

بررسی همبستگی بین حساسیت پردازش حسی و ناگویی خلقی با روی آوری به اعتیاد، در دانشجویان دختر ساکن خوابگاه علوم پزشکی قزوین

هادی سلیمی^{۱*}، گیتا علی پور^۲، نسرین میری^۳، فاطمه کرمانشاهی^۴

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد به عنوان بلای خانمانسوز، جامعه بشری، به ویژه قشر نوجوان و جوان را به شدت تهدید می کند. چگونگی ادراک و واکنش افراد نسبت به محرک های محیطی و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان ها می تواند سوق دهنده افراد به سمت اعتیاد باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی همبستگی بین حساسیت پردازش حسی و ناگویی خلقی (آلکسی تایمیا) با روی آوری به اعتیاد انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی - مقطعی بر روی ۱۶۶ نفر از دانشجویان دختر ساکن خوابگاه گلستان علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۹۴ انجام شد. نمونه ها به طور تصادفی انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه های روی آوری به اعتیاد، حساسیت پردازش حسی و ناگویی خلقی (FTAS-20) استفاده گردید. داده ها با ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج همبستگی پیرسون نشان داد همبستگی معنی داری بین مؤلفه های سهولت تحریک، حساسیت زیبایی شناختی و ناگویی خلقی با روی آوری به اعتیاد وجود دارد ($p < 0/05$, $p < 0/01$). نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد مؤلفه های سهولت تحریک، حساسیت زیبایی شناختی و ناگویی خلقی باهم، ۲۰/۴٪ از واریانس روی آوری به اعتیاد را تبیین می کنند. همچنین بین مؤلفه آستانه حسی پایین و روی آوری به اعتیاد، همبستگی معنی داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این مطالعه، با بهبود چگونگی ادراک و واکنش افراد نسبت به محرک های محیطی، پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان ها، می توان امر پیشگیری از اعتیاد را تسهیل کرد.

کلید واژه ها: رفتار اعتیادی؛ حساسیت پردازش حسی؛ نشانه های عاطفی؛ دانشجویان؛ زنان؛ پزشکی.

^۱گروه روان شناسی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران.

^۲آبشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

^۳گروه روان شناسی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.

^۴گروه مشاوره، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

هادی سلیمی، گروه روان شناسی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:
hadisalimi69@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱/۱۷

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Salimi H, Alipour G, Miri N, Kermanshahi F. Investigation of the Correlation between sensory processing sensitivity and alexithymia with tendency to addiction in dormitory resident female students of Qazvin University of Medical Sciences, Iran. Qom Univ Med Sci J 2017;11(1):68-78. [Full Text in Persian]

مقدمه

اعتیاد و سوء مصرف مواد، پدیده‌ای اجتماعی است که همراه آن توانایی جامعه در سازمان‌یابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود (۱)، و همواره نسل نوجوان و جوان را تهدید می‌کند (۲). پژوهش‌ها نشان داده است گرایش به مصرف مواد در بین افراد جوامع مختلف، رو به افزایش است (۳). به اعتقاد نظریه پردازان، مواجهه با مواد مخدر؛ حتی مواجهه طولانی با آن، شرط کافی برای اعتیاد نیست (۴). طبق نظریه استعداد اعتیاد؛ افراد مستعد اگر در معرض مواد قرار بگیرند معتاد می‌شوند (۵). متخصصان درباره علل گرایش به اعتیاد نظریه‌هایی ارائه داده‌اند: گروه اول در دسترس بودن مواد؛ گروه دوم، بحران‌ها و نابسامانی‌های اجتماعی و گروه سوم آمادگی‌های روانی و ویژگی‌های شخصیتی را دلیل آن می‌دانند (۶). از اساسی‌ترین عوامل روانی، روی آوری به اعتیاد و نحوه درک و پردازش محرک‌های حسی است که زیربنای چگونگی ادراک و واکنش افراد نسبت به محرک‌های محیطی را تشکیل می‌دهد (۷). پژوهش‌ها نشان داده است افراد اطلاعات حسی را به طرق مختلفی پردازش می‌کنند، برخی از افراد نیز حساسیت بیشتری نسبت به اطلاعات حسی دارند (۸،۹). سازه حساسیت پردازش حسی متشکل از سه عامل سهولت تحریک، آستانه حسی پایین و حساسیت زیبایی‌شناختی است (۱۰). سهولت تحریک به احساس پاسخ نسبت به خواسته‌ها و نیازها، حساسیت زیبایی‌شناختی به آگاهی از تجارب زیبایی‌شناختی و آستانه حسی پایین نیز به حساسیت افراد نسبت به محرک‌های ناخوشایند اشاره دارد (۱۱). پژوهش قمری گیوی و بشرپور نشان داد سبک پردازش حسی افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی و افسردگی در مقایسه با افراد سالم متفاوت است (۷). مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهد بین آستانه حسی پایین و حساسیت حسی با اختلالات بالینی مانند هراس اجتماعی (۱۲)، اختلال شخصیت اجتنابی (۱۳)، اضطراب و افسردگی (۱۴، ۱۵)، استرس ادراک شده و سلامت روانی (۱۶) ارتباط وجود دارد. همچنین سایر پژوهش‌ها، بین سبک پردازش حسی با سازه‌های بازداری رفتاری (۱۰)، هیجان‌پذیری (۸) و رفتارهای پرخطر (۱۷)، رابطه معنی‌داری را گزارش کرده‌اند. مشکلات هیجانی و ناتوانی در کنترل و تنظیم هیجانات می‌تواند نقش برجسته‌ای در روی آوری به اعتیاد داشته باشد (۱۸).

