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

امین امیری[1*]- فاطمه رخشانی[2]- ربیع اله فرمانبر[3]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشدآموزش بهداشت وارتقای سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، سیستان وبلوچستان ،ایران

۲-دکترای تخصصی آموزش بهداشت وارتقای سلامت، استاد دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، سیستان وبلوچستان ،ایران.عضوهیئت علمی دانشکده بهداشت زاهدان

۳- دکترای تخصصی آموزش بهداشت ، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان، عضوهیئت علمی دانشکده بهداشت گیلان، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گیلان واحدمعاونت آموزش

***نویسنده مسئول:** دانشجوی کارشناسی ارشدآموزش بهداشت وارتقای سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان سیستان وبلوچستان ،ایران

تلفن: ۰۹۱۱۲۴۴۸۸۲۹ **پست الکترونیکی:** amiri.amin1390@gmail.com

چکیده

زمینه وهدف: سبک زندگی بخشی اززندگی است که عملا درحال تحقق یافتن است ودربردارنده طیف کامل فعالیت هایی است که افراد در زندگی روزمره انجام می دهند، این فعالیت ها و رفتارها شامل عادات غذایی، خواب واستراحت، فعالیت بدنی وورزش، کنترل وزن، استعمال دخانیات والکل می باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل بزنف بر سبک زندگی سالم رانندگان تاکسی درون شهری شهر لنگرود درسال۹۱ با تاکید بر فعالیت بدنی، تغذیه وعدم 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 سال۹۱ به روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای پس از همسان سازی گروهی نمونه ها از نظر سن و سطح تحصیلات، به دوگروه ۱۰۰ نفری مداخله و شاهد انجام شده است. ابزار گرداوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته براساس ساختارهای مدل بزنف بود که روایی و پایایی آن توسط متخصصین و ضریب آلفای کرونباخ تایید شده بود. ابتدا اطلاعات اولیه از گروههای مداخله و شاهد گرد آوری و سپس برنامه آموزشی برای گروه مداخله انجام و بعد از گذشت ۲ ماه اطلاعات مجددا 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 همبتگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد($P<۰/۰۵$).

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 متغییر آگاهی نسبت به سایر متغیرها بیشترین همبستگی را با رفتار دارد. بررسی تحلیل رگرسیونی مطالعه نیز نشان داد متغییرآگاهی 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 تاثیر 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

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-02-18]

مقدمه

سبک زندگی بخشی از زندگی است که عملا درحال تحقق یافتن است و دربردارنده طیف کامل فعالیت هایی است که افراد در زندگی روزمره انجام می دهند(۱) این فعالیت ها و رفتارها شامل عادات غذایی، خواب واستراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، استعمال دخانیات و الکل می باشد(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 مراقبت های بهداشتی است(۲).

امروزه اعتقاد بر این است که ۷۰٪ بیماریها به گونه ای با سبک زندگی فرد در ارتباط می باشد(۴) و بیش ازیک سوم موارد مرگ و میر در دنیا ناشی از نادرستی سبک زندگی فردی و اجتماعی است(۵)که دو عامل رژیم غذایی نامناسب و بی تحرکی اصلی ترین عوامل خطر در بروز بیماریهای غیرواگیر می باشد(۶) در این رابطه مهمترین عوامل خطر تعدیل پذیر و تهدیدکننده سلامتی عبارتند از: برنامه غذایی ناسالم، کم تحرکی و مصرف دخانیات(۷). سازمان جهانی بهداشت در بیانیه اولین کنفرانس جهانی شیوه زندگی سالم در مسکو عنوان کرد که درحال حاضر ۶۰٪ از مرگ و میر جهانی و۸۰٪ مرگ و میرکشورهای درحال توسعه به دلیل سبک زندگی ناسالم بوده و این رقم تا سال ۲۰۳۰به ۷۵٪ مرگ و میر جهانی خواهد رسید(۸)

