



Cognitive Correlations of Voice Aversion (Misophonia) in Students; the Causal Role of Anxiety and Depression

Sheima Jorabian Fakour Tabrizi ^{1*}, Samane Sadeghi ², Masoud Sheikhi³, Omid Amani⁴

1 Master of Educational Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

2 Master of Oriental Psychology, Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

3 MSc in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University-Hamedan Branch, Hamedan, Iran

4 Ph.D. in Clinical Psychology, Department of Psychology and Health, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** MSc in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University-Hamedan Branch, Hamedan, Iran

Received: 2022-06-15

Accepted: 2022-06-21

Abstract

Misophonia is a term used to describe aversion to certain sounds, such as the sound of chewing, tickling, tapping on a surface, and the sound of squeezing lips. It has several effects on the mental health of people with the disease. The aim of this study was to investigate the psychological correlations of misophonia and the causal role of anxiety and depression in students. This study was a descriptive correlational study in terms of its basic purpose and method. The statistical population of the study was all students of Tehran's universities in the academic year of 2021-2022, of which 150 were selected in a purposeful manner and completed the demographic questionnaire, Misophonia Wu et al. (2014) and anxiety Stress and Depression 21 (DASS-21). Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (Pearson correlation and hierarchical regression) using SPSS V.23 software. The results of data analysis showed that there was a significant relationship between the three factors of misophonia, anxiety and depression ($p < 0.05$). The relationship between misophonia and positive anxiety and the severity of the relationship was equal to 0.422. Also, the relationship between the misophonia of depression was positive and the intensity of the relationship was equal to 0.51. Regression analysis also indicated the predictive role of anxiety and depression in the misophonia. According to these findings, it can be said that misophonia is associated with anxiety and depression, the severity of their symptoms and requires serious attention and plan interventions for people with symptoms of this disorder.

Keywords: Misophonia, Anxiety, Depression, Student



همبسته های روان شناختی صدا بیزاری (میسوفونیا) در دانشجویان؛ نقش عاملی اضطراب و افسردگی

شیما جورابیان فکور تبریزی^{۱*}، سمانه صادقی^۲، مسعود شیخی^۳، امید امانی^۴

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی گرایش روانسنجی، دانشگاه آزاد، واحد تهران مرکز، تهران، ایران.
^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد همدان، دانشگاه آزاد، همدان، ایران.
^۴ دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی و سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد همدان، دانشگاه آزاد، همدان، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۳/۳۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۳/۲۵

چکیده

صدا بیزاری اصطلاحی است که به تنفر از صداهای خاصی چون صدای جوییدن، تلق تلق کردن خودکار، صدای ضربه زدن آهسته بر روی یک سطح و صدای ملج و ملوچ لبها اطلاق شده و آن را اختلال واکنش شرطی آزار دهنده یا سندرم حساسیت صدای انتخابی نیز می نامند که اثرات چندی را بر سلامت روان افراد مبتلا بر جای می گذارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی همبسته های روان شناختی صدا بیزاری (میسوفونیا) و نقش عامل اضطراب و افسردگی در دانشجویان انجام گرفت. پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی بود جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه های شهر تهران دارای علائم صدا بیزاری در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بودند که از میان تعداد ۱۵۰ نفر به شیوه در هدفمند انتخاب و به تکمیل پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه صدا بیزاری وو و همکاران (۲۰۱۴) و پرسشنامه اضطراب، استرس و افسردگی ۲۱ (DASS-21) پرداختند. داده های به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله مراتبی) و نرم افزار SPSS V.23 تجزیه و تحلیل گردید نتایج تحلیل داده ها نشان داد بین سه عامل صدا بیزاری، اضطراب و افسردگی رابطه معنی دار وجود داشته ($P < 0/05$) و رابطه صدا بیزاری و اضطراب مثبت بود. هم چنین جهت رابطه بین صدا بیزاری افسردگی نیز مثبت بوده است. تحلیل رگرسیون نیز حکایت از نقش پیش بینی کنندگی اضطراب و افسردگی در شدت صدا بیزاری داشت. با توجه به یافته ها صدا بیزاری با اضطراب و افسردگی رابطه متقابلی داشته و نیازمند توجه جدی و طرح مداخلات سودمند برای افراد دارای علائم این اختلال می باشد

