مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۲۶، شماره ۲، تابستان ۹۵، صفحات ۱۲۳ تا ۱۳۰

Original Article

بررسی ارتباط عوامل خطر و ابتلا به واریس در پرستاران بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان سال ۱۳۹۲

زهرا نیک سیر[۱]، آسیه سلحشوریان فرد[۲]،محمد صاحب الزمانی[۳]، محمد فشارکی[۴]

[۱] کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، گروه پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد فلاورجان
[۲] مربی، عضو هیات علمی، گروه پرستاری و مامایی، واحد علوم پزشکی تهران ،دانشگاه آزاد اسلامی،تهران ، ایران
[۳] دانشیار، دکتری تخصصی مدیریت آموزشی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی،تهران ، ایران
[۴] دانشیار، گروه پرستاری و مامایی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران ، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *بسیاری از مشکلات بهداشتی که امروز در اغلب کشورها به چشم می‌خورد، به نوعی با دگرگونی‌های سبک زندگی افراد ارتباط دارد، یکی از این مشکلات وریدهای واریسی اندام تحتانی است. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط رفتارهای غیربهداشتی و ابتلا به واریس در پرستاران بود.*

روش بررسی: *در این مطالعه مورد – شاهدی، ۲۰۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های منتخب علوم پزشکی اصفهان در دو گروه مورد و شاهد به روش مبتنی بر هدف انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. افراد بر اساس معیار CEAP توسط متخصص جراحی عمومی معاینه شدند و پرسش‌نامه توسط آنها تکمیل شد. اطلاعات جمع آوری شده با نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های t مستقل، کای دو، من- ویتنی U و رگرسیون لوجستیک در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *از ۲۰۰ پرستار مورد بررسی، ۹۳٪ گروه مورد و ۸۲٪ گروه شاهد زن بودند. از نظر شدت واریس، ۸۰٪ گروه مورد در مرحله تلانژکتازی بودند. ارتباط معنی‌داری بین جنس (p=۰/۰۲)، قد (p=۰/۰۴)، زایمان سزارین (p=۰/۰۳)، سابقه خانوادگی (p<۰/۰۰۰۱)، تعداد نوبت‌های مصرف روزانه سبزیجات (p =۰/۰۰۴) و مصرف روزانه کمتر از ۳ لیوان آب (p=۰/۰۱) با وریدهای واریسی پرستاران وجود داشت.*

نتیجه‌گیری: *با توجه به ابتلای تعداد زیادی از پرستاران به واریس پا و برخی عوامل خطر در ایجاد و تشدید واریس، به منظور کاهش از کار افتادگی، صرف هزینه های درمانی و پیشگیری از ایجاد و تشدید آن، لازم است برنامه‌ریزی‌هایی صورت گیرد.*

واژگان کلیدی: *عوامل خطر، وریدهای واریسی، پرستار.*

مقدمه

وریدهای واریسی اندام تحتانی شایع‌ترین اختلال عروقی در انسان هستند که علایم و نشانه‌های جدی در بیماران ایجاد کرده و گاه منجر به درمان جراحی می‌شوند (۱). این بیماری در افرادی که به دلیل شغلشان، مثل فروشندگان، آرایشگران، معلمان و پرستاران، نیازمند ایستادن طولانی مدت هستند، شایع‌تر است (۲).

شیوع متفاوتی از واریس در جمعیت‌های مختلف گزارش شده است، به طوری که در کشورهای اروپایی نسبت به کشورهای آسیایی و افریقایی شیوع بالاتری دارد. بروز سالانه بیماری وریدهای واریسی درزنان ۲/۶٪ و در مردان۱/۹٪ گزارش شده است (۳). در تحقیقی در ایالات متحده تخمین زده شده که ۲۳ درصد بالغین به واریس مبتلا هستند و بیش از ۱۶ درصد از آنها به بیماری‌های وریدی مزمن شامل تغییرات پوستی و یا

آدرس نویسنده مسئول: اصفهان، فلاورجان، بلوار بسیج، بلوار دانشگاه،دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان (**email**: zniksiar@ gmail.com)
تاریخ دریافت مقاله: ۹٤/۹/۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۹٤/۱۲/۲٤

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-04]

زخم‌های وریدی فعال مبتلا هستند (۴). در تحقیق دیگری در ایالات متحده تخمین زده شده است که ۲۵ میلیون نفر مبتلا به واریس، ۶ -۲ میلیون نفر مبتلا به نارسایی وریدی مزمن (ادم و تغییرات پوستی) و ۵۰۰۰۰۰ نفر مبتلا به زخم وریدی هستند (۵). در تحقیقی دیگر، شیوع وریدهای واریسی بدون تغییرات پوستی در شمال و غرب اروپا ۲۰ درصد برآورد شد (۶). در مطالعه‌ای که توسط شریف نیا و همکارانش در سال۱۳۸۹ بر روی پرستاران انجام شد، ۷۳/۹٪واحدهای مورد پژوهش مبتلا به درجات مختلف واریس بودند که این بیش از موارد گزارش شده در داخل و خارج از کشور است. این در حالی است که نصیری شیوع واریس در پای پرستاران را ۶۵/۲٪ گزارش کرد (۷).

