



## Facing death: A phenomenological study on cancer patients' experienced existential anxieties

Samaneh Hosseini<sup>1</sup> , Seyed Saeid Pournaghash Tehrani<sup>2</sup> , Masoud Gholamali Lavasani<sup>3</sup> 

1. Ph.D Candidate in Health Psychology, Kish International Campus, University of Tehran, Kish, Iran. E-mail: [Psys.hosseini@gmail.com](mailto:Psys.hosseini@gmail.com)

2. Associate Professor. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: [Spnaghash@ut.ac.ir](mailto:Spnaghash@ut.ac.ir)

3. Associate Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: [Lavasani@ut.ac.ir](mailto:Lavasani@ut.ac.ir)

### ARTICLE INFO

#### Article type:

Research Article

#### Article history:

Received 08 January 2023

Received in revised form 04 February 2023

Accepted 11 March 2023

Published Online 23 September 2023

#### Keywords:

Cancer,  
Existential anxieties,  
Death,  
Tripple encounter pattern

### ABSTRACT

**Background:** More than 25% of cancer patients experience moderate to severe levels of distress arising from awareness of existential issues. Existential experiences in adults with advanced cancer are dynamic situation that precedes the encounter with death. A question that has not been addressed in past researches, and this research aims to address it, is whether existential anxiety is experienced in the same way in all these patients and follows the same pattern.

**Aims:** This study aims to identify the lived experience of cancer patients from existential anxiety and how to face them.

**Methods:** The present study was conducted with a qualitative approach and with an experimental and interpretive phenomenological method in the field of cognitive anthropology. The statistical community included all cancer patients in Shiraz. From this population, based on porposive sampling method, twelve cancer patients who were homogeneous in terms of the severity of the disease and were only under palliative care due to the lack of response to treatment, were selected, and in order to understand their perspectives regarding their lived experience of existential anxieties a semi-structured interview was conducted with them.

**Results:** The analysis of the interviews led to the extraction of 9 codes about existential anxieties, five of which (death, loneliness, responsibility, meaning of life, uncertainty) were in line with the findings of research conducted in other cultures, and the other four (spirituality, love, cancer, emotions, and feelings) were extracted in this study. Also, a triple pattern in facing these anxieties, acceptance and submission, conflict and ambivalence, and complete lack of acceptance was identified.

**Conclusion:** The findings of this research highlight the necessity of using meaning-oriented interventions by health and clinical professionals, as well as training and preparing doctors to pay attention to the existential anxieties of patients, especially those who are in the end stage of life.

**Citation:** Hosseini, S., Pournaghash Tehrani, S.S., & Gholamali Lavasani, M. (2023). Facing death: A phenomenological study on cancer patients' experienced existential anxieties. *Journal of Psychological Science*, 22(127), 1319-1334. [10.52547/JPS.22.127.1319](https://doi.org/10.52547/JPS.22.127.1319)

*Journal of Psychological Science*, Vol. 22, No. 127, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.127.1319](https://doi.org/10.52547/JPS.22.127.1319)



✉ **Corresponding Author:** Seyed Saeid Pournaghash Tehrani, Associate Professor. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.  
E-mail: [Spnaghash@ut.ac.ir](mailto:Spnaghash@ut.ac.ir), Tel: (+98) 9122074388

## Extended Abstract

### Introduction

Cancer is a global health problem that not only has an increasing economic burden but is also associated with high rates of psychological distress such as depression and anxiety (World Health Organization, 2018). More than 25% of cancer patients experience moderate to severe levels of distress arising from awareness of existential issues (Lee and Louise, 2012). Existential experiences in adults with advanced cancer are the dynamic state that precedes the encounter with death and is defined by different and shared responses to cognitive challenges related to the indicators of existence (body, time, others, and death) that it is associated with an increase in the capacity of existential growth (Elis et al. 2019). Despair arising from existential pain is a predictive factor of suicidal thoughts in cancer patients (Nakamura and Kawasi, 2021). Basic existential anxieties include fear of death, loss of meaning, loneliness, responsibility, dignity, and uncertainty. They are connected with personal identity disorder and vulnerability and can cause existential distress (2010; Henoeh and Danielson, 2009). If these concerns are resolved, they can lead to a sense of life and positive health outcomes, but when they remain unresolved, it can cause a negative impact on their well-being (Heinon et al., 2008). According to Kisan (2000), suffering never threatens the integrity of a person as much as when the existential distress of a patient is taken care of under palliative care. Kisan reminds us that our goal should be to alleviate suffering and help our patients have a more peaceful journey through death.

Many quantitative and qualitative researches have been conducted abroad regarding the existential anxieties of cancer patients. However, the few qualitative internal studies conducted in the field of existential anxieties of dying patients, especially cancer patients. Quantitative studies of course cannot deal with these anxieties in depth, and the concept of existential anxiety among quantitative data and statistical analysis disappear or fade. The current study aims to address this issue with the method of a qualitative study. In addition, since philosophical

issues such as existential anxieties are very culture-dependent concepts, it is necessary to conduct internal studies about these anxieties in Iranian cancer patients who live in a religious and traditional context. Referring to these needs, the current research has sought to answer the question of whether the existential anxieties in the Iranian cancer patients who are under palliative care are the same as the basic anxieties mentioned in the existential literature and in the research conducted in the other cultures and are there other themes that arise when facing cancer as an incurable disease.

### Method

The present study was conducted in the framework of a qualitative method with an experimental phenomenological approach. In terms of methodology, this study has used the cognitive anthropology domain, in which the in-depth interview method is used to understand the individual's perspectives on existential phenomena. The statistical population of this research was cancer patients. Sampling was done purposefully by selecting critical and homogeneous cases.

Determining the sample size was based on the saturation principle. According to this principle, after interviewing 12 cancer patients and analyzing and extracting codes, it became clear that increasing the number of patients does not lead to obtaining more information and codes, and therefore sampling was stopped. To gather data, in-depth semi-structured interviews were used. To prepare the content of the interview, the researchers first prepared a set of targeted questions based on the theoretical background of existentialism and similar interview items in the experimental literature of this study. The initial version of the questions was given to several psychologists and oncologists and based on their suggestions, the final changes were made and the validity of the content of the interview was strengthened. After these steps, the final version was prepared by conducting a trial interview with two patients other than the research sample. The average length of interview time with the patients was between one hour and one and a half hours, and of course, for most of them, according to their physical and mental conditions, the interview took place in two

sessions. With the knowledge and consent of the patients, the entire interview session was audio-recorded. To analyze the data, both inductive and deductive steps were used. To analyze the content, three strategies were used: text search through the extracted codes, text search based on the title and research objectives, and analytical search to answer the research question. These strategies helped to integrate information and move from the level of descriptive analysis to the level of conceptual and inductive analysis.

In the current research, maintaining and applying the principles of informed and written consent, and the principle of confidentiality and anonymity were emphasized. The comfort of the participants was another important principle, so the interview

questions, which were centered around the existential anxieties of the patients, were designed in such a way as to cause the least worry and mental pressure, considering their mental conditions.

## Results

The researcher and two other independent psychologists, by repeatedly reviewing the text of the interviews, in the first place, each of them reached 13, 12, and 14 topics with different frequencies of repetition, and after comparing and considering the similarities and differences within these topics, eight common codes were extracted. The following table shows the titles of the extracted codes and their description along with examples of the patients' statements.

**Table 1. Codes extracted from interviews conducted with patients**

Code title	Description	Examples of patient statements
Dead anxiety	Patients express their feelings about death.	Life continues after
Responsibility anxiety	Patients talk about worrying about their unfinished tasks	I am worried about my children
Loneliness anxiety	Patients' description of being alone	but sometimes I feel lonely when they are with me
Meaningless anxiety	Patient's attitude to life after cancer	No, life is not meaningless. When God creates man, he creates for life
Spirituality, religious and God	Every conversation that the patient has about spiritual and religious beliefs and God	I had an exam before God, I will pass that exam
Cancer	Any direct or indirect reference that the patient has about her or his illness	No, illness itself is a kind of life, it is a part of life.
Feeling or emotions	Cases where the patient has mentioned her psychological emotions.	I think that I got sick because of a mistake in my life. I say maybe I did something bad (feeling guilty)
love	Cases where the patient has mentioned her feelings about her family or other relatives or they towards her the patient talks about her uncertain situation or in her	My wife gives me more hope and peace, she sacrifices a lot.
Uncertainty and conflict	statements about her beliefs, hopes or feelings, contradictions are seen.	Sometimes I say that maybe I'm fooling myself that I'm getting better... I'm lying to myself

By comparing patients' statements about existential issues, researchers encountered a triple pattern: 1) Fully accepting the disease, stable in spiritual beliefs, feeling satisfied with life and surrendering to destiny; 2) Conflicting and ambivalent: doubts in beliefs; accepting the disease on one hand and not accepting it on the other hand and 3) Completely unacceptable: they see their illness as unfair. Each of these patterns have had different effects in provoking and awakening the four existential conflict anxieties (death, loneliness, responsibility, and meaning). Also, the analysis of the answers showed that these patterns play a role in the formation or orientation of other

dimensions such as defense mechanisms, emotional responses, and behavioral reactions.