واژگان کلیدی: صدا بیزاری میسوفونیا، اضطراب، افسردگی، دانشجو

تمامی حقوق نشر برای فصلنامه رویکردی نو در علوم تربیتی محفوظ است.

مقدمه

در حالی است که برخی دیگر از افراد واکنشهایی منفی مانند آزادگی، تنش، اضطراب یا ترس را نسبت به صداهای معمولی نشان می دهند که می تواند به نوبه خود تأثیر منفی بر زندگی آن ها می گذارد [۱]، صدا بیزاری واکنشی هیجانی شدید نسبت به

بسیاری از افراد در زندگی خود نسبت به صداهایی خاص یا سطوح صدا ترجیحات و اولویتهایی دارند، اما این ترجیحات بر زندگی روزمره آن ها و نوع ارتباط با دیگران اثر نمی گذارد، این

صداهایی است که به طور معمول رخ می‌دهد. این اصطلاح در آغاز هزاره جدید توسط جاستریاف و جاستریاف ابداع گردید [۲] این اصطلاح از دو عبارت تشکیل شده که در آن miss به معنای بی‌زاری یا نفرت و phonia به معنی صدا می‌باشد، از این روی misophonia به معنی صدا بی‌زاری یا نفرت از صدا است. به اعتقاد وزیر صدا بی‌زاری اصطلاحی است که شامل بی‌زاری از همه صداها نیست، بلکه تنها تنفر از صداهای خاصی را شامل می‌شود که ماشه چکان نامیده می‌شوند [۳].

بررسی‌های به عمل آمده عوامل متعدد روان شناختی و زیستی عصبی را در شکل‌گیری و تداوم این آسیب گزارش کرده اند که از جمله آن‌ها می‌توان به وجود اضطراب در فرد مبتلا اشاره نمود [۴، ۵] اضطراب حالت مبهم، ناخوشایند و گسترده ای از ترس و نگرانی است که تجربه تردید، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی را به همراه دارد و از جمله حالاتی است که عوامل متعددی در ایجاد، تشدید و تداوم آن نقش دارند [۶].

عوامل آسیب‌پذیری شناختی، عوامل شناختی پایداری هستند که آمادگی ابتلا به اختلالات روانی مختلف را افزایش می‌دهند و ممکن است با اختلالات مختلفی از جمله اضطراب مرتبط باشند. به طوری که تحقیقات نشان داده است بین شناخت‌ها و علائم اختلالات اضطرابی رابطه وجود دارد [۷]. شناخت‌ها با رفتارها، هیجانات و فیزیولوژیکی فرد در کنش متقابل بوده [۸] و در ایجاد و تداوم اختلالات هیجانی نقش اساسی دارند [۹]. زمانی که پردازش اطلاعات نادرست یا نامعتبر است ذهن در تجزیه و تحلیل اطلاعات دچار خطا می‌شود، خطاهای شناختی منجر به ادراک و تفکر غیر واقعی، افراطی و تحریف شده ای می‌گردد که می‌تواند به اشکال مختلفی ظاهر شوند [۱۰]. هم راستا با اضطراب، از دیگر عوامل سوق دهنده به سمت صدا بی‌زاری و از جمله اختلالات آسیب‌زا و ناتوان کننده در اغلب کشورهای جهان، افسردگی معرفی شده است [۱۱، ۱۲، ۱۳]. این بیماری از شایع‌ترین بیماری‌های روانی است تا جایی که سلیگمن (۲۰۱۱) آن را سرماخوردگی روانی نام نهاده است. از ویژگی‌های مهم این اختلال وجود غم و اندوه، احساس پوچی، خلق تحریک‌پذیر، فقدان لذت از فعالیت‌های اصلی زندگی، همراه با تغییرات شناختی و جسمانی بوده که به طور قابل ملاحظه ای بر ظرفیت کارکردی فرد مبتلا تأثیرات منفی بر جای می‌گذارد. به بیان دیگر افسردگی حالت روانی است که مشخصه آن احساس غمگینیتف‌تنبهایی، یاس، عزت نفس پایین و سرزنش خود می‌باشد و با نشانه‌هایی نظیر کندی روانی- حرکتی و یا در برخی موارد سرآسیمگی، کناره‌گیری از ارتباط با دیگران و علائم نباتی مانند بی‌خوابی و بی‌اشتهایی همراه است [۱۴].

