality among users of alternative limbs.

A descriptive cross-sectional study was performed on purposive sample of 100 casualties in Zahi Azraq Military, Hospital Data were collected using a structured questionnaire developed based on the Al-Hindawi study scale. Official approval was obtained to conduct the study. The name, address and telephone number of all amputees are used a replacement party in the city of Latakia. – A pilot study was conducted on 10% of the sample members to assess the clarity and applicability of the tools. – The data were collected, discharged and analyzed statistically. The findings of this study showed that overall social support was high and that all levels of satisfaction with quality of life were moderate among alternative limbs users. The existence of a statistically significant positive relationship between the source of friends, the source of community institutions and the sources of social support as a whole and the overall degree of satisfaction with the quality of life of the members of the total sample.

This study recommended to provide hospitals with mental health specialists to treat war injuries, provide support and psychological, social, medical and occupational services in the early stages of injury, develop rehabilitation programs and alternative limbs for amputation. and experimental studies such as the impact of a support programme on their quality of life.

**Keywords:** Quality of life, social support, war wounded, amputations, alternative limbs.

---

\*Postgraduate Student (Master), Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, University of Tishreen, Latakia, Syria.

\*\*Teacher, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, University of Tishreen, Latakia, Syria .

## 1. المقدمة:

تعتبر الإعاقة من الظواهر المعاشية للإنسان منذ بدء الخليقة وهي في تزايد مستمر. يشير التقرير العالمي حول الإعاقة الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام 2011 أن هناك أكثر من مليار شخص من ذوي الإعاقة أي حوالي 15% من سكان العالم، وفي إقليم الشرق الأوسط نسبتها حوالي 12%. في سورية كانت نسبة الإعاقة حوالي مليوني شخص أي حوالي 10% من السكان [1]. فيما أشارت إحصائيات منظمة الصحة عام 2017 إلى وجود 1.5 مليون مصاب بإعاقة دائمة من أصل ثلاثة ملايين شخص أصيبوا جراء الحرب على سورية، وأدت إصابة 86 ألف شخص منهم إلى بتر طرفي. [18]

يعد البتر من أكثر الإصابات الحربية شيوعاً التي تصيب الجنود في المعارك والحروب بسبب تعرضهم للانفجارات ووسائل التعذيب. يحصل الفرد من خلال الوظائف التي تؤديها له أطرافه على إشباع معين مما يضيف عليه شعوراً بالرضا، إلا أن المصاب بالبتر لا يستطيع الحصول على هذا الإشباع وبالتالي لا يستطيع أداء واجباته، فيجد نفسه أمام أحد الحلول التالية إما أن يتجنب القيام بالنشاط أو العمل أو أن يعوض العضو المبتور عن طريق استغلال الأطراف المتبقية لديه بأقصى طاقة بدنية ممكنة، أو يؤدي الوظيفة بالاستفادة من الطرف البديل الذي يحل محل الطرف المبتور. [2].

يعتبر الدعم الاجتماعي مصدراً هاماً يحتاجه كل فرد في حياته اليومية، بل هو حاجة ملحة يتمناها الفرد في أن تتحقق كلما احتاج إليها في المواقف الحياتية التي تواجهه، ولذلك فإن ذوي الأطراف البديلة كغيرهم من الذين يحتاجون إلى هذا الدعم من كافة المحيطين بهم، كالأُسرة والأقارب والأصدقاء والزملاء، والمؤسسات الاجتماعية التأهيلية وغيرها من مصادر الدعم الأخرى. ويعرف فايد الدعم الاجتماعي بأنه إدراك الفرد بأن لديه عدداً كافياً من الأشخاص في حياته يمكنه الرجوع إليهم عند الحاجة، وأن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذا الدعم المتاح له [3].

بالرغم من وجود وجهات نظر مختلفة بين الباحثين حول مفهوم جودة الحياة إلا أنهم اتفقوا على أن مبادئها تتقاطع وتتشابك بين الأشخاص سواء كانوا معاقين أم أصحاء [4]. كذلك اعتبرت منظمة اليونسكو جودة الحياة مفهوم شامل يضم جوانب الحياة ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية، و الإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته. [5].

أجريت العديد من الدراسات السابقة لتقييم الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى مستخدمي الأطراف البديلة منها دراسة (هشام وزملائه ، 2016) في باكستان بعنوان جودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون بتر واحد للأطراف السفلية وأظهرت نتائجها أن البتر يؤثر سلباً على جودة الحياة ذات الصلة بالصحة بطرق متعددة لا سيما المجالات المادية للصحة [6]. كما أجرى (Solamon et al., 2015) دراسة بهدف تقييم نوعية الحياة لدى المصابين بالبتر السفلي وأقرانهم الطبيعيين حيث تبين أن لدى الأشخاص المصابين بالبتر السفلي نوعية حياة ضعيفة مقارنة بأقرانهم الطبيعيين وأن الخضوع لإعادة التأهيل لمدة 6 أشهر قد حقق تحسناً ملحوظاً في نوعية الحياة لديهم. (81)

وهدفت الدراسة التي قام بها ( Bushnik et al, 2016) إلى تقييم دور الدعم الاجتماعي في التأثير على النتائج الوظيفية وجودة الحياة للمرضى المبتورين. تم جمع البيانات من خلال المقابلات، التقرير الذاتي للمريض، ومقاييس النتائج الوظيفية المسجلة ، كشفت نتائج الدراسة وجود فرق بين المشاركين مع دعم اجتماعي مرتفع مقارنة مع المشاركين مع دعم اجتماعي منخفض. كما أن الدعم الاجتماعي المرتفع يدل على زيادة احترام الذات والثقة ، وانخفاض مستويات الاكتئاب مقارنة بالمشاركين الذين يعانون من انخفاض الدعم الاجتماعي. [7].

