

درماتولوژی از منظر بهداشت عمومی

دکتر علیرضا خاتمی

دکتر حامد زرتاب

مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و جذام، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر علیرضا خاتمی

تهران، خ طالقانی غربی، نبش خ نادری، شماره‌ی ۴۱۵، کد پستی: ۱۴۱۶۶۱۳۶۷۵، پست الکترونیک:

akhatami@tums.ac.ir

تعارض منافع: اعلام نشده است.

درماتولوژی تمام جنبه‌های بیماری‌هایی را که روی پوست و ضمایم آن شامل مو، ناخن، غدد عرق و غشاهای مخاطی دهانی و تناسلی خارجی رخ می‌دهند را دربرمی‌گیرد. در این رشته تخصصی، قریب ۳۰۰۰ اختلال و بیماری وجود دارد که از نظر سبب‌شناختی طیف گسترده‌ای را دربرمی‌گیرند و برخی از آن‌ها از شیوع و میزان بروز بالایی در جوامع برخوردارند. علی‌رغم شیوع بالای این گروه از بیماری‌ها، که با توجه به درگیر کردن سطح بدن با ایجاد تنش و اضطراب، اختلال کیفیت زندگی و نهایتاً بار بیماری، در سطح فرد و متعاقباً خانواده و اجتماع همراه هستند، غالباً اهمیت این بیماری‌ها از منظر بهداشت عمومی و سلامت جامعه نادیده گرفته می‌شود، بنابراین بر آن شدیم تا بیان مثال‌هایی از وضعیت بیماری‌های مربوط به حیطه‌ی درماتولوژی در کشورها و جمعیت‌های مختلف و تأثیر آن‌ها بر سلامت جامعه، از منظر بار بیماری و اقتصاد سلامت، به دلایل بی‌توجهی به این رشته‌ی مهم که به عواقب نامطلوب متعددی در حیطه‌ی بهداشت عمومی منجر می‌شود، بپردازیم. هم‌چنین، راهبردهایی نیز برای اصلاح وضع موجود پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بیماری‌های پوست، بهداشت عمومی، درماتولوژی

دریافت مقاله: ۹۰/۰۶/۲۳ پذیرش مقاله: ۹۰/۰۹/۱۷

پوست و زیبایی؛ زمستان ۱۳۹۰، دوره ۲ (۴): ۲۴۵-۲۴۵

مقدمه

در دنیای درماتولوژی حدود ۳۰۰۰ اختلال وجود دارد. این تعداد زیاد بیماری‌ها شامل گروه‌های بسیاری است که از نظر سبب‌شناسی طیف گسترده‌ای از تنوع را شامل می‌شوند: از اختلالاتی که ژنتیکی هستند تا بیماری‌های عفونی، بیماری‌های ناشی از مواجهه با عوامل محیطی، بیماری‌های متعددی که مولتی‌فاکتوریال (چندعاملی) هستند و تعداد قابل توجهی از بیماری‌ها که در گروه "ایدیوپاتیک" طبقه‌بندی می‌شوند. اگر شیوع و بار ناشی از بیماری‌ها را نیز مدنظر قرار دهیم، اختلاف و گستردگی طیف این تعداد بسیار زیاد بیماری‌ها، باز هم بیشتر خواهد شد.^۱ بیماری‌های پوستی از زمان پیدایش بشر وجود داشته‌اند. از منظر تاریخچه‌ی بهداشت عمومی یا حتی بهتر است گفته شود بهداشت بین‌المللی، برخی از کشف‌شده‌ترین اپیدمی‌ها نظیر اپیدمی‌های آبله و طاعون توسط عوامل عفونی‌ای ایجاد شدند که در آن‌ها پوست

درماتولوژی در کتاب Rook's textbook of dermatology با توجه به معنایی برگرفته از لغت‌نامه‌ی New Oxford Dictionary of English به این صورت تعریف شده است: "شاخه‌ای از پزشکی که راجع به تشخیص و درمان بیماری‌های پوست است"^۱. در عمل، درماتولوژی شامل تمام جنبه‌های بیماری‌ها است (اعم از جنبه‌های داخلی و خارجی) که روی پوست و ضمایم آن یعنی مو، ناخن، غدد عرق و نیز غشاهای مخاطی دهانی و تناسلی خارجی اثر می‌کنند. هم‌چنین بیماری‌های منتقل‌شونده از راه تماس جنسی اغلب در قلمرو درماتولوژی قرار می‌گیرند. عموماً در منابع پزشکی، بیماری‌های پوستی، بیماری‌های جلدی، اختلالات پوستی و اختلالات درماتولوژیک علی‌رغم تفاوتی که به ظاهر در معنای تحت‌اللفظی خود دارند، به یک معنا مورد استفاده قرار می‌گیرند.

