المعارف والمواقف والسلوكيات المتعلقة بداء الليشمانيا الجلدية بين السعوديين المترددين على مراكز الرعاية الأولية بالقصيم- السعودية

د.عبد اللطيف الزليباني[*] د. هاني الشبيلي[**] د.أحمد الربعي[***]
د.أحمد ستين [****] د.خديجة دندش[*****]

الملخص

الهدف: أجريت هذه الدراسة لتحديد المعارف والمواقف تجاه مرض الليشمانيا والسلوكيات المتعلقة بالمرض بين المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية بالقصيم.

الطريقة: دراسة وصفية مقطعية، وقد تمت مقابلة المشاركين وعددهم 398، مع إكمال استمارة استبيان ركزت على المعلومات المتعلقة بالمرض ومواقف المشاركين والسلوكيات الوقائية.

النتائج: أظهرت الدراسة أن ما يقرب من 43.2% من المشاركين ذو مستوى من المعلومات يعدُّ ليس كافياً. وكان أقل مستوى من المعلومات هو ما يتعلق بطريقة انتقال المرض والوقاية منه. وكانت أكثر الأعراض معرفةً هي القروح الجلدية (54.0%) والندبة (30.4%). وكانت خاصية المرض المعدية معروفة لدى 14.6% من المشاركين، وكان 29.9% منهم لا يعرفون أن للمرض علاجاً. وقد أخفقت الغالبية من المشاركين في ربط حدوث المرض بالعائل الناقل (91.5%). ولم يتمكن أكثر المشاركين (73.6 %) من تعرف وقت لدغ العائل الناقل. وقد أظهر التحليل التحوّفي المتعدد أن التعلىم والدخل المرتفع ووجود حالة أو حالة سابقة بالأسرة هم أكثر محددات مستوى معارف المشاركين.

الخلاصة: عكست النتائج قصور معارف المشاركين تجاه حدوث المرض، وكذلك تجاه سلوكياتهم الوقائية، وقد أوصت الدراسة بالقيام ببرامج تعلىمية تدخليه باستخدام وسائط مختلفة.

كلمات مفتاحية: داء الليشمانيا الجلدية - المعلومات – المواقف – السلوكيات – المملكة العربية السعودية.

[*] قسم الأمراض الجلدية، كلية الطب، جامعة القصيم.
** قسم الأمراض الجلدية، كلية الطب، جامعة القصيم.
*** قسم الأمراض الجلدية، كلية الطب، جامعة القصيم.
**** قسم الأطفال، كلية الطب، جامعة القصيم.
***** قسم طب الأسرة والمجتمع، كلية الطب، جامعة القصيم.

Knowledge, Attitudes and Practices Related to Cutaneous Leishmaniasis among Attendants of Primary Health Care Centers in Qassim Region – Saudi Arabia

Abdullateef A. Alzolibani* **Hani A. Al Shobaili ****** **Ahmad Al Robaee ******* **Ahmad Settin******** **Khadiga Dandash*********

Abstract

Purpose: To determine knowledge of/and attitudes towards the infection with cutaneous leishmaniasis and the related practices among attendants of primary care centers of Qassim region.

Methods: A descriptive cross sectional study. Participants (398)were interviewed and completed a structured questionnaire focusing on disease knowledge, attitudes and preventive practices.

Results: Approximately 43.2% of the participants showed an insufficient level of knowledge about the disease. The lowest level of knowledge was about how the disease is transmitted or prevented. The most common symptoms reported were: a lesion (54.0%) and a scar (30.4%). The infectious nature of the disease was known to 14.6% while 29.9% didn't know that the disease can be treated. The majority failed to link the disease spreads with vector bites (91.5%). Most of participants (73.6%) did not recognized the biting time of the vector. Regression analysis ranked education, high income and presence or history of a case within the family the most significant determinants of knowledge variable.

Conclusion: participants showed insufficient knowledge regarding the disease transmission and the poor related protective practices against the transmitting vector. Educational interventions using different media are recommended.

Key words: Cutaneous leishmaniasis- Knowledge- Atitudes- Practices- Saudi Arabia.

* Departments of Dermatology, Qassim University, Saudi Arabia.
** Departments of Dermatology, Qassim University, Saudi Arabia.
*** Departments of Dermatology, Qassim University, Saudi Arabia.
**** Paediatric, and Family and Community Medicine, Qassim University, Saudi Arabia.
***** College of Medicine, , Qassim University, Saudi Arabia.

المقدمة: **Introduction** داء الليشمانيا الجلدية cutaneous Leishmaniasis هو عدوى جلدية ناجمة عن طفيل وحيد الخلية ينتقل بلدغات ذبابة الرمل sand fly التي قد تغذت سابقاً على شخص آخر مصاب. ومن المعروف أن هناك نحو 20 نوعاً من الليشمانيا التي قد تتسبب في داء الليشمانيا الجلدية [1،2]. وهذا المرض متوطن في 82 دولة في المناطق الاستوائية وتحت الاستوائية [3]. كما أن الاحتباس الحراري العالمي وغير ذلك من العوامل البيئية قد تسبب في التوسع بشكل ملحوظ في التوزيع الجغرافي لداء الليشمانيا الجلدية، مع زيادة حادة في عدد الإصابات في أنحاء العالم كله في السنوات الأخيرة [4] ويقدر أن نحو عشر سكان العالم معرضون لخطر الإصابة إِذْ إنَّ هناك شخصاً كل 20 ثانية يصاب بداء الليشمانيا الجلدية أي نحو 1.5 مليون حالة جديدة كل عام، ويوجد 10 ملايين شخص في أنحاء العالم يعانون من داء الليشمانيا الجلدية اليوم [3].

