



Type of Article (Research Article)

Meta-Analysis Of The Effectiveness Pattern Of Community-Based Planning Dimensions On Citizens' Social Health In Deyr County

Seyed Ali Hosseininia: Department of Sociology, Bu.C., Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

*Gholamreza Jafarinia: Department of Sociology, Bu.C., Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

Bagher Gorgin: Department of Islamic Studies, Bu.C, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

Article Info

Received: 2025/07/19
Accepted: 2025/10/30
pp. 82-95

Keywords:

Social Health
Planning
Community-Based
Deyr County
Sociology

Abstract

The present study aimed to propose a comprehensive model for improving social health through community-based planning in Deyr County, employing a mixed-methods (qualitative–quantitative) research approach. In the qualitative phase, 10 experts, including managers, professors, and specialists in social planning and health, were interviewed from May to June 2025 using purposive and snowball sampling. Data were analyzed through open and axial coding in MAXQDA software to identify influential dimensions and components. In the quantitative phase, 225 employees, managers, and practitioners in urban planning and social health in Deyr County were selected through convenience sampling. Data collection instruments included a researcher-made social planning questionnaire with 45 items across five dimensions (resource management, social entrepreneurship, sociology, managerial, and communicative–service) and the Keyes Social Health Questionnaire (20 items across five subscales). The validity of the instruments was confirmed using the Delphi method, CVI, CVR, and confirmatory factor analysis, and reliability was verified by Cronbach's alpha. Data analysis was performed using the Kolmogorov–Smirnov test, confirmatory factor analysis, and structural equation modeling in Smart PLS software. Results indicated that the communicative–service, sociological, and managerial dimensions of social planning explained 34.8% of the variance in social health ($R^2 = 0.348$, $GOF = 0.339$), while predictive relevance ($Q^2 = 0.103$) and effect size ($f^2 = 0.541$) confirmed the model's predictive power and influence. The findings emphasize the necessity of strengthening social infrastructure, social capital and trust, and designing localized programs tailored to the cultural characteristics of Deyr County to enhance citizens' social health.

Citation: Hosseininia, Seyed Ali., Jafarinia, Gholamreza. Gorgin, Bagher. (2025). Meta-Analysis Of The Effectiveness Pattern Of Community-Based Planning Dimensions On Citizens' Social Health In Deyr County. *Journal Of Socio-Cultural Changes*, 22(3), Serial No. 88, 82-95.

DOI:

*Corresponding Author: Gholamreza Jafarinia

E-mail Address: jafarinia_reza@iaubushehr.ac.ir

Tel: +989171726337

Extended Abstract

Introduction

Social health, a pivotal aspect of quality of life, plays a critical role in enhancing community well-being and cohesion. It is shaped by a multitude of social, economic, cultural, and environmental factors. In local communities such as Deyr County, which possess unique cultural and social characteristics, effective social planning can substantially improve social health by reinforcing social capital, trust, and service infrastructure. This study, entitled “Meta-Analysis of the Effectiveness Model of Social Planning Dimensions on the Social Health of Deyr County Citizens”, aimed to develop a comprehensive framework to identify and enhance factors influencing social health in the region. Social health encompasses dimensions such as social cohesion, participation, trust, and a sense of security, serving as a key indicator of quality of life. In less-developed areas like Deyr, challenges such as economic constraints, social inequalities, and limited service infrastructure can hinder social health. This research proposed a practical model emphasizing localized solutions and contextual considerations, offering guidance for policymakers and planners. Drawing on scientific evidence and local experiences, the study examined the role of social planning dimensions—including resource management, social entrepreneurship, sociology, managerial, and communicative-service aspects—and their impact on citizens’ social health. The primary objective was to offer actionable strategies for enhancing social health through targeted, context-sensitive planning, thereby contributing to reduced inequalities, increased participation, and improved quality of life. Given the growing significance of social health in sustainable development, this approach represents an innovative step toward addressing the needs of local communities.

Methodology

This study employed a mixed-methods design, integrating qualitative and quantitative approaches to identify and analyze dimensions affecting social health through social planning in Deyr County. In the qualitative phase, semi-structured interviews were conducted with 10 experts—including managers, university professors, and specialists in social planning, health, and sociology—between May and June 2025. Participants were selected using purposive and snowball sampling. Interviews aimed to identify key social planning dimensions influencing social health, and the data were analyzed via open and axial coding using MAXQDA software to extract principal concepts and categories. In the quantitative phase, the population included 542 employees, managers, deputies, and activists in urban planning and social health in Deyr County, with 225 participants selected through convenience sampling based on Cochran’s formula. Data collection instruments comprised a researcher-designed social planning questionnaire (45 items across five dimensions: resource management, social entrepreneurship, sociology, managerial, and communicative-service) and Keyes’ (2004) social health questionnaire (20 items across five subscales). Validity was confirmed through face, content (Delphi, CVI, CVR), and construct (confirmatory factor analysis) methods, while reliability was verified with Cronbach’s alpha exceeding 0.7. Data were analyzed using Kolmogorov-Smirnov tests, confirmatory factor analysis, and structural equation modeling in Smart PLS to assess relationships among variables.

Results and Discussion

Findings indicate that social planning—particularly in communicative-service, sociological, and managerial dimensions—significantly affects the social health of Deyr County citizens, explaining 34.8% of its variance ($R^2=0.348$, $GOF=0.339$). Qualitative analysis highlighted key components such as social services, trust, social capital, social productivity, and intersectoral collaboration as essential determinants. The results underscore the importance of fostering social trust and community engagement to enhance well-being. Quantitative analysis using structural equation modeling ($Q^2=0.103$, $f^2=0.541$, $T\text{-Value}=11.655$) confirmed that social planning—particularly through resource management and social services—strengthens cohesion and reduces inequalities. These findings suggest that in local contexts like Deyr, social planning must be adapted to cultural and social characteristics for maximum effectiveness. For example, enhancing service infrastructures, including counseling centers and cultural spaces, alongside educational programs to improve social health literacy, can substantially elevate community well-being. Furthermore, promoting social entrepreneurship and supporting local businesses can alleviate economic disparities and reinforce social capital. Despite challenges such as limited financial resources and infrastructural constraints, engaging community participation and fostering intersectoral collaboration can mitigate these obstacles. By proposing a localized model, this study emphasizes the importance of culturally sensitive planning and demonstrates that addressing factors such as income, education, and social relationships through targeted strategies can effectively improve social health. Overall, integrated and context-specific social planning serves as a powerful instrument for enhancing quality of life and social cohesion. This model offers practical guidance for policymakers and planners to advance sustainable development and social justice by reinforcing social infrastructure and encouraging citizen participation.



بررسی فراتحلیل الگوی اثربخشی ابعاد برنامه ریزی جامعه محور بر سلامت اجتماعی شهروندان شهرستان دیر

سیدعلی حسینی نیا: گروه جامعه‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.
* غلامرضا جعفری نیا: گروه جامعه‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.
باقر گرگین: گروه الهیات و معارف اسلامی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

چکیده

اطلاعات مقاله

پژوهش حاضر باهدف ارائه الگویی جامع برای بهبود سلامت اجتماعی از طریق برنامه‌ریزی جامعه‌محور در شهرستان دیر، با استفاده از روش تحقیق آمیخته (کیفی-کمی)، انجام شد. در مرحله کیفی، ۱۰ خبره شامل مدیران، اساتید و کارشناسان حوزه برنامه‌ریزی اجتماعی و سلامت، از اردیبهشت تا خرداد ۱۴۰۴ شمسی، به روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله‌برفی مصاحبه شدند و داده‌ها با کدگذاری باز و محوری در نرم‌افزار MAXQDA تحلیل گردید تا ابعاد و مؤلفه‌های اثرگذار شناسایی شوند. در مرحله کمی، ۲۲۵ نفر از کارکنان، مدیران و فعالان حوزه برنامه‌ریزی شهری و سلامت اجتماعی شهرستان دیر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه محقق‌ساخته برنامه‌ریزی اجتماعی با ۴۵ گویه در ۵ بُعد (مدیریت منابع، کارآفرینی اجتماعی، جامعه‌شناسی، مدیریتی، ارتباطی-خدماتی) و پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کیز (۲۰ سؤال در ۵ زیرمقیاس)، جمع‌آوری و روایی ابزارها با روش‌های دلفی، CVI و CVR و تحلیل عاملی تأییدی و پایایی با آلفای کرونباخ تأیید شد. تحلیل داده‌ها با آزمون‌های کولموگوروف-اسمیرنوف، تحلیل عاملی تأییدی و مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزار Smart PLS انجام شد. نتایج نشان داد که ابعاد ارتباطی-خدماتی، جامعه‌شناسی و مدیریتی برنامه‌ریزی اجتماعی، ۳۴/۸ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند ($R^2=0/348$ ، $GOF=0/339$)، و شاخص‌های $Q^2=0/103$ و $f^2=0/541$ قدرت پیش‌بینی و اثرگذاری مدل را تأیید کردند. یافته‌ها بر ضرورت تقویت زیرساخت‌های اجتماعی، سرمایه و اعتماد اجتماعی، و طراحی برنامه‌های بومی‌سازی شده متناسب با ویژگی‌های فرهنگی شهرستان دیر تأکید دارد تا سلامت اجتماعی شهروندان بهبود یابد.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۰۸

شماره صفحات: ۸۲-۹۵

واژگان کلیدی:

سلامت اجتماعی
برنامه‌ریزی
جامعه‌محور
شهرستان دیر
جامعه‌شناسی

۱ **استناد:** حسینی نیا، سیدعلی. جعفری نیا، غلامرضا، گرگین، باقر. (۱۴۰۴). بررسی فراتحلیل الگوی اثربخشی ابعاد برنامه‌ریزی جامعه‌محور بر سلامت اجتماعی شهروندان شهرستان دیر. فصلنامه تغییرات اجتماعی-فرهنگی، دوره ۲۲، شماره ۳؛ (پیاپی ۸۸)، ۸۰-۹۵.

