

تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل بزنف بر سبک زندگی سالم رانندگان تاکسی شهر لنگرود

امین امیری^{۱*} - فاطمه رخشانی^۲ - ربیع اله فرمانبر^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، سیستان و بلوچستان، ایران

۲- دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، استاد دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، سیستان و بلوچستان، ایران، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت زاهدان

۳- دکترای تخصصی آموزش بهداشت، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت گیلان، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گیلان واحد معاونت آموزش

* نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، سیستان و بلوچستان، ایران

پست الکترونیکی: amiri.amin1390@gmail.com

تلفن: ۰۹۱۱۲۴۴۸۸۲۹

چکیده

زمینه و هدف: سبک زندگی بخشی از زندگی است که عملاً در حال تحقق یافتن است و دربردارنده طیف کامل فعالیت هایی است که افراد در زندگی روزمره انجام می دهند، این فعالیت ها و رفتارها شامل عادات غذایی، خواب و استراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، استعمال دخانیات و الکل می باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل بزنف بر سبک زندگی سالم رانندگان تاکسی درون شهری شهر لنگرود در سال ۹۱ با تأکید بر فعالیت بدنی، تغذیه و عدم استعمال دخانیات انجام شد. **روش:** این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی شاهددار بوده که بمنظور بررسی سبک زندگی سالم (متناسب با مدل بزنف) بر روی ۲۰۰ نفر از رانندگان تاکسی درون شهری شهر لنگرود در سال ۹۱ به روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای پس از همسان سازی گروهی نمونه ها از نظر سن و سطح تحصیلات، به دو گروه ۱۰۰ نفری مداخله و شاهد انجام شده است. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته براساس ساختارهای مدل بزنف بود که روایی و پایایی آن توسط متخصصین و ضریب آلفای کرونباخ تأیید شده بود. ابتدا اطلاعات اولیه از گروههای مداخله و شاهد گردآوری و سپس برنامه آموزشی برای گروه مداخله انجام و بعد از گذشت ۲ ماه اطلاعات مجدداً گردآوری و سپس جهت توصیف داده ها از شاخص های مرکزی (میانگین) و پراکندگی (انحراف معیار) و بمنظور تجزیه و تحلیل آنها از آزمونهای تی زوجی، تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد ($P < 0/05$).

یافته ها: نتیجه آزمون تی زوجی در گروه مداخله نشان داد که میانگین نمرات آگاهی، نگرش، رفتار، نورم های انتزاعی، عوامل قادر کننده به ترتیب از ۲۷/۶۱، ۳۹/۴۸، ۳۰/۹۸، ۹/۲۸، ۱۳/۶۵ به ۳۵/۱۸، ۴۳/۲۳، ۳۶/۳۵، ۱۰/۸۹، ۱۶/۰۴ نسبت به قبل از مداخله افزایش پیدا کرد. همچنین نتیجه آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که متغیر آگاهی نسبت به سایر متغیرها بیشترین همبستگی را با رفتار دارد. بررسی تحلیل رگرسیونی مطالعه نیز نشان داد متغیر آگاهی و سازه فاکتورهای قادرکننده به عنوان قویترین پیش بینی کننده ها می توانند باعث تغییر رفتار گردند که براساس ضریب تعیین تعدیل شده مقدار این تبیین برابر ۰/۲۱۵ است.

نتیجه گیری: با توجه به تأثیر آموزش بر اساس مدل بزنف، استفاده از این مدل بر ارتقاء سبک زندگی سالم رانندگان تاکسی درون شهری موثر بوده و پیشنهاد می شود در آموزش رانندگان حمل و نقل عمومی استفاده شود.

کلیدواژه ها: آموزش، مدل بزنف، سبک زندگی سالم، رانندگان تاکسی

فصلنامه علمی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، دوره ۴، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۲

مقدمه

سبک زندگی بخشی از زندگی است که عملاً در حال تحقق یافتن است و در بردارنده طیف کامل فعالیت‌هایی است که افراد در زندگی روزمره انجام می‌دهند (۱) این فعالیت‌ها و رفتارها شامل عادات غذایی، خواب و استراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، استعمال دخانیات و الکل می‌باشد (۲). سبک زندگی سالم از منابع با ارزش کاهش بروز بیماریها و عوارض ناشی از آنهاست و روشی جهت ارتقای کیفیت زندگی و سازگاری با استرس است (۳) همچنین استراتژی موثری جهت کنترل هزینه مراقبت‌های بهداشتی است (۲).

امروزه اعتقاد بر این است که ۷۰٪ بیماریها به گونه‌ای با سبک زندگی فرد در ارتباط می‌باشد (۴) و بیش از یک سوم موارد مرگ و میر در دنیا ناشی از نادرستی سبک زندگی فردی و اجتماعی است (۵) که دو عامل رژیم غذایی نامناسب و بی‌حرکی اصلی‌ترین عوامل خطر در بروز بیماریهای غیرواگیر می‌باشد (۶) در این رابطه مهمترین عوامل خطر تعدیل پذیر و تهدیدکننده سلامتی عبارتند از: برنامه غذایی ناسالم، کم‌حرکی و مصرف دخانیات (۷). سازمان جهانی بهداشت در بیانیه اولین کنفرانس جهانی شیوه زندگی سالم در مسکو عنوان کرد که در حال حاضر ۶۰٪ از مرگ و میر جهانی و ۸۰٪ مرگ و میر کشورهای در حال توسعه به دلیل سبک زندگی ناسالم بوده و این رقم تا سال ۲۰۳۰ به ۷۵٪ مرگ و میر جهانی خواهد رسید (۸)

نتیجه مطالعه‌ای در کشور ژاپن نشان داد که بخش بزرگی از بیماریهای قلبی و عروقی می‌تواند از طریق تغییرات در شیوه زندگی قابل پیشگیری باشد (۹) همچنین مطالعه‌ای دیگر در انگلستان ایجاد سرطانها را به تاثیر شیوه زندگی افراد نسبت می‌دهد (۱۰) مطالعه‌ای دیگر نیز که در تایوان صورت گرفت اصلاح سبک زندگی را در کاهش خطر ابتلا به فشارخون بالا مفید و موثر دانستند (۱۱) در ایران نیز بیماریهای ناشی از سبک زندگی ناسالم از علل عمده مرگ و میر و ناتوانی بشمار می‌روند (۱۲) در منطقه مورد مطالعه (شهرستان لنگرود) نیز براساس آمارهای موجود طی سالهای ۸۵ الی ۸۹ بیش از ۵۵٪ مرگهای ثبت شده، ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی، ۱۴٪ بدلیل سرطانها و ۲٪ ناشی از دیابت می‌باشد (۱۳).

