

الرعاية التلطيفية المبكرة كمدخل لتحسين جودة الحياة لمرضى السرطان المتقدم
ومقدمي الرعاية من أفراد أسرهم

Early Palliative Care as an Approach to Improving Quality of
Life for Patients with Advanced Cancer and Their Family
Caregivers

تاريخ النشر: 2026/04/30

تاريخ القبول: 2026/04/03

تاريخ الإرسال: 2026/01/09

أسماء فيلاي¹

¹ مخبر الدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة بسكرة، الجزائر،

EMAIL : asma.filali@univ-biskra.dz

<https://orcid.org/0009-0006-8447-1409>

الملخص:

تتأثر جودة حياة مرضى السرطان المتقدم بشكل كبير بالمرض ذاته والعلاجات المرتبطة به، كما يواجه مقدمي الرعاية من أفراد أسرهم العديد من التحديات والأعباء منذ لحظة التشخيص وحتى المراحل النهائية، ونظرا للطبيعة المجهدة للسرطانات المتقدمة دعت منظمة الصحة العالمية النظم الصحية إلى إدراج خدمات الرعاية التلطيفية الى جانب العلاج، وأن تكيف وفقا للاحتياجات البدنية والنفسية الاجتماعية والروحانية للمريض ومن يراعه من أسرته. وعليه تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على ثنائية مريض السرطان المتقدم-مقدم الرعاية العائلي من حيث فهم المحددات والعوامل المؤثرة على جودة حياتهم ودور الرعاية التلطيفية في هذا المجال. وأظهرت النتائج أن الدمج المبكر للرعاية التلطيفية يمكن أن يؤدي إلى فوائد واضحة تنعكس إيجابا على جودة حياة المرضى ومقدمي الرعاية. الكلمات المفتاحية: السرطان المتقدم؛ مقدم الرعاية العائلي؛ جودة الحياة؛ الرعاية التلطيفية المبكرة.

المؤلف المرسل: أسماء فيلاي، الإيميل: asma.filali@univ-biskra.dz.

Abstract:

The quality of life of patients with advanced cancer is significantly affected by the disease itself, and associated treatments. Their family caregivers also face numerous challenges and burdens from diagnosis to the final stages. Given the debilitating nature of advanced cancers, the World Health Organization has urged health systems to integrate palliative care services alongside treatment, tailoring them to the physical, psychological, social, and spiritual needs of both the patient and their family. Therefore, this study aims to shed light on the complex relationship between advanced cancer patients and their family caregivers, focusing on understanding the determinants and factors influencing their quality of life and the role of palliative care in this context. The results demonstrate that the early integration of palliative care can lead to clear benefits that positively impact the quality of life of both patients and their caregivers.

Keywords: Advanced cancer; family caregiver; quality of life; early palliative care.

1. مقدمة:

يعد السرطان تحدياً صحياً معقداً، يصيب مختلف الفئات العمرية في جميع أنحاء العالم، و غالباً ما يعاني مرضى السرطان المتقدم من أعراض مرهقة تؤثر سلباً في جودة حياتهم وتُعد مصدراً رئيسياً للمعاناة، وعبر مسار المرض بأكمله تصبح جودة الحياة المرتبطة بالصحة مصدر قلق بالغ الأهمية نظراً لشدة الأعراض وطول فترة الاستشفاء، إذ تم التوصل الى وجود ارتباط بين تدهور جودة الحياة والألم المزمن الذي يعد أحد أكثر الأعراض شيوعاً لدى المرضى المصابين بالسرطان المتقدم، كما تعد الاضطرابات الاكتئابية عاملاً تنبؤياً قوياً ومتكرر الارتباط بتدهور جودة الحياة لدى مرضى السرطان المتقدم ويرتبط الاكتئاب بتدهور الحالة الوظيفية وضعف الالتزام بالعلاج وإطالة فترات

الاستشفاء، كما أن الاضطرابات المعرفية وضعف الأداء الاجتماعي و الشعور الذاتي بأنهم يشكلون عبئا على مقدمي الرعاية عوامل تؤثر في الرفاه العام للمرضى (Grotmol et al., 2017; Xia et al., 2024).

ومن المعروف أن تشخيص السرطان لا يعطل نمط الحياة اليومية للمريض فقط بل يؤثر أيضا في الروتين اليومي لأفراد الأسرة، فعند تأكيد التشخيص يواجه أفراد الأسرة تحديات متعددة ناتجة عن المرض، ويتحملون مسؤولية تقديم الرعاية للمريض، وتعد عملية تقديم الرعاية على المدى الطويل عملية مجهدة بدنيا ونفسيا، لا سيما عند رعاية المرضى المصابين بالسرطان المتقدم. وقد أظهرت تقارير ودراسات سابقة أن نسبة كبيرة من مقدمي الرعاية يعانون من مشكلات صحية جسدية ونفسية مثل الإرهاق المزمن واضطرابات الشهية، الصداع، آلام العضلات، ضعف التركيز، إضافة إلى القلق والاكتئاب، الأرق، والعزلة الاجتماعية، كما قد يواجه مقدمو الرعاية لمرضى السرطان في مراحله النهائية عبئا أكبر مع تدهور حالة المريض، واستنزاف الموارد المالية للأسرة واستنزاف الطاقة الجسدية والانفعالية (Sercekus et al., 2014).

وبناء عليه أصبح اليوم الاعتراف بثنائية مريض السرطان-مقدم الرعاية العائلي حتمية، حيث يعد فهم الصعوبات التي يواجهها مريض السرطان وأقاربهم من مقدمي الرعاية واستكشاف احتياجاتهم وتوقعاتهم، أمرا مهما وأساسيا لفهم التأثير الكامل للمرض (Botas et al., 2025). وفي هذا الصدد أشار Haroen et al (2025) أنه وفقا لتحليل تلوي سابق تبين أن 73.0% من مرضى السرطان المتقدم يعانون من قلق الموت كما أن مقدمي الرعاية العائلية لمرضى السرطان المتقدم أكثر عرضة بحوالي 8 مرات للإصابة بنوبات الاكتئاب الجسيم الأولية وبحوالي 3 مرات للإصابة باضطراب القلق المعمم مقارنة بعامة السكان.

