Journal of Spiritual Health

2024, Volume 3, Issue 1
Pages: 317-326

10.30491/JSH.3.1.317

The Effectiveness of Islamic Spiritual Dignity Therapy on Depression and Death Anxiety of Dialysis Patients

Zahra Mansouri [1*], Mahmoud Azadi [1], Jafar Talebian Sharif [1]

[1] *Hekmat Razavi Institute of Higher Education, Mashhad, Iran*

Abstract

Background and Aim: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Islamic spiritual dignity therapy on depression and death anxiety of dialysis patients.

Methods: This semi-experimental study used a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population included all dialysis women in Mashhad city, and 12 subjects (6 in the control group and 6 in the experimental group) were selected as a sample from the Mohaban Dialysis Center in Mashhad by the researcher's call in 2021. In this study, people were replaced by a non-probability (voluntary) sampling method and randomly in two experimental and control groups. During the sessions, one of the people in the experimental group had a stroke and died, and our sample fell. In the pre-test stage, the subjects of both groups responded to Beck's depression questionnaire (1996) and Templer's death anxiety questionnaire (1970). The subjects of the experimental group were subjected to dignity group therapy during six sessions each session for two hours, while the control group did not receive any treatment. At the end of the plan's implementation, both groups answered the mentioned questionnaires again. Finally, the data collected were analyzed by covariance analysis.

Results: Dignity therapy has a positive effect on dialysis patients in reducing the two components of depression and death anxiety ($P<0.01$). Dignity therapy has established a significant difference between the control and experimental groups.

Conclusion: The results showed that dignity therapy is effective in reducing depression and death anxiety in dialysis patients. Islamic spiritual dignity improves depression and death anxiety of individuals, and this group therapy can be used to promote the reduction of depression and death anxiety.

Keywords: Dignity Therapy, Depression, Death Anxiety, Dialysis, Mashhad.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.317]

*Corresponding author: **Zahra Mansouri,** Email: z.mansouri313@gmail.com

Received: 2 June 2023 **Accepted:** 3 June 2024

مجله سلامت معنوی
دوره ۳، شماره ۱، بهار ۱۴۰۳
صفحات: ۳۲۶-۳۱۷
10.30491/JSH.3.1.317

اثربخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر روی افسردگی و اضطراب مرگ بیماران دیالیز

زهرا منصوری[1*]، محمود آزادی[1]، جعفر طالبیان شریف[1]

[1] *موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران*

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر روی افسردگی و اضطراب مرگ بیماران دیالیزی شهر مشهد است.

روش‌ها: این مطالعه، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام زنان دیالیزی شهر مشهد بود که از میان این جامعه تعداد ۱۲ نفر (۶ نفر گروه کنترل و ۶ نفر گروه آزمایش) به صورت نمونه از مرکز دیالیز محبان شهر مشهد به وسیله فراخوان محقق در سال ۱۴۰۰ انتخاب شدند. در این مطالعه، افراد با روش نمونه‌گیری غیر احتمالاتی (داوطلبانه) و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند، و در هر گروه ۶ نفر قرار گرفتند. در طول مدت جلسات یکی از افراد گروه آزمایش دچار سکته مغزی و منجر به فوت گشت که نمونه پژوهش حاضر دچار ریزش شد. در مرحله پیش‌آزمون، آزمودنی‌های هر دو گروه به پرسشنامه‌های افسردگی Beck (۱۹۹۶) و پرسشنامه اضطراب مرگ Templer (۱۹۷۰) پاسخ گفتند. افراد گروه آزمایش در طی شش جلسه و هر جلسه به مدت دو ساعت تحت گروه درمانی به شیوه کرامت قرار گرفتند در حالی که گروه کنترل هیچ گونه درمانی از سمت درمانگر دریافت نکردند. در پایان اجرای طرح، هر دو گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه‌های یاد شده را مجددا پاسخگو بودند. در انتها، داده‌های جمع‌آوری شده از پرسشنامه‌ها با تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: کرامت درمانی بر روی بیماران دیالیزی درکاهش دو مولفه افسردگی و اضطراب مرگ تاثیر مثبت دارد ($P<۰/۰۱$). کرامت درمانی، تمایز معناداری بین دوگروه کنترل و آزمایش بوجود آورده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که، کرامت درمانی بر کاهش افسردگی و اضطراب مرگ بیماران دیالیزی موثر است. کرامت معنوی اسلامی باعث بهبود افسردگی و اضطراب مرگ افراد می‌گردد و می‌توان از این گروه درمانی جهت ارتقای کاهش افسردگی و اضطراب مرگ استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: کرامت درمانی، افسردگی، اضطراب مرگ، دیالیز، مشهد.

[*]نویسنده مسئول: **زهرا منصوری.** پست الکترونیک: z.mansouri313@gmail.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۱۴

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.3.1.317]

مقدمه

سندرم آسیب حاد کلیوی، سندرمی است که با از بین رفتن تدریجی فیلتراسیون گلومرولی همراه است. این بیماری، فارغ از وضعیت اقتصادی در همه کشورهای دنیا شایع است و با موربیدیتی، مورتالیتی و هزینه‌های درمانی بالا همراه است. آسیب حاد کلیوی می‌تواند به بیماری مزمن کلیه یا آخرین مرحله بیماری کلیه منجر شود. شیوع آن به‌شدت در حال افزایش است و تأثیر طولانی‌مدتی برای سلامت دارد. هزینه‌های درمانی این آسیب نیز بسیار بالاست و درنتیجه بار زیادی را به سیستم بهداشتی درمانی تحمیل می‌کند (۱).

مرحله پنجم و نهایی این بیماری (ESRD) است که از دست دادن غیرقابل برگشت عملکرد کلیه است و بیماران به صورت دائمی نیازمند درمان‌های جایگزین مانند دیالیز یا پیوند کلیه می‌شوند (۲).

همچنین برخی مطالعات نشان می‌دهد که شیوع نارسایی مزمن کلیه (CKD) در ایران روزبه‌روز در حال افزایش است (۳). بیماران مبتلا به CKD میزان مرگ‌ومیر بالاتری نسبت به جمعیت عمومی دارند. بسیاری از این بیماران پیش از پیشرفت به سوی ESRD می‌میرند (۴). امروزه بیماری‌های مزمن شیوع روز افزون یافته است بطوری‌که که تنها در ایالت متحده به طور تخمینی چهارصد هزار نفر مبتلا وجود دارد و بروز کلی ESRD، ۲۶۰ مورد در هر یک میلیون نفر جمعیت در سال است و هر ساله به طور تقریبی ۶ درصد افزایش می‌یابد (۵).

