**فصل دوم**

**پیشینه‌ی تحقیق**

2-2-3- کیفیت زندگی

**مطالعهء کیفیت زندگی در دههء 1960 آغاز شد (مک کال[[1]](#footnote-1)، ‏1975). با وجود این‌که از آن زمان تاکنون‏ تحقیقات بسیار گسترده‏ای در این زمینه انجام گرفته، اما هنوز در مورد تعریف دقیق کیفیت زندگی توافق‏ وجود ندارد (**لی[[2]](#footnote-2)‏، 2006). تحقیقات گذشته عمدتاً در تعاریف خود دچار دوگانگی در مورد عینی یا ذهنی بودن شده‏اند.

کیفیت زندگی، موضوع اصلی بسیاری از تحقیقات در رشته‌های گوناگون علمی بوده است، اما ارائه تعریفی جامع و جهانی برای این مفهوم هنوز هم به صورت یک مشکل باقی مانده‌ است؛ زیرا بسیاری از محققان بر این باورند که کیفیت زندگی مفهومی چند وجهی، نسبی، متاثر از زمان و مکان و ارزش‌های فردی و اجتماعی است، بنابراین ارائه تعریفی جهانی‌ برای آن امکان‌پذیر نمی‌باشد (رضوانی، شکیبا و منصوریان ، 1387).

**چارچوب نظری کیفیت زندگی**

اصطلاح کیفیت زندگی دارای معانی گوناگونی برای افراد و گروه‌های مختلف می‌باشد. لی در سال 1983 کیفیت زندگی را به عنوان «نامی برجسته برای مفهوم قدیمی بهزیستی مادی‌ و روانی مردم در محیطی که در آن زندگی می‌کنند» توصیف کرده است. اسمیت[[3]](#footnote-3) آن را بهزیستی اجتماعی[[4]](#footnote-4) و آندروز[[5]](#footnote-5) رفاه عمومی تعریف کرده‌اند. مولر[[6]](#footnote-6) در سال 1983 کیفیت زندگی‌ را میزان رفاه افراد و گروه‌ها تحت شرایط اجتماعی و اقتصادی عمومی تعریف می‌کند. هم‌‌چنین گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[[7]](#footnote-7)‌، کیفیت زندگی را ادراک فردی از وضعیت زندگی در متن نظام‌های فرهنگی و ارزشی جامعه و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها، علایق و نگرانی‌های فرد توصیف می‌کند (شای و همکاران[[8]](#footnote-8)، 2006). پیسون[[9]](#footnote-9)‌ (1995)، کیفیت زندگی را این‌گونه تعریف می‌کند: اصطلاح کیفیت زندگی به‌ طور کلی به وضعیت محیطی که مردم در آن زندگی می‌کنند، مثل آلودگی و کیفیت مسکن و هم‌چنین به برخی صفات و ویژگی‌های خود مردم مثل سلامت و میزان تحصیلات اشاره دارد. با توجه به تعاریف ارایه شده می‌توان گفت که اصولاً کیفیت زندگی یک مفهوم پیچیده و چندبعدی در رابطه با وضعیت جمعیت، در یک مقیاس جغرافیای خاص (روستا، شهر، کشور و. . . )است که هم متکی به شاخص‌های ذهنی یا کیفی و هم متکی به شاخص‌های عینی‌ یا کمی است (کوکبی و دیگران، 1384).

**چارچوب مفهومی كيفيت زندگی**

كيفيت زندگی مفهومی محتوايی و فراگير است و محققان با تئوری‌ها و رويكردهای مختلف به جنبه‌های گوناگون آن پرداخته اند (ونکامپ و دیگران[[10]](#footnote-10)، 2003؛ یوزل[[11]](#footnote-11)، 2004). اما محققان نتوانسته اند معنی و تعريف واحدی براي آن ارائه دهند. اين انديشه به طور فراگير در پس زمينۀ ذهنی محققان وجود دارد كه كيفيت زندگی به رابطۀ مردم با زندگی هرروزه آن‌ها می پردازد (پاکیون[[12]](#footnote-12)، 2003). هنوز در مورد كيفيت زندگی و جنبه‌های تشكيل دهندة آن اتفاق نظر وجود ندارد اما نكته‌ای كه همه محققان در آن اتفاق نظر داشته اند، چندبعدی بودن مفهوم كيفيت زندگی بوده است به طوری كه هر محقق با ديدگاه خود لايه‌های تشكيل دهندة كيفيت زندگی را برشمرده و با تعريف لايه‌ها سعی در تعريف كيفيت زندگی دارد (فتحلیان و پرتوی، 1390).

ﻛﻴﻔﻴﺖ زﻧﺪﮔﻲ ﺑﻪ ﻣﻴﺰان رضایت‌مندی از زﻧﺪﮔﻲ ﺑﺮﻣﻲﮔﺮدد. ﺣﺎﻟﺖ وﺟﻮدي ﻓﺮد در ﺑﻬﺰﻳﺴﺘﻲ و رضایت‌مندی از زﻧﺪﮔﻲ ﻛﻪ از ﻳﻚ ﻃﺮف ﺑﺎ ﺣﻘﺎﻳﻖ ﺑﻴﺮوﻧﻲ ﻳﺎ ﻋﻮاﻣﻞ ﻋﻴﻨﻲ از زﻧﺪﮔﻲ و از ﻃﺮف دﻳﮕﺮ ﺑﺎ ادراك دروﻧﻲ ﻳﺎ ارزﻳﺎﺑﻲ ﻛﻪ ﺧﻮد ﻓﺮد از ﻋﻮاﻣﻞ و ﺣﻘﺎﻳﻖ زﻧﺪﮔﻲ ﺗﻌﻴﻴﻦ ﻣﻲ ﺷﻮد (ونکامپ و دیگران، 2003).

