QUALITATIVE RESEARCH

Exploring the Beliefs and Experiences of Residents of Endemic Areas of Isfahan Regarding the Nature of Cutaneous Leishmaniasis and Its Control: A Qualitative Study

Fereshteh Zamani-Alavijeh[1],
Elahe Tavassoli[2],
Masoumeh Alidosti [3],
Javad Ramzanpour[4]

[1] Professor, Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[2] Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
[3] Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
[4] MSc in Medical education, Isfahan Province Health Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(Received November 19, 2024; Accepted March 2, 2025)

Abstract

Background and purpose: Cutaneous leishmaniasis is a major health priority in many tropical regions of the world. Understanding the beliefs and experiences of individuals in endemic areas is essential, as an in-depth understanding of these beliefs can inform the design of educational interventions tailored to the local context. Therefore, the present qualitative study aimed to explore the beliefs and experiences of residents in endemic areas of Isfahan regarding the nature of cutaneous leishmaniasis and its control.

Materials and methods: This qualitative study was conducted in endemic areas of Isfahan province in 2020. The participants were individuals living in the region from various age, educational, occupational, and ethnic groups. To increase the strength of the data, additional individuals who were somehow related to this issue, including district officials, health center personnel, and school teachers, were also included in the study. Purposive sampling continued until data saturation was reached. A total of 34 interviews (3 group discussions and 31 individual interviews) were conducted. After conducting the interviews, categories and sub-categories were identified through content analysis.

Results: Data analysis led to the identification of two main categories: The first category concerned misconceptions related to the nature of cutaneous leishmaniasis, with two subcategories: concepts about the cause of the disease and concepts about the carrier of the disease. The second category concerned misconceptions about the control of the disease, with two subcategories: concepts about prevention and concepts about treatment.

Conclusion: This study identified misconceptions about cutaneous leishmaniasis and its control, which can be taken into consideration in developing educational programs aimed at effectively correcting beliefs and ultimately controlling cutaneous leishmaniasis.

Keywords: beliefs, behavior, cutaneous leishmaniasis, qualitative study

J Mazandaran Univ Med Sci 2025; 35 (244): 157-168 (Persian).

Corresponding Author: Masoumeh Alidosti - Social Determinants of Health Research Center Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. (E-mail: malidosti94@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-27]

پژوهشی کیفی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و پنجم شماره ۲۴۴ اردیبهشت سال ۱۴۰۴ (۱۶۸-۱۵۷)

تبیین باور و تجارب ساکنین مناطق اندمیک اصفهان درباره ماهیت لیشمانیوز جلدی و کنترل آن: یک مطالعه کیفی

فرشته زمانی علویجه[۱]
الهه توسلی[۲]
معصومه علیدوستی[۳]
جواد رمضان پور[۴]

چکیده

سابقه و هدف: لیشمانیوز جلدی یکی از اولویت‌های سلامتی در بسیاری از مناطق گرمسیری جهان است. کشف باورها و تجربیات در مناطق اندمیک بیماری، ضروری می‌باشد چرا که برای انجام هر گونه مداخله‌ی پیشگیرانه، شناخت عمیق باورهای افراد کمک می‌کند تا مداخلات آموزشی بر اساس شرایط موجود تدوین شود. لذا مطالعه‌ی کیفی حاضر با هدف تبیین باور و تجارب ساکنین مناطق اندمیک اصفهان درباره ماهیت لیشمانیوز جلدی و کنترل آن، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه کیفی حاضر، سال ۱۳۹۹ در مناطق اندمیک استان اصفهان انجام شد. مشارکت‌کنندگان، افراد ساکن در منطقه از گروه‌های مختلف سنی، تحصیلاتی، شغلی و قومیتی بودند. برای افزایش استحکام داده‌ها، افرادی دیگری نیز که به نوعی با این موضوع ارتباط داشتند، شامل مسئولین منطقه، پرسنل مراکز بهداشتی، معلمین مدارس نیز وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند تا رسیدن به اشباع اطلاعات ادامه یافت. در مجموع ۳۴ مصاحبه (۳ مورد بحث گروهی و ۳۱ مورد مصاحبه فردی) انجام شد. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، طبقه‌ها و زیرطبقه‌ها ازطریق تحلیل محتوا، مشخص گردید.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی ۲ طبقه‌ی اصلی شد طبقه‌ی اول تصورات غلط مربوط به ماهیت بیماری لشمانیوز جلدی با ۲ زیر طبقه‌ی، تصورات در مورد علت بیماری، تصورات در مورد ناقل بیماری و طبقه‌ی دوم تصورات نادرست در مورد کنترل بیماری با ۲ زیر طبقه‌ی، تصورات در مورد پیشگیری و تصورات درمورد درمان بودند.

استنتاج: این مطالعه برداشت‌های نادرست در مورد بیماری لیشمانیوز جلدی و کنترل آن را شناسایی کرد که می‌تواند در تدوین برنامه‌های آموزشی مورد توجه قرار گیرد تا قدمی موثر برای اصلاح باورها و نهایتا کنترل لیشمانیوز جلدی برداشته شود.

واژه های کلیدی: باورها، رفتار، لیشمانیوزجلدی، مطالعه کیفی

مولف مسئول: معصومه علیدوستی–شهرکرد -مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد **E-mail:** malidosti94@gmail.com

۱ استاد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۳. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۴. کارشناس ارشد آموزش پزشکی، مرکز بهداشت استان اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت : ۱۴۰۳/۸/۲۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۳/۱۰/۱۷ تاریخ تصویب : ۱۴۰۳/۱۲/۱۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-27]

مقدمه

لیشمانیوز جلدی، بیماری‌های عفونی که از طریق گزش پشه‌ی فلبوتوموس انتقال می‌یابد و یک اولویت سلامتی در مناطق گرمسیری جهان است(۳-۱). بیش از ۷۰ تا ۷۵ درصد لیشمانیوز جلدی از شش کشور، افغانستان، الجزایر، برزیل، کلمبیا، سوریه و ایران گزارش شده است. تخمین زده می‌شود سالانه ۲۰۰۰۰ مورد جدید در ایران گزارش شود؛ اما تعداد واقعی به احتمال زیاد بیش‌تر است(۴). این بیماری در ۱۷ استان ایران منجمله اصفهان بومی است و در دهه گذشته میزان شیوع در استان اصفهان افزایش چشم‌گیری داشته است(۶،۵). این موضوع برای سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت در ایران هشدار دهنده است و نشان از حضور برخی مشکلات در کنترل بیماری است(۷).

