



Comparison of Perceived Social Support and the Difficulty of Cognitive Emotional Regulation in Elderly Smokers and Non-smokers

Ezatolah Ghadampour¹, Peyman Hatamian^{2,*}, Shkofeh Bayat³

¹ Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

² Ph.D. Student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

³ M.A in Clinical Psychology, Azad University of Ilam, Ilam, Iran

* **Corresponding author:** Peyman Hatamian, Ph.D. Student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. E-mail: hatamian152@gmail.com

Received: 28 Sep 2018

Accepted: 20 Dec 2018

Abstract

Introduction: Since the lack of social protection and the lack of monitoring of emotions can make the elderly a vulnerable part of the society, the present study aims to compare perceived social support and the difficulty of cognitive emotion Regulation among smokers and non-nursing elderly people. Smoker was done.

Methods: This was a descriptive, causal-comparative type. The population of the study consisted of all non-resident elderly people in Kermanshah city in 1396. Available for sampling, 48 were smokers and 48 were non-smokers. Data collection tools include the Multidimensional Social Perception Scale of Zimm et al. (1988) & difficulty of emotional regulation by Graz and Roemer (2004) Questionnaire. For data analysis, multivariate analysis of variance analysis using SPSS_22 software was used.

Results: The results of the research showed that there is a significant difference between the elderly smoker and non-smoker in terms of benefiting from various social support (family, friends and other people) as well as how cognitive emotion is regulated, that is, Social status was lower in smoker less than the non-smoker group, while the amount of difficulty in cognitive-emotional regulation was significantly higher in smokers than non-smokers ($P < 0.001$).

Conclusions: So, it can be said that there is a lack of perceived social support and difficulty in cognitive regulation of excitement in consumption or smoking among elderly people.

Keywords: Elder, Social Support, Emotion Regulation



مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و دشواری تنظیم شناختی هیجان در سالمندان سیگاری و غیر سیگاری

عزت‌اله قدم‌پور^۱، پیمان حاتمیان^{۲*}، شکوفه بیات^۳

^۱ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
^۲ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
^۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد ایلام، ایلام، ایران
 * نویسنده مسئول: پیمان حاتمیان، دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
 ایمیل: hatamian152@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۲۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۰۶

چکیده

مقدمه: از آنجایی که فقدان حمایت‌های اجتماعی و نیز عدم نظارت بر هیجان‌ها می‌تواند سالمندان را به قشر آسیب پذیر جامعه تبدیل کند، بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و دشواری تنظیم شناختی هیجان در بین سالمندان سیگاری و غیر سیگاری انجام شد.

روش کار: این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش شامل تمامی سالمندان غیر مقیم در سرای سالمندان، شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۸ نفر به عنوان سیگاری و ۴۸ نفر نیز به عنوان غیر سیگاری در نظر گرفته شد. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل: مقیاس ادراک حمایت اجتماعی چند بعدی زیمت و همکاران (۱۹۸۸) و پرسشنامه دشواری تنظیم شناختی هیجان گراتز و روث (۲۰۰۴) بود. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری با استفاده از نرم افزار SPSS-22 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش نشان داد که بین سالمندان سیگاری و غیر سیگاری در میزان بهره‌مندی از حمایت‌های مختلف اجتماعی (خانواده، دوستان و سایر افراد) و نیز چگونگی تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری وجود دارد، بدین معنا که میزان حمایت اجتماعی در گروه سالمندان سیگاری کمتر، در حالی که میزان دشواری تنظیم شناختی هیجان به شکل معناداری در گروه سالمندان سیگاری بیشتر از گروه غیر سیگاری بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان گفت که کمبود حمایت اجتماعی ادراک شده و دشواری در تنظیم شناختی هیجان در مصرف و یا سوء مصرف سیگار در بین سالمندان نقش دارند، از این رو پیشنهاد می‌شود که متخصصین سلامت روان و کسانی که با این گروه از جامعه سروکار دارند به این مهم توجه داشته باشند.