DOI:

* نویسنده مسئول: غلامرضا جعفری نیا

آدرس پست الکترونیک: jafarinia_reza@iaubushehr.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۷۱۷۲۶۳۳۷

مقدمه

در جهان معاصر، سلامت اجتماعی از اساسی‌ترین ارکان توسعه انسانی، جایگاهی راهبردی در نظام‌های برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری شهری یافته است. سلامت دیگر صرفاً به معنای فقدان بیماری یا ناتوانی جسمی تلقی نمی‌شود، بلکه مفهومی چندبُعدی است که ابعاد روانی، اجتماعی و فرهنگی زندگی انسان را دربرمی‌گیرد (قربانی، حسینی، ایراندوست، ۱۴۰۴: ۵-۳). این نگرش جامع، سلامت را نه به عنوان وضعیت ایستا، بلکه به منزله توانایی انسان برای سازگاری فعال با محیط، ایفای نقش مؤثر در جامعه و برخورداری از کیفیت روابط اجتماعی مطلوب در نظر می‌گیرد (صالح‌نیا، ۱۴۰۳: ۳۷۱). تحولات سریع اقتصادی، فرهنگی و فناوری در دهه‌های اخیر، ساختار روابط اجتماعی را دگرگون ساخته و الگوهای ارتباط، اعتماد و مشارکت اجتماعی را با چالش‌های جدیدی مواجه کرده است. در چنین شرایطی، ارتقای سلامت اجتماعی مستلزم سیاست‌ها و رویکردهایی است که بتوانند هم‌زمان به تقویت هم‌بستگی اجتماعی، افزایش تاب‌آوری جمعی و بهبود احساس امنیت اجتماعی منجر شوند. سلامت اجتماعی نه تنها بر کیفیت تعاملات انسانی تأثیر می‌گذارد، بلکه عاملی مؤثر در بازتولید اعتماد اجتماعی، کاهش آسیب‌های اجتماعی و گسترش احساس رزق و کارآمدی در جامعه است (Alesaily, Gabr, 2025: 882). برنامه‌ریزی جامعه‌محور به مثابه رویکردی نوین در سیاست‌گذاری اجتماعی، بر توانمندسازی جوامع محلی و افزایش مشارکت فعال شهروندان در فرایند تصمیم‌سازی تأکید دارد. این نوع برنامه‌ریزی بر آن است تا فرایند توسعه را از مسیرهای از بالا به پایین خارج کرده و به شیوه‌ای تعاملی، درون‌زا و مبتنی بر ظرفیت‌های واقعی جامعه هدایت کند. در چنین الگویی، جامعه نه به سان دریافت‌کننده خدمات، بلکه کنشگری آگاه، تصمیم‌ساز و شریک در مسیر توسعه تلقی می‌شود (میرفردی، محمودیانی، صدیقی، ۱۴۰۴: ۴۳). به‌طور خاص، جوامعی که دارای ساختارهای مشارکتی نیرومند و برنامه‌ریزی اجتماعی اثربخش هستند، در برابر بحران‌ها و نابرابری‌ها تاب‌آوری بیشتری دارند. این جوامع می‌توانند نیازهای اجتماعی خود را شناسایی و با بسیج منابع انسانی و محلی، مسیر بهبود سلامت اجتماعی را هموار سازند. در مقابل، ضعف در برنامه‌ریزی اجتماعی، عدم توازن در تخصیص منابع و نبود ساختارهای پایدار برای مشارکت شهروندی، به کاهش اعتماد عمومی، گسترش انزوای و تضعیف انسجام اجتماعی می‌انجامد. در بسیاری از مناطق، به‌ویژه در شهرستان‌ها و نواحی پیرامونی، شکاف میان سیاست‌های برنامه‌ریزی و نیازهای واقعی جامعه، همچنان مانع شکل‌گیری الگوی مؤثر توسعه اجتماعی است. این نواحی غالباً با چالش‌هایی چون فقر ساختاری، کمبود فرصت‌های شغلی، مهاجرت نیروی کار، ضعف خدمات شهری و محدودیت زیرساخت‌های اجتماعی روبه‌رو هستند. این شرایط، سطح سلامت اجتماعی شهروندان را کاهش داده و در نتیجه ضرورت بازنگری در سیاست‌های برنامه‌ریزی محلی و جامعه‌محور را دوچندان ساخته است. در چنین بسترهایی، تمرکز بر توانمندسازی اجتماعی، ارتقای حس‌تعلق به جامعه و تقویت فرایندهای مشارکت، می‌تواند راهبردی مؤثر برای بهبود سلامت اجتماعی تلقی شود. براین اساس، ضرورت انجام پژوهشی جامع برای تبیین الگوی اثربخشی ابعاد برنامه‌ریزی جامعه‌محور بر سلامت اجتماعی احساس می‌شود. این پژوهش می‌کوشد با رویکردی تحلیلی و تلفیقی، رابطه میان ابعاد ساختاری و رفتاری برنامه‌ریزی اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی شهروندان را تبیین کند. هدف آن است تا با استخراج شواهد و داده‌های موجود، الگوی علمی و کاربردی برای ارتقای سلامت اجتماعی در سطح شهرستان دیر ارائه شود. از این منظر، پرسش چنین مطرح می‌شود که: ابعاد مختلف برنامه‌ریزی جامعه‌محور تا چه اندازه در ارتقای سلامت اجتماعی شهروندان شهرستان دیر نقش و اثربخشی دارند؟

پیشینه تحقیق

سلامت اجتماعی به‌طور مشخص از ساختارهای اقتصادی و اجتماعی جامعه تأثیر می‌پذیرد. وضعیت معیشتی، دسترسی به فرصت‌های برابر شغلی، سطح تحصیلات و توزیع عادلانه منابع از جمله مؤلفه‌هایی هستند که کیفیت تعاملات اجتماعی، احساس امنیت و انسجام جمعی را تعیین می‌کنند. در جوامعی که نابرابری اقتصادی و فقر مزمن وجود دارد، سلامت اجتماعی دچار تضعیف ساختاری می‌شود و احساس بی‌اعتمادی و انزوای اجتماعی در میان اقشار مختلف افزایش می‌یابد. در مقابل، عدالت در توزیع منابع، امنیت اقتصادی و فرصت‌های برابر در دستیابی به آموزش و اشتغال، موجب شکل‌گیری جامعه‌ای پویا و با سلامت اجتماعی بالاتر می‌شود (Kolmes, 2022: 5). عوامل اقتصادی نه تنها به صورت مستقیم بر وضعیت سلامت تأثیر دارند، بلکه از مسیرهای غیرمستقیم مانند تغذیه، مسکن، سطح سواد و روابط اجتماعی نیز اثرگذارند. پویایی اقتصادی می‌تواند به شکل‌گیری اعتماد اجتماعی، تقویت

