

Health Beliefs, Health Norms, and Healthy Lifestyle among Urban and Rural Youth in Fars Province, Iran

Maryam Soroush¹, Sedighe Alborzi^{1,*}

1. Behavioral Sciences Research Group, ACECR, Fars Branch, Shiraz, Iran.

* **Corresponding author:** Sedighe Alborzi. Email: alborzi254@gmail.com

Original Article

Abstract

Background and Aim: Young people's health lifestyles emerge from the interplay of socio-cultural structures, cultural norms, and individual agency, continuously shaped by social and cultural changes during the transition to adulthood. Disparities in resource access and consumption patterns between urban and rural environments further differentiate these health behaviors. Grounded in Cockerham's Health Lifestyle Theory, this study examined the role of cultural beliefs and norms in shaping the health lifestyles of youth in Fars Province.

Data and Method: A descriptive-analytical approach and survey design was employed. Using multistage cluster sampling, 3,115 young individuals aged 18–35 (48.8% female, 50.8% male) in Fars Province were selected. Data were gathered via a researcher-made health beliefs scale and a Cockerham-based questionnaire assessing ten health dimensions, including nutrition, physical activity, substance use, and stress management.

Findings: The results revealed that the mean overall healthy lifestyle score across the sample was at a low-to-moderate level, being significantly higher among females and urban residents compared to males and rural residents ($p < 0.05$). Cultural beliefs and norms demonstrated significant relationships with all dimensions of healthy lifestyle except physical activity. Furthermore, experiencing illness did not necessarily alter unhealthy beliefs and, in certain cases, even reinforced them.

Conclusion: The findings underscore the critical need for culturally tailored educational interventions, targeted health programs for young men, the active engagement of women as community health facilitators, and interactive strategies designed to challenge and modify unhealthy beliefs.

Keywords: Healthy lifestyle; Cultural beliefs; Youth; Cockerham; Fars Province.

Key Message: Healthy lifestyles among youth in Fars Province are shaped by cultural beliefs, norms, and social environments, with urban youth and women exhibiting healthier patterns than rural youth and men. The persistence of certain unhealthy beliefs, even after illness, indicates that changing health behaviours requires culturally sensitive, interactive interventions tailored to urban and rural contexts, rather than simple information dissemination.

Received: 12 August 2025

Accepted: 15 December 2025

Citation: Soroush, M., & Alborzi, S. (2026). Health beliefs, health norms, and healthy lifestyle among urban and rural youth in Fars Province, Iran. *Journal of Social Continuity and Change*, 5(2), 383-410. <https://doi.org/10.22034/JSCC.2026.23488.1299>



Extended Abstract

Introduction

Ensuring public health has always been a fundamental challenge for human societies, and in the contemporary era, the responsibility for maintaining health through the adoption of a healthy lifestyle largely rests upon individuals themselves ([Spratt et al., 2006](#); [Havrylyshyn & Nsouli, 2001](#)). A healthy lifestyle is primarily the product of socialization ([Estaji et al., 2006](#); [Akbarnejad et al., 2017](#)); however, individual health choices are profoundly shaped by structural and social determinants such as education, gender, and social capital ([Zare et al., 2015](#); [Mirzaei & Kordzanganeh, 2010](#); [Masoudnia, 2015](#); [Karampour & Gorji, 2013](#)). Cultural values and beliefs play a pivotal role in dictating lifestyle practices ([Lucas et al., 2013](#); [Chaney, 2002](#)). At times, prevailing social norms or environmental impediments obstruct preventive health behaviors ([Grace et al., 2008](#); [Greenhalgh et al., 1998](#)). Consequently, health intervention programs must be culturally tailored across two distinct dimensions: surface structures (to enhance message receptivity and acceptance) and deep structures (to modify underlying behavioral priorities). Fars Province currently faces significant challenges in this context. Accordingly, the present study aims to assess differences in health lifestyles between urban and rural youth communities in Fars Province and to analyze the relationship between cultural beliefs/norms and health behaviors to inform the formulation of targeted policy interventions.

Methods and Data

This study adopted a quantitative survey design to investigate health lifestyles among youth aged 18–35 in Fars Province, Iran. The statistical population comprised all urban and rural residents within this age cohort, excluding nomadic populations. A multistage cluster sampling technique was employed: the metropolis of Shiraz was analyzed independently, while seven additional counties were selected randomly from predefined socio-cultural and geographical clusters. Based on Cochran's formula, an initial sample size of 3,200 participants was calculated; following data screening and auditing, 3,115 completed questionnaires were retained for final empirical analysis.

Data collection was executed using a researcher-developed instrument framed around Cockerham's Health Lifestyle Theory and World Health Organization (WHO) benchmarks. This questionnaire evaluated diverse dimensions of health behavior—including nutrition, physical activity, personal hygiene, driving safety, COVID-19 protocol adherence, and stress management—alongside health-related cultural beliefs and gender norms. A key methodological feature was the deployment of an electronic survey platform featuring real-time geographic (GPS) and temporal monitoring via smart mobile devices, thereby ensuring high data accuracy and operational integrity. Instrument validity was established through expert panel consensus (face validity), and internal consistency was confirmed using Cronbach's alpha coefficient. Due to the non-normal distribution of the data, statistical analyses were conducted using SPSS (Version 22), utilizing non-parametric techniques including the Mann–Whitney U test, Kruskal–Wallis test, and Spearman's rank correlation coefficient.

Findings

Among the 3,115 respondents (57.7% urban, 42.3% rural), 45.7% exhibited a healthy lifestyle, 43.0% demonstrated a moderate lifestyle, and 9.3% were categorized as having an unhealthy lifestyle. Personal hygiene recorded the highest mean compliance score, whereas alcohol consumption was the lowest. Dietary analysis revealed high consumption of sugar and salt alongside insufficient fish intake. Prevalence rates for tobacco use, self-medication, and illicit drug use were reported at 3.6%, 2.65%, and 2.51%, respectively. Furthermore, 30.3% of respondents held strong health-oriented beliefs, 54.6% held moderate beliefs, and 14.0% displayed weak health beliefs. Overall, women and urban dwellers maintained significantly healthier lifestyles compared to men and rural dwellers, with risk behaviors exhibiting higher prevalence in rural settings. Education emerged as a key determinant of health practices in urban areas, whereas in rural contexts, higher income showed a positive correlation with engagement in health-risk behaviors.

The Mann–Whitney U test indicated statistically significant gender differences across multiple lifestyle dimensions ($p < 0.05$). Men reported higher levels of physical activity but also higher rates of alcohol consumption, tobacco use, and self-medication. Conversely, women demonstrated superior performance in nutrition, driving safety, personal hygiene, adherence to COVID-19 protocols, and stress management, reflecting an overall healthier lifestyle profile. Similarly, urban residents maintained healthier lifestyles than rural residents, with rural areas exhibiting a markedly higher prevalence of tobacco and substance use.

Spearman correlation analysis demonstrated that age, educational attainment, and income play crucial roles in shaping health lifestyles. Increasing age was associated with healthier dietary habits and improved driving safety, but correlated negatively with physical activity and personal hygiene. Higher education—particularly in urban settings—was strongly correlated with better nutrition, regular exercise, hygiene compliance, and avoidance of risk behaviors (tobacco and drug use). The correlation between education and healthy lifestyle was twice as strong in urban areas compared to rural communities. In rural contexts, these correlations were generally weaker and, in certain instances, inverse (e.g., the relationship between age and compliance with COVID-19 protocols or tobacco use).

Income exhibited divergent patterns between urban and rural environments: in cities, the correlation between income and positive health dimensions was weak; in rural areas, however, higher income was positively correlated with health-risk behaviors (alcohol and tobacco intake), suggesting that economic growth in rural settings does not automatically translate into improved health habits and may instead facilitate access to risk-bearing activities. The Mann–Whitney U test revealed no significant gender differences in health beliefs; however, health beliefs were significantly less favorable in rural areas. Personal experience with physical illness was associated with unhealthier beliefs, whereas mental health conditions or a family history of illness exerted no significant effect.

Finally, health norms were significantly related to all lifestyle dimensions except physical activity, with the strongest correlations observed for driving safety and illicit drug avoidance. While individuals with healthier beliefs consistently practiced healthier behaviors across both urban and rural strata, the intensity of this relationship was noticeably stronger among urban residents.

Conclusion and Discussion

The research findings from Fars Province demonstrate that cultural beliefs and social norms serve as foundational determinants of youth health lifestyles. Key behavioral domains—including driving safety, substance avoidance, personal hygiene, and stress management—are heavily anchored in cultural norms. These outcomes strongly validate Cockerham's Health Lifestyle Theory, which posits that health behaviors emerge from the dynamic interplay among socio-cultural structures, life chances, and individual agency. Health lifestyles cannot be reduced to isolated personal choices; rather, they are embedded within socio-cultural and class contexts.

The study further highlights the dual operation of traditional and modern belief systems, which can simultaneously foster or hinder health-promoting practices. In rural communities, deeply rooted beliefs often persist even when individuals experience chronic illness or disability, manifesting as a form of passive agency wherein critical re-evaluation of health practices is absent. Gender disparities are equally pronounced: women demonstrate higher health-promoting engagement due to internalized caregiving roles structured by traditional gender norms. Urban-rural divides further underscore structural inequities; urban environments afford better health resources and literacy, whereas resource scarcity, lower educational attainment, and traditional norms in rural areas tend to reproduce unhealthy behaviors. Nonetheless, religious and traditional structures can occasionally offer protective and supportive mechanisms for health practices.

Ultimately, health policy in Iran must transcend individual-focused cognitive education. Effective interventions must penetrate both surface and deep structures of culture while addressing structural disparities between urban and rural populations. Policy recommendations include implementing localized, culturally adapted educational programs, designing targeted health campaigns for men and women, and utilizing interactive, narrative-driven approaches to reshape entrenched unhealthy beliefs. Although individual agency is expanding among Iranian youth, it remains bounded by socio-cultural structures. Therefore, health governance must strategically align cultural continuity with progressive structural transformation.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines

This study utilized a subset of data from a broader research project funded by the General Department of Sport and Youth of Fars Province. Fundamental ethical principles—including

academic integrity, accurate citation, respect for intellectual property, and data confidentiality—were strictly observed throughout all stages of the research.

Acknowledgments

The authors express their gratitude to the Strategic Studies and Research Council and the managers of the General Department of Sport and Youth of Fars Province. Special thanks are also extended to the field survey team whose rigorous data collection across urban and rural sites in Fars Province made this study possible.

Funding

This study received financial support from the General Department of Sport and Youth of Fars Province.

Authors' Contributions

Sedighe Alborzi contributed to the study's conceptualization, performed the theoretical and empirical literature review, conducted data analysis, and drafted the manuscript. Maryam Soroush was responsible for the study design, questionnaire development, data collection supervision, and critical review of the final text.

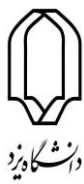
Conflicts of Interest

The authors declare no conflicts of interest.

Author's ORCID

Maryam Soroush: <https://orcid.org/0000-0003-2044-7494>

Sedighe Alborzi: <https://orcid.org/0000-0002-0122-735X>



باورها، هنجارهای سلامت و سبک زندگی سالم در بین جوانان شهری و روستایی استان فارس

مریم سروش^۱، صدیقه البرزی^{۲*}

۱- گروه پژوهشی علوم رفتاری، جهاد دانشگاهی واحد فارس، شیراز، ایران.

* نویسنده مسئول: صدیقه البرزی. رایانامه: alborzi254@gmail.com

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: سبک زندگی سالم جوانان برآیند تعامل ساختارهای هنجارهای فرهنگی و عاملیت فردی است که در فرایند گذار به بزرگسالی و تحت تأثیر مواجهه آنان با تغییرات اجتماعی و فرهنگی، شکل می‌گیرد. تفاوت محیط‌های شهری و روستایی در دسترسی به امکانات و الگوهای مصرف، این رفتارهای سلامتی را متمایز می‌سازد. هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش باورها و هنجارهای فرهنگی در شکل‌گیری سبک زندگی سلامت جوانان استان فارس با اتکاء به نظریه سبک زندگی سلامت‌محور کاکرهام است.

روش و داده‌ها: پژوهش با رویکرد توصیفی-تحلیلی و روش پیمایش انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه جوانان ۱۸ تا ۳۵ سال استان فارس است که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ۳۱۱۵ نفر (۴۸/۸ درصد زن و ۵۰/۸ درصد مرد) انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه سبک زندگی سلامت براساس مدل کاکرهام با ابعاد تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف الکل، دخانیات و مواد مخدر، مصرف خودسرانه دارو، ایمنی رانندگی، بهداشت فردی، پروتکل کرونا، اختلال خواب و مدیریت استرس بود. همچنین از پرسشنامه محقق‌ساخته باورهای مرتبط با سلامت نیز به‌عنوان ابزار گردآوری داده‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمره سبک زندگی سلامت در کل نمونه متوسط رو به پایین است و در بین زنان و ساکنان شهر به‌صورت معناداری بیشتر از مردان و ساکنان روستا است ($p < 0.05$). باورها و هنجارهای فرهنگی مرتبط با سلامت با همه ابعاد سبک زندگی سلامت جز فعالیت بدنی، رابطه معناداری داشت. برپایه یافته‌ها، تجربه بیماری الزاماً به تغییر باورهای ناسالم منجر نشده و در مواردی موجب تقویت آن‌ها شده است.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه ضرورت طراحی مداخلات آموزشی حساس به بافت فرهنگی، برنامه‌های ویژه برای مردان جوان، به‌کارگیری زنان به‌عنوان تسهیلگران سلامت و استفاده از روش‌های تعاملی برای اصلاح باورهای ناسالم را نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: سبک زندگی سلامت، باورهای فرهنگی، جوانان، کاکرهام، فارس.

