

## بررسی ارتباط شدت علائم هموروئید با کیفیت زندگی در زنان

### مبتلا به هموروئید داخلی درجه I و II در دوره پس از زایمان

جمیله ملکوتی<sup>۱</sup>، خدیجه صمدی<sup>۲\*</sup>، دکتر مژگان میرغفوروند<sup>۳</sup>، دکتر فاطمه

عباسعلی زاده<sup>۴</sup>، دکتر لاله خدایی<sup>۵</sup>

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب و شفاء، بیمارستان خاتم‌الانبیاء، تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه مامایی، مرکز تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۴. دانشیار گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۵. استادیار گروه طب سنتی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۱/۰۷

#### خلاصه

**مقدمه:** هموروئید به قسمت‌های متسع‌شده وریدهای کانال مقعدی گفته می‌شود که به کنترل دفع مدفوع کمک می‌کنند و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های گوارشی است. با توجه به اینکه مشکلات پس از زایمان از جمله هموروئید تأثیر معناداری، بر سلامت جسمی، روحی اجتماعی، شیردهی، مراقبت از نوزاد و ارتباط با خانواده و جامعه دارند و بر سلامت مادران و کودکان تأثیرگذار هستند و با توجه به اهمیت کیفیت زندگی پس از زایمان و به دلیل انجام مطالعات محدود در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط شدت علائم هموروئید با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به هموروئید داخلی درجه I و II در دوره پس از زایمان انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۱۳۱ زن در دوره پس از زایمان در شهر تهران انجام گرفت. برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به علائم هموروئید و کیفیت زندگی از پرسشنامه‌های ارزیابی درمانی بالینی کولورکتال و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های پی‌رسون و اسپیرمن انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** بیشترین و کمترین میانگین نمره کیفیت زندگی به ترتیب در زیردامنه‌های سلامت محیط و سلامت جسمانی به‌دست آمد. کمترین و بیشترین میانگین نمره علائم هموروئید به ترتیب مربوط به علائم خارش و تأثیر منفی هموروئید بر روی حس سلامتی زنان بود. بین نمره کلی کیفیت زندگی با تمام علائم هموروئید به جز خارش، همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت ( $r = -0.28$  تا  $r = -0.20$ ;  $p < 0.05$ ). بین علامت تورم در ناحیه مقعد و ابعاد سلامت اجتماعی ( $r = 0.24$ ;  $p = 0.006$ ) و سلامت محیط ( $r = 0.20$ ;  $p = 0.02$ ) کیفیت زندگی همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت. همچنین بین علامت احساس ناراحتی در مقعد و زیردامنه سلامت جسمانی کیفیت زندگی همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت ( $r = 0.18$ ;  $p = 0.04$ ). هیچ‌کدام از مشخصات فردی-اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری نداشتند ( $p > 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** علائم هموروئید بر کیفیت زندگی زنان در دوران پس از زایمان تأثیر منفی دارد.

**کلمات کلیدی:** دوره پس از زایمان، کیفیت زندگی، هموروئید

\* نویسنده مسئول مکاتبات: خدیجه صمدی؛ مرکز تحقیقات علوم اعصاب و شفاء، بیمارستان خاتم‌الانبیاء، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۳۶۰۸۷۴۳۱۸؛ پست الکترونیک: samady.1375@gmail.com

## مقدمه

به ۶ ماه اول پس از زایمان، دوران پس از زایمان گفته می‌شود. این دوره از مهم‌ترین زمان‌های تأثیرگذار بر سلامت زنان می‌باشد (۱-۳). اجرای مراقبت‌های برنامه‌ریزی شده و هدفمند بعد از زایمان می‌تواند در پیشگیری، تسکین و درمان به‌موقع بسیاری از عوارض ایجاد شده در این دوره، مؤثر باشد (۴). متأسفانه مراقبت‌های دوره پس از زایمان در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه مورد غفلت قرار گرفته است و در اکثر موارد، نیازهای این دوره تحت‌الشعاع دوران بارداری و زایمان قرار گرفته است (۵). در حال حاضر، مدت کوتاهی پس از زایمان، مادر از بیمارستان مرخص شده و روزهای اول را بدون مراقبت سپری می‌کند. اغلب مادران در رابطه با مشکلات خود با ارائه‌دهندگان مراقبت مشورت نمی‌کنند و معمولاً به خوددرمانی می‌پردازند (۶). خدمات پس از زایمان در پیشگیری و تشخیص زودرس پیامدهای ناخواسته مادر در این دوره نقش دارد، بنابراین مراقبت از مادر و نوزاد در این بازه زمانی بسیار ضروری است (۷).

بر اساس بررسی‌های انجام گرفته در سال‌های اخیر در زمینه مشکلات پس از زایمان، فقط تعداد کمی از زنان کاملاً سالم بودند، لذا کارشناسان باید از اهمیت بسیار زیاد مراقبت‌های بهداشتی در این دوره آگاه شوند (۸، ۹). میزان مشکلات مادران در ماه‌های اول بعد از زایمان در کشورهای مختلف متفاوت گزارش شده است؛ به‌طوری‌که در هندوستان ۲۳٪، در بنگلادش نزدیک به ۵۰٪ و در انگلستان ۴۷٪ زنان در هفته ششم بعد از زایمان دچار مشکلاتی بودند (۱۰، ۱۱). در آمریکا بیشترین ناراحتی مادران در دوران نفاس، ترشحات واژینال، یبوست، هموروئید و مشکلات بخیه‌ها بوده است (۱۱). در مطالعه‌ای (۲۰۰۸) در ایران نیز میزان بروز مشکلات سلامتی در طی ۶ هفته بعد از زایمان ۵۴/۵٪ بود که به‌ترتیب عفونت محل بخیه‌ها، کم‌درد، خونریزی غیرطبیعی، عفونت دستگاه ادراری و هموروئید، از شایع‌ترین مشکلات بعد از زایمان بودند (۱۲). یبوست یکی از مشکلات شایع (حدود ۱۵٪) دوران پس از زایمان می‌باشد که می‌تواند علاوه بر تأثیر منفی بر سلامتی

مادر، توانایی وی در مراقبت از نوزاد و همچنین ارتباط وی با سایر اعضای خانواده را نیز مختل کند (۴) و همچنین منجر به عوارضی همچون بی‌اشتهایی، هموروئید و افسردگی شود (۳، ۱۳، ۱۴).