## Conclusion

The codes extracted in this research, which represent the basic existential anxiety (death, loneliness, responsibility, and meaningless) as well as the other inductive codes extracted (cancer, spirituality, and love) are similar and consistent with the anxieties mentioned in previous studies (i.e. Philip et al., 2020; Nikoi Kuhpas et al., 2020; Mai Nihan, Lagerdahl Stollery, 2014; Schaffel, 2010; Milberg, Sand, and Strong, 2008; Halldores Doucier and Harmin, 1996). Most of the patients participating in this research have

stated that they are not afraid of death and believe in another world after death. Most of their responsibility anxiety has been about the duties they had towards their family members and they were worried that their death would cause these duties to remain unfulfilled. The participants have mentioned that the presence of their family members, makes them not feel alone and not defenseless against illness. The qualitative analysis of this research, in line with Carno and Eisenbeck's (2022) conclusion, shows that cancer diagnosis provokes existential concerns, especially concerns related to the meaning of life, and at the same time, it stimulates meaning creation processes. Probably, other extracted existential issues such as spirituality and love are newly created or strengthened meanings that have emerged due to facing possible death and perhaps lead to a kind of psychological balance between the feeling of emptiness and the discovery of new meanings in the patient's life. The discovery of three patterns of facing existential anxieties in this study is consistent with the findings of Ellis et al. that individual differences and coping methods affect the type of reaction to existential anxieties. The findings of the current research can be a basis for future qualitative and quantitative research, especially in the field of individual differences and including personality in the face of incurable diseases such as cancer. Also, these results suggest that doctors, nurses, and other members of treatment groups, especially in the field of palliative care, should pay more attention to

patients' existential anxieties and psychologists should consider existential interventions more. The patients participating in this research, despite being under palliative care, were unaware of their imminent death due to the insistence of their families, and this cultural issue was a limitation to obtain more real data in this research.

### Ethical Considerations

**Compliance with ethical guidelines:** This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of health psychology in the department of psychology, university of Tehran, International Kish branch. The ethical rules of this research have been approved by the ethics committee of Tehran University with the code IR.UT. psyedurec.1401.030

In the present study, the observance of research ethics by maintaining and applying the two principles of informed and written consent, and the principle of confidentiality and anonymity were emphasized. The comfort of the participants was another important principle, so the interview questions, which were centered around the existential anxieties of the patients, were designed in such a way as to cause the least worry and mental pressure, considering their mental conditions.

**Funding:** This study was conducted as a Ph.D. thesis with no financial support.

**Authors' contribution:** The first author is a Ph.D. student in Health psychology. The second and third were the supervisors of the dissertation.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** We would like to express our gratitude to the cancer patients who patiently participated in our interview, as well as to the manager and staff of Amir Oncology Hospital, especially the oncologists who help us in the implementation of our research.



## رودروری مرگ: پژوهشی پدیدارشناختی در باب اضطراب‌های وجودی تجربه شده‌ی بیماران مبتلا به سرطان

سمانه حسینی<sup>۱</sup>، سید سعید پورنقاش تهرانی<sup>۲</sup>، مسعود غلامعلی لواسانی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، پردیس بین‌الملل کیش، دانشگاه تهران، کیش، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

**زمینه:** پژوهش‌ها نشان داده است بیش از ۲۵٪ از بیماران مبتلا به سرطان سطوح متوسط تا شدیدی از پریشانی برخاسته از آگاهی به موضوعات وجودی را تجربه می‌کنند. تجارب وجودی در بزرگسالانی که سرطان پیشرفته‌ای دارند وضعیتی پویا است که مقدم بر رویارویی با مرگ رخ می‌دهد. سؤالی که تحقیقات گذشته کمتر به آن پرداخته‌اند و این پژوهش قصد پرداختن به آن را دارد این است که آیا اضطراب‌های وجودی در همه‌ی این بیماران به نحو یکسانی تجربه می‌شود و از الگوی یکسانی پیروی می‌کند.

**هدف:** این مطالعه با هدف شناسایی تجربه زیسته بیماران مبتلا به سرطان از اضطراب وجودی و نحوه مقابله با آن‌ها انجام گرفته است. **روش:** مطالعه حاضر با رویکردی کیفی و با روش پدیدارشناسانه تجربی و تفسیری و در حوزه‌ی انسان‌شناسی شناختی انجام شد. جامعه‌ی آماری شامل کلیه بیماران سرطانی شهر شیراز بودند. از این جامعه بر اساس نمونه‌گیری هدفمند، دوازده بیمار مبتلا به سرطان که از نظر شدت بیماری همگون بوده و با توجه به عدم پاسخ‌دهی به درمان صرفاً تحت مراقبت‌های تسکینی بودند، انتخاب شدند و به منظور درک چشم اندازهای آن‌ها نسبت به تجربه‌های زیسته‌ی وجودی با آن‌ها مصاحبه نیمه ساختاریافته صورت گرفت. از متن مصاحبه‌های صورت گرفته با روش‌های استقرایی و قیاسی کیفی کدهای موضوعی استخراج و با استفاده از روش تحلیل محتوا تفسیر شدند.

**یافته‌ها:** تحلیل مصاحبه‌ها به استخراج ۹ کد در مورد اضطراب‌های وجودی منجر شد که پنج مورد از آن‌ها (مرگ، تنهایی، مسئولیت، معنای زندگی، عدم قطعیت) در سایر مطالعات صورت گرفته نیز استخراج شدند اما در مطالعه‌ی حاضر کدهای دیگری (معنویت، عشق، سرطان، هیجان‌ها و احساسات) استخراج شدند. همین‌طور یک الگوی سه‌گانه در مواجهه با این اضطراب‌ها، پذیرش و تسلیم، تعارض و دوسوگرایی و عدم پذیرش کامل در بین بیماران شناسایی شد.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش لزوم بکارگیری مداخلات معنامحور توسط متخصصان سلامت و بالینی و همین‌طور آموزش و آماده سازی پزشکان را برای توجه به اضطراب‌های وجودی بیماران، به ویژه آن‌هایی که در مرحله‌ی نهایی زندگی هستند یادآوری می‌کند.

**استناد:** حسینی، سمانه؛ پورنقاش تهرانی، سید سعید؛ و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۴۰۲). رودروری مرگ: پژوهشی پدیدارشناختی در باب اضطراب‌های وجودی تجربه شده‌ی بیماران مبتلا به سرطان. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۷، ۱۳۱۹-۱۳۳۴.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۷، ۱۴۰۲. DOI: [10.52547/JPS.22.127.1319](https://doi.org/10.52547/JPS.22.127.1319)



✉ نویسنده مسئول: سید سعید پورنقاش تهرانی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: [Spnaghash@ut.ac.ir](mailto:Spnaghash@ut.ac.ir)

تلفن: ۰۹۱۲۲۰۷۴۳۸۸

## مقدمه

سرطان یک مشکل بهداشتی جهانی است که نه تنها بار فزاینده اقتصادی دارد بلکه با میزان بالایی از اشفتگی روانشناختی مانند افسردگی و اضطراب مرتبط است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸). انتظار می‌رود بار جهانی سرطان در سال ۲۰۴۰ به ۲۸/۴ میلیون مورد یعنی ۴۷٪ افزایش نسبت به سال ۲۰۲۰ برسد (سانگ و همکاران، ۲۰۲۱). توجه به ابعاد وجودی که افراد در حین ابتلا به یک بیماری جدی تجربه می‌کنند حائز اهمیت است. ادبیات پژوهشی به گونه‌های مختلفی از اضطراب اشاره داشته‌اند که یکی از آن‌ها اضطراب وجودی است که معطوف به نگرانی‌های غائی و جهان شمولی از زندگی انسان است. به اعتقاد تیلیچ این اضطراب حول سه قلمرو مرتبط با هم در چرخش است. این قلمروها شامل بیمناکی از مرگ به عنوان تقدیری گریزناپذیر، پوچی و بی‌معنایی زندگی و احساس گناه در قبال هویت اخلاقی فرد است (تیلیچ ۱۹۵۲، به نقل از ویمز و همکاران، ۲۰۰۴). سایر نظریه‌پردازان هر کدام بین چهار تا هفت نگرانی را به عنوان نگرانی‌های وجودی برشمرده‌اند: مرگ، احساس تنهایی، مسئولیت انتخاب و آزادی دلهره برانگیز برخاسته از آن، فقدان معنا و احساس پوچی برخاسته از آن، عدم ساختارمندی خود و جهان، تردید و عدم قطعیت و احساس گناه (ون بروگن، وسترهاف، بالمیجز و گلاس، ۲۰۱۴).

