

بررسی وضعیت شادکامی و رضایت از زندگی دانشجویان در زمان بحران کرونا و ویروس جدید (کووید ۱۹)

علی دلاور^۱، لیلا شکوهی امیرآبادی^۲

تاریخ وصول: ۹۹/۰۲/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۱۰

چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی وضعیت شادکامی و رضایت از زندگی دانشجویان در زمان بحران بیماری کرونا و ویروس جدید (کووید ۱۹) بود. روش پژوهش توصیفی مقایسه‌ای و از نظر هدف، کاربردی بود. جامعه پژوهش دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی در استان تهران بود که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۸-۹۹ مشغول به تحصیل بودند، که از بین آنها تعداد ۲۱۳ دانشجو به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های شادکامی آکسفورد و مقیاس رضایت از زندگی دینر و همکاران به صورت آنلاین تکمیل کردند. به منظور تحلیل داده‌های حاصله، از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی بهره گرفته شد. نتایج حاصل از داده‌ها نشان داد که دانشجویان در شادکامی وضعیت خوب و در مقیاس رضایت از زندگی در وضعیت متوسط بالا قرار دارند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که رابطه معناداری بین جنسیت و مقطع تحصیلی مختلف با شادکامی و رضایت از زندگی وجود ندارد و تنها در مؤلفه انرژی مثبت در شادکامی این رابطه معنادار شده است، یعنی میزان انرژی مثبت در دختران بیشتر از پسران است. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که مسئولین بهداشت و سلامت جامعه باید در طول بیماری همه‌گیری کووید ۱۹ بر برنامه‌ریزی جهت حفظ سلامت جسمی افراد، برنامه‌ریزی مناسبی نیز جهت حفظ و بهبود سلامت روانی افراد داشته باشند.

واژگان کلیدی: شادکامی، رضایت از زندگی، کرونا و ویروس جدید (کووید ۱۹).

۱. استادممتاز گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران ایران (نویسنده مسئول).

delavarali@yahoo.com

۲. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

مقدمه

از دسامبر سال ۲۰۱۹، شیوع یک بیماری واگیردار جدید به نام کووید-۱۹^۱ یا کروناویروس^۲ جدید که ناشی از کروناویروس سندرم حاد تنفسی دو^۳ است؛ برای اولین بار در شهر ووهان واقع در استان هوبی^۴ کشور چین گزارش شده است. شیوع این بیماری در مدت کوتاهی به یک نگرانی جهانی تبدیل شد و در ۱۱ مارس ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی^۵ شیوع بیماری را دنیاگیری اعلام کرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). وجود بیماران مبتلا به کروناویروس در ایران به صورت رسمی در ۳۰ بهمن ۱۳۹۸ تأیید شد (خبرگزاری فارس، ۱۳۹۸). به گفته روابط عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران تا ظهر چهارشنبه ۷ خرداد ۱۳۹۹، مجموع بیماران کووید ۱۹ در کشور به ۱۴۱ هزار و ۵۹۱ نفر رسیده است و مجموع جان باختگان این بیماری به ۷ هزار و ۵۶۴ نفر رسیده است. همچنین تاکنون ۱۱۱ هزار و ۱۷۶ نفر از بیماران، بهبود یافته و ترخیص شده اند و تا کنون ۸۵۶ هزار و ۵۴۶ آزمایش تشخیص کووید ۱۹ در کشور انجام شده است (روابط عمومی وزارت بهداشت، ۱۳۹۹). بر اساس آخرین آمار جهانی پایگاه اطلاعاتی وردمتر^۶ تا ۶ خرداد ۱۳۹۹، ۵ میلیون و ۵۹۰ هزار و ۳۵۸ نفر در جهان به کووید ۱۹ مبتلا شده‌اند که از این تعداد، ۳۴۷ هزار و ۹۰۷ نفر جان خود را از دست داده‌اند. از مجموع تعداد مبتلایان در جهان، تاکنون ۲ میلیون و ۳۶۶ هزار و ۵۷۴ نفر بهبود یافته و توانسته‌اند این بیماری را شکست دهند.

تلاش‌های بهداشت عمومی برای مهار انتقال سریع کووید ۱۹ منجر به اقدامات کنترل عفونت و تغییر رویه‌ها و سیاست‌های مرتبط شده است. دولت‌ها در سطح وسیعی اقدامات مهار از جمله کشف زودهنگام و قرنطینه کردن موارد مشکوک و تأیید شده، تأسیس بیمارستان‌های سرپناهی محدودیت‌های مسافرتی، انتشار کیت تشخیصی و قرنطینه‌های گسترده را اجرا کرده‌اند (چن^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). شیوع سریع بیماری کووید ۱۹ جهان را در مقیاس عظیم تحت تأثیر قرار داده است. در حالی که بیمارستان‌ها در خط مقدم تلاش

1. COVID 19
2. Corona Virus
3. SARS
4. wuhan of hubei province
5. World Health Organization
6. worldometer
7. Chen

برای کاهش هستند عواقب تهدید کننده زندگی، عملاً تمام سطوح اجتماعی به طور مستقیم یا غیرمستقیم با وضعیت بی سابقه روبه رو کرده است. بیشتر کشورها در مراحل مختلف بیماری به تعطیلی مدارس و دانشگاه‌ها اقدام کرده و بیشتر کلاس‌های آموزشی آنها به صورت آنلاین برگزار می‌شود. کسب و کارهای غیر ضروری تعطیل شده و اقدامات دیگری مانند فاصله گذاری اجتماعی (به عنوان مثال، حداقل فاصله گرفتن ۱/۵ متر از یکدیگر و محدودیت معاشرت با حداکثر دو نفر) اجرا شده است.

مفهوم قرنطینه^۱ اساساً در زمان شیوع بیماری‌های واگیر رواج دارد (جنسینی^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). در ادبیات بهداشتی، قرنطینه معمولاً به عنوان جدایی یا محدودیت فعالیت افرادی که ممکن است در معرض بیماری‌های عفونی قرار داشته باشند تعریف می‌شود تا خطر ابتلا به عفونت دیگران را کاهش دهد (بروکس^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). از نظر مفهومی، قرنطینه غالباً با جداسازی^۴ مرتبط است و هر دو اصطلاح معنای یکسانی در پیشگیری از عفونت‌ها دارند. با این وجود، بین این دو اصطلاح نیز تمایز مشخصی وجود دارد: حالت اول (قرنطینه) برای افرادی که بدون علامت بوده و یا هنوز بیمار نیستند، صادق است، در حالی که دومی برای بیمارانی که علامت‌دار بوده و یا از بیماری مسری رنج می‌برند، استفاده می‌شود (باربیش^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). اگرچه قرنطینه برای محافظت از سلامتی افراد در برابر بیماری‌های عفونی است، اما به طور گسترده‌ای به عنوان یک تجربه ناخوشایند در نظر گرفته می‌شود که ممکن است مشکلات روحی مختلفی از جمله افسردگی، اضطراب، ترس، تنهایی، نارضایتی و سرگیجه را در پی داشته باشد (لین^۶ و همکاران، ۲۰۱۰). بدون شک این فاجعه جهانی تأثیر زیادی در سلامت روحی و جسمی افراد و روابط اجتماعی آنها دارد (گرلین^۷ و همکاران، ۲۰۲۰) به طور مثال، در اپیدمی‌هایی مانند سارس^۸ و ابولا^۹ افراد به طور کلی با مشکلات بهداشت روان مانند اضطراب، استرس، افسردگی، بی‌خوابی و عصبانیت در زمان

1. quarantine
2. Gensini
3. Brooks
4. isolation
5. Barbisch
6. Lin
7. Greyling
8. SARS
9. Ebola

مبارزه با بیماری دچار شده اند و مشکلات روان‌شناختی زیادی برای بیماران و عموم مردم برانگیخته است (جالوه و همکاران، ۲۰۱۸). اما در مورد کووید ۱۹ اگرچه برخی از کارهای قبلی، از جمله کانگ^۱ و همکاران (۲۰۲۰) و لیو^۲ و همکاران (۲۰۲۰)، تأثیر روانی کووید ۱۹ را تأکید می‌کند، شواهد تجربی کاملاً محدود است، که احتمالاً به دلیل کمبود اطلاعات در این زمینه است. یک استثناء کار هوانگ و ژائو^۳ (۲۰۲۰) است که بار سلامت روان مردم چین را در هنگام شیوع کووید ۱۹ بر اساس یک بررسی مبتنی بر وب بررسی می‌کند. آنها معتقدند که سن، شغل و توجه به کووید ۱۹ پیش‌بینی کننده اضطراب و کیفیت خواب عمومی در بین مردم هستند.