ضروت توجه به این بیماری به دلیل درمان دشوار، هزینه‌های بالای پزشکی، مقاومت در برابر دارو، عوارض جانبی دارو، زخم‌های طولانی مدت و احتمال عفونت ثانویه، ایجاد اسکار ناخوشایند و مشکلات روانشناختی می‌باشد و از آن‌جایی که واکسنی برای پیشگیری از آن در دسترس نیست، شناسایی وضعیت و ترویج رفتارهای پیشگیرانه در مناطق بومی از مهم‌ترین راهکارهای کنترل لیشمانیوز مطرح شده است(۱۱-۸).

پیشگیری، کنترل و از بین بردن هر بیماری عمدتا به دانش، نگرش و عملکرد افراد، بستگی دارد(۱۳،۱۲). دانش و ادراکات صحیح در مورد بیماری به‌طور مستقیم با روش پیشگیری مرتبط است، درک فرد از بیماری سبب انتخاب استراتژی‌های پیشگیری می‌شود(۱۵،۱۴). در مطالعات خارجی، درک نادرستی از بیماری سالک دیده می‌شود منجمله، لیشمانیوز به عنوان مجازات الهی و لمس شیطان یا زخم های لیشمانیوز و رنج مربوطه «سرنوشت و قسمت » قلمداد شده بود(۱۸-۱۶). افراد با چنین درکی باور ندارند که رفتارهای پیشگیرانه می‌تواند خطر ابتلا را کاهش دهد. هم‌چنین در برخی مناطق، درمان جدی گرفته نمی‌شود، زخم لیشمایوز را یک مشکل جزئی دانسته و انتظار برای بهبودی خودبخودی دارند(۲۱-۱۹). این نتایج نشان می‌دهد که کشف ادراکات و تجربیات در مناطق اندمیک لیشمانیوز، ضروری می‌باشد تا برنامه‌های مداخله‌ای و آموزشی بر اساس شرایط موجود به‌طور دقیق‌تر تدوین شود. این مهم نیاز به بررسی دقیق باورهادر مناطق اندمیک اصفهان را نشان می‌دهد تا بتوان به سیاست‌گذاران و مدیران بهداشت در برنامه ریزی‌های مؤثرتر برای کنترل این بیماری کمک کرد. لذا مطالعه‌ی کیفی حاضر با هدف تبیین باور و تجارب ساکنین مناطق اندمیک اصفهان درباره ماهیت لیشمانیوز جلدی و کنترل آن، انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه کیفی حاضر با رویکرد تحلیل محتوا به بررسی عمیق ادراکات و تجربیات مردم مناطق سالک خیز اصفهان، با کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1398.280، در سال ۱۳۹۹ انجام پذیرفت. مشارکت کنندگان شامل اطلاع‌دهندگان اصلی و اطلاع‌دهندگان سودمند بودند. اطلاع دهندگان اصلی افراد ساکن در منطقه از گروه‌های مختلف سنی، تحصیلاتی، شغلی و قومیتی بودند و برای این گروه معیار ورود تمایل به شرکت در مطالعه و معیار خروج، مهمان بودن یا سکونت کم‌تر از ۶ ماه در منطقه و عدم تمایل به ادامه مصاحبه بود. اطلاع دهندگان سودمند که برای شناخت ابعاد مختلف موضوع و افزایش قوام و استحکام داده‌ها وارد مطالعه شدند، افرادی بودند که به نوعی با این موضوع ارتباط داشتند که شامل مسئولین منطقه، پرسنل مراکز بهداشتی، معلمین مدارس بوده است. برای این گروه معیار ورود تمایل به شرکت در مطالعه و معیار خروج؛ عدم تمایل به ادامه مصاحبه بود.

حجم نمونه از فرمول خاصی پیروی نمی‌کند و نمونه‌ها براساس روند تحقیق تعیین شد، چرا که برای پژوهش کیفی از قبل تعداد نمونه‌ها قابل پیش‌بینی نمی‌باشد. لذا نمونه‌گیری تا زمان اشباع اطلاعات و عدم

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-27]

دستیابی به داده‌های جدید ادامه یافت. در جمع‌آوری داده‌ها ابتدا مشارکت‌کننده را از اهداف تحقیق و ضبط صوتی مصاحبه‌ها آگاه کرده و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و حق کناره‌گیری از پژوهش در زمان دلخواه اطمینان داده شد. پس از اخذ رضایت کتبی و آگاهانه از شرکت‌کنندگان مبنی بر ثبت و ضبط صحبت‌ها و دادن اختیار به انصراف از مطالعه به دلایلی چون طولانی شدن زمان مصاحبه یا عدم تمایل به پاسخ برای سوالی، اقدام به جمع‌آوری داده گردید. مصاحبه‌ها، با هماهنگی مشارکت‌کنندگان، در مدارس، مراکز بهداشت و محل کار مشارکت کنندگان (مغازه یا دفتر کار) انجام شد. مدت هر مصاحبه بین ۲۰ تا ۴۵ دقیقه متغیر بود. ابتدا سوالاتی در مورد مشخصات دموگرافیک شامل سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، هم‌چنین سابقه ابتلا به سالک پرسیده شد، سپس مصاحبه‌ها نیمه ساختار یافته، با یک مجموعه سوالات باز از پیش تعیین شده شامل، "تصور شما در مورد بیماری سالک چیست؟ شما چگونه به این بیماری مبتلا شدید؟ به نظر شما افراد چگونه به این بیماری مبتلا می‌شوند؟ برای پیشگیری از این بیماری چه کارهایی انجام می‌دهید؟ از تجربه خودتان زمانی که خودتان یا نزدیکانتان با این بیماری مواجهه شدند بگویید؟ برای درمان بیماری سالک در خود یا نزدیکانتان چه اقدامی انجام دادید؟ فکر می‌کنید چه چیزی در بهبودی این بیماری تاثیر بیش‌تری دارد؟" انجام شد و متناسب با پاسخ‌ها و داده‌های استخراج شده، برای کشف اطلاعات عمیق‌تر از پرسش‌های کاووشی نظیر " لطفا بیش‌تر توضیح دهید" و " منظورتان چیست؟ " پرسیده شد. مصاحبه‌ها به‌صورت فردی و ۳ مورد مصاحبه به‌صورت گروه کانونی (۸-۵ نفره) بود. در ۳ مدرسه به دلیل کم رویی و خجالتی بودن دانش آموزان نزد مصاحبه گر، با برنامه‌ریزی قبلی، با روش گروه کانونی (Focus Groups) مصاحبه انجام شد تا جمع‌آوری اطلاعات از چندین نفر در یک جلسه انجام شود و امکان مقایسه و تجمیع نظرات مختلف در کوتاه‌ترین زمان فراهم گردد. انتخاب مشارکت‌کنندگان برای گروه کانونی اهمیت ویژه‌ای داشت، لذا دانش آموزانی برای مصاحبه انتخاب شدند که به گفته مسئولین مدرسه تجربه یا دیدگاه خاصی در مورد موضوع پژوهش و توانایی مشارکت فعال در بحث‌ها را داشتند. مصاحبه‌گر نقش تسهیل کننده و هدایت گر بحث‌ها، حفظ جریان گفتگو و اطمینان از مشارکت همه افراد را برعهده داشت. تلاش شد فضای جلسه راحت و غیر رسمی باشد تا مشارکت کنندگان احساس امنیت کرده و به راحتی نظرات خود را بیان کنند.

