

تقييم جودة الحياة لدى مستأصلي الحنجرة من جراء السرطان ودور إعادة التأهيل الأروطوفوني

Assessment of life quality in patients with laryngeal cancer and the role of orthopedic rehabilitation

باسم رحالي¹ مخبر بنك الاختبارات النفسية والمدرسية والمهنية جامعة باتنة -1،

bassim.rahali@univ-batna.dz

د. وردة زغيش مخبر بنك الاختبارات النفسية والمدرسية والمهنية جامعة باتنة - 1

zeghiche_ouarda@yahoo.fr ،

تاريخ النشر: جوان 2019

تاريخ القبول: / /

تاريخ الاستلام: / /

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم جودة الحياة لدى مرضى السرطان واستهدفت فئة سرطان الحنجرة، حيث تناولت أهم النقاط النظرية حول هذا السرطان بداية من تعريفه إلى طريقة علاجه وأبرز المضاعفات التي يتسبب فيها والتي تؤثر على جودة الحياة لدى المرضى، ثم تناولنا إعادة التأهيل الأروطوفوني باعتبارها مرحلة هامة في التكفل بذوي سرطان الحنجرة خاصة الذين خضعوا للعلاج الجراحي (استئصال جزئي أو كلي للحنجرة)، من منطلق أن لإعادة التأهيل هذه أثرا هاما على تحسين جودة الحياة بعد الجراحة وإعادة الإدماج الاجتماعي وربما المهني للمريض. قمنا بدراسة حالة لشخص مصاب بسرطان الحنجرة عمره 69 سنة، خاضع لاستئصال كلي للحنجرة واستخدما في هذه الدراسة استبيان جودة الحياة QLQ-C30 واستبيان جودة الحياة لسرطان الرأس والرقبة QLQ-H&N35. وقد أسفرت النتائج عن تقبل متوسط للمرض ومعدل جودة حياة لا بأس به مع تأثير شديد في الجانب الاجتماعي للمريض وظهور اضطرابات على مستوى حواس الشم والتذوق وكذا على مستوى الكلام والتواصل الاجتماعي.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة، إعادة التأهيل الأروطوفوني، استئصال الحنجرة ، سرطان الحنجرة.

Abstract:

This study aimed to assess the quality of life in cancer patients and targeted the laryngeal cancer category, as it dealt with the most important theoretical points about this cancer starting from its definition to its treatment method and the most prominent complications it causes that affect the quality of life of patients, then we dealt with orthopedic rehabilitation as an important stage In the care of people with laryngeal cancer, especially those who have undergone surgical treatment (partial or total laryngectomy), given that this rehabilitation has an important impact on improving the quality of life after surgery and the social and possibly professional reintegration of the patient. We performed a case study of a 69-year-old person with laryngeal cancer who underwent total laryngectomy and used in this study the Quality of Life Questionnaire QLQ-C30 and the Quality of Life Questionnaire for Head and Neck Cancer QLQ-H & N35.

The results resulted in an average acceptance of the disease and a good quality of life, with a severe influence on the social aspect of the patient, and the emergence of disturbances

¹ - المؤلف المرسِل: باسم رحالي، الايميل: bassim.rahali@univ-batna.dz

at the level of the senses of smell and taste, as well as the level of speech and social communication.

Key words: quality of life, orthopedic rehabilitation, laryngectomy, laryngeal cancer.

مقدمة:

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، لا مجرد انعدام المرض أو العجز. هذا التعريف هو أساس مفهوم أصبح ضروريا في التكفل الطبي وهو "جودة الحياة".

يعد السرطان من أكثر الأمراض تأثيرا على جودة الحياة وربما أكثرها تأثيرا على الإطلاق، لما له من نتائج سلبية على كل الجوانب البدنية، العقلية والاجتماعية، سرطان الحنجرة هو أحد الأنواع الأكثر ضررا، لأنه بالإضافة إلى التأثيرات العامة لمرض السرطان فإن لديه تأثيرا خاصا على وظائف حساسة في الجسم والتي تتمثل في وظائف البلع، الصوت، الكلام والتنفس. وهنا يظهر دور الأخصائي الأورطوفوني في إعادة تأهيل هذه الوظائف الهامة مما ينعكس إيجابيا على جودة الحياة لدى المريض.

تم هذا الموضوع في الدراسة الحالية من خلال جانبين نظري وتطبيقي. أما في الجانب النظري: تم عرض عناوين أساسية خاصة بمتغيرات الدراسة والمتمثلة في سرطان الحنجرة، إعادة التأهيل الأورطوفوني وجودة الحياة. وأما الجانب التطبيقي، فقد خصص لإجراءات الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية التي تم فيها تحديد المنهج المستخدم، عينة الدراسة، ثم أدوات الدراسة المتمثلة في الاستبيانين، بعد ذلك عرض وتحليل النتائج ثم تفسيرها انطلاقا من فرضية الدراسة وعلى حسب الدراسات السابقة والمعارف النظرية. مع استخلاصنا لاستنتاج عام.

إشكالية الدراسة:

يعتبر السرطان ثاني سبب رئيسي للوفاة في العالم، حيث حصد في عام 2015 أرواح 8.8 مليون شخص. وترجع إليه وفاة واحدة تقريبا من أصل 6 وفيات على مستوى العالم. (Lakehal, 2017, p. 08)

ينتج السرطان عن اضطراب عميق ومعقد في عمل بعض الخلايا والتي تتكاثر بطريقة سريعة، عشوائية وغير منضبطة لتنتهي بغزو العضو الذي تتواجد فيه ومن ثم اقتحام أجزاء الجسم المجاورة ثم إرسال نقائل métastases عبر الأوعية الدموية واللمفاوية بعيدا إلى أعضاء أخرى. (Fondation contre le cancer, 2014, p.04)

تحدث ثلث وفيات السرطان تقريبا بسبب عوامل الخطر السلوكية والغذائية التالية: السمنة (ارتفاع مؤشر كتلة الجسم IMC/BMC)، عدم تناول الفواكه والخضر بشكل كاف، قلة النشاط البدني Sédentarité واستهلاك التبغ والكحول. ويمثل تعاطي التبغ Tabagisme أهم عوامل الخطر المرتبطة بالسرطان، خاصة سرطان الحنجرة وهو المسؤول عن حوالي 22% من وفيات السرطان. (Agag, 2012, p. 32)

يمثل سرطان الحنجرة 25% من سرطانات المسالك التنفسية-الهضمية العليا. و5% من مجمل السرطانات لدى الذكور. حيث يعتمد التشخيص التأكيدي له على الفحص التشريحي-المرضي بعد إجراء خزعة Biopsie من الورم. ومن أهم العلامات الإكلينيكية التي تظهر على المصاب وتؤثر على صحته النفسية هي البحة الصوتية، عسر البلع، صعوبة التنفس ومشاكل النطق. هذه الأعراض عبارة عن اضطرابات تحتاج إلى إعادة التأهيل من طرف أخصائي أرطوفوني من أجل التدخل قبل وبعد الاستئصال الجزئي أو الكلي للحنجرة المصابة من جراء السرطان.

