مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۴، دی ۱۳۹۴، ۸۹۴-۸۷۹

بررسی شیوع برخی اختلالات روان‌پزشکی در افراد بهبود یافته از بیماری لیشمانیوز جلدی در شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۳

فاطمه ترکاشوند[۱]، محسن رضائیان[۲]، محمود شیخ‌فتح‌الهی[۳]، سمانه محمدرضاخانی‌نژاد[۴]، پروانه حاتمی[۵]، رضا بیدکی[۶]

دریافت مقاله: ۹۳/۸/۳ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۳/۱۰/۱۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۴/۶/۱۴ پذیرش مقاله: ۹۴/۶/۳۱

چکیده

زمینه و هدف: لیشمانیوز جلدی (سالک) یک بیماری مورد غفلت قرار گرفته است که بدشکلی و اسکار ناشی از آن عملکرد اجتماعی و روانی فرد را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مطالعه با هدف تعیین برخی اختلالات روان‌پزشکی در بیماران بهبود یافته از لیشمانیوز جلدی در شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- مقطعی تعداد ۱۶۰ نفر از بیماران بهبود یافته از لیشمانیوز جلدی دارای پرونده بهداشتی در شهرستان رفسنجان مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از چک لیست استاندارد کشوری بیماران مبتلاء به لیشمانیوز، پرسش‌نامه افسردگی Beck، مقیاس اضطراب Hamilton و پرسشنامه خودکشی Beck از طریق مصاحبه جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون ناپارامتری Kruskal-Wallis، آزمون مجذور کای و ضریب همبستگی Spearman تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد ۱۴/۸۲±۳۱/۰۱ سال و اکثر آنها (۵۶/۹٪) مرد بوده و ۸۱/۹٪ آنها ساکن روستا بودند. اکثر افراد به نوع روستایی سالک مبتلاء بوده و ۵۰٪ آنها فاقد اسکار بودند. از بین افراد دارای اسکار، نیمی از آنها در صورت و نیم دیگر در سایر نقاط بدن (تنه، دست و پا) اسکار داشتند. اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی به ترتیب بیشترین نمرات را داشت و به طور معناداری نمرات اختلالات مذکور در افراد دارای اسکار نسبت به افراد فاقد اسکار بیشتر بود ($p<۰/۰۵۰$).

نتیجه‌گیری: به طور کلی نتایج نشان‌دهنده شیوع بالای اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی در افراد بهبود یافته دارای اسکار است که ضرورت بررسی این اختلالات و انجام مداخلات روان درمانی در جهت بهبود وضعیت روانی این افراد را آشکار می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی، سالک، لیشمانیوز جلدی

۱- کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۲- استاد گروه آموزشی پزشکی اجتماعی و مرکز تحقیقات محیط کار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۳- استادیار گروه آموزشی پزشکی اجتماعی و مرکز تحقیقات محیط کار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۴- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۵- متخصص پوست، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۶- (نویسنده مسئول) استادیار گروه آموزشی روانپزشکی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
تلفن: ۳۴۲۶۰۰۸۱-۰۳۴، دورنگار: ۳۴۲۶۰۰۸۶-۰۳۴، پست الکترونیکی: reza.bidaki111@gmail.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.10.9.5]

مقدمه

لیشمانیوز جلدی (سالک) یک مشکل بهداشت عمومی در سراسر جهان و مشکل اجتماعی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه است [۱]. سالک یک بیماری عفونی پوستی مشترک بین انسان و حیوان است که عامل آن در ایران گونه‌های مختلفی از جنس لیشمانیا ماژور و تروپیکا است. این بیماری در دو نوع شهری یا خشک که مخزن اصلی آن انسان و در نوع روستایی یا مرطوب که مخزن آن عمدتاً جوندگان صحرایی هستند تقسیم می‌شود [۲]. بیماری سالک بومی بیش از ۷۷ کشور و مشکل بهداشتی مهم در ۷ کشور جهان است [۳]. سالانه بین ۰/۷ تا ۱/۲ میلیون مورد جدید سالک در سراسر جهان رخ می‌دهد که ده کشور افغانستان، الجزایر، کلمبیا، برزیل، ایران، سوریه، اتیوپی، سودان شمالی، کاستاریکا و پرو با بیشترین تعداد بیماری در جهان ۷۰ تا ۷۵٪ از موارد بیماری را به خود اختصاص می‌دهند [۴].

در ایران سالانه حدود ۲۰ هزار مورد از سالک از سراسر کشور گزارش می‌شود که تعداد واقعی حدود پنج برابر این تعداد برآورد شده است [۵]. شیوع سالک در مناطق مختلف ایران ۳۷/۹- ۱/۸ درصد گزارش شده است [۶]. دو نوع شهری و روستایی این بیماری در بیش از نیمی از استان‌های ایران بومی است [۷].

تظاهرات بالینی لیشمانیوز جلدی با توجه وضعیت ایمنی بیمار و نوع انگل متفاوت بوده و در اغلب موارد تحت بالینی است [۸]. در رایج‌ترین شکل بیماری یک زخم پوستی ایجاد می‌شود که در مدت ۹-۱ ماه خود به خود بهبود پیدا می‌کند. تظاهرات بالینی سالک در مناطق روستایی و شهری متفاوت است. مدت ضایعات در مناطق روستایی کمتر از یک سال و در مناطق شهری بیشتر از یک سال طول می‌کشد و حدود ۴۰٪ از زخم‌ها در مناطق روستایی در صورت ایجاد شده در حالی که در مناطق شهری دو سوم زخم‌ها در صورت ایجاد می‌شود [۹].

سالک یک مشکل عمده بهداشتی است که عوارض روانی جدی به همراه دارد و بار اجتماعی و اقتصادی را به جامعه متحمل می‌کند [۱]. وزن ناتوانی ایجاد شده (Disability Weight) توسط بیماری سالک ۰/۰۲۳ است که بیشتر از کم‌خونی ناشی از مالاریا (۰/۰۱۲) است [۱۰]. این بیماری جزء بیماری‌های مورد غفلت قرار گرفته است و در دسته بیماری‌های با ایجاد بدشکلی و با ماهیت ننگ اجتماعی قرار دارد [۱۱]. بد شکلی، معلولیت، ننگ اجتماعی و روانی از عوارض شدید این بیماری است [۱۲].

