

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



معاونت پژوهش و فن آوری

به نام خدا

نشور اخلاق پژوهش

بیاباری از خداوند سبحان و اعتقاد به این که عالم محضر خداست و همواره ناظر بر اعمال انسان و به منظور پاس داشتن مقام بلند دانش و پژوهش و نظریه‌ایست جایگاه دانشگاه در اعتلای فرهنگ و تمدن بشری، مادی‌انگیزان و اعضاء هیئت علمی و واحد های دانشگاه آزاد اسلامی متعهد می گردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تخطی نکنیم:

- ۱- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از هرگونه پنهان سازی حقیقت.
- ۲- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهیدگان (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق.
- ۳- اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه همکاران پژوهش.
- ۴- اصل منافع ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش.
- ۵- اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از هرگونه جانب داری غیر علمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار.
- ۶- اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کشورهای کلیه افراد و نهاد های مرتبط با تحقیق.
- ۷- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب تقد و خودداری از هرگونه حرمت شکنی.
- ۸- اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اشاعه نتایج تحقیقات و انتقال آن به همکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد.
- ۹- اصل برائت: التزام به برائت جویی از هرگونه رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به شائبه های غیر علمی می آلائند.



معاونت پژوهش و فن آوری

به نام خدا

تعهد اصالت رساله یا پایان نامه تحصیلی

اینجانب رسول رسولی فر دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد در رشته مشاوره که در تاریخ ۹۲/۶/۲۷ از پایان نامه خود تحت عنوان " اثر بخشی مشاوره گروهی با رویکرد امید درمانی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی شهر آباده "

با کسب نمره ۱۷/۹۸ دفاع نموده ام بدینوسیله متعهد می شوم:

- ۱) این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و ...) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آنرا در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده ام.
- ۲) این پایان نامه قبلاً برای هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی ارائه نشده است.
- ۳) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و ... از پایان نامه داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.
- ۴) چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می پذیرم و دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضا



**دانشگاه آزاد اسلامی
واحد مرودشت**

دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، گروه مشاوره

پایان نامه برای دریافت درجه ی کارشناسی ارشد (M.A) در رشته مشاوره

عنوان:

**اثر بخشی مشاوره گروهی با رویکرد امید درمانی بر کیفیت زندگی
بیماران دیابتی شهر آباده**

استاد راهنما :

دکتر نازنین هنرپروران

استاد مشاور :

دکتر ژاله رفاهی

نگارش:

رسول رسولی فر

تابستان ۱۳۹۲



صورتجلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد (M.A.)

نام و نام خانوادگی دانشجو: رسول رسولی فر در تاریخ: ۹۲/۶/۲۷

• رشته : مشاوره

از پایان نامه خود با عنوان:

اثر بخشی مشاوره گروهی با رویکرد امید درمانی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی شهر آباد

با درجه: و نمره : ۱۷/۹۸ دفاع نموده است.

نام و نام خانوادگی اعضاء هیأت داوری سمت امضاء اعضای هیأت داوری

۱- دکتر نازنین هنرپروران استاد راهنما

۲- دکتر ژاله رفاهی استاد مشاور

۳- دکتر کاترین فکری استاد داور

مراتب فوق مورد تأیید است. مدیر معاونت پژوهشی

مهر و امضا

تقدیم به:

پدر و مادر مهربانم که همراهان همیشگی ام بوده اند و لحظات زندگیشان را با عشق و فداکاری به پایم گذاشتند.

و تقدیم به همسر عزیزم که همواره با مهر و محبت بی دریغ خود به من دلگرمی می داد.

و تقدیم به فرزند عزیزم "امیر حسین"

سپاسگذاری

سپاس بیکران به درگاه خالق بی همتا که به من توفیق داد تا گامی به سوی علم بردارم.

از استاد گرامی و توانمند سرکار خانم دکتر نازنین هنر پروران که همراهی ایشان در امر اجرای پایان نامه به من امید و انرژی مضاعف بخشید و راهنمایی های ارزنده شان روشنگر راهم بود، صمیمانه قدردانی می کنم.

از استاد اندیشمند سرکار خانم دکتر ژاله رفاهی که با علاقه و حوصله تمام در امر اجرای این پایان نامه مرا یاری نمودند، صمیمانه تشکر می نمایم.

از مدیر محترم گروه مشاوره و استاد گرامی سرکار خانم دکتر لادن معین که در حین تحصیل و در امر اجرای این پایان نامه مرا صمیمانه هدایت نمودند کمال تشکر را دارم.