پیام اصلی: سبک زندگی سلامت جوانان استان فارس در امتداد باورها و هنجارهای فرهنگی و محیط اجتماعی شکل می‌گیرد؛ به‌گونه‌ای که جوانان شهری و زنان، در مقایسه با جوانان روستایی و مردان، الگوی سالم‌تری دارند. تداوم برخی باورهای ناسالم حتی پس از تجربه بیماری، نشان می‌دهد تغییر رفتارهای سلامت نیازمند مداخلات فرهنگی و تعاملی متناسب با زمینه‌های شهری و روستایی است، نه صرفاً انتقال اطلاعات بهداشتی.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۲۱

ارجاع: سروش، مریم؛ و البرزی، صدیقه. (۱۴۰۵). باورها، هنجارهای سلامت و سبک زندگی سالم در بین جوانان شهری و روستایی استان فارس، تداوم و تغییر اجتماعی، ۵(۲)، ۳۸۳-۴۱۰. <https://doi.org/10.22034/JSCC.2026.23488.1299>



مقدمه و بیان مسأله

تأمین سلامت مردم، همواره یکی از چالش‌های اساسی در تمامی جوامع محسوب شده و ابتلا به بیماری‌ها از جمله مخاطرات بشری و عاملی مهم برای کاهش مرگ‌ومیر بوده است. سلامتی و بیماری از جمله مفاهیمی هستند که به شدت با کیفیت زندگی افراد پیوند خورده‌اند. به همین دلیل جایگاه مهمی در زندگی فرد و جامعه دارند. دانش بشری از مقوله سلامتی همواره در حال تحول بوده و به موازات آن، دیدگاه‌های مربوط به این عرصه نیز متنوع بوده‌اند. تاکنون رویکردهای گوناگونی در حوزه سلامت عمومی مطرح شده و نحوه مواجهه با سلامتی و بیماری نیز متعدد بوده است. در دنیای جدید مسئولیت حفظ سلامتی به عهده خود افراد است و افراد جامعه باید به صورتی توانمند شوند که مسئولیت سلامتی خود را پذیرفته و شیوه زندگی سالمی اتخاذ کنند (Spratt et al., 2006). در حال حاضر و با تغییرات وسیع در ماهیت و ابعاد بیماری‌ها، جامعه بشری (از جمله ایران) بیشتر با بیماری‌هایی مواجه است که متأثر از سبک زندگی افراد است. به گونه‌ای که فرد باید با انتخاب سبک زندگی و اتخاذ الگوهای رفتاری سالم، رعایت رژیم غذایی مناسب، مدیریت خواب، فعالیت‌های ورزشی، کنترل وزن بدن، اجتناب از مواد مخدر و ... توجه ویژه داشته و در برابر بسیاری از اختلالات جسمی و روانی خود را ایمن سازد (Havrylyshyn & Nsouli, 2001).

طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، سبک زندگی سلامت‌محور ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی شامل تغذیه، تحرک، معاینات دوره‌ای و ... بوده که در فرایند جامعه‌پذیری ایجاد شده (استاجی و همکاران، ۱۳۸۵) و با اصلاح رفتاری می‌توان با بسیاری از عوامل مخاطره‌آمیز برای سلامتی مقابله کرد (اکبرنژاد و همکاران، ۱۳۹۵). هنگامی که از اهمیت شیوه زندگی مبتنی بر سلامت، صحبت می‌شود، انتخاب‌های افراد مورد توجه قرار می‌گیرد، اما نکته حائز اهمیت آن است که این انتخاب‌ها را نمی‌توان بدون توجه به زمینه‌های اجتماعی آن‌ها نزد کنشگران مورد توجه قرار داد (زارع و همکاران، ۱۳۹۴). به بیانی دیگر در ساماندهی تمامی انتخاب‌های در دسترس افراد، عواملی مانند آموزش، روابط اجتماعی، جامعه‌پذیری، عوامل موقعیتی و سایر منابع نیز درگیر هستند (میرزایی و کردزنگنه، ۱۳۸۹). نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی، دین و مذهب، تبعیض و نابرابری، وضع تأهل، جنسیت، شغل، محرومیت و فقر از جمله مؤلفه‌های اثرگذار بر سلامت افراد هستند (مسعودنیا، ۱۳۹۴). مؤلفه‌های اجتماعی، نه تنها در ابتلا به بیماری، بلکه در پیشگیری و حفظ سلامت نیز نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند. مراقبت‌هایی بالینی، کنترل‌های عمومی بدن، رعایت اصول غذایی، ورزش و مشاوره با پزشکان، رفتارهایی هستند که درباره افراد متعلق به طبقات مختلف، متفاوت است (کرم‌پور و گرجی، ۱۳۹۲). به علاوه رفتارهایی از قبیل رژیم غذایی، نوشیدن مشروبات الکلی، استعمال دخانیات، فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس، بهداشت شخصی و دیگر رفتارهای مبتنی بر سلامت^۱ بدون شک با مؤلفه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی افراد مرتبط است، زیرا بخشی از سبک زندگی آن‌ها را شکل می‌دهد. تمام افراد، گروه‌ها و طبقات اجتماعی، سبک زندگی خاص خود را دارند که الگوی مصرف‌شان را نشان می‌دهند (Chaney, 2002).

یکی از عوامل مؤثر بر سبک زندگی ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی است. فرهنگ تعاملات پیچیده عمیق و چند لایه‌ای است که به مردم احساس تعلق قومی داده و بر سبک زندگی آن‌ها و بوجود آمدن یا نیامدن بیماری‌های مزمن تأثیر دارد و برای اینکه مداخلات سلامت موفق باشد، باید باورها، نگرش‌ها و سبک زندگی مخاطبان در نظر گرفته شود. (Lucas et al., 2013) بدون در نظر گرفتن این

1. Health-based behaviors

موارد، اطلاع رسانی و افزایش آگاهی زیاد اثربخش نیست. [گریس و همکاران \(۲۰۰۸\)](#) در تحقیق خود درباره دیابت و پیشگیری از آن دریافتند که جامعه مورد نظرشان مفهوم پیشگیری از دیابت را پذیرفته و بیش از حد انتظار محققان از آن آگاه بودند اما هنجارهای اجتماعی مانند خجالت یا ارزش‌های مربوط به مهمان‌نوازی، پیروی از سبک زندگی پیشگیرانه را دشوار کرده و اجازه تغذیه سالم یا فعالیت فیزیکی مناسب به‌ویژه در میان زنان را نمی‌دهد ([Grace et al., 2008](#)) همین نتیجه یک دهه قبل از آن هم در تحقیقات بدست آمده بود که عوامل ساختاری اجتماعی مثل ناامنی و ترس از جرم در محلات را به‌عنوان مانعی برای فعالیت بدنی (پیاده‌روی) مستند کرده است ([Greenhalgh et al., 1998](#)). مفهوم حساسیت فرهنگی به ساختارهای سطحی و ساختارهای عمیق فرهنگی در سلامت عمومی توجه می‌کند. توجه به ساختارهای سطحی در سلامت عمومی شامل هماهنگ کردن محتوای مداخله و برنامه‌ها با ویژگی‌های سطحی و قابل مشاهده جمعیت مخاطب است که عبارت است از استفاده از افراد، مکان، زبان، موسیقی، غذا، محل و لباس‌های آشنا و مرتبط با مخاطبان. توجه به ساختارهای عمیق شامل در نظر گرفتن نیروهای فرهنگی، اجتماعی، تاریخی، محیطی و روانشناختی است که روی رفتارهای سلامتی تأثیر می‌گذارند. توجه به ساختارهای سطحی باعث افزایش «پذیرش» پیام‌ها می‌شود و توجه به ساختارهای عمیق باعث تغییر اولویت رفتارها در زندگی خواهد شد. توجه به ساختارهای سطحی باعث دیده شدن پیام‌ها و مداخلات می‌شود و توجه به ساختارهای عمیق بر کارایی یا تأثیرگذاری برنامه مؤثر است. بنظر می‌رسد موفقیت برنامه‌های پیشگیرانه به انگیزه‌ها، نگرش‌ها و باورهای مردم درباره سلامت و بیماری بستگی دارد و مدل‌های رفتار سلامتی مثل مدل باورهای سلامتی، کانون کنترل یا مدل رفتار برنامه‌ریزی شده فقط بخشی از رفتار و باورها را تبیین می‌کنند. باورهای فرد درباره سلامتی منجر از فرهنگ، زمینه اجتماعی، تجربه سلامت یا بیماری و میزان قرار گرفتن در معرض برنامه‌های ارتقای سلامت است ([McAllister & Farquhar, 1992](#)).

استان فارس، استان پهناوری با ۳۶ شهرستان است و بیشتر به‌عنوان یک استان کشاورزی شناخته می‌شود و جمعیت روستایی و عشایر قابل‌توجهی در آن زندگی می‌کنند. در شهرها سبک زندگی مدرن و فشارهای محیطی ممکن است منجر به کاهش توجه به الگوهای سنتی سلامت شود در حالی که در روستاها پای‌بندی به باورهای سنتی گاه باعث حفظ عادات سالم (مانند مصرف غذاهای طبیعی) و گاه مقوم عادات ناسالم (مثل کم‌توجهی به بهداشت) می‌شود. در سال‌های اخیر، تغییر در الگوهای زندگی، کاهش فعالیت بدنی، تغذیه ناسالم و گسترش رفتارهای پرخطر، تهدیدی جدی برای سلامت عمومی این استان محسوب می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که بسیاری از افراد به‌ویژه جوانان در فارس فعالیت فیزیکی منظم را جزیی از سبک زندگی خود نمی‌دانند و اغلب دچار کم‌تحرکی هستند که با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر همراه است ([Shirzadi et al., 2025; Shekari et al., 2020](#)). همچنین شواهدی از افزایش رفتارهای پرخطر مانند مصرف دخانیات و خوددرمانی بدون نظارت پزشک گزارش شده که ریشه در باورها و هنجارهای فرهنگی و اجتماعی دارد ([Salehi et al., 2025; Shokri et al., 2024](#)) در کنار این عوامل، استرس‌های ناشی از مشکلات اقتصادی اجتماعی نیز موجب بروز مشکلات روانی و کاهش کیفیت سبک زندگی سلامت‌محور شده است. پژوهش‌های جدید تأکید دارند که مدیریت استرس و تاب‌آوری روانی نقش بسزایی در ارتقای سلامت روان و جسم به‌ویژه در میان سالمندان و گروه‌های آسیب‌پذیر در استان فارس دارد. ([Alinejad et al., 2025](#)) مطالعاتی در جنوب ایران نشان داده‌اند که کمبود آگاهی درباره مولفه‌های سلامت مانند ورزش، تغذیه و خودمراقبتی در میان زنان و مردان به‌ویژه در مناطق روستایی همچنان محسوس است ([Darvish & Hadi, 2014](#)). [Mirahmadizade et al., 2024](#)). بنابراین بررسی سبک زندگی سلامت در دو جامعه شهری و روستایی در نهایت به درک بهتر

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت کمک می‌کند و در تدوین برنامه‌های آموزشی و مداخلات اجرایی هدفمند برای ارتقای سبک‌زندگی سالم در جوامع شهری و روستایی نیز راهگشا خواهد بود. هدف تحقیق حاضر بررسی رابطه باورهای فرهنگی بر رفتار سلامتی است. سؤال اصلی تحقیق این است که اولاً سبک‌زندگی سلامت در جامعه شهری و روستایی چه تفاوتی با هم دارند؟ دوم این که، آیا باورهای مرتبط با سلامت با سبک‌زندگی سلامتی ارتباطی دارند یا خیر؟ در پژوهش حاضر، علاوه بر پاسخ به سؤالات پژوهشی فوق، تأثیر برخی متغیرهای دیگر اجتماعی نیز در سبک‌زندگی سلامت بررسی شده‌اند.

پیشینه تجربی

سعادت مجد و همکاران (۱۴۰۴) باورهای بهداشتی و رفتارهای ارتقای سلامت در میان پرستاران را بررسی کرده‌اند. در این پژوهش روی گروهی از دانشجویان کارشناسی پرستاری از چند دانشگاه علوم پزشکی کشور مطالعه شده است. نتایج نشان داد که سطح باورهای بهداشتی و رفتارهای ارتقای سلامت در میان دانشجویان متوسط است ولی بین آن‌ها ارتباط معناداری مشاهده نشد. برپایه نتایج این پژوهش، لازم است مدیران آموزشی و مسئولان حوزه سلامت در دانشگاه‌ها برنامه‌های موثرتری برای ارتقای سطح آگاهی، نگرش و رفتارهای سلامت در دوران تحصیل طراحی و اجرا کنند.

