

دانشکده طب سنتی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

رساله

جهت دریافت درجه دکترای تخصصی Ph.D. طب سنتی

عنوان

طراحی و بالینی سنجی ابزار تشخیصی سوءمزاج ترو خشک معده در طب سنتی ایران

اساتید راهنما

دکتر رضا ایلخانی

دکتر عباس علی پور

اساتید مشاور

دکتر علی منتظری

دکتر ابراهیم خادم

دکتر امیرحسین لطیفی

نگارش

دکتر مهشید چایچی رقیمی

حق چاپ و نشر و مالکیت معنوی رساله

(۱) کلیه حقوق معنوی این اثر متعلق به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد و بدون اجازه کتبی دانشگاه به شخص ثالث قابل واگذاری نیست.

(۲) استفاده از اطلاعات و نتایج موجود در رساله با ذکر مرجع مجاز می باشد.

بدین وسیله اعلام می‌نمایم این پایان نامه حاصل کار تحقیقاتی اینجانب مهشید چایچی رقیمی دانشجوی مقطع Ph.D. رشته طب سنتی در گروه طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است و در هیچ دانشگاه یا مرکز تحقیقاتی و آموزشی دیگری برای دریافت مدرک علمی ارائه نشده است.

اطلاعات علمی که از نتایج تحقیقات چاپ شده یا چاپ نشده دیگران اخذ شده است، با منبع در متن رساله و در فهرست منابع آورده شده است.

مهشید چایچی رقیمی

تاریخ:

امضاء:

سپاس بار خدایی که شکر نعمت او
هزار سال کم از

حق او بود یک دم

تقدیم به پیشگاه حضرت ولی عصر (عج)

که نور امید دلهای ماست و بی عنایتش، هر حرکتی

ناممکن

و تقدیم به استاد بزرگمان مرحوم دکتر محمد اصفهانی

که چون پدری مهربان راهنمای همه فرزنداناش بود

تقدیم به پدر و مادرم

که از نگاهشان محبت

از رقارشان تلاش و فداکاری

و از صبرشان ایستادگی را آموختم

تقدیم به همسر

که همیشه و در طی این مسیر بهترین مشوق، پشتیبان و همراهم بوده است

و فرزندانم

که محنتی بایم را مهربانانه تاب آوردند و بخشیدند

با تشکر از اساتید که اقدام

دکتر محمود خدا دوست، دکتر رضا ایلخانی، دکتر رسول چوپانی، دکتر مژگان
تن ساز، دکتر روشک کبری نژاد، دکترینا موحد و دکتر مرتضی مجاهدی که بی
دریغ دانسته‌هایشان را آموختند

و تشکر از اساتید بزرگوار

دکتر علی منتظری، دکتر عباس علی پور، دکتر آرین زارعیان، دکتر عباس
عبادی، دکتر فریده یغمایی، دکتر ابراهیم خادم، دکتر امیر حسین لطیفی، دکتر
مهدی علیزاده، دکتر لیلای شیرینی، دکتر الهام عارثکار، دکتر حسن نامدار، دکتر شیم
شیرزاد، دکتر مجید اصغری، دکتر مهدی برهانی، دکتر حسین رضایی زاده، دکتر
مهدی یوسفی، دکتر ملک هاشمی، دکتر علیرضا عباسیان، دکتر سید مهدی میر

غضنفری، دکتر غزاله حیدری راد، دکتر وحید علیان نژادی، دکتر رضا متطّر،
دکتر محمد یوسف پور، دکتر سید علی مظفر پور، دکتر نرجس کرجی، دکتر ریحانه معینی،
دکتر مهدی پاسالار، دکتر مریم یوری و دکتر فاطمه نوجوان که در مراحل مختلف
این مطالعه، ما را یاری نمودند.

و تشکر از کارکنان محترم دانشکده طب سنتی، کارکنان کتابخانه و مرکز رایانه
دانشکده و سلامتکده دکتر شریعت پناهی و تمام همکاران و بیمارانی که در این
پژوهش ما را همراهی کردند.

چکیده فارسی

عنوان: طراحی و بالینی سنجی ابزار تشخیصی سوءمزاج تر و خشک معده در طب سنتی ایران.

سابقه و هدف: معده عضوی است که سلامت آن در سلامت سایر اعضای بدن نقش مهمی دارد. سوءمزاج معده طیف مهمی از بیماری‌های معده در طب سنتی ایران است، که تشخیص و درمان زود هنگام آن می‌تواند از بیماری‌های پیشرفته‌ی معده مانند سرطان پیشگیری کند. اما هنوز یک ابزار استاندارد برای یکسان‌سازی روش تشخیص این بیماری در مراکز پژوهشی و درمانی وجود ندارد. هدف از این مطالعه طراحی و بالینی سنجی ابزار تشخیصی سوءمزاج تر و خشک معده در طب سنتی ایران است.

روش بررسی: این مطالعه، یک پژوهش ترکیبی اکتشافی دو مرحله‌ای یا متوالی است. در مرحله اول تبیین مفهوم سوءمزاج تر و خشک معده به روش هیبرید که ترکیبی از دو فاز نظری و تجربی است، انجام شد. تحلیل محتوا به روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی انجام شد و در مرحله دوم طراحی ابزار پرسشنامه و چک لیست و سپس بالینی‌سنجی ابزار تشخیصی سوءمزاج تر و خشک معده شامل روایی صوری، محتوا، سازه و پایایی انجام گرفت.

یافته‌ها: در مرحله کیفی مطالعه با توجه به ویژگی‌های به دست آمده یک تعریف کارا از سوءمزاج تر و خشک معده ارائه شد. بر اساس این تعریف پرسشنامه خود اظهاری و چک لیست با راهنمای عملی آن طراحی شد. ابزار اولیه شامل ۲۹۰ گویه در خوداظهاری و ۲۸ گویه در چک لیست بود که بعد از انجام مراحل روایی و پایایی به ۱۱ گویه در چک لیست و ۲۶ گویه در خوداظهاری رسید. در تحلیل عاملی، ۴ عامل برای تری؛ ۳ عامل برای خشکی در پرسشنامه خوداظهاری و ۴ عامل برای چک لیست استخراج شد.

نتیجه‌گیری: ابزار تشخیصی سوءمزاج تر و خشک معده پس از بررسی روایی صوری، محتوا، روایی سازه و پایایی؛ روا و پایا است. بنابر این می‌توان در مراکز پژوهشی و درمانی از این ابزار برای تشخیص تری و خشکی مزاج معده استفاده کرد.

واژگان کلیدی: طب ایرانی، مزاج، معده، روانسنجی، ابزار سازی.

فهرست مطالب

فصل اول: مقدمه.....	۱
۱-۱ مقدمه.....	۲
۱-۱-۱ بیان مساله.....	۲
۱-۱-۱-۱ مزاج ذاتی و عارضی.....	۳
۱-۱-۱-۲ سوء مزاج.....	۳
۱-۱-۱-۳ اهمیت بیماری های معده.....	۴
۱-۱-۱-۴ علت انتخاب مفهوم.....	۵
۱-۱-۱-۵ علت انتخاب روش مطالعه.....	۷
۱-۱-۱-۵-۱ مطالعه کیفی.....	۷
۱-۱-۱-۵-۲ بالینی سنجی.....	۷
۱-۱-۲ اهداف پژوهش.....	۸
۱-۱-۲-۱ هدف کلی.....	۸
۱-۱-۲-۲ اهداف اختصاصی.....	۸
۱-۱-۲-۳ اهداف جنبی.....	۹
۱-۱-۲-۴ اهداف کاربردی.....	۹
۱-۱-۳ سوالات و فرضیات.....	۹
فصل دوم: مروری بر مطالعات انجام یافته.....	۱۲
۲-۱ مروری بر مطالعات انجام یافته.....	۱۳
۲-۱-۱ مفهوم مزاج در طب سنتی.....	۱۴
۲-۱-۲ مفهوم سوء مزاج یا بیماری مزاج.....	۱۵
۲-۱-۳ مطالعات ابزارسازی در سنجش مزاج.....	۱۶
۲-۱-۴ مطالعات درباره ارتباط مزاج و بیماری.....	۲۱
۲-۱-۵ مقالات خارجی ابزارسازی و مزاج.....	۲۴
۲-۱-۶ مقالات مزاج معده.....	۲۸
۲-۱-۷ جمع بندی.....	۳۰

فصل سوم: مواد و روش‌ها.....	۳۱
۳-۱ نوع مطالعه.....	۳۳
۳-۱-۱ تبیین مفهوم به شیوه روش شناسی کیفی.....	۳۳
۳-۱-۱-۱ مرحله نظری.....	۳۴
۳-۱-۱-۱-۱ انتخاب یک مفهوم.....	۳۴
۳-۱-۱-۱-۲ جستجوی کامپیوتری و متون:.....	۳۵
۳-۱-۱-۱-۳ بررسی معانی و روش‌های اندازه گیری مفهوم.....	۳۶
۳-۱-۱-۱-۴ انتخاب یک تعریف ابتدایی (کارا).....	۳۶
۳-۱-۱-۲ مرحله کار در عرصه.....	۳۶
۳-۱-۱-۲-۱ انتخاب مکان.....	۳۶
۳-۱-۱-۲-۲ ورود به مذاکره.....	۳۷
۳-۱-۱-۲-۳ انتخاب نمونه‌ها.....	۳۷
۳-۱-۱-۲-۴ جمع آوری و تحلیل اطلاعات.....	۳۷
۳-۱-۱-۳ تحلیل نهایی.....	۳۹
۳-۱-۱-۳-۱ مرحله آماده سازی.....	۴۰
۳-۱-۱-۳-۱-۱-۳ انتخاب واحد تحلیل.....	۴۰
۳-۱-۱-۳-۱-۱-۳ یافتن ارتباط منطقی داده‌ها با کلیت موضوع.....	۴۰
۳-۱-۱-۳-۲ مرحله سازماندهی.....	۴۰
۳-۱-۱-۳-۱-۱-۳ استخراج داده‌ها از محتوا بر اساس طبقات.....	۴۰
۳-۱-۱-۳-۱-۱-۳ گروه بندی.....	۴۱
۳-۱-۱-۳-۱-۱-۳ طبقه بندی.....	۴۱
۳-۱-۱-۳-۱-۱-۳ انتزاع کردن.....	۴۱
۳-۱-۱-۳-۳ مرحله گزارش دهی.....	۴۱
۳-۱-۱-۴ دقت و اعتبار علمی داده‌ها.....	۴۱
۳-۱-۱-۴-۱ قابلیت اعتبار.....	۴۲
۳-۱-۱-۴-۲ قابلیت انتقال.....	۴۲

۴۲	۳-۱-۱-۴-۳ قابلیت اعتماد (حسابرسی).....
۴۲	۳-۱-۱-۴-۴ قابلیت تاییدپذیری.....
۴۲	۳-۱-۲ اعتبار سنجی ابزار.....
۴۳	۳-۱-۲-۱ طراحی ابزاری جهت اندازه‌گیری شاخص‌های سوءمزاج تر و خشک معده.....
۴۴	۳-۱-۲-۲ تعیین روائی ابزار اندازه‌گیری شاخص‌های سوءمزاج تر و خشک معده.....
۴۴	۳-۱-۲-۲-۱ تعیین روائی محتوا.....
۴۴	۳-۱-۲-۲-۱-۳ بررسی روائی محتوا به صورت کیفی.....
۴۵	۳-۱-۲-۲-۱-۳ بررسی روائی محتوا به صورت کمی.....
۴۵	۳-۱-۲-۲-۱-۳ محاسبه نسبت روائی محتوا.....
۴۷	۳-۲-۱-۲-۲-۱-۳ محاسبه ایندکس روائی محتوا.....
۴۸	۳-۱-۲-۲-۲ تعیین روائی صوری.....
۴۸	۳-۱-۲-۲-۲-۱-۳ تعیین کیفی روائی صوری.....
۴۹	۳-۱-۲-۲-۲-۱-۳ تعیین تأثیرگویه.....
۵۰	۳-۱-۲-۲-۳ تعیین روائی سازه.....
۵۲	۳-۱-۳ نمره‌گذاری پرسشنامه و تعیین نقطه برش‌های طیفی متعدد و وزن‌دهی گویه‌ها.....
۵۲	۳-۱-۴ تعیین پایایی ابزار.....
۵۳	۳-۱-۴-۱ همسانی درونی.....
۵۳	۳-۱-۴-۲ ثبات.....
۵۳	۳-۱-۴-۳ هم ارزی یا تعادل.....
۵۴	۳-۱-۵ تهیه ابزار نهایی.....
۵۵	۳-۲ معیارهای ورود و خروج شرکت‌کنندگان.....
۵۵	۳-۲-۱ معیار ورود متخصصان طب سنتی.....
۵۵	۳-۲-۲ معیار ورود بیماران.....
۵۵	۳-۲-۳ معیار خروج بیماران.....
۵۶	۳-۳ ملاحظات اخلاقی.....
۵۷	فصل چهارم: یافته‌ها.....

۴-۱ یافته‌های مرحله تبیین مفهوم (کیفی).....	۵۹
۴-۱-۱ یافته‌های مرحله نظری.....	۵۹
۴-۱-۲ یافته‌های مرحله کار در عرصه.....	۶۷
۴-۱-۳ مرحله تحلیل نهایی.....	۶۷
۴-۱-۴ تعریف کارا.....	۷۶
۴-۱-۴-۱ تعریف کارا سوءمزاج تر معده.....	۷۶
۴-۱-۴-۲ تعریف کارا سوءمزاج خشک معده.....	۷۷
۴-۱-۵ تعیین معیارهای ماژور و مینور.....	۷۸
۴-۲ اعتبار سنجی ابزار.....	۸۶
۴-۲-۱ طراحی ابزار سوءمزاج تر و خشک معده.....	۸۶
۴-۲-۲ روایی صوری.....	۸۶
۴-۲-۲-۱ روایی صوری پرسشنامه خود اظهاری.....	۸۶
۴-۲-۲-۲ روایی صوری چک لیست.....	۹۲
۴-۲-۳ روایی محتوا.....	۹۴
۴-۲-۳-۱ نسبت روایی محتوا.....	۹۴
۴-۲-۳-۱-۱ نسبت روایی محتوای پرسشنامه خود اظهاری.....	۹۴
۴-۲-۳-۱-۲ نسبت روایی محتوای چک لیست.....	۱۰۰
۴-۲-۳-۲ شاخص روایی محتوا.....	۱۰۲
۴-۲-۳-۲-۱ شاخص روایی محتوای خود اظهاری.....	۱۰۲
۴-۲-۳-۲-۲ شاخص روایی محتوای چک لیست.....	۱۰۶
۴-۲-۴ پایایی.....	۱۰۸
۴-۲-۴-۱ یافته‌های پایایی چک لیست.....	۱۰۸
۴-۲-۴-۲ یافته‌های پایایی خود اظهاری.....	۱۱۰
۴-۲-۵ روایی سازه.....	۱۱۳
۴-۲-۵-۱ یافته‌های چک لیست.....	۱۱۴
۴-۲-۵-۱-۱ تعیین وزن گویه‌ها و نقطه برش چک لیست.....	۱۱۷

۱۲۱	۲-۱-۵-۴ روایی همگرا.....
۱۲۱	۳-۱-۵-۴ روایی واگرا.....
۱۲۱	۴-۱-۵-۴ مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک با نمرات چک لیست.....
۱۲۴	۲-۲-۵-۴ روایی به روش گروه‌های شناخته شده برای چک لیست نهایی.....
۱۲۶	۳-۲-۵-۴ یافته‌های روایی سازه پرسشنامه خود اظهاری.....
۱۳۰	۴-۲-۵-۴ روایی به روش گروه‌های شناخته شده برای پرسشنامه خود اظهاری.....
۱۳۱	۵-۲-۵-۴ روایی سازه مجدد خود اظهاری.....
۱۳۵	۱-۵-۵-۴ تعیین نقطه برش خود اظهاری مزاج تر و خشک معده.....
۱۳۶	۲-۵-۵-۴ تعیین نقاط برش، سطح زیر منحنی و حساسیت و ویژگی.....
۱۴۱	فصل پنجم: بحث، نتیجه نهایی و پیشنهادات.....
۱۴۲	۱-۵ یافته‌های مهم.....
۱۴۵	۲-۵ بحث.....
۱۵۶	۳-۵ مزیت‌های پژوهش.....
۱۵۷	۴-۵ محدودیت‌های پژوهش.....
۱۵۹	۵-۵ نتیجه نهایی.....
۱۶۰	۶-۵ پیشنهادات.....
۱۶۱	فهرست منابع.....
۱۷۲	پیوست‌ها.....

فهرست جداول

جدول شماره ۱: متغیرها.....	۱۰
جدول شماره ۲: کتب بررسی شده در مرحله نظری	۵۷
جدول شماره ۳: علائم و نشانه‌های مزاج صحتی و سوءمزاج ساده و مادی معده در کتب مورد بررسی.....	۶۱
جدول شماره ۴: جمع‌بندی نهایی علائم مزاج تر معده از سه منبع متون، مصاحبه با اساتید و بیماران.....	۶۸
جدول شماره ۵: جمع‌بندی نهایی علائم مزاج خشک معده از سه منبع متون، مصاحبه با اساتید و بیماران.....	۷۱
جدول شماره ۶: کرایتریاهای مازور و مینور در سوءمزاج تر و خشک معده.....	۷۸
جدول شماره ۷: تعاریف شاخص‌های تعیین مزاج معده و نحوه ارزشیابی.....	۷۹
جدول شماره ۸: روایی صوری کمی پرسشنامه خود اظهاری مزاج تر و خشک معده.....	۸۷
جدول شماره ۹: نتایج روایی صوری کمی چک لیست.....	۹۳
جدول شماره ۱۰: نسبت روایی محتوا خوداظهاری تر و خشک معده.....	۹۶
جدول شماره ۱۱: نسبت روایی محتوا چک لیست تر و خشک معده.....	۱۰۰
جدول شماره ۱۲: نتایج اندکس روایی محتوای خوداظهاری مزاج تر و خشک معده.....	۱۰۰
جدول شماره ۱۳: شاخص روایی محتوای چک لیست مزاج تر و خشک معده.....	۱۰۶
جدول شماره ۱۴: جدول پایایی چک لیست مزاج تر و خشک معده.....	۱۰۸
جدول شماره ۱۵: نتایج پایایی خوداظهاری مزاج تر و خشک معده.....	۱۱۰
جدول شماره ۱۶: ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در روایی سازه چک لیست.....	۱۱۴
جدول شماره ۱۷: مشخصات شغلی مشارکت‌کنندگان در روایی سازه چک لیست.....	۱۱۵
جدول شماره ۱۸: الگوی فاکتورهای چرخشی نهایی، روش چرخش ابلیمین.....	۱۱۶
جدول شماره ۱۹: نتایج رگرسیون انجام شده برای وزن دهی گویه‌های چک لیست تر و خشک معده.....	۱۱۸
جدول شماره ۲۰: تعیین نقطه برش تری و خشکی در چک لیست بر اساس محاسبه حساسیت و ویژگی.....	۱۱۸
جدول شماره ۲۱: تعیین نقطه برش تری و خشکی چک لیست بر اساس ویژگی بالاتر.....	۱۱۹
جدول شماره ۲۲: روایی همگرا، افتراقی و اثر سقف و کف چک لیست تر و خشک معده.....	۱۲۱
جدول شماره ۲۳: نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه برای گویه‌های چک لیست در افتراق معده خشک، معتدل و تر.....	۱۲۵
جدول شماره ۲۴: فراوانی مزاج‌های مختلف در مشارکت‌کنندگان پرسشنامه خود اظهاری.....	۱۲۶

- جدول شماره ۲۵: الگوی فاکتورهای چرخشی نهایی، روش چرخش ابلیمین پرسشنامه خود اظهاری برای ۲۱۲ نفر..... ۱۲۷
- جدول شماره ۲۶: نتایج رگرسیون انجام شده برای وزن دهی به فاکتورهای خود اظهاری..... ۱۲۸
- جدول شماره ۲۷: تعیین نقطه برش تری و خشکی با محاسبه میانگین ۳ فاکتور وزن داده شده در خود اظهاری..... ۱۲۸
- جدول شماره ۲۸: نتایج روایی همگرا و واگرای پرسشنامه خود اظهاری..... ۱۳۰
- جدول شماره ۲۹: نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای فاکتورهای خود اظهاری..... ۱۳۰
- جدول شماره ۳۰: نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای گویه‌های خود اظهاری با محدوده نمرات ۰ تا ۱۰۰..... ۱۳۱
- جدول شماره ۳۱: نتایج روایی گروه‌های شناخته شده برای گویه‌های خشکی خود اظهاری به روش آزمون تی ۱۳۲
- جدول شماره ۳۲: نتایج روایی گروه‌های شناخته شده برای گویه‌های تری خود اظهاری به روش آزمون تی..... ۱۳۲
- جدول شماره ۳۳: الگوی فاکتورهای چرخشی نهایی، روش چرخش ابلیمین در پرسشنامه خود اظهاری مزاج خشک معده..... ۱۳۴
- جدول شماره ۳۴: الگوی فاکتورهای چرخشی نهایی، روش چرخش ابلیمین در پرسشنامه خود اظهاری مزاج تر معده..... ۱۳۴
- جدول شماره ۳۵: تعیین نقطه برش تری و خشکی با محاسبه میانگین آیتم‌ها در خود اظهاری..... ۱۳۶
- جدول شماره ۳۶: میزان توافق بین تشخیص متخصصان و پرسشنامه خود اظهاری با محاسبه میانگین آیتم‌ها..... ۱۳۷
- جدول شماره ۳۷: تعیین نقطه برش تری و خشکی با محاسبه میانگین فاکتورها در خود اظهاری..... ۱۳۸
- جدول شماره ۳۸: میزان توافق بین تشخیص متخصصان و پرسشنامه خود اظهاری با محاسبه میانگین آیتم‌ها..... ۱۳۹
- جدول شماره ۳۹: تعداد گویه‌های مربوط به کرایتریاهای ماژور و مینور تشخیص سوء مزاج‌های معده در پرسشنامه و چک لیست..... ۱۴۸
- جدول شماره ۴۰: بررسی گویه‌های چک لیست از نظر مرحله حذف..... ۱۴۹
- جدول شماره ۴۱: بررسی گویه‌های خود اظهاری از نظر مرحله حذف..... ۱۵۰
- جدول شماره ۴۲: فراوانی تری- خشکی مزاج کبد در انواع مزاج تر و خشک معده..... ۱۵۵
- جدول شماره ۴۳: فراوانی گرمی / سردی مزاج کبد در انواع مزاج تر و خشک معده..... ۱۵۵

فهرست شکل‌ها

- شکل شماره ۱: یک طرح مطالعه متوالی اکتشافی..... ۳۳
- شکل شماره ۲: نمونه کد گزاری متون در نرم افزار ماکس کیو دی آ..... ۶۰
- شکل شماره ۳: نمونه کد گزاری مصاحبه‌ها در نرم افزار ماکس کیو دی آ..... ۶۷
- شکل شماره ۴: تصویر پرسشنامه روایی صوری کیفی و کمی خود اظهاری مزاج تر و خشک معده..... ۸۷
- شکل شماره ۵: تصویر پرسشنامه روایی صوری کمی چک لیست مزاج تر و خشک معده..... ۹۳
- شکل شماره ۶: نمونه فرم نسبت روایی محتوای خود اظهاری..... ۹۵
- شکل شماره ۷: جدول لاوشه برای تعیین حداقل ارزش نسبت روایی محتوا..... ۹۵
- شکل شماره ۸: نمونه فرم اندکس روایی محتوای خود اظهاری..... ۱۰۳
- شکل شماره ۹: شاخص روایی محتوای چک لیست مزاج تر و خشک معده ۱۰۴

فهرست نمودارها

- نمودار شماره ۱: منحنی اسکری پلات در مرحله تحلیل عاملی چک لیست تر و خشک معده..... ۱۱۷
- نمودار شماره ۲: منحنی راک مزاج خشک معده در چک لیست بر اساس میانگین ۴ فاکتور وزن داده شده .. ۱۲۰
- نمودار شماره ۳: منحنی راک مزاج تر معده در چک لیست بر اساس میانگین ۴ فاکتور وزن داده شده..... ۱۲۰
- نمودار شماره ۴: ارتباط نمره چک لیست با شاخص جنسیت..... ۱۲۲
- نمودار شماره ۵: ارتباط نمره چک لیست با شاخص سن..... ۱۱۲۰
- نمودار شماره ۶: ارتباط نمره چک لیست با وضعیت تاهل..... ۱۲۳
- نمودار شماره ۷: ارتباط نمره فاکتورهای چک لیست با شاخص نمایه ی توده ی بدنی..... ۱۲۴
- نمودار شماره ۸: سطح نمرات فاکتورها و نمره کل (میانگین وزن داده شده ۴ فاکتور) با تشخیص نهایی مزاج خشک و معتدل و تر معده بر حسب مزاج نهایی تعیین شده توسط گروه متخصصین..... ۱۲۵
- نمودار شماره ۹: منحنی اسکری پلات پرسشنامه خوداظهاری تر و خشک معده..... ۱۲۸
- نمودار شماره ۱۰: منحنی راک برای مزاج خشک معده در پرسشنامه خود اظهاری..... ۱۲۹
- نمودار شماره ۱۱: منحنی راک برای مزاج تر معده در پرسشنامه خود اظهاری..... ۱۲۹
- نمودار شماره ۱۲: منحنی راک برای مزاج تر معده در پرسشنامه خود اظهاری با ۱۴ گویه..... ۱۳۶
- نمودار شماره ۱۳: منحنی راک برای مزاج خشک معده در پرسشنامه خود اظهاری با ۱۲ گویه..... ۱۳۷
- نمودار شماره ۱۴: منحنی راک برای مزاج ترمعده در خوداظهاری با ۱۴ گویه بر اساس فاکتورها..... ۱۳۸
- نمودار شماره ۱۵: منحنی راک برای مزاج خشک معده در پرسشنامه خود اظهاری با ۱۲ گویه بر اساس فاکتورها..... ۱۳۹

فصل اول

مقدمه

۱-۱ مقدمه

۱-۱-۱ بیان مساله

امروزه روند متفاوت بیماری در افراد مختلف و پاسخ‌های متفاوت بیماران به دارودرمانی، متخصصان را متوجه این مساله کرده که تفاوت‌های فردی در نژادهای مختلف و گستره وسیع یافته‌های آزمایشگاهی و آنتروپومتریک (تن سنجی) طبیعی در انسان‌ها می‌تواند در روند تشخیص و درمان بیماری تاثیر گذار باشد (۶-۱). نه تنها تشخیص و درمان بیماری، بلکه توصیه‌های پیشگیری‌کننده نیز در اغلب مکاتب طب سنتی در جهان مانند طب سنتی چین و آیورودا و همچنین طب سنتی ایران، بر مبنای این تفاوت‌های فردی طراحی می‌شود (۷-۱۲). طب تلفیقی نیز با تکیه بر تفاوت‌های فردی در پاتوژنز، پیشرفت بیماری و نحوه پاسخ به درمان، پزشکی فردگرا را مطرح می‌کند (۱۳-۱۶). علوم چون نوتریژنومیک (مطالعه‌ی اثر غذاها و اجزای تشکیل دهنده غذا بر روی بیان ژن‌ها)، متابونومیک (مطالعه کمی متابولیت‌ها در واکنش به یک محرک بیماری‌زا و یا تغییرات ژنتیکی در یک سیستم زنده) و فارماکوژنتیک (علم مطالعه داروها و بررسی اثر متقابل داروها و ژنوتیپ افراد) با طبقه‌بندی افراد مختلف با توجه به نحوه پاسخشان به درمان، حوزه‌های جدید پزشکی فردگرا هستند (۱۷-۱۶، ۵). سیستم‌های مختلفی برای طبقه‌بندی بر اساس ساختار بدنی انسان در طول قرن‌ها صورت گرفته. شاید بتوان قدیمی‌ترین تقسیم‌بندی را به ۵۰۰ سال قبل از میلاد مسیح نسبت داد که سوسراتا و چاراک^۱ آن را به واتا، پیتا و کافا^۲ تقسیم کردند. جالینوس (۱۳۸-۲۰۰ بعد از میلاد مسیح) انسانها را به بلغمی، دموی، سوداوی و صفراوی تقسیم کرد. ابن سینا (۹۸۰-۱۰۳۰ بعد میلاد مسیح) نیز نظریه جالینوس را تکمیل کرد. روستان^۳ (۱۸۲۸) انسان را به انواع عضلانی، مغزی، بلغمی، آستنیک^۴ تقسیم کرد. هس و اپینگر^۵ (۱۹۳۱) تقسیم‌بندی خود را بر اساس واگوتونیک و سمپاتیکوتونیک بودن اعلام کردند. جانگ^۶ (۱۹۲۳) درونگرا و برونگرا بودن را مطرح کرد و شلدون^۷ (۱۹۴۰) تقسیم‌بندی اندومرف،

1. Charak & Susrata.

2. Vata, Pitta and Kapha.

3. Rostan.

4. Musculaire, Cerebral, Phlegmatic and Asthenic.

5. Hess and Eppinger.

6. Jung.

7. Sheldon.

اکتومرف و مزومرف^۱ را ارائه کرد (۱۸). این تفاوت‌های فردی در طب سنتی ایران که برگرفته از تمدن کهن ایران است، در قالب مزاج‌های مختلف مطرح شده است (۱۹،۲۰).

۱-۱-۱ مزاج ذاتی و عارضی

مزاج در اصل از "کنش عناصر مختلف موجود در بدن انسان به وجود آمده و بر خصوصیات جسمی و ذهنی و عملکرد اعضای بدن تاثیر می‌گذارد". به این شکل که هر فرد با توجه به خصوصیات ظاهری، عملکردی و روانی خود در دسته‌بندی یک مزاج خاص قرار می‌گیرد (۲۱،۲۲). اگر چه به تعداد انسان‌های روی زمین، مزاج وجود دارد، اما در متون طب سنتی ایران، انواع مزاج در نه گروه کلی دسته‌بندی شده است (۱۰،۱۲). با توجه به درجه گرمی و تری، گروهی از افراد معتدل، چهار گروه از افراد با مزاج ساده (گرم، سرد، خشک، تر) و چهار گروه نیز با مزاج‌های مرکب (گرم و تر، سرد و تر، گرم و خشک و سرد و خشک) دسته‌بندی می‌شوند. این مزاجی که انسان‌ها با آن به دنیا می‌آیند، "مزاج ذاتی" یا "جبلی" افراد نامیده شده است. هر کدام از گروه‌های فوق با توجه به مزاج خود قابلیت دارند تا از حد اعتدال خود خارج شده و به صورت "اکتسابی" یا "عارضی" درگیر بیماری‌های مزاجی شوند (۲۱،۲۳،۲۴).

۱-۱-۲ سوء مزاج

در مکاتب طب سنتی مزاج شناسی و به تبع آن تشخیص سوء مزاج می‌تواند راه پیشگیری، تشخیص و درمان را برای هر فرد مشخص کند. این امر درباره اعضای بدن نیز صدق می‌کند. یعنی هر عضو بدن نیز به طور "ذاتی" مزاج ویژه‌ای دارد تا بتواند عملکرد مخصوص به خود را به نحو احسن انجام دهد. بنابر این اگر عضوی از بدن به هر علت از حالت اعتدال مزاج خود خارج شود، نخواهد توانست عملکرد خاص خود را درست انجام دهد و در نتیجه به تدریج دچار "عارضه‌ای" به نام بیماری مزاج یا "سوء مزاج" خواهد شد. لازم به ذکر است در دسته‌بندی بیماری‌ها، بیماری‌های مزاج -که سوء مزاج نامیده می‌شوند- دسته مهمی از بیماری‌ها به حساب می‌آیند (۲۳،۲۴). بنابر این تشخیص انواع سوء مزاج امری مهم به نظر می‌رسد.

متخصصان ماهر طب سنتی با استفاده از "معیارهای تشخیصی موجود در منابع طب سنتی"، هر فرد را در یکی از این گروه‌ها طبقه‌بندی کرده و با توجه به شرایط مزاجی، به افراد کمک می‌کنند تا سلامتی خود را حفظ کرده و یا بیماری‌شان را درمان کنند (۲۳،۲۴). مشکل اینجاست که بسیاری از این معیارها در کتاب‌های موجود به شکل

"کیفی" مطرح شده و "هنوز امکان اندازه‌گیری و بررسی کمی آن بوجود نیامده است" (۲۵-۱۲،۲۳). بنابراین اغلب متخصصان با توجه به "برداشت شخصی و ظن بالینی" خود روند تشخیص و درمان را طی می‌کنند. به همین علت است که گاهی گزارش‌های متفاوتی درباره یک فرد از چند متخصص مختلف ارائه می‌شود، که به نظر می‌رسد به علت وجود اختلاف در شناخت مصادیق علائم بیماری باشد (۲۶،۲۷). این در حالی است که در بخش قوانین کلی علاج در کتب طب سنتی، شناسایی مزاج طبیعی عضو و مزاج عارض شده بر آن و تخمین میزان خروج از اعتدال مزاج، برای تعیین نوع و مقدار داروی مورد نیاز ضروری شناخته شده است (۲۴،۲۸). بنابر این برای هر اقدام درمانی و بخصوص برای پژوهش، نیاز به تعیین مزاج یا سوءمزاج با یک ابزار تشخیصی هماهنگ وجود دارد تا بتوان با هم افزایی در پژوهش‌های کل کشور به نتایج معتبرتری دست یافت. منظور از ابزار در اولین قدم پرسشنامه یا چک لیست‌های استاندارد شده تشخیصی است.

مجاهدی و همکاران با استفاده از متخصصین سرشناس طب سنتی، پرسشنامه مزاج را برای تشخیص «مزاج ذاتی یا جبلی» افراد طراحی و اعتبارسنجی کرده‌اند (۲۹). اما با توجه به این که در این پژوهش نیز مزاج اعضا بررسی نشده؛ هنوز جای پرسشنامه‌ای که بتواند با روایی و پایایی قابل قبولی، انواع سوءمزاج عضوی بدن را از یکدیگر جدا کند، خالی است.

۳-۱-۱- اهمیت بیماری‌های معده

معده در طب سنتی ایران جایگاه ویژه‌ای دارد، به گونه‌ای که اهمیت آن در فرمایش گوهر بار پیامبر گرامی اسلام (ص) نیز به روشنی تبیین شده‌است. ایشان در این باره فرمود: «معده خانه هر دردی و پرهیز سرآمد هر درمانی است» (۳۰). این گفته ایشان تأثیر قابل توجه این عضو را در سلامتی و بیماری کل بدن یادآور می‌شود. از نگاه حکیمان معده عضوی شریف است و هر قدر در معالجه آن تلاش کنند، رواست و به سلامتی جمیع اعضا می‌انجامد. همچنین از معده به عنوان «عضو مشارک» نام برده می‌شود که ارتباط تنگاتنگی با دیگر اعضای بدن دارد. این عضو اگرچه عضو رئیس نیست، اما عضو مهم و حساسی است که سلامت همه اعضای بدن به سلامت و اعتدال مزاج آن وابسته است. به ویژه اعضای رئیسه که به سبب مشارکتی که میان آنها و معده وجود دارد، با بیمار شدن معده بیمار می‌شوند. از این رو اختلال کارکرد معده می‌تواند تمامی اعضای بدن را تحت الشعاع خود قرار دهد و اصلاح بسیاری از بیماری‌ها منوط به آن است که در ابتدا این عضو درمان شود.

بیماری‌های معده یکی از شایع‌ترین بیماری‌های انسان هستند که به دلیل شیوع بالا، فشار آشکاری بر خدمات نظام سلامت وارد می‌آورند. در ایران ۲۱ درصد از موارد مرگ و میر مردان و زنان به علت بیماری‌های گوارشی و ۳۸

درصد مرگ و میر سرطان‌های گوارشی ناشی از سرطان معده است که نشانه اهمیت این عضو از بین اعضای گوارشی است (۳۱). آمار جهانی هم نشان داده که سرطان معده از نظر شیوع رتبه چهارم سرطان‌ها را دارد اما دومین عامل مرگ و میر از بین سرطان‌هاست (۳۲). بیماری‌های معده بسیار پرهزینه‌اند، و سالانه مبالغ زیادی را بر کشورها تحمیل می‌کنند به طوری که در آمریکا بیش از ۱۰ بیلیون دلار در سال فقط صرف داروهای مهارکننده پمپ پروتون می‌شود و این داروها رتبه دوم داروهای پر فروش را دارند (۳۳). تحقیقات نشان داده که با کنترل بیماری‌های معده مانند هلیکوباکتر پیلوری و تغییر در سبک زندگی بخصوص تغذیه می‌توان از بروز سرطان معده پیشگیری کرد (۳۲). بررسی منابع طب سنتی به عنوان یکی از روش‌های مکمل در درمان این بیماری‌ها می‌تواند به کاهش بروز، عوارض و ناخوشی ناشی از این بیماری‌ها در جامعه کمک کند (۳۴).

با توجه به اهمیت معده و بیماری‌های آن در طب سنتی، باید گفت که دروازه ورود به درمان بیماری‌ها این عضو است، به این مفهوم که برای درمان مؤثر در بسیاری از بیماری‌ها، اگر معده بیمار باشد، توفیق چندانی حاصل نخواهد شد. بنابر این شناسایی ابزاری برای تشخیص بیماری‌های معده که سوءمزاج مهم‌ترین آنهاست، ارزش بالایی دارد. شیرزاد در پایان نامه خود با عنوان «تبیین اسباب و علائم بیماری‌های معده بر اساس مبانی طب سنتی ایران» بخشی از این امر مهم را انجام داده‌است (۳۴). اما تا زمان شروع کار محققین در این پایان نامه در بررسی پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی و انگلیسی که در بخش بازنگری منابع خواهد آمد، درباره مزاج و سوءمزاج معده در طب سنتی، پرسشنامه‌ای استاندارد طراحی نشده بود. بنابر این انجام تحقیقات بیشتر با متدولوژی استاندارد در این زمینه ضروری به نظر می‌رسید.

۴-۱-۱-۱ علت انتخاب مفهوم

مطالعات اخیر نشان می‌دهد توافق متخصصان طب سنتی در مورد تشخیص مزاج در حد متوسط است و از نظر متخصصان طب سنتی ده معیار تشخیص مزاج (اجناس عشره) از اهمیت متفاوتی در تشخیص برخوردارند (۳۵). بنابراین تهیه یک ابزار تشخیصی جهت نزدیک کردن توافق اساتید و استفاده از آن در اهداف درمانی و پژوهشی ضروری به نظر می‌رسد. در مطالعات سایر کشورها از ابزار برای اهداف متفاوت مانند تشخیص، شیوع یک بیماری در حالات مختلف، تعیین استعداد ابتلا به بیماری و پاسخ به درمان با داروی خاص استفاده شده‌است.

با توجه به شیوع بیماری‌های گوارشی و مشکلات معده و با توجه به اهمیت وجود چنین ابزاری، بخصوص در یکسان سازی شرایط پژوهشی، بر آن شدیم تا با استخراج معیارهای تشخیصی سوءمزاج معده در منابع مهم طب سنتی ایران و با کمک اساتید و متخصصان ماهر در این حوزه، پرسشنامه تشخیص سوءمزاج‌های معده را طراحی

و طی یک روند علمی، اعتبار سنجی کنیم. در این پژوهش تلاش بر این بود که با تکیه بر منابع مکتوب طب سنتی و به کمک متخصصان این حوزه، روش‌های کمی معیارهای تشخیصی سوء مزاج معده، استخراج و در صورت عدم وجود با استفاده از تجربیات متخصصان طراحی شود. تا دستیاران و متخصصان طب سنتی بتوانند با استفاده از این پرسشنامه پژوهش‌هایی وسیع در سطح کشور انجام داده و از نتایج آن برای اعتلای طب سنتی ایران استفاده کنند. امید است این پرسشنامه بتواند پاسخگوی نیازهای پژوهشی، تشخیصی و درمانی متخصصان طب سنتی در مناطق مختلف کشور باشد.

علل انتخاب موضوع را می‌توان در موارد ذیل خلاصه کرد:

- ✓ اهمیت گوارش در معده به عنوان محل هضم و جذب غذا
- ✓ اهمیت معده به عنوان عضو شریف و مشارک اعضای رئیسه در طب سنتی
- ✓ تاثیر سلامت معده بر سلامت کل بدن
- ✓ شیوع بالای بیماری‌های معده
- ✓ هزینه‌ی بالای مراقبت بیماری‌های معده
- ✓ قرار گرفتن ایران در منطقه شیوع سرطان معده
- ✓ میزان مرگ و میر سرطان معده
- ✓ گرایش روزافزون مردم به درمان بیماری‌های گوارشی با استفاده از طب سنتی
- ✓ نبود معیارهای تشخیصی یکسان در بین متخصصین طب سنتی که منجر به تشخیص و درمان‌های متفاوت می‌شود
- ✓ ایجاد امکان استفاده از روش‌های تشخیص سوء مزاج معده در طب سنتی ایرانی برای محققین کل کشور

۵-۱-۱-۱ علت انتخاب روش مطالعه

۱-۱-۱-۵-۱ مطالعه کیفی

در قسمت کیفی این مطالعه از روش تحلیل مفهوم^۱ استفاده شده است. تحلیل مفهوم به عنوان یک روش تحقیق با تایید قضیه‌ای که هدف از تحقیق شرکت دادن آن در دانش عملی است؛ بر بدنه‌ی دانش^۲ می‌افزاید و با ارائه‌ی تعریف واضح و قابل فهم از دانسته‌ها، یک دانش پایه برای عمل، فراهم می‌کند. اخیراً تعداد زیادی از محققین در زمینه‌ی سلامتی از مطالعات کیفی از جمله تحلیل مفهوم برای تحقیق و توضیح پدیده‌های پیچیده در ارتباط با بیماران و گروه‌های آسیب‌پذیر استفاده کرده‌اند. تحلیل محتوای کیفی^۳ با تمرکز بر متن و موضوع به تغییرات، شباهت‌ها و تفاوت‌ها تاکید کرده و فرصتی برای تحلیل مفهوم آشکار و توصیفی در کنار مفهوم پنهان و تفسیری فراهم می‌کند (۳۶، ۳۷).

قسمت اول این مطالعه یک مطالعه کیفی به روش هیبرید است. مدل هیبرید شامل سه فاز تئوریک^۴، کار در عرصه^۵ و آنالیز و تحلیل^۶ است، که برای تعریف و کاربردی ساختن مفاهیم در حوزه‌ی تجربی و عملی به کار می‌رود (۳۸). به علت اینکه تبیین واضحی در خصوص سوءمزاج تر و خشک معده موجود نبود، لذا در این مطالعه از تبیین مفهوم به روش هیبرید^۷ برای دست یافتن به یک تعریف کاربردی از سوءمزاج تر و خشک معده استفاده شد (۳۹).

۲-۱-۱-۵-۱ بالینی سنجی

تا کنون روش‌های مختلفی برای سنجش و کمی کردن پدیده‌های بالینی طراحی شده است. اولین بار در اوایل سال ۱۹۸۰ آلون فاینشتاین نام «بالینی سنجی»^۸ را به عنوان روشی مناسب برای شاخص‌های بالینی پیشنهاد داده است. بالینی سنجی یک روش متدولوژی است که برای توسعه و ارزیابی ابزارها در زمینه بیماری و سلامت به کار می‌رود. در یک تعریف بالینی سنجی اندازه‌گیری پدیده‌های بالینی توصیف شده است. در تعریفی کامل‌تر بالینی سنجی

1. Concept analysis.
2. Body of knowledge.
3. Qualitative content analysis.
4. Theoretical Phase.
5. Fieldwork.
6. Data analysis.
7. Hybrid concept analysis.
8. Clinimetrics.

یک روش متدولوژی در توسعه و ارزیابی ابزارهای اندازه‌گیری بالینی بیان شده‌است. بالینی‌سنجی بیشتر برای بررسی و اندازه‌گیری پدیده‌های ناهمگن^۱ و پیچیده به کار می‌رود، در حالی که از روان‌سنجی برای اندازه‌گیری پدیده‌های همگن استفاده می‌شود (۴۰، ۴۱).

اصطلاح بالینی‌سنجی به جای روان‌سنجی مطرح شده که برای اندازه‌گیری پدیده‌های روانی یا پیشرفت تحصیلی به کار می‌رود. اگرچه اصول ابتدایی در هر دو مشابه بوده و تنها در اهداف و استراتژی تفاوت‌هایی دارند؛ اما اغلب زمانی که شاخص دارای ویژگی‌های متعدد ترکیبی باشد مانند اندازه‌گیری وضعیت سلامت یا کیفیت زندگی، رویکرد بالینی‌سنجی ترجیح داده می‌شود (۴۲-۴۴). در بالینی‌سنجی بر خلاف طبقه‌بندی مرسوم؛ الگوهای علائم، شدت بیماری، اثرات بیماری‌های همراه، زمان پدیده‌ها، میزان پیشرفت بیماری، ظرفیت عملکردی و دیگر ویژگی‌های بالینی را نیز در برمی‌گیرد که به طور مشخص تفاوت‌های عمده‌ای در پیش‌آگهی و درمان در میان بیمارانی که علائم یکسان دارند ایجاد می‌کنند (۴۰). به همین علت در قسمت دوم این مطالعه برای ابزارسازی سوءمزاج تر و خشک معده به عنوان یک پدیده ناهمگن که نیاز به بررسی الگوهای علائم، شدت بیماری و ظرفیت عملکردی در طیف سوءمزاج از تری به خشکی، وجود دارد؛ به جای اصطلاح روان‌سنجی ابزار از بالینی‌سنجی استفاده شد.

۲-۱-۱ اهداف پژوهش

۱-۲-۱-۱ هدف کلی

طراحی و بالینی‌سنجی ابزار تشخیصی سوءمزاج تر و خشک معده در طب سنتی ایران

۲-۱-۲-۲ اهداف اختصاصی

(۱) تبیین مفهوم سوءمزاج تر و خشک معده از منابع طب سنتی

(۲) شناسایی پیشایندها، ویژگی‌ها و نشانه‌های تشخیصی سوءمزاج تر و خشک معده

(۳) تعیین نقش گویه‌های مناسب برای تشخیص سوءمزاج تر و خشک معده

(۴) تعیین مقیاس اندازه‌گیری علائم و نشانه‌ها

(۵) تعیین کیفی و کمی^۱ روایی محتوای ابزار تشخیصی سوءمزاج تر و خشک معده

(۶) تعیین کیفی و کمی روایی صوری ابزار تشخیصی سوءمزاج تر و خشک معده

(۷) تعیین روایی سازه ابزار تشخیصی سوءمزاج تر و خشک معده

(۸) تعیین پایایی ابزار تشخیصی سوءمزاج تر و خشک معده

(۹) تعیین روش نمره‌گذاری ابزار تشخیصی سوءمزاج تر و خشک معده

۳-۲-۱-۱ اهداف جنبی

تهیه منبع جامعی درباره علائم و تشخیص سوءمزاج‌های معده در طب سنتی ایران

۴-۲-۱-۱ اهداف کاربردی

دستیابی به ابزاری برای تعیین سوءمزاج تر و خشک معده در مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های طب سنتی.

۳-۱-۱ سوالات و فرضیات

- مزاج و سوءمزاج تر و خشک معده دارای چه مفهومی است؟
- مزاج و سوءمزاج تر و خشک معده واجد چه ویژگی‌هایی است؟
- شاخص‌های اندازه‌گیری سوءمزاج تر و خشک چیست؟
- آیا ابزار طراحی شده از روایی مطلوبی برخوردار است؟
- آیا ابزار طراحی شده از پایایی مطلوبی برخوردار است؟

جدول شماره ۱: متغیرها

جدول متغیرها								
عنوان متغیر	نقش متغیر	نوع متغیر				تعریف	نحوه اندازه‌گیری	مقیاس
		کمی		کیفی				
		گسسته	پیوسته	اسمی	رتبه‌ای			
نمره گویه‌های تری معده	مستقل				*	شاخصهای اختلال در عملکرد معده به سبب وجود رطوبت	پرسش و معاینه	طیف لیکرتی پنج قسمتی
نمره گویه‌های خشکی معده	مستقل				*	شاخصهای اختلال در عملکرد معده به سبب وجود خشکی	پرسش و معاینه	طیف لیکرتی پنج قسمتی
نمره تری	وابسته	*				مجموع نمره شاخصهای تری	جمع نمرات تری	۵۰ تا ۱۰۰
نمره خشکی	وابسته	*				مجموع نمره شاخصهای خشکی	جمع نمرات خشکی	صفر تا ۵۰
سن	زمینه‌ای	*				طول عمر از لحظه تولد تا کنون	پرسش	سال
جنس	زمینه‌ای			*		فنوتیپ	فنوتیپ	مرد- زن
چاقی یا لاغری (BMI)	مداخله‌گر (بررسی می‌شود)	*				نسبت وزن به مجذور قد	پرسش	۲Kg/m
بیماری همراه	زمینه‌ای			*			پرسش	

فصل دوم

مروری بر مطالعات انجام یافته

۱-۲ مروری بر مطالعات انجام یافته

در بازنگری منابع برای بررسی مفاهیم طب سنتی ایران از متون اصلی طب سنتی با استفاده از نرم افزار جامع طب نور، کلیدواژه‌های مزاج، سوء المزاج، معده در کتاب‌هایی از جمله کتاب «القانون فی الطب»، «کامل الصناعه الطبیه»، «ذخیره خوارزمشاهی»، «طب اکبری»، ... جستجو شد و همچنین مقالاتی که در طی سال‌های اخیر توسط محققین طب سنتی انتشار یافته استفاده شد. در بررسی مقالات، موتورهای جستجوی پاب مد^۱، اسکوپوس^۲، ساینس دایرکت^۳، گوگل اسکولار^۴، الزویر^۵، وب آو ساینس^۶ بدون محدودیت سال و پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی زبان نظیر اس آی دی^۷، ایران داک^۸، مگ ایران^۹ بدون محدودیت سال با کلیدواژه‌های مزاج، طب سنتی ایران، طب چینی، طب مکمل، طب ایرانی، طب اخلاطی، پرسشنامه، ابزار تشخیص، اعتبار سنجی Mizaj, Body Type Questionnaire, , Dosha Types, Prakriti, Temperament Assessment Tool, Pattern Identification Unani Medicine, Traditional Medicine, IRANIAN Medicine, Persian Medicine, Ayurveda, Stomach بررسی شد و از میان نتایج به دست آمده مقالاتی را که مربوط به ابزارسازی بود با کلیدواژه‌های Questionnaire, Scale, Assessment Tool, Instrument, Reliability, Validity, Protocol, Concept Psychometrics Analysis, Clinimetrics, جدا کردیم. این مقالات که از کشورهای مختلف مانند ایران، هند، چین، کره و بر مبنای مکاتب طب سنتی ایران، چین، کره، یونانی و آیورودا بود، مطالعه شد. برخی از معیارهای ورود مطالعات به پژوهش حاضر دسترسی کامل به تمام مقاله، زبان فارسی و یا انگلیسی بودن مقاله و منابع، داشتن کلمات کلیدی و مقاله مرتبط با مطالعه بود. در این جستجو مقالات تکراری و غیرمرتبط با موضوع، مطالعات منتشر شده به زبان‌های غیرانگلیسی، مقالات یک صفحه‌ای، مقالات از نوع سخن سردبیر و یا ارائه نظرات پیشنهادی جزء معیارهای خروج بوده و از مجموعه متون جستجو شده حذف شدند. اکثر مطالعات در مورد مزاج عام بودند تنها دو مقاله بعد از شروع مرحله اول این پژوهش منتشر شد که به بررسی مزاج معده پرداخته بودند (۴۵،۴۶).

1. Scopus.
2. Pubmed.
3. Science Direct.
4. Google Scholar.
5. Elsevire.
6. Web of science.
7. SID.
8. Iran Doc.
9. Magiran.

۱-۱-۲ مفهوم مزاج در طب سنتی

اگر چه در منابع طب سنتی ایران «مزاج» اصطلاحی تخصصی است و اشاره به یکی از مبانی این طب دارد؛ اما کلمه مزاج در لغت اسم مصدر و به معنای «امتزاج و آمیختن» است (۴۷، ۴۸). در حالی که در طب سنتی ایران مزاج به معنای «کیفیت میانه حاصل از ترکیب اجزای تشکیل دهنده موجودات است، که در اثر واکنش بین این اجزای اولیه به دست آمده است» (۲۳، ۱۲-۴۹، ۴۷، ۲۵).

ملاصدرا مؤسس حکمت متعالیه، اختلاط عناصر اربعه و تشکیل مزاج را لازمه پذیرش حیات در عناصر اربعه می داند و معتقد است هر چه اعتدال مزاج بیشتر شود استعداد دستیابی به مراتب بالاتر وجودی افزایش می یابد (۵۰). مزاج یک فرد نه تنها نشان می دهد که «مشخصات ظاهری بدن، فیزیولوژیک و شخصیت روحی - روانی» او چگونه است بلکه نشان می دهد او «مستعد چه بیماری هایی» است. ابعاد ظاهری بدن و همچنین خلق و خو و شخصیت هر کدام، یکی از ابعاد و انعکاسی از مزاج او هستند بنابر این با تشخیص مزاج افراد و طراحی یک سبک زندگی و محیط مناسب آن مزاج، می توان از «بیمار شدن افراد پیشگیری کرد» (۵۱، ۱۸، ۷-۵۴). در طب سنتی ایران اغلب توصیه های حفظ سلامتی بر اساس مزاج افراد بوده و بنابر این در هر فردی متفاوت است (۲۱). علاوه بر این در اغلب بیماری ها، از جمله سوءمزاج ها و حتی بیماری هایی که سبب آن تغییر مزاج نیست؛ تشخیص و درمان بر پایه شناسایی مزاج فرد در زمان سلامتی بوده و بستگی به میزان انحراف از آن دارد (۱۰، ۵۵). بنابر این در اصول تشخیص و درمان، لازم است به شیوع بیماری در مزاج های مختلف، مزاج بیمار، مزاج عضو و نوع بیماری و مزاج دارو، توجه شود (۱۲، ۲۴).

مزاج در پژوهش های جدید به عنوان یک ریسک فاکتور رفتاری برای برخی بیماری ها در نظر گرفته می شود، زیرا مزاج ارتباط نزدیکی با سطح استرس فرد دارد. این فرضیه وجود دارد که «مزاج روی واکنش به استرس» تأثیر می گذارد و باعث تغییرات فیزیولوژیک و کاهش سطح سلامت و متعاقب آن بیماری می شود یا بالعکس، باعث می شود ویژگی های فیزیولوژیک به گونه ای تغییر کند که فرد نسبت به بیماری خاصی مقاوم شود (۵۸-۵۴، ۵۶). تئوری های مختلفی برای ارتباط مزاج با ظاهر، شخصیت و بیماری های افراد مطرح شده است. بعضی از این تئوری ها مزاج را ناشی از عملکرد سیستم عصبی - هورمونی تحت تأثیر وراثت و عوامل محیطی می دانند. گروه دیگر مزاج را با سیستم نورواندوکرین و میزان متابولیسم و سطح انرژی افراد مربوط می دانند. تئوری دیگر نقش

غده فوق کلیه و اثرش بر جذب سدیم را مطرح می‌کند. اثر مواد غذایی بر اسیدیته^۱ خون و سطح قند خون تئوری‌های دیگری هستند که اثر غذا بر مزاج افراد را شرح می‌دهند (۵۹،۲۶).

اکثر مطالعاتی که به بررسی ارتباط بین مزاج و سیستم بیولوژیک پرداخته‌اند، بر مبنای مدل مزاجی کلونینگر انجام شده و زیر بنای تقسیم‌بندی مزاجی آن‌ها، تیپ‌های شخصیتی و رفتاری است و با توجه به بررسی‌های انجام شده، مطالعاتی که تاکنون به بررسی ارتباط بین مفهوم مزاج در طب ایرانی با متغیرهای بیولوژیک و فیزیولوژیک افراد و نیز ارتباط آن با درصد شیوع و بروز بیماری در جوامع مختلف پرداخته باشد، بسیار اندک است (۶۰، ۶۱). ضمن اینکه این بررسی‌ها از مدل مزاجی استاندارد نیز استفاده ننموده‌اند.

آهنچی و همکاران در سال ۱۳۹۰ بعد از بررسی مزاج از نظر طب سنتی و فلسفه، سعی کرده‌اند، مفهوم مزاج را با مکانیسم‌های طب رایج تبیین کنند. در این مطالعه تطابق چهار مفهوم با مزاج بررسی شده است. در مفهوم اول، اسیدیته خون پایین‌تر از نرمال به عنوان سردی مزاج و اسیدیته بالاتر از نرمال به عنوان گرمی مزاج در نظر گرفته شده‌اند. در مفهوم دوم، هیپرتیروئیدی مطابق با گرمی مزاج و هایپوتیروئیدی مطابق با سردی مزاج مطرح شده است. در مفهوم سوم، ارتباط مزاج با تعادل آب و الکترولیت‌ها بیان شده است. در تعبیر چهارم افراد با فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک بیشتر و پاراسمپاتیک کمتر، گرم مزاج و افراد با شرایط برعکس سرد مزاج در نظر گرفته شده‌اند. به عقیده نویسندگان این مقاله، مفهوم چهارم به مفهوم مزاج نزدیک‌تر است (۵۰).

۲-۱-۲ مفهوم سوء مزاج یا بیماری مزاج

برای تعریف سوء مزاج بهتر است ابتدا به تعریف بیماری از دیدگاه طب سنتی پردازیم. «بیماری» در طب سنتی ایران «حالتی غیرطبیعی است که در اثر آن عملکرد یک یا چند اندام دچار اختلال (نقص، بطلان یا تشویش) شود». در این مکتب طبی سه نوع بیماری وجود دارد: نوع اول، مزاج غیرطبیعی است؛ یعنی «سوء مزاج» که در آن مزاج اندام از اعتدال خارج می‌شود. نوع دوم آنکه ترکیب اندام‌های مرکب، درست نبوده و از نظر شکل و عدد طبیعی نباشد که به آن بیماری اندام‌های مرکب، یا «سوء هیأت ترکیب» می‌گویند. در نوع سوم بیماری که به آن «تفرق اتصال» می‌گویند، پیوستگی اندام‌ها، گسسته شود (۲۴، ۲۳، ۱۲).

بنابراین سوء مزاج معده به دسته‌ای از بیماری‌های معده گفته می‌شود که در آن «مزاج معده از حالت طبیعی خود خارج شده و در اثر این خروج از اعتدال، عملکرد معده دچار اختلال شود». ابن سینا در قانون بعد از نشانه‌های

مزاج طبیعی معده، علائم و نشانه‌های سوءمزاج‌های معده را بیان کرده و آنها را در دو دسته «ساده و همراه با ماده» طبقه‌بندی کرده است. با توجه به اینکه مزاج فرد بر اغلب خصوصیات فیزیولوژیک، بدنی و روانی آن‌ها اثر دارد، برای تعیین مزاج هر فرد و مشخص شدن موقعیتش در هر یک از گروه‌های نه گانه مزاجی باید همه خصوصیات فرد بررسی شود تا مزاج اصلی و مقدار انحراف آن از اعتدال فردی، تشخیص داده شود (۲۵-۲۳)(۱۲،۴۹)

در منابع مورد بررسی پس از تشریح و توضیح شاخص‌های مزاج اصلی یا جبلی به شرح علائم و شاخص‌های انواع بیماری از جمله سوءمزاج پرداخته شده است. با توجه به وجود چهار خلط در بدن، خروج هر کدام از این اخلاط از حالت تعادل چه از نظر کمی و چه از نظر کیفی می‌تواند موجب بیماری شده و بنابراین چهار نوع سوءمزاج از غلبه این اخلاط ایجاد می‌شود (۲۵-۲۳)(۱۲،۴۹). شاخص‌هایی که در طب ایرانی برای تشخیص مزاج کلی افراد مورد بررسی قرار می‌گیرد، به طور کلی شامل ده مورد است که به اجناس عشره معروفند. (۱) وضعیت پوست بدن در لمس (لمس؛ ۲) وضعیت چاقی و لاغری (سَحْنه؛ ۳) خصوصیات مو؛ ۴) رنگ بدن؛ ۵) اندازه ابعاد بدن (هیئت اعضاء؛ ۶) سرعت تأثیرپذیری و واکنش به کیفیت‌های چهارگانه (سردی، گرمی، تری، خشکی)؛ ۷) وضعیت خواب و بیداری؛ ۸) عملکرد اعضا؛ ۹) کیفیت مواد دفعی بدن؛ ۱۰) فعل و انفعالات روانی و نفسانی. لازم به ذکر است در سایر منابع به شفافیت کتاب «القانون فی الطب» تقسیم‌بندی در فصل علائم شناخت مزاج انجام نشده، اما در سایر مباحث و فصول، به نحوه استدلال آنها جهت تعیین مزاج اشاره شده است (۶۲).

طیف وسیع هر کدام از انواع مزاج، این نکته را یاد آوری می‌کند که در هر علامت، یک سر طیف مربوط به یک کیفیت بوده و سر دیگر طیف مربوط به کیفیت مخالف آن و حالات میانه نشانه اعتدال مزاج فرد است. بنابر این تا وقتی فرد در این حدود قرار دارد، دارای سلامت مزاج است. اما اگر از این محدوده خارج شود، دچار سوءمزاج است (۲۴). بنابر این اگر فردی که قبلاً در محدوده اعتدال دیگری بوده با گذشت زمان در محدوده جدیدی قرار گیرد، به طوری که عملکرد اعضای او دچار اختلال شود، می‌توان برای او بیماری سوءمزاج را مطرح کرد (۱۲،۲۴).

۳-۱-۲ مطالعات ابزارسازی در سنجش مزاج

تاکنون تلاش‌های زیادی برای تبیین مفهوم مزاج و تهیه پرسشنامه مزاج در فرد سالم و در انواع بیماری‌ها، نه تنها در طب سنتی ایران بلکه در سایر مکاتب طب سنتی مانند هند و چین هم صورت گرفته است. با این حال تنها در تعداد کمی از این مطالعات، از یک روش صحیح و بدون نقص کیفی و کمی استفاده شده است. این پژوهش‌ها دو گروه اصلی دارند. در یک گروه پژوهش‌هایی هستند که سعی کرده‌اند مفهوم مزاج را با یک ابزار فیزیولوژیک

تبیین کرده و آن را قابل اندازه‌گیری کنند که مطالعه شهابی، یوسفی فرد و محمدی از این گروه هستند. گروه دوم پژوهش‌هایی هستند که سعی کرده‌اند با طراحی یک پرسشنامه و با توجه به کمی‌کردن ویژگی‌های مزاجی هر فرد، آن را قابل سنجش کنند. پژوهش مجاهدی، روشندل، جعفری، سهراب‌وند و ... در این گروه قرار می‌گیرند. در اغلب این پژوهش‌ها پرسشنامه محقق ساخته بوده و بر اساس متون طب سنتی طراحی شده‌است و به علت واضح نبودن تعاریف و ویژگی‌های برخی از معیارها در منابع، محدودیت و نقائصی در نتیجه کار دیده می‌شود.

در مطالعه‌ی «شهابی» و همکاران در سال ۱۳۸۶ با هدف ارزیابی تفاوت افراد گرم مزاج و سرد مزاج در سیستم نوراندوکرینی و الگوی سایتوکایینی پاسخ‌های ایمنی، از پرسشنامه‌ی استاندارد شده مطابق با متون طب سنتی ایرانی جهت تعیین شدت گرمی و سردی ۳۷ مرد سالم ۲۰ تا ۴۰ ساله استفاده شد. نتایج به دست آمده از پرسشنامه با نتایج آزمایش‌های سنجش فعالیت سیستم سمپاتیک و پاراسمپاتیک مقایسه شده و مشخص شد که فعالیت سیستم سمپاتیک محیطی در افراد با مزاج گرم بیشتر و فعالیت سیستم پاراسمپاتیک در این افراد کمتر از افراد با مزاج سرد است. در فرم اشاره شده از ۱۰۰ آیتم استفاده شده که اکثر آنها مربوط به علائم غلبه اخلاط هستند و در محل تقسیم‌بندی چهارگانه، نام اخلاط را قید نمودند. لازم به ذکر است این تقسیم‌بندی در منابع طب سنتی ایران عمدتاً در زمان غلبه اخلاط یا به نوعی سوءمزاج یا بیماری مطرح است و بسیاری از این علائم در مزاج‌های طبیعی و حالت سلامت افراد مورد انتظار نیست. در متن مقاله اشاره به این موضوع کرده که «گرمی یا سردی مزاج این افراد با استفاده از یک پرسشنامه استاندارد تعیین شد» ولی مشخص نیست که این پرسشنامه استاندارد از چه منبعی گرفته شده و شیوه استاندارد سازی پرسشنامه نامشخص است؛ و البته پرسشنامه مذکور جهت استفاده، نیازمند تعیین پایایی و روایی است (۶۳).

در مطالعه انجام شده در گروه فیزیولوژی دانشگاه تهران در سال ۱۳۸۹ «یوسفی فرد» و همکاران رابطه معنی‌داری بین مزاج گرم و سرد و برخی یافته‌های پاراکلینیک و نیز شاخص‌های فیزیولوژیک از جمله دمای پوست بدن اثبات نمودند. در این مطالعه ۱۰۲ دانشجوی دختر و پسر ۲۵-۲۰ ساله دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد بررسی قرار گرفت. جهت تعیین مزاج با استفاده از یک پرسشنامه که روایی و پایایی آن در این مطالعه مورد تأیید قرار گرفت، مزاج نمونه‌های مورد مطالعه تعیین گشت. تنظیم پرسشنامه با استفاده از کتاب‌هایی چون قانون، قانونچه، کامل الصناعاته الطبیه و مفرح القلوب که از مهم‌ترین منابع طب سنتی می‌باشند، طراحی شد. پرسشنامه طراحی شده در اختیار اساتید طب سنتی قرار داده شد تا روایی آن مورد تأیید قرار گیرد. بعد از تأیید روایی این پرسشنامه توسط اساتید، برای تعیین پایایی پرسشنامه، پرسشنامه تهیه شده توسط محقق برای ۱۰ نمونه تکمیل شده و بعد از

تکمیل پرسشنامه، اطلاعات وارد برنامه «اس-پی-اس-اس»^۱ شد و بعد از بررسی پاسخ‌ها، ضریب آلفای کرونباخ تعیین گشت. ضریب بدست آمده برابر با ۷۷.۰ بود که در طبقه‌بندی قابل قبول تقسیم‌بندی می‌شود. بنابراین روایی و پایایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. در این پرسشنامه گزینه‌های سمت راست نشان دهنده ویژگی مربوط به مزاج سرد و گزینه سمت چپ نشان‌دهنده ویژگی مرتبط با مزاج گرم می‌باشد و اعداد ۱ تا ۷ برای امتیاز دهی به هر سؤال استفاده شده است به این صورت که حداکثر سردی عدد ۱ و حداکثر گرمی عدد ۷ و حالت‌های بین آن‌ها نیز اعداد ۲ تا ۶ را اختیار خواهند نمود. محقق برای هر فرد با توجه به اینکه ویژگی سؤال شده در نمونه مورد مطالعه به چه اندازه‌ای نزدیک به ویژگی‌های فردی اوست و این ویژگی تا چه حد در وی قدرت دارد، اعداد ۱ تا ۷ را انتخاب می‌نماید. امتیاز کل بدست آمده بین ۳۸ تا ۲۶۶ است که هر چه امتیاز به ۳۸ نزدیک باشد شدت سردی و هر چه به ۲۶۶ نزدیک باشد شدت گرمی مزاج را نشان می‌دهد. نکته قابل توجه این است که این پرسشنامه برای تعیین مزاج گرم و سرد طراحی شده و تنها مزاج را در یک مقیاس^۲ گرم تا سرد تعیین می‌کند و به بررسی رطوبت یا خشکی مزاج نمی‌پردازد (۶۴).

اگر چه این پرسشنامه تنها سردی و گرمی مزاج را تعیین می‌کند ولی برخی از پرسش‌های بکار رفته در آن از نظر منابع طب سنتی ایران بیشتر شاخص تعیین تری و خشکی مزاج هستند تا گرمی و سردی مانند سؤال‌های ۳، ۷، ۱۱ و ۱۲. در ضمن در متن مطالعه مشخص نشده که جهت تعیین پایایی سؤالات در ده نفر داوطلب با چه فاصله زمانی و در چند نوبت پرسشنامه تکمیل شده است. همچنین در مطالعه فوق تعیین پایایی ثبات یا تکرارپذیری بررسی نشده است.