وضع F. Le huche في دراسته تمارين متمثلة في تطبيق ثلاثة مراحل تدخل المختص الأرطوفوني في إعادة التربية للصوت المضطرب. وهي: إعادة تأهيل عسر البلع وإعادة تأهيل عسر الصوت وإعادة التأهيل النطقي، كما أن استرجاع وظائف البلع والصوت والنطق يسمح بإعادة إدماج المريض اجتماعيا وحتى مهنيا في بعض الأحيان. ويساهم هذا الأمر كثيرا في تحسين جودة حياة المريض. (Lombard, 2009, p. 51) (Le huche & Allalt, 2010, pp. 46-71)

حسب دراسة منظمة الصحة العالمية OMS: جودة الحياة هو تصور أن للفرد مكانة في الوجود، في سياق الثقافة ونظام القيم التي يعيش فيها وفيما يرتبط مع أهدافه وتطلعاته ومعايير ومخاوفه. هو مفهوم واسع يتأثر بطريقة معقدة بالصحة الجسدية للفرد وحالته النفسية ومستوى استقلالته وعلاقته الاجتماعية وكذلك علاقته مع العناصر الأساسية في محيطه. (Lesgen & leurs santé, 1996, p. 384)

وحسب دراسة Toporek A. و Pellegeay A. (2014) بعنوان: تقييم جودة الحياة والبلع بعد جراحة عبر فموية بمساعدة الروبوت (CTAR) للسرطانات البلعومية-الحنجرية. حيث هدفت إلى تحليل جودة الحياة والبلع لـ 48 مريضا تمت معالجتهم بالجراحة عبر الفموية بمساعدة الروبوت (CTAR) من أجل سرطان في البلعوم الأنفي Oropharynx، البلعوم السفلي hypo-pharynx أو سرطان الحنجرة فوق-المزمارية Larynx supra-glottique. تم اختيار المرضى على الأقل سنة بعد خضوعهم للجراحة وتم في نفس الوقت استعمال 5 استبيانات للتقييم الذاتي: استبيانات DHI، MDADI و QOL-SWAL لتقييم البلع واستباني QLQ-C30 EORTC و H&N35 يقيمان جودة الحياة. أكملت هذه الدراسة بسلم كافي لتقييم البلع: COLP-FR-G. وبينت الاستبيانات وسلم التقييم أن موقع الورم الخضوع لجراحة معقدة وسوابق ورم آخر لا تؤثر بشكل دال على جودة الحياة والبلع. في حين أن هذه النتائج أثبتت أن العلاج بالأشعة بعد الجراحة CTAR يؤثر على جودة الحياة والبلع. بعد جراحة CTAR في المواقع المذكورة سابقا، جودة الحياة والبلع لدى هؤلاء المرضى تكون جيدة. (Pellegeay & Toporek, 2014, p. 96)

أما دراسة OUATTASSI Naouar (2014) بعنوان: جودة الحياة لدى المرضى المصابين بسرطانات الأذن والأنف والحنجرة "الترجمة إلى العربية الدارجة المغربية، لتكييف عبر الثقافات والتحقق من صدق استبيان QLQ H&N-35". والتي هدفت إلى ترجمة وتكييف استبيان QLQ H&N-35 لجودة الحياة لدى المصابين بسرطانات الأذن والأنف والحنجرة بالعربية الدارجة المغربية وإلى تقييم جودة الحياة لنفس العينة باستخدام استبيان QLQ-C30 المترجم والمكيف إلى اللهجة العربية المغربية من طرف فريق مخبر علم الأوبئة وعلم الإحصاء الحيوي لكلية الطب والصيدلة بفاس واستخدام نسخة الباحث المترجمة والمكيفة من استبيان QLQ H&N-35. شملت الدراسة 120 حالة من العينة المذكورة ما بين جانفي 2010 وجويلية 2013. تمثلت أهم النتائج في كون الاستبيانين متجانسين مع معامل ألفا لكرامباخ يفوق 0.70 بالنسبة لغالبية الأبعاد، الثبات جيد بالاتفاق بين الملاحظين وبطريقة اختبار-إعادة اختبار، معاملات الارتباط الداخلي كانت كلها أعلى من القيمة الموصى بها (0.60). الأبعاد المختلفة للاستبيانين كانت مترابطة بشكل جيد

حسب نتيجة سلم EQ-5D. كخلاصة، أثبتت الدراسة إمكانية استخدام النسخة العربية المغربية للاستبيان-QLQ H&N 35 في المغرب لتقييم جودة الحياة لدى المصابين بسرطانات الأذن والأنف والحنجرة. (Ouattassi, 2014, pp.43-44)

فالملاحظ أن غالبية الدراسات قد اهتمت بالعلاج الطبي والتكفل النفسي للمرضى المصابين بسرطان الحنجرة. وأهملت في المقابل تأثير إعادة التأهيل للوظائف الحيوية كالبلع والتنفس والعملية الاتصالية الأساسية المتمثلة في اللغة كالدور الذي يلعبه المختص الأُطوْفوني في التكيف مع التقنيات التي تساهم في استمرار هذه الوظائف. مما ينعكس على الحالة النفسية والاجتماعية لهم، حتى تتحقق لديهم جودة حياة أفضل. مما سبق، ومن خلال هذه الدراسة سنحاول البحث حول دور إعادة التأهيل الأُطوْفوني في تحسين جودة الحياة لدى مرضى سرطان الحنجرة. ومنه سنطرح التساؤل العام لهذه الدراسة والمتمثل فيما يلي: هل يمكن لإعادة التأهيل الأُطوْفوني أن يلعب دورا في تحسين جودة الحياة لدى المرضى المصابين بسرطان الحنجرة؟

أهداف الدراسة:

- تقييم مساهمة التدخل الأُطوْفوني في تحسين جودة الحياة لدى مرضى سرطان الحنجرة.
- تقييم جودة الحياة من خلال "استبيان جودة الحياة أساسي-30" QLQ-C30 لمرضى السرطان.
- تقييم جودة الحياة من خلال استبيان "جودة الحياة الرأس والعنق-35" QLQ H&N-35 لمرضى سرطان الحنجرة.

أهمية الدراسة:

تنبع أهمية الدراسة من كونها تسلط الضوء على دور إعادة التأهيل الأُطوْفوني في تحسين جودة الحياة لدى المرضى المصابين بسرطان الحنجرة من خلال التدخل الأمثل لكل جوانب عملية التكفل والتي تشمل طريقة البلع، التنفس، التصويت وتسهيل النطق أو التلفظ، هذه العملية تنعكس إيجابيا على الصحة النفسية لهؤلاء المرضى مما يحسن من مستوى ارتفاع مؤشر جودة الحياة لديهم إلى الأفضل وبالتالي تقبل المرض والتكيف معه.

1. مفهوم السرطان Définition du Cancer:

السرطان مصطلح عام يشمل مجموعة كبيرة من الأمراض التي يمكنها أن تصيب كل أجزاء الجسم. ينتج السرطان عن اضطراب عميق ومعقد في عمل بعض الخلايا والتي تتكاثر بطريقة سريعة، عشوائية وغير منضبطة لتنتهي بغزو العضو الذي تتواجد فيه ومن ثم اقتحام أجزاء الجسم المجاورة ثم إرسال نقائل métastases عبر الأوعية الدموية واللمفاوية بعيدا إلى أعضاء أخرى. (Fondation contre le cancer, 2014, p.04)

2. معلومات عامة حول السرطان Généralités sur les cancers:

- السرطان ثاني سبب رئيسي للوفاة في العالم، حيث حصد في عام 2015 8.8 مليون شخص وترجع إليه وفاة واحدة تقريبا من أصل 6 وفيات على مستوى العالم.

- تسميات أخرى: ورم خبيث، خراج. (Lakehal, 2017, p. 08)
- ثلث وفيات السرطان تقريبا تحدث بسبب عوامل الخطر السلوكية والغذائية التالية: السمنة (ارتفاع مؤشر كتلة الجسم IMC/BMC)، عدم تناول الفواكه والخضر بشكل كاف، قلة النشاط البدني Sédentarité وتعاطي استهلاك التبغ والكحول. (Agag, 2012, p. 07)
- يمثل تعاطي التبغ Tabagisme أهم عوامل الخطر المرتبطة بالسرطان وهو المسؤول عن حوالي 22% من وفيات السرطان. (Agag, 2012, p. 32)
- للسرطان أثر كبير على الاقتصاد ويزيد يوما بعد يوم.
- ظهور أمراض السرطان في مرحلة متأخرة واستحالة الحصول على التشخيص والعلاج هي من المشاكل الشائعة، حيث في سنة 2017، 26% فقط من البلدان ضعيفة الدخل لديها مصالحي علم الأمراض تابعة للقطاع العام وأقل من 30% لديها مصالحي علاجية في حين أن النسبة لدى الدول مرتفعة الدخل تتعدى 90%.
- فيما يلي أكثر أنواع السرطان انتشارا والمسببة للوفاة:
 - سرطان الرئة (1.69 مليون وفاة).
 - سرطان الكبد (788000 وفاة).
 - سرطان القولون والمستقيم (774000 وفاة).
 - سرطان المعدة (754000 وفاة).
 - سرطان الثدي (571000 وفاة). (OMS, 2018)

3. أنواع السرطان Types de cancers:

1.3. الأورام الحميدة Tumeurs bénignes:

أورام غير سرطانية، عادة ما تكون محاطة بغشاء ولا تنتشر عن طريق النقائل. تأثيرها الأساسي يتعلق بالحجم، حيث تمارس ضغطا على العضو المصاب أو على الأعضاء المجاورة مما يعيق عملها الطبيعي. ويمكن إزالة هذه الأورام جراحيا أو بالعلاج الكيميائي أو بالأشعة وغالبا ما تشفى ولا تعود مرة ثانية.

