

بررسی وضعیت و میزان آگاهی دانش‌آموزان مدارس دخترانه ابوزیدآباد کاشان از بیماری لیشمانیوز جلدی، در سال ۱۳۸۶

دکتر روح اله دهقانی^۱، مهندس سیدغلامعباس موسوی^۲، فرزانه عباسی^۳، صدیقه نوروزی^۴، مریم فراهانی^۵، حسین هوشیار^{۶*}

تاریخ دریافت ۱۳۸۹/۱۱/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۰۳/۳۰

چکیده

پیش زمینه و هدف: لیشمانسیوز جلدی (سالک) از جمله بیماری‌های انگلی شایع در کشورهای در حال توسعه با آب و هوای گرمسیری و نیمه گرمسیری است. شهرستان کاشان با توجه به شرایط جغرافیایی، اقلیمی، اکولوژیکی و به دلیل میزان شیوع بالای بیماری یکی از کانون‌های عمده در استان اصفهان محسوب می‌گردد. با توجه به اهمیت موضوع این مطالعه به منظور بررسی وضعیت فعلی لیشمانسیوز جلدی و میزان آگاهی دانش‌آموزان دختران منطقه ابوزیدآباد کاشان نسبت به آن در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت.

مواد و روش کار: این بررسی یک مطالعه توصیفی - مقطعی که در فاصله زمانی آبان تا دی ۱۳۸۶ به صورت سرشماری صورت گرفت. بدین منظور پرسش‌نامه طراحی شده توسط پژوهشگران در مدارس منطقه، همراه با معاینه دانش‌آموزان از نظر وجود زخم سالک یا جوشگاه تکمیل شد. پس از استخراج اطلاعات، نتایج تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: از تعداد ۵۲۰ نفر مورد بررسی، ۳۸۱ نفر (۷۳/۲ درصد) سابقه ابتلا به بیماری داشته (۳۸۰ نفر جوشگاه و یک نفر زخم فعال) و ۱۳۹ نفر (۲۶/۸ درصد) به این بیماری مبتلا نشده بودند. از مجموع ۳۸۰ نفر افراد دارای جوشگاه ۲۸۴ نفر (۷۴/۸ درصد) درمان شده و ۹۶ نفر (۲۵/۲ درصد) بدون هیچ اقدام درمانی بهبود یافته بودند. از کل جمعیت مورد بررسی ۳۰۶ نفر (۵۸/۹ درصد) نسبت به نوع بیماری سالک، نحوه انتقال و چگونگی پیشگیری از آن آگاهی داشته و ۲۱۰ نفر (۴۰/۴ درصد) در مورد این بیماری اظهار بی‌اطلاعی نموده‌اند.

بحث و نتیجه گیری: نتایج این بررسی نشان داد که شیوع سالک در سال‌های پیش بالا بوده و اکثر افراد قبلاً به بیماری مبتلا و در نتیجه مصون شده‌اند ولی آگاهی دانش‌آموزان نسبت به نحوه انتقال و چگونگی پیشگیری و کنترل در حد مناسب نبود. بنابراین توصیه می‌شود مردم منطقه را با استفاده از امکانات آموزشی از چگونگی انتقال بیماری و کنترل آن آگاه کرد.

کلید واژه‌ها: لیشمانسیوز جلدی، آگاهی، دانش‌آموزان

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره چهارم، پی در پی ۳۳، مهر و آبان ۱۳۹۰، ص ۲۶۱-۲۵۳

آدرس مکاتبه: دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه انگل شناسی، تلفن: ۰۹۱۴۳۳۶۲۳۲۹۲

Email: hooshyar4@yahoo.com

مقدمه

لیشمانیوز نام گروهی از بیماری‌های تک‌یاخته‌ای است که به وسیله نیش پشه خاکی‌های خانواده پسیکودیده انتقال می‌یابد. عامل بیماری، گونه‌های مختلف جنس لیشمانیا که یک تک‌یاخته درون سلولی اجباری است می‌باشند (۱). بیماری لیشمانیوز در ۸۸ کشور در نواحی مختلف جهان به صورت اندمیک وجود دارد (۲). این بیماری در بسیاری از کشورهای مناطق حاره و نیمه‌حاره جهان وجود دارد و به

^۱ دانشیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کاشان

^۲ مربی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کاشان

^۳ کارشناس بهداشت محیط، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

^۴ کارشناس بهداشت محیط، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

^۵ کارشناس بهداشت محیط، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

^۶ دانشیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان (نویسنده مسئول)

