

بررسی ارتباط شیوه زندگی و هموروئید در مراجعه کنندگان به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۸۶

شیرین حجازی^۱، حمیدعلوی مجد^۲، زهرا نجفی عابدی^۳

^۱ مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری - مامائی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

^۲ دانشیار، دکترای آمار زیستی، هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی تهران

^۳ دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری گرایش داخلی جراحی، دانشکده پرستاری - مامائی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

چکیده

سابقه و هدف: هموروئید بیماری گوارشی مزمنی است که از چهار هزار سال پیش به عنوان یک مشکل مطرح گشته است. امروزه شیوه زندگی سالم از اجزاء کلیدی و ضروری جهت کاهش بروز و شدت بیماری‌های مزمن و عوارض‌شان می‌باشد. با توجه به نقش گسترده شیوه زندگی در ایجاد علائم اکثر بیماری‌های مزمن، این مطالعه با هدف تعیین تاثیر شیوه زندگی در ابتلاء به هموروئید انجام پذیرفت. **روش بررسی:** در این مطالعه مورد - شاهدهی بیماران هموروئیدی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۰۱ بیمار مبتلا به هموروئید در گروه مورد و ۱۰۱ بیمار غیرمبتلا به هموروئید در گروه شاهد که واجد کلیه مشخصات افراد مورد پژوهش بودند، با روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای انتخاب شدند. روش گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه بود. جهت اعتبار علمی آن از روش اعتبار محتوی، جهت اعتماد علمی آن از آزمون مجدد و برای دستیابی به یافته‌های پژوهش از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل آزمون کای دو، آزمون دقیق فیشر و من ویتنی استفاده شد.

یافته‌ها: گروه مورد اکثراً سر ساعت غذا نمی‌خوردند ($p < 0/001$)، دفعات صرف غذای کمتری داشتند ($p = 0/021$)، میزان مصرف روزانه مایعات کمی داشتند ($p = 0/001$)، همیشه از ادویه و غذای تند استفاده می‌کردند ($p = 0/001$)، میزان مصرف سبزی و سالاد و میوه کمتری داشتند، فعالیتشان نشسته و کم‌تحرک بود ($p < 0/001$)، هرگز در طول روز پیاده‌روی نداشتند ($p = 0/001$)، در گذشته و حال ورزش نمی‌کردند ($p < 0/001$)، ۵-۳ روز یک‌بار اجابت‌مزاج داشتند ($p < 0/001$)، با فشار زیاد و به سختی اجابت‌مزاج می‌کردند و مدت زمان اجابت‌مزاجشان بین ۱۰-۵ دقیقه طول می‌کشید ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که بین شیوه زندگی و ابتلاء به هموروئید رابطه وجود دارد.

واژگان کلیدی: شیوه زندگی، بیماری‌های مزمن، هموروئید، دستگاه گوارش.

مقدمه

دیگرسبب ایجاد بیماری‌های مزمن گردیده است (۱). امروزه این بیماری‌ها را تحت عنوان بیماری‌های تمدن یا شیوه زندگی می‌نامند (۲). اصطلاح شیوه زندگی، بیشتر اوقات به "روش زندگی مردم" اشاره دارد (۳). هموروئید یکی از رایج‌ترین بیماری‌های گوارشی است که از چهار هزار سال پیش به عنوان یک مشکل مطرح گشته و شایع‌ترین علت خونریزی از دستگاه گوارش تحتانی محسوب می‌شود (۱) که در صورت عدم درمان و پیگیری به موقع تبدیل به یک بیماری مزمن می‌گردد.

بیماری‌های مزمن زائیده تکنولوژی و فن‌آوری نوین انسان می‌باشند. پیشرفت تکنولوژی از یک طرف منجر به کاهش فعالیت‌های جسمانی و آسان‌تر شدن زندگی و از طرف

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران، شیرین حجازی

(email: sh_hejazi@iautmu.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۲/۲۸

مواد و روشها

در این مطالعه مورد-شاهدی بیماران مبتلا به هموروئید مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۶ بررسی شدند. گروه مورد شامل بیمارانی بود که ابتلاء آنها به هموروئید توسط متخصص پروکتولوژی تأیید شده بود و هیچ یک به هیپرتانسیون پورت، سیروز کبدی و اختلالات نوروتیک مبتلا نبودند. گروه شاهد، بیماران بدون هموروئید ولی دارای همان شرایط بودند.

