فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی
Human Sciences Research Journal
دوره جدید، شماره ۲۶، بهار ۱۳۹۹، صص ۳۴۸-۳۳۹ **New Period, No 26, 2020, P 339-348**
شماره شاپا (۷۰۱۸-۲۴۷۶) **ISSN (2476-7018)**

مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی در پرستاران مجرد و متاهل

فاطمه روشن[1]*. الهام نجارزاده طرقبه[2]. کاوه بهمن بیجاری[3]
۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی موسسه آموزش عالی حکمت رضوی مشهد، ایران *
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی موسسه آموزش عالی حکمت رضوی مشهد، ایران
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، ایران

چکیده
هدف از پژوهش حاضر مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی در پرستاران مجرد و متاهل شهر مشهد می باشد. برای دست‌یابی به این هدف نمونه‌ای مشتمل بر ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر مجرد و ۱۰۰ نفر متاهل) با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و بهزیستی روانشناختی ریف را تکمیل کردند. نتایج نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی در پرستاران متاهل و مجرد تفاوت معنادار وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی، پرستاران

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

مقدمه

تاریخچه پیدایش مفهوم کیفیت زندگی[1] به دوران ارسطو در ۳۸۵ سال قبل از میلاد مسیح برمی‌گردد ر آن دوران ارسطو زندگی خوب یا خوب انجام دادن کارها را به معنی شاد بودن در نظر گرفته است ولی اصطلاح کیفیت زندگی تا قرن بیستم مورد استفاده قرار نگرفته بود (نجات، ۱۳۸۷). کیفیت زندگی از واژه‌هایی است که اتفاق نظر شخصی در بین محققان برای آن وجود ندارد ولی نکته مهم در تعریف کیفیت زندگی تمایز قائل شدن بین این واژه و واژه‌های مشابه مانند رضایت از زندگی، سلامت[2] و بهنجاری[3] است بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی[4](WHO) کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است (بونامی، پاتریک، بوشل[5]، ۲۰۰۰).

اغلب دانشمندان برای کیفیت زندگی ابعاد مختلفی را در نظر می‌گیرند که مهمترین آنها عبارتند از:

بعد فیزیکی:[6] مفاهیمی مانند قدرت، انرژی، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و مراقبت از خود در این گروه قرار می گیرند.

بعد روانی:[7] اضطراب، افسردگی و ترس را می توان در این گروه قرار داد.

بعد اجتماعی:[8] این بعد در مورد رابطه فرد با خانواده، دوستان، همکاران و در نهایت جامعه است.

بعد روحی:[9] درک فرد از زندگی و هدف و معنای زندگی را در برمی‌گیرد. ثابت شده است که بعد روحی، زیرمجموعه بعد روانی نبوده و یک دامنه مهم و مستقل محسوب می شود.

علائم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان: این بعد بیشتر در ابزارهای اختصاصی مورد توجه واقع می‌شود که از آن جمله می‌توان به درد، تهوع و استفراغ اشاره کرد (کینگ و هیندس؛[10] ۲۰۰۳).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را اینگونه تعریف می‌کند: ادراک افراد از موقعیتشان در زندگی، در متن فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات و نیازهایشان است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰). همانطور که مشاهده می‌شود این تعریف کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است. البته باید توجه کرد که کیفیت زندگی با بهزیستی روانشناختی ارتباط تنگاتنگی دارد.

