مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۱۸، شماره ۲، تابستان ۸۷، صفحات ۱۲۷ تا ۱۳۱

Original Article

بررسی ارتباط شیوهٔزندگی و هموروئید درمراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهرتهران در سال۱۳۸۶

شیرین حجازی[۱]،حمیدعلوی مجد[۲]، زهرا نجفی عابدی[۳]

[۱] مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری ـ مامائی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران
[۲] دانشیار، دکترای آمارزیستی، هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی تهران
[۳] دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری گرایش داخلی جراحی، دانشکده پرستاری ـ 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 شیوهٔ زندگی سالم از اجزاءکلیدی و ضروری جهت کاهش بروز و شدت بیماری‌های مزمن و عوارض‌شان می‌باشد. با توجه به نقش گستردهٔ شیوه زندگی در ایجاد علائم اکثر بیماری‌های مزمن، این مطالعه با هدف تعیین تاثیر شیوهٔ زندگی درابتلاء به هموروئید انجام پذیرفت.*

روش بررسی: *در این مطالعه مورد ـ شاهدی 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 درگروه شاهد که واجد کلیه مشخصات افراد مورد پژوهش بودند، با روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای انتخاب شدند. روش گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه بود. جهت اعتبارعلمی آن از روش اعتبار محتوی، جهت اعتمادعلمی آن از آزمون مجدد و برای دستیابی به یافته‌های پژوهش از روش‌های آماری توصیفی واستنباطی شامل آزمون کای‌دو، آزمون دقیق فیشر و من ویتنی استفاده شد.*

یافته‌ها: *گروه مورد اکثراً سر ساعت غذا نمی‌خوردند (p<۰/۰۰۱)، دفعات صرف غذای کمتری داشتند (p =۰/۰۲۱)، میزان مصرف روزانه مایعات کمی داشتند (p=۰/۰۰۱)، همیشه از ادویه و غذای تند استفاده می‌کردند (p=۰/۰۰۱)، میزان مصرف سبزی و سالاد و میوه کمتری داشتند، فعالیتشان نشسته وکم‌تحرک بود (p<۰/۰۰۱)، هرگز در طول روز پیاده‌روی نداشتند (p=۰/۰۰۱)، در گذشته و حال ورزش نمی‌کردند (p<۰/۰۰۱)، ۵-۳روز یک‌بار اجابت‌مزاج داشتند (p<۰/۰۰۱)، با فشار زیاد و به سختی اجابت‌مزاج می‌کردند و مدت زمان اجابت‌مزاجشان بین ۱۰-۵ دقیقه طول می‌کشید (p<۰/۰۰۱).*

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

واژگان کلیدی: *شیوهٔ زندگی، بیماری‌های مزمن، هموروئید، دستگاه گوارش.*

مقدمه

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

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

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]

قسمت‌های متسع شده وریدهای کانال مقعدی را هموروئید یا بواسیر می‌گویند. عوامل به وجود آورندۀ بیماری شامل پیری، حاملگی، زایمان سخت وطولانی، اسهال و یبوست مزمن، ارث، شغل، تغذیه، عملکرد معیوب روده و گذراندن زمان طولانی در توالت می‌باشد و علائم آن خونریزی، برآمدگی در هنگام دفع، خارش، درد و توده حساس را شامل می‌شود (۱).