در مواجهه با تهدید بیماری بالقوه، مردم تمایل به ایجاد رفتارهای اجتنابی دارند و از هنجارهای اجتماعی کاملاً پیروی می‌کنند (اسکالر، موری و بانگرت^۴، ۲۰۱۵). طبق نظریه استرس و نظریه خطر درک شده، فوریت‌های بهداشت عمومی باعث تحریک بیشتر احساسات منفی و ارزیابی شناختی می‌شود و این احساسات منفی افراد را حفظ می‌کند. با این حال، احساسات منفی بلند مدت است و ممکن است عملکرد ایمنی افراد را کاهش داده و تعادل فیزیولوژیکی طبیعی آنها را از بین ببرد. در عین حال، افراد ممکن است به بیماری بیش از حد واکنش نشان دهند که ممکن است منجر به رفتارهای بیش از حد اجتناب کننده و انطباق کور شود (اسکالر، موری و بانگرت^۴، ۲۰۱۵). بدون تردید بروز فاجعه جهانی، مانند کووید ۱۹، بر سلامت روحی و جسمی افراد و روابط اجتماعی آنها تأثیر منفی دارد. در نهایت اثرات منفی که در این حوزه‌ها تجربه شده‌اند، سطح شادکامی افراد را کاهش می‌دهد. در تلاش برای جلوگیری از گسترش کووید ۱۹ و به حداقل رساندن تلفات، اکثر دولت‌ها در سراسر جهان نسخه خود قرنطینه کردن اجباری را تحمیل کرده‌اند. متأسفانه محدود کردن تحرک افراد و محروم کردن آنها از فعالیت و مراودات اجتماعی تأثیر منفی بر سطح شادی داشته است. علاوه بر این، در این مواقع، افزایش عواطف منفی توسط افراد، مانند احساس تنش، آشفتگی، غمگینی، اضطراب یا تنهایی (سیبلی^۵ و همکاران، ۲۰۲۰) گزارش شده است.

-
1. Wang
 2. Liu
 3. Huang & Zhao,
 4. Schaller, Murray & Bangerter
 5. Sibley

بنابراین درک تغییرات بالقوه روانی ناشی از کووید ۱۹ ضروری است. نتایج پژوهش لیو^۱ و همکاران (۲۰۲۰) نشان می‌دهد که در زمان شیوع کووید ۱۹ احساسات منفی (مانند اضطراب، افسردگی و عصبانیت) افزایش می‌یابد، در حالی که نمرات احساسات مثبت (به عنوان مثال، شادکامی آکسفورد) و رضایت از زندگی کاهش یافته است و مردم بیشتر نگران سلامتی و خانواده خود بودند و کمتر به اوقات فراغت و دوستان توجه داشتند.

همراه با شروع قرن جدید، جوامع با معضلات اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی بسیاری مواجه هستند. نظر اغلب کارشناسان بر این است که برای حل بسیاری از مشکلات موجود به شهروندانی نیاز است که در زندگی شخصی و خانوادگی خود احساس رضایت و شادکامی کنند (رحیم پور و همکاران، ۱۳۹۲). میلانی فر (۱۳۸۲) معتقد است که جامعه می‌بایست سلامت اعضای خود را نه تنها فراهم بلکه تضمین کند. ایجاد سلامت روانی برای اعضای جامعه از مهمترین وظایفی است که هر فرهنگی برای جامعه خود ایجاد می‌کند و درصدد تحقق آن به صورت کامل است. سلامت تنها به معنای نداشتن بیماری نیست بلکه داشتن رضایت از زندگی، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان و پیشرفت از مشخصه‌های فرد سالم است (شجاعی و سلیمانی، ۱۳۹۴). یافته‌های پزشکی و روان‌شناسی نشان می‌دهد که عکس‌العمل عاطفی به حوادث زندگی سلامت روان را تحت تأثیر قرار می‌دهد که این می‌تواند به‌طور بالقوه به سلامت جسم آسیب برساند که نشان از اهمیت سلامت روان دارد.

شادکامی یک احساس عاطفی است که توسط افراد تجربه می‌شود. این امر تأثیر مثبتی بر فرد می‌گذارد و منجر به افزایش قدرت ذهنی برای مقابله با مشکلات، اعتماد به نفس بیشتر، ذهن سالم و بهبود عملکرد و بهزیستی می‌شود (شهود میرزا و زن^۲، ۲۰۱۳). شادکامی یک مفهوم فازی^۳ بوده و دارای عدم قطعیت است. این سردرگمی در بیان دقیق مفهوم شادکامی موجب عدم اجماع بر سر تعریف آن شده است. همواره بحث‌های زیادی بر سر مفهوم شادکامی وجود داشته است. در بیشتر این مدت شادکامی در قلمرو فلسفه به شمار می‌رفت؛ تنها از سال ۱۹۶۰ به این سو است که جامعه شناسان نیز به مطالعه شادکامی پرداختند، همچنین اقتصاددانان نیز در پرداختن به این موضوع علاقه رو به افزایشی از خود نشان دادند. به عقیده سقراط، افلاطون و ارسطو، شادکامی تنها از طریق به کار انداختن کامل عقلانیت میسر خواهد بود. آن‌ها استدلال می‌کردند که عقل اساسی‌ترین و تعیین

1. Liu
2. Shuhood Mirza & Zeng
3. fuzzy concept

کننده‌ترین مشخصه انسان است و اعمال و توسعه عقل است که شادکامی اصیل انسان را بنیان می‌نهد. متفکرین یونانی با پافشاری بر روی تقدم و برتری عقل، باور داشتند که اعمال عقلانیت این امکان را به انسان می‌دهد تا بتواند در هماهنگی با جهان خلقت زندگی کند. جهانی که منقوش و مقرر به نظم است (نیک نژاد، ۱۳۹۶).

واژه "Happiness" در زبان انگلیسی به دو معنا به کار می‌رود: یکی شادی است که در این صورت، از هیجان مثبت در زمان حال سخن گفته‌ایم. مورد دیگر، شادکامی و خوشبختی است. از آن جا که شادکامی یکی از هیجان‌ات اساسی بشر است، لذا هر کس به نسبت خود آن را تجربه می‌کند؛ ولی تعریف کردن آن به آسانی تجربه کردن آن نیست. افلاطون در کتاب جمهوری خود، به سه عنصر در وجود انسان اشاره می‌کند: ۱- قوه عقل یا استدلال^۱، ۲- احساسات^۲ و ۳- امیال^۳. افلاطون شادی را حالتی از انسان معرفی می‌کند، که لازمه تحقق آن تعادل و هماهنگی بین این سه عنصر است (دیکی، ۱۹۹۹). به عقیده ارسطو، شادی یعنی زندگی معنوی. جان لاک^۴ و جرمی بنتام^۵ معتقدند که شادی مبتنی بر تعداد وقایع لذت‌بخش در زندگی افراد است (آیزنک، ۱۹۶۵، ترجمه چلونگر، ۱۳۷۸).

