

رابطه سمت شکایات جسمانی و علائم افسردگی با دست برتری

ندا حسینیان¹، احمد علی پور²، علیرضا آقاییوسفی³، شهناز نوحی⁴، *مریم خلیلی نژاد⁵، حکیمه آقایی⁶

1. کارشناس ارشد روانشناسی، 2. استاد گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، 3. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، 4.

استاد یار دانشگاه آزاد شاهرود، 5. کارشناس ارشد روانشناسی، 6. استاد یار دانشگاه آزاد شاهرود

(تاریخ وصول: 96/05/08 - تاریخ پذیرش: 96/07/27)

The relationship between side of somatic complaints and depression signs with handedness

Neda hoseinian¹, Ahmad alipour², Alireza aghausefi³, Shahnaz nouhi⁴, * Maryam khalilinezhad⁵,

Hakime aghaei⁶

1. Master of science in psychology, 2. Pnu psychology professor, 3. Pnu psychology associate professor, 4. Assistant professor and Faculty member azad university of shahrood, 5. Master of science in psychology, azad university of shahrood, 6. Assistant professor and Faculty member azad university of shahrood

(Received: Jul.30,2017- Accepted: Oct.19,2017)

Abstract

Aim: The object of the present research is studying the relationship between somatic complaints and depression signs with handedness. For this purpose 120 students (female) aged at 25 years and 5 months whom 60 students were right handed and 60 students left handed students were chosen as accessible ones then were chosen randomly from among the same right handed counterpart class each divided into two groups of depressed or no depressed. The means for gathering data for this research include Beck Depression Inventory (BDI), General Health Questionnaire GHQ-28 and evaluation form of somatic complaints which is made by researcher. The results analyzed with binomial logistic regression method t-test and pierson coefficient correlation showed that the mark obtained from somatic signs of right handed and left handed persons have no relation with somatic complaints of right side of body but there is significant relationship between somatic sign's marks of right handed and left handed persons with somatic complaints of left side of body. Therefore taking into consideration high prevalence of physical complaints on left side of body in depressed right handed and left handed students existence of these complaints on left side of body can be considered a depression sing.

Key words: Somatic complaints, depression, handedness

چکیده

مقدمه: این تحقیق با هدف بررسی رابطه سمت شکایات جسمانی و علائم افسردگی در افراد راست دست و چپ دست انجام شده است. جامعه و نمونه آماری: در این تحقیق علی - مقایسه ای 120 دانشجوی دختر با میانگین سنی 25 سال و 5 ماه انتخاب شدند که از این تعداد 60 نفر راست دست و 60 نفر چپ دست بوده اند. افراد چپ دست به شیوه در دسترس و افراد راست دست به صورت تصادفی از همان کلاس هایی که نمونه های چپ دست برگزیده شده بودند انتخاب گردیدند. دانشجویان راست دست و چپ دست به دو گروه افسرده و غیر افسرده تقسیم گردیدند. ابزار اندازه گیری: برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، پرسشنامه دست برتری ادینبورگ و فرم ارزیابی شکایات جسمانی محقق ساخته بهره گرفته شد. برای تحلیل داده ها از روش رگرسیون لجستیک دوجمله ای استفاده گردید. یافته ها: یافته ها نشان دادند که نمره نشانه های جسمانی افراد راست دست و چپ دست به طور معنی داری با شکایات جسمانی طرف چپ بدن رابطه دارند. همچنین این تحقیق نشان داد که تفاوت معنی داری بین نمره افسردگی و نمره نشانه های جسمانی افراد راست دست و افراد چپ دست وجود ندارد. **بحث و نتیجه گیری:** با توجه به شیوع بالای شکایات جسمانی در طرف چپ بدن در دانشجویان راست دست و چپ دست افسرده می توان وجود این شکایات در سمت چپ بدن را به عنوان علامت افسردگی در نظر گرفت.

واژگان کلیدی: شکایات جسمانی، افسردگی، دست برتری.

