

شیوع شکایات‌های پوستی در جامعه مردان میانسال و سالمند

زمینه و هدف: مطالعات ملی شیوع مشکلات پوستی در جامعه ایرانی بسیار محدود است. هدف این مطالعه، تعیین شکایات پوستی مردان میانسال/سالمند بود.

روش اجرا: در این مطالعه مقطعی، ۱۴۱۹ مرد بالای ۳۵ سال از ۳۲ استان به صورت فراخوان شرکت کردند. اطلاعات جمعیت‌شناختی، سابقه بیماری زمینه‌ای و وجود مشکل/بیماری پوستی، توسط متخصصین پوست جمع‌آوری شد. شرکت‌کنندگان از نظر وجود شکایات پوستی (خارش، سوزش، خشکی پوست، قرمزی، پوسته‌ریزی و تغییر رنگ پوست)، نوع شکایت، شدت و محل آن در زمان معاینه، ارزیابی شدند.

یافته‌ها: حدود یک سوم جامعه (۳۱/۶٪) بیماری زمینه‌ای داشتند (n=۴۴۹). فشارخون بالا، دیابت و اختلال اعصاب و روان، شایع‌ترین بیماری‌ها بودند (۷۹/۷٪). شیوع شکایات پوستی در مردان میانسال/سالمند ۲۴/۲٪ بود (n=۳۴۴). شایع‌ترین شکایات پوستی به ترتیب مربوط به خارش ۲۰۷ نفر (۶۰/۲٪) (۱۴/۶٪ کل) و خشکی پوست ۸۰ نفر (۲۳/۳٪) (۵/۶٪ کل) ابراز شد و اکثراً بیش از یک شکایت پوستی ۷۵/۶٪ را گزارش کردند (n=۲۶۰). مصرف کورتیکواستروئیدها در ۷/۳٪ جامعه مورد مطالعه ابراز شد (n=۱۰۳) و مصرف نوع خوراکی ۴/۵٪ بیشتر بود (n=۶۴). اکثر شکایات پوستی از نوع خفیف ۵۹/۳٪ (۲۰۴ مورد) و موضعی ۵۸/۴٪ (۲۰۱ مورد) بود. شکایات پوستی به طور معناداری با مواجهه شغلی (P=۰/۰۱)، سطح تحصیلات پایین‌تر (P=۰/۰۵) و مصرف کورتیکواستروئید در کل (P<۰/۰۰۱) و هر دو نوع خوراکی (P=۰/۰۲) و موضعی (P<۰/۰۰۱) در ارتباط بودند.

نتیجه‌گیری: شکایات پوستی یک شکایت شایع بین جامعه مردان میانسال و سالمند ایرانی بود. شایع‌ترین شکایات پوستی در این جامعه، خارش و خشکی پوست و از نوع خفیف و موضعی بود.

کلیدواژه‌ها: پوست، شکایت، مردان، میانسال، سالمند

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۲۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۱۵

پوست و زیبایی؛ پاییز ۱۴۰۱، دوره ۱۳ (۳): ۱۶۳-۱۷۲

پرویز طوسی^۱

سیدحسن اعتمادزاده^۲

محمدرضا صدیقی مقدم^۳

بتول موسوی^{۴*}

سیدهفاطمه نوری رحیم‌آبادی^۵

فهیمه عبداللهی مجد^۶

محمد روستانژاد عربانی^۷

علی اکبر بابایی^۷

شهرام آریایی نژاد^۷

۱. مرکز تحقیقات پوست، دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. گروه پوست، بیمارستان خاتم‌الانبیاء،

دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. مرکز پنومولوژی و جراحی قفسه‌سینه

همر، گروه پنومولوژی، هم، آلمان

۴. گروه پیشگیری، مرکز تحقیقات مهندسی

و علوم پزشکی جانبازان، تهران، ایران

۵. کمیته پژوهشی دانشجویی، دانشکده

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران،

تهران، ایران

۶. گروه پوست، بیمارستان شهدای تجریش،

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،

تهران، ایران

۷. مرکز تحقیقات مهندسی و علوم پزشکی

جانبازان، تهران، ایران

نویسنده مسئول:

بتول موسوی

تهران، بزرگراه چمران، خیابان یمن، خیابان

مقدس اردبیلی، کوچه فرخ، پلاک ۱۷

پست الکترونیک:

mousavi.b@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

باشد. به همین دلیل بررسی تمامی علل اثرگذار بر بیماری پوست اعم از مشکلات داخلی و خارجی اهمیت

اختلالات پوستی یکی از رایج‌ترین بیماری‌ها است و می‌تواند نمایانگر مشکلات داخلی و ارگان‌های حیاتی

دارد^{۱۲}. بررسی شکایت و علائم پوستی و بیماری‌های مربوط به آن از اهداف بهداشت عمومی است^{۳۴}. در بررسی اختلالات پوستی نه تنها مشکلات پوستی، بلکه تمامی ضنائم مربوط به آن (مانند مو، ناخن، غدد عرق و نیز غشاهای مخاطی دهانی و تناسلی خارجی) مورد توجه قرار می‌گیرند^{۱۲}. شدت بیماری‌های پوستی از بیماری‌های خفیف تا انواع شدید و مزمن متغیر است؛ هم‌چنین اثرات به‌جامانده از آن می‌تواند از ناتوانی جسمی تا مرگ باشد^۶. بر طبق مطالعه انجام‌شده از ۱۸۷ کشور مختلف طی ۲۰ سال گذشته، چهارمین رتبه در رتبه‌بندی سال‌های ازدست‌رفته به‌دنبال ناتوانی (YLD) به مشکلات پوستی اختصاص داشت^۷.