در بر نگرفته است ضمن این که اطلاعاتی در مورد آگاهی و نگرش افراد نسبت به این بیماری در منطقه در دسترس نمی باشد. منطقه ابوزیدآباد به دلیل شرایط جغرافیایی و قرار گرفتن در راستا و امتداد کانون عمده سالک اصفهان و نیز وفور مخازن انگل (جوندگان صحرایی نوع رمبومیس^۳) یکی از مناطق بومی بیماری در بخش کویری کاشان می باشد (۴،۱۰،۱۱). از آنجا که هر دانش آموز نماینده خانواده ای از اجتماع است آگاهی و اطلاعات این دانش آموزان از بیماری می تواند به خانوارها منتقل شده و در پیشگیری و کنترل بیماری موثر باشد. بی شک آموزگاران و مربیان بهداشت در مدارس نقش ارزنده ای در افزایش آگاهی های دانش آموزان دارند. از طرفی نتایجی که از بررسی وضعیت بیماری در دانش آموزان به دست می آید می تواند شاخصی برای تخمین وضعیت بیماری در منطقه باشد. با توجه به اهمیت مسأله و اثرات آن در بهداشت و سلامت و با توجه به اهمیت بهداشتی و پزشکی بیماری سالک در منطقه این بررسی انجام گردید تا با تعیین میزان آگاهی دانش آموزان دختر و نیز وضعیت لیشمانیوز جلدی در منطقه ابوزیدآباد شهرستان آران و بیدگل سیستم بهداشتی نسبت به ارائه راه حل های آموزشی و پیشگیری اقدام نماید.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر به صورت توصیفی - تحلیلی طی ماه های آبان ماه لغایت دی ماه ۱۳۸۶ انجام گرفت. طی این مطالعه کلیه دانش آموزان مدارس دخترانه شهر ابوزیدآباد در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان به صورت سرشماری مورد بررسی و معاینه از نظر وجود زخم فعال یا جوشگاه قرار گرفتند. به منظور سنجش میزان آگاهی پرسش نامه ای ویژه طراحی شد که شامل ۱۳ سوال بود. روایی و محتوی سوالات توسط متخصص آماری پروژه بررسی و ضمن تصحیح یا حذف سوالات غیرمربوط سوالات تأیید شده

سه شکل جلدی، احشایی و جلدی مخاطی بروز می نماید (۳،۴). طبق مطالعات انجام شده در ایران نیز بیماری لیشمانیوز یکی از بیماری های شایع و مهم است که در نواحی مختلف شهری و روستایی ۱۵ استان از ۳۰ استان کشور رواج دارد (۵). این بیماری در ایران به دو شکل لیشمانیوز جلدی و لیشمانیوز احشایی دیده می شود. بیماری لیشمانیوز جلدی یا سالک یکی از معضلات بهداشتی کشور ما به شمار می آید. این بیماری به دو شکل لیشمانیوز جلدی نوع خشک و لیشمانیوز جلدی نوع مرطوب در نقاط مختلف کشور دیده می شود که در اثر دو گونه لیشمانیا تروپیکا^۱ و لیشمانیا ماژور^۲ ایجاد می شود (۶،۷). در لیشمانیوز جلدی نوع مرطوب یا سالک روستایی انواع مختلفی از جوندگان خصوصاً موش های صحرایی (ژریل) و در لیشمانیوز جلدی نوع خشک یا سالک شهری انسان آلوده و سگ در طبیعت به عنوان مخزن انگل عمل نموده و گونه های مختلفی از پشه خاکی عامل انتقال ارگانیسم های بیماری زا به انسان می باشند (۸). بیماری سالک اگرچه از نظر مرگ و میر مشکل زیادی به وجود نمی آورد ولی به علت ایجاد ظاهر زننده ناشی از زخم ایجاد نگرانی و همچنین پیامدهای ناشی از درمان مانند هزینه اقتصادی، طولانی بودن مدت درمان و بازگشت بیماری، حائز اهمیت می باشد (۹).

لیشمانیوز جلدی نوع مرطوب در قسمت های مختلف ایران وجود دارد و دارای کانون های متعددی در کشور است (۱۰). یکی از این کانون ها شهرستان آران و بیدگل خصوصاً منطقه ابوزیدآباد واقع در شرق کاشان می باشد. نتایج حاصله از بررسی سالک در شهر آران و بیدگل در سال ۱۳۷۸ حاکی از شیوع بیماری در ۴۲/۷ درصد افراد مورد مطالعه بوده که ۳۵/۶ درصد افراد دارای جای زخم و ۴۶/۸ درصد مبتلا به زخم فعال سالک بودند (۱۱). لازم به ذکر است که بررسی فوق فقط در شهر آران و بیدگل صورت گرفته است اما منطقه کویری ابوزیدآباد که از توابع آران و بیدگل است را