هم‌بستگی خانوادگی و افزایش مشارکت اجتماعی بینجامد، درحالی که بی‌ثباتی اقتصادی و نوسانات درآمدی زمینه‌ساز گسترش ناهنجاری‌ها، احساس ناامنی و کاهش رضایت اجتماعی است. نظام‌های اجتماعی کارآمد، از طریق سیاست‌گذاری اقتصادی متوازن و حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر، می‌توانند اثرات منفی نابرابری‌های اقتصادی را بر سلامت اجتماعی کاهش دهند. در چنین نظام‌هایی، رشد اقتصادی با عدالت اجتماعی هم‌سو شده و ارزش‌های همیاری و مشارکت جایگزین رقابت ناسالم می‌شود. این هم‌پیوندی میان عدالت اقتصادی و انسجام اجتماعی، بنیانی پایدار برای ارتقای سلامت اجتماعی فراهم می‌کند و درنهایت به افزایش سرمایه‌ی اجتماعی در مقیاس شهری و ملی می‌انجامد (صفوی و دیگران، ۱۴۰۰: ۳۷۵). سلامت اجتماعی در ذات خود مفهومی جمعی است و از کیفیت شبکه‌های ارتباطی، اعتماد متقابل و انسجام فرهنگی جامعه تغذیه می‌کند. در جوامعی که پیوندهای اجتماعی مستحکم، ارزش‌های مشترک و تعاملات متقابل پایدار وجود دارد، احساس تعلق و مسئولیت اجتماعی افزایش می‌یابد و سلامت اجتماعی در سطح بالاتری تجربه می‌شود. در مقابل، گسست فرهنگی، ضعف در اعتماد نهادی و انزوای فردی از عوامل مهم تضعیف‌کننده‌ی سلامت اجتماعی به شمار می‌روند (خیاط‌کلیر، ۱۳۹۴: ۶-۴). سرمایه‌ی اجتماعی، به‌عنوان بستر شکل‌گیری اعتماد، همیاری و حمایت متقابل، در تقویت سلامت اجتماعی نقشی اساسی دارد. شبکه‌های رسمی و غیررسمی تعاملات انسانی، زمینه‌ی انتقال حمایت‌های عاطفی و اطلاعاتی را فراهم کرده و احساس امنیت اجتماعی را افزایش می‌دهند. هرچه این شبکه‌ها گسترده‌تر، متنوع‌تر و مبتنی‌بر اعتماد باشند، جامعه در برابر بحران‌ها و فشارهای اجتماعی مقاوم‌تر عمل می‌کند. طوری که پیوستگی فرهنگی به‌عنوان عامل هویتی جامعه، در ایجاد تعادل روانی و انسجام اجتماعی نقش‌آفرین است. ارزش‌های فرهنگی مشترک، احساس هم‌سرنوشتی و الگوهای رفتاری پذیرفته‌شده، انسجام درونی گروه‌ها را افزایش داده و از تشتت اجتماعی جلوگیری می‌کند (ظهیری‌نیا، ولی‌پور، سرافراز، ۱۴۰۱: ۲۰۵). برنامه‌ریزی جامعه‌محور به‌منزله‌ی ابزاری برای توانمندسازی اجتماعی، نقشی اساسی در ارتقای سلامت اجتماعی دارد. این رویکرد باتکیه‌بر مشارکت فعال شهروندان در تصمیم‌سازی، تخصیص منابع و تعیین اولویت‌های اجتماعی، به ایجاد حس تعلق و مسئولیت‌پذیری جمعی منجر می‌شود (امیری، رحمانی، سعادت‌مند، ۱۴۰۳: ۱۲۱). جامعه به‌عنوان کنشگری آگاه و توانمند در مسیر توسعه ایفای نقش می‌کند. این نوع برنامه‌ریزی بادر نظر گرفتن ظرفیت‌های محلی، باورهای فرهنگی و ساختارهای اجتماعی، شرایطی فراهم می‌سازد تا سیاست‌ها با بستر واقعی جامعه هم‌راستا شوند. از منظر سلامت اجتماعی، برنامه‌ریزی جامعه‌محور موجب تقویت حس اعتماد متقابل میان مردم و نهادهای محلی، افزایش مشارکت مدنی و بهبود روابط اجتماعی می‌گردد. این رویکرد نه تنها بر بهبود شاخص‌های رفاهی تأثیرگذار است، بلکه موجب کاهش احساس نابرابری، ارتقای عدالت اجتماعی و افزایش تاب‌آوری جمعی در برابر بحران‌های اقتصادی و فرهنگی می‌شود (افشانی، فرقانی، ۱۳۹۶: ۵). یکی از چالش‌های اساسی در جوامع امروز، ایجاد توازن میان عدالت اجتماعی، کارآمدی برنامه‌ریزی و پایداری سلامت اجتماعی است. عدالت اجتماعی تضمین‌کننده‌ی دسترسی برابر افراد به فرصت‌ها و منابع است و نبود آن به شکل‌گیری شکاف طبقاتی، طرد اجتماعی و احساس بی‌عدالتی منجر می‌شود. در شرایطی که نابرابری در توزیع منابع و خدمات اجتماعی گسترش می‌یابد، احساس رضایت از زندگی و اعتماد اجتماعی نیز کاهش پیدا می‌کند (دهقان‌پوری، چاوشی، ۱۴۰۱: ۳۹۲). سیاست‌گذاری محلی، هنگامی که با اصول عدالت اجتماعی هم‌راستا شود، قادر است سلامت اجتماعی را به صورت ساختاری ارتقاء دهد. این امر نیازمند آن است که تصمیم‌گیری‌های محلی بر اساس شناخت دقیق از نیازهای شهروندان، ظرفیت‌های جامعه و ارزش‌های فرهنگی صورت گیرد. عدالت در تخصیص منابع، به‌ویژه در حوزه‌هایی چون آموزش، بهداشت، مسکن و فرصت‌های شغلی، نقشی تعیین‌کننده در کاهش تنش‌های اجتماعی و تقویت هم‌بستگی عمومی دارد. پایداری سلامت اجتماعی زمانی تحقق می‌یابد که عدالت اجتماعی نه در قالب شعار، بلکه به‌عنوان اصل بنیادین در برنامه‌ریزی محلی نهادینه شود. این پایداری، محصول پیوند میان سیاست‌های اجتماعی فراگیر، مشارکت آگاهانه شهروندان و نظام مدیریتی پاسخگو است (Strokosch, Roy, 2025: 799).

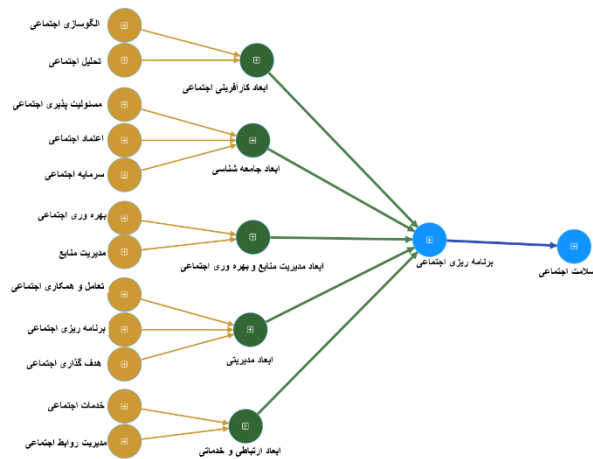
ادبیات و مبانی نظری

برنامه‌ریزی اجتماعی، نظامی از تصمیم‌سازی‌های هدفمند است که باهدف ارتقای عدالت، انسجام و رفاه اجتماعی در سطوح مختلف جامعه عمل می‌کند. سلامت اجتماعی به‌عنوان پیامد مستقیم کیفیت ساختارهای اجتماعی، حاصل تعامل میان فرصت‌های برابر، دسترسی به خدمات و احساس تعلق جمعی است. رابطه‌ی این دو حوزه، نشان‌دهنده‌ی ضرورت نگاه سیستمی به برنامه‌ریزی شهری

و اجتماعی است؛ جایی که سیاست‌های اجتماعی نه صرفاً در قالب رفاه، بلکه به‌عنوان سازوکار تولید سلامت جمعی تبیین می‌شوند (تاج‌بخش، احمدی، ۱۴۰۲: ۴۷). سلامت اجتماعی زمانی بهینه می‌شود که فرایندهای برنامه‌ریزی، برپایه شناخت عمیق از نیازهای فرهنگی، اقتصادی و ارتباطی جامعه شکل گیرند. چنین نگاهی بر آن است که ارتقای سلامت، تنها از طریق خدمات پزشکی حاصل نمی‌شود، بلکه درون ساختارهای اجتماعی، کیفیت روابط انسانی و سرمایه اجتماعی ریشه دارد. این دیدگاه، پیوندی میان عدالت اجتماعی و بهداشت اجتماعی برقرار می‌کند و برنامه‌ریزی اجتماعی را به ابزاری برای بازتولید تعادل اجتماعی بدل می‌سازد. نظریه‌پردازانی چون *آمارتیا سن*^۱ و *آنتونی گیدنز*^۲، بر نقش قابلیت‌های اجتماعی و ساختارهای نهادی در شکل‌دهی به کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی تأکید کرده‌اند. آنان معتقدند که توسعه پایدار تنها زمانی تحقق می‌یابد که سیاست‌گذاری‌های اجتماعی به توانمندسازی مردم و تقویت پیوندهای اجتماعی منجر شود (پورحسن، علمی، ابراهیم‌پور، ۱۴۰۳: ۴۴). تبیین سرمایه اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی محسوب می‌شود؛ زیرا شبکه‌های ارتباطی، اعتماد متقابل و حس تعلق جمعی زمینه‌ساز هم‌بستگی و تاب‌آوری اجتماعی هستند. در جوامعی که سطح اعتماد و مشارکت بالا است، احساس امنیت، همیاری و رضایت از زندگی تقویت می‌شود و افراد تمایل بیشتری به رفتارهای سلامت‌محور دارند. از این‌رو، سرمایه اجتماعی به‌عنوان پیوندی نامرئی میان فرد و جامعه، اثرگذارترین عنصر بر سلامت جمعی تلقی می‌شود (Simpson, Wright, 2024: 519). در برنامه‌ریزی اجتماعی، تقویت سرمایه اجتماعی مستلزم طراحی سیاست‌هایی است که تعامل میان گروه‌های مختلف را تسهیل کرده و فرصت‌های گفت‌وگو، مشارکت و همکاری را گسترش دهد. هنگامی که نهادهای اجتماعی شفاف و پاسخ‌گو باشند، اعتماد عمومی افزایش می‌یابد و چرخه‌ای مثبت میان مشارکت، عدالت و سلامت اجتماعی شکل می‌گیرد. این دیدگاه در نظریات *رابرت پاتنام*^۳، بر نقش شبکه‌های مدنی در تقویت کارکرد اجتماعی تأکید دارد، درحالی‌که *پیر بوردیو*^۴، سرمایه اجتماعی را نوعی قدرت نمادین می‌داند که در توزیع منابع و فرصت‌های اجتماعی تأثیرگذار است (جلیلی‌کیا، ۱۴۰۱: ۲). عدالت فضایی به‌معنای توزیع عادلانه امکانات، خدمات و فرصت‌ها در بستر فضاهای شهری است. هنگامی که توزیع منابع اجتماعی، آموزشی و بهداشتی نابرابر باشد، سلامت اجتماعی به‌شدت آسیب می‌بیند و گروه‌های آسیب‌پذیر با محدودیت‌های ساختاری روبه‌رو می‌شوند. از این‌رو، برنامه‌ریزی اجتماعی در محیط شهری باید همواره عدالت فضایی را به‌عنوان اصل بنیادین در طراحی فضاهای عمومی و خدمات اجتماعی در نظر گیرد (حاج‌یوسفی، ۱۳۹۶: ۴۷). عدالت فضایی، سلامت اجتماعی به شاخصی برای ارزیابی کیفیت تصمیمات شهری بدل می‌شود. فضاهایی که فرصت تعامل، امنیت و برابری را برای همه شهروندان فراهم می‌کنند، می‌توانند شبکه‌های اجتماعی فعال‌تری ایجاد کرده و سطح سلامت روانی و اجتماعی را ارتقاء دهند. این امر مستلزم آن است که برنامه‌ریزی اجتماعی، از رویکردهای صرفاً کالبدی فراتر رفته و به ابعاد اجتماعی و فرهنگی فضا نیز توجه کند. اندیشمندانی چون *ادوارد سوجا*^۵ مفهوم «عدالت فضایی»، را به‌عنوان ابزاری برای بازشناسی نابرابری‌های اجتماعی در فضاهای شهری معرفی کرد و *دیوید هاروی*^۶، با نقد سرمایه‌داری شهری، بر ضرورت بازتوزیع فرصت‌ها و منابع برای تحقق سلامت و عدالت اجتماعی تأکید نمود (حجتی‌فر، موحدمجد، محمودیانی، ۱۴۰۳: ۱۰۸-۱۰۴). بومی‌سازی برنامه‌ریزی اجتماعی، به‌معنای تطبیق سیاست‌ها و الگوهای توسعه با بافت فرهنگی، تاریخی و اقتصادی هر منطقه است. در بسیاری از جوامع، سلامت اجتماعی زمانی تحقق می‌یابد که الگوهای برنامه‌ریزی نه از بالا به پایین، بلکه از درون فرهنگ و تجربه زیسته جامعه استخراج شوند. این امر به افزایش احساس تعلق، مشارکت اجتماعی و اعتماد میان مردم و نهادها می‌انجامد (منفرد، محمدرضا. هاشم‌زهی، شکریگی، ۱۴۰۰: ۵۵). در جوامع محلی، فرهنگ به‌عنوان بستر اصلی رفتارهای اجتماعی و نظام ارزش‌ها عمل می‌کند. هنگامی که برنامه‌ریزی اجتماعی با این نظام هماهنگ باشد، اجرای سیاست‌ها کارآمدتر می‌شود و جامعه به‌صورت خودجوش در مسیر ارتقای سلامت اجتماعی گام برمی‌دارد. به عبارتی، بومی‌سازی نوعی پیوند میان عقلانیت برنامه‌ریزی و هویت فرهنگی ایجاد می‌کند که از طریق آن پایداری اجتماعی و فرهنگی تقویت می‌شود.