تاثیراجتماعی و اقتصادی بیماری‌های مزمن وریدی بالا است. در ایالات متحده، هزینه مستقیم آن سالانه ۲۰۰ میلیون دلار تخمین زده می‌شود و هزینه‌های غیرمستقیم نیز قابل توجه هستند، به طوری که حداقل سالانه ۲ میلیون روز کاری صرف درمان زخم‌های وریدی می‌شود. علاوه بر این، سندرم استاز وریدی تاثیر منفی بر روی کیفیت زندگی دارد (۸). تخمین زده می‌شود در ایالات گینک دان سالانه حدود ۵۷۵ دلار صرف درمان زخم‌های وریدی می‌شود (۹).

چگونگی زندگی افراد در جامعه و روش زندگی خصوصی افراد، اثرات معنی‌داری بر وضعیت سلامتی دارد. امروزه بسیاری از مشکلات عمده بهداشتی مربوط به عوامل وابسته به روش زندگی افراد است. روش زندگی، بخشی توسط شرایط موجود و بخشی دیگر به وسیله تصمیم‌گیری‌های آگاهانه و ناآگاهانه در مورد راهی که برای زندگی انتخاب می‌کنند، تعیین می‌شود (۱۰). بسیاری از فعالیت‌ها، عادات و اعمال، عوامل خطر محسوب می‌شوند. سبک زندگی و رفتارها می‌توانند اثرات مثبت یا منفی بر سلامتی داشته باشند. اعمالی که به طور بالقوه تاثیر منفی دارند، عامل خطر محسوب می‌شوند. این اعمال شامل شیوه زندگی بی تحرک، پرخوری یا تغذیه نامناسب، کمبود خواب و استراحت و بهداشت فردی ضعیف هستند. بعضی از عادات، عامل خطر بعضی بیماری‌های خاص می‌شوند. برای مثال، داشتن وزن بیش از حد باعث افزایش خطر بیماری قلبی - عروقی می‌شود. امروزه توجه زیادی به این عوامل خطر سبک زندگی شده است، چرا که بسیاری از علل مرگ و میر درآمریکا در ارتباط با الگوهای سبک زندگی یا عادات هستند و فشار بزرگی بر اقتصاد سیستم مراقبت بهداشتی وارد می‌کنند (۱۱).

آمارهای جهانی بهداشت بیانگر آن است که ۵۳ درصد از علل مرگ‌ومیرها به سبک زندگی و رفتارهای بهداشتی مربوط است (۱۲). طی چند دهه اخیر، تئوری‌های متفاوتی پیرامون عوامل ایجاد کننده واریس اندام تحتانی از جمله چاقی، وضعیت بدنی هنگام کار، یبوست، لباس تنگ، عوامل هورمونی و مصرف قرص‌های ضد بارداری مطرح شده‌اند، ولی هیچ کدام به طور قاطع به عنوان علت ایجاد واریس معرفی نشده‌اند. در مطالعه‌ای که توسط شریف‌نیا و همکارانش در ۱۳۸۹ با عنوان تعیین شیوع واریس پا در پرستاران و برخی عوامل مرتبط با آن انجام شد، ارتباط معنی‌داری بین جنس، انجام ورزش، عادت اجابت مزاج، سابقه خانوادگی واریس، سن، وزن و اضافه کار، ساعات نشستن و ایستادن در بخش با وریدهای واریس پای پرستاران وجود داشت (۷). دو عامل رژیم غذایی نامناسب و بی‌تحرکی اصلی‌ترین عوامل خطر بروز بیماری‌های قلبی، پر فشاری خون و چاقی هستند و می‌توان با تعدیل رژیم غذایی و فعالیت بدنی مناسب از ۸۰ درصد بیماری‌های قلبی پیشگیری کرد. نقش رفتارهای بهداشتی نظیر عدم استعمال دخانیات در کاهش میزان ابتلا و مرگ ومیر ناشی از بیماری‌ها ثابت شده است، به طوری که سیگار، مهم‌ترین عامل تهدید کننده سلامتی در کشورها شناخته شده است (۱۲).

شیوع اضافه وزن، به طور چشمگیری بر اثر تغییرات رژیم غذایی (افزایش مصرف چربی و شکر) و شیوه زندگی بی‌تحرک افزایش یافته است. اضافه وزن در بسیاری از موارد با رعایت رژیم غذایی سالم و فعالیت فیزیکی کاهش می‌یابد. تنها راه سوزاندن کالری مواد غذایی، افزایش فعالیت فیزیکی است (۱۳). در سال ۲۰۰۶ میلادی برآورد شده که چیزی حدود ۳/۴ مردان و زنان در ۶۳ کشور از ۵ قاره جهان اضافه وزن داشته یا مبتلا به چاقی مفرط هستند. در تحقیقی که در ایران توسط مرکز تحقیقات غدد شهید بهشتی در سال ۱۳۸۰ انجام شد، حدود ۲۹/۱درصد زنان و ۱۴/۲ درصد مردان دچار چاقی عمومی و ۶۶/۲ در صد زنان و ۳۲/۱درصد مردان دچار چاقی شکمی بودند (۱۴).

