Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023, Volume 20, Issue 4

Comparison of the Effect of Tele-Hope Based Counseling and Coaching on Post-Traumatic Growth, Life Satisfaction and Happiness of Patients with COVID-19 in Quarantine Conditions

Soudabe Kamali Shervedani[1], **Mohammad Reza Abedi**[2], **Azam Naghavi**[3]

1. MA Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
2. (Corresponding author)* Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
3. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: The present study was conducted to compare the effect of tele-hope-based coaching and counseling on post-traumatic growth, life satisfaction and happiness of patients with COVID-19 in quarantine conditions in Isfahan province (18 years and older).

Methods and Materials: This research is a quasi-experimental study in which the convenience sampling method with random assignment is used. For this purpose, 43 patients with COVID-19 were randomly assigned in three groups of hope-based coaching (14 people), hope-based counseling (14 people) and control group (15 people). All participants completed questionnaires related to happiness, life satisfaction and post-traumatic growth in the pre-test phase, and then the experimental group members participated in hope-based coaching or counseling (8 sessions for 60 minutes). At the end of the intervention, the post-test was completed and the results were analyzed using MANCOVA test and post hoc tests.

Findings: The findings showed that both tele-interventions had a significant effect on post-traumatic growth, life satisfaction and happiness of patients with COVID-19 compared to the control group. However, there was no significant differences between the research variables in the two intervention groups and both interventions were equally effective ($P < 0.05$).

Conclusions: Considering the importance of tele-hope-based interventions during crisis time, such interventions are recommended to increase post-traumatic growth, life satisfaction and happiness of patients who are not able to visit in person.

Keywords: Tele-rehabilitation, coaching, post traumatic growth, Satisfaction, Happiness.

Citation: Kamali Shervedani S, Abedi MR, Naghavi A. **Comparison of the Effect of Tele-Hope Based Counseling and Coaching on Post-Traumatic Growth, Life Satisfaction and Happiness of Patients with COVID-19 in Quarantine Conditions**. Res Behav Sci 2023; 20(4): 587-598.

* **Mohammad Reza Abedi,**
Email: M.r.abedi@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.2.2]

[DOI: 10.52547/rbs.20.4.2]

مقایسه تأثیر مداخلات از راه دور مشاوره‌ای و مربیگری بر مبنای امید بر رشد پس از سانحه، رضایت از زندگی و شادکامی مبتلایان به ویروس کووید-۱۹ در شرایط قرنطینه

سودابه کمالی شرودانی[۱]، محمدرضا عابدی[۲]، اعظم نقوی[۳]

۱- کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استاد، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر به‌منظور مقایسه تأثیر مداخلات از راه دور مشاوره‌ای و مربیگری بر مبنای امید بر رشد پس از سانحه، رضایت از زندگی و شادکامی مبتلایان به ویروس کووید-۱۹ در شرایط قرنطینه در استان اصفهان (۱۸ سال به بالا) انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به‌صورت نیمه آزمایشی بوده و در آن از روش نمونه‌گیری در دسترس با گمارش تصادفی استفاده شده است. بدین منظور ۴۳ نفر از افراد مبتلا به بیماری کووید-۱۹ در سه گروه مداخله مربیگری بر مبنای امید (۱۴ نفر)، مشاوره بر مبنای امید (۱۴ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارش تصادفی شده و پس از تکمیل پرسشنامه‌های مربوط به شادکامی، رضایت از زندگی و رشد پس از سانحه در مرحله‌ی پیش‌آزمون، مداخله مربیگری بر مبنای امید طی ۸ جلسه به مدت ۶۰ دقیقه و مداخله مشاوره بر مبنای امید نیز طی ۸ جلسه به مدت ۶۰ دقیقه در دو گروه آزمایش اعمال شد. پس از پایان مداخله پس‌آزمون تکمیل گردید و نتایج با استفاده از آزمون مانکوا و آزمون‌های تعقیبی مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو مداخله از راه دور مشاوره و مربیگری بر مبنای امید در مقایسه با گروه کنترل بر رشد پس از سانحه، رضایت از زندگی و شادکامی مبتلایان به کووید -۱۹ به‌طور معناداری تأثیرگذار است. بااین‌حال تفاوت معناداری بین متغیرهای پژوهش در دو گروه مشاوره و مربیگری وجود نداشت و هر دو مداخله به یک میزان اثربخش بوده است ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت مداخله‌های از راه دور امید محور در شرایط بحرانی، چنین مداخلاتی جهت افزایش رشد پس از سانحه، رضایت از زندگی و شادکامی بیمارانی که امکان مراجعه حضوری ندارند توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: توان‌بخشی از راه دور، مربیگری، رشد پس از سانحه، رضایت از زندگی، شادکامی.

ارجاع: کمالی شرودانی سودابه، عابدی محمدرضا، نقوی اعظم. **مقایسه تأثیر مداخلات از راه دور مشاوره‌ای و مربیگری بر مبنای امید بر رشد پس از سانحه، رضایت از زندگی و شادکامی مبتلایان به ویروس کووید-۱۹ در شرایط قرنطینه.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۱؛ ۲۰(۴): ۵۹۸-۵۸۷.

* **محمدرضا عابدی،**

رایانامه: M.r.abedi@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.2.2]

[DOI: 10.52547/rbs.20.4.2]

مقدمه

توان‌بخشی از راه دور نوعی ارتباط از راه دور است که ارائه خدمات توان‌بخشی هم‌زمان یا غیر هم‌زمان، برای به حداقل رساندن موانع مسافت، زمان و هزینه برای بیماران را فراهم می‌کند. برنامه‌های توان‌بخشی از راه دور گزینه‌ای سریع و مؤثر برای پاسخ‌گویی به نیازهای تخصصی توان‌بخشی بازماندگان کوید-۱۹ ارائه می‌دهد. مشاوره از راه دور برای اکثریت بیمارانی که نیاز به روابط عمومی، حمایت روان‌شناختی و مشاوره دارند اما به دلایلی امکان مراجعه حضوری ندارند مفید است [۱]. به حداقل رساندن موانع مسافت، زمان و هزینه برای بیماران ازجمله مزایای مداخله‌های توان‌بخشی از راه دور است. شواهد منتشرشده توسط متخصصان توان‌بخشی، نیاز بازماندگان ویروس کووید-۱۹ به روابط اجتماعی را تصریح می‌کند[۲]. تحقیقات محققان بیانگر این است که توان‌بخشی از راه دور با استفاده از فناوری ارتباطات دیجیتال برای ارزیابی و ارائه‌ی خدمات توان‌بخشی کارآمد در بازماندگان بیماری کووید ۱۹ مؤثر بوده است[۳].

