THE EFFECTIVENESS OF EDUCATIONAL PROGRAM ON HEALTHY LIFESTYLE

The Effectiveness of Educational Program Based On BASNEF Model on the Urban Taxi Drivers' Healthy Lifestyle

ABSTRACT

Background and objective: More than one-third of deaths is caused by wrong social and personal lifestyle in the world. The present study aimed to find out the effect of education program based on the BASNEF model on healthy lifestyle of Konarak taxi drivers.

Materials and methods: Framework of this study was a quasi-experimental study. Data was collected by research-made questionnaire based on BASNEF Model structures. 160 taxi drivers of Konarak city were selected as samples by Multi-stage random sampling method and divided into case and control groups. Then educational sessions were performed in the case groups. The training materials used in educational Sessions were pamphlets. The intervention included 2 training sessions for 1 month. Both groups were followed for two months after the intervention to perform the post-test. The data were analyzed using SPSS 16 and descriptive and analytical tests (t-test, Pearson, and Chi Square) ($p < 0.05$).

Results: The mean score of knowledge, attitude, behavior and Enabling Factors increased significantly after intervention ($p < 0.001$). Physicians and health personnel were the most frequent of subjective norms.

Conclusion: Implementing educational intervention programs can increase the level of knowledge, attitude, and behavior of drivers regarding healthy lifestyle.

Paper Type: Research Article.

Keywords: education, life Style, drivers, BASNEF Model, Kenarak.

▶ **Citation:** Jadgal Kh. M., Alizade-Seiouki H., Lotfi-Mayen-Boulagh, B. & Zareban I. The Effectiveness of Educational Program Based On BASNEF Model on the Urban Taxi Drivers' Healthy Lifestyle . *Iran J Health Educ Health Promot.* Summer 2016;4(2): 110-119.

KheirMohammad Jadgal
PhD Candidate in Health Promotion and Health Education, School of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Hadi Alizade-Seiouki
MSc in Health Education, School of Health, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran

Behrooz Lotfi Mayen Boulagh
MSc in Health Education, School of Health, Zahedan University of Medical Sciences (ZAUMS), Zahedan, Iran

Iraj Zareban
* PhD in Health Promotion and Health Education, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences (ZAUMS), Zahedan, Iran (Corresponding Author)
zareban@yahoo.com

Received: 09 August 2015
Accepted: 08 September 2016

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-08-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.2.110]

تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی بزنف بر سبک زندگی سالم رانندگان تاکسی درون‌شهری

چکیده

زمینه و هدف: بیش از یک‌سوم موارد مرگ‌ومیر در دنیا ناشی از سبک زندگی فردی و اجتماعی غلط است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی بزنف بر سبک زندگی سالم رانندگان تاکسی درون‌شهری کنارک انجام شد.

مواد و روش‌ها: چارچوب این مطالعه نیمه‌تجربی بود. ابزار پژوهش پرسشنامه محقق‌ساخته بر اساس ساختارهای الگوی بزنف بود. تعداد ۱۶۰ نفر از رانندگان تاکسی درون‌شهری کنارک با روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب و به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند. جلسات آموزشی جهت گروه آزمون به‌صورت بحث گروهی و پرسش و پاسخ طی ۲ جلسه آموزشی انجام گرفت و مداخله‌ای روی گروه کنترل صورت نگرفت. مواد کمک‌آموزشی پمفلت بود. از دو گروه، دو ماه بعد از مداخله پس‌آزمون گرفته شد. داده‌ها در SPSS ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی (آزمون‌های تی، پیرسون و کای‌آسکوئر) مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. در این پژوهش سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد ($p>0/05$).

یافته‌ها: قبل از مداخله دو گروه تفاوت معناداری نداشتند ($p>0/05$). در گروه مداخله بعد از مداخله، میانگین نمره شناختی، نگرش، رفتار و عوامل تقویت‌کننده به‌طور معناداری نسبت به قبل از مداخله افزایش یافت ($p>0/001$). پزشکان و کادر بهداشتی درمانی بیشترین فراوانی را از عوامل هنجارهای ذهنی تشکیل می‌دادند.

نتیجه‌گیری: مداخله آموزشی می‌تواند سطح دانش، نگرش و رفتار رانندگان را در مورد شیوه زندگی سالم افزایش دهد.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه: آموزش، سبک زندگی، رانندگان، بیماری شغلی، الگوی بزنف، کنارک.

◀ **استناد:** جدگال خ.م.، علیزاده‌سیوکی هـ.، لطفی‌ماین‌بلاغ ب.، ضاربان الف. تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی بزنف بر سبک زندگی سالم رانندگان تاکسی درون‌شهری. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. تابستان ۱۳۹۵؛۴(۲): ۱۱۰-۱۱۹.