شغل رانندگی نیز جزو مشاغل بدون تحرک طبقه بندی می‌شود (۱۴). و بر اساس مطالعات انجام شده، رانندگان بیشتر در معرض خطر بیماریهای عروق کرونر بوده (۱۵) و شیوع ریسک فاکتورهای بیماری عروق کرونر و عوارض آن در این گروه بیشتر

می‌باشد (۱۶). مطالعات انجام شده در کشور ما توسط ناصری و موذن زاده بر روی رانندگان تاکسی و اتوبوس کشور (۱۷) و صابری در رانندگان برون شهری کاشان (۱۸) و حاجی امینی و همکاران در رانندگان شهر تهران (۱۴) و دمیرچی در رانندگان تاکسی تهران (۱۹) نشان داد که ریسک فاکتورهای ناشی از سبک زندگی ناسالم و غیربهداشتی در راننده‌های کشور ما شیوع بالایی داشته و این گروه بیشتر در معرض خطر بیماریها و عوارض ناشی از آن هستند (۲۰).

با توجه به اینکه برنامه‌های آموزش بهداشت می‌توانند از طریق تاثیر بر باورها و نگرش‌ها و تامین مهارتهای تصمیم‌گیری منجر به توانمندسازی افراد به تغییر خود و جامعه‌شان شود (۲۱) و از آنجایی که سبک زندگی نیز در طول زندگی اکتساب شده (۱) و در این روند نگرش فرد، آگاهی‌های او و نظرات و رفتارهای اطرافیان در بهبود سبک زندگی فرد تاثیر می‌گذارد در نتیجه آموزش بهداشت در این راستا اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. از طرفی اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت به مقدار زیادی به استفاده از مدل‌های مورد استفاده در آموزش بهداشت دارد (۲۲). مدل بزنف که بعنوان چارچوب اصلی در این پژوهش بکار رفته است توسط جان هابلی در سال ۱۹۸۸ ارائه شد (۲۳). این مدل جامع‌ترین مدل برای مطالعه رفتار، شناسایی رفتار و ایجاد رفتارهای نو و جدید در جامعه است (۲۴). این مدل از عناصر رفتارها (Behaviores) نگرش‌ها (Attitudes)، هنجارها و نورمهای انتزاعی (Subjective Norms) و عوامل قادرکننده (Enabling Factors) تشکیل شده است که کلمه BASNEF از کنارهم قرارگرفتن حروف اول این عناصر می‌باشد (۲۵). مطالعاتی که از این مدل بر روی رانندگان تاکسی درون شهری استفاده شده است بسیار محدود می‌باشد، اما کاربرد و تاثیر این مدل در برنامه‌ریزی مداخلات آموزش بهداشت مورد استفاده قرار گرفته است که مطالعه‌ای فردآذر (۲۴) باقیانی مقدم (۲۶) تقدیسی (۲۷) و هزاه‌ای (۲۸) در این راستا می‌باشد. از این رو با توجه به اهمیت سبک زندگی در ارتقاء و حفظ سلامت و پیشگیری از بیماریها برآن شدیم تا در یک مطالعه مداخله‌ای تاثیر یک برنامه آموزشی مبتنی بر مدل بزنف را بر سبک زندگی سالم رانندگان درون شهری شهرستان لنگرود در سه بخش فعالیت بدنی، استعمال دخانیات و وضعیت تغذیه مورد ارزیابی قرار دهیم، که یافته‌های حاصل از آن می‌تواند مورد استفاده وزارت بهداشت و درمان کشور، واحدهای حمل و نقل

شهری کشور و دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی کشور قرار گیرد.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی شاهددار بوده که در سال ۹۱ بر روی رانندگان تاکسی درون شهری شهر لنگرود که به روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای انتخاب شدند صورت پذیرفت. حجم نمونه بر اساس فرمول زیر و با پایه قرار دادن مطالعه آقای چرکزی وهمکاران (۴۱) و با سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ به تعداد ۸۲ نفر برآورد شد که باتوجه به ریزش احتمالی در هر گروه حدود ۱۰۰ نفر (جمعا ۲۰۰ نفر) مورد بررسی قرار گرفته شد.

$$n = \frac{(S_1^2 + S_2^2) \times (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

درخصوص روش نمونه گیری بدین صورت انجام گرفت که از مجموع ۱۴ ایستگاه تاکسی، بصورت تصادفی ۵ ایستگاه (خوشه) در بخش شمالی بعنوان گروه مداخله و ۵ ایستگاه (خوشه) در بخش دیگر بعنوان گروه شاهد مشخص شد. در مرحله بعد جهت تعیین تعداد نمونه مناسب برای گروه شاهد (از مجموع ۱۴۴ نفر راننده) و مداخله (از مجموع ۱۹۰ نفر راننده) با توجه به نسبت جمعیت هر ایستگاه (خوشه) به تعداد حجم نمونه مورد مطالعه در هر گروه، افرادی از هر ایستگاه (خوشه) بصورت تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند. جهت کنترل دو متغییر مخدوش کننده سن و سطح تحصیلات ابتدا کل نمونه های گروه مداخله، به نسبت جمعیت هر خوشه از گروه مداخله و تعداد نمونه مورد نیاز انتخاب و اطلاعات سنی و تحصیلیشان استخراج شدند. در ادامه بمنظور تعیین نمونه های گروه شاهد و جهت کنترل دو متغییر مخدوش کننده فوق از روش همسان سازی گروهی استفاده شد. بدین صورت که از هر خوشه گروه شاهد نیز، به نسبت جمعیت آن خوشه و تعداد نمونه مورد نیاز افراد گروه شاهد انتخاب و سپس اطلاعات گروه های سنی و تحصیلیشان استخراج گردید و با تعداد گروه های سنی و تحصیلی هر گروه از افراد مداخله مقایسه شد و بدین صورت همسان سازی برای متغییرهای سن و سطح تحصیلات صورت پذیرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت رانندگان، راننده تاکسی ایستگاهی و سابقه کاری بیش از ۳ سال و معیار خروج از مطالعه نیز عدم رضایت رانندگان، راننده آژانسهای تلفنی و سابقه کاری کمتر از ۳ سال در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر دو قسمت بود، قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک از قبیل سن،