درد ناشی از هموروئید اغلب شدید است که باعث محدود شدن فعالیت شخص (نشستن، راه‌رفتن و اجابت مزاج) می‌شود (۴). این محدودیت‌ها در زندگی روزمره شخص تأثیرات منفی گذاشته، به علاوه صرف هزینه‌های هنگفت توسط بیمار و دولت نیز از نتایج منفی این بیماری می‌باشد. در سن ۵۰ سالگی حدود ۵۰ درصد از افراد دچار درجاتی از هموروئید هستند (۴). هموروئید علامت‌دار سالانه بیش از یک میلیون نفررادر جوامع غربی گرفتار می‌کند (۵). Zhao JK و همکارانش درسال ۲۰۰۶ در مطالعه‌ای تحلیلی درچین دریافتند که سرطان مری رابطۀ معکوس با شرایط اقتصادی ــ اجتماعی مانند سطحِ تحصیلات، شرایط اقتصادی قبلی و اندکس توده بدنی (BMI) دارد و دراشخاصِ سیگاری یا الکلی و کسانی که با سرعت غذا می‌خورند (تندخورها) بیشتر دیده می‌شود (۶). هم‌چنین درمطالعۀ توصیفی Nocon M و همکارانش درسال ۲۰۰۶ درآلمان نتیجه گیری شد که شیوۀ 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 بیماری‌های مزمن پیشگیری از بروز آن است. پیشگیری ازهموروئید از عوامل مهم درکنترل و جلوگیری از افزایش موارد جدید است که خود ایجاد تغییر در رفتار بهداشتی و در واقع تغییر در سبک وشیوه زندگی افراد را شامل می‌شود. دراقدامات درمانی که تا به حال دررابطه با هموروئید صورت گرفته کمتر به مسئله پیشگیری توجه شده است. می‌توان راه‌های جلوگیری از عوامل خطرآفرین 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 درمراحل مختلف زندگی می‌باشد.

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

مواد و روشها

در این مطالعه مورد- شاهدی بیماران مبتلا به هموروئید مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۶ بررسی شدند. گروه مورد شامل بیمارانی بود که ابتلاء آنها به هموروئید توسط متخصص پروکتولوژی تائید شده بود و هیچ یک به هیپرتانسیون پورت، سیروزکبدی 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=۰/۵ و P2=۰/۲، 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 نمونه‌گیری سهمیه‌ای، بر حسب آمار اولیه از تعداد بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران انتخاب شدند. متغیرهای مورد سنجش شامل شیوه زندگی و هموروئید بود. این پژوهش دارای تائیدیۀ رعایت اصول اخلاقی ازدانشگاه آزاداسلامی بود.

روش و ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه خودساخته ۵۱ سوالی در ۳ بخش شامل مشخصات دموگرافیک با ۱۶ سوال، تاریخچه بیماری فعلی با ۷ سوال و شیوۀ زندگی (وضعیت تغذیه و عادات غذائی، 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 در۴ مورد از عوامل شیوۀ زندگی (وضعیت تغذیه و عادات غذائی، فعالیت بدنی و ورزش، الگوی مصرف دارو و الگو و عادات اجابت مزاج) با هم مقایسه شدند. جهت اعتبار علمی پرسش‌نامه از روش اعتبار محتوی و جهت اعتماد علمی آن از روش آزمون مجدد استفاده شد. برای سنجش روایی پرسش‌نامه، درمورد متغیرهایی که رتبه‌ای بودند از ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن و در مورد متغیرهای دو وضعیتی از آزمون آماری مک نمار استفاده شد. همبستگی پاسخ‌های قبل و بعد سوالات برابر ۰/۸۱ بود و پاسخ سوال‌های دو وضعیتی تغییرات معنی‌داری نداشت (P<۰/۲). در تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی (توزیع فراوانی مطلق ونسبی متغیرها) و استنباطی (آزمون کای- دو، آزمون دقیق فیشر و من- ویتنی) استفاده شد. P<۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

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

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]

خانـه‌دار (۳۱/۴ درصـد) و دارای سـابقه خـانوادگی هموروئیـد (۵۲/۵ درصد) بودند؛ در حالی که اکثریـت گـروه شـاهد دارای وزن ۸۹-۵۰ کیلوگرم (۹۳ درصـد)، تحـصیلات دیـپلم (۳۸/۶ درصد) و کارمند (۳۸/۶ درصد) بودند.

