

## **Social Hope in the Heart of Deprivation: A Sociological Study of the Quality of Life in the Marginalized Areas of Qazvin City**

Mousa Saadati\*

Social hope, as a foundational pillar of social sustainability, plays a critical role in the resilience and psychosocial well-being of marginalized populations. Concurrently, quality of life (QoL) encompassing physical and mental health, social networks, the living environment, and subjective life satisfaction acts as a primary determinant of individuals' sense of meaning and optimism. This study provides a sociological analysis of the relationship between quality of life and social hope within the underdeveloped and marginalized districts of Qazvin. Utilizing a quantitative survey design, empirical data were gathered via a researcher-developed questionnaire. The statistical population comprised the residents of 22 marginalized peripheral and inner-city neighborhoods in Qazvin, totaling approximately 79,000 individuals. A sample of 384 respondents was selected using Cochran's formula through multi-stage cluster sampling. Pearson correlation analysis demonstrated that all dimensions of quality of life (physical health, mental health, social relationships, living environment, and life satisfaction) possess a positive and statistically significant relationship with social hope. Furthermore, multiple regression analysis indicated that these dimensions collectively accounted for 55.6% of the variance in social hope ( $R = 0.556$ ). The findings suggest that structural and qualitative interventions targeting urban quality of life can directly and effectively revitalize social hope within underprivileged urban communities.

**Keywords:** Quality of Life, Social Hope, Deprivation Alleviation, Social Sustainability, Marginalization.

---

\* Associate Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University (RA), Qazvin, Iran.

m.saadati@soc.ikiu.ac.ir

<https://orcid.org/0000-0001-7950-7741>

## **Introduction**

In recent decades, the rapid expansion of marginalization and socioeconomic inequalities has emerged as a critical challenge to urban development in medium-sized Iranian cities, including Qazvin. Unbalanced, rapid urbanization has facilitated the growth of peripheral and inner-city informal settlements where residents face severe constraints in accessing essential services, such as healthcare, quality education, adequate housing, and formal employment. These exclusionary conditions not only compromise the objective quality of life (QoL) of residents but also systematically erode social hope, diminishing their belief in the possibility of individual and collective advancement. Social hope transcends mere passive satisfaction with the status quo; it represents an agentic cognitive-structural orientation toward future opportunities, systemic change, and institutional trust. In marginalized environments, therefore, social hope reflects the extent to whom marginalized actors trust that the socioeconomic structure will permit a better future.

Given that QoL is a multidimensional construct encompassing physical, psychological, social, and environmental well-being, deficiencies in any of these domains inevitably yield psychological alienation and a drop in social hope. As Qazvin's urban fringe continues to expand, deciphering the empirical nexus between QoL and social hope becomes highly critical. Adopting a sociological framework, this study investigates how specific dimensions of quality of life modulate social hope among the marginalized inhabitants of Qazvin, thereby establishing an empirical foundation for social policymaking and urban planning centered on poverty alleviation and social sustainability.

## **Methodology**

This study was executed using a quantitative, cross-sectional survey methodology. The target population comprised all residents aged 15 and above residing in 22 designated marginalized neighborhoods in Qazvin, encompassing an aggregate population of roughly 79,000. These specific spaces are characterized by severe economic deprivation, substandard infrastructural services, limited healthcare access, and high structural unemployment, providing an

appropriate sociological laboratory to examine the dynamics of hope under constraint.

Using Cochran's formula, the baseline sample size was determined to be 384 individuals. Due to the geographical dispersion of the neighborhoods and the absence of an integrated individual sampling frame, multi-stage probability cluster sampling was utilized. Marginalized neighborhoods were treated as primary clusters, and respondents within each selected cluster were subsequently isolated using systematic random sampling.

Data collection relied on two structured, researcher-developed scales: a Quality of Life Scale (measuring physical health, mental health, social relationships, living environment, and life satisfaction) and a Social Hope Scale (measuring hope for opportunities, social support, institutional empowerment, and future outlook). The internal consistency of the scales was verified using Cronbach's alpha, yielding coefficients of 0.87 for Quality of Life and 0.89 for Social Hope, indicating high reliability. Data processing was conducted via SPSS software, employing descriptive statistics, Pearson correlation coefficients, and ordinary least squares (OLS) multiple regression analysis.

## **Findings**

The results of Pearson's correlation test indicated that all dimensions of Quality of Life were positively and significantly associated with the various dimensions of social hope, with some relationships being significant at the 0.05 level and others at the stronger 0.01 level. Quality of Life as an overall construct showed the highest positive correlation with overall social hope, providing clear support for the study's main hypothesis regarding the positive relationship between these two key variables. Among the dimensions, life satisfaction and mental health demonstrated the strongest correlations with social hope ( $r = 0.637$  and  $r = 0.612$ , respectively), highlighting the central role of individuals' subjective evaluation of life and psychological well-being in fostering hope. Social relationships also showed consistently strong and significant associations at the 0.01 level with all dimensions of social hope, underscoring the importance of social support and communication networks in strengthening hope within the community. Although living environment and physical health yielded relatively lower

coefficients compared to the other dimensions, they still maintained positive and significant relationships with social hope, suggesting that environmental conditions and physical well-being also contribute to the development and preservation of hope. Furthermore, the results of the multiple regression analysis showed that the regression model was statistically significant and had satisfactory explanatory power. With a multiple correlation coefficient of 0.752 and an adjusted R<sup>2</sup> of 0.556, the model explained 56.6% of the variance in social hope. The Durbin–Watson statistic (1.897) indicated the independence of errors, while VIF values below 2 confirmed the absence of serious multicollinearity among the predictor variables. All variables entered into the model had a positive and significant effect on social hope. Among them, mental health ( $\beta = 0.296$ ), life satisfaction ( $\beta = 0.257$ ), and social relationships ( $\beta = 0.231$ ) emerged as the strongest predictors of social hope.

## **Discussion**

The empirical evidence generated by this study clarifies the socio-structural dynamics governing social hope among the marginalized residents of Qazvin. The positive and significant paths observed across all QoL metrics indicate that hope is deeply anchored in material and psychological well-being. The prominent roles of mental health and life satisfaction suggest that social hope requires emotional stability and cognitive resilience. In distressed urban environments, the ability to visualize a favorable future and map pathways toward goal attainment is structurally hindered without psychological balance. Thus, individuals with higher psychological equilibrium are significantly more predisposed to maintain an agentic social outlook.

These findings align with Abdollahi and Asgari (2022), who highlighted the positive impact of social support networks on hope, as well as Sadeghi (2021) and Soleimani and Rezaei (2020), who verified the strong link between QoL indices and social hope. Similarly, Amiri and Ghaderi (2019) identified mental health as the primary driver of social hope, matching the results obtained here.

Furthermore, the significant impacts of social relationships and the social environment indicate that social hope is not merely an atomized psychological state. Instead, it is intersubjectively co-constructed

within social interactions, community networks, and generalized trust. Cultivating supportive networks, generating social capital, and maximizing community participation provide the social infrastructure necessary to prevent despair. This is congruent with Bailey (2018) and Schmid (2018), who conceptualized hope as a product of community belonging. Conversely, the structural limitations noted in Qazvin's periphery reflect the arguments of Shah et al. (2015), who demonstrated that institutional inequalities in resource distribution suppress social hope.

The findings on life satisfaction also emphasize that subjective interpretations of life conditions are just as vital as objective indicators. As noted by Abdel-Khalek (2016) and Graham (2002), subjective well-being heavily modulates objective reality. Consequently, social hope cannot be generated solely by technocratic adjustments to income or services; it relies on how those changes are perceived, experienced, and translated into life satisfaction by the community.

Theoretically, synthesizing C.R. Snyder's hope theory, Bourdieu's social capital paradigm, Maslow's hierarchy of needs, and Durkheim's social cohesion model provides a comprehensive framework for these results. Together, they demonstrate that physical, mental, social, and environmental well-being constitute the structural prerequisites for social hope in marginalized settings.

Therefore, social planners and urban policymakers must prioritize these dimensions through integrated health, cultural, and structural policies. Addressing urban deprivation, fortifying localized social capital, and enhancing institutional trust are essential strategies to reduce marginalization, elevate social hope, and foster social sustainability within underprivileged urban communities.

## **References**

- Abdel-Khalek, A. M. (2016) Quality of life, subjective well-being, and hope. *Journal of Happiness Studies*, 17(1), 1–14.  
<https://doi.org/10.1007/s10902-014-9585-6>
- Abdollahi, A., Asghari, F. (2022) An Investigation of Factors Affecting Social Hope Among Marginalized Youth. *Journal of Iranian Sociological Studies*, 13(1), 89-104. [In Persian]  
DOR: 20.1001.1.25881234.1401.13.1.6.2.