طبق مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۴ (۱۳۹۳) در مجله «پزشکی هلال احمر ایران»^۳ توسط «مجاهدی» و همکاران به چاپ رسید، قابلیت اطمینان و اعتبارسنجی پرسشنامه مزاج در این مطالعه مقطعی^۴ مورد بررسی قرار گرفت. ایشان به بررسی پایایی شاخص‌های تعیین مزاج و روایی دو شاخص ملمس (دمای پوست بدن) و هیئت بنیه اعضا (ابعاد آنتروپومتریک) جهت تعیین مزاج پرداخت. او در پژوهش خود ابتدا با استفاده از روش مطالعه کتابخانه‌ای، شاخص‌های تعیین مزاج را از منابع معتبر استخراج و پرسشنامه اولیه را طراحی نمود. حجم اولیه گویه‌های این پرسشنامه ۵۲ شاخص بود. قدم بعدی ارزشیابی روایی صورتی بود که با روش‌های کمی و کیفی صورت گرفت و

1. SPSS.

2. Scale.

3. Iranian Red Crescent Medical Journal.

4. Cross sectional.

۴۷ شاخص باقی ماند. قابلیت اطمینان آزمون - باز آزمون با استفاده از آماره کاپا و با حضور ۳۵ داوطلب انجام شد، پرسشنامه قابل اطمینان، توسط ۵۲ داوطلبی که به گروه‌های سرد و گرم و تر و خشک - که توسط یک تیم ۴-۸ نفره از پزشکان با تجربه بالینی، تقسیم شده بودند- پر شد. آنالیز رگرسیون استدلالی^۱ جهت اعتبارسنجی ارزشیابی مزاج و با استفاده از نمودار راک^۲ صورت گرفت. در نهایت ۱۰ شاخص در پرسشنامه باقی ماند. با استفاده از روش‌های آماری آنوا و پست هاک همراه دونت^۳، نقطه برش مناسب معین شد و حساسیت و اختصاصیت ارزیابی شد (۲۹). در این بررسی طراحی پرسشنامه محدود به گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بود. علاوه بر آن در مطالعه فوق نمونه گیری تصادفی نبوده و از یک قشر خاص که دانشجویان ساکن در خوابگاه بوده‌اند برای نمونه‌گیری استفاده شده است، از طرفی حجم نمونه‌ها نیز با توجه به تعداد متغیرها کم بود.

طبق مقاله‌ای که در سال ۲۰۱۴ توسط «محمدی» و همکاران جهت بررسی وابستگی مزاج گرم و سرد به میزان متابولیسم پایه یا فعالیت سمپاتیک - پاراسمپاتیک در مجله «دیابت و بیماری‌های متابولیک» چاپ شد، مزاج بر اساس پرسشنامه معتبر مجاهدی و همکاران تعیین شد و ۴۰ داوطلب سالم ۱۸ تا ۴۰ ساله با شاخص توده بدنی نرمال از دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشگاه تهران به دو گروه گرم و سرد تقسیم شدند. در این بررسی ارتباط متابولیسم پایه و اثر ترمیک غذاها با مزاج غذا و مزاج فرد، و فعالیت سیستم سمپاتیک و پاراسمپاتیک و هورمون‌های تیروئید با مزاج فرد و تغییرات آن در هر مزاج با مصرف غذای گرم یا سرد بررسی شد. قد، وزن، علائم حیاتی، متابولیسم پایه، وضعیت بدنی و تست‌های آزمایشگاهی انجام شده و با پرسش‌نامه‌ی دیگری رژیم غذایی دو ۲۴ ساعته بررسی شد. در مرحله دوم که نتایج آن هنوز منتشر نشده، هر گروه از مزاج‌ها به طور اتفاقی به دو گروه تقسیم می‌شوند. قبل از مداخله، علائم حیاتی، متابولیسم پایه اندازه‌گیری شده و بعد از دادن آویشن شیرازی و سماق مجدداً اندازه‌گیری شدند و بعد از ۶ روز مجدداً داروی دوم به هر گروه داده شده و تا ۴ ساعت، هر نیم ساعت علائم حیاتی شامل متابولیسم پایه، دمای مرکزی و محیطی، ضربان قلب و فشار خون اندازه‌گیری شدند. اهمیت این پژوهش به واسطه اندازه‌گیری شاخص‌های متنوع کمی فیزیولوژیک در افراد با مزاج مختلف است که می‌تواند در آینده پایه پژوهش‌های این حوزه قرار گیرد (۶۵).

در مطالعه «میرطاهری» و همکارانش در تبریز در سال ۲۰۱۳ ارتباط نوع مزاج با وضعیت بدنی ۱۳۵ خانم ۱۸ تا ۳۰ ساله دارای اضافه وزن و چاقی بررسی شد تا این باور طب سنتی که چاقی در مزاج بلغمی و دموی بیشتر

1. Logistic Regression.

2. ROC Curve.

3. ANOVA and Post Hoc with Dunnet.

است، سنجیده شود. تشخیص مزاج با مصاحبه توسط متخصص طب سنتی همراه با سوالات عینی و ذهنی^۱ در مورد شخصیت فیزیکی، رفتاری و احساسی، نوع خواب، اشتها و میزان تشنگی انجام شد. از سوی دیگر قد، وزن و شاخص توده بدنی و ترکیب بدن^۲ یا توده چربی^۳ و درصد آب بدن^۴ محاسبه شد. نتایج نشان داد اغلب زنان مزاج دموی داشتند و ارتباط معنا داری بین مزاج و شاخص توده بدنی مشاهده نشد. درصد توده چربی در زنان با مزاج سودا بیشتر بود. نقاط ضعف این بررسی کم بودن تعداد نمونه، بررسی فقط در یک جنس، تعیین مزاج فقط توسط یک نفر متخصص و در نظر نگرفتن بعضی عوامل دخیل در مزاج مانند عادات، وضعیت روحی و عدم توجه به مزاج جبلی بود. ضمن اینکه مزاج جبلی از مزاج عارضی و غلبه اخلاط متفاوت بوده و چاقی یا مفهوم امتلاء می تواند ناشی از غلبه هریک از اخلاط باشد و این با مفهوم «سحنه» یا «بادی تایپ» درشت تر در مزاج گرم و تر و سردتر متفاوت است (۶۶).

در سال ۲۰۱۵ «شیخ روشندل» و همکاران دو پرسشنامه مزاج ذاتی و اکتسابی بر اساس متون و نظر متخصصان طراحی کردند و در پژوهش بر ۱۹۷ مراجعه کننده به کلینیک چاقی سیب (۱۸ تا ۷۰ ساله) این دو پرسشنامه را استانداردسازی کردند. آن ها در پرسشنامه اول که مربوط به مزاج ذاتی بود؛ ۲۶ آیت هر کدام ۱ نمره و در پرسشنامه دوم که به مزاج اکتسابی مربوط بود و در ۵ گروه طبقه بندی شد: به گروه اول ۳.۵۵ نمره، گروه دوم ۶.۹ نمره، گروه سوم ۵.۱۱ نمره، گروه چهارم ۶.۹ نمره و گروه پنجم ۱۴ نمره اختصاص دادند. روایی صوری با روش لاوشه ۳ گزینه ای و بر اساس نظر ۵ متخصص با ۱۰۰ درصد توافق به نتیجه رسید. (همه گزینه ها ضروری، $CVI-CVR=1$). آنالیز آماری در دوفاز انجام شد: فاز اول به شکل پایلوت به روش آزمون- باز آزمون با ۱۵ مورد انجام شد و تکرار بعد از ۲ هفته صورت گرفت. و با روش کاپا تست، سطح توافق قبل و بعد از آزمون اندازه گیری شد. هم ارزی و پایایی بین مشارکت کنندگان^۵ با کروناخ آلفا و همسانی درون خوشه ای^۶ بررسی شد. در فاز دوم نیز اندازه گیری انحراف معیار، فراوانی، کای اسکور، آنووا تست برای اندازه گیری ارتباط گویه با مزاج انجام شد. نتایج این پژوهش حاکی از این بود که هر دو پرسشنامه پایایی و اعتبار بالایی داشت. مزاج بلغمی در زنان شایع تر و مزاج صفراوی و دموی در مردان شایع تر بود. ارتباط بین مزاج جبلی و جنسیت یافت نشد. با افزایش سن، مزاج سوداوی اکتسابی

1. Objective & Subjective.
2. BMI & body Composition.
3. Free fat mass.
4. Total body water.
5. Interrater reliability.
6. (ICC) Inter Cluster Correlation.

زیادتر شده و مزاج صفراوی کمتر دیده شد. بین قد افراد با مزاج جبلی ارتباط وجود داشت. اما ارتباطی بین مزاج و چاقی افراد پیدا نشد، زیرا اغلب مراجعه‌کنندگان چاق بودند و این یافته برخلاف متون طب سنتی است. ایرادات این بررسی این بود که نمونه‌گیری محدود به افراد چاق بود که نمونه شاخص جامعه نبودند. متخصصان شرکت‌کننده هم نمونه شاخص خوبی از جامعه متخصصان نبودند. تعداد سوالات پرسشنامه‌ها زیاد بود و جزئیات مراحل کار را بخصوص در بخش تکامل مفهوم و انتخاب گویه‌ها، خوب شرح داده نشده بود. علاوه بر این محققان اعتبار سازه را بررسی نکرده بودند (۵۹).

در مطالعه سلمان‌نژاد و همکاران در سال ۲۰۱۸ مراحل تعیین روایی و پایایی یک پرسشنامه برای شناخت افراد ۲۰ تا ۶۰ ساله انجام شد. در این مطالعه ۱۵ متخصص طب سنتی ایرانی و ۲۲۱ شرکت‌کننده در مراحل مختلف شرکت داشتند. ۱۹ سوال اولیه بر اساس منابع طب سنتی، مصاحبه‌ی اساتید و شرکت‌کنندگان طراحی شد. در این مطالعه برای تعیین پایایی و روایی از روش‌های آماری کاپای وزن داده‌شده، ICC^۱ و منحنی راک^۲ استفاده شد. و برای تعیین اختصاصی بودن و حساسیت از نقطه برش^۳ استفاده شد. در انتها ۲۰ سوال باقی ماند. نقطه برش برای گرمی ۶۸ تا ۷۱، و برای گرمی - سردی ۶۳ تا ۷۰، برای سردی ۵۷ تا ۸۰، و برای تری ۵۷ تا ۷۴ و برای تری - خشکی ۶۹ تا ۷۱ و برای خشکی ۷۸ تا ۸۵ بوده است. طبق نظر نویسندگان این پرسشنامه اولین پرسشنامه‌ی استاندارد تعیین مزاج در ایران است (۶۷).

۴-۱-۲ مطالعات درباره ارتباط مزاج و بیماری

«جعفری» و همکاران در سال ۱۳۹۰ پژوهشی با هدف بررسی فراوانی علائم سوء مزاج‌ها در مبتلایان به احتباس طمث (هایپو یا الیگومنوره و آمنوره) انجام داده و با مراجعه به کتب مرجع طب سنتی یک فرم محقق ساخت (پرسشنامه - فرم اطلاعاتی) بر اساس علائم سوء مزاج‌های ساده و مادی عام طراحی کردند. روایی این پرسشنامه از طریق روش اعتبار صوری و پایایی آن از طریق روش تکمیل مجدد پرسشنامه (آزمون - باز آزمون) تعیین شده. سپس ۶۹ خانم مبتلا به احتباس طمث در سنین باروری ۱۵ تا ۴۵ سال انتخاب شده است. روش نمونه‌گیری از نوع غیر تصادفی در دسترس بوده و نمونه‌ها از بین مراجعین به درمانگاه‌های ژنیکولوژی و کلینیک‌های طب سنتی در فاصله زمانی یک ساله انتخاب شده و افراد باردار و یا مبتلا به بیماری سیستمیک از جمله دیابت و

1. Interclass Correlation Coefficient.

2. ROC curve.

3. Cut-off points.

فشارخون از مطالعه حذف شدند. سپس فراوانی سوءمزاج‌های مختلف در بیماران دچار احتباس طمث بررسی شده است. در قسمت یافته‌ها سوءمزاج بارد در مقایسه با سوءمزاج حار و سوءمزاج یابس در مقایسه با تر و سوءمزاج بلغمی و سپس سوداوی در میان سوءمزاج‌های مادی رتبه بالاتری داشتند. در بررسی فراوانی علائم سوءمزاجی بنا بر تقسیم‌بندی کتاب اکسیر، از بین ۸ علامت سوءمزاج حار نیمی از افراد دارای رنگ چهره زرد بودند و بعد از آن تضرر از مسخّنات و ادرار پر رنگ بالاترین فراوانی را به دست آورده است و عطش زیاد کمترین درصد. در بین علائم سوءمزاج سرد بیش از نیمی از افراد دارای نبض بطیئ (۵۸٪) و سفیدی رنگ چهره (۵۵٪) بودند و علامت کم‌رنگ بودن ادرار کمترین درصد افراد را به خود اختصاص داد. از بین علائم سوءمزاج تر تضرر از مرطبات بیشترین و فساد هضم کمترین درصد را داشت. در مورد سوءمزاج خشک علامتی که بالای ۵۰٪ افراد واجد آن باشند دیده نشد. به همین ترتیب انتفاع از مرطبات، نبض ممتلی، زردی چشم، نبض لین، در سوءمزاج سوداوی، دموی، صفراوی و بلغمی بیشترین شیوع را داشت. در پایان محقق نتیجه گرفته است که معاینه رنگ چهره، نبض، رنگ ادرار و بررسی تضرر و انتفاع مهم‌ترین فاکتورهای بررسی سوءمزاج هستند. در این مطالعه افراد مشکل کار خود را نبود فرم شرح حال‌گیری استاندارد طب سنتی، نمره دهی یکسان به همه سوالات به دلیل عدم وجود نمره دهی کمی برای علائم مذکور در کتب طب سنتی یا صاحب نظران ذکر کرده‌اند و همچنین وجود نقص‌های متعددی که نمی‌توان از طریق آن صراحتاً به ارتباط بین سوءمزاج و احتباس طمث پی برد. در این مطالعه بیشتر علائم بر اساس کتاب اکسیر استخراج شده و به تبیین مفاهیم و روش اندازه‌گیری آنها از جمله نبض و ادرار اشاره‌ای نکرده است. در این ابزار تنها روایی صوری بررسی شده و روش انجام بررسی ثبات و تعداد و مدت و نتیجه آن هم اشاره‌ای نشده است (۶۸).

در مطالعه‌ی «سهراب‌وند» و همکاران در سال ۱۳۹۱ که به بررسی وضعیت مزاج شخصی و رحم در زنان نابارور پرداختند، یک پرسشنامه بر اساس منابع طب سنتی برای تعیین مزاج فرد و مزاج رحم تهیه شد. ابتدا اطلاعات مربوط به مزاج رحم از کتب طب سنتی به روش تحقیق کیفی استخراج شد. در مرحله بعد پرسشنامه‌ای برای تعیین مزاج رحم طراحی شد که حاوی ۱۵ سؤال برای تعیین حرارت و برودت رحم و ۵ سؤال برای تعیین رطوبت و یبوست بود. در پاسخ به هر سؤال اعداد ۱ تا ۷ قرار داشت که عدد ۱ کمترین شدت و عدد ۷ بیشترین شدت علامت را نشان می‌داد. روایی محتوا توسط ۵ نفر از اساتید طب سنتی تایید شد. سپس برای تعیین پایایی، پرسشنامه برای ۲۵ نفر از بیماران تکمیل و آلفای کرونباخ بیشتر از ۷۵ درصد بدست آمد. پایایی آن نیز با روش آزمون - بازآزمون بر روی ۲۵ بیمار با فاصله زمانی ۲ هفته و اندازه‌گیری ضریب همبستگی بررسی شد. ضریب همبستگی در بخش حرارت ۴۷ درصد و در بخش رطوبت ۴۲ درصد به دست آمد. این پرسشنامه در نهایت با ۳ سؤال در قسمت

حرارت و برودت و ۳ سؤال در قسمت رطوبت و یبوست استاندارد شد. برای به دست آوردن مزاج شخص از پرسشنامه استاندارد شده مزاج در مطالعه یوسفی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار «اس-اس-اس» نسخه ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی همبستگی بین مزاج رحم با مزاج کل بدن از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. با استفاده از این روش، نویسندگان سوءمزاج سرد، سوءمزاج رطب و سوءمزاج سرد و تر را شایع‌تر گزارش کرده‌اند. محدودیت‌های مطرح شده توسط نویسنده شامل عدم تجربه کار مشابه و وجود پرسشنامه استاندارد در این حوزه، نبود مطالعه‌ای بر روی اعتبار علائم و ارزش هر سوال، جدا نکردن علل مختلف نازایی است. نقطه ضعف این مطالعه نیز نداشتن یک پرسشنامه استاندارد و عدم سنجش روشمند آن است. اما یکسان سازی شرایط فصل و سن و شهر جزء نکات در نظر گرفته شده در این مطالعه است (۶۱).

در دو پایان‌نامه دانشجویان پزشکی دانشگاه شاهد (۱۳۸۸) نیز پژوهشگران برای تعیین فراوانی علائم سوءمزاجهای مختلف در بیماران با تغییرات غیرطبیعی خونریزی رحمی اقدام کردند. در حین اجرای پیش‌مطالعه، به دلیل فقدان فرم شرح حال‌گیری استاندارد در زمینه تعیین سوءمزاج، نبودن مطالعه مشابه و نیز عدم وجود معیار سنجش مطمئن و دقیق در بررسی برخی از علائم، طبق نظر و صلاحدید صاحب نظران طب سنتی، فرم اولیه در چند نوبت اصلاح شد. در این میان، پیش‌مطالعه‌هایی جهت تأمین اعتبار و پایایی فرم‌های اصلاح شده انجام گرفت. در طی آنالیز اطلاعات، با صلاحدید صاحب‌نظران تصمیم بر این شد که از ترکیب علائم همه اعضا خودداری شده و برای ارائه نتایج مستند تنها به علائم سوءمزاج کل بدن (بنا بر طبقه‌بندی موجود در کتاب اکسیر اعظم) و از بین اعضا تنها به عضو رحم (به عنوان عضو اصلی درگیر در بیماری افراط خونریزی رحم) اکتفا شود. قابل توجه آن که در این پژوهش علاوه بر پاسخگویی به سؤالات پژوهشی، نتایج مربوط به سوءمزاج‌های رحم نیز ارائه شد. به منظور تعیین پایایی از روش تکمیل مجدد پرسشنامه استفاده شد؛ بدین ترتیب که پرسشنامه توسط تعدادی از بیماران تکمیل و با فاصله زمانی حداقل دو هفته مجدداً پرسشنامه در اختیار نمونه‌های ابتدایی قرار گرفت که با تحلیل نتایج حاصل از نوبت اول و دوم پرسش‌گری، ضریب تکرار پذیری قابل قبولی به دست آمد.

پژوهشگران فوق مشکلات و محدودیت‌های طرح خود را چنین بیان کرده‌اند: فقدان مطالعه مشابه، عدم تجربه کار مشابه در حوزه طب سنتی و وارد کردن فرضیات متعدد در مطالعه، نبودن پرسشنامه استاندارد در زمینه تعیین سوءمزاج، عدم دسترسی به اساتید مجرب و حاذق طب سنتی، نداشتن معیار سنجش مطمئن و دقیق در بررسی بعضی علائم، امتیازدهی مساوی به همه علائم بدون در نظر گرفتن اهمیت بیشتر برخی از علائم، زیاد بودن تعداد سؤالات به علت ترکیب علائم سوءمزاج همه اعضا، اصلاح و تعویض مکرر پرسشنامه و طولانی شدن زمان مطالعه (سه سال). محققین در قسمت پیشنهاد، عنوان نمودند به علت آن که تاکنون مطالعه‌ای بر روی اعتبار علائم و ارزش

هر سؤال انجام نشده، ضمن اطلاع از اهمیت برخی علائم نسبت به سایر علائم، برای همه آنها امتیاز مساوی در نظر گرفته شده. با اینکه این کار از عوامل کاهنده اعتبار مطالعه به حساب می‌آید با این حال انجام آن به عنوان یک مطالعه پایه، مفید و ضروری به نظر می‌رسد (۶۹،۷۰).

در سال ۲۰۱۳-۲۰۱۴ جهت بررسی نوع مزاج در افراد مبتلا به یبوست عملکردی در ایران، «الصاق» و همکارانش مزاج را با استفاده از پرسشنامه معتبر مجاهدی و همکاران بررسی کردند. وجود یبوست بر اساس کراترای رم ۳ تعیین شد. پرسشنامه شامل اطلاعات عمومی و ۱۰ عاملی که وابستگی به مزاج دارند بوده‌است، که پس از جمع ساده امتیازات و محاسبات صورت گرفته، به هر بیمار مزاج خاصی نسبت داده شده‌است. ۴۸ بیمار ارجاع شده به کلینیک گاستروانترولوژی بیمارستان شریعتی اصفهان با محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال که یبوست فانکشنال داشتند و سایر علل ثانویه یبوست در این افراد از جمله بیماری‌های متابولیک و ارگانیکی رد شده بود وارد مطالعه شدند. در این مطالعه ۵۳٪ افراد که بیشترین تعداد را شامل می‌شد در گروه سرد و خشک قرار داشتند که نشان می‌دهد بیشتر بیماران مبتلا به یبوست عملکردی دارای این نوع مزاج هستند. با توجه به اینکه یبوست یا ثقل یا بس از دیدگاه طب سنتی یک بیماری محسوب می‌شود و علل مختلفی برای آن مطرح شده است، نمی‌توان تطابق شیوع آن بر اساس پرسشنامه مزاج جبلی صحی را چندان صحیح دانست. ضمن اینکه با توجه به تعریف متفاوت یبوست از دیدگاه طب سنتی با طب جدید مفهوم یبوست نیاز به تبیین بیشتری دارد (۵۸).

در مطالعه‌ی کلانتری و همکاران در سال ۲۰۱۸ ارتباط مزاج و شادی و رضایت کاری بررسی شده‌است. برای تعیین مزاج از پرسشنامه‌ی مزاج مجاهدی و برای بررسی میزان شادی از پرسشنامه‌ی شادی آکسفورد^۱ و برای بررسی میزان رضایت کاری از پرسشنامه‌ی لینز^۲ استفاده شده‌است. ارتباط آن‌ها با آزمون Chi-Squared اندازه‌گیری شد و P-value بالاتر از ۰۵۰ به لحاظ آماری معنی‌دار در نظر گرفته شده‌است. در این مطالعه ۱۹۹ نفر شرکت کرده‌اند و افراد دارای مزاج گرم امتیاز شادی بالاتری داشته‌اند و همچنین افرادی که از نظری تری و خشکی معتدل بودند نیز میزان شادی بیشتری داشتند. اما ارتباطی بین رضایت کاری و مزاج یافت نشد (۷۱).

۵-۱-۲ مقالات خارجی ابزارسازی و مزاج

1. Oxford Happiness Inventory (OHI).
2. Linz job satisfaction questionnaire.

در سال ۲۰۱۲ «نیگار»^۱ و همکاران در هند پژوهشی انجام داده‌اند و مزاج در منوراژی را بررسی کرده‌اند، در این مطالعه علاوه بر تشخیص مزاج و سوءمزاج براساس آنالیز شیمیایی اخلاط مختلف بدن، پزشکان مزاج را با توجه به ۱۰ گزینه و با در نظر گرفتن علائم^۲ بررسی کرده و تشخیص دادند. در این مطالعه ۸۰ بیمار مبتلا به منوراژی در محدوده ۱۳ تا ۴۰ سال بدون پاتولوژی رحمی و یا تخمدانی مراجعه‌کننده به ۲ مرکز درمانی هند وارد مطالعه شدند. تعیین مزاج در این افراد بر اساس اجناس عشره شامل ملمس، لحم و شحم، مو، لون، هیأت بدن، کیفیت انفعال، خواب و بیداری، افعال صادره، فضولات و مواد دفعی بدن و انفعالات نفسانی انجام گرفت. میزان منوراژی بر اساس سوال در مورد میزان خونریزی، طول دوره خونریزی و تعداد نوار بهداشتی استفاده شده ارزیابی شد. شیوع منوراژی در صفاوی مزاج‌ها با شیوع (۴۴٪) و بلغمی مزاج‌ها (۳۵٪) بالاتر بود. در این مطالعه هیچ اشاره‌ای به سوالات و نحوه استاندارد سازی و حتی نوع ابزار نشده بود (۷۲).

«سلطان»^۳ و همکاران در سال ۲۰۱۳-۲۰۱۴ در هند مطالعه‌ای جهت ارزیابی مزاج در علائم انتقالی یائسگی انجام دادند. در این بررسی ۶۰ خانم بالای ۳۵ سال با یا بدون یائسگی زودرس که علائم یائسگی را برای مدت ۲ ماه داشتند و به انیستیتو ملی طب یونانی مراجعه کرده بودند وارد مطالعه شدند. افرادی که خونریزی بدون علت، سرطان، یائسگی بدنبال جراحی اوو فورکتومی و دیابت، فشار خون و یا مشکل تیروئید کنترل نشده داشتند از مطالعه خارج شدند. جهت ارزیابی علائم یائسگی از مقیاس MRS^۴ شامل ۱۱ گزینه که طیف ۴ گزینه‌ای جهت تعیین شدت علائم داشت مشخص شد. از سوی دیگر مزاج بر اساس علائم سوءمزاج و علائم غلبه اخلاط بر اساس طب سنتی یونان از ۱ تا ۴ امتیازبندی شد. مجموع امتیازات MRS هر بیمار محاسبه شده و نوع سوءمزاج هر شخص با توجه به آن استنباط شده و تقسیم‌بندی دسته‌ها با توجه به مجموع امتیازات کل پرسشنامه در نظر گرفته شد. پایایی^۵ پرسشنامه ۰.۷۸ بوده است. نتیجه نشان داد علائم بروودت و غلبه خلط سودا در این افراد بیشتر بوده است. در مقاله فقط عنوان سوالات گفته شده و اینکه سوالات به چه شکل پرسیده شده، اینکه ابزار از چه نوعی بوده و به چه کتب یا مقالاتی مراجعه شده نیز اشاره نشده است. همچنین از مراحل اعتبار سنجی پرسشنامه چیزی ذکر نشده و تنها به سنجش یک نوع پایایی اشاره کرده است (۷۳).

1. Nigar.

2. Signs &symptoms.

3. Sultana.

4. Menopause Rating Scale.

5. For split half reliability.

«کورنده»^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۳، در مطالعه‌ی خود بیست شرکت‌کننده ۱۸ تا ۲۰ ساله سالم را از نظر نبض و زبان و مزاج توسط ۱۵ پزشک طب سنتی هندی با سابقه‌ی کار ۳ تا ۱۵ سال جداگانه معاینه کردند. شرکت‌کنندگان در این مطالعه همزمان پرسشنامه‌ی مزاج استاندارد شده را نیز تکمیل نمودند. بررسی آماری، روایی قابل قبولی را برای معاینات پزشکان گزارش نکرد، ولی روایی پرسشنامه قابل قبول بود. نویسندگان این مطالعه یک پرسشنامه‌ی تعریف شده و هدف‌دار را روش قابل اعتمادتری برای تعیین مزاج دانسته‌اند. در این مطالعه علت اصلی ضعف تشخیص در مکتب ایورودا، نبودن متدولوژی نظام‌مند و هدف‌دار و عدم وجود تعریف عملی دقیق از متدهای تشخیصی ذکر شده است (۷۴).

در مطالعه‌ای که «یون»^۲ و همکاران در سال ۲۰۱۵ انجام دادند، پرسشنامه‌ای بر اساس منابع طب سنتی چینی و افراد ماهر با تجربه حداقل ۵ سال در این زمینه طراحی شد که شامل ۱۰ شاخص مربوط به گرمی و سردی مزاج بود. این پرسشنامه توسط دو گروه از بیماران، که پزشک سردی و گرمی آن‌ها را مشخص کرده بود، تکمیل شد. در این مقاله ابتدا مرحله کیفی شامل جمع‌آوری مقالات مربوط به پرسشنامه‌های موجود در زمینه مزاج گرم و سرد انجام شده. پس از آنالیز پرسشنامه‌های موجود، مجموع آیت‌ها نوشته شده و به زیرمجموعه‌هایی بر اساس اصول ۱۰ گانه طب سنتی کره تقسیم شد. سپس توسط تعدادی متخصص به روش دلفی مورد ارزیابی قرار گرفته است. در نهایت پرسشنامه ۷ گزینه‌ای استخراج شده که ۱۸۹۸ نفر از پناهندگان مراجعه‌کننده جهت دریافت خدمات تسهیلی در سال ۲۰۱۴ به اردوگاه‌های کشور کره آن را پر کرده‌اند و مجدداً ارزیابی شدند و آزمون کاپا و همبستگی پیرسون ارزیابی شد. نقطه برش^۳ از طریق آنالیز منحنی شاخص عملکرد سیستم^۴ محاسبه شد. سپس مورد ارزیابی آماری قرار گرفته و روایی و پایایی پرسشنامه به دست آمده است (۷۵).

«ریو»^۵ و همکاران در سال ۲۰۱۰ در مقاله دیگری، پرسشنامه ۲۰ گزینه‌ای که قبلاً تهیه شده و در افراد سالم مورد ارزیابی قرار گرفته بود را بر روی ۲ گروه ۶۳ و ۶۴ نفره از بیماران با بیماری‌های داخلی حاد و یا مزمن در ۲ بیمارستان مجزا در کشور چین بررسی کردند. ابتدا به بیماران طی ۲ هفته آموزش داده شده و تعیین مزاج توسط یک پزشک انجام شد. سپس پرسشنامه‌ها پر شده است. ۱۰ گزینه مربوط به گرمی مزاج و ۱۰ گزینه مربوط به

1. Vrinda Kurande.

2. Youngheum Yoon.

3. Cut of value.

4. Receiver oprator characteristic curve.

5. Hyunhee Ryu.

سردی مزاج بود. امتیاز بالاتر به عنوان مزاج نهایی فرد بیان شده ولی نقطه برش بیان نشده است. در واقع امتیازی که در بیمارستان اول به دست آمده بود به عنوان استاندارد طلایی برای بیمارستان دوم تعیین شده است (۷۶).

در سال ۲۰۱۲ در کره در مطالعه دیگری که «کیم»^۱ و همکاران انجام دادند به علت این مشکل که هیچ استاندارد برای تشخیص توزیع بار بر سطح زبان وجود ندارد، هیچ تعریف کاربردی دقیق درباره کرایتریهای تشخیصی در ضخامت پوشش زبان^۲ وجود ندارد. آنها سیستمی به نام DTIS^۳ طراحی کردند تا تصویر دیجیتال از سطح زبان تهیه کند، سطح زبان را به نواحی مختلف تقسیم کند و نواحی دارای بار را مشخص کند. آنها نشان دادند که بار زبان می‌تواند بطور کمی توسط DTIS ارزیابی شود. این محققان به وسیله DTIS با تعیین درصدی از سطح زبان که دارای بار است سعی کردند تا کرایتریای تشخیصی بر مبنای TCT بسته به ۳ نقطه تشخیصی بدون بار، بار نازک، بار ضخیم تعیین کنند. آنها ۶۰ نفر متخصص قابل اعتماد را انتخاب کردند و پایایی بین ارزیابی‌کنندگان را بررسی کردند. سطح توافق بین ۲۴ ارزیابی‌کننده درباره ضخامت پوشش زبان^۴ متوسط^۵ بود. سطح ارتباط بین قضاوت ارزیابی‌کنندگان^۶ و تشخیص دستگاه دیجیتال^۷ تقریباً بالا بود. سرانجام یک مدل تناسبی احتمالی^۸ بکار برده شد تا احتمال فرضی برای آنالیز شاخصه‌های کمی شده بار زبان را جمع آوری کند (۷۷).

«وانگ»^۹ و همکاران برای بومی سازی پرسشنامه تشخیص مزاج در هنگ کنگ مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۴ انجام دادند. در این مطالعه ۲۱۲۸ بیمار مزمن سرپایی مراجعه‌کننده به یک بیمارستان طب مدرن و دو بیمارستان طب چینی، بررسی شدند. برای روایی محتوا بعد از ترجمه پرسشنامه ده بیمار و ده متخصص طب سنتی دو پرسشنامه (BCQ)^{۱۰} و (HRQOL) را پر کردند. پرسشنامه BCQ قبلاً برای تعیین وضعیت مزاجی بدن از نظر طب چینی، تهیه شده و از نظر پایایی و روایی در تایلند بررسی شده بود و این محققان جهت استفاده در هنگ کنگ مجدداً از نظر پایایی و روایی آن را بررسی کردند. البته در نهایت ۴۰۴ نفر به مرحله پی‌گیری رسیدند. توافق کمی بین متخصصان

1. Jinsung kim.

2. Tongue coating thickness.

3. Digital tongue imaging system.

4. TCT judgments.

5. Moderate

6. TCT judgments.

7. DTIS-measured values.

8. Proportional Odds Model.

9. Wong.

1. Health-related quality of life.

طب چینی وجود داشت و استاندارد کردن کرایتریاهای تشخیصی این توافق را از ۵۲ به ۷۸ درصد رساند. با توجه به اینکه در این مطالعه تشخیص متخصصان استاندارد طلایی است و امکان گزارش چند مزاج در یک بیمار وجود دارد، مطابقت پرسشنامه و نظر متخصصان کاهش یافته است بخصوص اگر معیار ورود اولیه درست نباشد. تکرار پذیری عدم تعادل در یک مزاج خاص پایین بود که می‌تواند ناشی از هم پوشانی چند وضعیت مزاجی باشد گرچه امکان تغییر واقعی مزاج هم وجود دارد. این مطالعه نشان داد ترمینولوژی متخصصان طب سنتی چین برای مردم نا آشنا بود. با این وجود هیچ گویه‌ای بعد از بحث در گروه متخصصان باز نگری نشد. نقاط ضعف دیگر این مطالعه نبودن استاندارد مشخص برای متخصصان به عنوان استاندارد طلایی، تعداد نمونه کم در انتهای تحقیق و نبودن نمونه معرف برای تمام سنین و جنسیت است (۷۸).

۶-۱-۲ مقالات مزاج معده

در حین پژوهش دو مقاله جدید راجع به تعیین مزاج معده و دستگاه گوارش منتشر شد که می‌توانست در حوزه ابزارسازی برای ما مفید باشد.

اولین مقاله در سال ۲۰۱۷ توسط علیزاده و همکاران با عنوان پروتوکل تشخیص سوء مزاجهای معده بود. در این مقاله بر اساس میزان تکرار هر علامت تشخیصی در ۷ کتاب مهم طب سنتی و اهمیت بالینی هر شاخص از نظر گروهی از متخصصان که مشخصات آنها به طور دقیق ذکر نشده بود، علائم تشخیصی کل سوء مزاجهای معده در دو گروه مینور و ماژور طبقه‌بندی شده است. شاخص‌هایی چون قدرت هضم، اشتها، عطش، زمان عبور غذا از معده (انحدار)، تمایل به سردیجات و گرمیجات و تضرر و انتفاع از انواع غذاهای سرد یا گرم مزاج در این مطالعه جزو شاخص‌های تشخیصی ماژور و مهم طبقه‌بندی شده است. در مقابل احساس ناراحتی در معده، احساس سوزش، احساس داغی در معده، برگشت غذا به مری (رگورژیتاسیون)، پرش دیواره شکم، تهوع و استفراغ، کیفیت مواد دفعی در مدفوع، طعم دهان، میزان بزاق، شکل و رنگ زبان، رنگ باز زبان، نبض و استعداد ابتلا به سایر بیماری‌ها جزو علائم مینور و کم اهمیت در تشخیص سوء مزاجهای معده قرار داده شدند. این مقاله اگر چه گام خوبی در تعیین اهمیت بالینی هر کدام از شاخصهای تشخیص مزاج معده برداشته است اما از نظر متدولوژی مبهم و دچار ضعف است. نکته دیگر این است که در تشخیص سوء مزاج و مزاج گرم و سرد معده شاخص‌هایی اهمیت دارند که در افتراق تری و خشکی معده اهمیت ندارند و بالعکس. به عنوان مثال ضعف هضم و احساس سنگینی در معده بعد از غذا از نشانه‌های بسیار مهم در تشخیص سوء مزاج سرد معده است اما با وجود شیوع تری در معده

نسبت به خشکی، این نشانه نمی تواند نشانه تشخیصی پراهمیتی در تشخیص تری از خشکی معده باشد. بنابراین بهتر است معیارهای تشخیصی برای هر گروه از مزاج ها به طور جداگانه مشخص شود (۴۵).

مقاله دوم که توسط حسین زاده و همکاران در سال ۲۰۱۸ منتشر شد، یک پرسشنامه استاندارد شده برای تشخیص سوءمزاج دستگاه گوارش بود. آنها در ۸ مرحله کار استاندارد سازی ابزار را انجام دادند. برای تولید گویه از ۱۱ کتاب مهم طب سنتی که دوتا از آنها فرهنگ لغت طبیبی بودند و مصاحبه با ۱۰ متخصص و تشکیل ۲ پنل برای جمع بندی استفاده کردند. از کتاب ها تعداد ۶۲ علامت از علائم سوءمزاج گوارش استخراج شد. بعد از انجام ۱۰ مصاحبه فردی و ۲ جلسه پنل متخصصین، ۵۸ علامت دیگر به علائم سوءمزاج گوارش اضافه شد. پس از بررسی نهایی و تحلیل گویه ها، ۴۹ درون مایه اصلی استخراج شد و به ازای هر کدام، یک سوال طراحی شد. برای انجام روایی صوری از ۱۵ بیمار با شکایت گوارشی کمک گرفتند و روایی محتوای کمی و کیفی را با ۵ متخصص و ۴ دستیار طب سنتی انجام دادند. در مرحله روایی صوری کمی، تعداد ۴۳ سوال با ضریب تاثیر بالای ۵.۱ قابل قبول بود. در مرحله سنجش روایی محتوای کیفی، تعداد ۱۰ سوال با محتوای اندازه گیری نبض، فنوتیپ، ادم بافت نرم، رنگ چهره، درد معده در لمس و حجم مدفوع حذف شدند. در ابتدا استخر گویه آنها ۵۸ آیم داشت که بعد از انجام روایی صوری و محتوا به ۳۳ گویه رسید. در مرحله پایایی فقط همسانی درونی را برای ۳۰ بیمار گوارشی محاسبه کردند که کرونباخ آلفا با میزان ۷۹۵.۰ مورد قبول (بالای ۷.۰) واقع شد. آنها برای نمره دهی و وزن دهی گویه ها از نظر متخصصان و مراحل قبلی پژوهش کمک گرفتند و یک نرم افزار برای محاسبه نمرات و تعیین مزاج نهایی گوارش طراحی کردند. در نهایت با کمک دو متخصص طب سنتی که قبلا در طراحی پرسشنامه نقشی نداشتند، روایی همزمان را برای ۱۰ بیمار به روش کاپا کوهن محاسبه کردند. میزان توافق بین تشخیص پزشک و نمره دهی پرسشنامه برای سنجش سوءمزاج گرم گوارش ۸۳.۰، سرد ۹۵.۰، تر ۹۲.۰ و خشک ۸۰.۰ بود.

این مطالعه اگر چه یک مطالعه روشمند بود، اما به اذعان خود محققان دچار محدودیت هایی بود. از جمله به علت کمبود متخصص طب سنتی که علاقمند به همکاری در این پژوهش باشد، این محققان از دو متخصص طب سنتی شهرهای دیگر از جمله تهران کمک گرفتند و در نهایت کار استاندارد سازی را با کمک ۵ متخصص و ۴ دستیار طب سنتی انجام دادند. برای در نظر گرفتن متخصص، ویژگی فارغ التحصیل بودن و گذشت ۳ سال از آن ذکر شده است که ملاک مناسبی نیست. در بررسی پایایی نیز فقط همسانی درونی را محاسبه کردند و از روش های دیگر پایایی بررسی آزمون و باز آزمون و پایایی نمره دهندگان (اینتر ریتور و اینترا ریتور) استفاده نکردند. در نهایت نیز بدون اینکه روایی سازه را با تعداد قابل توجهی از بیماران انجام دهند تنها به بررسی روایی همزمان با کمک ۲ متخصص طب سنتی برای تنها ۱۰ بیمار اکتفا کردند. نقطه ضعف دیگر این پرسشنامه اختلاط گویه های عینی و

ذهنی در یک پرسشنامه است. به عنوان مثال گویه‌های عینی از جمله نبض، ترهل، رنگ و شکل زبان لازم است توسط پزشک با یک راهنمای مشخص انجام و نتیجه معاینه در یک چک لیست ثبت شود. در حالی که گویه‌های ذهنی مانند طعم دهان و تضرر و انتفاع از انواع غذا گویه‌هایی هستند که باید بیمار ذکر کند و نیازی به دخالت پزشک برای ثبت ندارد. در هر حال این ابزار نیز با عنوان کلی ابزار تشخیص مزاج دستگاه گوارش طراحی شده و اختصاص به معده ندارد (۴۶).

۷-۱-۲ جمع‌بندی

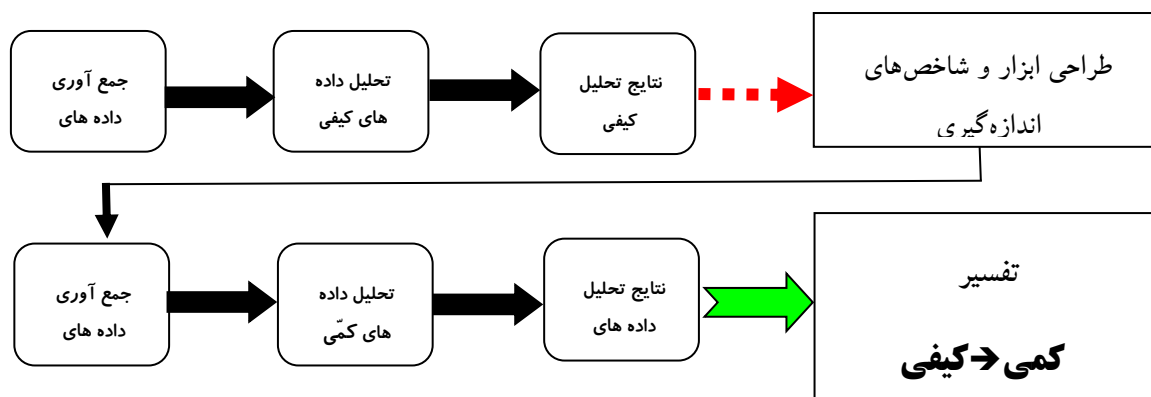
جمع‌بندی مقالات بررسی شده نشان داد که با وجود کارهای متنوعی که در حوزه ابزارسازی در مکاتب طب سنتی دنیا شده است، تا این زمان هنوز پرسشنامه‌ای با تمام ویژگی‌های یک ابزار استاندارد برای تشخیص مزاج یا سوءمزاج‌های معده ارائه نشده است. کسانی که در مکاتب طب سنتی دنیا پا به عرصه ابزارسازی گذاشته‌اند اغلب در عرصه اعتبار سنجی مزاج و سوءمزاج‌های عام قدم بر می‌دارند. این افراد اغلب در زمینه تبیین و تکامل مفهوم مزاج و سوءمزاج از روش‌های دقیق علمی استفاده نکرده‌اند. بیشتر این پرسشنامه‌های استفاده شده، خودساخته بوده و به روش علمی طراحی و اعتبار سنجی نشده‌اند به طوری که دست کم از یکی از مراحل اعتبار سنجی ابزار (روایی محتوا، روایی صوری، پایایی و اعتبار سازه) غفلت کرده‌اند. به نظر می‌رسد عدم وجود استاندارد طلایی برای تشخیص از چالش‌های مهمی است که در این زمینه وجود دارد که اغلب مقالات سعی کرده‌اند با روش مقایسه گروه‌های شناخته شده آن را حل کنند. لازم به ذکر است که این حرکت در ابتدای مسیر است به طوری که حتی هنوز مقالاتی با عنوان بالینی سنجی در حوزه مزاج به چاپ نرسیده است. بنابر این پژوهش حاضر اولین گام در بالینی سنجی ابزار خاص عضو معده است. در این پژوهش تصمیم بر این بوده است که در مرحله کیفی پژوهش، تبیین مفاهیم با تجمیع محتوای کتب طب سنتی و تجربیات متخصصین مجرب و همچنین در مرحله کمی، مراحل اعتبار سنجی ابزار به طور دقیق و کامل انجام شود تا پرسشنامه نهایی بتواند به عنوان مرجعی در پژوهش‌های تشخیصی و درمانی بیماریه‌های معده راهگشای مشکلات دستیاران و متخصصان کل کشور باشد. بدیهی است تا کاری انجام نشود ایرادات و نواقص آشکار نخواهد شد. این پژوهش گام اول و ابتدایی‌ترین بخش راه است و به طور قطع دارای نواقصی است؛ اما تا گام‌های ابتدایی برداشته نشود نمی‌توان راهی روشن و مطمئن در پیش روی آیندگان گذاشت.

فصل سوم

مواد و روش ها

۳-۱ نوع مطالعه

این مطالعه، پژوهشی ترکیبی^۱ از نوع طرح اکتشافی دو مرحله ای یا طرح اکتشافی متوالی^۲ است (۸۰، ۷۹). ابتدا در این طرح برای شناخت پدیده، مطالعه با نوعی روش کیفی و جمع آوری داده‌های کیفی شروع می‌شود و سپس مرحله ثانویه یا کمی متناسب با هدف تحقیق طراحی و اجرا می‌شود (۸۰، ۷۹). از مرحله کیفی به عنوان زیربنای متناسب با اهداف پژوهش جهت طراحی ابزار، شناخت متغیرهای اساسی یک نظریه و یا شرح موارد ضروری برای محک زدن یک نظریه و چارچوب جدید استفاده می‌شود.



شکل شماره ۱: یک طرح مطالعه متوالی اکتشافی

اولین گام در ابداع یک ابزار یا مقیاس، تبیین نظری و تعریف مفهومی است که قصد سنجش و اندازه‌گیری آن را داریم. برای ارزیابی روایی هر نوع مقیاسی تعریف دقیق مفهوم مورد بررسی در حوزه کاربردی آن بسیار ضروریست.

۳-۱-۱ تبیین مفهوم به شیوه روش شناسی کیفی

در این پژوهش در راستای هدف اول یعنی تبیین مفهوم مزاج و سوءمزاج تر و خشک معده از روش تحلیل مفهوم هیبریدی^۳ که به وسیله شوارتز بارکوت و کیم^۴ توصیه شده، استفاده شد. در مدل هیبرید، توسعه مفهوم از طریق بررسی‌های کیفی پدیده در همان محلی که پدیده رخ می‌دهد انجام می‌گیرد. در مدل هیبرید برای تکامل مفهوم از رویکردی استفاده می‌شود که بررسی‌های نظری و تجربی را با هم ترکیب می‌کند (۳۸). توسعه مفهوم با استفاده از

1. Mixed Method.
2. Exploratory Sequential Design.
3. Hybrid Concept Analysis.
4. Schwartz-Barcott D, Kim HS.

الگوی هیبرید^۱، روش‌های تحلیل استقرایی و قیاسی را در هم می‌آمیزد تا شکلی از رفت و برگشت^۲ را ایجاد نماید و به این ترتیب قادر است تا مفاهیمی را که کاربرد زیادی دارند پالایش نماید (۸۱، ۸۲). الگوی هیبرید نگرش و بصیرتی عمومی و کلی را در عمل بالین ترسیم می‌نماید و از عرصه و عمل بالین برمی‌خیزد؛ لذا تعریف کامل‌تری از مفهوم ارائه می‌کند و از این نظر بر سایر روش‌هایی که بر داده‌های تجربی توجه ندارند، برتری دارد و لذا در مطالعه پدیده‌های مهم و اساسی در علوم پزشکی و پرستاری می‌تواند مفید باشد (۸۱-۸۳). این مدل از سه مرحله به هم تنیده^۳ نظری^۴ (مروری بر مطالعات)، کار در عرصه^۵ (مصاحبه و تحلیل نهایی^۶ تشکیل شده است (۸۱، ۸۲، ۸۴) که به شرح زیر انجام شدند:

۱-۱-۱-۳ مرحله نظری^۷

گرچه مرحله نظری از نظر ماهیت عمدتاً نظری است، ولی مستقیماً بر یک تجربه بالینی در عرصه تکیه دارد. هدف اصلی مرحله نظری، ایجاد و تکامل زمینه‌ای مناسب جهت تحلیل عمیق و تعریف مجدد مفهوم در مراحل بعدی است (۳۸). این مرحله را طی ۴ گام انجام دادیم که عبارتند از:

۱-۱-۱-۱-۳ انتخاب یک مفهوم^۸

شوارتز بارکوت و کیم (۲۰۰۰) بر این باورند که تاکنون مثرترین کاربردهای مدل هیبرید آنهایی بوده‌اند که محقق مفهوم را طی یک برخورد مستقیم در عرصه بالینی انتخاب کرده است (۳۸). در این پژوهش محقق مفهوم مزاج و سوءمزاج تر و خشک معده را با راهنمایی متخصصان بالینی این حوزه و با توجه به اهمیت معده در سلامت کل بدن انتخاب کرد.

1. Hybrid model.

2. Retroduction : A leading or bringing back.

3. Intertwining.

4. Theoretical phase.

5. Field work phase.

6. Final Analytical phase.

7. Theoretical Phase.

8. Selecting a concept.

۲-۱-۱-۱-۳ جستجوی کامپیوتری و متون^۱

پس از انتخاب مفهوم، جستجوی متون آغاز شد که در مرحله تحقیق در عرصه نیز ادامه داشت (۳۸). در این پژوهش برای بررسی و شناسایی مفهوم مزاج و سوء مزاج به نمایه‌های معتبر انگلیسی زبان در دسترس نظیر: پاب مد^۲، اسکوپوس^۳، ساینس دایرکت^۴، گوگل اسکولار^۵، الزویر^۶، وب آو ساینس^۷ بدون محدودیت سال و پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی زبان نظیر اس آی دی^۸، ایران داک^۹، مگ ایران^{۱۰} بدون محدودیت سال با کلیدواژه‌های مزاج، معده، تر و خشک^{۱۱} بررسی شد. همچنین ۱۱ کتاب از کتب طب سنتی از دوره‌های زمانی مختلف با توجه به اهمیت کتاب و نویسنده آن، با مشورت تیم تحقیق انتخاب شدند و سر فصل‌های مزاج صحتی و سوء مزاج معده در این کتب شامل القانون فی الطب، کامل الصناعه، المنصوری، اکسیر، طب اکبری، معالجات عقیلی، فردوس الحکمه، هدایته المتعلمین، شرح الاسباب ابن نفیس و شرح قرشی مطالعه شده و تعاریف، علائم و شاخص‌های مربوطه استخراج شد. علاوه بر این مقالاتی که در طی سال‌های اخیر توسط محققین طب سنتی انتشار یافته است بررسی شده، تعاریف و شاخص‌های تعیین مزاج تر و خشک معده استخراج شد.

معیارهای ورود مطالعات به پژوهش حاضر دسترسی کامل به تمام مقاله، زبان فارسی و یا انگلیسی بودن مقاله و منابع، داشتن کلمات کلیدی و مقاله مرتبط با مطالعه، مطالعات رسمی دیگر موجود در کتب یا رساله‌های دکتری بود. در این جستجو مقالات تکراری و غیر مرتبط با موضوع، مطالعات منتشر شده به زبان‌های غیرانگلیسی، مقالات یک صفحه‌ای، مقالات از نوع سخن سردبیر^{۱۲} و یا ارائه نظرات پیشنهادی^{۱۳} جزء معیارهای خروج بوده و از مجموعه متون جستجو شده حذف شد.

1. Searching the literature.
2. Scopus.
3. Pubmed.
4. Science Direct.
5. Google Scholar.
6. Elsevire.
7. Web of science.
8. SID.
9. Iran Doc.
10. Magrian.
11. Mizaj,wet/dry,stomach,temperament.
12. Editorial.
13. Commentarial.

۳-۱-۱-۱-۳ بررسی معانی و روش‌های اندازه‌گیری مفهوم^۱

جستجوی تعاریف ضمنی و واضح برای مفهوم مورد نظر در متون در این مرحله انجام شد (۳۸). بدین ترتیب تک تک متون مرور شده و یادداشت‌های جداگانه‌ای که به شکل مستند ویژگی‌های معرف مفهوم سوءمزاج تر و خشک معده را نشان می‌داد تهیه شد. جهت بررسی ابعاد سوءمزاج تر و خشک معده نیز به این مسئله توجه داشتیم که هر یک از نویسندگان چگونه به بررسی و اندازه‌گیری ابعاد این مفهوم پرداخته و به کدام ابعاد توجه نموده‌اند. سپس داده‌های استخراج شده از متون، که حاوی معنا و مفهومی مشترک بودند دسته‌بندی و تحلیل شدند.

۳-۱-۱-۱-۴ انتخاب یک تعریف ابتدایی (کارا)^۲

در این گام، بر اساس نکات عمده تشابه و تفاوت بین تعاریف موجود و نیز توافقی‌ها یا عدم توافقی‌های بین این تعاریف با تعریف اولیه محقق یک تعریف ابتدایی برای سوءمزاج تر و خشک معده ارائه شد. این تعریف به عنوان بنیانی جهت ادامه مراحل بعدی تحلیل و پالایش مفهوم مورد استفاده قرار گرفت.

۳-۱-۱-۲ مرحله کار در عرصه^۳

در این مرحله، داده‌های تجربی حاصل از بررسی‌های کیفی جهت تقویت و پالایش تعریف ابتدایی شکل گرفته از مفهوم در مرحله اول استفاده شد. مرحله کار در عرصه از نظر زمانی تا حدی با مرحله اول هم‌پوشانی داشت. مرور همه جانبه مقالات که در مرحله اول شروع گشته بود در این مرحله نیز ادامه یافت (۳۸). این مرحله نیز شامل چهار گام بود که عبارتند از:

۳-۱-۱-۲-۱ انتخاب مکان^۴

در این مطالعه محیط پژوهش، سلامت‌مکده‌های طب سنتی و دانشکده‌های طب سنتی بودند که بیشترین احتمال مواجهه با بیماران و اساتید طب سنتی در آن وجود داشت.

1. Dealing with meaning & measurement.
2. Choosing a working definition.
3. Field Work Phase.
4. Setting the stage.

۳-۱-۱-۲-۲ ورود به مذاکره^۱

پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق دانشگاه و دریافت معرفی نامه، با مشارکت کنندگان گفتگو کردیم.

۳-۱-۱-۲-۳ انتخاب نمونه‌ها^۲

در این پژوهش مشارکت کنندگان^۳ (نمونه‌ها) اولیه در تحقیق با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف^۴ که شیوه مناسبی جهت پژوهش‌های کیفی است انتخاب می‌شدند. مشارکت کنندگان شامل مراجعه‌کنندگان و غیر مراجعه‌کنندگان به درمانگاه طب سنتی و صاحب‌نظران دانشگاهی و تجربی بودند. ما در پی افرادی بودیم که منبع غنی از اطلاعات باشند و توان بیان و تمایل به مشارکت در پژوهش را داشته باشند و در نهایت نمونه‌گیری به شکل نمونه‌گیری با حداکثر تنوع ادامه داشت. تلاش ما بر این بود که آنان را با حداکثر تنوع (از نظر جنس، سن، وضعیت تأهل، سوابق کاری، تخصص، محیط کاری و زندگی) انتخاب کنیم. شوارتز و کیم بیان می‌کنند که تعداد زیاد نمونه در این مدل غیر ضروری و نامطلوب است. لیکن در هر حال نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به سطح اشباع اطلاعاتی^۵ ادامه یافت؛ یعنی هنگامی که نمونه‌ها داده جدیدی به داده‌های قبلی اضافه نکنند و داده‌های قبلی تکرار شوند.

مشارکت کنندگان دسته اول افرادی بودند که مشکلات گوارشی داشتند و به سلامت‌کده طب سنتی مراجعه کرده بودند. این افراد کسانی بودند که متخصص طب سنتی برای آنها تشخیص مزاج تر، خشک یا معتدل معده داده بود و در محدوده سنی ۲۰ تا ۶۰ سال قرار داشتند.

۳-۱-۱-۲-۴ جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات^۶

در این مرحله پس از جلب رضایت مشارکت کنندگان و با اخذ وقت قبلی از اساتید و در محیط دانشگاه در محلی آرام و مناسب با توافق با اساتید و همچنین مراجعه‌کنندگان به سلامت‌کده‌های طب سنتی مصاحبه‌ای عمیق و بدون ساختار و نیمه‌ساختار یافته انجام شد.

1. Negotiating Entry.
2. Selecting Case.
3. Participants.
4. Purposeful sampling.
5. Data saturation.
6. Collecting & Analyzing Data.

برای رسیدن به حداکثر تنوع، متخصصین از هر دو جنس و از دانشکده‌های مختلف طب سنتی انتخاب شدند. از پزشکان طب سنتی تجربی غیر دانشگاهی نیز دو نفر در این پژوهش همکاری کردند. مدت مصاحبه از ۳۰ تا ۶۰ دقیقه در یک یا دو جلسه پیش بینی شده بود؛ اما معیار اصلی تحمل، میزان اطلاعات و تمایل و توافق مشارکت‌کنندگان بود. بنابر این بعضی از جلسات گفتگو با متخصصان طی دو الی سه جلسه دو ساعته انجام شد. مصاحبه‌ها با رضایت شرکت‌کنندگان با استفاده از Player^۳ Mp ضبط و بلافاصله بعد از مصاحبه بطور دقیق کلمه به کلمه دست نویس و به وسیله نرم افزار کامپیوتری تایپ شد.

در مصاحبه اولیه دو دسته اطلاعات جمع آوری شد:

(۱) دسته اول مشخصات فردی با متغیرهای:

جنس، سن، وضعیت تاهل، مدرک و رشته تحصیلی، شغل، محل زندگی، علائم بیماری، سایر مشکلات جسمی.

(۲) دسته دوم سؤالات باز:

(۳) نمونه‌ای از سؤالات مصاحبه با متخصصان طب سنتی:

- مزاج و سوء مزاج تر و خشک معده واجد چه معنایی است؟
- بیماران دارای مشکلات گوارشی با چه علائمی به شما مراجعه می‌کنند؟
- توضیح بفرمایید چگونه مزاج تر و خشک معده را تشخیص می‌دهید؟
- (۴) نمونه‌ای از سؤالات مصاحبه با مراجعه‌کنندگان به سلامتکده‌های طب سنتی:

• لطفاً تجربه‌تان را در مورد مشکل گوارشی خود بیان فرمایید؟

• در طول یک شبانه روز چه علائم گوارشی تجربه می‌کنید؟

• بیوست یا خشکی مزاج از نظر شما چه معنایی دارد؟

(۵) در صورت نیاز برای واضح سازی بیشتر از سؤالاتی مثل:

• ممکن است یک مثال بزنید؟

• ممکن است این موضوع را بیشتر توضیح دهید.

• این که بیان کردید یعنی چه؟

سوالات ابتدا کلی و باز بوده و با توجه به علائمی که بیمار یا متخصص مطرح می‌کرد، به تدریج عمیق‌تر و جزئی‌تر می‌شد و اطلاعات هر مصاحبه به تکمیل شدن سوالات مصاحبه بعدی کمک می‌کرد (پیوست ۱ و ۲).

علاوه بر مصاحبه چهره به چهره انفرادی، با تشکیل جلسات گروه متخصصان^۱ متعدد با حضور ۱۰ الی ۱۴ نفر از مدرسین به روش گروه اسمی^۲ و بحث گروهی^۳ کار بر روی تبیین مفاهیم انجام شد. در نهایت به یک استخر اطلاعات^۴ رسیدیم که با نرم افزار تحلیل محتوای کیفی «ماکس کیو دی آ»^۵ طبقه‌بندی شد.

۳-۱-۱-۳ تحلیل نهایی

مرحله تحلیل نهایی شامل سبک و سنگین کردن یافته‌ها^۶، کار کردن با آنها^۷ و نوشتن آنها^۸ است (۳۸،۸۲) تحلیل محتوا یک شیوه پژوهش است که بر اساس استنتاج‌های معتبر و قابل تکرار از یک متن یا هرگونه مطلب معنادار از جمله مصاحبه‌ها در یک زمینه بدست می‌آید. به طور کلی روش تحلیل محتوای کیفی به سه روش قاعده‌مند یا قراردادی^۹، جهت‌دار^{۱۰} و تجمیعی^{۱۱} انجام می‌شود. «تحلیل محتوای قراردادی» معمولاً در طراحی مطالعاتی به کار می‌رود که هدف آن شرح یک پدیده است. این رویکرد، اغلب هنگامی مناسب است که نظریه‌های موجود یا ادبیات تحقیق درباره پدیده مورد مطالعه محدود باشد. در این حالت پژوهشگران از به کار گرفتن مقوله‌های پیش پنداشته می‌پرهیزند و در عوض ترتیبی می‌دهند که مقوله‌ها از داده‌ها ناشی شوند. در این حالت، محققان خودشان را بر امواج داده‌ها شناور می‌کنند تا شناختی بدیع برایشان حاصل شود. بنابراین از طریق استقرا، مقوله‌ها از داده‌ها ظهور می‌یابند. این حالت را مایرینگ^{۱۲} مقوله استقرایی نامیده است (۳۹).

1. Expert panel.
2. Nominal group.
3. Focus group discussion.
4. Data pool .
5. MAXQDA.
6. Weighing the finding.
7. Working.
8. Writing.
9. Conventional.
10. Directional.
11. Summative.
12. Mayring.

برای تحلیل محتوای کیفی از روش پیشنهادی «الو و همکاران»^۱ در سه مرحله آماده کردن^۲، سازمان دادن^۳ و گزارش کردن^۴، استفاده شد (۸۵، ۸۶).

۱-۱-۳-۱ مرحله آماده سازی

۱-۱-۳-۱-۱ انتخاب واحد تحلیل^۵

متن پیاده شده مصاحبه‌ها یا متنی که از سایر مطالعات یا کتب استخراج شده به عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته می‌شد.

۱-۱-۳-۱-۲ یافتن ارتباط منطقی داده‌ها با کلیت موضوع^۶

پیاده سازی کل مصاحبه بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه، مطالعه چند باره متن مصاحبه و درگیری مداوم با متن مصاحبه‌ها با هدف غوطه ور شدن در داده‌ها^۷ صورت می‌گرفت.

۱-۱-۳-۲ مرحله سازماندهی

در این مرحله اجازه شکل گیری به مفاهیم داده می‌شد.

۱-۱-۳-۱-۳ استخراج داده‌ها از محتوا بر اساس طبقات^۸

داده‌ها برای یافتن محتوایی که با طبقات در حال شکل مطابقت داده می‌شدند و یا می‌توانستند مثالی برای آنها باشند، مرور می‌شد؛ و به آنها کد داده می‌شد. برچسب طبقات در طول تحلیل انعطاف پذیر بوده و بر اساس جریان داده‌ها تغییر می‌کرد تا به حد اشباع برسد.

-
1. Elo & et al.
 2. Preparation.
 3. Organizing.
 4. Reporting.
 5. Selecting the unit of analysis.
 6. Making sense of the data and whole.
 7. Immersed in the data.
 8. Data gathering by content.

۳-۱-۱-۳ گروه‌بندی^۱

کدهای مرتبط با یکدیگر در یک گروه قرار داده می‌شد.

۳-۱-۱-۳ طبقه‌بندی^۲

گروههای مشابه طبقه بندی می‌شدند.

۳-۱-۱-۳ انتزاع کردن^۳

در این مرحله معنای اصلی طبقات انتزاع می‌شد تا طبقات اصلی شکل بگیرند.

۳-۱-۱-۳ مرحله گزارش دهی^۴

طبقات شکل گرفته گزارش شد و تعریفی عملیاتی از آنها ارائه شد.

در این پژوهش که به روش تحلیل محتوای قراردادی^۵ انجام شد؛ با مقایسه یافته‌های حاصل از مرحله اول و دوم پژوهش ابتدا شباهت‌ها و تفاوت‌های دو مفهوم اصلی (سوء مزاج تر و خشک معده) را مشخص کردیم و جهت واضح سازی بیشتر زیر مفاهیم یا مفهوم اصلی، یافته‌ها را ترکیب کردیم. از یافته‌های هر دو مرحله نظری و عرصه یا بالینی جهت تعریف عملیاتی زیر مفاهیم یا مفهوم اصلی استفاده کردیم تا در نهایت تعریف کامل تری از مفاهیم مزاج طبیعی معده و سوء مزاج تر و خشک معده و نیز ساختار مفهومی آن ارائه دهیم. تعریف به دست آمده از متون و مصاحبه‌ها در نشست ساری با شرکت ۱۲ نفر از متخصصان طب سنتی ارایه گردید و مورد بررسی قرار گرفت. این ساختار مفهومی به عنوان چارچوبی در تولید گویه‌های ابزار مورد استفاده قرار گرفت.

۳-۱-۱-۴ دقت و اعتبار علمی^۶ داده‌ها

دقت و اعتبار علمی داده‌ها نیز به شرح زیر سنجیده شد.

1. Grouping.
2. Categorization.
3. Abstraction.
4. Reporting.
5. Conventional content analysis.
6. Rigor.

۳-۱-۱-۴-۱ قابلیت اعتبار^۱

برای تایید صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده، از بعضی متخصصان در خواست کردیم تا بخشی از دست نوشته‌ها را همراه با کدهای اولیه مرور و بازبینی کنند. همچنین از روش تلفیق داده‌ها به صورت مصاحبه با اساتید در زمان‌های مختلف (در تعیین این که آیا یافته‌های مشابه اتفاق می‌افتد یا نه؟) استفاده شد علاوه بر این با درگیری طولانی مدت محقق با موضوع تحقیق و داده‌ها اعتبار یافته‌ها بیشتر شد.

۳-۱-۱-۴-۲ قابلیت انتقال^۲

برای تناسب تلاش بر این بود تا مشارکت‌کنندگان از تنوع بیشتری از نظر سن، جنس، تخصص، وضعیت تأهل، سابقه و محل کار و زندگی برخوردار باشند. همچنین ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان و زمینه مورد بررسی با جزییات بیان می‌شد تا خواننده مطالعه بتواند در مورد استفاده از نتایج مطالعه تصمیم‌گیری کند. ارائه نقل قول‌های مستقیم و مثال‌هایی از بیانات مشارکت‌کنندگان نیز امکان قضاوت و ارزیابی دیگران در خصوص قابلیت انتقال نتایج مطالعه را فراهم می‌کند. همچنین یافته‌ها با اساتیدی که در پژوهش شرکت نکرده‌اند هم در میان گذاشته شد تا تناسب یافته‌ها مورد تایید قرار گیرند.

۳-۱-۱-۴-۳ قابلیت اعتماد (حسابرسی)^۳

بدین منظور تلاش کردیم تا تمامی مراحل تحقیق، اعم از جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و شکل‌گیری درونمایه‌ها را به طور کامل شرح دهیم (زنجیره حسابرسی) تا سایرین با خواندن آن قادر به ممیزی تحقیق باشند.

۳-۱-۱-۴-۴ قابلیت تاییدپذیری^۴

جهت تأییدپذیری داده‌ها برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر محقق توسط استاد راهنما و همچنین گروه متخصصان به روش گروه متمرکز^۵ مورد بررسی قرار گرفت تا صحت فرایند کدگذاری مشخص شود.

۳-۱-۲ اعتبار سنجی ابزار

1. Credibility.
2. Transferability.
3. Dependability.
4. Confirmability.
5. Delphi method & focus group discussion.

در این فاز با انجام پژوهش روش‌شناسی^۱ به آزمون و تحلیل روانسنجی^۲ پرسشنامه پرداخته شد. از آن جهت که در طراحی و ابزارسازی سوءمزاج تر و خشک معده، نیاز به بررسی الگوهای علائم، شدت بیماری و ظرفیت عملکردی در طیف سوءمزاج از تری به خشکی، وجود داشت؛ به جای روانسنجی ابزار از اصطلاح بالینی سنجی استفاده کردیم.

پولیت عنوان می‌کند که تحقیقات روش‌شناسی با هدف دستیابی، سازماندهی و تحلیل داده‌ها صورت می‌گیرد. در این تحقیق پژوهشگر درصدد اعتبارسنجی و ارزشیابی علمی ابزار ساخته شده جهت کاربرد در مطالعات متناسب است (۸۷). این مرحله نیز مبتنی بر تئوری کلاسیک آزمون به چندین مرحله تقسیم شد:

۱-۲-۱-۳ طراحی ابزاری جهت اندازه‌گیری شاخص‌های سوءمزاج تر و خشک معده

در این پژوهش از چندین روش برای طراحی ابتدایی^۳ ابزار اندازه‌گیری شاخص‌های سوءمزاج تر و خشک معده استفاده شد (۸۸).

(۱) تعیین ابعاد و زیر مقیاس ابزار بر اساس نتایج مرحله کیفی

(۲) استقراء شاخص‌ها از سایر ابزارهای مشابه^۴

(۳) نظرات متخصصان^۵

پس از انجام این مرحله نسخه ابتدایی ابزار اندازه‌گیری شاخص‌های سوءمزاج تر و خشک معده تدوین و طراحی شد.

1. Methodological Research.

2. psychometrics.