تعداد نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه، در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض $P1=0/5$ و $P2=0/2$ ، ۱۰۱ نفر در گروه مورد و به همان تعداد در گروه شاهد محاسبه شد. دو گروه از لحاظ سن و جنس همسان شده بودند و به روش نمونه گیری سهمیه ای، بر حسب آمار اولیه از تعداد بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های دانشگاه های علوم پزشکی تهران انتخاب شدند. متغیرهای مورد سنجش شامل شیوه زندگی و هموروئید بود. این پژوهش دارای تأییدیه رعایت اصول اخلاقی از دانشگاه آزاد اسلامی بود.

روش و ابزار گردآوری اطلاعات پرسش نامه خودساخته ۵۱ سوالی در ۳ بخش شامل مشخصات دموگرافیک با ۱۶ سوال، تاریخچه بیماری فعلی با ۷ سوال و شیوه زندگی (وضعیت تغذیه و عادات غذایی، فعالیت بدنی و ورزش، الگوی مصرف دارو و الگو و عادات اجابت مزاج) با ۲۸ سوال بود. جهت تعیین مواجهه گروه مورد با عوامل خطر در این بیماری، هر دو گروه در ۴ مورد از عوامل شیوه زندگی (وضعیت تغذیه و عادات غذایی، فعالیت بدنی و ورزش، الگوی مصرف دارو و الگو و عادات اجابت مزاج) با هم مقایسه شدند. جهت اعتبار علمی پرسش نامه از روش اعتبار محتوی و جهت اعتماد علمی آن از روش آزمون مجدد استفاده شد. برای سنجش روایی پرسش نامه، در مورد متغیرهایی که رتبه ای بودند از ضریب همبستگی رتبه ای اسپیرمن و در مورد متغیرهای دو وضعیتی از آزمون آماری مک نمار استفاده شد. همبستگی پاسخ های قبل و بعد سوالات برابر $0/81$ بود و پاسخ سوال های دو وضعیتی تغییرات معنی داری نداشت ($P < 0/2$). در تحلیل داده ها از روش های آماری توصیفی (توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرها) و استنباطی (آزمون کای-دو، آزمون دقیق فیشر و من-ویتنی) استفاده شد. $P < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

اکثر بیماران گروه مورد، در محدوده وزنی ۶۹-۵۰ کیلوگرم (۴۹/۵ درصد)، دارای تحصیلات ابتدایی (۳۶/۱ درصد)،

قسمت های متسع شده وریدهای کانال مقعدی را هموروئید یا بواسیر می گویند. عوامل به وجود آورنده بیماری شامل پیروی، حاملگی، زایمان سخت و طولانی، اسهال و یبوست مزمن، ارث، شغل، تغذیه، عملکرد معیوب روده و گذراندن زمان طولانی در توالت می باشد و علائم آن خونریزی، برآمدگی در هنگام دفع، خارش، درد و توده حساس را شامل می شود (۱).

درد ناشی از هموروئید اغلب شدید است که باعث محدود شدن فعالیت شخص (نشستن، راه رفتن و اجابت مزاج) می شود (۴). این محدودیت ها در زندگی روزمره شخص تأثیرات منفی گذاشته، به علاوه صرف هزینه های هنگفت توسط بیمار و دولت نیز از نتایج منفی این بیماری می باشد. در سن ۵۰ سالگی حدود ۵۰ درصد از افراد دچار درجاتی از هموروئید هستند (۴). هموروئید علامت دار سالانه بیش از یک میلیون نفر را در جوامع غربی گرفتار می کند (۵). Zhao JK و همکارانش در سال ۲۰۰۶ در مطالعه ای تحلیلی در چین دریافتند که سرطان مری رابطه معکوس با شرایط اقتصادی - اجتماعی مانند سطح تحصیلات، شرایط اقتصادی قبلی و اندکس توده بدنی (BMI) دارد و در اشخاص سیگاری یا الکلی و کسانی که با سرعت غذا می خورند (تندخورها) بیشتر دیده می شود (۶). هم چنین در مطالعه توصیفی Nocon M و همکارانش در سال ۲۰۰۶ در آلمان نتیجه گیری شد که شیوه زندگی ناسالم مانند اضافه وزن، چاقی، استعمال دخانیات و مصرف مشروبات الکلی با افزایش علائم ریفلاکس مرتبط است (۷).