ﻛﻴﻔﻴﺖ زﻧﺪﮔﻲ ﺑﺮ اﺳﺎس ﻣﻴﺰان ﺷﺎدي ﻓﺮدي و رﺿﺎﻳﺖ از زﻧﺪﮔﻲ ﺗﻌﻴﻴﻦ ﻣﻲﺷﻮد و ﻣﺤﻴﻂ ﺷﺎﻣﻞ ﻧﻴﺎزﻫﺎ، آرزوﻫﺎ و دﻳﮕﺮ ﻋﻮاﻣﻞ ﻣﺤﺴﻮس و ﻧﺎﻣﺤﺴﻮﺳﻲ اﺳﺖ ﻛﻪ ﺑﻬﺰﻳﺴﺘﻲ ﻛﻠﻲ را ﺗﻌﻴﻴﻦ ﻣﻲ ﻛﻨﺪ (فی[[13]](#footnote-13)، 2008). درك ﻓﺮدي از ﻣﻮﻗﻌﻴﺖ زﻧﺪﮔﻲ در زﻣﻴﻨﻪاي از ﻓﺮﻫﻨﮓ و ﺳﻴﺴﺘﻢﻫﺎي ارزﺷﻲ ﻛﻪ ﻓﺮد در آن زﻧﺪﮔﻲ ﻣﻲﻛﻨﺪ و در ارﺗﺒﺎط ﺑﺎ اﻫﺪاف، اﻧﺘﻈﺎرات، اﺳﺘﺎﻧﺪاردﻫﺎ و واﺑﺴﺘﮕﻲﻫﺎﻳﺶﺻﻮرت ﻣﻲﮔﻴﺮد (ﻧﺠﺎت، منتظری و هوالكويی نائينی، 1385).

کیفیت زﻧﺪﮔﻲ از دو ﻣﻔﻬﻮم ﺟﻬﺎﻧﻲ ﺑﺎ ﻗﻠﻤﺮوﻫﺎي اﺳﺎﺳﻲ ﻣﺸﺨﺺ ﺗﺸﻜﻴﻞ ﺷﺪه اﺳﺖ: ﻣﻔﻬﻮم اول درك ﻛﻴﻔﻴﺖ زﻧﺪﮔﻲ اﺳﺖ ﻛﻪ ﻧﺘﻴﺠﺔ آن رﺿﺎﻳﺖﻣﻨﺪي از زﻧﺪﮔﻲ اﺳﺖ و ﻣﻔﻬﻮم دوم ﻛﻴﻔﻴﺖ زﻧﺪﮔﻲ در ﻣﺤﻴﻂ اﺟﺘﻤﺎﻋﻲ و ﻛﻴﻔﻴﺖ ﻣﺤﻴﻄﻲ اﺳﺖ (وست وی[[14]](#footnote-14)، 2006).

کیفیت زندگی، درﺟﻪ‌اي است ﻛﻪ اﻓﺮاد از اﻣﻜﺎﻧﺎت ﻣﻬﻢ زﻧﺪﮔﻲﺷﺎن ﻟﺬت ﻣﻲﺑﺮﻧﺪ (ون کامپ و دیگران، 2003). ﻛﻴﻔﻴﺖ زﻧﺪﮔﻲ ﻋﻨﺼﺮي واﻗﻌﻲ اﺳﺖ ﻛﻪ ﺷﺎﻣﻞ ﺗﺠﻬﻴﺰات ﻣﻌﻨﻮي زﻧﺪﮔﻲ ﻣﻲﺷﻮد و ﺑﺎ ﺳﻼﻣﺘﻲ، ﻣﺤﻴﻂ زﻧﺪﮔﻲ، ﻗﺎﻧﻮن، ﺳﺮﻣﺎﻳﺔ ﻛﺎر، ﺧﺎﻧﻮاده و ... ﺗﻌﻴﻴﻦ ﻣﻲﺷﻮد (پاکیون، 2003).

ﻛﻴﻔﻴﺖ زﻧﺪﮔﻲ در ﺣﺎﻟﺖ ﺣﺪاﻗﻞ، ﺗﻮان ﺷﻬﺮوﻧﺪان در ﺗﺄﻣﻴﻦ ﻧﻴﺎزﻫﺎﻳﻲﭼﻮن ﺳﻼﻣﺘﻲ، ﻣﺮاﻗﺒﺖ از ﻛﻮدﻛﺎن، اﻣﻨﻴﺖ ﻋﻤﻮﻣﻲ و ﺗﺤﺼﻴﻼت اﺳﺖ (فی، 2008). در زﻣﻴﻨﺔ وﻳﮋه‌اي از ﻣﺤﻴﻂ ﺳﺎﺧﺘﻪ ﺷﺪه ﻛﻴﻔﻴﺖ زﻧﺪﮔﻲ درﺟﻪ اي از ﺗﺠﺎﻧﺲ ﻳﺎ ﻧﺎﻫﻤﺎﻫﻨﮕﻲ ﺑﻴﻦ ﺳﺎﻛﻨﺎن ﺷﻬﺮ و ﻣﺤﻴﻂ ﺷﻬﺮي اﺣﺎﻃﻪﻛﻨﻨﺪه ﻣﺠﺎور ﺗﻔﺴﻴﺮ ﻣﻲﺷﻮد (پاکیون، 2003).