در سال ۲۰۱۰، تعداد ۲/۶۲ میلیون نفر در سراسر جهان به دنبال ابتلا به CKD دیالیز گردیده‌اند که پیش‌بینی شده است این تعداد در سال ۲۰۳۰ دو برابر خواهد گشت. بسیاری از هزینه‌های درمان، میزان ابتلا به بیماری و مرگ را که پیش از این به دیابت و فشارخون بالا نسبت داده می‌شد، می‌توان به بیماری‌های کلیه و عوارض ناشی از آن‌ها نسبت داد (۶).

از آن جا که دیالیز درمانی نگهدارنده و مزمن است افزون بر عوارض پزشکی (شامل عفونت، ترمبوز و آنوریسم فیستول‌ها، سپتمی سمی (۷)، سندرم دمانس دیالیزی، استئومالاسی، افزایش بروز هپاتیت‌های ویروسی و ایدز) واکنش‌های روان‌شناختی نیز ایجاد می‌کند و از افسردگی و انکار به منزله پاسخ‌های اصلی بیماران به همودیالیز نام برده شده است (۷). علاوه بر این، بیماری‌های مزمن ازجمله نارسایی کلیه به واسطه درگیری طولانی مدت فرد با بیماری و درمان آن، علاوه بر اختلال در سلامت جسمی و بار اقتصادی که بیمار باید برای درمان متحمل شود، همه ابعاد اجتماعی و روحی- روانی بیماران را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد، به طوریکه به اختلال در کیفیت زندگی (۳)، افسردگی و اضطراب (۸)، اختلالات خواب (۹) و کاهش امید به زندگی در بیماران و مراقبت کنندگان آنان منجر شده است (۱۰).

از روش رایج جایگزینی کلیه می‌توان به همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه اشاره کرد و در این بین همودیالیز روش درمانی غالب در بسیاری از بیماران ESRD محسوب می‌شود (۱۱). در بررسی تاثیر عوامل روانی به اجتماعی بر نتایج درمان بیماران دیالیزی یکی از مهمترین آن‌ها اختلال افسردگی دانسته شده است. Jeurgenson و همکاران با استفاده از آزمون افسردگی بک (BDI) گزارش کردند که بین یک سوم تا نیمی از بیماران دیالیزی به افسردگی با شدت متوسط به بالا مبتلا هستند و ۸۵ درصد از آن‌ها نیز علائمی از نظر افسردگی نشان دادند (۱۲). Steel با بررسی بیماران دیالیزی گزارش کرد که افسردگی در مقایسه با مناسب بودن روش دیالیز ارتباط قوی‌تری با کیفیت زندگی دارد (۱۳). هرچند اثبات تاثیر افسردگی بر میزان بستری و مرگ و میر بیماران دیالیز کار مشکلی است ولی Kimmel و همکاران روی بیمارانی که هر شش ماه پرسشنامه افسردگی بک را پر می‌کردند آنالیز جامعی به روش کوهورت انجام دادند. این آنالیز بین شدت افسردگی و مرگ و میر در بیماران دیالیزی ارتباط معناداری نشان داد (۱۴). همچنین در یک مطالعه دیگر نشان دادند گروهی که در آزمون‌های اضطراب و افسردگی بک نمره بیشتری گرفتند در طول مدت درمان عوارض بیشتری را متحمل شدند به علاوه مشخص شد کیفیت نامطلوب زندگی و مشکلات روانی حتی ممکن است به انصراف بیماران دیالیزی از درمان منجر شود (۱۵).

بیماران مبتلا به بیماری کلیوی نسبت به سایر افراد بیشتر دچار افسردگی بوده و از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند (۱۶). همچنین این بیماران علاوه بر تطابق با بیماری کلیوی خود، باید با تنش‌های متعددی از جانب همسر، خانواده، شغل و اجتماع سازش پیدا کنند (۱۷). هر نوبت دیالیز چهار ساعت و سه بار در هفته انجام می‌شود و اغلب بیماران از خستگی، گرفتگی عضلات و سردرد بعد از دیالیز رنج می‌برند، علاوه بر موارد فوق آسیب‌های فیزیکی و مشکلات جسمانی افراد دیالیزی بسیار زیاد است و عواقب این بیماری بسیار پر زحمت و طولانی است (۱۸).

علاوه بر شیوع افسردگی در این بیماران که بدان اشاره شد نیز شیوع اضطراب در بیماران دیالیزی داخل کشور ۲۰ تا ۶۰ درصد است (۱۹). طول مدت درمان و نقص در عملکرد سیستم حمایتی بیماران دیالیزی منجربه ناتوانی آنان در تطابق با موقعیت‌های تنش‌زا و افزایش اضطراب می‌گردد (۲۰).

از میان انواع اضطراب، اضطراب مرگ در بیماران بیشتر تجربه می‌شود. به عنوان مثال اضطراب مرگ به صورت واکنش‌های هیجانی منفی برانگیخته شده که ناشی از پیش‌بینی فرد از این که دیگر وجود نخواهد داشت، تعریف می‌شود. اگرچه انسان در این فکر است که شیوه‌های سازگارانه خود را برای مقابله با اضطراب مرگ افزایش دهد، اما وجود دوره‌های استرس شدید و مخرب که سلامت خود فرد را تهدید می‌کند می‌تواند نتیجه بهکارگیری شیوه‌های ناکارآمد و آسیب شناسی مقابله‌ای برخی افراد باشد. اضطراب مرگ به عنوان یک مفهوم مهم در زمینه‌های مختلف مانند مراقبت از بیماران مزمن، مراقبت‌های روانی، غربالگری سرطان در افراد سالم اجتماع، مراقبت در تروما و شرایط بحرانی و کودکان و افرادی که

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.317]

در آن‌ها شرایط تشخیص مخاطره آمیز مطرح باشد درنظر گرفته می‌شود (۲۱).

به نظر می‌رسد یکی از درمان‌های نوین که بتواند افسردگی و اضطراب مرگ را در بیماران دیالیزی کاهش دهد، کرامت درمانی است. Chochinov برای اولین بار در سال ۲۰۰۶ مدلی برای درمان‌های مبتنی بر کرامت انسانی ارائه نمود. کرامت درمانی یک پروتکل استاندارد روان درمانی است که اولین بار با هدف کاهش دیسترس‌های جسمی و روانی بیماران در مراحل انتهایی حیات انجام گرفت. به عبارتی، مراقبتی کوتاه مدت است که می‌تواند در بالین بیمار انجام شود و به بیمار و خانواده وی در تطابق هرچه بیشتر در مراحل انتهایی حیات کمک کند. این مدل، پیرامون یک سری سوالات باز پاسخ سیر می‌کند که بیمار را تشویق می‌کند در مورد جنبه‌های مهم زندگی‌اش، امیدها و آرزوهایش برای افرادی که دوستشان دارد صحبت کند (۲۲).

