دراسة استبيانية عن الوعي الصحي لطلبة المدارس الإعدادية حول اللشمانيا الجلدية في مدينة بعقوبة

عبدالرزاق شفيق حسن * **عبدالقادر يحيى حمد****

*كليّة الطب/جامعة ديالى ** المديرية العامة لتربية ديالى

الخلاصة

يُعَدُّ داء اللشمانيا الجلدية من الأمراض الطفيلية المنشأ يسببه سوطيات وحيدة الخلية تنتقل عن طريق لدغة ذبابة الرمل، وَبِحَسَبِ إحصائية منظمة الصحة العالمية فإنَّ أكثر من 350 مليون شخص معرض للإصابة بهذا الطفيلي سنويًا. أجريت هذه الدراسة في مدينة بعقوبة للمدة من نيسان – حزيران 2015 وشملت 500 طالب وطالبة بشكلٍ متساوٍ من طلاب المدارس الإعدادية التي تراوحت أعمارهم 16-22 سنة، وتوزعت بواقع 250 طالب من المناطق الحضرية و 250 طالب من المناطق الريفية، إذ تَمَّ إعداد استمارة استبيانية خاصة تضمنت 14 سؤالًا عن الطفيلي وطرائق انتقاله، والحالة المرضية التي يسببها، وطرائق الوقاية منهُ، تَمَّ تحليل نتائج الاستبيان إحصائيًا، واعتمدت قيمة الاحتمالية أَقل من 0.05 ذات قيمة معنوية. أظهرت النتائج إجابات الطلبة على أسئلة الاستبيان بـأَنَّ المعلومات العامة التي يمتلكها الطلبة لا بأس بها بشكل عام، مع ذلك فهي بحاجة إلى تقويتها من خلال محاولة إدخال بعض الأمراض الشائعة محليًا في المناهج الدراسية، وزيادة الندوات المدرسية، والنشاطات اللاصفية للطلبة، بهدف زيادة الوعي الصحي لدى الطلبة.

الكلمات المفتاحية: ذبابة الرمل، اللشمانيا الجلدية، حبة بغداد.

Questionnaire Study of the Health Awareness of the Secondary Students Concerning the Cutaneous Lieshmaniasis in Baquba city

Abdul-Razak Shafiq Hasan* **Abdul-Kadir Yahay Hamed****

*College of medicine/ Diyala University **Directorate General of Education in Diyala

Received 13 December 2015 ; Accepted 27 March 2016

Abstract

Cutaneous Lieshmaniasis is a parasitic infection caused by unicellular flagellate called lieshmania tropica, which is transmitted by the bite of sand fly, the vector. According to W.H.O estimates more than 350 million persons are Vulnerable for infection by this parasite annually. This study was carried out in Baquba city for the period from April to June 2015, it includes 500 secondary school students of both sexes, and from rural and urban areas. The age range was 16-22 years. A special question are from was constructed for this purpose containing 14 multiple choice questions regarding the parasite transmission, disease, and methods of protection. The results revealed that level of the leads education regarding this subject was fair, however, spreading of these health information among students is recommended.

Key word: sand fly, cutaneous Lishmaniasis, Baghdad boil .

المقدمة

يُعَدُّ داء اللشمانيا Leishmaniasis من الأمراض الطفيلية المنشأ، يسببه سوطيات وحيدة الخلية Flagellate Unicellular إجبارية التطفل داخل خلوية Interacellular تعود إلى جنس اللشمانيا Leishmania، وتمر جنس اللشمانيا بطورين أحدهما عديم سوط Amastigote داخل الخلايا البلعمية Macrophages للمضيف الفقري كاللبائن والطور الآخر أمامي السوط Promastigote في القناة الهضمية للمضيف اللافقري الناقل، وهو أنثى ذبابة الرمل Sand Fly الَّتِي تعود إلى جنس Phlebotomus في العالم القديم، أو إلى جنس Lutzomyia في العالم الجديد [1، 2]. تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية بأَنَّ أكثر من 350 مليون شخص معرضة للإصابة بطفيلي اللشمانيا سنويًا[3، 4]، ويكون معدل الانتشار الكلي فِي العالم بحوالي 12 مليون شخص مصاب وتسجل 2 مليون حالة جديد سنويًا بحيث تتوزع إلى خمسمائة ألف حالة لداء اللشمانيا الاحشائي ومليون وخمسمائة ألف حالة لداء اللشمانيا الجلدي بنوعية الرطب والجاف [5، 6]. ويوجد ثلاثة أشكال رئيسة لداء اللشمانيا تختلف فِي صفاتها ونوع المضيف الناقل وتوزيعها الجغرافي ومظاهرها السريرية وهي تتمثل بداء اللشمانيا الاحشائي Visceral Leishmaniasis أو الحمى السوداء – Kala azar، داء اللشمانيا الجلدي Cutaneous Leishmaniasis أو حبة بغداد Baghdad boil وداء اللشمانيا الجلدي المخاطيMucocutaneous Leishmaniasis [7] [8]. يظهر داء اللشمانيا الجلدي في العالم القديم بمظهرين، احدهما: داء اللشمانيا الجلدي البشري يسببه طفيلي *Leishmania tropica* ويكثر انتشاره في المناطق الحضرية فيدعى بالنوع

