

پیشانی وجودی در مراقبت‌های تسکینی از بیماران مبتلا به سرطان در مراحل پایانی زندگی: یک مرور نظام‌مند

چکیده

دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۰۲ ویرایش: ۱۴۰۲/۱۰/۰۹ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۳ آنلاین: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱

زمینه و هدف: پیشانی وجودی، از جمله تجربه‌های رایج بیماران در مراحل پایانی زندگی است. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر مرور مطالعات و مفهوم‌بندی پیشانی وجودی در مراقبت‌های تسکینی از بیماران مبتلا به سرطان است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مرور نظام‌مند بوده که جست‌وجوی آن از ۱ اردیبهشت تا ۳۱ تیر ۱۴۰۲ در دانشگاه علامه طباطبائی و در بانک‌های اطلاعاتی MEDLINE، Web of Science/PubMed و Scopus صورت گرفت.

یافته‌ها: پس از جست‌وجو، غربالگری و انتخاب مقالات منتخب براساس معیارهای ورود و خروج، در نهایت ۲۲ مقاله وارد مطالعه شدند که از میان آنها، سه مطالعه مروری، هشت مطالعه کمی و ۱۱ مطالعه کیفی بودند. در کنار بررسی شیوع این علامت، بیماران تجربه‌ی خود را از پیشانی وجودی در چند دسته توصیف کرده‌اند: احساس تنهایی و انزوا (یا از دست دادن سیستم حمایتی)، نگرانی‌های مربوط به روابط (نگرانی درباره‌ی خانواده، تغییر در روابط و وجود روابط متعارض)، از دست دادن کنترل/خودمختاری (کنترل فیزیکی، کنترل شناختی و هیجانی)، باری بر دوش دیگران بودن، از دست دادن حس پیوستگی و تداوم (از دست دادن نقش‌ها، فعالیت‌های لذت‌بخش و حس خود بودن)، ناتمام گذاشتن وظایف زندگی، ناامیدی/درماندگی، انحلال/فروپاشی برنامه‌های آینده، عدم قطعیت و ابهام دلهره‌آور، احساس گناه/حسرت گذشته، فقدان معنا، افکار اجتناب‌ناپذیر مرگ.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد مضامین مطرح شده فراتر از تفاوت‌های فرهنگی، رنج جهانی انسان را نشان می‌دهد که مفهوم‌سازی دقیق آن می‌تواند به توسعه‌ی مداخلات درمانی مؤثر جهت کاهش پیشانی وجودی کمک کند.

کلمات کلیدی: سرطان، مراقبت تسکینی، مرور نظام‌مند.

حسین اسکندری^۱، فراهز سهرابی^۱، عادل رضاقلی‌زاده شیروان^۲، محمد عسگری^۳، ندا شاهواروقی فراهانی^{*۱}

۱- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده

روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۲- گروه طب تسکینی، انستیتو کانسر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، دهکده المپیک، میدان ورزش، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

تلفن: ۰۲۱-۴۸۳۹۳۷۸۰

E-mail: neda.shfarahani@gmail.com

مقدمه

چهارم درمان سرطان در نظر گرفته شده است که به مراقبت‌های چندرشته‌ای جامع، متشکل از متخصصین مختلف جهت بهبود کیفیت زندگی و کاهش مشکلات جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، معنوی و عملکردی افرادی با بیماری‌های سخت درمان اطلاق می‌گردد.^۱ از جمله مشکلات اصلی در میان بیماران مبتلا به سرطان، تجربه‌ی پیشانی است.^{۲،۳} در این میان، پیشانی وجودی به نوعی از پیشانی اشاره دارد که غالباً افراد در مواجهه با مرگ قریب‌الوقوع تجربه

سرطان به عنوان یک بیماری مزمن، یکی از مسائل مهم و اصلی بهداشت و درمان در تمام جهان شناخته شده است.^۱ در همین راستا، سازمان جهانی بهداشت چهار اصل اساسی برای مقابله با آن بیان کرده است: (۱) پیشگیری، (۲) غربالگری و تشخیص به موقع، (۳) درمان و (۴) مراقبت تسکینی. در واقع، مراقبت تسکینی به‌عنوان پایه

جست‌وجو در بانک‌های اطلاعاتی MEDLINE, Web of Science و PubMed/Scopus و با استفاده از کلیدواژه‌های palliative, existential distress و تعیین مترادف‌ها به کمک لیست MeSH، انجام شد. جست‌وجوی انجام شده با ایجاد محدودیت نمایش مطالعات از ابتدای سال ۲۰۰۳ تا پایان سال ۲۰۲۲ با استراتژی زیر صورت گرفت:

("Existential distress"[ti] OR "existential suffering"[ti] OR "existential crisis"[ti] OR Exist*[ti] AND (palliat*[ti] OR terminal*[ti] OR hospice*[ti] OR "End of life"[ti] OR "life limiting"[ti] OR "dying"[ti] OR cancer[ti])

ملاک‌های ورود شامل کلیه‌ی مطالعات کمی، کیفی، آمیخته و مروری بود که جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی آنها متمرکز بر تجربه‌ی بیماران بزرگسال بودند و عدم دسترسی به متن کامل مقاله و مطالعاتی با زبان غیرانگلیسی، کارآزمایی بالینی (تصادفی و غیرتصادفی)، نامه به سردبیر، گزارش مورد و پروتکل از لیست مطالعات خارج شدند. پس از حذف مقالات تکراری، دو نویسنده‌ی پژوهش مطالعات را به‌طور مستقل با توجه به معیارهای ورود و خروج بررسی کردند و اختلاف میان آنها با گفتگو حل و فصل شد. در نهایت مقالات منتخب با استفاده از فرم استخراج داده‌ها مورد غربالگری و جمع‌بندی قرار گرفتند که فرایند انتخاب مطالعات در نمودار ۱ به نمایش درآمده است.

یافته‌ها

پس از جست‌وجوی مقالات و غربالگری و انتخاب مقالات منتخب براساس معیارهای ورود و خروج، در نهایت ۲۲ مقاله وارد مطالعه شدند. از میان مقالات منتخب، سه مطالعه مروری، هشت مطالعه کمی و ۱۱ مطالعه کیفی بودند که اطلاعات مقالات مروری و کمی در جدول ۱ و ۲ و اطلاعات مطالعات کیفی در جدول ۳ و ۴ خلاصه شده است.

به‌طور کلی، اصطلاح «وجودی» به‌عنوان بخشی از عبارت‌های مختلف به‌کار رفته بود که «پیشانی/رنج وجودی» و «مسائل/نگرانی وجودی» رایج‌ترین آنها بود.

بیماری‌هایی مانند سرطان می‌تواند زندگی را به لبه پرتگاه برساند، جایی که رنج و مرگ، ارزش‌های یک فرد را تهدید می‌کند، جایی که غم و ابهام جایگزین خلاقیت و عشق می‌شود، جایی که زمان در حال اتمام و اضطراب مسائل وجودی ما را به چالش می‌کشد.^۷ بر این

می‌کنند و با علایم افت روحیه، فقدان هدف یا معنا، ناامیدی، انزوا و از بین رفتن کرامت همراه است.^{۶،۵}

پیشانی وجودی ممکن است در کنار سایر آشکال پیشانی ایجاد شود، اما می‌تواند به‌طور مستقل نیز بروز پیدا کند و حتی در صورت درمان دردهای جسمانی یا وجود حمایت‌های اجتماعی در دسترس و عدم وجود اختلالات روان‌شناختی نیز احتمال تجربه آن وجود دارد.^{۸،۷} یک بیماری شدید تهدیدکننده زندگی مانند سرطان، می‌تواند انتظارات اساسی افراد درباره‌ی امنیت، ارتباط متقابل با دیگران، عدالت، کنترل‌پذیری، اطمینان و امید به زندگی طولانی و پربار را به چالش بکشاند که رویارویی با این چالش‌های وجودی ممکن است منجر به بروز پیشانی قابل‌توجهی در آنها شود.^{۱۰،۹،۷} براساس نتایج Bovero و همکاران این نوع از پیشانی، در میان بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته شیوع بالایی دارد.^{۱۱}

از سوی دیگر، نتایج پژوهش‌ها حاکی از هم‌ابتلائی بالایی پیشانی وجودی با سایر اختلال‌ها مانند اضطراب، افسردگی و اقدام به خودکشی است.^{۱۳،۱۲} در واقع، یکی از دلایل مهم برای مطالعه پیشانی وجودی این است که مدیریت آن می‌تواند خطر خودکشی، اختلالات روانی، عدم پایبندی به درمان و کیفیت پایین مرگ را کاهش دهد.^۷ در نتیجه، تشخیص و ارائه خدمات حمایتی برای بیمارانی که تجربه‌ی پیشانی وجودی دارند، بسیار بااهمیت بوده و از ضرورت بالایی برخوردار است. با این حال، عدم توجه کافی به این مفهوم در حوزه بهداشت و درمان کشور چه از نظر بالینی و چه از دیدگاه پژوهشی، لزوم بررسی مطالعات انجام شده در سراسر دنیا را برجسته نموده تا بتوان با جمع‌بندی و مفهوم‌بندی آن به زبان فارسی و بومی‌سازی فرهنگی، به شناخت و در نهایت ارائه خدمات مناسب به بیماران پرداخت. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر مرور مطالعات مرتبط و مفهوم‌بندی پیشانی وجودی در مراقبت‌های تسکینی از بیماران مبتلا به سرطان است.