خیرمحمد جدگال
دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

هادی علیزاده سیوکی
کارشناس ارشد آموزش بهداشت، مربی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه، تربت‌حیدریه، ایران

بهروز لطفی‌ماین‌بلاغ
کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

ایرج ضاربان
* دکتری تخصصی آموزش بهداشت، استادیار، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول)
zareban@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۵/۱۸
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۱۸

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-08-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.2.110]

مقدمه

سبک زندگی بخشی از زندگی است و شامل 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، ایمن‌سازی در مقابل بیماری، سازگاری با استرس و توانایی استفاده از حمایت‌های خانواده و جامعه است (۲). امروزه اعتقاد بر این است که ۷۰ ٪ بیماری‌ها به‌گونه‌ای با سبک زندگی فرد در ارتباط است (۳-۵). بیش از یک‌سوم موارد مرگ‌ومیر در دنیا ناشی از سبک زندگی فردی و اجتماعی غلط است (۶). سبک زندگی سالم و متعاقب آن تغذیه سالم و فعالیت بدنی، خطر بیماری‌های کشنده را از طریق تأثیر بر چربی‌های خون و پرفشاری‌خون کاهش می‌دهد (۷). مهم‌ترین عوامل خطر تعدیل‌پذیر و تهدیدکننده سلامتی عبارت‌اند از: برنامه غذایی ناسالم، کم‌تحرکی و استعمال دخانیات. این عوامل از طریق عوامل خطر واسطه‌ای بیان می‌شوند: پرفشاری خون، افزایش گلوکز خون، اختلال چربی‌های خون (به‌ویژه کلسترول LDL)، اضافه‌وزن و چاقی (۸).

سازمان جهانی بهداشت در بیانیه اولین کنفرانس جهانی شیوه زندگی سالم در مسکو عنوان کرد که در حال حاضر ۶۰٪ از مرگ‌ومیر جهانی و ۸۰ ٪ مرگ‌ومیر کشورهای درحال‌توسعه به دلیل سبک زندگی ناسالم بوده و این رقم تا سال ۲۰۳۰ به ۷۵ ٪ مرگ‌ومیر جهانی خواهد رسید (۹). بررسی‌ها نشان داده‌اند که مهم‌ترین عوامل خطر سلامتی عبارت‌اند از: رژیم غذایی نامناسب، بی‌تحرکی و کمی فعالیت بدنی و مصرف سیگار. می‌توان از ۸۰ ٪ بیماری‌های قلبی و ۹۰ ٪ دیابت نوع دوم با تغییر در این عوامل خطر اجتناب کرد. در ضمن، یک‌سوم از موارد سرطان‌ها با بهبود تغذیه و کنترل وزن بدن و انجام فعالیت بدنی و یک‌سوم دیگر با اجتناب از مصرف سیگار و با تغییر سبک زندگی قابل‌پیشگیری هستند (۱۰).

شغل رانندگی نیز جزء مشاغل بدون تحرک طبقه‌بندی می‌شود (۱۱). رانندگان علاوه بر استرس‌های شغلی با نوبت‌های کاری نامنظم و فشرده، کم‌بودن زمان استراحت، اختلالات اسکلتی و عضلانی مواجهه هستند (۱۲)؛ که احتمال انجام رفتارهای مغایر با سبک زندگی سالم را بیشتر می‌کند. مطالعات انجام‌شده توسط ناصری و مؤذن‌زاده (۱۳) و دمیرچی و مهربانی (۱۴)، نشان داد که ریسک فاکتورهای ناشی از سبک زندگی ناسالم و غیربهداشتی در رانندگان کشور ما شیوع بالایی دارد.

در مطالعات امیری و همکاران (۱۵) و هزاوه‌ای و همکاران (۱۶) میانگین نمره عوامل قادرکننده، نگرش و هنجارهای ذهنی در گروه مداخله برخلاف گروه شاهد افزایش یافت؛ که این باعث ارتقای سبک زندگی افراد موردمطالعه شد. این عوامل در آموزش بهداشت تشکیل‌دهنده الگویی به نام بزنف هستند که به‌عنوان چارچوب اصلی در این پژوهش بکار گرفته شد. الگو بزنف یکی از جامع‌ترین الگوهای مطالعه رفتار، شناسایی رفتار و ایجاد رفتارهای نو و جدید در جامعه است (۱۷). این الگوی آموزشی در تغییرات رفتاری به عواملی مانند نگرش (سازمان‌بندی نسبتاً دائمی باورها در مورد یک شئ یا موقعیت)، عوامل قادرکننده (مانند امکانات، پول و مهارت که شرایط لازم برای تحقق یک رفتار را مهیا می‌کنند)، رفتار (عملکرد قابل‌مشاهده) و هنجارهای ذهنی (فشار اجتماعی درک‌شده که بر اساس آن فرد از خواسته‌های کسانی که برایش مهم‌تر از بقیه هستند تبعیت می‌نماید) اشاره می‌کند (۱۸). الگوی بزنف در بین الگوهای آموزش بهداشت به‌نوعی یک الگوی اکتشافی و برنامه‌ریزی جهت تغییر رفتار است و از طرف دیگر نیز این الگوی هم دارای اجزای درون فردی و هم هنجارهای اجتماعی مؤثر بر سبک زندگی می‌باشد و دربرگیرنده نگرش‌ها و هنجارهای انتزاعی و عوامل قادرسازی است. لذا این مطالعه بر آن است که از این الگو استفاده نماییم. ضمن اینکه یکی از اهداف جامعه سالم، ارتقاء رفتارهای سبک زندگی سالم در بین رانندگان است و ترویج فعالیت بدنی، تغذیه سالم و بهداشتی و عدم استعمال دخانیات روش سودمندی برای پیشگیری از بیماری‌های مزمن و راهکاری مقرون‌به‌صرفه برای ارتقای سلامت جامعه است. با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-08-27]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.2.110]