وفي هذا السياق يعد تبني منظور يركز على الثنائية مريض-مقدم الرعاية العائلي من الركائز المحورية للرعاية التلطيفية، والتي تُعرف بأنها نهج متعدد التخصصات يهدف إلى تخفيف المعاناة، وتحسين جودة الحياة ليس فقط للمرضى ولكن أيضا لعائلاتهم (منظمة الصحة العالمية، 2013). وعلى الرغم من أن الرعاية التلطيفية كانت تُقدم في البداية

بشكل أساسي في نهاية الحياة، إلا أن الدراسات بينت أن إدماجها مبكرا خلال مسار المرض المتقدم يرتبط بالعديد من النتائج المُرضية كتخفيف الآلام والأعراض المزعجة، تقليل الحاجة الى الاستشفاء، دعم المرضى وعائلاتهم.

وفي هذا الصدد أسفرت دراسة Temel وآخرون (2010) أن المرضى الذين تم نقلهم مبكرا للرعاية التلطيفية كان لديهم نوعية حياة أفضل مقارنة بالمرضى الذين تمت رعايتهم بالرعاية الصحية العادية (فالق وعدوان، 2021)، كما أشار (Zimmermann et al., 2016) إلى أن العديد من الدراسات قد أظهرت أن إشراك خدمات الرعاية التلطيفية المتخصصة في وقت مبكر لمرضى السرطان المتقدم يحسن من جودة الحياة، ويزيد من الرضا عن الرعاية، ويقلل من الاكتئاب، كذلك أشار (Anastasopoulou et al., 2025) إلى أن الأدلة المتوفرة تبين أن الرعاية التلطيفية تحسن جودة الحياة لدى مرضى السرطان ويُظهر إدماجها المبكر في خطط الرعاية فوائد واضحة، بما في ذلك تحسين إدارة الأعراض والدعم النفسي والاجتماعي للمرضى وعائلاتهم، كما خلصت نتائج دراسة Wang & Ding (2025) إلى أن تقديم خدمات شاملة (جسدية، نفسية، اجتماعية وروحية) في إطار الرعاية التلطيفية المتكاملة يمكن أن يحسن من جودة حياة مرضى الأورام بدرجة كبيرة، ويعزز رضا الأسرة ودعمها.

وعلى الرغم من أن الاعتراف بالرعاية التلطيفية في الأورام قد أصبح مكونا أساسيا في إدارة السرطان على مستوى العالم، إلا أن الأدبيات المتاحة تظهر محدودية الدراسات العربية التي تناولت فعالية الدمج المبكر للرعاية التلطيفية ضمن مسار علاج مرضى السرطان خاصة فيما يتعلق بالأبعاد النفسية والاجتماعية وانعكاسها على جودة الحياة لكل من المرضى ومقدمي الرعاية من أفراد أسرهم. وبناء على الخلفية السابقة تهدف هذه الدراسة بشكل أساسي إلى تسليط الضوء على ثنائية مريض السرطان المتقدم-مقدم الرعاية العائلي من حيث فهم المحددات والعوامل المؤثرة على جودة حياتهم والاحتياجات غير الملباة، ودور الرعاية التلطيفية في تلبية هذه الاحتياجات وتحسين جودة الحياة في ضوء التراث النظري والدراسات السابقة.

وفي ضوء هذه الخلفية نطرح التساؤلات الآتية: ما أهمية الرعاية التلطيفية المبكرة لمرضى السرطان المتقدم؟ ماهي المحددات والعوامل المؤثرة في جودة حياة مرضى

السرطان المتقدم؟ ماهي احتياجات ومتطلبات الدعم لمقدمي الرعاية العائلية لمرضى
السرطان المتقدم؟.

2. السرطان المتقدم

تعرف منظمة الصحة العالمية السرطان بأنه مصطلح عام لمجموعة كبيرة من الأمراض التي يمكن أن تصيب أي جزء من الجسم، يتميز بالتكاثر غير المسيطر عليه للخلايا، فتتكاثر وتتجاوز حدودها الطبيعية لتغزو الأنسجة القريبة، وقد تنتقل وتنتشر إلى أعضاء أخرى بعيدة لتكون أوراما جديدة، وتعرف هذه العملية بالنقائل، وتعد النقائل الواسعة السبب الرئيسي للوفاة بالسرطان (World Health Organization, s. d.),

ووفق (معهد السرطان الوطني الأمريكي، 2022) يعد نظام TNM الأكثر استخداما لتصنيف مراحل السرطان، ويعتمد على ثلاثة عناصر رئيسية:

• الورم (Tumor): يشير الى حجم الورم الأساسي ومدى انتشاره الى الانسجة المجاورة، ويعبر عنه بالأرقام من 0-4 (على سبيل المثال يعبر T1 عن ورم صغير محدود، في حين يشير T4 الى ورم كبير أو متغلغل بعمق في الأنسجة المحيطة).

• العقد اللمفاوية (Nodes): يشير الى مدى انتشار السرطان الى العقد اللمفاوية القريبة من الورم، عددها وموقعها.

• النقائل (Metastasis): ويشير الى ما إذا كان السرطان قد انتشر الى أجزاء أخرى من الجسم بعيدة عن الورم الأصلي وتعرف هذه العملية باسم النقيلة.

ويشير مصطلح "السرطان المتقدم" الى الحالة التي يكون فيها السرطان منتشرا، وفي هذه الحالة من غير المرجح العلاج النهائي والشفاء التام، ولكن يمكن إدارة المرض من خلال علاجات تهدف الى إبطاء تقدمه وإطالة فترة البقاء على قيد الحياة، مع السيطرة على الأعراض المتفاقمة والآثار الجانبية للعلاجات (Kumar et al., 2024) وعليه يستدعي التدخل في هذه المرحلة تقديم خدمات الرعاية التلطيفية المبكرة بالإضافة الى العلاجات الموجهة ضد المرض.

3. أهمية الرعاية التلطيفية المبكرة لمرضى السرطان المتقدم



تعرف منظمة الصحة العالمية الرعاية الملطفة بأنها نهج لتحسين نوعية حياة المرضى (البالغون والأطفال) وأسرهم ممن يواجهون المشكلات المرتبطة بالمرض الذي يهدد حياة المريض، من خلال خدمات الوقاية وتسكين الألم عن طريق تحديد الألم والمشكلات الأخرى سواء كانت بدنية ونفسية، اجتماعية وروحانية في مراحل مبكرة وتقييمها وعلاجها على نحو سليم (منظمة الصحة العالمية، 2013، ص.1).