بیماری کووید-۱۹ در اواخر سال ۲۰۱۹ شیوع پیدا کرد و به‌سرعت به یک همه‌گیری جهانی تبدیل شد. از زمان پیدایش و شیوع ویروس کووید-۱۹ سازمان بهداشت جهانی به‌صورت فعالانه در جهت کنترل و پیشگیری از گسترش بیماری دستورالعمل‌هایی را منتشر کرده است. یکی از راه‌های سرایت بیماری کووید-۱۹، انتقال از طریق قطرات تنفسی است، لذا مهم‌ترین راه برای حفاظت از افراد در مقابل ابتلا و قطع زنجیره‌ی انتقال ایزوله کردن بیماران و استفاده از شیوه‌ی قرنطینه است [۴]. باوجودآنکه مهم‌ترین راهکار جهت قطع زنجیره‌ی انتقال بیماری کووید-۱۹ قرنطینه است، پیامدهای آن به‌صورت مستقیم و یا غیرمستقیم بر سلامت روان انسان‌ها در سراسر جهان تأثیرگذار بوده است[۵-۷]. پیامدهای روان‌شناختی گسترده این بیماری و قرنطینه ناشی از آن شامل تحریک‌پذیری، عصبانیت، ناامیدی، اختلال عاطفی، غمگینی، احساس گناه، خستگی، بی‌حوصلگی، بی‌خوابی، اطلاعات ناکافی، تمرکز ضعیف، بلاتکلیفی، جدا شدن از دیگران و برچسب‌زنی بوده است[۵]. بر اساس پژوهش‌هایی که در دو سال اخیر انجام‌شده است بین اضطراب، سلامت جسمی، رضایت از زندگی، فشار و استرس درک شده و سبک‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به کووید-۱۹ رابطه وجود دارد[۸-۱۴] به نظر می‌رسد قرنطینه ناشی از بیماری کووید-۱۹ رضایت از زندگی و شادکامی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۵]. همچنین برخی پژوهشگران اعتقاد دارند که افزایش علائم روان‌شناختی مثل اضطراب و افسردگی افراد سالم در قرنطینه در شرایط کووید-۱۹ مشابه علائم گزارش شده در اختلال استرس پس از آسیب است و قرنطینه ممکن است همانند یک رویداد تروماتیک عمل کند[۱۶]؛ بنابراین با توجه به افزایش چشمگیر بیماری کووید ۱۹ و پیامدهای روانی منفی آن (کاهش رضایت از زندگی و شادکامی، افزایش علائم مربوط به اختلال استرس پس از سانحه)، لزوم پایبندی به قرنطینه و محدودیت آمدوشد جهت قطع زنجیره انتقال، مداخلات توان‌بخشی از راه دور مبتنی بر امید ویژه‌ی بیماران در قرنطینه به‌صورت مشاوره و یا مربیگری ضروری به نظر می‌رسد.

امید می‌تواند یکی از عوامل محافظتی پراهمیت در مقابله با بیماری‌های سخت محسوب شود. بر اساس نظر آلن[۱۷]، بنیان همه‌ی شفابخشی‌ها و کنار آمدن با حوادث تروماتیک حفظ امید است و بر اساس نظر سالیوان[۱۸]، امید می‌تواند بین رابطه‌ی منفی استرس و رضایت از زندگی واسطه شود. نظریه امید در روانشناسی مثبت، رویکردی است که جهت تسهیل تغییرات رفتار خاص مناسب است [۱۹]. امید، به انتظارات مثبت در مورد رویدادها و نتایج موردنظر و هدایت معنادار زندگی در آینده اشاره دارد [۲۰]. مداخلات مبتنی بر امید اقدامات بالینی مؤثری در حوزه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است [۲۱]. با توجه به این‌که مداخله مشاوره بر مبنای امید، تأثیر مثبتی بر درمان جسمی بیماران داشته و خوش‌بینی و امیدواری ناشی از آن سرانجام به درمان آن‌ها منجر می‌شود [۲۲]، مداخلات مبتنی بر امید برای بیماران مبتلا به کووید-۱۹ منطقی به نظر می‌رسد. از دیگر سو نتایج بررسی کارآیی یک برنامه مربیگری مبتنی بر شواهد بر افزایش سرسختی شناختی و امید در دانش آموزان نشان داد که مربیگری زندگی، با افزایش قابل‌توجهی در سطح قدرت شناختی و امید و کاهش قابل‌توجهی در سطح افسردگی همراه بود [۲۳].

پژوهش‌های بسیاری بر پایه امید درمانی در حوزه‌های مختلف روان‌شناسی و مشاوره انجام شده است و نتایج آن‌ها تصدیق‌کننده‌ی اثربخشی این مداخلات است. بااین‌حال پژوهشی پیرامون کاربرد مشاوره از راه دور امید محور در مواجهه و مقابله با آثار روان‌شناختی ویروس کووید-۱۹ انجام‌نشده است. از دیگر سو علی‌رغم نتایج حائز اهمیت و کاربردی یادشده مربیگری، در فارسی پژوهشی با محوریت مربیگری از راه دور

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.2.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.2]

امید صورت نپذیرفته است بنابراین به نظر می‌رسد مطالعه‌ی اثربخشی چنین مداخلاتی بخصوص زمانی که به‌صورت مجازی و از راه دور ارائه می‌شوند ضروری باشد. مسئله‌ی اصلی در پژوهش حاضر این بود که آیا مربیگری و مشاوره از راه دور بر مبنای امید بر رشد پس از سانحه و رضایت از زندگی و شادکامی مبتلایان به ویروس کووید-۱۹ در شرایط قرنطینه در شهر اصفهان (۱۸ سال بالا) تأثیر دارد و این دو شیوه در مقایسه با یکدیگر چگونه عمل می‌کنند؟ در انتخاب این دو نوع مداخله هیچ‌گونه ارجحیتی مدنظر نبوده و تنها به جهت مطالعه‌ی شیوه مربیگری علاوه بر سایر مداخلات مشاوره‌ای سنتی [۲۴]، به مقایسه تأثیر مشاوره بر مبنای امید با مربیگری بر مبنای امید پرداخته‌شده است.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه‌ی مبتلایان به کووید-۱۹ ساکن استان اصفهان (مراجعین مراکز بهداشتی و درمانی در سال ۱۴۰۰ طی ماه‌های خردادماه و تیرماه) بوده است. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس و با گمارش تصادفی انجام شد. تعداد بیماران در دسترس ۸۰ نفر بود که از این تعداد ۵۱ نفر با شرکت در پژوهش موافقت کردند. تعدادی از مشارکت‌کنندگان در طی پژوهش به دلایل گوناگون انصراف دادند و درنهایت ۴۳ بیمار، ۱۴ نفر در گروه مشاوره از راه دور امید محور، ۱۴ نفر در گروه مربی‌گری از راه دور امید محور و ۱۵ نفر در گروه کنترل تا پایان پژوهش همکاری کردند.