اثرات عوامل مختلف در بروز بیماری‌ها و شکایت پوستی حاد و مزمن شایع در جنس، سن، منطقه جغرافیایی و حتی در طول زمان متفاوت است^{۳۴}. مطالعات اپیدمیولوژی در درک بهتر پیامدهای بیماری‌ها و هم‌چنین شناخت شیوع بیماری‌ها در مناطق مختلف بسیار کمک‌کننده‌اند. شناخت شیوع بیماری‌ها در تصمیم‌گیری اختصاصی منابع برای درمان و مراقبت‌های بالینی بیماری‌های خاص بسیار حائز اهمیت بوده است^۸. مطالعات مبتنی بر جمعیت معیار، استاندارد برای مطالعه اپیدمیولوژی محسوب می‌شوند. حمایت و به‌کاربردن صحیح از داده‌های مطالعات اپیدمیولوژی می‌تواند کمک بسیاری به حل عمده‌ترین مشکلات جامعه کند که همین موضوع سبب خدمت‌رسانی بهتر می‌شود^۹. شیوع شکایات پوستی در جامعه ایرانی مورد ارزیابی قرار نگرفته است؛ پس این مطالعه با هدف بررسی شیوع و اپیدمیولوژی شکایت پوستی در مردان میانسال و سالمند ایرانی انجام شد.

روش اجرا

این مطالعه به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۶ با هدف ارزیابی اپیدمیولوژی و شیوع شکایات پوستی مردان

میانسال و سالمند طراحی و انجام شد. تعداد ۱۴۱۹ نفر از کل استان‌های کشور در این مطالعه شرکت کردند. اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک شامل سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال / سابقه مواجهه شغلی، سابقه بیماری‌های همراه و سابقه مصرف کورتیکواستروئید جمع‌آوری شد. از مردان ۳۵ سال و بالاتر تمامی ۳۲ استان کشور توسط فراخوان دعوت به عمل آمد که در این مطالعه شرکت کنند. در این فراخوان شرکت‌کنندگان بدون توجه به هرگونه مشکل زمینه‌ای ارزیابی شدند. داوطلبانی که بیماری‌های روان‌پزشکی تشخیص داده‌شده داشتند یا امکان برقراری ارتباط با پزشک را نداشتند، از مطالعه خارج شدند. پزشک ویزیت را به صورت رایگان برای تمامی مراجعین انجام می‌داد و رویکردهای تشخیصی و درمانی در صورت نیاز انجام می‌شد.

شرکت‌کنندگان از نظر وجود شکایت پوستی (خارش، سوزش، خشکی پوست، قرمزی، پوسته‌ریزی و تغییر رنگ پوست (هیپو و هیپر پیگمانتاسیون))، نوع شکایت، شدت و محل آن در زمان معاینه ارزیابی شدند. در مواردی که پزشک برای تشخیص بیماری نیاز به آزمایش یا نمونه‌گیری داشت، بعد از اخذ رضایت آگاهانه از بیمار به صورت رایگان انجام شد. مواردی که نیاز به ارجاع، شروع یا ادامه درمان داشتند نیز توسط متخصص پوست توصیه و تأیید شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری نظیر آزمون t مستقل یا معادل ناپارامتری آن؛ من - ویتنی، آنالیز واریانس و آزمون مربع کای در نرم‌افزار SPSS استفاده شد. این پژوهش کد اخلاق ۱۰۱-T-E-۹۳ را دارد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار جامعه مردان میانسال/سالمند مورد مطالعه (۱۴۱۹ نفر)، ۵۰/۴۳±۶/۲۴ سال با میانگین ۴۹ سال بود. اطلاعات