لقد تطورت الرعاية التلطيفية بسرعة من كونها رعاية تُقدّم في نهاية الحياة لمرضى السرطان، إلى رعاية يمكن تطبيقها للسيطرة على الأعراض وتقديم الدعم لأولئك الذين يعانون من مرض مزمن يهدد الحياة، ووفقاً لذلك تعرف الرعاية التلطيفية اليوم بشكل أوسع بأنها رعاية متخصصة تقدم من خلال فريق متعدد التخصصات تركز على تخفيف الأعراض والضغوط الناتجة عن الأمراض الخطيرة، وهي مناسبة في أي عمر وأي مرحلة من مراحل المرض، ويمكن أن تقدم جنباً إلى جنب مع العلاج (Petrillo et al., 2024).

وتشير منظمة الصحة العالمية (2013) أن الحالات التي قد تنشأ فيها الحاجة إلى الرعاية الملطفة تشمل الأمراض غير السارية المزمنة مثل السرطان والأمراض القلبية الوعائية وداء الانسداد الرئوي المزمن والفشل الكلوي وأمراض الكبد المزمنة والتصلب المتعدد وداء باركنسون والتهاب المفاصل الروماتويدي والأمراض العصبية وداء الزهايمر والخرف والشذوذات الخلقية، والأمراض المعدية مثل الإيدز والسل المقاوم للأدوية.

في العلاج التقليدي للسرطان، تُقدّم الرعاية التلطيفية عادة بعد اعتبار العلاج غير فعال، أو عند عدم توفر خيارات علاجية إضافية، أو عندما تكون الوفاة وشيكة، وعلى النقيض من ذلك تبدأ الرعاية التلطيفية المبكرة في مرحلة أبكر من تطور المرض، وبالتالي تهدف الرعاية التلطيفية إلى تحسين جودة حياة مرضى السرطان وعائلاتهم من خلال تخفيف الأعراض الجسدية والنفسية، وتحقيق توازن بين تقدم المرض والآثار الجانبية للعلاج الطبي، وبذلك غالباً ما تكون الرعاية التلطيفية والعلاج النظامي متكاملين ومتداخلين على مدى شهور أو سنوات، ويشير الدمج المبكر للرعاية التلطيفية في علاج مرضى السرطان المعروف باسم الرعاية التلطيفية المبكرة (EPC) إلى أنه يجب تقديم الرعاية التلطيفية للمرضى المصابين بالسرطان المتقدم في مرحلة مبكرة وبالتحديد خلال أول 8 أسابيع بعد التشخيص (Haroen et al., 2025).

وعليه تقدم خدمات الرعاية التلطيفية من طرف فريق متكامل يضم الطبيب الممرض، الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي، الصيدلي، المرشد الديني، والمعالج الطبيعي، وتهدف الى تحسين جودة الحياة للمرضى المصابين بأمراض خطيرة من خلال تلبية احتياجاتهم الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية بدلا من الاكتفاء بمحاولة علاج المرض، وتهدف التدخلات الطبية في نهج الرعاية التلطيفية الى إدارة وتسكين الألم والمشكلات البدنية الأخرى كضيق التنفس والتهاب الفم والغثيان وغيرها من المشكلات الصحية التي تتفاقم مع تقدم السرطان، أما التدخلات النفسية فتهدف إلى مساعدة المرضى على إدارة الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب باعتبارهما من الاضطرابات الشائعة لدى مرضى السرطان ومقدمي الرعاية العائلية لهم، ويتمثل البعد الاجتماعي في تعزيز الروابط والتفاعلات المستمرة بين المرضى وعائلاتهم وأصدقائهم وفريق الرعاية الصحية للحفاظ على شبكة اجتماعية مستقرة، بالإضافة الى تلبية الاحتياجات الروحية لتعزيز الإحساس بالسلام الداخلي والطمأنينة التي تعد من المحددات الأساسية لجودة الحياة (Wang & Ding, 2025).

4. المحددات والعوامل المؤثرة على جودة حياة مرضى السرطان المتقدم

يُعد تحسين جودة الحياة الهدف الأساسي للرعاية التلطيفية لدى مرضى السرطان المتقدم، كما تمثل جودة الحياة مؤشرا محوريا لتقييم فعالية الرعاية المقدمة، وتستند الرعاية التلطيفية الى مكونين أساسيين في تعريف وتقييم جودة الحياة وهما التعددية البعدية (Multidimensionality) والذاتية (Subjectivity)، بحيث تشير التعددية البعدية لجودة الحياة إلى شمولها نطاقًا واسعًا من الجوانب، بما في ذلك الرفاه الجسدي الوظيفي، الانفعالي والاجتماعي، أما الذاتية، فتعني أن جودة الحياة لا يمكن فهمها إلا من منظور المريض نفسه بما في ذلك إدراك المرض، إدراك العلاج، وتقييم المخاطر أو الضرر (Cella, 1994) ووفقا للأدبيات السابقة تتأثر جودة الحياة لدى مرضى السرطان المتقدم بمجموعة من العوامل والمحددات نعرض أبرزها على النحو الآتي:

✓ الألم المزمن:

قدمت الجمعية الأمريكية العالمية لدراسة الألم ISAP تعريفا للألم "بأنه خبرة انفعالية، وحسية غير سارة مرتبطة بوجود تضرر حقيقي أو كامن في النسيج الحي(فالق، عدوان، 2021، ص.52). ويعد الألم مزمنًا إذا ما استمر أو تكرر لأكثر من ثلاثة أشهر، بما في ذلك ألم السرطان، الألم العصبي، وألم الجهاز العضلي الهيكلي(Xia et al., 2024).

وقد بينت الدراسات أن ثلثي إلى ثلاثة أرباع الألم لدى مريض السرطان ناتج عن الورم، وحوالي 10 إلى 20% ناجم عن العلاجات التي يتلقاها المريض(مثل الألم المزمن بعد الجراحة أو التهاب الفم الناتج عن العلاج الكيميائي)، وما يقارب 10% يرجع إلى الأمراض المصاحبة مثل التهاب المفاصل(Xia et al,2024).