3. Preliminary Design.

4. Extrapolating.

5. Expert opinion.

۲-۲-۱-۳ تعیین روایی ابزار اندازه‌گیری شاخص‌های سوءمزاج تر و خشک معده

در این مرحله برای کسب اطمینان کافی از وجود روایی و اعتبار، محقق از چندین روش استفاده نموده و بر این اساس گام‌هایی را طی کرد:

۱-۲-۲-۱-۳ تعیین روایی محتوا^۱

بررسی محتوای ابزار طراحی شده توسط متخصصان یکی از بهترین راه‌های گردآوری شواهد در حمایت از اعتبار یک ابزار اندازه‌گیری است. در روایی محتوا برای کسب اطمینان از اینکه محتوای شاخص‌های ابزار معرف سازه‌ای است که ادعا می‌شود آن را می‌سنجد، تناسب و ارتباط محتوا توسط گروهی از متخصصان و خبرگان در زمینه مورد نظر مورد بررسی قرار می‌گیرد (۸۹).

برای بررسی روایی محتوا دو روش اثبات شده علمی وجود دارد: بررسی کیفی محتوا و بررسی کمی محتوا. در بررسی کیفی محتوا با تعدادی از متخصصان مصاحبه صورت گرفته و یا از ایشان درخواست می‌شود تا پس از مطالعه دقیق ابزار، دیدگاه‌های اصلاحی خود را بصورت مبسوط و کتبی ارائه نمایند. در روش کمی با استفاده از فرمول‌هایی، روایی محتوا بصورت عددی محاسبه می‌شود (۹۰).

۱-۲-۲-۱-۳ بررسی روایی محتوا به صورت کیفی

های ناس^۲ معتقد است که در ارزیابی کیفی روایی محتوا موارد زیر بایستی توسط متخصصان امر مورد بررسی قرار گیرد؛ در این تحقیق نیز سعی کردیم تا این معیارها مورد مذاقه قرار گیرد (۹۱): رعایت دستور زبان^۳، استفاده از کلمات مناسب^۴، قرارگیری گویه‌ها در جای مناسب خود^۵، امتیازدهی مناسب^۶. در حال حاضر پیشنهاد می‌شود دو شاخص سادگی^۷ و وضوح^۸ نیز که سابق بر این از طریق ایندکس روایی محتوا اندازه‌گیری می‌شد، از طریق روایی محتوای کیفی بررسی شود (۹۲).

1. Content Validity.

2. Haynass.

3. Grammar.

4. Wording.

5. Item allocation.

6. Scaling.

7. Simplicity.

8. Clarity.

در این پژوهش از ۱۰ نفر از متخصصان درخواست کردیم تا پس از بررسی کیفی ابزار بر اساس معیارهای فوق بازخورد لازم را ارائه دهند. روش کمی در تعیین روایی محتوا بعنوان یک روش تکمیلی بعد از گرفتن بازخوردهای کیفی از متخصصان و اصلاح ابزار صورت گرفت.

۱-۳-۲-۱-۱-۱ بررسی روایی محتوا به صورت کمی

برای بررسی روایی محتوا به شکل کمی دو شاخص؛ نسبت روایی محتوا^۱ (CVR) و آندکس روایی محتوا^۲ (CVI) وجود دارد. معیارهایی که توسط این دو شاخص مورد ارزیابی قرار می گیرند متفاوت است؛ در شاخص CVR ضرورت وجود شاخص اندازه گیری امکان پیاده سازی حاکمیت مشارکتی از دید متخصصان مورد ارزیابی قرار می گیرد، در حالیکه در شاخص CVI، مرتبط بودن آیتم ها با هدف تحقیق -از دید متخصصان- مدنظر است (۹۲). رانگ توسانتها^۳ معتقد است که در بررسی روایی محتوا به دو نکته باید توجه شود:

الف) اطمینان از اینکه مهم ترین و صحیح ترین محتوا انتخاب شده است.

ب) گویه های ابزار به بهترین نحو جهت اندازه گیری محتوا طراحی شده اند. محاسبه مورد اول توسط CVR و محاسبه مورد دوم توسط CVI صورت می پذیرد (۹۳).

۱-۳-۲-۲-۱-۲ محاسبه نسبت روایی محتوا

این شاخص برای اولین بار توسط لاوشه^۴ (۱۹۷۵) ابداع شد (۹۴). در این رویکرد از گروهی از متخصصان موضوع (SMEs)^۵ درخواست شد تا هر شاخص ابزار را بر اساس طیف سه بخشی زیر بررسی کنند:

(۱) ضروری است^۶.

(۲) مفید است ولی ضروری نیست^۷.

(۳) ضرورتی ندارد^۸.

1. Content Validity Ratio.

2. Content Validity Index.

3. Rungtusantham.

4. Lawsche.

5. Subject Mater Experts.

6. Essential.

7. Useful but not essential.

8. Not necessary.

با توجه به انجام محاسبات دقیق تر پیشنهاد شده توسط آیره و اسکالی (۹۵)، مقادیر نسبت روایی محتوا بر اساس تخمین نرمال توزیع دو جمله ای بر اساس فرمول زیر با انجام اصلاح پیوستگی^۱ تعیین شد:

$$z = \frac{(n_e - Np - 0.5)}{\sqrt{[Np(1-p)]}} \sim N(0.1)$$

که در این فرمول:

n_e: تعداد خبرگانی که گزینه ضروری را انتخاب کرده‌اند.

p: احتمال توافق شانسی که با توجه به ماهیت دو وجهی^۲ بودن پاسخگویی (ضروری است/ضروری نیست) برابر با $\frac{1}{2}$ است.

N: تعداد کل خبرگان

بر این اساس حداقل تعداد خبرگانی که از بین تعداد کل خبرگان بایستی گزینه ضروری است را انتخاب کرده باشند تا شاخص (آیتم) مد نظر حفظ شود بر اساس فرمول زیر محاسبه خواهد شد:

$$n_e = z \left(\frac{\sqrt{N}}{2} \right) + \left(\frac{N}{2} \right) + 0.5$$

(☆ عدد ۵.۰ مربوط به اصلاح پیوستگی است)

بر این اساس تخمین نرمال نسبت روایی محتوای حیاتی با توجه به فرمول زیر محاسبه شد:

$$CVR_{critical} = \frac{\left[z \left(\sqrt{\frac{n}{2}} \right) \right] + 0.5}{\left(\frac{n}{2} \right)}$$

در جدول پیوست (الف) میزان $CVR_{critical}$ و حداقل تعداد خبرگانی که بایستی بر ضرورت یک گویه توافق داشته باشند، قید شده است (۹۵).

با نظر تیم تحقیق ما از روش $CVR_{relaxed}$ برای محاسبه نسبت روایی محتوا استفاده کردیم. این محاسبه هم به روش بالا انجام می‌شود با این تفاوت که n_e تعداد خبرگانی است که گزینه ضروری یا مفید اما غیر ضروری را انتخاب کرده‌اند (۹۶).

1. Continuity Correction.

2. Dichotomous.

اگرچه استفاده از حداقل مقادیر ارزشی نسبت روائی محتوای پیشنهاد شده توسط لاوشه (۱۹۷۵) برای حفظ گویه‌ها در ابزار بلامانع است، استفاده از مقادیر دقیق محاسبه شده برای داده‌های گسسته دو حالتی (ضروری و غیرضروری)، ارجح و مناسب‌تر است (۹۵). بر این اساس با توجه به تعداد متخصصان از جدول پیشنهادی حداقل ارزش عددی لاوشه اصلاح شده توسط آیره و اسکالی استفاده شد.

۳-۱-۱-۲-۲-۱-۳ محاسبه ایندکس روائی محتوا

پولیت و یک (۲۰۰۶) به بررسی مجدد ایندکس روائی محتوا (CVI) پرداخته و آن را در دو بُعد بررسی گویه‌ها و کل ابزار مورد توجه قرار می‌دهند (۹۷). تقسیم‌بندی و طبقه‌بندی از شاخص روائی محتوا به صورت I-CVI و S-CVI/Ave و S-CVI/UA ارائه شده است.

پولیت برای محاسبه I-CVI، آماره اصلاح شده کاپا^۱ را پیشنهاد کرده و با علامت K^* نشان می‌دهد. از این جهت نام این روش کاپا اصلاح شده اتخاذ شده است. چرا که شاخصی از توافق میان ارزیابان در زمینه مرتبط بودن آیتم ارائه می‌نماید و توافق در باب نامرتب بودن را محاسبه ننموده و سپس از استاندارد فلیس، سی چتی و اسپارو برای ارزشیابی K^* استفاده کرده و آن را به ۳ دسته عالی، خوب و نسبتاً خوب تقسیم می‌کند. برای محاسبه K^* ، ابتدا بایستی احتمال توافق شانسی توسط فرمول زیر که جهت متغیرهای تصادفی دوجمله‌ای^۲ کاربرد دارد، محاسبه شود.

برای محاسبه ایندکس روائی محتوا (CVI) ابتدا مطابق با فرمول زیر که فرمول پیشنهادی والتز و باسل (۱۹۸۳) است، عمل شد:

$$CVI = \frac{\text{number of raters giving a rating of '3' or '4'}}{\text{total number of raters}}.$$

سپس جهت محاسبه کاپای اصلاح شده از فرمول‌های ذیل استفاده شد تا ایندکس روائی محتوا سازگار با توافق شانسی محاسبه شود:

$$P_C = \left[\frac{N!}{A!(N-A)!} \right] \times 0.5^N$$

1. Modified Kappa Statistic.

2. Binominal Random Variable.

که در آن؛ $N =$ تعداد ارزیابان و $A =$ تعداد موافقت‌ها در زمینه مرتبط بودن است. سپس K^* با استفاده از نسبت موافقت در باب مرتبط بودن و یا به عبارت دیگر I-CVI و احتمال توافق شانسی محاسبه می‌شود. سپس با استفاده از فرمول زیر کاپای اصلاح شده جهت تعیین ایندکس روایی محتوا تعیین شد.

$$K^* = \frac{I - CVI - Pc}{1 - Pc}$$

۲-۲-۱-۳ تعیین روایی صوری^۱

روایی صوری به این پرسش که آیا ابزار برای آزمودنی‌ها "ظاهراً دارای اعتبار" است یا خیر؟ پاسخ می‌دهد. اغلب اوقات با جابجایی کلمات یا عبارات به نحو مطلوب‌تر می‌توان روایی صوری را افزایش داد. روایی صوری به این معناست که آیا ابزار طراحی شده به صورت ظاهری با هدف مطالعه مرتبط است و آیا افرادی که قرار است ابزار برای ایشان بکارگرفته شود با شاخص‌ها، عبارات و جمله بندی ابزار جهت تحقق اهداف پژوهش موافق هستند؟ جهت حصول به این هدف از افرادی که قرار است این ابزار برای ایشان به کارگرفته شود درخواست کردیم تا در مورد تناسب ابزار با اهداف مشروحه محقق در انجام مطالعه نظر بدهند. از آنجا که در این پژوهش هم چک لیست و هم پرسشنامه خود گزارش دهی طراحی شده بود؛ روایی صوری خوداظهاری یک بار برای بیماران و یک بار برای پزشکان و روایی صوری چک لیست فقط برای پزشکان انجام شد.

برای تعیین روایی صوری از دو متد کیفی و کمی استفاده شد:

۳-۱-۲-۲-۱ تعیین کیفی روایی صوری

در این روش برای احراز روایی صوری برای چک لیست با ۱۰ نفر پزشک طب سنتی و برای پرسشنامه خود گزارش دهی با ۱۰ نفر از مراجعین به سلامتکده‌های طب سنتی به صورت چهره به چهره مصاحبه شده و موارد زیر مورد بررسی قرار گرفت:

الف) بررسی سطح دشواری^۲: به معنای شناخت و ادراک صحیح از معنای شاخص‌های تدوین شده است.

ب) بررسی میزان تناسب^۳: به معنای تدقیق در وجود تناسب و ارتباط مطلوب شاخص‌ها با هدف اصلی زیر مقیاس و ابعاد استخراج شده از مفهوم سوءمزاج تر و خشک معده است.

1. Face Validity.

2. Difficulty.

3. Irrelevancy.

ج) بررسی ابهام^۱: به معنای بررسی احتمال وجود برداشت‌های اشتباه از شاخص‌های ابزار و یا وجود نارسایی معانی کلمات به کار برده شده است.

پس از اصلاح موارد بر اساس نظرات ارائه شده، در گام بعدی جهت کاهش و اصلاح گویه یا شاخص‌های نامتناسب^۲ و تعیین اهمیت هریک از گویه‌ها، از روش کمی تأثیر گویه^۳ استفاده شد

۳-۱-۲-۲-۲-۲ تعیین تأثیر گویه

در این روش که روشی کمی برای محاسبه روائی صوری است، نحوه کار بدین شکل بود که برای هریک از شاخص‌های ابزار، طیف لیکرتی ۵ قسمتی به شکل زیر در نظر گرفته شد. این مرحله نیز یک بار با چک لیست برای متخصصان و بار دیگر با پرسشنامه خود گزارش‌دهی برای بیماران انجام شد. طیف لیکرتی برای چک لیست به این صورت بود:

(۱) کاملاً مهم است (امتیاز ۵)

(۲) تا اندازه‌ای مهم است (امتیاز ۴)

(۳) بطور متوسطی مهم است (امتیاز ۳)

(۴) اندکی مهم است (امتیاز ۲)

(۵) اصلاً مهم نیست (امتیاز ۱)

سپس از ۱۰ نفر از متخصصان به روش دلفی درخواست شد که هرکدام از گویه‌ها را بررسی نموده و یک گزینه را انتخاب نمایند. در ادامه امتیاز تأثیر هریک از گویه‌ها را بر اساس فرمول زیر به‌طور جداگانه محاسبه کردیم:

$$\text{ضریب تأثیر} = \text{اهمیت} * \text{فراوانی (درصد)}$$

منظور از فراوانی بر حسب درصد، تعداد افرادی است که به شاخص امتیاز ۴ و ۵ داده‌اند و مراد از اهمیت میانگین نمره اهمیت بر اساس طیف لیکرتی سابق الذکر است. گویه‌هایی که امتیاز تأثیر از ۵.۱ بیشتر شد، برای تحلیل‌های بعدی مناسب تشخیص داده شده و حفظ شد. (تعیین معیار ۵.۱ بر اساس وجود نمره میانگین ۳ و میانگین فراوانی ۵۰٪ صورت گرفت).

1. Ambiguous.

2. Item Reduction.

3. Item Impact Method. Impact Score = Frequency (%) × Importance.

سپس از ۱۰ نفر از بیماران درخواست شد که هر کدام از گویه‌ها را بررسی نموده و یک گزینه را انتخاب نمایند. در ادامه امتیاز تأثیر هریک از گویه‌ها را بر اساس فرمول زیر به طور جداگانه محاسبه کردیم:

$$\text{ضریب تاثیر بالینی}^1 = \text{اهمیت} * \text{فراوانی}$$

فراوانی: در این مرحله از ۱۰ نفر از بیماران خواسته شد میزان وقوع علائم یا فراوانی و تکرار بروز هر یک از علائم را با پاسخ به این سوال مشخص کند:

چقدر این مشکل را در یک ماه گذشته تجربه کردی؟

(۱) هرگز (۲) به ندرت (۳) گاهی (۴) اغلب (۵) همیشه

اهمیت: میزان رنجش از مشکل بر اساس پاسخ به سوال زیر سنجیده می‌شود:

اگر این مشکل وجود دارد چقدر باعث رنجش و آزار شما شده است؟

(۱) اصلاً (۲) به ندرت (۳) گاهی (۴) اغلب (۵) به شدت

سپس نتیجه به دو شکل می‌تواند محاسبه شود:

الف) میانگین این ۲ نمره در هم ضرب شد (حاصل ضرب میانگین ۵۰ درصد نمره هر سوال)

ب) جمع نمرات برای هر گویه محاسبه شود و یک نقطه برش به عنوان مثال حداقل ۱۰ نمره در نظر گرفته شود. که ما از روش اول استفاده کردیم.

۳-۲-۲-۱-۳ تعیین روایی سازه^۲

در این روایی تلاش بر آن است که مبنای نظری اندازه‌گیری و روابط فرض شده بین مفاهیم معتبر شود. روایی سازه بررسی می‌کند که ابزار تا چه اندازه مفهوم مورد نظر را اندازه می‌گیرد؛ این سنجش مستلزم این است که تحلیل مفهوم در ابتدا به دقت صورت گیرد و در قدم دوم چگونگی ارتباط مفهوم با متغیرهای دیگر مورد توجه قرار گیرد و سپس از طریق معمول روایی سازه بررسی می‌کند آیا روابط فرضی واقعا وجود دارند (۹۸).

1. Clinical Impact Score = Frequency (%) × Importance.

2. Construct Validity.

حسب ضرورت و برای بررسی روایی سازه ابتدا از روش گروه‌های شناخته شده^۱ استفاده شد. این روش زمانی به کار می‌رود که روش استاندارد طلایی برای اندازه‌گیری وجود نداشته باشد. در این روش ابزار بین دو گروه شناخته شده به کار می‌رود که این دو گروه در مفهومی که ابزار برای آن طراحی شده است متفاوتند. روایی سازه در این روش زمانی به اثبات می‌رسد که ابزار بتواند بین دو گروه شناخته شده، که در متغیر مورد نظر متفاوتند، تمایز ایجاد کند. که این تمایز و تفاوت فرضی با تفاوت در امتیاز دو گروه نشان داده می‌شود (۹۹).

تحلیل عاملی، یک ابزار آماری مهم برای فراهم کردن روایی ساختار ابزارها به حساب می‌آید. در متون پژوهشی اکثراً از تحلیل عاملی به عنوان بخشی از فرآیند ساخت ابزار استفاده می‌شود. همچنین، تحلیل عاملی روشی برای سازمان دادن شاخص‌ها در عامل‌ها است. اغلب از تحلیل عاملی برای آزمون کردن روایی ایده‌های مربوط به گویه‌ها و تصمیم‌گیری در مورد چگونگی قرار دادن یا حذف گویه‌ها در زیرمقیاس‌ها استفاده می‌شود.

در پژوهش حاضر، روایی سازه ابزار ساخته شده تشخیص سوءمزاج تر و خشک معده توسط تحلیل عاملی اکتشافی انجام گرفت. هدف تحلیل عاملی اکتشافی کم کردن یک سری داده‌ها است تا بتوان آن‌ها را به آسانی توصیف و مورد استفاده قرار داد. در مورد حجم نمونه جهت تحلیل عاملی با هدف تعیین روایی سازه توافق کلی وجود ندارد. حجم نمونه بستگی به تعداد سؤالات پرسشنامه دارد، معمولاً نسبت یک به ده را بیان کرده‌اند. اما برخی نویسندگان معتقدند نسبت یک به پنج نیز کافی است. برای تعیین روایی سازه با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس، آزمون کرویت بارتلت، تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های اصلی، نمودار شن ریزه و دوران واریماکس بر اساس پاسخ‌های آزمودنی‌ها در خصوص شاخص‌های اندازه‌گیری سوءمزاج تر و خشک معده، انجام شد (۹۸، ۱۰۰).

در این مطالعه هدف طراحی ابزاری بوده است که بتواند در سلامت‌کده‌های طب سنتی افراد دچار سوءمزاج تر و خشک معده را از افرادی که دچار این سوءمزاج نیستند افتراق دهد. بنابر این بعد از طراحی پرسشنامه خوداظهاری را افرادی که ثابت شده دارای مشکل معده هستند و افراد سالم (افرادی که علائم و بیماری گوارشی نداشته باشند) پر کردند. مشخصات این افراد شامل قد و وزن و سایر ویژگی‌های بدنی آنها با دستگاه اینبادی اندازه‌گیری می‌شد. در اتاق دوم دو نفر از متخصصان طب سنتی که بیش از ۵ سال سابقه فعالیت بالینی در طب سنتی داشتند، چک لیست را برای این افراد پر می‌کردند. و در اتاق سوم گروه متخصصان طب سنتی، مزاج معده این افراد را به طور جداگانه یادداشت کرده و در نهایت درباره تشخیص تر یا خشک بودن معده افراد توافق می‌کردند. برای این بررسی از پنج متخصص طب سنتی با دست کم ۵ سال سابقه بالینی استفاده شد و نظر بالینی مشترک دست کم سه نفر از

این متخصصان به عنوان شاخص طلایی استاندارد، با نتیجه پرسشنامه و چک لیست مقایسه شد. بدیهی است گویه‌هایی دارای روایی است که نتایج به دست آمده از طریق ابزار در این گروه‌ها تفاوت معناداری (سطح معناداری را بالای ۱۰۰ در نظر گرفته شد) داشته باشند. بعد از انجام روایی گروه‌های شناخته شده، تحلیل عاملی برای گویه‌های باقیمانده از مرحله قبل انجام گرفت و گویه‌های نهایی پرسشنامه خود اظهاری و چک لیست مشخص شدند.

۳-۱-۳ نمره‌گذاری پرسشنامه و تعیین نقطه برش‌های طیفی متعدد و وزن‌دهی گویه‌ها

برای نمره‌گذاری ابزار نهایی، به هر گویه نمره‌ای از ۰ (شدت خشکی) تا ۱۰۰ (شدت تری) داده شد. جهت تعیین وزن هر یک از گویه‌ها و فاکتورها از روش تعیین وزن گویه با بارهای عاملی حاصل از تحلیلی عاملی و مدل رگرسیون خطی^۱ استفاده شد. تعیین نقطه برش با روش تعیین حساسیت و ویژگی ابزارهای اندازه‌گیری و با استفاده از نمودار راک انجام شد.

۳-۱-۴ تعیین پایایی^۲ ابزار

وجود پایایی در ابزار یکی از مهمترین معیارهایی است که کیفیت ابزار را نشان می‌دهد. پایایی، به وجود همسانی و ثبات در اندازه‌گیری صفات یا سازه‌های موجود در یک ابزار اطلاق می‌گردد. علاوه بر این وجود پایایی در یک ابزار نشان‌دهنده دقت یا صحت اندازه‌گیری ابزار نیز هست به این معنا که ابزاری پایاست که بطور دقیق و صحیح منعکس‌کننده نمرات واقعی افراد باشد. به عبارت دیگر پایایی ابزار به معنای مبرا بودن نمره‌های یک آزمون از خطای اندازه‌گیری است (۸۷).

اندازه‌گیری پایایی دارای ۳ جنبه است:

1. Multiple linear regression models.
2. Reliability.

۱-۴-۳ همسانی درونی^۱

توافق درونی در پایایی معرف میزان تناسب گروهی از آیتم‌هاست که یک سازه را می‌سنجند. برای سنجش همسانی درونی از روش آماری ضریب آلفا استفاده می‌شود. ضریب آلفا حداقل باید برابر ۷۰ یا بیشتر باشد تا گویه در ابزار باقی بماند (۱۰۱).

۲-۴-۳ ثبات^۲

سنجش ثبات در پایایی از طریق روش آزمون - باز آزمون صورت می‌گیرد. در این مرحله سوالات پرسشنامه در دو نوبت به فاصله بیست روز به یک گروه بیست و یک نفره از بیماران تحت شرایط مشابه داده شد و ضریب همبستگی بین دو بار اجرای آزمون سنجیده شد. به علت دخالت اثر حافظه، خستگی و تغییرات واقعی این ضریب تغییر می‌کند. بنابراین فاصله‌ی زمانی بین دو آزمون از اهمیت زیادی برخوردار است. به ناچار به علت تعطیلات رسمی فاصله دو جلسه به جای یک تا دو هفته، بیست روز شد.

بهترین آزمون آماری جهت تعیین ثبات آزمون شاخص همبستگی درون خوشه‌ای^۳ (ICC) است که اگر بالاتر از ۸۰ باشد، میزان ثبات مطلوب است (۱۰۲).

۳-۴-۳ هم ارزی یا تعادل^۴

منظور از هم ارزی یا تعادل در تحقیقات روش شناسی وجود پایایی در بین مشاهده‌کنندگان^۵ یا رتبه‌دهندگان^۶ است و معمولاً برای ابزارهای مشاهده‌ای یا چک لیست استفاده می‌شود.

در این مرحله ده نفر از متخصصان به فاصله بیست روز، بیست و یک نفر نفر از بیمارانی که قبلاً چک لیست را برای آنها پر کرده بودند ویزیت کرده و دوباره چک لیست برای آنها پر کردند. در این روش همبستگی نمرات بین مشاهده‌کنندگان با ضریب کاپا وزن داده شده سنجیده شد. ضریب کاپا بین صفر تا یک بوده و حداقل مقدار قابل قبول آن ۴۰ در نظر گرفته شد (۱۰۳).

1. Internal Consistency.

2. Stability.

3. ICC (Intraclass Correlation Coefficient)

4. Equivalence.

5. Inter observer reliability.

6. Inter rater reliability.

در این پژوهش جهت تعیین پایایی، داده‌ها از طریق دو نرم افزار SPSS و STATA مورد تحلیل قرار گرفتند و شاخص همبستگی درونی، هم ارزی و میزان توافق مشارکت‌کنندگان Inter Rater و Intra Rater با استفاده از آماره‌ی اصلاح شده کاپا و شاخص جیوت اندازه‌گیری شد (۱۰۴).

۵-۱-۳ تهیه ابزار نهایی

با توجه به گستردگی کار و وسعت مطالعه، سوءمزاج‌های تر و خشک معده توسط اینجانب و سوءمزاج‌های گرم و سرد در یک تحقیق جداگانه توسط یکی از همکاران بررسی شد. ما در این مطالعه «طراحی و بالینی‌سنجی ابزار تشخیصی سوءمزاج تر و خشک معده» را مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار دادیم و با تشکیل جلسات گروهی، حاصل مطالعات یکدیگر را به بحث گذاشته و از نتایج به دست آمده در مطالعه خود بهره بردیم.

۳-۲ معیارهای ورود و خروج شرکت کنندگان

با توجه به اینکه شرکت کنندگان این طرح در مرحله اول و دوم طرح متفاوت بود، بنابراین بطور کلی معیار ورود و خروج در دو گروه متخصصین و داوطلبان ذکر می شود.

۳-۲-۱ معیار ورود متخصصان طب سنتی

در مرحله اول و دوم از متخصصان طب سنتی در دو گروه دانشگاهیان و غیردانشگاهیان استفاده شد. دانشگاهیان حداقل سه سال سابقه کار درمانی داشتند و یا دست کم سه سال عضو هیات علمی بودند و غیردانشگاهیان حداقل پنج سال سابقه کار درمانی داشتند. گروهی از این افراد انتخاب شدند که تمایل به شرکت در این پژوهش را داشتند و در دسترس بودند. جهت دسترسی به حداکثر اطلاعات، متخصصان را با حداکثر تنوع از جهت سوابق، سن، جنس، نوع تحصیلات (دانشگاهی و غیردانشگاهی) انتخاب کردیم.

۳-۲-۲ معیار ورود بیماران

در مرحله اول (کیفی) افراد سالم و بیمارانی که دست کم یکی از مشکلات گوارشی در سوء مزاج معده را تجربه کرده بودند و تمایل به شرکت در این پژوهش را داشتند؛ در این مرحله وارد شدند. جهت دسترسی به حداکثر اطلاعات، انتخاب بیماران با در نظر گرفتن حداکثر تنوع در شکایت گوارشی صورت گرفت.

در مرحله دوم (کمی) افراد سالم (بدون مشکل گوارشی) و بیماران دارای علائم گوارشی، البته تنها بیمارانی که بر اساس تجربه بالینی متخصصان به عنوان واجدین سوء مزاج تر، معتدل یا خشک معده شناسایی شده بودند، شرکت داده شدند. در این مرحله تنوع شکایات گوارشی بیماران نیز مد نظر قرار داشت.

۳-۲-۳ معیار خروج بیماران

بدیهی است کسانی که جراحی معده (گاسترکتومی) انجام داده بودند یا بیمارانی که به بیماری های پیشرفته مانند سرطان و اعتیاد مبتلا بودند یا بیماری های متعدد همزمان، داشتند از مطالعه خارج شدند. همچنین در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری و انصراف به هر دلیل، شرکت کننده از طرح حذف می شد.

۳-۳ ملاحظات اخلاقی

این مطالعه پس از ثبت پروپوزال با شماره ۱۸۷ در تاریخ ۱۳۹۵/۶/۱۵ و کسب مجوزهای لازم و تایید کمیته اخلاق طی صورت جلسه در تاریخ ۱۳۹۵/۱۰/۵ با کد ۶۲۷-۱۳۹۵ و اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه از مشارکت کنندگان انجام شد.

در این مطالعه افراد مورد مطالعه به صورت آگاهانه و داوطلبانه و با اطلاع کامل از مراحل اجرای طرح شرکت کردند. اطلاعات فردی داوطلبان بصورت محرمانه نزد محقق می ماند و نتایج حاصل در پایان طرح بطور کلی ارایه شد. نتایج حاصل از تعیین مزاج هر فردی در صورت درخواست وی فقط به خود فرد اعلام شد. رضایت آگاهانه و داوطلبانه شرکت در طرح (پیوست شماره ۳ و ۴ و ۵) به صورت کتبی قبل از ورود افراد به طرح توسط ایشان ثبت شد و توضیح کامل در مورد تحقیق و اهداف آن به واحدهای نمونه ارائه شد.

فصل چہارم

یافتہ

۴-۱ یافته‌های مرحله تبیین مفهوم (کیفی)

در این پژوهش مفهوم مزاج و سوء مزاج تر و خشک معده انتخاب شده بود.

یافته‌های این مرحله در دو گروه یافته‌های متون و مقالات، یافته‌های مرحله کار در عرصه یا گفتگو با بیماران و متخصصین طبقة‌بندی شدند و سپس تحلیل نهایی انجام شد.

۴-۱-۱ یافته‌های مرحله نظری

در مرحله نظری با جستجوی کامپیوتری مقالات تعداد ۱۶ مقاله فارسی و ۱۲ مقاله انگلیسی یافته شد. اغلب این مقالات راجع به علائم بیماری سوء مزاج‌های معده بودند و در تعریف شاخص‌های تعیین مزاج معده به کار گرفته شدند. برای بررسی کتب با نظر سنجی از اساتید گروه تعداد ۱۱ منبع مهم از متون اصلی طب سنتی انتخاب شد. کتاب‌های زیر در این مرحله مورد بررسی قرار گرفتند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: کتب بررسی شده در مرحله نظری

شماره	نام کتاب	نام انگلیسی	نام نویسنده	سال زندگی نویسنده	زبان
۱	فردوس الحکمه (۱۰۵)	Paradise of Wisdom	علی‌ابن‌ربن طبری	AD ۸۴۷-۸۶۱ (۱۰۶)	عربی
۲	کتاب المنصوری (۱۰۷)	Liber Al-Mansuri, a concise handbook of medical sciences	زکریای رازی	AD ۸۶۵-۹۲۵ (۱۰۸)	عربی
۳	الحاوی فی الطب (۱۰۹)	Al-Havi (Liber Continent)	زکریای رازی	AD ۸۶۵-۹۲۵	عربی
۴	کامل الصناعه الطبیه (۲۵)	The Perfect Art of Medicine- The Royal Book	مجوسی اهوازی	AD ۹۸۲-۹۴۹ (۱۱۰)	عربی
۵	هدایته المتعلمین (۱۱۱)	An educational guide for medical students	اخوینی بخاری	AD ۹۸۳-؟ (۱۱۲)	فارسی
۶	القانون فی الطب (۲۴)	Canon of medicine	ابن سینا	AD ۹۸۰-۱۰۳۷ (۱۱۳)	عربی
۷	ذخیره خوارزمشاهی (۱۲)	Treasure of Kharazm Shah	اسماعیل جرجانی	AD ۱۱۳۷-۱۰۴۲ (۱۱۴)	فارسی
۸	شرح قانون ابن سینا (شرح قرشی) (۱۱۵)	A commentary on Avicenna's canon	ابن نفیس دمشقی	AD ۱۲۱۳-۱۲۸۸ (۱۱۶)	عربی
۹	شرح الاسباب و العلامات (۱۱۷)	Explaining the causes and signs	نفیس ابن عوض کرمانی	قرن پانزدهم (۱۱۸)	عربی
۱۰	طب اکبری (۱۱۹)	Akbari's Medicine	محمد اکبر ارزانی (اکبر شاه)	قرن هیجدهم (۱۲۰)	فارسی
۱۱	اکسیر اعظم (۲۸)	Great Elixir	اعظم خان چشتی	قرن نوزدهم (۱۱۸)	فارسی

The screenshot displays the MAXQDA Analytics Pro 12 software interface. The top menu bar includes Project, View, Documents, Codes, Variables, Analysis, Mixed methods, Visual tools, Reports, Stats, MAXDictio, and Help. Below the menu is a toolbar with various icons for document management and analysis.

The main window is divided into three panes:

- Document System:** A list of documents on the left, including 'کامل الصناعة الطبية- امراض معدية' (1042), 'شرح الاسباب والعلامات' (63), and 'مقالات' (21). The right pane shows the content of the selected document, which is a Persian text discussing medical symptoms and treatments.
- Code System:** A list of codes on the left, including 'سوء مزاج حار رطب إيا بلغم' (15), 'سوء مزاج حار بايس يلائماده' (2), and 'سوء مزاج حار صفراوي' (1). The right pane shows the code system structure.
- Document Browser:** A central pane showing the document's content, which is a Persian text discussing medical symptoms and treatments.

The document content includes the following text:

سبيل المضم والنضج وإذا كان معها رطوبة كانت لينة فاصرة عن الاحتراق والتفريق بين الأجزاء الرطبة واليابسة ففسد الرطوبات وتحدث فيها التماس أولًا حيث كانت دسمة والعفونة ثانيًا. وربما حدث قيء رطوبة إذا اشتد تقاضى المعدة لدفع تلك الرطوبة لرداءة كلفتها فحركتها للدفع فحركت.

وعلاجه: القى بماء الشيت والسكنجبين البروري وأخذ المخليل المرى والمجلسين السكري للمعجون مع الطباشير والجوارشات المجففة التي لا تسخين فيها.

و إما حارًا يابسًا بلا مادة. و علامته: شدة العطش وجفاف اللسان وذبول البدن لضعف المضم من حيث أنه لا يتم إلا بالرطوبة لأنها تعاون الهاضمة في قبول الغذاء لفعلها من الاحالة والطبخ ولأن دم صاحب المعدة النارية إنما يكون قليلًا متنتًا حريفًا لا تقبله الأعضاء ولا تغذى به فيكون بدنه مهزولًا وكثيرًا ما يقع هذا في دق الشيوخة ويس الطبيعة أى: البراز لنشف الرطوبات وتحليلها.

وعلاجه: ترطيب مزاج المعدة وتبريدها بسقى اللبن خصوصًا البقرى لما فيه من قوة التبريد ومن اللثانة والغلظ الذي يلبث به في المعدة و يقاوم الحرارة بخلاف الألبان الرقيقة السريعة الانحدار، ومع ذلك نظن ان له معنى آخر وهو أنه شديد للشاشمة والناسبة للمزاج الانسان بسبب أن مدة حمل البقر تسعة أشهر أيضًا وهذا يدل على مناسبة بينها وبين النساء في المزاج والقوى، وماء الشعير ونحوهما كالحساء المعمول من دقيق الشعير ودهن اللوز والسكر وكالسمك الرضراضى وأجنحة الطيور الخفيفة.

و اما باردا يابسًا بلا مادة، و علامته: جميع علامات سوء المزاج البارد

شرح الاسباب والعلامات، ج 1، ص: 604

شکل شماره ۲: نمونه کد گزاری متون در نرم افزار ماکس کیو دی آ

تک تک متون مرور شده و با کمک نرم افزار ماکس کیو (شکل شماره ۲) به شکل مستند ویژگی‌های که مفهوم سوءمزاج تر و خشک معده را نشان می‌داد تهیه شد. (جدول شماره ۳) مشروح نتایج در دو مقاله (۱۲۱، ۱۲۲) آورده شده است.

جدول شماره ۳: علائم و نشانه‌های مزاج صحی و سوء مزاج ساده و مادی معده در کتب مورد بررسی

نوع مزاج	مزاج صحی	سوء مزاج ساده	سوء مزاج مادی معده
علامت	تر	خشک	تر
هضم خوب به جز زمان افراط در غذای غلیظ پنجود انهضام الغلیظة پنهضم فوق ما كان تنهضم الا أن یفرط فيه(۲۴)	هضم خوب به جز زمان افراط در غذای غلیظ پنجود انهضام الغلیظة پنهضم فوق ما كان تنهضم الا أن یفرط فيه(۲۴)	احساس می‌کند اگر بعد غذا حرکت کند بالا می‌آورد (به علت وجود رطوبت بالا در فم معده یا ضعف معده یا در خالی بودن معده) (۱۱۵، ۲۴). لا یعوق الهضم بل ینقص منه فی اول الامر و لا یحدث الما الا انه یحدث حالة اخرى ردية علی طول المدة (قعر معده) (۲۵)	هضم قوی (۱۲، ۱۱۹) لیکن هرگاه سوء مزاج مفرط باشد، قوت‌ها را ضعیف کند و هضم نیز ضعیف گردد (۱۲، ۱۱۹)
آن یكون قبول المعدة لما هو أرطب مزاجاً من أیس مزاجاً من الاغذية أحسن(۲۴) (۱۱۵، ۲۴) خورندنیها چیزهای تر آرزو کند ی خشک آرزو کند و بسیاری آن زیان دارد (۱۲) خشک و مجفف بیشتر انتفاع از خوردن آب به مقدار کم (۱۱۵) ضرر(یری است) (۱۱۵) میل به آب خورند اما اگر به شکم و تخضض از خوردن آب زیاد (۱۱۵) بخورد ضرر بیشتر می‌بیند(۱۱۵)	آن یكون قبولها لما هو أیس مزاجاً من الاغذية أحسن(۲۴) (۱۱۵، ۲۴) خورندنیها چیزهای تر آرزو کند ی خشک آرزو کند و بسیاری آن زیان دارد (۱۲) خشک و مجفف بیشتر انتفاع از خوردن آب به مقدار کم (۱۱۵) ضرر(یری است) (۱۱۵) میل به آب خورند اما اگر به شکم و تخضض از خوردن آب زیاد (۱۱۵) بخورد ضرر بیشتر می‌بیند(۱۱۵)	انتفاع بالاغذية الرطبة (۱۱۷، ۱۱۵، ۱۰۹، ۲۴) الاهوية الرطبة(۲۴) تنفر از غذای یابس و انتفاع از رطب (۱۱۹، ۲۸) انتفاع از مرق و ادهان(۲۸) صاحب مزاج عرضی چیزهای مخالف مزاج آرزو کند مگر آنکه مزاج اصلی گردد آنکه وی نیز چیزها مانند مزاج آرزو کند(۱۲)	استلذاذه بشرب الماء البارد والأشياء الباردة بالفعل إذا وضعت من خارج فإن كان مع ذلك مادة صفراوية عرض معه (۲۵) غثیان و مرارة فی الفم و غشی یغم معده (۲۵) صاحب مزاج عرضی چیزهای مخالف مزاج آرزو کند مگر آنکه مزاج عرضی مانند مزاج اصلی گردد آنکه وی نیز چیزها مانند مزاج آرزو کند(۱۲)
تتمایل به غذاهای تند و بی میلی به غذاهای کثیرالغذا که خوردنش باعث تمدد و نفخ و غثیان شود لا ینشرح الصدر للطعام الكثير الغذاء، بل یعیل إلى ما فيه حدة و حرافة، و إذا تناول ذلك ظهر نفخ و تمدد و غثیان(۲۴) انتفاع از غذای تند و تیز (۱۱۹، ۲۸) میل به غذای تند(۱۱۷) ینتفع بوضع الأشياء الحارة بالفعل من خارج علی فم المعدة و یتناول الأشياء الحارة (فم معده) (۲۵) صاحب مزاج عرضی چیزهای مخالف مزاج آرزو کند مگر آنکه مزاج عرضی مانند مزاج اصلی گردد آنکه وی نیز چیزها مانند مزاج آرزو کند(۱۲)	تتمایل به غذاهای تند و بی میلی به غذاهای کثیرالغذا که خوردنش باعث تمدد و نفخ و غثیان شود لا ینشرح الصدر للطعام الكثير الغذاء، بل یعیل إلى ما فيه حدة و حرافة، و إذا تناول ذلك ظهر نفخ و تمدد و غثیان(۲۴) انتفاع از غذای تند و تیز (۱۱۹، ۲۸) میل به غذای تند(۱۱۷) ینتفع بوضع الأشياء الحارة بالفعل من خارج علی فم المعدة و یتناول الأشياء الحارة (فم معده) (۲۵) صاحب مزاج عرضی چیزهای مخالف مزاج آرزو کند مگر آنکه مزاج عرضی مانند مزاج اصلی گردد آنکه وی نیز چیزها مانند مزاج آرزو کند(۱۲)	تتمایل به غذاهای تند و بی میلی به غذاهای کثیرالغذا که خوردنش باعث تمدد و نفخ و غثیان شود لا ینشرح الصدر للطعام الكثير الغذاء، بل یعیل إلى ما فيه حدة و حرافة، و إذا تناول ذلك ظهر نفخ و تمدد و غثیان(۲۴) انتفاع از غذای تند و تیز (۱۱۹، ۲۸) میل به غذای تند(۱۱۷) ینتفع بوضع الأشياء الحارة بالفعل من خارج علی فم المعدة و یتناول الأشياء الحارة (فم معده) (۲۵) صاحب مزاج عرضی چیزهای مخالف مزاج آرزو کند مگر آنکه مزاج عرضی مانند مزاج اصلی گردد آنکه وی نیز چیزها مانند مزاج آرزو کند(۱۲)	تتمایل به غذاهای تند و بی میلی به غذاهای کثیرالغذا که خوردنش باعث تمدد و نفخ و غثیان شود لا ینشرح الصدر للطعام الكثير الغذاء، بل یعیل إلى ما فيه حدة و حرافة، و إذا تناول ذلك ظهر نفخ و تمدد و غثیان(۲۴) انتفاع از غذای تند و تیز (۱۱۹، ۲۸) میل به غذای تند(۱۱۷) ینتفع بوضع الأشياء الحارة بالفعل من خارج علی فم المعدة و یتناول الأشياء الحارة (فم معده) (۲۵) صاحب مزاج عرضی چیزهای مخالف مزاج آرزو کند مگر آنکه مزاج عرضی مانند مزاج اصلی گردد آنکه وی نیز چیزها مانند مزاج آرزو کند(۱۲)

نوع مزاج	مزاج صحی		سوء مزاج ساده		سوء مزاج مادی معده		
	علامت	تر	خشک	تر	دموی	صفراوی	بلغمی
سوداوی	اشتهای زیاد به خوردن آب	کم(تر ساده/ سرد و تر ساده)	زیاد(سرد و خشک ساده)	متعدّل(۱۱۹,۲۸,۱۲)قلّة	کم با وجود هضم قوی (۱۱۹,۲۸,۱۲)قلّة	کم(۱۱۹,۲۸,۱۲,۲۴)سقوط	شهوت کثیر(۱۱۹,۲۴)الشهوة الكثير مع ضعف
	دارد(۱۱۵)	(۱۱۹)		الشهوة(قعر معده)(مادی)	كان سوء المزاج مع مادة صفراوية(۱۱۵) فإنها تسقط الشهوة البتة(در سوء مزاج مادی صفراوی، اشتها ساقط شده ولی هضم قوی است مگر اینکه سوء مزاج مفرط باعث ضعف قوا شود) (۲۸,۲۴,۱۲) قلّة الشهوة(قعر معده)(مادی) (۲۵) شهوت طعام کم گردد(۱۱۱) اندر آن گرسنگی صبر نباشد(۲۸,۱۲) الغشى الدائم(۱۱۷)	بلغم کثیر لزج (۲۴)نقصان الشهوة للطعام (قعر معده) (۲۵)سبب ذهاب بود(۲۸)	الهضم (۱۱۷,۲۴) کثرت اشتها مع تخمه بود(۲۸)
بلغمی	کمى عطش	زیادی عطش که با کمی آب رفع شود و اگر آب زیاد بخورد باد می کند	قلّة العطش (۱۱۷,۱۱۵,۱۰۹,۲۴) ذهاب شهوه الشراب من كثرة الرطوبة(۱۰۵)	عطش زیاد (خشک/ گرم و خشک/ سرد و خشک)(۱۱۹,۲۴) <u>عطش کثیر</u> (۱۰۹,۲۴) العطش و جفاف لسان مفرط(۱۱۷) صرف تشنگی و خشکی زبان(۲۸) عطش خشک کمتر از عطش حار،(۱۱۵)	عطش (۱۱۹,۲۸,۱۲) اگر با آب گرم رفع نشود نشانه ماده صفراوی است. تشنگی که از مادهی گرم خیزد آب سرد آن را بنشانند و آنچه از مادهی شور خیزد با آب گرم ساکن شود (۱۲) إن لم يسكن بالماء الحار ، فالمادة صفراوية(۲۴) العطش فإن كان مع غنى دل على مادة مرارية(۲۴) فإن سكن العطش بشرب الماء الحار، فالمادة فى أكثر الأحوال بلغمية مالحة بورقية(۲۴) قليل العطش(فم معده) (۲۵) قلّه عطش(قعر معده) (۲۵) دهان پیوسته از رطوبتی لزج پُر می شود (۱۲) عطش مرارية أحدث عطشاً و حرارة يجدها اللليل كاذب(۱۱۷)	ندارد اما اگر تشنگی با آب گرم رفع نشود نشانه بلغم مالح است(۱۱۹,۲۴) إن سكن بالماء الحار، فهو بلغم مالح(۲۴) فإن سكن العطش بشرب الماء الحار، فالمادة فى أكثر الأحوال صفراوية(۲۴) العطش فإن كان مع غنى دل على مادة مرارية(۲۴) فإن سكن العطش بشرب الماء الحار، فالمادة فى أكثر الأحوال بلغمية مالحة بورقية(۲۴) قليل العطش(فم معده) (۲۵) قلّه عطش(قعر معده) (۲۵) دهان پیوسته از رطوبتی لزج پُر می شود (۱۲) عطش مرارية أحدث عطشاً و حرارة يجدها اللليل كاذب(۱۱۷)	قلّه عطش(فم و قعر معده/ سرد مادی)(۲۵) ميل آب کمتر بود(۲۸) دهان خشک باشد و آب کمتر خواهد (۱۲)
صفراوی	کمی عطش	قلّ	قلّة العطش (۱۱۵,۲۴,۱۲) عدم احساس با دکردن بعد از خوردن آب زیاد. أن يكون العطش قليلاً مع يتفجع بمقدار يسير من احتمال الشرب الكثير و تحدث الكظة امن من الكظة(۲۴) الكثير(۲۴) كثر العطش (۱۰۷)	قلّة العطش (۱۱۷,۱۱۵,۱۰۹,۲۴) ذهاب شهوه الشراب من كثرة الرطوبة(۱۰۵)	عطش (۱۱۹,۲۸,۱۲) اگر با آب گرم رفع نشود نشانه ماده صفراوی است. تشنگی که از مادهی گرم خیزد آب سرد آن را بنشانند و آنچه از مادهی شور خیزد با آب گرم ساکن شود (۱۲) إن لم يسكن بالماء الحار ، فالمادة صفراوية(۲۴) العطش فإن كان مع غنى دل على مادة مرارية(۲۴) فإن سكن العطش بشرب الماء الحار، فالمادة فى أكثر الأحوال بلغمية مالحة بورقية(۲۴) قليل العطش(فم معده) (۲۵) قلّه عطش(قعر معده) (۲۵) دهان پیوسته از رطوبتی لزج پُر می شود (۱۲) عطش مرارية أحدث عطشاً و حرارة يجدها اللليل كاذب(۱۱۷)	ندارد اما اگر تشنگی با آب گرم رفع نشود نشانه بلغم مالح است(۱۱۹,۲۴) إن سكن بالماء الحار، فهو بلغم مالح(۲۴) فإن سكن العطش بشرب الماء الحار، فالمادة فى أكثر الأحوال صفراوية(۲۴) العطش فإن كان مع غنى دل على مادة مرارية(۲۴) فإن سكن العطش بشرب الماء الحار، فالمادة فى أكثر الأحوال بلغمية مالحة بورقية(۲۴) قليل العطش(فم معده) (۲۵) قلّه عطش(قعر معده) (۲۵) دهان پیوسته از رطوبتی لزج پُر می شود (۱۲) عطش مرارية أحدث عطشاً و حرارة يجدها اللليل كاذب(۱۱۷)	قلّه عطش(فم و قعر معده/ سرد مادی)(۲۵) ميل آب کمتر بود(۲۸) دهان خشک باشد و آب کمتر خواهد (۱۲)
بلغمی	کمی عطش	قلّ	قلّة العطش (۱۱۵,۲۴,۱۲) عدم احساس با دکردن بعد از خوردن آب زیاد. أن يكون العطش قليلاً مع يتفجع بمقدار يسير من احتمال الشرب الكثير و تحدث الكظة امن من الكظة(۲۴) الكثير(۲۴) كثر العطش (۱۰۷)	قلّة العطش (۱۱۷,۱۱۵,۱۰۹,۲۴) ذهاب شهوه الشراب من كثرة الرطوبة(۱۰۵)	عطش (۱۱۹,۲۸,۱۲) اگر با آب گرم رفع نشود نشانه ماده صفراوی است. تشنگی که از مادهی گرم خیزد آب سرد آن را بنشانند و آنچه از مادهی شور خیزد با آب گرم ساکن شود (۱۲) إن لم يسكن بالماء الحار ، فالمادة صفراوية(۲۴) العطش فإن كان مع غنى دل على مادة مرارية(۲۴) فإن سكن العطش بشرب الماء الحار، فالمادة فى أكثر الأحوال بلغمية مالحة بورقية(۲۴) قليل العطش(فم معده) (۲۵) قلّه عطش(قعر معده) (۲۵) دهان پیوسته از رطوبتی لزج پُر می شود (۱۲) عطش مرارية أحدث عطشاً و حرارة يجدها اللليل كاذب(۱۱۷)	ندارد اما اگر تشنگی با آب گرم رفع نشود نشانه بلغم مالح است(۱۱۹,۲۴) إن سكن بالماء الحار، فهو بلغم مالح(۲۴) فإن سكن العطش بشرب الماء الحار، فالمادة فى أكثر الأحوال صفراوية(۲۴) العطش فإن كان مع غنى دل على مادة مرارية(۲۴) فإن سكن العطش بشرب الماء الحار، فالمادة فى أكثر الأحوال بلغمية مالحة بورقية(۲۴) قليل العطش(فم معده) (۲۵) قلّه عطش(قعر معده) (۲۵) دهان پیوسته از رطوبتی لزج پُر می شود (۱۲) عطش مرارية أحدث عطشاً و حرارة يجدها اللليل كاذب(۱۱۷)	قلّه عطش(فم و قعر معده/ سرد مادی)(۲۵) ميل آب کمتر بود(۲۸) دهان خشک باشد و آب کمتر خواهد (۱۲)
صفراوی	کمی عطش	قلّ	قلّة العطش (۱۱۵,۲۴,۱۲) عدم احساس با دکردن بعد از خوردن آب زیاد. أن يكون العطش قليلاً مع يتفجع بمقدار يسير من احتمال الشرب الكثير و تحدث الكظة امن من الكظة(۲۴) الكثير(۲۴) كثر العطش (۱۰۷)	قلّة العطش (۱۱۷,۱۱۵,۱۰۹,۲۴) ذهاب شهوه الشراب من كثرة الرطوبة(۱۰۵)	عطش (۱۱۹,۲۸,۱۲) اگر با آب گرم رفع نشود نشانه ماده صفراوی است. تشنگی که از مادهی گرم خیزد آب سرد آن را بنشانند و آنچه از مادهی شور خیزد با آب گرم ساکن شود (۱۲) إن لم يسكن بالماء الحار ، فالمادة صفراوية(۲۴) العطش فإن كان مع غنى دل على مادة مرارية(۲۴) فإن سكن العطش بشرب الماء الحار، فالمادة فى أكثر الأحوال بلغمية مالحة بورقية(۲۴) قليل العطش(فم معده) (۲۵) قلّه عطش(قعر معده) (۲۵) دهان پیوسته از رطوبتی لزج پُر می شود (۱۲) عطش مرارية أحدث عطشاً و حرارة يجدها اللليل كاذب(۱۱۷)	ندارد اما اگر تشنگی با آب گرم رفع نشود نشانه بلغم مالح است(۱۱۹,۲۴) إن سكن بالماء الحار، فهو بلغم مالح(۲۴) فإن سكن العطش بشرب الماء الحار، فالمادة فى أكثر الأحوال صفراوية(۲۴) العطش فإن كان مع غنى دل على مادة مرارية(۲۴) فإن سكن العطش بشرب الماء الحار، فالمادة فى أكثر الأحوال بلغمية مالحة بورقية(۲۴) قليل العطش(فم معده) (۲۵) قلّه عطش(قعر معده) (۲۵) دهان پیوسته از رطوبتی لزج پُر می شود (۱۲) عطش مرارية أحدث عطشاً و حرارة يجدها اللليل كاذب(۱۱۷)	قلّه عطش(فم و قعر معده/ سرد مادی)(۲۵) ميل آب کمتر بود(۲۸) دهان خشک باشد و آب کمتر خواهد (۱۲)
بلغمی	کمی عطش	قلّ	قلّة العطش (۱۱۵,۲۴,۱۲) عدم احساس با دکردن بعد از خوردن آب زیاد. أن يكون العطش قليلاً مع يتفجع بمقدار يسير من احتمال الشرب الكثير و تحدث الكظة امن من الكظة(۲۴) الكثير(۲۴) كثر العطش (۱۰۷)	قلّة العطش (۱۱۷,۱۱۵,۱۰۹,۲۴) ذهاب شهوه الشراب من كثرة الرطوبة(۱۰۵)	عطش (۱۱۹,۲۸,۱۲) اگر با آب گرم رفع نشود نشانه ماده صفراوی است. تشنگی که از مادهی گرم خیزد آب سرد آن را بنشانند و آنچه از مادهی شور خیزد با آب گرم ساکن شود (۱۲) إن لم يسكن بالماء الحار ، فالمادة صفراوية(۲۴) العطش فإن كان مع غنى دل على مادة مرارية(۲۴) فإن سكن العطش بشرب الماء الحار، فالمادة فى أكثر الأحوال بلغمية مالحة بورقية(۲۴) قليل العطش(فم معده) (۲۵) قلّه عطش(قعر معده) (۲۵) دهان پیوسته از رطوبتی لزج پُر می شود (۱۲) عطش مرارية أحدث عطشاً و حرارة يجدها اللليل كاذب(۱۱۷)	ندارد اما اگر تشنگی با آب گرم رفع نشود نشانه بلغم مالح است(۱۱۹,۲۴) إن سكن بالماء الحار، فهو بلغم مالح(۲۴) فإن سكن العطش بشرب الماء الحار، فالمادة فى أكثر الأحوال صفراوية(۲۴) العطش فإن كان مع غنى دل على مادة مرارية(۲۴) فإن سكن العطش بشرب الماء الحار، فالمادة فى أكثر الأحوال بلغمية مالحة بورقية(۲۴) قليل العطش(فم معده) (۲۵) قلّه عطش(قعر معده) (۲۵) دهان پیوسته از رطوبتی لزج پُر می شود (۱۲) عطش مرارية أحدث عطشاً و حرارة يجدها اللليل كاذب(۱۱۷)	قلّه عطش(فم و قعر معده/ سرد مادی)(۲۵) ميل آب کمتر بود(۲۸) دهان خشک باشد و آب کمتر خواهد (۱۲)

نوع مزاج	مزاج صحی	سوء مزاج ساده	سوء مزاج مادی معده
علامت	تر	خشک	تر
علامت			
دخان(قعر مادی)(۲۵)	دودناک(۱۱۹) نیز و بدبو یا بوی ماهی گندیده ، زنگاری(افراط حرارت)(۱۱۹) دخانی(قعر معده مادی) (۲۵) الجشاء الممتن الحریف(۱۱۷) آروغ گاهی بوی ماهی تباہ گشته دهد و گاهی بوی آب‌ها که آن را به تازی میاء الحما گویند و گاه بوی مغزهای تباہ گشته چون مغز گوز که تباہ گردد و غیر آن و گاهی بوی زنگار دهد(۱۲)	دخان(قعر مادی)(۲۵)	ترش(۱۲,۲۸,۱۱۹) آروغ بعد از غذای سنگین إذا تناول كثير الغذاء ظهر نفخ و تمدد و غثیان، و لا یستريح إلا بالجشاء(۲۴) حامض(۱۱۷) (قعر معده مادی)(۲۵)
زیادگی	زیادگی لعاب دهان(۱۱۹,۲۴) كثرة اللعاب و الریق (۱۱۷) (اگر در گرسنگی باشد دلیل بر حرارت و رطوبت در اکثر مواقع است)(۲۴) رطوبت دهان بیشتر از ترشی دهان(۱۲)	خشکی دهان. جفوف الفمّ، و قلة الریق يدلّ علی یسس المعدة(۲۴) خشکی زبان (۱۱۹,۲۸) - خشکی حقیقی به افراط(خشک++/ گرم و جفوف الفم(۲۴) جفوف اللسان المفرط(۱۱۹). جفوف الفم(۲۴) إذا كان اللسان فی أوجاع المعدة، إن كان یسس فقط، فالسبب یبوسة جفاف اللسان(گرم و خشک)(۱۱۷) خشکی زبان در سوءمزاج خشک بیشتر از خشکی حار(۱۱۵)	زیادی(۱۱۹,۲۴). و کف کردن آب دهان خشک دهان(۲۴)کثرته و زیديته تدل علی رطوبة المعدة المرسله للرطوبة المائية اللعابية(۲۴)دهان مریض پیوسته از رطوبت لزج تر بود(۲۸,۱۲)اگر آب دهان بر ترشی آروغ و ترشی طعم دهان غلبه دارد بیاید دانستن که رطوبت بیشتر است و اگر ترشی بر آب دهان غلبه دارد بیاید دانستن که سردی مزاج بیش از رطوبت است(۱۲)

نوع مزاج		مزاج صحی		سوء مزاج ساده		سوء مزاج مادی معده		
علامت	تر	خشک	تر	خشک	دموی	صفراوی	بلغمی	
طعم دهان					ترش(حرارت کم)(۲۴) الحامض يدل في أكثر الأمر على برد في المعدة لكن دون البرد الذي لا ينهضم معه الطعام أصلاً، و ربما دل على حر ضعيف مع رطوبة يغلبى الرطوبة قليلاً ثم يخلي عنها(۲۴) قاصراً عن الانضاج فتعرض الحموضة مثل العصير فإنه يحمض إذا برد، و يحمض إذا غلبى عن حرارة قليلة(۲۴)	تلخ (۱۱۹،۱۱۷،۲۴).المر يدل على حرارة و صفراء(۲۴).مراره في القم (قم معده)(۲۵) يدل على بلغم تفه، و المالح على بلغم مالح(۲۴).الحامض يدل في أكثر الأمر على برد في المعدة لكن دون البرد الذي لا ينهضم معه الطعام أصلاً(۲۴).في فمه طعم الحموضة(قم معده) (۲۵) بي مزه مایل به کمی شیرینی(۱۱۵)	بی مزه / شور / ترش.التفه من طعوم القم يدل على بلغم تفه، و المالح على بلغم مالح(۲۴).الحامض يدل في أكثر الأمر على برد في المعدة لكن دون البرد الذي لا ينهضم معه الطعام أصلاً(۲۴).في فمه طعم الحموضة(قم معده) (۲۵) بي مزه مایل به کمی شیرینی(۱۱۵)	فی فمه طعم الحموضة(قم معده) (۲۵)
حال و رنگ زبان و دهان		سفید شیري. و إن كان إلى بياض و لبنية، فالسبب رطوبة(۲۴)			سرخي و خشونت شديد. زبان. إذا كان اللسان في أوجاع المعدة شديد الخشونة و الحمرة، فقد يدل على غلبة دم، أو ورم حار فيها دموی(۲۴)	زردی زبان. و إن كان إلى الصفرة، فالآفة صفراوية(۲۴) زبان. إذا كان اللسان في أوجاع المعدة شديد الخشونة و الحمرة، فقد يدل على غلبة دم، أو ورم حار فيها دموی(۲۴)	سفید و شیري. و إن كان إلى بياض و لبنية، فالسبب رطوبة(۲۴) زبان. إذا كان اللسان في أوجاع المعدة شديد الخشونة و الحمرة، فقد يدل على غلبة دم، أو ورم حار فيها دموی(۲۴)	مایل به سیاهی. و إن كان إلى سواد فالسبب سوداوی(۲۴)
نفخ یا قراقر		قراقر. فإن القراقر تدل على ضعف المعدة و سوء اشتغالها على طعام، أو على غائط رطب قطعاً(۲۴)			نفخ(۱۱۹). نفخ و تمدد با غذای سنگین که با آروغ رفع شود. إذا تناول كثير الغذا ظهر نفخ و تمدد و غثيان، و لا يستريح إلا بالجشاء(۲۴)	نفخ(۱۱۹). نفخ و تمدد با غذای سنگین که با آروغ رفع شود. إذا تناول كثير الغذا ظهر نفخ و تمدد و غثيان، و لا يستريح إلا بالجشاء(۲۴)	کثرت نفخ(۱۱۹،۱۱۷،۲۴) نفخ غلیظ که چون دست بر شکم مانند قراقر کند-(۱۱۹)	

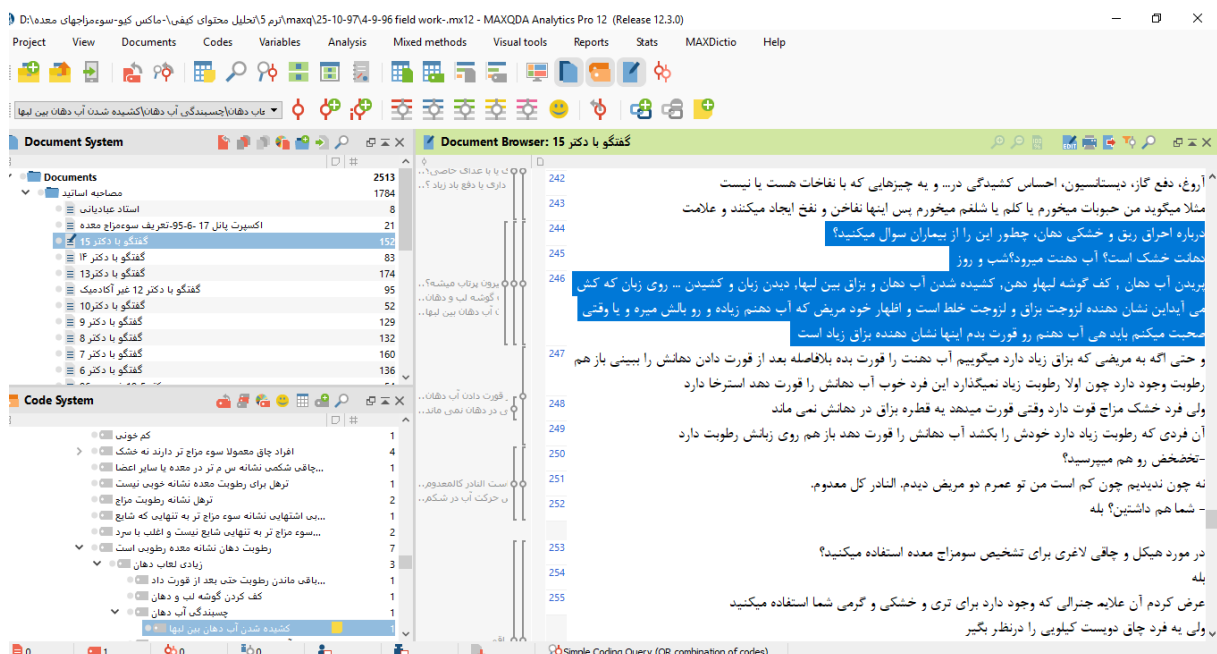
نوع مزاج	مزاج صحی		سوء مزاج ساده		سوء مزاج مادی معده		
	علامت	تر	خشک	تر	خشک	دموی	صفراوی
کیفیت مواد دفعی بدن	براز رطب(۱۰۷)	براز بیس(۱۰۷)	ادرار رقیق و صافی(قم معده) (۲۵) مدفوع خشک(گرم و خشک/ سرد معده) (۲۵) تستطلق بطونهم بادنئ سبب (۱۱۷) و خشک(۱۱۹) قبض طبع(۲۸)	ادرار رقیق و صافی(قم معده) (۲۵) براز نرم(سرد/ سرد وتر)(۱۱۹) تستطلق بطونهم بادنئ سبب (۱۱۷) و خشک(۱۱۹) قبض طبع(۲۸)	ادرار نخین و غلیظ(قم معده) (۲۵) نخین و غلیظ(قم معده) (۲۵) خرج معه مرار(قعر معده) (۲۵) بیس براز(۲۸) شکم جن بیاید زرد آید و سوزان یا سخت کرد:	ادرار نخین و غلیظ(قم معده) (۲۵) کان ما یخرج من البراز عند تناول الأغذية المعتدلة خرج معه مرار(قعر معده) (۲۵) بیس براز(۲۸) شکم جن بیاید زرد آید و سوزان یا سخت کرد:	ادرار نخین و غلیظ(قم معده) (۲۵) کان ما یخرج من البراز عند تناول الأغذية المعتدلة خرج معه مرار(قعر معده) (۲۵) بیس براز(۲۸) شکم جن بیاید زرد آید و سوزان یا سخت کرد:
مواد خارج شده در قی			بعد تناول غذاء محموداً فإن كان مختلطاً ببعض الكيموسات فإن سوء المزاج مع مادة، [و إن لم يشبه شيء من الاخلاط فإن سوء المزاج مفرد بغير مادة (قم معده) (۲۵)]	بعد تناول غذاء محموداً فإن كان مختلطاً ببعض الكيموسات فإن سوء المزاج مع مادة، [و إن لم يشبه شيء من الاخلاط فإن سوء المزاج مفرد بغير مادة (قم معده) (۲۵)]	صفا در قی دارد (۱۱۹، ۱۱۷، ۲۴، ۱۲) بعد تناول غذاء محموداً فإن كان مختلطاً ببعض الكيموسات فإن سوء المزاج مع مادة (قم معده) (۲۵) اگر در طبقه‌های معده ماده تشرب کرده باشد اندر قی و بول و براز نباشد (۱۲) بعض الكيموسات فإن مره حديدہ لاذعہ (۱۰۵) هذا الخلط أن سوء المزاج مع مادة (قم معده) (۲۵) بآن صاحبه إذا تناول طعاماً يعسر فسادہ بمنزلة الحنطة و الشعير إن قذفه أو برزه خرج معه مرار (قعر معده) (۲۵) اگر قی کند تلخ بر آید و زرد(۱۱۱)	بلغم در قی دارد (۱۱۹، ۱۱۷، ۲۴) بعد تناول غذاء محموداً فإن كان مختلطاً ببعض الكيموسات فإن سوء المزاج مع مادة (قم معده) (۲۵) از وی برجوشد (۱۲) بعد تناول غذاء محموداً فإن كان مختلطاً ببعض الكيموسات فإن سوء المزاج مع مادة (قم معده) (۲۵)	سودا در قی دارد(قی ترش) (۱۱۹، ۱۱۷، ۲۴) و آنچه بر آید از ترشی بدان حد باشد که زمین از وی برجوشد (۱۲) بعد تناول غذاء محموداً فإن كان مختلطاً ببعض الكيموسات فإن سوء المزاج مع مادة (قم معده) (۲۵)
سرعت ايجاد طعام از معده			سريع(۱۱۹، ۱۱۷)		طعام از معده دير فرود آید به امعا(۱۱۹)		
غثيان	أسرع إلى صاحبها الغثى و التقيء (۱۰۷)		غثيان(۱۱۹، ۲۸)		غثيان (۱۱۹، ۱۲) دارد (قم معده) (۲۵) منش بگرد(۱۱۱) منش گشتن رنجہ دارد(۱۲)		
سوزش و حرقت					سوزش قم معده که با طعام خوردن زایل شود (۱۲)		دارد بخصوص در گرسنگی (۱۱۹، ۱۱۷، ۲۸، ۱۲)

سپس داده‌های استخراج شده از متون و مقالات، که حاوی معنا و مفهومی مشترک بودند دسته‌بندی و تحلیل شد. علاوه بر این تعاریف و شاخص‌های تعیین مزاج و سوء مزاج تر و خشک معده استخراج شد.

۲-۱-۴ یافته‌های مرحله کار در عرصه

در مرحله کار در عرصه یعنی گفتگو با متخصصان و بیماران هم نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها پس از گفتگو با ۱۶ متخصص (حدود ۲۵ ساعت) و ۱۱ بیمار به سطح اشباع اطلاعاتی رسید. علاوه بر مصاحبه چهره به چهره انفرادی، با تشکیل حدود ۲۰ جلسه گروه متخصصان متعدد با حضور ۱۰ الی ۱۴ نفر از متخصصین به روش بحث گروهی کار بر روی تبیین مفهوم انجام شد و ویژگی‌های سوءمزاج تر و خشک معده استخراج شد.

پس از پیاده‌سازی و تایپ گفتگوها، محتوا با کمک نرم افزار ماکس کیو کدگذاری شد (شکل شماره ۳). در مرحله گروه بندی، کدهای مرتبط با یکدیگر در یک گروه گذاشته شد. سپس گروه‌های مشابه طبقه‌بندی شدند. سپس معنای اصلی طبقات انتزاع شد تا طبقات اصلی شکل بگیرند. سپس طبقات شکل گرفته گزارش شد.