افسردگی به اختلالی اشاره دارد که با علائم عاطفی، رفتاری، جسمی و شناختی همراه است. میزان شیوع جهانی این اختلال ۲۱/۴ درصد برآورد شده و در آمریکا به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی به شمار می‌رود، به طوری که طبق گزارش‌ها در سال ۲۰۱۵، حدود ۷ درصد از آمریکایی‌ها در سن ۱۸ سالگی یک دوره افسردگی را تجربه کرده‌اند. میزان شیوع کل این بیماری نیز تقریباً ۲/۳۶ تا ۳/۷ درصد برآورد شده، از این روی حدود ۶ درصد افراد در طول عمرشان دست کم یک بار به این اختلال مبتلا می‌شوند. در ایران نیز طی یک پیمایش ملی در سال ۱۳۹۰، این اختلال به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی شناخته شده و میزان شیوع این اختلال ۲۳/۶ گزارش شده است [۱۵]. از جمله علل دخیل در اختلال افسردگی می‌توان به عوامل روان شناختی، روانی اجتماعی، وراثت، تکامل و بیولوژیک اشاره نمود و افسردگی خود به عنوان شکل دهنده‌چندی از مشکلات از جمله صدا بی‌زاری در نظر گرفته شده است. با توجه به آنچه که اشاره شد و با در نظر گرفته شیوع و بروز بالای صدا بی‌زاری و توجه که مطالعات داخلی به این مسئله، مطالعه حاضر بر آن است تا به بررسی عوامل روان شناختی مهم این آسیب از جمله نقش اضطراب و افسردگی در آن بپردازد.

روش

مطالعه حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر روش در زمره پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش آن کلیه دانشجویان شهر تهران دارای علائم صدا بی‌زاری در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بودند که از این میان تعداد ۱۵۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و پس از لحاظ معیارهای ورود (همچون قرار داشتن در طیف سی ۱۸ الی ۴۰ سال، دارا بودن رضایت آگاهانه شرکت در مطالعه و تکمیل ابزارهای پژوهش) و خروج (شامل عدم کسب حداقل نمره در پرسشنامه صدا بی‌زاری، عدم رضایت شرکت در مطالعه و تکمیل ناقص داده‌های حاصل از ابزارهای پژوهش) و از طریق شبکه‌های اجتماعی انتخاب و به تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش پرداختند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه صدا بی‌زاری و و همکاران (۲۰۱۴) و پرسشنامه اضطراب، استرس و افسردگی ۲۱ (DASS-21) استفاده گردیده و داده‌های بدست آمده با استفاده از آمارهای توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله مراتبی) و به کمک نرم افزار تحلیل داده SPSS V.23 تجزیه و تحلیل گردید.