يمكن أن ينتج عن هذا المرض عدد كبير من القروح الجلدية التي قد تصل أحياناً إلى 200 في الشخص الواحد، والتي قد تتسبب في إعاقة خطيرة، ودائماً ما تترك المريض في حالة فزع بشكل دائم وشعور بوصمة العار stigma، مما قد ينتج عنها خلل اجتماعي خطير [5]. يمثل عبء burdenالمرض مرتبة مهمة بين الأمراض المعدية إِذْ يعزي إليه الرقم العالمي الثالث ذو الدلالة من سنوات العمر المعدلة بالإعاقة Disability Adjusted Life Years (DALYs) [6]. وعلى الرغم من تزايد معدلات حدوث المرض في العالم وكذلك لأنه نادراً ما يتسبب في الوفاة فقد أصبح واحداً من الأمراض التي تسمى "الأمراض المهملة" Neglected diseases [7]. كما أن مكافحة المرض صعبة نسبياً بسبب تعقيد وبائيات علم الحيوان epizoology الخاصة بداء الليشمانيا الجلدية، والعدد القليل من الخيارات المتاحة للمكافحة الفعالة لناقلات transmitted vectors المرض [8]. وبالنظر إلى أهمية داء الليشمانيات فإن الجلسة 60 "لمنظمة الصحة العالمية"World Health Organization وافقت على قرار لـــ "مكافحة الليشمانيات" The Control of Leishmaniasis في العام 2007 [9].

ومن المعلوم أن السعودية هي واحدة من ست دول يعّد بها نحو 90% من مجموع حالات داء الليشمانيا الجلدية في العالم[2]. وقد أبلغ عن المرض منذ عام 1973[10]. وينتشر داء الليشمانيا الجلدية في أنحاء المملكة كلّها مع التباين الواسع في معدل الإنتشار بين المناطق المختلفة[11]. ومنطقة القصيم ؛ في وسط السعودية، يقيم بها أكبر عدد من الحالات المستجدة سنوياً في السنوات القليلة الماضية[11]، وقد أنشئ برنامج وطني متكامل لمكافحة داء الليشمانيات في إطار الرعاية الصحية منذ عام 1983 [12]. ومن المعلوم أيضاً أن البيئة وأمراض المناطق المدارية البشرية ترتبطان معاً بواسطة السلوك البشري [13] الذي يعدُّ المتغير الرئيسي في نجاح أي برنامج للارتقاء بالصحة health promotion. ولكن حتى الآن لا يوجد ما يكفي من المعلومات المنشورة والمتعلقة بالمعارف knowledge والمواقف Attitude والممارسات practices الخاصة بالمجتمع في المناطق الموبوءة من السعودية بشأن داء الليشمانيا الجلدية. ولذا فقد خطط لهذه الدراسة لبحث مقدار فهم وتعّرف السكان المحليين للمعارف المتصلة بداء الليشمانيات من حيث العامل المسبب وطريقة الانتقال والأعراض والعلاج والتدابير الوقائية ؛ أيضاً، فإنها تحاول استكشاف موقف المشاركين تجاه المرض والسلوكيات القائمة للوقاية منه. ونظراً إلى أنَّ المشاركة المجتمعية Community Participation تعدُّ عاملاً حاسماً في نجاح أي برنامج من برامج الصحة،

يفترض أن نتائج هذه الدراسة سوف تمثل البيانات الأساسية التي يمكن أن يطلبها مخطط برنامج مكافحة المرض.

خطوات إجراء الدراسة: Methods

مجتمع الدراسة: نفذت هذه الدراسة ما بين يناير إلى أبريل 2009 بين البالغين (عمر 18 عاماً أو أكثر) من ثلاثة مراكز للرعاية الصحية الأولية في منطقة القصيم (اثنان بالمناطق الحضرية وواحد بالمناطق الريفية). وتتميز هذه المنطقة التي تقع بالمنطقة الوسطى من المملكة العربية السعودية بالنموذج الأمثل للمناخ الصحراوي [14].

تقدير حجم العينة وطريقة أخذ العينة: بالفرض أن نحو 50% من المشاركين ليس لديهم معرفةً بالمرض المراد دراسته، قدر حجم العينة المطلوبة للكشف عن نسبة السكان الذين لديهم المعرفة المناسبة عن المرض بنحو 423 مشاركاً (بدءاً أن درجة الموثوقية confidence levelهي 95% ومعدل الخطأ 0.05 مع إضافة 10% لتغطية حالات عدم الاستجابة) [15].

تصميم الدراسة وجمع البيانات: أجري التقييم للمعارف والمواقف والممارسات للسكان فيما يتعلق بداء الليشمانيا الجلدية من خلال دراسة وصفيه مقطعية. حددت المراكز الثلاثة المشاركة في البحث بالاختيار العشوائي البسيط من خلال المراكز الصحية بالمنطقة والممثلة للمناطق الحضرية والمناطق الريفية. وقد اختيروا مركزان ممثلان للحضر ومركز واحد ممثل للريف تناسباً مع عدد المراكز بالحضر والريف بالمنطقه.

وقد حصرت ملفات الأسر المسجلة بالمراكز الصحية المشاركة واختيار العينة الممثلة بالطريقة العشوائية البسيطة. وكان الشخص المؤهل للاختيار هو رب الأسره أو من ينوب عنه من الذكور أو الإناث حيث قام فريق البحث بدعوة رب الأسرة أو من ينوب عنه من الأشخاص المؤهلين من الأسر المختارة للمشاركة في الدراسة، وتمت متابعة دعوة أفراد العينة المختارة إلى المشاركة لعدد ثلاث مرات تم بعدها عدُّ الأسرة غير مشاركة.