محل سکونت، تحصیلات، تعداد افراد خانوار، وضعیت تاهل و سابقه کاری و قسمت دوم شامل سوالات آگاهی (۱۹ سوال) و سازه های مدل بزنف شامل نگرش (۱۵ سوال)، رفتار (۱۸ سوال)، نورم انتزاعی (۹ سوال) و فاکتور قادرکننده (۹ سوال) در ارتباط با سبک زندگی سالم در ۳ بخش فعالیت بدنی، استعمال دخانیات و وضعیت تغذیه طراحی و مورد پرسش رانندگان تاکسی قرار گرفت. به این ترتیب که سوالات آگاهی از نوع بسته با گزینه های پاسخ بلی، خیر و نمی دانم که به پاسخ صحیح نمره ۲ و به نمی دانم نمره ۱ و به پاسخ غلط نمره صفر تعلق گرفت و سوالات مربوط به نگرش با گزینه های موافقم، نظری ندارم و مخالفم طراحی شد که به حالت مطلوب نمره ۳ به نظری ندارم نمره ۲ و به حالت نامطلوب نمره ۱ تعلق گرفت. همچنین سوالات مربوط به سنجش رفتار با پاسخ همیشه، گاهی اوقات و هرگز بوده که به حالت مطلوب نمره ۳ و به پاسخ گاهی اوقات نمره ۱ و به حالت نامطلوب نمره صفر منظور گردید و سوالات مربوط به نورم انتزاعی با پاسخ های چند گزینه ای با گزینه هایی از قبیل خودم، خانواده، دوستان و همکاران، پزشک و کادربهداشتی و هیچکدام طراحی شد، که به هریک از چهارگزینه اول بطور مجزا نمره یک و به گزینه هیچکدام صفر تعلق گرفت، و سوالات فاکتورهای قادرکننده با گزینه های کاملا، کم و هرگز طراحی شد که بحالت مطلوب نمره ۳ به گزینه کم نمره ۲ و به حالت نامطلوب نمره ۱ تعلق گرفت.

بمنظور تعیین روایی، پرسشنامه در اختیار ۸ نفر از متخصصین آموزش بهداشت قرار گرفت و در نهایت شاخص CVI (شاخص روایی محتوایی) کل پرسشنامه ۰/۹۸ و CVR (نسبت روایی محتوایی) پرسشنامه ۰/۹۳ بدست آمد برای تعیین پایایی، پرسشنامه بوسیله ۳۰ نفر از رانندگان تاکسی درون شهری شهر لنگرود از طریق مصاحبه پرسشنامه تکمیل و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۹۶ بدست آمد. قبل از انجام مداخله آموزشی، پیش آزمون در دو گروه مداخله و شاهد انجام پذیرفت و محتوی آموزشی جهت مداخله برای رانندگان تاکسی درون شهری بر اساس منابع معتبر و ساختار مدل بزنف تدوین گردید و سپس مداخله آموزشی فقط در گروه مداخله بصورت ارائه پمفلت آموزشی و توزیع لوح فشرده صوتی و در پایان برگزاری یک جلسه آموزشی همراه با بحث و پرسش و پاسخ صورت پذیرفت.

این مداخله بمدت چهل روز پیگیری شد که درحین مداخله آموزشی و در مرحله پس آزمون تعداد نمونه ها در گروه شاهد به ۹۹ نفر و در گروه مداخله به ۸۳ نفر تقلیل یافت. سپس پس

نتایج نشان می دهد که بیشترین فراوانی در ارتباط با سطح تحصیلات در دو گروه شاهد و مداخله مربوط به تحصیلات دیپلم و کمترین فراوانی مربوط به رانندگان بی سواد می باشد. بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۴۵-۵۴ ساله و کمترین آن مربوط به گروه سنی ۲۵-۳۴ می باشد. از نظر بعد خانوار، خانوارهای ۴-۳ نفره در هر دو گروه مداخله و شاهد بیشترین میزان واحدهای مورد پژوهش بودند. از لحاظ محل سکونت رانندگان دارای سکونت شهری در هر دو گروه دارای بیشترین فراوانی و درخصوص سابقه کاری در رانندگی نیز در هر دو گروه سابقه ۱۰-۳ سال از فراوانی بیشتری برخوردار بود (جدول ۱). بر اساس آزمون تی مستقل بین میانگین سنی و تعداد افراد خانوار و سابقه در رانندگی گروه مداخله و گروه شاهد اختلاف معنی داری مشاهده نشد. آزمون من ویتنی نشان داد که بین سطح تحصیلات در دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معنی داری مشاهده نگردید همچنین آزمون مجذور کای دو نیز نشان داد که بین گروه شاهد و گروه مداخله از نظر محل سکونت و نوع ماشین اختلاف معنی داری مشاهده نشد (جدول ۱).

از ۲ ماه از مداخله آموزشی، تاثیر کاربرد مدل بزنف بر سبک زندگی سالم رانندگان تاکسی درون شهری شهر لنگرود از طریق پس آزمون در دو گروه مداخله و شاهد سنجیده شد و داده ها به منظور تجزیه و تحلیل با استفاده از روش های آمار توصیفی (شاخص های مرکزی و پراکندگی و جداول توزیع فراوانی) و روش های آماری تحلیلی (آزمونهای تی زوجی، تی مستقل، کای اسکوئر، همبستگی پیرسون و آزمون رگرسیون) وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ گردید.

