ORIGINAL ARTICLE

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

Khadije Harati[1],
Seyyed Ahmad Saqebi[2],
Seyyed Musa-al-Reza Hoseyni[3],
Seyyed Reza Mazlum[4],
Hamid Chamanzari[5],
Nazila Zarqi[5],
Zahra Dadras[6]

[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).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۴۰ شهریور سال ۱۳۹۵ (۵۹-۴۵)

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

خدیجه هراتی[۱]
سیداحمد ثاقبی[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 شایع‌ترین 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 مراجعه‌کننده 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 سوءمزاج، توسط پزشک طب سنتی تعیین شد. سپس کلاس آموزشی به‌مدت ۱/۵ ساعت متناسب با سوءمزاج 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 مورداستفاده شامل پرسشنامه ثبت سه‌روزه 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 معنی‌دار بود ($p<۰/۰۵$).

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 شایع‌ترین 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

مولف مسئول: خدیجه هراتی– اراک: ساوه، دانشکده علوم پزشکی ساوه E-mail: kh.harati@savehums.ac.ir
۱. مربی، 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. مربی، 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

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 اجتماعیِ 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(۲۵-۲۲). در این میان تغییر در تغذیه بیماران آسان‌ترین، ارزان‌ترین و مطمئن‌ترین رویکرد درمانی به شمار 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، صفرا، 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(۲۷،۲۶). در کتابِ الحاوی اثر محمدبن زکریای رازی به ۸ علتِ 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 مخالفِ سوءمزاجِ غالب شده در اثر بیماری باشد(۲۹). تاکنون، در مورد اصلاح وضعیت تغذیه‌ای مطابق با مزاج افراد طبق اصول طب سنتی ایرانی پژوهشی صورت نپذیرفته 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 وانتشار 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(۳۲،۳۱) هم‌چنین با توجه به نقش پرستاران به‌عنوان عضوی از تیم درمان در برنامه‌های مربوط به طب مکمل و جایگزین از جمله آموزش اصلاحات تغذیه‌ای(۳۴،۳۳)؛ و تشویق بیماران به درمان‌های ارزان‌تر(۳۵،۳۲)، می‌توانند نقشی اساسی در جهت ارتقای سطح سلامت جامعه ایفا کنند. از این‌رو این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش تغذیه بر حسب مزاج بر دفعات، شدت و مدت علایم بیماری ریفلاکس معده به مری در سال ۱۳۹۲ در شهر مشهد انجام شد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

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 به‌صورت تصادفی بود. بدین صورت که بیماران پذیرش شده برطبق معیارهای ورود انتخاب و سپس به‌صورت 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 سوءمزاج، 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، مراجعه‌کنندگان 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 سر دل 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، شرکت‌کنندگان در تحقیقات مشابه با آموزش‌های تغذیه‌ای برای بیماری ریفلاکس معده به مری، دریافت‌کنندگان 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 بدنبال 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 رژیم‌درمانی بودند.

به‌منظور 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 به‌صورت شفاهی و انفرادی به شکل چهره به چهره در حد ۵ دقیقه برای آن‌ها توضیح و به سؤالات آن ها 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