ﻛﻴﻔﻴﺖ زﻧﺪﮔﻲ ﻣﻔﻬﻮﻣﻲ ﭼﻨﺪوﺟﻬﻲ، ﻧﺴﺒﻲ و ﻣﺘﺄﺛﺮ از زﻣﺎن و ارزشﻫﺎي ﻓﺮدي و اﺟﺘﻤﺎﻋﻲ اﺳﺖ ﻛﻪ از یک‌سو اﺑﻌﺎد ﻋﻴﻨﻲ و از ﺳﻮي دﻳﮕﺮ اﺑﻌﺎد دروﻧﻲ دارد (یوزل، 2004).

از نظر آمريگو و آراگونس[[15]](#footnote-15) (1997)، متغير رضایت‌مندی مسكوني ماهيتي دوگانه دارد، در بررسي‌هاي مربوط به كيفيت زندگي به عنوان متغير وابسته و در تحليل علت‌هاي رفتاري سوژه در سكونت‌گاه خود، متغير مستقل محسوب مي‌شود. در اين مورد، رضايت‌مندي به پيش‌گويي رفتار مي‌پردازد و در نتيجه يك متغير مستقل است. بنابراين، رضايت‌مندي از محيط مسكونی معياري براي سنجش كيفيت زندگي محسوب مي‌شود (بنایتو، فرنارو و بنس[[16]](#footnote-16)، 2003). لی، (2008)، استفاده از مدل رضايت‌مندی را پايه‌ای برای بررسی‌ شاخص‌های كيفيت زندگی پيشنهاد و بيان می كند كه كيفيت زندگی با اندازه‌گيری ادراک ذهنی افراد تشخيص داده می شود و رضایت‌مندی و ادراک فردی كليد اين كار هستند. بنابراين، جنبۀ مهمي از بررسی اندازه گيری كيفيت زندگی بايد براساس ادراک، عادات و ارزيابی نظر ساكنان تنظيم شود. او معتقد است كه در مطالعات گذشته رابطۀ بين ويژگی‌های عينی حوزه‌های انتخاب شده و حوزة رضايت مندی مورد آزمون قرار گرفته است و در پژوهش‌های كمتری به رابطۀ عينی- ذهنی ديگر حوزه‌ها پرداخته شده است. تمركز مطالعات بر كيفيت زندگی در شهرها فرصتی است تا اين رابطه‌ها بررسی شود (لی، 2008).

**روی‌کردهای کیفیت زندگی**

روی‌کرد عینی (لی، 2006)، کیفیت‏ زندگی را به عنوان مواردی آشکار و مرتبط با استاندارهای زندگی می‏داند. این موارد می‏تواند سلامت‏ جسمی، شرایط شخصی (از جمله ثروت و شرایط زندگی)، ارتباطات اجتماعی، اقدامات شغلی و یا دیگر عوامل اجتماعی و اقتصادی باشد (لی، 2006).

در مقابل، روی‌کرد ذهنی کیفیت زندگی را مترادف‏ شادی یا رضایت فرد در نظر می‏گیرد. این منظر بر عوامل شناختی در ارزیابی کیفیت زندگی تأکید می‏کرد. در نوسان بین دو روی‌کرد عینی و ذهنی، یک دیدگاه کل‏نگر (فلس‏ و پری‏[[17]](#footnote-17)، 1996)، به وجود آمد. این دیدگاه کیفیت زندگی را یک پدیدهء چند بعدی می‏بیند و هر دو مؤلفهء عینی و ذهنی را در نظر می‏گیرد (فلس‏ و پری‏، 1996).

داس[[18]](#footnote-18) در سال 2008 چارچوب مفهومی برای سنجش کیفیت زندگی شهری پیشنهاد کرده که ارتباط بین محیط و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. این مدل، روی‌کردی پایین به بالا را پیشنهاد می‌کند که در آن هردوی شاخص‌های عینی و ذهنی برای مطالعه کیفیت کلی زندگی مورد توجه قرار گرفته اند. با توجه به مطالعات صورت گرفته می‌توان گفت که هنوز چارچوب مفهومی قابل قبول جهانی برای سنجش کیفیت زندگی و روش‌شناسی واحدی برای تعیین قلمروها و معرف‌های کیفیت زندگی وجود ندارد و انتخاب قلمروها و معرف‌های مربوط به هر قلمرو و روش سنجش کیفیت زندگی براساس اهداف مطالعه، قضاوت‌های شخصی محقّق، ویژگی‌های ناحیه مورد مطالعه و داده‌های در دسترس صورت می‌گیرد و تفاوت‌های عمده در مدل‌های کیفیت زندگی به دلیل تفاوت در مقیاس، شاخص‌ها و قلمروهای زندگی است که در مطالعات گوناگون کیفیت زندگی مورد توجه قرار گرفته اند. «کیفیت زندگی» یکی از مهم‌ترین مسائل پیش روی جهان‏ امروز و از مباحث اساسی در تکوین سیاست‌گذاری اجتماعی محسوب‏ می‏شود که موضوعاتی چون رفاه، کیفیت زندگی سلامت محور، نیازهای اساسی، زندگی رو به رشد و رضایت‌بخش، فقر و مطرودیت‏ اجتماعی و انسجام اجتماعی، نوع‌دوستی و از خودگذشتگی در میان‏ جماعات را در برمی‏گیرد. کیفیت زندگی نه تنها دارای معنای متفاوتی‏ نسبت به مفاهیمی چون رفاه، زندگی خوب و. . . است بلکه در حوزه‏های‏ مختلف، معانی متفاوتی را به خود می‏گیرد (امیدی، 1387).