بواسیر یا هموروئید به قسمت‌های متسع‌شده وریدهای کانال مقعدی گفته می‌شود که به کنترل دفع مدفوع کمک می‌کنند و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های گوارشی است (۱۵، ۱۶). بواسیر داخلی را بر اساس درجه فروافتادگی به چهار نوع تقسیم‌بندی کرده‌اند: درجه I: هیچ پرولاپسی وجود ندارد. درجه II: با اجابت مزاج پرولاپس اتفاق می‌افتد، اما خودبه‌خود داخل می‌رود. درجه III: با اجابت مزاج پرولاپس اتفاق افتاده و باید با دست جا انداخته شود. درجه IV: پرولاپس به‌طور دائمی بیرون‌زده می‌شود (۱۷). هموروئید، شایع‌ترین علت خونریزی از قسمت‌های تحتانی دستگاه گوارشی است (۱۸). تا سن ۵۰ سالگی حدود ۵۰٪ از افراد، دچار درجاتی از هموروئید علامت‌دار هستند (۱۹).

هموروئید علامت‌دار، سالانه بیش از یک میلیون نفر را در جوامع غربی گرفتار می‌کند (۲۰). در حال حاضر نیز هموروئید یک بیماری بسیار شایع است. ۱۰ میلیون نفر در آمریکا از هموروئید شکایت دارند و میزان شیوع این بیماری ۴/۴٪ گزارش شده است (۲۱). علائم هموروئید شامل خونریزی، برآمدگی در هنگام دفع، خارش، درد و توده حساس می‌باشد (۲۲). اگرچه هموروئید بیماری کشنده‌ای نیست، اما ناراحتی‌های جسمی و روحی مرتبط با علائم آن، کیفیت زندگی فرد مبتلا را به‌طور جدی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۳). تغییرات فیزیولوژیک و روانی دوران پس از زایمان، می‌تواند پیامدهای عمیق و ناگواری به‌دنبال داشته باشد (۷). بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی، اثر مستقیم بر روی کیفیت زندگی دارند (۲۴).

کیفیت زندگی در تمام مراحل زندگی از جمله دوران حاملگی و بعد از زایمان قابل ارزیابی است. تغییرات زیادی در دوران حاملگی و پس از زایمان در ابعاد سلامت جسمی، روحی و اجتماعی زندگی زنان رخ می‌دهد که با کاهش کیفیت زندگی آنان در این دوره

بحرانی همراه است (۲۵، ۲۶). کیفیت زندگی یک احساس خوب بودن است که از رضایت یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی ناشی می‌شود و یک مفهوم چندبعدی است که عملکرد جسمی، روحی - روانی، اجتماعی و معنوی فرد را در برمی‌گیرد و می‌تواند تحت تأثیر اعتقادات سیاسی، فرهنگی، اقتصادی و معنوی فرد قرار گیرد (۲۷، ۲۸). در طول ۲۰ سال اخیر علاقه‌مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشم‌گیری یافته است و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به‌صورت یک هدف درآمده است (۲۹).

در مطالعه‌ای (۲۰۰۳) در آمریکا، نمرات کیفیت زندگی پس از زایمان در ابعاد جسمی، روحی و خودارزیابی نسبت به قبل از زایمان کاهش معناداری نشان داد (۳۰). در ایران چندین مطالعه در زمینه کیفیت زندگی در دوره پس از زایمان انجام گرفته است. نتایج مطالعه بهرامی و همکار (۲۰۰۸) نشان داد که کیفیت زندگی پس از زایمان در حد متوسط است و به‌دلیل ایجاد تغییرات فیزیولوژیکی، روحی و اجتماعی در این دوره، انجام اقدامات حمایتی مادر در طول بارداری و پس از زایمان توسط همسر، خانواده و مراقبین مادر، به‌منظور بهبود سلامت مادر و کیفیت زندگی او ضروری به‌نظر می‌رسد (۳۱). خاکبازان و همکاران (۲۰۱۰) و شمشیری و همکاران (۲۰۱۵) نیز مطالعاتی در مورد کیفیت زندگی زنان در دوره پس از زایمان انجام دادند (۲۶، ۳۲). لذا، با توجه به اینکه مشکلات پس از زایمان از جمله هموروئید، تأثیر معناداری بر سلامت جسمی، روانی - اجتماعی، شیردهی، مراقبت از نوزاد، ارتباط با خانواده و جامعه و همچنین بر سلامت مادران و کودکان دارد و با توجه به اهمیت کیفیت زندگی پس از زایمان و به‌دلیل انجام مطالعات محدود در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی با علائم هموروئید در زنان مبتلا به هموروئید داخلی درجه I و II در دوره پس از زایمان انجام شد.

## روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۱۳۱ زن در دوره پس از زایمان و مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی

شهر تهران انجام شد. حجم نمونه بر اساس متغیر کیفیت زندگی و بر اساس نتایج مطالعه قدس‌بین و همکاران (۲۰۱۲) و با استفاده از فرمول برآورد میانگین (۳۹) و بر اساس انحراف معیار متغیر کیفیت زندگی ( $SD=15/92$ ) و با در نظر گرفتن دقت مطالعه برابر با ۰/۰۵ در اندازه-گیری میانگین ( $m=62/84$ ) ( $d=0/05 \times 99$  نفر محاسبه شد که در این مطالعه، ۱۳۱ زن مورد بررسی قرار گرفتند.

پس از تصویب طرح توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد IR.TBZMED.REC.1396.125 و دریافت معرفی‌نامه از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی تبریز، نمونه‌گیری آغاز شد.

