

## بررسی ارتباط شدت استرس با کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز بیمارستان‌های شهرستان ساری در سال ۱۳۸۷

ویدا شفیع پور<sup>۱</sup>، هدایت جعفری<sup>۲</sup>، لیلا شفیع پور<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

<sup>۳</sup> پزشک عمومی

نشانی نویسنده مسؤول: ساری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، گروه پرستاری، ویدا شفیع پور

E-mail: vidashafipour@yahoo.com

وصول: ۸۸/۶/۱۶، اصلاح: ۸۸/۸/۹، پذیرش: ۸۸/۹/۳۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** بیماران همودیالیزی برای ادامه زندگی تحت دیالیز قرار می‌گیرند و این امر محدودیت‌های خاصی را بر بیماران تحمیل می‌کند که باعث اختلال در کیفیت زندگی آنان می‌گردد. همچنین استرس‌های ناشی از همودیالیز سبب می‌شود تا از کیفیت زندگی پایینی برخوردار باشند. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط شدت استرس و کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه به صورت توصیفی مقطعی بر روی ۱۰۰ بیمار تحت همودیالیز در دو مرکز دیالیز شهرستان ساری در سال ۱۳۸۷ انجام شد. همگی بیماران در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند و داده‌ها به وسیله پرسشنامه سه قسمتی (خصوصیات فردی، کیفیت زندگی و شدت استرس) جمع‌آوری گردید. در این مطالعه ابتدا کیفیت زندگی و سپس شدت استرس بیماران تحت همودیالیز بررسی شد و برای تلخیص داده‌ها از آمار توصیفی در نرم‌افزار SPSS 11.5 استفاده شد.

**یافته‌ها:** در این مطالعه، ۵۳ نفر مرد و ۴۷ نفر زن بودند. همچنین ۴۲ درصد بیمارانی که کیفیت زندگی آنان تا حدی مطلوب بود، از شدت استرس متوسطی برخوردار بودند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه نشان داد که با افزایش شدت استرس، کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز کاهش می‌یابد. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۶/ شماره ۳ / صص ۱۶۰-۱۵۵).

واژه‌های کلیدی: همودیالیز؛ استرس؛ کیفیت زندگی.

### مقدمه

می‌آید (۱). همودیالیز اجازه بقای بیشتری را به این بیماران می‌دهد (۲) ولی این امر سبب محدودیت‌های استرس‌زا در زندگی آنان گشته و برای مددجویان تحت

مرحله انتهایی نارسایی کلیه (ESRD)، یکی از مشکلات بزرگ سازمان‌های مراقبت بهداشتی و درمان و از علل مهم مرگ و میر و ناتوانی در سرتاسر دنیا به شمار

همودیالیز، به کارگیری روش‌های سازگاری نسبت به بیماری خود و خانواده‌شان مطرح می‌گردد (۳،۴).

در دنیای امروز ارتقاء کیفیت زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که در واقع منظور از کیفیت زندگی فاصله بین انتظارات و تجربیات افراد از آن می‌باشد. معمولاً بیماران با شرایط بالینی یکسان، کیفیت زندگی متفاوتی را گزارش می‌کنند (۵) لذا ارزیابی کیفیت زندگی بیماران به کادر درمان کمک می‌نماید تا بتوانند به چگونگی درک بیماران از سلامتی، توانایی عملکرد و حس خوب بودن پی برده و روش‌های درمانی ارتقاء کیفیت زندگی بیماران را مورد توجه قرار دهند (۶). در همین رابطه، محققین اعلام می‌دارند که گرچه درمان‌های جایگزین به حفظ جان بیماران کمک می‌کند ولی ارتقاء کیفیت زندگی هدف عمده برنامه دیالیز است (۷) زیرا مراقبت، هدف واقعی و اصلی درمان این بیماران نیست بلکه بهبود کیفیت زندگی با حداکثر عملکرد و حس خوب بودن، توانایی انجام فعالیت‌های مختلف روزانه و کاهش عوامل تأثیرگذار این بیماری بر روی کیفیت زندگی مطرح است (۵،۶).