بیش از ۲۵٪ از بیماران سرطانی سطوح متوسط تا شدیدی از پریشانی برخاسته از آگاهی به موضوعات وجودی را تجربه می‌کنند (لی و لوئیزل، ۲۰۱۲). تجارب وجودی<sup>۱</sup> در بزرگسالانی که سرطان پیشرفته‌ای دارند وضعیتی پویا است که مقدم بر رویارویی با مرگ رخ می‌دهد و با واکنش‌های متفاوت و مشترک با چالش‌های شناختی مرتبط با شاخص‌های هستی<sup>۲</sup> (بدن، زمان، دیگران و مرگ) تعریف می‌شود. این ابعاد به یک جنبش متعارض بین رنج وجودی و سلامت وجودی منجر می‌شود که با افزایش ظرفیت رشد وجودی همراه است. بست و همکاران (۲۰۱۵) با مرور ادبیات موضوعی مربوط به رنج در بیماران سرطانی رنج را به عنوان پدیده‌ای فراگیر، پویا و فردی که با تجربه از خودبیگانگی، درماندگی، ناامیدی و بی‌معنایی مشخص می‌شود، مفهوم‌سازی کرده‌اند. به نظر می‌رسد عوامل فردی و توانایی مقابله بر این تجربه تأثیرگذار است (تاریبی و

همکاران، ۲۰۱۹). پریشانی وجودی<sup>۳</sup> به حوزه‌ی متمایزی از آشفتگی‌های مرتبط با خود سرطان اطلاق می‌شود و می‌تواند همراه با سایر اشکال پریشانی ظهور کند، یا حتی زمانی که درد جسمانی درمان شده است، حمایت اجتماعی در دسترس است و هیچ اختلال روانی وجود ندارد، به صورتی مستقل حضور داشته باشد. به دلیل فقدان‌ها و تغییرات اساسی در سرطان پیشرفته، درد عاطفی و نومییدی به شکل وجودی و مشابه همان پریشانی‌هایی که فلاسفه‌ی وجودی تشریح کرده‌اند و برخاسته از فناپذیری زندگی است تجربه شود (فیلیپ و همکاران، ۲۰۲۰). افرادی که با بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی مانند سرطان مواجه می‌شوند نگرانی‌های وجودی همچون اضطراب مرگ، عدم اطمینان، پوچی و تنهایی را احساس می‌کنند (نیکوی کوهپاس و همکاران، ۲۰۲۱). نومییدی برخاسته از درد وجودی یک عامل پیش‌بینی کننده‌ی افکار خودکشی در بیماران سرطانی است (ناکامورا و کاواسی، ۲۰۲۱).

بیماری‌های جدی و صعب‌العلاج موقعیت‌هایی هستند که به تعبیر یالوم (۱۹۸۰) "شرایط مرزی"<sup>۴</sup> تلقی می‌شوند: قرار گرفتن در مرز زندگی و مرگ. این شرایط دقیقاً برانگیزاننده یا اشکار کننده‌ی اضطراب‌های وجودی مکنون همچون مرگ، از دست دادن معنا، تنهایی، آزادی و کرامت و عدم قطعیت می‌باشند، با اختلال در هویت فردی و آسیب‌پذیری پیوند می‌خورند و می‌توانند موجب پریشانی وجودی شوند (شافل، ۲۰۱۰؛ هنوک و دانلسون، ۲۰۰۹). چنانچه این نگرانی‌ها حل شوند می‌توانند به حسی از زندگی و نتایجی از سلامتی مثبت منجر شوند، اما هنگامی که حل نشده باقی بمانند ممکن است تأثیری منفی بر بهزیستی آنان داشته باشد (هینون و همکاران، ۲۰۰۸). به تعبیر کیسان (۲۰۰۰) هیچگاه رنج به اندازه زمانی که پریشانی‌های وجودی یک بیمار تحت مراقبت‌های تسکینی، نایده گرفته می‌شود، یکپارچگی یک فرد را این‌گونه تهدید نمی‌کند. او یادآور می‌شود که هدف ما بایستی بهبود رنج و کمک به بیمارانمان برای طی یک سفر آرام‌تر در هنگام مرگ باشد.

در مورد اضطراب‌های وجودی بیماران سرطانی پژوهش‌های متعدد کمی و کیفی در خارج از کشور صورت گرفته است. برای مثال کیوتا و کاندای (۲۰۱۹) در مطالعه‌ی کیفی خود در پی آن بودند که چگونه بیماران سرطانی

3. Existential distress

4. Boundary conditions

1. Existential experiences

2. parameters of existence

بود. مطالعه کیفی شافل (۲۰۱۰) به منظور شناخت اضطراب‌های وجودی بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدید کننده‌ی زندگی و ساز و کار مقابله‌ی آن‌ها با این بیماری‌ها یک مطالعه‌ی کیفی را انجام داد. او بر اساس نمونه‌گیری هدفمند هشت بیمار درگیر با بیماری‌های خطرناک قلبی و سه بیمار مبتلا به سرطان را انتخاب نمود. تحلیل نظام‌مند متن‌های مصاحبه‌های انجام شده نشان داد که بیماران هنگام مواجهه با چالش‌های وجودی، مانند عدم قطعیت، مرگ و میر و مسئولیت، تنها بودن را در برابر این مواجهه‌ها تجربه کرده‌اند؛ طیف وسیعی از راهبردهای مقابله در مواجهه با مجموعه این چالش‌ها آشکار شد: تمرکز مثبت، خلق معنا، امید و اعتماد. شافل (۲۰۱۰) و کارنو و ایزن بک (۲۰۲۲) بر این باورند که آگاهی از فلسفه اگزیستانسیالیسم پیش نیازهای بهتری را برای درک و کمک به بیماران برای مقابله با چالش‌های بالینی که درمان‌های طبی پاسخگوی آن‌ها نیستند، به پزشکان ارائه می‌دهد. تلاش پژوهشگران در پژوهش حاضر نیز معطوف به ارائه همین آگاهی به پزشکان و سایر اعضای تیم مراقبت‌های تسکینی می‌باشد چرا که پژوهش‌های حوزه سرطان نشان داده‌اند که دغدغه‌های وجودی منشاء چشمگیر رنج (ویلسون و همکاران، ۲۰۰۷؛ اکسی دوآن و همکارانش، ۲۰۲۲) و بهزیستی وجودی یک تعیین‌کننده‌ی مهم کیفیت زندگی است (کوهن و همکاران، ۱۹۹۶). در پرتو درک بهتر اضطراب‌های وجودی بیماران رو به مرگ، می‌توان به نیازهایی پی برد که این بیماران در واپسین ماه‌های زندگی شان به خصوص از سوی پزشکان خود دارند و رفع این نیازها باعث می‌شود کیفیت زندگی باقی مانده آن‌ها ارتقاء یافته و رنج ناشی از اضطراب مرگ، تنها و بی معنایی بر بار رنج ناشی از بیماری افزوده نگردد. معدود مطالعات انجام شده‌ی داخل کشور در زمینه اضطراب‌های وجودی بیماران رو به مرگ بخصوص بیماران سرطانی، تقریباً همگی به جز مطالعه‌ی احمدی و همکاران (۱۴۰۱) که معطوف به راهبردهای مقابله‌ای بیماران مبتلا به سرطان در برابر اضطراب‌های وجودی بوده است، از نوع مطالعات کمی بوده‌اند که بالطبع این نوع پژوهش‌ها نمی‌توانند به گونه‌ای عمیق به این اضطراب‌ها بپردازند و مفهوم اضطراب وجودی در لابلای داده‌های کمی و تحلیل‌های آماری محو یا کمرنگ می‌شوند. لذا

در مرحله انتهایی که خلق افسرده ابراز شده یا سوگ عمیقی را به طور واضح نشان نمی‌دهند چگونه احساسات خود را که با افسردگی و اضطراب ربط دارد مدیریت می‌کنند. به این منظور آن‌ها با یازده بیمار تحت مراقبت‌های تسکینی بین سه تا پنج جلسه مصاحبه هفتگی انجام داده و محتوای این مصاحبه‌ها را با روش‌های کیفی تحلیل نمودند. آن‌ها پنج تم را در این بیماران استخراج کردند: "من باید بپذیرم که سرطان پیشرفته‌ای دارم"؛ "من باید مواجهه غیرقابل انکار با مرگ خود را بپذیرم"؛ "من باید بپذیرم که به کمک نیاز دارم"؛ "من باید این شرایط نامطلوب را بپذیرم"؛ "من بایدای را به عنوان تقدیر و حاصل زندگی خود بپذیرم". این یافته‌ها تم‌های کلیدی را در ارتباط با چگونگی مواجهه بیماران با مرگ پیش‌رو آشکار نمود.