اگرچه بدشکلی و اسکار به جا مانده از ضایعات پوستی بیماری سالک تهدیدی برای زندگی فرد محسوب نمی‌شود اما به شدت عملکرد اجتماعی و روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و عامل ایجاد اضطراب، افسردگی، کاهش اعتماد به نفس و افت کیفیت زندگی بیماران می‌شود [۱۵-۱۳]. مطالعات نشان داده‌اند که اختلالات روانی در بیماران پوستی شیوع بالایی داشته و حدود ۴۳-۲۱ درصد برآورد شده است [۱۶]. اختلالات روانی در بیماری‌های پوستی می‌تواند به عنوان یک عامل شروع یا تشدیدکننده بیماری نقش داشته یا به عنوان یک عارضه ثانویه ناشی از مقابله با بیماری‌های پوستی باشد که به صورت افسردگی، اضطراب، هراس و انزوای اجتماعی، تصویر بدنی ضعیف و اختلال استرس پس از سانحه بروز می‌کند [۱۷]. اختلالات روانی ثانویه در بیماری پوستی می‌تواند به عنوان

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.10.9.5]

واکنشی در برابر بدشکلی، ننگ اجتماعی و تغییرات نامطلوب سبک زندگی ناشی از بیماری باشد [۱۶]. با توجه به رابطه بین بیماری‌های پوستی مزمن و اختلالات روانی همراه آن عواقب قابل توجهی از جمله افزایش افکار خودکشی در این بیماران مشاهده می‌شود [۱۸].

بدشکلی ناشی از ضایعات پوستی مهم‌ترین عامل ایجاد حساسیت روانی در بیماران پوستی است و واکنش روانی بر اساس اندازه، محل و نوع ضایعه پوستی می‌تواند متفاوت باشد. اگر چه عامل اصلی این بیماری‌ها فیزیولوژیکی بوده و درمان ضایعات پوستی به عنوان درمان اولیه صورت می‌گیرد، اما مداخلات روان‌درمانی باعث افزایش سازگاری و بهبود کیفیت زندگی بیماران خواهد شد [۱۹].

شهرستان رفسنجان به ویژه روستای جوادیه نوق این شهر جزء مناطق اندمیک سالک در استان کرمان محسوب می‌شود [۲۰]. طبق گزارش مرکز بیماری‌های واگیر رفسنجان تا سال ۲۰۰۲ میلادی هیچ موردی از سالک در رفسنجان گزارش نشده بود و در فاصله زمانی سال ۲۰۰۴-۲۰۰۳ میلادی به طوری ناگهانی ۲۵۷ مورد سالک در این منطقه گزارش شد که اکثر آنها مربوط به شهر بهرمان نوق بوده است. جوادیه الهیه فلاح روستایی از شهر بهرمان، از توابع بخش نوق شهرستان رفسنجان است که تقریباً در ۱۰۰ کیلومتری شهر رفسنجان قرار دارد که به عنوان کانون سالک شهرستان رفسنجان شناخته شده است [۲۱].

با توجه به این که سالک از جمله بیماری‌هایی پوستی است که با ایجاد اسکار دایمی مستقیماً وضعیت ظاهری و زیبایی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و متعاقباً عوارض روانی و اجتماعی به همراه دارد، بررسی اختلالات روان-پزشکی در این گروه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر همین اساس با توجه شیوع سالک در شهرستان رفسنجان، مطالعه حاضر در جهت تعیین برخی اختلالات روان‌پزشکی در بیماران بهبود یافته از لیشمانیوز جلدی تحت پوشش مراکز بهداشت رفسنجان در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی ـ مقطعی است که با هدف تعیین برخی از اختلالات روان‌پزشکی از جمله اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی در افراد بهبود یافته از بیماری لیشمانیوز جلدی در بهار سال ۱۳۹۳ انجام گردیده است. جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه افراد بهبود یافته از بیماری لیشمانیوز جلدی دارای پرونده در مراکز بهداشتی شهری و روستایی شهرستان رفسنجان بودند. از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۳ حدود ۳۵۰ مورد بیماری سالک در شهرستان رفسنجان شناخته شده و برای بیماران مبتلاء پرونده بهداشتی تشکیل شده است. تعدادی از بیماران به دلیل عدم رضایت شرکت در مطالعه و ابتلاء به اختلال جدی شناخته شده روان‌پزشکی قبل از ابتلاء به سالک، از مطالعه خارج شدند و نهایتاً ۱۶۰ نفر بهبود یافته از سالک وارد مطالعه شدند. نمونه مورد مطالعه بر اساس وضعیت اسکار به سه گروه دارای اسکار در صورت، اسکار در سایر نقاط بدن و فاقد اسکار تقسیم شدند و میزان اختلالات در این گروه‌ها مورد بررسی قرار گرفت و افرادی که در ۶ ماه گذشته دچار مشکلات روحی و روانی دیگری از جمله مرگ بستگان درجه یک، درگیری های خانوادگی و طلاق یا معتاد به مصرف مواد مخدر یا داروهای مخدر بودند از مطالعه کنار گذاشته شدند.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.10.9.5]

ابزار گردآوری اطلاعات شامل چک لیست استاندارد کشوری مشخصات بیماران مبتلاء به لیشمانیوز مشتمل بر دو بخش اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به لیشمانیوز، پرسش‌نامه افسردگی Beck، مقیاس اضطراب Hamilton و پرسش‌نامه خودکشی Beck بود.