## 2. هدف البحث:

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى مستخدمي الأطراف البديلة

### 3. أهمية الدراسة:

- نظراً لعدم وجود دراسة في البيئة المحلية تناولت الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى مبتوري الأطراف ظهرت الحاجة لإجراء هذه الدراسة.
- تأتي أهمية الدراسة الحالية من أهمية الفئة المستهدفة فهي شريحة مهمة من شرائح المجتمع السوري وهم العسكريين مستخدمي الأطراف البديلة الذين اكتسبوا إعاقته أثناء قيامهم بواجبهم الوطني المقدس .
- كما ستطلعنا الدراسة على مستوى الدعم المقدم لهم من قبل الأسرة والأصدقاء ومؤسسات المجتمع مما يسهم في التعرف على جوانب النقص في هذا الدعم كما تسهم هذه الدراسة بإلقاء الضوء على مستوى رضاهم عن جودة حياتهم بعد تركيب الطرف الاصطناعي.
- كما يمكن أن تكون مرجعاً مهماً و قاعدة بيانات لدراسات علمية لاحقة تهتم بالعسكريين المعاقين حركياً وتفتح الباب أمام المزيد من الأبحاث والدراسات العلمية في هذا المجال .
- كما قد تساعد المختصين في مجال الصحة العامة والنفسية لإعداد برامج تأهيل.

### 4. مواد وطرائق البحث:

تصميم الدراسة: وصفية كمية مستعرضة.

مواصفات افراد العينة :

- أن يكون عسكرياً في الجيش العربي السوري
- أن يستخدم أطراف بديلة سفلية بشكل جزئي أو كلي
- أن يكون مقيم بمدينة اللاذقية أو يراجع المشفى المذكور بغرض استكمال التأهيل على الطرف البديل.

أدوات الدراسة:

تم استخدام أداتين لجمع البيانات في هذه الدراسة ،الأداة الأولى: مكونة من جزأين:

الجزء الأول: البيانات الديموغرافية والصحية :- استمارة تتضمن البيانات الديموغرافية : (العمر-المستوى التعليمي - الحالة الاقتصادية - الحالة الاجتماعية -...)-2-استمارة تتضمن البيانات الصحية : (مدة البتر - مدة تركيب الطرف-...).

الجزء الثاني : مقياس الدعم الاجتماعي المطور بالاعتماد على مقياس دراسة الهنداوي (2011) ويتكون من 19 فقرة مكررة على ثلاث مصادر (الاسرة والاقارب ، الاصدقاء ، مؤسسات المجتمع) ،وتتم الإجابة على كل فقرة من الفقرات باختيار أحد البدائل التالية: (كثيراً= 4 درجات)؛ (الى حد ما = 3 درجات)؛ (نادراً=؛ درجتين)؛(مطلقاً= درجة واحدة)

تراوحت معاملات الثبات لمقياس الدعم الاجتماعي بمصادره ودرجته الكلية باستخدام معامل ألفا كرونباخ بين ( 0.959-0.984 )، وهي تدل على أن المقياس يتسم بدرجة جيدة من الثبات.

الأداة الثانية: مقياس جودة الحياة المطور بالاعتماد على مقياس دراسة الهنداوي (2011) ويتألف من 72 بند موزعة حول ثمانية أبعاد لكل بعد منها 9 بنود وهي: جودة الحياة الأسرية يليه جودة الصحة العامة، ثم جودة الصحة النفسية، وجودة شغل الوقت وإدارته وجودة العلاقات وجودة الدور الاجتماعي وجودة الحياة المهنية ثم جودة الحياة الزوجية. وقد أعطيت خمس بدائل للإجابة متدرجة من درجة واحدة الى خمس درجات على طريقة مقياس ليكرت وهي كما يلي: (كثيراً جداً= 5 درجات)،(كثيراً= 4 درجات)،(الى حد ما = 3 درجات)،(قليل جداً= درجتين)،(لا بالمره= درجة واحدة).

تم تقدير ثبات مقياس الرضا عن جودة الحياة باستخدام معامل ألفا كرونباخ وتراوحت بين ( 0.741-0.934 )، وتدل على أن المقياس يتسم بدرجة جيدة من الثبات.

## الطرائق :

-تم الحصول على الموافقة من جامعة تشرين وكلية التمريض و مشفى زاهي ازرق العسكري في محافظة اللاذقية لإجراء الدراسة والحصول على اسم وعنوان ورقم هاتف جميع العسكريين المبتورين واستخدموا طرفاً بديلاً في مدينة اللاذقية من سجلات المشفى المذكور .

- قام الباحث باعتماد مقياس جودة الحياة ومقياس الدعم الاجتماعي المطور من قبل الهنداوي عام 2011.

- أجريت دراسة استرشادية على 10% من العينة لتقييم وضوح الأدوات وإمكانية تطبيقها.