المدني Urban Type، إذ تظهر الإصابة على شكل بثرة في مكان لسعة ذباب الرمل Sand Fly بعد مرور 2-8 أسابيع في الأجزاء المكشوفة من الجسم كالذراعين، والساقين، والوجه، والعنق، وقد تكون القرحة منفردة أو متعددة، إذ تبدأ الإصابة بتضخم الأدمة مكونة قرحة دائرية الشكل ذات حدود مرتفعة، ومرتكز منخفض حمراء اللون، وتكون القرحة صغيرة وجافة، ويكون الطفيلي موجود بأعداد كثيرة في النوع المدني، ويشفى منها الإنسان ذاتيًا بعد 9-18 شهر والإصابة بها تمنح مناعة ضد هذا النوع فقط[9]. والآخر داء اللشمانيا الجلدي الحيواني المصدر يسببه طفيلي *Leishmania Major* ينتشر في المناطق الريفية فيعرف محليًا بالنوع الريفي Rural Type إذ يحدث التقرح بعد مدة حضانة قصيرة، ويكون الطفيلي موجود بأعداد قليلة، وتكون القرحة رطبة، وبعد مدة تصبح قرحة ذات قشور وقيحًا ذات رائحة كريهة، وقد تصاب القرحة بالبكتريا والفطريات، فتزداد الأعراض سوءًا، يشفى الإنسان منها ذاتيًا، لكن بعد 6-9 أشهر[10]. يتم تشخيص داء اللشمانيا الجلدي اعتمادًا على العلامات السريرية وطرائق التشخيص بالمسحات Smears والطريقة المزرعية Culture Method فضلًا عن الاختبارات المصلية والطرائق الجزيئية الحديثة [11، 12]. أمّا بالنسبة للعلاج فإنَّه يفضل فِي حالة كون المصاب فِي المناطق المستوطن فيها المرض يترك دون علاج لاكتساب المناعة، ولاسِيَّمَا إذا كانت الإصابة فِي غير الوجه، أَمّا الحالات الأخرى فتعالج بمركبات الأنتيمون، وفي حالة وجود البكتريا مصاحبة للإصابة تعالج بالمضادات الحيوية [13، 14]. ينتشر مرض اللشمانيا فِي كثير من بلاد العالم، ولاسِيَّمَا البلاد الحارة والمعتدلة، ومن تلك البلاد: الهند، والسودان، والسعودية، والعراق، وسوريا، واللشمانيا من الأمراض الَّتِي تصيب الحيوانات مثل: القوارض، والثعالب، والكلاب، وتنقل العدوى إلى الإنسان عن طريق ذبابة الرمل Sand Fly الَّتِي توجد في حظائر الحيوانات والأماكن المظلمة أو المهجورة والكهوف [15، 16]. شهد العراق خلال السنوات العشر الأخيرة انتشارًا واسعًا لمرض اللشمانيا بنوعيه الجلدي والإحشائي بحسب إحصائيات وزارة الصحة العراقية للأعوام ما بين (2003-2014) وأسهمت عوامل كثيرة في هذا الانتشار منها: عمليات نزوح السكان إلى أماكن أخرى تمتاز بازدحام السكن، وقلة الخدمات الصحية المقدمة إليهم، فضلًا عن تغير ديمغرافية بعض المناطق، من خلال قطع الأشجار وتحويلها إلى أراضي سكنية، وغيرها من العوامل[17].

المواد وطرائق العمل

أجريت هَذِهِ الدّراسة فِي مدينة بعقوبة فِي الأوّل من نيسان 2015 ولغاية الأوّل من حزيران 2015. هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة مستوى الوعي الصحي لطلاب المدارس الإعدادية حول مرض اللشمانيا، ودراسة مستوى الوعي الصحي للطلاب الَّذِينَ يقطنون المناطق الحضرية مقارنة مع الطلاب الَّذِينَ يقطنون المناطق الريفية، فضلًا عن دراسة تأثير العوامل الديموغرافية كالعمر، والجنس، والسكن فِي مستوى الوعي الصحي حول المسبب الرئيس لداء اللشمانيا وطرائق انتقاله والوقاية منهُ. شملت هَذِهِ الدّراسة 500 طالب من طلاب المدارس الإعدادية، تراوحت أعمارهم ما بين (16-22) سنة، تضمنت 250 طالب من الطلاب الَّذِين يقطنون المناطق الحضرية، وتضمنت 125 من الذكور، و 125 من الإناث، و250 طالب من الطلاب الَّذِين يقطنون المناطق الريفية تضمنت 125 ذكور و 125 إناث.