بیماری زمینه‌ای را گزارش نکردند و ۳۱/۶٪ جامعه، بیماری زمینه‌ای داشتند (n=۴۴۹). در بین سابقه بیماری‌های زمینه‌ای، سه بیماری فشارخون، دیابت و مشکلات روان در مجموع، ۷۹/۷٪ موارد گزارش شده توسط داوطلبین را تشکیل می‌داد (جدول ۱). در بین افراد با سابقه بیماری زمینه‌ای، ۱ نفر سابقه بدخیمی و ۱ نفر سابقه شیمی‌درمانی در پنج سال اخیر را داشت. سابقه مصرف کورتیکواستروئید در ۱۰۳ نفر (۷/۳٪) گزارش شد. بیش از نیمی از موارد استفاده از کورتیکواستروئید از نوع خوراکی ۶۴ نفر بود (۶۲/۱٪) (۴/۵٪ در کل جامعه) و پس از آن کورتیکواستروئیدهای موضعی (جلدی) ۲۱ نفر (۲۰/۴٪) (۱/۵٪ در کل جامعه). تعداد بسیار کمتری ۲۷ نفر (۲۶/۲٪) (۱/۵٪ در کل جامعه) سایر انواع کورتیکواستروئید را استفاده کرده بودند که شامل استنشاقی ۱۳ نفر (۰/۹٪ در کل جامعه)، تزریقی ۱۲ نفر (۰/۸٪ در کل جامعه) و چشمی ۲ نفر (۰/۱٪ در کل جامعه) قرار داشتند.

در زمان مطالعه ۳۴۴ نفر (۲۴/۲٪) شکایت پوستی داشتند. حدود دوسوم شکایات‌ها مربوط به خارش ۲۰۷ نفر (۶۰/۲٪) (۱۴/۶٪ در کل جامعه) و سپس خشکی پوست ۸۰ نفر (۲۳/۳٪) (۵/۶٪ در کل جامعه) بودند. سایر مشکلات پوستی شامل قرمزی / پوسته‌ریزی، سوزش، پرننگ و کم‌رنگ شدن پوست به ترتیب ۶۰ نفر (۱۷/۴٪)، ۵۱ نفر (۱۴/۸٪)، ۳۵ نفر (۹/۹٪) و ۲۳ نفر (۶/۷٪) بود که این شیوع در جامعه به ترتیب برابر ۴/۲٪، ۳/۶٪، ۲/۵٪ و ۱/۶٪ گزارش شد. از بین شکایات پوستی، تعداد ۸۴ نفر (۲۴/۴٪) فقط یک نوع شکایت پوستی را ذکر کردند.

تعداد ۱۹ نفر از افرادی که شکایت پوستی داشتند (۵/۵٪) به صورت هم‌زمان از خارش، خشکی و سوزش شکایت داشتند. مدت و شدت هر یک از شکایات پوستی در جدول ۲ آورده شده است. اکثر شکایات پوستی، فصلی گزارش شده است (جدول ۲). خارش و

مربوط به وضعیت تأهل، سطح سواد، وضعیت اشتغال و داشتن مواجهه شغلی و سابقه بیماری‌های پوستی/غیرپوستی، در جدول ۱ آورده شده است. حدود دوسوم از ۹۷۰ نفر (۶۸/۳٪) هیچ نوع

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناسی و سابقه بیماری‌ها در مردان میانسال و سالمند (n=۱۴۱۹).

مشخصات	تعداد نمونه (درصد)
وضعیت تأهل (زندگی با / بدون همسر)	
زندگی با همسر	۱۳۵۶ (۹۵/۶)
زندگی بدون همسر	۵۸ (۴/۱)
نامشخص	۵ (۰/۳)
وضعیت اشتغال	
شاغل	۱۰۸۱ (۷۶/۲)
بیکار	۳۱۸ (۲۲/۴)
نامشخص	۲۰ (۱/۴)
تحصیلات	
بی‌سواد	۳۴ (۲/۳)
کمتر از دیپلم	۱۴۱ (۹/۹)
دیپلم و بالاتر از دیپلم	۱۲۳۳ (۸۶/۱)
نامشخص	۲۱ (۱/۴)
مواجهه شغلی	
دارد	۶۱ (۴/۲)
ندارد	۱۳۲۰ (۹۳/۰)
نامشخص	۳۸ (۲/۷)
سابقه بیماری پوستی	
بلی	۲۱۶ (۱۵/۲)
خیر	۱۰۹۰ (۷۶/۸)
نامشخص	۱۱۳ (۸/۰)
سابقه بیماری پوستی تحت درمان در زمان مطالعه	۱۰۵ (۱۰/۷)
وجود بیماری زمینه‌ای	۴۴۹ (۳۱/۶)
پرفشاری خون	۱۶۵ (۱۱/۶)
دیابت	۱۲۷ (۸/۹)
اختلالات اعصاب و روان	۶۶ (۴/۷)
دستگاه گوارشی	۶۳ (۴/۴)
کلیه و مجاری ادراری	۳۶ (۲/۵)
اختلالات تیروئید	۳۲ (۲/۳)
کبدی	۲۴ (۱/۷)
بدخیمی	۱ (۰/۱)
سایر	۱۲۱ (۸/۵)
سابقه مصرف کورتیکواستروئید در زمان مطالعه	
بلی	۱۰۳ (۷/۵)
خیر	۱۳۱۶ (۹۲/۷)

وجود شکایت پوستی با وجود بیماری زمینه‌ای ارتباط معنی‌داری نداشت. مصرف کورتیکواستروئید و به‌خصوص نوع خوراکی آن به‌طور معناداری در افرادی که شکایت پوستی، خارش یا خشکی پوست داشتند بیشتر بود (جدول ۳). جزئیات ارتباط بین شکایت پوستی و متغیرهای جمعیت‌شناسی و زمینه‌ای در مردان میانسال و سالمند در جدول ۳ ارائه شده است.