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که با مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی فهرستی از مبتلایانی که حاضر به همکاری در پژوهش بودند تهیه شد و پس از گمارش تصادفی و تکمیل فرم رضایت شرکت در پژوهش از تمام شرکت‌کنندگان پیش‌آزمون گرفته شد. در گروه مشاوره بر مبنای امید مداخلات به‌صورت مکالمه تلفنی و با محتوای: معارفه، ارتباط مشاوره‌ای با تکیه‌بر اصول و فنون مشاوره، تکنیک یخ‌شکن، خاطره بهترین موقعیت زندگی و یا موفقیت در گذشته، تأکید بر نقاط قوت و عاملیت‌های مراجع در برخورد با موانع، بیان خلاصه‌ای از جلسات با تکیه‌بر نقش اراده و قدرت تصمیم‌گیری مراجع در نیل به موفقیت‌های هر چند کوچک ازنظر وی، انعکاس نقاط مثبت و امیدآفرین بوده است[۲۵]. در گروه مربیگری بر مبنای امید مداخلات به‌صورت تلفیقی از مکالمه تلفنی و پیام‌رسان واتس اپ و با محتوای معارفه، توضیح مداخله با استفاده از مصادیق عینی امید، درخواست از مربی برای بیان مصادیق امید در زندگی خویش، تکنیک معرفی مثبت خویش، بررسی نقاط قوت شخصیتی، انجام تکنیک موهبت‌ها و نعمت‌ها، نامه بخشش، تکنیک واکاوی فعالیت‌های لذت‌بخش روزانه، انجام‌شده است[۲۶]. هر دو مداخله هم‌زمان، به‌صورت هفتگی و به مدت دو ماه در تابستان سال ۱۴۰۰ انجام شد. پس از شرح فرآیند و هدف پژوهش از هر سه گروه پیش‌آزمون گرفته شد. سپس ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مداخله مربیگری برمبنای امید برای گروه اول، ۸ جلسه مداخله مشاوره بر مبنای امید برای گروه دوم انجام شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند اما در لیست انتظار جهت دریافت خدمات مشاوره‌ای پس از پایان پژوهش قرار گرفتند. در پایان پس‌آزمون برای هر سه گروه انجام شد. سپس نتایج با استفاده از آزمون مانکوا و آزمون‌های تعقیبی مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. در ضمن مداخله‌ها بر اساس بسته مربیگری بر مبنای امید و بسته مشاوره بر مبنای امید که توسط پژوهشگران تهیه‌شده بود انجام گرفت. اعتبار یابی هر دو بسته تدوین‌شده توسط سه تن از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه صورت پذیرفت. معیارهای ورود به مطالعه: ابتلای به کووید ۱۹ با تشخیص پزشک، به سر بردن در شرایط قرنطینه (زمان مثبت بودن نتیجه تست بیش‌تر از ۱۴ روز نباشد) و رضایت کامل شرکت‌کننده بوده است. معیارهای خروج از این مطالعه: عدم تمایل به همکاری بیمار در هر مرحله از مداخله، حاد بودن شرایط بیمار وعدم توانایی در همکاری مؤثر وی بوده است. قبل از شروع جلسات مداخله، موضوع و هدف پژوهش برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد. فرم رضایت شرکت در طرح، اجازه‌ی انتخاب زمان با شرکت‌کنندگان، قوانین شرکت در طرح و اصل محرمانه بودن اطلاعات ازجمله موارد دیگری بود که قبل از شروع جلسات به آن پرداخته شد. پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شناسه IR.UI.REC.1400.063 از کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان است. برای توصیف اطلاعات پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی شامل مانکوا و آزمون تعقیبی با کمک نرم‌افزار $SPSS_{V22}$ استفاده شد. ابزارهای پژوهش در ذیل مطرح‌شده‌اند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.2.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.2]

مقیاس شادکامی آکسفورد آرگایل و لو: پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد [۲۷]، با معکوس کردن مواد مقیاس افسردگی بک ساخته‌شده است. این مقیاس ۲۹ ماده دارد که بر اساس طیف چهاردرجه‌ای از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره آزمودنی ۲۹ و حداکثر ۱۱۶ است؛ بنابراین هرقدر نمره آزمودنی بیشتر باشد نشانگر شادکامی بالاتر وی خواهد بود و بالعکس. ضریب آلفای ۹۰ درصد را با ۳۴۷ آزمودنی، به دست آورده شد. هنجاریابی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در بین دانشجویان توسط عابدی و همکاران [۲۸]، با ضریب آلفای ۰/۸۵ با ۷۲۷ نفر آزمودنی تأییدشده است. آلفای کرونباخ در پژوهش فعلی با نمونه ۴۳ نفر ۰/۸۱۳ محاسبه شده است.

مقیاس رشد پس از سانحه تدسکی و کالهون: این مقیاس توسط تدسکی و کالهون[۲۹]، در سال ۱۹۹۶ تهیه شد. پرسش‌نامه رضایت از زندگی ۲۱ گویه دارد و بر ۵ حیطه که ممکن است تغییرات مثبت بعد از سانحه باشد تمرکز می‌کند. این حیطه‌ها شامل ارتباطات اجتماعی بیشتر، امکانات جدید، درک بیشتر مهارت‌ها و منابع، قدردانی بیشتر از زندگی و تقویت باور معنوی می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای و به‌صورت نمره صفر بدون تغییر تا ۵ تغییر خیلی زیاد انجام می‌گیرد. دامنه نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۵ و نقطه برش ۴۵ می‌باشد. نمره نهایی این مقیاس از جمع نمرات در هر مؤلفه محاسبه می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده رشد بالاتر فرد می‌باشد. روایی و همسانی درونی نسخه انگلیسی مطلوب و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ بین ۰/۶۷ و ۰/۹۰ و ضریب آلفای کرونباخ در نمونه هنجار شده ایرانی توسط حیدر زاده و همکاران [۳۰]، ۹۳۷ /۰ بوده است. آلفای کرونباخ در پژوهش فعلی ۰/۷۹۹ می‌باشد.