جمع المعلومات Data Collection:

تَمَّ جمع المعلومات الخاصة بكل طالب فِي استمارة استبيان questionnaire أعدت لهذه الدراسة، تضمنت معلومات: السكن، والعمر، والجنس، ومجموعة من الأسئلة متعددة الاختيارات حول داء اللشمانيا يجيب عنها الطالب بوضع دائرة حول الإجابة الَّتِي يعتقدها صحيحة تضمنت كل من المسبب المرضي، وطرائق انتقال المسبب المرضي الحشرات الناقلة، والحيوانات الخازنة للمسبب المرضي، والأشخاص الأكثر عرضة للإصابة، ومناطق الجسم الأكثر تعرضًا للإصابة وأنجع طرائق الوقاية من المرض.

التحليل الإحصائي Statistical Analysis:

أُدخلت البيانات الواردة في الاستمارات الاستبيانية إلى قاعدة معلومات حاسوبية، وتم إجراء بعض العمليات الإحصائية عليها باستخدام برنامج (SPSS) الجيل الثامن عشر. الفروقات بين كل مجموعتين اعتبرت معنوية في حال كون قيمة الاحتمالية P value اقل من (0.05).

النتائج والمناقشة

شملت الدراسة 500 طالب وطالبة من المرحلة الإعدادية في مدينة بعقوبة (ثانوية الراشدين للبنين، وثانوية المنفلوطي للبنين، وثانوية قيس ساعدة للبنين، وإعدادية الفلق للبنين، وثانوية حي المعلمين للبنين، وإعدادية ديالى للبنين، وإعدادية الزهراء للبنات، وإعدادية الحرية للبنات)، وهي من المدارس الحضرية، وكان المعدل الحسابي (±) الانحراف المعياري لأعمارهم 16.6±1.5 سنة. 249 (49.8%) من المشمولين للدراسة كانت إناث، و 251 (50.2%) رجال 251 (50.2%) منهم يقطنون المناطق الريفية، و249 (49.8%) يقطنون المناطق الحضرية، قسمت عينة الدراسة بحسب الأعمار فشملت مجموعتين كما في الجدول (1).

جدول وصفي للمتغيرات (1) : جدول

variable	frequency	Percent %
Sex		
Female	249	49.8
male	251	50.2
Residence		
Rural	251	50.2
urban	249	49.8
Age(ys.)		
15-18	368	73.6
19-22	132	26.4
Total	500	100

أظهرت نتائج الدراسة في الجدول (2) أنَّ إجابات الطلبة حول السؤال "هل اللشمانيا مرض معدي بين البشر" شكلت الإجابة "نعم" النسبة الأعلى بشكلٍ معنويٍ (P=0.03) مقارنة بالإجابات الأخرى، ولم يظهر أي تأثير معنوي للجنس أو السكن على الإجابات.

جدول (2): نسب إجابات الطلبة على السؤال الثاني وعلاقته بالجنس والسكن

Q2	Sex		Total(%)	Residence		Total(%)
	Female(%)	Male (%)		Rural(%)	Urban(%)	
Yes	148(29.6)	170(34.0)	318(63.6)	163(32.6)	155(31.0)	318(63.6)
No	42(8.4)	410(8.0)	82(16.4)	39(7.8)	43(8.6)	82(16.4)
I don't know	59(11.8)	41(8.2)	100(20.0)	49(9.8)	51(10,2)	100(20.0)
Total	249(49.8)	251(50.2)	500(100)	251(50.2)	249(49.8)	500(100)
P value	0.03			0.03		

إنَّ إجابة غالبية (63.6%) الطلبة على هذا السؤال بنعم كانت مخطوئة، في حين أَجَابَ (16.4%) بشكل صحيح، لأنَّ اللشمانيا الجلدية ليست مرضيًا انتقاليًا بين البشر[18]، وقد يعزى ذلك إلى ضعف الوعي والمعرفة الصحية لدى الطلبة حول طبيعة المسبب المرضي وكيفية انتقاله، وغياب التوعية الصحية ما بين الدوائر الصحية المتمثلة بالمراكز الصحية الأولية، وطلبة المدارس، فضلًا عن افتقار المناهج الدراسية للأمراض الطفيلية الوبائية المحلية ومنها مرض اللشمانيا.

يشير جدول (3) أنَّ إجابات الطلبة حول السؤال "ما طريقة انتقال المسبب المرضي للشمانيا الجلدية" كانت إجابة الطلبة "لدغة الحشرات" معنوية (p=0.007) فيما يتعلق بالسكن، وليست معنوية (P>0.05) فيما يتعلق بالجنس.

