

رابطه حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با نقش واسطه‌ای امید به زندگی در بیماران کرونایی

The relationship between social support and resilience with the mediating role of life expectancy in corona patients

Salimeh Safouraei Parizi
Mohammad Mahdi Safouraei Parizi

سلیمه صفورائی پاریزی^۱
محمد مهدی صفورائی پاریزی^۲

Abstract

This study aims to investigate the relationship between social support and resilience with the mediating role of life expectancy in corona patients. The research method is descriptive-correlational and the statistical population includes all Iranian men and women who have experienced corona. 142 people from this community were selected by snowball sampling method. Wax Perceived Social Support Questionnaire (Wax et al., 1986), Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (2003) and Snyder's Life Expectancy Questionnaire (1991) were used to collect research data. The results were analyzed using correlation coefficient and linear regression statistical methods. Findings showed: A) there is a significant positive relationship between social support and resilience in corona patients. B) There is a significant positive relationship between social support and life expectancy in corona patients. C) There is a significant positive relationship between life expectancy and resilience in corona patients. D) There is a significant positive relationship between social support and resilience with the mediating role of life expectancy in corona patients.

Keywords: Social support, Resilience, Life expectancy, Corona.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با نقش واسطه‌ای امید به زندگی در بیماران کرونایی انجام شد. روش پژوهش این تحقیق، توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل همه مردان و زنانی ایرانی است که کرونا را تجربه کرده‌اند. از جامعه یادشده ۱۴۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی واکس (۱۹۸۶)، تاب‌آوری کانور و دیویدسون (۲۰۰۳) و امید به زندگی اسنایدر (۱۹۹۱) استفاده شد و نتایج با استفاده از روش‌های آماری ضریب همبستگی و رگرسیون خطی تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد: الف) بین حمایت اجتماعی با تاب‌آوری در بیماران کرونایی رابطه مثبت معنادار وجود دارد؛ ب) بین حمایت اجتماعی با امید به زندگی در بیماران کرونایی رابطه مثبت معنادار وجود دارد؛ ج) بین امید به زندگی با تاب‌آوری در بیماران کرونایی رابطه مثبت معنادار وجود دارد؛ د) بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با نقش واسطه‌ای امید به زندگی در بیماران کرونایی رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

واژگان کلیدی: حمایت اجتماعی، تاب‌آوری، امید به زندگی، کرونا.

Master of Positive Psychology,
s.safouraei@gmail.com
Associate Professor of Educational Psychology, Al-Mustafa
International University. (Corresponding Author)
safurayi@gmail.com
Received:17 July 2020 Accepted:22 June 2020

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی مثبت‌گرا. s.safouraei@gmail.com
۲. دانشیار روان‌شناسی تربیتی، جامعه المصطفی‌العالمیه (نویسنده
مسئول) safurayi@gmail.com
تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۴/۲۷ تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۴/۰۲

مقدمه

تاریخ و پیشینه زندگی آدمیان سرشار از رویارویی پیوسته با جنگ، بیماری و درد و رنج‌های زیستی، موقعیت معیشتی دشوار، اوضاع سخت اجتماعی، آسیب‌های فردی و اجتماعی و واکنش‌های متفاوت در برابر آن است. بخشی از آن ناشی از نوع زندگی و تصمیمات فردی در زندگی اجتماعی و برخی دیگر محصول نهادهای اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و اقتصادی و برخی نیز محصول ضعف وجودی انسان در برابر بیماری است (عباسی و محسنی مری، ۱۳۹۸).

یکی از مهم‌ترین عواملی که در ماه‌های اخیر سبب استرس و نگرانی فراوانی در میان افراد جوامع مختلف و در سطح جهان شده است، همه‌گیری بیماری کروناست. در ایران نیز همچون دیگر کشورها، شیوع این ویروس پیامدهای پیچیده و متعددی را در حوزه‌های مختلف اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و روان‌شناختی به دنبال داشته است (سعادت‌طلب و جعفری، ۱۳۹۹)؛ برخی از انسان‌ها در رویارویی با دشواری‌ها و پیامدهای آسیب‌رسان آن همچون کرونا، سرمایه وجودی‌شان دستخوش اضطراب، پریشانی و خطرات روحی و روانی می‌شود که سلامت جسمی افراد را به مخاطره می‌اندازد (شکری و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین، نگرانی افراد جامعه در مورد بیماری کرونا و چگونگی رویارویی ایمن با چنین بیماری‌ای اهمیت بسیاری دارد. در راستای کاهش استرس ناشی از شیوع بیماری کرونا، متغیر روان‌شناختی سودمند و اثربخشی همچون تاب‌آوری، می‌تواند نقش سازگارانه ایفا کند (پولیزی، لین و پری، ۲۰۲۰). نتایج تحقیقات نشان داده است که افراد با تاب‌آوری پایین، به هنگام رویارویی با دشواری‌های زندگی، در معرض خطر ابتلا به استرس، اضطراب و مشکلات بین‌فردی هستند و ممکن است از رفتارهای مخاطره‌آمیز برای حفظ سلامتی خود استفاده کنند و برای خود مشکلات جسمی ایجاد کنند (برتون^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). قرآن کریم می‌فرماید: «زمانی که سختی و بیماری به انسان‌ها می‌رسد، سختی‌ها و بیماری‌ها برطرف نمی‌شوند، مگر زمانی که افراد صبرپیشه کنند»^۳ و نتیجه این صبرپیشه کردن و تاب‌آوری، چیزی جز شادی و دوری از غم، ترس و نگرانی نیست.^۴ برخی افراد به رویدادهای مختلف تهدیدکننده، نگاهی منعطف و سازگارانه دارند و با پیشگیری از ابتلا به بیماری با رعایت پروتکل‌ها یا درمان آسیب‌های پس از بیماری و ناخوشی، به زندگی خود ادامه می‌دهند.

1. Polizzi, Lynn & Perry.

2. Burton.

۳. «وَلْيُنْزِلْ أَدْفَانَهُ نِعْمَاءً بَعْدَ ضَرَاءٍ مَسْتَهْ لِيَقُولَ: ذَهَبَ السَّيِّئَاتُ عَنِّي إِنَّهُ لَفَرِحَ فَخُورٌ * إِلَّا الَّذِينَ صَبَرُوا...» (هود: ۱۰-۱۱).

۴. «إِنَّ الَّذِينَ قَالُوا رَبُّنَا اللَّهُ ثُمَّ اسْتَقَامُوا فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ» (احقاف: ۱۳).

پژوهشگران برای افرادی که در فرایند زندگی دشوار، پیامدهای نامطلوب را نشان نمی‌دهند، اصطلاحات گوناگونی مثل «آسیب‌ناپذیر»، «مقاوم در برابر استرس»^۱ و «سرسخت»^۲ به کار می‌برند. مفاهیم پیرامون «تاب‌آوری» و «واژه‌های «صبر، استقامت و حلم» است. با بررسی این واژگان، واژه «صبر» در قرآن، کاربرد و تناسب بیشتری با موضوع تاب‌آوری دارد (عباسی و محسنی مری، ۱۳۹۸). تاب‌آوری^۳ به معنای توانایی و تعامل مثبت و موفقیت‌آمیز با محیط است که نقش بسیار مهمی را در رویارویی با تنیدگی‌ها و تهدیدهای زندگی و اثرات نامطلوب آن دارد (ماستن و برنز، ۲۰۱۸). تاب‌آوری نوعی مکانیسم سازگاری مثبت را در فرد ایجاد می‌کند که سبب بهره‌گیری از عوامل گوناگون فردی و اجتماعی به عنوان عوامل محافظتی در کاهش عوامل خطرآفرین در فرد می‌شود. تاب‌آوری سبب می‌شود افراد در شرایط دشوار مانند ابتلا به بیماری همانند کرونا، با وجود عوامل خطر از ظرفیت‌های موجود خود در دستیابی به موفقیت و گذر از سختی و رشد زندگی فردی استفاده کنند و از این چالش‌ها و آزمون‌ها به عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره‌گیرند و از آنها سربلند بیرون آیند (کریمی و کریمی، ۲۰۲۰).

زوست^۴ (۲۰۱۰) بیان می‌کند افراد تاب‌آور موقعیت را به شیوه مثبت‌تری پردازش می‌کنند؛ یعنی در پردازش فکری به جای تمرکز بر مشکل و پیامدهای آن، به خود توجه بیشتری می‌کنند و از سطوح بالای تفکر انتزاعی و فراشناخت برخوردارند (رزاقی، حسینی فر، زادینوس، معرفت اجرلو و بابائی حفظ‌آباد، ۱۳۹۸). آنها به دلیل بهره‌مندی از سبک تبیینی خوش‌بینانه، احساس توانمندی در رویارویی با مشکلات، برخورد مسئله‌مدارانه با مشکلات و انتظارات مثبت درباره پیامدهای عمل، می‌توانند سازگاری خود را در رویدادهای ناگوار، حفظ کنند. آنها از توانایی یافتن معنا در تجربه‌های آشفته‌ساز بهره‌مند هستند و به نقش خود به عنوان فرد ارزنده و بااهمیت باور دارند (کینگ، ۲۰۱۰)؛ اما اگر تاب‌آوری پایینی داشته باشند، ممکن است در پی درمان صحیح نروند یا این بیماری را آخردنیا ببینند و به دنبال راه‌حل کاهش عوارض بیماری نباشند. اگر افراد بیمار مانند مبتلایان به کرونا برای خود و زندگی‌شان هدف نداشته باشند، بسیار زود تسلیم می‌شوند و احتمال تأخیر در بهبود آنان قوت می‌گیرد. همچنین افرادی که به خدا ایمان دارند، می‌دانند که بیماری و سختی هم جزئی از مسیر زندگی است که خدا برای همه قرار می‌دهد و باید با

1. Stress-resistant.
2. Hardy.
3. Resilience.
4. Masten & Barnes.
5. Züst.
6. King.

اتکا به خداوند و صبر آن را پشت سر گذاشت. براساس آموزه‌های قرآن، یکی از حوزه‌های صبر، صبر بر مصیبت است که در رخداد‌های ناگوار زندگی، انسان‌ها به آن سفارش شده‌اند. براساس آموزه‌های الهی، آدمی در طول زندگی با انواع گرفتاری و سختی مانند امتحان شدن با مال و جان، ترس، گرسنگی و از بین رفتن دارایی روبه‌رو می‌شود^۱ که نیازمند روی آوری به صبر و تاب آوری است (عباسی و محسنی مری، ۱۳۹۸).

طباطبایی و کیلی و قره‌آقاجی (۱۳۸۶) در مطالعه خود به نقش دو عامل محافظت‌کننده درونی و بیرونی در تاب آوری افراد اشاره و عنوان می‌کنند عوامل محافظت‌کننده درونی شامل الف) کاربرد مهارت‌های زندگی به ویژه مهارت‌های حل مسئله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و کنترل تکانه و ب) اجتماعی بودن، توانایی دوست داشتن و دوست داشته شدن و ایجاد روابط مثبت است. عوامل محافظت‌کننده بیرونی شامل پیشگامی در ایجاد روابط و پیوندهای صمیمی و ارج نهادن به تحصیل، سبک تعامل پرحرارت و کم‌بهاانه‌گیر، تقویت روابط حمایت‌گرانه و مهرورز با دیگران که ویژگی‌هایی است که در خانواده، مدرسه، اجتماع و گروه همسالان است و تاب آوری را تقویت می‌کند. یکی از ویژگی‌های افراد نسبتاً مقاوم در برابر رویدادهای تنش‌زا، برخورداری از حمایت اجتماعی است. سیستم‌های حمایت اجتماعی می‌توانند اثرات منفی تنش بروضعیت بهداشت و سلامت روان را تعدیل کنند. نتایج پژوهش‌های پیشین بیانگر آن است که فراهم کردن حمایت اجتماعی به میزان کافی، اثرات مستقیم چشمگیری بر روی سلامت روان دارد (رابرتز^۲ و همکاران، ۲۰۱۶) و مفهومی است که فرد را در برخورد با مشکلات و رویارویی با استرس‌های محیطی یاری می‌کند (خباز، بهجتی و ناصری، ۱۳۹۰). هنگامی که افراد به بیماری‌ای مانند کرونا مبتلا می‌شوند، همین که می‌دانند خانواده به فکر آنها هستند و از آنها پرستاری و حمایت می‌کنند و یا خویشاوندان در زمان سختی و مشکلات به یاری آنها می‌آیند و تنها نیستند، سریع‌تر بهبود می‌یابند و تلاش بیشتری برای برگشت به زندگی عادی خود می‌کنند.