برای رعایت اخلاق پزشکی، پرسشنامه و محتوای آموزشی در کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان تایید شد، که در این پژوهش کسب رضایت آگاهانه، تفهیم روش کار و هدف از تحقیق و مدت آن و محرمانه بودن اطلاعات به آزمودنی بر اساس کدهای مصوب کمیته کشوری اخلاق در پژوهش های علوم پزشکی رعایت گردید.

یافته ها

جدول ۱: توزیع فراوانی رانندگان تاکسی بر حسب متغیرهای زمینه ای در گروه مداخله و شاهد

متغیر	گروه مداخله		گروه شاهد		p-value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	۱۶	۱۶	۱۸	۱۸	۰/۴۸۹
	۲۴	۲۴	۲۵	۲۵	(آزمون تی مستقل)
	۴۲	۴۲	۳۹	۳۹	
	۱۸	۱۸	۱۸	۱۸	+۵۵
سطح تحصیلات	۳	۳	۳	۳	۰/۷۹۷
	۳۷	۳۷	۳۹	۳۹	(آزمون من ویتنی)
	۵۶	۵۶	۵۴	۵۴	
	۴	۴	۴	۴	فوق دیپلم به بالا
تعداد افراد خانوار	۲۰	۲۰	۱۹	۱۹	۰/۲۹۴
	۶۵	۶۵	۷۴	۷۴	(آزمون تی مستقل)
	۱۵	۱۵	۷	۷	
	۱۵	۱۵	۸۲	۸۲	۰/۵۶۸
محل سکونت	۱۵	۱۵	۱۸	۱۸	(آزمون کای اسکوئر)
	۳۹	۳۹	۴۶	۴۶	۰/۲۹۳
	۳۷	۳۷	۴۰	۴۰	(آزمون تی مستقل)
	۱۸	۱۸	۱۱	۱۱	
سابقه در رانندگی	۶	۶	۳	۳	+۳۱
	۴۹	۴۹	۵۴	۵۴	پیکان
	۱۷	۱۷	۱۳	۱۳	پراید
	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	پژو
نوع ماشین	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	(آزمون کای اسکوئر)
	۱۷	۱۷	۱۳	۱۳	
	۱۷	۱۷	۱۳	۱۳	
	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	

سند ۸ ۸ ۷ ۷

آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین نمره های آگاهی نگرش، رفتار، نورم انتزاعی و فاکتورهای قادرکننده در دو گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله آموزشی تفاوت معنی داری وجود ندارد که P-value این آزمون به ترتیب ۰/۱۸۴، ۰/۱۴۵، ۰/۹۱۸، ۰/۵۵۷ و ۰/۹۸۴ می باشد. آزمون تی زوجی در گروه مداخله نشان داد که میانگین نمره های آگاهی، نگرش، رفتار، نورم انتزاعی و فاکتورهای قادرکننده بترتیب ۷/۵۶، ۳/۷۴، ۵/۳۷

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره آگاهی و سازه های مدل بزنف قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد در رانندگان تاکسی درون شهری شهر لنگرود در سال ۹۱

گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		تغییرات		آزمون تی زوجی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
آگاهی (حداکثرنمره قابل اکتساب: ۳۸)	۴/۲۳۹	۲۷/۶۱	۲/۴۵۵	۳۵/۱۸	۴/۲۰۹	۷/۵۶۶	$p < 0.001$
	۴/۴۳۵	۲۸/۰۴	۴/۴۱۶	۲۸/۲۶	۱/۳۵۹	۰/۲۲۲	$p = 0.107$
	$t = -1.332$	آزمون تی مستقل	$t = 13.323$	$p < 0.001$	$t = 15.245$	$p < 0.001$	
نگرش (حداکثرنمره قابل اکتساب: ۴۵)	۴/۲۵۸	۳۹/۴۸	۴/۰۸۵	۴۳/۲۳	۵/۲۲۹	۳/۷۴۷	$p < 0.001$
	۴/۰۳۵	۴۰/۳۲	۳/۶۸۹	۴۱/۰۸	۲/۶۸۸	۰/۷۵۸	$p = 0.006$
	$t = 1.464$	آزمون تی مستقل	$t = 3.725$	$p < 0.001$	$t = 4.713$	$p < 0.001$	
رفتار (حداکثرنمره قابل اکتساب: ۵۴)	۷/۰۵۵	۳۰/۹۸	۵/۱۶۹	۳۶/۳۵	۵/۴۵۴	۵/۳۷۳	$p < 0.001$
	۶/۸۴۹	۳۰/۹۴	۶/۳۷۳	۳۱/۰۵	۳/۵۲۵	۰/۱۱۱	$p = 0.754$
	$t = 0.102$	آزمون تی مستقل	$t = 6.081$	$p < 0.001$	$t = 7.565$	$p < 0.001$	
نورم انتزاعی (حداکثرنمره قابل اکتساب: ۳۲)	۳/۵۲۱	۹/۲۸	۴/۱۳۲	۱۰/۸۹	۴/۵۷۷	۱/۶۱۴	$p = 0.002$
	۳/۸۶۹	۱۰/۷۴	۳/۱۶۶	۱۰/۵۷	۳/۵۴۶	-۰/۱۷۲	$p = 0.631$
	$t = 0.588$	آزمون تی مستقل	$t = -3.074$	$p = 0.002$	$t = 2.965$	$p = 0.003$	
فاکتور قادرکننده (حداکثرنمره قابل اکتساب: ۲۱)	۳/۳۳۷	۱۳/۶۵	۲/۸۴۳	۱۶/۰۴	۳/۶۴۲	۲/۳۸۶	$p < 0.001$
	۳/۶۸۸	۱۳/۶۳	۳/۸۳۱	۱۳/۲۴	۲/۶۰۲	-۰/۳۸۴	$p = 0.145$
	$t = -0.20$	آزمون تی مستقل	$t = 5.637$	$p < 0.001$	$t = 5.797$	$p < 0.001$	

همچنین در بررسی میزان تاثیر افراد در خصوص تشویق به انجام یا ترک رفتار صحیح بهداشتی بر رانندگان در مجموع بیشترین تاثیر در زمینه نورم انتزاعی به ترتیب خود شخص راننده (۵۸/۵۶ درصد) و سپس خانواده (۵۰/۳۹ درصد) و کمترین تاثیر مربوط به پزشک و کادر بهداشتی (۱۲/۹۷ درصد) و سپس دوستان و همکاران (۷/۰۷ درصد) می باشد. جدول ۳ مقادیر همبستگی و همچنین احتمال معنی داری رابطه بین رفتار (سبک زندگی سالم) با متغیرهای مدل بزنف را نشان می دهد.