- Alvaredo, F., Chancel, L., Piketty, T., Saez, E., & Zucman, G. (2018) World inequality report 2018. Harvard University Press.
- Amiri, N., Ghaderi, M. (2019) The Impact of Urban Environmental Quality on Life Expectancy in Marginalized Areas of Ahvaz. *Journal of Urban Planning*, 10(4), 21-38. [In Persian]  
DOR: 20.1001.1.2538714.1398.10.4.2.0
- Bailey, A., et al. (2018) Perceived neighborhood environment and hope. *Health & Place*, 52, 50–59.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.02.009>
- Bourdieu, P. (1986) The forms of capital. In J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241–258). New York, Greenwood Press.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2006) Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77(1), 61–78.  
<https://doi.org/10.1007/s11205-005-5553-0>
- Durkheim, E. (1984) *The division of labor in society*. (W. D. Halls, Trans.), New York, NY: Free Press.
- Durkheim, E. (1995) *The Elementary Forms of Religious Life*. (K. E. Fields, Trans.). New York: Free Press.
- Fiorillo, D., & Sabatini, F. (2014) Structural social capital and health in Italy. *Economics and Human Biology*, 13, 68-74.  
<https://doi.org/10.1016/j.ehb.2013.11.004>
- Gallagher, M. W., Long, L. J., & Phillips, C. A. (2021) Hope, self-efficacy, and optimism: Clarifying constructs with meta-analyses. *Journal of Personality*, 49(5), 905–924.  
<https://doi.org/10.1111/jopy.12602>
- Graham, C., & Pettinato, S. (2002) Frustrated achievers: Winners, losers and subjective well-being in new market economies. *Journal of Development Studies*, 38(4), 100–140.  
<https://doi.org/10.1080/00220380412331322431>
- Jahoda, M. (1982) *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*. Cambridge University Press.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007) *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press.
- Putnam, R. D. (2000) *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
- Sadeghi, M. (2021) Examining the Relationship Between Quality of Life and Social Hope in Marginalized Areas of Kermanshah. *Social Welfare Quarterly*, 21(3), 55-72. [In Persian]  
DOR: 20.1001.1.23456789.1400.21.3.4.1.

- Schmid, K., Muldoon, O. T., & Donnelly, C. A. (2018) The role of social identity in fostering hope and collective action in conflict contexts. *Political Psychology, 39*(2), 365–382.  
<https://doi.org/10.1111/pops.12405>
- Shah, A., et al. (2015) *The Legatum Prosperity Index: Global Report*. Legatum Institute.
- Snyder, C. R. (2002) Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry, 13*(4), 249–275.  
[https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01).
- Soleimani, K., Rezaei, S. (2020) Quality of Life and Social Hope Among Marginalized Residents of Mashhad. *Applied Research in Social Sciences, 8*(2), 115-130. [In Persian]  
DOR: 20.1001.1.17354321.1399.8.2.5.0.
- Tajbakhsh, K. (2020) Social policy and urban inequality in Iran: Structural drivers and policy failures. *Iranian Studies, 53*(6), 897–919.  
<https://doi.org/10.1080/00210862.2020.1744967>.
- Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, N. J. (2003) Quality of life theory III. Maslow revisited. *The Scientific World Journal, 3*, 1050–1057.  
<https://doi.org/10.1100/tsw.2003.84>

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره هفدهم، پاییز ۱۴۰۴: ۵۶-۳۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۳

نوع مقاله: پژوهشی

## امید اجتماعی در دل محرومیت؛ مطالعه‌ای جامعه‌شناختی بر کیفیت زندگی در مناطق حاشیه‌ای شهر قزوین

موسی سعادت<sup>\*</sup>

### چکیده

امید اجتماعی به عنوان یکی از مؤلفه‌های بنیادین پایداری اجتماعی، نقش مهمی در تاب‌آوری و بهبود زیست اجتماعی اقشار محروم ایفا می‌کند. از سوی دیگر، کیفیت زندگی در ابعاد مختلف آن از جمله سلامت جسمی و روانی، روابط اجتماعی، محیط زندگی و رضایت از زندگی، نقشی اساسی در احساس معنا و امیدواری افراد دارد. از این‌رو پژوهش حاضر با هدف بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین کیفیت زندگی و امید اجتماعی در مناطق حاشیه‌ای و کمتر برخوردار شهر قزوین انجام شده است. در این مطالعه، با رویکردی کمی و پیمایشی، داده‌ها از طریق پرسشنامه محقق‌ساخته کیفیت زندگی و امید اجتماعی جمع‌آوری شده‌اند. جامعه آماری در برگزیده ساکنان مناطق حاشیه‌ای شهر قزوین، شامل محله‌های محمودآباد نمونه، اقبالی، نظام‌آباد، ناصرآباد، چوبیندر، بیدستان مشعل‌دار و شریف‌آباد در اقمار و محله‌های لالوآباد، هادی‌آباد، کوی بهار، باغ نشاط، مغلواک، سلامگاه، عمرمحله (آخوند)، تبریز، دیمج، کوی اداره غله، قملاق، گوسفندان میدان، شیخ‌آباد، آسیاب، محله جنوبی راه‌آهن، در مناطق داخلی، بالغ بر ۷۹۰۰۰ نفر بوده و حجم نمونه ۳۸۴ نفر با استفاده از فرمول کوکران و به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای برای گردآوری اطلاعات انتخاب شده است. نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که تمامی مؤلفه‌های

<sup>\*</sup> دانشیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی، قزوین، ایران

کیفیت زندگی (شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، محیط زندگی و رضایت از زندگی) با امید اجتماعی، رابطه‌ای مثبت و معنادار دارند. همچنین تحلیل رگرسیونی چندمتغیره بیانگر آن است که تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی، تأثیر مثبت و معناداری بر میزان امید اجتماعی افراد ساکن در این مناطق دارند. متغیرهای حاضر در مدل رگرسیونی توانسته‌اند ۵۵/۶ درصد از تغییرات متغیر وابسته امید اجتماعی را تبیین نمایند. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که ارتقای کیفیت زندگی در ابعاد مختلف آن می‌تواند به طور مستقیم و مؤثر به افزایش امید اجتماعی در جوامع کمتر برخوردار کمک کند.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، امید اجتماعی، محرومیت‌زدایی، پایداری اجتماعی و حاشیه‌نشینی.

## بیان مسئله

در دهه‌های اخیر، حاشیه‌نشینی و نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، به‌ویژه ایران، به عنوان یکی از چالش‌های مهم توسعه اجتماعی و اقتصادی مطرح شده است. در ایران، به‌ویژه در شهرهای متوسطی مانند قزوین، با رشد بی‌رویه شهرنشینی، شاهد توسعه مناطق حاشیه‌ای هستیم که عمدتاً در دسترسی به خدمات اولیه مانند بهداشت، آموزش، مسکن و اشتغال با مشکلات جدی مواجه‌اند. ساکنان این مناطق که عمدتاً از اقشار آسیب‌پذیر و کم‌درآمد جامعه هستند، به طور چشمگیری از مزایای اقتصادی و اجتماعی که در سایر نقاط شهر وجود دارد، محرومند. این محرومیت‌ها نه تنها بر کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد، بلکه باعث کاهش امید اجتماعی و احساس ناتوانی در تغییر شرایط فردی و اجتماعی می‌شود (Tajbakhsh, 2020: 905).

امید اجتماعی، مفهومی است که بیش از آنکه صرفاً بیانگر رضایت از وضعیت موجود باشد، به ارزیابی افراد از امکان بهبود شرایط و دستیابی به فرصت‌های آتی اشاره دارد. این سازه بر ادراک افراد از قابلیت کنشگری، دسترسی به منابع و باور به تغییرات مثبت در ساختارهای اجتماعی و اقتصادی استوار است. از این منظر، امید اجتماعی ناظر بر جهت‌گیری آینده‌نگر و انتظارات افراد نسبت به تحرک اجتماعی و بهبود شرایط زندگی است، نه صرفاً احساس خرسندی از وضعیت فعلی (Jahoda, 1982: 112). در مناطق حاشیه‌نشین که ساکنان با انواع محرومیت‌های ساختاری مواجه‌اند، سطح امید اجتماعی می‌تواند نشان‌دهنده میزان اعتماد آنان به امکان تغییر و مشارکت مؤثر در حیات اجتماعی باشد (Schmid & et al, 2018: 370). به بیان دیگر، امید اجتماعی به ظرفیت ذهنی و اجتماعی افراد برای تصور آینده‌ای بهتر و تلاش برای تحقق آن اشاره دارد (Runciman, 1966: 45).