بنارد^۳ (۲۰۰۴) روابط حمایتی و مراقبتی را منبع اساسی تاب آوری می‌داند و اظهار می‌دارد، افراد تأمین‌کننده این نوع حمایت، افراد مؤثری هستند که صمیمیت، مراقبت و توجه را فراهم و در عین حال به فرد کمک می‌کنند تا توانمندی‌ها و منابع خود را بهتر بشناسد (خباز و همکاران،

۱. (بقره: ۱۵۵؛ آل عمران: ۱۸۶).

2. Roberts.

3. Banard.

۱۳۹۰). منابع و شیوه‌های حمایت اجتماعی متعدد و بسته به شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی هر جامعه مختلف است. سارافینو^۱ (۲۰۰۴) با ارائه تعریفی از حمایت اجتماعی^۲، به عنوان میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد، حمایت اجتماعی را تنها تعدد رابطه‌ها نمی‌داند، بلکه کیفیت آن را مهم می‌داند. حمایت اجتماعی، ادراک یا تجربه فرد از این است که دیگران چه اندازه او را دوست دارند، از او مراقبت می‌کنند، برای او حرمت و ارزش قائل‌اند و او را بخشی از یک شبکه اجتماعی فعال به شمار می‌آورند (ثناگوی محرر، نجابت بنجار، میر و حیدری، ۱۳۹۵). در هنگام شیوع گسترده بیماری واگیرداری مانند کرونا، برقراری ارتباطات بین فردی نزدیک، به عنوان حمایت اجتماعی یا همان عیادت از بیماران که در منابع دینی به آن بسیار سفارش شده است، مطرح نیست، بلکه همان درک وجود حمایت عاطفی و احساسی کفایت می‌کند و کمک مؤثری به بیماران کرونایی برای افزایش تحمل بیماری و تاب‌آوری است. حمایت اجتماعی ادراک شده ترکیبی از سه عنصر عاطفه، تصدیق و یاری است. عاطفه، یعنی ابراز عشق و محبت، تصدیق یعنی آگاهی از رفتار و بازخوردهای مناسب و یاری یعنی مساعدت مستقیم مانند مساعدت مالی و یاری دادن در انجام کارهاست (بی‌کس یکانی، ۱۳۹۹).

از عواملی که تاب‌آوری را بالا می‌برد، خانواده، دوستان و همنشینان و نهادهای اجتماعی است (امیری، ۱۳۹۳) که آدمی را در برابر برخی رفتارهای پرخطر مقاوم می‌کند؛ همچنین، آدیان در تعاملات و مناسبات اجتماعی، به خوش خلقی که عامل پایدار در روابط اجتماعی است، سفارش شده‌اند. در واقع نتیجه استحکام روابط اجتماعی، افزایش تاب‌آوری آدیان است.^۳ خداوند متعال در قرآن می‌فرماید: «پس به [برکت] رحمت الهی با آنان نرمخو[و پرمهر] شدی و اگر تندخو و سخت دل بودی قطعاً از پیرامون تو پراکنده می‌شدند»؛^۴ خوش خلقی پیامبر ﷺ موجب حمایت اجتماعی آن حضرت شد که از عوامل مهم تاب‌آوری پیامبر ﷺ در برابر تنش‌های متفاوت بود (عباسی و محسنی مری، ۱۳۹۸).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد کسب حمایت اجتماعی از طریق ایجاد روابط نزدیک با دیگران، سبب بازداشتن شخص از نشخوار ذهنی درباره موضوع تنش‌زا شده و سبب سازگاری بهتر

1. Sarafino.
2. Social Support.

۳. «وَإِذَا حُتِبْتُمْ بِهِ فَجُودُوا بِأَحْسَنِّ مَنِّهَا أَوْ رُدُّوهَا إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلَىٰ كُلِّ شَيْءٍ حَسِيبًا» (نساء: ۸۶).

۴. «فِيمَا رَحِمَهُ مِنَ اللَّهِ لَئِن لَّمْ لَهُمْ وَلَوْ كُنْتُمْ فَعَلًا غَلِيظَ الْقَلْبِ لَأَنَّصْنَا مِنْ حَوْلِكُمْ» (آل عمران: ۱۵۹).

با فشار و استرس می‌شود (زارع بهرام‌آبادی، ۱۳۹۳). صاحب‌نظران، حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند. نظریه‌پردازان حمایت اجتماعی ادراک شده، بر این امر اذعان دارند که روابط، منبع حمایت نیستند، مگر آنکه فرد آنها را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند؛ بنابراین، نه خود حمایت، بلکه ادراک فرد از حمایت اهمیت دارد. جنبه ذهنی حمایت اجتماعی می‌تواند کمک روانی مؤثری برای رویارویی با فشارها و مسائل زندگی باشد و فرد را قادر می‌سازد تا توانمندی رویارویی با مشکلات روزمره زندگی و بحران‌های زندگی را داشته باشد و به خوبی آنها را سپری کند. حمایت اجتماعی، تأثیر رویدادهای استرس‌زا را تعدیل می‌کند و به تجربه عواطف مثبت می‌انجامد (وئوقی، مهدوی و رحمانی خلیلی، ۱۳۹۳). براساس پژوهش حاتمی (۱۳۸۹) میان منابع حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی در دانشجویان ارتباط معنا داری وجود دارد. در واقع، حمایت یک کمک دوجانبه است که موجب خلق تصور مثبت از خود، پذیرش خود، امیدواری، احساس عشق و رضایتمندی می‌شود و اضطراب را کاهش می‌دهد و تمام اینها به فرد فرصت خود شکوفایی و رشد را می‌دهد (عسگری و شرف‌الدین، ۱۳۸۹). بدیهی است که برداشت فرد از این نوع کمک‌ها (اعم از فکری، عاطفی و رفتاری) می‌تواند با تسکین آلام جسمانی و اصلاح مشکلات شناختی، نگرشی و یا عاطفی او، منجر به بهبود شرایط زندگی فرد به خصوص در هنگام بیماری شود (ثناگوی محرز و همکاران، ۱۳۹۵).

نتایج پژوهش‌های سعادت‌طلب و جعفری (۱۳۹۹) با عنوان «تحلیل نقش نشاط معنوی در رابطه میان سرمایه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی با تاب‌آوری کارکنان در برابر همه‌گیری بیماری کووید ۱۹ در دوران فاصله‌گذاری اجتماعی»، اسکندری، جلالی، موسوی و اکرمی (۱۳۹۸) با عنوان «پیش‌بینی تاب‌آوری روان‌شناختی براساس حمایت اجتماعی و سبک دلبستگی با میانجی‌گری خودکارآمدی و معنا در زندگی»، کهکی و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان «حمایت اجتماعی ادراک شده و خوش‌بینی در پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران قلبی و افراد سالم شهرزاهدان» و قاسمی و آریاپوران (۱۳۹۰) با عنوان «رابطه حمایت اجتماعی و تجانس فرهنگی با سلامت روان و تاب‌آوری دانشجویان» نشان داد میان حمایت اجتماعی با تاب‌آوری ارتباط وجود دارد. نتایج پژوهش‌های پیشین نشان داد حمایت اجتماعی با تاب‌آوری رابطه دارد و بر آن اثرگذار است. حال این پرسش مطرح می‌شود که آیا حمایت اجتماعی بر تاب‌آوری بیماران

کروناوی هم مؤثر است و اگر مؤثر است حمایت اجتماعی از چه طریقی بر تاب‌آوری بیماران
کروناوی تأثیر می‌گذارد؟

امید به زندگی یکی از نشانه‌های سلامتی افراد محسوب می‌شود. بر اساس دیدگاه رابینسون،
امید یکی از پایه‌های اصولی توازن و قدرت روانی است که با نیروی نافذ خود، سیستم فعالیت
را تحریک می‌کند تا سیستم بتواند تجربه‌های نورا کسب کرده و نیروی تازه را در ارگانیزم ایجاد
کند. در نتیجه امید انسان را به سطح بالایی از عملکردهای روانی و رفتاری نزدیک می‌کند؛
بنابراین، حمایت اجتماعی می‌تواند نقش و تأثیر بسزایی در امید به زندگی افراد داشته باشد،
چراکه افزایش امید به افراد کمک می‌کند تا در زمینه درمان و پیشگیری، با جدیت بیشتری
از خدمات بهره بگیرند و به آینده، بیشتر امیدوار باشند (ماری، ۲۰۱۴^۱). از نظر اسنایدر^۲ (۲۰۰۲) امید
مفهومی شناختی است که متوجه آینده است (ثناگوی محرر و همکاران، ۱۳۹۵). امید به داشتن زندگی
بهتر، منجر به بهبود و ارتقای تطابق و سازگاری در فرد می‌گردد و افراد امیدوار محرک‌های قوی‌تر
و انرژی بیشتری برای پیگیری اهداف خود داشته و این امر سبب بالا رفتن انگیزه برای شرکت
فعالانه در فرایندهای حل مسئله، سازگاری و انعطاف‌پذیری آنها می‌شود (رسولی، یغمایی و علوی
مجد، ۱۳۸۹) که همان تاب‌آوری است.

حمایت اجتماعی افزون بر تاب‌آوری با بسیاری از متغیرهای حوزه روان‌شناسی مثبت از
جمله امید ارتباط دارد. امید به زندگی^۳ یکی از ویژگی‌های روان‌شناختی مهم و از مهم‌ترین
انگیزه‌های زندگی انسان محسوب می‌شود و در واقع، به عنوان نیروی محرکه می‌تواند افراد را در
ارتقای سلامت روحی و روانی پیش ببرد (دوگلی، ۲۰۱۸^۴). اسنایدر و همکاران (۲۰۰۶) امید به زندگی
را مجموعه‌ای ذهنی می‌دانند که مبتنی بر حس متقابل اراده و برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف
است. از نظر اسنایدر امید، توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع
موجود و کارگذار یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌هاست (استیفن و اسمیت، ۲۰۱۳^۵).
صالحی (۱۳۹۵) در الگوی امید سه مؤلفه هدف، عاملیت و اسباب را با دو زیرمؤلفه همراه
می‌سازد. مؤلفه هدف دارای دو زیرمؤلفه هدف توحیدی و مادی، مؤلفه عاملیت با دو زیرمؤلفه
الهی و شخصی و مؤلفه اسباب با دو زیرمؤلفه فرامادی و مادی معرفی می‌کند. از نظری

امید حالت هیجانی مثبتی است که شامل انتظار کسب هدف به سبب اتکا بر توانمندی شخصی به واسطه تکیه بر توانمندی الهی، با داشتن مسیر مشخص و تلاش کافی برای رسیدن به هدف، با توجه به اصالت خواست خداوند و در نظر گرفتن رضایت خدا حتی برای اهداف مادی است.

امید به زندگی یک ویژگی است که دربرگیرنده داشتن هدف، قدرت برنامه‌ریزی، اراده برای دستیابی به اهداف، توجه به موانع و توانایی رفع آنها، و ارتقا و افزایش عملکرد آنهاست (دوگلی، ۲۰۱۳). آنهایی که امیدواری بیشتری دارند، قادر به مفهوم‌سازی اهداف خود به روشنی بوده و احساس اعتماد به نفس و قابلیت بیشتری برای مدیریت مؤثر بر عوامل استرس‌زا دارند و به خوبی می‌دانند که برای رویارویی با هر استرسی باید برنامه خاصی داشته باشند. بدون امیدواری، زندگی از حرکت بازمی‌ایستد و نبود آن سبب نگرانی و اضطراب می‌شود. ناامیدی، افراد را در وضعیتی قرار می‌دهد که نمی‌توانند موقعیت‌های مختلف خود را سنجیده و درمورد آنها تصمیم بگیرند. ناامیدی، افراد را در برابر عوامل تنش‌زا، بی‌دفاع و گرفتار می‌کند. بدین ترتیب امید به زندگی یکی از مهم‌ترین شاخص‌های شناخته‌شده بقای انسان و سلامتی وی در نظر گرفته شده است (بی‌کس یکانی، ۱۳۹۹).

