

Determining the Prevalence Rate of Scabies and its Associated Social and Demographic Factors among Patients Attending Health Centers in the Qom Province (2005-2013)

Saghafipour A.^{1*} MSc, Arsang Sh.² MSc
Mohammadbaygi A.³ PhD, Shamsodini M.⁴ BSc

¹ Qom province Health Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

² Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

³ Faculty of Medicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

⁴ Bam Health Center, Bam University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Abstract

Aims: The aim of this study was to detect the prevalence rate of scabies and its associated social and demographic factors in patients referring to the health and therapeutic centers of the Qom province, during years 2005 to 2013.

Methods: This study was performed as a cross-sectional study. Initially 411 people suspected to be infected with scabies were registered in order to identify the confirmed cases from the epidemiological forms. Among the registered cases, 343 samples were disease-free while 68 cases had the disease.

After data collections using a structured questionnaire, a statistical analysis was conducted using the Binary logistic regression model in the SPSS software (V.16).

Results: The prevalence rate of scabies among people referring to health centers was equal to 0.7 per 100000 people. Among the patients 85.3% lived in families with 5 or more members, 61.8% had been raised in livestock, 66.2% of them had inhabited in mud and inappropriate houses and 2.9% had lived in military barracks.

Conclusion: It can be concluded that many factors such as family size, rising livestock and dwelling in villages with mud and inappropriate houses are among the factors that effect the prevalence of scabies among the residents of the Qom province.

Keywords: Scabies, *Sarcoptes scabiei*, Qom

بررسی شیوع بیماری گال به تفکیک فاکتورهای اجتماعی و دموگرافیک مؤثر بر آن در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی استان قم در طی سال‌های ۹۲ - ۱۳۸۴

عابدین ثقفی پور^{۱*}، شهرام ارسنگ^۲، ابوالفضل محمدیگی^۳، مهدیه شمس‌الدینی^۴ BSc

^۱ مرکز بهداشت استان قم، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
^۲ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
^۳ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
^۴ مرکز بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، کرمان، ایران

چکیده

اهداف: این مطالعه با هدف تعیین شیوع بیماری گال به تفکیک فاکتورهای اجتماعی و دموگرافیک مؤثر بر آن در استان قم در طی سال‌های ۹۲ - ۱۳۸۴ صورت گرفت.

روش‌ها: مطالعه حاضر به صورت توصیفی-تحلیلی مقطعی است. ۴۱۱ نفر مشکوک به گال به منظور تشخیص موارد قطعی بیماری در فرم‌های بررسی اپیدمیولوژیک بیماری، ثبت شده بودند. از بین موارد ثبت شده ۳۴۳ نفر سالم بوده و ۶۸ نفر بیماری آن‌ها تأیید شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته از دفاتر واحد مبارزه با بیماری‌های مرکز بهداشت، تحلیل داده‌ها و ورود داده‌ها در نرم‌افزار SPSS 16، با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک دوحالتی به روش گام‌به‌گام پس رو استفاده شد.

یافته‌ها: میزان شیوع گال در استان قم ۰/۷ به ازای هر صد هزار نفر محاسبه شد. فراوانی کل موارد بیماری ۶۸ نفر بود. ۸۵/۳٪ در خانوارهای ۵ نفر و بالاتر سکونت داشتند. ۶۱/۸٪ از مبتلایان در محل زندگی دارای دام بودند. ۶۶/۲٪ از مبتلایان دارای مسکن گلی نامناسب و ۲/۹٪ در پادگان نظامی ساکن بودند.