عوامل متعددی بر میزان شدت واریس در پرستاران موثرند که گاه برخی از این عوامل شغلی و فردی می‌توانند قابل کنترل باشند. از آنجا که بخش عمده‌ای از خدمات سیستم بر عهده پرستاران است و زنان بیشترین تعداد آنها را تشکیل می‌دهند، لذا ضمن توجه به مشکلات این قشر خاص و اینکه افزایش شدت واریس می‌تواند بازده کاری و سلامت جسمی و روانی آنها را به خصوص در سنین بالاتر به خطر انداخته و هزینه‌های زیادی بر آنها و در نهایت سیستم بهداشتی درمانی تحمیل

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-04]

نماید(۷)، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط برخی عوامل خطرو ابتلاء به واریس در پرستاران انجام شد.

مواد و روشها

در این مطالعه مورد - شاهدی، ۲۰۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آیت‌اله کاشانی، امین، نور و علی اصغر که زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان هستند و حداقل ۲ سال سابقه کار بالینی داشتند به روش مبتنی بر هدف انتخاب و بررسی شدند. آنها پس از معاینه توسط متخصص جراحی عمومی انتخاب شدند و پرسش‌نامه در اختیار آنها قرار گرفت. عدم تمایل در شرکت در مطالعه و حاملگی از معیارهای خروج از مطالعه بودند.

جهت جمع آوری اطلاعات از کتب و منبع معتبر موجود، از پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته‌ای که مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک و رفتارهای بهداشتی مرتبط با واریس بود، استفاده شد. برای تایید اعتبار علمی پرسشنامه از نظرات ۱۰ نفر از اساتید دانشکده‌های پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، خوراسگان و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان استفاده شد و پس از اعمال نظرات اصلاحی پرسش‌نامه نهایی تنظیم شد. به منظور تعیین پایایی ابزارگردآوری داده‌ها از روش آزمون مجدد استفاده شد و ضریب همبستگی اسپیرمن بین نتایج دو آزمون، ۰/۹۳ محاسبه شد.

همچنین از فرم بازنگری استاندارد CEAP، جهت بررسی وضعیت اندام تحتانی از نظر واریس های وریدی استفاده شد که پس از معاینه توسط منخصص جراحی عمومی تکمیل شد.

براساس این طبقه بندی، شدت واریس از نظر بالینی به هشت درجه تقسیم می‌شود: بدون واریس (C_0)، تلانژکتازی (C_1)، وریدهای واریسی (C_2)، ادم (C_3)، تغییرات پوستی از قبیل پیگمانتاسیون یا اگزما بدون زخم (C_{4A})، لیپودرمااسکلروز یا آتروفی (C_{4B})، تغییرات زخم بهبود یافته(C_5) و تغییرات پوستی با زخم فعال(C_6).

اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های t مستقل (برای تحلیل متغیرهای کمی)، کای‌دو و من ویتنی U (برای تحلیل متغیرهای کیفی) در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تحلیل شدند. در پایان، جهت بررسی دقیق‌تر و اینکه از بین متغیرهایی که با واریس رابطه معنی داری داشتند، کدام پیش بینی کننده بهتری برای ابتلا به واریس هستند، از آنالیز رگرسیون لوجستیک استفاده شد.

یافته‌ها

از ۱۰۰ پرستار مبتلا به واریس پا، از نظر شدت واریس ۸۰٪ در مرحله تلانژکتازی قرار داشتند. بیشتر افراد گروه مورد (۹۳٪) و شاهد (۸۲٪) را زنان تشکیل می‌دادند. اکثریت پرستاران در هر دو گروه مورد (۷۳٪) و شاهد (۷۶٪) متاهل بودند (جدول ۲). در گروه مورد ۸۰٪ و در گروه شاهد ۸۲٪ دارای مدرک تحصیلی کارشناسی بودند (جدول ۳). میانگین سابقه کار افراد گروه مورد (۱۰/۷ سال) کمی بیشتر از گروه شاهد (۹/۴ سال) بود، ولی این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود (P=۰/۱۲). میانگین ساعات اضافه کار در گروه شاهد (۲۸ ساعت) بیشتر از گروه مورد (۱۷/۴ ساعت) بود (p=۰/۰۴)، به عبارت دیگر، افراد غیرمبتلا به واریس اضافه کار بیشتری داشتند.

جدول۱. توزیع میانگین و انحراف معیار متغیر های سن، وزن، قد، BMI، تعداد بارداری و تعداد سقط در دو گروه مورد (مبتلا به واریس) و گروه شاهد (غیر مبتلا به واریس)

متغیر	گروه مورد		گروه شاهد		P- Value
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن	۳۴/۷	۵/۹	۳۳/۱	۷/۰۲	۰/۰۷
وزن	۶۲/۴	۱۲/۴	۶۴/۴	۱۰/۱	۰/۲۰۴
قد	۱۶۱/۹	۵/۸	۱۶۳/۷	۶/۷	۰/۰۴۸
BMI	۲۳/۷۸	۴/۴	۲۳/۹۹	۳/۲	۰/۷۱
تعداد بارداری	۱/۱۵	۱/۱	۰/۷۵	۰/۹۹	۰/۰۱
تعداد سقط	۰/۳	۰/۱۲	۰/۷	۰/۴۲	۰/۱

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-04]

جدول۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دوگروه مورد(مبتلا به واریس) وشاهد(غیر مبتلا به واریس) از نظر متغیر های کیفی