در این زمینه در شهر کنارک انجام‌نشده بود، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزش مبتنی بر الگوی بزنف بر سبک زندگی سالم در رانندگان تاکسی درون‌شهری در سال ۱۳۹۱ بود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مداخله‌ای نیمه‌تجربی، با گروه‌های آزمون و کنترل بود. این مطالعه بر روی ۱۶۰ نفر از رانندگان تاکسی درون‌شهری کنارک در سال ۱۳۹۱ به اجرا درآمد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق‌ساخته مشتمل بر اطلاعات جمعیت‌شناختی و سازه‌های الگوی بزنف بود. برای تعیین نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی، ابزار در اختیار ۱۰ نفر از متخصصین آموزش بهداشت قرار گرفت. بعد از جمع‌آوری و اعمال نظرات آن‌ها، پرسشنامه مورداستفاده قرار گرفت. پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ موردبررسی و تائید قرار گرفت (α=۰/۷۶). قبل از مداخله، پرسشنامه اولیه از طریق مصاحبه به گویش محلی [مکرانی]، با مراجعه به محل ایستگاه‌ها تکمیل شد. پس از ارائه آموزش‌ها همان پرسشنامه نیز توسط گروه‌های مداخله و شاهد تکمیل و کدگذاری شدند.

تعداد کل سؤالات پرسشنامه ۴۳ سؤال بود؛ ۵ سؤال مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی، ۱۵ سؤال مربوط به سؤالات آگاهی (۶ سؤال فعالیت بدنی، ۶ سؤال استعمال دخانیات و ۳ سؤال تغذیه). گزینه صحیح یک امتیاز و گزینه غلط صفر امتیاز تعلق می‌گرفت؛ دامنه امتیازدهی بین صفر تا ۱۵ بود. سؤالات نگرش شش مورد بود؛ که به‌صورت طیف لیکرت سه‌گزینه‌ای بود. به گزینه صحیح امتیاز ۳ و به گزینه غلط امتیاز ۱ تعلق می‌گرفت و دامنه امتیازدهی بین ۶ تا ۱۸ بود. سؤالات رفتار شش مورد بود؛ که به گزینه صحیح امتیاز ۳ و به گزینه غلط امتیاز ۱ تعلق می‌گرفت و دامنه امتیازدهی بین ۶ تا ۱۸ بود. سؤالات هنجارهای انتزاعی مورد بود؛ که به گزینه صحیح امتیاز ۱ و به گزینه غلط امتیاز صفر تعلق می‌گرفت و دامنه امتیازدهی بین ۰ تا ۶ بود. پنج سؤال مربوط به عوامل قادرکننده بود؛ که به گزینه صحیح امتیاز ۳ و به گزینه غلط امتیاز ۱ تعلق می‌گرفت و دامنه امتیازدهی بین ۵ تا ۱۵ بود. از مواردی که موقع تجزیه‌وتحلیل نیاز به کدگذاری مجدد داشت داده‌های مربوط به سن بود که قبلاً به سال بوده و بعداً گروه‌بندی شد.

با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۹۰٪، میزان خطای ۵٪ و میانگین و انحراف معیار مطالعه مشابه نصرآبادی و همکاران (۱۹) در شهرستان زاهدان در گروه مداخله قبل از آموزش (۱۳/۴۰±۳/۸۲) و پس از آموزش (۱۸/۵±۳/۱۳)، حجم نمونه ۸ نفر برای هر یک از گروه‌های مورد و شاهد محاسبه شد؛ یعنی جمعاً ۱۶ نفر. برای افزایش دقت مطالعه و همین‌طور به علت بسیار پایین بودن حجم نمونه به‌دست‌آمده و ضرورت نیاز به حجم نمونه بالاتر در کارهای آموزشی- میدانی و با استناد به مطالعه نصرآبادی و همکاران (۱۹) بهتر بود که حجم نمونه بیشتر گرفته شود. کلیه رانندگان تاکسی درون‌شهری مربوط به دو ایستگاه شهر کنارک (۸۰ نفر در گروه مداخله و ۸۰ نفر در گروه شاهد) وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به مطالعه عبارت بودند از: مبتلانبودن به بیماری‌های جسمی و روانی، نداشتن اعتیاد به سیگار و یا سایر مواد دخانی، باسواد بودن و تسلط به زبان فارسی. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل رانندگان آژانس‌های تلفنی و داشتن مشاغل دیگر به‌غیراز رانندگی بودند.

