

## تأثیر آموزش تغذیه بر حسب مزاج بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری ریفلاکس معده به

### مری

حمید چمنزاری<sup>۱</sup>، سیداحمد ثاقبی<sup>۲</sup>، \*خدیجه هراتی<sup>۳</sup>، سیدموسی‌الرضا حسینی<sup>۴</sup>، نازیلا زرقی<sup>۵</sup>، سیدرضا مظلوم<sup>۵</sup>

۱. مربی گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. دانشیار گروه اورولوژی، رئیس دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. دانشجوی کارشناس ارشد آموزش پرستاری گرایش داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. استادیار گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۵. دانشجوی دکتری پرستاری، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

\* نویسنده مسؤول: مشهد، چهارراه دکترا، خیابان ابن سینا، دانشکده پرستاری و مامایی  
پست الکترونیک: sahar.harati@yahoo.com

### چکیده

**مقدمه:** ریفلاکس گاستروازوفاژیال از جمله شایع‌ترین اختلالات مزمن دستگاه گوارش است. آموزش تغییرات تغذیه‌ای به عنوان خط اول مداخلات پرستاری، آسان‌ترین، ارزان‌ترین و مطمئن‌ترین رویکرد درمانی است.

**هدف:** تعیین تأثیر آموزش تغذیه بر حسب مزاج بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری در مراجعه‌کنندگان به بیمارستان قائم (عج) شهر مشهد.

**روش:** این پژوهش تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. واحدهای پژوهش ۶۰ بیمار مبتلا به ریفلاکس معده به مری مراجعه‌کننده به بیمارستان قائم (عج) بودند؛ که بر اساس تخصیص تصادفی به دو گروه آموزش تغذیه و کنترل تقسیم شدند. مداخله پس از تعیین مزاج بیماران، شامل برگزاری کلاس آموزش تغذیه متناسب با مزاج تعیین شده به مدت ۱/۵ ساعت و رعایت رژیم غذایی تا حد امکان به مدت دو هفته بود. ابزارهای پژوهش GERD-HRQL پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به ریفلاکس معده به مری و چک‌لیست رژیم غذایی بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ و آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی و آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** با توجه به این‌که بالاتر بودن نمره این پرسشنامه نشان‌دهنده وضعیت کیفیت زندگی پایین‌تری می‌باشد، مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی دو گروه نشان داد که نمرات کیفیت زندگی در گروه آموزش تغذیه پس از مداخله ( $4/22 \pm 8/80$ ) نسبت به نمره کیفیت زندگی در گروه کنترل پس از مداخله ( $5/98 \pm 14/53$ ) کاهش معنی‌داری داشته است ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** در نظر گرفتن مزاج افراد در رژیم غذایی در آموزش‌های تغذیه‌ای توسط پرستاران می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری نقش به‌سزایی داشته باشد.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش تغذیه، بیماری ریفلاکس معده به مری، پرستار، کیفیت زندگی، مزاج

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۵/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۹/۲۴

## مقدمه

ریفلاکس گاستروازوفازیال ( Gastroesophageal Reflux Disease) از جمله شایع‌ترین اختلالات مزمن دستگاه گوارش است (۱). سوزش سردل، به عنوان علامت اصلی بیماری بازگشت محتویات معده به مری بسیار شایع بوده و شدت و شیوع آن در حال افزایش است و حدود ۷۵ درصد از شرایط پاتولوژیکی مری را تشکیل می‌دهد (۲ و ۳).

طبق گزارش سازمان اختلالات عملکردی معده‌ای روده‌ای، بیماری گاستروازوفازیال ریفلاکس ۵ تا ۷ درصد از جمعیت جهانی را متأثر می‌سازد. البته باید توجه داشت که این رقم تخمینی محافظه‌کارانه است؛ که ممکن است مواردی را گزارش نکرده باشند، که از این رقم ۱۰ تا ۱۴ درصد به طور هفتگی و ۱۵ تا ۴۴ درصد سوزش سردل یا بازگشت اسید به مری را به طور روزانه تجربه می‌کنند (۴ و ۵). هرچند که آماری مشخص از میزان شیوع علایم بیماری در ایران تاکنون گزارش نشده است (۶)؛ ولی شیوع بیماری ریفلاکس معده به مری در شهر تهران در سال ۱۳۷۸ با حجم نمونه ۷۰۰ نفر، به میزان ۳۹/۷ درصد گزارش شده است (۷).

این بیماری اولین بار در سال ۱۹۳۳ شناسایی شد (۸). اگرچه بیماری ریفلاکس گاستروازوفازیال به ندرت منجر به مرگ می‌گردد؛ تقریباً نیمی از مبتلایان، علایم بیماری گاستروازوفازیال ریفلاکس را رنج‌آور می‌دانند (۵ و ۹). خطرناک‌ترین عارضه این بیماری مری بارت (Barret) است؛ که ضایعه‌ای پیش‌سرطانی است و در ۰/۵ درصد موارد منجر به آدنوکارسینوم مری می‌گردد؛ که در طول سه دهه گذشته بروز آن با سرعت بسیار بالایی رو به افزایش است (۱۰ و ۱۱).