جهت کدبندی اطلاعات از نرم‌افزار MAXQDA استفاده شد و مراحل کار در ۵ مرحله انجام گردید. در مرحله اول، مصاحبه‌ها کلمه به کلمه پیاده شد. در مرحله‌ی دوم، متن هر مصاحبه برای به دست آوردن درک اولیه و کلی چندین بار مرور شد. در مرحله‌ی سوم، جملات مهم که در ارتباط با تجارب نمونه‌ها در مورد بیماری سالک بود، تعیین شد و کد مناسب به هر واحد معنایی، داده شد. در مرحله چهارم، براساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها کدها را مرتب و پس از تغییرات مکرر نهایت ۲ طبقه‌ی اصلی تعیین شد،که مربوط به تصورات در ماهیت بیماری و تصورات در کنترل بیماری بود. سپس با بررسی‌های بعدی و دسته‌بندی‌های مختلف و تغییر آن‌ها، نهایتا طبقات فرعی استخراج شد که شامل تصورات در مورد علت و ناقل بیماری و تصورات در مورد پیشگیری و درمان بودند. در مرحله‌ی پنجم، ارتباط بین طبقات اصلی، فرعی و زیر طبقات بررسی و چندین بار مورد مقایسه با یکدیگر قرار گرفتند و تغییرات و اصلاحات لازم انجام شد. انجام این مراحل به نوعی حاکی از غوطه‌وری محقق در داده‌ها بود و محقق زمانی را برای استخراج واحدهای معنایی، خلاصه‌سازی، دسته‌بندی و کدبندی صرف نمود و این فرآیند تا استخراج مفاهیم اصلی چندین بار تکرار شد تا نهایتا از نظر تیم تحقیق و ناظر متخصص در زمینه تحقیق کیفی، مورد تاییدترین طبقه‌بندی به‌دست آمد.

برای اطمینان از استحکام داده‌ها، تلاش شد معیارهای چهارگانه‌ی لینکلن و گوبا رعایت شود. برای این‌منظور

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-27]

یک روش جهت بالا بردن اعتبار مطالعه اشباع داده‌ها بود و به‌منظور آگاهی از زمان اشباع داده‌ها و نیز افزایش صحت و دقت کار، عمل پیاده‌سازی مصاحبه‌ها بلافاصله پس از پایان هر مصاحبه انجام شد، و پس از چند بار گوش کردن فایل ضبط شده، مصاحبه تایپ شد. هم‌چنین جهت اطمینان از اعتبار یافته‌ها از روش بازنگری شرکت‌کنندگان (Member check) برای مقایسه بین آن‌چه که محقق برداشت نموده با آنچه که منظور مشارکت‌کنندگان بود استفاده شد. برای تضمین بی‌طرفی پژوهشگر و اطمینان از صحت کددهی داده‌ها از روش بازنگری ناظرین استفاده شد به این صورت که متن برخی از مصاحبه‌ها و کدهای حاصل از آن، در اختیار متخصص در زمینه تحقیق کیفی (peer check and external check) قرار گرفت و بررسی، اصلاح و تأیید نهایی صورت گرفت. به این ترتیب معیارهای چهارگانه‌ی اعتبار، قابلیت اعتماد، تأییدپذیری، انتقال‌پذیری مورد توجه قرار گرفت. جهت افزایش اعتبار پژوهش، محقق تعامل کافی با افراد شرکت‌کنندگان داشت و سعی بر جمع‌آوری اطلاعات معتبر و تأیید آن‌ها توسط مشارکت‌کنندگان داشت. جهت تقویت اعتماد داده‌ها، مراحل جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها توسط محقق چندین بار مرور شد. جهت افزایش تأییدپذیری داده‌ها، از بررسی و بازبینی کدها توسط افراد متخصص استفاده شد. جهت قابلیت انتقال پذیری مطالعه، سعی شد با توصیف دقیق مراحل انجام پژوهش، امکان کاربرد این روش در سایر شرایط مهیا شود.

یافته‌ها

در مجموع ۳۴ مصاحبه انجام شد. ۳ مورد بحث گروهی در میان دانش آموزان متوسطه اول و دوم و ۳۱ مورد نیز مصاحبه فردی انجام شد که ۴ نفر دانش آموز دختر و ۳ نفر دانش آموز پسر بودند. سایر مشارکت‌کنندگان ۲۴ نفر شامل ۱۶ خانم با میانگین و انحراف معیار سن ۱۵/۷۰±۴۷/۳۱ سال و ۸ آقا با میانگین و انحراف معیار سن ۹/۸۸±۴۳/۶۲ سال بودند. از نظر گروه شغلی مصاحبه با افراد از گروه‌های مختلف از جمله کارگر شهرداری، راننده، مغازه‌دار، معلم و مدیر مدرسه، عضو شورای شهر، کارشناس مبارزه با بیماری، بهورز خانه بهداشت، خانه دار انجام شد. سایر مشخصات مشارکت کنندگان در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: ویژگی دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	طبقه بندی ها	تعداد(درصد)	جمع
جنسیت	زن	(۶۴/۵)۲۰	۳۱
	مرد	(۳۵/۵)۱۱	
سن	زیر ۲۰ سال	(۲۲/۶)۷	۳۱
	۲۰تا۴۰ سال	(۲۵/۸)۸	
	۴۰ تا ۶۰ سال	(۳۸/۷)۱۲	
	۶۰ تا ۸۰ سال	(۱۲/۹)۴	
تحصیلات	زیردیپلم	(۵۱/۶)۱۶	۳۱
	دیپلم	(۱۶/۱)۵	
	دانشگاهی	(۳۲/۳)۱۰	
تاهل	مجرد	(۳۵/۵)۱۱	۳۱
	متاهل	(۵۸/۱)۱۸	
	همسر فوت کرده	(۶/۵)۲	
سابقه ابتلا به سالک در خود یا خانواده	بله	(۶۷/۷)۲۱	۳۱
	خیر	(۳۲/۳)۱۰	

با توجه به جدول شماره ۲، طبقات به‌دست آمده از مصاحبه‌ها به شرح زیر بوده است.

