

جامعة الجزائر2 أبقالقاسم سعد الله  
كلية العلوم الاجتماعية  
قسم الأرتوفونيا  
الموضوع

دراسة جودة الحياة لمستأصلي الحنجرة الجزئي والكلبي

بأستخدام مقياس FACT H.N

A Study of the quality of life of partial and total  
laryngologists using a scale FACT H-N

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الأرتوفونيا  
تخصص الأرتوفونيا

تحت إشراف الأستاذة

د / يمينة بوسببة

إعداد الطالبة

صليحة بوبشطولة

اللجنة المناقشة:

رئيسا	الأستاذة: دماس منال
مقررا	الأستاذة: بوسببة يمينة
عضوا	الأستاذة: بن بوزيد مريم
عضوا	الأستاذة: عكرون سامية
عضوا	الأستاذة: مطرف وردة
عضوا	الأستاذة: زدام حدة

السنة الجامعية

2022 - 2021

## إهداء

الى ...من املي رضاه وغاياتي حبه ورجائي غفرانه الله رب العالمين  
ذو الخلق العظيم وأل بيته الطيبين الطاهرين محمد (صل الله عليه وسلم)  
الى من أرضعتني الحب والحنان الى رمز الحب وبلسم الشفاء الى القلب الناصع بالبياض والذتي  
الحبيبة

الى من جرع الكأس فارغا ليسقيني قطرة حب الى من كانت انامله ليقدّم لنا لحظات سعادة الى من  
حصد الأشواك عن دربي ليمهد لي طريق العلم الى القلب الكبير والدي العزيز  
الى القلوب الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة الى رباحين حياتي أخواتي وأخواني  
الى من ذكرهم قلبي ولم يذكرهم قلبي أهل العون والتشجيع في مسيرتي العلمية .  
إليكم جميعا أحبائي أهدي ثمار هذه الدراسة .

بوشطولة صليحة

شكر وتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم

(وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون )

صدق الله العظيم

الآية 5 سورة التوبة

الهي لا يطيب الليل الا بشكرك ولا يطيب النهار الا بطاعتك.... ولا تطيب اللحظات الا

بذكرك...ولا تطيب الجنة الا برؤيتك الله جل جلاله

نحمد الله عز وجل على أن وفقنا لإتمام هذه الدراسة حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه،

كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه ، وإني ياربي أقف بين يديك معترفا أنه لولاك ربي

ماحضت يدي حرفا واحدا ،فالحمد لك ربي على أنك واحد أحد.

أشكر كل من ساعدني على إنجاز هذه الدراسة وأخص بالذكر أستاذتي الفاضلة الدكتورة

بوسبته يمينة والتي كانت لتوجيهاتها المستمرة ومتابعتها الحريصة ولها الفضل في تحقيق هذا

العمل كما أشكر الاستاذة الدكتورة عكرون سامية على مساعدتها لي لإعداد المقياس

ونصائحها القيمة منذ بداية دراستي وأساتذتي الكرام السادة رئيس وأعضاء لجنة المناقشة على

تفضلهم بتكوين اللجنة .

كما لا أنسى كافة الأساتذة والمختصين الأرتو فونيين والزملاء والمرضى (مستأصلي الحنجرة

الجزئي والكلي) على تقبلهم والإسهام في هذه الدراسة ، الذين أعانوني من قريب ومن بعيد

بوشطولة صليحة

## فهرس المحتويات

إهداء

شكر و تقدير

ملخص الدراسة

فهرس الجداول.....	ا.....
فهرس الأشكال.....	ب.....
فهرس الملاحق.....	ج.....
مقدمة.....	1.....

### الجانب النظري

#### الفصل الأول: الإطار النظري ومفاهيم الدراسة

الإشكالية.....	1- 10.....
فرضيات الدراسة.....	2- 19.....
التحديد الإجرائي للمصطلحات.....	3- 20.....

#### الفصل الثاني: تشريح وفيزيولوجية الحنجرة

تمهيد.....	.....
تشريح الحنجرة.....	1- 23.....
التشخيص الإكلينيكي والوظيفي للإضطراب الصوتي.....	3- 32.....
تصنيف الإضطرابات الصوتية وأنواعها.....	4- 34.....
استئصال الحنجرة.....	5- 39.....
أسباب استئصال الحنجرة.....	6- 40.....
أنواع استئصال الحنجرة.....	7- 40.....
العلاج.....	8- 62.....
خلاصة الفصل.....	- 67.....

## الفصل الثالث جودة الحياة

تمهيد .....	68
1- مفهوم جودة الحياة.....	68
2- تعريف جودة الحياة .....	69
3- الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة.....	71
4- مقومات جودة الحياة .....	73
5- معوقات جودة الحياة .....	76
6- قياس جودة الحياة .....	77
7- مقاييس جودة الحياة .....	77
8- فوائد قياس جودة الحياة.....	80
خلاصة الفصل .....	82

## الجانب التطبيقي

### الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية لدراسة الميدانية

تمهيد .....	84
1- منهج الدراسة.....	84
2- الدراسة الاستطلاعية .....	86
3- مجموعة الدراسة .....	86
4- الأدوات المستخدمة في الدراسة.....	86
4-1 المقابلة .....	87
4-2 الاستبانة.....	87
4-3 مقياس FACT H.N النسخة الأصلية .....	89
4-4 وصف المقياس المقترح FACT H.N .....	90
4-5 وصف جلسات تطبيق المقياس FACT H.N بعد التعديل .....	90
4-6 كيفية تطبيق المقياس .....	91
5- الوسائل الإحصائية المستخدمة في الدراسة.....	91
6- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة .....	92

100.....	خلاصة الفصل
	<b>الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج في ظل الفرضيات</b>
102.....	1- عرض نتائج ومناقشة الفرضية الأولى
104.....	2- عرض نتائج ومناقشة الفرضية الثانية
108.....	3- عرض نتائج ومناقشة الفرضية الثالثة
113.....	4- عرض نتائج ومناقشة الفرضية الرابعة
114.....	5- عرض نتائج ومناقشة الفرضية الخامسة
116.....	6- عرض نتائج ومناقشة الفرضية السادسة
118.....	7- عرض نتائج ومناقشة الفرضية السابعة
121.....	الاستنتاج العام
124.....	الخاتمة
128.....	المراجع
.....	الملاحق

## قائمة الأشكال

الصفحة	رقم وعنوان الشكل
24	الشكل رقم (1) غضاريف الحنجرة.....
27	الشكل رقم (2) أغشية الحنجرة.....
29	الشكل رقم (3) أعصاب الحنجرة.....
36	الشكل رقم (4) العقيدة للأوتار الصوتية.....
37	الشكل رقم (5) السلالة المخاطية للوتر الصوتي.....
39	الشكل رقم (6) شلل العصب المنشال للوتر الصوتي.....
46	الشكل رقم (7) إستئصال الوتر الصوتي منظر علوي.....
47	الشكل رقم (8) إستئصال الوتر الصوتي منظر جانبي.....
48	الشكل رقم (9) إستئصال الوتر الصوتي الجبهي الجانبي.....
49	الشكل رقم (10) تابع إستئصال الوتر الصوتي الجبهي الجانبي.....
51	الشكل رقم (11) إستئصال الوتر الصوتي الجبهي الأمامي.....
52	الشكل رقم (12) إستئصال نصف حنجري فوق حلقي.....
54	الشكل رقم (13) إستئصال الفوق المزماري الممتد إلى الحلق.....
56	الشكل رقم (14) إستئصال الحلقة اللامية لسان المزمار مع تثبيتهم.....
57	الشكل رقم (15) إستئصال الحلقة اللامية مع تثبيتها.....
	الشكل رقم (16) نسب توزيع جودة الحياة في جانبه الإنفعالي بين مستأصلي الحنجرة
111	الجزئيا و كليا.....
	الشكل رقم (17) نسب توزيع جودة الحياة في جانبه العائلي الإجتماعي بين مستأصلي الحنجرة
111	الجزئيا و كليا.....
112	الشكل رقم (18) نسب توزيع جودة الحياة في جانبه المهني بين مستأصلي الحنجرة الجزئيا وكليا... 112
	الشكل رقم (19) نسب توزيع جودة الحياة لمتغير نوع الإستئصال بين مستأصلي الحنجرة
112	الجزئيا و كليا.....

## قائمة الجداول

رقم وعنوان الجدول	الصفحة
جدول رقم (01) أنواع الإستئصال الحنجرة الجزئي العمودي	45
جدول رقم (02) أنواع الإستئصال الحنجرة الجزئي العمودي	50
جدول رقم (03) أنواع الإستئصال الحنجرة الجزئي العمودي	53
جدول رقم (04) أنواع الإستئصال الحنجرة الجزئي الأفقي	55
جدول رقم (05) نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الإتساق الداخلي للبعد أو الجانب الذاتي ....	93
جدول رقم (06) نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الإتساق الداخلي للبعد أو الجانب الإنفعالي	95
جدول رقم (07) نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الإتساق الداخلي للبعد أو الجانب العائلي ...	96
جدول رقم (08) نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الإتساق الداخلي للبعد أو الجانب المهني ...	97
جدول رقم (09) نتائج حساب الثبات أبعاد مقياس جودة الحياة بإستخدام التجزئة والتصفية	99
جدول رقم (10) نتائج حساب الثبات أبعاد مقياس جودة الحياة بإستخدام طريقة ألفاكرونباخ	100
جدول رقم (11) نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في مستوى متوسط جودة الحياة في جوانبها بين المتوسط الافتراضي وعينة مستأصلي الحنجرة الجزئي ...	102
جدول رقم (12) نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في مستوى متوسط جودة الحياة في جوانبها بين المتوسط الافتراضي وعينة مستأصلي الحنجرة الكلي	105
جدول رقم (13) نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق في مستوى متوسط جودة الحياة بين مستأصلي الحنجرة الجزئي ومستأصلي الحنجرة الكلي	105
جدول رقم (14) نتائج تطبيق اختبار التحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في جودة الحياة حسب متغير نوع الإستئصال و متغير الجنس الحالة	108
جدول رقم (15) نتائج تطبيق اختبار التحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في جودة الحياة حسب متغير نوع الإستئصال و متغير الوضعية العائلية	113
جدول رقم (16) نتائج تطبيق اختبار التحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في جودة الحياة حسب متغير نوع الإستئصال و متغير المستوى التعليمي	115
جدول رقم (17) نتائج تطبيق اختبار التحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في جودة الحياة حسب متغير نوع الإستئصال و متغير المهنة	117

قائمة الملاحق

رقم وعنوان الملحق

الملحق رقم (1): مقياس FACT-H&N

الملحق رقم (2): مقياس جودة الحياة قبل التعديل

الملحق رقم (3): مقياس FACT H-N بعد التعديل

الملحق رقم (4): المخرجات الإحصائية صدق وثبات المقياس

الملحق رقم (5): نتائج المعالجة الإحصائية باستخدام برنامج SPSS

الملحق رقم (6): الفرضيات الخاصة بالمتغيرات الشخصية

الملحق رقم (7): البيانات الأولية للمرضى

## ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى تشخيص مستوى جودة الحياة لدى مستأصلي الحنجرة الجزئي والكلي بالوسط العيادي الجزائري (العاصمة، البلدية) من خلال أربعة أبعاد وهي الجانب الذاتي، والإنفعالي والجانب الاجتماعي والعائلي والجانب المهني، شملت الدراسة 29 حالة بالنسبة لمستأصلي الحنجرة الكلي تتكون من 15 رجلا و 5 نساء، أما فيما يخص مستأصلي الحنجرة الجزئي فخصت 9 حالات كلهم رجال، لتحقيق أهداف الدراسة أعدت الباحثة سلم لقياس جودة الحياة لدى مستأصلي الحنجرة الكلي والجزئي وكان موضوع دراسة إحصائية للتأكد من متوقعيته وفعاليتها (صدق وثباته) باستعمال معاملات الاتساق الداخلية (طريقة الفا كرونباخ) و الارتباط بين السلم الفرعي بالإضافة إلى مختلف الأساليب الإحصائية الآتية:

- معامل الارتباط سبيرمان - براون

- المتوسط الحسابي

- الانحراف المعياري

- اختبار (ت)، اختبار تحليل التباين (ف)، اختبار توكي .

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى جودة الحياة لمستأصلي الحنجرة الجزئي في جانبه الذاتي والإنفعالي والمهني منخفض أما الجانب العائلي مرتفعا، بينما نجد لدى مستأصلي الحنجرة الكلي الجانب الإنفعالي والمهني منخفض والجانب الذاتي متوسط أما الجانب العائلي مرتفع، ولا توجد فروق لمنغير الجنس في جودة الحياة فهي متساوية تقريبا، كذلك فيما يخص نوع الاستئصال ومتغير المستوى التعليمي وعند مختلف المهن .

## Résumé

L'étude actuelle vise à diagnostiquer la qualité de vie dans le milieu hospitalier Algérien (Alger centre –Blida), des laryngectomisés partiels et des laryngectomisés totaux à travers autre dimension à savoir le côté personnel, émotionnel, social et familial et le côté professionnel, l'échantillon de l'étude se compose de 29 cas de laryngectomisés totaux soit 15 hommes et 5 femmes, et concernant les laryngectomisés partiels 9 cas hommes, pour réaliser cette étude la chercheuse a élaboré une échelle de qualité de vie des laryngectomisés partiels et de laryngectomisés totaux et a fait l'objet d'une étude statistique pour la fiabilité et la validité de l'échelle avec l'utilisation des coefficients de cohérence interne (la méthode de Alpha cronbach), la corrélation entre les sous- échelles, en plus l'utilisation de multiples méthodes de tel que

- la corrélation de Spearman-Brown
- Moyenne arithmétique
- Test T-Test de Levene sur l'égalité des variances –Test Tukey
- Standard déviation -Alpha cronbach

Les résultats de l'étude ont démontré que le côté personnel, émotionnel et professionnel du niveau de la qualité de vie des laryngectomisés partiels est faible par rapport au côté familial. Cependant, le côté émotionnel et professionnel chez les laryngectomisés totaux est faible et le côté personnel est moyen : quant au côté familial, on constate qu'il est aussi élevé. Concernant la variable sexe dans la qualité de vie elle est presque égale de même pour le type de laryngectomie et pour la variable qualité d'éducation et chez les différentes professions.

**Abstract:**

The current study aims to diagnose the partial and total laryngectomized quality of life in Algerian hospital environment through other dimension such as personal emotional social , family and professional .

The study sample consists of 29 cases of total laryngectomized , 15 men and 5 women ,and 9 cas of partial laryngectomized , to achieve this study ,the researcher designed a partial and total laryngectomized quality of life scale and carried out a statistical study for the reliability and validity of this scale with the use of internal coherence coefficient alpha cronbach method ;correlation between sub- scales in addition to diverse methods such as :

-spearman-brown correlation

-arithmetic average

-test t –levene test or variance equality

-tukey test

-standard variation

-the study results show that partial laryngectomized quality of life in personal , emotional and professional is low compared with family side however the professional and emotional side of total laryngectomized is low and personal one is average and the family side is high .

Regarding the gender ,the quality of life is equal as in laryngectomy type ,education ,quality variable and in other professions.

مقدمة

ان جودة الحياة تمثل مفهوما واسعا يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية مرتبطة بالحالة الصحية، والحالة النفسية للفرد، ومدى الاستقلال الذي يتمتع به، والعلاقات الاجتماعية التي يكونها فضلا عن علاقاته بالبيئة التي يعيش فيها، فهي تلك الحالة من الصحة والسلامة والمعافاة البدنية والنفسية للفرد وتمتد لتشمل المشاعر الايجابية المتمثلة في الاحساس بالسعادة والرضا عن الذات، وعن الحياة والاستقلالية في اتخاذ القرارات وتسطير الأهداف التي تشبع حاجاته وتحقق طموحاته، إضافة إلى القدرة على مواجهة صعوبات الحياة ظهر مصطلح جودة الحياة في فترة الستينات في الدول الغربية في مجال السياسة والاقتصاد نتيجة لظهور حركات وتيارات اجتماعية رافضة للنظام السياسي والاقتصادي السائد الذي جعل من الدخل القومي، وزيادة الانتاج، وزيادة الاستهلاك مؤشر للنجاح ووسيلة لتحقيق الغاية النهائية للسياسات، سواء كانت تحقق نمو المجتمع أو تقدمه أو رفاهيته

أما في مجال الصحة برزت أهمية دراسة جودة الحياة نتيجة لتغير طبيعة الأمراض خلال النصف الثاني من القرن العشرين حيث تزايدت الأمراض التي تهدد حياة الانسان مثل مرض السرطان، ففي السابق دأب الأطباء على التركيز على علامات الأمراض وأعراضها بدل الإهتمام بمشاعر المريض ومعايشته للمرض ورغم أن المرض يشكل انكسارا حادا في صيرورة العافية لأن التعايش مع مرض خطير ليس سهلا لأن تفسيره من قبل المريض

مرادف للموت وعلى الرغم من احتمالات الشفاء الا ان تشخيص الإصابة بمرض مثل السرطان يرتبط غالبا بتوقعات الموت من قبل المريض وعائلته مما يفرض معاشا خاصا على كليهما يستدعي كذلك عناية واهتمام خاص كما لا يقتصر معاناة مريض السرطان على الالام الجسدية المزمنة الناجمة عن المرض في حد ذاته بل قد تتجم عن العلاج وما يرتبط به من تغييرات يواجهها المريض على أسلوب الحياة ، أو تخلفها الآثار الجانبية الناتجة عن العلاجات المختلفة على صورة الجسد والذات، ليس هذا فحسب وانما تتفاقم المعاناة النفسية التي قد تتجم عن المرض ومخاوف المرض التي تزيد بدورها من حدة المعاناة الجسدية

للمريض. (Weil et al,2001 ,pp75 77)

وبدخول التمانينات ظهرت مقاييس مخصصة لمرض السرطان. (Rizzo,2002,pp283,295)

فأصبحت جودة الحياة مقياسا أساسيا في علم الأورام، خاصة وأن متوسط العمر المتوقع للمرضى غالبا ما يكون محدودا في سرطان الأنف والحنجرة، بالإضافة إلى شعور المريض بالألم والتعب وزيادة قابلية الإصابة بالمرض فان سرطانات الأنف والحنجرة والعلاجات تضعف الوظائف الفيسيولوجية للفرد كالتنفس، والتغذية، البلع، وفقدان اللعاب بسبب الأشعة التي غيرت حاسة الذوق والرائحة، وغالبا ما يصاحب البلع الألم، فالأكل لم يعد متعة بالإضافة الى العلاج الكيميائي والاستئصال الجزئي والكلي لهياكل الحنجرة وهذا ما يؤدي بطبيعة الحال الى تغيرات في خصائص صوت المريض فان كل هذه الآثار الناجمة تؤثر في جودة الحياة يمكن ان تسبب عدم الراحة ومصدر قلق. (Babin,E,2009,p11)

فلقد بلغ معدل الإصابة بسرطان الحنجرة حسب الاحصائيات في الجزائر 4,4% في السنوات الأخيرة حسب أخصائين أذن أنف وحنجرة مع العلم أن معدل الإصابة بسرطان الحنجرة في الجزائر أعلى من المعدل المسجل في أوروبا و الذي يصل الى 3,3% مع العلم أن السرطان يرتبط ارتباطا وثيقا بالتدخين أو الاستهلاك المفرط للكحول، للإشارة فان الجزائر تسجل 40 ألف إصابة جديدة سنويا ويقتل هذا المرض أكثر من 50 مريضا يوميا ويشكل سرطان الرئة والحنجرة أعلى نسبة وفاة اذ يفوق معدل الإصابة به 3000 حالة حسب أرقام وزارة الصحة فيما ينتظر دورهم في العلاج بالأشعة ، ويؤكد رئيس الجمعية الجزائرية لطب الأورام الأستاذ كمال بوزيد أن عدد الإصابات بالسرطان بالجزائر مرشح للارتفاع خلال 10 سنوات المقبلة نتيجة شيخوخة السكان، كما أن ما يقارب 30 ألف مصاب بالسرطان محرومون من العلاج الإشعاعي ما يرجع معاودة المرض عندهم وبالتالي فان 9 آلاف مريض فقط يستفيدون من العلاج وهو ما سماه بالكارثة ، هذا وتعرف جراحة الأورام السرطانية في بلادنا تطورا كبيرا وليست أبدا ضمن المشاكل الذي يعاني منها المصابون غير أن العائق على مستوى المستشفيات يكمن في تهميش واهمال المرضى الذين يجرون الجراحة لدى العيادات الخاصة حيث يوضع هؤلاء في ذيل قائمة المستفيدين من العلاج الكيميائي والإشعاعي بينما تعطى

الأولوية داخل المستشفيات دون مراعاة لحالاتهم والأهم من ذلك أن استئصال الأورام السرطانية ينبغي أن يكون متبوعا بتلقي العلاج الإشعاعي والكيميائي في وقت محدد من الناحية الطبية وهذا غير مطبق في الجزائر حسب الدكتور مكراشي الحاجي مستشفى الجامعي البلدة 5 فيفري 2016 ([www.radioalgerie.dz](http://www.radioalgerie.dz))

فالتشخيص الصحيح للسرطان الحنجرة أمرا ضروري لعلاجه كما ينبغي وبفعالية لأن ذلك يتطلب نظام علاج خاص يشمل أسلوبا أحد أو أكثر من العلاج الإشعاعي والكيميائي ويعد تحديد الأهداف المنشودة من العلاج والرعاية من أولى الخطوات المهمة، في بعض الحالات تظهر الأعراض المبكرة للإصابة بسرطان الحنجرة مما يزيد من فرص الكشف المبكر عن المرض وبالتالي يتم علاجه بفعالية في بعض الأحيان يستدعي الأمر الى استئصال جزئي للحنجرة ولكن ما يؤسف له أن معظم هذه الأعراض السرطانية لا يتم تشخيصها الا في مرحلة متأخرة مما يزيد صعوبة معالجتها فالحل الوحيد هو استئصال الحنجرة بأكملها تجنباً لانتشار السرطان الى الرئة وأيضا من أجل انقاذ المريض من الموت، فكلما كان التشخيص صحيحا ومبكرا يساعد الى حد كبير في تحسين أوضاع المرضى الصحية.

تما تبني هذا المفهوم في مختلف التخصصات النفسية النظرية ومنها التطبيقية وكان علم النفس سبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الانسان بسبب تعدد مفهوم جودة الحياة و تنوع السياقات التي يستخدم فيها يتعين على الباحثين التحديد الدقيق لطبيعته و خصائصه في ضوء هدف البحث الذي يقومون به و عادة ما يتم تحديد جودة الحياة في ضوء بعدين أساسيين لكل منها مؤشرات معينة البعد الذاتي و البعد الموضوعي إلا أن غالبية الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة و يتضمن البعد الموضوعي لجودة الحياة مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة و القياس المباشر مثل أوضاع العمل ،مستوى الدخل ،المكانة الاجتماعية الاقتصادية و حجم المساندة المتاح من شبكة العلاقات الاجتماعية و مع ذلك تظهر نتائج البحوث أن التركيز على المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة لا يسهم إلا في جزء صغير من التباين في

التقديرات الكلية لجودة الحياة كما يبدو أن الارتباطات بين المؤشرات الذاتية و المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة كما تقاس الرفاهية الشخصية الرضا عن الحياة العامة ضعيفة و السعادة الشخصية

فبالتالي أصبح موضوع جودة الحياة أو جودة الصحة النفسية في السنوات الأخيرة بؤرة تركيز الكثير من البحوث و الدراسات في العلوم الطبيعية والإنسانية على سبيل المثال الصحة و الطب النفسي وهي واحدة من مجالات البحوث الأسرع نمو واهتماما في العالم، بعدما كان من اهتمام الفلاسفة والكتاب في هذا المضمار تشكل جودة الحياة لدى مريض السرطان أحد المحاور الرئيسية الذي تدور حوله البحوث المتعلقة بهذا المرض ، بسبب الآثار المترتبة عن المرض وعلاجاته على المريض والمكلفين برعايته ويعتبر السرطان من الأمراض الخطيرة الهامة التي تشغل بال الباحثين في جميع أنحاء العالم نظرا لازدياد معدل الإصابة به، يتضح من الدراسات التي تم عرضها جودة الحياة قدمت مساهمة فعالة في الأبحاث المتعلقة بالعناية بالمرضى.

(Berlim, et al, 2003,p249)

هذا في مجال علم النفس فكيف الأمر في ميدان الأرتوفونيا؟

أول من أشارت عن هذا المفهوم الدكتور بوسبته يمينة حول دور الأم لطفلها المصاب بالشق الحنكي في التكفل الأرتوفوني سنة 2006 كما استخدمت هذا المصطلح في أطروحة الدكتوراه حول الحبسة سنة 2007 حيث استمدت مشكلة بحثها من خلال الدراسات السابقة على سبيل المثال Strauss و فرقته نشرت سنة 1975 نظريته **ground theory** حيث اهتموا بالعمل على التأثير الشخصي والاجتماعي للأمراض المزمنة نذكر منهم شنايدر وكونراد سنة 1983 بحثهم كان حول الصرع أيضا بيندر 1988 عن مرض باركينسون ، مادونالد 1988 عن مرض السرطان أيضا كل من بيانغ 1997 ، ليون 1995 من خلال هذه الدراسات كان الهدف من الدراسة التي قامت بها الدكتورة هو كيف ينظر الشخص المصاب بالحبسة

لمرضه والتركيز على الجوانب المختلفة للحياة اليومية للمريض و كيف يعيش هؤلاء مع المرض وجهة نظرهم وأيضا من حولهم يقصد بذلك الأباء، الأزواج ، الأولاد.

كذلك تطرقت لموضوع جودة الحياة لأباء حاملين أطفالهم الزرع القوعي سنة 2008

تبقى الدراسات قليلة التي أجريت على جودة الحياة في ميدان علم الأرتوفونيا منذ نشأتها اهتمامها حول تقييم وتقويم الاضطرابات الأرتوفونية بحيث كانت متمركزة فقط على الجانب اللغوي وكل الجهود كانت منصبة حول الاسترجاع الصوتي واللغوي فقط (Lehuche) واستخدام تقنيات إعادة التأهيل الصوتي.

فلم تهتم بالجوانب الحياتية للمريض ومعايشته للمرض فقلة الدراسات في الأرتوفونيا كان الدافع من وراء هذه الدراسة التي تهدف الى تقييم جودة حياة مستأصل الحنجرة الجزئي والكلي ومصيره ومن تم تقييم أثر العملية الجراحية في جودة حياته لاسيما بعد تقديم نتائج دراستنا ، بالإضافة إجراء تحليل مفصل لتلك النتائج التي توصلنا إليها ومناقشتها وحدود عملنا في غياب المعطيات حول مصير مستأصلي الحنجرة الجزئي والكلي بصفة خاصة .

ففي هذه الدراسة تطرقت لحالات مستأصلي الحنجرة الجزئي والكلي ويجب إعداد المريض وأسرته قبل العملية الجراحية إعدادا جيدا والإجابة على مختلف الاستفسارات حول العملية والتغيرات التشريحية والوظيفية التي ستطرأ عليه وتقبل العلاج ضرورة لا جدال حول وجوبها لضمان تخفيف من حدة معاناة المريض والتقليل قدر الإمكان من فرص معاودة ظهور الورم بعد التعافي فاهم ما يشغل بال المريض هل سيصبح قادر على ممارسة حياته الطبيعية مرة أخرى كل هذه التساؤلات التي لاحظتها من خلال تجربتي أنا وزميلاتي في العمل مع هذه الحالات دفعتني لدراسة مستوى جودة الحياة لمستأصلي الحنجرة الجزئي و الكلي و الكشف عن الفروق في مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لنوع استئصال الحنجرة وأيضا الكشف عن الفروق في مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تبعا للجنس علاوة عن ذلك الكشف عن الفروق في مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تبعا للمستوى التعليمي والوضعية الاجتماعية، المهنة ، ومن هذا المنطلق فقد انصب

اهتمام الباحثة على دراسة هذا المفهوم ومدى ارتباطه بمرض خطير الا وهو سرطان الحنجرة .

ومن هنا يتضح أهمية الدراسة أهمية المتغيرات التي تناولتها اذ تسمح بفتح المجال أمام أهل الاختصاص ومواصلة البحث من خلال طرح تساؤلات وأبعاد جديدة تسمح لنا ببناء استراتيجيات تحسن جودة الحياة لدى مستأصلي الحنجرة الجزئي و الكلي مع المرض والعلاج الى جانب هذا من أجل إثراء البحوث العلمية والمكتبات لكل من المختصين والدارسين

تطرقنا في هذه الدراسة إلى جانب نظري لا يقل أهمية من الجانب التطبيقي، بحيث قمنا بشرح جميع نقاط الخاصة بالدراسة، ولهذا قمنا بتنظيم خطوات دراستنا والتي تحتوي على:  
-ضم الفصل الأول حيث تم تناول الجانب النظري للدراسة، إشكالية الدراسة والفرضيات التحديد الإجرائي للمصطلحات ونختم الفصل بخلاصة

-أما في الفصل الثاني خاص تشريح وفيزيولوجية الحنجرة وفيه تناولنا النقاط التالية:  
تشريح الحنجرة، وظائف الحنجرة، التشخيص الإكلينيكي والوظيفي، تصنيف الإضطرابات الصوتية، سرطان الحنجرة، تعريف استئصال الحنجرة، أسباب استئصال الحنجرة، أنواع استئصال الحنجرة، النتائج، ونختم الفصل بخلاصة.

-ثم الفصل الثالث فكان حول تعريف بجودة الحياة تحديد مفهوم جودة الحياة ، مقومات جودة الحياة، معوقات جودة الحياة، قياس جودة الحياة، فوائد قياس جودة الحياة ونختم الفصل بخلاصة.

أما الجانب التطبيقي فتضمن فصل بعنوان إجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، منهج الدراسة، عينة الدراسة، وأدوات الدراسة وكيفية تطبيقها، المعالجة الإحصائية وكذلك تضمن عرض ومناقشة نتائج الدراسة، استنتاج عام، الخاتمة

الفصل الأول :  
الإطار النظري للدراسة

## الإشكالية :

تعتبر الدراسات السابقة الركيزة الأساسية التي يعتمد عليها الباحث للوصول إلى مشكلة الدراسة وفيما يلي مجموعة من الدراسات البحثية والنماذج العلمية التي ارتبطت بهذا المفهوم للوقوف على أهم المشكلات والقضايا التي تناولتها تلك الدراسات والتعرف إلى الأساليب والإجراءات التي اتبعتها والنتائج التي توصلت لها هذه الدراسات.

وقد أشار Donavon سنة 1989 وزملاؤه في دراسة قياس جودة الحياة إلى نقص كبير في المعلومات المتعلقة بجودة الحياة من طرف الأطباء والنفسانيين كما أن المقاييس المفترض فيها قياس هذا المتغير تفتقر للشمولية المناسبة لخطورة المرض وتغلظه في جميع نواحي حياة المريض

هناك دراسة قام بها Mendlowicz سنة 1999 وآخرون هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على جودة الحياة التي استخدمت في الممارسة الطبية لتقدير آثارها على سير عمل مختلف الأمراض ومقارنة النتائج بين مختلف أساليب العلاج ، للوصول إلى رؤية متكاملة لجودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق لتكون مفيدة في وضع استراتيجيات للتعامل معها ،استخدم نموذج قصير لدراسة الحالة الصحية للتحقيق في درجة عدم علاج اضطرابات القلق والاكتئاب الشديد هذه الاضطرابات تحدث إما منفردة أو مجتمعة ، وانخفاض الأداء والرفاهية بين 637 من مرضى مركز الرعاية الصحية الأولية نتائج الدراسة تم التعرف على 319 مريضا كانت لديهم تلبية معيار تشخيص واحد أو أكثر من ستة اضطرابات القلق اضطرابات القلق العام ، رهاب بسيط ، رهاب إجتماعي ، واضطرابات الهلع أو خوف من الأماكن المكشوفة، واضطراب الوسواس القهري هذه المجموعة 137 مريض 43% لديهم اضطراب واحد، و182 مريض 57% وكان لديهم العديد من الاضطرابات .

-وقام Taphorn وزملاؤه سنة2000 بدراسة جودة الحياة لدى المصابين بأورام دماغية وذلك باستعمال استبانات متعددة مثل استبان جودة الحياة الخاص بالمصابين دماغيا ، وأكد الباحثون على أهمية الاستبان الذي أنشأته المنظمة الأوروبية لبحوث علاج السرطان وهو EORTEC QLQ-C30 وكذا التقييم الوظيفي لعلاج السرطان FACT ،حيث يركز هذا الأخير على المجالات النفسية والاجتماعية ، أكثر منه على الأعراض الطبية ولاحظ الباحثون أثر الجراحة والعلاج الاشعاعي على جودة الحياة وعلى الأداء المعرفي للمرضى وكذلك العلاج الكيميائي والعلاج التدعيمي .

-أكدت دراسة Bottomley سنة2002أهمية جودة الحياة لدى مرضى السرطان وضرورة تقييمها بصفة منتظمة ، غير أن عرفها بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة ،حيث أن هذا المفهوم أوسع من أبعاده الجسدية والصحية .(Bottomely,A,2002,p120,125)

قامت فرقة بحث تتكون من Marine Smadja, Tessier,Lise crevier Buchman

بدراسة جودة الحياة لمستأصلي اللسان glossectomie، في الفترة الممتدة ما بين2002 و2003شملت الدراسة على ستة عشرة مريضا خمسة نساء واحد عشرة رجلا تتراوح أعمارهم بين 26و82 سنة خضعوا لعملية جراحية فيما يخص أدوات الدراسة استخدم مقياس مثل Schiper Functional living index سنة 1984، وكذا مقياس الاتحاد الأوروبي Eortc ثم Fact ويوجد مماثل له باللغة الفرنسية.

Eortc، والذي أنشأ من طرف منظمة البحث والعلاج السرطان ،وهي منظمة عالمية أسست سنة1962وقاموا بتطويره سنة1983 من طرف الباحث A,Aronson واخرون ويوجد باللغة الفرنسية ويحتوي على مختلف الأبعاد منها الجانب البدني ،الجانب الانفعالي والاجتماعي والمعرفي والذي يضم عدة محاورمنها الأنشطة اليومية حالة التعب،الشعور بالغثيان والقيء ،الألم،ضيق في التنفس،الإرهاق، فقدان الشهية ،الإمساك ،الإسهال مشاكل مادية. و توصلت هذه الدراسة الى معرفة الصعوبات التي يواجهها المرضى وبذلك تمكنهم من متابعة المرضى كما أشارت هذه الدراسة ان جودة الحياة تقييمها يكون من خلال ادراك الفرد وتشمل الجانب

الذاتي والموضوعي فهي مفهوم مستمر وديناميكي بمختلف الأبعاد بالإضافة الى دور ثقافة الفرد والمجتمع أيضا العامل النفسي الوجداني والمرض ككل.

( Borel,M ,2005,p69,72,76)

أعد فوكس 2003 مقياسا لجودة الحياة لغرض تقييم تأثيرات العلاج والرعاية الصحية على جودة حياة الإنسان ، ومن تم بناء هذا المقياس الذي أطلق عليه مقياس جودة الحياة البسيط لفوكس وقد تم التحقق من خصائصه السكومترية ،حيث تم حساب الصدق العملي ، كما تم حساب المعاملات الارتباط بين درجات المفحوصين على المقياس ودرجاتهم على أربع مقاييس أخرى لجودة الحياة ، وكانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائيا كما تم حساب معامل الثبات كان مرتفع جدا .

قامت Nely و Martin's Dovalle سنة 2006 بدراسة جودة الحياة لدى 50 مصابا بالسرطان في احدى مستشفيات البرازيل مقارنة ب 70 شخصا من الأصحاء باستعمال whoqol Bref ولم تجد فروقا بين المجموعتين.