مقیاس رضایت از زندگی دینر و همکاران: این مقیاس توسط دینر و همکاران [۳۱]، تهیه‌شده و از ۵ گزاره که مؤلفه شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه‌گیری می‌کند، تشکیل‌شده است. آزمودنی‌ها اظهار می‌کنند که برای مثال چقدر از زندگی خود راضی‌اند و یا چقدر زندگی به زندگی آرمانی آن‌ها نزدیک است. دینر و همکاران مقیاس رضایت از زندگی را برای گروه‌های سنی تهیه کردند. این مقیاس متشکل از ۴۸ سؤال بود که میزان رضایت از زندگی و بهزیستی را منعکس می‌کرد و تحلیل عاملی نشان داد که از سه عامل تشکیل‌شده است. ده سؤال پرسشنامه با رضایت از زندگی مرتبط بود که پس از بررسی‌های متعدد به ۵ سؤال کاهش یافت و به‌عنوان یک مقیاس مجزا مورداستفاده قرار گرفت. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ها به ترتیب ۲۳,۵ و ۶,۴۳ و ضریب همبستگی بازآزمایی نمره‌ها پس از دو ماه اجرا ۸۲٪ بود. در ایران، پایایی مقیاس رضایت از زندگی با آلفای کرونباخ ۸۳٪ و با استفاده از روش بازآزمایی ۶۹٪ به دست آمد[۳۲]. روایی سازه مقیاس رضایت از زندگی از طریق روایی همگرا با استفاده از فهرست شادکامی آکسفورد و فهرست افسردگی بک برآورد شد. این مقیاس همبستگی مثبت با شادکامی آکسفورد و همبستگی منفی با فهرست افسردگی بک نشان داد. آلفای کرونباخ در پژوهش فعلی ۰/۹۳۰ می‌باشد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ توزیع نمره‌ها ازنظر نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای رضایت از زندگی، شادکامی و رشد پس از سانحه در گروه کنترل و گروه‌های آزمایش را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول مشخص شده است که نمرات رضایت از زندگی، شادکامی و رشد پس از سانحه گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر چندانی نداشته‌اند، درحالی‌که این نمرات در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است.

یافته‌های مربوط به این بخش با توجه به نتایج حاصل از تحلیل کواریانس برای آزمون فرضیه گزارش می‌شود. قبل از اجرای تحلیل کواریانس باید توجه داشت که پیش‌فرض‌های آن رعایت شده باشند به همین منظور فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، همبستگی متوسط بین دو متغیر وابسته، خطی بودن رابطه بین متغیرها و همچنین همگنی شیب رگرسیون محاسبه گردیده است. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کلموگروف–اسمیرنوف استفاده شد. همان‌گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌کنید نتایج نشان داده است که نرمال بودن متغیرهای پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است. رابطه بین متغیرها به‌صورت خطی بوده است. همچنین نتایج آزمون لوین جهت بررسی فرض همسانی واریانس‌ها در نمره رضایت از زندگی (P=۰/۶۷۶)، شادکامی (P=۰/۳۹۹) و رشد پس از سانحه(P=۰/۱۹۰) نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است. نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون متغیر رضایت از زندگی(P= ۰/۸۴۶, F=۰/۱۶۸)، متغیر شادکامی(P=۰/۶۹۷, F=۰/۳۶۳) و متغیر رشد پس از

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.2.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.2]

سانحه($P=۰/۳۹۸, F=۰/۹۴۵$) نیز بیانگر معناداری بوده و این پیش‌فرض برای اجرای آزمون رعایت شده است.

جدول ۱. نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل و گروه‌های آزمایش

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رضایت از زندگی	مشاوره	۱۷/۷۱	۲۰/۷۴	۵/۶۳	۵/۰۶
	مربیگری	۱۶/۰۰	۲۰/۶۴	۶/۸۳	۶/۴۸
	کنترل	۱۵/۴۰	۱۴/۸۶	۵/۸۱	۵/۴۷
شادکامی	مشاوره	۶۵/۰۷	۷۶/۷۸	۹/۴۹	۱۰/۷۴
	مربیگری	۶۶/۲۱	۸۳/۵۰	۹/۶۴	۱۰/۸۴
	کنترل	۶۳/۶۶	۶۴/۶۰	۹/۲۶	۸/۵۷
رشد پس از سانحه	مشاوره	۵۴/۲۱	۶۴/۲۱	۱۲/۸۹	۱۰/۸۶
	مربیگری	۴۹/۰۷	۶۸/۲۸	۱۲/۸۱	۱۱/۲۲
	کنترل	۴۹/۰۰	۴۳/۸۰	۱۲/۸۷	۱۲/۱۹

جدول ۲. آزمون کلموگروف – اسمیرونوف و شاپیرو ویلک جهت نرمال بودن داده‌ها گروه‌های مداخله و گواه در دو نوبت آزمون (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)

نوبت آزمون	متغیر	گروه	آزمون کلموگراف- اسمیرنف		آزمون شاپیرو-ویلک	
			آماره	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری
پیش‌آزمون‌ها	رضایت از زندگی	مشاوره	۰/۱۶۴	۰/۲۰۰	۰/۹۶۱	۰/۷۳۸
		مربی‌گری	۰/۱۲۵	۰/۲۰۰	۰/۹۷۸	۰/۹۶۵
		گواه	۰/۱۴۲	۰/۲۰۰	۰/۹۴۲	۰/۴۰۳
	شادمانی	مشاوره	۰/۱۵۴	۰/۲۰۰	۰/۹۵۹	۰/۷۰۲
		مربی‌گری	۰/۱۳۱	۰/۲۰۰	۰/۹۸۴	۰/۹۹۳
		گواه	۰/۱۱۸	۰/۲۰۰	۰/۹۳۴	۰/۳۱۲
	رشد پس از سانحه	مشاوره	۰/۱۵۶	۰/۲۰۰	۰/۹۲۹	۰/۲۹۸
		مربی‌گری	۰/۱۷۸	۰/۲۰۰	۰/۸۷۵	۰/۰۴۹
		گواه	۰/۱۸۷	۰/۱۶۵	۰/۹۲۹	۰/۲۶۴
پس‌آزمون‌ها	رضایت از زندگی	مشاوره	۰/۱۷۱	۰/۲۰۰	۰/۹۳۴	۰/۳۴۳
		مربی‌گری	۰/۱۴۲	۰/۲۰۰	۰/۹۶۲	۰/۷۵۵
		گواه	۰/۱۵۰	۰/۲۰۰	۰/۹۲۴	۰/۲۱۹
	شادمانی	مشاوره	۰/۱۷۴	۰/۲۰۰	۰/۹۲۷	۰/۲۸۰
		مربی‌گری	۰/۱۲۵	۰/۲۰۰	۰/۹۷۹	۰/۹۶۵
		گواه	۰/۱۲۱	۰/۲۰۰	۰/۹۳۷	۰/۳۴۶
	رشد پس از سانحه	مشاوره	۰/۱۶۲	۰/۲۰۰	۰/۹۶۸	۰/۸۴۶
		مربی‌گری	۰/۱۲۳	۰/۲۰۰	۰/۹۷۰	۰/۸۷۳
		گواه	۰/۱۵۵	۰/۲۰۰	۰/۹۱۰	۰/۱۳۶