بر اساس منابع دینی، امید از مؤلفه‌هایی است که برای هرانسانی راهگشاست و انسان را به جستجوی فردایی بهتر وامی‌دارد. امید به آینده این نکته را یادآوری می‌کند که مشکلات پایدار و ماندنی نیستند. بر اساس همین نگرش است که امیرالمؤمنین علی علیه السلام می‌فرمایند: «... از سختی‌ها و رنج‌های دنیا فغان و زاری سر مدهید... سختی‌ها و رنج‌های دنیا بردوام نباشد»؛^۱ بنابراین، انسان با امید به آینده، برای رویارویی با مشکلات به ویژه کرونا، تلاش می‌کند و تاب‌آوری خود را بالا می‌برد. هرانسانی باید یاد بگیرد که در اوج ناکامی امیدش را حفظ کند تا بر مشکلاتش غلبه کند. مطالعات آینده‌نگر و گذشته‌نگر در مورد مثبت‌نگری و امید نشان می‌دهد که افراد دارای سبک تبیینی خوشبینانه و مثبت‌نگر در مقایسه با افراد دارای سبک تبیینی بدبینانه دارند کمتر احتمال دارد که به هنگام رویارویی با رویدادهای استرس‌زای عمده زندگی به ضعف سلامت جسمانی یا افسردگی و ناامیدی دچار شده و یا

۱. «آنان به رحمت خدا امید دارند» (بقره: ۲۱۸)، «الرجاء لرحمته الله انجح؛ امید به رحمت خدا پیروزی بخش‌تر است» (آمدی، ۱۴۱۰)، «هرکس به چیزی امید داشته باشد، به دنبال آن می‌رود و هرکس مخالف چیزی باشد، از آن فرار می‌کند» (ابن شعبه الحرانی، ۱۳۶۳).

۲. «... لَا تَجْرَعُوا مِنْ صَرَائِهَا وَ بُؤْسِهَا... وَ صَرَائِهَا وَ بُؤْسِهَا إِلَى تَفَادٍ» (نهج البلاغه، خطبه ۹۹).

به خودکشی دست بزنند. خوش بینی و امید، سلامت جسمی و روانی را آن‌گونه که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت خودگزارشی، پاسخ مثبت به مداخله‌های پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، نیرومندی من شناختی، کنار آمدن مؤثر (ارزیابی مجدد، حل مسئله و اجتناب از رویدادهای استرس‌های زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی) و رفتار ارتقادهنده سلامت مشخص شده‌اند، پیش بینی می‌کند (کار، ۱۳۸۵).

اکنون به بررسی رابطه حمایت اجتماعی با امید به زندگی در پژوهش‌های پیشین می‌پردازیم. براساس تحقیقات هیرادآسا و ابوالمعالی (۱۳۹۶) با عنوان «پیش بینی امید براساس خلاقیت هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی رودهن» و صادقی، آزادی فروزبردست (۱۳۹۵) با عنوان «پیش بینی امید به زندگی براساس سرسختی روان شناختی و حمایت اجتماعی در دانشجویان» نشان داد ادراک حمایت اجتماعی با امید در دانشجویان ارتباط دارد. نتایج پژوهش‌های مامی و یاری (۱۳۹۴) با عنوان «بررسی رابطه بین امید و حمایت اجتماعی ادراک شده با افکار خودکشی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام»، خرمایی، زارعی، مهدی یار و فرمانی (۱۳۹۳) با عنوان «نقش صبر و مؤلفه‌های آن به عنوان فضایل اخلاقی در پیش بینی امید دانشجویان»، حسن نژاد، هداوندخانی، احمدی و خانجانی (۱۳۹۱) با عنوان «رابطه بین سرسختی و حمایت اجتماعی با سازگاری: مطالعه بر روی بیماران مالتیپل اسکروزیس»، شاکری نیا (۱۳۹۱) با عنوان «رابطه حمایت اجتماعی و امیدواری با سلامت عمومی در سالمندان مرد مبتلا به دردهای مزمن جسمانی»، علیزاده اقدام (۱۳۹۱) با عنوان «بررسی میزان امید به آینده در بین دانشجویان و عوامل مؤثر بر آن» و عسگری و شرف‌الدین (۱۳۸۹) با عنوان «رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان» نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی و امید به زندگی رابطه وجود دارد. امید به زندگی متأثر از عوامل زیادی می‌باشد که یکی از این عوامل، حمایت اجتماعی است که در تحقیقات فریدریکسون^۱ (۲۰۰۹)، هیلز و آرگایل^۲ (۲۰۰۱) به رابطه بین آنها اشاره شده است. بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با امید به زندگی نشان داد رابطه بین حمایت اجتماعی با امید به زندگی وجود دارد. اکنون به بررسی رابطه امید به زندگی با تاب‌آوری می‌پردازیم.

نتایج پژوهش ضیغمی محمدی و هاشمی (۱۳۹۹) با عنوان «همبستگی بین ناامیدی،

1. Fredrickson.
2. Hills & Argyle.

تاب‌آوری و تیپ شخصیتی D در بیماران نارسایی مزمن قلب» نشان داد کاهش امید منجر به کاهش تاب‌آوری می‌شود. پژوهش‌های دهقانی و خدابخشی کولائی (۱۳۹۶) با عنوان «اثربخشی امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری زنان معتاد»، باقری و انتصار فومنی (۱۳۹۵) با عنوان «اثر امید درمانی گروهی بر تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شهر زنجان» و رزمی، بهزادی پور و طهماسبی (۱۳۹۵) با عنوان «اثربخشی امید درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان» نشان دادند امید درمانی سبب افزایش تاب‌آوری زنان معتاد و زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود. همچنین، کمالی (۱۳۹۱) در پژوهش خود با عنوان «اثربخشی امید درمانی در افزایش تاب‌آوری بیماران» دریافت که امید درمانی سبب افزایش تاب‌آوری در بیماران مبتلا به ام‌اس می‌گردد. نتایج مطالعات ستوده اصل و همکاران (۲۰۱۶) با عنوان «اثربخشی امید درمانی بر کیفیت زندگی در بیماران وابسته به دارو تحت درمان با متادون» نشان داد که امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و کاهش نشانه‌های افسردگی در بیماران مصرف‌کننده متادون مؤثر بوده است. پژوهش لطفی کاشانی و همکاران (۲۰۱۴) با عنوان «اثربخشی ایجاد امید در بیماران زن مبتلا به سرطان سینه»، بیانگر اثربخشی امید درمانی بر کاهش استرس در زنان مبتلا به سرطان پستان است و افرادی که امیدوارانه می‌اندیشند در رویارویی با تشخیص درمان سرطان، نشانه کم‌تر و تطابق بیشتری از خود نشان می‌دهند.

بنابراین با بررسی رابطه حمایت اجتماعی با تاب‌آوری، رابطه حمایت اجتماعی با امید به زندگی و امید به زندگی با تاب‌آوری، این فرضیه شکل می‌گیرد که احتمالاً حمایت اجتماعی از طریق امید به زندگی، بر تاب‌آوری بیماران کرونایی اثر می‌گذارد؛ از این رو، لازم است که امید به زندگی به عنوان یک متغیر واسطه‌ای مطالعه شود و با توجه به وضعیت شیوع کرونا در جهان، لازم است عواملی که می‌تواند به افراد در هنگام ابتلا به کرونا، کمک‌کننده باشد را بررسی کنیم.

بررسی پیشینه پژوهشی نشان داد تاکنون رابطه حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با نقش واسطه‌ای امید به زندگی در بیماران مبتلا به کرونا آزمون نشده است؛ از این رو، پژوهش حاضر با همین هدف در پی پاسخ به پرسش‌های زیر است:

آیا بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در بیماران کرونایی ارتباطی وجود دارد؟

آیا بین حمایت اجتماعی و امید به زندگی در بیماران کرونایی ارتباطی وجود دارد؟
آیا بین امید به زندگی و تاب‌آوری در بیماران کرونایی ارتباطی وجود دارد؟
آیا بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با نقش واسطه‌ای امید به زندگی در بیماران کرونایی
ارتباطی وجود دارد؟

روش پژوهش

این تحقیق قصد دارد رابطه حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با واسطه امید به زندگی را در بیماران مبتلا به ویروس کرونا را بررسی کند؛ بنابراین، این پژوهش از نظر هدف، جزء تحقیقات کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی-همبستگی است و برای گردآوری اطلاعات از روش میدانی استفاده شده است.

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل همه زنان و مردان بالای ۱۸ سال ایرانی است که به بیماری کرونا مبتلا شده و سلامتی خود را باز یافته‌اند. از جامعه یاد شده و براساس قاعده تاباچنیک و فیدل^۱ (۲۰۱۳)، ۱۴۲ نفر برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌های تحقیق به صورت گلوله برفی انتخاب شده‌اند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از سه پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس (۱۹۸۶)، تاب‌آوری کانرو و دیویدسون (۲۰۰۳) و امید به زندگی اسنایدر (۱۹۹۱) استفاده شده است.

- پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس (SS-A):^۲ توسط واکس، فیلیپس، هالی، تامپسون، ویلیامز و استوارت در سال ۱۹۸۶ بر مبنای تعریف کوب^۳ از حمایت اجتماعی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۳ ماده است که پاسخ‌ها، در مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند؛ بدین صورت که: به «بسیار کم» نمره ۱، «کم» نمره ۲، «زیاد» نمره ۳ و «بسیار زیاد» نمره ۴ اختصاص می‌یابد. هرچه نمره فرد در این آزمون بالاتر باشد، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی فرد بیشتر است. این پرسشنامه نشان می‌دهد که یک فرد تا

1. Tabachnick & fidell.
2. The Social Support Appraisals (SS-A).
3. Coob.

چه حدی باور دارد که مورد علاقه و احترام دیگران است و تا چه حد با فامیل، دوستان و دیگران در ارتباط می‌باشد (الان، ۱۹۸۶). این پرسشنامه سه حیطه خانواده، دوستان و سایرین را دربرمی‌گیرد. خرده‌مقیاس خانواده دارای ۸ ماده و خرده‌مقیاس دوستان دارای ۷ ماده و خرده‌مقیاس سایرین دارای ۸ ماده است. پایایی ابزار این آزمون در مطالعه ابراهیمی قوام (۱۳۷۱) بر روی ۱۰۰ دانشجو و ۲۰۰ دانش‌آموز اجرا شد. پایایی آزمون در نمونه دانشجویی در کل مقیاس ۰/۹۰ و در نمونه دانش‌آموزی ۰/۷۰ و در آزمون مجدد در دانش‌آموزان پس از شش هفته ۰/۸۱ بود. شه‌بخش (۱۳۸۹) ضرایب پایایی این آزمون را در یک گروه ۳۰۰ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی ۰/۶۶ محاسبه کرد (خباز و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۱۲).

- پرسشنامه تاب‌آوری کانرو دیویدسون (CD-RISC):^۱ کانرو دیویدسون در سال ۲۰۰۳ این پرسشنامه را برای سنجش تاب‌آوری افراد به معنای توانایی رویارویی با استرس طراحی کردند که دارای ۲۵ گویه است و به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هیچ‌گاه تا همیشه (صفر تا چهار) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین، دامنه نمرات بین صفر تا ۱۰۰ خواهد بود و نمره‌های بالا در این مقیاس، تاب‌آوری بالا را نشان می‌دهد (اسکندری و همکاران، ۱۳۹۸). در ایران ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون تأیید شده است و میزان همسانی درونی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن (r=۰/۷۳) محاسبه شده است (محمدی، ۱۳۸۴). کیهانی و همکاران (۱۳۹۳) نیز مقدار آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی اسپیرمن- براون این پرسشنامه را به ترتیب برابر با ۰/۶۶ و ۰/۶۶ ذکر نموده‌اند (رزاقی و همکاران، ۱۳۹۸: ۸۹).