^۱ *Leishmania tropica*

^۲ *Leishmania major*

^۳ *Rhonomys*

تشخیص به نتیجه نمی‌رسید روش مطلوب نمونه‌گیری از حاشیه زخم و بررسی میکروسکوپی آن می‌باشد. پرسش‌نامه حاوی سوالاتی از نظر وجود آگاهی‌های لازم در مورد بیماری بود. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها داده‌های مطالعه استخراج و دسته‌بندی شد، سپس جداول و نمودارهای آن‌ها ترسیم و نتایج مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل آماری از آزمون کای اسکوئر استفاده گردید. در هنگام معاینه دانش‌آموزان و پس از آن اصول اخلاق پژوهشی رعایت گردید. بدین معنی که قبل از پژوهش اهداف بررسی برای دانش‌آموزان توضیح داده می‌شد. و پرسش‌نامه‌ها با موافقت و رضایت دانش‌آموزان تکمیل می‌گردید. بررسی دانش‌آموزان توسط افراد همجنس صورت می‌گرفت و اطلاعات افراد به صورت محرمانه نزد مجریان باقی می‌ماند.

برای سنجش آگاهی (سوالات ۱۳-۵) در پرسش‌نامه قرار گرفت. این پرسش‌نامه توسط پژوهشگران در هنگام معاینه دانش‌آموزان تکمیل گردید. مجوز لازم مطالعه قبلاً از اداره آموزش و پرورش شهرستان دریافت شده بود. برای مشاهده زخم‌ها یا جای زخم محل‌های باز بدن نظیر صورت و گردن و دست و پاها توسط متخصص یا فرد آموزش دیده مورد بررسی و مشاهده قرار می‌گرفت و همچنین با ژرسش و یا بیان فرد از وجود زخم یا اسکار روی تنه این محل‌ها نیز مشاهده می‌شد. در صورتی که زخم فعال یا جوشگاه در هنگام معاینه مشاهده می‌شد افراد جز افراد آلوده محسوب می‌شدند. اسکار ناشی از بیماری لیشمانیوز کاملاً مشخص و با بیماری دیگری اشتباه نمی‌شود اما زخم فعال ممکن است با بیماری‌های دیگر اشتباه شود که در این خصوص به خصوصیات و شکل زخم، مدت ایجاد و باقی ماندن زخم توجه می‌شد. اگر

نمونه پرسش‌نامه

پرسش‌نامه تعیین بیماری لیشمانیوز جلدی و میزان آگاهی در دانش‌آموزان دخترانه شهر ابوزیدآباد، آبان ماه ۱۳۸۶، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

پایه تحصیلی:	ناحیه تحصیلی:	سن:
شغل پدر:	تحصیلات پدر:	شغل مادر:
آدرس محل سکونت:		تحصیلات مادر:
۱. آیا فرد زخم دارد؟		
الف) بله	ب) خیر	ج) نمی‌دانم
۲. زخم در کجای بدن قرار دارد؟		
الف) دست	ب) صورت	ج) سایر نقاط
۳. تعداد زخم چندتا است؟		
الف) یک	ب) بیشتر از یک	ج) نمی‌دانم
۴. آیا فرد جای زخم قبلی داشته است؟		
الف) بله	ب) خیر	ج) نمی‌دانم

۵. سالک چه نوع بیماری است؟

الف) گوارشی ب) پوستی ج) نمی دانم

۶. عامل بیماری‌زا در کجا زندگی می‌کند؟

الف) آب آلوده ب) خاک ج) هردو

۷. عامل بیماری‌زا کدام قسمت بدن را مورد حمله قرار می‌دهد؟

الف) پوست ب) کبد ج) معده د) نمی دانم

۸. شایع‌ترین راه انتقال بیماری کدام است؟

الف) گزش ب) غذای آلوده ج) آب آلوده د) نمی دانم

۹. آیا بیماری از طریق انسان به انسان منتقل می‌شود؟

الف) بله ب) خیر ج) نمی دانم

۱۰. دوره کمون بیماری چقدر است؟

الف) ۲-۴ ماه ب) ۶-۱۲ ماه ج) ۳-۴ سال

۱۱. آیا بیماری قابل درمان است؟

الف) بله ب) خیر ج) نمی دانم

۱۲. راه‌های درمان بیماری کدام است؟

الف) نیازی به درمان ندارد ب) استفاده از دارو ج) مایعات د) نمی دانم

۱۳. آیا سالک قابل پیشگیری است؟

الف) بله ب) خیر ج) نمی دانم

یافته‌ها

(جدول ۱) و اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0.001$). از ۳۸۰ دانش‌آموز مبتلا در مقطع دبستان ۱۱۰ نفر (۷۶/۹ درصد) جوشگاه یا اسکار یک زخم، ۳۰ نفر (۲۰/۹ درصد) دو زخم، ۳ نفر (۲/۲ درصد) سه و تعداد بیشتری زخم داشتند. در مقطع راهنمایی ۹۲ نفر (۷۸/۷ درصد) جوشگاه یا اسکار یک زخم، ۲۳ نفر (۱۹/۷ درصد) دو زخم، ۲ نفر (۱/۶ درصد) سه و تعداد بیشتری زخم دارند. در مقطع دبیرستان ۱۱۰ نفر (۹۱/۷ درصد) یک زخم، ۹ نفر (۷/۵ درصد) دو زخم، ۱ نفر (۰/۸ درصد) سه و تعداد بیشتری زخم دارند (جدول ۲).