واژگان کلیدی: سالمند، حمایت اجتماعی، تنظیم هیجان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

برنامه مدیریت و نظارت نشود، می‌تواند تبعاتی را در این قشر از جامعه به وجود آورده و با توجه به اینکه افراد سالمند به خاطر شرایط خاص سنی، جسمی و روحی خود به گونه‌ای آسیب پذیر هستند آنها را بیش از پیش در معرض خطر قرار دهد [۴]. سوء مصرف نیکوتین یکی از رایج‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتارهای مخاطره‌آمیز و تهدیدکننده سلامت در جهان است، به گونه‌ای که آمارها نشان می‌دهند، چیزی در حدود ۷ میلیون نفر در سال در اثر مصرف سیگار و دود دسته دوم ناشی

سالمندی تجربه کیفی متفاوت و یکی از دوره‌های زندگی هر فرد در یک فرآیند طبیعی است که هر کسی آن را به شیوه متفاوتی درک می‌کند [۱]. در دهه‌های اخیر نسبت جمعیت سالمندان در کل دنیا افزایش یافته و انتظار می‌رود این روند همچنان طی سالهای آینده سیر صعودی داشته باشد [۲]. طبق پیش‌بینی‌های صورت گرفته از سوی سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۵۰ نسبت سالخوردگان جهان تقریباً دو برابر زمان فعلی آن می‌شود [۳]. این افزایش جمعیت اگر با

و دیگر مواد سوء مصرفی و نیز نقش عوامل شناختی همچون تنظیم هیجان و بررسی ابعاد مختلف آنها در شکل گیری اعتیاد و نیز از آنجایی که تا کنون پژوهش جامعی در این راستا در میان سالمندان انجام نگرفته است، بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و دشواری تنظیم شناختی هیجان در سالمندان سیگاری و غیر سیگاری انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش شامل تمامی سالمندان غیر مقیم در سرای سالمندان، شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ بود که به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۴۸ نفر به عنوان سیگاری و ۴۸ نفر نیز به عنوان غیر سیگاری در نظر گرفته شد. البته به خاطر عواملی هم چون عدم تمایل به شرکت در مطالعه، نداشتن فرصت لازم و یا ریزش و عوامل دیگر هر کدام از گروه‌ها ۵۵ نفر در نظر گرفته شد که در پایان برای هر کدام از گروه‌ها ۴۸ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد که در مجموع کل نمونه متناسب با فرمول‌های آماری مورگان و کوکران شامل ۹۶ نفر شد.

ملاک‌های ورود برای گروه‌های سیگاری شامل؛ دارا بودن حداقل سواد جهت خواندن پرسشنامه، مصرف سیگار به شکل روزانه، رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش بود. که این ملاک‌ها برای گروه غیر سیگاری نیز در نظر گرفته شد ولی صرفاً نباید به شکل روزانه سیگار مصرف می‌کردند قابل ذکر است که اصلی‌ترین ملاک ورود در هر دو گروه سیگاری و غیر سیگاری سن بالای ۶۰ سال و نیز مقیم نبودن در سرای سالمندان بود. مهم‌ترین ملاک‌های خروج هر دو گروه (سیگاری و غیر سیگاری) شامل؛ عدم رضایت جهت شرکت در پژوهش، سن کمتر از ۶۰ سال، مقیم بودن در سرای سالمندان و بیماری روانی تأیید شده بود. پس از انتخاب نمونه و هم‌تا سازی گروه‌ها جهت رعایت اصول اخلاق پژوهشی برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد که داده‌های جمع آوری شده صرفاً جهت یک کار پژوهشی است و اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند. پس از اعلام رضایت آگاهانه آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آنها قرار گرفت که پس از جمع آوری داده‌ها، نتایج با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره و توسط نرم افزار آماری SPSS-22 مورد تحلیل قرار گرفت. برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

مقیاس دشواری تنظیم هیجان (DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale)

برای سنجش دشواری تنظیم هیجان از پرسشنامه ساخته شده توسط گراتز و روئمر (۲۰۰۴) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه و ۶ خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شامل، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجان، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجان است. پایایی درونی کلی برابر با ۰/۹۳ می‌باشد و برای هر خرده مقیاس به ترتیب بیان شده، ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۴ می‌باشد [۱۹]. براساس بررسی پایایی درونی که توسط علوی انجام شده همسانی درونی کل را ۰/۸۶ گزارش شده است، هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان دهنده تنظیم