پرسش‌نامه افسردگی Beck یک ابزار ۲۱ گویه‌ای است که برای سنجش شدت افسردگی و نشانه‌های آن طراحی شده است. هر گویه، بازتاب یکی از علایم افسردگی است کـه بر اساس یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه درجه‌بندی شده است. دامنه نمرات آن از صفر تا ۶۳ متغیر می‌باشد و نمره‌های بالاتر حاکی از شدت افسردگی هستند. نمرات کمتر از ۱۳ نشان دهنده افسردگی جزیی، ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط و ۶۳-۲۹ افسردگی شدید می‌باشد. این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری شدت افسردگی هم در جمعیت بالینی و هم در جمعیت بهنجار دارای اعتبار است [۲۳-۲۲]. در ایران اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری افسردگی تأیید شده است [۲۴].

مقیاس درجه‌بندی Hamilton شامل ۱۴ سؤال بوده و هر مورد در رابطه با علایم خاص اضطراب می‌باشد. در این مقیاس هر یک از سؤالات توسط یک فرد مصاحبه‌گر بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای وجود ندارد (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲)، شدید (۳) و خیلی شدید (۴) درجه‌بندی می‌شود. در این مقیاس هم علایم جسمانی و هم علایم شناختی اضطراب ارزیابی می‌گردد. دامنه نمرات آن بین صفر تا ۵۶ است و نمرات کمتر از ۱۷ به عنوان اضطراب خفیف، ۲۴-۱۸ خفیف تا متوسط، ۳۰-۲۵ متوسط تا شدید و ۵۶-۳۱ شدید تا خیلی شدید تقسیم‌بندی شده است. این ابزار بر اساس مطالعات از اعتبار کافی برخوردار است [۲۵] و پایایی آن در مطالعه‌ای از طریق باز آزمایی ۰/۹۰ به دست آمده است [۲۶]. در ایران در مطالعه‌ای پایایی این آزمون ۰/۸۴ گزارش شده است [۲۷].

پرسش‌نامه افکار خودکشی Beck شامل ۱۹ سؤال است که شدت کنونی نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌های خاص بیمار را برای اقدام به خودکشی در قالب یک مصاحبه اندازه‌گیری می‌کند. هر سؤال دارای ۳ گزینه است که شدت خودکشی را در یک مقیاس سه نمره‌ای (۲-۰) می‌سنجد. دامنه نمرات بین صفر تا ۳۸ است و نمرات کمتر از ۳ فاقد افکار خودکشی، نمره ۱۱-۴ دارای افکار خودکشی کم و نمره ۱۲ و بیشتر دارای افکار خودکشی پرخطر در نظر گرفته می‌شود. روان‌سجی این ابزار در ایران مورد بررسی قرار گرفته و از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است [۲۸].

نمونه‌های مورد بررسی در این مطالعه اکثراً در مرکز بهداشتی درمانی روستای جوادیه نوق که به عنوان کانون سالک در شهرستان رفسنجان شناخته شده است، بودند و همچنین، تعدادی از نمونه‌های مورد بررسی در مرکز بهداشتی درمانی شماره یک رفسنجان پرونده بهداشتی داشتند. جهت جمع‌آوری اطلاعات، از افراد دارای پرونده بهداشتی در مرکز بهداشتی درمانی شماره یک رفسنجان جهت حضور در این مرکز دعوت به عمل آمد و در این مرکز مورد مصاحبه قرار گرفته و اطلاعات آنها جمع‌آوری گردید. جهت جمع‌آوری اطلاعات افراد در روستای جوادیه نوق، پرسش‌گران در این روستا حضور پیدا کرده و با هماهنگی بهورز این روستا و با دریافت آدرس منازل افراد،

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.10.9.5]

به درب منازل آنها مراجعه کرده و با ارایه توضیحات لازم در زمینه اهداف پژوهش مطالعه و بعد از کسب رضایت از بیماران پرسش‌نامه‌ها را به صورت مصاحبه از بیماران تکمیل نمودند.

اطلاعات پس از گردآوری توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌های کمی به صورت "انحراف معیار ± میانگین" و داده‌های کیفی به صورت "تعداد (درصد)" گزارش گردید. به منظور سنجش نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی از آزمون کولموگورف- اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov test) استفاده شد. به منظور ارزیابی همگنی واریانس متغیرهای کمی در سطوح متغیرهای کیفی از آزمون لون (Levene's test of homogeneity of variances) استفاده شد. به دلیل عدم نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی و عدم تساوی واریانس‌ها، از آزمون ناپارامتری کروسکال- والیس (Kruskal-Wallis *H* test) برای مقایسه نمرات افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی در گروه‌های مورد بررسی، استفاده گردید و در صورت معنی‌داری آزمون، از آزمون من- ویتنی (Mann-Whitney *U* test) و با اصلاح بونفرونی (Bonferroni correction) برای خطای نوع اول، به منظور انجام مقایسات زوجی استفاده گردید. همچنین، جهت بررسی ارتباط متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای (*chi*-square test) استفاده شد. ارتباط متغیرهای کمی با یکدیگر با استفاده از ضریب همبستگی اِسپیرمن (*Spearman's* rank correlation coefficient) ارزیابی شد. سطح معنی‌داری در آزمون مقایسه نمرات اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی در سه گروه افراد فاقد اسکار، اسکار در صورت و اسکار در سایر نقاط بدن، ۰/۰۵ و در آزمون مقایسات زوجی، ۰/۰۱۷ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۱۴/۸۲±۳۱/۰۱ سال و کوچک‌ترین و مسن‌ترین بیماران به ترتیب ۱۰ و ۸۵ سال سن داشتند. از نظر جنسیت، اکثر افراد مرد بوده و بیشتر ساکن روستا بودند. ویژگی‌های دموگرافیک و مشخصات اسکار بیماران در جدول ۱ نشان داده شده است.