آندوسکوپیکی دارای شرایط لازم می‌بود، برای ارجاع تأیید می‌شد. پس از تکمیل فرم اطلاعات دموگرافیک و بسامد خوراک توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه، نحوه پر کردن فرم یادآمد ۲۴ ساعته و پرسشنامه ثبت سه‌روزه علائم بیماری (متغیرهای وابسته تحقیق) همراه با تکمیل یک روز برایشان توضیح داده و از آنان خواسته می‌شد تا آن‌ها را در منزل به مدت سه روز تکمیل کنند و در روز مراجعه به کلینیک طب سنتی، همراهِ خود بیاورند. بعد از حضور بیماران در دانشکده طب سنتی، پژوهشگر فرم‌های یادآمد ۲۴ ساعته و پرسشنامه ثبت سه روزه علائم بیماری را از آنان تحویل می‌گرفت. انجام مداخله به این صورت بود که بعد از تعیین مزاج پایه و سوءمزاج توسط پزشک متخصص طب سنتی از بیماران دعوت می‌شد تا در کلاس آموزش تغذیه شرکت کنند. در رابطه با تعیین مزاج که در واقع براساس معیارهای فیزیولوژیک هر فرد دارای یکی از مزاج‌های نه‌گانه بنام مزاج پایه بطور مادرزادی می‌باشد، اما درصورت عدم رعایت دستورات مزاجی مطابق با مزاج پایه که موجب سلامت و تعادل بدن است، مزاجی که غلبه می‌کند باعث بیماری می شود و از آن تحت عنوان سوءمزاج یاد می‌گردد. سوءمزاج‌های مسبب بیماری در این پژوهش سوداوی و بلغمی هستند که هردو جزو مزاج‌های سرد هستند و رژیم دریافتی توسط بیماران در خلاف جهتِ سوءمزاج تعیین شده یعنی رژیم‌هایی 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 برحسب سوءمزاج تعیین شده و خلاف جهتِ آن، همراه با نمایش اسلاید در مورد علائم و نحوه ایجاد بیماری، ارکان و امزجه، غذاهای مناسب و نامناسب با سوءمزاج تعیین شده، عوارض و بیماری‌هایی که درصورت عدم رعایت رژیم و ثابت شدن سوءمزاج ایجاد شده در طول زمان زیاد پیش خواهند آمد، به‌مدت یک ساعت و نیم صحبت شد. در پایان بعد دریافت بازخورد مثبت از بیمار به سؤالات وی پاسخ داده شد. بعد از توضیح در مورد نحوه تکمیل چک‌لیست رعایت رژیم غذایی و فرم ثبت سه‌روزه علائم بیماری (برای سه روز آخر سه هفته دوم بعد از آموزش تغذیه تاریخ زده می‌شد)، پمفلت آموزشی شامل مباحث گفته شده به آنان تحویل داده شد. برای گروه کنترل نیز شیوه تدریس دقیقاً با ویژگی‌های 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 فرم‌ها 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 فرم‌ها در هر دو گروه به صورت تلفنی در پایان هفته اول بود. پس از گذشت دو هفته از کلاس آموزشی بیماران طبق تاریخ مقرر در روزهای تعیین شده به واحد آندوسکوپی بیمارستان قائم(عج) مراجعه نموده و فرم‌های تکمیل شده ثبت سه‌روزه علائم بیماری و چک‌لیست رژیم غذایی خود را تحویل می‌دادند. در روز مراجعه بیماران به‌صورت رایگان مجدداً توسط پزشک فوق تخصص معاینه شده و در صورت تمایل بیمار برای وی داروی شیمیایی تجویز می‌شد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: فرم انتخاب واحدهای پژوهش، پرسشنامه اطلاعات فردی، فرم ثبت سه‌روزه علائم بیماری، پرسشنامه بسامد خوراک[1]، فرم یادآمد ۲۴ ساعته[2]، چک‌لیست رعایت رژیم غذایی و دستگاه وزنه دیجیتالی که در زیر توضیح داده می‌شوند:

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

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

پرسشنامه اطلاعات فردی

این فرم پژوهشگرساخته 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 می‌باشد که هرقسمت در یک روز توسط بیمار تکمیل میگردید. هر قسمت دارای تعداد دفعات سوزش سردل و بازگشت اسید در آن روز، خط‌کش ۱ تا ۱۰ برای ثبت شدت سوزش سردل و بازگشت اسید و تصاویر مربوط به ناحیه انتشار سوزش سردل) که توسط بیماران ثبت می‌شد.

