



زمانی حاصل می‌گردد که علاوه بر شناخت وضعیت موجود رفتار جامعه به عواملی که به نوبت بر رفتار انسان تأثیر می‌گذرد توجه گردد. از بین مدل‌های مختلف مطالعه رفتار مدل اعتقادات بهداشتی

●●◆◆●●●●● ●●●●●●●●●● ○□●●●●●●●●  
① با مشخص کردن ادراک فرد از شدت عوارض عدم انجام رفتار بهداشتی

●●●●●●●●●● ●●●●●●●●●● ◆●●●●●●●●●●  
درک وی از استعداد ابتلاء به

بیماری‌ها و عوارض آن  
●●●●●●●●●● ●●●●●●●●●● ●●●●●●●●●●  
① و مشخص کردن منافع انجام

رفتارهای بهداشتی از دید بیمار  
●●●●●●●●●● ●●●●●●●●●● ●●●●●●●●●●  
در کنار موانعی که بر سر راه

اعمال رفتار وجود دارد کمک زیادی به تجزیه و تحلیل رفتار بهداشتی در سطح جامعه می‌کند [۴].

مطالعات نشان داده بیشترین کارایی برنامه‌های حفاظت در برابر نور خورشید برای پیشگیری از ابتلا

به سرطان پوست مربوط به دوران کودکی و نوجوانی است [۵-۹] و حتی برخی از مطالعات حفاظت در برابر

اشعه خورشید را تنها در دوره کودکی و نوجوانی مؤثر می‌دانند [۱۰]. بنابراین چنانچه انجام

مداخله‌ای در این زمینه مد نظر باشد کودکان و نوجوانان مهم‌ترین گروه هدف آن خواهند بود. با توجه

به این که مادران معمولاً تأثیرگذارترین فرد بر رفتار

کودکان خود هستند و از سوی دیگر بیشترین ارتباط را با مراکز

بهداشتی درمانی دارند، در این مطالعه به تحلیل رفتارهای

حفاظت‌کننده در برابر نور خورشید در بانوان ساکن شهر یزد خواهیم

پرداخت.

مواد و روشها

این مطالعه از نوع مقطعی (●●●●●●●●●● ●●●●●●●●●●) و دارای

جنبه‌های توصیفی و تحلیلی بود که در تابستان سال ۱۳۸۲ در شهرستان یزد صورت پذیرفت. نمونه‌گیری در دو

مرحله انجام گرفت در مرحله اول ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی شهری به صورت تصادفی ساده انتخاب گردید در

مرحله بعد در هر ناحیه یک سرخوشه انتخاب و به ترتیب شماره

پرونده خانوار تا تکمیل شدن حجم نمونه، نمونه‌گیری صورت پذیرفت. با توجه به این که شیوع رفتارهای

حفاظت‌کننده که در مطالعات مختلف حدود ۲۰-۳۰ درصد گزارش شده بود و

۱۰/۵٪ و ۲۱/۲٪  
α و

حجم نمونه ۲۵۶ نفر به دست آمد و حجم نمونه فوق از طریق بررسي ۱۰

مقدمه

بیماری‌های بدخیم یکی از مهم‌ترین علل مرگ در جوامع توسعه یافته به شمار می‌روند و در سال‌های آتی با روند رو به رشد شدیدی در تمام دنیا به ویژه در کشورهای در حال توسعه همراه خواهند بود [۱].

سرطان‌های پوستی از شایع‌ترین انواع سرطان‌های انسانی است و مطالعه‌ها نشان می‌دهند که سالیانه پانصد

هزار مورد جدید از سرطان پوست در آمریکا تشخیص داده می‌شود. شیوع

سرطان‌های پوست در دهه‌های اخیر رو به افزایش بوده و از آن‌جا که

بیش‌ترین این سرطان‌ها ناشی تماس مکرر با نور خورشید است تغییرات

جوي از جمله تغییر ضخامت لایه اوزون همراه با تغییر در عادات‌های فردی و

اجتماعی می‌تواند توجه‌گر این افزایش باشد [۲].