نتیجه‌گیری: فاکتورهایی چون بعد زیاد خانوار، پرورش دام، سکونت در خانه‌های گلی نامناسب از جمله عوامل خطر احتمالی بر شیوع گال در استان قم می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: گال، سارکوپتس اسکابی، قم

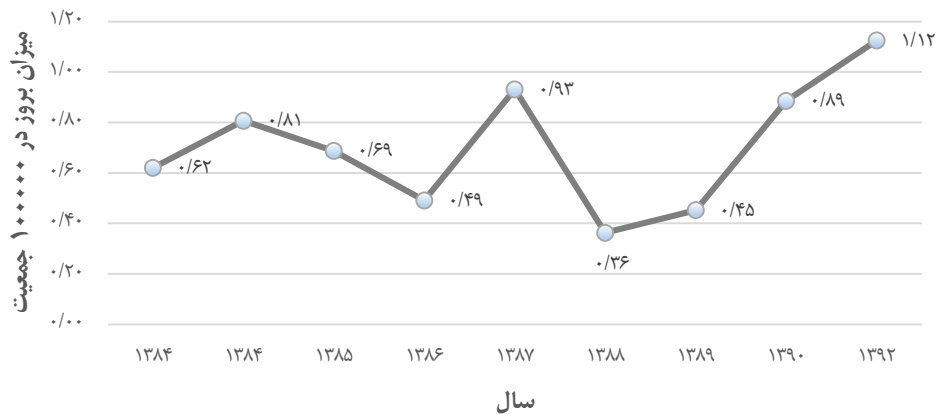
مقدمه

پوست اولین سد دفاعی بدن انسان است که در تماس با محیط اطراف قرار می‌گیرد و از نفوذ میکروارگانیسم‌ها و عوامل شیمیایی و بیولوژیکی به بدن ممانعت به‌عمل می‌آورد [۱]. هرگونه اختلال در پوست که معمولاً به‌صورت بیماری‌های پوستی بروز پیدا می‌کند باعث درگیری فرد با سایر میکروارگانیسم‌ها و ابتلا به بیماری‌های گوناگون می‌شود [۲]. گال یا جرب از جمله بیماری‌های پوستی واگیردار در انسان و سایر پستانداران است. عامل بیماری، نوعی مایت به نام سارکوپتس اسکابی می‌باشد که به رده عنکبوتیان تعلق دارد. این انگل در محل‌هایی از پوست که ظریف و چین خورده است مثل بین انگشتان، مچ‌ها، آرنج‌ها، پاهای، آلت تناسلی، پوست بیضه، لگن و زیر بغل استقرار می‌یابد [۳]. با وجود دستیابی به روش‌های مختلف درمانی گال، این بیماری هنوز به‌صورت آندمیک، در اجتماعات انسان و حیوان گزارش می‌شود. ابتلای بیماران به گال به‌صورت انفرادی، بیشتر از طریق تماس جنسی صورت می‌گیرد درحالی‌که همه‌گیری‌های آن بیشتر به دلیل تراکم جمعیت در جوامع، استراحت گاه‌ها، مدارس، بیمارستان‌ها، محیط‌های نظامی و انتظامی رخ می‌دهد [۴]. سالانه بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در دنیا به بیماری گال مبتلا می‌شوند [۵]. این بیماری در بسیاری از مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری دنیا شایع است. در ظرف ۲۰ سال اخیر ابتلا به این بیماری در کشورهای چک و اسلواکی، دانمارک، بریتانیا، هند، استرالیا و کشورهای آفریقایی، روند افزایشی داشته است [۶]. یافته‌های حاصل از یک مطالعه در برزیل نشان داد فراوانی گال در محله‌های پرجمعیت و کثیف، ۸/۸ درصد و در نقاط با سطح بالای بهداشت ۳/۸ درصد بود [۷]. گال در بسیاری از مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری ایران نیز اتفاق می‌افتد و مطالعات زیادی در زمینه بیماری گال در مناطق مختلف ایران انجام شده است؛ از آن جمله می‌توان به مطالعات فراوانی گال در بابل، کازرون، تهران و نیروهای نظامی استان‌های مختلف سراسر کشور اشاره نمود [۸-۱۱]. متأسفانه گال در برخی از مناطق کشور ما به دلایلی مانند افزایش بی‌رویه جمعیت، کوچ روستائیان به شهر، حاشیه‌نشینی، ایجاد شهرک‌های اقماری با حداقل امکانات بهداشتی و رفاهی و غیره به‌عنوان یک معضل بهداشتی در کنار سایر بیماری‌های واگیر در پاره‌ای از مناطق، در حال بروز و خودنمایی است [۴]. بر اساس گزارش‌های مرکز بهداشت استان قم، سالیانه مواردی از بیماری گال در مناطق شهری و روستای استان رخ می‌دهد اما در سال‌های اخیر مطالعه جامع در این زمینه انجام نشده است. لذا این مطالعه با هدف تعیین شیوع بیماری گال به تفکیک فاکتورهای اجتماعی مؤثر بر آن در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی استان قم در طی سال‌های ۹۲-۱۳۸۴ در بین اقشار مختلف ساکن در مناطق شهری و روستایی استان قم (که با توجه به دارا بودن آب‌وهوای گرم و خشک، تراکم جمعیتی بال، محیط‌زیست مناسبی برای ازدیاد جمعیت مایت‌ها می‌باشد)