شرکت‌کنندگان از تاریخ ۹۶/۲/۲۱ تا ۹۶/۸/۳۰ وارد مطالعه شدند. کل افراد در دسترس ۶۹۸ نفر بودند، اما ۴۷۷ نفر به‌دلیل عدم وجود معیارهای واجد شرایط و ۸۹ نفر به‌دلیل عدم تمایل به مشارکت، از مطالعه کنار گذاشته شدند و در نهایت ۱۳۱ نفر وارد مطالعه شدند. ابتدا لیست تمام مراکز بهداشتی جهت تعیین تعداد زنان مراجعه‌کننده به هر مرکز، از مرکز بهداشت شهر تهران گرفته شد و سپس ۶ مرکز و پایگاه بهداشتی که بیشترین تعداد مراجعه‌کننده را داشتند و در نقاط مختلف شهر از نظر اجتماعی - اقتصادی قرار داشتند، انتخاب شدند و انتخاب نمونه‌ها در این مراکز به‌صورت آسان و یا در دسترس انجام گرفت.

پژوهشگر با مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی و معرفی خود و توضیح هدف مطالعه و پس از کسب اجازه، در جلسه‌ای توجیهی، واحدهای پژوهش را از محرمانه بودن اطلاعات و محترم شمردن حق کناره‌گیری آنان در هر مرحله از تحقیق، مطمئن نمود. زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران که حداقل ۴ هفته و حداکثر ۴ ماه از زایمان طبیعی یا سزارین آنان گذشته بود و مبتلا به هموروئید درجه I و II (با علائم بالینی و تأیید جراح عمومی) بودند، از نظر معیارهای مورد نظر بررسی شدند و در صورتی که واجد معیارها بودند، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آنان گرفته شد و پرسشنامه‌های دموگرافیک و مامایی، پرسشنامه‌های ارزیابی درمانی

بالینی کولورکتال (CORECTS)<sup>۱</sup> و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)<sup>۲</sup> توسط آنها تکمیل شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان زایمان کرده نولی- پار و مولتی-پار که حداقل ۴ هفته و حداکثر ۴ ماه از زایمان آنان گذشته بود، ابتلاء به هموروئید درجه I و II بر اساس علائم بالینی و تأیید جراح عمومی، داشتن سن ۱۸-۴۰ سال، عدم ایجاد هموروئید در اثر بیماری‌های سیستمیک مانند هایپرتانسیون، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و وجود علائم هموروئید حداقل به مدت بیشتر از ۷ روز بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: نیاز به عمل جراحی جهت درمان هموروئید (با تأیید متخصص گوارش و با استفاده از آزمایشات کلینیکی و کولونوسکوپی)، ابتلاء به مشکلاتی نظیر آبه آنورکتال، فیستول، توبرکلوزیس، هرپس، واریسلا و عفونت قارچی (تأیید شده توسط آزمایشات کلینیکی و یا کولونوسکوپی)، ابتلاء به بیماری‌های عفونی التهابی لوله گوارش یا سرطان کولورکتال (طبق اظهار بیمار)، استفاده قبلی از لیزر یا استفاده از داروی فلیبوتونیک جهت درمان هموروئید یک هفته قبل از ورود به مطالعه (طبق اظهار بیمار)، زایمان با واکيوم یا فورسپس، زایمان سزارین با انسزبون‌های بزرگ و عدم تمایل افراد جهت شرکت در مطالعه بود.

پرسشنامه دموگرافیک و مامایی شامل سؤالاتی در زمینه سن، قد، وزن، سطح تحصیلات، میزان درآمد، محل سکونت، شغل، تعداد بارداری، تعداد و نوع زایمان، تاریخ آخرین زایمان، تعداد سقط، سابقه سقط، سابقه زایمان پره‌ترم و سابقه یبوست بود.

پرسشنامه ارزیابی درمانی بالینی کولورکتال مشتمل بر ۶ جزء است که به بررسی میزان درد، خارش، تورم، خونریزی، ناراحتی مقعد و تأثیر منفی هموروئید بر روی حس سلامتی می‌پردازد. در هر حیطة حداقل امتیاز صفر و حداکثر امتیاز ۱۰ بوده و حداقل نمره دریافتی صفر و حداکثر نمره دریافتی ۶۰ می‌باشد و هر چقدر مجموع

نمره دریافتی کمتر باشد، نشان‌دهنده وضعیت بهتر است. روایی این پرسشنامه توسط ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۱) در کانادا انجام شده است (۳۶). این پرسشنامه برای اولین بار در ایران در مطالعه حاضر استفاده شده است، لذا از روش ترجمه- بازترجمه<sup>۳</sup> برای روایی ترجمه استفاده شد.

در این مطالعه برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه ساخته شد. پرسشنامه شامل زیرمقیاس‌های سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط است و همچنین نمره کلی کیفیت زندگی نیز محاسبه می‌شود. نخست یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید و سپس به نمره استاندارد بین ۱۰۰-۰ تبدیل می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران (۱۹۹۱) روانسنجی شده است (۳۷).

برای تعیین اعتبار پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی در این پژوهش، از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ بدین صورت که پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز قرار گرفت و اصلاحات لازم بر اساس بازخورد اخذ شده، انجام گرفت. همچنین در این مطالعه، پایایی پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و پرسشنامه ارزیابی درمانی بالینی کولورکتال با انجام آزمون بر روی ۲۰ زن از نظر انسجام درونی بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه کیفیت زندگی برابر با ۰/۸۹۳ و برای پرسشنامه ارزیابی درمانی بالینی کولورکتال برابر ۰/۷۰۲ محاسبه شد که اعداد به دست آمده بیانگر پایایی قابل قبول این ابزارها بودند.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای توصیف مشخصات فردی- اجتماعی، کیفیت زندگی و علائم هموروئید از آمار توصیفی شامل میانگین (انحراف معیار) و فراوانی (درصد) استفاده شد. جهت

<sup>۱</sup> Colo-Rectal Evaluation of Clinical Therapeutics Scale

<sup>۲</sup> WHO Quality of Life BREEF

<sup>۳</sup> Forward and Backward Translation

### یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سن افراد شرکت‌کننده  $30.4 \pm 4.6$  سال بود. بیش از چهار پنجم ( $1/88$ ) مادران تحصیلات دانشگاهی داشتند. حدود نیمی از خانواده‌ها ( $7/47$ ) دارای درآمد کافی برای تأمین هزینه‌های زندگی بودند. نزدیک به دو سوم مادران ( $9/61$ ) نخست‌زا بودند. اکثر مادران ( $8/82$ ) کمتر از 13 هفته از زایمانشان گذشته بود. سایر متغیرهای فردی زنان در جدول 1 نشان داده شده است.