از آن جان خود را از دست می‌دهند [۵]. همچنین تحقیقات سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که در هر ۸ ثانیه یک نفر در دنیا به خاطر استعمال دخانیات می‌میرد [۶]. مصرف تنباکو به صورت سیگار بیشتر از اشکال دیگر آن رواج دارد [۷]. آمارها حاکی از آن است که تقریباً ۷۵ درصد از سیگاری‌ها به عنوان افراد وابسته به سیگار طبقه بندی می‌شوند [۸]. پژوهش‌های پیشین بیانگر آنند که ۹۰ درصد سرطان‌های ریه و ۷۰ درصد کل بیماری‌های ریوی در افراد سالمند در ارتباط با مصرف دخانیات است [۷]. برای استعمال دخانیات و گرایش به آن علل‌های مختلفی ذکر شده است؛ برخی افراد برای پذیرفته شدن از سوی جامعه سیگار می‌کشند و برخی با این راه خود را رشد یافته تر و بزرگتر جلوه می‌دهند [۸]. به نظر می‌رسد در این بین افراد سالمند جزو گروهی هستند که نه برای پذیرفته شدن و یا رشد یافتگی خود بلکه معمولاً جهت تسکین درد و رنج‌های روحی و جسمی خود به سیگار و سایر مواد مصرفی (از قبیل؛ تریاک و دیگر مواد افیونی) روی می‌آورند.

از جمله متغیرهایی که اثرات مستقیم قابل توجهی بر روی سلامت روان دارد مؤلفه‌های مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده (خانواده، دوستان و سایر افراد مهم زندگی) است [۹]. در واقع منظور از حمایت اجتماعی یعنی؛ کمک‌ها و حمایت‌های اجتماعی والدین، دوستان و دیگر افراد مهم، که فرد آنها را با توجه به شرایط اجتماعی و فردی خود درک می‌نماید [۱۰]. حمایت اجتماعی می‌تواند به افراد کمک کند تا آنها بتوانند با شرایط استرس زای زندگی و مشکلات روزانه کنار آیند، همچنین با میزان پایین‌تر آسیب‌های روانی همراه است [۱۱]. مکان و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند که حمایت اجتماعی به عنوان یکی از روش‌های مقابله‌ای عاطفه نگر می‌تواند با پیشگیری از وقوع موقعیت‌های پرتنش و آسیب زا افراد را مورد حفاظت قرار دهد و با به آنها کمک کند تا وقایع پرتنش را به صورتی ارزیابی نمایند که جنبه تهدید کنندگی کمتری داشته باشد [۱۲]. کریمی مقدم و همکاران (۱۳۸۸) در تحقیق خود به این نکته اشاره کرده‌اند که مصرف کنندگان مواد به صورت کلی از حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد سالم برخوردارند [۱۳].

در سال‌های اخیر تنظیم شناختی هیجان به عنوان یک فرآیند هسته‌ای در تحقیق و درمان آسیب شناسی روانی مورد توجه درمانگران و پژوهشگران حوزه سلامت روانی قرار گرفته است [۱۴]. منظور از تنظیم شناختی هیجان نحوه پردازش شناختی فرد در هنگام مواجهه با وقایع ناگوار و استرس زا می‌باشد [۱۵]. به گفته متخصصان دشواری در تنظیم شناختی هیجان به عنوان پیش بین آسیب روانی فرد در آینده و نیز عامل کلیدی و مهمی در پیدایش مشکلات افراد است [۱۶]. مطالعات تصویر برداری عصبی نشان داده‌اند که سوءمصرف نیکوتین با عملکردهای غیر طبیعی بخشی از مغز همراه است، که این قسمت در تنظیم احساسات شناختی هیجان نقش دارد [۱۷]. فوکس و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی که بر روی افراد وابسته به سوء مصرف کواکائین و نیکوتین انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که افراد وابسته به این مواد مشکلاتی در رابطه با فهم هیجان‌ات، مدیریت هیجان‌ات و کنترل تکانه دارند [۱۸].