- پرسشنامه امید به زندگی اسنایدر (SHS):^۲ پرسشنامه امیدواری که توسط اسنایدر^۳ و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای سنجش امید به زندگی بزرگسالان بالای ۱۵ سال ساخته شد. دارای ۱۲ عبارت است که به صورت خودسنجی اجرا می‌شود و شامل دو خرده‌مقیاس تفکر عاملی و تفکر راهبردی است که ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ عبارت انحرافی است. شیوه نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم با نمره ۱ تا کاملاً موافقم با نمره ۴) است؛ بنابراین، دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۴۸ خواهد بود (تناگوی محررو همکاران، ۱۳۹۵). تحقیقات بسیاری از پایایی و اعتبار این پرسشنامه به عنوان مقیاس اندازه‌گیری امیدواری حمایت می‌کنند. همسانی درونی کل آزمون

1. Connor-Davidson Resilience Scale.

2. Snyder's Hope Scale.

3. Snyder.

۷۴/۰ تا ۸۴/۰ است و پایایی بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته از این میزان نیز بالاتر است. همسانی درونی زیرمقیاس عاملی ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و و زیرمقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است (صادقی و همکاران، ۱۳۹۵). در ایران نیز کرمانی و همکاران (۱۳۹۰) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و با روش بازآزمایی ۰/۸۱ گزارش کردند (بی‌کس یکانی، ۱۳۹۹). افزون بر آن داده‌های زیادی در مورد اعتبار هم‌زمان پرسشنامه امید و مواردی که می‌تواند پیش‌بینی کند، وجود دارد. برای مثال، این پرسشنامه با پرسشنامه‌های خوش‌بینی انتظار دستیابی به هدف و عزت نفس همبستگی ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ دارد (اسنایدر، ۲۰۰۰). همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه امیدواری یک برابر با ۰/۵۱- و با پرسشنامه افسردگی یک برابر با ۰/۴۲- است که نشان‌دهنده اعتبار این پرسشنامه است (صادقی و همکاران، ۱۳۹۵).

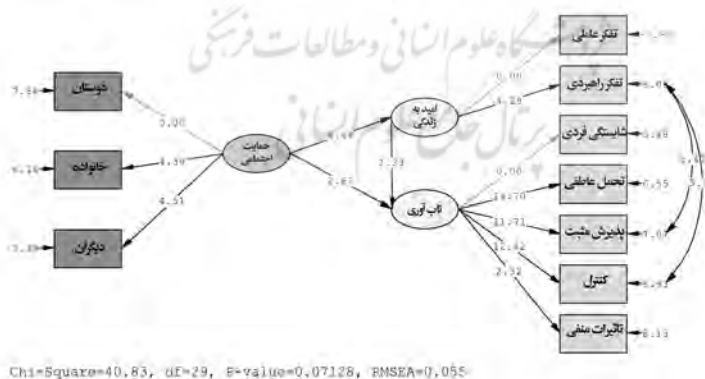
یافته‌ها

۹۹ نفر (۷۰ درصد) پاسخ‌گویان مرد و ۴۳ نفر (۳۰ درصد) زن بوده‌اند. ۷۹/۶ درصد پاسخ‌گویان متأهل بوده و ۲۰/۴ درصد مجرد بوده‌اند. ۱۸/۲ درصد پاسخ‌گویان دارای تحصیلات دیپلم، تحصیلات ۳۷/۱ درصد پاسخ‌گویان در حد کارشناسی، تحصیلات ۳۱/۹ درصد در حد کارشناسی ارشد و ۱۲/۸ درصد نیز دارای تحصیلات دکتری بوده‌اند. میانگین سن پاسخ‌گویان ۱۵/۴۱ سال با انحراف معیار ۴۸/۱۰ بوده است. ۱۰/۲ درصد پاسخ‌گویان کمتر از ۲۰ سال داشته‌اند. ۱۰/۸ درصد پاسخ‌گویان در بازه سنی ۲۰ تا ۲۵ سالگی بوده‌اند. ۱۸/۳ درصد نیز بین ۲۵ تا ۳۰ ساله بوده‌اند. ۹/۳ درصد پاسخ‌گویان در بازه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال بوده‌اند. سن ۱۵/۳ درصد پاسخ‌گویان بین ۳۵ تا ۴۰ سال بوده است. ۱۵/۳ درصد نیز در بازه ۴۰ تا ۴۵ سالگی قرار داشته‌اند. ۲۰/۸ درصد نیز بیشتر از ۴۵ سال داشته‌اند. ۴۷/۲ درصد پاسخ‌گویان در حد خفیفی به بیماری کرونا مبتلا شده‌اند. ۴۱/۸ درصد نیز میزان درگیری خود با بیماری را در حد متوسط توصیف کرده‌اند. ۱۰/۱ درصد نیز به صورت شدیدی با بیماری مواجه شده‌اند. ۹۵ درصد بیماران با قرنطینه خانگی بهبود یافته‌اند اما ۵ درصد برای بهبودی در بیمارستان بستری شده‌اند. به منظور بررسی فرضیه‌های تحقیق ابتدا همبستگی‌های پیرسون بین متغیرهای تحقیق بررسی شده است که نتایج در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آمارهای توصیفی و همبستگی متغیرهای تحقیق و زیرمقیاس‌های آن

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
دوستان	۲۱/۰	۳/۵۹	۱											
تفکرعاملی	۱۲/۶	۱/۸۵	۰/۲۶**	۱										
تفکرراهبردی	۱۳/۳	۱/۶۵	۰/۱۳*	۰/۱۶*	۱									
امید به زندگی	۲۵/۹	۳/۱۴	۰/۲۲**	۰/۹۰**	۰/۸۸**	۱								
خانواده	۲۴/۸	۴/۳۴	۰/۲۶**	۰/۵۵**	۰/۳۵**	۰/۵۱**	۱							
دیگران	۲۴/۲	۳/۵۶	۰/۴۰**	۰/۵۴**	۰/۲۶**	۰/۴۵**	۰/۴۹**	۱						
حمایت اجتماعی	۶۹/۹	۸/۸۵	۰/۷۰**	۰/۵۹**	۰/۳۳**	۰/۵۲**	۰/۷۹**	۰/۸۰**	۱					
تصور از شایستگی فردی	۲۲/۲	۵/۴۶	۰/۱۱	۰/۵۴**	۰/۳۷**	۰/۵۱**	۰/۳۶**	۰/۳۶**	۰/۳۷**	۱				
تحمل عاطفه منفی	۱۷/۴	۴/۰۵	۰/۰۹	۰/۴۹**	۰/۳۳**	۰/۴۶**	۰/۲۸**	۰/۳۴**	۰/۷۹**	۰/۳۴**	۱			
پذیرش مثبت	۱۵/۰	۳/۲۴	۰/۱۴	۰/۵۷**	۰/۴۷**	۰/۵۵**	۰/۴۶**	۰/۴۶**	۰/۷۴**	۰/۴۵**	۰/۶۹**	۱		
کنترل	۸/۳	۲/۴۶	۰/۱۴	۰/۵۶**	۰/۴۰**	۰/۵۴**	۰/۳۳**	۰/۳۶**	۰/۷۳**	۰/۳۶**	۰/۶۴**	۰/۷۳**	۱	
تأثیرات منفی	۶/۷	۱/۶۶	۰/۰۱	۰/۱۸*	۰/۱۷*	۰/۲۰*	۰/۱۴	۰/۱۶	۰/۱۰	۰/۰۲	۰/۱۴	۰/۲۳**	۰/۲۳**	۱
تاب‌آوری	۶۹/۷	۱۳/۹۹	۰/۱۳	۰/۶۰**	۰/۴۳**	۰/۵۸**	۰/۴۳**	۰/۴۰**	۰/۴۳**	۰/۹۳**	۰/۸۷**	۰/۸۷**	۰/۸۴**	۰/۲۴**

میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق به همراه ضریب همبستگی بین متغیرهای تحقیق در جدول ۱ ارائه شده است. همبستگی بین همه متغیرهای تحقیق مثبت و معنادار است؛ بنابراین، می‌توان از داده‌های تحقیق به منظور بررسی رابطه میان حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با واسطه امید به زندگی استفاده کرد. برای بررسی نقش میانجی امید به زندگی در رابطه میان حمایت اجتماعی و تاب‌آوری از تحلیل مسیر استفاده شده است که نتایج آن در نمودار ۱ و جدول ۲ ارائه شده است.



نمودار ۱: نمودار مسیر پیش‌بینی تاب‌آوری با استفاده از حمایت اجتماعی با واسطه امید به زندگی

شاخص‌های برازش مدل یادشده به صورت زیر است.

$$\frac{x^2}{df} = 1/41 \text{ و } RMSEA = 0/055, CFI = 0/99, IFI = 0/99, NNFI = 0/98, NFI = 0/96$$

شاخص‌های یادشده نشان می‌دهد مدل از برازش مناسب برخوردار بوده و می‌توان از مدل یادشده برای پیش‌بینی تاب‌آوری با استفاده از حمایت اجتماعی با واسطه امید به زندگی استفاده کرد. نمودار ۱ مسیر پیش‌بینی تاب‌آوری با استفاده از حمایت اجتماعی با واسطه امید به زندگی در حالت مقادیر t را نشان می‌دهد. جدول شماره ۲ ضرایب مسیر و اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای تحقیق را نشان می‌دهد.

جدول ۲: مسیرهای آزمون شده در نمودار مسیر

R ²	اثر کل		اثر غیرمستقیم		اثر مستقیم		متغیر برون‌زا	متغیر درون‌زا
	t	ضریب استاندارد	t	ضریب استاندارد	t	ضریب استاندارد		
0/34	2/33	0/26	-	-	2/33	0/26	امید به زندگی	تاب‌آوری
	3/79	0/55	2/05	0/16	3/79	0/39	حمایت اجتماعی	
0/38	4/48	0/62	-	-	4/48	0/62	حمایت اجتماعی	امید به زندگی

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود حمایت اجتماعی بر امید به زندگی تنها اثر مستقیم دارد که اثرباشده نیز مثبت و معنادار است. حمایت اجتماعی، ۳۸ درصد واریانس امید به زندگی را تبیین می‌کنند.

امید به زندگی بر تاب‌آوری تنها اثر مستقیم دارد که این اثر مثبت و معنادار است. اثر مستقیم و غیرمستقیم حمایت اجتماعی بر تاب‌آوری نیز مثبت و معنادار است. همچنین ۳۴ درصد واریانس تاب‌آوری از سوی امید به زندگی و حمایت اجتماعی تبیین می‌شود.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه میان حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با نقش واسطه‌ای امید به زندگی در بیماران کرونایی انجام شد. برای دستیابی به این هدف و زمینه‌سازی برای تبیین آن لازم است رابطه زوجی سه متغیر، بررسی شود.

در پاسخ به پرسش نخست پژوهش، نتایج پژوهش نشان داد میان حمایت اجتماعی و تاب‌آوری رابطه مثبت معنادار وجود دارد (0/40)، یعنی هرچه حمایت اجتماعی در بیماران کرونایی بالاتر برود، تاب‌آوری آنها هم بالاتر خواهد رفت. این یافته با نتایج پژوهش‌های

اسکندری و همکاران (۱۳۹۸)، حسینی فرو همکاران (۱۳۹۸)، کهکی و همکاران (۱۳۹۵)، قاسمی و آریاپوران (۱۳۹۰)، خباز و همکاران (۱۳۹۰)، چانگ و یارنال (۲۰۱۸)، کانگ و همکاران (۲۰۱۸)، وو^۱ و همکاران (۲۰۱۸)، هس و گرایون^۲ (۲۰۰۹) و براون^۳ (۲۰۰۸) همسواست که نشان‌دهنده اعتبار نتایج پژوهش حاضر است. همچنین بین دو مورد از مؤلفه‌های حمایت اجتماعی از جمله خانواده (۵/۲۶) و دیگران (۵/۴۰) با تاب‌آوری رابطه وجود دارد و ارتباط مؤلفه سوم حمایت اجتماعی یعنی دوستان با تاب‌آوری معنا دار نشد (جدول ۱).

حمایت اجتماعی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های تاب‌آوری می‌باشد. باررا، سندلرو رمسی (۱۹۸۱) اذعان کردند که انواع حمایتی که دوستان و خانواده و دیگران ارائه می‌دهند شامل راهنمایی و بازخورد (مثال اندرز و آموزش)، حمایت غیرمستقیم (مثال اعتماد و صمیمیت)، تعاملات اجتماعی مثبت (مثال گذراندن وقت با دوستان و خانواده) و مساعدت عینی و مشخص (مثال سرپناه و پول) است (سعادت‌طلب و جعفری، ۱۳۹۹). نظریه پردازان این حوزه، بر این باورند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی ادراک شده محسوب نمی‌شود، مگر اینکه فرد آنها را به عنوان یک منبع در دسترس و مناسب برای رفع نیازهایش ارزیابی کند. تبیین احتمالی در این رابطه این است که حمایت اجتماعی ممکن است به عنوان سپری در برابر فشار روانی عمل کند و با ایجاد دانش و اطمینان از اینکه شخص می‌تواند هنگام فشار روانی به شبکه اجتماعی پناه ببرد، این امکان را به فرد می‌دهد تا وقایع زندگی را کمتر تهدیدکننده، ارزیابی کند و از این راه اثرات زیان‌بخش فشارها را کاهش دهد. همچنین با تقویت شناخت افراد سبب کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا، بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری افراد می‌شود (هیرادآسا و ابوالمعالی، ۱۳۹۶).