دراسة Demoncada وآخرون سنة 2006 هدفت إلى دراسة آثار العلاج السلوكي الإدراكي cognitive behavioral therapy وتنقيف المريض على المشاكل الشائعة (الاكتئاب القلق ،الألم ، وظائف الجسد ، وجودة الحياة )، على المرضى البالغين الناجين من السرطان عينة الدراسة تم البحث في الفترة من سنة 1993 حتى 2004 تأثيرات الفرد مقابل تدخلات المجموعة ومتابعة قصيرة أقل من 8 أشهر مقابل متابعة أكثر من 8 أشهر تم تسجيلها حجم العينة الدراسة كان 1492 شخص من الفئة العمرية من 18،84، منهم 790 تم اختيارهم بشكل عشوائي كمجموعة للتدخل و702 هي مجموعة التحكم نتائج الدراسة أن العلاج السلوكي الإدراكي يتراوح مع أربع جلسات أسبوعيا لمدة نصف ساعة إلى 55 جلسة لمدة ساعتين أسبوعيا لمدة ساعتين أسبوعيا وجلسات تنقيف المريض تراوحت من جلسة واحدة امتدت إلى 6 أسابيع بواقع ساعة الجلسة ، امتدت الجلسات من أسبوع إلى 14 شهر وذلك

حسب كل مريض كان فعال للمرض CBT كان فعال لمرضى الاكتئاب والقلق وكان (PE) أكثر شيوعا وفعالية للتعامل مع الألم.

أما Kreither وزملاؤه (2007) فيشرون الى تدني جودة الحياة لدى مرضى السرطان أكدته بحوث كثيرة ، غير أن الاختلافات بين المرضى في تقدير جودة حياتهم كبيرة ، ومرتبطة بزمن التشخيص و مرحلة المرض و موارد المريض الجسدية والنفسية والاجتماعية وطبيعة شخصيته واعراض المعاناة خاصة منها النفسية والروحية ، ويؤدي المرض وعلاجه الى جملة من المضاعفات تستمر في التأثير على حياة ربع المرضى حتى بعد مرور سنوات على التشخيص وانتهاء العلاج. (Kreither,Set al,pp329,341)

أما Mazanec وزملاؤه (2010) فتناولوا بالبحث العلاقة بين التفاؤل وجودة الحياة لدى المصابين بالسرطان، حديثي التشخيص وركزوا على الصحة لدى عينة من 163 مريضا، مرت 6 أشهر على تشخيصهم باستعمال بطارية مكونة من مقاييس اجتماعية ، ودلت النتائج على ارتباط التفاؤل بجودة الحياة وبالقلق والاكتئاب، ولم يكن التفاؤل عاملا تنبؤيا بجودة الحياة المرتبطة بالصحة، وارتبطت الوجدانات السالبة (القلق والاكتئاب) بانخفاض جودة الحياة. (Mazanec et al, 2010,pp235,243)

وقامت Yanez وزملاؤها سنة 2011 بمراجعة الدراسات التي تناولت جودة الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي لدى المريضات من أصل لاتيني في الولايات المتحدة الامريكية وتم اختبار 20 دراسة من بين 375 مقالا تم العثور عليها ، بعضها نوعي والآخر كمي وتم التركيز على الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية والجنسية لجودة الحياة، ودلت النتائج على انخفاض جودة الحياة النفسية لدى المريضات من أصل أوروبي مقارنة مع غيرهن وغياب التقييم المتعلق بالحياة الجنسية الا نادرا. (Yanez,et al 2002, ,pp120,125)

اما جراي وزملاؤه قاموا سنة 2011 بدراسة حول مرضى سرطان المستقيم والمعوي الغليظ على عينة من 496 مريضا تم تقييم جودة الحياة و الأداء الوظيفي والأداء المعرفي والعوامل الاجتماعية فتشير نتائج دراستهم الى أن جزءا من العوامل المرتبطة بجودة الحياة مثل التي

أشار اليها Kreither قابلة للتغيير مما تترتب عليه تحسين جودة الحياة لدى المرضى ، وظهر انخفاض في جودة الحياة لدى الاناث وأهم عوامل المتغيرة التعب والاكتئاب أما المتغيرات الثابتة مثل الجنس والسكن فلم تكن مؤثرة في جودة الحياة من حيث تفسيرها للتباين مركزين على أهمية دراستها وتحليلها. (Gray,et al, 2011,pp 1697,1703)

-قام حيدر نجاد وزملاؤه 2011 باستكشاف العوامل المؤثرة في جودة الحياة لدى المصابين بالسرطان تحت العلاج الكيميائي في ايران على عينة من 200 مريض باستعمال EORTC QLQ C30 ، وأشارت النتائج الى وجود ارتباط بين نوع السرطان وبين كل من شدة الألم والارهاق ، ولم ترتبط المتغيرات و العوامل الديموغرافية مثل السن ومستوى التعليم والوضع الاجتماعي والدخل بجودة الحياة كما ظهر 66% من العينة جودة الحياة مرضية

-استكشفت سلمان لوسي وزملاؤها سنة 2011 جودة الحياة لدى المرضى الذين وصلوا الى مراحل متأخرة من مرض السرطان مقارنة من الايدز وهم يتلقون علاجا تلطيفيا في جنوب افريقيا وأوغاندا وشملت العينة 285 مريضا متوسط أعمارهم 40 عاما ، منهم 197 مريضة كانت جودة الحياة المرضى الايدز أسوء من مثيلتها عند مرض السرطان .

-قام كل من costanzo وزملاؤه سنة 2012 باستكشاف استجابات المصابين بالسرطان للكروب والمنغصات اليومية وأثر ذلك على جودة حياتهم ، وشملت العينة 111 ماثلة من الأصحاء، وتم قياس ذلك وأظهرت النتائج مرونة كبيرة في مواجهة الكرب والضغوطات النفسية اليومية، غير أن الأثر السلبي على المزاج يشير الى أهمية التكفل النفسي بهؤلاء المرضى للتخفيف من الوجدانات السالبة لديهم.

-كما قام Braun وزملاؤه سنة 2012 باستكشاف دور جودة الحياة في مأل السرطان على عينة من 673 مصابا بسرطان البروستات ما بين 2001 و 2008 بالمنهج التتبعي ، باستعمال مقياس الاتحاد الأوروبي لجودة الحياة EORTC QLQ وكانت الأبعاد المنبئة بطول الحياة هي الجانب الجسدي والانفعالي والاجتماعي والشعور بالتعب والألم والأرق وفقدان

الشهية والامساك ، واستنتج الباحثون أن مستوى جودة الحياة في بداية المرض يمكن أن يستعمل كمؤشر على طول العمر في السرطان.

-أيضا قام عبد الله ومنصور (2012) بدراسة أثر العلاج الكيميائي على جودة الحياة لدى المصابين بابيضاض الدم المزمن على عينة من 130 مصابا واستعمل الباحثين نسخة مختصرة من مقياس جودة الحياة الخاص بمنظمة الاتحاد الأوروبي المتعلقة بالسرطان، وأظهرت الدراسة ارتباطا احصائيا دالا بين الجنس ومؤشر الحالة الزوجية والمهنية و مدة المرض تطور والأداء الوظيفي مع نوعية الحياة ولم يظهر هذا الارتباط مع العمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والاقتصادية .

-أما كل من أحمد جاسم وWithford قاما سنة 2013 بدراسة جودة الحياة لدى نساء البحرانيات المصابات بسرطان الثدي بتطبيق النسخة العربية Fortc QLQ على عينة من 337 مريضة نسبة المريضات اللاتي يتمتعن بنوعية الحياة مرتفعة 95% بمتوسط 63,5 % درجة على المقياس و كان الأداء هي الأعلى ب 77,5 بما كانت الوظيفة الوجدانية هي الأقل ب 63,4 وكذلك الأداء الجنسي ب 25,9 درجة ، بينما كان فقدان الشعر أكثر الأعراض الشعور بالتعب و الإرهاق.

بعد الاطلاع على عدة دراسات سابقة بهدف أن نجمع قدر الإمكان مجموعة من الدراسات السابقة التي تكون لها علاقة بصفة كلية أو حزئية بموضوع دراستنا الا أننا لم نجد أي دراسة تجمع متغيرات الموضوع بشكل واضح كما لم نجد أي دراسة تناولت هذا الموضوع بينما وجدنا بعض الدراسات مست بعض جوانب الدراسة المقدمة من طرف الباحثة.

يتضح من الدراسات التي تم عرضها وجود اشارة واضحة إلى أهمية قياس جودة الحياة في مجالات علم النفس المختلفة لعلم النفس دوره المهم في دراسة السلوك الإنساني أي ان تحقيق أو عدم تحقيق جودة البيئة المحيطة بالإنسان والخدمات التي تقدم له أي أن جودة السلوك الإنساني تسهم بدرجة كبيرة في تحقيق جودة الحياة كما حدد وجود أربعة أبعاد أساسية لجودة الحياة هي حاجات الفرد، والتوقعات بان هذه الحاجات خاصة بالمجتمع الذي يعيش فيه والمصادر

المتاحة لاشباع هذه الحاجات بصورة مقبولة اجتماعيا والنسيج البيئي المرتبط باشباع هذه الحاجات (Good,1994,p65)

انبعت مشكلة الدراسة الحالية من خلال الممارسة الميدانية وأيضا لزيارتها وملاحظة الباحثة لواقع حال مستأصل الحنجرة الجزئي والكلي لمكان تواجد هم بالخصوص في المستشفيات تبين اهتمام الأطباء على التركيز على علامات الأمراض وأعراضها بدل الإهتمام بالجانب معايشة للمرض ومعاونة المرض من مشاكل مختلفة مما أثار الرغبة لدراسة هذه المشكلة والوقوف على أسبابها ومحاولة إيجاد الحلول المناسبة.

وهذا ما قاد المجتمع العلمي إلى إدماج تجارب المريض في الممارسة السريرية لاسيما في إيطار العمليات الجراحية وأن يكون المريض في أفضل حال ، ومع ذلك تبقى الدراسات قليلة من خلال الاطلاع عليها لم تلقى اهتماما كبيرا على المستوى العربي بصفة عامة وعلى مجتمعنا بصفة خاصة حسب علم الباحثة حول جودة الحياة لمستأصلي الحنجرة الجزئي والكلي وأن الدافع من وراء دراستنا هو تقييم جودة حياة مستأصل الحنجرة الجزئي والكلي ومصيره وإحداث مقارنة بينهما من خلال هذا طرح

وعلى هذا الأساس تم اجراء هذه الدراسة من خلال الإجابة على جملة من التساؤلات التالية:

- ما مستوى جودة الحياة لمستأصلي الحنجرة الجزئي؟
- ما مستوى جودة الحياة لمستأصلي الحنجرة الكلي ؟
- هل توجد فروق دالة احصائيا في متوسط جودة الحياة بين مستأصلي الحنجرة الجزئي و مستأصلي الحنجرة الكلي؟
- هل توجد فروق دالة احصائيا في متوسط جودة الحياة تعزى لمتغير نوع الاستئصال (جزئي ، كلي ) ومتغير جنس الحالة ( ذكر ، أنثى ) ؟
- هل توجد فروق دالة احصائيا في متوسط جودة الحياة تعزى لمتغير نوع الاستئصال (جزئي ، كلي ) ومتغير المستوى التعليمي ؟

- هل توجد فروق دالة احصائيا في متوسط جودة الحياة تعزى لمتغير نوع الاستئصال (جزئي ، كلي ) ومتغير الوضعية العائلية ؟
- هل توجد فروق دالة احصائيا في متوسط جودة الحياة تعزى لمتغير نوع الاستئصال (جزئي ، كلي ) ومتغير نوع المهنة ؟

### فرضيات الدراسة:

- انطلاقا من أسئلة الإشكالية واعتمادا على الدراسات السابقة كما وردت في مضامينها تابعة لمتغيرات الدراسة تمكنت من صياغة الفرضيات التالية:
- الفرضية الأولى : مستوى جودة الحياة لمستأصلي الحنجرة الجزئي منخفض.
  - الفرضية الثانية: مستوى جودة الحياة لمستأصلي الحنجرة الكلي منخفض.
  - الفرضية الثالثة: لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسط جودة الحياة بين مستأصلي الحنجرة الجزئي و مستأصلي الحنجرة الكلي لصالح مستأصلي الحنجرة جزئيا.
  - الفرضية الرابعة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط جودة الحياة تعزى لمتغير نوع الاستئصال و متغير جنس الحالة (ذكر، أنثى).
  - الفرضية الخامسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط جودة الحياة تعزى لمتغير نوع الاستئصال (جزئي ، كلي) و متغير المستوى التعليمي.
  - الفرضية السادسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط جودة الحياة تعزى لمتغير نوع الاستئصال (جزئي ، كلي) و متغير الوضعية العائلية.
  - الفرضية السابعة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط جودة الحياة تعزى لمتغير نوع الاستئصال و متغير نوع المهنة.

**التحديد الإجرائي للمصطلحات :**

**1- جودة الحياة:** يعرفها Dodson بأنها الشعور الشخصي بالكفاءة وإجادة التعامل مع

التحديات، (Dodson,1994,P217)

وعرفها فيلس Felce ترتبط بالقيم الشخصية للفرد التي يحدد معتقداته حول كل ما يحيط به من متغيرات حياته وما تواجهه من مشكلات للسعي إلى تحقيق الرضى الذاتي.

(Felce,1997,P126,135)

**2- استئصال الحنجرة الجزئي:** يقوم الجراح باستئصال الجزء المصاب فقط من الحنجرة

والذي يحتوي على الورم.

**3- استئصال الحنجرة الكلي:** يقوم الجراح باستئصال الحنجرة بالكامل مع بعض الأنسجة

المجاورة وقد يتم استئصال بعض العقد اللمفاوية في المنطقة أيضاً. (محمد بن عبد الرحمن

العقيل،2013،ص 21).

يعمد الجراح خلالها لإجراء فتحة دائمة في مستوى الرقبة تسمى فغر الرغامى

(trachéostomie) تمكن المريض من التنفس باستخدام مجرى جديد لأن الهواء لم يعد يمر

عبر الفم أو الأنف. (Makitie,A et al,112)

**4-مقياس FACT H-N :**

التقييم الوظيفي للعلاج سرطان الرأس والرقبة.

évaluation fonctionnel de la thérapie du cancer tête et coup

# الفصل الثاني

## تشرح وفزيولوجية الحنجرة

تمهيد

1- تشرح الحنجرة

3-التشخيص الإكلينيكي والوظيفي للإضطراب الصوتي

4- أسباب الإضطرابات الصوتية وأنواعها

5- إستئصال الحنجرة

6- أسباب إستئصال الحنجرة

7-أنواع استئصال الحنجرة

8- العلاج

- خلاصة الفصل

**تمهيد:**

خص الله تعالى الإنسان بأروع آلة موسيقية وهي الحنجرة ويعتبر إصدار الصوت هو إحدى وظائف الحنجرة البشرية. الصوت هو المادة الخام التي تتكون منها أي لغة منطوقة للإنسان ووضوح هذا الصوت وصدوره بصورة طبيعية له أهميته في جعل اللغة مفهومة وتؤدي وظيفتها بالنسبة لمن يستخدمها. أما انعدام الصوت أو حدوث خلل فيؤدي بالإنسان إلى كثير من المشاكل في عملية التخاطب والاتصال بالآخرين عن طريق اللغة المنطوقة، ويتطلب بعض الشروط التشريحية والفيزيولوجية فالصوت عبارة عن مجرى هوائي يبدأ في الرئتين إلى الفم إلى مخرجه ولكن هذا المجرى الهوائي في مسيره من الرئة إلى الشفة يتكيف ويتحور ويتغير تبعاً لما يعترض سيره من حواجز وعقبات والتواءات تضعها في سيره كل الأوتار الصوتية ووصف أعضاء النطق و الحنجرة (فريجة ، 1973 ، ص40)

**1- تشريح الحنجرة :**

هي عضو دقيق و مركب يقع في المنطقة الوسطى للعنق يقع في مفترق المسارات عضو مهم لعملية التصويت وله دور أساسي لحماية المسارات الهوائية أثناء البلع ويتكون من جملة العضلات و الغضاريف تغطيها مخاطية، ترتبط هذه الغضاريف بروابط فالحنجرة تتموضع من الأعلى العظم اللامي و قاعدة اللسان فوق القسبة الهوائية.

(Buchman et al,1998,p19)

**1- الغضاريف:****1-1 الغضروف الحلقي Le cartilage cricoïde**

هو غضروف حلقي الشكل يشبه خاتم، وهذا الغضروف ضروري في عملية التنفس لأنه يحفظ ويتحكم ويبقى على الحنجرة في وضعية الانفتاح فالاحتفاظ به مهم جدا في العمليات الجراحية لمستأصلي الحنجرة الجزئي، فهذا الغضروف يعد قاعدة الحنجرة.

**2-1- الغضروفان الطرجهاليان Les deux cartilages aryténoïdes**

يتموضعان في الجهة الخلفية ويرتكزان على الحافة العلوية للغضروف الحلقي. وهما الغضروفان الوحيدان اللذان يحركان الأوتار الصوتية و كذلك يضمنان عمل الوظيفة الحنجرية الوحدة الحلقية الدرقية وحدة وظيفة للحنجرة والتي تعمل على الإنفتاح و الانغلاق و تشمل الغضروف الطرجهالي و حركاته الحلقية، العضلات الحلقية الطرجهالية الجانبية والخلفية، والعصب المنشال Le nerf récurrent يعمل على حركتها ، فيما يخص العمليات لاستئصال الحنجرة لابد من الاحتفاظ على الأقل بوحدة حلقية طرجهالية وظيفية

**3-1 الغضروف الدرقي : Le cartilage thyroïde**

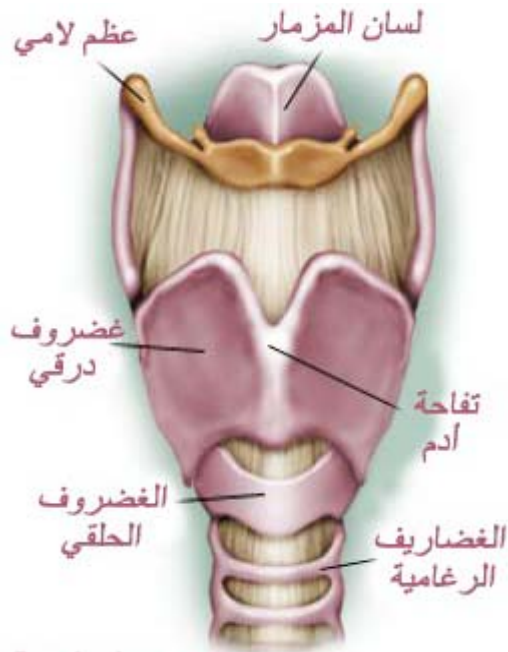
يتكون من جناحين يلتقيان في الجهة المقابلة و تدعى نتوء والتي تسمى بتفاحة آدم. و يمثل أيضا قرنان خلفيان أحدهما يتجه نحو الأعلى والآخر يتجه نحو الأسفل يتصل مع الغضروف الحلقي، مما يسمح بتأرجح الغضروف الحلقي على الغضروف الدرقي.

(Buchman ,et al,1998,p19)

#### 1-4لسان مزمار : L'épiglotte

هو غضروف وسطي أمامي على شكل مضرب و من الداخل نجد الغضروف الدرقي وهذا الغضروف يعلو الحنجرة و يسدها أثناء البلع. نجد هذه الغضاريف تتصل فيما بينها

بواسطة روابط - Des ligaments أنظر الشكل رقم (1) (Buchman,et al,1998, p20)



(Frank, H et al, 1955, P 77 )

#### 2-العضلات : Les muscles

عضلات الحنجرة نوعان: داخلية ، خارجية

- العضلات الداخلية التي تربط الغضاريف فيما بينها

- العضلات الخارجية والتي تربط الحنجرة بالأجزاء المجاورة لها.

1-2 العضلات الداخلية : عددها خمسة

1-1-2 العضلة - الدرقية الطرجهالية Le muscle Thyro-aryténoïdien

عضلة الوتر الصوتي ممتدة أفقياً بين الزاوية الأمامية للغضروف الدرقي للجهة المقابلة الأمامية و المجرى الصوتي للغضروف الطرجهالي من الجهة الخلفية، وتقلص الوتر مسؤول عن قصر و انفتاح الأوتار الصوتية الأوتار الصوتية تتحدد فيما بينها بحيز معين أثناء التنفس و شق أمامي خلفي أثناء التصويت هذا الحيز يسمى بغم الحنجرة أو المزمار .

### 2-1-2 العضلة الحلقية الطرجهالية الخلفية Crico-aryténoidien postérieur

ممتدة بين الحافة الخلفية للغضروف الحلقي الطرجهالي والفص الحلقي وتعتبر العضلة الوحيدة المبعدة للحنجرة والتي تسمح بانفتاح الطرجهاليان من أجل التنفس.

### 2-1-3 العضلة الحلقية الطرجهالية الجانبية Le muscle crico-aryténoidien

الممتد بين الجهة الجانبية للغضروف الطرجهالي والجهة الجانبية للفص الحلقي .مسؤولة عن اقتراب الأوتار الصوتية .

### 2-1-4 العضلة الطرجهالية الداخلية Le muscle inter-aryténoidien

تربط الغضروفان الطرجهاليان ، وهي فردية انقباضها مسؤول على اقتراب الغضروفان الطرجهاليان و الأوتار الصوتية.

### 2-1-5 العضلة الحلقية الدرقيّة : Le muscle crico-thyroidien

ممتدة بين الزاوية الأمامية للغضروف الدرقي والحافة العلوية للغضروف الحلقي . وتسمى أيضاً العضلة الشادة للوتر الصوتي انقباضها يسمح بتأرجح الغضروف الحلقي على الغضروف الدرقي ، حركة هذا التأرجح يمدد الأوتار الصوتية ويشارك في إرسال الأصوات الحادة .تعتبر الحنجرة كنظام انثناء صمام valve تضمن عمل الغلصمة الحنجرية من أجل حماية المسارات التنفسية والوحدة الحلقية الطرجهالية تعتبر عضو أساسي للغلصمة الحنجرية .فالجراحة الجزئية للحنجرة يجب أن تسمح بإعادة بناء الغلصمة من أجل البلع –

التنفس والتصويت. (Buchman, et al, 1998, p 20)

### 2-2 العضلات الخارجية للحنجرة :

تقع في الرقبة ، وتسمح هذه العضلات وتساعد الحنجرة في صعودها ونزولها من أجل

البلع والتصويت أنظر الشكل رقم (2) (Buchman,et al,1998 ,pp 21 , 22)



الشكل رقم (2) أغشية وأربطة الحنجرة

(Arenson, A,1983 , p11)

### 3-الأعصاب L'innervation

ترتكز على عصب واحد و هو : العصب الحائز Le nerf pneumogastrique

أو (Xe paire crânienne) هذا العصب ينقسم إلى فرعين مع مختلف الوظائف

3-1الفرع العلوي أو العصب الحنجري العلوي وهو حسي في كل من الطبقة المزمارية و

فوق المزمارية:

1- يسمح بتموضع الأكل لما يصل الطعام فوق المزمارية supralottique يكون منعكس

الانغلاق.

2- مبرمج على حماية المسارات الهوائية وهذا العصب هو محرك للعضلة الحلقية -  
الدرقية وشد ال وتر الصوتي.

2-3 الفرع السفلي أو العصب المنشال إلى الوراء وهو محرك لكل العضلات الداخلية  
للحنجرة وهو حسي لكل من الطبقة تحت المزمارية و القصبة الهوائية انظر الشكل رقم (3)  
(Buchman,et al,1998,pp 22 , 23 )

يمكن أن تمثل الحنجرة كبناء يتكون من ثلاث طبقات :

- الطبقة فوق المزمار L'étage supra glottique

تحتوي على التجاويف Cavités

من الأسفل إلى الأعلى نجد:

-البطينات Les ventricules de morgaagni

- الأشرطة الباطنية Les bandes ventriculaires

- لسان المزمار L'épiglotte

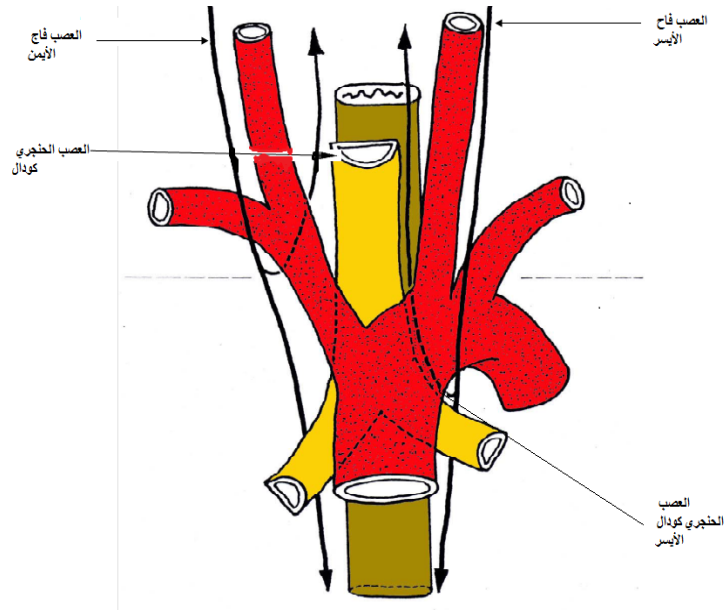
- تحت العظم اللامي Sous-hyoidienne

- الطبقة المزمارية L'étage glottique

- تحتوي على الأوتار الصوتية

- الطبقة تحت المزمارية L'étage sous glottique

تمتد من الجهة السفلية للأوتار الصوتية إلى القصبة الهوائية، تقابل الجهة الداخلية  
للغضروف الحلقي. (Chaffanjon,2012, p21)



شكل رقم (3): أعصاب الحنجرة

#### 4- وظائف الحنجرة:

لا يملك الإنسان عضوا مختصا بالكلام وحده ، وما نسميه أعضاء النطق أو الكلام ، قد تعدلت وظيفتها لهذا الغرض في فترة متأخرة من تاريخه ، أما وظيفتها الأساسية فهي حفظ حياة الإنسان ، ويتكون جهاز النطق الإنساني من ثلاثة أقسام رئيسية : 1-التنفس 2- البلع 3- الصوت.

##### 1/التنفس:

تتمثل الوظيفة الأساسية لهذا الجهاز في المحافظة على حياة الإنسان من خلال عملية تبادل الغازات داخل الجسم وخاصة إمداد هـ بالأوكسجين  $O_2$  و تخليصه من ثاني أكسيد الكربون  $CO_2$  ويتم ذلك عن طريق التنفس المستمر الذي يتضمن عمليات الشهيق والزفير التي يتراوح عددها ما بين 12-18 مرة في الدقيقة ، و تتم هذه العملية سواء في حالة يقظة الفرد أو نومه .(عبد العزيز السيد الشخص، 1997، ص63، 64)

- تحدث عملية التنفس على الوجه التالي:

-تقلص عضلة الحجاب فيقل تحديها ويتسع تجويف الصدر رأسيا .

- تنقل العضلات الرافعة للضلع فتنقسم الضلع المائلة وتدفع الفص إلى الأمام فينتسج تجويف الصدر من الأمام إلى الخلف وكذلك الجانبين . نتيجة للخطوتين السابقتين يتسع حجم التجويف الصدري فتتمدد الرئتان لئلا تتجوف الصدري المتسع مما يؤدي إلى زيادة حجم المواد داخل الرئتين فيقل ضغطه عن ضغط الهواء الخارجي فيندفع الهواء إلى الرئتين عبر الأنف ويملاً تجاويف الحويصلات الهوائية وبذلك تم عملية الشهيق تبسط عضلة الحجاب الحاجز فيرتفع ويعود إلى وضعه الأصلي كما ترتد الضلع إلى أسفل والفص إلى الوراء فيعود تجويف الصدر إلى حجمه الطبيعي و بذلك تعود الرئتان إلى حجمهما الأول فيقل حجم الهواء فيهما ويزيد ضغطه عن الهواء في الخارج فيندفع الهواء من الحويصلات الهوائية إلى الخارج و بذلك تم عملية الزفير (زهير الكرمي ، م صبياني ، ص 66 )

## 2/ البلع :

البلع يتحقق بنقل العناصر الغذائية من الفم إلى المعدة وبأمان لحماية المسارات الهوائية هذا الوصف الكلاسيكي لعملية البلع ، ويعتمد ذلك على قواعد تشريحية ودمج معطيات المراقبة العصبية للبلع التي تفصل بين مرحلة تحضير العنصر الغذائي ومرحلة النقل oropharyngien فيما يخص المرحلتين الأولى لعملية البلع فإن توزيع الثاني للأجزاء المختلفة لمراحل البلع تتوافق للواقع الإكلينيكي لصعوبة البلع مرحلة النقل ومرحلة تحضير يكون على مستوى الفيزيولوجي لمختلف أشكال أخذ و تحضير العنصر الغذائي الذي يكون متعلق بالجانب العصبي بالمراكز المختلفة مضغ، مص. مرحلة النقل هي ظاهرة تستمر في الزمن إضافة إلى المرحلة الفموية للنقل تكون وفق الجانب العصبي كمراقب آلي تكمن عملية البلع في مرور اللعاب و الطعام من الفم نحو المرئ ، وتتطلب هذه العملية حركة جيدة للمكونات الحنجرية من أجل حماية المسارات الهوائية ، كما تشمل أيضا على سلسلة من الأفعال الحسية و الحركية. (Buchman et al, 1998,p13)

**3/الصوت:**

إذا نظرنا إلى صوت الإنسان من زاوية نفسية تظهر لنا دلالات يحسها الإنسان فمن صوت المتحدث يمكنك أن تشعر به وأن تدرك فرحه أو حزنه أو مرضه أو صحته ومن الصوت أيضا يمكن أن تدرك مدى استقراره وثباته في موقفه ومدى اهتزازه وتوتره وعدم ثقته بنفسه أثناء الحديث كما يظهر من نبرة الصوت كبر المتحدث أو تواضعه وغضبه وخوفه واضطرابه. (محمد داود، 2001، ص 47)

**3- التشخيص الإكلينيكي والوظيفي للاضطراب الصوتي****1- تنظيم الأعضاء الصوتية:**

إن الفحص الحنجرة ضروري لإقامة تشخيص الاضطراب الصوتي إذ لا يمكننا أن نباشر أي علاج خاص ولا إعادة تأهيل الصوت بدون تنظيف حنجري خاصة إذا كان يتعلق بالسرطان ففي ما يخص سرطان الحنجرة لدينا جملة من الفحوصات تتم عن طريق مجموعة من التنظيرات. (Lehuche et al, 1990, p35)

**أ-التنظير الحنجري غير المباشر La laryngoscopie au miroir indirecte**

تم اكتشاف التنظير الحنجري الغير المباشر من طرف أستاذ الموسيقى manuel garçia سنة 1954 حيث استعمل مرآة الخاصة بطبيب الأسنان ووضعها في عمق الفم مستعينا بالأشعة الشمسية لرؤية الحنجرة فيطلب من الحالة التلفظ بحرف (é) فيرتفع كل من شرع الحنك والحنجرة يمكن للمريض رؤية أوتاره الصوتية فنجد أن للتنظير الحنجري الغير المباشر يمكننا من ملاحظة حركية الحنجرة خلال عملية التنفس والكلام و معرفة حالة الأوتار الصوتية بعد أربع سنوات من هذا الاكتشاف جاء C.zermack وطبق الفحص الإكلينيكي للحنجرة حيث أنه قام باستبدال أشعة الشمس بالضوء الاصطناعي (Lehuche et al,1990,p41)

**ب - Le fibroscope**

يوجد نوعان :

**1- Le fibroscope à endoscope buccal rigide**

هو عبارة عن أنبوب يحتوي على حزمة ليفية مغطاة بغلاف لين تعمل على تمرير الضوء من منبع خارجي فيوضع بصفة أفقية في فم المريض فيضيء بشكل عمودي نحو الأسفل لرؤية الحنجرة تتطلب هذه العملية أن يكون المريض في وضعية جلوس تحت تخدير خفيف للمنطقة شرع الحنك أمام الفاحص يمكن للفحص أن يستعمل كاميرا وهذا يسمح له برؤية الصورة على الشاشة وتسجيلها.

**2 - Le fibroscope à endoscope nasal à fibres souples**

تقام هذه العملية بإدخال أنبوب في التجويف الأنفي بعد تخدير موضعي يسمح هذا الإختبار بدراسة السلوك الحنجري أثناء الصوت الكلامي أو الصوت الغنائي.  
(Le .huche et al,1990, pp42,43)

**3-التنظير : L'endoscopie****1 -التنظير الدومي : La stroboscopie****2 -التنظير المباشر : La laryngoscopie direct****1-التنظير الدومي : La stroboscopie**

على مستوى الأبحاث فان الاختبار stroboscopique يسمح بتمييز حركة الإهتزاز الجانبي لوتر الصوتي لحركة التموج الغلاف المخاطي المنتشر من الأسفل إلى الأعلى ابتداء من فوق المزمار إلى غاية البطين هذا الإختبار يسمح بتقييم :

1- نوعية إحتكاك الأوتار الصوتية والمكان الحالي لوجود خلل على هذا المستوى.

2- غياب حركية الإهتزاز و التموج.

3- تضخم الإهتزاز الجانبي

## 4- نوعية تموج المخاطية

## 2- التنظير المباشر : La laryngoscopie directe en suspension

إن الفحص المباشر يجرى في قاعة للعمليات من أجل إجراء تخدير عام أو موضعي حتى يتسنى للفاحص من ملاحظة مباشرة الحنجرة (Lehuche et al, 1990 , pp 44, 45).

## 3- الخزع : la biopsie

إذا لاحظ الطبيب شيئاً غير طبيعي أثناء الفحص بالتناظر laryngoscopie يستطيع أخذ عدة عينات للنسيج من أجل فحصه بالميكروسكوب ، هذه المرحلة تسمى biopsie فهي أساسية حتى يتمكن ويتأكد من التشخيص السرطان إذا كانت هناك خلايا سرطانية وبعد ذلك يجب الإسراع في تحديده. ( Société canadienne du cancer ,2013 ,P5 )

## 4- أسباب الاضطرابات الصوتية وأنواعها :

من بين تصنيفات اضطرابات الصوت تصنيف (Lehuche) اذ يصنفها الى بحات من أصل عضوي (Dysphonies d'organe organique) و بحات وظيفية (dysphonies dysfonctionnelles) ومنها المعقدة وذات الطابع الخاص (Lehuche,1989,p203) أما (Dejonckere) فيصنفها الى بحات عضوية (dysphonie dysorganique) و بحات وظيفية و بحات ذات طابع متعارض (dysphonie de caractère ambivalent) (Dejonckere,1980,p88)

## أ- اضطرابات الصوت العضوية:

وهي اضطرابات تمس الجهاز الصوتي وحسب "دوجنكير" تكون على مستوى الحنجرة ، أو على مستوى الجهاز التنفسي أو على مستوى التجاويف الرنانة (Estien,1991,p11) فالاضطرابات الحنجرية أسبابها صدمية وتكون اما خارجية مثل الغازات والأبخرة السامة واما كسور في الطرجهال (Arytenoide) او تغيرات مواضعه وقد تكون داخلية ترجع لأسباب التهابية معدية حادة أو التهابية معدية مزمنة وقد تعود أيضا لأسباب ورمية وهي على شكلين خبيثة وبسيطة .وتؤثر هذه الإصابات على التصويت العادي بتشويه الأطراف الحرة

للأوتار الصوتية وعرقلة الغلق التام لها واختلاف ثقل الأوتار الصوتية .هناك أيضا أسباب عصبية تؤدي الى شلل احد الأوتار الصوتية الذي يظهر بنقص حركته عند التنظير الحنجري المباشر أو شلل كلا الوترين، أما وضعيات توقف الحركة فتختلف بحسب كل حالة، فقد تكون في حالة التصاق او انفصال أوفي وضعية بينية، ويمكن للشلل أن يكون ثنائي الجانب. وتوجد أسباب هرمونية خاصة بالهرمونات الجنسية وأهمها اضطراب صوت المراهق لكنه قد يكون راجع لأسباب وظيفية. (Jackson,1940,p39)

قد تكون اضطرابات الصوت العضوية في الأصل اضطرابات تنفسية مثل اضطرابات الرغامي وشعب القصيبات الرئوية بحيث تؤثر على التصويت اذ تشكل عرقلة لآلية التنفس العادي وتؤدي الى حالات التهابية على مستوى الحنجرة فالاضطراب الرئوي الورمي قد يؤدي مثلا من حيث هو عرض أولي الى شلل حنجري لإصابة العصب المنثني الى الوراثة على مستوى الصدر واضطراب واضطراب عضلات التنفس يسبب كل أنواع الشلل . (Lehuche,1990,p74)

وتعود اضطرابات الصوت في حالات أخرى الى التجاوب الرنانة ، فهناك أمراض معدية والتهابية تؤثر على الحنجرة كالتهاب غشاء الأنف المخاطي (Ibid, ,p74)

### ب- اضطرابات صوتية وظيفية:

يعني اضطرابات خصائص الصوت مع غياب الاضطرابات التشريحية من حيث كونها سببا أوليا ، ووجود اضطرابات المقوية العضلية على مستوى الجهاز الصوتي . (jackson,1940,p,39)

وحسب Lehuche الاضطراب الصوتي يفهم بوضوح بأخذ ثلاثة مفاهيم بعين الاعتبار هي الحلقة المفرغة للاجهاد الصوتي والعوامل المشجعة والعوامل المساعدة.