یکی از ارگان‌های اصلی درگیر بود. جذام، که هنوز هم در برخی مناطق دنیا آندمیک است و از زمان باستان به‌عنوان یکی از هولناک‌ترین بیماری‌های بشریت شناخته شده است، از طریق تظاهرات پوستی و عصبی خود را نشان می‌دهد. علاوه بر این، آنتراکس (سیاه‌زخم)، با تظاهرات جلدی خود شناخته می‌شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد جنبه‌های تاریخی اپیدمی‌ها و ارتباط آن‌ها با توسعه بهداشت بین‌الملل می‌توان به کتاب‌های مرجع آن حیطه مراجعه کرد.^۳ با وجود این که در نتیجه بهبود چشمگیر در زمینه‌ی تشخیص، پیشگیری و درمان بیماری‌های عفونی، اغلب بیماری‌های مذکور تهدید جدی برای سلامت جهانی به حساب نمی‌آیند، سایر بیماری‌های درماتولوژیک شامل بیماری‌هایی که توسط عوامل عفونی نوظهور نظیر زگیل‌های تناسلی و نیز بیماری‌های غیرعفونی نظیر آکنه و هم‌چنین انواع درماتیت‌ها بسیار شایع هستند. درحقیقت، بیماری‌های پوستی جزء شایع‌ترین بیماری‌ها در جوامع بشری محسوب می‌شوند. طبق برخی آمار، در هر دوره‌ای از زمان، یک‌چهارم تا یک‌سوم افراد، مبتلا به حداقل یک بیماری پوستی هستند^۴. با این وجود مطالعات تازه‌تر شیوع بسیار بیشتری از بیماری‌های پوستی را چه در کشورهای توسعه‌یافته و چه در کشورهای درحال توسعه گزارش کرده‌اند^۵. اغلب بیماری‌های پوستی کشنده نیستند اما می‌توانند به دلیل ناتوانی‌ای (morbidity) که ایجاد می‌کنند و نیز به علت شیوع بالا، بار بیماری زیادی ایجاد نمایند. اثرات فردی و اقتصادی این بیماری‌های پوستی شایع ممکن است جزئی به‌نظر آیند، ولی مرور آمار موجود در این زمینه خلاف آن را ثابت می‌کند.^۲ بار ناشی از بیماری‌های پوستی جنبه‌های گوناگونی دارد که شامل اثرات آن‌ها روی کیفیت زندگی فرد و نیز اثرات اقتصادی آن‌هاست.^۶ علی‌رغم این که بیماری‌های پوستی اغلب به‌عنوان بیماری‌های فردی در نظر گرفته می‌شوند تا مشکلات مربوط به بهداشت عمومی،

شواهدی خلاف این نظریه وجود دارد. بیماری‌های قابل انتقال و غیر قابل انتقال هر دو در جمعیت عمومی بسیار شایع هستند، ولی علل و الگوی گسترش آن‌ها ممکن است در کشورهای مختلف متفاوت باشد. برای نمونه، زگیل‌های تناسلی که شایع‌ترین تظاهر بالینی عفونت با انواع خاصی از ویروس پاپیلومای انسانی (human papilloma virus [HPV]) هستند، در کشورهای صنعتی جزء رایج‌ترین بیماری‌های قابل انتقال هستند و بار ناشی از عفونت با کاندیلوما آکومیناتوم بر زندگی فرد، بسیار قابل توجه است^۷. هم‌چنین، آکنه به‌عنوان یک بیماری رایج پوستی جهان شمول شناخته می‌شود. Walker و Lewis-Jones گزارش کرده‌اند که در نوجوانان یک مدرسه‌ی راهنمایی در اسکاتلند، آکنه شیوعی برابر با ۸۳٪ داشته و این شیوع بین دختران و پسران به یک میزان مشاهده شده است.^۹

در ادامه‌ی این مقاله، اهمیت بیماری‌های پوستی از منظر بهداشت عمومی مورد بحث قرار خواهد گرفت. بدین منظور، نتایج مطالعات متعددی که شیوع بالای اختلالات پوستی را چه در کشورهای توسعه‌یافته و چه در کشورهای کمتر توسعه‌یافته نشان داده‌اند، ارائه خواهد شد. به‌علاوه، جنبه‌های مختلف بار بیماری‌های پوستی روی فرد، خانواده، جامعه و هم‌چنین اثرات اقتصادی آن‌ها مورد بحث قرار خواهد گرفت. برای نشان دادن همبستگی میان مسایل بهداشت عمومی و اختلالات پوستی، دو نمونه راجع به مواجهه‌های محیطی که باعث ایجاد اختلالات پوستی شده‌اند در یکی از کشورهای توسعه‌یافته و دیگری از کشورهای درحال توسعه ارائه شده‌اند. هم‌چنین نمونه‌ای از یک مداخله در زمینه‌ی بهداشت عمومی برای کنترل یک بیماری پوستی مهم نشان داده شده است. اهمیت اختلالات پوستی در میان اقشار محروم نیز مورد بحث قرار گرفته است. در نهایت، به ریشه‌های بیماری‌های پوستی مورد غفلت در حیطه‌ی بهداشت عمومی