پرسشنامه بسامد خوراک

این پرسشنامه بر پایه ساختار پرسشنامه ویلت طراحی و بر اساس اقلام غذایی ایرانی تعدیل گردیده است و حاوی سئوالاتی در زمینه میانگین بسامد مصرف اقلام 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 می‌توانستند 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 یماران تمامی خوراک مصرف شده در یک شبانه‌روز را با نام و مقدار مصرف در آن می‌نوشتند.

چک لیست رعایت رژیم غذایی

این فرم پژوهشگر ساخته شامل ۸۳ غذای توصیه‌شده و ۵۷ غذای منع‌شده برای سوءمزاج سودا و ۸۸ غذای توصیه‌شده و ۶۹ غذای منع‌شده برای سوءمزاج بلغم بود که در پایانِ هرروز، مواد غذایی توصیه و منع شده مصرف‌شده در آن روز را صادقانه به مدت ۱۴ روز علامت می‌زدند. به‌منظور محاسبه میزان خالص تبعیت از رژیم غذایی، برای هر ماده غذایی توصیه شده مصرف شده در هر روز ۱+ (= نمره تبعیت از رژیم ✓) و برای هر ماده غذایی منع شده ۱- (= نمره تخلف از رژیم ✗) در نظر گرفته و درصد تبعیت از رژیم برای هر فرد، طبق فرمول $\frac{\checkmark}{\checkmark+\times}\times ۱۰۰$ محاسبه شد.

نمره خالص تبعیت از رژیم‌های غذایی طبق فرمول زیر محاسبه گردید:

$$\text{نمره خالص تبعیت از رژیم‌های غذایی} = \frac{\text{نمره‌ی از تبعیت غذایی}}{\text{نمره‌ی از تبعیت غذایی} + \text{نمره‌ی تخلف از غذایی}} \times ۱۰۰$$

برای اندازه گیری‌ها 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 اندازه‌گیری می‌نمود و دارای قدسنج میله‌ای نیز با دقت ۰/۱ سانتی‌متر بود، استفاده شد.

در رابطه با ابزارهای پژوهش، جهت تعیین روایی فرم انتخاب واحد پژوهش، پرسشنامه اطلاعات فردی، فرم ثبت سه‌روزه علائم بیماری و چک‌لیست 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 حسینی‌اصفهانی 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 سؤالاتی واضح می‌باشد که به دفعات در سایر تحقیقات مورد استفاده قرار گرفته است؛ بنابراین

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

پایایی آن تأیید شده است. پایایی فرم ثبت سه‌روزه علائم بیماری توسط پژوهشگر به روش بازآزمون[3] به فاصله دو هفته برای تمام ویژگی‌های ذکر شده ابزار 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 حسینی‌اصفهانی 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 مترنواری 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 به‌منظور همگن شدن بیماران از نظر مزاجی حدالامکان 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 به‌تبع آن بر کیفیت زندگی افراد مؤثر است که به هرحال در این پژوهش اندازه گیری شد و درنهایت 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 شاپیرووویک 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 مربوط به علائم بیماری با استفاده از تی زوجی برای متغیرهای نرمال و ویلکاکسون برای متغیرهای غیرنرمال صورت گرفت. از آزمون آماری تی‌مستقل برای متغیرهای نرمال و آزمون من‌ویتنی برای متغیرهای غیرنرمال و از آزمون مجذور کای برای متغیرهای اسمی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۱۱/۵ و در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

شاخص‌های دموگرافیکی واحدهای پژوهش در جدول ۱ نمایش داده شده‌اند.

