**2-2- پیشینه‌ی نظری**

**2-2-1- بهزیستی ذهنی**

**تعریف بهزیستی ذهنی**

بهزیستی ذهنی، یک مفهوم شخصی و فردی است و بر حسب ارزیابی افراد از زندگی خودشان تعریف می‌شود (دینر[[1]](#footnote-1) و همکاران، 1996). در واقع ارزیابی افراد از زندگی خودشان در حوزه‌های مختلف زندگی مانند بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی است. بهزیستی هیجانی به تعادل بین عاطفه مثبت و منفی اطلاق می‌شود. بهزیستی روان‌شناختی، عمدتاً ملاکی شخصی و خصوصی برای ارزیابی فردی از کنش‌های روانی فرد است، اما بهزیستی اجتماعی عمدتاً ملاکی عمومی و اجتماعی برای ارزیابی کنش‌های اجتماعی افراد در طول زندگی‌شان و در تعامل با دیگران محسوب می‌شود (کی یز[[2]](#footnote-2)، 1998).

**عناصر بهزیستی ذهنی**

بنابراین، بهزیستی ذهنی دارای سه عنصر اصلی است: دو عنصر هیجانی «یعنی تجربه مکرر عاطفه یا هیجان مثبت، تجربه نامکرر و اندک هیجان یا عاطفه منفی» و نیز یک عنصر شناختی «ارزیابی افراد از رضامندی از زندگی که شامل رضایت افراد از جنبه‌های مختلف زندگی مثل رضایت زناشویی، رضایت شغلی و. . .» می‌باشد. طی 40 سال اخیر، روان‌شناسان و جامعه‌شناسان به مفهوم‌سازی، اندازه‌گیری و مطالعه ابزارهای اندازه‌گیری سلامت روان از طریق تحقیقات بهزیستی ذهنی پرداخته‌اند (کی یز، 2003).

بهزیستی ذهنی شامل طیف گسترده‌ای از رگه‌ها و ویژگی‌های ذاتی و محیطی است. لیبومیرسکی، شلدوم و اسچکاد[[3]](#footnote-3) (2005)، مدلی تلفیقی یا التقاطی ژنتیک- شخصیت یا مدل عوامل جمعیت شناختی- محیطی را برای بهزیستی و شادمانی ارائه دادند که شامل مجموعه عوامل ژنتیکی، عوامل و شرایط محیطی و نیز فعالیت‌ها و تمرین‌های ارادی و انتخابی است که طبق فرمول زیر تدوین شده است (لیبومیرسکی و همکاران، 2005):

رفتارهای ارادی + عوامل محیطی + عوامل ژنتیکی= بهزیستی

**عوامل مؤثر بر بهزیستی**

نخستین عامل مهم و عمده در تعیین بهزیستی افراد، عوامل ژنتیکی است. تعیین کنند‌ه‌های ژنتیکی در طول عمر افراد ثابت، در طول زمان پایدار و نسبت به تغییر یا کنترل ایمن هستند. این عامل به تنهایی 50 درصد از کل واریانس بهزیستی را به خود اختصاص داده است (لیبومیرسکی و همکاران، 2005).

هم‌چنین طی مطالعه‌ای که بر روی دوقلوها در سن 20 تا 30 سالگی انجام شد، میزان همبستگی بازآزمایی تقریباً 50 درصد بود، مهم‌تر این که میزان همبستگی در مطالعات بازآزمایی شادمانی دوقلوهای یک تخمکی در زمان‌های مختلف 80 درصد بوده است (اسنایدر و لوپز[[4]](#footnote-4)، 2002).

در واقع وراثت، مؤلفه ثابتی در بهزیستی و شادمانی محسوب می‌گردد. در مقابل، همبستگی در دوقلوهای دو تخمکی، نزدیک به 7 درصد بود. مطالعات دیگر، گر چه تخمین‌های متفاوتی در خصوص سهم وراثت در شادمانی را نشان داده اند ولی همگی حاکی از این هستند که دو قلوهای یک تخمکی به طور قابل توجهی دارای الگوهای شادمانی مشابه بیشتری در مقایسه با دوقلوهای دوتخمکی بودند و همچنین میزان شادمانی این افراد در بزرگسالی نیز بخش وسیعی از تعیین کننده‌های ژنتیکی را نشان می‌دهد (هاشمیان، پورشهریاری، بنی جمالی و گلستانی بخت ، 1386).

بنا به تحقیقات لیبومیرسکی (2005)، تعیین کننده‌های ژنتیکی موجب ویژگی‌های خلقی شخصیت مثل برون‌گرایی، درون‌گرایی، خلق منفی، برانگیختگی و. . . می‌شوند که همگی ریشه در نوروبیولوژی افراد دارد. تغییرات این ویژگی‌ها طی طول عمر بسیار اندک است. به عنوان مثال کگان[[5]](#footnote-5)، کودکان را از سن 4 ماهگی تا 11 سالگی مورد پی‌گیری و مطالعه قرار داد و نشان دادند که عدم مردم‌آمیزی کودکان در سن 11 سالگی احتمالاً ناشی از ویژگی عمده و خاص برخی نوزادان است که به واکنش کند معروف است، که این واکنش کند ناشی از الگوهای عصبی شیمیایی و ژنتیکی آن‌هاست (هاشمیان و همکاران، 1386).

عامل دیگری که بر بهزیستی مؤثر است اوضاع و شرایط محیطی است، این عامل 8 الی 15 درصد واریانس بهزیستی و شادمانی را به خود اختصاص می‌دهد و شامل عواملی همچون ملیت، فرهنگ، شرایط جغرافیایی مثل آب و هوا، عوامل جمعیت شناختی مانند سن، جنس، تحصیلات، نژاد، وضعیت تأهل، پیشینه و تاریخچه زندگی فرد مثل ضربه‌های دوران کودکی، تصادف، سوانح، وضعیت شغلی، امنیت کاری، درآمد، سلامتی، مذهب و. . . است (هاشمیان و همکاران، 1386).

گرچه تأثیر این عامل اندک است اما بدیهی است که مردم به طور گسترده‌ای می‌توانند خود را با شرایط جدید و حوادث زندگی به سرعت سازگار کنند، چه یک انطباق حسی باشد، مثل انطباق با بوی بد یا وزن سنگین یا انطباق فیزیولوژیکی (مثل درجه حرارت بسیار بالا یا پایین) یا رویداد خوشایندی مثل افزایش حقوق، هر یک از این متغیرها پاسخی را به محرک ایجاد می‌کند که پایدار و مکرر هستند (لیبومیرسکی و همکاران، 2005).

به عبارت دیگر تغییر و عدم ثبات، یکی از ویژگی‌ها و خصیصه‌ها و شرایط محیطی و موقعیتی است. افراد، قادر به کنترل این تغییرات هستند و در نتیجه شادمانی خود را این گونه افزایش می‌دهند. مثلاً یک بیوه میان‌سال می‌تواند دوباره ازدواج کند یا یک زوج بازنشسته شغل دیگری برگزینند، یا یک بازیکن مدرسه فوتبال، قراردادی جدید ببندد که نتیجه همه این‌ها، شادمانی بیشتر است (هاشمیان و همکاران، 1386).

هدی و ویرینگ[[6]](#footnote-6) (1989)، طی 4 مطالعه طولی درباره حوادث مثبت و منفی، به عنوان مثال یافتن دوستان جدید بیشتر، ازدواج کردن، تجربه مشکلات جدی با فرزندان یا بیکاری، دریافتند که این حوادث بر رضایت از زندگی، خلق مثبت و منفی تأثیر می‌گذارد اما مردم بعد از مدتی به خط پایه اصلی و اولیه شادمانی خود باز می‌گردند و آن خط پایه را حفظ می‌کنند (هاشمیان و همکاران، 1386).

سومین عامل مؤثر بر سطح بهزیستی، فعالیت‌های اختیاری، رفتارهای ارادی و عمدی است یعنی آن چه افراد انجام می‌دهند، ناشی از نگرش و شناخت آن‌هاست. گسترش دوستی‌ها و رفاقت‌ها، گذراندن اوقات بیشتر در طبیعت، گذراندن وقت در حالت وجد و سرشاری، انجام بیشتر فعالیت‌های جسمانی، کشف و استفاده از توان‌مندی‌های خود در حیطه‌های شغلی و سایر حوزه‌های زندگی، مراقبه، آموختن، لذت دوست داشتن، شناسایی و تغییر باورهای غیر مفید و. . . . این گروه از عوامل، گستره وسیعی دارد و شامل دامنه وسیعی از شیوه تفکر و رفتار روزمره افراد است. کلیه فعالیت‌هایی که درجاتی از کوشش و تلاش برای انجام عمل را می‌طلبند فعالیت ارادی محسوب می‌شود که افراد می‌کوشند تا آن را انجام دهند و به خودی خود رخ نمی دهد. فعالیت‌های ارادی، در بهزیستی و شادمانی مؤثر است، مثلاً برخی انواع فعالیت‌های رفتاری، مانند ورزش منظم یا با دیگران مهربان بودن با بهزیستی ارتباط دارد. و نیز برخی انواع فعالیت‌های شناختی مانند بازسازمان‌دهی موقعیت‌ها با یک دیدگاه و چشم انداز مثبت و نیز انواع فعالیت‌های ارادی مانند تلاش جهت دست‌یابی به اهداف مهم شخصی یا تلاش برای یافتن دلایل معنادار و هدف در زندگی نیز در این حیطه قرار دارد (دینر و سلیگمن[[7]](#footnote-7)، 2004).

بهترین شیوه برای ارتقاء میزان بهزیستی انجام فعالیت‌های رفتاری، شناختی و ارادی است که تأثیر زیادی بر میزان بهزیستی افراد دارد. لازم به ذکر است که 40-35 درصد از واریانس بهزیستی و شادمانی توسط فعالیت‌های ارادی تبیین می‌شود (هاشمیان و همکاران، 1386).

بررسی‌های کمپل[[8]](#footnote-8) و همکاران (1976) در مورد بهزیستی افراد در غرب نیز نشان داد که متغیرهای جمعیت شناختی مثل سن، درآمد و تحصیلات در بیشتر تحقیقات و گزارش‌ها، سهم زیادی را در بهزیستی به خود اختصاص نداده است. در 30 سال اخیر محققین همبستگی متغیرهای جمعیت شناختی با بهزیستی ذهنی را با یک سری از یافته‌های قابل تکرار رده بندی کردند مبنی بر این که، یافته‌های جمعیت شناختی نظیر سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات و درآمد با بهزیستی ذهنی همبستگی دارد و این که این تأثیرات اغلب کوچک است (دینر و سلیگمن، 2004).