به‌منظور پیشنهاد برنامه‌ها و راهکارهای مناسب به مسئولین بهداشتی برای کنترل این معضل بهداشتی صورت گرفت.

روش‌ها

مطالعه مقطعی حاضر بر روی ۴۱۱ نفر مشکوک به بیماری گال که از ابتدای سال ۱۳۸۴ لغایت پایان سال ۱۳۹۲ به بخش‌های بهداشت و درمان در استان قم مراجعه کرده بودند به‌صورت گذشته‌نگر انجام شد. در ابتدا میزان بروز سالیانه بیماری گال موردبررسی قرار گیرد سپس با توجه به اینکه افراد مشکوک و فاقد بیماری از نظر بسیاری از ویژگی‌های فردی مشابه جامعه سالم بوده و هدف از این مطالعه تعیین عوامل مؤثر در ابتلا به بیماری می‌باشد، لذا در مرحله بعد نمونه‌ای مشتمل بر ۳۴۳ نفر از افراد سالم که از ابتدا مشکوک بودند به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شدند؛ بنابراین جامعه هدف مطالعه شامل کلیه افراد دارای برخی علائم مشکوک به بیماری گال مثل خارش از نواحی چین‌خورده و مرطوب پوست خود بوده و کانال‌ها و پاپول‌های جلدی در محل خارش بودند که در ابتدا به مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی مراجعه کرده و پس از تکمیل فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد گال توسط کارشناس مبارزه با بیماری‌ها برای آن‌ها و ویزیت پزشک درمانگاه، برای تأیید تشخیص و یا رد آن به آزمایشگاه مرکزی قم ارجاع داده شدند. پس از انجام آزمایش موارد مثبت و تأییدشده به واحد مبارزه با بیماری‌ها در مرکز بهداشت استان قم به‌صورت غیر فوری گزارش شده‌اند برای تشخیص بیماری معاینه کامل و دقیق تمام بدن (از سر تا نوک پا) و با توجه بیشتر به چین‌های بدن توسط متخصصین پوست انجام می‌شد سپس از کانال‌ها و پاپول‌های جلدی افراد مشکوک با استفاده از روش *scraping test* نمونه‌برداری گردید و به روش میکروسکوپی عامل بیماری تشخیص داده شد. تشخیص گال با دیدن هیبره عامل بیماری و یا تخم آن در زیر میکروسکوپ قطعی گردید. جهت جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک افراد نیز گزارش‌های پزشکی و آمارهای ماهیانه و سالیانه موجود در دفاتر واحد مبارزه با بیماری‌های واگیر مرکز بهداشت استان که از مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، مطب‌های بخش خصوصی، بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و خیریه در استان قم جمع‌آوری شده بود موردبررسی قرار گرفت و فاکتورهای فردی نظیر سن، جنس، محل سکونت، سطح تحصیلات و شغل؛ استخراج و در فرم‌ها و پرسشنامه محقق ساخته مربوطه ثبت گردید. برخی از متغیرها مثل تحصیلات و شغل با توجه به حجم نمونه پایین، در سطوح ادغام گردیدند. با توجه به اینکه تمام موارد گال از مناطق شهری و روستایی درنهایت به واحد بیماری‌های واگیر مرکز بهداشت استان گزارش می‌شوند، این واحد بهترین محل جمع‌آوری داده‌هاست. بیماران که اطلاعات آنان به‌طور کامل در فرم‌های بررسی مورد تأیید مرکز مدیریت بیماری‌ها، ثبت شده بود، وارد مطالعه شدند و افرادی که دارای اطلاعات ناخوانا بوده و یا به‌طور