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

الگوی تغذیه	مورد	شاهد	P-value
تعداد وعدهٔ غذایی			۰/۰۲۱
۲وعده وکمتر	*(۱۷/۸) ۱۸	(۸/۹) ۹	
۳ وعده	(۷۸/۲) ۷۹	(۷۸/۲) ۷۹	
۴ وعده وبیشتر	(۴) ۴	(۱۲/۹) ۱۳	
غذاخوردن سرساعت			<۰/۰۰۱
همیشه	(۲۰/۸) ۲۱	(۴۶/۵) ۴۷	
گاهی	(۵۷/۴) ۵۸	(۴۹/۵) ۵۰	
هرگز	(۲۱/۸) ۲۲	(۴) ۴	
میزان مصرف روزانه آب یا مایعات			۰/۰۰۱
۴- ۲ لیوان	(۴۴/۶) ۴۵	(۲۰/۸) ۲۱	
۸ - ۴ لیوان	(۳۶/۶) ۳۷	(۵۰/۵) ۵۱	
بیش از۸ لیوان	(۱۸/۸) ۱۹	(۲۸/۷) ۲۹	
استفاده ازادویه وغذای تند			۰/۰۰۱
همیشه	(۳۲/۷) ۳۳	(۷/۹) ۸	
گاهی	(۵۱/۵) ۵۲	(۵۸/۴) ۵۹	
هرگز	(۱۵/۸) ۱۶	(۳۳/۷) ۳۴	
مصرف سبزی و سالاد با غذای اصلی			۰/۰۵۷
بله	(۴۱/۶) ۴۲	(۵۸/۴) ۵۹	
خیر	(۷/۹) ۸	(۵/۹) ۶	
گاهی اوقات	(۵۰/۵) ۵۱	(۳۵/۶) ۳۶	
میزان مصرف سبزی و سالاد روزانه			۰/۰۱۵
۱ بار	(۵۹/۱) ۲۶	(۳۸/۱) ۲۴	
۲ بار	(۳۶/۴) ۱۶	(۴۴/۴) ۲۸	
بیشتر	(۴/۵) ۲	(۱۷/۵) ۱۱	
مصرف میوه جات بین غذای اصلی			۰/۰۱۶
بله	(۵۰/۵) ۵۱	(۵۳/۵) ۵۴	
خیر	(۱۸/۸) ۱۹	(۵/۹) ۶	
گاهی	(۳۰/۷) ۳۱	(۴۰/۶) ۴۱	

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

دو گروه مورد و شاهد از نظر سن، جنس، وضعیت تاهل، تعداد حـاملگی (۱/۹±۳/۴ درگـروه مـورد در مقابـل ۰/۹۷±۲/۳ در گروه شاهد)، محل سکونت (شهر یا روستا) و وضـعیت مـسکن (شخصی یا استیجاری) تفاوت آماری معنی‌داری نداشـتند. امـا از نظـر تعـداد زایمـان (۱/۹۹±۳/۲ درگـروه مـورد در مقابـل ۰/۹±۲/۰۴ در گـروه شـاهد؛ p=۰/۰۰۲)، مـدت زمـان سـرپا ایستادن (۰/۶۹±۲/۴ در درگروه مورد در مقابل ۰/۷۹±۱/۸ در گروه شاهد؛ p=۰/۰۰۱) و نشستن روزانه (۰/۸۳±۲/۰۲ درگروه مورد در مقابل ۰/۸۶±۱/۶۹ در گروه شاهد؛ p=۰/۰۰۳) بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت. در گـروه مـورد در ۵۸/۸ درصد موارد زایمان طبیعی سخت و در گـروه شـاهد در ۶۲/۵ درصـد مـوارد زایمـان طبیعـی معمـولی گـزارش شـد (p=۰/۰۰۳).

تعداد وعده غذائی روزانه (p=۰/۰۲۱)، غـذا خـوردن سرسـاعت (p<۰/۰۰۱)، میزان مصرف روزانه آب یـا مایعـات (p=۰/۰۰۱)، استفاده از ادویـه و غـذای تنـد (p=۰/۰۰۱)، مـصرف سـبزی و سالاد با غذای اصلی (p=۰/۰۵۷)، میزان مصرف سبزی و سالاد روزانـه (p=۰/۰۱۵) و مـصرف میـوه‌جـات بـین غـذای اصـلی (p=۰/۰۱۶) در بین دو گروه تفاوت آمـاری معنـی‌داری داشـت (جدول ۱). دو گـروه از نظـر نـوع فعالیـت بـدنی (p<۰/۰۰۱)، انجـام پیـاده روی در طـول روز (p=۰/۰۰۱)، انجـام فعالیـت ورزشی درگذشـته و حـال حاضـر (p<۰/۰۰۱) تفـاوت آمـاری معنی‌داری داشتند (جدول ۲).