---

1. Quality of life
2. Health
3. Normative
4. World Health Organization
5. Bonami. A. Patric, D. Bushnell, D.
6. Physical
7. Psychological
8. Social
9. Spiritual
10. King CR, Hinds PS

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

بهزیستی روانشناختی[1] یکی از مفاهیم مهم در کیفیت زندگی افراد است که با شادکامی رابطه دارد (اید و لارسون،[2] ۲۰۰۸). امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی، انسان‌ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه سالم‌تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتری رهنمود می‌سازد (اویشی، دینر و لاکاس،[3] ۲۰۰۹). همچنین عاطفه مثبت و منفی، مکانیسم‌های فکری متفاوتی را که بر سلامت روان تأثیر دارند به راه می‌اندازند (استیر[4] و همکاران، ۲۰۰۵). بر اساس سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۸، به نقل از ریف، سینگر و لاو،[5] ۲۰۰۴) در حقیقت امروزه (برخلاف گذشته) تعریف صحیح و جامع سلامتی انسان بر وجود معیارهای مثبتی همچون رفاه و بهزیستی استوار گردیده است و تأکید عمده تحقیقات در حوزه سلامت انسانی بر این نکته بنانهاده شده است که به‌راستی معنای خودشکوفایی، داشتن هدف و جهت در زندگی و یا شکوفا شدن توان بالقوه‌ی آدمی چیست؟ (ریف و سینگر، ۱۹۹۸). قابل ذکر است که امروزه تأثیر بهزیستی روان‌شناختی بر حوزه روانشناسی تجربی، مثبت قلمداد شده است. متخصصین به این نتیجه رسیده‌اند که احساسات و عواطف مثبت نقطه مقابل و یا در تضاد با احساسات و عواطف منفی (کاشیاپو و برینتسون گری، ۱۹۹۹ به نقل از زهرا کار، ۱۳۸۷) نمی‌باشند. در نتیجه چنین استدلال باید نمود که بهزیستی نیز به معنای فقدان بیماری روان‌شناختی نیست، چنین امری در دهه‌های اخیر موجب شده است تأکید علم روانشناسی و روان‌درمانگران نه بر کاهش بیماری روانی، بلکه بر بهبود بهزیستی و رشد شخصی استوار گردد (راین و دسی،[6] ۲۰۰۱). لازم به ذکر است تحقیقات علمی بر روی معنای بهزیستی روان‌شناختی و چگونگی اندازه‌گیری آن با تمایز قائل شدن فرآیند میان جنبه‌های فضیلت‌گرا[7] و لذت‌گرای آن (جانمان و همکاران، ۱۹۹۹ به نقل از ریف و همکاران، ۲۰۰۴) بسط و گسترش یافته است. براساس رویکرد لذت‌گرایی، بهزیستی شامل شادکامی ذهنی، لذت و اجتناب از درد می‌باشد. رویکرد فضیلت‌گرایی بیان می‌کند که واژه بهزیستی هنگامی ارزشمند است که با شادکامی صرف فاصله داشته باشد. پس طبق این رویکرد، مفهوم اصلی بهزیستی بالفعل شدن توان بالقوه فرد در فرایند ادراک خود می‌باشد (معینی زاده و سلاگیم،[8] ۲۰۱۰). در پژوهش حاضر سعی شده است به مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی در پرستاران مجرد و متاهل پرداخته شود.

1. Psychological well-being
2. Eid & Larsen
3. Oishi, Diener & Lucas
4. Ostir
5. Ryff, Singer & Love
6. Ryan & Deci
7. Eudaimonic
8. Salagame

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

روش تحقیق:

هنگامی که تحقیق با هدف برخورداری از نتایج داده‌ها برای حل مساله موجود صورت گیرد تحقیق از نوع کاربردی است. اما وقتی اساسا برای بهبود درک درباره مسائل به خصوصی که به طور معمول در محیط‌های سازمانی روی می‌دهند و نیز چگونگی حل آنها تحقیق صورت گیرد. تحقیق را بنیادی یا پایه‌ای گویند که تحقیق محض نیز نامیده میشود. بنابراین درپژوهش حاضر که به مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در پرستاران مجرد و متاهل می‌پردازد تحقیق از نوع بنیادی می‌باشد. که بر اساس اهداف تحقیق نمونه‌ای مشتمل بر ۲۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه برای این پژوهش انتخاب و پرسشنامه‌های پژوهشی را تکمیل کردند شیوه جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش استفاده از پرسشنامه برای سنجش متغیرها و مصاحبه بالینی برای به دست آوردن اطلاعات دموگرافیک می باشد.
روش تجزیه و تحلیل در این پژوهش برای فرضیه های پژوهشی آزمون T مستقل می‌باشد.