علاوه بر نمونه‌های بالا که مربوط به آمریکا بود، برای مشخص‌تر شدن اهمیت بیماری‌های پوستی در کشورهای توسعه‌یافته نتایج مطالعاتی از فرانسه و استرالیا آورده شده است^{۱۰}. در مطالعه‌ای پیمایشی (survey) که توسط Wolkenstein و همکاران در مجموع روی ۲۵۴۴۱ نفر از ۱۰۰۰۰ خانوار که نماینده‌ی جمعیت فرانسوی بودند انجام شد و در آن ۱۵۷۴۲ نفر در آن مطالعه شرکت کردند، ۸۶٫۸٪ پاسخ‌دهندگان ذکر کردند که طی زمان سپری‌شده از بدو تولد تا زمان انجام مطالعه حداقل یک مشکل پوستی را تجربه کرده‌اند. هم‌چنین، ۷۸۴۱ نفر (۴۳٫۲٪) اظهار کردند که طی ۲ سال اخیر به بیماری پوستی مبتلا بوده‌اند. Wolkenstein و همکاران با استقرار نتایج به‌دست‌آمده به کل جامعه‌ی فرانسه نتیجه‌گیری کردند که حدود ۴۷٫۳ میلیون و ۲۳٫۵ میلیون فرانسوی به ترتیب در طول عمر خود یا در ۲۴ ماه اخیر مشکلات پوستی داشته‌اند^۵. در یک مطالعه‌ی پیمایشی جمعیت‌محور دیگر برای تعیین بیماری‌های پوستی غیربدخیم شایع میان بزرگسالان در ویکتوریای استرالیا، شیوع تنظیم‌شده برای سن در بیماری‌های پسوریازیس، درماتیت‌سبورئیک، تینه‌آپدیس و آکنه به ترتیب ۶٫۶٪، ۹٫۷٪، ۹٫۲٪ و ۱۲٫۸٪ بود^۱.

بیماری‌های درماتولوژیک شایع در کشورهای در حال توسعه

در کشورهای در حال توسعه، بیماری‌های پوستی جزء شایع‌ترین علل ناتوانی هستند. درصد گزارش‌شده از ابتلا به بیماری‌های درماتولوژیک در این کشورها از ۲۰٪ تا ۸۰٪ متغیر است^{۱۱}. در این کشورها هنوز عفونت‌ها و آلودگی‌ها شایع‌ترین بیماری‌های درماتولوژیک هستند. در یک مطالعه‌ی پیمایشی در سطح جامعه (community-based) با هدف بررسی نیازها در زمینه‌ی درماتولوژی که در دو جامعه‌ی روستایی در جنوب غربی اتیوپی انجام شد، Figueroa و همکاران نشان دادند که علی‌رغم این‌که به ترتیب

پرداخته شده و پیشنهادهای راجع به چگونگی مقابله با غفلت از این زمینه‌ی مهم در چند رشته‌ی پزشکی در بهداشت عمومی ارایه شده است. هدف اصلی این مقاله، بحث راجع به بیماری‌های پوستی از دیدگاه بهداشت عمومی است. برای نیل به این هدف، طیف متنوعی از شواهد به‌دست‌آمده از مرور منابعی شامل مجلات علمی - پزشکی، گزارشات سازمان بهداشت جهانی و کتاب‌های مرجع آورده شده است.

اختلالات درماتولوژیک شایع در کشورهای توسعه یافته

در حال حاضر به‌علت دگرگونی اپیدمیولوژیک بیماری‌های قابل‌انتقال به بیماری‌های غیر قابل‌انتقال در کشورهای توسعه‌یافته، الگوی بیماری‌های پوستی شایع و اختلالات درماتولوژیک در این کشورها با این الگو در کشورهای کمتر توسعه‌یافته متفاوت است. در کشورهای صنعتی، برخی بیماری‌های عفونی در حال ظهور نظیر هرپس‌سیمپلکس و زگیل‌های تناسلی و بیماری‌های مرتبط با خطرات محیطی نظیر آسیب پوستی ناشی از آفتاب و ملانوم بدخیم و هم‌چنین سرطان‌های پوستی غیر ملانومی، مرکز توجه کسانی شده‌اند که به اپیدمیولوژی درماتولوژیک علاقه‌مندند^{۱۲}. در مطالعه‌ای، Bickers و همکاران^۲ گزارش کرده‌اند که ۱۶۵ میلیون نفر از مردم آمریکا در سال ۲۰۰۴ مبتلا به هرپس‌سیمپلکس و هرپس‌زوستر بوده‌اند. آن‌ها هم‌چنین گزارش کرده‌اند که در مدت‌زمان مذکور در آمریکا، ۸۳٫۳ میلیون مورد آلودگی با ویروس پاپیلوما‌ی انسانی و زگیل‌های تناسلی وجود داشته است. نتایج این مطالعه نشان داد که طی سال ۲۰۰۴ تعداد موارد ابتلا به آسیب ناشی از اشعه‌ی خورشید، آکنه و اختلالات مو و ناخن و کراتوز اکتینیک (actinic keratosis [AK]) (یک اختلال پیش‌بدخیم پوست)، ملانوم بدخیم و سرطان‌های پوستی غیرملانومی به ترتیب ۱۲۳ میلیون، ۱۲۱ میلیون و بیش از ۴۰ میلیون مورد بوده است^۲.