جدول ۳: ضریب همبستگی بین رفتار و تغییرات سازه های مدل بزنف گروه مداخله از رانندگان تاکسی درون شهری شهر لنگرود در سال ۹۱

ضریب همبستگی	آگاهی	نگرش	رفتار	نرم انتزاعی	فاکتور قادرکننده
$r = 0.389$	$r = 0.248$	$r = 1$	$r = 0.153$	$r = 0.352$	

رفتار(سبک زندگی سالم)	p-value	p<۰/۰۰۱	p=۰/۰۲۴	p=۰/۱۶۸	p<۰/۰۰۱
بین متغیر رفتار با آگاهی، نگرش و فاکتور قادرکننده همبستگی معنی داری وجود دارد ($p<۰/۰۰۵$). باتوجه به اینکه علامت همبستگی بین متغیرهای رفتار با آگاهی، نگرش و فاکتورهای قادرکننده مثبت است بنابراین بین این متغیرها رابطه مثبت معنی داری وجود دارد که متغیر آگاهی نسبت به سایر متغیرها بیشترین همبستگی را با رفتار دارد. ($r=۰/۳۸۹$) استراتژی استفاده شده در تحلیل رگرسیونی روش رگرسیون چندگانه گام به گام (Stepwise Regression) می باشد. که					

جدول ۴: میزان تاثیر مطلق متغیرهای مستقل بر متغیر رفتار(سبک زندگی) گروه مداخله از رانندگان تاکسی درون شهری شهر لنگرود در سال ۹۱

مدل	متغیرها	B	Std.Error	Beta	t	sig	فاصله اطمینان
۲	آگاهی	۰/۴۳۷	۰/۱۲۹	۰/۳۳۷	۳/۳۸۹	P<۰/۰۰۱	۰/۱۸۰-۰/۶۹۳
	فاکتورهای قادرکننده	۰/۴۳۹	۰/۱۴۹	۰/۲۹۳	۲/۹۴۷	P<۰/۰۰۴	۰/۱۴۲-۰/۷۳۵

بحث

در پژوهش حاضر دو گروه مداخله و شاهد در رانندگان از نظر مشخصات دموگرافیکی همسان و همگن بودند. همچنین، میانگین نمره آگاهی و سازه های مدل بزنف بین دو گروه مداخله و شاهد، قبل از مداخله آموزشی اختلاف معنی داری نداشته است که این امر، بیانگر حداقل بودن اثر عوامل مخدوش کننده بر نتایج این مطالعه است. نتایج مطالعه نشان می دهند که مداخله آموزشی مبتنی بر مدل بزنف بر افزایش سبک زندگی سالم (رفتار) رانندگان تاکسی درون شهری شهر لنگرود در سه بخش تحرک بدنی، دخانیات و تغذیه موثر می باشد. میانگین نمره آگاهی گروه مداخله نسبت به شاهد بعد از مداخله آموزشی افزایش داشت که نشان دهنده تاثیر مداخله آموزشی جهت افزایش آگاهی افراد است ($P<۰/۰۰۱$). این یافته ها با مطالعاتی که در زمینه تاثیر آموزش رابطین، پیرامون شیوه های زندگی سالم (۲۹) و پیشگیری از پوکی استخوان (۳۰) صورت گرفته است، همخوانی دارد. همچنین با تحقیقات دیگران در زمینه مدل بزنف از جمله مطالعه هزاوه ای (۲۸،۳۱) شریفی راد (۳۲) و همچنین مطالعه تقدیسی (۲۷) نیز همخوانی دارد، و این خود موید تاثیر بسزای آموزش در افزایش آگاهی رانندگان و متعاقباً افزایش سبک زندگی آنان خواهد بود.

رانندگان در قبل از مداخله نسبت به سازه های دیگر مدل در سطح بالایی از اکتساب نمره قرار داشت که شاید این ویژگی توانسته در حین مداخله تاثیر مداخله آموزشی را موثرتر و زمینه تغییر رفتار در سبک زندگی سالم رانندگان را نیز فراهم آورد. البته بین میانگین نمره نگرش قبل از مداخله آموزشی و بعد از مداخله آموزشی در گروه شاهد نیز این اختلاف معنی داری شد ($P=۰/۰۰۶$) که این اختلاف معنی داری بسیار کم (۰/۷۵۸) نمره نسبت به قبل از مداخله) شاید به دلیل عدم توجه و درک اولیه درست رانندگان نسبت به سوالات در قبل از مداخله و یا به دلیل آشنا شدن آنان به سوالات نگرشی در مرحله بعد از مداخله بمنظور درک بهتر و پاسخ دقیقتر آن باشد. در مداخلاتی که هدفشان نگرش بعنوان قسمتی از مداخلات بود نتایج مثبتی نشان داده شده است. که یافته های این مطالعه با مطالعات هزاوه ای (۳۱) خانی جیحونی (۳۳) حشمتی (۳۴) و مطالعه گل دوست (۳۵) هم همخوانی دارد. رضوی در مطالعه خود تأثیرات معناداری را در آموزش و تأثیر آن بر نگرش ها نشان داد (۳۶). در مطالعه ای دیگر که ویلکینسون و همکارانش انجام دادند بهبود نگرش شرکت کنندگان منجر به افزایش اثربخشی در ارتباطات شده است (۳۷).