وقد صاغت Cicely Saunders مفهوم "الألم الكلي" (total pain)، للدلالة على الطبيعة المتعددة الأبعاد لتجربة الألم المصاحبة للأمراض المهددة للحياة والتي تشمل البعد الجسدي، النفسي، الاجتماعي والروحي. ووفقا لمفهوم "الألم الكلي" فالألم الذي يعايشه مريض السرطان يرجع لأسباب متعددة، منها الأسباب الجسدية المتعلقة بالورم والعلاجات المضادة للسرطان، ومنها الأسباب النفسية كالقلق والخوف من الموت والحزن الناتج عن خسارة الصحة ، بالإضافة الى الألم الاجتماعي الناتج عن الخوف من فقدان الدور العائلي والاجتماعي، بالإضافة الى الألم الروحي الذي يرتبط بمجموعة من الأسئلة الوجودية ومحاولة فهم معنى المعاناة(Doutriaux, 2022; Mehta & Chan, 2008).

وقد توصلت نتائج دراسة (Costa et al., 2023) التي هدفت إلى دراسة العلاقة بين آلام السرطان وجودة الحياة لدى المرضى المصابين بالسرطان المتقدم بوحدة الرعاية التلطيفية، إلى أن ألم السرطان يرتبط ارتباطا وثيقا بتدهور جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى. حيث أن الألم المستمر يمكن أن يؤدي إلى فقدان القدرة (الإرهاق والضعف العام) والغثيان كما يؤثر على التركيز والنوم والشهية، بالإضافة الى تأثيره على مجالات الاستقلالية والحياة الاجتماعية كعدم القدرة على الاهتمام بالذات أو أفراد الأسرة وعدم القدرة على مواصلة العمل ومشاركة الأنشطة الاجتماعية، لذلك يجب أن تكون إدارة الألم

جزءاً أساسياً من استراتيجيات تحسين جودة الحياة للمرضى المصابين بالسرطان، كما أن إدراك الألم لدى المريض في الرعاية التلطيفية يتأثر بعوامل متعددة، ويتطلب فهمه ضمن مقاربة متعددة الأبعاد.

✓ الاكتئاب:

تشير بعض الدراسات أن الاكتئاب يعد اضطراباً شائعاً بين المصابين بالسرطان وينعكس سلباً على جودة حياتهم، إلا أن المشكلة تكمن في أنه غالباً لا يتم تشخيصه مبكراً بالنظر لتشابه أعراضه مع أعراض السرطان نفسه، لذلك من المهم جداً الكشف المبكر عن الاكتئاب وعلاجه، خاصة أن الهدف الرئيسي للرعاية التلطيفية هو تحسين نوعية الحياة. وفي هذا الصدد توصلت دراسة Grotmol et al (2017) بعنوان "الاكتئاب-مساهم رئيسي في تدهور جودة الحياة لدى مرضى السرطان المتقدم" إلى أن شدة الاكتئاب كانت مؤشر قوي على تدهور جودة الحياة لدى هذه العينة من المرضى وعليه أكدت نتائج الدراسة أنه من الضروري التركيز على علاج الاكتئاب لتحقيق أفضل جودة حياة ممكنة لمرضى السرطان المتقدم.

كما أفادت نتائج مراجعة منهجية أجرتها Masie (2004) أن معدل انتشار الاكتئاب الشديد بين مرضى السرطان يصل إلى 38% بينما تصل نسبة انتشار الأعراض الاكتئابية إلى 58%، وتشمل عوامل الخطر التي تزيد من احتمال الإصابة بالاكتئاب أو الأعراض الاكتئابية لدى مرضى السرطان "تدهور الأداء الوظيفي، ضعف الدعم الاجتماعي، الألم غير المسيطر عليه، تقدم المرض، وجود تاريخ سابق من الاكتئاب، فقدان الزوج أو أحد أفراد العائلة" (Wedding et al., 2008) كما يشير (Anita et al., 2022) أن الاكتئاب يزداد طردياً مع شدة المرض، مما قد يؤثر على قدرة المريض على تحمل أعباء المرض ويطيل فترة العلاج وتدهور جودة الحياة.

✓ آليات التكيف:

يعرف الضغط النفسي بأنه حالة من التوتر والقلق الناتج عن تقييم الفرد للمواقف والأحداث بأنها تفوق قدرته ومصادره للتعامل معها، ويمثل السرطان تهديداً

وجوديا، واستجابة لهذا التهديد يتمثل التحدي الرئيسي لمرضى السرطان في كيفية الاستجابة والتعامل مع المرض والأعراض الجسدية والأعباء النفسية المرتبطة به، وتعرف أساليب المواجهة بأنها مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يسعى من خلالها الفرد لمواجهة الموقف الضاغط وتخفيف التوتر. ويشير Anita et al (2022) أن الاستراتيجيات الإيجابية التكيفية كالتعبير عن المشاعر وطلب الدعم الاجتماعي وإيجاد معنى إيجابي للحياة والمشاركة الفعالة والإيمان والدعاء، آليات تمنح المريض شعورا بالقوة والمرونة وتعزز من رفاهيته النفسية، بل أن هذا التأثير الإيجابي أيضا قد يعزز من استجابة الجهاز المناعي لمحاربة الخلايا السرطانية. وعليه يتمثل دور فريق الرعاية التلطيفية في تقييم احتياجات المريض وتحديد ما إذا كان بحاجة الى تعديل أو تطوير في آليات تأقلمه الحالية .

✓ التدين:

أشار Laumeier إلى أثر التدين في تحسين نوعية حياة المرضى المصابين بالسرطان إذ تسهم الخبرة الدينية والتعلق بالله في تسهيل بناء معنى للمرض (زعطوط، 2016) كما بينت نتائج دراسة (Qan'ir et al., 2022) أن التدين يمثل عنصرا محوريا في تجربة مرضى السرطان المتقدم، وقد أظهرت الدراسة أن توفير الدعم الروحي سواء داخل المنظومة الصحية أو خارجها يرتبط بتحسين ملحوظ في جودة حياة المرضى، كما توصلت نتائج دراسة (Silva et al., 2019) أن الدين/الروحانية يساهم في زيادة الالتزام العلاجي وجودة الحياة والرفاهية العاطفية والروحية، مما قد يؤثر على البعد الجسدي من خلال شعور المريض بالطمأنينة، كما يمكن المرضى من التكيف مع المواقف الصعبة، ويعزز المرونة النفسية، ويساعد في مواجهة المرض.

وتكتسب هذه النتائج أهمية خاصة في سياق الرعاية التلطيفية التي تهدف الى تحسين نوعية حياة المرضى من خلال العناية بالجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية معا، فمع تدهور الحالة الجسدية يزداد الدور المركزي للبعد الديني في الوصول إلى الإحساس بالسلام الداخلي والطمأنينة التي تعد من المحددات الأساسية لجودة الحياة.

