

Designing a Model of Quality of Life in Elderly based on Perceived Stress and Tolerance of Distress

Alimohammadi F¹, SotodehAsl N^{*2}, Karami A¹

1. Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

2. Nursing Care Research Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +98912531585, Email: sotodeh2@semums.ac.ir

Received: Oct 1, 2018 Accepted: Mar 18, 2019

ABSTRACT

Background & objectives: Limiting the network of personal communications and inadequacies in the physical and social dimensions leads to stress perception which may have significant effects on the quality of life of the elderly. So, coping with the challenges of this phenomenon and the using appropriate strategies to improve the physical, mental and social health of the elderly is important. Therefore, the aim of this study was to develop a model of distress tolerance and perceived stress for investigating the elderly quality of life.

Methods: The present study was a correlational study which used a modeling method. The sample size was 377 elderly people over 60 years of age living in Tehran in 2018. They were selected by available sampling method and were evaluated using WHOQOL-BREF, distress tolerance scale (DTS) and perceived stress scale (PSS-14). The data were evaluated using path analysis by statistical softwares SPSS-20 and AMOS-20.

Results: Results showed that there was a significant negative correlation between perceived stress and quality of life in the elderly ($p < 0.01$). Also, There was a significant positive correlation between distress tolerance and quality of life in the elderly ($p < 0.01$). Furthermore, the findings confirmed the role of perceived stress connecting distress tolerance to quality of life of elderly.

Conclusion: According to our findings, we can suggest that the training to increase distress tolerance and performing interventions to empower the elderly against stress would be an appropriate way to improve the elderly quality of life. Also, this can prevent the psychiatric disease and social problems of the elderly.

Keywords: Quality of Life, Distress Tolerance, Perceived Stress, Elderly

طراحی الگوی کیفیت زندگی سالمندان بر پایه استرس ادراک شده و تحمل پریشانی

فاطمه علی محمدی^۱، نعمت ستوده اصل^{۲*}، ابوالفضل کرمی^۱

۱. گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۵۳۱۵۸۵۰ ایمیل: sotodeh2@semums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: سالمندی به دلایلی همچون پیشرفت علم و فناوری درمانی به صورت یک پدیده، نمود یافته است. محدود شدن شبکه ارتباطات شخصی و نارسائی در بعد جسمی و اجتماعی منجر به ادراک استرس شده که این عامل می‌تواند تأثیر بسزایی در کیفیت زندگی سالمند برجای گذارد. بنابراین مقابله با چالش‌های پیش روی این پدیده و استفاده از راهکارهای مناسب به منظور بهبود وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی سالمندان اهمیت زیادی دارد. این پژوهش با هدف ارائه یک مدل از تحمل پریشانی و استرس ادراک‌شده برای کمک به فهم بهتر کیفیت زندگی سالمندان انجام گرفت. **روش کار:** پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی با استفاده از روش مدل‌یابی بود. حجم نمونه تعداد ۳۷۷ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن تهران در سال ۱۳۹۷ بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با پرسشنامه‌های کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF)، تحمل پریشانی (DTS) و استرس ادراک‌شده-۱۴ (PSS-14)، ارزیابی شدند و در نهایت داده‌ها با روش تحلیل مسیر توسط نرم‌افزارهای SPSS-20 و AMOS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد بین استرس ادراک‌شده و کیفیت‌زندگی سالمندان رابطه منفی و معنادار وجود داشت ($p < 0/01$). همچنین بین تحمل پریشانی با کیفیت زندگی سالمندان، رابطه مثبت و معنادار دیده شد ($p < 0/01$). یافته‌ها نقش واسطه‌گری استرس ادراک‌شده در رابطه بین تحمل پریشانی و کیفیت‌زندگی سالمندان را مورد تأیید قرار داد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها، آموزش‌های لازم جهت افزایش تحمل پریشانی و اضافه کردن برنامه‌های مداخله‌ای در زمینه توانمندسازی سالمندان در برابر استرس، راهی مناسب برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان محسوب می‌شود و برای پیشگیری از بیماری‌های روان‌تنی و همچنین مشکلات اجتماعی سالمندان می‌توان از آن استفاده کرد. **واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، تحمل پریشانی، استرس ادراک‌شده، سالمند

پذیرش: ۹۷/۱۲/۲۷

دریافت: ۹۷/۷/۹

مقدمه

امروزه با توجه به کاهش مرگ‌ومیر ناشی از پیشرفت علم و فناوری درمانی، بهداشت، آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش نرخ امید به زندگی^۱ و طول عمر در سطح جهان، سالمندی^۲ به صورت یک پدیده، نمود

ویژه‌ای یافته است که در طیف گسترده‌ای از ساختارهای سنتی، ارزش‌ها، هنجارها و ایجاد سازمان‌های اجتماعی تحولات چشمگیری به وجود می‌آورد (۱). تغییرات زیستی و اجتماعی ناشی از سالمندی به طور طبیعی موجب اختلال در کارکرد اندام‌های مختلف بدن و ناتوانی تدریجی در انجام و اداره امور شخصی و ایفای نقش اجتماعی فرد سالمند