الجدول (3): نسب إجابات الطلبة على السؤال الرابع وعلاقتها بالجنس والسكن

Q4	Sex		Total(%)	Residence		Total(%)
	Female(%)	Male (%)		Rural(%)	Urban(%)	
Direct contact	105(21.0)	83(16.6)	188(37.6)	85(17.0)	103(20.6)	188(37.6)
Contaminated food or drink	41(8.2)	38(7.6)	79(15.8)	32(6.4)	47(9.4)	79(15.8)
Insect bite	103 (20.6)	130(26.0)	233(46.6)	134(26.8)	44(14.8)	233(46.6)
Total	249(49.8)	251(50.2)	500(100)	251(50.2)	249(49.8)	500(100)
P value	> 0.05[NS]			0.007		

من المعروف علميًا أنَّ مرض اللشمانيا من الأمراض الطفيلية التي تنتقل عن طريق لدغة حشرة ذبابة الرمل[19]، وإنَّ إجابة (46.6%) من الطلبة حول هذا السؤال واختيار لدغة الحشرات وهي إجابة صحيحة، رُبَّما يعزى إلى ظهور البثرة، إذ إنَّ ظهورها يرافق غالبًا لدغة الحشرات[20]، وإنَّ وجود البثور في الأجزاء المكشوفة، ولاسِيَّمَا الوجه يعرض الشخص المصاب إلى السؤال عن سبب البثور ومعرفة الإجَابَة رُبَّما كانَ لَهُ دور في زيادة الوعي الصحي لدى الطلبة وأفراد المجتمع حول طريقة انتقال المسبب المرضي للشمانيا الجلدية. يوضح الجدول (4) إجابات الطلبة عن السؤال "من هم الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة"، بأنَّ هناك فارق معنوي لإجابة الطلبة "كلا الجنسين" مع وجود تأثير معنوي للجنس والسكن في الإجابة (p=0.01) في كلتا الحالتين.

الجدول (4): نسب إجابات الطلبة على السؤال السادس وعلاقته بالجنس والسكن

Q6	Sex		Total(%)	Residence		Total(%)
	Female(%)	Male (%)		Rural(%)	Urban(%)	
Female	44(8.8)	19(3.8)	63(12.6)	17(3.4)	49(9.2)	63(12.6)
Male	9(1.8)	54(10.8)	63(12.6)	31(6.2)	32(6.4)	63(12.6)
Both	196(39.2)	178(35.6)	374(74.8)	203(40.6)	171(34.2)	374(74.8)
Total	249(44.8)	251(50.2)	500(100)	251(502)	249(49.8	500(100)
P value	0.001			0.001		

وثقت معظم الدراسات السابقة بأنَّ نسب الإصابة باللشمانيا الجلدية بين الذكور والإناث تكاد تكون متساوية أو متقاربة[21][22]، في حين وثقت الدراسات الأخرى ارتفاع نسب الإصابة في الذكور مقارنةً بالإناث[23][24]، وإنَّ إجابة الطلبة حول السؤال بأنَّ كلا الجنسين معرضين للإصابة بشكل متقارب أو متساوٍ، يعزى إلى أنَّ من أهم أعراض المرض هو ظهور البثرة، والتي تتحول إلى قرحة جلدية تترك أثرًا واضحًا بعد شفائها[25]، وتكون هذه البثورة في الأجزاء المكشوفة من الجسم سواء في الذكور أم الإناث وفي مختلف الأعمار، لذا فإنَّ نسبة مشاهدتها في الذكور تكون متساوية مع نسبة مشاهدتها في الإناث، مِمَّا يشجع الطلبة على اختيار كلا الجنسين. أظهرت نتائج الدراسة في الجدول (5) حول إجابات الطلبة عن السؤال "ما المناطق الأكثر تعرضًا للمرض"، وكانت الإجابة "المناطق الريفية" هي الأعلى بفارق معنوي بتأثير كل من الجنس (p=0.006) والسكن (p=0.01).