 **روی‌کردهای اصلی تعریف بهزیستی**

از دیدگاه راین و دسی[[9]](#footnote-9) (2001)، دو روی‏آورد اصلی در تعریف بهزیستی وجود دارد: لذت‏گرایی‏ و فضیلت‏گرایی. برابر دانستن بهزیستی با خوشی لذت‏گرایانه یا شادکامی‏ پیشینه‏ای طولانی دارد. برای مثال اپیکور[[10]](#footnote-10)، فیلسوف یونانی، بر این باور بود که لذت هدف اصلی‏ زندگی است. لذت‏گرایی فلسفی وی توسط اندیشمندان‏ متعددی دنبال شد؛ از جمله‌ هاپز[[11]](#footnote-11)، فیلسوف‏ انگلیسی، که معتقد بود شادکامی محصول تحقق‏ موفقیت‏آمیز امیال است. یا جان استوارت میل[[12]](#footnote-12)‏، فیلسوفی‏ که معتقد بود عمل درست عملی است که به ارتقای‏ سطح شادکامی در فرد منجر می‏شود (راین و دسی، 2001).

ديدگاه غالب روان‌شناسان لذت‌گرا آن است که بهزيستي برابر با شادکامي شخصي و مرتبط با تجربه لذت در مقابل تجربه ناخشنودي است. چنين برداشتي از بهزيستي، بهزيستي شخصي ناميده مي‌شود. بهزيستي شخصي متشکل از تعدادي از نشانه‌هاست که بيان‌گر حضور يا غياب احساسات مثبت نسبت به زندگي است. بهزيستي شخصي را مي‌توان از طريق سه مقياس حضور عواطف مثبت، غياب عواطف منفي و رضايت مندي از زندگي سنجيد. بالانس عاطفي ميزان کثرت تجارب عاطفي مثبت فرد در مقابل تجارب عاطفي منفي وي را نشان مي‌دهد که با کم کردن نمره مقياس عواطف منفي فرد از نمره عواطف مثبت وي ايجاد مي‌شود. با اين حال جمع کثيري از روان‌شناسان در ازاي برابر دانستن بهزيستي با شادکامي و لذت، آن را با فضيلت برابر مي‌گيرند. نظريات فضيلت‌گرا بر اين باورند که ارضاي اميال، به رغم ايجاد لذت، همواره بهزيستي را در پي ندارد و در نتيجه، بهزيستي نمي‌تواند صرفا به معناي تجربه لذت باشد. مي‌توان بهزيستي روان‌شناختي را جز اين دسته دانست (قائدي و يعقوبي، 1387).

بسیاری از روان‌شناسان نیز آموزه‏های این سنت را در جهت‏دهی و طراحی پژوهش‌های تجربی در حوزه‏ بهزیستی پذیرفته‏اند. دیدگاه غالب روان‌شناسان لذت‏گرا آن است که بهزیستی برابر با شادکامی فاعلی ‏و مرتبط با تجربه لذت در مقابل تجربه ناخشنودی است. می‏توان‏ چنین برداشتی از بهزیستی را بهزیستی هیجانی نامید. بهزیستی هیجانی شامل تعدادی از نشانه‏های بیان‌گر وجود یا فقدان احساس‌های مثبت نسبت به زندگی است. بهزیستی هیجانی را می‏توان از طریق سه مقیاس ساخت‏ یافته وجود عواطف مثبت (مانند شادی و سرحالی)، فقدان‏ عواطف منفی (مانند اضطراب و ناامیدی) و رضایت‌مندی‏ از زندگی، سنجید (کی‌یز، 2002).

با وجود ماهیت جذاب لذت‏گرایی، که بهزیستی را به‏ معنای به حداکثر رساندن لذت و به حداقل رساندن درد تلقی می‏کند، جمع کثیری از متفکران شرق و غرب، مخالفت خود را با این برداشت از بهزیستی اعلام‏ کرده‏اند. از جمله ارسطو که‏ صراحتاً با برداشت لذت‏گرایانه از بهزیستی مخالفت‏ می‏کند و سبک زندگی پیشنهادی این سنت را برده‏وار و مشابه زندگی حیوانات می‏داند (واترمن[[13]](#footnote-13)، 1993) و یا حضرت مسیح که این سؤال را مطرح می‏کند: «فردی‏ که روح خود را می‏بازد و در عوض تمام دنیا به او بخشیده می‏شود، چه سودی می‏برد؟» در ازای برابر دانستن بهزیستی با شادکامی و لذت، این اندیشمندان‏ آن را با فضیلت‏ برابر می‏گیرند. نظریات مبتنی بر فضیلت‏گرایی بر این باورند که ارضای امیال، به‏رغم‏ ایجاد لذت، همواره بهزیستی را در پی ندارد و در نتیجه، بهزیستی نمی‏تواند صرفاً به معنای تجربه لذت باشد (راین و دسی، 2001).

بسیاری از روان‌شناسان در تعریف بهزیستی این‏ موضع‏گیری را برگزیده‏اند و در حال اجرای پژوهش‌هایی‏ در حوزه بهزیستی براساس آموزه‏های سنت فضیلت‏گرایی‏ هستند. ریف[[14]](#footnote-14) (1989) به تفاوت‌های بهزیستی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی (که نظریه‏پردازان فضیلت‏گرا طرف‌دار دومی هستند)، اشاره می‏کند. این مؤلف عقیده‏ دارد که بعضی از جنبه‏‌های کنش‏وری بهینه، مانند تحقق‏ هدف‌های فردی، متضمن قانون‌مندی و‌ تلاش بسیار است‏ و این امر حتی ممکن است در تعارض کامل با شادکامی‏ کوتاه‏مدت باشد. بنابراین بهزیستی را نباید، ساده‏نگرانه، معادل با تجربه بیشتر لذت در مقابل درد دانست‌؛ در عوض بهزیستی در برگیرنده تلاش برای کمال و تحقق‏ نیرو‌های بالقوه واقعی فرد است (جوشن لو، رستمي و نصرت آبادي ، 1385).

**مؤلفه‌های بهزیستی**

احساس بهزیستی دارای مؤلفه‌های عاطفی و مؤلفه‌های شناختی است. افرادِ با احساس بهزیستی بالا هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند. در حالی که افرادِ با احساس بهزیستی پایین، حوادث و وقایع زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی کرده، بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند. بر این اساس، از آن‌جا که بهزیستی درونی و ذهنی، شامل ارزش‌های شناختی افراد از زندگی‌شان می‌شود و مردم شرایط‌شان را بسته به انتظارات، ارزش‌ها و تجربیات قبلی‌شان ارزش گذاری می‌کنند، پژوهش‌گران هم در ارزیابی‌ها باید تفکرات افراد و احساسات‌شان را در مورد زندگی بررسی کنند (درویزه و کهکی، 1387).

**بهزیستی روان‌شناختی**

در ﺳﺎل‌های اﺧﻴﺮ، ﮔﺮوﻫﻲ از پژوهش‌گران ﺣﻮزه ﺳﻼﻣﺖ رواﻧﻲ ﻣﻠﻬﻢ از روانﺷﻨﺎﺳﻲ ﻣﺜﺒﺖﻧﮕﺮ، روی‌کرد ﻧﻈﺮي و ﭘﮋوﻫﺸﻲ ﻣﺘﻔﺎوﺗﻲ ﺑﺮاي ﺗﺒﻴﻴﻦ و ﻣﻄﺎﻟﻌﻪ اﻳﻦ ﻣﻔﻬﻮم ﺑﺮﮔﺰﻳﺪه اﻧﺪ. آﻧﺎن ﺳﻼﻣﺖ رواﻧﻲ را ﻣﻌﺎدل ﻛﺎرﻛﺮد ﻣﺜﺒﺖ روان ﺷﻨﺎﺧﺘﻲ، ﺗﻠﻘّﻲ و آن را در ﻗﺎﻟﺐ اﺻﻄﻼح "ﺑﻬﺰﻳﺴﺘﻲ روان ﺷﻨﺎﺧﺘﻲ" ﻣﻔﻬﻮم ﺳﺎزي ﻛﺮده اﻧﺪ. اﻳﻦ ﮔﺮوه ﻧﺪاﺷﺘﻦ ﺑﻴﻤﺎري را ﺑﺮاي اﺣﺴﺎس ﺳﻼﻣﺖ ﻛﺎﻓﻲ ﻧﻤﻲداﻧﻨﺪ، ﺑﻠﻜﻪ ﻣﻌﺘﻘﺪﻧﺪ ﻛﻪ داﺷﺘﻦ اﺣﺴﺎس رﺿﺎﻳﺖ از زﻧﺪﮔﻲ، ﭘﻴﺸﺮﻓﺖ ﺑﺴﻨﺪه، ﺗﻌﺎﻣﻞ ﻛﺎرآﻣﺪ و ﻣﺆﺛﺮ ﺑﺎ ﺟﻬﺎن، اﻧﺮژي و ﺧﻠﻖ ﻣﺜﺒﺖ ﭘﻴﻮﻧﺪ و راﺑﻄﻪ ﻣﻄﻠﻮب ﺑﺎ ﺟﻤﻊ و اﺟﺘﻤﺎع و ﭘﻴﺸﺮﻓﺖ ﻣﺜﺒﺖ، از ﻣﺸﺨﺼﻪ ﻫﺎي ﻓﺮد ﺳﺎﻟﻢ اﺳﺖ (ميکائيلي، 1388).

اساس روان‌شناسي مثبت بر پذيرش انسان در جايگاه موجودي توان‌مند و شايسته است که مي‏تواند توانايي‌هاي خود را شکوفا سازد؛ بنابراين هدف‏ رويکرد اخير، مطالعه نيرومندي‌ها و شادماني انسان‌ها و توجه به نقاط قوت، تقويت داشته‏ها و بنا نهادن ويژگي‌هاي مثبت است. از اين منظر بهزيستي روان‌شناختي به معني کارکرد روان‌شناختي‏ بهينه است (ميکائيلي، 1388).

به بياني ديگر، بهزيستي روان‌شناختي را مي‏توان واکنش‌هاي عاطفي و شناختي به ادراک ويژگي‌ها و توان‌مندي‌هاي شخصي، پيشرفت بسنده، تعامل کارآمد و موثر با جهان، پيوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پيشرفت مثبت‏ در طول زمان تعريف کرد. اين حالت مي‏تواند مؤلفه‏هايي مانند رضايت از زندگي، انرژي و خلق‏ مثبت را نيز در برگيرد (کارادماس[[15]](#footnote-15)، 2007).