وقد صممت استبانة منظمة حيث روجعت من قبل زميلين من الأطباء العاملين بالرعاية الأولية وزميل متخصص بالأمراض الطفيلية. وقد جربت الاستبانة قبل بدء التعبئة للبيانات على عينة من المترددين المؤهلين على المراكز الصحية تمثل 10% من حجم العينة المختارة، وذلك للتحقق من جودة صياغة الأسئلة ووضوحها وسهوله فهم المشاركين للمعنى المقصود والتأكد من الوقت اللازم للإجابة على الأستبانة وعدم وجود أى أسئلة ذات حساسية اجتماعية أو نفسية تعوق من مصداقية الإجابات، وأيضاً للتحقق من الشكل النهائي للأستبانة من حيث وضوح الخط وكفاية فراغات ملء الإجابة. وقام بتعبئة بيانات الأستبانة مجموعة من العاملين المدربين بالمراكز الصحية المختارة وذلك بعد دعوه أفراد العينة المختارة للحضور إلى المركز الصحي. وقد اشتمل الجزء الأول من الاستبانة على الخصائص الديموغرافية للمشاركين: العمر والجنس ومكان الإقامة ومستوى التعليم والعمل، واشتمل الجزء الثاني على أسئلة حول الموضوعات التي تتعلق بالمعارف والمواقف والممارسات للمشاركين فيما يتعلق بداء الليشمانيا الجلدية وناقل المرض (ذبابة الرمل). ومن ثَمَّ فقد شملت الأسئلة الوعي بالمرض وتعرّف على الأعراض وتصور طريقة الانتقال ونمط العلاج. وفيما يخص تقييم المعرفة عن ناقل المرض فقد شمل ثلاثة أسئلة حول: أماكن التربية ووقت اللدغ والمعرفة بشأن التدابير الوقائية. أمَّا فيما يختص بالمواقف تجاه هذا المرض فقد استخدم سؤال واحد في تحديد وجهة النظر الإيجابية تجاه الشفاء من المرض، وآخر استخدام لتعرَّف على الرأي السلبي لأنَّ المرض من الأمراض الخطيرة. وللحصول على معلومات عن استخدام تدابير الوقاية من التعرض لناقل المرض في المنزل فقد شملت الاستبانة أسئلة عن استخدام المبيدات الحشرية وطارد الحشرات

وقاتل الحشرات الكهربائي وناموسية الفراش. وشملت الأستبانة سؤالين يتعلقان بالسلوك الفردي خارج المنزل، السؤال الأول يستفسر عن التردد على الأماكن المفتوحة في الليل، والسؤال الثاني يستعلم عن استخدام الدهان الطارد. وقد روقبت الاستبانة يومياً لضبط الجودة quality control .

متغير اندماج المعرفة: Integral knowledge variable هو متغير مركب، كون لتقييم مستوى الفهم المتكامل Integrated لداء الليشمانيا الجلدية، حيث قيمت معلومات المشاركين نوعياً من حيث خصائص المرض وناقل المرض وتدابير الوقاية استناداً إلى وجود المعلومات الخاصة بالعناصر الآتية أو عدم وجودها: أ) المعرفة حول المرض فيما يتعلق بالآتي: 1. الأعراض 2. الخاصية المعدية 3. دور الناقل و4. العلاج .ب) المعرفة بخصوص ناقل المرض من حيث الآتي: 5. أماكن التربية 6. وقت اللدغ . ج) 7. التدابير الوقائية. وقد أدى إحصاء هذه البنود إلى تشكيل متغير جديد " متغير اندماج المعرفة" عن مرض الليشمانيا الجلدية يتألف من ثلاثة مستويات:1- منخفض: يشمل المشاركين لمعرفة ثلاثة أو أقل من المتغيرات السبعة تحت الدراسة 2-. المتوسط: يشمل أولئك الذين يشتركون في معرفة ثلاثة إلى خمسة متغيرات و3 - عالٍ: أولئك الذين يشتركون في معرفة خمسة أو أكثر من المتغيرات.

تحليل البيانات: أدخلت البيانات ازدواجياً بعد تدقيقها وترميزها وتصنيفها باستخدام الحزمة الإحصائية إبي. إنفو إصدار 04. 6 (Epi-info version 6.04) حولت الحالات المدخلة إلى برنامج إس.ب.إس.إس الإصدار 15(SPSS statistical package) وقد شملت خطة المعالجة الإحصائية استخدام جداول التوزيع التكراري Frequency distribution واختبار مربع كأي Chi square test ومجال الموثوقية Odds ratio وتحليل التحوّف المتعدد multiple regression analysis.

الاعتبارات الأخلاقية: حصلت هذه الدراسة على موافقة اللجنة الأخلاقية من كلية الطب في جامعة القصيم. وقد تم الحصول على الموافقة اللفظية المسبقة من المشاركين بعد شرح أهداف الدراسة، وقد كانت المشاركة في الدراسة طواعيةً مع مراعاة الخصوصية والسرية.