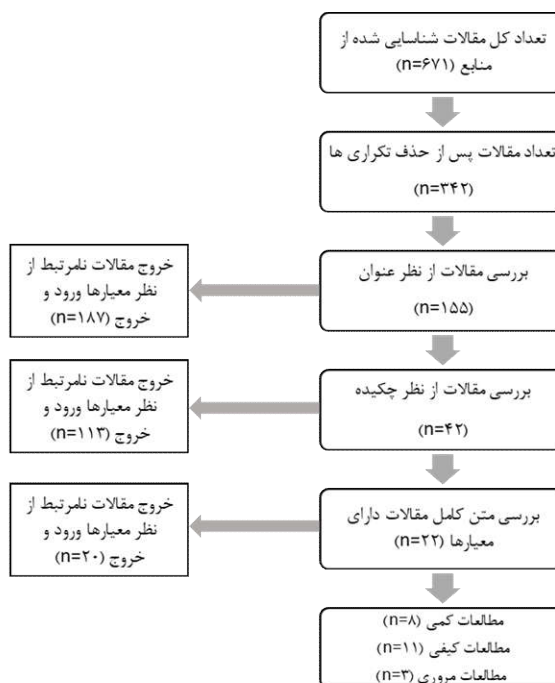
روش بررسی

این مطالعه به روش مرور نظام‌مند و با هدف شناسایی پیشانی وجودی در مراقبت‌های تسکینی از مبتلایان به سرطان‌های پیشرفته در مراحل پایان زندگی صورت گرفت. بدین منظور، بررسی مقالات با

از طرف نزدیکانشان، بیان می‌شود.^{۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۷} گاهی خدا هم به‌عنوان بخشی از این سیستم حمایتی تلقی می‌شود که می‌تواند حضور کم‌رنگ یا پررنگی داشته باشد.^{۲۶} این تنهایی می‌تواند در حضور دیگران نیز تجربه شود، بیماران احساس می‌کنند مجبورند با وجود تمام عشق و مراقبتی که در اطرافشان احساس می‌کنند، همه چیز را به تنهایی طی کنند.^{۲۷} در واقع، نوعی "جدایی عاطفی" از خانواده و اطرافیان تجربه می‌شود که با وجود نزدیکی اعضای خانواده، در عین حال دور هستند، زیرا آنها به‌طور مؤثر در احساس درد یا رنج آنها شریک نبوده و نمی‌توانند شرایط آنها را درک کنند.^{۳۳-۳۱} تنهایی باعث می‌شود که بیماران احساس آسیب‌پذیری بیشتری کنند، زیرا هیچ کس واقعا نمی‌تواند آنها را درک کند.^{۳۳-۳۲}

نگرانی‌های مربوط به روابط (نگرانی برای خانواده، تغییر در روابط و وجود روابط متعارض): نگرانی‌های مربوط به خانواده شامل نگرانی‌های بیماران در مورد تغییر در روابط، آمادگی خانواده برای مرگ او و زندگی آنها پس از مرگش است، مانند "نگرانم که همسرم چگونه با مرگ من کنار بیاید" یا "نگران آینده پسرم هستم". در این شرایط اگر فکر مردن در آینده با احساس گناه ناشی از ترک خانواده و دوستان همراه باشد، پریشانی بیشتری تجربه می‌شود.^{۳۳} همچنین، بیماران نسبت به جدایی قریب‌الوقوع از عزیزان خود احساس سوگ و غم می‌کنند که می‌تواند منجر به پریشانی وجودی شود.^{۳۴-۲۹-۱۵}

از سویی دیگر، تعارض در رابطه به معنای یک مشکل عملی در رابطه بیمار و خانواده در نظر گرفته می‌شود، مانند "من در مورد ارتباط همسر و فرزند نام نگرانم".^{۲۴} همچنین، به‌عنوان یک پیش‌بینی کننده برای تجربه پریشانی وجودی می‌توان به نتایج پژوهش Vehling و همکارانش اشاره کرد.^{۲۰} در این پژوهش، پریشانی وجودی که معادل تضعیف روحیه ارزیابی شد، با دل‌بستگی ناایمن در ارتباط بود. این رابطه درباره‌ی دل‌بستگی اضطرابی در مقایسه با دل‌بستگی اجتنابی قوی‌تر بود. دل‌بستگی ایمن همچنین به‌طور قابل‌توجهی ارتباط بار علایم جسمانی با تضعیف روحیه را تعدیل کرد، به‌طوری‌که در دل‌بستگی ایمن کمتر، ارتباط قوی‌تری بین بار علایم جسمی آزاردهنده و تضعیف روحیه وجود داشت. در واقع، تعارض در روابط و دل‌بستگی ناایمن می‌تواند بر تجربه پریشانی وجودی اثرگذار باشد. در همین راستا نتایج پژوهش Philipp و همکاران نشان داد که دل‌بستگی اجتنابی در رابطه بین اضطراب مرگ، تضعیف روحیه و اضطراب



شکل ۱: فرایند جستجو، غربالگری و انتخاب مطالعات

اساس، بیماران در مراحل پایانی زندگی، پریشانی از جنس وجودی را تجربه می‌کنند که داده‌ها برای تخمین شیوع این علایم، به ویژه در دسته شدید، قابل توجه هستند. حدود نیمی از بیماران احساس می‌کنند در دام بیماری خود افتاده‌اند که نشانه آشکاری از پریشانی است. از دست دادن کنترل بر زندگی و نقش‌ها (شغل، شریک زندگی، والدین) نیز برجسته است. همچنین، تضعیف روحیه در یک سوم از بیماران با علایم دل‌سردی، ناامیدی و بی‌معنایی زندگی نشان داده می‌شود. در حالی‌که تمایل به مرگ در ۷/۶٪ شدید و در ۹/۴٪ متوسط بود، الگوی شکل گرفته با مرکزیت ناامیدی، فرایندی است که در آن بی‌معنایی، محرک اصلی آرزوی مرگ است.^{۲۲} در کنار بررسی شیوع این علامت، بیماران تجربه‌ی خود را از پریشانی وجودی در چند دسته توصیف کرده‌اند:

احساس تنهایی و انزوا (یا از دست دادن سیستم حمایتی): این احساس به‌صورت نیاز بیماران به بودن، دریافت حمایت و درک شدن

جدول ۱: مطالعات مروری و کمی پیشانی وجودی در مراقبت تسکینی از بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته (بین ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۸)