جدول (5): نسب إجابات الطلبة على السؤال السابع وعلاقته بالجنس والسكن

Q7	Sex		Total(%)	Residence		Total(%)
	Female(%)	Male (%)		Rural(%)	Urban(%)	
Rural	129(25.8)	145(29.0)	274(54.8)	152(30.4)	122(24.4)	274(54.8)
Urban	33(6.6)	49(9.8)	82(16.4)	31(6.2)	51(10.2)	82(16.4)
Both	87(17.4)	57(11.4)	144(28.8)	68(13.6)	76(15.2)	144(28.8)
Total	249(49.8)	251(50.2)	500(100)	251(50.2)	249(48.8)	500(100)
P value	0.006			0.01		

إنَّ اختيار الطلبة للإجابة بأَنَّ المناطق الريفية هي التي تحوي نسبًا أعلى من الإصابة باللشمانيا الجلدية، رُبَّما يتأتى من الاعتقاد العام لدى الطلبة وحتى المجتمع بأَنَّ المناطق الريفية هي دائمًا تشكل بؤرًا لانتقال الأمراض بشكل عام، رُبَّما يكون ذلك صحيحًا بالنسبة للشمانيا الجلدية[26]، ولكنه ليس بالضرورة ينطبق على بقية الأمراض[27]. بينت النتائج في الجدول (6) إجابات الطلبة عن السؤال "تكثر الإصابة باللشمانيا في فصل الصيف، الشتاء، أو الاثنين على حدٍ سواءٍ"، بأَنَّ هناك فارق معنوي في إجابة الطلبة على اختيار فصل "الصيف"، وكان هنالك تأثير لكل من الجنس (p=0.001) والسكن (p=0.04).

جدول (6) نسب إجابات الطلبة على السؤال الثامن وعلاقته بالجنس والسكن

Q8	Sex		Total(%)	Residence		Total(%)
	Female(%)	Male (%)		Rural(%)	Urban(%)	
Summer	162(32.4)	142(28.4)	304(60.8)	149(29.8)	155(31.0)	304(60.8)
Winter	20(4.0)	54(14.8)	74(14.8)	30(6.0)	44(8.8)	74(14.8)
Both	66(13.2)	55(11.0)	121(24.2)	71(14.2)	50(10.0)	121(24.2)
Total	249(49.8)	251(50.2)	500(100)	251(50.2)	249(49.8)	500(100)
P value	0.001			0.04		

إنَّ ما ورد في إجابة (60.8%) من الطلبة كون نسب الإصابة باللشمانيا الجلدية تكثر في فصل الصيف هو صحيح، وذلك لتكاثر الحشرات الناقلة في هذا الفصل من السنة[28]، إنَّ ذلك يتفق مع العديد من الدراسات في العالم تشير إلى انتشار أوبئة مماثلة في فصل الصيف[29]. أظهرت النتائج في الجدول (7) إجابات الطلبة عن السؤال "ما أكثر مناطق الجسم تعرضًا للإصابة باللشمانيا الجلدية" بأَنَّ إجابة الطلبة عن"الوجه واليدين" هي أكثر مناطق تعرض الجسم للإصابة كانت عالية بشكلٍ معنويٍ بتأثير السكن (p=0.02)، ولكن لم يكن للجنس تأثير على ذلك (p>0.05).

جدول (7): نسب إجابات الطلبة على السؤال العاشر وعلاقته بالجنس والسكن

Q10	Sex		Total(%)	Residence		Total(%)
	Female(%)	Male (%)		Rural(%)	Urban(%)	
Face and hand	202(40.4)	205(41.0)	407(81.4)	213(42.6)	194(38.8)	407(81.4)
Chest and abdomen	22(4.4)	31(6.2)	53(10.6)	17(3.4)	36(7.2)	53(10.6)
Legs	25(5.0)	15(3.0)	40(8.0)	21(4.2)	19(3.8)	40(8.0)
Total	249(49.8)	251(50.2)	500(100)	251(50.2)	249(49.8)	500(100)
P value	> 0.05[NS]			0.02		

إنَّ اختيار الطلبة للإجابة بأَنَّ الوجه واليدين هي أكثر مناطق الجسم تعرضًا للإصابة هو صحيح، مقارنة بإصابات الصدر، والبطن، والأطراف، وإنَّ ذلك يتفق مع معظم الدراسات السابقة[30][31]، وإنَّ معرفة طلبة المناطق الريفية بالإصابة الصحيحة مقارنة بطلبة المناطق الحضرية، رُبَّما يعود إلى سكان المناطق الريفية هم أكثر خبرة بالإصابة باللشمانيا الجلدية كونها أكثر حدوثًا في المناطق الريفية من المناطق الحضرية[32]. أظهرت نتائج الدراسة في الجدول (8) إجابات الطلبة عن السؤال "هل الإصابة بمرض اللشمانيا يستوجب مراجعة الطبيب" إجابة الطلبة (بنعم) كانت معنوية بتأثير كُلّ من الجنس وجود فارق معنوي بتأثير كل من الجنس (p=0.02) والسكن (p=0.01).