اکثر افراد مورد بررسی به نوع روستایی سالک مبتلاء بوده و نیمی از آنها فاقد اسکار ناشی از زخم سالک بودند. از بین افراد دارای اسکار، نیمی از آنها در صورت و نیم دیگر در سایر نقاط بدن (تنه، دست و پا) اسکار داشتند. اکثر افراد (۱۵۰ نفر) ۹۳/۸٪ مورد جدید بیماری بوده و بقیه بیش از یک بار به بیماری سالک مبتلاء شده بودند. از بین افراد مورد مطالعه (۶۶ نفر) ۴۱/۳٪ سابقه خانوادگی سالک داشتند. کلیه افراد مراحل بیماری را گذرانده و به بهبودی کامل دست یافته بودند.

در مجموع، در کل افراد مورد بررسی میانگین نمرات افسردگی ۱۲/۴۵±۷/۷۴، اضطراب ۹/۰۵±۶/۲۱ و افکار خودکشی ۷/۲۴±۳/۲۶ بود. توزیع فراوانی شدت افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی در سه گروه افراد فاقد اسکار، اسکار در صورت و اسکار در سایر نقاط بدن در جدول ۲ نشان داده شده است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.10.9.5]

جدول ۱ـ ویژگی‌های دموگرافیک و مشخصات اسکار افراد مورد مطالعه (n=۱۶۰)

متغیر	درصد	فراوانی
جنس		
مرد	۵۶/۹	۹۱
زن	۴۳/۱	۶۹
وضعیت تأهل		
مجرد	۳۴/۴	۵۵
متأهل	۶۵/۶	۱۰۵
شغل		
محصل	۱۵/۶	۲۵
خانه دار	۲۵/۰	۴۰
کشاورز	۱۸/۸	۳۰
کارمند	۸/۸	۱۴
آزاد	۳۱/۸	۵۱
محل سکونت		
شهر	۱۸/۱	۲۹
روستا	۸۱/۹	۱۳۱
ملیت		
ایرانی	۷۸/۱	۱۲۵
افغانی	۲۱/۹	۳۵
نوع سالک		
شهری	۱۴/۴	۲۳
روستایی	۸۱/۹	۱۳۱
نامعلوم	۳/۷	۶
محل اسکار		
صورت	۲۵/۶	۴۱
سایر نقاط بدن	۲۴/۴	۳۹
ندارد	۵۰/۰	۸۰
تعداد اسکار		
۱	۱۱/۳	۱۸
۲	۱۶/۸	۲۷
۳+	۲۱/۹	۳۵
ندارد	۵۰/۰	۸۰
اندازه اسکار (سانتی‌متر)		
۱	۳۴/۴	۵۵
۲	۱۰/۶	۱۷
۳+	۵/۰	۸
ندارد	۵۰/۰	۸۰

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.10.9.5]

جدول ۲ـ توزیع فراوانی شدت افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی بر اساس وضعیت اسکار افراد مورد مطالعه (n=۱۶۰)

گروه‌ها					
اسکار در صورت (n=۴۱)	افسردگی	جزیی	خفیف	متوسط	شدید
	تعداد	۲۷	۵	۲	۷
	درصد	۶۵/۹	۱۲/۲	۴/۹	۱۷/۱
	اضطراب	خفیف	متوسط	شدید	خیلی شدید
	تعداد	۲۲	۴	۳	۱۲
	درصد	۵۳/۷	۹/۸	۷/۳	۲۹/۳
	افکار خودکشی	ندارد	کم		پرخطر
	تعداد	۳۲	۲		۷
	درصد	۷۸/۰	۴/۹		۱۷/۱
اسکار در سایر نقاط بدن (n=۳۹)	افسردگی	جزیی	خفیف	متوسط	شدید
	تعداد	۲۵	۳	۶	۵
	درصد	۶۴/۱	۷/۷	۱۵/۴	۱۲/۸
	اضطراب	جزیی	خفیف	متوسط	شدید
	تعداد	۲۳	۳	۳	۱۰
	درصد	۵۹/۰	۷/۷	۷/۷	۲۵/۶
	افکار خودکشی	ندارد	کم		پرخطر
	تعداد	۲۴	۵		۱۰
	درصد	۶۱/۵	۱۲/۸		۲۵/۶
بدون اسکار (n=۸۰)	افسردگی	جزیی	خفیف	متوسط	شدید
	تعداد	۷۰	۳	۵	۲
	درصد	۸۷/۵	۳/۸	۶/۳	۲/۵
	اضطراب	خفیف	متوسط	شدید	خیلی شدید
	تعداد	۲۶	۳	۲	۴۹
	درصد	۳۲/۵	۳/۸	۲/۵	۶۱/۳
	خودکشی	ندارد	کم		پرخطر
	تعداد	۷۰	۸		۲
	درصد	۸۷/۵	۱۰/۰		۲/۵

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.10.9.5]

میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی در بین سه گروه افراد فاقد اسکار، اسکار در صورت و اسکار در سایر نقاط بدن در جدول ۳ نشان داده شده است. بر اساس نتایج آزمون کروسکال- والیس نمرات افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی در بین سه گروه به طور معناداری تفاوت داشت. نتایج مقایسه زوجی نمرات در سه گروه با استفاده از آزمون من- ویتنی با اصلاح بونفرونی (سطح معنی‌داری تعدیل شده ۰/۰۱۷) نشان داد که نمره افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی بین افراد با اسکار در صورت و اسکار در سایر نقاط بدن تفاوت آماری معناداری نشان نداد (p>۰/۰۱۷). نمره افسردگی افراد با اسکار در صورت (p<۰/۰۰۱) و اسکار در سایر نقاط بدن (p=۰/۰۰۱) به طور معناداری نسبت به افراد بدون اسکار بیشتر بود. نمره اضطراب افراد دارای اسکار در صورت (p<۰/۰۰۱) و اسکار در سایر نقاط بدن (p<۰/۰۰۱) نسبت به افراد بدون اسکار به طور معناداری بیشتر بود. نمره افکار خودکشی در افراد دارای اسکار در صورت نسبت به افراد بدون اسکار تفاوت آماری معناداری نداشته (p=۰/۰۲۵) و در افراد با اسکار در سایر نقاط بدن نسبت به افراد بدون اسکار به طور معناداری بیشتر بود (p<۰/۰۰۱).