به اعتقاد آرگیل (۲۰۰۱) شادی ممکن است اشکال مختلفی را به خود بگیرد، نوعی از شادی وجود دارد که با برانگیختگی زیاد مشخص می‌شود و افراد در این حالت از سر و صدای لذت‌بخش و رخداد‌های اجتماعی مهیج خوشحال می‌شوند. در نوع دیگری از شادی، یعنی شادی آرام‌تر، افراد از آرامش و فعالیت‌های انفرادی لذت می‌برند (آرگیل، ۲۰۰۱). برخی شادکامی را بر اساس احساسات و عواطفی که بشر در طول زندگی‌اش تجربه می‌کند، تعریف می‌کنند. برادبورن^۶ (۱۹۶۹) بر این باور است که شادی و شادکامی از سه جزء اصلی که شامل وجود هیجان‌ات مثبت، نبود تأثیرات منفی و رضایت از زندگی می‌شود؛ تشکیل شده است (عباس‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱). جنبه‌های عاطفی که مربوط به خوشی و لذت از زندگی می‌شود در دو جزء اول مشخص است و جزء سوم که به صورت ارزیابی صورت می‌پذیرد، بیشتر از بعد شناختی ناشی می‌شود. این بدان معناست که افراد با شناخت

-
1. reason
 2. emotions
 3. appetites
 4. John Locke
 5. Jeremy Bentham
 6. Bardboarn

پیرامون خود به ارزیابی مسائل می‌پردازند و بر اساس ارزیابی‌های خود به شناختی از میزان رضایت در زندگی خود دست می‌یابند. بر اساس آنچه گروبر^۱ (۲۰۱۱) بیان می‌دارد، دو بعد اول می‌توانند عوامل مربوط به هیجان‌ات مثبت را افزایش داده و باعث کاهش احساسات منفی در فرد شوند و در برآیند این دو بعد، رضایت از زندگی بالا می‌رود و بعد سوم که رضایتمندی از زندگی است؛ افزایش پیدا می‌کند. از این رو شادکامی در زندگی فرد نیز افزایش پیدا می‌کند.

آرگایل درباره معنای شادکامی عقیده دارد که مفهوم شادکامی، مبهم^۲ و اسرارآمیز^۳ بوده؛ اما اغلب مردم به خوبی آگاه هستند که شادکامی چیست. در زمینه‌یابی‌ها که از مردم درباره معنای شادکامی سؤال شده، پاسخ داده‌اند که غالباً شادکامی، عبارت است از بودن در حالت خوش‌حالی و سرور یا دیگر هیجان‌های مثبت، یا عبارت است از راضی بودن از زندگی خود (آرگایل، ۲۰۰۱). وی معتقد است که مردم، این اصطلاح را کاملاً درک می‌کنند و در خصوص این که شادکامی، به هیجان‌ات مثبت و رضایت از زندگی مربوط می‌شود، نظر نسبتاً شفاف‌ی دارند (براتی سده، ۱۳۸۸). آرگایل همچنین بیان می‌دارد که علاوه بر این دو جزء (عواطف مثبت و رضایت)، جزء سوم نیز وجود دارد که عبارت است از: فقدان افسردگی، اضطراب یا دیگر عواطف منفی. در حقیقت این جزء، مربوط به بُعد هیجان‌ها است. البته از آن‌جا که بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته، هیجان‌های مثبت و منفی، از یکدیگر مستقل هستند، نمی‌توان آنها را در یک جزء قرار داد. بررسی‌ها نشان داده که وجود عواطف مثبت، به معنای فقدان عواطف منفی نیست و وجود عواطف منفی نیز به معنای فقدان عواطف مثبت نیست (پسندیده، ۱۳۹۵). هیجان‌ات مثبت، موجب گسترش دامنه‌ی توجه و در نتیجه افزایش آگاهی نسبت به شرایط جسمانی و محیطی می‌شود. افراد شاد به علت استفاده از راهبردهای کارآمدتر، تصمیم‌گیری‌های مؤثرتری نیز در زندگی دارند (آسپینوال و استودینگر^۴، ۲۰۰۳، به نقل در شکوهی امیرآبادی، دلاور، عباسی و کوشکی، ۱۳۹۷). کامل‌ترین و در عین حال کاربردی‌ترین تعریف شادکامی را وینهوون (۱۹۸۸) بیان می‌کند.

-
1. Gruber
 2. Obscure
 3. Mysterious
 4. Aspinwall & Staudinger

به عقیده او، شادکامی قضاوت فرد از درجه یا میزان مطلوبیت کیفیت کل زندگی است. به عبارت دیگر، شادکامی می‌تواند به این معنا باشد که فرد تا چه اندازه زندگی خود را دوست دارد. پاوت و داینر (۱۹۹۳) رضایت از زندگی را یک فرایند داوری می‌دانند که در آن افراد کیفیت زندگی خود را براساس ملاکهای منحصر به فرد خود ارزیابی می‌کنند. رضایت از زندگی یک صفت پایدار و عینی نیست بلکه به تغییرات موقعیتی حساس است و بر اساس برداشت و دیدگاه خود افراد در نظر گرفته می‌شود. از آنجا که تغییرات روانی ناشی از اورژانس‌های بهداشت عمومی می‌تواند به طور مستقیم در احساسات و شناخت منعکس شود. بر اساس این پیش‌زمینه، هدف ما بررسی میزان شادکامی و رضایت از زندگی در دوران شیوع کووید ۱۹ در دانشجویان است. بر خلاف بسیاری از مطالعات قبلی با تمرکز بر حوزه‌های منفی مانند عوارض روانی (چونگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۴)، علائم افسردگی (لیو و همکاران، ۲۰۱۲) و پریشانی روان‌شناختی (لی^۲ و همکاران، ۲۰۱۸)، این پژوهش به بررسی عوامل مثبت همانند شادکامی و رضایت از زندگی در زمان شیوع کووید ۱۹ می‌پردازد. این پژوهش می‌تواند به محققان اجازه دهد تصویر کاملی از تأثیرات روانی کووید ۱۹ به دست آورند. همانطور که کانگ و همکاران (۲۰۲۰) تأکید کرده‌اند، روبه‌رو شدن با وضعیت فشار روانی زیاد نه تنها می‌تواند باعث ایجاد مشکلات سلامت روان شود بلکه تأثیر ماندگاری نیز بر بهداشت روانی افراد خواهد داشت. سیلمن و اسپرانگ^۳ (۲۰۱۳) نیز تأیید می‌کند که اقدامات مهار بیماری مانند قرنطینه و جداسازی اثرات مخربی بر کودکان و والدین آنها دارد، که نشانه‌های آن در علائم اختلال استرس پس از آسیب آشکار می‌شود. با توجه به اهمیت شادکامی و رضایت از زندگی به عنوان شاخص‌های مثبت بهداشت روانی و همچنین توجه به جمعیت دانشجویی به عنوان یک جمعیت جوان و آینده‌ساز کشور، که بدون شک باید مورد توجه مسئولین و برنامه‌ریزان بهداشت و سلامت قرار گیرد، پژوهش حاضر با هدف به دست آوردن تصویر از وضعیت احساس شادکامی و رضایت از زندگی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی در استان تهران به دنبال پاسخ به این سوالات است: ۱- وضعیت شادکامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی استان تهران در زمان شیوع کووید ۱۹ چگونه است؟ ۲- وضعیت رضایت از زندگی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی استان تهران در زمان