2.3. الأورام الخبيثة Tumeurs malignes:

هي الأورام التي لها القدرة على تدمير الخلايا والأنسجة وعلى الانتقال إلى أعضاء أخرى من الجسم. من الأورام الخبيثة نذكر على سبيل المثال: الكارسينوم Carcinome. (كوبر، 2004، ص. 22)

4. تشريح وفيزيولوجيا الحنجرة Anatomie et physiologie de larynx:

1.4. تشريح الحنجرة Anatomie de larynx:

عضو في الحلق (مقدمة الرقبة)، عبارة عن أنبوب ليفي، غضروفي وعضلي يقع على نقطة تقاطع المسالك التنفسية والهضمية العليا. طوله تقريبا 5 سم ويشكل امتدادا للقصبة الهوائية Trachée. (Lombard, 2009, p. 18)

- المستوى فوق المزماري Supra glottique: وهو ما يقع فوق مستوى الحبال الصوتية ويتضمن لسان المزمار Epiglottte.

- المستوى المزماري Glottique: يتضمن الحبال الصوتية (2). والمزمار Glotte الفراغ المحصور بين الحواف الحرة للجلين الصوتيين.
- المستوى تحت المزماري Intra glottique: تتصل بالرغامى (القصبة الهوائية) Trachée. كما يتكون من 5 غضاريف، 2 منها فردية و3 منها زوجية هي: الغضروف الدرقي، الغضروف الحلقي، الغضروف الطرجاهاري، الغضروف القرني، الغضروف الأسفيني، بالإضافة إلى العضلات والأربطة. (الغزالي، 2011، ص. 100-102)

2.4. وظائف الحنجرة Physiologie de larynx:

- الحنجرة هي عضو الصوت، فهي تحتوي على الحبال الصوتية التي تهتز لإصدار الصوت.
- تساهم الحنجرة في التنفس عندما تكون الحبال الصوتية مفتوحة.
- تحمي الحنجرة الرئتين من خطر تسرب الأطعمة والأجسام الدخيلة وغيرها بفضل السعال (الكحة).
- تساهم الحنجرة بطريقة غير مباشرة في عملية البلع بالانغلاق في اللحظة المناسبة مما يمنع تسرب الطعام إلى المجاري التنفسية. (أبو غنيم، 2011، ص. 27)

5. إحصائيات وأرقام Epidémiologie:

- يمثل سرطان الحنجرة 25% من سرطانات المسالك التنفسية-الهضمية العليا. و5% من مجمل السرطانات لدى الذكور. وتمثل نسبة الرجال 94% مقابل 6% فقط من النساء.
- الفئة العمرية تختلف بين 50 إلى 70 سنة. (Kacimi & Mahiddine, 2015, p. 12)
- في سنة 2015، تم تسجيل 593 حالة لدى الرجال في شرق وجنوب شرق الجزائر.
- 45000 حالة جديدة في السنة. (Premier atlas cancer, 2014-2016, pp. 48-49)

6. عوامل الخطر لسرطان الحنجرة Facture du risque:

- يرفع التبغ من خطر جميع أنواع السرطان تقريبا ويتسبب في معظم حالات الإصابة بسرطان الحنجرة.
- استهلاك الكحول هو ثاني أهم عوامل الخطر ومجتمعاً مع التبغ يتضاعف خطر الإصابة عدة مرات.
- هناك عوامل أخرى قد تدخل في خطر الإصابة بسرطان الحنجرة مثل: العدوى بفيروس الورم الحليمي البشري (Humann pappilloma virus: HPV)، الارتداد المعدي-المرئي المزمن (RGO)، استنشاق بعض السموم في الإطار المهني... (الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، 2013، ص. 10)

7. علم التشريح المرضي Anatomie pathologique:

- يعتمد التشخيص التأكيدي لسرطان الحنجرة على الفحص التشريحي-المرضي بعد إجراء خزعة Biopsie للورم.
- 95% من حالات سرطان الحنجرة هي من نوع كارسينوم للخلايا الحشوية Carcinome épidermoïde متمايز جيداً أو متوسط التمايز.

- تعتبر بعض التهابات الحنجرة المزمنة كأفة قبل سرطانية états précancéreux، إذا تم علاجها في الوقت المناسب يمكن أن تختفي، لكن استهلاك الكحول والتبغ يزيد من خطر تحولها إلى سرطان، في حين إذا توقف الشخص عن استهلاك التبغ والكحول، ينخفض خطر انتكاس الآفات قبل السرطانية Récidive.
- هناك أنواع أخرى من سرطان الحنجرة تتطور من مختلف أنواع الخلايا كالأورام الخبيثة التي تتطور من الغدد كالكرسينومة الغدية Adénocarcinome، أورام خلايا الميلانين الخبيثة، الأورام اللمفاوية الخبيثة....
- هناك حالات نادرة من النقائل Métastases في الحنجرة وتأتي هذه النقائل من الجلد، الكلى، الثدي ولكن غالبا من الرئة. (Guerrou & Bouaount, 2016, p. 15)

8. التشخيص Diagnostique:

1.8. الأعراض Les symptômes: تتمثل الأعراض الشائعة والمؤدية إلى اكتشاف المرض فيما يلي:

- البحة الصوتية Dysphonie: وهو العرض الأبرز والذي يظهر مبكرا ثم بطريقة تدريجية ومخادعة Insidieuse.
- عسر التنفس Dyspnée: تظهر متأخرة وتدل على ورم كبير الحجم يكون غالبا في المستوى تحت المزماري.
- عسر البلع Dysphagie: يظهر في السرطانات فوق المزمارية أو الأورام الحنجرية الضخمة، يرافقه غالبا ألم لدى البلع وألم في الأذن التي تقع في جهة الورم.
- تضخم العقد اللمفاوية الرقبية Adénopathie cervicale: انعزالها يمكن أن يعكس وجود سرطان الحنجرة.
- هناك أعراض أكثر ندرة لا تظهر وحدها أبدا، هي: سعال جاف تهيجي ومستمر، إحساس بجسم غريب داخل الحنجرة. (Le huche & Allalt, 2010, p. 45)

2.8. الحصيلة الإكلينيكية Bilan clinique: وبها نتوصل إلى تصنيف الورم حسب تصنيف T.N.M:

- فحص التجويف الفمي بواسطة خافض اللسان Abaisse-langue.
- فحص الحنجرة يعتمد على تنظير الحنجرة غير المباشر بالمرآة Laryngoscopie indirecte au miroir تحت إضاءة وهو أساس كل فحص، يهدف إلى ملاحظة المنطقة الحنجرية البلعومية ويعطي مؤشرا أوليا حول الورم وامتداده.
- في حال ما إذا كان تنظير الحنجرة غير المباشر صعبا، من الضروري إجراء Nasosofibroscopie الذي يسمح بتحديد موقع الإصابة وتقدير نوعها بالإضافة إلى حركة الحبال الصوتية والغضاريف أثناء التنفس أو التصوير.
- فحص الحنجرة بالأستروبوسكوب Examen stroboscopique: يمكن أن يستعمل لتحديد اختراق أو تغلغل محتمل للورم انطلاقا من ورم صغير سطحي على مستوى الحافة الحرة للحبل الصوتي.
- يتم تكميل فحص الأذن والأنف والحنجرة O.R.L بتحسس مناطق العقد اللمفاوية الرقبية وهو فحص ضروري، يسمح بكشف اعتلال نقيلي محتمل للعقد اللمفاوية، مما يدل على اجتياح موضعي.

3.8. الفحوصات التكميلية:

- التصوير المقطعي للحنجرة TDM du larynx: يحدد وجود بعض التوسعات التي يصعب فحصها بالمنظار. وهو حساس أكثر من الفحص الإكلينيكي لدى البحث عن تضخم العقد اللمفاوية النقيلي.
- التصوير المقطعي بإطلاق البوزيتونات PET Scan: أكثر حساسية من TDM.

