

Evaluation of Temperament-based Diet Intervention on the Symptoms of Gastroesophageal Reflux Disease

Khadije Harati¹,
Seyyed Ahmad Saqebi²,
Seyyed Musa-al-Reza Hoseyni³,
Seyyed Reza Mazlum⁴,
Hamid Chamanzari⁵,
Nazila Zarqi⁵,
Zahra Dadras⁶

¹ Instructure, Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

² Associate Professor, Department of Urology, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Assistant Professor, Department of Gastroenterology, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁵ Instructure, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁶ BSc in Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received September 15, 2015 ; Accepted June 5, 2015)

Abstract

Background and purpose: Gastroesophageal reflux disease (GERD) is one of the most common chronic disorders of the digestive system. This survey was performed to determine the effect of Temperament-based dietary intervention on the symptoms of GERD.

Materials and methods: In a randomized clinical trial, 60 patients with GERD attending the Qaem Hospital in Mashhad, Iran were randomly divided into nutrition education group (n= 30) and control group (n= 30). In case group, patients were referred to the Traditional Medicine Clinic and their temperament and dystemperament were verified by a traditional medicine physician. Temperament-based dietary education was held in intervention group for 1.5 hours according to the determined dystemperament. The participants were asked to follow the diet for two weeks. In control group, the same process was carried out along with the accustomed dietary education without taking notice to their temperament. The GERD questionnaire, food frequency questionnaire (FFQ), and 24-hour diet recalls (24-HDR) were administered to collect the data. SPSS V.11.5 was used to analyze the data applying Chi-square, Mann-Whitney, Independent T test, and Paired T test.

Results: After the intervention, significant decrease were seen in the symptoms among the intervention group including heartburn (25.5%), frequency of acid regurgitation (14%), heartburn severity (11.3%), acid regurgitation severity (23.6%) and duration of heartburn (5.2%), duration of acid regurgitation (34%), and heartburn dissemination (8.8%) (P<0.05).

Conclusion: Considering temperament in diet can play an important role in improving the symptoms in patients with Gastroesophageal Reflux Disease.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT2013030912751N1)

Keywords: nutrition education, gastroesophageal reflux, nursing, symptoms, temperament

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(140): 45-59 (Persian).

تأثیر آموزش تغذیه برحسب مزاج بر علائم بیماران مبتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری

خدیدجه هراتی^۱
سیداحمد ناقبی^۲
سید موسی الرضا حسینی^۳
سیدرضا مظلوم^۴
حمید چمنزاری^۵
نازیلا زرقی^۵
زهرا دادرس^۶

چکیده

سابقه و هدف: ریفلاکس معده به مری از جمله شایع ترین اختلالات مزمن دستگاه گوارش بوده و این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش تغذیه برحسب مزاج بر علائم بیماری ریفلاکس معده به مری انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی تصادفی ۶۰ بیمار مبتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری مراجعه کننده به بیمارستان قائم (عج) شهر مشهد به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه کنترل (۳۰ نفر) و آموزش تغذیه (۳۰ نفر) قرار گرفتند. در گروه مداخله، بیماران به درمانگاه دانشکده طب سنتی ارجاع شده و مزاج پایه و سوء مزاج، توسط پزشک طب سنتی تعیین شد. سپس کلاس آموزشی به مدت ۱/۵ ساعت متناسب با سوء مزاج تعیین شده برگزار و از بیماران خواسته شد تا رژیم را به مدت ۲ هفته رعایت کنند. در گروه کنترل، همین روند آموزشی مبتنی بر رژیم رایج بدون توجه به مزاج صورت گرفت. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه ثبت سه روزه علائم بیماری، بسامد خوراک و یادآمد ۲۴ ساعته در هر دو گروه آموزش تغذیه و کنترل بودند.

یافته‌ها: پس از مداخله دفعات سوزش سردل (۲۵/۵ درصد)، دفعات بازگشت اسید (۱۴ درصد)، شدت سوزش سردل (۱۱/۳ درصد)، شدت بازگشت اسید (۲۳/۶ درصد)، مدت سوزش سردل (۵/۲ درصد)، مدت بازگشت اسید (۳۴ درصد) و درجه انتشار سوزش سردل (۸/۸ درصد) در گروه آموزش تغذیه نسبت به گروه کنترل بهبودی قابل ملاحظه‌ای داشتند که از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/05$).

استنتاج: آموزش تغذیه برحسب مزاج شاخصه‌های علائم بیماری را در بیماران مبتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری را بهبود می بخشد.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT۲۰۱۳۰۳۰۹۲۲۷۵۱N۱

واژه های کلیدی: آموزش تغذیه، بیماری ریفلاکس معده به مری، پرستاری، علائم، مزاج

مقدمه

ریفلاکس معده به مری از جمله شایع ترین اختلالات مزمن دستگاه گوارش در همه‌ی گروه‌های سنی است (۲،۱). طبق گزارش سازمان بین المللی اختلالات عملکردی معده‌ای روده‌ای، این بیماری ۵ تا ۷ درصد از جمعیت

E-mail: kh.harati@savehums.ac.ir

مؤلف مسئول: خدیدجه هراتی - اراک: ساوه، دانشکده علوم پزشکی ساوه

۱. مری، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران
۲. دانشیار، گروه اورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. استادیار، گروه گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۵. مری، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۶. کارشناس پرستاری، دانشگاه تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۶/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۹/۲۳ تاریخ تصویب: ۱۳۹۵/۳/۱۶

جهان را تحت تاثیر قرار داده است (۳). هرچند که آماری مشخص از میزان شیوع علائم بیماری در ایران تاکنون گزارش نشده است (۴) ولی شیوع آن در تهران سال ۱۳۷۸، ۳۹/۷ درصد بوده است (۵). خطرناک‌ترین عارضه این بیماری، مری بارت، ضایعه‌ای پیش‌سرطانی است که در ۱۰ درصد موارد منجر به آدنوکارسینوم مری می‌گردد (۱۰-۵) علائم این بیماری، کیفیت زندگی را حتی از زخم‌های دئودنوم، پرفشاری خون درمان نشده، نارسایی احتقانی قلب خفیف، آنژین یا یائسگی بیش‌تر تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۱). این بیماری بر مراودات اجتماعی افراد (۱۲،۴) و حتی شاخصه‌های اقتصادی نیز تأثیرگذار بوده و باعث کاهش بهره‌وری و افزایش غیبت‌های کاری می‌گردد (۱۳). به‌طور کلی درمان‌ها شامل تغییر شیوه زندگی، درمان دارویی و جراحی می‌باشد (۲) کتابچه‌های راهنمای بین‌المللی توصیه می‌کنند که بیماری بازگشت معده به مری می‌باید بر اساس دفعات و شدت علائم تشخیص و مدیریت شود (۱۴).

جالب این جاست که با توجه به اهمیت اصلاحات شیوه زندگی در درمان این بیماری، ۶۵ درصد از بیماران ارجاع شده به کلینیک‌های گوارشی، در مورد این اصلاحات اطلاعاتی نشنیده‌اند (۱۵) از مضرات دارودرمانی می‌توان به طولانی بودن مدت درمان، قیمت بالا و وابسته بودن فایده آن به میزان پوشش دادن علائم بیمار اشاره نمود (۱۶). از طرفی با قطع مصرف داروها در شکل مزمن بیماری، علائم باز می‌گردند (۱۹-۱۷) و عمر تحقیقات انجام شده در مورد بررسی عوارض اثرات داروها نهایتاً تا ده سال است (۲۰). بیش‌ترین مداخلات اولیه در این بیماری آموزشی‌اند (۲۱،۱۶). در درمان بیماری اول می‌باید شیوه زندگی را تغییر داد و آموزش می‌تواند به‌عنوان روشی کارآمد در اولویت روش‌های درمانی محسوب شود (۲۲-۲۵). در این میان تغییر در تغذیه بیماران آسان‌ترین، ارزان‌ترین و مطمئن‌ترین رویکرد درمانی به‌شمار می‌روند (۲۵). آداب غذا خوردن، یکی از مهم‌ترین اصول طب سنتی است که بر قبول و معرفی امزاج استوار

می‌باشد و بر طبق آن، چهار مزاج اصلی دم، صفر، سودا و بلغم وجود دارد. این مزاج‌ها بطور غالب در افراد و غذاها بطور خاص وجود دارند که متأسفانه شیوه زندگی امروزی خصوصاً نحوه تغذیه از این اصول فاصله گرفته است (۲۶،۲۷). در کتاب الحاوی اثر محمدبن زکریای رازی به ۸ علت بیماری سوءهاضمه اشاره شده است که یکی از آن‌ها سازگار نبودن غذا با معده و مزاج شخص مصرف‌کننده است (۲۸).