جدول شماره ۲: طبقات به‌دست آمده از مصاحبه‌ها

طبقات اصلی	طبقات فرعی	زیر طبقات	
تصورات نادرست مربوط به ماهیت لیشمانیوز جلدی	تصورات در مورد علت بیماری	تماس با زباله، گرد و خاک، انسان بیمار، با تماس دام ها (شامل گاو گوسفند، مرغ و ...) و یا حیوانات وحشی (موش، سگ، شغال)	
	تصورات در مورد ناقل بیماری	محل زندگی پشه‌ی ناقل: روی بدن سگ و گربه زیرفرش ها، جاهای سرسبز و باغ ها، در خاک. سطح پرواز ناقل فقط تا نیم متر. ناقل: مگس، زنبور، پشه آنوفل	
تصورات نادرست مربوط به کنترل لیشمانیوز جلدی	تصورات در مورد پیشگیری	بی نیازی به پیشگیری	درک کاذب از ایمنی ایمنی به علت سکونت در طبقات بالا، استفاده از تخت خواب، زندگی در محل های نوساز، ایمنی به علت یک نوبت ابتلا یا تزریق واکسن و ایمنی به علت کاهش موارد ابتلا به سالک
			مزایای کاذب درک شده جای سالک نشانه تعلق به جامعه بومی و اعتبار و اصالت
		اعتقاد به تاثیر مطلق سم پاشی	استفاده از پودر حشره کش دور خانه، سم پاشی کوچه و درخنان توسط مسئولین بهداشتی، استفاده از محلول های حشره کش در مسیر فاضلاب
		اعتقاد به تاثیر مطلق نظافت	جارو کردن زیر فرش ها، جمع آوری به موقع زباله ها
	تصورات در مورد درمان	استفاده از مواد دارویی	الکل، بتادین، گرده آمپول پنی سیلین در محل زخم
		استفاده از مواد غیر دارویی	استفاده از حنا، نمک کویر، پیاز و کدو، پرمنگنات، خاک رس و تربت، نفت و گازوییل، دود کردن عنبر نسارا و تریاک در محل زخم

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-27]

طبقه‌ی اول، تصورات مربوط به چیستی و علل بیماری لشمانیوز پوستیجلدی

تصورات مربوط به علت بیماری

برخی نقل قول‌ها در مورد علل بیماری: یکی از دانش‌آموزان گفت: "نباید نزدیک کسی که این بیماری را داره بشیم." نقل قول آقای معلم: "سالک از حیواناتی مثل سگ و حیوانات ولگرد و موش‌های صحرایی که تو صحراها وجود دارن میرسه. یه علتش هم نظافت محل زندگی، از زمانی که مثلاً ماشین های حمل زباله اومد، باعث کنترل این بیماری شد." خانم ۶۳ ساله گفت:" هر جا که گاو و گوسفند و مرغ و خروس و کفتر اونجا باشه این بیماری هست.". دانش‌آموزی گفت:" این پشه تو جاهای کثیف میشینه که این بیماری را با خودش داره. ما نباید به جاهای کثیف دست بزاریم، مثلاً جایی که گرد و خاک داره" خانم ۳۸ ساله هم گفت: " هرکی به چیزهای کثیف دست بزنه سالک می گیره معمولا اینهایی که آشغال جمع می‌کنن اینهایی که دستشون توی کیسه زباله می‌کنن چیزی در بیارن، اینهایی که مثلا گوسفند و این چیزا میفروشن و خرید و فروش میکنن اینهایی که کثیف کارن اینها می گیرن.".

تصورات در مورد ناقل بیماری

تصورات در مورد سطح پرش پشه؛ یک دانش‌آموز پسر گفت:"همین که زیاد نمیتونه بپره یه خوبی داره مثلاً ما طبقه دومیم دیگه نمیتونه بیاد تو خونمون. همون طبقه اول هم چون فاصله داره از زمین، فکر نکنم بیاد، رو تخت و اینا بخوابیم خوبه". در مورد محل زندگی ناقل بیماری، نقل قول خانم ۷۱ ساله:" روی بدن سگ و گربه هست، بلند میشه و بشینه روی پوست و بزنه سالک میشه". آقای ۵۸ ساله هم گفت: "این پشه‌ها تو کثیفی‌ها، گرد و خاک دور خونه ها و زیر فرش ها هستن. از باغ و موش‌ها میان". خانم ۶۳ ساله هم گفت:"هر جا سر سبز باشه و درخت داشته باشه مثل باغ‌ها اونجا هست". در مورد نوع پشه‌ی ناقل بیماری هم باورهای نادرستی وجود داشت دانش‌آموزی بیان کرد: "زنبور بیاد نیش بزنه و خونای دست رو بخوره اگه بهش محل نذاری بزرگ تر میشه و زخم سالک میشه." دانش‌آموز دیگر گفت: " سالک یه بیماریه که از یه پشه که منتقل‌کننده بیماریه به انسان منتقل میشه. اسم پشه مالاریا هست." آقای ۵۸ ساله ای نیز گفت: "اینا پشه‌های آنوفل هستن، توی بهار و روزهای تابستان و اوایل پاییز بیش‌تر هستن.".