جدول شماره ۳، نتایج حاصل از بررسی تحلیل کوواریانس چند متغیری نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سطوح عامل (گروه آزمایشی و گواه) در مؤلفه‌های رضایت از زندگی، شادکامی و رشد پس از سانحه گروه آزمایش را نشان می‌دهد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.2.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.2]

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس یک عاملی نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون رضایت از زندگی، شادکامی و رشد پس از سانحه گروه آزمایش

منبع تغییر	متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	رضایت از زندگی	۱۱۱۷/۶۱	۱	۱۱۱۷/۶۱	۲۳۸/۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶	۱/۰۰۰
	شادکامی	۲۸۵۰/۴۰	۱	۲۸۵۰/۴۰	۹۱/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۲	۱/۰۰۰
	رشد پس از سانحه	۴۲۰۳/۸۳	۱	۴۲۰۳/۸۳	۱۵۵/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۰	۱/۰۰۰
گروه	رضایت از زندگی	۲۱۳/۱۸	۲	۱۰۶/۵۹	۲۲/۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰۰
	شادکامی	۲۰۵۴/۸۷	۲	۱۰۲۷/۴۳	۳۳/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۰	۱/۰۰۰
	رشد پس از سانحه	۴۵۰۱/۹۳	۳	۲۲۵۰/۹۶	۸۳/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱۱	۱/۰۰۰
خطا	رضایت از زندگی	۱۸۲/۵۴	۳۹	۴/۶۸۱				
	شادکامی	۱۲۰۹/۰۵	۳۹	۳۱/۰۰				
	رشد پس از سانحه	۱۰۵۱/۷۸	۳۹	۲۶/۹۶				

جدول ٤. نتایج آزمون تعقیبی

متغیر	گروه یک	گروه دو	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
رضایت از زندگی	گواه	مربیگری	-۵/۷۷۶	۲/۱۱۸	۰/۰۳۳
		مشاوره	-۵/۷۷۶	۲/۱۱۸	۰/۰۳۳
	مربیگری	گواه	۵/۷۷۶	۲/۱۱۸	۰/۰۳۳
		مشاوره	۰/۰۰۰	۲/۱۵۴	۰/۰۰۰
شادکامی	گواه	مربیگری	-۱۸/۹۰۰	۳/۷۴	۰/۰۰۰
		مشاوره	-۱۲/۱۸۵	۳/۷۴	۰/۰۰۹
	مربیگری	گواه	۱۸/۹۰۰	۳/۷۴	۰/۰۰۰
		مشاوره	۶/۷۱۴	۳/۸۰	۰/۲۲۴
رشد پس از سانحه	گواه	مربیگری	-۲۴/۲۸۵	۴/۲۵	۰/۰۰۰
		مشاوره	-۲۰/۴۱۴	۴/۲۵	۰/۰۰۰
	مربیگری	گواه	۲۴/۴۸۵	۴/۲۵	۰/۰۰۰
		مشاوره	۴/۰۷۱	۴/۳۳	۰/۶۴۶

همان‌گونه که مشاهده می‌کنید سطوح معنی‌داری متغیر همپراش در هر سه پیش‌آزمون مربوط به رضایت از زندگی، شادکامی و رشد پس از سانحه، از ۰/۰۵ کمتر و معنی‌دار است؛ و به همین دلیل در این آزمون اثر این متغیر همپراش حذف گردیده است و نیز بر اساس همین جدول سطح معناداری، تأثیر متغیر مستقل (گروه‌های کنترل و آزمایش) از ۰/۰۵ کمتر است و بنابراین معنی‌دار است. به این معنی که بعد از حذف اثر متغیرهای همپراش، بازهم تأثیر متغیر مستقل (گروه‌ها) معنی‌دار است. میزان تأثیر این متغیر برای متغیر رضایت از زندگی ۰/۵۳ و توان آماری آن معادل ۱ و میزان تأثیر این متغیر برای متغیر شادکامی ۰/۷۰ و توان آماری آن معادل ۱ و برای متغیر رشد پس از سانحه میزان تأثیر این متغیر ۰/۸ و توان آماری آن معادل ۱ می‌باشد. درنتیجه بین سه گروه مشاوره امید، مربی‌گری امید و گروه گواه ازنظر متغیر رضایت از زندگی، شادکامی و رشد پس از سانحه با حذف اثر پیش‌آزمون‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی اینکه این تفاوت در بین کدام‌یک از این گروه‌ها بوده، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

همان‌طور که جدول نشان می‌دهد تفاوتی بین گروه مربی‌گری امید و مشاوره امید به لحاظ متغیر رضایت از زندگی، شادکامی و رشد پس از سانحه وجود ندارد و این تفاوت معنی‌دار مربوط به گروه گواه و مربی‌گری و گروه گواه و مشاوره امید می‌باشد. به‌عبارت‌دیگر اگرچه در مقایسه با گروه گواه هر دو مداخله بر رضایت از زندگی، شادکامی و رشد پس از سانحه افراد در گروه‌های آزمایش مؤثر بوده ولی تفاوت معناداری بین این دو مداخله در متغیرها وجود ندارد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.2.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.2]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش پیش رو به‌منظور مقایسه تأثیر مربیگری و مشاوره از راه دور برمبنای امید بر رشد پس از سانحه، رضایت از زندگی و شادکامی مبتلایان به ویروس کووید-۱۹ در شرایط قرنطینه در استان اصفهان (۱۸ سال بالا) انجام شد.