ناگویی خُلقی (الکسی تایمیا)، سازه‌ای است که توسط Sifneos (۱۹، ۲۰) مطرح شد. این سازه متشکل از دشواری در شناسایی، توصیف احساسات و جهت‌گیری فکری بیرونی است (۲۱)، و به‌طورکلی شیوع آن در بین نوجوانان (۲۲، ۲۳) و دانشجویان ایرانی بالا می‌باشد (۲۴). مبتلایان به ناگویی خُلقی، حس‌های بدنی بهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی برانگیختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی درپی درمان نشانه‌های جسمانی هستند (۲۵). ناگویی خُلقی به‌عنوان عامل آسیب‌پذیری، فرد را برای تجربه عواطف منفی (درماندگی روان‌شناختی) و ناتوانی در تجربه عواطف مثبت مستعد می‌سازد (۲۶) و به‌عنوان نارساکنش‌وری هیجانی، منجر به آمادگی و وابستگی به مواد می‌شود (۲۷). نریمانی و پوراسمعی به این نتیجه رسیدند که با آگاهی و تنظیم احساسات می‌توان یک سپر دفاعی در برابر اعتیاد ایجاد کرد (۲۸). پژوهش اکبری‌شایه و همکاران (۲۹)، Lindsay و Ciarrochi (۳۰) نیز نشان داد بین ناگویی خُلقی و آمادگی اعتیاد، رابطه معنی‌داری وجود دارد. مطالعات نشان می‌دهد ناگویی خُلقی اثرات منفی بر روی بهزیستی شناختی و هیجانی می‌گذارد (۳۱، ۳۲)، و با بسیاری از مشکلات از قبیل درد (۳۳)، سندرم روده تحریک‌پذیر (۳۴)، افسردگی (۳۵، ۳۶)، اختلالات شخصیتی و وسواسی (۳۷، ۳۸)، مصرف الکل (۳۹، ۴۰)، ظرفیت سازگاری پایین (۴۱) و کارکردهای ضعیف اجتماعی و بین‌فردی (۴۲) رابطه دارد.

اعتیاد از مخرب‌ترین سلاح‌های نامحسوس در از هم پاشیدگی و نابودی فرد، خانواده و جامعه است. با توجه به سیر صعودی روی آوری به اعتیاد در سنین پایین، به‌خصوص در جامعه زنان، بررسی عوامل گوناگون گرایش به آن، به‌منظور اعمال سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در حوزه پیشگیری، حایز اهمیت است. همچنین زندگی در خوابگاه دانشجویی و مشکلات ناشی از آن همچون مرادده با افراد در حال مصرف، دوری از خانواده و مشکلات روانی ناشی از آن و کاهش کنترل خانواده می‌توانند از عوامل سوق‌دهنده به سمت اعتیاد باشند. پژوهش حاضر با هدف بررسی همبستگی بین حساسیت پردازش حسی و ناگویی خُلقی با روی آوری به اعتیاد در دانشجویان دختر ساکن خوابگاه علوم پزشکی قزوین صورت گرفت.

روش بررسی

تحقیق حاضر به روش توصیفی- مقطعی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دانشجویان دختر ساکن خوابگاه گلستان علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۹۴ تشکیل می‌داد. در مطالعه حاضر از شیوه نمونه‌گیری تصادفی استفاده شد. براساس فرمول کوکران (Cochran)، حجم نمونه می‌بایست ۱۶۹ نفر (n= ۳۰۰) انتخاب شود، اما به علت عدم تمایل کافی و دقت در تکمیل پرسشنامه، در نهایت، داده‌های ۱۶۶ نفر از دانشجویان ساکن در خوابگاه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. معیارهای ورود به نمونه‌گیری شامل: تحصیل در رشته‌های علوم پزشکی، مؤنث بودن، سکونت در خوابگاه گلستان و تمایل به پاسخ‌گویی به ابزارهای پژوهش بود.

همچنین انصراف نمونه از پاسخگویی به پرسشنامه و عدم تکمیل آن، مصرف دارو و مشکلات روان‌شناختی از معیارهای خروج از مطالعه بود. قابل‌ذکر است پس از مشخص کردن تعداد نمونه، ابزارهای پژوهش به صورت تصادفی به نمونه‌ها داده شد و اطلاعات لازم در مورد داوطلبانه بودن و عدم اجبار در پاسخ‌گویی به ابزار پژوهش، نحوه پاسخگویی به ابزارها، عدم نشان دادن چهره خوب یا بد، محرمانه بودن پاسخ‌ها و کمک در جهت یک پژوهش اصیل به نمونه‌های مورد بررسی تبیین گردید، سپس بعد از پاسخ‌گویی، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده گردید:

مقیاس ایرانی روی آوری به اعتیاد: این پرسشنامه با توجه به شرایط روانی - اجتماعی جامعه ایرانی توسط زرگر ساخته شد که از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ ماده به اضافه ۵ ماده دروغ‌سنج است. نمره‌گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار چهار درجه‌ای از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می‌باشد. جهت مقایسه روایی این مقیاس نیز از دو روش استفاده شده است. در روایی ملاکی، پرسشنامه آمادگی به اعتیاد، دو گروه معتاد و غیرمعتاد را به خوبی از یکدیگر تمیز داده است (۴۳). روایی سازه مقیاس از طریق همبسته‌کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست علائم بالینی، ۰/۴۵ محاسبه شده که معنی‌دار است. اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ بوده که در حد مطلوب می‌باشد (۴۴).