(Lehuche,1990,p75)

**1- الحلقة المفرغة للإجهاد الصوتي :**

الوقوع في الحلقة المفرغة للإجهاد الصوتي يبدأ بالإحساس باضطراب خفيف للصوت، ثم محاولة التعويض أكثر على الصوت، بأثير العوامل المشجعة وبالتالي الاجهاد، وهذا تخفيض الصوت وانقاص الشدة وأحيانا تتطور الحلقة المفرغة للاجهاد الصوتي الى اضطراب صوتي معتبر كغياب الصوت وأهم ما تتميز به اختلال الهيئة العامة، أي غياب العمودية وانقباض العضلات أو تصلبها مثل الخاصة بالحنجرة والعضلات المشاركة في الكلام وأحيانا حتى الأطراف العليا واصابة الحنجرة كالتهاب مخاطية الحنجرة وكذلك اضطراب الصوت. (Tarneaud,1953,p203)

**2-العوامل المشجعة:**

هي الاحداث التي تظهر بمناسبة الحلقة المفرغة للإجهاد الصوتي وتكون أما عضوية واما تنفسية مثل بعض إصابات الأذن والأنف والحنجرة والسعال والتعب العام والعوامل النفسية كالصددمات النفسية والحوادث المهنية والعائلية والعاطفية وكل التغيرات التي تطرأ على البطن. (Lehuche,1990,p77)

**3-العوامل المساعدة:**

ان العوامل المشجعة وحدها غير كافية للتسبب في الحلقة المفرغة للإجهاد الصوتي، اذ لابد من أرضية مكونة من خصوصيات الفرد ونمط معيشتة، وهذه هي العوامل المساعدة مثل الخصائص النفسية الصعبة، كمواقف الصرع النفسي الدائم ، والتسمم الكحولي والتبغى واصابات الأذن والأنف والحنجرة وعجز المراقبة السمعية الصوتية واستعمال تقنية صوتية سيئة والتعرض للأبخرة والغبار، ووجود شخص عاجزا سمعيا وهذا يتطلب دون قصد جهودا صوتية لإسماعه وأخيرا أمراض رئوية كالسل (Lehuche,1990,p78)

**ج-اضطرابات الصوت الوظيفية المعقدة:**

مثلما أشار Tarneaud و Lehucho في كثير من الأحيان الى أن الحلقة المفرغة للاجهاد الصوتي قد تؤدي الى إصابة حنجرية أو ما يسمى بالمرض الحنجري الوظيفي، واضطرابات الصوت الوظيفية هي...اصابات مخاطية للوتر الصوتي الناتجة عن سلوك صوتي سيئ (Lehucho,1990,p78)

وعلاجها عادة ما يكون طبيا أو جراحيا دون اهمال إعادة التأهيل الصوتي لاضطراب الصوت الوظيفي الأصلي. (Tarneaud,1953,p210)

ومن بين الأنواع الشائعة لهذه الاضطرابات :

**أ-العقيدة للأوتار الصوتية Le nodule:**

هي انتفاخ في المخاطية يقع على الثلث الأمامي للطرف الحر للوتر الصوتي أو كليهما، يبدأ عند الشخص المصاب باضطراب الصوت الوظيفي من قبل لمدة ثلاثة أشهر أو سنوات ثم يتطور تدريجيا نحو الخطورة. (Vallancien,1965,pp123,124)

تحدث نتيجة كثرة استخدام الصوت، و تظهر على شكل عقيدة صغيرة وناعمة على الحافة لكلا الوترين الصوتيين تتكون من نسيج ليفي مغطى. أنظر الشكل رقم (4)

. (Corbiere .et al ,2001,p40)



الشكل رقم (4) العقيدة للأوتار الصوتية

(Corbiere.et al ,2001,p40)

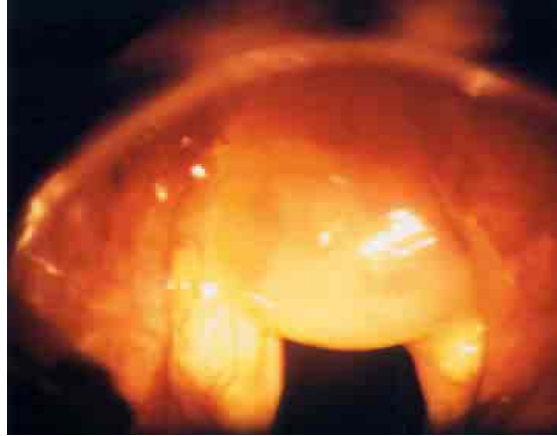
## ب - السلالة المخاطية للوتر الصوتي: Le polype

هي شبه ورم بسيط للوتر الصوتي يبدأ ظهورها بمضايقة صوتية هامة ومفاجئة ، تكون دائما بعد اجهاد صوتي شديد يأتي في ظروف خاصة كالتهاب المسارات الهوائية العليا أو مواقف نفسية صعبة، ان السلالة المخاطية تظهر خاصة في حالة العوامل المشجعة البارزة مثل الالتهاب الحنجري بسبب ارتفاع صوتي حاد (صراخ ، صياح) أو نزلة برد أو سعال وتظهر في حالة العوامل المساعدة الهامة الخاصة الضرورية المهنية والاجتماعية للكلام .

(Vallancien, 1965, p125)

ان المضايقة الصوتية الوظيفية تزداد في الغالب تدريجيا، ويصبح الصوت صعبا ويزداد حجم السلالة مع كل مرحلة اجهاد صوتي، هذا الارتفاع في الحجم يزداد لحظات يظهر فيها الصوت واضحا مجهورا ويغيب خاصة أثناء الكلام عن همومه (Ibid, p168)

فغياب الصوت عند لووش واضطرابه ناتج عن الكف ويشرح ذلك بطريقة مبسطة ومقبولة من قبل المفحوص، أما أسباب الكف الصوتي فهي الانفعال القوي فالقلق يشد الحنجرة ويعيقها عن الإنتاج الصوتي، والصوت يترجم الانفعال ،ولما يكون الشخص منفعا يظهر ذلك في غياب المراقبة أو الإنتاج الصوتي ،أحيانا لأنه يريد الإفصاح عن بعض الأشياء مثلا وقد ينتج عن الخوف من استعمال الصوت بصفة مكثفة عند الأشخاص المصابين باضطرابات حنجرية، خاصة عند مختصي الصوت لذا يخاف من المستمعين أن يحكموا عليه أو على شخصه من خلال صوته، وبالتالي يضطرب فيغيب الصوت ، وقد يكون الاضطراب خوفا من الشفاء المفاجئ، وذلك لوجود أسباب نفسية قوية تمنعه من العودة الى الحياة العادية بعودة الصوت ، فقد يكون الاضطراب الصوتي أو غيابه نوعا من الهروب أنظر الشكل رقم (5)



الشكل رقم (5) السلالة المخاطية للوتر الصوتي

(Corbiere.et al ,2001,p40)

### تصنيف الصوت المرضي:

ويقسم أغلب باحثي الطب الصوتي الاضطرابات الصوتية الى التي ترجع الى زيادة الحضرية العضلية أو نقصها .

أ-الاضطرابات الصوتية الراجعة الى الزيادة في الحضرية العضلية (hyper kinetique)

1-الصوت الأجهش: تكثر هذه البحة في سن الطفولة لأسباب عديدة كتقليد الأصوات بعنف

والبكاء المستمر، وقد تستمر هذه البحة حتى سن الرشد ونلخصها في الجدول التالي :

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
الصوت الأجهش	-الأوتار الصوتية سليمة	-الشدة: قوية جدا
	-الأوتار الصوتية ذات لون أبيض وأحيانا وردي وهي منتفخة	-الارتفاع: منخفض
	نوعا ما	-الطابع: أبح éraillé

3- **السلالة المخاطية:** وهي تظهر عند الذين يجهدون صوتهم ويتكلمون كثيرا وباستمرار وفي ظروف سيئة وقد نجدها عند الأفراد الذين لديهم اضطراب وظيفي لمدة طويلة.

(Dinville,1989,p45)

ونلخصها في الجدول التالي :

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
السلالة المخاطية	-الأوتار الصوتية لا تلتقي جيدا وهذا ما يسمح بتسرب الهواء -وجود انتفاخ في الثلث الداخلي والثلث الوسطي للوتر الصوتي. -توجد في كل وتر صوتي ولكن بتساوي	-الشدة: قوية -الارتفاع: منخفض -الطابع: محجوب وهمسي نوعا ما

3- **القلب البطني: ventriculaire. Eversion** وهو ناتج عن التهابات حنجرية وتنتخلص فيمايلي:

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
القلب البطني	-لون الأشرطة البطنية حمراء،متقاربة بكثرة - وجود انتفاخ فوق المنطقة البلعومية للوتر	-الشدة: قوية -الارتفاع: منخفض -الطابع: أجش

4- **البحّة التشنجية:** وتتمثل في صعوبة تصويتية هامة، تظهرعلى شكل تشنج أعضاء التصويت والتنفس. وفي البداية تظهر بطريقة مرحلية في وسط أواخر الجملة ثم تصبح دائمة ومتكررة. وهذه البحة صعبة في إعادة التأهيل (Ibid,p42)

ونلخص مظاهرها في الجدول التالي:

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
البحّة التنجبية	-اثناء التصويت نلاحظ تشنجات تنفسية تعطي للصوت طابع غير منتظم - تشنجات حنجرية تعطي صوت مخنوق étranglée	-الشدة: منخفضة ومحدودة -الارتفاع: مرتفع -الطابع: همسي وخامد etouffe

5-الانتفاخ المغزلي: وهو ارتجاج يظهر على مستوى الغضروف الطرجهالي وهذا بسبب الجهد الصوتي، كتناول الكحول والتدخين أو مرض عام مثل الزكام وكثيرا ما يظهر في العادة الشهرية عند المرأة وأحيانا هذا الانتفاخ المغزلي يتحدد على الطرف الحر للوتر الصوتي. (Lehuche,1989,p80)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
الانتفاخ المغزلي	-انتفاخ على مستوى المخاطية والأوتار الصوتية - تشنجات حنجرية تعطي صوت مخنوق étranglée	-الشدة: منخفضة ومحدودة -الارتفاع: مرتفع -الطابع: همسي وخامد etouffe

6- قرحة الالتماس:تظهر على مستوى قدم الوتر أو الوترين الصوتين والمصاب غالبا ما يكون رجلا في سن معين وناذرا ما يكون في سن معين وناذرا ما تكون امرأة التي تجهد حنجرتها والتي تتكلم بشدة قوية وبصورة مستمرة اذن فقرحة الالتماس هي افراط في حركة العضلات الخاصة بانتفاخ الغلصمة(Dinville,1989,p45)

وتتلخص فيما يلي :

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
قرحة الالتماس	- تعب والم اثناء التصويت - في التطير الحنجري نلاحظ قرحة على مستوى مخاطية الوتر الصوتي - لون الغضاريف:رمادي -الالتهاب الوتري يكون على شكل بثور Granulomme	-الشدة: قوية -الارتفاع: منخفض -الطابع: همسي

ب-الاضطرابات الصوتية الراجعة الى نقص في الحضربة العضلية:

وهي عديدة ونذكر منها مايلي:

أ-العقيدة: يمكن أن تكون نتيجة التجهيد الصوتي، أو التهاب مزمن هام أوفي غالب

الأحيان تكون نتيجة تطور السلالة المخاطية(Dinville,1989,p39)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
العقيدة	- صعوبة تصويتية وتنفسية أي عدم قيام الأوتار الصوتية بالوظيفة التصويتية والتنفسية بسهولة - شعور المريض بوخز picotement على مستوى الأوتار الصوتية	-الشدة: ضعيفة -الارتفاع: منخفض وقد يتطور الى غياب كلي للصوت -الطابع: أجش وهمسي ومحجوب

2- ثلم الوتر الصوتي :هو تشوه خلقي يوجد عند الأطفال الصغار، ويبقى الى الكبر حيث إصابات الصوت تصبح شديدة (Dinville,p45)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
ثلم الوتر الصوتي	-ظهور تشنج على طول الوتر أو الوترين الصوتيين	-الشدة: ضعيفة -الارتفاع: مرتفع -الطابع: غائب détimbré ومصحوب بتشنجات

3-تسنج وتحطب الأوتار الصوتية *Synéchies et Palmures des cordes vocales*

هو تشوه خلقي ولادي ناتج عن ندبة جرح ويشعر المريض بجهد وتعب كبيرين اثناء التصويت، ويكون هذا النوع من البحة مصحوبا أحيانا بصعوبة تنفسية (Dinville,1989,p43) و نلخص مظاهره فيمايلي:

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
تسنج وتحطب الأوتار الصوتية	-عدم اهتزاز الأوتار الصوتية على طولها -قيام الأشرطة البطنية بحمل الأوتار الصوتية ومساهمتها في التجهيد الصوتي	-الشدة: ضعيفة -الارتفاع: حاد غير مستقر -الطابع: أبح éraillé

4-الصوت المبجوح :يحدث نتيجة الحالة العامة السيئة وهي كثيرا ماتكون نتيجة أمراض رئوية أوالتهاب حنجري وهو يتطور من الصوت المبجوح الى غياب كلي للصوت ونلخصه فيما يلي :

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
الصوت المبجوح	- الأوتار الصوتية سليمة وذات لون أحمر - اهتزاز دومي للأوتار الصوتية - إحساس المريض بألم في المنطقة البلعومية الحنجرية	- الشدة: قوية - الارتفاع: منخفض - الطابع: أبح éraillé

### 5- التهاب الأوعية الحركية لأحدى الأوتار الصوتية La monocordite vaso-motrice

لاتأتي فجأة وإنما تكون ناتجة عن إصابة في الغدد أو اضطرابات هرمونية ، وهي متواجدة خاصة عند النساء في مرحلة العادة الشهرية وكذلك أثناء الحمل، ويمكن القول أنه التهاب محدود على وتر صوتي ويظهر بعد مدة من استعمال الصوت بشدة وأهم مظاهره العيادية مايلي:

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
الالتهاب الوعائي الحركي لأحدى الأوتار الصوتية	- في البداية الأوتار الصوتية تكون رمادية ثم ذات لون وردي ثم حمراء ونفس الشيء بالنسبة للغضاريف . - اهتزاز غير عادي أو غير متساوي للأوتار الصوتية شعور المريض بألم في الوتر الصوتي	- الشدة: ضعيفة - الارتفاع: منخفض - الطابع: همسي ومحجوب

6-**الفتحة البيضوية:** هو تشوه كما هو الحال في ثلم الوتر الصوتي، وفي هذا النوع من الاضطراب الصوتي لا يكون هناك احتكاك وتلاحم للأوتار الصوتية ومن أهم مظاهره مايلي:

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
الفتحة البيضوية	- عدم تلاحم واحتكاك الأوتار الصوتية	- الشدة: ضعيفة - الارتفاع: مرتفع - الطابع: صفيري soufflée

7- **الحث الحنجري: coup de fouet laryngé** هو نوع من الالتهاب الأحادي للأوتار الصوتية monocordite تظهر فجأة بعد جهد عنيف عند الأطفال الذين يتكلمون بجهد أو يكون باستمرار أو يصرخون بعنف أو عند المغنين غير المحترفين الذين يغنون لمدة طويلة ويرفعون أصواتهم بشدة قوية ويجهدون على النوتات الحادة وكثيرا ما تتطور الى عقيدة أو سلالة مخاطية ومن أهم مظاهره مايلي:

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
الحث الحنجري	- صعوبة اهتزاز الأوتار الصوتية - الأوتار الصوتية ذات لون أحمر - شعور المريض بألم في جهة من الحنجرة	- الشدة: ضعيفة - الارتفاع: منخفض - الطابع: أبج

8- **شلل وتری وحيد الجانب :** وهو كثير الانتشار عن الشلل الوتري الثنائي الجانب ، والشلل الوحيد الجانب يكثر في الجهة اليسرى لأن العصب هنا أطول بكثير من الأيمن ووضعية الوتر الصوتي المشلول لها أهمية كبيرة في استرجاع الصوت فإما تكون الوضعية وسطية واما ما بين وسطية ومن أهم مظاهره مايلي:

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
شلل وترى وحيد الجانب	- عدم اهتزاز الوتر الصوتي - اهتزاز وترى غيرمتساوي	- الشدة: قوية - الارتفاع: منخفض - الطابع: همسي صفيري

**9-البحّة النفسية :** تحدث فجأة ولأسباب متنوعة منها القلق الصوتي والصدمات النفسية، وقد تظهر بعد زكام بسيط أو مجهود صوتي أو بعد بحة مؤقتة ثم تصبح متكررة وقد تتطور الى غياب كل الصوت وخاصة عند النساء وتتخلص فيما يلي:

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
البحّة النفسية	- الأوتار الصوتية لاتؤدي وظيفتها و هي ذات لون أحمر وأشرطة بطنية تؤدي عمل الأوتار الصوتية	- الشدة: ضعيفة - الارتفاع: منخفض - الطابع: مبوح، همسي، و مكثف

**10-اضطراب البلوغ:**هو استمرارية للصوت الطفلي لدى مفاوص يتراوح سنه ما بين خمسة عشر وعشرون سنة ومن الناحية التشريحية والفيزيولوجية فان أعضاء التصويت والتنفس عادية وليس فيها خلل ، ولكن وضعية الحنجرة مرتفعة مقارنة بوضعية الحنجرة عند شخص عادي ويمكن أن يتميز بمايلي :

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
اضطراب البلوغ	- نلاحظ اضطرابات vaso- motrice للأوتار الصوتية -عدم توازن بين حنجرة الطفل وصدره كذلك بين الحنجرة والبلعوم وعدم التنسيق بين الحنجرة والقدرة التنفسية للطفل	- الشدة: ضعيفة - الارتفاع: مرتفع - الطابع: مزدوج الغنة bitonal وأبح

### 11- التهاب صندوق الحنجرة الطرجهال L'archrite crico-arytenoidienne

تظهر بعد أمراض معدية أو بعد زكام أو بعد تعب خاصة عند المغنين ويتلخص فيما يلي:

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
التهاب صندوق الحنجرة الطرجهالي	- حالة الاوتار الصوتية مصحوبة بفارق حنجري beance glottique لأن الوتر الصوتي المصاب أعلى من الوتر الصوتي السليم - لون الأوتار الصوتية وردي واهتزازها غير متساوي - الغضاريف لا تتحرك وكانها غير كاملة	- الشدة: ضعيفة - الارتفاع: منخفض - الطابع: مبحوح ومزدوج الغنة

### 12-الالتهابات الحنجرية الوظيفية:تأتي بعد التهاب الحنجرة وتوجد حساسية في الجهة

العلوية،وتحدث في كل سن خاصة عند الأطفال الذين يكون كثيرا والبائعون وكل من له وظيفة تتطلب الكلام الكثير وهي في الوقت نفسه بحة التهابية وظيفية (Vallancien,p51)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الصوتي
الالتهابات الحنجرية الوظيفية	- أوتار صوتية ذات لون وردي	- الشدة: ضعيفة - الارتفاع: منخفض - الطابع:مبحوح ويتطور الى غياب كلي للصوت

### 13- سرطان الحنجرة :

هونوع من السرطانات الظاهرية (des épithéliomas) باستطاعته الإستقرار على فتحة المزمار من الأسفل أو من الأعلى ،ويظهر في البداية على شكل بحة مستمرة مع عسر في التنفس ( dyspnée ) كما تكون هناك صعوبات خفيفة على مستوى البلع ،فإذا استمرت هذه الأعراض أكثر من 15 يوم يستلزم على المصاب إجراء فحص من طرف الأخصائي الذي يؤكد التشخيص . ( Domart , 1976 ,p16 )

أهم شيء أنه في بداية انتشاره و في مرحلة محددة الشفاء منه يكون عن طريق العملية الجراحية. فالورم يظهر أكثر عند الرجال في سن الخمسين لكن الأورام الحنجرية لشخص صغير أو امرأة يعتبرون حالات استثنائية ، في المرحلة المبكرة من الكشف سرطان الوتر الصوتي يظهر كبرعم (bourgeon) غير منتظم أو تقرح متمركز على الوتر، حركة الوتر الصوتي تكون قليلة في بعض الأحيان مما يسمح بالشك في التشخيص يصبح مؤكد عند اقتطاع نسيج حي (biopsie) لفحصه مجهرياً فالتنبؤ مفضل في هذه المرحلة لأن الاستئصال الجزئي العمودي يكون فيه الشفاء 80 خلال 5 سنوات وبدون العلاج ينتشر الورم بشكل سريع حتى يتعدى حدود الوتر الصوتي إما يمتد إلى المنطقة تحت المزمارية أو إلى الأشرطة الباطنية. (Legeth e al, 1975, p 210)

### 1- أسباب سرطان الحنجرة:

- التدخين ويعد السبب الأول الذي يؤدي إلى إصابة الحنجرة بورم وبالتالي نزعها، فالشخص الذي يتعاطى السجائر سنوات طويلة وبمعدل كبير في اليوم بحيث يستهلك علبة في اليوم خلال 2 سنتين أو ضعفها خلال 10 سنوات يكون معرضاً لسرطان وهذا ما اثبتته العلماء.
- الكحول بحيث يؤثر على الحنجرة ليس بتأثير التدخين لكنه عامل مؤهل ومسبب من خلال وجود مواد تجري في الدم، والدم يحملها إلى كل أعضاء الجسم وإلى الجهاز العصبي. (Portmannam et al, 1980, P505 )

### 2- أعراض سرطان الحنجرة:

- تعتمد أعراض سرطان الحنجرة بشكل رئيسي على حجم الورم وموقعه ، وتبدأ معظم سرطانات الحنجرة في الحبال الصوتية، وناذراً ما تكون هذه الأورام مؤلمة التي تغلو الحبال الصوتية إلى بروز كتلة في الرقبة (أرناؤوط ، ص 7، 2005 )

**البحة: dysphonie**

هي أول عرض أساسي لورم الحنجرة إذا استمرت البحة أكثر من 21 يوم عند شخص بالغ من العمر أكثر من 40 سنة، وهذا يستلزم فحص حنجري دقيق.

**إضطرابات البلع Dysphasie :**

المصاب يعاني من صعوبة البلع يظهر خاصة في حالة سرطان الحنجرة الجزئي.  
( Lehucho,1983,P7)

**- إضطرابات في التنفس:**

يشعر المصاب بصعوبة التنفس أو الإختناق، وهو يسبب الإنسداد الذي يحد الورم خاصة إذا انتشر على مستوى أعضاء التنفس.

- الإحساس بجسم غريب Sensation de coups étrangers

- سعال ، بصق مصاحب بدم Toux crachat hémoptoique

- الغدد اللمفاوية العنقية Aderopaunies cervicale

- ألآم على مستوى الأذن Masse cervicale (Aronson,1975,P177)

**5-استئصال الحنجرة**

استئصال الحنجرة غالبا تجرى هذه الجراحة في حال وجود سرطان في الحنجرة يلزمه التدخل الجراحي لإزالة الحنجرة وتعتبر إحدى العمليات الكبرى التي تحتاج لتخدير كلي للمريض قبل المباشرة بها وقد تحتاج هذه العملية من 5 إلى 9 ساعات تقريبا , أثناء عملية الإستئصال يقوم الجراح بشق فتحة العنق واستئصال الحنجرة بالأكمل ويتطلب هذا العمل ثقب صغير في منطقة الرقبة يتم إغلاقه بمواد مخصصة.

(القاموس الطبي. [https://www. Webteb.com//traitmemt/](https://www.Webteb.com//traitmemt/))

**6-أسباب الإستئصال الحنجرة:**

للحنجرة وظيفة خاصة بها تتمثل في التصويت ، لهذا كل الأمراض التي تصيب هذا العضو تؤثر بشكل واضح على الصوت، والسرطان واحد من الأمراض هي أول عرض أساسي لورم الحنجرة، إذا استمرت البحة أكثر من 21 يوم عند شخص بالغ من العمر أكثر من 40 سنة، وهذا يستلزم فحص حنجري دقيق.

الخطيرة التي تصاب بها الحنجرة والتي يمكن أن تؤدي إلى استئصال جزئي أو كلي لها حينما يتعلق الأمر بالحياة أو الموت .وحسب دليل الصحة الطبي جاء فيه: "استطعنا تحديد العوامل التي أدت إلى إصابة القناة الهضمية العليا بالسرطان هي الكحول، التسمم التدخين وتعفن الأسنان ". كل التمرکزات الورمية يمكن أن نجدها في البلعوم والحنجرة كما نجدها عند الرجال ما بين 50-70 سنة وسرطان الحنجرة يتجلى في البداية ببحة ، ولكن إذا لم يستفسر عن هذه البحة ويمكن أن يتطور الأمر إلى صعوبة في التنفس مع ضرورة وجود خزع رغامي مستعجل. وعلاج سرطان الحنجرة هنا يكون إما بالأشعة ، العملية الجراحية أو الاثنين معا. (Belouin et al, 1978 ,p151)

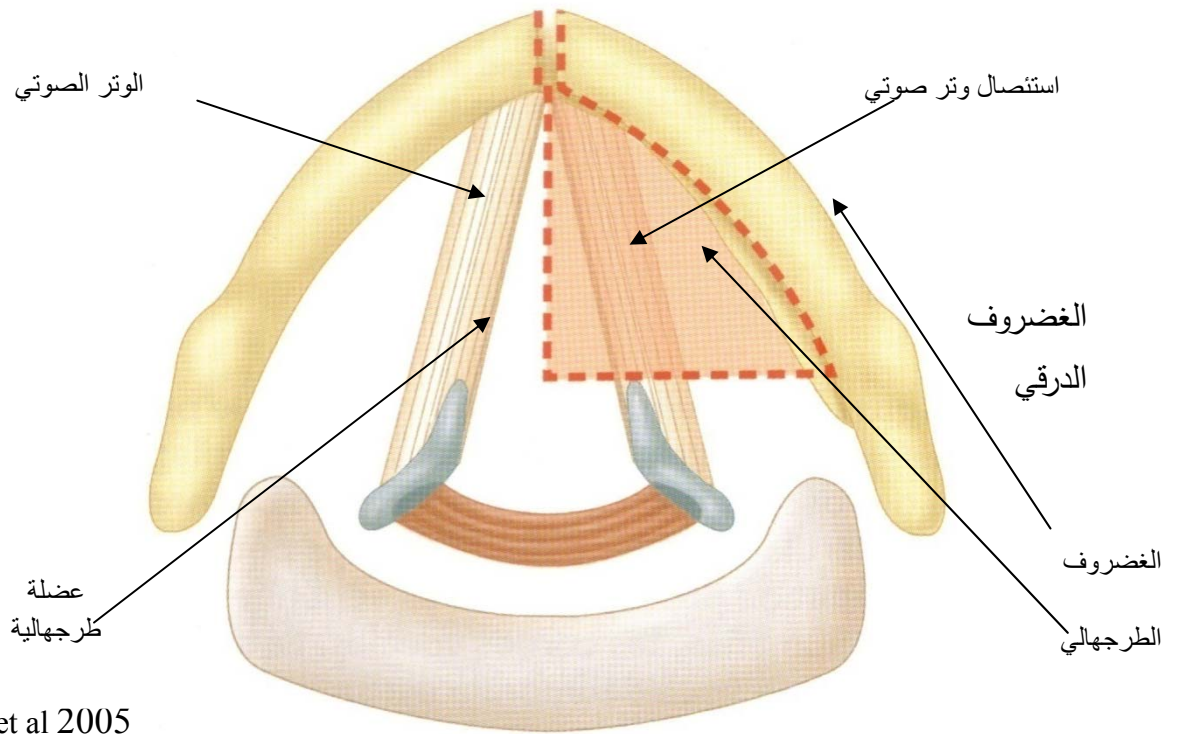
**7-أنواع الإستئصال الحنجرة:**

**7-1 الإستئصال الحنجرة الجزئي:** نقوم بهذا الاستئصال في حالات أين تجاوزت الإصابة استئصال وتر واحد وأين الاستئصال الحنجري الكلي ليس بعد ، وهذا الاستئصال يسمح بالاحتفاظ بوظيفة التصويت وبوظيفة التنفس وبنجز عن هذا الاستئصال الحنجري خزع رغامي مع فتح مؤقت للقنوات الهوائية على مستوى القصبة مع تركيب قنية مؤقتة أمام فوهة الخزع الرغامي حيث يتم انتزاعها بمجرد أن تصبح غير ضرورية لكن قبل ذلك لا بد دائما من القيام بفحص حنجري من قبل الجراح لملاحظة إذا ما التنفس عادي وإذا استرجعت الحنجرة وظيفتها بصفة شبه عادية وإذا ما اكتسبت الحركات الوظيفية اللازمة خاصة التنفس عن طريق القناة العليا. (Dubreuil 1987,p260)

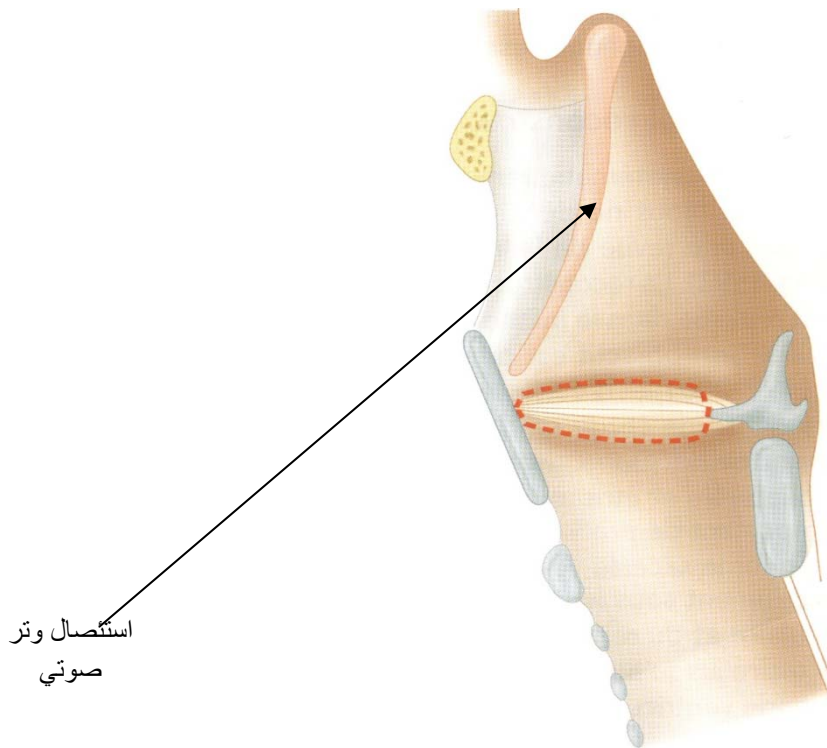
- يبين الجدول رقم(1) أنواع الإستئصال الحنجرة العمودي

الناتج	الأعضاء المتبقية	الأعضاء المستأصلة	أنواع الإستئصال الحنجرة الجزئي العمودي
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تغيير طفيف على مستوى الغلصمة</li> <li>- عدم وجود خزع رغامي .</li> <li>- canule de trachéotomie-</li> <li>- عدم وجود sonde naso gastrique</li> <li>- عدم وجود اضطرابات في البلع .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- الطبقة فوق المزمارية .</li> <li>- أشرطة باطنية لسان امزمار.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- وتر صوتي .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-استئصال الوتر الصوتي</li> <li>منظر علوي</li> <li>cordoctomie</li> <li>أنظر الشكل رقم (7)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تغيير طفيف في الغلصمة .</li> <li>- عدم وجود خزع رغامي .</li> <li>- عدم وجود sonde nasogastrique</li> <li>- عدم وجود اضطرابات في البلع.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- جزء من الوتر الصوتي</li> <li>Controlatérale</li> <li>- الغضروفان الطرجهاليان -</li> <li>-الأشرطة الباطنية</li> <li>- لسان المزمار .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- وترصوتي، تمتد -</li> <li>الإصابة إلى الغضروفان</li> <li>الطرجهاليان القسم</li> <li>الأمامي مع جزء</li> <li>الغضروف الدرقي الثالث</li> <li>الأمامي للوتر الصوتي</li> <li>Controlatérale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-استئصال الوتر الصوتي الجبهي</li> <li>جانبي</li> <li>Frontolaterale</li> <li>أنظر الشكل رقم (9)</li> </ul>

(Buchman et al ,1998,pp24,25)

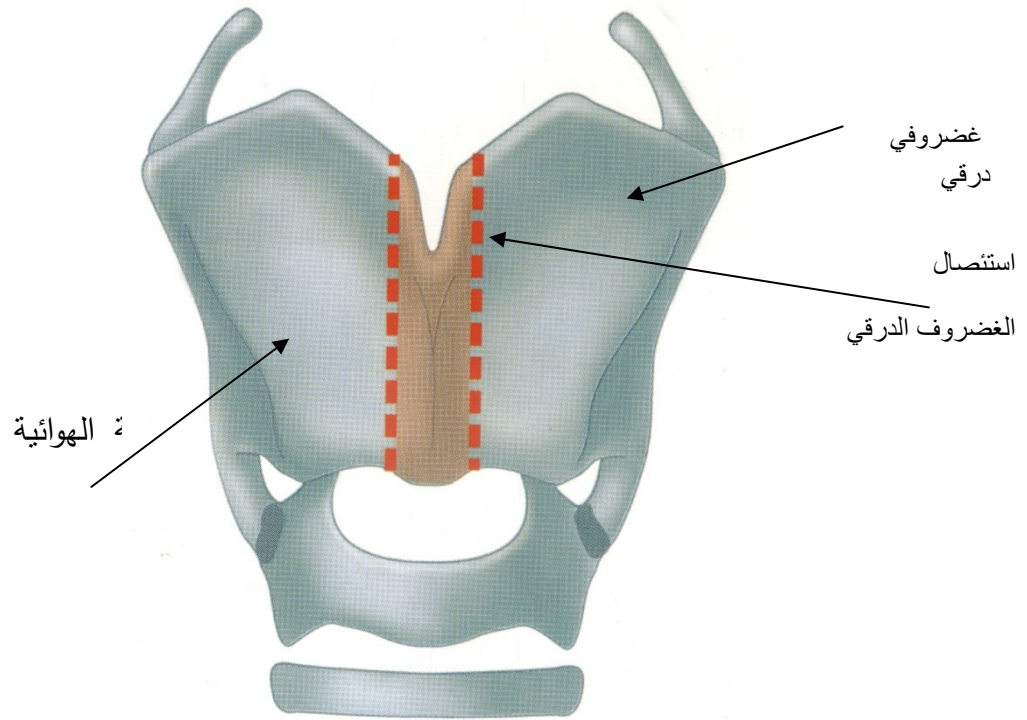


(Brasnu et al 2005)