مقدمه

نشانه‌های جسمانی را اظهار می‌کنند و از حالت افسردگی چشم‌پوشی می‌کنند (ریجاوس ونوواک- گروبیگ، 2012). 69% از بیماران افسرده ممکن است نشانه‌های جسمی را برای شکایات عمده خود نشان دهند (دمی تنار، 2013). شکایات جسمانی علائم هیجانی و روانی برگردان شده به جسم هستند که بررسی‌های دقیق پزشکی اغلب برای ارائه علت جسمی آشکار برای آن با شکست مواجه می‌شوند. این اختلال‌ها که ممکن است در یکی از اعضا داخلی یا بیرونی بدن بروز نمایند با میزان تنیدگی ادراک شده در انسان و متغیرهای روانی - اجتماعی متعددی در ارتباط هستند (به نقل از گل‌پرور و صادقی، 1395). اختلالات روانی می‌تواند به وسیله شکایات جسمانی پوشانده شود مانند سردرد، کمردرد، دردهای قفسه‌ی سینه و مشکلات هاضمه‌ای (به نقل از هفتگلی و همکاران، 2010). شکایات جسمانی مانند فرسودگی، تعمیم دادن محنت و درد، عملکرد نادرست بطنی، لرزش و گیجی در مشاهدات عمومی وجود دارد (به نقل از شکور و همکاران، 2010). رشد و پیشرفت شکایات جسمی مانند فرسودگی و درد همراه با اختلال افسردگی در عمل است. (ویچر و همکاران، 2005 به نقل از شکور و همکاران، 2010). در تحقیقی از وان هورن¹ و همکاران (2008) معلوم گردید که بین نشانه‌های افسردگی و شکایات جسمانی

افسردگی اختلال روانی متعارف است که با نشانه‌های خستگی از دست دادن لذت و خوشی، کاهش انرژی، احساس گناه یا کاهش خودارزشمندی، اختلال در خواب و اشتها و تمرکز کم ظاهر می‌گردد. افسردگی اغلب با نشانه‌هایی از اضطراب می‌آید این مشکلات ممکن است مزمن یا عود کننده باشد که منجر به نقص اساسی در توانایی‌های فردی و مسئولیت‌های روزمره می‌گردد (به نقل از مارکوز و همکاران، 2012). در افسردگی اندازه و فعالیت هیپوفیز و غده‌های فوق کلیوی افزایش پیدا می‌کند (پل و همکاران، 2016). نظریه پردازان نشان داده‌اند که افراد مستعد افسردگی و افراد غیر مستعد، در پاسخ ابتدایی به رویدادهای منفی تفاوت چندانی ندارند. بلکه تفاوت در چگونگی فائق آمدن بر عاطفه منفی است (به نقل از گلستانه و سروق، 1392). در افسردگی ممکن است مشکلاتی در عملکرد مانند بازداری و انعطاف‌پذیری ذهنی به وجود بیاید. کنترل بازداری شامل کنترل افکار و رفتارهاست و مانع واکنش‌های مشخص و خودکار می‌شود. انعطاف‌پذیری ذهنی اجازه می‌دهد که بین دیدگاه‌های مختلف ذهنی نظم ببخشیم تا تغییرات و شرایط جدید را تعدیل کنیم (دیویدویچ، 2016). افسردگی یک بیماری روانی شایعی است با نشانه‌های مختلف که اغلب با نشانه‌های جسمانی همراه است بیماران به‌خصوص در مراقبت‌های اولیه اغلب فقط

1. Van Horren

است که از نظر ساختمانی و عملکرد قرینه یکدیگرند، اما در میان دست برتری انسان به معنی برتری یک دست در اعمال خاص حرکتی یک استثنا است. اکثریت انسان ها به جای مهارت مساوی در دو دست در یک دست برتری بارز نشان می‌دهند و حال اینکه برتری در یک طرف، بارز است و در اکثریت افراد در طرف راست است. پدیده برتری مهارت یک دست، خاص انسان و گونه‌های بالاتر انسان است (به نقل از حکیمی کلخوران و همکاران، 1390). برتری طرفی که به معنای عادت در به کاربردن بیشتر پا، دست، چشم و گوش یک طرف بدن است (رونالد وادوارد، 2006). دست برتری یک اولویت زیستی یا طبیعی برای استفاده بیشتر از یک دست در انجام کارهای ویژه است که بستگی به این دارد کدام نیمکره برای انجام آن تکلیف غالب باشد. زمانی که افراد اغلب اوقات از دست راست خود استفاده می‌کنند، به آنها راست دست و در صورتی که دست چپ خود را ترجیح دهند به آنها چپ دست گفته می‌شود. زمانی به فرد دوسوتوان گفته می‌شود که در طول زمان از هر دو دست به‌طور یکسان و تقریباً به میزان مساوی استفاده کند (به نقل از سلگی و علی پور، 1391). دست برتری یکی از عواملی است که می‌تواند بر نامتقارنی پردازش هیجانی تاثیر بگذارد. گزارش شده است که پردازش و سازماندهی قشر مغزی راست دست ها و چپ دست ها متفاوت است و این امکان وجود دارد

ارتباط مثبت معناداری وجود دارد و همچنین در این تحقیق آشکار گردید که بیمارانی که از عامل موثر مشکل محور بیشتر استفاده کنند یا تجربه-های سبک هیجان محور را دارند کمتر نشانه‌های افسردگی را دارا هستند (وان هورن و همکاران، 2008). نکته مهم در مورد بیماران این است که اغلب موارد شروع این بیماری با شکایت این بیماران از دردهای جسمانی است. این بیماران علی‌رغم عدم وجود ضایعه‌ای مشخص، شکایات جسمانی خاصی دارند. بررسی‌ها نیز گویای ارتباط میان شکایت جسمانی (از جمله درد) و افسردگی است (یاب، 2002؛ درش، 2002).