-تم أخذ الموافقة الشخصية منهم للمشاركة بالدراسة بعد تعريف الباحث بنفسه والهدف من دراسته بوضوح مع ضمان سرية المعلومات والخصوصية وإمكانية الرفض. وتم اختيارهم بطريقة الاعتيان القصدي. وتم جمع البيانات باستخدام أدوات الدراسة من خلال مقابلة شخصية مع كل فرد مدتها (30- 45 د).

## التحليل الإحصائي:

- تم تفرغ البيانات وتحليلها احصائياً باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS الإصدار (24) . وتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية : الإحصاءات الوصفية: التكرارات والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري، معامل ارتباط بيرسون : للتحقق من العلاقة بين المتغيرات، ومقياس One- Way ANOVA لتحديد العلاقة بين المتغيرات عند مستوى الدلالة الاحصائية كان عند 0.05 / 0.01 .

## 5.النتائج:

الجدول رقم (1): توزع أفراد العينة وفق البيانات الديموغرافية والصحية:

N=100		البيانات الصحية (معلومات البتر)		N=100		البيانات الديموغرافية	
%	N	%	N	%	N	%	N
76%	76	جانب واحد	البتر السفلي	19%	19	من 18-26	الفئة العمرية
24%	24	جانبيين		50%	50	من 27-35	
100%	100	المجموع	21%	21	من 36-44		
22%	22	أقل من 6 أشهر	المدة منذ حدوث البتر حتى تركيب الطرف البديل	10%	10	أكثر من 45	
67%	67	6-12 شهر		100%	100	المجموع	
7%	7	أكثر من سنة		41%	41	غير متزوج	الحالة الاجتماعية
5%	5	أكثر من سنتين	59%	59	متزوج		
100%	100	المجموع	100%	100	المجموع	100%	100
20%	20	أقل من 6 أشهر	مدة استخدام الطرف البديل	14%	14	ابتدائي ودون	المستوى التعليمي
15%	15	6-12 شهر		27%	27	إعدادي	
17%	17	أكثر من سنة		35%	35	ثانوي	
48%	48	أكثر من سنتين		24%	24	جامعي فأكثر	
100%	100	المجموع	100%	100	المجموع	100%	100
11%	11	عبر القدم	طبيعة البتر	25%	25	سيء جداً	الوضع الاقتصادي
1%	1	عبر الكاحل		45%	45	سيء	
63%	63	تحت الركبة		23%	23	متوسط	
13%	13	عبر الركبة		7%	7	جيد	
12%	12	فوق الركبة		100%	100	المجموع	
100%	100	المجموع	100%	100	المجموع	100%	100

يبين الجدول إن نصف العينة من الفئة العمرية المتراوحة بين (27-35 سنة) ، كما يبين الجدول أن أكثر من ثلثي أفراد العينة متزوجين ،أما بالنسبة للمستوى التعليمي تبين أن (35%) من أفراد العينة من حملة الشهادة الثانوية، كما يبين الجدول توزع أفراد العينة حسب أطراف البتر ويظهر أن النسبة الأعلى من العينة بتروا من جانب سفلي واحد بنسبة (76%)، وكانت النسبة الأعلى للوضع الاقتصادي السيء بنسبة (45%)، كما يظهر أن حوالي نصف أفراد العينة يستخدمون الطرف منذ أكثر من سنتين، كما يبين الجدول توزع أفراد العينة وفق طبيعة البتر ويظهر أن النسبة الأعلى كانت للمبتورين في مستوى تحت الركبة، كما أظهر أن المدة لحوالي ثلثي العينة تراوحت بين (6-12شهر) منذ حدوث البتر لغاية استخدام الطرف.

الجدول رقم (2): التوزع التكراري لأفراد العينة تبعاً لمستوى الدعم الاجتماعي:

مستوى الدعم الاجتماعي						مصادر الدعم الاجتماعي
مرتفع		متوسط		منخفض		
76 - 57		56 - 38		37 - 19		
%	N	%	N	%	N	
%	69	%	21	%	10	مصدر الأسرة والأقارب
%	55	%	27	%	18	مصدر الأصدقاء
%	35	%	39	%	26	مصدر مؤسسات المجتمع
228-172		171-115		114-57		
%	N	%	N	%	N	الدعم الاجتماعي الكلي
%	51	%	32	%	17	

يبين الجدول السابق مستويات الدعم الاجتماعي حيث كان مستوى الدعم الاجتماعي الكلي مرتفعاً بينما كان الدعم الاجتماعي لمصدر المؤسسات متوسطاً أما بالنسبة للدعم الاجتماعي لكل من مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء كان مرتفعاً أيضاً.

الجدول رقم (3): التوزع التكراري لأفراد العينة تبعاً لمستوى الرضا عن جودة الحياة:

مستوى الرضا						الرضا عن جودة الحياة
مرتفع		متوسط		منخفض		
45 - 35		34 - 22		21 - 9		
%	N	%	N	%	N	
%	39	%	55	%	6	جودة الحياة الأسرية
%	8	%	74	%	18	جودة الصحة العامة
%	7	%	61	%	32	جودة الصحة النفسية
%	11	%	56	%	33	جودة شغل الوقت و إدارته
%	20	%	73	%	7	جودة العلاقات الاجتماعية
%	23	%	72	%	5	جودة الدور الاجتماعي
%4.6	4	%68.6	59	%26.7	23	جودة الحياة المهنية
%49.2	29	%50.8	30	-	-	جودة الحياة الزوجية
270-198		197-127		126-54		
%	N	%	N	%	N	جودة الحياة بدون الرضا عن جودة الحياة المهنية والزوجية
%	18	%	73	%	9	
360-265		264-169		168-72		
%	N	%	N	%	N	جودة الحياة الكلية
%6.6	3	%88.8	40	%4.5	2	

يبين الجدول السابق مستويات جودة الحياة بأبعادها حيث كانت جميع مستويات جودة الحياة متوسطة .