بحث

این مطالعه اپیدمیولوژیک برای اولین بار به شکایات پوستی در جمعیت مردان میانسال و سالمند ایرانی پرداخته است. نزدیک به یک‌چهارم مردان میانسال و سالمند ایرانی شکایت پوستی را گزارش کردند که بیش از نیمی از آنان، فقط یک مورد شکایت پوستی داشتند. در مطالعه ما بیشترین شکایت پوستی، خارش بود.

سوزش شدید به‌ترتیب در ۳۶ و ۲۷ درصد از موارد شکایات‌ها بود. اکثر شکایات پوستی موضعی (۲۰۱ مورد) و از نوع خفیف (۲۰۴ مورد) ۵۹/۳٪ گزارش شده است (جدول ۲).

وجود شکایت پوستی به‌طور معناداری با مواجهه شغلی، سطح تحصیلات پایین‌تر و مصرف کورتیکواستروئید در کل و هر دو نوع خوراکی و موضعی در ارتباط بود (جدول ۳). خشکی پوست به‌طور معناداری با مواجهه شغلی، سطح تحصیلات و مصرف کورتیکواستروئید در کل و هر دو نوع خوراکی و موضعی در ارتباط بود. خارش به‌طور معناداری با مواجهه شغلی و مصرف کورتیکواستروئید در کل و هر دو نوع خوراکی و موضعی در ارتباط بود. سوزش به‌طور معناداری با وضعیت تأهل، شاغل‌بودن، سطح تحصیلات پایین‌تر و مصرف انواع کورتیکواستروئید در کل و هر دو نوع خوراکی و موضعی در ارتباط بود.

جدول ۲: شکایات پوستی براساس مدت و شدت آن در مردان میانسال و سالمند (n=۱۴۱۹).

تعداد شکایت پوستی (n=۳۴۴)	شدت		مدت		فصلی	نامشخص
	شدید	خفیف	نامشخص	دائمی		
	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)
خارش (n=۲۰۷)	۵۷	۱۰۳	۳۰	۸۴	۹۳	۴۷
	(۲۷/۵)	(۴۹/۷)	(۱۴/۴)	(۴۰/۵)	(۴۴/۹)	(۲۲/۷)
موضعی	—	—	نامشخص	جنرال	—	—
خشکی پوست (n=۸۰)	۶	۴۶	۱۲	۱۴	۵۴	۲۸
	(۷/۵)	(۵۷/۵)	(۱۵/۰)	(۱۷/۵)	(۶۷/۵)	(۳۵/۰)
قرمزی / پوسته ریزی (n=۶۰)	۹	۲۲	۳	۳	۵۴	۲۹
	(۱۵/۰)	(۳۶/۶)	(۵/۰)	(۵/۰)	(۹۰/۰)	(۴۸/۳)
سوزش (n=۵۱)	۱۱	۳۰	۷	۵	۳۹	۱۰
	(۲۱/۵)	(۵۸/۸)	(۱۳/۷)	(۹/۸)	(۷۶/۴)	(۱۹/۶)
پررنگ شدن پوست (هیپوپیگمانتاسیون) (n=۳۵)	—	—	۵	—	۳۰	—
	—	—	(۱۴/۲)	—	(۸۵/۷)	—
کمرنگ شدن پوست (هیپوپیگمانتاسیون) (n=۲۳)	—	—	۲	۲	۱۹	—
	—	—	(۸/۷)	(۸/۷)	(۸۲/۶)	—
سایر شکایات (n=۲۴)	۲	۳	۱۹	—	۵	۱۹
	(۹/۱)	(۱۳/۶)	—	—	(۸۳/۳)	—

جدول ۳: ارتباط بین شکایت پوستی و متغیرهای جمعیت‌شناسی و زمینه‌ای در مردان میانسال و سالمند (n=۱۴۱۹).