النتائج: **Results**

الخصائص الديموغرافية للمشاركين:

كان إجمالي عدد المشاركين في الدراسة 398 مع معدل استجابة 94.1%. وبدراسة الخصائص الشخصية والديموجرافية للأشخاص الذين لم يستجيبوا للدعوة، لم يتبّين وجود أي اختلافات ذات دلالة إحصائية مع باقي العينة التي استجابت للدراسة. وعلى الرغم من إرتفاع معدل الاستجابة إلا أن دعوة المشاركين للحضور للمركز الصحى وعدم الذهاب إليهم في منازلهم قد يفسر عدم الاستجابة الكاملة للعينة المختارة. وقد تراوحت أعمار المشاركين ما بين 18 و57 عاماً، وكان المتوسط والوسيط والانحراف المعياري كالأتي بالترتيب: 34.6 "و" 32.0 "و" ± 6.1. تتألف مجموعة المشاركين من 46.5 % من الذكور و53.5% من الإناث، وكان أكثر من ثلثي عينة الدراسة (70.6%) من سكان مناطق الحضر . كان معظم المشاركين حاصلين على تعليم ابتدائي (46.0%) و4،26% أتموا التعليم الثانوي و13.3% من خريجي الجامعات و12.3% كانوا من غير المتعلمين. وكانت أغلبية المشاركين من موظفي الحكومة (69.1%)، وقد ألف الطلاب 17.8% من المشاركين، في حين كان 4.5% منهم يرتبط عملهم بالقطاع الخاص، و33.7% كانوا غير مرتبطين بأي عمل. وكان عدُّ المعايير الاقتصادية مرضياً بين 35.7% و"أكثر من

مرضٍ" بين 23.9% منهم حين ادعى 15.3% أن دخولهم "غير مرضية". وقد أظهر 12.6% من المشاركين تاريخاً عائلياً إيجابياً للمرض.

المعارف والمواقف حول المرض:

سمعت الأغلبية العظمى من المشاركين عن داء الليشمانيا الجلدية ووصفته ببعض الأسماء المحلية "المحتفرة" "الدمل" و"النفرة". وقدم المشاركون مجموعة واسعة من مصادر المعلومات ؛ كان أكثر هذه المصادر هم أفراد الأسرة ثم التلفزيون ثم جاء بعد ذلك مقدمو الرعاية الصحية (63.9% و27.8% و8.3% على التوالي)، الشكل (1). ومع ذلك، فإن المعرفة العامة الشاملة للمشاركين عن المرض كانت غير كافية، فقد كان من يعرف حقيقة أن داء الليشمانيا الجلدية من الأمراض المعدية وأنه يمكن أن ينتقل من شخص إلى آخر يمثلون 14.6% فقط من المشاركين، في حين أخفق معظمهم في ربط عدوى الإنسان بداء الليشمانيات مع لدغ حشرة ذبابة الرمل بصفة خاصة. وقد أرجع 5.3% من المشاركين سبب انتشار المرض إلى لدغات البعوض، وإلى لدغ ذبابة الرمل 8.2% وإلي لدغ الحشرات الأخرى بنسبة 1.3% من المشاركين. وقد عدت هذه الردود بشأن طريقة انتقال المرض إجابات صحيحة. وكانت الأعراض مثل قروح الجلد skin lesions والندبة scar هي الأكثر تكرارا بوصفها علامات وأعراض داء الليشمانيا الجلدية (54.0% و30.4% من المشاركين على التوالي) في حين أخفق 15.6% من المشاركين في تعريف أي من الأعراض. فيما يتعلق بعلاج المرض فقد أظهر ما يقرب من نصف عدد المشاركين (49.0%) علمهم بتوفر العلاج الطبي وذكر 21.1% منهم الطرائق التقليدية، والبقية (29.9%) لم تكن على علم بأي طريق للعلاج [الجدول 1]. وقد عدُّ أقل من ربع عدد المشاركين(4. 22%) أن الليشمانيا الجلدية مرض خطير، وقد وافقت الأغلبية (4. 81%) على قابلية المرض للشفاء. [الجدول 1]

المعارف والسلوكيات الوقائية حول العائل الناقل للمرض:

استناداً إلى ردود المشاركين فإن أماكن توالد العائل الناقل هي المياه الملوثة، ومواقع جمع القمامة وحظائر الحيوانات (65.8%، 37.6%، 9.8% من المشاركين على التوالي). وكان رأيهم أنَّ وقت اللدغ من الناقل هو في أثناء الليل أو وقت الغسق (36.4% و7.8% من المشاركين على التوالي) وقد ذكر 34% منهم أن لدغ العائل الناقل يمكن أن يكون في أي وقت من النهار أو الليل. ومن ناحية أخرى، فإن 9.3% و18.8% من المشاركين لم يحددوا مكان توالد العائل الناقل أو وقت اللدغ على التوالي. أجاب المشاركون أنه يمكن حماية الأسرة ضد لدغات العائل الناقل باستخدام المبيد الحشري الرش والمبيد الحشري الطارد والصاعق الكهربائي (46.5% و44.7% و37.7% من المشاركين على التوالي)، وذكر 14.1% أنه من الممكن حماية الأسرة باستخدام ناموسيات الفراش [الجدول 2]

مستويات متغير "اندماج المعرفة" وعلاقته بالخصائص الديموغرافية للمشاركين ومواقفهم تجاه داء الليشمانيا الجلدية وسلوكياتهم تجاه العائل الناقل للمرض (ذبابة الرمل)