ابزار پژوهش:

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف- فرم ٥٤ سوالی[4](RSPWB):

در سال ۱۹۸۰ این مقیاس توسط ریف طراحی شد (ریف، ۲۰۱۴). فرم اصلی دارای ۱۲۰ سوال بود اما در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه تر ۸۴ سوالی، ۵۴ سوالی و ۱۸ سوالی نیز پیشنهاد گردید. مقیاس بهزیستی روان شناختی دارای ۶ خرده مقیاس پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی و تسلط بر محیط می‌باشد. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها مناسب و آلفای کرونباخ آنها بین ۰. ۷۷ تا ۰. ۹۰ به دست آمد و روایی آن ۰. ۸۳ بود. آلفای کرونباخ برای پایایی این پرسشنامه ۰. ۷۹ به دست آمد (کسیری، علی دوستی، سعید، محمدی، عباسی و هاشمی، ۲۰۱۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۷۵ محاسبه شد که حاکی از مقبول بودن پایایی این ابزار در جامعه مورد مطالعه می‌باشد. فقط از نمره کل این مقیاس در پژوهش استفاده شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ادراک افراد را نسبت به سیستم‌های ارزشی و فرهنگی و همچنین اهداف شخصی، استانداردها و نگرانی‌های خود ارزیابی می کند. WHOQOL کوتاه شامل ۲۶ آیتم است که از نسخه ۱۰۰ آیتمی این پرسشنامه برگرفته شده است. این پرسشنامه ۴ حیطه وسیع را اندازه‌گیری می‌کند، که عبارتند از، سلامت جسمی؛[2]سلامت روان‌شناختی[1]روابط اجتماعی[3]و محیط

1. Ryff's Scales of Psychological Well-being
2. Physical Health
3. Social relationship
4. Environmental Domain

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

زندگی. علاوه بر این موارد این پرسشنامه سلامت عمومی را نیز می‌تواند ارزیابی کند. آیتم‌های پرسشنامه نیز بر روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می شود. در بررسی آیتم‌های نسخه کوتاه پرسشنامه WHOQOL نشان‌دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (آلفای کرونباخ، سلامت جسمی ٪۸۰، سلامت روانشناختی ٪۷۶، روابط اجتماعی ٪۶۶، و محیط ٪۸۰) و پایایی آزمون، بازآزمون مناسبی است (اسکوینگتون و همکاران، ۲۰۰۴، به نقل از محدث اردبیلی، ۱۳۹۷). در پژوهشی که توسط نجات و همکاران (۱۳۸۷) در ایران برای بررسی پایایی و روایی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی انجام شد مشخص شد که مقادیر پایایی با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در حیطه سلامت فیزیکی ٪۷۷، در حیطه روانی ٪۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ٪۷۵ و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر با ٪۸۴ بود. مقدار سازگاری درونی[1]بین ۴ حیطه در گروه سالم برابر ٪۷۳ و در گروه بیمار ٪۷۷ به دست آمد. صرف‌نظر از دو سوال کلی ابتدایی پرسشنامه در مورد کیفیت زندگی و وضعیت سلامت بین ۲۴ سوال باقیمانده در گروه سالم مقدار این شاخص ٪۸۳ و در گروه بیمار ٪۸۵ به دست آمد. در تمام محاسبات مربوط به آلفای کرونباخ به غیر ازسوال ۲۲ از حیطه سوم، حذف هیچ یک از سوالات این شاخص را بالا نمی‌برد، حذف این سوال از حیطه سوم در گروه سالم آلفای کرونباخ را از ٪۵۵ به ٪۵۹ می‌رساند.