ریف و کی‌یز (1995) مؤلفه‏‌های سازنده بهزیستی روان‌شناختی را در برگیرنده‏ شش عامل دانسته‏اند: خود پیروی‏ (احساس خود تعیین‏کنندگی و استقلال؛ توانایی مقاومت در مقابل‏ فشار‌های اجتماعی که طرز فکر یا عمل خاصی را بر فرد تحمیل می‏کنند؛ ارزیابی خود با معیار‌های شخصی)، سلطه بر محیط (احساس شایستگی و توانایی در مدیریت‏ محیط پیچیده اطراف؛ انتخاب یا ایجاد روابط شخصی‏ مناسب)، رشد شخصی‏ (داشتن احساس رشد مداوم و پتانسیل آن؛ پذیرا بودن نسبت به تجربه‏‌های جدید؛ احساس کارآمدی و دانایی روزافزون)، روابط مثبت با دیگران‏ (داشتن روابط گرم، رضایت‌بخش و توأم با اطمینان؛ توجه به خوشبختی دیگران؛ توانایی همدلی، صمیمیت و مهربانی)، هدف‌مندی در زندگی‏ (داشتن‏ هدف و جهت‏گیری در زندگی و این که فرد احساس کند زندگی گذشته‏اش معنایی دارد؛ اعتقاد به باور‌هایی که به‏ زندگی جهت می‏دهند) و پذیرش خود (داشتن نگرش‏ مثبت نسبت به خود؛ پذیرفتن جنبه‏‌های متفاوت خود؛ داشتن احساس مثبت در مورد زندگی گذشته). با کمی دقت در مؤلفه‏‌های سازنده بهزیستی که‏ توسط دو سنت فوق در جهان روان‌شناسی به تصویر کشیده شده‏اند، می‏توان فهمید که به همه جنبه‏‌های‏ بهزیستی به نحو مطلوب و کامل پوشش داده نشده‏ است (ریفو کی‌یز، 1995).

کی‌یز (1998) با توجه به این نکته یادآور می‏شود که در انجام پژوهش‌ها در حوزه بهزیستی نباید تقسیم‏بندی زندگی بشر به دو بعد خصوصی‏ و عمومی را فراموش کرد؛ چنان‌چه روان‌شناسی اجتماعی نیز بر تمایز بین این دو بعد زندگی بشر صحه گذاشته است (کی یز، 1998).

**بهزیستی اجتماعی**

در این راستا کی‌یز (1998) مفهوم بهزیستی اجتماعی را مطرح کرده‏ است. بهزیستی اجتماعی بیان‌گر یک پدیده اساساً عمومی‏ (در مقابل خصوصی) است که بر تکالیف اجتماعی که‏ بشر در دل ساختارهای اجتماعی و جوامع با آن‌ها مواجه‏ است متمرکز می‏شود (کی‌یز و ماجیارمو[[16]](#footnote-16)، 2003). بهزیستی‏ اجتماعی به عنوان گزارش شخصی فرد در مورد کیفیت‏ روابطش با افراد دیگر، محله‏ای که در آن زندگی می‏کند و جامعه‏اش تعریف می‏شود. کی‌یز ابعاد عملیاتی بهزیستی‏ اجتماعی را با نظر به الگوی سلامت‏ و آموزه‏های جنبش روان‌شناسی مثبت‏گرا مطرح‏ می‏کند. این ابعاد که هر یک منعکس‏کننده چالش‌هایی هستند که انسان به عنوان موجودی اجتماعی با آن‏ مواجه است بدین قرارند (کی‌یز، 1998):

* یک‌پارچگی اجتماعی: بیان‌گر ارزیابی فرد از کیفیت‏ رابطه‏اش با اجتماع و جامعه است. افرادی‏که دارای‏ سطوح مطلوبی از این بعد بهزیستی اجتماعی هستند، به‏ جامعه و اجتماعشان احساس تعلق بیشتری دارند و احساس دارا بودن ویژگی‌های مشترک با افراد جامعه در آن‌هابیشتر است.
* پذیرش اجتماعی‏: بیان‌گر درک فرد از خصیصه‏ها و ویژگی‌های افراد جامعه به عنوان یک کلیت است. افرادی‏ که دارای سطوح مطلوبی از این بعد بهزیستی اجتماعی‏ هستند، دید مثبتی به ذات بشر دارند، به افراد دیگر اعتماد می‏کنند و به خوب بودن مردم باور دارند.
* مشارکت اجتماعی: بیان‌گر ارزیابی فرد از ارزش‏ اجتماعی خود است. افراد واجد سطوح مطلوبی از این بعد بهزیستی اجتماعی، احساس می‏کنند عضو مهمی از جامعه خود هستند و می‏توانند چیزهای ارزش‌مندی به‏ جهان ارائه کنند.
* شکوفایی اجتماعی: بیان‌گر ارزیابی فرد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل‌های آن است؛ به این معنا که فرد احساس کند جامعه در حال تحول است و توانایی شکوفایی‏ از طریق شهروندان و نهادهای اجتماعی را دارد. افراد واجد سطوح مطلوب این بعد بهزیستی اجتماعی، نسبت‏ به وضعیت کنونی و آینده جامعه امیدوارترند و معتقدند جهان به مکانی بهتر برای همه افراد تبدیل خواهد شد.
* درک پذیری اجتماع (انسجام اجتماعی‏): بیان‌گر فهم‏ کیفیت، ساخت و طرز کار جهان اجتماعی و شامل‏ علاقه‏مندی و اهمیت به شناخت دنیاست. افراد دارای‏ سطوح مطلوب این بعد بهزیستی، نه ‏تنها به جهانی که در آن زندگی می‏کنند اهمیت می‏دهند، بلکه احساس می‏کنند که می‏توانند حوادث پیرامون‌شان را درک کنند و مایلند معنای زندگی را بفهمند (کی‌یز، 1998).

اگر چه این ابعاد بهزیستی اجتماعی می‏توانند نشان‌گر سلامت روانی فرد باشند، اما در مقایسه با ابعاد بهزیستی‏ هیجانی و روان‌شناختی از وضوح کمتری برخوردارند. مع هذا باید توجه داشت که مقیاس‌های بهزیستی هیجانی‏ غالباً رضایت‌مندی و عواطف مثبت فرد نسبت به زندگی‏ کلی را می‏سنجند و به‌ندرت به رضایت‌مندی و عواطف‏ مثبت نسبت به جنبه‏های زندگی اجتماعی می‏پردازند. همچنین، ابعاد بهزیستی روان‌شناختی نیز برداشت‌های‏ درون‏شخصی در مورد سازگاری فرد با دیدگاهش نسبت‏ به زندگی را منعکس می‏کنند. صرفاً یکی از شش مقیاس‏ بهزیستی روان‌شناختی- روابط مثبت با دیگران- نشان‌گر توانایی فرد در ایجاد و نگهداری روابط بین شخصی‏ صمیمانه و توأم با اطمینان است (کی‌یز، 2002). نباید فراموش کرد که سازش‏یافتگی فرد با زندگی در عین حال‏ شامل جنبه‏های بهزیستی اجتماعی نیز هست. تحلیل‌های‏ عاملی انجام شده نشان می‏دهند که مقیاس‌های سلامت‏ روانی سه عامل همبسته اما متمایز را تشکیل می‏دهند: بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی (کی‌یز، 1998).

کی‌یز معتقد است پژوهش‌گران تا به حال برداشتی جامع‏ از سلامت روانی را مورد بررسی قرار نداده‏اند و صرفاً به‏ جنبه‏های گوناگون بهزیستی (که وی آن‌ها را نشانه‏های‏ سلامت روانی می‏داند) که پیش‏بینی‏کننده‏های بهزیستی‏ هیجانی، روان‌شناختی یا اجتماعی‏اند، پرداخته‏اند. اما وی دیدگاهی جامع را برمی‏گزیند به نحوی که از دید وی، بهزیستی فاعلی نشان‌گر ادراک‌ها و ارزیابی‌های‏ فرد از زندگی خود براساس حالت‌های عاطفی و کنش‏وری‏ روان‌شناختی و اجتماعی دانسته می‏شود. به خوبی مشخص‏ است که این دیدگاه با گسترش تعریف بهزیستی فاعلی، هر سه جنبه بهزیستی را تا حدی در بر گرفته است: هم‏ جنبه عاطفی (بهزیستی هیجانی) و هم جنبه‏های کارکردی‏ «بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی» (جوشن لو و همکاران، 1385).

**نظريه‌هاي پيشين مربوط به بهزيستي روان‌شناختي:**

در سالیان اخیر روی‌کرد آسیب شناختی به مطالعه‌ي سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته است. بر خلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماري تعریف می‌کند، روی‌کردهاي جدید بر "خوب بودن " به جاي "بد یا بیمار بودن" تأکید می‌کنند. از این منظر، عدم وجود نشانه‌هاي بیماري‌هاي روانی، شاخص سلامتی نیست. بلکه سازگاري، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی‌هاي مثبتی از این دست نشان دهنده‌ي سلامت بوده و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفاسازي قابلیت‌هاي خود است. نظریه‌هایی مانند نظریه ي خودشکوفایی مازلو[[17]](#footnote-17)، کارکرد کامل (راجرز[[18]](#footnote-18)) و انسان بالغ یا بالیدگی (آلپورت[[19]](#footnote-19)) در شکل‌بندي مفهوم سلامتی روان‌شناختی، این فرض بنیادین را پذیرفته و از آن بهره جسته اند. به دنبال ظهور این نظریه‌ها و جنبش روان‌شناسی مثبتکه در سلامتی روانی بر وجود ویژگی‌هاي مثبت و رشد توانایی‌هاي فردي تأکید داشتند، گروهی از روان‌شناسان به جاي اصطلاح سلامتی روانیاز بهزیستی روان‌شناختیاستفاده کرده اند. زیرا معتقدند این واژه بیشتر ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می‌کند. در این راستا، مدل‌هایی مانند مدل جاهودا[[20]](#footnote-20)، مدل بهزیستی ذهنی داینر و مدل 6 عاملی بهزیستی روان‌شناختی ریف تدوین شده اند که در تعریف و تبیین سلامت روانی به جاي تمرکز بر بیماري و ضعف بر توانایی‌ها و داشته‌هاي فرد متمرکز هستند (میکائیلی، 1389).

**مدل بهزيستي‏ روان‌شناختي ريف و همکارانش:**

يکي از مهم ترين مدل‌هايي که بهزيستي‏ روان‌شناختي را مفهوم‏سازي و عملياتي کرده، مدل‏ چندبعدي ريف و همکاران (1998) است. اين مدل از طريق ادغام‏ نظريه‏هاي مختلف رشد فردي مانند نظريه خود شکوفايي مازلو و شخص کامل راجرز و عملکرد سازگارانه مانند نظريه سلامت رواني مثبت جاهودا شکل گرفته و گسترش يافته است. بهزيستي روان‌شناختي در مدل ريف و همکاران از شش مؤلفه تشکيل شده است (ميکائيلي، 1388).