عرض لمستويات متغير "اندماج المعرفة" الذي يتعلق بالفهم المتكامل للمشاركين عن داء الليشمانيا الجلدية والعائل الناقل للمرض والتدابير الوقائية مبيّن في الشكل 2. وقد أدرج ما يقرب من نصف عدد المشاركين بالمستوى المنخفض (43.2%)، وقد حقق 35.2% منهم المستوى المتوسط وحصل 21.6% منهم على المستوى الجيد من "متغير اندماج المعرفة". فيما يتعلق بالمتغيرات المحتملة التي تؤثر في مستويات "متغير اندماج المعرفة" كما هو مبيّن في الجدولين 2 و3 ، فقد حصل المشاركون في المجموعة العمرية الأصغر (أقل من 30 سنة) على نسبة من المستويين المتوسط والأعلى من "متغير اندماج المعرفة" أكثر من الضعف وذي دلالة إحصائية يعتد بها

(درجة موثوقية 6 . 2) مقارنة بما حصّلته المجموعة العمرية الأكبر سناً. كما حققت الإناث النتائج نفسه مقارنة بالذكور. وقد ارتبط ارتفاع مستوي تعليم المشاركين بارتفاع في مستوى "متغير اندماج المعرفة" وكان ذلك ذا مغزى إحصائي وذا دلالة إحصائية يعتدُّ بها، غير أن مستوى "متغير اندماج المعرفة" للمشاركين لم يختلف بشكل ملحوظ فيما يتعلق بالإقامة (الحضر مقابل الريف) أو العمل. وقد كشفت نماذج تحليل التحوّف اللوجيستي المتعدد أن التعليم والدخل ووجود حالة سابقة بالأسرة أثر بدرجة ذات دلالة إحصائية معتد بها على مستوى "متغير اندماج المعرفة' بين المشاركين (الجدول 3).

فيما يتعلق بموقف المشاركين تجاه المرض، قيم متغيران: خطورة المرض وقابلية المرض للشفاء. عدَّ معظم المشاركين (68.5%) المرض غير خطير، ومن بين المعتقدين بخطورة المرض، نسبة 49.6% منهم أرجعوا خطورة المرض إلى أثر الندبة المتبقية، في حين عزى 34.4% منهم ذلك لطريقة العلاج التدخلي الشديدة وطول ومدة العلاج، وأوضح 0. 16% منهم العبء النفسي للمرض. وقد أظهر المشاركون ذوو المستوى الأعلى من "متغير اندماج المعرفة" موقفاً متفقاً عليه وذا دلالة إحصائية معتد بها نحو خطورة المرض ما يقرب، من أربعة أضعاف وأكثر المشاركين من ذوي المستوى الأقل (درجة موثوقية 3.9). وفيما يتعلق بمتغير" قابلية شفاء المرض"، أظهرت الغالبية من المشاركين (81.4 %) الموقف الإيجابي مع عدم وجود فارق ذي دلالة إحصائية بين المجموعتين. فيما يتعلق بالأساليب الوقائية المتعلقة بناقل المرض، ذكر المشاركون استخدامهم لرش المبيدات الحشرية والنوافذ السلكية واستخدام طارد للحشرات (37.9% و34.7 و21.9% على التوالي). ومن جهة أخرى، استخدم المشاركون الصاعق الكهربي والدهان الطارد بنسبة 8.9% و7.3% على التوالي. بشكل عام أظهر المشاركون ذوو المستوى الأعلى من مستوي "متغير اندماج المعرفة" استخداماً أكثر لوسائل الوقاية عن استخدام المشاركين ذوو المستوى الأقل مع فارق ذي دلالة إحصائية. وكانت ناموسيات السرير أقل الوسائل استخداماً مع عدم وجود فارق ذي دلالة إحصائية بين المجموعتين.

المناقشة:Discussion

يمثل داء الليشمانيا مشكلة صحية متزايدة. وقد أعلنت "منظمة الصحة العالمية" مبادرة لمكافحة داء الليشمانيا الجلدية في مناطق محددة من العالم القديم في العام 2007 [3]. ومن المعلوم أن فهم المعارف والمواقف والسلوكيات الخاصة بالمجتمع المتعلقة بداء الليشمانيا الجلدية يمكن أن يكون مفتاح نجاح أي برنامج لمكافحة المرض. ومنذ عام 2004، احتفظت منطقة القصيم باستمرار بالمرتبة الأعلى بين المناطق الموبوءة في السعودية من حيث معدل حدوث الإصابات الجديدة [11]. وهذه هي الدراسة الأولى التي جرى تنفيذها لتوفير البيانات الأساسية عن المعارف والمواقف والممارسات المتعلقة بداء الليشمانيات على مستوى المجتمعات المحلية منذ تنفيذ البرنامج الوطني للتحكم بالمرض في عام 1983 [12]. ومع ذلك فقد واجهت هذه الدراسة بعض القيود ممثلة في تعريف المرض الذي لم يكن يعرف باسمه العلمي، ولكن بالأحرى كان معروفاً بالأسماء العربية المحلية، وذلك لمعظم المشاركين. بيد أن معظم المشاركين كانوا على دراية بالقروح الجلدية والندبات كأهم مظاهر لداء الليشمانيا الجلدية. وفيما يتعلق بتوطن المرض في منطقة الدراسة؛ فإن أكثر من 10% من المشاركين أفادت بحدوث حالة بين المقيمين بالمنزل؛ والذي يمكن أن يوضح الألفة مع