جدول شماره ۱: شاخص های دموگرافیک دوگروه

شاخص		آموزش تغذیه	کنترل	سطح معنی داری
سن		۴۱/۳±۱۰	۴۳/۴±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 ۲۴ساعته)		۲۰۴۴±۵۸۵/۹	۲۳۲۸/۳±۸۲۸/۸	۰/۱۳
تبعیت از رژیم غذایی		۶۳/۳±۱۱/۵	۶۶/۱ ± ۱۳/۹	۰/۳۹۷
مزاج پایه				
صفراوی		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		۳/۳	۴۳/۳	
کارمند		۳۰	۵۰	
خانه‌دار		۴۶/۷	۳/۳	
دانشجو		۲۰	۳/۳	
تحصیلات				۰/۳۹۳
دیپلم		۴۰	۳۳/۳	
فوق‌دیپلم		۱۰	۱۳/۳	
کارشناسی		۱۶/۷	۳۳/۳	
کارشناسی ارشد		۳۳/۳	۲۰	
تأهل				۱
متأهل		۷۳/۳	۷۰	
مجرد		۲۶/۷	۳۰	

1- Test-retest

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

یافته‌ها نشان داد بین دو گروه آماری، تفاوت معنی‌داری (p>۰/۰۵) در متغیرهای مدت ابتلا به بیماری (p=۰/۵۸۴)، سابقه خانوادگی (p=۰/۷۶۱)، ابتلا به سینوزیت (p=۰/۷۹۵) وجود نداشت. در ۵۸/۳ درصد از بیماران (۱۹نفر در گروه آموزش تغذیه و ۱۶نفر 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 (۱۸نفر در گروه آموزش تغذیه و ۱۶نفر 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 بین‌گروهی) 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>۰/۰۵)؛ اما بعد از آموزش تغذیه برحسب مزاج، میانگینِ این شاخص‌ها به‌جز دفعات بازگشت اسید و شدت سوزش سردل به‌طور معنی‌داری در گروه آموزش تغذیه کمتر از گروه کنترل بود (p<۰/۰۵). طبق نتایج آزمون، مقایسه‌ی میانگین نمرات دو متغیر دفعات بازگشت اسید و شدت سوزش سردل در گروه کنترل هم بعد از آموزش تغذیه برحسب طب نوین بدون توجه به مزاج دارای کاهشی معنی‌دار اما کمتر از گروه آموزش تغذیه بوده است (p<۰/۰۵). (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<۰/۰۵). اکثر 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 کای‌اسکوئر نشان داد که بین دو گروه و شروع قرص بعد از آموزش تغذیه ارتباط معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۵).

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: آموزش تغذیه (انحراف معیار±میانگین)	گروه: کنترل (انحراف معیار±میانگین)	نتیجه آزمون رای مقایسه بین گروهی
دفعات سوزش سردل	قبل از مداخله	۳/۷±۲/۴	۳/۶ ±۲/۴	**p= ۰/۹۱۷
	بعد از مداخله	۱/۸ ±۱/۵	۳/۵ ±۲/۲	**p= ۰/۰۰۱
	نتیجه آزمون برای مقایسه‌ی درون گروهی	*p = ۰/۰۰۰	*p = ۰/۰۹۶	
دفعات بازگشت اسید	قبل از مداخله	۶/۲±۳/۴	۶/۳ ± ۳/۱	**p= ۰/۸۷۵
	بعد از مداخله	۳/۱±۲/۳	۶ ± ۳/۳	**p= ۰/۰۰۰
	نتیجه آزمون برای مقایسه‌ی درون گروهی	•p = ۰/۰۰۰	•p = ۰/۰۴۷	
شدت سوزش سردل	قبل از مداخله	۴/۷±۲/۵	۴/۷ ±۲/۴	**p= ۰/۹۱۸
	بعد از مداخله	۲/۴±۱/۹	۴/۲ ± ۲/۳	**p= ۰/۰۰۳
	نتیجه‌ی آزمون برای مقایسه‌ی درون گروهی	*p = ۰/۰۰۰	*p = ۰/۰۰۲	
شدت بازگشت اسید	قبل از مداخله	۵/۵ ± ۲/۱	۵/۹ ± ۱/۹	**p= ۰/۴۴۸
	بعد از مداخله	۳/۲±۱/۶	۵/۶ ± ۲/۱	••p= ۰/۰۰۰
	نتیجه‌ی آزمون برای مقایسه‌ی درون گروهی	•p = ۰/۰۰۰	*p = ۰/۱۴۳	
مدت سوزش سردل	قبل از مداخله	۱۶/۹±۱۶/۱	۱۹/۵ ± ۱۸/۳	••p= ۰/۴۴۲
	بعد از مداخله	۱۱/۲ ± ۱۳/۴	۱۹/۳ ± ۱۹/۴	••p= ۰/۰۱۹
	نتیجه آزمون برای مقایسه‌ی درون گروهی	•p = ۰/۰۰۰	•p = ۰/۳۵۲	
مدت بازگشت اسید	قبل از مداخله	۳ ± ۱/۸	۲/۹ ± ۱/۶	••p= ۰/۹۳۹
	بعد از مداخله	۱/۹ ± ۱/۲	۲/۸ ± ۱/۵	••p= ۰/۰۲۵
	نتیجه‌ی آزمون برای مقایسه‌ی درون گروهی	•p = ۰/۰۰۱	•p = ۰/۵۶۴	