تعیین ارتباط علائم هموروئید با کیفیت زندگی و زیردامنه‌های آن در صورت نرمال بودن داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و در صورت غیرنرمال بودن داده‌ها از آزمون همبستگی اسپیرمن، جهت تعیین ارتباط مشخصات فردی- اجتماعی با نمره کیفیت زندگی در تحلیل تک‌متغیره از آزمون‌های همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی‌مستقل و در تحلیل چندمتغیره از مدل خطی عمومی استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از  $0.05$  معنی‌دار در نظر گرفته شد.

جدول 1- مشخصات فردی اجتماعی و مامایی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به هموروئید داخلی درجه I و II

مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران

مشخصات	تعداد (درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح معنی‌داری	مشخصات	تعداد (درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح معنی‌داری
سن (سال)*			$0.732^{\&}$	تحصیلات			
				دیپلم	14 (10/69)	$23/31 \pm 70/53$	$0.810^{\dagger}$
				دانشگاهی	117 (89/31)	$19/68 \pm 71/90$	
				تعداد بارداری			
				1	70 (53/43)	$20/49 \pm 69/10$	
				2	45 (34/36)	$20/62 \pm 72/22$	$0.064^{\ddagger}$
				3 و بالاتر	16 (12/21)	$12/04 \pm 82/03$	
				شاخص توده بدنی (کیلوگرم/مترمربع) <sup>§</sup>			
				کمتر از 18/5 تا 24/9	14 (10/69)	$19/43 \pm 62/64$	
				25-29/9	68 (51/91)	$18/89 \pm 73/52$	$0.577^{\ddagger}$
				30 و بیشتر	49 (37/40)	$21/78 \pm 69/89$	
				کفایت درآمد ماهیانه برای هزینه‌های زندگی <sup>¥</sup>			
				کافی	99 (75/57)	$21/10 \pm 71/08$	$0.502^{\dagger}$
				نسبتاً کافی	32 (24/43)	$16/30 \pm 73/82$	
				داشتن سابقه سقط			
				بله	21 (16/03)	$18/77 \pm 80/35$	$0.31^{\dagger}$
				خیر	110 (83/97)	$19/89 \pm 70/11$	

<sup>†</sup> آزمون تی‌مستقل + آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، \* آزمون همبستگی پیرسون، <sup>§</sup> فقط یک نفر با شاخص توده بدنی کمتر از 18/5 وجود داشت، <sup>¥</sup> فقط یک نفر با درآمد ناکافی وجود داشت.

سلامتی ( $2/32 \pm 2/06$ ) و کمترین میانگین نمره مربوط به علامت خارش ( $1/00 \pm 1/62$ ) بود (جدول 2).

در مورد وضعیت علائم هموروئید، بیشترین میانگین نمره مربوط به علامت تأثیر منفی هموروئید بر حس

جدول ۲- وضعیت علائم هموروئید در زنان مبتلا به هموروئید داخلی درجه I و II مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی

شهر تهران		
متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین (چارک ۲۵ تا چارک ۷۵)
درد	۱/۷۵ $\pm$ ۱/۹	۲ (۱ تا ۳)
خارش	۱/۶۲ $\pm$ ۱/۰۰	۰ (۰ تا ۲)
تورم	۱/۶۹ $\pm$ ۱/۶۱	۱ (۰ تا ۲)
خونریزی	۱/۶۷ $\pm$ ۱/۰۱	۰ (۰ تا ۱)
احساس ناراحتی در مقعد	۱/۸۹ $\pm$ ۲/۲۳	۲ (۱ تا ۳)
تأثیر منفی هموروئید بر حس خوب بودن	۲/۰۶ $\pm$ ۲/۳۲	۲ (۱ تا ۳)

نمرات حیطة‌های مختلف کیفیت زندگی در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین نمره کلی کیفیت زندگی ۶۸/۸۹  $\pm$  ۱۹/۷۵ بود. بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطة سلامت محیط (۷۰/۴۶  $\pm$  ۱۴/۱۸) و کمترین میانگین در حیطة سلامت جسمانی (۶۲/۳۵  $\pm$  ۱۶/۱۸) به دست آمد.

جدول ۳- وضعیت کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در زنان مبتلا به هموروئید داخلی درجه I و II مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران

متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	محدوده نمرات کسب شده
سلامت جسمانی	۱۶/۱۸ $\pm$ ۶۲/۳۵	۲۱/۴ تا ۱۰۰/۰
سلامت روانی	۱۴/۳۲ $\pm$ ۶۴/۳۴	۳۷/۵ تا ۹۱/۶
روابط اجتماعی	۱۸/۴۰ $\pm$ ۶۴/۰۵	۸/۳ تا ۱۰۰/۰
سلامت محیط	۱۴/۱۸ $\pm$ ۷۰/۴۶	۴۳/۷ تا ۹۶/۸
نمره کل	۱۹/۷۵ $\pm$ ۶۸/۸۹	۱۲/۵ تا ۱۰۰/۰

ارتباط بین علائم هموروئید و کیفیت زندگی در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴- ارتباط علائم هموروئید و ابعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان مبتلا به هموروئید داخلی درجه I و II مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران

متغیر	سلامت جسمانی (P) r	سلامت روانی (P) r	سلامت اجتماعی (P) r	سلامت محیط (P) r	نمره کل (P) r
درد	(۰/۰۹) - ۰/۱۴	(۰/۳۶) - ۰/۰۸	(۰/۲۹) - ۰/۰۹	(۰/۴۴) - ۰/۰۶	(۰/۰۰۱) - ۰/۲۸
خارش	(۰/۹۵) - ۰/۰۰۵	(۰/۸۶) - ۰/۰۱	(۰/۶۴) - ۰/۰۴	(۰/۹۷) - ۰/۰۰۳	(۰/۱۳) - ۰/۱۳
تورم	(۰/۰۵) - ۰/۱۷	(۰/۲۷) - ۰/۰۹	(۰/۰۰۶) - ۰/۲۴	(۰/۰۲) - ۰/۲۰	(۰/۰۰۲) - ۰/۲۶
خونریزی	(۰/۳۸) - ۰/۰۷	(۰/۵۸) - ۰/۰۴	(۰/۵۸) - ۰/۰۴	(۰/۳۴) - ۰/۰۸	(۰/۰۲) - ۰/۲۰
احساس ناراحتی در مقعد	(۰/۰۴) - ۰/۱۸	(۰/۴۹) - ۰/۰۶	(۰/۰۸) - ۰/۱۴	(۰/۱۶) - ۰/۱۲	(۰/۰۰۱) - ۰/۲۷
تأثیر منفی هموروئید بر حس خوب بودن	(۰/۵۴) - ۰/۰۵	(۰/۵۷) - ۰/۰۴	(۰/۶۳) - ۰/۰۴	(۰/۶۶) - ۰/۰۳	(۰/۰۰۶) - ۰/۲۳

\*آزمون پیرسون، به جز موارد مشخص شده، در باقی موارد از آزمون اسپیرمن استفاده شده است.

نیز، همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت. بین علامت احساس ناراحتی در مقعد و زیردامنه سلامت جسمانی کیفیت زندگی همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت ( $r=0/18$ ,  $p=0/04$ ). هیچ کدام از مشخصات فردی- اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری نداشتند.

بین نمره کلی کیفیت زندگی با تمام علائم هموروئید به جز خارش، همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت ( $r=0/28$  تا  $r=0/20$ ;  $p<0/05$ ). بین علامت تورم در ناحیه مقعد و بعد سلامت اجتماعی کیفیت زندگی همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت. همچنین بین علامت تورم در ناحیه مقعد و بعد سلامت محیط کیفیت زندگی ( $r=0/20$ ,  $p=0/02$ )

بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، تنها بین متغیر سابقه سقط با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ( $p=0/031$ ) (جدول ۱). متغیرهای سابقه سقط، تعداد بارداری و تعداد زایمان که با نمره کلی کیفیت زندگی رابطه داشتند ( $p<0/2$ )، با همدیگر وارد مدل خطی عمومی شدند و بر اساس مدل خطی عمومی تعدیل یافته، هیچ‌کدام از مشخصات فردی- اجتماعی نظیر سن ( $p=0/732$ )، شغل ( $p=0/215$ )، تحصیلات ( $p=0/810$ )، با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری نداشتند.

### بحث

در مطالعه حاضر که با هدف تعیین ارتباط شدت علائم هموروئید و کیفیت زندگی انجام شد، شرکت‌کنندگان نمره کلی کیفیت زندگی بالاتر از متوسط داشتند. بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه سلامت محیط و سپس در حیطه سلامت روانی و کمترین میانگین در حیطه سلامت جسمانی به‌دست آمد. بین نمره کلی کیفیت زندگی با تمام علائم هموروئید به جز خارش، همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت، به عبارت دیگر با افزایش شدت علائم هفت‌گانه هموروئید که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند، به جز خارش، کیفیت زندگی کاهش یافت. هیچ‌کدام از مشخصات فردی- اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری نداشتند.

در این مطالعه میانگین نمره کلی کیفیت زندگی  $62/35$  از محدوده نمره قابل کسب  $0-100$  بود که با نتایج مطالعه خاکبازان و همکاران (۲۰۱۰) همسو بود (۲۶). آنها معتقد بودند حمایت از زنان در دوران نفاس از طریق مشاوره تلفنی می‌تواند نمره ابعاد جسمی و روحی- روانی و عملکرد اجتماعی و نمره کلی کیفیت زندگی را در گروه آزمون افزایش دهد ( $80/2$  در مقابل  $61/64$ ). در مطالعه حاضر، کمترین میانگین نمره ( $62/35$ ) در حیطه سلامت جسمانی بود، در حالی که در مطالعه خاکبازان و همکاران، کمترین میانگین نمره در حیطه سلامت روانی به‌دست آمد که شاید دلیل این اختلاف، ابتلاء تمام افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر به هموروئید باشد.

همچنین در مطالعه خاکبازان و همکاران، اکثر افراد مورد مطالعه ساکن روستا بودند و درآمد ناکافی داشتند و این مسأله دسترسی آنان را به دیگر منابع حمایتی محدود می‌کرد، درحالی‌که در مطالعه حاضر همه زنان، ساکن شهر و دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و از درآمد کافی برخوردار بودند. از دیگر تفاوت‌های این دو مطالعه می‌توان به انجام مداخله در پژوهش خاکبازان و همکاران اشاره کرد که پس از انجام مشاوره تلفنی، کیفیت زندگی افراد بهبود یافت، درحالی‌که در مطالعه حاضر هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت و نمره کیفیت زندگی حاصل تأثیر بیماری هموروئید بر روی کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان بود.