نویسندگان	عنوان	نوع مطالعه	کشور	هدف مطالعه	خلاصه نتایج
Henoeh I و همکاران ^{۱۴}	نگرانی‌های وجودی در میان بیماران مبتلا به سرطان و مداخلاتی برای رفع آنها: مروری یکپارچه بر ادبیات	مروری	سوئد	مرور یکپارچه ادبیات پژوهشی جهت بررسی نگرانی‌های وجودی در میان بیماران مبتلا به سرطان با توجه به مؤلفه‌ها، مفاهیم مرتبط و اهداف مداخلات	در مجموع ۱۶۲ مقاله در جست‌وجو به‌دست آمدند که ۱۰۹ مورد آنها دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند. مؤلفه‌های وجودی حاصل از مطالعات کیفی به دو موضوع اصلی تقسیم شدند: مبارزه برای حفظ هویت خود و تهدید برای هویت خود. مطالعات کمی عمدتاً به روابط بین دغدغه‌های وجودی و سایر مفاهیم مربوط می‌شوند.
Boston P. و همکاران ^{۱۵}	رنج وجودی در محیط مراقبت تسکینی: مروری یکپارچه بر ادبیات	مروری	کانادا	بررسی ادبیات مربوط به رنج وجودی در مراقبت تسکینی از نظر اهمیت رنج وجودی در مراقبت پایانی زندگی، تعاریف، چارچوب‌های مفهومی و مداخلات.	در مجموع ۱۵۶ مقاله در جست‌وجو به دست آمد که ۶۴ مقاله مرتبط در این بررسی مورد بحث قرار گرفت: (۱) مضامین نوظهور مرتبط با رنج وجودی، (۲) بررسی انتقادی موضوعات شناسایی شده، (۳) شکاف‌های فعلی در ادبیات تحقیق، و (۴) توصیه‌هایی برای تحقیقات آینده.
Tang St. و همکاران ^{۱۶}	ارتباط آگاهی/پذیرش پیش‌آگهی با پیشانی روانی، رنج وجودی و کیفیت زندگی در سال آخر زندگی بیماران مبتلا به سرطان غیرقابل درمان	کمی	تایوان	ارزیابی طولی ارتباط بینش نسبت به پیش‌آگهی دقیق و پذیرش آن با پیشانی روانی، رنج وجودی، و کیفیت زندگی در آخرین سال زندگی بیماران تایوانی مبتلا به سرطان غیرقابل درمان.	آگاهی نسبت به پیش‌آگهی دقیق با احتمال اضطراب شدید یا علائم افسردگی رابطه نداشت، اما به‌طور قابل توجهی احتمال احساس سربار بودن برای دیگران را افزایش می‌داد و با کیفیت زندگی ضعیف‌تر در سال آخر زندگی شرکت‌کنندگان مرتبط بود. شرکت‌کنندگانی که پیش‌آگهی خود را می‌دانستند و آن را پذیرفته بودند، نسبت به کسانی که از پیش‌آگهی خود آگاه نبودند یا می‌دانستند، اما در پذیرش آن مشکل داشتند، به‌طور قابل توجهی کمتر علائم اضطراب شدید را تجربه کردند.
Lo C. و همکاران ^{۱۷}	روان‌سنجی مقدماتی مقیاس پیشانی وجودی (EDS) در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته	کمی	کانادا	بررسی امکان‌سنجی مطالعه پیشانی وجودی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته بستری در مراقبت تسکینی حاد، توصیف ویژگی‌های روان‌سنجی اولیه مقیاس و بررسی میزان گزارش پیشانی وجودی بیمار به پرستار اصلی خود.	EDS ویژگی‌های روان‌سنجی امیدوارکننده‌ای از جمله ارتباط معنی‌دار با اضطراب مرگ و افسردگی را نشان داد. ۳۸٪ از افراد نمونه، پیشانی شدید یا غیرقابل تحمل حداقل در مورد یک نگرانی وجودی (۳ زیرمقیاس بی‌معنایی، احساس تنهایی، کمبود خودارزشمندی) را گزارش کردند. EDS می‌تواند برای اندازه‌گیری پیشانی وجودی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته پیشنهاد شود.
Bovero A. و همکاران ^{۱۸}	پیشانی وجودی مرتبط با کرامت (RD-ED) در بیماران مبتلا به سرطان مراحل انتهایی زندگی: شیوع، عوامل زمینه‌ای و راهبردهای مقابله‌ای مرتبط	کمی	ایتالیا	ارزیابی شیوع پیشانی وجودی مربوط به کرامت در بیماران مبتلا به سرطان مراحل انتهایی حیات، بررسی ساختار درونی زیرمقیاس «پیشانی وجودی» پرسشنامه کرامت بیمار و ارتباط آن با راهبردهای مقابله‌ای مختلف.	پیشانی وجودی مرتبط با کرامت یک مشکل عمده برای ۱۸/۸٪ از بیماران بود، به‌ویژه برای افراد جوان و افراد دارای علائم سندرم تضعیف روحیه. تحلیل عاملی از دو بعد با عنوان «ناپوستگی خود» و «از دست دادن استقلال شخصی» در RD-ED پشتیبانی می‌کند که ۵۸٪ از واریانس را تشکیل می‌دهد. سبک‌های مقابله‌ای مثبت و سرزنش خود به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مهم DR-ED ظاهر شدند.
Kreitler S. و همکاران ^{۱۸}	معنای زندگی و پیشانی وجودی	کمی	اسرائیل	بررسی رابطه‌ی بین معنای زندگی و پیشانی وجودی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته.	یافته‌های مطالعه نشان داد که پیشانی وجودی (تنهایی و پوچی) و معنای زندگی رابطه منفی و معناداری دارند. عامل پوچی با خوشه کنش-پویا و عامل تنهایی با خوشه تجربی-شناختی بیشترین ارتباط را داشتند.

جدول ۲: مطالعات مروری و کمی پریشانی وجودی در مراقبت تسکینی از بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته (بین ۲۰۱۹ تا ۲۰۲۲)

عنوان	نویسندگان	نوع مطالعه	کشور	هدف مطالعه	خلاصه نتایج
Tarbi EC. و همکاران ^{۱۹}	تجربه وجودی در بزرگسالان مبتلا به سرطان پیشرفته	مروری	امریکا	روشن کردن مفهوم تجربه وجودی در بزرگسالان مبتلا به سرطان پیشرفته.	تجربه وجودی در بزرگسالان مبتلا به سرطان پیشرفته حالتی پویا بوده که مقدم بر رویارویی با مرگ است، و با واکنش‌های متنوع به چالش‌های وجودی مشترک مرتبط با پارامترهای هستی (بدن، زمان، دیگران و مرگ) تعریف می‌شود، که منجر به حرکتی دیالکتیکی میان رنج وجودی و سلامت وجودی، با ظرفیت رشد شخصی می‌گردد. در این مطالعه شیوع تضعیف روحیه ۳۵٪ بود. تضعیف روحیه با دل‌بستگی ایمن کمتر همراه بود. این ارتباط در مورد دل‌بستگی اضطرابی در مقایسه با دل‌بستگی اجتنابی قوی‌تر بود. دل‌بستگی ایمن همچنین به‌طور قابل‌توجهی رابطه‌ی بار علامت جسمانی با تضعیف روحیه را تعدیل کرد، به‌طوری‌که با دل‌بستگی ایمن کمتر، ارتباط قوی‌تری میان بار علامت و تضعیف روحیه وجود داشت.
Vehling S. و همکاران ^{۲۰}	دل‌بستگی ایمن و پریشانی وجودی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته	کمی	کانادا	بررسی ارتباط میان دل‌بستگی ایمن و تضعیف روحیه، با کنترل عوامل جمعیت‌شناختی و بار علائم جسمانی، تعیین نقش تعدیل‌گر دل‌بستگی ایمن در رابطه‌ی میان بار علائم جسمانی و تضعیف روحیه، و بررسی تفاوت بین سهم دل‌بستگی اضطرابی و اجتنابی در تضعیف روحیه و افسردگی.	دل‌بستگی اجتنابی تا حدی رابطه میان اضطراب مرگ و تضعیف روحیه و اضطراب را میانجی‌گری کرد. روابط درک شده کمتر و اضطراب مرگ بالاتر به‌طور قابل‌توجهی دل‌بستگی اجتنابی بیشتر را پیش‌بینی نمود. دل‌بستگی اجتنابی بیشتر به‌طور قابل‌توجهی تضعیف روحیه بالاتر را پس از شش ماه پیش‌بینی کرد. روابط درک شده و اضطراب مرگ به‌طور غیرمستقیم و با میانجی‌گری دل‌بستگی اجتنابی، تضعیف روحیه و اضطراب را پس از شش ماه پیش‌بینی کردند. همچنین، اثرات غیرمستقیم در مورد اضطراب مرگ نشان می‌دهد که دل‌بستگی اجتنابی تا حدی میانجی رابطه اضطراب مرگ و تضعیف روحیه است.
Philipp R. و همکاران ^{۲۱}	نقش میانجی دل‌بستگی اجتنابی: یک مدل طولی برای پیش‌بینی پریشانی وجودی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته	کمی	آلمان	بررسی طولی نقش میانجی دل‌بستگی اجتنابی در رابطه میان تضعیف روحیه و اضطراب.	دل‌بستگی اجتنابی تا حدی رابطه میان اضطراب مرگ و تضعیف روحیه و اضطراب را میانجی‌گری کرد. روابط درک شده کمتر و اضطراب مرگ بالاتر به‌طور قابل‌توجهی دل‌بستگی اجتنابی بیشتر را پیش‌بینی نمود. دل‌بستگی اجتنابی بیشتر به‌طور قابل‌توجهی تضعیف روحیه بالاتر را پس از شش ماه پیش‌بینی کرد. روابط درک شده و اضطراب مرگ به‌طور غیرمستقیم و با میانجی‌گری دل‌بستگی اجتنابی، تضعیف روحیه و اضطراب را پس از شش ماه پیش‌بینی کردند. همچنین، اثرات غیرمستقیم در مورد اضطراب مرگ نشان می‌دهد که دل‌بستگی اجتنابی تا حدی میانجی رابطه اضطراب مرگ و تضعیف روحیه است.
Kissane DW. و همکاران ^{۲۲}	غربالگری مقیاس ارزیابی علائم روانی-وجودی (PeSAS) در مراقبت تسکینی	کمی	استرالیا	پیاپی‌سازی استفاده از مقیاس PeSAS به عنوان یک ابزار غربالگری در خدمات مراقبت تسکینی استرالیا و تشخیص شیوع علائم روانی-وجودی.	علائم روانی-وجودی با شیوع بالینی قابل توجه (نمرات $\leq 10/4$) شامل اضطراب $1/4$ ، دل‌سردی $37/6$ ، ناامیدی $8/35$ ، بی‌هدفی $26/9$ ، افسردگی $30/3$ و میل به مردن 17 ٪ بود.
Xiaodan L. و همکاران ^{۲۳}	احساس سربار بودن ادراک شده (SPB)، کیفیت زندگی پایین‌تری را در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته پیش‌بینی می‌کند: نقش واسطه‌ای پریشانی وجودی و اضطراب	کمی	چین	بررسی نقش میانجی‌گری پریشانی وجودی و اضطراب در رابطه میان SPB و کیفیت زندگی.	SPB به‌طور منفی با کیفیت زندگی رابطه داشت. ED و اضطراب تا حدی رابطه بین SPB و کیفیت زندگی را میانجی‌گری کردند. علاوه بر این، ED تأثیر مستقیمی بر اضطراب و کیفیت زندگی داشت.