مضعف می‌کند. علاوه بر این، بیماری‌های پوستی می‌توانند باعث محدود شدن فعالیت‌ها شوند که این مسأله می‌تواند در برخی اختلالات پوستی شدید، یا زمانی که دست‌ها و پاها درگیر باشند قابل ملاحظه باشد. ناتوانی اجتماعی نیز به‌طور رایج میان افراد مبتلا به اختلالات پوستی گزارش می‌شود.^{۱۳} در نتیجه‌ی باری که بیماری‌های پوستی از ابعاد مختلف روی زندگی فرد می‌افزایند، خانواده‌ها نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرند. بیماری‌های پوستی می‌توانند باعث کاهش درآمد خانواده شوند (مثلاً از طریق کاهش حقوق در نتیجه‌ی عدم توانایی کارکردن) و بر مخارج خانواده بیفزایند (مثلاً از طریق هزینه‌های اضافی بابت خدمات بهداشتی و نسخه‌های دارویی). واضح است که در بسیاری از موارد مشکلات پوستی با عملکرد، زندگی و ارتباطات اجتماعی فرد تداخل حاصل می‌کند و این به نوبه‌ی خود می‌تواند بر کل جامعه اثر بگذارد^{۱۳}. بار ناشی از بیماری پوستی از دیدگاه اقتصادی نیز حایز اهمیت است و در ادامه مثال‌هایی آورده شده است که میزان این اهمیت را روشن سازد.^۲

کیفیت زندگی در بیماران درماتولوژیک

Chen و همکاران برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران دارای گروه‌های تشخیصی مختلف و اختلالات خاص درماتولوژیک تشخیص داده شده در دو بیمارستان و یک مرکز پزشکی در آمریکا، از مقیاس utilities (معیار استاندارد) از بار ناشی از بیماری استفاده کردند. دامنه‌ی امتیازات در این شاخص معمولاً از صفر تا ۱ است، که به ترتیب بیانگر ترجیح یک وضعیت سلامت معادل ترجیح مرگ و ترجیح یک وضعیت سلامت معادل ترجیح سلامت کامل هستند. در این مطالعه، دامنه‌ی میانگین امتیاز گزارش‌شده‌ی شاخص utilities برای گروه‌های اختلالات تاولی و اختلالات مرتبط با زیبایی و اختلالات کهیری به ترتیب از ۰٫۶۴۰ تا ۱٫۰۰۰ بود. میانگین امتیاز گزارش‌شده‌ی شاخص utilities میان تمام گروه‌ها

۴۷٪ و ۵۹٪ خانواده‌ها در Seca-Quorsa and Ule-Kishe و Oke (S/UO) نشانه‌های اختلالات پوستی را داشتند، نیاز درماتولوژیک واقعی در میان این خانواده‌ها بسیار بیشتر از آن چیزی است که در بالا ذکر شد. هنگامی که درماتولوژیست‌ها به‌طور تصادفی برخی خانواده‌ها را انتخاب و معاینه کردند، مشخص شد که حدود ۶۷٪ آن‌ها نشانه‌های اختلال درماتولوژیک خود و یا حتی بیماری‌های پوستی مهم و عمده را گزارش نکرده بودند. شایع‌ترین بیماری‌های پوستی تشخیص داده‌شده، آلودگی‌ها با انگل‌ها شامل گال، پدیکولوز و اونکوسرکیازیس بودند (در مجموع، ۴۶٪ موارد) و پس از آن‌ها، بیشترین شیوع را عفونت‌های باکتریال و قارچی داشتند (۳۳٪ تمام موارد).^{۱۴} یافته‌ی دیگر این مطالعه، میزان بالای بی‌اثر بودن درمان‌هایی بود که بیماران دریافت می‌کردند. این میزان در S/UO، ۷۳٪ و در Kische، ۶۴٪ بود.^{۱۵}

اختلالات پوستی شایع در تمام دنیا

بسیاری اختلالات درماتولوژیک در سراسر دنیا شایع هستند. آکنه، درماتیت‌ها و پسوریازیس مثال‌هایی از این درماتوزها هستند. با وجود این‌که شیوع آن‌ها از کشوری به کشوری دیگر متفاوت است، در اغلب نواحی آن تفاوت چشمگیر ذکر شده در مورد برخی بیماری‌های خاص پوستی میان کشورهای توسعه‌یافته و کشورهای در حال توسعه، دیده نمی‌شود.^{۱۶}