طبقه‌ی دوم، تصورات نادرست مربوط به کنترل لیشمانیوز جلدی

تصورات در مورد پیشگیری، بی‌نیازی به پیشگیری، درک کاذب از ایمنی

آقای ۴۴ ساله :" الان دیگه واکسن داره". دانش‌آموزی گفت: "الان دیگه سالک نیست، قبلاً دسترسی به بیمارستان و بهداری و اینجور چیزها نبوده،ولی الان دارن خدمت می‌کنن و از بیماری جلوگیری می‌کنن؛ حتماً واکسنی براش هست، من کسی رو ندیدم تازگی‌ها سالک بگیره مال قبله". برخی باور به ریشه کن شدن بیماری داشتند؛ خانم ۴۶ ساله گفت:"ما تو منطقمون دیگه پشه‌ی سالک ندیدیم، من خودم بیست سال پیش که زدم دیگه اصلاً یاد نداریم که تو این منطقه‌ی ما کسی بگه من سالک زدم". باور برخی در مورد عدم حضور پشه در طبقات بالا، درک نادرستی از ایمن بودن ایجاد کرده بود؛ آقای ۵۱ ساله هم گفت:"این پشه‌ها ارتفاع آنچنانی پرواز نمیکنن، این‌ها ارتفاع پروازشون زیاد بالا نیست بخاطر همین روی تخت بخوابیم روی بلندی و ارتفاع بخوابیم نمی تونه بیاد بگزه". تصور اشتباه دیگری که سبب می‌شود افراد خود را در معرض خطر ندانند ایمنی به دلیل یک بار مبتلا شدن بود. در صورتی که گفته می‌شود در ابتلا های ضعیف یا در صورت درمان در مراحل اول سیستم ایمنی بدن واکنش کافی را نشان نداده که ایمنی دائمی ایجاد شود. اما در این زمینه دانش‌آموزی گفت"وقتی یه نفر، به این بیماری مبتلا شده باشه یه بار دیگه هم که بگزدش

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-27]

دیگه به این بیماری مبتلا نمیشه. چون بدنش در برابر این بیماری مقاوم شده. ".

مزایای کاذب درک شده

برخی مصاحبه‌ها حاکی از درک در مورد مزایای این بیماری بود؛ آقای مدیر گفت:"قبلا همه میخواستن بگیرن، یکی از باورای مردم بود می گفتند هر کی نگیره مسلمان نیست، از ما نیست. ما ۵ تا خواهر و برادریم. هر ۵ تامون داریم. همه مون هم به صورتامون زده. جاش کم و زیاد داره ولی همه مون داریم" خانم ۵۷ ساله: " جای زخم سالک که بد نیست، جاش مثل یه مهر می‌مونه که مال این منطقه هستی، انگار مارک وعلامت این منطقه اس، اعتباره ".

اعتقاد به تأثیر مطلق سمپاشی

خانم ۶۲ ساله: "ما توی خونه نداریم چون که سم می‌زنیم توی مسیر فاضلاب". خانم ۵۷ ساله:"سالک کم شده بود چون درخت ها را سم پاشی می کردند، این سم پاشی شون رو اگه پشت سرهم داشته باشن که دیگه پشه نیست.". دانش‌آموزی گفت: " سم پاشی موثره، این پودرهایی که کنار دیوارا میزنن. اینا خوبه، ما زیر کابینتا و زیر فرش ها سم می زنیم. ".

اعتقاد به تأثیر مطلق نظافت

آقای ۴۴ ساله:" بهداشت صد در صد تاثیر گذاره. خونه و زندگی تمیز باشه محل تمیز باشه این بیماری نیست". آقای ناظم گفت: " جارو کردن زیر فرش‌ها خیلی موثره، خانمم هر روز برای یکبارم که شده دور تا دور سالن رو جارو میزنه" خانم ۵۷ ساله گفت: " اگر بهداشت را رعایت کنند زباله نریزن که پشه نمیاد من خودم رعایت میکنم حتی زباله ها را جدا میکنم، قوطی ربی، جای ریکایی، جا سُسی‌ها، کارتون و کاغذ، این‌ها رو تو یه گونی می‌کنم پشت اینجا نگه می دارم، میدم به دوره گردها". خانم ۲۶ ساله: "زباله‌ها را به موقع باید بیان ببرن قبلاً شب می‌بردن، سر شب معلوم نبود چه ساعتی میان، دیر وقت می‌شد تا به محوطه‌ی ما برسن، شب شغالی، سگی، چیزی میومدن کیسه زباله رو پاره می‌کردن، این خودش باعث کثیفی و آمدن پشه میشد". خانم ۶۳ ساله گفت: " کسی که بهداشت رو رعایت نمیکنه، تمیز نیست مثلا رختخواب‌هاش کثیف باشه، زندگیش کثیف باشه ؛ بخاطر همین میگیرن".

تصورات در مورد درمان

بعضی از نقل قول‌ها نشان دهنده رفتارهای درمانی نامناسب و استفاده از مواد مختلف بر روی محل زخم سالک بود که در دو دسته‌ی کاربرد مواد دارویی و مواد غیر دارویی قرار گرفت.

کاربرد مواد دارویی

نقل قول خانم ۲۶ ساله:" عموم گرفته بود ازون مواد سفید که تو آمپول پنی‌سیلین‌ها بود، گرده پنی سیلین میریخت روش ". آقای بهورز: " من خودم برا هر کس که میاد اینجا با الکل شستشو میدم میگم خونه هم روزی یکی دوبار با الکل زخم را پاکش کنید انگل هست از بین میره" خانم ۵۷ ساله:" شوهرم گرفته بود با الکل و بتادین هی می شستمش، هر کاری هم بکنی این باید دوره اش طی بشه اسمش روشه سالک یعنی یک سال طول میکشه تا خوب بشه"

کاربرد مواد غیر دارویی

خانم ۷۱ ساله: " شوهرم دستش سالک زد دکتر نمیرفت میگفت میخواین منو بکشین من خودم خوب میشم، همش مرهم میزاشت روش، میگفت این باید برسه و هی گفت پیاز و کدو بپزید بزارید روش و از این چیزا. تا عود کرد و رفت تا تو کتفش بعد دستش رو بریدن از بس رعایت بهداشت رو نکرد عفونت کرد و دستش را قطع کردند". خانم ۶۳ ساله" من میشناسم سالک رو با نفت و گازوئیل رفع میشه، نفت بزنی از بین میره، فامیلمون سالک زده بود تا دیدم گفتم سالکه باید نفت بزنی. گفت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-27]

نفت که اعتبار نداره... چند تا هم زده بود و هی داشت بدتر میشد؛ گفتم نفت بزن خوب میشه". خانم ۴۲ ساله: "آمپول زدم ۵ تا توی هر کدوم. ولی باز درومد منم این چند ماه همش نمک و پرمنگنات گذاشتم. میگن خاک رس یا تربت و آب معدن هم چون شوره و نمک خالص داره خوبه". خانم ۴۵ ساله:"آب نمک زدم. پرمنگنات. عنبر نسارا هم دود کردم خیلی بزرگ نشد. بعد رفتم آمپول زدم، انگار پهن شد، گفتم کاش نزده بودم". خانم ۵۷ ساله:" گفتن حنا بذار و با نمک کویر بشور انجام می دادم اما بدتر میشد". خانم بهورز:" درمانشون صحیح انجام نمی شه. مثلا یکم میان اینجا، بعد میره پیش فامیلش بهش میگه این برای کلیه بده برو آب نمک بزن. خود درمانی میکنن. یا تریاک میذارن. آخه این انگله! تریاک بذاری که چی بشه....خود درمانی زیاد انجام میدن".