متغیر		گروه مورد		گروه شاهد		P- Value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	زن	۹۳	۹۳	۸۲	۸۲	۰/۰۲
	مرد	۷	۷	۱۸	۱۸	
تاهل	متاهل	۷	۷۳	۷۶	۷۶	۰/۵۵
	مجرد	۲۴	۲۴	۲۲	۲۲	
	سایر موارد	۳	۳	۲	۲	
نوع زایمان	طبیعی	۱۱	۱۹/۳	۱۳	۳۶/۱	۰/۰۳
	سزارین	۴۱	۷۱/۹	۲۱	۵/۳	
	طبیعی و سزارین	۵	۸/۸	۲	۵/۶	
سابقه خانوادگی	مثبت	۷۱	۷۱	۳۰	۳۰	<۰/۰۰۰۱
	منفی	۲۹	۲۹	۷۰	۷۰	
وسیله رفتن به طبقات	آسانسور	۵۹	۵۹/۶	۴۳	۴۳	۰/۰۰۷
	پله	۴۰	۴۰/۴	۵۳	۵۳	
	هردو	۰	۰	۴	۴	

جدول ۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دوگروه مورد(مبتلا به واریس) وشاهد(غیر مبتلا به واریس) از نظر تحصیلات، عادت به ورزش کردن ، مصرف روزانه آب و سبزیجات.

متغیر		گروه مورد		گروه شاهد		P- Value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
عادت به ورزش	هرگز	۲۳	۲۳	۱۸	۱۸/۲	
	گاهی	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰/۷	۰/۱۲
	همیشه	۷	۷	۱۱	۱۱/۱	
مصرف روزانه آب	کمتر از ۳ لیوان	۵۵	۵۵	۳۸	۳۸	
	۳ لیوان	۳۸	۳۸	۵۰	۵۰	۰/۰۱
	بیشتر از ۳ لیوان	۷	۷	۱۲	۱۲	
مصرف روزانه سبزیجات:	هرگز	۱۸	۱۸	۱۳	۱۳	
	۱ نوبت	۶۲	۶۴/۶	۵۰	۵۰	
	۲ نوبت	۱۳	۱۳/۵	۲۳	۲۵	
	۳ نوبت	۱	۱	۸	۸/۷	۰/۰۰۴
	بیش از ۳ نوبت	۲	۲/۱	۳	۳/۳	

با وجود بالاتر بودن متوسط سن گروه مورد (۳۴/۷ سال) نسبت به گروه شاهد (۳۳/۱ سال)، این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود (p=۰/۰۷). میانگین قد افراد گروه مورد (۱۶۱/۹ سال) کوتاه‌تر از قد افراد گروه شاهد (۱۶۳/۷ سال) بود (p=۰/۰۴۸). میانگین تعداد بارداری در گروه مورد ۱/۱۵ و در گروه شاهد ۰/۷۵ بود و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود (p= ۰/۰۱) (جدول ۱). اکثریت گروه مورد (۴۱٪) زایمان سزارین داشتند و توزیع فراوانی نوع زایمان در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت (p=۰/۰۳)، به عبارت دیگر بین نوع زایمان و ابتلا به واریس ارتباط وجود داشت و در افراد مبتلا به واریس تعداد سزارین بیشتر از گروه غیر مبتلا بود (جدول ۲). بیشتر افراد گروه مورد (۷۱٪) سابقه خانوادگی مثبت ابتلا به واریس را داشتند، در حالی که ۳۰٪ افراد گروه شاهد دارای سابقه خانوادگی واریس بودند (p<۰/۰۰۰۱) (جدول۲).

گرچه در این مطالعه ۲۳٪ گروه مورد و ۱۸٪ گروه شاهد هرگز ورزش نمی‌کردند، ولی از نظر آماری عادت به ورزش کردن در هر دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری نداشت (p=۰/۱۲). اکثریت افراد در گروه مورد (۷۱/۸٪) و شاهد (۶۷/۵٪) به طور هفتگی به مدت ۱ تا ۲ دفعه ورزش می‌کردند، هرچند اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (p=۰/۵۵) (جدول ۳). اکثریت گروه

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-04]

جدول۴. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دو گروه مورد (مبتلا به واریس) و شاهد (غیر مبتلا به واریس) بر حسب وضعیت مکانیکی بدن(نشستن، ایستادن و راه رفتن)

فعالیت روزانه	مدت	مورد		شاهد		P- Value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
راه رفتن	کمتر از ۰/۵ ساعت	۱۲	٪۱۲	۱۴	٪۱۴	۰/۲۴
	۲ - ۰/۵ ساعت	۱۸	٪۱۸	۲۶	٪۲۶	
	۴ - ۲ ساعت	۳۲	٪۳۲	۲۷	٪۲۷	
	بیش از ۴ ساعت	۳۸	٪۳۸	۳۳	٪۳۳	
	جمع	۱۰۰	٪۱۰۰	۱۰۰	٪۱۰۰	
نشستن	کمتر از ۲ ساعت	۴۴	٪۴۴	۵۰	٪۵۰	۰/۳۴
	۴ - ۲ ساعت	۳۸	٪۳۸	۳۶	٪۳۶	
	بیش از ۴ ساعت	۱۸	٪۱۸	۱۴	٪۱۴	
	جمع	۱۰۰	٪۱۰۰	۱۰۰	٪۱۰۰	
ایستادن	کمتر از ۲ ساعت	۸	٪۸	۱۲	٪۱۲	۰/۱۷
	۴ - ۲ ساعت	۲۹	٪۲۹	۳۴	٪۳۴	
	بیش از ۴ ساعت	۶۳	٪۶۳	۵۴	٪۵۴	
	جمع	۱۰۰	٪۱۰۰	۱۰۰	٪۱۰۰	