تحقیقات نشان می‌دهد این شکایات در طرف چپ بدن این بیماران شایع‌ترند (اسپرنال، 2003؛ برهم، 2005؛ بار، 2003). نیمکره‌های مغز از لحاظ ساختار و کارکرد با یکدیگر تفاوت دارند (به نقل از علی پور و آخوندی، 1390) که این تفاوت را جانبی شدن¹ می‌گویند و دست برتری² یکی از شاخص‌های مهم سنجش جانبی شدن است. انجام غالب تکالیف، عملکردها و امور روزمره با یک دست (چپ یا راست) بدون نقص جسمی یا اجبار راست برتری³ می‌گویند. رابطه بین تسلط نیمکره‌ای یا دست برتری و متغیرهای روان شناختی به ویژه شناختی مدت‌هاست مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (به نقل از علی پور و آخوندی، 1390). بدن انسان دارای اندام‌های زوج بسیاری

1. Lateralization
2. Handedness
3. Right-handedness

افزایش می‌دهد. افراد افسرده آستانه درد پایین‌تری در دست چپ خود دارند و اختلاف واضحی در آستانه درد دست چپ و راست افراد غیر افسرده وجود ندارد. به‌طور خلاصه اینگونه به نظر می‌رسد که احتمالاً شکایات جسمانی و افسردگی با فعالیت نیمکره راست مرتبط است. همچنین افزایش فعالیت نیمکره راست با فزونی ادراکات منفی از جهان و افسردگی همراه است. لذا بر لزوم رویکردی کلی نگر برای تشخیص این اختلال تاکید می‌گردد. در مواردی که افراد با علائم جسمانی غیر اختصاصی نظیر دردهای عمومی، بی‌حسی اندامها، به خصوص در سمت چپ بدن خود مواجه می‌شوند، افسردگی به‌طور جدی مد نظر قرار گیرد همچنین می‌توان با ارجاع این افراد به روانپزشک در مراحل اولیه، پیش از مزمن شدن این بیماری به درمان آن کمک کرد. برخی پژوهشگران از مزایای چپ‌برتری نیز سخن می‌گویند، از جمله اینکه چپ‌دستی بر شیوه تفکر اثر می‌گذارد و در چپ‌دست‌ها پردازش اطلاعات به صورت همزمانی دیداری است یعنی در روش‌های حل مسأله و آموزش‌های دانشگاهی که مستلزم بینایی باشد چپ‌برترها قوی‌تر عمل می‌کنند (برقی ایرانی و علی‌پور، 1393). این پژوهش با هدف بررسی رابطه سمت شکایات جسمانی و افسردگی در افراد راست دست و چپ دست انجام شده است. فرضیه‌های این تحقیق عبارتند از: 1- بین نمره نشانه‌های جسمانی افراد راست دست با شکایات جسمانی طرف چپ بدن رابطه

که این گونه تفاوت‌ها بر جانبی شدن پردازش هیجانی نیز تاثیر بگذارد (به نقل از شفیع‌ی و علی‌پور، 1390). ساختار آمیگدال در افراد راست برتر و چپ برتر متفاوت است و این تفاوت تاثیرات قابل توجهی بر رفتار، شخصیت افراد و مولفه‌های تشکیل دهنده می‌گذارد. در زمینه ارتباط بین ساختار آمیگدال و خصوصیات شخصیتی مانند روان‌نژندی و برون‌گرایی تحقیقاتی صورت گرفته که این ادعا را ثابت می‌کند (نقل از علی‌پور و همکاران، 1391). نیمکره‌ی چپ در عملکردهای زبانی شامل خواندن، نوشتن، درک و تولید کلام و پردازش توالی‌ها (زبانی و حرکتی) نقش غالب دارد و نیمکره راست ظرفیت بالاتری در پردازش اطلاعات بینایی و فضایی دارد (فرنقی و همکاران، 1394). احتمال ابتلا به وسواس، اضطراب، افسردگی و خصومت در افراد راست برتری که در بعد روان‌نژندی نمره بالایی می‌گیرند افزایش می‌یابد، در صورتی که احتمال نشان دادن علائم افسردگی، روان‌پریشی، افکار پارانوئید، اضطراب و حساسیت بین فردی، فوبیا، خصومت و جسمانی سازی در افراد چپ برتری که نمره روان‌نژندی بالایی دریافت کنند بالا است (به نقل از علی‌پور و همکاران، 1391). تحقیقات نشان داده است که نمره افسردگی مردان چپ و زن‌های غیر راست برتر بیشتر است (به نقل از علی‌پور و همکاران، 1391). تحقیقات اتو در سال 1989 نشان داد، که تحریکات دردناک فعالیت نیمکره راست را