علایم این بیماری کیفیت زندگی را حتی از زخم‌های دئودنوم، پرفشاری خون درمان نشده، نارسایی احتقانی قلب خفیف، آئزین یا یائسگی بیشتر پایین می‌آورد و گاه تا آن جا پیش می‌رود که به قدری بیمار را خسته می‌کند که حاضر است هر درمانی را برای کاهش علایم انجام دهد (۱۲). این بیماری حتی بر شاخصه‌های اقتصادی نیز تأثیرگذار بوده و باعث کاهش بهره‌وری و افزایش غیبت‌های کاری می‌گردد (۱۳). به طور کلی، درمان‌ها شامل تغییر شیوه زندگی، درمان دارویی و جراحی می‌باشد (۱۴). از مضرات دارودرمانی می‌توان به طولانی بودن مدت درمان و قیمت بالای آن اشاره نمود (۴). آندوسکوپی و جراحی در صورت عدم پاسخ‌دهی بیمار به درمان‌های دارویی بعد از ۶ ماه صورت می‌پذیرد (۱۵ و ۱۶). از عوارض جراحی فوندوپلیکاسیون (Fundoplication) می‌توان به لزوم پیگیری به منظور پیشگیری از عود بیماری، دل‌درد، عفونت و دیسفاژی که معمولاً تا ۳۰ روز ادامه دارد می‌توان نام برد (۳).

بیشترین قسمت مداخلات اولیه در این بیماری آموزشی‌اند (۱۷). شایسته است همه بیماران درمان را با اصلاحاتی مناسب در شیوه زندگی از جمله تغییراتی در تغذیه شروع کنند که آسان‌ترین، ارزان‌ترین و مطمئن‌ترین رویکرد درمانی است (۱۸). آداب غذا خوردن، یکی از مهم‌ترین اصول طب سنتی است که بر قبول و معرفی اخلاط استوار می‌باشد و بر طبق آن، خون انسان حاوی چهار مزاج اصلی دم، صفرا، سودا و بلغم است. متأسفانه شیوه زندگی امروزی خصوصاً نحوه تغذیه از این اصول فاصله گرفته است (۱۹ و ۲۰).

مزاج در لغت به معنی درهم‌آمیختن است و در طب سنتی ایران به مفهوم کیفیت یکسان و جدیدی است که در نتیجه آمیختن ارکان با یکدیگر و فعل و انفعال آن‌ها در یک جسم مرکب به وجود می‌آید (۲۱). مزاج (Temperament) در طب سنتی ایرانی مفهومی کلیدی در تعریف سلامت و بیماری انسان و نقطه عطف فیزیوپاتولوژی بیماری‌هاست. هر ماده خوراکی اعم از غذاها و داروها نیز دارای مزاج خاصی هستند که با توجه به نحوه تأثیر خود، در تعامل با بدن مصرف‌کننده قرار می‌گیرند و این دسته‌بندی افراد برطبق مزاج بر اساس ویژگی‌های ظاهری، رفتاری و عملکردی افراد تا حد زیادی قابل تشخیص است و طبق تحقیقات حتی پاسخ‌های ایمنولوژیکی افراد با مزاج‌های گرم و سرد متفاوت است (۲۲). اعمال بدنی و روانی هر فرد برای مقصد معینی که زندگی می‌باشد تنظیم گردیده است و دارای ساختمان و دستگاه نوروهومورال و دارای امتیازات نیز هست که به طور ژنتیک به او به ارث می‌رسد و واکنش او را در مقابل عوامل محیطی بیرونی و درونی تنظیم می‌کند (مزاج مولودی).

این مشخصات را در اصطلاح طب قدیم «مزاج» گویند. چهار شکل مختلط آن به صورت آتش یعنی گرمی و خشکی (مزاج صفراوی یا خلط صفرا)، صفت هوایی یعنی گرمی و تری و (مزاج دموی یا خلط خون)، صفت آبی یعنی سردی و تری (مزاج بلغمی یا خلط بلغم) و در نهایت، صفت خاکی یعنی سردی و خشکی (مزاج سوداوی یا خلط سودا) را به وجود می‌آورد. انسان سالم به طور الگو و نمونه نادر است و هر کس گرفتار غلبه کم و بیش یکی از اخلاط است. اگر این عدم تعادل جزئی و در همه جهات به یک اندازه باشد یعنی نوعی تعادل ثانویه داشته باشد می‌توان آن انسان را سالم فرض کرد؛ وگرنه در اثر غلبه یکی از امزاج دچار رنگی خواهد بود. به عبارت دیگر هم انسان‌های سالم دارای مزاج‌ها و طبایع چهارگانه‌اند و هم بیماری‌ها ممکن است رنگ غالب یکی از اخلاط چهارگانه را به خود بگیرد (سوء مزاج) (۲۳).

و از طرفی، آموزش به عنوان روشی بدون عارضه و آسان بهترین راه برای رفع علائم بیماری است. از آن جا که تاکنون در مورد اصلاح وضعیت تغذیه‌ای مطابق با مزاج افراد طبق اصول طب سنتی اسلامی و ایرانی پژوهشی صورت نپذیرفته است؛ و با توجه به این که سازمان جهانی بهداشت استفاده از طب سنتی را در سیستم خدمات بهداشتی درمانی توصیه می‌کند و برنامه استراتژیک توسعه و ترویج طب سنتی را منتشر نموده است (۲۹)؛ پرستاران می‌توانند با تشویق بیماران به درمان‌های ارزان‌تر (۳۰)، حضوری مؤثر در درمان‌های طب سنتی ایرانی و از همه مهمتر، رایج آموزش‌های لازم از جمله اصول تغذیه در بیماری‌ها و سلامت که از مسئولیت‌های مهم شش‌گانه پرستاری به حساب می‌آید؛ نقشی اساسی در جهت ارتقای سطح سلامت جامعه ایفا کنند. از این‌رو، پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه‌ای برای پاسخ به این سؤال که «آیا آموزش تغذیه بر حسب مزاج بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری تأثیر دارد»، انجام دهند.

### روش‌ها

این پژوهش کارآزمایی بالینی دوگروهه (آموزش تغذیه و کنترل) از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و ثبت شده در مرکز کارآزمایی‌های بالینی ایران با کد IRCT2013030912751N می‌باشد؛ که بر روی یک نمونه ۶۰ نفری از میان مراجعه‌کنندگان به بخش آندوسکوپی فوقانی بیمارستان قائم به روش نمونه‌گیری آسان و دردسترس انجام گرفت. جامعه پژوهش را تمامی مبتلایان به بیماری ریفلاکس معده به مری با ریفلاکس اسید تشکیل می‌دادند.