در مجموع ۵۲۰ دانش‌آموز در ۳ مقطع دبستان، راهنمایی و دبیرستان در منطقه ابوزیدآباد مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۳۸۱ نفر (۷۳/۲ درصد) تاکنون مبتلا به بیماری شده و ۱۳۹ نفر (۲۶/۸ درصد) مبتلا نشده بودند. از مجموع تعداد کل مبتلایان ۳۸۰ نفر (۷۳ درصد) جوشگاه یا اسکار و ۱ نفر (۰/۲ درصد) مبتلا به زخم فعال بود. از مجموع افراد مبتلا به اسکار ۱۱۰ نفر (۶۲/۵ درصد) در مقطع دبستان، ۱۲۸ نفر (۷۷/۱ درصد) در مقطع راهنمایی، ۱۴۲ نفر (۹۷/۷ درصد) در مقطع دبیرستان بودند

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مبتلایان به لیشمانیوز جلدی برحسب مقطع تحصیلی

یک مورد زخم فعال گزارش شده است.

مقطع تحصیلی	دارد		ندارد		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
دبستان	۱۱۰	۶۲/۵	۶۶	۳۷/۵	۱۷۶
راهنمایی	۱۲۸	۷۷/۱	۳۸	۲۲/۹	۱۶۶
دبیرستان	۱۴۲	۷۹/۷	۳۶	۲۰/۳	۱۷۸
جمع	۳۸۰	۷۳	۱۴۰	۲۷	۵۲۰

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی مبتلایان به لیشمانیوز جلدی برحسب نوع زخم و تعداد زخم

مقطع تحصیلی	تعداد زخم اسکار		۳ و بیشتر		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دبستان	۱۱۰	۷۶/۹	۳	۲/۲	۱۴۳	۱۰۰
راهنمایی	۹۲	۷۸/۷	۲	۱/۶	۱۱۷	۱۰۰
دبیرستان	۱۱۰	۹۱/۷	۱	۰/۸	۱۲۰	۱۰۰
جمع	۳۱۲	۸۲	۶	۱/۸	۳۸۰	۱۰۰

در مقطع ابتدایی ۱۸/۸ درصد در مقطع راهنمایی ۲۹/۵ درصد و دبیرستان ۳۲/۵ درصد از دانش‌آموزان سابقه بیماری سالک نداشتند. از مجموع ۵۲۰ دانش‌آموز مورد بررسی ۳۰۶ نفر (۵۸/۹ درصد) درباره بیماری سالک آگاهی داشتند و ۲۱۴ نفر (۴۱/۱ درصد) هیچ‌گونه اطلاعی در مورد این بیماری نداشتند. بیشترین میزان آگاهی در دانش‌آموزان مقطع دبیرستان (۸۸/۱ درصد) و کم‌ترین میزان آگاهی را دانش‌آموزان مقطع دبستان (۱۰/۸ درصد) مشاهده شد ($P < 0/001$). از مجموع ۵۲۰ دانش‌آموز مورد بررسی ۲۵۶ نفر (۴۹/۳ درصد) از عامل بیماری‌زا آگاهی داشتند که از این تعداد ۱۱ نفر (۶/۱ درصد) در مقطع دبستان، ۱۱۲ نفر (۶۷/۳ درصد) در مقطع راهنمایی و ۱۳۳ نفر (۷۴/۸ درصد) در مقطع دبیرستان بودند و ۱۹۶ نفر (۳۷/۳ درصد) از عامل بیماری‌زا هیچ‌گونه اطلاعی نداشتند که ۱۴۷ نفر (۸۳/۹ درصد) در مقطع دبیرستان، ۲۴ نفر (۴/۳ درصد) در مقطع راهنمایی و ۲۵ نفر (۱۴/۱ درصد) در مقطع دبیرستان قرار داشتند.

از ۵۲۰ دانش‌آموز مورد بررسی ۲۹۱ نفر (۵۵/۹ درصد) در مورد قابل پیشگیری بودن بیماری پاسخ مثبت دادند و ۴۵ نفر (۸/۷ درصد) پاسخ منفی و ۱۸۴ نفر (۳۵/۴ درصد) هیچ‌گونه اطلاعی نداشتند. تفاوت آگاهی افراد از پیشگیری بر حسب مقطع تحصیلی معنی‌دار بود ($P < 0/001$). اهم این اطلاعات در جدول شماره ۳ خلاصه شده است.