از نظر دیدگاه اسلامی، انسان به طورذاتی احساس کرامت می‌کند، و این حس به خاطر داشتن نعمت‌هایی مثل، نعمت عقل (إِنَّ فِی ذَلِکَ لَآیَاتٍ لِّقَوْمٍ یَعْقِلُونَ) (روم/ ۲۴)، امانت الهی (إِنَّا عَرَضْنَا الْأَمَانَةَ عَلَى السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَالْجِبَالِ فَأَبَيْنَ أَنْ يَحْمِلْنَهَا وَأَشْفَقْنَ مِنْهَا وَحَمَلَهَا الْإِنْسَانُ إِنَّهُ كَانَ ظَلُومًا جَهُولًا) (احزاب/ ۷۲)، خودآگاهی (بهدلیل داشتن نیروی عقل)، نیروی تکلم، نیروی اختیار و قدرت‌های بسیار دیگری است که پروردگار به انسان لطف کرده است، و به همین دلیل او را ذاتا گرامی داشته است (وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا) (اسراء/ ۷۰). در دعای ندبه معصوم(ع) می‌فرماید: وَ كَرَّمْتَهُمْ بِوَحْيِک: و به وحی‌ات اکرامشان فرمودی، که خداوند این ویژگی را به برخی از انبیاء خود داد، و این گونه آن‌ها را تکریم نمود. جان بزرگی و غروی (۲۳) اظهار داشتند، بر اساس بررسی قسمت‌هایی از آنچه در دین بیان شده است، بشر یک سیستم چند بعدی منسجم، پیچیده (لَعَلِّي أَعْمَلُ صَالِحًا فِيمَا تَرَكْتُ كَلَّا إِنَّهَا كَلِمَةٌ هُوَ قَائِلُهَا وَمِنْ وَرَائِهِمْ بَرْزَخٌ إِلَى يَوْمِ يُبْعَثُونَ) (مومنون/ ۱۰)، متعادل (ثُمَّ كَانَ عَلَقَةً فَخَلَقَ فَسَوَّى) (قیامه/ ۳۸)، رابطه خاص او با خالقش (مخلوق ویژه) (وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا) (اسراء/ ۷۰)، دارای انگیزه اصلی زندگی (چه در بعد کمی؛ بقای کامل، و چه در بعد کیفی؛ کمال مطلق) و تعالی جو (هدفمند، ساعی و کمال جو)، (يا أَيُّهَا الْإِنْسانُ إِنَّکَ كادِحٌ إِلى رَبِّکَ كَدْحاً فَمُلاقِيهِ) (انشقاق/ ۶) هدفمند (وَ ما خَلَقْتُ الْجِنَّ وَ الْإِنْسَ إِلاَّ لِيَعْبُدُونِ) (ذاریات/ ۵۶) ، فعال و توانمند (وَ أَوْحَيْنا إِلَيْهِمْ فِعْلَ الْخَيْراتِ) (اسراء/ ۷۳)، برنامه‌ریزی شده و دارای برنامه‌ریزی مشخص (فَأَقِمْ وَجْهَکَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَةَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ذَلِکَ الدِّينُ الْقَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لا يَعْلَمُونَ) (روم/ ۳۰)، مختار (إِنَّا هَدَيْنَاهُ السَّبِيلَ إِمَّا شَاكِراً وَ إِمَّا كَفُوراً) (انسان/ ۳)، خودنظم‌جو (يا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِن تَتَّقُوا اللَّهَ يَجعَل لَكُم فُرقَانًا وَيُكَفِّر عَنكُم سَيِّئَاتِكُم وَيَغفِر لَكُم وَاللَّهُ ذُو الفَضلِ العَظِيمِ) (انفال/ ۲۹) دارای شرایط و زمینه و ابزارهای لازم برای تحول (و جعل لکم السمع والابصار و الافئده لعلکم تشکرون) (نحل/ ۷۸)، ولی در عین حال آسیب‌پذیر (یرید الله ان یخفف عنکم و خلق الانسان ضعیفا) (نساء/ ۲۸)، معرفی می‌شود. آدمی وقتی خودش را با سایر موجودات در مورد دارایی‌های خاصش مقایسه می‌کند، این حس قدرت در او احساس ارزشمندی می‌دهد و خودش را مورد مخاطب خالق هستی می‌بیند. از نظر اسلام، نفس استعدادهای فراوانی دارد که به معدن طلا و نقره تشبیه می‌شود (الناس معادن کمعادن الذهب و الفضه) (کافی/ ۸؛ ۱۷۷) و شناخت نفس باعث شناخت پروردگار عالم می‌شود (جوامع الکلم/ ۱۹۹) استعدادهای انسان همان معادن وجودی او هستند، و از نظر قرآن و تفاسیر کرامت‌ذاتی (۳۴) همان استعدادهای بالقوه "خود" است، که این نعمت‌ها به سایر موجودات داده نشده است. این توانایی‌ها بالقوه هستند و نیازمندند تا بالفعل شوند، یعنی این استعدادها، به وسیله عقل بیرونی (شریعت) و تلاش تخصصی انسان، بالفعل و بیرونی می‌شوند. بر اساس آیات و روایات، پس از شکوفا شدن استعدادهای باالقوه، انسان احساس کرامت واقعی می‌کند.

آزادی و همکاران پس از تحلیل کیفی مبتنی بر نظریه معناشناسی زبان، به یک مدل مفهومی در کرامت دست یافتند (۲۵). در پژوهش مذکور از ۱۶ متخصص حوزه علوم قرآن و حدیث خواسته شد تا فرم روایی محتوا (CVR) را تکمیل کنند، که همه مولفه‌های مفهومی مقدار CVR بالاتر از ۰/۸۵ و برخی نزدیک به ۰/۸۵ که گزارش آن در پایان نامه دکتری آمده است.

آزادی و همکاران در یک پژوهش دیگر، برداشت بیماران سرطانی ایرانی را در ارتباط با آسیب در کرامتشان واکاوی کردند (۲۶). آن‌ها مشابه تحقیق Chochinov و همکاران عمل کردند (۲۷). آن‌ها قصد داشتند، مطالعه کیفی کرامت در آیات و روایات را با داده‌های این پژوهش ترکیب کرده، تا بتوانند به مدل نهایی مداخله دست پیدا کنند. سپس در پایان نامه دکتری در رشته روانشناسی به پروتکل درمانی کرامت بر اساس مبانی اسلامی دست یافتند (۲۸) و به ۱۰ نفر که همه درمانگران و متخصص روانشناسی و مشاوره بودند، ارسال گردید. نتیجه CVR و CVI برای مجموعه تکنیک‌ها به جزء یک تکنیک، ۰/۸ بود. تقریبا همه متخصصین تکنیک‌ها را ضروری و مرتبط گزارش کرده بودند، و ارزیابی یک نفر از متخصصین در مجموع منفی بود. تکنیکی که روایی آن ۰/۶ بود، حذف گردید.