الجدول رقم (4): العلاقة بين مصادر الدعم الاجتماعي وأبعاد الرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة:

مصادر الدعم الاجتماعي				أبعاد الرضا عن جودة الحياة
الدعم ككل	مؤسسات المجتمع	الأصدقاء	الأسرة والأقارب	
0.035	0.079	0.038	0.017	جودة الحياة الأسرية
0.130	0.140	0.161	0.055	جودة الصحة العامة
0.090	0.135	0.100	0.015	جودة الصحة النفسية
<b>0.274**</b>	<b>0.331**</b>	<b>0.279**</b>	0.141	جودة شغل الوقت و إدارته
0.156	0.160	0.148	0.117	جودة العلاقات الاجتماعية
0.062	0.059	0.052	0.059	جودة الدور الاجتماعي
<b>0.311*</b>	<b>0.286*</b>	<b>0.293*</b>	0.272	جودة الحياة ككل
0.078	0.030	0.104	0.079	الجودة المهنية
0.087	0.174	0.063	0.013	جودة الحياة الزوجية

\* مستوى الدلالة الإحصائية ( $p \leq 0.05$ )

\*\* مستوى الدلالة الإحصائية ( $p \leq 0.01$ )

- عدم وجود فروق ذات دلالات إحصائية هامة بين مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع والمصادر ككل من الدعم الاجتماعي وجودة الحياة الأسرية وجودة الصحة العامة وجودة الصحة النفسية وجودة الحياة الزوجية وجودة الحياة المهنية وجودة الدور الاجتماعي وجودة العلاقات الاجتماعية.
- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 بين مصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع والمصادر ككل من الدعم الاجتماعي والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة الكلية .
- كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 ومستوى 0.01 بين مصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع والمصادر ككل من الدعم الاجتماعي وجودة شغل الوقت وإدارته لدى أفراد العينة الكلية .
- العلاقة بين البيانات الديموغرافية و مصادر الدعم الاجتماعي لدى أفراد العينة.

الجدول رقم (5): العلاقة بين طبيعة البتر و مصادر الدعم الاجتماعي لدى أفراد العينة:

مستوى الدلالة		F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	طبيعة البتر	الدعم الاجتماعي
دالة إحصائياً	.020	3.054	4.781	69.36	عبر القدم	مصدر الأسرة والأقارب
			.	48.00	عبر الكاحل	
			17.779	58.13	تحت الركبة	
			5.377	71.08	عبر الركبة	
			12.300	63.25	فوق الركبة	
دالة إحصائياً	0.009	3.590	15.574	62.82	عبر القدم	مصدر الأصدقاء
			.	44.00	عبر الكاحل	
			15.136	52.44	تحت الركبة	
			3.990	66.62	عبر الركبة	
			14.884	55.58	فوق الركبة	
دالة إحصائياً	0.006	3.844	14.536	55.09	عبر القدم	مصدر مؤسسات المجتمع
			.	46.00	عبر الكاحل	
			13.946	43.17	تحت الركبة	
			11.435	56.62	عبر الركبة	
			14.128	44.17	فوق الركبة	
دالة إحصائياً	0.003	4.273	32.644	187.27	عبر القدم	الدعم الاجتماعي ككل
			.	138.00	عبر الكاحل	
			42.341	153.75	تحت الركبة	
			19.678	194.31	عبر الركبة	
			35.167	163.00	فوق الركبة	

يتبين من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لمتغير طبيعة البتر ومصادر الدعم الاجتماعي الثلاثة والدعم الاجتماعي ككل عند مستوى دلالة 0.05 و 0.01 فيما كان الدعم الاجتماعي الأعلى لأفراد العينة الذين بتروا عبر الركبة يليهم أفراد العينة الذين بتروا على مستوى القدم.



الجدول رقم (6): العلاقة بين المدة منذ حدوث البتر حتى تركيب الطرف البديل و مصادر الدعم الاجتماعي لدى أفراد العينة:

مستوى الدلالة		F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	مدة منذ حدوث البتر	الدعم الاجتماعي
دالة إحصائياً	0.001	6.241	8.698	69.19	أقل من 6 أشهر	مصدر الأسرة والأقارب
			15.339	60.66	6-12 شهر	
			23.971	42.57	أكثر من سنة	
			5.762	68.20	أكثر من سنتين	
غير دالة إحصائياً	0.087	2.252	13.238	62.43	أقل من 6 أشهر	مصدر الأصدقاء
			15.783	53.22	6-12 شهر	
			9.071	56.43	أكثر من سنة	
			8.216	60.00	أكثر من سنتين	
غير دالة إحصائياً	0.639	0.566	15.053	47.00	أقل من 6 أشهر	مصدر مؤسسات المجتمع
			14.715	45.33	6-12 شهر	
			12.189	51.71	أكثر من سنة	
			13.813	50.40	أكثر من سنتين	
غير دالة إحصائياً	0.173	1.696	30.429	178.62	أقل من 6 أشهر	الدعم الاجتماعي ككل
			43.834	159.21	6-12 شهر	
			39.161	150.71	أكثر من سنة	
			24.542	178.60	أكثر من سنتين	

يبين الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لمتغير مدة البتر ومصدر الأسرة والأقارب فقط عند مستوى دلالة أقل من 0.01

كان الدعم الاجتماعي الأعلى لأفراد العينة الذين بقوا أقل من 6 شهور حتى تركيب الطرف على مصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء والدعم الاجتماعي ككل يليهم الأفراد الذين بقوا أكثر من سنتين ، فيما كان الدعم الاجتماعي على مصدر مؤسسات المجتمع أعلى للذين بقوا أكثر من سنة حتى تركيب الطرف يليهم الأفراد الذين بقوا أكثر من سنتين.

