



## مقدمه

امروزه با توجه به تغییر روش زندگی شهر نشینی و عوارض ناشی از آن، به ویژه شرایط پراسترس زندگی شهری، زمینه برای بروز بیماری‌های مختلف، از جمله سردرد فراهم شده است. بیش از ۹۰ درصد از انسان‌ها در طول سال حداقل یک حمله سردرد را تجربه می‌کنند (فلاح‌زاده، حیدری و حسینی، ۱۳۸۹). سردرد میگرنی<sup>۱</sup> از جمله شایع‌ترین علل مراجعه افراد به کلینیک‌های سرپایی بیماری‌های مغز و اعصاب است. این اختلال که یک اختلال مغزی پیچیده و ناتوان کننده است اغلب ممکن است تحت تاثیر شیوه زندگی و عوامل ژنتیکی و محیطی رخ دهد، اما آسیب‌شناسی این بیماری هنوز ناشناخته است (داویس، ۲۰۱۱).

این بیماری اغلب به صورت دوره‌ای ظاهر می‌شود و با حملات با شدت متوسط تا شدید و پایدار در یک طرف سر، ضربان‌دار، همراه با تهوع یا ترس از نور که بین ۴-۷۲ ساعت به طول می‌انجامد، همراه است (راکت، فرناندا، اولیویرا، وانسا و کاسترو مریکال، ۲۰۱۲). مبتلایان به میگرن ممکن است دچار گرفتگی بینی، تاری دید، اسهال، دردهای چنگه‌ای شکمی<sup>۲</sup>، احساس غیر طبیعی گرما یا سرما، اضطراب، افسردگی، تحریک‌پذیری<sup>۳</sup> و ناتوانی در تمرکز شوند. حدود ۵۳ درصد از مبتلایان، گزارش می‌کنند که سردرد آنها باعث اختلال در فعالیت‌هایشان شده است. اغلب افراد مبتلا به میگرن گزارش می‌کنند که کار و روابط خانوادگی آنها به خاطر حملات میگرن به‌طور منفی تحت تاثیر قرار گرفته است (آبل، ۲۰۰۹). سردرد میگرنی یک اختلال حمله‌ای<sup>۴</sup> مشخص با سردردهای یک‌طرفه، توام با یا بدون آشفتگی‌های بصری یا معدی- روده‌ای مانند تهوع، استفراغ، و نورهراسی<sup>۵</sup> است. احتمالاً علت این سردردها فشار داخل جمجمه‌ای جریان خون<sup>۶</sup> است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). در واقع میگرن به عنوان شکلی از اختلال پردازش حسی با انشعابات گسترده در داخل سیستم عصبی مرکزی<sup>۷</sup> در نظر گرفته شده است. در حال حاضر اجماع بر این است که هر دو اجزای

عصبی و عروقی در میگرن به احتمال زیاد مرتبط هستند. ساختارهای عصبی درگیر شامل قشر مغز و ساقه مغز هستند (کوپولا، پیرلی و اسکونن، ۲۰۰۸).

بررسی‌ها نشان می‌دهد که حدود ۱۰ درصد از کل جمعیت جهان به سردرد میگرن مبتلا هستند و همه انواع میگرن در هر سنی و از اوایل کودکی به بعد می‌تواند شروع شود. با وجود این، حمله‌های سردرد میگرن به ندرت قبل از ۵ سالگی رخ می‌دهند، اما در دوران بلوغ و جوانی شایع هستند و با افزایش سن، زنان بیشتر از مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند (پرواز، پرواز و جهان‌بازنژاد، ۱۳۹۰). شصت و هفت درصد از مبتلایان به میگرن سابقه خانوادگی این اختلال را دارند. شیوع میگرن در زنان بیشتر از مردان و در میان شهرنشینان بیشتر از ساکنان روستاها گزارش شده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). طبق نظر سازمان جهانی بهداشت<sup>۸</sup> میگرن رتبه ۱۲ را در میان زنان و ۱۹ را در جامعه برای سردرد دارد (داویس، ۲۰۱۱). شیوع بالای میگرن باعث شده است که سازمان جهانی بهداشت این بیماری را در رده بیستم بیماری‌هایی که منجر به شرایط زندگی ناتوان‌کننده می‌شود، رتبه‌بندی کند (رادانت و روسو، ۲۰۱۱).