-
1. Chong
 2. Lee
 3. Sprang & Silman

شیوع کووید ۱۹ چگونه است؟ ۳- آیا از نظر احساس شادکامی، بین دانشجویان دختر و پسر در زمان شیوع کووید ۱۹ تفاوت وجود دارد؟ ۴- آیا از نظر میزان رضایت از زندگی، بین دانشجویان دختر و پسر در زمان شیوع کووید ۱۹ تفاوت وجود دارد؟ ۵- آیا از نظر شادکامی، بین دانشجویان در مقاطع تحصیلی مختلف تفاوت وجود دارد؟ ۵- آیا از نظر میزان رضایت از زندگی، بین دانشجویان در مقاطع تحصیلی مختلف تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش توصیفی مقایسه‌ای و از نظر هدف، کاربردی است. جامعه پژوهش دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی در استان تهران است که در نیمی دوم سال تحصیلی ۹۸-۹۹ مشغول به تحصیل بودند که از بین آن‌ها تعداد ۲۱۳ دانشجو به روش نمونه در دسترس انتخاب شدند و از تاریخ ۲۶ فروردین تا ۵ خرداد پرسشنامه‌های شادکامی آکسفورد و مقیاس رضایت از زندگی دینر و همکاران به صورت آنلاین تکمیل کردند. نتایج به وسیله نرم افزار SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۱: این پرسشنامه ۲۹ سؤال ۴ گزینه‌ای دارد که بر روی طیف لیکرت از صفر کاملاً مخالفم تا سه کاملاً موافقم نمره گذاری می‌شوند. پرسشنامه ۲۹ سؤالی آکسفورد اولین بار توسط آرگیل و لو جهت سنجش شادکامی با معکوس کردن مواد مقیاس افسردگی "بک" مطرح شد و توسط خود آنها نیز هنجاریابی گردید. این پرسشنامه دارای ۵ زیر مقیاس (رضایت از زندگی، رضایت خاطر، حرمت خود، خلق مثبت و انرژی مثبت) است. این پرسشنامه دارای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ در مطالعات اختصاصی سنجش اعتبار در ایران بوده است، همچنین بر اساس مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی پرسشنامه بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۱ به دست آمده است. در این پرسشنامه نمره بهنجاری بین ۴۰-۴۲ است. پایایی این آزمون در این پژوهش به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بدست آمد. در این پژوهش سطح شادکامی در چهار سطح دسته‌بندی شد. آزمودنی‌هایی که نمره کل پرسشنامه ۰-۲۴ ضعیف، ۲۴-۴۵ متوسط، ۴۶-۶۶ خوب و ۶۸-۸۷ عالی محسوب شد.

مقیاس رضایت از زندگی^۱: پرسشنامه رضایت از زندگی داینر و همکاران تدوین شده است. پرسشنامه رضایت از زندگی داینر یک مقیاس ۵ ماده ای است (هر ماده از کاملاً مخالفم ۱ تا کاملاً مخالفم ۷). به گونه‌ای که دامنه احتمالی نمره‌ها روی پرسشنامه رضایت از زندگی ز از ۵ رضایت پایین تا ۳۵ رضایت بالا متغیر خواهد بود (داینر و همکاران، ۱۹۸۵). پرسشنامه رضایت از زندگی داینر جزء کیفی زندگی شخص را ارزیابی می‌کند که رضایت شخص با سطح سلامت ادراک شده مرتبط می‌شود (داینر و همکاران، ۱۹۸۵). بالاترین نمره در پرسشنامه رضایت از زندگی داینر نشان دهنده رضایت بیشتر فرد از زندگی است. ضرایب پایایی هم‌هنگی درونی و بازآزمایی در بین دانشجویان به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۲ گزارش شده است (داینر و همکاران، ۱۹۸۵). دائمی و جوشنلو (۱۳۹۳) به بررسی شواهد روان‌سنجی این مقیاس پرداخته‌اند و هم‌هنگی درونی آن را به وسیله آلفا کرونباخ ۰/۸۷ و به روش بازآزمایی ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. پایایی این آزمون در این پژوهش به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ بدست آمد. آزمودنی‌هایی که نمره کل پرسشنامه شان ۵ - ۱۴ بود، ضعیف، ۲۵-۱۵ متوسط، ۲۶-۳۵ خوب محسوب شد.

نتایج

اطلاعات مربوط به نمونه مورد بررسی به این صورت است: از تعداد کل ۲۱۳ نفر شرکت کننده در پژوهش ۱۳۵ نفر (۶۳/۴ درصد) زن و ۷۸ نفر (۳۶/۶ درصد) مرد هستند. ۲۵ نفر (۱۱/۷ درصد) در مقطع کاردانی، ۱۰۶ نفر (۴۹/۸ درصد) در مقطع کارشناسی، ۵۲ نفر (۲۴/۴ درصد) در مقطع کارشناسی ارشد و ۳۰ نفر (۱۴/۱ درصد) در مقطع دکتری تخصصی مشغول به تحصیل هستند. میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش ۲۴/۱ است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات شادکامی و مؤلفه‌های آن در بین دانشجویان

متغیر	میانگین کل	انحراف استاندارد کل	میانگین در هر مؤلفه	انحراف استاندارد در هر مؤلفه
رضایت از زندگی	۲۶/۹۰	۶/۷۵	۲/۰۷	۰/۵۲
رضایت خاطر	۱۰/۷۰	۲/۵۴	۲/۱۴	۰/۵۱
حرمت خود	۱۰/۲۶	۲/۵۹	۲/۰۵	۰/۵۲
خلق مثبت	۶/۶۷	۱/۸۵	۲/۲۲	۰/۶۲
انرژی مثبت	۶/۰۰	۱/۷۶	۲/۰۰	۰/۵۸

1. Satisfaction with Life Scale (SWLS)

شادکامی کل	۶۰/۵۳	۱۳/۹۱	۲/۰۹	۰/۴۸
------------	-------	-------	------	------

همانطور که از جدول ۱ مشخص است، میانگین و انحراف معیار نمرات شادکامی به صورت زیر مشخص شده است، جهت سهولت بررسی و مقایسه میانگین‌ها، میانگین هر مولفه با توجه به تعداد سوالات آن به صورت جداگانه نیز محاسبه و در جدول آورده شده است. با توجه به این موضوع همانطور که مشاهده می‌شود، کمترین میانگین مربوط به مولفه انرژی مثبت (با میانگین ۲/۰۰ و انحراف معیار ۰/۵۸ و بیشترین میانگین نیز مربوط به مولفه خلق مثبت (با میانگین ۲/۲۲ و انحراف معیار ۰/۶۲) است. نمره کل شادکامی نیز برابر با ۶۰/۵۳ و انحراف استاندارد ۱۳/۹۱ است. با توجه به اینکه متوسط نمره شادکامی ۴۰-۴۲ است، لذا نتایج این پژوهش بیانگر این است که دانشجویان در وضعیت نسبتاً خوبی در شادکامی قرار دارند. همچنین با توجه به اینکه نمرات شادکامی در چهار سطح دسته‌بندی شد، مشخص شد که بیشترین میزان شادکامی مربوط به سطح خوب ۱۲۱ نفر (۵۶/۸ درصد) و کمترین میزان شادکامی مربوط به سطح ضعیف ۱ نفر (۰/۵ درصد) است.

جدول ۲. میزان شادکامی بر اساس سطوح مختلف

سطوح شادکامی	فراوانی	درصد
ضعیف (۰-۲۴)	۱	۰/۵
متوسط (۲۵-۴۵)	۲۳	۱۰/۸
خوب (۴۶-۶۶)	۱۲۱	۵۶/۸
عالی (۶۷-۸۷)	۶۸	۳۱/۹
جمع	۲۱۳	۱۰۰

برای بررسی وضعیت شادکامی دانشجویان، آزمون t تک نمونه‌ای بر روی نمره شادکامی در دانشجویان با نقطه برش ۴۲ انجام شد. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری در نمرات شادکامی در بین دانشجویان در مقایسه با میانگین نمرات (۴۲) مشاهده می‌شود ($\alpha < 0/001$) و نمرات دانشجویان در شادکامی بالاتر از میانگین (سطح خوب) است.