روش نمونه‌گیری در این مطالعه از نوع تصادفی چندمرحله‌ای بود. بدین‌صورت که ابتدا ایستگاه‌های داخل شهر به‌وسیله نقشه به دو بخش تقریباً مساوی شمالی و جنوبی تقسیم شدند؛ به‌نحوی‌که از مجموع ۲ ایستگاه تاکسی، ۱ ایستگاه در بخش شمالی و ۱ ایستگاه در بخش جنوبی قرار داشتند. سپس به شکل تصادفی ایستگاه بخش شمالی به‌عنوان گروه شاهد و ایستگاه بخش جنوبی به‌عنوان گروه مداخله انتخاب شدند. برای هر دو ایستگاه همسان‌سازی ازلحاظ جغرافیایی، سطح اجتماعی و فرهنگی صورت گرفت؛ که با هم تفاوت معناداری نداشتند. در این مطالعه تعداد ۸۰ نفر از رانندگان تاکسی‌های درون‌شهری در

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-08-27]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.2.110]

ایستگاه بخش شمالی طی دو جلسه آموزشی یک‌ساعته (هر جلسه آموزشی نیم ساعت) با استفاده از بحث گروهی و پرسش و پاسخ در محل اتاق استراحت رانندگان آموزش داده شدند. برای کمک به درک مناسب مطالب توسط رانندگان، وسیله کمک‌آموزشی محقق‌ساخته (پمفلت آموزشی) استفاده شد. پس از ۲ ماه از مداخله آموزشی، تأثیر کاربرد الگوی بزنف بر سبک زندگی سالم از طریق پس‌آزمون در دو گروه مداخله و شاهد سنجیده شد. با توجه به بررسی‌های اولیه صورت گرفته و توجیه افراد گروه مداخله در خصوص انتقال‌ندادن اطلاعات به‌منظور سنجش دقیق تأثیر آموزش، احتمال ارائه مطالب آموزشی به یکدیگر به حداقل رسانده شد. بر اساس داده‌های به‌دست‌آمده از پیش‌آزمون، در جلسه اول تعریف کلی سازمان جهانی بهداشت از سبک زندگی، عوامل مؤثر بر سبک زندگی، بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی ناسالم، اهمیت عملکرد صحیح شیوه زندگی سالم، شناساندن نگرش‌های غیربهداشتی مرسوم در منطقه و در جلسه دوم محتوای آموزشی بر اساس الگوی بزنف آموزش داده شد.

بعد از تکمیل نمونه‌گیری در گروه مداخله، ۸۰ نفر از رانندگان تاکسی درون‌شهری همان شهر، به‌عنوان گروه شاهد انتخاب شدند و برای انتخاب نمونه‌ها برای هر گروه، ابتدا نمونه‌های مداخله مشخص‌شده، سپس شاهدها به‌طور همسان با افراد گروه مداخله تعیین و وارد مطالعه شدند.

در آمار توصیفی از توزیع فراوانی مطلق و نسبی برای متغیرهای کیفی و میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمّی استفاده شد. همچنین از آزمون‌های تی، پیرسون و کای‌اسکوئر نیز استفاده شد و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با SPSS ۱۶ انجام شد. تکمیل پرسشنامه به‌عنوان رضایتِ شرکت‌کننده برای شرکت در مطالعه در نظر گرفته شد. همچنین پس از انجام مطالعه، به گروه شاهد آموزش داده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله ۹/۰۷±۳۳/۳۴ سال و گروه شاهد ۹/۵۸±۳۲/۵۵ سال بود؛ که با استناد به آزمون آماری کای‌اسکوئر و مستقل بین دو گروه مداخله و شاهد ازنظر اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، سطح سواد، وضعیت تأهل، محل سکونت و سابقه کاری) اختلاف معناداری مشاهده نشد ($p<۰/۰۵$) (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی ویژگی‌های متغیرهای جمعیت‌شناختی رانندگان تاکسی درون‌شهری در دو گروه مداخله و شاهد

متغیر جمعیت‌شناختی	مشخصات جمعیت‌شناختی	مداخله		شاهد		آزمون	مقدار p
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
سن	۱۵-۲۵	۸	۱۰	۵	۶	مستقل	۰/۵۹
	۲۵-۳۵	۲۵	۳۱	۳۷	۴۷		
	۳۵-۴۵	۲۳	۲۹	۲۰	۲۵		
	۴۵-۵۵	۲۰	۲۵	۱۸	۲۲		
	۵۵+	۴	۵	۰	۰		
وضعیت ازدواج	مجرد	۲۵	۳۱	۲۷	۳۹	کای‌اسکوئر	۰/۸۶
	متأهل	۵۵	۶۹	۵۳	۶۶		
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۱۳	۱۶	۳۷	۲۳	کای‌اسکوئر	۰/۳۲
	خواندن و نوشتن	۲۶	۳۳	۵۰	۳۱		
	زیر دیپلم	۲۸	۳۵	۵۱	۳۲		
	دیپلم	۱۱	۱۴	۱۹	۱۲		
	کاردانی و بالاتر	۲	۲	۳	۲		
محل سکونت	شهر	۵۶	۷۰	۵۳	۶۶	کای‌اسکوئر	۰/۷۳
	روستا	۲۴	۳۰	۲۷	۳۴		
سابقه کار (سال)	۵-۱۰	۴۷	۵۹	۴۲	۵۳	مستقل	۰/۶۱
	۱۰-۱۵	۲۷	۳۴	۲۸	۳۵		
	۱۵+	۶	۷	۱۰	۱۲		

جدول ۲ مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی، نگرش و عوامل تقویت‌کننده (فعالیت بدنی، استعمال دخانیات و تغذیه) قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد را نشان می‌دهد.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-08-27]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.2.110]

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی، نگرش و عوامل تقویت‌کننده قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد

متغیر		گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	آزمون زوجی	اختلاف
			میانگین و انحراف	میانگین و انحراف		
آگاهی	فعالیت بدنی	مداخله	۱/۹۳±۱/۰۲	۳/۱±۱/۴۲	≤۰/۰۰۰۱	۱/۱۷±۱/۵۱
		شاهد	۱/۷۶±۰/۸۳	۱/۸۳±۰/۸	۰/۱۲۴	۰/۰۶±۰/۲۴
	آزمون Inde		p= ۰/۲۷۳	p ≤ ۰/۰۰۰۱		p ≤ ۰/۰۰۰۱
	استعمال دخانیات	مداخله	۱/۹±۰/۹۳	۳/۲۱±۱/۴۸	≤۰/۰۰۰۱	۱/۳۱±۱/۴۹
		شاهد	۱/۷۹±۰/۸۹	۱/۸۱±۰/۸۸	۰/۱۵۹	۰/۰۲±۰/۱۵
	آزمون Inde		p= ۰/۴۳۸	p ≤ ۰/۰۰۰۱		p ≤ ۰/۰۰۰۱
	تغذیه	مداخله	۱/۰۱±۰/۸	۱/۶±۰/۹۴	≤۰/۰۰۰۱	۰/۵۸±۰/۸۵
		شاهد	۱/۰۱±۰/۸	۱/۰۴±۰/۸۱	۰/۱۵۹	۰/۰۲±۰/۱۵
	آزمون Inde		p= ۱/۰۰	p ≤ ۰/۰۰۰۱		p ≤ ۰/۰۰۰۱
نگرش	فعالیت بدنی	مداخله	۳/۴۶±۱/۴۵	۴/۷۴±۱/۹۳	≤۰/۰۰۰۱	۱/۲۷±۱/۹۲
		شاهد	۳/۵۳±۱/۴۸	۳/۵۶±۱/۴۴	۰/۰۸۳	۰/۰۳±۰/۱۹
	آزمون Inde		p= ۰/۷۸۸	p ≤ ۰/۰۰۰۱		p ≤ ۰/۰۰۰۱
	استعمال دخانیات	مداخله	۲/۴۱±۱/۱۷	۳/۱۴±۱/۳۷	≤۰/۰۰۰۱	۰/۷۲±۱/۱۲
		شاهد	۲/۲۹±۱/۲۸	۲/۳۱±۱/۲۸	۰/۱۵۹	۰/۰۲±۰/۱۵
	آزمون Inde		p= ۰/۵۲۲	p ≤ ۰/۰۰۰۱		p ≤ ۰/۰۰۰۱
	تغذیه	مداخله	۱/۲۹±۰/۷۶	۱/۷۸±۰/۷۷	≤۰/۰۰۰۱	۰/۴۸±۰/۷۶
		شاهد	۱/۲۹±۰/۷۱	۱/۳۱±۰/۷۲	۰/۱۵۹	۰/۰۲±۰/۱۵
	آزمون Inde		p= ۱/۰۰	p ≤ ۰/۰۰۰۱		p ≤ ۰/۰۰۰۱
عوامل تقویت‌کننده	فعالیت بدنی	مداخله	۳/۴۴±۱/۸۶	۴/۲۴±۲/۰۳	≤۰/۰۰۰۱	۰/۸±۱/۰۳
		شاهد	۳/۴۸±۱/۸۵	۳/۵۱±۱/۸۶	۰/۰۸۳	۰/۰۳±۰/۱۹
	آزمون Inde		p= ۰/۸۹۹	p< ۰/۰۲		p ≤ ۰/۰۰۰۱
	تغذیه	مداخله	۱/۲۶±۰/۵۲	۱/۹±۰/۶۸	≤۰/۰۰۰۱	۰/۶۳±۰/۷۳
		شاهد	۱/۲۶±۰/۵۲	۱/۲۶±۰/۵۲	۰/۱۵۹	۰/۰۰±۰/۰۰
	آزمون Inde		p= ۱/۰۰	p ≤ ۰/۰۰۰۱		p ≤ ۰/۰۰۰۱

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-08-27]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.2.110]

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد با توجه به میانگین تغییرات نمره کسب‌شده در گروه مداخله و شاهد و با استناد به آزمون آماری تی زوجی بین وضعیت قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۱)؛ ولی در گروه شاهد این تغییرات معنادار نبود (p>۰/۰۵). با مقایسه بین وضعیت قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و شاهد، آزمون آماری تی زوجی نشان داد که میانگین تغییرات نمره کسب‌شده از مجموع سؤالات نگرش در گروه مداخله تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱)؛ ولی در گروه شاهد تفاوت معناداری بین وضعیت قبل از مداخله با بعد از مداخله مشاهده نشد (p>۰/۰۵) (جدول ۲).

با استناد به آزمون آماری تی زوجی و با مقایسه میانگین تغییرات نمره رفتار سبک زندگی رانندگان در گروه مداخله و شاهد بین وضعیت قبل و بعد از مداخله، تفاوت معناداری بین وضعیت قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله وجود داشت (p<۰/۰۰۱)؛ ولی در گروه شاهد میانگین تغییرات نمره رفتار در بخش‌های فعالیت بدنی، استعمال دخانیات و تغذیه تفاوت معناداری بین وضعیت قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد مشاهده نشد (p>۰/۰۵) (جدول ۲).

