

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

شیرین حجازی<sup>۱</sup>، حمیدعلوی مجد<sup>۲</sup>، زهرا نجفی عابدی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> مری، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری - مامائی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

<sup>۲</sup> دانشیار، دکترای آمارزیستی، هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی تهران

<sup>۳</sup> دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری گرایش داخلی جراحی، دانشکده پرستاری - مامائی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

### چکیده

**سابقه و هدف:** هموروئید بیماری گوارشی مزمونی 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 مزمون و عوارض شان می‌باشد. با توجه به نقش گسترده شیوه زندگی در ایجاد علائم اکثر بیماری‌های مزمون، این مطالعه با هدف تعیین تاثیر شیوه زندگی در ابتلاء به هموروئید انجام پذیرفت. **روش بررسی:** در این مطالعه مورد - شاهدی بیماران هموروئیدی مراجعه کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۰ بیمار مبتلا به هموروئید در گروه مورد و ۱۰ 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 محتوى، جهت اعتماد علمی آن از آزمون مجدد و برای دستیابی به یافته‌های پژوهش از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل آزمون کایدو، 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 کم تحرک بود ( $p < 0.001$ )، هرگز در طول روز پیاده روی نداشتند ( $p = 0.001$ )، در گذشته و حال ورزش نمی‌کردند ( $p < 0.001$ )-۳ روز یکبار احباب مراجح داشتند ( $p < 0.001$ )، با فشار زیاد و به سختی احباب مراجح می‌کردند و مدت زمان احباب مراجحان بین ۵-۱۰ 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 مزمون، هموروئید، دستگاه گوارش.

### مقدمه

دیگر سبب ایجاد بیماری‌های مزمون 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 مزمون می‌گردد.

بیماری‌های مزمون زاییده تکنولوژی و فناوری 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 بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۶ بررسی شدند. گروه مورد شامل بیمارانی بود که ابتلاء آنها به هموروئید توسط متخصص پرورکتولوژی تأیید 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  $P_1 = 0.05$  و  $P_2 = 0.12$  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 تائیدیه رعایت اصول اخلاقی از دانشگاه آزاد اسلامی 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 شیوه 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 در ۴ مورد از عوامل شیوه 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 محتوى و جهت اعتماد علمی آن از روش آزمون مجدد استفاده شد. برای سنجش روایی پرسش‌نامه، در مورد 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  $0.81$  بود و پاسخ سوال‌های دو وضعیتی تغییرات معنی‌داری نداشت ( $P < 0.2$ ). در تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی (توزيع فراوانی مطلق و نسبی متغیرها) و استنباطی (آزمون کای-دو، آزمون دقیق فیشر و من-وینتی) استفاده شد.  $P < 0.05$  معنی‌دار در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

اکثر بیماران گروه مورد، در محدوده وزنی  $50 - 69$  کیلوگرم (درصد ۴۹/۵)، دارای تحصیلات ابتدایی (۳۶/۱ درصد)،

قسمت‌های متسع شده وریدهای کاتال مقدعی را هموروئید یا بواسیر می‌گویند. عوامل به وجود آورنده بیماری شامل پیری، حاملگی، زایمان سخت و طولانی، 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.<sup>(۱)</sup> درد ناشی از هموروئید اغلب شدید است که باعث محدود شدن فعالیت شخص (نشستن، راه‌رفتن و اجابت مزاج) می‌شود.<sup>(۴)</sup> 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.<sup>(۴)</sup> هموروئید علامت‌دار سالانه بیش از یک میلیون نفر را در جوامع غربی گرفتار می‌کند.<sup>(۵)</sup> Zhao JK و همکارانش در سال ۲۰۰۶ در مطالعه‌ای تحلیلی در چین دریافتند که سلطان مری رابطه معکوس با شرایط اقتصادی – اجتماعی مانند سطح تحصیلات، شرایط اقتصادی قبلی و اندرسکس توده بدنی (BMI) دارد و در اشخاص سیگاری یا الکلی و کسانی که با سرعت غذا می‌خورند (تندخورها) بیشتر دیده می‌شود.<sup>(۶)</sup> همچنین 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.<sup>(۷)</sup>

بهترین راه کم کردن عوارض ناشی از بیماری‌های 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 می‌شود. در اقدامات درمانی که تا به حال در رابطه 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 در مراحل مختلف زندگی می‌باشد.