جدول ۳. آزمون t تک نمونه‌ای شادکامی دانشجویان

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵ درصد		مقدار تی	سطح معناداری
			حد بالا	حد پایین		
شادکامی	۶۰/۵۳	۱۳/۹۱	۲۰/۴۱	۱۶/۶۵	۱۹/۴۵	۰/۰۰۱

همانطور که از جدول ۴ مشخص است، میانگین مقیاس رضایت از زندگی برابر با ۲۴/۵۰ و انحراف استاندارد آن ۶/۷۹ است. با توجه به نتایج بدست آمده، از آنجائیکه حداقل و حداکثر نمره مقیاس رضایت از زندگی ۵-۳۵ است، همچنین با توجه به اینکه نمرات مقیاس رضایت از زندگی در سه سطح دسته بندی شد، سطح شادکامی برای کل نمونه‌ها نشان داد که بیشترین میزان رضایت از زندگی مربوط به سطح خوب ۹۸ نفر (۴۶ درصد) و کمترین میزان شادکامی مربوط به سطح ضعیف ۲۱ نفر (۹/۹ درصد) است، لذا با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که دانشجویان در وضعیت نسبتاً خوبی در مقیاس رضایت از زندگی قرار دارند.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار مقیاس رضایت از زندگی در بین دانشجویان

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت از زندگی	۲۴/۵۰	۶/۷۹

جدول ۵. میزان رضایت از زندگی بر اساس سطوح مختلف

سطوح شادکامی	فراوانی	درصد
ضعیف (۰-۱۵)	۲۱	۹/۹
متوسط (۱۶-۲۵)	۹۴	۴۴/۱
خوب (۲۶-۳۵)	۹۸	۴۶/۰
جمع	۲۱۳	۱۰۰

برای بررسی وضعیت رضایت از زندگی دانشجویان، آزمون t تک نمونه‌ای بر روی نمرات مقیاس رضایت از زندگی در دانشجویان با نقطه برش ۱۸ انجام شد. همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری در نمرات مقیاس رضایت از زندگی در بین دانشجویان در مقایسه با میانگین نمرات (۱۸) مشاهده می‌شود ($\alpha < 0/001$) و نمرات دانشجویان در مقیاس رضایت از زندگی بالاتر از میانگین قرار دارد.

جدول ۶. آزمون t تک نمونه‌ای شادکامی دانشجویان

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	فاصله اطمینان		مقدار تی	سطح معناداری
			حد بالا	حد پایین		
مقیاس رضایت از زندگی	۲۴/۵۰	۶/۷۷	۷/۴۱	۵/۵۸	۷/۴۱	۰/۰۰۱

برای بررسی این موضوع که آیا از نظر احساس شادکامی، بین دانشجویان دختر و پسر در زمان شیوع کووید ۱۹ تفاوت وجود دارد؟ با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون لوین در همه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ است، پس واریانس همه متغیرها در سطح ۰/۰۵ تفاوت معناداری ندارند، لذا آزمون t نمونه‌های مستقل برای مقایسه نمره شادکامی در دانشجویان انجام شد. همانطور که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری بین نمرات شادکامی کل در بین دانشجویان دختر ($M=60/77$) و پسر ($M=60/11$) وجود ندارد ($\alpha > 0/05$). تنها در مؤلفه انرژی مثبت تفاوت بین نمرات دانشجویان دختر و پسر مشاهده می‌شود ($t=1/98$ و $\alpha < 0/05$)، لذا با توجه به آزمون t نمونه‌های مستقل و میانگین مؤلفه انرژی مثبت در بین دانشجویان دختر ($M=6/18$) و پسر ($M=5/69$)، می‌توان گفت که بین نمرات انرژی مثبت در دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنادار وجود دارد و نمرات مؤلفه انرژی مثبت در دختران دانشجو بیشتر از پسران دانشجو است.

جدول ۷. آزمون t مستقل شادکامی و مؤلفه‌های آن در بین دانشجویان دختر و پسر

متغیر	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵ درصد		مقدار تی	سطح معناداری
				حد بالا	حد پایین		
رضایت از زندگی	دختر	۲۶/۹۱	۶/۷۱	۱/۹۴	-۱/۸۸	۰/۰۴	۰/۹۷
	پسر	۲۶/۸۷	۶/۸۴				
رضایت خاطر	دختر	۱۰/۷۰	۲/۴۹	۰/۶۹	-۰/۷۴	-۰/۰۶	۰/۹۵
	پسر	۱۰/۷۱	۲/۶۵				
حرمت خود	دختر	۱۰/۳۴	۲/۵۴	۰/۹۵	-۰/۵۰	۰/۶۱	۰/۵۴
	پسر	۱۰/۱۱	۲/۶۹				
خلق مثبت	دختر	۶/۶۳	۱/۸۵	۰/۴۴	۰/۶۰	-۰/۳۱	۰/۷۶
	پسر	۶/۷۱	۱/۸۶				
انرژی مثبت	دختر	۶/۱۸	۱/۷۱	۰/۹۸	۰/۰۱	۱/۹۸	۰/۰۴
	پسر	۵/۶۹	۱/۸۱				
شادکامی	دختر	۶۰/۷۷	۱۳/۶۱	۴/۵۶	-۳/۲۵	۰/۳۳	۰/۷۴
	پسر	۶۰/۱۱	۱۴/۴۹				

برای بررسی این موضوع که آیا از نظر میزان رضایت از زندگی، بین دانشجویان دختر و پسر در زمان شیوع کووید ۱۹ تفاوت وجود دارد؟ با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون

لوین در همه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ است، پس واریانس همه متغیرها در سطح ۰/۰۵ تفاوت معناداری ندارند، لذا آزمون t نمونه‌های مستقل برای مقایسه نمره‌های رضایت از زندگی در دانشجویان دختر و پسر انجام شد. همانطور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری بین نمرات دانشجویان دختر ($M=24/97$) و پسر ($M=23/67$) وجود ندارد ($\alpha > 0/05$).

جدول ۸. آزمون t مستقل مقیاس رضایت از زندگی در بین دانشجویان دختر و پسر

متغیر	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	فاصله اطمینان		مقدار تی	سطح معناداری
				حد بالا	حد پایین		
رضایت زندگی از	دختر	۲۴/۹۷	۶/۹۱	۳/۱۸	-۰/۶۰	۱/۳۴	۰/۱۸
	پسر	۲۳/۶۸	۶/۴۶				

برای بررسی این موضوع که آیا از نظر شادکامی، بین دانشجویان در مقاطع تحصیلی مختلف تفاوت وجود دارد؟ با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون لوین در همه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ است، پس واریانس همه متغیرها در سطح ۰/۰۵ تفاوت معناداری ندارند، لذا آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه نمره شادکامی در دانشجویان انجام شد. همانطور که در جدول شماره ۱۰ مشاهده می‌شود، F مشاهده شده در مؤلفه‌های: رضایت از زندگی (۰/۴۸)، رضایت خاطر (۰/۲۰)، حرمت خود (۰/۱۷)، خلق مثبت (۰/۴۷)، انرژی مثبت (۰/۱۸) و شادکامی کل برابر با (۰/۲۱) در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست و در نتیجه شادکامی و مؤلفه‌های آن در مقاطع تحصیلی دانشجویان (کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی) تفاوت معناداری ندارند.