در پژوهش دیگری، میزان آلفای کرونباخ، ۰/۸۲ بوده است (۱). در این مطالعه میزان آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسشنامه حساسیت پردازش حسی

(Sensory Processing Sensitivity Questionnaire): این پرسشنامه توسط Aron و Aron (سال ۱۹۹۷) ساخته شده است (۸). این آزمون مشتمل بر ۲۷ سؤال خودگزارشی است که واکنش‌پذیری روان‌شناختی نسبت به محرک‌های محیط را مورد سنجش قرار می‌دهد و دارای سه خرده‌مقیاس سهولت تحریک (۱۲ آیتم)، حساسیت زیبایی‌شناختی (۷ آیتم) و آستانه حسی پایین (۶ آیتم) است. این مقیاس در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱ نمره) تا کاملاً موافقم (۵ نمره) طراحی شده است. این آزمون، پایایی خوبی را نشان داده و ضریب آلفای کرونباخ آن در مطالعه Smolewska و همکاران (سال ۲۰۰۶)، حدود ۰/۸۹ برآورد شده است (۱۰). در پژوهش دیگری، میزان پایایی داخلی آن با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۷۷ گزارش شد (۱۱) در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ کل آزمون، ۰/۷۸ بود و برای خرده‌مقیاس سهولت تحریک، ۰/۷۵؛ حساسیت زیبایی‌شناختی، ۰/۵۳ و آستانه حسی پایین، ۰/۵۶ به دست آمد.

مقیاس ناگویی خلقی تورنتو

(Toronto Alexithymia Scale): این مقیاس توسط Toronto و همکاران (سال ۱۹۹۴) ساخته شد (۴۵). این آزمون یک مقیاس خودسنجی ۲۰ سؤالی است و سه بُعد دشواری در شناسایی احساسات (۷ سؤال)، دشواری در توصیف احساس (۵ سؤال) و تمرکز بر تجارب بیرونی یا جهت‌گیری بیرونی (۸ سؤال) را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا نمره ۵ (کاملاً موافقم) می‌سنجد (۳۶). در نسخه فارسی، مقیاس ناگویی خلقی از روایی قابل‌قبولی برخوردار بوده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت‌گیری بیرونی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شده است (۴۶). در این پژوهش، میزان ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۸۰ و برای خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۸ و ۰/۴۹ به دست آمد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در بخش توصیفی، تعداد نمونه متشکل از ۱۶۶ دختر بود که در این میان، تعداد ۴۱ نفر (۲۴/۷٪) در سنین ۲۰ سالگی، ۱۲۷ نفر (۷۶/۵٪) در دوره کارشناسی و ۱۴۹ نفر (۸۹/۸٪) مجرد بودند. از نظر تعداد نمونه به تفکیک هر رشته؛ پرستاری ۲۳ نفر، مامایی ۲۹ نفر، بهداشت ۴۰ نفر، دندانپزشکی ۱۱ نفر، پزشکی ۲۲ نفر، مدیریت بیمارستان ۱۷ نفر، هوشبری ۱۰ نفر، رزیدنتی ۳ نفر و تغذیه و آزمایشگاه هر کدام ۱ نفر بودند.

طبق نتایج، میانگین متغیرهای پژوهش؛ روی آوری به اعتیاد با میانگین $31/2 \pm 14/7$ (حداقل ۵ و حداکثر ۸۳)، سهولت تحریک با میانگین $40/1 \pm 6/4$ (حداقل ۱۵ و حداکثر ۵۵)، حساسیت زیبایی شناختی با میانگین $26/2 \pm 3/4$ (حداقل ۱۵ و حداکثر ۳۴)، آستانه حسی پایین با میانگین $19/1 \pm 3/7$ (حداقل ۶ و حداکثر ۲۸) و ناگویی خُلقی با میانگین $50/8 \pm 10/9$ (حداقل ۲۱ و حداکثر ۷۳) به دست آمد. نتایج بررسی میانگین متغیرهای پژوهش با توجه به نمره کل مقیاس نیز نشان داد میزان روی آوری به اعتیاد در نمونه، در حد متوسطی قرار دارد و میزان ناگویی خُلقی و مؤلفه‌های سهولت تحریک، حساسیت زیبایی شناختی و آستانه حسی پایین در حد رو به بالایی می‌باشد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: میانگین، انحراف معیار و دامنه متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین \pm انحراف معیار	حداقل	حداکثر
روی آوری به اعتیاد	$31/2 \pm 14/7$	۵	۸۳
سهولت تحریک	$40/1 \pm 6/4$	۱۵	۵۵
مؤلفه‌های حساسیت پردازش حسی	$26/2 \pm 3/4$	۱۵	۳۴
آستانه حسی پایین	$19/1 \pm 3/7$	۶	۲۸
ناگویی خُلقی	$50/8 \pm 10/9$	۲۱	۷۳

براساس نتایج تحلیل همبستگی پیرسون؛ میزان همبستگی روی آوری به اعتیاد با مؤلفه‌های سهولت تحریک برابر با $0/163$ ($p < 0/036$)، حساسیت زیبایی شناختی برابر با $-0/252$ ($p < 0/001$)، آستانه حسی پایین برابر با $0/035$ ($p < 0/652$) و با ناگویی خُلقی برابر با $0/375$ ($p < 0/001$) بود. هرچند میزان همبستگی بین مؤلفه‌های سهولت تحریک و