**الگو تا فرایند**

کیفیت زندگی هم فردی و هم اجتماعی است که این دو جنبه متقابلاً به هم وابسته‏اند. ممکن است سطوح فردی نیازها چگونه برطرف می‏شوند موضوعی صرفا شخصی نیست یا به‌ندرت چنین است. حتی رابینسون کروزوئه از کمک «جمعه» بهره‏مند می‏شد. همان‌طور که شاعری به نام جان داون[[19]](#footnote-19)‏ خاطر نشان می‏کند: ما همه در قالب خانواده و اجتماع محلی به هم وابسته‏ایم. معاش خود را از آن‌ها می‏گیریم و در تأمین زندگی به آن‌ها کمک می‏کینم. بین‏المللی ساختن روابط اقتصادی و ماهیت جهانی تهدیدات زیست محیطی، احساس و واقعیت روابط متقابل را در مقیاس جهانی تقویت می‏کند. با وجود این، برای تفسیر چگونگی رفع نیازهای انسانی به شیوه‏های فردگرایانه کوشش‌هایی صورت گرفته است. اقتصاد نوکلاسیک نمونه به‌جایی است که تأکید خود را بر به حداکثر رساندن مطلوبیت فردی و تمایل به ناچیز نشان دادن محدودیت‏های فوق‏العاده متغّیری دارد که بر امکانات مصرف مردم تحمیل شده است. آن‌چه موضوعیت بیشتری برای درک این مسئله دارد که رفتار بالفعل مردم چگونه است مفهوم سلسله مراتب نیازهاست که در ابتدا بوسیله مزلو (1954) عنوان گردید. استدلال مزلو این است که همزمان با برطرف شدن نیازهای «نازلتر» نیازهای سطح بالاتری پدیدار می‏شود از نظر مزلو سلسله مراتب نیازها چنین است؛ بقا یا مبارزه برای زنده ماندن، ایمنی از خطرات فیزیکی، تعلق و عشق، احترام یا منزلت، و سرانجام خود شکوفایی براساس معیار بهینه پارتو نمی‏توان هیچ کس را در هیچ کجا مرّفه‏تر ساخت مگر آن‌که رفاه کس دیگری در جایی دیگر لطمه بیند، توجه به کیفیت زندگی، جغرافی‌دان را به ناچار به سوی پرسش از عدالت اجتماعی سوق می‏دهد (دیوید[[20]](#footnote-20)، شاهی اردبیلی و حاتمی نژاد، 1381).

برخی افراد در بعضی نقاط (برای مثال در کمربند گرسنگی آفریقای مرکزی) دل مشغول زنده ماندن هستند. دیگران از تأمین نیازهای اساسی تر آزاد هستند و در جستجوی کسب موقعیت در نوع خاصی از مصرف یا رفتار می‏باشند. اما اشتباه است اگر نتیجه بگیریم که رفع نیازهای فردی همیشه از چنین نظم معقولی تبعیت می‏کند. خانواده فقیر ممکن است هنگام یک مال بادآورده تهیه یک خوراک اشرافی یا تلویزیون بزرگ را بر رفع نیازهای اساسی خود ترجیح دهد. ممکن است اولویت‌های شخصی افراد تابع برخی ضروریات که آشکارترین آن‌ها بقاست باشد ولی حتی در چنین حالتی این امکان وجود دارد که زندگی را فدای اهداف متعالی‏تری کنند. برداشت‏های اجتماعی کلی‏تر از چگونگی ارتقاء کیفیت زندگی هم متضمن نوعی اولویت‏بندی هاست. این گامی مهم در ورای فهرستی غیر تفارقی از معیارها و ملاک‌هاست. تحقیقات اولیه در مورد مفهوم توسعه که سازمان ملل متحد محّرک آن بود نمونه خوبی به دست می‏دهد. ونوسکی[[21]](#footnote-21)‏ (1974) بین «وضع رفاهی» مردم و «سطح زندگی» تمایز قائل شد و معتقد بود که وضع رفاهی به سطح زندگی وابسته است. او رفاه را بر حسب وضع جسمی مردم (رشد فیزیکی)، وضع آموزشی (رشد فکری)، و وضع اجتماعی(مشارکت و وفاق اجتماعی) تعریف می‏کرد. سطح زندگی شامل خوراک، پوشاک، سرپناه، بهداشت، آموزش، اوقات فراغت، امنیت، محیط اجتماعی و محیط طبیعی می‏شود. درست مانند ذخیره نقدی مردم بوسیله جریانات درآمدی تأمین می‏شود وضع رفاهشان نیز از سطح زندگی‏شان ناشی می‏شود. این خیلی شبیه به رابطه بین نیازهای اساسی و واسطه است. چنین مفاهیمی پایه‏ای برای مدل فرایند عمومی رفع نیازهای انسان فراهم می‏سازد (جوزدانی، 1388).

ساخت چنین مدلی دشواری‏های زیادی دارد. مهم تر از همه این که روابط علت و معلولی به‌خوبی درک نشده است.برای نمونه روشن نیست که چگونه وضع فیزیکی یا فکری ملت نمی‏تواند به بهترین شکل بوسیله هزینه کردن میزان مشخصی پول بیشتر برای خدمات بهداشتی یا آموزشی تقویت شود. تعریف نتایج، برحسب وضعیت فیزیکی یا فکری، مورد مناقشه خواهد بود. برای مثال آیا سطح بهداشت به وسیله نرخ مرگ و میر، بهتر سنجیده می‏شود یا به وسیله توانایی زندگی برای داشتن عملکردی موثر؟روشن نیست که بهداشت(به هر صورتی که تعریف شده باشد) با صرف هزینه‏های هر چه بیشتر برای خدمات بهداشتی(از جمله برای بیمارستان‌ها، دکترها یا پرستارها، مراقبت‌های واکنشی یا پیش‌گیرانه) به بهترین نحو بهبود می‏یابد یا به وسیله بهبود مساکن مردم، ایمنی در کار، یا آسیب‏پذیری در برابر بیکاری که همگی بر وضع فیزیکی آن‌ها تأثیر گذارند (جوزدانی، 1388).