از داور محترم سرکار خانم دکتر کاترین فکری جهت حسن توجه و عنایتشان نسبت به این پایان نامه کمال تشکر را دارم.

فهرست مطالب

شماره صفحه

عنوان

فصل اول : کلیات پژوهش

۲ مقدمه

۵ بیان مساله

۶ اهمیت و ضرورت پژوهش

اهداف پژوهش

۷ هدف کلی

۷ هدف جزئی

فرضیه های پژوهش

۷ فرضیه کلی

۷ فرضیه جزئی

تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

۸ تعاریف نظری

۸ تعاریف عملیاتی

فصل دوم : ادبیات و پیشینه ی پژوهش

۱۰ مقدمه

۱۰ مبانی نظری امید درمانی

۱۱ تعریف امید

عوامل مؤثر بر امید

- ۱۲ حمایت اجتماعی
- ۱۳ پیشرفت تحصیلی
- ۱۳ عشق و روابط عاشقانه
- ۱۵ روابط خانوادگی و نقش خانواده
- ۱۶ کار و شغل
- ۱۶ تفریح و اوقات فراغت
- ۱۷ ارتباط امید و ناامیدی
- ۱۷ ارتباط ایمان و امید
- ۱۸ ارتباط شکیبایی و امید
- ۱۸ ارتباط شادی و امیدواری
- دیدگاه های مربوط به امید
- ۱۸ نظریه ی امید اشنایدر
- ۱۹ دیدگاه اریکسون در رابطه با امید
- ۱۹ دیدگاه فروم در رابطه با امید
- ۱۹ دیدگاه هگل (امکان پذیری) در رابطه با امید
- ۱۹ امید درمانی
- ۳۰ مبانی نظری کیفیت زندگی
- ۳۳ تعریف کیفیت زندگی
- ۳۴ ابعاد کیفیت زندگی
- ۳۶ نقش شادی و رضایت از زندگی در نظریه کیفیت زندگی

۳۷ مزایای شادی و رضایت از زندگی

نظریه های کیفیت زندگی

۳۸ ارتباط نظریه سلسله مراتب نیازها و کیفیت زندگی

۳۹ نظریه کیفیت زندگی لی

۳۹ نظریه کیفیت زندگی جهانی

۴۰ نظریه ادراکی فرانس

۴۱ نظریه کیفیت زندگی از دیدگاه زان

۴۲ مبانی نظری بیماری دیابت

۴۲ انواع دیابت

۴۳ عامل بیماری

۴۳ عوارض دیابت

۴۳ تشخیص دیابت

۴۴ مبانی نظری مشاوره گروهی

۴۴ ویژگیهای مشاور و رهبر گروه

۴۴ اندازه گروه، فراوانی و طول مدت جلسات

۴۵ فرایند عملکرد گروه

۴۵ پیشینه پژوهش

۴۷ جمع بندی

فصل سوم : روش شناسی پژوهش

۴۹ مقدمه

۴۹ طرح پژوهش

۴۹	..... جامعه ی آماری
۵۰	..... روش نمونه گیری و حجم نمونه
۵۰	..... ویژگیهای جمعیت شناختی گروه نمونه
۵۱	..... ابزار پژوهش
۵۵	..... شیوه ی اجرای پژوهش
۵۵	..... محتوای جلسات
۵۶	..... روش تجزیه و تحلیل اطلاعات
۵۷	..... ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم : تجزیه و تحلیل داده ها

۵۸	..... مقدمه
۵۹	..... شاخص های توصیفی
۶۰	..... بررسی فرضیه های پژوهش

فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

۶۶	..... مقدمه
۶۷	..... یافته های پژوهش
۶۷	..... تبیین فرضیه کلی پژوهش
۶۸	..... تبیین فرضیه جزئی پژوهش
۷۰	..... نتیجه گیری کلی
۷۱	..... محدودیت های پژوهش
۷۱	..... پیشنهادات کاربردی