نتیجه مطالعه ای درکشور ژاپن نشان داد که بخش بزرگی از بیماریهای قلبی و عروقی می تواند از طریق تغییرات در شیوه زندگی قابل پیشگیری باشد(۹) همچنین مطالعه ای دیگردر انگلستان ایجاد سرطانها را به تاثیر شیوه زندگی افراد نسبت می دهد(۱۰) مطالعه ای 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 می روند(۱۲) درمنطقه مورد مطالعه (شهرستان لنگرود) نیز براساس آمارهای موجود طی سالهای ۸۵ الی ۸۹ بیش از۵۵٪ مرگهای ثبت شده، ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی، ۱۴٪ بدلیل سرطانها و ۲٪ ناشی از دیابت می باشد(۱۳).

شغل رانندگی نیز جزو مشاغل بدون تحرک طبقه بندی می شود(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 می باشد(۱۶). مطالعات انجام شده درکشور 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 دررانندگان های کشور ما شیوع بالایی داشته و این گروه بیشتر درمعرض خطر بیماریها و عوارض ناشی از آن هستند(۲۰).

باتوجه به اینکه برنامه های آموزش بهداشت می توانند از طریق تاثیر بر باورها و نگرش ها و تامین مهارتهای تصمیم گیری منجر به توانمندسازی افراد به تغییر خود و جامعه شان شود(۲۱) و ازآنجایی که سبک زندگی نیز درطول زندگی اکتساب شده(۱) و دراین روند نگرش فرد، آگاهی های او و نظرات و رفتارهای اطرافیان در بهبود سبک زندگی فرد تاثیر می گذارد درنتیجه آموزش بهداشت در این راستا اهمیت ویژه ای پیدا می کند. ازطرفی اثربخشی برنامه های آموزش بهداشت به مقدار زیادی به استفاده ازمدلهای مورد استفاده در آموزش بهداشت دارد(۲۲). مدل بزنف که بعنوان چارچوب اصلی دراین پژوهش بکار رفته است توسط جان هابلی درسال ۱۹۸۸ارائه شد(۲۳). این مدل جامع ترین مدل برای مطالعه رفتار، شناسایی رفتار و ایجاد رفتارهای نو و جدید درجامعه است(۲۴). این مدل ازعناصر رفتارها (Behaviores) نگرش ها (Attitudes)، هنجارها و نورمهای انتزاعی(Subjective Norms) و عوامل قادرکننده (Enabling Factors) تشکیل شده است که کلمه BASNEF ازکنارهم قرارگرفتن حروف اول این عناصر می باشد(۲۵). مطالعاتی که از این مدل بر روی رانندگان تاکسی درون شهری استفاده شده است بسیار محدود می باشد، اما کاربرد و تاثیر این مدل در برنامه ریزی مداخلات آموزش بهداشت مورد استفاده قرار گرفته است که مطالعه عبادی فردآذر(۲۴) باقیانی مقدم(۲۶) تقدیسی(۲۷) و هزاوه ای(۲۸) در این راستا می باشد. ازاین رو با توجه به اهمیت سبک زندگی درارتقاء و حفظ سلامت و پیشگیری از بیماریها برآن شدیم تا در یک مطالعه مداخله ای تاثیر یک برنامه آموزشی مبتنی برمدل 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 یافته های حاصل از آن می تواند مورد استفاده وزارت بهداشت و درمان کشور، واحدهای حمل و نقل

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-02-18]

شهری کشور و دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی کشور قرارگیرد.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی شاهددار بوده که درسال۹۱ 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٪ وتوان آزمون۸۰٪ به تعداد ۸۲ نفر برآورد شد که باتوجه به ریزش احتمالی درهرگروه حدود ۱۰۰ نفر(جمعا۲۰۰ نفر) مورد بررسی قرار گرفته شد.

$$n=\frac{(S_1^2+S_2^2)\times(Z_\alpha+Z_\beta)^2}{(\overline{X_1}-\overline{X_2})^2}$$