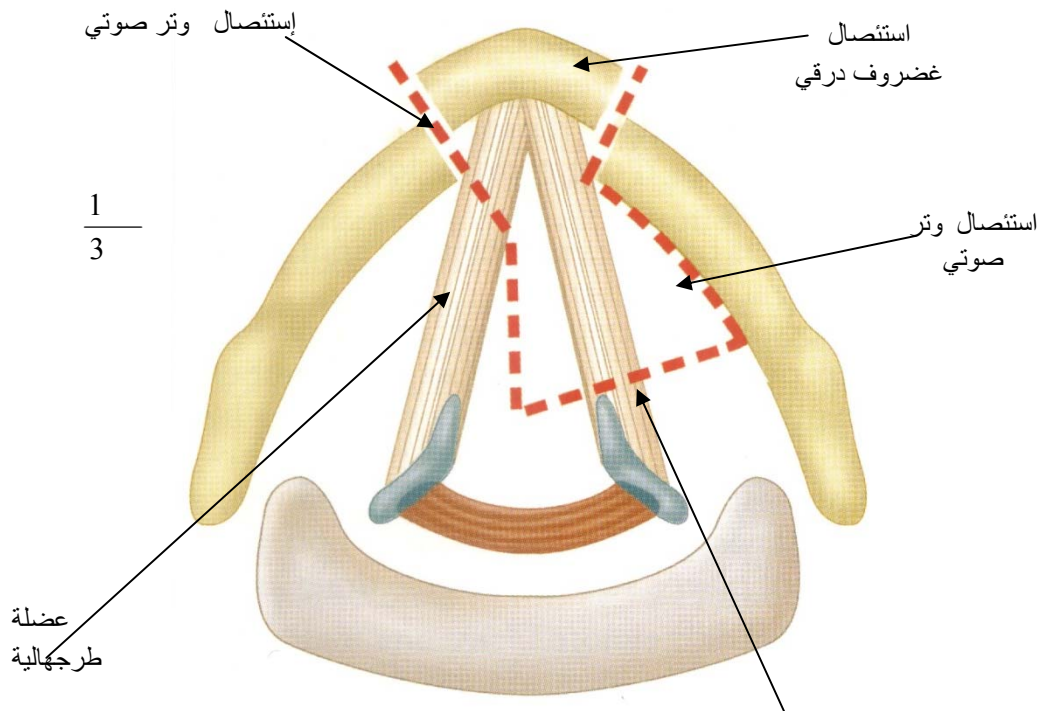
تابع للشكل رقم (8) استئصال الوتر الصوتي منظر جانبي

(Brasnu et al 2005, PP65,78)



الشكل رقم (9) استئصال الجبهي الجانبي

(Brasnu et al 2005, P 65)



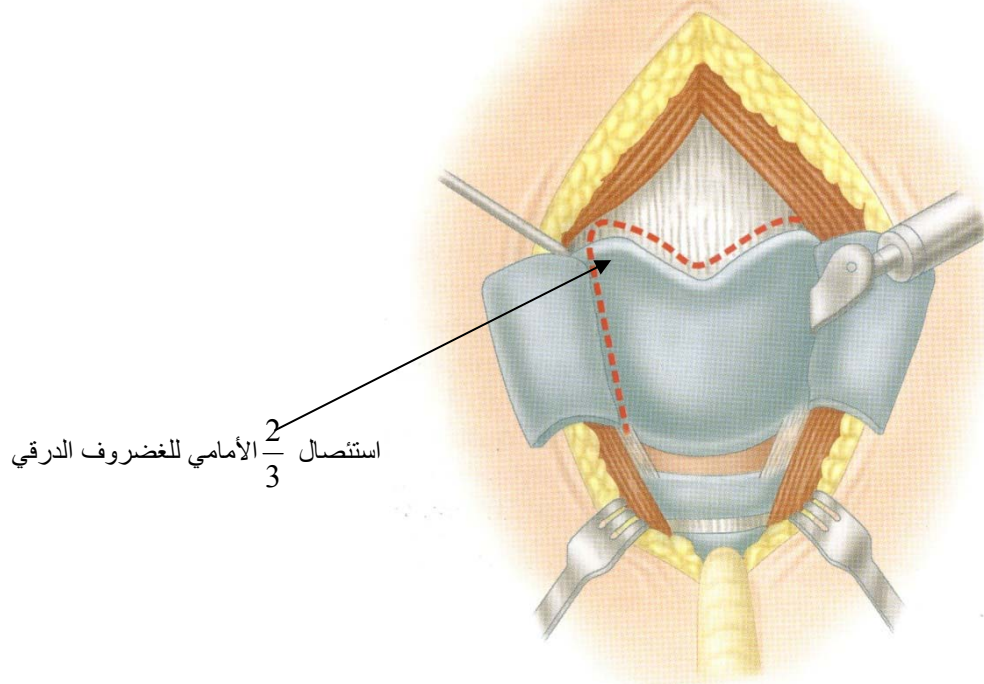
تابع للشكل رقم (10) استئصال الجبهي الجانبي

(Brasnu et al 2005, p65)

-يبين الجدول رقم (2) أنواع الإستئصال الحنجرة الجزئي العمودي

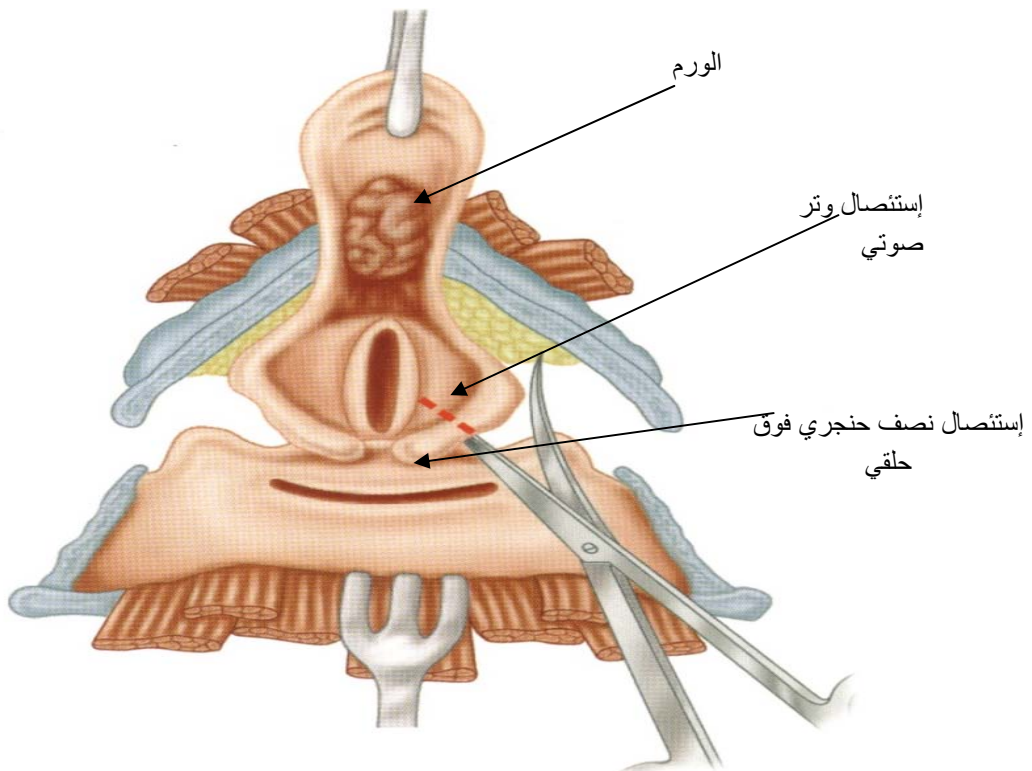
النتائج	الأعضاء المتبقية	الأعضاء المستأصلة	أنواع الإستئصال الحنجرة الجزئي العمودي
<p>- وجود Sonde naso gastrique</p> <p>- إصابة في الغلصمة الحنجرية Sphincter laryngé</p>	<p>- الغضروف الحلقى لسان المزمار واحد أو اثنين من الغضروفين الطرفاليين الثلث 1/3 الخلفي للجناحين الدرقيين</p>	<p>- أحيانا غضروف طرفهالي - الثلثين الأمامي للغضروف الدرقي 2/3</p>	<p>الجبهي الأمامي Epiglottoplasty ou intervention du kambic –tucker</p> <p>أنظر الشكل رقم(11)</p>
<p>- خزع رغامي Sonde naso_gastrique وجود</p> <p>- إصابة في الغلصمة الحنجرية - بتر العصب الخنجري العلوي</p>	<p>- النصف الآخر للحنجرة - الجهة الخلفية للحلق</p>	<p>- نصف الحنجرة - نصف الخلق - لسان المزمار - وتر صوتي - طرفهالي واحد جناح درقي</p>	<p>استئصال نصف حنجري فوق حلقي L'hémilarynx-gopharygectomie supracricoidienne</p> <p>أنظر الشكل رقم(13)</p>

(Buchman et al, 1988,pp28,29)



الشكل رقم (11) استئصال الجبهي الأمامي

(Brasnu et al 2005,p68)



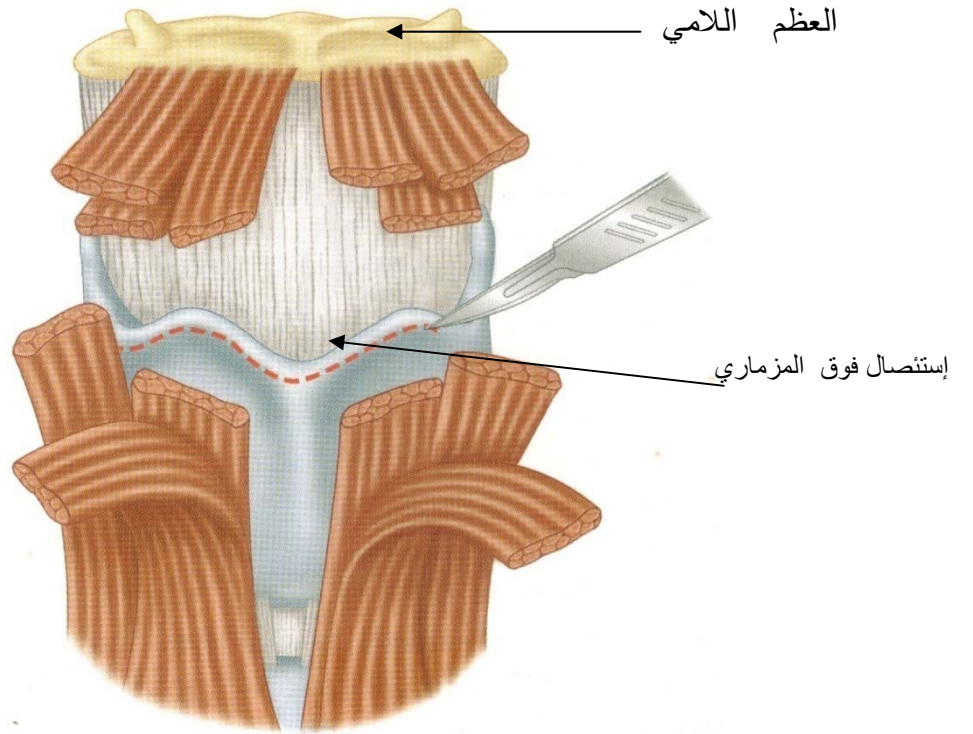
الشكل رقم (12) استئصال نصف حنجري فوق حلقي

(Brasnu et al, 2005, P 112)

-يبين الجدول رقم(3) أنواع الإستئصال الحنجرة الجزئي العمودي

النتائج	الأعضاء المتبقية	الأعضاء المستأصلة	أنواع الإستئصال الحنجرة الجزئي العمودي
<p>- خزع رغامي</p> <p>- وجود Sonde naso-gastrique</p> <p>- إضطرابات البلع قليلة لأنه أحدث تغير خفيف في الغلصمة.</p> <p>- وجود Sonde naso-gastrique</p> <p>اضطراب في وظيفة اللسان لما إستئصال - يكون :</p> <p>- في قاعدة اللسان</p> <p>- إستئصال العصب الحنجري العلوي .</p> <p>- فقدان منعكس البلع</p> <p>- إضطراب الحساسية</p>	<p>-الوترين الصوتيين.</p> <p>-غضروفان الطرجهاليين</p> <p>2 /3 الخلفي للغضروف الدرقي</p> <p>-الوترين الصوتيين.</p> <p>-الطرجهالي أوإعادة إستئصال جزئي أو كلي لطرجهالي واحد2/3 الخلفي للغضروف الدرقي</p>	<p>ثلث العلوي للغضروف الدرقي لسان المزمار .</p> <p>2/3 الأماميين للأشرطة الباطنية.</p> <p>-تمتد العملية من العظم اللامي إلى قاعدة اللسان</p>	<p>-فوق المزماري الممتد إلى الحلق أو إلى قاعدة اللسان</p> <p><b>Supra-glottique</b></p> <p>أنظر الشكل رقم (13)</p>

(Buchman et al , 1998 , pp28,29)



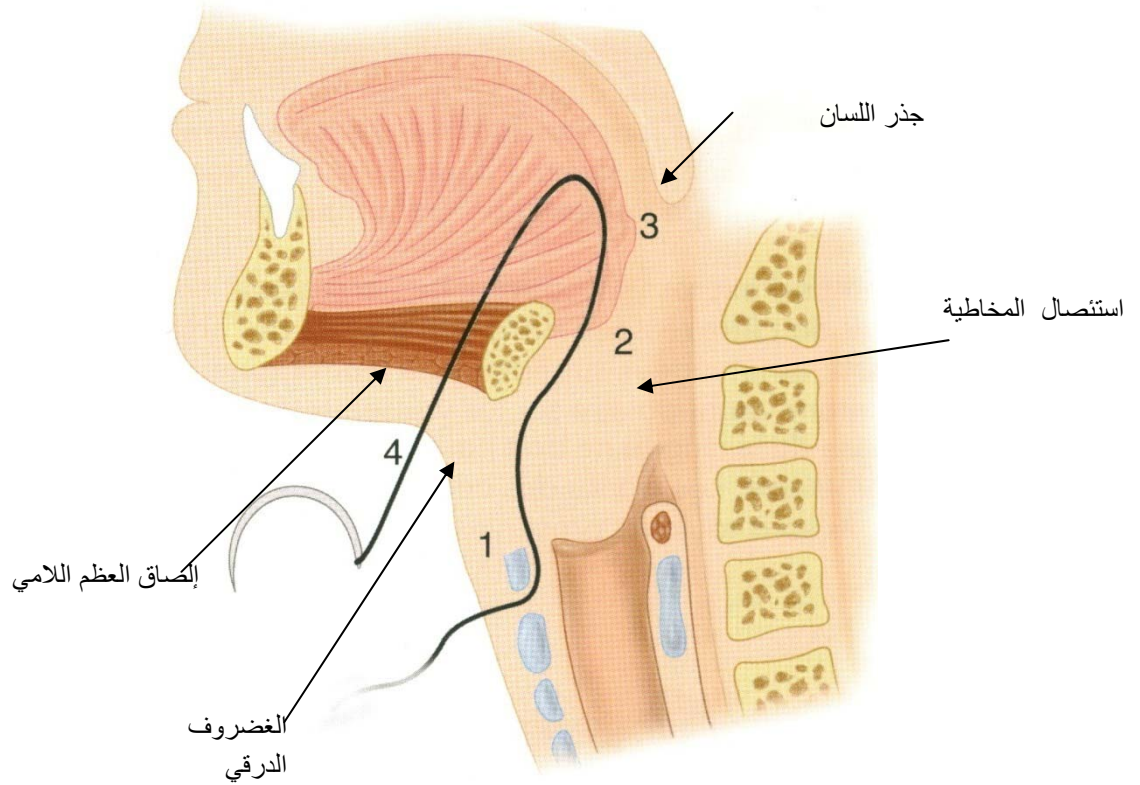
الشكل رقم (13) استئصال فوق المزماري الممتد إلى الحلق

(Brasnu et al,2005,p 82)

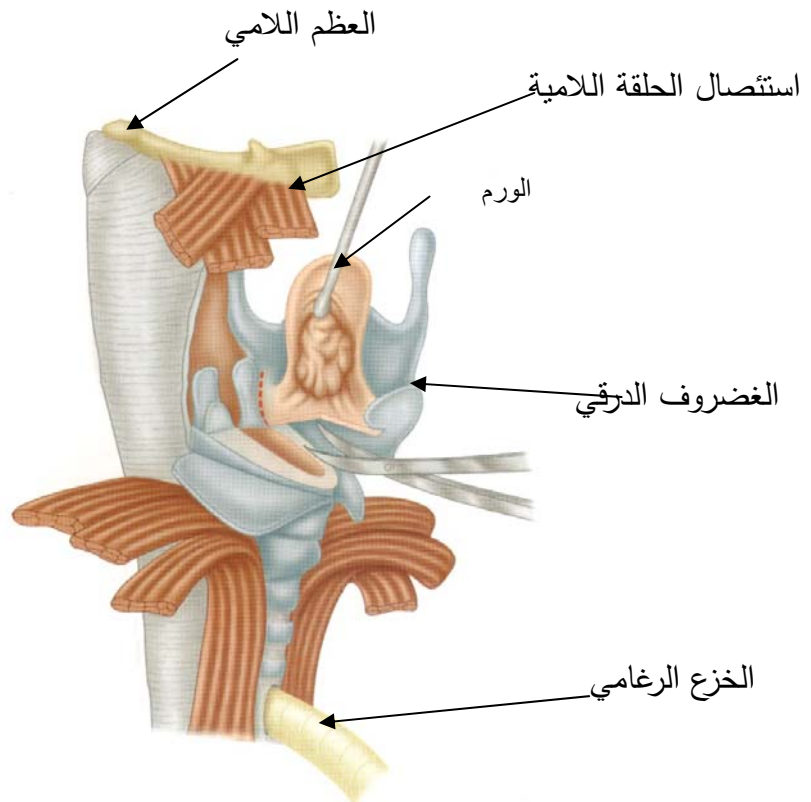
يبين الجدول رقم (4) أنواع الإستئصال الحنجرة الجزئي الأفقي

النتائج	الأعضاء المتبقية	الأعضاء المستأصلة	أنواع الإستئصال الحنجرة الجزئي الأفقي
<ul style="list-style-type: none"> <li>- خزع رغامي</li> <li>- وجود Sonde naso- gastrique</li> <li>- إصابة الغلصمة الحنجرية</li> <li>- تغيير في المنطقة المزمارية</li> <li>- اضطرابات في البلع تزداد خطورته بسبب بتر أحد الغضروفان الطرجهاليان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- الغضروف الحلقي</li> <li>- أحد أو كلا الطرجهاليين</li> <li>- المنطقة المزمارية فوق اللامية.</li> <li>العظم اللامي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- غضروف درقي</li> <li>- الوترين الصوتيين</li> <li>- أحيان نزع طرجهالي</li> <li>- الأشرطة الباطنية</li> <li>- المنطقة المزمارية تحت اللامية</li> </ul>	<p>- الحلقة اللامية لسان مزمار مع تثبيتهم</p> <p><b>Supracricoi- dienne avec cricohyoido-epiglottopexie (CHEP) ou intervention de mayer piquet</b></p> <p>أنظر الشكل رقم (14)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- خزع رغامي</li> <li>- وجود Sonde naso- gastrique</li> <li>- إصابة الغلصمة الحنجرية</li> <li>- تغيير كلي للمنطقة المزمارية</li> <li>- اضطرابات في البلع تزداد بسبب بتر الغضروف الطرجهالي أو كليهما</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- غضروف درقي</li> <li>- الوترين الصوتيين</li> <li>- أحيانا نزع طرجهالي</li> <li>- الأشرطة الباطنية</li> <li>- لسان المزمار كلياً</li> <li>- الحافة العلوية الحلقية الجانبية .</li> </ul>	<p>- الحلقة اللامية (مع تثبيتها)</p> <p><b>supracricoi-diennes avec cricohyoido-pexie (CHP) ou intervnetio de labayle</b></p> <p>أنظر الشكل رقم (15)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- خزع رغامي والذي ينزع مبكراً لكي يسمح للحنجرة بالحركة</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- يكون الإستئصال حسب امتداد الورم.</li> <li>- يمتد الجهة الأمامية الحلقية .</li> </ul>	<p>- فوق الحلقية الممتدة وهي نوع من العمليات النادرة</p> <p><b>Supra cricoidiennes tendues</b></p>

( Buchman et al, 1998 pp 30,31,32)



الشكل رقم (14) إستئصال الحلقة اللامية لسان مزمارية مع تثبيتهم CHEP  
(Brasnu et al,2005,p 88)



الشكل رقم (15) استئصال الحلقة اللامية مع تثبيتها CHP  
(Brasnu et al,2005,p 112)

**- الآثار الناجمة عن الاستئصال الحنجرة الجزئي (حلقي حنجري):**

les séquelles des chirurgies partielles pharyngo-laryngées

\*المرحلة الحلقية في الغالب تكون مضطربة بعد العملية الجراحية ،الانغلاق الحنجري دائما مضطربا مما يحدث إصابة في:

\*إبتعاد الأوتار الصوتية l'adduction des cordes vocales

\*الأشرطة الباطنية les bandes ventriculaires

\*حركية الطرجهالي، وأيضا صعود الحنجرة

\*صعوبة عمل البهرلأن العضلة العصارية الحنجرية تصبح أقل فعالية. فبتر العصب الحنجري العلوي ينتج عنه اضطراب في الحساسية الحلقية والحنجيرية فوق المزمارية supraglottique أيضا تموضع الطعام ، والمنعكس فالحماية المسارات التنفسية نقل أدوارهم ويكون عملها بصفة متأخرة فإصابة العصب المنشال إلى الوراء الذي يتسبب في اضطراب الانغلاق الحنجري وكذلك وظيفة الغلصمة الحنجرية .

-إبقاء العصب المنشال إلى الوراء من أجل أن يحتفظ بحركة الطرجهالي وبتر الطرجهالي يؤدي إلى اضطراب في وظيفة الغلصمة الحنجرية، أيضا بتر قسم من قاعدة اللسان ينجم عنه قلة دفع اللسان للطعام في اتجاه الحلق و قلة حركة اللسان لا تسمح بحماية جيدة للغلصمة الحنجرية من تحت .

- بتر Sinuspiriforme يستطيع أن ينتج عنه حدوث مشاكل البلع كما يمكن ملاحظة في حالة استئصال نصف حنجري فوق الحلقي حركة الفم المريء المسؤول عن اضطراب المرحلة الثالثة لعملية البلع. (Buchman et al,1998, pp 35, 36)

**7-2- الإستئصال الحنجرة الكلي:**

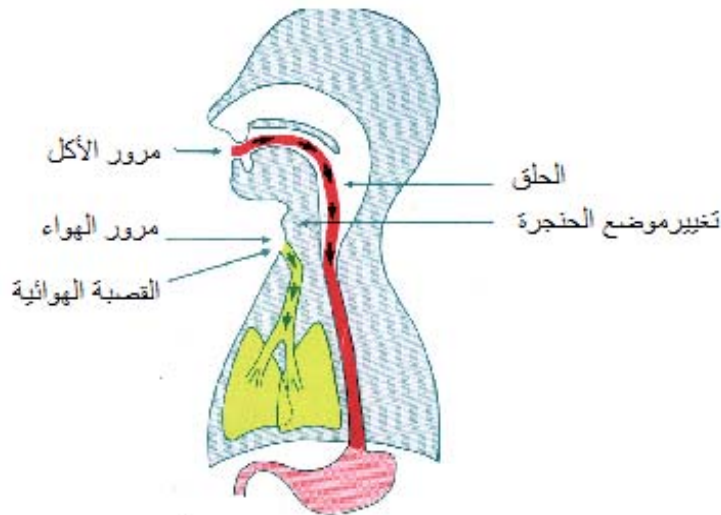
هو حل علاجي لكل سرطان يصيب الحنجرة أين انتشاره يرجع الاستئصال الجزئي أمر مستحيل فهو بتر كلي للحنجرة من قاعدة اللسان حتى البلعوم بما فيها الأوتار الصوتية :

وفیها یضطر الجراح إلى فتح القصبة الهوائية فی قاعدة العنق ، أي أن الهواء لا یمر من الفم ولا من الأنف ولكن من الثقب الذي یسمى بالخزغ الرغامی ولتجنب غلق هذا الأخير یضطر المصاب إلى حمل قنينة canule ، یتضمن استئصال الحنجرة الكلی كل الإصابات المزماریة وتحت المزماریة قد تجاوزت مرحلة الاستئصال الجزئی

(Dejonker,1980,p224)

فمستأصلي الحنجرة الكلی مجردین من الوظيفتین الأساسیتین للحنجرة ، وظيفة التنفس التي هي ضرورية للحياة والوظيفة الصوتیة ، ومن الآن فصاعدا فسوف یتنفسون عن طریق الخزغ الرغامی موجود فی قاعدة الرقبة ، ومؤقتا لا یتكلمون إلا بالصوت المهووس انظر

الشكل رقم (16) (Dinville,1993,p159)



الشكل. رقم (16) الإستئصال الحنجرة الكلی (Gustave R, 2014, p 8)

## - الآثار الناجمة عن الاستئصال الحنجرة الكلي:

## 1-التغذية :

بعد استئصال الحنجرة يظهر الجراح فتحة لغلق البلعوم في نهاية العملية كما سبق أن ذكرنا وللتغذية يزود المريض بمسار أنفي إلى المعدة لفترة أسبوعين تقريبا في انتظار التحام فتحة البلعوم .

## 2-التنفس:

بعد العملية يتحول مسار الهواء الرئوي بحيث لا يمر من الأنف ولا من الفم وإنما يعبر عن طريق الخزع الرغامي .

## 3-الدوق:

يصبح غير كامل وهذه الفترة مؤقتة، وذلك لأن الأشعة التي استعملت أثناء العملية الجراحية أحرقت جزئيا مخاطية الفم والغدد اللعابية.

4-الشم: يصبح مستحيلا إلا الهواء لا يمر من الأنف ولا من الفم و إذا يحس مستأصل الحنجرة بمختلف الروائح،ومع مرور الوقت وبالتكيف مع مرور الوقت وبالتكيف مع التغيرات الفيزيولوجية الجديدة يستطيع استرجاع حاسة الشم



الشكل رقم (18): المسار غير الطبيعي للهواء والأكل



الشكل رقم (17): المسار الطبيعي للهواء والأكل

(Gustave,R,2014,p4)

## 5- الصوت:

بعد العملية الجراحية يستطيع مستأصل الحنجرة استعمال الصوت المهموس النتائج عن تفاعل الحركات الطبيعية لأعضاء النطق والكلام (شفنتين، لسان، شراع الحنك، الفك) بواسطة الهواء الموجود في الفم، كما يستعمل أيضا الصوت الضفدعي بواسطة الانفجار الهوائي بين ظهر اللسان والحنك اللين وللاشارة يجب إبعاد الحالة عن استعمال الصوت المهموس أثناء فترة التقويم الصوتي لأنه يساهم في ظهور الصوت الضفدعي، وهذا الأخير يعرقل اكتساب الصوت الجديد، ألا وهو الصوت. (Dinville,C,1978,P159,160)

## 8- العلاج :

## 8-1-1- العلاج الكيميائي La chimiothérapie:

العلاج الكيميائي هو العلاج بالعقاقير و الأدوية للقضاء على الخلايا السرطانية و قد استخدمت العقاقير في علاج العديد من الأمراض طول 40 سنة الماضية أو نحوها، ويوجد حاليا أكثر من عشرين نوع قيد فهي فالاستخدام ن من مميزات العلاج الكيميائي أنه يتوزع من خلايا الدم إلى جميع أنحاء الجسم مما يعطي فرصة اكبر للقضاء على الخلايا السرطانية قد تكون رحلت من الورم الأساسي إلى عضو آخر في الجسم . تنمو الخلايا الطبيعية بطريقة منتظمة ولكن عندما يحدث السرطان تبدأ خلاياه بالنمو والانقسام لتكوين خلايا جديدة دون التحكم العلاج الكيميائي يقوم بتدمير خلايا السرطان بإيقاف نموها ويؤثر العلاج الكيميائي على بعض الخلايا السليمة وذلك التأثير شكل آثار جانبية إلا أن الخلايا السليمة تقوم بإصلاح نفسها بعد نهاية العلاج بعض العقاقير الكيميائية يكون تأثيرها أقوى إذا استخدمت مع عقاقير أخرى لذلك فغالبا ما يستخدم العلاج الكيميائي رجم نظام علاجي يتكون من أكثر من نوع من تلك العقاقير الكيميائية، يستخدم العلاج الكيميائي لتحقيق عند الأهداف تبعا لنوع الورم و مرحلته (Woisard, 2003, p 31)

**8-1-2 الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي:**

تعرض الخلايا السليمة وبالذات تلك سريعة الانقسام لبعض الأضرار بسبب بعض العقاقير الكيميائية هذه الأضرار التي تحدث للخلايا السليمة هي التي تسبب الآثار الجانبية بعض المرضى يتعرضون التي قد تحدث للمريض ودرجة شدتها فذلك يعتمد على نوعية العلاج ومقدار الجرعة وكيفية تقبل جسم المريض لها. غالبية الآثار الجانبية تزول بعد نهاية العلاج لأن الخلايا السليمة تستطيع اصطلاح نفسها وبذلك تتوقف الآثار الجانبية التي كانت تحدث وتعتمد على نوع العلاج الكيميائي وعلى صحة المريض. بعض هذه الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي تكون صعبة و مزعجة للغاية ولكنها لا يجب أن تؤثر في حياة المريض أو تكون سببا للتوقف عن العلاج (Woisard, 2003, P 31).

**8-2-1 العلاج الإشعاعي: La radiothérapie**

هو علاج موجه ضد الغدد السرطانية في المسارات aérodigestive العليا يمكن أن يستخدم بشكل منفرد أو كمشارك للإشعاع الجراحي والعلاج الكيميائي فهو عبارة عن إشعاعات Ionisantes وتقدر وحدة الجرعة بالغرادي gray. (Woisard, 2003, P 31,34)

**8-2-2 الآثار الحادة الناجمة عن الإشعاع:****1- التهاب المخاطية: La mucite**

من 20 إلى 30 غراي بمعنى أثناء الأسبوع الثالث من الإشعاع يظهر طفح باطني émanthème مع آلام تحدث من 30 إلى 50 غراي تظهر أغشية كاذبة فوق 50 غراي الأغشية الكاذبة تستطيع تختلط بالندبة وتتطور في الشهر الذي يتبع بإشعاع كل من الآلام والأغشية الكاذبة والطفح تختفي بنسبة 90 في الأسبوع الرابع.

**2- فقدان الريق :**

الخلايا الذوق هي سبب التسم المباشر للإشعاعات التي تستطيع أن تشترك في تسم الألياف العصبية من 20 إلى 30 من الخلايا الحسية تهدم وفقدان الذوق متغير في الشدة عاداتا منتقى يظهر في الأسبوع الثالث من الإشعاع.

**3- تغيرات اللعاب المبكرة:**

الغدد اللعابية الأساسية تفرز أكثر من لتر من اللعاب في اليوم الغدد نكفية ( parotide ) تؤمن 60 إلى 65 من لإفرازات اللعاب السائل.

الغدد الموجودة تحت الفكين والتلساني المنتجة لللعاب مختلط أكثر سماكة تؤمن على التوالي 15 و 25 من إنتاج اللعاب الذي يحتوي على نسبة 99 من الماء و الالكتروليت والبروتينات أنزيماتيه في التحليل اللعابي، يلعب اللعاب عدة أدوار مزلق ، حماية آلية مطهر مفرز حماية الأسنان مانع العفونة الإفرازات تكون تحت مراقبة النظام العصبي مستقل ومعدل بواسطة مثيرات متنوعة (حسية ، نفسية)

**4 - الجلد:**

الجلد يتبع نفس ميكانيزمات و لنفس حركة المخاطية الجلد يظهر في الأماكن التي أخضعت للإشعاعات بجرعات جد مهمة أو في حالة اقتحام آلي أو كيميائي للجلد وتشفى عاداتا شهرا بعد الإشعاع.(Woisard, 2003, P316)

**9-2-3 الآثار المتأخرة الناجمة عن العلاج الإشعاعي****1- فقدان الريق :**

تواجد ه متعلق بحجم الغدد اللعابية المتعرضة للإشعاع والجرعة واشتراك المحتمل للعلاج الكيماوي من حيث 50 غراي ، استرجاع الريق ممكنا بعد عدة شهور فوق 65 غراي يكون فقدان الريق بشكل نهائي

**2-الوذمة : L'œdème**

يمكن إن يظهر مبكرا أثناء العلاج الإشعاعي أو تناقص هذا العلاج تكون الوذمة بوجود على مستوى جوانب داخلية للعنق و كذلك يتسبب العلاج الإشعاع الجراحي في ظهوره كما يمكن أن نلاحظ براعم الوذمة نتيجة صدمات آلية أو اقتحام على المخاطية ، متابعة تعاطي التدخين هو عامل مسبب لوذمة حلقي -حنجري -œdème crico laryngé-pharyngé

**3- تليف وتصلب الأنسجة: La fibrose et la sclérose**

يستطيع كلا منهما أن يخلفان ( l'œdème ) مزمن أو تظهر بصفة متأخرة بعد تناقص الإشعاع وكذلك تستطيع إصابة الأنسجة تحت الجلد (Woisard, 2003, P,317)

**خلاصة الفصل :**

لسرطان الحنجرة أعراض كثيرة منها بحة الصوت وأعراض أخرى أيضا ولظهور أي واحدة من هذه الأعراض لا يعني أن المصاب بها مريض بسرطان الحنجرة ، ولكن في حالة وجودها يجب على المريض التوجه إلى الطبيب فورا ،إن هدف العلاج المبكر من أهم عوامل الشفاء لايمكن أن يعرف تجربة الإصابة بالسرطان إلا من خاضها كما وأن هذه التجربة تختلف من شخص لآخر ولعل أحد أهم الأمور التي تساعد في تشكيها هي جودة الحياة لدى المصاب والتي تلعب دورا أساسيا في نجاح العلاج وجودة الحياة تختلف من شخص لآخر.

# الفصل الثالث

## جودة الحياة

تمهيد

1- مفهوم جودة الحياة

2- تعريف جودة الحياة

3- الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة

4- مقومات جودة الحياة

5- معوقات جودة الحياة

6- قياس جودة الحياة

7- مقاييس جودة الحياة

8- فوائد قياس جودة الحياة

خلاصة الفصل

**تمهيد:**

حضيت جودة الحياة اهتمام كبيراً في مجال علم النفس ومن الموضوعات الشائعة للمحاضرات حيث أصبحت من المتطلبات الأساسية في الوقت الحاضر وهذا من أجل تحقيق الصحة النفسية وأيضاً تعتبر كهدف أساسي في حياة الفرد والذي يؤدي تحقيقه إلى الشعور بالرضا والسعادة وتحقيق الذات ومن خلال ما جاء به المختصون في هذا المجال سنتطرق إلى مجموعة من التعريفات وأهم النظريات التي تناولت هذا المصطلح وطريقة قياسها وهذا ما سنتناوله بنوع من التفصيل في هذا الفصل.

**1- مفهوم جودة الحياة:**

اختلف مفهوم جودة الحياة من باحث لآخر نتيجة اختلاف التخصص البحثي ، والاتجاه النظري، والأهداف البحثية داخل الدراسة ونتيجة لذلك وجد عدد من التعريفات لجودة الحياة في التراث النظري ليس محددًا، ولكنه متزايدًا باستمرار بتزايد الدراسات والبحوث التي يتم اجرائها فيما يتعلق بهذا المصطلح، فهم يعتبرون مصطلح جودة الحياة مصطلح واسع يؤثر بطريقة معقدة في الصحة الجسمية للفرد، والحالة النفسية والروحية، والعلاقات الاجتماعية، وعلاقتها بمظاهر الاستقرار البيئي. (العارف بالله الغندور، 1999، ص37)

على كل حال فإن استخدام مصطلح جودة الحياة كان مقتصرًا في البداية على الأبحاث العلمية المبنية على حياة المرضى ، واستمر توظيف هذا المصطلح في هذا المجال لفترة طويلة من الزمان. (King et al, 1996, p45)

ومن ناحية أخرى ينتمي مفهوم جودة الحياة الى مجموعة كبيرة من المصطلحات المتشابهة والمتداخلة معه مثل السعادة والرضا، والحياة المطمئنة ، والرضا الشخصي كل هذه الأسباب أدت الى اختلاف وتنوع تعريفات مفهوم جودة الحياة (Andelmen, et al, 1999, p106) كما تشير جودة الحياة الى الدرجة التي يشعر الفرد فيها بالإيجابية والاحساس بالتفاؤل والرضا عن حياته ككل. (Veenhoven, 2009, p40)

**2- تعريف جودة الحياة:****1-2 التعريف اللغوي لجودة الحياة:**

يأتي تعبير الجودة في أصل اللغة العربية من الفعل "جود" أي شيء جيد والجمع جواد، ومنها أجاد الشيء أي أحسنه، وجوده تجويدًا أي قدمه على أكمل وأحسن وجه ممكن. (عزب، 2004، ص585)

أما في منجد الطلاب الجودة أصلها من فعل جاد، الجود، جاد، جود، جودة أي صار جيد وهو صد الرديء. (البستاني، ص98).