عبداللهی و همکاران (۱۳۹۸) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به این بیماری را بررسی کرده‌اند. این تحقیق به روش نیمه آزمایشی با گروه کنترل انجام شده است. آن‌ها از میان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به شبکه بهداشت شهرستان عسلویه، ۳۰ نفر را انتخاب کرده و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمون جایگزین کرده‌اند. گروه آزمون در هشت جلسه آموزشی شرکت کرده و وضعیت بیماری هر دو گروه پایش شده است. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای سلامتی در طول زمان اثربخش‌تر است.

فتح‌آبادی و همکاران (۱۳۹۷) نقش باورهای غیرمنطقی سلامت در خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ را بررسی کرده‌اند. این پژوهش در میان اعضای خانه سلامت سرای محله ایرانشهر انجام شده است. نتایج نشان داد که این پرسشنامه می‌تواند در مورد ابتلا به دیابت ۹۰ درصد مردان و ۹۲ درصد زنان صحیح عمل کند. در نتیجه باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور می‌تواند خطر ابتلا به دیابت را پیش‌بینی کرده و با ایجاد تغییر در باورهای غیرمنطقی سلامت و دو متغیر دیگر خطر ابتلا به دیابت را کاهش دهد.

سعیدی (۱۳۹۷) باورها و عادات مرتبط با سلامت در ایل بختیاری را مورد بررسی قرار داده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که برخی باورهای سنتی تأثیرات منفی بر سلامت دارند. از جمله این موارد باور به مفید بودن مصرف تریاک در مراسم عروسی و عزا به هدف افزایش لذت جنسی و چون فکر می‌کنند عوارض کمی دارد، برای سالمندان بی‌ضرر است و دردها را تسکین می‌دهد. همچنین رسم تیغ زدن ران نوزاد به قصد خروج خون کثیف و پیشگیری از بیماری و ایجاد شجاعت در آینده و نیز خالکوبی در بین زنان که از جمله عادات مضر است. برخی از هنجارهای فرهنگی نیز مانند تمایل به ازدواج‌های فامیلی، رسم خون‌بس، ترجیح تزریق آمپول به جای مصرف قرص و قضاوت در مورد شایستگی پزشکان براساس معیارهای سنتی از دیگر عوامل تأثیر گذار بر سلامت در این جامعه هستند.

میزه و هایمن^۱ (۲۰۲۴) به مرور و تحلیل روایی پژوهش‌های موجود درباره راهبردهای فرهنگی‌سازی شده در مدیریت فشار خون بالا پرداخته‌اند. یافته‌ها نشان دادند که باورهای فرهنگی، ارزش‌های خانوادگی و سنت‌های مذهبی تأثیر مستقیمی بر پذیرش رفتارهای سالم دارند و برنامه‌هایی که به این تفاوت‌های فرهنگی بی‌توجه‌اند، معمولاً با مقاومت روبرو می‌شوند. نویسندگان نتیجه گرفته‌اند که مداخلات سلامت باید با فرهنگ و باورهای جامعه هدف هماهنگ باشند تا اثربخشی و پایداری بیشتری در رفتارهای سلامت‌محور ایجاد شود.

پژوهش **راندال^۲ و همکاران (۲۰۲۳)** با هدف بررسی نقش فرهنگ محلی در موفقیت برنامه‌های ارتقای سلامت در جوامع روستایی آمریکا انجام شد. این مطالعه که با روش کیفی انجام گرفته‌شان داد که باورها و سنت‌های فرهنگی مانند عادات غذایی بومی، هنجارهای اجتماعی درباره فعالیت بدنی و نقش خانواده، تأثیر قابل‌توجهی بر رفتارهای سلامت‌محور دارند. به‌ویژه مقاومت در برابر تغییر وقتی افزایش می‌یابد که پیشنهادها سلامتی با ارزش‌های فرهنگی محلی ناسازگار باشد. پژوهشگران تأکید کرده‌اند که موفقیت مداخلات سلامت در گروه انطباق آن‌ها با بافت فرهنگی و اجتماعی جامعه است.

مطالعه **ریو^۳ و همکاران (۲۰۲۳)** نشان داد که درک و انگیزش نسبت به فعالیت بدنی در فرهنگ‌ها متفاوت است. در برخی جوامع، فعالیت فیزیکی نشانه سلامت و منزلت است در حالی که در برخی دیگر کار یدی و منزلت پایین در نظر گرفته می‌شود. باورهای مذهبی، نقش‌های جنسیتی و هنجارهای اجتماعی تأثیر عمیقی بر مشارکت در فعالیت‌های فیزیکی دارند. نویسندگان نتیجه گرفتند که طراحی سیاست‌های سلامت و سبک زندگی فعال باید متناسب با بستر فرهنگی هر جامعه باشد تا مشارکت عمومی افزایش پیدا کند.

اسریل^۴ و همکاران (۲۰۲۰) به شناسایی عوامل مؤثر بر رفتارهای سالم زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در مناطق روستایی اندونزی پرداختند. این پژوهش با مشارکت ۲۰۳ بیمار از مراکز بهداشتی استان بالی در اندونزی انجام شد. یافته‌ها نشان دادند که عواملی مانند سن، وضعیت شغلی، سطح گلوکز خون ناشتا، BMI و داروی دیابت با رفتارهای سبک زندگی سالم رابطه منفی و معنی‌دار و سطح تحصیلات، مذهب، باورهای سنتی، مدت زمان علایم با رفتارهای سبک زندگی سالم ارتباط مثبت و معنی‌داری دارند. همچنین دانش دیابت و عوامل مدل باور سلامتی توسعه یافته که شامل حمایت خانواده، سرمایه اجتماعی درون گروهی، منبع کنترل و منافع ادراک شده هستند با رفتارهای سالم رابطه مثبت داشته‌اند.

بررسی پیشینه تحقیق نشان می‌دهد که فرهنگ نه تنها در ساختارهای فرهنگی سطحی مثل زبان، پوشش و رسوم بلکه در ساختارهای عمیق مثل باورها، هنجارها و ارزش‌های جمعی بر رفتارهای سلامت تأثیر می‌گذارد با مدل کاکرهام که بر تعامل عوامل فردی، اجتماعی و ساختاری تأکید دارد همسو است. همچنین تفاوت‌های فرهنگی منجر به موانع خاصی مثل مقاومت در برابر تغییر سبک‌زندگی یا اولویت‌دهی به درمان‌های سنتی در پذیرش و انجام رفتارهای سلامت می‌شود. برخی مطالعات نیز تایید می‌کنند که باورهای تقدیرگرایانه، هنجارهای جنسیتی و تصورات نادرست از سلامت می‌توانند مداخلات سلامت را بی‌اثر کنند. بیشتر مطالعات تنها بر یک بعد تمرکز کرده‌اند در حالی که مدل کاکرهام ترکیب عوامل را برای تحلیل جامع‌تر ضروری می‌دانند. برخی از پژوهش‌ها (مثل **سعیدی، ۱۳۹۷**) داده‌های غنی کیفی ارائه می‌دهند اما فاقد چارچوب نظری نظام‌مند برای تبیین رابطه بین فرهنگ، ساختارهای اجتماعی

1. Miezah & Hayman

2. Randall

3. Rio

4. Asril

و رفتارهای سلامت هستند و مدل کاکرهام می‌تواند این خلا را پر کند. از سوی دیگر گرچه برخی از تحقیقات به مسائل اقتصادی مثل فقر و نابرابری در دسترسی به خدمات اشاره کرده‌اند اما کمتر به نقش سیاست‌ها و مداخلات سلامت در سطوح میانه و کلان پرداخته‌اند.

ملاحظات نظری

نظریه‌های زیادی درباره رفتار سلامت از نیمه قرن بیستم به بعد ارائه شده است. مدل باورهای سلامت یکی از نخستین نظریه‌های روانشناسی سلامت است که در دهه ۱۹۵۰ توسط روزنستوک^۱ و همکاران تدوین شد که بر این فرض استوار است که افراد براساس درک شخصی‌شان از شدت بیماری، آسیب‌پذیری، سودمندی عمل و موانع پیش رو رفتارهای سلامت را انجام می‌دهند ([Rosenstock, 1974](#)). بعدها مولفه‌هایی مانند راهنمای عمل^۲ و خودکارآمدی به آن افزوده شد. نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده از نظریه کنش عقلانی آیزن^۳ استخراج شده و رفتار را ناشی از قصد رفتاری می‌داند. که خود با سه مولفه نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای ذهنی (درک فشار اجتماعی) و کنترل رفتاری درک شده (باور به توانایی انجام رفتار) شکل می‌گیرد ([Ajzen, 1991](#)). در مقابل بوردیو با نظریه سرمایه فرهنگی، پیوند میان ساختار اجتماعی و رفتار سلامت را روشن ساخت. از دید او سرمایه فرهنگی شامل از دانش، مهارت، ترجیحات و مدارک تحصیلی است که از طریق تربیت و آموزش کسب می‌شود و عادت‌واره‌ها و سبک زندگی افراد را شکل می‌دهد ([Bourdieu, 1986](#)).

در این پژوهش از مدل عمومی سبک زندگی سلامت ویلیام کاکرهام استفاده شده است. این مدل بر تعامل باورها و هنجارهای اجتماعی با رفتارهای سلامت تاکید دارد و بر این نکته پافشاری می‌کند که انتخاب‌های سبک زندگی تنها از تصمیمات فردی ناشی نمی‌شوند بلکه در بستر اجتماعی، فرهنگی و ساختاری معنا می‌یابد. همان‌طور که [کلی و بارکر^۴ \(۲۰۱۶\)](#) اشاره کرده‌اند، بسیاری از سیاست‌های ارتقای سلامت که با دیدگاه‌های فردگرایانه طراحی شده‌اند، به دلیل درک ساده‌انگارانه از رفتار انسانی ناکام مانده‌اند. ([Kelly & Barker, 2016: 111-113](#)).

نظریه سبک زندگی کاکرهام تلاشی است برای عبور از رهیافت‌های فردگرایانه و تمرکز بر مولفه‌های ساختاری رفتار. سبک زندگی سلامت مجموعه‌ای از انتخاب‌هایی است که افراد با توجه به موقعیت اجتماعی و فرصت‌های زندگی خود اتخاذ می‌کنند. این انتخاب‌ها حاصل تعامل عاملیت و ساختارند یعنی افراد در چارچوب محدودیت‌ها و امکانات اجتماعی تصمیم می‌گیرند ([Cockerham, 1999](#)). [Cockerham & Ritchey, 1997](#); [2017b](#), [2017a](#), [2004](#), [2000](#)). رفتارهای سلامت‌محور شامل عادت‌های غذایی، نوشیدنی‌ها، استعمال دخانیات، ورزش، شرایط استرس‌زا، استراحت کافی، بهداشت فردی هستند ([Cockerham, 1999](#)). ویژگی‌هایی مانند سن، جنسیت، نژاد/ قومیت علاوه بر آنکه مشخصه‌های فردی‌اند، ساختارهای اجتماعی را نیز بازتاب می‌دهند و رفتار سلامت تأثیر می‌گذارند. ([Cockerham, 2021](#)).