برای تعیین حجم نمونه از مطالعه راهنما بر روی ۱۰ نفر انجام شد و فرمول مقایسه میانگین‌ها برای شاخص‌های کمی علائم بیماری (دفعات، شدت و مدت) با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد استفاده و بیشترین حجم نمونه برآورد شده مربوط به شاخص مدت سوزش سردل بود؛ که تعداد ۲۷ نفر در هر دو گروه محاسبه گردید و برای اطمینان بیشتر، حجم نمونه در هر گروه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود شامل سن افراد میانسال در بازه سنی ۳۵ تا ۶۵ سال، ساکن مشهد، مراجعه‌کنندگان در فصل بهار (از ۱۵ 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 یا ریفلاکس داشته باشد، به همراه داشتن نامه دکتر فوق تخصص گوارش مؤید ابتلا به ریفلاکس و 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

در شرح برخی از بیماری‌های مری و معده در کتاب الحاوی اثر محمدبن زکریای رازی از علل بیماری سوءهاضمه به ۸ مورد اشاره شده است که یکی از آن‌ها سازگار نبودن غذا با معده و مزاج شخص مصرف‌کننده است (۲۴). با توجه به نتایج مطالعه دیبلی (Dibley) و همکاران (۲۰۱۰) تحت این عنوان 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؟» نشان دادند که بعد از سه ماه مداخله متمرکز بر رژیم و کنترل اضطراب بر روی ۴۲ بیمار ۳۱-۸۶ ساله، بهبودی قابل توجهی در نمرات درک بیماری و شدت بیماری حاصل شد ( $P < 0.01$ )؛ اما کاهش در مصرف داروهای PPI و نمره اضطراب و افسردگی بیمارستانی بوجود نیامد (۲۵). این مطالعه خود نمونه‌ای از وجود نقص در آموزش‌های تغذیه‌ای در طب نوین می‌باشد؛ که رژیم درمانی موجود اثری بر میزان مصرف دارو ندارد و نیاز به رویه‌ای جدید در آموزش تغذیه احساس می‌شود.

در خصوص مطالعات انجام شده در زمینه مزاج، زارعی در سال ۱۳۹۱ با هدف تعیین تأثیر اصلاح مزاج بر پرفشاری خون، بیمار ۶۰-۳۵ ساله مراجعه‌کننده به درمانگاه امام حسین (ع) قوچان انجام دادند؛ که نتایج حاکی از آن بود که در گروه اصلاح مزاج در زمان قبل از مداخله با بعد از انجام دوره اصلاح مزاج تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0.05$ ) (۲۶).

مطالعه دیگر توسط عطاردی و همکاران (۱۳۹۰) با هدف تعیین تأثیر مصرف غذاهای با طبیعت سرد و گرم بر میزان یادگیری دانشجویان که به‌صورت نیمه‌تجری بر روی ۲۶ نفر دانشجوی پسر سالم انجام شد و نتایج بیانگر این بودند که اگرچه پس از تغذیه با غذاهای گرم یا سرد در طول ترم تابستانی میانگین معدل نمرات دانشجویان گروه گرم بیشتر از گروه سرد ( $15/9 \pm 1/8$  در مقایسه با  $15/6 \pm 2/4$ ) بود؛ ولی اختلاف بین دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد ( $P > 0.05$ ) (۲۷). از طرفی، طبق مطالعه مختاری‌فر و همکاران (۱۳۷۹) با هدف مقایسه تأثیر آموزش «تغییر شیوه زندگی» و مصرف «قرص سوکرافیت» بر سوزش زیر جناغ سینه زنان باردار 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 (۲۸).

می‌توان از مجموع این مطالعات این طور نتیجه گرفت که در نظر گرفتن مزاج می‌تواند عاملی مؤثر بر برابندهای درمانی باشد

ایرانی و سپس توصیه‌هایی در مورد مصرف و عدم مصرف مواد غذایی در مزاج مورد نظر بود.

برنامه معمول در طب نوین برای این بیماران آموزش‌های خودمراقبتی می‌باشد؛ که برای گروه کنترل بدون توجه به نوع مزاج بیمار، این آموزش‌ها انجام گرفت. شیوه تدریس به روش سخنرانی، پرسش و پاسخ و مشارکت فعال به همراه نمایش اسلاید و حضور متخصص طب سنتی بود. در پایان به پرسش‌های حاضرین پاسخ گفته و پمفلت آموزشی شامل مباحث تدریس شده در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و در نهایت از بیماران در هر دو گروه خواسته شد تا نکات تغذیه‌ای را به مدت دو هفته رعایت کنند و چک‌لیست مصرف مواد غذایی را به طور روزانه تکمیل نمایند.

از بیماران هر دو گروه درخواست شد که پس از اتمام دو هفته، به منظور کنترل مجدد علایم بیماری توسط پزشک فوق تخصص گوارش و تحویل دادن فرم‌های خودگزارش‌دهی، به بخش آندوسکوپی بیمارستان قائم مراجعه کرده و مجدداً پرسشنامه کیفیت زندگی (پس‌آزمون) تکمیل گردید.

ابزارهای پژوهش شامل فرم ورود بیماران، اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماری ریفلاکس معده به مری (GERD-HRQL: GasroEsophageal Reflux Syndrome Health Related Quality of Life) و چک‌لیست رعایت رژیم غذایی بود. روایی محتوایی پرسشنامه‌ها توسط ۵ تن از اعضای هیأت علمی دانشگاه تأیید شد و پایایی پرسشنامه‌ها به روش آزمون-بازآزمون بر روی ۱۰ نفر با فاصله زمانی دو هفته‌ای بررسی شد (لازم به ذکر است که این بیماران وارد مطالعه نشدند).