هالدورس دوتیر و هارمین (۱۹۹۶) دریک مطالعه پدیدارشناختی کیفی مجموعه‌ای از مصاحبه‌های عمیق<sup>۱</sup> با ۹ بیمار که در مرحله بهبودی از سرطان بودند انجام داده و سپس متن مصاحبه‌های ضبط شده را تحلیل موضوعی نمودند. این تحلیل نشان داد که موضوع مسلط ناشی از درگیری واقعی با سرطان تجربه کردن تغییرات وجودی است و پنج موضوع فرعی اساسی عبارت بودند از: عدم قطعیت<sup>۲</sup>، آسیب‌پذیری، تنهایی، عدم راحتی و بازتعریف. همینطور مطالعه‌ی کیفی میلیبرگ، ساند و استارانگ (۲۰۰۸) باهدف درک بحران‌های وجودی بیماران سرطانی لاعلاج و اعضای خانواده‌ی آنان، با بیست بیمار مبتلاء به سرطان تحت مراقبت‌های تسکینی و خانواده‌های آنان مصاحبه نموده و متن مصاحبه‌ها را با روش هرمونیک تحلیل کردند. نتایج این تحلیل حاکی از آثار عمیق و اجتناب‌ناپذیری از تهدیدات وجودی بخصوص احساس تنهایی و اضطراب مرگ در یافت مراقبت‌های تسکینی<sup>۳</sup> بود. لگاردال، مای نیهان، و استولری (۲۰۱۴) با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و تحلیل موضوعی مبتنی بر نظریه<sup>۴</sup> تجارب وجودی هشت بیمار بهبود یافته از سرطان را بررسی کردند. بهبودی از سرطان به تأملات وجودی عمیقی (برای مثال اضطراب مرگ، آزادی، تنهایی و خلق معنا<sup>۵</sup>) منجر شده بود و برخی از آن‌ها با چالش‌های قابل ملاحظه‌ای مواجهه شده بودند که بر بهزیستی هیجانی آن‌ها تأثیر گذاشته

4. Theory Ide thematic analysis

5. meaning creation

1. In deep- interviews

2. uncertainty

3. palliative cares

بنابراین به صورت ملموسی اضطراب‌های وجودی را که مسأله پژوهش حاضر است تجربه می‌کنند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند، و با در نظر گرفتن همگونی‌های جمعیت شناختی صورت گرفت (نمونه‌گیری متجانس<sup>۴</sup>) و البته تابع نمونه‌گیری موارد بحرانی<sup>۴</sup> انجام شد به این معنا که از میان بیماران سرطانی آن‌هایی در پژوهش شرکت داده شدند که به درمان‌های رایج پاسخ نداده و به لحاظ آنکه در مراحل نهایی بیماری خود بودند در معرض مرگ قرار داشتند. طبعاً چنین افرادی اضطراب‌های وجودی را به شکل بحرانی‌تری تجربه می‌کنند رضایت برای شرکت و همکاری در مطالعه، ابتدا به یکی از انواع بیماری‌های سرطان، داشتن پیش‌آگهی ضعیف یا بسیار ضعیف یا به عبارتی درجه چهار بیماری بر مبنای تشخیص انکولوژیست از جمله ملاک‌های ورود به پژوهش بودند چرا که بیمارانی در این شرایط طبعاً اضطراب‌های وجودی حادث‌تری را تجربه می‌کنند. ناتوانی شدید جسمانی یا روانشناختی که انجام مصاحبه را برای بیمار دشوار یا مضر و غیراخلاقی می‌نمود ملاک خروج از پژوهش بود. در مورد تعیین حجم نمونه بیماران سرطانی تحت مراقبت‌های تسکینی نیز مبنای اصل اشباع نظری<sup>۵</sup> بود. با عطف به این اصل بعد از مصاحبه با ۱۲ بیمار سرطانی تحت مراقبت‌های تسکینی، تحلیل و استخراج کدها توسط پژوهشگر و دو همکار روانشناس دیگر، به صورت مستقل، مشخص شد که افزایش تعداد بیماران به دستیابی به اطلاعات و استخراج کدهای بیشتری منجر نمی‌شود و بنابراین نمونه‌گیری متوقف شد. ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه انتخاب شده در جدول ۱ ارائه شده است.

پژوهش حاضر می‌تواند خلاء مطالعات کیفی در داخل کشور را در این حوزه پر نماید. به علاوه از آنجا که موضوعات فلسفی مانند اضطراب‌های وجودی سازه‌هایی بسیار فرهنگ و وابسته‌اند انجام یک مطالعه‌ی داخلی پیرامون این اضطراب‌ها در بیماران مبتلا به سرطان در ایران که در یک بافت مذهبی و سنتی زندگی می‌کنند ضرورت می‌یابد. در عین حال با توجه به ارتباط بین اضطراب‌های وجودی و سلامت معنوی (سادات حسینی پورآباده و نیکنام، ۱۴۰۰)، نقش مهم سلامت وجودی در سلامت روانشناختی (مهدوی و همکاران، ۱۳۹۸) و اهمیت درمان‌های وجودی بر کاهش رنج بیماران مبتلا به سرطان (اپل و همکاران، ۲۰۲۰؛ صادق پور و همکاران، ۱۳۹۹) تلاش برای بررسی و شناخت عمیق‌تر اضطراب‌های وجودی توجیه پذیر است. با عطف به این ضرورت‌ها پژوهش حاضر در پی پاسخ به این پرسش بوده است که بیماران تحت مراقبت‌های تسکینی که در مرحله انتهایی زندگی خود هستند چه اضطراب‌های وجودی را تجربه می‌کنند و آیا این اضطراب‌ها همان اضطراب‌هایی هستند که در مطالعات انجام شده در سایر فرهنگ‌ها گزارش شده‌اند و به علاوه آیا تم‌های دیگری وجود دارند که در مواجهه با بیماری صعب‌العلاجی مانند سرطان برانگیخته می‌شوند؟

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان:** از آنجا که موضوع این پژوهش اضطراب‌های وجودی بیمارانی بود که با حساس‌ترین تجارب انسانی مثل مرگ، تنهایی، پوچی و مسئولیت مواجه بودند مطالعه حاضر با روش کیفی و رویکرد پدیدارشناسانه تجربی<sup>۱</sup> و تفسیری انجام شده است به لحاظ روش شناسی، از میان شش حوزه روش‌شناسی کیفی که نیومن (۲۰۰۶) معرفی کرده است، مطالعه‌ی حاضر از حوزه‌ی انسان‌شناسی شناختی<sup>۲</sup> استفاده کرده است که در این حوزه مصاحبه عمیق به منظور درک چشم‌اندازهای فرد نسبت به پدیده‌های وجودی به کار گرفته می‌شود.

جامعه آماری این پژوهش بیماران سرطانی در نظر گرفته شد چرا که بیماران سرطانی در زمره‌ی گروه‌هایی هستند که با توجه به پیش‌آگهی بیماری سرطان، بیش از هر گروه دیگری از بیماران، با پدیده مرگ مواجه‌اند و

1. experimental phenomenological approach

2. the cognitive anthropology domain

3. homogeneous

4. critical case sampling

5. theoretical saturation



جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

کد	جنسیت	سن	تحصیلات	شغل	نوع سرطان
۱	مرد	۷۱	لیسانس ریاضی	دبیر بازنشسته	استخوان
۲	زن	۱۷	سوم متوسطه	محصل	استخوان
۳	مرد	۶۷	دیپلم	آزاد	پانکراس
۴	زن	۵۵	دیپلم	کارمند	روده
۵	مرد	۷۰	لیسانس اقتصاد	بازنشسته شرکت نفت	روده
۶	زن	۶۵	نهم متوسطه	خانه دار	روده
۷	زن	۴۸	کارشناسی ارشد	شرکت خصوصی	معده
۸	مرد	۵۰	پنجم ابتدایی	بیکار	لنفوم
۹	مرد	۳۳	دیپلم	کارمند	روده
۱۰	مرد	۴۵	ششم ابتدایی	راننده وانت	پانکراس
۱۱	مرد	۲۲	دیپلم	بیکار	استخوان
۱۲	زن	۴۲	دیپلم	خانه دار	روده

میانگین طول زمان مصاحبه با بیماران، بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه طول کشید و البته برای بیشتر آن‌ها با توجه به شرایط جسمی و روحی‌شان مصاحبه در دو جلسه صورت گرفت. با آگاهی و رضایت بیماران، کل جلسات مصاحبه با آن‌ها به صورت صوتی ضبط گردید.

به منظور تحلیل داده‌ها، متن‌های ضبط شده مصاحبه‌ها مکتوب و با خوانش مکرر تحلیل محتوایی<sup>۱</sup> شدند. در این فرآیند هم از گام‌های قیاسی (تحلیل در چارچوب نظریه‌ی وجودی) و هم استقرایی (تفسیر خارج از چارچوب نظری) استفاده شد. این تحلیل‌ها به استخراج کدها به عنوان واحدهای معنایی و نام‌گذاری و توصیف آن‌ها منجر شد. بر اساس راهبردهای پیشنهادی هنینک و همکاران (۲۰۲۰) از راهبردهای جستجوی متن براساس کدهای استخراج شده؛ جستجوی متن براساس اهداف و عنوان پژوهش و جستجوی متن بر اساس سؤالات پژوهش استفاده گردید که در نهایت به پیوند اطلاعات و حرکت از سطح تحلیل توصیفی به سطح تحلیل مفهومی و استقرایی و شکل‌گیری یک الگوی منسجم از یافته‌ها کمک نمود.