شکایت پوستی			خارش			خشکی پوست			سوزش		
P	ندارد	دارد (n=۵۱)	P	ندارد	دارد (n=۸۰)	P	ندارد	دارد (n=۲۰۷)	P	ندارد	دارد (n=۳۴۴)
وضعیت تأهل											
* / .۰۳	۱۳۱۰	۴۶	* / .۱۰	۱۲۸۳	۷۳	* / .۸۳	۱۱۵۹	۱۹۷	* / .۹۹	۱۰۲۸	۳۲۸
	۵۳	۵		۵۲	۶		۴۹	۹		۴۴	۱۴
وضعیت اشتغال											
* / .۰۰۹	۱۰۵۰	۳۱	* / .۳۶	۱۰۲۴	۵۷	* / .۹۷	۹۲۴	۱۵۷	* / .۶۵	۸۱۷	۲۶۴
	۲۹۹	۱۹		۲۹۷	۲۱		۲۷۲	۴۶		۲۴۴	۷۴
سطح تحصیلات											
* / .۰۱	۱۶۳	۱۲	* / .۰۱	۱۵۹	۱۶	* / .۰۸	۱۴۲	۳۳	* / .۰۶	۱۲۳	۵۲
	۱۱۸۶	۳۷		۱۱۶۴	۵۹		۱۰۵۳	۱۷۰		۹۳۷	۲۸۶
سابقه بیماری پوستی											
* / .۳۴	۲۰۷	۹	* / .۶۷	۲۰۶	۱۰	* / .۹	۱۸۵	۳۱	* / .۱۹	۱۷۲	۴۴
	۱۰۵۸	۳۳۲		۱۰۳۲	۵۸		۹۳۱	۱۵۹		۸۲۳	۲۶۷
بیماری زمینه‌ای											
* / .۷۶	۴۳۴	۱۵	* / .۷۱	۴۲۷	۲۲	* / .۵۸	۳۸۷	۶۲	* / .۳۴	۳۴۹	۱۰۰
	۸۳۱	۲۶		۸۱۱	۴۶		۷۲۹	۱۲۸		۶۴۶	۲۱۱
مصرف انواع کورتیکواستروئید در کل											
* / .۰۰۴	۹۴	۹	* / .۰۰۱	۹۰	۱۳	* / .۰۰۱	۷۰	۳۳	* / .۰۰۱	۵۸	۴۵
	۱۲۷۴	۴۲		۱۲۴۹	۶۷		۱۱۴۲	۱۷۴		۱۰۱۷	۲۹۹
مصرف کورتیکواستروئید خوراکی											
* / .۰۶	۵۹	۵	* / .۰۱	۵۶	۸	* / .۰۰۲	۴۶	۱۸	* / .۰۲	۴۱	۲۳
	۱۳۰۹	۴۶		۱۲۸۳	۷۲		۱۱۶۶	۱۸۹		۱۰۳۴	۳۲۱
مصرف کورتیکواستروئید موضعی											
* / .۰۰۶	۱۷	۴	* / .۰۰۱	۱۶	۵	* / .۰۰۱	۷	۱۴	* / .۰۰۱	۴	۱۷
	۱۳۵۱	۴۷		۱۳۲۳	۷۵		۱۲۰۵	۱۹۳		۱۰۷۱	۳۲۷

* سطح معناداری ** آزمون فیشر

احتمالی درماتیت در نظر گرفته می‌شوند^{۱۴،۱۵}. خشکی پوست می‌تواند با تحریک پوست، خارش، ناراحتی بیمار و بیماری آشکار پوستی همراه باشد. علی‌رغم شیوع آن، اطلاعات کمی در مورد اپیدمیولوژی خشکی پوست در جمعیت‌ها وجود دارد. شیوع خشکی پوست در جامعه مردان میانسال ۵ درصد بود که در مقایسه با سایر مطالعات که حدود ۳۰ درصد گزارش شده، کمتر

خارش در سایر مطالعات نیز یکی از عمده‌ترین شکایات پوستی گزارش شده است^{۱۰-۱۳}. شیوع خارش در مطالعه ما با سایر داده‌ها نزدیک بود^۷.

شکایت از خشکی پوست دومین شکایت شایع جامعه مورد مطالعه بود. خشکی پوست در سایر مطالعات بدون سابقه بیماری قبلی پوستی بوده و به‌عنوان موارد جدید شکایت با تشخیص موارد جدید

بود^{۱۶}. هم‌زمانی شکایت خارش و خشکی پوست در جامعه، شکایت پوستی زیاد داشت (۶۰٪). خشکی پوست می‌تواند با تحریک پوست، خارش، ناراحتی بیمار و بیماری آشکار پوستی همراه باشد^{۱۶}.

نزدیک به یک‌دهم افراد سابقه بیماری پوستی داشته و در زمان مطالعه تحت درمان بودند. در مقایسه بین سابقه بیماری پوستی و شکایات پوستی در زمان مطالعه، ارتباط معناداری دیده نشد. مواجهه شغلی به‌طور معنی‌داری با افزایش شکایت پوستی به‌خصوص خارش و خشکی پوست در فرد همراه بود. در مطالعه‌ای که Santarossa و همکاران در مرکز تخصصی پوست ایتالیا در سال ۲۰۲۰ انجام دادند، نشان داده شد که شکایات پوستی و درمانیت‌های تماسی در بین شاغلین مراجعه‌کننده، ارتباط داشته است. هم‌چنین در ۳ سال اخیر شکایات پوستی این افراد افزایش داشته است^{۱۷}. در بین تحقیقات سال‌های گذشته نیز مانند همین مطالعه، بین مشاغل مختلف و شکایات پوستی ارتباط معناداری دیده شده بود^{۱۸-۲۲}.