^۱ Amartya Sen^۲ Anthony Giddens^۳ Robert Putnam^۴ Pierre Bourdieu^۵ Edward Soja^۶ David Harvey

نظریات کلود لوی-استروس^۱، در تحلیل ساختارهای فرهنگی و آرون وایلدافسکی^۲، در نظریه فرهنگ و تصمیم‌گیری، راهگشاست. هر دو بر این باورند که سیاست‌گذاری مؤثر بدون شناخت الگوهای فرهنگی جامعه امکان‌پذیر نیست (Lenz, Litam, 2023: 425). از این رو، بومی‌سازی برنامه‌ریزی اجتماعی نه صرفاً روشی مدیریتی، بلکه ضرورتی معرفتی برای پایداری سلامت اجتماعی است. این چارچوب نظری برپایه (شکل ۱)، پیشنهاد می‌دهد که برنامه‌ریزی اجتماعی باید با تمرکز بر تقویت سرمایه اجتماعی، بهبود زیرساخت‌های خدماتی و کاهش نابرابری‌ها، به ارتقای سلامت اجتماعی منجر شود، به‌ویژه در جوامع محلی که نیازمند راهکارهای بومی‌سازی شده هستند.



شکل ۱. مدل مفهومی تحقیق - (مأخذ: نگارندگان، ۱۴۰۴)

مواد و روش تحقیق

این پژوهش باهدف ارائه الگویی برای بهبود سلامت اجتماعی از طریق برنامه‌ریزی اجتماعی در شهرستان دیر انجام شده و از روش تحقیق آمیخته (کیفی- کمی) بهره می‌گیرد. در مرحله کیفی، از روش تحلیل مضمون برای شناسایی ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های اثرگذار بر سلامت اجتماعی استفاده شد. بدین منظور، مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با ۱۰ نفر از خبرگان شامل مدیران، متخصصان و اساتید حوزه‌های برنامه‌ریزی اجتماعی، سلامت اجتماعی، بهداشت، محیط‌زیست و جامعه‌شناسی طی اردیبهشت تا خرداد ۱۴۰۴ شمسی، انجام گرفت. انتخاب مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله‌برفی صورت پذیرفت و مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. پرسش‌های اصلی مصاحبه حول محورهایی چون «راهبردهای برنامه‌ریزی اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی» و «ابعاد مؤثر برنامه‌ریزی اجتماعی در شهرستان دیر» طراحی شد تا تجارب و ادراکات خبرگان به صورت عمیق و نظام‌مند گردآوری شود. داده‌های کیفی از طریق کدگذاری باز و محوری تحلیل و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA، مفاهیم و مقوله‌های اصلی و فرعی استخراج گردید. ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان برپایه (جدول ۱)، ارائه شده است. در مرحله کمی، از روش پیمایشی برای سنجش و اعتبار سنجی مدل استفاده شد. جامعه آماری شامل ۵۴۲ نفر از کارکنان، مدیران، معاونان، کارشناسان و گروه‌های مردمی بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران (با سطح خطای ۰/۰۵ و دقت ۰/۵)، ۲۲۵ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام گرفت و پرسش‌نامه‌ها به صورت الکترونیکی از طریق پلتفرم پرس‌لاین توزیع شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در بخش کیفی شامل مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و فیش‌برداری از منابع کتابخانه‌ای بود. در بخش کمی، از دو پرسش‌نامه استفاده شد: (۱) پرسش‌نامه برنامه‌ریزی اجتماعی با ۴۵ گویه در ۵ بعد (مدیریت منابع، کارآفرینی اجتماعی، جامعه‌شناختی، مدیریتی و ارتباطی- خدماتی)، که براساس یافته‌های کیفی طراحی گردید. (۲) پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کبیز (۲۰۰۴ میلادی)، شامل ۲۰ سؤال در ۵ زیرمقیاس و طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای برپایه (جدول ۲)، تبیین گردید. روایی ابزارها از طریق روایی ظاهری، محتوایی (روش دلفی با شاخص‌های CVI و CVR) و روایی سازه (تحلیل عاملی تأییدی در نرم‌افزار SmartPLS)، بررسی و تأیید شد. پایایی ابزارها نیز با

^۱ Claude Lévi-Strauss

^۲ Aaron Wildavsky

ضریب آلفای کروناخ بالاتر از ۰/۷ احراز گردید. این فرایند، اطمینان از دقت و اعتبار ابزارهای پژوهش را تضمین کرد. تحلیل داده‌های کیفی با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA و از طریق کدگذاری باز و محوری انجام شد تا ابعاد اصلی و مؤلفه‌های فرعی مدل استخراج شوند. در بخش کمی، از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، توزیع فراوانی)، و آمار استنباطی شامل آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، تحلیل عاملی تأییدی و مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزار SmartPLS استفاده شد. شاخص‌های روایی همگرا و واگرا، پایایی ترکیبی، R^2 و GOF برای ارزیابی کیفیت مدل به کار رفتند. رویکرد آمیخته این پژوهش با تلفیق تحلیل‌های عمیق کیفی و داده‌های کمی، الگویی جامع، بومی و علمی-کاربردی برای ارتقای سلامت اجتماعی در شهرستان دیر ارائه می‌دهد. این الگو باتأکید بر ابعاد فرهنگی و محلی، می‌تواند مبنایی برای تدوین راهبردهای مؤثر در نهادهای اجتماعی و فرهنگی منطقه قرار گیرد.