ریشه‏یابی این مسئله به عقیده‏ای باز می‏گردد که در برخی نقاط وجود دارد و براساس آن رفع نیازهای انسانی، در مفهوم وسیع چگونگی تعیین کیفیت زندگی، قابل مقایسه با تولید کارخانه‌ای است. چگونگی تولید بیشترین پیراهن یا ماشین لباسشویی از یک سرمایه‏گذاری مشخص شیوه نسبتا ساده‏ای در تخصیص بهینه منابع دارد. این پرسش که چگونه بیشترین نتیجه را از هزینه کردن برای خدمات اجتماعی به دست می‏آوریم به‌مراتب پیچیده‏تر است زیرا بازده خدمات اجتماعی به اندازه بازده یک کارخانه مشخص نیست. در حوزه‏های محدودی از فعّالیت شواهد نشان می‏دهد که برخی اقدامات خاص مؤثرتر و اقتصادی‏تر از اقدامات دیگر است. اما هیچ‏گونه روش عینی یا علمی برای نمایش این مسئله وجود ندارد که بهداشت ملی چگونه به بهترین نحو بهبود می‏یابد که دولت با جانبداری از بهداشت، آموزش یا جلوگیری از جرم و جنایت می‏تواند زندگی مردم را بهبود بخشد و جای تردید است که روش‌های معاصر ارزیابی رقومی عملکرد ساز و کارهای بازار بتواند تخصیص منابع را به شکل متقاعد کننده‏تری تعیین کند.این ممکن است فقط توجه ما را معطوف به این کند که چیزهایی را آسان‏تر از همه می‏توان اندازه‏گیری کرد. مفهوم بهبود وضعیت بدنی، فکری یا زندگی مردم در ابهام‏باقی خواهد ماند، زیرا مفهومی انسانی است (جوزدانی، 1388).

بی‏تردید در عرصه سیاسی است که بسیاری از تصمیمات مربوط به فرایند رفع نیازهای بشری گرفته می‏شود. از قرار معلوم مردم برای خط مشی سیاسی حزب در هنگام انتخاب نمایندگان‌شان ملاحظاتی را در نظر می‏گیرند. به‌عنوان مثال کم و زیاد شدن تمایل‌شان بستگی دارد به اینکه در وعده‏های تبلیغاتی اولویت به خدمات بهداشتی داده شود یا به نیروی پلیس. درباره تأثیر نسبی کارگزاری‏های عمومی و شرکت‌های خصوصی در تدارک خدمات ادعاهای متعارضی وجود دارد که منعکس کننده پای‏بندی‏های ایدئولوژیک است و نه گواه تجربیات جایگزین. نتایج عملی می‏تواند به خوبی معّرف چگونگی تقسیم قدرت درون یک جامعه و ساختارهایی باشد که چنین وضعیتی را به وجود آورده است و نه ملاحظه سنجیده کیفیت مطلوب زندگی (دیوید و همکاران، 1381).

**نظریه‌های مطرح شده**

مشهورترين نظريه‌ها دربارة نيازهای زندگی، مي‌توان به نظريه‌هاي زير اشاره كرد:

نظرية سلسله مراتب نيازهاي «ابراهام مزلو»

مزلو نيازهاي انسان را در پنج دسته طبقه‌بندي كرده است: 1. نيازهاي فيزيولوژيك؛ 2. نيازهاي ايمني؛ 3. نيازهاي عشق و تعلق؛ 4. نياز به احترام؛ 5. نياز به خودشكوفايي. ايدة محوري اين نظريه آن است كه نيازهاي انساني، از لحاظ رشد و تسلط بر رفتار، سلسله مراتب مترتب بر هم دارند؛ يعني هرچه نياز در مرتبة پايين‌تر قرار داشته باشد، در فرايند رشد زودتر آشكار مي‌شود. نكتة ديگر اين‌كه، نياز‌هاي پايين‌تر، قوي‌ترين انگيزه‌هاي حاكم هستند؛ در حالي كه نياز به خودشكوفايي، ضعيف‌ترين انگيزه‌هاست (شولتز، 1367).

ب) نظرية ERG «كليتون آلدرفر»[[22]](#footnote-22)

آلدرفر، در مقابل نيازهاي مزلو، نيازهاي سه‌گانة نظرية خود را بدين صورت پيشنهاد كرد: 1. نيازهاي حياتي؛ 2. نيازهاي همبستگي؛ 3. نيازهاي رشد؛ از حرف اول هر يك از اين مجموعه نيازها، نام نظريه ERG حاصل شده است. بر اساس نظرية آلدرفر ـ بر خلاف نظرية مزلو ـ ممكن است چند نياز به طور هم زمان موجب انگيزش شوند (شولتز، 1367).