درخصوص روش نمونه گیری بدین صورت انجام گرفت که ازمجموع ۱۴ ایستگاه تاکسی، بصورت تصادفی ۵ ایستگاه(خوشه) در بخش شمالی بعنوان گروه مداخله و ۵ ایستگاه(خوشه) دربخش دیگر بعنوان گروه شاهد مشخص شد. درمرحله بعد جهت تعیین تعداد نمونه مناسب برای گروه شاهد (از مجموع ۱۴۴ نفر راننده) و مداخله (از مجموع۱۹۰ 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 هرخوشه ازگروه 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 هرخوشه 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 هرگروه 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 کمتراز ۳ سال در نظر گرفته شد.

ابزارگردآوری 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(۱۹سوال) وسازه های مدل بزنف شامل نگرش(۱۵سوال)، رفتار(۱۸سوال)، نورم انتزاعی(۹سوال) و فاکتور قادرکننده(۹سوال) در ارتباط با سبک زندگی سالم در۳ بخش فعالیت بدنی، استعمال دخانیات و وضعیت تغذیه طراحی و مورد پرسش رانندگان تاکسی قرار گرفت. به این ترتیب که سؤالات 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 نمره۳ 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 ازقبیل خودم، خانواده، دوستان و همکاران، پزشک و کادربهداشتی و هیچکدام طراحی شد، که به هریک از چهارگزینه اول بطور مجزا نمره یک وبه 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 قرارگرفت 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 بوسیله۳۰ نفر از رانندگان تاکسی درون شهری شهر لنگرود ازطریق 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 درگروه 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 درگروه شاهد به ۹۹ نفر و درگروه مداخله به ۸۳ نفر تقلیل یافت. سپس پس

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-02-18]

از۲ماه از مداخله آموزشی، تاثیرکاربرد 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 دادها به منظور تجزیه و تحلیل با استفاده از روش های آمار توصیفی (شاخص های مرکزی وپراکندگی وجداول 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 درکمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان تایید شد، که دراین پژوهش کسب رضایت آگاهانه، تفهیم روش کار و هدف از تحقیق و مدت آن و محرمانه بودن اطلاعات به آزمودنی براساس کدهای مصوب کمیته کشوری اخلاق در پژوهش های علوم پزشکی رعایت گردید.

یافته ها

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 ۵۴-۴۵ ساله و کمترین آن مربوط به گروه سنی ۳۴-۲۵ 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).

جدول ۱: توزیع فراوانی رانندگان تاکسی برحسب متغییرهای زمینه ای درگروه مداخله و شاهد

متغییر		گروه مداخله		گروه شاهد		p-value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	۲۵-۳۴	۱۶	۱۶	۱۸	۱۸	۰/۴۸۹
	۳۵-۴۴	۲۴	۲۴	۲۵	۲۵	(آزمون تی مستقل)
	۴۵-۵۴	۴۲	۴۲	۳۹	۳۹	
	+۵۵	۱۸	۱۸	۱۸	۱۸	
سطح تحصیلات	بی سواد	۳	۳	۳	۳	۰/۷۹۷
	سوادخواندن ونوشتن	۳۷	۳۷	۳۹	۳۹	(آزمون من ویتنی)
	دیپلم	۵۶	۵۶	۵۴	۵۴	
	فوق دیپلم به بالا	۴	۴	۴	۴	
تعداد افرادخانوار	۰-۲	۲۰	۲۰	۱۹	۱۹	۰/۲۹۴
	۳-۴	۶۵	۶۵	۷۴	۷۴	(آزمون تی مستقل)
	+۵	۱۵	۱۵	۷	۷	
محل سکونت	شهری	۸۵	۸۵	۸۲	۸۲	۰/۵۶۸
	روستایی	۱۵	۱۵	۱۸	۱۸	(آزمون کای اسکوئر)
سابقه دررانندگی	۳-۱۰	۳۹	۳۹	۴۶	۴۶	۰/۲۹۳
	۱۱-۲۰	۳۷	۳۷	۴۰	۴۰	(آزمون تی مستقل)
	۲۱-۳۰	۱۸	۱۸	۱۱	۱۱	
	+۳۱	۶	۶	۳	۳	
نوع ماشین	پیکان	۴۹	۴۹	۵۴	۵۴	
	پراید	۱۷	۱۷	۱۳	۱۳	۰/۸۳۹
	پژو	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	(آزمون کای اسکوئر)