بهترین راه کم کردن عوارض ناشی از بیماری های مزمن پیشگیری از بروز آن است. پیشگیری از هموروئید از عوامل مهم در کنترل و جلوگیری از افزایش موارد جدید است که خود ایجاد تغییر در رفتار بهداشتی و در واقع تغییر در سبک و شیوه زندگی افراد را شامل می شود. در اقدامات درمانی که تا به حال در رابطه با هموروئید صورت گرفته کمتر به مسئله پیشگیری توجه شده است. می توان راه های جلوگیری از عوامل خطر آفرین در جامعه را شناخت و بدین ترتیب از افزایش ابتلاء به هموروئید کاست. ایجاد تغییر صحیح در رفتار بهداشتی مردم و اجتناب از رفتارهای غیربهداشتی مستلزم شناسایی مشکلات بهداشتی، افزایش آگاهی و مورد استفاده قرار دادن موارد آموخته شده در مراحل مختلف زندگی می باشد.

با توجه به موارد ذکر شده و نقش مهم شیوه زندگی در ایجاد بیماری های گوناگون نظیر هموروئید بر آن شدیم که تاثیر شیوه زندگی بر این بیماری و بدست آوردن راه کار موثر جهت جلوگیری از ابتلاء به این بیماری را بررسی کنیم.

گروه شاهد؛ $p=0/001$) و نشستن روزانه $2/02 \pm 0/83$ در گروه مورد در مقابل $1/69 \pm 0/86$ در گروه شاهد؛ $p=0/003$) بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت. در گروه مورد در $58/8$ درصد موارد زایمان طبیعی سخت و در گروه شاهد در $62/5$ درصد موارد زایمان طبیعی معمولی گزارش شد ($p=0/003$).

تعداد وعده غذایی روزانه ($p=0/021$)، غذا خوردن سرساعت ($p<0/001$)، میزان مصرف روزانه آب یا مایعات ($p=0/001$)، استفاده از ادویه و غذای تند ($p=0/001$)، مصرف سبزی و سالاد با غذای اصلی ($p=0/057$)، میزان مصرف سبزی و سالاد روزانه ($p=0/015$) و مصرف میوه‌جات بین غذای اصلی ($p=0/016$) در بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری داشت (جدول ۱). دو گروه از نظر نوع فعالیت بدنی ($p<0/001$)، انجام پیاده روی در طول روز ($p=0/001$)، انجام فعالیت ورزشی در گذشته و حال حاضر ($p<0/001$) تفاوت آماری معنی‌داری داشتند (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی الگوی فعالیت و ورزش در دو گروه مورد و شاهد

| P-value | شاهد | مورد | الگوی فعالیت و ورزش |
|----------|-----------|------------|--------------------------|
| $<0/001$ | | | نوع فعالیت بدنی |
| | ۲۴ (۲۳/۸) | ۴۵ (۴۴/۶)* | نشسته و کم تحرک |
| | ۱۳ (۱۲/۹) | ۳۲ (۳۱/۷) | ایستاده و کم تحرک |
| | ۴۴ (۴۳/۶) | ۱۸ (۱۷/۸) | نسبتاً پرتحرک |
| | ۲۰ (۱۹/۸) | ۶ (۵/۹) | فعال و پرتحرک |
| $0/001$ | | | پیاده روی در طول روز |
| | ۴۲ (۴۱/۶) | ۲۱ (۲۰/۸) | همیشه |
| | ۴۸ (۴۷/۵) | ۵۴ (۵۳/۵) | گاهی |
| | ۱۱ (۱۰/۹) | ۲۶ (۲۵/۷) | هرگز |
| $<0/001$ | | | فعالیت ورزشی در گذشته |
| | ۴۳ (۴۲/۶) | ۴۳ (۴۲/۶) | بله |
| | ۲۲ (۲۱/۸) | ۴۸ (۴۷/۵) | خیر |
| | ۳۶ (۳۵/۶) | ۱۰ (۹/۹) | گاهی |
| $<0/001$ | | | فعالیت ورزشی در حال حاضر |
| | ۳۶ (۳۵/۶) | ۲ (۲) | همیشه |
| | ۴۳ (۴۲/۶) | ۲۶ (۲۵/۷) | گاهی |
| | ۲۲ (۲۱/۸) | ۷۳ (۷۲/۳) | هرگز |