میگرن به دو دسته کلی تقسیم شده است: میگرن بدون اورا<sup>۹</sup> و میگرن همراه با اورا (راکت و همکاران، ۲۰۱۲). میگرن بدون اورا شایع‌ترین سردرد عروقی میگرن است که در بیش از ۸۰ درصد بیماران میگرنی رخ می‌دهد. میگرن کلاسیک (با اورا) نوع غیر شایع سردرد میگرنی است که علت ۱۵ تا ۲۰ درصد میگرن‌ها است. تفاوت میگرن کلاسیک با نوع شایع، همراه بودن با اورا است، به طوری که قبل از بروز سردرد، فرد دچار یک سری اختلالات عصبی مانند مشاهده نقاط نورانی و مورمور شدن بدن می‌شود (فلاح‌زاده و همکاران، ۱۳۸۹).

بررسی مقیاس‌های بالینی نشان می‌دهد که افراد مبتلا به میگرن آسیب‌پذیری بیشتری در برابر ناملایمات زندگی دارند (پرواز و همکاران، ۱۳۹۰). اغلب بیماران با سردرد میگرنی افرادی نگران، مضطرب و وسواسی هستند و این اضطراب و نگرانی منجر به درون‌ریزی احساسات<sup>۱۰</sup> و شروع سردرد می‌شود که با مزمن شدن و عدم توجه به تغییر

1. migraine headache
2. cramp abdominal pain
3. excitability
4. Paroxysmal disorders
5. photophobia
6. pressure in cerebral blood flow
7. central nervous system

8. World Health Organization (WHO)
9. migraine without aura
10. the planning feelings

رحیمیان بوگر و بشارت، ۱۳۹۱؛ نیکلسون، باس، آندراسیک و لیپتون، ۲۰۱۱).

از رویکردهای معاصر جهت مقابله با مشکلات روانشناختی افراد مبتلا به سردرد و مدیریت آن، شرکت در جلسات آموزشی شناختی- رفتاری<sup>۵</sup> است. مداخله‌های شناختی- رفتاری با هدف قرار دادن عوامل زیستی- روانی- اجتماعی مانند ترس و صدمه از آسیب، ادراک مهارگری کم‌رشد، خودکارآمدی<sup>۶</sup> پایین برای مدیریت درد، فاجعه‌نمایی<sup>۷</sup> و پاسخ‌های رفتاری مرتبط مانند اجتناب از فعالیت، اشتغال به فعالیت خیلی زیاد یا برعکس کم‌ تحرکی به طور متناوب و گوش به زنگی<sup>۸</sup> بیش از حد نسبت به حس‌های بدنی که در پدیدآیی و تحول سردرد مزمن و ناتوانی‌های متعاقب آن نقش دارند، موثر واقع می‌شوند (جان بزرگی، گلچین، علی‌پور و آگاه‌هریس، ۱۳۹۲). منطق کلی کاربرد شیوه‌های شناختی- رفتاری عبارت است از مشاهده شیوه مقابله افراد با استرس‌های زندگی روزمره که می‌تواند راه انداز، تشدید کننده یا تداوم بخش حملات سردرد باشد، بر ناتوانی و آشفتگی همراه با سردرد بیافزاید و نگرش و شناخت بیمار درباره رویدادهای زندگی و استرس‌های ناشی از آن را تغییر دهد (سجادی نژاد، محمدی، تقوی و اشجع زاده، ۱۳۸۷). به بیان دیگر، الگوی شناختی- رفتاری با تصحیح تفسیرهای نابجا، هدایت خودگویی‌های منفی<sup>۹</sup>، اصلاح الگوهای غیرمنطقی فکر و شناخت‌های ناکارآمد، با هدف راه‌اندازی پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمد و سازگارانه و مهارگری هیجان‌های منفی، در کنار درمان‌های زیستی برای مدیریت درد پیشنهاد می‌شود (کلارک و بک، ۲۰۱۰). بنابراین درمانگر با آموزش مهارت‌هایی در زمینه کنترل استرس، مقابله موثر با درد و روش‌های رویارویی موثرتر با موقعیت‌های مشکل‌آفرین، به تقویت حس خودکارآمدی بیمار می‌پردازد و از این راه می‌کوشد احساس ناتوانی را کاهش دهد و به بهبود خلق منفی کمک کند (پنزین، آندراسیک، فریدنبرگ، هول، لاک و همکاران، ۲۰۰۵).

ویژگی‌های شخصیتی فرد می‌تواند به سردرد میگرن تبدیل شود (نریمانی و وحیدی، ۱۳۹۱).