کرامت درمانی روشی است که در آن درمانگر در طی یک جلسه ۳۰ تا۶۰ دقیقه‌ای، یک سری سوالات باز از بیمار می‌پرسد و وی را تشویق به صحبت در مورد زندگی خود و وقایع مهم آن می‌کند. صحبت‌های بیمار ثبت، بازنویسی و ویرایش می‌شود. سپس در عرض چند روز به وی برگردانده می‌شود تا فرصت ایجاد تغییرات لازم را قبل از تهیه نسخه نهایی داشته باشد؛ نسخه نهایی به عنوان کتابچه‌ای جهت نزدیکان و اعضای خانواده وی به یادگار

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.317]

می‌ماند. کرامت درمانی یک راه مؤثر برای بیماران جهت پیدا کردن معنا و هدف در مراحل انتهایی حیات بوده و فرصتی برای به اشتراک گذاشتن داستان زندگی و تجربیات خود با اعضای خانواده است. این مداخله می‌تواند به حفظ حس کرامت بیمار در مراحل انتهایی حیات با پرداختن به منابع پریشانی روانی و استرس وجودی وی کمک کننده باشد. به واسطه کرامت درمانی امکان ثبت جوانب معنادار زندگی فرد و باقی گذاشتن اثری از خود برای بهره‌مند شدن عزیزانش در آینده فراهم می‌گردد (۲۹،۳۰). با توجه به اینکه احساس کرامت تحت تأثیر زیرساخت‌ها و سازه‌های معنوی، مذهبی و فرهنگی می‌باشد؛ تفاوت‌های مذکور در ارتباط با روش‌های مراقبتی کرامت محور می‌بایست مورد توجه واقع گردد (۳۱،۳۲). حفظ و ارتقای کرامت انسانی بیماران و فراهم‌سازی مرگ با عزت، جوهره مراقبت‌های پرستاری را تشکیل می‌دهد. به بیانی دیگر، ژرف‌ترین انگیزاننده اخلاقی مراقبت؛ همانا صیانت از کرامت انسانی است (۳۳). بهره‌مندی از روش‌های نوین مراقبتی مبتنی بر کرامت، همچون کرامت درمانی می‌تواند احساس ارزش، بزرگی و عزت نفس را در مراحل زندگی سخت برای بیماران دیالیزی فراهم کرده و آن‌ها را جهت گذر از این مرحله پرتلاطم یاری رساند. از این‌رو، شناسایی و بهره‌مندی از روش‌های مراقبتی اکرام‌بخش نه تنها از الزامات اخلاقی حرفه‌ای، بلکه به مثابه کمال مطلوب و آرمان اخلاقی این حرفه مقدس می‌باشد. در این راستا، با توجه به کمبود مطالعات موجود در بافت ایرانی در رابطه با این رویکرد نوین مراقبتی مبتنی بر کرامت؛ مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر کرامت درمانی معنوی اسلامی بر افسردگی و اضطراب مرگ بیماران ایرانی دیالیزی انجام شد.

روش

در این طرح در ابتدای کار فراخوانی تهیه شد و جلسات لازم با مدیریت کلینیک انجام شد و مجوز اجرای آن ثبت گردید. سپس با کمک پرسنل کلینیک محبان فراخوان به بیماران خانم دیالیزی ارسال شد و در مجموع تعداد ۳۲ خانم در این کلینیک به صورت ثابت و مداوم دیالیز می‌شدند که از بین این افراد به علت سن بالای ۶۰ سال تعداد ۱۶ نفر حذف گردیدند. از ۱۶ نفر باقیمانده مصاحبه و گفتگو انجام شد که تعداد ۴ نفر به علت اختلال روانی حذف شدند. برای اطمینان از انتخاب درست حجم نمونه، نمونه سؤالاتی برای غربالگری از مراجعین پرسیده شد و در فرم مصاحبه کتبی مربوط ثبت شد و برای هر فرد کد مخصوص در نظرگرفته شد. پرسشنامه اضطراب مرگ Templer و افسردگی Beck به عنوان پیش‌آزمون در همان جلسه فردی در اختیار افراد قرار گرفت. افرادی که مورد تایید معیارها بودند انتخاب شدند (۱۲ خانم دیالیزی) و در دو گروه کنترل و آزمایش (۶ نفر گروه کنترل، ۶ نفر گروه آزمایش) قرار گرفتند. در طول برگزاری جلسات یکی از بیماران بهدلیل فوت ناشی از سکته مغزی از ادامه جلسات بازماند. برای شرکت کنندگان در پژوهش حاضر، اهداف طرح تحقیقاتی توضیح داده شد و گروه آزمایش طی ۶ جلسه، هر هفته دو ساعت تحت کرامت درمانی معنوی اسلامی به صورت گروه درمانی قرار گرفتند. گروه درمانی به صورت حضوری در مرکز دیالیز محبان مشهد اجرا شد. اما گروه کنترل درمانی دریافت نکردند، اما به آن‌ها وعده درمان پس از انجام تحقیق داده شد. بعد از پایان شش جلسه گروه درمانی، دو گروه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند و درنتیجه داده‌ها تجزیه‌وتحلیل شد.

مطالعات شبه آزمایشی که امکان مطالعه روابط علت- معلولی مد نظر بود در شرایطی که امکان کنترل در متغیرهای مورد مطالعه وجود ندارد، از خیلی جهات این مدل تحقیق، مشخصات و شرایط مطالعه آزمایشی را دارا می‌باشد. همچنین پژوهشگر با اطلاع از محدودیت‌ها کوشش می‌کند تحقیقش را به تحقیق آزمایشی واقعی مجاور کند. همچنین تشخیص بین طرح‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی هنگامی‌که آزمودنی‌ها انسان هستند بسیار سخت است. پژوهش حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی است که با گروه کنترل با طرح پس‌آزمون و پیش‌آزمون انجام گردید.

ابزار

در جدول ۱ بسته مداخله جلسات طرح درمان کرامت درمانی معنوی اسلامی (۳۴) ارائه شده است.

پرسشنامه افسردگی Beck

پرسشنامه‌ی افسردگی Beck، برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط Beck تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه، ۲۱ ماده دارد و هر ماده، نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. بنابراین، بالاترین نمره در این پرسشنامه برابر ۶۳ است. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علایم افسردگی را می‌سنجد (۳۵). قاسم‌زاده و همکاران ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۸۷؛ ضریب بازآزمایی آن را ۰/۷۴ و همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی Beck ویرایش اول را ۰/۹۳ گزارش کردند (۳۶).