- تنظير الحنجرة الدقيق المعلق Micro-laryngoscopie en suspension: في حال صعوبة التنظير الحنجري غير المباشر، فهذا الفحص وحده الذي يسمح بتحديد توسع الورم موضعيا، القيام بالخزعات Biopsies اللازمة للتشخيص والبحث عن موقع سرطاني آخر في المسالك الهضمية التنفسية العليا VADS. يتم تحت تخدير عام.
- التنظير البانورامي الشامل Pan endoscopie: تحت التخدير العام. يؤكد التشخيص ويبحث عن مواقع متزامنة: المنطقة البلعومية-الحنجرية، البلعوم الأنفي Nasopharynx، المريء Œsophage، الرغامى Trachée والقصبات الهوائية Bronches. يمكن القيام بخزعات من الفحص المرضي.
- البحث عن نقائل حشوية Métastase viscérales: الأشعة الصدرية، التنظير القصبي Fibroscopie bronchique وتصوير الكبد بالموجات فوق الصوتية Echographie du foie.
- الفحص العام: يقيم حالة التغذية، الوظائف التنفسية، حالة القلب والأوعية الدموية، الكلى، الكبد ووضع الأسنان في النهاية. (الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، 2013، ص ص. 19-21)

9. التصنيف Classification:

تصنف الأورام حسب تصنيف T.N.M الدولي الذي يعتمد على ثلاث اعتبارات: حالة الورم الأصلي (T: Tumeur)، مدى الانتشار من العقد اللمفاوية المجاورة (N: Node) ومدى انتشار السرطان لأعضاء أخرى من الجسم أو النقائل (M: Métastase). هذا التصنيف يمنح المختصين عبر العالم لغة مشتركة لوصف الأورام وتسهيل تبادل المعلومات. ويهدف هذا التصنيف إلى تسهيل اختيار العلاج ومراقبة نتائج العلاج. (Lambiel & Dulguerov, 2017, p.1688)

10. العلاج Traitement:

هناك عدة خيارات للعلاج حسب حالة ودرجة الورم وكذا حسب الحالة الصحية العامة للمريض. ويتم وضع الخطة العلاجية من طرف طبيب مختص أو مجموعة من المختصين منهم: أخصائي الأذن والأنف والحنجرة ORL، أخصائي الجراحة العامة في الرأس والرقبة، أخصائي الأورام Oncologiste، أخصائي العلاج بالأشعة Radiothérapeute. كما يمكن لهؤلاء أن يعملوا كفريق مع متخصصين في الرعاية الصحية: أطباء الأسنان، أطباء الجراحة التجميلية، الأخصائي الأروطوفوني، أخصائي التغذية، مستشار الصحة العقلية. ويمكن للمريض أن يعمل معهم لاختيار الخطة العلاجية التي تناسبه. (الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، 2013، ص ص. 17-19)

1.10. الجراحة La chirurgie:

- الجراحة بالمنظار: عن طريق استئصال تنظيري أو باستعمال الليزر.
 - الجراحة التقليدية: تتضمن استئصال الحنجرة الجزئي المحافظ Laryngectomie partielle conservatrice، حيث يستأصل الجزء الذي يحتوي على الورم فقط واستئصال الحنجرة الكلي الجذري Laryngectomie totale radicale.
- عند استحالة القيام بالجراحة المحافظة يتم الاستئصال التام للحنجرة مما يؤدي إلى عجز ثلاثي (على مستوى التصويت، البلع والتنفس). وقد يتم الاستئصال الكلي على مستوى ضيق أو يكون متوسعا حيث قد يشمل قاعدة اللسان، الغدة الدرقية، الجلد... كما ينتج عن هذا فقدان الصوت والحاجة إلى التنفس عبر ثقب يسمى: "الفغر (الثقب)

الرغامي Trachéostome" وهي فتحة على مستوى الطرف العلوي للرغامي تتصل بقاعدة الرقبة. هذه العملية تفصل المسالك التنفسية عن المسالك الهضمية العليا. ويتم وضع أنبوب داخل هذه الفتحة لضمان بقائها مفتوحة وذلك لضمان مرور الهواء، السماح بالتئام الفغر الرغامي وشفط الإفرازات. ويحتاج الفغر الرغامي والقناة عناية خاصة سيتعلم المريض تدريجيا القيام بها بنفسه، كما قد تكون هناك حاجة أيضا لاستئصال العقد القاعدية المصابة للحد من انتشار المرض. (Le huche & Allalt, 2010, pp. 46-62)

2.10. العلاج الكيميائي: Chimiothérapie العلاج الكيميائي أو الكيماوي عبارة عن أدوية تقتل الخلايا السرطانية. وتعمل هذه المواد في كامل الجسم حيث يتم إعطاؤها عادة عن طريق الأوردة فتدخل مجرى الدم وتنتقل خلال الجسم. وهو علاج طويل المدى يتم عبر جلسات من 5 أيام يفصلها مجال زمني يصل إلى حوالي 3 إلى 4 أسابيع. مدة وتواتر العلاج تختلف حسب كل مريض ويتم إدخال العلاج الكيميائي بعدة طرق:

- العلاج الكيميائي الحصري: نادرا ما يستخدم ويكون هدفه العلاج الشامل للورم.
- العلاج الكيميائي التحريضي: قبل الجراحة أو قبل العلاج بالأشعة. ويسعى إلى تقليل النقائل وتقليص حجم الورم. والهدف هنا هو المحافظة على الحنجرة إذا كان المريض يستجيب جيدا لهذا النوع من العلاج، غير أنه لا يجنبنا دائما التدخل الجراحي. هذا الخيار يسمح أيضا بتصنيف المرضى من أجل المرحلة التالية من العلاج، فالمرضى الذين يستجيبون جيدا للعلاج الكيميائي التحريضي يمكن علاجهم بالأشعة والذين لا يستجيبون يجب أن يخضعوا لاستئصال كلي للحنجرة.
- على العكس، هناك العلاج الكيميائي المساعد، بعد الجراحي أو بعد العلاج بالأشعة. والذي يستعمل في حال وجود خطر الانتكاس أو انتشار المرض إلى أعضاء أخرى.
- قد يكون العلاج الكيميائي متزامنا مع العلاج بالأشعة وذلك لتحسين نتائج هذا الأخير. ويستعمل لدى الأورام T4 غير القابلة للجراحة أو بعد العلاج الكيميائي الحصري في الحفاظ على الحنجرة. (كوبر، 2004، ص ص. 163-164)

3.10. العلاج بالأشعة: Radiothérapie

- يستخدم هذا العلاج أشعة عالية الطاقة لقتل الخلايا السرطانية.
- يحتل هذا العلاج مكانة أساسية في التكفل بسرطان المسالك التنفسية-الهضمية العليا.
- يتم العلاج بمعدل 5 حصص في الأسبوع لمدة 5 إلى 8 أسابيع ويكون بثلاث طرق:
 - العلاج الشافي: كخطوة أولى أمام الأورام الصغيرة في الحبال الصوتية وهو علاج محافظ.
 - العلاج المكمل: بعد الجراحة ويهدف إلى القضاء على الخلايا السرطانية المتبقية والحد من خطر عودتها.
 - العلاج الملطف: Traitement palliatif: يهدف إلى إبطال تطور المرض أو نتائج. (كوبر، 2004، ص. 164)

11. المضاعفات: Complications

1.11. المضاعفات الجراحية: اضطرابات البلع، نواسير الغدد اللعابية أو فغر البلعوم Fistules salivaires ou pharyngostome، حمى خفيفة، رائحة نتن، وذمة جلدية، وجود اللعاب على مستوى أنبوب الشفط وألم عند تحسس العنق: هذه الأعراض يجب أن تجذب انتباه الجراح، خمج الجرح Infection de la plaie، مضاعفات التغذية، المشاكل

الصحية المتعلقة بالفم والأسنان يمكن أن تؤدي إلى مضاعفات خمجية إذا لم تتم معالجتها قبل ذلك وإصابة الأعصاب القحفية أثناء جراحة العقد للمفاوية:

- العصب البلعومي اللساني التاسع (9) والذي يؤثر على البلع.
- العصب الشوكي الحادي عشر (11) مما يسبب الارتداد الأنفي ويؤثر على النطق، كذلك يسبب صعوبات وظيفية لدى التعامل مع الأشياء الموضوعة في مكان عال.
- العصب تحت اللساني الثاني عشر (12) يؤثر على حركة اللسان وبالتالي على البلع والكلام.