در ارتباط با قسمت هنجارهای انتزاعی در بخش فعالیت بدنی، پزشکان و کادر بهداشتی درمانی (۴۶/۳ ٪) بیشترین فراوانی را از عوامل نرم‌های هنجاری تشکیل می‌دادند. در بخش دخانیات، دوستان (۷۸ ٪) بیشترین فراوانی را در ترک سیگار و قلیان داشته‌اند. در بخش تغذیه نیز، افراد اظهار داشته‌اند که پزشکان و کادر بهداشتی (۷۵ ٪) بیشترین تأثیر در کاهش مصرف مواد قندی افراد داشته‌اند.

میانگین تغییرات نمره عوامل تقویت‌کننده با توجه به جدول ۲ و با مقایسه بین وضعیت قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله و شاهد، آزمون آماری تی زوجی نشان داد که تفاوت معناداری در گروه مداخله بین وضعیت قبل و بعد از مداخله آموزشی وجود دارد (p<۰/۰۰۱)؛ ولی در گروه شاهد میانگین تغییرات نمره عوامل تقویت‌کننده تفاوت معناداری نداشتند (p>۰/۰۵).

در قسمت مربوط به سؤال بخش استعمال دخانیات، ۵۷/۵٪ افراد دسترسی آسان برای تهیه سیگار را یکی از موانع مهم در ترک این ماده دخانی دانسته‌اند. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که در گروه مداخله بین نمرات رفتار و آگاهی، نگرش و عوامل تقویت‌کننده همبستگی معنادار وجود دارد (جدول ۳).

جدول ۳. آزمون همبستگی پیرسون بین نمرات رفتار، آگاهی، نگرش و عوامل تقویت‌کننده

گروه مداخله		
سازه‌ها	p-value	ضریب همبستگی پیرسون
آگاهی	۰/۰۲۴	۰/۲۵۶
نگرش	۰/۰۰۱	۰/۳۵۲
عوامل تقویت‌کننده	۰/۰۰۱	۰/۳۶

بحث

بر اساس یافته‌های این پژوهش، مداخله آموزشی بر سبک زندگی رانندگان مؤثر بوده و سبب افزایش آگاهی آنان شده است. با توجه به پایین بودن سطح آگاهی افراد در آغاز مطالعه، آگاهی به‌عنوان یکی از عوامل مهم توانا کردن یک راننده برای قبول و انجام رفتار بهداشتی او، لزوم برنامه‌ریزی دقیق آموزشی و اجرای مداخلات به‌منظور ارتقاء سطح آگاهی مطرح می‌شود. یافته‌ها نشان داد تفاوت معناداری بین دو گروه مداخله و شاهد ازنظر میانگین آگاهی در سه بخش فعالیت بدنی، تغذیه و استعمال دخانیات قبل از مداخله وجود نداشت. پس از مداخله آموزشی میانگین نمرات گروه شاهد ازنظر آماری تفاوت معناداری نشان نداد؛ ولی میانگین نمرات در گروه مداخله به‌طور معناداری افزایش یافت. این نتیجه بیانگر تأثیر مداخله آموزشی در بخش تغذیه است. اگرچه نقش آموزش در افزایش آگاهی افراد موردمطالعه تا حدودی طبیعی به نظر می‌رسد و در بسیاری از مداخلات آموزشی انجام‌شده به آن اشاره‌شده است (۲۰-۲۲)، بااین‌حال میزان افزایش

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-08-27]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.2.110]

و ارتقاء آگاهی در مداخلات آموزشی نکته‌ای قابل‌توجه است.

بر اساس یافته‌های این پژوهش در گروه مداخله میانگین تغییرات نمره نگرش کسب‌شده در بخش فعالیت بدنی ۱/۹۲±۱/۲۷، در بخش استعمال دخانیات ۱/۱۲±۰/۷۲ و در بخش تغذیه ۰/۷۶±۰/۴۸ بود؛ که نشان‌دهنده تأثیر قابل‌توجه آموزش در بهبود نگرش رانندگان در مورد سبک زندگی سالم در سه بخش فعالیت بدنی، استعمال دخانیات و تغذیه است. مطالعات زیادی که در این زمینه صورت گرفته است با یافته‌های این پژوهش مشابهت و همسوئی دارند (۲۲-۲۴).

در این مطالعه، رفتار به‌طور معناداری پس از آموزش ارتقا یافت. به‌طوری‌که میانگین تغییرات نمره رفتار سبک زندگی رانندگان در گروه مداخله در بخش فعالیت بدنی ۱±۰/۷۳، در بخش استعمال دخانیات ۱/۱۰±۰/۹۵ و در بخش تغذیه ۱/۴۷±۱/۰۶ بود؛ که نشان‌دهنده تأثیر مداخله آموزشی در ارتقاء رفتارهایی از قبیل انجام فعالیت بدنی، اجتناب از کشیدن قلیان و همچنین اجتناب از خوردن غذاهای آماده و سرخ‌کردنی و به‌طورکلی تغذیه سالم در بین این گروه می‌باشد. ارتقاء رفتار بعد از مداخلات آموزشی، در مطالعات متعددی مشاهده‌شده است (۲۵-۲۶).