عدم تعادل در مزاج بدن و غذاها باعث شروع بیماری و بروز سوءمزاج است. درمان براساس تصحیح مزاج، به منظور دستیابی به حالت تعادل است. هر فردی دارای مزاج خاصی است، از این رو درمان‌ها می‌باید در جهت مخالف سوءمزاج غالب شده در اثر بیماری باشد (۲۹). تاکنون، در مورد اصلاح وضعیت تغذیه‌ای مطابق با مزاج افراد طبق اصول طب سنتی ایرانی پژوهشی صورت پذیرفته است. تنها زارعی و جوادی در مطالعه‌ای گزارش کردند که در گروه اصلاح مزاج در زمان قبل از مداخله با بعد از انجام دوره اصلاح مزاج تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت (۳۰). در مطالعات مختاری‌فر، اکبری کامرانی، سالاری و مظلوم نیز طبق نتایج ارائه شده اختلاف معنی‌دار آماری بین میانگین دفعات، شدت، مدت بروز علائم و انتشار درد در قبل و بعد از مداخله‌ی آموزشی وجود داشت (۲۳). با عنایت به این‌که سازمان جهانی بهداشت، برنامه استراتژیک توسعه و ترویج طب سنتی را منتشر نموده است (۳۱،۳۲) هم‌چنین با توجه به نقش پرستاران به‌عنوان عضوی از تیم درمان در برنامه‌های مربوط به طب مکمل و جایگزین از جمله آموزش اصلاحات تغذیه‌ای (۳۳،۳۴)؛ و تشویق بیماران به درمان‌های ارزان‌تر (۳۲،۳۵)، می‌تواند نقشی اساسی در جهت ارتقای سطح سلامت جامعه ایفا کند. از این‌رو این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش تغذیه بر حسب مزاج بر دفعات، شدت و مدت علائم بیماری ریفلکس معده به مری در سال ۱۳۹۲ در شهر مشهد انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی دو گروهه با طرح تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. تمامی بیماران مبتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری که به بیمارستان قائم (عج) مراجعه نموده‌اند، جامعه پژوهش را تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری در این پژوهش، به روش به روش غیراحتمالی آسان و تخصیص آن‌ها در دو گروه به صورت تصادفی بود. بدین صورت که بیماران پذیرش شده بر طبق معیارهای ورود انتخاب و سپس به صورت تصادفی و با پرتاب سکه (شیر یا خط) به دو گروه آموزش تغذیه (شیر) و کنترل (خط) تخصیص شدند. برای تعیین حجم نمونه از مطالعه راهنما بر روی ۱۰ نفر در دو گروه کنترل و آموزش تغذیه استفاده شد. بر اساس فرمول مقایسه دو میانگین با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد برای سه متغیر اصلی دفعات، شدت و مدت سوزش سردل و بازگشت اسید در سه روز متوالی، بیش‌ترین حجم نمونه برآورد شده مربوط به شاخص مدت سوزش سردل بود که تعداد ۲۷ نفر در هر گروه محاسبه شد. برای اطمینان از باقی ماندن تعداد کافی از واحدهای پژوهش با پیش‌بینی میزان تقریبی حذف، ۳۰ نفر در هر گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. متغیرهای مورد مطالعه عبارت بودند از: دفعات بروز سوزش سردل و ریفلاکس، شدت بروز سوزش سردل و ریفلاکس، مدت سوزش سردل و ریفلاکس و انتشار سوزش سردل، سن، جنس، قد، نمایه توده بدنی، شغل، تحصیلات، تأهل، کالری مصرفی، مزاج و سوء مزاج، میزان تبعیت از رژیم غذایی و کالری مصرفی روزانه، مصرف قرص‌های شیمیایی پس از اتمام مطالعه. معیارهای ورود شامل: سن افراد در بازه ۳۰ تا ۶۵ سال، ساکن مشهد، مراجعه کنندگان در فصل بهار (طبق مبانی طب سنتی ایرانی (۳۶)، از پانزدهم اسفند ماه سال ۱۳۹۱ تا پایان خرداد ماه سال ۱۳۹۲ هجری شمسی)، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن و فارسی زبان، حداقل دوبار در هفته سوزش سردل داشته باشد و تأیید

تشخیص ابتلا به ریفلاکس توسط دکتر فوق تخصص گوارش بودند. معیارهای خروج شامل تجربه واقعه‌ای استرس‌زا در یک ماه اخیر، بارداری، اعضای تیم بهداشت و درمان، شرکت کنندگان در تحقیقات مشابه با آموزش‌های تغذیه‌ای برای بیماری ریفلاکس معده به مری، دریافت کنندگان آموزش در مورد بیماری ریفلاکس معده به مری از سایر منابع یا درمان‌های مشابه، بیماران دچار عوارض بیماری ریفلاکس معده به مری (تنگی مری و خون‌ریزی)، افرادی که تحت اعمال جراحی ضد ریفلاکس و رزکسیون معده و واگوتومی قرار گرفته‌اند، ابتلا به بعضی از بیماری‌ها (اسکلرودرمی، بیماری‌های بافت همبند، دیابت شیرین، آسیت، هیپو و هایپرتیروئیدی و آمیلیوئیدوزیس؛ اعتیاد مواد مخدر و الکل، سرطان، اختلال در بلع و بدنال آن کاهش وزن و افراد مبتلا به خونریزی‌های دستگاه گوارش و نیازمند بستری شدن در بیمارستان)، مصرف داروهای القاکننده ریفلاکس (داروهای آنتی‌کولینرژیک، دوپامین، مورفین، نیترات، کافئین، تئوفیلین و دیازپام)، عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه مطالعه یا از دسترس خارج شدن مثل مسافرت یا تغییر رژیم درمانی بودند.

به منظور گردآوری داده‌ها پس از اخذ تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد، پژوهشگر با کسب معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی و هماهنگی با مسئولین دانشکده طب سنتی و بخش آندوسکوپی بیمارستان قائم (عج) برای بیماران در مورد موضوع، اهداف و روش پژوهش به صورت شفاهی و انفرادی به شکل چهره به چهره در حد ۵ دقیقه برای آن‌ها توضیح و به سؤالات آن‌ها پاسخ داده و اقدام به اخذ رضایت‌نامه آگاهانه می‌نمود (این مطالعه در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران با کد IRCT2013030912751N1 به ثبت رسیده است). بعد از آن، برای بیماران توسط پزشک فوق تخصص گوارش، آندوسکوپی انجام می‌گرفت و در صورتی که بیمار دارای زخم فرسایشی نبوده و از نظر معیارهای