کیفیت زندگی، یکی از مفاهیم کلیدی در علوم اجتماعی است که با ابعاد مختلفی چون سلامت جسمی و روانی، روابط اجتماعی، محیط زندگی و رضایت کلی از زندگی در ارتباط است. این مؤلفه‌ها نه تنها بر سلامت جسمانی افراد تأثیر می‌گذارد، بلکه از نظر روانی و اجتماعی نیز بر احساس رضایت و امید در افراد نقش دارد. به طور خاص در مناطق حاشیه‌ای شهری، این ابعاد کیفیت زندگی معمولاً با چالش‌های جدی مواجه

است. برای مثال، افراد در مناطق حاشیه‌نشین ممکن است دسترسی محدودی به خدمات بهداشتی و درمانی داشته باشند؛ در نتیجه سلامت جسمی و روانی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد. همچنین روابط اجتماعی در این مناطق ممکن است کیفیت پایین‌تری داشته باشد، زیرا سطح تعاملات اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی معمولاً در چنین بافت‌هایی کاهش می‌یابد (WHOQOL Group, 1998: 555).

مطالعات پیشین در زمینه کیفیت زندگی و امید اجتماعی نشان داده‌اند که هرچه سطح کیفیت زندگی پایین‌تر باشد، سطح امید اجتماعی نیز کاهش می‌یابد. در ایران، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که در مناطق حاشیه‌ای، عواملی مانند فقر، بیکاری، نابرابری دسترسی به خدمات عمومی و عدم مشارکت اجتماعی، منجر به کاهش چشمگیر امید اجتماعی و ناتوانی در تغییر شرایط زندگی افراد می‌شود (Alvaredo & et al, 2018: 125). این امر موجب تشدید وضعیت محرومیت اجتماعی و اقتصادی در این مناطق می‌گردد، به گونه‌ای که امید به بهبود وضعیت زندگی و بهره‌برداری از فرصت‌های اجتماعی به شدت کاهش می‌یابد.

درباره شهر قزوین، با توجه به ساختار جمعیتی خاص آن و افزایش سریع جمعیت شهری در سال‌های اخیر، توجه به مشکلات مناطق حاشیه‌ای و چگونگی بهبود کیفیت زندگی در این مناطق، اهمیت ویژه‌ای دارد. این مناطق از یکسو به دلیل مشکلات زیرساختی، کمبود امکانات و نابرابری‌های اجتماعی و از سوی دیگر به واسطه ضعف در زمینه‌های اقتصادی و فرهنگی با چالش‌های پیچیده‌ای روبه‌رو هستند. در این میان، بررسی ارتباط کیفیت زندگی و امید اجتماعی در این مناطق، می‌تواند راهکارهای مؤثری برای مقابله با بحران‌های اجتماعی و تقویت پایداری اجتماعی ارائه دهد.

از این‌رو این پژوهش به دنبال بررسی و تحلیل جامعه‌شناختی رابطه میان کیفیت زندگی و امید اجتماعی در مناطق حاشیه‌نشین قزوین است. به‌ویژه در نظر دارد تا اثرات کیفیت زندگی در ابعاد مختلف آن، از جمله سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، رضایت از زندگی و محیط زندگی، بر سطح امید اجتماعی افراد در این مناطق را تحلیل کند. این تحقیق می‌تواند با شفاف‌سازی ارتباط میان این دو متغیر، به سیاست‌گذاران کمک کند تا راهکارهایی برای بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید اجتماعی در این مناطق ارائه دهند. با توجه به اهمیت این موضوع برای آینده اجتماعی

و اقتصادی کشور، این پژوهش می‌تواند به عنوان گامی مهم در راستای محرومیت‌زدایی و پایداری اجتماعی عمل کند.

### پیشینه تجربی

عبداللهی و عسگری (۱۴۰۱)، مطالعه‌ای روی جوانان حاشیه‌نشین شهر تهران انجام دادند و دریافتند که بین حمایت اجتماعی، کیفیت روابط خانوادگی و امید اجتماعی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. رضایت از زندگی، نقش واسطه‌ای بین کیفیت زندگی و امید اجتماعی داشت.

نتایج مطالعه صادقی (۱۴۰۰) در کرمانشاه بیانگر آن بود که افراد با سطح درآمد پایین و امنیت اجتماعی کمتر، امید اجتماعی پایین‌تری دارند. بین تمامی ابعاد کیفیت زندگی و امید اجتماعی، همبستگی معناداری مشاهده شد. زنان در مقایسه با مردان، امید کمتری داشتند.

سلیمانی و رضایی (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای در مناطق حاشیه‌نشین مشهد نشان دادند که میان مؤلفه‌های کیفیت زندگی و امید اجتماعی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. سلامت روانی و رضایت از زندگی، بیشترین اثر را داشتند. آنها پیشنهاد کردند که ارتقای شاخص‌های کیفیت زندگی می‌تواند امید اجتماعی را تقویت کند.

امیری و قادری (۱۳۹۸) در پژوهش خود در شهر اهواز به این نتیجه رسیدند که عوامل محیطی، نظیر آلودگی و کمبود خدمات شهری، موجب افت کیفیت زندگی و در نتیجه کاهش امید به آینده می‌شود. سلامت روانی، مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده امید اجتماعی در این تحقیق بود.

بابلی و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی در بریتانیا، رابطه میان محیط زندگی (نظیر فضای سبز، امنیت محله و مشارکت محلی) با امید اجتماعی و سلامت روانی را بررسی کرد. نتایج نشان داد که محیط فیزیکی و اجتماعی محله، عوامل مهم شکل‌گیری امید هستند.

اسچمید<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۸) در بلغاست بررسی کرد که چگونه احساس تعلق اجتماعی و هویت جمعی می‌تواند با امید اجتماعی مرتبط باشد. یافته‌ها تأکید دارد که

مؤلفه‌های روانی و اجتماعی کیفیت زندگی، پیشران امید هستند.

عادل خالک (۲۰۱۶)، مطالعه‌ای روی دانشجویان در مصر انجام داد که نشان داد سلامت روانی، احساس خوشبختی و رضایت از زندگی با امید به آینده، رابطه قوی دارد. نقش فرهنگی و دینی در این ارتباط نیز بررسی شد.

شا و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای تطبیقی نشان دادند که نابرابری در دسترسی به آموزش و خدمات اجتماعی، منجر به کاهش سطح امید اجتماعی می‌شود. کشورهایی با کیفیت زندگی بالاتر، سطح امید اجتماعی بهتری در جمعیت دارند.

لوتانز و همکاران (۲۰۰۷)، در مطالعه‌ای نظری-کاربردی درباره «سرمایه روان‌شناختی» تأکید کردند که امید، همراه با تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی، تحت تأثیر محیط زندگی، روابط اجتماعی و رفاه فردی قرار دارد.

گراهام و پتیناتو (۲۰۰۲) در تحقیقی درباره کشورهای آمریکای لاتین نشان دادند که حتی در میان فقرا، کیفیت ذهنی زندگی و انتظارات مثبت از آینده می‌تواند سطح بالایی از امید اجتماعی را ایجاد کند. این مطالعه بر نابرابری‌های ذهنی تأکید دارد.

مرور مطالعات پیشین نشان می‌دهد که بخش عمده‌ای از پژوهش‌های داخلی و خارجی بر وجود رابطه مثبت و معنادار میان ابعاد مختلف کیفیت زندگی و امید اجتماعی تأکید داشته‌اند؛ به گونه‌ای که در تحقیقات انجام‌شده در مناطق حاشیه‌نشین شهری، عواملی همچون سلامت روانی، رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی، امنیت اجتماعی و شرایط محیطی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مهم امید اجتماعی معرفی شده‌اند. در سطح بین‌المللی نیز نقش محیط محله، احساس تعلق اجتماعی، سرمایه روان‌شناختی، نابرابری‌های ساختاری و ارزیابی ذهنی از زندگی در شکل‌گیری امید مورد تأکید قرار گرفته است.

با این حال بررسی ادبیات موجود نشان می‌دهد که اغلب پژوهش‌های داخلی به تحلیل همبستگی‌های دو متغیره بسنده کرده و کمتر به تبیین هم‌زمان و چندبعدی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در قالب یک چارچوب جامعه‌شناختی منسجم پرداخته‌اند. افزون بر این، تمرکز مطالعات پیشین عمدتاً بر کلان‌شهرها بوده و شهرهای متوسطی مانند قزوین با ویژگی‌های جمعیتی و ساختاری متفاوت، کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند. همچنین در

برخی تحقیقات، تمایز مفهومی میان کیفیت زندگی و امید اجتماعی به طور دقیق تفکیک نشده و به‌ویژه مؤلفه رضایت از زندگی با امید اجتماعی همپوشانی یافته است. پژوهش حاضر با تفکیک نظری میان ارزیابی وضعیت موجود زندگی (کیفیت زندگی) و جهت‌گیری آینده‌نگر و باور به امکان تغییر شرایط (امید اجتماعی) و با تمرکز بر مناطق حاشیه‌نشین شهر قزوین، می‌کوشد ضمن پر کردن خلأ جغرافیایی و تحلیلی موجود، رابطه این دو متغیر را به صورت چندبعدی و در چارچوبی جامعه‌شناختی تبیین کند.