پرسشنامه GERD-HRQL شامل ده پرسش در مورد علایم بیماری با پنج گزینه از صفر (بدون علامت)؛ ۱ (علامت هست ولی آزاردهنده نیست)؛ ۲ (وجود علامت آزاردهنده ولی هر روز نیست)؛ ۳ (وجود علامت آزاردهنده روزانه)؛ ۴ (وجود علایم اثرگذار بر فعالیت‌های روزمره)؛ و ۵ (علایم غیرقابل تحمل و ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره) و یک پرسش سه‌گزینه‌ای در آخر پرسشنامه در مورد وضعیت رضایتمندی (راضی، بی-تفاوت، ناراضی) می‌باشد؛ که نمره حاصله ده سؤال اول از ۰ (بهترین) تا ۴۵ (بدترین) متغیر است. چک‌لیست رژیم‌ها برای سوءمزاج سودا شامل ۸۳ غذای توصیه‌شده و ۵۷ غذای منع‌شده و برای سوءمزاج بلغم ۸۸ غذای توصیه‌شده و ۶۹ غذای منع‌شده بود؛ که در پایان هرروز، مواد غذایی مصرف‌شده در آن روز را صادقانه به مدت ۱۴ روز علامت می‌زدند.

گاستروازوفازیتال، دریافت‌کنندگان آموزش در مورد بیماری ریفلاکس گاستروازوفازیتال از سایر منابع یا درمان‌های مشابه، بیماران دچار عوارض بیماری GERD (تنگی مری و خون-ریزی معده)، افرادی که تحت اعمال جراحی ضدریفلاکس، رزکسیون معده و واگوتومی قرار گرفته‌اند، ابتلا به بعضی از بیماری‌ها (اسکلرودرمی، بیماری‌های بافت همبند، دیابت شیرین، آسیت، هیپوتیروئیدی و هایپرتیروئیدی و آمیلیوئیدوزیس، اعتیاد مواد مخدر و الکل، سرطان، اختلال در بلع (دیسفاژی) به همراه کاهش وزن، خونریزی‌های دستگاه گوارشی نیازمند بستری شدن در بیمارستان)، مصرف داروهای التاکننده ریفلاکس (داروهای آنتی‌کولینرژیک، دوپامین، مورفین، نیترات، کافئین، تئوفیلین و دیازپام) و عدم علاقه به ادامه مطالعه یا از دسترس خارج شدن مثل مسافرت یا تغییر رژیم درمانی بودند.

محیط پژوهش بیمارستان قائم (عج) و درمانگاه دانشکده طب سنتی بود که پس از هماهنگی‌های لازم، پژوهشگر به بیمارستان قائم (عج) مراجعه نموده و بیماران در انتظار ویزیت با تشخیص پزشک متخصص بر مبنای آندوسکوپی با تشخیص ریفلاکس گاستروازوفازیتال بر اساس معیارهای ورود به عنوان واحد پژوهش انتخاب شدند. بعد از آن، افراد به شکل تصادفی (به روش شیر یا خط) در دو گروه آموزش تغذیه و کنترل تقسیم شدند و مشخصات فردی از طریق مصاحبه انفرادی و اطلاعات پرونده اخذ و در پرونده مربوطه درج گردید. سپس موضوع، اهداف و روش پژوهش به صورت شفاهی و انفرادی به شکل چهره به چهره در حد ۵ دقیقه برای آن‌ها توضیح و به پرسش‌های آن‌ها پاسخ داده شد و فرم رضایت آگاهانه در گروه آموزش تغذیه، تکمیل گردید. پرسشنامه کیفیت زندگی (پیش‌آزمون) در همان جا برای هر دو گروه، تکمیل شده و فرم ثبت علایم به مدت سه روز به افراد داده شد تا در منزل آن را تکمیل کرده و سپس به دانشکده طب سنتی ارجاع داده شدند.

با حضور بیماران گروه آموزش تغذیه (در مجموع ۳۰ نفر) در دانشکده طب سنتی، تعیین مزاج توسط خیره طب سنتی از طریق معیارهای ظاهری در افراد انجام گرفت. فرم‌های تکمیل شده از آن‌ها تحویل گرفته شد و از واحدهای پژوهش با سوءمزاج یکسان درخواست می‌شد تا در همان روز به صورت چهره به چهره، در کلاس آموزش تغذیه شرکت کنند. آموزش برای مراجعین همان روز انجام می‌شد؛ که این برنامه آموزشی شامل آموزش تغذیه بر حسب گروه مزاجی تعیین شده (سوءمزاج سودا یا بلغم) به صورت یک جلسه یک ساعت و نیمه بود. محتوای آموزشی بیان شده توسط پژوهشگر شامل نکاتی کلی در مورد تغذیه درست و آداب غذا خوردن از نگاه طب سنتی

درصد از شرکت‌کنندگان نسبت به وضعیت خود بی‌تفاوت یا ناراضی و در گروه کنترل ۵۳/۳ درصد ناراضی بودند و دو گروه از نظر این متغیر همسان بودند ( $P > 0.05$ ). فراوانی مزاج‌های پایه (مولودی) به ترتیب عبارت بودند از: مزاج صفراوی (۴۶/۷ درصد)، مزاج دموی (۳۰/۰ درصد)، مزاج سوداوی (۱۶/۷ درصد) و در آخر مزاج بلغمی (۶/۷ درصد).

در گروه آموزش تغذیه ۱۷ نفر (معادل ۵۶/۷ درصد) از شرکت‌کنندگان دارای سوءمزاج سودا و ۱۳ نفر (معادل ۴۳/۳ درصد) دارای سوءمزاج بلغم بودند (نمودار ۱).