۱. پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی:

مقیاس‌های علائم صدا بیزاری و خرده مقیاس هیجان‌ها و رفتارهای ناشی از صدا بیزاری شامل واکنش‌های هیجانی و رفتاری ناشی از صدا بیزاری است. نمره گذاری این ابزار در طیف لیکرت پنج درجه ای (هرگز=۰، به ندرت=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب=۳ و همیشه=۴) بوده و نمره کل آن به مجموع آیت‌های سه گانه اشاره به مجموع بخش‌ها (علائم صدا بیزاری و هیجان‌ها و رفتارهای ناشی از صدا بیزاری) اشاره دارد و دامنه آن بین ۰ الی ۶۸ است.

وو و همکاران (۲۰۱۴) برای تعیین شدت کلی علائم صدا بیزاری از یک سؤال کلی استفاده کردند که اقتباسی از مقیاس وسواس فکری عملی مؤسسه ملی بهداشت روانی است و میزان شدت کلی علائم صدا بیزاری را در مقیاس ۱ (حداقل) تا ۱۵ (بسیار شدید) ارزیابی می‌کند. نمره ۷ یا بالاتر بیانگر علائم بالینی قابل توجه است. به منظور سنجش شاخص‌های روان سنجی این مقیاس، مهرابی زاده هنرمند و روشنی (۱۳۹۷) [۱۶] طی مطالعه ای آن را بر روی ۳۱۹ دانشجوی به کار گرفته و تحلیل داده‌ها بیانگر آن بود که همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ و همبستگی هر سؤال با نمره کل آزمون از پایایی قابل قبولی برخوردار بوده و می‌توان از این ابزار برای سنجش صدا بیزاری دانشجویان ایرانی استفاده نمود. در مطالعه حاضر نیز نتایج به دست آمده از آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۷۸ بوده که قابل قبول می‌باشد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی بیانگر آن بود که از نظر ویژگی‌های زمینه ای بیش تر پاسخگویان (۷۸/۵) درصد زن و مجرد (۸۱/۵) بوده و میانگین سن پاسخگویان ۲۳/۰۲ سال با انحراف استاندارد ۵/۴۶ و دامنه سن از حداقل ۱۸ تا حداکثر ۵۰ بود. هم چنین مقطع تحصیلی ۶/۶ درصد افراد کاردانی، ۷۷/۸ درصد کارشناسی، ۱۲/۹ درصد کارشناسی ارشد و ۲/۷ درصد دکترا بوده و بیش تر پاسخگویان (۹۳/۷ درصد) با خانواده زندگی می‌کردند. از نظر وضعیت شغلی نیز بیش تر پاسخگویان (۸۲ درصد) بدون شغل / کار دانشجویی و ۱۸ درصد شاغل بودند. به منظور بررسی شاخص‌های استنباطی از همبستگی و رگرسیون استفاده شد که در ادامه پیش فرض‌های این آزمون و خروجی آن گزارش شده است. به منظور بررسی شاخص نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. چنانچه سطح معنی داری به دست آمده برای هر متغیر بیش تر از مقدار ۰/۰۵ به دست آید می‌توان نتیجه گرفت که توزیع آن متغیر نرمال بوده و در نتیجه مشکلی جهت استفاده از آزمون‌های پارامتریک وجود ندارد. در مورد کجی و کشیدگی،

در بخش نخست گردآوری داده‌ها و به منظور شناسایی مشکلات موجود و مداخله گر و لحاظ نمودن معیارهای ورود و خروج از پرسشنامه جمعیت شناختی استفاده گردید. پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی پرسشنامه ای محقق ساخته است که به بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران از جمله نام و نام خانوادگی، سن، سابقه بیماری‌های روانی و جسمی مزمن، نوع درمان دریافت شده، مدت زمان دریافت درمان، وضعیت شناختی-اجتماعی، تحصیلات، درآمد ماهیانه، منطقه زندگی می‌پردازد.