وجاء مصطلح الجودة في (معجم لسان العرب) من الفعل جود ، الجيد: نقيض الرديء، والجمع جياذ وجياذات: جمع الجمع وجاد الشيء جودة وجودة: أي صار جيدا،وقد جاد جودة وأجاد أتى بالجيد من القول أو الفعل(ابن منظور،1993:ص215).

## 2-2-2التعريف الاصطلاحي لجودة الحياة:

هناك مجموعة من التعاريف التي تناولت مصطلح جودة الحياة نذكر منها مايلي :

### 2-2-1-2تعريف منظمة الصحة العالمية: عرفت منظمة الصحة العالمية 1994 جودة الحياة

بأنها ادراك الفرد لوصفه في الحياة في منظومة القيم والثقافة التي تعيش فيها ،وفي علاقته بأهدافه وتوقعاته ومعاييره واهتماماته" كما تعد جودة الحياة أنها تقويم الشخص لرد فعله للحياة ، سواء تجسد في الرضا عن الحياة التقويمات المعرفية أو وجداني رد الفعل الانفعالي المستمر. (Dinner,1995,pp653,656)

### 2-2-2-2تعريف فرانك Frank: يعرف جودة الحياة بأنها حسن إمكانية توظيف امكانيات

الإنسان العقلية والإبداعية واثراء وجدانية ليتسامى بعواطفه ومشاعره وقيمه الإنسانية وتكون المحصلة هي جودة الحياة وجودة المجتمع ويتم هذا من خلال الأسرة والمدرسة والجامعة وبيئة العمل ومن خلال التركيز على ثلاثة محاور هامة هي التعليم والتنشيف والتدريب عرفها بأنها ادراك الفرد للعديد من الخبرات ، وبالمفهوم الواسع شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل الغذاء والمسكن وما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإنجاز والسعادة، وجودة الحياة بالمفهوم الضيق خلو الجسم من العاهات الجسمية

(Frank, 2000,p24).

### 2-2-3-2تعريف روبن Rubin: الحياة أنها الدمج والتكامل بين عدة اتجاهات لدى الفرد

من ناحية الصحة الجسمية والنفسية والحياة الإجتماعية ، متضمنة كلا من المكونات الإدراكية والذي يشمل الرضا والمكونات العاطفية والتي تشمل السعادة. (Rubin,2000,p19)

**2-2-4 تعريف رينهReine واخرون :** جودة الحياة هي إحساس الفرد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحياة، وتغير حدة الوجدان والشعور وأن الارتباط بين تقييم جودة الحياة الموضوعية والذاتية باستبصار الفرد. (Reine et al, p297)

**2-2-5 تعريف فريش: Frish** جودة الحياة تعتبر انعكاس للمستوى النفسي ، وأن ما بلغه الانسان اليوم من مقومات الرقي والتحضر، تعكس بلا شك مستوى معين من جودة الحياة ، ويقصد بجودة الحياة بشكل عام: جودة خصائص الانسان من حيث تكوينه الجسمي والنفسي والمعرفي ودرجة توافقه ذاته ومع الاخرين وتكوينه الاجتماعي والأخلاقي.

(Frish, et al, 2005, p22).

**2-2-6 تعريف الأشول:** تتمثل جودة الحياة في درجة رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، ومدى ادرك هؤلاء الافراد لقدرة الخدمات على اشباع حاجاتهم المختلفة ، وترتبط جودة الحياة بالبيئة المادية والنفسية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد. (الاشول، 2005، ص11، 3)

**2-2-7 تعريف العادلي:** جودة الحياة قد تتمثل لدى البعض بامتلاك الثروة التي تحقق لهم السعادة في حين يرى البعض الاخر أن الحياة الجيدة هي التي يتوفر فيها فرص العمل والدراسة وبراها اخرون التي يتمكن فيها الفرد من الحصول على مبتغاه دون عناء أو جهد. (العادلي، 2006، ص38)

**2-2-8- تعريف عبد الفتاح وحسن:** هي درجة الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والاحساس بحسن الحال واشباع الحاجات والرضا عن الحياة، فضلا عن مدى ادراك الفرد لجوانب حياته، الى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وتوافقه مع القيم السائدة في المجتمع. (منسي وكاضم، 2010، ص44)

### 3- الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة:

توجد أربعة اتجاهات رئيسية في تفسير جودة الحياة تتمثل في:

#### 3-1 الاتجاه الفلسفي:

تناول الفلاسفة مفهوم جودة الحياة بوصفه دافعا أساسيا للسلوك الإنساني، حيث قدموا أفكارا تتفق معنى هذا المفهوم على أنه يأتي من خلال وجوده مع أشخاص آخرين أو نقيض ذلك وهو العزلة والتفكير الفردي المنعزل، وأشار أرسطو بأن على الفرد أن يتحلى بالفضائل حتى يصل بحياته إلى السعادة ويشعر بوجودتها، ويرى أن الإنسان مجموعة كبيرة من القدرات يستعملها للوصول إلى غايته في الحياة، أما الفلاسفة العرب والمسلمين أشاروا إلى أن جودة الحياة هي السعادة الأرضية التي ترتبط بالمال والحياة للوصول للإنسان إلى غايته وملذاته التي اعتبرها الفارابي ملذات زائلة، وأشار ابن سينا إلى أن جودة الحياة تأتي من خلال قدرات الفرد وتدبره لأمواله العائلية. (جودت، 2003، ص9)

#### 3-2 الاتجاه النفسي:

إن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل، المسكن، العمل، التعليم يمثل انعكاسا مباشرا لإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة ويظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون عليه، ويرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها: القيم الإدراكية الذاتية، الحاجات، مفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع إضافة إلى مفاهيم الرضا والتوافق الصحية النفسية.

ويرى البعض أن جوهر الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة وذلك وفقا لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية أبراهام ماسلو يعد مصطلح جودة الحياة من المصطلحات الحديثة، والذي يمثل بؤرة اهتمام ما يعرف بعلم النفس الإيجابي والذي لم يدخل المسار الأكاديمي لمجال علم النفس إلا في سنة 1998 عندما تناوله مارتين سيجلمان في خطبة للدورة الافتتاحية للجمعية الأمريكية لعلم النفس، وعلم النفس الإيجابي فرع من

فروع علم النفس يؤكد على دراسة كل ما من شأنه أن يؤدي إلى تحسين الأداء النفسي الوظيفي للكائن البشري بما يتجاوز نطاق أو حدود الصحة النفسية العادية وقد انشغلت البشرية منذ نشأت الحياة على سطح الأرض بالإجابة عن ومناقشة قضية أو مسألة الإنسان و دراسة مكامن القوة لدى البشر دراسة كل من شأنه وقاية البشر من الوقوع في اضطرابات نفسية والسلوكية، إضافة إلى دراسة كل العوامل الفردية و الاجتماعية والمجتمعية التي تجعل الحياة الإنسانية جديرة بأن تعاش. (Crystal et al,2003,p3)

### 3-3 الإتجاه الإجتماعي :

يرى المير هانكيس Hankiss أن الإهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات معدل ضحايا المرض ،نوعية السكن ،المستويات التعليمية لأفراد المجتمع ،اضافة إلى مستوى الدخل ، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى اخر وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد فتأثيره على الحياة ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على الرضا أوعدم رضا العامل عن عمله. (الغندور،1999، ص 27،18)

### 3-4 الإتجاه الطبي:

ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية مختلفة أو نفسية أو عقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية ،و يؤكد علم النفس الإيجابي أن القدرة على التصدي والتغلب على الانفعالات السلبية لها قيمة حاسمة لدى المرضى الميئوس من شفائهم ليس فقط لأنها تساعدهم على تحقيق حياة أفضل، وإنما لأنها قد تطيل الحياة نفسها. (أسبينول،ستودينجر،2006، ص39)

إن تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية وتقييم حاجة الناس لجودة الحياة تشمل أيضا تقييم احتياجات الأفراد وتوفير البدائل لهذه تعطي الإحتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين أو مشكلة أخرى جودة الحياة مؤشرا للمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية وذلك في غياب علاج حالي

(Raphael et al,1996,p66)

#### 4- مقومات جودة الحياة :

نستطيع القول بأنه تعريف نسبي يختلف من شخص لآخر حسب ما يراه من معايير تقييم حياته. وتوجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة :

- 1- القدرة على التفكير وأخذ القرارات.
- 2- القدرة على التحكم .
- 3- الصحة الجسمانية والعقلية.
- 4- الأحوال المعيشية والعلاقات الإجتماعية .
- 5- المعتقدات الدينية -القيم الثقافية والحضارية.
- 6- الأوضاع المالية والإقتصادية والتي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له والذي يحقق سعادته في الحياة التي يحيها .

وإذا تحدثنا عن مقومات جودة الحياة ونعني هنا الناحية الصحية نجدها تتمثل في أربع نواح أساسية والتي تؤثر بشكل أو بآخر على صحة الإنسان بل وعلى نموه كما أنها تتفاعل مع بعضها البعض.

أ-الناحية الجسمية

ب-الناحية الشعورية

ج- الناحية العقلية

ت-الناحية النفسية

وتتمثل هذه النواحي الأربع في الاحتياجات الأساسية الأخرى الضرورية لحياة الإنسان التي لا يستطيع العيش بدونها والتي يمكن أن نطلق عليها الاحتياجات الأولية . وهذه الاحتياجات تقف جانبا إلى جنب مع مقومات جودة الحياة بل تعتبر جزءا مكملا لها والإخلال بأي عنصر فيها يؤدي إلى خلق الصراع ، ولكن هذا لا يمنع من وجود عوامل أخرى خارجة عن إرادة الإنسان، تؤثر على مقومات حياته والتي تتصل بالناحية الصحية وتتمثل في : العجز-التقدم في العمر - الألم - الخوف-ضغط العمل- الحروب-الموت-الإحباط-الأمل-اللياقة الجسمانية بل والراحة أيضا لكنه لا بد أن نفرق بين ماهو طبيعي وبين ما يحدث نتيجة إتباع أسلوب حياة خاطئ أو مرض (Net,www.montada.com,2008)

ويتحدث الفرماوي (1999) عن جودة الحياة يقول: جوهر الإنسان بمكوناته وخصائصه فيه أسباب جودة الحياة وبهجتها ، إن جوهر الإنسان يتمثل في عمق الفطرة وثنائها وفيه إمكانيات الإنسان الكامنة ،وطاقته المتأصلة ،تلك التي تجسد الطبيعة الإنسانية وتعطي للإنسان معنى لوجوده وهدفا لحياته، فيه تحقيق لإنسانيته وإعلاء لنفسه فوق مادياتها. ولجوهر الإنسان خصائص مهمة تكشف الكثير من مكوناته وتوجهات هذه المكونات، وعلاقتها البيئية،تلك التي تشكل بنية الإنسان النفسية ، ومن هذه الخصائص:

### 1-التكامل الوظيفي بين قوى الذات :

يمكن تمييز ثلاث قوى في بنية الإنسان النفسية هي : قوة الروح- قوة العقل - قابلية الفطرة هذه القوى الثلاث تشكل الجوهر وتعطي الطابع العام للفطرة، فقد سما الإنسان بالروح فوق مستوى الخصائص الحيوانية ، وتوجهت بالإنسان إلى القيم والمعارف ،تلك من أهمها معرفة الله سبحانه وتعالى.

## 2-الازدواجية السوية في سلوك الإنسان :

السلوك الإنساني يتصف بازدواجية التوجه ،بمعنى أن السلوك الواحد يجمع بين إشباع الحاجات الروحية بقدر ما يكون السلوك طبيعياً بقدر ما يحقق للإنسان ارتباطه بالأرض التي هو منها كما يحقق له في نفس الوقت تطلعه إلى السماء مدفوعاً بإشباع الروح فيه .

## 3-النزعة للدين والنزعة للإنابة :

إن السبيل لجودة الحياة يكمن في ثلاثة أمور مهمة هي : (مجاهدة النفس ، تمسك الإنسان بالكينونية وتعمق الوجود ، استشراق أفق الحرية الأرحب(الفرماوي ، 1999، ص218)

## 5- معوقات جودة الحياة:

يتضمن البناء النفسي لكل منا مكان قوة ومكان ضعف ، هذا أمر مسلم به .فإذا نظرنا إلى مواطن الضعف ،أو القصور من جهة السياق الاجتماعي الثقافي العام، الذي يعيش فيه الإنسان من جهة أخرى لأمكن تحديد مجموعة من الظروف التي قد تحول دون تحقيق الإنسان لأحلامه و طموحاته ، بل أيضاً قد تسبب كفاً أو كموناً لمكان القوة لديه في نفس الوقت . وتجدر الإشارة إلى أن غالبية مواقف الرعاية، والتعليم تركز بصورة مبالغ فيها في الحقيقة على حل مشكلة أو مشكلات الشخص هذا أمر محمود و إيجابي، لكننا إذا أردنا أن نحسن جودة الحياة الشخصية للإنسان علينا ألا نركز فقط على المشكلات (بواطن الضعف) بل يتعين التركيز كذلك على كل أبعاد الحياة ، و استخدام و توظيف مكان القوة، و كافة الإمكانيات المتاحة لتحسين جودة الحياة الشخصية له. ويجب عن وصف مكان القوة، و بمواطن الضعف انطلاقاً من دلالة عنوان هذه الفقرة (منغصات/معوقات /،إمكانات / قدرات )، أن نميز بين الظروف الداخلية والظروف الخارجية ويقصد بالظروف الداخلية الخصائص البدنية ، والنفسية و الاجتماعية للفرد ، أما الظروف الخارجية فيقصد بها تلك العوامل المرتبطة بتأثيرات الآخرين أو البيئة التي يعيش فيها ذلك الشخص .

## 6- قياس جودة الحياة :

نظرا لعدم وجود معايير واضحة ومحددة لقياس جودة الحياة ، لذا كان هناك حذر شديد لعمل قياس لجودة الحياة مع ضرورة هذا القياس ولتخصيص مصادر للرعاية الصحية

(King et al ,1996,p45)

والأبحاث التي تتعلق بجودة الحياة أظهرت الفرق ما بين تقييم جودة الحياة الذي يقوم به مقدمو الخدمات الصحية وبين المرضى وعند مناقشة مفهوم جودة الحياة من المهم أن نميز هذا المفهوم عن مفاهيم ذات علاقة ولكن تختلف من حيث المضمون مثل الصحة الجيدة الحالة الصحية ،الرضا عن الحياة، والأمل ومن المهم تقييم العلاقة ما بين الثقافة وجودة الحياة ذو ارتباط وثيق مع الحدود الثقافية والتي تختلف من مجتمع لمجتمع ،هناك وجهات

نظر مختلفة لتعريف جودة الحياة ينظر من جانب سيولوجي (Schipper et al,1990,P25)

وتأثير المرض على حياة الأشخاص،في حين ينظر إليه بمعنى أكثر شمولية ويضيف جوانب أخرى سواء كانت اجتماعية أو عقلية تتعلق باستجابة الأفراد للمرض أي الانتقال من النظرة السلبية للمرض إلى نظرة إيجابية أو النظرة للصحة وليس للمرض ، في حين

ذهب آخرون إلى جانب آخر . (Green et al,1991,P45)

و أخيرا كان هناك المفهوم الأخير لجودة و هو التركيز على تطوير الصحة والذي ربط بين جودة الحياة و بين درجة استمتاع الفرد بكل الإمكانيات المتاحة بحياته وتسخير و الإمكانيات الصحية الموجودة و خلاصة هذا الأمر هي أن الباحثين اقتبسوا تعريف منظمة الصحة العالمية والذي عرف جودة الحياة بأنه مفهوم متعدد الجوانب و عرفته بالتالي " إدراك الأفراد لمواقعهم في الحياة في سياق نظام الثقافة والقيم التي يعيشونها و علاقة هذا الأمر مع أهدافهم ومعاييرهم

لتطوير هذا المفهوم و اعتباراتهم " (Rootmann et al, 1992,P58)

**7-مقاييس جودة الحياة :**

جودة الحياة تشير الى تلك القيم الشخصية التي تتفاعل مع الظروف الحياتية والرضا عنها لتحديد جودة الحياة ، ويتحدد القياس الموضوعي والذاتي لجودة أي مجال من مجالات حياة الفرد (Cummins,1994,p19)

وهي قياس لقدرة الفرد على الأداء بدنيا وانفعاليا واجتماعيا في سياق بيئته عند مستوى ينسق أو يتناغم مع توقعاته الخاصة (Church,2004,p35)

قسم ويكلاند أنواع أدوات قياس جودة الحياة الى ثلاث أنواع عالمي ،عام،وخاص.

**1-المقياس العالمي:**

صمم أسلوبه العام من أجل قياس جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة، وهذا قد يكون سؤالاً وحيداً يتم سؤاله للشخص لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامة له مثل مقياس فلاتاجان لجودة الحياة الذي يسأل الناس عن رضاهم عن 15 مجالاً من مجالات الحياة.

(صالح، 2010 ص50)

**2-المقياس العام:**

له أمور مشتركة مع المقياس وصمم من أجل مهام وظيفية في الرعاية الصحية تم تحديده ليكون بصورة شاملة مثل احتمالية تأثير المرض أو أعراض هذا المرض على الحياة.

(صالح،2010:ص50)

**3-المقياس الخاص بالمرض:**

تم تطويره لمراقبة رد الفعل للعلاج في حالات خاصة،وهذه الخطوات محصورة لمشاكل تميز مجموعة خاصة من المرضى، حيث يكون لهؤلاء المرضى حساسية للتغيير وكذلك قلة التصور لديهم في الربط مع تعريف معنى جودة الحياة ويركز هذا المقياس على مشكلة معينة لمجموعة من المرضى مثل الألم والتعب، الوظائف الجسدية. (صالح،2010:ص51)

وتعددت الأدوات والمقاييس المستخدمة في قياس جودة الحياة وذلك بتعدد المؤشرات النفسية المرتبطة بها، والقياس الجيد لجودة الحياة يتوقف على الوصف الدقيق للحياة الجيدة كما يمكننا التعرف على مستويات الجودة من خلال هذه المقاييس:

### 1-مقياس بيرنس 1995 Bernes

الذي يشمل على أربعة مقاييس فرعية مرتبطة بالشخصية والحالة الاجتماعية والأسرية والعامل، ويساعد هذا المقياس على تقدير الرضا الشخصي والاحساس بالإنجاز.

(الهنداوي، 2011: ص92)

### 2-مقياس فريش 1992 Frisch

يقيس جودة الحياة، ويتضمن مقياس الجودة الذاتية الذي يغطي 17 مجال للحياة مثل العمل، الصحة، ووقت الفراغ والعلاقات مع الأصدقاء والأبناء ومستوى المعيشة وفلسفة الحياة، والعلاقات مع الأقارب والجيران حيث يطلب من الفرد تقدير الرضا في مجال معين من الحياة وكذلك قيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد .

(عبد الرحمان، 2008: ص341، 340)

### 3-مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية 1997 WHOQOL

قامت منظمة الصحة بوضع مقياس شامل لقياس جودة الحياة لدى الفرد ولكي يصبح وسيلة موجهة للاستخدام عالميا مع الأخذ بعين الاعتبار تماثل الثقافات بين بلدان العالم ككل ويتكون من 100 بند في شكله الأصلي والآخر WHQOL مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية مختصر تم اعدادهما وتكيفهما في (15) دولة تحت اشراف المنظمة نفسها، حيث يسمح المقياس في صورته المطولة بتقدير (6) ميادين لجودة الحياة: الصحة الجسمية الصحة النفسية الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية، المحيط، الجانب الروحي، أما النسخة المختصرة فتتكون من (28) بند أو سؤال تقيس أربعة ميادين وهي : الصحة الجسمية الصحة النفسية العلاقات الاجتماعية وتتراوح درجة المقياس من (28) الى (140) وتشير الدرجات المرتفعة الى جودة الحياة المرتفعة أما النسخة الفرنسية المعدة من طرف لويلاج وآخرون تم تطبيقها

على عينة من (2012) فردا يعانون من مرض عصابي-عضلي وتمت ترجمته الى (20) لغة، علما أنه تم إضافة بعض البنود الخاصة لبعدها الصحة الجسمية لأمراض معينة.

(عمران، 2009:ص63)

حيث يركز على مشكلة معينة لمجموعة من المرضى مثل الألم، التعب، الوظائف الجسدية. هذه الإجراءات و القياسات مفيدة في ملاحظة مشاكل خاصة يمكن أن تحل بواسطة التدخل العلاجي ، هذه الطرق المتعددة تختلف في الاستخدام الاستبيانات القياسية تسمح بالإدارة الموحدة و القياس غير المتحيز في البيانات، كاستجابة للخيارات المحددة سلفا و متساوية عند المستجيبين لهذا الاستفتاءات المقابلة مع المرضى لها ميزة وهي أن معظم المرضى لا يتم استيفاء المعلومات منهم بصورة شامل و كافية و هذه الميزة تعوض عن العيب في هذا الاستبيان وهي وقته الطويل و تكلفته العالية. 3

#### 8- فوائد قياس جودة الحياة :

جودة الحياة استخدمت للتمييز بين مرضى مختلفين أو مجموعات مختلفة من المرضى وذلك للتنبؤ بالنتائج المختلفة للأفراد، كذلك لتقييم فعالية البدائل والطرق العلاجية التي تم استخدامها. تقييم وعمل مقياس لجودة الحياة من الممكن أن يكون له العديد من الاستخدامات المختلفة في مساعد العلاج السريري الروتيني حيث يساعد الأطباء في وضع المشاكل صاحبة الأولوية، التخاطب بصورة أفضل مع المرضى، البحث واكتشاف المشاكل المحتملة و كذلك معرفة الأشياء والأمور التي يفضلها المريض يوجد هناك منطقة أخرى تختص بجودة الحياة وهي الصحة المرتبطة بجودة الحياة وهذا الجانب من التقييم والقياس الصحي يختص بتقييم جودة الحياة المتعلقة بالصحة بالنسبة للأفراد، مثل تأثير الحالة الصحية للفرد على مقدرته بالقيام بالوظائف المختلفة في جوانب مهمة و متعددة في حياته و مجمل الأمر تشمل إحساس المريض بحالته الصحية و التي تشمل جوانب وظيفية متعددة مثل السيكولوجية، الاجتماعية، الجسدية، و كذلك الأمر الجوانب التي تتعلق

بالمرض و التي تعكس الإحساس بمدى تأثير مرض معين على الوظائف الرئيسية الثلاثة  
السيكولوجية، الاجتماعية، الجسدية لهذا الشخص من منظور المرضى هناك مرضى ما بين  
جودة الحياة (Berlim et al , 2003,P 249)

والحالة الصحية المحسوسة للمرضى، حيث وجد أن جودة الحياة و الحالة الصحية لكل  
منها تركيبه المميز الخاص به، وعندنا نعطي معدل لجودة الحياة نجد أن المرضى يركزون  
على الحالة العقلية أكثر من تركيزهم على الوظائف. ( Treif et al,2002,P154 )

وهذا النمط عكس التقييم للحالة الصحية حيث تكون الحالة الجسدية أكثر أهمية من الحالة  
العقلية، بمعنى أن جودة الحياة و الحالة الصحية كل منهما لها وصفه الخاص به و لا يجب  
التبادل في استخدام هذين المصطلحين. (Smith, 1999,P447)

**خلاصة الفصل:**

نستنتج من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل حول موضوع جودة الحياة أن هذا الأخير تم تناوله من عدة وجهات نظر أدت الى اختلاف وتعدد التعريفات والذي لم يعد مقتصرًا على الأبحاث العلمية المعتمدة على حياة المريض وإنما امتد ليشمل كل ما يؤثر بشكل مباشر على صحة الإنسان ونموه من الناحية الجسمانية، العقلية، النفسية من أجل بلورة رؤية متكاملة تؤدي إلى تحسين جودة الحياة. فاكتمت مفهوم رضا المرضى في مجال الخدمات الصحية أهمية للإنسان نظرًا بالنسبة لإرتباطها الوثيق بكيانه النفسي والجسدي .

# الفصل الرابع

## الإجراءات المنهجية لدراسة الميدانية

تمهيد

1-منهج الدراسة

2-الدراسة الاستطلاعية

3-مجموعة الدراسة

4- الأدوات المستخدمة في الدراسة

1-4 المقابلة

2-4 الاستبانة

4-4مقياس FACT H .N النسخة الأصلية

4-5 وصف المقياس FACT H .N بعد التعديل

4-6 وصف جلسات تطبيق المقياس FACT H .N بعد التعديل

4-7 كيفية تطبيق المقياس

5- الوسائل الإحصائية المستخدمة في الدراسة

6- الخصائص السيكمترية لأدوات الدراسة

- خلاصة الفصل

**تمهيد:**

يتناول هذا الفصل وصف المنهجية المستخدمة للتحقق من فروض الدراسة حيث لا تخلو أي دراسة ميدانية من جانب نظري والذي يعد بدوره من أهم خطوات البحث العلمي حيث يمكن الباحث من استثمار معلوماته النظرية، كما أنه يوسع مجال دراسته وإذا كان الجانب النظري هو بمثابة المنبع الأساسي لمعرفة الحقائق، فيعتبر الجانب التطبيقي جانبا هاما في أي بحث علمي إن الهدف الرئيسي من الدراسة هو التأكد من مدى ارتباطها وتكاملها مع الجانب النظري والدراسة التطبيقية هي أساس كل بحث علمي إذا أنها تعتمد على بعض التقنيات في التحليل كالأدوات الإحصائية .

**1- منهج الدراسة :**

اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المنهج الوصفي لأنه يلائم طبيعة المشكلة المطروحة و موضوع الدراسة التي تتعلق بجودة الحياة لدى مستأقلي الحنجرة الجزئي والكلي يساعد على الحصول على المعلومات الشاملة حول متغيرات المشكلة واستطلاع الموقف العلمي أو الميداني الذي تجري فيه قصد تحديدها وصياغتها صياغة علمية ،كما يرى فان دالين ديويو لد أن البحوث الوصفية تهدف إلى تحديد طبيعة الظروف و الممارسات و الاتجاهات السائدة أي البحث عن أوصاف دقيقة للأنشطة والعمليات والأشخاص، كما أن الوصفية تصور الوضع الراهن في بعض الأحيان وتحدد العلاقات التي توجد بين الظواهر ومن ثم محاولة وضع التنبؤات عن الأحداث المقبلة. (فان دالين ديويو لد 1996،ص313)

**2-الدراسة الاستطلاعية:**

قبل الاستقرار نهائيا على خطة الدراسة يفضل بدراسة استطلاعية على عدد محدود من الأفراد مثل مجموعة الدراسة وهذه الدراسة الاستطلاعية تحقق عدة أهداف للباحث من أهمها التأكد من جدوى الدراسة التي يرغب في القيام بها وذلك قبل أن ينفق الكثير من الوقت والجهد دون طائل تمكن الدراسة الاستطلاعية الباحث من اظهار الصعوبات ومدى كفاية إجراءات البحث والمقاييس والاختبارات التي اختيرت(الشريبي،2013ص181)

تسمى أيضا بالبحث الكشفي أوالصياغي وفيه يلجأ الباحث لاجراء دراسة استطلاعية عندما يكون مقدار مايعرفه عن الموضوع قليلا جدا لايؤهله لتصميم دراسة تجريبية وذلك عن طريق اجراء منهجية محددة تتكافل لتحقيق أهداف الدراسة الاستطلاعية وتمثل هذه الدراسات أوالأبحاث في الغالب نقطة البداية في البحث العلمي بشقيه النظري والتطبيقي.

قبل البدء في الدراسة،لابد من التطلع على الظروف والإجراءات التي سيتم فيها اجراء هذه الدراسة.

قامت الباحثة بدراسة استطلاعية فهي مرحلة هامة في البحث العلمي نظرا لإرتباطها المباشر بالميدان مما يضيف صفة الموضوعية على البحث .(العشوي، 1999، ص 135) كما لها أهمية كبيرة في مساعدة الباحث على صياغة أسئلة والتأكد من سلامة صياغتها ومستواها. (مجدي، 1989، ص 187)

من أجل التحقق من صلاحية الأدوات التي يتم استخدامها في الدراسة الأساسية من حيث مدى وضوح عباراتها وسلامة تعليماتها أي صدقها وثباتها، وأيضا الإطلاع على ميدان البحث والتحقق من إمكانية الإجراء التطبيقي من حيث توفر أفراد العينة مع مراعاة في ذلك الخصائص المطلوبة وإمكانية الاتصال بها، والتقرب منهم وكذلك معرفة الزمن المناسب لتطبيق أدوات الدراسة .

من خلال عنوان الدراسة دراسة جودة الحياة لمستأصلي الحنجرة الجزئي و الكلي من أجل وضع أرضية سليمة لتحقيق الدراسة الميدانية (التطبيق العلمي) كان علي البحث عن المستشفيات التي تقام فيها هذا النوع من العمليات الجراحية وبهذا استوجب علي التنقل إلى مكان تواجدها في كل من مصطفى باشا ، بني مسوس والبليدة .

### 3- مجموعة الدراسة:

يعد اختيار الباحث للعينة من أهم الخطوات عند البدء بالدراسة ، من اجل تحقيق أغراض الدراسة ،تم اختيار مجموعة الدراسة بطريقة مقصودة حسب طبيعة وهدف الدراسة الذي انحصر في قياس جودة الحياة لهذا النوع من الفئة المصابة العدد الإجمالي لعينة الدراسة كان في بداية الدراسة 34 حالة منهم خمس حالات لم تكن تأتي يصفة دائمة لحصص التكفل الأرطوفوني بسبب بعد المسافة وأيضا عدم رغبة البعض نظرا للحالة النفسية التي مروا بها هذا ما أدى الأمر الحصول فقط تسعة وعشرين حالة بالنسبة لمستأصلي الحنجرة الكلي تحصلنا على عشرين حالة بواقع خمسة عشر رجال وخمسة نساء، اما بالنسبة لمستأصلي الحنجرة الجزئي فتحصلنا على 9 حالات رجال فقط تتراوح أعمار هذه العينة

ما بين 47 و79 سنة تم تحديد عينة البحث في الأقسام الطبية (مصلحة أنف، أذن وحنجرة) التي تشكل الأساس المناسب للدراسة وأن السبب في استخدام أسلوب العينة كونها أحد الطرق الإحصائية في الدراسة لدراسة المتغيرات ودرجة تأثيرها في مستوى جودة الحياة، الهدف من الدراسة هي تقييم جودة حياة مستأصل الحنجرة الجزئي والكلي.

- مستشفى بن مسوس مصلحة أذن أنف وحنجرة.
- مستشفى مصطفى باش مصلحة أذن أنف وحنجرة.
- مستشفى فرانس فانون بالبليدة مصلحة أذن أنف وحنجرة.

#### 4- الأدوات المستخدمة في الدراسة:

يجمع الباحث المعلومات والبيانات اللازمة للإجابة عن أسئلة الدراسة أوفحص فرضياتها بطريقة أو أكثر من طرق جمع المعلومات ، كما يستخدم أداة أو أكثر من أدوات البحث، فان على الباحث أن يقرر مسبقا الطريقة المناسبة للغرض من البحث، فقد يصمم أداة يطلب فيها من الفرد في المجموعة البحث أن يجيب عن الفقرات في غياب الباحث كما يحدث التقارير الذاتية كما يقوم بتسجيل المعلومات بنفسه أو من قبل ملاحظ فإذا تطلب الموقف الحصول على إجابات مباشرة يوجهها الباحث أو مساعده فتسمى بالمقابلة لتمييزها عن الملاحظة عندما يطلب الباحث من كل فرد في عينة البحث تقديم تقرير ذاتيا عن ميوله أو مشاعره أو آراءه أو اتجاهاته أو أي سلوك يحدده الباحث فانه يفترض بأن الفرد يلاحظ نفسه ، ولكن قد يخفي الفرد بعض ما يلاحظه وقد لا يستطيع ملاحظة سلوكه أحيانا ولذلك تظهر الحاجة الى ملاحظ خارجي ، محاولة القيام بالملاحظة دون معرفة الفرد بأنه يلاحظ من قبل الباحث توفر معلومات عن السلوك أو أوضاع طبيعية واقعية توفر بيانات كمية ونوعية

(مصطفى، 2003، ص33)

يسعى كل باحث لجمع المعلومات والبيانات الضرورية لدراسة موضوع بحثه وهذا باعتماد على مجموعة من الوسائل ، والتي تتمثل في دراستنا هذه عرف عبد الرحمن عثمان (2006) بأنها الوسيلة التي يستخدمها المنهج في جمع البيانات (استبيان، مقابلة، تجربة)

#### 1-4 المقابلة

تعد من أكثر وسائل جمع المعلومات شيوعا وفاعلية في الحصول على البيانات الضرورية لأي بحث والمقابلة ليست بسيطة بل هي مسألة فنية (بوخوش، 2001، ص 81)

من أجل الحصول على معلومات رئيسية عن حياة المريض وظروفه الأسرية وعلاقته بالعمل وهواياته وتشجيع المفحوص على الحديث عن حياته وعلاقاته وخبراته السيئة فترة مرضه اذ يتعرض الى اضطرابات جسمية كثيرة ومتنوعة كالتهابات والتعب ، والاجهاد وفقدان الشهية عدا الأعراض النفسية التي تصاحب المريض ومنها القلق والخوف ، والاكنتاب والأرق ،التقلبات العاطفية التي يمكن أن تعرقل قدراته على تقبل المرض والتأقلم مع التغير الفيزيولوجي بعد العملية الجراحية الى جانب مدى تقبله للعلاج الذي يعتبر امر جد مهم في حصص برنامج العلاج سواء يتعلق الامر بالمختص الطبيب أو الأخصائي الأرتوفوني، من الضروري أيضا في بعض الحالات أن يقوم الاخصائيون بمقابلة أقارب المريض أو أصدقائه بهدف الحصول على المعلومات أدق وأكثر تفصيلا عن حياة المريض وسلوكه وتطور اعراضه ، وبالرغم من أهمية هذا الهدف فان الأخصائي أن يقوم بهذا العمل بقدر كبير من اللباقة مع مراعاة كل هذه الظروف الصعبة التي يعيشها المريض وأن يقدر وقع هذه المقابلة على المريض نفسه وما قد تتركه من اثار سيئة على العلاقة بين المريض وأهله ومعالجيه ولهذا من الأحسن اجراء هذه المقابلة بعد الحصول على موافقة المريض ،

حيث نقوم بطرح مجموعة من الأسئلة على المبحوثين وتسجل الإجابات على الاستمارات لذلك، والمقابلات العلمية يجب أن تكون هادفة ومحددة الهدف .(الزاملي، 2017، ص37)

حيث قامت الباحثة بتوزيع 29 استبانة على عينة مقصودة و تمثلت مستأصلي الحنجرة الجزئي ومستأصلي الحنجرة الكلي من اجل معرفة البيانات الشخصية لأفراد العينة وتتعلق

هذه المعلومات الحالة المدنية، المستوى التعليمي، المهنة، تاريخ إجراء العملية، نوع العملية الجراحية . وتدخّل هذه المعلومات كمتغيرات في الدراسة وتتعلق هذه المعلومات بالنوع، العمر الحالة المدنية، المستوى التعليمي، المهنة، تاريخ إجراء العملية، نوع العملية الجراحية . وتدخّل هذه المعلومات كمتغيرات في الدراسة.