پرسشنامه را بک و وارد² اولین بار در سال 1961 معرفی کردند. بک و همکاران (1998)، روایی همزمان این مقیاس را 0/79 و پایایی بازآزمایی آن را 0/67 گزارش کرده‌اند. همچنین نسخه فارسی این پرسش نامه در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی توسط قاسم زاده، مجتبیایی، کرم قدیری و ابراهیم‌خانی (2005) بررسی شد، نسخه فارسی از سازگاری درونی بالایی بر مبنای آلفای کرونباخ (a=0/87) برخوردار بود و پایایی آن که از طریق آزمون مجدد محاسبه گردید قابل قبول (r=0/74) گزارش شد (عابدینی نسب و همکاران 1390). ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی روانپزشکی هامیلتون³ برای افسردگی 0/73، با مقیاس خود سنجی افسردگی زونگ⁴ 0/76 و با مقیاس افسردگی MMPI 0/74 است. این پرسشنامه شامل 21 گروه جمله است. نمره این پرسشنامه از صفر تا 63 می‌تواند در نوسان باشد. در این تحقیق نمره کمتر از 10 به عنوان فقدان افسردگی و نمرات 19 تا 30 به عنوان افسردگی متوسط تا شدید در نظر گرفته شد.

پرسشنامه سلامت عمومی⁵ (GHQ-28): این آزمون در سال 1972 توسط گلدبرگ⁶ به منظور شناسایی اختلالات روانی غیر روان گسسته ابداع شده است. فرم 28 سوالی آن توسط گلدبرگ و

وجود دارد. 2- بین نمره نشانه‌های جسمانی افراد چپ دست با شکایات جسمانی طرف چپ بدن رابطه وجود دارد. 3- نمره افسردگی افراد راست دست با نمره افسردگی افراد چپ دست متفاوت است. 4- نمره نشانه‌های جسمانی افراد راست دست با نمره نشانه‌های جسمانی افراد چپ دست متفاوت است.

روش و ابزار اندازه‌گیری:

این بررسی از نوع علی - مقایسه ای (پس‌رویدادی) است. جامعه آماری شامل 120 دانشجوی دختر راست دست و چپ دست دانشگاه‌های دولتی شهر تهران است که از این تعداد 60 نفر راست دست و 60 نفر چپ دست بوده‌اند. دانشجویان راست دست و چپ دست هر کدام به دو گروه غیر افسرده و افسرده تقسیم گردیدند. میانگین سنی آزمودنی‌ها 24/5 (و انحراف معیار 3/91) است. ابتدا از بین دانشگاه‌های دولتی شهر تهران سه دانشگاه به‌طور تصادفی انتخاب گردید. افراد چپ دست هر دانشگاه در هر کلاس به صورت در دسترس انتخاب شدند و سپس برای هم‌تا سازی، از همان کلاس، هم‌تای راست دست آن افراد به‌صورت تصادفی انتخاب گردیدند. گروه شاهد (غیر افسرده) از لحاظ متغیرهای سن، جنس، تاهل، تحصیلات، راست دستی و چپ دستی با گروه‌های اصلی مورد مطالعه هم‌تا سازی شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق عبارت بودند از پرسشنامه افسردگی بک¹ (BDI): این

2. Ward
3. Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression (HRSD)
4. Zung self-Reported Depression Scale
5. General Health Questionnaire G.H.Q
6. Goldberg

1. Beck

هریس (1386) آلفای کرونباخ آزمون مذکور 0/97 به دست آمده است. همچنین همبستگی دو نیمه آزمون 0/94 گزارش شده است. (علی پور و همکاران 1391).

فرم ارزیابی شکایات جسمانی (محقق ساخته) : برای مشخص کردن سمت شکایات جسمانی، نمایی از بدن انسان تهیه گردید تا آزمودنی‌ها بتوانند موضع مورد نظر و سمت شکایات جسمانی خود را مشخص کنند. داده‌های به دست آمده به کمک روش آمار توصیفی، رگرسیون لجستیک دو جمله‌ای و آزمون t تحلیل گردید.

یافته‌ها:

سن آزمودنی‌ها بین 19 تا 35 سال با میانگین 24/54 و انحراف معیار 3/91 بود. فراوانی رده سنی 25 سال از تمام طبقات بیشتر بود. از بین رشته‌های مختلف تحصیلی در بین سه دانشگاه بیشتر آزمودنی‌ها از رشته دامپزشکی (16/7%) و فنی و مهندسی (13/3%) بودند. یافته‌های مربوط به سمت شکایات جسمانی در چهار گروه در جدول 1 گزارش شده است. همانگونه که جدول نشان می‌دهد، بیشترین درصد موارد بدون شکایات مربوط به گروه غیر افسرده راست دست و بیشترین درصد شکایات سمت چپ بدن مربوط به گروه افسرده چپ دست است. در بین چهار گروه درصد شکایات جسمانی سمت چپ در گروه افسرده راست و چپ دست بیش از دو گروه غیر افسرده است.