گذار اپیدمیولوژیک در کشور ما نیز با افزایش روبه افزون

بیماری‌های غیرواگیر و از جمله سرطان‌ها همراه خواهد بود. مطالعات

نشان می‌دهند که سرطان‌های پوست به تنهایی ۳۲/۷ درصد کل سرطان‌ها را

تشکیل می‌دهد. به طوری که در جنس مذکر شایع‌ترین بدخیمی محسوب

می‌گردد و در جنس مؤنث رتبه دوم را پس از سرطان پستان به خود

اختصاص داده است. با این حال به دلیل آن‌که سرطان‌های پوست در مجموع

درصد کوچکی از مرگ و میر ناشی از کل سرطان‌ها را تشکیل می‌دهند

آنچنان که باید مورد توجه قرار نگرفته‌است [۳].

مهم‌ترین عامل خطر این سرطان مواجهه با نور خورشید و اشعه

ماوراءبنفش بوده و عوامل حفاظت‌کننده در برابر نور خورشید

مهم‌ترین وسیله پیشگیری اولیه از سرطان پوست به شمار می‌روند. محافظت

در برابر نور خورشید در مناطقی که به علت ویژگی‌های جغرافیایی

مواجهه بیشتر با نور خورشید دارند اهمیت بیشتری دارد ولی محدود

به آن‌ها نیست همین مسئله سبب شده تا علاوه بر کشورهای آفتابخیز نظیر

استرالیا، نیوزلند و ژاپن در بسیاری از کشورهای دیگر نیز

برنامه‌هایی برای ترویج رفتارهای حفاظت‌کننده در برابر نور خورشید

در سطح ملی اجرا گردد [۲].

با توجه به موقعیت جغرافیایی استان یزد و با توجه به مستندات موجود در زمینه سرطان پوست در

این استان، ترویج رفتارهای حفاظت‌کننده در برابر نور خورشید در این منطقه از اهمیت بیشتر تری

برخوردار است. بیشترین موفقیت در برنامه ترویج رفتارهای بهداشتی

۲۵/۴	۵/۶	۱۵/۸	استفاده از فراآورده ضد آفتاب
۱۲/۳	۶	۳/۴	استفاده از محافظ فیزیکی (نظیر گلاسه، نقاب آفتاب گیر و دستکش)
۱۶/۸	۱۴/۱	۱۱/۶	استفاده از عینک ضد اشعه UVA
*	*	۵۳	محدودیت ز مانی در خروج از منزل
*	*	۹۴	تردد در سایه و نواحی سر پوشیده

\* خانم‌ها قادر به پاسخگویی به این  
سؤالات نبودند

درک پاسخ‌دهندگان از حساسیت و  
استعداد ابتلاء به اختلالات ناشی از  
مواجهه با نور خورشید یا حساسیت  
درک شده در مجموع پاسخ‌دهندگان  
۶۹/۱ درصد بود. شدت درک شده یا  
درک پاسخ‌دهندگان از شدت عوارض  
مواجهه طولانی مدت با نور خورشید  
۶۲/۲ درصد و منفی درک شده یا درک  
پاسخ‌دهنده از فواید و منافع  
رفتارهای محافظت‌کننده در برابر  
نور خورشید ۶۳ درصد به دست آمد.  
همچنین مهم‌ترین موانع در به‌کارگیری  
فراآورده‌های ضد آفتاب قیدت بالا  
عنوان شده بود (جدول ۲).

جدول ۲ توزیع فراوانی موانع  
استفاده از فراآورده‌های ضد آفتاب

درصد	تعداد	موانع
۵۴	۱۴۷	قیمت بالا
۳۴	۸۷	عوارض آن‌ها
۲۹	۷۴	تغییر ظاهر پوست
۱۷/۷	۴۴	به مؤثر نبودن
۱۷	۴۴	مجملی بودن
۸/۵	۲۲	مقرارت دولتی و سازمانی

بعضی از شرکت‌کنندگان بیشتر از  
یک پاسخ داده‌اند.

۲۵ درصد از پاسخ‌دهندگان، عنوان  
کرده بودند که قبلاً توسط پزشک به  
آنان توصیه شده که از فراآورده‌های  
ضد آفتاب استفاده کنند. نسبت  
استفاده از فراآورده‌های ضد آفتابی  
در گروهی که این توصیه به آنان  
شده بود ۳۶/۶ درصد و در سایرین  
۸/۹ درصد بود (۰/۰۱). بین  
وجود سابقه حساسیت در برابر نور  
خورشید و استفاده از فراآورده‌های  
ضد آفتاب، رابطه آماری معنادار  
وجود نداشت.