2.11. مضاعفات العلاج الكيميائي: الحمى (نقص خلايا الدم البيضاء)، وخز في اليدين والقدمين، غثيان وتقيؤ، تعب، فقدان الشعر، إسهال أو إمساك، آثار جانبية قموية (جفاف، تغير في حاسة الذوق، ألم في البلع...)، تغير في الحالة العاطفية والنفسية.

12. إعادة التأهيل الأرتوفوني Rééducation orthophonique:

يتمثل في تدخل المختص الأرتوفوني في إعادة التربية للصوت المضطرب، حيث تكون عن طريق تمارين متمثلة في تطبيق المراحل الثلاثة التي وضعها F. Le huche وهي:

1.12. إعادة تأهيل عسر البلع La dysphagie:

- تهدف إلى إعادة التغذية للمريض دون خطر تسرب الطعام، حيث يتدخل الأخصائي الأرتوفوني على مستوى محيط المريض بإلغاء المشتتات التي تسبب التسرب.
- يتدخل الأخصائي أيضا على مستوى اختيار الأواني، الجلوس بطريقة صحيحة للبلع، حجم وكثافة اللقمة...
- يسعى الأخصائي الأرتوفوني إلى تغيير سلوك المريض أثناء البلع، بالتأثير إما على طريقة البلع، إما على وضعية الرأس أثناء البلع أو الاثنين معا.
- هناك طرق عديدة يمكن أن يتبناها الأخصائي الأرتوفوني لتدريب المريض على بلع آمن منها: طريقة الإغلاق المبكر (الإغلاق الإرادي للحبال الصوتية قبل البلع)، طريقة البلع فوق المزماري (الإغلاق المبكر للحبال الصوتية قبل وأثناء البلع مع تنظيف الدهليز الحنجري بسعال إرادي ضروري)، تطبيق وضعيات أمان محددة كالانحناء الأمامي، الدوران، الدوران مع الانحناء الأمامي، الميل وأحيانا تمديد الرأس، بالإضافة إلى الاستلقاء على الظهر لتجنب تسرب الطعام بعد البلع. (Lombard, 2009, p. 49)

2.12. إعادة تأهيل الصوت La phonation:

- الصوت البديل هو الصوت المنتج في غياب أحد الحبلين الصوتيين على الأقل. ينشأ هذا الصوت عن طريق التعويضات التشريحية-الوظيفية.

- في استئصال الحنجرة الجزئي، يتم تعويض الجزء المستأصل بالجزء السليم، حيث يهدف الأرتوفوني إلى تدريب المريض على استخدام هذا الجزء بالإضافة إلى البنيات المحيطة به. ويسعى إلى الحصول على عضلة عاصرة جديدة Néo sphincter مما يتطلب بناء عضلات واسترخاء البنيات المعنية.
- يكون التقدم بطيئا لكن مستمرا. وخلال السنة الثانية نأمل بالحصول على تحسن في طابع الصوت الذي يصبح أقل خشونة ونغميا أكثر، لكن الصوت هنا يظل جهوريا ومنخفض الشدة.
- قد يتجاوز الأمر السنتين، إذ يجب على الأرتوفوني أن يدعم ويشجع مريضه لأن إعادة التأهيل تتطلب صبرا كبيرا.
- كما يستحب أن يمنحه وقتا مستقطعا من حين لآخر لكي يتجنب الملل ومنح المريض فرصة لكي يدمج المكتسبات الجديدة ويستخدمها بطريقة آلية.
- في حين استئصال الحنجرة الكلي، يصبح بإمكان المريض استكشاف إمكانيات صوتية جديدة أبرزها الصوت الفموي-المريئي Voix oro-œsophagienne، والصوت الرغامي-المريئي Voix trachéo-œsophagienne.
- كما يمكنه تركيب تجهيزات خارجية Prothèses externes تساعد على استرجاع الصوت والكلام (هوائية ذات طرف فموي أو كهربائية). (Le huche & Allalt, 2010, pp. 46-71)

3.12. إعادة تأهيل النطق:

- تهدف إلى الحصول على المردود العضلي الأمثل على مستوى أعضاء النطق بالمناوبة بين سلاسل النشاطات والاستراحة، قوة التحمل بممارسة أكبر عدد من التمارين، زيادة المقاومة العضلية تدريجيا، دون ألم أو تعب.
- تجرى التمارين بعينين مفتوحتين ومغمضتين مع البدء بأقل سعة، أي ألم غير مقبول.
- يتم العمل أولا على التحكم في تدفق الهواء اللازم للنطق وإصدار الحروف الساكنة. ثانيا: يتم العمل على البراكسيات (الأداء الحركي) الفموية-الوجهية (فتح الفم عموديا، أفقيا...). ثالثا: على المريض أن ينتج نقرات Clics وهي عبارة عن صوت ينتج بتطبيق انسداد وضغط على الشفتين أو اللسان بصورة مستقلة عن التنفس، تعتبر النقرات تمهيدا لنطق الصوامت Consonnes. رابعا وأخيرا: يظهر كلام المريض إخراسا (تخفيف الصوت) للحروف الساكنة الرنانة Consonnes sonores، لذا على الأخصائي الأرتوفوني توضيح الفرق بين الحروف الاحتكاكية والانفجارية Fricatives et occlusives وبين الحروف الجهورية والهامسة Voisé et non voisé، ثم تدريب المريض على هذه الأضداد بتكرار سلاسل صوائت-صوامت، صوائت-صوامت...إلخ.
- تبدأ إعادة التأهيل مبكرا بعد الجراحة وبالموافقة الطبية ويتم تكييف مدة الحصص مع درجة تعب المريض، غالبا بين بضعة دقائق إلى 4 ساعات، ثم على المريض أن يتدرب يوميا بمفرده خارج الحصص بمعدل 3 مرات متتالية و3 إلى 4 مرات في اليوم.
- استرجاع وظائف البلع، الصوت والنطق، يسمح بإعادة إدماج المريض اجتماعيا وحتى مهنيا في بعض الأحيان. ويساهم هذا الأمر كثيرا في تحسين جودة الحياة للمريض. (Lombard, 2009, p. 51)

13. مفهوم جودة الحياة Concept de qualité de vie:

1.13. تعريف جودة الحياة Définition de qualité de vie:

جودة الحياة مفهوم فردي حيث كل شخص لديه الحق في إعطائه تعريفا خاصا. (Najib, 2011, p. 18)

- حسب منظمة الصحة العالمية OMS: جودة الحياة هو تصور أن للفرد مكانة في الوجود، في سياق الثقافة ونظام القيم التي يعيش فيها وفيما يرتبط مع أهدافه، تطلعاته، معايير ومخاوفه. هو مفهوم واسع يتأثر بطريقة معقدة بالصحة الجسدية للفرد، حالته النفسية، مستوى استقلاليته، علاقته الاجتماعية وكذلك علاقته مع العناصر الأساسية في محيطه. (Lesgen & leurs santé, 1996, p. 384)
- جودة الحياة، هذا المفهوم الذي ظهر في الو.م.أ في سنوات الستينيات، يدخل في الرغبة في النظر إلى الفرد نظرة كلية، في الاهتمام بالمرضى كشخص وليس فقط بالمرضى. (Pellegeay & Toporek, 2014, p. 11)
- جودة الحياة مفهوم واسع ومعقد يضم مجموعة من المجالات (المجال النفسي، الجسدي والاجتماعي) مما يعزو إليه أولى خصائصه الرئيسية وهي: "تعدد الأبعاد" Multidimensionnalité، حيث تتضمن هذه الخاصية عدة حقول تتمثل في: السلامة الجسدية، السلامة الوظيفية، العاطفية والروحية والسلامة الاجتماعية. هذه الحقول يعب فصلها وبالتالي لا يمكن تقييم كل منها بمفرده.
- من الخصائص الأخرى لمفهوم جودة الحياة نجد أيضا خاصية الذاتية Subjectivité حيث تعتمد نوعية الحياة لدى كل شخص معايير الخاصة ومفهومه لما هو مثالي. (Kacimi & Mahiddine, 2015, p. 53)
- من وجهة نظر طبية، الهدف هو تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من الأمراض الجسمية أو النفسية أو العقلية المختلفة عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية. وتعتبر من المواضيع الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي وتطور الصحة. (Septans, 2014, p. 09)