نمودار ۱. وضعیت بروز بیماری گال در صد هزار نفر جمعیت استان قم طی سال‌های ۹۲-۸۴

نتایج

در طی سال‌های مطالعه (۹۲ - ۱۳۸۴)، از مجموع ۴۱۱ نفر افراد مظنون به گال که مورد بررسی، معاینه و بیماری‌یابی قرار گرفته بودند، ۶۸ نفر از این افراد مشکوک، مبتلا به گال تشخیص داده شدند. میزان بروز بیماری، طی سال‌های مختلف در نمودار شماره یک نشان داده شده است. بیشترین میزان بروز بیماری (۱/۱۲) در صد هزار نفر معادل ۱۳ مورد) در سال ۱۳۹۲ و کمترین میزان بروز (۰/۳۶) در صد هزار نفر معادل ۴ مورد) در سال ۱۳۸۸ رخ داده بود. میانگین سنی بیماران برابر ۲۲/۰۵ با انحراف معیار ۸/۴۶، همچنین کوچک‌ترین و بزرگ‌ترین مقدار سنی مشاهده شده به ترتیب ۴ و ۵۸ سال بود. طی سال‌های مورد بررسی ۹۲/۶ درصد بیماران مرد و ۷/۱ درصد بیماران زن بودند. ۸۵/۳ درصد بیماران شهری و ۱۴/۷ درصد آن‌ها ساکن روستا بودند. ۹۳/۶ درصد از بیماران در گروه سنی بالای ۱۵ سال بودند. همچنین فراوانی بیماری گال برحسب شغل و تحصیلات بیماران در جداول ۱ و ۲ آمده است.

تعداد ۲۸ نفر (۴۱/۲٪) از مبتلایان بی‌سواد و ۴۰ نفر (۵۸/۸٪) دارای تحصیلات ابتدایی و بالاتر بودند. تعداد ۱۰ نفر (۱۴/۷٪) در خانوارهای تا ۴ نفر و ۵۸ نفر (۸۵/۳٪) در خانوارهای ۵ نفر و بالاتر سکونت داشتند. تعداد ۴۲ نفر (۶۱/۸٪) از مبتلایان در نزدیک محل زندگی دارای دام بودند و ۲۶ نفر (۳۸/۲٪) فاقد دام بودند. از نظر وضعیت مسکن افراد مبتلا به بیماری گال ۴۵ نفر (۶۶/۲٪) دارای مسکن گلی نامناسب و رطوبت دار، ۲۱ نفر (۳۰/۹٪) دارای مسکن آجری مناسب و ۲ نفر (۲/۹٪) در پادگان نظامی ساکن بودند. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک (۳۴۳ نفر گروه شاهد) در جدول شماره ۳ آمده است.