از مجموع ۵۲۰ دانش‌آموز مورد بررسی ۳۰۶ نفر (۵۸/۹ درصد) درباره بیماری سالک آگاهی داشتند و ۲۱۴ نفر (۴۱/۱ درصد) هیچ‌گونه اطلاعی در مورد این بیماری نداشتند. بیشترین میزان آگاهی در دانش‌آموزان مقطع دبیرستان (۸۸/۱ درصد) و کم‌ترین میزان آگاهی را دانش‌آموزان مقطع دبستان (۱۰/۸ درصد) مشاهده شد ($P < 0/001$). از مجموع ۵۲۰ دانش‌آموز مورد بررسی ۲۵۶ نفر (۴۹/۳ درصد) از عامل بیماری‌زا آگاهی داشتند که از این تعداد ۱۱ نفر (۶/۱ درصد) در مقطع دبستان، ۱۱۲ نفر (۶۷/۳ درصد) در مقطع راهنمایی و ۱۳۳ نفر (۷۴/۸ درصد) در مقطع دبیرستان بودند و ۱۹۶ نفر (۳۷/۳ درصد) از عامل بیماری‌زا هیچ‌گونه اطلاعی نداشتند که ۱۴۷ نفر (۸۳/۹ درصد) در مقطع دبیرستان، ۲۴ نفر (۴/۳ درصد) در مقطع راهنمایی و ۲۵ نفر (۱۴/۱ درصد) در مقطع دبیرستان قرار داشتند.

از مجموع ۵۲۰ دانش‌آموز ۱۴۰ نفر (۲۷ درصد) در مورد دوره کمون بیماری پاسخ صحیح دادند که از این تعداد ۱۶ نفر

جدول شماره (۳): میزان و نوع آگاهی مبتلایان به لیشمانیوز جلدی برحسب مقطع تحصیلی

نوع آگاهی	مقطع تحصیلی		دبستان		راهنمایی		دبیرستان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آگاهی از نوع بیماری	۱۰	۸/۱۰	۱۹	۳/۷۸	۱۳۰	۱/۸۸	۱۵۷	۹/۵۸	۳۰۶	۹/۵۸
آگاهی از محل زندگی عامل بیماریزا	۶	۱/۶	۱۱	۳/۶۷	۱۱۲	۸/۷۴	۳۳	۳/۴۹	۲۵۶	۳/۴۹
آگاهی از دوره کمون بیماری	۸	۹/۸	۱۶	۹/۳۱	۵۳	۹/۳۹	۷۱	۷/۷۱	۱۴۰	۷/۷۱
آگاهی از پیشگیری	۲۱	۱/۲۱	۳۷	۵/۷۳	۱۲۲	۱/۱۲۲	۱۳۲	۹/۵۵	۲۹۱	۹/۵۵

از ۳۸۰ دانش‌آموز مبتلا به بیماری ۲۸۴ نفر (۷۴/۸ درصد) جهت معالجه به پزشکی مراجعه کرده بودند که جزئیات آن برحسب مقطع

تحصیلی در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

جدول شماره (۴): توزیع فراوانی مبتلایان به لیشمانیوز جلدی برحسب مقطع تحصیلی و درمان زخم

مقطع تحصیلی	درمان		نشده		جمع	
	نفر	درصد	نفر	درصد	نفر	درصد
دبستان	۱۰۰	۹/۶۹	۴۳	۱/۳۰	۱۴۳	۱۰۰
راهنمایی	۸۷	۳/۷۴	۳۰	۷/۲۵	۱۱۷	۱۰۰
دبیرستان	۹۷	۸/۸۰	۲۳	۲/۱۹	۱۲۰	۱۰۰
جمع	۲۸۴	۸/۷۴	۹۶	۲/۲۵	۳۸۰	۱۰۰