هیلر¹ (1979) طراحی و تحلیل عوامل شد که دارای 4 مقیاس است: مقیاس علائم جسمانی، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب، مقیاس نارساکنش وری اجتماعی و مقیاس علائم افسردگی. در پژوهش اکبری (1382)، میزان آلفای کل این پرسشنامه 0/89 به دست آمد. آلفای کرونباخ این آزمون در مطالعه یعقوبی برابر با 0/88 است (هزاری، 1384). تقوی (1386) (1380-1380) روایی و اعتبار قابل قبولی برای این پرسش نامه گزارش نموده و آن را هنجاریابی کرده است. (عابدینی نسب و همکاران، 1390). در این تحقیق برای اندازه‌گیری نمره نشانه‌های جسمانی و افسردگی از این پرسشنامه استفاده شده است.

پرسشنامه دست برتری ادینبورگ² : این پرسشنامه در سال 1971 توسط اولد فیلد³ طراحی شده است. این پرسشنامه 10 سوال 5 گزینه‌ای دارد، که تمایل آزمودنی را در انجام فعالیت‌های مختلف مربوط به دست اندازه‌گیری می‌کند. نمرات به دست آمده از فرمول زیر در پیوستاری از 100- تا 100+ قرار می‌گیرد:

$$LQ = [(\Sigma R - \Sigma L) / (\Sigma R + \Sigma L)] * 100$$

که در افراد چپ دست نمرات در دامنه 40- تا 100- و در افراد راست دست نمرات در دامنه 40+ تا 100+ قرار می‌گیرد. روایی و اعتبار این پرسشنامه در کشورهای مختلف مورد بررسی قرار گرفته و در پژوهش علی‌پور و آگاه

1. Hiller
2. Edinburg Handedness Inventory
3. Oldfield

جدول 1. فراوانی مطلق و درصد سمت شکایات جسمانی در چهار گروه افراد افسرده، غیر افسرده، راست دست و چپ دست

فراوانی بدون شکایت	فراوانی چپ برتری	فراوانی دوطرف	فراوانی راست برتری	فراوانی کل
14 (46/7)	4 (13/3)	9 (30)	3 (10)	30 (100)
1 (3/3)	16 (53/3)	11 (36/7)	2 (6/7)	30 (100)
15 (50)	4 (13/3)	8 (26/7)	3 (10)	30 (100)
3 (10)	13 (43/3)	12 (40)	2 (6/7)	30 (100)

$\alpha = 0.05$ بوده، لذا با 95% اطمینان می‌توان گفت که فرضیه فوق تایید می‌گردد. همچنین آماره والد متغیر افسردگی نیز نشان دهنده معنی دار بودن ضریب افسردگی است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که بین افسردگی و نشانه‌های جسمانی سمت چپ بدن رابطه معنی دار وجود دارد. (β) EXP در مورد این متغیر نیز نشان می‌دهد که هر چقدر افراد راست دست افسرده‌تر باشند بطور معنی داری شکایات جسمانی سمت چپ افزایش می‌یابد.

برای بررسی موضوع تحقیق دو فرضیه ارائه گردید و برای آزمون فرضیه‌ها از روش رگرسیون لجستیک دو جمله‌ای استفاده شد. در مورد فرضیه اول تحقیق مبنی بر رابطه بین نمره نشانه‌های جسمانی افراد راست دست با شکایات جسمانی طرف چپ بدن $r = 0/477$ ضریب تعیین کاکس و سنل و $P = 0/001$ (رابطه معنی داری به دست آمد. مطابق با جدول 2 آماره والد نمره نشانه‌های جسمانی برابر با 11/407 و بزرگتر از $Z_{0/025} = 1/96$ است. لذا این ضریب معنی دار است. همچنین $P = 0/001$ و کوچکتر از 0/05

جدول 2. متغیرها در معادله رگرسیون لجستیک دو جمله‌ای

متغیر پیش بینی کننده افراد راست دست	B	S.E	Wald	Df	Sig	EXP(β)
نمره نشانه جسمانی GHQ	6/210	1/839	11/407	1	0/001	497/507
وضعیت حالات افسردگی (D)	1/615	1/358	1/98414	1	0/0234	5/026
CONSTANT	-10/929	3/238	11/392	1	0/00	0/000