جدول ۳. مطالعات کیفی پیشانی وجودی در مراقبت تسکینی از بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته (از سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۴)

نویسندگان	عنوان	نوع مطالعه	کشور	هدف مطالعه	خلاصه نتایج
Morita T. و همکاران ^{۲۴}	نگرانی‌های وجودی بیماران مبتلا به سرطان مراحل انتهایی دریافت‌کننده مراقبت‌های تسکینی تخصصی در ژاپن	کیفی	ژاپن	طبقه‌بندی نگرانی‌های وجودی بیماران ژاپنی مبتلا به سرطان مراحل انتهایی زندگی و بررسی استراتژی‌های مراقبتی براساس طبقه‌بندی‌ها	مقوله‌ها و شیوع آنها عبارت بودند از: نگرانی‌های مربوط به رابطه (۲۲٪)، انزوا، نگرانی در مورد آمادگی خانواده، تعارضات در روابط)، از دست دادن کنترل (۱۶٪)، کنترل فیزیکی، کنترل شناختی، کنترل بر آینده)، سرپار بودن (۴/۵٪)، از دست دادن تداوم (۱۰٪)، از دست دادن نقش، از دست دادن فعالیت لذت‌بخش، از دست دادن خود بودن)، وظایف زندگی ناتمام (۶۷/۸٪)، امید/ناامیدی (۱۷٪)، و پذیرش/ آمادگی (۲۵٪).
Williams BR. و همکاران ^{۲۵}	مردن در جوانی، مردن در فقر: بررسی جامعه‌شناختی رنج وجودی در بیماران دارای وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین	کیفی	امریکا	بررسی جامعه‌شناختی و توصیف تجربه رنج وجودی بیماران با وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین که در اثر سرطان فوت می‌کنند.	مردن در جوانی (از دست دادن فرصت‌ها)، قرار گرفتن در معرض مسیر بیماری دیگران (پیش‌بینی رنج در آینده، به‌عنوان منبع پیشانی حال)، و تجربه انزوای اجتماعی و مرگ اجتماعی، رنج وجودی بیماران سخت‌درمان را تشدید می‌کند.
CD. و Blinderman و همکاران ^{۲۶}	مسائل وجودی لزوماً منجر به رنج وجودی نمی‌شود: درس‌هایی از بیماران مبتلا به سرطان در اسرائیل	کیفی	اسرائیل	تمرکز بر مسائل وجودی و مکانیسم‌های مقابله‌ای در یک جمعیت مبتلا به سرطان یهودی در خاورمیانه با تنوع فرهنگی منحصر به فرد	یافته‌های این مطالعه شامل تم‌های خودمختاری، کرامت/تصویر بدن، انزوای اجتماعی، مکانیسم‌های مقابله‌ای، احساس گناه/ناامیدی‌های گذشته، سلامت معنوی، معنا، امید و مرگ/مردن بود.
Yang W. و همکاران ^{۲۷}	بحران وجودی و آگاهی از مردن: نقش معنا و معنویت	کیفی	هلند	بررسی تجربی بیماران در زمان مواجهه با بحران وجودی و چگونگی برخورد با آن، جهت ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان درگیر بحران وجودی.	بحران‌های وجودی شامل آگاهی از تنهایی، انحلال آینده، فقدان معنا، ترس و اضطراب، احساس تنهایی، بی‌قدرتی و بحران هویت بوده که در مواجهه با آن، ممکن است احساس جدیدی از معنا پدیدار شود که ترس و ناامیدی وجودی را کاهش داده و منجر به پذیرش «زندگی-آنگونه که هست» از جمله پایان‌پذیری آن شود.
Hammond C. و همکاران ^{۲۸}	«اتحاد نامقدس» با ابعاد وجودی: گفت‌وگوهای مذاکره با تجربیات مردان از سرطان و پیری	کیفی	کانادا	ترمیم کمبود دانش در مورد چگونگی تجربه افراد درباری زندگی با سرطان در حین افزایش سن.	نگرانی‌های وجودی (هویت، بدن، معنویت، مرگ و عدم قطعیت زندگی) توسط گفت‌وگوهای مسلط سرطان و پیری مشخص شد، به این ترتیب که آنها مسیرهای فرهنگی ساخت‌شده زوال و تعالی را دنبال می‌کردند. این تحقیق نشان می‌دهد که افراد سرطان و پیری را به روش‌های مشترک، از طریق گفت‌وگوهای فرهنگی غالب، و همچنین به روش‌های فردی وابسته به تاریخچه زندگی شخصی تفسیر می‌کنند.
Asgeirsdottir GH. و همکاران ^{۲۹}	در سایه مرگ: نگرانی‌های وجودی و معنوی در میان افراد دریافت‌کننده خدمات مراقبت تسکینی	کیفی	ایسلند	مطالعه‌ی نگرانی‌های وجودی و معنوی از دیدگاه افراد دریافت‌کننده خدمات مراقبت‌های تسکینی و بررسی معنای این نگرانی‌ها و تأثیر آنها بر زندگی‌شان.	شرکت‌کنندگان نگرانی‌های وجودی و معنوی را در طول زندگی خود تجربه کرده بودند، اما در هنگام مواجهه با مرگ آنها شدیدتر از قبل بروز پیدا کرده بود. این نگرانی‌ها به شکل انواع واکنش‌های هیجانی شدید ظاهر می‌شد که ویژگی‌های پیشانی وجودی و معنوی و همچنین پرسش‌هایی درباره مرگ و زندگی پس از آن را آشکار می‌کرد. همچنین، شرکت‌کنندگان از شیوه زندگی قبلی و جدایی قریب‌الوقوع از عزیزانشان غمگین بودند.

جدول ۴: مطالعات کیفی پریشانی وجودی در مراقبت تسکینی از بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته (از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۲)

