

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# دانشگاه پیام نور

دانشکده علوم انسانی

گروه روانشناسی

عنوان پایان نامه:

بررسی رابطه سمت شکایات جسمانی و علایم افسردگی با دست برتری

مؤلف:

ندا حسینیان

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر احمد علی پور

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر علیرضا آقاییوسفی

پایان نامه:

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

در رشته روانشناسی عمومی

ماه و سال انتشار

مهر 1388

تاریخ .....  
شماره .....  
پوست .....  
.....



جمهوری اسلامی ایران  
دانشگاه پیام نور استان تهران

((تصویب نامه))

پایان نامه تحت عنوان :

**" رابطه سمت شکایات جسمانی و علانم افسردگی با دست برتری "**

تاریخ دفاع : ۸۸/۶/۳۰ ساعت : ۱۰۰۱۲

نمره : ۱۹/۷۸ درجه ارزشیابی : عالی

نام و نام خانوادگی هیأت داوران مرتبه علمی امضاء

۱-استاد راهنما: جناب آقای دکتر احمد علی پور  
۲-استاد مشاور: جناب آقای دکتر علی رضا اقبوسنی  
۳-استاد داور: جناب آقای دکتر احمد نوربالا  
۴-نماینده تحصیلات تکمیلی: .....  
*(Handwritten signatures and initials are present over the list)*

جمهوری اسلامی ایران  
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

تهران، خیابان انقلاب،  
خیابان استاد نجات اللهی،  
پیش خیابان سپید،  
کد پستی ۲۳۳  
تلفن: ۸۸۸۰۱۰۹۰  
ورنگار: ۸۸۹۰۳۱۵۸  
سایت الکترونیکی:  
info@Tehran.pnu.ac.i  
شانی الکترونیکی:  
http://www.Tehran.pnu.ac.i

تقدیم به :

## همسر م ; آرش

که عطوفت ، مهربانی و بردباریش چون چراغی راه علم را برایم روشن و هموار ساخت.

و

تشکر و قدرانی از :

### • جناب آقای دکتر علی پور

که از ابتدای راه با نظرات و ایده های ارزشمند و خلاقانه خود پیوسته یاریگر من در انجام این تحقیق بودند و من همواره از مساعدت و راهنمایی های بی همتای ایشان بهره مند گشتم.

### • جناب آقای دکتر آقابوسفی

که با محبت و گشاده رویی هیچگاه از ترغیب ، تشویق و یاریم دریغ نورزیدند.

- پدر و مادرم این دو یاریگر همیشه مهربان
- جناب آقای دکتر احمد علی نور بالا که دلسوزانه مرا در امر انجام تحقیق یاری رساندند.
- جناب آقای دکتر شهرام حسام بختیاری که در گرد آوری اطلاعات خالصانه مرا یاری دادند.
- دوست عزیزم سرکار خانم شهناز نوحی که پیوسته در انجام تحقیق مرا همراهی کردند.
- خواهر عزیزم رزیتا ، که همواره مشوق من در طول انجام این پژوهش بود .
- و پدر و مادر همسر م که همواره دعای خیرشان بدرقه راهم بود..

## چکیده:

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه سمت شکایات جسمانی و علایم افسردگی با دست برتری می باشد. این پژوهش از نوع علی-مقایسه ای یا پس رویدادی است. به این منظور 120 دانشجوی دختر مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا با میانگین سنی 25 سال و 5 ماه از بین دانشگاههای شهر تهران انتخاب شدند که از این تعداد 60 نفر راست دست و 60 نفر چپ دست بوده اند. دانشجویان چپ دست و راست دست هر کدام به دو گروه افسرده و غیر افسرده تقسیم گردیدند. دانشجویان چپ دست به صورت در دسترس انتخاب گردیدند و سپس برای همتا سازی گروه شاهد با گروه اصلی از همان کلاس همتای راست دست آن افراد به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، پرسشنامه دست برتری ادینبورگ و فرم ارزیابی شکایات جسمانی محقق ساخته می باشد. تحلیل نتایج با روش رگرسیون لجستیک دو جمله ای، آزمون t و ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که نمره نشانه های جسمانی افراد راست دست و چپ دست با شکایات جسمانی طرف راست بدن رابطه ندارد ولی بین نمره نشانه های جسمانی افراد راست دست و چپ دست با شکایات جسمانی طرف چپ بدن رابطه معنادار وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که نمره افسردگی و نمره نشانه های جسمانی افراد راست دست با افراد چپ دست تفاوت معناداری ندارند، ولی نمره اضطراب افراد راست دست و افراد چپ دست متفاوت است بدین معنا که افراد چپ دست نمره اضطراب بالاتری نسبت به افراد راست دست در آزمون سلامت عمومی کسب کردند. همچنین بین نمره افسردگی آزمون بک و نمره افسردگی آزمون سلامت عمومی رابطه معنی دار

وجود دارد و بین نمره افسردگی و نمره نشانه های جسمانی آزمون سلامت عمومی و آزمون بک رابطه معنی دار وجود دارد..