ج) نظرية نيازهاي آشكار «هنري موري»[[23]](#footnote-23)

موري، فهرست جامعي از نيازهاي انسان تهيه كرد. او اين كار را با تمايز بين دو مجموعه از اين نيازها آغاز كرد؛ نياز‌هاي اوليه كه جنبة فيزيولوژيك دارند و نيازهاي ثانويه كه جنبة روان‌شناختي دارند. نياز‌هاي اوليه مانند نياز به هوا، غذا، امور جنسي، آب و ... اهميت زيادي دارند، اما آن‌چه بيشتر توجه موري را به خود جلب كرد، نياز‌هاي ثانويه بود. پژوهش موري او را واداشت تا فهرستي از بيست نياز تنظيم كند. نياز‌هاي انسان از نظر موري عبارت‌اند از: 1. خواري‌طلبي؛ 2. پيشرفت؛ 3. پيوند جويي؛ 4. پرخاش‌گري؛ 5. خود مختاري؛ 6. مقابله؛ 7. خويشتن‌يابي؛ 8. دنباله‌روي؛ 9. سلطه‌گري؛ 10. نمايش؛ 11. آسيب‌گريزي؛ 12. تحقيرگريزي؛ 13. مهرورزي؛ 14. نظم؛ 15. بازي؛ 16. طرد؛ 17. شناخت حسي؛ 18. ميل جنسي؛ 19. مهرطلبي؛ 20. فهم. فهرست او از نيازهاي انسان، مهم‌ترين خدمت وي به روان‌شناسي به شمار مي‌آيد. موري بر اين باور بود كه نيازها، اكتسابي و آموختني هستند؛ برخلاف مزلو كه معتقد بود همة انسان‌ها با نيازهاي شبه‌غريزي به دنيا مي‌آيند و همين نيازها، انسان را به تبديل شدن به آن‌چه در توان اوست، فرا مي‌خوانند. يعني نيازها، فطري و ژنتيكي هستند (شولتز، 1367).

د) نظريه اريك فروم[[24]](#footnote-24)

اريك فروم، مؤثرترين عامل در شخصيت انسان را نيازهاي رواني مي‌داند. به باور فروم، نيازهاي جسماني، بين انسان و حيوانات مشترك‌اند؛ در حالي كه حيوانات نيازهاي رواني ندارند و اين نيازها ويژة انسان‌اند. او پنج نياز را به عنوان نيازهاي رواني نام مي‌برد. 1. وابستگي؛ 2. استعلاء؛ 3. ريشه داشتن؛ 4. حس هويت؛ 5. موازين جهت‌گيري (شولتز، 1367).

**تأثيرات پايداری بر كيفيت زندگی**

اگر بخواهيم كيفيت زندگی را در حال و آينده بهتر كنيم فقط بايد آن را در چهارچوب پايداری قرار دهیم (یوزل، 2004). بنابراين، نمی توان رابطۀ محكم كيفيت زندگی و پايداری را انكار كرد. محققان اين برداشت را كه چهارچوب پايداری منجر به كاهش كيفيت زندگی می شود، به شدت رد کرده اند (یوزل، 2004؛ فی و سينايد[[25]](#footnote-25)، 2008). با آشكار شدن نقش و اهميت اجتماعات محلی در توسعۀ پايدار و توصيه به استفاده از شاخص‌های محلی و حفظ ويژگی‌های محلی در برنامه‌ريزی ها، اين مهم نيز به مطالعات كيفيت زندگی وارد شد. تأكيد توسعۀ پايدار بر حفظ ارزش شهروندان در محيط‌های ویژه بر تحقيق‌های كيفيت زندگی تأثیر گذاشته است (فی و سينايد، 2008). اين تأثير را در دو بخش می توان مشاهده كرد: اول؛ مقياس مطالعۀ كيفيت زندگی: كه نتيجۀ آن تاكيد بر مقياس‌های محلی است، دوم؛ روش‌شناسی بررسی ها: كه نتيجۀ آن تأكيد بر روش‌های كيفی است. پيش از اين تحقيقات كيفيت زندگی در سطح بين المللی، سطح ملی و به خصوص سطح شهري انجام شده است اما با نگاه پایدار، سطح محلی برای مطالعات كيفيت زندگی مناسب‌تر است (پاکیون، 2003؛ فی و سينايد، 2008).

پسيون[[26]](#footnote-26) اشاره كرده است كه در مقياس‌هاي بزرگ‌تر ممكن است در جمع‌بندی نهايی نظرات موافق می تواند نظرات مخالف را خنثی كند و نتيجه را تحت تأثير قرار دهد، او برای اين نوع تحقيقات مقياس محلی را مناسب‌تر می داند (پاکیون، 2003).

فی و سينايد نيز تمركز بر گروه‌های ويژه و استفاده از روش‌های كيفی را پيشنهاد می دهند و معتقدند استفاده از شاخص‌های یکسان یا از پیش تعیین شده رابطه‌اي بين كيفيت و پایداری را برقرار سازد (فی و سینید، 2008).

**2-2-4- بهزیستی ذهنی، عملکرد شغلی و کیفیت زندگی**

توجه به کارکنان و در رأس آن عملکرد شغلی آن‌ها به عنوان بزرگ ترین و مهم ترین سرمایه سازمان، پدیده‌ای است که در طول چند دهه اخیر رشد فراوانی داشته است. بسیاری از تحولات سال‌های کنونی که در قالب نامتمرکز کردن نظام مدیریت و کارگردانی، کاهش لایه‌های سازمانی، مشارکت کارکنان در فرآیند تصمیم‌گیری و اموری که از این دست پدید آمده اند، جملگی به این دلیل است که نگرش سازمان‌ها نسبت به نیروی کار دگرگون شده و کارکنان سازمان از تعریف کهنه و نارسای دوره پس از انقلاب صنعتی رها شده و با تعریف تازه، «منابع پرارزش» شناخته می شوند. هم اکنون سازمان‌های صنعتی، بازرگانی و حتی خدماتی بیش از پیش برای بالا بردن درجه بهره وری خود به افزایش توان تخصصی، رضایت و دلبستگی منابع انسانی خود روی آورده‌اند و بهره‌وری را با بهبود بخشیدن به عملکرد شغلی و کیفیت زندگی آنان مربوط ساخته‌اند (دولان، رندال و شولر[[27]](#footnote-27)، 1380).