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

در رابطه با الگوی مصرف دارو، اکثر افراد گروه مورد ($78/2\%$) و شاهد ($83/2\%$) هیچ دارویی رابه طور مستمر استفاده نمی‌کردند و تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد. وضعیت

خانه‌دار ($31/4\%$ درصد) و دارای سابقه خانوادگی هموروئید ($52/5\%$ درصد) بودند؛ در حالی که اکثریت گروه شاهد دارای وزن $89-50$ کیلوگرم (93% درصد)، تحصیلات دیپلم ($38/6\%$ درصد) و کارمند ($38/6\%$ درصد) بودند.

جدول ۱- توزیع فراوانی عادات والگوی تغذیه در دو گروه مورد و شاهد

| P-value | شاهد | مورد | الگوی تغذیه |
|----------|-----------|------------|--------------------------------|
| $0/021$ | | | تعداد وعده غذایی |
| | ۹ (۸/۹) | ۱۸ (۱۷/۸)* | ۲ وعده و کمتر |
| | ۷۹ (۷۸/۲) | ۷۹ (۷۸/۲) | ۳ وعده |
| | ۱۳ (۱۲/۹) | ۴ (۴) | ۴ وعده و بیشتر |
| $<0/001$ | | | غذا خوردن سرساعت |
| | ۴۷ (۴۶/۵) | ۲۱ (۲۰/۸) | همیشه |
| | ۵۰ (۴۹/۵) | ۵۸ (۵۷/۴) | گاهی |
| | ۴ (۴) | ۲۲ (۲۱/۸) | هرگز |
| $0/001$ | | | میزان مصرف روزانه آب یا مایعات |
| | ۲۱ (۲۰/۸) | ۴۵ (۴۴/۶) | ۲-۴ لیوان |
| | ۵۱ (۵۰/۵) | ۳۷ (۳۶/۶) | ۴-۸ لیوان |
| | ۲۹ (۲۸/۷) | ۱۹ (۱۸/۸) | بیش از ۸ لیوان |
| $0/001$ | | | استفاده از ادویه و غذای تند |
| | ۸ (۷/۹) | ۳۳ (۳۲/۷) | همیشه |
| | ۵۹ (۵۸/۴) | ۵۲ (۵۱/۵) | گاهی |
| | ۳۴ (۳۳/۷) | ۱۶ (۱۵/۸) | هرگز |
| $0/057$ | | | مصرف سبزی و سالاد با غذای اصلی |
| | ۵۹ (۵۸/۴) | ۴۲ (۴۱/۶) | بله |
| | ۶ (۵/۹) | ۸ (۷/۹) | خیر |
| | ۳۶ (۳۵/۶) | ۵۱ (۵۰/۵) | گاهی اوقات |
| $0/015$ | | | میزان مصرف سبزی و سالاد روزانه |
| | ۲۴ (۳۸/۱) | ۲۶ (۵۹/۱) | ۱ بار |
| | ۲۸ (۴۴/۴) | ۱۶ (۳۶/۴) | ۲ بار |
| | ۱۱ (۱۷/۵) | ۲ (۴/۵) | بیشتر |
| $0/016$ | | | مصرف میوه جات بین غذای اصلی |
| | ۵۴ (۵۳/۵) | ۵۱ (۵۰/۵) | بله |
| | ۶ (۵/۹) | ۱۹ (۱۸/۸) | خیر |
| | ۴۱ (۴۰/۶) | ۳۱ (۳۰/۷) | گاهی |