حساسیت زیبایی شناختی با متغیر وابسته در مقایسه با ناگویی خُلقی در سطح پایینی قرار داشت، اما با این وجود با توجه به سطح معنی‌داری بین این متغیرها، همبستگی بین روی آوری به اعتیاد با مؤلفه‌های سهولت تحریک، حساسیت زیبایی شناختی و ناگویی خُلقی معنی‌دار بود؛ ولی رابطه بین روی آوری به اعتیاد با مؤلفه آستانه حسی پایین، معنی‌دار نبود (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک روی آوری به اعتیاد

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
روی آوری به اعتیاد	۱				
سهولت تحریک	$0/163^*$	۱			
حساسیت زیبایی شناختی	$-0/252^{**}$	$0/279^{**}$	۱		
آستانه حسی پایین	$0/035$	$0/549^{**}$	$0/148$	۱	
ناگویی خُلقی	$0/375^{**}$	$0/216^{**}$	$-0/151$	$0/097$	۱

$p < 0/05^{**}$, $p < 0/01^*$

تحریک، حساسیت زیبایی‌شناختی و ناگویی خلقی توانستند روی آوری به اعتیاد را پیش‌بینی کنند. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد ۲۰/۴٪ از واریانس روی آوری به اعتیاد به وسیله این سه متغیر قابل تبیین است. با توجه به ضرایب β به ترتیب ناگویی خلقی ($\beta=0/300$)، حساسیت زیبایی‌شناختی ($\beta=-0/254$) و سهولت تحریک ($\beta=0/169$)، سهم مهمی را در تبیین روی آوری به اعتیاد داشتند؛ بدین صورت که به طور جداگانه ۳۰٪ از واریانس روی آوری به اعتیاد به وسیله ناگویی خلقی، ۲۵/۴٪ با حساسیت زیبایی‌شناختی و ۱۶/۹٪ با سهولت تحریک قابل پیش‌بینی بود. همچنین میزان همبستگی متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک روی آوری به اعتیاد، ۰/۴۵۱ به دست آمد (جدول شماره ۳).

به منظور بررسی مقدار تبیین روی آوری به اعتیاد (براساس مؤلفه‌های سهولت تحریک و حساسیت زیبایی‌شناختی، آستانه حسی پایین و ناگویی خلقی)، از رگرسیون چندمتغیری و به روش گام به گام استفاده شد که نتایج آن به شرح ذیل است: در برآورد مقدار رگرسیون، مفروضه‌های خطی بودن، نرمال بودن، ثابت بودن واریانس و هم‌خطی بودن چندگانه برقرار بود. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری متغیرهای پیش‌بین روی آوری به اعتیاد (براساس مؤلفه‌های سهولت تحریک و حساسیت زیبایی‌شناختی و ناگویی خلقی) کمتر از ۰/۰۵ است می‌توان گفت مدل رگرسیونی معنی‌دار بوده است ($F=13/81$ ، $p<0/001$). همچنین مؤلفه آستانه حسی پایین اثر معنی‌داری در پیش‌بینی نداشت که از معادله رگرسیون حذف گردید و بدین صورت مؤلفه‌های سهولت

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری و ضرایب رگرسیون بین متغیرهای پیش‌بین با متغیر روی آوری به اعتیاد

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	همبستگی چندگانه	ضریب تعیین (r^2)	مقدار بتا (β) استاندارد (β)	مقدار بتا (β) خطای معیار	آماره t	سطح معنی‌داری	
	ناگویی خلقی			۰/۳۰۰	۰/۴۰۳	۰/۰۹	۴/۰۶	۰/۰۰۱
روی آوری به اعتیاد	حساسیت زیبایی‌شناختی	۰/۴۵۱	۰/۲۰۴	-۰/۲۵۴	-۱/۰۷	۰/۳۱	-۳/۳۸	۰/۰۰۱
	سهولت تحریک			۰/۱۶۹	۰/۳۸۵	۰/۱۷	۲/۲۲	۰/۰۲۸

بحث

پژوهش حاضر نشان داد در بین مؤلفه‌های حساسیت پردازش حسی با روی آوری به اعتیاد؛ به‌غیر از مؤلفه آستانه حسی پایین، مؤلفه‌های سهولت تحریک و حساسیت زیبایی‌شناختی با وجود اینکه میزان همبستگی کمی با روی آوری به اعتیاد دارند، اما همبستگی معنی‌داری با آن داشته و می‌توانند روی آوری به اعتیاد را به صورت معنی‌داری پیش‌بینی کنند. به علت عدم انجام پژوهشی به طور مستقیم در این زمینه، این یافته به صورت غیرمستقیم با مطالعات قمری گیوی و بشرپور (۷)، Aron و Aron (۸)، Smolewska و همکاران (۱۰)، صدوقی و همکاران (۱۵) و زمانی و همکاران (۱۷) همخوانی داشت. حساسیت پردازش حسی، به عنوان پردازش عمیق و قوی تعداد زیادی از اطلاعات ورودی (۸)، می‌تواند عاملی سوق‌دهنده به سمت اعتیاد باشد. مطالعات نشان داده‌اند جنبه‌های مختلف پردازش حسی با پیامدهای منفی بالینی همراه است (۷، ۱۰، ۱۲، ۱۳). در پژوهشی نشان داده شد بین مؤلفه‌های پردازش حسی با استرس ادراک شده و سلامت روانی کمتر، رابطه معنی‌داری وجود دارد (۱۶).