جدول ۱. ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در مصاحبه - (مأخذ: نگارندگان، ۱۴۰۴)

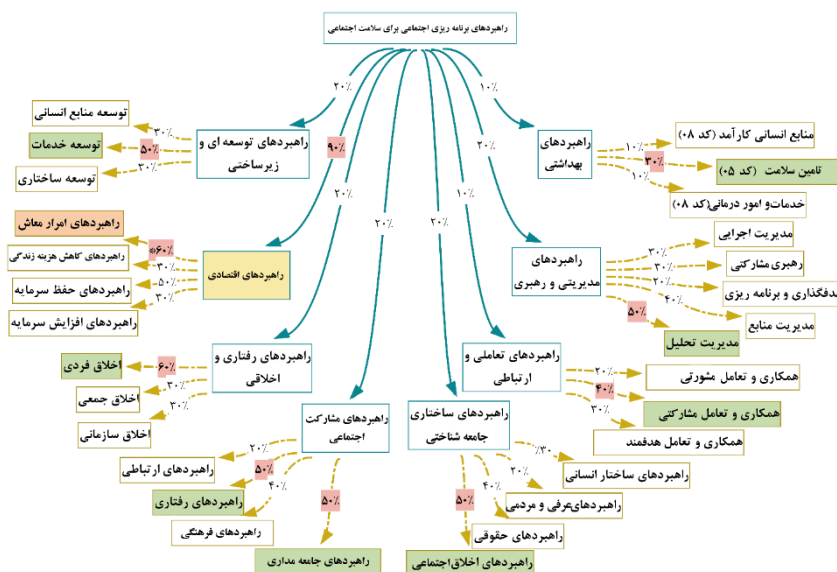
ردیف	کد مصاحبه شونده	سمت/جایگاه علمی	تاریخ مصاحبه
۱	کد ۰۱	معاونت اجتماعی استانداری	۱۳۰۴ اردیبهشت
۲	کد ۰۲	مدیریت حوزه اجتماعی شهرداری دیر	
۳	کد ۰۳	مدیریت بهداشت درمان شهرستان	
۴	کد ۰۴	مدیریت حوزه اقتصادی شهرستان	
۵	کد ۰۵	معاونت حوزه برنامه و بودجه	۱۳۰۴ خرداد
۶	کد ۰۶	کارشناس مسائل اجتماعی استانداری	
۷	کد ۰۷	استاد دانشگاه آزاداسلامی بوشهر	
۸	کد ۰۸	استاد دانشگاه آزاداسلامی دیر	
۹	کد ۰۹	مدیریت گروه‌های مردم نهاد اجتماعی	
۱۰	کد ۱۰	کارشناس حوزه بهداشت و درمان شهرستان	

جدول ۲. ضریب الفای کرونباخ مولفه‌های پرسشنامه‌ها - (مأخذ: نگارندگان، ۱۴۰۴)

متغیر	ابعاد	شماره سؤال	ضریب ألفا	منبع
سلامت اجتماعی	سلامت اجتماعی	۱ تا ۲۱	۰/۸۵۴	کیمی
برنامه ریزی اجتماعی	ابعاد مدیریت منابع و بهره وری اجتماعی	۱-۸	۰/۹۱۵	محقق ساخته
	ابعاد کارآفرینی اجتماعی	۹-۲۱	۰/۹۱۰	
	ابعاد جامعه شناسی	۲۲-۲۹	۰/۷۳۹	
	ابعاد مدیریتی	۳۰-۳۷	۰/۹۰۵	
	ابعاد ارتباطی و خدماتی	۳۸-۴۵	۰/۹۰۵	

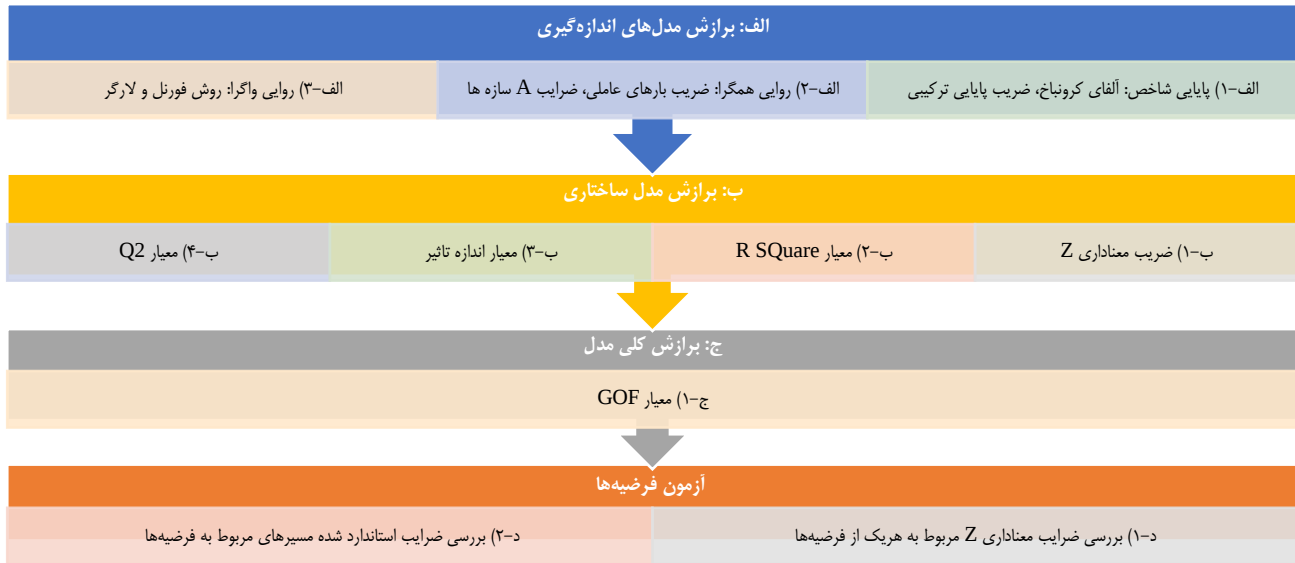
بحث و یافته‌های تحقیق

در ارتباط با تحلیل شاخص‌های برنامه‌ریزی اجتماعی در شهروندان شهر دیر می‌توان بیان کرد که این مقوله از ۱۰۹ مضمون پایه در قالب ۸ مضمون سازمان‌دهی شده که در برگیرنده مفاهیم است که بر پایه (شکل ۲)، ارائه شده است.



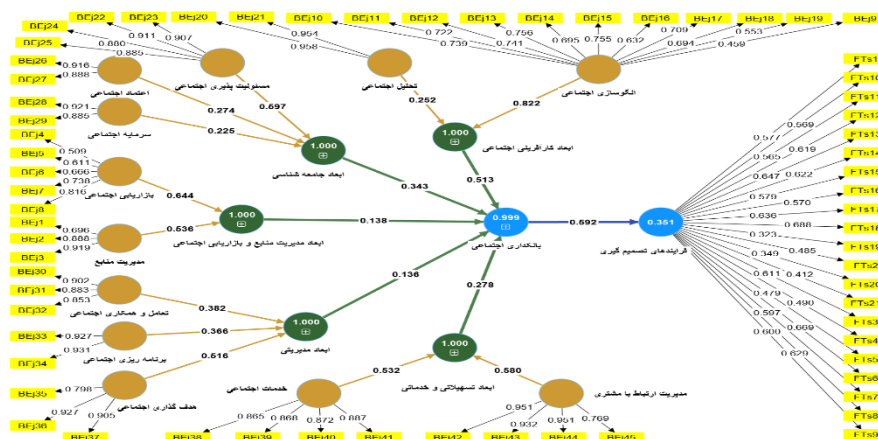
شکل ۲. الگوی توزیع مضامین و مفاهیم شاخص‌های برنامه‌ریزی اجتماعی در شهر وندان شهر دیر- (مأخذ: یافته‌های پژوهشی، ۱۴۰۴)

پس از بررسی توزیع داده‌ها و روابط میان متغیرها، مدل مفهومی پژوهش با استفاده از نرم‌افزار Smart PLS در ۳ مرحله اجرا و تحلیل شده است تا فرضیات تحقیق موردآزمون و تفسیر قرار گیرد برپایه (شکل ۳).

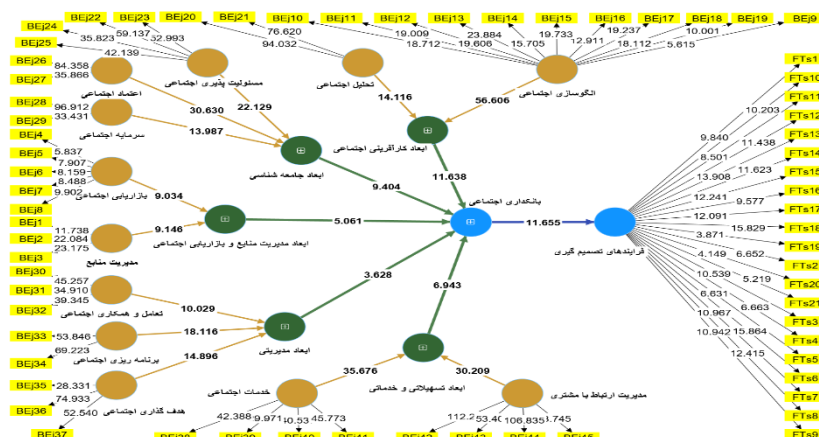


شکل ۳. الگوریتم مدلسازی به روش PLS- (مأخذ: یافته‌های پژوهشی، ۱۴۰۴)

در این بخش از مدل اندازه‌گیری (مدل بیرونی)، برای بررسی رابطه بین متغیرهای پنهان و گویه‌ها استفاده شد. نتایج در قالب نمودار بارهای عاملی و ضرایب مسیر برپایه (شکل ۴)، و ضرایب معناداری t (شکل ۵)، ارائه گردید.