سبک زندگی سالم (رفتار) در سه بخش تحرک بدنی، دخانیات و تغذیه در رانندگان تاکسی درون شهری شهر لنگرود مورد بررسی قرار گرفت. میانگین نمره های رفتار بعد از مداخله در گروه مداخله به اندازه ۵/۳۷۳ نمره نسبت به قبل از مداخله افزایش پیدا کرد که یافته های حاصل با مطالعه عبادی

میانگین نمرات نگرش در رانندگان، ۲ ماه بعد از مداخله آموزشی، در خصوص سبک زندگی سالم افزایش معنی داری داشت ($P<۰/۰۰۱$) که نشان دهنده اثر بخش بودن مداخله بر اساس مدل بزنف بر ارتقاء سطح نگرش رانندگان نسبت به سبک زندگی سالم بود. لازم به ذکر است که میانگین نمرات نگرش

درصد رانندگان سیگاری نیز دسترسی آسان به سیگار را موثر در ترک سخت آن عنوان داشتند. از طرفی دیگر تاثیر عوامل قادر کننده دیگر در مطالعه مثل هزینه نداشتن برای انجام فعالیت بدنی، دقت در پخت و پز وعده های غذایی توسط خانواده و حمایت اعضای خانواده جهت ترک، تاثیر بسزایی در اتخاذ یک سبک زندگی سالم در فرد گذاشته است. در این خصوص یافته های این پژوهش با مطالعه هزاوه ای (۳۱) حشمتی (۳۴) گل دوست (۳۵) و laveist (۴۲) نیز هم راستا می باشد.

شدت همبستگی آگاهی با رفتار (سبک زندگی سالم) $(I=0/389)$ و سپس فاکتورهای قادرکننده با رفتار $(I=0/352)$ بیشتر از سایر متغیرهاست. عبارتی این پژوهش بر اساس متغیر تغییرات آگاهی و سازه فاکتورهای قادرکننده از مدل بزنف قادر بودند تغییرات وابسته رفتار (سبک زندگی) را تبیین نماید که مقدار این تبیین بر اساس ضریب تعیین تعدیل شده برابر با ۰/۲۱۵ می باشد. این مطالعه با یافته های حاصل از مطالعه معینی وهمکاران (۴۳) و حشمتی (۳۴) همخوانی دارد.

لازم به ذکر است که از جمله محدودیت های موجود احتمال عدم همکاری رانندگان بود که برای حل این مساله، در هنگام تکمیل پرسشنامه و یا انجام مداخله، تاکسی به صورت درست کرایه و هزینه آن به راننده پرداخت گردید.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد در صورتی که اهداف و برنامه ها بر روی آگاهی و همچنین فاکتورهای قادرکننده (مهارت، هزینه، وقت، دسترسی آسان) در سه حوزه تغذیه، تحرک بدنی و دخانیات در رانندگان بطور جدیتر تمرکز یابد می توانیم شاهد افزایش میزان تاثیر در سبک زندگی سالم باشیم. همچنین مطالعه حاضر نشان داد که استفاده از مدل بزنف بر ارتقاء سبک زندگی سالم رانندگان تاکسی درون شهری موثر است و استفاده از این مدل در آموزش رانندگان حمل و نقل عمومی پیشنهاد می شود. در این راستا پیشنهاد می شود جهت انجام مطالعات بعدی تحقیقاتی در راستای کارآیی سازه های مدل بزنف در ارتقای سبک زندگی سالم در سایر شهرهای کشور و گروه های هدف دیگر با در نظر گرفتن ویژگیها و تفاوت های فرهنگی، قومی، اجتماعی و اقتصادی صورت پذیرد.

تشکر و قدرانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان و

فردآذر (۲۴) وهزاوه ای (۳۱) همخوانی دارد. مطالعه گل دوست (۳۵) نیز نتایج مطالعه ما را تایید می کند.

میانگین نمره نورم های انتزاعی بین دو گروه شاهد و مداخله قبل از مداخله آموزشی اختلاف معنی داری نداشت، در حالی که میانگین نمره های نورم انتزاعی در گروه مداخله بعد از مداخله آموزشی افزایش پیدا کرد که البته با مطالعه تقدیسی (۲۷) در خصوص ارتقاء سلامت بیماران مبتلا به سرطان وخانی جیحونی (۳۳) در آموزش مبتنی بر مدل بزنف در پیشگیری از بیماری سالک همخوانی ندارد. همچنین با نتایج حاصل از مطالعه بهزادی (۳۸) در تغییر هنجارهای انتزاعی همخوانی ندارد، زیرا وی نشان داد که آموزش با مدل بزنف به جز نورمهای انتزاعی بر کل اجزاء مدل مؤثر میباشد. در این مطالعه نقش خود فرد احتمالاً دلیل داشتن انگیزه بالا بعنوان تاثیر گذارترین مورد، جهت انجام یا ترک رفتار صحیح بهداشتی و سپس خانواده وی بخاطر نقش ویژه نزدیکان در اتخاذ یک تصمیم بهداشتی با توجه به درصد بالای توجه رانندگان به این گروه، مهم و مورد توجه است. نتایج این مطالعه با مطالعه هزاوه ای (۳۹)، بهرامی نژاد (۴۰) و یافته های تحقیقی برنستین و همکاران (۴۱) همخوانی دارد.

بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمره فاکتورهای قادرکننده در گروه مداخله بر خلاف گروه شاهد افزایش معنی داری یافت. $(P<0/001)$ از جمله فاکتورهای قادر کننده مورد بحث که در این مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفته اند شامل داشتن همراه جهت فعالیت بدنی، مهارت لازم برای فعالیت بدنی، هزینه برای انجام فعالیت بدنی، وقت گیر بودن برای انجام فعالیت بدنی، دقت در پخت و پز وعده های غذایی، گرانی مواد غذایی مفید، پایین بودن اطلاعات بهداشتی، نبود مراکز تفریحی سالم برای گذران اوقات فراغت و دسترسی آسان و هزینه پایین برای تهیه مواد دخانی و حمایت اعضای خانواده می باشد. از میان سوالات فاکتورهای قادرکننده در حوزه تحرک بدنی ۸۲ درصد پاسخ دهندگان گروه مداخله قبل از مداخله، وقت گیر بودن فعالیت بدنی را عامل اصلی جهت جلوگیری از تحرک بدنی دانسته اند که بعد از مداخله آموزشی به ۶۸ درصد کاهش یافت که می توان دلیل آن را آموزش صحیح رانندگان جهت تنظیم زمان تحرک بدنی و استفاده بهینه از ساعات روز و اهمیت دادن به تحرک بدنی برای سلامتی را بیان نمود. در حوزه تغذیه مناسب ۸۵ درصد رانندگان گرانی مواد غذایی مفید را مانع اصلی در تغییر سبک زندگی عنوان نمودند و در خصوص مصرف قلیان ۸۴ درصد مصرف کنندگان قلیان، نبود مراکز تفریحی سالم برای گذران اوقات فراغت و ۵۴