الجدول رقم (7): العلاقة بين مدة استخدام الطرف البديل و مصادر الدعم الاجتماعي لدى أفراد العينة:

مستوى الدلالة		F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	مدة استخدام الطرف	الدعم الاجتماعي
غير دالة إحصائياً	0.421	0.947	8.685	65.20	أقل من 6 أشهر	مصدر الأسرة والأقارب
			11.274	64.60	6-12 شهر	
			20.198	61.71	أكثر من سنة	
			17.379	59.04	أكثر من سنتين	
دالة إحصائياً	0.010	3.957	9.384	56.50	أقل من 6 أشهر	مصدر الأصدقاء
			12.380	59.60	6-12 شهر	
			9.455	64.18	أكثر من سنة	
			17.552	51.19	أكثر من سنتين	
دالة إحصائياً	0.042	2.839	11	43.20	أقل من 6 أشهر	مصدر مؤسسات المجتمع
			9.038	49.60	6-12 شهر	
			11.206	54.24	أكثر من سنة	
			17.067	43.92	أكثر من سنتين	
غير دالة إحصائياً	0.096	2.176	23.742	164.90	أقل من 6 أشهر	الدعم الاجتماعي ككل
			30.737	173.80	6-12 شهر	
			33.143	180.12	أكثر من سنة	
			49.082	154.15	أكثر من سنتين	

يبين الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لمتغير مدة استخدام الطرف ومصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع عند مستوى دلالة 0.05 و 0.01

كان الدعم الاجتماعي أعلى للذين يستخدمون الطرف منذ أكثر من سنة على كل من مصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع يليهم الذين يستخدمون الطرف منذ 6-12 شهر، بينما كان الدعم أعلى للذين استخدموه أقل من 6 شهور على مصدر الأسرة والأقارب يليهم الذين يستخدمون الطرف منذ 6-12 شهر.

- العلاقة بين البيانات الديموغرافية وأبعاد الرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة.

الجدول رقم (8): العلاقة بين العمر وأبعاد الرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة:

مستوى الدلالة		F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العمر	أبعاد الرضا عن جودة الحياة
غير دالة إحصائياً	0.651	0.547	5.011	34.06	18من-26	الرضا عن جودة الحياة الأسرية
			5.916	33.16	من 27-35	
			5.818	32.62	من 36-44	
			7.208	31.20	أكثر من 45	
غير دالة إحصائياً	0.147	1.832	4.162	28.50	18من-26	الرضا عن جودة الصحة العامة
			6.451	26.12	من 27-35	
			5.656	26.76	من 36-44	
			5.613	23.20	أكثر من 45	
غير دالة إحصائياً	0.351	1.106	7.021	27.67	18من-26	الرضا عن جودة الصحة النفسية
			6.557	24.54	من 27-35	
			6.437	25.33	من 36-44	
			4.326	24.40	أكثر من 45	
دالة إحصائياً	0.056	2.607	5.466	28.67	18من-26	الرضا عن جودة الوقت
			8.617	22.46	من 27-35	
			9.033	24	من 36-44	
			7.134	24.70	أكثر من 45	
غير دالة إحصائياً	0.324	1.173	5.676	31.89	18من-26	الرضا عن جودة العلاقات
			6.347	28.92	من 27-35	
			6.302	29.29	من 36-44	
			5.934	30.90	أكثر من 45	
غير دالة إحصائياً	0.435	0.919	5.064	33	18من-26	الرضا عن جودة الدور الاجتماعي
			5.166	30.96	من 27-35	
			3.637	31.86	من 36-44	
			5.379	30.60	أكثر من 45	
غير دالة إحصائياً	0.387	1.023	5.024	28.08	18من-26	الرضا عن الجودة المهنية
			7.374	24.62	من 27-35	
			5.794	25.76	من 36-44	
			2.261	25	أكثر من 45	
غير دالة إحصائياً	0.668	0.523	7.565	32.833	18من-26	الرضا عن جودة الحياة الزوجية
			5.826	35.407	من 27-35	
			6.886	34.384	من 36-44	
			4.633	33.333	أكثر من 45	
غير دالة إحصائياً	0.647	0.556	31.824	237.90	18من-26	الرضا عن جودة الحياة ككل
			45.085	222.125	من 27-35	
			40.509	219.363	من 36-44	
			33.510	235.166	أكثر من 45	
غير دالة إحصائياً	0.178	1.671	26.510	183.78	18من-26	الرضا عن جودة الحياة الكلية بدون الحياة الزوجية والمهنية
			30.985	166.16	من 27-35	
			29.336	169.86	من 36-44	
			28.367	165	أكثر من 45	

يتبين من الجدول (8) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لمتغير الفئة العمرية على بعد جودة الوقت فقط عند مستوى دلالة 0.05 .

