

دانشو

ر

پزشكي

بررسی شیوع رفتارهای محافظت‌کننده در برابر نور خورشید در بانوان و عوامل مرتبط با آن

نویسندگان: دکتر علی دواتی^۱، دکتر مازیار مرادی‌لاکه^۲، دکتر حسین فرقانی^۳ و دکتر سید طه موسوی فیروزآبادی^۴

۱. استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه شاهد
 ۲. استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایران
 ۳. کارشناس
- ✉ نویسنده مسئول:

☏ ۰۲۱۸۸۰۱۵۷۳۳۳ | ✉ saad@shahrooz.ac.ir

چکیده

مقدمه: سرطان‌های پوست در زمره شایع‌ترین بدخیمی‌ها در ایران به شمار می‌روند و رفتارهای محافظت‌کننده در برابر نور خورشید اساسی‌ترین اقدام در پیشگیری از آنها هستند. مطالعه حاضر به منظور تعیین شیوع رفتارهای محافظت‌کننده در برابر نور خورشید در بانوان ساکن شهر یزد و عوامل مرتبط با آنها انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، به منظور تجزیه و تحلیل عوامل مرتبط با رفتارهای محافظت‌کننده از مدل اعتقاد بهداشتی (○□⊕○ × × × × × ○□⊕○ × × × × ×) استفاده شد. نمونه‌گیری از بانوان ساکن یزد به روش خوشه‌ای انجام گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه تهیه شده توسط مجریان طرح بود. رفتارهای مورد بررسی در این طرح عبارت بودند از: استفاده از فرآورده‌های ضدآفتاب، استفاده از محافظ فیزیکی، استفاده از عینک ضدپرتو فرابنفش، محدودیت زمانی در خروج از منزل و تردد در سایه در ساعات حداکثر تابش آفتاب.

یافته‌ها: میانگین سنی خانم‌های مورد بررسی در این مطالعه (۳۸/۲ ± ۱/۴) سال بود. تردد در سایه با ۹۴ درصد موارد شایع‌ترین رفتار محافظت‌کننده در برابر نور خورشید را تشکیل می‌داد، در پردازش چند متغیره رفتار استفاده از فرآورده‌های ضدآفتاب با منفعت درک شده (۳/۶-۱۷/۰) و توصیه مستقیم پزشک (۲/۶-۱/۲)؛

(%۹۵، $P=0.001$) و توصیه مستقیم پزشک (۲/۶-۱/۲)؛ در ارتباط بود. رفتار محدودیت زمانی در خروج از منزل با منفعت درک شده از سوی پاسخ‌دهندگان (۱/۱۷-۲/۰)؛ (%۹۵، $P=0.001$) رابطه داشت. داشتن شغل درآمدزا (۱/۳-۳۵/۹)؛ (%۹۵، $P=0.001$)، حساسیت درک شده (۱/۱-۵/۴)؛ (%۹۵، $P=0.001$)، و موانع فرهنگی (۰/۴۴-۰/۲)؛ (%۹۵، $P=0.001$) با استفاده از محافظ‌های فیزیکی

در برابر نور خورشید در رابطه بود. همچنین رفتار استفاده از عینک ضدپرتو فرابنفش با منفعت درک شده (۱/۲۴-۲/۸)؛ (%۹۵، $P=0.001$) ارتباط معناداری داشت. رفتار تردد در سایه با هیچ‌یک از فاکتورهای حساسیت، شدت و منفعت درک شده رابطه معناداری نداشت.

نتیجه‌گیری: رفتارهای محافظت‌کننده در برابر نور خورشید بیش از همه با درک افراد از منفعت آنان در ارتباط است و به نظر می‌رسد ترویج این رفتارها وقتی با بیش‌ترین بازده همراه است که علاوه بر آموزش با ایجاد محیط پشتیبان و سیاست‌گذاری سلامتی در این زمینه همراه باشد.

واژه‌های کلیدی: شدت درک شده، حساسیت درک شده، منفعت درک شده، مدل اعتقاد بهداشتی

واژه‌های کلیدی: شدت درک شده، حساسیت درک شده، منفعت درک شده، مدل اعتقاد بهداشتی

دوماهنامه علمی
- پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال پانزدهم -
شماره ۷۲
دی ۱۳۸۶

وصول: ۸۵/۷/۱۵
ارسال اصلاحات: ۸۵/۹/۲۵
دریافت اصلاحات: ۸۸/۹/۲۹

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 جوی 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 آنچنان‌که باید مورد توجه قرار نگرفته است [۳].