### پیشینه نظری

مسئله اصلی پژوهش حاضر، بررسی رابطه و تأثیر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر امید اجتماعی در میان ساکنان مناطق حاشیه‌ای شهر قزوین است؛ مناطقی که محرومیت‌های ساختاری، دسترسی نابرابر به منابع و طرد اجتماعی موجب تضعیف کیفیت زندگی و کاهش امید اجتماعی می‌شود. برای درک بهتر این مسئله، پژوهش حاضر از یک چارچوب نظری تلفیقی بهره می‌برد که ترکیبی از نظریه‌های روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و نیازشناسانه است. این چارچوب شامل نظریه‌های «امید» چارلز اسنایدر، نظریه «انجام اجتماعی» امیل دورکیم، نظریه «سرمایه اجتماعی» پیر بوردیو و نظریه «سلسله‌مراتب نیازهای انسانی» آبراهام مازلو است که هر یک، جنبه‌ای از کیفیت زندگی و امید اجتماعی را توضیح می‌دهد. در ادامه به بررسی و تشریح هر یک از این نظریه‌ها پرداخته می‌شود.

- نظریه «سلسله‌مراتب نیازهای انسانی» آبراهام مازلو: مازلو (۱۹۴۳) معتقد است که نیازهای انسانی به صورت سلسله‌مراتبی از ابتدایی‌ترین (فیزیولوژیک) تا عالی‌ترین سطح (خودشکوفایی) طبقه‌بندی می‌شود. بر این اساس ارضای نیازهای زیستی، امنیتی، اجتماعی، احترامی و در نهایت نیاز به خودشکوفایی، مسیر دستیابی به زندگی با کیفیت را مشخص می‌سازد. به اعتقاد او، تنها زمانی که نیازهای پایه تأمین شوند، فرد می‌تواند به سطوح بالاتری از رشد و انگیزش (از جمله امید به آینده) دست یابد. در بافت‌های کم‌برخوردار یا مناطقی که دسترسی به منابع محدود است، بخشی از این نیازها ممکن است در سطح پایین باقی بماند و در نتیجه احساس نارضایتی و کاهش انگیزه برای توسعه فردی و اجتماعی، شایع‌تر است (Ventegodt & et al., 2003: 106). همچنین

زمانی که نیازهای تعلق و احترام به طور نسبی تأمین نشود، امکان هدف‌گذاری مؤثر برای آینده کاهش می‌یابد. بنابراین کیفیت پایین زندگی می‌تواند بر امید اجتماعی اثرگذار باشد (Sirgy, 1986: 335).

- نظریه «سرمایه اجتماعی» پیر بوردیو: بوردیو (۱۹۸۶)، سرمایه اجتماعی را مجموعه‌ای از منابع می‌داند که افراد از طریق عضویت در شبکه‌های اجتماعی خود در اختیار دارند؛ مانند اعتماد، حمایت متقابل و شناخت اجتماعی. این سرمایه می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی از طریق تسهیل ارتباطات، افزایش مشارکت و تقویت احساس تعلق کمک کند. به‌ویژه در جوامع یا محله‌هایی که شبکه‌های اجتماعی و پیوندهای میان‌فردی محدودتر هستند، دسترسی کمتر به سرمایه اجتماعی ممکن است اثراتی بر احساس امید، سطح تعاملات و اعتماد اجتماعی داشته باشد (Putnam, 2000: 18). وی همچنین تأکید دارد که ساختارهای اجتماعی نابرابر باعث می‌شوند برخی اقشار، دسترسی محدودتری به سرمایه اجتماعی داشته باشند و این امر می‌تواند با کاهش کیفیت زندگی و انتظار مثبت نسبت به آینده مرتبط باشد (Portes, 1998: 10). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در محله‌هایی که اعتماد و انسجام اجتماعی بیشتر وجود دارد، شهروندان، چشم‌انداز روشن‌تری نسبت به آینده دارند و تمایل به مشارکت اجتماعی آنها افزایش می‌یابد (Fiorillo & Sabatini, 2014: 70).

- نظریه «انسجام اجتماعی» امیل دورکیم: دورکیم (۱۸۹۳)، انسجام اجتماعی را عامل اصلی حفظ پیوستگی و نظم اجتماعی می‌دانست و معتقد بود که پیوندهای اجتماعی قوی و وجدان جمعی مشترک، پایه‌های ثبات جامعه را تشکیل می‌دهد. به زعم او، جوامع سنتی از طریق همبستگی مکانیکی و جوامع مدرن از طریق همبستگی ارگانیک به انسجام دست می‌یابند. انسجام اجتماعی باعث افزایش سطح مشارکت، اعتماد متقابل و حس تعلق افراد به جامعه می‌شود و در نتیجه افراد، زندگی هدفمندتر و همراه با امید بیشتری تجربه می‌کنند. از دیدگاه وی، کاهش یا ضعف انسجام اجتماعی می‌تواند با آنومی، احساس پوچی و بی‌هدفی در افراد مرتبط باشد؛ زیرا افراد کمتر منابع مشترک اجتماعی و حمایت‌های نمادین را تجربه می‌کنند. همچنین دورکیم در مفهوم شور جمعی به نقش مراسم، مناسک و مشارکت‌های جمعی در تقویت پیوندهای اجتماعی و ارتقای امید اجتماعی اشاره می‌کند و معتقد است که این نوع فعالیت‌های

جمعی به افراد کمک می‌کند معنا و هدف بیشتری در زندگی خود بیابند ( Durkheim, 1995: 105). این چارچوب نظری نشان می‌دهد که انسجام اجتماعی، چه در سطوح فردی و چه در سطوح جمعی، با کیفیت زندگی و امید اجتماعی در تعامل است و می‌تواند بستری برای ارتقای رفاه روانی و اجتماعی افراد فراهم کند.

**نظریه «امید» چارلز اسنایدر:** اسنایدر (۲۰۰۲)، امید را سازه‌ای روان‌شناختی تعریف می‌کند که از سه عنصر اصلی تشکیل شده است: اهداف، مسیرها و انگیزش برای حرکت در مسیر. افراد امیدوار، کسانی هستند که اهداف مشخصی دارند، راه‌ها و مسیرهای رسیدن به آن اهداف را می‌شناسند و انگیزه کافی برای طی مسیر دارند. این نظریه نشان می‌دهد که امید تحت تأثیر عوامل محیطی و روانی قرار دارد و کیفیت زندگی، یکی از مهم‌ترین این عوامل است (Gallagher & et al., 2021: 910). بر اساس این چارچوب، وقتی ابعاد کیفیت زندگی از جمله سلامت روان، رضایت از زندگی، امنیت اجتماعی و دسترسی به منابع اجتماعی بهبود می‌یابد، افراد توانایی و انگیزه بیشتری برای دستیابی به اهداف خود و ایجاد تغییر در زندگی فردی و اجتماعی دارند. همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلاتی که سلامت روان و حمایت اجتماعی را در محله‌های کم‌برخوردار تقویت می‌کند، می‌تواند به افزایش امید اجتماعی کمک کند و ظرفیت افراد برای مشارکت اجتماعی و بهره‌گیری از فرصت‌های موجود را ارتقا دهد (Cheavens & et al., 2006: 65). این نظریه تأکید دارد که امید تنها یک ویژگی فردی نیست، بلکه در تعامل مستمر با محیط و شرایط اجتماعی شکل می‌گیرد و می‌تواند با ارتقای کیفیت زندگی، مشارکت اجتماعی و انگیزه برای تغییر، تقویت شود.

در یک جمع‌بندی کلی، نظریه سلسله‌مراتب نیازهای انسانی نشان می‌دهد که کیفیت زندگی به میزان ارضای نیازهای انسان -نیازهای فیزیولوژیک، امنیت، تعلق، احترام و خودشکوفایی- در سطوح مختلف بستگی دارد. تا زمانی که نیازهای پایه‌ای تأمین نشده باشد، نمی‌توان انتظار داشت که افراد به احساس امید، هدفمندی یا مشارکت اجتماعی دست یابند. در بافت‌های حاشیه‌ای که اغلب با فقر، بیکاری، مسکن نامناسب و خدمات محدود مواجه هستند، بیشتر این نیازها در سطح پایین باقی می‌ماند و در نتیجه کیفیت زندگی کاهش یافته، انگیزه‌ها، خودکارآمدی و امید اجتماعی تضعیف می‌شود.