شکل شماره ۳: نمونه کد گذاری مصاحبه‌ها در نرم افزار ماکس کیو دی آ

۳-۱-۴ مرحله تحلیل نهایی

در این مرحله با مقایسه یافته‌های حاصل از مرحله اول و دوم پژوهش ابتدا شباهت‌ها و تفاوت‌های مفهوم اصلی (سوءمزاج تر و خشک معده) را مشخص کردیم. سپس از یافته‌های مرحله نظری و بالینی برای تعریف عملیاتی زیر مفاهیم یا مفهوم اصلی استفاده کردیم و در نهایت مجموعه‌ی کاملی از پیشایندها، ویژگی‌ها و پسایندهای مزاج طبیعی و سوءمزاج تر و خشک معده تهیه کردیم (جدول ۵ و ۴).

جدول شماره ۴: جمع‌بندی نهایی علائم مزاج تر معده از سه منبع متون، مصاحبه با اساتید و بیماران

طبقات اصلی	طبقات فرعی	طبقه علائم	مبنای استخراج			نتیجه گیری نهایی
			متون	مصاحبه با اساتید	مصاحبه با بیماران	
وضعیت و میزان عطش (ویژگی)	کم بودن میزان تشنگی	مصرف کم آب در طول روز	*	*	*	*
		بی میلی به آب خوردن	*	*	*	*
		احساس باد کردن شکم بعد از خوردن آب زیاد	*			
		عدم احساس باد کردن شکم بعد از خوردن آب زیاد	*			
	عطش کاذب	مصرف مایعات زیاد بدون وجود عطش زیاد (آب خوردن به زور)	*	*	*	*
		رفع تشنگی با آب گرم	*	*	*	*
		رفع تشنگی با جای	*	*	*	*
		رفع نشدن تشنگی با آب سرد	*	*	*	*
وضعیت آب دهان (ویژگی)	زیاد شدن آب دهان	پر شدن دائمی دهان از رطوبت شدن	*	*	*	*
		زیاد قورت دادن آب دهان	*	*	*	*
		ریختن آب دهان روی بالش در شب	*	*	*	*
		ریزش آب دهان بعد از خوردن غذاهای سرد مزاج مانند ماست	*	*	*	*
	زیادی بزاق در معاینه	پاشیده شدن آب دهان در زمان حرف زدن	*	*	*	*
		باقی ماندن رطوبت دهان بعد از قورت دادن آب دهان	*	*	*	*
		چسبندگی آب دهان	*	*	*	*
		کف کردن آب دهان	*	*	*	*
تضرر از غذای خاص (ویژگی)	رطوبت دهان بیشتر از ترشی دهان	*	*	*	*	
	تضرر عمومی بدن از خوردن مایعات و غذای تر	*	*	*	*	
	تضرر دستگاه گوارش از غذای تر	*	*	*	*	
	تضرر دستگاه گوارش از غذای سرد	*	*	*	*	
	تضرر از پر خوری	*	*	*	*	
	تضرر از خوردن غذای سنگین	*	*	*	*	
	تضرر از خوردن شیرینی و شکلات	*	*	*	*	
	تضرر از خوردن غذای تند	*	*	*	*	
انتفاع از غذای خاص (ویژگی)	احساس راحتی با غذاهای خشک	*	*	*	*	
	کم شدن مشکلات گوارشی بعد از خوردن غذاهای خشک	*	*	*	*	
	انتفاع از کم کردن غذا	*	*	*	*	
	انتفاع از غذای تند و تیز	*	*	*	*	
تمایل به غذای خاص (ویژگی)	تمایل به غذاهای خشک و مجفف	*	*	*	*	
	تمایل به غذاهای تند	*	*	*	*	
	بی میلی به خوردن غذای آبکی و سنگین	*	*	*	*	
	تمایل به شیرینی بعد از غذا	*	*	*	*	
	تمایل به غذای آبکی	*	*	*	*	
		*	*	*	*	

طبقات اصلی	طبقات فرعی	طبقه علائم	مبنای استخراج			نتیجه گیری نهایی
			مقون	مصاحبه با اساتید	مصاحبه با بیماران	
سرعت عبور غذا از معده (ویژگی)	زیاد شدن سرعت عبور غذا از معده		*	*	*	*
	بعد غذا بلافاصله احساس دفع دارد و همان غذای خورده شده را دفع می‌کند				*	*
	گرسنگی سریع بعد غذا				*	
کیفیت مدفوع (ویژگی)	مدفوع مرطوب و نرم		*	*	*	*
	مدفوع رقیق و آبکی		*	*	*	*
	روزی یکی دوبار دفع مدفوع				*	*
	ایجاد اسهال با کوچکترین سبب		*	*	*	*
	مدفوع کف آلود			*		*
	تغییر قوام مدفوع	گاهی شل و گاهی سفت شدن مدفوع		*		
	یبوست بعد از خوردن غذای سنگین			*		
	برگشت اسید معده به مری و ایجاد سوزش			*	*	*
ترش کردن معده (ویژگی)	ایجاد مزه ترش در گلو				*	*
	احساس سوزش در گلو				*	*
	ترش شدن گلو در صورت خم شدن بعد غذا				*	*
	خرد شدن دندانها در اثر برگشت اسید معده				*	*
غثیان و تهوع و قی (ویژگی)	مستعد ایجاد غثیان و تهوع	اکثر اوقات احساس تهوع دارد اما بالا نمی‌آورد	*	*	*	*
		با خوردن آب و مایعات زیاد دچار حالت تهوع می‌شود		*	*	*
		احساس تهوع در صورت درد معده		*		
		احساس تهوع در گرسنگی		*		
	احساس بالا آمدن چیزی در گلو دارد	تهوع صبحگاهی	*	*	*	*
		احساس می‌کند بعد از خوردن غذا اگر حرکت کند، بالای‌آورد	*			*
		احساس می‌کند چیزی ترش در گلویش بالا می‌آید	*	*	*	*
وجع در ربع در شکم (ویژگی)	نفخ معده	احساس کشیدگی محل معده بعد از غذا	*	*	*	*
		بر آمدگی محل معده بعد غذا	*	*	*	*
		باد کردن شکم بیشتر از حجم غذای خورده شده	*	*		*
		تنگ شدن لباس بعد از خوردن غذا	*	*		*
		نفخ در گرسنگی	*	*	*	*
		نفخ و کشیدگی شکم بعد غذای سنگین	*	*	*	*
		نفخ با دل پیچه و احساس نیاز فوری به دفع	*	*		*
	قراقر	نفخ بعد از خوردن غذای سرد و تر مثل دوغ، شیر، پرتقال	*	*		*
		صدای قار و قور در شکم هنگام گرسنگی	*	*	*	*
		صدای قار و قور در شکم بعد از غذا	*	*	*	*
		ایجاد صدای آزاردهنده در شکم بعد از خوردن غذای تند	*	*		*

طبقات اصلی	طبقات فرعی	طبقه علائم	مبنای استخراج			نتیجه گیری نهایی
			مقون	مصاحبه با اساتید	مصاحبه با بیماران	
	دفع گاز	دفع گاز زیاد از مقعد			*	*
	سکسکه	سکسکه بعد از غذا			*	
	آروغ	آروغ بعد از غذای سنگین	*		*	*
		آروغ ترش	*		*	*
وضعیت زبان (ویژگی)	رنگ زبان	سفید شیری	*			*
	باردر سطح زبان	بار سفید روی زبان	*	*	*	*
	بزرگ شدن زبان	گاز گرفتن زبان		*	*	*
	رطوبت زبان	صافی سطح زبان		*	*	*
		گرد شدن زبان		*	*	*
		باقیمانده جای دندان روی زبان	*	*	*	*
		نمدار شدن سطح زبان		*	*	*
				*	*	*
وضعیت بدنی (ویژگی - پسابند)	چاقی شکمی			*	*	*
	افزایش وزن به دنبال مشکلات معده			*	*	*
	استعداد ابتلا به چاقی			*	*	*
	ترهل و شلی بافت عضلات		*	*	*	*
	بف آلودگی صورت			*	*	*
	کسالت و عدم نشاط	کندی حرکات	*	*	*	*
		به زور انجام دادن وظایف روزانه	*	*	*	*
		خواب آلودگی	*	*	*	*
		سختی شروع تحرک	*	*	*	*
وضعیت اشتها (ویژگی)	کمی اشتها		*	*	*	*
وضعیت هضم (ویژگی)	هضم ضعیف	وجود غذای هضم نشده در مدفوع	*	*	*	*
		دیر هضم کردن غذا		*	*	*
		احساس سنگینی بعد از غذا	*	*	*	*
		احساس سنگینی در صورت پر خوری	*	*	*	*
		چرب شدن پوست سر و صورت	*	*	*	*
		ایجاد علائم گوارشی مثل درد بعد از خوردن غذای سنگین	*	*	*	*
		سفید	*	*	*	*
رنگ بدن (ویژگی)	سفیدی رنگ	سفید با لکه های برص		*	*	*
		زرد مایل به سفیدی	*	*	*	*
			*	*	*	*
وضعیت نبض (ویژگی)	کندی نبض		*	*	*	*
	لینت نبض		*	*	*	*

طبقات اصلی	طبقات فرعی	طبقه علائم	مبنای استخراج			نتیجه گیری نهایی
			متون	مصاحبه با اساتید	مصاحبه با بیماران	
وضعیت ادرار (ویژگی)	زیادی ادرار				*	*
	ادرار کدر				*	*
	ادرار بدون بو				*	*
استعداد ابتلا به بیماری خاص (پسایند)	چربی خون بالا			*	*	*
	کم خونی		*	*	*	*
	سرگیجه		*	*	*	*
	تاری دید		*	*	*	*
	استسقا		*	*	*	*
	سردرد	احساس سنگینی سر		*	*	*
	پولیپ داخل روده بزرگ			*	*	*
وضعیت مو (ویژگی)	موی مرطوب	شوره سر	*	*	*	*
		چربی کف سر	*	*	*	*
طعم دهان (ویژگی)	تلخ			*	*	*
	شیرین			*	*	*
	کم شدن حس چشایی			*	*	*
انفعال از هوای خاص (ویژگی)	تضرر از هوای مرطوب	تشدید ریفلاکس در هوای مرطوب	*	*	*	*
	تمایل به هوای خشک	بهر شدن ریفلاکس در هوای خشک	*	*	*	*

جدول شماره ۵: جمع‌بندی نهایی علائم مزاج خشک معده از سه منبع متون، مصاحبه با اساتید و بیماران

طبقات اصلی	طبقات فرعی	طبقه علائم	مبنای استخراج			نتیجه گیری نهایی
			متون	مصاحبه با اساتید	مصاحبه با بیماران	
وضعیت عطش (ویژگی)	زیاد بودن میزان تشنگی	مصرف زیاد آب در طول روز	*	*	*	*
		میل و وابستگی به آب خوردن	*	*	*	*
		احساس باد کردن شکم بعد از خوردن آب زیاد	*	*	*	*
		عود تشنگی در زمان کوتاه	*	*	*	*
		نیاز به همراه داشتن دائمی بطری آب	*	*	*	*
	عطش ناشی از خشکی کمتر از عطش ناشی از گرمی است	رفع تشنگی با کمی آب (یک قلوپ)	*	*	*	*
		مصرف مایعات کم با وجود عطش زیاد (در حد تر کردن دهان)	*	*	*	*

طبقات اصلی	طبقات فرعی	طبقه علائم	مبنای استخراج			
			نتیجه گیری نهایی	مصابحه با بیماران	مصابحه با اساتید	مقنن
وضعیت آب دهان (وثرکی)	کمی آب دهان	رفع تشنگی با آب ولرم	*	*		
		خوردن آب زیاد برای پیشگیری از کم آبی بدن	*	*		
		خشکی دهان	*	*	*	*
		خشکی دهان صبحگاهی	*	*		
		خشکی گلو	*	*		
		خشکی و ترک لب	*	*	*	
		اختلال بلع	*	*	*	*
		نیاز به خوردن آب همراه غذا برای کمک به بلع	*	*		
		دشواری قورت دادن آب دهان	*	*		
		تف کردن به سختی	*	*		
		چسبیدن و خشکی دهان در زمان حرف زدن	*	*	*	
		باقی نماندن رطوبت دهان بعد از قورت دادن آب دهان	*	*	*	
	کمی بزاق در معاینه نداشتن اهراق ریق	آب دهان شبها روی بالش نمی ریزد	*	*	*	
		تشدید خشکی دهان با فعالیت	*	*		
وضعیت زبان (وثرکی)	خشکی زبان (معاینه)	خشکی سطح زبان	*	*	*	
		خشکی زبان در سوء مزاج خشک بیشتر از سوء مزاج گرم			*	
		خشونت و زبری سطح زبان	*	*	*	
		ترک خوردن زبان	*	*	*	
	شکل زبان	باریک شدن زبان	*	*	*	
تضرر از غذای خاص (وثرکی)	تضرر عمومی بدن از خوردن غذای خشک	بد حال شدن با خوردن غذای خشک	*	*	*	
		تشدید علائم گوارشی (ایجاد یا تشدید درد، یبوست) با خوردن غذای خشک	*	*	*	*
	تضرر دستگاه گوارش از غذای خشک	تضرر از خوردن غذای گوشتی با برنج	*	*		
			*	*		
		تضرر دستگاه گوارش از غذای گرم	*	*		
	تضرر از خوردن غذای سرخ کرده و چرب		*	*		
			*	*		
	تضرر از خوردن آب زیاد	تشدید درد و سنگینی معده با آب زیاد	*	*	*	*
		احساس حرکت آب در شکم	*	*	*	*
		ایجاد صدای مشک در شکم بعد از خوردن آب زیاد (تخضض)	*	*	*	*
		تضرر از خوردن آب سرد	*	*		
	تضرر از خوردن غذای ترش		*	*		

طبقات اصلی	طبقات فرعی	طبقه علائم	مبنای استخراج			
			نتیجه گیری نهایی	مصابحه با بیمار	مصابحه با اساتید	میزان
(وژگی)	انتفاخ از غذای خاص	انتفاخ عمومی از غذای تر	*	*	*	*
		انتفاخ از خوردن آب	*	*	*	*
		انتفاخ سیستم گوارشی از غذای آبکی	*	*	*	*
		انتفاخ از غذای آبدار	*	*	*	*
(وژگی)	تمایل به غذای آبدار	دوست داشتن غذاهای آبکی و نرم	*	*	*	*
		تفر از غذای خشک	*	*	*	*
		تمایل به غذای خشک (صحی)	*	*	*	*
(وژگی)	سوزش محل معده	سوزش بدون ارتباط با غذا	*	*	*	*
		تشدید سوزش معده با عصبی شدن	*	*	*	*
		تسکین سوزش معده با دوش آب	*	*	*	*
		تسکین سوزش معده با ماساژ	*	*	*	*
		سوزش معده بعد از غذای تند	*	*	*	*
		سوزش معده بعد از غذای ترش	*	*	*	*
		سوزش معده بعد از غذای شور	*	*	*	*
		برگشت اسید معده به مری	*	*	*	*
(وژگی)	برگشت اسید معده به مری	ایجاد مزه ترش در گلو	*	*	*	*
		احساس سوزش در گلو	*	*	*	*
		ترش کردن در صورت مصرف چای و مایعات با غذا	*	*	*	*
		ترش شدن ته حلق به دنبال خم شدن بعد غذا	*	*	*	*
(وژگی)	یبوست	مدفوع با قوام خشک	*	*	*	*
		دفع همراه با زور زدن	*	*	*	*
		دفع دیر به دیر (کمتر از روزی یکبار)	*	*	*	*
	عدم توانایی دفع	مدفوع مانند پشگل گوسفند	*	*	*	*
		استفاده از دست یا فشار آب برای خارج کردن مدفوع	*	*	*	*
		طولانی شدن زمان دفع با وجود تعداد زیاد دفعات	*	*	*	*
	پسایند یبوست	احساس دفع ناکامل	*	*	*	*
		ایجاد خونریزی به دنبال یبوست	*	*	*	*
		به تعویق انداختن دفع	*	*	*	*
	پیشایند یبوست	مسافرت	*	*	*	*
		تسکین یبوست با مرطبات (میوه و هوای مرطوب)	*	*	*	*
	عوامل تسکین دهنده یبوست		*	*	*	*
			*	*	*	*

طبقات اصلی	طبقات فرعی	طبقه علائم	مبنای استخراج			
			متون	مصاحبه با اساتید	مصاحبه با بیماران	نتیجه گیری نهایی
وجود ریح در شکم (وژگی)	نفخ معده	ورم کردن شکم بدون ارتباط با غذا	*	*	*	*
		احساس کشیدگی و درد در شکم		*	*	*
		تنگ شدن لباس هنگام استرس		*	*	*
		دست مالیدن بر شکم موجب صدای قراقرز شود	*			*
		ناتوانی در دفع گاز		*	*	*
		تشدید نفخ با استرس		*	*	*
		نفخ به دنبال گرسنگی		*		
		تشدید نفخ با وجود پرهیز از خوردن ادویه جات		*		
		ایجاد صدای قار و قور در روده		*		
وضعیت بدنی (وژگی)	لاغری		*	*	*	*
	چاقی شکمی	چاقی شکم و پهلوی به دنبال مشکلات معده		*		
وضعیت اشتها (وژگی)	کمی اشتها	بی اشتهایی (در صورت یبوست)		*	*	
	زیادی اشتها	نیاز به خوردن غذا در فواصل کم (ریزه خواری)	*	*	*	*
		پر خوری در زمان استرس		*		
		تمایل به خوردن غذای بیشتر		*		
		عدم صبر بر گرسنگی	*	*		*
وضعیت هضم (وژگی)	هضم ضعیف در صورت تشدید بیماری	احساس سنگینی بعد از غذا	*	*	*	*
		خواب آلودگی بعد غذا		*		
		احساس سنگینی در صورت پر خوری	*	*	*	*
وضعیت نبض (وژگی)	تندی نبض			*		
	صلابت نبض					
	ضیق نبض					
استعداد ابتلا به بیماری خاص (پسایند)	غلظت خون بالا			*		
				*		
		کم خونی				
		ذبول			*	
		دق			*	
درد شکم (وژگی)	درد محل معده	یبواسیر		*		
		تشدید درد با یبوست		*		
		شروع دل درد به دنبال نفخ		*		
		شروع دل پیچه به دنبال نفخ		*		

طبقات اصلی	طبقات فرعی	طبقه علائم	مبنای استخراج			
			متون	مصاحبه با اساتید	مصاحبه با بیماران	نتیجه گیری نهایی
	درد دور ناف	تشدید درد با خوردن غذاهای خشک			*	*
		دل درد شدید دور ناف به دنبال یبوست			*	
		نداشتن طعم خاص در دهان			*	
طعم دهان (ویژگی)	بی مزه	احساس بد و نفرت از دهان بی مزه در صبحگاه			*	
		میل به خوردن شیرینی و شربت			*	
		تنگی نفس در هوای خشک			*	
انفعال از هوای خاص (ویژگی)	تضرر از هوای سرد	عدم تحمل باد کولر			*	
		تمایل به هوای مرطوب	بهبتر بودن حال عمومی در هوای مرطوب		*	*
		تضرر از هوای گرم	عدم تحمل گرما		*	
تهوع و استفراغ (ویژگی)	احساس تهوع بدون استفراغ	تهوع به دنبال یبوست			*	
		تهوع به دنبال نفخ			*	
ادرا (ادراویژگی)	ادرا پر رنگ	پررنگ شدن ادرا در صورت فعالیت زیاد			*	
		بد بو و پر رنگ شدن ادرا در اثر گرما			*	
علائم پوستی (ویژگی)	میزان رطوبت پوست	خشکی پوست		*	*	*
		پوست معمولی			*	
	رنگ پوست	تیره			*	
		سبزه			*	
		سفید			*	
وضعیت خواب (ویژگی/پسایند)	بی خوابی	بی خوابی به علت سوزش معده			*	*
		بیدار شدن از خواب			*	*
		دیدن خوابهای ترسناک			*	
وضعیت روحی (ویژگی)	وسواس	وسواس فکری			*	*
		وسواس شستشو			*	
		کسالت صبحگاهی و عدم نشاط			*	

۴-۱-۴ تعریف کارا

پس از جمع‌بندی علائم حاصل از طبقات از مرحله نظری و کار در عرصه، تعریفی کارا از هر کدام از مزاج‌های تر و خشک معده ارائه شد. این تعریف به عنوان بنیانی جهت ادامه مراحل بعدی مورد استفاده قرار گرفت.

۴-۱-۴-۱ تعریف کارا سوءمزاج تر معده

سوءمزاج تر به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن عملکرد معده دچار اختلال شود و ویژگی‌های زیر در بیمار بارز شود:

- آب دهان بیمار به قدری زیاد شده باشد که شبها روی بالش او بریزد یا هنگام صحبت کردن به بیرون پاشیده شود و یا او را وادار کند که مکرر آب دهانش را قورت بدهد.
- با خوردن آب و غذاهای آبکی دچار تهوع، نفخ، ترش‌کردن یا سایر ناراحتی‌های گوارشی شود.
- نفخ شکم بخصوص در ناحیه معده (اپیگاستر) داشته باشد و گاهی شکمش قار و قور کند.
- هضم ضعیف شود و گاهی غذای هضم نشده در مدفوع دیده شود.
- زبان بیمار در معاینه بزرگ، گرد و سطح آن صاف باشد و بار سفید و اثر دندان روی زبان مشخص باشد.
- بیمار به خوردن غذاهای خشک تمایل داشته و از آنها سود ببرد.
- چاقی شکمی در او بارز باشد.
- در اغلب اوقات مدفوع او نرم و رقیق باشد.
- مدت کوتاهی بعد از خوردن غذا احساس خالی شدن معده و سبکی در شکم او ایجاد شود.
- بعد از خوردن غذا ترش کند و احساس کند اسید معده در لوله گوارشی بالا می‌آید.
- احساس تشنگی نداشته باشد یا بیشتر به مایعات گرم تمایل داشته باشد.
- ترهل و شلی بافت در بدن او بارز باشد.
- صورت پف آلود یا پلک متورم داشته باشد.
- اغلب کسل و خواب آلود باشد.
- پوست سر و صورتش چرب باشد.
- شوره سر داشته باشد.
- چربی خون بالا داشته باشد.

- کم خونی در او دیده شود.
 - اغلب بی‌اشتها باشد و میلی به غذا خوردن نداشته باشد.
 - اگر بیمار بعد از خوردن غذا حرکت کند دچار تهوع می‌شود. یا این که بیمار گاهی دچار تهوع و دل به هم خوردگی است.
 - از کم خوردن، سود می‌برد و از خوردن غذاهای سنگین و چرب اذیت می‌شود و آروغ می‌زند، در حالی که به خوردن غذاهای تند و تیز تمایل دارد.
 - آب دهانش کف می‌کند به طوری که در گوشه لب‌ها کف دیده می‌شود.
 - نبض بیمار کند و لین است.
- در این وضعیت پرخوری، کم تحرکی، قطع ورزش، در پیشینه فرد قابل شناسایی است که بر ایجاد این بیماری اثرگذار است. متعاقباً سوءمزاج تر معده؛ سدر، دوار، ظلمت بصر، استسقاء و سوءالقنیه در پی خواهد داشت.

۲-۴-۱-۴-۲ تعریف کارا سوءمزاج خشک معده

سوءمزاج خشک معده به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن عملکرد معده دچار اختلال شود و ویژگی‌های زیر در بیمار بارز شود:

- بیمار احساس تشنگی و خشکی دهان در فواصل کوتاه زمانی دارد که با خوردن مقدار کمی آب (در حد تر کردن دهان) رفع می‌شود. خوردن آب زیاد موجب احساس پری شکم و گاهی شنیدن صدای حرکت آب در شکم (تخضخض) می‌شود.
- در اغلب اوقات مدفوع او خشک و دفع آن همراه باسختی و آزاردهنده است.
- اغلب اوقات زبان بیمار خشک، باریک، زیر و ترک خورده است.
- اگر به نسبت به غذاهای خشک و و تمایل به غذای آبکی دارد و با خوردن غذای خشک و گرم دچار نفخ، ترش کردن و سایر علائم گوارشی می‌شود.
- اغلب بیمار از خوردن غذاهای آبکی و چرب سود می‌برد.
- اغلب بیمار از ماندن در هوای مرطوب و روغن مالی بدن سود می‌برد.
- بیمار اغلب لاغر است.
- خشکی پوست، ناخن و سایر مخاطات نیز از ویژگی‌های این سوءمزاج است.
- اغلب اوقات لب‌های بیمار نیز خشک و ترک خورده است.

- بیمار اغلب دچار اختلال در بلع می شود به طوری که غذا در گلویش گیر می کند.
- بیمار اغلب دچار نفخی است که با غذا خوردن ارتباطی ندارد.
- بیمار اغلب در زمان خالی بودن شکم دچار درد سوزشی در ناحیه معده (اپیگاستر) می شود.
- اغلب معده بیمار ترش می کند.
- اگر بیماری تشدید شود، بیمار دچار اختلال در هضم نیز می شود.
- کم خونی در او دیده می شود.
- غلظت خون در او دیده می شود.

در این وضعیت استفاده طولانی مدت از غذاهای خشک و فست فود، استرس های محیطی، ذکم خوری، پرتحرکی، بی خوابی، در پیشینه فرد قابل شناسایی است که بر ایجاد این بیماری اثرگذار است. ذمتعاقبا سوء مزاج خشک معده منجر به ذبول و دق می شود.

۵-۱-۴ تعیین معیارهای مازور و مینور

در یک جلسه دو روزه در ساری نتایج حاصل در نشست با حضور بیش از ۱۰ نفر از متخصصان طب سنتی ارائه شد و در این نشست شاخص های مازور و مینور را بر اساس نظر گروهی متخصصان، منابع و مصاحبه ها مطرح شد و به روش اسمی برای هر شاخص امتیاز دهی انجام شد و در پایان جلسه شاخص های مازور و مینور برای هر کدام از سوء مزاج های تر و خشک معده مشخص شدند (جدول ۶).

جدول شماره ۶: کرایتریاهای مازور و مینور در سوء مزاج تر و خشک معده

کرایتریوم	علائم	جلسه اول تر با ۱۳ نفر متخصص	جلسه اول خشک با ۱۳ نفر متخصص	پانزده نفر متخصص مصاحبه معده (تر)	مصاحبه معده (خشک) پانزده نفر متخصص	جلسه متخصصان ساری (۱۳ نفر)
مازور	وضعیت عطش	*	*	۴	۹	۳۰
	سرعت انفعال از غذا	*	*	۸	۴	۲۸
	وضع آب دهان	*	*	۹	۹	۲۶
	ترش کردن	*	*	۱	۱	۲۳
	نفخ	*	*	۸	۲	۲۲
	بار زبان	*		۵	۵	۲۱

ردیف	علائم	جلسه اول تر با ۱۳ نفر متخصص	هفت نفر متخصص جلسه اول خشک با	پانزده نفر متخصص مصاحبه معده (تر)	مصاحبه معده (خشک) پانزده نفر متخصص	جلسه متخصصان ساری
۱-۶	تهیج	*		۱	۰	۱۷
	کیفیت هضم	*	*	۴	۱	۱۷
	سرعت انحدار غذا	*		۳	۰	۱۶
	کسالت و خواب آلودگی بعد غذا	*		۱	۰	۱۵
	خصوصیات مدفوع	*	*	۵	۵	۱۴
	شکل زبان	*	*	۱	۱	۱۴
	تخضض (احساس حرکت آب در شکم)		*	۰	۲	۱۰
	تهوع	*		۱	۰	۹

برای اینکه در تعاریف هر کدام از ویژگی‌های تری و خشکی معده توافق بین متخصصان حاصل شود، ۴ جلسه گروهی بین متخصصان برگزار شد و برای هر ویژگی، تعریف مشترکی به دست آمد (جدول ۷). این ساختار مفهومی به عنوان چارچوبی در تولید گویه‌های ابزار مورد استفاده قرار گرفت.

جدول شماره ۷: تعاریف شاخص‌های تعیین مزاج معده و نحوه ارزشیابی

تعریف شاخص	روش تشخیص	استدلال بر مزاج معده	
		تری - خشکی	گرمی - سردی
(۱) تعریف عطش مازور در گرمی - سردی و تری - خشکی عطش کم: کمتر از ۴ لیوان آب و مایعات عطش معتدل: بین ۴-۶ لیوان آب و مایعات عطش زیاد: بیشتر از ۶ لیوان آب و مایعات تغییر میزان عطش در مرحله دوم جهت تعیین تغییر مزاج کلیدی است. (افزایش نسبت به قبل در هر مقدار نشان ایجاد عطش است و کاهش نسبت به قبل در هر تعداد نشانه کمی عطش است) تبصره: عطش ناشی از سوءمزاج معده بلا فاصله بعد از خوردن آب مرتفع می‌شود. عطش ناشی از سوءمزاج گرم معده در زمان طولانی‌تر از خوردن آب مرتفع می‌شود. عطش ناشی از سوء مزاج خشک معده، با خوردن مقدار کم آب یا هر دمایی رفع می‌شود. عطش ناشی از بلغم مالح و خلط غلیظ با خوردن آب سرد تشدید می‌شود.	پرسش از بیمار از فرد می‌پرسیم در هوای معمولی و به طور کلی در شبانه روز به طور متوسط نسبت به دیگران به نوشیدن چند لیوان آب و مایعات تمایل یا نیاز دارید؟	کاهش عطش علامت سوءمزاج تر معده و افزایش عطش علامت سوءمزاج خشک معده است	کاهش عطش علامت سوءمزاج سرد معده و افزایش عطش علامت سوءمزاج گرم معده است

تعریف شاخص		روش تشخیص	استدلال بر مزاج معده	
			تری - خشکی	گرمی - سردی
۲) تضرر و انتفاع از غذا از گرمی و سردی (ماژور): سوء مزاج سرد: اگر فردی یکی دو ساعت بعد از خوردن غذاهای سرد مانند ماست، خیار، سالاد یا دوغ دچار یکی از علائم معده (افزایش آب دهان، نفخ، ترش کردن، سنگینی سر دل، دل درد، دل پیچه) شد نشان سردی معده است سوء مزاج گرم: اگر فردی یکی دو ساعت بعد از خوردن غذاهای گرم مانند (خرما، عسل، دارچین و ادویه جات) دچار یکی از علائم زیر مانند (احساس داغی معده/یا عطش/ یا خشکی دهان/ یا سوزش معده) شود نشان گرمی معده است. تضرر از تری و خشکی: (ماژور) سوء مزاج تر: اگر فردی تا یکی دو ساعت بعد از خوردن غذاهای آبکی مانند سوپ/ هندوانه/ آب) دچار یکی از علائم زیر (ترش کردن یا نفخ/ تهوع/ افزایش آب دهان حین خواب) شود؛ نشان تری معده است. سوء مزاج خشک: اگر فردی یکی دو ساعت بعد از خوردن غذاهای خشک مانند (اقسام کباب/ کوکو/ کتلت/ شامی...) دچار علائم معدی زیر: عطش/ درد/..... شود نشان خشکی معده است. عدم تاذی از هر دو نشانه اعتدال و تاذی از هر دو نشانه ضعف معده است. تعریف انتفاع بر عکس حالات فوق است و می تواند در اولویت دوم تشخیص قرار بگیرد.		یرسش از بیمار	تضرر از غذای تر نشان تری معده و تضرر از غذای خشک نشان خشکی معده است. . عدم تاذی از هر دو (غذای خشک یا آبکی) نشان اعتدال و تاذی از هر دو نشان ضعف معده است	تضرر از غذای سرد نشان سردی معده و تضرر از غذای گرم نشان گرمی معده و انتفاع از گرمی نشان سردی معده و انتفاع از سردی نشان گرمی معده است. تاذی از هر دو نشان ضعف معده است
۳) تضرر و انتفاع از هوا از هوای گرم و سرد (مینور): اگر فردی در هوای سرد دچار یکی از علائم سوء مزاج سرد معده (مانند: نفخ، دل پیچه، دل درد و اسهال) شود نشان سردی معده. اگر در هوای گرم دچار یکی از علائم سوء مزاج گرم معده مانند (تهوع، کاهش اشتها، ترش کردن) شود؛ نشان گرمی معده است. عدم ایذا از هر دو نشان اعتدال و ایذا از هر دو نشان ضعف معده است. تبصره: تعریف انتفاع بر عکس است و می تواند در اولویت دوم تشخیص قرار گیرد. از هوای تر و خشک: اساتید معتقد هستند که در بیماران به ندرت دیده می شود و آن را از معیارها حذف کردند.				تضرر از هوای سرد نشان سردی معده و تضرر از هوای گرم نشان گرمی معده و انتفاع از گرمی نشان سردی معده و انتفاع از سردی نشان گرمی معده است. تاذی از هر دو نشان ضعف معده است.
۴) تهیج: ۱-۴) تهیج وجه وجود پف صورت (مینور در تری - خشکی معده)		معاینه و شرح حال ۱) مشاهده: مشاهده بزرگی و تورم صورت، گونه، بینی و لبها. نشان تهیج و لاغری صورت نقطه مقابل	تهیج صورت دلالت بر تری معده می کند. عدم علائم فوق نشانه اعتدال است. گود افتادگی گونه ها، بیرون زدگی	تهیج صورت دلالت بر سردی معده می کند. عدم وجود تهیج صورت نشان اعتدال است.

تعریف شاخص		روش تشخیص	استدلال بر مزاج معده	
			تری - خشکی	گرمی - سردی
۲-۴) تهیج پلک: (مینور در تری- خشکی معده)		۲) شرح حال: فرد بگوید صبح‌ها صورتش پف می‌کند تهیج دارد و اگر مورد خاصی نگوید نشان اعتدال و اگر از گود رفتگی گونه‌ها و بیرون زدگی استخوانهای صورت، گونه و تورفتگی گیجگاه و برجستگی بینی شکایت کند نقطه مقابل تهیج است.	استخوانهای صورت، گونه و تورفتگی گیجگاه و برجستگی بینی، نشان خشکی معده است.	
			پف پلکها نشانه تری معده است. عدم پف چشم نشانه اعتدال و گود افتادگی چشم نشانه خشکی معده است.	
به طور کلی تهیج فرد را چگونه ارزیابی می‌کنید؟				
۵) ملمس معده (ماژور در گرمی و سردی)		معاینه: شرایط معاینه کننده: در شرایط اعتدال محیط باشد و شرایط اعتدال را بشناسد یا کل شرایط را با شرایط اعتدال تطبیق دهد. روش معاینه ملمس معده: بیمار روی تخت دراز کشیده در دمای اتاق با حداقل لباس (ترجیحا یک لایه لباس) روی شکم پوشیده می‌شود(۲ تا ۳ دقیقه) با دست خود محل اینگاستر را لمس کرده گرمی و سردی معده را با سایر قسمت‌های شکم مقایسه می‌کند.	برای تری خشکی ملمس معده اعتبار ندارد	
هضم: (ماژور در سردی -گرمی/ مینور در تری - خشکی) اگر فردی تا ۲-۳ ساعت بعد غذای معمولی (قرمه یا قیمه یا چلو مرغ) مشکلی(سنگینی و ماندن غذا سر دل) نداشته باشد، نشانه اعتدال هضم است. اعتدال هضم می‌تواند نشانه مزاج معتدل یا گرم صحنی معده باشد. اگر با غذای معمولی و سنگین، مشکلی نداشته باشد نشانه قوت هضم است. قوت هضم نشانه مزاج گرم صحنی است. هضم قوی اختلال فعل نیست لذا ناشی از سوءمزاج نیست. فقط مزاج گرم صحنی هضم قوی دارد. اگر با خوردن غذای لطیف مانند گوشت پرندگان و غذاهای گرم به مقدار کم، دچار احتراق و فساد شود، و در ضمن با خوردن غذای غلیظ سرد (مانند ماکارونی) هضم خوب داشته باشد به طوری که فرد بعد غذا نفخ و ... نداشته باشد، نشانه مزاج گرم صحنی معده یا سوءمزاج گرم معده است. اگر بعد غذای معمولی مشکل دارد (سنگینی معده) نشانه ضعف هضم است. ضعف هضم نشانه مزاج صحنی سرد یا سوءمزاج سرد معده یا افراط در سوءمزاج گرم است.		یرسش از بیمار	اگر با غذاهای تر و سنگین مشکل هضم دارد نشان سوءمزاج تر و اگر با غذاهای خشک مشکل هضم دارد نشانه سوءمزاج خشک است.	
۷-۱) نفخ (ماژور در گرمی- سردی / تری - خشکی)		یرسش از بیمار و معاینه:	نفخ با غذای معتدل نشان سردی یا تری معده است.	
			عدم نفخ با غذای نفاخ نشان گرم صحنی یا سوء سرد شدید نفخ با غذای معتدل نشان سردی یا تری	

تعریف شاخص		روش تشخیص	استدلال بر مزاج معده	
			تری - خشکی	گرمی - سردی
احساس ورم، بادکردن و بزرگ شدن شکم بعد غذای معمولی (غذای غیر نفاخ/ از نظر مقدار و نوع) حداقل یک روز در هفته به مدت ۳ ماه. نفخ یا غذای نفاخ: نشان اعتدال عدم نفخ یا غذای نفاخ نشان گرم صحنی یا سوء سرد شدید نفخ یا غذای معتدل نشان سردی یا تری نفخ دایمی نشان خشکی (تصویب نشد) نفخ یا شکم خالی نشان رطوبت غلیظ به همراه سوءمزاج گرم است نفخ صبحگاهی که با خوردن غذا بهتر می شود اغلب ناشی از تاثیر حرارت ناشی از خواب بر رطوبات معده است نفخی که با غذا بخصوص با غذای سنگین تشدید شود نشانه رطوبت است نکته: نفخ معده بیشتر در ناحیه اپیگاستر است و نفخ روده بیشتر در زیر ناف یا دو طرف شکم		۱-در شرح حال: گزارش فرد از نفخ، ورم، بزرگی شکم، باد کردن شکم، بادکنکی شدن شکم بعد از غذای معمولی (از نظر مقدار و نوع) در معاینه: وجود شکم تیمپان در دق توسط پزشک	نفخی که با غذا بخصوص با غذای سنگین تشدید شود نشانه رطوبت است	
۷-۲- قراقر: گزارش فرد از (احساس یا شنیدن) سرو صدای شکم را قراقر گویند که نشان سردی یا رطوبت معده و عدم وجود آن نشانه اعتدال است.		برسش از بیمار	نشان سردی یا رطوبت معده و عدم وجود آن نشانه اعتدال است.	نشان سردی یا رطوبت معده و عدم وجود آن نشانه اعتدال است.
۷-۳- باد روده: گزارش فرد از زیادی دفع باد روده را گویند. ملاحظات: استدلال نفخ، آروغ، باد روده و قراقر بر وجود ریح و اغلب با هم هماهنگ است. اگر ریح غلیظ تر باشد بیشتر حبس می شود و اگر رقیق تر باشد بیشتر حرکت دارد و به شکل باد روده یا آروغ خارج می شود.		برسش از بیمار	نشان سردی یا رطوبت معده و عدم وجود آن نشانه اعتدال است.	نشان سردی یا رطوبت معده و عدم وجود آن نشانه اعتدال است.
۷-۴- آروغ: (مینور گرمی - سردی معده) گزارش فرد از ایجاد یا نیاز به باد گلو بعد از غذای معمولی را آروغ گویند. آروغ زدن بیش از حد نشان سردی یا رطوبت و عدم وجود آن نشان اعتدال است. تبصره: داشتن آروغ با بوی دود، ماهی گندیده، بوی لجن، نشانه گرمی معده؛ وجود آروغ ترش نشان سردی معده و اگر ندارد نشانه اعتدال است.		برسش از بیمار	آروغ زدن بیش از حد نشان سردی یا رطوبت و عدم وجود آن نشان اعتدال است. تبصره: داشتن آروغ با بوی دود، ماهی گندیده، بوی لجن، نشانه گرمی معده؛ وجود آروغ ترش نشان سردی معده و اگر ندارد نشانه اعتدال است.	آروغ زدن بیش از حد نشان سردی یا رطوبت و عدم وجود آن نشان اعتدال است.
به طور کلی وجود ریح در فرد را چگونه ارزیابی می کنید؟				
ترش کردن: (ماژور در سردی - گرمی و تری - خشکی) احساس ترشی یا سوزش سر دل بعد از غذا که همراه با برگشت مایع ترش مزه باشد		برسش از بیمار	ترش کردن به نفع رطوبت: ترش کردن بعد از غذا ایجاد می شود یا با غذا تشدید می شود	ترش کردن اغلب نشان سردی معده است ولی در کنار سایر علائم گرمی معده می تواند ناشی از گرمی معده هم باشد

تعریف شاخص		روش تشخیص	استدلال بر مزاج معده	
			تری - خشکی	گرمی - سردی
(ریفلاکس/ بیشتر با حموضت نزدیک است)			ترش کردن به نفع خشکی: ترش کردن در گرسنگی و خالی بودن معده که با خوردن غذا بخصوص غذای چرب تسکین یابد نشانه ریزش سودا و صغراست.	
سوزش سر دل (بیشتر باحرقت/ لذع نزدیک است) گزارش بیمار از احساس سوزش سر دل قبل غذا سوزش قبل غذا نشانه سردی و خشکی معده و اگر سوزش با غذا بهبود یابد نشانه گرمی و خشکی (صغرا) یا سردی و خشکی (سودا) سوزش بعد غذا، نشانه سردی و تری معده است		پرسش از بیمار	سوزش بعد غذا، نشانه سردی و تری معده است	سوزش بعد غذا، نشانه سردی و تری معده است
سرعت انحدار: (مازور گرمی - سردی و مینور تری - خشکی) سبک شدن سر دل (معده) ۳-۴ ساعت بعد یک وعده غذای معمولی نشان انحدار طبیعی و کمتر از ۲ ساعت نشانه سرعت انحدار و بیشتر از ۳ ساعت نشانه کندی انحدار است.		پرسش از بیمار	اگر انحدار غذا از معده یعنی خارج شدن مواد خورده شده از معده سریع (کمتر از ۲ ساعت) باشد به نفع گرمی و در کنار سایر علائم نشانه تری معده است	اگر انحدار غذا از معده کند (بیش از ۳ ساعت) باشد به نفع سردی معده است
کسالت و خواب آلودگی بعد غذا (مینور در تری و خشکی معده)		پرسش از بیمار	خواب آلودگی بعد غذا نشان تری معده است.	
تهوع (غثیان): (مینور در گرمی - سردی و تری و خشکی معده) احساس ناخوشایند نیاز به استفراغ. واژه تهوع نزد مردم کاملاً شفاف است و نیاز به تعریف ندارد. اگر تهوع بعد غذا (یا دائمی) باشد نشان سوءمزاج رطب معده یا سوءمزاج مادی است. اگر تهوع در گرسنگی باشد نشان سوءمزاج گرم معده است تهوع طب ایرانی (عق زدن): حرکت استفراغی بدون دفع ماده: استدلال مانند بالا		پرسش از بیمار	اگر تهوع بعد غذا (یا دائمی) باشد نشان سوءمزاج رطب معده یا سوءمزاج مادی است	اگر تهوع در گرسنگی باشد نشان سوءمزاج گرم معده است
اشتها: احساس میل به غذا (مینور در گرمی و سردی)		پرسش از بیمار	اشتهای کم نشان سوءمزاج تر معده است.	اشتهای زیاد نشان سوءمزاج سرد یا سرد و خشک معده و مزاج صحی گرم معده و اشتهای کم نشان مزاج سوءمزاج گرم یا گرم و خشک معده و سوءمزاج شدید سرد معده است.
مزه دهان (مینور در گرمی - سردی)		پرسش از بیمار	از فرد در مورد مزه دهان صبحگاهی در اغلب اوقات می‌پرسیم. اول سوال باز پرسیده می‌شود اگر پاسخ بدمزه یا تلخ بود انواع طعم‌ها شامل شور، شیرین، ترش، تلخ و بی‌مزه سوال می‌شود.	مزه تلخ نشان سوءمزاج گرم غلبه‌ی صغرا ، مزه ترش نشان سوءمزاج سرد سودا و بلغم ، بی‌طعم نشان سردی مفرط و بلغم، مزه شور نشان بلغم ، شیرین نشان دم و مزه طبیعی نشان مزاج‌های صحی است.
بیوست: (مینور در گرمی - سردی / تری - خشکی) دفع طبیعی: دفع مدفوع نرم با قوام معتدل، به طور متوسط ۱ تا ۳ بار در روز که با راحتی و احساس		پرسش از بیمار	بیوست نشان خشکی و لینت طبع نشان تری، مدفوع طبیعی نشان اعتدال است.	بیوست نشان گرمی است. لینت طبع نشان سردی است. مدفوع طبیعی نشان اعتدال است.

تعریف شاخص		روش تشخیص	استدلال بر مزاج معده	
			تری - خشکی	گرمی - سردی
دفع کامل همراه شده بعد آن فرد احساس سبکی داشته باشد. بیوست: دفع مدفوع سفت یا کمتر از یک بار در روز یا با سختی یا عدم احساس سبکی بعد دفع. لینت طبع: دفع مدفوع شل تر از معمول				
۱۶) وضع زبان از نظر شکل، بار، جرم، رطوبت و اندازه		مشاهده و معاینه		
۱۶-۱) شکل زبان نوک زبان (شکل زبان مینور در تری و خشکی)		معاینه ناشتا یا در شرایط یکسان انجام گردد. مشاهده: از فرد خواسته می شود زبان را کاملاً را بیرون آورده و به سمت پایین بچرخاند (پشت زبان را به لب پایین بچسباند) و معاینه کننده زبان را از نظر شکل نوک زبان بررسی می کند.	نوک زبان تیز علامت خشکی و گرد و پهن بودن زبان علامت تری است. اعتدال آورده و به سمت پایین بچرخاند (پشت زبان را به لب پایین بچسباند) و معاینه کننده زبان را از نظر شکل نوک زبان بررسی می کند.	
۱۶-۲) شکل زبان تضرس (شکل زبان مینور در تری و خشکی) تضرس: ماندن جای دندان ها		معاینه ناشتا یا در شرایط یکسان انجام گردد. مشاهده: از فرد خواسته می شود زبان را کاملاً را بیرون آورده و به سمت پایین بچرخاند (پشت زبان را به لب پایین بچسباند) و معاینه کننده زبان را از نظر تضرس بررسی می کند	ماندن جای دندان ها (تضرس) نشان رطوبت است. عدم وجود آن نشان اعتدال است.	
۱۶-۳) شکل زبان اطراف زبان (شکل زبان مینور در تری و خشکی)		معاینه ناشتا یا در شرایط یکسان انجام گردد. مشاهده: از فرد خواسته می شود زبان را کاملاً را بیرون آورده و به سمت پایین بچرخاند (پشت زبان را به لب پایین بچسباند) و معاینه کننده زبان را از نظر شکل اطراف بررسی می کند	ضخامت دور زبان کمتر از معمول نشان خشکی و زیادی ضخامت نشان تری است. اعتدال آن نشان اعتدال است	
۱۶-۴) شکل زبان شقاق (شکل زبان مینور در تری و خشکی)		معاینه ناشتا یا در شرایط یکسان انجام گردد. مشاهده: از فرد خواسته می شود زبان را کاملاً را بیرون آورده و به سمت پایین بچرخاند (پشت زبان را به لب پایین بچسباند) و معاینه کننده زبان را از نظر وجود شقاق زبان بررسی می کند. زمان به وجود آمدن شقاق سوال می شود.	وجود شقاق از کودکی نشان خشکی جیلی و ایجاد آن اخیراً نشان سوء مزاج خشک معده است	وجود شقاق از کودکی نشان حرارت مزاج جیلی و ایجاد آن اخیراً نشان سوء مزاج گرم معده است.
۱۶-۵) شکل زبان شکل پرزها (شکل زبان مینور در تری و خشکی)		معاینه ناشتا یا در شرایط یکسان انجام گردد. مشاهده: از فرد خواسته می شود زبان را کاملاً را بیرون آورده و به سمت پایین بچرخاند (پشت زبان را به لب پایین بچسباند) و معاینه کننده زبان را از نظر وجود شقاق زبان بررسی می کند.	واضح بودن بیش از حد پرز زبان نشان خشکی و زبان بدون پرز (املس) نشان رطوبت است	واضح بودن بیش از حد پرز زبان نشان حرارت معده است
۱۶-۶) بار زبان (مازور در سردی - گرمی و تری - خشکی معده)		معاینه ناشتا یا در شرایط یکسان انجام گردد. مشاهده: از فرد خواسته می شود زبان را کاملاً را بیرون آورده و به سمت پایین بچرخاند (پشت زبان را به لب پایین بچسباند) و معاینه کننده زبان را از نظر ضخامت، وسعت و رنگ بار زبان بررسی می کند. نکته: وجود ترشحات پشت حلقی هم می تواند بار زبان ایجاد کند.	بار زبان سفید نشان رطوبت و بار تیره نشان خشکی است. میزان بار دال بر شدت کیفیت است.	بار زبان سفید نشان سردی و بار زبان زرد نشان سردی یا گرمی و بار زبان دال بر شدت کیفیت است
۱۶-۷) رنگ زبان: (مازور در گرمی و سردی)		معاینه ناشتا یا در شرایط یکسان انجام گردد. مشاهده: از فرد خواسته می شود زبان را کاملاً را بیرون آورده و به سمت پایین بچرخاند (پشت زبان را به لب پایین	کمودت رنگ زبان نشان سردی و خشکی است.	سرخی نشان غلبه ی دم (حرارت) رنگ پریدگی نشان سردی است. کمودت نشان سردی است.

تعریف شاخص		روش تشخیص	استدلال بر مزاج معده	
			تری - خشکی	گرمی - سردی
		یجسپاند) و معاینه‌کننده زبان را از نظر رنگ زبان بررسی می‌کند.	رنگ پریدگی نشان سردی و تری معده است	
۸-۱۶)رطوبت زبان و دهان (ماژور در تری و خشکی) (مینور در گرمی- سردی)		پرسش از بیمار و مشاهده معاینه ناشتا یا در شرایط یکسان انجام گردد. مشاهده: از فرد خواسته می‌شود زبان را کاملاً را بیرون آورده و به سمت پایین بچرخاند (پشت زبان را به لب پایین یجسپاند) و معاینه‌کننده زبان را رطوبت زبان بررسی می‌کند.	خشکی زبان نشان خشکی معده و رطوبت زبان نشان رطوبت معده است. زبان نشان سردی معده است.	
۹-۱۶) بزرگی و کوچکی زبان		معاینه ناشتا یا در شرایط یکسان انجام گردد. مشاهده: از فرد خواسته می‌شود زبان را کاملاً را بیرون آورده و به سمت پایین بچرخاند (پشت زبان را به لب پایین یجسپاند) و معاینه‌کننده زبان اندازه بررسی می‌کند	بزرگی زبان نشان تری و کوچکی زبان نشان خشکی است.	
وضعیت زبان بیمار را به طور کلی چگونه ارزیابی می‌کنید؟				
۱۷) پتورات دهان: (مینور در گرمی- سردی) در صورت وجود پتورات دهان یا سابقه آن (آفت و ... نشان گرمی معده است.		مشاهده و پرسش از بیمار		وجود پتورات دهان یا سابقه آن (آفت و ...) نشان گرمی معده است.
التهاب: (ماژور گرمی- سردی معده) احساس داغی آزاردهنده شدیدتر از احساس حرارت در درون معده که با تب متفاوت است و توسط بیمار احساس می‌شود.		پرسش از بیمار		احساس التهاب در محل معده علامت حرارت معده است.
۱۹) تخضخض: (مینورتری- خشکی) احساس حرکت آب با مقدار معمولی آب در (شکم) معده(لُف لُف): استدلال بر خشکی معده می‌کند		پرسش از بیمار	احساس حرکت آب در شکم نشان خشکی معده است	
۲۰) چاقی شکمی (اکسپرت پانل)		معاینه: در حالت نشسته چربی شکم فرد را به دست می‌گیریم	در صورت وجود بافت قابل توجه چربی نشان رطوبت معده است.	در صورت وجود بافت قابل توجه چربی نشان سردی معده است.

۴-۲ اعتبار سنجی ابزار

۴-۲-۱ طراحی ابزار سوءمزاج تر و خشک معده

در این پژوهش از چندین روش برای طراحی ابتدایی ابزار اندازه‌گیری شاخص‌های سوءمزاج تر و خشک معده استفاده شد.

(۱) تعیین ابعاد و زیر مقیاس ابزار بر اساس نتایج مرحله کیفی

(۲) استقراء شاخص‌ها از سایر ابزارهای مشابه

(۳) نظرات متخصصان

پس از انجام این مرحله نسخه ابتدایی ابزار اندازه‌گیری شاخص‌های سوءمزاج تر و خشک معده تدوین شد. تا در مرحله کمی، روایی و پایایی این ابزار بررسی شود. از آنجا که ویژگی‌های به دست آمده شامل نشانه‌ها و علائمی بودند که برخی عینی (آبجکتیو) و برخی ذهنی (سابجکتیو) بود، گروه تحقیق تصمیم گرفت ابزار را در دو بخش پرسشنامه خود اظهاری و چک لیست معاینات تنظیم کند. مفاهیمی که ذهنی بودند اغلب در گروه پرسشنامه خود اظهاری گنجانده شدند. مفاهیمی که وجه عینی غالبی داشتند یا توسط خود بیمار مورد توجه نبودند در گروه چک لیست معاینات قرار گرفتند. مفاهیمی مانند رنگ بار زبان که هر دو وجه را داشتند، در هر دو گروه قرار گرفتند. در ابتدا تعداد ۱۹۲ گویه برای پرسشنامه خود اظهاری و چک لیستی با ۲۸ گویه همراه با راهنمای عملی برای یکسان سازی معاینات طراحی شد.

۴-۲-۲ روایی صوری

۴-۲-۲-۱ روایی صوری پرسشنامه خود اظهاری

در روایی صوری کیفی اولیه با نظر متخصصان، تیم تحقیق طی سه جلسه حضوری نیم تا یک ساعته تعداد ۱۹۲ گویه برای پرسشنامه خود اظهاری را بررسی کردند. تغییرات مورد نظر تیم تحقیق در شکل ظاهری گویه و گزینه‌ها داده شد و تعداد ۱۴۸ گویه با توجه به قابلیت درک و سادگی و عدم تکرار سوالات انتخاب شد.

روایی صوری کیفی در دو مرحله یک بار قبل از روایی محتوا و یکبار بعد از آن برای پرسشنامه خود اظهاری انجام شد. در روایی صوری کیفی و کمی اولیه، پرسشنامه با ۱۴۸ گویه به ۱۰ بیمار و فرد سالم داده شد تا درباره وضوح، سادگی و قابل فهم بودن گویه‌ها نظرات خود را بنویسند (شکل ۳).



بسمه تعالی

فرم روایی صوری برای ابزار تشخیص مزاج تر و خشک معده

با سلام و احترام

ضمن تشکر از وقتی که در اختیار اینجانب قرار داده‌اید، ابزار حاضر با هدف تشخیص مزاج تر و خشک معده طراحی شده است. در این مرحله می‌خواهیم برای کسب اطمینان از اینکه این ابزار قابل درک و رسا است، نظر شما راجع به اهمیت سئوالات و درک‌تان از مفهوم آن‌ها را بدانیم. بنابر این از شما تقاضا دارم، دیدگاه خودتان را درباره هر یک از سئوالات مشخص کنید و در صورت نیاز پیشنهادات خود برای اصلاح یا بهبود آن را بنویسید.

با تجدید احترام - دکتر مهشید چاپچی
دستیار طب سنتی دانشگاه شهید بهشتی

(۱) میزان تشنگی‌ام در سه ماه گذشته نسبت به قبل

خیلی بیشتر شده است	۱	کمی بیشتر شده است	۲	تفاوتی ندارد	۳	کمی کمتر شده است	۴	خیلی کمتر شده است	۵
--------------------	---	-------------------	---	--------------	---	------------------	---	-------------------	---

- آیا این سوال برای شما قابل درک است (سطح دشواری)؟ بلی ☐ خیر ☐ چرا؟
- آیا در نوشتن این سوال از کلمات مناسبی استفاده شده است؟ بلی ☐ خیر ☐ چرا؟
- آیا این سوال به نظر شما مبهم و تارسات (احتمال برداشت اشتباه از آن هست)؟ خیر ☐ بلی ☐ چرا؟
- در یک ماه گذشته چقدر این مورد را تجربه کرده‌اید؟ هرگز ☐ به ندرت ☐ گاهی اوقات ☐ بیشتر اوقات ☐ همیشه ☐
- در یک ماه گذشته تا چه حد این مورد موجب آزار و اختلال در فعالیتهای روزانه شما شده است؟ هرگز ☐ به ندرت ☐ گاهی اوقات ☐ بیشتر اوقات ☐ همیشه ☐

شکل شماره ۴: تصویر پرسشنامه روایی صوری کیفی و کمی خود اظهاری مزاج تر و خشک معده

علاوه بر این میزان ضریب تاثیر بالینی هر گویه نیز سنجیده شد (جدول ۸). ضریب تاثیر بالینی بالای ۱۰ نمره قبولی گویه است؛ اما با توجه به هدف پژوهش و نظر تیم تحقیق، حذف و تغییرات گویه‌ها بر اساس روایی صوری کیفی انجام شد. نکته این است که در طب سنتی ایرانی، هدف طبیب تشخیص بیماری مزاج معده قبل از علامت‌دار شدن بیمار است؛ بسیاری از علائم مهم تشخیصی از نظر بیمار مورد توجه و آزار دهنده نیست و ضریب تاثیر بالینی مورد قبولی نخواهد داشت. بنابر این برخی گویه‌ها با توجه به نظرات مشارکت‌کنندگان تغییر داده شد و تعداد گویه‌های پرسشنامه خوداظهاری تا این مرحله به ۱۱۷ گویه کاهش یافت.

جدول شماره ۸: روایی صوری کمی پرسشنامه خود اظهاری مزاج تر و خشک معده

گوینه (با شماره سوال)	ایمپکت اسکور بالینی با سیر نزولی
۱ (۱۲۸) بعد از پرخوری احساس سنگینی معده دارم	۱۳.۳۹۵
۲ (۸۲) بعد از خوردن غذاهای باد دار مانند لوبیا و نخود شکم نفخ می‌کند	۱۱.۵۵۰
۳ (۱۳۲) پوست بدنم خشک است	۳۷۵.۱۱
۴ (۳۳) اگر پرخوری کنم معده‌ام اذیت می‌شود	۱۱.۲۲۰

ایمپکت اسکور بالینی با سیر نزولی	گویه (با شماره سوال)	
۱۰.۸۵۰	۱۰۸) روزها احساس سستی و کسالت دارم	۵
۱۰.۸۵۰	۱۳۱) بعد از خوردن غذا خواب آلوده می‌شوم	۶
۱۰.۵۴۰	۱۳۴) روزانه مقدار زیادی ادرار می‌کنم	۷
۱۰.۵۰۰	۱۱۲) شروع کارها برایم سخت است	۸
۱۰.۱۵۰	۱۰۹) کارهای روزانه را به زور و با بی میلی انجام می‌دهم	۹
۹.۹۰۰	۱۲۹) بعد از خوردن غذای سنگین، مشکلات معده‌ام زیادتر می‌شود	۱۰
۹.۸۶۰	۱۰۷) زیر چشم‌هایم گود افتاده است	۱۱
۹.۸۰۰	۶۱) موقع توالی رفتن مجبورم زور بزنم	۱۲
۹.۶۴۲	۱۴۶) از نظر دیگران فردی هستم	۱۳
۹.۴۵۰	۱۳۳) وقتی از حمام بیرون می‌آیم، مجبورم روی پوست بدنم کرم مرطوب‌کننده بمالم	۱۴
۹.۴۲۵	۱۱۰) کارهای روزانه را به کندی انجام می‌دهم	۱۵
۹.۳۳۳	۱۴۱) بعد از خوردن خوراکیهای سرد و آبکی مانند دوغ مشکلات معده‌ام	۱۶
۹.۱۴۸	۱۴۳) میزان اشتهای من نسبت به قبل	۱۷
۹.۰۶۳	۸۱) بزرگی شکم بعد از غذا بیشتر از مقدار غذایی است که خورده‌ام	۱۸
۸.۹۱۳	۳۹) موقع گرسنگی، سوزش معده‌ام شروع می‌شود	۱۹
۸.۸۶۷	۱۱۵) خیلی زود گرسنه می‌شوم، اما با خوردن چند لقمه سیر می‌شوم	۲۰
۸.۷۱۱	۶۷) مجبور هستم زمان زیادی برای دفع مدفوع در توالی بنشینم	۲۱
۸.۵۵۶	۱۱) بلافاصله بعد از خوردن آب، تشنگی‌ام رفع می‌شود	۲۲
۸.۵۰۰	۱۰) بعد از خوردن غذا تشنه می‌شوم	۲۳
۸.۵۰۰	۱۴۵) رنگ پوست صورتم نسبت به قبل	۲۴
۸.۴۸۶	۱۱۷) حتی زمانی که مشغول کار هستم، مجبورم در جیب خوراکی داشته باشم تا گرسنگی اذیتم نکند	۲۵
۸.۴۰۰	۸۶) بعد از خوردن غذاهای سرد و تر مانند دوغ و ماست شکم نفخ می‌کند	۲۶
۸.۳۳۸	۴۵) وقتی عصبانی می‌شوم، سوزش معده پیدا می‌کنم	۲۷
۸.۳۳۳	۹۱) روزانه از شکم باد زیادی دفع می‌کنم.	۲۸
۸.۲۵۰	۱۳۷) تمایلم به خوردن آب نسبت به قبل	۲۹
۸.۱۲۵	۶۰) مدفوعم خشک و سفت است	۳۰
۷.۸۵۷	۱۱۱) با اینکه شب خواب کافی داشته‌ام، روزها خواب آلودم	۳۱
۷.۸۱۳	۹۹) شکل زبانم گرد و پهن است	۳۲
۷.۷۷۸	۸۵) بعد از خوردن غذای چرب و سنگین مثل ماکارونی، شکم نفخ می‌کند	۳۳
۷.۶۶۷	۶۲) به خاطر خشکی مدفوعم به سختی خارج می‌شود	۳۴
۷.۵۰۰	۶) در طول روز زیاد تشنه می‌شوم و به نوشیدن آب خیلی وابسته هستم	۳۵

ایمپکت اسکور بالینی با سیر نزولی	گویه (با شماره سوال)	
۷.۵۰۰	۱۲۶-۳ ساعت بعد از خوردن غذای سنگین مانند هلیم، احساس سنگینی در معده دارم	۳۶
۷.۴۶۷	۶۹) بعد از خوردن میوه‌های آبدار، شدت یبوستم کمتر می‌شود	۳۷
۷.۴۲۵	۱۱۴) غذا را به زور و با بی میلی می‌خورم	۳۸
۷.۴۲۵	۱۱۶) خیلی زودتر از دیگران، از خوردن غذا سیر می‌شوم	۳۹
۷.۳۶۰	۱) من روزانه بیشتر از شش لیوان آب نیاز دارم	۴۰
۷.۲۸۳	۳۶) اگر آب زیادی بخورم، در شکم صدای حرکت آب را مانند حرکت آب در مشک حس می‌کنم	۴۱
۷.۲۸	۳۴) اگر غذای چرب و سنگین بخورم، معده‌ام اذیت می‌شود	۴۲
۷.۱۸۷	۱۳۶) میزان تشنگی من نسبت به قبل	۴۳
۷.۱۴۳	۱۴۷) بعد از شروع مشکلات معده، وزنم نسبت به قبل	۴۴
۷.۱۲۵	۲۷) بلافاصله بعد از خوردن دوغ، احساس خواب آلودگی و کسلی پیدا می‌کنم	۴۵
۷.۰۵۷	۱۱۹) مجبورم نسبت به گذشته غذای کمتری بخورم تا احساس سنگینی نکنم	۴۶
۶.۹۶۷	۱۱۸) احساس می‌کنم غذایم دیرتر از گذشته هضم می‌شود	۴۷
۶.۸۵۷	۴۳) وقتی غذای ترش می‌خورم، معده‌ام می‌سوزد	۴۸
۶.۸۴۴	۶۸) بعد اجابت مزاج احساس دفع ناکامل دارم	۴۹
۶.۷۸۶	۵۳) تا یک ساعت بعد از خوردن غذا، شکم خالی می‌شود	۵۰
۶.۷۵۰	۱۲۲) غذای هضم نشده مانند پوست گوجه در مدفوع دیده می‌شود	۵۱
۶.۶۰۰	۸۷) با اینکه وجود باد را در شکم احساس می‌کنم، اما نمی‌توانم آن را به راحتی دفع کنم	۵۲
۶.۵۱۷	۱۲۴-۳ ساعت بعد غذای معمولی مانند پلو مرغ، احساس پری شکم دارم	۵۳
۶.۵۰۰	۱۴۸) عضلات شکم نسبت به قبل	۵۴
۶.۴۸۱	۱۴۰) بعد از خوردن غذاهای آبکی مانند سوپ، مشکلات معده‌ام	۵۵
۶.۴۸۱	۱۴۲) بعد از خوردن غذای خشک مانند جوجه کباب، مشکلات معده‌ام	۵۶
۶.۴۲۹	۱۲۵-۳ ساعت بعد از غذای معمولی (پلو مرغ)، گرسنه می‌شوم	۵۷
۶.۳۸۹	۲۹) بعد از خوردن غذای آبکی مانند سوپ، ترش می‌کنم	۵۸
۶.۳۸۹	۸۸) وقتی استرس یا اضطراب دارم، بیشتر نفخ می‌کنم	۵۹
۶.۳۰۰	۱۲۷) بعد از خوردن مقدار کمی غذا هم احساس سنگینی می‌کنم	۶۰
۶.۲۸۶	۵۵-۲ ساعت بعد از خوردن غذا احساس گرسنگی می‌کنم	۶۱
۶.۲۵۰	۱۲۱) مجبورم کمتر از دیگران غذا بخورم تا بعد غذا احساس سنگینی نکنم	۶۲
۶.۱۳۳	۱۱۳) احساس می‌کنم اشتهایم نسبت به گذشته بیشتر شده است	۶۳
۵.۹۷۱	۳۲) بعد از خوردن خوراکیهای سرد و آبکی مانند دوغ، ترش می‌کنم	۶۴
۵.۹۵۰	۷۷) بعد از غذای معمولی مانند پلو خورش قیمه شکم برآمده می‌شود	۶۵
۵.۹۵۰	۹۷) زمانی روی زبانم را بار سفید می‌پوشاند، که خلط پشت حلقم زیاد می‌شود	۶۶

ایمپکت اسکور بالینی با سیر نزولی	گویه (با شماره سوال)	
۵.۹۲۶	۷۴) قبل از خوردن صبحانه حالت تهوع دارم.	۶۷
۵.۸۶۷	۳۷) اگر آب زیادی بخورم، صدای حرکت آب در شکم را می‌شنوم	۶۸
۵.۸۶۷	۴۹) بعد از غذا خوردن احساس می‌کنم اسید معده تا گلویم بالا می‌آید	۶۹
۵.۸۵۰	۱۰۴) نا خواسته زبانم را گاز می‌گیرم.	۷۰
۵.۸۵۰	۱۳۰) پوست سرم چرب است	۷۱
۵.۸۳۳	۱۲۰) غذا سر دلم می‌ماند	۷۲
۵.۷۱۴	۵۷) مدفوعم رقیق و آبکی است	۷۳
۵.۷۰۰	۱۲) احساس می‌کنم دهانم خشک است	۷۴
۵.۶۶۷	۲) من روزانه کمتر از چهار لیوان آب نیاز دارم.	۷۵
۵.۶۲۵	۳۰) بعد از خوردن غذای آبکی مانند سوپ، شکم باد می‌کند	۷۶
۵.۶۰۰	۵۶) مدفوعم نرم است	۷۷
۵.۵۸۶	۸۹) موقع گرسنگی شکم قار و قور می‌کند	۷۸
۵.۴۶۳	۳۵) اگر غذای چرب و سنگین بخورم، ترش می‌کنم	۷۹
۵.۴۴۰	۴) تشنگی‌ام با خوردن آب شیر (معمولی) رفع می‌شود	۸۰
۵.۳۳۳	۱۴۴) حس چشایی‌ام نسبت به قبل	۸۱
۵.۳۲۰	۵۸) با تغییر کوچکی در غذای همیشگی‌ام، اسهال می‌شوم	۸۲
۵.۳۲۰	۷۹) بعد از غذای معمولی مانند پلو مرغ شکم باد می‌کند طوری که احساس می‌کنم لباسم تنگ می‌شود	۸۳
۵.۳۱۳	۳) تشنگی‌ام با خوردن آب سرد بیشتر می‌شود.	۸۴
۵.۲۵۷	۱۳) احساس می‌کنم گلویم خشک است	۸۵
۵.۲۵۰	۱۳۹) میزان آب دهان من نسبت به قبل	۸۶
۵.۱۴۳	۶۶) مدفوعم مانند پشکل گوسفند، تکه تکه است	۸۷
۵.۱۳۳	۱۰۶) زیر چشم‌هایم پف می‌کند	۸۸
۵.۱۱۱	۱۳۸) تمایل من به آب و نوشیدنی‌های خنک نسبت به دیگران	۸۹
۵.۰۶۷	۵) تشنگی‌ام با خوردن مایعات گرم رفع می‌شود	۹۰
۵.۰۶۷	۳۱) بعد از خوردن خوراکیهای سرد و آبکی مانند دوغ دلم درد می‌گیرد	۹۱
۵.۰۴۰	۵۴) ۳-۴ ساعت بعد از خوردن غذا، احساس سنگینی در شکم دارم	۹۲
۵.۰۰۰	۱۵) موقع حرف زدن دهانم به هم می‌چسبد	۹۳
۵.۰۰۰	۴۲) وقتی غذای تند (با فلفل زیاد) می‌خورم، معده‌ام می‌سوزد	۹۴
۵.۰۰۰	۹۶) روی زبانم را بار سفیدی پوشانده‌است	۹۵
۵.۰۰۰	۱۰۲) سطح زبانم مرطوب و نمدار است	۹۶
۴.۹۸۸	۴۷) بعد از غذا خوردن ترش می‌کنم	۹۷

ایمپکت اسکور بالینی با سیر نزولی	گویه (با شماره سوال)	
۴.۸۵۷	۹۳) ۲-۳ ساعت بعد از خوردن غذا، بوی غذا را در آروغ حس می‌کنم	۹۸
۴.۸۵۷	۱۰۱) سطح زبانم صاف و بدون ترک است	۹۹
۴.۸۰۰	۷۸) بعد از غذای معمولی مانند جوجه کباب شکمم ورم می‌کند	۱۰۰
۴.۸۰۰	۷) حتی اگر مقدار کمی آب بخورم، احساس می‌کنم شکمم باد کرده است	۱۰۱
۴.۷۶۶	۹۲) ۲-۳ ساعت بعد از خوردن غذای سنگین مانند هلیم، آروغ می‌زنم	۱۰۲
۴.۷۵۰	۱۳۵) شب‌ها با سوزش یا درد معده از خواب می‌برم	۱۰۳
۴.۵۷۵	۶۳) موقع توالی رفتن مجبورم با کمک فشار آب یا انگشت، مدفوع را خارج کنم	۱۰۴
۴.۶۶۷	۶۵) در هفته کمتر از سه بار شکمم کار می‌کند	۱۰۵
۴.۶۶۷	۸۰) بعد از غذای معمولی مانند چلو مرغ، نفخ می‌کنم	۱۰۶
۴.۵۰۰	۲۶) احساس می‌کنم خشکی دهانم نسبت به گذشته بیشتر شده است	۱۰۷
۴.۵۰۰	۴۱) سوزش معده من با غذا خوردن ارتباطی ندارد	۱۰۸
۴.۴۴۴	۹۴) وقتی آروغ می‌زنم، بوی ترشیدگی را حس می‌کنم	۱۰۹
۴.۴۳۳	۱۴) لبهایم خشک و ترک خورده است	۱۱۰
۴.۴۲۰	۸۳) قبل از خوردن غذا هم شکمم نفخ دارد	۱۱۱
۴.۴۰۰	۹) زیاد تشنه می‌شوم اما تشنگی‌ام با خوردن کمی آب رفع می‌شود	۱۱۲
۴.۳۴۳	۴۸) بعد از غذا خوردن، در گلویم مزه ترشی احساس می‌کنم	۱۱۳
۴.۳۲۰	۸۴) وقتی گرسنه هستم، نفخ می‌کنم	۱۱۴
۴.۲۸۶	۷۰) بعد از خوردن غذای خشک مانند جوجه کباب، پیوست و خشکی مدفوع پیدا می‌کنم	۱۱۵
۴.۲۶۷	۴۶) وقتی دوش می‌گیرم، سوزش معده‌ام کم می‌شود	۱۱۶
۴.۲۶۷	۷۶) بعد از غذای معمولی مانند پلو مرغ، احساس کشیدگی و درد در شکم دارم	۱۱۷
۴.۲۰۰	۵۰) بعد از غذا خوردن، احساس می‌کنم چیزی ترش در گلویم بالا می‌آید	۱۱۸
۴.۱۶۷	۱۰۰) شکل زبانم نوک تیز و باریک است	۱۱۹
۴.۱۲۵	۵۹) در مدفوعم کف دیده می‌شود	۱۲۰
۴.۰۸۰	۴۴) وقتی غذای شور می‌خورم، معده‌ام می‌سوزد	۱۲۱
۴.۰۰۰	۱۶) با وجود اینکه خوب غذا را می‌جوم، موقع خوردن، لقمه در گلویم گیر می‌کند	۱۲۲
۴.۰۰۰	۳۸) بعد از خوردن آب و غذاهای آبدار، خستگی‌ام از بین می‌رود	۱۲۳
۴.۰۰۰	۷۲) حالت تهوع و دل به هم خوردگی دارم	۱۲۴
۴.۰۰۰	۷۵) بعد از خوردن غذا، احساس می‌کنم اگر حرکت کنم، بالا می‌آورم.	۱۲۵
۳.۹۰۰	۹۰) بعد از غذا خوردن شکمم صدای قار و قور می‌دهد	۱۲۶
۳.۸۵۲	۴۰) بعد از خوردن غذا، سوزش معده‌ام شروع می‌شود	۱۲۷
۳.۸۴۰	۶۴) روزانه سه بار یا بیشتر مدفوع می‌کنم	۱۲۸

ایمپکت اسکور بالینی با سیر نزولی	گویه (با شماره سوال)	
۳.۷۳۳	۱۰۳) جای دندانهایم روی کناره‌های زبانم دیده می‌شود	۱۲۹
۳.۷۱۴	۸) مدت کوتاهی بعد از خوردن آب، دوباره تشنه می‌شوم.	۱۳۰
۳.۷۰۴	۲۵) بعد از خوردن ماست و خیار، آب دهانم زیاد می‌شود	۱۳۱
۳.۶۴۳	۹۵) رنگ زبانم مانند شیر سفید است.	۱۳۲
۳.۶۳۰	۱۸) به سختی می‌توانم آب دهانم را برای تف کردن جمع کنم	۱۳۳
۳.۶۳۰	۱۹) زبانم خشک و ترک خورده است	۱۳۴
۳.۶۰۰	۷۳) بعد از خوردن آب و غذاهای آبکی دچار حالت تهوع می‌شوم	۱۳۵
۳.۶۰۰	۲۸) بعد از خوردن غذای آبکی مانند سوپ، حالت تهوع پیدا می‌کنم	۱۳۶
۳.۴۰۰	۱۲۳) ۳-۴ ساعت بعد از غذای معمولی (پلو مرغ)، احساس سنگینی در شکم دارم	۱۳۷
۳.۳۳۳	۹۸) روی زبانم را بار تیره‌ای پوشانده است	۱۳۸
۳.۲۰۰	۲۳) موقع حرف زدن آب دهانم به بیرون پاشیده می‌شود	۱۳۹
۳.۲۰۰	۷۱) با سفر به مکان‌های مرطوب، شدت یبوستم کمتر می‌شود	۱۴۰
۲.۸۰۰	۱۰۵) صورتم ورم دارد	۱۴۱
۲.۷۲۲	۲۰) شپها آب دهانم روی بالش می‌ریزد	۱۴۲
۲.۷۲۰	۲۲) مجبورم آب دهانم را زیاد قورت بدهم	۱۴۳
۲.۶۰۰	۲۱) دهانم پر از آب است	۱۴۴
۲.۴۴۴	۵۲) وقتی به مکانهای خشک سفر می‌کنم، بیشتر ترش می‌کنم	۱۴۵
۲.۲۲۲	۵۱) وقتی به مکانهای مرطوب سفر می‌کنم، بیشتر ترش می‌کنم	۱۴۶
۲.۲۰۰	۲۴) موقع حرف زدن گوشه لبم کف جمع می‌شود	۱۴۷
۲.۱۶۷	۱۷) آب دهانم را به سختی قورت می‌دهم	۱۴۸

۲-۲-۲-۴ روایی صوری چک لیست

روایی صوری کیفی و کمی برای چک لیست دارای ۲۸ گویه با نظر ۱۳ متخصص بررسی شد (شکل ۴). با توجه به نظرات متخصصان تغییراتی در ظاهر گویه و راهنمای عملی آن داده شد. ضریب تاثیر گویه برای همه سوالات به جز دو سوال آخر -که مربوط به جمع‌بندی نهایی غلبه اخلاط و افتراق رطوبات غلیظ و رقیق توسط متخصص بود- بالای ۱.۵ بود. بنابر این ۲۶ گویه مورد قبول واقع شد.