طبق مطالعات Liss و همکاران (۱۴) و صدوقی و همکاران (۱۵)، افسردگی و اضطراب رابطه معنی‌داری با حساسیت پردازش حسی دارند که این دو اختلال روانی به‌عنوان عواملی از دلایل گرایش به اعتیاد مطرح شده‌اند. سهولت تحریک نیز به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های حساسیت پردازش حسی که اشاره به احساس پاسخ نسبت به خواسته‌ها و نیازها دارد (۱۱)، رابطه مثبتی با روی آوری به اعتیاد را نشان می‌دهد. افرادی که احساس می‌کنند باید به خواسته‌ها و نیازها، پاسخ سریع و فوری دهند، برای برطرف کردن نیاز حسی خود دائم در تلاش بوده و سعی می‌کنند محیط خود را تغییر دهند و محرک‌های جدید و پیچیده ایجاد کرده و چون به‌نوعی، احساس هیجان‌خواهی دارند؛ حتی در این راه مخاطره‌جویی نیز می‌کنند (۱۷)، لذا ممکن است در این مسیر به سمت مصرف مواد و مشروبات الکلی روی بیاورند. از سوی دیگر، وقتی فرد از این نوع پاسخ‌دهی بالا به محرک‌ها، خسته و بیزار می‌شود ممکن است درصدد کاستن توجه نسبت به محرک‌های اطراف خود باشد (۱۰)، و مواد مخدر را عاملی در جهت کناره‌گیری از این نوع محرک‌ها بداند، همچنین با افزایش

سهولت تحریک؛ اضطراب و افسردگی نیز بیشتر می‌شود (۱۴). بنابراین، می‌توان این‌گونه تبیین کرد که تمایل این افراد به برانگیختگی هیجانی و عدم ثبات، موجب افسردگی و اضطراب می‌شود (۱۵) و ممکن است افراد برای کاستن از حالت نابهنجار به سمت مواد و مشروبات الکلی روی آورند. حساسیت زیبایی‌شناختی به آگاهی از تجارب زیبایی‌شناختی اشاره دارد (۱۱)، که در این پژوهش همبستگی منفی با روی آوری به اعتیاد نشان داده شد. در تبیین این فرضیه می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که به‌طور کلی مصرف مواد و مشروبات الکلی، عناصری زیبا و خوش‌منظر نیستند.

یکی از سؤالات مقیاس این مؤلفه این است "متوجه ظرافت و زیبایی موجود در محیط خود هستم" و می‌توان این‌گونه بیان کرد که وقتی فرد متوجه شود اعتیاد دارای زیبایی نیست و زشتی و نازیبایی اعتیاد را ببیند به سمت آن گرایش پیدا نمی‌کند.

آستانه حسی پایین که به حساسیت افراد نسبت به محرک‌های ناخوشایند اشاره دارد (۱۱)، همبستگی معنی‌داری با روی آوری به اعتیاد نشان نداد. لذا می‌توان این‌گونه بیان کرد که داشتن آستانه حسی پایین، منافع و مضرات خاص خود را دارد و به معنی مطلقاً بد یا خوب نیست؛ بلکه با توجه به زمینه کاری و محیطی فرد بوده که مشخص می‌شود برای او سودمند یا مضر است (۱۷)، و یا اینکه ممکن است فردی در یک حس (مثلاً شنوایی)، کمتر از حس دیگر (مثلاً دیداری) عمل کند و همین امر موجب گردد در عده‌ای بعضی از محرک‌ها از نظر یک حس، خوشایند و از نظر حس دیگر ناخوشایند باشند. به‌طور کلی می‌توان این‌گونه گفت که سبک‌های حساسیت پردازش حسی، موجب واکنش‌های خاصی از سوی افراد در برابر محرک‌های مختلف می‌شوند. هنگام مواجه شدن در برابر موقعیت‌های ناکام‌کننده؛ افراد با سبک سهولت تحریک، ناراحتی و رنج زیادی نسبت به دو سبک دیگر احساس می‌کنند و برای کاستن از این ناراحتی به سمت مواد مخدر روی می‌آورند. در مقابل، افراد با حساسیت زیبایی‌شناختی در مواجهه با موقعیت‌های ناکام‌کننده می‌توانند با مثبت‌نگری، جنبه‌های زیبای مشکلات را ببینند و چه‌بسا معنای نهفته درون این رنج‌ها و ناراحتی‌ها را بیابند و از این‌رو نیازی به استفاده از مواد مخدر جهت تسکین خود احساس نکنند.