كان مستوى الرضا عن جودة الحياة الزوجية أعلى بالنسبة للفئة العمرية من 27-35 يليها فئة 36-44 سنة، فيما كان مستوى الرضا عن جودة الحياة في الأبعاد الأخرى أعلى على حساب الأفراد ذوي الفئة العمرية من 18-26 سنة يليها فئة 27-35 سنة بالنسبة لبعدها عن الحياة الأسرية، وأيضاً الذين أعمارهم فوق الـ 45 على بعد الرضا عن جودة الوقت وجودة العلاقات وجودة الحياة الكلية، بالإضافة إلى العمر من 36-44 بالنسبة للرضا عن جودة الحياة بدون الجودة المهنية والجودة الزوجية وأبعاد جودة الحياة المتبقية.

#### 6. المناقشة:

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن حوالي نصف أفراد العينة من الفئة العمرية ما بين (27-35 سنة) ولا يعانون من أية أمراض مزمنة سابقة للإصابة، وهذا ما يتوافق مع قانون الخدمة العسكرية الإلزامية والذي ينص على أن التجنيد العام يشمل الذكور فقط من عمر 18 سنة وأكثر، إذ يجند المصابون بأمراض مزمنة بالخدمة الثابتة التي تشمل مهمات غير قتالية وخدمات إدارية، أو يعفى من لديه إصابة سابقة من الخدمة العسكرية وفق لقانون التجنيد العام. وهذه النتيجة لا تتوافق مع نتائج دراسة (Oyeyemi et al.2013) حول جودة الحياة لدى النيجيريين مبتوري الأطراف الثنائية السفلية التي أظهرت أن حوالي نصف أفراد العينة تنتمي إلى الفئة العمرية ما بين (40-59)، يعزو الباحث هذه النتيجة لتعدد أسباب البتر التي تتاولها دراسته وبالتالي تنوع الفئات العمرية. [8]

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن أكثر من ثلثي أفراد العينة متزوجين وأن (35%) من أفراد العينة من حملة الشهادة الثانوية، هذه النتيجة لا تتوافق مع نتائج دراسة (صالح وآخرون، 2016) التي هدفت إلى تحديد احتياجات مصابي الحرب خلال الأزمة السورية في محافظة اللاذقية والتي وجدت أن غالبية المصابين العسكريين هم من العازبين و حملة الشهادة الإعدادية، يبرر الباحث ذلك لحدوث الزواج قبل الإصابة. [9]

كما أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن حوالي نصف أفراد العينة يعيشون في واقع اقتصادي سيء. يعزو الباحث هذه النتيجة لأثر الإصابة وواقع الحرب التي تؤدي لتدهور لا مفر منه بكل نواحي الحياة ولا سيما الوضع الاقتصادي . أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن أكثر من ثلث أرباع العينة بتروا من جانب سفلي واحد، وأن حوالي نصف أفراد العينة يستخدمون الطرف البديل منذ أكثر من سنتين كما أن النسبة الأعلى منهم كانت للمبتورين على مستوى تحت الركبة، تتوافق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Oyeyemi et al.2013) التي أظهرت أن 61.7% لديهم بتر تحت الركبة. يبرر الباحث ذلك لتنوع الأسباب التي أدت للإصابة. [8]

أما بالنسبة للمدة بين حدوث البتر وتركيب الطرف أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن المدة لدى ثلثي العينة تراوحت بين (6-12 شهر). بينما أظهرت نتائج دراسة (Oyeyemi et al.2013) أن أكثر من نصف العينة كانوا مبتورين لمدة 3-24 شهر قبل تركيب الطرف البديل. [8]

حسب الدراسة الحالية كان الدعم الاجتماعي الكلي و بالنسبة لمصدر الأسرة والأقارب ومصدر الأصدقاء مرتفعاً، مما يدل أن أفراد العينة يتلقون الدعم المناسب من المقربين. و أن الدعم الاجتماعي لمصدر المؤسسات كان متوسطاً، يفسر الباحث ذلك بنقص المؤسسات المعنية بدعم جرحى الجيش .

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن الدعم الاجتماعي الأعلى لأفراد العينة الذين بتروا عبر الركبة والذين بقوا أقل من 6 شهور حتى استخدموا الطرف البديل و يستخدمون الطرف منذ أكثر من سنة. يعزو الباحث ذلك لتحديد الحركة الناتج عن البتر في مستوى الركبة وأثرها النفسي وحالة عدم التقبل لدى المصاب مما يدعو لتدخل الدعم الاجتماعي أكثر .

بالنسبة لمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى مستخدمي الأطراف البديلة في دراستنا الحالية كان متوسطاً. يعزو الباحث ذلك لارتفاع مستوى التقبل والإيمان بالقضاء والقدر لدى المصابين ، واعتقادهم أن بتر الطرف السفلي قد لا يكون له تأثير خطير على مجالات حياتهم. تتوافق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Dajpratham et al,2011) الذي وجد أن الغالبية العظمى من عينة دراسته كان لديهم مستوى جيد في جودة الحياة.[10]