^۱ Life Expectancy

^۲ Aging

می‌شود که تأثیر این نارسائی‌ها در بعد اجتماعی زندگی سالمندان بارزتر می‌باشد. به طوری که محدود شدن شبکه ارتباطات شخصی را می‌توان برآیند این عوامل دانست. این در حالی است که بعد اجتماعی زندگی، تأثیر بسزایی در سلامت به صورت عام و کیفیت زندگی^۱ به طور خاص دارد (۲). بنابراین مقابله با چالش‌های پیش روی این پدیده و استفاده از راهکارهای مناسب به منظور بهبود وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی سالمندان اهمیت زیادی دارد و در دستور کار جامعه بین‌المللی قرار گرفته است. مطابق با گزارش‌های سازمان ملل متحد، جمعیت جهانی سالمندان از بیش از ۹۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ به یک میلیارد و ۴۰۰ میلیون تا ۲۰۳۰ و دو میلیارد و ۱۰۰ میلیون تا ۲۰۵۰ می‌رسد. کشور ما نیز با افزایش جمعیت سالمندی رو به رو است. آمارها نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۵ جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال، حدود ۹ درصد کل جمعیت کشور را تشکیل می‌دادند. بر اساس پیش‌بینی‌ها جمعیت سالمندان ایران از سال ۱۴۱۹ رشد سریع‌تری نسبت به سایر نقاط و حتی میانگین جهان خواهد یافت و تا سال ۱۴۲۴ نیز رشد سالمندان در جهان و ۵ سال بعد از آسیا پیش خواهد رفت (۳). در سال ۲۰۵۰ جمعیت سالخوردگان کشورمان به بیش از ۲۶ میلیون نفر و نسبت آن به کل جمعیت به حدود ۲۳ درصد خواهد رسید (۱) که این آمار گویای آن است که بایستی جامعه علمی و پزشکی کشور، خود را برای رویارویی با آن مجهز و مسلح نماید.

مطالعات سالمندپژوهی حاکی از فراوانی بالای مشکلات روانی در دوران سالمندی است (۸-۴). حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد از افراد سالخورده مسائل روانی مهمی دارند که این مسائل بر بیماری‌های جسمانی آنان اثر بالقوه‌ای می‌گذارد (۶). شیوع علائم بالینی بارز افسردگی در میان سالمندان جامعه، ۸ تا ۱۵ درصد و در سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها حدود ۳۰ درصد

گزارش شده است (۷). مطالعات همه‌گیرشناسی در سالخوردگان، تأثیرات جریان زندگی را بر سلامت جسمانی و روانی آنان تأیید کرده است (۴). لذا می‌توان عنوان داشت که بعد روانی یکی از ابعاد مهم سلامت سالمندان بوده و به توجه خاصی نیاز دارد.

عقیده بر آن است که هدف حمایت از سالمندان نباید فقط افزایش امید به زندگی (طول عمر) در آنان باشد بلکه امروزه در جهان، مفهوم «سالمندی پویا»^۲ مطرح است یعنی با افزایش کمیت جمعیت سالمند، کیفیت زندگی آن‌ها نیز باید مورد توجه قرار گیرد (۹). کیفیت زندگی، مفهومی پیچیده است که در هر دوره زندگی می‌تواند تحت تأثیر عوامل متعددی قرار گیرد و کاملاً فردی است و به درک شخصی هر فرد بستگی دارد که می‌تواند دامنه‌های عینی و ذهنی متعددی را در بر گیرد (۱۰). این مفهوم، به ادراک فرد از انتظارات فردی، استانداردها و نگرانی‌ها در چارچوب سیستم فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کنند برمی‌گردد (۱۱). برخی از پژوهشگران کیفیت زندگی را مفهومی چند بعدی عنوان می‌دارند که دربرگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به عنوان درک شخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی در نظر گرفته می‌شود (۸). سالمندان به علت داشتن شرایط خاص مثل سن بالاتر و کسب تجارب و مهارت‌های خاص نسبت به گروه‌های سنی دیگر دارای کیفیت زندگی منحصر به فردی هستند (۱۲). مهم‌ترین عامل تعیین کننده کیفیت زندگی افراد سالمند، سلامتی است. بررسی‌ها نشان داده است که سلامتی با افزایش سن کاهش می‌یابد (۱۳). گرچه افزایش سن در سالمندان با افت کیفیت زندگی همراه است، اما اثر سایر متغیرها را نباید در این کاهش از نظر دور داشت. کیفیت زندگی در سالمندان می‌تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد.

^۲ Active Aging

^۱ Quality of Life

از این رو دانستن عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در دوران سالمندی دارای اهمیت بالقوه‌ای است (۱۴). یکی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی افراد سالمند، تحمل پریشانی است که ممکن است در نتیجه فرآیندهای شناختی و یا فیزیکی در فرد ایجاد شود. تحمل پریشانی، حالتی است که با تمایلات عملی برای کاهش اثرات منفی حاصل از تجربه هیجانی مشخص شده (۱۵) و به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روانشناختی منفی، تعریف می‌شود (۱۶). سیمونز و گاهر^۱ (۱۵) تحمل پریشانی را به عنوان یک سازه فراهیجانی توصیف کردند که دارای چهار خرده مقیاس تحمل^۲ (توانایی تحمل)، جذب^۳ (مقدار جذب توجه به وسیله هیجان‌های منفی و مقدار سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد)، ارزیابی^۴ (ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی) و تنظیم^۵ (شیوه تنظیم هیجان به وسیله فرد) است. تحمل پریشانی به‌طور فزاینده‌ای، به عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره شروع و ابقاء آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است (۱۷). افراد دارای تحمل پریشانی پایین، هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و وجود آن را نمی‌پذیرند زیرا توانایی خود را دست کم می‌گیرند و تمام تلاش خود را برای جلوگیری از هیجان منفی و تسکین فوری به کار می‌بندند (۱۸) و اغلب در یک تلاش غلط برای مقابله باهیجان‌ات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند (۱۹) و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد در صدد تسکین درد هیجانی خود برمی‌آیند (۲۰).