۲. مقیاس افسردگی اضطراب و استرس (DASS- 21)

مقیاس افسردگی اضطراب و استرس (DASS) توسط لوی باند و لوی باند^۳ در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است. این مقیاس دارای دو فرم مختلف می‌باشد. فرم اصلی آن ۴۲ و فرم کوتاه شده آن ۲۱ سؤال دارد. برای ارزیابی ویژگی‌های روان سنجی DASS لوی باند و لوی باند (۱۹۹۵) آزمون را در یک نمونه بزرگ غیر بالینی (N=2914) اجرا کرده و قابلیت اعتماد آن را با استفاده از آلفای کرونباخ، برای هر سه زیر مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس قابل قبول گزارش کردند؛ که با ترتیب (۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۹۰) می‌باشد.

در پژوهش صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) نیز همسانی درونی مقیاس‌های DASS با استفاده از آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۷۹ و مقیاس استرس ۰/۷۸ به دست آمده است. روایی این آزمون نیز به صورت تحلیل عاملی و اعتبار ملاک آن در پژوهش مذکور مورد بررسی قرار گرفت که در نتیجه آن، عامل استرس ۱۷/۲۵٪، عامل افسردگی ۱۵/۰۹٪ و عامل سوم اضطراب ۱۴/۳۲٪ در مجموع ۴۴/۶۶ درصد از واریانس را تعیین می‌کنند. همبستگی زیر مقیاس افسردگی این آزمون با آزمون افسردگی بک^۴ ۰/۷۰، همبستگی زیر مقیاس اضطراب DASS با آزمون اضطراب زانک^۵ ۰/۷۶ و همبستگی مقیاس استرس DASS با استرس ادراک شده ۰/۴۹ تعیین شده است. ساسانی و جوکار (۱۳۸۶) نیز با بررسی روایی و اعتبار مقیاس DASS نشان دادند که فرم کوتاه مقیاس افسردگی اضطراب استرس DASS از اعتبار و روایی مناسبی جهت استفاده در ایران برخوردار است.

۳. مقیاس صدا بیزاری

پرسشنامه صدا بیزاری (MQ) یک پرسشنامه خود گزارشی است که توسط وو و همکاران (۲۰۱۴) ساخته شد و وجود علائم صدا بیزاری، هیجان‌ها و رفتارهای ناشی از آن و شدت کلی حساسیت‌های صوتی را می‌سنجد. این پرسشنامه شامل خرده

چنانچه مقدار به دست آمده در دامنه ± 1 قرار بگیرد به معنای نرمال بودن است.

جدول ۱: مقادیر کجی و کشیدگی و آزمون کولمو گروف- اسمیر نوف جهت ارزیابی نرمال بودن متغیرهای اصلی

کشیدگی	کجی	آزمون کلمو گروف		متغیر
		معنی داری	آماره Z	
-۰/۵۰۲	-۰/۱۰۳	۰/۱۱۳	۰/۰۹۰	صدا بیزاری
-۰/۵۱۶	۰/۱۱۷	۰/۰۹۰	۰/۱۰۲	افسردگی
۰/۶۳۶	-۰/۵۷۲	۰/۱۱۴	۰/۰۸۹	اضطراب

مؤلفه‌ها از توزیع نرمال یا نزدیک به نرمال برخوردارند. مطابق نتایج می‌توان از آزمون‌های پارامتریک (همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی) جهت آزمون رابطه متغیرها استفاده کرد. ۲- یافته‌های استنباطی: در ادامه با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، آزمون رگرسیون چند متغیره و آزمون رگرسیون سلسله مراتبی به بررسی روابط بین متغیرها و آزمون فرضیه‌ها پرداخته شد. در جدول ۲ با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون به بررسی همبستگی بین سه متغیر صدا بیزاری، اضطراب و افسردگی پرداخته شد.