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

دو گروه مورد و شاهد از نظر سن، جنس، وضعیت تاهل، تعداد حاملگی ($3/4 \pm 1/9$) در گروه مورد در مقابل $2/3 \pm 0/97$ در گروه شاهد، محل سکونت (شهر یا روستا) و وضعیت مسکن (شخصی یا استیجاری) تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند. اما از نظر تعداد زایمان ($3/2 \pm 1/99$) در گروه مورد در مقابل $2/04 \pm 0/9$ در گروه شاهد؛ $p=0/002$)، مدت زمان سرپا ایستادن ($2/4 \pm 0/69$) در در گروه مورد در مقابل $1/8 \pm 0/79$

مورد دارای سطح تحصیلات ابتدائی، سابقه خانوادگی هموروئید، تعداد زایمان بالاتر، فراوانی بالاتر زایمان طبیعی سخت و مدت زمان سر پا ایستادن و نشستن روزانه بیشتری بودند.

همچنین نتایج تحقیق فوق حاکی از تاثیر شیوه زندگی در ابتلاء به هموروئید می باشد. بررسی شیوه زندگی از نظر وضعیت تغذیه و عادات غذایی و مقایسه آن در دو گروه مورد و شاهد نشان داد که دفعات صرف غذا در ۲ وعده و کمتر در گروه مورد ۶/۵ برابر بود، اکثراً سر ساعت غذا نمی خوردند، میزان مصرف آب و مایعات روزانه کمی داشتند، بیشتر از نان سفید (بدون سبوس) استفاده می کردند، ۸/۵ برابر گروه شاهد غذای تند و ادویه دار مصرف می کردند و مصرف سبزی و سالاد و میوه (فیبر) کمتری نسبت به گروه شاهد داشتند. در رابطه با الگوی فعالیت و ورزش، فعالیت نشسته و کم تحرک در گروه مورد ۶ برابر گروه شاهد بود، اکثراً پیاده روی نمی کردند و در گذشته و حال حاضر نیز فعالیت ورزشی نداشتند. الگوی مصرف دارو بین دو گروه مورد و شاهد معنی دار نبود. در رابطه با الگوی اجابت مزاج، اکثریت گروه مورد در گذشته و حال یبوست داشتند، ۲ روز در میان و یا کمتر اجابت مزاج داشتند، نوع اجابت مزاجشان به سختی و با فشار زیاد و مدت زمان اجابت مزاجشان بیش از ۵ دقیقه بود.

نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که رژیم غذایی غنی از فیبر و مصرف زیاد مایعات می تواند در افزایش دفعات اجابت مزاج و پیشگیری از هموروئید موثر باشد. در مطالعه Sanjoaquin MA و همکاران نیز مشاهده شد که بین دریافت رژیم فیبردار، مایعات غیرالکلی و افزایش دفعات اجابت مزاج همبستگی مثبت وجود دارد. هم چنین مشاهده گردید که رژیم غذایی تند و ادویه دار، کاهش مصرف فیبر، مایعات و یبوست از عوامل خطر در ایجاد هموروئید می باشند (۸). Pigot F و همکاران نیز در سال ۲۰۰۵ به نتایج مشابهی دست یافتند (۹). در پژوهش Sielezneff I و همکاران در سال ۲۰۰۵ که با هدف بررسی تأثیر عادات تغذیه ای در بروز هموروئید انجام شد نیز در گروه مورد مصرف مایعات کم و مصرف فلفل و ادویه زیاد بود و گروه مورد اغلب موارد یبوست داشتند (۱۰). هم چنین در پژوهشی که Zutshi M و همکاران در رابطه با عادات اجابت مزاج زنان انجام دادند، ۵۰ درصد نمونه ها روزانه یک بار اجابت مزاج داشتند و میانگین مدت زمان اجابت مزاج ۵-۶ دقیقه گزارش شد (۱۱) (p=۰/۰۰۲). Larsen IK و همکاران در سال ۲۰۰۶ شیوه زندگی را به عنوان یک عامل پیشگویی کننده در نئوپلازی کولون مورد بررسی قرار دادند و