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

الگوی فعالیت و ورزش	مورد	شاهد	P-value
نوع فعالیت بدنی			<۰/۰۰۱
نشسته وکم تحرک	*(۴۴/۶) ۴۵	(۲۳/۸) ۲۴	
ایستاده وکم تحرک	(۳۱/۷) ۳۲	(۱۲/۹) ۱۳	
نسبتاًپرتحرک	(۱۷/۸) ۱۸	(۴۳/۶) ۴۴	
فعال وپرتحرک	(۵/۹) ۶	(۱۹/۸) ۲۰	
پیاده روی درطول روز			۰/۰۰۱
همیشه	(۲۰/۸) ۲۱	(۴۱/۶) ۴۲	
گاهی	(۵۳/۵) ۵۴	(۴۷/۵) ۴۸	
هرگز	(۲۵/۷) ۲۶	(۱۰/۹) ۱۱	
فعالیت ورزشی درگذشته			<۰/۰۰۱
بله	(۴۲/۶) ۴۳	(۴۲/۶) ۴۳	
خیر	(۴۷/۵) ۴۸	(۲۱/۸) ۲۲	
گاهی	(۹/۹) ۱۰	(۳۵/۶) ۳۶	
فعالیت ورزشی درحال حاضر			<۰/۰۰۱
همیشه	(۲) ۲	(۳۵/۶) ۳۶	
گاهی	(۲۵/۷) ۲۶	(۴۲/۶) ۴۳	
هرگز	(۷۲/۳) ۷۳	(۲۱/۸) ۲۲	

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

در رابطه با الگوی مصرف دارو، اکثر افراد گروه مـورد (۷۸/۲٪) و شـاهد (۸۳/۲٪) هـیچ دارویـی رابـه طـور مـستمر اسـتفاده نمی‌کردند و تفاوت آماری معنی‌داری مـشاهده نـشد. وضـعیت

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]

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

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

الگوی دفع	مورد	شاهد	P-value
درحال حاضر			——
یبوست	۵۸ (۵۷/۴)*	۹ (۸/۹)	
اسهال	۲ (۲)	۳ (۳)	
معمولی	۴۱ (۴۰/۶)	۸۹ (۸۸/۱)	
در ۵ -۴ سال گذشته			——
یبوست	۵۹ (۵۸/۴)	۲ (۲)	
اسهال	۶ (۵/۹)	۱ (۱)	
معمولی	۲۶ (۲۵/۷)	۹۵ (۹۴/۱)	
گاهی یبوست، گاهی اسهال	۱۰ (۹/۹)	۳ (۳)	
دفعات اجابت مزاج			<۰/۰۰۱
چند بار در روز	۱۴ (۱۳/۹)	۱۷ (۱۶/۸)	
روزی یک بار	۴۴ (۴۳/۶)	۷۲ (۷۱/۳)	
۲ روزیکبار	۱۸ (۱۷/۸)	۱۰ (۹/۹)	
۴ -۳ روزیکبار	۱۹ (۱۸/۸)	۱ (۱)	
۵ – ۴ روزیکبار	۶ (۵/۹)	۱ (۱)	
نوع اجابت مزاج			——
بدون درد	۱۲ (۷/۷)	۳۲ (۲۴)	
بدون فشاروبه راحتی	۱۴ (۹)	۹۶ (۷۲)	
دردناک	۵۲ (۳۳/۵)	۳ (۲/۲۵)	
بافشارزیادوبه سختی	۷۷ (۴۹/۶)	۲ (۱/۵)	
نوع توالت			NS†
ایرانی	۹۱ (۹۰/۱)	۸۳ (۸۲/۲)	
فرنگی	۱۰ (۹/۹)	۱۸ (۱۷/۸)	
مدت زمان اجابت مزاج			<۰/۰۰۱
۲- ۱دقیقه	۸ (۷/۹)	۶۴ (۶۳/۴)	
۵- ۳ دقیقه	۲۶ (۲۵/۷)	۳۵ (۳۴/۷)	
۱۰- ۵ دقیقه	۳۱ (۳۰/۷)	۲ (۲)	
بیش از ۱۰دقیقه	۳۶ (۳۵/۶)	۰	