نتایج مطالعه قدس‌بین و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که ارائه اقدامات حمایتی در ارتقاء میانگین نمره کیفیت زندگی پس از زایمان به‌طور معنی‌داری مؤثر است؛ به‌گونه‌ای که بعد از ۶ هفته، از نظر میانگین نمره کیفیت زندگی، بین گروهی که برنامه حمایتی دریافت کرده بودند و گروهی که مراقبت‌های معمول را در مراکز بهداشتی- درمانی دریافت کرده بودند، اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت (۳۹). همچنین مطالعه هانگ و همکار (۲۰۰۱) در چین نشان داد که عوامل اجتماعی چون حمایت همسر و اطرافیان بر سطح استرس پس از زایمان تأثیرگذار است و هرچه حمایت اطرافیان افزایش یابد، عوارض روانی این دوران نیز کمتر خواهد شد (۴۰). نتایج هر دو مطالعه فوق نشان می‌دهد که به‌دلیل ایجاد تغییرات فیزیولوژیکی، روحی و اجتماعی در دوره پس از زایمان، ارائه راهبردهای حمایتی به مادر در طول بارداری و پس از زایمان توسط همسر، خانواده و مراقبین به‌منظور بهبود سلامت مادر و کیفیت زندگی او ضروری به‌نظر می‌رسد.

در مطالعه حاضر میانگین نمره حیطه سلامت جسمانی کیفیت زندگی  $62/35$  و میانگین نمره حیطه سلامت روانی  $64/34$  بود که با نتایج مطالعه بهرامی و همکاران (۲۰۰۸) در دزفول همخوانی نداشت (۳۱). در مطالعه بهرامی میانگین نمره حیطه سلامت جسمانی کیفیت زندگی  $82/2$  بود که نشان‌دهنده کیفیت عملکرد جسمانی در حد بسیارخوب است و بیشترین امتیاز را در

بین ابعاد مختلف پرسشنامه، بررسی سلامت SF-۳۶ به دست آورد. ابعاد شادابی و محدودیت روانی ناشی از مشکلات روانی نیز کمترین میانگین نمرات را داشتند. شاید دلیل تفاوت بین نتایج مطالعه حاضر و مطالعه بهرامی، شرکت زنان با تحصیلات بالا، درآمد کافی و زندگی در شرایط اجتماعی بهتر در مطالعه حاضر بود که باعث کاهش استرس‌های دخیل در کیفیت زندگی می‌گردد. همچنین در مطالعه حاضر، تمام زنان شرکت‌کننده مبتلا به هموروئید بودند (علائم جسمانی ناشی از هموروئید می‌تواند بر حیطه سلامت جسمانی کیفیت زندگی تأثیرگذار باشد)، ولی در مطالعه بهرامی و همکاران، یکی از معیارهای خروج از مطالعه، وجود بیماری طبی (مانند هموروئید) در مادر بود که همین امر موجب حذف یکی از عوامل دخیل در کاهش کیفیت زندگی شده بود، و لذا نمرات به دست آمده در حیطه سلامت جسمانی در دو مطالعه متفاوت بود.

در مطالعه‌ای (۲۰۰۶) در کانادا، میانگین نمره عملکرد جسمانی زنان در دوران پس از زایمان ۹۰/۹ گزارش شد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۴۱) که این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع شرکت‌کنندگان دو مطالعه باشد. مطالعه حاضر بر روی زنان مبتلا به هموروئید انجام گرفت، در حالی که مطالعه انجام شده (۲۰۰۶) در کانادا، بر روی زنان با بارداری دوم و بیشتر انجام گرفت؛ احتمال می‌رود آشنایی این زنان با تغییرات دوران بارداری و پس از زایمان بر بهتر بودن عملکرد جسمانی آنها مؤثر باشد.

در مطالعه حاضر بین نمره کلی کیفیت زندگی با تمام علائم هموروئید به جز خارش، همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه لی و همکاران (۲۰۱۴)، هموروئید با افسردگی و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری داشت (۴۲). افسردگی مرتبط با هموروئید می‌تواند باعث بی‌نظمی در غذا خوردن و کاهش فعالیت بدنی گردد. از سوی دیگر این احتمال نیز وجود دارد که علائم هموروئید اثرگذار بر روی کیفیت زندگی، باعث ایجاد افسردگی شود. نتایج مطالعه لی و همکاران با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت، هر چند مطالعات صورت

گرفته جهت اثبات این موضوع کم می‌باشد و انجام مطالعات بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

در مطالعه مارتینسون و همکاران (۲۰۰۷) بین هموروئید و کیفیت زندگی افراد ۶ ماه پس از عمل هموروئیدکتومی ارتباط معناداری وجود داشت. در مطالعه ریس و همکاران (۲۰۱۱) صرف نظر از درجه هموروئید، هیچ تفاوتی در کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه وجود نداشت، در حالی که در مطالعه حاضر کیفیت زندگی در افراد مبتلا به هموروئید کاهش یافته بود (۲۴، ۴۳). در مطالعه سایلر و همکاران (۱۹۹۸) شاخص کیفیت زندگی بیماری‌های معده‌ای روده‌ای GIQLI<sup>۱</sup> در بیماران مبتلا به فیشر مقعد، یبوست شدید و بی‌اختیاری مدفوع پایین بود، اما در افراد مبتلا به هموروئید اینگونه نبود (۴۴)؛ شاید علت تفاوت در نتایج مطالعات ریس و همکاران (۲۰۱۱) و سایلر و همکاران (۱۹۹۸) با مطالعه حاضر، تفاوت در جامعه مورد پژوهش و ابزار ارزیابی کیفیت زندگی باشد (۲۴، ۴۴). در مطالعه سایلر و همکاران (۱۹۹۸)، ۳۲۵ فرد مراجعه‌کننده به درمانگاه بیماری‌های آنورکتال به‌عنوان نمونه پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند و از بین آنها فقط ۹۶ نفر مبتلا به هموروئید بودند. در مطالعه ریس و همکاران (۲۰۱۱) نیز ۹۷۶ بیمار که در برنامه مراقبت سلامت کشوری غربالگری سرطان کولورکتال شرکت کرده بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند، بنابراین اکثر این افراد بالای ۵۰ سال سن داشتند. همچنین در مطالعه سایلر و همکاران (۱۹۹۸) از پرسشنامه GIQLI<sup>۲</sup> و در مطالعه ریس و همکاران (۲۰۱۱) از پرسشنامه SF-12 استفاده شد که ممکن است به‌طور متفاوتی از مطالعه حاضر، جنبه‌های کیفیت زندگی را سنجیده باشند.