اجابت مزاج در حال حاضر در اکثریت گروه مورد (۵۷/۴٪) یبوست و در گروه شاهد (۸۸/۱٪) معمولی بود. همچنین وضعیت اجابت مزاج در ۴-۵ سال گذشته در بیشتر افراد گروه مورد (۵۸/۴٪) یبوست و در گروه شاهد (۹۴/۱٪) معمولی بود. از نظر دفعات اجابت مزاج روزانه (p<۰/۰۰۱) و مدت زمان اجابت مزاج (p<۰/۰۰۱) بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری وجود داشت (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی الگو و عادات اجابت مزاج در دو گروه مورد و شاهد

| P-value | شاهد | مورد | الگوی دفع |
|-----------------|-----------|------------|------------------------|
| — | | | در حال حاضر |
| | ۹ (۸/۹) | ۵۸ (۵۷/۴)* | یبوست |
| | ۳ (۳) | ۲ (۲) | اسهال |
| | ۸۹ (۸۸/۱) | ۴۱ (۴۰/۶) | معمولی |
| — | | | در ۴-۵ سال گذشته |
| | ۲ (۲) | ۵۹ (۵۸/۴) | یبوست |
| | ۱ (۱) | ۶ (۵/۹) | اسهال |
| | ۹۵ (۹۴/۱) | ۲۶ (۲۵/۷) | معمولی |
| | ۳ (۳) | ۱۰ (۹/۹) | گاهی یبوست، گاهی اسهال |
| <۰/۰۰۱ | | | دفعات اجابت مزاج |
| | ۱۷ (۱۶/۸) | ۱۴ (۱۳/۹) | چند بار در روز |
| | ۷۲ (۷۱/۳) | ۴۴ (۴۳/۶) | روزی یک بار |
| | ۱۰ (۹/۹) | ۱۸ (۱۷/۸) | ۲ روز یکبار |
| | ۱ (۱) | ۱۹ (۱۸/۸) | ۳-۴ روز یکبار |
| | ۱ (۱) | ۶ (۵/۹) | ۴-۵ روز یکبار |
| — | | | نوع اجابت مزاج |
| | ۳۲ (۳۴) | ۱۲ (۷/۷) | بدون درد |
| | ۹۶ (۷۲) | ۱۴ (۹) | بدون فشار و به راحتی |
| | ۳ (۲/۲۵) | ۵۲ (۳۳/۵) | دردناک |
| | ۲ (۱/۵) | ۷۷ (۴۹/۶) | با فشار زیاد و به سختی |
| NS [†] | | | نوع توالی |
| | ۸۳ (۸۲/۲) | ۹۱ (۹۰/۱) | ایرانی |
| | ۱۸ (۱۷/۸) | ۱۰ (۹/۹) | فرنگی |
| <۰/۰۰۱ | | | مدت زمان اجابت مزاج |
| | ۶۴ (۶۳/۴) | ۸ (۷/۹) | ۲-۳ دقیقه |
| | ۳۵ (۳۴/۷) | ۲۶ (۲۵/۷) | ۳-۵ دقیقه |
| | ۲ (۲) | ۳۱ (۳۰/۷) | ۵-۱۰ دقیقه |
| | ۰ | ۳۶ (۳۵/۶) | بیش از ۱۰ دقیقه |

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

† Not Significant

بحث

نتایج تحقیق فوق نشانگر تاثیر برخی از متغیرهای دموگرافیک در ابتلا به هموروئید می باشد. چنان که مشاهده شد، گروه

تحت عنوان بررسی ارتباط عوامل استرس‌زای زندگی و هموروئید صورت گیرد؛ تحقیقی آینده‌نگر بر روی زنان در دوران بارداری و پس از زایمان جهت بررسی ارتباط بارداری و زایمان در ابتلاء به هموروئید صورت گیرد و از آنجائی که شیوه زندگی نادرست از مشکلات شایع جوامع امروزی، بخصوص ایران است، پژوهش‌هایی در زمینه ارتباط شیوه زندگی و سایر بیماری‌های دستگاه گوارش تحتانی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه، ریاست محترم و معاون آموزشی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران و هم‌چنین از مسئولین محترم بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران و انجمن کولوپروکتولوژی ایران که در اجرای این تحقیق همکاری لازم را مبذول داشتند، کمال تشکر و سپاس را داریم.