بنابراین با توجه به شیوع بالای شکایات جسمانی در طرف چپ بدن در دانشجویان افسرده راست دست و چپ دست می توان وجود این شکایات در سمت چپ بدن را به عنوان علامت افسردگی در نظر گرفت. همچنین نتایج این تحقیق حاکی از آن است که احتمالاً نیمکره راست میتواند نقش اساسی در پردازش اطلاعات منفی از جمله درک درد در افسردگی در افراد راست دست و چپ دست داشته باشد.

واژه های کلیدی : سمت شکایات جسمانی ، افسردگی ، دست برتری

**فصل اول: فرآیند روشن سازی پرسش**

2	1-1- مقدمه .....
3	1-2- بیان مسأله .....
7	1-3- اهمیت و ضرورت تحقیق .....
9	1-4- اهداف تحقیق .....
10	1-5- سوالات تحقیق .....
10	1-6- فرضیه های تحقیق .....
11	1-7- تعریف عملیاتی متغیرهای تحقیق .....

**فصل دوم: ادبیات پژوهش**

15	1-2- مقدمه .....
16	2-2- جانبی شدن .....
16	1-2-2- تعریف جانبی شدن .....
17	2-2-2- تحول مهارت دستی و جانبی شدن دست .....
18	3-2-2- شاخصهای جانبی شدن .....
19	4-2-2- دلایل جانبی شدن .....
22	5-2-2- چگونگی برخورد با جانبی شدن .....
23	6-2-2- چرا راست برتری .....
23	7-2-2- تاریخچه مطالعه مغز .....
24	8-2-2- شالوده دستگاه عصبی .....
25	1-8-2-2- دستگاه اعصاب مرکزی .....
26	2-8-2-2- دستگاه اعصاب پیرامونی .....
27	9-2-2- سازمان عملکردی مغز .....
30	10-2-2- نیمکره های مغزی .....
31	11-2-2- جسم پینه ای و ارتباط دو نیمکره .....
31	12-2-2- تفاوت نیمکره های مغز .....
31	1-12-2-2- تفاوت های ساختاری نیمکره های مغز .....
33	2-12-2-2- تفاوت های کارکردی دو نیمکره .....
34	3-12-2-2- عملکرد نیمکره ها در حس های مختلف .....

- 35.....4-12-2-2 کارکرد نیمکره ها در هیجان
- 38.....5-12-2-2 نیمکره ها و فعالیت EEG در هیجانات
- 39.....6-12-2-2 ویژگیهای نوروشیمیایی نیمکره ها
- 39.....13-2-2 تکلم و ارتباط آن با نیمکره های مغز
- 40.....1-13-2-2 مرکز حرکتی تکلم
- 40.....2-13-2-2 مرکز حسی تکلم
- 40.....14-2-2 دست برتری و ارتباط آن با تسلط نیمکره ای
- 41.....3-2-2 جانبی شدن و اختلالات آن
- 41.....1-3-2-2 اختلالات جسمی
- 41.....1-1-3-2 قطعه پیشانی و ضایعات آن
- 42.....2-1-3-2 قطعه پس سری و ضایعات آن
- 42.....3-1-3-2 قطعه گفتاری مغز و انواع زبان پریشی ها
- 43.....4-1-3-2 قطعه آهیانه ای مغز و ضایعات آن
- 44.....2-3-2 اختلالات توأم با چپ برتری
- 45.....3-3-2 اختلالات رشدی
- 45.....1-3-3-2 نارسا خوانی
- 46.....2-3-3-2 اختلال در ریاضیات
- 46.....3-3-3-2 نارسا نویسی
- 47.....4-3-3-2 لکنت
- 47.....5-3-3-2 اوتیسم
- 48.....6-3-3-2 رابطه آسم، آلرژی، میگرن و اختلالات ایمنی با دست برتری
- 49.....7-3-3-2 سرطان و دست برتری
- 50.....4-3-2 اختلالات روانشناختی
- 50.....1-4-3-2 عقب ماندگی ذهنی
- 50.....2-4-3-2 اسکیزوفرنیا
- 51.....3-4-3-2 وسواس واضطراب
- 51.....4-4-3-2 اختلالات خلقی
- 52.....5-4-3-2 افسردگی
- 52.....1-5-4-3-2 تعریف افسردگی
- 52.....2-5-4-3-2 تصویر بالینی افسردگی