بحث

برای درک دیدگاه‌های گروه هدف، انجام مطالعه‌ای کیفی ضروری بود و این مطالعه اولین پژوهشکیفی در زمینه‌ی بیماری سالک در مناطق اندمیک اصفهان بود.

طبقه‌ی اول، تصورات مربوط به ماهیت و علل بیماری لشمانیوز جلدی

برای پیشگیری از بیماری آسیب‌پذیرترین شاخص، عدم اطلاع از عامل بیماری است. در مطالعه‌ی کیفی خاتمی و همکاران بیان شد که دانش و آگاهی در مورد بیماری سالک، درک بیماری را در افراد راحت تر کرده است و برعکس اطلاعات محدود در مورد انتقال بیماری سبب برداشت ذهنی نامناسب نسبت به بیماری می‌شود(۱۱). در برخی از مصاحبه‌ها موش و سگ را از علل بیماری بیان کرده بودند. در بررسی منطقه‌ای دیده شد که در این جوامع افراد پمفلت‌های آموزشی را دریافت کرده بودند که حاوی تصاویر موش و سایر حیوانات، برای اطلاع آن‌ها از مخزن بیماری بود، اما احتمالا به دلیل عدم مطالعه‌ی کامل پمفلت، صرفا با دیدن این تصاویر، اطلاعات را بصورت ناقص و نادرست دریافت کرده بودند و عامل سالک را موش یا سگ بیان می کردند. این نکته تاثیر شرایط اجتماعی موجود بر این مسئله را نشان می‌دهد؛ این که در طراحی پمفلت و پوستر های آموزشی باید به میزان حوصله و دقت و تمایل افراد جامعه به مطالعه کامل محتوا ها توجه شود. در مطالعه Ramadas اکثریت شرکت کنندگان توضیح واضح و مشخصی درباره منشأ این بیماری نداشتند در حالی که بیماری نسبتاً شایع در مناطق سورینام بود(۲۲). در سایر مطالعات هم مواردی مانند، انتقال از طریق گزش "مگس "، "پشه "، "مورچه "، "عنکبوت ها "، "خفاش ها "، "سگ "، "مار " و بزاق سگ علل بیماری بیان شده بود(۲۴،۲۳،۱۱). البته که عوامل فرهنگی و اجتماعی در جوامع مختلف سبب این برداشت‌ها از عامل ایجادکننده بیماری است و باید مراقبین سلامت بر اساس دیدگاه افراد هر منطقه به آموزش های موثر برای حذف برداشت‌های غلط اقدام نمایند.

نکته دیگر تلقی های نادرست برخی در مورد سطح پرش پشه خاکی بود که به نظر می رسد در سایر مطالعات به آن پرداخته نشده است و لزوم توجه به این مورد بخاطر اهمیت پیشگیری حتی در طبقات بالا می‌باشد. چرا که طبق این برداشت افرادی که در طبقات بالا سکونت دارند یا از تخت خواب استفاده می‌کنند خود را در مقابل خطر گزش مصون می‌دانند و این باور فرد که من کم‌تر از دیگران در معرض خطر قرار دارم، اتخاذ هرگونه رفتار پیشگیری کننده را تضعیف می‌کند(۲۵).

در مشاهدات منطقه‌ای مشخص شد در برخی مناطق که افراد از حیوانات اهلی مراقبت می‌کردند، این ذهنیت ایجاد شده بود که هر کس نزدیک حیوانات شود به بیماری سالک مبتلا شده لذا در صورتی که خود نزدیک این حیوانات نشوند به این بیماری مبتلا نمی‌شوند. این برداشت اشتباه سبب عدم رعایت رفتارهای پیشگیرانه در زمان های گزش خواهد شد. این نکته هم

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-27]

نشان دهنده تاثیر شرایط اجتماعی و محیطی حاکم بر منطقه است و آموزش‌دهندگان بهداشت باید به آن توجه نمایند. چنین برداشت‌های نادرستی در سایر مناطق هم دیده شده است، برای نمونه در مطالعه Ramdas و همکاران نیز بیان شده است افراد نسبت به تماس با بوته‌ها، درختان، لیاناها، برگ ها، گل ها یا تماس با حیوانات زخمی خود را معرض خطر ابتلا به CL می‌دیدند(۲۲).

در مصاحبه‌ها، بهداشت ضعیف را با ابتلا به سالک مرتبط دانسته بودند هرچند که ضعف در بهداشت فردی و محل زندگی، فرد را بیش‌تر مستعد گزش و ابتلا می‌کند چون انباشت نخاله‌های ساختمانی و زباله ها محلی برای مخفی شدن پشه خاکی می‌باشد، اما این که صرفا عدم رعایت بهداشت سبب ایجاد زخم سالک شود نشان‌دهنده برداشت نادرست افراد است. چنین تصور اشتباهی در مطالعه ی Giménez-Ayala نیز مطرح شد و تماس با شن و ماسه حاوی فضولات سگ را علت بیماری دانسته بودند(۲۳). در مطالعه Nandha و همکاران، برداشت‌های نادرست از راه انتقال را مانع استفاده از هرگونه محافظت شخصی و انجام اقدامات پیشگیرانه بیان کرد و طراحی آموزش‌های مناسب را ضروری دانسته بودند(۲۱).

طبقه ی دوم، تصورات نادرست در مورد کنترل لیشمانیوز جلدی

در مورد کنترل لیشمانیوز جلدی، دو زیر طبقه ی پیشگیری و درمان بیماری تعریف شد.