بر اساس یافته‌های مندرج در جدول ۳، میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آموزش تغذیه قبل از مداخله  $16/80 \pm 5/40$  و بعد از مداخله در گروه کنترل قبل از مداخله  $14/83 \pm 5/86$  و بعد از مداخله  $14/53 \pm 5/98$  بود. با توجه به نتایج به دست آمده، میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی بین دو گروه قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ( $P > 0.05$ )؛ یعنی دو گروه از این نظر همسان بودند؛ ولی این تفاوت بعد از مداخله معنی‌دار شد ( $P < 0.05$ ). طبق نتایج حاصل از آزمون تی‌زوجی، در گروه آموزش تغذیه قبل و بعد از انجام مداخله نشان داد که نمره کیفیت زندگی کاهش معنی‌داری داشته است ( $P < 0.001$ ) و در گروه کنترل میانگین نمرات کیفیت زندگی معنی‌دار نشد ( $P > 0.05$ ).

میانگین درصد تبعیت از رژیم غذایی ارایه شده به هر دو گروه بعد از آموزش تغذیه، در گروه آموزش تغذیه  $65/47 \pm 12/43$  و در گروه کنترل  $66/13 \pm 13/91$  بوده و طبق آزمون آماری تی‌مستقل تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ( $P > 0.05$ ). با استفاده از آزمون آنالیزواریانس سه‌طرفه (به تفکیک سوءمزاج‌ها)، نتایج بیانگر این بود که بین نمره کیفیت زندگی در گروه آموزش تغذیه و گروه کنترل بعد از آموزش تغذیه ( $P < 0.001$ ) تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد و آموزش تغذیه برحسب مزاج باعث کاهش ۶ نفره‌ای در کیفیت زندگی شده بود.

### بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی بعد از رعایت رژیم توصیه‌شده طبق مزاج به مدت ۲ هفته کاهش یافته و این امر نشان‌دهنده افزایش رضایتمندی بیماران از کیفیت زندگی‌شان است. در مروری گسترده بر مطالعات انجام شده در زمینه تأثیر آموزش تغذیه بر حسب مزاج بیماران مبتلا به ریفلاکس گاستروازوفازیال که به طور کامل مشابه تحقیق حاضر باشد، یافت نشد؛ در نتیجه، پژوهشگر سعی نمود در بحث و بررسی از نتایج مشابه که اثر آموزش تغذیه را بر سایر

برای هر ماده غذایی توصیه‌شده مصرف شده در هر روز  $+1 =$  (نمره تبعیت از رژیم  $\checkmark$ ) و برای هر ماده غذایی منع شده  $-1 =$  (نمره تخلف از رژیم  $\times$ ) در نظر گرفته و درصد تبعیت از رژیم برای هر فرد، طبق فرمول  $\frac{\checkmark}{\checkmark + \times} \times 100$  محاسبه شد. پایایی این دو ابزار با ضریب همبستگی  $0/9$  مورد تأیید واقع شد. داده‌ها برای متغیرهای کمی با میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی با فراوانی و درصد گزارش شد. نرمالیتی داده‌ها با آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیروویک بررسی و تأیید شد.

برای مقایسه متغیرهای کیفی دموگرافیک در دو گروه از آزمون مجذورکای و برای متغیرهای کمی دموگرافیک و همچنین مقادیر پایه، از آزمون تی‌مستقل استفاده شد. مقایسه قبل و بعد از مداخله برای متغیر نمره کیفیت زندگی با استفاده از تی‌زوجی صورت گرفت. از آزمون آماری تی‌مستقل برای متغیرهای نرمال و آزمون‌های فریدمن و من‌ویتنی برای متغیرهای غیرنرمال و از آزمون مجذورکای برای متغیرهای اسمی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۱۱/۵ و در سطح معنی‌داری  $0/05$  تجزیه و تحلیل شد.

### یافته‌ها

• شاخص‌های دموگرافیکی واحدهای پژوهش در جدول ۱ نمایش داده شده است.

نکته قابل توجه این‌که پس از انجام آزمون تی‌مستقل برای متغیر شغل در دو گروه مقدار P معنادار شد؛ یعنی این متغیر در دو گروه همگن نبود (جدول ۱). یافته‌ها نشان داد بین دو گروه، تفاوت آماری معناداری ( $P > 0.05$ ) در متغیرهای مدت ابتلا به بیماری ( $P = 0.584$ ) و گروه، سابقه خانوادگی ( $P = 0.761$ ) و گروه، ابتلا به سینوزیت ( $P = 0.795$ ) و گروه وجود نداشت. در  $58/3$  درصد از بیماران (۱۹ نفر در گروه آموزش تغذیه و ۱۶ نفر در گروه کنترل)، مدت یک سال یا کمتر از زمان ابتلا به بیماری می‌گذرد؛  $76/7$  درصد از بیماران (۲۴ نفر در گروه آموزش تغذیه و ۲۲ نفر در گروه کنترل) دارای سابقه خانوادگی مثبت و  $56/7$  درصد از بیماران (۱۸ نفر در گروه آموزش تغذیه و ۱۶ نفر در گروه کنترل) مبتلا به سینوزیت هم بودند.