با توجه به تأثیر و نقش بارز نهادهای حمایتی همچون خانواده، دوستان و سایر افراد مهم در نگرش و اقدام افراد به مصرف یا عدم مصرف سیگار

مقیاس در مطالعه زیمت و همکاران (۱۹۹۸) برای زیر مقیاس‌های شخص مهم دیگر، خانواده و دوستان به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۸۵ بوده است. در پژوهش ادواوز (۲۰۰۴)، ضریب آلفای کرونباخ آن برای بعد خانواده ۰/۸۸، دوستان ۰/۹۰ و دیگر افراد مهم ۰/۶۱ گزارش شده است [۲۲].

یافته‌ها

همانطور که در این قسمت از یافته‌ها مشخص است در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه (سالمندان سیگاری و غیر سیگاری) آمده است.

هیجان پایین خواهد بود [۲۰]. در پژوهش کرمی و همکاران (۱۳۹۵) نیز روایی پرسشنامه بررسی و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ گزارش شده است [۷].

مقیاس ادراک حمایت اجتماعی چند بعدی (MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

پرسشنامه حاضر به وسیله زیمت و همکاران (۱۹۹۸) ساخته شده است و دارای ۱۲ گویه می‌باشد که سه بعد حمایت خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم را می‌سنجد [۲۱]. هر بعد این مقیاس دارای ۴ گویه می‌باشد. پاسخ‌دهنده به هر گویه آن بر روی مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالف و ۷=کاملاً موافق) پاسخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد حمایت اجتماعی ادراک شده و دشواری تنظیم شناختی هیجان به تفکیک گروه

متغیر	گروه سیگاری		گروه غیر سیگاری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
حمایت اجتماعی ادراک شده				
خانواده	۱۲/۵۸	۳/۶۵	۲۲/۲۲	۳/۷۲
دوستان	۱۴/۱۰	۴/۳۵	۲۱/۹۲	۳/۵۷
سایر افراد مهم	۱۳/۵۰	۳/۳۵	۲۱/۹۳	۳/۱۰
دشواری تنظیم شناختی هیجان				
عدم وضوح هیجانی	۱۹/۲۰	۳/۳۸	۹/۷۰	۳/۲۸
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۳۳/۴۱	۳/۴۲	۱۶/۱۲	۶/۱۹
فقدان آگاهی هیجانی	۲۴/۰۴	۲/۵۱	۱۱/۵۴	۲/۵۵
دشواری در کنترل تکانه	۲۴/۶۲	۳/۰۸	۱۲/۰۰	۴/۰۰
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۱۹/۵۰	۲/۷۰	۸/۹۱	۳/۷۹
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۲۴/۹۸	۳/۶۸	۱۰/۷۲	۴/۱۲

نتایج حاصل از جدول ۱ نشان داد که میانگین تمام مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده در گروه سالمندان سیگاری کمتر از گروه سالمندان غیر سیگاری بود. همچنین نتایج نشان داد که در تمام مؤلفه‌های دشواری تنظیم شناختی هیجان میانگین گروه سیگاری از

نتایج حاصل از جدول ۱ نشان داد که میانگین تمام مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده در گروه سالمندان سیگاری کمتر از گروه سالمندان غیر سیگاری بود. همچنین نتایج نشان داد که در تمام مؤلفه‌های دشواری تنظیم شناختی هیجان میانگین گروه سیگاری از

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه گروه‌ها

منابع	ارزش	F	df خطا	df فرضیه	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۸۰	۳۸/۷۱	۹	۸۶	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۰	۳۸/۷۱	۹	۸۶	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۴/۰۵	۳۸/۷۱	۹	۸۶	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه	۴/۰۵	۳۸/۷۱	۹	۸۶	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و دشواری تنظیم شناختی هیجان بین دو گروه سیگاری و غیر سیگاری تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج حاصل از مجذور اتا نشان می‌دهد که در بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده، فقدان حمایت خانواده (با مجذور اتای ۰/۶۳) دارای نقش بیشتری در پیش بینی مصرف سیگار بود. همچنین در بین مؤلفه‌های مختلف دشواری تنظیم شناختی هیجان، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی دارای بیشترین مقدار مجذور اتا (۰/۷۷) بود.