مؤلفه پذيرش خود به معني داشتن نگرش مثبت‏ به خود و زندگي گذشته خويش است. اگر فرد در ارزشيابي، استعدادها، توانايي‌ها و فعاليت‌هاي خود در کل احساس رضايت و در رجوع به گذشته خود احساس خشنودي کند، کارکرد رواني مطلوبي خواهد داشت. همه انسان‌ها تلاش مي‏کنند علي‏رغم‏ محدوديت‌هايي که در خود سراغ دارند، نگرش مثبتي‏ نسبت به خويشتن داشته باشند، اين نگرش پذيرش‏ خود است. مؤلفه خودمختاري‏ به احساس استقلال، خودکفايي و آزادي از هنجارها اطلاق مي‏شود. فردي‏ که بتواند براساس افکار، احساسات و باورهاي‏ شخصي خود تصميم بگيرد، داراي ويژگي‏ خودمختاري است. در حقيقت توانايي فرد براي‏ مقابله با فشارهاي اجتماعي به اين مؤلفه مربوط مي‏شود. داشتن ارتباط مثبت با ديگران، ديگر مؤلفه اين‏ مدل، به معني داشتن رابطه با کيفيت و ارضاکننده با ديگران است. افراد با اين ويژگي عمدتاً انسان‌هايي‏ مطبوع، نوع‏دوست و توانا در دوست داشتن ديگران‏ هستند و مي‏کوشند رابطه‏اي گرم براساس اعتماد متقابل با سايرين ايجاد کنند. مؤلفه هدف‌مندي در زندگي به مفهوم دارا بودن‏ اهداف درازمدت و کوتاه‏مدت در زندگي و معني‏دار شمردن آن است. اين حس به فرد امکان مي‏دهد تا نسبت به فعاليت‌ها و رويدادهاي زندگي علاقه نشان‏ دهد و به شکل موثر با آن‌ها درگير شود. يافتن معني‏ براي تلاش‌ها و چالش‌هاي زندگي در قالب اين مؤلفه‏ قرار مي‏گيرد (ریف و همکاران، 1998).

تسلط بر محيط، مؤلفه ديگر اين مدل به معني‏ توانايي فرد براي مديريت زندگي و مقتضيات آن‏ است. بر اين اساس فردي که احساس تسلط بر محيط داشته باشد، مي‏تواند ابعاد مختلف محيط و شرايط آن را تا حد امکان دست‌کاري کند، تغيير دهد و بهبود بخشد. مؤلفه رشد شخصي به گشودگي نسبت به‏ تجربيات جديد و داشتن رشد شخصي پيوسته و مستمر باز مي‏گردد. اين ويژگي به فرد امکان مي‏دهد تا همواره در صدد بهبود زندگي شخصي خويش از طريق يادگيري و تجربه باشد (ميکائيلي، 1388).

**بهزیستی و سلامت**

سازمان سلامت جهانی[[21]](#footnote-21) (2001 و 2002)، سلامت‏ را به عنوان «حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی، و نه صرفاً غیاب بیماری» تعریف می‏کند. این‏ سازمان سلامت روانی را نیز به عنوان: «. . . حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانایی‌های خود را می‏شناسد، می‏تواند با فشارهای روانی بهنجار زندگی کنار آید، به‏ نحو پرثمر و مولدی کار کند، و برای اجتماع خویش مفید باشد» تعریف می‏کند (سازمان بهداشت جهانی، 2002).

به‏رغم تأکید تعریف فوق بر مسائل مثبت، غالباً متخصصان سلامت به قدری بر مشکلات افراد دچار بیماری متمرکزند که نیازهای افراد سالم را فراموش‏ می‏کنند. به بیان دیگر، مراکز سلامت، بیشتر درگیر مهار و درمان بیماری‌های روانی‏اند. در واقع‏ آن‌چه از سلامت روانی در اذهان جاافتاده یک مفهوم‏ روان‌پزشکی است، که فرد را از لحاظ روان‌شناختی، بیمار یا سالم می‏پندارد. چنین موضعی بر مبنای این مفروضه‏ آزمون نشده قرار دارد که بیماری و سلامت روانی دو قطب پایانی یک پیوستار واحد را تشکیل می‏دهند (جوشن لو و همکاران، 1385).

کی‌یز (2005) غلبه این روی‏آورد را به سه علت نسبت‏ می‏دهد: اول این که به هنگام تأسیس مؤسسه ملی‏ سلامت روانی در آمریکا (و سایر کشورها)، حوزه‏ آسیب‏شناسی روانی، در مقایسه با مفهوم‏سازی‌های مثبت‏ سلامت روانی در ادبیات روان‌شناختی، از زاویه تجربی‏ رشدیافته‏تر بود. دوم، شواهد متعددی حکایت از این‏ داشتند که افراد فاقد بیماری روانی (مانند افسردگی)، در مقایسه با مبتلایان، دارای کنش‏وری و باروری بهتری‏ بودند. سومین دلیل، وجود شواهد قانع‏کننده حاکی از اهمیت مسأله بیماری‌های روانی در حوزه سلامت عمومی‏ است؛ میزان شیوع بیماری‌های روانی، احتمال عود آن‌ها در طول زندگی، هزینه‏های سنگین درمان و پیامدهای‏ وخیم حاصل از آن‌ها به اندازه‏ای جدی هستند که باعث‏ شده‏اند توجه برنامه‏ریزان و متخصصان کاملاً معطوف به‏ بیماری‌های روانی شود و سلامت روانی عملاً توجه در خور و کافی را دریافت نکند (کی‌یز، 2005).

اما نکته حائز اهمیت این است که با وجود وخامت‏ مسأله بیماری‌های روانی این واقعیت را که عده‏ کثیری از افراد سالانه از ابتلا به اختلال روانی در امان‏ هستند تحت‏الشعاع قرار داده است؛ در حالی که نباید این واقعیت را نادیده گرفت که حدود نیمی از جمعیت بزرگ‌سال در طول زندگی خود دچار بیماری‌های روانی وخیم نمی‏شوند و حدود 90% سالانه از خطر افسردگی حاد در امان هستند (کی‌یز، 2002). دوم‏ این که اگرچه تکیه بیش از حد بر الگوی بیماری منجر به پیشرفت‌هایی در شیوه‏های دارودرمانگری و روان‏درمانگری‏ شده است، اما اکثر این درمان‌ها کم‏دوام و دارای اثربخشی‏ محدودی هستند و افراد، خانواده‏ها و جوامع هم‌چنان در معرض آسیب‌های ناشی از بیماری‌های روانی قرار دارند. این سخن بدین معناست که تخصیص سرمایه‏های‏ هنگفت به بررسی علت‏شناسی و درمان اختلال‌های‏ روانی، شیوع بیماری‌ها را کاهش نداده و منجر به تسکین‏ درد و رنج بشر نشده است (کی‌یز، 2002).

در نهایت‏ این‌که، میزان سلامت و باروری زندگی افرادی که مبتلا به بیماری‌های روانی نیستند، مشابه نیست و الزاماً زندگی‏ بارورتر و سالم‌تری در مقایسه با بیماران روانی ندارند. برای مثال، در بین کسانی که دچار بیماری‌های روانی‏ نیستند، آن گروهی که از سطوح بهزیستی بالایی‏ برخوردارند نسبت به گروهی که از سطوح بهزیستی‏ پایین‌تری برخوردارند، کمتر دچار بیماری‌های قلبی- عروقی‏ می‏شوند (کی‌یز، 2002). چنین یافته‏هایی بر لزوم گسترش‏ پژوهش‌ها و ضرورت در نظر گرفتن سلامت روانی، در کنار بیماری‌های روانی، به عنوان یک متغیر پیش‏بینی‏کننده‏ قدرتمند صحه می‏گذارند.

به‏طور خلاصه، به‏رغم اهمیت مسأله بیماری‌های‏ روانی، براساس دلایل سه‏گانه فوق زمان آن رسیده که‏ نگرش حاکم بر سیاست‏گذاری و سرمایه‏گذاری در حوزه‏ سلامت روانی تغییر کند و دیدگاه‌های مثبت‏تری بر اذهان مردم و متخصصان حاکم شوند. خوشبختانه‏ ادبیات روان‌شناختی از توجه به جنبه‏های مثبت سلامت‏ روانی غافل نمانده است. از مدت‌ها پیش این علم‏ علاقه‏مند به کشف عواملی بوده است که کنش‏وری‏ مثبت روان‌شناختی را به ارمغان می‏آورد (ریف و سینگر، 2002). روان‌شناسان بزرگی مانند جیمز[[22]](#footnote-22)، راجرز[[23]](#footnote-23)، مزلو، فروم[[24]](#footnote-24)، فرانکل‏[[25]](#footnote-25)و یونگ‏[[26]](#footnote-26) برداشت‌های مثبتی از شخصیت‏ سالم و کنش‏وری مثبت به دست داده‏اند. در بطن جنبش‏ نوین روان‌شناسی مثبت‏نگر نیز پژوهش‌گران برجسته‏ای‏ چون سلیگمن و چیکسنت[[27]](#footnote-27) (2000)، ریف‏ و سینگر (1998)و کی‌یز (2002)بر لزوم در نظرگرفتن‏ جنبه‏های مثبت بشر و مفهوم بهزیستی در تعریف‏ سلامت روانی تأکید کرده‏اند. در کشور ما نیز لزوم انجام‏ تحقیقات بیشتری با توجه به جنبه‏های مثبت سلامت‏ روانی احساس می‏شود. (جوشن لو و همکاران، 1385).

بهزيستي شخصي داراي هفت قلمرو مهم است که عبارتند از: استانداردهاي زندگي، سلامت، موفقيت در زندگي، ايمني، نسبت خويشي، تعاملات اجتماعي و آينده ايمن. اين قلمروهاي با ارزش در فهم رواني و فيزيکي از افراد و شناسايي اجزاي بهزيستي شخصي عمومي مشارکت دارند. بهزيستي رواني بيان‌گر اين است که افراد چه احساسي از خودشان دارند و شامل پاسخ‌هاي هيجاني افراد، رضايت مندي از زندگي و قضاوت درباره کيفيت زندگي مي‌شود. بهزيستي رواني ساختار مهمي است که در سطح پايين منجر به افسردگي و انزواي اجتماعي و باعث فقدان احساس رضايت و اعتماد به نفس و احساس نبود اراده يا هدف در زندگي شده و به کاهش سلامت رواني و جسماني منجر مي‌شود (آقايوسفي و شريف، 1389).