جدول۵. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دو گروه مورد (مبتلا به واریس) و شاهد (غیر مبتلا به واریس) ازنظر وضعیت اجابت مزاج

الگوی اجابت مزاج	دفعات	گروه مورد		گروه شاهد		P- Value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
روزانه	کمتر از ۳ مرتبه	۸۳	٪۹۲/۲	۹۱	٪۹۲/۹	۰/۸۸
	۳ مرتبه	۵	٪۵/۶	۴	٪۴/۱	
	بیشتر از ۳ مرتبه	۲	٪۲/۲	۳	٪۳/۱	
	جمع	۹۰	٪۱۰۰	۹۸	٪۱۰۰	
هفتگی	کمتر از ۳ مرتبه	۱۳	٪۱۳	۷	٪۷	۰/۰۷
	۳ مرتبه	۲۴	٪۲۴	۲۱	٪۲۱	
	بیشتر از ۳ مرتبه	۶۳	٪۶۳	۷۲	٪۷۲	
	جمع	۱۰۰	٪۱۰۰	۱۰۰	٪۱۰۰	

مورد (٪۳۸) کمی بیش از گروه شاهد (٪۳۳) بیشتر از ۴ ساعت روزانه راه می‌رفتند (p=۰/۲۴). اکثریت گروه مورد (٪۳۸) و گروه شاهد (٪۳۶) بین ۲ تا ۴ ساعت به صورت نشسته کار می‌کردند، ولی این اختلاف نیز از نظر آماری معنی‌دار نبود (p=۰/۳۴). افراد گروه مورد (٪۶۳) بیشتر از گروه شاهد (٪۵۴) روزانه به صورت ایستاده فعالیت می‌کردند، ولی از نظر آماری این تفاوت معنی‌دار نبود (p=۰/۱۷) (جدول ۴).

اکثریت گروه مورد (٪۵۹/۶) نسبت به گروه شاهد (٪۴۳) از آسانسور برای رفتن به طبقات استفاده می‌کردند و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۷) (جدول ۲). این مطالعه نشان داد که اکثریت گروه مورد (٪۵۵) روزانه کمتراز ۳ لیوان آب مصرف می‌کردند و اکثریت گروه شاهد (٪۵۰) روزانه ۳ لیوان آب مصرف می‌کردند (p=۰/۰۱) (جدول ۳). بیشتر گروه مورد (٪۶۴/۱) و شاهد (٪۵۰) روزانه فقط یک نوبت سبزیجات مصرف می‌کردند و توزیع فراوانی تعداد نوبت‌های مصرف سبزیجات در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت (p=۰/۰۰۴). جدول ۵ بیانگر آن است که الگوی اجابت مزاج اکثریت گروه مورد (٪۹۲/۲) و شاهد (٪۹۲/۹) کمتر از ۳ مرتبه روزانه است و الگوی اجابت مزاج روزانه در هر دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارد (p=۰/۸۸). وضعیت اجابت مزاج هفتگی کمتر از ۳ مرتبه در گروه مورد (٪۱۳) بیشتر از گروه شاهد (٪۷) بود و این تفاوت معنی‌دار نبود (p= ۰/۰۷) (جدول ۵). فقط یک نفر از گروه مورد (٪۱) استعمال دخانیات را ذکر کرد (p= ۰/۱۲). گروه شاهد (٪۲۴/۷) بیشتر از گروه مورد (٪۱۴) در معرض

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-04]

جدول ۶. نتایج درجه عوامل خطر و ابتلا به واریس در آنالیز رگرسیون لوجستیک

متغیر	ضریب خام	تعداد Wald	p- value	OR	فاصله اطمینان۹۵٪
سابقه خانوادگی	۱/۸۷۷	۲۴/۲۵	P<۰/۰۰۱	۶/۵۳	۳/۰۹۶ -۱۳/۷۹۹
مصرف روزانه سبزیجات	-۰/۶۱	۵/۷۹	۰/۰۱۶	۰/۵۴۳	۰/۳۳۰ - ۰/۸۹۳
تعداد بارداری	۰/۴۲۲	۴/۵۳	۰/۰۳۳	۱/۵۲۴	۱/۰۳۴ - ۲/۲۴۷
مصرف روزانه آب	-۰/۴۲۳	۱/۹۶۷	۰/۱۶۱	۰/۶۵۵	۰/۳۶۳ -۱/۱۸۳
ساعات اضافه کاری	۰/۰۱۲	۱/۴۲	۰/۲۳۳	۱/۰۱۲	۰/۹۹۲ - ۱/۰۳۲
استفاده از آسانسور	۰/۰۹۷	۰/۴۳۴	۰/۵۱۰	۰/۹۰۷	۰/۶۷۹ - ۱/۲۱۲
طول قد	۰/۰۲۴	۰/۴۲۹	۰/۵۱۳	۱/۰۲۴	۰/۹۵۳ - ۱/۱۰۰

دود سیگار قرار داشت، اما این اختلاف معنی‌دار نبود (p=۰/۰۷).