یافته‌ها:

بررسی توصیفی اطلاعات

در این قسمت داده‌ها حاصل از اجرای پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بر روی اعضای دو گروه مورد تجزیه‌وتحلیل توصیفی قرار می‌گیرد. اطلاعاتی که در این قسمت ارائه می‌گردد شامل میانگین و انحراف استاندارد حداقل و حداکثر نمرات می‌باشد.

جدول ۱:یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
کیفیت زندگی	مجرد	۳/۳۴	۸۶٪	۱	۲۹
	متاهل	۳/۷۲	۴۳٪	۳	۲۷
بهزیستی روانشناختی	مجرد	۱۶۲/۲۶	۱۵/۹۱	۹	۷۲
	متاهل	۱۷۸/۳۹	۲۰/۷۳	۱۲	۸۶

1. Internal consistency

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

یافته‌های استنباطی

در این بخش داده های حاصل از اجرای پرسشنامه‌های پریشانی روانشناختی و خستگی روانی بر روی اعضای نمونه مورد تجزیه و تحلیل استنباطی قرار می‌گیرد.

آزمون کالموگروف اسمیرونوف

به جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در نمونه پژوهشی، آزمون کالموگروف اسمیرنوف[۲۴] به کار گرفته می‌شود. چنانچه سطح معناداری آزمون از ۰/۰۵ بزرگ‌تر باشد؛ می‌توان گفت توزیع داده‌ها نرمال است. نتایج حاصل از اجرای آزمون کالموگروف اسمیرنوف مربوط به مقیاس‌های پریشانی روان شناختی و خستگی روانی در جدول (۲) ارائه می‌شود.

جدول ۲. نتایج حاصل از آزمون کالموگروف اسمیرنوف متغیرهای پژوهش

متغیر	K S	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۱۹٪	۰۳٪
بهزیستی روانشناختی	۱۲٪	۵۴٪

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود توزیع نمرات پریشانی روانشناختی وخستگی روانی در گروه نمونه پژوهش نرمال می‌باشد.

آزمون لوین

به جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در نمونه پژوهش آزمون لوین[۲۵]به کار گرفته می‌شود. چنانچه سطح معناداری آزمون از ۰/۰۵ بزرگ‌تر باشد؛ می‌توان گفت پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. نتایج حاصل از اجرای آزمون لوین مربوط به مقیاس‌های پژوهش در جدول (۳) ارائه می‌شود.

جدول ۳. نتایج حاصل از آزمون لوین مربوط به مقیاس‌های پژوهش

مقیاس	F	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۲/۱۵	۱۲٪
بهزیستی روان شناختی	۱/۲۹	۱۲٪

1. Kolmogorov-Smirnov
2. Levene' s Test

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

نتایج حاصل از اجرای آزمون لوین نشان می‌دهد که پیش فرض همگنی واریانس‌ها در مقیاس‌های پژوهش رعایت شده است.

فرضیه اول پژوهش:

بین بهزیستی روانشناختی پرستاران متاهل و مجرد تفاوت معنادار وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از آزمون پارامتریک تی مستقل استفاده می‌شود. که نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه می شود.

جدول ٤: آزمون تی مستقل مربوط به متغیر بهزیستی روانشناختی

متغیر	میانگین	تفاوت میانگین‌ها	T	درجه آزادی
بهزیستی روان‌شناختی	۱۵۷/۲	۴/۸	۴/۱۳۵	۹۹

همانطور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود فرضیه اول پژوهش تایید می‌شود و بین بهزیستی روانشناختی پرستاران متاهل و مجرد تفاوت معنادار وجود دارد.

فرضیه دوم پژوهش:

بین کیفیت زندگی پرستاران متاهل و مجرد تفاوت معنادار وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از آزمون پارامتریک تی مستقل استفاده می‌شود. که نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه می‌شود.