*آزمون تی زوجی، **آزمون تی‌مستقل، •آزمون ویلکاکسون، ••آزمون من‌ویتنی

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 این‌که میانگین تبعیت از رژیم غذایی در هر دو گروه (گروه آموزش تغذیه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

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 برحسب 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 سوکرالفیت» بر سوزش زیر جناغ سینه زنان باردار با مطالعه حاضر همراستاست. مختاری‌فر در این کارآزمایی بالینی به روش نمونه گیری چند مرحله ای در سه گروه «دارونما»، «سوکرالفیت» و «آموزش» بر روی ۷۰ زن باردار واجد شرایط همراه با یک ارزیابی بالینی سه روز گذشته سوزش زیر جناغ سینه انجام دادند و درنهایت به یک اختلاف معنی دار آماری بین میانگین دفعات (p=۰/۰۲۴)، شدت (p=۰/۰۰۸)، مدت (p=۰/۰۱۱) 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 مطالعهی 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 حالی‌که جامعه مطالعه مختاری‌فر بر روی زنان باردار انجام گرفته بود.

Reimer و Bytzer 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 رنج‌آور و مقایسه راه‌های متفاوت طبقه‌بندی علائم زجرآور ریفلاکس انجام دادند. در واقع بدلیل وجود شواهد اندک درمورد 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 خودگزارش شده (ابزار شبه دیداری ۱۰درجه‌ای) و علائم آزاردهنده (علائم خفیف< یک روز/هفته یا علائم متوسط/شدید≤۱روز/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 خودگزارش 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 خودگزارش‌دهی 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 سلامتیِ گزارش شده، فقدان بهره‌وری کاری و درمان دارویی در آن‌ها در اغلب موارد بطور قابل توجهی بیش‌تر از (p ≤۰/۰۳) بیماران مبتلا به علائم آزاردهنده برطبق هر دو طبقه‌بندی بود(۴۰). درواقع این مطالعه، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی 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 همراستاست. البته باید توجه داشت که در این مطالعه در مدت سه روز بیماران هر روز دفعات و شدت علائم خود را یادداشت می‌کردند در حالی‌که در مطالعه Reimer و Bytzer در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

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[4] و شدت بیماری[5] حاصل شد ($p<۰/۰۱$) اما کاهشی در مصرف داروهای مهارکننده پمپ پرتون و نمره اضطراب و افسردگی بیمارستانی[6] 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 دقیقه‌ی همراه جزوه آموزشی انجام گرفت. یافته‌ی این مطالعه نشان داد که آموزش مراقبت از خود می‌تواند باعث بهبود عملکرد در بیماران گردیده ($p<۰/۰۵$) و کاهش دفعات عود بیماری را موجب شود ($p<۰/۰۵$)(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 سال۲۰۰۶ 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 علامتِ مداوم در نظر گرفته شد؛ شدت علائم بصورت خفیف، متوسط، شدید و خیلی شدید. نتایج از این قرار بود که از میان شرکت کنندگان 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)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

حالی‌که 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 به‌پشت 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 نبودن 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 برحسب مزاج می‌تواند به‌عنوان روشی جدید و مؤثرتر مطرح باشد.