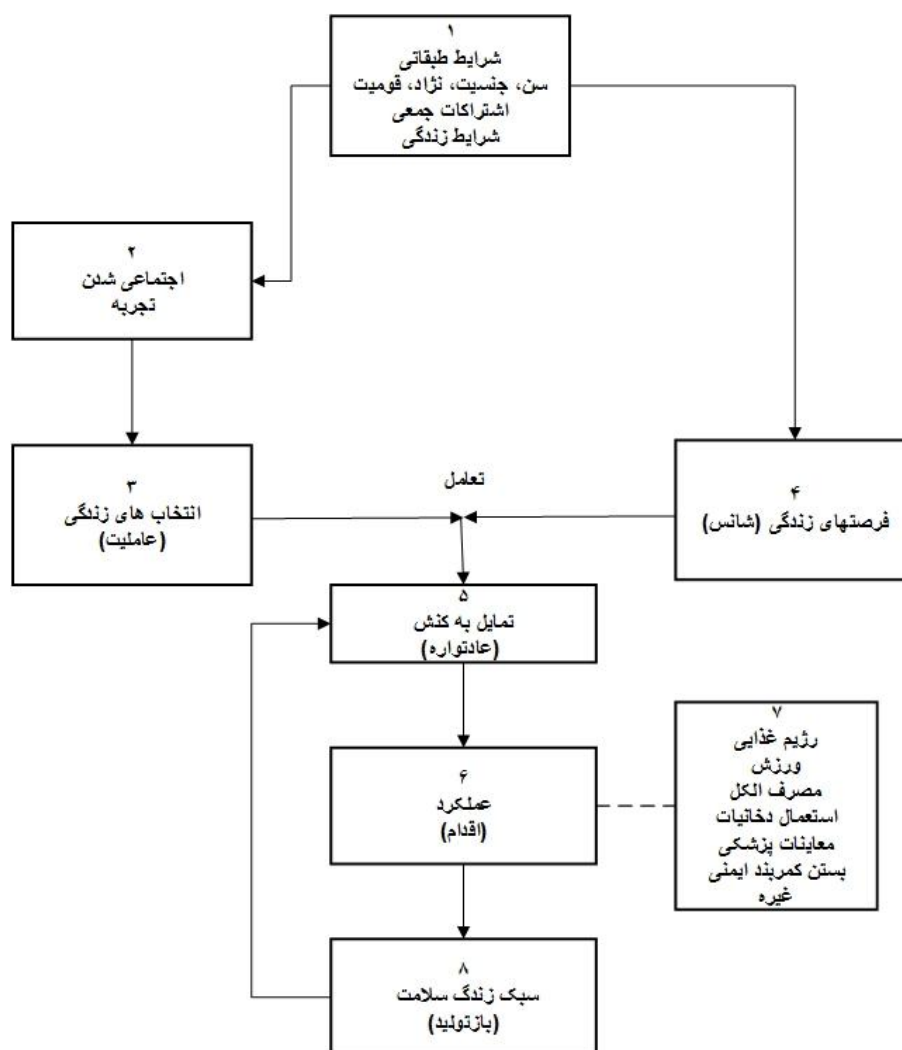
1. Rosenstock

2. Cue to action

3. Ajzen

4. Kelly and Barker

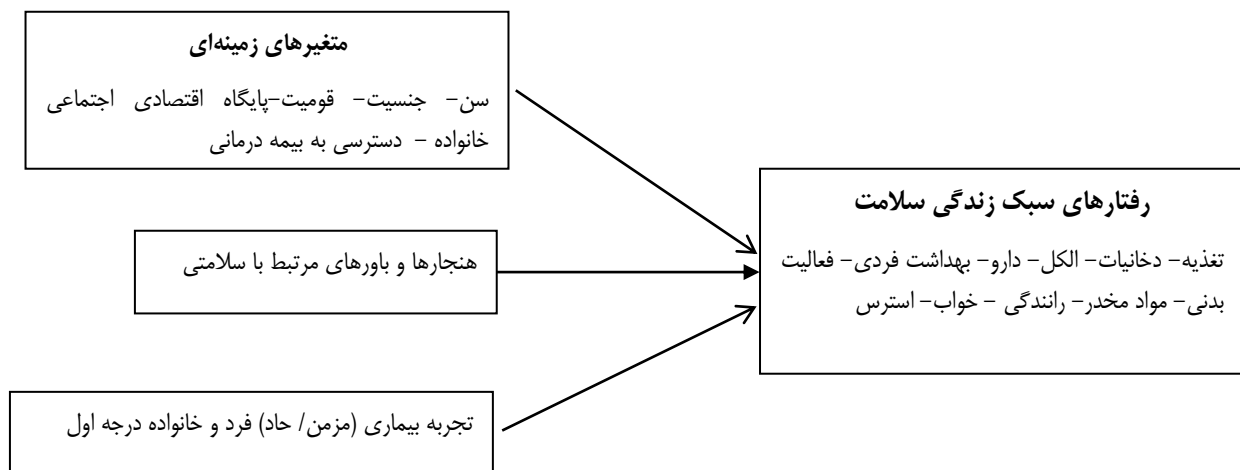
کاکرهام همچنین متغیرهای کلان تری همچون طبقه اجتماعی، سرمایه‌ها، دین وایدئولوژی را در تبیین پیامدهای سلامت مؤثر می‌داند. او در مدل خود مجموعه‌ای از متغیرهای ساختاری را در نظر می‌گیرد: سن، قومیت و نژاد، جنسیت، اجتماعات (همجارها، باورها و اشتراکات فکری) و شرایط زندگی که بستر اجتماعی کنش را شکل می‌دهند. اجتماعی شدن و تجربه، انتخاب‌های زندگی و عاملیت فرد را می‌سازند و این عناصر در تعامل با فرصت‌های زندگی (که اغلب تحت تأثیر طبقه‌اند) به پیدایش تمایلات کنشی یا عادت‌واره منجر می‌شوند. (Cockerham, 2021). شکل ۱ نمودار مفهومی نظریه کاکرهام را نشان می‌دهد. این مقاله بخش کوچکی از این ساختار مفهومی را در نظر گرفته و رابطه هنجارها و باورهای مرتبط با سلامتی را با سبک زندگی سلامت بررسی کرده است.



شکل ۱- مدل نظری کاکرهام از رفتارهای مبتنی بر سلامت

(Cockerham, 2021:141)

در مجموع، دیدگاه کاکرهام با پیوند دادن عاملیت فردی و ساختار اجتماعی، رویکرد جامع‌تری به رفتار سلامت ارائه می‌دهد. این نظریه نشان می‌دهد که رفتارهای سلامت نه صرفاً محصول انتخاب آگاهانه، بلکه نتیجه تعامل پیچیده‌ای میان عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و زیستی‌اند. براساس مدل مفهومی کاکرهام، هنجارها و باورهای سلامتی جزو بستر اجتماعی و فرهنگی فرد بوده و مستقیماً بر رفتارهای سبک زندگی سلامت تأثیر می‌گذارند. اما متغیرهای دیگری هم در بستر اجتماعی قرار دارند که تأثیر محدود‌کننده یا توانمندساز دارند.



شکل ۲- مدل تجربی تحقیق

روش و داده‌های پژوهش

این تحقیق به روش پیمایشی و در سطح استان فارس در مناطق شهری و روستایی انجام شده است. ابزار تحقیق پرسشنامه محقق‌ساخته بوده که براساس تعاریف نظری متغیرها و با استفاده از پرسشنامه‌های موجود طراحی و اجرا شده است.

جامعه آماری پژوهش حاضر زنان و مردان ۱۸ تا ۳۵ ساله ساکن استان فارس است که براساس آخرین سرشماری در سال ۱۳۹۵ جمعیت آن‌ها برابر با ۱۶۷۲۵۹۰ بوده است. جمعیت این گروه سنی در نقاط شهری ۱۰۱۷۶۴۴ نفر بود که از این تعداد ۶۴۲۶۶۴ نفر در شهر شیراز و ۳۵۴۸۷۲ نفر در سایر نقاط شهری استان ساکن بودند. جمعیت افراد ۱۸ تا ۳۵ سال ساکن در نقاط روستایی استان ۶۴۲۶۶۴ نفر بود. شهر شیراز به‌عنوان مرکز استان و اهمیت آن به‌صورت جداگانه و تعداد هفت شهرستان در هر خوشه به‌صورت تصادفی برای جمعیت شهری و روستایی انتخاب شد. در شهر شیراز از همه مناطق یازده‌گانه شهرداری نمونه‌گیری انجام شد و برای مناطق روستایی و مناطق شهری از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شده است. به‌این‌ترتیب که شهرستان‌های استان (به جز شیراز) به هفت خوشه تقسیم شده و در هر خوشه یک شهرستان به طور تصادفی انتخاب شده است. خوشه‌بندی ابتدا براساس موقعیت جغرافیایی و شباهت‌های فرهنگی اجتماعی انجام شد، سپس نظر افراد آشنا با استان در مورد خوشه‌ها در نظر گرفته شده و خوشه‌بندی نهایی شد. کل نمونه شامل شیراز و ۷ شهرستان (که نیمی از سهمیه جمعیت شهری و نیمی جمعیت روستایی است) بوده است.

برای محاسبه حجم نمونه از فرمول کوکران^۱ استفاده شده و حجم نمونه در هر شهر برابر است با ۳۸۴ نفر برآورد گردیده است. برای جلوگیری از کاهش این تعداد بر اثر مخدوش بودن و یا عدم پاسخگویی، تعداد نمونه به ۴۰۰ نفر افزایش یافته است و در نتیجه کل نمونه مورد نیاز ۳۲۰۰ نفر بود. در این تحقیق بعد از جمع آوری داده‌ها و پالایش آنها، در نهایت ۳۱۱۵ پرسش‌نامه تحلیل شده است. جدول ۱ خوشه‌ها و شهرستان‌های انتخابی را نشان می‌دهد.

جدول ۱- خوشه‌بندی شهرستان‌های شیراز و سایر شهرستان‌ها و روستاهای انتخاب شده

شماره خوشه	شهرستان‌ها	شهرستان انتخاب شده	روستا	روستای مجاور
۱	آباد، اقلید، خرم بید، پاسارگاد، بوانات، سرچهان	اقلید	شهرمیان	خنجشت
۲	رستم، سپیدان، ممسنی، بیضا، کوهچنار	بیضا	باناش	-
۳	مرودشت، زرقان، خرامه، سروستان، کوار	خرامه	معزآباد	-
۴	کازرون، فیروزآباد، فراشبند، قیر و کارزین	فیروزآباد	احمدآباد	-
۵	ارسنجان، بختگان، استهبان، نیریز	نیریز	ریزآب	-
۶	خفر، فسا، جهرم، زرین دشت، داراب	زرین دشت	خسویه	-
۷	لار، لامرد، گراش، اوز، خنج، مهر	لار	ده فیش	بنارویه

در هر یک از شهرستان‌های انتخاب شده، مرکز شهرستان به عنوان نقطه شهری انتخاب شد. برای نقاط روستایی، در هر یک از شهرستان‌ها یک دهستان به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس با بررسی جمعیت دهستان‌ها، اگر کم جمعیت بودند دهستان دیگری در مجاورت آن انتخاب شده تا در صورت نیاز از روستاهای آن دهستان برای تکمیل نمونه استفاده شود.

ابزار پژوهش، پرسش‌نامه محقق ساخته است. سؤالات برای اندازه‌گیری متغیر وابسته تحقیق با توجه به تعریف نظری و پرسشنامه‌های موجود از جمله پرسشنامه سبک زندگی سلامت سازمان بهداشت جهانی طراحی شد. در این مقاله سبک زندگی مجموعه‌ای الگودار از کنش‌های انتخابی در یک میدان اجتماعی است که بین گروهی از مردم مشترک بوده و هویت فردی و اجتماعی آن‌ها را بازنمایی می‌کند (سروش، ۱۳۹۰). در این تحقیق محورهای تغذیه، دخانیات، خوددرمانی، چکاپ، بهداشت فردی، ورزش و فعالیت فیزیکی، استفاده از مواد مخدر، رانندگی، روابط جنسی، خواب و استرس (۲۴ گویه) در نظر گرفته شده‌اند. متغیر مستقل اصلی در این تحقیق باورهای مرتبط با سلامت است. براساس مدل کارهای اجتماعات و باورهای مشترک جزو شرایط ساختاری ایجاد سبک زندگی هستند. اجتماعات از نظر کارهای مجموعه‌ای از کنشگران هستند که از طریق ارتباطات خاص اجتماعی مانند خویشاوندی، کار، دین و سیاست به هم مرتبط هستند. آن‌ها در هنجارها، ارزش‌ها، اندیشه‌ها و دیدگاه‌های اجتماعی مشترک ساخته شده در اجتماعات فکری بین‌الذهانی با هم مشترک هستند. دین و ایدئولوژی به علاوه فرهنگ قومی و خانوادگی از مصداق‌های دیگر تأثیر اجتماعات هستند. در

1. Cochran

این تحقیق باورها و هنجارهای مرتبط با سلامتی در نظر گرفته شده‌اند (۶ گویه) که شامل هنجارهای جنسیتی، درباره رفتارهای سلامتی، تفسیر علایم بیماری و روش‌های درمان و جستجوی کمک تخصصی در مواقع بیماری است. متغیرهای دیگری هم براساس نظریه کاکرهام در نظر گرفته شده‌اند که شامل متغیرهای زمینه‌ای و ساختاری مانند جنسیت، تحصیلات، دسترسی به بیمه درمانی و تجربه بیماری فرد و اعضای خانواده او است.