نتایج جدول ۲ بیانگر آن است که حداقل در یکی از متغیرها بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد، همانگونه که در جدول ۲ آمده است مقدار لامبدای ویلکز برای تحلیل واریانس چند متغیره تقریباً ۰/۲۰ است، و این نشان دهنده آن است که فقدان حمایت‌های اجتماعی (خانواده، دوستان و سایر افراد مهم زندگی) و دشواری تنظیم شناختی هیجان می‌توانند حدود ۸۰ درصد احتمال سیگاری بودن را پیش بینی کنند. برای مقایسه تک به تک متغیرها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه گروه‌های سیگاری و غیر سیگاری

متغیر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزور اتا
خانواده	۲۲۳۳/۰۱	۱	۲۲۳۳/۰۱	۱۶۴/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳
دوستان	۱۴۶۴/۸۴	۱	۱۴۶۴/۸۴	۹۲/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹
سایر افراد	۱۷۰۸/۵۹	۱	۱۷۰۸/۵۹	۱۶۳/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲
عدم وضوح هیجانی	۲۱۶۶/۰۰	۱	۲۱۶۶/۰۰	۱۹۴/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۷۱۷۶/۰۴	۱	۷۱۷۶/۰۴	۲۸۶/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۵
فقدان آگاهی هیجانی	۳۷۵۰/۰۰	۱	۳۷۵۰/۰۰	۲۷۷/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴
دشواری در کنترل تکانه	۳۸۲۵/۳۷	۱	۳۸۲۵/۳۷	۲۹۹/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۲۶۸۸/۱۶	۱	۲۶۸۸/۱۶	۲۴۷/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۴۸۷۳/۵۰	۱	۴۸۷۳/۵۰	۳۱۸/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و دشواری تنظیم شناختی هیجان در سالمندان سیگاری و غیر سیگاری انجام شد. یافته‌های حاصل از نتایج این پژوهش نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و دشواری تنظیم هیجان در سالمندان سیگاری و غیر سیگاری تفاوت معنی داری وجود دارد. به گونه‌ای می‌توان اشاره کرد که این نتیجه قابل مقایسه و تا حدودی همسو با نتایج پژوهش‌ها مگان و همکاران، ۲۰۱۶؛ کرمی و همکاران ۱۳۸۸ و فوکس و همکاران، ۲۰۰۷، می‌باشد.

قابل ذکر است، مطالعه‌ای که به طور مستقیم هریک از متغیرهای حاضر را در جامعه‌ای سالمندان سیگاری یا غیر سیگاری انجام شده باشد یافت نشد، اما جهت تبیین بیشتر یافته‌های پژوهش حاضر به چند مورد از پژوهش‌های پیشین که در جوامع و گروه‌های دیگر انجام شده است اشاره می‌شود. به عنوان مثال در مطالعه آگستر و همکاران (۲۰۱۳) که بر روی ۱۵۰ سیگاری انجام شد پژوهشگران به این نتیجه دست یافتند که توانایی تنظیم شناختی هیجان‌ها باعث بهبود بخشیدن سطح سلامت جسمانی و روانی در افراد می‌گردد [۲۳].

در پژوهش دانیل و همکاران (۲۰۱۲) که به بررسی استراتژی تنظیم هیجان و واکنش‌های استرس آور روانی در افراد میانسال پرداختند به این نتیجه دست یافتند که تنظیم درست هیجان‌ها موجب بهتر واکنش نشان دادن به موقعیت‌های استرس آور می‌شود [۲۴]. در پژوهش کرمی و همکاران (۱۳۹۵) نیز نتایج نشان داد که بین اصناف سیگاری و غیر سیگاری در مشکلات تنظیم هیجان و سبک‌های عاطفی تفاوت معناداری وجود دارد و مشکلات تنظیم هیجان به شکل معناداری در گروه افراد سیگاری بیشتر بود [۷]. لورنت و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی بدین نتیجه دست یافتند که مصرف کنندگان مواد به صورت کلی از حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد غیر مصرف کننده برخوردار هستند [۲۵].

همانگونه که از یافته‌ها پیداست، میانگین تمام مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده در گروه سالمندان سیگاری کمتر از گروه سالمندان غیر سیگاری بود، همچنین نتایج نشان داد که در تمام مؤلفه‌های دشواری تنظیم شناختی هیجان میانگین گروه سیگاری از گروه غیر سیگاری بیشتر بود.