**2-3- پیشینه‌ی پژوهشی**

**2-3-1- پیشینه‌ی خارجی**

مایک اشمیت[[28]](#footnote-28) (2013)، در پژوهشی به بررسی رابطه بین بهزیستی ذهنی و کیفیت هوا در شهر برلین آلمان پرداخته است. نتایج نشان داده است که O3 تأثیر منفی قابل توجهی در رضایت از زندگی دارد، علاوه بر این رضایت از زندگی با نگرانی‌های زیست محیطی بسیار تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

استوارت[[29]](#footnote-29) و همکاران (2013)، در پژوهشی با عنوان مقایسه اجتماعی رو به پایین و بهزیستی ذهنی در سال‌مندی: نقش مدیریت کنترل درک شده پرداختند. تجزیه و تحلیل رگرسیون ارتباط معنی داری بین مقایسه اجتماعی رو به پایین و کنترل درک شده حاصل برای سه بعد بهزیستی ذهنی (رضایت از زندگی، استرس درک شده، و نشانه‌های افسردگی) است.Follow-up analyses revealed that downward social comparison was associated with greater subjective well-being at low levels of perceived control; but was unrelated to subjective well-being at high levels of perceived control. تجزیه و تحلیل نشان داد که مقایسه اجتماعی رو به پایین با بهزیستی ذهنی بیشتر در سطوح پایین کنترل درک شده همراه بود.

ردی و جیشانکار[[30]](#footnote-30) (2012)، در پژوهشی با عنوان بهزیستی ذهنی و رضایت شغلی نشان دادند که بهزیستی ذهنی زنان و مردان تفاوت معنی داری ندارد، رضایت شغلی زنان و مردان تفاوت معنی داری دارند (مردان رضایت شغلی بیشتری دارند) و هم‌چنین بهزیستی ذهنی و سطح رضایت شغلی با هم رابطه رابطه دارند به طوری که بهزیستی ذهنی بالاتر موجب رضایت شغلی می‌گردد و بالعکس.

المالکی و همکاران[[31]](#footnote-31) (2012)، در پژوهشی با عنوان کیفیت زندگی کاری پرستاران در بخش مراقبت‌های بهداشتی اولیه در منطقه جازان، عربستان سعودی نشان دادند که پاسخ دهندگان از زندگی کاری خود ناراضی هستند. The major influencing factors were unsuitable working hours, lack of facilities for nurses, inability to balance work with family needs, inadequacy of vacations time for nurses and their families, poor staffing, management and supervision practices, lack of professional development opportunities, and an inappropriate working environment in terms of the level of security, patient care supplies and equipment, and recreation facilities (break-area). مهم‌ترین عوامل مؤثر عبارت بودند از: ساعات کار نامناسب، کمبود امکانات برای پرستاران، عدم توانایی به تعادل کار با نیازهای خانواده، ناکافی بودن زمان تعطیلات برای پرستاران و خانواده‌های آن‌ها، نیروی انسانی ضعیف، مدیریت و شیوه‌های نظارت، فقدان فرصت‌های توسعه حرفه‌ای و نامناسب محیط کار در شرایط سطح امنیت، مراقبت از بیمار و تجهیزات و امکانات تفریح ​​و سرگرمی.Other essential factors include the community's view of nursing and an inadequate salary. همچنین ازدیدگاه جامعه پرستاری، حقوق و دستمزد ناکافی بود. More positively, the majority of nurses were satisfied with their co-workers, satisfied to be nurses and had a sense of belonging in their woاکثریت پرستاران از همکاران خود راضی بودندSignificant differences were found according to gender, age, marital status, dependent children, dependent adults, nationality, nursing tenure, organizational tenure, positional tenure, and payment per month..

در گزارش اداره آمار بین المللی، که به اندازه‌گیری بهزیستی ذهنی- زندگی در انگلستان در سال 2012 پرداخته است، بهزیستی در اقتصاد مردم و محیط زیست مورد بحث قرار گرفته است. اطلاعاتی مانند نرخ بیکاری و یا تعدادی از جرایم علیه شخص در کنار داده‌هایی در افکار و احساسات مردم معرفی شده است، برای مثال، رضایت از شغل و یا اوقات فراغت و ترس از جرم و جنایت. Together, a richer picture on 'how society is doing' is provided.این گزارش که به طور جامع به بررسی بسیاری از مؤلفه‌های مرتبط با بهزیستی ذهنی مردم در انگلستان در سال 2012 و مقایسه آن با سال‌های قبل از آن می‌پردازد، در مجموع نشان دهنده آن است که بهزیستی ذهنی مردم در انگلستان به صورت نزولی در حال کاهش است.

بورینی[[32]](#footnote-32) و همکاران (2012)، در پژوهشی نشان دادند که بهزیستی ذهنی با درآمد و عوامل دموگرافیک رابطه دارد.

اَنسا[[33]](#footnote-33) و همکاران (2012)، در پژوهشی نشان دادند که به نظر می‌رسد که کار، پیش بینی کننده افزایش کنترل و افزایش بهزیستی ذهنی می‌باشد.

فاین و رودی[[34]](#footnote-34) (2012)، در پژوهشی به بررسی رابطه بین چشم انداز زمان و بهزیستی ذهنی افراد سالمند پرداختند. در این پژوهش پنج بعد چشم انداز با چهار جنبه‌ی خاص از بهزیستی ذهنی (عاطفه مثبت، عاطفه منفی، رضایت از زندگی و افسردگی) بررسی شد. نتایج نشان داد که افرادFuture-oriented older persons had a more positive affect. آینده‌گرای مسن‌تر دارای عاطفه مثبت‌تر بودند.Older adults who were positively oriented towards the past appeared to be more satisfied with life. افراد مسن و مثبت‌گرا نسبت به گذشته بیشتر از زندگی راضی به نظر می‌رسیدند. A hedonistic view of the present was related to a high positive affect. دیدگاه لذت بردن از حال حاضر با عاطفه مثبت بالا رابطه داشت. Older persons with a Past-Negative perspective were more likely to experience negative affect and depressive feelings, along with a lower level of positive affect and satisfaction with life. افراد مسن تر با دیدگاه‌های منفی گذشته، عواطف منفی و احساسات افسردگی، همراه با یک سطح پایین‌تر از عاطفه مثبت و رضایت از زندگی را بیشتر تجربه کرده‌اند. The Present-Fatalistic time perspective correlated with more depressive symptoms. چشم انداز زمان در حال حاضر جبری و با علائم افسردگی بیشتر در ارتباط بود. The findings emphasize the relevance of time perspective styles for the subjective well-being, which has specific implications for the way caregivers could interact with older adults to enhance quality of life. یافته‌ها بر ارتباط سبک چشم انداز زمان با بهزیستی ذهنی اشاره می‌کردند، که دارای پیامدهای خاصی برای روش مراقبت و روش ارتباط برقرار کردن با سالمندان بودند که می‌توانست‌اند موجب بالابردن کیفیت زندگی افراد مسن گردند.

دانیل ساکس و همکاران[[35]](#footnote-35) (2010)، در پژوهشی با عنوان بررسی بهزیستی ذهنی، درآمد، توسعه اقتصادی و رشد نشان دادند که افراد ثروتمند در یک کشور از افراد فقیر بیشتر از زندگی خود راضی هستند، درآمد مطلق نقش مهمی و تأثیرگذاری بر رفاه و بهزیستی دارد، رضایت از زندگی کشورهای در حال رشد به طور معمول رشد می‌کند و به طور کلی این نتایج با هم نشان می‌دهد که اندازه‌گیری بهزیستی ذهنی به طور یکسان با استانداردهای زندگی مادی رشد می‌کند.

مونیکا ماریانوآگومز و همکاران[[36]](#footnote-36) (2010)، در پژوهشی با هدف بررسی بهزیستی ذهنی با کیفیت زندگی در بیماران سرطانی نشان دادند که همبستگی مثبت و بالایی بین زمان پس از تیروئیدکتومی و درجه بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی وجود دارد، همچنین همچنین نتایج نشان داد که همبستگی بالایی(significant at the 99% level) between the two instruments used. (در سطح 99 درصد معنی‌دار) بین دو مؤلفه بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی وجود دارد.

واتسون، پیچلر و والاس[[37]](#footnote-37) (2010)، در پژوهشی به بررسی و مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی در کشورهای اتحادیه اروپایی پرداختند. از آن جا که رضایت زندگی نشان دهنده خوبی برای بهزیستی ذهنی می‌باشد از این مؤلفه استفاده شده است و نتایج نشان داد که بیشترین رضایت از زندگی در کشورهای عضو Eu15 [[38]](#footnote-38) می‌باشد، بعد از آن در کشورهای NMS12 [[39]](#footnote-39) و پایین ترین میزان در کشورهای CC3 [[40]](#footnote-40) می‌باشد. همچنین آن‌ها گزارش کردند که بیکاری و سلامتی پایین از موانع مهم سطح رضایت از زندگی در همه کشورها بودند.

راسل[[41]](#footnote-41) (2008)، در پژوهشی بیان می‌کند که تحقیقات رابطه بین بهزیستی ذهنی و عملکرد شغلی را نشان داده‌اند.

کلپاک[[42]](#footnote-42) و همکاران (2008)، در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه کیفیت زندگی با عملکرد شناختی در بیماران پارکینسونی نشان دادند که عملکرد شناختی با کیفیت زندگی در ارتباط می باشد.

لی در سال 2008 با استفاده از شاخص‌های ذهنی به ارزیابی کیفیت زندگی در شهر تایپه پرداخته است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که وضعیت اجتماع، تعلقات محلی، و رضایت از محله بیشترین تاثیر را بر رضایت از کیفیت زندگی دارند.

آپتر[[43]](#footnote-43) (2007)، در مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که تعامل دوسویه شخصیت و سبک‌های فراانگیزشی می‌تواند به طور معنی داری هیجان و عملکرد را پیش بینی نماید.

‌ ویرجینیا[[44]](#footnote-44) (2007)، در مطالعه‌ای دریافت در مشاغل مختلف 85 درصد عواملی که عملکرد شغلی عالی را از متوسط جدا می‌کنند به هوش هیجانی بر می‌گردد و تنها 15 درصد به عوامل شناختی مربوط می‌شود.

نتايج مطالعه‏ کارادماس[[45]](#footnote-45)(2007)نيز نشان داده است تنش و ناراحتي‌هاي زندگي مي‏توانند موجب به وجود آمدن‏ نشانگاني مانند اضطراب و افسردگي شوند و از اين‏ طريق، ابعاد مثبت بهزيستي روان‌شناختي را مختل‏ کنند.