تقریباً یک‌سوم مردان مراجعه‌کننده سابقه بیماری زمینه‌ای غیرپوستی داشتند که ۲۲٪ آنان شکایت پوستی داشتند. همان‌طور که در مطالعات انجام‌شده در ایران و سایر کشورهای دیگر نیز این ارتباط را نشان می‌دهند^{۲۳-۳۱}. در این مطالعه خارش شایع‌ترین شکایت پوستی در ۶۲٪ افراد با بیماران زمینه‌ای بود.

کمتر از ۱۰٪ افراد مورد مطالعه، مصرف کورتیکواستروئید در زمان مطالعه را ذکر کردند. بیش از نیمی از افرادی که مصرف کورتیکواستروئید داشتند، مصرف به‌صورت خوراکی را ذکر کرده بودند. شکایت پوستی در زمان مطالعه با مصرف کورتیکواستروئید بیشتری همراه بود. مصرف خوراکی کورتیکواستروئید در مراجعینی که خارش و خشکی پوست داشتند، به‌طور معناداری بیشتر بود. مصرف کورتیکواستروئید خوراکی یا موضعی در مراجعینی که به‌طور هم‌زمان از سه شکایت خارش، خشکی پوست و سوزش شکایت

داشتند، بالاتر بود. همان‌طور که در بررسی‌های گذشته نیز وجود این سه شکایت در کنار هم، مشخصه درمانیت پوستی است^{۱۵}. هم‌چنین شکایات خارش، سوزش، خشکی پوست، قرمزی / پوسته‌ریزی و کم‌رنگ شدن پوست به‌طور معناداری با مصرف بیشتر کورتیکواستروئید موضعی همراه بود. در مطالعات گذشته نیز مشکلات پوستی پدیدآمده طی مصرف کورتیکواستروئید نشان داده شده است^{۳۲-۳۵}. شیوع مصرف کورتون در این جامعه در مقایسه با سایر مطالعات اپیدمیولوژی کمتر؛ اما مصرف خوراکی کورتون در جامعه ایرانی بالاتر از مطالعات مشابه بود^{۳۳،۳۴}.

از نقاط قوت این مطالعه، بررسی اپیدمیولوژیک شکایات پوستی در بین جمعیت مردان ایرانی است که در تمامی استان‌های کشور به‌صورت فراخوان انجام شده است. از محدودیت‌های مطالعه ذکر چند نکته ضروری است. اول، مطالعه براساس اظهارنظر جامعه مورد مطالعه در خصوص شکایات پوستی انجام شده است؛ دوم، به دلیل وجود محدودیت‌هایی چون برقراری ارتباط و اعتماد به پرسشگر، ممکن است برخی از مراجعین شکایت‌ها یا بیماری‌های پوستی خود را به‌طور کامل بیان نکرده باشند؛ سوم، گویش‌های مختلف در استان‌های متفاوت می‌تواند بر جمع‌آوری اطلاعات اثر گذاشته باشد و چهارم، در این مطالعه به شکایت پوستی پرداخته شد و تشخیص دقیق بیماری‌های پوستی در این مطالعه ارزیابی نشده است.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، شیوع بیماری‌های پوستی بررسی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت‌شناسی و اجتماعی بررسی شود. در ضمن، مقایسه اپیدمیولوژیکی شکایات پوستی در بین استان‌های مختلف می‌تواند از تأثیر اقلیمی و آب و هوایی بر شیوع شکایت پوستی اطلاعات دقیق‌تری به‌دست آورد. ضروری است عوامل مرتبط با افزایش انواع شکایت پوستی بررسی شود تا امکان اقدامات پیش‌گیرانه در راستای کاهش شکایت پوستی امکان‌پذیر

اما مصرف خوراکی کورتون در جامعه ایرانی بالاتر از مطالعات مشابه بود. هرچند مصرف خوراکی و موضعی کورتیکواستروئید ارتباط معناداری با شکایات خارش، خشکی و سوزش پوست داشت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از کارکنان بنیاد شهید و امور ایثارگران و پرسنل مراکز کلینیک‌های تحت پوشش در کل ۳۲ استان کشور و پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان تشکر خود را ابراز می‌کنند. نویسندگان هم‌چنین از کمک و حمایت مهدیه رستم‌نژاد، مرضیه عسگری و شیرین عبدالکریمی در طول مطالعه مراتب قدردانی خود را اعلام می‌دارند.

باشد. با توجه به مصرف بالای انواع کورتیکواستروئیدها، علل مصرف و عوارض/اثرات کورتیکواستروئید، در مطالعات بعدی بررسی دقیق‌تری با در نظر گرفتن میزان دوز و زمان مصرفی دارو انجام شود.