جدول (8): نسب إجابات الطلبة على السؤال الحادي عشر وعلاقته بالجنس والسكن

Q11	Sex		Total(%)	Residence		Total(%)
	Female(%)	Male (%)		Rural(%)	Urban(%)	
Yes	240(48.0)	240(48.0)	480(96.0)	246(49.2)	234(46.8)	480(96.0)
NO	9(1.8)	11(2.2)	20(4.0)	5(1.0)	15(3.0)	20(4.0)
Total	249(49.8)	251(50.2	500(100)	251(50.2)	249(49.8)	500(100)
P value	0.02			0.01		

إنَّ اختيار الطلبة للإصابة بنعم قد يعزى إلى أَنَّ مرض اللشمانيا الجلدية يصيب الأجزاء المهمة والظاهرة من الجسم التي تكون الإصابة على شكل بثرة وتحول البثرة إلى قرحة، وقد تكون منفردة أو متعددة ثمَّ تترك هذه التقرحات ندبات مشوهة، ولاسِيَّمَا في منطقة الوجه، وهذه التشوهات غير مرغوب فيها، ولاسِيَّمَا إذا كانت المصابة أنثى، لذا يفضل المصابون مراجعة الطبيب. يوضح الجدول (9) أنَّ إجابات الطلبة عن السؤال "ما أنجح طرق الوقاية من الإصابة"، وجود فارق معنوي بإجابة الطلبة كون "الصحة العامة والشخصية" كانت عالية معنويًا، مقارنةً بالإجابات الأخرى، وظهر تأثير الجنس معنويًا (p=0.001) ولم يكن للسكن تأثير معنوي على ذلك (p>0.05).

جدول (13) : نسب إجابات الطلبة على السؤال الثالث عشر وعلاقته بالجنس والسكن

Q13	Sex		Total(%)	Residence		Total(%)
	Female(%)	Male (%)		Rural(%)	Urban(%)	
General and personal hygiene	183(36.6)	142(28.4)	325(65.0)	157(31.4)	168(33.6)	325(65.0)
Using in insecticides	36(7.2)	87(17.4)	123(24.6)	68(13.6)	55(11.0)	123(24.6)
Avoid infected areas	30(6.0)	22(4.4)	52(10.4)	26(5.2)	26(5.2)	52(10.4
Total	249(49.8)	251(50.2)	500(100)	251(50,2)	249(49.8)	500(100)
P value	0.001			> 0.05[NS]		

إنَّ اختيار الطلبة الإجابة الأولى كون أنجح طرق الوقاية من المرض هي النظافة العامة والخاصة كانت إجابة مخطوئة، لأنَّ مرض اللشمانيا الجلدية هو من الأمراض التي تنتقل عن طريق لدغة الحشرات، وليس عن طريق الغذاء والماء أو التلامس أو من خلال الفعاليات اليومية الروتينية كالتقبيل والمصافحة[33]، ويعزى هذا إلى تدني مستوى الوعي الصحي لدى الطلبة حول طريقة انتقال المسبب المرضي للشمانيا الجلدية، وربما يتأتى أيضًا من الاعتقاد العام لدى الطلبة ومعظم أفراد المجتمع بأنَّ أغلب الإصابة ناتج من عدم العناية بالنظافة. أظهرت النتائج في الجدول (10) إجابات الطلبة عن السؤال " ما أكثر وسيلة فعالة للتوعية الصحية ضد المرض" بأنَّ إجابة الطلبة كون "القنوات التلفازية" كانت الأعلى بشكلٍ معنويٍ بتأثير الجنس (p=0.01)، ولم يكن للسكن تأثير معنوي على ذلك.

جدول (14) : نسب إجابات الطلبة على السؤال الرابع عشر وعلاقته بالجنس والسكن

Q14	Sex		Total(%)	Residence		Total(%)
	Female(%)	Male (%)		Rural(%)	Urban(%)	
TV channels	102(20.4)	111(22.2)	213(42.6)	101(20.2)	112(22.4)	213(42.6)
Lectures and seminars	92(18.4)	80(16.0)	172(34.4)	100(20.0)	72(14.4)	172(34.4)
Poster	55(11.0)	60(12.0)	115(23.0)	50(10.0)	65(13.0)	115(23.0)
Total	249(49.8)	251(50.2	500(100)	251(50.2)	249(49.8)	500(100)
P value	> 0.05[NS]			0.02		