در مطالعه‌ای که روی ۱۰۲ بیمار مبتلا به سردرد میگرنی انجام شد، نتایج نشان داد که رابطه معناداری بین ویژگی‌های شخصیتی درون‌نگری<sup>۱</sup>، افسردگی و خودبیمارانگاری<sup>۲</sup> با سردرد میگرنی مزمن وجود دارد؛ اگرچه مشخص نیست که عوامل روانشناختی ایجاد کننده سردرد هستند و یا ثانویه بر سرردهای طولانی مدت ایجاد می‌شوند (لوکونیک، بارتولینی، تافی و ویجنینی، ۲۰۰۷). طبق نظر کاپلان و سادوک (۲۰۰۷) دو سوم بیماران میگرنی دارای ویژگی‌های شخصیتی وسواسی، کمال‌گرا<sup>۳</sup> و پرخاشگر هستند و ممکن است متعاقب استرس‌های هیجانی دچار سردرد شوند. وجود مشکلات روانشناختی در بیماری‌های جسمی در پژوهش‌های مختلف مورد تایید قرار گرفته است و محدود به سردرد میگرنی نیست. به‌طور مثال، حسین‌زاده و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که میزان خودآزاری، حساسیت بین فردی و پرخاشگری بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز<sup>۴</sup> بالاتر از افراد سالم است. لذا با توجه به این‌که درصد زیادی از بیماران میگرنی دارای مشکلات روانشناختی از جمله افسردگی و اختلالات اضطرابی هستند (چیت‌ساز و قربانی، ۱۳۸۴) و این بیماری جنبه‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی زندگی فرد بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهد، و از سوی دیگر هزینه‌های گزافی را بر بخش بهداشت و درمان وارد می‌کند، به‌کارگیری روش‌های کم‌هزینه و مقرون به صرفه مانند روش‌های آموزش گروهی، می‌تواند گام موثری در راستای خدمت به این گروه از بیماران محسوب شود.

به دلیل اثرات ناخواسته سردرد بر زندگی روانشناختی بیمار و نقش استرس در راه‌اندازی و تشدید سرردها، از اواخر دهه ۱۹۷۰ درمان‌های روانشناختی در زمینه سردرد مورد توجه قرار گرفته است. یافته‌های پژوهشی نیز به اثربخشی شیوه‌های غیردارویی و شناختی رفتاری در درمان سردرد اشاره کرده‌اند (براون، نیومن، نواد و ودربی، ۲۰۱۲؛

5. cognitive-behavioral  
6. self efficacy  
7. catastrophizing  
8. vigilance  
9. negative self-talk

1. introversion  
2. hypochondriasis  
3. perfectionism  
4. Multiple sclerosis

برنامه آموزش شادکامی فوردایس، راهبردی است با چهارده مولفه که هشت مولفه شناختی آن عبارتند از: کاهش سطح انتظارات و آرزوها، ایجاد تفکر مثبت و خوش بینانه، برنامه‌ریزی امور، تمرکز بر زمان حال، کاهش احساسات منفی، توقف ناراحتی، پرورش شخصیت سالم و ارزش قایل شدن برای شادمانی و شش مولفه رفتاری آن عبارتند از: افزایش فعالیت، افزایش ارتباط اجتماعی، تقویت روابط نزدیک، پرورش شخصیت اجتماعی، خلاقیت و درگیر شدن در کارهای پرمعنا و خود بودن (فوردایس، ۱۹۸۳).

امروزه اعتقاد بر این است که طراحی برنامه‌هایی برای شاد بودن، باعث افزایش شادکامی می‌شود و شادکامی محصول سلامت روانی است نه هدف آن (عنصری، ۱۳۸۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افزایش شادکامی مزایای متعددی دارد. برای مثال پژوهش لیبومیرسکی و همکاران (۲۰۰۵) نیز نشان می‌دهد که عاطفه مثبت با چندین پیامد مثبت از جمله رتبه‌بندی عملکرد بهتر در محل کار، حقوق بالاتر و بهبود سلامت مرتبط است. پژوهشی که روی نوجوانان نجات یافته از سرطان انجام شد، نشان داد که شادکامی به طور معنادار بر کیفیت زندگی و علایم افسردگی این جوانان و نیز بر شدت درمان آنها اثر داشته است (بیتسکو، استرن، دیلون، راسل و لاور، ۲۰۰۹). می‌توان گفت که شادکامی و سلامت، زنجیره متقابلی را تشکیل می‌دهند و تقویت یکی از آنها موجب تقویت دیگری می‌شود (شایماف، ۲۰۰۹ / ۱۳۸۹). بر اساس مزایای افزایش شادکامی، یک هدف مهم در زمینه روانشناسی مثبت نگر<sup>۵</sup> توسعه مداخلاتی بوده است که سطوح سطوح شادکامی افراد را افزایش دهند و این دستاوردها در طول زمان حفظ شوند (اسکیفرین و نلسون، ۲۰۱۰). آموزش شادکامی بر افزایش میزان خودکارآمدی، کاهش اضطراب، افسردگی و امیدواری نیز موثر بوده است (حجتی، عمادی، زیارتی، حدادبان و رضایی، ۲۰۱۳؛ حیدری و خدای، ۲۰۱۱). کامیاب و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی روی بیماران مبتلا به دیابت، نشان دادند که آموزش شادکامی به شیوه فوردایس بر افزایش شادکامی بیماران، موثر بوده است. بنابراین افزایش شادکامی روی مولفه ذهنی کیفیت زندگی تاثیر دارد و باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود (کجباف، آقایی و محمودی، ۱۳۹۰).