پرسشنامه اضطراب مرگ Templer

پرسشنامه مورد استفاده اضطراب مرگ Templer جهت اندازه گیری اضطراب مربوط به مرگ می‌باشد که بیشترین استفاده در نوع خود داشته است. این پرسشنامه خود اجرایی متشکل از پانزده سوال بلی- خیر است. پرسشنامه درحال‌حاضر توسط رجبی و بحرانی ترجمه فارسی شده‌است (۳۷). همچنین به خاطر سنجیدن اضطراب مرگ از پرسشنامه Templer که ۱۵ سوال دارد استفاده شد. ضرایب آلفای کرونباخ برای عامل‌های سه‌گانه که با روش تحلیل عاملی و ویرایش ایتالیایی این مقیاس بهدست آمده است، به ترتیب ۰/۴۹، ۰/۶۸ و ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند. Templer ضریب بازآزمایی مقیاس را ۰/۸۳ محاسبه کرده است (۳۸). ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس، ۰/۸۳ روایی همزمان به وسیله همبستگی آن با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است (۳۰).

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.317]

جدول-۱. جدول چارچوب جلسات درمان بر اساس کرامت درمانی

جلسه	هدف	خلاصه محتوی جلسه	انجام کاربرگ
اول	زمینه‌سازی برای درمان	ایجاد رابطه، آشناسازی با کرامت آموزش روانی ارتباط بین بدن و روان و رابطه دیالیز و کرامت، هدف‌گذاری، انگیزش شروع درمان، قرارداد درمانی	
دوم	فعال‌کردن عبودیت در بیمار	نوشتن نامه به خدا، فهرست افکار در ارتباط با خداوند، تکنیک هوشیاری نسبت به خدا پنداره، چالش افکار و خدا انگاره‌های منفی، جایگزین کردن خدا انگاره مثبت	۱. سیاهه ثبت افکار و خدا انگاره منفی؛ ۲. خلاصه ثبت سیاهه افکار با معرفی خدا انگاره جدید و مثبت
سوم	ارتباط با نعمت و صاحب نعمت	تکنیک GODFULLNES، تنظیم کاربرگ فهرست داشته‌ها، کشف و شناخت داشته‌ها	کاربرگ فهرست داشته‌ها
چهارم	بخشش خود و دیگران	مسئول دانستن خود، بیان احساسات خود سرزنشی، نامه به خود، بیان تجربیات منفی از دیگران، آموزش تکنیک آرامش‌سازی، من چی میگم، خدا چی میگه	
پنجم	اکتساب حریم خصوصی	آموزش خرده نظام همسران، والدین و فرزندان و ساختار خانواده، کشیدن ژنوگرام خانواده، استفاده از استعاره برای مرزسازی، تغییر روابط فضایی، میدان ارتباطی	
ششم	کسب استقلال‌خواهی	آموزش تفاوت جرئت‌مندی، پرخاشگری و خجالت، آموزش جرئت‌مندی اساسی، تمرین نه گفتن بر اساس درمان شناختی رفتاری	

نتایج

میانگین سنی در گروه آزمایش ۴۷/۴ با انحراف معیار ۸/۶ و در گروه کنترل ۴۴/۴ با انحراف معیار ۱۱ حضور دارند. میانگین سن کل آزمودنی‌ها، ۴۵/۹ با انحراف معیار ۹/۵ بود. فراوانی تحصیلات در گروه آزمایش (۲۰ درصد دیپلم، ۲۰ درصد لیسانس و ۱۰ درصد فوق لیسانس) بود. همچنین در گروه کنترل (۴۰ درصد دیپلم و ۱۰ درصد لیسانس) بود. ۵۰ درصد از هر دو گروه کنترل و آزمایش شاغل بودند.

با توجه به اینکه پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس مورد تایید قرار گرفته بود ولی با توجه به اینکه تعداد نمونه کافی نبود از تحلیل ناپارامتریک کوواریانس استفاده کردیم. در این تحلیل مقدار f در

جدول-۲. توزیع فراوانی سن افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

دامنه سنی	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۴۷/۴	۸/۶
کنترل	۴۴/۴	۱۱
کل	۴۵/۹	۹/۵

متغیر افسردگی ۵/۹ محاسبه شد که با توجه به سطح معناداری که کمتر از ۰/۰۵ است و عدد آن برابر با ۰/۰۲۱ است نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل وجود دارد و فرض پژوهش تایید می‌گردد.

جدول-۳. توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و مدت زمان ابتلا به بیماری و طول درمان دیالیز

متغیر		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
وضعیت تاهل	مجرد	۱	۱۰	۰	۰
	متاهل	۲	۲۰	۵	۵۰
	مطلقه	۱	۱۰	۰	۰
	بیوه	۱	۱۰	۰	۰
میزان تحصیلات	دیپلم	۲	۲۰	۴	۴۰
	لیسانس	۲	۲۰	۱	۱۰
	فوق لیسانس	۱	۱۰	۰	۰
وضعیت اشتغال	شاغل	۲	۲۰	۱	۱۰
	بیکار	۳	۳۰	۴	۴۰
وضعیت اقتصادی	متوسط	۵	۵۰	۴	۴۰
	خوب	۰	۰	۱	۱۰
مدت زمان طول درمان دیالیز	کمتر از ۶ ماه	۰	۰	۰	۰
	۶ ماه تا ۱ سال	۰	۰	۱	۱۰
	۱ تا ۵ سال	۱	۱۰	۴	۴۰
	بیش از ۵ سال	۴	۴۰	۰	۰

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.317]

جدول-۴. بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهشی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	گروه	آمارهz کلموگروف- اسمیرنوف	مقدار احتمال	آمارهz کلموگروف- اسمیرنوف	مقدار احتمال
اضطراب مرگ	آزمایش	۰/۱۳۶	۰/۲	۰/۲۲	۰/۲
	کنترل	۰/۳	۰/۱۶	۰/۲۴	۰/۲
افسردگی	آزمایش	۰/۲۱۶	۰/۲	۰/۲	۰/۲
	کنترل	۰/۲	۰/۲	۰/۲۸	۰/۲

جدول-۵. بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	F لوین	مقدار احتمال	F لوین	مقدار احتمال
اضطراب مرگ	۰/۷۶	۰/۴۱	۱/۹	۰/۲
افسردگی	۰/۰۸	۰/۷۸	۰/۰۳۸	۰/۸۵

جدول-۶. بررسی مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون جهت اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیری

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال
اضطراب مرگ × گروه	۱/۹۸	۱	۱/۹۸	۱/۲	۰/۳۱
افسردگی × گروه	۴/۶۸	۱	۴/۶۸	۱/۹	۰/۲۱۶

جدول-۷. تحلیل ناپارامتریک کوواریانس

متغیر	f	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری	ضریب اتا
افسردگی	۵/۹	۱	۹	۰/۰۲۱	۰/۱۷۶
اضطراب مرگ	۷/۱۳	۱	۹	۰/۰۱۲	۰/۲۰۳

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر روی افسردگی و اضطراب مرگ بیماران دیالیز بود. نتایج نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افراد تحت درمان کرامت درمانی تفاوت معناداری وجود داشت، و تاثیرات نمرات کاهش افسردگی و اضطراب مرگ بعد از اجرای درمان کرامت درمانی در مقایسه با گروه کنترل مشاهده شد، مطابق با نتایج مطالعه حاضر، کرامت درمانی منجر به افزایش حس معنا، هدف، ارزش زندگی و کاهش احساس رنج، پوچی و بیهودگی بیماران تحت درمان دیالیز گردید. نتایج مطالعه حاضر همراستا با نتایج سایر مطالعات مشابه، تأییدکننده تأثیر مثبت این رویکرد حمایتی روان درمانی بر تمامی ابعاد زندگی فرد از جمله احساس کرامت، ارزشمندی و عزت نفس می باشد (۳۹،۴۰). تأثیرات مثبت این رویکرد نوین در بیماران با تشخیص‌های مختلف از جمله بیماران مبتلا به سرطان (۳۹)، نورون حرکتی (۴۱)، همودیالیز (۳۰)، اختلالات روانی همچون افسردگی (۴۲)، و حتی در سالمندان سالم (۴۳) مورد تأیید قرار گرفته است.

واقعی و حیدری در مطالعه خود که با هدف تعیین تاثیر کرامت درمانی بر عزت نفس درک شده در بیماران با افسردگی شدید در مشهد انجام گرفت؛ به تأثیر مثبت کرامت درمانی بر عزت نفس بیماران اشاره کردند. به عبارتی، کرامت درمانی در ابعاد کاهش وابستگی، آرامش ذهنی و حمایت اجتماعی مؤثر بوده است (۴۲).

نتایج مطالعه حاضر همسو با نتایج پژوهش مشایخی ساردو و همکاران بود که به بررسی تأثیر مدل درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی بر حس کرامت بیماران همودیالیزی در جیرفت پرداختند. یافته‌های مطالعه آن‌ها نشان داد که کرامت درمانی منجربه افزایش احساس کرامت در بیماران تحت همودیالیز می‌شود و می‌تواند تجربیات و احساسات منفی از جمله پوچی، یأس و ناامیدی، خستگی و درماندگی و افکارتکرارشونده در رابطه با مرگ را کاهش و در مقابل عزت نفس و اعتماد به نفس بیماران مذکور را افزایش دهد (۳۰). تأثیر مثبت کرامت درمانی بر کاهش دیسترس‌های روانی بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب العلاج در جوامع و فرهنگ‌های مختلف مورد تأکید قرار گرفته است. کاهش دیسترس های روانی در بیمار مذکور می‌تواند ضمن ایجاد آرامش درونی و تسکین آلام وجودی؛ وی را جهت تعمق بر ابعاد مهم حیات زیسته خود متمرکز نموده و با یادآوری جنبه‌های مهم زندگی خویش، به تجدید معنی و هدف زندگی بپردازد (۴۴-۲۹).

در این راستا، نتایج تحقیق Julião و همکاران که به بررسی تاثیر کرامت درمانی بر دیسترس روانی بیماران علاج ناپذیر پرتغالی در پایان زندگی پرداخته بودند؛ نشان داد که این رویکرد تأثیر بسزایی در کنترل هیجانات عاطفی بیماران مذکور داشته و ضمن ارتقای روحیه و احساس ارزشمندی آن‌ها، احساس میل به مرگ را در آن‌ها کاهش داده بود (۴۴). در این رابطه، نتایج مطالعه دیگری که توسط Houmann و همکاران تحت عنوان" بررسی آینده

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.317]

نگر کرامت درمانی به عنوان یک مراقبت تسکینی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته" در دانمارک انجام گرفت؛ بیانگر آن بود که کرامت درمانی ضمن کمک به کاهش احساس اضطراب، ایجاد احساس کنترل و افزایش سطح عملکردی آن‌ها؛ سبب افزایش معنا و هدف در زندگی، احساس کرامت و درک بهتر خانواده نسبت به آن‌ها شده بود (۴۱).

مانوکیان و همکاران به این نتیجه رسیدند که کرامت درمانی حتی با سه جلسه ۶۰-۳۰ دقیقه‌ای اثرگذار است و می‌تواند در مراحل پایانی حیات بیماران مبتلا به سرطان، حس معنا، هدف، عزت وکرامت آن‌ها را ارتقا بخشد و مرگی با عزت را برای این بیماران فراهم نماید (۴۵).

با وجود آنکه در سال‌های اخیر کرامت درمانی در ایران نیز وارد ادبیات مداخلات روان سرطان شناسی در حوزه مراقبت‌های تسکینی و سرطان‌های متاستاتیک شده است، اما تعداد مطالعاتی که در این حوزه به بررسی اثربخشی این روش پرداخته‌اند هنوز به تعداد انگشتان یک دست نیز نمی‌رسند (۴۶،۴۷). این درحالی است که کرامت درمانی به دلیل اثربخشی که در بهبود کیفیت زندگی (۴۸)،کاهش پریشانی، بازتأیید هویت، تقویت روابط و افزایش امید و معنا (۴۹) و کاهش سطح اضطراب، افسردگی و پریشانی بیماران مبتلا به سرطان نشان داده است (۵۰) یکی از مداخلات روانشناختی رایج در بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرفته و تهدید کننده درجهان تلقی می‌شود (۵۱) که این امر، بررسی بیشتر اثربخشی آن را در گروه‌های گوناگونی از بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرفته به خصوص سرطان در کشور ضروری می‌کند.

تحقیقات کریمی و همکاران (۴۶) نیز اثربخشی کرامت درمانی را در افزایش امید و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مورد تأیید قرار داده‌اند. همچنین زکی‌نژاد و همکاران (۴۷) نیز دریافتند که کرامت درمانی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در موقعیت مراقبت تسکینی اثربخش است. به علاوه، یک مطالعه مروری منظم و فراتحلیل روی کرامت درمانی در بیمارانی که در مراحل پایانی قرار دارند، امکان پذیربودن، مقبولیت، رضایت بخش بودن و اثربخشی آن را در این بیماران در گروه‌های سنی مختلف مورد تأیید قرار داده و نشان داده است که این روش درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی و فشار مراقبتی خانواده مراقبان در سرتاسر دوران مراقبت تسکینی مفید است (۵۰).