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-02-18]

سمند	۸	۸	۷	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 نداردکه 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 ۱/۶۱و۲/۳۸ نمره نسبت به قبل از مداخله آموزشی به طور معنی داری افزایش پیدا کرده است(جدول۲). آزمون تی مستقل جهت مقایسه میانگین تغییرات نمره ی قبل و بعد آگاهی، نگرش، رفتار، نورم انتزاعی و فاکتورهای قادرکننده نشان داد که در دو گروه مداخله و شاهد از این لحاظ اختلاف معنی داری مشاهده شد. (p <۰/۰۰۱).

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 سال۹۱

	گروه	قبل ازمداخله		بعد ازمداخله		تغییرات		آزمون تی زوجی
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آگاهی (حداکثرنمره قابل اکتساب : ۳۸)	مداخله	۲۷/۶۱	۴/۲۳۹	۳۵/۱۸	۲/۴۵۵	۷/۵۶۶	۴/۲۰۹	p <۰/۰۰۱
	شاهد	۲۸/۰۴	۴/۴۳۵	۲۸/۲۶	۴/۴۱۶	۰/۲۲۲	۱/۳۵۹	p=۰/۱۰۷
	آزمون تی مستقل	t=-۱/۳۳۲ p=۰/۱۸۴		t=۱۳/۳۲۳ p <۰/۰۰۱		t=۱۵/۲۴۵ p <۰/۰۰۱		
نگرش (حداکثرنمره قابل اکتساب : ۴۵)	مداخله	۳۹/۴۸	۴/۲۵۸	۴۳/۲۳	۴/۰۸۵	۳/۷۴۷	۵/۲۲۹	p <۰/۰۰۱
	شاهد	۴۰/۳۲	۴/۰۳۵	۴۱/۰۸	۳/۶۸۹	۰/۷۵۸	۲/۶۸۸	p=۰/۰۰۶
	آزمون تی مستقل	t=۱/۴۶۴ p=۰/۱۴۵		t=۳/۷۲۵ p <۰/۰۰۱		t=۴/۷۱۳ p <۰/۰۰۱		
رفتار (حداکثرنمره قابل اکتساب : ۵۴)	مداخله	۳۰/۹۸	۷/۰۵۵	۳۶/۳۵	۵/۱۶۹	۵/۳۷۳	۵/۴۵۴	p <۰/۰۰۱
	شاهد	۳۰/۹۴	۶/۸۴۹	۳۱/۰۵	۶/۳۷۳	۰/۱۱۱	۳/۵۲۵	p=۰/۷۵۴
	آزمون تی مستقل	t=۰/۱۰۲ p=۰/۹۱۸		t=۶/۰۸۱ p <۰/۰۰۱		t=۷/۵۶۵ p <۰/۰۰۱		
نورم انتزاعی (حداکثرنمره قابل اکتساب : ۳۲)	مداخله	۹/۲۸	۳/۵۲۱	۱۰/۸۹	۴/۱۳۲	۱/۶۱۴	۴/۵۷۷	p=۰/۰۰۲
	شاهد	۱۰/۷۴	۳/۸۶۹	۱۰/۵۷	۳/۱۶۶	-۰/۱۷۲	۳/۵۴۶	p=۰/۶۳۱
	آزمون تی مستقل	t=۰/۵۸۸ p=۰/۵۵۷		t=-۳/۰۷۴ p=۰/۰۰۲		t=۲/۹۶۵ p=۰/۰۰۳		
فاکتورقادرکننده (حداکثرنمره قابل اکتساب : ۲۱)	مداخله	۱۳/۶۵	۳/۳۳۷	۱۶/۰۴	۲/۸۴۳	۲/۳۸۶	۳/۶۴۲	p <۰/۰۰۱
	شاهد	۱۳/۶۳	۳/۶۸۸	۱۳/۲۴	۳/۸۳۱	-۰/۳۸۴	۲/۶۰۲	p=۰/۱۴۵
	آزمون تی مستقل	t=-۰/۰۲۰ p=۰/۹۸۴		t=۵/۶۳۷ p <۰/۰۰۱		t=۵/۷۹۷ p <۰/۰۰۱		