إنَّ ما ورد في إجابة معظم الطلبة كون القنوات التلفازية هي أنجع الطرائق للتوعية المجتمعية كون التلفاز بقنواته الفضائية هو الأكثر انتشارًا وتوافرًا لكل أفراد المجتمع تقريبًا وبالإمكان استخدامه بشكل فاعل جدًا للتوعية الصحية والمجتمعية. يتضح من هذه الدّراسة بشكلٍ عامٍ أنَّ الوعي الصحي لدى طلبة المدارس الإعدادية من الذكور والإناث فيما يخص مرض اللشمانيا الجلدية كانَ متوسط، إذ إنَّ من مجموع (14) سؤالًا التي تضمنتها استمارة الاستبانة كانت نصف إجابات الطلبة صحيحة والنصف الآخر كانت إجابات خاطئة، على الرغم من أنَّ مرض اللشمانيا يُعَدُّ من أحد الأمراض الشائعة في المحافظة، ويعزى السبب في ذلك إلى افتقار المناهج الدراسية وللمراحل الدراسية كافة للمعلومات الوافية حول الأمراض الطفيلية ومنها مرض اللشمانيا الجلدية، قلة الزيارات الميدانية بين الكوادر الصحية سواء في المراكز الصحية الأولية أم المستشفيات وإلقاء المحاضرات حول الأمراض الطفيلية وطرائق انتقالها ومسبباتها في المدارس الحضرية والريفية، وقلة التوعية الصحية في القنوات التلفازية، ولاسِيَّمَا القنوات التلفازية التعليمية التابعة لوزارة التربيّة، وافتقار أغلب المدارس إلى الملصقات الجدارية، ولاسِيَّمَا تلك الملصقات التي تتناول الأمراض الطفيلية والأمراض الأخرى بصورة عامة.

توصي هذه الدّراسة إلى أَنْ تتناول المناهج الدراسية أَغلب الأمراض الطفيلية الوبائية المحلية وبشكل وافي من حيث المسبب المرضي، وطريقة انتقاله، وأهم طرائق الوقاية منهُ الإيعاز إلى المدرسين بشمول مثل تلك الموضوعات في النشاطات اللاصفية للطلبة كإعداد النشرات المدرسية، أو إعداد مسابقات علميّة بين المراحل الدراسية، أو من خلال طرح أسئلة علميّة في لوحات الإعلانات الخاصة بالطلبة، وتخصيص جائزة رمزية للطالب الفائز بالإجابة الصحيحة، وتنظيم الزيارات الميدانية بين الجهات الصحية والمدارس والتنسيق بينهما على مستوى المراكز الصحية الأولية والمدارس لغرض نشر الوعي الصحي لدى طلبة المدارس حول الأمراض الطفيلية والأمراض الأخرى، ولاسِيَّما الأمراض المحلية، وتخصيص قنوات تلفازية لتوعية الصحية حول أَغلب الأمراض الوبائية المحلية، وتوزيع الملصقات الجدارية التي تناول أهم الأمراض المحلية في المدارس، والأماكن العامة لغرض رفع الوعي الصحي لأغلب فئات المجتمع.

References

1. Sarkar, A. 2008. Atext book of parasitology. Sachin printers, New Delhi, 254pp.
2. Beaver, P. C. H. and Jung, R. C. 1985. Animal agents vector's of human diseases. 5th ed. Lea and Febiger, Philadelphia: 281pp.
3. Jacobson, R. 2003. *Leishmania tropica* (Kinetoplaslida: Trypanosomatidae) - a perplexing parasite. Folia Parasitol., 50: 241 – 250.
4. Herwaldt, B.L. 1999. Leishmaniasis. Lancet, 354, 1191-1199.
5. World Health Organization. 2007. Report of the consultative meeting consentaneous leishmaniasis. Neglected tropical diseases, WHO Document production services, Geneva, Switzerland, 31pp.
6. World Health Organization. 2010. Control of the leishmaniasis. In proceedings of a meeting of the WHO, Expert committee, Geneva, 22-26.
7. Molan, A. and Faraj, A. M. 2010. Concise medical parasitology. First edition, Shabab Printing House-Erbil, Iraq, pp.386.
8. Moravvej, H.; Barzegar, M.; Nasiri, S.; Ablhasani, E. and Mohebali, M.2013. *Cutaneouse leishmaniasis* with unusual clinical and histoloical presentation: Report of four cases. Case report, Acta Med. Iran., 51 (4): 274-278.
9. Al-Samarai, A. M. and Al-Obaidi, H.S .2009. Cutaneous leishmaniasis in Iraq. J. Infect. Develop. Count, ,3(2): 123-129.

10. Acha, P. N. and Szyfers, B.1980. Zoonoses and communicable disease common to man and animal. American Health organization, Washington, New York: 401pp.

11. Paniker, C. J. 2007. Textbook of medical parasitology-6th edition. Ajanta Offset and Packaging, Medical publishers, LTD., New Delhi, 248pp.

12. Rahi, A. A.; Nsaif, S.; Hassoni,J.J. ; Ali, M. A. and Hamza, H. A. 2013. Comparison of diagnostic methods in cutaneous leishmaniasis in Iraq. Am. J.Bio. Sci., 1(1): 1-5.

13. Ashford, R. W. and Sang, D. K. 2001. Review of *Leishmania tropica* infection in East Africa. Proceedings of the second international congress on *Leishmania* and leishmaniosis, Hersonissos, Crete, Greece, 1-14.