نتایج به آمده از آزمون کولمو گروف- اسمیرنوف^۶ نشان می‌دهد که تمامی متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردارند و توزیع این متغیرها را می‌توان نرمال دانست. سطح معنی داری آزمون کولمو گروف- اسمیرنوف برای تمامی متغیرهای پژوهش بیش تر از مقدار $0/05$ به دست آمده است ($P > 0/05$). بررسی مقادیر کجی و کشیدگی نشان می‌دهد با توجه به این که مقادیر کجی تمامی متغیرها در دامنه $+1$ تا -1 به دست آمده است و هم چنین مقادیر کشیدگی برای تمامی متغیرها در دامنه $+1$ تا -1 به دست آمده است می‌توانیم نتیجه بگیریم که تمامی متغیرها و

جدول ۲- ماتریس همبستگی پیرسون بین سه متغیر صدا بیزاری، اضطراب و افسردگی

رابطه	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب تعیین
صدا بیزاری <--> اضطراب	۰/۴۲۲	$< 0/001$	۰/۱۸
صدا بیزاری <--> افسردگی	۰/۵۱۰	۰/۰۰۱	۰/۲۹
اضطراب <--> افسردگی	۰/۲۲۵	۰/۰۰۴	۰/۱۵

چارچوب بارون و کنی استفاده شد. در ابتدا جهت بررسی رابطه اولیه متغیرها به نتایج آزمون همبستگی پیرسون رجوع شد. با توجه به این که از پیش فرض‌های آزمون میانجی‌گری وجود تأثیر معنی دار متغیر مستقل بر وابسته و متغیر میانجی بر وابسته است، در ابتدا این همبستگی‌ها بررسی شد و تنها در صورتی که بین متغیر مستقل و وابسته همبستگی معنی دار وجود داشته باشد آن رابطه در رگرسیون سلسله مراتبی بررسی می‌شود. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین تمامی روابط بین متغیرها معنی دار بود و در نتیجه میانجی‌گری در این بخش بررسی شد. نتایج میانجی‌گری در جدول ۳ آمده است.

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین هر سه متغیر صدا بیزاری، اضطراب و افسردگی رابطه معنی دار مشاهده شد ($P > 0/05$). جهت رابطه صدا بیزاری و اضطراب مثبت و شدت رابطه برابر با $0/422$ بود. جهت رابطه بین صدا بیزاری و افسردگی مثبت و شدت رابطه برابر با $0/510$ بود و جهت رابطه بین اضطراب و افسردگی و شدت رابطه برابر با $0/225$ به دست آمد. آزمون رگرسیون سلسله مراتبی: بررسی نقش رابطه صدا بیزاری، اضطراب و افسردگی در دانشجویان در این بخش میانجی‌گری اضطراب در رابطه بین صدا بیزاری و افسردگی بررسی شد. جهت بررسی میانجی‌گری متغیرها از

جدول ۳- بررسی اثر میانجی‌گری اضطراب در رابطه بین صدا بیزاری و افسردگی

نتیجه	سطح معنی داری	مقدار t	ضرب استاندارد	نوع روابط	متغیر میانجی
بازرسی	$< 0/001$	۸/۲۷	۰/۵۲۰	صدا بیزاری - - < افسردگی	مرحله ۱
	$< 0/001$	۶/۴۶	۰/۴۱۲	صدا بیزاری - - < اضطراب	مرحله ۲

مرحله ۳	اضطراب - - افسردگی	۰/۱۸۴	۳/۱۲	۰/۰۰۲
---------	--------------------	-------	------	-------

صدای آزار دهنده تمایل به فرار یا میل به خشونت داشته باشند، واکنش‌های انزجاری که مبتلایان به صدا بی‌زاری تجربه می‌کنند اغلب آنقدر قوی می‌باشد که می‌توانند بر سبک زندگی و انتخاب شغلی افراد مبتلا تسلط پیدا کنند. افراد مبتلا به این وضعیت اغلب از افرادی که از نزدیک‌ترین بستگان‌شان هستند، بیزار و از آن‌ها گریزان می‌شوند و این امر منجر به از هم پاشیدن رابطه، بی‌کاری و انزوای اجتماعی و تشدید حالا اضطرابی و افسردگی مبتلایان گردیده [۱۷] و به طور متقابلی وجود حالات اضطرابی و خلق افسرده آستانه تحمل افراد در برابر محرک‌های محیطی کاهش داده و توجه انتخابی فرد نسبت به اموری مشخص را افزایش می‌دهد که نتیجه آن در تقویت دریافت شدت و وسعت صدای ایجاد شده توسط فرد می‌گردد.