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) وسپس خانواده(۵۰/۳۹ درصد) وکمترین تاثیر مربوط به پزشک و کادر بهداشتی(۱۲/۹۷ درصد) وسپس دوستان و همکاران(۷/۰۷ درصد) می باشد. جدول ۳ مقادیر همبستگی وهمچنین احتمال معنی داری رابطه بین رفتار(سبک زندگی سالم) با متغیر های 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

	آگاهی	نگرش	رفتار	نرم انتزاعی	فاکتورقادرکننده
ضریب همبستگی	r=۰/۳۸۹	r=۰/۲۴۸	r=۱	r=۰/۱۵۳	r=۰/۳۵۲

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-02-18]

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<۰/۰۵). باتوجه به اینکه علامت همبستگی بین متغیرهای رفتار با آگاهی، نگرش و فاکتورهای قادرکننده مثبت است بنابراین بین این متغییرها رابطه مثبت معنی داری وجود دارد که متغییرآگاهی نسبت به سایرمتغییرها بیشترین همبستگی را با رفتاردارد.(r=۰/۳۸۹) استراتژی استفاده شده درتحلیل رگرسیونی روش رگرسیون چندگانه گام به گام (Stepwise Regression)می باشد. که دراین روش معادله رگرسیونی مناسب و نهایی براساس مدل ۲ بیان شد. باتوجه به اینکه احتمال معنی داری آزمون کمتر از ۰/۰۵ بود مدل رگرسیون معنی دار است(p<۰/۰۵) بعبارتی، به ازای یک واحد افزایش در متغیرآگاهی، به اندازه ۰/۴۳۷واحد، افزایش درمتوسط متغییر سبک زندگی سالم(رفتار) و به ازای یک واحد افزایش در متغییر فاکتورهای قادرکننده، به اندازه ۰/۴۳۹واحد، افزایش در متوسط متغییر رفتار ایجاد شده است. (جدول ۴)

جدول ٤: میزان تاثیر مطلق متغیر های 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

درپژوهش 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 تأثیر 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 ازجمله مطالعه هزاوه ای(۲۸،۳۱) شریفی راد(۳۲) و همچنین مطالعه تقدیسی(۲۷) نیز همخوانی دارد، واین خود موید تاثیر بسزای آموزش در افزایش آگاهی رانندگان و متعاقبا افزایش سبک زندگی آنان خواهد بود.

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 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 درگروه شاهد نیز این اختلاف معنی دار شد(P = ۰/۰۰۶) که این اختلاف معنی داری بسیارکم(۰/۷۵۸نمره نسبت به قبل ازمداخله) شایدبه 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 درمرحله 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 درمطالعه خود تأثیرات معناداری را در آموزش و تأثیر آن بر نگرش ها نشان داد(۳۶). درمطالعه ای دیگر که ویلکینسون وهمکارانش انجام دادند بهبود نگرش شرکت کنندگان منجر به افزایش اثربخشی در ارتباطات شده است(۳۷).