از آنجا که فراوانی افسردگی در بیماران میگرنی ۹۲ درصد گزارش شده است و رابطه مستقیم و معنادار بین شدت افسردگی و شدت سردرد میگرنی به دست آمده است (فرنام، ارفعی، نوحی، آذر، شفیعی کندجانی و همکاران، ۱۳۸۷) و از سوی دیگر بین ادراک سلامتی با شادکامی<sup>۱</sup> (ساباتینی، ۲۰۱۴)، به‌ویژه بین سردردهای میگرنی با شادکامی رابطه معناداری وجود دارد (معصومی، یعقوبی و کیخا، ۲۰۱۱)، لذا در پژوهش حاضر از شیوه آموزش شناختی- رفتاری شادکامی به شیوه فوردایس<sup>۲</sup> استفاده شد. این شیوه آموزشی مبتنی بر آموزش شادکامی است. شادکامی عبارت است از مقدار ارزش مثبتی که یک فرد برای خود قایل است (وینهون، ۲۰۰۳). لیبومیرسکی و همکاران (۲۰۰۵) نیز شادکامی را تجربه احساس نشاط، خشنودی و خوشی و نیز داشتن این احساس که فرد زندگی خود را خوب، بامعنا و باارزش بداند در نظر گرفته‌اند. طبق این تعریف مشخص می‌شود که شادکامی یک پدیده ذهنی و درونی است (اسکیفرین و نلسون، ۲۰۱۰).

با وجود این که روانشناسان و فیلسوفان قرن‌ها است که درباره ریشه‌های شادکامی در انسان می‌اندیشند، مطالعه علمی شادکامی که بهزیستی ذهنی<sup>۳</sup> و یا رضایت از زندگی<sup>۴</sup> نیز نامیده می‌شود، نسبتاً جدید است و از اواسط دهه ۱۹۷۰ آغاز شده است. از این زمان، تحقیقات علمی درباره شادکامی رشد سریعی داشته است (احدی و نریمان، ۱۳۸۸). یافته‌ها نشان می‌دهند که شادکامی با پیامدهای مثبتی مانند سلامت جسمی و روانی، عملکرد مطلوب و تولید و کارآفرینی همراه است (انگتر، میلر، ری، ساج و آلیسون، ۲۰۱۰). بنابراین عدم شادکامی و داشتن استرس، می‌تواند اثرات منفی بر سلامت افراد داشته باشد. با توجه به مزایای یک زندگی شاد در کیفیت زندگی افراد جامعه، برخی از پژوهشگران کوشیده‌اند روش‌هایی برای افزایش میزان شادکامی در افراد ارائه دهند، از جمله تحقیقات لیبومیرسکی و همکاران (۲۰۰۵) نشان می‌دهد که مردم با تلاش می‌توانند بهزیستی ذهنی خود را افزایش دهند.

1. happiness
2. Fordyce's happiness training
3. mind wellbeing
4. life satisfaction

5. positive psychology perspective

آموزش شادکامی از بین ۳۵ دانشجوی دارای تشخیص سردرد میگرنی، ۳۰ دانشجو به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

پس از انتخاب نمونه، پرسشنامه میگرن در اختیار شرکت‌کننده‌ها قرار داده شد و به هر دانشجو کدی به منظور شناسایی در مرحله بعد اختصاص داده شد. سپس تعداد ۴۶ دانشجو که در پرسشنامه میگرن نمره بالاتر از یک انحراف استاندارد گرفته بودند جهت مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های انجمن بین‌المللی سردرد<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) دعوت شدند که ۳۵ نفر از آنها به عنوان افراد دارای سردرد میگرنی تشخیص داده شدند. سپس تعداد ۳۰ دانشجو به شیوه در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و گواه به صورت تصادفی و به نسبت مساوی جایگزین شده و مقیاس شادکامی را تکمیل کردند. لازم به ذکر است که رضایت کتبی از گروه آزمایش جهت شرکت در جلسات آموزش گرفته شد. آموزش شادکامی به شیوه فوردایس در قالب ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، به مدت ۴ هفته و به صورت گروهی اجرا شد. برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. بعد از اتمام جلسات مجدداً پرسشنامه‌های میگرن و شادکامی به عنوان پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. محتوای جلسات آموزش شادمانی به روش فوردایس، در جدول ۱ ارائه شده است.