خوشه ۲۶ نفره حاصل گشت. در قسمت  
توصیفی مطالعه از بیان درصد و در  
قسمت تحلیلی برای پردازش چند  
متغیره و بررسی همزمان اثر متغیرهای  
مستقل از مدل رگرسیون لجستیک  
استفاده گردید ضمن آن که ارتباط  
هر یک از متغیرهای مستقل با  
وابسته، بسته به نوع متغیر مستقل  
از طریق آزمون

تعیین می‌گردید.  
ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه  
حقیقی ساخته بود که از طریق  
پرسشگری تکمیل شد و برای افزایش  
اعتبار پرسشنامه در اختیار افراد  
صاحبه نظر قرار گرفت همچنین پس از  
اجرای پیش‌آزمون (که در یکی از  
مراکز بهداشتی اجرا گردید) سؤالاتی  
که پاسخ آن‌ها از واریانس پایین  
پرخوردار بود حذف یا اصلاح شد ضمن  
آن‌که با کمک روش  
ضریب پایایی پرسشنامه ۰/۷۸ به دست  
آمد. شایان ذکر آن‌که جهت جمع‌آوری  
داده‌ها از رابطه‌های بهداشت مناطق  
استفاده شد که تمامی رابطه‌ها در  
مرکز بهداشت شهرستان حضور یافته و  
تحت آموزش قرار گرفتند و علاوه بر  
آموزش حضوری، یک راهنمای تکمیل  
پرسشنامه در اختیار رابطه‌های بهداشتی  
قرار گرفت.

یافته‌ها  
میانگین سنی خانم‌های مورد بررسی در  
این مطالعه (۱/۴±) ۲۸/۲ سال بود.  
۱۳/۳ درصد از خانم‌ها دارای شغل  
درآمدزا و ۸۶/۷ درصد فاقد چنین  
شغلی بودند.

۱۴ نفر (۵/۵ درصد) در خانواده  
نقش همسر ۹ نفر (۳/۴ درصد) به عنوان  
مادر و ۲۳۷ نفر (۹۱ درصد) دارای  
هر دو نقش بودند.

میانگین تعداد فرزندان ۳ نفر  
بود که بین صفر تا حداکثر ۱۰  
فرزند قرار داشت. شیوع رفتارهای  
محافظت‌کننده در برابر نور خورشید  
در خانم‌های پاسخ‌دهنده و همچنین شیوع  
این رفتارها در همسر و فرزندان  
آنان بر اساس گفته خانم‌های در  
جدول ۱ آمده است. همان‌گونه که  
ملاحظه می‌شود شیوع سه رفتار  
استفاده از فراآورده ضد آفتاب  
استفاده از محافظ فیزیکی و  
استفاده از عینک محافظ در برابر  
اشعه UVB، در فرزندان خانواده  
بالاتر از خانم‌ها و مردان بود.

جدول ۱ فراوانی نسبی رفتارهای  
محافظت‌کننده در برابر نور خورشید

نوع رفتار	زن/مادر	شوهر/پدر	فرزند ان
-----------	---------	----------	-------------

حساسیت، شدت و منفعت درک‌شده رابطه معنادار نداشت.

افراد یا منابعی که پاسخ‌دهندگان در مورد مسائل بهداشتی به توصیه آن‌ها عمل می‌کردند در جدول ۴ نشان داده شده است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود پزشک با ۸۴/۹ درصد، بیش‌ترین موارد را تشکیل می‌داد.

افراد دارای شغل درآمدزا بیش از سایرین به توصیه خواهر یا برادر خود عمل می‌کردند (۱۶/۷ در برابر ۷/۱ درصد ۰/۰۵)؛ ضمن آن‌که مطابق انتظار، گروه شاغلین بیش از پاسخ‌دهندگانی که فاقد شغل درآمدزا بودند به توصیه همکاران خود توجه داشتند (۱۲/۰۹ در برابر ۲/۵ درصد ۰/۰۷).