از طرفی، یکی از مهم‌ترین عوامل روان‌شناختی مؤثر در بروز بیماری‌های جسمی به ویژه در سالمندان و

همچنین کیفیت زندگی آنان، استرس^۶ است. عوامل روان‌شناختی نه تنها بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند، بلکه اغلب در مشخص شدن نتیجه مقابله با یک بیماری نقش مهمی ایفا می‌کنند (۲۱). استرس شرایطی است که در نتیجه تعامل میان فرد و محیط به وجود می‌آید و موجب ایجاد ناهماهنگی میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می‌شود (۲۲). اگر استرس تجربه‌شده به وسیله فرد به گونه مناسبی مدیریت نشود، تأثیر زیادی بر سلامت وی خواهد داشت (۲۳). به طوری که یکی از پیامدهای ناخوشایند استرس در سالمندان، کیفیت زندگی نامطلوب آنان است. در این زمینه بالارد^۷ و همکاران (۲۴) اذعان می‌دارند استرس، اضطراب و فشارهای روانی در زندگی سالمندان که مملو از مشکلات و عوامل تنش‌زای مختلف هستند، می‌تواند بر سلامت و کیفیت زندگی سالمندان تأثیرات منفی برجای بگذارد. استرس ادراک شده یکی از مولفه‌های تبیین کننده مقابله با فشار روانی زندگی سالمندان در موقعیت‌های استرس‌زا محسوب می‌شود و با توجه به آن‌چه گفته شد، شدت استرس ادراک‌شده اشاره به باور فرد در زمینه جدی بودن استرس دارد.

کارلسون^۸ و همکاران (۵) در پژوهشی در مورد توجه بنیادی به کاهش استرس و ارتباط آن با کیفیت زندگی نشان دادند که کاربرد همزمان چند برنامه کاهش استرس با بالارفتن کیفیت زندگی، کاهش علائم استرس و بهبود کیفیت خواب ارتباط معنی‌داری دارد. یوسفی افراشته و همکاران (۲۵) نشان دادند که بین میزان استرس ادراک‌شده و افسردگی با کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. شجاعی واژنانی (۲۶) نیز در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که بین تحمل

^۱ Simons & Gahe^۲ Tolerance^۳ Absorption^۴ Evaluation^۵ Regulation^۶ Stress^۷ Ballard^۸ Carlson

پریشانی و خودکارآمدی سالمندان رابطه معنادار معکوس وجود دارد و همه ابعاد تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم تلاش‌ها) نیز رابطه معکوس با خودکارآمدی داشته، قادر به پیش‌بینی خودکارآمدی سالمندان می‌باشند ولی بین جهت‌گیری زندگی با خودکارآمدی رابطه معناداری وجود ندارد. این نتایج حاکی از آن است که با بهبود وضعیت پریشانی سالمندان، آن‌ها از لحاظ خودکارآمدی نیز در وضعیت بهتری قرار گرفته و در این زمینه نیز پیشرفت‌هایی برای آن حاصل می‌گردد.

بنابراین با توجه به موارد مطرح شده به نظر می‌رسد تحمل پریشانی از طریق رابطه با استرس ادراک شده بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر می‌گذارد. بنابراین می‌توان مدلی ارائه کرد که در آن استرس ادراک‌شده نقش واسطه‌ای در رابطه بین تحمل پریشانی و کیفیت زندگی سالمندان ایفا کند. به عبارتی مسأله اصلی پژوهش حاضر بدین قرار است که آیا استرس ادراک شده نقش واسطه‌گری معناداری در رابطه بین تحمل پریشانی و کیفیت زندگی سالمندان ایفا می‌کند یا خیر؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی با استفاده از روش مدل‌یابی و از نوع مقطعی بود که جامعه‌ی آن شامل تمامی سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند که بنابر استعلام از مرکز آمار ایران حدود ۸۰۰۰۰ نفر گزارش شد. ملاک‌های ورود نمونه‌ها به مطالعه شامل اعلام رضایت جهت شرکت در پژوهش؛ داشتن سواد کافی برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها؛ نداشتن اختلال شناختی؛ عدم ابتلا به بیماری مزمن؛ عدم ابتلا به اختلال سوءمصرف مواد و دارو؛ داشتن روند عادی زندگی از ۶ ماه قبل از انجام پژوهش و عدم اتفاق یا حادثه خاصی که به منزله بحران در زندگی باشد مانند مرگ یک عزیز، بیماری صعب‌العلاج در اعضای خانواده

یا تغییر محل زندگی بودند. همچنین، سالمندانی که مبتلا به بیماری ناتوان‌کننده بودند یا پرسشنامه‌ها را به صورت ناقص تکمیل کرده بودند، از پژوهش کنار گذاشته شدند. حجم نمونه مورد بررسی با استفاده از نرم‌افزار G-power، در سطح خطای ۰/۰۵ تعداد ۳۸۴ نفر برآورد شد. نحوه نمونه‌گیری بدین صورت بود که ابتدا از بین نواحی ۲۲ گانه شهر تهران یک منطقه (منطقه ۴) به طور تصادفی انتخاب و افراد نمونه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین سالمندان جامعه مذکور که در پارک‌ها و مکان‌های عمومی حضور داشتند، انتخاب شدند. همچنین لازم به ذکر است که با توجه به تکمیل ناقص برخی از پرسشنامه‌ها، تعداد ۷ نفر از آزمودنی‌ها از مطالعه کنار گذاشته شدند.