- 54..... 2-3-4-5-3- تبیین افسردگی
- 59..... 2-3-4-5-4- افسردگی و شکایات جسمانی
- 60..... 2-3-4-5-5- افسردگی و درد
- 62..... 2-3-4-5-6- افسردگی، جانبی شدن شکایات جسمانی و نقش نیمکره راست
- 65..... 2-4- تحقیقات انجام شده در رابطه با موضوع تحقیق

### فصل سوم: روش پژوهش

- 75..... 3-1- مقدمه
- 75..... 3-2- طرح پژوهش
- 76..... 3-3- جامعه آماری
- 76..... 3-4- نمونه آماری
- 77..... 3-5- روش نمونه گیری
- 77..... 3-6- ابزارهای تحقیق
- 78..... 3-6-1- پرسشنامه افسردگی بک
- 79..... 3-6-2- پرسشنامه سلامت عمومی
- 82..... 3-6-3- پرسشنامه دست برتری ادینبورگ
- 84..... 3-7- روش اجرای آزمون
- 85..... 3-8- جمع آوری داده ها
- 85..... 3-9- متغیرهای تحقیق
- 85..... 3-10- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

### فصل چهارم: روش تجزیه و تحلیل داده ها

- 88..... 4-1- مقدمه
- 88..... 4-2- یافته های توصیفی
- 88..... 4-2-1- سن آزمودنی ها
- 90..... 4-2-2- تفکیک دانشگاهها ورشته تحصیلی
- 93..... 4-3-2- سمت شکایات جسمانی در چهار گروه
- 95..... 4-2-4- مقایسه میانگین نمره های افسردگی، نشانه های جسمانی و اضطراب
- 98..... 4-2-5- مشخصات توصیفی تمام مولفه ها برای چهار گروه
- 100..... 4-3- یافته های استنباطی

## فصل پنجم نتیجه‌گیری و بحث

119	1-5- مقدمه
119	2-5- خلاصه تحقیق
120	3-5- نتیجه‌گیری و بحث
126	4-5- محدودیت‌های تحقیق
126	5-5- موانع تحقیق
127	6-5- پیشنهادهای
127	7-5- کاربردهای تحقیق

## منابع

129	منابع فارسی
134	منابع لاتین

## پیوستها

139	1- پرسشنامه افسردگی بک و پاسخنامه
146	2- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و پاسخنامه
150	3- پرسشنامه دست برتری ادینبورگ
151	4- فرم ارزیابی شکایات جسمانی محقق ساخته
152	5- جداول محاسبات آماری در فرضیه‌های تحقیق

## چکیده انگلیسی

## فهرست جداول

- جدول 4-1- مشخصات توصیفی سن آزمودنی ها ..... 88
- جدول 4-2- فراوانی و درصد رده های سنی ..... 89
- جدول 4-3- فراوانی بر اساس تفکیک دانشگاه ها ..... 90
- جدول 4-4- فراوانی و درصد رشته های تحصیلی ..... 91
- جدول 4-5- سمت شکایات جسمانی ..... 93
- جدول 4-6- مقایسه میانگین نمره افسردگی در افراد راست دست و چپ دست ..... 95
- جدول 4-7- مقایسه میانگین نمره نشانه های جسمانی در افراد راست دست و چپ دست ..... 95
- جدول 4-8- مقایسه میانگین نمره اضطراب در افراد راست دست و چپ دست ..... 95
- جدول 4-9- مشخصات توصیفی تمام مولفه ها ..... 98
- جدول 4-10- کدگذاری متغیر وابسته در فرضیه اول ..... 100
- جدول 4-11- کدگذاری متغیرهای پیش بینی کننده در فرضیه اول ..... 100
- جدول 4-12- ضریب تعیین کاکس و سنل در فرضیه اول ..... 101
- جدول 4-13- متغیرها در معادله رگرسیون لجستیک در فرضیه اول ..... 102
- جدول 4-14- کدگذاری متغیر وابسته در فرضیه دوم ..... 103
- جدول 4-15- کدگذاری متغیرهای پیش بینی کننده در فرضیه دوم ..... 103
- جدول 4-16- ضریب تعیین کاکس و سنل در فرضیه دوم ..... 104
- جدول 4-17- متغیرها در معادله رگرسیون لجستیک در فرضیه دوم ..... 104
- جدول 4-18- کدگذاری متغیر وابسته در فرضیه سوم ..... 105
- جدول 4-19- کدگذاری متغیرهای پیش بینی کننده در فرضیه سوم ..... 105
- جدول 4-20- ضریب تعیین کاکس و سنل در فرضیه سوم ..... 106
- جدول 4-21- متغیرها در معادله رگرسیون لجستیک در فرضیه سوم ..... 107
- جدول 4-22- کدگذاری متغیر وابسته در فرضیه چهارم ..... 108
- جدول 4-23- کدگذاری متغیرهای پیش بینی کننده در فرضیه چهارم ..... 108
- جدول 4-24- ضریب تعیین کاکس و سنل در فرضیه چهارم ..... 109
- جدول 4-25- متغیرها در معادله رگرسیون لجستیک در فرضیه چهارم ..... 109
- جدول 4-26- مقایسه میانگین نمره افسردگی در افراد راست دست و چپ دست ..... 110
- جدول 4-27- آزمون t جهت مقایسه میانگین نمره افسردگی ..... 110
- جدول 4-28- مقایسه میانگین نمره نشانه های جسمانی در افراد راست دست و چپ دست ..... 111
- جدول 4-29- آزمون t جهت مقایسه میانگین نمره نشانه های جسمانی ..... 111