در مطالعه حاضر بین مشخصات فردی- اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباطی یافت نشد. در مطالعه آکین و همکاران (۲۰۰۹)، سن مادر، سطح تحصیلات زن و همسر، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و تعداد فرزندان، از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان مطرح شدند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۳۸).

<sup>۱</sup> Gastrointestinal QOL Index



کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که عملکرد جسمی، روحی - روانی، اجتماعی و معنوی فرد را در برمی‌گیرد و می‌تواند تحت تأثیر اعتقادات سیاسی، فرهنگی، اقتصادی و معنوی فرد قرار گیرد (۲۸). همچنین بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمی، تأثیری مستقیم بر روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد (۴۵). با توجه به نتایج این پژوهش، کمک به حل مشکلات دوران پس از زایمان می‌تواند با پاسخ‌دهی به نیازهای زنان، در بهبود کیفیت زندگی آنان مؤثر باشد. این امر می‌تواند مورد توجه مسئولان امر قرار گیرد تا در حیطه خدمات پس از زایمان، حمایت جسمی و روانی مادران را مدنظر قرار داده و بخش‌های مشاوره و ارائه خدمات پس از زایمان توسط ماماها در بیمارستان‌های زنان و زایمان را فعال‌تر سازند و در برنامه‌ریزی‌های کلان بهداشتی کشور، جایگاهی ویژه جهت ارائه خدمات به مادران در دوره پس از زایمان در نظر بگیرند. یکی از نقاط قوت مطالعه حاضر این بود که این مطالعه، اولین مطالعه‌ای است که به بررسی کیفیت زندگی در افراد مبتلا به هموروئید در دوره پس از زایمان پرداخته است. همچنین استفاده از جراح عمومی جهت تشخیص هموروئید درجه I و II، از دیگر نقاط قوت این مطالعه به‌شمار می‌رود که باعث افزایش دقت در انجام مطالعه و انتخاب صحیح افراد گردید. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نداشتن افرادی با تحصیلات زیردیپلم در بین مشارکت‌کنندگان اشاره کرد که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به افراد با تحصیلات پایین کمتر می‌کند. همچنین ماهیت مقطعی مطالعه محدودیت دیگر طرح است که ارتباط نشان داده شده بین کیفیت زندگی و علائم هموروئید دقیقاً نشانگر رابطه علی و معلولی نیست.

همچنین این مطالعه فقط بر روی بیماران مبتلا به هموروئید داخلی درجه I و II انجام گرفت و نتایج قابل تعمیم به بیماران مبتلا به هموروئید داخلی درجه ۳ و ۴ نیست. در نتیجه پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده، در سطح وسیع‌تر در سایر نقاط شهری و روستایی و در سایر گروه‌های جامعه و با در نظر گرفتن محدودیت‌های این پژوهش انجام شود.

### نتیجه‌گیری

در این مطالعه شرکت‌کنندگان نمره کلی کیفیت زندگی بالاتر از متوسط داشتند و علائم هموروئید بر کیفیت زندگی اثر منفی داشت. با توجه به این‌که کیفیت زندگی پس از زایمان در زنان، ارتباط معناداری با هموروئید دارد و به دلیل ایجاد تغییرات فیزیولوژیکی، روحی و اجتماعی در این دوره، نیاز به ارائه اقدامات حمایتی مادر در طول بارداری و پس از زایمان توسط همسر، خانواده و مراقبین بهداشتی به‌منظور بهبود سلامت مادر و کیفیت زندگی او ضروری است.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد که در شورای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد IR.TBZMED.REC.1396.125 به تصویب رسیده است. بدین‌وسیله از همکاری معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به‌دلیل حمایت‌های مالی و معنوی از این پژوهش و همچنین از تمامی مادران شرکت‌کننده در مطالعه و از کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران که صادفانه در طی نمونه‌گیری همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Morgan G, Hamilton C. Practice guidelines for obstetrics & gynecology. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
2. World Health Organization. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide: report of a technical working group. Geneva: World Health Organization; 1998.
3. Mirmolaei ST, Valizadeh A, Mahmoodi M, Tavakol Z. Effect of home postpartum care on quality of life of low risk mothers. *J Hayat* 2011; 17(2):42-51. (Persian).
4. Ebrahimi DN, Shirzad S, Taher M. An overview on irritable bowel syndrome and new treatments. *J Med Council IRI* 2009; 29(1):49-68. (Persian)
5. Bao W, Ma A, Mao L, Lai J, Xiao M, Sun G, et al. Diet and lifestyle interventions in postpartum women in China: study design and rationale of a multicenter randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2010; 10(1):103.
6. Rouhi M, Heravi-karimooi M, Usefi H, Salehi K, Habibzadeh S, Shojaee M. Prevalence and persistence of health problems after child birth and maternal correlations with parity. *J Health Promot Manag* 2012; 1(4):51-60. (Persian).
7. Mohseni M, Bahadoran P, Abedi H. The quality of postpartum care from mothers' viewpoint. *Hakim Res J* 2009; 12(1):27-40. (Persian).
8. Glazener CM, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102(4):282-7.
9. Zhou SZ, Wang XL, Wang Y. Design of a questionnaire for evaluating the quality of life of postpartum women (PQOL) in China. *Qual Life Res* 2009; 18(4):497-508.
10. Uzma A, Underwood P, Alkinston D, Thackrah R. Postpartum health in a Dhaka slum. *Soc Sci Med* 2005; 48(3):313-20.
11. Davis R. The postpartum experience southeast Asian women in the United States. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2001; 26(4):208-13.
12. Radmehr M, Alizadeh S, Basikhasteh M. Survey of maternal health's problems and their help behavioral after delivery in women referring to health centers. *Nurs Dev Health* 2013; 3(4-5):93-9. (Persian).
13. Bove A, Bellini M, Battaglia E, Bocchini R, Gambaccini D, Bove V, et al. Consensus statement AIGO/SICCR diagnosis and treatment of chronic constipation and obstructed defecation (part II: treatment). *World J Gastroenterol* 2012; 18(36):4994.
14. Sacomori C, Silveira C, Sperandio FF, Cardoso FL. Prevalence, repercussion and factors associated with intestinal constipation in women in Florianópolis. *J Coloproctol* 2014; 34(4):254-9.
15. Beck D. American dictionary of colon and rectal surgenos (ASCRS). 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer; 2011.
16. Schubert MC, Sridhar S, Schade RR, Wexner SD. What every gastroenterologist needs to know about common anorectal disorders. *World J Gastroenterol* 2009; 115(26):3201-9.
17. Kopljar M, Balduzzi S, Patrlj L, Mihanovic J, Markulin H, Bakota B, et al. Topical treatment for hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 11:CD009443.
18. Fauci AS. *Harrisons principle of internal medicine*. 17<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2008.
19. Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & suddarths textbook of medical-surgical nursing*. 12<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin; 2008.
20. Kasper D, Braunwald E, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Fauci A. *Harrisons principles of internal medicine*. 16<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
21. Corman ML, Corman ML. *Colon and rectal surgery*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
22. Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, Lopez-Yarto M, Zhou Q, Johanson JF, et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(1):181-8.
23. Riss S, Weiser FA, Schwameis K, Riss T, Mittlbock M, Steiner G, et al. The prevalence of hemorrhoids in adults. *Int J Colorectal Dis* 2012; 27(2):215-20.
24. Riss S, Weiser FA, Riss T, Schwameis K, Mittlbo M, Stift A. Haemorrhoids and quality of life. *Colorectal Dis* 2011; 13(4):e48-52.
25. Abedian Z, Nikpour M, Mokhber N, Ebrahimi S, Khani S. Evaluation of relationship between delivery mode and postpartum quality of life. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2010; 13(3):47-52. (Persian).
26. Khakbazan Z, Golyan Tehrani S, Payghambardoost R, Kazemnejad A. Effect of telephone counseling during post partum period on women's quality of life. *Hayat* 2010; 15(4):5-12. (Persian).
27. Mirghafourvand M, Charandabi SM, Jafarabadi MA, Tavananezhad N, Karkhane M. Predictors of health-related quality of life in Iranian women of reproductive age. *Appl Res Qual Life* 2016; 11(3):723-37.
28. Ioannidis G, Gordon M, Adachi JD. Quality of life in osteoporosis. *Nurs Clin North Am* 2001; 36(3):481-9.
29. Crakowski MS. Health-related quality of life outcomes in clinical research. *Am J Epidemiol* 1999; 283:215.
30. Gjerdingen DK, Center BA. First-time parents' prenatal to postpartum changes in health, and the relation of postpartum health to work and partner characteristics. *Am Board Fam Pract* 2003; 16(4):304-11.