• شاخص‌های مربوط به پرسش آخر پرسشنامه کیفیت زندگی و فراوانی مزاج‌های پایه در جدول ۲، فراوانی سوءمزاج‌ها (نمودار ۱) در گروه آموزش تغذیه به شرح زیر است:

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در ابتدای مطالعه در گروه آموزش تغذیه  $93/4$  درصد از شرکت‌کنندگان نسبت به وضعیت خود بی‌تفاوت یا ناراضی و در گروه کنترل  $53/3\%$  ناراضی بودند و دو گروه از نظر این متغیر همسان بودند ( $P > 0.05$ )؛ اما در انتهای مطالعه در گروه آموزش تغذیه  $60/0$

طبق یافته‌های مطالعه‌ای مروری توسط کالتنباک (Kaltenbach) و همکاران (۲۰۰۶) شواهد انگشت‌شماری مدافع تغییرات شیوه زندگی به منظور کاهش علائم بیماری هستند. 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 GERD 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 (۳۱)؛ که مؤید اثربخش نبودن رژیم غذایی در طب مدرن (ارایه شده برای گروه کنترل در این مطالعه) نسبت به رژیم متناسب با مزاج در این بیماران بوده است و از طرفی، این مداخله می‌تواند به عنوان روشی جدید و مؤثرتر مطرح باشد؛ که منجر به بهبود علائم بیماری و به تبع آن کیفیت زندگی آنان شده است.

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 مطالعه‌ی حاضر، 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 سالپرز (Salyers) و همکاران (۲۰۰۶) تحت عنوان «مشاوره اصلاحات سبک زندگی در بیماران مبتلا به ریفلکس معده به مری» اشاره کرد؛ که طبق نتایج، فقط ۱۲ درصد از بیماران در این نمونه مدارک مشاوره‌ای در مورد اصلاحات سبک زندگی دریافت کرده بودند. این مدارک نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به ریفلکس معده به مری در مورد اصلاحات سبک زندگی توصیه شده مشاوره کافی دریافت نمی‌کنند (۳۲).

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 که تمامی نکات موجود در طب نوین برای گروه کنترل بیان شود و با وجود همگنی این دو گروه، برآیند حاصله برای گروه کنترل متعادل‌کننده نبود و این امر نشان‌دهنده وجود نقص‌هایی در رژیم غذایی موجود می‌باشد؛ که نیاز به تجدیدنظر و ارایه برنامه‌ای جامع‌تر است.

علاوه بر این، طبق نتایج حاصله در پژوهش حاضر، ۷۶/۰ درصد از بیماران در گروه کنترل و ۲۴/۰ درصد در گروه آموزش تغذیه، بعد از اتمام دو هفته رژیم غذایی را به تنهایی کافی ندانسته و

موضوعات بررسی نموده‌اند و یا مطالعاتی که بر روی علائم بیماری و یا کیفیت زندگی انجام شده بود، استفاده ننماید. بنابراین توصیه می‌شود که نتایج با دقت بیشتری مورد کنکاش و تأمل قرار گیرد.

نتایج مطالعه مختاری‌فر و همکاران (۱۳۷۹) تحت عنوان مقایسه تأثیر 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 یک اختلاف معنی‌دار آماری بین میانگین دفعات، شدت، مدت 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 (۲۸). این پژوهش نیز تغییر شیوه غذاخوردن و انتخاب درست آن‌ها را به عنوان روشی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران که نتیجه کاهش رنج حاصل از علائم بیماریست؛ توصیه می‌کند.

یافته‌های مطالعه زارعی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری در میزان فشارخون بر اساس طبقه‌بندی استاندارد در گروه اصلاح مزاج بعد از مداخله نسبت به قبل از آن، وجود داشته و اصلاح مزاج حتی بر فشارخون نیز اثری مثبت دارد (۲۶). پس در نظر گرفتن مزاج افراد در درمان می‌تواند به عنوان روشی تکمیلی در درمان‌ها لحاظ گردد و مطالعه حاضر نیز لحاظ کردن این مؤلفه را در مراحل اولیه بیماری GERD مؤثر بیان می‌دارد.

مطالعه دیبلی (Dibley) و همکاران (۲۰۱۰) با عنوان این که آیا یک مراقبت اولیه سازماندهی شده توسط پرستار می‌تواند موجب بهبودی علائم، افزایش حس کنترل و کاهش نیاز به تجویز دارو در بیماران مبتلا به GERD شود؟ در پایان به این نتیجه رسیدند که بعد از سه ماه بهبودی قابل توجهی در نمرات درک بیماری و شدت بیماری حاصل شد؛ اما کاهش در مصرف داروهای PPI و نمره اضطراب و افسردگی بیمارستانی بوجود نیامد (۲۵). این مطالعه نیز مؤید وجود نقایصی در رژیم ارایه شده موجود در طب مدرن است و پیشرفت ناچیز در نمره کیفیت زندگی بیماران در گروه کنترل این مطالعه این یافته را تأیید می‌نماید و از طرفی، می‌توان گفت که کاهش شدت بیماری در مطالعه دیبلی با مطالعه حاضر از نظر افزایش کیفیت زندگی که ارتباطی مستقیم با وضعیت علائم بیماری دارد، هم‌راستا است و آموزش تغذیه به عنوان یکی از وظایف پرستاری می‌تواند بر علائم این بیماری و به تبع آن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ریفلکس معده به مری نقشی مهم داشته باشد.

بیمارستان قائم و برای گروه آموزش تغذیه در درمانگاه دانشکده طب سنتی انجام پذیرفت. امید که با انجام پژوهش‌هایی بیشتر و درخور در آینده، جایگاه ارزشمند و مکمل طب سنتی اسلامی و ایرانی در مراقبت از بیماران دیگر بار احیاء شود.

### نتیجه‌گیری

طبق نتایج به دست آمده، آموزش تغذیه بر حسب 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. امید است ناظر احيای جایگاه ارزشمند و مکمل طب سنتی اسلامی و ایرانی در مراقبت از بیماران باشیم؛ تا هر چه بیشتر بتوانیم در کاستن از رنج انسان‌ها از بیماری ایفای نقش کنیم. بررسی تأثیر آموزش تغذیه بر حسب مزاج بر علائم بیماری ریفلاکس معده به مری با پیگیری یک ماهه، بررسی تأثیر آموزش تغذیه بر حسب مزاج بر علائم بیماری ریفلاکس معده به مری در مشاغل مختلف و بررسی تأثیر آموزش تغذیه بر حسب مزاج بر علائم بیماری ریفلاکس معده به مری با تأکید بر میزان تبعیت از رژیم غذایی در بیماران با مزاج پایه متفاوت از جمله عناوین پیشنهادی برای پژوهش‌های آینده می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله استخراج شده از پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری با گرایش داخلی جراحی با کد ۹۱۰۸۳۸ در حوزه معاونت محترم 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 و خانم زهرا دادرس پرستار بیمارستان امام خمینی (ره) تهران به خاطر همکاری صمیمانه، تشکر و قدردانی می‌شود.