جدول ۲- جدول ضریب آلفای کرونباخ سنج‌های تحقیق

متغیر	متغیر	تعداد گویه	ضریب آلفای کرونباخ	شهری و روستایی
سبک زندگی سلامت	وابسته	۲۴	۰/۶۹۶	
هنجارهای مرتبط با سلامت	مستقل	۶	۰/۶۵۴	

برای تعیین اعتبار، از اعتبار صوری به معنای استفاده از نظر صاحب‌نظران در باره اعتبار سؤال‌های پرسش‌نامه، استفاده شده است. به این منظور پرسش‌نامه به تعدادی از صاحب‌نظران این حوزه ارائه شد و اجماع نظر در رابطه با مناسب بودن ابزار پیمایش حاصل گردید. برای تعیین پایایی گویه‌های تشکیل‌دهنده شاخص‌ها از روش آلفای کرونباخ^۱ استفاده شده که میزان همسانی درونی گویه‌های تشکیل‌دهنده یک شاخص را نشان می‌دهد. جدول ۲ ضرایب آلفا برای این متغیرها را نشان می‌دهد. برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شده است. برای تحلیل داده‌ها با توجه به نرمال نبودن توزیع متغیرهای تحقیق، از آزمون‌های غیرپارامتریک مانند من ویتنی، کروسکال‌والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

نتایج بدست آمده نشان می‌دهند که ۵۷/۷ درصد از پاسخگویان در شهر زندگی می‌کرده و ۴۲/۳ درصد آن‌ها در روستا زندگی می‌کنند. ۲/۸۱ درصد خود یا اعضای خانواده درجه اول‌شان سه یا بیشتر بیماری داشتند. براساس این جدول، ۷/۸ درصد از پاسخگویان مبتلا به بیماری روحی بودند که ۶/۷ درصد از آن‌ها قبلاً دچار بیماری بوده و اکنون بهبود یافتند و ۸۵/۵ درصد مبتلا هستند. ۶/۳ درصد نیز به بیماری جسمی مبتلا بودند که از این تعداد ۳/۶ درصد قبلاً دچار بیماری بوده‌اند و ۹۰ درصد همچنان مبتلا هستند. ۱۵/۷ درصد از خانواده‌ها سابقه بیماری و معلولیت داشتند که از میان آن‌ها ۱۲/۶ درصد دچار بیماری جسمی یا روحی و ۳/۱ درصد دچار معلولیت بودند.

1. Cronbach's Alpha

جدول ۳ - توصیف متغیرهای تحقیق به تفکیک شهری و روستایی - تعداد (درصد)

متغیر / طبقات	شهری	روستایی	متغیر / طبقات	شهری	روستایی
جنس			بیمه درمانی		
مرد	۹۱۳ (۵۰/۹)	۶۶۹ (۵۱/۱)	دارد	۱۳۹۵ (۷۷/۶)	۱۰۰۴ (۷۶/۲)
زن	۸۸۰ (۴۸/۹)	۶۴۰ (۴۸/۹)	ندارد	۴۰۲ (۲۲/۴)	۳۱۳ (۲۳/۸)
قومیت			سابقه بیماری		
فارس	۴۳۹ (۸۰/۱)	۱۰۷۹ (۸۲/۱)	دارد	۳۶۷ (۲۰/۴)	۱۱۸ (۹/۱)
ترک	۳۲۱ (۱۲/۳)	۱۴۴ (۱۰/۹)	ندارد	۱۴۲۳ (۷۹/۱)	۱۱۹۸ (۹۱/۱)
لر	۹۵ (۵/۳)	۳۳ (۲/۵)	بی پاسخ	۸ (۰/۴)	۱ (۰/۱)
عرب	۲۷ (۱/۵)	۵۳ (۴)			
سایر و بی پاسخ	۱۴ (۰/۸)	۶ (۰/۵)			
هنجارهای سلامتی			سبک زندگی سلامت		
سالم	۶۵۶ (۳۶/۵)	۲۸۸ (۱۶/۰)	سالم	۸۷۲ (۴۸/۵)	۵۵۱ (۴۱/۸)
متوسط	۸۸۵ (۴۹/۲)	۸۱۷ (۶۲/۱)	متوسط	۷۴۵ (۴۱/۴)	۵۶۲ (۴۲/۷)
ناسالم	۳۴۰ (۱۳/۳)	۱۹۵ (۱۴/۸)	ناسالم	۱۲۹ (۷/۲)	۱۶۱ (۱۲/۲)
بی پاسخ	۱۵ (۰/۸)	۱۷ (۱/۲۹)	بی پاسخ	۷۹۳ (۴/۴)	۵۳ (۴/۰)

یادداشت: اعداد خارج از پرانتز نشان‌دهنده فراوانی (N) و اعداد داخل پرانتز نشان‌دهنده درصد (%) هستند.

رفتارهای سلامت محور شامل تغذیه، مصرف الکل، ورزش، مصرف دخانیات، مصرف مواد مخدر، مصرف خودسرانه دارو، رعایت ایمنی، بهداشت فردی و مدیریت استرس است. نتایج نشان می‌دهد که بهداشت فردی با ۳/۸۵ درصد بالاترین و مصرف الکل با ۱/۵۵ پایین‌ترین رتبه را در بین رفتارهای سلامت محور به خود اختصاص دادند. مصرف قند و شکر و شیرینی با ۳/۳۰ درصد و نمک با ۳/۰۲ درصد بیشترین و خوردن ماهی با ۲/۱۱ درصد کمترین رتبه مصرفی تغذیه را شامل شد. رعایت نکات ایمنی با ۷/۲۶ درصد قبل از ورزش (۳/۱۸) قرار گرفته است. مصرف دخانیات با ۳/۶ درصد که شامل سیگار و پیپ یا چپق با ۱/۷۵ درصد و کشیدن قلیان با ۱/۸۳ درصد بود. در ادامه مصرف خودسرانه دارو با ۲/۶۵ درصد و مصرف مواد مخدر با ۲/۵۱ درصد که ۱/۱۳ درصد آن مربوط به مصرف ماری جوانا و ۱/۳۸ درصد مربوط به مصرف مواد مخدر را شامل می‌شود. در نهایت رعایت پروتکل‌های بهداشتی با ۳/۷۱ درصد و خواب با ۲/۸۲ درصد رفتارهای سلامت محور را در برمی‌گیرد. ۴۵/۷ درصد از پاسخگویان سبک زندگی بیشتر سالمی را دنبال می‌کرده‌اند، ۴۳ درصد سبک زندگی متوسط و ۹/۳ درصد سبک زندگی ناسالمی داشته‌اند. به همین ترتیب ۳۰/۳ درصد از پاسخگویان محتوای باورها و هنجارهای شان سلامت بوده است، ۵۴/۶ درصد در حد متوسط و ۱۴ درصد باورهای کمتر سالمی داشته‌اند.

جدول ۴- مقایسه میانگین رتبه‌ای رفتارهای سبک زندگی سلامت بر حسب متغیرهای جنسیت، محل سکونت، تجربه بیماری، معلولیت در فرد و سابقه بیماری در خانواده (آزمون من-ویتنی)

پنل الف: تفاوت بر حسب جنسیت و محل سکونت

ابعاد سبک زندگی	جنسیت		محل سکونت		Z
	زن	مرد	شهر	روستا	
تغذیه	۱۴۰۲/۰	۱۶۶۲/۱	۱۵۸۳/۴	۱۴۶۹/۷	۳/۵۲**
ورزش	۱۶۳۲/۲	۱۴۵۴/۲	۱۵۱۷/۳	۱۵۹۸/۲	-۲/۵۲*
مشروبات الکلی	۱۸۴۰/۱	۱۲۴۸/۷	۱۵۲۱/۶	۱۶۰۵/۲	-۳/۱۳***
دخانیات	۱۸۵۲/۳	۱۲۳۹/۴	۱۴۴۳/۹	۱۷۰۴/۴	-۸/۶۴***
مواد مخدر	۱۶۴۷/۷	۱۴۴۳/۱	۱۴۳۵/۱	۱۷۱۶/۷	-۱۴/۴۴***
مصرف خودسرانه دارو	۱۵۰۲/۷	۱۶۰۰/۳	۱۵۸۲/۴	۱۵۲۲/۴	-۱/۹۳*
ایمنی رانندگی	۱۴۹۸/۶	۱۶۰۱/۴	۱۶۱۶/۲	۱۴۷۲/۶	-۴/۴۷***
بهداشت فردی	۱۲۸۳/۵	۱۸۲۸/۴	۱۶۰۹/۵	۱۴۸۵/۳	-۳/۹۹**
پروتکل کرونا	۱۲۹۹/۹	۱۸۱۲/۵	۱۶۹۵/۸	۱۳۶۸/۸	-۱۰/۵۳***
اختلال خواب	۱۵۵۹/۸	۱۵۳۸/۸	۱۶۰۱/۶	۱۴۹۳/۸	-۳/۴۱**
مدیریت استرس	۱۴۳۱/۹	۱۶۵۹/۰	۱۴۸۳/۲	۱۶۲۹/۶	-۴/۸۳***
سبک زندگی کلی	۱۲۵۴/۷	۱۷۶۷/۱	۱۵۷۷/۲	۱۴۱۹/۱	-۴/۹۲***

پنل ب: تفاوت بر حسب تجربه بیماری/معلولیت جسمی، روحی و در خانواده

ابعاد سبک زندگی	بیماری/معلولیت جسمی		بیماری روحی		بیماری در خانواده		Z
	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	
تغذیه	۱۴۸۸/۵	۱۳۴۹/۵	۱۵۵۳/۷	۱۴۱۷/۴	۱۵۲۷/۶	۱۵۲۷/۰	-۰/۰۱
ورزش	۱۴۹۸/۶	۱۴۱۶/۱	۱۵۵۹/۵	۱۴۹۴/۰	۱۵۵۱/۹	۱۴۷۴/۷	-۲/۰*
مشروبات الکلی	۱۴۹۱/۴	۱۵۳۰/۸	۱۵۵۰/۹	۱۵۸۲/۹	۱۵۶۶/۹	۱۵۱۱/۴	-۱/۳۱
دخانیات	۱۴۸۴/۰	۱۵۶۵/۴	۱۵۴۱/۰	۱۶۲۰/۶	۱۵۵۳/۴	۱۵۱۰/۶	-۱/۰۹
مواد مخدر	۱۴۸۰/۵	۱۵۹۶/۳	۱۵۵۷/۰	۱۵۲۵/۸	۱۵۵۹/۸	۱۴۷۹/۷	-۳/۱۵***
مصرف خودسرانه دارو	۱۴۸۵/۵	۱۵۸۱/۸	۱۵۵۵/۰	۱۵۵۸/۴	۱۵۳۳/۵	۱۶۲۲/۹	-۲/۲۱*
ایمنی رانندگی	۱۴۹۹/۶	۱۴۴۵/۷	۱۵۸۹/۳	۱۳۴۵/۷	۱۵۵۱/۸	۱۵۲۷/۰	-۰/۵۹
بهداشت فردی	۱۵۰۷/۷	۱۳۹۵/۳	۱۵۵۵/۹	۱۵۵۲/۹	۱۵۵۲/۵	۱۵۳۲/۳	-۰/۵۰
پروتکل کرونا	۱۵۰۶/۵	۱۴۰۴/۹	۱۵۴۵/۷	۱۶۱۶/۹	۱۵۲۹/۲	۱۶۴۶/۴	-۲/۹۰**
اختلال خواب	۱۵۰۷/۳	۱۳۸۴/۲	۱۶۱۴/۲	۱۲۰۱/۷	۱۵۶۹/۰	۱۴۴۷/۷	-۲/۹۴***
مدیریت استرس	۱۵۱۵/۲	۱۲۵۹/۳	۱۵۹۳/۱	۱۲۸۲/۳	۱۵۶۲/۷	۱۴۴۰/۸	-۲/۸۹**
سبک زندگی کلی	۱۴۷۲/۱	۱۲۵۹/۰	۱۵۳۹/۹	۱۳۲۷/۲	۱۵۰۴/۸	۱۴۹۱/۷	-۰/۳۱

یادداشت: اعداد داخل جدول در ستون‌های گروهی نشان‌دهنده «میانگین رتبه‌ای» (Mean Rank) حاصل از آزمون یو من-ویتنی (Mann-Whitney U) و ستون‌های Z نشان‌دهنده آماره استاندارد شده آزمون می‌باشد؛ کلیه ارقام جدول به یک تا دو رقم اعشار گرد شده‌اند؛ نمونه آماری کل در حدود ۳۰۷۷ نفر (تعداد نمونه مورد تحلیل برای زنان ۱۵۶۴-۱۵۸۲، مردان: ۱۴۹۳-۱۵۱۹؛ نقاط شهری: ۱۷۷۶-۱۷۹۸، نقاط روستایی: ۱۲۹۳-۱۳۱۷) بوده است؛ * $p < ۰/۰۵$ ، ** $p < ۰/۰۱$.

نتایج آزمون من ویتنی در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین تغذیه، فعالیت ورزشی، مصرف مشروبات الکلی، مصرف دخانیات، مصرف مواد مخدر، مصرف خودسرانه دارو، ایمنی رانندگی، بهداشت فردی، پروتکل مربوط به کرونا، مدیریت استرس، سبک زندگی سلامت بین زن و مرد وجود دارد. فعالیت ورزشی، مصرف مشروبات الکلی و دخانیات و مصرف خودسرانه دارو در میان مردان بیشتر از زنان است از طرفی نکات مربوط به تغذیه، ایمنی رانندگی، بهداشت فردی، پروتکل مربوط به کرونا، مدیریت استرس، در بین زنان بهتر از مردان رعایت می‌شود. به طور کلی سبک زندگی زنان سالم‌تر از مردان بوده است. به همین ترتیب تفاوت‌ها در میان ساکنان شهر و روستا در ابعاد مختلف سبک زندگی نشان می‌دهد در کل سبک زندگی ساکنان شهرها سالم‌تر از ساکنین روستاها هست. به‌ویژه رفتار مصرف دخانیات و مواد مخدر در روستاها بسیار بیشتر از شهرها بوده است.