میانگین و انحراف معیار سنی بیماران برابر $۸/۴ \pm ۲۲/۰۵$ سال و افراد سالم برابر $۸/۷ \pm ۲۲/۳۶$ سال بود که اختلاف میانگین سنی مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P = ۰/۸۱$). با توجه به نتایج از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین نسبت بیماری در دو جنس مشاهده می‌گردد، به طوری که مردان تقریباً ۳ برابر زنان احتمال بیشتری برای ابتلا به بیماری داشتند. همچنین بین شغل و ابتلا به بیماری ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید، به طوری که

ناقص ثبت شده بودند از مطالعه خارج شدند (حدود ۹ نفر). بعد از جمع‌آوری داده‌ها و تعیین کیفیت آن‌ها، داده‌ها وارد رایانه گردید. برای توصیف متغیرها از درصدها و نسبت‌ها در جدول فراوانی و همچنین میانگین و انحراف معیار و برای بخش تحلیلی مطالعه از مدل رگرسیون لجستیک دو حالتی به روش گام‌به‌گام پس رو استفاده شد. متغیرهایی که با متغیر اصلی یعنی ابتلا به گال در سطح یک‌دهم ارتباط معنادار داشتند وارد مدل نهایی شدند و تحلیل‌های آماری در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد. میزان بروز سالانه بر اساس موارد جدید مشاهده شده در هر سال نسبت به ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت محاسبه گردیده است. منظور از جمعیت پوشش داده شده توسط بخش‌های بهداشت و درمان می‌باشد. کلیه آنالیزهای فوق با نرم‌افزار SPSS 16 انجام گردید. در ضمن کلیه اطلاعات بیماران محرمانه بوده و درج آنان با کد و بدون ذکر نام بود و محققان اصول اخلاقی هلسینکی را در تمامی موارد مطالعه رعایت کردند.

جدول ۱. فراوانی بیماری گال برحسب شغل، در استان قم ۹۲-۱۳۸۴

شغل	موارد مثبت	درصد فراوانی
سرباز	۵۸	۸۵/۳
آزاد	۵	۷/۳
خانه‌دار	۱	۱/۵
کودک	۲	۲/۹
کارمند	۱	۱/۵
دانش‌آموز	۱	۱/۵
جمع	۶۸	۱۰۰

جدول ۲. فراوانی بیماری گال برحسب سواد، در استان قم ۹۲-۱۳۸۴

سواد	موارد مثبت	درصد فراوانی
بی‌سواد	۶	۸/۸
ابتدایی	۵۲	۷۶/۵
راهنمایی	۶	۸/۸
متوسطه	۳	۴/۴
تحصیلات عالی	۱	۱/۵
جمع	۶۸	۱۰۰

جدول ۳. نتایج رابطه بین برخی متغیرهای فردی با بروز بیماری گال در استان قم طی سال‌های ۹۲-۸۴ با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک

متغیر	سطوح متغیر	مورد n(%)	شاهد n(%)	OR	فاصله اطمینان ۹۵% OR	p-value
جنسیت	مذکر	۶۳ (۱۸/۶)	۲۷۶ (۸۱/۴)	رفرنس	-	-
	مؤنث	۵ (۶/۹)	۶۷ (۹۳/۱)	۳/۰۵۹	(۱/۱۸۴ - ۷/۹۰۱)	۰/۰۱۶
شغل	غیر سرباز	۱۰ (۷/۹۳)	۱۱۶ (۹۲/۰۷)	رفرنس	-	-
	سرباز	۵۸ (۲۰/۳)	۲۲۷ (۷۹/۷)	۲۲۷ (۷۹/۷)	(۱/۰۸۰ - ۲/۹۴۴)	۰/۶۰۶
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۶ (۱۲)	۴۴ (۸۸)	رفرنس	-	-
	ابتدایی	۵۲ (۲۰/۲)	۲۰۶ (۷۹/۸)	۳/۷	(۰/۴۸ - ۲۹/۳)	۰/۳۲
	راهنمایی	۶ (۱۱/۱)	۴۸ (۸۸/۹)	۱/۸	(۰/۲ - ۱۶/۸)	۰/۹۹
محل سکونت	متوسطه	۴ (۸/۲)	۴۵ (۹۱/۸)	۱/۵	(۰/۱۴ - ۱۵/۶)	۰/۸۹
	روستا	۱۰ (۱۷/۵)	۴۷ (۸۲/۶)	رفرنس	-	-
	شهر	۵۸ (۱۶/۴)	۲۹۶ (۸۳/۶)	۰/۹۲	(۰/۴۴ - ۱/۹۲)	۰/۸۴

سربازان و مشاغل آزاد به ترتیب ۱۷ و ۱۲ برابر افراد خانه‌دار احتمال بیشتری برای ابتلا به بیماری داشتند.