أسماء المرض. بيد أن هناك تقريباً نقصاً تاماً في معرفة حول طريقة انتقال المرض بواسطة العائل الناقل المرض الأساسي وهو ذبابة الرمل. وقد أوضح أكثر من نصف عدد المشاركين عدم معرفتهم بكيفية حدوث المرض، كما أن قرابة ثلث عدد المشاركين عزوا حدوث المرض إلى تلوث المياه. وتبرز هذه النتائج ضآلة المعرفة والمفاهيم الخاطئة عند السكان بهذا المرض. وعلى هذا فإن عدم معرفة دور الإنسان في انتقال المرض والعدوى بين الغالبية من المشاركين يجذب انتباهنا إلى الانخفاض في المعرفة الوقائية تجاه هذا المرض حيث أجاب أقل من نصف عدد المشاركين عن السؤال: "كيف يمكن حماية عائلتك ؟" على الرغم من وضوح أهمية المعرفة بهذه الحقائق المتعلقة بانتقال المرض ومصادر العدوى. كما تشير النتائج أيضا نحو خطأ مصادر المعلومات المتعلقة بالمرض فقد حصل الغالبية من المشاركين على المعلومات الخاصة بالمرض من أحد أفراد الأسرة في حين اكتسب القليل من المعلومات عن طريق مقدمي الرعاية الصحية، والذي يمكن أن يفسر القصور والمفاهيم الخاطئة في معلومات المشاركين. ومن ناحية أخرى، فإن أولئك الذين أمكنهم أن يتعرفوا العائل الناقل للمرض مع الأخذ في الحسبان احتساب إجابتهم بأن ناقل المرض هو البعوض إجابة صحيحة، يمكن القول: إنَّه لا معارف كافية عن الناقل نفسه، أو أماكن التوالد حيث كانت المياه الملوثة وأماكن جمع القمامة هما أكثر مواقع التوالد معرفةً لمعظم المشاركين، ولم تكن هناك معلومات عن المواقع الأخرى داخل المنزل أو خارجه. وقد أخفقت الغالبية من المشاركين في تحديد الوقت المفضل للدغ بالنسبة لعائل الناقل وهي النتائج التي تطابقت مع بعض الدراسات العالمية الأخرى [16]. وينبغي أن نذكرأنه لتقليل فرص الإتصال بين العائل الناقل والإنسان ينبغي أن يحصل المجتمع على المعلومات الصحيحة حول أماكن التكاثر وعادات وقت اللدغ لناقل المرض، ومع علمنا بالطبيعة الزراعية لمنطقة القصيم [14] يمكن أن تكون العادات المحلية من قضاء ليالي العطلات ونهاية الأسبوع في المزارع والحدائق خارج المدن من العوامل التي تزيد من فرص التعرض لناقل المرض وحقيقة أن لدغ ذبابة الرمل تحدث غالباً في الليل مما يحتاج إلى نشر هذه المعلومات بين أفراد المجتمع. ومع أن المرض عادة أكثر شيوعاً بين الذكور [11] فإن الإناث في هذه الدراسة أظهرن مستوى أفضل من المعرفة مما يمكن أن يعزى إلى الواجبات الاجتماعية التقليدية في رعاية الحالات التي بالمنزل. وقد بيّنت نتائج تحليل التحوّف المتعدد الإحصائي أن وجود حالة بالمنزل مما يعني خبرة سابقة بالمرض كانت من بين العوامل المحددة للحصول على معدل "متغير اندماج المعرفة" الأعلى. كما أن التعليم وعلاقته الراسخة بالمعرفة، يجذب انتباهنا إلى أهمية ترسيخ المعلومات المتعلقة بهذا المرض المتوطن ضمن المناهج الدراسية. وقد ظهر أن القصور في المعلومات والمعتقدات الخاطئة المتعلقة بداء الليشمانيا الجلدية قد رصد أيضاً بين العديد من المجتمعات الأخرى الموطونة مع اختلاف أو نقص في المتغيرات [16، 17].

وقد أرجع معظم المشاركين ذوي الموقف المتوافق مع خطورة المرض تلك الخطورة إلى سببين رئيسيين: التشوه الناتج عن الندبة والعلاج التدخلي الشديد طويل الأمد. ولأن الأغلبية من الحالات تشفى تلقائياً [18]، ولمّا كان مرضاً غير قاتل فقد تسبب ذلك في إهمال هذا المرض لفترة طويلة [3] على الرغم من أنه قد يسبب التشوه والذي يجعله من الموضوعات ذات الأهمية المتعلقة بصحة المجتمع [5،19]. كما أن التشوه يمثل مرضاً خطيراً في المجتمع السعودي الذي تمثل فيه السيدات نحو ربع عدد الحالات المصابة بالمرض[11] وأن 60% من أماكن الإصابات تكون بالوجه [11]. كما أن طول مدة العلاج والتدخل العلاجي العنيف كان السبب الآخر الذي عزى إليه المشاركون خطورة المرض. والنظام الصحي

في المملكة العربية السعودية يعدُّ داء الليشمانيا الجلدية من الأمراض التي ينبغي التبليغ عنها، وعلى ذلك فقد ترسخ البرنامج الوطني لمكافحة مرض الليشمانيا منذ عام 1979، ثم اندمج بعد ذلك كجزء من نشاطات الرعاية الأولية عام 1983 [12].

الاستنتاجات والتوصيات: Conclusions and Recommendations

وفي المحصلة، فقد بيَّنت هذه الدراسة أن ما يقرب من نصف عدد المشاركين قد استخدم بعض الوسائل الوقائية ضد التعرض لناقل المرض، وكان مبيد الحشرات الرش وطارد الحشرات هما الأكثر استخداماً، ومع الأخذ في الحسبان إخفاق معظم المشاركين في ربط حدوث العدوي بالمرض بالعائل الناقل للمرض مما يرجح أن استخدام هذه الوسائل إنما يرجع للإزعاج الذي يتسبب فيه الناقل (16). كما توضح هذه الدراسة قصور معلومات المشاركين فيما يتعلق بخاصية العدوى وطريقة الانتشار وطرائق الوقاية من المرض ونقص المعلومات فيما يتعلق بأماكن توالد العائل الناقل ووقت اللدغ، مما يؤكد الاحتياج لبرامج تدخلية تعليمية باستخدام وسائط متعددة لسدّ النقص في هذه المعلومات والاتجاهات الخاطئة، وللحصول على نتائج طيبة لمكافحة المرض والقضاء عليه.