✓ الدعم الاجتماعي المدرك:

يشير (Luszczynska et al., 2013) أن الدعم الاجتماعي المدرك يمثل تصورات الأفراد حول مدى توافر المساندة بشكل عام، وتصنف نظريات الدعم الاجتماعي هذا المفهوم وفقا لوظيفته حيث تميز بين الدعم العاطفي (مثل التعاطف والتفهم)، والدعم المعلوماتي (مثل تقديم المشورة والمعلومات لاتخاذ القرار)، والدعم العملي (مثل تقديم المساعدة الجسدية أو المادية).

لطالما ركزت الأبحاث على تأثير الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة والأصدقاء على جودة الحياة لدى مرضى السرطان، إلا أن الدراسات الحديثة أظهرت أهمية الدعم المقدم من فريق الرعاية الصحية، مما يبرز ضرورة مراعاة تعدد مصادر الدعم عند دراسة علاقته بجودة الحياة. ويمكن القول أن كل بعد من أبعاد جودة الحياة قد يرتبط بمصدر معين من الدعم الاجتماعي؛ فعلى سبيل المثال، يرتبط الدعم الأسري والاجتماعي بالأبعاد العاطفية والنفسية لجودة الحياة، بينما يساهم الدعم المقدم من فريق الرعاية الصحية بشكل أكبر في التخفيف من الأعراض الجسدية وتعزيز الصحة البدنية للمريض (Luszczynska et al., 2012) ويرتبط الدعم الاجتماعي بتحسين جودة الحياة وتقليل القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان المتقدم، في المقابل ترتبط العزلة الاجتماعية بانخفاض الرفاهية والاكتئاب وشدة الألم وارتفاع معدلات الوفيات (Silva et al., 2019).

5. احتياجات ومتطلبات الدعم لمقدمي الرعاية العائلية لمرضى السرطان المتقدم

نجد في الأدبيات أن مقدم الرعاية العائلي يعرف بأنه الشخص الذي يقدم خدمة الرعاية بصفة مؤقتة أو دائمة لشخص معاق، مريض، أو مسن فاقد للاستقلالية من أفراد محيطه العائلي، وتكون هذه الخدمة بدون مقابل مادي وتشمل هذه الرعاية: العناية الصحية، تقديم الدعم العاطفي والاجتماعي، مهام الرعاية الذاتية والتنقل، المساعدة في الأعمال المنزلية وتنظيم أوقات الفحوصات والعلاجات (معهد الدوحة الدولي للأسرة، 2020).

يُعتبر مقدمو الرعاية العائلية المزودين الأساسيين للرعاية طوال مسار مرض السرطان، بدءًا من التشخيص الأولي مرورًا بالعلاج والشفاء، أو تكرار المرض والبقاء طويل الأمد، حتى رعاية نهاية الحياة. إذن لا تقتصر المعاناة النفسية والعاطفية الناتجة عن السرطان على المريض وحده، بل تمتد لتشمل أسرته وأحبّاءه، وخاصة من يرافقه في رحلة المرض كمقدمي رعاية. ولهذا السبب، ازداد الاهتمام البحثي مؤخرًا بفهم كيف يتعامل هؤلاء الأشخاص مع الضغوط التي تفرضها تجربة المرض.

إن الطبيعة المُنهكة للسرطانات المتقدمة وعلاجاتها تؤدي إلى تدهور شديد في قدرة المرضى على أداء أنشطة الحياة اليومية، وتُحدث حاجة لا مفر منها إلى الرعاية، وبالتالي يتحمل مقدمو الرعاية من أفراد الأسرة مسؤوليات عديدة، وغالبًا ما تؤدي هذه المهام إلى انهك جسدي وعبء نفسي. وتصف الأدبيات العلمية هذا التحدي بمفهوم "عبء مقدمي الرعاية" والذي يعكس الألم النفسي والمشكلات الصحية الجسدية والضغوط الاجتماعية والمالية وغيرها من النتائج السلبية المترتبة على مهام الرعاية، ويشير Hoening و Hamilton أن العبء يتضمن مكونين: مكون موضوعي يتمثل في الجانب العملي الملموس من الرعاية والمهام اليومية ويرتبط هذا المكون بشدة المرض ودرجة عاقته للمريض ومدى استقلاليته والوقت والجهد الذي يسخره مقدم الرعاية العائلي له، أما المكون الثاني فهو ذاتي يتعلق أساسًا بالمشاعر الشخصية التي يختبرها مقدمو الرعاية أثناء أداء دورهم (Cui et al., 2024; Koçak et al., 2022; Liu et al., 2020).

وقد بينت الأدبيات (Liu et al., 2020) أن عبء الرعاية يرتبط ب:

- تضارب المسؤوليات المتعددة: غالبية مقدمي الرعاية هم أزواج أو أبناء يؤدون أدوارًا متعددة، وغالبًا ما يواجهون صعوبة في تحقيق التوازن بين هذه الأدوار ومهام الرعاية المباشرة للمريض.
- قلة الأنشطة الاجتماعية: غالبًا ما يكون مقدمي الرعاية ذوي الشبكات الاجتماعية المحدودة أكثر عرضة للشعور بالعبء.

• نقص الموارد المالية: يتعرض العديد من مقدمي الرعاية إلى ضغوط مالية نتيجة فقدان الدخل أو تحمل نفقات إضافية.

كما أفادت الدراسات أن مقدمي الرعاية العائلية لمرضى السرطان أبلغوا عن أعراض جسدية عديدة كالتعب، ألم الظهر، ارتفاع ضغط الدم، التهاب المفاصل بالإضافة إلى التأثيرات النفسية للرعاية بحيث تمثلت أبرز المشكلات النفسية لديهم في الاكتئاب، القلق، الشعور بالعجز والخوف من وفاة وفقدان المريض، بالإضافة إلى ذلك تم الإبلاغ عن تأثيرات ملموسة على وضعهم المالي (Koçak et al., 2022)

وعلى الرغم من أن مقدمي الرعاية الأسرية يعتنون بالعديد من جوانب رعاية المريض، إلا أنه غالبا ما تبقى احتياجاتهم الاجتماعية والمعرفية والنفسية غير ملباة، وتشير الأدلة إلى أن التحديات التي يواجهها هؤلاء الأفراد تؤثر بشكل مباشر على رفاهية المرضى فعدم تلبية احتياجات مقدمي الرعاية لا يقتصر أثره على رفاههم الشخصي وجودة حياتهم فحسب، بل يمتد ليؤثر أيضا على النتائج الصحية للمرضى.