اعتبار داده‌ها در این مطالعه مبتنی بر راهبردهای زیر بود: (۱) قابلیت انتقال (ارزیابی قابلیت تعمیم یافته‌ها در چارچوب نظریه‌ی وجودی بر اساس اظهار نظر دو نفر از اساتید روانشناسی آشنا به این نظریه (۲) مثلت‌سازی (جمع آوری داده‌ها از منابع مختلف مثل انجام مصاحبه و (۳) تحلیل محتوا توسط بررسی‌کننده‌های مستقل از پژوهشگر و تا حد ممکن توصیف و تشریح

با عطف به اهداف این پژوهش که مطالعه‌ی باورها، معانی و احساسات ژرف بیماران در باره‌ی اضطراب‌های وجودی‌شان بوده است از مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته به منظور نیل به تجارب زیسته آن‌ها استفاده شد. برای انجام این نوع مصاحبه، پژوهشگران ابتدا مجموعه‌ای جداگانه از سؤالات هدفمند را برای مصاحبه با بیماران تهیه نمودند. الهام‌بخش این سؤالات، ادبیات نظری در حوزه‌ی اگزستانسیالیسم و نیز مواد مصاحبه‌های مشابهی بود که در پیشینه تجربی همین مطالعه موجود بودند. از مورد اخیر سؤالاتی که با اهداف پژوهش دفعلی همسو بودند گزینش و بر اساس معیارهای فرهنگی بیماران ایرانی بازنویسی و بومی‌سازی شدند. پرسش در مورد اعتقاد به زندگی پس از مرگ، اولویت‌ها و ارزش‌های کنونی او، نگرانی از تنها ماندن در برابر بیماری، تغییر دیدگاه‌های او پس از ابتلا به سرطان، احساسات بیمار در این مرحله از زندگی و مسئولیت‌هایی که بر دوش خود احساس می‌کرد از جمله سؤالاتی بود که محتوای این مصاحبه را تشکیل می‌داد. نسخه‌های اولیه این مصاحبه در اختیار تعدادی از اساتید روانشناس، و نیز در اختیار انکولوژیست‌ها قرار گرفت تا بر اساس پیشنهادات آنان، تغییرات نهایی اعمال و اعتبار محتوایی مصاحبه‌ها تقویت گردد. پس از این مراحل، نسخه نهایی با انجام مصاحبه آزمایشی با دو بیمار غیر از نمونه‌ی پژوهش تهیه شد.

<sup>۱</sup>. Content analysis

ارزیاب‌ها را با ذکر نوع کد و توصیف خلاصه‌ای از هر کد همراه با مثال، منعکس می‌نماید. از این هشت کد، چهار موردشان بر اساس چارچوب نظری پژوهش یعنی رویکرد وجودی استخراج شده و لذا قیاسی محسوب شده و چهار مورد دیگر کدهایی هستند که با توجه به فراوانی تکرارشان و ارتباطی که با مفاهیم وجودی و یا موضوع پژوهش داشته‌اند استخراج گردیده و استقرایی تلقی می‌شوند.

دقیق‌تر روش اجرا، و معیار توافق، به عنوان مثال ارائه تحلیل‌های نهایی به پزشکان انکولوژیست که با جنبه‌های روانشناختی بیماران آشنا هستند و استعلام نظر آنان.

## یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است. جدول ۲ کدهای نهایی استخراج شده و مورد توافق پژوهشگران و

جدول ۲. کدهای اخذ شده از متن‌های مصاحبه با بیماران

نمونه‌هایی از اظهارات شرکت‌کنندگان	توصیف کد	نوع کد	کد
شرکت‌کننده ش: زندگی بعد از مرگ ادامه پیدا می‌کنه، - این دنیا محل گذراست.	بیماران احساس خود در برابر مرگ را بیان می‌کنند.	قیاسی	اضطراب مرگ
- نگران بچه‌ها هستم - خانواده‌ام بیشتر بهم آرامش میدن	بیماران از نگرانی در قبال وظایف ناتمام‌شان صحبت می‌کنند	قیاسی	اضطراب مسئولیت
- ولی شده که حتی وقتی کنارم باشن بازم احساس تنهایی کنم - نه زندگی بی‌معنا نیست. زمانی که خدا انسان رو خلق می‌کنه برای زندگی خلقت می‌کنه	توصیف بیماران از تنها ماندن	قیاسی	اضطراب تنهایی
- زندگی حقیقتاً برای من بی‌معنا شده...حقیقتاً منفی شده - دکتر اصلی خداست.	نگرش به زندگی از دید بیمار	قیاسی	اضطراب بی‌معنایی
- من امتحانی داشتم پیش خدا دارم اون امتحانو پس میدم - نه بیماری هم خودش یک نوع زندگیه جزء زندگی است.	هر صحبتی که بیمار در مورد اعتقادات معنوی و مذهبی و پروردگار دارد	استقرایی	مذهب و معنویت و خدا
- اسمش خیلی سخت و سنگینه - از دست خودم که چرا من باید ۳۰ سال دخانیات مصرف می‌کردم عصبانیم. (خشم) - من اینجور فکر می‌کنم به خاطر اشتباه تو زندگی بوده که مریض شدم. میگم شاید من به بدی کردم (احساس گناه)	هر اشاره مستقیم یا غیرمستقیمی که بیمار در مورد بیماری‌اش دارد	استقرایی	سرطان
- خانمم بیشتر امیدواری و آرامش بهم میده خیلی فداکاری میکنه. - عشق به بچه‌ها امیدوارم میکنه	مواردی که بیمار به هیجانات روانشناختی خود اشاره کرده است.	استقرایی	احساس یا هیجان (ترس، غم، خشم، اضطراب، احساس گناه و...)
- گاهی به خودم میگم شاید دارم خودم رو گول می‌زنم که خوب میشم...الکی دارم به خودم امید میدم	مواردی که بیمار به عواطف خود در باره خانواده یا سایر نزدیکانش اشاره کرده است	استقرایی	عشق
	هر جا که بیمار از وضعیت نامطمئن خود به نحو مستقیم یا غیر مستقیم صحبت می‌کند یا در اظهاراتش از اعتقاداتش، امیدواری‌هایش و یا احساساتش تناقض دیده می‌شود.	استقرایی	عدم قطعیت و تعارض

کرد کرده، بهش توکل میکنم " اما همین بیمار در جای دیگر اظهار می‌دارد: بعضی مواقع از دست خدا عصبانی می‌شم "".

مجموع گفته‌های این بیمار الگویی از پذیرش و تسلیم را در برابر خشم و عدم پذیرش و رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد مانند استفاده از مواد را نشان می‌دهد.

بیمار دیگری می‌گوید: " زندگی بعد از مرگ صددرصد ادامه داره "؛ اما در بخش دیگری از مصاحبه اظهار می‌دارد: " اصلاً دلم نمی‌خواد در مورد بیماری‌ام صحبت کنم ". می‌توان استنباط کرد که حتی اعتقاد به زندگی

یک نکته‌ی قابل توجه در مقایسه بین بیماران، تأثیر ابتلا به بیماری بر دیدگاه آنان نسبت به زندگی است که تفاوت‌هایی را بین آنها نشان می‌دهد. در بیان اکثریت این بیماران ثبات در دیدگاه‌های رشد یافته‌شان به زندگی و مقابله با اضطراب‌های وجودی قابل استنباط است، تعدادی برعکس از عدم پذیرش بیماری و تقدیر خود را نشان داده‌اند و در این میان تعدادی هم بودند که نوعی تعارض را بین پذیرش و عدم پذیرش نشان داده‌اند. به عنوان مثال در موضوع مرگ چنین تعارضی را می‌توان از گفتگوی زیر استنباط نمود که بیمار در بخشی از مصاحبه‌اش می‌گوید: " اون بالایی هر کاری

قبلاً ناراحت‌شان می‌کرده یا برایشان استرس آور بوده از بعد ابتلا برایشان کم اهمیت شده است. به نظر می‌رسد این بیماران در مقابل بیماری واکنش هیجانی کمتر منفی داشته و پذیرنده سرنوشت خود هستند. بر اساس مقایسه‌های فوق یک الگوی سه‌گانه را می‌توان در مواجهه با بیماری سرطانی دریافت نمود که می‌توان گفت هر کدام از این الگوها می‌توانند تأثیرات متفاوتی در برانگیختن و هشیار کردن اضطراب‌های تعارضی وجودی چهار گانه (مرگ، تنهایی، مسئولیت و معنا) داشته باشند. همینطور تحلیل پاسخ‌ها نشان داد که این الگوها در شکل‌گیری یا جهت دهی ابعاد دیگری نظیر سازوکارهای دفاعی، پاسخ‌های هیجانی و پیامدهای رفتاری نقش دارند. پژوهشگران مایل‌اند که این الگو را بر اساس متغیر اصلی تعیین‌کننده‌ی آنها الگوی پذیرش - عدم‌پذیرش بنامند. جدول ۳ منعکس‌کننده‌ی این الگوست.