جدول ۴ توزیع فراوانی افراد یا منابعی که به توصیه آن‌ها عمل می‌شد

فرد یا منبع مورد اعتماد	تعداد	درصد*
پزشک	۲۲۰	۸۴/۹
کارکنان بهداشتی	۱۱۱	۴۲/۶
رادیو و تلویزیون	۱۲۳	۴۷/۴
والدین	۴۱	۱۵/۸
همسر	۳۸	۱۴/۴
روزنامه و مجلات	۴۵	۱۷/۵
خواهر و برادر	۲۰	۷/۹
همکاران	۱۰	۳/۸
معلمین محل	۸	۳/۱

\* افراد می‌توانستند بیش از یک پاسخ دهند.

همچنین عمل کردن به توصیه افراد یا منابع مختلف، رابطه‌ای با سن نداشت. تعداد فرزندان در پاسخ‌دهندگانی که همسر خود را به عنوان منبع قابل قبول جهت توصیه مسائل بهداشتی اعلام کرده بودند به نحو معنادار پایین‌تر از سایرین بود (۰/۰۲)؛ در حالی که تعداد فرزندان با قبول توصیه از سایر افراد یا منابع در زمینه مسائل بهداشتی، ارتباط آماری معناداری نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری در این مطالعه، رفتارهای محافظت‌کننده در برابر نور خورشید که از سوی منابع معتبر علمی به‌عنوان روش‌های پیشگیری از سرطان پوست معرفی شده‌اند مورد بررسی قرار گرفتند [۱۳ و ۱۲، ۱۱].

نسبت رفتارهای محافظت‌کننده در این مطالعه از اغلب گزارش‌های منتشر شده قبلی پایین‌تر بود. در پیمایش ملی سلامت ایالات متحده که

در پردازش چند متغیر استفاده از فرآورده‌های ضدآفتاب، با توصیه پزشک (۱/۲-۲/۶: ۹۵٪، ۱/۸) و منفعت درک‌شده (۳/۶-۱۷/۰) ارتباط معنادار داشت. به‌عبارت دیگر، اگر افراد احساس کنند که استفاده از فرآورده‌های ضدآفتاب برای آنان فایده دارد و یا شخص توصیه‌کننده، پزشک باشد ممکن است اقدام به این موارد خواهند کرد.

مهم‌ترین موانع استفاده از محافظ فیزیکی از سوی پاسخ‌دهندگان، مشکلات فرهنگی و مذهبی ذکر شده بود (جدول ۳).

داشتن شغل درآمدزا (۳۵/۹-۱/۳: ۹۵٪، ۲/۵) و حساسیت درک‌شده (۱/۱-۵/۴: ۹۵٪، ۲/۳) دارای ارتباط مستقیم، و وجود مشکلات فرهنگی و مذهبی (۰/۴۴-۰/۲: ۹۵٪، ۰/۳) دارای ارتباط معکوس با استفاده از محافظت‌های فیزیکی در برابر نور خورشید بود. به‌عبارت دیگر، اگر افراد

جدول ۳ توزیع فراوانی موانع استفاده از محافظ‌های فیزیکی در برابر نور خورشید

موانع	تعداد	درصد
اعتقاد فرهنگی مذهبی	۱۶۳	۶۲/۶
مجمعی بودن	۱۰۹	۴۲
قیمت بالا	۶۰	۲۳
مؤثر نبودن	۳۶	۱۳/۹
مقررات دولتی و سازمانی	۲۴	۹/۲

را در معرض خطر ببینند و یا از درآمد مناسبی برخوردار باشند بیش‌تر اقدام به استفاده از محافظت‌های فیزیکی می‌کنند و عوامل فرهنگی و مذهبی مانع استفاده از این وسایل می‌گردد.

همچنین منفعت درک‌شده (۱/۲۴-۲/۸: ۹۵٪، ۱/۸۷) و سن (۱/۰۷-۱/۰۱: ۹۵٪، ۱/۰۴) دارای ارتباط معنادار با استفاده از عینک محافظ در برابر اشعه UV بود. در ادامه، منفعت درک‌شده (۱/۱۷-۲/۰: ۹۵٪، ۱/۵۳) دارای ارتباط مستقیم و سن (۰/۹۸-۰/۹۴: ۹۵٪، ۰/۹۶) دارای رابطه معکوس با محدودیت زمانی در خروج از منزل بود. به‌عبارت دیگر، با افزایش سن، افراد محدودیت کم‌تری برای زمان خروج از منزل برای خود قائل می‌شدند.