ونتيجة لذلك دعت منظمة الصحة العالمية إلى أن لا تقتصر الرعاية التلطيفية على تحسين جودة حياة المرضى فحسب، بل لا بد أن تمتد لتشمل أسرهم، بغية تعزيز تفهمهم أثناء تقديم الرعاية وكذلك مرافقتهم في مرحلة الحداد بعد الوفاة. وقد بينت نتائج العديد من الدراسات المتعلقة بالرعاية الأسرية في مجال الأورام الحاجة إلى إعداد مقدمي الرعاية العائلية للدور المعقد الذي يؤديه في رعاية مرضى السرطان، وأهمية التدخلات التلطيفية للتخفيف من عبء مهام الرعاية وتحسين جودة الحياة لمقدمي الرعاية العائلية من خلال التعليم والتدريب العملي والدعم النفسي.

6. الرعاية التلطيفية المبكرة لمرضى السرطان في ضوء الأدلة الداعمة والتحديات العملية

يتضح من العناصر السابقة أن التشخيص بالسرطان المتقدم يضع ثنائية المريض-مقدم الرعاية العائلي أمام تحديات متعددة ومعقدة، ما يستدعي تبني مقاربة

شمولية متعددة الأبعاد. ومن هنا تهدف برامج الرعاية التلطيفية الى الاستجابة لهذه التحديات والاحتياجات عبر توفير دعم متكامل يشمل الجوانب الجسدية، النفسية، الاجتماعية والروحية، ومن خلال تخصيص الرعاية وفقا لاحتياجات المرضى والاعتراف بالدور المهم لمقدمي الرعاية العائلية تسهم هذه البرامج في تحسين الرفاه العام للمرضى ومقدمي الرعاية العائلية.

إذن لا يقتصر دور الرعاية التلطيفية على الجوانب الجسدية، بل يمتد ليشمل الدعم النفسي، الاجتماعي والروحي، حيث تساعد المرضى ومقدمي الرعاية على التكيف مع تحديات المرض، كما توفر دعما خاصا لمقدمي الرعاية عبر التوعية والمساندة مما يقلل من الإرهاق والضغط النفسي، وتستمر هذه الرعاية حتى بعد وفاة المريض من خلال تقديم الدعم في مرحلة الحداد، مما يعكس طابعها الشامل في مرافقة المريض وأسرته عبر مختلف مراحل المرض.

وفي هذا الصدد هدفت دراسة أجراها Ibrahim et al (2024) إلى تقييم فعالية برنامج تأهيلي مدته 16 أسبوعا في تحسين الرفاه الجسدي لمرضى السرطان الذين يتلقون العلاج في قسم الرعاية التلطيفية بمعهد دمياط للأورام، بالإضافة إلى تقييم تأثير جلسات التثقيف النفسي في تعزيز مهارات التكيف وتقليل القلق والاكتئاب لدى المرضى ومقدمي الرعاية الأساسيين لهم ودور الدعم الروحي الوجودي في تحسين حياتهم العامة. كشفت النتائج أن برنامج الرعاية التلطيفية التأهيلية نجح في تحقيق أهدافه من خلال تحسين جودة الحياة العامة لدى مرضى السرطان ومقدمي الرعاية لهم، كما أسهم في تقليل مستويات القلق والاكتئاب لدى المرضى بالإضافة إلى خفض مستويات القلق وعبء الرعاية لدى مقدمي الرعاية.

وفي مراجعة منهجية أجراها Higginsson & Evans (2010) هدفت إلى تحديد ما إذا كانت فرق الرعاية التلطيفية المتخصصة تحقق أهدافها وتحسن النتائج لدى مرضى السرطان المتقدم ومقدمي الرعاية لهم. وبشكل عام، أظهرت الأدلة أن الرعاية التلطيفية المتخصصة في المنزل أو المستشفى أو في وحدات الإقامة الداخلية أدت إلى تحسينات ملحوظة في نتائج المرضى في مجالات السيطرة على الألم والأعراض، والقلق، وتقليل

معدلات دخول المستشفى. وهذا يشير إلى أن الرعاية التلطيفية المتخصصة ينبغي أن تكون جزءاً من الممارسة في مجال الأورام، وتشير المراجعة كذلك إلى أنه على الرغم من أن تقييم الأدلة أظهر تحسنات عبر عدة مجالات، إلا أن هناك حاجة إلى فهم أفضل لتأثير نماذج مختلفة من الرعاية التلطيفية، مع ضرورة استخدام مقاييس موحدة لتقييم النتائج.

كذلك توصلت دراسة Sun وزملاؤه (2015) التي هدفت إلى اختبار فعالية تدخل للرعاية التلطيفية متعددة التخصصات لدى مقدمي الرعاية الأسرية لمرضى سرطان الرئة في مراحله المختلفة، حيث تم عرض المرضى ومقدمي الرعاية في اجتماعات أسبوعية لفريق متعدد التخصصات ضم ممرضين وأطباء الرعاية التلطيفية وأطباء الأورام وأطباء أمراض الرئة وأخصائيين اجتماعيين ومرشدين دينيين وأخصائيي تغذية وأخصائيي علاج طبيعي بالإضافة إلى أعضاء من فريق البحث، إلى أن اعتماد نهج متعدد التخصصات في الرعاية التلطيفية أدى إلى تحسينات ملحوظة في جودة الحياة الاجتماعية، وتقليل الضغوط النفسية وخفض عبء الرعاية لدى مقدمي الرعاية، ومع ذلك لم تلاحظ فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة الجسدية أو النفسية أو في مستوى الاستعداد لتقديم الرعاية. وقد يرجع ذلك إلى أن التحسن في الاستعداد قد يظهر على المدى الطويل، بينما كانت مدة المتابعة في هذه الدراسة قصيرة (12 أسبوعاً).

وعلى الرغم من أن العديد من الأدلة أظهرت فعالية برامج الرعاية التلطيفية في تحسين مجالات جودة الحياة لمرضى السرطان ومقدمي الرعاية الأساسية من أفراد أسرهم، إلا أنه لا تزال هناك حاجة إلى فهم أفضل لمكونات هذه البرامج وتأثيرها خاصة في ظل العوامل الثقافية والتنظيمية في البيئات العربية.