بسمه تعالی

استاد ارجمند

ضمن تشکر از وقتی که در اختیار اینجانب قرار داده‌اید، جدول حاضر با هدف تعیین روایی صوری کمی (محاسبه نمره تأثیر گویش) برای چک لیست مربوط به معاینه فرد مراجعه کننده توسط متخصصین و جهت تشخیص مزاج تر و خشک معده طراحی شده است. ما در مراحل قبل ضرورت و ارتباط هر یک از موارد (گویش‌های ذیل) را با استفاده از نظرات صاحب نظران مشخص کردیم. اینک می‌خواهیم با راهنمایی شما استاد عزیز مشخص کنیم که هر یک از این گویش‌ها تا چه اندازه برای تشخیص مزاج تر و خشک معده اهمیت دارد.

نکته مهم: این معاینات توسط پزشک همجنس با بیمار انجام خواهد شد.

با تجدید احترام - دکتر مهشید چایچی

دستیار طب سنتی دانشگاه شهید بهشتی

بخش	راهنمای عملی چک لیست	گویش و گزینه‌ها	اهمیت
1- وضعیت چاقی عمومی	1-1- وضعیت چاقی عمومی در مشاهده آمادگی معاینه شوند: نیاز ندارد استدلال: اگر فرد چاق‌تر از معمول بود (عضلاتی یا چربی) نشان تری و اگر لاغرتر از معمول بود، نشان خشکی و اگر متوسط بود، نشان اعتدال است	1-1- وضعیت چاقی عمومی بیمار را بدون توجه به BMI چگونه ارزیابی می‌کنید؟ خیلی لاغر نسبتاً لاغر متوسط نسبتاً چاق به شدت چاق	۱) اصلاً مهم نیست ۲) اندکی مهم است ۳) بطور متوسطی مهم است ۴) تا اندازه‌ای مهم است ۵) کاملاً مهم است

شکل شماره ۵: تصویر پرسشنامه روایی صوری کمی چک لیست مزاج تر و خشک معده

جدول شماره ۹: نتایج روایی صوری کمی چک لیست

ایمپکت اسکور	گویش	
۴.۵۳۸	۱-۱- وضعیت چاقی عمومی را در مشاهده چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۱
۳.۷۷۵	۱-۲- وضعیت چاقی لاغری فرد بر اساس شاخص توده بدن BMI چگونه است؟	۲
۳.۵۱۵	۲- کمودت (تیرگی) رنگ صورت بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۳
۳.۹۷۶	۳-۱- وضعیت ملمس پوست بیمار را در مشاهده چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۴
۴.۰۴۷	۳-۲- وضعیت پوست و ملمس بیمار را در لمس چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۵
۳.۲۵۴	۴-۱- نبض بیمار را از نظر عرض چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۶
۳.۷۱۰	۴-۲- نبض بیمار را از نظر صلابت چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۷
۲.۰۳۰	۵- سرعت حرکات بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۸
۳.۸۴۰	۶-۱- اندازه زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۹
۳.۷۷۵	۶-۲- شکل زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۱۰
۲.۵۵۶	۶-۳- شکل اطراف (کناره‌های) زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۱۱
۴.۳۳۱	۶-۴- میزان رطوبت زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۱۲
۳.۹۰۵	۶-۵- وضعیت پرزهای سطح زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۱۳
۳.۶۴۵	۶-۶- ترک‌های زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۱۴
۴.۲۶۰	۶-۷- پوشش یا بار سطح زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۱۵
۲.۸۷۶	۶-۸- رنگ جرم زبان چگونه است؟	۱۶
۴.۳۳۱	۶-۹- اثر دندان روی زبان چگونه است؟	۱۷

ایمپکت اسکور	گویه	
۴.۴۶۲	۷-۱- میزان ورم یا تهیج صورت بیمار را چگونه ارزیابی می کنید؟	۱۸
۴.۵۳۸	۷-۲- میزان ورم یا تهیج پلک بیمار را چگونه ارزیابی می کنید؟	۱۹
۳.۷۱۰	۷-۳- وضع لبهای بیمار را چگونه ارزیابی می کنید؟	۲۰
۴.۲۶۰	۸-۱- وضعیت چاقی شکمی بیمار را در مشاهده چگونه ارزیابی می کنید؟	۲۱
۳.۷۷۵	۸-۲- وضعیت چاقی شکمی بیمار را در معاینه چگونه ارزیابی می کنید؟	۲۲
۳.۶۴۵	۸-۳- چاقی شکمی بیمار را با توجه به نسبت دور کمر به باسن چگونه ارزیابی می کنید؟	۲۳
۳.۷۱۰	۹-۱- شدت ترهل را با بررسی میزان آویزان بودن و شلی عضلات شکم در مشاهده چگونه ارزیابی می کنید؟	۲۴
۳.۷۱۰	۹-۲- شدت ترهل را با بررسی میزان آویزان بودن و شلی عضلات شکم در معاینه چگونه ارزیابی می کنید؟	۲۵
۴.۷۷۸	۱۰- در مجموع گمان بالینی شما بر اساس پرسشنامه خود اظهاری و چک لیست درباره خشک یا تر بودن معده بیمار چیست؟	۲۶
۰	۱۱- میزان غلظت و رقت رطوبات بدن بیمار را بر اساس پرسشنامه خود اظهاری و چک لیست چگونه ارزیابی می کنید؟	۲۷
۰	۱۲- تشخیص شما درباره غلبه اخلاط در بیمار چیست؟	۲۸

۴-۲-۳ روایی محتوا

این مرحله با بررسی نسبت روایی محتوا و اندکس روایی محتوا انجام شد.

۴-۲-۳-۱ نسبت روایی محتوا

۴-۲-۳-۱-۱ نسبت روایی محتوای پرسشنامه خود اظهاری

برای تعیین نسبت روایی محتوا (CVR)، پرسشنامه خود اظهاری برای ۲۰ متخصص ایمیل شد که ۱۲ نفر فرم را پر کردند (شکل ۴). گویه‌های مورد قبول بر اساس جدول لاوشه (شکل ۶) انتخاب شدند. بار اول با ۱۲ متخصص ۵۱ گویه نمره بالای ۰.۵۶ کسب کردند و بار دوم با ۸ متخصص ۶۰ گویه نمره بالای ۰.۷۵ کسب کردند که با نظر تیم تحقیق این دو مرحله تجمیع شد و ۸۰ گویه از ۱۱۷ گویه مورد قبول واقع شد.

روایی محتوا (CVR) پرسشنامه خود اظهاری سوء مزاج تر و خشک معده

بسمه تعالی



استاد ارجمند

ضمن تشکر از وقتی که در اختیار اینجانب قرار داده‌اید، جدول حاضر با هدف تعیین نسبت روایی محتوا (CVR) پرسشنامه خود اظهاری سوء مزاج تر و خشک معده طراحی شده است. در این مرحله محقق بر آن است تا میزان ضرورت هر یک از گویه‌های طراحی شده برای تشخیص سوء مزاج تر و خشک معده را با استفاده از نظر صاحب نظران تعیین نماید. نظر به دانش و تجربیات ارزنده شما استاد فرهیخته خواهشمندیم پس از تعمق در مورد هر گویه، ضرورت آن را بر اساس طیف ارائه شده مشخص فرمایید.

با تجدید احترام - دکتر مهشید چایچی

دستیار طب سنتی دانشگاه شهید بهشتی

گویه‌های زیر به منظور بررسی وضعیت تری و خشکی معده بیمار طراحی شده است.									
(۱) ضروری است (۲) مفید است ولی ضروری نیست (۳) ضرورتی ندارد (لطفاً در صورت نیاز نظرات تکمیلی خود را بنویسید)									
(۱) میزان تشنگی‌ام در سه ماه گذشته نسبت به قبل <table border="1"> <tr> <td>خیلی بیشتر شده است ۱</td><td>کمی بیشتر شده است ۲</td><td>تفاوتی ندارد ۳</td><td>کمی کمتر شده است ۴</td><td>خیلی کمتر شده است ۵</td></tr> </table>					خیلی بیشتر شده است ۱	کمی بیشتر شده است ۲	تفاوتی ندارد ۳	کمی کمتر شده است ۴	خیلی کمتر شده است ۵
خیلی بیشتر شده است ۱	کمی بیشتر شده است ۲	تفاوتی ندارد ۳	کمی کمتر شده است ۴	خیلی کمتر شده است ۵					
(۲) تمایلم به آب و نوشیدنی‌های خنک نسبت به همسالان <table border="1"> <tr> <td>خیلی بیشتر است ۱</td><td>کمی بیشتر است ۲</td><td>تفاوتی ندارد ۳</td><td>کمی کمتر است ۴</td><td>خیلی کمتر است ۵</td></tr> </table>					خیلی بیشتر است ۱	کمی بیشتر است ۲	تفاوتی ندارد ۳	کمی کمتر است ۴	خیلی کمتر است ۵
خیلی بیشتر است ۱	کمی بیشتر است ۲	تفاوتی ندارد ۳	کمی کمتر است ۴	خیلی کمتر است ۵					
(۳) روزانه به اندازه‌ای تشنه می‌شوم که لازم است آب و مایعات بخورم. <table border="1"> <tr> <td>بیشتر از هشت لیوان ۱</td><td>شش تا هشت لیوان ۲</td><td>بین چهار تا شش لیوان ۳</td><td>دو تا چهار لیوان ۴</td><td>کمتر از دو لیوان ۵</td></tr> </table>					بیشتر از هشت لیوان ۱	شش تا هشت لیوان ۲	بین چهار تا شش لیوان ۳	دو تا چهار لیوان ۴	کمتر از دو لیوان ۵
بیشتر از هشت لیوان ۱	شش تا هشت لیوان ۲	بین چهار تا شش لیوان ۳	دو تا چهار لیوان ۴	کمتر از دو لیوان ۵					
(۴) تشنگی‌ام با خوردن مایعات سرد بیشتر می‌شود. <table border="1"> <tr> <td>همیشه ۵</td><td>بیشتر اوقات ۴</td><td>گاهی اوقات ۳</td><td>به ندرت ۲</td><td>هرگز ۱</td></tr> </table>					همیشه ۵	بیشتر اوقات ۴	گاهی اوقات ۳	به ندرت ۲	هرگز ۱
همیشه ۵	بیشتر اوقات ۴	گاهی اوقات ۳	به ندرت ۲	هرگز ۱					

شکل شماره ۶: نمونه فرم نسبت روایی محتوای خود اظهاری

تعداد افراد پائل (SMEs)	Minimum CVR Value
۵	۰/۹۹
۶	۰/۹۹
۷	۰/۹۹
۸	۰/۷۵
۹	۰/۷۸
۱۰	۰/۶۲
۱۱	۰/۵۹
۱۲	۰/۵۶
۱۳	۰/۵۴
۱۴	۰/۵۱
۱۵	۰/۴۹
۲۰	۰/۴۲
۲۵	۰/۳۷
۳۰	۰/۳۳
۳۵	۰/۳۱
۴۰	۰/۲۹

• در صورتیکه میزان عددی CVR بر اساس تعداد افراد پائل از اعداد جدول فوق بالاتر باشد، روایی محتوای ابزار در سطح $P \leq 0.05$ معنادار است.

شکل شماره ۷: جدول لاوشه برای تعیین حداقل ارزش نسبت روایی محتوا

جدول شماره ۱۰: نسبت روایی محتوا خوداظهاری تر و خشک معده

گویه‌های مورد قبول	نسبت روایی محتوا (CVR) با ۱۲ متخصص < ۰.۶۵	نسبت روایی محتوا (CVR) با ۸ متخصص < ۰.۷۵	گویه‌های پرسشنامه خوداظهاری ۱۱۷ سوالی تر و خشک معده
مورد قبول	۰.۸۳۳	۱	(۱) میزان تشنگی‌ام در سه ماه گذشته نسبت به قبل
مورد قبول	۰.۸۳۳۳	۰.۵	(۲) تمایلم به آب و نوشیدنی‌های خنک نسبت به همسالان
مورد قبول	۰.۶۶۶	۰.۵	(۳) روزانه به اندازه‌ای تشنه می‌شوم که لازم است آب و مایعات بخورم.
	-۰.۱۶۶	-۱	(۴) تشنگی‌ام با خوردن مایعات سرد بیشتر می‌شود.
	۰.۳۳۳	-۱	(۵) تشنگی‌ام با خوردن مایعات گرم رفع می‌شود
مورد قبول	۰.۵۰۰	۱	(۶) در طول روز زیاد تشنه می‌شوم و به نوشیدن آب خیلی وابسته هستم.
	۰.۵۰۰	۰.۵	(۷) حتی اگر مقدار کمی آب بخورم، احساس می‌کنم شکم باد کرده است.
مورد قبول	۰.۶۶۶	۱	(۸) مدت کوتاهی بعد از خوردن آب، دوباره تشنه می‌شوم.
مورد قبول	۰.۸۳۳	۰.۷۵	(۹) زیاد تشنه می‌شوم اما تشنگی‌ام با خوردن کمی آب رفع می‌شود.
	۰.۳۳۳	۰	(۱۰) بعد از خوردن غذا تشنه می‌شوم. (افتراق عطش معدی از کبدی)
مورد قبول	۰.۵۰۰	۱	(۱۱) بلافاصله بعد از خوردن آب، تشنگی‌ام رفع می‌شود. (افتراق عطش معدی از کبدی)
مورد قبول	۱.۰۰۰	۱	(۱۲) احساس می‌کنم دهانم خشک است.
مورد قبول	۰.۵۰۰	۱	(۱۳) لب‌هایم خشک است.
	۰.۵۰۰	۰.۵	(۱۴) موقع حرف زدن دهانم به هم می‌چسبد.
	۰	-۰.۲۵	(۱۵) آب دهانم را به سختی قورت می‌دهم
مورد قبول	۰.۸۳۳	۱	(۱۶) زبانم خشک است
مورد قبول	۰.۸۳۳	۱	(۱۷) احساس می‌کنم خشکی دهانم نسبت به گذشته بیشتر شده است.
مورد قبول	۱.۰۰۰	۱	(۱۸) شبها آب دهانم روی بالش می‌ریزد.
مورد قبول	۰.۸۳۳	۱	(۱۹) دهانم پر از آب است.
	۰.۵۰۰	۰.۵	(۲۰) موقع حرف زدن آب دهانم به بیرون پاشیده می‌شود.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰	(۲۱) موقع حرف زدن گوشه لبم کف جمع می‌شود
مورد قبول	۰.۸۳۳	۰.۷۵	(۲۲) بعد از خوردن خوراکی‌های سرد و آبکی (مانند ماست یا خیار یا ...) آب دهانم زیاد می‌شود
مورد قبول	۰.۶۶۷	۱	(۲۳) میزان آب دهان من در سه ماه گذشته نسبت به قبل
	۰.۵۰۰	۰	(۲۴) بعد از خوردن خوراکی و نوشیدنی‌های سرد و آبکی (مانند هندوانه، دوغ یا ماست یا ...) احساس خواب‌آلودگی و کسلی پیدا می‌کنم
مورد قبول	۰.۳۳۳	۰.۷۵	(۲۵) بعد از خوردن خوراک‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ یا ...) حالت تهوع پیدا می‌کنم.
مورد قبول	۰.۰۸۳۳	۰.۵	(۲۶) بعد از خوردن خوراکی‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ ...) ترش می‌کنم.
مورد قبول	۰.۵۰۰	۰.۷۵	(۲۷) بعد از خوردن خوراکی‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ یا ...) دلم درد می‌گیرد.

گویه‌های مورد قبول	نسبت روایی محتوا (CVR) با ۱۲ متخصص > ۰.۶۵	نسبت روایی محتوا (CVR) با ۸ متخصص > ۰.۷۵	گویه‌های پرسشنامه خوداظهاری ۱۱۷ سوالی تر و خشک معده
	۰.۳۳۳	-۰.۲۵	۲۸) اگر برخوردی کنم معده‌ام اذیت می‌شود.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰	۲۹) اگر غذای چرب و سنگین بخورم، ترش می‌کنم.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۱	۳۰) بعد از خوردن خوراکی‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ یا ...) مشکلات معده‌ام
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۷۵	۳۱) بعد از خوردن غذای خشک مانند جوجه کباب یا مرغ سوخاری، مشکلات معده‌ام
	۰.۵۰۰	۰.۵	۳۲) اگر آب زیادی بخورم، صدای حرکت آب در شکم را می‌شنوم.
مورد قبول	۰.۶۶۷	-۰.۲۵	۳۳) موقع گرسنگی، سوزش معده‌ام شروع می‌شود.
	۰.۳۳۳	-۰.۲۵	۳۴) بعد از خوردن غذا، سوزش معده‌ام شروع می‌شود.
	۰.۱۶۶	-۰.۵	۳۵) سوزش معده من با غذا خوردن ارتباطی ندارد.
	۰.۳۳۳	۰.۵	۳۶) اگر غذای تند، ترش یا شور بخورم، معده‌ام می‌سوزد.
	۰.۳۳۳	۰	۳۷) وقتی عصبانی می‌شوم، سوزش معده پیدا می‌کنم.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۷۵	۳۸) بعد از غذا خوردن ترش می‌کنم.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۲۵	۳۹) بعد از غذا خوردن احساس می‌کنم اسید معده تا گلویم بالا می‌آید.
	۰.۵۰۰	۰.۵	۴۰) وقتی به مکان‌های مرطوب سفر می‌کنم، بیشتر ترش می‌کنم.
	۰.۱۶۶	۰	۴۱) وقتی عصبانی یا نگران می‌شوم، احساس می‌کنم چیزی ترش در گلویم بالا می‌آید.
	۰.۳۳۳	۰.۵	۴۲) وقتی به مکان‌های خشک سفر می‌کنم، بیشتر ترش می‌کنم.
	۰.۵۰۰	۰	۴۳) تا یک ساعت بعد از خوردن غذا، شکم سبک می‌شود.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۲۵	۴۴) ۱-۲ ساعت بعد از خوردن غذا احساس گرسنگی می‌کنم.
مورد قبول	۰.۵۰۰	۱	۴۵) روزانه سه بار یا بیشتر مدفوع می‌کنم.
مورد قبول	۰.۸۳۳	۱	۴۶) مدفوع نرم است.
مورد قبول	۰.۶۰۰	۱	۴۷) مدفوع رقیق و آبکی است.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۵	۴۸) با تغییر کوچکی در نوع غذای همیشگی‌ام، اسهال می‌شوم.
مورد قبول	۰.۳۳۳	۰.۷۵	۴۹) در مدفوع کف دیده می‌شود.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۱	۵۰) مدفوع خشک و سفت است.
مورد قبول	۰.۳۳۳	۱	۵۱) موقع توالی رفتن مجبورم زور بزنم.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۱	۵۲) به خاطر خشکی مدفوع به سختی خارج می‌شود.
مورد قبول	۰.۳۳۳	۱	۵۳) موقع توالی رفتن مجبورم با کمک فشار آب یا انگشت، مدفوع را خارج کنم.
مورد قبول	۰.۵۰۰	۱	۵۴) در هفته کمتر از سه بار شکم کار می‌کند.
مورد قبول	۰.۳۳۳	۱	۵۵) مدفوع مانند پشگل گوسفند، تکه تکه است.

نویسه‌های مورد قبول	نسبت روایی محتوا (CVR) با ۰.۶۵<۱۲ متخصص	نسبت روایی محتوا (CVR) با ۰.۷۵<۸ متخصص	نویسه‌های پرسشنامه خوداظهاری ۱۱۷ سوالی تر و خشک معده
مورد قبول	۰.۵۰۰	۱	۵۶) مجبور هستم زمان زیادی برای دفع مدفوع در توالت بنشینم.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۵	۵۷) بعد اجابت مزاج احساس دفع ناکامل دارم
مورد قبول	۰.۸۳۳	۱	۵۸) بعد از خوردن میوه‌های آبدار، شدت یبوستم کمتر می‌شود.
مورد قبول	۰.۵۰۰	۱	۵۹) بعد از خوردن غذاهای خشک مانند جوجه کباب و غذاهای سرخ کرده، یبوست و خشکی مدفوع پیدا می‌کنم.
مورد قبول	۰.۱۶۶	۰.۷۵	۶۰) با سفر به مکان‌های مرطوب، شدت یبوستم کمتر می‌شود.
مورد قبول	۰.۸۳۳	۰.۵	۶۱) حالت تهوع و دل به هم خوردگی دارم.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۷۵	۶۲) بعد از خوردن آب و غذاهای آبکی دچار حالت تهوع می‌شوم.
مورد قبول	۰.۵۰۰	۰.۷۵	۶۳) قبل از خوردن صبحانه حالت تهوع دارم.
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۷۵	۶۴) بعد از خوردن غذا (به مقدار عادت)، احساس می‌کنم اگر حرکت کنم، بالا می‌آورم.
	۰.۳۳۳	-۰.۲۵	۶۵) بعد از خوردن چلو مرغ، نفخ می‌کنم.
	۰.۳۳۳	۰.۵	۶۶) بعد از خوردن پلو مرغ، شکم ورم می‌کند به طوری که احساس می‌کنم لباسم تنگ می‌شود.
مورد قبول	۰.۵۰۰	۱	۶۷) بزرگی شکم بعد از غذا بیشتر از مقدار غذایی است که خورده‌ام.
مورد قبول	۰.۵۰۰	۱	۶۸) قبل از خوردن غذا هم شکم نفخ دارد.
مورد قبول	۰.۳۳۳	۱	۶۹) وقتی گرسنه هستم، نفخ می‌کنم.
مورد قبول	۰.۵۰۰	۱	۷۰) بعد از خوردن غذای چرب و سنگین (مانند ماکارونی یا کله‌پاچه یا ...) شکم نفخ می‌کند.
مورد قبول	۰.۸۳۳	۱	۷۱) بعد از خوردن غذاهای سرد و تر (مانند دوغ، ماست و ...) شکم نفخ می‌کند.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۵	۷۲) با اینکه وجود باد در شکم را احساس می‌کنم، اما نمی‌توانم آن را به راحتی دفع کنم.
	۰.۳۳۳	-۰.۵	۷۳) وقتی استرس یا اضطراب دارم، بیشتر نفخ می‌کنم.
	۰	۰.۲۵	۷۴) موقع گرسنگی شکم قار و قور می‌کند
	۰.۱۶۷	۰.۵	۷۵) بعد از غذا خوردن شکم صدای قار و قور می‌دهد.
مورد قبول	۰.۳۳۳	۰.۷۵	۷۶) روزانه از شکم باد زیادی دفع می‌کنم، به طوری که نمی‌توانم همیشه با وضو باشم.
	۰.۳۳۳	۰.۵	۷۷) ۲-۳ ساعت بعد از خوردن غذای سنگین مانند هلیم یا کله‌پاچه، آروغ می‌زنم.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۷۵	۷۸) رنگ زبانم مانند شیر سفید است.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۱	۷۹) روی زبانم را بار سفیدی پوشانده‌است.
مورد قبول	۰.۵۰۰	۰.۷۵	۸۰) زمانی روی زبانم را بار سفید می‌پوشاند، که خلط پشت حلقم زیاد می‌شود. (افتراق از تزله
	۰.۵۰۰	۰.۷۱۴	۸۱) شکل زبانم گرد و پهن است.
مورد قبول	۰.۸۳۳	۱	۸۲) سطح زبانم صاف و بدون ترک خوردگی است.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۱	۸۳) سطح زبانم مرطوب و نم‌دار است.

گویه‌های مورد قبول	نسبت روایی محتوا (CVR) با ۱۲ متخصص > ۰.۶۵	نسبت روایی محتوا (CVR) با ۸ متخصص > ۰.۷۵	گویه‌های پرسشنامه خوداظهاری ۱۱۷ سوالی تر و خشک معده
مورد قبول	۰.۸۳۳	۱	۸۴) جای دندانهایم روی کناره‌های زبانم دیده می‌شود.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۶۶۷	۸۵) نا خواسته زبانم را گاز می‌گیرم.
	۰.۵۰۰	۰.۶۶۷	۸۶) روی زبانم را بار تیره‌ای پوشانده است.
مورد قبول	۰.۵۰۰	۱	۸۷) شکل زبانم نوک تیز و باریک است.
	۰.۵۰۰	۰.۶۶۷	۸۸) از نظر خودم فردی هستم چاق لاغر.....
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۶۶۷	۸۹) بعد از شروع مشکلات معده، وزنم نسبت به قبل
مورد قبول	۰.۶۶۷	۱	۹۰) عضلات شکم نسبت به قبل.....
مورد قبول	۰.۵۰۰	۱	۹۱) صورتم ورم دارد
مورد قبول	۰.۶۶۷	۱	۹۲) زیر چشم‌هایم پف می‌کند.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۶۶۷	۹۳) زیر چشم‌هایم گود افتاده است.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۶۶۷	۹۴) روزها احساس سستی و کسالت دارم.
	۰.۳۳۳	۰.۳۳۳	۹۵) کارهای روزانه را به زور و با بی میلی انجام می‌دهم.
	۰.۵۰۰	۰	۹۶) کارهای روزانه را به کندی انجام می‌دهم.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۱	۹۷) با اینکه شب خواب کافی داشته‌ام، روزها خواب آلودم
	۰.۵۰۰	-۰.۳۳۳	۹۸) شروع کارها برام سخت است.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۶۶۷	۹۹) میزان اشتها من در سه ماه گذشته نسبت به قبل
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۶۶۷	۱۰۰) خیلی زود گرسنه می‌شوم، اما با خوردن چند لقمه سیر می‌شوم.
مورد قبول	۰.۵۰۰	۱	۱۰۱) خیلی زودتر از دیگران، از خوردن غذا سیر می‌شوم.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۷۱۴	۱۰۲) حتی زمانی که مشغول کار هستم، مجبورم در جیبم خوراکی داشته باشم تا گرسنگی اذیتم نکند.
مورد قبول	۰.۶۶۷	۰.۷۱۴	۱۰۳) غذا را به زور و با بی میلی می‌خورم.
مورد قبول	۰.۸۳۳	۱	۱۰۴) احساس می‌کنم غذایم دیرتر از گذشته هضم می‌شود.
مورد قبول	۰.۸۳۳	۱	۱۰۵) مجبورم نسبت به گذشته غذای کمتری بخورم تا احساس سنگینی نکنم.
مورد قبول	۰.۵۰۰	۱	۱۰۶) غذا سر دلم می‌ماند.
مورد قبول	۰.۳۳۳	۱	۱۰۷) مجبورم کمتر از دیگران غذا بخورم تا بعد غذا احساس سنگینی نکنم.
	۰.۱۶۷	۰.۱۴۳	۱۰۸) غذای هضم نشده (مانند حیوانات، پوست گوجه و ...) در مدفوع دیده می‌شود.
	۰.۳۳۳	۰.۴۲۸	۱۰۹) بعد از خوردن مقدار کمی غذا هم احساس سنگینی می‌کنم.
	-۰.۱۶۶۷	-۰.۱۴۳	۱۱۰) بعد از پرخوری احساس سنگینی معده دارم.
	۰	۰.۱۴۳	۱۱۱) پوست سرم چرب است.

گویه‌های مورد قبول	نسبت روایی محتوا (CVR) با ۱۲ متخصص > ۰.۶۵	نسبت روایی محتوا (CVR) با ۸ متخصص > ۰.۷۵	گویه‌های پرسشنامه خوداظهاری ۱۱۷ سوالی تر و خشک معده
مورد قبول	۰.۵۰۰	۱	۱۱۲) بعد از خوردن غذا خواب آلوده می‌شوم.
مورد قبول	۰.۳۳۳	۱	۱۱۳) حس چشایی‌ام نسبت به گذشته
	۰.۰۹۱	۰.۱۴۳	۱۱۴) رنگ پوست صورتم نسبت به قبل
	۰.۳۳۳	۰.۴۲۹	۱۱۵) پوست بدنم خشک است.
	۰.۳۳۳	۰.۴۲۹	۱۱۶) وقتی از حمام بیرون می‌آیم، مجبورم روی پوست بدنم کرم نرم‌کننده بمالم.
مورد قبول	۰.۱۶۷	۱	۱۱۷) روزانه مقدار زیادی ادرار می‌کنم.
۸۰	۵۱	۶۰	تعداد گویه‌های مورد قبول

۲-۱-۳-۲-۴ نسبت روایی محتوای چک لیست

تعیین نسبت روایی محتوای CVR برای چک لیست توسط ۱۶ متخصص انجام شد و در نهایت تنها یک گویه نمره کمتر از ۰.۷۵ کسب کرده و حذف شد.

جدول شماره ۱۱: نسبت روایی محتوا چک لیست تر و خشک معده

گویه‌های مورد قبول	نسبت روایی محتوا (CVR) با ۱۶ متخصص > ۰.۴۹	گویه‌های چک لیست
مورد قبول	۱	۱) وضعیت چاقی عمومی بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ مشاهده کنید:
مورد قبول	۰.۸۷۵	۲) وضعیت چاقی عمومی بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ معاینه کنید: شاخص توده بدنی (BMI) را به روش زیر محاسبه کنید
مورد قبول	۰.۶۲۵	۳) شفافیت رنگ صورت بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید
مورد قبول	۰.۶۲۵	۴) وضعیت پوست و ملمس بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ مشاهده کنید
مورد قبول	۰.۷۵	۵) وضعیت پوست و ملمس بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ معاینه کنید
مورد قبول	۰.۸۷۵	۶) نبض بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید
مورد قبول	۰.۸۷۵	۷) سرعت حرکات بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ (این گویه فقط در تشخیص تری به‌کار می‌رود) مشاهده کنید:
مورد قبول	۱	۸) شکل زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید
مورد قبول	۰.۸۷۵	۹) شکل اطراف (کناره‌های) زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

گویه‌های مورد قبول	نسبت روایی محتوا (CVR) با ۱۶ متخصص > ۰.۴۹	گویه‌های چک لیست
مورد قبول	۱	۱۰) میزان رطوبت زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
مورد قبول	۱	۱۱) اندازه زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید
مورد قبول	۱	۱۲) نرمی و خشونت سطح زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
مورد قبول	۰.۸۷۵	۱۳) پوشش یا بار سطح زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
مورد قبول	۰.۷۵	۱۴) شفافیت رنگ زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
مورد قبول	۱	۱۵) آیا اثر دندان روی زبان قابل مشاهده است؟ (این گویه فقط در تشخیص غلظت و رقت تری به کار می‌رود)
مورد قبول	۱	۱۶) میزان ورم یا تهیج صورت بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
مورد قبول	۱	۱۷) میزان ورم یا تهیج پلک بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
مورد قبول	۰.۸۷۵	۱۸) وضع لب‌های بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
مورد قبول	۰.۸۷۵	۱۹) وضع گوشه لب‌های بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
مورد قبول	۱	۲۰) وضعیت چاقی شکمی بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ مشاهده کنید:
مورد قبول	۰.۸۷۵	۲۱) وضعیت چاقی شکمی بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ معاینه کنید: اگر میزان بیشتری از بافت شکم به دست بیاید، نشانه چاقی شکمی
مورد قبول	۱	۲۲) وضعیت چاقی شکمی بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ معاینه کنید: نسبت دور کمر به باسن
مورد قبول	۰.۸۷۵	۲۳) شدت ترهل را با بررسی میزان آویزان بودن و شلی عضلات شکم چگونه ارزیابی می‌کنید؟ مشاهده کنید:
مورد قبول	۰.۸۷۵	۲۴) شدت ترهل را با بررسی میزان آویزان بودن و شلی عضلات شکم چگونه ارزیابی می‌کنید؟ معاینه کنید: اگر میزان بیشتری از بافت شکم به دست بیاید و بیشتر از معمول کشیده شود (دیرتر از معمول از دست خارج شود) نشانه ترهل است
مورد قبول	۰.۷۵	۲۵) نفخ شکم بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ مشاهده و سپس معاینه کنید:
مورد قبول	۰.۸۶۷	۲۶) میزان ورم یا ادم را در بیمار چگونه ارزیابی می‌کنید؟ مشاهده کنید:
مورد قبول	۰.۸۶۷	۲۷) میزان ورم یا ادم را در بیمار چگونه ارزیابی می‌کنید؟ معاینه: روی استخوان ساق پای راست - تیبیا - تا ۳۰ ثانیه فشار دهید.
	۰.۴۶۶۶۶۶۶۷	۲۸) میزان غلظت و رقت رطوبات معده بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
مورد قبول	۰.۸۴۶۱۵۳۸۴۶	۲۹) در مجموع گمان بالینی شما درباره خشک یا تر بودن معده بیمار چیست؟

۴-۲-۳-۲ شاخص روایی محتوا

۴-۲-۳-۲-۱ شاخص روایی محتوای خود اظهاری

فرم اندکس روایی محتوای خود اظهاری (شکل ۷) برای ۲۰ متخصص ارسال شد که ۱۴ نفر پاسخ دادند و از ۸۱ گویه ۵۷ گویه نمره بالای ۰.۷۵ کسب کردند (جدول ۱۲). همه گویه‌ها شفافیت بالای ۰.۷۵ داشتند به جز یک گویه (افتراق سفیدی زبان ناشی از نزله). S-CVI/Ave خود اظهاری برابر با ۰.۸۸۲ شد.

جدول شماره ۱۲: نتایج اندکس روایی محتوای خود اظهاری مزاج تر و خشک معده

گوینده‌های مورد قبول >۰.۷۴	شفافیت	ارتباط	شاخص روایی محتوای گویه‌های خود اظهاری (۱۴ متخصص)	
مورد قبول	۱.۰۰۰	۱.۰۰۰	میزان تشنگی‌ام در سه ماه گذشته نسبت به قبل	۱
مورد قبول	۰.۹۱۶	۰.۸۵۶	تمایل به آب و نوشیدنی‌های (گرم یا خنک) نسبت به همسالان	۲
مورد قبول	۰.۹۲۹	۰.۹۲۹	روزانه به اندازه‌ای تشنه می‌شوم که لازم است	۳
مورد قبول	۰.۸۵۶	۰.۹۲۹	در طول روز زیاد تشنه می‌شوم و به نوشیدن آب خیلی وابسته هستم.	۴
مورد قبول	۰.۸۵۶	۰.۹۲۹	مدت کوتاهی بعد از خوردن آب، دوباره تشنه می‌شوم.	۵
مورد قبول	۰.۹۲۹	۰.۹۲۹	زیاد تشنه می‌شوم اما تشنگی‌ام با خوردن کمی آب رفع می‌شود.	۶
مورد قبول	۰.۹۲۹	۰.۹۲۹	بلافاصله بعد از خوردن آب، تشنگی‌ام رفع می‌شود. (افتراق عطش معدی از کبدی)	۷
مورد قبول	۰.۹۲۹	۰.۹۲۹	احساس می‌کنم دهانم خشک است.	۸
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۸۵۶	لبهایم خشک است.	۹
مورد قبول	۰.۸۵۶	۰.۸۵۶	زبانم خشک است	۱۰
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۹۲۹	احساس می‌کنم خشکی دهانم نسبت به گذشته بیشتر شده است.	۱۱
مورد قبول	۱.۰۰۰	۱.۰۰۰	شبهه آب دهانم روی بالش می‌ریزد.	۱۲
مورد قبول	۰.۷۸۱	۰.۹۲۹	دهانم پر از آب است.	۱۳
	۰.۸۵۶	۰.۵۹۳	موقع حرف زدن گوشه لبم کف جمع می‌شود	۱۴
مورد قبول	۱.۰۰۰	۱.۰۰۰	بعد از خوردن خوراکی‌های سرد و آبکی (مانند ماست یا خیار یا ...) آب دهانم زیاد می‌شود	۱۵
مورد قبول	۱.۰۰۰	۱.۰۰۰	میزان آب دهان من در سه ماه گذشته نسبت به قبل	۱۶
مورد قبول	۱.۰۰۰	۱.۰۰۰	بعد از خوردن خوراکی‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ یا...) حالت تهوع پیدا می‌کنم.	۱۷
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۹۲۹	بعد از خوردن خوراکی‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ...) ترش می‌کنم.	۱۸
مورد قبول	۰.۹۲۹	۰.۷۸۱	بعد از خوردن خوراکی‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ یا...) دلم درد می‌گیرد.	۱۹

گوپه‌های مورد قبول ۰.۷۴>	شفافیت	ارتباط	شاخص روایی محتوای گوپه‌های خوداظهاری (۱۴ متخصص)	
مورد قبول	۰.۹۲۹	۰.۹۲۹	اگر غذای چرب بخورم ترش می‌کنم	۲۰
مورد قبول	۰.۹۲۹	۰.۹۲۹	بعد از خوردن خوراکی‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ یا ...) مشکلات معده‌ام	۲۱
مورد قبول	۰.۸۵۶	۰.۸۵۶	بعد از خوردن غذای خشک مانند جوجه‌کباب یا مرغ‌سوخاری، مشکلات معده‌ام	۲۲
مورد قبول	۰.۸۵۶	۰.۸۵۶	وقتی آب می‌خورم، صدای حرکت آب در شکم را می‌شنوم.	۲۳
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۸۵۶	موقع گرسنگی، سوزش معده‌ام شروع می‌شود.	۲۴
مورد قبول	۰.۹۲۹	۰.۹۲۹	بعد از غذا خوردن ترش می‌کنم.	۲۵
مورد قبول	۰.۹۲۳	۰.۸۵۶	بعد از غذا خوردن احساس می‌کنم اسید معده تا گلویم بالا می‌آید.	۲۶
مورد قبول	۰.۹۲۳	۰.۸۵۶	۱-۲ ساعت بعد از خوردن غذا احساس گرسنگی می‌کنم.	۲۷
مورد قبول	۰.۹۲۹	۰.۸۵۶	روزانه سه بار یا بیشتر مدفوع می‌کنم.	۲۸
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۸۵۶	مدفوع نرم است.	۲۹
مورد قبول	۰.۹۲۹	۰.۸۵۶	مدفوع رقیق و آبکی است.	۳۰
	۰.۹۲۳	۰.۶۹۶	با تغییر کوچکی در نوع غذای همیشگی‌ام، اسهال می‌شوم.	۳۱
مورد قبول	۰.۹۲۳	۰.۷۸۱	در مدفوع کف دیده می‌شود.	۳۲
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۹۲۹	مدفوع خشک و سفت است.	۳۳
	۰.۹۲۳	۰.۴۷۵	مجبورم موقع اجابت مزاج زور بزنم	۳۴
مورد قبول	۰.۹۲۹	۰.۷۸۱	به خاطر خشکی مدفوع به سختی خارج می‌شود.	۳۵
	۰.۸۴۵	۰.۶۹۶	مجبورم موقع اجابت مزاج با کمک فشار آب یا انگشت، مدفوع را خارج کنم.	۳۶
مورد قبول	۰.۹۲۳	۰.۷۸۱	در هفته کمتر از سه بار دفع مدفوع دارم.	۳۷
مورد قبول	۰.۹۲۹	۰.۸۵۶	مدفوع مانند پشکل گوسفند، تکه تکه است.	۳۸
	۰.۹۲۳	۰.۵۹۳	مجبور هستم زمان زیادی برای دفع مدفوع در توالت بنشینم.	۳۹
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۷۸۱	بعد اجابت مزاج احساس دفع ناکامل دارم	۴۰
مورد قبول	۰.۹۲۹	۰.۸۵۶	بعد از خوردن میوه‌های آبدار، شدت یبوستم کمتر می‌شود.	۴۱
مورد قبول	۰.۹۲۹	۰.۸۵۶	بعد از خوردن غذاهای خشک مانند جوجه کباب و غذاهای سرخ کرده، یبوست و خشکی مدفوع پیدا می‌کنم.	۴۲
	۰.۸۵۶	۰.۶۹۶	با سفر به مکان‌های مرطوب، شدت یبوستم کمتر می‌شود.	۴۳
	۰.۸۵۶	۰.۶۹۶	حالت تهوع و دل به هم‌خوردگی دارم.	۴۴
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۹۲۹	بعد از خوردن آب دچار حالت تهوع می‌شوم.	۴۵
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۹۲۹	قبل از خوردن صبحانه حالت تهوع دارم.	۴۶

گوپه‌های مورد قبول ۰.۷۴>	شفافیت	ارتباط	شاخص روایی محتوای گوپه‌های خوداظهاری (۱۴ متخصص)	
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۸۵۶	بعد از خوردن غذا (به مقدار عادت)، احساس می‌کنم اگر حرکت کنم، بالا می‌آورم.	۴۷
مورد قبول	۰.۹۲۳	۰.۷۸۱	بزرگی شکم بعد از غذا بیشتر از مقدار غذایی است که خورده‌ام.	۴۸
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۸۵۶	قبل از خوردن غذا هم شکم نفخ دارد.	۴۹
	۰.۹۲۳	۰.۶۹۶	وقتی گرسنه هستم، نفخ می‌کنم.	۵۰
مورد قبول	۰.۹۲۳	۰.۷۸۱	بعد از خوردن غذای چرب و سنگین (مانند ماکارونی یا کله‌پاچه یا ...) شکم نفخ می‌کند.	۵۱
مورد قبول	۱.۰۰۰	۱.۰۰۰	بعد از خوردن غذاهای سرد و تر (مانند دوغ، ماست و ...) شکم نفخ می‌کند.	۵۲
	۰.۹۲۳	۰.۶۹۶	با اینکه وجود باد در شکم را احساس می‌کنم، اما نمی‌توانم آن را به راحتی دفع کنم.	۵۳
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۸۵۶	روزانه از شکم باد زیادی دفع می‌کنم، به‌طوری‌که نمی‌توانم مدت زیادی با وضو باشم.	۵۴
	۰.۹۲۳	۰.۵۹۳	رنگ زبانم مانند شیر سفید است.	۵۵
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۸۵۶	روی زبانم را بار سفیدی پوشانده‌است.	۵۶
	۰.۷۳۶	۰.۶۶۳	زمانی روی زبانم را بار سفید می‌پوشاند، که خلط پشت حلقم زیاد می‌شود. (افتراق از نزله	۵۷
	۰.۷۸۱	۰.۶۹۶	سطح زبانم صاف و بدون ترک خوردگی است.	۵۸
مورد قبول	۰.۸۵۶	۰.۸۵۶	سطح زبانم مرطوب و نم‌دار است.	۵۹
مورد قبول	۰.۹۲۳	۰.۷۸۱	جای دندانهایم روی کناره‌های زبانم دیده می‌شود.	۶۰
	۰.۷۶۱	۰.۶۹۶	نا خواسته زبانم را گاز می‌گیرم.	۶۱
	۰.۷۶۱	۰.۶۹۶	زبانم نوک تیز و باریک است.	۶۲
	۰.۹۲۳	۰.۵۹۳	بعد از شروع مشکلات معده، وزنم نسبت به قبل.....	۶۳
	۰.۷۶۱	۰.۴۷۵	عضلات شکم نسبت به قبل.....	۶۴
مورد قبول	۰.۹۲۳	۰.۸۵۶	صورت‌م ورم دارد	۶۵
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۹۲۹	زیر چشم‌هایم پف می‌کند.	۶۶
	۰.۹۲۳	۰.۵۹۳	زیر چشم‌هایم گود افتاده است	۶۷
	۱.۰۰۰	۰.۵۹۳	روزها احساس سستی و کسالت دارم.	۶۸
	۱.۰۰۰	۰.۶۹۶	با اینکه شب خواب کافی داشته‌ام، روزها خواب آلودم.	۶۹
مورد قبول	۰.۹۲۳	۰.۸۵۶	بعد از خوردن غذا خواب آلوده می‌شوم.	۷۰
	۱.۰۰۰	۰.۶۹۶	میزان اشتهای من در سه ماه گذشته نسبت به قبل.....	۷۱
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۹۲۹	خیلی زود گرسنه می‌شوم، اما با خوردن چند لقمه سیر می‌شوم.	۷۲
مورد قبول	۰.۹۲۹	۰.۸۵۶	خیلی زودتر از دیگران، از خوردن غذا سیر می‌شوم.	۷۳
مورد قبول	۱.۰۰۰	۰.۹۲۹	حتی زمانی که مشغول کار هستم، مجبورم در جیبم خوراکی داشته باشم تا گرسنگی اذیتم نکند	۷۴

گوپه‌های مورد قبول ۰.۷۴>	شفافیت	ارتباط	شاخص روایی محتوای گوپه‌های خوداظهاری (۱۴ متخصص)	
	۰.۹۲۳	۰.۵۹۳	غذا را به زور و با بی میلی می‌خورم.	۷۵
مورد قبول	۰.۹۲۳	۰.۸۵۶	احساس می‌کنم غذایم دیرتر از گذشته هضم می‌شود.	۷۶
مورد قبول	۰.۸۴۵	۰.۷۸۱	مجبورم نسبت به گذشته غذای کمتری بخورم تا احساس سنگینی نکنم.	۷۷
مورد قبول	۰.۹۲۳	۰.۸۵۶	غذا سر دلم می‌ماند.	۷۸
	۰.۹۲۳	۰.۶۹۶	مجبورم کمتر از دیگران غذا بخورم تا بعد غذا احساس سنگینی نکنم.	۷۹
	۰.۷۶۱	۰.۶۹۶	حسن چشایی‌ام نسبت به گذشته	۸۰
	۰.۸۴۵	۰.۴۷۵	احساس می‌کنم روزانه مقدار زیادی ادرار می‌کنم.	۸۱
۵۷	۸۰	۵۷	تعداد گوپه‌های مورد قبول	



روایی محتوا (CVI) پرسشنامه خود اظهاری سوء مزاج تر و خشک معده
[پسره تعالی]

استاد ارجمند

ضمن تشکر از وقتی که در اختیار اینجانب قرار داده‌اید، جدول حاضر یا هدف تعیین اندکس روایی محتوا برای پرسشنامه خود اظهاری جهت تشخیص سوء مزاج تر و خشک معده طراحی شده است. ما در مرحله قیل ضرورت انجام هر یک از موارد (گوپه‌های ذیل) را یا استفاده از نظرات صاحب نظران مشخص کردیم. اینک می‌خواهیم یا راهنمایی شما استاد عزیز مشخص کنیم که آیا هر یک از این گوپه‌ها یا بخش خود اظهاری در نظر گرفته شده مرتبط می‌باشد یا خیر؟ و در مرحله بعد آیا این گوپه‌ها شفاف و فاقد ابهام برای اقراء معمولی جامعه هستند یا خیر؟

یا تجدید احترام - دکتر مهشید چاییچی
دستیار طب سنتی دانشگاه شهید بهشتی

بخش	گوپه برای تشخیص تری و خشکی معده	ارتباط (۱) مرتبط نیست	شفافیت (۱) مبهم است
		(۲) سوال نیاز به بازبینی دارد (جمله اصلاح شده ذکر شود) (۳) مرتبط است اما اندکی به بازبینی نیاز دارد (۴) کاملاً مرتبط است	(۲) سوال نیاز به بازبینی دارد (جمله اصلاح شده ذکر شود) (۳) واضح است اما اندکی به بازبینی نیاز دارد (۴) کاملاً واضح است
	(۱) میزان تشنگی‌ام در سه ماه گذشته نسبت به قیل		
	خیلی بیشتر شده کمی بیشتر شده تفاوتی ندارد ۳ کمی کمتر شده خیلی کمتر شده است ۱ است ۲ است ۳ است ۴ است ۵		
	(۲) تمایلم به آب و نوشیدنی‌های (گرم یا خنک) نسبت به همسالان		
	خیلی بیشتر است کمی بیشتر است تفاوتی ندارد ۳ کمی کمتر است خیلی کمتر است است ۱ است ۲ است ۳ است ۴ است ۵		

شکل شماره ۸: نمونه فرم اندکس روایی محتوای خوداظهاری

۲-۲-۳-۴ شاخص روایی محتوای چک لیست

فرم شاخص روایی محتوای چک لیست (شکل ۸) هم برای ۲۰ متخصص ارسال شد که ۱۴ نفر پاسخ دادند و از ۲۸ گویه ۲۵ گویه نمره بالای ۰.۷۵ کسب کردند. همه گویه‌های چک لیست نمره شفافیت بالای ۰.۷۵ را کسب کردند. S-CVI/Ave چک لیست ۰.۸۳۶ محاسبه شد.



روایی محتوا (CVI) چک لیست سوزمراج تر و خشک معده

۲۳ دی ماه ۱۳۹۶



استاد ارجمند

ضمن تشکر از وقتی که در اختیار اینجانب قرار داده‌اید، جدول حاضر با هدف تعیین اندکس روایی محتوا برای چک لیست مربوط به معاینه فرد مراجعه کننده توسط متخصصین و جهت تشخیص سوء مزاج تر و خشک معده طراحی شده است. ما در مرحله قبل ضرورت انجام هر یک از موارد (گویه های ذیل) را با استفاده از نظرات صاحب نظران مشخص کردیم. اینک می خواهیم با راهنمایی شما استاد عزیز مشخص کنیم که آیا هر یک از این گویه ها با پیش معاینه در نظر گرفته شده مرتبط می باشد یا خیر؟ و در مرحله بعد آیا این گویه ها شفاف و فاقد ابهام برای متخصصین هستند یا خیر؟

نکته مهم: این معاینات توسط پزشک همجنس با بیمار انجام خواهد شد.

با تجدید احترام - دکتر مهتد چایچی

دستیار طب سنتی دانشگاه شهید بهشتی

بخش	راهنمای عملی چک لیست	گویه و گزینه ها	ارتباط	شفافیت
1- وضعیت چاقی عمومی	1-1- وضعیت چاقی عمومی در مشاهده آمادگی معاینه شوند: نیاز ندارد	1-1- وضعیت چاقی عمومی بیمار را بدون توجه به BMI چگونه ارزیابی می کنید؟	1- مرتبط نیست 2- سوال نیاز به بازبینی دارد (جمله اصلاح شده ذکر شود) 3- مرتبط است اما اندکی بازبینی نیاز دارد 4- کاملاً مرتبط است	1- مبهم است 2- سوال نیاز به بازبینی دارد (جمله اصلاح شده ذکر شود) 3- واضح است اما اندکی بازبینی نیاز دارد 4- کاملاً واضح است

شکل شماره ۹: نمونه فرم اندکس روایی محتوای چک لیست

جدول شماره ۱۳: شاخص روایی محتوای چک لیست مزاج تر و خشک معده

اندکس روایی محتوای گویه های چک لیست (۱۴ متخصص)	ارتباط	شفافیت	گویه های مورد قبول
۱-۱- وضعیت چاقی عمومی را در مشاهده چگونه ارزیابی می کنید؟	۰.۸۵۶	۱.۰۰۰	مورد قبول
۱-۲- وضعیت چاقی لاغری فرد بر اساس شاخص توده بدن BMI چگونه است؟	۰.۸۵۶	۱.۰۰۰	مورد قبول
۲- کمودت (تیرگی) رنگ صورت بیمار را چگونه ارزیابی می کنید؟	۰.۷۸۱	۰.۸۴۵	مورد قبول
۳-۱- وضعیت ملمس پوست بیمار را در مشاهده چگونه ارزیابی می کنید؟	۰.۷۸۱	۱.۰۰۰	مورد قبول
۳-۲- وضعیت پوست و ملمس بیمار را در لمس چگونه ارزیابی می کنید؟	۰.۷۸۱	۱.۰۰۰	مورد قبول
۴-۱- نبض بیمار را از نظر عرض چگونه ارزیابی می کنید؟	۰.۸۵۶	۰.۹۲۳	مورد قبول
۴-۲- نبض بیمار را از نظر صلابت چگونه ارزیابی می کنید؟	۰.۷۸۱	۱.۰۰۰	مورد قبول
۵- سرعت حرکات بیمار را چگونه ارزیابی می کنید؟	۰.۷۸۱	۰.۹۲۳	مورد قبول
۶-۱- اندازه و شکل زبان بیمار را چگونه ارزیابی می کنید؟	۰.۸۵۶	۰.۹۲۹	مورد قبول
۶-۲- شکل اطراف (کناره های) زبان بیمار را چگونه ارزیابی می کنید؟	۰.۸۵۶	۰.۸۴۵	مورد قبول

اندکس روایی محتوای گویه‌های چک لیست (۱۴ متخصص)	ارتباط	شفافیت	گویه‌های مورد قبول
۱۱- ۳-۶- میزان رطوبت زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۹۲۹	۰.۹۲۹	مورد قبول
۱۲- ۴-۶- وضعیت پرزهای سطح زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۸۵۶	۰.۹۲۹	مورد قبول
۱۳- ۵-۶- ترک‌های زبان بیمار را چطور ارزیابی می‌کنید؟	۰.۹۲۹	۱.۰۰۰	مورد قبول
۱۴- ۶-۶- پوشش یا بار سطح زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۷۸۱	۰.۸۴۵	مورد قبول
۱۵- ۷-۶- رنگ جرم زبان چگونه است؟	۰.۷۸۱	۱.۰۰۰	مورد قبول
۱۶- ۸-۶- اثر دندان روی زبان چگونه است؟	۰.۸۵۶	۱.۰۰۰	مورد قبول
۱۷- ۱-۷- میزان ورم یا تهیج صورت بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۸۵۶	۰.۹۲۳	مورد قبول
۱۸- ۲-۷- میزان ورم یا تهیج پلک بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۷۸۱	۱.۰۰۰	مورد قبول
۱۹- ۳-۷- وضع لب‌های بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۸۵۶	۱.۰۰۰	مورد قبول
۲۰- ۴-۷- وضع گوشه لب‌های بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۶۹۶	۱.۰۰۰	مورد قبول
۲۱- ۱-۸- وضعیت چاقی شکمی بیمار را در مشاهده چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۸۵۶	۱.۰۰۰	مورد قبول
۲۲- ۲-۸- وضعیت چاقی شکمی بیمار را در معاینه چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۸۵۶	۰.۸۵۶	مورد قبول
۲۳- ۳-۸- چاقی شکمی بیمار را با توجه به نسبت دور کمر به باسن چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۸۵۶	۰.۹۲۹	مورد قبول
۲۴- ۱-۹- شدت ترهل را با بررسی میزان آویزان بودن و شلی عضلات شکم در مشاهده چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۸۵۶	۰.۷۸۱	مورد قبول
۲۵- ۲-۹- شدت ترهل را با بررسی میزان آویزان بودن و شلی عضلات شکم در معاینه چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۸۵۶	۰.۸۵۶	مورد قبول
۲۶- ۱۰-۱- میزان ورم یا ادم را با مشاهده بیمار چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۶۹۶	۰.۹۲۳	
۲۷- ۲-۱۰- میزان ورم یا ادم را در بیمار چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۶۹۶	۰.۹۲۳	
۲۸- ۱۱- در مجموع گمان بالینی شما بر اساس پرسشنامه خود اظهاری و چک لیست درباره خشک یا تر بودن معده بیمار چیست	۰.۸۴۵	۰.۹۲۳	مورد قبول

روایی محتوای کلی چک لیست مزاج تر و خشک معده		
آیا این ابزار در مجموع برای اندازه‌گیری تری و خشکی معده (در کنار پرسشنامه خود اظهاری) مناسب (مرتبط با محتوای اندازه‌گیری) است	۰.۸۵۶	چک لیست به طور کلی مناسب و مرتبط با مزاج تر و خشک معده است
به نظر شما آیا این ابزار در مجموع دارای شفافیت (مبهم نبودن سوالات یا نحوه مقیاس‌بندی پاسخ‌ها) است؟	۰.۷۸۱	چک لیست به طور کلی شفاف است
به نظر شما آیا این ابزار در مجموع دارای جامعیت (توانایی ابزار از نظر پوشش دادن تمامی حیطه‌های مرتبط با موضوع) است؟ با محتوای اندازه‌گیری است	۰.۶۹۶	چک لیست جامعیت کافی ندارد

۴-۲-۴ پایایی

برای بررسی پایایی ۳۰ نفر داوطلب در دماوند و تهران پرسشنامه خود اظهاری را پر کردند و ۱۵ متخصص طب سنتی آنها را معاینه کرده و چک لیست را (با ۲۴ سوال) برای آنها پر کردند. نوبت دوم (باز آزمون) به علت تعطیلی رسمی ۲۰ روز بعد انجام شد. تعدادی از داوطلبان و متخصصان به علت مشکلات شخصی در باز آزمون شرکت نکردند. بنابر این ۲۱ داوطلب خود اظهاری را پر کردند و ۱۰ متخصص چک لیست آنها را مجدداً پر کردند. همسانی درونی، آزمون-باز آزمون بین یک متخصص با خود و با سایر متخصصان اندازه‌گیری شد. نتایج در جداول زیر آمده است.