رگرسیون لوجستیک نشان داد که در مجموع، این متغیرها می‌توانند با حساسیت ۷۹/۳٪ و ویژگی ۷۱/۲٪ واریس را پیش بینی کنند. از بین عوامل خطر در پیش بینی ابتلا به واریس، به ترتیب سابقه خانوادگی، مصرف روزانه سبزیجات، تعداد بارداری، مصرف روزانه آب، ساعات اضافه کاری، استفاده از آسانسور و طول قد موثر بودند (جدول ۶).

بحث

در این پژوهش مشخص شد که اکثریت افراد گروه مورد (۸۰٪) از نظر شدت واریس در مرحله تلانژکتازی قرار دارند، که با نتایج مطالعه شریف نیا و نصیری همخوانی دارد (۱)، ولی در مطالعه سیستکاوا بیشترین شدت واریس (۵۲٪) مربوط به وریدهای واریسی (C_2) بود (۳).

در اکثر تحقیقات، افزایش سن یک عامل خطر در شیوع رگ-های واریسی به شمار می‌آید، ولی در پژوهش حاضر با وجود بالاتر بودن متوسط سن گروه مورد (۳۴/۷) نسبت به گروه شاهد (۳۳/۱)، از نظر آماری این تفاوت معنی‌دار نبود (p=۰/۰۷). این اختلاف، احتمالا می‌تواند به علت این باشد که میانگین سن واحدهای مورد مطالعه در این پژوهش کمتر از مطالعات دیگر است. در مطالعه‌ای که توسط سیستکاوا و پوسپسیلوا انجام گرفت، بالاترین میزان بروز در رده سنی ۶۰-۵۱ سال گزارش شد (۳). شریف نیا بیان می‌کند افزایش میانگین سن با شدت واریس (گروه مبتلا به لیپودرمواسکلروزیس) ارتباط معنی‌داری دارد (۱).

در این مطالعه، افراد گروه شاهد (غیر مبتلا به واریس) ساعات اضافه کاری بیشتری نسبت به افراد گروه مورد (مبتلا به واریس) داشتند، که این می‌توانند به این علت باشد که مطالعه بصورت مقطعی انجام گرفته است و ممکن است عوارض ناشی از بیماری نظیر خستگی و درد مانع اضافه کاری افراد گروه مورد شده است. در مطالعه شریف نیا متغیر ساعات اضافه کاری با شدت واریس ارتباط معنی‌داری داشت (۱).

در مطالعه حاضر، میانگین قد افراد گروه مورد (۱۶۱/۹ سانتی متر) کوتاه‌تر از قد افراد گروه شاهد (۱۶۳/۷ سانتی‌متر) بود (p=۰/۰۴۸). ولی در مطالعه شریف نیا و نصیری بین قد و واریس رابطه معنی‌داری وجود نداشت (۱۵،۷).

در این مطالعه، بر خلاف مطالعات قبلی، بین BMI (شاخص توده بدن) و واریس ارتباط معنی‌داری وجود نداشت، ولی سیستکاوا BMI بالاتر از ۲۷ کیلوگرم بر مترمربع را عامل خطری برای واریس بیان می‌کند (۳). احتمالا این اختلافات به این دلیل است که در مطالعه حاضر این متغیرها با واریس مورد بررسی قرار گرفتند، در صورتی که در مطالعات قبلی شدت واریس مد نظر بود.

در این مطالعه، تعداد بارداری یک متغیر تاثیر گذار با واریس است که با مطالعه سیستکاوا نیز هم‌خوانی دارد. در مطالعه سیستکاوا، ۸۱٪ زنان مبتلا به واریس، سابقه دو بارداری را به طور متوسط داشتند (۳). همچنین در این مطالعه، بین نوع زایمان و ابتلا به واریس ارتباط وجود داشت و در افراد مبتلا به واریس سزارین بیشتر از گروه غیر مبتلا بود. در مطالعات قبلی به ارتباط واریس با عمل جراحی فتق و اوفرکتومی اشاره شده است (۱۶).

دراین پژوهش، ارتباط معنی‌داری بین جنس زن با واریس پا مشاهده شد که با نتایج مطالعات دیگر هم‌خوانی دارد. سیستکاوا بروز سالانه بیماری واریسی را در زنان ۲/۶٪ و در مردان ۱/۹٪ گزارش کرده است (۳). بیشتر مطالعات

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-04]

اپیدمیولوژیک، شیوع واریس در مردان را ۱ تا ۴۰ درصد و در زنان را ۱ تا ۷۰ درصد بیان کرده‌اند (۱۷).

از دیگر عوامل بررسی شده در این پژوهش، تاهل و تحصیلات بود که ارتباط معنی‌داری را با واریس نشان ندادند که با مطالعات دیگر هم‌خوانی دارد. در مطالعات شریف‌نیا و نصیری نیز تاهل ارتباط معنی‌داری با واریس نداشت (۷). نصیری نیز بین تاهل و شیوع ابتلا به واریس ارتباط معنی‌داری را بیان نکرد (۱۵). تحصیلات نیز در مطالعه شریف‌نیا با واریس ارتباط معنی‌داری نداشت (۷)، ولی نصیری بیان می‌کند بین سطح پایین تحصیلات و ایجاد واریس، از نظر آماری ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱۵). در این مطالعه، تنها ۲۶ نفر تحصیلات کمتر از لیسانس داشتند و اکثر نمونه‌ها در مقطع کارشناسی بودند، در حالی که اکثر نمونه‌های مورد پژوهش نصیری، از بهیاران بودند.