جدول ۳- مقایسه نمرات افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی بر اساس وضعیت اسکار افراد مورد مطالعه (n=۱۶۰)

وضعیت اسکار / متغیرها	صورت (n=۴۱) انحراف معیار ± میانگین	سایر نقاط بدن (n=۳۹) انحراف معیار ± میانگین	ندارد (n=۸۰) انحراف معیار ± میانگین	مقدار p
افسردگی	۱۱/۶۶ ± ۱۵/۳۸	۱۱/۶۴ ± ۱۴/۱۱	۳/۸۲ ± ۸/۰۹	<۰/۰۰۱
اضطراب	۸/۷۱ ± ۱۰/۶۲	۹/۳۸ ± ۱۰/۱۸	۳/۳۷ ± ۶/۴۳	<۰/۰۰۱
خودکشی	۴/۷۳ ± ۹/۵۹	۵/۸۹ ± ۸/۹۱	۱/۲۲ ± ۳/۴۷	۰/۰۰۱

آزمون آماری کروسکال- والیس (Kruskal-Wallis H test)، p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

در این مطالعه هیچ کدام از اختلالات اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی با متغیرهای دموگرافیک (سن، جنسیت، شغل و محل سکونت) و ویژگی‌های اسکار (اندازه و تعداد اسکار) رابطه معناداری نشان نداد. جدول ۴ ماتریس همبستگی متغیرهای کمی را در هر یک از گروه‌های فاقد اسکار، اسکار در صورت و اسکار در سایر نقاط بدن نشان می‌دهد. بین افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی در هر یک از گروه‌های مورد مطالعه همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.10.9.5]

جدول ۴ـ ماتریس همبستگی بین متغیرهای کمی پژوهش به تفکیک گروه بندی وضعیت اسکار و کل آزمودنی‌ها (n=۱۶۰)

گروه‌ها	متغیرها	افسردگی	اضطراب	خودکشی	تعداد اسکار	اندازه اسکار	سن
اسکار در صورت (n=۴۱)	افسردگی	–					
	اضطراب	۰/۷۸*	–				
	خودکشی	۰/۷۹*	۰/۷۰*	–			
	تعداد اسکار	۰/۰۷	-۰/۰۳	۰/۱۱	–		
	اندازه اسکار	۰/۱۸	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۴	–	
	سن	۰/۱۳	۰/۰۱	-۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۳۲**	–
اسکار در سایر نقاط بدن (n=۳۹)	افسردگی	–					
	اضطراب	۰/۸۷*	–				
	خودکشی	۰/۹۵*	۰/۸۳*	–			
	تعداد اسکار	-۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۶	–		
	اندازه اسکار	۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۶۳*	–	
	سن	۰/۰۸	۰/۱۵	۰/۱۰	۰/۰۸	۰/۰۹	–
بدون اسکار (n=۸۰)	افسردگی	–					
	اضطراب	۰/۸۲*	–				
	خودکشی	۰/۸۹*	۰/۷۷*	–			
	تعداد اسکار	–	–	–	–		
	اندازه اسکار	–	–	–	–	–	
	سن	۰/۱۷	۰/۱۲	۰/۱۸	–	–	–
کل افراد (n=۸۰)	افسردگی	–					
	اضطراب	۰/۸۴*	–				
	خودکشی	۰/۸۸*	۰/۷۹*	–			
	تعداد اسکار	-	–	–	–		
	اندازه اسکار	-	–	–	–	–	
	سن	۰/۰۹	۰/۰۵	۰/۰۷	–	–	–

** $p<۰/۰۵$ ** $p<۰/۰۰۱$*

آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن (Spearman's rank correlation coefficient)، $p<۰/۰۵$ همبستگی معنی‌دار

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی در هر یک از سه گروه فاقد اسکار، اسکار در صورت و اسکار در سایر نقاط بدن با درجات مختلفی مشاهده شده که میزان این اختلالات در این گروه‌ها به طور معناداری متفاوت بود.

در مطالعه حاضر میانگین نمرات افسردگی و اضطراب در افراد دارای اسکار نسبت به افراد فاقد اسکار به طور

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.10.9.5]

معناداری بیشتر بوده ولی این اختلالات در بین افراد دارای اسکار در صورت نسبت به افرادی که در سایر نقاط بدن اسکار داشتند، تفاوت معناداری نداشت. میزان اضطراب و افسردگی در افراد با اسکار در صورت به ترتیب ۴۶/۳٪ و ۳۴/۱٪ و در افراد دارای اسکار در سایر نقاط بدن ۴۱٪ و ۳۵/۹٪ بود. مطالعات اندکی وضعیت اختلالات روانی در افراد دارای سالک را مورد بررسی قرار دادند. در مطالعه‌ای افراد مبتلاء به سالک به طور معناداری نمرات افسردگی و اضطراب بیشتری در مقایسه با افرد سالم کسب کرده و کیفیت زندگی و تصویر بدنی پایین‌تری نسبت به گروه کنترل داشتند [۱۴]. در مطالعه کیفی بر روی بیماران مبتلاء به سالک مشکلات روانشناختی از جمله اضطراب، ترس شدید، حساسیت و اختلال عاطفی، احساس ناامیدی و ننگ در این بیماران گزارش شده است [۲۹]. اختلالات روانی از مشکلات شایع در بیماران پوستی است و در حداقل ۳۰٪ این بیماران گزارش شده است که اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین این عوارض روانی است [۳۰]. در مطالعه‌ای ۳۸/۷٪ بیماران در بخش پوستی دارای اختلالات روانی به ویژه اضطراب و افسردگی بودند [۱۶]. در مطالعه دیگری در بیماران مبتلاء به پسوریازیس، آکنه، ویتیلیگو، اگزما ۵۲/۳٪ آن‌ها دارای اختلالات روانی بوده که شایع‌ترین آن‌ها اختلالات اضطرابی (۲۸/۶٪) و افسردگی (۲۱/۹٪) بوده است [۳۱]. پوست به عنوان یک عضو حسی نقش کلیدی در فرآیند جامعه‌پذیری افراد در طول زندگی دارد و وضعیت ظاهری تا حد زیادی عزت نفس و تصویر بدنی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شیوع بالای اضطراب و افسردگی در بیماران پوستی با توجه به رابطه بین پوست و عزت نفس و تصویر بدنی افراد دور از انتظار نیست [۱۶].