پیشنهادات پژوهشی ۷۲

منابع و مأخذ

منابع فارسی ۷۴

منابع غیر فارسی ۷۸

پیوست ها

پیوست الف) مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه ۸۲

پیوست ب) منشور نشست های مشاوره ی گروهی ۸۴

پیوست ج) قرار داد درمانی ۸۵

چکیده ی انگلیسی ۸۶

فهرست جداول

<u>شماره صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۵۰	جدول (۱-۳) توزیع فراوانی گروه نمونه بر اساس گروه
۵۳	جدول (۲-۳) حیطه های فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و سطوح کوچک کیفیت زندگی
۵۶	جدول (۳-۳) : شرح مختصر جلسات درمانی
۵۹	جدول (۱-۴) : شاخص های توصیفی متغیرهای مورد بررسی در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه کنترل و آزمایش
۶۰	جدول (۲-۴) : نتایج آزمون لوین پیش فرض برابری واریانسها
۶۱	جدول (۳-۴) : نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی تاثیر مشاوره گروهی با رویکرد امید درمانی بر کیفیت زندگی
۶۱	جدول (۴-۴) : نتایج آزمون لوین پیش فرض برابری واریانسها
۶۲	جدول (۵-۴) : نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی تاثیر مشاوره گروهی با رویکرد امید درمانی بر سلامت جسمی
۶۲	جدول (۶-۴) : نتایج آزمون لوین پیش فرض برابری واریانسها
۶۳	جدول (۷-۴) : نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی تاثیر مشاوره گروهی با رویکرد امید درمانی بر سلامت روان
۶۳	جدول (۸-۴) : نتایج آزمون لوین پیش فرض برابری واریانسها
۶۴	جدول (۹-۴) : نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی تاثیر مشاوره گروهی با رویکرد امید درمانی بر محیط زندگی

جدول (۴-۱۰) : نتایج آزمون لوین پیش فرض برابری واریانسها ۶۴

جدول (۴-۱۱) : نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی تاثیر مشاوره گروهی با رویکرد امید درمانی
بر روابط اجتماعی ۶۵

فهرست اشکال

<u>عنوان</u>	<u>شماره صفحه</u>
شکل (۱-۲) عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی از دیدگاه فرانس	۴۱
شکل (۲-۲) مدل کیفیت زندگی زان	۴۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی مشاوره گروهی با رویکرد امید درمانی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی صورت گرفته است. روش پژوهش نیمه آزمایشی بود و از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. از بین جامعه آماری که شامل کلیه بیماران دیابتی شهر آباده (مبتلا به دیابت نوع ۲ و دارای سن بین ۴۰ تا ۶۵ سال) بود ، تعداد ۳۰ نفر که در پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) پایین ترین نمره را کسب نمودند به صورت هدفمند به عنوان نمونه آماری انتخاب شده و در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه مشاوره گروهی به شیوه امید درمانی دریافت کردند و گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکردند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس نشان داد که مشاوره گروهی با رویکرد امید درمانی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی تاثیر معناداری داشت و همچنین بین ابعاد کیفیت زندگی (سلامت جسمی ، سلامت روان ، محیط زندگی و روابط اجتماعی) در بین بیماران دیابتی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنا دار وجود داشت.

کلید واژه ها :

امید درمانی ، کیفیت زندگی ، بیماران دیابتی

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه

یکی از مفاهیم بسیار مهم در بیماریهای مزمن مانند دیابت ، مفهوم کیفیت زندگی^۱ است. طی دو دهه گذشته نتایج مطالعات نشان داده اند که هدف اصلی درمان تنها برطرف کردن علائم و نشانه های فیزیکی بیماری نیست ، بلکه بهبود کیفیت زندگی بیماران مد نظر است. مقوله کیفیت زندگی از این نظر اهمیت دارد که در صورت نادیده گرفتن می تواند منجر به ناامیدی ، نداشتن انگیزه برای هر گونه تلاش و کاهش فعالیت های اجتماعی گردد. (خالیدی ، مریدی ، غریبی ، ۱۳۹۰)

با ظهور جنبش روان شناسی مثبت ، نظریه پردازان و محققان به جای توجه صرف به تاثیر تجارب یا ادراکات منفی بر سلامت جسمانی و روانی، به بررسی سازه هایی چون خود کنترلی ، معنویت ، خوش بینی و امید پرداختند (اسنایدر و مک کالوف^۲ ، ۲۰۰۰ ، سلیگمن^۳ ، ۲۰۰۰). آثار مثبت این سازه ها بر

^۱ - quality of life

^۲ - Snyder and Makalofe

^۳ - seligman

سلامت جسمانی و روانی در تحقیقات مختلف تایید شده است (موسکات^۱ ، ۲۰۰۰ ، ترجنسن^۲ ، ۲۰۰۴) و در این میان سازه امید توجه فزاینده ای را به خود اختصاص داده است (اسنایدر ، ۲۰۰۰).