کامینز و داورن[[46]](#footnote-46) (2006)، معتقدند هسته مرکزی هیجانی با سه مؤلفه رضایت، شادمانی و برانگیختگی، تبیین کننده 85 درصد از میزان بهزیستی ذهنی افراد است. هر شخصی دارای یک دامنه و خط پایه بهزیستی و شادمانی است که در اثر شرایط و تغییرات محیطی، بهزیستی و شادمانی افراد در آن دامنه تغییر می‌کند و در شرایط معمولی دوباره به خط پایه اصلی باز می‌گردد.

از نظر هوسر[[47]](#footnote-47) و همکارانش(2005) هريک از ابعاد مدل فوق چالش‌هايي هستند که انسان‌ها در زندگي خود با آن‌ها مواجه مي‏شوند. شواهد پژوهشي‏ شايان توجهي وجود دارد که نشان مي‏دهند تنش و حوادث نامطبوع زندگي مي‏توانند بهزيستي‏ روان‌شناختي را تحت تاثیر قرار دهند و مختل‏ کنند.

وان دان برگ و پیتاریو[[48]](#footnote-48) (2005) در تحقیق خود تحت عنوان ارتباط بین شخصیت و بهزیستی در طول تحول انجام دادند، نشان دادند که رضایت شغلی با روان نژندی ارتباط منفی و با مسئولیت پذیری ارتباط مثبت دارد.

بویر[[49]](#footnote-49) و همکاران (2005)، در تحقیقی تحت عنوان رابطه بین شخصیت، راهبردهای مقابله‌ای و بهزیستی ذهنی انجام دادند نشان دادند که بین راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌دار با بهزیستی ذهنی رابطه مثبت و معناداری دارد. هم‌چنین نتایج نشان داد که بین ویژگی شخصیتی روان رنجور خویی با بهزیستی ذهنی رابطه معنی دار وجود دارد.

نالن و هوکسیما[[50]](#footnote-50) (2005)، در پژوهش خود نشان دادند که ویژگی‌های شخصیتی قوی ترین عوامل پیش بینی‌کننده شادی، رضایت مندی از زندگی و بهزیستی ذهنی است.

مطالعه اسمیت[[51]](#footnote-51) (2004)، نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی به طور قابل توجهی منجر به کاهش مصرف الکل، مواد مخدر و بهبود بهزیستی در جوانان می‌شود.

دیلانگ و همکاران (2004)در یک بررسی طولی با عنوان «رابطه بین ویژگی‌های کار و سلامت روان» بر روی یک نمونه ناهمگن 668 نفری از کارکنان هلندی به بررسی رابطه علّی بین نیازهای شغلی، کنترل شغل و حمایت سرپرست از یک طرف و سلامت روان از طرف دیگر پرداختند. آن‌ها ویژگی‌های شغل را بر سلامت روان مؤثر دانست‌ند و رابطه علی معکوس (یعنی تأثیر سلامت روان بر ویژگی‌های کار)را نیز بررسی کردند. نتایج نشان داد که رابطه علی متقابلی بین ویژگی‌های کار و سلامت روان وجود دارد اگر چه تأثیر ویژگی‌های کار روی سلامت روان غالب‏تر بود.

هایز و جوزف[[52]](#footnote-52) (2003)، در پژوهش خود نشان دادند که ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی و وظیفه شناسی قوی‌ترین عوامل پیش بینی کننده شادی، رضایت‌مندی از زندگی و بهزیستی ذهنی است و این عوامل باعث بوجود آمدن شخصیت سازگار با بهزیستی ذهنی بالا در موقعیت کاری و اجتماعی خواهد بود.

روني[[53]](#footnote-53) و همکاران (2003)، دريافته اند که بين ابعاد بهزيستي روان‌شناختي و اضطرابي و خصومت رابطه منفي و معناداري وجود دارد.

هارتر[[54]](#footnote-54) و همکاران (2003)، در پژوهشی نشان دادند که محل کار و عملکرد شغلی مستقل از هم نیستند.

فراتحلیلی که توسط تت[[55]](#footnote-55) و همکاران (2003)، صورت گرفته نشان داده است که ویژگی‌های شخصیتی، پیش‌بینی کننده‌های خوبی برای عملکرد شغلی هستند.

لوکاس، کلارک و دینر (2003)، نشان دادند که برای بیشتر مردم، میزان رضایت از زندگی ناشی از تغییرات و پیشرفت‌های موقعیتی مثل ازدواج، با گذشت سال‌ها و به مرور زمان کاسته می‌شود. بنابراین افراد، هنگامی که به یک پیشرفت موقتی به وسیله رسیدن به یک موقعیت جدید مثلاً افزایش سطح درآمد یا تغییر در چهره می‌رسند چنین افزایشی پایدار نخواهد بود، زیرا مردم تمایل دارند به سازگاری و انطباق با شرایط ثابت را دارند. بنابراین عوامل موقعیتی در کوتاه مدت برای افزایش بهزیستی و شادمانی، عملی به نظر می‌رسد، اما در بلند مدت کارایی ندارد. البته قبل از اقدام به ارتقاء شادمانی، ضروری است نخست نیازهای اساسی و اولیه برطرف گردد.

هرن و میشل[[56]](#footnote-56)، (2003) در مطالعاتی نشان دادند که افراد با روان رنجور خویی بالا در مواجهه با موقعیت‌های تنیدگی زا از راه‌بردهای منفعلانه از قبیل اجتناب، خود ملامت‌گری، تفکر آرزومندانه، شیوه‌های مبتنی بر ستیزه جویی بین فردی از قبیل واکنش خصمانه و تخلیه و برون ریزی هیجانات منفی استفاده می‌کند، لذا سطوح بالاتر روان رنجورخویی تجربه عواطف منفی را تشدید می‌کند که باعث پایین آمدن بهزیستی افراد خواهد شد.

چای سام[[57]](#footnote-57) و همکاران (2002)، در پژوهشی نشان دادند که هوش هیجانی در عملکرد شغلی اثر مثبتی دارد.

آريندل[[58]](#footnote-58) و همکاران (2000)، نيز در بررسي رابطه بين بهزيستي روان‌شناختي و سلامت عمومي به اين نتيجه رسيدند که با افزايش بهزيستي روان‌شناختي، سلامت عمومي نيز تحت تاثیر قرار گرفته و افزايش مي‌يابد.

رایت و پاتریک[[59]](#footnote-59) (2000)، در یک تحقیق به بررسی ارتباط میان عملکرد شغلی و شخصیت پرداختند، آن‌ها به این نتیجه رسیدند که توانایی‌های شناختی، به عنوان یک متغیر تعدیل کننده مابین این‌ها عمل می‌کند به‌طوری که افراد با توانایی بالا و انگیزش بالا عملکرد شغلی بالاتری دارند ولی افراد با توانایی و انگیزش پایین عملکرد پایینی دارند.

مارچانت[[60]](#footnote-60) (2000)، دو عامل توانایی و انگیزش را در عملکرد شغلی مؤثر می‌داند وی بیان می‌کند که جهت توان‌مند کردن افراد می‌بایستی آن‌ها را آموزش داد و برای برانگیختن آن‌ها باید از عوامل انگیزشی استفاده کرد، در واقع دو عامل انگیزشی و آموزشی در عملکرد شغلی افراد از دید وی نقش تعیین کننده دارند.

تاتوم[[61]](#footnote-61) (2000)، در پژوهشی بیان داشت که بین میزان انگیزش شغلی با عملکرد شغلی رابطه وجود دارد.

گوش و ویجیرا[[62]](#footnote-62) (2000)، در مطالعه‌ای رابطه بین رضایت شغلی و عملکرد شغلی را تأیید کردند.

کی یز (2002)، به بررسی بهزیستی ذهنی و شادمانی به عنوان علائم سلامت روان پرداخت و وجود بهزیستی ذهنی بالا را تحت عنوان شکوفایی و سطوح بهزیستی ذهنی پایین را پژمردگی و بی حالی نامیده است.

کی یز (2002)، در مطالعه‌ای روی 3032 نفر از بزرگ‌سالان در ایالات متحده، نشان داد که 2/17 درصد از افراد، بهزیستی بالایی را گزارش کردند که افراد شکوفا یا رشد یافته نامیده می‌شوند و 1/12 درصد از بزرگ‌سالان بهزیستی پایینی را گزارش کردند که با معیار پژمرده همخوانی داشتند.

طی مطالعات طولی، کامینز (2000)، نشان داد که بهزیستی ذهنی عمدتاً دارای بعد هیجانی است که مبتنی بر عوامل ژنتیکی است و تحت شرایط محیطی تغییر نمی کند.

وایت و گالاگر[[63]](#footnote-63) (2000)، در پژوهشی بیان کردند که ازدواج با ایجاد حس رهایی از تنهایی، توانایی مقابله با فشارهای روانی را بیشتر می‌کند و با فراهم کردن حمایت شخصی و جنسی برای فرد، بهزیستی روانی او را افزایش داده، موجب تقویت احساس هویت و عزت نفس می‌شود.

پژوهش‌های یانگ[[64]](#footnote-64) و همکاران (2000) نشان دادند که روابط جنسی و ابراز محبت باعث بالا رفتن سازگاری زناشویی و بالا رفتن شادمانی و بهزیستی روانی می‌شود.

**2-3-2- پیشینه‌ی داخلی**

حق شناس کاشانی (1391)، در پژوهشی با عنوان بررسی کیفیت زندگی کاری با ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان داد که بین ویژگی‌های جمعیت شناختی با کیفیت زندگی کاری رابطه وجود دارد.

سرو قد و همکاران (1390)، در پژوهشی نشان دادند که بین ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی ذهنی رابطه معناداری وجود دارد.

صفاری دهنوی و همکاران (1388)، در پژوهشی نشان دادند که بین هوش هیجانی و عملکرد شغلی رابطه معناداری وجود دارد.

زاهدی اصل و فرخی (1388)، پژوهشی با عنوان بررسي رابطه ميزان سرمايه اجتماعي با كيفيت زندگي سرپرستان خانوارهاي ساكن تهران انجام دادند. یافته‌های پژوهش نشان داد که ارتباط بين سرمايه اجتماعي و كيفيت زندگي و ابعاد چهارگانه آن مورد تاييد می باشد. در تحليل رگرسيون از تأثير ميزان سرمايه اجتماعي بر كيفيت زندگي نيز، ميزان تأثيرگذاري بر سلامت جسماني در كمترين حد و سلامت روابط اجتماعي در بيشترين حد بوده است.

براتی و همکاران (1388)، در پژوهشی نشان دادند که عدالت سازمانی با عملکرد شغلی کارکنان رابطه مثبتی دارد.