به منظور گردآوری داده‌ها، از سه پرسشنامه تحمل پریشانی^۱ (DTS)، پرسشنامه استرس ادراک‌شده-۲۱۴ (PSS-14) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی- فرم کوتاه (WHOQOL-BREF) استفاده شد. مقیاس تحمل پریشانی توسط سیمونز و گاهر ساخته شده و دارای ۱۵ ماده و چهار خرده‌مقیاس به نام‌های تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی)، و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) است. سوالات این پرسشنامه به صورت طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم=۱» تا «کاملاً موافقم=۵» می‌باشد. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است (۱۹). پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف در دامنه‌ای از ۰/۶۸ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (۱۵، ۲۷). در مطالعه حاضر، پایایی پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۵۹ تا ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه استرس ادراک شده توسط کوهن، کامارک و مرملستین^۳ ساخته شده است. این نسخه ۱۴ گویه

^۱ Distress Tolerance Scale (DTS)

^۲ Perceived Stress Scale (PSS-14)

^۳ Cohen, Kamarck & Mermelstein

یافته‌ها

از تعداد ۳۷۷ نفر سالمند شرکت کننده در مطالعه، ۱۹۱ نفر مرد (۵۰/۷٪) و ۱۸۶ نفر زن (۴۹/۳٪) بودند. همچنین میانگین سنی کلی آزمودنی‌های مورد پژوهش ۶۴/۲۵ سال، میانگین سنی سالمندان مرد ۶۳/۶۵ و میانگین سنی سالمندان زن، ۶۴/۸۵ سال بود. به منظور ارائه تصویری روشن از وضعیت متغیرها و رابطه بین آن‌ها، در جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضریب همبستگی پیرسون (مرتبه صفر) آورده شده است. همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد ضرایب همبستگی کیفیت زندگی با سایر متغیرهای پژوهش به جز خرده‌مقیاس‌های جذب‌شدن به وسیله هیجانات منفی و برآورد ذهنی پریشانی، نسبتاً متوسط بود. کیفیت زندگی بیشترین همبستگی را با خرده‌مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (۰/۲۰۳) و استرس ادراک‌شده (۰/۱۸۶-) و کمترین همبستگی را با خرده‌مقیاس‌های جذب‌شدن به وسیله هیجانات منفی (۰/۰۵۹) و برآورد ذهنی پریشانی (۰/۰۸۶) داشت. همچنین ضرایب همبستگی متغیر استرس ادراک‌شده با خرده‌مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (۰/۱۶۳-) و برآورد ذهنی پریشانی (۰/۱۹۱) از لحاظ آماری معنادار بودند اما ضرایب همبستگی آن متغیر با خرده‌مقیاس‌های جذب‌شدن به وسیله هیجانات منفی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی از لحاظ آماری معنادار نبود. لذا همبستگی و روابط دوتایی بین برخی از متغیرهای پژوهش معنی‌دار دیده شد که همین مساله مجوزی برای انجام تحلیل مسیر در مرحله بعدی بود.

دارد که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود (۲۸). سوالات این پرسشنامه به صورت طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت از «هرگز=۱» تا «خیلی زیاد=۵» است. سوالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک‌شده بیشتر است. پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (۲۸، ۲۹) و در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ به دست آمد.

سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت این پرسشنامه مأمور کرد که حاصل آن، ایجاد یک پرسشنامه ۱۰۰ سوالی بود (WHO-QOL-100) که در سال ۱۹۹۶ برای استفاده آسان‌تر، فرم کوتاهی از آن با ۲۶ سوال تهیه شد که دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. زیرمقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط اطراف. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف در دامنه‌ای از ۰/۵۵ تا ۰/۸۴ گزارش شده (۳۰، ۳۱) و در این مطالعه، پایایی پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۶۱ تا ۰/۸۹ به دست آمد.

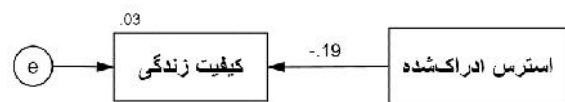
به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از روش ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به روش همزمان توسط نرم‌افزار آماری SPSS-20 و به منظور تعیین برآزش مدل مورد مطالعه از مدل معادلات ساختاری در نرم‌افزار AMOS-20 برای تحلیل مسیر متغیرهای مشاهده‌پذیر با کمک ماتریس همبستگی استفاده شد.

جدول ۱. ماتریس همبستگی مشاهده شده بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	M	SD
۱- تحمل پریشانی هیجانی	۱							۷/۹۹	۲/۴۱
۲- جذب شدن به وسیله هیجانات منفی	۰/۱۰۵*	۱						۷/۲۴	۲/۰۷
۳- برآورد ذهنی پریشانی	۰/۰۶۲	۰/۰۵۷	۱					۱۰/۳۲	۳/۷۴
۴- تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	۰/۰۰۷	۰/۰۸۱	۰/۰۳۵	۱				۸/۹۰	۲/۰۸
۵- تحمل پریشانی (نمره کل)	۰/۳۶۶**	۰/۳۸۱**	۰/۷۱۰**	۰/۴۰۶**	۱			۳۴/۴۰	۵/۲۳
۶- استرس ادراک‌شده	۰/۱۶۳**	۰/۰۱۴	۰/۱۹۱**	۰/۰۸۵	۰/۱۸۱**	۱		۲۷/۹۹	۲/۱۶
۷- کیفیت زندگی	۰/۲۰۳**	۰/۰۵۹	۰/۰۸۶	۰/۱۰۶*	۰/۲۲۴**	۰/۱۸۶**	۱	۷۱/۱۶	۵/۷۴