در بررسی همبستگی بین ناگویی خلقی (آلکسی‌تایمیا) و روی آوری به اعتیاد نتایج پژوهش حاضر نشان داد همبستگی مثبت و معنی‌داری بین این دو متغیر وجود دارد و باوجود میزان همبستگی نسبتاً خوب، ناگویی خلقی توان پیش‌بینی روی آوری به اعتیاد را دارد. این یافته با نتایج مطالعات نریمانی و پوراسمعی (۱۸)، اکبری‌شایه و همکاران (۲۹)، Lindsay و Ciarrochi (۳۸)، Thorberg و همکاران (۳۹) و Haviland و همکاران (۴۰) همخوانی داشت. پژوهش نریمانی و پوراسمعی نشان داد بین افراد معتاد و غیرمعتاد در ناگویی خلقی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد و افراد معتاد دارای ناگویی خلقی بیشتری هستند (۲۸). اکبری‌شایه و همکاران نیز در پژوهش خود به این یافته رسیدند که ناگویی خلقی رابطه معنی‌داری با گرایش به اعتیاد دارد و از آن‌جایی که رابطه بیشتری با گرایش منفعلانه به اعتیاد را دارا بود، پیشنهاد پژوهش در این زمینه را مطرح کردند (۲۹). پژوهش‌های انجام‌شده دیگر نیز رابطه معنی‌داری را بین ناگویی خلقی با مشکلات روانی از جمله افسردگی و اضطراب (۳۶،۳۵) گزارش کرده‌اند. همچنین ناگویی خلقی با درد و مشکلات جسمی، رابطه معنی‌داری دارد (۳۴،۳۳). ناگویی خلقی به‌عنوان ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها (۱۹)، در کشور شیوع نسبتاً بالاتری در مقایسه با مطالعات خارجی دارد (۲۴) و میزان میانگین ناگویی خلقی در پژوهش حاضر نیز دال بر شیوع این مشکل در بین دانشجویان بود. وقتی ناگویی خلقی بالا باشد فرد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شود. این ناتوانی، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد را مختل می‌سازد. بنابراین، این افراد به دلیل عدم آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود، معمولاً قادر به شناسایی، درک و توصیف هیجان‌های خویش نیستند و توانایی محدودی در سازگاری با شرایط تنش‌زا دارند (۴۱). در صورتی که افراد نتوانند هیجان‌های منفی ناشی از تنش را بیان و تخلیه کنند، بخش روان‌شناختی سیستم‌های ابراز هیجان و پریشانی روانی افزایش می‌یابد (۳۷)، که در نتیجه برای کاستن تنش، به سمت مواد مخدر و مشروبات الکلی روی می‌آورند. افراد مبتلا به ناگویی خلقی، نشانه‌های بدنی برانگیختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند و درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان داده و در

از این رو در سطح کلی توصیه می‌شود روان‌درمانگران، متخصصان و سیاستگذاران حوزه پیشگیری از اعتیاد با آگاهی از این عوامل تلاش کنند تا آگاهی افراد را از اثرات عوامل مطرح‌شده بالا برده و با کاهش سهولت تحریک، افزایش حساسیت زیبایی‌شناختی و کاهش ناگویی خُلقی؛ گامی ارزشمند در جهت جلوگیری از گرایش به اعتیاد بردارند.

همچنین در سطح خرد، براساس میزان نگران‌کننده گرایش به اعتیاد و بالا بودن ناگویی خُلقی در دانشجویان دختر ساکن خوابگاه گلستان علوم پزشکی قزوین، توصیه می‌شود تا مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی قزوین با برنامه‌ریزی و تشکیل کلاس‌های آموزشی، موجب بهبود عوامل عنوان‌شده در دانشجویان خود شوند. با عنایت به یافته‌های مطالعه و توجه به آمار نگران‌کننده میزان شیوع متغیرهای مورد پژوهش پیشنهاد می‌گردد در سایر دانشگاه‌ها بر روی هر دو جنس دختر و پسر و در شرایط مختلف زندگی خوابگاهی، شخصی و همراه با خانواده با کنترل متغیرهای مزاحم؛ مطالعاتی صورت گیرد. همچنین دوره‌های آموزشی به‌منظور آشنایی دانشجویان با مفاهیم و نقش حساسیت پردازش حسی و ناگویی خُلقی در روی آوری به اعتیاد برگزار شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله پژوهشگران از تمامی دانشجویان خوابگاه گلستان، کارمندان و مسئولین بخش خوابگاه‌های دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی قزوین و سایر دوستانی که در این پژوهش یاریگر بودند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

اقدامات درمانی در پی درمان نشانه‌های جسمانی هستند (۲۵) و به همین دلیل، احتمال گرایش به مصرف مواد را نشان می‌دهند. شاید بتوان در تبیین این فرضیه این‌گونه بیان کرد که مبتلایان به ناگویی خُلقی، احساس‌های نامتمیزی داشته و این احساس‌ها همراه با یک برانگیختگی جسمانی است، اما به‌علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساس‌ها، برانگیختگی فعال باقی‌مانده و از بین نمی‌رود که این امر موجب اختلال در دستگاه عصبی خودکار و دستگاه ایمنی می‌شود، چنین برانگیختگی که همراه با ناگویی خُلقی است در نهایت، باعث تولید علائم بیماری‌های جسمی، اضطراب و افسردگی می‌شود و ممکن است مصرف مواد با هدف کاهش این علائم و کاستن میزان اضطراب و افسردگی فرد با ناگویی خُلقی صورت گیرد (۲۸). به‌طور کلی یک بُعد مهم انسان، احساسات و هیجان است. شناسایی، توصیف و بیان احساسات نیز به‌عنوان یک سازوکار مطلوب، همیشه در امر روان‌درمانی و مشاوره توصیه می‌شود. افرادی که احساسات خود را به‌درستی شناسایی نمی‌کنند، آنها را ابراز نکرده و در اصطلاح خفه می‌کنند، همچنین بیشتر بر دنیای عینی تمرکز دارند، موجب ایجاد احساس‌های نامطلوب در خود و ناراحتی‌های درونی؛ حتی جسمانی می‌شوند. لذا وقتی با چنین ناراحتی‌هایی مواجه شوند، احتمال دارد برای تسکین ناراحتی خود و افزایش هیجان و شادی به سمت گزینه نامطلوب مواد مخدر روی بیاورند.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، مؤلفه‌های سهولت تحریک و حساسیت زیبایی‌شناختی، همچنین ناگویی خُلقی؛ توان پیش‌بینی روی آوری به اعتیاد را دارند.