- جدول 4-30- مقایسه میانگین نمره اضطراب در افراد راست دست و چپ دست..... 112
- جدول 4-31- آزمون t جهت مقایسه میانگین نمره اضطراب ..... 112
- جدول 4-32- جدول ضریب همبستگی در فرضیه هشتم ..... 113
- جدول 4-33- جدول ضریب همبستگی در فرضیه نهم ..... 115
- جدول 4-34- جدول ضریب همبستگی در فرضیه نهم ..... 116

### فهرست نمودارها

- نمودار 4-1- رده های سنی آزمودنی ها ..... 89
- نمودار 4-2- تفکیک دانشگاهها ..... 90
- نمودار 4-3- رشته های تحصیلی ..... 92
- نمودار 4-4- تفکیک بر اساس رشته تحصیلی و نسبت دست برتری ..... 92
- نمودار 4-5- سمت شکایات جسمانی در افراد راست دست ..... 94
- نمودار 4-6- سمت شکایات جسمانی در افراد چپ دست ..... 94
- نمودار 4-7- مقایسه نمره کل افسردگی در افراد راست دست و چپ دست ..... 96
- نمودار 4-8- مقایسه نمره کل نشانه های جسمانی در افراد راست دست و چپ دست ..... 96
- نمودار 4-9- مقایسه نمره کل اضطراب در افراد راست دست و چپ دست ..... 97

# فصل اول

## فرآیند روشن سازی پرسش

## 1-1: مقدمه

در زندگی همه ما روزهایی وجود دارند که همه چیز را سیاه می بینیم، هیچ چیز شادی ما را بر نمی انگیزد و هیچ امیدی به موفقیت نداریم، بد خلق و غمگین هستیم. احساس تنهایی، خلأ، ناامیدی و گنجهکاری بر ما چیره می شود و اضطراب ما را فرا می گیرد. همه ما با چنین حالتها و احساسهایی که اغلب پس از شکست ها یا فقدانها و یا حتی بدون دلیل آشکار بوجود می آیند کم و بیش آشنا هستیم. اما آنچه موجب می شود تا چنین احساسهایی به صورت اختلالهای روانی درآیند نوع و تعداد نشانه ها، شدت و طول مدت و همچنین حدی است که به جریان بهنجار زندگی روزمره آسیب می رسانند. در قلمرو زندگی بهنجار و در زمینه تجربه آسیب شناختی، این احساسها و شیوه دریافت آنها را با مفهوم «افسردگی» مرتبط ساخته اند (یثربی، 1382).

واژه افسردگی در رشته های مختلف معانی متفاوتی دارد. به عنوان مثال در فیزیولوژی اعصاب منظور کاهش فعالیت فیزیولوژیک است. در روانپزشکی، افسردگی بر حسب مورد خاص به یک علامت یا نشانگان اطلاق می شود و در روانشناسی منظور از آن حالتی هیجانی است که منجر به کاهش قابلیتها می شود. اگر افسردگی را به مثابه یک علامت در نظر بگیریم عبارت خواهد بود از یک تغییر یا انحراف از حالت طبیعی خلق به صورت اندوه. حالت اندوه بر حسب اینکه شدت یا مدت زمان آن از حد متعارف تجاوز کند و یا بر حسب شرایطی خاص، می تواند جنبه بیمارگونه، به خود بگیرد (کلایتون<sup>1</sup>، 1992). افسردگی اغلب با شکایت بیمار از دردهای جسمانی آغاز می شود. تحقیقات مختلف نشان می دهد که این شکایات در طرف چپ بدن افراد راست دست شایعترند (بختیاری، 1371). در این جامعه مقوله دست برتری برای بررسی موضوع موردنظر مطرح می شود.