سبک زندگی سالم(رفتار) درسه 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

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-02-18]

فـــردآذر(۲۴) وهـــزاوه ای(۳۱) همخـــوانی دارد. مطالعـــه گـــل 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، درحـالی کـه میانگین نمره های نورم انتزاعی در گروه مداخلـه بعـد از مداخلـه آموزشی افزایش پیـدا کـرد کـه البتـه بـا مطالعـه تقدیسـی(۲۷) درخصـوص ارتقـاء سـلامت بیمـاران مبـتلا بـه سـرطان وخـانی جیحونی(۳۳) درآموزش مبتنـی بـر مـدل بزنـف در پیشـگیری 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 خـود فـرد احتمـالا بدلیل داشتن انگیزه بالا بعنوان تاثیر گذارترین مورد، جهت انجـام یا ترک رفتار صحیح بهداشتی و سپس خانواده وی بخـاطر نقـش ویژه نزدیکان در اتخاذ یک تصمیم بهداشتی با توجـه بـه درصـد بالای توجه رانندگان به این گروه، مهم و مورد توجه اسـت. نتـایج این مطالعه با مطالعـه هـزاوه ای(۳۹)، بهرامـی نـژاد(۴۰) و یافتـه های تحقیقی برنستین و همکاران(۴۱)همخوانی دارد.

بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمره فاکتورهـای قادرکننـده در گروه مداخله بر خلاف گروه شاهد افزایش معنـی داری یافـت. (P<۰/۰۰۱) ازجمله فاکتورهای قادر کننده مورد بحث که در این مطالعه مورد ارزیابی قرارگرفته انـد شـامل داشـتن همـراه جهـت فعالیت بدنی، مهارت لازم برای فعالیت بدنی، هزینـه بـرای انجـام فعالیت بدنی، وقت گیر بودن برای انجام فعالیـت بـدنی، دقـت در پخت و پز وعده های غذایی، گرانی مواد غذایی مفید، پایین بودن اطلاعات بهداشتی، نبود مراکز تفریحی سالم بـرای گـذران اوقـات فراغت و دسترسی آسان و هزینه پایین برای تهیه مـواد دخـانی و حمایت اعضای خانواده مـی باشـد. از میـان سـوالات فاکتورهـای قادرکننده در حوزه تحرک بدنی ۸۲ درصد پاسخ دهندگان گـروه مداخله قبل از مداخله، وقت گیـر بـودن فعالیـت بـدنی را عامـل اصلی جهت جلـوگیری از تحـرک بـدنی دانسـته انـد کـه بعـد از مداخله آموزشی به ۶۸ درصد کاهش یافت که می توان دلیـل آن را آموزش صحیح رانندگان جهـت تنظـیم زمـان تحـرک بـدنی و استفاده بهینه از ساعات روز و اهمیت دادن به تحرک بدنی بـرای سلامتی را بیان نمود. در حوزه تغذیه مناسب ۸۵ درصد رانندگان گرانی مواد غذایی مفید را مانع اصلی درتغییر سبک زندگی عنوان نمودند و در خصوص مصرف قلیان ۸۴ درصـد مصـرف کننـدگان قلیان، نبود مراکز تفریحی سالم برای گذران اوقـات فراغـت و ۵۴ درصد رانندگان سیگاری نیز دسترسی آسان به سیگار را مـوثر در ترک سخت آن عنوان داشتند. از طرفی دیگـر تـاثیر عوامـل قـادر کننده دیگر در مطالعه مثل هزینه نداشـتن بـرای انجـام فعالیـت بدنی، دقت در پخت و پـز وعـده هـای غـذایی توسـط خـانواده و حمایت اعضای خانواده جهت ترک، تاثیر بسـزایی در اتخـاذ یـک سبک زندگی سالم در فرد گذاشته اسـت. درایـن خصـوص یافتـه های این پـژوهش بـا مطالعـه هـزاوه ای(۳۱) حشـمتی(۳۴) گـل دوست(۳۵) و laveist(۴۲) نیز هم راستا می باشد.