جدول ٤:آزمون تی مستقل مربوط به متغیر بهزیستی روان شناختی

متغیر	میانگین	تفاوت میانگین‌ها	T	درجه آزادی
کیفیت زندگی	۹۵/۳۲	۳/۲۷	۲/۷۶	۹۹

همانطور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود فرضیه دوم پژوهش تایید می‌شود و بین کیفیت زندگی پرستاران متاهل و مجرد تفاوت معنادار وجود دارد.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

بحث و نتیجه‌گیری:

در پژوهش حاضر فرضیه های اول و دوم پژوهش تایید شدکه نشان می‌دهد بین کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی پرستاران متاهل تفاوت معنادار وجود دارد که با برخی از پژوهش‌های پیشین از جمله عرفانیان تقوایی و همکاران (۱۳۸۴)، دریسن و همکاران (۲۰۱۱)و پلز و همکاران (۲۰۰۷) همسو می‌باشد. بهزیستی روان شناختی هم مولفه‌های عاطفی و هم مولفه‌های شناختی دارد. افراد با احساس بهزیستی زیاد به طور عمده‌ای هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند؛ در حالی که افراد با بهزیستی کم حوادث و موقعیت‌های زندگی شان نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجانات منفی را تجربه می‌کنند (مایرز ۱۹۹۵). با توجه به این مطالب می‌توان نتایج این پژوهش را این گونه تبیین کرد که افراد می توانند با جایگزین کردن افکار و هیجانات مثبت به جای منفی می‌توانند ارزیابی مناسب تری از خود و محیط اطراف داشته و به تبع آن می‌توانند بهزیستی روان شناختی بهتری داشته باشند که البته عوامل دیگری نیز می‌تواند بر بهزیستی روان شناختی تاثیر داشته باشد که یکی از آن ها کیفیت زندگی می‌باشد. بر طبق نظریه کیفیت زندگی اجتماعی کیفیت زندگی عبارت است از : شرایطی که شهروندان در آن قادر به مشارکت در زندگی اجتماعی و اقتصادی جامعه‌اند، به صورتی که بهزیستی و توانایی بالقوه آن ها نیز بهبود یابد. کیفیت زندگی اجتماعی مبتنی است بر درجه تامین اجتماعی- اقتصادی، دامنه ادغام (مشمولیت) اجتماعی، دوام و شدت همبستگی و انسجام اجتماعی بین نسل‌ها، و سطح خودمختاری و توانمندسازی شهروندان (نول، ۲۰۰۲). تامین اجتماعی- اقتصادی شرایطی است که افراد در آن از امکانات کافی برخوردارند. این موضوع به دستاوردها و اقدامات حمایتی جامعه و نظام‌ها و موسسات اجتماعی بستگی دارد که زمینه فرآیند خودتحققی افراد را فراهم می‌آورند. ادغام اجتماعی شرایطی است که افراد در آن قادرند به نهادها و روابط اجتماعی دسترسی داشته باشند. این موضوع به مشارکت و فرآیند ادغام در هویت‌های جمعی و واقعیت هایی که خودتحققی را محقق می‌کند بستگی دارد. همبستگی اجتماعی مبتنی است بر هویت‌ها و ارزش ها و هنجارهای مشترک، که از یک سو با انسجام هویت‌های جمعی ارتباط دارد و از سوی دیگر با فرآیندی که شبکه های اجتماعی و زیرساخت‌های اجتماعی این شبکه‌ها را ایجاد و پشتیبانی می‌کند. توانمندسازی اجتماعی نیز شامل قابلیت‌های شخصی افراد و توانایی فعالیت آن ها از طریق روابط اجتماعی است (غفاری و امیدی، ۱۳۸۷). امی است این پژوهش رهیافتی باشد برای سایر پژوهشگران برای انجام پژوهش های بیشتر در آینده.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

فهرست منابع و مآخذ

ـ زهراکار، ک. (۱۳۸۷). مشاوره تنیدگی (پیشایندها، پیامدها و راهبردهای درمانی تنیدگی). تهران: نشر دانشگاهی بال.