بررسی‌های کمی در زمینه آموزش شادکامی روی مبتلایان به میگرن و علایم آن انجام شده است اما پژوهش‌ها حاکی از روابط قوی بین سردردهای میگرنی با پایین بودن شادکامی در افراد مبتلا بوده است (فرنام و همکاران، ۱۳۸۷؛ ساباتینی، ۲۰۱۴؛ معصومی و همکاران، ۲۰۱۱)، براین اساس سوال پژوهش حاضر این است که آیا آموزش شادکامی به شیوه فوردایس می‌تواند باعث بهبود علایم میگرن و افزایش شادکامی در دانشجویان دختر شود؟

## روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: روش پژوهش حاضر که به بررسی میزان شیوع میگرن در بین دانشجویان پرداخته است، زمینه‌یابی مقطعی است. همچنین با توجه به بررسی اثربخشی آموزش شادکامی بر کاهش علایم میگرن و افزایش شادکامی در دانشجویان دختر، از روش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. با توجه به شیوع بالاتر میگرن در جامعه زنان (رایموند و آلان، ۲۰۰۵)، جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دختر مقطع کارشناسی و کارشناسی‌ارشد خوابگاه‌های دخترانه دانشگاه خلیج فارس در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ بودند. حجم نمونه برای بررسی میزان شیوع میگرن، ۳۲۰ نفر بود که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. همچنین برای بررسی میزان اثربخشی شیوه

### جدول ۱

#### محتوای جلسات آموزش شادمانی به روش فوردایس

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوطه و نحوه کار، آموزش تکنیک افزایش فعالیت
دوم	تکنیک‌های افزایش روابط اجتماعی و افزایش صمیمیت
سوم	آموزش تکنیک برنامه‌ریزی و سازماندهی بهتر داشتن
چهارم	آموزش تکنیک توقف نگرانی‌ها و آموزش تکنیک‌های پایین آوردن سطح توقعات و خود بودن
پنجم	آموزش تکنیک توسعه تفکر مثبت و خوش‌بینی
ششم	آموزش تکنیک زندگی در زمان حال
هفتم	آموزش تکنیک بیان احساسات
هشتم	آموزش تکنیک ارزش‌های قابل شدن برای شادمانی و اجرای پس‌آزمون

## ابزار سنجش

فهرست شادکامی آکسفورد را تایید کرد. نتایج تحلیل عاملی با استخراج ۵ عامل رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی ذهنی<sup>۷</sup>، رضایت و خلق مثبت توانستند با ارزش ویژه بزرگتر از ۱ در مجموع ۴۹/۷ درصد از واریانس کل را تبیین کنند. این عامل‌ها بر پایه تعریف محققان (آرگایل، ۲۰۰۱؛ هیلز و آرگایل، ۱۹۹۸) از شادکامی شناسایی و نام‌گذاری شده‌اند، به طوری که فراوانی و درجه عاطفه مثبت یا احساس خوشی، میانگین سطح رضایت در طول یک دوره، نداشتن احساس منفی نسبت به خود و نداشتن احساس افسردگی، اضطراب یا خلق منفی مبنای میزان شادکامی فرد است. ضریب پایایی این آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

## یافته‌ها

در پژوهش حاضر اطلاعات توصیفی شرکت‌کنندگان شامل میانگین سنی، سال ورود، مقطع تحصیلی، نوع دانشکده، بومی یا غیربومی بودن، سابقه اختلالات روانی و غیره مشخص شد و در سطح استنباطی، داده‌ها با استفاده از آزمون مانکووا<sup>۸</sup> مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۲ سال با انحراف استاندارد ۱/۶۸ بود. هفتاد درصد شرکت‌کنندگان در مقطع کارشناسی و ۳۰ درصد در مقطع کارشناسی‌ارشد مشغول به تحصیل بودند. پنجاه و پنج درصد بومی و ۴۵ درصد غیربومی و ۱۰ درصد دارای سابقه اختلالات جسمی بودند. بیست درصد سابقه خانوادگی میگرن، ۱۵ درصد سابقه درمان دارویی و ۵ درصد سابقه بستری شدن داشتند. میانگین مدت زمان سردرد میگرن ۳ سال با انحراف استاندارد ۱/۱۶ بود. هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان سابقه اختلال روانی را گزارش نکردند. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تقریباً ۱۱ درصد از دانشجویان دختر مبتلا به سردردهای میگرنی هستند و ۸۹ درصد علائم میگرن را ندارند.