۹۰ نفر (۲۴ درصد) در دست، ۱۲۲ نفر (۳۲ درصد) در صورت،

۱۰۴ نفر (۲۷/۲ درصد) در پا، ۱۸ نفر (۴/۸ درصد) در سایر نقاط،

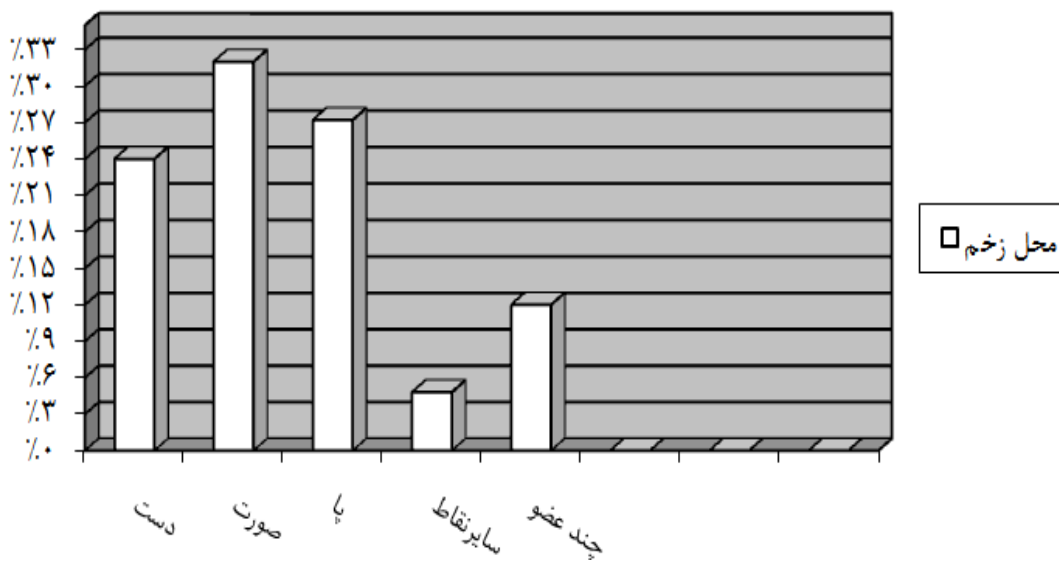
۴۶ نفر (۱۲ درصد) ابتلا هم‌زمان چند عضو را داشتند (نمودار ۱).

در مقطع ابتدایی ۱۸/۸ درصد و راهنمایی ۲۹/۵ درصد و

دبیرستان ۳۲/۵ درصد از دانش‌آموزان اصلاً بیماری سالک نداشتند.

یک مورد زخم فعال گزارش شده است. محل جوشگاه زخم در ۳۸۰

دانش‌آموز مبتلا به بیماری به شرح زیر بود.



نمودار شماره (۱): نمودار توزیع فراوانی مبتلایان لیشمانیوز جلدی برحسب محل زخم

بحث و نتیجه گیری

در این بررسی ۵۲۰ نفر دانش‌آموزان مدارس دخترانه منطقه ابوزیدآباد در سال ۱۳۸۶ مورد مطالعه قرار گرفتند. ۷۳/۲ درصد آلودگی به لیشمانیوز جلدی (زخم فعال و اسکار) را نشان دادند که ۰/۲ درصد مربوط به زخم فعال و ۷۳ درصد مربوط به اسکار یا جوشگاه زخم مربوط به گرفتاری فرد در سال‌های گذشته بود. اسکار یا جوشگاه حاصل از لیشمانیوز کاملاً مشخص است و معمولاً با موارد دیگر اشتباه نمی‌شود. اما زخم فعال ممکن است با زخم‌های دیگر اشتباه شود. در این بررسی تنها یک دانش‌آموز زخم فعال داشت که در تشخیص قطعی زخم لیشمانیوز جلدی تأیید شد. در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۶۹-۱۳۷۰ روی ۹۴۲۳ دانش‌آموز مقطع ابتدایی شهرستان کاشان انجام شد آلودگی به سالک ۴۶ درصد گزارش گردید که شیوع زخم فعال ۱۴ درصد و اسکار ۳۲ درصد می‌باشد. بررسی‌هایی مشابه دیگری در دانش‌آموزان سایر شهرستان‌های ایران صورت گرفته است. در مشهد میزان کل آلودگی به سالک ۴/۵۵ درصد (۱۱) و در شهر کرمان این میزان ۶/۵ درصد بود که شیوع زخم فعال در دانش‌آموزان این شهر ۰/۹ درصد و اسکار ۵/۶ درصد محاسبه گردید (۱۲). نتایج حاصل از بررسی‌های انجام شده در دانش‌آموزان شهر کرمان، مشهد با نتایج حاصل از این بررسی نشان می‌دهد که جوشگاه یا اسکار در ابوزیدآباد نسبت به اسکار در کرمان و مشهد که از کانون‌های لیشمانیوز جلدی کشور هستند بالاتر می‌باشد (۱۳).