بحث

مطالعه حاضر یک بررسی وسیع به مدت ۹ سال است که طی آن از بین ۴۱۱ نفر افراد مظنون به گال که مورد بررسی، معاینه و بیماریابی قرار گرفته بودند، ۶۸ نفر (۱۶/۵۴٪) مثبت گزارش شده است. روند بروز بیماری طی سال‌های ۹۲-۸۴ نامنظم بوده است اما موارد بیماری از سال ۸۹ روند افزایشی داشته است. شاید افزایش موارد بیماری در نتیجه مراقبت و بیماریابی بهتر توسط کارکنان بهداشتی و یا در اثر افزایش مهارت کارکنان آزمایشگاه‌های استان قم باشد که منجر به کشف موارد بیشتری از بیماری شده است. در این مطالعه بیشترین میزان بروز بیماری، ۱/۱۲ در صد هزار نفر در سال ۱۳۹۲ برآورد گردید. فراوانی بیماری در نقاط مختلف دنیا و ایران متفاوت است به طوری که معصومه امین و همکاران در کازرون از ۲۰۳ نفر مشکوک به گال که به مراکز بهداشتی درمانی کازرون مراجعه کرده بودند ۵۱ نفر (۲۵/۱۲) مورد مثبت گزارش نمودند [۱۰]. همچنین رضوانی و همکاران در مطالعه‌ای بر روی مراجعین به درمانگاه پوست بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل، فراوانی گال را ۷/۸٪ به دست آوردند [۱۲]. هوکلباخ و همکاران فراوانی بیماری گال را در مناطق فقیرنشین برزیل ۸/۸٪ و در مناطق مرفه ۳/۸٪ گزارش نمودند [۶]. به نظر می‌رسد شیوع این بیماری با سطح اجتماعی اقتصادی افراد در جامعه مرتبط باشد. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که مردان ۳/۰۵ برابر بیشتر از زنان در معرض خطر ابتلا به بیماری گال قرار دارند با احتمال قوی به این علت است که بیشتر موارد بیماران سربازان بوده‌اند که طبیعتاً مذکر هستند. بر اساس نتایج این مطالعه، ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای جنسیت و ابتلا به بیماری مشاهده گردید. در مطالعات انجام‌شده در سایر مناطق، نظیر محله‌های فقیرنشین برزیل، بابل، کازرون، کرمان و نیروهای نظامی استان‌های مختلف سراسر کشور، میزان ابتلای مردان بیشتر بوده است [۱۰-۱۳]. دلیل این امر شاید مربوط به مسائل شغلی و مواجهه بیشتر مردان با محیط‌های