پس از مرگ توان کاهش اضطراب مرگ را حداقل برای برخی بیماران ندارد. بیمار دیگری در حین شرح بیماری‌اش می‌گوید: "احساس بدی داشتم، اسمش خیلی سخت و سنگینه ولی خب دیگه خودم رو قانع کردم گفتم مصلحت الهی بوده، دیگه کم کم دارم خودم قبولش میکنم به امتحان الهی است میشه چکار کرد". اما همین بیمار در پاسخ به این سؤال که آیا از اینکه این بیماری را گرفته‌ای عصبانی هستی جواب می‌دهد "یه خورده با خودم دو رنگ‌بازی در میارم ولی به اونا می‌گم اینشالله خوب میشین...گاهی اینجوری می‌گم گاهی اونجوری میگم. خودم با خودم درگیرم". بیمارانی که تعارض نداشته یا حداقل تعارض را دارند و نیز به پذیرش بیشتری از بیماری خود رسیده‌اند اظهار می‌دارند که پس از ابتلا نگاه مثبت‌تری به زندگی پیدا کرده‌اند. این بیماران اظهار می‌دارند که موضوعاتی که

جدول ۳. الگوی سه‌گانه پذیرش - عدم پذیرش و ابعاد متأثر از آن

نوع الگو و توصیف آن	ابعاد وجودی برانگیخته شده	سازوکارهای دفاعی	پیامدهای هیجانی	پیامدهای رفتاری
۱. الگوی کاملاً پذیرنده بیماری با ثبات در اعتقادات معنوی، احساس رضایت مندی و تسلیم در برابر تقدیر	الف. پذیرش مرگ به عنوان بخشی از تداوم زندگی و تکامل ب. عدم احساس تنهایی با توجه به عشق دیگران ج. احساس رضایت از انجام مسوولیت‌های خود در زندگی و اطمینان از آینده و وابستگان خود د. معنادار بودن زندگی	دفاع‌های پخته و سازگارانه	- شادمانی - مثبت‌اندیشی و مثبت‌نگری - امیدواری - احساس انرژی	- به راحتی در مورد بیماری خود صحبت می‌کند - سبک زندگی گذشته خود را در شرایطی که بیماری‌شان اجازه می‌دهد حفظ می‌کنند. - تنهایی را دوست ندارد و تعامل خود را با دیگران حفظ می‌کند.
۲. الگوی متعارض و دوسوگرا بین پذیرش و عدم پذیرش تردید در اعتقادات؛ پذیرش بیماری از یکسو و عدم پذیرش آن از سوی دیگر.	الف. پذیرش مرگ از یکسو به عنوان مرحله‌ای از زندگی و درعین حال ناعادلانه شمردن آن ب. احساس تنهایی گاه و بیگاه علیرغم وجود اطرافیان در کنار او ج. نگرانی برخاسته از احساس مسوولیت ناتمام در برابر دیگران د. زندگی معنایی داشته و بعد از ابتلا به بیماری این معنا کمرنگ شده است.	دفاع‌های دو سوگرایانه - انکار - دلیل تراشی	- دوسوگرایی بین امیدواری و ناامیدی - گهگاه عصبانی - اندوهگین - احساس گناه نگرانی نسبی در برابر آینده و وابستگان	- سعی می‌کند کارهای نیمه تمام خود را به اتمام برساند. - فقط مایل است با افراد معدودی صحبت کند و از دیگران پرهیز می‌کند. - گاهی عصبانی است اما خشم خود را کنترل می‌کند.
۳. الگوی کاملاً ناپذیرا ابتلاء خود به بیماری را غیرمنصفانه می‌داند.	الف. به سختی مرگ را به عنوان یک واقعیت می‌پذیرد و از بیماری خود عصبانی است. ب. گشتالت‌های ناتمام زیادی را در برابر مسوولیت هایش تجربه می‌کند. ج. از زندگی خود ناراضی است و بعد از ابتلاء به بیماری زندگی را فاقد معنا می‌بیند	- سرکوبی - اجتناب - فرافکنی	- ناامیدی از درمان - عصبانی از خود؛ خدا یا بیماری و گهگاه خشم برون‌ریزی شده - احساس تهی بودن و پوچی	- در مورد کارهای ناتمام و مسوولیت‌های ناتمام خود بسیار نگران است اما کاری برای اتمام آنها نمی‌کند - اغلب سکوت و نیز تنهایی را ترجیح می‌دهد - برای فرار از درد جسمانی (و احتمالاً روانشناختی) به سوی مصرف مواد روی می‌آورد

لازم به ذکر است برای اعتباریابی الگوی فوق، جدول فوق به چهار استاد دیگر روانشناسی و پنج نردانشجوی دکتری روانشناسی ارائه شد و سپس از آن‌ها درخواست گردید که متن‌های مصاحبه را مطالعه کنند و بیماران را بر اساس این الگوهای سه‌گانه تقسیم‌بندی کنند. توافق حاصله چشمگیر و همینطور همسو با دسته‌بندی خود پژوهشگران بود. به جز یک مورد که توافق کلی در مورد جایگزینی او در الگوی پذیرنده و الگوی متعارض وجود نداشت سایر بیماران با ضریب توافق نزدیک به ۰/۸۰ در الگوهای فوق جایگزین شدند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که اضطراب‌های وجودی بیماران سرطانی در ایران، همان اضطراب‌های اساسی ذکر شده در ادبیات وجودی و در پژوهش‌های انجام شده در فرهنگ‌های دیگر می‌باشند (مرگ، تنهایی، آزادی و بی‌معنایی و عدم قطعیت) و البته پدیده‌های وجودی دیگری نظیر عشق، معنویت، مذهب و خدا را نیز از تحلیل متن مصاحبه‌ها استخراج گردید. با این حال واکنش‌های وجودی به این اضطراب‌ها از الگوی ثابتی برخوردار نیست و در طیفی از پذیرندگی، دوسوگرایی و عدم پذیرش قرار می‌گیرند.

### بحث و نتیجه‌گیری

کدهای استخراج شده در این پژوهش که نمایانگر اضطراب‌های اساسی وجودی هستند یعنی مرگ، تنهایی و مسئولیت و عدم قطعیت و همینطور سایر کدهای استقرایی استخراج شده (سرطان، معنویت و مذهب، عشق)، مشابه و همسو با اضطراب‌هایی می‌باشد که سایر مطالعات ذکر کرده‌اند (فیلیپ و همکاران، ۲۰۲۱؛ نیکوی کوهپاس و همکاران ۲۰۲۰؛ مای نیهان، لاگردهال استولری، ۲۰۱۴؛ شافل، ۲۰۱۰؛ میلبرگ، ساند و استرانگ، ۲۰۰۸؛ هالدورس دوتیر و هارمین، ۱۹۹۶).

مواجهه با مرگ یکی از زیربنایی‌ترین اضطراب‌های وجودی به طور کلی و در بیماران سرطانی به طور اخص است. پاسخ‌های بیماران مصاحبه شده در مورد احساس مسئولیت‌شان تقریباً همگی معطوف به نگرانی‌هایی بود که در قبال اعضای خانواده احساس می‌کردند و همینطور باری که فکر می‌کردند به دلیل ابتلا به بیماری‌شان بر دوش خانواده خود گذاشته‌اند. این نوع مسئولیت را اکسی دوآن و همکارانش (۲۰۲۲) بار ادارک شده<sup>۱</sup> تعبیر کرده‌اند و یافته‌هایشان نشان داد که آشفتگی‌های وجودی و همینطور

<sup>۱</sup> burden self-perceived

اضطراب نقش واسطه‌ای مهمی در ارتباط بین این بار مسئولیت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته دارد. تعدادی از سؤالات مصاحبه حول محور احساس تنهایی بیمار به طور کلی، احساس تنها ماندن در برابر بیماری، احساس فراموش شدن بعد از ابتلا به بیماری، منبع و فرد یا افرادی که به او آرامش می‌دهند از جمله اعضای خانواده بوده‌اند. اکثر بیماران ذکر کرده‌اند که وجود اعضای خانواده‌شان اعم از همسر، فرزندان، و در مواردی سایر بستگان مثل خواهر و برادران باعث می‌شود که احساس تنهایی نکنند و در برابر بیماری بی‌پناه نباشند.

تحلیل کیفی این پژوهش همسو با نتیجه‌گیری کارنو و ایزن بک (۲۰۲۲) نشان می‌دهد که تشخیص سرطان برانگیزاننده‌ی نگرانی‌های وجودی مخصوصاً نگرانی‌های مرتبط با معنای زندگی و برانگیزاننده‌ی فرآیندهای خلق معناست. خلق معنا یا انطباق معنایی شیوه‌ای است که افراد معنای زندگی خود را با تجربه‌ی سرطان انطباق می‌دهند و یک عنصر محوری در سلامت‌روانی بیماران سرطانی است. تجربه‌ی سرطان یک چالش حیاتی است که اغلب همراه با تغییراتی در اولویت‌ها و آنچه برای فرد حائز اهمیت است می‌شود.

یکی از تم‌های تکرار شده و قابل توجه در پاسخ‌ها نشان می‌دهد که عشق هر چند با ابژه‌های متنوع از جمله عوامل معنابخشی و امیدبخشی به بیماران بوده است. خداوند، همسر و اعضای خانواده منابع مختلف دریافت عشق برای آن‌ها بوده است و شاید بتوان عشق را به عنوان یک موضوع هستی‌گرایانه تلقی کرد.