در این راستا نیز چنین می‌توان گفت که کرامت درمانی با فراهم کردن یک روایت مکتوب منسجم از زندگیِ بیماران و قابلیت آن برای دادن به هر شخصی که بیمار مد نظر داشته باشد، از طرفی موجب کاهش احساس خود ناپیوستگی این افراد شده و ازطرف دیگر با تأمین کردن نیاز این بیماران به برجا گذاردن میراثی از خود و ارزش هایشان برای دیگران به بعد اجتماعی کرامت در آن‌ها نیز کمک می‌کند (۵۱،۵۲).

با توجه به قابلیت یادگیری کرامت درمانی می‌توان در طی درمان دیالیز به بیماران آموزش داد. همچنین، می‌توان از کرامت درمانی جهت بیماران پیوند کلیه و پرستارانی که با این بیماران در تعامل هستن با این مقوله آشنا نمود.

لازم به ذکر است، این پژوهش مانند سایر مطالعات دارای محدودیت‌هایی بود، از جمله: تعداد کم نمونه‌ها و محدودیت در برگزاری جلسات با توجه به زمان متوالی دیالیز (۳ روز در هفته)، بازگو نکردن مسائل شخصی و عدم تمایل به صحبت کردن به علت ضعف و ناتوانی و خستگی ناشی از عوارض جسمی دیالیز؛ که پژوهشگر با توجه به سابقه ۱۰ ساله دیالیز شدن و درک بالایی از همدلی و ایجاد حس اعتماد تا حدودی توانست از محدودیت‌های مذکور بکاهد. به طور کلی و در پایان، می‌توان بیان کرد که کرامت درمانی بر افسردگی و اضطراب مرگ بیماران دیالیزی موثر می‌باشد. این رویکرد مراقبتی ضمن کاهش تنش‌های روانی و وجودی بیماران مذکور، آن‌ها را در بازتعریف هدف و معنی حیات کمک نموده و با یادآوری ارزش و اهمیت حیات زیسته آن‌ها؛ احساس کرامت و عزت نفس آن‌ها را ارتقاء می‌بخشد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان می‌دهد درمان مبتنی بر کرامت درمانی بر افسردگی و اضطراب مرگ بیماران دیالیزی مؤثر است و از این شیوه درمانی در مراکز دیالیز و بیمارستان‌ها می‌توان بهره گرفت.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل پایان‌نامه با کد پیگیری ۲۸۷۰۶۶۳ از نویسنده اول در مقطع کارشناسی ارشد مشاوره خانواده می‌باشد؛ و برگرفته از پایان نامه دانشجویی است و دسترسی به منابع مالی حمایتی نداشته است. همچنین پژوهشگران از همکاری و حمایت تمام شرکت کنندگان این پژوهش و پرسنل مرکز محبان که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Hoste EAJ, Kellum JA, Selby NM, Zarbock A, Palevsky PM, Bagshaw SM, et al. Global epidemiology and outcomes of acute kidney injury. Nature Reviews Nephrology. 2018;14(10):607-25.

2. Raiesifar A, Tayebi A, Mehrii SN, Ebadi A, Einollahi B, Tabibi H, et al. Effect of applying continuous care model on quality of life among kidney transplant patients a randomized clinical trial.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.317]

Iranian Journal of Kidney Diseases. 2014;8(2):139-44.
3. Tol A, Esmail Shahmirzade S, Moradian Sorkhkoulaei M, Azam K. Determination of quality of life of dialysis and kidney transplant patients compared to healthy people. Journal of Health System Research. 2012;7(6):1170-7.
4. Kim KM, Oh HJ, Choi HY, Lee H, Ryu DR. Impact of chronic kidney disease on mortality: a nationwide cohort study. Kidney Research and Clinical Practice. 2019;38(3):382.
5. Harrison TR, Kasper DL. Harrisons principles of internal medicine.16 th ed, New yourk: MC Graw - hill; 2005.
6. Luyckx VA, Tonelli M, Stanifer JW. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. Bulletin of the World Health Organization. 2018;96(6):414.
7. Beard BH. Fear of death and fear of life: The dilemma in chronic renal failure, hemodialysis, and kidney transplantation. Archives of General Psychiatry. 1969;21(3):373-80.
8. Feroze U, Martin D, Reina-Patton A, Kalantar-Zadeh K, Kopple JD. Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. Iranian Journal of Kidney Diseases. 2010;4(3):173-80.
9. Abassi MR, Safavi A, Haghverdi M, Saedi B. Sleep disorders in ESRD patients undergoing hemodialysis. Acta Medica Iranica. 2016:176-84.
10. Hejazi SS, Nikbakht SH, D ZarrinGhabaee N, Akaberi A, Nazari Sheyhaki A. Hope in caregivers and hemodialysis patients. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2015; 6(4):807-17.
11. Vipond CM. Intervention strategies for improving fluid-restriction compliance in chronic hemodialysis patients. Dialysis & transplantation. 1991;20(4):166-8.
12. Juergensen PH, Wuerth DB, Juergensen DM, Finkelstein SH, Steele TE, Kliger AS, et al. Psychosocial factors and clinical outcome on CAPD. In Advances in Peritoneal dialysis. Conference on Peritoneal Dialysis 1997;13:121-4.
13. Steele TE, Baltimore D, Finkelstein SH, Juergensen P, Kliger AS, Finkelstein FO. Quality of life in peritoneal dialysis patients. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1996;184(6):368-74.
14. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, et al. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. Kidney International. 2000;57(5):2093-8.
15. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Boyle DH, Cruz I, et al. Aspects of quality of life in hemodialysis patients. Journal of the American society of Nephrology. 1995;6(5):1418-26.
16. Schouten RW, Haverkamp GL, Loosman WL, Shaw PK, van Ittersum FJ, Smets YF, et al. Anxiety symptoms, mortality, and hospitalization in patients receiving maintenance dialysis: a cohort study. American Journal of Kidney Diseases. 2019;74(2): 158-66.
17. Shafi ST, Shafi T. A comparison of anxiety and depression between pre-dialysis chronic kidney disease patients and hemodialysis patients using hospital anxiety and depression scale. Pakistan Journal of Medical Sciences. 2017;33(4):876.
18. Schouten RW, Nadort E, Harmse V, Honig A, van Ballegooijen W, Broekman BF, et al. Symptom dimensions of anxiety and their association with mortality, hospitalization and quality of life in dialysis patients. Journal of Psychosomatic Research. 2020;133:109995.
19. Chilcot J, Hudson JL, Moss-Morris R, Carroll A, Game D, Simpson A, et al. Screening for psychological distress using the Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale (PHQ-ADS): Initial validation of structural validity in dialysis patients. General Hospital Psychiatry. 2018;50:15-9.
20. Dziubek W, Kowalska J, Kusztal M, Rogowski Ł, Gołębiowski T, Nikifur M, et al. The level of anxiety and depression in dialysis patients undertaking regular physical exercise training-a preliminary study. Kidney and Blood Pressure Research. 2016;41(1):86-98.
21. Mok MM, Liu CK, Lam MF, Kwan LP, Chan GC, Ma MK, et al. A longitudinal study on the prevalence and risk factors for depression and anxiety, quality of life, and clinical outcomes in incident peritoneal dialysis patients. Peritoneal Dialysis International. 2019;39(1):74-82.
22. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. Journal of Clinical Oncology. 2005;23(24):5520-5.
23. Janbozorgi M, Gharavi SM. Principle of Psychotherapy and Cunseling, an Islamic Approach (Concepts, Process and Technics). Publications of the research center of Hawzah and university. 2015.
24. Tabatabai SMH. Al-Mizan in the Interpretation of the Qur'an. Dar Al-Kutub Al-Islami. Epistemological studies in Islamic University. 2018;23(3):497-512.
25. Azadi M, Azarbayjani M, Shujaei MS, Rasulzadeh Tabatabai SK. The Application of Semantic Domain Theory in the Study of Dignity Based on Islamic Resources. Irainian Journal of the Knowledge Studies in The Islamic University. 2019;23(80):497-512
26. Azadi M, Azarbayejani M, Rasoul Zadeh Tabatabie SK. Dignity in Iranian cancer patients: a qualitative approach. Mental Health, Religion & Culture. 2020;23(7):519-31.
27. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. Social Science & Medicine. 2002;54(3):433-43.
28. Azadi M. Designing an Islamic model of dignity-based intervention and investigating its effectiveness on the quality of life of cancer patients. Doctoral dissertation, Thesis. Qom, Iran: Hawzah and University Research Center, Behavioral Sciences Research Institute. 2018.
29. Houmann LJ, Chochinov HM, Kristjanson LJ, Petersen MA, Groenvold M. A prospective