صحبت شد. در پایان بعد دریافت بازخورد مثبت از بیمار به سؤالات وی پاسخ داده شد. بعد از توضیح در مورد نحوه تکمیل چک لیست رعایت رژیم غذایی و فرم ثبت سه روزه علائم بیماری (برای سه روز آخر سه هفته دوم بعد از آموزش تغذیه تاریخ زده می شد)، پمفلت آموزشی شامل مباحث گفته شده به آنان تحویل داده شد. برای گروه کنترل نیز شیوه تدریس دقیقاً با ویژگی های ذکر شده برای گروه آموزش تغذیه (به منظور یکسانی رفتار آموزش)، در مراجعین همان روز بدون توجه به نوع مزاج افراد و در همان بیمارستان قائم (عج) بود. تاریخ مراجعه مجدد جهت تحویل فرم ها و ارزیابی مجدد در بخش آندوسکوپی بیمارستان قائم (عج) برای دو هفته دیگر تعیین و از آنان خواسته شد تا در تاریخ تعیین شده مراجعه کنند. پیگیری برای تکمیل فرم ها در هر دو گروه به صورت تلفنی در پایان هفته اول بود. پس از گذشت دو هفته از کلاس آموزشی بیمارستان طبق تاریخ مقرر در روزهای تعیین شده به واحد آندوسکوپی بیمارستان قائم (عج) مراجعه نموده و فرم های تکمیل شده ثبت سه روزه علائم بیماری و چک لیست رژیم غذایی خود را تحویل می دادند. در روز مراجعه بیمارستان به صورت رایگان مجدداً توسط پزشک فوق تخصص معاینه شده و در صورت تمایل بیمار برای وی داروی شیمیایی تجویز می شد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: فرم انتخاب واحدهای پژوهش، پرسشنامه اطلاعات فردی، فرم ثبت سه روزه علائم بیماری، پرسشنامه بسامد خوراک، فرم یادآمد ۲۴ ساعته، چک لیست رعایت رژیم غذایی و دستگاه وزنه دیجیتال که در زیر توضیح داده می شوند:

فرم انتخاب واحد پژوهش: این فرم پژوهشگر ساخته بر مبنای معیارهای ورود و خروج تهیه شده و شامل ۱۸ سؤال بلی یا خیر می باشد که توسط پژوهشگر و از طریق مصاحبه تکمیل شد.

آندوسکوپی دارای شرایط لازم می بود، برای ارجاع تأیید می شد. پس از تکمیل فرم اطلاعات دموگرافیک و بسامد خوراک توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه، نحوه پر کردن فرم یادآمد ۲۴ ساعته و پرسشنامه ثبت سه روزه علائم بیماری (متغیرهای وابسته تحقیق) همراه با تکمیل یک روز برایشان توضیح داده و از آنان خواسته می شد تا آن ها را در منزل به مدت سه روز تکمیل کنند و در روز مراجعه به کلینیک طب سنتی، همراه خود بیاورند. بعد از حضور بیمارستان در دانشکده طب سنتی، پژوهشگر فرم های یادآمد ۲۴ ساعته و پرسشنامه ثبت سه روزه علائم بیماری را از آنان تحویل می گرفت. انجام مداخله به این صورت بود که بعد از تعیین مزاج پایه و سوء مزاج توسط پزشک متخصص طب سنتی از بیمارستان دعوت می شد تا در کلاس آموزش تغذیه شرکت کنند. در رابطه با تعیین مزاج که در واقع براساس معیارهای فیزیولوژیک هر فرد دارای یکی از مزاج های نه گانه بنام مزاج پایه بطور مادرزادی می باشد، اما در صورت عدم رعایت دستورات مزاجی مطابق با مزاج پایه که موجب سلامت و تعادل بدن است، مزاجی که غلبه می کند باعث بیماری می شود و از آن تحت عنوان سوء مزاج یاد می گردد. سوء مزاج های مسبب بیماری در این پژوهش سوداوی و بلغمی هستند که هر دو جزو مزاج های سرد هستند و رژیم دریافتی توسط بیمارستان در خلاف جهت سوء مزاج تعیین شده یعنی رژیم هایی با غذاهایی با طبع گرم بود (۳۷). ارائه رژیم بصورت تدریس به روش سخنرانی، پرسش و پاسخ و مشارکت فعال به همراه نمایش اسلاید بود. آموزش تغذیه بر حسب سوء مزاج تعیین شده و خلاف جهت آن، همراه با نمایش اسلاید در مورد علائم و نحوه ایجاد بیماری، ارکان و امزجه، غذاهای مناسب و نامناسب با سوء مزاج تعیین شده، عوارض و بیماری هایی که در صورت عدم رعایت رژیم و ثابت شدن سوء مزاج ایجاد شده در طول زمان زیاد پیش خواهند آمد، به مدت یک ساعت و نیم

1. Food Frequency Questionnaire (FFQ)
2. 24 hours dietary recalls (HDRs)

پرسشنامه اطلاعات فردی

این فرم پژوهشگر ساخته شامل ۲۱ سؤال بسته، پاسخ در زمینه خصوصیات فردی، سوابق بیماری واحدهای پژوهش است، که از طریق مصاحبه تکمیل گردید.

فرم ثبت سه روزه علائم بیماری

این فرم پژوهشگر ساخته شامل سه قسمت می باشد که هر قسمت در یک روز توسط بیمار تکمیل میگردد. هر قسمت دارای تعداد دفعات سوزش سردل و بازگشت اسید در آن روز، خط کش ۱ تا ۱۰ برای ثبت شدت سوزش سردل و بازگشت اسید و تصاویر مربوط به ناحیه انتشار سوزش سردل) که توسط بیماران ثبت می شد.

پرسشنامه بسامد خوراک

این پرسشنامه بر پایه ساختار پرسشنامه ویلت طراحی و بر اساس ارقام غذایی ایرانی تعدیل گردیده است و حاوی سئوالاتی در زمینه میانگین بسامد مصرف ارقام غذایی با توجه به اندازه سروینگ استان دارد و یا مقداری که به طور معمول برای مردم جامعه آشناتر است. در قالب این پرسشنامه، افراد می توانستند پاسخ ایشان را به صورت دفعات و میزان مصرف در روز (مثل نان) یا در هفته (مثل برنج و گوشت) یا در سال (مثل ماهی) یا به صورت هرگز گزارش کنند.

فرم یادآمد ۲۴ ساعته

فرمی است که بیماران تمامی خوراک مصرف شده در یک شبانه روز را با نام و مقدار مصرف در آن می نوشتند.

چک لیست رعایت رژیم غذایی

این فرم پژوهشگر ساخته شامل ۸۳ غذای توصیه شده و ۵۷ غذای منع شده برای سوءمزاج سودا و ۸۸ غذای توصیه شده و ۶۹ غذای منع شده برای سوءمزاج بلغم بود که در پایان هرروز، مواد غذایی توصیه و منع شده مصرف شده در آن روز را صادقانه به مدت ۱۴ روز

علامت می زدند. به منظور محاسبه میزان خالص تبعیت از رژیم غذایی، برای هر ماده غذایی توصیه شده مصرف شده در هر روز +۱ (=نمره تبعیت از رژیم \checkmark) و برای هر ماده غذایی منع شده -۱ (=نمره تخلف از رژیم \times) در نظر گرفته و درصد تبعیت از رژیم برای هر فرد، طبق فرمول $100 \times \frac{\checkmark}{\checkmark + \times}$ محاسبه شد.

نمره خالص تبعیت از رژیم های غذایی طبق فرمول زیر محاسبه گردید:

$$\text{نمره خالص تبعیت از رژیم های غذایی} = \frac{\text{نمره ی از تبعیت غذایی} + \text{نمره ی تخلف از غذایی}}{100 \times}$$

برای اندازه گیری ها از ترازوی دیجیتال راسا ساخت ایران مدل ۸۷۰۲۷۶ با دقت ۰/۱ کیلوگرم که حداکثر وزن را با ۱۵۰ کیلوگرم و حداقل ۵ کیلوگرم را اندازه گیری می نمود و دارای قدسنج میله ای نیز با دقت ۰/۱ سانتی متر بود، استفاده شد.