در مطالعه حاضر نمرات افکار خودکشی در افراد دارای اسکار به طور معناداری نسبت به افرادی که اسکار سالک نداشتند بیشتر بود. شیوع افکار خودکشی در افراد دارای اسکار در صورت ۲۲٪ و در افراد دارای اسکار در سایر نقاط بدن ۳۸/۵٪ بود. مطالعه‌ای در زمینه بررسی افکار خودکشی در بیماران سالک یافت نشد و اکثر بررسی‌های انجام شده در زمینه خودکشی در بیماران پوستی در بیماران پسوریازیس، آکنه و درماتیت آتوپیک انجام شده است. در مطالعه‌ای در انگلستان از ۳۴۱ بیمار پوستی مراجعه‌کننده به مشاوره پوستی ۱۷۸ نفر اقدام به خودکشی و ۲۸ نفر خودکشی کردند [۳۲]. افکار خودکشی در بیماران پوستی به یک نگرانی تبدیل شده است و در پایان قرن گذشته ۱۶ مورد خودکشی کامل در بیماران پوستی ثبت شده است که هفت مورد از آن‌ها بیماران دارای آکنه بودند [۳۲]. در مطالعه‌ای شیوع افکار خودکشی در بیماران پوستی در ایتالیا ۸/۶٪ [۳۳] و در مطالعه‌ای در مازندران ۵/۷٪ گزارش شده است [۳۴]. در یک مطالعه کوهورت آینده‌نگر بیماران مبتلاء به پسوریازیس ۱/۴۴ برابر نسبت به گروه کنترل شانس بیشتری برای خودکشی داشته‌اند [۳۵]. بر اساس مطالعات مختلف بیماری‌های جسمانی از قبیل ایدز، سرطان‌ها، بیماری‌های ریوی و بیماری‌های پوستی عامل خطری برای خودکشی و اقدام به خودکشی محسوب می‌شوند که در این رابطه اختلالات روانی همراه با این بیماری‌ها به عنوان عامل مستقلی در اقدام به خودکشی نقش دارد [۳۲].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.10.9.5]

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر اختلالات مورد بررسی در افراد دارای اسکار نسبت به افراد فاقد اسکار به طور معناداری بیشتر بود؛ این یافته نشان دهنده این است که اسکار به جا مانده از زخم سالک بدون توجه به محل آن (صورت و بدن) عامل مهمی در ایجاد تأثیرات روانی در افراد داشته است. از آن جایی که که زخم سالک معمولاً در نقاط باز بدن مانند دست و صورت ایجاد می‌شود و اسکار به جا مانده از آن دایمی است، شیوع بالای اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی در این افراد هم‌چنان بعد از بهبودی از بیماری نیز مشاهده می‌شود. تحت تأثیر قرار دادن وضعیت ظاهری، باورهای منفی جامعه نسبت به بیماری و احساس ننگ اجتماعی در افراد می‌تواند از عوامل احتمالی ظهور این اختلالات در این افراد باشد. در مطالعه‌ای در کابل برخی از مردم بر این باور بودند که بیماری سالک از طریق تماس پوستی قابل انتقال بوده که این نگرش موجب اجتناب افراد جامعه از بیماران از قبیل عدم شرکت دادن کودکان بیمار در بازی، جلوگیری از تهیه و پخت غذا توسط زنان و اختلال در روابط زناشویی زنان بیمار شده بود [۳۶].

در مطالعه حاضر اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی با متغیرهای دموگرافیک و ویژگی‌های اسکار (اندازه و تعداد اسکار) رابطه معناداری نشان نداد که این یافته با نتایج مطالعه‌ای که شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران پوستی را مورد بررسی قرار داده است هم‌خوانی دارد [۳۷]. در مطالعه دیگری در بیماران سالک میزان اضطراب و افسردگی با سن و جنس رابطه‌ای نداشت [۱۴].

بین هر یک از سه اختلال افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی در افراد دارای اسکار همبستگی مثبت و از نظر آماری معنی‌داری مشاهده شد. در مطالعه دیگری در بیماران پوستی همبستگی مثبت و معناداری بین اضطراب و افسردگی وجود داشت [۳۷].

بیماری سالک به عنوان یک بیماری پوستی که می‌تواند اسکارهای دایمی به ویژه در نقاط باز بدن بر جای بگذارد در دسته بیماری‌هایی است که مورد غفلت قرار گرفته است. مرور متون نشان‌دهنده توجه کمتر به این بیماری به خصوص عوارض روانی آن است و مطالعات کمی در این زمینه انجام شده است. از آن جایی که افراد دارای اسکار به صورت مادام العمر با این اسکار زندگی می‌کنند شناسایی اختلالات روانی در این بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است و مشاوره و اقدامات روان درمانی در زمینه کاهش این اختلالات باعث بهبود زندگی و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها خواهد شد.

در پژوهش حاضر با توجه به این که اطلاعات به شیوه مصاحبه جمع‌آوری شده است ممکن است افراد به دلایل مختلفی دچار کم گزارشی شده باشند. مقطعی بودن مطالعه و عدم وجود گروه کنترل از دیگر محدودیت‌های مطالعه است. پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی در این زمینه، انواع مختلف اختلالات روانی و عوامل اجتماعی، فرهنگی مؤثر بر آن‌ها را مورد بررسی قرار دهند. هم‌چنین مطالعاتی در زمینه مداخلات درمانی مؤثر بر بهبود زندگی و کاهش عوارض روانی و اجتماعی بیماری سالک انجام شود.