به مصرف قرص تجویز شده روی آوردند؛ که نتایج مطالعه دیلی نیز با این یافته همخوانی دارد و در مطالعه‌ی آن‌ها نیز بعد از آموزش تغییری در میزان مصرف قرص‌های PPIs بیماران پدید نیامده بود؛ که تمامی این یافته‌ها مؤید وجود نقایص و یا محدودیت‌هایی در رژیم غذایی ارایه شده موجود در طب نوین می‌باشد.

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 ( $0/30$  کاهش میانگین نمره کیفیت زندگی)؛ اما این افزایش باز هم در مقابل گروه آموزش تغذیه (نمره کاهش میانگین نمره کیفیت زندگی) با استفاده از آزمون تی مستقل بسیار ناچیز است ( $P > 0/05$ ).

همان طور که در نتایج بالا ملاحظه می‌شود، با در نظر گرفتن این که هر دو گروه به یک میزان تقریباً یکسان از رژیم‌ها تبعیت کرده بودند؛ آموزش رژیم غذایی رایج در طب مدرن در گروه کنترل نیز به میزان اندکی موجب بهبود نمره کیفیت زندگی گردیده است؛ اما این افزایش باز هم در مقابل گروه آموزش تغذیه بسیار ناچیز است. از طرف دیگر، باید محدودیت‌های موجود را نیز در نظر گرفت؛ که می‌توان به محدودیت در انتخاب نمونه در بازه زمانی خاص (در فصل بهار) به دلیل تغییر فصل، کسب داده‌های واحدهای پژوهش در این بازه زمانی دو هفته‌ای از منبعی دیگر، نگرش فرد نسبت به طب سنتی ایرانی و اسلامی و تفاوت‌های فردی بیماران در درک و یادگیری نکات آموزشی بیان شده نیز اشاره کرد.

از این‌رو، بیماران در روزهای زوج و فرد به طور تصادفی تخصیص یافتند و کلاس‌های آموزشی برای گروه کنترل در

## References

- Biddle W. Gastroesophageal Reflux Disease: Current Treatment Approaches. *Gastroenterol Nurs.* 2003;26(6):228-36; quiz 36-7. Epub 2003/12/17.
- Campos GM, Peters JH, DeMeester TR, Oberg S, Crookes PF, Mason RJ. The Pattern of Esophageal Acid Exposure In Gastroesophageal Reflux Disease Influences The Severity Of The Disease. *Arch Surg (Chicago, Ill : 1960).* 1999;134(8):882-7; discussion 7-8. Epub 1999/08/12.
- Vaca KJ, Daake CJ, Marquez SA, Lambrechts DS. The Role Of Laparoscopic Nissen Fundoplication In Gastroesophageal Reflux Disease. *Medsurg Nurs.* 1998;7(6):364.
- Dunmore F. Care Modes For The Older Adult With Gastroesophageal Reflux Disease. *Geriatr Nurs. (New York, NY).* 2002;23(4):212-6. Epub 2002/08/17.

5. Ray SW, Secrest J, Ch'ien AP, Corey RS. Managing Gastroesophageal Reflux Disease. *Nurse Pract.* 2002;27(5):36-53; quiz 4-5. Epub 2002/05/31.
6. Alinejad Khorram M, Chupanian N, Alinejad Khorram Z, Nuri F, Rafizade Sh. Gastroesophageal Reflux Disease And Response To Therapy Of Patients In Both Groups With And Without Upper Gastrointestinal Endoscopy. *Govaresh.* 2003;8(4):134-7. (Persian)
7. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing.* 11 ed. Tehran: Salemi and Jamenegar; 2008. (Persian)
8. Williams JL. Gastroesophageal Reflux Disease: Clinical Manifestations. *Gastroenterol Nurs.* 2003;26(5):195-200. Epub 2003/11/07.
9. Reimer C, Bytzer P. A Population-based Survey To Assess Troublesome Symptoms In Gastroesophageal Reflux Disease. *Scand J Gastroenterol.* 2009;44(4):394-400. Epub 2008/12/10.
10. Rey E, Moreno-Elola-Olaso C, Rodriguez Artalejo F, Locke R, Diaz-Rubio M. Association Between Weight Gain and Symptoms of Gastroesophageal Reflux in the General Population. *Am J Gastroenterol.* 2006;101:229-33.
11. slazenger M. Smith-Their. *Gastrointestinal Pathophysiology.* Tehran: Tehran university; 1986. (Persian)
12. Redmond MC. Perianesthesia Care of The Patient With Gastroesophageal Reflux Disease. *J Perianesth Nurs.* 2003;18(5):335-44; quiz 45-7. Epub 2003/10/22.
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):21-9. Epub 2009/12/08.
14. Heartburn, Gastroesophageal Eeflux (GER), and Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). *J Pract Nurs.* 2008;58(3):21-3. Epub 2009/02/03.
15. DiPalma JA. Management of Severe Gastroesophageal Reflux Disease. *J Clin Gastroenterol.* 2001;32(1):19-26. Epub 2001/01/12.
16. Rayhorn N. Patient Education Series. Gastroesophageal reflux disease (GERD). *Nursing.* 2004;34(7):54-5. Epub 2004/07/24.
17. Middlemiss C. Gastroesophageal Reflux Disease: A Common Condition in The Elderly. *J Pract Nurs.* 1997;22(11):51-2, 5-9; quiz 60-1. Epub 1997/12/24.
18. Rayhorn N, Argel N, Demchak K. Understanding Gastroesophageal Reflux Disease. *Nursing.* 2003;33(10):36-41; quiz -2. Epub 2003/10/07.
19. Abolhabib A. *Traditional Medicine And Nutrition Courses And Recognition of Human Nature.* Tehran: doctor seyed Ali Abolhabib; 2008. (Persian)
20. Shadzi S, A.F. N. *Natural Methods of Disease Prevention And Control: Health With Vitamins, Minerals, Herbs and Dietary Supplements.* Esfahan: Jahad daneshgahi 2008. (Persian)
21. Naseri M, Rezayizade H, Chupani R, Anushiravani M. *General Overview of Iranian Traditional Medicine.* 2nd ed. Tehran: City Publication Institute in collaboration with the Iranian Traditional Medicine Publications; 2001. (Persian)
22. Naseri M, Rezayizade H, Taheripanah T, Naseri V. Temperament Theory Based Therapy Response Variability in Iranian Traditional Medicine and Pharmacogenetics. *Journal of Traditional Medicine in Islam and Iran.* 2010;1(3):237-42.
23. Navidi AA, Qasemi Soleymanie K. *Encyclopedia Of Holistic Medicine: Traditional and Modern Medicine Methods.* Tehran: Cultural Institute Tymvrzadh publishers - publishing Physician; 2003. (Persian)
24. Mohammad-Ibne-zakariaye-Razi. Alhavi. Velayati AA, editor. Tehran: Medical Sciences of Shahid Beheshti university; 2011. (Persian)