نتایج نشان داد که هر دو مداخله‌ی از راه دور مربیگری و مشاوره بر مبنای امید بر افزایش رضایت از زندگی مبتلایان در شرایط قرنطینه مؤثر بوده‌اند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش جمال‌زاده و گلزاری [۳۳]، یو و همکاران [۳۴]، الیور و همکاران [۳۵]، همسویی داشت. ولی اگرچه افزایش رضایت زندگی در هر دو گروه تفاوت معناداری نسبت به گروه گواه داشت، اما دو مداخله با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند. درنتیجه می‌توان گفت که پاسخ به فرضیه اول پژوهش مبنی بر تفاوت تأثیر مربیگری از اره دور بر مبنای امید با مشاوره از راه دور بر مبنای امید بر رضایت از زندگی مبتلایان به کووید-۱۹ در شرایط قرنطینه منفی است و هر دو مداخله به یک اندازه در بهبود امید به زندگی بیماران اثربخش بودند. داشتن ارتباط با دیگران یکی دیگر از عوامل مؤثر در رضایت از زندگی است. انسان‌ها نیاز به رابطه با دیگران مخصوصاً افراد نزدیک دارند و همه‌ی ما از تعامل و ارتباط با دیگران لذت می‌بریم[۳۶]. ترس از ابتلا و همچنین ابتلای به کووید-۱۹ سلامتی افراد را تحت شعاع قرار می‌دهد و باوجود قرنطینه، روابط اجتماعی در سطح محدودی قرارگرفته و بالطبع حمایت اجتماعی در سطح محدودی قرار می‌گیرد، کار و فعالیت‌های روزانه محدود شده و به دنبال محدودیت‌ها و ممنوعیت‌های ناشی از آن سطح درآمد افراد به‌شدت کاهش می‌یابد و نتیجه چیزی جز عدم رضایت از زندگی نیست. استفاده از مداخلات از راه دور برای اکثریت بیمارانی که نیاز به روابط عمومی، حمایت روان‌شناختی و مشاوره دارند اما به دلایلی امکان مراجعه حضوری ندارند از سوی سایر پژوهشگران نیز توصیه شده است[۱]. اسنایدر[۳۷]، امید را یک حالت انگیزشی مثبت می‌داند که ناشی از تعامل فرد با محیط بوده و مبتنی بر حس پایوری و رهیابی است. به‌بیان‌دیگر امید ظرفیت تصور توانایی خلق مسیر به سمت اهداف مطلوب و تصور داشتن انگیزه برای حرکت در این مسیراست؛ بنابراین امید به زندگی به افراد کمک می‌کند تا در مقابله با اتفاقاتی که سلامتی فرد را تهدید می‌کند و رضایت از زندگی او را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند (مانند بیماری کووید-۱۹)، به مفهوم رضایت از زندگی که از دیدگاه دینر[۳۸]، نگرش مثبت فرد به زندگی کنونی باوجود مشکلات، سختی‌ها، تلخی‌ها و ناکامی‌ها و در کنار آن موفقیت، شادی و شکفتن‌ها است، اتکا کرده و در جست‌وجوی رضایت از زندگی حقیقی برآیند.

همچنین هر دو مداخله بر بهبود شادکامی مبتلایان به بیماری کووید-۱۹ تأثیرگذار بوده‌اند. این یافته با نتایج پژوهش‌های مؤقر و همکاران [۳۹]، در تأثیر امید درمانی گروهی در تاب‌آوری و شادکامی دانشجویان دختر، با پژوهش جمال‌زاده و گلزاری [۳۳]، در تأثیر امید درمانی بر افزایش شادی در میان زنان سالمند ساکن خانه‌های سالمندان، با پژوهش پروانه و همکاران[۴۰]، در اثربخشی امید درمانی بر افزایش شادی سالمندان و مطالعه‌ی شیخ‌الاسلامی و همکاران[۴۱]، در تأثیر امید درمانی بر شادی مردان در معلولیت‌های جسمی-حرکتی همسو می‌باشد؛ اما در این قسمت نیز تفاوتی بین گروه مربی‌گری امید و مشاوره امید از راه دور به لحاظ متغیر شادمانی وجود ندارد و این تفاوت معنی‌دار مربوط به گروه گواه و مربی‌گری و گروه گواه و مشاوره امید می‌باشد. درنتیجه اگرچه هر دو مداخله تأثیر معناداری بر افزایش شادکامی داشتند اما با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند به نظر می‌رسد هر دو روش می‌توانند به یک اندازه در بهبود شادی بیماران در قرنطینه مؤثر باشند. روابط دوستانه، عوامل فیزیولوژیک و خانواده از مهم‌ترین عواملی هستند که در افزایش شادکامی نقش مؤثری ایفا می‌کند اما همه‌ی این موارد در شرایط قرنطینه محدود می‌شوند. هیلز وآرگایل[۴۲]، ارتباطات اجتماعی را به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین مؤلفه‌های شادی برمی‌شمارند و ارتباطات نزدیک مانند دوستی، عشق، ازدواج را از نمونه‌های بارز و تأثیرگذار بر شادکامی می‌دانند. تعطیل شدن اجباری فعالیت‌های اجتماعی می‌تواند باعث کاهش شادمانی شود و هر چه مقررات سخت‌گیرانه مبنی بر در خانه ماندن بیشتر شود اثرات منفی و کاهش شادمانی بیشتر می‌شود، از طرفی مداخلات امید محور به‌صورت از راه دور با افزایش حمایت اجتماعی باعث افزایش شادکامی می‌شوند[۴۳]. از همین رو تکنیک‌های ارائه‌شده در مداخله‌ی مربیگری بر مبنای امید و جلسات مشاوره‌ای امید محور در افزایش شادکامی مبتلایان به بیماری کووید-۱۹ مؤثر واقع‌شده‌اند.