مرحله انتهایی نارسایی کلیه و درمان آن تأثیر عمیقی بر روی زندگی فردی و خانوادگی بیمار می‌گذارد (۲). بیمار دیالیزی مجبور است هر هفته ۲-۳ نوبت و در هر نوبت چندین ساعت از زندگی خود را وصل به دستگاه بگذراند که شرایط زندگی بیماران را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (۸). این بیماران با تجربه سطوح متفاوتی از کیفیت زندگی، درجه بالایی از استرس را با مشکلات وسیع و گوناگون جسمانی و روانی اجتماعی نشان می‌دهند و در مواجهه با عوامل استرس‌زا در طول زندگی خود از مکانیسم‌های سازگاری مختلفی استفاده می‌کنند (۹،۱۰). در مطالعه‌ای، مورش و همکارانش دریافتند که بیماران دیالیزی مشکلات گوناگونی را تجربه می‌کنند و این امر ممکن است تأثیر منفی بر کیفیت زندگی آنان بگذارد، به طوری که کیفیت زندگی این بیماران در

مقایسه با مردم عادی به‌طور چشمگیری کاهش یافته است (۲،۳). مطالعات دیگر نشان داده است که اختلالات و فشارهای روانی در بیماران همودیالیز در ارتباط با اضطراب، افسردگی و کمبود حمایت‌های اجتماعی شایع‌تر از مردم عادی است. این امر سبب می‌گردد تا از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بوده و کیفیت زندگی پایین عاملی مؤثر در بروز بیماری‌های قلب و عروق، بستری شدن‌های پی در پی در بیمارستان و سبب مرگ و میر در این بیماران می‌گردد (۹).

از آنجایی که بیماران تحت همودیالیز مشکلات مختلفی را در ارتباط با عوارض خاص بیماری مانند مشکلات جسمانی، اقتصادی، اجتماعی و واکنش‌های عاطفی را تجربه می‌کنند، این امر می‌تواند موجب کاهش کیفیت زندگی آنان گشته و برای مددجویان استرس‌زا باشد. در این شرایط به‌کارگیری روش‌های سازگاری ضرورت می‌یابد زیرا عوامل گوناگون استرس‌زا، تأثیرات جبران‌ناپذیری بر سلامتی و ابعاد زندگی بیماران همودیالیزی می‌گذارند، البته برنامه‌ریزی پرسنل پرستاری نقش کلیدی در ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی دارد (۲). ارزیابی کیفیت زندگی به برنامه‌ریزی در راهبردهای درمانی و در تعیین کارآمدی مداخلات درمانی و ارزیابی مراقبتی درمان کمک می‌کند (۶)، از این رو این مطالعه با هدف تعیین شدت استرس و ارتباط آن با کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی انجام شد.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی است. جامعه مورد پژوهش در این مطالعه ۱۰۰ بیمار ۲۰ تا ۶۵ سال تحت کنترل همودیالیز در دو مرکز همودیالیز شهرستان ساری بودند که همگی آنها مورد مطالعه قرار گرفتند. داده‌ها در طول مدت سه ماه و به‌وسیله پرسشنامه سه قسمتی (خصوصیات فردی، کیفیت زندگی و شدت استرس) جمع‌آوری شد.

خفیف (بین ۰ تا ۴۰) در نظر گرفته شد.

پژوهشگر به منظور گردآوری داده‌ها در طی شیفت‌های مختلف کاری و روزهای متوالی هفته با مراجعه به مراکز درمانی همودیالیز و پس از بیان اهداف پژوهش و جلب رضایت واحدهای مورد پژوهش و شرح نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام به جمع‌آوری داده‌ها نمود. سپس برای تلخیص داده‌ها از آمار توصیفی توسط نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