۴-۲-۴-۱ یافته‌های پایایی چک لیست

جدول شماره ۱۴: جدول پایایی چک لیست مزاج تر و خشک معده

گویه	گزینه‌ها	مرحله یک <۰.۴Wk> بین متخصصان در	مرحله دو <۰.۴Wk> Intra Rater	Gwet's AC	Krippendorff's Alpha	گویندهای مورد قبول <۰.۴>
(۱) وضعیت چاقی عمومی بیمار را بدون توجه به BMI چگونه ارزیابی می‌کنید؟	خیلی لاغر نسبتاً لاغر متوسط نسبتاً چاق به شدت چاق	۰.۴۴	۰.۵۵	۰.۶۳	۰.۵۰	مورد قبول
(۲) وضعیت چاقی لاغری فرد بر اساس شاخص توده بدن BMI چگونه است؟	لاغر متوسط دارای اضافه وزن	به شدت چاق	چاق	این گویه به علت اندازه‌گیری توسط دستگاه اینپادی از چک لیست حذف شد		
(۳) کمودت (تیرگی) رنگ صورت بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	کاملاً تیره کمی تیره	معمولی یا روشن	۰.۴۱	۰.۵۲	۰.۷۷	۰.۵۸ مورد قبول
(۴) وضعیت ملمس پوست بیمار را در مشاهده چگونه ارزیابی می‌کنید؟	خیلی خشن و خشک کمی خشن و خشک معتدل	کمی صاف و مرطوب خیلی صاف و مرطوب	۰.۰۹	۰.۳۷	۰.۲۵	- ۰.۰۰۹ ۴
(۵) وضعیت پوست و ملمس بیمار را در لمس چگونه ارزیابی می‌کنید؟	خیلی زبر و خشک کمی زبر و خشک معتدل	کمی نرم و مرطوب خیلی نرم و مرطوب	۰.۰۸	۰.۳۸	۰.۲۳	۰.۰۵
(۶) نبض بیمار را از نظر عرض چگونه ارزیابی می‌کنید؟	ضیق (نازک) در حد معمول	عریض	۰.۰۸	۰.۳۷	۰.۲۱	۰.۱۱
(۷) نبض بیمار را از نظر صلابت چگونه ارزیابی می‌کنید؟	صلب در حد معمول	لین	۰.۱۱	۰.۳۵	۰.۴۶	۰.۲۶ مورد قبول

گویه	گزینه‌ها		مرحله یک <۰.۴Wk> بین متخصصان در	Intra Rater <۰.۴Wk> بین مرحله ۱ و ۲	Gwet's AC	Krippendorff's Alpha	گویه‌های مورد قبول >۰.۴			
۸) سرعت حرکات بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	سرعت حرکات معمولی	کمی کند	خیلی کند		۰.۱۲	۰.۲۲	۰.۶۶	۰.۵۴	مورد قبول	
۹) اندازه زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	خیلی کوچک	کمی کوچک	در حد معمول	کمی بزرگ	خیلی بزرگ	۰.۱۸	۰.۲۳	۰.۷۱	۰.۳۹	
۱۰) شکل زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	خیلی باریک	کمی باریک	در حد معمول	کمی پهن	خیلی پهن	۰.۱۴	۰.۲۳	۰.۶۱	۰.۳۰	مورد قبول
۱۱) شکل اطراف (کناره‌های) زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	خیلی باریک یا نازک	کمی باریک یا نازک	در حد معمول	کمی ضخیم	خیلی ضخیم	۰.۰۹	۰.۳۴	۰.۵۲	۰.۲۲	مورد قبول
۱۲) میزان رطوبت زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	کاملاً خشک	کمی خشک تر از معمول	معتدل	کمی خیس تر از معمول	خیلی خیس تر از معمول	۰.۱۵	۰.۰۵	۰.۵۹	-۱۳.۰۰	مورد قبول
۱۳) وضعیت پرزهای سطح زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	کاملاً برجسته یا زیر	کمی برجسته تر از معمول	در حد معمول	کمی صاف تر از معمول	خیلی صاف تر از معمول	۰.۲۱	۰.۲۱	۰.۷۸	-۰.۰۵	مورد قبول
۱۴) ترک‌های زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	ترک‌های زیاد دارد	کمی ترک دارد	ترک ندارد		۰.۴۳	۰.۵۴	۰.۷۲	۰.۶۶	مورد قبول	
۱۵) پوشش یا بار سطح زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	بارتیره	بدون بار	بار سفید		۰.۳۶	۰.۲۹	۰.۴۶	۰.۱۲	مورد قبول	
۱۶) رنگ جرم زبان چگونه است؟	زبان تیره	زبان صورتی رنگ	زبان رنگ پریده یا مایل به سفیدی		۰.۱۶	۰.۳۱	۰.۹۵	۰	مورد قبول	
۱۷) اثر دندان روی زبان چگونه است؟	اثر دندان اصلاً وجود ندارد	اثر دندان هست اما خیلی وضوح ندارد	اثر دندان به وضوح دیده می‌شود		۰.۱۳	۰.۲۸	۰.۶۵	۰.۰۲	مورد قبول	
۱۸) میزان ورم یا تهیج <u>صورت</u> بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	خیلی لاغر	کمی لاغر	در حد معمول	ورم مختصر	ورم شدید	۰.۲۲	۰.۴۶	۰.۴۹	۰.۱۱	مورد قبول
۱۹) میزان ورم یا تهیج <u>پلک</u> بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	به شدت گود افتاده	کمی گود افتاده	معتدل	ورم مختصر	ورم شدید	۰.۲۹	۰.۴۹	۰.۸۲	۰.۵۹	مورد قبول
۲۰) وضع لب‌های بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	کاملاً خشک و ترک خورده	خشک‌تر از حد معمول اما بدون ترک	مرطوب یا صاف		۰.۰۹	۰.۲۲	۰.۷۶	-۰.۰۰۸	مورد قبول	

گویه	گزینه‌ها					مرحله یک <۰.۴Wk	Inter rater بین متخصصان در	<۰.۴Wk	Intra Rater بین مرحله ۱ و ۲	Gwet's AC	Krippendorff's Alpha	گویه‌های مورد قبول >۰.۴
۲۱) وضعیت چاقی شکمی بیمار را در مشاهده چگونه ارزیابی می‌کنید؟	شکم خیلی فرورفته	شکم فرورفته	شکم صاف و تخت	شکم کمی برآمده	شکم خیلی جلوآمده	۰.۴۶	۰.۷۰	۰.۹۳	۰.۹۲	مورد قبول		
۲۲) وضعیت چاقی شکمی بیمار را در معاینه چگونه ارزیابی می‌کنید؟	بافت شکم به دست نمی‌آید	بافت کمی به دست می‌آید	بافت زیادی به دست می‌آید			۰.۲۸	۰.۳۶	۰.۶۳	۰.۵۱	مورد قبول		
۲۳) چاقی شکمی بیمار را با توجه به نسبت دور کمر به باسن چگونه ارزیابی می‌کنید؟	چاقی شکمی ندارد			چاقی شکمی دارد	چاقی شکمی زیاد دارد	۰.۴۲	این گویه به علت اندازه‌گیری توسط دستگاه اینپادی از چک لیست حذف شد					
۲۴) شدت ترهل را با بررسی میزان آویزان بودن و شلی عضلات شکم در مشاهده چگونه ارزیابی می‌کنید؟	معتدل			کمی مترهل	به شدت مترهل	۰.۲۱	۰.۴۳	۰.۳۵	۰.۲۸	مورد قبول		
۲۵) شدت ترهل را با بررسی میزان آویزان بودن و شلی عضلات شکم در معاینه چگونه ارزیابی می‌کنید؟	معتدل یا خشک			کمی مترهل	به شدت مترهل	۰.۲۱	۰.۴۴	۰.۳۰	۰.۱۵	مورد قبول		
۲۶) در مجموع نظر شما بر اساس تجربیات بالینی خودتان، درباره خشک یا تر بودن مزاج معده بیمار چیست؟	خیلی خشک	نسبتا خشک	معتدل	نسبتا تر	خیلی تر	۰.۲۳	۰.۳۵	۰.۵۰	۰.۳۷	مورد قبول		

۴-۲-۴-۲ یافته‌های پایایی خود اظهاری

جدول شماره ۱۵: نتایج پایایی خوداظهاری مزاج تر و خشک معده

گویه‌های مورد قبول >۰.۴	Krippendorff's Alpha	Gwet's AC	تست ریست wk	هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه	گویه
مورد قبول	۰.۳۸	۰.۴۰	۰.۵۷						۱) احساس می‌کنم غذایم دیرتر از گذشته هضم می‌شود.
مورد قبول	۰.۲۴	۰.۲۷	۰.۴۲						۲) مجبورم نسبت به گذشته غذای کمتری بخورم تا احساس سنگینی نکنم.
مورد قبول	۰.۳۳	۰.۳۹	۰.۴۱						۳) غذا سر دلم می‌ماند.
مورد قبول	۰.۳۷	۰.۳۸	۰.۵۵						۴) خیلی زود گرسنه می‌شوم، اما با خوردن چند لقمه سیر می‌شوم.

گویه	همیشه	پیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	تست ریست wk	Gwet's AC	Krippendorff's Alpha	گویه‌های مورد قبول > ۰.۴
(۵) خیلی زودتر از دیگران، از خوردن غذا سیر می‌شوم.						۰.۵۶	۰.۳۸	۰.۳۵	مورد قبول
(۶) حتی زمانی که مشغول کار هستم، مجبورم در جیبم خوراکی داشته باشم تا گرسنگی اذیتم نکند.						۰.۶۹	۰.۶۲	۰.۵۴	مورد قبول
(۷) بعد از خوردن غذا خواب آلوده می‌شوم.						۰.۵۷	۰.۳۸	۰.۳۵	مورد قبول
(۸) بزرگی شکمم بعد از غذا بیشتر از مقدار غذایی است که خورده‌ام.						۰.۵۵	۰.۴۴	۰.۴۰	مورد قبول
(۹) قبل از خوردن غذا هم شکمم نفخ دارد.						۰.۵۷	۰.۳۳	۰.۲۹	مورد قبول
(۱۰) بعد از خوردن غذای چرب و سنگین (مانند ماکارونی یا کله‌پاچه یا ...) شکمم نفخ می‌کند.						۰.۵۷	۰.۴۹	۰.۴۸	مورد قبول
(۱۱) بعد از خوردن غذاهای سرد و تر (مانند دوغ، ماست و...) شکمم نفخ می‌کند.						۰.۵۱	۰.۳۲	۰.۳۱	مورد قبول
(۱۲) روزانه از شکمم باد زیادی دفع می‌کنم، به‌طوری‌که نمی‌توانم مدت زیادی با وضو باشم.						۰.۴۷	۰.۱۵	۰.۱۴	مورد قبول
(۱۳) بعد از خوردن آب، دچار حالت تهوع می‌شوم.						۰.۵۳	۰.۵۸	۰.۳۸	مورد قبول
(۱۴) قبل از خوردن صبحانه حالت تهوع دارم.						۰.۵۴	۰.۶۳	۰.۴۸	مورد قبول
(۱۵) بعد از خوردن غذا (به مقدار عادت)، احساس می‌کنم اگر حرکت کنم، بالا می‌آورم.						۰.۲۱	۰.۴۲	۰.۱۶	مورد قبول
(۱۶) موقع گرسنگی، سوزش معده‌ام شروع می‌شود.						۰.۴۰	۰.۳۹	۰.۳۰	مورد قبول
(۱۷) بعد از غذا خوردن ترش می‌کنم.						۰.۶۰	۰.۵۰	۰.۴۳	مورد قبول
(۱۸) بعد از غذا خوردن احساس می‌کنم اسید معده تا گلویم بالا می‌آید.						۰.۴۲	۰.۳۴	۰.۲۴	مورد قبول
(۱۹) ۱-۲ ساعت بعد از خوردن غذا احساس گرسنگی می‌کنم.						۰.۶۲	۰.۵۰	۰.۴۴	مورد قبول
(۲۰) روزانه سه بار یا بیشتر مدفوع می‌کنم.						۰.۵۷	۰.۴۰	۰.۳۹	مورد قبول
(۲۱) مدفوع نرم است.						۰.۵۰	۰.۴۷	۰.۴۵	مورد قبول
(۲۲) مدفوع رقیق و آبکی است.						۰.۴۵	۰.۴۴	۰.۴۳	مورد قبول
(۲۳) در مدفوع کف دیده می‌شود.						۰.۴۴	۰.۵۷	۰.۳۹	مورد قبول
(۲۴) مدفوع خشک و سفت است.						۰.۵۱	۰.۴۸	۰.۴۱	مورد قبول
(۲۵) به خاطر خشکی، مدفوع به سختی خارج می‌شود.						۰.۵۵	۰.۴۴	۰.۴۱	مورد قبول
(۲۶) در هفته کمتر از سه بار دفع مدفوع دارم.						۰.۴۶	۰.۶۱	۰.۳۰	مورد قبول
(۲۷) مدفوع مانند پشگل گوسفند، تکه تکه است.						۰.۶۳	۰.۵۳	۰.۴۹	مورد قبول
(۲۸) بعد اجابت مزاج احساس دفع ناکامل دارم.						۰.۳۷	۰.۳۴	۰.۲۵	
(۲۹) بعد از خوردن میوه‌های آبدار، شدت یبوستم کمتر می‌شود.						۰.۵۹	۰.۵۵	۰.۵۵	مورد قبول

گویه	همیشه	پیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	تست ریست wk	Gwet's AC	Krippendorff's Alpha	گویه‌های مورد قبول > ۰.۴
(۳۰) بعد از خوردن غذاهای خشک مانند جوجه کباب و غذاهای سرخ کرده، بیوست و خشکی مدفوع پیدا می‌کنم.						۰.۷۶	۰.۶۷	۰.۶۴	مورد قبول
(۳۱) بعد از خوردن خوراکی‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ یا ...) حالت تهوع پیدا می‌کنم.						۰.۵۷	۰.۶۲	۰.۳۶	مورد قبول
(۳۲) بعد از خوردن خوراکی‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ ...) ترش می‌کنم.						۰.۵۳	۰.۵۶	۰.۴۷	مورد قبول
(۳۳) بعد از خوردن خوراکی‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ یا ...) دل درد می‌گیرم.						۰.۵۵	۰.۶۰	۰.۵۱	مورد قبول
(۳۴) اگر غذای چرب بخورم، ترش می‌کنم.						۰.۴۵	۰.۳۹	۰.۳۱	مورد قبول
(۳۵) وقتی آب می‌خورم، صدای حرکت آب در شکم را می‌شنوم.						۰.۵۷	۰.۳۳	۰.۲۹	مورد قبول
(۳۶) در طول روز زیاد تشنه می‌شوم و به نوشیدن آب خیلی وابسته هستم.						۰.۵۳	۰.۴۵	۰.۳۷	مورد قبول
(۳۷) مدت کوتاهی بعد از خوردن آب، دوباره به آن نیاز دارم.						۰.۳۱	۰.۲۸	۰.۱۸	
(۳۸) زیاد تشنه می‌شوم اما تشنگی‌ام با خوردن مقدار کمی آب رفع می‌شود.						۰.۲۸	۰.۲۷	۰.۲۵	
(۳۹) بلافاصله بعد از خوردن آب، تشنگی‌ام رفع می‌شود.						۰.۰	۰.۱۹	۰.۰۹	
(۴۰) احساس می‌کنم دهانم خشک است.						۰.۴۴	۰.۵۶	۰.۵۱	مورد قبول
(۴۱) لب‌هایم خشک است.						۰.۶۱	۰.۵۰	۰.۴۳	مورد قبول
(۴۲) زبانم خشک است.						۰.۶۹	۰.۶۶	۰.۵۸	مورد قبول
(۴۳) احساس می‌کنم خشکی دهانم نسبت به گذشته بیشتر شده است.						۰.۵۶	۰.۶۳	۰.۴۹	مورد قبول
(۴۴) شبها آب دهانم روی بالش می‌ریزد.						۰.۵۹	۰.۳۹	۰.۳۱	مورد قبول
(۴۵) دهانم پر از آب است.						۰.۴۶	۰.۲۴	۰.۱۸	مورد قبول
(۴۶) بعد از خوردن خوراکی‌های سرد و آبکی (مانند ماست یا خیار یا ...) آب دهانم زیاد می‌شود.						۰.۳۸	۰.۲۴	۰.۱۸	
(۴۷) روی زبانم را بار سفیدی پوشانده است.						۰.۱۵	۰.۱۴	۰.۰۳-	
(۴۸) سطح زبانم مرطوب و نم‌دار است.						۰.۴۱	۰.۴۰	۰.۲۶	مورد قبول
(۴۹) جای دندان‌هایم روی کناره‌های زبانم دیده می‌شود.						۰.۴۱	۰.۳۷	۰.۲۷	مورد قبول
(۵۰) صورتم ورم (پف) دارد.						۰.۵۷	۰.۵۱	۰.۴۱	مورد قبول
(۵۱) زیر چشم‌هایم پف می‌کند.						۰.۶۲	۰.۵۰	۰.۴۴	مورد قبول
(۵۲) میزان تشنگی‌ام در سه ماه گذشته نسبت به قبل	خیلی بیشتر شده است	بیشتر شده است	تفاوتی ندارد	کمی کمتر شده است	خیلی کمتر شده است	۰.۲۴	۰.۷۸	۰.۳۶	مورد قبول

گویه	همیشه	پیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	تست ریست wk	Gwet's AC	Krippendorff's Alpha	گویه‌های مورد قبول > ۰.۴
(۵۳) میزان آب دهان من در سه ماه گذشته نسبت به قبل	خیلی بیشتر شده است	بیشتر شده است	تفاوتی ندارد	کمی کمتر شده است	خیلی کمتر شده است	۰.۰	۰.۹۰	۰.۰۲-	مورد قبول
(۵۴) تمایلم به آب و نوشیدنی‌ها نسبت به همسالان	خیلی بیشتر است	بیشتر است	تفاوتی ندارد	کمی کمتر است	خیلی کمتر است	۰.۴۸	۰.۶۳	۰.۴۳	مورد قبول
(۵۵) بعد از خوردن خوراکی‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ یا ...) مشکلات معده‌ام	خیلی بیشتر می‌شود	بیشتر می‌شود	تفاوتی ندارد	کمی کمتر می‌شود	خیلی کمتر می‌شود	۰.۵۱	۰.۷۴	۰.۴۷	مورد قبول
(۵۶) بعد از خوردن غذای خشک مانند جوجه کباب یا مرغ سوخاری، مشکلات معده‌ام	خیلی بیشتر می‌شود	بیشتر می‌شود	تفاوتی ندارد	کمی کمتر می‌شود	خیلی کمتر می‌شود	۰.۳۶	۰.۸۵	۰.۳۵	مورد قبول
(۵۷) روزانه به اندازه‌ای تشنه می‌شوم که لازم است	بیشتر از ۸ لیوان	۶-۸ لیوان	بین ۴-۶ لیوان	۲-۴ لیوان	کمتر از ۲ لیوان	۰.۳۶	۰.۵۲	۰.۳۶	مورد قبول

در محاسبات پایایی علاوه بر شاخص کاپای اصلاح شده از جیوت نیز استفاده کردیم. یکی از نقاط ضعف کاپا این است که شاخص کاپا در مواردی که پراکندگی کمتری وجود داشته باشد، نمره پایینی می‌آورد. در این موارد از شاخص جیوت یا بررسی جدول توافقی کمک گرفته می‌شود (۱۰۴، ۱۲۳، ۱۲۴) با بررسی جدول توافقی در گویه‌هایی که نمرات کاپای اصلاح شده پایینی داشتند؛ متوجه شدیم که در این گویه‌ها اغلب پراکندگی گزینه‌های انتخابی کم بوده است و به عبارتی نمرات پایایی مورد قبول است. به همین علت بر اساس تصمیم و صلاحدید گروه تحقیق در این مرحله گویه‌ای را حذف نکردیم و با همان پرسشنامه‌های قبلی روایی گروه‌های شناخته شده و تحلیل عاملی را انجام دادیم.

۴-۲-۵ روایی سازه

در این مرحله که سه روز کامل و ۱۰ نیم روز از شهریور تا بهمن طول کشید؛ گروهی از متخصصان با تجربه، مزاج معده ۲۱۸ مشارکت‌کننده با شکایت گوارشی را تعیین کردند. دو نفر از مشارکت‌کنندگان به علت سن خارج از محدوده معیارهای ورود، از بررسی حذف شدند. سه تا پنج متخصص طب سنتی در برگه‌های جداگانه مزاج معده هر فرد را یادداشت می‌کردند و در نهایت با همسانی تشخیص سه نفر از بین پنج متخصص طب سنتی، تشخیص مزاج معده هر فرد قطعی می‌شد. مشارکت‌کنندگان که اغلب دارای علائم گوارشی بودند، پرسشنامه خوداظهاری را پر می‌کردند. در یک اتاق جداگانه دو متخصص طب سنتی چک لیست را برای هر داوطلب پر می‌کردند. مشخصات ظاهری و ویژگی‌های بدنی این افراد مانند قد، وزن و نسبت دور کمر به باسن نیز در اتاقی جداگانه با دستگاه اینبادی اندازه گیری می‌شد. در پایان محاسبات آماری و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار اس پی اس اس ۲۵ و استاتا ۱۴ انجام شد.

۱-۵-۲-۴ یافته‌های چک لیست

چک لیست برای ۱۷۴ بیمار با تشخیص قطعی سوء مزاج تر، خشک یا معتدل معده پر شده بود. از این تعداد ۵۵ درصد مرد و ۴۵ درصد زن بودند. ۱۷.۵ درصد افراد مجرد و ۸۲.۵ درصد متاهل بودند. ۲.۴ درصد این افراد سواد در حد خواندن و نوشتن داشتند. ۳.۶ درصد زیر دیپلم بودند. ۱۶.۱ درصد دیپلم و فوق دیپلم داشتند. ۶۲.۵ درصد لیسانس و فوق لیسانس بودند و ۱۵.۵ درصد مدرک دکترا و بالاتر داشتند. پراکندگی سن و شاخص توده بدنی در این مشارکت‌کنندگان در جدول ۱۵ و پراکندگی شغلی آنها در جدول ۱۶ آورده شده است.

جدول شماره ۱۶: ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در روایی سازه چک لیست

جمع تعداد	انحراف معیار	تعداد	میانگین	کمترین	بیشترین	
۱۷۴	۹.۳۸۰۳۲	۱۷۴	۳۸.۸۳۶۸	۱۷.۶۰	۶۴.۰۰	سن
۱۷۴	۴.۴۸۲۰۹	۱۷۴	۲۶.۲۹۸۹	۱۷.۳۰	۴۱.۷۰	شاخص توده بدنی (BMI)

جدول شماره ۱۷: مشخصات شغلی مشارکت‌کنندگان درروایی سازه چک لیست

درصد قابل قبول	درصد	فراوانی	شغل	
۲.۵	۲.۳	۴	بازنشسته	معتبر
۴۲.۰	۳۷.۹	۶۶	کارمند	
۰.۶	۰.۶	۱	پرستار	
۵.۷	۵.۲	۹	آزاد	
۷.۰	۶.۳	۱۱	یزشک	
۱۸.۵	۱۶.۷	۲۹	خانه‌دار	
۳.۲	۲.۹	۵	معلم	
۲۰.۴	۱۸.۴	۳۲	سایر	
۱۰۰.۰	۹۰.۲	۱۵۷	مجموع	
	۹.۸	۱۷	خطای سیستم	اطلاعات پر نشده
	۱۰۰.۰	۱۷۴		مجموع نفرات

برای انجام روایی به روش گروه‌های شناخته شده با استفاده از روش آنالیز واریانس، نتیجه ۲۵ گویه‌ی چک لیست با تشخیص نهایی متخصصان مقایسه شد. نتایج نشان داد که برای ۱۱ گویه چک لیست (۱-۴-۵-۱۰-۱۳-۱۴-۱۸-۱۹-۲۱-۲۲-۲۴) این روایی وجود دارد. بنابر این ۱۴ گویه حذف شد. برای تایید روایی اولاً می‌بایست مقدار پی از نظر آماری معنادار (سطح معناداری کمتر از ۰.۰۵) باشد. ثانیاً می‌بایست روند صعودی و یا نزولی مشاهده شده منطبق با وضعیت خشکی، اعتدال و تری باشد. ثالثاً اختلافات مشاهده شده بین هر دو گروه نیز از نظر آماری معنادار باشد (سطح معناداری آماری ۰.۱۰ در نظر گرفته شد).

در مرحله بعد روایی ساختار با روش فاکتور آنالیز انجام شد. تحلیل مولفه‌های اصلی^۱ با استفاده از روش‌های چرخش متعامد واریمکس، پرومکس و ابلیمین^۲ بر روی ۱۱ گویه باقی مانده انجام شد. شاخص کایزر مایر آلکین KMO^۳ با شاخص ۰.۶۷ مشخص‌کننده این بود که نمونه برای انجام تحلیل عاملی کفایت لازم را دارد. آزمون بارتلت^۴ به صورت معنی دار ($\chi^2(55) = 1379.97; p < 0.001$) قابل ملاحظه بود. در نتیجه بیان‌کننده این بود که ماتریکس همبستگی^۵ به صورت معنی دار با ماتریکس همانی یا واحد^۶ متفاوت است و بنابراین قابلیت تحلیل

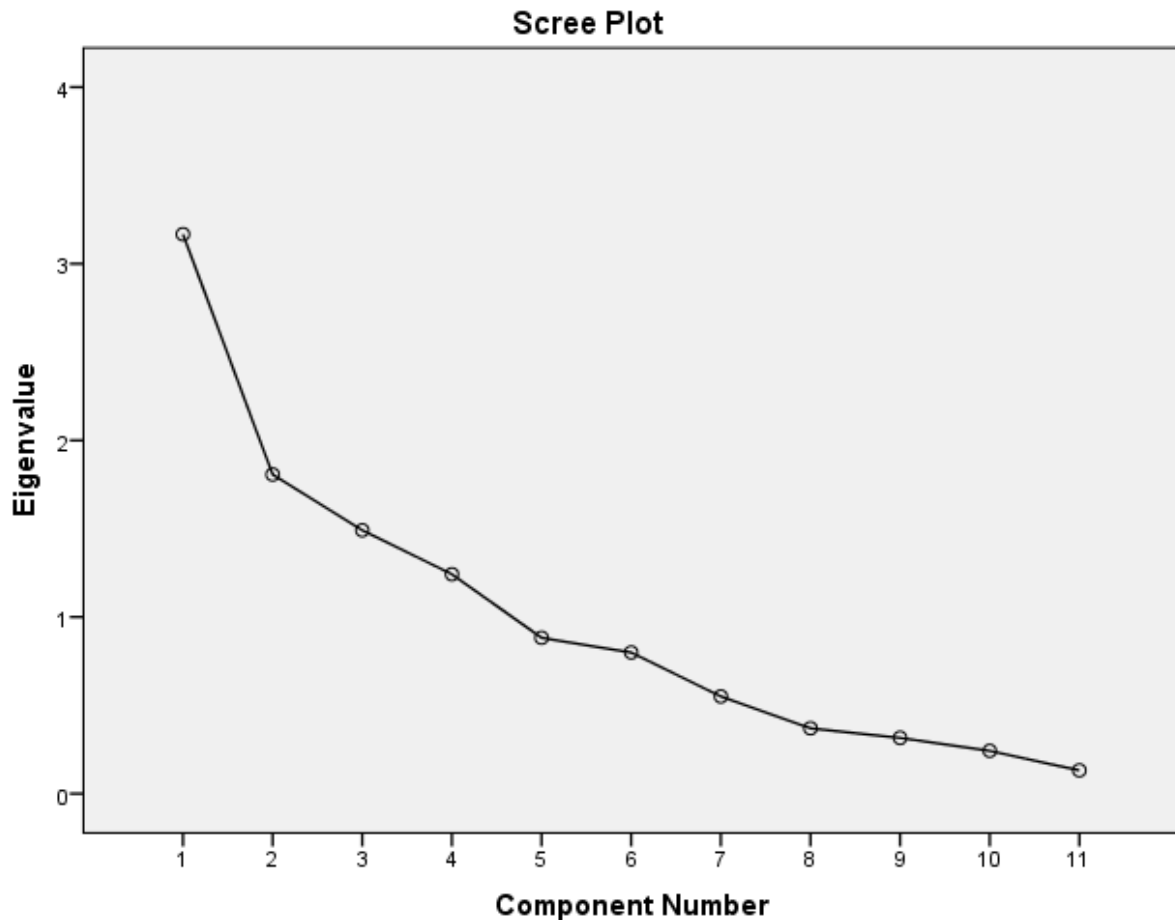
1. Principal Components Analysis (PCA).
2. Varimax, Promax, and Oblimin rotation methods.
3. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) value.
4. Bartlett's test of sphericity.
5. Correlation matrix.
6. Identity matrix.

عاملی را دارد. در این مرحله ۴ فاکتور به دست آمد که بر اساس نظر تیم تحقیق، نام‌گذاری شدند. فاکتور اول که وضع بدنی یا چاقی نامیده شد؛ شامل آیتم‌های ۱-۲۱-۲۲-۲۴ بود. فاکتور دوم (وضع پوست) شامل آیتم‌های ۴-۵، فاکتور سوم (وضع صورت) شامل آیتم‌های ۱۸-۱۹ و فاکتور چهارم (وضع زبان) شامل آیتم‌های ۱۰-۱۳-۱۴ بود. قانون کایزر^۱ و منحنی اسکری پلات^۲ (شکل شماره ۹) نشان داد که این ۴ فاکتور توانستند در مجموع ۷۰.۷ درصد از واریانس را تبیین نمایند. ضرایب رگرسیون استاندارد^۳ و اجزای آن در جدول ۱۸ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱۸: الگوی فاکتورهای چرخشی نهایی، روش چرخش ابلیمین

شماره سوال و گویه مربوط به آن		اجزاء			
		عامل ۱ وضع بدنی	عامل ۲ وضع پوست	عامل ۳ وضع صورت	عامل ۴ وضع زبان
۱	وضعیت چاقی عمومی بیمار را بدون توجه به BMI چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۷۶۶	-۰.۰۸۳	-۰.۰۴۳	۰.۰۶۳
۲۱	وضعیت چاقی شکمی بیمار را در مشاهده چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۸۰۲	-۰.۲۳۷	-۰.۱۹۶	۰.۰۰۰
۲۲	وضعیت چاقی شکمی بیمار را در معاینه چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۷۵۳	-۰.۲۹۹	-۰.۲۸۹	-۰.۱۵۶
۲۴	شدت ترهل را با بررسی میزان آویزان بودن و شلی عضلات شکم در مشاهده چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۷۰۱	-۰.۳۵۰	-۰.۳۴۷	-۰.۰۶۹
۴	وضعیت ملمس و پوست بیمار را در مشاهده چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۳۹۲	۰.۸۴۶	-۰.۲۰۹	۰.۰۶۱
۵	وضعیت پوست و ملمس بیمار را در لمس چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۳۶۲	۰.۸۶۳	-۰.۲۰۲	۰.۰۵۱
۱۰	شکل زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۱۳۸	۰.۱۵۵	۰.۳۰۲	۰.۵۱۹
۱۳	وضعیت پرزهای سطح زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۰۶۵	-۰.۱۸۴	۰.۱۶۴	۰.۶۹۳
۱۴	ترک‌های زبان بیمار را چطور ارزیابی می‌کنید؟	۰.۱۰۰	۰.۰۶۷	-۰.۰۷۶	۰.۰۶۷
۱۸	میزان ورم یا تهیج صورت بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۵۶۲	۰.۰۹۲	۰.۷۰۱	۰.۰۰۰
۱۹	میزان ورم یا تهیج پلک بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۴۹۷	۰.۰۲۵	۰.۷۴۰	۰.۰۷۰

1. Kaiser's rule.
2. Scree plot.
3. Standardised regression coefficients.



نمودار شماره ۱: منحنی اسکری پلات در مرحله تحلیل عاملی چک لیست تر و خشک معده

بعد از تایید روایی سازه، ثبات درونی برای این ۱۱ سؤال بررسی شد و آلفای کرونباخ و همبستگی درونی بالاتر از ۰.۷۰ بدست آمد. توافق بین دو متخصصی که چک لیست را پر کرده بودند بر اساس جدول توافقی مناسب ارزیابی شد.

۱-۱-۵-۲-۴ تعیین وزن گویه‌ها و نقطه برش چک لیست

ابتدا نمرات هر گویه با تبدیل پاسخ به نمرات از صفر تا صد محاسبه شد. نمره صد نشانه تری کامل در بین گزینه‌ها و نمره صفر نشانه خشکی کامل در نظر گرفته شد. مجموع و متوسط نمرات چک لیست برای هر یک از این ۴ فاکتور محاسبه شد. با یک مدل رگرسیون خطی چند متغیره، نقش هر یک از این ۴ فاکتور را در اندازه مزاج تری نهائی محاسبه کردیم (هم مجموع و هم متوسط). وزن فاکتور ۲ معادل ۱ در نظر گرفته شد و فاکتور ۱، ۳ و ۴ به ترتیب ۱.۲، ۱.۳ و ۲.۵ در نظر گرفته شدند. نتایج رگرسیون در جدول ۱۹ آمده است.

جدول شماره ۱۹: نتایج رگرسیون انجام شده برای وزن دهی گویه‌های چک لیست تر و خشک معده

Factors	Regression coefficients	SE	P value
F1	۰.۴۷	۰.۱۴	۰.۰۰۱
F2	۰.۳۹	۰.۱۳	۰.۰۰۳
F3	۰.۵	۰.۲۱	۰.۰۲
F4	۰.۹۸	۰.۲۷	<۰.۰۰۱

نمره کل مجموع ۴ فاکتور و همچنین نمره کل متوسط ۴ فاکتور بر اساس وزن دهی بدست آمده محاسبه شد. منحنی راک را برای تعیین مزاج خشک از غیر خشک بر اساس نمرات کل، نمرات ۱۱ آیتم، مجموع نمرات ۱۱ آیتم، مجموع نمرات ۴ فاکتور (۱۱ آیتم) وزن داده شده، مجموع متوسط نمرات ۴ فاکتور (۱۱ آیتم) وزن داده شده محاسبه نمودیم. همچنین منحنی راک را برای تعیین مزاج تر از غیر تر بر اساس نمرات کل، نمرات ۱۱ آیتم، مجموع نمرات ۱۱ آیتم، مجموع نمرات ۴ فاکتور (۱۱ آیتم) وزن داده شده، مجموع متوسط نمرات ۴ فاکتور (۱۱ آیتم) وزن داده شده محاسبه نمودیم.

تعیین نقطه برش بر اساس ۴ روش گفته شده با درصد حساسیت و اختصاصیت هر روش و محدوده سطح زیر منحنی^۱ (95% CI) انجام شد که در جدول ۲۰ آمده است. مجدداً روائی بر اساس گروه‌های شناخته شده^۲، روائی افتراقی و همگرا را این بار بر اساس نمرات وزن داده شده ۴ فاکتور (مجموع و متوسط ۴ فاکتور) انجام دادیم. برای همه این اندازه‌ها به خوبی توانست تفکیک کند.

جدول شماره ۲۰: تعیین نقطه برش تری و خشکی در چک لیست بر اساس محاسبه حساسیت و ویژگی

درجه اطمینان	حداکثر سطح زیر منحنی	حداقل سطح زیر منحنی	سطح زیر منحنی	مجموع حساسیت و ویژگی	ویژگی	حساسیت	نقطه برش	نحوه محاسبه نمرات	شاخص
۰.۰۰۳	۰.۵۹	۰.۵۶	۰.۶	۱.۱۵	۰.۵۹	۰.۵۶	۶۱۲.۵	مجموع آیتم‌ها	تری معده
۰.۰۰۱	۰.۷۱	۰.۵۹	۰.۶۵	۱.۲۴	۰.۷۱	۰.۵۳	۶۱۲.۵	مجموع ۴ فاکتور	تری معده
۰.۰۰۱	۰.۷۳	۰.۶۱	۰.۶۷	۱.۲۷۳	۰.۶۴	۰.۶۳۳	۱۰۳۸.۷۵	مجموع ۴ فاکتور وزن داده شده	تری معده
۰.۰۰۱	۰.۷۲	۰.۶	۰.۶۶	۱.۲۶۸	۰.۵۸	۰.۶۸۸	۲۱۱.۴۶	میانگین ۴ فاکتور	تری معده

1. Area under curve (AUC).

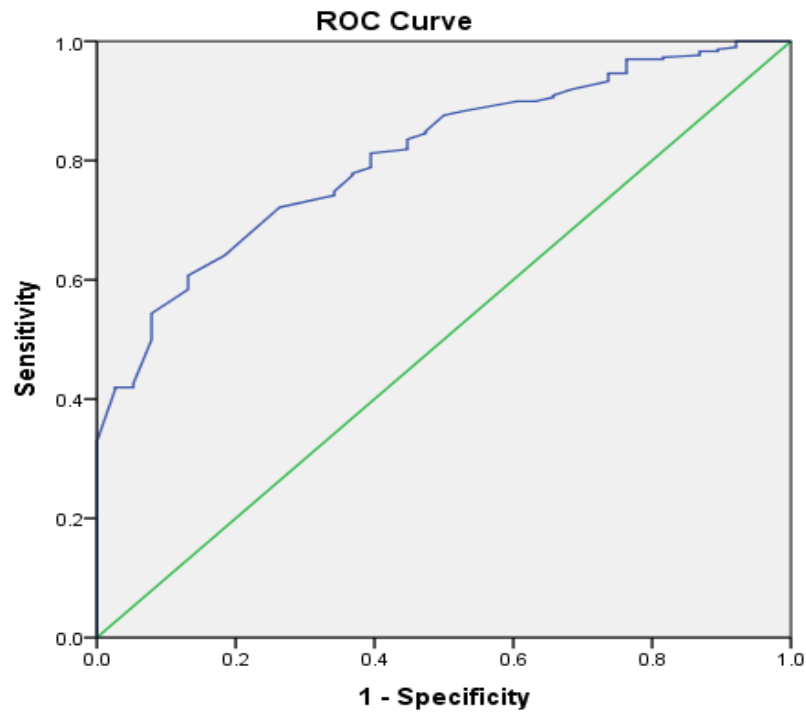
2. Known-group validity.

شاخص	نحوه محاسبه نمرات	نقطه برش	حساسیت	ویژگی	مجموع حساسیت و ویژگی	سطح زیر منحنی	حداقل سطح زیر منحنی	حداکثر سطح زیر منحنی	درجه اطمینان
تری معده	میانگین ۴ فاکتور وزن داده شده	۳۱۴.۵۸	۰.۶۳۳	۰.۶۵۹	۱.۲۹۲	۰.۶۷	۰.۶۱	۰.۷۳	۰.۰۰۱
خشکی معده	مجموع آیتم‌ها	۵۸۷.۵	۰.۷۸	۰.۶۳	۱.۴۱	۰.۷۵	۰.۶۷	۰.۸۳	۰.۰۰۱
خشکی معده	مجموع ۴ فاکتور	۵۸۷.۵	۰.۶۱	۰.۸۷	۱.۴۸	۰.۸۲	۰.۷۵	۰.۸۸	۰.۰۰۱
خشکی معده	مجموع ۴ فاکتور وزن داده شده	۹۹۶.۲۵	۰.۷۲۱	۰.۷۳۷	۱.۴۵۸	۰.۸۱	۰.۷۵	۰.۸۷	۰.۰۰۱
خشکی معده	میانگین ۴ فاکتور	۱۹۸.۹۶	۰.۷۹	۰.۷۱	۱.۵	۰.۸۲	۰.۷۵	۰.۸۸	۰.۰۰۱
خشکی معده	میانگین ۴ فاکتور وزن داده شده	۲۹۸.۷۵	۰.۶۴	۰.۸۲	۱.۴۶	۰.۸۲	۰.۷۵	۰.۸۷	۰.۰۰۱

مجدداً محاسبه نقطه برش بر اساس ویژگی بالاتر انجام شد که نتایج در جدول ۲۱ آمده است.

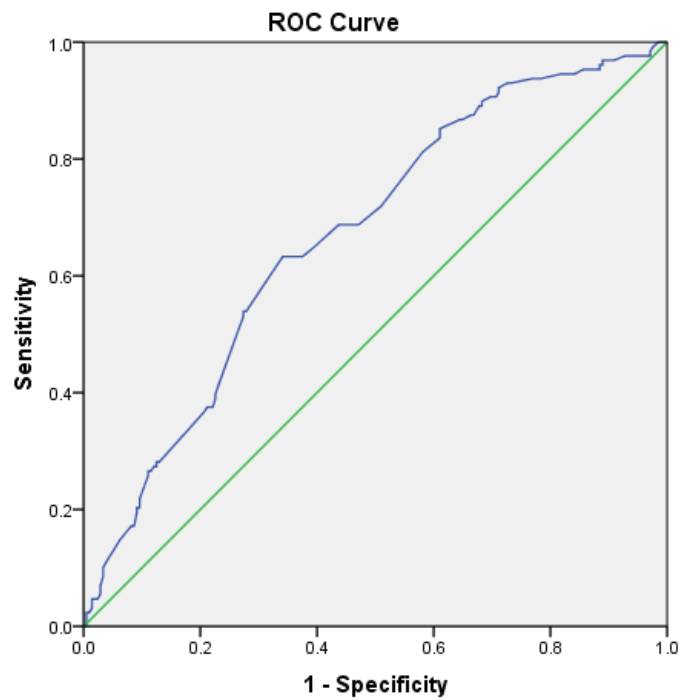
جدول شماره ۲۱: تعیین نقطه برش تری و خشکی چک لیست بر اساس ویژگی بالاتر

شاخص	نحوه محاسبه نمرات	نقطه برش	حساسیت درصد	ویژگی درصد
تری معده	میانگین آیتم‌ها	۵۶	۵۳	۷۰
تری معده	میانگین ۴ فاکتور	۵۵	۵۱	۷۳
تری معده	میانگین ۴ فاکتور وزن داده شده	۳۱۵	۶۳	۶۶
خشکی معده	میانگین آیتم‌ها	۵۳	۶۰	۸۷
خشکی معده	میانگین ۴ فاکتور	۴۹	۷۹	۷۴
خشکی معده	میانگین ۴ فاکتور وزن داده شده	۲۹۸	۷۲	۷۳



Diagonal segments are produced by ties.

نمودار شماره ۲: منحنی راک مزاج خشک معده در چک لیست بر اساس میانگین ۴ فاکتور وزن داده شده



Diagonal segments are produced by ties.

نمودار شماره ۳: منحنی راک مزاج تر معده در چک لیست بر اساس میانگین ۴ فاکتور وزن داده شده

جدول شماره ۲۲: روایی همگرا، افتراقی و اثر سقف و کف چک لیست تر و خشک معده

چک لیست	تعداد گویه‌ها	سطح گویه			سطح ابزار		
		روایی همگرا	درصد	روایی افتراقی	اثر کف	اثر سقف	همبستگی درونی
		میزان همبستگی	موفقیت	(%)	(%)	(%)	آلفا کرونباخ
فاکتور ۱	۴	۰.۷۸-۰.۸۶	۱۰۰	۱۰۰	۴۰	۱۱	۰.۸۴
فاکتور ۲	۲	۰.۹۶-۰.۹۷	۱۰۰	۱۰۰	۰	۰	۰.۹۳
فاکتور ۳	۲	۰.۹۱-۰.۹۲	۱۰۰	۱۰۰	۸	۱۹.۳	۰.۸۲
فاکتور ۴	۳	۰.۱۲-۰.۸۵	۶۷	۶۷	۱۱.۴۹	۵۶.۱۳	۰.۸۰

۴-۲-۵-۱-۲ روایی همگرا^۱

همه‌ی گویه‌های چک لیست و خوداظهاری در هر فاکتور با همبستگی بالای ۰.۴۰ از نظر روایی همگرا، روا بودند. (جدول شماره ۲۲ و ۳۳)

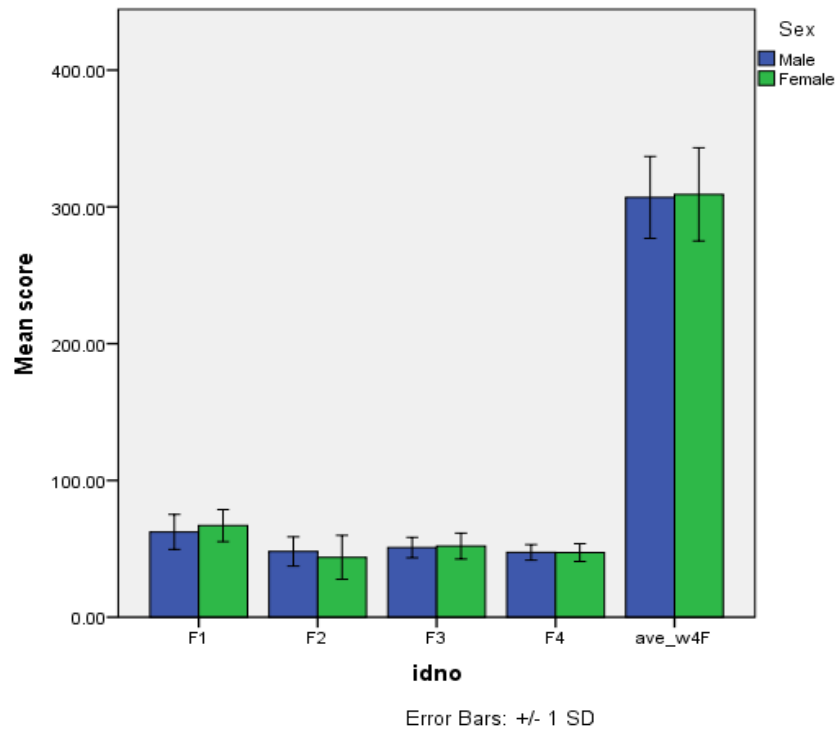
۴-۲-۵-۱-۳ روایی واگرا^۲

گویه‌های مربوط به هر فاکتور در پرسشنامه و چک لیست، با فاکتور مربوط به خودشان بیشترین تطابق را نسبت به سایر فاکتورها داشتند که با سایر فاکتورها قابل افتراق بود. البته در فاکتور ۴ گویه شماره ۱۰ مربوط به شکل زبان موجب افت این روایی تا حد ۶۷ درصد شده است (جدول شماره ۲۲ و ۳۳).

۴-۲-۵-۱-۴ مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک با نمرات چک لیست

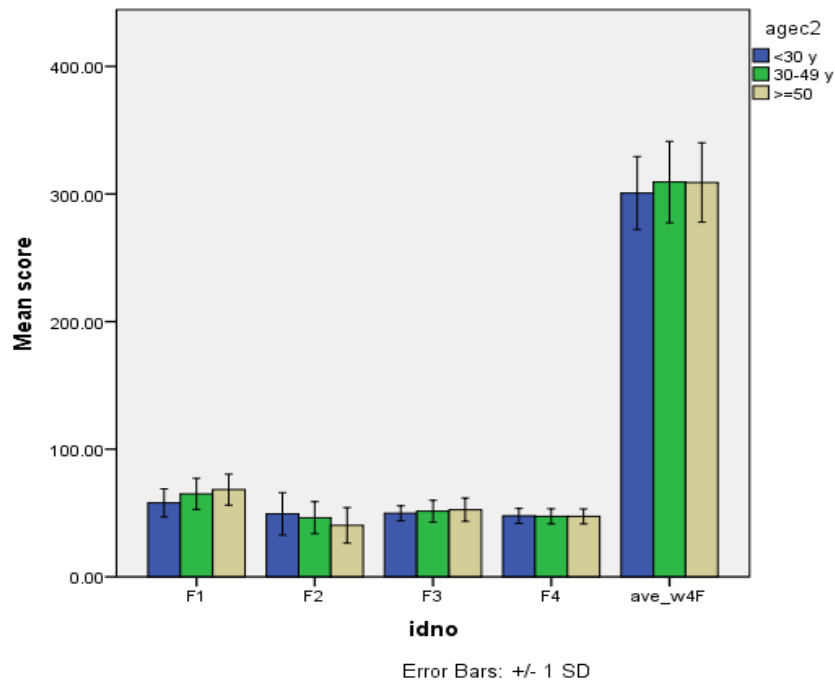
مقایسه نمره‌ی چک لیست با اطلاعات دموگرافیک بیماران در نمودارهای ۳-۷ آمده است.

1. Convergent validity.
2. Discriminant validity.



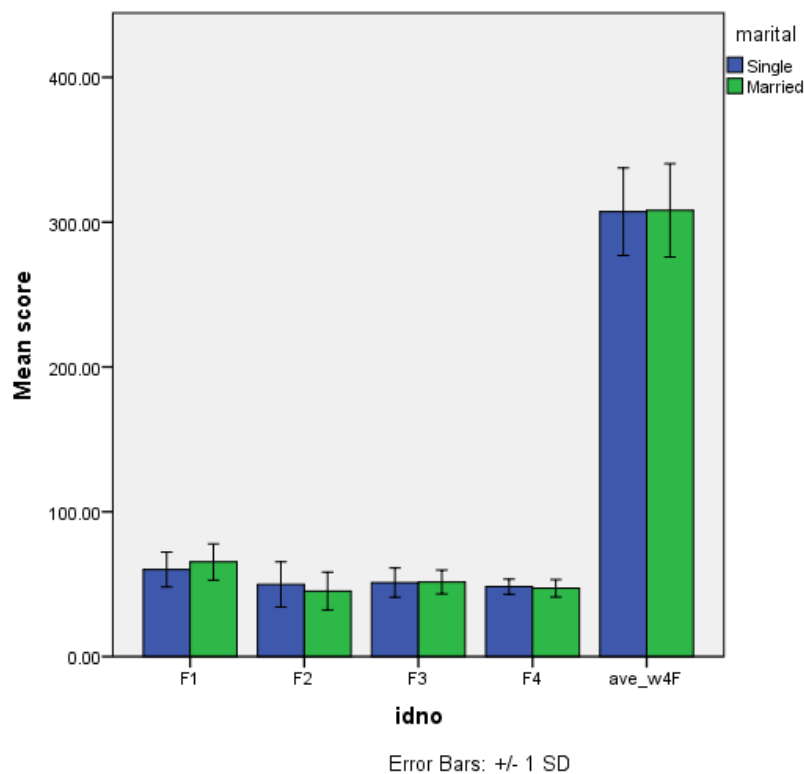
نمودار شماره ۴: ارتباط نمره چک لیست با شاخص جنسیت

بر اساس این نمودارها، نمرات فاکتور ۱ که وضع بدن یا چاقی در نظر گرفته شده، در زنان بیش از مردان است (T = 2.99, P = 0.003)، نمرات فاکتور ۲ یا وضع پوست (T = -3.46, P = 0.001) در مردان بیش از زنان است و نمرات فاکتور ۳ و ۴ یعنی وضع صورت و زبان در زنان و مردان تفاوتی نداشته است.



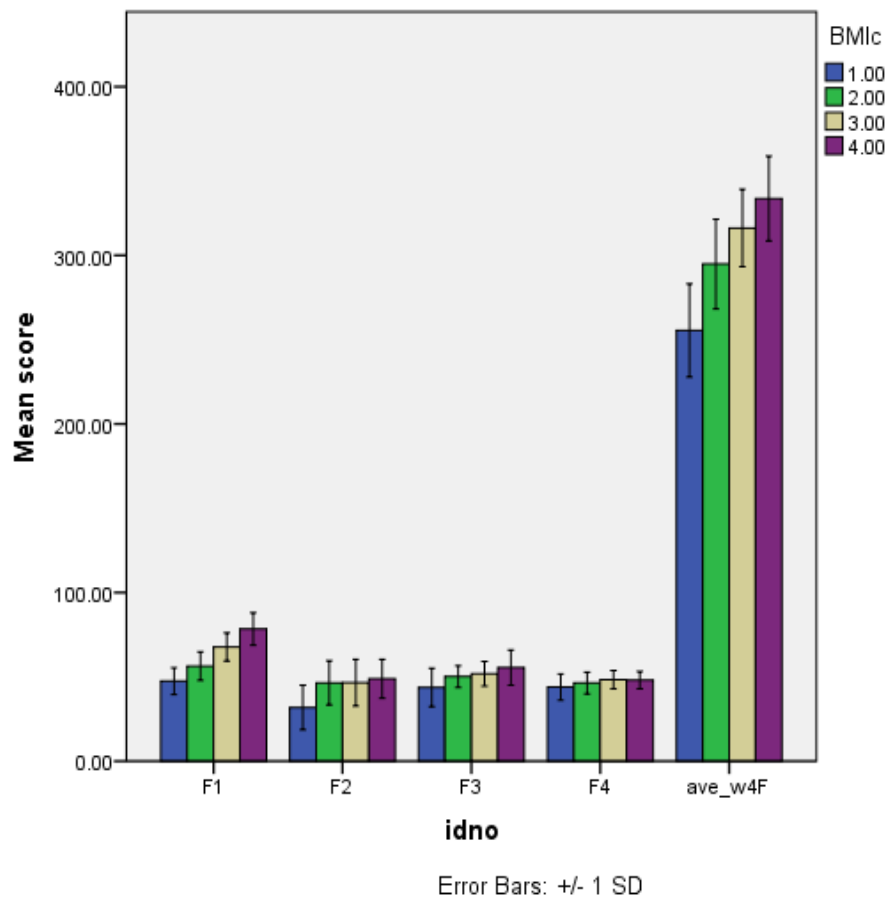
نمودار شماره ۵: ارتباط نمره چک لیست با شاخص سن

نمرات فاکتور ۱ یعنی وضع بدنی در سنین زیر ۳۰ سال کمتر بوده است. یعنی این گروه سنی لاغرتر از سنین بالاتر بوده‌اند. نمرات فاکتور ۲ یعنی وضع پوست در سنین زیر ۳۰ سال بیشتر است. به عبارت دیگر پوست در سنین بالاتر خشک‌تر می‌شود. این وضعیت با آنچه در متون طب سنتی مطرح شده مطابقت دارد. میانگین فاکتورهای وزن داده شده در گروه سنی ۳۰ تا ۵۰ با گروه سنی ۵۰ به بالا تفاوت قابل ملاحظه‌ای نشان نداده است. اما در گروه سنی زیر ۳۰ سال کمتر بوده است که می‌تواند ناشی از تاثیر بیشتر وضع بدنی آنها نسبت به وضع پوست در تعیین تری و خشکی مزاج آنها باشد.



نمودار شماره ۶: ارتباط نمره چک لیست با وضعیت تاهل

نمرات فاکتور ۱ یعنی وضع بدنی و چاقی در مجردها کمتر بود ($T = -2.83, P = 0.005$) (چون معمولاً لاغرتر از متاهلین هستند) اما نمرات فاکتور ۲ یعنی وضع پوست در مجردها بالاتر است ($T = 2.32, P = 0.02$) و نشان می‌دهد که در جامعه مورد بررسی مجردها، لاغرتر بوده‌اند اما رطوبت پوست بیشتری نسبت به متاهلین دارند. از نظر وضع زبان و صورت تفاوتی بین مجردین و متاهلین در جامعه مورد بررسی وجود نداشت.



نمودار شماره ۷: ارتباط نمره فاکتورهای چک لیست با شاخص نمایه‌ی توده‌ی بدنی

$$30 \leq (425-29/9) (318/5-24/9) (218/5 \geq 1)$$

تفاوت بین نمرات شاخص توده بدن در فاکتور ۱ که وضع بدنی است مشخص بود ($F=127.12$; $P<0.001$). البته در سایر فاکتورها هم تفاوت‌هایی دیده می‌شد. $F2$ ($F=9.7$, $P<0.001$), $F3$

($F=13.26$; $P<0.001$), $F4$ ($F=4.95$; $P=0.002$) و در میانگین نمرات فاکتورهای وزن داده شده این تفاوت به طور واضح وجود داشت ($F=69.42$; $P<0.001$) که می‌تواند نشانه اهمیت وضع بدنی در تعیین تری و خشکی مزاج معده باشد.

۴-۲-۵-۲ روایی به روش گروه‌های شناخته شده برای چک لیست نهایی

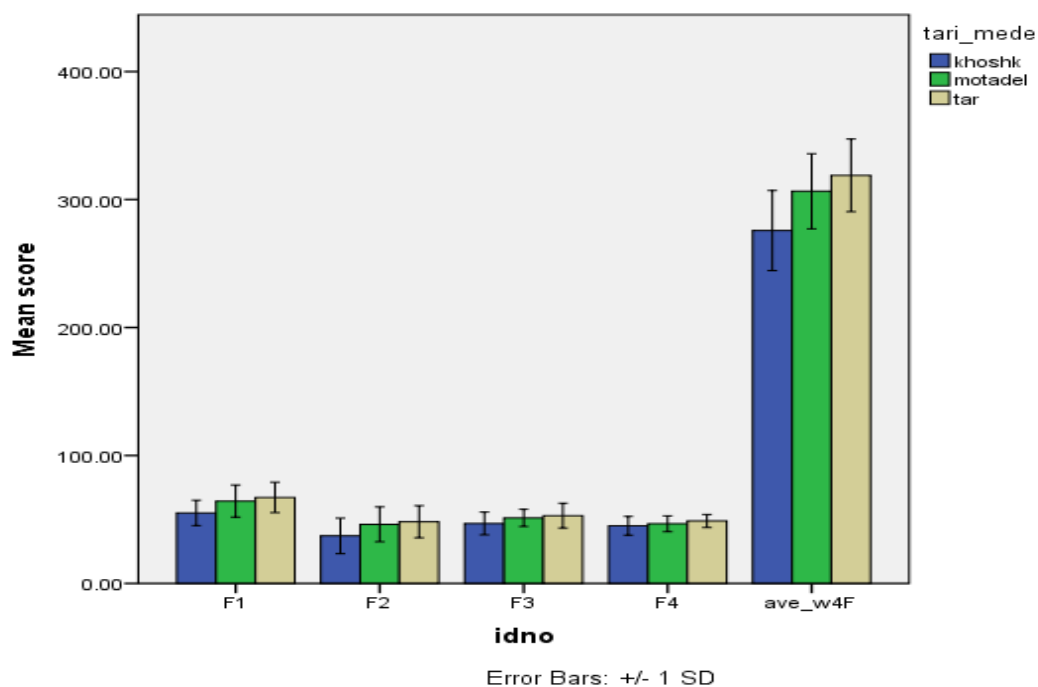
نتایج تست آنوا^۱ در روایی سازه به روش روایی گروه‌های شناخته شده نشان داد که فاکتور شماره ۱ ($F=15.6$, $P<0.0001$)، فاکتور شماره ۲ ($F=10.66$, $P<0.0001$)، فاکتور شماره ۳ ($F=8.51$, $P<0.001$) و فاکتور شماره

1. ANOVA test.

۴ ($F=7.98, P<.001$) همچنین نمره کل میانگین ۴ فاکتور وزن داده شده ($F = 32.19, P < 0.0001$) نشان دهنده قدرت چک لیست در افتراق خشکی، اعتدال و تری معده بر اساس توافق نهایی متخصصان است.

جدول شماره ۲۳: نتایج تحلیل واریانس یک طرفه برای گویه‌های چک لیست در افتراق معده خشک، معتدل و تر

آیتم	مزاج بر اساس نظر متخصصان			P value
	خشک	معتدل	تر	
d_1	۴۰.۶۲ (۱۴.۶۴)	۵۷.۳۱ (۱۶.۴۲)	۵۹.۶۳ (۱۴.۹۶)	۰.۰۰۰
d_4	۳۶.۸۷ (۱۳.۸۵)	۴۶.۲۲ (۱۴.۰۶)	۴۸.۳۴ (۱۲.۶۲)	۰.۰۰۰
d_5	۳۷.۸۲ (۱۵.۰۳)	۴۶.۲۲ (۱۴.۰۶)	۴۸.۱۶ (۱۳.۴۸)	۰.۰۰۰
d_10	۴۸.۷۵ (۵.۵۲)	۵۰.۴۴ (۳.۲۹)	۵۱.۱۵ (۵.۲۶)	۰.۰۱۱
d_13	۴۵.۵۱ (۱۲.۶۶)	۴۷.۹۶ (۸.۷۳)	۵۰.۰۰ (۹.۱۶)	۰.۲۰
d_14	۴۱.۰۲ (۱۶.۷۱)	۴۱.۵۷ (۱۵.۳۸)	۴۵.۰۰ (۱۲.۱۴)	۰.۰۸۲
d_18	۴۶.۲۵ (۹.۰۴)	۵۱.۳۱ (۷.۲۹)	۵۲.۹۶ (۱۰.۱۵)	۰.۰۰۰
d_19	۴۷.۵۰ (۹.۴۷)	۵۱.۱۶ (۷.۵۶)	۵۲.۹۴ (۱۰.۹۹)	۰.۵۰۰
d_21	۵۶.۸۷ (۱۲.۶۴)	۶۷.۴۴ (۱۴.۳۴)	۷۱.۲۷ (۱۳.۵۴)	۰.۰۰۰
d_22	۶۴.۳۷ (۱۵.۹۰)	۶۹.۰۴ (۱۴.۹۶)	۷۰.۸۹ (۱۴.۷۶)	۰.۰۵۴
d_24	۵۸.۷۵ (۱۲.۰۸)	۶۳.۳۷ (۱۴.۴۱)	۶۷.۲۲ (۱۴.۷۹)	۰.۰۰۲



نمودار شماره ۸: سطح نمرات فاکتورها و نمره کل (میانگین وزن داده شده ۴ فاکتور) با تشخیص نهایی مزاج خشک و معتدل و تر

معده بر حسب مزاج نهایی تعیین شده توسط گروه متخصصین

۳-۵-۲-۴ یافته‌های روایی سازه پرسشنامه خود اظهاری

متخصصان درباره مزاج معده ۴ نفر از بین ۲۱۶ نفری که تعیین مزاج معده شدند، به توافق نرسیدند. بنابراین برای روایی سازه پرسشنامه خود اظهاری ۲۱۲ نفر مورد بررسی قرار گرفت. درباره ۲۰۹ نفر از این ۲۱۲ نفر، توافق بین متخصصان در تشخیص مزاج از نظر سردی- گرمی وجود داشت. از این ۲۰۹ نفر ۲۳.۵ درصد معده سرد و تر داشتند که بیشترین شیوع را در این جمعیت داشت. کمترین شیوع مربوط به افرادی بود که مزاج گرم و تر معده داشتند که ۱.۴ درصد کل افراد مشارکت‌کننده را تشکیل می‌دادند.

جدول شماره ۲۴: فراوانی مزاج‌های مختلف در مشارکت‌کنندگان پرسشنامه خود اظهاری

مزاج نهایی معده			مزاج معده نهایی سردی/ گرمی				جمع
			سرد	معتدل	گرم	عدم توافق در تعیین گرمی/ سردی مزاج معده	
مزاج معده نهایی تری/ خشکی	خشک	تعداد	۶	۵	۹	۰	۲۰
		درصد از کل	۲.۹٪	۲.۴٪	۴.۳٪	۰.۰٪	۹.۶٪
	معتدل	تعداد	۲۹	۴۵	۲۸	۰	۱۰۲
		درصد از کل	۱۳.۹٪	۲۱.۵٪	۱۳.۴٪	۰.۰٪	۴۸.۸٪
	تر	تعداد	۵۰	۳۳	۳	۱	۸۷
		درصد از کل	۲۳.۹٪	۱۵.۸٪	۱.۴٪	۰.۵٪	۴۱.۶٪
	جمع	تعداد	۸۵	۸۳	۴۰	۱	۲۰۹
		درصد از کل	۴۰.۷٪	۳۹.۷٪	۱۹.۱٪	۰.۵٪	۱۰۰.۰٪

برای انجام روایی به روش گروه‌های شناخته شده با استفاده از روش آنالیز واریانس، نتیجه ۵۷ گویه‌ی خود اظهاری با تشخیص نهایی متخصصان مقایسه شد. نتایج نشان داد که برای ۷ گویه این روایی وجود دارد.

در مرحله بعد روائی ساختار با روش فاکتور آنالیز انجام شد. تحلیل مولفه‌های اصلی^۱ با استفاده از روش‌های چرخش متعامد واریمکس، پرومکس و ابلیمین^۲ بر روی ۷ گویه باقی مانده انجام شد. شاخص کایزر مایر آلکین^۳ (KMO) با شاخص ۰.۶۷ مشخص‌کننده این بود که نمونه برای انجام تحلیل عاملی کفایت لازم را دارد. آزمون بارتلت^۴ به صورت معنی دار ($\chi^2(28) = 367.56; p < 0.001$) قابل ملاحظه بود. در نتیجه بیان‌کننده این بود که

1. Principal Components Analysis (PCA).

2. Varimax, Promax, and Oblimin rotation methods.

3. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) value.

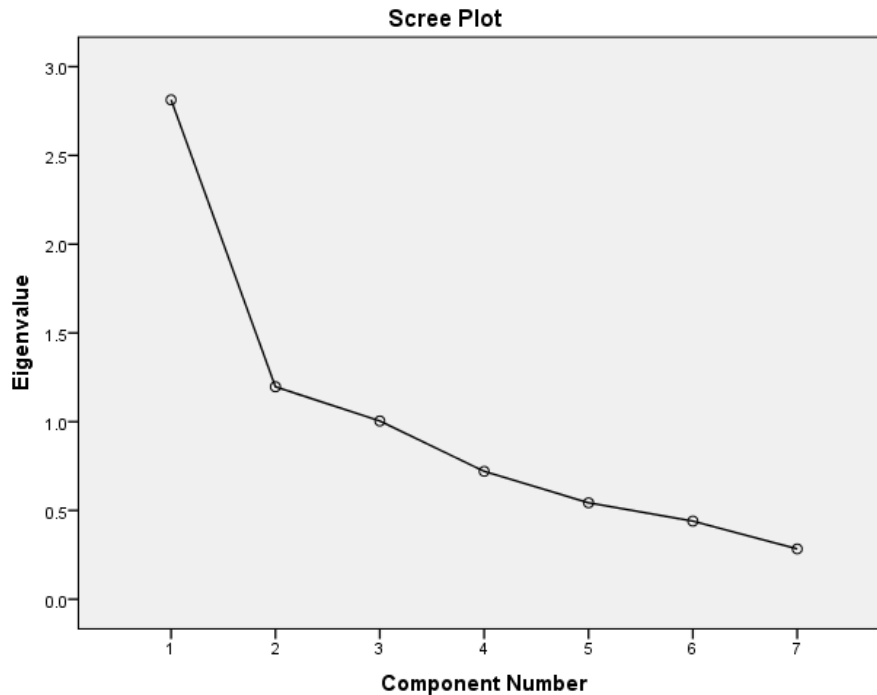
4. Bartlett's test of sphericity.

ماتریکس همبستگی^۱ به صورت معنی دار با ماتریکس همانی یا واحد^۲ متفاوت است و بنابراین قابلیت تحلیل عاملی را دارد. در این مرحله ۳ فاکتور به دست آمد که بر اساس نظر تیم تحقیق، نام گذاری شدند. فاکتور اول که ترش کردن نامیده شد؛ شامل آیتمهای ۱۸-۳۲-۳۴ بود. فاکتور دوم (وضع آب دهان) شامل آیتمهای ۴۶-۴۵، فاکتور سوم (وضع ریاخ) شامل آیتمهای ۵۰-۱۲ بود. قانون کایزر^۳ و منحنی اسکری پلات^۴ (نمودار) نشان داد که این ۳ فاکتور توانستند در مجموع ۷۰.۷ درصد از واریانس را تبیین نمایند. ضرایب رگرسیون استاندارد^۵ و اجزای آن در جدول شماره ۲۵ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲۵: الگوی فاکتورهای چرخشی نهایی، روش چرخش ابلیمین پرسشنامه خود اظهاری برای ۲۱۲ نفر

فاکتور	شماره گویه	گویه	جزء		
			۱	۲	۳
۱	۳۴	اگر غذای چرب بخورم، ترش می‌کنم.	۰.۸۷۲	۰.۱۸	۰.۲۰۹
	۳۲	بعد از خوردن خوراکی‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ...) ترش می‌کنم.	۰.۸۳۰	۰.۱۵۴	۰.۱۷۴
	۱۸	بعد از غذا خوردن احساس می‌کنم اسید معده تا گلویم بالا می‌آید.	۰.۷۷۷	۰.۱۶۹	۰.۰۵۲
۲	۴۵	دهانم پر از آب است.	۰.۰۲۲	۰.۹۰۶	-۰.۰۰۶
	۴۶	بعد از خوردن خوراکی‌های سرد و آبکی (مانند ماست یا خیار یا ...) آب دهانم زیاد می‌شود.	۰.۲۸۰	۰.۷۵۶	۰.۱۹۶
۳	۱۲	روزانه از شکم باد زیادی دفع می‌کنم، به طوری که نمی‌توانم مدت زیادی با وضو باشم.	۰.۱۴۹	-۰.۰۱۲	۰.۸۱۶
	۵۰	صورت‌م ورم (پف) دارد.	۰.۱۴۰	۰.۱۶۹	۰.۷۶۵

1. Correlation matrix.
2. Identity matrix.
3. Kaiser's rule.
4. Scree plot.
5. Standardised regression coefficients.



نمودار شماره ۹: منحنی اسکری پلات پرسشنامه خوداظهاری تر و خشک معده

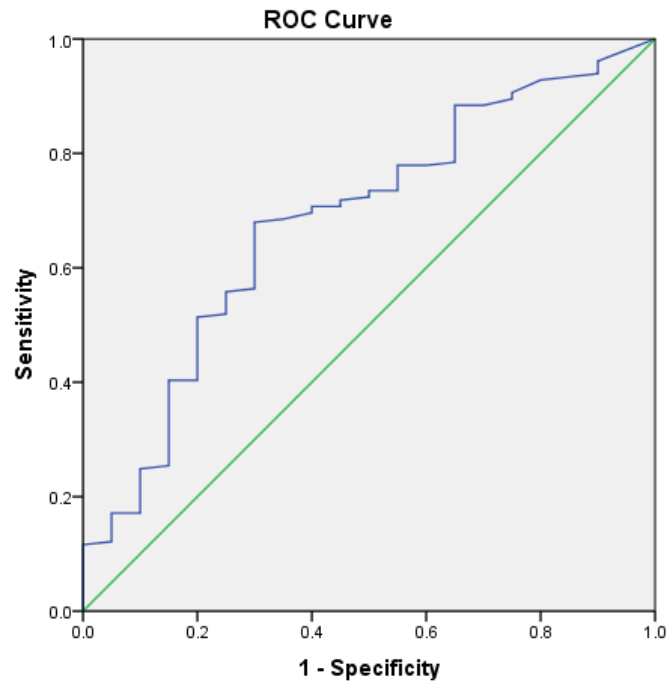
وزن فاکتور ۲ بر اساس رگرسیون خطی انجام شده مساوی ۱ در نظر گرفته شد. ضرایب فاکتور ۱ و ۳ به ترتیب مساوی ۹.۳ و ۳.۴ در نظر گرفته شدند. نتایج رگرسیون در جدول ۲۵ درج شده است.

جدول شماره ۲۶: نتایج رگرسیون انجام شده برای وزن دهی به فاکتورهای خود اظهاری

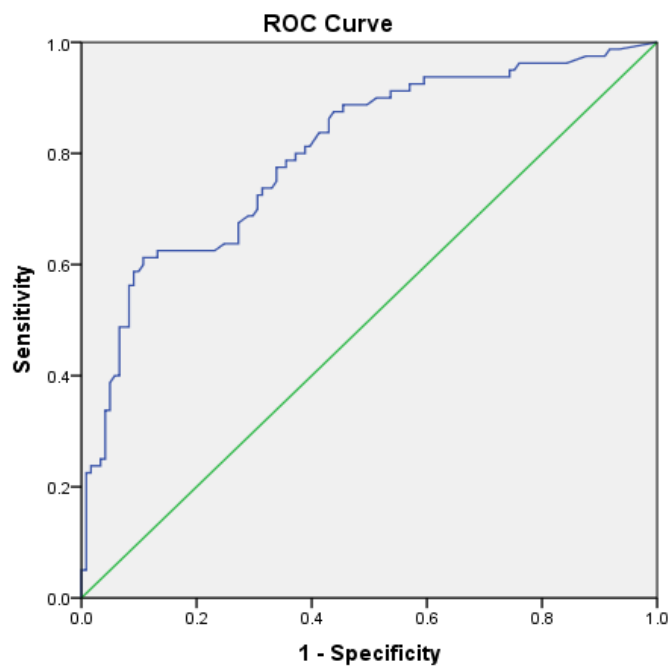
فاکتورها	ضرایب رگرسیون	خطای استاندارد	درجه اطمینان
۱	۱.۱۶	۰.۲۲	<۰.۰۰۱
۲	۰.۲۵	۰.۲	۰.۰۲
۳	۰.۴۲	۰.۱۹	۰.۰۳

جدول شماره ۲۷: تعیین نقطه برش تری و خشکی با محاسبه میانگین ۳ فاکتور وزن داده شده در خوداظهاری

شاخص	نحوه محاسبه نمرات	نقطه برش	حساسیت	ویژگی	مجموع حساسیت و ویژگی	سطح زیر منحنی	حداقل سطح زیر منحنی	حداکثر سطح زیر منحنی	درجه اطمینان
تری معده	میانگین ۳ فاکتور وزن داده شده	۴۶۳.۷۵	%۸۰	%۶۳	۱.۴۳	۰.۸	۰.۷۴	۰.۸۶	<۰.۰۰۱
خشکی معده	میانگین ۳ فاکتور وزن داده شده	۴۴۳.۲۳	%۶۸	%۷۰	۱.۳۸	۰.۶۸	۰.۵۶	۰.۸	۰.۰۰۸



نمودار شماره ۱۰: منحنی راک برای مزاج خشک معده در پرسشنامه خود اظهاری



نمودار شماره ۱۱: منحنی راک برای مزاج تر معده در پرسشنامه خود اظهاری

جدول شماره ۲۸: نتایج روایی همگرا و واگرای پرسشنامه خوداظهاری

پرسشنامه خوداظهاری	تعداد گویه‌ها	سطح گویه			سطح ابزار	
		روایی همگرا	درصد موفقیت	روایی واگرا	اثر کف	اثر سقف
		میزان همبستگی		(%)	(%)	(%)
فاکتور ۱	۳	۰.۷۹-۰.۸۹	۱۰۰	۱۰۰	۳۷.۹	۲
فاکتور ۲	۲	۰.۸۵-۰.۸۶	۱۰۰	۱۰۰	۲۵.۶	۱
فاکتور ۳	۲	۰.۷۷-۰.۸۵	۱۰۰	۱۰۰	۲۳.۶	۶

۴-۲-۵-۴ روایی به روش گروه‌های شناخته شده برای پرسشنامه خود اظهاری

بعد از انجام تحلیل عاملی، دوباره روایی به روش گروه‌های شناخته شده برای پرسشنامه خوداظهاری انجام شد تا مشخص شود آیا پرسشنامه قادر به تفکیک گروه‌های تر و خشک و معتدل از یکدیگر هست یا نه. نتایج آنوا نشان داد که این پرسشنامه قادر هست این تفکیک را انجام دهد.