در رابطه با ابزارهای پژوهش، جهت تعیین روایی فرم انتخاب واحد پژوهش، پرسشنامه اطلاعات فردی، فرم ثبت سه روزه علائم بیماری و چک لیست رعایت رژیم غذایی از روایی محتوا استفاده شد؛ به این صورت که این فرم در اختیار ۸ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه قرار گرفت و پس از منظور نمودن اصلاحات لازم، در پژوهش استفاده شد. پرسشنامه بسامد خوراک و فرم یادآمد ۲۴ ساعته روایی نسبی این ابزارها توسط حسینی اصفهانی و همکاران (۱۳۸۸) با ضریب همبستگی ۰/۵۳ در مردان و ضریب همبستگی ۰/۳۹ در زنان تأیید شده است (۳۸).

در رابطه با پایایی ابزارها

فرم انتخاب واحد پژوهش با توجه به مطالعات مشابه و مشاور با اساتید راهنما و مشاور تهیه شده و در تحقیقات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است؛ بنابراین پایایی آن تأیید شده است. پرسشنامه اطلاعات فردی شامل سئوالاتی واضح می باشد که به دفعات در سایر تحقیقات مورد استفاده قرار گرفته است؛ بنابراین

مربوط به علائم بیماری با استفاده از تی زوجی برای متغیرهای نرمال و ویلکاکسون برای متغیرهای غیرنرمال صورت گرفت. از آزمون آماری تی مستقل برای متغیرهای نرمال و آزمون من ویتنی برای متغیرهای غیرنرمال و از آزمون مجذور کای برای متغیرهای اسمی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۱۱/۵ و در سطح معنی داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

شاخص‌های دموگرافیکی واحدهای پژوهش در جدول ۱ نمایش داده شده‌اند.

جدول شماره ۱: شاخص‌های دموگرافیک دو گروه

شاخص	آموزش تغذیه	کنترل	سطح معنی داری
سن	۴۱/۳±۱۰	۴۲/۴±۶/۸	۰/۳۵۵
وزن	۷۱/۵±۱۳/۱	۷۴/۹±۱۴/۶	۰/۳۴
قد	۱/۶±۰/۱	۱/۶±۰/۱	۰/۶۶۶
BMI	۲۵/۵±۴/۳	۲۷/۱±۴/۸	۰/۱۹۳
کالری مصرفی (بسامد خوراک)	۲۰۶۴/۲±۶۲۶/۹	۲۳۲۵/۳±۸۰۸/۸	۰/۱۶۸
کالری مصرفی (یادآمد ۲۴ ساعته)	۲۰۴۴±۵۵۵/۹	۲۳۲۸/۳±۸۲۸/۸	۰/۱۳
تبعیت از رژیم غذایی مزاج پایه	۶۳/۳±۱۱/۵	۶۶/۱±۱۳/۹	۰/۳۹۷
صفاوری	۴۰	-	
دموی	۳۳/۳	-	
سوداوی	۱۶/۷	-	
بلغمی	۱۰	-	
سوءمزاج			
سوداوی	۵۳/۳	-	
بلغمی	۴۶/۷	-	
جنسیت			۱
زن	۵۳/۳	۵۳/۳	
مرد	۴۶/۷	۴۶/۷	
شغل			۰/۱۶۵
آزاد	۲۳/۳	۴۳/۳	
کارمند	۳۰	۵۰	
خانه‌دار	۴۶/۷	۳/۳	
دانشجو	۲۰	۳/۳	
تحصیلات			۰/۳۹۳
دیپلم	۴۰	۳۳/۳	
فوق‌دیپلم	۱۰	۱۲/۳	
کارشناسی	۱۶/۷	۳۳/۳	
کارشناسی ارشد	۳۳/۳	۲۰	
تأهل			۱
متأهل	۷۳/۳	۷۰	
مجرد	۲۶/۷	۳۰	

پایایی آن تأیید شده است. پایایی فرم ثبت سه‌روزه علائم بیماری توسط پژوهشگر به روش بازآزمون^۳ به فاصله دو هفته برای تمام ویژگی‌های ذکر شده ابرار بر روی ۱۰ نفر از بیماران با ضرایب همبستگی ۰/۸۰ تا ۰/۹۶ تأیید شد. پایایی فرم بسامد خوراک و فرم یادآمد ۲۴ ساعته توسط حسینی اصفهانی و همکاران (۱۳۸۸) با ضریب همبستگی ۰/۵۹ در مردان و ضریب همبستگی ۰/۶۹ در زنان تأیید شده است (۳۸). پایایی چک‌لیست رعایت رژیم غذایی نیز توسط پژوهشگر به روش بازآزمون به فاصله دو هفته بر روی ۲۰ نفر از افراد با مزاج‌های پایه سودا و بلغم با ضرایب همبستگی ۰/۹۹ و ۰/۹۸ تأیید شد. پایایی ترازوی دیجیتال با وزنه شاهد ۵ کیلوگرمی و مترنواوری یک متری، در ۱۰ بار اندازه‌گیری و تأیید شد. تفاوت‌های فردی، خصوصیات روانی، ویژگی‌های شخصیتی فرد که تأثیرگذار بر رفتار فرد در تبعیت از رژیم غذایی و آموزش‌پذیری می‌شد با تخصیص تصادفی گروه مداخله و کنترل تا حدودی از این نظر همگن شدند. از طرفی به منظور همگن شدن بیماران از نظر مزاجی حداالامکان سعی شد تمامی عوامل ممکن تحت کنترل باشند، اما از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار که اعراض نفسانی است و پژوهشگر نتوانست بر آن کنترلی داشته باشد تعریف، درک و میزان تحمل علائم بیماری از نظر افراد مختلف متفاوت بوده که به تبع آن بر کیفیت زندگی افراد مؤثر است که به هر حال در این پژوهش اندازه‌گیری شد و در نهایت با آزمون‌های آماری نشان داده شد که ارتباط معنی‌داری با دفعات، شدت، مدت و انتشار سوزش سردل پس از آموزش تغذیه ندارد. نرمالیتی داده‌ها با آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیروویک بررسی شد. برای مقایسه متغیرهای کیفی دموگرافیک در دو گروه از آزمون مجذور کای و برای متغیرهای کمی دموگرافیک و همچنین مقادیر پایه، از آزمون t مستقل استفاده شد. مقایسه قبل و بعد از مداخله برای متغیرهای

1- Test-retest

واحدهای پژوهش در گروه آموزش تغذیه (۱۵ نفر معادل ۵۰ درصد) بعد از آموزش تغذیه به مصرف قرص‌های شیمیایی روی نیاوردند ولی اکثریت واحدهای پژوهش در گروه کنترل (۱۹ نفر معادل ۶۳/۳ درصد) مصرف قرص را از سر گرفتند. نتیجه آزمون کای اسکوئر نشان داد که بین دو گروه و شروع قرص بعد از آموزش تغذیه ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$).

جدول شماره ۲: میانگین شاخص‌های علائم بیماری در بیماران مبتلا به ریفلاکس معده به مری مورد مطالعه در دو گروه آموزش تغذیه و کنترل قبل و بعد از مداخله