الشكر والتقدير: Acknowledgment

يسجل المؤلفون الشكر والتقدير لأفراد من مراكز الرعاية الصحية الأولية على تعاونهم في هذه الدراسة. وكذلك نحن ممتنون للتسهيلات المقدمة من كلية الطب جامعة القصيم .

الجدول 1. المعارف ذات العلاقة بداء الليشمانيا الجلدية وناقل المرض (ذبابة الرمل)

	المتغيرات	الردود	العدد	%
	المعارف المتعلقة بالمرض			
1	المعرفة بالمرض	يعرف الاسم العلمي	284	71.04
		يعرف الأسماء الأخرى *	114	28.06
2	داء الليشمانيا الجلدية مرض معدي	نعم	58	14.6
		لا	340	86.4
3	أعراض الليشمانيا الجلدية	القروح**	315	54.0
		الندبة	121	30.4
		لا أعرف	62	15.6
4	تنتقل الليشمانيا الجلدية عن طريق	تلوث الهواء	49	12.3
		لدغ الحشرات / البعوض	34	8.5
		التعرض للمياه الملوثة	52	13.1
		اتصل شخص مصاب	31	7.8
		لا أعرف	232	58.3
5	علاج اليشمانيا الجلدية	علاج طبي	195	49.0
		الطب البديل	84	21.1
		لا يوجد علاج	119	29.9
	المعارف المتعلقة بناقلات الأمراض			
1	أماكن التوالد***	المياه الملوثة	262	65.8
		القمامة	150	37.6
		الشقوق	39	9.8
		حظائر الحيوانات	28	7.0
		لا أعرف	37	9.3

2	وقت اللدغ	الغسق.	31	7.8
		الليل	145	36.4
		النهار	12	3.0
		أي وقت	135	34.0
		لا أعرف	75	18.8
3	التدابير الوقائية*	رش المبيدات الحشرية	185	46.5
		الطارد الحشرات	178	44.7
		الصاعق الكهربائي	150	37.7
		دهان طارد	67	16.8
		الناموسية	56	14.1
		شباك سلكي	122	30.7

الأسماء الأخرى*: المحتفرة – النفرة – الدمل

القروح**: احمرار – ورم صغير – ورم صغير مقشر – دمل - قرحة

إجابات متعددة ***

الجدول 2. العلاقة بين معدل متغير"اندماج المعرفة" والخصائص الديموغرافية ومواقف وسلوكيات للمشاركين

	المتغيرات		معدل متغير"اندماج المعرفة"				مجال الموثوقية 95%
			متوسط وعالٍ (226)		منخفض (172)		
			العدد	%	العدد	%	
م	الخصائص الديموغرافية للمشاركين						
1	العمر بالسنوات	أقل من 30	130	70.2	55	29.7	
		30 أو أكثر	96	45.1	117	54.9	2.6 (1.7-3.8)
2	النوع	امرأة	139	64.5	67	32.5	
		رجل	87	45.3	105	54.7	2.5 (1.6-3.8)*
3	الإقامة	حضر	157	55.9	124	44.1	
		ريف	69	59.0	48	41.0	NS
4	التعليم	بدون ويقرأ ويكتب	17	34.7	32	65.3	1#
		ابتدائي	108	56.3	75	43.7	2.7 (1.3-5.5)
		ثانوي	64	56.6	49	43.4	2.5 (1.2-5,2)
		جامعي	37	69.8	16	30.2	4.3 (1.8-10.9)
5	العمل	مهني	7	38.9	11	61.1	غير معتدّ به
		عامل	73	57.5	54	42.5	
		موظف	119	80.4	29	19.6	
		طالب	40	56.3	31	43.7	
		بدون	87	64.9	47	35.1	
6	الدخل	غير مرضى	18	29.5	43	70.5	1#
		مرضي	57	40.1	85	59.9	1.6 (0.8-3.2)
		مرضى +	51	53.7	44	46.3	3.9 (1.3-5.8)
7	حدوث حالة بالمنزل	نعم	35	70.0	15	30.0	1.9 (1.0-3.8)*
		لا	191	54.9	157	45.1	
م	المواقف تجاه مرض اللشمانية الجلدية						
1	داء الليشمانيا الجلدية مرض خطير	نعم	97	77.6	28	22.4	3.9 (2.3-6.5)***
		لا	129	47.2	144	52.7	
2	لماذا تعدُّ داء الليشمانيا الجلدية مرضاً خطيراً؟						
	الندوب المتبقية		47	75.8	15	24.2	غير معتدّ به
	علاج تدخلي وطويل		32	74.4	11	25.6	
	العبء النفسي		17	85.0	3	15.0	
3	داء الليشمانيا الجلدية قابل للشفاء	نعم	224	69.1	100	30.9	غير معتدّ به
		لا	65	75.7	18	24.3	

م	السلوكيات لمكافحة ناقل المرض					
1	رش المبيدات الحشرية	130	86.1	21	13.9	9.7 (5.6-17.1)***
2	طارد للحشرات	28	77.8	8	22.2	2.9 (1.2-7.1)***
3	الصاعق الكهربائي	70	81.5	17	18.5	4.1 (2.2-7.5)***
4	دهان طارد	26	74.3	9	25.7	غير معتدّ به
5	الناموسية	15	51.7	14	48.3	غير معتدّ به
6	شباك سلكي	125	90.6	13	9.4	15.1 (7.8-9.7)***