يكي از نتايج توجه به مفهوم كيفيت زندگي در برنامه‌ريزي شهری در نظر گرفتن نتايج و اثرات كيفي توسعه بر روان و حيات معنوي انسان است (کلارک[[28]](#footnote-28)، 2008). . از طرف ديگر مطابق تعريف، كيفيت زندگی ممكن است منعكس كنندة رابطۀ انسان با محيط باشد. در اين ميان، در مكاتب مختلفی در روان‌شناسی محيط به مقولۀ ادراک انسان از محيط و رابطۀ انسان با محيط پرداخته شده است. در ادبيات روان‌شناسی محيط، انسان موجودی پيچيده است كه انگيزش او نيروی هدايت كننده و سازمان دهنده ادراک، شناخت و رفتار هدف‌مند آدمی در محيط است (مطلبی، 1380).

در این راستا انگيزه‌های انسان منشأ نيازهای اوست نيازهايی كه چهارچوبی برای ارزش‌ها و نگرهای انسان ايجاد می‌كند (عینی فر، 1381). مازلو روان‌شناس انسان‌گرا مدلی از نيازها و انگيزش‌های انسان ارائه كرده است كه پژوهش‌های انجام شده در روان‌شناسی محيط قابليت مدل او را برای استفادة طراحان محيطی به اثبات رسانده است (مطلبی،1380؛ عينی فر،1381؛ لی[[29]](#footnote-29)، 2008). در تحقيق‌های كيفيت زندگی لزوم توجه به نيازهای عالی پذيرفته شده است، در واقع بررسی‌های كيفيت زندگی نشان داده كه با افزايش رفاه و جايگزيني مفهوم توسعه به جای رشد جا برای تحقيقات كيفيت زندگی يعنی توجه به ديگر ابعاد زندگی انسان كه چيزی فراتر از نيازهای اوليه و استانداردهای زندگی اوست باز شده است (فتحلی و پرتویان، 1390).

ﻛﻴﻔﻴﺖ زﻧﺪﮔﻲ ﺑﻪ ﻣﻌﻨﺎي ﺑﻬﺰﻳﺴﺘﻲ ﻋﻤﻮم ﻣﺮدم و ﻛﻴﻔﻴﺖ ﻣﺤﻴﻄﻲ اﺳﺖ ﻛﻪ در آن زﻧﺪﮔﻲ ﻣﻲﻛﻨﻨﺪ (فسلی، سهین و وهبی[[30]](#footnote-30)، 2007). در ادبيات كيفيت زندگی، بهزيستی بعد ذهنی كيفيت زندگی دانسته شده است. در برخی تحقيقات كه به بعد ذهنی كيفيت زندگی پرداخته، اشاره شده است كه رابطۀ مستقيمي بين تأمين نيازها و احساس بهزيستی يا خوشبختی افراد وجود ندارد چه بسيار افرادی که در شرایط پایین تری از خدمات، تسهيلات و...، نسبت به ديگران به سر می برند اما احساس بهتری نسبت به محيط و شرايط زندگی خود دارند. بنابراين، توجه صرف به تجربۀ ذهنی افراد و محور بودن اين نوع تحقيقات تحقيق را به نتيجۀ مطلوب نمي‌رساند. در ادبيات موجود با وجود تفاوت معنايي دو واژه‌ای بهزيستی و رضايت‌مندی گاهي تعبير يكسانی از آن‌ها شده و در مواردي اين دو جای يكديگر به كارگرفته شده اند. همان‌طور كه گفته شد، بعد ذهنی كيفيت زندگی را بهزيستی و رضایت‌مندی دانسته اند، بعدی كه درک انسان را از شرايط واقع را نشان می دهد. در برخی تحقيقات ارزيابی ميزان رضايت‌مندی را وسیله‌ای برای تشخيص بهزيستی افراد و ارزيابی بعد ذهنی کیفیت زندگی دانسته اند (کلارک، 2008؛ لی، 2008).

**2-3- پیشینه‌ی پژوهشی**

**2-3-1- پیشینه‌ی خارجی**

مایک اشمیت[[31]](#footnote-31) (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[[32]](#footnote-32) 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[[33]](#footnote-33) (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[[34]](#footnote-34) (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[[35]](#footnote-35) و همکاران (2012)، در پژوهشی نشان دادند که بهزیستی ذهنی با درآمد و عوامل دموگرافیک رابطه دارد.

اَنسا[[36]](#footnote-36) 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[[37]](#footnote-37) (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[[38]](#footnote-38) (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[[39]](#footnote-39) (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[[40]](#footnote-40) (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 [[41]](#footnote-41) می‌باشد، بعد از آن در کشورهای NMS12 [[42]](#footnote-42) و پایین ترین میزان در کشورهای CC3 [[43]](#footnote-43) می‌باشد. همچنین آن‌ها گزارش کردند که بیکاری و سلامتی پایین از موانع مهم سطح رضایت از زندگی در همه کشورها بودند.

راسل[[44]](#footnote-44) (2008)، در پژوهشی بیان می‌کند که تحقیقات رابطه بین بهزیستی ذهنی و عملکرد شغلی را نشان داده‌اند.

کلپاک[[45]](#footnote-45) 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[[46]](#footnote-46) (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[[47]](#footnote-47) (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[[48]](#footnote-48)(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[[49]](#footnote-49) (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[[50]](#footnote-50) 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[[51]](#footnote-51) (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[[52]](#footnote-52) 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[[53]](#footnote-53) (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[[54]](#footnote-54) (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[[55]](#footnote-55) (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[[56]](#footnote-56) و همکاران (2003)، دريافته اند که بين ابعاد بهزيستي روان‌شناختي و اضطرابي و خصومت رابطه منفي و معناداري وجود دارد.