شاخص	مرحله	گروه		نتیجه آزمون رای مقایسه بین گروهی
		آموزش تغذیه		
		انحراف معیارمیانگین	انحراف معیارمیانگین	
دفعات سوزش سردل	قبل از مداخله	$3/7 \pm 2/4$	$3/6 \pm 2/4$	** $p = 0/917$
	بعد از مداخله	$1/8 \pm 1/5$	$3/5 \pm 2/2$	** $p = 0/001$
نتیجه آزمون برای مقایسه‌ی درون گروهی		* $p = 0/000$	* $p = 0/096$	
دفعات بازگشت اسید	قبل از مداخله	$6/2 \pm 3/4$	$6/3 \pm 3/1$	** $p = 0/885$
	بعد از مداخله	$3/1 \pm 2/3$	$6 \pm 3/3$	** $p = 0/000$
نتیجه آزمون برای مقایسه‌ی درون گروهی		* $p = 0/000$	* $p = 0/047$	
شدت سوزش سردل	قبل از مداخله	$4/7 \pm 2/5$	$4/7 \pm 2/4$	** $p = 0/918$
	بعد از مداخله	$2/4 \pm 1/9$	$4/2 \pm 2/3$	** $p = 0/003$
نتیجه آزمون برای مقایسه‌ی درون گروهی		* $p = 0/000$	* $p = 0/002$	
شدت بازگشت اسید	قبل از مداخله	$5/5 \pm 2/1$	$5/9 \pm 1/9$	** $p = 0/448$
	بعد از مداخله	$3/2 \pm 1/6$	$5/6 \pm 2/1$	** $p = 0/000$
نتیجه آزمون برای مقایسه‌ی درون گروهی		* $p = 0/000$	* $p = 0/143$	
مدت سوزش سردل	قبل از مداخله	$16/9 \pm 16/1$	$19/5 \pm 18/3$	** $p = 0/442$
	بعد از مداخله	$11/2 \pm 13/4$	$19/3 \pm 19/4$	** $p = 0/019$
نتیجه آزمون برای مقایسه‌ی درون گروهی		* $p = 0/000$	* $p = 0/352$	
مدت بازگشت اسید	قبل از مداخله	$3 \pm 1/8$	$2/9 \pm 1/6$	** $p = 0/939$
	بعد از مداخله	$1/9 \pm 1/2$	$2/8 \pm 1/5$	** $p = 0/025$
نتیجه آزمون برای مقایسه‌ی درون گروهی		* $p = 0/001$	* $p = 0/564$	

*آزمون تی زوجی، **آزمون تی مستقل، •آزمون ویلکاکسون، ••آزمون من وینتی

بحث

در مروری گسترده بر مطالعات انجام شده در زمینه تأثیر آموزش تغذیه بر حسب مزاج بیماران مبتلا به ریفلاکس معده به مری که به‌طور کامل مشابه تحقیق حاضر باشد، یافت نشد؛ با توجه به این که میانگین تبعیت از رژیم غذایی در هر دو گروه (گروه آموزش تغذیه

یافته‌ها نشان داد بین دو گروه آماری، تفاوت معنی‌داری ($p > 0/05$) در متغیرهای مدت ابتلا به بیماری ($p = 0/584$)، سابقه خانوادگی ($p = 0/761$)، ابتلا به سینوزیت ($p = 0/795$) وجود نداشت. در ۵۸/۳ درصد از بیماران (۱۹ نفر در گروه آموزش تغذیه و ۱۶ نفر در گروه کنترل)، مدت یک‌سال یا کم‌تر از زمان ابتلا به بیماری می‌گذرد؛ ۷۶/۷ درصد از بیماران (۲۴ نفر در گروه آموزش تغذیه و ۲۲ نفر در گروه کنترل) دارای سابقه خانوادگی مثبت و ۵۶/۷ درصد از بیماران (۱۸ نفر در گروه آموزش تغذیه و ۱۶ نفر در گروه کنترل) مبتلا به سینوزیت هم بودند.

در رابطه با نتایج حاصله از علائم بیماری، مقایسه‌ی میانگین شاخص‌های دفعات سوزش سردل و بازگشت اسید، شدت سوزش سردل و بازگشت اسید و مدت سوزش سردل و بازگشت اسید در دو گروه کنترل و آموزش تغذیه (مقایسه‌ی بین گروهی) نشان داد که بین دو گروه از نظر این شاخص‌ها قبل از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود نداشت و از نظر این شاخص‌ها هر دو گروه همگن بودند ($p > 0/05$)؛ اما بعد از آموزش تغذیه بر حسب مزاج، میانگین این شاخص‌ها به‌جز دفعات بازگشت اسید و شدت سوزش سردل به‌طور معنی‌داری در گروه آموزش تغذیه کمتر از گروه کنترل بود ($p < 0/05$). طبق نتایج آزمون، مقایسه‌ی میانگین نمرات دو متغیر دفعات بازگشت اسید و شدت سوزش سردل در گروه کنترل هم بعد از آموزش تغذیه بر حسب طب نوین بدون توجه به مزاج دارای کاهش معنی‌دار اما کمتر از گروه آموزش تغذیه بوده است ($p < 0/05$). (جدول شماره ۲).

اکثر بیماران در گروه کنترل (۲۲ نفر معادل ۷۳/۳ درصد) بدون تغییر در درجه انتشار سوزش سردل و در گروه آموزش تغذیه (۱۴ نفر معادل ۴۶/۷ درصد) با یک درجه کاهش در انتشار سوزش سردل بودند. آزمون دقیق کای اسکوئر ارتباط معنی‌داری بین انتشار سوزش سردل بین دو گروه را نشان داد ($p < 0/05$). اکثر

۱۱/۵ ± ۶۳/۳ و گروه کنترل (۱۳/۹ ± ۶۶/۱) تقریباً یکسان بود، آموزش رژیم غذایی رایج طب مدرن در گروه کنترل نیز به میزان اندکی موجب بهبود علائم بیماری گردیده است اما این افزایش باز هم در مقابل گروه آموزش تغذیه بسیار ناچیز است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان مدعی شد که آموزش تغذیه بر حسب مزاج توانسته است بر وقوع علائم همراه بیماری تأثیر مثبت گذاشته و به‌طور معنی‌داری بهبودی آن‌ها را افزایش دهد.

نتایج مطالعه مختاری‌فر و همکاران در سال ۱۳۷۹ با هدف مقایسه تاثیر آموزش «تغییر شیوه زندگی» و مصرف «قرص سوکرافیت» بر سوزش زیر جناغ سینه زنان باردار با مطالعه حاضر همراستا است. مختاری‌فر در این کارآزمایی بالینی به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای در سه گروه «دارونما»، «سوکرافیت» و «آموزش» بر روی ۷۰ زن باردار واجد شرایط همراه با یک ارزیابی بالینی سه روز گذشته سوزش زیر جناغ سینه انجام دادند و در نهایت به یک اختلاف معنی‌دار آماری بین میانگین دفعات ($p=0/024$)، شدت ($p=0/008$)، مدت ($p=0/011$) و انتشار سوزش سردل با بیش‌ترین اثربخشی به نفع آموزش بعد از مداخله رسیدند و آموزش «تغییر شیوه زندگی» را به عنوان روشی کارآمد در اولویت روش‌های درمانی سوزش زیر جناغ سینه زنان باردار پیشنهاد کردند (۲۳). مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعه مختاری‌فر حاکی از این مطلب است که تغییرات در شاخصه‌های علائم بیماری در مطالعه ما بیشتر بوده است که تفاوت در جامعه مورد مطالعه را می‌توان از دلایل آن برشمرد، زیرا جامعه این مطالعه از میان مراجعه‌کنندگان به بیمارستان قائم (عج) بوده و بارداری از معیارهای حذف این پژوهش بود، زیرا بارداری خود می‌تواند از دلایل القاکننده بیماری باشد (۳۹)، در حالی که جامعه مطالعه مختاری‌فر بر روی زنان باردار انجام گرفته بود.