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.317]

evaluation of Dignity Therapy in advanced cancer patients admitted to palliative care. Palliative Medicine. 2014;28(5):448-58.
30. Mashayekhi Sardoo A, Borhani F, Abbaszadeh A. The effect of dignity therapy model on sense of dignity of hemodialysis patients: A randomized clinical trial. Journal of Bioethics. 2014;4(13):117-36. [In Persian]
31. Hosseini A, Rezaei M, Bahrami M, Abbasi M, Hariri H. The relationship between dignity status and quality of life in Iranian terminally ill patients with cancer. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2017;22(3):178-83.
32. Cheraghi MA, Manookian A, Nasrabadi AN. Human dignity in religion-embedded cross-cultural nursing. Nursing Ethics. 2014;21(8):916-28.
33. Manookian A, Cheraghi MA, Nasrabadi AN, Peiravi H, Shali M. Nurses' lived experiences of preservation of patients' dignity. Journal of Medical Ethics & History of Medicine. 2014;7(1):p1.
34. Azadi M. Designing an Islamic model of intervention based on dignity and evaluating its effectiveness on the quality of life. Cancer patients, under the guidance of: Dr. Masoud Azarbaijani, Hozha Research Institute and Qom University, doctoral dissertation. 2018.
35. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck Depression Inventory manual (2nd ed.). SanAntonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
36. Qasemzadeh H, Mojtabaee R, KaramGhadiri N, EbrahimKhani N. Psychometric properties of a persion language version of the beck depression inventory. 2end ed: BDI-II. Journal of Depression and Anxiety. 2005.
37. Rajabi GR, Bohrani M. Item factor analysis of the death anxiety scale. Journal of Psychology. 2002;5(4):331-44.
38. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. The Journal of General Psychology. 1970;82(2):165-77.
39. Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care 1. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2006;56(2):84-103.
40. Houmann LJ, Chochinov HM, Kristjanson LJ, Petersen MA, Groenvold M. A prospective evaluation of Dignity Therapy in advanced cancer patients admitted to palliative care. Palliative Medicine. 2014;28(5):448-58.
41. Aoun SM, Chochinov HM, Kristjanson LJ. Dignity therapy for people with motor neuron disease and their family caregivers: a feasibility study. Journal of Palliative Medicine. 2015;18(1): 31-7.
42. Vaghee S, Heydari A. The Effect of Dignity Therapy on Perceived Dignity in Patients with Major Depression Disorder. Nursing and Midwifery Studies. 2016;5(4):e38288.
43. Chochinov HM, Cann B, Cullihall K, Kristjanson L, Harlos M, McClement SE, et al. Dignity therapy: a feasibility study of elders in long-term care. Palliative & Supportive Care. 2012; 10(1):3-15.
44. Julião M, Oliveira F, Nunes B, Carneiro AV, Barbosa A. Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: a randomized controlled trial. Palliative & Supportive Care. 2017;15(6):628-37.
45. Manookian A, Nikbakhat AR, Shamshiri AR, Hojjat S. The effect of dignity therapy on sense of dignity in cancer patients. Iranian Journal of Nursing Research. 2020;15(2):76-83.
46. Karimi Z, Mehrpooya N, Vagharseyyedin SA, Rahimi H. Dignity therapy improves hope and quality of life in cancer patients: A randomized clinical trial. Journal of Advances in Medical and Biomedical Research. 2020;28(128):156-65.
47. Zaki-Nejad M, Nikbakht-Nasrabadi A, Manookian A, Shamshiri A. The effect of dignity therapy on the quality of life of patients with cancer receiving palliative care. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2020;25(4):286-90.
48. Li YC, Feng YH, Chiang HY, Ma SC, Wang HH. The effectiveness of dignity therapy as applied to end-of-life patients with cancer in Taiwan: a quasi-experimental study. Asian Nursing Research. 2020;14(4):189-95.
49. Bentley B, O'connor M, Shaw J, Breen L. A narrative review of dignity therapy research. Australian Psychologist. 2017;52(5):354-62.
50. Li Y, Li X, Hou L, Cao L, Liu G, Yang K. Effectiveness of dignity therapy for patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of 10 randomized controlled trials. Depression and Anxiety. 2020;37(3):234-46.
51. Rosenberg S. Dignity therapy. American Journal of Psychiatry Residents' Journal. 2018;13(8):6-7.
52. Cuevas PE, Davidson P, Mejilla J, Rodney T. Dignity therapy for end-of-life care patients: a literature review. Journal of Patient Experience. 2021;8.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.317]