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.
† Not Significant

بحث

نتایج تحقیق فوق نشانگر تاثیربرخی ازمتغیرهای دموگرافیک در ابتلا به هموروئید می‌باشد. چنان که مشاهده شد، گروه 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 تاثیرشیوه زندگی درابتلاء به هموروئید می‌باشد. بررسی شیوه زندگی از نظر وضعیت تغذیه و عادات غذائی و مقایسه آن در دو گروه مورد و شاهد نشان دادکه دفعات صرف غذا در ۲ وعده و کمتر درگروه مورد ۶/۵ برابر بود، اکثراً سر ساعت غذا نمی‌خوردند، میزان مصرف آب و مایعات روزانه کمی داشتند، بیشتر از نان سفید (بدون سبوس) استفاده می‌کردند، ۸/۵ برابرگروه شاهد غذای تند و ادویه‌دار مصرف می‌کردند و مصرف سبزی و سالاد و میوه (فیبر)کمتری نسبت به گروه شاهد داشتند. دررابطه با الگوی فعالیت و ورزش، فعالیت نشسته و کم‌تحرک درگروه مورد ۶ برابر گروه شاهد بود، اکثراً پیاده‌روی نمی‌کردند و در گذشته و حال حاضر نیز فعالیت ورزشی نداشتند. الگوی مصرف دارو بین دو گروه مورد و شاهد معنی‌دار 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 وبا فشار زیاد و مدت زمان اجابت مزاجشان بیش از ۵ دقیقه بود.

نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که رژیم غذائی غنی از فیبر و مصرف زیاد مایعات می‌تواند در افزایش دفعات اجابت مزاج و پیشگیری از هموروئید موثر باشد. در مطالعه Sanjoaquin MA و همکاران نیز مشاهده شد که بین دریافت رژیمِ فیبردار، مایعات غیرالکلی و افزایش دفعات اجابت مزاج همبستگی مثبت وجوددارد. هم‌چنین مشاهده گردید که رژیم غذائی تند و ادویه‌دار،کاهش مصرف فیبر، مایعات و یبوست از عوامل خطردر ایجاد هموروئید می‌باشند (۸). Pigot F و همکاران نیز در سال ۲۰۰۵ به نتایج مشابهی دست یافتند (۹). درپژوهش Sielezneff I و همکاران در سال ۲۰۰۵ که با هدف بررسی تأثیر عادات تغذیه‌ای 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). هم‌چنین در پژوهشی که Zutshi M وهمکاران دررابطه با عادات اجابت مزاج زنان انجام دادند،۵۰ درصد نمونه‌ها روزانه یک بار اجابت مزاج داشتند و میانگین مدت زمان اجابت مزاج ۶- ۵ دقیقه گزارش شد (p=۰/۰۰۲) (۱۱). Larsen IK و همکاران درسال ۲۰۰۶ شیوۀ زندگی را به‌عنوان یک عامل پیشگویی کننده در نئوپلازی کولون مورد بررسی قرار دادند و

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]

دریافتند که شیوه زندگی نظیر استعمال دخانیات، رژیم غذائی 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 درعمل دفع گردد. غذاهای دارای فیبر زیاد و مصرف روزانهٔ مایعات به میزان ۲۴۰۰ـ۱۹۰۰ 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 ازجمله تغذیه مناسب، فعالیت و ورزش و داشتن عادات والگوی صحیح اجابت مزاج، در رسانه‌های عمومی، درهنگام ویزیت بیماران و در برخورد با آنها توجه بیشتری بنمایند تا بتوان این عارضه رابه حداقل رسانید.

هم‌چنین پیشنهادمی‌شود پژوهشی تحت عنوان بررسی تأثیر تغذیه بر شیوع و عود مجدد هموروئید صورت گیرد؛ پژوهشی تحت عنوان بررسی ارتباط عوامل استرس‌زای زندگی و هموروئید صورت گیرد؛ تحقیقی آینده‌نگر بر روی زنان در دوران بارداری وپس از زایمان جهت بررسی ارتباط بارداری و زایمان درابتلاء به هموروئید صورت گیرد و ازآنجائی که شیوه زندگی نادرست ازمشکلات شایع جوامع امروزی، بخصوص ایران است، پژوهش‌هایی در زمینه ارتباط شیوه زندگی و سایر بیماری‌های دستگاه گوارش تحتانی صورت گیرد.

تشکر وقدردانی

ازحوزه معاونت پژوهشی دانشگاه، ریاست محترم و معاون آموزشی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران و هم‌چنین ازمسئولین 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.

REFERENCES

1. American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS). 2007. Available at: http:// www. Ascrs .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.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]