نتیجه می‌گیریم که شیوع شکایت پوستی در یک‌چهارم جامعه مردان میانسال و سالمند ایرانی گزارش شده است. شایع‌ترین شکایت مربوط به خارش و بعد از آن به ترتیب خشکی و سوزش بود و ارتباط معناداری بین مواجهه شغلی و شکایات پوست دیده شد. وجود بیماری پوستی یا زمینه‌ای، ارتباطی با افزایش شیوع شکایات پوستی نداشت. در این مطالعه، بین مشکلات ناخن و بیماری‌های مزمن کبدی و هم‌چنین سوزش و بیماری‌های روانی ارتباط معنادار وجود داشت. هرچند شیوع مصرف کورتون در جامعه مورد مطالعه ما در مقایسه با مطالعات دیگر کمتر بود؛

References

1. Khatami A, Zartab H. Dermatology: A public health perspective. *J Cosmet Dermatol* 2011; 2: 245-53.
2. Villa LK, Krishna G. Epidemiology and prevalence of dermatological diseases among school children of Medak district. Telangana-a clinical survey. *Int J Med Sci Public Health* 2016; 5: 1475-78.
3. Andersen LK, Davis MD. Prevalence of skin and skin-related diseases in the rochester epidemiology project and a comparison with other published prevalence studies. *Dermatol* 2016; 232: 344-52.
4. Dalgard F, Svensson Å, Holm JØ, et al. Self-reported skin morbidity in Oslo. Associations with sociodemographic factors among adults in a cross-sectional study. *Br J Dermatol* 2004; 151: 452-57.
5. Naldi L, Cazzaniga S, Gonçalo M, et al. Prevalence of self-reported skin complaints and avoidance of common daily life consumer products in selected European regions. *JAMA Dermatol* 2014;150: 154-63.
6. Basra MK, Shahrukh M. Burden of skin diseases. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2009; 9: 271-83.
7. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, et al. The global burden of skin disease in 2010: An analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol* 2014; 6: 1527-34.
8. Andersen LK, Davis MD. The epidemiology of skin and skin-related diseases: A review of population-based studies performed by using the Rochester epidemiology project. *Mayo Clin Proc* 2013; 88: 1462-67.
9. Fairchild G, Tasseff B, Khalsa H, et al. Epidemiological data challenges: Planning for a more robust future through data standards. *Public Health Front* 2018; 6 :336.

10. Matteredne U, Strassner T, Apfelbacher CJ, et al. Measuring the prevalence of chronic itch in the general population: Development and validation of a questionnaire for use in large-scale studies. *Acta Derm Venereol* 2009; 89: 250-56.
11. Ständer S, Schäfer I, Phan NQ, et al. Prevalence of chronic pruritus in Germany: Results of a cross-sectional study in a sample working population of 11,730. *Dermatol* 2010; 221: 229-35.
12. Weisshaar E, Apfelbacher C, Jäger G, et al. Pruritus as a leading symptom: Clinical characteristics and quality of life in German and Ugandan patients. *Br J Dermatol* 2006; 155: 957-64.
13. Weisshaar E, Dalgard F. Epidemiology of itch: Adding to the burden of skin morbidity. *Acta Derm Venereol* 2009; 89: 339-50.
14. Rathi S. Abuse of topical steroid as cosmetic cream: A social background of steroid dermatitis. *Indian J Dermatol* 2006; 51: 154-55.
15. Xiao X, Xie H, Jian D, et al. Rebounding triad (severe itching, dryness and burning) after facial corticosteroid discontinuation defines a specific class of corticosteroid-dependent dermatitis. *J Dermatol* 2015; 42: 697-702.
16. Augustin M, Kirsten N, Körber A, et al. Prevalence, predictors and comorbidity of dry skin in the general population. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019; 33: 147-50.
17. Santarossa M, Mauro M, Belloni Fortina A, et al. Occupational contact dermatitis in Triveneto: Analysis of patch test data of the north eastern Italian database from 1996 to 2016. *Contact Derm* 2020; 82: 370-79.
18. Basketter DA, Briatico-Vangosa G, Kaestner W, et al. Nickel, cobalt and chromium in consumer products: A role in allergic contact dermatitis? *Contact Derm* 1993; 28: 15-25.
19. Lyapina M. Allergic contact dermatitis from formaldehyde exposure. *J IMAB* 2012; 18: 255-62.
20. Rahman A, Sultana A, Rahman K, et al. Prevalence of occupational contact dermatitis, knowledge, and adaption of preventive measures by chemical industries workers of Pune: An observational study. *Arch Environ Occup Health* 2014; 4: 27-33.
21. Smit HA, Burdorf A, Coenraads PJ. Prevalence of hand dermatitis in different occupations. *Int J Epidemiol* 1993; 22: 288-93.
22. Jazayeri E, Abaszadeh M. A comparative study on the incidence of symptoms known as "Darkroom Disease" amongst X-ray department personnel & physiotherapists. *Payavard Salamat* 2008; 1: 52-9. (persian)
23. Koblenzer CS. Itching and the atopic skin. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 104: 109-13.
24. Omranifard V, Kheirabadi GHR, Abtahi SMM, et al. Obsessive compulsive disorder among outpatient referrals to dermatologic clinics of Isfahan. *GMUHS Journal* 2007; 13: 52-6. [persian]
25. Tirgar-Tabari S, Moosavi Sh, Farzan N. Frequency of dermatologic problems in psychiatric patients in Yahya-Nejad hospital in Babol. *J Cosmet Dermatol* 2010; 1: 172-78.
26. Abbasi A, Shariati A, Asayesh H, et al. Frequency of the uremic pruritus and its associated factors in hemodialysis patients in the Golestan province dialysis centers in 2009. *J Cosmet Dermatol* 2011; 2: 150-57.
27. Hosseini MS, Ehsani AH, Hosseinpanah F, et al. Skin lesions in type 2 diabetic patients. *Iran J Dermatol* 2008; 11: 113-17.
28. Khoharo HK, Ansari S, Shaikh IA. Skin lesions in type 2 diabetes patients. *Medical Channel* 2010; 16: 502-05.