Bytzer و Reimer در سال ۲۰۰۹ مطالعه‌ای تحت عنوان «بررسی مبتنی بر جمعیت به‌منظور بررسی علائم رنج آور در بیماری ریفلاکس معده به مری» با هدف

بررسی خصوصیات علائم آزاردهنده و رنج آور و مقایسه راه‌های متفاوت طبقه‌بندی علائم زجرآور ریفلاکس انجام دادند. در واقع بدلیل وجود شواهد اندک در مورد آستانه دفعات و شدت برای طبقه‌بندی علائم آزاردهنده بیماری، با یک دعوت پست الکترونیکی اعضای پاسخگوی صفحه شبکه به تعداد ۱۲۸۴ نفر که علائم ریفلاکس خود را در ۴ هفته آینده گزارش کردند، به پرسشنامه کامل ملحق شدند. در نهایت، ارتباط میان علائم آزاردهنده خود گزارش شده (ابزار شبه دیداری ۱۰درجه‌ای) و علائم آزاردهنده (علائم خفیف > یک روز/هفته یا علائم متوسط/شدید ≤ روز/هفته) و خصوصیات بالینی تحلیل شدند. طبق نتایج ۳۸ درصد از افراد علائم ریفلاکس را گزارش کردند. توافق بین طبقه‌بندی علائم آزاردهنده دفعات و شدت و علائم آزاردهنده خود گزارش شده ضعیف تا متوسط بود. با استفاده از نقطه برش ۴ در ابزار شبه‌دیداری ۱۰درجه‌ای بهترین توافق (کاپا= ۰/۳۵) را نشان داد. از میان ۴۸۲ نفر پاسخگویندگان علامت‌دار، برطبق دفعات و شدت ۵۵ درصد دارای علائم آزاردهنده و برطبق ابزار خود گزارش‌دهی ۵۷ درصد دارای علائم آزاردهنده بودند. ۸۰ نفر از بیمارانی که علائم را آزاردهنده گزارش کرده بودند، برطبق ابزار دفعات و شدت به عنوان ابتلا به علائم آزاردهنده طبقه‌بندی نشدند و نگرانی‌های سلامتی گزارش شده، فقدان بهره‌وری کاری و درمان دارویی در آن‌ها در اغلب موارد بطور قابل توجهی بیش‌تر از ($p \leq 0/03$) بیماران مبتلا به علائم آزاردهنده برطبق هر دو طبقه‌بندی بود (۴۰). در واقع این مطالعه، استفاده از ابزارهای خود گزارش‌دهی ۱۰درجه‌ای را بجای استفاده از ابزارهای قدیمی دفعات و شدت پیشنهاد می‌کند و نتایج این مطالعه با نتایج حاصل از دفعات و شدت قبل از مداخله همراستا است. البته باید توجه داشت که در این مطالعه در مدت سه روز بیماران هر روز دفعات و شدت علائم خود را یادداشت می‌کردند در حالی که در مطالعه Reimer و Bytzer در

مورد وقوع و شدت علائم در طول هفته گذشته سؤال شده بود. از طرفی شدت شاخصی نسبی است و از فردی به فرد دیگر متفاوت است و در بعضی از مطالعات اختلاف نظر در مورد قضاوت شدت بیماری از نظر بیماران و کادر درمانی تأیید شده است (۱۴)؛ ولی سایر شاخص‌ها عینی‌ترند. در مطالعه حاضر تنها شاخصی که در گروه کنترل نیز دارای تفاوت معنی‌داری پس از آموزش تغذیه شد همین شاخص شدت سوزش سردل بود.

هم‌چنین، مطالعه Dibley و همکاران در سال ۲۰۱۰ با هدف تعیین این که آیا یک مراقبت اولیه سازماندهی شده توسط پرستار می‌تواند موجب ایجاد رفتارهایی شود که علائم بیماری را در جهت بهبودی علائم، افزایش حس کنترل و کاهش نیاز به تجویز دارو شود، سوق دهد؟ به این منظور مداخله‌ای متمرکز بر رژیم و کنترل اضطراب بر روی ۴۲ بیمار ۳۱ تا ۸۶ ساله ترتیب دادند و در پایان به این نتیجه رسیدند که بعد از سه ماه، بهبودی قابل توجهی در نمرات درک بیماری^۴ و شدت بیماری^۵ حاصل شد ($p < 0/01$) اما کاهش در مصرف داروهای مهارکننده پمپ پرتون و نمره اضطراب و افسردگی بیمارستانی^۶ بوجود نیامد، هم‌چنین بیماران فوایدی را نیز گزارش کرده بودند که از جمله آن می‌توان به شناخت فیزیولوژی بیماری، یادگیری تکنیک‌های رفتاری به منظور تغییرات تغذیه‌ای و کنترل استرس اشاره کرد (۴۱). این نتایج با مطالعه حاضر همخوانی دارد که در واقع اثر یک مراقبت پرستاری اولیه سازماندهی شده را بر شاخصه درک و شدت بیماری سنجیده است، که در این مطالعه آموزش تغذیه برحسب مزاج صورت گرفته ولی در مطالعه Dibley اثر مراقبت سنجیده شده است.

ضیاءپور و محدث اردبیلی در سال ۱۳۷۵ مطالعه‌ای با نام «بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود، به بیماران مبتلا به ریفلاکس معده به مری، بر نحوه عملکرد و دفعات عود بیماری در درمانگاه گوارش بیمارستان

بانک ملی ایران» بر روی ۱۰۰ نفر بیمار در دو گروه مورد و کنترل پس از تخصیص تصادفی انجام داده و پرسشنامه سنجش عملکرد بیماران در امر مراقبت از خود جهت تکمیل در بازه زمانی ۴ هفته‌ای قبل و بعد از مداخله یک جلسه آموزشی ۲۰ دقیقه‌ای همراه جزوه آموزشی انجام گرفت. یافته‌ی این مطالعه نشان داد که آموزش مراقبت از خود می‌تواند باعث بهبود عملکرد در بیماران گردیده ($p < 0/05$) و کاهش دفعات عود بیماری را موجب شود ($p < 0/05$) (۴۲). یافته‌های این مطالعه گواه و موید نتایج مطالعه ما است و نشان می‌دهد که آموزش مراقبت از خود چه بطور کلی و چه تغذیه که قسمتی از این مراقبت است، موجب کاهش دفعات وقوع سوزش سردل و بازگشت اسید در این بیماری می‌گردد.

Jacobson و همکاران در سال ۲۰۰۶ مطالعه‌ای تحت عنوان «شاخص توده بدنی و علائم بیماری ریفلاکس معده به مری در زنان» بر روی ۱۰۵۴۵ زن شرکت‌کننده در مطالعه مرکز پرستاری به‌طور تصادفی انجام دادند. آن‌ها شاخص توده بدنی را در واحدهای پژوهش اندازه‌گیری و از پرسشنامه‌ای تکمیلی جهت تعیین دفعات، شدت و مدت علائم بیماری (شامل سوزش سردل و بازگشت اسید) استفاده کردند. دفعات علائم بصورت فقدان علامت در سال گذشته، کمتر از یک بار در ماه، حدود یک‌بار در ماه، حدود یک‌بار در هفته، چندین بار در هفته و روزانه که وقوع یک‌بار یا بیش‌تر در هفته علامت مداوم در نظر گرفته شد؛ شدت علائم بصورت خفیف، متوسط، شدید و خیلی شدید. نتایج از این قرار بود که از میان شرکت‌کنندگان پاسخگو (۸۶ درصد)، ۲۲ درصد وقوع علائم حداقل یک بار در هفته و ۵۵ درصد از کسانی که همه علائم را داشتند علائم را با شدت متوسط گزارش کرده بودند (۴۳). در مطالعه حاضر میانگین دفعات و شدت بروز دو علامت اصلی بیماری قبل از آموزش تغذیه نسبت به مطالعه Jacobson بیش‌تر بوده است، البته باید توجه داشت که مطالعه Jacobson تنها بر روی زنان انجام گرفته است، در

1. Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ)
2. GORD Impact Scale (GIS)
3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

حالی که در مطالعه ما زنان ۵۳/۳ درصد از واحدهای پژوهش را تشکیل می‌دادند.

البته مطالعاتی نیز در خلاف جهت اصلاحات تغذیه‌ای و یا شیوه زندگی در کنترل علائم بیماری ریفلاکس مری به معده نیز وجود دارند. مثلاً طبق یافته‌های مطالعه مروری توسط Kaltenbach و همکاران در سال ۲۰۰۶ شواهد انگشت‌شماری، مدافع تغییرات شیوه زندگی به منظور کاهش علائم بیماری بودند. طبق یافته‌های آن‌ها از میان ۴۵ مطالعه سطح ب که بررسی شده‌اند تنها ارتباط یافت شده میان بدتر شدن علائم بیماری و مصرف تنباکو، الکل و پوزیشن به پشت خوابیده بوده است و ارتباط میان شواهد فیزیولوژیکی و بالینی با بیماری ریفلاکس معده به مری ضعیف و متناقض بوده (سطح ج، د و ه) و مطالعات سطح الف در مورد اثربخشی اصلاحات شیوه زندگی تنها به چند کارآزمایی بالینی محدود بوده است (۹۷) که مؤید اثربخش بودن رژیم غذایی در طب مدرن (ارائه شده برای گروه کنترل در این مطالعه) نسبت به رژیم متناسب با مزاج در این بیماران بوده است و از طرفی آموزش تغذیه بر حسب مزاج می‌تواند به عنوان روشی جدید و مؤثرتر مطرح باشد.