بیشترین حجم تحقیقاتی که در چند دهه اخیر در زمینه " امید درمانی"^۳ انجام شده ، به سلیگمن پدر روان شناسی مثبت (۲۰۰۰) و اسنایدر (۲۰۰۶-۱۹۴۴) تعلق دارد. از نظر آنان ناامیدی باعث بروز بیماریهای جسمی و روانی می شود. نتایج تحقیقات اسنایدر بر روی بیماران روانی و برخی بیماریهای جسمی مانند سرطان ، نشان می دهد که بسیاری از بیماریهای روانی و برخی از بیماریهای جسمانی در واکنش به از دست دادن امید رخ می دهند و امید درمانی قادر است سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد. او اشاره می کند که کاربرد امید به خاطر تاثیرات شگرف در درمان عمده بیماریهای جسمانی و روانی انسان می تواند در مراکز مرتبط با سلامت ، یک مرکز بیمارنگر را به مرکزی سلامت نگر تبدیل کند. (اسنایدر ، ایروینگ و اندرسون^۴ ، ۱۹۹۱)

اسنایدر امید درمانی را فرآیند فعالانه ای می داند که هدف اصلی آن آموزش به مراجع است تا به صورت فعالانه مشکلات خود را شناسایی و با تنظیم هدف تا حصول نتیجه اهداف خود را دنبال کند. (اسنایدر ، رند^۵ و اندرسون ، ۲۰۰۴)

از آغاز شکل گیری این نظریه تاکنون ، برنامه های درمانی بخصوصی بر اساس نظریه امید اسنایدر پایه ریزی شده و اثر بخشی آن در تحقیقات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و این همچنان ادامه دارد. (قاسمی دهکردی ، ۱۳۸۹) این تحقیق نیز در همین راستا به بررسی تاثیر نظریه امید در کیفیت زندگی یک نمونه از بیماران دیابتی پرداخته تا ضمن معرفی و بررسی اثر بخشی امید درمانی بر کیفیت زندگی این بیماران ، راهگشای انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه و سپس بکارگیری آن در بافت بالینی باشد.

بیان مسأله

بیماری مرض قند یا دیابت شیرین^۶ از شایعترین بیماریهای غدد مترشحه داخلی می باشد . طبق برآوردهای آماری حدود ۳-۱۴ درصد مردم جهان به دیابت مبتلا هستند. بدن مبتلایان به این بیماری نمی تواند قند را به انرژی تبدیل کند و به تدریج ذخائر پروتئین و چربی خود را مصرف می کند. مرض قند مرضی است که بواسطه زیاد شدن مقدار قند خون تولید می شود و در این حالت لوزالمعده ماده انسولین که باعث کاهش قند خون می شود را به مقدار کافی تولید نمی کند و یا به دلایلی انسولین تولید شده نمی

^۱ -Muskat

^۲ -Terjesen

^۳ - hope therapy

^۴ - Eirong and Anderson

^۵ - Rend

^۶ - diabdtic mellitus

تواند اثر گذار باشد، و از این رو مقدار قند خون که یک گرم در هر لیتر است افزایش می یابد. (حسن پور، فرامرزی، ارشاد، ۱۳۹۰)

روند ابتلا به دیابت به عنوان شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلال متابولیسم در سالهای اخیر رو به افزایش است. به طوری که از سال ۱۹۵۵ تا ۲۰۲۵ جمعیت مبتلایان به آن ۱۲۲٪ افزایش خواهد یافت. این بیماری با ۴ میلیون مرگ در سال، ۹٪ کل مرگ‌های جهان را تشکیل می‌دهد و در بسیاری از کشورها مهم‌ترین علت نابینایی و سردسته علل قطع عضو و نارسایی مزمن کلیه در سنین ۷۰-۲۰ سالگی محسوب می‌شود (حسن پور و همکاران، ۱۳۹۰). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی طی ۲۰ سال آینده تعداد افراد مبتلا به دیابت دو برابر خواهد شد، به طوری که از ۱۷۱ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۳۶۶ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید. (تقدیسی، برهانی، صلحی، افکاری، حسینی، ۱۳۹۰)

بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمی تاثیر مستقیم بر تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد. طبق نظر انجمن دیابت آمریکا یکی از بیماریهای مزمنی که سبب بروز مشکلات جسمی - روانی در افراد می‌گردد، دیابت شیرین است. (تقدیسی و همکاران، ۱۳۹۰)

مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی بیماران دیابتی نشان دهنده نا مطلوب بودن کیفیت زندگی در بیشتر این بیماران است. از جمله در مطالعه قنبری و کاظم نژاد (۱۳۸۳) کیفیت زندگی در ۶۰ درصد بیماران دیابتی نامطلوب است. در مطالعه باقیانی و همکاران (۱۳۸۶) نیز کیفیت زندگی بیماران دیابتی درصد متوسط به پایین گزارش شده است. (به نقل از تادیبی و بیات، ۱۳۹۱)

بنابراین توجه به کیفیت زندگی بیماران دیابتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را به این صورت تعریف کرده است: درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان می‌باشد. پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و به درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است. (به نقل از نائینیان و دیگران، ۱۳۸۴).