جدول ۹. میانگین و انحراف استاندارد نمرات شادکامی و مؤلفه‌های آن در مقاطع تحصیلی مختلف

متغیر	مقاطع تحصیلی	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت از زندگی	کاردانی	۲۶/۲۱	۶/۷۱
	کارشناسی	۲۶/۵۱	۷/۲۲
	کارشناسی ارشد	۲۷/۷۵	۵/۹۱
	دکتری تخصصی	۲۷/۲۷	۶/۶۰
	کل	۲۶/۹۰	۶/۷۵
رضایت خاطر	کاردانی	۱۰/۸۸	۲/۵۴
	کارشناسی	۱۰/۶۰	۲/۷۱
	کارشناسی ارشد	۱۰/۸۹	۲/۱۳
	دکتری تخصصی	۱۰/۶۰	۲/۶۸

۲/۵۴	۱۰/۷۰	کل	
۲/۰۶	۱۰/۶۰	کاردانی	
۲/۷۰	۱۰/۲۱	کارشناسی	
۲/۷۰	۱۰/۲۵	کارشناسی ارشد	حرمت خود
۲/۵۸	۱۰/۱۳	دکتری تخصصی	
۲/۵۹	۱۰/۲۵	کل	
۱/۸۶	۶/۷۲	کاردانی	
۱/۹۳	۶/۶۲	کارشناسی	
۱/۶۳	۶/۸۸	کارشناسی ارشد	خلق مثبت
۱/۹۷	۶/۴۰	دکتری تخصصی	
۱/۸۵	۶/۶۷	کل	
۱/۴۸	۶/۲۴	کاردانی	
۱/۸۰	۵/۹۷	کارشناسی	
۱/۷۴	۶/۰۰	کارشناسی ارشد	انرژی مثبت
۱/۸۹	۵/۹۳	دکتری تخصصی	
۱/۷۶	۶/۰۰	کل	
۱۲/۸۸	۶۰/۷۶	کاردانی	
۱۴/۸۴	۵۹/۹۲	کارشناسی	
۱۲/۵۵	۶۱/۷۷	کارشناسی ارشد	شادکامی کل
۱۴/۰۸	۶۰/۳۳	دکتری تخصصی	
۱۳/۹۰	۶۰/۵۳	کل	

جدول ۱۰. آزمون تحلیل واریانس یک سویه رابطه بین شادکامی در دانشجویان در مقاطع تحصیلی

مختلف

متغیر	موقعیت	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
رضایت از زندگی	بین گروهی	۶۶/۱۸	۳	۲۲/۰۶	۰/۴۸	۰/۷۰
	درون گروهی	۹۵۹۱/۵۵	۲۰۹	۴۵/۸۹		
	کل	۹۶۵۷/۷۳	۲۱۲			
رضایت خاطر	بین گروهی	۳/۸۶	۳	۱/۲۹	۰/۲۰	۰/۹۰
	درون گروهی	۱۳۶۶/۵۱	۲۰۹	۶/۵۴		
	کل	۱۳۷۰/۳۷	۲۱۲			
حرمت خود	بین گروهی	۳/۵۷	۳	۱/۱۹	۰/۱۷	۰/۹۱
	درون گروهی	۱۴۲۱/۲۳	۲۰۹	۶/۸۰		
	کل	۱۴۲۴/۸۰	۲۱۲			

		۱/۶۳	۳	۴/۸۸	بین گروهی	
۰/۷۰	۰/۴۷	۳/۴۶	۲۰۹	۷۲۲/۴۵	درون گروهی	خلق مثبت
			۲۱۲	۷۲۷/۳۳	کل	
		۰/۵۵	۳	۱/۶۵	بین گروهی	
۰/۹۱	۰/۱۸	۳/۱۳	۲۰۹	۶۵۳/۳۴	درون گروهی	انرژی مثبت
			۲۱۲	۶۵۴/۹۹	کل	
		۴۰/۴۰	۳	۱۲۱/۲۰	بین گروهی	
۰/۸۹	۰/۲۱	۱۹۵/۶۱	۲۰۹	۴۰۸۸۳/۸۵	درون گروهی	شادکامی
			۲۱۲	۴۱۰۰۵/۰۵	کل	

برای بررسی این موضوع که آیا از نظر میزان رضایت از زندگی، بین دانشجویان در مقاطع تحصیلی مختلف تفاوت وجود دارد؟ با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون لوین در همه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ است، پس واریانس همه متغیرها در سطح ۰/۰۵ تفاوت معناداری ندارند، لذا آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه نمره رضایت از زندگی در دانشجویان انجام شد. همانطور که در جدول شماره ۱۲ مشاهده می‌شود، F مشاهده شده در مقیاس رضایت از زندگی برابر ۱/۵۴، در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست و در نتیجه نمرات مقیاس رضایت از زندگی در مقاطع تحصیلی دانشجویان (کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی) تفاوت معناداری ندارد.

جدول ۱۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات رضایت از زندگی و مؤلفه‌های آن

متغیر	مقاطع تحصیلی	میانگین	انحراف استاندارد
	کاردانی	۲۵/۰۲	۸/۰۱
	کارشناسی	۲۴/۰۵	۶/۷۸
	کارشناسی ارشد	۲۵/۹۴	۵/۹۱
	دکتری تخصصی	۲۳/۰۰	۶/۸۲
	کل	۲۴/۵۰	۶/۷۷

جدول شماره ۱۲. آزمون تحلیل واریانس یک سویه رابطه بین نمرات رضایت از زندگی در دانشجویان

متغیر	موقعیت	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
بین گروهی		۲۰۹/۶۶	۳	۶۹/۸۹	۱/۵۴	۰/۲۱

رضایت از زندگی	درون گروهی	۹۵۰۱/۵۹	۲۰۹	۴۵/۴۶
	کل	۹۷۱۱/۲۵	۲۱۲	

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که دانشجویان از وضعیت شادکامی نسبتاً خوبی و رضایت از زندگی در سطح متوسط بالایی در زمان شیوع کووید ۱۹ برخوردار هستند، نتایج این پژوهش همسو با نتایج پژوهش‌های لو، نی و کی آن^۱ (۲۰۲۰) است که بیان می‌دارند که در زمان کنترل اپیدمی و قرنطینه خانگی، علائم افسردگی کاهش یافته اما میزان شادکامی افزایش می‌یابد. کلیه کارهای قبلی در مورد پیامدهای روان‌شناختی یا تجربیات قرنطینه یا سایر عوامل مرتبط با اپیدمی نیز بر تأثیر متوسط، یعنی تغییر متوسط در متغیرهای پیامد روان‌شناختی متمرکز است (بیندر و کوآد^۲، ۲۰۱۱). به عنوان مثال، با استفاده از داده‌های یک نظرسنجی در کره جنوبی در طول همه‌گیری سندرم تنفسی خاور میانه مرس^۳، جونز^۴ و همکاران (۲۰۱۶) دریافتند که تقریباً ۱۶/۶ درصد و ۶ درصد از پاسخ دهندگان گزارش عصبانیت و علائم اضطراب را اعلام کردند. اما این نتایج با پژوهش‌های مشابه در این زمینه از جمله کانگ^۵ و همکاران (۲۰۲۰) و هوانگ و ژائو (۲۰۲۰)، (سیبلی^۶ و همکاران، ۲۰۲۰)، لی^۷ و همکاران (۲۰۲۰) همسو نیست. با توجه به اینکه مدت زیادی از زمان شیوع بیماری نمی‌گذرد؛ شواهد تجربی در خصوص مسائل و مشکلات مرتبط با این بیماری کاملاً محدود است، که احتمالاً به دلیل کمبود اطلاعات در این زمینه است. در این خصوص به طور مثال در پژوهشی (گرلین، تالیتا، راسایو، استفان، آدهیکاری و تامانا (۲۰۲۰) بیان داشتند که در زمان شیوع کرونا و قرنطینه حاصل از آن میزان شادکامی افراد کاهش می‌یابد؛ اما کمال با کمال تعجب با گذشت زمان، به نظر می‌رسد که یک رابطه U شکل بین تعداد موارد کووید-۱۹ و شادکامی وجود دارد. یعنی در ابتدا نتایج پژوهش، کاهش شادکامی (رابطه منفی) را نشان می‌دهد، اما با توجه به ماهیت بیماری کووید-۱۹ به دلیل میزان بهبودی بالا و

1. Lu, Nie, & Qian
2. Binder & Coad
3. MERS
4. Jeong
5. Wang
6. Sibley
7. Li

مرگ و میر کم آن، گویا سطح خوشبختی افزایش یافته است. با این حال، اندازه اثر آن بسیار کوچک است، بنابراین این افزایش ناچیز است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که رابطه معناداری بین جنسیت و مقاطع تحصیلی مختلف با شادکامی و رضایت از زندگی وجود ندارد و تنها در مؤلفه انرژی مثبت این رابطه معنادار شده است، یعنی با توجه به نتایج آزمون، میزان انرژی مثبت در دختران بیشتر از پسران است که این یافته همسو با یافته صیامیان و همکاران (۱۳۹۰) است. در تحلیل این یافته باید به این نکته توجه کرد که در شرایط قبل از شیوع بیماری نیز رابطه بین معناداری بین جنسیت و شادکامی مشاهده نشده است و نتایج این پژوهش همسو با نتایج پژوهش‌های داینر و همکاران (۲۰۰۳)، فوجیتا^۱ و همکاران (۱۹۹۱)، داینر و همکاران (۲۰۰۲)، است. همچنین در داخل کشور نیز به نتایج پژوهش دهقانی و امین پور (۱۳۹۴) نشان می‌دهد که بین هیچ یک از عامل‌های شادکامی در بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود ندارد.