چگونه بیماری‌های پوستی بار اضافی بر فرد، خانواده و جامعه می‌افزایند؟

تقریباً تمام بیماری‌های درماتولوژیک دارای یک ویژگی مشترک هستند: قابل رؤیت بودن. این ویژگی در اغلب موارد می‌تواند باعث ایجاد بار (burden) مضاعف برای بیماران شود. ناراحتی ناشی از خود بیماری (مثلاً خارش شدید) اثر خود را دارد و بدشکل شدن (اختلال ظاهر) همراه آن که در بیش از ۶۸٪ بیماران مبتلا به بیماری‌های پوستی گزارش شده است، بار بیماری را

با این میزان برای نقرس، اختلالات اندوکراین، اختلالات پنیک و صدمات ناشی از جنگ بوده است.^{۱۱}

نقش محیط در ایجاد اختلالات پوستی خاص

از منظر بهداشت عمومی، تعاملات انسان با محیط و اثرات محیط روی بهداشت عمومی حایز اهمیت هستند. Krickler و Armstrong شواهد اپیدمیولوژیک رابطه‌ی میان سرطان پوست و مواجهه با آفتاب را مرور کردند.^{۱۴} آن‌ها ضریب همبستگی بزرگی را بین مواجهه با آفتاب و ایجاد سرطان سلول سنگفرشی (squamous cell carcinoma [SCC]) و سرطان سلول بازال (basal cell carcinoma [BCC]) گزارش کردند ($R^2=0.81$). هم‌چنین آن‌ها افزایش معناداری در خطر نسبی (relative risk [RR]) میان بیماران مبتلا به SCC، BCC و ملانوم بدخیمی که نسبت به گروه کنترل مواجهه‌ی بیشتری با آفتاب داشته‌اند یافتند.^{۱۴} Ng، JC و همکاران مشکل جهانی ناشی از آرسنیکوز را مورد بحث قرار دادند؛ مشکلی که در بیشتر مواقع خود را از طریق ایجاد سرطان‌های پوستی غیرملانومی، هایپرکراتوز دست‌ها و پاها و ملانوزیس نشان می‌دهد. این محققین پیشنهاد کرده‌اند که یک مداخله‌ی فوری جهت توقف این مشکل انجام شود؛ خصوصاً در کشورهایی چون بنگلادش و هند که بیش از ۵۰ میلیون نفر در نواحی با خطر بالا از این نظر زندگی می‌کنند.^{۱۵}

موفقیت یک مداخله در زمینه‌ی بهداشت عمومی برای کنترل یک اختلال درماتولوژیک

با وجود این‌که میزان بروز و میزان مرگ‌ومیر ملانوم بدخیم در بسیاری از کشورها افزایش یافته است، از این میزان در هم‌گروه‌های جوان‌تر در استرالیا کاسته شده است. Marks خاطرنشان می‌سازد که برنامه‌های آموزش بهداشت در صورت طراحی و بررسی مناسب، تا چه حد می‌توانند موفق باشند.^{۱۶}

این دو بخش پایانی افقی می‌گشایند به دو موضوع دیگر که در زمینه‌ی درماتولوژی مورد غفلت واقع

بود.^۷ محققین این مطالعه، یافته‌های خود را با برخی utilities مربوط به اختلالات غیرجلدی مقایسه کردند و به این نتیجه رسیدند که میانگین‌های امتیاز گزارش‌شده‌ی شاخص utilities در بیماری‌های تاولی (۰/۶۴۰) و کندیلوما (۰/۷۰۴) به ترتیب با میانگین‌های مذکور در بیماری مینور مشخص‌کننده‌ی ایدز (۰/۶۵۰) و بیماری کلیوی (۰/۷۴۰) قابل مقایسه بودند. این محققین هم‌چنین نشان دادند که در اختلالات درماتولوژیک، معمولاً بار ناشی از بیماری کمتر از حد واقعی تخمین زده می‌شود.^۷

مثالی از بار ناشی از بیماری در یک کشور توسعه‌یافته: ایالات متحده آمریکا. Bericks و همکاران تخمین زدند که کل بار اقتصادی ناشی از بیماری‌های پوستی (شامل بار اقتصادی روی کیفیت زندگی) در جامعه‌ی آمریکا در سال ۲۰۰۴ حدود ۹۶ میلیارد دلار بوده است.^۲ این هزینه برای موارد کراتوزاکتینیک، ملانوم بدخیم و سرطان‌های پوستی غیرملانومی ۳۳/۱ میلیارد دلار، برای آکنه و اختلالات مو و ناخن ۹/۱ میلیارد دلار و برای هرپس سیمپلکس، هرپس زوستر و ویروس پاپیلومای انسانی و زگیل‌های تناسلی ۷/۰ میلیارد دلار تخمین زده شده است.^۲