### یافته‌ها

در این پژوهش، ۱۰۰ بیمار شامل ۵۳ درصد مرد و ۴۷ درصد زن شرکت داشتند که ۷۰ درصد نمونه‌ها متأهل و سطح تحصیلات ۷۵ درصد آنان در حد خواندن و نوشتن بود و تنها ۲ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی و ۸۳ درصد بیکار بودند. وضعیت اقتصادی ۶۵ درصد نمونه‌ها متوسط و تنها ۲ درصد وضعیت اقتصادی خوبی داشتند. سابقه همودیالیز ۶۹ درصد از نمونه‌ها به ۵ سال می‌رسید و ۷۴ درصد از واحدهای مورد پژوهش در شیفت صبح و هفته‌ای سه بار به مراکز درمانی مراجعه و تحت درمان با همودیالیز قرار می‌گرفتند. نتایج بررسی سطح کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز نشان داد که ۲۵ درصد از واحدهای مورد پژوهش دارای کیفیت

قسمت نخست پرسشنامه شامل خصوصیات فردی واحدهای مورد پژوهش مانند سن، جنس، وضعیت تأهل و شغل، سطح تحصیلات، سابقه همودیالیز، زمان و دفعات انجام همودیالیز در هفته بود.

قسمت دوم ابزار سنجش کیفیت زندگی SF-36 (طراحی شده توسط سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی) بود که در برگیرنده حیطه‌های عملکرد و نقش جسمی، سلامت عمومی و فکری، نشاط، عملکرد اجتماعی و نقش عاطفی است؛ سوالات از مقیاس رتبه‌ای صفر تا پنج برخوردار بودند (نمره صفر بدترین وضعیت و نمره پنج بهترین حالت ممکن برای هر فرد)؛ نمرات کلی سوالات از صفر تا ۱۰۰ تنظیم شد و بر اساس پاسخ بیماران سطح کیفیت زندگی به صورت خوب (بین صدک ۷۵ام و بالاتر)، تا حدی مطلوب یا متوسط (بین ۲۵ام تا ۷۵ام)، بد (کمتر از صدک ۲۵ام) در نظر گرفته شد.

قسمت سوم، ابزار سنجش استرس همودیالیز بالدری (Baldree) بود. این ابزار در سال ۱۹۸۲ طراحی شده و دارای ۲۹ سؤال در دو زیر شاخه اصلی فیزیولوژیک (۶ مورد) و روانی اجتماعی (۲۳ مورد) و در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت بود (۱۵). نمرات کلی سوالات از صفر تا ۸۴ بود و بسته به پاسخ بیماران شدت استرس به صورت شدید (بین ۶۰ تا ۸۴)، متوسط (بین ۴۰ تا ۶۰)، و

جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه‌ها بر حسب کیفیت زندگی و متغیرهای دموگرافیک

متغیرها	کیفیت زندگی		متوسط		بد		
	خوب	متوسط	خوب	متوسط	درصد	فراوانی	
سن	۲۰-۴۰ سال	۷	۴۲/۸	۶	۳۷/۵	۳	۱۸/۸
	۴۰-۶۰ سال	۱۱	۳۰/۶	۱۷	۴۷/۲	۸	۲۲/۲
	۶۰ سال به بالا	۷	۱۴/۶	۱۹	۳۹/۶	۲۲	۴۵/۸
جنس	زن	۸	۱۷	۱۸	۳۸/۳	۲۱	۴۴/۷
	مرد	۱۷	۳۲/۱	۲۴	۴۵/۳	۱۲	۲۲/۶
تأهل	متاهل	۱۸	۲۵/۷	۳۲	۴۵/۷	۲۰	۲۸/۶
	طلاق یا فوت همسر	۴	۱۶/۷	۷	۲۹/۲	۱۳	۵۴/۲
	بیکار	۱۷	۲۰/۵	۳۵	۴۲/۲	۳۱	۳۷/۳
شغل	پاره وقت	۲	۲۵	۵	۶۲/۵	۱	۱۲/۵
	تمام وقت	۶	۶۶/۷	۲	۲۲/۲	۱	۱۱/۱

جدول ۲: توزیع فراوانی نمونه‌ها بر حسب شدت استرس، جنس و شغل

متغیرها	شدت استرس		خفیف		متوسط		شدید	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنس	مرد	۱۷	۳۲/۱	۲۶	۴۹/۱	۱۰	۱۸/۹	
	زن	۸	۱۷	۲۰	۴۲/۶	۱۹	۴۰/۴	
شغل	بیکار	۱۹	۲۲/۹	۳۶	۴۳/۴	۲۸	۳۳/۷	
	پاره وقت	۱	۱۲/۵	۶	۷۵/۰	۱	۱۲/۵	
تمام وقت	۵	۵۵/۶	۴	۴۴/۴	۰	۰		