همانطور که کانگ و همکاران (۲۰۲۰) تأکید کرده اند، در شرایط بحرانی، همانند شیوع بیماری کووید ۱۹، اثرات بیماری نه تنها می‌تواند باعث ایجاد مشکلات سلامت روان شود بلکه تأثیر ماندگاری بر عواطف منفی جمعیت نیز خواهد داشت. دلایل زیادی وجود دارد که شیوع بیماری‌های واگیر و به دنبال آن قرنطینه تأثیرات مخرب روان‌شناختی به همراه دارد. در زمان شیوع بیماری و پیامدهای اقتصادی و اجتماعی آن مانند، تعطیل شدن کسب و کارها و مراکز آموزشی همانند مدارس و دانشگاه‌ها، باعث ایجاد مشکلات زیادی در افراد جامعه خواهد شد که می‌تواند به نوبه خود سبب احساس تنش، سرخوردگی و اضطراب شود (مینارد^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). مثلاً در زمان قرنطینه شهر ووهان، مردم استان هوبی به طور گسترده در رسانه‌های اجتماعی مانند وی‌وی^۳ مورد تمسخر و انگ اجتماعی قرار گرفتند. چنین ننگی ممکن است بیشتر منجر به افزایش استرس و بدتر شدن سلامت روان افراد شود (رابرتسون^۴ و همکاران، ۲۰۰۴). علاوه بر این، زندگی در زمان ایجاد محدودیت‌های اجتماعی همانند قرنطینه، ممکن است باعث ضرر مالی، اطلاعات ناکافی و کسالت شود (بروکس^۵ و همکاران، ۲۰۲۰) و در نتیجه این موضوع سبب بروز اختلال‌های روان‌شناختی

1. Fujita
2. Maynard
3. WeChat
4. Robertson
5. Brooks

و ایجاد نارضایتی از زندگی در افراد شود. در تحلیل نتایج پژوهش باید گفت که اگرچه شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد شیوع بیماری و تجربه قرنطینه با پیامدهای روان‌شناختی همراه است (رینولدز^۱ و همکاران، ۲۰۰۸؛ تایلور^۲ و همکاران، ۲۰۰۸)، اما این موضوع نیز ممکن است اثرات بهداشتی و اجتماعی مفیدی در زمان شیوع بیماری داشته باشد، در توضیح این مطلب باید گفت که در زمان شیوع این بیماری در کشور مردم پابندی بیشتر به مقررات موجود در این زمینه نشان داده و به طور اختیاری قرنطینه خانگی را اجرا کرده و در طرح فاصله‌گذاری اجتماعی که از طرف دولت اجرا شد، نیز همکاری خوبی داشتند، مجموع این اقدامات، عمدتاً به این دلیل که رعایت این موارد می‌تواند خطر ابتلا فرد به بیماری را کاهش داده و از این طریق فشار روانی بر روی افراد کاهش می‌یابد، مورد توجه است (لاک و همکاران، ۲۰۱۹). شایان ذکر است که تأثیر روانی شیوع بیماری و قرنطینه تا حد زیادی به ویژگی‌های شرکت‌کنندگان و متغیرهای قرنطینه انتخابی بستگی دارد. همانطور که رینولدز و همکاران (۲۰۰۸) نیز بیان کرده‌اند، احتمالاً با طولانی‌تر شدن دوره شیوع بیماری و الزام مردم به رعایت موارد بهداشتی در طولانی مدت سبب بالا رفتن مشکلات روان‌شناختی همانند استرس پس از سانحه خواهد شد که در این مورد، کارمندان مراقبت‌های بهداشتی بیشتر از سایر مردم تحت تأثیر قرار می‌گیرند.

به طور کلی، با توجه به مطالب توجه شده، پیشنهاد می‌شود که مسئولین بهداشت و سلامت جامعه در طول بیماری همه‌گیری کووید ۱۹ علاوه بر برنامه‌ریزی جهت حفظ سلامت جسمی افراد، برنامه‌ریزی مناسبی نیز جهت حفظ و بهبود سلامت روانی افراد داشته باشند. زیرا محدود کردن فعالیت اجتماعی، اقتصادی و آموزشی افراد در طولانی مدت باعث ایجاد ناراحتی و وحشت خواهد شد، خصوصاً در میان افراد جوان کشور که جمعیت زیادی از آنها در حال حاضر شاغل به تحصیل بوده و علاوه بر تحمل فشارهای روانی ناشی از ابتلا به بیماری و محدود شدن فعالیت‌های اجتماعی، ناگزیر به ادامه تحصیل در شرایط جدید آموزشی، همانند آموزش مجاری و تغییر مدل‌های رایج ارزشیابی تحصیلی، هستند. همچنین با توجه به اینکه انتشار سریع و واقعی اطلاعات در زمان شیوع بیماری در کاهش احساسات منفی عمومی بسیار مهم است؛ لذا فقدان اطلاعات معتبر می‌تواند مردم را به نادیده گرفتن

-
1. Reynolds
 2. Taylor

این بیماری همه‌گیر، تشدید شیوع بیماری و افزایش هزینه‌های پیگیری سوق دهد (گونگ و همکاران ۲۰۲۰)، در نتیجه مسئولین مربوط می‌بایست علاوه بر برنامه‌ریزی جهت جلب اعتماد عمومی نسبت به مسائل بهداشتی و درمانی، اطلاعات معتبر و موثق آن را نیز به طور صحیح در اختیار مردم قرار دهند. با توجه به اینکه این پژوهش تنها در زمان بحران و شیوع بیماری صورت گرفته است، لذا امکان مقایسه نتایج قبل و بعد از شیوع بیماری میسر نبود، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده به بررسی وضعیت سلامت روانی و خصوصاً رضایت از زندگی و شادکامی افراد و مقایسه آن با دوران قبل از بحران بیماری بپردازند، تا امکان مقایسه و تحلیل بیشتری در این زمینه فراهم آید.

منابع

- آیزنک، مایکل. (۱۳۷۸). همیشه شاد باشید (ترجمه زهرا چلونگر). انتشارات نسل نو اندیش. براتی سده، فرید. (۱۳۸۸). اثر بخشی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا جهت افزایش نشاط، خشنودی از زندگی، معناداری زندگی و کاهش افسردگی: تدوین مدلی برای اقدام، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی.
- پایگاه اطلاعاتی "worldometer" (۱۳۹۹). آخرین اخبار کووید نوزده. به دست آمده در: ۶ خرداد ۱۳۹۹. <https://www.worldometers.info/fa>
- پسندیده، عباس. (۱۳۹۵). الگوی اسلامی شادکامی (ویراست دوم). قم: دارالحدیث.
- خبرگزاری فارس. "دو بیمار مبتلا به ویروس کرونا در قم درگذشتند" دریافت: ۲۰۲۰-۰۲-۱۹. <https://www.farsnews.ir>
- دائمی، فاطمه و جوشنلو، محسن. (۱۳۹۳). بررسی اعتبار و پایایی مقیاس رضایت از زندگی در دانشجویان. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دانشگاه شاهد، ۲۱ (۱۱)، ۱۳۵-۱۴۴.
- دهقانی، محمدرضا و امین پور حسن. (۱۳۹۴). بررسی وضعیت سرسختی و شادکامی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور. اولین همایش ملی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی ایران، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی، https://www.civilica.com/Paper-SHCONF01-SHCONF01_216.html
- رحیم پور، فرزانه. صالحی، یوسف. حسینیان، سیمین. عباسیان، محبوبه. (۱۳۹۲). تبیین رضایت زناشویی زوجین بر اساس هوش معنوی و طرح واره ناسازگار اولیه. فصلنامه علمی- پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزشی. ۴. ۸۹-۷۷.