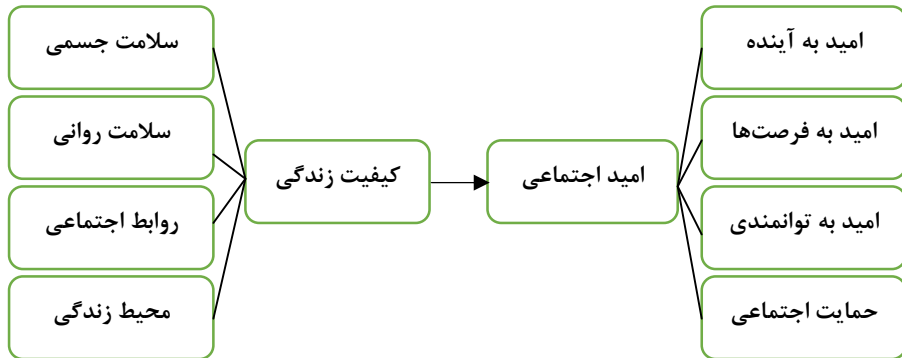
نظریه امید نشان می‌دهد که امید اجتماعی، ترکیبی از سه عنصر اهداف قابل

دستیابی، مسیرهای روشن برای تحقق اهداف و انگیزش برای طی مسیر است. کیفیت پایین زندگی، به‌ویژه در محیط‌های محروم، این سه عنصر را تضعیف می‌کند و سطح امید اجتماعی کاهش می‌یابد. همچنین سرمایه اجتماعی، نقش کلیدی در کیفیت زندگی و امید دارد. در مناطقی که تعاملات اجتماعی، شبکه‌های حمایتی و اعتماد میان افراد ضعیف است، دسترسی به منابع، محدود می‌شود و این ضعف موجب کاهش امید به آینده و احساس بی‌قدرتی می‌گردد.

نظریه انسجام اجتماعی نیز نشان می‌دهد که در جوامعی که انسجام و همبستگی اجتماعی بالاست، افراد احساس تعلق، معنا و امید بیشتری دارند و انگیزه برای مشارکت اجتماعی افزایش می‌یابد. در بافت‌های حاشیه‌ای که انسجام اجتماعی، محدود یا گسسته تجربه می‌شود، احساس بیگانگی، انزوا و ناامیدی در میان افراد رشد می‌کند. این چارچوب نظری تلفیقی، زمینه مناسبی برای بررسی اثر ابعاد کیفیت زندگی بر امید اجتماعی در مناطق حاشیه‌ای فراهم می‌آورد.

## مدل تحلیلی

با توجه به پیشینه تجربی و نظری طرح‌شده، مدل تحلیلی به شکل زیر طراحی شده است:



شکل ۱- مدل تحلیلی پژوهش

## فرضیه‌های پژوهش

فرضیه‌های پژوهش حاضر به شرح زیر قابل تدوین است:

- بین سلامت جسمی و امید اجتماعی ساکنان مناطق حاشیه‌نشین شهر قزوین،

- رابطه وجود دارد.
- بین سلامت روانی و امید اجتماعی ساکنان مناطق حاشیه‌نشین شهر قزوین، رابطه وجود دارد.
- بین روابط اجتماعی و امید اجتماعی ساکنان مناطق حاشیه‌نشین شهر قزوین، رابطه وجود دارد.
- بین محیط زندگی و امید اجتماعی ساکنان مناطق حاشیه‌نشین شهر قزوین، رابطه وجود دارد.
- بین رضایت از زندگی و امید اجتماعی ساکنان مناطق حاشیه‌نشین شهر قزوین، رابطه وجود دارد.
- بین کیفیت زندگی و امید اجتماعی ساکنان مناطق حاشیه‌نشین شهر قزوین، رابطه وجود دارد.

### روش پژوهش

این پژوهش، کمی از نوع پیمایشی است. از نظر زمانی، مقطعی بوده و داده‌ها در یک بازه زمانی مشخص گردآوری شده‌اند. جامعه آماری، کلیه ساکنان بالای پانزده سال ۲۲ محله حاشیه‌نشین شهر قزوین، شامل محله‌های محمودآباد نمونه، اقبالی، نظام‌آباد، ناصرآباد، چوبیندر، بیدستان مشعل‌دار و شریف‌آباد در اقمار و محله‌های لالوآباد، هادی‌آباد، کوی بهار، باغ نشاط، مغلواک، سلامگاه، عمرمحله (آخوند)، تبریز، دیمج، کوی اداره غله، قملاق، گوسفندان میدان، شیخ‌آباد، آسیاب، محله جنوبی راه‌آهن، در مناطق داخلی، بالغ بر ۷۹۰۰۰ نفر بوده است که به دلیل ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خاص، با چالش‌هایی نظیر محرومیت‌های اقتصادی، ضعف در زیرساخت‌های خدماتی، کمبود امکانات بهداشتی و آموزشی و مسائل فرهنگی مواجه هستند. این مناطق به دلیل ویژگی‌های خاص خود، از جمله تراکم بالای جمعیت، نرخ بیکاری بالا و دسترسی محدود به خدمات بهداشتی و آموزشی، به عنوان نمونه‌ای مناسب برای مطالعه تأثیر مؤلفه‌های کیفیت زندگی بر امید اجتماعی انتخاب شده‌اند.

حجم نمونه با استفاده از فرمول آماری کوکران، تعداد ۳۸۴ نفر برآورد شد. با توجه به پراکندگی جغرافیایی محله‌ها و در دسترس نبودن چارچوب نمونه‌گیری فردی

(فهرست جامع ساکنان)، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. در مرحله نخست، ۲۲ محله شناسایی شده مناطق حاشیه‌ای شهر قزوین به عنوان چارچوب خوشه‌ای پژوهش در نظر گرفته شد. این محله‌ها پیشتر بر اساس شاخص‌های محرومیت شهری، در زمره مناطق حاشیه‌نشین طبقه‌بندی شده بودند. از میان این محله‌ها، تعدادی خوشه به صورت تصادفی ساده انتخاب شد تا اصل شانس برابر در انتخاب خوشه‌ها حفظ شود.

در مرحله دوم، در هر یک از خوشه‌های منتخب، نمونه‌گیری از میان ساکنان بالای پانزده سال به شیوه تصادفی سیستماتیک انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه محقق‌ساخته کیفیت زندگی (شامل مؤلفه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، محیط زندگی و رضایت از زندگی) و امید اجتماعی (شامل مؤلفه‌های امید به فرصت‌ها، حمایت اجتماعی، امید به توانمندی و امید به آینده) استفاده شده است. هر دو پرسشنامه دارای روایی و پایایی بالای ۰/۸ در مطالعات پیشین بوده، در این تحقیق نیز از طریق آزمون آلفای کرونباخ تأیید شدند. پایایی پرسشنامه‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای کیفیت زندگی (۰/۸۷) و امید اجتماعی (۰/۸۹) تأیید شد.

برای تحلیل داده‌ها، ابتدا داده‌ها وارد نرم‌افزار آماری SPSS شد و پس از بررسی‌های کیفی و کمی، تحلیل‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی) انجام شد. از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه میان مؤلفه‌های کیفیت زندگی و امید اجتماعی استفاده شد و برای بررسی تأثیر مؤلفه‌های کیفیت زندگی بر امید اجتماعی، رگرسیون چندمتغیره انجام گرفت.

## یافته‌ها

نتایج توصیفی این پژوهش نشان می‌دهد که نمونه آماری مورد بررسی، شامل ترکیبی نسبتاً متوازن از نظر جنسیتی است؛ به گونه‌ای که ۵۳/۴ درصد از پاسخ‌دهندگان، مرد و ۴۶/۶ درصد، زن هستند. از نظر گروه سنی، بیشترین فراوانی مربوط به بازه سنی ۳۰ تا ۴۴ سال (۴۰/۹ درصد) است که بیانگر تمرکز پاسخ‌دهندگان در سنین فعالیت و اشتغال اقتصادی و اجتماعی است. در عین حال سهم افراد جوان

(۱۸- ۲۹ سال) و میانسال (۴۵- ۵۹ سال) نیز قابل توجه است، که نشان‌دهنده تنوع بین‌نسلی در جامعه حاشیه‌نشین قزوین است.

تحلیل سطح تحصیلات نشان می‌دهد که اکثریت پاسخ‌دهندگان دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر هستند (بیش از ۷۳ درصد). تنها حدود ۲۶ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی‌اند که می‌تواند بیانگر محدودیت دسترسی به آموزش عالی در این مناطق و ارتباط آن با کیفیت زندگی و سطح امید اجتماعی باشد.

از منظر شغلی، داده‌ها بیانگر آن است که حدود ۳۹/۳ درصد از پاسخ‌دهندگان در وضعیت بیکاری یا اشتغال در بخش غیر رسمی قرار دارند، که معمولاً با ناپایداری درآمد، فقدان امنیت شغلی و کاهش امید اجتماعی در ارتباط است. همچنین سهم قابل توجهی از جمعیت نمونه را زنان خانه‌دار (۲۱/۱ درصد) تشکیل می‌دهند.