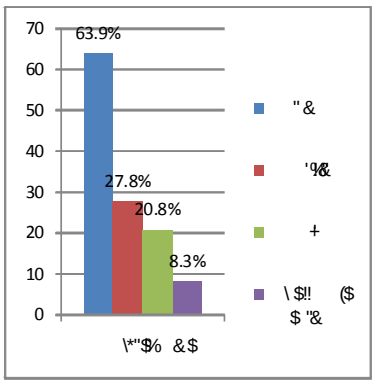
مجال الموثوقية C I: Confidence interval

المجموعة المرجعية # Reference group *** p<0.001

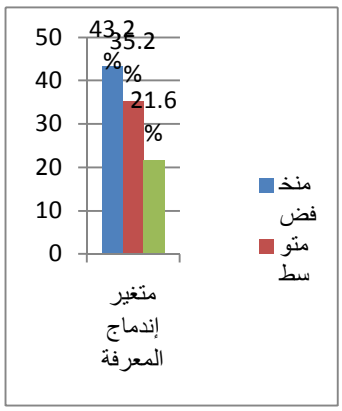
الجدول 3. النسب الأرجحيه المعدّلة المرتبطة بمعدل متغير "اندماج المعرفة" المتعلق بداء الليشمانيا الجلدية استناداً إلى نموذج التحوّف اللوجستي المتعدد

المتغير	قيمة B	الخطأ المعياري	النسب الأرجحيه المعدّلة	مجال الموثوقية 95%
التعليم (عالٍ)	1.704	0.571	5.4**	1.7- 6.8
الدخل (مرضٍ +)	1.188	0.514	3.3**	1.2-8.9
وجود حالة بالأسرة (نعم)	1.412	0.244	2.03*	1.3-3.3

**p<01 * P<05



الشكل 1. مصادر معلومات المشاركين



الشكل 2. مستويات "متغير اندماج المعرفة"

المراجع

1. James, William D, Berger, Timothy G.; et al. Andrews' Diseases of the Skin: clinical Dermatology. Saunders Elsevier. ISBN 0-7216-2921-0. 2006.
2. Herwaldt BL. Leishmaniasis. Lancet 1999 Oct; 354(9185):1191-9.
3. World Health Organization: Cutaneous leishmaniasis: why are you neglecting me? A WHO initiative to control Cutaneous Leishmaniasis in selected Old World areas. WHO/CDS/NTD/IDM/2007.3.
4. Desjeux P. The increase in risk factors for leishmaniasis worldwide. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene May 2001; 95(3): 239-243.
5. World Health Organization: Leishmaniasis background information. Available from http://www.who.int/leishmaniasis/en/ Downloaded on October 15, 2009.
6. Innovative and Intensified Disease Management (IDM). Available from: http://www.who.int/neglected_diseases/disease_management/en/ Downloaded on October 15, 2009.
7. Reithinger R, Dujardin JC, Louzir H.; et al. Cutaneous leishmaniasis. Lancet Infect Dis 2007 Sep;7(9):581-96.
8. Control of Leishmaniasis. World Health Assembly, First Special Session Sixtieth World Health Assembly. 23 MAY 2007 | GENEVA. 63-66. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/E/WHASS1_WHA60REC1-en.pdf
9. Reithinger R, Dujardin JC, Louzir H.; et al. Cutaneous leishmaniasis. Lancet Infect Dis 2007 Sep;7(9):581-96.
10. Morsey TA, Shoura MI. Some aspects of cutaneous leishmaniasis in Riyadh. S A. Proc 9th Int Cong Trop Med Malar 1973;1:138.
11. Ministry of Health , Saudi Arabia, Statistics years books 2008. Available from: http://www.moh.gov.sa/statistics/index.html
12. Al-Tawfiq JA. Epidemiological information on Cutaneous Leishmaniasis in Saudi Arabia. In report of the consultative meeting on cutaneous leishmaniasis. Geneva, WHO Headquarters 30 April to 2 May 2007.
13. Urbanization: an increasing risk factor for leishmaniasis, Weekly Epidemiological Record 2002 November; 77: 44- 1
14. Al-Qassim Province.[Online] cited on 30 December 2009. Available at: http://en.wikipedia.org/wiki/Al-Qassim_Province.
15. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies. A practical manual. World Health Organization, Geneva, 1991.
16. Pardo PH, Carvajal A, Ferro C,Davies C R. Effect of knowledge and economic status on sandfly control activities by householders at risk of cutaneous leishmaniasis in the subandean region of Huila department, Colombia, Biomédica Oct 2006, 26 (1) suppl.1
17. Arana B A, RizzoNR, Navin TR.; et al. Cutaneous leishmaniasis in Guatemala: people's knowledge, concepts and practices, Annals of Tropical Medicine and Parasitology, February 2000, 94 (8): 779 – 786.
18. Ok a U Z, Balcıog˘lu a I C,Taylan O A.; et al. Leishmaniasis in Turkey. Acta Tropica 2002, 84: 43- 48
19. Chaves LF, Pascual M. Climate Cycles and Forecasts of Cutaneous Leishmaniasis, a Non stationary Vector-Borne Disease. PLoS Med. 2006; 3(8): e295.
20.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2010/3//24.
تاريخ قبوله للنشر 2010/10/4.