به طور کل مطالعه حاضر نشان داد که صدا بی‌زاری با اضطراب و افسردگی رابطه مقابلی داشته و علاوه بر تأثیر پذیرفتن از علائم آن‌ها، بر شدت علائم آن‌ها افزوده و نیازمند توجه جدی به افراد مبتلا به این حوزه می‌باشد. این مطالعه نیز دارای محدودیت‌های چندی بود که از جمله آن‌ها محدود بودن نمونه به دانشجویان، محدودیت در شهر محل اجرای آن و عدم تعمیم پذیری به دیگر افراد و گروه‌های سنی می‌باشد. با توجه به این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات بعدی، ضمن تکرار یافته‌ها در دیگر جوامع آماری، به بررسی عوامل عصب شناختی سوق دهنده به صدا بی‌زاری اقدام نمایند.

واژه نامه

1. Seligman	سلیگمن
2. Woo	وو
3. Levi Bond	لوی باند
4. Beck Depression Inventory	آزمون افسردگی بک
5. Zung Anxiety Inventory	آزمون اضطراب زانگ
6. Kolmogorov-Smirnov	کولمو گروف- اسمیرنوف
7. Siepsiak	سپسیاک
8. Zhou	ژو
9. Claiborn	کلیبورن
10. Cusack	کوساک
11. Sadock	شادگ

فهرست منابع

[1] Jastreboff PJ, Jastreboff MM. Treatments for decreased sound tolerance (hyperacusis and misophonia). In Seminars in Hearing Thieme Medical Publishers. 2014; 35(2):105-120.

نتایج آزمون رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که متغیر اضطراب هم در مرحله اول و هم در مرحله سوم دارای تأثیر تقریباً یکسانی بر صدا بی‌زاری بود. به معنای دیگر در مرحله سوم که تأثیر همزمان دو متغیر اضطراب و افسردگی بر صدا بی‌زاری بررسی شد، تأثیر هر دو متغیر معنی دار بود و شدت تأثیر اضطراب برابر با ۰/۵۰۸ بود که تقریباً با ضریب مرحله اول برابر بود و نشان داد که حضور متغیر اضطراب تأثیر قابل توجهی بر میزان تأثیر صدا بی‌زای و افسردگی داشت و در نتیجه نقش میانجی‌گری تأیید شد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی همبسته‌های روان شناختی صدا بی‌زاری (میسوفونیا) در دانشجویان و نقش عاملی اضطراب و افسردگی انجام گردیده و نتایج به دست آمده از تحلیل آزمون همبستگی و رگرسیون نشان دهنده آن بود که علائم اضطراب و افسردگی به طور معنی داری با علائم صدا بی‌زاری در دانشجویان مرتبط می‌باشد. این یافته‌ها را می‌توان همسو با مطالعات سپسیاک^۷ و همکاران (۲۰۲۰) [۱۱]؛ ژو^۸ و همکاران (۲۰۱۷) [۱۲]؛ کلیبورن^۹ و همکاران (۲۰۲۰) [۱۳]؛ کوساک^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۸) [۴]؛ شادگ^{۱۱} و همکاران (۲۰۲۱) [۵] دانست. در این مطالعات نیز اضطراب و افسردگی از جمله عوامل تعیین کننده صدا بی‌زاری تعریف گردید بود و هم راستا با مطالعه حاضر می‌توان این دو عامل را از جمله عوامل مهم، سوق دهنده و تشدید کننده صدا بی‌زاری تعریف نمود. در تبیین یافته‌های به دست آمده از مطالعه حاضر می‌توان گفت صدا بی‌زاری اصطلاحی است که شامل بی‌زاری از همه صداها نیست، بلکه تنها تنفر از صداها خاصی را شامل می‌شود که ماشه چکان می‌نامند. این ماشه چکان‌ها صداهای تکراری و اجتماعی هستند که به طور معمول توسط فرد دیگری تولید می‌شوند که نمونه‌های آن را می‌توان در صدای جویدن تلق تلق کردن خودکار، صدای ضربه زدن آهسته بر روی یک سطح و صدای ملج و ملوچ لب‌ها دید. این اختلال که آن را اختلال واکنش شرطی آزار دهنده، سندرم حساسیت صدای انتخابی یا و سندرم حساسیت نسبت به صدای ملای نیز می‌نامند، موجب خشم شدید فرد شده می‌تواند احساس اضطراب، سرخوردگی، انزجار و اندیشه آسیب رساندن به دیگران را نیز شامل شود [۱۲].