می‌توان نتیجه گرفت که در سال‌های گذشته در این منطقه همه گیری ناشی لیشمانیوز با شدت اندمیسیته بالا در منطقه رخ داده است و لذا اکثر دانش‌آموزان در سال‌های قبل مبتلا شده و دارای اسکار می‌باشند و میزان زخم فعال کم است. مطالعات دیگر پژوهشگران این موضوع را مورد تأیید قرار می‌دهد. از طرفی این تفاوت را می‌توان مربوط به نوع لیشمانیوز که در شهرهای مشهد و

کرمان وجود داشته است مربوط دانست. در ایران مشهد و کرمان از کانون‌های عمده لیشمانیوز پوستی شهری محسوب می‌شود. نتایج نشان داد ۸۲ درصد دانش‌آموزان مورد بررسی در این مطالعه دارای یک جای زخم بودند. ۱۶/۲ درصد دارای دو جای زخم و ۱/۸ درصد دارای سه و بیشتر بودند. در بررسی انجام شده در سال ۱۳۸۰ در شهرستان آران و بیدگل بیشترین فراوانی تعداد زخم فعلی مبتلایان با یک زخم می‌باشد که ۴۹/۶ درصد مرد و ۴۹/۳ درصد زن می‌باشد (۳). در مطالعه انجام شده در مراجعه‌کنندگان به آزمایشگاه آران و بیدگل در سال ۱۳۸۰ بیشترین درصد افراد با یک زخم ۴۰/۵ می‌باشد (۱۲). در مطالعه انجام شده در بیماران مراجعه‌کننده به آزمایشگاه انگل‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۳۷۲ بیشترین درصد آلودگی در افراد با یک زخم بوده است (۱۰). در بررسی انجام شده در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی پسرانه شهر کاشان در سال ۱۳۷۵ اکثریت دانش‌آموزان مورد مطالعه دارای یک زخم فعال بودند ۶۳/۸ درصد (۴).

در بررسی انجام شده در مدارس پسرانه آران و بیدگل در سال ۱۳۷۵ نشان داده شده که ۵۰/۹ درصد دانش‌آموزان دارای یک زخم و دانش‌آموزان با بیش از چهار زخم فعال ۴/۹ درصد از مبتلایان را تشکیل می‌دهند (۱۱). در بررسی انجام شده در منطقه جنوب شرقی آران و بیدگل ۵۴/۱ درصد مبتلایان قبلی یک اسکار، ۲۲/۵ دو اسکار، ۹/۳ درصد سه اسکار و ۱۴/۱ درصد بیش از سه اسکار داشته‌اند (۹). نتایج مطالعات پژوهشگران فوق نشان می‌دهد که هرچه تعداد زخم بیشتر باشد فراوانی آن کم‌تر می‌باشد. نتایج مطالعه ما با پژوهش‌های سایر محققان هم‌خوانی دارد.

در این بررسی بیشترین فراوانی محل زخم در صورت ۳۲ درصد و سپس دست (۲۴ درصد) و کم‌ترین فراوانی در دست و صورت (۱ درصد) و صورت و پا (۱/۲ درصد) می‌باشد. باتوجه به این که صورت بازترین نقطه بدن می‌باشد همواره بیش از سایر نقاط

نداشتند. در مقطع راهنمایی ۳۶ نفر (۲۱/۷ درصد) هیچ‌گونه اطلاعی نداشتند. در مقطع دبیرستان ۲۰ نفر (۱۱/۴ درصد) اطلاعی از این بیماری نداشتند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که میزان آگاهی از این بیماری در مقطع دبستان خیلی پایین می‌باشد و به نسبت میزان آگاهی در راهنمایی و دبیرستان بیشتر می‌باشد. میزان آگاهی از عامل بیماری‌زا در مقطع دبستان ۱۶/۱ درصد، در مقطع راهنمایی ۶۷/۳ درصد و در مقطع دبیرستان ۷۴/۸ درصد بود. می‌توان نتیجه گرفت با افزایش سطح کلاس آگاهی‌های مربوط به این بیماری در منطقه افزایش داشته است.

در بررسی انجام شده از دانش‌آموزان مقاطع مختلف بیشترین میزان تحصیلات پدر و مادر در مقطع ابتدایی بوده و میزان تحصیلات مادران در این مقطع ۶۹/۹ درصد و پدران ۴۶/۵ درصد بوده بنابراین نتیجه می‌گیریم هرچه میزان تحصیلات پدر و مادر کم‌تر باشد میزان آگاهی آن‌ها از این بیماری کم‌تر بوده است.

همان‌گونه که بررسی‌ها نشان داد در حال بررسی حاضر تعداد افراد با زخم فعال نسبت به سال‌های گذشته قبل از آن بسیار پایین است، این امر نشان‌دهنده این است که همه‌گیری‌های بیماری پشت سر گذاشته شده است و سطح ایمنی افراد در حال حاضر بالا است. در شرایط کنونی کودکان در سنین پایین و افراد مهاجر در معرض ابتلا به بیماری هستند لذا ضروری آموزش‌های لازم در مورد چرخه بیماری می‌تواند خطر ابتلا را کاهش دهد.