رفتار تردد در سایه و نواحی سر پوشیده با هیچ‌یک از فاکتورهای

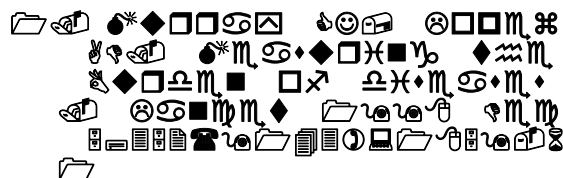
ضدآفتاب) توسط پزشکان و به روش آموزش رو در رو صورت گیرد از اثربخشی مناسبی برخوردار خواهد بود. با توجه به این که بیش از سه چهارم افراد، توصیه پزشکان را در زمینه مسائل بهداشتی پذیرا هستند روش فوق می تواند درصد زیادی از ساکنین یزد را پوشش دهد. افراد و منابع دیگری که می توان در برنامه آموزشی از آنها استفاده کرد شامل کارکنان بهداشتی و صدا و سیما است. همچنین در مورد افراد شاغل می توان از همکاران آنان برای اجرای مداخلات آموزشی استفاده کرد.

عامل دیگری که با رفتار خانم های مورد بررسی در این مطالعه (در خصوص استفاده از محافظ های فیزیکی) ارتباطی قوی دارد داشتن شغل درآمدزا است. هر چند عامل اشتغال با تحصیلات و وضعیت اقتصادی افراد نیز در ارتباط است، اما در این مطالعه، رابطه مستقلی بین شغل درآمدزا و رفتار فوق مشاهده گردید که به نظر می رسد آنچه در این زمینه اثر بیشتری دارد فرهنگ متفاوت در افرادی است که دارای مشاغل درآمدزا هستند، به ویژه آن که موانع فرهنگی و مذهبی با رفتار پاسخ دهندگان ارتباط داشته است.

همچنین در مطالعه ما حساسیت درک شده با استفاده از محافظ فیزیکی در برابر نور خورشید ارتباط داشت، حال آن که در مطالعه کرابس و همکارانش [۱۷] عامل حساسیت درک شده تنها با سن ارتباط معناداری داشت؛ به طوری که، با افزایش سن حساسیت درک شده بیشتر می گشت. از آن جا که این تحقیق فقط بر روی فاکتورهای دموگرافیک صورت گرفته بود قابل استناد نیست.

در مجموع و بر اساس یافته های این مطالعه به نظر نمی رسد ترویج رفتار های محافظت کننده در برابر نور خورشید تنها با آموزش بهداشتی میسر باشد و این فرایند وقتی بیشترین بازده را دارد که به عنوان بخشی از یک پروژه جامع ارتقای سلامت که به ایجاد فرهنگ و محیط پشتیبان سلامتی توجه دارد اجراء گردد.

#### منابع



شیوع رفتارهای محافظت کننده در بالغین را مورد بررسی قرار داد، استفاده از ضدآفتاب ها ۳۰ درصد، قرار گرفتن در سایه ۲۷ درصد و محافظت های فیزیکی ۲۳ درصد توسط افراد گزارش گردید [۱۴]. شیوع این رفتارها در نوجوانان آمریکایی نیز تقریباً مشابه بود؛ به نحوی که استفاده از فرآورده های ضدآفتاب ۳۱ درصد، استفاده از عینک محافظ آفتابی ۳۲ درصد، و تردد در سایه ۲ درصد گزارش شده است [۳]. شیوع دو رفتار محدودیت زمانی در خروج از منزل، و تردد در سایه و نواحی سرپوشیده، در مطالعه حاضر، به نحو چشمگیر بالا بود. به نظر می رسد دو رفتار اخیر عمدتاً به شکل عادی و ذاتی و بدون آموزش خاص به وجود می آیند و به عبارت دیگر، شرایط محیطی، افراد را مجبور به اعمال این روشها کرده است؛ در صورتی که سه رفتار دیگر که نیازمند تهیه و به کارگیری مواد و وسایل هستند کم تر مورد توجه قرار گرفته اند. در عین حال باید به این مسأله توجه داشت که رفتارهای محافظ در برابر نور خورشید هنگامی در پیشگیری از سرطان پوست مؤثرتر هستند که به روش صحیح اعمال گردند و در سنین پایین تر آغاز شوند.