جدول ۳: توزیع فراوانی کیفیت زندگی بر حسب شدت استرس در بیماران تحت همودیالیز

شدت استرس	کیفیت زندگی		خوب		متوسط		بد		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خفیف	۱۸	۷۲	۷	۲۸	۰	۰	۲۵	۱۰۰	۲۵	۱۰۰
متوسط	۷	۱۵/۲	۲۹	۶۳/۰	۱۰	۲۱/۷	۴۶	۱۰۰	۴۶	۱۰۰
شدید	۰	۰	۶	۲۰/۷	۲۳	۷۹/۳	۲۹	۱۰۰	۲۹	۱۰۰

شد که اکثر بیمارانی که کیفیت زندگی آنان در سطح متوسطی بود، از استرس متوسطی نیز برخوردار بودند. سابقین و همکارانش در سال ۲۰۰۷ طی تحقیقی بر روی ۷۵ بیمار همودیالیز، ۴۱ بیمار تحت دیالیز صفاقی و ۲۰ بیمار پیوندی دریافتند که افسردگی و اضطراب تأثیر منفی معناداری بر روی کیفیت زندگی دو گروه از بیماران همودیالیز و دیالیز صفاقی دارد به طوری که بدترین امتیاز کیفیت زندگی متعلق به همودیالیزی‌ها بود (۶). پژوهشگران دیگر نیز در همین راستا اعلام کردند که رابطه معکوسی بین کیفیت زندگی با شدت استرس در بیماران تحت همودیالیز و دیالیز صفاقی برقرار است (۲) و (۱۰). در همین رابطه، تاگای و همکارانش (۲۰۰۷) اعلام کردند که کیفیت زندگی بیمارانی که در مرحله انتهایی نارسایی کلیه قرار دارند، در مقایسه با مردم عادی به طور چشمگیری کاهش یافته است و اختلالات روانی در بیماران دیالیزی با سابقه طولانی دیالیز شایع‌تر از مردم عادی بوده و این امر بر روی بقای آنان تأثیر منفی دارد و هر چه میزان علائم اضطراب و افسردگی در این بیماران بالاتر باشد، از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند (۳). در واقع، ارتباط معکوسی بین علائم بیماری و ارزیابی بیمار از نظر کیفیت زندگی و رضایت از زندگی

زندگی خوب، ۴۲ درصد کیفیت زندگی متوسط و ۳۳ درصد کیفیت زندگی بدی داشتند.

در این مطالعه، مردان بیشتر از زنان از کیفیت زندگی خوبی برخوردار بودند (۳۲/۱) درصد در مقابل ۱۷ درصد). همچنین مجردها (۵۰ درصد) نیز بیشتر از متأهلین (۲۵/۷ درصد) از کیفیت زندگی خوبی برخوردار بودند (جدول ۱).

از نظر شدت استرس در بیماران تحت همودیالیز، ۲۵ درصد نمونه‌ها دارای استرس خفیف، ۴۶ درصد متوسط و ۲۹ درصد از استرس شدید برخوردار بودند. ۱۸/۹ درصد مردان از استرس شدید شکایت داشتند، در حالی که ۱۹ درصد زنان استرس شدیدی داشتند. بر اساس نتایج این مطالعه، زنان بیشتر از مردان استرس دارند (جدول ۲).

این مطالعه نشان می‌دهد که ۳۳ درصد بیمارانی که کیفیت زندگی بدی دارند، دارای استرس متوسط تا شدید هستند؛ در حالی که ۷ درصد بیمارانی که کیفیت زندگی خوبی دارند، استرس خفیفی نیز دارند (جدول ۳).