از دستورات دین اسلام ارتباط با خویشاوندان است که همان «صله‌رحم» نام دارد. با صله‌رحم، افراد حمایت اجتماعی‌ای که به آن نیاز دارند، دریافت می‌کنند. البته در شرایط کنونی که ویروس کرونا همه دنیا را فراگرفته است، صله‌رحم به معنای دید و بازدید و شب‌نشینی‌ها نیست، بلکه بدین معناست که بدانیم کسی را داریم که به فکر ما هست و توجه لازم در زمان سختی و بیماری را به ما دارد. در واقع در منابع دینی صله‌رحم زمینه‌ساز دستیابی به بهنجاری در تمام امور معرفی شده است.^۴

1. Wu.

2. Hass & Grayon.

3. Brown.

۴. «تباؤوا و تواصلوا... و تعطون العافیه فی جمیع امورکم» (مجلسی، بحارالانوار، ج ۷۴، باب ۱۷، ح ۱۰).

در شرایط کرونا تعاملات اجتماعی و رفت و آمدها مثل شرایط عادی زندگی قابل اجرا نیست و از این جهت حمایت اجتماعی نمی‌تواند کمکی بکند؛ بلکه باید با فاصله‌گذاری اجتماعی و رعایت پروتکل‌ها جهت حفظ سلامتی خود و خویشاوندان و دوستان و افراد جامعه تلاش کنیم. البته در دنیای امروز به لطف حضور فضای مجازی، می‌توانیم با عزیزانمان در ارتباط باشیم و نیازهای عاطفی، هم‌کلامی و صحبت‌های دوستانه را رفع کنیم و به یکدیگر یادآور شویم که این شرایط هم گذراست و دل‌تنگی و خستگی از این شرایط برای همه افراد یکسان است و با راهنمایی یکدیگر از رفتارهای پرخطر (مانند رفت و آمدهای غیرضروری در سطح شهر و رعایت نکردن نکات بهداشتی) جهت دور کردن بیماری و جلوگیری از شیوع گسترده‌تر بیماری کرونا تلاش کنیم. همچنین یکدیگر را به صبر و تاب‌آوری دعوت کنیم؛ از مهم‌ترین کارکردهای صله‌رحم، تأمین نیازهای روان‌شناختی و سلامت اجتماعی اعضای خانواده است که عبارت‌اند از: تسهیل‌کننده فرایند جامعه‌پذیری، ارضای نیاز تعلق به گروه (خانواده گسترده)، ارضای نیاز ابراز خود، رعایت هنجارها، حمایت اجتماعی خویشاوندان، تأمین نیاز به محبت، دستیابی به آرامش روانی و امنیت خاطر، افزایش تعامل عاطفی و محرومیت‌زدایی (صفورایی پاریزی، ۱۳۹۹)؛ بنابراین، حمایت اجتماعی می‌تواند با بهبود و توسعه مکانیسم‌های سازگاری و تطابق روان‌شناختی، مقاومت افراد در برابر اثرات منفی عوامل فشارزا مانند بیماری را افزایش دهد و به این وسیله تاب‌آوری فرد، بیش از پیش حفاظت شده و بهبود می‌یابد و به فرد کمک می‌کند که در شرایط استرس‌زا احساس امنیت، آرامش و تعلق خاطر کند (سعادت‌طلب و جعفری، ۱۳۹۹).

موضوع مهم دیگری که در این فرضیه پژوهش مطرح می‌شود، ارتباط خانواده و دیگران به‌عنوان خرده‌مؤلفه‌های حمایت اجتماعی با تاب‌آوری است که مثبت و معنادار شد. در زمان بیماری کرونا، خانواده به کمک فرد می‌آید. در واقع خانواده نقش مراقبت‌کننده جسمی و روحیه‌دهنده برای رویارویی با بیماری و برگشت به زندگی عادی را ایفا می‌کند. در مورد نقش حمایت‌کننده دیگران (به غیر از خانواده) از بیماران کرونایی، می‌توان به نقش فضای عمومی جامعه برای رویارویی با بیماری، اثرات صداوسیما در آگاه‌سازی مردم و بیماران (راه‌های پیشگیری از بیماری، کمک به شناسایی ابتلا به بیماری در فرد با مطرح کردن علائم احتمالی، روش‌های کاهش عوارض بیماری مبتلایان، ایجاد آگاهی از روند بیماری کرونا، گونه‌های مختلف شایع شده کرونا بین مردم و دعوت مردم به حفظ آرامش خود در

زمان بیماری)، بخش‌های درمان (مانند فداکاری‌های پرستاران و پزشکان در این شرایط سخت)، تلاش‌های مسئولین کشور برای تأمین دارو و تجهیزات مورد نیاز بیماران کرونایی (برپایی بیمارستان‌های صحرائی، اختصاص حداکثری بیمارستان‌های کشور برای بیماران کرونایی، تأمین دستگاه اکسیژن‌ساز مازاد بر بیمارستان‌ها، ماسک و ضد عفونی‌کننده‌ها) و فعالیت گروه‌های جهادی (برای توزیع ضد عفونی‌کننده‌ها بین مردم و رفع نیاز مبرم همه افراد جامعه به آن، توزیع مواد غذایی و دارویی بین افراد بیمار نیازمند و بیماران کرونایی که امکان خروج از منزل را نداشتند، پاکسازی معابر شهرها با انواع روش‌ها از بیماری کرونا، کمک به کادر درمان کشور برای مراقبت از بیماران به خاطر کمبود پرستار و...) اشاره کرد. همه عوامل یادشده موجب افزایش تاب‌آوری افراد به‌ویژه بیماران کرونایی در این شرایط جامعه می‌شود.

در پاسخ به پرسش دوم پژوهش می‌توان گفت بین حمایت اجتماعی و امید به زندگی در بیماران کرونایی رابطه مثبت معنادار وجود دارد (۵۲/۰). یعنی هرچه حمایت اجتماعی در بیماران کرونایی بالاتر بود، امید به زندگی آنها هم بالاتر خواهد رفت. بین تمام مؤلفه‌های حمایت اجتماعی از جمله خانواده (۵۱/۰)، دوستان (۲۲/۰) و دیگران (۴۵/۰) با امید به زندگی رابطه وجود دارد (جدول ۱). همچنین حمایت اجتماعی، ۳۸ درصد واریانس امید به زندگی را تبیین می‌کنند (جدول ۲). این یافته با نتایج بی‌کس یکانی (۱۳۹۹)، نجفی و باصری (۱۳۹۶)، صادقی، آزادی‌فرو و زبردست (۱۳۹۵)، علی‌پور، علی‌اکبر دهکردی امینی و هاشمی جشنی (۱۳۹۵)، ثناگوی محرر و همکاران (۱۳۹۵)، یانگ^۱ و همکاران (۲۰۱۶) و وان لیون^۲ و همکاران (۲۰۱۰) همسواست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردارند، بهتر قادر خواهند بود با رخداد‌های تنش‌زای زندگی سازگار شوند و کیفیت زندگی بیشتری را تجربه می‌کنند. افراد دارای حمایت اجتماعی بالا در زمان تجربه حاد ناگوار مانند بیماری، در برابر سختی‌ها کمتر آسیب می‌بینند (شاکری‌نیا، ۱۳۹۱). حمایت اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا شناخته شده است و تحمل مشکلات را برای افراد آسان می‌کند و نقش یک پیش‌بینی‌کننده را برای احساس ذهنی بهزیستی در فرد ایفا می‌کند (عسگری و شرف‌الدین، ۱۳۸۹). احساس حمایت موجب

1. Yang.
2. Van Leuven.

خلق تصور مثبت از خود، امیدواری، احساس عشق و رضامندی می‌شود و اضطراب را کاهش می‌دهد و به فرد فرصت خودشکوفایی و رشد می‌دهد. افراد خوش بین و امیدوار، هنگام بروز موقعیت‌های مشکل‌زا از مقابله مسئله‌مدار استفاده می‌کنند، به جستجوی حمایت اجتماعی برمی‌آیند و در ضمن، بر جنبه‌های مثبت رویدادهای منفی، تأکید و تمرکز می‌کنند؛ بنابراین، حمایت اجتماعی بر امیدواری از دوروش تأثیرگذار است: نخستین روش تأثیر عمومی حمایت اجتماعی بر امیدواری است که از این راه بدون در نظر گرفتن میزان پریشانی تجربه شده و تنها با درک منابع حمایتی از جانب فرد، بر امیدواری فرد تأثیر می‌گذارد و روش دوم شامل تأثیر غیرمستقیم است که از افراد در برابر تأثیرات منفی در شرایط سخت و استرس‌زا (مانند زمان بیماری به ویژه کرونا) محافظت می‌کند (علیزاده اقدام، ۱۳۹۱). افراد با امیدواری بالا می‌توانند روش‌های دستیابی بیشتر و متنوع‌تری را برای اهداف خود (رفع سریع‌تر بیماری، بازیابی مجدد سلامتی بعد از بیماری و برگشت به زندگی عادی) ایجاد کنند و به‌طور مؤثری برای رسیدن به پایان برانگیخته شوند، سطوح کمتری از افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند و هنگام تعاملات اجتماعی، حمایت اجتماعی بیشتر و قوی‌تری از دیگران دریافت می‌کنند و در نهایت امید سبب بالا رفتن نشاط، انعطاف‌پذیری، توانایی رویارویی با سختی‌ها و گشودگی نسبت به فرصت‌های جدید می‌شود (صادقی و همکاران، ۱۳۹۵).

در پاسخ به پرسش سوم پژوهش می‌توان گفت بین امید به زندگی و تاب‌آوری در بیماران کرونایی رابطه مثبت معنادار وجود دارد (۵۸/۰). یعنی هرچه امید به زندگی در بیماران کرونایی بالاتر بود، تاب‌آوری آنها هم بالاتر خواهد رفت. همچنین بین تمام مؤلفه‌های امید به زندگی از جمله تفکر عاملی (۶۰/۰) و تفکر راهبردی (۴۳/۰) با تاب‌آوری رابطه وجود دارد (جدول ۱). این یافته با نتایج ضیغمی محمدی و هاشمی (۱۳۹۹)، دهقانی و خدابخش (۱۳۹۶)، باقری و انتصار (۱۳۹۵)، رزمی و همکاران (۱۳۹۵)، کمالی (۱۳۹۱) و ستوده اصل، ثابت و بیگدلی (۲۰۱۶) همسو است. امید، منشأ هر پویایی و پیشرفتی در زندگی انسان است، زیرا اگر کسی امید به چیزی داشته باشد، زمینه‌های دستیابی آن هدف را برای خود مهیا می‌کند. امید، انسان‌ها را در رسیدن به هدف خود یاری می‌کند (علیزاده اقدام، ۱۳۹۱). امید به ما انعطاف‌پذیری، نشاط، توانایی خلاصی از ضرباتی که زندگی بر ما تحمیل می‌کند را می‌دهد؛ امید سبب افزایش رضایت از زندگی، تحمل سختی‌ها (مانند بیماری) و تاب‌آوری می‌شود (عسگری و شرف‌الدین، ۱۳۸۹). اسنایدر

(۲۰۰۰) امید را به عنوان حالت انگیزشی مثبتی می‌داند که بر احساس موفقیت، به عنوان عامل فعال (انرژی و هدف‌گرایی) و مسیر (برنامه‌ریزی رسیدن به هدف) عمل می‌کند. امید، ادراک افراد را در رابطه با توانایی‌های گسترش راهبردها در جهت رسیدن به هدف و حفظ انگیزتگی تا رسیدن به هدف نشان می‌دهد (استنایدرو لویز، ۲۰۰۷). امیدواری می‌تواند در فرد یا گروه انرژی ایجاد کند به همین دلیل افرادی که امیدوار هستند، بهتر از سایر افراد قادر به مراقبت از خویش هستند (هایندز، ۲۰۰۴). در واقع بیمار کرونایی با امید به زندگی، انرژی و انگیزه لازم برای رویارویی با بیماری و برگشت به سلامتی و زندگی عادی را پیدا می‌کند و برای رسیدن به آن، روش‌های مختلفی را به کار می‌گیرد.