- روابط عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۹۹). *جدیدترین آمار کرونا در کشور، شناسایی ۲۰۸۰ بیمار جدید مبتلا به کووید ۱۹ / بیش از ۱۱۱ هزار بیمار بهبود یافته و ترخیص شده اند*، ۷ خرداد ۱۳۹۹، دریافت شده در ۷ خرداد ۱۳۹۹، <https://behdasht.gov.ir>
- شجاعی، احمد و سلیمانی، اسماعیل. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان اردبیل. *مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه، دوره ۴ (۱)*، ۱۲۱-۱۰۴.
- شکوهی امیرآبادی، لیلا؛ دلاور، علی؛ عباسی سروک، لطف اله و کوشکی، شیرین. (۱۳۹۷). تحلیل محتوای سند تحول بنیادین آموزش و پرورش بر اساس خلاقیت و شادکامی. *ابتکار و خلاقیت در علوم انسانی*، ۸ (۳)، ۱۶۵-۱۹۲.
- صیامیان، حسن؛ نعیمی، ام البنین؛ شهرابی، افسانه؛ حسن زاده، رمضان؛ اباذری، محمدرضا؛ خادم‌لو، محمد و جوادیان کونائی، مریم. (۱۳۹۰). بررسی وضعیت شادکامی و ارتباط با برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی در دانشجویان پیراپزشکی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۱، ۱۵۹-۱۶۶.
- عباس‌زاده، محمد، عزیززاده‌اقدم، محمد باقر؛ کوهی، کمال و علیپور، پروین. (۱۳۹۲). انواع سرمایه‌ها و نقش آنها در تبیین شادکامی دانشجویان. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۱۳ (۵۱)، ۲۱۵-۲۴۴.
- کریمی نوری، رضا. مکرری، آذرخش. محمدی فر. محمد. (۱۳۸۱). مطالعه عوامل موثر بر احساس شادی و بهزیستی در دانشجویان دانشگاه تهران، *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۳۲، ۳-۴۱.
- میلانی فر، بهروز. (۱۳۸۲). *بهداشت روانی*، چاپ هشتم، تهران: نشر قومس.
- نیک‌نژاد، سامان. (۱۳۹۶). *در جستجوی حق شادکامی*، تهران: نشر مخاطب.
- Argyle, M. (2001). Personality, self-esteem and demographic predictions of happiness and depression. *The Journal of Personality & Social Psychology*, 32 (8), 912, 920.
- Barbisch, D., Koenig, K. L., & Shih, F. (2015). Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9 (5), 547-553.
- Binder, M., & Coad, A. (2011). From average Joe's happiness to miserable Jane and cheerful John: using quantile regressions to analyze the full subjective well-being distribution. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 79 (3), 275-290.

- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., & Greenberg, N., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 18, 1-6.
- Chen, S., Zhang, Z., Yang, J., Wang, J., Zhai, X., & Bärnighausen, T., et al. (2020). Fangcang shelter hospitals: a novel concept for responding to public health emergencies. *The Lancet*, 30, 44-53.
- Chong, M., Wang, W., Hsieh, W., Lee, C., Chiu, N., & Yeh, W., et al. (2004). Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 185 (2), 127-133.
- Deci, E. L. and Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11 (4): 227-268.
- Diener E, Biswas-Diener R. (2002). Will money increase subjective well-being? *Soc Indicators Res*; 57 (2): 119-169.
- Diener E, Oishi S, Lucas RE. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annu Rev Psychol*; 54 (1): 403-425.
- Diener, E. D., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, s. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal personality assessment*, 49, 71-74.
- Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*; 61 (3): 427-434.
- Gensini, G. F., Yacoub, M. H., & Conti, A. A. (2004). The concept of quarantine in history: from plague to SARS. *Journal of Infection*, 49 (4), 257-261.
- Gong, B., Zhang, S., Yuan, L., & Chen, K. Z. (2020). A balance act: minimizing economic loss while controlling novel coronavirus pneumonia. *Journal of Chinese Governance*.18, 52-75.
- Greyling, T., Rossouw, S., & Adhikari, T. (2020). Happiness-lost: Did Governments make the right decisions to combat Covid-19, GLO, Discussion Paper, No. 556, *Global Labor Organization (GLO)*, Essen, <http://hdl.handle.net/10419/217494>
- Gruber, Mauss, Tamir (2011), A Dark Side of Happiness? How, When, and Why Happiness is Not Always Good. *Perspectives on Psychological Science*, 6 (3), 222-233.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*. 45, 15-22.
- Jalloh, M. F., Li, W., Bunnell, R. E., Ethier, K. A., O Leary, A., & Hageman, K. M., et al. (2018). Impact of Ebola experiences and risk perceptions on mental health in Sierra Leone, July 2015. *BMJ Global Health*, 3 (2), e471.
- Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 123-127.

- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y., Liu, Z., & Hu, S., et al. (2020). mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 47-50.
- Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., & Kong, J., et al. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (1), 15-23.
- Locke, B., Low, M., & Forsgren, E. (2019). An integrated management strategy to prevent outbreaks and eliminate infection pressure of American foulbrood disease in a commercial beekeeping operation. *Preventive Veterinary Medicine*, 167, 48-52.
- Lu, Haiyang; Nie, Peng; Qian, Long (2020). *Do Quarantine Experiences and Attitudes Towards COVID-19 Affect the Distribution of Psychological Outcomes in China? A Quantile Regression Analysis*, GLO Discussion Paper, No. 512, Global Labor Organization (GLO), Essen, <http://hdl.Handle.net/10419/215740>
- Maynard, M. S., Perlman, C. M., & Kirkpatrick, S. I. (2019). Food insecurity and perceived anxiety among adolescents: An analysis of data from the 2009-2010 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, 14 (3), 339-351.
- Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology & Infection*, 136 (7), 997-1007.
- Robertson, E., Hershenfield, K., Grace, S. L., & Stewart, D. E. (2004). The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: A qualitative study of Toronto health care workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (6), 403-407.
- Schaller, M., Murray, D. R., & Bangerter, A. (2015). Implications of the behavioural immune system for social behaviour and human health in the modern world. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 370, 1-10.
- Mirza, M. S. (2013). Learning the Student's Happiness Model, The University of Manchester School of Computer Science. *Research Methods and Professional Skills*, 15 (2), 255-267.
- Sibley CG, Greaves L, Satherley N, Wilson M, Lee C, Milojev P, Bulbulia J, Osborne D, Milfont T, Overall N, Houkamau CA, Duck IM, Vickers-Jones R, Barlow F. (2020). Short-term Effects of the Covid-19 Pandemic and a Nationwide Lockdown on Institutional Trust, Attitudes to Government, Health and Wellbeing. *American Psychological Association*. <https://psyarxiv.com/cx6qa>
- Taylor, M. R., Agho, K. E., Stevens, G. J., & Raphael, B. (2008). Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: Data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC public health*, 8 (1), 347. 355.

World Health Organization. (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. *Accessed March 11, 2020.*