فقد تم إعداد مقياس تضمن عدة محاور وبعد إعداده في صورته الأولى تم عرضه على مجموعة من المتخصصين في المجال وقد أسفر التحكيم عن تعديل صياغة بعض الأسئلة وحذف أسئلة وإضافة أخرى و تعديل وترتيب بعض الأسئلة وبعد إجراء التعديلات الملائمة تم القيام بدراسة تجريبية التي تعتبر إحدى الوسائل الهامة لقياس مدى وصلاحيّة وفعالية المقياس ويتضح ذلك من خلال كونها تتيح لنا التعرف على ما يلي:

- مدى تجاوب المبحوثين مع كل سؤال
- نوع الإجابات المحتملة للأسئلة المطروحة
- مدى ملائمة الصياغة. (محمد عبيدات وآخرون، 1999، ص66)

#### 4-2 الاستبانة

تعد استمارة البحث من أكثر أدوات جمع البيانات شيوعاً في البحوث الاجتماعية ، وهذا ما يدفع الباحث الى بذل الجهد من أجل صياغة استمارة الدراسة بصورة تؤدي الى تحقيق أهداف الدراسة فمصطلح الاستبانة يشير الى أداة لجمع المعلومات ، ويعرفها فاخر عاقل أنها أداة مفيدة من أدوات البحث العلمي (فاخر عاقل، 1979، ص225) فهي نموذج يضم مجموعة من الأسئلة التي يتم ارسالها الى عدد من المبحوثين بغية الحصول على معلومات وآرائهم حول موضوع البحث فهي وثيقة يصممها الباحث في ضوء الكتابات ذات الصلة بالمشكلة التي يراد بحثها (عطية، 2013، ص6)

### صياغة الأسئلة:

هناك مجموعة من الشروط يجب مراعاتها عند صياغة الأسئلة التي تتضمنها الدراسة وهي:  
- يجب أن تكون الأسئلة بسيطة وواضحة وبعيدة عن التعقيد اللفظي، حيث لا تقبل الالتباس وإساءة الفهم

- لا تكون الأسئلة من النوع الإيجابي أي لا توحى للمبحوثين بإجابات معينة

- يجب تحاشي الأسئلة التي تدفع للمبحوث للكذب أو الادعاء

### 3-4 المقياس FACT H-N (النسخة الأصلية)

يعتبر مقياس FACT H.N وسيلة لتقييم جودة الحياة اختصاص سرطان الرقبة الوجهي

وأنشأ من طرف فريق عمل في إيطار Sros سنة 1993

(schéma regional de l'organisation sanitaire de la région centre )

ويتكون المقياس من محاور أربع وتم تحديد الإستجابات للمقياس على مدرج مكون من خمسة نقاط وعمل نظام تقديري للدرجات لكل فرد يتراوح من 0 أبدا، 1 قليل جدا، 2 إلى حد ما، 3 كثيرا، 4 كثيرا جدا.

- يحتوي هذا المقياس على 27 عنصر أساسي يسمح بتقييم مرضى أجريت عليهم عملية جراحية سرطان أذن أنف حنجرة (و يشمل أربع ميادين :

**1- البدني:** يحتوي على سبع بنود يحمل البعد بما يسمى الشعور بالرضى وأطلق عليهم الرمز GP من GP1 الى GP7 هنا يقوم المريض بتقييم حالته أي بما يشعر بعد العملية الجراحي (الجانب العضوي الفيزيولوجي).

**2- الإجتماعي/العائلي:** يشمل أيضا على سبعة بنود وأطلق عليهم الرمز GS من GS1 الى GS8 زائد بند Q1 تعويضي الذي يسمح بعدم الإجابة عليه وهو يمثل الجانب الجنسي في بعده

**3- الإنفعالي:** يشمل على 6 بنود أطلق عليهم بالرمز GE من GE1 إلى GE6 يدرس الجانب الإنفعالي للمريض .

**4-4 الوظيفي:** يشمل على 7 بنود والتي أطلق عليها بالرمز GF من GF1 إلى GF7 بقيم هذا الجانب أثر العملية الجراحية على القدرات الوظيفية لدى المريض في حياته (أنظر الملحق رقم (1))

#### 4-4 وصف المقياس المقترح :

أداة لتقييم جودة الحياة لمستاصلي الحنجرة الجزئي و الكلي، يتكون من أربعة: أبعاد: الجانب الذاتي يشمل على 30 بند ، الجانب الانفعالي يشمل على 16 بند، الجانب العائلي يشمل على سبعة وعشرون بند، الجانب الرابع والأخير الجانب المهني ويحتوي على ستة بنود (أنظر الملحق رقم (2)).

#### 4-5 وصف جلسات تطبيق المقياس وإجرائه:

لقد بدأنا جلسات تطبيق المقياس للدراسة الميدانية في شهر ديسمبر 2016 إلى فيفري 2018 ولقد كان معدل الحالات التي أجريناها بتطبيق المقياس يتراوح بين 1 إلى 2 حالة يوميا أما الأيام التي تطبق فيها المقياس هي مرة في الأسبوع وقد تمت عملية تطبيق المقياس وفق الخطوات التالية:

- جمع معلومات أولية الخاصة بالحالة لمعرفة قدرته على تقبل تطبيق المقياس عليه أم لا.  
- في حالة أين الحالة تكون غير متعلم نقوم بشرح وتبسيط المصطلحات لتقريب المعنى وتسجيل إجابات الحالة .

- تم تطبيق المقياس عادة في الفترة الصباحية.

- كان تطبيق المقياس داخل المكتب المختص الارطوفوني

#### 4-6 كيفية تطبيق المقياس:

ينقط المقياس وفق سلم متدرج من 0 إلى 4 بحيث:

- تمنح العلامة (0) للإجابة على أبدا

- تمنح العلامة (1) للإجابة على قليل

- تمنح العلامة (2) للإجابة على إلى حد ما

- تمنح العلامة (3) للإجابة على كثيرا
- تمنح العلامة (4) للإجابة على كثيرا جدا

#### 5- الوسائل الإحصائية المستعملة في الدراسة :

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة عدة أساليب إحصائية بعضها في حساب الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات)

-اعتمدنا على حساب الثبات على SPSS

Split half reliability coefficient of internal consistenc

- استخدام اختبار (ت) الذي يقوم على أساس مقارنة الفروق بين المتوسطات الحسابية، وذلك بحساب قيمة(ت)لفرق متوسطين مرتبطين لعينة واحدة- استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة الفروق في جودة الحياة حسب متغير نوع الاستئصال ومتغير الجنس الحالة.

#### 6- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة :

##### 1-صدق المحكمين:

إن المقياس يكون صادقا إذا كان يقيس ماوضع له أي يحقق جميع أهداف الدراسة ، ويصف المحتوى بشكل مفصل و يتناول جميع الجوانب ، ومدى مناسبة عبارة استبانة ككل وقد تم عرضها في صورتها الأولية عدد من ثلاثة أسانذة ذوي الخبرة في المجال لأخذ وجهات نظرهم، والإستفادة من آرائهم في تعديله والتحقق من مدى ملائمة كل عبارة للمحورالذي ينتمي إليه،وأیضا مدى سلامة ودقة الصياغة ودرجة شمول الإستبانة لمشكل الدراسة وتحقيق أهدافها ليشهدوا بذلك ويمكن للباحث أن يعتمد على حكمهم،وفي ضوء آراء المختصين الذين تعاملوا مع هذا النوع من العينة وحسب البيئة والثقافة الجزائرية تم إعادة صياغة بعض العبارات وإضافة عبارات أخرى لتحسين أداة الدراسة من حيث:

1- وضوح فقرات المقياس ومناسبتها لما وضعت لقياسه.

2- اتساق الفقرات في كل بعد فيما بينها.

**مقياس جودة الحياة لمستأصلي الحنجرة الكلي و الجزئي باستخدام مقياس FACT H,N بعد التعديل:**

**أولاً: صدق المقياس :** اعتمدت الباحثة لدراسة الصدق طريقة الاتساق الداخلي لفقرات مقياس جودة الحياة على أبعاده أو جوانبه الأربعة (الجانب الذاتي ، الجانب الانفعالي ، الجانب العائلي الاجتماعي ، الجانب المهني) ، حيث قامت بإيجاد معامل الارتباط بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للبعد، يتكون المقياس من أربعة أبعاد و هي على التوالي : **البعد أو الجانب الأول ( الجانب الذاتي )** : وتتكون من ثلاثون (30) بند مرقمة من (1) إلى (30) ، قيم معاملات الارتباط البنود (7) ، (8) ، (10) ، (11) ، (12) ، (18) ، (22) ، (23) ، (24) ، (28) ، (29) سالبة او صفرية مما يستوجب حذفها ، بينما تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود المتبقية بين 0.37 و 0.81 وهي قيم موجبة و غير صفرية و دالة إحصائياً ، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبعد الأول :

جدول رقم (6) ، يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد أو الجانب الأول (الجانب الذاتي)

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
1	0.37	دال عند 0.05
2	0.53	دال عند 0.01
3	0.81	دال عند 0.01
4	0.48	دال عند 0.01
5	0.38	دال عند 0.05
6	0.77	دال عند 0.01
9	0.62	دال عند 0.01
13	0.42	دال عند 0.05
14	0.63	دال عند 0.01
15	0.64	دال عند 0.01
16	0.38	دال عند 0.05
17	0.52	دال عند 0.01
19	0.37	دال عند 0.05
20	0.39	دال عند 0.05
21	0.37	دال عند 0.05
25	0.42	دال عند 0.05
26	0.41	دال عند 0.05
27	0.39	دال عند 0.05
30	0.53	دال عند 0.01

البعد أو الجانب الثاني ( الجانب الانفعالي) :

ويتكون من ستة عشر بند (16) مرقمة من (31) إلى (46) ، قيمة معامل الارتباط الفقرات (44) ، (45) سالبة مما يستوجب حذفها ، تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود المتبقية بين 0.61 و 0.91 وهي قيم موجبة و غير صفرية و دالة إحصائيا ، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبعد الثاني.

جدول رقم (7) ، يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد أو الجانب الثاني (الجانب الانفعالي).

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية
31	0.75	دال عند 0.01
32	0.81	دال عند 0.01
33	0.65	دال عند 0.01
34	0.74	دال عند 0.01
35	0.75	دال عند 0.01
36	0.81	دال عند 0.01
37	0.86	دال عند 0.01
38	0.83	دال عند 0.01
39	0.91	دال عند 0.01
40	0.82	دال عند 0.01
41	0.71	دال عند 0.01
42	0.62	دال عند 0.01
43	0.73	دال عند 0.01
46	0.61	دال عند 0.01

البعد أو الجانب الثالث ( الجانب العائلي الاجتماعي ) :

يتكون من سبعة و عشرون (27) فقرة مرقمة من (47) إلى (73) ، قيمة معامل الارتباط الفقرات (47) ، (48) ، (49) ، (50) ، (51) ، (52) ، (53) ، (54) ، (55) ، (56) ، (59) ، (63) ، (70) ، (71) ، (72) سالبة أو صفرية مما يستوجب حذفها ، تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود المتبقية بين 0.45 و 0.90 وهي قيم موجبة و غير صفرية و دالة إحصائياً ، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبعد الثالث :

جدول رقم (8) ، يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الثالث (الجانب العائلي الاجتماعي).

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
57	0.70	دال عند 0.01
58	0.67	دال عند 0.01
60	0.85	دال عند 0.01
61	0.86	دال عند 0.01
62	0.90	دال عند 0.01
64	0.63	دال عند 0.01
65	0.75	دال عند 0.01
66	0.45	دال عند 0.01
67	0.86	دال عند 0.01
68	0.75	دال عند 0.01
69	0.83	دال عند 0.01
73	0.77	دال عند 0.01

البعد أو الجانب الرابع ( الجانب المهني) :

يتكون من ستة (06) بنود أو فقرة مرقمة من (74) إلى (79) ، تراوحت قيم معاملات الارتباط البنود بين 0.31 و 0.72 وهي قيم موجبة و غير صفرية و دالة إحصائياً ، وسوف يتم عرض في الجدول الموالي نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي للبعد الرابع :

جدول رقم (9) ، يبين نتائج حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للبعد الرابع (الجانب المهني).

رقم البند	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
74	0.51	دال عند 0.01
75	0.72	دال عند 0.01
76	0.53	دال عند 0.01
77	0.38	دال عند 0.05
78	0.72	دال عند 0.01
79	0.31	مقبول

وهكذا، يتبين من دراسة الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي، أن فقرات مقياس جودة الحياة لمستأصلي الحنجرة الكلي و الجزئي باستخدام مقياس FACT H,N في أبعاده الأربعة وفقراته المتبقية الواحد و الخمسون (51) تتمتع بصدق بناء واتساق داخلي مرتفع ودال إحصائياً، مما يدل على أن مقياس صادق في قياس ما وضع لقياسه.

## ثانياً: ثبات مقياس جودة الحياة لمستأصلي الحجرة الكلي و الجزئي بإستخدام مقياس FACT H,N

لقد استعانت الباحثة لقياس ثبات مقياس جودة الحياة بطريقتين تمثلت فيما يلي:

- طريقة التجزئة النصفية.

- طريقة ألفا كرونباخ.

و توصلت الباحثة باستخدام طريقة التجزئة النصفية و طريقة ألفا كرونباخ على عينة من الحالات المستأصلي الحجرة مكونة من ( ن = 29 ) ، إلى أن معامل ثبات مقياس جودة الحياة مرتفعة . و فيما يلي تستعرض الباحثة الطرق المستخدمة في الدراسة الحالية لحساب ثبات مقياس جودة الحياة لمستأصلي الحجرة الكلي و الجزئي بإستخدام مقياس FACT H,N:

**1 - طريقة التجزئة النصفية (Split-half-methode):** قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين درجات البنود الفردية و درجات البنود الزوجية على عينة التقنين مكونة من 29، و بعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان - براون ، حيث تراوحت قيم معاملات ثبات أبعاد مقياس جودة الحياة بين 0.73 و 0.91 وهي قيم مرتفعة، و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم ( 10)، يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس جودة الحياة باستخدام طريقة التجزئة النصفية.

أبعاد المقياس	معاملات الارتباط	الدلالة الاحصائية
الجانب الذاتي	0.73	دال عند 0.01
الجانب الانفعالي	0.91	دال عند 0.01
الجانب العائلي الاجتماعي	0.89	دال عند 0.01
الجانب المهني	0.90	دال عند 0.01
المقياس ككل	0.88	دال عند 0.01

## 2 - طريقة ألفا كرونباخ:

تم حساب معامل ألفا باستخدام معادلة كيودر ريتشارسون طبقاً لتعديل كرونباخ ، و تبين أن معاملات ثبات أبعاد مقياس جودة الحياة تتراوح بين 0.75 و 0.94 ، و هي معاملات ثبات مرتفعة ، مما يؤكد ثبات مقياس جودة الحياة ، و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (11)، يبين نتائج حساب ثبات مقياس جودة الحياة باستخدام طريقة ألفا كرونباخ.

جدول رقم (11)، يبين نتائج حساب ثبات أبعاد مقياس جودة الحياة باستخدام طريقة ألفا كرونباخ

أبعاد المقياس	معاملات الارتباط	الدلالة الاحصائية
الجانب الذاتي	0.85	دال عند 0.01
الجانب الانفعالي	0.94	دال عند 0.01
الجانب العائلي الاجتماعي	0.94	دال عند 0.01
الجانب المهني	0.75	دال عند 0.01
المقياس ككل	0.76	دال عند 0.01

**خلاصة الفصل :**

في هذا الفصل تم التعرض للمنهج المتبع في الدراسة الحالية و المتمثل في المنهج الوصفي و كذا مختلف الأدوات المستعملة وأيضا التطرق إلى كيفية إجرائها أما الفصل الموالي و الأخير نقوم بعرض ومناقشة النتائج المتوصل إليها في ظل الفرضيات .

## الفصل الخامس

### عرض ومناقشة النتائج في ظل الفرضيات

- 1- عرض نتائج ومناقشة الفرضية الأولى
- 2- عرض نتائج ومناقشة الفرضية الثانية
- 3- عرض نتائج ومناقشة الفرضية الثالثة
- 4- عرض نتائج ومناقشة الفرضية الرابعة
- 5- عرض نتائج ومناقشة الفرضية الخامسة
- 6- عرض نتائج ومناقشة الفرضية السادسة
- 7- عرض نتائج ومناقشة الفرضية السابعة

الإستنتاج العام

الخاتمة

المراجع

الملاحق

### عرض ومناقشة النتائج:

عرض نتائج الفرضية الأولى: والتي مفادها ما يلي : " مستوى جودة الحياة في جوانبها (الذاتي، الانفعالي، العائلي والاجتماعي، المهني) لمستأصلي الحنجرة جزئياً منخفض " لدراسة هذه الفرضية وللإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية، استخدمت الباحثة اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى جودة الحياة بين المتوسط الافتراضي (النظري) ومتوسط العينة لمستأصلي الحنجرة جزئياً. وفيما يلي عرض لمختلف النتائج

جدول رقم(12)، يبين نتائج تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى جودة الحياة في جوانبها بين المتوسط الافتراضي (النظري) ومتوسط العينة لمستأصلي الحنجرة جزئي

جودة الحياة و جوانبها	حجم العينة	المتوسط الافتراضي	متوسط العينة	الانحراف المعياري للعينة	قيمة(ت) المحسوبة	درجة الحرية	قيمة (ت) الجدولة	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة	09	100.5	79.33	9.30	-6.82	08	3.35	دال عند 0.01
الجانب الذاتي	09	38	29.44	8.09	-3.17	08	2.30	دال عند 0.05
الجانب الانفعالي	09	28	6.33	3.96	-16.38	08	3.35	دال عند 0.01
الجانب العائلي الاجتماعي	09	24	40.22	4.76	-10.21	08	3.35	دال عند 0.01
الجانب المهني	09	10.5	3.33	4.09	-5.25	08	3.35	دال عند 0.01

### التعليق على الجدول:

يتبين من نتائج الجدول رقم (12) ومن تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى جودة الحياة بين المتوسط الافتراضي (النظري) ومتوسط العينة لمستأصلي الحنجرة جزئياً ما يلي .

توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 في متوسط جودة الحياة وفي جوانبها المرتبطة بالانفعالي، العائلي الاجتماعي والمهني بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة،

حيث أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية على التوالي : 6.82، 16.38، 10.21، 5.25 أكبر من قيمة (ت) المجدولة والمساوية (3.35) وهذا يعني ما يلي:

- متوسط مستوى جودة الحياة (79.33) لمستأقلي الحجرة جزئياً أصغر من المتوسط الافتراضي والمساوي (100.5)، وهذا يعني أن مستوى جودة الحياة منخفض لمستأقلين الحجرة جزئياً .

- متوسط مستوى جودة الحياة في جانبه الانفعالي (6.33) لمستأقلي الحجرة جزئياً أصغر من المتوسط الافتراضي والمساوي (28)، وهذا يعني أن مستوى جودة الحياة في جانبه الانفعالي منخفض لمستأقلين الحجرة جزئياً .

- متوسط مستوى جودة الحياة في جانبه العائلي الاجتماعي (40.22) لمستأقلي الحجرة جزئياً أكبر من المتوسط الافتراضي والمساوي (24)، وهذا يعني أن مستوى جودة الحياة في جانبه العائلي الاجتماعي مرتفع لمستأقلين الحجرة جزئياً .

- متوسط مستوى جودة الحياة في جانبه المهني (3.33) لمستأقلي الحجرة جزئياً أصغر من المتوسط الافتراضي والمساوي (10.5)، وهذا يعني أن مستوى جودة الحياة في جانبه المهني منخفض لمستأقلين الحجرة جزئياً .

توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.05 في متوسط جودة الحياة في جانبها المرتبط بالذاتي بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية (3.17) أكبر من قيمة (ت) المجدولة والمساوية (2.30) وهذا يعني ما يلي:

- متوسط مستوى جودة الحياة في جانبه الذاتي (29.44) لمستأقلي الحجرة جزئياً أصغر من المتوسط الافتراضي والمساوي (38)، وهذا يعني أن مستوى جودة الحياة في جانبه الذاتي منخفض لمستأقلين الحجرة جزئياً .

وعليه يمكن القول كجواب للفرضية الأولى : " متوسط جودة الحياة منخفض في جانبه المرتبط بالذاتي، الانفعالي، المهني، والجودة ككل، ومرتفع في جانبه المرتبط بالعائلي الاجتماعي "

عرض نتائج الفرضية الثانية: والتي مفادها ما يلي : " مستوى جودة الحياة في جوانبها (الذاتي، الانفعالي، العائلي والاجتماعي، المهني) لمستأقلي الحنجرة كليا منخفض " لدراسة هذه الفرضية وللإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية، استخدمت الباحثة اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى جودة الحياة بين المتوسط الافتراضي (النظري) ومتوسط العينة لمستأقلين الحنجرة جزئيا.

و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(13)، يبين نتائج تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى جودة الحياة في جوانبها بين المتوسط الافتراضي (النظري) ومتوسط العينة لمستأقلي الحنجرة كليا.

جودة الحياة و جوانبها	حجم العينة	المتوسط الافتراضي	متوسط العينة	الانحراف المعياري للعينة	قيمة(ت) المحسوبة	درجة الحرية	قيمة (ت) المجدولة	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة	20	100.5	92.52	19.09	-1.82	08	2.09	غير دال عند 0.05
الجانب الذاتي	20	38	35.70	13.98	-0.73	08	2.09	غير دال عند 0.05
الجانب الانفعالي	20	28	20.85	14.81	-2.15	08	2.09	دال عند 0.05
الجانب العائلي الاجتماعي	20	24	32.31	11.88	3.05	08	2.86	دال عند 0.01
الجانب المهني	20	10.5	2.80	4.26	-8.07	08	2.86	دال عند 0.01

التعليق على الجدول:

يتبين من نتائج الجدول رقم (13) ومن تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى جودة الحياة بين المتوسط الافتراضي (النظري) ومتوسط العينة لمستأقلي الحنجرة كليا ما يلي .

توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 في متوسط جودة الحياة المرتبطة بالجانب العائلي الاجتماعي والمهني بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية على التوالي: 3.05، 8.07 أكبر من قيمة (ت) الجدولة والمساوية (2.86) وهذا يعني ما يلي :

- متوسط مستوى جودة الحياة في جانبه العائلي الاجتماعي (32.31) لمستأقلي الحنجرة كليا أكبر من المتوسط الافتراضي والمساوي (24)، وهذا يعني أن مستوى جودة الحياة في جانبه العائلي الاجتماعي مرتفع لمستأقلين الحنجرة كليا.

- متوسط مستوى جودة الحياة في جانبه المهني (2.80) لمستأقلي الحنجرة كليا أصغر من المتوسط الافتراضي والمساوي (10.5)، وهذا يعني أن مستوى جودة الحياة في جانبه المهني منخفض لمستأقلين الحنجرة كليا.

توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.05 في متوسط جودة الحياة المرتبطة بالجانب الانفعالي بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية على التوالي: 2.15 أكبر من قيمة (ت) الجدولة والمساوية (2.09) وهذا يعني ما يلي :

- متوسط مستوى جودة الحياة في بعده المرتبط بالانفعالي (20.85) لمستأقلي الحنجرة كليا أصغر من المتوسط الافتراضي والمساوي (28)، وهذا يعني أن مستوى جودة الحياة في جانبه المرتبط بالانفعالي منخفض لمستأقلين الحنجرة كليا.

لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.05 في متوسط جودة الحياة ككل وفي بعده المرتبط بالجانب الذاتي بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية على التوالي : 1.82، 0.73 أصغر من قيمة (ت) الجدولة والمساوية (2.09) وهذا يعني ما يلي:

- متوسط مستوى جودة الحياة (92.52) لمستأقلي الحنجرة كليا يساوي تقريبا المتوسط الافتراضي والمساوي (100.5)، وهذا يعني أن مستوى جودة الحياة متوسط لمستأقلين الحنجرة كليا.

- متوسط مستوى جودة الحياة في جانبه المرتبط بالذاتي (35.70) لمستأصلي الحنجرة كليا يساوي تقريبا المتوسط الافتراضي والمساوي (38)، وهذا يعني أن مستوى جودة الحياة في جانبه الذاتي متوسط لمستأصليين الحنجرة كليا. و عليه يمكن القول كجواب للفرضية الثانية : " متوسط جودة الحياة منخفض في جانبه المرتبط بالانفعالي والمهني، مرتفع في جانبه العائلي الاجتماعي ومتوسط في جانبه الذاتي وفي جودة الحياة ككل".

عرض نتائج الفرضية الثالثة: والتي نصها ما يلي: "لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسط جودة الحياة في جوانبها بين مستأصلي الحنجرة جزئياً ومستأصلي الحنجرة كلياً لصالح مستأصلي الحنجرة جزئياً" لدراسة هذه الفرضية وللإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية، استخدمت الباحثة اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى جودة الحياة بين مستأصلي الحنجرة جزئياً ومستأصلي الحنجرة كلياً، جدول رقم (14)، يبين نتائج تطبيق اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى جودة الحياة بين مستأصلي الحنجرة جزئياً ومستأصلي الحنجرة كلياً .

الدالة الإحصائية	قيمة (ت) المجدولة	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	الانحراف المعياري للعينة	متوسط العينة	المتوسط الافتراضي	حجم العينة	جودة الحياة و جوانبها
غير دالة عند 0.05	2.05	27	1.95	9.30	79.33	09	جزئياً	جودة الحياة
				19.09	92.52	20	كلياً	
غير دالة عند 0.05	2.05	27	1.51	8.09	29.44	09	جزئياً	الجانب الذاتي
				13.98	35.70	20	كلياً	
دالة عند 0.01	2.77	27	4.07	3.96	6.33	09	جزئياً	الجانب الانفعالي
				14.81	20.85	20	كلياً	
غير دالة عند 0.05	2.05	27	1.90	4.76	40.22	09	جزئياً	الجانب العائلي الاجتماعي
				1.881	32.31	20	كلياً	
غير دالة عند 0.05	2.05	27	0.32	4.09	3.33	09	جزئياً	الجانب المهني
				4.26	2.80	20	كلياً	

### التعليق على الجداول:

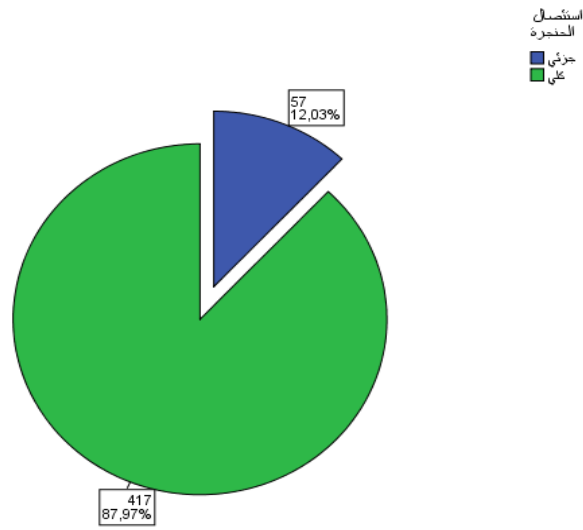
يتبين من الجدول رقم (14)، ومن تطبيق اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط مستوى جودة الحياة وجوانبها الذاتي، الانفعالي، العائلي الاجتماعي، المهني بين مستأصلي الحنجرة جزئياً ومستأصلي الحنجرة كلياً، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج :

- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 في متوسط مستوى جودة الحياة في جانبه المرتبط بالانفعالي بين مستأصلي الحنجرة جزئياً ومستأصلي الحنجرة كلياً، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية (4.07) أكبر من قيمة (ت) المجدولة والمساوية (2.77)، حيث أن متوسط جودة الحياة في بعده المرتبط بالانفعالي لمستأصلي الحنجرة كلياً (20.85) أكبر من متوسط جودة الحياة في بعده المرتبط بالانفعالي لمستأصلي الحنجرة جزئياً (6.33)، وهذا يعني أن مستوى جودة الحياة في جانبه الانفعالي لمستأصلي الحنجرة كلياً مرتفع مقارنة بمستأصلي الحنجرة جزئياً والشكل رقم (1) يبين مختلف النتائج .

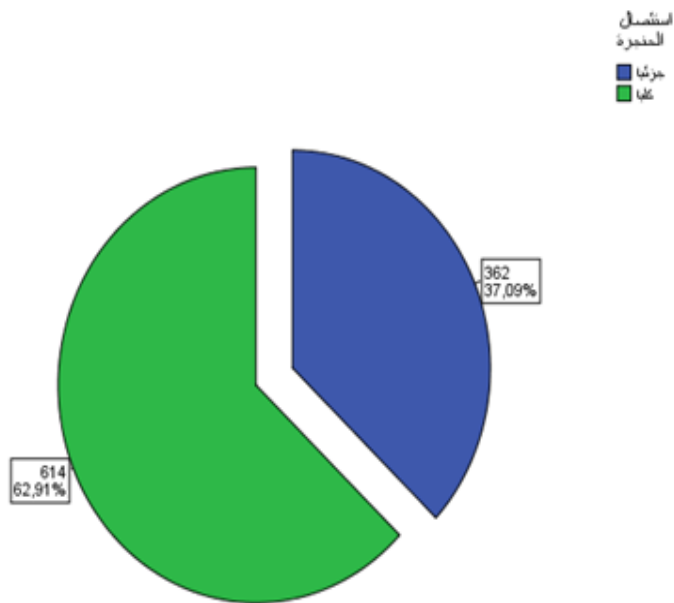
لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.05 في متوسط مستوى جودة الحياة ككل وفي جانبه المرتبط بالذاتي، العائلي الاجتماعي والمهني بين مستأصلي الحنجرة جزئياً ومستأصلي الحنجرة كلياً، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية على التوالي : 1.95، 1.51، 1.90، 0.32 أكبر من قيمة (ت) المجدولة والمساوية (2.05)، حيث أن متوسط جودة الحياة (92.52)، في جانبه الذاتي (35.70)، العائلي الاجتماعي (32.31)، المهني (2.80) لمستأصلي الحنجرة كلياً يساوي تقريباً متوسط جودة الحياة (79.33)، في جانبه الذاتي (29.44)، العائلي الاجتماعي (40.22)، المهني (3.33) لمستأصلي الحنجرة كلياً، والأشكال رقم (16)(17) (18)(19) تبين مختلف النتائج .

و بالتالي يمكن القول كجواب للفرضية الثالثة : "لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسط جودة الحياة ككل وفي جانبه الذاتي، العائلي الاجتماعي، المهني بين مستأصلي الحنجرة جزئياً ومستأصلي الحنجرة كلياً، بينما توجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة في جانبه الانفعالي، حيث يفوق مستوى جودة الحياة في جانبها الانفعالي لمستأصلي الحنجرة كلياً مستوى جودة الحياة في جانبها الانفعالي مستأصلي الحنجرة جزئياً".

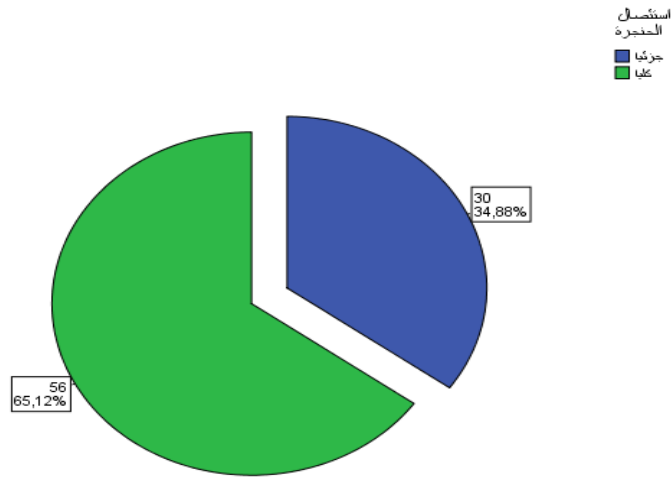
أنظر الشكل رقم (16)



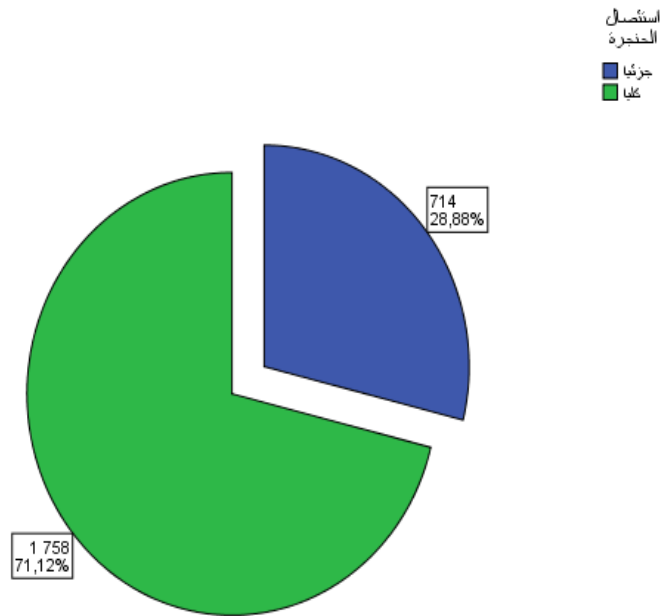
الشكل رقم (16) بين نسب توزيع متوسط جودة الحياة في جانبه المرتبط الانفعالي بين مستأضي الحجرة كلها و جزئيا.



الشكل رقم (17) بين نسب توزيع متوسط جودة الحياة في جانبه المعالي الاجتماعي بين مستأضي الحجرة كلها و جزئيا.



الشكل رقم (18) ، بين نسب توزع متوسط جودة الحياة في جانبه المهني بين مستئصلي الحنجرة كليا و جزئيا.



الشكل رقم (19) بين مستئصلي الحنجرة كليا و جزئيا . ، بين نسب توزع متوسط جودة الحياة

**عرض نتائج الفرضية الرابعة:** والتي تنص على ما يلي : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط جودة الحياة تعزى لمتغير نوع الاستئصال (جزئي، كلي) ومتغير جنس الحالة (ذكر، أنثى)" لدراسة هذه الفرضية وللإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية، استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) الذي يدرس الفروق في متوسط جودة الحياة (متغير التابع) ومتغير مستقل الأول (نوع الاستئصال) ومتغير مستقل ثاني (جنس الفرد) ، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(15)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في جودة الحياة حسب متغير نوع الاستئصال ومتغير جنس الحالة.

نوع الاستئصال	متغير الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة الاحصائية
جزئي	ذكر	09	79,3	9,30	1062,97	1	1062,977	3,809	غير دال
	أنثى	00	00	00	180378,97	1	180378,977	646,276	
كلي	ذكر	15	90,4	19,1	1062,97	1	1062,977	3,809	
	أنثى	05	100,25	19,6	7256,77	26	279,105		

**التعليق على الجدول:** يتبين من الجدول ومن تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط جودة الحياة حسب متغير نوع الاستئصال ومتغير الجنس ما يلي :

أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ألفا تساوي 0.05 في متوسط جودة الحياة حسب نوع الاستئصال ومتغير الجنس، حيث أن قيمة (ف) المحسوبة في كل الحالات غير دالة، وهذا يعني حسب نتائج المقارنات البعدية (اختبار توكي) أن متوسط جودة الحياة متساوية تقريبا عند الجنسين وعند المستأصلين الحنجرة الجزئي والكلي .

وعليه يمكن القول كجواب للفرضية أنه : " لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسط جودة الحياة يعزى لمتغير نوع الاستئصال ومتغير جنس الحالة ."

**عرض نتائج الفرضية الخامسة:** والتي تنص على ما يلي : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط جودة الحياة تعزى لمتغير نوع الاستئصال و متغير الوضعية العائلية " لدراسة هذه الفرضية وللإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية، استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) الذي يدرس الفروق في متوسط جودة الحياة (متغير التابع) و متغير مستقل الأول (نوع الاستئصال) و متغير مستقل ثاني (الوضعية العائلية)، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(16)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في جودة الحياة حسب متغير نوع الاستئصال و متغير الوضعية العائلي

نوع الاستئصال	متغير المستوى التعليمي	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة الاحصائية
جزئي	متزوج	9	79,33	9,30	1062,97	1	1062,97	3,8	غير دال
	متزوج	16	88,93	17,76	180378,9	1	180378,7	646,2	
كلي	مطلق	3	111,66	16,19	7256,73	26	1062,97	3,80	
					226562	28	1062,97		
					8319,71	27	279,10		

**التعليق على الجدول:** يتبين من الجدول ومن تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط جودة الحياة حسب متغير نوع الاستئصال و متغير الوضعية العائلية ما يلي :

أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ألفا تساوي 0.05 في متوسط جودة الحياة حسب نوع الاستئصال و متغير الوضعية العائلية، حيث أن قيمة (ف) المحسوبة في كل الحالات غير دالة، وهذا يعني حسب نتائج المقارنات البعدية (اختبار توكي) أن متوسط جودة الحياة متساوية تقريبا عند المتزوجين والمطلقين وعند المستأصلين الحنجرة الجزئي والكلي .