نویسندگان	عنوان	نوع مطالعه	کشور	هدف مطالعه	خلاصه نتایج
Moestrup L. و همکاران ^{۳۰}	نگرانی‌های وجودی درباره مرگ: مطالعه کیفی بیماران در حال مرگ در یک هاسپیس دانمارکی	کیفی	دانمارک	روشن ساختن نگرانی‌های وجودی بیماران در حال مرگ در مورد مرگ قریب‌الوقوع.	یافته‌های اصلی نشان داد افکار و احساسات درباره‌ی مرگ شامل آگاهی از مرگ، سوگ از دست دادن زندگی و عدم آمادگی برای آن است.
Wakiuchi J. و همکاران ^{۳۱}	مراقبت شدن توسط یکی از اعضای خانواده: احساسات وجودی بیماران مبتلا به سرطان	کیفی	برزیل	درک زندگی روزمره بیماران مبتلا به سرطان تحت مراقبت تسکینی در حین تجربه مراقبت در منزل توسط اعضای خانواده.	تحلیل پدیدارشناختی با انتخاب واحدهای معنایی از گزاره‌ها و سپس انتخاب مضامین هستی‌شناختی منجر به دو تم اصلی شد: «تنها بودن در حضور دیگری» و «یافتن اساس مراقبت در عشق». هنگامی که مراقبت در منزل همراه با شیوه‌های تسکینی بر اساس عشق باشد، می‌تواند به کسانی که رنج می‌برند و زندگی خود را در معرض تهدید می‌دانند، آرامش دهد.
Odh I. و همکاران ^{۳۲}	چالش‌های وجودی در جوانانی که با تشخیص سرطان زندگی می‌کنند	کیفی	سوئد	روشن‌سازی چارچوب نظری یالوم و چهار «داده» او در وبلاگ‌های جوانانی با تشخیص‌های مختلف سرطان در سوئد.	با تحلیل محتوای کیفی، یک موضوع اصلی و چهار زیرمضمون شناسایی شد. مضامین فرعی عبارت بودند از: از هم پاشیدن برنامه‌های آینده، عدم اطمینان دلهره‌آور، تلاش برای یک زندگی عادی و ایجاد خطوط زندگی معنادار، که همگی به موضوع اصلی مرتبط بودند- افکار اجتناب‌ناپذیر مرگ. آگاهی از مرگ خود به عنوان احساس فقدان و تنهایی وجودی توصیف شد.
Khoshnood Z. و همکاران ^{۳۳}	بیرون آمدن یا ماندن در قفس خود: معنای چالش‌های وجودی در قفس خود: معنای چالش‌های وجودی بیماران مبتلا به سرطان	کیفی	ایران	تبیین معنای چالش‌های وجودی در بیماران مبتلا به سرطان در ایران.	چالش وجودی بیماران مبتلا به سرطان را می‌توان خروج یا ماندن در قفس خود غیراصیل دانست. این مضمون از دو موضوع فرعی «قرار گرفتن در معرض نور آگاهی که قفس خود غیراصیل را آشکار می‌کند» و «تنش بین بیرون آمدن از قفس یا ماندن در آن» تشکیل شده است. قرار گرفتن در معرض نور آگاهی آشکارکننده‌ی قفس خود غیراصیل به ظهور سؤالات وجودی، گذشته، ترس از آینده و فروپاشی هویت جسمانی اشاره دارد. تنش بین بیرون آمدن یا همچنان ماندن در قفس با خشم، انکار، احساس تنهایی و افسردگی مشخص می‌شود.
Larsen BH. و همکاران ^{۳۴}	"اوه - اینها چه نوع سلول‌هایی هستند که در کبد ظاهر می‌شوند؟" افشای نگرانی‌های وجودی بیماران مبتلا به سرطان در مشاوره معمول بیمارستانی	کیفی	نروژ	بررسی نگرانی‌های وجودی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته در طول یک مشاوره معمول بیمارستانی و چگونگی بیان این نگرانی‌ها.	تقریباً همه بیماران اظهار کردند که تجربه بیماری شامل آسیب‌ها و تهدیدهای فقدان که به شدت با رنج وجودی مرتبط است، نشان‌دهنده عدم اطمینان درباره‌ی آینده، خود و توان مقابله‌ای است. بیماران معمولاً در مورد نگرانی‌های وجودی به‌طور غیرمستقیم و زیرکانه صحبت کرده و آنها را در اصطلاحات پزشکی پنهان می‌کنند یا با تردید و احساسات بسیار کم آنها را منتقل می‌کنند. بیماران نگرانی‌های وجودی دارند که می‌خواهند به آنها رسیدگی شود، اما مطمئن نیستند که آیا اینها مسائلی هستند که می‌توانند راجع به آنها با پزشک صحبت کنند یا خیر.

دادن خود نیز مطرح می‌شود و بیمار سوالاتی در ارتباط با هویت خود مطرح می‌کند.^{۱۰} از دست دادن هویت می‌تواند با مثله شدن جسم و وابستگی به دیگران تشدید شود.^{۲۷} بیماران همچنین نگرانی خود را در رابطه با کاهش عملکرد (اختلال عملکرد جنسی) یا تغییر ظاهر (کاهش وزن، ریزش مو و خستگی) ابراز می‌کنند که از بودن با شکل ظاهری قبلی، جلوگیری می‌کند و در نتیجه از دست دادن خود را آشکار می‌سازد.^{۳۴}

در همین راستا، پژوهش مروری Henoach مؤلفه‌های وجودی حاصل از مطالعات کیفی را به دو موضوع اصلی تقسیم کرد: مبارزه برای حفظ هویت شخصی و تهدید هویت شخصی.^{۱۴} مضمون «مبارزه برای حفظ هویت شخصی» در مؤلفه‌های ارزش‌های زندگی، مقابله به کمک تعریف مجدد (بازتعریف خود و شرایط) و مقابله به کمک روابط (روابط با افراد نزدیک، با واقعیت الهی یا طبیعت)، ساختار می‌یابد. تلاش برای حفظ هویت شخصی به سرپناهی برای فردی که در یک موقعیت آسیب‌پذیر زندگی می‌کند اشاره دارد. وقتی ارزش‌ها تهدید می‌شوند، فرد این فرصت را دارد که با تعریف مجدد موقعیت یا استفاده از روابط مفید با آن کنار بیاید. همچنین، مؤلفه‌های کنترل، کرامت، رضایت از زندگی، خانواده و روابط، امید، معنا، خودمختاری و عزت نفس، نیاز به کسب اطلاعات، مثبت بودن، محبت و ارتباط با خدا در مضمون «مبارزه برای حفظ هویت شخصی» گنجانده شدند. مضمون «تهدید هویت شخصی» در مؤلفه‌های رنج، از دست دادن ارزش‌ها، از دست دادن روابط و بیان‌های بدنی ساختار بندی شده‌اند. تهدید هویت شخصی مربوط به تجربیات مضری است که بیمار آسیب‌پذیر را نسبت به وضعیت خود ناامید می‌کند. افراد زمانی که ارزش‌ها و روابط خود را از دست می‌دهند ناامید شده و در رنج غرق می‌شوند و نمی‌توانند با شرایط کنار بیایند.^{۱۴}

همانطور که در مطالعه‌ی Hammond و همکاران به آن اشاره شده است، بخشی از خود بودن ما با بدنمان تداعی می‌شود، در واقع بدن تصویرگر خویشتن ما است که سال‌ها آن را بر دوش کشیده است. بنابراین تعجب‌آور نیست که وارد آمدن هر آسیبی به بدن و ایجاد تفکر فقدان بدن (یا بخشی از آن)، پریشان‌کننده خواهد بود.^{۲۸} بر این اساس، علاوه بر عدم قطعیت غیرقابل تحمل، برجسته‌ترین نگرانی وجودی بیان شده در استعاره‌ی نیستی، فقدان بدن است. در حلاء

نقش واسطه‌ای دارد. همچنین، دل‌بستگی اجتنابی به‌طور قابل توجهی تضعیف روحیه بیشتر را پس از شش ماه پیش‌بینی کرد.^{۲۱} از دست دادن کنترل/خودمختاری (کنترل فیزیکی، کنترل شناختی و هیجانی): بیماران نسبت به کنترل شرایط خود در دوره‌ی بیماری احساس ناتوانی و بی‌قدرتی می‌کنند، چراکه افراد با عادت اتکا به نفس، اکنون نسبت به توانایی خود برای مقابله، احساس ناامنی کرده و حتی از تصمیم‌گیری برای خود ناتوان هستند.^{۲۷} در این راستا، از دست دادن کنترل فیزیکی به ناتوانی در مراقبت از خود و انجام فعالیت‌های روزانه اشاره دارد که معمولاً به این صورت بیان می‌شود: «وقتی قادر به انجام کارهایی نیستم که همیشه خودم انجام می‌دم احساس شرمندگی می‌کنم». در واقع، به‌نظر می‌رسد زمانی که فردیت فرد مورد تهدید قرار بگیرد، می‌تواند منجر به پریشانی وجودی شود.^{۳۱} همچنین، از دست دادن کنترل شناختی مربوط به کاهش فعالیت ذهنی است، به‌عنوان مثال، "اگر مجبور به استفاده از مورفین باشم و نیمه بیهوش بمانم، بدون اینکه بدانم زنده هستم یا مرده، ترجیح می‌دهم بمیرم". افزون‌براین، بیماران نسبت به عدم توانایی سازگاری و کنترل شدت احساسات و هیجانات خود نگرانند.^{۲۷} در چنین مواردی، از دست دادن خودمختاری می‌تواند مایه‌ی شرمساری باشد.^{۳۶}

باری بر دوش دیگران بودن: سربار دیگران بودن معمولاً به این صورت بیان می‌شود که «من فقط می‌خواهم یک روز بدون ایجاد مزاحمت برای خانواده‌ام بمیرم» که هم با دسته‌ی "نگرانی‌های مربوط به روابط" و هم "از دست دادن کنترل فیزیکی" در ارتباط است.^{۲۴} این موضوع به صورت ناراحتی از سربار بودن یا ترس از رخ دادن آن در آینده و فرسایش احساسات مثبت دیگران نسبت به او و خستگی آنها تجربه می‌شود.^{۱۰} در واقع، بار ادراک‌شده‌ی خود با پریشانی وجودی و اضطراب، رابطه‌ی مثبت و با کیفیت زندگی رابطه منفی دارد. یافته‌های مربوط نشان‌دهنده‌ی اثر میانجی پریشانی وجودی و اضطراب بر رابطه بین بار ادراک‌شده‌ی خود و کیفیت زندگی است.^{۳۳} از دست دادن حس پیوستگی و تداوم (از دست دادن نقش‌ها، فعالیت‌های لذت‌بخش و حس خود بودن): از دست دادن حس تداوم به صورت نیاز بیماران به حفظ نقش‌ها و فعالیت‌های لذت‌بخش و حس خود بودن (اینکه همان‌طور که بوده‌اند باقی بمانند) تجربه می‌شود.^{۲۴} در این میان، بحران هویت به عنوان شکلی برای از دست