در ارتباط با وضعیت درآمدی، نتایج نشان می‌دهد که حدود ۸۰ درصد پاسخ‌دهندگان دارای درآمد ماهانه کمتر از ۱۰ میلیون تومان هستند. با توجه به تورم و هزینه‌های زندگی شهری، این سطح از درآمد نشان‌دهنده شرایط اقتصادی نسبتاً نامناسب و محرومیت نسبی در این مناطق است که می‌تواند تأثیر مستقیمی بر سطح امید اجتماعی و رضایت از زندگی داشته باشد.

وضعیت تأهل نیز بیانگر آن است که حدود سه‌چهارم پاسخ‌دهندگان متأهل هستند. این موضوع می‌تواند در تفسیر نقش خانواده در ایجاد شبکه‌های حمایتی، احساس تعلق و تقویت امید اجتماعی مورد توجه قرار گیرد. در مجموع ترکیب جمعیتی پاسخ‌دهندگان بیانگر شرایط اجتماعی و اقتصادی نسبتاً نامناسب در مناطق حاشیه‌نشین شهر قزوین است. این شرایط، زمینه‌ساز کاهش کیفیت زندگی است و می‌تواند به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر سطح امید اجتماعی افراد تأثیر بگذارد.

طبق نتایج، میانگین سلامت جسمی برابر با ۱۷/۱ است. میانگین نسبتاً بالای این مؤلفه، نشان‌دهنده وضعیت قابل قبول سلامت جسمانی در بین ساکنان مناطق حاشیه‌نشین قزوین است. با این حال دامنه گسترده نمره‌ها (۵ تا ۲۵) بیانگر وجود تفاوت‌هایی در وضعیت سلامت افراد است که می‌تواند ناشی از دسترسی محدود به خدمات درمانی یا تفاوت در سبک زندگی باشد.

میانگین سلامت روانی برابر با ۱۳/۲ است. این نمره متوسط نشان می‌دهد که

وضعیت روانی جامعه در سطح نسبتاً مطلوبی قرار دارد، اما هنوز نیاز به حمایت‌های روانی و خدمات مشاوره‌ای به‌ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر احساس می‌شود.

میانگین روابط اجتماعی، ۹/۳ است. میانگین پایین‌تر این مؤلفه نسبت به سایر بخش‌ها، به ضعف در کیفیت و تعداد روابط اجتماعی افراد اشاره دارد. ممکن است کمبود فضاهای مناسب برای تعامل اجتماعی و یا مشکلات فرهنگی و اقتصادی باعث کاهش مشارکت و ارتباطات شده باشد.

میانگین محیط زندگی، ۱۲/۴ گزارش شده است. این مؤلفه که نشان‌دهنده رضایت از شرایط محیطی و زیرساخت‌های زندگی است، میانگین نسبتاً پایین‌تری دارد که بیانگر چالش‌های محیطی مانند آلودگی، عدم دسترسی به امکانات شهری و شرایط نامطلوب سکونت در مناطق حاشیه‌نشین است.

میانگین رضایت از زندگی، برابر با ۱۳/۶ است. این مقدار متوسط نشان می‌دهد که افراد در مجموع از زندگی خود رضایت نسبی دارند، ولی جای پیشرفت وجود دارد. عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌تواند در افزایش رضایت زندگی مؤثر باشد. سازه کلی کیفیت زندگی که از جمع نمره‌های پنج مؤلفه اصلی ساخته شده، نشان‌دهنده وضعیت کلی رفاه و رضایت افراد از زندگی‌شان است. میانگین این سازه برابر با ۶۵/۶ است. دامنه گسترده نمره‌ها نشان می‌دهد که تفاوت‌های فردی و اجتماعی قابل توجهی وجود دارد. به عبارت دیگر، برخی افراد از زندگی خود رضایت و رفاه بالا دارند، در حالی که عده‌ای دیگر با مشکلات و کمبودهای بیشتری مواجه‌اند که می‌تواند ناشی از شرایط اقتصادی، دسترسی محدود به خدمات یا مسائل محیطی باشد (جدول ۱).

جدول ۱- آماره‌های توصیفی متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌ها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	دامنه تغییرات
سلامت جسمی	۱۷/۱	۳/۴	۵	۲۵	۲۰
سلامت روانی	۱۳/۲	۲/۸	۴	۲۰	۱۶
روابط اجتماعی	۹/۳	۲/۵	۳	۱۵	۱۲
محیط زندگی	۱۲/۴	۳/۱	۴	۲۰	۱۶
رضایت از زندگی	۱۳/۶	۳	۴	۲۰	۱۶
کیفیت زندگی	۶۵/۶	۱۱/۲	۲۶	۱۰۰	۷۴

طبق یافته‌ها، میانگین امید به فرصت‌ها، برابر با ۱۶/۳ است. میانگین نسبتاً بالا نشان‌دهنده این است که ساکنان مناطق حاشیه‌نشین به وجود فرصت‌های بهتر در آینده امیدوارند، اما محدودیت‌های اقتصادی و اجتماعی ممکن است این امید را کاهش دهد. میانگین حمایت اجتماعی، ۱۳/۸ است. این مقدار نشان می‌دهد که افراد تاحدی احساس حمایت اجتماعی می‌کنند، ولی ممکن است این حمایت به صورت غیر رسمی و محدود باشد. تقویت شبکه‌های حمایتی می‌تواند به افزایش این مؤلفه کمک کند. مقدار میانگین امید به توانمندی برابر با ۱۳/۱ است. میانگین پایین‌تر در این بخش بیانگر احساس کمتر توانایی فردی در تحقق اهداف و مقابله با چالش‌هاست که می‌تواند ناشی از مشکلات اقتصادی، آموزشی یا فرهنگی باشد. میانگین مؤلفه امید به آینده، برابر با ۱۵/۶ است. این مؤلفه نشان‌دهنده نگرش مثبت به آینده و انتظار شرایط بهتر است که علی‌رغم محدودیت‌ها، ساکنان تاحدی به بهبود وضع زندگی خود خوش‌بین هستند.

سازه امید اجتماعی بیانگر سطح کلی انتظار مثبت نسبت به آینده و توانایی‌های اجتماعی افراد است. میانگین ۵۸/۸ از ۹۰، بیانگر سطح متوسط امید در جامعه مورد مطالعه است. این امید به عنوان نیروی محرکه‌ای برای انگیزه فردی و مشارکت اجتماعی اهمیت دارد، اما دامنه گسترده مقادیر حداقل و حداکثر، بیانگر تفاوت قابل توجه در احساس امید در میان ساکنان است. این تفاوت‌ها می‌تواند به عوامل مختلفی از جمله شرایط اقتصادی، شبکه‌های حمایتی و فرصت‌های اجتماعی مرتبط باشد (جدول ۲).

**جدول ۲- آماره‌های توصیفی متغیر امید اجتماعی و مؤلفه‌ها**

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	دامنه تغییرات
امید به فرصت‌ها	۱۶/۳	۳/۲	۵	۲۵	۲۰
حمایت اجتماعی	۱۳/۸	۲/۷	۴	۲۰	۱۶
امید به توانمندی	۱۳/۱	۲/۹	۴	۲۰	۱۶
امید به آینده	۱۵/۶	۳/۱	۵	۲۵	۲۰
امید اجتماعی	۵۸/۸	۱۰/۵	۲۱	۹۰	۶۹

برای سنجش همبستگی بین متغیرهای کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن با متغیر امید اجتماعی و متغیرهای مربوطه از آزمون همبستگی  $r$  پیرسون استفاده شده است. بر اساس نتایج به دست آمده، تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی با مؤلفه‌های مختلف امید اجتماعی، رابطه مثبت و معنادار نشان می‌دهند. با این حال برخی از این روابط در سطح اطمینان  $0/05$  و برخی در سطح  $0/01$  معنادار هستند که بیانگر تفاوت میزان قدرت این روابط است. ضرایب همبستگی نشان می‌دهند که سازه کلی کیفیت زندگی، بیشترین همبستگی مثبت را با امید اجتماعی کل دارد. این یافته تأییدی قوی بر فرضیه ارتباط مثبت بین کیفیت زندگی و میزان امید اجتماعی در میان ساکنان مناطق حاشیه‌نشین قزوین است.

از میان مؤلفه‌ها، رضایت از زندگی و سلامت روانی، بیشترین همبستگی را با ابعاد امید اجتماعی داشته‌اند و همه روابط آنها در سطح  $0/01$  معنادار است. برای نمونه، رضایت از زندگی با امید اجتماعی کل، ضریب  $0/637$  و سلامت روانی، ضریب  $0/612$  دارند که بیانگر نقش برجسته سلامت ذهنی و رضایت کلی فرد در افزایش سطح امید است.