شاید بتوان علت تناقضات موجود در مورد این که آیا اصلاحات سبک زندگی در رفع علائم بیماری مؤثر هست یا نه را در عدم آموزش اصلاحات سبک زندگی یا نقص آن جستجو کرد. به طوری که طبق نتایج مطالعه ما، قریب به اتفاق واحدهای پژوهش در گروه آموزش تغذیه (۲۸ نفر معادل ۹۳/۳ درصد) و در گروه کنترل (۲۶ نفر معادل ۸۶/۷ درصد) تاکنون آموزشی در مورد بیماری دریافت نکرده بودند. در این رابطه می‌توان به مطالعه Salyers و همکاران در سال ۲۰۰۶ تحت عنوان «مشاوره اصلاحات سبک زندگی در بیماران مبتلا به ریفلاکس معده به مری» با هدف تعیین میزان مدارک مشاوره اصلاحات سبک زندگی در بیماران مراجعه

کننده به مرکز مراقبت‌های اولیه با تشخیص ریفلاکس معده به مری بود. چارت مروری گذشته‌نگر برای ۵۰۲ بیمار فعال با تشخیص اولیه یا ثانویه ریفلاکس معده به مری از دو درمانگاه پزشکی داخلی در دانشگاه آموزشگاه پزشکی ویجیتای کنزاس^۷ اجرا شد. چارت‌های مروری مدارک مشاوره برای چهار مورد خاص از اصلاحات سبک زندگی بودند: (الف) ترک سیگار و الکل، (ب) تغییرات تغذیه‌ای، (ج) بالا نگه داشتن سر تختواب و (د) اجتناب از استراحت بصورت دراز کشیده بعد از مصرف وعده غذایی. تنها ۱۲ درصد از بیماران در این نمونه مدارک مشاوره‌ای در مورد اصلاحات سبک زندگی دریافت کردند. از میان این بیماران، ۷۱ درصد در مورد تغییرات تغذیه‌ای، ۴۱ درصد ترک سیگار و الکل، ۲۸ درصد بالا بردن سر تختخواب و ۲۱ درصد اجتناب از استراحت بصورت دراز کشیده بعد از وعده غذایی مشاوره دریافت کرده بودند. این مدارک نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به ریفلاکس معده به مری در مورد اصلاحات سبک زندگی توصیه شده مشاوره کافی دریافت نمی‌کنند (۳۹). البته باید این نکته را در نظر داشت که این مطالعه در واقع به فقدان مشاوره‌ای کافی و کامل در طب نوین برای بیماران مبتلا اشاره دارد، در حالی که در این مطالعه سعی شد تمامی نکات موجود در طب نوین برای گروه کنترل بیان شود و با وجود همگنی این دو گروه، برآیند حاصله برای گروه کنترل متقاعدکننده نبود و این امر نشان‌دهنده وجود نقص‌هایی در رژیم غذایی موجود می‌باشد که نیاز به تجدیدنظر و ارائه برنامه‌ای جامع‌تر است. علاوه بر این، طبق نتایج حاصله در پژوهش حاضر، ۷۶ درصد از بیماران در گروه کنترل و ۲۴ درصد در گروه آموزش تغذیه، بعد از اتمام دو هفته رژیم غذایی را به تنهایی کافی ندانسته و به مصرف قرص تجویز شده روی آوردند که نتایج مطالعه Dibley نیز با این یافته همخوانی دارد و در مطالعه آن‌ها نیز بعد از آموزش تغییری در میزان مصرف

1. Internal medicine clinics at the University of Kansas School of Medicine—Wichita

در نهایت می توان نتیجه گرفت طبق نتایج بدست آمده آموزش تغذیه بر حسب مزاج می تواند در بهبود کیفیت زندگی بیماران با مزاج های مختلف تأثیر داشته و این آموزش می تواند به عنوان راه کاری تکمیلی در بهبود کیفیت زندگی این بیماران به کار گرفته شود؛ هم چنین می توان نتایج را در اختیار مدیران پرستاری قرار داد تا در بخش گوارش به کار بندند و بر اجرای آن توسط پرستاران نظارت کنند. پیشنهادات جهت انجام پژوهش های بیشتر در آینده به صورت انجام همین مداخله با پیگیری طولانی تر مثلاً یک ماهه یا سه ماهه و یا بررسی تأثیر مداخله بر دفعات و شدت علائم همراه بیماری ریفلاکس معده به مری توصیه می شود.

سپاسگزاری

این مقاله استخراج شده از پایان نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد آموزش پرستاری گرایش داخلی جراحی تحت عنوان بررسی تأثیر آموزش تغذیه بر حسب مزاج بر علائم بیماری ریفلاکس معده به مری می باشد که با کد ۹۱۰۸۳۸ در حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تصویب شده است. به این وسیله، از دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل تأمین اعتبار این تحقیق، از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی و کارکنان بیمارستان قائم (عج) و دانشکده طب سنتی ایرانی به خاطر همکاری صمیمانه، تشکر و قدردانی می شود.

قرص های مهار کننده پمپ پروتون بیماران پدید نیامده بود. که تمامی این یافته ها مؤید وجود نقایص و یا محدودیت های در رژیم غذایی ارائه شده موجود در طب نوین می باشد. با توجه به این که میانگین تبعیت از رژیم غذایی در هر دو گروه (گروه آموزش تغذیه $11/5 \pm 63/3$ و گروه کنترل $13/9 \pm 66/1$) تقریباً یکسان بود، آموزش رژیم غذایی رایج طب مدرن در گروه کنترل نیز به میزان اندکی موجب بهبود علائم بیماری گردیده است اما این افزایش باز هم در مقابل گروه آموزش تغذیه بسیار ناچیز است.

در رابطه با محدودیت های پژوهش، تفاوت های فردی، خصوصیات روانی، ویژگی های شخصیتی فرد که تأثیرگذار بر رفتار فرد در تبعیت از رژیم غذایی و آموزش پذیری می شد با تخصیص تصادفی گروه مداخله و کنترل تا حدودی از این نظر همگن شدند. از طرفی به منظور همگن شدن بیماران از نظر مزاجی حدالامکان سعی شد تمامی عوامل ممکن تحت کنترل باشند، اما از مهم ترین عوامل تأثیرگذار که اعراض نفسانی است و پژوهشگر نتوانست بر آن کنترلی داشته باشد تعریف، درک و میزان تحمل علائم بیماری از نظر افراد مختلف متفاوت بوده که به تبع آن بر کیفیت زندگی افراد مؤثر است که به هر حال در این پژوهش اندازه گیری شد و در نهایت با آزمون های آماری نشان داده شد که ارتباط معنی داری بامتغیرهای پژوهش پس از آموزش تغذیه ندارد.

References

- Biddle W. Gastroesophageal reflux disease: current treatment approaches. *Gastroenterology Nurs* 2003; 26(6): 228-236.
- Heartburn, gastroesophageal reflux (GER), and gastroesophageal reflux disease (GERD). *The Journal of Practical Nursing* 2008; 58(3): 21-23.
- Vaca KJ, Daake CJ, Marquez SA, Lambrechts DS. The role of laparoscopic Nissen fundoplication in gastroesophageal reflux disease. *Medsurg Nurs* 1998; 7(6): 364-370.
- Alinejad khorram M, Chupanian N, Alinejad khorram Z, Nuri F, Rafinejad S. Gastroesophageal reflux disease and response to therapy of patients in both groups with and without upper gastrointestinal endoscopy. *Govareh* 2003; 4(4): 134-137.

5. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Handbook for Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
6. Aghazade R, Hashemi B, Mohammadalizade AH, Baladast M, Honarkar Z, Ebtia M, et al. Barrett's esophagus in patients undergoing endoscopy. *Pajohesh dar Pezeshki* 2005; 28(4): 291-295.
7. Dietz J, Meurer L, Maffazzoni DR, Furtado AD, Prolla JC. Intestinal metaplasia in the distal esophagus and correlation with symptoms of gastroesophageal reflux disease. *Dis Esophagus* 2003; 16(1): 29-32.
8. Sufi A, Haque AK, Al-Shroof M, Samadani AM. Lifestyle Modifications and Disease Prevention. *JIMA* 2011; 43: 96.
9. Taylor JB, Rubenstein JH. Meta-Analyses of the Effect of Symptoms of Gastroesophageal Reflux on the Risk of Barrett's Esophagus. *Am J Gastroenterol* 2010; 105(8): 1730-1737.
10. Dietz J, Meurer L, Maffazzoni DR, Furtado AD, Prolla JC. Intestinal metaplasia in the distal esophagus and correlation with symptoms of gastroesophageal reflux disease. *Dis Esophagus* 2003; 16(1): 29-32.
11. Redmond MC. Perianesthesia care of the patient with gastroesophageal reflux disease. *J Perianesth Nurs* 2003; 18(5): 335-344.
12. Askari AH, Haji-ali-akbari N. Heartburn, over the counter drugs. *Razi* 2007; 18(4): 23-29.
13. Jansson C, Wallander MA, Johansson S, Johnsen R, Hveem K. Stressful psychosocial factors and symptoms of gastroesophageal reflux disease: a population-based study in Norway. *Scand J Gastroenterol* 2010; 45(1): 21-29.
14. McColl E, Junghard O, Wiklund I, Revicki DA. Assessing symptoms in gastroesophageal reflux disease: how well do clinicians' assessments agree with those of their patients? *Am J Gastroenterol* 2005; 100(1): 11-18.
15. Salyers WJ Jr, Mansour A, El-Haddad B, Golbeck AL, Kallail KJ. Lifestyle modification counseling in patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol Nurs* 2007; 30(4): 302-304.
16. Dunmore F. Care modes for the older adult with gastroesophageal reflux disease. *Geriatr Nurs* 2002; 23(4): 212-216.
17. Terry M, Smith CD, Branum GD, Galloway K, Waring JP, Hunter JG. Outcomes of laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease and paraesophageal hernia. *Surg Endosc* 2001; 15(7): 691-699.
18. Usai P, Manca R, Cuomo R, Lai MA, Russo L, Boi MF. Effect of gluten-free diet on preventing recurrence of gastroesophageal reflux disease-related symptoms in adult celiac patients with nonerosive reflux disease. *J Gastroenterol Hepatol* 2008; 23(9): 1368-1372.
19. Ledger S. Update on gastroesophageal reflux disease. *CANNT J* 2005; 15(4): 44-47.
20. Werbach MR. Melatonin for the treatment of gastroesophageal reflux disease. *Altern Ther Health Med* 2008; 14(4): 54-58.
21. Middlemiss C. Gastroesophageal reflux disease: a common condition in the elderly. *The Nurse Pract* 1997; 22(11): 51-52.
22. Vahedi M, Moqimi-Dehkordi B, Safayi A, Pur-Hoseynqoli A, Habibi M, Pur-Hoseynqoli MA, et al. Analysis of upper gastrointestinal disease costs in Tehran province: a population-based study, 2005. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2010; 16(6).
23. Mokhtarifar A, Akbari Kamrani M, Salari P, Mazlum R. The effect of training "lifestyle

- change" and taking "the pill Sucralfate» on burning under the sternum pregnant women. *Journal of the Mashhad University of Medical Sciences* 2000; 43(70): 37-44 (Persian).
24. Yancy WS, Provenzale D, Westman EC. Improvement of gastroesophageal reflux disease after initiation of a low-carbohydrate diet: five brief case reports. *Altern Ther Health Med* 2001; 7(6): 116-119
 25. Rayhorn N, Argel N, Demchak K. Understanding gastroesophageal reflux disease. *Nursing* 2003; 33(10): 36-41.
 26. Abolhabib A. Traditional medicine and nutrition courses and Recognition of Human nature. Tehran: Dr seyed Ali Abolhabib; 2008.
 27. Shadzi Sh, NavabAkbar F. Natural methods of disease prevention and control: health with vitamins, minerals, herbs and dietary supplements. Esfahan: Jahad daneshgahi; 2008.
 28. Mohammad-Ibne-zakariaye-Razi. Alhavi. Velayati AA, (ed). Tehran: Medical Sciences of Shahid Beheshti university; 2011.
 29. Rezaeizadeh H, Alizadeh M, Naseri M, Shams-e-Ardakani MR. The Traditional Iranian Medicine Point of View on Health and Disease. *Iranian Journal of Public Health* 2009; 38(1): 169-172.
 30. Zarei M, Javadi A. The effect of temperament modifying of hypertension. *Teb o Al Reza*. 2011;3(32): 31-32 (Persian).
 31. Naseri M. Iranian traditional medicine and its development using the World Health Organization guidelines. *Bimonthly Scientific-Medical Research Scholar* 2004; 11(52): 53-68.
 32. Shahabi S, Hassan ZM, Mahdavi M, Dezfouli M, Rahvar MT, Naseri M, et al. Hot and Cold natures and some parameters of neuroendocrine and immune systems in traditional Iranian medicine: a preliminary study. *J Altern Complement Med* 2008; 14(2): 147-156.
 33. Booth-Laforce C, Scott CS, Heitkemper MM, Cornman BJ, Lan MC, Bond EF, et al. Complementary and Alternative Medicine (CAM) attitudes and competencies of nursing students and faculty: results of integrating CAM into the nursing curriculum. *J Prof Nurs* 2010; 26(5): 293-300.
 34. Hastings-Tolsma M, Terada T. Complementary medicine use by nurse midwives in the U.S. *Complement Ther Clin Pract* 2009; 15(4): 212-219.
 35. Luthy KE, Peterson NE, Wilkinson J. Cost-efficient treatment for uninsured or underinsured patients with hypertension, depression, diabetes mellitus, insomnia, and gastroesophageal reflux. *J Am Acad Nurse Pract* 2008; 20(3): 136-143.
 36. Navidi AA, Qasemi Soleymanie K. Encyclopedia of holistic medicine: traditional and modern medicine methods. Tehran: Tymurzadeh Publishers; 2003.
 37. Avicenna. Qanun in medicine. Vol 4. Tehran, Soroush; 2001.
 38. Hosseini-Esfahani F, Asghari G, Mirmiran P, Jalali Farahani S, Azizi F. Reproducibility and Relative Validity of Food Group Intake in a Food Frequency Questionnaire Developed for the Tehran Lipid and Glucose Study. *RJMS* 2010; 17(71): 41-55 (Persian).
 39. Fauci A, Brawnwald E, Kasper D, Hauser S, Longo DL, Jameson JL, et al. *Harrison's principles of internal medicine*. 17th ed. New York: McGraw-Hill; 2008.
 40. Reimer C, Bytzer P. A population-based survey to assess troublesome symptoms in gastroesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 2009; 44(4): 394-400.

41. Dibley LB, Norton C, Jones R. Non-pharmacological intervention for gastro-oesophageal reflux disease in primary care. *Br J Gen Pract* 2010; 60(581): 459-465.
42. Ziapur N. Effect of self-care education to patients with gastro esophageal reflux disease on digestive function and frequency of relapse in the Hospital Clinic of Melli Bank of Iran in 1996. Master's thesis School of Nursing and Midwifery, Iran University; 1996 (Persian).