شاید بتوان علت تناقضات موجود در مورد این‌که آیا اصلاحات سبک زندگی در رفع علائم بیماری مؤثر هست یا نه را در عدم آموزش اصلاحات سبک زندگی یا نقص آن جستجو کرد. به‌طوری‌که طبق نتایج مطالعه ما، قریب به اتفاقِ 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 پزشکی‌ویچیتای 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 نگه‌داشتن سر تختواب و (د) اجتناب از استراحت بصورت درازکشیده بعد از مصرف وعده غذایی. تنها ۱۲ درصد از بیماران در این نمونه مدارک مشاوره‌ای درمورد 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 درازکشیده 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 درواقع به فقدان مشاوره‌ای کافی و کامل در طب نوین برای بیماران مبتلا اشاره دارد، درحالی‌که در این مطالعه سعی شد تمامی نکات موجود در طب نوین برای گروه کنترل بیان شود و با وجود همگنی این دو گروه، برایند 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 به‌تنهایی کافی ندانسته و به مصرف قرص تجویزشده 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

قرص‌های مهار کننده پمپ پروتون بیماران پدید نیامده بود. که تمامی این یافته‌ها مؤید وجود نقایص و یا محدودیت‌های در رژیم غذایی ارائه شده موجود در طب نوین می‌باشد. با توجه به این‌که میانگین تبعیت از رژیم غذایی در هر دو گروه (گروه آموزش تغذیه 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.

در رابطه با محدودیت‌های پژوهش، 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 حدالامکان 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 به‌تبع آن بر کیفیت زندگی افراد مؤثر است که به هرحال در این پژوهش اندازه‌گیری شد و در نهایت با آزمون‌های آماری نشان داده شد که ارتباط معنی‌داری بامتغیرهای پژوهش پس از آموزش تغذیه ندارد.

در نهایت می توان نتیجه گرفت طبق نتایج بدست آمده آموزش تغذیه برحسب مزاج می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی بیماران با مزاج‌های مختلف تأثیر داشته و این آموزش می‌تواند به عنوان راه‌کاری تکمیلی در بهبود کیفیت زندگی این بیماران به کار گرفته شود؛ هم‌چنین می‌توان نتایج را در اختیار مدیران پرستاری قرار داد تا در بخش گوارش به‌کار بندند و بر اجرای آن توسط پرستاران نظارت کنند. پیشنهادات جهت انجام پژوهش‌های بیشتر در آینده به‌صورت انجام همین مداخله با پیگیری طولانی‌تر مثلاً یک‌ماهه یا سه‌ماهه و یا بررسی تأثیر مداخله بر دفعات و شدت علائم همراه بیماری ریفلاکس معده به مری توصیه می‌شود.

سپاسگزاری

این مقاله استخراج شده از پایان‌نامه 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 می‌شود.

References

1. Biddle W. Gastroesophageal reflux disease: current treatment approaches. Gastroenterology Nurs 2003; 26(6): 228-236.
2. Heartburn, gastroesophageal reflux (GER), and gastroesophageal reflux disease (GERD). The Journal of Practical Nursing 2008; 58(3): 21-23.
3. 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.
4. Alinejad khorram M, Chupanian N, Alinejad khoram Z, Nuri F, Rafinejad S. Gastroesophageal reflux disease and response to therapy of patients in both groups with and without upper gastrointestinal endoscopy. Govaresh 2003; 4(4): 134-137.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

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 Refl ux 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

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 seyyed Ali Abolhabib; 2008.
27. Shadzi Sh, NavabAkbar F. Natural methods of disease prevention and control: health with vitamins, minerals, herbs and dietary supplements. Esfehan: 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 temparament 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, Sorush; 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 priciples 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

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).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]