احساسات و باورهای معنوی، مذهبی و اعتقاد به خداوند به فراوانی و از زبان تقریباً همه بیماران به استثنای دو مورد، در طول مصاحبه‌ها شنیده شد. محور معنویت اگر هم مستقیماً یک موضوع اگزستانسیالیستی تلقی نگردد اما می‌توان آن را واکنشی مستقیم به اضطراب‌های اگزستانسیالیستی تلقی کرد. معنویت و باورهای مذهبی یک مفهوم وجودی با فراوانی مکرر در بین بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش بود. این یافته همسو با یافته‌های مهدوی و همکاران (۱۳۹۸) می‌باشد که بهزیستی مذهبی در کنار بهزیستی ذهنی و وجودی سهم مهمی در سلامت‌روان و کیفیت زندگی بیماران سرطانی دارد. همچنین این یافته با نتایج مطالعه‌ی سادات حسینی پورآبادی و نیکنام (۱۴۰۰) همخوانی دارد که نشان داد بین ابعاد وجودی سلامت

معنوی و اضطراب‌های وجودی رابطه‌ی معناداری وجود دارد. احتمالاً می‌توان استنباط کرد که سایر موضوعات وجودی مانند معنویت و عشق، همان معناهای جدید خلق شده یا تقویت شده دلیل مواجهه با مرگ احتمالی باشد و شاید بتوان گفت نوعی تعادل روانشناختی را بین احساس پوچی و کشف معناهایی تازه در زندگی بیمار ایجاد می‌کنند. بیماری سرطان و ابتلا به آن را در پژوهش حاضر می‌توان یک متغیر یا مفهوم اصلی تلقی کرد که در حقیقت برانگیزاننده‌ی اضطراب‌های اصلی و چهارگانه وجودی می‌باشد. یک یافته‌ی تأمل برانگیز در تحلیل داده‌های مصاحبه آن بود که گویا بیماران از ذکر نام این بیماری اجتناب می‌کنند و برایشان چندان خوشایند نیست که نام بیماری‌شان را مستقیماً ذکر کنند که این اجتناب به عنوان دفاع در برابر اضطراب‌های وجودی است که سرطان برانگیزاننده‌ی آن است.

نشانه‌هایی از اجتناب برخی بیماران، به عنوان مثال اجتناب از ذکر کلمه سرطان و ابرازهای هیجانی مانند ترس، گناه یا خشم در بیان آن‌ها از یکسو و از سوی دیگر مقایسه درون کدها، تعارض‌ها و دوسوگرایی را در مورد چند بیمار و عدم پذیرش را در مورد چند بیمار دیگر آشکار کرد که به کشف الگویی سه‌گانه در این پژوهش منجر شد. پژوهش‌های که مرور شد چنین تفکیکی را در بین بیماران انجام نداده‌اند و به طور کلی در مورد ظهور اضطراب‌های وجودی به دنبال ابتلا به سرطان نتیجه‌گیری‌های مشابهی دارند اما یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که نحوه تجربه و نیز رویارویی این بیماران با یکدیگر یکسان نیست. در حقیقت چالش‌های وجودی برخاسته از این اضطراب‌ها، پویایی دیالکتیکی را رقم می‌زند که بین رنج وجودی و سلامت وجودی ایجاد و موجب رشد فردی می‌شود. از همین جاست که پژوهشگران مایل‌اند این‌گونه نتیجه‌گیری نمایند که دریافت تشخیص سرطان یا هر بیماری صعب‌العلاجی که فرد را با مرگ مواجه می‌کند از یک سو یک ضربه روانی برای بیمار محسوب می‌شود و از دیگر سو می‌تواند در این پویایی دیالکتیکی بین زندگی به عنوان ترس و مرگ به عنوان آنتی‌ترس، به سنتز جدیدی بیانجامد که همانا مرحله‌ای جدید از رشد روانشناختی و معنوی و رهایی از اضطراب‌های اگزیستانسیالیستی به دنبال مواجهه‌ی ناگهانی با آن است. شاید ابتلا به سرطان نوعی حساسیت‌زدایی در برابر اضطراب مرگ تلقی شود. این نتیجه‌گیری همسو با پژوهش‌های

1. posttraumatic growth

اخیر است که بیان می‌دارند ابتلا به سرطان و درمان آن به طور بالقوه فاجعه‌زاست اما در عین حال می‌تواند در تغییرات مثبت روانشناختی یعنی رشد پساسانحه<sup>۱</sup> سهم داشته باشد (تانی و همکاران، ۲۰۲۰). تاربی و همکاران (۲۰۱۹) معتقدند که عوامل فردی و توانایی مقابله بر نوع واکنش به اضطراب‌های وجودی تأثیر گذارند نتایج مطالعه‌ی فعلی حاکی از آن هستند که این عوامل می‌توانند به سه الگوی متفاوت منجر شوند که شاید از زاویه‌ای دیگر بتوان این الگوها را در یک طیف بین پذیرندگی و ثبات در مواجهه با این اضطراب‌ها، دوسوگرایی و تردید در برابر آن‌ها و عدم پذیرش قرار داد. به نظر می‌رسد میزان پایداری و عمق باورهای معنوی و اعتقادات متافیزیکی و الهی نقش تعیین‌کننده‌ای در تعیین جایگاه فرد بر روی این طیف داشته باشد. با این حال نقش برخی ویژگی‌های شخصیتی را نیز نباید در شکل‌گیری این الگوها نادیده گرفت. به عنوان مثال نتایج پژوهش موسوی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که سازگاری با سرطان در محیط خانوادگی توسط متغیرهای سخت‌کوشی، سبک‌های دلبستگی و حمایت اجتماعی قابل‌پیش‌بینی است و سخت‌کوشی، سبک دلبستگی ایمن و حمایت اجتماعی در سازگاری با سرطان همبستگی مثبت و معناداری دارد و همین‌طور بر اساس مدل ساختاری مهدوی و همکاران (۱۳۹۸) تاب‌آوری بر امیدواری بیماران مبتلا به سرطان سینه اثر مستقیم و به واسطه‌ی کیفیت زندگی اثر غیرمستقیم دارد. علاوه بر این احتمال دارد راهبردهای مقابله‌ای متفاوت بر شکل‌گیری این الگوها مؤثر باشند چرا که برای مقابله با این پریشانی‌های روانشناختی، بیماران سرطانی ممکن است به راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه یا ناسازگارانه‌ای متوسل شوند (احمدی و همکاران، ۱۴۰۱).

دستیابی به الگویی سه‌گانه در مواجهه با سرطان و مرگ اجتناب‌ناپذیر را می‌توان به اشکال مختلفی تبیین کرد. با نگاه سازه‌گرایی فلسفی و با پذیرش دنیای پدیدارشناختی افراد، نمی‌توانیم بگویم مسلمات هستی واکنش‌های یکسانی برای انسان‌ها به بار می‌آورند. واکنش به سرطان در هر بیماری واکنش‌های متفاوتی را برمی‌انگیزد. البته دنیای پدیدارشناختی هر زیرمجموعه‌ای از افراد که در بافت فرهنگی یکسانی زندگی می‌کنند بدون شک تحت تأثیر آن بافت قرار می‌گیرد و بنابراین در عین کثرت پدیدارشناختی، نوعی وحدت پدیدارشناختی هم بنا بر میدان تجربه‌ی افراد (از

پیشنهاد را ارائه می‌دهد که پزشکان، پرستاران و سایر اعضای گروه‌های درمانی بخصوص در حوزه‌ی مراقبت‌های تسکینی نیاز به افزایش توجه و توانایی کار با بیماران در قلمروهای وجودی را دارند. همچنین با توجه به نتایج مطالعه‌ی مروری اپل (۲۰۲۰) بر روی اثربخشی درمان‌های وجودی برای بیماران سرطانی، پیشنهاد می‌شود که در حیطه‌ی انکولوژی، از سوی روانشناسان توجه بیشتری به این درمان‌ها مبذول گردد به ویژه آنکه تحقیقات اخیر اثربخشی این نوع مداخلات اعم از مداخلات متمرکز بر شفقت و آموزش ذهن آگاهی بر کاهش فرسودگی برخاسته از سرطان (صادق‌پور و همکاران، ۱۳۹۹) و مداخلات معنا محور (کارنو و آیزن برک، ۲۰۲۲ و ناکامورا و کاواسی، ۲۰۲۱) را در کاهش رنج برخاسته از ابتلا به سرطان و ارتقاء رشد فردی نشان داده‌اند.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی سلامت دانشگاه تهران - واحد بین‌الملل کیش است. ضوابط اخلاقی این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه تهران با کد IR.UT.psyedurec.1401.030 مورد تصویب قرار گرفته است. در پژوهش حاضر بر رعایت اخلاق تحقیق با حفظ و بکارگیری دو اصل رضایت آگاهانه و کتبی و اصل رازداری و ناشناس بودن تأکید شد. آسایش شرکت‌کنندگان یکی دیگر از اصول مهم بود، بنابراین سؤالات مصاحبه که حول محور اضطراب‌های وجودی بیماران بود، به گونه‌ای طراحی شد که با توجه به شرایط روحی آن‌ها کمترین نگرانی و فشار روانی را به همراه داشته باشد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و سوم استخراج شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله بیمارانی که در این پژوهش شرکت کردند و همچنین مدیریت، پزشکان انکولوژیست و پرستاران بیمارستان انکولوژی امیر شیراز که در انجام پژوهش نهایت همکاری را مبذول داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد.