*P<0.05, **P<0.01

در مدل مطالعه حاضر بنابر یافته‌های تجربی و مبانی نظری و مدل‌های گسترش یافته برای تبیین کیفیت زندگی سالمندان، متغیر استرس ادراک‌شده به عنوان متغیر میانجی برای تبیین کیفیت زندگی سالمندان در نظر گرفته شد. به منظور تعیین روابط ساختاری بین این متغیر با کیفیت زندگی، نمودار مسیر و شاخص‌های برازش مدل الف در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱. نمودار مسیر مدل الف برای تبیین کیفیت زندگی سالمندان

چنان‌که در شکل ۱ و جدول ۲ دیده می‌شود ضریب مسیر استرس ادراک‌شده به کیفیت زندگی

جدول ۲. تخمین وزن‌های رگرسیونی مدل الف

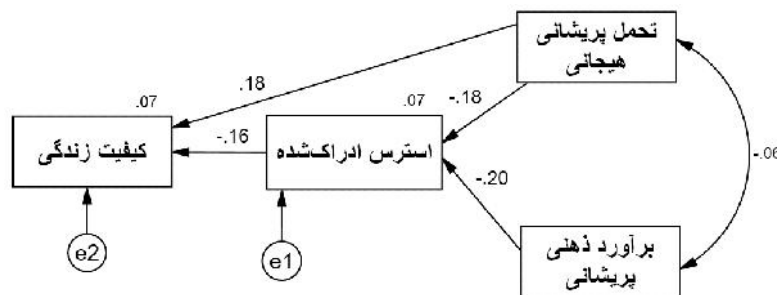
مسیر	تخمین	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معناداری
استرس ادراک‌شده → کیفیت زندگی	۰/۴۹۵	۰/۱۳۵	۳/۶۸۰	۰/۰۰۰۵

پریشانی بر کیفیت زندگی از طریق متغیر استرس ادراک‌شده برقرار شود. نتیجه چندین بار اجرای مدل نهایی و انجام تعدیل‌ها و اصلاح‌ها در مسیرها بر اساس طرح اولیه پژوهش، یافته‌های پیشین و مدل‌های ساده پژوهش، منجر به گسترش و تأیید مدل نهایی شد که نمودار مسیر آن در شکل ۲ نشان داده شده است.

یافته‌های حاصل از آزمون مدل‌های ساده‌تر نشان دادند که متغیر استرس ادراک‌شده توانست به گونه مستقیم، کیفیت زندگی سالمندان را تبیین کند. از این‌رو متغیر میانجی در مدل نهایی قرار گرفت. همچنین بر اساس یافته‌های پیشین تصمیم گرفته شد در مدل نهایی، مسیر تأثیر خرده‌مقیاس‌های تحمل

سالمندان کاهش یافته و در نتیجه کیفیت زندگی آنان افزایش می‌یافت. همچنین مسیر تأثیر متغیر برآورد ذهنی پریشانی بر کیفیت زندگی در مدل نهایی فقط به گونه غیرمستقیم و از طریق متغیر استرس ادراک‌شده ($= -0/20$) صورت می‌گرفت. بدین‌ترتیب که با افزایش متغیر برآورد ذهنی پریشانی، میزان متغیر استرس ادراک‌شده سالمندان کاهش یافته و در نتیجه کیفیت زندگی آنان افزایش می‌یافت. این در حالی بود که برقراری ضریب مستقیم برای متغیر برآورد ذهنی پریشانی به کیفیت زندگی نه تنها از لحاظ آماری معنادار به دست نیامد، بلکه موجب عدم برازش کامل مدل با داده‌ها شد.

چنانچه در این شکل دیده می‌شود متغیرهای برونزا (تحميل پریشانی هیجانی و برآورد ذهنی پریشانی) یا به صورت مستقیم و یا از طریق متغیرهای میانجی توانستند کیفیت زندگی سالمندان را تبیین کنند. بدین ترتیب هرچه میزان تحمل پریشانی هیجانی و برآورد ذهنی پریشانی، بیشتر باشد، کیفیت زندگی سالمندان نیز بیشتر خواهد بود. متغیر تحمل پریشانی هیجانی در مدل نهایی هم به گونه مستقیم ($= 0/18$) و هم به گونه غیرمستقیم از طریق متغیر استرس ادراک‌شده ($= -0/18$)، موجب تغییر در میزان کیفیت زندگی سالمندان شد. بدین‌ترتیب که با افزایش تحمل پریشانی هیجانی، میزان متغیر استرس ادراک‌شده



شکل ۲. مدل مسیر اثر تحمل پریشانی بر کیفیت زندگی سالمندان با میانجی‌گری استرس ادراک‌شده (مدل نهایی)

زندگی سالمندان را پیش‌بینی می‌نمایند که در این میان خرده‌مقیاس تحمل پریشانی هیجانی بر کیفیت زندگی سالمندان هم اثر مستقیم مثبت ($= 0/18$) و هم اثر غیرمستقیم مثبت ($= 0/28$) از طریق استرس ادراک‌شده داشت. همچنین خرده‌مقیاس برآورد ذهنی پریشانی بر کیفیت زندگی سالمندان اثر غیرمستقیم مثبت ($= 0/32$) از طریق استرس ادراک‌شده داشت.