در واقع همین موضوع به وضوح نشان می‌دهند که پژوهش حاضر نیز نه تنها متناقض با پژوهش‌های پیشین انجام شده در این حوزه نیست بلکه کاملاً موافق با آنهاست. لازم به ذکر است که از آنجایی که نتایج

پژوهش نشان داد، سالمندان سیگاری هم از فقدان حمایت کافی اجتماعی رنج می‌برند و هم در تنظیم هیجان با مشکل مواجه هستند، شناخت این مؤلفه‌ها می‌تواند کمک قابل توجهی در پیشگیری و درمان مصرف کنندگان سیگار (مخصوصاً در سالمندان) باشد، چرا که این مسئله دلایلی گوناگون دارد و درمان آن نیز باید درمانی همه جانبه باشد.

نتیجه‌گیری

نهایتاً از یافته‌های حاضر چنین برداشت می‌شود که حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن عوامل تعیین کننده‌ای برای سوق به مصرف یا عدم مصرف سیگار هستند و همچنین تنظیم شناختی هیجان می‌تواند ویژگی بسیار مهمی برای محافظت از افراد در مقابل مخاطرات باشد. از آنجا که بیشتر مصرف کنندگان، سیگار را برای تغییر حالات خلقی خود مصرف می‌کنند. بنابراین بهره‌گیری از فواید مثبت حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان‌ها که مانع گرایش نسبت به سیگار است می‌تواند تسهیل‌گر آموزش بر نامه ریزان و روان درمانگران حوزه ترک سیگار و مواد مشابه باشد.

محدودیت‌ها

بسان هر پژوهش دیگر این مطالعه نیز دارای یک سری از محدودیت‌ها بود، که جهت تسهیل در انجام پژوهش‌های آتی و شفافیت هر چه بیشتر پژوهش لازم است به آنها اشاره شود. از جمله؛ به دلیل اینکه جامعه هدف به خاطر کهولت سن آنها، برخی از سالمندان انگیزه و حوصله همکاری لازم را نداشتند و پژوهشگر مجبور می‌شد که وقت بیشتری را جهت ارتباط اولیه صرف کند. محدودیت دیگر اینکه برخی از سالمندان سواد کافی برای پر کردن پرسشنامه را نداشتند و پژوهشگر می‌بایست وقت بیشتری را به این دسته از گروه‌ها اختصاص می‌داد که در روند پیشروی مطالعه تأخیر ایجاد می‌کرد. و نیز با توجه به این که پژوهش حاضر صرفاً در بین سالمندان شهر کرمانشاه انجام شد، بنابراین لازم است که در تعمیم داده‌ها به کل جامعه سالمندان کشور با احتیاط عمل کرد.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود که متغیرهای حاضر در پژوهش‌های آتی در جوامع دیگر نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که این متغیرها در قالب طرح‌های کلی‌تر، در سطح کلان‌تری و با روش‌های دیگری مورد بررسی قرار داده شوند. به درمانگران حوزه سلامت و

این پژوهش یاری رساندن قدر دانی و سپاسگزاری کنند. پژوهش حاضر تحت نظارت هسته سلامت روانی خانواده (هسته مورد تایید بنیاد ملی نخبگان و تحت نظارت دبیر هسته؛ جناب آقای پیمان حاتمیان؛ انجام شد

توانبخشی پیشنهاد می‌شود که نقش مؤلفه‌های مختلف حمایت اجتماعی و هیجان‌ها را در مصرف سیگار مدنظر قرار دهند.

سپاسگزاری

پژوهشگران حاضر، وظیفه خود می‌دانند که از تمامی افراد، مخصوصاً جامعه سالمندان و علی‌الخصوص نمونه مورد پژوهش که ما را در انجام