References:

1. Salimi H, Gohari Sh, Kermanshahi F, Javdan M. On the prediction of addiction potential based on family process and content model in high school students. Q J Res Addict 2015;9(34):53-66. [Full Text in Persian]
2. Rafipour F. Anomie or social unrest, research in the potential of anomie in Tehran. Tehran: Soroush Pub; 1999. p. 20. [Text in Persian]
3. Ferrence R, Lothian S, Cape D. Contemporary patterns of nicotine use in Canada and the United States. In: Ferrence R. Nicotine and Public Health. American Public Health. Washington DC: American Public Health Association; 2000. p. 287-300.

4. Hiroi N, Agatsuma S. Genetic susceptibility to substance dependence. *Mol Psychiatry* 2005;10(4):336-44.
5. Gendreau P, Gendreau LP. The "addiction-prone" personality: A study of Canadian heroin addicts. *Canadian J Behav Sci* 1970;2(1):18-25.
6. Faridkiyan S. Review family dysfunction and its impact on children addiction. *J Soc Order* 2010;2(1):179-202. [Full Text in Persian].
7. Ghamari Givi H, Basharpour S. Comparison of sensory and semantic information processing in patients with schizophrenia, major depression and normal individuals. *J Clin Psychol* 2010;2(15):17-25. [Full Text in Persian]
8. Aron EN, Aron A. Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *J Pers Soc Psychol* 1997;73(2):345-68.
9. Dunn W. The sensations of everyday life: Empirical, theoretical, and pragmatic considerations. *Am J Occup Ther* 2001;55(6):608-20.
10. Smolewska KA, McCabe SB, Woody EZ. A psychometric evaluation of the Highly Sensitive Person Scale: The components of sensory-processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and "Big Five. *Personal Individ Diff* 2006;40(6):1269-79.
11. Mahmoodi N, Abdollahi MH, Shahgholian M, Gohari S. Mediating Role of the positive and negative affect on the relationship between sensory processing sensitivity and alexithymia. *Social Cogn* 2015;4(1):28-40. [Full Text in Persian]
12. Neal J, Edelmann RJ, Glachan M. Behavioral inhibition and symptoms of anxiety and depression: Is there a specific relationship with social phobia? *Br J Clin Psychol* 2002;41(Pt 4):361-74.
13. Meyer B, Carver CS. Negative childhood accounts, sensitivity, and pessimism: A study of avoidant personality disorder features in college students. *J Pers Disord* 2000;14(3):233-48.
14. Liss M, Timmel L, Baxley K, Killingsworth P. Sensory processing sensitivity and its relation to parental bonding, anxiety, and depression. *Personal Individ Diff* 2005;39(8):1429-39.
15. Sadooghi Z, Vafaei M, Rasool-Zadeh Tabatabaei SK. Relationship sensory processing sensitive with parenting style and indicators of psychology pathological. *Adv Cogn Sci* 2007;9(1):23-32. [Full Text in Persian]
16. Benham G. The highly sensitive person: Stress and physical symptom reports. *Personal Individ Diff* 2006;40(7):1433-40.
17. Zamani T, Zakaria A, Bagheri F, Sohrabi F. Comparison and relationship between ambiguity tolerance rate & sensory processing styles in women with & without cardio diseases. *Res Psychol Health* 2009;3(2):51-60. [Full Text in Persian]
18. Narimani M, Pouresmali A. Predicting changes in alexithymia of addicts from their spiritual intelligence. *Q J Fundam Men Health* 2014;16(1):3-11. [Full Text in Persian]
19. Taylor GJ, Bagby RM. An overview of the alexithymia construct. In: Bar-On R, Parker JD. *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school and in the workplace*. San Francisco: Jossey-Bass;2000. p. 263-76.
20. Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973;22(2):255-62.
21. Sifneos PE, Apfel-Savit R, Frankel FH. The phenomenon of alexithymia. Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1977;28(1-4):47-57.
22. Horton PC, Gewirtz H, Kreutter KJ. Alexithymia-state and trait. *Psychother Psychosom* 1993;60:213-4.