14. Asillian, A.; Khamesipour,A. and Modabber,F. 1998. Leishmaniasis postgrad. Doc. Med. Eas., 21(5): 174-181.

15. Corware, K.; Harris, D.; Teo, I.; Rogers, M.; Naresh, K.; Muller, I. and Shaunak, S. 2011. Accelerated healing of cutaneous leishmaniasis in non-healing BALB/c mice using water soluble amphotericin B-polymethacrylic acid.Biomaterials, PMC., 32(1):8029-8039.

16. Boggild, A. K.; Romos, A. P.; Espinosa, D.; Valencia, B. M.; Veland,N.; Miranda-Verastegui, C.; Arevalo, J.; Low, D. E. and Llanos-Cuentas A. 2010. Clinical and demographic stratification of test performance: a pooled analysis of five laboratory diagnostic methods for American cutaneous leishmaniasis. Am. J. Trop. Med. Hyg.; 83(2):345-350.

17. World Health Organization, 2014. Manual for case management of cutaneous leishmaniasis in the WHO eastern mediterran region.Series35. Regional office for the eastern Mediterranean: 48 pp.

18. Hamza, T.; Barnett, J.B. and Li, B. 2010. Interleukin-12 a key immunoregulatory cytokine infection applications, Int. J. Mol.Sci., 11:789-806.

19. Afghan, A. K.; Kassi, M.; Kasi, P. M.; Ayub, A.; Kakar, N. and Marri, S. M., 2011, Clinical manifestation and distribution of cutaneous leishmaniasis in Pakistan. J. Trop. Med., (22):8pp.

20. Andrade-Narvaez, F. G.; Medina-Peralta, S.; Vargas-Gonzalez, A.; Canto-Lara, S. B. and Estrada-Parra, S. 2005. The histopathology of cutaneous leishmaniasis due to *Leishmania mexicana* in the Yucatan peninsula, Mexico. Rev.Int. Med. Trop., 47(4):191-194.

21. Machado, P. R.; Carvalho, A. M.; Machado, G. U.; Dantas, M. L. and Arruda,S. 2011. Development of cutaneous leishmaniasis after Leishmania skin test. Case reports in Medicine, 3(1): 1-4.

22. Abdellatif, M. Z. M.; Elmabrouk, K. and Shmania lousaneis, A. A. 2013. An epidemiological study of cutaneous leishmaniasis in Al-Jabal Al-Gharbi, Libya. Kor. J. Parasitol., 51(1): 75-84.

23. Assafa, D.; Kibru, E.; Nagesh, S.; Gebreselassie, S.; Deribe, F. and Ali, J. 2004. Medical parasitology. Ethiopia public Health Training initiative, Ethiopia, Med. Rep.: 139pp.

24. Donovan, M. J.; Maciuba, B. Z.; Mahan, C.E. and McDowell, M. A. 2010. *Leishmania* infection inhibits cycloheximide-macrophage apoptosis in a strain dependent manner. Exp. Parasitol. J. 123(1):58-64.

25. World Health Organization. 2003. Communicable disease working group on Emergencies, HQ division of communicable disease control, WHO office, Baghdad,: 39-44.

26. Junior, A. D.; Machado, P.; Bacellar, O.; Cheng, L. H.; Almeida, R. P. and Carvalho, E. M. 2002. Evaluation of IFN-gamma as immunological markers of clinical outcome in cutaneous leishmaniasis. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., 35(1): 1-4.

27. Gumurdulu, D.; Ergin, M.; Tuncer, I.; Uzun, S. and Memisoglu, H. 2004, Histopathological and clinical evolution of the cutaneous leishmaniasis in southern Anatolia, Turkey. Aegean Pathol. J., 1(1): 57-61.

28. Bosan, A. H.; Dil, A. S.; Kakar, F. and Sadaryddin, A. 2002. The efficacy of intraregional treatment of cutaneous leishmaniasis with Glucantame. Pakistan. J. Med. Res. 41(2): 1 – 5.

29. Kocyigit, A.; Gur, S.; Gurel, M. S.; Bulut, V. & Ulukanligil, M. 2002. Antimonial therapy induces circulating proinflammatory cytokines in patients with cutaneous leishmaniasis. Infect. Immun., 70(12): 6589-6591.

30. Mary, C.; Faraut, F.; Lascombe, L. & Dumon, H. 2004. Quantification of *Leishmania infantum* DNA bya real-time PCR assay with high sensitivity. J. Clin. Microbiol., 42:5249-5255.

31. Marquardt, W. C.; Demaree, R. S. and Grieve, R. B. 2000. Parasitology and vector biology. 2nd edition. Academic Press,:59. 1455 –1463.

32. Odom, R. B.; James, W. D. and Berger, T. G. 2000. Andrew's diseases of the skin: Clinical dermatology, 9thedn., W.B. Saunders, Philadelphia: 536pp.