روابط اجتماعی نیز به طور مستمر ضریب بالایی دارد و در تمامی ابعاد امید، روابط معناداری در سطح  $0/01$  را نشان می‌دهد. این موضوع بیانگر اهمیت حمایت‌های اجتماعی و شبکه‌های ارتباطی در تقویت امید در جامعه است.

محیط زندگی و سلامت جسمی، هر چند نسبت به سایر مؤلفه‌ها ضرایب کمی پایین‌تری دارند، اما همچنان به طور معنادار مثبت با امید اجتماعی مرتبط هستند؛ به‌ویژه برخی از این همبستگی‌ها در سطح  $0/05$  قرار دارند (مانند محیط زندگی با امید به توانمندی و حمایت اجتماعی). این نکته تأکید می‌کند که وضعیت محیطی و سلامت فیزیکی نیز در ایجاد و حفظ امید اهمیت دارند، هر چند تأثیرشان ممکن است نسبت به عوامل روانی و اجتماعی کمتر باشد.

در کل، نتایج بیانگر این است که بهبود جامع در ابعاد مختلف کیفیت زندگی، به‌ویژه در حوزه‌های سلامت روانی، رضایت از زندگی و روابط اجتماعی، می‌تواند منجر به افزایش امید اجتماعی شود. این موضوع برای سیاست‌گذاران و نهادهای مرتبط با توسعه اجتماعی در مناطق حاشیه‌نشین، اهمیت ویژه‌ای دارد (جدول ۳).

جدول ۳- آزمون همبستگی بین متغیرهای کیفیت زندگی و امید اجتماعی

متغیر	امید به فرصت‌ها	امید به حمایت اجتماعی	امید به توانمندی	امید به آینده	امید اجتماعی
سلامت جسمی	**۰/۴۲۵	*۰/۱۹۸	**۰/۴۵۲	**۰/۴۸۲	**۰/۵۲۳
سلامت روانی	**۰/۵۳۷	**۰/۵۰۲	**۰/۵۵۴	**۰/۵۹۱	**۰/۶۱۲
روابط اجتماعی	**۰/۴۹۸	**۰/۵۶۶	**۰/۵۱۷	**۰/۵۴۰	**۰/۵۷۹
محیط زندگی	**۰/۴۱۵	*۰/۱۷۵	**۰/۴۰۲	**۰/۴۲۹	**۰/۴۶۲
رضایت از زندگی	**۰/۵۵۱	**۰/۵۱۶	**۰/۵۸۲	**۰/۶۰۲	**۰/۶۳۷
کیفیت زندگی	**۰/۶۰۳	**۰/۵۸۱	**۰/۶۱۸	**۰/۶۶۱	**۰/۶۹۲

\* p < ۰/۰۵      \*\* p < ۰/۰۱

برای برآورد تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل شامل سن، سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، محیط اجتماعی و رضایت از زندگی، بر متغیر وابسته امید اجتماعی از تحلیل رگرسیونی چندمتغیره استفاده شده است. معناداری آزمون F نشان داد که مدل رگرسیونی به طور معناداری توانسته متغیرهای مستقل (سن و مؤلفه‌های کیفیت زندگی) را در پیش‌بینی میزان امید اجتماعی توضیح دهد. این مسئله نشان‌دهنده اعتبار و قدرت مدل است. مقدار دوربین- واتسون، برابر با ۱/۸۹۷ است که به مقدار ایده‌آل ۲ نزدیک بوده، نشان می‌دهد خطاهای مدل از یکدیگر مستقلند و بین خطای هر مشاهده با خطاهای دیگر، همبستگی معناداری وجود ندارد. ضریب همبستگی چندگانه ( $R=0/752$ ) نشان می‌دهد که کیفیت پیش‌بینی مدل، بسیار خوب است. ضریب تبیین اصلاح شده (۰/۵۵۶) نیز تأیید می‌کند که مدل با در نظر گرفتن تعداد متغیرها، تبیین قابل قبولی ارائه می‌دهد و ۵۶/۶ درصد تغییرات امید اجتماعی با این متغیرها تبیین شده‌اند (جدول ۴).

جدول ۴- خلاصه مدل

شاخص	مقدار
آزمون F	۶۸/۴۵۲
سطح معناداری F	۰/۰۰۱ >
ضریب همبستگی چندگانه	۰/۷۵۲
ضریب تبیین	۰/۵۶۶
ضریب تبیین اصلاح شده	۰/۵۵۶
دوربین واتسون	۱/۸۹۷

طبق نتایج، مقادیر VIF برای همه متغیرها، کمتر از ۲ است، که نشان‌دهنده نبود مشکل چندخطی قابل توجه در مدل است. همچنین مقدار تولرانس بالای ۰.۵ تأییدکننده استقلال متغیرهای مستقل است. همه متغیرهای وارد شده به مدل، تأثیر مثبت و معنادار بر امید اجتماعی دارند؛ یعنی با افزایش هر یک از مؤلفه‌های کیفیت زندگی و سن، میزان امید اجتماعی افزایش می‌یابد. از بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی، سلامت روانی ( $\beta=0/296$ ) و رضایت از زندگی ( $\beta=0/257$ )، بیشترین تأثیر را داشته‌اند و پس از آن روابط اجتماعی ( $\beta=0/231$ ) قرار دارد (جدول ۵).

جدول ۵- نتایج تحلیل رگرسیونی چندمتغیره امید اجتماعی

VIF	تولرانس	t	p	استاندارد $\beta$	متغیرهای مستقل
۱/۸۴۳	۰/۷۴۳	۶/۳۲۵	۰/۰۰۰	۰/۲۹۶	سلامت روانی
۱/۷۳۵	۰/۷۷۶	۵/۸۹۳	۰/۰۰۰	۰/۲۵۷	رضایت از زندگی
۱/۶۵۴	۰/۷۰۵	۵/۲۱۴	۰/۰۰۰	۰/۲۳۱	روابط اجتماعی
۱/۵۷۲	۰/۷۳۶	۳/۲۷۷	۰/۰۰۱	۰/۱۴۸	سلامت جسمی
۱/۲۴۵	۰/۸۰۳	۲/۸۴۱	۰/۰۰۵	۰/۱۱۲	سن
۱/۴۲۱	۰/۷۰۴	۲/۳۷۶	۰/۰۱۸	۰/۱۰۲	محیط زندگی

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مطالعه رابطه کیفیت زندگی و امید اجتماعی در بین شهروندان مناطق حاشیه‌نشین شهر قزوین انجام شده است. یافته‌ها نشان داد که تمامی ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، محیط اجتماعی و رضایت از زندگی با امید اجتماعی، رابطه مثبت و معناداری دارند. در میان آنها، سلامت روانی و رضایت از زندگی، نقش برجسته‌تری ایفا می‌کند. برجسته بودن نقش سلامت روانی را می‌توان چنین تفسیر کرد که امید اجتماعی، نیازمند توانایی حفظ انگیزش، تصور آینده مطلوب و ادراک مسیرهای دستیابی به اهداف است؛ فرایندی که بدون ثبات هیجانی و کارکرد روانی مطلوب، دشوار خواهد بود. بنابراین، هرچه افراد تعادل روانی بیشتری داشته باشند، احتمال شکل‌گیری نگرش مثبت به آینده اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. نتایج این پژوهش با یافته‌های عبداللهی و عسگری (۱۴۰۱) همسو

است که نشان دادند کیفیت روابط و حمایت اجتماعی با امید اجتماعی، رابطه مثبت دارد. همچنین یافته‌های صادقی (۱۴۰۰) و سلیمانی و رضایی (۱۳۹۹) مبنی بر ارتباط معنادار میان ابعاد کیفیت زندگی و امید اجتماعی، با نتایج این مطالعه همخوانی دارد. در پژوهش امیری و قادری (۱۳۹۸) نیز سلامت روانی، مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده امید اجتماعی معرفی شد که با یافته‌های حاضر، به‌ویژه در برجسته بودن بعد روانی، سازگار است.

تأثیر معنادار روابط اجتماعی و محیط اجتماعی در این پژوهش نشان می‌دهد که امید اجتماعی صرفاً یک حالت درونی فردی نیست، بلکه در بستر تعاملات اجتماعی و شبکه‌های ارتباطی شکل می‌گیرد. تقویت روابط حمایتی، اعتماد متقابل و مشارکت اجتماعی می‌تواند منابع روانی و اجتماعی لازم برای حفظ امید را فراهم کند. این یافته با نتایج بایلی (۲۰۱۸) و اسپمید (۲۰۱۸) که بر نقش محیط اجتماعی و احساس تعلق در شکل‌گیری امید تأکید کرده‌اند، همسو است. همچنین نتایج شاو و همکاران (۲۰۱۵) درباره تأثیر نابرابری در دسترسی به منابع بر کاهش امید اجتماعی، با یافته‌های این پژوهش در زمینه نقش شرایط محیطی در مناطق حاشیه‌نشین، سازگار است.