23. Sakkinen P, Kaltiala-Heino R, Ranta K, Haataja R, Joukamaa M. Psychometric properties of the 20-item Toronto alexithymia scale and prevalence of alexithymia in a finish adolescent population. *Psychosomatics* 2007;48(2):154-61.
24. Afshari A, Mehrabizadeh Honarmand M. The prevalence and intensity of alexithymia and in male and female undergraduates. *J Res Behav Sci* 2013;11(1):46-53. [Full Text in Persian]
25. Taylor GJ, Parker JDA, Bagby M, Acklin MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *J Psychosom Res* 1992;36(5):417-24.
26. DeGucht V, Fischler B, Heiser W. Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Perso Individ Diff* 2004;36(7):1655-67.
27. Galeban M. Examination and comparison of alexithymia and self-regulation in patients with substance abuse disorder and normal individuals. [Thesis MA]. Tehran University, College of psychology; 2008. p. 11-5. [Text in Persian]
28. Narimani M, Pouresmali A. Compare alexithymia and spiritual intelligence in addicts, individuals treated with methadone and non-addicts. *Q J Res Addict* 2012;6(22):7-23. [Full Text in Persian]
29. Akbari Shaye Y, Vatankhah M, Zargar Y, Teymouri Bakharzi N, Ahmadian A. The relationship between personality traits (neuroticism, agreeableness) sensation seeking, alexithymia and coping styles with addiction readiness in University of Mashhad students. *Soc Secur Stud* 2013;33(4):163-79. [Full Text in Persian]
30. Lindsay J, Ciarrochi J. Substance abusers report being more alexithymia than others but do not show emotional processing deficits on a performance measure of alexithymia. *Addict Res Theory* 2009;17(3):315-21.
31. Taylor GJ, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychother Psychosom* 2004;73(2):68-77.
32. Mattila AK, Ahola K, Honkonen T, Salminen JK, Huhtala H, Joukamaa M. Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *J Psychosom Res* 2007;62(6):657-65.
33. Sriram TG, Chaturvedi SK, Gopinath PS, Shanmugam V. Controlled study of alexithymia characteristics in patients with psychogenic pain disorder. *Psychother Psychosom* 1987;47(1):11-7.
34. Porcelli P, Leoci C, Guerra V, Taylor GJ, Bagby RM. A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res* 1996;41(6):569-73.
35. Ahadi B. Role of alexithymia personality features in predicting psychopathological symptoms in patients with major depression. *J Res Behav Sci* 2009;7(1):25-32. [Full Text in Persian]
36. Taqavi M, Najafi M, Kianersi F, Aqayan S. comparing of alexithymia, defensive styles and state-trait anxiety among patients with generalized anxiety disorder major depression disorder and normal individuals. *J Clin Psychol* 2013;5(2):67-76. [Full Text in Persian]
37. Narimani M, Vahidi Z, Abolqasemi A. Comparison alexithymia, impulsivity and activation and inhibition of the students with symptoms of obsessive-compulsive and paranoid personality disorder with normal individuals. *J Clin Psychol* 2013;5(2):55-65. [Full Text in Persian]
38. Basharpour S, Tolo Mehmandostolya A, Narimani M, Atadokht A. Relation of emotion processing styles and alexithymia with symptoms of borderline personality disorder. *J Babol Univ Med Sci* 2014;16(7):55-62. [Full Text in Persian]
39. Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M. Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Addict Behav* 2009;34(3):237-45.
40. Haviland MG, Warren WL, Rigss ML. An observer scale to measure alexithymia. *Psychosomatics* 2000;41(5):385-92.
41. Evren C, Cagil D, Ulka M, Ozcetinkaya S, Gokalp P, Cetin T, et al. Relationship between defense styles, alexithymia, and personality in alcohol-dependent inpatients. *Compr Psychiatry* 2012;53(6):860-67.

42. Nicolò G, Semerari A, Iyker PH, Dimaggio G, Conti L, D'Angerio S, et al. Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry Res* 2011;190(1):37-42.
43. Zargar Y, Mohammadi B, Abadi R, Basaknejad S. Review family processes as predictor Behavioral problems in student's second grade of high school in Yasuj. *J Sch Psychol* 2012;1(2):77-103. [Full Text in Persian]
44. Zargar Y, Najarian B, Namani AZ. Review the relationship between personality traits (sensation seeking, Assertive psychological hardiness) marital satisfaction and religious attitudes of staff to prepare with tendency drug addiction manufacturing company in Ahvaz. *J Educ* 2008;1(2):99-120. [Full Text in Persian]
45. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994;38(1):33-40.
46. Besharat MA. Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto alexithymia Scale with a sample of Iranian students *Psychol Rep* 2007;101(1):209-20.

Investigation of the Correlation between Sensory Processing Sensitivity and Alexithymia with Tendency to Addiction in Dormitory Resident Female Students of Qazvin University of Medical Sciences, Iran

Hadi Salimi^{1}, Gita Alipour², Nasrin Miri³, Fatemeh Kermanshahi⁴*

¹Department of Psychology & Counseling, Faculty of Literature & Humanities, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran.

²Young Researchers & Elite Club, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

³Department of Psychology, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.

⁴Department of Counseling, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author:
Hadi Salimi, Department of Counseling, Faculty of Literature & Humanities, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran.

Email:
hadisalimi69@yahoo.com

Received: 1 Mar, 2016

Accepted: 5 Apr, 2016

Abstract

Background and Objectives: Addiction is a destructive scourge that severely threatens human society, especially the adolescents and young adults. Individuals' perception and reaction to environmental stimuli and their disability in cognitive processing of emotional information and emotional regulation can propel individuals toward addiction. Hence, this study was performed with the purpose of investigating the correlation between sensory processing sensitivity and alexithymia with tendency to addiction.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted on 166 Golestan dormitory resident female students of Qazvin University of Medical Sciences in 2015. The samples were selected randomly. Data were collected by Tendency to Addiction, Sensory Processing Sensitivity, and Alexithymia Scale (FTAS-20) questionnaires. Data were analyzed by Pearson's correlation coefficient and stepwise regression analysis.

Results: The results of Pearson's correlation showed that there was a significant correlation between components of ease of excitation, aesthetic sensitivity, and alexithymia with tendency to addiction ($p < 0.05$, $p < 0.01$), and the results of stepwise regression analysis showed that components of ease of excitation, aesthetic sensitivity, and alexithymia together explain 20.4% of the variance of tendency to addiction. Also, there was not a significant relationship between low sensory threshold and tendency to addiction.

Conclusion: According to the results of this study, the improvement of individuals' perception and reaction to environmental stimuli, cognitive processing of emotional information, and emotional regulation, can facilitate prevention of addiction.

Keywords: Behavior, Addictive; Sensory processing sensitivity; Affective symptoms; Students; Female; Medicine.