آینده با تشخیص سرطان ویران می‌شود. برخی آن را به‌عنوان از دست دادن جاودانگی بیان کردند، زیرا متوجه شدند که زندگی آنها ناگهان خیلی زود به پایان می‌رسد و مرگ در انتظار آنها است. این باعث شد آنها از عدم اطمینان، ترس و اضطراب آینده صحبت کنند. احساسات مرتبط با آینده‌ی از دست رفته با صحبت درباره‌ی آرزوهایی که هیچ‌گاه تحقق نمی‌یابند نیز بازگو می‌شود.^{۳۱} همچنین، از دست دادن فرصت‌ها در آینده و استفاده از تعبیر "مردن به وقت استراحت" نشان از نگرانی آنها در مورد از دست رفتن آینده است.^{۳۰} در واقع، بیماران تصور می‌کنند که هیچ فرصت دیگری در زندگی آنها وجود ندارد و آینده‌ی خود را درست در زمانی که به آن نیاز داشتند، از دست داده‌اند.^{۳۳}

عدم قطعیت و ابهام دلهره‌آور: این موضوع مبین ترس بیماران از ابهام و تاریکی غیرقابل انکار همراه بیماری است.^{۳۲} در این شرایط گویی تاریکی و شک، بر نور خورشید سایه افکنده و تیرگی به بخشی ترسناک از زندگی روزمره آنها تبدیل می‌شود که زندگی با این نوع ابهام باعث اضطراب می‌شود.^{۳۳،۳۲} در واقع، ابهام با از دست دادن کنترل بر آینده، ناراحتی ناشی از عدم اطمینان از زمان وقوع و چگونگی روند مرگ و حوادث آتی مرتبط بود.^{۲۴}

احساس گناه/ حسرت گذشته: تجربه‌ی احساسات منفی مانند حسرت و گناه در شیوه‌ی زندگی گذشته در بسیاری از بیماران بارز است.^{۲۵،۲۶،۲۹} گاهی بیماران نسبت به فداکاری‌های گذشته، احساس اندوه می‌کنند. زمان از دست رفته، کاهش کیفیت زندگی ناشی از شرایط و احساس شکست در زندگی بخشی از افکار مرتبط با احساس گناه و حسرت در ارتباط با گذشته است.^{۳۲} چالش وجودی همچنین حاوی احساس گناه نادیده گرفتن سلامت شخصی و خشم سرکوب‌شده به‌عنوان عامل بیماری است. برخی از بیماران پس از تایید تشخیص سرطان خود احساس گناه می‌کنند و خود را به دلیل عدم مراجعه زودتر به پزشک سرزنش می‌کنند. آنها همیشه به دنبال دلیلی برای توجیه بیماری خود هستند. گاهی اوقات فکر می‌کنند سبک زندگی، استرس و مشکلات زندگی عامل بیماری آنها است. برخی دیگر بر این باورند که بی‌توجهی به سلامت و رژیم غذایی خود دلیلی برای ابتلا به این بیماری و پیشرفت آن است. برخی نیز گمان می‌کنند که بیماری آنها به دلیل گناهان آنها است.^{۳۳} بنابراین، خودسرزنشی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی پریشانی وجودی باشد.^{۱۱}

وسیع یک غار، هیچ جسمی وجود ندارد. بنابراین، به‌نظر می‌رسد مرگ بدنی / آسیب بدنی یک نگرانی وجودی مشترک میان بیماران است. همان‌طور که در پژوهش‌های پیشین و همکاران، آسیب به تصویر ذهنی ایگو و جسم به‌عنوان چالشی وجودی معرفی شد.^{۳۳} با توجه به شکل‌گیری ایگو براساس در نظر گرفتن بدن به‌عنوان خود، شروع درمان‌ها و عوارض جانبی آن مانند ریزش مو، ضعف و لاغری، تصویر ذهنی از خود را مختل می‌کند. از آنجایی که بیماران قبل از ابتلا به سرطان بخشی از هویت خود را با بدن خود به تصویر می‌کشند، بنابراین پس از تغییرات ظاهری، گمان می‌کنند که نقص در بدن آنها با ضعف وجود خود یکسان است.^{۳۳}

از سویی دیگر، مورد تهدید قرار گرفتن کرامت انسانی افراد که به نوعی بازتاب‌دهنده حس خود بودن است، می‌تواند به‌صورت از دست دادن حس پیوستگی و تداوم در نظر گرفته شود.^{۳۶} همان‌طور که در پژوهش Bovero و همکاران ارتباط پریشانی وجودی مرتبط با کرامت با از دست دادن استقلال شخصی و ناپیوستگی خود مرتبط است.^{۱۱}

ناتمام گذاشتن وظایف زندگی: وظایف یا کارهای ناتمام زندگی عمدتاً مرتبط با زندگی شخصی، شغل، سرگرمی‌ها و امور حقوقی است.^{۱۵،۱۶،۲۰،۲۳،۳۳} در واقع، بیماران نسبت به اینکه نمی‌توانند طبق برنامه‌ریزی‌های قبلی زندگی کنند، احساس گناه و غم دارند. به‌عنوان مثال، آنها دیگر هرگز نمی‌توانند بچه‌دار شوند، به سفر بروند، یا رویای شغلی خود را دنبال کنند.^{۳۲} در برخی از زنان، غم و اندوه با نگرانی از ترک فرزندان یا نوه‌ها مرتبط بود.^{۳۰}

ناامیدی/ درماندگی: امید/درماندگی شامل حوزه‌های گسترده‌ای از زندگی بیمار، مانند تکمیل خانه جدید، تولد فرزند، تماشای اجرای نمایش نوه، بازگشت به خانه و درمان بیماری بود.^{۲۴} این موارد به نوعی با کارهای ناتمام بیمار ارتباط داشته و جنبه‌ی ناامیدی و درماندگی در اجرایی نشدن آنها مورد تاکید قرار می‌گرفت که می‌توانست موجب احساس خشم در آنها شود.^{۳۲} از طرفی بسیاری از بیماران احساس ناامیدی را درباره‌ی بازگشت سلامتی خود یا عادلانه بودن دنیا تجربه می‌کردند.^{۲۹،۳۶}

انحلال/ فروپاشی برنامه‌های آینده: جریان زندگی که تا مدتی قبل بی‌پایان پنداشته می‌شد، ناگهان بسیار محدود شده و باقیمانده‌ی آن تهدیدکننده و هشداردهنده به‌نظر می‌رسد.^{۳۷} رویاهای بیماران برای

پیشانی وجودی طراحی کردند که سه معیار را مورد بررسی قرار می‌دهد: از دست دادن معنا، احساس تنهایی و کمبود خودارزشمندی.^{۱۷} نسخه اولیه پرسشنامه شامل ۲۲ گویه بود که پس از بررسی‌ها و حذف موارد تکراری و کمتر مناسب توسط متخصصین، نسخه آزمایشی EDS شامل ۱۰ گویه شد. گویه‌های ۱ تا ۳ مربوط به تنهایی (۱= من تنها هستم یا خواهم بود، ۲= وقتی من رفته‌ام هیچکس دلش برای من تنگ نمی‌شود، ۳= هیچکس به من اهمیت نمی‌دهد)، موارد ۴ تا ۷ به احساس بی‌ارزشی از طرف دیگران (۴= من سربار دیگران هستم یا خواهم بود؛ ۵= چیزی برای ارایه به دیگران ندارم) و احساس شخصی خود از ارزش پایین (۶= من مهم نیستم، ۷= بی‌ارزش هستم یا خواهم بود) و موارد ۸ تا ۱۰ به بی‌معنی بودن مربوط می‌شود (۸= زندگی من خالی است، ۹= زندگی من بی‌معنا است یا بوده است، ۱۰= من دلیلی برای زندگی ندارم).