## بحث

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، مشخص

وجود دارد به گونه‌ای که هر چه علائم بیماری بیشتری گزارش شود، کیفیت زندگی بیماران پایین‌تر است (۱۲). استرس ناشی از نشانه‌های بیماری باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود زیرا همودیالیز بر سطوح مختلف سلامت جسمی و روانی اجتماعی بیماران تأثیر گذاشته و سبب محدودیت‌هایی در شیوه زندگی آنان می‌گردد. بیماران همودیالیزی سه بار در هفته و هر بار به مدت ۴ ساعت در بیمارستان تحت دیالیز قرار می‌گیرند. این عمل بر روی برنامه‌ریزی مراقبتی، وضعیت شغلی و مالی، اعتماد به نفس و سطح عدم وابستگی آنان تأثیرگذار است (۱۳). لذا ارزیابی کیفیت زندگی و وضعیت روانی بایستی قسمتی از برنامه مراقبتی بیماران ESRD باشد (۱۴). نتایج مرتبط با کیفیت زندگی در گروه‌های سنی مختلف نیز نشان می‌دهد که با افزایش سن افراد، از کیفیت زندگی آنان کاسته می‌شود به طوری که نیو (۲۰۰۵) اعلام می‌دارد که سن عامل مهمی بوده و بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (۱۳) و پوچو (۲۰۰۴) نیز گزارش کرده است که سن با فعالیت‌های جسمانی کیفیت زندگی ارتباط معناداری دارد (۱۵).

همچنین نتایج بیانگر آن است که کیفیت زندگی در مردان و زنان همودیالیزی تفاوت دارد و مردان از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان برخوردار هستند. پوچو (۲۰۰۴) نیز اعلام کرد که میانگین کیفیت زندگی در مردان و زنان تفاوت معناداری دارد و مردان از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند (۱۵). زنان در مقایسه با مردان تجربه درماندگی، احساس ترس و وحشت شدیدتری را گزارش کردند (۳) و مردان کیفیت زندگی بالاتری را نسبت به سلامتی شان نشان دادند و زنان امتیاز کمتری را در کیفیت زندگی در مقایسه با مردان گزارش کردند (۲).

نتایج نشان داد که نسبت کیفیت زندگی در وضعیت‌های شغلی مختلف متفاوت است به طوری که افراد بیکار از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. پژوهشگران دیگر نیز دریافته‌اند که بیماران بیکار از امتیاز

کمتری در کیفیت زندگی نسبت به کارمندان برخوردار بودند (۴، ۱۳). نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که افراد متأهل نسبت به افراد مطلقه از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند ولی مورش (۲۰۰۶) اعلام کرد که ارتباط کیفیت زندگی با وضعیت تأهل معنادار نبود (۲).

همچنین نتایج نشان داد با افزایش سن، شدت استرس در افراد افزایش می‌یابد. به گفته موک (۲۰۰۱)، افراد بالای ۵۵ سال با استرس‌های بیشتری مواجه هستند (۹). نتایج دیگر نیز نشان می‌دهد که مردان از استرس کمتری برخوردار هستند ولی محققین دیگر اعلام کردند که رابطه معناداری بین شدت تنیدگی زنان و مردان یافت نشد (۹، ۱۵). سایر نتایج نشان می‌دهد که بیماران با سابقه ۱-۵ سال همودیالیز، استرس بیشتری را نسبت به سایر گروه‌ها دارند. در همین رابطه، لوگان (۲۰۰۶) بیان داشته است که سابقه زمان دریافت همودیالیز تأثیری در ارزیابی تعیین استرسور و ارتباط آن با شدت استرس ندارد (۱۶). اما پژوهشگر دیگری گزارش کرده است که سابقه همودیالیز رابطه مثبت با استرس دارد و افراد با سابقه همودیالیز طولانی، استرس بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۰). بیماری مزمن کلیه و درمان آن استرس‌های زیادی را به بیماران تحمیل می‌کند لذا افراد تحت همودیالیز استرس‌های بسیاری را تجربه کرده و در برخورد با این چالش‌ها باید از استراتژی‌های سازگاری متنوعی استفاده کنند (۱۷). در حقیقت درک تجربه عوامل استرس‌زا به وسیله بیمار و روش‌های سازگاری آن به عنوان یک مرجع برای تیم درمان در برنامه‌ریزی مداخلات مناسب به کار می‌رود.