مثالی از بار (رنج) ناشی از بیماری در کشورهای درحال توسعه: کشورهای زیر صحرای آفریقا. بر پایه‌ی گزارش سال ۲۰۰۱ سازمان بهداشت جهانی راجع به بار (رنج) بیماری‌ها، Hayes و همکاران گزارش کردند که میزان مرگ‌ومیر بیماری‌های پوستی در کشورهای زیر صحرای آفریقا، ۲۰۰۰۰ بود که قابل مقایسه با میزان مرگ‌ومیر ناشی از هپاتیت B، مننژیت، زایمان سخت و بیماری رماتیسمی قلب در آن ناحیه بود.^{۱۱} به‌علاوه، آن‌ها گزارش کردند که طبق گزارش سال ۲۰۰۱ سازمان بهداشت جهانی، شاخص تعداد سال‌های زندگی تطبیق‌داده‌شده طبق میزان ناتوانی (disability adjusted life years [DALYs]) در آن ناحیه برابر بوده با ۸۹۶۰۰۰ DALYs که قابل مقایسه

شده‌اند: اهمیت بهداشت محیط و نقش برنامه‌های آموزش بهداشت در بهتر کردن سلامت جمعیت.

بیماری‌های پوستی در میان اقشار محروم: نگرانی دیگری در بهداشت عمومی

Moronne و همکاران دریافتند که بیماری‌های پوستی، به‌خصوص عفونت‌ها و آلودگی‌ها شیوع بالایی میان برخی اقشار محروم دارند. طبق یافته‌های آن‌ها شیوع عفونت‌های پوستی (شامل بیماری‌های منتقل‌شونده از راه تماس جنسی و HIV/AIDS) میان کولی‌ها، زنان خیابانی و مهاجرین غیرقانونی یا مهاجرینی که مخفیانه مهاجرت کرده‌اند، به ترتیب ۶۳٪، ۳۲٪ و ۲۵٪ بوده است.^{۱۷}

چرا اهمیت بیماری‌های پوستی اغلب در بهداشت عمومی مورد غفلت قرار می‌گیرد؟ علل متعددی وجود دارد که می‌تواند مسئول تخمین کمتر از حد اثر اختلالات درماتولوژیک روی بهداشت عمومی باشد^{۱۸،۱۹}:

۱. میزان مرگ‌ومیر پایین اغلب بیماری‌های پوستی در مقایسه با سایر بیماری‌ها، ممکن است باعث این تصور نادرست شود که بیماری‌های پوستی مهم نیستند، بنابراین سیاست‌گذاران بین‌المللی و نیز تصمیم‌گیرندگان محلی ممکن است اولویتی برای آن‌ها قایل نشوند.^{۷،۱۱}

۲. غفلت سازمان بهداشت جهانی که یکی از مهم‌ترین نقش‌آفرینان در بهداشت جهانی است، می‌تواند به غفلت بیشتر در سطوح محلی و ملی منجر شود. در گزارش بهداشت جهان در سال ۱۹۹۸ تحت عنوان "زندگی در قرن ۲۱، نگاهی برای همه" نگاهی کیفی‌تر به بهداشت مورد ترغیب و تشویق قرار گرفت.^{۲۰} علی‌رغم اثر اساسی اختلالات درماتولوژیک روی کیفیت زندگی بیماران، در سراسر این گزارش، بیماری‌های پوستی تقریباً مورد غفلت قرار گرفتند. حتی در فصل آخر این گزارش تحت عنوان "برنامه‌ی بهداشتی برای قرن ۲۱"، هیچ طرحی برای مقابله با اثر

بیماری‌های پوستی در نظر گرفته نشده است.^{۲۰} علاوه بر این، همان‌گونه که در گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۶ آمده است، از نظر بیماری‌های پوستی، نسبت به آن‌چه در سال ۱۹۹۸ لحاظ شده است، هیچ تغییری در سیاست سازمان بهداشت جهانی رخ نداده است.^{۲۰،۲۱}

۳. در بسیاری کشورها، بیشتر بیماران مبتلا به بیماری‌های درماتولوژیک، ابتدا توسط پزشک عمومی دیده می‌شوند. به دلیل وجود سیستم‌های کارآمد ثبت پرونده و سیستم‌های ارجاع قوی در کشورهای توسعه‌یافته، بسیار غیر محتمل به نظر می‌رسد که در تعداد زیادی از افراد مبتلا به بیماری‌های پوست، بیماری تشخیص داده نشود یا تشخیص آن‌ها هیچ کجا ثبت نشود. ولی شرایط در کشورهای در حال توسعه به گونه‌ای دیگر است. عموماً این کشورها پزشکان و پرسنل شاغل در مراقبت‌های سطح اول پزشکی - بهداشتی که اغلب بیماران، مراقبت‌های خود را از طریق آن‌ها دریافت می‌کنند، اختصاصاً تحت آموزش در زمینه‌ی درماتولوژی قرار نگرفته‌اند ممکن است قادر به تشخیص صحیح اختلالات پوستی نباشند. این امر می‌تواند منجر به وجود یک شکاف عمیق بین داده‌های ثبت‌شده و شیوع واقعی بیماری‌های پوستی شود که این امر به نوبه‌ی خود می‌تواند باعث کمتر از حد گزارش شدن میزان بروز و شیوع کلی بیماری‌های پوستی گردد.^{۱۱}