جدول شماره ۲۹: نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای فاکتورهای خود اظهاری

آیتم	مزاج بر اساس نظر متخصصان			P value
	خشک	معتدل	تر	
میانگین فاکتور ۱	۵۷.۰۸ (۸۰.۱)	۵۸.۳۳ (۷.۷۶)	۶۸.۰۵ (۱۰.۳۲)	۰.۰۰۰
میانگین فاکتور ۲	۶۲.۱۹ (۹.۸۲)	۶۴.۸۳ (۱۰.۱۰)	۶۸.۹۸ (۱۰.۸۷)	۰.۰۰۶
میانگین فاکتور ۳	۶۴.۶۹ (۹.۸۲)	۶۶.۲۷ (۹.۸۸)	۷۴.۰۸ (۱۱.۸۹)	۰.۰۰۰
میانگین ۳ فاکتور وزن داده شده	۴۳۴.۷۴ (۵۱.۹۳)	۴۴۵.۶۶ (۴۸.۸۹)	۵۰۷.۱۷ (۵۷.۰۲)	۰.۰۰۰

بعد از انجام روایی سازه و تحلیل عاملی این پرسشنامه با ۷ گویه توسط تعدادی از همکاران به طور آزمایشی استفاده شد. نتیجه نشان داد که این ابزار فقط شامل گویه‌هایی است که از نظر تئوریک شاخص برای تعیین تری مزاج معده هستند و بنابر این نمی‌توانند مبتلایان به خشکی مزاج معده را نیز از بقیه افتراق بدهند. به همین علت گروه تحقیق تصمیم گرفتند که دو اقدام انجام دهند. اولاً نمونه مورد مطالعه را محدود به بیمارانی که استاندارد طلایی آنها پررنگ تر بود و اصطلاحاً با عنوان تیپیک تیپیک مشخص شده بوده و متخصصین در تعیین مزاج آنها کاملاً توافق داشتند محدود کنیم. ثانیاً آیتم‌هایی (سوالات) که کل طیف مورد بررسی (از تری، معتدل و خشکی) را شامل می‌شوند از آیتم‌هایی (سوالات) که فقط یک سر طیف را از معتدل (تری یا خشکی را از معتدل) تفکیک می‌کنند به طور جداگانه مورد بررسی قرار دهیم.

۵-۵-۲-۴ روایی سازه مجدد خوداظهاری

ابتدا محدوده نمرات هر آیتم را مشخص کردیم. مشخص شد که سوالات با محدوده نمرات ۰-۱۰۰ عبارتند از: ۴-۵-۶-۵۲-۵۳-۵۴-۵۵-۵۶-۵۷. سوالات با محدوده نمرات ۰-۵۰ (خشک و معتدل) عبارتند از ۱۹ گویه: ۸-۹-۱۶-۲۴-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸-۲۹-۳۰-۳۵-۳۶-۳۷-۳۸-۳۹-۴۰-۴۱-۴۲-۴۳. سوالات با محدوده نمرات ۵۰-۱۰۰ (معتدل و تر) عبارتند از ۲۵ گویه: ۷-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۷-۱۸-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴-۴۴-۴۵-۴۶-۴۷-۴۸-۴۹-۵۰-۵۱.

برای بررسی روایی با گروه‌های شناخته شده برای سوالات دسته اول که دو سر طیف تری و خشکی را نشان می‌دادند، از آزمون آنوا استفاده کردیم. دو شرط لازم داشت تا روایی مورد قبول باشد. اولاً مقدار پی از ۰.۰۵ کمتر بوده و ثانیاً روند اندازه‌ها منطقی باشد. یعنی میانگین نمره آیتم برای افراد تیپیک خشک از معتدل کمتر و نمره افراد معتدل از تر کمتر بوده و مقدار پی کمتر از ۰.۱ باشد.

جدول شماره ۳۰: نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای گویه‌های خوداظهاری با محدوده نمرات ۰ تا ۱۰۰

آیتم	مزاج بر اساس نظر متخصصان			P value
	خشک	معتدل	تر	
d4	۲۵ (۱۶.۹۲)	۳۲.۹۶ (۱۱.۵۳)	۲۵.۵۲ (۱۵.۲۵)	۰.۰۰۹
d5	۲۸.۸۴ (۱۷.۹۶)	۳۶.۵۱ (۱۱.۲۹)	۲۹.۱۷ (۱۲.۹۸)	۰.۰۰۷
d6	۲۱.۱۵ (۹.۳۹)	۳۵.۷۷ (۱۳.۶۰)	۳۳.۸۵ (۱۴.۸۰)	۰.۰۰۳
d52	۴۸.۰۸ (۱۶.۰۱)	۴۷.۶۹ (۱۱.۴۶)	۴۵.۸۳ (۱۵.۷۵)	۰.۷۴۴
d53	۴۶.۱۵ (۱۳.۸۷)	۴۸.۴۶ (۷.۵۰)	۵۰ (۱۲.۶۳)	۰.۴۶۶
d54	۴۶.۱۵ (۲۲.۴۷)	۴۹.۶۱ (۲۳.۵۹)	۵۲.۶۶ (۲۶.۷۰)	۰.۶۵۷
d55	۵۷.۶۹ (۱۵.۷۶)	۵۲.۳۱ (۱۲.۲۸)	۶۶.۶۷ (۱۸.۸۳)	۰.۰۰۰
d56	۴۰.۳۸ (۱۹.۲۰)	۴۸.۰۸ (۱۲.۷۴)	۴۸.۴۴ (۲۱.۵۱)	۰.۳۰۱
d57	۶۳.۴۶ (۲۶.۲۵)	۶۶.۰۲ (۱۸.۰۲)	۷۰.۳۱ (۲۳.۹۹)	۰.۴۵۲

برای بررسی روایی گروه‌های شناخته شده سوالات دسته دوم (محدوده ۰-۵۰)، از آزمون تی استفاده کردیم. دو شرط برای روا بودن لازم داشت. اولاً مقدار پی از ۰.۱ کمتر و ثانیاً میانگین نمره خشک از معتدل کمتر باشد. در ادامه مشاهده می‌کنید که ۱۳ گویه شامل سوالات ۹-۱۶-۲۴-۲۵-۲۷-۲۸-۳۰-۳۵-۳۸-۴۰-۴۱-۴۲-۴۳ این مرحله از روایی را گذرانده‌اند.

جدول شماره ۳۱: نتایج روایی گروه‌های شناخته شده برای گویه‌های خشکی خوداظهاری به روش آزمون تی

آیتم	مزاج بر اساس نظر متخصصان		P value
	خشک	معتدل	
d8	۳۹.۴۲ (۸.۶۱)	۳۳.۱۴ (۱۳.۲۵)	۰.۱۰۶
d9	۳۰.۷۶ (۱۵.۸۲)	۴۰.۵۳ (۹.۳۲)	۰.۰۰۳
d16	۳۳.۶۵ (۱۶.۴۴)	۴۱.۱۰ (۱۱.۷۶)	۰.۰۵۵
d24	۲۱.۸۷ (۱۳.۱۹)	۲۹.۶۹ (۱۰.۵۶)	۰.۰۲۷
d25	۲۰.۱۹ (۱۲.۰۱)	۳۲.۵۸ (۱۲.۷۶)	۰.۰۰۲
d26	۴۰.۳۸ (۱۱.۵۸)	۴۳.۱۸ (۱۱.۶۴)	۰.۴۳۰
d27	۲۸.۸۵ (۱۳.۸۶)	۳۷.۳۱ (۱۱.۲۸)	۰.۰۲۰
d28	۲۷.۸۸ (۱۶.۲۶)	۳۷.۵۰ (۱۲.۴۰)	۰.۰۱۸
d29	۲۳.۰۸ (۱۰.۰۱)	۲۸.۲۷ (۱۴.۷۰)	۰.۲۲۸
d30	۱۸.۲۷ (۱۰.۹۶)	۳۲.۲۰ (۱۳.۵۳)	۰.۰۰۱
d35	۳۵.۴۲ (۱۱.۷۲)	۴۰.۹۱ (۸.۹۲)	۰.۰۶۶
d36	۳۳.۳۳ (۱۲.۳۱)	۳۴.۴۷ (۱۲.۶۱)	۰.۷۷۴
d37	۳۲.۶۹ (۱۴.۹۱)	۳۷.۸۸ (۱۱.۶۹)	۰.۱۶۷
d38	۲۵.۰۰ (۱۵.۳۱)	۳۲.۳۱ (۱۳.۶۱)	۰.۰۸۷
d39	۱۴.۴۲ (۱۰.۰۱)	۱۷.۱۱ (۱۳.۱۸)	۰.۴۸۹
d40	۲۵.۹۶ (۱۰.۷۸)	۳۴.۰۹ (۱۲.۱۲)	۰.۰۲۷
d41	۱۷.۳۱ (۱۲.۰۱)	۳۲.۸۸ (۱۴.۰۷)	۰.۰۰۰
d42	۲۵.۹۶ (۱۲.۹۷)	۳۶.۹۳ (۱۱.۶۹)	۰.۰۰۳
d43	۳۱.۷۳ (۱۴.۹۸)	۳۸.۶۵ (۱۲.۰۵)	۰.۰۷۳

برای بررسی روایی گروه‌های شناخته شده سوالات دسته سوم (محدوده نمرات ۵۰-۱۰۰) که تری معده را از اعتدال افتراق می‌دادند نیز از آزمون تی استفاده کردیم. دو شرط لازم برای روا بودن این بود که اولاً مقدار پی از ۰.۰۵ کمتر و ثانیاً میانگین نمرات تر از معتدل بیشتر باشد.

در ادامه مشاهده می‌کنید که ۱۷ گویه سوالات ۱۰-۱۱-۱۲-۱۴-۱۵-۱۷-۱۸-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴-۴۴-۴۶-۴۷-۵۰-۵۱ این مرحله از روایی را گذرانده‌اند.

جدول شماره ۳۲: نتایج روایی گروه‌های شناخته شده برای گویه‌های تری خوداظهاری به روش آزمون تی

آیتم	مزاج بر اساس نظر متخصصان		P value
	معتدل	تر	
d7	۷۳.۸۶ (۱۴.۱۶)	۷۸.۱۲ (۱۴.۷۰)	۰.۱۲۱
d10	۶۵.۵۸ (۱۳.۲۶)	۸۰.۰۵ (۱۲.۹۴)	۰.۰۰۰
d11	۶۵.۵۸ (۱۳.۴۵)	۷۸.۷۲ (۱۴.۰۱)	۰.۰۰۰
d12	۶۹.۴۲ (۱۴.۳۲)	۸۲.۰۳ (۱۴.۱۰)	۰.۰۰۰

آیتم	مزاج بر اساس نظر متخصصان		P value
	معتدل	تر	
d13	۵۵.۱۱ (۹.۰۳)	۵۸.۰۷ (۱۱.۶۷)	۰.۱۳۰
d14	۵۴.۵۴ (۸.۳۹)	۶۰.۰۵ (۱۳.۸۵)	۰.۰۱۰
d15	۵۲.۶۹ (۶.۰۵)	۵۷.۰۳ (۹.۶۱)	۰.۰۰۴
d17	۵۵.۹۶ (۸.۳۰)	۶۹.۰۱ (۱۱.۸۱)	۰.۰۰۰
d18	۵۶.۰۶ (۷.۰۲)	۶۷.۹۷ (۱۱.۵۰)	۰.۰۰۰
d20	۶۵.۰۴ (۱۴.۸۰)	۶۱.۱۷ (۱۲.۸۳)	۰.۱۵۳
d21	۷۶.۵۴ (۱۲.۹۸)	۷۲.۸۷ (۱۳.۱۱)	۰.۱۴۵
d22	۶۲.۱۲ (۱۰.۵۱)	۶۱.۲۰ (۱۱.۰۱)	۰.۶۵۱
d23	۵۵.۳۰ (۷.۹۲)	۵۶.۵۱ (۸.۱۵)	۰.۴۲۹
d31	۵۳.۴۱ (۶.۰۲)	۵۶.۵۱ (۸.۹۳)	۰.۰۲۹
d32	۵۵.۶۸ (۷.۶۵)	۶۶.۹۳ (۱۳.۰۲)	۰.۰۰۰
d33	۵۶.۶۳ (۸.۲۷)	۶۶.۸۵ (۱۳.۷۵)	۰.۰۰۰
d34	۵۸.۱۴ (۱۰.۴۰)	۷۲.۰۷ (۱۲.۵۶)	۰.۰۰۰
d44	۶۰.۰۰ (۱۱.۷۳)	۶۶.۴۱ (۱۶.۹۴)	۰.۰۱۹
d45	۶۳.۲۶ (۱۲.۷۶)	۶۷.۴۰ (۱۴.۵۵)	۰.۱۱۴
d46	۶۶.۱۰ (۱۱.۹۶)	۷۱.۶۷ (۱۳.۴۳)	۰.۰۲۴
d47	۶۶.۸۶ (۱۴.۲۳)	۷۳.۹۱ (۱۴.۸۷)	۰.۰۱۴
d48	۷۷.۲۷ (۱۳.۱۴)	۷۷.۸۶ (۱۳.۷۰)	۰.۸۱۶
d49	۵۹.۳۲ (۱۱.۴۴)	۶۶.۳۰ (۱۵.۳۴)	۰.۰۰۸
d50	۵۹.۸۵ (۱۰.۱۷)	۶۷.۰۲ (۱۳.۱۴)	۰.۰۰۱
d51	۶۰.۳۸ (۱۱.۱۷)	۶۹.۵۳ (۱۵.۰۱)	۰.۰۰۰

در ادامه با آنالیز PCA روائی ساختار مورد بررسی قرار گرفت. برای آیتم‌های متمایزکننده خشکی از اعتدال ۳ فاکتور (۱۲ گویه) مشخص شد:

فاکتور اول: آیتمهای ۴۰-۴۱-۴۲-۴۳ که توسط گروه تحقیق "حساسیت بیش از حد بافت معده" نام گرفت.

فاکتور دوم: آیتمهای ۲۴-۲۵-۲۷-۲۸-۳۰ که "وضع مدفوع (یبوست)" نامیده شد.

فاکتور سوم: آیتمهای ۹-۱۶-۳۵ که "وضع رطوبت دهان و زبان" نام گرفت.

جدول شماره ۳۳: الگوی فاکتورهای چرخشی نهایی، روش چرخش ابلیمین در پرسشنامه خوداظهاری مزاج خشک معده

نام فاکتور	شماره گویه		جزء		
			۱	۲	۳
حساسیت بیش از حد بافت معده	۹	قبل از خوردن غذا هم شکم نفخ دارد.			۰.۶۴۵
	۱۶	موقع گرسنگی، سوزش معده‌ام شروع می‌شود.			۰.۷۲۱
	۳۵	وقتی آب می‌خورم، صدای حرکت آب در شکم را می‌شنوم			۰.۶۵۵
وضع مدفوع (یبوست)	۲۴	مدفوعم خشک و سفت است.		۰.۸۷۰	
	۲۵	به خاطر خشکی، مدفوعم به سختی خارج می‌شود.		۰.۸۸۷	
	۲۷	مدفوعم مانند پشگل گوسفند، تکه تکه است.		۰.۸۴۴	
	۲۸	بعد اجابت مزاج احساس دفع ناکامل دارم.		۰.۵۶۶	
	۳۰	بعد از خوردن غذاهای خشک مانند جوجه کباب و غذاهای سرخ کرده، یبوست و خشکی مدفوع پیدا می‌کنم.		۰.۶۸۸	
وضع تشنگی	۳۸	زیاد تشنه می‌شوم اما تشنگی‌ام با خوردن مقدار کمی آب رفع می‌شود			
وضع رطوبت دهان و زبان	۴۰	احساس می‌کنم دهانم خشک است.	۰.۸۷۸		
	۴۱	لبهایم خشک است	۰.۷۶۸		
	۴۲	زبانم خشک است.	۰.۹۲۰		
	۴۳	احساس می‌کنم خشکی دهانم نسبت به گذشته بیشتر شده است.	۰.۸۰۹		

برای آیتم‌های متمایزکننده تری از اعتدال نیز ۴ فاکتور (۱۴ آیتم) مشخص شد:

فاکتور اول: آیتم‌های ۱۰-۱۱-۱۲ که گروه تحقیق آن را "وضع ریاح" نام نهاد

فاکتور دوم: آیتم‌های ۱۴-۱۵-۳۱-۳۳ که "وضع تهوع" نامیده شد.

فاکتور سوم: آیتم‌های ۱۷-۱۸-۳۴-۴۷ که نام آن "ترش کردن" گذاشته شد.

فاکتور چهارم: آیتم‌های ۴۹-۵۰-۵۱ که نام آن "ورم" در نظر گرفته شد.

جدول شماره ۳۴: الگوی فاکتورهای چرخشی نهایی، روش چرخش ابلیمین در پرسشنامه خوداظهاری مزاج تر معده

نام فاکتور	شماره گویه	گویه	جزء			
			۱	۲	۳	۴
وضع ریاح	۱۰	بعد از خوردن غذای چرب و سنگین (مانند ماکارونی یا کله‌پاچه یا ...) شکم نفخ می‌کند.	۰.۸۳۷			
	۱۱	بعد از خوردن غذاهای سرد و تر (مانند دوغ، ماست و ...) شکم نفخ می‌کند	۰.۷۹۱			
	۱۲	روزانه از شکم باد زیادی دفع می‌کنم، به طوری که نمی‌توانم مدت زیادی با وضو باشم.	۰.۶۰۵			
وضع تهوع	۱۴	قبل از خوردن صبحانه حالت تهوع دارم		۰.۵۶۵		
	۱۵	بعد از خوردن غذا (به مقدار عادت)، احساس می‌کنم اگر حرکت کنم، بالا می‌آورم		۰.۷۴۱		
	۳۱	بعد از خوردن خوراک‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ یا ...) حالت تهوع پیدا می‌کنم.		۰.۷۱۴		

نام فاکتور	شماره گویه	گویه	جزء			
			۱	۲	۳	۴
	۳۳	بعد از خوردن خوراکی‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ یا...) دل درد می‌گیرم		۰.۶۲۱		
ترش کردن	۱۷	بعد از غذا خوردن ترش می‌کنم			۰.۸۳۳	
	۱۸	بعد از غذا خوردن احساس می‌کنم اسید معده تا گلویم بالا می‌آید.			۰.۸۷۰	
	۳۴	اگر غذای چرب بخورم، ترش می‌کنم.			۰.۶۰۰	
	۴۷	روی زبانم را بار سفیدی پوشانده‌است.			۰.۵۵۹	
حذف	۳۲	بعد از خوردن خوراکی‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ...) ترش می‌کنم				
حذف	۴۴	شبه آب دهانم روی بالش می‌ریزد.				
	۴۶	بعد از خوردن خوراکی‌های سرد و آبکی (مانند ماست یا خیار یا...) آب دهانم زیاد می‌شود				
ورم (چشم، صورت و زبان)	۴۹	جای دندانهایم روی کناره‌های زبانم دیده می‌شود				۰.۵۷۷
	۵۰	صورت‌م ورم (یف) دارد.				۰.۸۶۸
	۵۱	زیر چشم‌هایم یف می‌کند				۰.۸۴۶

۱-۵-۵-۲-۴ تعیین نقطه برش خوداظهاری مزاج تر و خشک معده

تعیین نقطه برش به دو روش انجام شد: بر اساس آیت‌ها و بر اساس فاکتورها. برای تعیین نقطه برش بر اساس آیت‌ها (۱۲ آیت برای مزاج خشک و ۱۴ آیت برای مزاج تر) ابتدا میانگین آیت‌های مزاج خشک (۱۲ سوال) معده برای هر فرد جداگانه محاسبه شد. سپس میانگین نمرات آیت‌های مزاج تر (۱۴ سوال) معده برای هر فرد جداگانه محاسبه شد.

برای تعیین نقطه برش بر اساس فاکتورها (۳ فاکتور سوالات خشکی و ۴ فاکتور سوالات تری) نیز ابتدا میانگین فاکتورهای سوالات خشکی (۳ فاکتور) معده برای هر فرد جداگانه محاسبه شد. سپس میانگین فاکتورهای سوالات تری (۴ فاکتور) معده برای هر فرد جداگانه محاسبه شد.

به این ترتیب هر فرد یک میانگین برای سوالات خشکی دارد و یک میانگین برای سوالات تری. مهم برای ما این است که کدامیک اختلافش از عدد ۵۰ بیشتر است. اگر اختلاف "میانگین سوالات تری از ۵۰" بیشتر از "میانگین سوالات خشکی از ۵۰" باشد به نفع تر بودن فرد و برعکس اگر اختلاف "میانگین سوالات تری از ۵۰" کمتر از "میانگین سوالات خشکی از ۵۰" باشد به نفع خشک بودن فرد خواهد بود.

$$۱۰۰ - (\text{میانگین نمره تری} + \text{میانگین نمره خشکی}) = (\text{میانگین نمره خشکی} - ۵۰) - (\text{میانگین نمره تری} - ۵۰)$$

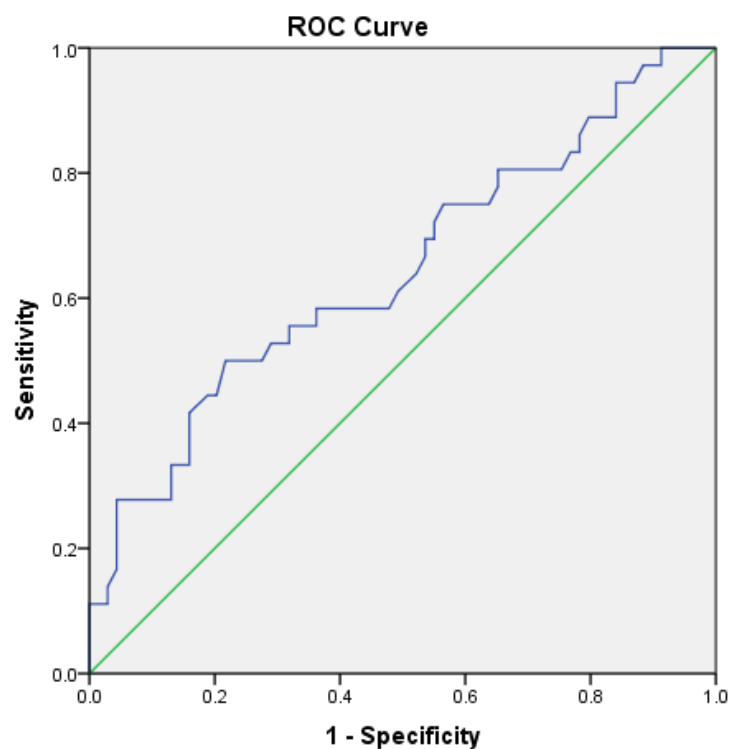
به عبارت دیگر کافی است میانگین نمره تری و خشکی هر فرد را با هم جمع کنیم و ۱۰۰ واحد از این حاصل جمع کم کنیم. این عدد هر چقدر مثبت تر باشد به نفع تر بودن فرد و هرچقدر منفی تر باشد به نفع خشک بودن فرد خواهد بود.

۲-۵-۵-۴ تعیین نقاط برش، سطح زیر منحنی و حساسیت و ویژگی

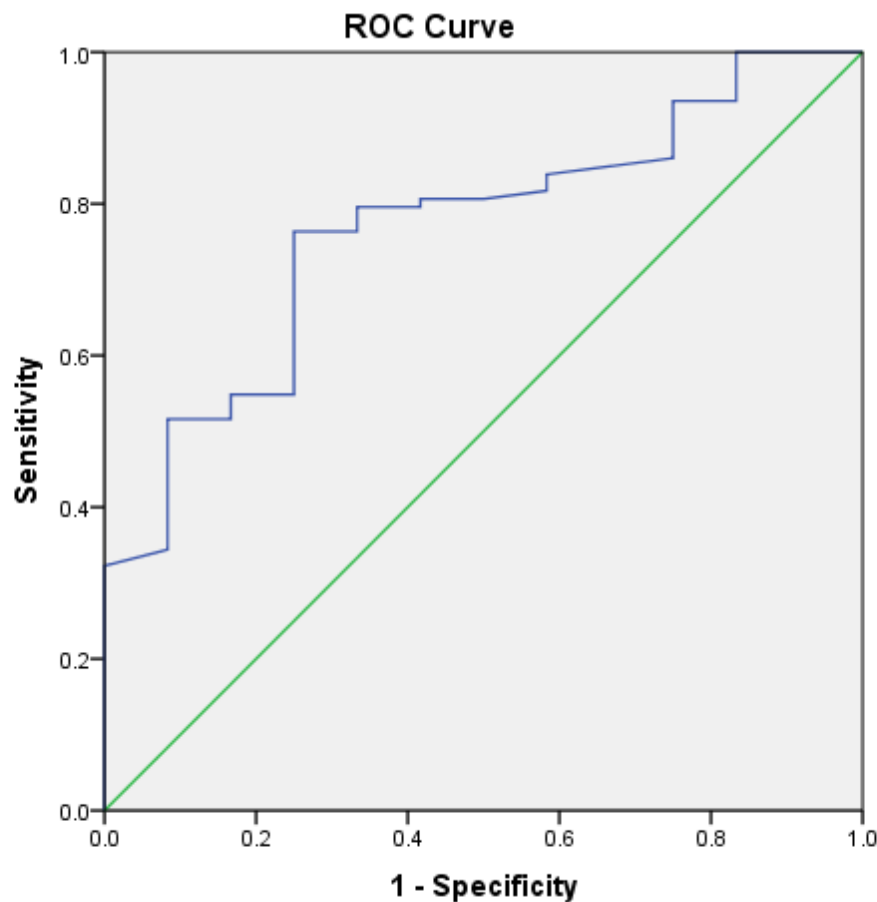
الف) تعیین نقطه برش بر اساس آیتها

جدول شماره ۳۵: تعیین نقطه برش تری و خشکی با محاسبه میانگین آیتها در خوداظهاری

Id	score	نقطه برش	حساسیت	ویژگی	مجموع حساسیت و ویژگی	سطح زیر منحنی	کمترین سطح زیر منحنی	بیشترین سطح زیر منحنی	P value
تر	میانگین آیتها	- ۲.۳۱	% ۶۵.۵	% ۶۳.۸	۱.۲۰	۰.۶۵	۰.۵۳	۰.۷۶	<۰.۰۰۱
خشک	میانگین آیتها	- ۰.۳۲۶	% ۷۶.۳	% ۷۵	۱.۵۳	۰.۷۷	۰.۶۴	۰.۸۹	۰.۰۰۸



نمودار شماره ۱۲: منحنی راک برای مزاج تر معده در پرسشنامه خود اظهاری با ۱۴ گویه



Diagonal segments are produced by ties.

نمودار شماره ۱۳: منحنی راک برای مزاج خشک معده در پرسشنامه خود اظهاری با ۱۲ گویه

برای تفسیر نهائی، میانگین آیت‌های تری (۱۴ آیت) را محاسبه می‌کنیم. میانگین آیت‌های خشکی (۱۲ آیت) را محاسبه می‌کنیم. این دو را با هم جمع نموده و سپس ۱۰۰ واحد از حاصل جمع کم می‌کنیم. اگر حاصل از ۲.۳۱ - بیشتر شد، فرد تر محسوب می‌شود. اگر حاصل بین ۲.۳۱ - تا ۶.۳۲ - بود فرد معتدل محسوب می‌شود. اگر حاصل کمتر از ۶.۳۲ - باشد، فرد خشک محسوب می‌شود.

در ادامه ما وضعیت توافق نتایج حاصل از محاسبه نمرات پرسشنامه خود اظهاری بر اساس میانگین آیت‌ها را با نظر متخصصین مقایسه کردیم. (جدول شماره ۳۷)

جدول شماره ۳۶: میزان توافق بین تشخیص متخصصان و پرسشنامه خود اظهاری با محاسبه میانگین آیت‌ها

تعیین تری - خشکی مزاج معده			تشخیص متخصصان			مجموع
			خشک	معتدل	تر	
تشخیص پرسشنامه	خشک	تعداد (درصد از کل)	۹ (۸.۶٪)	۱۵ (۱۴.۳٪)	۷ (۶.۷٪)	۳۱ (۲۹.۵٪)
	معتدل	تعداد (درصد از کل)	۲ (۱.۹٪)	۱۸ (۱۷.۱٪)	۹ (۸.۶٪)	۲۹ (۲۷.۶٪)

تعیین تری - خشکی مزاج معده			تشخیص متخصصان			مجموع
			خشک	معتدل	تر	
	تر	تعداد (درصد از کل)	۱ (۱.۰٪)	۲۴ (۲۲.۹٪)	۲۰ (۱۹.۰٪)	۴۵ (۴۲.۹٪)
مجموع		تعداد (درصد از کل)	۱۲ (۱۱.۴٪)	۵۷ (۵۴.۳٪)	۳۶ (۳۴.۳٪)	۱۰۵ (۱۰۰.۰٪)

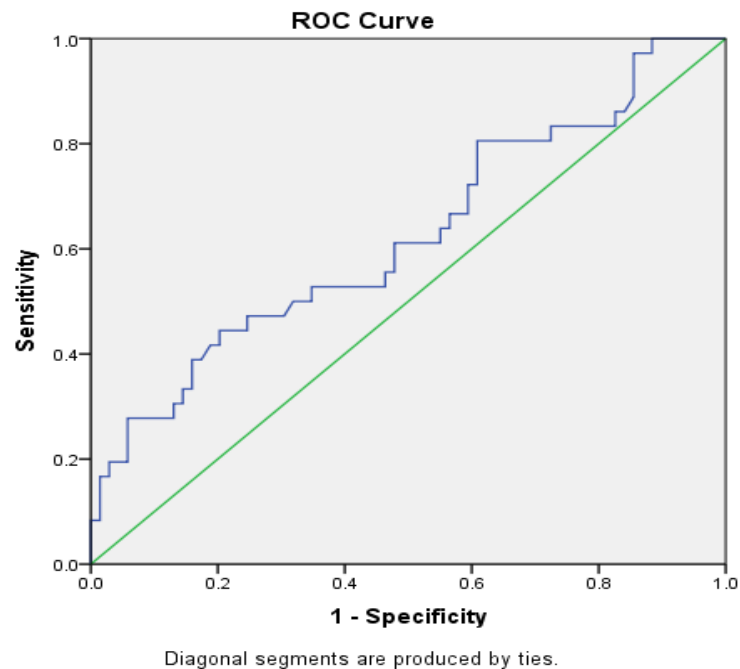
همانطور که در جدول شماره ۳۷ ملاحظه می‌شود، توافق کامل برابر با ۴۴.۷٪ و توافق نسبی برابر با ۴۷.۷٪ است.

ب) تعیین نقطه برش بر اساس فاکتورها

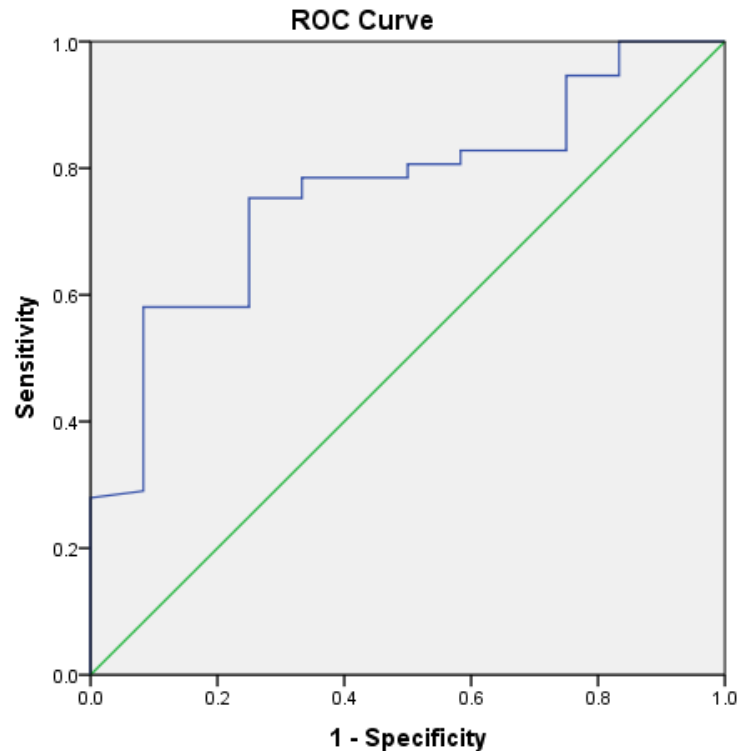
با محاسبه میانگین فاکتورها در خوداظهاری به نتایج مشخص شده در جدول شماره ۳۷ رسیدیم.

جدول شماره ۳۷: تعیین نقطه برش تری و خشکی با محاسبه میانگین فاکتورها در خوداظهاری

شاخص	نحوه نمره گزاری	نقطه برش	حساسیت (درصد)	ویژگی (درصد)	مجموع حساسیت و ویژگی	سطح زیر منحنی	کمترین سطح زیر منحنی	بیشترین سطح زیر منحنی	p value
تر	میانگین فاکتورها	۰	۴۴.۴	۷۹.۷	۱.۲۵	۰.۶۳	۰.۵۱	۰.۷۴	<۰.۰۰۱
خشک	میانگین فاکتورها	۵.۲۸ —	۷۵.۳	۷۵.۰	۱.۵۰	۰.۷۷	۰.۶۴	۰.۸۹	۰.۰۰۸



نمودار شماره ۱۴: منحنی راک برای مزاج ترمعه در خوداظهاری با ۱۴ گویه بر اساس فاکتورها



Diagonal segments are produced by ties.

نمودار شماره ۱۵: منحنی راک برای مزاج خشک معده در پرسشنامه خود اظهاری با ۱۲ گویه بر اساس فاکتورها برای تفسیر نهائی، میانگین فاکتورهای تری را محاسبه می‌کنیم. میانگین فاکتورهای خشکی را محاسبه می‌کنیم. این دو را با هم جمع نموده و سپس ۱۰۰ واحد از حاصل جمع کم می‌کنیم. اگر حاصل از عدد صفر بیشتر شد، فرد تر محسوب می‌شود. اگر حاصل بین عدد صفر تا ۵۰۲۸- بود، فرد معتدل محسوب می‌شود. اگر حاصل کمتر از ۵۰۲۸- باشد، فرد خشک محسوب می‌شود.

در ادامه ما وضعیت توافق نتیجه تشخیصی حاصل از محاسبه نمرات پرسشنامه خود اظهاری بر اساس میانگین فاکتورها را با نظر متخصصین مورد سنجش قرار دادیم (جدول شماره ۳۸).

جدول شماره ۳۸: میزان توافق بین تشخیص متخصصان و پرسشنامه خود اظهاری با محاسبه میانگین آیتم‌ها

تعیین تری - خشکی مزاج معده			تشخیص متخصصان			مجموع
			خشک	معتدل	تر	
تشخیص پرسشنامه	خشک	تعداد (درصد از کل)	۹ (%۸.۶)	۱۶ (%۱۵.۲)	۷ (%۶.۷)	۳۲ (%۳۰.۵)
	معتدل	تعداد (درصد از کل)	۲ (%۱.۹)	۲۷ (%۲۵.۷)	۱۳ (%۱۲.۴)	۴۲ (%۴۰.۰)
	تر	تعداد (درصد از کل)	۱ (%۱.۰)	۱۴ (%۱۳.۳)	۱۶ (%۱۵.۲)	۳۱ (%۲۹.۵)
مجموع		تعداد (درصد از کل)	۱۲ (%۱۱.۴)	۵۷ (%۵۴.۳)	۳۶ (%۳۴.۳)	۱۰۵ (%۱۰۰.۰)

همانطور که در جدول شماره ۳۸ ملاحظه می‌شود، توافق کامل برابر با ۴۹.۵٪ و توافق نسبی برابر با ۴۲.۸٪ است.

ابزار نهایی استخراج شده از این مطالعه شامل ۲۶ گویه خود اظهاری و ۱۱ گویه چک لیست است. این ابزار به همراه نحوه امتیازدهی و نقطه‌ی برش در پیوست آورده شده است.

فصل پنجم

بحث، نتیجه نهایی و پیشنهادات

۵-۱ یافته‌های مهم

سوء مزاج تر و خشک معده به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن عملکرد معده دچار اختلال شود و منجر به بروز یکسری علائم گوارشی و موضعی در معده و همچنین بعضی علائم سیستمیک در کل بدن شود. این وضعیت دارای ویژگی‌های خاصی است. علاوه بر این ناشی از پیشایندهایی است و موجب پسایندهایی خواهد شد، اما در این پژوهش به ویژگی‌های این موضوع پرداخته شد تا بتوان در نهایت به طراحی ابزاری برای تشخیص آن رسید.

روند ریزش گویه‌ها در پرسشنامه: پرسشنامه خود اظهاری اولیه شامل ۱۹۲ گویه با استفاده از ابزارهای مشابه، تجربیات اساتید و بیماران در مصاحبه و بر اساس علائم استخراج شده از فاز کیفی طراحی شد. پس از انجام روایی صوری کیفی تعداد گویه‌ها به ۱۴۸ گویه رسید. با انجام روایی صوری کمی و حذف گویه‌ها ضریب تاثیر کمتر از ۱.۵ تعداد گویه‌ها به ۱۱۷ گویه رسید. پس از انجام نسبت روایی محتوا در دو مرحله ابتدا توسط ۱۲ متخصص و سپس توسط ۸ متخصص ۸۰ گویه بر اساس جدول لاوشه از نظر روایی مورد تایید قرار گرفت. پس از این مرحله شاخص روایی محتوا انجام شد که ۵۷ گویه دارای نمره بالاتر از ۰.۷۵ بودند. پس از انجام این مرحله پایایی ابزار برای ۲۱ بیمار به فاصله ۳ هفته مورد ارزیابی قرار گرفت. همبستگی درونی پرسشنامه بیش از ۰.۷۵ محاسبه شد و شاخص ثبات به روش آزمون بازآزمون با محاسبه شاخص کاپای اصلاح شده، شاخص جیوت و آلفا کرپندرف محاسبه شد. بر اساس صلاح دید کارگروه اپیدمیولوژیست و متخصصین طب سنتی گویه‌ای حذف نشد، زیرا در جدول توافقی، مجموع توافق کامل و نسبی برای گویه‌هایی که کاپای اصلاح شده یا جیوت کمتر از ۰.۴ داشتند، قابل قبول بود. پس از انجام روایی سازه به روش گروه‌های شناخته شده، آنالیز واریانس انجام شد و ۳۰ گویه باقی ماند که ۱۷ گویه آن برای تشخیص تری معده و ۱۳ گویه آن برای تشخیص خشکی معده بود. این گویه‌ها مورد تحلیل عاملی قرار گرفت. بر اساس تحلیل عاملی آیت‌های متمایزکننده خشکی از اعتدال ۳ فاکتور (۱۲ گویه) مشخص گردید:

فاکتور اول: آیت‌های ۴۰-۴۱-۴۲-۴۳ "حساسیت بیش از حد بافت معده"، فاکتور دوم: آیت‌های ۲۴-۲۵-۲۷-۳۰-۲۸ که "وضع مدفوع (یبوست)"، فاکتور سوم: آیت‌های ۹-۱۶-۳۵ که "وضع رطوبت دهان و زبان" نام گرفت. برای آیت‌های متمایزکننده تری از اعتدال نیز ۴ فاکتور (۱۴ آیت) مشخص شد: فاکتور اول: آیت‌های ۱۰-۱۱-۱۲ که گروه تحقیق آن را "وضع ریاح" نام نهاد. فاکتور دوم: آیت‌های ۱۴-۱۵-۳۱-۳۳ که "وضع تهوع"؛ فاکتور سوم: آیت‌های ۱۷-۱۸-۳۴-۴۷ که نام آن "ترش کردن" و فاکتور چهارم: آیت‌های ۴۹-۵۰-۵۱ که نام آن "ورم" در نظر گرفته شد. نقطه برش با در نظر گرفتن میانگین آیت‌ها برای تری با حساسیت ۷۶.۳ درصد و

اختصاصیت ۷۵ درصد و برای خشکی با حساسیت ۵۵.۶ درصد و اختصاصیت ۶۳.۸ درصد به ترتیب ۲.۳۱- و ۶.۳۲- شد.

برای تفسیر نهائی نمره خود اظهاری، باید میانگین آیتمهای تری (۱۲ آیت) و خشکی (۱۴ آیت) را محاسبه کنیم. این دو را با هم جمع نموده و سپس ۱۰۰ واحد از حاصل جمع کم کنیم. اگر حاصل از ۲.۳۱- بیشتر یا مساوی شد، فرد تر محسوب می شود. اگر حاصل بین ۲.۳۱- تا ۶.۳۲- بود فرد معتدل محسوب می شود. اگر حاصل کمتر یا مساوی ۶.۳۲- باشد، فرد خشک محسوب می شود.

در مواردی که فاصله میانگین آیتمهای تری و خشکی هر دو از اعتدال یعنی ۵۰ زیاد باشد، یعنی علائم ضد و نقیض در یک فرد بیش از اندازه است. در چنین فردی پرسشنامه قابلیت مناسبی برای تشخیص مزاج معده ندارد و بهتر است با تشخیص رطوبت غلیظ شده یا به اصطلاح سودای متکاثف از بلغم به متخصص خبره برای مراحل درمانی ارجاع داده شود.

روند ریزش گویه‌ها در چک لیست: چک لیست اولیه شامل ۲۸ گویه بر اساس علائم استخراج شده از فاز کیفی طراحی شد. پس از انجام روایی صوری کیفی و کمی و حذف گویه‌های با ضریب تاثیر کمتر از ۱.۵ تعداد گویه‌ها به ۲۶ گویه رسید. پس از انجام نسبت روایی محتوا توسط ۱۶ متخصص ۲۵ گویه بر اساس جدول لاوشر از نظر روایی مورد تایید قرار گرفت. پس از این مرحله شاخص روایی محتوا انجام شد که ۲۵ گویه دارای نمره بالاتر از ۰.۷۵ بودند. پس از انجام این مرحله پایایی ابزار توسط ۱۰ متخصص برای ۲۱ بیمار به فاصله ۳ هفته مورد ارزیابی قرار گرفت. همبستگی درونی پرسشنامه بیش از ۰.۷۵ محاسبه شد و شاخص ثبات به روش آزمون بازآزمون با محاسبه شاخص کاپای اصلاح شده، شاخص جیوت و آلفا کربیندرف محاسبه شد. بر اساس صلاح دید کارگروه اپیدمیولوژیست و متخصصین طب سنتی گویه‌ای حذف نشد، زیرا در جدول توافقی، مجموع توافقی کامل و نسبی برای گویه‌هایی که کاپای اصلاح شده یا جیوت کمتر از ۰.۴ داشتند، قابل قبول بود. پس از انجام روایی سازه به روش گروه‌های شناخته شده، آنالیز واریانس انجام شد و ۱۱ گویه باقی ماند. بر اساس تحلیل عاملی آیتم‌های چک لیست ۴ فاکتور مشخص گردید:

فاکتور اول: آیتم‌های ۱-۲۱-۲۲-۲۴ "وضع بدن (چاقی-لاغری، ترهل)"، فاکتور دوم: آیتم‌های ۴-۵ که "وضع پوست"، فاکتور سوم: آیتم‌های ۱۰-۱۳-۱۴ که "وضع زبان"، فاکتور چهارم: آیتم‌های ۱۸-۱۹ که "وضع صورت" نام گرفت. نقطه برش با در نظر گرفتن میانگین آیتم‌ها برای تری با حساسیت ۵۳ درصد و اختصاصیت ۷۰ درصد و برای خشکی با حساسیت ۶۰ درصد و اختصاصیت ۸۷ درصد به ترتیب ۵۶ و ۵۳ شد.

برای محاسبه نمره چک لیست ابتدا باید مجموع امتیازات ۱۱ گویه را با هم جمع کرد. اگر مجموع نمره بیشتر یا مساوی ۶۱۶ بود، مزاج معده فرد معاینه شده تر شناخته می شود. اگر امتیاز او بین ۶۱۶ تا ۵۸۳ بود معتدل و اگر کمتر یا مساوی ۵۸۳ بود خشک شناخته می شود.

بر اساس نتایج این مطالعه اگر چه ۶ شاخص میزان عطش، سرعت انفعال از غذا، وضع رطوبت دهان و زبان، ترش کردن، سوزش معده و نفخ از نظر متون و متخصصان معیارهای اصلی تشخیص تری - خشکی معده هستند؛ اما بر اساس ابزار خود اظهاری و چک لیست بالینی سنجی شده، عامل های حساسیت بیش از حد بافت معده، وضع رطوبت دهان، وضع زبان، ترش کردن، تهوع، وضع مدفوع، وضع ریا ح، وضع بدن (چاقی - لاغری، ترهل)، وضع صورت (تهیج و ورم) و وضع پوست اهمیت بالاتری در تشخیص تری - خشکی معده دارند.

۵-۲ بحث

تاکنون تلاش‌های زیادی برای تبیین مفهوم مزاج و تهیه پرسشنامه مزاج در فرد سالم و در انواع بیماری‌ها، نه تنها در طب سنتی ایران بلکه در سایر مکاتب طب سنتی مانند هند و چین هم صورت گرفته است. با این حال تنها در تعداد کمی از این مطالعات، از یک روش صحیح و بدون نقص کیفی و کمی استفاده شده است. این پژوهش‌ها دو گروه اصلی دارند. در یک گروه پژوهش‌هایی هستند که سعی کرده‌اند مفهوم مزاج را با یک ابزار فیزیولوژیک تبیین کرده و آن را قابل اندازه‌گیری کنند که مطالعه شهابی (۶۳)، یوسفی‌فرد (۶۴) و محمدی (۶۵) از این گروه هستند. گروه دوم پژوهش‌هایی هستند که سعی کرده‌اند با طراحی یک پرسشنامه و با توجه به کمی‌کردن ویژگی‌های مزاجی هر فرد، آن را قابل سنجش کنند. پژوهش مجاهدی (۲۹)، روشندل (۵۹)، جعفری (۶۸)، سهراب‌وند (۶۱) و سلمان نژاد (۶۷) در این گروه قرار می‌گیرند. در اغلب این پژوهش‌ها پرسشنامه محقق ساخته بوده و تنها بر اساس برخی متون طب سنتی طراحی شده است. به علت واضح نبودن تعاریف و ویژگی‌های برخی از معیارها در منابع، و در نظر نگرفتن شرایط امروز و تغییرات زمانی، محدودیت و نقائصی در نتیجه کار دیده می‌شود. این گروه دوم نیز اغلب مراحل از اعتبارسنجی پرسشنامه را طی کرده و از بعضی مراحل مهم مانند روایی سازه و پایایی جا مانده‌اند.

اغلب پژوهش‌های بالینی که در زمینه گوارش انجام شده است، به علت نبودن یک پرسشنامه استاندارد شده، به ناچار از پرسشنامه‌های خودساخته استفاده کرده‌اند که مراحل اعتبار سنجی ندارند. سایر پژوهشگران هم در آزمایشات بالینی خود بدون تعیین مزاج، دارو و دارونما تجویز کرده و نتوانسته‌اند از ظرفیتهای طب سنتی و مزاج در درمان استفاده کنند و به ناچار گیاه درمانی در پیش گرفته‌اند (۱۲۵-۱۲۸).

مقالات مروری که درباره انواع بیماری‌های گوارش و معده تا این زمان منتشر شده‌اند، تنها به مرور کتاب‌های مهم پرداخته‌اند که زمان تألیف آن به قرن‌های پیشین مربوط است و از نظرات خبرگان طب سنتی در قرن حاضر استفاده نکرده و شرایط سبک زندگی در قرن حاضر را هم در نظر نگرفته‌اند (۱۲۹-۱۳۲).

اولین مقاله در حوزه ابزارسازی معده در سال ۲۰۱۷ توسط علیزاده و همکاران با عنوان پروتوکل تشخیص سوء مزاجهای معده منتشر شد. در این مقاله بر اساس میزان تکرار هر علامت تشخیصی در ۷ کتاب مهم طب سنتی و اهمیت بالینی هر شاخص از نظر گروهی از متخصصان که مشخصات آنها به طور دقیق ذکر نشده بود، علائم تشخیصی کل سوء مزاجهای معده در دو گروه مینور و ماژور طبقه‌بندی شده است. شاخص‌هایی چون قدرت

هضم، اشتها، عطش، زمان عبور غذا از معده (انحدار)، تمایل به سردیجات و گرمیجات و تضرر و انتفاع از انواع غذاهای سرد یا گرم مزاج در این مطالعه جزو شاخص‌های تشخیصی مآثور و مهم طبقه‌بندی شده است. در مقابل احساس ناراحتی در معده، احساس سوزش، احساس داغی در معده، برگشت غذا به مری (رگورژیتاسیون)، پرش دیواره شکم، تهوع و استفراغ، کیفیت مواد دفعی در مدفوع، طعم دهان، میزان بزاق، شکل و رنگ زبان، رنگ بار زبان، نبض و استعداد ابتلا به سایر بیماری‌ها جزو علائم مینور و کم اهمیت در تشخیص سوءمزاج‌های معده قرار داده شدند.

این مقاله اگر چه گام خوبی در تعیین اهمیت بالینی هر کدام از شاخص‌های تشخیص مزاج معده برداشته است اما از نظر متدولوژی مبهم و دچار ضعف است. نکته دیگر این است که در تشخیص سوءمزاج و مزاج گرم و سرد معده شاخص‌هایی اهمیت دارند که در افتراق تری و خشکی معده اهمیت ندارند و بالعکس. اما در این مقاله معیارهای مآثور و مینور در همه انواع سوءمزاج با هم در نظر گرفته شده است.

علیزاده و همکاران قدرت هضم را به عنوان معیار مآثور تشخیص همه سوء مزاج‌ها ذکر کرده‌اند اما در پژوهش ما این علامت به عنوان معیار مآثور برای تشخیص سوءمزاج‌های سرد و گرم و همچنین به عنوان معیار مینور برای تشخیص سوء مزاج‌های تر و خشک معده مطرح شد. زیرا هضم خوب یکی از ویژگی‌های معده گرم است و سوءهاضمه علامت شایع سوءمزاج سرد معده است و اگرچه می‌تواند ناشی از سوءمزاج تر یا خشک معده هم باشد، اما نمی‌تواند یک علامت افتراقی بین این دو سوءمزاج باشد. در مقابل بزاق و رنگ زبان در مقاله علیزاده و همکاران به عنوان معیار مینور برای تمام سوء مزاج‌ها شناخته شده است، در حالی که در پژوهش اخیر این علائم به عنوان معیار مینور برای تشخیص سوءمزاج تر و خشک شناخته شدند. اشتها و قوام مدفوع در مقاله علیزاده و همکاران به عنوان یکی از معیارهای مآثور آمده است. در صورتی که در پژوهش اخیر به عنوان معیار مینور برای تمام سوء مزاج‌ها مطرح شده است. چون این دو علامت قدرت تفکیک بین انواع سوءمزاج را ایجاد نمی‌کند. بنابر این بهتر است معیارهای تشخیصی برای هر گروه از مزاج‌ها به طور جداگانه مشخص شود.

لازم به ذکر است که بعضی از علائم تشخیصی بیماری‌های معده که در کتاب‌ها ذکر شده بود؛ مورد توجه متخصصان امروز نیستند. به عنوان مثال بعضی علائم مانند طعم و بوی دهان توجه بیماران را به خود جلب نمی‌کند و بیماران درباره این ویژگی‌های خود با پزشک صحبت نمی‌کنند؛ بنابر این از لیست معیارهای تشخیصی در پژوهش ما حذف شدند. این قضیه به علت تغییر سبک زندگی و عادات مردم است و بعضی دیگر از علامت‌ها، عوامل مداخله گر بسیاری دارند. به عنوان مثال رنگ چهره، نبض و دمای محل معده در اثر نور آفتاب و دمای محیط تغییر می‌کنند. به همین علت امروزه تشخیص سوء مزاج‌های معده افراد نمی‌تواند با معیارهای قبلی انجام شود (۴۶).

تنها یک پرسشنامه اعتبار سنجی شده در حوزه گوارش داریم که آن هم در زمان انجام پژوهش ما منتشر شده است. حسین زاده و همکاران در سال ۲۰۱۸، یک پرسشنامه استاندارد شده برای تشخیص سوء مزاج دستگاه گوارش منتشر کردند. این مطالعه اگر چه یک مطالعه روشمند بود، اما به اذعان خود محققان دچار محدودیت‌هایی بود. از جمله به علت کمبود متخصص طب سنتی که علاقمند به همکاری در این پژوهش باشد، این محققان از دو متخصص طب سنتی شهرهای دیگر از جمله تهران کمک گرفتند و در نهایت کار استاندارد سازی را با کمک ۵ متخصص و ۴ دستیار طب سنتی انجام دادند. برای در نظر گرفتن متخصص، ویژگی فارغ‌التحصیل بودن و گذشت ۳ سال از آن ذکر شده است که ملاک مناسبی نیست. در بررسی پایایی نیز فقط همسانی درونی را محاسبه کردند و از روشهای دیگر پایایی بررسی آزمون و باز آزمون و پایایی نمره‌دهندگان (اینتر ریت و اینترا ریت) استفاده نکردند. در نهایت نیز بدون اینکه روایی سازه را با تعداد قابل توجهی از بیماران انجام دهند تنها به بررسی روایی همزمان با کمک ۲ متخصص طب سنتی برای تنها ۱۰ بیمار اکتفا کردند. نقطه ضعف دیگر این پرسشنامه اختلاط گویه‌های عینی و ذهنی در یک پرسشنامه است. به عنوان مثال لازم است گویه‌های عینی از جمله نبض، ترهل، رنگ و شکل زبان توسط پزشک با یک راهنمای مشخص انجام و نتیجه معاینه در یک چک لیست ثبت شود. در حالی که گویه‌های ذهنی مانند تهوع، طعم دهان و تضرر و انتفاع از انواع غذا گویه‌هایی هستند که باید بیمار ذکر کند و نیازی به دخالت پزشک برای ثبت ندارد (۱۴).

با تمام دقتی که تیم محققین ما در مرحله کیفی این پژوهش انجام داد، تا علائم تشخیص مزاج معده به شکل حداکثری جمع آوری و تبیین شود؛ در طی مراحل کمی بعضی از شاخص‌های مهم که هم در متون و هم در مرحله مصاحبه با پزشکان و بیماران ذکر شده بود- مانند عطش- نتوانست در پرسشنامه نهایی راه یابد. در جدول زیر تعداد گویه‌های مربوط به هر شاخص مازور و مینور در پرسشنامه خود اظهاری و چک لیست، در ابتدا و انتهای مرحله کمی مشخص شده است.

جدول شماره ۳۹: تعداد گویه‌های مربوط به کرایتریاهای مازور و مینور تشخیص سوء مزاج‌های معده در پرسشنامه و چک لیست

معیار	علائم سوء مزاج تریا خشک معده	تعداد گویه طراحی شده در خود اظهاری	تعداد گویه طراحی شده در پرسشنامه	تعداد گویه طراحی شده در چک لیست	تعداد گویه باقیمانده	مجموع گویه‌های باقیمانده خود اظهاری
مازور	۱ وضعیت عطش	۱۴	۰	-	-	۰
	۲ سرعت انفعال از غذا	۱۳	۴	-	-	۴
	۳ وضع آب دهان	۱۶	۳	۱	-	۳
	۴ ترش کردن و سوزش معده	۱۵	۴	-	-	۴
	۵ نفخ (شامل آروغ، دفع باد، نفخ، قراقر)	۱۹	۴	-	-	۴
	۶ بار زبان	۴	۱	۱	-	۲
مینور	۱ تهیج	۳	۲	۳	۲	۴
	۲ کیفیت هضم	۱۱	۰	-	-	۰
	۳ سرعت انحدار غذا	۳	۰	-	-	۰
	۴ کسالت و خواب آلودگی بعد غذا	۱	۰	-	-	۰
	۵ خصوصیات مدفوع	۱۶	۵	-	-	۵
	۶ زبان (شکل و اندازه و ترک و پرز...)	۶	۱	۷	۳	۴
	۷ تخضخض (احساس حرکت آب در شکم)	۲	۱	-	-	۱
علائمی که جزو معیارهای مازور و مینور نبودند	۸ تهوع	۴	۲	-	-	۲
	۹ اشتها	۶	۰	-	-	۰
	۱۰ وضع بدن (چاقی - لاغری)	۲	۰	۵	۳	۳
	ترهل	۱	۰	۲	۱	۱
	۱۱ کسالت و سستی روزانه	۵	۰	-	-	۰
	۱۲ نبض	-	-	۲	۰	۰
	۱۳ وضع پوست (رطوبت و رنگ)	۴	۰	۳	۲	۲
	۱۴ کندی یا تیزی حواس	۱	۰	-	-	۰
	۱۵ وضع ادرار	۱	۰	-	-	۰

جدول شماره ۴۰: بررسی گویه‌های چک لیست از نظر مرحله حذف

بخش	گویه	Inter rater بین متخصصان در مرحله یک ۰.۴Wk>	Intra Rater بین مرحله ۱ و ۲ ۰.۴Wk>	Gwet's AC	پایایی بر اساس جدول توافقی	مرحله حذف گویه
وضعیت	(۱) وضعیت چاقی عمومی بیمار را بدون توجه به BMI چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۴۴	۰.۵۵	۰.۶۳		فاکتور وضع بدن
چاقی عمومی	(۲) وضعیت چاقی لاغری فرد بر اساس شاخص توده بدن BMI چگونه است؟	این گویه به علت اندازه‌گیری توسط دستگاه اینیادی در مرحله پایایی از چک لیست حذف شد				
وضعیت رنگ صورت	(۳) کمودت (تیرگی) رنگ صورت بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۴۱	۰.۵۲	۰.۷۷		روایی سازه
وضعیت ملمس پوست	(۴) وضعیت ملمس پوست بیمار را در مشاهده چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۰۹	۰.۳۷	۰.۲۵	توافق کامل=۶۳.۵ درصد توافق نسبی=۳۳.۵ درصد	فاکتور وضع پوست
	(۵) وضعیت پوست و ملمس بیمار را در لمس چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۰۸	۰.۳۸	۰.۲۳	توافق کامل=۶۲.۴ درصد توافق نسبی=۳۳ درصد	فاکتور وضع پوست
بررسی وضع نبض	(۶) نبض بیمار را از نظر عرض چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۰۸	۰.۳۷	۰.۲۱		پایایی
	(۷) نبض بیمار را از نظر صلابت چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۱۱	۰.۳۵	۰.۴۶		روایی سازه
سرعت حرکات فرد	(۸) سرعت حرکات بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۱۲	۰.۲۲	۰.۶۶		روایی سازه
وضع زبان: (۹) شاخص	(۹) اندازه زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۱۸	۰.۲۳	۰.۷۱		روایی سازه
	(۱۰) شکل زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۱۴	۰.۲۳	۰.۶۱		فاکتور وضع زبان
	(۱۱) شکل اطراف (کناره‌های) زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۰۹	۰.۳۴	۰.۵۲		روایی سازه
	(۱۲) میزان رطوبت زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۱۵	۰.۰۵	۰.۵۹		روایی سازه
	(۱۳) وضعیت برزهای سطح زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۲۱	۰.۲۱	۰.۷۸		فاکتور وضع زبان
	(۱۴) ترک‌های زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۴۳	۰.۵۴	۰.۷۲		فاکتور وضع زبان

بخش	گویه	Inter rater بین متخصصان در مرحله یک ۰.۴Wk>	Intra Rater بین مرحله ۱ و ۲ ۰.۴Wk>	Gwet's AC	پایایی بر اساس جدول توافقی	مرحله حذف گویه
	۱۵ پوشش یا بار سطح زبان بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۳۶	۰.۲۹	۰.۴۶		روایی سازه
	۱۶ رنگ جرم زبان چگونه است؟	۰.۱۶	۰.۳۱	۰.۹۵		روایی سازه
	۱۷ اثر دندان روی زبان چگونه است؟	۰.۱۳	۰.۲۸	۰.۶۵		روایی سازه
وضع صورت (۳ شاخص)	۱۸ میزان ورم یا تهیج <u>صورت</u> بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۲۲	۰.۴۶	۰.۴۹		فاکتور وضع صورت
	۱۹ میزان ورم یا تهیج <u>پلک</u> بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۲۹	۰.۴۹	۰.۸۲		فاکتور وضع صورت
	۲۰ وضع لب‌های بیمار را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۰۹	۰.۲۲	۰.۷۶		روایی سازه
بررسی چاقی شکمی	۲۱ وضعیت چاقی شکمی بیمار را در <u>مشاهده</u> چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۴۶	۰.۷۰	۰.۹۳		فاکتور وضع بدن
	۲۲ وضعیت چاقی شکمی بیمار را در <u>معاینه</u> چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۲۸	۰.۳۶	۰.۶۳		فاکتور وضع بدن
	۲۳ چاقی شکمی بیمار را با توجه به نسبت دور کمر به باسن چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۴۲			این گویه به علت اندازه‌گیری توسط دستگاه اینپادی از چک لیست حذف شد	
شدت ترهل	۲۴ شدت ترهل را با بررسی میزان آویزان بودن و شلی عضلات شکم در <u>مشاهده</u> چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۲۱	۰.۴۳	۰.۳۵		فاکتور وضع بدن
	۲۵ شدت ترهل را با بررسی میزان آویزان بودن و شلی عضلات شکم در <u>معاینه</u> چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۰.۲۱	۰.۴۴	۰.۳۰		روایی سازه

جدول شماره ۴۱: بررسی گویه‌های خوداظهاری از نظر مرحله حذف

گویه	تست ریتست ۰.۴Wk>	Gwet's AC	پایایی بر اساس جدول توافقی	مرحله حذف گویه
۱) احساس می‌کنم غذایم دیرتر از گذشته هضم می‌شود.	۰.۵۷	۰.۴۰		روایی به روش گروه‌های شناخته شده
۲) مجبورم نسبت به گذشته غذای کمتری بخورم تا احساس سنگینی نکنم.	۰.۴۲	۰.۲۷		روایی به روش گروه‌های شناخته شده
۳) غذا سر دلم می‌ماند.	۰.۴۱	۰.۳۹		روایی به روش گروه‌های شناخته شده

مرحله حذف گویه	پایایی بر اساس جدول توافقی	Gwet's AC	تست ریتست ۰.۴Wk>	گویه
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۳۸	۰.۵۵	(۴) خیلی زود گرسنه می شوم، اما با خوردن چند لقمه سیر می شوم.
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۳۸	۰.۵۶	(۵) خیلی زودتر از دیگران، از خوردن غذا سیر می شوم.
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۶۲	۰.۶۹	(۶) حتی زمانی که مشغول کار هستم، مجبورم در جیبم خوراکی داشته باشم تا گرسنگی اذیتم نکند.
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۳۸	۰.۵۷	(۷) بعد از خوردن غذا خواب آلوده می شوم.
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۴۴	۰.۵۵	(۸) بزرگی شکم بعد از غذا بیشتر از مقدار غذایی است که خورده‌ام.
فاکتور حساسیت بیش از حد بافت معده		۰.۳۳	۰.۵۷	(۹) قبل از خوردن غذا هم شکم نفخ دارد.
فاکتور وضع ریاخ		۰.۴۹	۰.۵۷	(۱۰) بعد از خوردن غذای جرب و سنگین (مانند ماکارونی یا کله پاچه یا ...) شکم نفخ می‌کند.
فاکتور وضع ریاخ		۰.۳۲	۰.۵۱	(۱۱) بعد از خوردن غذاهای سرد و تر (مانند دوغ، ماست و ...) شکم نفخ می‌کند.
فاکتور وضع ریاخ		۰.۱۵	۰.۴۷	(۱۲) روزانه از شکم باد زیادی دفع می‌کنم، به طوری که نمی‌توانم مدت زیادی با وضو باشم.
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۵۸	۰.۵۳	(۱۳) بعد از خوردن آب، دچار حالت تهوع می شوم.
فاکتور تهوع و انفعال از غذا		۰.۶۳	۰.۵۴	(۱۴) قبل از خوردن صبحانه حالت تهوع دارم.
فاکتور تهوع و انفعال از غذا		۰.۴۲	۰.۲۱	(۱۵) بعد از خوردن غذا (به مقدار عادت)، احساس می‌کنم اگر حرکت کنم، بالا می‌آورم.
فاکتور حساسیت بیش از حد بافت معده		۰.۳۹	۰.۴۰	(۱۶) موقع گرسنگی، سوزش معده‌ام شروع می‌شود.
فاکتور ترش کردن		۰.۵۰	۰.۶۰	(۱۷) بعد از غذا خوردن ترش می‌کنم.
فاکتور ترش کردن		۰.۳۴	۰.۴۲	(۱۸) بعد از غذا خوردن احساس می‌کنم اسید معده تا گلویم بالا می‌آید.
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۵۰	۰.۶۲	(۱۹) ۱-۲ ساعت بعد از خوردن غذا احساس گرسنگی می‌کنم.
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۴۰	۰.۵۷	(۲۰) روزانه سه بار یا بیشتر مدفوع می‌کنم.
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۴۷	۰.۵۰	(۲۱) مدفوع نرم است.
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۴۴	۰.۴۵	(۲۲) مدفوع رقیق و آبکی است.
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۵۷	۰.۴۴	(۲۳) در مدفوع کف دیده می‌شود.
فاکتور وضع مدفوع		۰.۴۸	۰.۵۱	(۲۴) مدفوع خشک و سفت است.

مرحله حذف گویه	پایایی بر اساس جدول توافقی	Gwet's AC	تست ریتست ۰.۴Wk>	گویه
فاکتور وضع مدفوع		۰.۴۴	۰.۵۵	(۲۵) به خاطر خشکی، مدفوع به سختی خارج می شود.
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۶۱	۰.۴۶	(۲۶) در هفته کمتر از سه بار دفع مدفوع دارم.
فاکتور وضع مدفوع		۰.۵۳	۰.۶۳	(۲۷) مدفوع مانند پشگل گوسفند، تکه تکه است.
فاکتور وضع مدفوع	توافق کامل=۴۵ درصد توافق نسبی=۴۱ درصد	۰.۳۴	۰.۳۷	(۲۸) بعد اجابت مزاج احساس دفع ناکامل دارم.
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۵۵	۰.۵۹	(۲۹) بعد از خوردن میوه های آبدار، شدت یبوستم کمتر می شود.
فاکتور وضع مدفوع		۰.۶۷	۰.۷۶	(۳۰) بعد از خوردن غذاهای خشک مانند جوجه کباب و غذاهای سرخ کرده، یبوست و خشکی مدفوع پیدا می کنم.
فاکتور تهوع و انفعال از غذا		۰.۶۲	۰.۵۷	(۳۱) بعد از خوردن خوراکی های آبکی یا نوشیدنی ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ یا...) حالت تهوع پیدا می کنم.
تحلیل عاملی		۰.۵۶	۰.۵۳	(۳۲) بعد از خوردن خوراکی های آبکی یا نوشیدنی ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ...) ترش می کنم.
فاکتور تهوع و انفعال از غذا		۰.۶۰	۰.۵۵	(۳۳) بعد از خوردن خوراکی های آبکی یا نوشیدنی ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ یا...) دل درد می گیرم.
فاکتور ترش کردن		۰.۳۹	۰.۴۵	(۳۴) اگر غذای چرب بخورم، ترش می کنم.
فاکتور حساسیت بیش از حد بافت معده		۰.۳۳	۰.۵۷	(۳۵) وقتی آب می خورم، صدای حرکت آب در شکم را می شنوم.
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۴۵	۰.۵۳	(۳۶) در طول روز زیاد تشنه می شوم و به نوشیدن آب خیلی وابسته هستم.
روایی به روش گروههای شناخته شده	توافق کامل=۴۱ درصد توافق نسبی=۴۵ درصد	۰.۲۸	۰.۳۱	(۳۷) مدت کوتاهی بعد از خوردن آب، دوباره به آن نیاز دارم.
تحلیل عاملی	توافق کامل=۴۱ درصد توافق نسبی=۳۶ درصد	۰.۲۷	۰.۲۸	(۳۸) زیاد تشنه می شوم اما تشنگی ام با خوردن مقدار کمی آب رفع می شود.
روایی به روش گروههای شناخته شده	توافق کامل=۳۳ درصد توافق نسبی=۳۳	۰.۱۹	۰.۰۰	(۳۹) بلافاصله بعد از خوردن آب، تشنگی ام رفع می شود.
وضع رطوبت زبان و دهان		۰.۵۶	۰.۴۴	(۴۰) احساس می کنم دهانم خشک است.
وضع رطوبت زبان و دهان		۰.۵۰	۰.۶۱	(۴۱) لبهایم خشک است.
وضع رطوبت زبان و دهان		۰.۶۶	۰.۶۹	(۴۲) زبانم خشک است.
وضع رطوبت زبان و دهان		۰.۶۳	۰.۵۶	(۴۳) احساس می کنم خشکی دهانم نسبت به گذشته بیشتر شده است.
تحلیل عاملی		۰.۳۹	۰.۵۹	(۴۴) شیب آب دهانم روی بالش می ریزد.
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۲۴	۰.۴۶	(۴۵) دهانم پر از آب است.