2.13. وسائل قياس وتقييم جودة الحياة:

- المقابلة النفسية: حوار حر أو نصف موجه بين الطبيب والمريض يتمحور حول مختلف مجالات جودة الحياة، مع صعوبات في التحديد الكمي مما يجعلها غير ذات قيمة في البحث العلمي. تبقى أفضل وسيلة للاقترب من المريض.
- أدوات القياس النفسي: تسمح باستكشاف مختلف المجالات مع التركيز على عناصر محددة وسهولة طرق الإجابة (زوجية مثل: نعم/لا، أو وصفية حسب الشدة أو تكرار الأعراض). غير أن هذه الأدوات يجب أن تخضع لبعض الخصائص الصارمة (الصدق، الثبات والطول). من هذه الأدوات نذكر بعض المتخصصة في مجال السرطان والتي تنقسم إلى مقاييس عامة تستعمل لكل أنواع السرطان مثل: FLIC مؤشر الحياة الوظيفية للسرطان Functioal Living Index Cancer، QLQ-C30 استبيان جودة الحياة -أساسي 30، FACT-TG، Quality of life questionnaire
- القياس الوظيفي لعلاج السرطان Functional Assessment of Cancer Therapy (Rotonda, 2011, pp. 16-21).

3.13. جودة الحياة لدى مستأصلي الحنجرة:

يشغل الصوت مكانة أساسية في قدرة الفرد على التواصل، واسترجاعه يسمح لمستأصلي الحنجرة جزئيا باسترجاع الصلة مع العالم الخارجي ويسمح بإعادة الإدماج الاجتماعي والمهني، إذا أمكن. ولهذا من المجحف الاقتصاد فقط على دراسة النتائج العضوية والوظيفية لهذه الجراحة، فهي تنعكس أيضا على الجانب الشخصي، العائلي والاجتماعي، وهو ما يحدده المريض بنفسه حسب بعض الدراسات.

• على المستوى الشخصي: يعتبر استئصال الحنجرة كـ "إخفاء رمزي" للأفراد الذين يدخلون في حداد على أصواتهم السابقة. من هنا ينشأ إحباط كبير اتجاه اثنتين من النتائج الرئيسية لهذه الجراحة: من جهة، تغير الصوت الذي يعكس هوية المرء. ومن جهة أخرى، فقدان متعة الإدمان لدى الأشخاص الذين يرتبط السرطان لديهم بالتدخين أو الكحول، فيعتبرون الجراحة عقوبة لهم.

يستمر الشعور بالإحباط طيلة فترة إعادة التأهيل الصوتي لأنه لا يمكن لأي طبيب أو أخصائي أن يتوقع مدة التكفل أو جودة استرجاع الصوت. فمن وجهة نظر نفسية يكون تقبل هذا الصوت الجديد أصعب بقدر أهمية ومكانة الصوت في حياة الشخص مستأصل الحنجرة مثل الأساتذة المدرسون والمغنون... إلخ. فهم يتأثرون بفقدان الصوت عن غيرهم. (Laudrel, 2011, p. 71)

• على المستوى العائلي: تدخل الجراحة الفرد في حالة من التبعية للآخرين. كذلك، يبدو أن مرحلة الضعف والتراجع ما هي إلا مؤقتة.

• على المستوى الاجتماعي والمهني: يستعيد بعض مستأصلي الحنجرة النشاط المهني، لكن فقط حسب سن الشخص والآثار الوظيفية المتعلقة بالجراحة. مع ذلك يظهرون الكثير من الشكاوى حول صوته الجديد لحاجتهم إلى استعماله في العمل. (Laudrel, 2011, p. 72)

بالإضافة إلى ذلك استرجاع الانخراط في الحياة الاجتماعية صوتيا يمكن أن يكون أكثر صعوبة سواء في الحياة اليومية، في المحيط العائلي أو العلاقات حيث تكون نظرة الآخرين هنا مزعجة أو مؤلمة مما يؤدي بالمريض إلى الابتعاد والانعزال بشكل تدريجي عن العالم الخارجي.

تكون هذه التغيرات أحيانا صعبة التقبل من طرف المريض ويمكن أن تضر بشكل كبير بجودة الحياة الاجتماعية، العائلية والمهنية للشخص. (Laudrel, 2011, p. 73)

الإطار الميداني للدراسة

1. الدراسات الاستطلاعية:

نظرا لأهمية الدراسات الاستطلاعية، فقد قام الباحثان بإجراء زيارات ميدانية للعديد من مراكز الأشخاص المصابين بسرطان الحنجرة، حيث شملت كل من مركز مكافحة السرطان CAC ومكتب الأخصائي الأورطوفوني المتواجد بمصلحة أمراض الأنف والأذن والحنجرة ORL بالمستشفى الجامعي ابن باديس قسنطينة، حيث تم إيجاد حالة مصابة بمرض سرطان الحنجرة. وهدفت إلى ما يلي:

- التعرف على عينة الدراسة وتحديد لها.
- التحقق من إمكانية تطبيق الاستبيانات على أفراد العينة.
- حصر وتحديد الصعوبات التي ستواجهنا في الدراسة الأساسية.
- خلق جو اتصالي تألفي مع أفراد العينة.

2. منهج الدراسة:

المنهج العلمي عبارة عن أسلوب من أساليب التنظيم الفعالة لمجموعة من الأفكار المتنوعة والهادفة للكشف عن حقيقة تشكل هذه الظاهرة أو تلك. (عبيدات وآخرون، 1999، ص. 50)

يرى الباحثان أن اختيار نوع المنهج في البحوث العلمية يتعلق بطبيعة المشكلة المراد دراستها، فيما أن موضوع الدراسة يتناول جودة الحياة لدى المصاب بسرطان الحنجرة، فقد استخدم الباحثان منهج دراسة الحالة الذي يريانه أكثر توافقاً وأنسب مع الموضوع.

3. عينة الدراسة:

تعد عينة البحث جزء من مجتمع الدراسة، فهي تمثيل سليم وشامل له، إذ تحمل خصائص وصفات هذا المجتمع. (عليان وآخرون، 2000، ص. 137)

تكونت عينة الدراسة من حالة مصابة بمرض سرطان الحنجرة، حيث تم الاستئصال الكلي للحنجرة. عمرها 67 سنة، تم اختيارها بأسلوب قصدي نظراً لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم، وقد تم اختيارها على أساس أنها الأفضل لتحقيق أهداف معينة من الدراسة الحالية، فالباحثان قاما باختيار العينة بما يخدم ويحقق الأهداف، حيث تم اقتنائها ميدانياً من ولاية قسنطينة. وبالضبط من مكتب الأخصائي الأورطوفوني بمصلحة ORL بالمستشفى الجامعي بقسنطينة.

4. أدوات الدراسة:

1.4. الملاحظة: تعد الملاحظة واحدة من أقدم وسائل جمع البيانات، حيث استخدمها الإنسان الأول في التعرف على الظواهر الطبيعية وغيرها من الظواهر، ثم انتقل استخدامها إلى العلوم بشكل عام وإلى العلوم الاجتماعية والإنسانية بشكل خاص. وعليه فقد ارتئى الباحثان الاعتماد على هذه الأداة في الدراسة الحالية سواء أثناء المقابلة أو أثناء تطبيق المقياسان بغية التعرف على ما يطرأ على المفحوص من تغيرات في المظاهر السلوكية، الانفعالية واللغوية.

2.4. المقابلة: هي واحدة من وسائل جمع البيانات في منهج دراسة الحالة، حيث تعد استبيان شفهي يقوم من خلالها الباحث بجمع معلومات بطريقة شفوية مباشرة مع المفحوص (عليان وآخرون، 2000، ص. 102). وعليه فقد قام الباحثان بإجراء مقابلة مع المريض مستأصل الحنجرة من جراء الإصابة بالسرطان نفسه الذي تم اختياره وتحصلاً على المعلومات اللازمة عنه. وهي ممثلة في الحويلة الأورطوفونية التالية:

الاسم واللقب: ع. ح. م.	المهنة: متقاعد
السن: 69 سنة	المستوى التعليمي: عالي
الجنس: ذكر	التشخيص: استئصال كلي للحنجرة
تاريخ المقابلة: 2019/01/11	

جدول رقم 01: يمثل خصائص العينة (البيانات الخاصة بالحالة)

3.4. المقاييس/الاستبيانات: استخدمنا في هذه الدراسة استبيانات المنظمة الأوروبية للبحث وعلاج السرطان EORTC. وهي مقاييس مخصصة لتقييم وقياس جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالسرطان.