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا عن جودة الحياة أعلى لدى الفئة العمرية من 18-26، للذين بتروا عبر القدم، وأظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على بعد جودة الصحة النفسية وجودة العلاقات بالنسبة لمتغير طبيعة البتر. بينما لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة مع بتر أسفل وفوق الركبة وكانت درجات أعلى في الاستقلالية الوظيفية بين الذين يعانون من البتر تحت الركبة بالمقارنة مع البتر فوق الركبة في دراسة (Oyeyemi et al.2013).[8] حيث ذكر (Turney et al,2001) أيضاً أن هناك فرقاً كبيراً في البيئة بين الأفراد مع مستويات مختلفة من بتر الأطراف السفلية وأن المتبني الوحيد للتكيف البيئي لدى أولئك الذين يعانون من بتر الأطراف السفلية هو مستوى البتر.[13]

أظهرت الدراسة الحالية أن مستوى الرضا عن جودة الحياة أعلى بالنسبة للذين بقوا أكثر من سنة حتى استخدموا الطرف البديل والذين يستخدمون الأطراف البديلة منذ أكثر من سنتين، في حين لم تختلف درجات المشاركين في جميع مجالات جودة الحياة عبر فترات مختلفة من العيش مع البتر في دراسة (Oyeyemi et al.2013) هذا يشير إلى أن الوقت منذ البتر ليس له تأثير كبير على جودة الحياة بين الأفراد مع بتر الطرف السفلي[8]. ومع ذلك فقد رأى (Dajpratham et al,2011)[10] أن المدة الطويلة للبتر ترتبط بجودة حياة صحية أفضل بشكل ملحوظ ، والوقت منذ البتر قد أثر بشكل كبير على مجالات الصحة البدنية والصحة النفسية في جودة الحياة (Gallagher and MacLachlan, 2004; Nagarajan et al, 2003).[14][15]

أشارت نتائج دراستنا الحالية لوجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية من الدعم الاجتماعي والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (مجدي، 2009) والتي بينت وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الدعم الاجتماعي وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة لدى مرضى السكر[11]. وتتفق أيضاً مع ما أشار إليه (بطرس، 2005) أن للدعم المقدم من جانب الأسرة والأصدقاء دوراً كبيراً في توافق الفرد. وهذا يعني أن الدعم المقدم للمصابين له تأثير قوى وإيجابي تجاه رضاهم عن جودة الحياة.[12]

## 7. الاستنتاجات:

خلصت الدراسة إلى أن:

- نصف العينة تراوحت أعمارهم بين (27-35 سنة)، وأن أكثر من ثلثي أفراد العينة متزوجين، وثلثها من حملة الشهادة الثانوية و النسبة الأعلى منها يعيشون في واقع اقتصادي سيء، فيما كانت النسبة الأعلى من العينة للذين بتروا من جانب سفلي واحد و حوالي نصف أفراد العينة يستخدمون الطرف منذ أكثر من سنتين، وكانت النسبة الأعلى لأفراد العينة المبتورين على مستوى تحت الركبة، كما أظهرت الدراسة بأن مستوى الدعم الاجتماعي كان مرتفعاً و أن مستويات الرضا عن جودة الحياة جميعها كانت متوسطة.
- مستوى الدعم الاجتماعي كان الأعلى لأفراد العينة الذين بتروا عبر الركبة و الذين بقوا أقل من 6 شهور حتى استخدموا الطرف البديل و يستخدمون الطرف منذ أكثر من سنة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على مستوى الدعم الاجتماعي في جميع مصادره تعزى لمتغير طبيعة البتر.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على مستوى الدعم الاجتماعي في مصدر الأسرة والأقارب تعزى لمتغير المدة منذ حدوث البتر.
  - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على مستوى الدعم الاجتماعي في مصدر الأصدقاء ومؤسسات المجتمع تعزى لمتغير مدة استخدام الطرف.
  - مستوى الرضا الأعلى عن جودة الحياة كان لدى الفئة العمرية من 18-26 ، و الذين بتروا عبر القدم.
  - مستوى الرضا الأعلى عن جودة الحياة كان لدى المبتورين الذين بقوا أكثر من سنة حتى استخدموا الطرف البديل ، والذين استخدموه منذ أكثر من سنتين.
  - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على مستوى الرضا عن جودة الحياة تعزى لمتغير الفئة العمرية.
  - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على بعد جودة الوقت فقط تعزى لمتغير الفئة العمرية.
  - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على مستوى الرضا عن جودة الحياة تعزى لمتغير طبيعة البتر.
  - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على بعد جودة الصحة النفسية وجودة العلاقات بالنسبة لمتغير طبيعة البتر.
  - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على أبعاد مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير مدة البتر.
  - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة على أبعاد مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير مدة استخدام الطرف البديل.
  - عدم وجود فروق ذات دلالات إحصائية هامة بين مستوى الدعم الاجتماعي في مصادره جميعها و مستوى الرضا عن جودة الحياة الأسرية وجودة الصحة العامة وجودة الصحة النفسية وجودة الحياة الزوجية وجودة الحياة المهنية وجودة الدور الاجتماعي وجودة العلاقات الاجتماعية.
  - وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين مستوى الدعم الاجتماعي الكلي ومستوى الدعم الاجتماعي على مصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة الكلية.
  - وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين مستوى الدعم الاجتماعي الكلي ومستوى الدعم الاجتماعي على مصدر الأصدقاء ومصدر مؤسسات المجتمع و الرضا عن جودة شغل الوقت وإدارته لدى أفراد العينة الكلية.
- محددات الدراسة :**