نتیجه‌گیری

اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی به ترتیب بیشترین نمرات را در افراد مورد بررسی داشت و این

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.10.9.5]

اختلالات به طور معناداری در افراد دارای اسکار نسبت به افراد فاقد اسکار بیشتر بود. اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی همبستگی مثبت و معنادارای با یکدیگر در افراد داری اسکار سالک داشتند. اختلالات مذکور در این مطالعه با متغیرهای دموگرافیک و ویژگی‌های اسکار (اندازه و تعداد اسکار) رابطه معناداری نداشت. به طور کلی نتایج نشان‌دهنده شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی مذکور در افراد بهبود یافته از سالک است که ضرورت بررسی بیشتر این اختلالات و انجام مداخلات روان درمانی در جهت بهبود وضعیت روانی این افراد را اشکار می‌سازد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بدین‌وسیله از مسئولین محترم مراکز بهداشتی درمانی شماره یک شهر رفسنجان و روستای جوادیه نوق جهت همکاری در اجرای طرح و کلیه شرکت کنندگان در این طرح مراتب سپاس و قدرانی را اعلام می‌دارند. لازم به ذکر است که این مقاله حاصل یک کار تحقیقاتی مصوب در شورای پژوهشی و نیز پایان‌نامه پزشکی جهت کسب درجه دکترای حرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان می‌باشد.

References

[1] Doroodgar A, Sayyah M, Doroodgar M, Mahbobi S, Nemetian M, Rafizadeh S, et al. Progressive increasing of cutaneous leishmaniasis in Kashan district, central of Iran. *Asian Pacific Journal of Tropical Disease* 2012;2(4):260-3.

[2] Farahmand M, Nahrevanian H, Shirazi HA, Naeimi S, Farzanehnejad Z. An overview of a diagnostic and epidemiologic reappraisal of cutaneous leishmaniasis in Iran. *Brazilian Journal of Infectious Diseases* 2011;15(1):17-21.

[3] Mohammadi AMA, Khamesipour A, Khatami A, Javadi A, Nassiri-Kashani M, Firooz A, et al. Cutaneous Leishmaniasis in Suspected Patients Referred To the Center for Research and Training in Skin Diseases and Leprosy, Tehran, Iran from 2008 To 2011. *Iranian Journal of Parasitology* 2013;8(3):430.

[4] Alvar J, Velez ID, Bern C, Herrero M, Desjeux P, Cano J, et al. Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. *PloS one* 2012; 7(5): 35671.

[5] Karami M, Doudi M, Setorki M. Assessing epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Isfahan, Iran. *J Vector Borne Dis* 2013; 50(1): 30-7.

[6] Razmjou S, Hejazy H, Motazedian MH, Baghaei M, Emamy M, Kalantary M. A new focus of zoonotic cutaneous leishmaniasis in Shiraz, Iran. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2009;103(7):727-30.

[7] Khosravi A, Sharifi I, Dortaj E, Afshar AA, Mostafavi M. The present status of cutaneous

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.10.9.5]

leishmaniasis in a recently emerged focus in South-west of Kerman province, Iran. *Iranian Journal of Public Health* 2013;42(2):182.

[8] Reithinger R, Dujardin J-C, Louzir H, Pirmez C, Alexander B, Brooker S. Cutaneous leishmaniasis. *The Lancet infectious diseases* 2007; 7(9): 581-96.

[9] Mahmoudzadeh Niknam H, Ajdary S, Riazi Rad F, Mirzadegan E, Rezaeian A, Khaze V, et al. Molecular epidemiology of cutaneous leishmaniasis and heterogeneity of Leishmania major strains in Iran. *Tropical Medicine & International Health* 2012; 17(11): 1335-44.

[10] Ben Salah A, Ben Messaoud N, Guedri E, Zaatour A, Ben Alaya N, Bettaieb J, et al. Topical paromomycin with or without gentamicin for cutaneous leishmaniasis. *New England Journal of Medicine* 2013; 368(6): 524-32.

[11] Litt E, Baker MC, Molyneux D. Neglected tropical diseases and mental health: a perspective on comorbidity. *Trends in parasitology* 2012;28(5):195-201.

[12] Organization WH. Cutaneous leishmaniasis: Why are you neglecting me. Communicable diseases control Geneva WHO. 2007.

[13] Kassi M, Kassi M, Afghan AK, Rehman R, Kasi PM. Marring leishmaniasis: the stigmatization and the impact of cutaneous leishmaniasis in Pakistan and Afghanistan. *PLoS neglected tropical diseases* 2008;2(10):e259.

[14] Yanik M, Gurel M, Simsek Z, Kati M. The psychological impact of cutaneous leishmaniasis. *Clinical and Experimental Dermatology* 2004;29(5):464-7.

[15] Behrooze Vares M, Mohseni M, Amireh Heshmatkhah M, Saeideh Farjzadeh M, Zahra Rahnama M, Leila Reghabatpour M. Quality of life in patients with cutaneous leishmaniasis. *Archives of Iranian Medicine* 2013;16(8):474.

[16] Picardi A, Porcelli P, Pasquini P, Fassone G, Mazzotti E, Lega I, et al. *Integration of multiple criteria for psychosomatic assessment of dermatological patients. Psychosomatics* 2006; 47(2): 122-8.

[17] Locala JA. Current concepts in psychodermatology. *Current psychiatry reports* 2009;11(3):211-8.

[18] Hong J, Koo B, Koo J. The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatologic therapy* 2008; 21(1): 54-9.

[19] Mercan S, Altunay I. Psychodermatology: A collaborative subject of psychiatry and dermatology. *Turkish J Psychiatry* 2006; 17(4): 305-13.

[20] Javadieh Falah Rafsanjan a known focus of cutaneous leishmaniasis, 2014. Available at: http://behdasht.rums.ac.ir/index.aspx?siteid=32&pageid=2481&newsview=1914. Accessed October 10, 2014.