وجدير بالذكر أيضاً أن الرعاية التلطيفية تعد مجالاً جديداً نسبياً في مجالات الطب، حيث لا تزال العديد من الدول لم تدرجه ضمن مناهجها الجامعية، الأمر الذي يؤثر على توافر وكفاءة الأخصائيين في هذا المجال.

كما أن الاعتقاد الشائع الخاطئ بأن الرعاية التلطيفية تقدّم فقط في نهاية الحياة وبعد استنفاد خيارات العلاجات الموجهة للمرض قد يحد من إمكانية الحصول على هذه الخدمات في وقت مبكر من المرض والاستفادة منها، في المقابل تشير الأبحاث في السنوات الأخيرة إلى أن إدماج الرعاية التلطيفية في مرحلة مبكرة من مسار السرطان يحقق فوائد للمرضى وأسرهم وكذلك للنظام الصحي، بحيث تساهم الخدمات التلطيفية المبكرة في تمكين المريض وأسرته من التعايش مع المرض بشكل أفضل، وتعزيز استقلالية المريض وزيادة فرصه في الاستفادة من العلاج الرئيسي، ومن هنا يمكن القول أن الرعاية التلطيفية ليست بديلاً عن العلاج بل مكمل له.

وتوجد عدة نماذج لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية إذ يمكن تقديمها في المستشفى، المنزل أو العيادات الخارجية أو دور رعاية المسنين، وتتطلب عادة فريق متعدد التخصصات يضم الأطباء والممرضين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمرشدين وتركز الخدمات على التعامل مع مصادر المعاناة المختلفة المرتبطة بالمرض. وعليه فإن الاقتصار على الجانب الجسدي في الرعاية دون دمج الأبعاد النفسية والاجتماعية والروحية يؤدي إلى تقديم رعاية غير مكتملة، ويحد من فعالية الرعاية التلطيفية في تحقيق هدفها الشامل المتمثل في تحسين جودة حياة المريض وأسرته.

7. خاتمة:

يتزايد الطلب العالمي على الرعاية التلطيفية بشكل ملحوظ، خاصة في ظل الانتشار المتزايد للأمراض المزمنة والمهددة للحياة كالسرطان، فعلى الرغم من التطورات العلمية الهائلة والمعرفة المتزايدة حول طبيعة السرطان وأساليب علاجه وإمكانية الشفاء العالية إلا أنه في حالة السرطانات المتقدمة تتضاءل إمكانيات الشفاء وتصبح الغاية من التدخلات العلاجية إبطاء تقدم المرض وإطالة فترة البقاء على قيد الحياة، وهنا تبرز الحاجة إلى الدمج المبكر للرعاية التلطيفية.

ويظهر الدمج المبكر للرعاية التلطيفية فوائد واضحة وتعزيز لجودة حياة المرضى ومقدمي الرعاية من أفراد أسرهم، حيث ينظر هذا النهج الشمولي إلى ثنائية

المريض-مقدم الرعاية العائلي كوحدة مترابطة للرعاية، وتركز الرعاية التلطيفية المبكرة تحديدا على إدارة الألم والسيطرة على الأعراض المصاحبة للورم و الآثار الجانبية للعلاجات، إضافة الى تقديم الدعم النفسي والاجتماعي والروحي للمريض ومقدم الرعاية الأساسي.

وقد بينت العديد من نتائج الدراسات التي تم عرضها في الدراسة الحالية، أن التدخلات المتكاملة في الرعاية التلطيفية التي تركز على هذه الثنائية، أظهرت أثارا إيجابية ملحوظة في تحسين جودة الحياة من خلال تعزيز التواصل الفعال، إدارة الألم، التخفيف من أعراض القلق والاكتئاب وتطوير آليات تكيفية فعالة.

وعليه ينبغي أن تركز الأبحاث المستقبلية على تقييم أثر التدخلات التلطيفية في تعزيز جودة الحياة لدى فئات واسعة ومتنوعة من المصابين بالأمراض المزمنة والمتقدمة في البيئات العربية، كما توصي الدراسة الراهنة إلى إجراء دراسات ميدانية تهدف الى تقييم أعباء الرعاية لدى مقدمي الرعاية العائلية لمرضى السرطان المتقدم، مع تحديد الاحتياجات غير الملباة لديهم في البيئات العربية، بالإضافة الى تقييم فعالية التدخلات التلطيفية من وجهة نظر الأطباء والممرضين بمصالح الرعاية التلطيفية في الدول العربية مع تحديد العوائق والتحديات العملية من وجهة نظرهم.

قائمة المراجع:

- زعطوط، ر. (2016). نوعية الحياة لدى مرضى السرطان وعلاقتها بكل من الكرب النفسي والتدين. *مجلة دراسات في علم نفس الصحة*، 1(1)، 60-83.
- فالق، ب. وعدوان، ي. (2021). مبادئ الرعاية التلطيفية النفسية الاجتماعية لمرضى آلام السرطان. *مجلة العلوم الإسلامية والحضارة*، 6(2)، 299-310.
- فالق، ب. وعدوان، ي. (2021). الفعالية الذاتية المدركة وإدارة الألم لدى مرضى السرطان. *مجلة الروائر*، 5(1)، 47-63.

معهد الدوحة الدولي للأسرة. (2020). مقدمو الرعاية المنزلية لكبار السن من أفراد الأسرة في دولة قطر (ط1). دار جامعة حمد بن خليفة للنشر. <https://difi.org.qa/wp-content/uploads/2017/11/Elderly-caregiver-A-online-version.pdf>

منظمة الصحة العالمية. (2013). تعزيز الرعاية الملطفة كعنصر من عناصر العلاج المتكامل طيلة العمر. منظمة الصحة العالمية

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-ar.pdf

Anastasopoulou, E., Evangelou, E., Koutelekos, I., Lavdaniti, M., Polikandrioti, M., Petsios, K., & Dousis, E. (2025). Evaluation of Palliative Care in Cancer Patients. *International Journal of Caring Sciences*, 18(1), 53.