به اعتقاد دوزیر از لحاظ فیزیولوژیکی، صدای ماشه چکان می‌تواند موجب تحریک سیستم عصبی سمپاتیک (یعنی جنگ با گریز) شده و افراد مبتلا ممکن است نسبت به فرد تولید کننده

- [11] Siepsiak M, Sobczak AM, Bohaterewicz B, Cichocki Ł, Dragan WŁ. Prevalence of misophonia and correlates of its symptoms among inpatients with depression. *International journal of environmental research and public health*, 2020; 17(15): 5464.
- [12] Zhou X, Wu MS, Storch EA. Misophonia symptoms among Chinese university students: Incidence, associated impairment, and clinical correlates. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2017; 14:7-12.
- [13] Claiborn JM, Dozier TH, Hart SL, Lee J. Self-Identified Misophonia Phenomenology, Impact, and Clinical Correlates. *Psychological Thought*, 2020; 13(2).
- [14] Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 2007.
- [15] Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian medicine*. 2015;18(2). [Persian]
- [16] Mehrabizadeh Honarmand M, Roushani K. Investigation of Psychometric Properties of Misophonia Questionnaire. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 2019; 7(2): 13-22. [Persian]
- [17] Schwartz P, Leyendecker J, Conlon M. Hyperacusis and misophonia: the lesser-known siblings of tinnitus. *Minnesota Medicine*, 2011; 94(11): 42-43.
- [2] Rouw R, Erfanian M. A large-scale study of misophonia. *Journal of clinical psychology*, 2018;74(3): 453-479.
- [3] Dozier TH. Etiology, composition, development and maintenance of misophonia: A conditioned aversive reflex disorder. *Psychological Thought*, 2015; 8(1).
- [4] Cusack, Shannon E, Therese V, Scott R. "An examination of the relationship between misophonia, anxiety sensitivity, and obsessive-compulsive symptoms." *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2018; 18: 67-72.
- [5] Schadegg MJ, Clark HL, Dixon LJ. Evaluating anxiety sensitivity as a moderator of misophonia and dimensions of aggression. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2021; 30: 100657.
- [6] West B. Willner P. Magical thinking in obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 2011; 39(04): 399-411.
- [7] Fergus TA, Wu KD. Searching for specificity between cognitive vulnerabilities and mood and anxiety symptoms. *J Psychopathol Behav Assess*. 2011; 33(4): 446-58.
- [8] Ghahari S. *Challenge Skill in Cognitive Therapy*. 1th ed. Tehran: Jaihoon; 2013. [Persian]
- [9] Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: The Guilford Press, 2009.
- [10] Zandied S. *Cognitive Distortions and Coping Styles*. 1th ed. Tehran: Salehian, 2017. [Persian]