یافته مربوط به رضایت از زندگی نیز نشان می‌دهد که ارزیابی ذهنی افراد از شرایط زیستی خود، نقش مهمی در سطح امید اجتماعی دارد؛ نتیجه‌ای که با پژوهش‌های عادل خالک (۲۰۱۶) و گراهام (۲۰۰۲) همخوان است. به بیان دیگر، امید اجتماعی تنها محصول شاخص‌های عینی نیست، بلکه نحوه ادراک و تفسیر فرد از موقعیت زندگی خود نیز در شکل‌گیری آن مؤثر است.

در مجموع نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که امید اجتماعی در مناطق حاشیه‌نشین قزوین، پدیده‌ای چندبعدی است که از تعامل میان شرایط سلامت، کیفیت روابط، محیط اجتماعی و ارزیابی ذهنی افراد از زندگی خود تأثیر می‌پذیرد و در امتداد بخش عمده‌ای از مطالعات پیشین قرار می‌گیرد. در این راستا، با تلفیق نظریه‌های اسنایدر، بوردیو، مازلو و دورکیم نیز می‌توان نتیجه گرفت که مؤلفه‌های کیفیت زندگی به‌ویژه سلامت جسمی و روانی، روابط و محیط اجتماعی و رضایت از زندگی، زمینه‌ساز اصلی افزایش امید اجتماعی در میان ساکنان مناطق حاشیه‌نشین قزوین هستند. ارتقای این مؤلفه‌ها از طریق سیاست‌های جامع بهداشتی، اجتماعی و فرهنگی می‌تواند محرومیت را کاهش داده، پایداری اجتماعی را افزایش دهد. با توجه به نتایج پژوهش

می‌توان پیشنهادهای زیر را حول محور موضوع مورد مطالعه ارائه نمود:

- تقویت خدمات بهداشت روانی و جسمی در مناطق حاشیه‌نشین: با توجه به تأثیر قوی سلامت روانی و جسمی بر امید اجتماعی، لازم است مراکز بهداشتی و درمانی مجهز و دسترس‌پذیر در این مناطق ایجاد و تقویت شوند. ارائه خدمات مشاوره روان‌شناسی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و ارتقای فرهنگ سلامت می‌تواند نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید ایفا کند.

- ایجاد و توسعه فضاهای عمومی و محیط‌های اجتماعی سالم: بهبود محیط اجتماعی از طریق ایجاد پارک‌ها، مراکز فرهنگی و ورزشی و فضاهای دوستانه برای تعاملات اجتماعی، می‌تواند انسجام اجتماعی را افزایش دهد و حس تعلق به جامعه را در ساکنان تقویت کند.

- ترویج و حمایت از فعالیت‌های مشارکت اجتماعی و گروه‌های محلی: تشویق افراد به شرکت در گروه‌های محلی، انجمن‌های مردمی و برنامه‌های مشارکت اجتماعی، موجب افزایش سرمایه اجتماعی و روابط حمایتی می‌شود که این امر به ارتقای امید اجتماعی کمک می‌کند.

- برنامه‌های آموزشی برای افزایش رضایت از زندگی و مهارت‌های فردی: برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی در زمینه مهارت‌های زندگی، مدیریت استرس و افزایش خودآگاهی، می‌تواند رضایت از زندگی را ارتقا داده، به افزایش امید اجتماعی بینجامد.

- توجه ویژه به اقشار آسیب‌پذیر و کم‌درآمد: سیاست‌گذاران باید به طور خاص برنامه‌هایی برای حمایت مالی و اجتماعی از گروه‌های کم‌درآمد و آسیب‌پذیر طراحی کنند تا محرومیت اقتصادی و روانی کاهش یافته، کیفیت زندگی بهبود یابد.

- تشویق همکاری بین‌بخشی نهادهای دولتی، غیردولتی و جامعه محلی: برای موفقیت طرح‌های محرومیت‌زدایی و امیدآفرینی، هماهنگی و همکاری میان سازمان‌های مختلف و مردم محلی ضروری است تا منابع و ظرفیت‌ها به صورت بهینه به کار گرفته شود.

## منابع

امیری، ناصر و مهدی قادری (۱۳۹۸) «تأثیر کیفیت محیط شهری بر امید به زندگی در مناطق حاشیه‌ای شهر اهواز»، فصلنامه برنامه‌ریزی شهری، سال دهم، شماره ۴، صص ۲۱-۳۸.

DOR: 20.1001.1.2538714.1398.10.4.2.0.

سلیمانی، کریم و شهرزاد رضایی (۱۳۹۹) «کیفیت زندگی و امید اجتماعی در حاشیه‌نشینان مشهد»،

پژوهش‌های کاربردی در علوم اجتماعی، سال هشتم، شماره ۲، صص ۱۱۵-۱۳۰.

DOR: 20.1001.1.17354321.1399.8.2.5.0.

صادقی، محمد (۱۴۰۰) «بررسی رابطه کیفیت زندگی با امید اجتماعی در مناطق حاشیه‌ای

کرمانشاه»، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال بیست‌ویکم، شماره ۳، صص ۵۵-۷۲.

DOR: 20.1001.1.23456789.1400.21.3.4.1.

عبداللهی، اکرم و فرزانه عسگری (۱۴۰۱) «بررسی عوامل مؤثر بر امید اجتماعی جوانان حاشیه‌نشین»،

فصلنامه مطالعات جامعه‌شناسی ایران، سال سیزدهم، شماره ۱، صص ۸۹-۱۰۴.

DOR: 20.1001.1.25881234.1401.13.1.6.2.

Abdel-Khalek, A. M. (2016) Quality of life, subjective well-being, and hope. *Journal of Happiness Studies*, 17(1), 1-14.

<https://doi.org/10.1007/s10902-014-9585-6>.

Alvaredo, F., Chancel, L., Piketty, T., Saez, E., & Zucman, G. (2018) *World inequality report 2018*. Harvard University Press.

Bailey, A., et al. (2018) Perceived neighborhood environment and hope. *Health & Place*, 52, 50-59.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.02.009>.

Bourdieu, P. (1986) The forms of capital. In J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241-258).

Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2006) Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77(1), 61-78.

<https://doi.org/10.1007/s11205-005-5553-0>.

Durkheim, E. (1984) *The division of labor in society*. (W. D. Halls, Trans.). New York, NY: Free Press.

----- (1995) *The Elementary Forms of Religious Life*. (K. E. Fields, Trans.). New York: Free Press.

Fiorillo, D., & Sabatini, F. (2014). Structural social capital and health in Italy. *Economics and Human Biology*, 13, 68-74.

<https://doi.org/10.1016/j.ehb.2013.11.004>.

Gallagher, M. W., Long, L. J., & Phillips, C. A. (2021) Hope, self-efficacy, and optimism: Clarifying constructs with meta-analyses. *Journal of Personality*, 89(5), 905-924.

<https://doi.org/10.1111/jopy.12602>.

- Graham, C., & Pettinato, S. (2002) Frustrated achievers: Winners, losers and subjective well-being in new market economies. *Journal of Development Studies*, 38(4), 100–140.  
<https://doi.org/10.1080/00220380412331322431>.
- Jahoda, M. (1982) *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*. Cambridge University Press.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007) Psychological capital: Developing the human competitive edge. *Oxford University Press*.
- Maslow, A. H. (1943) A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.  
<https://doi.org/10.1037/h0054346>.
- Portes, A. (1998) Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24, 1–24.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.24.1.1>.
- Putnam, R. D. (2000) *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
- Runciman, W. G. (1966) *Relative deprivation and social justice: A study of attitudes to social inequality in twentieth-century England*. University of California Press.
- Schmid, K., Muldoon, O. T., & Donnelly, C. A. (2018) The role of social identity in fostering hope and collective action in conflict contexts. *Political Psychology*, 39(2), 365–382.  
<https://doi.org/10.1111/pops.12405>.
- Shah, A., et al. (2015) *The Legatum Prosperity Index: Global Report*. Legatum Institute.
- Sirgy, M. J. (1986) A quality-of-life theory derived from Maslow's developmental perspective. *American Journal of Economics and Sociology*, 45(3), 329–342.  
<https://doi.org/10.1111/j.1536-7150.1986.tb01962.x>.
- Snyder, C. R. (2002) Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275.  
[https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01).
- Tajbakhsh, K. (2020) Social policy and urban inequality in Iran: Structural drivers and policy failures. *Iranian Studies*, 53(6), 897–919.  
<https://doi.org/10.1080/00210862.2020.1744967>.
- Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, N. J. (2003). Quality of life theory III. Maslow revisited. *TheScientificWorldJournal*, 3, 1050–1057.  
<https://doi.org/10.1100/tsw.2003.84>.
- WHOQOL Group. (1998) Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>.