بطور کلی دست برتری، به توانایی بیشتر یک طرف مغز، که در واقع نیمکره مسلط مغز در هر فردی است، در انجام اعمال حرکتی ماهرانه اطلاق می شود. توانایی هایی که در طرف مسلط قرار دارند، برتر هستند (برک<sup>2</sup>، ترجمه سید محمدی، 1382). برخی عقیده دارند ترجیح دست راست بر دست چپ تا حد زیادی یک پیمان فرهنگی و اجتماعی است که انسانها مایل به رعایت آن هستند. به عقیده آنها اگر نقطه ای از کره زمین رادر نظر بگیریم که در ابتدای بنیان گذاری فرهنگ و تمدن خویش باشند و استفاده

---

<sup>1</sup> Clayton, P.J

<sup>2</sup> Berk

از هیچ ابزار و دستگاهی منوط به ترجیح هیچکدام از اندامهای دو طرف بدن نباشد در چنین محیطی دیگر کسی خود راملزم به استفاده از دست راست احساس نخواهد کرد.

بنابراین به نظر می رسد که رواج راست دستی تا حد زیادی متأثر از جهانی است که تمام ابزارها برای افراد راست دست ساخته و طراحی شده است (احدی و بنی جمالی ، 1378). با این حال باید توجه داشت که رواج راست دستی تنها متأثر از عوامل فرهنگی و اجتماعی نیست و دلایل زیادی در مورد اینکه چرا اندامهای طرف راست بدن بر اندامهای طرف چپ بدن در غالب انسانها مسلط است، وجود دارد. یکی از دیدگاه هایی که دلایل مشخص برای ادعای خود دارند، از عوامل ژنتیکی برای رواج راست دستی حمایت می کند. برنامه ریزی نیمکره های مغز از بدو تولد به گونه ای است که به صورت ناقرینه عمل می کند و عامل این ناقرینگی را متأثر از ژنتیک می دانند که بصورت مستقیم از والدین منتقل می شود (دادستان، 1386).

به طور مثال در مورد عملکرد ناقرینه نیمکره ها ، نیمکره راست مغز ارتباط نزدیکی با حرکات آزارنده دارد لذا تصور می شود که نیمکره راست مغز توسط تجارب عاطفی منفی فعال می شود و در این صورت سایر محرکات نیمکره راست در جهت ناخوشایندی تعبیر و تفسیر می شوند و سیر آزارنده تری پیدا می کنند و این سیکل معیوب ادامه پیدا می کند. با توجه به ارتباط نیمکره راست مغز مبنی بر پردازش اطلاعات منفی و بروز تظاهرات جسمانی در طرف چپ بدن بر آن شدیم تا ارتباط میان عوامل فوق الذکر را هم در افراد راست دست و هم در افراد چپ دست مورد بررسی قرار دهیم.

## 2-1: بیان مسأله

ما امروز در عصری زندگی می کنیم که بهداشت روان از اهمیت ویژه ای برخوردار است چرا که با موازات پیشرفتهای تکنولوژی - صنعتی و اقتصادی و اجتماعی نابسامانیهای روانی روز به روز در حال گسترش است. در این میان، افسردگی شایع ترین اختلال روانی شناخته شده و در واقع یکی از مشکلات روانی ، فردی، اجتماعی جامعه و عصر حاضر می باشد. افسردگی را شاید بتوان حالتی توصیف کرد که با تغییر اساسی و اولیه در خلق شروع و با مداومت احساس غم و اندوه به درجات مختلف مشخص می گردد (تاسمن کی<sup>1</sup> ، 1997).

---

<sup>1</sup> Tasman Kay

تغییر خلق و خو از علائم ثابت و مقاومی است که برای روزها و هفته ها و ماهها و حتی سالها ممکن است به طول بینجامد. همراه با تغییر خلق و خو، اختلال و دگرگونی‌هایی در رفتار، برداشتها، تفکر، تمرکز فکر، کارایی و عملکردهای فرد مبتلا پیش می‌آید که تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله محرکهای بیرونی، ویژگی‌های شخصیتی و پارامترهای فیزیکی و ... ایجاد می‌گردد. افسردگی محدود به مکان و زمان خاصی نیست (تاسمن کی، 1997) بلکه حالتی است که در هر زمان و مکان و برای هر کس ممکن است تحت استرس روی دهد.