- الاستبيان الأول: QLQ-C30، استبيان جودة الحياة-أساسي 30، عبارة عن مقياس عام لجودة الحياة لدى كل أنواع السرطان.

- الاستبيان الثاني: QLQ-H&N35، استبيان جودة الحياة-رأس وعنق 35، هو مقياس فرعي مكمل لاستبيان QLQ-C30 وهو خاص بالمرضى المصابين بسرطانات الرأس والعنق، يستعمل لسرطانات الأذن والأنف والحنجرة مما يتناسب مع دراستنا الحالية.

كل العناصر تقيم جودة الحياة أثناء الأسبوع الأخير والإجابة تكون حسب 4 فئات: "لا مطلقاً"، "قليلاً"، "كثيراً"، "كثيراً جداً" لكل العناصر ما عدا عنصر الحالة الصحية العامة في الاستبيان الأول والذي يقيم من 0 إلى 7 (سيئ جداً إلى ممتاز) والأسئلة الخمس الأخيرة من الاستبيان الثاني حيث تكون الإجابة بسيطة بـ "نعم" أو "لا". (EORTC Quality of life)

4. عرض وتحليل النتائج:

النتيجة %	وسط حسابي	رقم البند	المدى	عدد البنود	السلالم
58.33	4.5	29.30	6	2	الحالة الصحية العامة/ جودة الحياة: - الحالة الصحية العامة/ جودة الحياة
					السلالم الوظيفية:
100	1	5-1	3	5	- الوظائف البدنية
100	1	7.6	3	2	- الوظائف المهنية
75	1.75	24-21	3	4	- الوظائف العاطفية
100	1	25.20	3	2	- الوظائف المعرفية
0	4	27.26	3	2	- الوظائف الاجتماعية
					سلالم الأعراض:
0	1	18.12.10	3	3	- التعب
0	1	15.14	3	2	- الغثيان والقيء
0	1	19.9	3	2	- الألم
0	1	8	3	1	- ضيق التنفس
0	1	11	3	1	- الأرق
33.33	2	13	3	1	- فقدان الشهية
0	1	16	3	1	- الإمساك
0	1	17	3	1	- الإسهال
33.33	2	28	3	1	- المشاكل المالية

جدول رقم 02: يمثل عرض نتائج الاستبيان الأول: QLQ-C30

يكشف لنا سلم الحالة الصحية العامة/جودة الحياة، على مستوى البند الخاص به عن نتيجة متوسطة نوعا ما، أما عن السلالم الوظيفية فكانت النتائج عالية في سلم الوظائف البدنية، المهنية، العاطفية والمعرفية، لكن ضعيفة جدا في سلم الوظائف الاجتماعية. وفيما يخص سلالم الأعراض فتظهر جد منخفضة في كل من سلم التعب، الغثيان، القيء، الألم، ضيق التنفس، الأرق، الإمساك والإسهال. لكن في بند فقدان الشهية والمشاكل المالية فقد أظهر المريض نتائج تحت المتوسط.

السلالم	عدد البنود	المدى	رقم البند	وسط حسابي	النتيجة %
سلالم الأعراض:					
- الألم	4	3	34-31	1.25	8.33
- البلع	4	3	38-35	1.75	25
- مشاكل في	2	3	44.43	4	100
الحواس	3	3	54.53.46	3	66.66
- مشاكل في الكلام	4	3	52-49	2.25	41.66
- مشاكل في الأكل	5	3	58-55.48	2.80	60
- مشاكل في	2	3	60.59	1	0
التواصل	1	3	39	1	0
الاجتماعي	1	3	40	1	0
- اضطرابات في	1	3	41	3	66.66
الجنس	1	3	42	2	33.33
- الأسنان	1	3	45	1	0
- فتح الفم	1	3	47	1	0
- جفاف الفم	1	1	61	1	0
- لزوجة اللعاب	1	1	62	1	0
- السعال	1	1	63	1	0
- الإحساس	1	1	64	1	0
بالمريض	1	1	65	1	0
- مسكنات الألم					
- المكملات					
الغذائية					
- أنبوب التغذية					

- نقص الوزن					
- زيادة الوزن					

جدول رقم 03: يمثل عرض نتائج الاستبيان الثاني: QLQ-H&N35

أظهرت نتائج سلالمة الأعراض ارتفاعاً في كل من سلم الحواس، الكلام، التواصل الاجتماعي وبند جفاف الفم. بينما كانت النتائج متوسطة في سلم الأكل وبند لزوجة اللعاب ومنخفضة نوعاً ما في سلم الألم والبلع. باقي السلالمة والبند منخفضة جداً.

6. مناقشة وتفسير النتائج:

تم الاعتماد على نتائج التحليل الكمي والكيفي لمناقشة وتفسير نتائج الدراسة الحالية في ضوء الجانب النظري لهذه الدراسة وكذا الاعتماد على نتائج الدراسات السابقة. فقد بينت النتائج المتحصل عليها في الاستبيان الأول أن الحالة تظهر مستوى متوسط فيما يخص جودة الحياة، حيث تشير مؤشرات الحالة الصحية العامة والسلالمة الوظيفية إلى ذلك من خلال ارتفاعها وكذا مؤشرات سلالمة الأعراض منخفضة.

أما فيما يخص النتائج المتحصل عليها في الاستبيان الثاني تظهر أن مستوى الحالة متدهور في سلالمة الأعراض المختلفة، حيث يوجد هناك تباين بين البند التي تمثل لنا حقيقة جودة الحياة لدى الحالة، فهي مرتفعة في بند ومنخفضة في أخرى مما يعني بنسبة متوسطة.

وللعودة إلى دراسة A. Pellegeay و A. Toporek (2014) التي أثبتت نتائجها أن العلاج بالأشعة بعد الجراحة CTAR يؤثر على جودة الحياة والبلع. بعد جراحة CTAR في المواقع المذكورة سابقاً، جودة الحياة والبلع لدى هؤلاء المرضى تكون جيدة. (Pellegeay & Toporek, 2014, p. 96)

هذه الدراسة تتفق نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية في نقاط معينة مثل تدهور وتأثر سلالمة الأعراض قبل التدخل وانخفاضها بعده. هذه النتائج تصل بمجملها إلى أن التدخل الجراحي أو الأرتوفوني يحسن من جودة الحياة لدى المرضى المصابين بسرطانات الأنف والأذن والحنجرة. أما أنها من جهة أخرى تختلفان في نقاط، فهذا يرجع إلى نوعية التدخل، فالدراسة السابقة كان التدخل جراحي، أما في الدراسة الحالية التدخل جراحي وأرتوفوني مما أعطى نتائج جيدة لجودة الحياة لدى هؤلاء المرضى.

وكذلك دراسة OUATTASSI Naouar (2014) التي تمثلت أهم نتائجها في كون الاستبيانين متجانسين مع معامل ألفا ل كرومباخ يفوق 0.70 بالنسبة لغالبية الأبعاد، الثبات جيد بالاتفاق بين الملاحظين وبطريقة اختبار-إعادة اختبار، معاملات الارتباط الداخلي كانت كلها أعلى من القيمة الموصى بها (0.60). الأبعاد المختلفة للاستبيانين كانت مترابطة بشكل جيد حسب نتيجة سلم EQ-5D. كخلاصة، أثبتت الدراسة إمكانية استخدام النسخة العربية المغربية للاستبيان QLQ H&N-35 في المغرب لتقييم جودة الحياة لدى المصابين بسرطانات الأذن والأنف والحنجرة. (Ouattassi, 2014, pp. 43-44)

تتفق نتائج الدراسة السابقة أعلاه مع دراستنا الحالية في كونها طبقت وكيفت على بيئة عربية مشابهة لبيئتنا من حيث اللغة العربية وخاصة اللهجة الدارجة، حيث أن اللهجة الدارجة المغربية مشابهة نوعاً ما للهجة الدارجة الجزائرية. مما أعطى صدق أكبر للأدوات المستعملة في الدراسة. فبإثبات الدراسة إمكانية استخدام النسخة العربية المغربية للاستبيان QLQ H&N-35 في المغرب لتقييم جودة الحياة لدى المصابين بسرطانات الأذن، الأنف والحنجرة. نستطيع كذلك بنتائج دراستنا الحالية استعمال هذين الاستبيانين في الجزائر.