بررسی همبستگی اسپیرمن در جدول ۵ نشان داد که متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن، سطح تحصیلات و درآمد نقش مهمی در شکل‌گیری سبک زندگی سلامت‌محور ایفا می‌کنند. به طور کلی، با افزایش سن، گرایش به رفتارهایی مانند تغذیه سالم و رعایت ایمنی رانندگی افزایش می‌یابد، اما در عین حال، فعالیت بدنی و بهداشت فردی کاهش پیدا می‌کند. از سوی دیگر، تحصیلات فرد نقش مؤثری در جهت‌گیری‌های سلامت دارد؛ به‌گونه‌ای که افراد دارای تحصیلات بالاتر، در زمینه‌هایی چون تغذیه مناسب، فعالیت ورزشی، رعایت پروتکل‌های بهداشتی و اجتناب از رفتارهای پرخطر مانند مصرف دخانیات و مواد مخدر، عملکرد بهتری از خود نشان می‌دهند. تحصیلات والدین نیز به‌ویژه در سبک زندگی فرزندان تأثیرگذار بوده و با رفتارهای سالم همبستگی مثبتی دارد. همچنین سطح درآمد، به‌ویژه در تغذیه، ورزش و کاهش اختلال خواب مؤثر بوده، هرچند در برخی موارد مانند مصرف الکل و دخانیات نیز با افزایش درآمد، مصرف بیشتر مشاهده شده است.

بررسی جدول ۵ نشان می‌دهد که الگوی همبستگی بین مولفه‌های سبک زندگی سلامت با متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، تحصیلات و درآمد)، هم از نظر شدت و هم از نظر جهت رابطه‌ها در میان جمعیت شهری و روستایی تفاوت‌های آشکاری دارد. در گروه شهری بیشترین همبستگی مثبت و معنادار به‌طور پیوسته با تحصیلات پاسخگو دیده می‌شود، برای مثال در بعد ایمنی این رابطه قوی است و نشان می‌دهد هر چه سطح تحصیلات بالاتر باشد ایمنی در رانندگی و بهداشت فردی بالاتر است. همچنین در شاخص کلی سبک زندگی سلامت شدت همبستگی تحصیلات پاسخگو با سبک زندگی دو برابر روستا است. این الگو بیانگر این است که در شهرها، آگاهی و تحصیلات نقش محوری‌تری در شکل‌دهی رفتارهای سالم دارند. در مقابل در گروه روستایی، همبستگی‌ها ضعیف‌تر و در برخی ابعاد حتی دارای تغییر جهت هستند. برای مثال در رعایت پروتکل کرونا رابطه با سن در روستا منفی اما در شهر مثبت است. این امر نشان می‌دهد در شهرها افراد مسن‌تر رعایت بیشتری دارند اما در روستاها با افزایش سن، رعایت کاهش می‌یابد. همین الگو در برخی شاخص‌های منفی سلامت هم تکرار می‌شود؛ مثلاً در مصرف دخانیات در شهر رابطه‌ای تقریباً خنثی با سن دیده می‌شود ولی در روستا رابطه مثبت و قوی‌تری وجود دارد. یعنی با افزایش سن، مصرف دخانیات در میان جوانان روستا بیشتر است.

جدول ۵- همبستگی اسپیرمن نمره سبک زندگی سلامت و ابعاد آن با سن، تحصیلات، درآمد

ابعاد سبک زندگی	سن	تحصیلات پاسخگو	تحصیلات پدر	تحصیلات مادر	درآمد خانوار
تغذیه	شهری	۰/۷۹**	۰/۱۲۹**	۰/۴۳	۰/۰۶۹**
	روستایی	۰/۰۵۰	۰/۱۱۳**	۰/۰۰۳	۰/۱۳۸**
	کل	۰/۰۶۹**	۰/۱۳۷**	۰/۰۵۱**	۰/۱۰۳**
ورزش	شهری	-۰/۱۴۲**	۰/۱۱۲**	۰/۰۹۹**	-۰/۰۳۱
	روستایی	۰/۰۲۵	۰/۱۲۷**	۰/۰۴۵	۰/۱۶۰**
	کل	-۰/۰۷۵**	۰/۰۹۶**	۰/۰۵۸**	۰/۰۴۲*
مصرف الکل	شهری	-۰/۰۶۰*	-۰/۱۲۱**	۰/۰۰۰	۰/۰۹۶**
	روستایی	۰/۰۳۳	۰/۰۰۲	۰/۰۷۷**	۰/۱۶۶**
	کل	۰/۰۲۲	-۰/۰۸۲**	۰/۰۱۸	۰/۱۱۴**
مصرف دخانیات	شهری	۰/۰۰۲	-۰/۰۸۲**	۰/۰۲۵	۰/۱۳۲**
	روستایی	۰/۱۴۳**	-۰/۱۱۲**	۰/۰۲۳	۰/۲۰۹**
	کل	۰/۰۶۲**	-۰/۱۴۳**	-۰/۰۳۹*	۰/۱۳۶**
مصرف مواد مخدر	شهری	-۰/۰۰۳	-۰/۱۲۵**	-۰/۰۷۱**	-۰/۰۳۹
	روستایی	۰/۰۲۵	۰/۰۱۱	۰/۰۸۳**	۰/۰۷۷**
	کل	۰/۰۰۲	-۰/۱۳۵**	-۰/۰۶۸**	۰/۰۰۰
مصرف خودسرانه دارو	شهری	-۰/۰۷۲**	۰/۰۳۷	۰/۰۶۲**	۰/۰۳۶
	روستایی	-۰/۱۱۱**	۰/۰۶۸*	۰/۱۰۷**	-۰/۰۲۶
	کل	۰/۰۸۴**	-۰/۰۶۲**	-۰/۰۸۷**	۰/۰۳۲
ایمنی رانندگی	شهری	۰/۱۴۳**	۰/۲۳۶**	۰/۰۸۱**	۰/۰۱۵
	روستایی	۰/۰۳۳	۰/۰۸۷*	۰/۰۶۰*	۰/۰۲۸
	کل	۰/۱۰۳**	۰/۱۸۲**	۰/۰۸۰**	۰/۰۲۹
بهداشت فردی	شهری	-۰/۰۰۲	۰/۲۶۸**	۰/۱۵۰**	-۰/۰۶۷**
	روستایی	-۰/۰۹۲**	۰/۱۵۹**	۰/۱۱۰**	۰/۰۵۰
	کل	-۰/۰۴۱*	۰/۲۳۲**	۰/۱۴۵**	-۰/۰۱۴
پرو تکل کرونا	شهری	۰/۱۰۲**	۰/۲۳۵**	۰/۰۷۴**	-۰/۰۵۳**
	روستایی	-۰/۰۷۶**	۰/۰۸۵**	۰/۰۱۶	۰/۰۴۳
	کل	۰/۰۳۲	۰/۲۲۸**	۰/۱۰۴**	-۰/۰۲۰
اختلال خواب	شهری	-۰/۰۱۶	-۰/۰۲۳	-۰/۰۳۰	۰/۰۸۴**
	روستایی	۰/۰۶۸**	۰/۰۸۸**	۰/۰۸۵**	۰/۰۷۸**
	کل	۰/۰۳۱	-۰/۰۴۵*	-۰/۰۲۸	-۰/۰۹۳**

جدول ۵- (ادامه)

ابعاد سبک زندگی	سن	تحصیلات پاسخگو	تحصیلات پدر	تحصیلات مادر	درآمد خانوار
مدیریت استرس	شهری	۰/۰۰۳	۰/۱۰۱**	۰/۰۵۶**	۰/۰۳۹
	روستایی	۰/۰۱۰	۰/۰۰۱	۰/۰۲۸	۰/۰۸۹**
	کل	۰/۰۰۰	۰/۰۲۲	۰/۰۱۴	۰/۰۱۰
سبک زندگی	شهری	۰/۰۴۰	۰/۲۴۴**	۰/۰۹۹**	۰/۰۸۶**
سلامت	روستایی	۰/۰۴۳	۰/۱۲۷**	۰/۰۴۱	۰/۰۵۲
	کل	۰/۰۰۸	۰/۲۱۵**	۰/۰۹۸**	۰/۰۳۹*

یادداشت. اعداد داخل جدول ضریب همبستگی اسپیرمن را نشان می‌دهند. * $p < ۰/۰۱$ ، ** $p < ۰/۰۵$.

از نظر درآمدی نیز تفاوت جالبی دیده می‌شود. در شهرها درآمد معمولاً با ابعاد مثبت سلامت همبستگی معناداری ندارد یا بسیار ضعیف است در حالی که در روستاها درآمد با ابعاد منفی سبک زندگی مانند مصرف الکل و مصرف دخانیات رابطه مثبت دارد. این موضوع حاکی از آن است که افزایش درآمد در محیط‌های روستایی الزاماً به رفتارهای سالم‌تر منجر نمی‌شود و گاهی می‌تواند امکان دسترسی به رفتارهای پرخطر را افزایش دهد.

جدول ۶- تفاوت باورهای سلامتی (باورها و هنجارهای فرهنگی) برحسب متغیرهای جنسیت، محل سکونت و تجربه بیماری و معلولیت در فرد و خانواده درجه اول

متغیر	گروه‌ها	تعداد (N)	میانگین رتبه (Mean Rank)	آماره Z
جنسیت	زن	۱۵۰۶	۱۵۵۱/۰۶	-۱/۰۲
	مرد	۱۵۶۲	۱۵۱۸/۵۴	
محل سکونت	شهر	۱۷۸۱	۱۶۷۰/۵۱	-۹/۵۱**
	روستا	۱۳۰۰	۱۳۶۳/۵۷	
تجربه بیماری و معلولیت جسمی	دارد	۳۰۸	۱۳۳۲/۱۰	-۳/۲۳**
	ندارد	۲۶۵۲	۱۴۹۷/۷۴	
تجربه بیماری روحی	دارد	۴۴۸	۱۵۳۷/۴۲	-۰/۰۵
	ندارد	۲۶۳۰	۱۵۳۹/۸۵	
تجربه بیماری و معلولیت در خانواده	دارد	۵۳۱	۱۵۶۸/۰۲	-۱/۰۱
	ندارد	۲۵۳۴	۱۵۲۵/۶۶	

یادداشت. تحلیل براساس آزمون مان-ویتنی (Mann-Whitney U) برای بُعد باورها و هنجارهای فرهنگی انجام شده است. ** $p < ۰/۰۱$.

نتایج آزمون من ویتنی (جدول ۶) نشان می‌دهد که باورهای سلامتی در میان مردان و زنان تفاوتی نداشته، اما در روستاها باورهای مرتبط با سلامت ناسالم‌تر بوده‌اند. نکته مهم اینکه کسانی که خودشان تجربه بیماری و معلولیت جسمی دارند باورهای ناسالم‌تری دارند. اما تجربه بیماری روحی و وجود بیماری و معلولیت در خانواده ارتباطی با محتوای باورهای مرتبط با سلامت نداشته است.

جدول ۷- رابطه هنجارهای سلامت و ابعاد سبک زندگی سلامتی به تفکیک کل، نمونه شهری و روستایی

ابعاد سبک زندگی سلامت	کل نمونه	نمونه شهری	نمونه روستایی
تغذیه	۰/۰۴۲*	۰/۰۶۶**	-۰/۰۳۰
فعالیت ورزشی	۰/۰۰۵	-۰/۰۴۵**	-۰/۰۴۳
مشروبات الکلی	-۰/۰۹۲**	-۰/۱۱۶**	-۰/۰۲۷
مصرف دخانیات	-۰/۱۶۳**	-۰/۰۸۳**	-۰/۲۱۱**
مواد مخدر	۰/۱۶۷**	-۰/۱۰۹**	-۰/۱۴۴**
مصرف خودسرانه دارو	-۰/۱۰۰**	۰/۰۱۹	۰/۱۹۵**
ایمنی رانندگی	۰/۱۷۲**	۰/۱۴۱**	۰/۱۹۲**
بهداشت فردی	۰/۱۳۰**	-۰/۱۰۵**	۰/۱۳۰**
پروتکل کرونا	۰/۱۴۵**	-۰/۱۴۸**	۰/۰۶۸*
اختلال خواب	-۰/۰۵۵**	۰/۰۳۹	۰/۰۴۹
مدیریت استرس	۰/۰۴۳*	۰/۰۵۳**	۰/۰۵۷*
سبک زندگی سلامت (کل)	۰/۱۵۴**	۰/۰۱۴۰**	۰/۱۳۴**

یادداشت. اعداد داخل جدول ضرایب همبستگی را نشان می‌دهند. * $p < ۰/۰۱$ ، ** $p < ۰/۰۵$.