جدول 3 آماره والد نمره نشانه‌های جسمانی برابر با 8/095 و بزرگتر از $Z_{0/025} = 1/96$ است. لذا این ضریب نیز معنی دار است. سطح معنی داری آن $P = 0/004$ است، لذا فرضیه فوق تایید می‌گردد. . EXP (β) نشان می‌دهد که افزایش

همچنین در مورد فرضیه دوم تحقیق مبنی بر رابطه بین نمره‌های جسمانی افراد چپ دست و شکایات جسمانی سمت چپ بدن نیز ($r = 0/587$) ضریب تعیین کاکس و سنل و ($P = 0/004$) (رابطه معنی داری به دست آمد. مطابق با

چپ دست و شکایات جسمانی طرف چپ بدن رابطه معنی دار وجود دارد. β EXP برای متغیر پیش بینی کننده افسردگی نشان می‌دهد، هر چقدر افراد چپ دست افسرده‌تر باشند، درصد شکایات جسمانی سمت چپ افزایش می‌یابد.

در نمره نشانه‌های جسمانی افراد چپ دست بطور معنی داری باعث افزایش درصد شکایات جسمانی سمت چپ بدن می‌شود. مطابق با جدول 3 آماره والد متغیر افسردگی برابر با $6/496$ و بزرگتر از $Z_{0/025} = 1/96$ است. لذا این ضریب معنی دار بوده و می‌توان نتیجه گرفت که بین عامل افسردگی در افراد

جدول 3. متغیرها در معادله رگرسیون لجستیک دو جمله ای

متغیر پیش بینی کننده افراد چپ دست	B	S.E	Wald	df	Sig	EXP(β)
نمره نشانه جسمانی GHQ	15/605	5/485	8/095	1	0/004	5987578/3
وضعیت حالات افسردگی (D)	7/758	3/044	6/496	1	0/011	2339/231
CONSTANT	26/780	9/378	8/154	1	0/004	0/000

در مورد فرضیه سوم تحقیق که تفاوت نمره افسردگی افراد راست دست و افراد چپ دست را بررسی می‌کند ($t = -0/7$ ، $df = 118$)، $\text{sig} = 0/485$ را بطله معنی داری به دست نیامد. مطابق با جدول 4 آماره آزمون $t = -0/7$ است و با توجه به این که سطح معنی داری،

تفاوت معناداری بین نمره افسردگی افراد راست دست و چپ دست وجود ندارد. همچنین آماره آزمون ($t = -0/7$) از $Z_{0/02} = 1/96$ کوچکتر است لذا فرضیه فوق تایید نمی‌گردد.

جدول 4: آزمون t

Sig(2-tailed)	Df	t
.485	118	-.700

در مورد فرضیه چهارم تحقیق که تفاوت نمره نشانه‌های جسمانی افراد راست دست و افراد چپ دست را بررسی می‌کند ($t = -1/669$ ، $df = 118$)، $\text{sig} = 0/098$ را بطله معنی داری به دست نیامد. مطابق با جدول 5 آماره آزمون $t = -1/669$ است و با توجه به این که سطح معنی

تفاوت معناداری بین نمره نشانه‌های جسمانی افراد راست دست و چپ دست وجود ندارد. همچنین آماره آزمون ($t = -1/669$) از $Z_{0/02} = 1/96$ کوچکتر است لذا فرضیه فوق تایید نمی‌گردد.

جدول 5: آزمون t

Sig(2-tailed)	df	t
.098	118	-1/669

بحث و نتیجه گیری:

همراهی درد و افسردگی باز می‌گردد که در این صورت شیوع بیشتر شکایات جسمانی و حساسیت بیشتر نسبت به درد در طرف چپ بدن انتظار می‌رود. در مورد ارتباط نشانه‌های جسمانی با شکایات جسمانی سمت چپ بدن در افراد افسرده به تحقیقات اتو، 1989؛ یاپ، 2002؛ اسپرنال، 2003؛ بار، 2003؛ برهم، 2005 می‌توان اشاره نمود. در خصوص بررسی رابطه علائم افسردگی و شکایات جسمانی می‌توان به تحقیقات درش، 2002؛ یاپ، 2002 اشاره نمود. در فرضیه سوم تحقیق که تفاوت نمره افسردگی در افراد راست دست و چپ دست مورد بررسی قرار گرفت، آزمون T تفاوت معناداری بین این دو گروه را نشان نداد. شاید یکی از دلایل این عدم تفاوت، کم بودن گروه نمونه باشد. اما نتیجه این فرضیه با نتیجه تحقیق لورین (2001) همخوان است. لورین چهار گروه از آزمودنی‌ها که شامل زنان افسرده راست دست و چپ دست و مردان افسرده راست دست و چپ دست بودند را مورد بررسی قرار داد. نتایج تحقیقات وی نیز عدم تفاوت معناداری را در زنان افسرده راست دست و چپ دست نشان داد ولی شیوع بالای افسردگی در مردان چپ دست را گزارش نمود. در فرضیه آخر این تحقیق که تفاوت نمره نشانه‌های جسمانی در افراد راست دست و چپ دست مورد بررسی قرار گرفت تفاوت معناداری بین این دو گروه به دست نیامد. این عدم تفاوت را