شکل ۴. مدل با ضرایب استاندارد شده بار عاملی و ضرایب مسیر- (مأخذ: یافته‌های پژوهشی، ۱۴۰۴)



شکل ۵. مدل با ضرایب t-Value- (مأخذ: یافته‌های پژوهشی، ۱۴۰۴)

به‌طورخاص، از مدل اندازه‌گیری، برای بررسی روایی و پایایی سازه‌ها از بار عاملی، ضریب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی استفاده شد. نتایج نشان داد که کلیهٔ بارهای عاملی بیش از $0/4$ و مقادیر t بزرگتر از $1/96$ بوده‌اند و همچنین ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی همهٔ متغیرها بالاتر از $0/7$ به‌دست آمده است برپایهٔ (جدول ۳). همچنین، مدل از روایی و پایایی قابل قبول برخوردار است.

جدول ۳. شاخص‌های ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی- (مأخذ: یافته‌های پژوهشی، ۱۴۰۴)

نتیجه	ضریب پایایی ترکیبی (CR>0.7)			ضریب آلفای کرونباخ (Alpha>0.7)			مضامین پایه	ابعاد سازمان‌دهنده	متغیر
	متغیر	ابعاد	مؤلفه‌ها	متغیر	ابعاد	مؤلفه‌ها			
مطلوب	۰.۹۰۶			۰.۸۹۱			سلامت اجتماعی		
مطلوب			۰.۹۲۸	۰.۸۴۹	۰.۹۱۸	۰.۸۹۶	خدمات اجتماعی		ابعاد ارتباطی و خدماتی
			۰.۹۴۷			۰.۹۳۲	مدیریت روابط اجتماعی		
مطلوب			۰.۹۴۲		۰.۹۳۶	۰.۹۱۸	مسئولیت‌پذیری اجتماعی		ابعاد جامعه‌شناسی
			۰.۸۹۷			۰.۷۷۱	اعتماد اجتماعی		
			۰.۸۹۹			۰.۷۷۶	سرمایه اجتماعی		
مطلوب			۰.۸۷۶		۰.۷۵۹	۰.۷۸۶	مدیریت منابع		ابعاد مدیریت منابع و بهره‌وری
			۰.۸۰۴			۰.۷۹۴	بهره‌وری اجتماعی		
مطلوب			۰.۹۱۱		۰.۸۵۰	۰.۸۵۴	تعامل و همکاری اجتماعی		ابعاد مدیریتی
			۰.۹۲۶			۰.۸۴۱	برنامه‌ریزی اجتماعی		
			۰.۹۱			۰.۸۴۹	هدف‌گذاری اجتماعی		
مطلوب		۰.۹۰۵	۰.۹۰۱	۰.۸۸۳	الگوسازی اجتماعی		ابعاد کارآفرینی اجتماعی		
		۰.۹۵۵		۰.۹۰۶	تحلیل اجتماعی				

برای ارزیابی روایی مدل اندازه‌گیری از دو نوع روایی همگرا و واگرا استفاده شد. مقدار میانگین واریانس استخراج‌شده (AVE)، در همهٔ سازه‌ها بیش از $0/5$ بوده و نشان‌دهندهٔ روایی همگرایی مناسب است همچنین، روایی واگرا با روش فورنل و لارکر بررسی شد که نتایج آن تأییدکننده تمایز سازه‌ها از یکدیگر در مدل می‌باشد برپایهٔ (جدول ۴ و ۵).

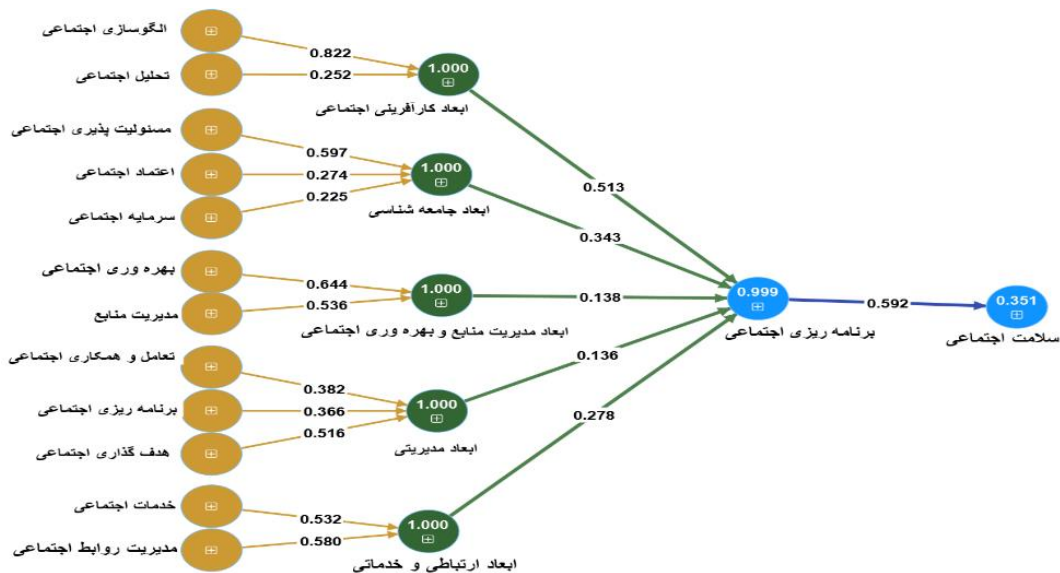
جدول ۴. شاخص میانگین واریانس استخراجی- (مأخذ: یافته‌های پژوهشی، ۱۴۰۴)

نتیجه	میانگین واریانس استخراجی (AVE>0.7)			مضامین پایه	ابعاد سازمان‌دهنده	متغیر
	متغیر	ابعاد	مؤلفه‌ها			
مطلوب	۰.۵۲۱			سلامت اجتماعی		
مطلوب	۰.۷۷۲	۰.۶۳۸	۰.۷۶۲	خدمات اجتماعی	ابعاد ارتباطی و خدماتی	برنامه‌ریزی اجتماعی
			۰.۸۱۷	مدیریت روابط اجتماعی		
مطلوب		۰.۶۶۴	۰.۸۰۳	مسئولیت‌پذیری اجتماعی	ابعاد جامعه‌شناسی	
			۰.۸۱۳	اعتماد اجتماعی		
			۰.۸۱۶	سرمایه اجتماعی		
مطلوب		۰.۵۸۰	۰.۷۰۵	مدیریت منابع	ابعاد مدیریت منابع و بهره‌وری اجتماعی	
			۰.۶۵۷	بهره‌وری اجتماعی		
مطلوب		۰.۵۸۹	۰.۷۷۴	تعامل و همکاری اجتماعی	ابعاد مدیریتی	
			۰.۸۶۳	برنامه‌ریزی اجتماعی		
			۰.۷۷۲	هدف‌گذاری اجتماعی		
مطلوب	۰.۵۶۲	۰.۶۶۷	الگوسازی اجتماعی	ابعاد کارآفرینی اجتماعی		
		۰.۸۶۳	تحلیل اجتماعی			

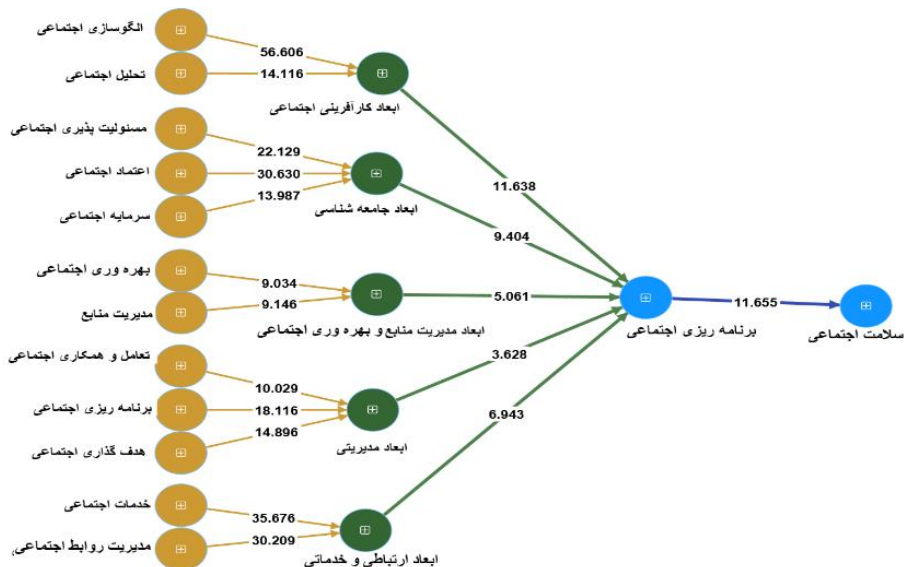
جدول ۵. نتایج روایی واگرا به روش فورنل و لارکر- (مأخذ: یافته‌های پژوهشی، ۱۴۰۴)

متغیرهای مرتبهٔ اول	ابعاد ارتباطی و خدماتی	ابعاد جامعه‌شناسی	ابعاد مدیریت منابع و بهره‌وری اجتماعی	ابعاد مدیریتی	ابعاد کارآفرینی اجتماعی	سلامت اجتماعی
ابعاد ارتباطی و خدماتی	۰,۷۹۹					
ابعاد جامعه‌شناسی	۰,۶۲۴	۰,۸۱۵				
ابعاد مدیریت منابع و بهره‌وری اجتماعی	۰,۶۱۲	۰,۷۳۹	۰,۶۱۶			
ابعاد مدیریتی	۰,۵۳۷	۰,۷۰۷	۰,۵۶۸	۰,۶۹۹		
ابعاد کارآفرینی اجتماعی	۰,۴۹۸	۰,۶۳۸	۰,۵۳۹	۰,۶۴۹	۰,۹۸۰	
برنامه‌ریزی اجتماعی	۰,۴۳۷	۰,۶۲۸	۰,۴۹۵	۰,۵۸۳	۰,۸۵۴	۰,۶۹۶
سلامت اجتماعی	۰,۴۰۸	۰,۴۴۴	۰,۴۸۷	۰,۵۶۸	۰,۵۸۶	۰,۵۹۲