بجرات می‌توان گفت که نیمی از افراد بزرگسال در دوره ای از عمر خود دچار این حالت بوده‌اند و متأسفانه اکثریت افراد مبتلا از افسردگی خود آگاه نبوده و یا نیستند. حدود 20-15 درصد افراد بزرگسال جامعه ممکن است که علائم و نشانه‌ها و عوارض افسردگی را به درجات مختلف از خود نشان دهند (کاپلان، 1994). همچنین این اختلال رایجترین اختلال روانی است که باعث مراجعه بیماران به روانپزشکان، روانشناسان و مشاوران می‌شود. شمار فزاینده مراجعان مبتلا به این اختلال در سنین مختلف به مراکز درمانی نشانه‌ای دیگر از شیوع افسردگی است (لطف آبادی، 1378). همه ما اختلالات روانی شدید را از روی حالات، حرکات، کلام و ... افراد مبتلا به این بیماریها تشخیص می‌دهیم. اما جالب است که بدانیم که تنها درصد ناچیزی از این بیماران را بیماران روانی با حالات شدید تشکیل می‌دهند. بیشتر بیماران روانی حالتی دارند که در ابتدا بوسیله خود بیمار، اطرفیانش و حتی جامعه پزشکی بیماری روان-تنی تلقی نمی‌شود. حالتی مانند افسردگی، اضطراب، وسواس و ترسها و ... که در اغلب موارد شروع آنها با شکایات بیمار از دردهای جسمانی است.

هر پزشکی در طول دوره طبابت خود بارها به بیمارانی برخورد می‌کند که علی‌رغم عدم وجود ضایعه‌ی مشخص، شکایات جسمانی خاص دارند. اغلب این شکایات در شرایط روحی پراسترس ظاهر شده و یا تشدید می‌شود و برای آنها محتوی روانزاد در نظر گرفته می‌شود. اما فرق میان بیماریهایی که واقعاً منشأ جسمانی دارند با بیماریهای روانی که با علائم جسمانی ظهور می‌یابند در این است که در بیماریهای جسمی در معاینات معمولاً یک آسیب عضوی کشف می‌شود در صورتی که در افسردگی ارگانی که بیمار از درد آن شکایت می‌کند، در واقع آسیب ندیده است بلکه خود بیماری افسردگی علائم جسمانی ایجاد کرده است.



تغییر در انرژی، اشتها، درد و بی حسی در بیمارانی است که دچار بیماری روان تنی بوده و از دردهایی شکایت دارند. حال آنکه این قبیل علایم معمولاً در بیمارانی که به دلیل صدمه و آسیب دچار آن درد جسمی شده اند از سوی بیماران گزارش نمی شود. مگر آنکه فراهم به بیماری جسمی و هم افسردگی مبتلا باشد، که هر دوی این عوامل سبب تشدید یکدیگر می شوند. تحقیقات و مطالعات نشان می دهند که این شکایات در طرف چپ بدن افراد راست دست شایعترند (بختیاری، 1371).

با استفاده از تکنیک های الکتروانسفالوگرافی مشخص شده است که فعالیت نیمکره راست اینگونه بیماران در حین فعالیت های کلامی، بیش از افراد شاکی از دردهایی با منشأ جسمانی مشخص و یا گروه کنترل است (اتو<sup>1</sup> و همکاران، 1989). همچنین آزمایش فرضیه جانبی شدن نیمکره راست درباره هیجانات نشان می دهد که محرکات هیجانی به طور مؤثری بیشتر بوسیله نیمکره راست دریافت می شوند تا نیمکره چپ (اسمیت<sup>2</sup>، 2005).

یافته فوق ما را به سوی اندیشیدن و تحقیق بیشتر در مورد عملکرد نیمکره های مغز رهنمون می سازد. یکی از موضوعات بحث انگیز در مورد مغز تفاوت های موجود در نیمکره های مغز است که هر کدام از نیمکره ها در بین انسانهای راست دست، چپ دست و دوسو توان عملکرد ویژه ای دارند. نیمکره های مغز این افراد در کنش های مختلف با یکدیگر تفاوت دارند و این تفاوت متأثر از جانبی شدن است. هر کدام از نیمکره های مغز در برخی فعالیتها برتری خاص دارند اما در اکثر مواقع بین آنها تعامل وجود دارد.

از آنجا که دست برتری بر آموزش اجتماعی، تغییرات فرهنگی و عادات حرکتی تأثیر می گذارد اغلب محققان از سنجش آن برای بررسی جانبی شدن کنش روی مغز استفاده می کنند. (چاپمن، 1987).

نیمکره چپ در درک پدیده های گفتاری و نوشتاری و فهم شفاهی و کتبی بر نیمکره راست برتری دارد. در حالی که نیمکره راست در شناسایی آهنگهای موسیقی، تشخیص اشکال در قیافه ها، روابط فضایی و مسائل هندسی بر نیمکره چپ برتری دارد (حائری، 1376).