وعليه يمكن القول كجواب للفرضية أنه : " لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسط جودة الحياة يعزى لمتغير نوع الاستئصال و متغير الوضعية العائلية الحالة " .

**عرض نتائج الفرضية السادسة:** والتي تنص على ما يلي : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط جودة الحياة تعزى لمتغير نوع الاستئصال و متغير المستوى التعليمي" لدراسة هذه الفرضية وللإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية، استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) الذي يدرس الفروق في متوسط جودة الحياة (متغير التابع) و متغير مستقل الأول (نوع الاستئصال) و متغير مستقل ثاني (المستوى التعليمي) ، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(17)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في جودة الحياة حسب متغير نوع الاستئصال و متغير المستوى التعليمي.

نوع الاستئصال	متغير المستوى التعليمي	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة الاحصائية
جزئي	إبتدائي	3	83	14.9	1062,97	1	1062,97	3,809	غير دال
	متوسط	2	82	7.1					
كلي	جامعي	4	75.2	5.0	180378,9	1	180378,7	646,276	غير دال
	امي	5	87	12	1062,97	1	1062,97	3,809	
	إبتدائي	2	108	72	7256,73	26	279,10		
	متوسط	4	93	20,42	226562	28			
	ثانوي	6	87,8	22,22	8319,71	27			
	جامعي	2	103	24					

**التعليق على الجدول:** يتبين من الجدول ومن تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط جودة الحياة حسب متغير نوع الاستئصال و متغير الوضعية المستوى التعليمي ما يلي :

أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ألفا تساوي 0.05 في متوسط جودة الحياة حسب نوع الاستئصال و متغير المستوى التعليمي ، حيث أن قيمة (ف) المحسوبة في كل الحالات غير دالة، وهذا يعني حسب نتائج المقارنات البعدية (اختبار توكي) أن متوسط جودة الحياة متساوية تقريبا عند المستأصلين الحنجرة الجزئي والكلي وعند مختلف المستويات التعليمية.

وعليه يمكن القول كجواب للفرضية أنه : " لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسط جودة الحياة يعزى لمتغير نوع الاستئصال و متغير المستوى التعليمي".

عرض نتائج الفرضية السابعة: والتي تنص على ما يلي : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط جودة الحياة تعزى لمتغير نوع الاستئصال ومتغير المستوى المهنة" لدراسة هذه الفرضية وللإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية، استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) الذي يدرس الفروق في متوسط جودة الحياة (متغير التابع) ومتغير مستقل الأول (نوع الاستئصال) ومتغير مستقل ثاني (المهنة) ، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم(18)، يبين نتائج تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في جودة الحياة حسب متغير نوع الاستئصال ومتغير المهنة

نوع الاستئصال	متغير المستوى التعليمي	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة الاحصائية
جزئي	لا يعمل	3	66	10,11	1569,848	3	523,28	1,861	غير دال
	متقاعد	2	83,25	6,94	155272,38	1	155272,38	552,09	
	يعمل	4	78,75	19,61	941,06	1	941,06	3,34	
	لا يعمل	5	100,25	13,71	506,87	2	506,87	,90	
كلي	متقاعد	2	82	20,83	6749,866	24	281,24		
	يعمل	4	97,87	10,11	226562	28	226562		

**التعليق على الجدول:** يتبين من الجدول ومن تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة دلالة الفروق في متوسط جودة الحياة حسب متغير نوع الاستئصال ومتغير المهنة ما يلي :

أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ألفا تساوي 0.05 في متوسط جودة الحياة حسب نوع الاستئصال ومتغير المهنة، حيث أن قيمة (ف) المحسوبة في كل الحالات غير دالة، وهذا يعني حسب نتائج المقارنات البعدية (اختبار توكي) أن متوسط جودة الحياة

متساوية تقريبا عند المستأصلين الحنجرة الجزئي والكلي وعند مختلف المهن (لا يعمل، متقاعد، يعمل).

وعليه يمكن القول كجواب للفرضية أنه : " لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسط جودة الحياة يعزى لمتغير نوع الاستئصال ومتغير المهنة".

## الاستنتاج العام

أسفرت النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة في محاولة تقديم مقياس لتقييم جودة حياة لمستأصلي الحنجرة الجزئي والكلي في الوسط العيادي الجزائري. تتمثل أداة الدراسة في مقياس يحتوي على استبيان والذي يمس مختلف جوانب الحياة الفرد الملموسة ونخص بالذكر الجانب الذاتي، الانفعالي، الإجتماعي والعائلي وأيضاً المهني ونقوم بتحليل النتائج المتحصلة عليها ومن تم تقارنها بين مستأصلي الحنجرة الجزئي والكلي من خلال النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة نستنتج بأنه

عندما يعلم المريض بإصابته بالسرطان تظهر ردود الفعل المختلفة بالنسبة له وعائلته، وتبدأ التساؤلات عن كيفية مواجهة هذه الظروف الجديدة التي ستؤثر بشكل كبيراً عن جودة الحياة الخاصة بهم، وأكثر ما يجعل هذا الأمر ميسراً بشكل أكبر هو مساندة الأسرة لهؤلاء المرضى حتى يتمكنوا من تحدي المرض والتخفيف من شدة الإصابة ان مستأصلي الحنجرة الجزئي والكلي لا يفتقرون إلى الدعم المعنوي، فلقد ساعدهم في تقبل وتشخيص الإصابة بالسرطان، إذ يواجه المصاب مجموعة من الأزمات تلازمه اضطرابات جسيمة كثيرة ومتعددة من جراء العملية الجراحية تؤدي إلى تغيرات فسيولوجية، خاصة لمستأصلي الحنجرة الكلي ومن جهة أخرى الأعراض النفسية، كالقلق والخوف المتعلق بالبقاء على قيد الحياة أو عودة السرطان والخوف من الفحوصات الطبية وعودة السرطان لذلك يكون في قلق مستمر، وهذا مانجده عند مستأصلي الحنجرة الجزئي، لكن بالرغم من ذلك لانجد من ان هناك انخفاض كبير لجودة الحياة مقارنة بمستأصلي الحنجرة الكلي وهذا راجع للدور الاجتماعي والعائلي الايجابي بالخصوص في معظم الأحيان تكون العائلة بأسرها مشاركة عندما يكون أحد أفراد العائلة مصاب بالسرطان يعبر عن مخاوفه واحاسيسه ويعزز إيمانه وقدراته على التعامل بنجاح مع المرض اذا للعائلة دور مهم في مساعدة مستأصلي الحنجرة الجزئي والكلي على تلبية حاجاته اليومية في توفير دعم عاطفي وتشجيع المريض على مواصلة أسلوب حياة سليم بقدر الإمكان بما في ذلك النشاط الاجتماعي

وقد توصلت الباحثة إلى مستوى جودة الحياة لمستأقلي الحجرة الجزئي منخفض في جانبه المرتبط بالذاتي والانفعالي والمهني والجودة ككل ومرتفع في جانبه المرتبط وبالعائلي والاجتماعي.

أيضا متوسط جودة الحياة لمستأقلي الحجرة منخفض في جانبه المرتبط بالانفعالي والمهني ومرتفع في جانبه العائلي والاجتماعي ومتوسط في جانبه الذاتي وفي جودة الحياة ككل..

لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسط جودة الحياة ككل وفي جانبه الذاتي، العائلي، المهني بين مستأقلي الحجرة الجزئي كليا، بينما توجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة في جانبه الانفعالي حيث يفوق مستوى جودة الحياة في جانبها الانفعالي لمستأقلي الحجرة الكلي مستوى جودة الحياة لمستأقلي الحجرة الجزئي.

وكذلك لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسط جودة الحياة حسب نوع الاستئصال ومتغير الجنس، وان متوسط جودة الحياة متساويا تقريبا عند الجنسين وعند مستأقلي الحجرة الجزئي والكلي.

كما لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسط جودة الحياة حسب نوع الاستئصال ومتغير الوضعية العائلية وهذا يعني ان جودة الحياة متساوية تقريبا عند المتزوجين، والمطلقين وعند مستأقلي الحجرة الجزئي والكلي.

ولا توجد أيضا فروق دالة إحصائية في متوسط جودة الحياة حسب نوع الاستئصال ومتغير المستوى التعليمي وان متوسط جودة الحياة متساوية تقريبا عند مستأقلي الحجرة الجزئي والكلي وعند مختلف المستويات التعليمية.

وفي الاخير عند مختلف المهن (لا يعمل، متقاعد، يعمل) لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسط جودة الحياة متساوية تقريبا عند مستأقلي الحجرة الجزئي والكلي

## خاتمة

محاولة الباحثة على مدار خطوات اجرائها للدراسة تشخيص مستوى جودة الحياة لدى مستأصلي الحنجرة الجزئي والكلي حيث يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الحديثة نسبيا من وجهة نظر علمية بحثية معاصرة حيث أدخل إلى العديد من العلوم والمعارف وميادين التخصص في جميع مجالات الحياة كالصحة النفسية والإجتماعية وذلك للتعبير عن طريقة إدراك الأشخاص لمدى قدرة هذه المجالات على إشباع حاجاتهم إستخدم الأخصائيون والمعالجون مقاييس لدراسة آثار الأمراض منها المزمنة فالإصابة بسرطان يعتبر حدث صادم يعمل على تغيير عالم المصاب مما ينتج عنه تغييرات سلبية خاصة على المستوى النفسي حيث يتسبب السرطان حالة من الفوضى والخوف والانكسار والقلق والحزن يصعب رؤية مصاب السرطان مستقرا نفسيا ثم ينقلبون حقيقة الأمر ويعيشون حالة من الاستسلام للمرض ولإحساسهم العالي بقرب أقربائهم وأولادهم وأزواجهم لهم وتحاول العائلة في تلك الفترة من مرض أحد أفرادها أن تقدم الدعم والمساعدة والمساندة اللازمة له ويحاولون بثتى الوسائل تحمل المسؤولية المعنوية تجاه مريضهم ومحاولة رفع معنوياته لمواجهة العزلة واليأس والحزن وما الى ذلك ولادخال الطمأنينة والاستقرار في نفسيته ولو بصورة نسبية .

أما مايدعو إلى التفاؤل فهو قيام الباحثين بشكل مستمر بدراسة حالات للتعرف على ما يؤثر على جودة حياتهم ما يؤدي إلى تسليط الضوء على إمكانية الحد من هذه التأثيرات، بعد ذلك قامت الباحثة بعرض تساؤلات الدراسة متبوعة بفرضيات الدراسة الاستطلاعية وكذلك الدراسات السابقة وقد اعتمدت الباحثة في ذلك على مقياس Fact H N وتم تطبيقه على عينة متكونة من تسعة وعشرين حالة .

من خلال ما توصلنا إليه في هذه الدراسة يتمتع المقياس المعدل في هذه الدراسة بمؤشرات سيكومترية جيدة يسمح لنا بقياس جودة الحياة لمستأصلي الحنجرة الجزئي والكلي في الوسط العيادي الجزائري وصف تأثير المرض والعلاجات على الحياة العامة للمرضى فان دراسات جودة الحياة تمنح معلومات مهمة قابلة للاستعمال والاهتمام بهذه الفئة من المصابين أثناء

التكفل بالمريض بحيث نتعرف على مختلف الجوانب المحيطة بالحالة كالجانب الذاتي والجانب الاجتماعي من جهة ثانية الهدف يكمن في تحسين مؤشر البقاء على قيد الحياة مع ضمان جودة أفضل لحياة مستأصلي الحنجرة الجزئي والكلبي وتستطيع ايضا العائلة تقديم المساعدة للمريض في اتخاذ قرارات حول مواصلة العلاج الطبي ومتابعة حصص التكفل الارطوفوني.

تقييم قدرة المرضى على التحكم بانفعالاتهم والتأثر في المواقف الصعبة بداية من اكتشاف المرض إلى غاية انتهاء العلاج أمر ضروري لعلاجه كما ينبغي وبفعالية لأن يتطلب نظام علاج خاص يشمل أسلوب أحد أو أكثر من أساليب العلاج مثل الاشعاعي والكيميائي ويعد تحديد الأهداف المنشودة من العلاج والرعاية من أولى الخطوات المهمة في هذا المضمار، على تحسين جودة حياتهم هدف مهم يمكن بلوغه ومن حصص التكفل الأرطوفوني.

وفي الختام يمكن طرح أهم التوصيات المقترحة في النقاط التالية:

-نأمل أن تكون هذه الدراسة انطلاقة لبداية جهد بحثي للعديد من الدراسات التي تعطي هذا الجانب حقه من الاهتمام في مختلف أبعاده والمساهمة في البحث العلمي. محاولة تطبيق المقياس على عينة اكبر من مستأصلي الحنجرة الجزئي والكلبي بإنشاء العديد من المقاييس وتكون دراسات معمقة فيما يخص هذا النوع من الاستئصال في هذا المجال والعمل على تقنين ما هو موجود في الوقت الحال في مختلف المجتمعات والثقافات الأخرى

إن هذا البحث يتطلع إلى الفائدة الكبرى فالعمل كبير وتلزمه إمكانيات لكي يتحقق وهو نموذج عن الجهد الشخصي والمتابعة التي تحتاج للعون وتعتبر هذه الدراسة كمحاولة لإثراء المجال العلمي ولو بقسط قليل بصفة عامة وإثراء التخصص الأرطوفوني بصفة خاصة .

- تشجيع ووضع سياسات لتعزيز وصون المعدات التقنية الخاصة بتشخيص ومعالجة السرطان في المستشفيات التي تقدم خدمات طب الأورام وسائر الخدمات ذات الصلة.

-اكتشاف السرطان وعلاجه في وقت مبكر كسرطان الفم، الحنجرة أوالرئة بهدف التقليل من ظهوره في مراحل متأخرة وضمان العلاج الملائم لها من أجل زيادة معدلات البقاء على قيد الحياة والحد من الوفيات وتحسين جودة الحياة.

# قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية،

- (1) ابن منظور، أبي الفضل جمال الدين (1993)، لسان العرب، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان، دار الكتب العلمية
- (2) أرنؤوط، مها (2005). ما الذي يجب تعرفه عن سرطان الحنجرة . الطبعة الأولى. عمان الأردن ، مكتب الاتصالات وتوعية المجتمع .
- (3) أسبينول، لينراج، ستودينجر، اورسولام (2006)، سيكولوجية القوى الإنسانية تساؤلات أساسية وتوجهات مستقبلية لعلم النفس الإيجابي، ترجمة صفاء الاعسر ونادية شريف وعزيز السيد وعلاء الدين كفاي ، القاهرة ، منشورات المجلس الأعلى للثقافة.
- (4) الأشول ، عادل عز الدين (2005)، نوعية الحياة من المنظور الإجتماعي والنفسي والطبي وقائع المؤتمر الثالث الإنماء النفسي والتربوية للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة.
- (5) أنيس، فريحه.(1973)، نظريات في اللغة الألسنية الثالثة.بيروت، دار الكتاب اللبناني.
- (6) أنيسة، عطية سليم قنديل (2013) ، الاستبانة كأداة بحث علمي ، غزة، الجامعة الإسلامية
- (7) البستاني، فؤاد أفراد (دون سنة)، منجد الطلاب، ، الطبعة38، بيروت، دار المشرق
- (8) بشير، صالح الرشيدي (2000)، مناهج البحث التربوي، الكويت، دار الكتاب الحديث
- (9) بوحوش عمار .(1999)، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث ، ديوان الطبعة الثانية الجزائر، المطبوعات الجامعية

- 10) جابر، عبد الحميد ، أحمد خير كاظم (1987)، *مناهج البحث في التربية وعلم النفس*، دار النهضة العربية.
- 11) الزامل، علي حسين هاشم (2017)، *بناء وتقنين المقاييس النفسية*، بغداد، دارالكتاب.
- 12) زكريا أحمد الشربيني ، يسرية أنور صادق(2013)، *مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية والاجتماعية*، مصر، مكتبة الشنقري.
- 13) زهير، الكرمي ، محمد سعيد، صباريني (1995)، *الأطلس العلمي فيزيولوجية الإنسان*، بيروت، دار الكتاب
- 14) سعادة ، جودت أحمد، (2003)، *تدريس مهارات التفكير مع مئات الأمثلة*، (ط1)، نابلس، فلسطين، (د.ن).
- 15) سلاف مشري (2014)، *مجلة الدراسات و البحوث الاجتماعية*.مصر، جامعة الوادي.
- 16) السيد، الشخص عبد العزيز (1997) ، *اضطرابات النطق والكلام* ، الطبعة الأولى، دار النشر الصفحات الذهبية المحدودة.
- 17) شفيق محمد (1998)، *البحث العلمي في الخطوات المنهجية لاعداد البحوث الاجتماعية*، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث، .
- 18) العادلي، كاظم كريدي (2006)، *مدى إحساس طلبة كلية التربية بالرساق بجودة الحياة ذلك ببعض المتغيرات*، سلطنة عمان قابوس، جامعة السلطان.
- 19) العارف بالله، محمد الغندور (1999)، *أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة توجه قومي للقرن الحادي والعشرون* ، عين شمس مركز الإرشاد النفسي جامعة.

- (20) عبد الرحمان سليمان ايمان فوزي (1999)، معنى الحياة وعلاقته بالاكتئاب النفسي لدى عينة من المسنين العاملين وغير العاملين ، المؤتمر الدولي السادس، مركز الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- (21) عبد الرحمان، العيسوي (1997)، **مناهج البحث العلمي في الفكر الإسلامي و الفكر الحديث**، دار الراتب .
- (22) عبد الرحمن، أحمد عثمان (2006)، **مناهج البحث العلمي**. الطبعة الأولى، السودان المفتوحة الخرطوم، منشورات الجامعة.
- (23) عبيدات، محمد، محمد، أبونصار، عقلة، ميصين (1999). **منهجية البحث العلمي**. الطبعة الثانية. ردمك، دار المكتبة الوطنية.
- (24) عزب حسام الدين محمود (2004)، **برنامج ارشادي لخفض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل** ، جامعة عين شمس، مصر.
- (25) العقيل، محمد بن عبد الرحمن (2013)، **سرطان الحنجرة**، الطبعة الأولى الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان.
- (26) علي مهدي كاظم، البهادلي عبد الخالق نجم (2006)، **جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين واللبنانيين دراسة ثقافية متنوعة**، العدد الثالث،، المجلة العلمية العربية الاكاديمية.
- (27) فاخر عاقل (1979)، **أسس البحث العلمي**، بيروت، دار العلم للملايين.
- (28) فان دالين، ديوبولد (1996)، **مناهج البحث في التربية وعلم النفس**.ترجمة محمد نبيل وآخرون، القاهرة ، مصر، مكتبة أنجلو المصرية.
- (29) الفرماوي، عبد العزيز ( 1999)، **جودة الحياة في جوهر الإنسان**.المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي جودة الحياة. القاهرة، جامعة عين شمس.
- (30) فوزي عبد الله العكش(1986).**البحث العلمي، المناهج والإجراءات** ، الامارات العربية المتحدة ، مطبعة العين الحديثة.

- (31) مانيو، حيدر (2004)، **منهجية البحث** ، ترجمة ملكة أبيض. دمشق .
- (32) مجدي، عزيز إبراهيم (1981)، **مناهج البحث العلمي في العلوم التربوية**. الطبعة الأولى، مكتبة الانجلو المصرية.
- (33) محرم، أحمد (1994)، **مداخل وأبعاد الجودة وقائع مؤتمر استراتيجيات التفسير**. القاهرة، مركز وليد رمسيس للإستشارات .
- (34) محمد سرحان علي الحمودي، (2015)، **مناهج البحث العلمي**، الطبعة الثالثة ، صنعاء، دار الكتب.
- (35) محمد، داود (2001)، **العربية وعلم اللغة الحديث**، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر و التوزيع.
- (36) محمود حنفي، هويدة وعبد الباقي فوزية. (2010) **فعالية الذات المدركة ومدى تأثيرها على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة من المتفوقين والمتأخرين دراسيا**. مجلة اماراباك الاكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا. العدد الأول. 61-115.
- (37) مصطفى فؤاد عبيد (2003)، **مهارات البحث العلمي**، فلسطين اكااديمية الدراسات العالمية.
- (38) المطوع ، عبد العزيز (1999)، **برنامج تحسين الجودة في الأداء الفني للمرشد المدرسي**. المؤتمر السادس.
- (39) منسي، محمود، عبدالحليم، (2006)، **القياس والإحصاء النفسي والتربوي**، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية .
- (40) نعيمة رغداء علي، (2012)، **جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق تشرين**، مجلة جامعة دمشق ، المجلد 28، ( العدد 01)
- (41) الهنداوي، محمد حامد إبراهيم (2011)، **الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا**، غزة، فلسطين.

قائمة مراجع باللغة الأجنبية

- 42) Aimard,P., (1979), **L'enfant et son langage**, Paris : Edition Simep.
- 43) Alalli ,A. (2008),**la voix sans larynx,manuel d'apprentissage de la voix oro et tracheo oesophagienne à l'usage de laryngectomisés porteurs et non porteurs d'implant phonatoire et leurs rééducations** ,Marseille,Solal.
- 44) Alalli,A.,(1993), **Réhabilitation vocale vocale après laryngectomie totale**, Edition Masson , Paris .
- 45) Andelman,R,Atkinson,Cyziman,B,and Rosenblat,A.,(1999),**Quality of life of children toward conceptual charity in M E** , Maruch Ed.
- 46) Aronson, A. (1983),**Les troubles cliniques de la voix**, Paris ,Edition Masson
- 47) Babin,E.(2009),**Qualité de vie des patients en cancerologie Orl**,laboratoire cancers et population centre d'etudes et de recherche sur les risques et vulnérabilités
- 48) Beluoin,B.,Claude,D.(1978),**Guide santé médecine**, Paris, Edition Bordas.
- 49) Berlim,M.,Fleck,M.(2003),**Quality of life a brand new concept for research and practice in psychiatry** ,Revista Brasileirs de Psiquiatrias.
- 50) Betina Yanez,Elizabeth H.Thompson,Annette ,L. Stanton.(2002),**The cancer patient and quality of life the oncologist**,International journal.
- 51) Borel,Susane,Maisonny.(2005),**Rééducation orthophonique,qualité de vie**,Fédération Nationale des orthophonistes ,BDMagenta,Paris.
- 52) Bottomley,Andrew.(2002), **The cancer patient and quality of life the oncologist**.
- 53) Bousebta,Y,(2006),*Qualité de vie des mères d'enfants porteurs de fentes labio-palatines,dixiemes journées medico-chirurgicales du C.H.U.Beni-Messous,17-18 janvier .*
- 54) Bousebta,Y,(2008),*Quality of life of familles with parents on bilateral cochlear implants in Algeria,Middle East update in otolaryngology conference , Dubai,United arab Emirates.*

- 55) Bousebta,Y,(2011),*Approche psychosociale de l'aphasique en milieu clinique Algérien*,Montreal ,Canada.
- 56) Bowling,A. (2001),*Measuring Health «A Review Of Quality Of life Measurement Scales*.Philadelphia ,Open University Press
- 57) Brasnu,D. (2005),**La chirurgie conservatrice des cancers du larynx** ,Paris5, Edition Amplifon.
- 58) Buchman, L.,Brihaye,L. ,Tessier, C. (1998),**La déglutition après chirurgie partielles du larynx**, Edition Solal.
- 59) Chaffanjon,P.,Palombi,P. (2012),**Le larynx** ,Univerité Joseph fourier de Grenoble
- 60) Church, M. (2004),**The Conceptual Operational Definition Of Quality Of Life** « A Systematic Vevie Of The Literature. Unpublished. Master degree, The Office Of Graduate Studies Of Texas University
- 61) Corbier, S .,Charles,F.. (2001),**La voix « La corde vocale et sa pathologie** , Montfiermeil, France
- 62) Crystal,L. (2003),**The Psychologie and Positive psychologie of religion**,volume28 Americain Psychological association division .
- 63) Cummins,R,A,Mccabe.(1994),**The comprensive quality of life scale**, Éducation psychological measurment.
- 64) Dejonker,PH. (1980),**Précis de pathologie et de thérapeutique de la voix**, Edition Jean .pierre de large.
- 65) Dinner,E,M.(1995),*Cross cultural corrélates of life satisfaction and self esteem*, Journal of personality and social psychology
- 66) Dinville,C. (1978),**Les troubles de la voix et leur rééducation** , Paris, Edition Masson.
- 67) Dodson,W. (1994),*Quality of the life measurment in children whith épilepsy* , New York Raven press ltd.
- 68) Domart,A.,Bourneuf,J.(1974),*Petit Larousse de la médecine* ,Paris, Tome 2.
- 69) Dubereuil. (1987),**O.R.L pour le praticien**,Edition Simep,Paris.

- 70) Estien.,M,(1991),Technique de rééducation orthophoniques des dysphonies des professionnelles de la voix, Edition U.F,Paris.
- 71) Felce,D. (1997),**Defening and applying the concept of quality of Life**, journal of Intellectuel Disability Research.
- 72) Frank, H.,Netter,M. (1999),**Atlas anatomie humaine**,Edition Maloine.
- 73) Good,D. (1994),*Quality of lif for persons with disabilities intentional perspectives, journal of intelctuel developmental disability*,vol 22
- 74) Gray,NM ,Hall Browne S,Macleod U,Mitchell E,Lee AJ,Wyke S,L Samuel,D Wellerand,Canpbell,NC.(2011),*Modiafiabile and fixed factors preducting quality of life in people with colorectal cancer*,British journal of cancer
- 75) Green,L.,Kreuter,M.,(1991),**HealthPromotion Planning**.Toronto,Canada
- 76) Hampton, N.Z.(1999),**Quality of life of people with Substance disorders in Thailand an exploratory study**,journal of rehabilitation, vol. 65,3
- 77) Hoff,E.(2002),*Quality of life for person with Disabilities* , *Journal of the American* ,Medical Assocition , Vol280.
- 78) Jackson,Chevalier.(1940),**Le larynx et ses troubles**,Editeurs Doin, Paris.
- 79) Kreither,S.,Peleg.D.,Ehermfeld,M.(2007),**Stress self efficacy and quality of life in caner patients psycho oncology**.
- 80) Legeht, F.,Mualtat,G. (1975),**Précis d'orthophonie**, Paris, Édition Masson.
- 81) Lehuche,F.,Allali,A.( 1990),**La voix anatomie physiologie thérapeutique**, Tome 1 fascicule 1, Edition Masson .
- 82) Lehuche,F.,Allali,A.(1983),**la voix anatomie physiologie du larynx**, Edition Masson.
- 83) Lehuche,F.,Allali,A.(1989),**Collection phoniatre**, volume 3éme , Edition Masson.
- 84) Letzelter.(2000),**La qualité de vie en prendre toute la mesure** , lyon Mapi
- 85) Makitie,A.,Niemensivu,R.,Juvas,L.,Altonen,L.,Back,L.(2003),**Post laryngectomy voice restoration using a voice prothesis** , a single institution 's Ann Oto Rhinol.

- 86) Marilo,B.(2002),**Introduction à la psychologie de la santé**,Edition Dunod,Paris.
- 87) Marois ,D.(2006),**Comparaison de la qualité de vie globale entre plusieurs groupes de sujet affectés par différents trouble de santé ,**
- 88) Norderfelt ,L .(1994),**Concept and measurment of qualité of life in health care ,** londre Kluwer accademic publishers,
- 89) Rapheal,D,Browne,Renwick,R,Rotman.(1996),**Quality of life,indicator and health,current status and emerging conceptions center for health promotion,** university of toronto ,canada.
- 90) Reine,J.,Bousroughis,J.,Calais,G.,Lacau,J.,Raucourt,D. (2009).Institut National du Cancer.
- 91) Rizzo,L.,Spitz,E.,(2002),**Qualité de vie,santé et maladie ,**Fisher Edition,Traité de la psychologie de la santé chapitre 13,Paris.
- 92) Rottmann,I.(1992),**Development of an approach and instrument package for measure quality of life of persons with developmental disabilities,**Toronto «Center of health promotion.
- 93) Roussy,G.(2014),**Pathologies cervico faciales, ce qu'il faut savoir de laryngectomie totale,**Paris ,Direction de la communication.
- 94) Schipper,H.,Clinch.,Powell,V.(1990),**Définition and conceptual issues. In B.spilker (ED) Quality Of Life in Clinical Trials.**New York Raven.
- 95) Smith ,K.(1999),**Distinguishing between quality of life and health status in quality of life ,**research United States ameta analysis quality of life research .
- 96) Société canadienne du cancer.(2013),*Cancer du larynx comprendre le diagnostique.*
- 97) Susan,R,Maznec .(2010),**The relation ship between optimism and quality of life in newly diagnosed cancer patients,**cancer nurs.
- 98) Tarneaud,S.,(1953),**Le traitement de dysphonie ; principes, applications cliniques,**Edition Maloine,Paris.
- 99) Vallancien,B.(1966),**Les dysphonies fonctionnelles ; études cliniques des maladies de la voix,**Flammarion,Paris

- 100) Veenhoven,R.(2009),**Well being is there a conflict between individual and to ciety Social indications** Research91.
- 101) Weil,Barais,A, Cupa,D.(2001),**100 Fiches pour connaitre la psychologie**,paris,Edition Breal.
- 102) WHO-QOL Group.(1994),*The development of word health organization quality of life assessment instrument- the (WHOQOL)*. in orley, J. & Kuyken, W. (Eds.). *quality of life assessment international perspectives*, Berlin ، Springer- Verlag.
- 103) Woisard,V.( 2003),**réhabilitation de la déglutition chez l'adulte** Marseille , Edition Solal.
- 104) Wyke S,L Samuel,D Wellerand,Canpbell,NC.(2011),*Modifiable and fixed factors predicting quality of life in people with colorectal cancer*,British journal of cancer

– المراجع من شبكة الأنترنت،

[https://www. Webteb.com//traitmemt/](https://www.Webteb.com//traitmemt/),القاموس الطبي

Net,www.montada.com  
www.radioalgerie.dz

## FACT-H&N (Version 4)

Below is a list of statements that other people with your illness have said are important. **Please circle or mark one number per line to indicate your response as it applies to the past 7 days.**

### PHYSICAL WELL-BEING

		Not at all	A little bit	Some- what	Quite a bit	Very much
GP1	I have a lack of energy .....	0	1	2	3	4
GP2	I have nausea .....	0	1	2	3	4
GP3	Because of my physical condition, I have trouble meeting the needs of my family .....	0	1	2	3	4
GP4	I have pain .....	0	1	2	3	4
GP5	I am bothered by side effects of treatment .....	0	1	2	3	4
GP6	I feel ill .....	0	1	2	3	4
GP7	I am forced to spend time in bed .....	0	1	2	3	4

### SOCIAL/FAMILY WELL-BEING

		Not at all	A little bit	Some- what	Quite a bit	Very much
GS1	I feel close to my friends .....	0	1	2	3	4
GS2	I get emotional support from my family .....	0	1	2	3	4
GS3	I get support from my friends.....	0	1	2	3	4
GS4	My family has accepted my illness .....	0	1	2	3	4
GS5	I am satisfied with family communication about my illness.....	0	1	2	3	4
GS6	I feel close to my partner (or the person who is my main support) .....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Regardless of your current level of sexual activity, please answer the following question. If you prefer not to answer it, please mark this box <input type="checkbox"/> and go to the next section.</i>					
GS7	I am satisfied with my sex life .....	0	1	2	3	4

## FACT-H&N (Version 4)

Please circle or mark one number per line to indicate your response as it applies to the past 7 days.

### EMOTIONAL WELL-BEING

		Not at all	A little bit	Some- what	Quite a bit	Very much
GE1	I feel sad .....	0	1	2	3	4
GE2	I am satisfied with how I am coping with my illness.....	0	1	2	3	4
GE3	I am losing hope in the fight against my illness.....	0	1	2	3	4
GE4	I feel nervous.....	0	1	2	3	4
GE5	I worry about dying.....	0	1	2	3	4
GE6	I worry that my condition will get worse.....	0	1	2	3	4

### FUNCTIONAL WELL-BEING

		Not at all	A little bit	Some- what	Quite a bit	Very much
GF1	I am able to work (include work at home) .....	0	1	2	3	4
GF2	My work (include work at home) is fulfilling.....	0	1	2	3	4
GF3	I am able to enjoy life.....	0	1	2	3	4
GF4	I have accepted my illness.....	0	1	2	3	4
GF5	I am sleeping well .....	0	1	2	3	4
GF6	I am enjoying the things I usually do for fun .....	0	1	2	3	4
GF7	I am content with the quality of my life right now.....	0	1	2	3	4

## FACT-H&N (Version 4)

**Please circle or mark one number per line to indicate your response as it applies to the past 7 days.**

### ADDITIONAL CONCERNS

		Not at all	A little bit	Some- what	Quite a bit	Very much
H&N1	I am able to eat the foods that I like .....	0	1	2	3	4
H&N2	My mouth is dry .....	0	1	2	3	4
H&N3	I have trouble breathing .....	0	1	2	3	4
H&N4	My voice has its usual quality and strength .....	0	1	2	3	4
H&N5	I am able to eat as much food as I want .....	0	1	2	3	4
H&N6	I am unhappy with how my face and neck look.....	0	1	2	3	4
H&N7	I can swallow naturally and easily .....	0	1	2	3	4
H&N8	I smoke cigarettes or other tobacco products.....	0	1	2	3	4
H&N9	I drink alcohol (e.g. beer, wine, etc.).....	0	1	2	3	4
H&N 10	I am able to communicate with others .....	0	1	2	3	4
H&N 11	I can eat solid foods.....	0	1	2	3	4
H&N 12	I have pain in my mouth, throat or neck .....	0	1	2	3	4

## الملحق رقم (2) مقياس جودة الحياة قبل التعديل

نرجو التكرم بقراءة بنود المقياس المرفق والإجابة عن كل منها بما يعبر عن شعورك الحقيقي وما تقدمون به بالفعل ، وفي الوقت الذي نشكركم فيه على تعاونكم البناء معنا في هذه الدراسة العلمية ،نرجو تعبئة البيانات التالية بالمعلومات المناسبة وتقبلوا خالص تحياتي.