هر دو مداخله‌ی مشاوره بر مبنای امید و مربیگری برمبنای امید در افزایش رشد پس از سانحه مشارکت‌کنندگان مؤثر بوده‌اند. نتایج این پژوهش، با نتایج پژوهش عمر و حاشی[۴۴]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.2.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.2]

که چارچوب نظری اسنایدر در مورد امید و اصول آن، یعنی اهداف، مسیرها، نمایندگی، موانع و اندیشه‌ها و احساسات را در پژوهش خود پیرامون سازگاری و ادغام پناهندگان در جامعه مورداستفاده قرار دادند و درنتیجه بر ارزش توسعه نگرش امیدوارکننده به‌عنوان کلید فرهنگ‌سازی، توانمندسازی و رشد پس از سانحه تأکید کردند، همسویی دارد؛ اما همان‌طور که یافته‌ها نشان می‌دهد تفاوتی بین گروه مربی‌گری امید و مشاوره امید به لحاظ متغیر رشد پس از سانحه وجود ندارد و این تفاوت معنی‌دار مربوط به گروه گواه و مربی‌گری و گروه گواه و مشاوره امید می‌باشد. درنتیجه می‌توان گفت پاسخ به سؤال سوم پژوهش مبنی بر اینکه آیا تأثیر مربیگری بر مبنای امید با مشاوره بر مبنای امید بر رشد پس از سانحه مبتلایان به کووید-۱۹ در شرایط قرنطینه متفاوت است، نیز منفی است و اگرچه هر دو مداخله در مقایسه با گروه گواه قادر به افزایش رشد پس از سانحه بودند، اما با یکدیگر در این زمینه تفاوت معناداری نداشتند. علاوه بر کاهش شادکامی و رضایت از زندگی، اختلال اضطراب پس از سانحه نیز ازجمله آثار روان‌شناختی ناشی از قرنطینه بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ می‌باشد، اما برخی از پژوهشگران معتقدند که وقایع تروماتیک می‌توانند زمینه‌ی رشد انسان را فراهم سازند. برخی موقعیت‌های استرس‌زا و رنج‌آور می‌توانند بستر مناسبی برای پیشرفت افراد فراهم کنند[۴۵]. بر اساس نظر سالیوان[۴۶]، امید می‌تواند بین رابطه‌ی منفی استرس پس از سانحه و رضایت از زندگی واسطه شود. به نظر می‌رسد به‌موازات تغییر مثبت در ایمان، مقاومت و حمایت اجتماعی که نقش مؤثری در افزایش امید دارند، رشد پس از سانحه نیز اتفاق می‌افتد؛ بنابراین همان‌گونه نتایج مربوط به این پژوهش نشان داده است مداخلات مربیگری بر مبنای امید به‌اندازه‌ی مداخلات مشاوره بر مبنای امید در افزایش رشد پس از سانحه نقش مؤثری ایفا می‌کنند.

پژوهش حاضر باوجود داشتن نتایج همسو با پیشینه پژوهشی و همچنین نتایج بدیع درزمینه‌ی مداخلات از راه دور، دارای محدودیت‌هایی بوده است. ازجمله این محدودیت‌ها می‌توان به محدودیت جغرافیایی پژوهش اشاره کرد. این پژوهش در استان اصفهان انجام‌شده و تعمیم داده‌ها به سایر استان‌ها باید بااحتیاط صورت گیرد. همچنین تعداد مشارکت‌کنندگان آقا در گروه مداخله مربیگری نسبت به مشارکت‌کنندگان خانم کمتر بود بنابراین در تعمیم نتایج این پژوهش به آقایان باید احتیاط کرد. همچنین یکی بودن مداخله‌گر و پژوهشگر و عدم پیگیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بوده است.

با توجه به تأثیر مداخله از راه دور مشاوره بر مبنای امید و مربیگری بر مبنای امید در رضایت از زندگی، شادکامی و رشد پس از سانحه مبتلایان به بیماری کووید-۱۹ پیشنهاد می‌شود: از مشاوره توان‌بخشی از راه دور در انجام پژوهش‌های مداخله‌ای روانشناسی و مشاوره به‌عنوان گزینه‌ای در دسترس و مقرون‌به‌صرفه در کنار سایر روش‌های مراجعه حضوری خصوصاً برای سالمندان، افراد دارای معلولیت و بیماران در شرایط قرنطینه توسط پژوهشگران رشته‌ی مشاوره و روانشناسی خصوصاً مشاوره توان‌بخشی استفاده شود. همچنین فرمت مربیگری بر مبنای امید (به جهت مشهود بودن هدف، تشخیص و از قوه به فعل درآمدن توانمندی‌ها و استعدادهای ذاتی افراد در مواجهه با شرایط سخت، استفاده از فنون ترغیب، تشویق و همراهی، که نه‌تنها از فنون مربیگری، بلکه از اجزای لاینفک امید نیز به شمار می‌رود) توسط مراکز مشاوره و روانشناسی برای کار با افراد دارای معلولیت، بیماران صعب‌العلاج و مزمن به جهت بازیابی امید در پیگیری و ادامه درمان پزشکی، مورداستفاده قرار بگیرد. استفاده از فرمت مشاوره بر مبنای امید و مربیگری بر مبنای امید در کنار سایر مداخلات توسط مشاوران و روان شناسان، خصوصاً مشاوران گرایش توان‌بخشی نیز منطقی به نظر می‌رسد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم. در این پژوهش حمایت مالی و تعارض منافع وجود نداشته است. شایان‌ذکر است که این پژوهش از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان استخراج‌شده است.

References

1. Salawu A, Green A, Crooks MG, Brixey N, Ross DH, Sivan M. A proposal for multidisciplinary tele-rehabilitation in the assessment and rehabilitation of COVID- 19 survivors. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020; 17(13): 4890.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.2.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.2]