نتایج همبستگی اسپیرمن (جدول ۷) نشان می‌دهد که همه ابعاد سبک زندگی سلامت به جز فعالیت ورزشی با هنجارهای مرتبط با سلامت در ارتباط است. قوی‌ترین رابطه‌ها بین ایمنی در رانندگی و مصرف مواد مخدر با هنجارهای مرتبط با سلامت مشاهده شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد کسانی که باورهای سالم‌تری دارند رفتارهای سالم‌تری هم داشته‌اند. این نتیجه به‌طور کلی برای هر دو جامعه شهری و روستایی صادق است اما شدت روابط در شهر اندکی بیشتر از روستا است. در شهرها همبستگی قوی‌تر با مولفه‌های شناختی و رفتاری مانند ایمنی رانندگی و رعایت پروتکل‌های کرونا مشاهده می‌شود در حالی که در روستا رابطه بیشتر با رفتارهای پرخطر معکوس است. در مورد مصرف الکل رابطه در شهر منفی و معنادار است اما در روستا این رابطه ضعیف و غیرمعنادار است. این تفاوت در جهت و شدت همبستگی نشان می‌دهد که در شهرها هنجارهای سلامت نقش بازدارنده موثرتری در کاهش مصرف الکل دارند. به‌طور کلی هنجارهای سلامت در شهر بیشتر به پایداری اجتماعی و آگاهی فردی وابسته‌اند اما در روستا به کنترل رفتارهای پرخطر مربوط می‌شوند.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میان باورها و هنجارهای فرهنگی مرتبط با سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور جوانان استان فارس رابطه معنادار وجود دارد. بخش‌هایی از سبک زندگی نظیر ایمنی در رانندگی، مصرف مواد، بهداشت فردی و مدیریت استرس، به صورت مشخصی با هنجارهای فرهنگی در ارتباط هستند. این نتایج نظریه سبک زندگی کاکرهام را تایید می‌کند. نظریه‌ای که بر تعامل میان ساختارهای اجتماعی و فرهنگی، فرصت‌های زندگی و عاملیت فردی در شکل‌گیری رفتارهای سلامت تاکید دارد (Cockerham, 2021). یافته‌ها نشان می‌دهد سبک زندگی سلامت‌محور نه تنها حاصل تصمیم‌های فردی نیست، بلکه به شدت از زمینه‌های فرهنگی و طبقاتی تاثیر می‌پذیرد. از این رو رفتارهای سلامت را باید در چارچوب اجتماعی و فرهنگی آن‌ها فهم کرد نه صرفاً در سطح شناخت و تصمیم فردی. نتایج با پژوهش‌های اسکندری و همکاران (۱۳۹۱ الف و ۱۳۹۱ ب) و آسریل و همکاران (۲۰۲۰) همسو است که نقش باورهای سنتی و مذهبی را در شکل‌دهی رفتارهای سلامت بیماران نشان داده‌اند. این همخوانی‌ها بیانگر آن است که باورها چه سنتی و چه مدرن می‌توانند در برخی بافت‌ها به تقویت رفتارهای سلامت‌محور بیانجامند و در برخی دیگر مانعی برای تغییر باشند.

از سوی دیگر ناسالم بودن برخی از باورهای ریشه‌دار در جوامع روستایی به‌ویژه در میان افرادی که تجربه بیماری یا معلولیت دارند، نشان می‌دهد که تجربه زیسته الزاماً منجر به بازنگری در باورهای ناکارآمد نمی‌شود و گاهی حتی به تقویت آن‌ها می‌انجامد. این وضعیت را می‌توان نوعی عاملیت منفعل دانست به این معنا که افراد به جای بازاندیشی در چارچوب باورهای آشنا باقی می‌مانند حتی زمانی که این باورها سلامت آنان را تهدید می‌کند. این یافته‌ها ضرورت اتخاذ رویکرد فرهنگی در مداخلات سلامت را دوجندان می‌کند و نشان می‌دهد که سیاست‌گذاری در این زمینه باید از سطح شناختی به سطح فرهنگی و اجتماعی ارتقا یابد.

تفاوت‌های مشاهده شده میان زنان و مردان نیز اهمیت ساختار اجتماعی را آشکار می‌سازد. زنان رفتارهای سلامت‌محور بیشتری از خود نشان می‌دهند اما این امر را نمی‌توان صرفاً ناشی از آگاهی یا مسئولیت‌پذیری فردی دانست بلکه باید آن را در بستر جنسیت، هنجارهای سنتی و نقش‌های اجتماعی تبیین کرد. در فرهنگ‌های سنتی زنان بیشتر در نقش مراقب خانواده تعریف می‌شوند و همین نقش می‌تواند رفتارهای پیشگیرانه را در آنان تقویت کند. این یافته‌ها با پژوهش لوکاس و همکاران (۲۰۱۳) درباره موانع فرهنگی سلامت در زنان آسیایی تبار ساکن بریتانیا همخوان است که نشان داد صرف آگاهی از خطرات بیماری بدون تغییر در هنجارهای فرهنگی به تغییر در رفتار منجر نمی‌شود. همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های ملنیک و همکاران (۲۰۱۵) نیز همراستا است که باورهای مثبت درباره سبک زندگی سالم را در میان زنان و افراد دارای تحصیلات و موقعیت شغلی بهتر گزارش کرده‌اند.

تحلیل تفاوت میان ساکنان شهر و روستا نیز بر نقش ساختارهای اجتماعی و فرهنگی تاکید دارد. ساکنان شهرها از سبک زندگی سالم‌تری برخوردار بودند در حالی که در روستاها فقر امکانات، سطح پایین سواد و هنجارهای سنتی، رفتارهای ناسالم مانند مصرف مواد یا دخانیات را بازتولید می‌کند. این یافته‌ها علاوه بر همسویی با پژوهش‌های اسکندری و همکاران (۱۳۹۱ الف و ۱۳۹۱ ب) در چارچوب نظریه کاکرهام نیز قابل تبیین است زیرا ساختارهای اقتصادی و فرهنگی گزینه‌های سبک زندگی سالم را محدود کرده و عاملیت فردی در چنین شرایطی توان اندکی برای تغییر دارد. با این حال برخی باورهای مذهبی و سنتی مانند پرهیز از مصرف الکل یا توصیه به خود مراقبتی می‌تواند جنبه ای حمایتی در رفتار سلامت‌محور ایفا کند. این دوگانگی نقش فرهنگ هم به عنوان مانع و هم به عنوان منبع تغییر نکته‌ای کلیدی برای سیاست‌گذاری سلامت در جوامع متنوع از نظر فرهنگی است. شدت همبستگی‌ها در شهر تقریباً در همه ابعاد قوی‌تر

و منظم‌تر است در حالی که در روستا الگوها پراکنده‌تر، ضعیف‌تر و گاه با جهت مخالف‌اند. این موضوع نشان می‌دهد که عوامل شناختی و آموزشی در شهر نقش تعیین‌کننده‌تری در ارتقای سلامت دارند در حالی که در روستا عوامل اقتصادی و فرهنگی تأثیرگذارترند. بنابراین برای ارتقای سبک زندگی سالم لازم است سیاست‌های سلامت در شهرها بر آموزش و آگاهی‌سازی متمرکز باشد اما در روستاها علاوه بر آموزش باید به بهبود ساختار اقتصادی و دسترسی به امکانات بهداشتی نیز توجه شود.

به‌طور کلی یافته‌ها نشان می‌دهد که سیاست‌گذاری سلامت در ایران نمی‌تواند صرفاً بر آموزش و اطلاع‌رسانی فرد محور متکی باشد. همان‌گونه که [کلی و بارکر \(۲۰۱۶\)](#) یادآور شده‌اند مداخلات شناختی بدون توجه به ساختارهای اجتماعی و معانی فرهنگی تأثیر پایداری نخواهد داشت. مداخلات مؤثر سلامت باید به هر دو بخش فرهنگ یعنی فرهنگ سطحی (نمادها، زبان و رسانه) و سطح عمیق آن (ارزش‌ها، باورها و معانی اجتماعی بیماری) نفوذ کنند. رویکردی که [رسینکاو و همکاران \(۱۹۹۹\)](#) از آن به‌عنوان تناسب فرهنگی در سلامت عمومی یاد کرده‌اند.

براساس نتایج این پژوهش چند پیشنهاد سیاستی ارائه می‌شود. نخست برنامه‌های آموزشی سلامت باید با توجه به هنجارهای بومی و از طریق افراد مورد اعتماد جامعه مانند رهبران محلی، معلمان یا به‌رورزان بومی طراحی و اجرا شود. دوم با توجه به شیوع بیشتر رفتارهای ناسالم در مردان از جمله مصرف دخانیات و خود درمانی لازم است کمپین‌های سلامت ویژه مردان جوان با پیام‌هایی متناسب با ارزش‌های فرهنگی پذیرفته شده مانند تعهد، مسئولیت‌پذیری و مراقبت از خانواده طراحی گردد. سوم از آنجا که زنان سبک زندگی سالم‌تری دارند می‌توان آنان را در مداخلات جامعه محور به‌عنوان تسهیل‌گران آموزش سلامت به‌ویژه در زمینه‌هایی مانند تغذیه، ایمنی و مدیریت استرس بیش از پیش بکار گرفت. اجرای این طرح باید همزمان و همکار کمپین سلامت مردان انجام شود تا موانع فرهنگی ناشی از ساختار مردسالار کاهش یابد. چهارم در طراحی مداخلات سلامت رویکرد [رسینکاو و همکاران \(۱۹۹۹\)](#) درباره تمایز میان ساختارهای سطحی و عمیق فرهنگی باید مدنظر قرار گیرد. پنجم با توجه به تفاوت‌های مشاهده شده میان شهر و روستا در رابطه بین هنجارهای سلامت و سبک زندگی سالم پیشنهاد می‌شود برنامه‌های مداخله‌ای و آموزشی متفاوت باشد. در شهر تمرکز باید بر تقویت آگاهی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی باشد زیرا هنجارهای سلامت بیشتر با رفتارهای آگاهانه و خودتنظیمی پیوند دارند اما در روستاها لازم است برنامه‌ها به سمت کاهش رفتارهای پرخطر (دخانیات، مواد مخدر، الکل و دارو) با بهره‌گیری از ذی‌نفوذهای محلی و بومی هدایت شود تا پذیرش فرهنگی و اثربخشی آن‌ها افزایش یابد و در نهایت اصلاح باورهای نادرست به‌ویژه در میان خانواده‌هایی که تجربه بیماری یا معلولیت دارند بهتر است با روش‌های تعاملی و روایت محور انجام گیرد تا مقاومت شناختی و هیجانی کاهش یابد.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که از یکسو افزایش آگاهی‌های سلامت، گسترش رسانه‌ها و نقش پررنگ‌تر زنان در مراقبت از سلامت خود و خانواده، نشانه‌هایی از تغییر فرهنگی و حرکت به سوی سبک زندگی مدرن‌تر و سالم‌تر است و از سوی دیگر استمرار باورهای سنتی، تمایز طبقاتی و محدودیت‌های فرهنگی یادآور تداوم الگوهای قدیمی در رفتارهای سلامت است. همزیستی تغییر و تداوم نشان می‌دهد که در جامعه ایرانی عاملیت فردی در حال رشد است اما در مرزهای ساختار فرهنگی و اجتماعی محدود می‌شود بنابراین هر گونه سیاست‌گذاری سلامت مؤثر در ایران باید بر این دو بعد تکیه کند. پیوستگی فرهنگی به‌عنوان واقعیت اجتماعی و تحول فرهنگی به‌عنوان امکان تغییر.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از شورای مطالعات و پژوهش‌های راهبردی و مدیران اداره کل ورزش و جوانان فارس، پرسشگران پرتلاش طرح که در استان پهنور فارس به شهرها و روستاهای منتخب رفته و اطلاعات طرح را با دقت و امانت جمع‌آوری کردند، تشکر می‌کنند. بدون همراهی‌های مادی و معنوی آن‌ها این تحقیق ارزشمند انجام نمی‌شد.