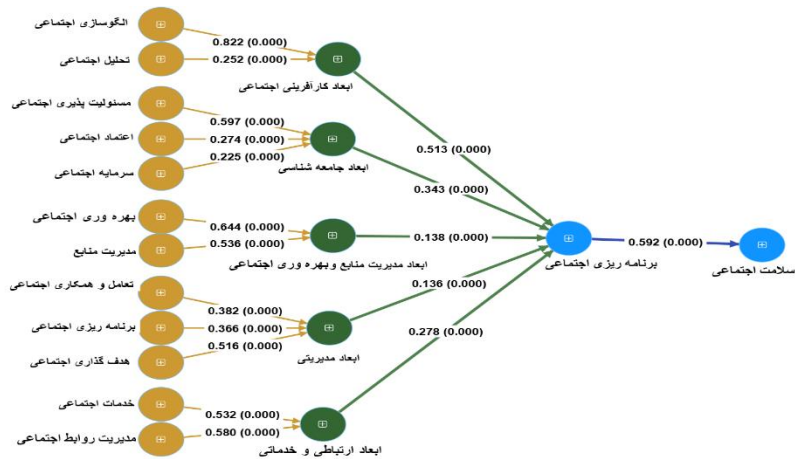
مدل ساختاری پژوهش که روابط میان متغیرهای مکنون (پنهان)، را بررسی می‌کند، مورد ارزیابی قرار گرفته است. همان گونه که پیش‌تر اشاره شد، مدل ساختاری شامل مجموعه‌ای از شاخص‌ها و معیارهایی است که برای اطمینان از دقت و اعتبار مدل باید مورد بررسی و تأیید قرار گیرند. این شاخص‌ها عبارت‌اند از: ضرایب مسیر (بتا) و معناداری آن‌ها (مقادیر t-Value)، ضریب تعیین (R^2) برای متغیرهای مکنون درون‌زا، شاخص ارتباط پیش‌بین استون-گیسر (Q^2)، شاخص شدت تأثیر (F^2) و شاخص هم‌خطی (VIF)، بین متغیرهای مستقل. نمودارهای حاصل از مدل نشان می‌دهند که مسیرهای ارتباطی بین متغیرهای پنهان از معناداری آماری لازم برخوردار بوده و مدل از برازش قابل قبولی برخوردار است. برپایه (شکل ۶)، مدل پژوهش در حالت ضرایب مسیر استاندارد شده نمایش داده شده است و (شکل ۷)، مدل را در حالت معناداری t نشان می‌دهد. همچنین، (شکل ۸)، ضرایب سطح معناداری مدل را ارائه می‌کند. به‌منظور تحلیل دقیق‌تر، نتایج کمی مربوط به شاخص‌های مدل برپایه (جدول ۱)، نتایج مربوط به معناداری روابط بین متغیرها را نشان می‌دهد، (جدول ۷)، ضرایب تعیین متغیرهای وابسته را ارائه می‌کند، (جدول ۸)، میزان قدرت پیش‌بینی مدل را درخصوص متغیرهای وابسته مشخص می‌سازد، (جدول ۹)، شدت تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته را بیان می‌کند و درنهایت (جدول ۱۰)، شاخص هم‌خطی بین متغیرهای مستقل را نمایش می‌دهد. نتایج به دست آمده از مدل ساختاری نشان می‌دهد که روابط میان متغیرهای تحقیق از معناداری و پایداری آماری برخوردار بوده و مدل نهایی از برازش و اعتبار مطلوبی برخوردار است.



شکل ۶. مدل پژوهش در حالت ضرایب مسیر استاندارد شده- (مأخذ: یافته‌های پژوهشی، ۱۴۰۴)



شکل ۷. مدل پژوهش در حالت معناداری تی- (مأخذ: یافته‌های پژوهشی، ۱۴۰۴)



شکل ۸. ضرایب سطح معنی‌داری مدل تحقیق- (مأخذ: یافته‌های پژوهشی، ۱۴۰۴)

جدول ۶. نتایج مربوط به معناداری روابط بین متغیرها- (مأخذ: یافته‌های پژوهشی، ۱۴۰۴)

نتیجه	سطح معنی‌داری	T-Value	انحراف استاندارد (STDEV)	فاصله اطمینان برای ضریب مسیر		ضریب مسیر	مسیر: متغیر مستقل < متغیر وابسته
				حد بالا	حد پایین		
معنی‌دار	۰.۰۰۰	۱۱,۶۵۵	۰.۰۵۱	۰.۶۷۵	۰.۴۶۴	۰.۵۹۲	برنامه‌ریزی اجتماعی < سلامت اجتماعی

جدول ۷. نتایج مربوط به ضریب تعیین متغیرهای وابسته- (مأخذ: یافته‌های پژوهشی، ۱۴۰۴)

نتیجه	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	متغیرهای وابسته
مطلوب	۰.۳۴۸	۰.۳۵۱	سلامت اجتماعی

جدول ۸. نتایج مربوط به قدرت پیش‌بینی مدل در خصوص متغیرهای وابسته- (مأخذ: یافته‌های پژوهشی، ۱۴۰۴)

نتیجه	شاخص استون-کیر (Q ²)	متغیرهای وابسته
مطلوب	۰.۱۰۳	سلامت اجتماعی

جدول ۹. نتایج مربوط به شدت تأثیر متغیرهای مستقل بر وابسته- (مأخذ: یافته‌های پژوهشی، ۱۴۰۴)

مسیر: متغیر مستقل < متغیر وابسته	f ² متغیر مستقل
برنامه‌ریزی اجتماعی < سلامت اجتماعی	۰.۵۴۱

جدول ۱۰. نتایج مربوط به شاخص هم‌خطی متغیرهای مستقل- (مأخذ: یافته‌های پژوهشی، ۱۴۰۴)

مسیر: متغیر مستقل < متغیر وابسته	VIF متغیر مستقل	نتیجه
برنامه‌ریزی اجتماعی < سلامت اجتماعی	۱.۰۰۰	کمتر از ۵ و مناسب

برای سنجش برازندگی کلی مدل، از شاخص GOF (Goodness of Fit)، استفاده شد که کیفیت کل مدل‌های اندازه‌گیری و ساختاری را ارزیابی می‌کند. فرمول محاسبه این شاخص به صورت زیر است:

$$GOF = \sqrt{\text{Communalities} \times R^2}$$

مقدار بالاتر GOF نشان‌دهنده قدرت برازندگی بالای مدل و مقدار نزدیک به صفر نشان‌دهنده برازش ضعیف مدل است. همان‌طور برپایه (جدول ۱۱)، مشاهده می‌شود، مقدار GOF برابر ۰/۳۳۹ محاسبه شده که حکایت از برازش قوی مدل کلی پژوهش دارد. در این مرحله، سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ و یا مقدار t بزرگتر از ۱/۹۶ به‌عنوان معیار تأیید فرضیات در نظر گرفته شده است.

جدول ۱۱. نتایج برازش کلی مدل با معیار GOF- (مأخذ: یافته‌های پژوهشی، ۱۴۰۴)

متغیرها	ضریب تعیین	مقادیر اشتراکی
سلامت اجتماعی	۰.۳۵۱	۰.۲۸۵
برنامه‌ریزی اجتماعی	-	۰.۳۶۱
ابعاد ارتباطی و خدماتی	۰.۳۹۱	۰.۴۱۹
ابعاد جامعه‌شناسی	۰.۲۱۵	۰.۲۶۹
ابعاد مدیریت منابع و بهره‌وری اجتماعی	۰.۳۶۲	۰.۳۷۳
ابعاد مدیریتی	۰.۴۲۷	۰.۳۵۶
ابعاد کارآفرینی اجتماعی	۰.۳۹۲	۰.۲۹۷
میانگین	۰.۳۴۱	۰.۳۳۷
$GOF = \sqrt{\text{Communalities} \times R^2} = \sqrt{0.337 \times 0.341} = 0.339$		
سه مقدار ۰.۲۵، ۰.۳۶ و ۰.۳۶ برای GOF به ترتیب برازش ضعیف، متوسط و قوی		
مقادیر اشتراکی متغیرهای مرتبه دوم در محاسبات GOF نادیده گرفته می‌شود		