پرسشنامه میگرن اهواز/اهواز: این پرسشنامه توسط نجاریان (۱۳۷۶) ساخته شد. برای ارزیابی همسانی درونی<sup>۱</sup> پرسشنامه میگرن اهواز<sup>۲</sup> (AMQ) از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب به دست آمده برای کل نمونه ۰/۹۱، آزمودنی‌های دختر ۰/۸۱ و آزمودنی‌های پسر ۰/۸۹ رضایت‌بخش بود. ضریب پایایی بازآزمایی<sup>۳</sup> عبارتند از ۰/۸۰ برای کل آزمودنی‌ها، ۰/۴۷ برای آزمودنی‌های دختر و ۰/۷۵ برای آزمودنی‌های پسر. با توجه به رابطه معنادار بین برخی از متغیرهای روانشناختی با سردرد میگرن، برای سنجش روایی پرسشنامه علائم سردرد میگرن از اجرای همزمان آن با سه مقیاس دیگر استفاده شد. ضریب همبستگی پرسشنامه میگرن با پرسشنامه اضطراب- افسردگی بیمارستانی ۰/۴۹ =  $r$ ، مقیاس پرخاشگری اهواز ۰/۴۶ =  $r$ ، مقیاس‌های هیپوکندری ۰/۳۶ =  $r$  و هیستری ۰/۳۴ =  $r$  در سطح  $p < ۰/۰۵$  معنا دار بود. ضریب پایایی این آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

مقیاس شادکامی آکسفورد: مقیاس شادکامی آکسفورد<sup>۴</sup> (OHI) در سال ۱۹۹۰ توسط آرگایل و لو ساخته شده است. این مقیاس شامل ۲۹ گزاره است که شادکامی افراد بزرگسال را مورد سنجش قرار می‌دهد. ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۸ گزارش شده است. روایی واگرایی<sup>۵</sup> این مقیاس با پرسشنامه افسردگی بک، ۰/۵۲- گزارش شده است (فرانایس، براون، لستر و فیلیپ، ۱۹۹۸). در ایران در مطالعه علی‌پور و آگاه هریس (۱۳۸۶) به منظور بررسی روایی و پایایی مقیاس شادکامی آکسفورد (آرگایل، ۲۰۰۱)، نمونه‌ای متشکل از ۲۲۷ زن و ۱۴۲ مرد ایرانی ۱۸ تا ۵۳ سال، مقیاس شادکامی آکسفورد، پرسشنامه شخصیت آیسنک (۱۹۹۹) و فهرست افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۷۹) را تکمیل کردند. آلفای کرونباخ برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ بود. همبستگی پیرسون بین فهرست شادکامی آکسفورد با فهرست افسردگی بک و زیرمقیاس‌های برون‌گرایی و نورزگرایی به ترتیب برابر با ۰/۴۸، ۰/۴۵ و ۰/۳۹ بود که روایی همگرا<sup>۶</sup> و واگرایی

1. internal consistency
2. Ahvaz Migraine Questionnaire (AMQ)
3. test-retest reliability
4. Oxford Happiness Inventory (OHI)
5. divergent validity
6. convergent validity

7. subjective well-being
8. MANCOVA



شرکت کردند، در مقایسه با دانشجویانی که دارای علایم میگردن بودند اما در جلسات آموزشی شادکامی شرکت نکردند، رضایت از زندگی و رضایت خاطر بالاتری به دست آوردند. در زیرمقیاس‌های حرمت خود، بهزیستی ذهنی و خلق مثبت تفاوت معناداری حاصل نشد.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه،  $F$  به دست آمده برای متغیرهای رضایت از زندگی ( $F = 11/82$ ) و رضایت خاطر ( $F = 8/74$ ) به ترتیب با مقدار مجذور اتا،  $0/34$  و  $0/27$  در سطح  $0/01$  برای ۲ زیرمقیاس معنادار است. یعنی دانشجویان مبتلا به میگرن که در جلسات آموزش شادکامی