جمله فرهنگ) نیز وجود دارد. کما اینکه بیشتر بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش بر مبنای رویکرد اعتقادی خود به پدیده‌هایی همانند خداوند، مذهب و معنویت و از سوی دیگر احساس آرامش برگرفته از خانواده کدهای معنایی یکسانی را به ما عرضه کرده‌اند. این تفاوت‌ها را می‌توان به گونه‌ای در مرور ادبیات پژوهشی مربوط به سرطان دریافت. پژوهش‌هایی هستند که نتایج آن‌ها حاکی از رنج بیماران سرطانی است (برای مثال مقاله مروری بست و همکاران، ۲۰۱۵) و پژوهش‌هایی هستند که نتایج آن‌ها نشانگر رشد پس از سانحه به دنبال تشخیص سرطان می‌باشد (برای مثال مقاله مروری و همکاران، ۲۰۲۰). این تفاوت در نتایج را می‌توان در سایه‌ی هم تفاوت‌های فرهنگی و اعتقادی بیماران و هم تفاوت‌های فردی و شخصیتی و احياناً تاریخچه‌ی زندگی آن‌ها تبیین کرد که البته نیاز به پژوهش‌های کمی و کیفی در حیطه‌ی این تفاوت‌ها دارد. البته تبیین دیگری نیز وجود دارد و آن اینکه مواجهه با سرطان به مثابه سکه‌ای دو رویه است که یک رویه‌ی آن رنج و رویه‌ی دیگر آن رشد و تعالی است. این تبیین با نگاه معنامدارانه‌ی فرانکل به رنج (۲۰۱۳) و یافته‌های یالوم (۱۹۸۰) در کار با بیماران سرطانی همخوان است.

نتایج یافته‌های این مطالعه‌ی همچون هر تحقیق کیفی دیگری با محدودیت تعمیم‌پذیری نتایج مواجه است. همینطور چنانچه مصاحبه‌های انجام شده طولانی‌تر و عمیق‌تر بودند - که به لحاظ شرایط جسمانی بیماران این امر امکان‌پذیر نبود؛ امکان داشت که به مفاهیم بیشتری دسترسی پیدا می‌کردیم و نیز ممکن بود به شناخت بیشتری از نقش تفاوت‌های شخصیتی در نوع واکنش‌ها برسیم. یک محدودیت جدی آن بود که پژوهشگران قصد داشتند با انتخاب بیماران تحت مراقبت‌های تسکینی یعنی بیمارانی که در مرحله نهایی زندگی هستند به واقعیت‌های اصیل‌تری در مورد اضطراب‌های وجودی پی ببرند اما در عمل به دلیل آنکه در فرهنگ ایرانی، هم خانواده‌ها و هم پزشکان واقعیت‌شدت بیماری را حتی در بدترین شرایط از بیمار پنهان نگاه می‌دارند لذا بیماران مصاحبه شده آن‌گونه که پژوهشگران انتظار داشتند با واقعیت کامل رویارویی با مرگ مواجه نبودند و نتیجتاً انتظار مورد نظر مطالعه را به طور کامل برآورده نکردند.

یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند زمینه‌ای برای پژوهش‌های کیفی و کمی آتی بخصوص در زمینه تفاوت‌های فردی و از جمله شخصیتی در مواجهه با بیماری‌های صعب‌العلاجی مانند سرطان باشد و به لحاظ کاربردی این

## منابع

ابوالمعالی، خدیجه (۱۴۰۰). پژوهش کیفی از نظریه تا عمل. تهران: انتشارات علم. فرانکل، ویکتور. انسان در جستجوی معنا. ترجمه مهین میلانی و نهضت صالحیان، ۱۳۹۴. تهران: انتشارات رسا.

سادات حسینی پورابره و نیکنام، ماندانا. (۱۴۰۰). بررسی رابطه سلامت معنوی با اضطراب هستی و اضطراب مرضی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۴(۳): ۳۶۰-۳۷۱.

<https://DOI:10.32598/Jams.24.3.5952.2>

صادق پور، آتوسا؛ خلعتبری، جواد؛ سیف، علی اکبر و شهریار احمدی، علی. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش ذهن آگاهی بر نمو پس از سانحه و فرسودگی مرتبط با سرطان در افراد مبتلا به سرطان. مجله علوم روانشناختی، ۱۹(۸۶): ۲۰۲-۱۹۳.

URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-610-en.html>

یالوم، اروین د. روان درمانی اگزیرستانسیالیسم. ترجمه سپیده حبیب، ۱۳۹۵. تهران: نشر نی.

## References

Kyota, A., & Kanda, K. (2019). How to come to terms with facing death: a qualitative study examining the experiences of patients with terminal Cancer. *BMC palliative care*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0417-6>

Lagerdahl, A. S., Moynihan, M., & Stollery, B. (2014). An exploration of the existential experiences of patients following curative treatment for cancer: Reflections from a UK sample. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(5), 555-575. <https://doi:10.1080/07347332.2014.936647>.

Lee, V., & Loiselle, C. G. (2012). The salience of existential concerns across the cancer control continuum. *Palliative & supportive care*, 10(2), 123-133. <https://doi:10.1017/S1478951511000745>.

Mahdavi, A., Jenaabadi, H., Mosavimoghadam, S. R., Langari, S. S. S., Lavasani, M. G., & Madani, Y. (2019). Relationship Between Mental, Existential, and Religious Well being and Death Anxiety in Women with Breast Cancer. *Archives of Breast Cancer*, 29-34. DOI: <https://doi.org/10.32768/abc.20196129-34>.

Moosavi, T., Pour, H. R., Besharat, M., & Gholamali, L. M. (2020). Predicting cancer adaptation in family environment based on attachment styles, hardiness,

and social support. <https://psychologicalscience.ir/article-1-761-fa.pdf>

Nakamura, C., & Kawase, M. (2021). Effects of short-term existential group therapy for breast Cancer patients. *BioPsychoSocial Medicine*, 15(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00225-y>

Neuman, W. L. (2006). *Social Research Methods: Qualitative and quantitative approaches*. Boston, MA: Allyn and Bacon. <https://www.scribd.com/document/378417/Social-Research-Methods>.

Nikoy Kouhpas, E., Karimi, Z., Rahmani, B., & Shoaee, F. (2020). The Relationship Between Existential Anxiety and Demoralization Syndrome in Predicting Psychological Well-Being of Patient With Cancer. *Practice in Clinical Psychology*, 8(3), 175-182.

doi: <https://doi.org/10.32598/jpcp.8.3.515.1>

Philipp, R., Kalender, A., Härter, M., Bokemeyer, C., Oechsle, K., Koch, U., & Vehling, S. (2021). Existential distress in patients with advanced cancer and their caregivers: Study protocol of a longitudinal cohort study. *BMJ open*, 11(4), e046351. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046351>

SadatHosseiniPoorAbadeh, F. S., & Niknam, M. (2021). The Relationship Between Spiritual Health With Existential Anxiety and Morbid Anxiety in Female Patients With Breast Cancer. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 24(3), 360-371. <https://DOI:10.32598/Jams.24.3.5952.2>

Sadeghpour, A., Seif, A. A., & Shahriarihmadi, A. (2020). Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and mindfulness training on post-traumatic developmental disorder and cancer burnout in cancer patients. *Journal of psychologicalscience*, 19(86), 193-202. URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-610-en.html>

Sand, L., Strang, P., & Milberg, A. (2008). Dying cancer patients' experiences of powerlessness and helplessness. *Supportive Care in Cancer*, 16(7), 853-862. DOI: [10.1007/s00520-007-0359-z](https://doi.org/10.1007/s00520-007-0359-z)

Sanee, A., & Nikbakht, A. (2004). Methodology of qualitative research in medical sciences. *Baray Farda*.

Schaufel, M. A. (2010). Å dele uvissa og ansvaret. Ein kvalitativ studie av livets grunnvilkår medisinskpraksis. URI: <https://hdl.handle.net/1956/4856>

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN

- estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *A cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249. DOI: 10.3322/caac.21660
- Tanyi Z, Mirnics Z, Ferenczi A, Smohai M, Mészáros V, Kovács D, Jakubovits E, Kövi Z. (2020) Cancer as a Source of Posttraumatic Growth: A Brief Review. *Psychiatr Danub.*;32(1 4):401-411. PMID: 33212443.
- Tarbi, E. C., & Meghani, S. H. (2019). A concept analysis of the existential experience of adults with advanced cancer. *Nursing outlook*, 67(5), 540-557. DOI: 10.1016/j.outlook.2019.03.006
- Vehling, S., Tian, Y., Malfitano, C., Shnall, J., Watt, S., Mehnert, A.,... Lo, C. (2019). Attachment security and existential distress among patients with advanced cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 116, 93-99. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2018.11.018
- Viktor E Frankl.V E (2013) Man's Search For Meaning: The classic tribute to hope from the Holocaust. Ebury Publishing, ISBN 1448177685, 9781448177684
- Weems,C., Costa,N., Dehon,C., Berman,S. (2004). Paul Tillich's theory of existential anxiety: A preliminary conceptual and empirical examination. *Anxiety, Stress, and Copin*, 17(4), 383-399. DOI: 10.1080/10615800412331318616
- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., McPherson, C. J., LeMay, K., Allard, P., Chary, S.,... O'Shea, F. (2007). Suffering with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 25(13), 1691-1697. DOI: 10.1200/JCO.2006.08.6801
- World Health Organization. (2018). Cancer: key facts. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Xiaodan, L., Guiru, X., Guojuan, C., & Huimin, X. (2022). Self-perceived burden predicts lower quality of life in advanced cancer patients: the mediating role of existential distress and anxiety. *BMC geriatrics*, 22(1), 1-8. Xiaodan et al. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03494-6>
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*::Basic Books. <https://a.co/d/hhwwhOM>