با توجه به نتایج پژوهش، در بخش فعالیت بدنی، پزشکان و کادر بهداشتی درمانی (۴۶/۳ ٪)، بیشترین فراوانی را از عوامل نرم‌های هنجاری تشکیل می‌دادند؛ که این نتایج با پژوهش شریفی‌راد و عزیز (۲۷) همخوانی دارد. در بخش استعمال دخانیات، دوستان (۷۸ ٪)، بیشترین فراوانی را در ترک سیگار و قلیان داشته‌اند. به نظر می‌رسد بالا بودن این درصدها در مطالعه حاضر نشانگر افزایش نقش این عوامل در رفتار فعالیت بدنی و اجتناب از استعمال دخانیات باشد. مطالعه شریفی‌راد و عزیز (۲۷) و زارعی‌پور و همکاران (۲۸) تأثیر دوستان در سیگار کشیدن را به اثبات رسانده‌اند.

همچنین در بخش تغذیه، پزشکان و کادر بهداشتی (۷۵٪)، بیشترین تأثیر در کاهش مصرف مواد قندی افراد داشته‌اند. مطالعات مختلف نشان داده است که پزشکان و کادر بهداشتی نقش مهمی در رفتارهای تغذیه‌ای افراد موردبررسی داشته‌اند (۱۸، ۲۹).

عوامل قادرکننده در مطالعه حاضر شامل اطلاعات، مهارت‌های فعالیت بدنی، تغذیه‌ای و سایر مواردی که در گروه مداخله سبب هدایت قصد رانندگان به انجام رفتارهای مربوط به فعالیت بدنی، مهارت‌های نکشیدن دخانیات و عادات تغذیه‌ای مناسب موردنظر محققین بود می‌شد. پس از مداخله آموزشی افزایش معناداری در میانگین نمره عوامل قادرکننده در دو بخش فعالیت بدنی و تغذیه در گروه مداخله دیده شد. در بسیاری از مطالعات انجام‌شده (۲۴، ۳۰) بر اساس الگوی بزنف اشاره به نقش منحصربه‌فرد عوامل قادرکننده در تبدیل قصد رفتاری به رفتار بهداشتی نموده‌اند.

در قسمت مربوط به استعمال دخانیات ۵۷/۵٪ افراد بعد از مداخله آموزشی، دسترسی آسان برای تهیه سیگار را یکی از عوامل مهم در ترک این ماده دخانی دانسته‌اند. ازآنجایی‌که در مقایسه با سایر مواد دخانی، سیگار به‌ظاهر ساده‌ترین و ارزان‌ترین ماده‌ای است که به‌راحتی در دسترس عموم افراد جامعه قرار دارد، شاید این دلیلی بر افزایش گرایش افراد جامعه بخصوص جوانان نسبت به استعمال این ماده باشد. مطالعه انجام‌شده توسط امیری و همکاران (۱۵)، که تأثیر آموزش بر اساس الگوی بزنف بر سبک زندگی رانندگان تاکسی شهر لنگرود را سنجیده‌اند، یافته‌های مربوط به این بخش را تائید می‌کند.

مشکلات رانندگان جهت شرکت در کلاس‌های آموزشی علیرغم تمایل آن‌ها و فشرده بودن جلسات آموزشی از محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. که سعی شد با به حداقل رساندن تعداد جلسات (به‌جای آموزش‌دادن گروه ۲۰ نفره از رانندگان در جلسات بحث گروهی و پرسش و پاسخ، گروه ۴۰ نفره آموزش داده شدند) تا حدودی این محدودیت برطرف شد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر حاکی از تأثیر آموزش بر اساس سازه‌های الگوی بزنف بر ارتقاء رفتارهای سبک زندگی در

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-08-27]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.2.110]

بین رانندگان بود. آگاهی، نگرش، رفتار و تمام سازه‌های الگوی بزنف پس از مداخله در گروه مداخله تفاوت معناداری داشت و آموزش باعث افزایش انجام رفتارهای پیشگیرانه از سبک زندگی ناسالم شده بود. بر این اساس، درصورتی‌که اهداف و برنامه‌ها بر روی آگاهی، نگرش و همچنین عوامل قادرکننده (هزینه، وقت و دسترسی آسان) در سه حیطه تغذیه، فعالیت بدنی و استعمال دخانیات در رانندگان به‌طور جدی‌تر تمرکز یابد ،می‌توانیم شاهد افزایش در ارتقاء رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم در رانندگان باشیم. به علت وجود قومیت خاص در منطقه، استفاده از زبان محلی که در این پژوهش نیز استفاده شد، به‌عنوان یک اقدام لازم و مفید پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

از کلیه رانندگان تاکسی‌های درون‌شهری کنارک و سایر کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشته‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