با توجه به موارد ذکر شده و نقش مهم شیوه زندگی در ایجاد بیماری‌های گوناگون نظیر هموروئید بر آن شدیدم که تاثیر شیوه زندگی براین 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 ( $20.2 \pm 0.83$  در گروه مورد در مقابل  $16.9 \pm 0.86$  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 و عده غذائی روزانه ( $p=0.021$ ، غذا خوردن سراسعت ( $p<0.001$ ، 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 در بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری داشت ( $p=0.016$ ) (جدول ۱). دو گروه از نظر نوع فعالیت بدنی ( $p<0.001$ ، انجام پیاده روی در طول روز ( $p=0.001$ ، انجام فعالیت ورزشی درگذشته 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 پر تحرک           |
|         | ۲۰ (۱۹/۸) | ۶ (۵/۹)    | فعال و پر تحرک           |
|         |           |            | پیاده روی در طول روز     |
|         |           |            | همیشه                    |
|         | ۴۲ (۴۱/۶) | ۲۱ (۲۰/۸)  | گاهی                     |
|         | ۴۸ (۴۷/۵) | ۵۴ (۵۳/۵)  | هرگز                     |
|         | ۱۱ (۱۰/۹) | ۲۶ (۲۵/۷)  |                          |
| <0.001  |           |            | فعالیت ورزشی درگذشته     |
|         | 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  $50-89$  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                    |
|---------|-----------|------------|--------------------------------|
| >0.21   |           |            | تعداد و عده غذایی              |
|         | ۹ (۸/۹)   | ۱۸ (۱۷/۸)* | ۲ و عده و کمتر                 |
|         | ۷۹ (۷۸/۲) | ۷۹ (۷۸/۲)  | ۳ و عده                        |
|         | ۱۳ (۱۲/۹) | ۴ (۴)      | ۴ و عده و بیشتر                |
| <0.001  |           |            | غذاخوردن سراسعت                |
|         | 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- لیوان                       |
|         | ۵۱ (۵۰/۵) | ۳۷ (۳۶/۶)  | ۴- 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  |           |            | صرف 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                     |
| >0.15   |           |            | 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                          |
| >0.16   |           |            | صرف 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 تاہل، 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  $1/8 \pm 0/79$  در

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 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 نمی‌خوردند، میزان مصرف آب و مایعات روزانه کمی داشتند، بیشتر از نان سفید (بدون سبوس) استفاده می‌کردند، ۸/۵ برابر گروه شاهد غذای تند و ادویه‌دار مصرف می‌کردند و مصرف سبزی و سالاد و میوه (فیبر) کمتری نسبت به گروه شاهد داشتند. درابطه با الگوی فعالیت و ورزش، فعالیت نشسته و کم تحرک در گروه 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 معنی دار نبود. در ارابطه با الگوی اجابت مزاج، اکثریت گروه مورد در گذشته و حال بیوست 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 می‌تواند 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 وجوددارد. همچنین مشاهده گردید که رژیم غذایی تند و ادویه‌دار، کاهش مصرف فیبر، مایعات و بیوست از عوامل خطردر ایجاد هموروئید می‌باشد (۸). F. Pigot و همکاران نیز در سال ۲۰۰۵ به نتایج مشابهی دست یافتند (۹). درپژوهش I Sielezneff 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 بیوست داشتند (۱۰). همچنین در پژوهشی که M Zutshi و همکاران درابطه 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 ( $p=0.002$ ) (۱۱). 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 ( $0.57/4$ ) بیوست و در گروه شاهد ( $0.88/1$ ) معمولی بود. همچنین وضعیت اجابت مزاج در ۴-۵ سال گذشته در بیشتر افراد گروه مورد ( $0.58/4$ ) بیوست و در گروه شاهد ( $0.94/1$ ) معمولی بود. ازنظر دفعات اجابت مزاج روزانه ( $p<0.001$ ) و مدت زمان اجابت مزاج ( $0.001$ ) 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