۴. برخی جمعیت‌های دارای شیوع بالای بیماری‌های پوستی، به آسانی قابل دسترسی نیستند یا مشکلات پوستی خود را کمتر از حد واقعی گزارش می‌کنند. جمعیت فقیر، سالمند و مهاجرین نمونه‌هایی از این بخش اغلب فراموش شده‌ی جوامع‌اند.^{۶،۱۷}

۵. شایع‌ترین بیماری‌های پوستی در کشورهای در حال توسعه توسط عفونت‌ها و آلودگی‌ها ایجاد

- ♦ اولویت‌بندی و جانداختن استراتژی‌هایی برای مقابله با اثر اختلالات درماتولوژیک در برنامه‌هایی در سطح ملی و بین‌المللی
- ♦ اجرای مطالعات پیمایشی مبتنی بر جمعیت روی نمونه‌هایی که نماینده‌ی مناسبی از جمعیت عمومی هستند برای بررسی شیوع اختلالات مختلف پوستی در میان گروه‌های متفاوت از نظر سن و جنس در سطوح محلی و ملی برای تعیین ارزیابی نیازهای درماتولوژیک
- ♦ بهبود پرونده‌سازی و ثبت اطلاعات بیماران به‌ویژه در سطح اول مراقبت‌های پزشکی - بهداشتی با توجه ویژه به ا فشار محروم یا تحت فشار
- ♦ برقراری یا بهبود سیستم‌های ارجاع بیمار - پزشک برای کاستن از تعداد تشخیص‌های نادرست یا اختلالات پوستی تشخیص داده‌نشده
- ♦ برقراری سیستم‌های پرونده‌سازی اختصاصی برای درماتولوژی در سطوح محلی و بین‌المللی برای آرایه‌ی مراقبت‌های بهداشتی بهتر به‌خصوص برای بیماری‌های دارای بار زیاد
- ♦ کاستن از مواجهه‌های محیطی خطرناک - هم مواجهه‌های شغلی و هم مواجهه‌ها در اوقات غیر از اوقات کار - از طریق آرایه‌ی اطلاعات بیشتر، محافظت بهتر و در صورت نیاز، مداخلات محیطی
- ♦ دفاع از اجرای برنامه‌های آموزشی خوب طراحی شده برای تغییر رفتارها و نگرش‌های پرخطر یا نامناسب افراد

می‌شوند^{۱۱،۱۷،۱۸}. در اغلب موارد، می‌توان با هزینه‌های معقول از این بیماری‌ها پیشگیری یا آن‌ها را درمان کرد. به‌علاوه، درمان‌های در سطح جامعه (community-based) برای بیماری‌هایی نظیر گال در دسترس است^{۱۱}. به‌نظر می‌رسد این بخش مهم بهداشت عمومی با رویکرد به اختلالات درماتولوژی نیز مورد غفلت قرار گرفته است.

۶. کمتر از حد واقعی‌انگاشتن منافع مداخلات بهداشت عمومی در کاهش شیوع، ناتوانی و حتی مرگ‌ومیر بیماری‌های پوستی در مقیاس جامعه، یک نمونه‌ی مناسب از این مورد، تأثیر یک برنامه‌ی آموزش بهداشت موفق در کاهش میزان بروز و مرگ‌ومیر ناشی از ملانوم بدخیم در گروه‌های جوان‌تر در استرالیا است^{۱۶}.

نتیجه‌گیری و پیشنهاد

در مجموع، مدت‌مدیدی است که اهمیت جهانی اختلالات درماتولوژیک نادیده گرفته می‌شود. این بیماری‌ها در سراسر جهان شایعند و می‌توانند با ناتوانی قابل‌ملاحظه‌ای همراه باشند. این بیماری‌ها می‌توانند از طریق اثرات فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی، بار اضافی بر افراد تحمیل کنند. برای مقابله با این مشکل، نویسندگان این مقاله پیشنهادات زیر را مطرح می‌کنند:

- ♦ پذیرش این حقیقت که بیماری‌های درماتولوژیک شایع هستند، اثر قابل‌ملاحظه‌ای در کیفیت زندگی بیماران دارند و بار اجتماعی و اقتصادی زیادی بر بیمار وارد می‌کنند.