1. Mazloomy Mahmoodabad, S.S., et al., The effect of social class on the amount of salt intake in patients with hypertension. Blood pressure, 2016: p. 1-4.
2. Huynen M, Martens P, Hilderink HBM. The Health impacts of globalization: a conceptual framework. Globalization and Health 2005; 3: 14
3. Behdani F, Sargolzaei MR, Ghorbani E. Study of the Relationship between Lifestyle and Prevelance of The Depression And Anxiety In The Students Of Sabzevar Universities. Asrar Journal 2000; No 2: Pages 27- 38. [Persian]
4. Moher M. Evidence of the effectiveness of intervention for secondary prevention and treatment of coronary heart (Dissertation). San Diego State University; 2001.
5. Edlin G, Golanty E. Health and Wellness. 8th ed. Boston: Jones and Bartlet; 2004.
6. WHO. The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World health report 2002 press kit; 2002.
7. WHO. Diet, physical activity and health. Fifty-fifth World Health Assembly, Provisional agenda item 13.11; 2002.
8. WHO- Public Health Agency of Canada. Prevention of chronic disease: A Vital Investment, Tehran: seda; 2009.
9. WHO. First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Non communicable Disease Control. 2011; Available at URL: http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/Moscow declaration_en.pdf. Accessed April 2011.
10. Mansoorian M, Qorbani M, Shafieyan N, Asayesh H, Rahimzadeh Barzaki H, Shafieyan Z, et al. Association between life style and hypertension in rural population of Gorgan. Journal of health promotion management. 2012; 1 (2): 23-28. [in Persian]
11. Hajamini Z, Cheraghalipour Z, Ebadi A, Azad Marzabadi E, Norouzi Koushali A. Comparison of job stress in military and non-military drivers in Tehran city. Ir J Military Medicine 2011; 13, (1): 25-30. [Persian]
12. Vakili M, Eslami Farsani SH, Hosseini S.M.H, Dehghani Tafti M.H. Prevalence of depression and its related factors among truck drivers in Yazd Province. 2010; Iran Occupational Health, 6 (4): 66-74.
13. Nasri H, Moazenzadeh M. Coronary artery disease risk factors in driving versus other occupations. ARYA Journal 2006; 2(2): 8-75. [Persian]
14. Demirchee A, Mehrabani J. Prevalence of obesity, overweight and hypertension and associated risk factors in adult men. Olympic fall 2010; 17: 87-103. [Persian]
15. Amiri A, Rkhshany F, Farmanbar R. The Effect of Educational Program based on BASNEF Model on Healthy Lifestyle of Taxi Drivers in Langroud. Journal of Torbat Medical Sciences 2013; 4 (1): 45-54. [Persian]
16. Hazavehei MM, Khani Jyhouni A, Hasanzadeh 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 & Metabolism 2008; 10 (2): 145-154.
17. Ebadifard Azar F, Solhi M, Roudbari M, Sadeghi A. Survey the Effect of Educational Intervention through the BASNEF Model on Preventive Behaviors According to Mental Health in Girl Adolescents. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2009; 73: 20-29. [Persian]
18. Zarei, F., & Taghdisi MH, S. M., Tehrani H, Shojayizade D. (2012). The Effect of Educational Intervention Based on BASNEF Model to Improve Interpersonal Communication Skills of Nurses. Journal of Alborz Health, 1(3), 173-178.. [Persian]
19. Nasrabadi T, Goodarzi Zadeh N, Shahrjerdi A, Hamta A. The Effect of Education on Life Style among Patients Suffering from Ischemic Heart Disease. J Mazandaran Univ Med Sci. 2010; 20 (79): 72-79. [Persian]
20. 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

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-08-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.2.110]

of female students towards regular physical activity in Isfahan university of medical sciences. Journal of Medical Education. 2008; 8(1): 121-131. [Persian]

21. Rezaei N, Tahbaz F, Kimiagar M, and Alavi Majd H. Effect of nutrition education on knowledge, attitude, and practice of type 1 diabetic patients in Aligoodarz. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2006; 8 (2): 52-59. [Persian]
22. Hazavehei SMM, Sharifirad GhR, Kargar M. The Comparison of Educational Intervention Effect Using BASNEF and Classic Models on Improving Assertion Skill Level. J Res Health Sci 2008; 8 (1): 1-11.
23. Baghyani-Moghadam MH, Shafiei F, Haydarneia AR, Afkhami M. Efficacy of BASNEF Model in Controlling of Diabetic Patients in the City of Yazd, Iran. Indian Journal of Community Medicine 2005; 30 (4): 10 -12.
24. Bantle JP, Wylie-Rosett J, Albraight AL, et al. Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes–2006. Diabetes care 2006; 29: 2140-2157.
25. 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. [Persian]
26. Jadgal Kh M, Nakhaei-Moghadam T, Alizadeh-Seiouki H, Zareban Ir, Sharifi-Rad J. Impact of Educational Intervention on Patients Behavior with Smear-positive Pulmonary Tuberculosis: A Study Using the Health Belief Model. Mater Sociomed. 2015; 27(4): 229-233
27. Sharifi Rad G, Aziz A. Effective factors on smoking behavior based on BASNEF model in dorm students of Isfahan University of Medical Sciences. Med J Hormozgan 2008; 4(11): 71-267. [Persian]
28. Zareipour M, Sadeghi R, Sadeghi Tabatabaei S, Seyedi S. effective factors on smoking based on BASNEF model in male students in Tehran medical sciences university. Journal of Urmia Nursing and Midwifery. 2011; 9 (1): 23-29. [Persian]
29. Sharifirad G, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. JRMS 2008; 14 (1): 1-6.
30. Glanz K, Rimer B, Lewis FM. Health behavior and Health education Theory, Research and Practice. 4thed San Francisco. Jossey–Bass publisher; 2008.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-08-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.2.110]