سابقه کار دراین مطالعه، به عنوان یک متغیر تاثیر گذار بر ایجاد واریس مطرح نشد که با نتیجه مطالعه شریف‌نیا هم‌خوانی دارد (۷)، اما با مطالعه نصیری مغایرت دارد (۱۵). متفاوت بودن نتایج ممکن است به دلیل بالاتر بودن سابقه کاری پرستاران در مطالعه نصیری باشد.

ساعات اضافه کار از عوامل شغلی است که در این مطالعه ارتباط معنی‌داری با واریس داشت، به طوری که افراد غیرمبتلا به واریس اضافه کار بیشتری داشتند. در مطالعه شریف‌نیا، متغیر ساعات اضافه کاری با شدت واریس ارتباط معنی‌داری داشت (۱)، ولی در این مطالعه افراد گروه شاهد (غیر مبتلا به واریس) ساعات اضافه کاری بیشتری نسبت به افراد گروه مورد (مبتلا به واریس) داشتند، که این می‌تواند به این علت باشد که مطالعه به صورت مقطعی انجام شده است و ممکن است عوارض ناشی ازبیماری، نظیر خستگی و درد، مانع اضافه کاری افراد گروه مورد شده باشد. در مطالعه حاضر، ارتباط معنی‌داری بین سابقه خانوادگی و ابتلا به واریس مشاهده شدکه مشابه نتایج مطالعات دیگر است (۳، ۶، ۷). البته باید به خاطر داشت که سابقه خانوادگی در این مطالعه از طریق خودگزارشی واحدهای مورد پژوهش بود، بدون این که اعتبار معاینه فیزیکی وجود داشته باشد.

در این مطالعه مشخص شد که عادت به ورزش کردن و مدت زمان ورزش در دو گروه مورد و شاهد از نظر آماری تفاوت معنی داری ندارد و این با نتایج پژوهش شریف‌نیا مغایرت دارد (۱)، ولی با نتایج مطالعه کریکیویی هم‌خوانی دارد (۱۶). در مطالعه کاردی، عدم ورزش با بیماری‌های عروقی رابطه معنی‌داری داشت (۱۸) که با نتایج مطالعه حاضر مغایرت دارد.

در مطالعه حاضر، بین ساعات ایستادن، نشستن و راه رفتن با واریس در پرستاران ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. شریف‌نیا و همکارانش بیان می‌کنند که ارتباط معنی‌داری بین ساعات نشستن و ایستادن با وریدهای واریسی در پرستاران وجود دارد و رابطه معنی‌داری بین واریس پا و ساعات راه رفتن وجود ندارد (۱). کریکیویی بیان می‌کند که در زنان، ایستادن طولانی مدت با بیماری واریس شدید و نشستن با بیماری متوسط همراه است و در مردان راه رفتن با بیماری واریسی متوسط رابطه معنی‌داری دارد (۱۶) که احتمالا این اختلاف به علت این است که در مطالعه کریکیویی و شریف‌نیا شدت واریس با این متغیرها سنجیده شد، ولی دراین پژوهش، بیماری واریس بدون توجه به شدت آن مورد بررسی قرار گرفت.

در این مطالعه، اکثریت گروه مورد (۵۹/۶٪) نسبت به گروه شاهد (۴۳٪) از آسانسور برای رفتن به طبقات استفاده می‌کردند (p= ۰/۰۰۷) و بین واریس و استفاده از آسانسور ارتباط وجود داشت.

در مطالعه حاضر مشخص شد که اکثریت گروه مورد (۵۵٪) روزانه کمتراز ۳ لیوان آب مصرف و بیشتر گروه شاهد (۵۰٪) روزانه ۳ لیوان آب مصرف می‌کردند که از نظر آماری این تفاوت معنی‌دار بود (p=۰/۰۱)، به عبارتی بین واریس و مصرف آب ارتباط وجود داشت. دانغیان بیان می‌کند مصرف حداقل ۶ لیوان آب به همراه رژیم پرفیبر برای پیشگیری از یبوست و واریس لازم است (۱۹).

این مطالعه نشان داد که اکثریت گروه مورد (۶۴/۱٪) و شاهد (۵۰٪) روزانه فقط یک نوبت سبزیجات مصرف می‌کردند و توزیع فراوانی تعداد نوبت‌های مصرف سبزیجات در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت (p=۰/۰۰۴) (جدول ۳)، به عبارت دیگر، بین تعداد نوبت مصرف سبزیجات و ابتلا به واریس ارتباط وجود داشت و افراد مبتلا به واریس وعده‌های کمتری از سبزیجات استفاده می‌کردند.

ما ارتباط معنی‌داری را بین یبوست با واریس پا در پرستاران مشاهده نکردیم. کریکیویی بیان می‌کند بین واریس و یبوست رابطه معنی‌داری وجود ندارد (۱۶) که با نتایج حاصل از این تحقیق همخوانی دارد، هر چند با نتایج مطالعه شریف‌نیا مغایرت دارد (۱).

این مطالعه نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین استعمال دخانیات با واریس پا وجود ندارد. دلیل این امر می‌تواند این باشد که اکثریت واحدهای پژوهش را زنان تشکیل می‌دادند و به علت کمی افراد مصرف کننده دخانیات، این امر قابل بررسی نبود. کریکیویی بیان می‌کند در مردان، کشیدن سیگار با بیماریهای مزمن وریدی ارتباط دارد (۱۶).