پرخطر باشد. بر اساس نتایج این مطالعه، اکثر مبتلایان به گال در گروه سنی بالای ۱۵ سال قرار داشتند. در مطالعه تیرگر طبری و همکاران بیشترین موارد (۷۸/۳٪) بیماری در گروه سنی ۲۶-۷۵ سال قرار داشت [۸] و همچنین هوکلباخ و همکاران مشاهده کردند که ۹۱/۲٪ بیماران در برزیل در گروه سنی بالای ۱۵ سال جای داشتند [۶]. اکثر بیماران ساکن شهر بودند. اما انتظار می‌رود که بیماری در مناطق روستایی که سطح بهداشت پایین‌تری دارند شیوع بیشتری داشته باشد. بالا بودن فراوانی بیماری در نقاط شهری شاید به دلیل اهمیت دادن بیشتر شهرنشینان به مراقبت‌های پزشکی باشد و همچنین ۹۴ درصد جمعیت کل استان قم در نواحی شهری سکونت دارند که طبیعتاً موارد بیشتری از بیماری در این جمعیت بالا، بروز می‌کند. همچنین بیشترین فراوانی بیماری گال برحسب شغل و تحصیلات بیماران در سربازان و افراد با تحصیلات ابتدایی رخ داده بود که با نتایج مطالعه امین و همکاران در کازرون و ارجمندزاده و همکاران در بوشهر و گل چای در صومعه‌سرا مطابقت دارد [۱۰، ۱۴، ۱۵]. با توجه به نتایج روش‌های دقیق فیشر از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین متغیرهای شغل و ابتلا به بیماری مشاهده گردید و سربازان نسبت به سایر افراد ۲/۹۱ برابر شانس بیشتری برای ابتلا به بیماری خواهند داشت. دلایل احتمالی ابتلای سربازان، می‌تواند به دلیل سکونت آنان در آسایشگاه‌های نظامی باشد که به طور دسته‌جمعی زندگی می‌کنند جهت کنترل بیماری لازم است توجه بیشتری نسبت به وضعیت بهداشت افراد ساکن در پادگان‌ها شود. معاینات اولیه در بدو ورود سربازان به پادگان و نیز معاینه مجدد افراد دو هفته بعد از ورود می‌تواند در پیشگیری از بیماری مؤثر باشد. آموزش‌های لازم بایستی به فرد مبتلا و اطرافیان بیمار ارائه شود. چنانچه مقدور باشد پتوها به مدت یک ساعت در معرض آفتاب قرار گیرند [۱۰].

بین میزان تحصیلات و ابتلا به گال رابطه معنی‌داری مشاهده نگردید که این یافته با سایر مطالعات از جمله مطالعه انجام‌شده توسط سلیمانی احمدی در پادگان هوایی بندرعباس نتایج مغایرت دارد [۱۰، ۱۴، ۱۵]. شاید علت این امر کم بودن تعداد نمونه‌ها و یا

می‌دهد. به نظر می‌رسد شیوع این بیماری با فاکتورهایی چون بعد زیاد خانوار، پرورش دام، سکونت در خانه‌های گلی نامناسب و رطوبت دار روستایی ارتباط دارد و این عوامل جزء عوامل خطر احتمالی بر شیوع بیماری گال در ساکنین استان قم می‌باشد. توصیه می‌شود به منظور پیشگیری و مبارزه با بیماری، علی‌الخصوص در مدارس و یگان‌های نظامی، دوره‌های آموزشی آشنایی با راه‌های پیشگیری از بیماری‌های عفونی نظیر گال، برگزار شود همچنین با بیماریابی فعال، موارد بیماری به سرعت کشف شوند و تحت درمان مناسب و به موقع قرار گیرند.

تشکر و قدردانی: در پایان نگارندگان بر خود لازم می‌دانند از همکاری‌های صمیمانه کلیه پرسنل بهداشت عمومی (گرایش مبارزه با بیماری‌ها) شاغل در مراکز بهداشتی درمانی قم و کارکنان بخش عفونی و اورژانس بیمارستان‌ها به خاطر همکاری در اجرای این مطالعه تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