به اعتقاد روان‌شناسان مثبت‌نگر، امید سبب استفاده کردن از تمام ظرفیت‌های مثبت ذهنی نشاط‌انگیز در زندگی برای تسلیم نشدن در برابر عوامل منفی ساخته ذهن می‌شود. از نظر جهان‌بینی توحیدی، امید، تحفه الهی است که چرخ زندگی را به گردش درمی‌آورد و موتور تلاش و انگیزه را پرشتاب می‌سازد. در قرآن کریم زیربنای امید در ارتباط با خداوند متعال تعریف می‌شود. خداوند کریم می‌فرماید: «از رحمت خدا ناامید نشوید که فقط کافران از رحمت خدا ناامید می‌شوند».^۲ بر اساس کلام امیرالمؤمنین علی علیه السلام: «ستایش ویژه خداوندی است که کسی را از رحمتش مأیوس نمی‌کند و هیچ‌جا و هیچ‌کس از نعمتش خالی نیست، از مغفرت و آمرزش او کسی نومید نمی‌گردد و از پرستش و عبادتش نمی‌توان سرپیچی کرد، همان خدایی که رحمتش دائمی و زوال‌ناپذیر و نعمتش همیشگی و جاودانی است».^۳ بر این اساس، سنگ‌بنای امید در ارتباط با خالق هستی معنا می‌یابد و امید به آینده ریشه در توکل به خدا و نگرش مثبت به خداوند دارد و نتیجه این امید چیزی جز آرامش خاطر و تاب‌آوری نیست؛ زیرا فرد می‌داند سختی‌هایی را که متحمل شده است، خدا می‌بیند و می‌داند و برای او پاداشی در نظر گرفته است. در قرآن آمده است: «قطعاً همه شما را با چیزی از ترس، گرسنگی و کاهش در مال‌ها و جان‌ها و میوه‌ها آزمایش می‌کنیم و بشارت ده به صبرکنندگان! آنها که هرگاه مصیبتی به ایشان می‌رسد، می‌گویند: ما از آن خداییم و به سوی او باز می‌گردیم! اینها، همان‌ها هستند که الطاف و رحمت خدا شامل حال‌شان شده و آنها هدایت‌یافتگان

1. Hinds.

۲. «وَلَا تَيْأَسُوا مِنْ رُوحِ اللَّهِ إِنَّهُ لَا يَيْأَسُ مِنْ رُوحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ» (یوسف: ۸۷).

۳. «الْحَمْدُ لِلَّهِ غَيْرُ مَقْنُوطٍ مِنْ رَحْمَتِهِ، وَلَا مَحْلُوقٌ مِنْ نِعْمَتِهِ وَلَا مَأْيُوسٌ مِنْ مَغْفِرَتِهِ وَلَا مُسْتَنْكَفٌ عَنْ عِبَادَتِهِ، الَّذِي لَا تَنْبِيحُ مِنْهُ رَحْمَةٌ، وَلَا تَقْفُدُ لَهُ نِعْمَةٌ» (نهج البلاغه، خطبه ۴۵).

در پاسخ به پرسش چهارم و آخر پژوهش می‌توان گفت میان حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با نقش واسطه‌ای امید به زندگی در بیماران کرونایی ارتباط مثبت معنادار وجود دارد، یعنی هرچه حمایت اجتماعی از بیماران کرونایی بالاتر بود، امید به زندگی در آنها بالاتر خواهد رفت و در نتیجه چون امید به زندگی بالاتر رفته است، تاب‌آوری بیماران کرونایی هم بالاتر می‌رود. حمایت اجتماعی افزون بر اثر مستقیم بر تاب‌آوری، به صورت غیرمستقیم و از طریق امید به زندگی نیز بر تاب‌آوری اثرگذار است؛ بنابراین، فرضیه تحقیق مبنی بر رابطه حمایت اجتماعی با تاب‌آوری با نقش واسطه‌ای امید به زندگی تأیید گردید. از آنجا که چنین تحقیقی در گذشته یافت نشد، مقایسه نتایج امکان‌پذیر نیست.

همان‌طور که در یافته‌های یادشده گفته شد، میان حمایت اجتماعی و تاب‌آوری بیماران کرونایی رابطه وجود دارد، اما در این بخش می‌خواهیم اثر واسطه‌ای امید به زندگی، بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری را بررسی کنیم.

خویشاوندان هر فردی بهترین حامیان اجتماعی هستند و با حمایت‌های خویش هم می‌توانند زمینه رشد و تحول اعضای خانواده و سلامت اجتماعی آنان را فراهم سازند و با کمک به فرد برای برخورد با شرایط گوناگون و رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی مانند زمان بیماری به‌ویژه ویروس کرونا که در حال حاضر همه جوامع را درگیر خود کرده است، نقش آفرینی کنند.^۲ در شرایط فعلی جامعه که رفت و آمدهای فAMILI و نزدیک با دوستان منع شده است، حمایت اجتماعی اثرات نامطلوب فشار روانی (مانند بیماری و تنهایی) را از پنج روش تعدیل و تضعیف می‌کند: ۱. توجه عاطفی شامل گوش دادن به مشکلات افراد و ابراز احساسات، همدلی، مراقبت، فهم و قوت قلب دادن؛ ۲. یاری‌رسانی یعنی ارائه حمایت و یاری که به رفتار انطباقی می‌انجامد؛ ۳. اطلاعات یعنی ارائه راهنمایی و توصیه جهت افزایش توانایی مقابله‌ای افراد؛ ۴. ارزیابی یعنی ارائه پسخوراند از سوی دیگران در زمینه کیفیت عملکرد که منجر به تصحیح عملکرد می‌شود و ۵. جامعه‌پذیری یعنی دریافت حمایت اجتماعی که معمولاً به واسطه جامعه‌پذیری به وجود می‌آید و در نتیجه اثرات سودمندی به دنبال می‌آورد؛ بنابراین، همین که

۱. بقره: ۱۵۵-۱۵۷.

۲. «كَمْ ذُو رَحْمِكَ وَفَرَحْلَيْمِهِمْ وَاحْلُمٌ عَنِ سَفِيهِهِمْ وَتَيْسَرَ لِمَعْسَرِهِمْ فَانْهَمُ نِعْمَ الْعَدَّةُ فِي الشَّدَةِ وَالرِّخَاءِ» (آمدی، ۱۴۱۰، ج ۲، حدیث ۲۴۵۸).

بیماران کرونایی می‌دانند دوستان و خویشاوندان آنها به فکرشان هستند و در سختی به انواع روش‌ها به کمک آنها خواهند آمد، حمایت ادراک‌شده را دریافت می‌کنند. براساس مبانی روان‌شناسی مثبت‌گرا حمایت اجتماعی، رضایت و خشنودی را به همراه دارد. بدین‌گونه که افراد راضی و خشنود هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و از رویدادهای پیرامون، خود ارزیابی‌های مثبت‌تری دارند که به تطابق بهتر با رویدادها منجر می‌شود. در نتیجه، ارزیابی ذهنی و انتظارات از حمایت، به فرد کمک می‌کند تا باور کند که وی مورد احترام و توجه و عضوی از یک جامعه است (سعادت‌طلب و جعفری، ۱۳۹۹). مانند اینکه بیمار کرونایی تنها نیست و خانواده برای بهبود او تلاش می‌کنند و قرار نیست که از بین برود. وجود محیط حمایت‌کننده به فرد این امکان را می‌دهد که اهدافش را دنبال کنند (مانند رعایت نکات بهداشتی، تلاش برای درمان و بهبودی، برگشت به زندگی عادی) و در نتیجه امید در او ارتقا می‌یابد (هیراد آسا و ابوالعالی، ۱۳۹۶). از نظر بالینی، امید عاملی است که دارای ارزش درمانی در حیطه رویارویی با دردهای مزمن و یا رویدادهای تهدیدکننده زندگی مانند بیماری‌ها می‌باشد. امید فرایند مقابله را تسهیل می‌کند و موجب بهبود درمان می‌شود. براساس پژوهش‌های انجام‌شده، سطوح بالای امید به زندگی رابطه مستقیمی با سلامت جسمی و روان‌شناختی (خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی فوق‌العاده) دارد (نجفی و باصری، ۱۳۹۶).

امید به معنای داشتن هدف و تلاش برای رسیدن به هدف مورد نظر است. داشتن هدف و ارزشمندی آن (زندگی اخروی)، مشخص بودن هدف (رضایت خداوند)، اشتیاق رسیدن به هدف (دستیابی به پاداش‌های دنیوی و اخروی) از پایه‌های روان‌شناختی صبر و تاب‌آوری هستند که در کلام الهی هم به آن اشاره شده است. «و کسانی که برای طلب خشنودی پروردگارشان شکیبایی کردند و نماز برپا داشتند و از آنچه روزی‌شان دادیم پنهان و آشکارا انفاق کردند و بدی را با نیکی می‌زدانند ایشان راست فرجام خوش‌سرای باقی»^۱ (عباسی و محسنی مری، ۱۳۹۸).

تاب‌آوری شامل مؤلفه‌های امید و میل به غلبه کردن بر مشکلات، کسب حمایت اجتماعی، معنایابی، هدف‌گزینی و راهبردهای مشکل‌گشایی است؛ بنابراین، داشتن این ویژگی‌ها می‌تواند فرد را در برابر بحران‌هایی همچون بیماری کرونا که استرس زیادی در اکثریت افراد جامعه ایجاد کرده است، ایمن سازد. زیرا براساس رویکرد تاب‌آوری مشخص شده

۱. «وَالَّذِينَ صَبَرُوا ابْتِغَاءَ وَجْهِ رَبِّهِمْ وَأَقَامُوا الصَّلَاةَ وَأَنفَقُوا مِمَّا رَزَقْنَاهُمْ سِرًّا وَعَلَانِيَةً وَيَدْرُءُونَ بِالْحَسَنَةِ السَّيِّئَةِ أُولَئِكَ لَهُمْ عُقْبَى الدَّارِ» (رعد: ۲۲).

است همه افراد حتی در صورت رویارویی با ناملایمات شدید و استرس مزمن، پیامدهایی منفی از خود بروز نمی‌دهند. چراکه این‌گونه افراد تاب‌آور تلقی می‌شوند. به این دلیل که افراد دارای تاب‌آوری نسبت به افراد فاقد تاب‌آوری، رویدادهای منفی را به صورت انعطاف پذیرتر و واقع‌بینانه‌تر در نظر می‌گیرند و مشکلات را اغلب موقتی و محدود می‌دانند (سعادت طلب و جعفری، ۱۳۹۹). هنگامی که فردی امید دارد، زندگی برای او بی‌معنا نیست و همین موجب تحمل سختی و توجه به نکات مثبت در مسیر سختی‌ها می‌شود. از بنیادی‌ترین عوامل ناامیدی؛ باور و ایمان نداشتن به توحید است. انسانی که اعتقاد به توحید ندارد، تنها چشم امیدش به عوامل و اسباب ظاهری دنیوی است و با از بین رفتن این اسباب، امید خود را به‌طور کامل از دست می‌دهد. آیه قرآن می‌فرماید: «هیچ‌کس با وفاتراز خدای متعال نیست»،^۱ در وعده‌ای که می‌دهد خدای متعال وعده کرده و به آن عمل خواهد کرد. (هوشیاری و ایمانیان، ۱۳۹۹). اعتقاد به مدیریت و حکمت خداوند در اداره عالم هستی باعث می‌شود تعریف فرد از رویدادها و مشکلات، تعریفی مثبت، منطقی و عقلانی باشد. براساس نگرش مثبت به خداوند مشکلات و رویدادها، پشتوانه‌ای حکیمانه دارند و معلول علت‌هایی منطقی و مثبت مانند امتحان برای رشد انسان در مسیر زندگی هستند. امام علی علیه السلام می‌فرماید: «خداوند همواره بندگان خود را به انواع شداید روبه‌رو می‌کند و اقسام کوشش‌ها و مجاهدت‌ها را پیش پای آنها می‌گذارد، تکالیفی گوناگون برخلاف طبع آسایش طلب آنها بر آنها مقرر می‌دارد تا غرور و تکبر از دلشان بیرون رود، نفوس شان به عبودیت خدا رام گردد و این وسیله‌ای است برای اینکه درهای فضل و رحمت پروردگار به روی آنها گشوده شود».^۲ مراد خداوند متعال از این امتحانات، از قوه به فعل آوردن و تکمیل است که به وسیله بلاها و شداید امتحان، خداوند هر کسی را به کمالی که لایق آن است می‌رساند (همان).