نتیجه‌گیری و ارائه پیشنهادها

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ارتقای سلامت اجتماعی در شهرستان دیر مستلزم رویکردی یکپارچه و جامعه‌محور است که ابعاد مدیریتی، اجتماعی و خدماتی را به‌طور هم‌زمان در نظر گیرد. این رویکرد سلامت اجتماعی را نه به‌عنوان یک وضعیت ایستا بلکه به‌عنوان فرایندی پویا می‌بیند که از طریق تقویت تعاملات اجتماعی، مسئولیت‌پذیری جمعی و اعتماد متقابل میان شهروندان و نهادهای محلی شکل می‌گیرد. به‌ویژه در شهرستان دیر، ظرفیت‌های فرهنگی، ساختاری و اقتصادی بومی، نقش تعیین‌کننده‌ای در ایجاد شرایطی دارد که سلامت اجتماعی بتواند به شکلی پایدار و مستمر تقویت شود. توانمندسازی اجتماعی در شهرستان دیر و طراحی برنامه‌های بومی‌سازی‌شده، امکان شکل‌گیری شبکه‌های اجتماعی قوی، افزایش حس تعلق به جامعه و توسعه تاب‌آوری محلی را فراهم می‌آورد. رویکرد جامعه‌محور نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی تنها نتیجه ارائه خدمات و تخصیص منابع نیست؛ بلکه از کیفیت تعاملات انسانی، سرمایه اجتماعی و هم‌افزایی میان ساختارهای اجتماعی و فرهنگی نشأت می‌گیرد. بومی‌سازی سیاست‌ها موجب می‌شود که تصمیم‌گیری‌ها با نیازهای واقعی جامعه هماهنگ شده و پاسخ‌گو به چالش‌های محلی باشد. تحقق سلامت اجتماعی پایدار در شهرستان دیر مستلزم ایجاد تعادل میان عدالت اجتماعی، بهره‌وری منابع و مشارکت فعال شهروندان است. سیاست‌های اجتماعی و برنامه‌ریزی شهری که با ویژگی‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی شهرستان هم‌راستا باشند، انسجام جمعی را تقویت کرده و حس امنیت، رضایت و عدالت را در جامعه ارتقاء می‌دهند. چنین رویکردی می‌تواند شکاف‌های اجتماعی و نابرابری‌های ساختاری را کاهش دهد و زمینه را برای مشارکت مستمر و آگاهانه شهروندان فراهم سازد. تحقیق موردکاوی نشان داد برنامه‌ریزی جامعه‌محور در شهرستان دیر باید فرایندهای تصمیم‌گیری را از مسیرهای سنتی و از بالا به پایین خارج کرده و با بهره‌گیری از ظرفیت‌ها، تجارب زیسته و ارزش‌های فرهنگی جامعه طراحی شود. این امر موجب می‌شود که سیاست‌ها نه تنها اثرگذار و کارآمد باشند، بلکه به صورت مستمر و هم‌راستا با نیازهای بومی، سلامت اجتماعی را ارتقاء دهند. اهمیت این رویکرد در شهرستان دیر، به دلیل ویژگی‌های جمعیتی، ساختاری و فرهنگی خاص منطقه، بیش از بسیاری دیگر از مناطق کشور است. در نتیجه، الگوی ارائه‌شده در پژوهش، مبنای علمی و کاربردی برای توسعه راهبردهای مؤثر در نهادهای اجتماعی و فرهنگی شهرستان دیر فراهم می‌کند. این مدل نشان می‌دهد که ارتقای سلامت اجتماعی در این شهرستان نتیجه هم‌افزایی میان سرمایه اجتماعی، کارآفرینی اجتماعی، مدیریت منابع و مشارکت فعال شهروندان است. برنامه‌ریزی جامعه‌محور می‌تواند به ابزاری کلیدی برای توسعه پایدار، کاهش آسیب‌های اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی شهروندان تبدیل شود و مسیر تحقق جامعه‌ای منسجم، تاب‌آور و سالم را هموار سازد.

منابع

- افشانی، سیدعلیرضا. فرقانی، مهناز. (۱۳۹۶). *مطالعه تطبیقی رابطه سلامت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در بین والدین و فرزندان ساکن شهر یزد*. فصلنامه علمی پژوهشی-پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، دوره ۶، شماره ۱؛ (پیاپی ۱۶)، ۱۶-۱.
- امیری، مهدی. رحمانی، جهانبخش. سعادت‌مند، زهره. (۱۴۰۳). *سنتر پژوهی مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی*. فصلنامه علمی پژوهشی-جامعه‌شناسی آموزش و پرورش، دوره ۱۰، شماره ۱، ۱۳۰-۱۱۹.
- پورحسن، عباس، علمی، محمود. ابراهیم‌پور، داوود. (۱۴۰۳). *تحلیل جامعه‌شناختی ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده با سلامت اجتماعی جانبازان انقلاب اسلامی استان آذربایجان شرقی*. فصلنامه علمی پژوهشی-مطالعات جامعه‌شناسی، دوره ۱۷، شماره ۶۳، ۵۷-۴۲.
- تاج‌بخش، غلامرضا. احمدی، برزین. (۱۴۰۲). *عوامل اجتماعی- فرهنگی مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور جوانان*. فصلنامه علمی پژوهشی-سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، دوره ۷، شماره ۱؛ (پیاپی ۳۲)، ۵۷-۴۵.
- جلیلی کیا، محمدجواد. (۱۴۰۱). *بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی*. ششمین کنفرانس ملی روان‌شناسی (علم زندگی)، شیراز-ایران، ۱۴-۱.
- حاجیوسفی، علی. (۱۳۹۶). *تأثیر نخله‌های فلسفی و اجتماعی در برنامه‌ریزی اجتماعی*. فصلنامه علمی پژوهشی-مددکاری اجتماعی، دوره ۶، شماره ۱؛ (پیاپی ۲۰)، ۵۰-۴۴.
- حجتی‌فر، سحر. موحدمجد، مجید. محمودیانی، سراج‌الدین. (۱۴۰۳). *مطالعه جامعه‌شناختی تأثیر سواد سلامت بر سلامت اجتماعی*. فصلنامه علمی پژوهشی-جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی، دوره ۱۱، شماره ۲۴، ۱۳۱-۱۰۳.

- خیاط‌کلیر، فوزیه. (۱۳۹۴). *برنامه‌ریزی اجتماعی- فرهنگی شهر خلاق*، سومین کنگره بین‌المللی عمران، معماری و توسعه شهری، تهران-ایران، ۱-۱۰.
- دهقان‌پوری، حوریه. چاوشی، سیدرسول. (۱۴۰۱). *بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر نشاط اجتماعی و سلامت روانی دانش‌آموزان مقطع متوسطه استان سمنان*. فصلنامه علمی پژوهشی-مطالعات آموزشی و آموزشگاهی، دوره ۱۱، شماره ۴: (پیاپی ۳۳)، ۳۸۹-۴۱۵.
- صالح‌نیا، نفیسه. (۱۴۰۳). *شناسایی و تحلیل اثرات متقابل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در ایران*. فصلنامه علمی پژوهشی-راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، دوره ۹، شماره ۴، ۳۶۹-۳۸۱.
- صفوی، سیده‌رقیه. بخشی، فتنه. کسمایی، پریسا. امیدی، سعید. (۱۴۰۰). *تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و سبک زندگی سالمندان*. فصلنامه علمی پژوهشی-آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دوره ۹، شماره ۴: (پیاپی ۱۰)، ۳۷۲-۳۸۲.
- ظهیری‌نیا، مصطفی. ولی‌پور، زهرا. سرافراز، پریناف. (۱۴۰۱). *بررسی سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین کارکنان دستگاه‌های اجرایی شهر بندرعباس*. فصلنامه علمی پژوهشی-آموزش مطالعات توسعه اجتماعی-فرهنگی، دوره ۱۰، شماره ۴، ۲۰۲-۲۲۲.
- قربانی، علی. حسینی، رنا. ایراندوست، سیدفهمیم. (۱۴۰۴). *بررسی سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در میان دانشجویان مقطع علوم پایه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۴۰۳*. فصلنامه علمی پژوهشی-دانشکده علوم پزشکی ساوه، دوره ۱، شماره ۱، ۱-۱۱.
- منفرد، محمدرضا. هاشم‌زهی، نوروز. شکریگی، عالییه. (۱۴۰۰). *بررسی سلامت اجتماعی و عوامل جامعه‌شناختی مرتبط با آن در بین شهروندان استان ایلام*. فصلنامه علمی پژوهشی-جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، دوره ۱۰، شماره ۱، ۵۳-۷۷.
- میرفردی، اصغر. محمودیانی، سراج‌الدی. صدیقی، ساناز. (۱۴۰۴). *بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه شیراز*. فصلنامه علمی پژوهشی-بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره ۱۵، شماره ۲، ۴۱-۵۹.
- Alesaily, Zaker. Gabr, Asmaa Salah. (2025). *Exploring Urban Planning Axes Through The Bibliometric Analysis Of Conceptual Structure*. Journal Of Al-Azhar University Engineering Sector, 20(76): 880-908.
- Kolmes, Steven A. (2022). *Intended And Unintended Consequences Of Two Paradigms Of Urban Planning, And Their Social Justice And Human Health Impacts, In Portland, Oregon*. Journal Of Environments, 9(10): 1-25.
- Lenz, A. Stephen. Litam, Stacey Diane Arañez. (2023). *Integrating The Social Determinants Of Mental Health Into Case Conceptualization And Treatment Planning*. Journal Of Counseling & Development, 101(4): 416-428.
- Simpson, Joelle N. Wright, Joseph L. (2024). *Pandemic Planning, Response, And Recovery For Pediatricians: A Focus On Health Equity And Social Determinants Of Health*. Pediatric Clinics, 71(3): 515-528.
- Strokosch, Kirsty. Roy, Michael. (2025). *Health And Social Care Integration: Fixing A Fixed Service Ecosystem For Value Co-Creation*. Public Management Review, 27(3): 794-816.