نتایج نشان داد همه ضرایب مسیرهای منتهی به استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی، معنادار بودند و این بیانگر آن است که متغیرهای درون‌زا می‌توانند کیفیت زندگی را هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم تبیین نمایند (جدول ۳).

نتایج مندرج در جدول ۴ نیز نشان می‌دهد که ترکیبی خطی از خرده‌مقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی، برآورد ذهنی پریشانی و استرس ادراک‌شده، کیفیت

جدول ۳. تخمین وزن‌های رگرسیونی مدل نهایی پژوهش

مسیر	تخمین	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معناداری
تحميل پریشانی هیجانی \rightarrow استرس ادراک‌شده	-0/160	0/046	-3/515	0/0005
برآورد ذهنی پریشانی \rightarrow استرس ادراک‌شده	-0/118	0/029	-4/052	0/0005
تحميل پریشانی هیجانی \rightarrow کیفیت زندگی	0/430	0/123	3/506	0/0005
استرس ادراک‌شده \rightarrow کیفیت زندگی	-0/419	0/134	-3/118	0/002

جدول ۴. اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل معنی‌دار برای مدل نهایی پژوهش

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
به کیفیت زندگی:			
از تحمل پریشانی هیجانی	۰/۱۷۷	۰/۰۲۸	۰/۲۰۵
از استرس ادراک‌شده	-۰/۱۵۸	-	-۰/۱۵۸
از برآورد ذهنی پریشانی	-	۰/۰۳۲	۰/۰۳۲
به استرس ادراک‌شده:			
از تحمل پریشانی هیجانی	-۰/۱۷۵	-	-۰/۱۷۵
از برآورد ذهنی پریشانی	-۰/۲۰۲	-	-۰/۲۰۲

مطابق داده‌های جدول ۵، شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل مسیر در مجموع بیانگر آن است که برازش داده به مدل در وضعیت قابل قبولی قرار دارد، به عبارت دیگر با مدنظر قرار دادن دامنه مطلوب برای

این شاخص‌ها می‌توان گفت داده‌ها مدل نظری پژوهش را تا حد زیادی حمایت می‌کنند، در نتیجه این شاخص‌ها دلالت بر قابل قبول بودن مدل دارند.

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل نهایی پژوهش

شاخص آماری	CMIN/df	GFI	AGFI	RMSEA	NFI	CFI	HOELTRE
دامنه پذیرش	۲	۰/۹	۰/۹	۰/۰۸	۰/۹	۰/۹	۰/۰۵
مقدار محاسبه شده	۱/۹۰۷	۰/۹۹۷	۰/۹۷۵	۰/۰۴۹	۰/۹۶۵	۰/۹۸۱	۷۵۸

CMIN/df: مجذور کای نسبت به درجه آزادی (مجذور کای نسبی) GFI: شاخص نیکویی برازش AGFI: شاخص نیکویی برازش تعدیل شده
RMSEA: شاخص ریشه خطای تقریب میانگین مجذورات CFI: شاخص برازش تطبیق HOELTRE: شاخص هولتر

بحث

هدف اصلی این پژوهش ارائه یک الگو از تحمل پریشانی و استرس ادراک‌شده برای کمک به فهم بهتر کیفیت زندگی سالمندان بود. یافته‌های حاصل از تحلیل مسیر نشان داد ترکیب خطی از خرده‌مقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی، برآورد ذهنی پریشانی و استرس ادراک‌شده، کیفیت زندگی سالمندان را پیش‌بینی می‌نمایند که در این میان خرده‌مقیاس تحمل پریشانی هیجانی بر کیفیت زندگی سالمندان هم اثر مستقیم مثبت و هم اثر غیرمستقیم مثبت از طریق استرس ادراک‌شده داشت. همچنین اثر غیرمستقیم مثبت خرده‌مقیاس برآورد ذهنی پریشانی بر کیفیت زندگی سالمندان از طریق استرس ادراک‌شده دیده شد. نتایج به دست آمده از این

پژوهش با نتایج پژوهش‌های نظری، وشجاعتی و ژانانی همسو می‌باشد (۲۶، ۳۲).

همان‌گونه که این پژوهش و اکثر پژوهش‌های ذکر شده نشان دادند یکی از پیامدهای ناخوشایند استرس در سالمندان، کیفیت زندگی نامطلوب آنان است. یوسفی افراشته و همکاران به نقل از جنکینز^۱ اشاره می‌کنند که استرس، اضطراب و فشارهای روانی در زندگی آن دسته از سالمندانی که مملو از مشکلات و عوامل تنش‌زای مختلف هستند، می‌تواند بر سلامتی و کیفیت زندگی آنان تأثیرات منفی بر جای بگذارد. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر باستانی و همکاران عنوان می‌دارند عوامل روان‌شناختی همچون استرس ادراک‌شده نه تنها بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر می‌گذارند، بلکه اغلب در مشخص شدن نتیجه مقابله با

^۱ Jenkins

یک بیماری، نقش مهمی ایفا می‌کنند (۲۱). همچنین همسو با یافته‌های پژوهش حاضر کارلسون و همکاران، در زمینه توجه بنیادی به کاهش استرس و ارتباط آن با کیفیت زندگی نشان دادند که کاربرد همزمان چند برنامه کاهش استرس با بالارفتن کیفیت زندگی، کاهش علائم استرس و بهبود کیفیت خواب ارتباط معنی‌داری دارد (۵).