پس با ایمان به خداوند و یقین به وفای عهد پروردگار، امیدواری در انسان شکل می‌گیرد و از آنجایی که بلا و مصیبت لازمه زندگی دنیوی و باعث رشد و شکوفایی استعدادهای افراد است. امام صادق علیه السلام می‌فرماید: «شدیدترین بلاها در بین آفریدگان، نخست به پیامبران و سپس به اوصیا می‌رسد و پس از آن به افرادی که مثل و شبیه‌ترین مردم به آنها هستند می‌رسد.

۱. «وَمَنْ أَوْفَى بِعَهْدِهِ مِنَ اللَّهِ» (توبه: ۱۱۱).

۲. «وَلَكِنَّ اللَّهَ يُحْتَبِرُ عِبَادَهُ بِأَنْوَاعِ الشَّدَائِدِ وَيَعْبُدُهُمْ بِأَنْوَاعِ الْمَجَاهِدِ وَيَبْتَلِيهِمْ بِضُرُوبِ الْمَكَارِهِ، إِخْرَاجاً لِلتَّكْوِينِ مِنْ قُلُوبِهِمْ وَإِسْكَاناً لِلتَّوَكُّلِ فِي نَفْسِهِمْ، وَ لِيَجْعَلَ ذَلِكَ أَبْوَاباً فَتْحاً إِلَىٰ فَضْلِهِ وَأَسْبَاباً دُلَّالاً لِعَفْوِهِ» (خطبه ۱۹۲).

مؤمن به مقدار نیکی‌هایش آزموده می‌شود. هر که دینش درست و کارش نیک باشد، بلایش شدیدتر است و...»^۱. پس اگر فرد امید داشته باشد، با دانستن فلسفه بلایا و مصائب، شرح صدر و مهارت صبر و تاب‌آوری نیز راحت‌تر است و کارکرد مطلوب خویش را باز می‌یابد. توجه به فناپذیری و دگرگونی حالات دنیا سبب می‌شود که فرد به دنیا و آنچه مربوط به آن است دلبستگی پیدا نکند و در عین حال بداند که دنیا فراز و نشیب‌های بسیاری دارد و پس از هر شدتی فرجی است؛ بنابراین از سختی‌ها و ناکامی‌های دنیا برآشفته نمی‌شود. این تفسیرهای منطقی باعث می‌شود که در برخورد با چالش‌ها و سختی‌های زندگی تاب‌آوری فرد تقویت شود (همان).

با توجه به یافته‌های پژوهش‌های حاضر و تأیید روابط مستقیم و غیرمستقیم موجود میان متغیرهای پژوهش، می‌توان گفت؛ تقویت حمایت اجتماعی موجب بهبود امید به زندگی بیماران کرونایی می‌شود و ارتقای امید به زندگی باعث افزایش سطح تاب‌آوری بیماران کرونایی می‌گردد. همچنین ۳۴ درصد واریانس تاب‌آوری توسط حمایت اجتماعی و امید به زندگی تبیین پذیر است؛ بنابراین، باید تلاش کنیم حمایت اجتماعی به ویژه حمایت خانواده، دیگران و امید را به روش‌های مختلف در بیماران کرونایی افزایش دهیم تا تاب‌آوری بیماران بالا برود و راحت‌تر بیماری را پشت سر بگذرانند.

منابع

۱. قرآن کریم، ترجمه مکارم شیرازی. (۱۳۸۰)، تحقیق و تصحیح هیئت علمی دارالقرآن الکریم.
۲. نهج البلاغه. (۱۳۹۵)، ترجمه محمد دشتی، قم: جمکران.
۳. ابراهیمی قوام، صغری. (۱۳۷۱). بررسی اعتبار سه مفهوم منبع کنترل، عزت نفس و حمایت اجتماعی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی.
۴. ابن شعبه الحرانی. (۱۳۶۳). تحف العقول. (به تصحیح علی‌اکبر غفاری). قم: مؤسسه نشر اسلامی.
۵. اسکندری، الهام؛ جلالی، ایوب؛ موسوی، مرضیه و اکرمی، ناهید. (۱۳۹۸). پیش‌بینی تاب‌آوری روان‌شناختی براساس حمایت اجتماعی و سبک دلبستگی با میانجیگری خودکارآمدی و معنا در زندگی. روان‌شناسی مثبت، ۵ (۲)، ۱۷-۳۰.
۶. آمدی، عبدالواحد بن محمد. (۱۴۱۰). غررالحکم درالکلم. (مصحح: سید مهدی رجائی). چاپ دوم. قم: دارالکتاب اسلامی.
۷. امیرلو، ایران و نادری، فح (۱۳۹۶)، اثربخشی آموزش معنادرمانی بر تصویر ذهنی از خدا، اضطراب مرگ و دین‌داری در دانش‌آموزان متوسطه دوم شهر اهواز، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۸ (۱)، ۱-۱۱.
۸. امیری، نرگس. (۱۳۹۳). رابطه تاب‌آوری و تعهد سازمانی با عملکرد شغلی کارکنان شهرداری شیراز، مدیریت شهری

۱. «ان فی کتاب علیّ انّ اشدّ الناس بلاء النبیون ثمّ الوصیون ثمّ الامتلّ فالاملّ و انما یبتلی المؤمن علی قدر اعماله الحسنه فمن صخّ دینه و حسن عمله اشدّ بلاءه و ذلک انّ الله عزّ و جلّ لم یجعل الدنیا ثواباً للمؤمن ولا عقوبه لکافر و من سخف دینه و ضعف عمله قلّ بلاءه و انّ البلاء اضرّ الی المؤمن التقی من المظّر الی قزار الأرض» (کلینی، ۱۴۲۹، ج ۲، ص ۲۵۹).

- نوبین، (۷)، ۱-۳۱.
۹. باقری زنجانی اصل منفرد، لیلیا و انتصار فومنی، غلامحسین. (۱۳۹۵). اثربخشی گروهی بر تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شهرستان زنجان. مدیریت ارتقای سلامت، ۵ (۴)، ۵۶-۶۲.
۱۰. باقری، لیلیا؛ پسندیده، عباس و توکلی، محمدرضا. (۱۳۹۸). مفهوم‌سازی امید متعالی و جایگاه نظری آن در روان‌شناسی، نخستین کنگره ایرانی روان‌شناسی مثبت، تهران.
۱۱. بی‌کس یکانی، مهدیه. (۱۳۹۹). تأثیر حمایت اجتماعی بر امید به زندگی در محیط کار با نقش میانجی خودکارآمدی پرستاران در زمان شیوع ویروس کرونا. مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۶ (۲)، ۳۵-۴۸.
۱۲. تقییان، حسن و کشفی، سیده زهرا. (۱۳۹۹). تأثیر نگرش مثبت به خدا در امید به آینده بر پایه سیره علی علیه السلام در نهج البلاغه. جلد اول مجموعه مقالات همایش ملی ظرفیت‌های علوم انسانی برای تحقق بیانیه گام دوم انقلاب اسلامی. قم: جامعه المصطفی العالمیه.
۱۳. ثناگوی محرر، غلامرضا؛ نجابت‌بنجار، الهه؛ میر، فرخنده و حیدری، حمیده. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی با امید به زندگی و اختلالات روانی افراد دارای سوء مصرف مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سازمان بهزیستی شهرستان زاهدان. دومین کنفرانس ملی چاروسوی علوم انسانی، شیراز، اسفند ماه.
۱۴. جمالی، فریبا (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین نگرش‌های مذهبی، احساس معنابخش بودن زندگی و سلامت روان در میان دانشجویان دانشگاه‌های تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء.
۱۵. حاتمی، پریرسا. (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی. دانشگاه علامه طباطبایی. دانشکده علوم اجتماعی.
۱۶. حسن‌نژاد، نادر؛ داداوندخانی، فاطمه؛ احمدی، پریچهر و خانجانی، زینب. (۱۳۹۱). رابطه بین سرسختی و حمایت اجتماعی با سازگاری؛ مطالعه بر روی بیماران مالتیپل اسکلروزیس. دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۱ (۲)، ۴۶۵-۴۷۴.
۱۷. خباز، محمود؛ بهجتی، زهرا و ناصری، محمد. (۱۳۹۰). رابطه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله، با تاب‌آوری در پسران نوجوان. روان‌شناسی کاربردی، ۵ (۴)، ۱۰۸-۱۲۳.
۱۸. خرمایی، فرهاد؛ زارعی، فرشته؛ مهدی‌یار، منصوره و فرمانی، اعظم. (۱۳۹۳). نقش صبر و مؤلفه‌های آن به عنوان فضایل اخلاقی در پیش‌بینی امید دانشجویان ایرانی. اخلاق و تاریخ پزشکی، ۷ (۳)، ۵۹-۶۸.
۱۹. دهقانی، زینب و خدابخشی کولائی، آناهیتا (۱۳۹۶). اثربخشی امید‌درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری زنان معنات. آموزش و سلامت جامعه، ۴ (۱)، ۲۸-۳۴.
۲۰. رزاقی، عیسی؛ حسینی‌فو، جعفر؛ زاد یونس، صیاد؛ معرفت‌جرلو، مینا و بابائی حفظ‌آباد، سعید. (۱۳۹۸). پیش‌بینی تاب‌آوری روان‌شناختی دانش‌آموزان بر اساس سبک‌های دلبستگی و حمایت اجتماعی. رویش روان‌شناسی، ۸ (۷)، ۸۵-۹۶.
۲۱. رزمی، لیلیا؛ بهزادی‌پور، ساره و طهماسبی، صدیقه. (۱۳۹۵). اثربخشی امید‌درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. جراحی ایران، ۲۴ (۳)، ۶۰-۶۸.
۲۲. رسولی، مریم؛ یغمایی، فریده و علوی مجد، حمید. (۱۳۸۹). روان‌سنجی مقیاس امید‌آوری نوجوانان در نوجوانان ساکن مراکز شبانه‌روزی. پایش، ۹ (۲)، ۱۹۷-۲۰۴.
۲۳. زارع بهرام‌آبادی، مهدی. (۱۳۹۳). رابطه ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و تعارض متقابل کار-خانواده با تحلیل با سلامت عمومی در سالمندان مرد مبتلا به دردهای مزمن جسمانی. سالمندان ایران، ۷ (۱)، ۷-۱۵.
۲۴. سعادت‌طلب، آیت و جعفری، مصطفی. (۱۳۹۹). تحلیل نقش نشاط معنوی در رابطه میان سرمایه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی با تاب‌آوری کارکنان در برابر همه‌گیری بیماری کووید ۱۹ در دوران فاصله‌گذاری اجتماعی. پژوهش در سلامت روان شناختی، ۱۴ (۱)، ۱۲۹-۱۱۶.
۲۵. سلیمانی، شهناز و همکاران (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش با رویکرد ساختن‌گرایی شناختی بر یادگیری، یادداری دانش‌آموزان پایه‌ی ششم ابتدایی در درس ریاضی، نشریه علمی پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی، ۷ (۱)، ۲۵-۳۴.
۲۶. شاکری‌نیا، ایرج. (۱۳۹۱). رابطه حمایت اجتماعی و امید‌آوری واسطه‌ای تاب‌آوری روان‌شناختی در رابطه ارزیابی‌های شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی هیجانی و رفتارهای سلامت در نوجوانان. روان‌شناسی سلامت،

۷ (۲)، ۷۵-۱۰۰.