- ندرة المراجع والدراسات التي تطرقت لموضوع البحث وخاصة الدراسات المحلية والعربية.
  - نقص البيانات عن المصابين وجرى الحرب بسبب استمرار الحرب لعدم وجود مؤسسة متخصصة بجرى الحرب .
  - صعوبة جمع العينة بسبب عدم التزام المصابين بمراجعة المشفى بالإضافة لإعلان الحظر العام والالتزام بالحجر المنزلي لمنع تفشي وباء كوفيد19.
  - صعوبة جمع العينة بسبب انخفاض المستوى التعليمي لدى بعض أفراد العينة حيث استدعي الشرح والتفسير أثناء ملاء الاستمارات وبالتالي المزيد من الوقت.
  - محاولة إقناع البعض منهم بأن هذا البحث علمي وليس و راءه أي منافع مادية من الممكن تقديمها لهم .
- 8.التوصيات:**
- تزويد المستشفيات بمتخصصين في الصحة النفسية لعلاج حالات الإصابات الحربية قبل خروجهم من المشفى.

- تطوير برامج التأهيل والأطراف البديلة الخاصة بالبتير ومواكبة ما هو جديد في هذا المجال.
- تقديم الدعم والخدمات النفسية والاجتماعية والطبية والمهنية في المراحل المبكرة للإصابة.
- إجراء دراسة مقارنة بين حالات بتر الحروب والبتير الناجم عن الحالات المرضية.
- إجراء دراسات تجريبية على مستخدمي الأطراف البديلة مثل تأثير برنامج دعم مقدم على جودة الحياة لديهم

#### 9.المراجع:

1. WHO(2011). World report on disability. World Health Organization ,Geneva. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf?ua=1)
2. QOUTA, S .(2000).trauma violence and mental health the Palestinian experience Stewart Michael coping with catastrophe, a hand book of disaster management.
3. فايد، حسين ( 2001 ) . دراسات في الصحة النفسية، الطبعة الأولى :المكتب الجامعي الحديث.
4. مصطفى، حسن (2005) . الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر ( المؤتمر العلمي الثالث . الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة : كلية التربية بجامعة الزقازيق.)
5. عزب، حسام الدين محمود ( 2003 ) : برنامج ارشادي لخفض الإكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل، التعليم للجميع، التربية وآفاق جديدة في تعليم الفئات 607- 29 مارس ص 575 - المهمشة في الوطن العربي، 2
6. Hisam;Ashraf; Nadeem ; Waqar; Karim and Irfan (2016). Health Related Quality of Life in Patients with Single Lower Limb Amputation. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan 2016, Vol. 26 (10)
7. Bushnik, T., Juszczak, M., Beattie, A., Smith, M., Neslon, L., & Maikos, J. (2016). A Descriptive Analysis of Pain and Psychosocial Characteristics of Civilian and Veteran Lower Extremity Amputees. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 97(10), e61. [www.archives-pmr.org](http://www.archives-pmr.org)
8. Oyeyemi AL, Adegoke BO, Kehinde AO, Akosile CO. Quality of life of Nigerians with unilateral lower limb amputation. Disability, CBR and Inclusive Development. 2013;23(4):14,76-89. doi:https://doi.org/10.5463/dcid.v23i4.192
9. جبيلي، ابتسام (2014) . تحديد احتياجات مصابي الحرب العسكريين ذوي الإعاقة الحركية .تمريض صحة مجتمع ،كلية التمريض جامعة تشرين : سوريا.
10. Dajpratham, P., Tantiniramai, S., & Lukkanapichonchut, P. (2011). Health related quality of life among the Thai people with unilateral lower limb amputation. Journal of the Medical Association of Thailand, 94(2), 250.
11. مجدي، حنان ( 2009 ) : المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكر، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق

12. بطرس، حافظ بطرس ( 2005 ): المساندة الاجتماعية وأثرها في خفض حدة الضغوط النفسية للأطفال المتفوقين عقلياً ذوي صعوبات القراءة. - المؤتمر السنوي الثاني عشر للإرشاد النفسي ، الإرشاد النفسي من أجل التنمية في عصر المعلومات ، المجلد الأول ، 27 -25 ديسمبر، ص ص ( 633 -575 جامعة عين شمس .
13. Nagarajan R, Neglia JP, Clohisy DR, Yasui Y, Greenberg M, Hudson M, Zevon MA, Tersak JM Ablin A, Robison LL (2003). Education, employment, insurance and marital status among 694 survivors of pediatric lower extremity bone tumours: A report from childhood cancer survivor study. *Cancer*; 97(10): 2554-2564. <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.11363>. PMID:12733155.
14. Gallagher P, MacLachlan M. The trinity amputation and prosthesis experience scales and quality of life in people with lower-limb amputation. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85:730-6.
15. Nagarajan R, Neglia JP, Clohisy DR, Yasui Y, Greenberg M, Hudson M, Zevon MA, Tersak JM, Ablin A, Robison LL (2003). Education, employment, insurance and marital status among 694 survivors of pediatric lower extremity bone tumours: A report from childhood cancer survivor study. *Cancer*; 97(10): 2554-2564. <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.11363>. PMID:12733155.
16. الهنداوي، حامد(2011).الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً في غزة ، كلية التربية ،جامعة الأزهر :فلسطين.
17. Handicap International. 2017. Syria. Accessed 02 March 2017 from: <https://www.handicap-international.org.uk/country/syria> Human Rights Watch. 2017. Human Rights Watch. Accessed 06 March 2017 from: <https://www.hrw.org/International> Medical Corps.