| الگوی دفع              | مورد       | شاهد      | P-value |
|------------------------|------------|-----------|---------|
| در حال حاضر            |            |           |         |
| بیوست                  | ۵۸ (۵۷/۴)* | ۹ (۸/۹)   |         |
| اسهال                  | ۲ (۲)      | ۳ (۳)     |         |
| معمولی                 | ۴۱ (۴۰/۶)  | ۸۹ (۸۸/۱) |         |
| در ۴-۵ سال گذشته       |            |           |         |
| بیوست                  | ۵۹ (۵۸/۴)  | ۲ (۲)     |         |
| اسهال                  | ۶ (۵/۹)    | ۱ (۱)     |         |
| معمولی                 | ۲۶ (۲۵/۷)  | ۹۵ (۹۴/۱) |         |
| گاهی بیوست، گاهی اسهال | ۱۰ (۹/۹)   | ۳ (۳)     |         |
| دفعات اجابت مزاج       |            |           | <0.001  |
| 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)  |         |
| ۴-۴ روزیکبار           | ۱۹ (۱۸/۸)  | ۱ (۱)     |         |
| نوع اجابت مزاج         | ۶ (۵/۹)    | ۱ (۱)     |         |
| بدون درد               | ۱۲ (۷/۷)   | ۳۲ (۳۴)   |         |
| بدون فشاروبه راحتی     | ۱۴ (۹)     | ۹۶ (۷۷)   |         |
| دردناک                 | ۵۲ (۳۳/۵)  | ۳ (۲/۲۵)  |         |
| با فشار زیاد و سختی    | ۷۷ (۴۹/۶)  | ۲ (۱/۵)   |         |
| نوع توالی              |            |           | NS†     |
| ایرانی                 | ۹۱ (۹۰/۱)  | ۸۳ (۸۲/۲) |         |
| فرنگی                  | ۱۰ (۹/۹)   | ۱۸ (۱۷/۸) |         |
| مدت زمان اجابت مزاج    |            |           | <0.001  |
| ۲-۱ دقیقه              | ۸ (۷/۹)    | ۶۴ (۶۳/۴) |         |
| ۳-۵ دقیقه              | ۲۶ (۲۵/۷)  | ۳۵ (۳۴/۷) |         |
| ۱۰-۵ دقیقه             | ۳۱ (۳۰/۷)  | ۲ (۲)     |         |
| بیش از ۱ دقیقه         | ۳۶ (۳۵/۶)  | .         |         |

\* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

† Not Significant

## بحث

نتایج تحقیق فوق نشانگر تاثیربرخشی از متغیرهای دموگرافیک در ابتلاء به هموروئید می‌باشد. 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 درابتلاء 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 کولوبیروکتولوژی ایران که در اجرای این تحقیق همکاری لازم را مبذول داشتند، کمال تشکر و سپاس را داریم.

دربافتند که شیوه زندگی نظیر استعمال دخانیات، رژیم غذائی و فعالیت فیزیکی) عوامل خطرزایی هستند که بیشترین ارتباط معنی دار را با نئوپلازی را داشتند (۱۲). دو گاس 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 میلی لیتر 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 والگوی صحیح اجابت مزاج، در رسانه‌های عمومی، درهنگام 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 شیوه 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/displayomon.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. 12<sup>th</sup> 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 gastroesophageal 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.