دریافتند که شیوه زندگی نظیر استعمال دخانیات، رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی) عوامل خطرزایی هستند که بیشترین ارتباط معنی‌دار را با نئوپلازی راداشتند (۱۲). دوگاس بیان می‌کند که دفع طبیعی تحت تأثیر تغذیه است. نوع غذاها و مقدار مایعات ممکن است سبب اختلال در عمل دفع گردد. غذاهای دارای فیبر زیاد و مصرف روزانه مایعات به میزان ۱۹۰۰-۲۴۰۰ میلی‌لیتر باعث می‌شوند مدفوع نرم باقی بماند (۱۳).

این تحقیق نشان داد که بین شیوه زندگی و ابتلاء به هموروئید ارتباطی وجود دارد. پیشنهاد می‌گردد پزشکان، پرستاران و دیگر عوامل مرتبط با امر سلامت جهت بالا بردن سطح آگاهی و نگرش افراد جامعه، به آموزش کلی در زمینه شیوه زندگی صحیح از جمله تغذیه مناسب، فعالیت و ورزش و داشتن عادات و الگوی صحیح اجابت مزاج، در رسانه‌های عمومی، در هنگام ویزیت بیماران و در برخورد با آنها توجه بیشتری بنمایند تا بتوان این عارضه را به حداقل رسانید. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود پژوهشی تحت عنوان بررسی تأثیر تغذیه بر شیوع و عود مجدد هموروئید صورت گیرد؛ پژوهشی

REFERENCES

1. American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS). 2007. Available at: [http:// www. Ascrs .finiscape.com/dis playommon.cfm](http://www.ascrs.org/finiscape.com/displayommon.cfm)
2. Medical Dictionary. 2007. Available at: <http://www.google.Medical Free Dictionary/life style>.
3. Park JA, Park K. Prevention and social medicine. Jabalpur; M/s :Banarsidas Bhanot Publishers; 2003.
4. Smeltzer SC, Bare BG, Cheever KH, Hinkle JL. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins; 2008.
5. Kasper DL, Braunwald E, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Fauci AS. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th Edition. Philadelphia: McGraw-Hill; 2005.
6. Zhao JK, Zhao JK, Hu XS, Wang PH, Qin Y, Lu YC, et al. Association of smoking, alcohol drinking and dietary factors with esophageal cancer in high- and low-risk areas of Jiangsu Province, China. World J Gastroenterol 2006;12:1686-93.
7. Nocon M, Labenz J, Willich SN. Lifestyle factors and symptoms of gastrooesophageal reflux. Aliment Pharmacol Ther 2006;23:169-74.
8. Sanjoaquin MA, Appleby PN, Spencer EA, Key TJ. Nutrition and lifestyle in relation to bowel movement frequency: a cross sectional study of 20630 men and women in EPIC-Oxford. Public Health Nutr 2004;7:77-83
9. Pigot F, Siproudhis L, Allaert FA. Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. Gastroenterol Clin Biol 2005;29:1270-74.
10. Sielezneff I, Antoine K, Lécuyer J, Saisse J, Thirion X, Sarles JC, Sastre B. Is there a correlation between dietary habits and hemorrhoidal disease? Presse Med 2005;27:513-17.
11. Zutshi M, Hull TL, Bast J, Hammel J. Female bowel function. Dis Colon Rectum 2007;50:351-58.
12. Larsen IK, Grotmol T, Almendingen K, Hoff G. Lifestyle as a predictor for colonic neoplasia in asymptomatic individuals. BMC Gastroenterol 2006;13:5.
13. Borlyviter D, Editor. Principels of patient care. Philadelphia: McGraw Hill; 2003.