بدن مورد گزش پشه خاکی‌های ناقل بیماری قرار می‌گیرد. در بررسی انجام شده از کانون‌های شهرستان آران و بیدگل در سال ۱۳۸۰ مشخص شده بیشترین فراوانی محل زخم در دست ۴۶/۵ درصد می‌باشد (۹). در مطالعه انجام شده در مدارس پسرانه شهر آران و بیدگل در سال ۱۳۷۶ بیشترین فراوانی محل زخم مربوط به دست ۳۴/۸ درصد موارد بوده است (۱۱). در مطالعه انجام شده در مراجعه‌کنندگان به آزمایشگاه دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۳۷۲ بیشترین محل ابتلا صورت بوده است (۱۰). در مطالعه انجام شده در آزمایشگاه آران و بیدگل از مهر ۷۴ تا ۸۰ بیشترین محل ابتلاء ناحیه صورت ۳۷ درصد موارد می‌باشد (۱۲). در مطالعه انجام شده در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر آران و بیدگل در سال ۱۳۷۵ (۱/۹ درصد) زخم‌ها در ناحیه صورت (۲۱/۹ درصد) در ناحیه پا، (۲۶/۷ درصد) در دست (۲/۳ درصد) در سایر نقاط بدن بوده است (۶). در بررسی انجام شده در شرق آران و بیدگل ۴۳/۶ درصد زخم در دست، ۳۲/۶ درصد در پا، ۱۸/۱ درصد در صورت و ۵/۷ درصد در سایر نقاط بدن بوده است. می‌توان نتیجه گرفت به دلیل این که پشه خاکی از روی لباس نمی‌تواند خونخواری کند و قسمت باز بدن دست و صورت را مورد گزش قرار می‌دهد در نتیجه بیشترین فراوانی محل زخم در دست و صورت است.

میزان آگاهی دانش‌آموزان به لیشمانیوز جلدی در مقطع دبستان ۱۵۴ نفر (۸۷/۴ درصد) هیچ‌گونه اطلاعی از این بیماری

References:

1. Zahraie Ramazani A. Study on coetaneous Leishmaniasis in Isfahan (Dissertation). Tehran: Thehran University of Medical Sciences; 1993.
2. Murray HW, Berman J, Davies CR, Saravia NG. Advances in Leishmaniasis. *Lancet* 2005; 366:1561-77.

3. Edrisian GH, Rezaeian M, Ghorbani M, Keshavarz H, Mohebbali M. *Medical Protozoology*. Tehran: Tehran University of Medical Sciences Press; 2007.
4. Tashakori M, Kuhls K, Al-Jawabreh A, Mauricio IL, Schönián G, Farajnia S, et al. Leishmania major: genetic heterogeneity of Iranian isolates by single-strand conformation polymorphism and sequence

- analysis of ribosomal DNA internal transcribed spacer. *Acta Trop* 2006; 98(1):52-8.
5. Mohebal M, Edrissian GH, Nadim A, Hajjarian H, Akhouni B, Hooshmand B, et al. Application of direct agglutination test (DAT) for the diagnosis and seroepidemiological studies of visceral leishmaniasis in the Islamic Republic of Iran. *Iran J Parasitol* 2006; 1:15-25.
 6. Bahman R. Prevalence of coetaneous Leishmaniasis in male student of Kashan (Dissertation). Kashan: Kashan University of Medical Sciences; 1997.
 7. Nadim A, Javadian E, Mohebal M, Momeni A. *Leishmania parasite and Leishmaniose*. 3rd Ed. Tehran: University Center Press; 2008. (Persian)
 8. Vakili Z, Talari SA, Moniri R, Ghazanfari K. Effect of Glucantime on hepatic enzymes and renal function test among patients suffering from visceral Leishmaniosis *Feyz J* 1997;1(2): 69-73. (Persian)
 9. Doroudgar A, Dehghani R, Hooshyar H. Prevalence of Salak in Aran and Bidgol. *J Qazvin Univ Med Sci* 1999 ;(11): 84-92.
 10. Talari SA, Vakilli Z, Moshtaghi S. Prevalence of cutaneous Leishmaniasis in Kashan, 1994-2000. *Feyz* 2003; 7(26): 71-6. (Persian)
 11. Talari S, Sadr F, Valaei N, Dehghani RA. Glucantime effect on the blood Glucose levels and proteinuria of patients with cutaneous Leishmaniasis. *Feyz* 1999;2(8): 5-9.(Persian)
 12. Talari SA, Khorshidi A, Shajari Gh.R, Talari MR. Evaluation of bacterial infections and antibacterial susceptibility in skin lesions due to cutaneous Leishmaniasis in Kashan, Iran, 2003. *Feyz* 2006; 10(37): 46-9. (Persian)
 13. Mohajeri M, Bolursaz M, Shamsian SAA. Prevalence of cutaneous Leishmaniasis in secondary school students in Mashhad, Iran (II). *Med J Mashad Univ Med Sci* 2001; 44(72): 54-60. (Persian)