شکری و همکاران (1388)، در پژوهشی نشان دادند که بین عامل نوروزگرایی و بهزیستی ذهنی رابطه معناداری وجود دارد.

گروسی و نقوی (1386)، پژوهشی با عنوان سرمایه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی‌ در شهر کرمان انجام دادند. در بین افراد مورد مطالعه سطح سرمایه‌ی اجتماعی و ابعاد مختلف آن یعنی‌ اعتماد، تعهد به هنجارها و مشارکت غیررسمی در حد متوسط بود؛ درحالی‌که بعد مشارکت رسمی در سطح پائینی قرار داشت. ابعادی از کیفیت زندگی که با سلامت‌ جسمانی و روانی فرد در ارتباط بود، در سطح بالایی قرار گرفت؛ درحالی‌که سایر ابعاد کیفیت زندگی سطوح پائین‌تری را نشان دادند. سطح سرمایه‌ی اجتماعی در دسترس‌ با سطح کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار داشت. نتایج نشان داد که ارتباط این دو متغیر تابعی از سطح محله است.

هاشمیان و همکاران (1386)، در پژوهشی نشان دادند که افراد با تحصیلات بهتر و مشاغلی با موقعیت بهتر دارای بهزیستی بالاتری می‌باشند. همچنین سه متغیر تحصیلات، سن و شغل با بهزیستی ذهنی رابطه داشتند و سهم بیشتری در تبیین بهزیستی ذهنی داشتند.

حسینی (1386)، در پژوهش خود نشان داد که از بین راهبرهای مقابله ای، بین راهبردهای مقابله مسأله مدار با بهزیستی روانی همبستگی مثبت و معنادار و بین راهبرد هیجان مدار با بهزیستی روانی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد.

نوریان و همکاران (1384)، در پژوهشی نشان داد که انجام اقدامات توان بخشی بر روی ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران تأثیر مثبتی دارد.

در تحقيقي چلبيانلو (1383)، رابطه بين شادماني ذهني و رضايت زناشويي زوجين را مورد بررسي قرار داد که نتايج نشان داد از ابعاد شادماني ذهني دو بعد رضايت از زندگي به صورت مثبت و عاطفه منفي به صورت منفي توسط رضايت زناشويي پيش بيني شدند.

رفعتی و همکاران (1381)، در پژوهشی نشان دادند که بن سطح تحصیلات و دریافت حقوق با کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود دارد.

رئیسی و توکلی (1381)، در پژوهشی نشان دادند که استرس شغلی عملکرد شغلی را کاهش داده و بر کیفیت کارشان اثرات سوء داشته است.

احمدی (1380)، در تحقیقی نشان داد که انگیزش شغلی با عملکرد شغلی رابطه‌ای مثبت و معنادار دارد.

رضایی (1380)، در پژوهشی نشان داد که رضایت شغلی با عملکرد شغلی رابطه دارد.

درویزه و کهکی (1378)، در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه ی سازگاری زناشویی و بهزیستی روانی که برروی دانشجویان متأهل دانشگاه الزهرا انجام شد نشان دادند که رابطه معنی داری بین خرده مقیاس‌های بهزیستی روانی و خرده مقیاس‌های سازگاری زناشویی وجود دارد.

در تحقیقی که بهشتی (1370)، انجام داد این نتیجه حاصل شد که عوامل مؤثر بر عملکرد و فشارهای شغلی استادان برحسب اهمیت عبارت‌اند از: سنگینی بیش از حد حجم کار، رهبری آموزشی نامناسب، عدم وجود امنیت شغلی، وجود روابط نامناسب، ساختار اداری- سازمانی نامناسب، شرایط عادی نامناسب و تضاد نقش‌ها.

**منابع**

**الف) منابع فارسی**

1. اژه‌ای، جواد؛ خداپناهی، محمدکریم؛ فتحی آشتیانی، علی؛ ثابتی، آزاد؛ قنبری، سعید؛ سیدموسوی، پریساسادات. (1388). تعامل بین شخصیت و سبک‌های فراانگیزشی در عملکرد شغلی. مجله علوم رفتاری، دوره 3، شماره 4، 310-301.
2. امیدی، رضا. (1387). معرفی و نقد کتاب: کیفیت زندگی. مجله کتاب ماه علوم اجتماعی، دوره جدید، فروردین، شماره 1، 50 تا 53.
3. آقایوسفی، علیرضا؛ شریف، نسیم. (1389). بررسی همبستگی بین بهزیستی روانی و حس انسجام در دانشجویان. مجله پژوهنده، سال پانزدهم، شماره 6، بهمن و اسفندماه.
4. بقائی سرابی، علی. (1385). بررسی تاثیر منزلت اجتماعی ادراک شده بر عملکرد شغلی. فصلنامه علوم اجتماعی، سال دوم، شماره هشتم، بهار.
5. بیانی، علی اصغر؛ گودرزی، حسنیه؛ کوچکی، عاشورمحمد. (1387). رابطه ابعاد بهزیستی روان شناختی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد سلامی واحد آزاد شهر. دانش و پژوهش در روان شناسی، شماره 35 و 36، بهار و تابستان، 153 تا 164.
6. جوشن لو، محسن؛ رستمي، رضا؛ نصرت آبادي، مسعود. (1385). بررسي ساختار عاملي مقياس بهزيستي جامعه. مجله روان شناسنان ايراني، پاييز، شماره 9.
7. حجازی، یوسف؛ ایروانی، محمود. (1381). رابطه میان ویژگی‌های شخصیتی و عملکرد شغلی. مجله روان شناسی و علوم تربیتی، سال سی و دوم، شماره 2، 171 تا 189.
8. خاکسار، ف. (1386). بررسی رابطه هوش هیجانی با عملکرد و پیشرفت شغلی. (پایان نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه آزاد خوراسگان.
9. خانی، علی. (1386). بررسي‌ کيفيت‌ زندگي‌ کار‌ي‌ و ‌ارتباط ‌آن‌ با ‌عملکرد پرستار‌ان‌ در بيمارستان‌ها‌ي‌ ‌آموزشي‌ د‌انشگاه‌ ‌علوم‌ پزشکي‌ ‌اصفهان‌. (پایان نامه کار شناسی ارشد، دانشگاه اصفهان)، دانشکده پرستاری.
10. درویزه، زهرا؛ کهکی، فاطمه. (1387). بررسی رابطه ی سازگاری زناشویی و بهزیستی روانی. نشریه مطالعات زنان، سال 6، شماره 1، بهار و تابستان.
11. دلاور، علی. (1381). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش.
12. دولان شیمون، آل؛ رندال، اس؛ شولر، اف. (1380). مدیریت امور کارکنان و منابع انسانی. ترجمه محمد علی طوسی و محمد صائبی، چاپ دوم، تهران: انتشارات مرکز آموزش مدیریت دولتی.
13. دهقان مروست، افروز. (1378). تحلیل رابطه عوامل شغلی با تعهد سازمانی بر اساس مدل ویژگی های شغلی. (پایان نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه علام طباطبایی، دانشکده مدیریت.
14. دیوید ام، اسمیت؛ شاهی اردبیلی، حکمت؛ حاتمی نژاد، حسین. (1381). کیفیت زندگی: رفاه انسانی و عدالت اجتماعی. مجله اطلاعات سیاسی- اقتصادی، شماره 185 و 186، بهمن و اسفند، 160 تا 173.
15. رابينز، استيفن پي. (1384). تئوري سازمان. ترجمه دكتر سيد مهدي الواني و دكتر حسن دانائي فرد، انتشارات صفار، صص 300-308.
16. رحیمی، سید علی سینا؛ سلیمانی نیا، لیلا. (1386). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش مشارکت اجتماعی کودکان. مجله رفاه اجتماعی، سال هشتم، شماره 30 و 31.
17. رضوان فر، احمد؛ رضائی، عبدالمطلب. (1386). تحلیل همبستگی بین ویژگی‌های فردی و عملکرد شغلی. مجله علوم کشاورزی و منابع طبیعی، جلد چهاردهم، شماره ششم، بهمن و اسفند.
18. رضوانی، محمدرضا؛ شکیبا، علیرضا؛ منصوریان، حسین. (1387). ارزیابی کیفیت زندگی در نواحی روستایی. مجله رفاه اجتماعی، پاییز و زمستان - شماره 30 و 31، 35 تا 60.
19. سلطانی، مهرداد. (1384). استرس و تأثیر آن بر مشاغل، سازمان‌ها و نهادها. توسعه مدیریت، شماره 58، خرداد، 50 تا 57.
20. شفیع آبادی، عبدالله. (1375). راهنمایی و مشاوره شغلی و حرفه ای و نظریه‌های انتخاب شغل. تهران: انتشارات رشد.
21. شکرکن، حسین؛ نعامی، عبدالزهرا؛ نیسی، عبدالکاظم؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (1380). بررسی رابطه خشنودی شغلی با رفتار مدنی سازمانی و عملکرد شغلی در کارکنان برخی از کارخانه‌های اهواز. مجله علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال هشتم، شماره‌های 3 و 4.
22. شولتز، دو آن. (1367). روان‌شناسي كمال. ترجمة گيتي خوشدل، تهران: نشر نو، چاپ پنجم.
23. عینی فر، علیرضا. (1381). آفرينش نظريۀ معماری. ويرايش اول، تهران: دانشگاه تهران.
24. غضنفری، احمد؛ عابدی، لطفعلی. (1388). بررسی رضایت، انگیزش و عملکرد شغلی کارکنان آموزشی یک دانشکده نظامی. فصلنامه پژوهش‌های مدیریت منابع انسانی دانشگاه جامع امام حسین (ع)، سال اول، شماره 1، زمستان، 149 تا 175.
25. فتحلیان، معصومه؛ پرتوی، پروین. (1390). مطالعه تطبیقی کیفیت زندگی در بافت‌های خودرو و برنامه‌ریزی شده اسلام شهر. نشریه مطالعات تطبیقی هنر، شماره اول، بهار و تابستان.
26. قائدی، غلامحسین؛ یعقوبی، حمید. (1387). بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر. مجله ارمغان دانش، دوره ی 13، شماره 2، تابستان.
27. کوکبی، افشین؛ پورجعفر، محمد رضا، تقوایی، علی اکبر. (1384). برنامه‌ریزی‌ کیفیت زندگی شهری در مراکز شهری. مجله جستارهای شهرسازی، شماره 21.
28. مطلبی، قاسم. (1380). روان شناسی محيط، دانشی نو در خدمت معماری و طراحی شهری. مجلۀ هنرهای زيبا، شماره 10، زمستان، 52 تا 67.
29. مظفری، شهباز. (1382). همبسته‏های شخصیتی شادمانی ذهنی براساس الگوی پنج عاملی در بین دانشجویان دانشگاه شیراز. (پایان نامه کارشناسی ارشد)، دانشکده علوم تربیتی روانشناسی، دانشگاه شیراز.
30. مظفری، شهباز، ‌هادیان‌فر، حبیب. (1389). روانشناسی مثبت - احساس شادمانی ذهنی. مجله تازه‌های روان‌درمانی (هیپنوتیزم)، بهار و تابستان - شماره 31 و 32، 87 تا 100.
31. مورهد؛ گريفين. (1374). رفتار سازماني. مترجمان سيد مهدي الواني و معمار زاده، تهران: انتشارات مرواريد.
32. میکائیلی، فرزانه. (1389). بررسی وضعیت بهزیستی روان شناختی دانشجویان. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، دوره 16، شماره 4.
33. ميکائيلي، فرزانه. (1388). روابط ساختاري بين بهزيستي روان شناختي با هوش هيجاني ادارک شده. نشریه پژوهش در حيطه کودکان استثنايي، سال نهم، شماره 2.
34. نجات، سحرناز. (1387). کیفیت زندگی و اندازه گیری آن. مجلۀ تخصصی اپیدمیولوژی، دورۀ 4، شمارۀ 2، 57-62.
35. نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ کاظم محمد، کورش هلاکوئی؛ مجدزاده، سيدرضا. (1384). کيفيت زندگی مردم شهر تهران بر اساس پرسش‌نامه WHOQOL-BREF. فصلنامه حکیم، دوره 10، شماره 3.
36. نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هوالكويی نائينی، كوروش. (1385). استانداردسازی پرسش نامه كيفيت زندگی سازمان جهانی بهداشت. مجلۀ دانشكدة بهداشت و انستيتو تحقيقات بهداشتی، دورة 4، شمارة 4، 1 تا 12.
37. هادیانفرد، حبیب. (1384). احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت‌های مذهبی در گروهی از مسلمانان. مجله اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره 2، 224 تا 232.
38. هاشمیان، کیانوش؛ پورشهریاری، مه سیما؛ بنی جمالی، شکوه السادات؛ گلستانی بخت، طاهره (1386). بررسی رابطه بین ویژگی‌های جمعیت شناختی با میزان بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران. مطالعات روان شناختی، دوره 3، شماره 3، پاییز.