هدف این تحقیق بررسی رابطه سمت شکایات جسمانی و علائم افسردگی در افراد راست دست و چپ دست است. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک دو جمله‌ای نشان داد که بین نمره نشانه‌های جسمانی افراد راست دست با شکایات جسمانی سمت چپ بدن رابطه معنی داری وجود دارد. برای تبیین تأیید شدن این فرضیه می‌توان چنین گفت که محققان نقش نیمکره‌ها را مورد مطالعه قرار داده و نیمکره راست را به عنوان واحد عملی اختصاصی برای پروراندن محرکات روانی منفی فرض کرده‌اند. همچنین محققان نقش نیمکره راست را در بروز افسردگی و سایر تجارب عاطفی منفی مانند درد به اثبات رسانده‌اند و دریافته‌اند که نشانه‌های جسمانی بیمارگونه به خصوص درد در سمت چپ بدن، میزان درد بیشتری در مقابل محرکهای دردناک متحمل می‌شود (اتو، 1989). مطالعات نشان داده‌اند که شکایات جسمانی طرف چپ بدن با وجود یا عدم وجود افسردگی مرتبط هستند. از جمله تحقیقات همسو با این فرضیه می‌توان به تحقیقات اتو، 1989؛ یاپ، 2002؛ اسپرنال، 2003؛ برهم، 2005؛ وان هورن و همکاران 2008، مادوک و همکاران 2010 اشاره نمود. همچنین تحقیق حاضر نشان داد که بین نمره نشانه‌های جسمانی افراد چپ دست با شکایات جسمانی سمت چپ بدن رابطه معنی داری وجود دارد. تبیین این فرضیه مانند فرضیه قبل به نقش نیمکره راست در

شکایات در سمت چپ بدن را به عنوان علامت افسردگی در نظر گرفت و با ارجاع این بیماران به روانپزشک در مراحل اولیه و توسط دیگر پزشکان می‌توانیم از مزمن شدن این بیماری پیشگیری نماییم.

در این تحقیق افراد مونث و دانشجویان مورد بررسی قرار گرفتند و تنها ارتباط سمت شکایات جسمانی و علائم افسردگی در افراد راست دست و چپ دست مورد مطالعه قرار گرفت. لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده افراد مذکر، افراد غیر تحصیل کرده، جانبی شدن سایر اندام‌ها و افراد دوسو توان نیز مد نظر قرار گرفته و بررسی گردند.

می‌توان با استناد به این مطلب که وجود نشانه‌های جسمانی متعدد ارتباط تنگاتنگی با افسردگی دارند و عدم تفاوت در نمره افسردگی افراد راست دست و چپ دست می‌تواند با عدم تفاوت در نمره نشانه‌های جسمانی همراه باشد توجیه نمود. از جمله تحقیقات مرتبط با فرضیه حاضر تحقیق لورین (2001) است. از آن جا که نشانه‌های جسمانی به خصوص نشانه‌های جسمانی سمت چپ بدن ممکن است در حقیقت نشانه‌ای از یک افسردگی پنهان در بسیاری از جوامع باشد و با در نظر گرفتن این مهم که این نشانه‌ها یک مشکل شایع در مراقبت‌های اولیه در فرهنگ‌های مختلف محسوب می‌شود، لذا می‌توان وجود این

منابع:

سلگی، ز؛ علی پور، ا. (1391). مقایسه هوش اجتماعی و هوش هیجانی دانشجویان با توجه به دست برتری آن‌ها، فصل نامه روانشناسی کاربردی، شماره 24، 103-119.

شفیعی، ح؛ علی پور، ا. (1390). دست برتری و جانبی شدن پردازش هیجانی چهره در کودکان؛ مجله تازه های علوم شناختی؛ شماره 50، 23-34.

عابدینی نسب، ز؛ رحیمی، چ؛ گودرزی، م، ع. (1390). مقایسه اثر تقدم منفی در زیر گروه های اختلال وسواس جبری، اختلالات اضطرابی دیگر و گروه

برقی ایرانی، ز.؛ علی پور، ا. (1393). تعامل سبک‌های شناختی با دست برتری در دانشجویان پیام‌نور: تلویحاتی برای طراحی روش طراحی روش تدریس در نظام آموزش از راه دور، دو فصلنامه علمی- پژوهشی شناخت اجتماعی، 126-140.

حکیمی کلخوران، م.؛ خداپناهی، م.؛ حیدری، م. (1390). رابطه دست برتری با توانایی های دیداری- فضایی و انعطاف پذیری شناختی، مجله علوم رفتاری، شماره 15، 83-89.