هارتر[[57]](#footnote-57) و همکاران (2003)، در پژوهشی نشان دادند که محل کار و عملکرد شغلی مستقل از هم نیستند.

فراتحلیلی که توسط تت[[58]](#footnote-58) 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[[59]](#footnote-59)، (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[[60]](#footnote-60) و همکاران (2002)، در پژوهشی نشان دادند که هوش هیجانی در عملکرد شغلی اثر مثبتی دارد.

آريندل[[61]](#footnote-61) 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[[62]](#footnote-62) (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[[63]](#footnote-63) (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[[64]](#footnote-64) (2000)، در پژوهشی بیان داشت که بین میزان انگیزش شغلی با عملکرد شغلی رابطه وجود دارد.

گوش و ویجیرا[[65]](#footnote-65) (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[[66]](#footnote-66) (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[[67]](#footnote-67) 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 of

1. McCall [↑](#footnote-ref-1)
2. Liu [↑](#footnote-ref-2)
3. Smith [↑](#footnote-ref-3)
4. Social Well-being [↑](#footnote-ref-4)
5. Andros [↑](#footnote-ref-5)
6. Muller [↑](#footnote-ref-6)
7. WHQ QOL Group [↑](#footnote-ref-7)
8. Shyy [↑](#footnote-ref-8)
9. Pacione [↑](#footnote-ref-9)
10. VanKamp & others [↑](#footnote-ref-10)
11. Uzzell [↑](#footnote-ref-11)
12. Pacione [↑](#footnote-ref-12)
13. Fahy [↑](#footnote-ref-13)
14. Westway [↑](#footnote-ref-14)
15. Amerigo & Aragonés [↑](#footnote-ref-15)
16. Bonaiuto, Fornara & Bonnes [↑](#footnote-ref-16)
17. Felce & Perry [↑](#footnote-ref-17)
18. Doss [↑](#footnote-ref-18)
19. enwoD nhoJ [↑](#footnote-ref-19)
20. David [↑](#footnote-ref-20)
21. Wonoski [↑](#footnote-ref-21)
22. Clyton Alderfer [↑](#footnote-ref-22)
23. Henry Murray [↑](#footnote-ref-23)
24. Erich Fromm [↑](#footnote-ref-24)
25. Cinnéide [↑](#footnote-ref-25)
26. Pesyon [↑](#footnote-ref-26)
27. Doulan, Rendal & Shuler [↑](#footnote-ref-27)
28. Clarc [↑](#footnote-ref-28)
29. Lee [↑](#footnote-ref-29)
30. Fasli, Sahin & Vehbi [↑](#footnote-ref-30)
31. Maike Schmitt [↑](#footnote-ref-31)
32. Stewart, Chipperfield, Judith, Joelle, Heckhausen, Jutta [↑](#footnote-ref-32)
33. Reddy K. Jayashankar [↑](#footnote-ref-33)
34. Moh**ammed J Almalki**, **Gerry FitzGerald** and **Michele Clark** [↑](#footnote-ref-34)
35. Boarini [↑](#footnote-ref-35)
36. Ansah [↑](#footnote-ref-36)
37. Fien & Rudi [↑](#footnote-ref-37)
38. Daniel W. Sacks, Betsey Stevenson and [Justin Wolfers](http://www.brookings.edu/experts/wolfersj) [↑](#footnote-ref-38)
39. MóniCa maRía novoa Gómez , RoChy m. vaRGas GuTiéRRez, shiRley aleXandRa obispo CasTellanos,

    máRyoRi peRTuz veRGaRa y yady KaRina RiveRa pRadilla [↑](#footnote-ref-39)
40. Watson, Pichler and Wallace [↑](#footnote-ref-40)
41. Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Luxembourg, the Netherlands, Portugal, Spain, Sweden and the United Kingdom [↑](#footnote-ref-41)
42. Cyprus, the Czech Republic, Estonia, Hungary, Latvia, Lithuania, Malta, Poland, Slovakia and Slovenia , Bulgaria and Romania [↑](#footnote-ref-42)
43. Croatia, the Former Yugoslav Republic of Macedonia and Turkey [↑](#footnote-ref-43)
44. Russell [↑](#footnote-ref-44)
45. Klepac [↑](#footnote-ref-45)
46. Apter [↑](#footnote-ref-46)
47. Virjinia [↑](#footnote-ref-47)
48. Karadmas [↑](#footnote-ref-48)
49. Davern & Cummins [↑](#footnote-ref-49)
50. Hauser, R.M. [↑](#footnote-ref-50)
51. Vandaneberg & Pitariu [↑](#footnote-ref-51)
52. Boyer [↑](#footnote-ref-52)
53. Nolen & Hoksema [↑](#footnote-ref-53)
54. Esmit [↑](#footnote-ref-54)
55. Hayez & Joseph [↑](#footnote-ref-55)
56. Roini [↑](#footnote-ref-56)
57. Harter [↑](#footnote-ref-57)
58. Tett [↑](#footnote-ref-58)
59. Haren & Mitchell [↑](#footnote-ref-59)
60. Chi- sum [↑](#footnote-ref-60)
61. Arrindell [↑](#footnote-ref-61)
62. Right & patric [↑](#footnote-ref-62)
63. Marchant [↑](#footnote-ref-63)
64. Tatum [↑](#footnote-ref-64)
65. Ghosh, S. and Vijayara [↑](#footnote-ref-65)
66. Waite, Linda, and Maggie Gallagher [↑](#footnote-ref-66)
67. Yung [↑](#footnote-ref-67)