Anita, D. C., Titipangesti, A., Fadhillah, S., & Wantonoro, W. (2022). Coping mechanism and depression among Moslem patients treated with chemotherapy. *Palliative Medicine in Practice*, 16(3), 142-149. <https://doi.org/10.5603/PMPI.2022.0014>

Botas, G., Pires, S., Fonseca, C., & Ramos, A. (2025). Reducing Caregiver Burden Through Dyadic Support in Palliative Care: A Systematic Review Focused on Middle-Aged and Older Adults. *Journal of Clinical Medicine*, 14(16), 5804. <https://doi.org/10.3390/jcm14165804>

Cella, D. F. (1994). Quality of life : Concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(3), 186-192. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(94\)90129-5](https://doi.org/10.1016/0885-3924(94)90129-5)

Costa, M. F. F. D., Bilobran, M. A., de Oliveira, L. C., Muniz, A. H. R., Chelles, P. A., & Sampaio, S. G. D. S. M. (2023). Correlation Between Cancer Pain and Quality of Life in Patients With Advanced Cancer Admitted to a Palliative Care Unit. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 41(8), 882-888. <https://doi.org/10.1177/10499091231195318>

Cui, P., Yang, M., Hu, H., Cheng, C., Chen, X., Shi, J., Li, S., Chen, C., & Zhang, H. (2024). The impact of caregiver burden on quality of life in family caregivers of patients with advanced cancer: A moderated mediation analysis of the role of psychological distress and family resilience. *BMC Public Health*, 24(1), 817. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18321-3>

Doutriaux, A. (2022). *Évaluer et traiter la douleur du patient en soins palliatifs*. <https://walter-learning.com/blog/sante/infirmier/soins-palliatifs/comment-gerer-la-douleur-du-patient-en-soins-palliatifs>

Grotmol, K. S., Lie, H. C., Hjermland, M. J., Aass, N., Currow, D., Kaasa, S., Moum, T. Å., Pigni, A., & Loge, J. H. (2017). Depression—A Major Contributor to Poor Quality of Life in Patients With Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(6), 889-897. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.010>

Haroen, H., Maulana, S., Harun, H., Mirwanti, R., Sari, C. W. M., Platini, H., Arovah, N. I., Padila, P., Amirah, S., & Pardosi, J. F. (2025). The benefits of early palliative care on psychological well-being, functional status, and health-related quality of life among cancer patients and their caregivers: A systematic review and meta-analysis. *BMC Palliative Care*, 24(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01737-y>

Higginson, I. J., & Evans, C. J. (2010). What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *The Cancer Journal*, 16(5), 423-435. <https://doi.org/10.1097/ppo.0b013e3181f684e5>

Ibrahim, A. M., Wahba, N. M., Zaghamir, D. E., Mersal, N. A., Mersal, F. A., Ali, R. A., Eltaib, F. A., & Mohamed, H. A. (2024). Impact of a comprehensive rehabilitation palliative care program on the quality of life of patients with terminal cancer and their informal caregivers: A quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02028-2>

Koçak, N., Şenel, G., Oğuz, G., Karaca, Ş., & Gökse, F. (2022). Quality of life and burden in family caregivers of patients with advanced cancer receiving specialized palliative care. *Indian Journal of Cancer*, 59(2), 187-193. https://doi.org/10.4103/ijc.IJC_671_19

Kumar, B., Htaa, M. T., Kerin-Ayres, K., Smith, A. L., Lacey, J., Browne, S. B., & Grant, S. (2024). Living well with advanced cancer : A scoping review of non-pharmacological supportive care interventions. *Journal of Cancer Survivorship*. <https://doi.org/10.1007/s11764-024-01714-z>

Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden : A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438-445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>

Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., & Scholz, U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients : A systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2160-2168. <https://doi.org/10.1002/pon.3218>

Mehta, A., & Chan, L. S. (2008). Understanding of the Concept of « Total Pain » : A Prerequisite for Pain Control. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 10(1), 26-32. <https://doi.org/10.1097/01.NJH.0000306714.50539.1a>

Petrillo, L. A., Jones, K. F., El-Jawahri, A., Sanders, J., Greer, J. A., & Temel, J. S. (2024). Why and How to Integrate Early Palliative Care Into Cutting-Edge Personalized Cancer Care. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 44(3), e100038. https://doi.org/10.1200/EDBK_100038

Qan'ir, Y., Guan, T., Idiagbonya, E., Dobias, C., Conklin, J. L., Zimba, C. C., Bula, A., Jumbo, W., Wella, K., Mapulanga, P., Bingo, S., Chilemba, E., Haley, J., Montano, N. P., Bryant, A. L., & Song, L. (2022). Quality of life among patients with cancer and their family caregivers in the Sub-Saharan region: A systematic review of

quantitative studies. *PLOS Global Public Health*, 2(3), e0000098.
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000098>

Sercekus, P., Besen, D. B., Gunusen, N. P., & Edeer, A. D. (2014). Experiences of Family Caregivers of Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(12), 5063-5069. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.12.5063>

Silva, L., Poiares, I., Machado, C., Lenhani, B., Guimarães, P., & Kalinke, L. (2019). Religião/espiritualidade e apoio social na melhoria da qualidade de vida da pessoa com cancro avançado. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(23), 111-120. <https://doi.org/10.12707/RIV19072>

Sun, V., Grant, M., Koczywas, M., Freeman, B., Zachariah, F., Fujinami, R., Ferraro, C. D., Uman, G., & Ferrell, B. (2015). Effectiveness of an interdisciplinary palliative care intervention for family caregivers in lung cancer. *Cancer*, 121(20), 3737-3745. <https://doi.org/10.1002/cncr.29567>

Wang, M., & Ding, X. (2025). Integrated palliative care improves the quality of life of advanced cancer patients. *BMC Palliative Care*, 24(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01800-8>

Wedding, U., Koch, A., Röhrig, B., Pientka, L., Sauer, H., Höffken, K., & Maurer, I. (2008). Depression and functional impairment independently contribute to decreased quality of life in cancer patients prior to chemotherapy. *Acta Oncologica*, 47(1), 56-62. <https://doi.org/10.1080/02841860701460541>

World Health Organization. (s. d.). *Cancer*. Consulté 24 juin 2025, à l'adresse <https://www.who.int/health-topics/cancer>



Xia, W., Ou, M., Chen, Y., Chen, F., Yan, M., Xiao, Z., & Xu, X. (2024). Experiences of patients with advanced cancer coping with chronic pain : A qualitative analysis. *BMC Palliative Care*, 23(1), 94. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01418-2>

Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Leighl, N., Rydall, A., Rodin, G., Tannock, I., & Hannon, B. (2016). Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 188(10), E217-E227. <https://doi.org/10.1503/cmaj.151171>