این یافته‌ها به ما کمک می‌کند تا راهبردهای پرستاری را مشخص کرده و باورهایی را که به عنوان یک منبع قابل قبول عمل می‌کنند، بهبود بخشیم (۹). طراحی ارزیابی کیفیت زندگی به همراه شناسایی عوامل تنیدگی - آور، بیماران را قادر می‌سازد تا دیدگاهی مثبت نسبت به زندگی و سلامتی شان داشته باشند. از آنجایی که بسیاری از

(۱۶).

### تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری که حمایت مالی این طرح تحقیقاتی را عهده‌دار بوده و از کلیه بیمارانی که با صبر و حوصله در تحقیق شرکت نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

بیماران، توانایی ارزیابی کامل را ندارند، لذا لازم است مراقبت‌کننده‌های حرفه‌ای و مراقبت‌دهندگان اطلاعات مفید را در اختیار آنان بگذارند. پرستاران و تیم درمان می‌توانند با حمایت کردن، دادن اطلاعات و راهبردهای سازگاری در بهبود کیفیت زندگی آنان کمک کنند (۹،۱۰) زیرا کاهش عوامل تنیدگی آور و افزایش رضایت از زندگی، هدفی مهم جهت انجام اقدامات پرستاری است

### References

- ۱- نصیری محبوبه، مختاری نسرین، مشعوف طاهره، رحیمیان بهناز. عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز از دیدگاه بیماران و پرستاران. فصلنامه شکبیا، ۱۳۸۳: سال چهارم، شماره ۶-۷، صص ۲۲-۲۷.
2. Morsch CM, Goncalves LF, Barros E. Health – related Quality of life among haemodialysis patients relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. J Clin Nurs..2006;15:498-504.
3. Tagay S, Kribben A, Hohenstein A, Mewes R, Senf W. Posttraumatic stress disorder in hemodialysis patients. Am J Kidney Dis.2007;50(4): 594-601.
4. Blake CW, Courts NF. Coping strategies and styles of hemodialysis patients by gender. ANNA J.1996; 23(5): 477-507.
5. Carr A J, Gibson B, Robinson PG. Measuring Quality of life Is Quality of life determined by expectations or experience? BMJ. 2001; 322(7296): 1240-3.
6. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. Transplant Proc 2007, 10(39): 3047- 53.
7. Mozes B, Shabtai E, Zucker D. Differences in QOL among patients receiving dialysis replacement therapy at seven medical centers. J Clin Epidemiol. 1997; 50(9): 1035-43.
8. Lindqvist R, Carlsson M, Sjöden PO. Coping strategies and health – related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. J Adv Nurs. 2000; 31(6): 1398-408.
9. Mok E, Tam B. Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. J Clin Nurs. 2001; 10(4): 503-11.
10. Lok P. Stressors ,coping mechanisms and Quality of life among dialysis patients in Australia. J Adv Nurs. 1996; 23(5): 873-81.
11. Smeltzer S C& Bare B. Brunner & Suddarths, Textbook of Medical- Surgical-Nursing.10<sup>th</sup> Edition.2004.
12. Baldree KS, Murphy SP, Powers MJ. Stress Identification and Coping Patterns in Patients on Hemodialysis. Nurs Res. 1982; 31(2): 107-12.
13. Niu SF, Li IC. Quality of life of patients having renal replacement therapy. J Adv Nurs. 2005; 51(1): 15-21.
14. Steele T E, Baltimore D M, Finkelstein S H , Juergensen P A, Klinger A S, Finkelstein F O. Quality of life in peritoneal dialysis patients. J Nerv. Ment Dis. 1996;184(6):368-74.
15. Pucheu S, Consoli S M, D’Auzac C, Francais P, Issad B. Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients? J Psychosom Res. 2004; 56(3): 317-22.
16. Logan SM, Pelletier-Hibbert M, Hodgins M. Stressors and coping of in-hospital haemodialysis patients aged 65 years and over. J Adv Nurs. 2006; 56(4): 382-91.
17. Kimmel PL, Seth LE, Newmann JM, Danko H, Moss A H. ESRD Patient Quality of Life: Symptoms, Spiritual Beliefs, Psychosocial Factors, and Ethnicity. Am J Kidney Dis. 2003; 42(4): 713-21.