کانگ^۱ و همکاران، در تبیین رابطه استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی سالمندان، اذعان می‌دارند اگر استرس تجربه‌شده به وسیله فرد به گونه مناسبی مدیریت نشود، تأثیر زیادی بر سلامتی وی خواهد داشت (۲۳). همچنین مطابق با نظریه لازاروس^۲ و همکاران، استفاده از روش‌های سازگارانه رویارویی با استرس و ارزیابی‌های شناختی مناسب از شرایط استرس‌زا یکی از کلیدهای اساسی کیفیت زندگی و سلامت روانی می‌باشد (۲۲). در این زمینه نتایج پژوهش‌های گراس^۳ و همکاران نیز بیانگر آن است که شرایط استرس‌زای زندگی، تأثیر مهمی در کاهش کیفیت زندگی افراد به ویژه سالمندان دارد (۳۳).

نظری مطابق با نتایج پژوهش‌های خود، عنوان می‌دارد تحمل پریشانی بالا باعث ایجاد اضطراب زیادی در افراد شده و روی کیفیت زندگی شاد و شیوه درست زندگی کردن آن‌ها تأثیرگذار بوده است (۳۲). شجاعی و اژنانی نیز اذعان می‌دارد که با بهبود وضعیت پریشانی سالمندان، خودکارآمدی افراد در وضعیت بهتری قرار می‌گیرد (۲۶). همچنین اسپادا^۴ و همکاران طی تحقیقی به این نتیجه رسیدند که باورهای فراشناختی میانجی بین استرس و هیجانات منفی است. آن‌ها دریافتند بهترین پیش‌بینی وضعیت سلامت روان با عامل کنترل‌ناپذیری و خطر است. بنابراین فراشناخت با استرس و هیجانات منفی در ارتباط بود. بر این اساس، باورهای فراشناختی در

استرس و اضطراب نقش مهم و با اهمیتی دارند، این باورها علتی برای تحول و تداوم این مشکلات می‌باشد و در نتیجه تداوم این مشکلات باعث کاهش میزان کیفیت زندگی در سالمندان می‌گردد (۳۴). در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت افراد دارای تحمل پریشانی پایین، هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و وجود آن را نمی‌پذیرند زیرا توانایی خود را دست کم می‌گیرند و تمام تلاش خود را برای جلوگیری از هیجان منفی و تسکین فوری به کار می‌بندند و اغلب در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری شده و این بی‌نظمی منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان می‌گردد. در تبیین دیگری می‌توان گفت که تحمل پریشانی، ظرفیت و توانمندی افراد برای تغییر را افزایش می‌دهد. از آنجایی که کیفیت زندگی در بردارنده رضایت از زندگی است، ممکن است تحمل پریشانی با تأثیر بر نوع احساسات و هیجانات فرد، باعث نگرش مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی شود، حتی گاهی با کاهش احساس استرس، موجبات خرسندی و رضایت را برای افراد فراهم ساخته و موجب ارتقاء کیفیت زندگی شود. همچنین مشخص شده است که برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا اغلب باعث پریشانی و کاهش امنیت و سلامت فرد و خانواده و افت سطح کیفیت زندگی می‌شود (۳۵).

تعمیم نتایج به دست آمده با توجه به مقطعی بودن نوع پژوهش حاضر، بایستی با احتیاط صورت گیرد، چرا که در مطالعات مقطعی، بحث علیت معکوس می‌تواند مطرح باشد؛ به این معنی که ممکن است عامل پیشگویی‌کننده (استرس ادراک‌شده یا تحمل پریشانی)، خود ناشی از پیامد مورد مطالعه (کیفیت زندگی) باشد. همچنین، ماهیت خودگزارش‌دهی پرسشنامه‌ها و عدم استفاده از مصاحبه‌های روان‌شناختی ساختاریافته از جمله محدودیت‌های دیگر این مطالعه بود.

¹ Kang

² Lazarus

³ Gross

⁴ Spada

نتیجه‌گیری

آنچه از جمع‌بندی نتایج این پژوهش حاصل شد آن است که افراد سالخورده با میزان تحمل پریشانی پایین در ناملایمات، فشارها و استرس‌های زندگی، دچار عواقب بیشتری نسبت به هم‌تایان با تحمل پریشانی بالا می‌شوند. همچنین افراد سالخورده با میزان تحمل پریشانی پایین در موقعیت‌های استرس‌زا دچار عوارض بیشتری می‌گردند؛ و در نتیجه این ادراک بیشتر استرس، باعث کاهش میزان کیفیت زندگی آنان می‌شود. بنابراین مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر انتظار می‌رود آموزش‌های لازم جهت افزایش تحمل پریشانی به عنوان یک مکانیسم تأثیرگذار بر تحمل پریشانی عمل کرده و راهی

مناسب برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان محسوب شود و می‌تواند به عنوان راهی برای پیشگیری از بیماری‌های روان‌تنی و همچنین مشکلات اجتماعی سالمندان در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان با کد اخلاق ۲۳۸۳۹۳۰۳۹۹ می‌باشد، لذا نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان و همچنین آرمودنی‌های پژوهش که در اجرای این تحقیق همراهی کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