جدول ۵

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در زیرمقیاس‌های شادکامی

مقیاس	مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه		F	معناداری	اندازه اثر
		SD	M	SD	M			
رضایت از زندگی	پیش‌آزمون	۵/۴۹	۲۴/۰۰	۳/۲۹	۰/۴۴	۰/۰۳	۰/۸۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۳/۶۱	۲۲/۱۰	۳/۶۱	۱۶۲/۶۰	۱۱/۸۲	۰/۰۰۲	۰/۳۴
حرمت خود	پیش‌آزمون	۳/۷۸	۱۷/۴۰	۳/۷۸	۷۴/۷۳	۱۲/۳۹	۰/۰۰۲	۰/۳۵
	پس‌آزمون	۳/۸۲	۱۸/۲۰	۳/۸۲	۱۹/۶۶	۳/۲۶	۰/۰۸	۰/۱۲
بهزیستی ذهنی	پیش‌آزمون	۲/۶۳	۱۰/۹۰	۲/۶۳	۱۱۷/۹۶	۱۲/۵۹	۰/۰۰۲	۰/۳۵
	پس‌آزمون	۵/۵۵	۱۱/۷۰	۵/۵۵	۲۸/۵۸	۳/۰۵	۰/۰۹	۰/۱۲
رضایت خاطر	پیش‌آزمون	۲/۳۹	۱۰/۵۰	۲/۳۹	۸۴/۳۲	۲۸/۸۱	۰/۰۰۰	۰/۵۵
	پس‌آزمون	۲/۷۵	۱۰/۴۰	۲/۷۵	۲۵/۵۷	۸/۷۴	۰/۰۰۷	۰/۲۷
خلق مثبت	پیش‌آزمون	۲/۰۷	۸/۴۰	۱/۹۵	۱/۱۶	۰/۸۶	۰/۳۶	۰/۰۳
	پس‌آزمون	۱/۶۶	۹/۱۰	۱/۵۹	۴/۹۳	۳/۶۵	۰/۰۷	۰/۱۴

میگردن بودند و در جلسات آموزش شادکامی شرکت کرده بودند در مقایسه با دانشجویانی که دارای علایم میگردن بودند اما در جلسات آموزشی شادکامی شرکت نکرده بودند، شادکامی در آنها افزایش یافت.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه،  $F$  به دست آمده برای متغیر شادکامی ( $F = 5/23$ ) با مقدار مجذور اتا  $0/23$  در سطح  $0/05$  معنادار است. یعنی دانشجویانی که دارای علایم

جدول ۶

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره شادکامی برای نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه		F	معناداری	اندازه اثر
		SD	M	SD	M			
شادکامی	پیش‌آزمون	۱۳/۲۷	۷۱/۲۰	۱۰/۵۰	۶۲۶/۶۰	۳/۸۶	۰/۰۶	۰/۱۸
	پس‌آزمون	۱۲/۲۱	۷۱/۵۰	۱۵/۰۵	۸۴۸/۰۶	۵/۲۳	۰/۰۳	۰/۲۳

میگردن هستند که این مقدار نسبت به شیوع آن در کل دنیا (۲۰-۱۰ درصد) در حد متوسط است. هم‌چنین این یافته با نتایج پژوهش رامرودی و ریگی (۱۳۹۰) نزدیک است. این میزان شیوع، نسبت به نتایج پژوهش‌های بهرامی (۱۳۸۵) و میرزایی (۱۳۸۵) که شیوع میگرن را به ترتیب  $13/06$  و  $13/3$  درصد گزارش کرده‌اند، کمتر و در مقایسه با پژوهش‌های ابورافه و همکاران (۲۰۱۰) به میزان تقریبی ۲

## بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین میزان همه‌گیری‌شناسی سردردهای میگرنی و اثربخشی آموزش شادکامی به شیوه فوردایس در کاهش علایم میگرن و افزایش شادکامی در دانشجویان دختر بود. یافته اول پژوهش حاضر این بود که تقریباً ۱۱ درصد از دانشجویان دختر مبتلا به سردردهای



ارتقای شخصی موفق شوند، بتوانند روابط موفقیت آمیز و مثبت با خود واقعی خویش و دیگران برقرار نمایند، خویشتن را با توجه به نقاط قوت و ضعف، توانایی‌ها و محدودیت‌هایی که دارند بپذیرند و برای دستیابی به ایده‌آل‌های زندگی خود اهداف واقع بینانه‌تری انتخاب نمایند. این عوامل مجموعاً کاهش افسردگی و اضطراب را که از نشانه‌های روانشناختی بیماری میگرن محسوب می‌شوند، در پی داشته است. آموزش این راهکارها هم‌چنین باعث شد که شرکت‌کنندگان بتوانند در مقابله با یک مشکل به دنبال راهکارهای بهتر و موثرتر باشند. در پژوهشی تاثیر آموزش شادکامی بر فشار خون و شادکامی بیماران مبتلا به فشار خون بررسی شد و نتایج حاکی از آن بود که آموزش شادکامی به شیوه فوردایس بر کاهش فشار خون سیستولیک و افزایش شادکامی بیماران مبتلا به فشار خون گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه موثر بوده است (عبدالهی، مهرابی‌زاده هنرمند و سودانی، ۱۳۹۱). هم‌چنین نتایج پیگیری حاکی از پایداری اثر آموزش شادکامی بر فشار خون سیستولیک و شادکامی افراد گروه آزمایش بود. لوکا و همکاران (۱۹۹۶) نیز در پژوهشی با عنوان ارزیابی و روایی‌بخشی مقیاس شادکامی نشان دادند که عواطف مثبت و به‌ویژه خوش‌بینی، فعالیت‌های قلبی و عروقی و سیستم ایمنی را بهبود می‌بخشد و کاهش سطح افسردگی و اضطراب را در پی دارد.