پیشگیری

بی‌نیازی از پیشگیری به دلیل برداشت‌های نادرست، مانند این که نسبت به بیماری ایمن می‌باشند، چون حذف شده یا به دلیل ابتلای قبلی یا سکونت در طبقات بالا احتمال ابتلا مطرح نیست و یا این که بیماری چندان با اهمیت نیست. در یکی از مناطق سالک خیز اصفهان در مصاحبه ها مشخص شد که یک عامل فرهنگی موثر در بی‌اهمیت جلوه داده ابتلا به سالک این است که افراد ابتلا به این بیماری را نشانه‌ی اصالت و اعتبار خود می‌دانند و از باقی ماندن اسکار سالک نه تنها احساس ناراحتی نمی‌کنند که آن را علامت بومی بودن خود در این منطقه می‌دانند. در مطالعه‌ی مروری انجام شده در مورد ادراکات افراد در مناطق اندمیک جهان، نیز بی‌توجهی وسهل انگاری‌هایی گزارش شده بود(۲۶). استفاده از محلول‌های حشره کش در مسیر فاضلاب هم به دلیل اطلاعات غلطی می‌باشد که بعضا از اطرافیان و دوستان دریافت کرده‌اند؛ این مطلب تاثیر آموزش همسالان را نشان می‌دهد. در بافت فرهنگی - اجتماعی یکی از مناطق مورد تحقیق، دور همی عصرانه‌ی خانم‌ها در کنار درب خانه ی خودشان و گفت‌گوهای تاثیرگذار همسالان در مورد پیشگیری و درمان بیماری مطرح بود. شاید یک راهکار انتخاب رابطین بهداشت مورد قبول در محله، باشد تا با ارائه ی اطلاعات درست به آن‌ها از اثر گذاری آن ها در دورهمی‌ها در محله‌ی خودشان بهره‌مند شوند، چون استفاده از حفاظت شخصی هنوز اولین خط پیشگیری از لیشمانیوز در همه افرادی است که در مناطق اندمیک زندگی می‌کنند(۲۷).

درمان

در مطالعه‌ی حاضر طبق بافت و شرایط حاکم بر منطقه افراد به خود درمانی مانند استفاده از نمک کویر و خاک رس یا دود کردن عنبر نسارا روی می‌آورند و گاها به اطرافیانی که به این بیماری مبتلا می‌شوند توصیه می‌کنند. در سایر مطالعات نیز مواردی مانند، استفاده از داروهای خشن و خود درمانی با استفاده از مواد بالقوه مضر مانند کلر، اسید باتری، سرب، بنزین، حشره کش‌ها و علف‌کش‌ها برای درمان زخم و رفتارهای درمانی اشتباه مانند سوزاندن محل زخم، استفاده از اسید (سفید کننده، الکل، آب مخلوط با پودر سفید کننده) یا ادرار حیوانات، استفاده از داروهای منقرض شده (قرص‌ها با هم ترکیب شده و به صورت پودر) به منظور درمان ضایعات بیان شده است(۲۸، ۲۹). این درمان ها سبب عفونی و مزمن شدن زخم

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-27]

و طولانی شدن روند درمان تا سه سال می‌شود(۳۰). به دلیل اعتقادات محکمی که برخی جوامع نسبت به طب سنتی دارند، باید تحقیقات درمورد کارآیی و ایمنی درمان‌های سنتی انجام شود و در این زمینه توصیه‌هایی با هدف استفاده از توانمندی‌های فعالان در حوزه طب سنتی مطرح شده و در صورت آموزش صحیح و مجهز شدن درمانگرهای سنتی به اطلاعات در مورد بیماری سالک، می‌توان از کمک آن‌ها به تیم های مراقبت بهداشتی اولیه سود برد(۳۰).

از محدودیت‌های این مطالعه کم‌حوصله و عجول بودن برخی مشارکت‌کنندگان به‌خصوص دانش آموزان بود. هم‌چنین عدم تمرکز برای پاسخ در زمینه‌ی موضوع پژوهش و خارج شدن دانش‌آموزان از بحث محدودیت دیگر بود که مصاحبه‌گر تلاش می‌کرد جلسه را به خوبی مدیریت کند و این سبب صرف انرژی بیش‌تر می‌شد.

این مطالعه برداشت‌های نادرست در مورد بیماری لیشمانیوز جلدی و کنترل آن را شناسایی کرد که می‌تواند در تدوین برنامه های آموزشی مورد توجه قرار گیرد تا قدمی موثر برای اصلاح باورها و نهایتا کنترل لیشمانیوز جلدی برداشته شود. لازم است که پرسنل بهداشتی، فرهنگ جامعه و روش‌های درمان محلی را بشناسند و بدانند که چگونه باید بیماران خود را راهنمایی کنند. پیشنهاد می شود با استفاده از نتایج پژوهش حاضر در مطالعات آتی، مداخلات آموزشی در زمینه‌ی پیشگیری ودرمان بیماری سالک در مناطق اندمیک تدوین و اجرا گردد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در کمیته تحقیقات دانشجویی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد، ۱۹۸۰۵۴ می‌باشد. نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود از کلیه مشارکت‌کنندگان در مطالعه را اعلام می‌دارند.

References

1. Mahdavi S A, Javadian B, Barzegari S, Rahimi Esboei B, Moosazadeh M. Epidemiological Study and Geographical Distribution of Cutaneous Leishmaniasis in Golestan Province, 2014-2016. J Mazandaran Univ Med Sci 2020; 29 (181) :125-130 (Persian).
2. Alharazi TH, Haouas N, Al-mekhlafi HM. Knowledge and attitude towards cutaneous leishmaniasis among rural endemic communities in Shara'b district, Taiz, southwestern Yemen. BMC Infect Dis 2021;21(1): 269 PMID: 33731042.
3. Asadi A, Moradinazar M, Marzbani B, Mohammadi A, Mehdizad R, Shakiba E, et al Epidemiological Study of Cutaneous Leishmaniasis in Kermanshah Province, 2011-2019. J Mazandaran Univ Med Sci 2022; 32 (212) :155-162 (Persian).
4. Sabzevari S, Hosseini Teshnizi S, Shokri A, Bahrami F, Kouhestani F. Cutaneous leishmaniasis in Iran: A systematic review and meta-analysis. Microb Pathog 2021: 152(104721) PMID: 33539962.
5. Doroodgar M, Doroodgar M, Mahboobi S, Doroodgar A. Epidemiological aspects of cutaneous leishmaniasis during 2009-2016 in Kashan city, central Iran. Korean J Parasitol 2018; 56(1):21-24.
6. Ramezankhani R, Sajjadi N, Nezakati esmaeilzadeh R, Jozi SA, Shirzadi MR. Climate and environmental factors affecting the incidence of cutaneous leishmaniasis in Isfahan, Iran. Environ Sci Pollut Res 2018; 25(12): 11516-1126 PMID: 29427273 .
7. Piroozi B, Moradi G, Alinia C, Mohamadi P. Incidence , Burden , and Trend of Cutaneous

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-27]

Leishmaniasis over Four Decades in Iran. Iran J Public Health 2019;48(1):28-35.