را یاری کردند بویژه همکاران مرکز بهداشت لنگرود جناب آقای ابراهیم زاده و خانم علی نژاد اعلام می نمایم.

دانشکده بهداشت زاهدان به شماره قرارداد ۲۶۰۸ مورخ ۱۳۹۱/۴/۲۳ بوده است. بدین وسیله مراتب قدردانی و سپاس خود را از حمایت تمامی کسانی که به نحوی در انجام مطالعه ما

References:

- 1- Azkia M, Husseini rodbateki S. Generational changes in the life style of rural society, Journal of research social welfare, 2009, 10(37):64-241
- 2-Monahan F, Sands JK, Neighbors M, Marek JF, Green CJ. Phipps' Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives. 7th ed. St. Louis: Mosby; 2003.
- 3- Lyons R, Langille L. Healthy Lifestyle: Strengthening the effectiveness of lifestyle, Approaches to improve health(:April 2000)
- 4- Behdani F, Sargolzaei M, Gorbani E-The study relation between lifestyle with depression and anxiety in students sabzevar, Asrar journal of medical sciences sabzevar, 2000, 7(2):27-37
- 5- WHO. The world health report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World health report 2002 press kit; 2002.
- 6- WHO. Diet, physical activity and health. Fifty-fifth World Health Assembly, Provisional agenda item 13.11; 2002.
- 7-WHO-department of public health in canada, Prevention of chronic disease a vital investment, translated Alikhani S, Hojatzadeh A, ramezani R, Alimadadi M, Bejani T, Printing 1, center seda publication, 2009, p 18-75
- 8-http://www.who.int/nmh/events/52ehavi_ncds_2011/conference_documents/Moscow_declaration_en.pdf
- 9- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22158327>
- 10- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22334626>
- 11- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22031454>
- 12- Azizi F. Prevention of important non communicable disease, revision of lifestyle is an inevitable requirement. J Res Med Sci Shahid Beheshti Univ Med Sci 2003;27(4):261-263
- 13- Langerood city health center, Department statistics, 2011
- 14-Hajiamini Z, Cheraghalipour Z, Ebadi A, Azad E, Tadrissi D, Sanaeinasab H-Checking the frequency rate stress in drivers Tehran city, Police Management Studies Journal, 2010, 5(1):118-130
- 15- Netterstrom B, Suadicanani P. Self-evaluated job satisfaction and ischemic heart disease. A 10-year follow-up study of bus drivers in a big city. Ugeskr Laeger 1994; 156(36): 5110-4.
- 16- Alfredsson L, Hammar N, Hogstedt C. Incidence of myocardial infarction and mortality from specific causes among bus drivers in Sweden. Int J Epidemiol 1993; 22(1): 57-61
- 17- Nasri H, Moazenzadeh M. Coronary artery disease risk factors in driving versus other occupations. ARYA Journal 2006; 2(2): 75-8
- 18-Saberi H, parastoei K, moraveji A, Checking the status of metabolic syndrome in suburban drivers kashan, Southern Medical Journal, 2009, 12(2):126-132
- 19-Damirchi A, Mehrabani J- Prevalence of overweight and obesity and hypertension and related risk factors for that in men, Quarterly Olympics, 2009, 17(3):87-103
- 20- Ragland DR, Winklebsy MA, Schwalbe J, et al. Prevalence of hypertension in bus drivers. Int J Epidemiol 1987; 16:14- 208
- 21- Getasbi A, Vahdani M, Rezaei N, Awareness of married women in city urban Kohkiluyeh and Boyerahmad Province About HIV . Quarterly Armaghane Danesh. 2006, 43: 99
- 22-Sharifirad GH, Hazavehei M, Hasanzadeh A, Daneshamoz A, The effect of education program based on HBM model On Performance of preventive of smoking in high school first students. Journal of Arak rahavarde danesh , 2007, 10(1):2-6
- 23- Hubley J. Understanding 52ehavior: the key to successful health education. TROPICAL DOCTOR. 1988; 18(3): 134-8.
- 24-Ebadifard F, Solhi M, Rodbari M, Sadeghi A, Checking the effect of education Intervention through on BASNEF model on preventive behaviors in field mental health in girl teens, Guilan Medical Sciences university Journal. 2009, 19(73):20-29
- 25- Ajzen I, Fishbein M. Attitude, 52ehavior relations A therial analysis and review of Empirical research psychological Bulletin. 1997.