یافته سوم پژوهش این بود که آموزش شادکامی به شیوه شناختی- رفتاری فوردایس در افزایش شادکامی دانشجویان دختر مبتلا به میگرن موثر است. هم‌چنین تحلیل مولفه‌های شادکامی نشان داد که مولفه رضایت از زندگی و رضایت خاطر بعد از آموزش شادکامی افزایش معنادار یافته است. این یافته با نتایج پژوهش کامیاب و همکاران (۱۳۸۸) هم‌سو است. آنان در پژوهشی روی بیماران مبتلا به دیابت نشان دادند که آموزش شادکامی به شیوه فوردایس بر افزایش شادمانی بیماران موثر بوده است. بیتسکو و همکاران (۲۰۰۹) نیز در پژوهشی روی نوجوانان نجات یافته از سرطان دریافتند که شادکامی به طور معنادار هم بر کیفیت زندگی و علایم افسردگی این جوانان و هم بر شدت درمان آنها تاثیر می‌گذارد. عبدالهی و همکاران (۱۳۹۱) نیز در پژوهش خود نشان دادند که آموزش شادکامی به شیوه فوردایس بر افزایش شادکامی بیماران مبتلا به فشار خون و پایداری اثر

درصد، خزاعی و همکاران (۱۳۹۰) و بهروز و همکاران (۱۳۹۲) به میزان ۳ الی ۴ درصد بیشتر است. با توجه به این‌که نمونه مورد مطالعه در تحقیقات ذکر شده، از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند سن، جنس، محل سکونت و غیره با هم متفاوت بودند و نیز با توجه به تفاوت پژوهش‌ها در روش سنجش و ارزیابی میگرن، عدم هم‌خوانی نتایج پژوهش‌ها دور از انتظار نیست.

یافته دوم پژوهش حاضر این بود که آموزش شادکامی به شیوه شناختی- رفتاری در کاهش علایم میگرن موثر بوده است و باعث افزایش سطح سلامت شرکت‌کنندگان گروه آزمایش شده است. این یافته با نتایج پژوهش سجادی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۷) هم‌سو است. آنها در پژوهشی به بررسی تاثیر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی و احساس ناتوانی ناشی از سردرد در بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی پرداختند و نتایج نشان‌دهنده کاهش معنادار احساس ناتوانی ناشی از سردرد بعد از درمان بود. هم‌چنین بررسی‌های فراتحلیلی نشان داده‌اند که مداخله‌های روان شناختی، ۳۵ تا ۵۵ درصد بهبود در میگرن و سردرد تنشی ایجاد کرده‌اند و این نتایج به طور معنادار بهتر از شرایط کنترل است (قرایی‌اردکانی، آزادفلاح و تولایی، ۱۳۹۱). در پژوهش دیگری که به بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر میگرن، سردرد تنشی و اختلالات مفصل گیجگاهی- فکی پرداخته شد، نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در کاهش علایم میگرن و سردرد تنشی و به‌طورکلی کاهش درد مزمن موثر است (تساکونا، اسکاپیناکیس، دامیگس و ماوریاس، ۲۰۰۹). صدوقی و عکاشه (۱۳۸۸) در پژوهشی روی ۳۸ زن مبتلا به سردرد تنشی مزمن نشان دادند که با حذف اثر پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و گواه بعد از درمان شناختی- رفتاری، در شاخص‌های دفعات، شدت و مدت سردرد تفاوت معنادار ایجاد شد. در پژوهش دیگری نشان داده شد که آموزش شادکامی به شیوه فوردایس موجب افزایش استقامت در برابر بیماری جسمی در بیماران مبتلا به دیابت و سرطان شد (ساری نصیرلو و حکیم پور، ۲۰۱۳).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که اکتساب و به کارگیری راهکارهای شادی‌بخش، به شرکت‌کنندگان گروه آزمایش کمک کرده است تا در دستیابی به استقلال، رشد و