مطالعه حاضر نشان داد که از بین سه عامل مؤثر بر رفتار (بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی) شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده و منفعت درک شده، عامل منفعت درک شده، بیشترین ارتباط را با رفتارهای محافظت کننده در برابر نور خورشید دارد. به عبارت دیگر به نظر می رسد افراد حتی اگر از عوارض یک بیماری و احتمال این که ممکن است به آن بیماری دچار شوند، اطلاع داشته باشند تا منفعتی برای آنان حاصل نگردد ممکن است رفتار مناسب را اتخاذ نکنند. مطالعات مختلفی وجود دارد که به ارتباط آگاهی، نگرش و عملکرد افراد در خصوص محافظت در برابر نور خورشید اشاره کرده اند [۱۵ و ۱۶] و لذا می توان انتظار داشت که آموزش افراد در زمینه تغییر رفتارهای محافظت کننده مؤثر باشد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، به نظر می رسد که محتوای چنین آموزشی باید عمدتاً شامل منافع حاصل از اجرای رفتارهای محافظت کننده در برابر نور خورشید و گوشزد کردن حساسیت افراد در برابر عوارض حاصل از مواجهه با نور خورشید باشد. بر اساس نتایج مطالعه، چنانچه آموزش (به ویژه در زمینه استفاده از فرآورده های

۱. عزیزی فریدون، حاتمی حسن، جانقربانی محسن. اپیدمیولوژی بیماری‌های شایع در ایران. چاپ دوم. تهران: شر اشتیاق، ۱۳۸۰

۲. شجاعی‌زاده س. مدل‌های رفتار در آموزش بهداشت. چاپ اول. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۱

۳. شجاعی‌زاده س. مدل‌های رفتار در آموزش بهداشت. چاپ اول. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۱

۴. شجاعی‌زاده س. مدل‌های رفتار در آموزش بهداشت. چاپ اول. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۱

۵. شجاعی‌زاده س. مدل‌های رفتار در آموزش بهداشت. چاپ اول. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۱

۶. شجاعی‌زاده س. مدل‌های رفتار در آموزش بهداشت. چاپ اول. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۱

۷. شجاعی‌زاده س. مدل‌های رفتار در آموزش بهداشت. چاپ اول. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۱

۸. شجاعی‌زاده س. مدل‌های رفتار در آموزش بهداشت. چاپ اول. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۱

۹. شجاعی‌زاده س. مدل‌های رفتار در آموزش بهداشت. چاپ اول. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۱

۱۰. شجاعی‌زاده س. مدل‌های رفتار در آموزش بهداشت. چاپ اول. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۱

۱۱. شجاعی‌زاده س. مدل‌های رفتار در آموزش بهداشت. چاپ اول. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۱

۱۲. شجاعی‌زاده س. مدل‌های رفتار در آموزش بهداشت. چاپ اول. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۱

۱۳. شجاعی‌زاده س. مدل‌های رفتار در آموزش بهداشت. چاپ اول. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۱

۱۴. شجاعی‌زاده س. مدل‌های رفتار در آموزش بهداشت. چاپ اول. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۱

◆ رمل و شمشاد و خورده و شمشاد  
 رمل و شمشاد و شمشاد و شمشاد  
 رمل و شمشاد و شمشاد و شمشاد

◆ رمل و شمشاد و شمشاد و شمشاد  
 رمل و شمشاد و شمشاد و شمشاد  
 رمل و شمشاد و شمشاد و شمشاد

رمل و شمشاد و شمشاد و شمشاد  
 رمل و شمشاد و شمشاد و شمشاد  
 رمل و شمشاد و شمشاد و شمشاد

رمل و شمشاد و شمشاد و شمشاد  
 رمل و شمشاد و شمشاد و شمشاد  
 رمل و شمشاد و شمشاد و شمشاد