- 26- Baghianimoghadam M.H, Rahaei Z, Morovatisharifabad M.A, Sharifirad GH, Andishmand A, Azadbakht L. Effects of education on self-monitoring of blood pressure based on BASNEF model in hypertensive patients. *Journal of research in medical sciences* 2010;15(2):70-77
- 27- Taghdisi M.H, Abdin N, Shahsavari S, Khazaeipool M. Performance assessment of BAZNEF model in health promotion of patients with cancer. *Iran Journal of nursing* 2011;24(69):52-61
- 28- Hazavehei MM, Khani Jyhouni A, Hasanzade A, Rashidi M. The effect of educational program based on BASNEF model on diabetic (Type II) eyes care in Kazemi's clinic, (Shiraz). *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2008;10(2):145-154. [Article in Persian]
- 29- Abbas Ali R, Miri M, SHaygan F. Effect of health education on health coordinating volunteers of Birjand health center to promote the community healthy life styles. *Journal of Birjand university of medical science*. 2007;14(4):27-33. [Article in Persian]
30. Baba Hohammadi H, Askari Majdabadi H, Kahoui M. Effectiveness of education based HBM model on enabling health coordinating volunteers of health center to prevention of Osteoprosis. *Journal of Shahed university*. 2005;13:11-18. [Article in Persian]
- 31- Hazavehei M, Asadi Z, Hassanzadeh A, Shekarchizadeh P. Comparing the effect of two methods of presenting physical education II course on the attitudes and practices of female students towards regular physical activity in Isfahan university of medical sciences. *Journal of Medical Education*. 2008;8(1):121-131. [Article in Persian]
- 32- Sharifirad GR, Golshiri P, Shahnazi H, Barati M, Hasanzadeh A, Charkazi AR. The impact of educational program based on BAZNEF model on breast feeding behavior of pregnant mothers in Arak. *Arak medical university Journal*. Spring 2010; 13(1):63-70
- 33- Khani Jeihooni A, Hatami M, Kashfi SM, Heshmati H -The Effectiveness of Education Based on BASNEF Model Program in Promotion of Preventive Behavior of Leishmaniasis among Health Workers and Families under Health Centers Coverage- *Journal of Fasa University of Medical Sciences*, May 2012; 2(5): 226-233
- 34- Heshmati H, Rahaei Z, Hazavehei SMM, Dehnadi A, Hasanzadeh A. Related factors to educational behaviors of health volunteers about cutaneous leishmaniasis on the Basis of BASNEF model in Yazd. *Ardabil journal of health*. 2011;1(3):48-56. [Article in Persian]
- 35- Goldost F, Ebadifard F, Solhi M, The effect stress management training based on BASNEF model on behavior promotion multiple sclerosis patients, *Hormozgan Medical Journal*, 2012, 16(4):325-332
- 36- Razavi D, Delvaux N, Paesmans M. The effects of a 24-h psychological training program on attitudes. Communication skills and occupational stress in oncology. *Eur J cancer* 1993; 29 A: 1858-1863
- 37- Wilkinson S, Roberts A, Alderidge j. Nurse-patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills program. *pall Med* 1998;12: 13-2
- 38- Behzadi K. Effectiveness of health education program based on BASNEF model on knowledge, attitude and practice in first Guidance student about dental health in Baneh city [dissertation]. School of Health: Tehran University of Medical- Sciences; 2005. [Article in Persian]
- 39- Hazavehei S.M, Asiyeh P, Entezari MH, Hassanzadeh A. The effect of educational program based on BAZNEF model on the nutritional behavior of students. *Zahedan J Res med Sci* 2010;13(1):23-29
- 40- Bahrami nejad N, Hanifi N, Moosavi nasab N. Comparing the effect of two family- and individual- based interventions on blood pressure and life style. *the Journal of Qazvin university of medical sciences* 2008;12(1):62-68
- 41- Bernstein MA, Nelson ME, Tucker KL et al. A home-based nutrition intervention to increase consumption of fruits, vegetables, and calcium rich foods in community dwelling elders. *J Am Diet Assoc*. 2002; 102(10): 1421-7
- 42- LaVeist TA, Keith VM, Gutierrez ML. Black/White differences in Prenatal Care Utilization: An assessment of predisposing and enabling factors. *HSR: Health Service Research*. 1995; 30(1): 43-58.
- 43- Moeini B, Jalilian F, Jalilian M, Barati M. Predictive factors linked with physical activity in students using of BASNEF model, *Hamedan Medical Sciences university Journal*, 2011, 18(3):61

The Effect of Educational Program based on BASNEF Model on Healthy Lifestyle of Taxi Drivers in Langroud

Amiri A^{1*}, Rkhshany F², Farmanbar R³

1- MSc Student health promotion Health , Faculty of Health Sciences and Technology , University of Sistan and Baluchestan , Iran

2- PhD in Health Education at promotion, School of Health Sciences and Technology , University of Sistan and Baluchestan , Iran, Faculty of Member at Zahedan University of Medical Sciences

3- PhD in Health Education, University of Medical Sciences , Faculty of Health Guilan University of Medical Sciences

*Corresponding Author: MSc Student health promotion Health , Faculty of Health Sciences and Technology , University of Sistan and Baluchestan , Iran

E-mail: amiri.amin1390@gmail.com

Abstract

Background and Aim: The lifestyle is part of living that is actually being realized which covers a full range of activities that people do every day. These activities and habits include: eating habits, sleeping and rest, physical activity, weight control, smoking and alcohol, immunization against disease, compatibility with stress, and the ability to support family and community. Therefore, the present study aimed to find out the effect of education program based on BASNEF model on healthy lifestyle of langroud taxi drivers in 2012 with emphasis on physical activity, nutrition and lack of smoking.

Material and Methods: The present study was a quasi-experimental study to find out the healthy lifestyle (fits BASNEF model) on the 200 taxi drivers of langroud city in 2012. The sampling method was multi-stage random sampling. In the first stage, drivers were randomly divided into control and interventional groups. Then, in each group based on age and education level, 100 drivers (n=100) were randomly selected. Data were collected through a researcher made questionnaire based on BAZNEF model. The validity and reliability were confirmed by experts and Cornbrash's alpha coefficient was (79/6%). After primary data collection, educational intervention was performed and 2 months later data were collected again. In the study ($p < 0/05$) was considered significant.

Result: The Result of paired t- test showed that average knowledge scores, attitude, behavior, subjective norms and enabling factors of 27/61, 39/48, 30/98, 9/28, 13/6 to 35/18, 43/23, 36/35, 10/89, 16/04 increase before the intervention. Also the result of Pearson Correlation showed that knowledge variable is more than other variables. The highest correlation is with behavior. The regression showed that knowledge variable and enabling factors are the most effective structure in predicting healthy lifestyle.

Conclusion: The results of this study showed that education program based on BAZNEF model is effective to promote a healthy lifestyle in urban taxi drivers.

Keywords: Education, BAZNEF model, Healthy lifestyle, Taxi drivers