اگر به یافته های نظری در خصوص تفاوت نیمکره های مغز به مسأله نگاه کنیم، از آنجا که نیمکره راست افراد چپ دست نیمکره برترشان است و پردازش های منفی و درک درونی از کنشهای تخصصی این نیمکره به شمار می رود، انتظار می رود که شکایات جسمانی و درک درد در سمت چپ بدن افراد

---

<sup>1</sup>Otto. | M. w.

<sup>2</sup>Smith .S. D.

راست دست و چپ دست دارای علائم افسردگی، شایعتر باشد. در این میان، مهمترین شکایات جسمانی درد است و این مورد بیشتر از بقیه شکایات مورد بررسی قرار گرفته است.

دردهای روان زاد دارای خصوصیات زیر هستند: (کاپلان، 1994).

1- علت ارگانیک واضحی برای درد نمی توان یافت.

2- بین یافته های فیزیکی و رفتار درد تناسب و هماهنگی وجود ندارد.

3- شواهدی از الگوهای آسیب شناسی روانی غیرطبیعی وجود دارد که شایعترین آنها عبارتند از:

واکنشهای تبدیلی<sup>1</sup>، نشانه های جسمانی شدن<sup>2</sup>، افسردگی مخفی<sup>3</sup> و خودبیمار انگاری<sup>4</sup>.

همراهی درد و افسردگی پدیده کلینیکی مهم و شایعی است. افسردگی اغلب با شکایت از درد همراه است و بیماران مبتلا به دردهای مزمن معمولاً علایمی از افسردگی پیدا می کنند (بار و همکاران، 2003)، همچنین بررسی اثرات رفتاری غیرفعال شدن هر یک از نیمکره ها، افزایش فعالیت نسبی نیمکره ها در وضعیت های خلقی و یا شرایط کلینیکی متفاوت و شاخصهای رفتاری افزایش فعالیت نیمکره راست در وضعیتهای هیجانی منفی، نقش اختصاصی نیمکره راست را در افسردگی نشان می دهد (اتو، 1989).

همچنین با توجه به شواهد تحریک نیمکره راست به دنبال تحریکات دردناک این نظر تقویت می شود که ممکن است نیمکره راست نقش اختصاصی در همراهی درد و افسردگی داشته باشد. در این صورت شیوع بیشتر شکایات جسمانی و حساسیت بیشتر نسبت به درد در طرف چپ بدن انتظار می رود. علی رغم، گزارش های متفاوت، تجارب کلینیکی این موضوع را تأیید می کند و حاکی از جانبی شدن طرف چپ درد هستند. همچنین مشخص شده است که بیماران با ضایعات نیمکره ای مشخص نیز ارتباط خلقی و سمت ضایعه را نشان داده اند. همچنین مشخص شده است که بیماران با ضایعات نیمکره ای راست (تخریب) درد را بیش از بیماران با ضایعات نیمکره چپ تحمل می کنند (اتو و همکاران، 1989).

تحقیقات اتو و همکاران در سال 1989 نشان داد که:

1- تحریکات دردناک، ضایعات نیمکره راست را افزایش می دهد.

2- افراد افسرده آستانه درد پائین تری در دست چپ دارند.

---

<sup>1</sup> Conversion Reaction

<sup>2</sup> Somatization Reaction

<sup>3</sup> Masked Depression

<sup>4</sup> Hypo chondriasis

3- اختلاف واضحی در آستانه درد دست چپ و راست افراد غیر افسرده وجود ندارد ولی تحریکات حاد نیمکره راست باعث حساسیت نسبی در طرف چپ نسبت به طرف راست می گردد.

. به طور خلاصه اینگونه به نظر می رسد که احتمالاً نیمکره راست نقش ویژه ای در درک درد دارد، بنابراین همراهی درد با افسردگی احتمالاً با فعالیت نیمکره راست مرتبط است. همچنین افزایش فعالیت نیمکره راست با فزونی ادراکات منفی از جهان و افسردگی همراه است . همچنین با توجه به اینکه افسردگی یکی از اختلالات روانی شایع در تمامی سنین بوده و مشکلی است که تمام افراد جامعه در معرض ابتلا به این بیماری می باشند، بالطبع دانشجویان نیز از این امر مستثنی نبوده و علاوه بر عوامل مستعد کننده ابتلا به این بیماری دانشجویان را بیشتر تهدید می کند. همچنین چون موضوع تحقیق حاضر در افسردگی غیر کلینیکی (جمعیت بهنجار) بررسی نشده است بر آن شدیم که در طی این تحقیق، رابطه سمت شکایات جسمانی و علائم افسردگی را با جانبی شدن و دست برتری در بین دانشجویان افسرده ارزیابی کنیم و امیدواریم نتایج تحقیق هر چند اندک، بتواند مسئولین و دست اندرکاران را در امر بررسی علل ، پیشگیری و درمان این بیماری یاری رساند.