References

- 1- Emaminaeini M, Bakhtiyari M, Hatami H, Khodakarim S, Sahaf R. Depression and perceived social support in the elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(2):192-207 [Persian].
- 2- Kun LG. Telehealth and the global health network in the 21st century. From homecare to public health informatics. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*. 2001;64(3):67-155.
- 3- Jafari M. The Relationship between perceived stress and resiliency with caring times in nursing carers in Tehran's old centers. Master's Thesis, Social Work. Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2016 [Persian].
- 4- Fritzella S, Gunilla RW, Johan F, Burstroma B. From macro to micro: the health of Swedish lone mothers during changing economic and social circumstances. *Social Science & Medicine*. 2007;65(12):2474-88.
- 5- Carlson E, Speca M, Patel K, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life: mood symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatient. *American Psychosomatic Society Psychosomatic Medicine*. 2003; 65:571-81.
- 6- Bahrami F, Farani A. The elderly mental health in the holy Quran. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2009;4(1):70-83 [Persian].
- 7- Ghaderi S, Sahaf R, Mohammadi Shahbalaghi F, Ansari G, Gharanjic A, Ashrafi K, et al. Prevalence of depression in elderly Kurdish community residing in Boukan, Iran. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2012;7(1):57-66 [Persian].
- 8- Pourabdol S, Absasi M, Pirani Z, Abbasi M. The relationship between life expectancy and psychological well-being with quality of life in the elderly. *Journal of Aging Psychology*. 2015;1(1):57-65 [Persian].
- 9- Aalipoor F, Sajadi H, Forozan A, Biglarian A. The role of social support in elderly quality of life. *Social Welfare*. 2009;8(33):149-67 [Persian].
- 10- Bowling A, Gabriel Z. Lay theories of quality of life in older age. *Ageing & Society*. 2007;27(6):827-48.
- 11- Roma I, de Almeida ML, Mansano Nda S, Viani GA, de Assis MR, Barbosa PM. Quality of life in adults and elderly patients with rheumatoid arthritis. *Revista Brasileira Reumatologia*. 2014;54(4):279-86.

- 12- Esmaeili R, Esmaeili M. Quality of life for the elderly: a further study. *Journal of Research in Religion and Health*. 2018;4(2):105-16 [Persian].
- 13- Rajabi M, Jahanshiri S, Kashani Movahed B, Rezaei Hosseinabadi H, Hosseini Shafiabadi M, Mohammad Qashqaii A, et al. Measuring the quality of life of the elderly in Tehran and its related factors in 2016. *The Journal of Payesh*. 2017;16(4):531-41 [Persian].
- 14- Tsai SY, Chi LY, Lee LS, Chou P. Health-related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2004;103(3):196-204.
- 15- Simons J, Gaher R. The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 2005; 29:83-102.
- 16- Williams AD, Thompson J, Andrews G. The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy*. 2013;51(8):469-75.
- 17- Zvolensky MJ, Bernstein A, Vujanovic AA. *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*. New York: Guilford Press; 2011.
- 18- Kazemi H, Shojaei F, Soltanizadeh M. The effect of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological flexibility, distress tolerance, and re-experiencing the trauma in veterans with post-traumatic stress disorder. *Military Caring Sciences*. 2018;4(4):236-48 [Persian].
- 19- Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*. 2010; 41:567-74.
- 20- Esmaeilinasab M, Andami Khoshk A, Azarmi H, Samar Rakhi A. The predicting role of difficulties in emotion regulation and distress tolerance in students' addiction potential. *Etiadpazhoi*. 2014;8(29):49-63 [Persian].
- 21- Bastani F, Pourmohammadi A, Haghani H. Relationship between perceived stress with spiritual health among older adults with diabetes registered to the association of diabetes prevention and control in Babol, 2013. *Hayat*. 2014;20(3):6-18 [Persian].
- 22- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer; 2002.
- 23- Kang YS, Choi SY, Ryu E. The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*. 2009;29(5):538-43.
- 24- Ballard SM, Jenkins C, Savut NY, McKinnon WH, Carroll KE, Escott Stump S. Innovative and complementary approaches to aging in place. *Journal of Family & Consumer Sciences*. 2011;103(2):24-34.
- 25- Yousefi-Afrashteh M, Sharifi K. The relationship between depression, perceived stress and social support with quality of life in elderly with Alzheimer's disease. *Journal of Aging Psychology*. 2015;1(2):1-10 [Persian].
- 26- Shojaei-Vazghani N. Relationship of distress tolerance and life orientation with self-efficacy of the elderly of the association of retirees of Isfahan. Master's Thesis. Department of Psychology, Islamic Azad University, Marvdasht Branch; 2014 [Persian].
- 27- Safarzadeh S, Savari K, Dashtbozorgi Z. Comparison of distress tolerance, coping styles, spiritual intelligence and happiness among elderly men and women. *Journal of Aging Psychology*. 2017;2(4):237-48 [Persian].
- 28- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983; 24:385-96.
- 29- Amin-Yazdi A, Salehi-Fadardi J. Investigating the relationship between documentary styles and perceived stress. *Quarterly Journal of Research in Foundations of Education*. 1999;1(2):1-10 [Persian].
- 30- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The world health organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*. 2004;13(2):299-31.
- 31- Leung KF, Wong WW, Tay MS, Chu MM, Ng SS. Development and validation of the interview version of the Hong Kong Chinese WHOQOLBREF. *Quality of Life Research*. 2005;14(5):1413-19.
- 32- Nazari D. Investigating the relationship between quality of life, type of attitude towards death and distress tolerance in transplant candidates. Master's Thesis. General Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch; 2016 [Persian].

- 33- Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1995; 2:151-64.
- 34- Spada MM, Mohiyeddini C, Wells A. Measuring metacognitions associated with emotional distress: factor structure and predictive validity of the Metacognitions Questionnaire 30. *Personality and Individual Differences*. 2008;45(3):238-42.
- 35- Looker T, Gregson O. *Managing Stress*. Teach Yourself Books; 2003.