2. Zhao HM, Xie YX, WangC. Recommendations for respiratory rehabilitation in adults with coronavirus disease 2019. Chinese Medical Journal 2020; 133(13):1595-1602.
3. You S, Furlong MJ, Felix E, Sharkey JD, Tanigawa D, Green JG. Relations among school connectedness, hope, life satisfaction, and bully victimization. Psychology in the Schools 2008; 45(5):446-460.
4. Yang H, Ma J. How an epidemic outbreak impacts happiness: Factors that worsen (vs. protect) emotional well-being during the coronavirus pandemic. Psychiatry Research 2020; 289 (11):30-45.
5. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet 2020; 395(10227): 912-920.
6. Pan PJ, Chang SH, Yu YY. A support group for home-quarantined college students exposed to SARS: learning from practice. The Journal for Specialists in Group Work 2005; 30(4): 363-374.
7. Wang C, Zhao H. The impact of COVID-19 on anxiety in Chinese university students. Frontiers in Psychology 2020; 11(11): 6-8.
8. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. International Journal of Mental Health and Addiction 2020; 1-9.
9. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020; 17(6): 20-32.
10. Ahmed M Z, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. Asian Journal of Psychiatry 2020; 5(1): 10-29.
11. Zheng L, Miao M, Gan Y. Perceived control buffers the effects of the COVID-19 pandemic on general health and life satisfaction: The mediating role of psychological distance. Applied Psychology: Health and Well-Being 2020; 12(4): 1095-1114.
12. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, Zheng J. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. Psychiatry Research 2020; 28(7): 11-29.
13. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, Tam W. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. Brain, Behavior, and Immunity 2020; 8(7): 100-106.
14. Liang L, Ren H, Cao R, Hu Y, Qin Z, Li C, et al. The effect of COVID-19 on youth mental health. Psychiatric Quarterly 2020; 91(3): 841-852.
15. Yang H, Ma J. How an epidemic outbreak impacts happiness: Factors that worsen (vs. protect) emotional well-being during the coronavirus pandemic. Psychiatry Research 2020; 28(91): 30-45.
16. Forte G, Favieri F, Tambelli R, Casagrande M. COVID-19 pandemic in the Italian population: validation of a post-traumatic stress disorder questionnaire and prevalence of PTSD symptomatology. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020; 17(11): 41-51.
17. Allen JG. Coping with trauma: Hope through understanding.American: American Psychiatric Pub: 2008.
18. O'Sullivan G. The relationship between hope, eustress, self-efficacy, and life satisfaction among undergraduates. Social Indicators Research 2011; 101(1): 155-172.
19. Dunn SL. Hopelessness as a response to physical illness. Journal of Nursing Scholarship 2005; 37(2): 148-154.
20. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. In Flow and the foundations of positive psychology 2014; 2(7): 92-98.
21. Laranjeira C A, Querido AIF, Charepe ZB, Dixe MDACR. Hope-based interventions in chronic disease: an integrative review in the light of Nightingale: Revista Brasileira De Enfermagem: 2020.
22. Werner S. Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. Psychiatry Research 2012; 196(2-3): 214-219.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.2.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.2]

23. Green S, Grant AM, Rynsaardt J. Evidence-based life coaching for senior high school students: Building hardiness and hope. Coaching Researched: A Coaching Psychology Reader. 2020; 257-268.
24. Berman WH, Bradt G. Executive coaching and consulting: Different strokes for different folks. Professional Psychology: Research and Practice 2006; 37(3): 244.
25. Snyder C R. Hope Theory: Rainbows in the mind. Psychological Inquiry 2002; 13(4): 249-275.
26. Seligman M E, Rashid T. Positive Psychology: American Psychologist 2006; 61(8): 774-778.
27. Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being: Personality and individual differences. 2002; 33(7), 1073-1082.
28. Rezvani S, Ahmadi SA, Abedi MR. The effects of metacognitive training on the academic achievement and happiness of Esfahan University conditional students. Counselling Psychology Quarterly 2006; 19(4): 415-428.
29. Tedeschi RG, Calhoun L. Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. Psychiatric Times 2004; 21(4): 58-60.
30. Heidarzadeh A, Khodaverdizadeh H, Mahmoudi A, Nazari E. Tensile behavior of friction stir welded AA 6061-T4 aluminum alloy joints 2012. Materials & Design; 37: 166-173.
31. Diener E, Emmons R A, Larsen R J, Griffin S. the satisfaction with Life Scale 1985. Journal of Personality Assessment; 49:71-75.
32. Rezaei T, Bayani A A, Shariatnia K. The prediction of mental health based on variables of Self-esteem, life satisfaction and hope among College students 2015. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion; 3(3): 242-252.
33. Jamalzadeh R, Golzari M. The effectiveness of hope therapy on increasing happiness and life satisfaction among elderly women residing in nursing home of Borujen 2014; 2(18): 31-48.
34. Yu Y, Kalinowski DS, Kovacevic Z, Siafakas A R, Jansson PJ, Stefani C, et al. Thiosemicarbazones from the old to new: iron chelators that are more than just ribonucleotide reductase inhibitors. Journal of medicinal chemistry 2009; 52(17): 5271-5294.
35. Oliver A, Khanna M. Demand for biomass to meet renewable energy targets in the United States: Implications for land use. GCB Bioenergy 2017; 9(9): 1476-1488.
36. Clements JM, Burke J, Nally D, Rabie M, Kane E, Barlow E, et al. COVID-19 impact on Surgical Training and Recovery Planning (COVID-STAR)-A cross-sectional observational study. International Journal of Surgery 2021; 88: 105903.
37. Snyder CR, Ilardi SS, Cheavens J, Michael ST, Yamhure L, Sympson S. The role of hope in cognitive-behavior therapies. Cognitive therapy and Research 2000; 24(6): 747-762.
38. Diner DJ, Asner GP, Davies R, Knyazikhin Y, Muller JP, Nolin AW, et al. New directions in earth observing: Scientific applications of multiangle remote sensing. Bulletin of the American Meteorological Society 1999; 80(11): 2209-2228.
39. Movaghar A, Akbari Amarghan H. The Effectiveness of Group Hope Therapy in Resilience and Happiness of Female Students. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ) 2020; 9(2): 127-134.
40. Parvaneh E, Azizi K, Karimi P. The Effectiveness of Hope-Therapy on the Enhancement of Elderly's Happiness. Journal of Aging Psychology 2015; 1(1): 41-47.
41. Sheykholeslami A, Ghamari Qivi H, Ramezani S. The effectiveness of hope therapy on happiness of physical-motor disable male. Journal of Counseling Research 2016; 15(58): 96-112.
42. Hills P, Argyle M. Emotional stability as a major dimension of happiness. Personality and individual differences 2001; 31(8): 1357-1364.
43. Tan CS, Low SK, Viapude, GN. Extraversion and happiness: The mediating role of social support and hope. PsyCh Journal 2018; 7(3): 133-143.
44. Omar N, Hashi, H. A survey on the acceptance of E-learning for professional development amongst English as a second language (ESL) teachers in Malaysia. Creative Education 2021; 12(5): 1027-1039.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.2.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.2]

45. Thompson Coon J, Boddy K, Stein K, Whear R, Barton J, Depledge MH. Does participating in physical activity in outdoor natural environments have a greater effect on physical and mental wellbeing than physical activity indoors? A systematic review. Environmental science & technology 2011; 45(5): 1761-177.

46. Sullivan GM. A primer on the validity of assessment instruments. Journal of graduate medical education 2011; 3(2): 119-120.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.2.2]

[DOI: 10.52547/rbs.20.4.2]