### 3-1: اهمیت و ضرورت تحقیق

امروزه توانایی علم روانشناسی در برطرف کردن معضلات روانی و اجتماعی جامعه به طور اعم و کاربرد گسترده روانشناسی بالینی به طور اخص ایجاب می کند که هر چه بیشتر و سریعتر یافته ها و نتایج تحقیقات جدید برای استفاده مطلوبتر از این رشته توانمند به جامعه دانش پژوهان و متخصصین این رشته علمی عرضه گردد (یثربی، 1382). در آغاز هزاره سوم میلادی، زمان بحث و گفتگوی تمدن ها و نیز در عصر شکوفایی تکنولوژی و افزایش امکانات و ابزار زندگی بشر بیش از هر زمان دیگری نیازمند احساس آرامش و امنیت است تا کمترین مشکلات جسمانی و روانی و کمترین حادثه و کمترین نگرانی را داشته باشد (جوهری تیموری، 1384). طبق آمار سیمای سلامت روان کشور در سال 1380، افزایش آمار طلاق، کاهش آمار ازدواج، افزایش بیماری قلبی و عروقی، افزایش خودکشی موفق و یا احتمال به خودکشی و افزایش بیماری های جسمی با منشأ روانی، خشونت و پرخاشگری به صورت یک اپیدمی درآمده است.

با توجه به اینکه افسردگی نیز به عنوان یک اختلال روانی دارای طیف وسیعی است (از شدت کم تا شدید)، ممکن است به آسانی به دلیل عدم مراجعه یا عدم تشخیص به موقع از شناسایی آن غافل شویم. با توجه به اینکه گاهی اوقات تشخیص و درمان سریع افسردگی مسئله مرگ و زندگی است، بنابراین هر گونه تحقیق و پژوهش در جهت تشخیص و شناسایی مبتلایان به این اختلال در مراحل اولیه و درمان به موقع از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

از طرفی وجود علائم جسمانی در افسردگی، تأیید وجود انگ و فاکتورهای متعدد اجتماعی و فرهنگی در جامعه در مراجعه بیمار به متخصصان بهداشت روانی اکثر بیماران را در ابتدا به سمت متخصصین رشته های دیگر و پزشکان عمومی می کشاند و تشخیص صحیح را در این بیماران مشکل می سازد (با او وای<sup>1</sup>، استروم آر<sup>2</sup>، 2003). با توجه به اینکه 20 درصد بیماران مراجعه کننده به مرکز خدمات بهداشتی دچار علائم افسردگی می باشند (زونگ<sup>3</sup>، 1993)، ارتقاء دانش بالینی و تشخیص و درمان نسبت به اختلال افسردگی در پزشکان عمومی ضروری به نظر می رسد.

لذا رویکرد کلی نگر برای تشخیص اختلال افسردگی لازم است تا در مواردی که افراد با علائم جسمانی غیراختصاصی نظیر دردهای عمومی و بی حسی اندام ها به خصوص در سمت چپ بدن مواجه می شوند افسردگی به طور جدی مدنظر قرار گیرد و با ارجاء وی به روانپزشک در مراحل اولیه و توسط دیگر پزشکان می توان پیش از مزمین شدن به درمان آن کمک کرد. با توجه به موارد یادشده، پژوهش فعلی می تواند راهگشای پژوهشهای بعدی در بررسی میزان تشخیص اختلال افسردگی در افراد مراجعه کننده به پزشکان عمومی و پژوهشهای مداخله ای در بالابردن آگاهی پزشکان نسبت به این اختلال باشد. و دستیابی به اطلاعات بیشتر را در این زمینه ایجاد کند.

نکته دیگر اینکه تحقیق حاضر می تواند انگیزه ای برای علاقمندان به این موضوع برای بررسی های بیشتر و دقیقتر و یافته های پژوهشی حاضر بر اهمیت آن از لحاظ تشخیص صحیح و به موقع می تواند از اتلاف وقت بیمار و متخصصین جلوگیری نماید و باعث کاهش هزینه های درمان نیز گردد. همچنین از نتایج این تحقیق می توان جهت مراکز درمانی، کلینیک های اعصاب و روان و مراکز آموزشی نیز سود جست.

---

<sup>1</sup> BAO.y

<sup>2</sup> Strum R

<sup>3</sup> Zung