۲۷. شجاعی، محمدصادق (۱۳۸۰)، توکل به خدا راهی به سوی حرمت خود، قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).
۲۸. شکری، امید؛ سیاردوست تبریزی، آرزو. (۱۳۹۷). نقش عاطفی معلمان. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۵ (۱۷)، ۱-۲۱.
۲۹. شکیبایی، طیبه؛ زارعی، اقبال؛ اسمعیلی، معصومه و جاودان، موسی. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر الگوی مشاوره ای اسمای حسنا بر اصلاح تصور زنان متأهل نسبت به خداوند، فصلنامه فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده ۱۲ (۳۹)، ۷-۲۹.
۳۰. صادقی، مسعود؛ آزادی فر، صدیقه و زبردست، فاطمه. (۱۳۹۵). پیش بینی امید به زندگی بر اساس سرسختی روان شناختی و حمایت اجتماعی در دانشجویان. سومین کنفرانس ملی روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی شادگان، ۱۷۸-۱۹۱.
۳۱. صالحی، مبین. (۱۳۹۵). طراحی مداخله امید درمانگری اسلامی و مقایسه تأثیر آن با امید درمانگری اسنایدر بر بهزیستی فاعلی افراد مبتلا به ام اس. پایان نامه دکتری چاپ نشده. پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۳۲. صفورائی پاریزی، محمد مهدی، (۱۳۹۹). سلامت اجتماعی در پرتو عمل به آموزه قرآنی صلح‌رحم، مجموعه مقالات نخستین همایش بین المللی قرآن و سلامت اجتماعی، اصفهان.
۳۳. ضیغمی محمدی، شراره و هاشمی، مریم. (۱۳۹۹). همبستگی بین ناامیدی، تاب‌آوری و تیپ شخصیتی D در بیماران نارسیایی مزمن قلب. علوم پزشکی صدرا، ۸ (۳)، ۲۸۹-۳۰۰.
۳۴. طباطبایی وکیلی، سیدمهدی و قره آقاجی، سعید. (۱۳۸۶). راهنمای عملی پیشگیری مشارکتی مدرسه محور (با تأکید بر سوء مصرف مواد). تهران: انتشارات هنراول.
۳۵. عباسی، سلیمان و محسنی مری، قاسم. (۱۳۹۸). تاب‌آوری در رهیافت گفتمانی قرآن کریم. پژوهش‌های روان‌شناسی اسلامی، ۲ (۲)، ۵۵-۷۵.
۳۶. عسگری، پرویز و شرف‌الدین، هما. (۱۳۸۹). رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان. یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۴ (۱۲)، ۲۵-۳۶.
۳۷. علیپور، احمد؛ علی‌اکبری دهکردی، مهناز؛ امینی، فاطمه و هاشمی جشنی، عبدالله. (۱۳۹۵). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲: نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و امید. پژوهش در سلامت روان شناختی، ۱۰ (۲)، ۵۴-۶۹.
۳۸. علیزاده اقدام، محمد باقر. (۱۳۹۱). بررسی میزان امید به آینده در بین دانشجویان و عوامل مؤثر بر آن. جامعه شناسی کاربردی، ۲۳ (۴)، ۱۸۶-۲۰۶.
۳۹. غلامی، مریم؛ پاشا، غلامرضا و سودانی، منصور (۱۳۸۸) اثربخشی آموزش معنا درمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۱ (۴۲)، ۲۵-۴۵.
۴۰. فیض‌آبادی، نرگس و اویسی، نرجس خاتون (۱۳۹۵) تأثیر الگوی طراحی آموزشی تلفیقی مبتنی بر اصول سازنده گرایانه بر میزان پیشرفت تحصیلی دانش آموزان در درس زیست شناسی، پژوهش در نظام‌های آموزشی، ۱۰ (۳۵)، ۱۸۸-۱۹۹.
۴۱. قاسمی، علیرضا و آریاپوران، سعید. (۱۳۹۰). رابطه حمایت اجتماعی و تجانس فرهنگی با سلامت روان و تاب‌آوری دانشجویان. علوم اجتماعی، ۵ (۱)، ۱۲۵-۱۴۹.
۴۲. قربانعلی‌پور، مسعود و اسماعیلی، علی (۱۳۹۱) تعیین اثربخشی معنادرمانی براضطراب مرگ در سالمندان، نشریه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۳ (۹)، ۵۳-۶۸.
۴۳. کار، آلان. (۱۳۸۵). روان‌شناسی مثبت علم شادمانی و نیروهای انسانی. (ترجمه جعفر نجفی زند)، تهران: انتشارات سخن.
۴۴. کرمانی، زهرا؛ خداپناهی، محمدکریم و حیدری، محمود. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اسنایدن. روان‌شناسی کاربردی، ۵ (۳)، ۷-۲۳.
۴۵. کرمی، مرتضی. فردانش، هاشم. عباسپور، عباس. معلم، مهناز (۱۳۸۸) مقایسه اثربخشی الگوهای طراحی آموزشی سیستمی و سازنده‌گر در آموزش مدیران، نشریه: مدیریت و برنامه ریزی در نظام‌های آموزشی، ۲ (۳)، ۹-۳۰.
۴۶. کلینی، محمد یعقوب (بی تا)، اصول کافی، ترجمه سید جواد مصطفوی، تهران: نشر فرهنگ اهلبیت.
۴۷. کمالی، فروغ. (۱۳۹۱). اثربخشی امیددرمانی در افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به ام اس. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

۴۸. کهکی، فاطمه؛ محسنی، سحر؛ نوری پورلیاوی، رقیه؛ مباشری، فرشته؛ حسینی سرحدی، سیده فاطمه؛ میرشکاری، لیلا و ثناگو، اکرم. (۱۳۹۵). حمایت اجتماعی ادراک شده و خوش بینی در پیش بینی تاب آوری بیماران قلبی و افراد سالم شهر زاهدان. نسیم تندرستی، ۵ (۳)، ۱۴-۲۴.
۴۹. کیهانی، مهناز؛ تقوایی، داود؛ رجبی، ابوالفضل و امیرپور، برزو. (۱۳۹۳). همسانی درونی و تحلیل عاملی تأییدی مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون در دانشجویان دختر پرستاری. فصلنامه آموزش در علوم پزشکی، ۱۴ (۱۰)، ۸۵۷-۸۶۵.
۵۰. لطفی، جواد (۱۳۹۱)، کارکرد تربیتی اسماء حسناى الهی در پایان آیات قرآن کریم (در فرجام آیات) پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد - دانشکده الهیات و معارف اسلامی
۵۱. مامی، شهرام و بیاری، نصرت. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین امید و حمایت اجتماعی ادراک شده با افکار خودکشی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام در سال ۹۳. اولین همایش ملی راهکارهای توسعه و ترویج علوم تربیتی، روان شناسی، مشاوره و آموزش در ایران، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.
۵۲. مجلسی، محمد باقر (۱۹۸۳م)، بحارالانوار، بیروت: مؤسسه الوفاء.
۵۳. محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). عوامل مؤثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان نامه دکتری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۵۴. نجفی، مرضیه و باصری، احمد. (۱۳۹۶). رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خودشکوفایی با امید به زندگی در سالمندان شهر تهران. آموزش و سلامت جامعه، ۴ (۴)، ۵۷-۶۴.
۵۵. هوشیاری، جعفر و ایمانیان، حسین. (۱۳۹۹). عوامل شکل گیری ناامیدی و پیشگیری از آن بر اساس آموزه های اسلامی- روان شناختی. جلد اول مجموعه مقالات همایش ملی ظرفیت های علوم انسانی برای تحقق بیانیه گام دوم انقلاب اسلامی. قم: جامعه المصطفی العالمیه.
۵۶. هیراد آسا، ماهرخ؛ ابوالمعالی، خدیجه. (۱۳۹۶). پیش بینی امید بر اساس خلاقیت هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان آزاد اسلامی رودهن. پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، ۲ (۱۰)، ۸۳-۹۵.
۵۷. وثوقی، منصوره؛ مهدوی، سید محمد صادق و رحمانی خلیلی، احسان. (۱۳۹۳). بررسی تأثیرات جمعی سرمایه اجتماعی، شادابی اجتماعی و حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی. بررسی مسائل اجتماعی در ایران، ۴ (۲): ۲۳۵-۲۶۳.
58. Barrera, m; Sandle, i & Ramsay, t. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies of college students. *Community Psychology*, 9, 435-447
59. Brown, L. (2008). African American Resiliency: Examining Racial Socialization a Social Support as Protective Factors. *Black psychology*, 32 (1): 32-28.
60. Burton, N. W., Pakenham, K. I., & Brown, W. J. (2010). Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the READY program. *Psychology, health & medicine*, 15 (3), 266-277.
61. Chang, P. J., & Yarnal, C (2018). The effect of social support on resilience growth among women in the Red Hat Society. *Positive Psychology*, 13 (1): 92-99.
62. Duggleby, W; Ghosh, S & Dwernychuk, L. (2013). Hope in newly diagnosed cancer patients. *Pain and Symptom Management*; 46 (5): 661-670.
63. Frederickson, B. L. (2009). *Positivity: Ground Breaking Research Reveals How to Embrace the Hidden Strength of Positive Emotions, Overcome Negativity and Thrive*. New York: Grown Publishing.
64. Hass, M., & Graydon, K. (2009). Sources of resiliency among successful foster youth. *Children and youth services review*, 31 (4), 457-463.
65. Hills, P., & Argyle, M. (2001). Happiness, introversion-extraversion and happy introverts. *Personality and individual Differences*, 30 (4), 595-608.
66. Hinds, PS. (2004). The hopes and wishes of adolescents with cancer and the nursing care that helps. *Oncology Nursing Forum*; 31: 927-34.
67. Kang, X; Fang, Y; Li, S; Liu, Y; Zhao, D; Feng, X; Wang, Y & Li, P (2018). The benefits of indirect exposure to trauma: The relationships among vicarious posttraumatic growth, social support, and resilience in ambulance

- personnel in China. *Psychiatry Investigation*, 15(5):452–459.
68. Karami, N & Karami, AA. (2020). Improving Community Resilience using Bamboo Emergency Sheltering in the Face of Disasters. *International Journal of Scientific Engineering and Technology*, 4(10):494–497.
 69. King, Z. (2010). Career self– management: its nature, causes and consequences. *vocational behavior*, 65(1): 112–133.
 70. Lotfi kashani, F; Vaziri, SH; Esmacil Akbari, M; Zeinolabedini, M; Sanaei, H & Jamshidifar, Z (2014). The Effectiveness of creating hope on Distress of Women with Breast cancer. *Procedia– Social and Behavioral Sciences*, 159:201–205.
 71. Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85: 6–20.
 72. Masten, AS & Barnes, AJ. (2018). Resilience in children. *Developmental perspectives*. *Children*, 5(7):98–113.
 73. Polizzi, C; Lynn, SJ & Perry, A. (2020). Stress and Coping in the Time of Covid– 19: Pathways to Resilience and Recovery. *Clinical Neuropsychiatry*, 17 (2):59–62.
 74. Roberts, ME; Bernstein, MH & Colby, SM. (2016). The effects of eliciting implicit versus explicit social support among youths susceptible for late–onset smoking. *Addict Behav*; 62: 60–64.
 75. Shokri, A; Moradi, G; Piroozi, B; Darvishi, S; Amirhosseini, S; Veysi, A; Manafi, F & Mohamadi Bolbanabad, A. (2020). Perceived stress due to COVID–19 in Iran: Emphasizing the role of social networks. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*; 34(1):400–403.
 76. Snyder, CR & Lopez, SJ.(2007). *Positive Psychology: The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
 77. Snyder, CR. (2000). *Handbook of hope: theory, measures, and applications*. USA: Academic Press.
 78. Snyder, CR; Ritschel, L A; Ravid, L K & Berg, C J.(2006) *Balancing Psychological Assessments: Including Strengths and Hope in Client Reports*. *Clinic Psycho*. 62 (1):33–46.
 79. Sotodeh asl, N; Sabet, EM & Bigdeli, I (2016). The effectiveness of hope therapy on quality of life in drug–dependent patients under treatment with methadone. *Clinical Psychology*. 8(1): 51–59.
 80. Steffen, L.E; & Smith, B.W (2013). The influence of between and within–person hope among emergency responders on daily affect in a stress and coping model. *Research in Personality*, 47(6): 738–747.
 81. Van Leuven, M. C; Post, WM; Van Aback, W.F; Vander Worde, H. V; Groote, S & Lindeman, E. (2010). Social Support and Life Satisfaction in Spinal Code Injury During and up to One Year after Inpatient Rehabilitation. *Psychology*, 3:265–271.
 82. Wu, M; Yang, Y; Zhang, D; Zhao, X; Sun, Y; Xie, H; Jia, J; Su, Y & Li, Y (2018). Association between social support and health–related quality of life among Chinese rural elders in nursing homes: The mediating role of resilience. *Quality of Life Research*, 27(3): 783–792.
 83. Yang, T; Chu, J; Zhou, C; Medina, A; Li, C; Jiang, S; Zheng, W; Sun, L & Liu, J. (2016). Catastrophic health expenditure: a comparative analysis of empty–nest and non–empty–nest households with seniors in Shandong, China. *BMJ Open*, 5:6 (7).