شـدت همبسـتگی آگـاهی بـا رفتـار(سـبک زنـدگی سـالم) (r =۰/۳۸۹) و سپس فاکتورهای قادرکننده بـا رفتـار(r=۰/۳۵۲) بیشتر از سایر متغیرهاست. بعبارتی این پژوهش بر اسـاس متغیـر تغییرات آگاهی و سازه فاکتورهای قادرکننده از مدل بزنـف قـادر بودند تغییرات وابسته رفتار (سبک زنـدگی) را تبیـین نمایـد کـه مقدار این تبیین بر اساس ضـریب تعیـین تعـدیل شـده برابـر بـا ۰/۲۱۵ می باشد. این مطالعـه بـا یافتـه هـای حاصـل از مطالعـه معینی وهمکاران(۴۳) و حشمتی(۳۴) همخوانی دارد.

لازم به ذکر است که از جمله محدودیت های موجود احتمـال عدم همکاری رانندگان بود که برای حـل ایـن مسـاله، در هنگـام تکمیل پرسشنامه و یا انجام مداخله، تاکسی بـه صـورت دربسـت کرایه و هزینه آن به راننده پرداخت گردید.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد درصورتی که اهـداف و برنامـه هـا بـر روی آگاهی و همچنین فاکتورهای قادرکننـده (مهـارت، هزینـه، وقت، دسترسی آسان) درسه حوزه تغذیه، تحرک بدنی و دخانیات در رانندگان بطور جدیتر تمرکز یابـد مـی تـوانیم شـاهد افـزایش میزان تاثیر در سبک زندگی سالم باشیم. همچنین مطالعه حاضـر نشان داد که استفاده از مدل بزنف بر ارتقاء سـبک زنـدگی سـالم رانندگان تاکسی درون شهری موثر است و استفاده از این مدل در آموزش رانندگان حمل و نقل عمومی پیشنهاد می شـود. در ایـن راستا پیشنهاد می شود جهت انجام مطالعات بعدی تحقیقـاتی در راستای کارآیی سازه های مـدل بزنـف در ارتقـای سـبک زنـدگی سالم در سایر شهرهای کشور و گروه های هدف دیگر بـا در نظـر گـرفتن ویژگیهـا و تفـاوت هـای فرهنگـی، قـومی، اجتمـاعی و اقتصادی صورت پذیرد.

تشکر و قدرانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقـاتی مصـوب معاونـت پژوهشـی دانشـگاه علـوم پزشـکی و خـدمات بهداشـتی درمـانی زاهـدان و

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-02-18]

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

Refrences:

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, Printing1,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,Tadrisi D,Sanaeinasab H-Checking the frequency rate stress in drivers Tehran city,Police Management Studies Journal,2010,5(1):118-130

15- Netterstrom B, Suadicani 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 therical analysis and review of Empirical research psychological Bulletin. 1997.

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-02-18]

26- Baghianimoghadam M.H, Rahaee Z,Morovatisharifabad M.A,Sharifirad GH,Andishmand A,Azadbakht L. Effects of education on self- monitoring of blood pressure based on BASNAF 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. [Articlein 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 Π 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 BASNEFmodel 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 sciences2008;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 calciumrich foods in community dwelling elders. *J Am* Diet Assoc. 2002; 102(10): 1421-7

42- LaVeist TA, Keith VM, Gutirrez ML. Black/White differences in Prenatal Care Utilization: An assessmentof 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

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-02-18]

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

Amiri A[1*], Rkhshany F[2], Farmanbar R[3]

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 tofind 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 outthe 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 consideredsignificant.

Result: The Result of paired t- test showed that average knowledge scores, attitude, behavior, subjective norms and enabling factors of 27/61,39/48,30/98,9/28,13/6to35/18,43/23,36/35,10/89,16/04increase before the intervention . Also the result ofPearson Correlation showed that knowledge variable is more than othervariables.The highestcorrelationis with behavior. The regression showedthat 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

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-02-18]