References

1. Khaki S, Khesali Z, Farajzadeh M. The Relationship of depression and death anxiety to the quality of life among the elderly population. *Hayat J.* 2017;23(2):152-61.
2. Beh-Pajooch A, Soleymani S. The Relationship between Sleep Quality and Depression in Older People Living in 3 Districts of Tehran, Iran. *Salmand.* 2016;11(1):72-9. doi: 10.21859/sija-110172
3. WHO. Mental health and older adults. Geneva: World Health Organization, 2017.
4. Hossein Abadi R. Influence of acupressure on sleep quality in older age. Tehran: University of social welfare and rehabilitation; 2007.
5. Wu L, Winkler MH, Wieser MJ, Andreatta M, Li Y, Pauli P. Emotion regulation in heavy smokers: experiential, expressive and physiological consequences of cognitive reappraisal. *Front Psychol.* 2015;6:1555. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01555 pmid: 26528213
6. Mehr Parvar. [Complications of smoking in old age] Iran: Mehrparvar Institute; 2017 [cited 2018]. Available from: <http://mehrparvar.com/complications-of-smoking-in-old-age-elderly-nurse-employment>.
7. Karami J, Zakiee A, Hatamian P, Bagheri A. Comparing Emotion regulation Difficulties and Emotional Styles of Smokers and Non-smokers. *J Urmia Med.* 2016;27(10):848-55.
8. Kurashiki H. [To assess the scale factor in students' emotional styles]. *J Behav Sci.* 2014;11(3):185-95.
9. Hatamian P, Karami J, Momeni K. Relationship Between Perceived Social Support (Family, Friends and Other Important People) With the Tendency of Using Psychotropic Substances Among the Nurses of Hospitals in Kermanshah City. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2018;05(04):367-73. doi: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.367
10. Orozco V. Ethnic Identity, Perceived Social Support, Coping Strategies, University Environment, Cultural Congruity, and Resilience of Latina/o College Students. Ohio Ohio State University; 2007.
11. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bullet.* 1985;98(2):310-57. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310
12. Roberts ME, Bernstein MH, Colby SM. The effects of eliciting implicit versus explicit social support among youths susceptible for late-onset smoking. *Addict Behav.* 2016;62:60-4. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.06.017
13. Karimi Moghaddam H, Hashemi T, Bayrami M. The role of irrational beliefs, self-efficacy perceptions and social support for substance abuse disorder. Tabriz Tabriz University; 2009.
14. Mennin DS, Fresco DM. Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment.* 2009:356-79.
15. Saman S, Mansouri N, Sadat S. The role of cognitive emotion regulation intermediary for parenting problems, emotional. *Psychol Methods Mod.* 2011;1(3).
16. Abbott BV. Emotion dysregulation and re-regulation: Predictors of relationship intimacy and distress. Texas Texas A&M University; 2005.
17. Sutherland MT, McHugh MJ, Pariyadath V, Stein EA. Resting state functional connectivity in addiction: Lessons learned and a road ahead. *NeuroImage.* 2012;62(4):2281-95. doi: 10.1016/j.neuroimage.2012.01.117
18. Fox HC, Axelrod SR, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug Alcohol Depend.* 2007;89(2-3):298-301. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.12.026 pmid: 17276626
19. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004;26(1):41-54. doi: 10.1023/b:joba.0000007455.08539.94
20. Shams J, Azizi A, Mirzaee A. The Relationship of Distress Tolerance and Emotion Regulation with Extent of Attachment of Smoker Studnets. *J Hakim.* 2010;13(1):11-8.
21. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1990;55(3-4):610-7. doi: 10.1080/00223891.1990.9674095 pmid: 2280326
22. Edwards LM. Measuring Perceived Social Support in Mexican American Youth: Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Hispan J Behav Sci.* 2016;26(2):187-94. doi: 10.1177/0739986304264374
23. Ochsner KN, Bunge SA, Gross JJ, Gabrieli JD. Rethinking feelings: an fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *J Cogn Neurosci.* 2002;14(8):1215-29. doi: 10.1162/089892902760807212 pmid: 12495527
24. de Veld DM, Riksen-Walraven JM, de Weerth C. The relation between emotion regulation strategies and physiological stress responses in middle childhood. *Psychoneuroendocrinology.* 2012;37(8):1309-19. doi: 10.1016/j.psyneuen.2012.01.004 pmid: 22309825
25. Lorant V, Soto Rojas V, Becares L, Kinnunen JM, Kuipers MA, Moor I, et al. A social network analysis of substance use among immigrant adolescents in six European cities. *Soc Sci Med.* 2016;169:58-65. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.09.031 pmid: 27689513