### - الجانب الذاتي

1- لما عرفت أنني مصاب بسرطان الحنجرة أصبت بالذهول لم أتقبل فكرة مرضي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

2- لم أصدق الأمر وكأني أعيش كابوس مخيف تمنيت لو أستقيظ منه

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

3- شعرت بالرهبة والخوف بأن ساعة الرحيل قد حانت والعلم عند الله

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

4- أشعر بالإحراج عن التحدث لحالتي المرضية

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

5- كانت تتراء أمامي صور أبنائي وهم صغار

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

6- مررت بلحظات ضعف

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

7- مررت بلحظات قوة

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

8- أنام جيد بعد العملية الجراحية

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

9- خلال تواجدي في المستشفى أحسست أن عضو من جسم قد نزع مني

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

10- أن العضو المصاب قد أزيل فسوف أرتاح

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

11- أحمد الله على نجاتي من الموت

نعم  لا

12- أحمد الله على شفائي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

13- لم تكن الأعراض المصاحبة للعلاج الكيماوي هينة على الإطلاق فقد كنت أشعر بالإكتئاب والغثيان و الدوار والألم الجسدي الشديد

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

-الأثار الناجمة عن العملية الجراحية

14- شعرت بالإنزعاج نتيجة لتأثيرات الجانبية بعد العملية الجراحية

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

15- شعرت بضيق في التنفس بعد العملية الجراحية

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

16- كنت أسعل كثيرا

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

17- عانيت من إفرازات كبيرة ( sécrétions trachéales )

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

18- أستمتع أثناء أوقات الأكل

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

19- أتناول وجبات الطعام الصلبة بسرعة كبيرة

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

20 - كانت لدي مشاكل البلع fausses routes

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

21- كانت لدي مشاكل في الذوق

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

22- كانت لدي مشاكل في الشم

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

23- صوتي غير محتفظ بنوعيته وقوته المعتادة (مستأصلي الحنجرة الجزئي )

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

24- أشعر بالحيوية و النشاط

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

25- أحاول ان أتفادى الناس حتى لا يرون إعاقتي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

26- أستلقى على السرير في كثير من الاوقات بعد العملية الجراحية لأنعزل عن المحيط الخارجي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

27- أذهب لإجراء فحص طبي بصفة منتظمة

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

28- أمارس القليل من التمارين الرياضية

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

29- أنا راضي عن صحتي الجسمية

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

30- أشعر بأني صرت شخص عصبي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

الجانب الإنفعالي

31- ليس لدي وسيلة للتعبير بطريقة احسن

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

32- أشعر بالإعاقة بسبب صوتي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

33- أشعر بالملل لما يطلب الأشخاص مني تكرار ما قلته

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

34- أشعر بأني غير قادر على التواصل

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

35- أشعر بالحرمان بسبب صوتي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

- رؤية المستقبل:

36- أشعر بتفاوت تجاه مستقبلي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

37- أشعر بالقلق اتجاه حياتي ومستقبلي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

38- أشعر بالخوف وعدم الأمان

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

39- أشعر بالتعاسة

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

40- أشعر بأن نفسي متدنية

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

41- أشعر بأنني أعيش حياة أفضل من غيري

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

42- أوبخ نفسي على ما أصابني

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

43 - أشعر بالشفقة من قبل الآخرين تجاهي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

44- أتقاضي التفكير في الأمور التي تضايقتني

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

45- أشعر بالإرتياح لوجود الجميع من حولي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

46- ينتابني شعور بالقلق و بالاكتئاب

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

الجانب العائلي والإجتماعي

47-العلاقة مع الزوج (ة)

-سلوك الزوج (ة) تجاهي نفسه لم يتغير كما كان قبا المرض

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

48-يستجيب زوج (ة) لمتطلباتي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

49-ترفض زوجتي النوم بجانبني

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

50- تغير شعوري اتجاه زوجتي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

51-تغير شعورها اتجاهي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

العلاقة مع الأولاد :

52-يستجيب أولادي لأوامري

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

53-يتفادونني أولادي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

54-يقضون أوقات بعيدين عني

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

55-أشعر بأن علاقتي سيئة مع أبنائي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

56-بسبب حالتي الجسمية أجد صعوبة في تلبية حاجات أسرتي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

57-أشعر أن أهلي قريبون مني

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

58-لقد كان طريقي للشفاء ممهدا بفضل المساندة النفسية والحب اللذين حصلت عليهما من كل أسرتي وأصدقائي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

59-أشعر أن مرضي هو عبئ كبير على أسرتي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

60- اتمتع بحياة أسرية سعيدة

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

61- أقيم علاقات طيبة مع الآخرين بسهولة

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

62- اشعر بالرضا بعلاقتي مع أقاربي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

63- أصدقائي قاطعوني بعد العملية الجراحية

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

64- يحتذي أصدقائي بسلوكي الاجتماعي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

65- أشعر باحترام الآخرين لي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

66- أرى بحاجة الآخرين لي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

67 - أشعر بالرضا والارتياح لمن حولي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

68- أشعر بالراحة عندما أرى حب الآخرين لي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

69- أعتقد بأنني شخص مهم اجتماعيا

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

70- أشعر بعدم ثقة الآخرين بي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

71- أشعر بأن دوري الاجتماعي جد محدود

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

72- أشعر بأن دوري الإجتماعي غير كفى أو ناقص

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

73- أبادر بالوقوف بجانب الآخرين ومواجهتهم عند أي مشكلة

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

### الجانب المهني

74- أشعر أنني أؤدي عملي على مايرام بعد العملية الجراحية

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

75- تعامل زملائي في العمل بعد العملية الجراحية قاسي

نعم  لا

76- أتعرض لضغوط نفسية كبيرة

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

77 - أشعر بأن المكان الذي أعمل فيه لا يناسبني

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

78- أمارس نفس المنصب في المهنة

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

79- تم تخفيض ساعات العمل لدي

كثيرا جدا  كثيرا  إلى حد ما  قليل جدا  أبدا

### الملحق رقم (3)

#### مقياس FACT H-N بعد التعديل

نرجو التكرم بقراءة بنود المقياس المرفق والإجابة عن كل منها بما يعبر عن شعوركم الحقيقي وما تقدمون به بالفعل ، وفي الوقت الذي نشكركم فيه على تعاونكم البناء معنا في هذه الدراسة العلمية ،نرجو تعبئة البيانات التالية بالمعلومات المناسبة وتقبلوا خالص تحياتي.

الرقم	الفقرة	أبدا	قليل جدا	إلى حد ما	كثيرا	كثيرا جدا
الجانب الذاتي						
1	لما عرفت أنني مصاب بسرطان الحنجرة أصبت بالذهول لم أتقبل فكرة مرضي					
2	لم أصدق الأمر وكأني أعيش كابوس مخيف تمنيت لو أستيقظ منه					
	شعرت بالرهبة والخوف بأن ساعة الرحيل قد حانت والعلم عند الله					

					أشعر بالإحراج عن التحدث لحالتني المرضية	4
					كانت تتراء أمامي صور أبنائي وهم صغار	5
					مررت بلحظات ضعف	6
					خلال تواجدي في المستشفى أحسست أن عضو من جسم قد نزع مني	7
					لم تكن الأعراض المصاحبة للعلاج الكيماوي هينة على الإطلاق فقد كنت أشعر بالإكتئاب والغثيان و الدوار والألم الجسدي الشديد	8
					الأثار الناجمة عن العملية الجراحية شعرت بالإنزعاج نتيجة لتأثيرات الجانبية بعد العملية الجراحية	9
					شعرت بضيق في التنفس بعد العملية الجراحية	10

					كنت أسعل كثيرا	11
					عانيت من إفرازات كبيرة ( les sécrétions trachéales)	12
					أتناول وجبات الطعام الصلبة بسرعة كبيرة	13
					كانت لدي مشاكل البلع	14
					كانت لدي مشاكل في الذوق	15
					أحاول ان أتفادى الناس حتى لا يرون إعاقتي	16
					أستلقى على السرير في كثير من الاقوات بعد العملية الجراحية لأنعزل عن المحيط الخارجي	17
					أذهب لإجراء فحص طبي بصفة منتظمة	18
					أشعر بأني صرت شخص عصبي	19

الجانب الانفعالي

					ليس لدي وسيلة للتعبير بطريقة احسن	20
					أشعر بالإعاقة بسبب صوتي	21
					أشعر بالملل لما يطلب الأشخاص مني تكرار ما قلته	22
					أشعر بأنني غير قادر على التواصل	23
					أشعر بالحرمان بسبب صوتي	24
					رؤية المستقبل أشعر بتفاوت تجاه مستقبلي	25
					أشعر بالقلق اتجاه حياتي ومستقبلي	26

					أشعر بالخوف وعدم الأمان	27
					أشعر بالتعاسة	28
					أشعر بأن نفسي متدنية	29
					أشعر بأنني أعيش حياة أفضل من غيري	30
					أويخ نفسي على ما أصابني	31
					أشعر بالشفقة من قبل الآخرين تجاهي	32
					ينتابني شعور بالقلق و بالاكنتاب	33

الجانب العائلي و الاجتماعي						
					اشعر أن أهلي قريبون مني	34
					لقد كان طريقي للشفاء ممهدا بفضل المساندة النفسية والحب الذي تحصلت عليهما من كل أسرتي وأصدقائي	35
					اتمتع بحياة أسرية سعيدة	36
					أقيم علاقات طيبة مع الآخرين بسهولة	37
					اشعر بالرضا بعلاقتي مع أقاربي	38
					يحتذي أصدقائي بسلوكي الاجتماعي	39
					أشعر باحترام الآخرين لي	40
					أرى بحاجة الآخرين لي	41
					أشعر بالرضا والارتياح لمن حولي	42

					أشعر بالراحة عندما أرى حب الآخرين لي	43
					أعتقد بأنني شخص مهم اجتماعيا	44
					أبادر بالوقوف بجانب الآخرين ومواجهتهم عند أي مشكلة	45
الجانب المهني						
					أشعر أنني أؤدي عملي على مايرام بعد العملية الجراحية	46
					تعامل زملائي في العمل بعد العملية الجراحية قاسي	47
					أعرض لضغوط نفسية كبيرة	48
					أشعر بأن المكان الذي أعمل فيه لا يناسبني	49
					أمارس نفس المنصب في المهنة	50

					تم تخفيض ساعات العمل لدي	51
--	--	--	--	--	--------------------------	----

الملحق رقم (4) البيانات الأولية للمرضى

الحالة الأولى:

الاسم: ج      اللقب: س

1- السن: 66 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2017/05/07

الحالة الثانية:

الاسم: أ اللقب: ش

1- السن: 47 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب(عزباء)  مطلق(ة)  أرمل(ة)  متزوج(ة)

5 - المهنة

متقاعد  عامل

6- نوع الاستتصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2017/09/10 البلدة

الحالة الثالثة:

اللقب: ز

الاسم: ط

1- السن: 66 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب(عزباء)  مطلق(ة)  أرمل(ة)  متزوج(ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستتصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2017/07/10 البلدة

الحالة الرابعة:

اللقب: م

الاسم: ب

1- السن: 66 سنة

2- الجنس: أنثى

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستتصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2017/07/23 البلدة

الحالة الخامسة:

الاسم: ح اللقب: ع

1- السن: 68 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستتصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2016/02/28 البلدة

الحالة السادسة:

اللقب: ج

الاسم: ع

1- السن: 65 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2017 /06/17

مستشفى بني مسوس

الحالة السابعة:

الاسم: م      اللقب: ع

1- السن: 64 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2017 /01/15

مستشفى بني مسوس

الحالة الثامنة:

اللقب: ح

الاسم: م

1- السن: 56 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2017 /10/04

مستشفى بني مسوس

الحالة التاسعة

اللقب: أ

الاسم: م

1- السن: 74 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2010 /12/06

مستشفى بني مسوس

الحالة العاشرة:

اللقب: س

الاسم: م

1- السن: 70 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2006 /11/29

مستشفى بني مسوس

الحالة الحادية عشر:

الاسم: م اللقب: إ

1- السن: 54 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2017 /08/21

مستشفى بني مسوس

الحالة الثانية عشر:

اللقب: ح

الاسم: ع

1- السن: 63 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2017 /03/04

مستشفى بني مسوس

الحالة الثالثة عشر:

اللقب: م

الاسم: ج

1- السن: 64 سنة

2- الجنس: أنثى

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب(عزباء)  مطلق(ة)  أرمل(ة)  متزوج(ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2017/03/ 16

مستشفى بني مسوس

الحالة الرابعة العشر:

اللقب: م

الاسم: ص

1- السن: 79 سنة

2- الجنس: أنثى

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 1999

الحالة الخمسة عشر:

الاسم: م اللقب: ر

1- السن: 49 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2005/08/10

مستشفى بني مسوس

الحالة السادسة عشر:

الاسم: م اللقب: ل

1- السن: 58 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2008/09/18

مستشفى بني مسوس

الحالة السابعة العشر:

الاسم: س      اللقب: د

1- السن: 56 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2017/01/4

مستشفى مصطفى باشا

الحالة الثامنة العشر:

اللقب: ش

الاسم: س

1- السن: 54 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية : 2016/10/31

مستشفى مصطفى باشا

الحالة التاسعة العشر:

الاسم: ب      اللقب: ب

1- السن: 57 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2016/11/07

مستشفى مصطفى باشا

الحالة العشرون:

الاسم: ف      اللقب: ت

1- السن: 48 سنة

2- الجنس: أنثى

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2016/01/12

مستشفى مصطفى باشا

الحالة الواحدة وعشرون:

اللقب: ح

الاسم: ح

1- السن: 66 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5- المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2016/10/04

مستشفى مصطفى باشا

الحالة الثانية و العشرون:

الاسم: م      اللقب: ب

1- السن: 75 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية : 2017/03/14

مستشفى مصطفى باشا

الحالة الثالثة والعشرون:

الاسم: ب اللقب: ر

1- السن: 53 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2013/09/16

مستشفى مصطفى باشا

الحالة الرابعة والعشرين:

اللقب: ك

الاسم: أ

1- السن: 62 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية : 2017/11/08

مستشفى مصطفى باشا

الحالة الخامسة والعشرين:

الاسم: ط اللقب: ع

1- السن: 54 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية : 2012 /04/09

مستشفى مصطفى باشا

الحالة السادسة والعشرين:

اللقب: ك

الاسم: ش

1- السن: 49 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2017/10/02

مستشفى مصطفى باشا

الحالة السابعة والعشرين:

الاسم: م اللقب: ب

1- السن: 45 سنة

2- الجنس : ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق(ة)  أرمل(ة)  متزوج(ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية: 2016/12/18

مستشفى مصطفى باشا

الحالة الثامنة والعشرين:

اللقب: ب

الاسم: ز

1- السن: 56 سنة

2- الجنس: ذكر

3- المستوى التعليمي:

جامعي  ثانوي  متوسط  ابتدائي  بدون مستوى

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب (عزباء)  مطلق (ة)  أرمل (ة)  متزوج (ة)

5 - المهنة:

متقاعد  عامل

6- نوع الاستئصال

كلي  جزئي

7- تاريخ إجراء العملية الجراحية : 2017/10/10

مستشفى مصطفى باشا

الملحق رقم (5) نتائج المعالجة الإحصائية باستخدام برنامج spss

Statistiques de groupe

	istiasal	N	Moyenne	Ecart- type	Erreur standard moyenne
D	,00	9	29,4444	8,09492	2,69831
at		2		13,9853	
i	1,00	0	35,7000	3	3,12722
In	,00	9	6,3333	3,96863	1,32288
fi		2		14,8120	
al	1,00	0	20,8500	7	3,31208
i					
ai	,00	9	40,2222	4,76387	1,58796
lij					
ti		1		11,8886	
m	1,00	9	32,3158	2	2,72744
a					
a					
ri					
m	,00	9	3,3333	4,09268	1,36423
ih		2		4,26244	
a	1,00	0	2,8000		,95311
ni					
J	,00	9	79,3333	9,30054	3,10018
a					
w		1		19,0973	
d	1,00	9	92,5263	2	4,38123
a					

**Test d'échantillons indépendants**

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes		
	F	Si g.	t	ddl	Sig. (bil

Dati	Hypothèse de variances égales	5,98	,032	–1,244	27	,224
	Hypothèse de variances inégales			–1,515	24,962	,142
Infiali	Hypothèse de variances égales	6,220	,019	–2,868	27	,008
	Hypothèse de variances inégales			–4,070	24,090	,000
Ailijtimaari	Hypothèse de variances égales	3,777	,063	1,908	26	,067
	Hypothèse de variances inégales			2,505	25,642	,019
Mihani	Hypothèse de variances égales	0,43	,838	,315	27	,755
	Hypothèse de variances inégales			,320	16,101	,753

Jawda	Hypothèse de variances égales	3,234	,084	-1,952	26	,062
	Hypothèse de variances inégales	4		-2,458	25,918	,021

إستتصال كلي

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Écart-type	Erreur standard
Dati	20	35,700	13,985	3,1272

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 38					
	T	d	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
Dati	- ,73 5	1 9	,471	-2,30000	-8,8453	4,2453

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart- type	Erreur standard moyenne
Infiali	20	20,8500	14,8120 7	3,31208

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 28					
	T	d	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure

Infiali	2 , 1 5 9	1 9	,044	-7,15000	-14,0823	-,2177
---------	-----------------------	--------	------	----------	----------	--------

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
ailijtimaari	20	32,3158	11,8862	2,72744

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 24					
	T	Ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
Ailijtimaari	3,049	19	,007	8,31579	2,5857	14,0459

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
mihani	20	2,8000	4,26244	,95311

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 105					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
mihani	-107,228	19	,000	-102,2000	-104,1949	-100,2051

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
mihani	20	2,8000	4,26244	,95311

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 10.5					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
mihani	- 8,079	19	,000	- 7,70000	-9,6949	- 5,705 1

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart- type	Erreur standard moyenne
Jawda	20	92,526 3	19,09 732	4,38123

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 100.5					
	T	D	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
Jawda	- 1, 82 0	1 8	,085	- 7,9736 8	- 17,178 3	1,2309

استتصال جزئي

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Dati	9	29,444 4	8,09492	2,69831

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 38					
	T	d	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
Dati	- 3,171	8	,013	- 8,5555 6	- 14,777 9	-2,3332

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Infiali	9	6,3333	3,96863	1,32288

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 28					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
Infiali	-16,378	8	,000	-21,6667	-24,7172	-18,6161

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Écart-type	Erreur standard moyenne
ailijtimari	9	40,2222	4,7637	1,58796

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 24					
	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
ailijtimari	10,216	8	,000	16,2222	12,5604	19,8841

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart- t- type	Erreur standard moyenne
mihani	9	3,3333	4,09 268	1,36423

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 10.5					
	T	d	Sig. (bilatérale)	Différen- ce moyenn e	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieu re	Supérie ure
mihani	- 5,253	8	,001	- 7,1666 7	- 10,312 6	- 4,0208

Statistiques sur échantillon unique

	Moyenne	Ecart- t- type	Erreur standard moyenne
Jawda	79,3333	9,30 054	3,10018

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 100.5					
	T	ddl	Sig. (bilatérale )	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
Jawda	- 6,828	8	.000	- 21,1 6667	- 28,315 7	-14,0176



ملحق رقم (5) المخرجات الاحصائية صدق وثبات المقياس

الجانب الذاتي

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	29	100,0
	Exclus <sup>a</sup>	0	,0
	Total	29	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,486	30

**Statistiques de total des éléments**

	<b>Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément</b>	<b>Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément</b>	<b>Corrélation complète des éléments corrigés</b>	<b>Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément</b>
q1	50,1724	72,791	,466	,419
q2	50,1034	69,953	,544	,399
q3	50,0000	64,500	,733	,350
q4	51,2414	78,404	,276	,456
q5	49,8966	76,667	,282	,451
q6	50,3103	66,650	,719	,366
q7	49,5517	95,970	-,560	,563
q8	49,6552	95,520	-,558	,560
q9	49,5517	72,828	,548	,414

q10	49,1034	93,953	-,544	,549
q11	51,0000	84,929	,000	,486
q12	51,0000	84,929	,000	,486
q13	50,5172	75,116	,297	,445
q14	49,9310	70,924	,590	,401
q15	50,6207	70,387	,549	,401
q16	49,6897	78,793	,170	,469
q17	49,3103	79,722	,176	,469
q18	49,8621	86,909	-,153	,516
q19	50,3103	78,222	,176	,468
q20	50,6552	79,877	,223	,465
q21	51,0000	76,143	,330	,444
q22	50,4138	96,180	-,459	,575
q23	51,1034	90,167	-,267	,542
q24	50,8966	83,739	-,025	,501
q25	51,2414	80,261	,187	,469
q26	50,8621	75,909	,287	,448
q27	48,3793	82,887	,114	,480
q28	51,3448	86,805	-,152	,511
q29	49,8276	99,219	-,623	,583
q30	50,4483	74,685	,371	,436

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	29	100,0
	Exclus <sup>a</sup>	0	,0
	Total	29	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,848	19

### Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
q1	31,9310	146,567	,373	,844

q2	31,8621	140,123	,533	,837
q3	31,7586	129,547	,807	,821
q4	33,0000	146,357	,476	,840
q5	31,6552	146,091	,385	,844
q6	32,0690	133,281	,775	,825
q9	31,3103	141,793	,619	,834
q1 3	32,2759	142,993	,422	,842
q1 4	31,6897	139,865	,631	,833
q1 5	32,3793	137,672	,638	,832
q1 6	31,4483	147,828	380,	,848
q1 7	31,0690	153,567	524,	,852
q1 9	32,0690	153,281	375,	,857
q2 0	32,4138	152,180	395,	,847
q2 1	32,7586	148,761	372,	,846
q2 5	33,0000	150,714	419,	,846
q2 6	32,6207	144,101	,415	,842

q2 7	30,1379	157,123	389,	,851
q3 0	32,2069	141,599	,532	,837

الجانب الانفعالي

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations		
Valide	29	100,0
Exclus <sup>a</sup>	0	,0
Total	29	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,894	16

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
q31	19,72 41	153,1 35	,720	,882
q32	19,89 66	146,8 10	,786	,878
q33	19,34 48	149,8 05	,668	,883
q34	19,93 10	149,2 81	,725	,881
q35	19,89 66	148,3 82	,767	,879

q36	20,68 97	153,7 93	,782	,881
q37	20,62 07	149,8 15	,849	,877
q38	20,79 31	152,1 70	,830	,879
q39	20,79 31	149,2 41	,891	,876
q40	20,37 93	148,9 58	,817	,878
q41	20,31 03	152,0 07	,688	,883
q42	20,10 34	171,1 67	,106	,906
q43	20,27 59	155,2 78	,710	,883
q44	19,44 83	177,6 13	-,053	,911
q45	18,31 03	199,5 07	-,699	,924
q46	20,68 97	159,2 93	,599	,887

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

**Récapitulatif de traitement des observations**

		%
Observations	Valide	100,0
	Exclus <sup>a</sup>	,0
	Total	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

**Statistiques de fiabilité**

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,941	14

**Statistiques de total des éléments**

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément

q31	14,6552	173,234	,745	,936
q32	14,8276	166,505	,808	,934
q33	14,2759	171,135	,651	,939
q34	14,8621	169,480	,738	,936
q35	14,8276	169,505	,752	,935
q36	15,6207	174,030	,806	,935
q37	15,5517	170,185	,858	,933
q38	15,7241	172,993	,830	,934
q39	15,7241	169,350	,908	,932
q40	15,3103	169,507	,819	,934
q41	15,2414	172,047	,712	,937
q42	15,0345	192,392	621,	,954
q43	15,2069	175,813	,727	,936
q46	15,6207	180,172	,614	,939

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	26	89,7
	Exclus <sup>a</sup>	3	10,3
	Total	29	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,062	27

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
q47	49,6538	28,475	-,227	,187
q48	47,0385	26,438	-,042	,080
q49	50,2692	26,605	-,034	,075
q50	50,2308	26,025	,051	,048
q51	50,3462	26,475	,014	,059
q52	47,1154	25,626	,046	,046
q53	50,3077	28,382	-,252	,123
q54	50,1923	29,362	-,340	,161
q55	50,3846	30,966	-,798	,192
q56	49,9231	32,714	-,559	,267
q57	47,0385	23,878	,246	-,029 <sup>a</sup>
q58	46,8846	24,826	,413	-,016 <sup>a</sup>
q59	49,6154	33,046	-,549	,281
q60	47,1923	23,362	,483	-,072 <sup>a</sup>
q61	47,5000	21,300	,488	-,150 <sup>a</sup>
q62	47,4231	21,294	,553	-,159 <sup>a</sup>
q63	50,2308	30,585	-,476	,196
q64	47,9615	21,478	,407	-,130 <sup>a</sup>

q65	47,2692	20,125	,738	-,232 <sup>a</sup>
q66	48,3462	22,315	,263	-,072 <sup>a</sup>
q67	47,5385	21,458	,621	-,159 <sup>a</sup>
q68	47,1923	20,802	,718	-,197 <sup>a</sup>
q69	47,8462	19,815	,548	-,221 <sup>a</sup>
q70	50,1538	27,415	-,117	,096
q71	49,1923	34,882	-,596	,338
q72	49,5769	33,934	-,613	,300
q73	47,5769	20,334	,603	-,207 <sup>a</sup>

a. La valeur est négative en raison d'une covariance moyenne négative parmi les éléments. Par conséquent, les hypothèses du modèle de fiabilité ne sont pas respectées. Vous pouvez vérifier les codages des éléments.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	28	96,6
	Exclus <sup>a</sup>	1	3,4

	Total	29	100,0
--	-------	----	-------

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

**Statistiques de fiabilité**

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,945	12

**Statistiques de total des éléments**

	Moyen ne de l'échell e en cas de suppre ssion d'un éléme nt	Varian ce de l'échell e en cas de suppre ssion d'un élémen t	Corrélation compl ète des élémen ts corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
q57	31,57 14	96,84 7	,703	,942
q58	31,46 43	99,73 9	,668	,943
q60	31,75 00	95,52 8	,853	,937
q61	32,03 57	92,33 2	,860	,936
q62	31,96 43	92,33 2	,901	,935
q64	32,35 71	99,49 7	,629	,944
q65	31,64 29	100,3 86	,754	,941
q66	32,71 43	102,2 12	,453	,951
q67	32,00 00	97,03 7	,858	,937
q68	31,57 14	101,3 65	,755	,941

q69	32,32 14	92,74 5	,832	,937
q73	32,03 57	96,25 8	,771	,940

الجانب المهني

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	29	100,0
	Exclus <sup>a</sup>	0	,0
	Total	29	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,753	6

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Varian ce de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation compl ète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
q74	2,1724	11,505	,515	,713
q75	2,5862	14,251	,719	,710
q76	2,5517	11,685	,530	,707
q77	2,6897	13,722	,382	,744
q78	2,1034	9,096	,719	,643

q79	2,724 1	14,85 0	,312	,757
-----	------------	------------	------	------

**RELIABILITY**

**/VARIABLES=q1 q2 q3 q4 q5 q6 q9 q13 q14 q15 q16 q17 q19 q20 q21 q25 q26 q27 q30**

**/SCALE('ALL VARIABLES') ALL**

**/MODEL=SPLIT.**

**Fiabilité**

**Echelle : TOUTES LES VARIABLES**

**Récapitulatif de traitement des observations**

		N	%
Observations	Valide	29	100,0
	Exclus <sup>a</sup>	0	,0
	Total	29	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

#### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Part	Valeur	.856
	ie 1	Nombre d'éléments	10 <sup>a</sup>
Alpha de Cronbach	Part	Valeur	.478
	ie 2	Nombre d'éléments	9 <sup>b</sup>
Nombre total d'éléments			19
Corrélation entre les sous-échelles			.683
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		.812
	Longueur inégale		.812
Coefficient de Guttman split-half			.731

a. Les éléments sont : q1, q2, q3, q4, q5, q6, q9, q13, q14, q15.

b. Les éléments sont : q15, q16, q17, q19, q20, q21, q25, q26, q27, q30.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	29	100,0
	Exclus <sup>a</sup>	0	,0
	Total	29	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Part	Valeur	,922
	ie 1	Nombre d'éléments	7 <sup>a</sup>
Alpha de Cronbach	Part	Valeur	,861
	ie 2	Nombre d'éléments	7 <sup>b</sup>
Nombre total d'éléments			14
Corrélation entre les sous-échelles			,845
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,916
	Longueur inégale		,916
Coefficient de Guttman split-half			,908

a. Les éléments sont : q31, q32, q33, q34, q35, q36, q37.

b. Les éléments sont : q38, q39, q40, q41, q42, q43, q46.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	28	96,6
	Exclus <sup>a</sup>	1	3,4
	Total	29	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Part	Valeur	.923
	ie 1	Nombre d'éléments	6 <sup>a</sup>
Alpha de Cronbach	Part	Valeur	.898
	ie 2	Nombre d'éléments	6 <sup>b</sup>
Nombre total d'éléments			12
Corrélation entre les sous-échelles			.804
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		.892
	Longueur inégale		.892
Coefficient de Guttman split-half			.888

a. Les éléments sont : q57, q58, q60, q61, q62, q64.

b. Les éléments sont : q65, q66, q67, q68, q69, q73.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations	29	100,0
	0	,0
	29	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	
			,531

	Nombre d'éléments	3
		a
		,
	Valeur	4
Part		3
ie 2		2
	Nombre d'éléments	3
		b
	Nombre total d'éléments	6
		,
Corrélation entre les sous-échelles		8
		2
		3
		,
	Longueur égale	9
		0
Coefficient de Spearman-Brown		3
		,
	Longueur inégale	9
		0
		3
		,
Coefficient de Guttman split-half		9
		0
		3

a. Les éléments sont : q74, q75, q76.

b. Les éléments sont : q77, q78, q79.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations		9
	2	6
	8	,6
		6
	1	3
		4
	1	
	0	
	2	
	0	
	9	
	,0	
	0	

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,760	51

ملحق رقم (6) فرضيات الخاصة بالمتغيرات الشخصية

Facteurs inter-sujets

	N
i	
s	9
t	
i	
a	1
s	1
a	9
l	
f	
o	5
n	

c t i o n	1	1
	,	1
	0	1
	0	
	2	
	,	1
	0	2
	0	

**Statistiques descriptives**

Variable dépendante: jawda

istiasal	Fonction	Moyenne	Ecart-type	N
	.00	66,0000	.	1
.00	1,00	83,2500	10,11187	4
	2,00	78,7500	6,94622	4
	Total	79,3333	9,30054	9
1,00	.00	100,2500	19,61929	4
	1,00	82,0000	13,71131	7
	2,00	97,8750	20,83567	8
	Total	92,5263	19,09732	19
Total	.00	93,4000	22,87575	5
	1,00	82,4545	11,99470	11
	2,00	91,5000	19,44456	12

Total	88,2857	17,55385	28
-------	---------	----------	----

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene<sup>a</sup>

Variable dépendante: jawda

D	ddl1	ddl2	Sig.
,835	5	22	,539

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. Plan : Ordonnée à l'origine + istiasal + fonction

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante: jawda

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.	Eta au carré partiel
Modèle corrigé	1569,848 <sup>a</sup>	3	523,283	1,861	,163	,189
Ordonnée à l'origine	155272,385	1	155272,385	552,091	,000	,958

Istiasal	941,061	1	941,061	3,346	,080	,122
Fonction	506,871	2	253,435	,901	,419	,070
Erreur	6749,866	24	281,244			
Total	226562,000	28				
Total corrigé	8319,714	27				

a. R deux = ,189 (R deux ajusté = ,087)

#### Moyennes marginales estimées

Istiasal

Variable dépendante: jawda

istiasal	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
,00	80,348	5,889	68,193	92,503
1,00	92,859	3,985	84,635	101,083

**Analyse de variance univariée**

**Facteurs inter-sujets**

		N
<b>istiasal</b>	,00	9
	1,00	19
<b>Sexe</b>	1,00	24
	2,00	4

**Statistiques descriptives**

Variable dépendante: jawda

<b>istiasal</b>	<b>Sexe</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Ecart-type</b>	<b>N</b>
<b>,00</b>	1,00	79,3333	9,30054	9
	Total	79,3333	9,30054	9
<b>1,00</b>	1,00	90,4667	19,10074	15
	2,00	100,2500	19,61929	4
	Total	92,5263	19,09732	19
<b>Total</b>	1,00	86,2917	16,80704	24
	2,00	100,2500	19,61929	4
	Total	88,2857	17,55385	28

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene<sup>a</sup>

Variable dépendante: jawda

D	ddl	ddl2	Sig.
	1		
1,577	2	25	,227

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. Plan : Ordonnée à l'origine + Istiasal

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante: jawda

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.	Et a au carré parti el
Modèle corrigé	1062,977 <sup>a</sup>	1	1062,977	3,809	,062	,128
Ordonnée à l'origine	180378,977	1	180378,977	646,276	,000	,961
Istiasal	1062,977	1	1062,977	3,809	,062	,128
Erreur	7256,737	26	279,105			
Total	226562,000	28				
Total corrigé	8319,714	27				

a. R deux = ,128 (R deux ajusté = ,094)

**Moyennes marginales estimées**

Istiasal

Variable dépendante: jawda

Istiasal	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
.00	79,333	5,569	67,886	90,780
1.00	92,526	3,833	84,648	100,405

**Analyse de variance univariée**

**Facteurs inter-sujets**

	N
Istiasal .00	9
Istiasal 1.00	19

	.00	5
	1.00	5
niv	2.00	6
	3.00	6
	4.00	6

**Statistiques descriptives**

Variable dépendante: jawda

istiasal	Niv	Ecart-type	N
.00	1.00	14,93318	3

	2,00	7,07107	2
	4,00	4,99166	4
	<b>Total</b>	<b>9,30054</b>	<b>9</b>
	,00	12,05404	5
1,00			
	1,00	26,87006	2

	2,00	20,42874	4
	3,00	22,22086	6
	4,00	24,04163	2
	<b>Total</b>	<b>19,09732</b>	<b>19</b>
<b>Total</b>	,00	<b>12,05404</b>	<b>5</b>

1.00	21,89749	5
2.00	17,10750	6
3.00	22,22086	6
4.00	18,32757	6
Total	17,55385	28

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene<sup>a</sup>

Variable dépendante: jawda

D	dd l1	ddl2	Sig.
,951	7	20	,491

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. Plan : Ordonnée à l'origine + istiasal

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante: jawda

Source	Somme des carrés de type III	df	Moyenne des carrés	F	Sig.	Eta au carré partiel
Modèle corrigé	1062,977 <sup>a</sup>	1	1062,977	3,809	,062	,128
Ordonnée à l'origine	180378,977	1	180378,977	66,276	,000	,961

Istiasal	1062,977	1	1062,977	3,809	,062	,128
Erreur	7256,737	26	279,105			
Total	226562,000	28				
Total corrigé	8319,714	27				

a. R deux = ,128 (R deux ajusté = ,094)

**Moyennes marginales estimées**

Istiasal

Variable dépendante: jawda

Istiasal	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
,00	79,333	5,569	67,886	90,780
1,00	92,526	3,833	84,648	100,405

**Statistiques de groupe**

	Istias al	N	Moyen ne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
J a w d a	,00	9	79,333 3	9,30054	3,10018
	1,00	1 9	92,526 3	19,09732	4,38123

**Test d'échantillons indépendants**

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes		
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)

J a w d a	Hypothèse de variances égales	3 , 2 3 4	,084	- 1 , 9 5 2 - 2 , 4 5 8	26	,062
	Hypothèse de variances inégales				25, 918	,021

**Statistiques de groupe**

	isti asa l	N	Moyen ne	Ecart- type	Erreur standard moyenne
Dati	,00	9	29,444 4	8,0949 2	2,69831

	1,0		35,700	13,985	
	0	20	0	33	3,12722
	,00	9	6,3333	3,9686	1,32288
<b>Infiali</b>				3	
	1,0	20	20,850	14,812	3,31208
	0		0	07	
	,00	9	40,222	4,7638	1,58796
<b>ailijti</b>				7	
<b>maari</b>	1,0	19	32,315	11,888	2,72744
	0		8	62	
	,00	9	3,3333	4,0926	1,36423
<b>Miha</b>				8	
<b>ni</b>	1,0	20	2,8000	4,2624	,95311
	0			4	

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes		
		F	Sig.	t	Ddl	Sig. (bilatérale)
Dati	Hypothèse de variances égales	5,098	,032	-1,24	27	,224
	Hypothèse de variances inégales			-1,56	24,962	,142
Infiali	Hypothèse de variances égales	6,220	,019	-2,88	27	,008
	Hypothèse de variances inégales			-4,00	24,090	,000

ailijtimaari	Hypothèse de variances égales	3 , 7 7 7	,0 63	1 , 9 0 8	26	,067
	Hypothèse de variances inégales			2 , 5 0 5	25,6 42	,019
mihani	Hypothèse de variances égales	, 0 4 3	,8 38	3 1 5	27	,755
	Hypothèse de variances inégales			, 3 2 0	16,1 01	,753

**Facteurs inter-sujets**

		N
i	,00	9

s		
t		
i		
a	1,00	20
s		
a		
l		
S	1,00	24
e		
x	2,00	5
e		

**Statistiques descriptives**

**Variable dépendante: infiali**

istiasal	Sexe	Moyenne	Ecart-type	N
,00	1,00	6,3333	3,96863	9
	Total	6,3333	3,96863	9
1,00	1,00	20,3333	16,15844	15
	2,00	22,4000	11,14899	5
	Total	20,8500	14,81207	20
Total	1,00	15,0833	14,57191	24
	2,00	22,4000	11,14899	5
	Total	16,3448	14,14536	29

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene<sup>a</sup>

Variable dépendante: infiali

D	ddl1	ddl2	Sig.
3,766	2	26	,037

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. Plan : Ordonnée à l'origine + istiasal

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante: infiali

Source	Somme des carrés de type III	Ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.	Eta au carré partiel
Modèle corrigé	1308,002 <sup>a</sup>	1	1308,002	8,223	,008	,233
Ordonné e à l'origine	4586,484	1	4586,484	28,835	,000	,516
Istiasal	1308,002	1	1308,002	8,223	,008	,233
Erreur	42950	27	159,057			
Total	13350,000	29				
Total corrigé	5602,552	28				

a. R deux = ,233 (R deux ajusté = ,205)

**Moyennes marginales estimées**

**Istiasal**

**Variable dépendante: infiali**

Istiasal	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
,00	6,333	4,204	-2,292	14,959
1,00	20,850	2,820	15,064	26,636