بحث

پژوهش حاضر با مرور نظام‌مند مقالات مرتبط، به مفهوم‌بندی دقیق‌تر پیشانی وجودی در مراحل پایانی زندگی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته و نشان داده است که بیماران در این مراحل، علائم پیشانی از جنس وجودی را به شکل‌ها و دسته‌بندی‌های مختلف تجربه می‌کنند. در بیشتر مفاهیم مطرح‌شده، نوعی فقدان و از دست دادن یا نگرانی از آن تجربه می‌شود، از دست دادن روابط (با دیگران)، خودمختاری (استقلال، کنترل بر آینده، تداوم خود) و جسم و زندگی (مرگ)، در واقع، از بین رفتن و نابود شدن همه‌ی آنچه مهم است.^{۱۵} بنابراین پیشانی وجودی یک وضعیت روان‌شناختی دردناک و رنج‌آور است که سبب احساسات ناراحت‌کننده از جمله ترس، خشم، رنج، وحشت از احتمال مرگ، نگرانی در مورد خودمختاری، سربار دیگران بودن، احساس تنهایی عمیق، بیهودگی یا ناامیدی، اندوه، پشیمانی، احساس شرم به‌دنبال احتمال از بین رفتن کرامت و شان انسانی، غالب شدن شک یا انتظارات برآورده نشده در مورد مقابله و سازگاری را به دنبال دارد.^۷ باتوجه به تجربه بیماران، آنها ابتدا به گذشته و گناهان خود که منجر به بیماری شده است می‌اندیشند. سپس به تدریج با ترس از آینده و زنده نبودن در آینده برنامه‌ریزی شده خود مواجه می‌شوند. سرانجام با گذر از بیماری و درمان،

فقدان معنا: بسیاری از بیماران در شرایط پایان زندگی، نمی‌توانند برای زندگی خود معنای مشخص و ارزشمندی بیابند. بی‌معنایی می‌تواند در مورد زندگی کنونی یا زندگی گذشته و یا هر دو تجربه شود.^{۳۳،۱۵} در این شرایط اهداف، به ویژه اهداف بلندمدت، معنای خود را از دست می‌دهند. عزیزان وی و هر آنچه که فرد احساس می‌کند به او مرتبط است باید رها شوند. در چنین شرایطی دیدگاه‌های مذهبی و ایدئولوژیک نیز می‌توانند قدرت قانع‌کننده خود را از دست بدهند.^{۳۷} بنابراین، تجربه احساس پوچی و بی‌معنایی تجربه‌ای غالب است که با سوالاتی مانند "چرا من؟"، "چرا حالا؟"، "من کیستم؟"، "چرا به دنیا آمده‌ام؟" همراه می‌شود.^{۳۳،۱۵} یافته‌های مطالعه‌ی Kreitler نشان داد که پیشانی وجودی با معنای زندگی رابطه‌ی منفی و معناداری دارند.^{۱۸}

افکار اجتناب‌ناپذیر مرگ: نگرانی‌های وجودی مرتبط با افکار مرگ در بیمارانی دیده می‌شود که مرگ قریب‌الوقوع را نپذیرفته‌اند، آمادگی کافی برای آن ندارند، یا اضطراب مرگ قابل‌توجهی را احساس می‌کنند.^{۳۳،۲۹،۲۶،۲۴،۱۵} این نگرانی می‌تواند معطوف به نگرانی در مورد زندگی پس از مرگ و یا درد و رنج ناشی از مرگ و فرایند آن باشد.^{۳۰،۳۷،۳۶،۱۵} در واقع، مرگ به‌عنوان حادثه‌ای ناشناخته و در نتیجه فراتر از درک انسان تلقی می‌شود که افراد به‌طور طبیعی در مواجهه با واقعیت آن احساس ناامنی و اضطراب می‌کنند.^{۲۹} از سویی دیگر آگاهی نسبت به اینکه آنها به زودی باید به تنهایی با مرگ روبرو شوند، منجر به احساس ترس می‌شود.^{۳۲}

در مطالعه‌ی مروری Tarbi و همکاران که در آن ۲۱ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته، رویارویی با مرگ و آگاهی از آن به‌عنوان وجه مشترک در بیشتر مطالعات مطرح گردید.^{۱۹} این مفهوم به این معنا بود که تجربه وجودی در سرطان پیشرفته همراه با رویارویی با مرگ و آگاهی از قریب‌الوقوع بودن آن رخ می‌دهد. از سویی دیگر، افکار اجتناب‌ناپذیر در مورد مرگ، به نوعی آگاهی از تنهایی را نیز به همراه دارد که خود می‌تواند به‌عنوان مشخصه اصلی بحران وجودی ظاهر شود.^{۳۷} برجسته‌ترین نگرانی‌های بیمار مرتبط با تهدید زندگی با این بیماری بود.^{۲۴} احساسات و دیدگاه‌ها درباره‌ی مرگ منعکس‌کننده یک مبارزه درونی مداوم شامل میل به زندگی طولانی‌تر، آرزوی ادامه زندگی قبلی بدون بیماری همراه آنها بود.^{۲۹}

براساس این داده‌ها، Lo و همکاران پرسشنامه‌ای جهت ارزیابی

نگرانی‌های مربوط به رابطه، از دست دادن کنترل و موضوعات وجودی دیگر می‌توان کیفیت کلی مراقبت‌های پایان زندگی را افزایش داد. علاوه بر این، درک این دسته‌بندی‌های ظریف پریشانی وجودی در طراحی مداخلاتی که با تجربیات منحصربه‌فرد بیماران و مکانیسم‌های مقابله‌ای همسو می‌شوند، حایز اهمیت است. از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر توجه به بُعد وجودی امید و سازوکارهای مقابله‌ای را نیز برجسته می‌سازد، به‌نظر می‌رسد بیماران با استفاده از نقاط قوت درونی، پرورش انعطاف‌پذیری، و یافتن آرامش در فرآیندهای معناسازی وجودی، می‌توانند چالش‌های وجودی خود را پشت سر گذارند. در این میان، می‌توان به عدم بررسی مقالات ارایه شده در همایش‌ها و پایان‌نامه‌ها و مطالعاتی با غیر زبان انگلیسی به عنوان محدودیت اشاره نمود که پیشنهاد می‌شود در مطالعات مروری آینده مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد.

نتیجه‌گیری: در نهایت، به نظر می‌رسد مضامین مطرح شده فراتر از تفاوت‌های فرهنگی، رنج جهانی انسان را نشان می‌دهد که مفهوم‌سازی دقیق آن می‌تواند به توسعه‌ی مداخلات درمانی مؤثر جهت کاهش پریشانی وجودی کمک کند. در واقع، استفاده از این نتایج می‌تواند در راستای بهبود مراقبت‌های تسکینی برای این گروه از بیماران سازنده باشد.

آسیب‌های روانی و جسمی را تجربه می‌کنند که منجر به فروپاشی درونی می‌گردد. تمام این موارد ممکن است باعث ایجاد احساسات غیرقابل‌کنترلی مانند انکار، خشم، تنهایی و افسردگی شود. در واقع، در مراحل پایانی زندگی افراد در مواجهه مستقیم با مسائل گذشته، آینده و آنچه اکنون در حال تجربه هستند قرار می‌گیرند و پویایی در این تجارب، اساس پریشانی وجودی را تشکیل می‌دهد.

علاوه بر عنصر زمان (امیدها و ترس‌ها در مورد آینده‌ای نامطمئن، پشیمانی و گناه نسبت به رویدادهای گذشته و جستجوی معنا و هدف در زمان حال)، بازتعریف هستی در رابطه با بدن (تغییرات جسمی به دلیل پیشرفت بیماری همراه با احساس از دست دادن کنترل، کرامت، هویت و بیگانگی نسبت به بدن)، دیگران (وابستگی، از دست دادن خودمختاری، سربار بودن، تنهایی) و مرگ (ترس از مرگ، فرایند مردن و پس از آن) نیز رخ می‌دهد. از آنجایی که افراد با چالش‌هایی در ابعاد ذکر شده مواجه می‌گردند، اگر در برابر این منابع رنج، قادر به بهره‌مندی از کمک‌های مناسب بر مبنای مقالات و تجربیات علمی نباشند، پریشانی وجودی را تجربه خواهند کرد.^{۱۹} بنابراین، نیاز به مراقبت تسکینی جامع که فراتر از مداخلات پزشکی صرف بوده و حمایت وجودی را نیز در بر می‌گیرد، احساس می‌شود. در واقع، با به رسمیت شناختن و پرداختن به احساس تنهایی،