کمپبل^۱ و همکارانش (۱۹۸۱) کیفیت زندگی را رضایت از زندگی در حیطه‌های خاص می‌دانستند. آنها حیطه‌های کار، مسکن، سلامتی، همسایگی، دوستی‌ها، ازدواج، زندگی خانوادگی، سطح تحصیلات و پس انداز را از مولفه‌های کیفیت زندگی قلمداد می‌کردند.

کیفیت زندگی موضوعی است که امروزه مورد توجه بسیاری از محققین در تمامی زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی قرار گرفته است. این موضوع بخصوص به منظور بررسی پیامدهای

^۱ - Campbell

خدمات و مداخلات بویژه مورد توجه محققینی است که در زمینه ناتوانی ها و بیماریها کار می کنند. کیفیت زندگی مفهومی کلی می باشد که نه تنها حاوی همه جنبه های زندگی مانند اجتماعی، فیزیکی، عاطفی و معنوی است، بلکه علاوه بر نیازهای فردی از قبیل امیال و آرزوها، به هنجارهای فرهنگی و اجتماعی نیز توجه دارد (لایپر و رابرتز^۱، ۱۹۹۳ به نقل از همتیان، ۱۳۸۵)

منشاء اندازه گیری کیفیت زندگی را می توان در کار ثرندایک^۲ (۱۹۳۹) ملاحظه نمود. در ابتدا رویکرد شاخصهای اجتماعی با این فرض که تأثیر معنی داری بر کیفیت زندگی افراد دارد، مورد پذیرش بود (اگلتن^۳ و دیگران، ۱۹۹۹). اما بعدها ثابت شد که شاخصهای اجتماعی برای اندازه گیری کیفیت زندگی کافی نمی باشد و اعتقاد روز افزون بر آن شد که اکثر تعیین کننده های کیفیت زندگی بیشتر جنبه روانشناختی دارند تا اقتصادی و جمعیت شناختی (اگلتن و دیگران، ۱۹۹۹).

کیفیت زندگی به طور قابل ملاحظه ای تحت تأثیر ارتباطات اجتماعی و عاطفی در زمینه های روزانه مانند مدرسه، کار و خانه قرار دارد. همچنین کیفیت زندگی بطور نزدیکی به کیفیت زندگی با افراد دیگری که بخشی از محیط زندگی فرد هستند بستگی دارد. (سیلوانا^۴، ۲۰۰۲).

پس از طرح نظریه امید از جانب اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) و ایجاد مقیاسی برای اندازه گیری آن، حجم وسیعی از پژوهش ها به بررسی رابطه امید با متغیرهای مختلف سلامت روانی و حتی جسمانی پرداختند. به عنوان مثال تحقیقات مختلف نشان داده اند که امید با عاطفه مثبت و احساس خود ارزشمندی همبستگی مثبت دارد و همچنین به طور منفی با افسردگی، احساس فرسودگی و به طور کلی عواطف منفی در ارتباط است (علاءالدینی و همکاران، ۱۳۸۶)

رویکرد امید درمانی یک برنامه درمانی است که بر اساس نظریه امید اسنایدر به منظور افزایش تفکر امید و ارائه و تقویت فعالیت های مربوط به پیگیری هدف، طراحی شده است (علاءالدینی، کجباف، مولوی، ۱۳۸۶). امید درمانی، بر مبنای رویکرد روانشناسی مثبت، بجای تمرکز صرف بر ضعف های انسان، توانمندیهای او را مورد توجه قرار می دهد (سلیگمن، ۲۰۰۲). در این روش با ادغام فنون درمانی متعدد به مراجع کمک می شود تا امید ذاتی خود را بیابد و در جهت ابقا و استمرار امید برنامه ریزی و تلاش نماید. بر اساس این رویکرد، با تعامل حمایتی درمانگر - مراجع می توان امید را در بیماران افزایش داد. از نظر اسنایدر افزایش امید در جلسات درمانی قابل تعمیم به موقعیت های خارج از حوزه درمان است. (ستوده اصل، ۱۳۸۹)

^۱-Liper and Raberts

^۲- Sorendik

^۳- Egliten et al

^۴-Silvana