29. Sampaio AL, Bressan AL, Vasconcelos BN, et al. Skin manifestations associated with systemic diseases-Part I. *An Bras Dermatol* 2021; 6:655-71.
30. MartinsLeal J, Souza G, Marsillac P, et al. Skin manifestations associated with systemic diseases - Part II. *An Bras Dermatol* 2021;6: 672-87.
31. Vahora R, Thakkar S, Marfatia Y. Skin, a mirror reflecting diabetes mellitus: A longitudinal study in a tertiary care hospital in Gujarat. *Indian J Endocrinol Metab* 2013; 17: 659.
32. Coopman S, Degreef H, Doods-Goossens A. Identification of cross-reaction patterns in allergic contact dermatitis from topical corticosteroids. *Br J Dermatol* 1989; 121: 27-34.
33. Fisher DA. Adverse effects of topical corticosteroid use. *West J Emerg Med* 1995; 162:123.
34. Hengge UR, Ruzicka T, Schwartz RA, et al. Adverse effects of topical glucocorticosteroids. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 1-15.
35. Rahmati M, Malekzad F, Shobeiri R. Dermatologic manifestations of patients on chronic. *J Res Med Sci* 2007; 31: 163-67 (persian).

Prevalence of skin complaints in middle-aged and elderly male population

Parviz Toosi, MD¹
SeyedHasan Etemadzadeh, MD²
Mohammadreza
Sedighimoghadam, MD, MPH³
Batool Mousavi, MD, MPH^{4*}
Seyedehfatemeh Nouri Rahimabadi,
MD⁵
Fahimeh Abdollahimajid, MD⁶
Mohammad Roustanezhad Arabani,
MD⁷
Aliakbar Babaei, MD⁷
Shahram Ariaeenejad, MD⁷

1. Skin Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Dermatology, Khatam-ol-Anbia Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Hemer Centre of Pneumology and Thoracic Surgery, Department of Pneumology, Hemer, Germany
4. Department of Prevention, Janbazan Medical and Engineering Research Center (JMERC), Tehran, Iran
5. Student Research Committee, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
6. Department of Dermatology, Shohadaye Tajrish Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
7. Janbazan Medical and Engineering Research Center (JMERC), Tehran, Iran

Received: Sep 11, 2022

Accepted: Oct 07, 2022

Pages: 163-172

Corresponding Author:

Batool Mousavi, MD, MPH

No. 17, Farrokh Alley., Moghaddas-e-Ardebili St., Yaman St., Chamran Highway, Tehran, Iran
Email: mousavi.b@gmail.com

Conflict of interest: None to declare

Background and Aim: National studies on the prevalence of skin problems of the Iranian are very limited. The aim of this study was to determine the skin complaints of adult male population.

Methods: In this cross-sectional study, 1419 men over 35 years from 32 provinces participated by invitation. Demographic information, underlying disease history and presence of skin problems/diseases were collected by dermatologists. The participants were evaluated in terms of the presence of skin complaints (itching, burning, dry skin, redness, scaling, and skin color change); and any skin complaints with type, severity and location.

Results: About one third 31.6% of the Iranian male middle-aged and elderly, had an underlying disease (n=449). High blood pressure, diabetes, and neurological disorders constituted 79.7% of the chronic diseases. In total, n=344 persons (24.2%) were rated as having skin complaint. Most people who had a skin complaint reported more than one skin complaint 75.6% (n=260). The most common skin complaints were related to itching 14.6% (n=207) and dry skin 5.6% (23.3%) in studied population, which were mostly mild 59.3% (n=204) and localize 58.4% (n=201). The use of corticosteroids was stated in 7.2%(n=103) and the most common types of usage was oral 62.1% (n=64). There was significant correlation between skin complaint and occupational exposure ($P=0.01$); lower education level ($P=0.05$); corticosteroid usage in general ($P<0.001$) and both oral ($P=0.02$) and topical ($P<0.001$) corticosteroid.

Conclusion: Skin complaint is common among middle-aged and elderly Iranian men. The most common skin complaint are mostly mild and localized itching and dry skin.

Keywords: skin, complaint, male, middle-aged, elderly