**ب) منابع لاتین**

1. Alvani, S. M., & Meimarzadeh, G. R. (1995). Organizational behavior. Tehran Morvarid Press. . pp. 320
2. Amerigo, M., & Aragonés, A. (2002). *"A psychological approach to the study of satisfaction". In: Residential Environments: Choice, Satisfaction, and Behavior, Bergin & Garvey, Westport, Connecticut*. London, pp. 81–100.
3. Babu, A. R., Singh, Y. P., & Sachdeva, R. K. (1997). *Managing human resources within extension*. In: Burton E. Swanson, Robert P. Bentz, Andrew J. Sofranko (eds). "Improving Agricultural extension. A reference manual". Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
4. Bonaiuto, M., Fornara, F., & Bonnes, M. (2003). "Indexes of perceived residential environment quality and neighborhood attachment in urban environments: a confirmation study on the city of Rome", *Landscape and UrbanPlanning 65*. pp. 41–52.
5. Borman, W. C., Ilgen, D. R., & Klimoski, R. J. (2003). *Industrail and organizational psychology*. Handbook of psychology, John Wiley & Sons Inc, Hoboken, New Jersey
6. Clark, A. (2008). *monitoring the urban quality of life in Latin America, organization for economic co-operation and development*, September 26.
7. Cummins, R. A. (2000). Objective and Subjective Quality of Life: An Interactive Model. *Social Indicators Research*. 52, 55- 72.
8. Davern, M., & Cummins, R. A. (2006). Is Life satisfaction the Opposite of Life Satisfaction? Australian Journal of Psycology, 58 (1), 1-7.
9. Diener, E. (2005). National indication of subjective well-being. *Journal of personality and social psychology* , 25, 240 – 256.
10. Diener, E. D., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (2003). Subjective well-being, Three de-cades of well-being. *Psychological Bulleting*, 125 (2): 276-302.
11. Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Byond Mony: Toward an economy of well- being. *Psychological Science in the public interest*, 5, 1-31.
12. Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective wellbeing*. J Clin Psychol*, (24), 25-41.
13. Diener, e., Suh, E., & Oishi, S. (1996). Recent findings on subjective- being. Indiana Journal of clinical Psycology. 24, 25- 41.
14. Diener,E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and proposal for anational index*. American psychology*, 55, 34- 43.
15. Fahy, F., & Cinnéide, M. (2008). "Developing and testing an operational framework for assessing quality of life", *Environmental Impact Assessment Review 28*. pp 366–379.
16. Fasli, M., Sahin, N. P., & Vehbi, B. O. (2007). An assessment of quality of life residential environments: Case of selimiye quarter in walled city of nicosia, north Cyprus,faculty of architecture, architecture, eastern Mediterranean university, famagusta, north cyprus.
17. Felce, D. , & Perry, J. (1996). Exploring current conceptions of quality of life: A model for people with and without disabilities', in R. Renwick, I. Brown and M. Nagler (eds. ), *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues, and Applications (*Sage, Thousand Oaks), 51-62.
18. Hackman, J. R. & Oldham, R. G. (1980), "Development of the job iagnosticsurve", *Journal Applied psychology*, vol. 60, pp: 159-170
19. Haren, E. & Mitchell, C. W. (2003). Relationship between the five factor personality model and coping style. *Psychology & Education An interdisciplinary Journal*, 4 , 38, 49.
20. Karademas, E. (2007). “Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors”. *Personality and Individual Differences* , 43, 277- 287.
21. Keyes, C. L. M. (1998). Social well – being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
22. Keyes, C. L. M. (2002). The mental Health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of health and social reasearch*. Vol 43, 207- 222.
23. Keyes, C. L. M. (2005). *Subjective well-being in mental health and human development research*, Washington.

Keyes, C. L. M., Magyar, M., & Jean. L. (2003). *The measurment and utility of adult subjective well- being*. P. 411- 425 in positive psycological assessment. Handbook

1. Diener [↑](#footnote-ref-1)
2. Keyes [↑](#footnote-ref-2)
3. Lyubomirisky, Sheldon & Schkade [↑](#footnote-ref-3)
4. Snyder & Lopez [↑](#footnote-ref-4)
5. Kagan [↑](#footnote-ref-5)
6. Hodi & Viring [↑](#footnote-ref-6)
7. Diene & Seligman [↑](#footnote-ref-7)
8. Kompel [↑](#footnote-ref-8)
9. Ryan & Deci [↑](#footnote-ref-9)
10. Epicor [↑](#footnote-ref-10)
11. Hobbes [↑](#footnote-ref-11)
12. Stuart Mill,J [↑](#footnote-ref-12)
13. Waterman [↑](#footnote-ref-13)
14. Ryff [↑](#footnote-ref-14)
15. Karademas [↑](#footnote-ref-15)
16. Keyes & Magyar- Moe [↑](#footnote-ref-16)
17. Maslow [↑](#footnote-ref-17)
18. Rodgers [↑](#footnote-ref-18)
19. Allport [↑](#footnote-ref-19)
20. Jahoda [↑](#footnote-ref-20)
21. WHO(Well Health Organination) [↑](#footnote-ref-21)
22. James [↑](#footnote-ref-22)
23. Rogers [↑](#footnote-ref-23)
24. Fromm [↑](#footnote-ref-24)
25. Frankl [↑](#footnote-ref-25)
26. Jung [↑](#footnote-ref-26)
27. Chicsent [↑](#footnote-ref-27)
28. Maike Schmitt [↑](#footnote-ref-28)
29. Stewart, Chipperfield, Judith, Joelle, Heckhausen, Jutta [↑](#footnote-ref-29)
30. Reddy K. Jayashankar [↑](#footnote-ref-30)
31. Moh**ammed J Almalki**, **Gerry FitzGerald** and **Michele Clark** [↑](#footnote-ref-31)
32. Boarini [↑](#footnote-ref-32)
33. Ansah [↑](#footnote-ref-33)
34. Fien & Rudi [↑](#footnote-ref-34)
35. Daniel W. Sacks, Betsey Stevenson and [Justin Wolfers](http://www.brookings.edu/experts/wolfersj) [↑](#footnote-ref-35)
36. MóniCa maRía novoa Gómez , RoChy m. vaRGas GuTiéRRez, shiRley aleXandRa obispo CasTellanos,

máRyoRi peRTuz veRGaRa y yady KaRina RiveRa pRadilla [↑](#footnote-ref-36)
37. Watson, Pichler and Wallace [↑](#footnote-ref-37)
38. Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Luxembourg, the Netherlands, Portugal, Spain, Sweden and the United Kingdom [↑](#footnote-ref-38)
39. Cyprus, the Czech Republic, Estonia, Hungary, Latvia, Lithuania, Malta, Poland, Slovakia and Slovenia , Bulgaria and Romania [↑](#footnote-ref-39)
40. Croatia, the Former Yugoslav Republic of Macedonia and Turkey [↑](#footnote-ref-40)
41. Russell [↑](#footnote-ref-41)
42. Klepac [↑](#footnote-ref-42)
43. Apter [↑](#footnote-ref-43)
44. Virjinia [↑](#footnote-ref-44)
45. Karadmas [↑](#footnote-ref-45)
46. Davern & Cummins [↑](#footnote-ref-46)
47. Hauser, R.M. [↑](#footnote-ref-47)
48. Vandaneberg & Pitariu [↑](#footnote-ref-48)
49. Boyer [↑](#footnote-ref-49)
50. Nolen & Hoksema [↑](#footnote-ref-50)
51. Esmit [↑](#footnote-ref-51)
52. Hayez & Joseph [↑](#footnote-ref-52)
53. Roini [↑](#footnote-ref-53)
54. Harter [↑](#footnote-ref-54)
55. Tett [↑](#footnote-ref-55)
56. Haren & Mitchell [↑](#footnote-ref-56)
57. Chi- sum [↑](#footnote-ref-57)
58. Arrindell [↑](#footnote-ref-58)
59. Right & patric [↑](#footnote-ref-59)
60. Marchant [↑](#footnote-ref-60)
61. Tatum [↑](#footnote-ref-61)
62. Ghosh, S. and Vijayara [↑](#footnote-ref-62)
63. Waite, Linda, and Maggie Gallagher [↑](#footnote-ref-63)
64. Yung [↑](#footnote-ref-64)