[21] Yaghoobi-Ershadi M, Hakimiparizi M, Zahraei-Ramazani A, Abdoli H, Akhavan A, Aghasi M, et al. Sand fly surveillance within an emerging epidemic

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.10.9.5]

focus of cutaneous leishmaniasis in southeastern Iran. *Iranian Journal of Arthropod-Borne Diseases* 2010; 4(1): 17.

[22] Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988;8(1):77-100.

[23] Beck AT, Brown G, Steer RA, Eidelson JI, Riskind JH. Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology* 1987;96(3):179

[24] Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian language version of the Beck Depression Inventory Second edition: BDI II PERSIAN. *Depression and Anxiety* 2005;21(4):185-92.

[25] Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders* 1988; 14(1): 61-8.

[26] Leentjens AF, Dujardin K, Marsh L, Richard IH, Starkstein SE, Martinez Martin P. Anxiety rating scales in Parkinson's disease: a validation study of the Hamilton anxiety rating scale, the Beck anxiety inventory, and the hospital anxiety and depression scale. *Movement Disorders* 2011; 26(3): 407-15.

[27] Tashakori A, Arabgol F, Panaghi L. Effect of reboxetine on reduction of anxiety symptoms in depressed children and adolescents. *Jundishapur Sci Med J* 2006;6:216-27.

[28] Anisi J, Fathi Ashtiani A, salimi S. validity and reliability of beck suicide scale ideation among soldiers. *J Mil Med* 2005; 7 (1): 33-7.

[29] Getnet S. The Psycho-Social Impact of Cutaneous Leishmaniasis on People Infected by the Disease. Msc Thesis, Addis Ababa University; 2012

[30] Bashir K, Dar NR, Rao SU. Depression in adult dermatology outpatients. *J Coll Physicians Surg Pak* 2010; 20(12): 811-3.

[31] Mufaddel A, Abdelgani AE. Psychiatric Comorbidity in Patients with Psoriasis, Vitiligo, Acne, Eczema and Group of Patients with Miscellaneous Dermatological Diagnoses. *Open Journal of Psychiatry* 2014;4:168-75.

[32] Humphreys F, Humphreys M. Psychiatric morbidity and skin disease: what dermatologists think they see. *British Journal of Dermatology* 1998; 139: 679-81.

[33] Picardi A, Lega I, Tarolla E. Suicide risk in skin disorders. *Clinics in dermatology* 2013;31(1):47-56.

[34] Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M, Mokhmi H. Mental health and suicidal ideation in patients with dermatologic disorders. *World Applied Sciences Journal* 2010; 11(5): 573-7.

[35] Olivier C, Robert PD, Daihung D, Urbà G, Catalin MP, Hywel W, et al. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Archives of dermatology* 2010; 146(8): 891-5.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.10.9.5]

depression and anxiety disorders in hospitalized patients at the dermatology clinical ward of a university hospital. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2012; 87(3): 403-7.

[36] Reithinger R, Aadil K, Kolaczinski J, Mohsen M, Hami S. Social impact of leishmaniasis, Afghanistan. *Emerging infectious diseases* 2005;11(4):634.

[37] Gascón MRP, Ribeiro CM, Bueno LMdA, Benute GRG, Lucia MCSd, Rivitti EA, et al. Prevalence of

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.10.9.5]

A Survey on Psychiatric Disorders in Patients Improved Cutaneous Leishmaniasis In the city of Rafsanjan in 2014

F. Torkashvand[1], M. Rezaeian[2], M. Sheikh Fathollahi[3], S. Mohammadreza Khaninezhad[4], P. Hatami[5], R. Bidaki[6]

Received: 25/10/2014 Sent for Revision: 05/01/2015 Received Revised Manuscript: 05/09/2015 Accepted: 22/09/2015

Background and Objective: Cutaneous leishmaniasis (Salak) is considered as a neglected skin disease that disfigurement and scar caused by the disease can severely affect the patient's social and psychological performances. This study addressed some of psychiatric disorders in patients recovered from cutaneous leishmaniasis in Rafsanjan city in 2014.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 160 patients improved cutaneous leishmaniasis in the city of Rafsanjan having medical records were examined. Information were collected using the country standard Checklist designed for patients with leishmaniasis, Beck questionnaire for depression, Hamilton anxiety scale and the Beck suicide questionnaires through interviews. Data were analyzed using non-parametric Kruskal-Wallis *H* test, *chi*-square test, and *Spearman's* rank correlation coefficient.

Results: The mean age of individuals was 31.01 ± 14.82 years, a majority (56.9%) of them was males and 81.9% were from rural areas. The majority of the participants were suffering from rural type Salak and 50% of them had no scar. Among people with a scar, half of them had the scar in the face and the other half in the other parts of the body (trunk, hand, and legs). Anxiety, depression and suicidal ideation reached the highest scores, respectively, and the scores were significantly higher among the patients with scar than in those without scar.

Conclusion: In overall, results indicate a high prevalence of anxiety, depression and suicidal ideation in patients recovered from cutaneous leishmaniasis remaining a scar, which necessitate studying these disorders and also mental health interventions to improve the mental state of these people.

Key words: Anxiety, Depression, Suicidal ideation, Salak, Cutaneous leishmaniasis

Funding: This research was funded by Rafsanjan University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Rafsanjan University of Medical Sciences approved the study.

How to cite this article: Torkashvand F, Rezaeian M, Sheikh Fathollahi M, Mohammadreza Khaninezhad S, Hatami P, Bidaki R. A Survey on Psychiatric Disorders in Patients Improved Cutaneous Leishmaniasis In the city of Rafsanjan in 2014. *J RafsanjanUniv Med Sci* 2016; 14(10): 879-94. [Farsi]

1- MSc in Epidemiology, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
2- Prof., Dept. of Social Medicine and Occupational Environment Research Center, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
3- Assistant Prof., Dept. of Social Medicine and Occupational Environment Research Center, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
4- General Practitioner, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
5- Dermatologist, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
6- MD Psychiatrist, Assistant Prof., Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
(Corresponding Author) Tel: (034) 34260081, Fax: (034) 34260086, E-mail: reza.bidaki111@gmail.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.10.9.5]