رحیمی، چ. (1393). کاربرد پرسشنامه افسردگی بک-2 در دانشجویان ایرانی، (1393).

فرنقی، ز.؛ بادامی، ر.؛ نزاکت‌الحسینی، م. (1394). اثر برتری و نوع تمرین (آشکار و پنهان) بر دقت و زمان عکس‌العمل متوالی، رشد و یادگیری حرکتی ورزشی، شماره 4، 529-548.

گل‌پرور، م.؛ صادقی، ا. (1395). رابطه‌ی تعارض و سرریز شدگی کار- خانواده با شکایات جسمانی، روان‌شناسی، 77، 102-119.

گلستانه، ا.؛ سروقد، س. (1392). نقش واسطه- ای نگرانی در رابطه بین راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و افسردگی واضطراب. مجله روانشناسی تحولی، شماره 35، 259-270.

بهنجار، فصل‌نامه تازه‌های علوم شناختی، سال 13، شماره 4، 57-70.

علی‌پور، ا.؛ آخوندی، ن. (1390). ارتباط دست برتری با سبک‌های تفکر در دانشجویان، مجله روانشناسی، شماره 60، 382-396.

علی‌پور، ا.؛ صالح میر حسینی، و. (1390). دست برتری و هوش: مقایسه هوش (کلامی و عملی) و خرده‌مقیاس‌های آن بین چپ دست‌ها و راست دست‌ها، فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، شماره 21.

علی‌پور، ا.؛ صادقی، ز.؛ محمد بیگی، ع.؛ مردانی‌ولندانی، ز.؛ باقریان سرارودیان، ر. (1391). آیا شخصیت افراد چپ برتر، راست برتر و دوسوتوان متفاوت است؟. تحقیقات علوم رفتاری، دوره 10، شماره 7، 690-697.

Bar; K.J, Greiner: w, letsch: A, Sauer: h, koble; R, (2003), Influence of gender and hemispheric lateralization on heart pain perception in major depression, Journal of psychiatric research, 37 , 345-353.

Brehm S, Bar; K.J, Sauer; H, Boettger; K, (2005), Pain perception in major depression depends on pain modality pain, 117, 97-103.

Davidovich; S, Collishaw; S, Thapar; A, Harold; G, Thapar; A, Rice; F, (2016), Do better executive functions buffer the effect of current parental depression on adolescent depressive symptoms?, Journal of affective disorders, 54-64.

Demyttenaere; K, Bruffaerts; S, Pasada-villa; J, Gasquet; I, Kovess; V, Lepine; J, Anaermere, M.C, Berenet; S, Degirolamo; G, Morosini; P, (2013), Prevalence severity and unmet need fortreatment of mental disorders in the world health organization, Journal of American medical association, 201, 2581- 2590.

Dersh; J, Polatin; P, Gatchel, R.J, (2002), Chronic pain and psychopathology: research finding and theoretical consideration, Psychosomatic medicine, 64, 773-786.

Haftgoli; N, Favrat; B, Verdon; F, Vaucher; P, Bischoff; T, Burnand; B, Herzig; L, (2010), Patients

presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressor, BMC family practice.

Marcus; M, Yasamy; M.T, Ommeren; M, Chisholm; D, Saxena; S, (2012), Depression a global public health concern, Who Department of Mental health and substance abuse, 6-8.

Poole; L, Kidd; T, Ronaldson; A, leigh; E, Jahangiri; M, Steptoe; A, (2016) Depression 12 months after coronary artery bypass graft is predicted by cortisol slope over the day, Psychoneuroendocrinology, 155-158.

Rijavec; N, Novak Grubic; V, (2012), Depression and pain: often together but still a clinical challenge a review, Psychiatria Danabina, Vol24, No4, 346-352.

Shakoor; A, Shafqat; F, Mehmud; T, Akram; M, Riaz; S, Iqbul; Z,

Khan; A, (2010), Frequency of depression and somatic symptoms in patients on interferon Alpha/ Ribavirin for chronic hepatitis C, J Ayub Med coll Abbottabad, No22, 6-8.

Spernal; J, lautenbacher; S , (2003), pain thresholds as a putative functional test for cerebral laterality in major depressive disorder and panic disorder, Neuropsychologia48 , 146 – 151.

Van Horen; S, Vermeiren; J, Bolman; C, (2008), The relationship between coping styles, depressive symptoms and somatic complaints among depressive inpatients, journal of psychology, Vol64, Issue2, 78-86.

Yap; A, Tan; B.C, Prosthodont; C, kiam chua; E, (2002), Depression and Somatization in patients with tempromandibular disorders, The Journal of The Prosthetic Dentistry , 88(5),479 – 484.