مهم‌ترین عامل خطر این سرطان مواجه با نور خورشید و اشعه ماوراء بنفش بوده و عوامل محافظت‌کننده 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 مواجه بیش‌تری با نور خورشید دارند اهمیت بیش‌تری دارد ولی محدود به آن‌ها نیست همین مسأله سبب شده تا علاوه بر کشورهای آفتابخیز نظیر استرالیا، نیوزلند و ژاپن در بسیاری از کشورهای دیگر نیز برنامه‌هایی برای ترویج رفتارهای محافظت‌کننده 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 محافظت‌کننده در برابر نور خورشید در این منطقه از اهمیت بیش‌تری برخوردار است. بیش‌ترین موفقیت در برنامه ترویج رفتارهای بهداشتی

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

با مشخص کردن ادراک فرد از شدت عوارض عدم انجام رفتار بهداشتی، درک وی از استعداد ابتلاء به بیماری‌ها و عوارض آن 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 این‌که 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 محافظت‌کننده در برابر نور خورشید در بانوان ساکن شهر یزد خواهیم پرداخت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی (cross-sectional) 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 این‌که شیوع رفتارهای محافظت‌کننده که در مطالعات مختلف حدود ۳۰-۲۰ درصد گزارش شده بود و ۱۰/۵٪ و ۲۰٪ از کل جمعیت در حجم نمونه ۲۵۶ نفر به دست آمد و حجم نمونه فوق از طریق بررسی ۱۰

۲۵/۴	۵/۶	۱۵/۸	استفاده از فرآوردۀ ضدآفتاب
۱۲/۳	۶	۳/۴	استفاده از محافظ فیزیکی (نظیر کلاه، نقاب آفتاب گیر و دستکش)
۱۶/۸	۱۴/۱	۱۱/۶	استفاده از عینک ضد اشعه
*	*	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 به کارگیری فرآورده‌های ضدآفتاب قیدت بالا عنوان شده بود (جدول ۲).

جدول ۲ توزیع فراوانی موانع استفاده از فرآورده‌های ضدآفتاب

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 فرآورده‌های ضدآفتاب استفاده کنند. نسبت استفاده از فرآورده‌های ضدآفتابی 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 فرآورده‌های ضدآفتاب، 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 محقق ساخته بود که از طریق پرسشگری تکمیل شد و برای افزایش اعتبار پرسشنامه در اختیار افراد صاحب‌نظر قرار گرفت همچنین پس از اجرای پیش‌آزمون (که در یکی از مراکز بهداشتی اجرا گردید) سؤالاتی که پاسخ آن‌ها از واریانس پایین برخوردار بود حذف یا اصلاح شد ضمن آن‌که با کمک روش χ^2 ضریب پایایی پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد. شایان ذکر آن‌که جهت جمع‌آوری داده‌ها از رابطین بهداشت مناطق استفاده شد که تمامی رابطین در مرکز بهداشت شهرستان حضور یافته و تحت آموزش قرار گرفتند و علاوه بر آموزش حضوری، یک راهنمای تکمیل پرسشنامه در اختیار رابطین 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 فرآورده ضدآفتاب استفاده از محافظ فیزیکی و استفاده از عینک محافظ در برابر اشعه α ، 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
	ادر	در	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 [۱۱، ۱۲ و ۱۳].

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: $\chi^2=95$ ، $P=1/8$) و منفعت درک‌شده (۳/۶-۱۷/۰) $\chi^2=95$ ، $P=7/8$) ارتباط معنادار داشت. به عبارت 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: $\chi^2=95$ ، $P=2/5$) و حساسیت درک‌شده (۱/۱-۵/۴: $\chi^2=95$ ، $P=2/3$) دارای ارتباط مستقیم، و وجود مشکلات فرهنگی و مذهبی (۰/۴۴-۰/۲: $\chi^2=95$ ، $P=0/3$) دارای ارتباط معکوس با استفاده از محافظت‌های فیزیکی در برابر نور خورشید بود. به عبارت 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 قیمت بالا	۱۰۹	۴۲
مؤثر نبودن مقررات دولتی و سازمانی	۶۰	۲۳
	۳۶	۱۳/۹
	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: $\chi^2=95$ ، $P=1/87$) و سن (۱/۰۷-۱/۰۱: $\chi^2=95$ ، $P=1/04$) دارای ارتباط معنادار با استفاده از عینک محافظ در برابر اشعه \diamond بود. در ادامه، منفعت درک‌شده (۱/۱۷-۲/۰: $\chi^2=95$ ، $P=1/53$) دارای ارتباط مستقیم و سن (۰/۹۸-۰/۹۴: $\chi^2=95$ ، $P=0/96$) دارای رابطه معکوس با محدودیت زمانی در خروج از منزل بود. به عبارت 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

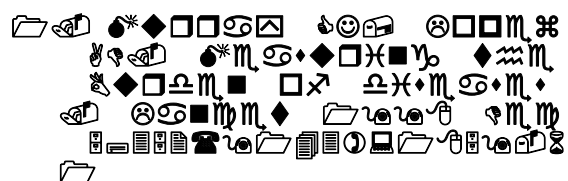
ضدآفتاب) توسط پزشکان و به روش آموزش رو در رو صورت گیرد از اثربخشی مناسبی برخوردار خواهد بود. با توجه به این که بیش از سه چهارم افراد، توصیه پزشکان را در زمینه مسائل بهداشتی پذیرا هستند روش فوق می تواند درصد زیادی از ساکنین یزد را پوشش دهد. افراد و منابع دیگری که می توان در برنامه آموزشی از آنها استفاده 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