References

1. Burns DA, Cox NH. Introduction and historical bibliography. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Rook's textbook of dermatology. 8th edition. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010. P1.1.
2. Bickers DR, Lim HW, Margolis D, et al. The burden of skin diseases: 2004 a joint project of the American Academy of Dermatology Association and the Society for Investigative Dermatology. J Am Acad Dermatol 2006; 490-500.
3. Birn AE, Pillay Y, Holtz TH. Textbook of International Health. Global health in a dynamic world. 3rd edition. New York: Oxford University Press; 2009.

4. Khatami A. Dermato-epidemiology: An introduction. 4th National Congress of Updates in Dermatology Diseases and Leishmaniasis. 27-29 April 2011, Isfahan, Iran. Congress CD ROM.
5. Wolkenstein P, Grob JJ, Bastuji-Garin S, et al; Societe Francaise de Dermatologie. French people and skin diseases: results of a survey using a representative sample. Arch Dermatol 2003; 139:1614-9.
6. Figueroa JI, Fuller LC, Abraha A, Hay RJ. Dermatology in the southwestern Ethiopia: rational for a community approach. Int J Dermatol 1998; 37: 752-8.
7. Chen SC, Bayoumi AM, Soon SL, et al. A catalogue of dermatology utilities: a measure of the burden of skin diseases. J Investig Dermatol Symp Proc 2004; 9:160-8.
8. Insinga RP, Dasbach EJ, Elbasha EH. Assessing the annual economic burden of preventing and treating anogenital human papillomavirus-related disease in the US: analytic framework and review of the literature. Pharmacoeconomics 2005; 23:1107-22.
9. Walker N, Lewis-Jones MS. Quality of life and acne in Scottish adolescent schoolchildren: use of the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) and the Cardiff Acne Disability Index (CADI). J Eur Acad Dermatol Venereol 2006; 20:45-50.
10. Plunkett A, Merlin K, Gill D, et al. The frequency of common nonmalignant skin conditions in adults in central Victoria, Australia. Int J Dermatol 1999; 38:901-8.
11. Hay R, Bendeck SE, Chen S, et al. Skin diseases. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al, editors. Disease control priorities in developing countries. 2nd edition. New York. Oxford University Press; 2006: pp.707-22.
12. Carroll CL, Balkrishnan R, Feldman SR, et al. The burden of atopic dermatitis: impact on the patient, family, and society. Pediatr Dermatol 2005; 22:192-9.
13. Johnson ML. Defining the burden of skin disease in the United States--a historical perspective. J Investig Dermatol Symp Proc 2004; 9:108-10.
14. Armstrong BK, Krickler A. The epidemiology of UV induced skin cancer. J Photochem Photobiol B 2001; 63:8-18.
15. Ng JC, Wang J, Shraim A. A global health problem caused by arsenic from natural sources. Chemosphere 2003; 52:1353-9.
16. Marks R. Campaigning for melanoma prevention: a model for a health education program. 1: J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004; 18:44-7.
17. Morrone A, Toma L, Franco G. Skin diseases highlighting essential global public health priorities. Int J Dermatol 2005; 44: 384-90.
18. Khatami A, San Sebastian M. Skin disease: A neglected public health problem. Dermatol Clin 2009; 27:99-101.
19. Khatami A. Skin diseases: A public health perspective. 3rd International Congress on Dermatological Care for All: Common Diseases for Neglected People. November 24-27, 2009. Addis Ababa and Mekele, Ethiopia. Congress Abstract Book.
20. World Health Report 1998. Available at: http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf. Last accessed: November 7, 2006.
21. World Health Report 2006. Available at: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf. Last accessed: November 9, 2006.

Dermatology: A public health perspective

Alireza Khatami, MD, MSPH
Hamed Zartab, MD, MSc

Center for Research and Training in Skin
Diseases and Leprosy, Tehran University
of Medical Sciences, Tehran, Iran

Dermatology is a branch of medicine which is related to the diagnosis, treatment and prevention of the diseases and disorders that affect the skin and its appendages including hair, nail, sweat glands and mucosal surfaces of mouth and external genitalia. There are about 3000 clinical entities in the field of dermatology, which are very diverse in terms of their etiologies. Although some of these diseases are really prevalent and some others of them have high incidence rates and acknowledging that because of their visibility in many cases they are associated with stress, anxiety and impairment of patients' quality of lives, their resultant burden of disease at individual, familial and social levels are usually ignored. Herein, we provide some examples of the adverse public health and health economics effects of different dermatological diseases and disorders in different countries and populations. We also provide some reasons for this negligence and suggest some strategies to tackle this problem.

Keywords: dermatology, public health, skin diseases

Received: Sep 14, 2011

Accepted: Dec 8, 2011

Dermatology and Cosmetic 2011; 2 (4): 245-253

Corresponding Author:

Alireza Khatamei, MD, MSPH

No. 415, Taleqani Avenue, Tehran

1416613675, Iran

Email: akhatami@tums.ac.ir

Conflict of interest: None to declare