8. Galvão EL, Pedras MJ, Cota GF, Rabello A, Simões TC. How cutaneous leishmaniasis and treatment impacts in the patients' lives: A cross-sectional study. PLoS One 2019; 14(1): e0211374 PMID: 30682151.
9. Bailey F, Mondragon-Shem K, Haines LR, Olabi A, Alorfi A, Ruiz-Postigo JA, et al. Cutaneous leishmaniasis and co-morbid major depressive disorder: A systematic review with burden estimates. PLoS Negl Trop Dis 2019;13(2):e0007092 PMID: 30802261.
10. Bennis I, Belaid L, De Brouwere V, Filali H, Sahibi H, Boelaert M. "The mosquitoes that destroy your face". Social impact of Cutaneous Leishmaniasis in South-eastern Morocco, A qualitative study. PLoS One 2017; 12(12): e0189906 PMID: 29261762.
11. Khatami A, Emmelin M, Talaee R, Miramin-mohammadi A, Aghazadeh N, Firooz A, et al. Lived Experiences of Patients Suffering from Acute Old World Cutaneous Leishmaniasis: A Qualitative Content Analysis Study from Iran. J Arthropod-Borne Dis 2018; 12(2): 180-195 PMID: 30123812.
12. Garapati P, Pal B, Siddiqui NA, Bimal S, Das P, Murti K, et al. Knowledge, stigma, health seeking behaviour and its determinants among patients with post kalaazar dermal leishmaniasis, Bihar, India. PLoS One 2018;13(9): e0203407 PMID: 30192805.
13. Abdulmoein SAH, Abdulaziz MH, Al-Hejri YM, Al-Mutairi KDA, Alanoud MA, Abdullah JA, et al. Knowledge , attitude and practice regarding the cutaneous leishmaniasis among infected patients and their families in Al-Madinah Al-Munawarah. GSC Advanced Research and Reviews 2021; 6(1):076-089.
14. Tesfay K, Mardu F, Berhe B, Negash H, Legese H, Adhanom G, et al. Household knowledge , practice and treatment seeking behaviors towards cutaneous leishmaniasis in the endemic rural communities of Ganta-afeshum district , Tigrai , northern Ethiopia , 2019 : a cross-sectional study. Trop Dis Travel Med Vaccines 2021; 7(1):19 PMID: 34130733 .
15. Chahed MK, Bellali H, Ben Jemaa S, Bellaj T. Psychological and Psychosocial Consequences of Zoonotic Cutaneous Leishmaniasis among Women in Tunisia: Preliminary Findings from an Exploratory Study. PLOS Negl Trop Dis 2016; 10(10): e0005090 PMID: 27788184.
16. Al-kamel MA. Impact of leishmaniasis in women: a practical review with an update on my ISD-supported initiative to combat leishmaniasis in Yemen (ELYP) Mohamed. Int J Women's Dermatol 2016; 2(3): 93-110 PMID: 28492018 .
17. Tamiru HF, Mashalla YJ, Mohammed R, Tshweneagae GT. Cutaneous leishmaniasis a neglected tropical disease: community knowledge, attitude and practices in an endemic area, Northwest Ethiopia. BMC Infect Dis 2019; 19(1): 855 PMID: 31619180.
18. Bennis I, Thys S, Filali H, De Brouwere V, Sahibi H, Boelaert M. Psychosocial impact of scars due to cutaneous leishmaniasis on high school students in Errachidia province, Morocco. Infect Dis Poverty 2017;6(1):46 PMID: 28385151 .
19. Eid D, Sebastian MS, Hurtig A, Goicolea I. Leishmaniasis patients ' pilgrimage to access health care in rural Bolivia : a

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-27]

qualitative study using human rights to health approach. BMC Int Health Hum Rights 2019; 19(1):12 PMID: 30837001 .

20. Akram A, Khan HAA, Qadir A, Sabir AM. A Cross-Sectional Survey of Knowledge, Attitude and Practices Related to Cutaneous Leishmaniasis and Sand Flies in Punjab, Pakistan.PLOS ONE 2015; 10(6): e0130929 PMID: 26090870.
21. Nandha B, Srinivasan R, Jambulingam P. Cutaneous leishmaniasis : knowledge , attitude and practices of the inhabitants of the Kani forest tribal settlements of Tiruvananthapuram district , Kerala , India. Health Educ Res 2014; 29(6): 1049-1057 PMID: 25325998.
22. Ramdas S, van der Geest S. Not-knowing and the proliferation of assumptions: local explanations of cutaneous leishmaniasis in Suriname. Anthropol Med 2020; 27(2):144-159. PMID: 31373516
23. Giménez-Ayala A, González-Brítez N, de-Arias AR, Ruoti M. Knowledge, attitudes, and practices regarding the leishmaniases among inhabitants from a Paraguayan district in the border area between Argentina, Brazil, and Paraguay. Journal of Public Health (Germany). 2018; 26(6): 639-648.
24. El-mouhdi K, Chahlaoui A, Fekhaoui M. The Cutaneous Leishmaniasis and the Sand Fly: Knowledge and Beliefs of the Population in Central Morocco (El Hajeb). Dermatol Res Pract 2020;1896210 PMID: 33281898.
25. Fontaine KR, Smith S. Optimistic bias in cancer risk perception: a cross-national study. Psychol Rep 1995; 77(1): 143-146 PMID: 7501753.
26. Alidosti M, Heidari Z, Shahnazi H, Zamani-Alavijeh F. Behaviors and Perceptions Related to Cutaneous Leishmaniasis in Endemic Areas of the World: A Review. Acta Trop 2021; 223: 106090 PMID: 34389332.
27. González AM, Solís-soto MT, Radon K. Leishmaniasis : Who Uses Personal Protection among Military Personnel in Colombia ? Ann Glob Health 2017; 83(3-4): 519-523 PMID: 29221524.
28. Ramdas S. Cruel disease, cruel medicine: Self-treatment of cutaneous leishmaniasis with harmful chemical substances in Suriname. Soc Sci Med 2012;75(6):1097-1105 PMID: 22704264.
29. Bennis I, Belaid L, De Brouwere V, Filali H, Sahibi H, Boelaert M. "The mosquitoes that destroy your face". Social impact of Cutaneous Leishmaniasis in South-eastern Morocco, A qualitative study. PLOS ONE 2017;12(12):e0189906 PMID: 29261762.
30. Carrillo-bonilla LM, Trujillo JJ, Álvarez-Salas L, Vélez-Bernal. ID. Study of knowledge, attitudes, and practices related to leishmaniasis: evidence of government neglect in the Colombian Darién. Cad Saúde Pública 2014; 30(10): 2134-2144 PMID: 25388316.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-27]