25. Dibley LB, Norton C, Jones R. Non-pharmacological Intervention For Gastroesophageal Reflux Disease in Primary Care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2010;60(581):459-65.
26. Zarei M, Javadi A. The Effect of Temperament Modifying of Hypertension. *Teb o Al Reza*. 2011;23. (Persian)
27. Atarodi A, Kianmehr M, Abbasnezhad A, Masoumzadeh M, Rasekhi H. Effect of Food with Hot and Cold Nature on Students' Learning. *Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine*. 2011;2(3):221-8. (Persian)
28. 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)
29. Iranian Traditional Medicine And Its Development Using The World Health Organization guidelines. *Bimonthly scientific - medical research scholar*.11(52):53-68. (Persian)
30. 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):136-43. Epub 2008/03/14.
31. Kaltenbach T, Crockett S, Gerson LB. Are Lifestyle Measures Effective In Patients With Gastroesophageal Reflux Disease? An Evidence-based Approach. *Arch Intern Med*. 2006;166:965-71.
32. 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):302-4. Epub 2007/08/29.

## Evaluation of Temperament-based diet education on Quality of Life in patients with GERD

Hamid Chamanzari<sup>1</sup>, Seyyed Ahmad Saqebi<sup>2</sup>, \*Khadije Harati<sup>3</sup>, Seyyed Musa-al-Reza Hoseyni<sup>4</sup>, Nazila Zarqi<sup>5</sup>, Seyyed Reza Mazlum<sup>5</sup>

1. Instructor of Nursing, Department of medical-surgical, School of nursing and midwifery, Mashhad University of Medical sciences, Mashhad, Iran
2. Associated Professor of Urology, Chief of Traditional Iranian Medicine School, Mashhad University of Medical sciences, Mashhad, Iran
3. Ms in medical surgical nursing, School of nursing and midwifery, Mashhad University of Medical sciences, Mashhad, Iran
4. Assistant professor in Medical Department, School of medical, Mashhad University of Medical sciences, Mashhad, Iran
5. Instructor of Nursing, Department of medical-surgical, School of nursing and midwifery, Mashhad University of Medical sciences, Mashhad, Iran

\* Corresponding author, Email: sahar.harati@yahoo.com

### Abstract

**Background:** Gastroesophageal reflux disease is one of the most common chronic disorders of the digestive system. Almost anyone experiences heartburn or reflux (the two main symptoms of the disease) in a situation. Nutritional changes education as the first step of nursing intervention is the easiest, cheapest and the safest treatment approach.

**Aim:** The aim of this study was to determine the effect of Temperament-based diet education on Quality of Life in patients with GERD who was admitted to Qaem Hospital in city of Mashhad.

**Methods:** This clinical trial was a pretest/posttest experimental design with control group. A sample of 60 patients with gastroesophageal reflux disease, who had admitted to Qaem hospital from 5<sup>th</sup> March 2013 to 20<sup>th</sup> June 2013, was divided into two groups by random assignment. After verifying the patient temperament, the intervention consisted of holding nutrition education classes in accordance with temperament for 1.5 hours and accomplishing the diet as possible for two weeks. Research tools were GasroEsophageal Reflux Syndrome Health Related Quality of Life (GERD-HRQL) questionnaire and performing diet checklist. The data was analyzed by SPSS software version 11.5 and by using Independent T test, Paired T test and ANOVA test.

**Results:** With respect to the higher score of this questionnaire, it was shown to be equal to the lower quality of life situation, comparison of the mean scores difference of quality of life. One-way ANOVA in both groups showed that quality of life scores in education group ( $8.80 \pm 4.22$ ) was significantly lower than the quality of life scores in the control group ( $14.53 \pm 5.98$ ) after an intervention ( $p < 0.0001$ ).

**Conclusion:** Considering temperament in the diet education by nurses can play an important role in increasing the quality of life in patients with Gastroesophageal Reflux Disease.

**Keywords:** nutrition education, gastroesophageal reflux disease, GERD, nurse, quality of life, temperament

Received: 13/08/2013

Accepted: 15/12/2013