31. Bahrami N, Bahrami S. The survey of quality of life in first-time women in postpartum period. *Iran J Nurs Res* 2008; 6(23):58-64. (Persian).
32. Shamshiri MH, Amiri P, Heidarnia M, Abachizadeh K, Abadi A, Malekkehahi A. The effects of postpartum home care on constipation and hemorrhoids at sixty days postpartum. *J Babol Univ Med Sci* 2015; 17(12):26-32. (Persian).
33. Symon A, MacDonald A, Ruta A. Postnatal quality of life assessment: introducing the mother-generated index. *Birth* 2002; 29(1):40-6.
34. Cheng CY, Fowles ER, Walker LO. Postpartum maternal health care in the United States: a critical review. *J Perinat Educ* 2006; 15(3):34-42.
35. Man KM, Chen WC, Wang HM, Chen HY, Shen JL, Chen LD, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of a Chinese herbal Sophora flower formula in patients with symptomatic haemorrhoids: a preliminary study. *Afr J Tradit Complement Alternat Med* 2013; 10(2):343-51.
36. Ebrahimi N, Vohra-Miller S, Koren G. Anorectal symptom management in pregnancy: development of a severity scale. *J Popul Their Clin Pharmacol* 2011; 18(1):e99-105.
37. Nejat S, Montazeri A, Holakouee K, Mohammad K, Majdzadeh SR. Standardization of the world health organization quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF): translation and psychometric Iranian version. *J Sch Health Health Res Institute* 1991; 4(4):1-12. (Persian).
38. Akyn B, Ege E, Kocodlu D, Demiroren N, Yylmaz S. Quality of life and related factors in women, aged 15-49 in the 12-month post-partum period in Turkey. *J Obstet Gynaecol Res* 2009; 35(1):86-93.
39. Ghodsbin F, Yazdani K, Jahanbin I. Impact of supportive efforts on the quality of life of primiparous women in the first six weeks after delivery. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(17):17-24. (Persian).
40. Hung CH, Chung HH. The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *J Adv Nurs* 2001; 36(5):676-84.
41. Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalife S. Health quality of life in postpartum depressed women. *Arch Women Ment Health* 2006; 9(2):95-102.
42. Lee JH, Kim HE, Kang JH, Shin JY, Song YM. Factors associated with hemorrhoids in Korean adults: Korean national health and nutrition examination survey. *Korean J Fam Med* 2014; 35(5):227-36.
43. Martinsons A, Narbutis Z, Bruneniek I, Pavars M, Lebedkovs S, Gardovskis J. A comparison of quality of life and postoperative results from combined PPH and conventional haemorrhoidectomy in different cases of haemorrhoidal disease. *Colorectal Dis* 2007; 9(5):423-9.
44. Sailer M, Bussen D, Debus ES, Fuchs KH, Thiede A. Quality of life in patients with benign anorectal disorders. *Br J Surg* 1998; 85(12):1716-9.
45. Gjerdingen DK, Center BA. First-time parents' prenatal to postpartum changes in health, and the relation of postpartum health to work and partner characteristics. *Am Board Fam Pract* 2003; 16(4):304-11.