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-04]

از یافته‌های مطالعه حاضر نتیجه‌گیری می‌شود که واریس با سابقه خانوادگی ارتباط معنی‌داری دارد، اما عوامل فردی و رفتارهای بهداشتی نیز در بروز و شدت واریس موثر هستند. از آنجایی که پرستاران در جهت ارتقاء رفتارهای بهداشتی، نقش مهمی در جامعه به عهده دارند، آموزش جامعه در مورد اهمیت و ضرورت رفتارهای بهداشتی از مسئولیتهای خطیر پرستاران محسوب می‌شود. بنابراین اگر خود پرستاران این موارد را رعایت نکنند، نمی‌توانند به خوبی به افراد در معرض خطر و بیماران آموزش لازم را بدهند. لذا پیشنهاد می‌شود آموزش‌های ضمن خدمت به صورت دوره‌ای در نظر گرفته شود تا بتوان کارایی سیستم بهداشتی درمانی را که به علت شیوع بالای واریس متحمل هزینه‌های سنگین از جمله کاهش بازده کاری، مشکلات سلامتی جسمی و اتلاف منابع اقتصادی جهت درمان خواهد شد، را ارتقا بخشید.

تشکروقدردانی

محققین مراتب تشکر خود را از تمامی کارکنان پرستاری بیمارستان‌های آیت اله کاشانی، امین، نور و علی اصغر اصفهان اعلام می‌دارند.

REFERENCES

1. Sharifnia H, Haghdoost A, Beheshti Z, Chobani M, Mahbobi M. Investigating the relationship between demographic and occupational factors with the intensity of nurse legs varicose veins in Amol hospitals. Iran occupational Health 2010;7:0-2. [In Persian]

2. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K, Eds. Bruner and Suddarths Text book of Medical Surgical Nursing. Philadelphia. Lippincott, Williams and Wilkins; 2008.

3. Svestkova S, Pospisilova A. Risk factors of chronic venous disease inception . Journal of scripta medical 2008;81:117-128.

4. Gloviczki P, Anthony J. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guideline of the society for vascular surgery and the American venous forum. J Vasc surg 2011;53:2-48.

5. Raffetto J, Qiao X, Beauregard K, Tanbe A, Kumar A, Man V, et al. Functional Adaptation of Venous Smooth Muscle Response to Vasoconstriction in Proximal Distal and Varix SEGMENTS OF Varicose Veios. J Vasc Surg 2010;51:962-71.

6. Fiebige A, Nikolaus S, Screiber S. Heritability of chronic venous disease. J Hum Genet 127;7:669-74.

7. Sharif nia H, Chobani M, Beheshti Z, Taebbi Sh, Masomy M, Mirza jani F, et al. Determin the prevalence of varicose in lower extremities in nurses and related factors. J Nurs Res 2010;17:23-31.[In Persian]

8. Ashrani AA, Silverstein MD, Lahr BD, Petterson TM, Bailey KR, Melton LJ, et al. Risk factors and underlying mechanisms for venous stasis syndrome: a population-based case-control study. Vasc Med 2009;14:339-49.

9. Robertson L, Amanda J. Risk factors for chronic ulceration in patients with varicose veins: A case control study. J Vasc Surg 2009;49:1490-8.

10. Atashzade Shourideh F, Barzabadi Farahani Z, Khazani N, Ezati J, Emad B, MoshtaghEshgh Z, etal. Fundamentales of Nursing. Tehran: Golban; 2009 .[In Persian]

11. Potter P A, perry AG. Fundamentales of Nursing. St.Louis. mosby; 2009.

12. Bahador E, Abbasi A. Comparative study of health behaviors of first and last semester students in Amirkabir and Tehran university and their relations with demographic variables. J Gorgan Univ school of nursing 2010;8:50-57.

13. Vaslfn V. Chavnh reduce the risk of cardiovascular risk factors. Islamic Azad University of Shirvan and Speak Publishing co; 2007.[In Persian]

14. Hassanpour Dehkordi A, Shohani M, Salehiyan T, Safdari-Dehcheshmei F, Foruzandeh N, Naderipour A, et al. Comparison of life study with body mass index (BMI) of loss and more than 25 in individuals between 20-65 years in Sharhekord city. J Sharhekord Uni Med Sci 2009;12:23-31.[In Persian]

15. Nasiri Fourg A, Kazemi T, Nakhaei N, Kazemi N. Lower Limb Varicose Veins and their relationship with risk factors in nurses of the Birjand University of Medical Sciences hospital. J Birjand Uni Med Sci 2005; 12:60-66.[In Persian]

16. Criqui M, Denenberg J, Bergan J, Langer R, Fronek A. Risk factors for chronic venose disease: the san diego population study. J Aging Health 2008;46:331-37.

17. Tisi PV. Varicose Veins. BMJ Clin Evid 2011;1:212.

18. Cardi M, Munk N, Zanjani F, Kruger T, Schaie KW, Willis SL. Health behavior risk factors across age as predicators if cardiovascular disease diagnosis . J Aging Health 2010;21:759-75.

19. Danghyan M. Effect of exercise and nutrition on the varicose. Family Sports Magazine 2009;27. Available from:URL:http://www. Spotfa.ir.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-04]