ـ عرفانیان تقوایی، م. ، اسماعیلی، ح. و صالح‌پور، ح. (۱۳۸۴). بررسی کمی و کیفی رضایت زناشویی معتادان و همسران آنها در مراجعه‌کنندگان به کلینیک درمان و ترک اعتیاد. مجله اصول بهداشت روانی, ۷(۲۸)، ۱۲۱-۱۱۵.

ـ غفاری، غ. ، کریمی، ع. و نوذری، ح. (۱۳۹۱). روند مطالعه کیفیت زندگی در ایران. فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران. ص ۱۳۴-۱۰۷.

ـ محدث اردبیلی، ا. (۱۳۹۷) مقایسه کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زنان نابارور تحت درمان IVF و GIFT. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روانشناسی عمومی. موسسه آموزش عالی حکمت رضوی‌مشهد. ایران.

ـ نجات، س. (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه‌گیری آن. مجله تخصصی اپیدسیولوزی ایران، ۲، ۵۷-۶۳.

__ Bonemi, A. , Patric, D. , Bushnell, D. (2000). Validation of the united states version of the world Health organization Quality of life (WHOQOL) instrument. Journal of Clinical Epidemiology, 53, 1-2

__ Driessen, E. , & Hollon, S. D. (2011). Motivational interviewing from a cognitive behavioral perspective. Cognitive and Behavioral Practice, 18, 70-73.

__ Eid, M. , & Larsen, R. J. (2008). The science of subjective well-being: Guilford Press.

__ Famitafreshi, H. , Karimian, M. , & Fatima, S. (2016). Synergistic effects of social isolation and morphine addiction on reduced neurogenesis and BDNF levels and the resultant deficits in cognition and emotional state in male rats. Current molecular pharmacology, 9(4), 337-347.

__ Kasiri, N. , Alidousti, M. , Saeed, H. S. , Mohamadi, S. , Abbasi, M. H. , & Hashemi, F. (2015). Comparison of the real self, ideal self and ought self in adolescents with and without criminal history in Isfahan. Journal of Fundamentals of Mental Health, 17(3), 142-147.

__ King, C, R. , Hinds, P. C. (2003). Quality of life from Nursing and patient perspective. Jones and Bartlett publishers. Massachusett.

Moeenizadeh, M. , & Salagame, K. K. (2010). The impact of well-being therapy on symptoms of depression. International Journal of Psychological Studies, 2(2), 223.

__ Nol, H. (2002). Towards a European system of social indicators: theoretical framework and system architecture. Social indicators research, 58: 47-87.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

__ Oishi, S. , Diener, E. , & Lucas, R. E. (2009). The optimum level of well-being: Can people be too happy? The Science of Well-Being (pp. 175-200): Springer.

__ Ostir, G. V. , Smith, P. M. , Smith, D. , & Ottenbacher, K. J. (2005). Reliability of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) in medical rehabilitation. Clinical Rehabilitation, 19(7), 767-769.

__ Peles, E. , Schreiber, S. , Naumovsky, Y. , & Adelson, M. (2007). Depression in methadone maintenance treatment patients: rate and risk factors. Journal of Affective Disorders, 99(1-3), 213-220.

__ Ryan, R. M. , & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annual review of psychology, 52(1), 141-166.

__ Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. Psychotherapy and psychosomatics, 83(1), 10-28.

__ Ryff, C. D. , Singer, B. (1998). The Contours of Positive Human Health. Psychogical Inquiry, 9, 1-28 .

__ Ryff, C. D. , Singer, B. H. , & Love, G. D. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 359(1449), 1383.

__ World health organization (2010). Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators: Available: www:whqli bdoc. who. int/hq/ 2010 / who- rhr- 10. 12.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]