منابع

- استاجی، زهرا؛ اکبرزاده، رویا؛ تدین‌فر، موسی‌الرضا؛ رهنما، فاطمه؛ زردشت، رقیه؛ نجار، لادن. (۱۳۸۵). بررسی سبک زندگی در ساکنین شهر سبزوار. *مجله علوم پزشکی و خدمات درمانی سبزوار*، ۱۳(۳)، ۱۳۹-۱۳۴. <https://www.magiran.com/p424243>
- اسکندری، منیژه؛ عباس‌زاده، عباس؛ برهانی، فریبا. (۱۳۹۱الف). تعیین‌کننده‌های اجتماعی فرآیند مراقبت از سلامت در جامعه روستایی ایران براساس تجربه مراقبین سلامت. *تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۱(۳)، ۱۶۹-۱۵۹. https://ijr1.kmu.ac.ir/article_90720.html
- اسکندری، منیژه؛ عباس‌زاده، عباس؛ برهانی، فریبا. (۱۳۹۱ب). مراقبت در حال تغییر، چالش فرآیند مراقبت از سلامت در جامعه روستایی ایران براساس تجربه مراقبین سلامت. *مدیریت ارتقای سلامت*، ۱(۲)، ۷۴-۶۶. <http://jhpm.ir/article-1-67-fa.html>
- اکبرزاد، خدیجه؛ طل، آذر؛ مجلسی، فرشته؛ یاسری، مهدی؛ علیزاده، هادی. (۱۳۹۵). عوامل پیشگویی‌کننده سبک زندگی سلامت‌محور در میان بهورزان. *فصلنامه بیمارستان*، ۱۵(۴)، ۱۱۴-۱۰۳. <http://jhosp.tums.ac.ir/article-1-5650-fa.html>
- زارع، محمدقاسم؛ شریف‌پور، بهیه؛ دهقانی، فرحناز. (۱۳۹۴، ۱۰ شهریور). بررسی رابطه سلامت معنوی و رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان متوسطه شهر بوشهر [ارائه مقاله]. اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب‌شناسی جامعه، کرمان، ایران. <https://elmnet.ir/doc/20511246-52922>
- سروش، مریم. (۱۳۹۰). مقایسه بین نسلی سرمایه‌ها و فرصت‌های زندگی زنان و بازنمایی آن در سبک زندگی: نمونه مورد مطالعه زنان ۲۵ تا ۲۹ سال شیراز و استهبان [رساله دکتری، دانشگاه شیراز].
- سعادت‌مجد، زهره؛ فلاحي خشکتاب، مسعود؛ واحدی، محسن؛ پورابراهیمی، محمد؛ حسین‌آبادی فراهانی، محمدجواد. (۱۴۰۴). باورهای بهداشتی و رفتارهای ارتقاء سلامت در میان دانشجویان پرستاری: یک مطالعه توصیفی مقطعی چند دانشگاهی. *پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۱۱(۳)، ۱-۸. <http://dx.doi.org/10.22034/IJRN.11.3.1>
- سعیدی ابواسحاقی، ابوطالب. (۱۳۹۷). مروری بر نقش فرهنگ در سلامت (مطالعه موردی قوم لر در استان چهارمحال و بختیاری). *فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، ۴(۳)، ۹-۱. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1430602>
- عبدالهی، صفیه؛ حاتمی، محمد؛ مرادی‌منش، فردین؛ عسگری، پرویز. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۴)، ۵۷۰-۵۶۳. <http://dx.doi.org/10.52547/rbs.17.4.563>

فتح‌آبادی، جلیل؛ ایزددوست، منا؛ تقوایی، داوود؛ شلانی، بیتا؛ صادقی، سعید. (۱۳۹۷). نقش باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور در پیش‌بینی احتمال خطر ابتلای به دیابت. پایش، ۱۷(۲)، ۱۶۹-۱۷۸. <http://payeshjournal.ir/article-1-56-fa.html>

کرمپور، رزا؛ گرجی، فرزانه. (۱۳۹۲). عوامل اجتماعی مؤثر بر گرایش زنان بر حفظ سلامت جسمانی. مطالعات جامعه‌شناختی ایران، ۱۰(۳)، ۶۳-۷۴. <https://sanad.iau.ir/fa/Article/1069663>

مسعودنیا، ابراهیم. (۱۳۹۴). جامعه‌شناسی پزشکی. انتشارات دانشگاه تهران.

میرزایی، محمد؛ کردزنگنه، جعفر. (۱۳۸۹). تفاوت‌های جنسی و سنی سبک زندگی سلامت‌محور در شهر تهران. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۱۰(۱)، ۱۴۷-۱۱۰. https://www.jpaiassoc.ir/article_722524.html

Abdollahi, S., Hatami, M., Moradi Manesh, F., & Asgari, P. (2020). The effect of acceptance and commitment therapy on health related beliefs in patients with type 2 diabetes. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 17(4), 563-570. [In Persian]. <http://dx.doi.org/10.52547/rbs.17.4.563>

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Akbarnejad Nashli, K., Tol, A., Majlessi, F., Yaseri, M., & Alizadeh, H. (2017). Predictors of health-oriented lifestyle among health workers of Amol city. *Journal of Hospital*, 15(4), 103-114. [In Persian]. <http://jhosp.tums.ac.ir/article-1-5650-en.html>

Alinejad, N., Khosromanesh, F., Bijani, M., Taghinezhad, A., Khiyali, Z., & Dehgan, A. (2025). Spiritual well-being, resilience and health promoting lifestyle among older adult hypertensive patients: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 25, Article 262. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05877-x>

Asril, N. M., Tabuchi, K., Tsunematsu, M., Kobayashi, T., & Takehashi, M. (2020). Predicting healthy lifestyle behaviors among patients with type 2 diabetes in rural Bali, Indonesia. *Clinical Medicine Insights: Endocrinology and Diabetes*, 13, Article 1179551420915856. <https://doi.org/10.1177/1179551420915856>

Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). Greenwood Press. [https://home.iitk.ac.in/~amman/soc748/bourdieu forms of capital.pdf](https://home.iitk.ac.in/~amman/soc748/bourdieu%20forms%20of%20capital.pdf)

Chaney, D. (2002). Cosmopolitan art and cultural citizenship. *Theory, Culture & Society*, 19(1-2), 157-174. <https://doi.org/10.1177/026327640201900108>

Cockerham, W. C. (1999). *Health and social change in Russia and Eastern Europe*. Routledge.

- Cockerham, W. C. (2000). Health lifestyles in Russia. *Social Science & Medicine*, 51(9), 1313-1324. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00094-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00094-0)
- Cockerham, W. C. (2004). *The sociology of health behavior and health lifestyle*. Prentice Hall.
- Cockerham, W. C. (2017a). Health lifestyle theory. In B. S. Turner (Ed.), *The Wiley-Blackwell encyclopedia of social theory* (Vol. 2). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118430873.est0160>
- Cockerham, W. C. (2017b). *Social causes of health and disease* (2nd ed.). Polity Press.
- Cockerham, W. C. (2021). *Social causes of health and disease* (3rd ed.). Polity Press.
- Cockerham, W. C., & Ritchey, F. J. (1997). *Dictionary of medical sociology*. Greenwood Press.
- Darvish, N., & Hadi, N. (2014). A survey on the dietary habits of rural women in Fars Province, Iran. *Women's Health Bulletin*, 1(1), Article e18997. <https://doi.org/10.17795/whb-18997>
- Eskandari, M., Abbaszadeh, A., & Borhani, F. (2012a). Social determinants of health care process in rural society of Iran from health care provider's experience. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 1(3), 159-169. [In Persian]. https://jqr1.kmu.ac.ir/article_90720.html
- Eskandari, M., Abbaszadeh, A., & Borhani, F. (2012b). Changing care: New challenge in health care process in rural society according to health care providers' experience. *Journal of Health Promotion Management*, 1(2), 66-74. [In Persian]. <http://jhpm.ir/article-1-67-en.html>
- Estaji, Z., Akbarzadeh, R., Tadayyonfar, M. R., Rahnama, F., Zardouz, R., & Najar, L. (2006). Study of the life style of people in Sabzevar, Iran. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 13(3), 134-139. [In Persian]. <https://www.magiran.com/p424243>
- Fathabadi, J., Izaddost, M., Taghavi, D., Shalani, B., & Sadeghi, S. (2018). The role of irrational health beliefs, health locus of control and health-oriented lifestyle in predicting the risk of diabetes. *Payesh: Health Monitor*, 17(2), 169-178. [In Persian]. <http://payeshjournal.ir/article-1-56-fa.html>
- Grace, C., Begum, R., Subhani, S., Kopelman, P., & Greenhalgh, T. (2008). Prevention of type 2 diabetes in British Bangladeshis: Qualitative study of community, religious, and professional perspectives. *BMJ*, 337, Article a1931. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1931>
- Greenhalgh, T., Helman, C., & Chowdhury, A. M. (1998). Health beliefs and folk models of diabetes in British Bangladeshis: A qualitative study. *BMJ: British Medical Journal*, 316(7136), 978-983. <http://www.jstor.org/stable/25178719>
- Havrylyshyn, O., & Nsouli, S. M. (2001). *A decade of transition: Achievements and challenges*. International Monetary Fund. <https://www.imf.org/external/pubs/nft/seminar/2001/decade/index.htm>

- Karampour, R., & Gorji, F. (2013). Social factors affecting women's inclination toward maintaining physical health. *Iranian Journal of Sociological Studies*, 10(3), 63–74. [In Persian]. <https://sanad.iau.ir/fa/Article/1069663>
- Kelly, M. P., & Barker, M. (2016). Why is changing health-related behavior so difficult? *Public Health*, 136, 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.03.030>
- Lucas, A., Murray, E., & Kinra, S. (2013). Health beliefs of UK South Asians related to lifestyle diseases: A review of qualitative literature. *Journal of Obesity*, 2013, Article 827674. <https://doi.org/10.1155/2013/827674>
- Masoudnia, E. (2015). *Medical sociology*. University of Tehran Press. [In Persian].
- McAllister, G., & Farquhar, M. (1992). Health beliefs: A cultural division? *Journal of Advanced Nursing*, 17(12), 1447–1454. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb02816.x>
- Melnyk, B. M., Amaya, M., Szalacha, L. A., & Hoying, J. (2015). Relationships among perceived wellness culture, healthy lifestyle beliefs, and healthy behaviors in university faculty and staff: Implications for practice and future research. *Western Journal of Nursing Research*, 38(3), 308–324. <https://doi.org/10.1177/0193945915615238>
- Miezah, D., & Hayman, L. L. (2024). Culturally tailored lifestyle modification strategies for hypertension management: A narrative review. *American Journal of Lifestyle Medicine*, Article 15598276241297675. <https://doi.org/10.1177/15598276241297675>
- Mirahmadizadeh, A., AmirGharghani, A., Heiran, A., & Rahimpour, N. (2024). The two-year epidemiological investigation of the COVID-19 pandemic in the nomadic population of Fars Province, Southern Iran: An ecological study (February 20, 2020 to February 19, 2022). *Heliyon*, 10(11), Article e32130. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e32130>
- Mirzaie, M., & Kord Zangeneh, J. (2010). Health lifestyles differences in the city of Tehran, with emphasis on age and sex factors. *Journal of Population Association of Iran*, 5(10), 110–147. [In Persian]. https://www.jpaiassoc.ir/article_722524.html
- Randall, N. L., Sanders, C. E., Lamm, A. J., & Berg, A. C. (2023). Qualitative exploration of cultural influence on a rural health-promotion initiative. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 55(4), 255–265. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2022.10.011>
- Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S., & Braithwaite, R. L. (1999). Cultural sensitivity in public health: Defined and demystified. *Ethnicity & Disease*, 9(1), 10–21. <http://www.jstor.org/stable/45410142>
- Rio, C. J., & Saligan, L. N. (2023). Understanding physical activity from a cultural-contextual lens. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1223919. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1223919>

- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Saadatmajd, Z., Fallahi-Khoshknab, M., Vahedi, M., Pourebrahimi, M., & Hosseinabadi-Farahani, M. (2025). Relationship between health beliefs and health-promoting behaviours among nursing students: A multi-universities cross-sectional study. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 11(3), 1–8. [In Persian]. <http://dx.doi.org/10.22034/IJRN.11.3.1>
- Saeedi Abu-Ishaqi, A. (2018). A review of the role of culture in health: A case study of the Lor ethnic group in Chaharmahal and Bakhtiari province. *Journal of Studies in Psychology and Educational Sciences*, 4(3), 1–9. [In Persian]. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1430602>
- Salehi, S., Golestani, A., Rezaei, N., Azizpour, Y., Mirzade, M., Fotouhi, M., Khosravi, S., & Tabatabaei-Malazy, O. (2025). Smoking patterns among individuals with hypertension in Iran: Finding from the nation-wide STEPS survey 2021. *Public Health*, 246, Article 105798. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.105798>
- Shekari, F., Habibi, P., Nadiran, H., & Mohammadpurasi, A. (2020). Health risk behaviors among Iranian university students 2019: A web based survey. *Archives of Public Health*, 78, Article 131. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00514-y>
- Shirzadi, S., ArabBorzu, Z., Jahanfar, S., Alvani, S., & Seraj, F. (2025). A comparative study of healthy lifestyle behaviors and related factors among Iranian male and female adolescents: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 25, Article 558. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21688-6>
- Shokri, A., Mohamadi, A., Mohammadi, D., Moradi, M., Sadeghi, S., Mahmoodi, H., & Qaderi Bagajan, K. (2024). The relationship between internet addiction and lifestyle among highschool students: A cross sectional in the west of Iran. *PLOS ONE*, 19(9), Article e0308333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308333>
- Sorosh, M. (2011). *Intergenerational comparison of women's capitals and life opportunities and its representation in lifestyle: A study on women aged 25 to 29 in Shiraz and Estahban* [Doctoral dissertation, Shiraz University]. [In Persian].
- Spratt, J., Shucksmith, J., Philip, K., & Watson, C. (2006). 'Part of who we are as a school should include responsibility for well-being': Links between the school environment, mental health and behavior. *Pastoral Care in Education*, 24(3), 14–21. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0122.2006.00374.x>
- Zare, M. G., Sharifatpour, B., & Dehghani, F. (2015, September 1). *Investigating the relationship between spiritual health and high-risk behaviors in secondary school students of Bushehr city* [Paper presentation]. The 1st Scientific Research Conference on Psychology, Educational Sciences and Social Pathology, Kerman, Iran. [In Persian]. <https://elmnnet.ir/doc/20511246-52922>