References

1. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013. *CA: a cancer journal for clinicians* 2013;63(1).
2. Clark D, Graham F. Evolution and change in palliative care around the world. *Medicine (Baltimore)* 2011;39(11):636-8.
3. Philipp R, Kalender A, Härter M, Bokemeyer C, Oechsle K, Koch U, et al. Existential distress in patients with advanced cancer and their caregivers: study protocol of a longitudinal cohort study. *BMJ Open* 2021;11(4).
4. Küttner S, Wüller J, Pastrana T. How much psychological distress is experienced at home by patients with palliative care needs in Germany? A cross-sectional study using the Distress Thermometer. *Palliat Support Care* 2017;15(2):205-13.
5. Kissane DW. Psychospiritual and existential distress. The challenge for palliative care. *Aust Fam Physician* 2000;29(11):1022-5.
6. Murata H. Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: construction of a conceptual framework by philosophical approach. *Palliat Support Care* 2003;1(1):15-21.
7. Vehling S, Kissane DW. Existential distress in cancer: Alleviating suffering from fundamental loss and change. *Psychooncology* 2018;27(11):2525-30.
8. Grech A, Marks A. Existential Suffering Part 1: Definition and Diagnosis #319. *J Palliat Med* 2017;20(1):93-4.
9. De Faye BJ, Wilson KG, Chater S, Viola RA, Hall P. Stress and coping with advanced cancer. *Palliat Support Care* 2006;4(3):239-49.
10. Kissane DW. The relief of existential suffering. *Archives of internal medicine* 2012;172(19):1501-5.
11. Bovero A, Sedghi NA, Opezzo M, Botto R, Pinto M, Ieraci V, et al. Dignity-related existential distress in end-of-life cancer patients: Prevalence, underlying factors, and associated coping strategies. *Psychooncology* 2018;27(11):2631-7.
12. Vehling S, Kissane DW, Lo C, Glaesmer H, Hartung TJ, Rodin G, et al. The association of demoralization with mental disorders and suicidal ideation in patients with cancer. *Cancer* 2017;123(17):3394-401.
13. Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, Thewes B, Prins J, Dinkel A, et al. Current state and future prospects of research on fear of cancer recurrence. *Psychooncology* 2017;26(4):424-7.
14. Hoench I, Danielson E. Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: an integrative literature review. *Psychooncology* 2009;18(3):225-36.
15. Boston P, Bruce A, Schreiber R. Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. *Journal of pain and symptom management* 2011;41(3):604-18.
16. Tang ST, Chang WC, Chen JS, Chou WC, Hsieh CH, Chen CH. Associations of prognostic awareness/acceptance with psychological distress, existential suffering, and quality of life in

- terminally ill cancer patients' last year of life. *Psychooncology* 2016;25(4):455–62.
17. Lo C, Panday T, Zeppieri J, Rydall A, Murphy-Kane P, Zimmermann C, Rodin G. Preliminary psychometrics of the Existential Distress Scale in patients with advanced cancer. *European Journal of Cancer Care* 2017;26(6):e12597.
 18. Kreitler S. Meanings of meaningfulness of life. In: *Logotherapy and Existential Analysis: Proceedings of the Viktor Frankl Institute Vienna, Volume 1* 2016 (pp. 95-106). Springer International Publishing.
 19. Tarbi EC, Meghani SH. A concept analysis of the existential experience of adults with advanced cancer. *Nurs Outlook* 2019;67(5):540–57.
 20. Vehling S, Tian Y, Malfitano C, Shnall J, Watt S, Mehnert A, Rydall A, Zimmermann C, Hales S, Lo C, Rodin G. Attachment security and existential distress among patients with advanced cancer. *Journal of psychosomatic research* 2019;116:93-9.
 21. Philipp R, Mehnert-Theuerkauf A, Koranyi S, Härter M, Vehling S. The role of attachment avoidance: A longitudinal mediation model predicting existential distress in patients with advanced cancer. *Psychooncology* 2021;30(7):1059-67.
 22. Kissane DW, Appleton J, Lennon J, Michael N, Chye R, King T, William L, Poon P, Kanathigoda S, Needham K, Bobevski I. Psycho-existential Symptom Assessment Scale (PeSAS) screening in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management* 2022;64(5):429-37.
 23. Xiaodan L, Guiru X, Guojuan C, Huimin X. Self-perceived burden predicts lower quality of life in advanced cancer patients: the mediating role of existential distress and anxiety. *BMC Geriatric* 2022;22(1):1–8.
 24. Morita T, Kawa M, Honke Y, Kohara H, Maeyama E, Kizawa Y, Akechi T, Uchitomi Y. Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Supportive Care in Cancer* 2004;12:137-40.
 25. Williams BR. Dying young, dying poor: A sociological examination of existential suffering among low-socioeconomic status patients. *Journal of palliative medicine* 2004;7(1):27-37.
 26. Blinderman CD, Cherny NI. Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel. *Palliative medicine* 2005;19(5):371-80.
 27. Yang W, Staps T, Hijmans E. Existential crisis and the awareness of dying: the role of meaning and spirituality. *Omega* 2010;61(1):53–69.
 28. Hammond C, Teucher U, Duggleby W, Thomas R. An 'unholy alliance' of existential proportions: Negotiating discourses with men's experiences of cancer and aging. *Journal of Aging Studies* 2012;26(2):149-61.
 29. Asgeirsdottir GH, Sigurbjörnsson E, Traustadottir R, Sigurdardottir V, Gunnarsdottir S, Kelly E. In the shadow of death: existential and spiritual concerns among persons receiving palliative care. *Journal of Pastoral Care & Counseling* 2014;68(1):1-1.
 30. Moestrup L, Hansen HP. Existential concerns about death: a qualitative study of dying patients in a Danish hospice. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2015;32(4):427-36.
 31. Wakiuchi J, Salimena AM de O, Sales CA. Being cared by a family member: the existential feelings of cancer patients. *Texto Context - Enferm* 2015;24(2):381–9.
 32. Odh I, Löfving M, Klaesson K. Existential challenges in young people living with a cancer diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing* 2016;24:54-60.
 33. Khoshnood Z, Iranmanesh S, Rayyani M, Dehghan M. Getting out or remaining in the cage of inauthentic self: The meaning of existential challenges in patients' with cancer. *Indian Journal of Palliative Care* 2018;24(2):131.
 34. Larsen BH, Lundeby T, Gerwing J, Gulbrandsen P, Førde R. "Eh—What type of cells are these—flourishing in the liver?" Cancer patients' disclosure of existential concerns in routine hospital consultations. *Patient Education and Counseling* 2022;105(7):2019-26.

Existential distress in palliative care of cancer patients at the end of life: a systematic review

Abstract

Received: 23 Dec. 2023 Revised: 30 Dec. 2023 Accepted: 12 Feb. 2024 Available online: 20 Feb. 2024

Hossein Eskandari Ph.D.¹
Faramarz Sohrabi Ph.D.¹
Adeleh Rezagholizadeh Shirvan
M.D.²
Mohammad Asgari Ph.D.³
Neda Shahvaroughi Farahani
Ph.D.^{1*}

1- Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

2- Department of Palliative Care, Cancer Institute, Imam Khomeini Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Department of Evaluating and Measuring, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

* Corresponding author: Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Varzesh Sq., Dehkade-ye Olampik, Tehran, Iran.
Tel: +98-21-483932780
E-mail: neda.shfarahani@gmail.com

Background: The experience of existential distress, along with other forms of distress, is one of the common experiences in end-of-life patients. Therefore, the purpose of this research is to review related studies and conceptualize existential distress in palliative care of cancer patients.

Methods: This study was a systematic review, which was conducted from May 1 to July 31, 1402 at Allameh Tabataba'i University and search strategy was written and performed in MEDLINE, Web of Science/PubMed and Scopus databases from the beginning of 2003 to the end of 2022. The inclusion criteria included all quantitative, qualitative, mixed and review studies that focused on the experience of adult patients. Lack of access to the full text of the article and studies in non-English language, clinical trial (randomized and non-randomized), letter to the editor, case report and protocol were excluded from the list of studies. After removing duplicate articles, two research authors reviewed the studies independently according to the inclusion and exclusion criteria, and the differences between them were resolved by discussion.

Results: After searching, screening and selecting articles based on inclusion and exclusion criteria, finally 22 articles were included in the study, of which three were review articles, eight were quantitative and 11 were qualitative. Terminally cancer patients experience existential distress, and the data are significant for estimating the prevalence of these symptoms, especially in the severe category. In addition to examining the prevalence of this symptom, patients have described their experience of existential distress in several categories: Feelings of loneliness and isolation (or loss of support system), relationship concerns (concerns about family, changes in relationships, and conflictual relationships), loss of control/autonomy (physical control, cognitive and emotional control), burden on others, loss of sense of continuity (loss of roles, pleasurable activities and sense of self), uncompleted life tasks, hopelessness/helplessness, dissolving of the future, uncertainty and frightening ambiguity, feeling guilt/ regret about the past, lack of meaning, inevitable thoughts of death.

Conclusion: It seems that the themes raised beyond cultural differences show the universal human suffering, whose accurate conceptualization can help to develop effective therapeutic interventions to reduce existential distress.

Keywords: cancer, palliative care, systematic review.

Copyright © 2024 Eskandari et al. Published by Tehran University of Medical Sciences.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).
Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Tehran Univ Med J (TUMJ) 2024 March;81(12):916-28

<http://tumj.tums.ac.ir>