7. استنتاج عام:

مما سبق من النتائج المتحصل عليها من الدراسة الحالية واستناداً على المعطيات النظرية والدراسات السابقة، يظهر لنا مدى تقبل المصابين بسرطان الحنجرة لمرضهم مما ينعكس على جودة الحياة أو نوعية الحياة لديهم. وهذا راجع لعوامل التكفل الأروطوفوني الأمثل الذي يساعد الحالة في التكيف مع الواقع الذي تعيش فيه، عن طريق إعادة التأهيل لما هو ضروري في الحياة الاجتماعية والمهنية.

خاتمة:

كان الهدف الأساسي من خلال هذه الدراسة هو البحث عن مختلف الأساليب والتقنيات لاستغلال قدرات المختص الأروطوفوني في التكفل وإعادة التأهيل لاضطرابات البلع، الصوت، التنفس والنطق للمرضى المستأصلين للحنجرة من جراء الإصابة بالسرطان. من أجل تحقيق جودة حياة أفضل مما كانت عليه. فالدراسات التي عرضناها سابقاً تشير إلى وجود نوعية حياة جيدة لمرضى سرطان البلعوم والحنجرة من خلال التقييم النفسي لجودة حياتهم بعد عام من الجراحة، لكن هذه النتيجة وإن كانت إيجابية لا نستطيع تعميمها على كل الأفراد المصابين، فهي خالية نوعاً ما من التحفيز الذي يعين الحالات المصابة في التغلب على المرض من الناحية النفسية وهذا إنما يكون عن طريق إعادة التأهيل لمختلف الوظائف الحيوية واللغوية التي لا يستطيع المصاب الاستغناء عنها للاستمرار في البقاء على قيد الحياة وكذا أهم شيء وهو التواصل مع الآخرين ما يجعل جودة الحياة جيدة لديهم وأفضل بكثير مما يدل على التكيف مع الواقع.

نضع جملة من التوصيات المقترحة: تقريب المختص الأروطوفوني والنفساني من الأفراد المستأصلين للحنجرة من جراء الإصابة بالسرطان من أجل الالتزام بعملية التكفل وإعادة التأهيل، توفير كل الشروط الضرورية للراحة النفسية لهؤلاء المرضى من أجل اجتنابهم للأمراض النفسية التي تؤثر عليهم سلباً في العلاج الطبي، الدعم المعنوي من طرف الأسرة والمجتمع عن طريق التوعية بتحسين جودة الحياة لمرضى سرطان الحنجرة، مساعدة المريض على اكتساب استقلالته في كل ما يحتاجه في حياته اليومية.

المراجع:

1. أبو غنيمة، عادل يوسف. (2011). *صعوبات الكلام عند الأطفال واختلافاتهم عن أقرانهم*. مصر: الدار الأكاديمية للعلوم.
2. الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان. (2013). *كل ما تريد أن تعرفه عن سرطان الحنجرة*. المشروع الخيري لترجمة ونشر كتب السرطان.
3. عبيدات، محمد، أبو نصار، محمد، مبيضين، عقلة. (1999). *منهجية البحث العلمي، القواعد والمراحل والتطبيقات*. (ط. 2). عمان: دار وائل للطباعة والنشر.
4. عليان، ربيعي مصطفى، غنيم، عثمان محمد. (2000). *مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق*. (ط. 1). عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
5. الغزالي، سعيد كمال عبد الحميد. (2011). *اضطرابات النطق والكلام، التشخيص والعلاج*. (ط. 1). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
6. كوبر، جيفري. (2004). *السرطان: دليل لفهم الأسباب والوقاية والعلاج*. رفعت، شلي، مترجم. المكتبة الأكاديمية، شركة مساهمة مصرية.
7. AGAG. F. (Décembre, 2012). *Epidémiologie des cancers*. Service d'épidémiologie et de médecine préventive. EHU-Oran, Algérie.
8. Cancer Institute NSW. (2015). *Cancer treatment side effects*. Agnide for aboriginal health workers. Australia.
9. EORTC Quality of life questionnaires. <https://qol.eortc.org/questionnaires/>
10. GUERROUT, Souhila, BOUAOUNT, Lotfi. (2016). *Cancer du larynx*. Mémoire pour l'obtention du diplôme Docteur en Médecine. Université A. Mira de Béjaia, Algérie.
11. KACIMI, Asma, MAHIDDINE, Toufik. (Juin, 2015). *La qualité de vie des patients laryngectomisés au CHU de Tlemcen*. Mémoire pour l'obtention du diplôme Docteur en Médecine. Université de Tlemcen, Algérie.
12. LAKEHAL, Abdelhak. (2017). *Rapport: Registre du cancer de population de la wilaya de Constantine année 2014*. Service d'épidémiologie et de médecine préventive. CHU Ben-Badis Constantine, Algérie.
13. LAMBIEL, Silvia, DULGUEROV, Pavel. (2017). Changements dans la nouvelle classification TNM en oncologie cervico-faciale. *Rev. Med Smiss* 2017,13: 1684-1689.
14. LE HUCHE, François, ALLALT, André. (2010). *La Voix: Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole*. (4^{ème} éd.). Collection phoniatrie, Tome 01. Paris: Elsevier-Masson SAS.
15. LE HUCHE, François, ALLALT, André. (2010). *La Voix: Pathologies vocales d'origine organique*. (2^{ème} éd.). Collection phoniatrie, Tome 03. Paris: Elsevier-Masson SAS.
16. Les gens et leur santé. (1996). *Quelle qualité de vie*. Group OMS Qdv. Forum mondial de la santé, Volume 17.

17. LOMBARD, Céline. (Juin, 2009). *Orthophonie et cancérologie ORL: Rôle de l'orthophoniste auprès des patients d'une chirurgie buco-pharyngo-laryngée*. Mémoire pour certificat de capacité d'orthophoniste. France: Université Henri Poincaré Nancy I.
18. NAJIB, Rajae. (2011). *Evaluation prospective de la qualité de vie des patients cancéreux suivis*. Thèse pour l'obtention de Doctorat en Médecine. Université Sidi Mohammed Ben Abdallah. Fès.
19. OMS: Organisation Mondiale de Santé. (Septembre, 2018). *Le Cancer*.
20. PELLEGEAY, Anne-Charlotte, TOPOREK, Anne-Sophie. (2014). *Evaluation de la qualité de vie et de déglutition après CTAR des cancers pharyngo-laryngés*. Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste. Université Paris VI Pierre et Marie Curie.
21. PELLEGEAY, Anne-Charlotte, TOPOREK, Anne-Sophie. 2014.
22. Premier Atlas Cancer. (2014-2016). *Registres du cancer réseau régional Est et Sud-est, Algérie*.
23. ROTONDA, Christine. (2011). *Qualité de vie et fatigue en cancérologie: Cancer colorectal et cancer du vie*. Mémoire pour le titre de Docteur en sciences de la vie et de la santé. Université Henri Poincaré. Nancy.
24. SEPTANS, Anne-Lise. (2014). *Méthodologie pour l'évaluation de la qualité de vie adaptée à la fin de vie des patients atteints d'un cancer*. Thèse pour titre Docteur en recherche clinique, innovation technologiq.
25. OUATTASSI, Naouar. (Mai, 2014). *Qualité de vie des patients atteints de cancers ORL. «Traduction à l'Arabe dialectal marocain, adaptation transculturelle et validation du H&N-35»*. Mémoire pour obtention du diplôme de spécialité en médecine, option ORL. Université Sidi Mohammed Ben Abdallah, Fes.
26. LAUDREL, Magali. (2011). *Le laryngectomisé partiel: état des lieux de sa Qualité de vie après chirurgie*. Mémoire pour certificat de capacité d'orthophoniste. Université Victor Segalen, Bordeaux 2