1. Ahmadi F, Ansilian A, Ansarian H. An introduction to skin disease. 1st ed. Tehran: Teimourzadeh Press; 2001. p. 17. Persian.
2. Leboit A, Wintriub R, editors. Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia: Saunders; 1996. p. 46-7.
3. Rashti SM, Zaim M. A guide to medical entomology. Tehran: Tehran University Press; 362-63 pPersian.
4. Vatandoost H, Nikbakhtzadeh SMR, Telmadarraiy Z. Sarcptes scabiei & Scabies. Tehran: Nashre Seda; 2001. p. 7. (1st; Persian).
5. Markell EK. Medical parasitology. 7th ed. USA: Saunders; 1992. p. 345.
6. Heukelbach J, Winter B, Wilcke T, Muehlen M, Albrecht S, De Oliveira FA, et al. Selective mass treatment with ivermectin to control intestinal helminthiasis and parasitic skin diseases in a severely affected population. Bull World Health Organ. 2004;82(8):563-71.
7. Heukelbach J, Wilcke T, Winter B, Feldmeier H. Epidemiology and morbidity of scabies and pediculosis capitis in resource-poor communities in Brazil. Br J Dermatol. 2005;153(1):150-6.
8. Tirgar-Tabari S, Moosavi SH, Farzan N. Frequency of dermatologic problems in psychiatric patients in Yahya-Nejad Hospital in Babol. J Dermatol Cosmet. 2010;1(4):172-78. Persian.
9. Tirgar-Tabari S, Barat SH. Groin pruritus in female patients referred to dermatology and gynecology clinics of Yahya-Nejad Hospital in Babol. J Dermatol

شاید بالا بودن جمعیت سربازان در این مطالعه باشد که اکثراً تحصیلات متوسطه داشتند. همچنین شاید افراد با تحصیلات پایین دانش بهداشتی کمتری در خصوص راه‌های پیشگیری از بیماری‌ها و از جمله بیماری گال داشته باشند و اصول پیشگیری از این بیماری را کمتر رعایت کرده‌اند. در ضمن ثبت ناقص فرم‌های اطلاعات اپیدمیولوژیک برخی از بیماران توسط پرسنل مراکز بهداشتی درمانی از اهم محدودیت‌های مطالعه بود که این مورد از معایب مطالعات بر اساس داده‌های ثبت شده می‌باشد ولی به نظر می‌رسد نتایج حاصل از این مطالعه تا حدی می‌تواند فراوانی شیوع گال را در استان قم بیان نماید. در ضمن در صورتی که مطالعاتی نظیر این مطالعه در سایر شهرستان‌ها در مراکز از قبیل مدارس شبانه‌روزی و سربازخانه‌ها صورت بگیرد می‌توان اطلاعات جامعی پیرامون وضعیت این بیماری در سطح کشور به دست آورد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه، ارتباط مشخص شیوع بیماری گال با وضعیت اجتماعی-اقتصادی و بهداشتی پایین را در جوامع امروزی نشان

- Cosmet. 2010;1(4):195-200. Persian.
10. Amin M, Fakoorziba MR, Najafi ME, Tabatabaee HR. The frequency rate of scabies and its associated demographic factors in Kazeroon. Zahedan J Res Med Sci. 2012;14(8):90-1. Persian.
11. Karimi-Zarchi AA, Merabi-Tavana A, Vatani H. Investigation of prevalence rate and related factors of scabies in training barracks of land force of Islamic revolutionary guard corps in 1999-2000. J Mil Med. 2003;5(3):189-93. Persian.
12. Rezvani SM, Shakerian MA. The frequency rate of scabies in patients referred to dermatology clinic of Yahya-Nejad Hospital in Babol. Prevalence of Scabies in patients referred to department of Yahyanejad hospital (Babol; 2004-2005) dermatology. 2006;8(6):55-8. Persian.
13. Shamsaddini S, Nasiri-Kashani M, Sharifi I. Prevalence of infectious skin diseases in the central prison of Kerman. Iran J Dermatol. 2000;4(13):19-25. Persian.
14. Arjmand Zadeh S, Joukar MH, Khatmi SM, Zarenezhad M, Abd Elahzadeh Lavari H, Tahmasebi R. Prevalence of pediculosis and scabies in primary schools of Bushehr; 1999-2000. Iran South Med J. 2001;4(1):41-6. Persian.
15. Golchai J, Zargari O, Gholipour M and Karbasi M. The prevalence of Scabies in the students of primary schools in Somea-Sara in 2000-01: An observational cross-sectional study. Iran J Dermatol. 2003;7(25):29-32. Persian.