مرحله حذف گویه	پایایی بر اساس جدول توافقی	Gwet's AC	تست ریتست ۰.۴Wk>	گویه
تحلیل عاملی	توافق کامل = ۳۸ درصد توافق نسبی = ۵۲ درصد	۰.۲۴	۰.۳۸	(۴۶) بعد از خوردن خوراکی‌های سرد و آبکی (مانند ماست یا خیار یا ...) آب دهانم زیاد می‌شود.
فاکتور ترش کردن	توافق کامل = ۲۹ درصد توافق نسبی = ۵۷ درصد	۰.۱۴	۰.۱۵	(۴۷) روی زبانم را بار سفیدی پوشانده‌است.
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۴۰	۰.۴۱	(۴۸) سطح زبانم مرطوب و نم‌دار است.
فاکتور ورم		۰.۳۷	۰.۴۱	(۴۹) جای دندانهایم روی کناره‌های زبانم دیده می‌شود.
فاکتور ورم		۰.۵۱	۰.۵۷	(۵۰) صورتم ورم (پف) دارد.
فاکتور ورم		۰.۵۰	۰.۶۲	(۵۱) زیر چشم‌هایم پف می‌کند.
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۷۸	۰.۲۴	(۵۲) میزان تشنگی‌ام در سه ماه گذشته نسبت به قبل
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۹۰	۰.۰	(۵۳) میزان آب دهان من در سه ماه گذشته نسبت به قبل
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۶۳	۰.۴۸	(۵۴) تمایلم به آب و نوشیدنی‌ها نسبت به همسالان
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۷۴	۰.۵۱	(۵۵) بعد از خوردن خوراکی‌های آبکی یا نوشیدنی‌ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ یا ...) مشکلات معده‌ام
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۸۵	۰.۳۶	(۵۶) بعد از خوردن غذای خشک مانند جوجه کباب یا مرغ سوخاری، مشکلات معده‌ام
روایی به روش گروههای شناخته شده		۰.۵۲	۰.۳۶	(۵۷) روزانه به اندازه‌ای تشنه می‌شوم که لازم است آب و مایعات بخورم.

همانطور که در جدول‌های ۴۱ و ۴۰ مشخص است علائمی مانند عطش، قدرت هضم، سرعت انحدار، کسالت و خواب آلودگی بعد غذا، نبض، کندی و تیزی حس چشایی، اشتها، نبض، کسالت و سستی روزانه، و سایر علائم کلی بدن، از پرسشنامه نهایی حذف شد. البته یکی از گویه‌های عطش (زیاد تشنه می‌شوم اما تشنگی‌ام با خوردن مقدار کمی آب رفع می‌شود) تا آخرین مرحله در خوداظهاری سنجش خشکی راه یافت و تنها به علت این که در تحلیل عاملی نتوانست با سایر گویه‌ها هماهنگ شود، از پرسشنامه حذف شد.

به نظر می‌رسد ارزش بعضی شاخص‌ها مانند قدرت هضم، اشتها و سرعت انحدار، در افتراق تری و خشکی معده به سایر علائم بستگی دارد و به تنهایی نمی‌توانند بین تری و خشکی معده افتراق ایجاد کنند. شاید به همین علت است که این گویه‌ها زودتر حذف شدند. البته در متون هم تاکید بر این است که باید قدرت هضم در مقایسه با اشتها سنجیده شود. شاخص‌های دیگر مانند نبض و رنگ پوست هم از رده خارج شدند که احتمال می‌رود به علت بالا بودن عوامل مداخله گر، عدم وجود مهارت کافی پزشک برای تشخیص و همپوشانی این شاخص‌ها با

علائم تشخیصی برای سایر اعضا بخصوص اعضای مهم مانند کبد، قلب و مغز باشد. این دو شاخص در پرسشنامه گوارش حسین زاده و همکاران نیز از رده خارج شده بودند. اما شاخص وضعیت بدنی (چاقی - لاغری و ترهل) و همچنین ورم و تهیج صورت که در پرسشنامه حسین زاده حذف شده بود در پژوهش حاضر توانستند در پرسشنامه یا چک لیست باقی بمانند (۴۶).

گروه دیگر گویه‌هایی بودند که ارزش تشخیصی آنها برای یک سر طیف مشخص شد. به عنوان مثال گویه‌های مربوط به وضع مدفوع (یبوست) و وضع رطوبت دهان و زبان (خشکی دهان و ترک زبان) برای تشخیص مزاج خشک، در پرسشنامه باقی ماند. اما گویه‌هایی که تاییدکننده تشخیص تری معده بود از پرسشنامه و چک لیست حذف شدند. البته گویه مربوط به ریزش آب دهان روی بالش تا مرحله تحلیل عاملی هم رسید، اما نتوانست شاخصی هماهنگ با سایر گویه‌ها در تشخیص تری معده باشد. شاخص مربوط به وضع رطوبت زبان در چک لیست هم وجود داشت؛ اما در مرحله روایی گروه‌های شناخته شده از رده خارج شد. علت این بود که اغلب متخصصانی که چک لیست را پر کرده بودند، برای هر دو گروه شناخته شده چه تر و چه خشک، میزان رطوبت زبان را معتدل تشخیص داده بودند. به عبارت دیگر این شاخص نمی‌تواند شاخص افتراقی خوبی باشد. با این حال در آینده لازم است شاخص رطوبت زبان با ابزارهای فیزیکی دقیق بررسی شود.

نکته دیگری که باید توجه داشت این است که برخی شاخص‌ها مانند عطش، تحت تاثیر دو کیفیت هستند که یکی فاعله و دیگری منفعله است. به عنوان مثال گرمی و خشکی معده هر دو موجب افزایش عطش می‌شوند اما شدت عطش بیشتر از گرمی متاثر می‌شود تا خشکی. بنابر این در فردی که مزاج سرد و خشک معده یا معتدل و خشک معده دارد، احتمال وجود علامت عطش کم است.

نکته دیگر تاثیر همزمان مزاج دو یا سه عضو معده، قلب و کبد در شدت عطش است. در چنین شرایطی برآیند مزاجی اعضا یا عضوی که غالب است، در شدت عطش نقش نهایی را ایفا می‌کند. در روایی سازه این افراد مزاج قلب مشخص نشد، اما برای بررسی نقش مزاج کبد در شدت عطش به فراوانی انواع مزاج کبد در گروه مورد مطالعه توجه کردیم. جالب این بود که طبق نظر گروه متخصصان ۸۰ درصد افراد با مزاج خشک معده، مزاج کبدشان هم خشک بود و ۵۳ درصد افراد با مزاج تر معده، مزاج کبد تر هم داشتند.

جدول شماره ۴۲: فراوانی تری - خشکی مزاج کبد در انواع مزاج تر و خشک معده

مزاج نهایی			مزاج کبد (تری / خشکی)				جمع
			خشک	معتدل	تر	عدم توافق در تعیین مزاج	
مزاج معده (تری / خشکی)	خشک	تعداد	۱۶	۴	۰	۰	۲۰
		درصد از مزاج معده	۸۰.۰٪	٪۲۰.۰	٪۰.۰	٪۰.۰	٪۱۰۰.۰
	معتدل	تعداد	۲۷	۳۸	۳۵	۲	۱۰۲
		درصد از مزاج معده	٪۲۶.۵	٪۳۷.۳	٪۳۴.۳	٪۲.۰	٪۱۰۰.۰
	تر	تعداد	۱۶	۲۳	۴۶	۲	۸۷
		درصد از مزاج معده	٪۱۸.۴	٪۲۶.۴	٪۵۲.۹	٪۲.۳	٪۱۰۰.۰
جمع		تعداد	۸۵	۵۹	۶۵	۸۱	۴
		درصد از مزاج معده	٪۴۰.۷	٪۲۸.۲	٪۳۱.۱	٪۳۸.۸	٪۱.۹

جدول شماره ۴۳: فراوانی گرمی / سردی مزاج کبد در انواع مزاج تر و خشک معده

مزاج نهایی			مزاج کبد (سردی / گرمی)				جمع
			سرد	معتدل	گرم	عدم توافق در تعیین مزاج	
مزاج معده (تری / خشکی)	خشک	تعداد	۷	۸	۵	۰	۲۰
		درصد از مزاج معده	۳۵.۰٪	۴۰.۰٪	۲۵.۰٪	۰.۰٪	۱۰۰.۰٪
	معتدل	تعداد	۲۱	۳۷	۴۲	۱	۱۰۱
		درصد از مزاج معده	۲۰.۸٪	۳۶.۶٪	۴۱.۶٪	۱.۰٪	۱۰۰.۰٪
	تر	تعداد	۱۸	۳۴	۳۴	۲	۸۸
		درصد از مزاج معده	۲۰.۵٪	۳۸.۶٪	۳۸.۶٪	۲.۳٪	۱۰۰.۰٪
جمع		تعداد	۴۶	۷۹	۸۱	۳	۲۰۹
		درصد از مزاج معده	۲۲.۰٪	۳۷.۸٪	۳۸.۸٪	۱.۴٪	۱۰۰.۰٪

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، ۷۵ درصد از افرادی که مزاج خشک معده دارند، مزاج کبد سرد یا معتدل دارند، در حالی که ۴۵ درصدشان مزاج گرم معده دارند. شاید این قضیه بتواند حذف شاخص عطش از پرسشنامه نهایی را توجیه کند. البته به نظر می‌رسد می‌توان نتیجه گرفت که اهمیت گرمی - سردی مزاج کبد در تعیین میزان شاخص عطش بیشتر از تری - خشکی معده است که این نتیجه با آنچه در بعضی متون آمده است مطابقت دارد. با این حال در ابزارهای آینده لازم است، این شاخص‌ها دوباره مورد بررسی قرار گیرد.

۳-۵ مزیت‌های پژوهش

ابزاری که در این پژوهش طراحی شد، مزیت‌هایی بر پژوهش‌های قبلی دارد. شاید مهم‌ترین مزیت این پژوهش تعداد همکارانی است که در انجام پژوهش شرکت داشتند و همچنین زمان زیادی که برای گفتگو یا شرکت در جلسات گروه متخصصان گذاشتند. علاوه بر این متخصصان طب سنتی از مراکز دانشگاهی مختلف سرتاسر ایران به عنوان گروه متخصصان، اعتبار علمی این پژوهش را اعتلا بخشیدند.

مزیت دیگر این مطالعه استفاده از متدولوژیست‌های خبره است که به عنوان راهنما، مشاور و یا داور این پژوهش نظارت جدی بر روند دقیق و علمی پژوهش از نظر ابزارسازی داشتند. البته وسعت منابع مورد بررسی از بین کتب و مقالات هم قابل ذکر است.

برتری دیگر این پژوهش تعداد بالای بیماران مورد بررسی است. چون بیش از ۲۰۰ نفر در انجام روایی سازه مشارکت کردند و این تعداد با افرادی که در مراحل روایی صوری (۲۰ نفر در دو مرحله) و پایایی (۲۱ نفر) شرکت داشتند، متفاوت بودند. در حالی که در پژوهش حسین زاده و همکاران ۳۰ بیمار در مرحله پایانی مورد بررسی قرار گرفتند.

۴-۵ محدودیت‌های پژوهش

یکی از محدودیت‌های این ابزار در مواردی است که نمرات نهایی تعیین مزاج معده با استفاده از خود اظهاری و چک لیست هم راستا نباشد. در چنین مواردی اولویت تشخیص مزاج نهایی معده بر عهده پزشک خواهد بود چون این ابزار اولیه تشخیصی است و نیاز به باز بینی و ارتقا دارد و هنوز نمی‌تواند جایگزین تشخیص پزشک و هنر طبابت باشد. اما در شرایطی که پزشک متخصص برای پر کردن چک لیست وجود ندارد می‌توان از پرسشنامه خوداظهاری به تنهایی برای تعیین مزاج معده استفاده کرد.

یکی از مشکلات شایع در بررسی علائم بیماران، وجود تضاد علائم مزاج عام پایه با سوءمزاج فعلی بیماران است که در تبیین نوع سوءمزاج و تشخیص توسط ابزار اختلال ایجاد می‌کند. به نوعی دیگر تضاد برخی علائم خشکی ناشی از غلظت رطوبات با وجود سوءمزاج تر معده هم از همین دست مشکلاتی است که به طور نمونه می‌تواند هم نمرات خشکی و هم تری را در ابزار بالا نشان دهد یا موجب اختلاف تشخیص بین خوداظهاری و چک لیست شود. بنابر این لازم است این امر برای تحلیل و تفسیر نتایج مد نظر قرار گیرد. این مساله ممکن است موجب ایجاد اختلال در همبستگی درونی ابزار و تشخیص نهایی شود.

اگرچه بیماری‌های گوارشی شیوع بالایی دارد اما تعداد متخصصینی که قادر باشند انواع سوءمزاج معده و سایر اندام‌های گوارش از جمله کبد و روده‌ها را از هم افتراق دهند کم است. تعدادی از متخصصین هم به علل مختلف از جمله کمبود وقت، همکاری نمی‌کنند. این امر می‌تواند موجب برخی نقایص در زمینه بررسی علائم تشخیصی در مرحله کار در عرصه و استفاده از تجربه اساتید و یا در روند مراحل روایی و پایایی شود. البته در تمام مراحل سعی شد مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع دعوت به همکاری شوند.

محدودیت دیگری که برای بیمارگیری وجود داشت، محدودیت برای جلب مشارکت بیماران درمانگاه‌های گوارش در بیمارستان‌ها بود. به نظر می‌آید لازم است این پرسشنامه برای بیمارانی که شدت علائم گوارشی در آنها بیشتر است نیز بررسی شود. احتمال بر این است که در چنین شرایطی اختلاف و فاصله وضع سوءمزاج از صحت بیشتر خواهد بود و علائم تبیین‌گر و مشخص‌تر از بیماران درمانگاه‌های طب سنتی باشند. با توجه به این امر در روند تعیین استاندارد طلایی در روایی گروه‌های شناخته شده، گروه متخصصین ترجیح دادند تشخیص نهایی بر مبنای تعیین مزاج معده انجام شود. البته لازم به ذکر است که بر اساس منابع طبیبی نیز شاخص‌های مزاج معده زیر مجموعه‌ای از علائم کلی سوءمزاج معده است ولی اگر شدت علائم در حدی باشد که عملکرد معده اختلال پیدا

کند، سوء مزاج نام می‌گیرد. به عبارت دیگر در مراحل اولیه سوء مزاج که بعضی از حکما به آن سوء مزاج صحت می‌گویند، هنوز علائم سوء مزاجی به قدری شدید نشده که اختلال عملکرد واضح در معده ایجاد کند. بنابر این متخصصان تیم تحقیق تصمیم گرفتند که مزاج معده را به عنوان استاندارد طلایی برای ابزار قرار دهند.

هم پوشانی علائم سوء مزاجات معده با سوء مزاجات کبد و سایر ارگان‌ها مشکلی است که همچنان ممکن است در ابزار و دقت آن اختلال ایجاد کند. البته بخشی از این مشکل به نوعی به ماهیت طب سنتی مربوط است و بخشی دیگر با تکامل این ابزار و البته ابزارهای دیگر در آینده رفع خواهد شد.

به نظر می‌آید تلفیق ابزارهای تشخیصی سوء مزاج گرم و سرد با تر و خشک معده بتواند یکسری محدودیت‌ها در تشخیص نهایی مزاج معده را از بین ببرد. چون در واقع کمتر بیماری دیده می‌شود که از نظر تری یا خشکی دچار سوء مزاج باشد اما در گرمی و سردی دارای اعتدال مزاج باشد. البته ابزار تری - خشکی در نهایت با ابزار تشخیص سردی - گرمی معده تلفیق خواهد شد؛ اما شاید بهتر بود از ابتدا این کار انجام می‌گرفت تا هماهنگی بیشتری در نتیجه‌ی کار حاصل شود. شاید بتوان در آینده با انتخاب مشارکت‌کنندگانی که فقط سوء مزاج تر یا خشک معده دارند و از نظر سردی و گرمی مزاج معده در حد اعتدال هستند - و البته پیدا کردن چنین افرادی بسیار مشکل است - دقت ابزار را بالاتر برد.

۵-۵ نتیجه نهایی

ابزار سنجش سوء مزاج تر و خشک معده با انجام تمامی مراحل روایی و پایایی، دارای روایی و پایایی مطلوب جهت انجام کارهای پژوهشی و تشخیصی و درمانی است.

این ابزار در پیوست شماره ۶ آمده است. که شامل خوداظهاری و چک لیست است.

۵-۶- پیشنهادات

✓ در پروژه‌هایی موازی ابزار سازی برای تشخیص سوء مزاجات معده، کبد، رحم و مغز انجام شده است. در مرحله بعد پیشنهاد می‌شود که ابزار مناسب برای تعیین مزاج قلب، طحال، کلیه و ریه نیز با طی تمامی مراحل طراحی گویه تا بالینی سنجی انجام شود تا در گام‌های آینده بتوان با ادغام همه ابزارها در یکدیگر، به ابزاری جامع رسید.

✓ با توجه به حذف برخی علائم مهم نظیر رطوبت زبان، نبض و رنگ صورت به نظر می‌آید، لازم است علاوه بر پرسشنامه از ابزارهای فیزیکی دارای معیارهای دقیق‌تر لندازه‌گیری نیز برای کمی کردن هر یک از این شاخص‌ها استفاده شود.

✓ با توجه به شیوع زیاد معده سرد و تر در جامعه و کم بودن مزاج خشک که در متن قانون ابن سینا نیز به این امر اشاره شده است؛ استفاده از تعداد بالای مشارکت‌کنندگان در شهرهای مختلف برای مرحله روایی سازه پیشنهاد می‌شود. به نظر می‌آید بهتر است در آینده در آئینده با انتخاب مشارکت‌کنندگانی که فقط سوء مزاج تر یا خشک معده دارند و از نظر سردی و گرمی مزاج معده در حد اعتدال هستند مجدداً روایی سازه این ابزار انجام شود. البته پیدا کردن چنین افرادی بسیار مشکل است و حکم النادر کالمعدوم را دارد.

✓ یکی از ویژگیهای مهم طب سنتی تکیه بر علت یابی در بیماری‌هاست. به علت محدودیت زمان و توان تیم پژوهش از تبیین دقیق پیشایندهای مزاج و سوء مزاج‌های معده صرف نظر کردند. پرداختن به این امر در پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود.

✓ در تعیین معیارهای مینور و مازور بر اساس متون و نظر متخصصان برای تایید بالینی و امتیازبندی هر معیار نیاز به انجام پژوهش‌های بالینی بیشتر وجود دارد که به علت محدودیت زمانی به آئینده موکول شد.

✓ در طراحی نسخه‌های بعدی ابزار تعیین مزاج معده، استفاده از نظر متخصصین بیشتر با تنوع نظرات و تجربه بیشتر بخصوص استفاده از افراد غیر دانشگاهی اما با تجربه کافی در این زمینه پیشنهاد می‌شود.

✓ با توجه به محدودیت و ویژگی‌های خاصی که در طب سنتی وجود دارد پیشنهاد می‌کنیم روش‌های متناسب با این رشته در روش شناسی تحقیق ابداع و منتشر شود. به عنوان مثال در نظر گرفتن شاخص میزان توافق نسبی متخصصین در بخش سنجش پایایی ابزار در کنار شاخص کاپای اصلاح شده و جیوت در ابزارسازی طب سنتی پیشنهاد می‌شود.

فهرست منابع

- 1) Hall J. Guyton and Hall textbook of medical physiology [Internet]. 2010 [cited 2015 Dec 30]. Available from: <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Po0zyO0BFzwC&oi=fnd&pg=PT31&dq=guyton+and+hall+textbook&ots=0XpWP7rNPO&sig=eRz9vUVPLlGEjPsIpq4zt9Nr3-0>
- 2) Bharati S, Demarchi DA, Mukherji D, Vasulu TS, Bharati P. Spatial patterns of anthropometric variation in India with reference to geographic, climatic, ethnic and linguistic backgrounds. *Ann Hum Biol* [Internet]. 2005/09/09. 2005;32(4):407–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16147394>
- 3) Hsiao H, Long D, Snyder K. Anthropometric differences among occupational groups. *Ergonomics*. 2002;45(2):136–52.
- 4) Harik-Khan RI, Muller DC, Wise RA. Racial difference in lung function in African-American and White children: effect of anthropometric, socioeconomic, nutritional, and environmental factors. *Am J Epidemiol*. 2004;160(9):893–900.
- 5) Assfalg M, Bertini I, Colangiuli D, Luchinat C, Schäfer H, Schütz B, et al. Evidence of different metabolic phenotypes in humans. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2008;105(5):1420–4.
- 6) Esmaeilzadeh M. Assessment of Facial and Cranial Development in Shirvanian Kurmanj Population Based on the Mean Biometric Factors from Birth to Maturity Age. *J Iran Anat Sci*. 2010;8:49–58.
- 7) Tobyn G. Culpeper's Medicine: A Practice of Western Holistic Medicine New Edition. Singing Dragon; 2013.
- 8) Robinson JN, Forman RG, Maciocia L. Risks of donor insemination. *BMJ Br Med J*. 1989;299(6714):1531.
- 9) Abdin MZ. Traditional systems of medicine. Alpha Science Int'l Ltd.; 2006.
- 10) Azmi AA. Basic Concepts of Unani Medicine: A Critical Study. New Delhi Dep Hist Med Fac Med Jamia Hamdard. 1995;
- 11) Chopra D. Complit Health. Tehran: Safialishah. 2000;
- 12) Jorjani E. Zakhireye Kharazm Shahi (Treasure of Kharazm Shah) [In Persian] . In: Moharreri MR, editor. Tehran: Iranian Medical Academy; 2001.
- 13) Bates S. Progress towards personalized medicine. *Drug Discov Today*. 2010;15(3):115–20.
- 14) Hamburg MA, Collins FS. The path to personalized medicine. *N Engl J Med*. 2010;363(4):301–4.

- 15) Meyer JM, Ginsburg GS. The path to personalized medicine. *Curr Opin Chem Biol*. 2002;6(4):434–8.
- 16) Roses AD. Pharmacogenetics and the practice of medicine. *Nature* [Internet]. 2000;405(6788):857–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/35015728>
- 17) Roses AD, Burns DK, Chisoe S, Middleton L, Jean PS. Keynote review: Disease-specific target selection: a critical first step down the right road. *Drug Discov Today*. 2005;10(3):177–89.
- 18) Murtaza S, Jabin F, Imran M. A Comparative Study of Somatotypes in Different Mizaj-e-Insani. *Hamdard Med* [Internet]. 2012 [cited 2016 May 4]; Available from: http://applications.emro.who.int/imemrf/Hamdard_Med/Hamdard_Med_2013_55_3_5_11.pdf
- 19) Elgood C. *Iran Medical History and the Regions of Eastern Caliphate*, translated by Baher F. Tehran: AmirKabir. 1992;19.
- 20) Naseri M. The school of traditional Iranian medicine: The definition, origin and advantages. *Iran J Pharm Res*. 2010;20.
- 21) Naseri M, Rezaeizadeh H, Taheripana H, Naseri V. Temperament theory in the Iranian traditional medicine and variation in therapeutic responsiveness, based on pharmacogenetics. 2010 [cited 2015 Dec 30]; Available from: <http://en.journals.sid.ir/ViewPaper.aspx?ID=228093>
- 22) Rezaeizadeh H, Alizadeh M, Naseri M, Ardakani MRS. The traditional Iranian medicine point of view on health and disease. *Iran J Public Health*. 2009;38(Suppl. 1):169–72.
- 23) Aghili Khorasani shirazi M. In: *Kholassat Al-Hekmah (The Principal's of Traditional Iranian Medicine)*. Nazem E, editor. Qom- Iran: Esmaeilian; 2006.
- 24) Avicenna. *Qanun fi al Tib [Canon of Medicine]*. Beirut: Ehyaul Toras al-Arabi Press; 2010.
- 25) Majusi Ahwazi A. *Kamel-al-Sanaat al-Tibbiah (The Perfect Art of Medicine)*. Ehya Teb Tabiee Institute, editor. Qom, Iran: Jalaladdin; 2008.
- 26) Yousefifard M. Mizaj; past, present and future. ... *Pharmacol* [Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 30]; Available from: http://www.phypha.ir/ppj/browse.php?a_code=A-10-631-1&slc_lang=en&sid=1&sw=University
- 27) Hussain S, Malik F, Riaz H, Qayyum M, Khalid N. Alternative and Traditional Medicines Systems in Pakistan: History, Regulation, Trends, Usefulness, Challenges, Prospects and Limitations [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 30]. Available from: <http://cdn.intechweb.org/pdfs/26489.pdf>
- 28) Chashti MA. *Exir-e-Azam [Great Elixir]*. Tehran: Research Institute for Islamic and Complementary Medicine; 2008.
- 29) Mojahedi M, Naseri M, Majdzadeh R, Keshavarz M, Ebadini M, Nazem E, et al.

- Reliability and Validity Assessment of Mizaj Questionnaire: A Novel Self-report Scale in Iranian Traditional Medicine. Iran Red Crescent Med J [Internet]. 2014 Mar [cited 2015 Dec 26];16(3):e15924. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4005447&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- 30) Mohammadi-Reyshahri M. Ahadith-e-Pezeshki (Medical quotes). In: 2. Qom: Dar al-Hadith Printing & Publishing Organization; 1385. p. 24.
 - 31) Malekzadeh F, Sepanlou SG, Poustchi H, Naghavi M, Forouzanfar MH, Shahrzad S, et al. Burden of Gastrointestinal and Liver Diseases in Iran: Estimates Based on the Global Burden of Disease, Injuries, and Risk Factors Study, 2010. Middle East J Dig Dis. 2015 Jul;7:138–54.
 - 32) Jenabi E, Saatchi M, Khazaei S, Mansori K, Ayubi E, Soheylizad M, et al. National distribution of stomach cancer incidence in Iran: A population-based study. Adv Hum Biol. 2019;9(1):89.
 - 33) Shaheen NJ, Hansen RA, Morgan DR, Gangarosa LM, Ringel Y, Thiny MT, et al. The burden of gastrointestinal and liver diseases, 2006. Am J Gastroenterol [Internet]. 2006 Sep [cited 2016 Apr 17];101(9):2128–38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2006.00723.x>
 - 34) Shirzad M. Explain of the Diagnostic Symptoms of Gastrointestinal Disorders Based on Traditional Iranian Medicine. In: PhD Thesis. School of Traditional Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences;
 - 35) Mozaffarpur SA, Saghebi R, Khafri S, Mojahedi M. An Assessment of the Agreement between Persian Medicine Experts on Mizaj Identification. Tradit Integr Med [Internet]. 2017 Sep 24 [cited 2017 Oct 2];2(3):113–8. Available from: <http://jtim.tums.ac.ir/index.php/jtim/article/view/103>
 - 36) Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. Nurse Educ Today. 2017 Sep 1;56:29–34.
 - 37) Baldwin MA. Concept analysis as a method of inquiry. Nurse Res. 2008;15(2):49–58.
 - 38) Schwartz-Barcott D, Kim H. An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development. Concept Dev Nurs Found Tech Appl [Internet]. 2000 [cited 2016 May 4]; Available from: https://scholar.google.com/scholar?q=Schwartz-Barcott.D%2C+KimHS.n.+An+expansion+and+elaboration+of+Hybrid+model+of+concept+development.+&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
 - 39) Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005 Nov;15(9):1277–88.
 - 40) Fava GA, Tomba E, Sonino N. Clinimetrics: the science of clinical measurements. Int J Clin Pract [Internet]. 2012 Jan [cited 2016 Oct 19];66(1):11–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22171900>
 - 41) Mitchell LE, Ziviani J, Oftedal S, Boyd RN. A systematic review of the clinimetric

- properties of measures of habitual physical activity in primary school aged children with cerebral palsy. *Res Dev Disabil*. 2013;34(8):2419–32.
- 42) Streiner DL. Clinimetrics vs. psychometrics: An unnecessary distinction. Vol. 56, *Journal of Clinical Epidemiology*. 2003. p. 1142–5.
 - 43) Marx RG, Bombardier C, Hogg-Johnson S, Wright JG. Clinimetric and psychometric strategies for development of a health measurement scale. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 1999 Feb [cited 2016 Oct 19];52(2):105–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10201650>
 - 44) Wright JG, Feinstein AR. A comparative contrast of clinimetric and psychometric methods for constructing indexes and rating scales. *J Clin Epidemiol*. 1992;45(11):1201–18.
 - 45) Alizadeh M, Khadem E, Aliasl J. Diagnosis Protocol of Stomach Distemperament for Clinical Practice in Iranian Traditional Medicine. *Iran J Public Health* [Internet]. 2017 Jun 25 [cited 2017 Aug 31];46(7):877–81. Available from: <http://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/10384/5222>
 - 46) Hoseinzadeh H, Taghipour A, Yousefi M, Rostamani H. Reliability and validity assessment of gastrointestinal dystemperaments questionnaire: a novel scale in Persian traditional medicine. *Electron Physician* [Internet]. 2018 Feb 25 [cited 2018 Apr 14];10(2):6363–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29629060>
 - 47) Heravi M-I-Y. Bahr-al-javaher. Qom: Jallaleddin; 2008.
 - 48) Dehkhoda A. Dehkhoda Dictionary. Tehran: Tehran University; 1998.
 - 49) Razi (Razes) M. The Kitab al-Mansuri (Liber Al-Mansuri, a concise handbook of medical sciences). Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2008. Arabic.
 - 50) Ahanchi-Markaz O, Saeedimehr M. Rereading the Concept of Temperament Based on the Modern Medicine. *Persian. Philos Sci Elm*). 2012;2:1–23.
 - 51) Nagendra H, Jagan A, Suchitra S. Development and initial standardization of Ayurveda child personality inventory. *J Ayurveda Integr Med*. 2014;
 - 52) Safarzadeh H, Soloukdar A, Vafaeinia M, Rezaeizadeh H. Studying the Effects of Organizational Personality Traits on Different Human Temperaments Based on the Five-factor Model of Personality - *Caspian Journal of Applied Sciences Research (CJASR)* Official website [Internet]. [cited 2016 May 6]. Available from: <http://www.cjasr.com/volumesandissues/issued-articles/2013/100-cjasr/173-march-2013-2-3-14>
 - 53) Jafari S. Personalized medicine: a confluence of traditional and contemporary medicine. *Altern Ther* ... [Internet]. 2014 [cited 2016 May 7]; Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=10786791&AN=99367803&h=PHjTD3O7xKsQwKZNYwq0lx%2BqeTu9SZ7BCyd%2BXUHAMl2QpO8S3LFGWoW4N6flCnWQrptRcrh6r3sqC7aPwrDZ9g%3D%3D&crl=c>

- 54) Carden CP, Judson IR. Humors of tumors: potential for interaction between cancer type and treating oncologist's personality? J Clin Oncol [Internet]. 2008 Mar 20 [cited 2016 Apr 24];26(9):1566–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18349414>
- 55) Bhalerao S, Deshpande T, Thatte U. Prakriti (Ayurvedic concept of constitution) and variations in platelet aggregation. BMC Complement Altern Med [Internet]. 2012 Jan [cited 2016 Apr 24];12:248. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3562518&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- 56) Fazil M, Akram M, Kapoor P. General Hypochondriasis in Diabetes Mellitus Type-II (DM-II): Implications for Clinicians. gjmedph.org.
- 57) Dar AK, Lone AH. Prevalence of musculoskeletal disorders in patients visiting government unani hospital and ayush centres in Kashmir, India: A preliminary study [Internet]. International Journal of Research in Ayurveda and Pharmacy 2013 p. 475–8. Available from: http://www.ijrap.net/admin/php/uploads/1042_pdf.pdf%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed11&NEWS=N&AN=2013629228
- 58) Elsagh M, Fartookzadeh M, Adibi P, Amini Behbahani F, Kamalinejad M. Basic Temperament among Patients with Functional Constipation. Iran J Public Health [Internet]. 2015 Oct [cited 2016 Apr 24];44(10):1438–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4644597&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- 59) Sheikh Roshandel HR, Fateme G, Sheikh Roshandel R. Developing and standardization of a structured questionnaire to determine the temperament (Mizaj) of individuals.
- 60) Yousefifard M. correlation between hot and cold nature with hematological, biochemical, cardiovascular and respiratory parameters in students of tehran university of medical sciences. 1389.
- 61) Sohrabvand F, Nazem E, Tansaz M, Keshavarz M, Hashem Dabaghian F, Nikbakht Nasrabady A. Investigation of the Personal and Uterine Humor in Infertile Women Referred to Vali-E-Asr Hospital of Tehran, Iran in 2012. Mashhad Univ Med Sci [Internet]. 2014;17(94):10–19. Available from: http://ijogi.mums.ac.ir/article_2773.html
- 62) Naseri M, Mojahedi M, Majdzadeh R, Keshavarz M, Ebadiani M, Nazem E, et al. A Review on Identification of Mizaj (Temperament) Indices in Iranian Traditional Medicine (ITM). Med Hist. 2014;4(12):37–76.
- 63) Shahabi S, Hassan Z. Hot and Cold natures and some parameters of neuroendocrine and immune systems in traditional Iranian medicine: a preliminary study. J Altern Complement Med [Internet]. 2008 [cited 2015 Dec 30]; Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/acm.2007.0693>
- 64) Yousefifard M, Parviz M, Hosseini M, Chenari M, Ebadiani M, Keshavarz M. Palm temperature and core temperature as important indices of temperament. J Med Physiol [Internet]. 2018;3(1):3. Available from:

<http://jmp.iums.ac.ir/index.php/jmp/article/view/33>

- 65) Farsani GG, Movahhed M, Motlagh A, Hosseini S, Yunesian M, Farsani T, et al. Is the Iranian Traditional Medicine warm and cold temperament related to Basal Metabolic Rate and activity of the sympathetic-parasympathetic system? Study protocol. *J Diabetes Metab Disord* [Internet]. 2014 Jul 21 [cited 2016 May 3];13(1):74. Available from: <http://jdmdonline.biomedcentral.com/articles/10.1186/2251-6581-13-74>
- 66) Mirtaheri E, Namazi N. Different types of Mizaj (temperament) in relation with body composition in overweight and obese women: Avicenna's opinion. *Indian J Tradit Knowl*. 2015;
- 67) Salmannezhad H, Mojahedi M, Ebadi A, Mozaffarpur SA, Alipoor A, Saghebi R, et al. Design and Validation of Mizaj Identification Questionnaire in Persian Medicine. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2018 Oct 15 [cited 2018 Nov 26];In Press(In Press). Available from: <http://ircmj.com/en/articles/66709.html>
- 68) Jafari F, Zafarghandi N, Alizadeh F, Alizadeh, Mahdi, Karimi M, Moradi F. A study on the frequency of signs and symptoms of dystemperament in retention and infrequent uterine hemorrhage from viewpoint of Traditional Iranian Medicine. *Persian. Daneshvar Med*. 2012;19(95):55–64.
- 69) Alizadeh F. Study of Signs and Symptoms of Dystemperament in retention and infrequent Uterine Hemorrhage from view point of Traditional Iranian Medicine.
- 70) Moradi F, Alizadeh F, Zafarghandi N, Jafari F, Alizadeh-Vaghasloo M, Karimi M. Symptoms of Uterine Dystemperament in Abnormal Uterine Bleeding from Perspective of Persian Medicine. *Trad Integr Med*, . 2019;4(3):109–16.
- 71) Kalantari T, Bahmani M, Heydari ST, Daneshfard B, Nematollahi Z, Nimrouzi M. Effect of Temperament on Happiness and Job Satisfaction in University Employees. Vol. 12.
- 72) Fatma N, Ali T, Naaz S. Temperamental Analysis in Case of Menorrhagia in Reproductive Age Group. *Int Res J Pharm*.
- 73) Sultana A, Fatima L, Sofi G, Noor S. Evaluation of Mizaj (Temperament) in Menopausal Transition Symptoms: A Pilot Study. *J Res dev*. 2015;3(2).
- 74) Kurande V, Bilgrau AE, Waagepetersen R, Toft E, Prasad R. Interrater reliability of diagnostic methods in traditional Indian ayurvedic medicine. *Evid Based Complement Alternat Med* [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 Apr 24];2013:658275. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3803118&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- 75) Yoon Y, Kim H, Lee Y, Yoo J, Lee S. Developing an optimized cold/heat questionnaire. *Integr Med Res* [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Apr 24];4(4):225–30. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213422015005600>
- 76) Ryu H, Lee H, Kim H, Kim J. Reliability and validity of a cold-heat pattern questionnaire for traditional Chinese medicine. *J Altern Complement Med* [Internet]. 2010 Jun 22 [cited 2016 Apr 24];16(6):663–7. Available from:

- <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/acm.2009.0331>
- 77) Kim J, Han G, Choi B, Park J, Park K. Development of differential criteria on tongue coating thickness in tongue diagnosis. *Complement Ther Med* [Internet]. 2012 [cited 2016 May 17]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S096522991200043X>
 - 78) Wong W, Lam CLK, Su Y-C, Lin SJ-S, Ziea ET-C, Wong VT, et al. Measuring body constitution: validation of the Body Constitution Questionnaire (BCQ) in Hong Kong. *Complement Ther Med* [Internet]. 2014 Aug [cited 2016 May 17];22(4):670–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25146072>
 - 79) Mohammadpur A, Sadeghi R, Rezaei M. Mixed methods research as third methodological movement: Theoretical foundations and practical procedures. *J Appl Sociol* [Internet]. 2010 Jan 1 [cited 2016 May 6];21(2(38)):77–100. Available from: <http://fa.journals.sid.ir/ViewPaper.aspx?ID=128443>
 - 80) Creswell J, Clark V. Designing and conducting mixed methods research. 2007 [cited 2016 May 6]; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1753-6405.2007.00097.x/full>
 - 81) Seomun G, Chang S, Lee P. Concept analysis of coping with arthritic pain by South Korean older adults: Development of a hybrid model. *Nurs Heal Sci* [Internet]. 2006 [cited 2016 May 4]; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2006.00262.x/full>
 - 82) Rafii F, Soleimani M, Seyed F. Concept analysis of participation of patient with chronic disease: Use of hybrid model. *Iran J Nurs* [Internet]. 2011 [cited 2016 May 4];23:35–48. Available from: <http://en.journals.sid.ir/ViewPaper.aspx?ID=214082>
 - 83) Rodgers B. Concept analysis: an evolutionary view. ... *Dev Nurs Found Tech* ... [Internet]. 2000 [cited 2016 May 4]; Available from: https://scholar.google.com/scholar?q=4.%09Rodgers+BL%2C+Knafl+KA.+Concept+d+velopment+in+nursing%3A+foundation%2C+techniques+and+application.+2nd+ed.+Philadelphia.+W.B.+Saunders%3B+2000.+p.129-161&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
 - 84) Rezaee N, Rafii F, Mardani M, Ranjbar H. A concept analysis of hope of patient recovery among nurses in intensive care: A hybrid model. *J Qual Res Heath Sci* [Internet]. 2013 [cited 2016 May 4];2(2):101–10. Available from: <http://en.journals.sid.ir/ViewPaper.aspx?ID=399962>
 - 85) Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* [Internet]. 2008 Apr [cited 2016 Jul 17];62(1):107–15. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
 - 86) Elo S, Kaariainen M, Kanste O, Polkki T, Utriainen K, Kyngas H. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open* [Internet]. 2014 Feb 11 [cited 2015 Apr 22];4(1):2158244014522633-. Available from: <http://sgo.sagepub.com/content/4/1/2158244014522633>

- 87) Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott/Williams & Wilkins Health, c; 2014. xviii, 493 p. : ill.
- 88) Wee HL, Lee WWR, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Li SC. Validation of the English version of the KINDL generic children's health-related quality of life instrument for an Asian population--results from a pilot test. Qual Life Res [Internet]. 2005 May [cited 2016 Jun 21];14(4):1193–200. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16041914>
- 89) Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. Soc Work Res [Internet]. 2003 Jun 1 [cited 2016 Jun 21];27(2):94–104. Available from: <http://swr.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/swr/27.2.94>
- 90) McKenzie J, Wood M, Koteck, JE. et al. Establishing content validity: Using qualitative and quantitative steps. Am J Health Behav. 1990;(23):311–8.
- 91) Haynes SN, Richard DCS, Kubany ES. Content Validity in Psychological Assessment: A Functional Approach to Concepts and Methods Introduction to Content Validity. Psychol Assoc Sept. 1995;7(3):238–47.
- 92) Polit D, Beck C, Owen S. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Res Nurs Health [Internet]. 2007 [cited 2016 May 6]; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.20199/abstract>
- 93) Rungtusanatham M. Lets not overlook content validity. Decis line. 1998;
- 94) Lawshe CH. A Quantitive Approach to Content Validity. Pers Psychol [Internet]. 1975 Dec [cited 2016 May 6];28(4):563–75. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- 95) Ayre C, Scally A. Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. Meas Eval Couns Dev. 2014;47(1):79–86.
- 96) Taghizadeh Z, Ebadi A, Montazeri A, Shahvari Z, Tavousi M, Bagherzadeh R. Psychometric properties of health related measures. Part 1: Translation, development, and content and face validity. Payesh [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2019 Dec 8];16(3):343–57. Available from: http://payeshjournal.ir/browse.php?a_code=A-10-10-88&slc_lang=fa&sid=1
- 97) Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health [Internet]. 2006 Oct [cited 2016 Jun 21];29(5):489–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16977646>
- 98) Nunnally J, Bernstein I. Psychometric Theory. 3th ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
- 99) Michalos AC, editor. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014.

- 100) Tabachnick, B. G., and Fidell LS. Using Multivariate Statistics. 6th ed. Boston: Pearson; 2013.
- 101) Gliem JA, Gliem RR. Calculating, Interpreting, And Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient For Likert-Type Scales. 2003;
- 102) Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N. Validity and Reliability of the Instruments and Types of MeasurementS in Health Applied Researches. J Rafsanjan [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 4]; Available from: http://journal.rums.ac.ir/journal/browse.php?a_id=2274&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
- 103) Gwet K. Handbook of inter-rater reliability: The definitive guide to measuring the extent of agreement among raters [Internet]. 2014 [cited 2016 Jul 19]. Available from: <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=fac9BQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Handbook+of+Inter-Rater+Reliability&ots=UUeviLit35&sig=deR7IR3OpmGOqfOPk9dNxztwG08>
- 104) Gwet KL. Computing inter-rater reliability and its variance in the presence of high agreement. Br J Math Stat Psychol. 2008 May;61(1):29–48.
- 105) Tabari A. Firdous al-Hikmah [Paradise of Wisdom]. Tehran, Iran: Research Institute for Islamic & Complementary Medicine; 2008. Arabic.
- 106) Ardalan M, Khodadoust K, Mostafidi E. A Review of Ferdous al-Hekma fil-Tibb by Ali ibn Raban Tabari. J Med ethics Hist Med. 2015;8:7.
- 107) Razi (Razes) M. The Kitab al-Mansuri (Liber Al-Mansuri, a concise handbook of medical sciences). Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2008.
- 108) Zarshenas MM, Mehdizadeh A, Zargar A, Mohagheghzadeh A. Rhazes (865-925 AD). J Neurol. 2012;259(5):1001–2.
- 109) Razas. Al Havi [Liber Continent]. Beirut: Ehyaul Toras al-Arabi Press; 2001.
- 110) Zargar A, Zarshenas MM, Ahmadi SA, Vessal K. Haly Abbas (949–982 AD). J Neurol [Internet]. 2013;260(8):2196–7. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00415-012-6823-9>
- 111) Akhawayni A. Hedayat al-mota'allemin fi al-tibb (An educational guide for medical students) Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad Publication; 1992.
- 112) Yarmohammadi H, Dalfardi B, Ghanizadeh A. Al-akhawayni bukhari (?-983 AD). Vol. 261, Journal of Neurology. Springer Berlin Heidelberg; 2014. p. 643–5.
- 113) Zargar A, Mehdizadeh A, Zarshenas MM, Mohagheghzadeh A. Avicenna (980-1037 AD). Vol. 259, Journal of Neurology. 2012. p. 389–90.
- 114) Zarshenas MM, Zargar A, Abolhassanzadeh Z, Vessal K. Jorjani (1042–1137). J Neurol [Internet]. 2012;259(12):2764–5. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00415-012-6637-9>

- 115) Qarshi al-Dimashqi AIA-H, (Ibn al-Nafis). Sharh Qanun Ibn Sina, (Commentary on Avicenna's canon). Arabic. library of Islamic Parliament of Iran;
- 116) West JB. Ibn al-Nafis, the pulmonary circulation, and the Islamic Golden Age. *J Appl Physiol*. 2008 Dec;105(6):1877–80.
- 117) Samarghandi N. Sharh-olasbab va alamat (Explaining the causes and signs). Ehya Teb Tabiee Institute, editor. Qom, Iran: Jalaladdin; 2008. Arabic.
- 118) Kasnavieh SMH, Sadeghi SMH, Khameneh SMH, Khodadoost M, Bazrafshan A, Kamalinejad M, et al. Dietary Recommendations in Fracture Healing in Traditional Persian Medicine: A Historical Review of Literature. *J Evid Based Complementary Altern Med* [Internet]. 2017 Jul 11 [cited 2018 Sep 22];22(3):513–7. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2156587216685509>
- 119) Arzani MA. In: Teb-e-Akbari [Akbari's Medicine]. Ehya Teb e Tabiee O, editor. Tehran: Jaleleddin Press; 2008. pp. 641–2.
- 120) Shoja MM, Tubbs RS. The history of anatomy in Persia. Vol. 210, *Journal of Anatomy*. Blackwell Publishing Ltd; 2007. p. 359–78.
- 121) Parsa E, Mojahedi M, Chaichi raghimi M, Ilkhani R, Zareiyan A, Mokaberinejad R, et al. A Review of the Indices of Mizaj-e-Meda (Temperament of Stomach) identification in Persian Medicine. *J Babol Univ Med Sci* [Internet]. 2018 [cited 2018 Sep 12];20(7):63–70. Available from: <http://jbums.org/article-1-7489-en.html>
- 122) Parsa E, Khodadoost M, Mokaberinejad R, Mojahedi M, Shirbeigy L, Zareiyan A, et al. Gastric Dystemperament(Sue-mizaj) In Iranian Traditional Medicine. *Curr Nutr Food Sci* [Internet]. 2019 Aug 21 [cited 2019 Nov 27];15. Available from: <http://www.eurekaselect.com/174365/article>
- 123) Hupkens BJP, Breukink SO, Olde Reuver of Briel C, Tanis PJ, de Noo ME, van Duijvendijk P, et al. Dutch validation of the low anterior resection syndrome score. *Color Dis*. 2018 Oct 1;20(10):881–7.
- 124) Samalavicius NE, Dulskas A, Lasinskas M, Smailyte G. Validity and reliability of a Lithuanian version of low anterior resection syndrome score. *Tech Coloproctol*. 2016 Apr 1;20(4):215–20.
- 125) Babaeian M, Naseri M, Kamalinejad M, Ghaffari F, Emadi F, Feizi A, et al. The Efficacy of *Mentha longifolia* in the Treatment of Patients With Postprandial Distress Syndrome: A Double-Blind, Randomized Clinical Trial. *Iran Red Crescent Med J*. 2016;
- 126) Pasalar M, Choopani R, Mosaddegh M, Kamalinejad M, Mohagheghzadeh A, Fattahi MR, et al. Efficacy and Safety of Jollab to Treat Functional Dyspepsia: A Randomized Placebo–Controlled Clinical Trial. *EXPLORE* [Internet]. 2015 May 1 [cited 2018 Dec 8];11(3):199–207. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1550830715000336?via%3Dihub>
- 127) Eftekharafzali M, Mehrabani M, Tajadini H, Ahmadi B, Zahedi MJ. Effect of “*Pistacia Atlantica*” Resin (Baneh) on Functional Dyspepsia. *Iran Red Crescent Med J* [Internet].

- 2018 [cited 2018 Dec 17];20(7):63822. Available from: <https://cdn.neoscriber.org/cdn/serve/31450/dd6b044a8eb30db20c8d18c0fe3bd14f3eb61aee/ircmj-20-7-63822.pdf>
- 128) Karkon Varnosfaderani S, Hashem-Dabaghian F, Amin G, Bozorgi M, Heydarirad G, Nazem E, et al. Efficacy and safety of Amla (*Phyllanthus emblica* L.) in non-erosive reflux disease: a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *J Integr Med* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2018 Dec 24];16(2):126–31. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2095496418300232?via3Dihub>
- 129) Pasalar M, Nimrouzi M, Choopani R, Mosaddegh M. Functional dyspepsia : A new approach from traditional Persian medicine. *Avicenna J phytomedicine*. 2015;1–10.
- 130) Borhani M, Khoshzaban F, Naseri M, Elsagh M. Gastric diseases semiology in Iranian Traditional Medicine (ITM) Design and validation of the selfreported Mizaj(temperament) questionnaire in middle-aged Iranian people View project [Internet]. Article in *Advances in Environmental Biology*. 2014. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/280445039>
- 131) Nazari M, Taghizadeh A, Orafaei H, Rakhshandeh H, Bazzaz MM, Shokri J, et al. Nausea and vomiting in Iranian Traditional Medicine based on Avicenna's viewpoint. *Electron physician* [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 16];7(2):1047–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26120413>
- 132) Naseri M, Babaeian M, Ghaffari F, Kamalinejad M, Feizi A, Mazaheri M, et al. Bloating: Avicenna's Perspective and Modern Medicine. *J Evid Based Complementary Altern Med* [Internet]. 2016 Apr 13 [cited 2018 Jan 27];21(2):154–9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2156587215622915>

پوست

پیوست ۱: سوالات گفتگو با متخصصان در مرحله کار در عرصه

نام و نام خانوادگی.....سن.....شغل.....رشته.....مدرک تحصیلی.....

شماره همراه.....نشانی ایمیل.....محل کار.....

لطفا نظرات خود را بر اساس یافته‌های بالینی از بین بیماران و تجربیات بالینی خود بفرمایید:

(۱) معنای سوءمزاج معده با توجه به تجربیات شخصی شما چیست؟

(۲) انواع سوءمزاج معده از نظر جنابعالی چیست؟

(۳) علائم سوءمزاج معده بر اساس تجربیات بالینی شما چیست؟

(۴) بر اساس تجربه شما مزاج و سوءمزاج تر و خشک معده به چه معنا است؟ با توجه به تجربه شما با چه معیاری این دو از هم قابل افتراق است؟

(۵) بر اساس تجربه شما مزاج و سوءمزاج گرم و سرد معده به چه معنا است؟ با توجه به تجربه شما با چه معیاری این دو از هم قابل افتراق است؟

(۶) بر اساس تجربه شما سوءمزاج مادی و ساده معده به چه معنا است؟ با توجه به تجربه شما با چه معیاری این دو از هم قابل افتراق است؟

(۷) بیماران دارای سوءمزاج تر معده بیشتر با چه علائمی به شما مراجعه می‌کنند؟

(۸) بیماران دارای سوءمزاج خشک معده بیشتر با چه علائمی به شما مراجعه می‌کنند؟

(۹) توضیح بفرمایید بر اساس تجربه شخصی چگونه مزاج تر و خشک، گرم و سرد، مادی و ساده معده را تشخیص می‌دهید؟

(۱۰) با چه سوالاتی از بیمار متوجه می‌شوید که او مزاج تر معده دارد؟

(۱۱) با چه سوالاتی از بیمار متوجه می‌شوید که او مزاج خشک معده دارد؟

(۱۲) چگونه و با چه سوالاتی تشخیص می‌دهید که بیمار یبوست دارد یا ندارد؟

(۱۳) چگونه و با چه سوالاتی تشخیص می‌دهید که بیمار عطش دارد یا ندارد؟ آیا نوع آبی که تشنگی اش را رفع می‌کند، برایتان مهم است؟

(۱۴) چگونه و با چه سوالاتی تشخیص می‌دهید که بیمار خشکی دهان دارد یا ندارد؟

۱۵) چگونه و با چه سوالاتی تشخیص می‌دهید که بیمار (اهراق ریق) آبریزش دهان زیاد دارد؟

۱۶) چگونه و با چه سوالاتی تشخیص می‌دهید که بیمار اشتهای زیادی دارد یا ندارد؟

۱۷) چگونه و با چه سوالاتی تشخیص می‌دهید که بیمار هضم ضعیف یا قوی دارد؟

۱۸) چگونه و با چه سوالاتی تشخیص می‌دهید که انحرار غذای بیمار کند است و سرعت خالی شدن معده او چقدر است؟

۱۹) چگونه و با چه سوالاتی تشخیص می‌دهید که بیمار نفخ دارد یا ندارد؟

۲۰) چگونه و با چه سوالاتی تشخیص می‌دهید که بیمار سوزش معده دارد یا ندارد؟

۲۱) چگونه و با چه سوالاتی تشخیص می‌دهید که معده بیمار ترش می‌کند یا نه؟

۲۲) چگونه و با چه سوالاتی تشخیص می‌دهید که بیمار غثیان، تهوع و دل به هم خوردگی دارد یا نه؟

۲۳) چگونه و با چه سوالاتی تشخیص می‌دهید که آروغ یا مزه دهان بیمار تلخ یا ترش یا بی مزه است؟

۲۴) چگونه و با چه سوالاتی تشخیص می‌دهید که صفرا یا بلغم درقی، ادرار و مدفوع بیمار وجود دارد؟

۲۵) چگونه و با چه معایناتی تشخیص می‌دهید که رنگ بدن بیمار چیست؟

۲۶) چگونه و با چه معایناتی تشخیص می‌دهید که بیمار چاق لحمی است یا ترهل دارد؟

۲۷) چگونه و با چه معایناتی تشخیص می‌دهید که بیمار ذبول و لاغری دارد؟

۲۸) چگونه و با چه سوالاتی تشخیص می‌دهید که تضرر و انتفاع بیمار از چه کیفیاتی بیشتر است؟

۲۹) در تشخیص سوء مزاج بیمار تضرر برایتان ارزشمندتر است یا انتفاع؟

۳۰) بر اساس تجربه شما از بین علائمی که برای تشخیص رطوبت در مزاج معده بیمار ذکر کردید کدام اهمیت بیشتری دارد؟

۳۱) بر اساس تجربه شما از بین علائمی که برای تشخیص خشکی در مزاج معده بیمار ذکر کردید، کدام مهمتر است؟

۳۲) بر اساس تجربه شما از بین علائمی که برای تشخیص سردی در مزاج معده بیمار ذکر کردید، کدام مهمتر است؟

۳۳) بر اساس تجربه شما از بین علائمی که برای تشخیص گرمی در مزاج معده بیمار ذکر کردید، کدام مهمتر است؟

۳۴) در قانون آمده نبودن هضم خوب در معده اگر به علت ورم معده، زخم معده و فساد غذا نباشد ناشی از سوءمزاج معده است. شما در بیماران چگونه این تشخیص‌ها را رد کرده و به سوءمزاج می‌رسید؟

۳۵) از کجا متوجه می‌شوید که اختلال عملکرد معده و سوءمزاج در خود معده است و ناشی از مشارکت معده با قلب، مغز، کبد و طحال نیست؟

در صورت نیاز برای واضح سازی بیشتر از سؤالات زیر استفاده شود:

۱) ممکن است یک مثال بزنید؟

۲) ممکن است این موضوع را بیشتر توضیح دهید.

۳) این که بیان کردید یعنی چه؟

پیوست ۲: سوالات گفتگو با بیماران در مرحله کار در عرصه

افراد هر جامعه و حتی خانواده نسبت به همسالان خود، تفاوتی در عملکرد دستگاه گوارش دارند که برخی از آنها، معیار تعیین مزاج معده از نظر گرمی، سردی، تری و خشکی در طب سنتی است. در فرم حاضر تعدادی از شاخصهای مذکور طرح شده و از جنابعالی خواهشمندیم در قسمت اول، خصوصیات فردی خود را با اصطلاحات رایج در محل زندگی خود در مقابل هر شاخص بنویسید و در قسمت دوم، مطالب قسمت اول را جمع بندی نموده و به تفاوتی عملکرد دستگاه گوارش خود نسبت به همسالان هم جنس خود اشاره نمایید. شما در نوشتن اصطلاحات و کلمات آزاد هستید و لزومی ندارد خصوصیات مورد نظر خود را صرفاً در قالب اصطلاحات ارایه شده در این برگ بنویسید.

نام و نام خانوادگی..... سن..... شغل..... رشته..... مدرک تحصیلی.....
شماره همراه..... نشانی ایمیل..... محل تولد..... محل سکونت.....
قد..... وزن..... وضعیت تاهل..... نوع بیماری کنونی.....

(۱) وضعیت گوارش شما چطور است؟ شرح دهید...

(۲) در صورت وجود مشکل گوارشی، آن را شرح دهید..... در طول یک شبانه روز چه علائم گوارشی را تجربه می کنید؟

(۳) وضعیت اشتهای شما چطور است؟ اشتهای خوب و بی اشتهایی از نظر شما چه معنایی دارد؟ چه زمان و عواملی اشتهای شما را کم یا زیاد می کند؟

(۴) وضعیت دفع مدفوع شما چطور است؟ یبوست از نظر شما چه معنایی دارد؟ وضعیت تان در زمان یبوست را بیشتر شرح دهید؟ یبوست شما در چه زمان (فصل و شرایط محیط) و با چه چیزی تشدید یا کمتر می شود؟

(۵) وضعیت آب خوردن شما چطور است؟ عطش و تشنگی از نظر شما چه معنایی دارد؟ زمان و عوامل تشدیدکننده و بهبوددهنده تشنگی شما چیست؟

(۶) وضعیت لعاب دهان شما چطور است؟ خشکی دهان و زیادی آب دهان از نظر شما چه معنایی دارد؟ زمان و عوامل تشدید خشکی دهان و یا رطوبت دهان شما چیست؟

(۷) وضعیت مزه دهان شما در زمان بیدار شدن از خواب چطور است؟ بدمزگی طعم دهان، تلخی و ترشی دهان، بی مزه بودن و شیرینی دهان از نظر شما چه معنایی دارد؟ زمان و عوامل تشدید بدمزگی و یا بی مزگی دهان شما چیست؟

(۸) وضعیت هضم شما چطور است؟ هضم خوب و ضعف هاضمه از نظر شما چه معنایی دارد؟ وضعیت تان بعد از غذا خوردن و هنگام هضم غذا را بیشتر شرح دهید؟ توانایی هضم شما در چه زمان (فصل و شرایط محیط) و با چه غذاهایی بهتر یا بدتر می شود؟

- ۹) وضعیت معده شما چگونه است؟ سوزش و درد معده از نظر شما چه تفاوت معنایی دارد؟ وضعیت تان هنگام درد و سوزش معده را بیشتر شرح دهید؟ سوزش و درد معده شما در چه زمان (فصل و شرایط محیط) و با چه غذاهایی بهتر یا بدتر می شود؟
- ۱۰) آیا دچار ترش کردن معده می شوید؟ ترش کردن و سوزش معده از نظر شما چه تفاوت معنایی دارد؟ وضعیت تان هنگام ترش کردن معده را بیشتر شرح دهید؟ ترش کردن معده شما در چه زمان (فصل و شرایط محیط) و با چه غذاهایی بهتر یا بدتر می شود؟
- ۱۱) آیا دچار نفخ و ورم معده می شوید؟ نفخ و ورم معده از نظر شما چه تفاوت معنایی دارد؟ وضعیت تان هنگام نفخ و ورم معده را بیشتر شرح دهید؟ نفخ و ورم معده شما در چه زمان (فصل و شرایط محیط) و با چه غذاهایی بهتر یا بدتر می شود؟
- ۱۲) آیا بعد از غذا آروغ می زنید؟ وضعیت تان هنگام آروغ زدن را بیشتر شرح دهید؟ آیا آروغ شما بو و طعم خاصی دارد؟ آروغ شما در چه زمان (فصل و شرایط محیط) و با چه غذاهایی بهتر یا بدتر می شود؟
- ۱۳) آیا دچار تهوع، عرق زدن و استفراغ می شوید؟ تهوع، عرق زدن و استفراغ از نظر شما چه تفاوت معنایی دارد؟ وضعیت تان هنگام تهوع، عرق زدن و استفراغ را بیشتر شرح دهید؟ تهوع، عرق زدن و استفراغ شما در چه زمان (فصل و شرایط محیط) و با چه غذاهایی بهتر یا بدتر می شود؟
- ۱۴) وضعیت ادرار شما از نظر رنگ و بو چگونه است؟ تغییر رنگ و بوی ادرار شما در چه زمان (فصل و شرایط محیط) و با چه چیزی تشدید یا کمتر می شود؟
- ۱۵) وضعیت چاقی لاغری: درباره چاق و یا لاغر بودن خودتان بیشتر توضیح دهید؟
- ۱۶) وضعیت رنگ پوست: درباره رنگ پوست بدنتان چه فکر می کنید؟
- ۱۷) نسبت به هوای سرد، هوای گرم یا غذاهای با طبع سرد یا گرم چه عکس العملی دارید؟ با کدام حالت سازگارترید یا از کدام مورد بیشتر اذیت می شوید؟
- ۱۸) نسبت به هوای خشک، هوای مرطوب یا غذاهای آبکی یا خشک چه عکس العملی دارید؟ با کدام حالت سازگارترید یا از کدام مورد بیشتر اذیت می شوید؟
- با توجه به مواردی که در جدول فوق ذکر کردید لطفاً خصوصیات گوارشی خود را که به میزان قابل توجهی با دیگران متفاوت است را در پشت برگه در چند جمله بنویسید.

پیوست ۳: فرم رضایت اخلاقی شماره‌ی یک (مرحله‌ی مصاحبه):

فرم رضایت نامه‌ی شرکت در طرح ابزارسازی و بالینی‌سنجی ابزار تشخیصی سوءمزاج تر و خشک معده در طب سنتی ایران

بسمه تعالی
آقای / خانم محترم
بدین وسیله از شما جهت شرکت در پژوهش فوق‌الذکر دعوت به عمل می‌آید. اطلاعات مربوط به این پژوهش و شرایط شرکت در آن در این برگه خدمتتان ارائه می‌شود. شما برای شرکت یا عدم شرکت در این طرح آزاد هستید. شما مجبور به تصمیم‌گیری فوری نبوده و می‌توانید در این مورد سوالات خود را از گروه تحقیق پرسیده و با هرفرد صاحب نظری که مایل باشید مشورت نمایید. قبل از امضاء این رضایت نامه مطمئن شوید که به نحو کافی و مناسب متوجه تمامی اطلاعات این فرم شده‌اید و به تمام سوالات شما پاسخ داده شده‌است. در این طرح در مرحله‌ی اول با بیماران دارای علائم گوارشی و افراد مبتلا به بیماری‌های شناخته شده معده، که به سلامتکده‌های طب سنتی مراجعه می‌کنند، در خصوص علائم سوءمزاج معده مصاحبه خواهد شد. همچنین با بیمارانی که توسط اساتید مربوطه تشخیص سوءمزاج معده گذاشته شود با کسب اجازه از بیماران مصاحبه باز و نیمه ساختار یافته به عمل خواهد آمد. این مصاحبه با اجازه‌ی داوطلب ضبط شده و سپس تایپ شده و مورد بررسی قرار خواهد گرفت. هدف از مصاحبه با بیماران بررسی علائم سوء مزاج‌های معده و تدوین پرسشنامه با گویه‌هایی است که از نظر بیماران هنگام تکمیل پرسشنامه بیشترین صراحت و قابلیت فهم بودن را از نظر ظاهری دارا باشد. لازم به ذکر است مصاحبه‌های ضبط شده فقط در اختیار مسئول طرح بوده و در صورت ارائه‌ی آن به سایر افراد، بدون ذکر نام و مشخصات خواهد بود. مجری پژوهش: دکتر مهشید چایچی رقیمی
----- (۱) من آگاه شدم هدف از این پژوهش تهیه یک پرسشنامه جهت بررسی علائم سوءمزاج معده است. این طرح دارای چند مرحله است که یک مرحله‌ی آن مصاحبه با داوطلبان می‌باشد. (۲) من آگاه شدم که شرکت من در این پژوهش کاملاً داوطلبانه است و مجبور به شرکت در این پژوهش نیستم. (۳) به من اطمینان داده شد که اگر حاضر به شرکت در این پژوهش نباشم، از مراقبت‌های معمول تشخیصی و درمانی محروم نخواهم شد و رابطه درمانی من با مرکز درمانی و پزشک معالجم دچار اشکال نمی‌شود. (۴) من آگاه شدم که حتی پس از موافقت با شرکت در پژوهش می‌توانم هر وقت که بخواهم، از پژوهش خارج شوم و خروج من از پژوهش باعث محرومیت از دریافت خدمات درمانی معمول برای من نخواهد شد. (۵) نحوه‌ی همکاری من با این پژوهش به این صورت است که در مصاحبه شرکت کرده و تجارب شخصی و احساسم را هنگام بروز علائم بیان می‌کنم. به من گفته شده است که ممکن است نیاز باشد بیش از یک بار مصاحبه با اینجانب صورت گیرد.

۶) منافع احتمالی شرکت اینجانب در این مطالعه به این شرح است که امکان دارد احتمال تشخیص و درمان بهتر بیماریم فراهم شود؛ با شرکت در این طرح ممکن است به تشخیص و درمان احتمالی بهتر برای سایر بیماران کمک کنم و جهت شرکت در این طرح هزینه‌ی اضافی بر من وارد نخواهد شد.

۷) در صورت عدم تمایل به شرکت در این مطالعه، در روش معمول درمان من مشکلی به وجود نخواهد آمد و روند درمان ادامه خواهد یافت.

۸) من آگاه شدم که دست اندرکاران این پژوهش، کلیه اطلاعات مربوط به من را نزد خود به صورت محرمانه نگه داشته و فقط اجازه دارند نتایج کلی و گروهی این پژوهش را بدون ذکر نام و مشخصات اینجانب منتشر کنند. یافته‌های پژوهش مطابق اصول علمی انتشار یافته‌ها در پژوهش‌های پزشکی و موازین اخلاق پزشکی کشوری اعلام می‌گردد.

۹) من آگاه شدم که کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به آدرس: تهران، بزرگراه شهید چمران، اوین، جنب بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دفتر مدیریت پژوهشی، و تلفن ۰۲۱۲۲۴۳۹۷۸۷ با هدف نظارت بر رعایت حقوق اینجانب می‌تواند به اطلاعات من دسترسی داشته باشد.

۱۰) من آگاه شدم هیچ هزینه‌ای جهت شرکت در طرح به عهده‌ی اینجانب نخواهد بود.

۱۱) خانم دکتر به عنوان مجری طرح جهت پاسخگویی به اینجانب معرفی شده من می‌توانم در صورت بروز مشکل در رابطه با پژوهش یا داشتن سوال به نشانی زیر با ایشان تماس بگیرم.

تلفن همراه: ۰۹۲۱۳۲۳۳۴۷۹

آدرس دانشکده: خیابان ولیعصر (عج)، روبروی توانیر، کوچه‌ی شمس، دانشکده طب سنتی شهید بهشتی

۱) من آگاه شدم اگر اشکال یا اعتراضی نسبت به دست اندرکاران یا روند پژوهش دارم می‌توانم با کمیته اخلاق

در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به آدرس: تهران، بزرگراه شهید چمران، اوین، جنب

بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دفتر مدیریت پژوهشی، و تلفن ۰۲۱۲۲۴۳۹۷۸۷

تماس گرفته و مشکل خود را به صورت کتبی یا شفاهی مطرح نمایم.

اینجانب: به کد ملی: موارد فوق‌الذکر را خواندم و به خوبی از آنها آگاه شده و آنها را فهمیدم و براین اساس، رضایت آگاهانه و داوطلبانه خود را برای شرکت در این پژوهش اعلام می‌کنم.

نشانی شرکت کننده:

تلفن تماس: ثابت..... همراه.....

امضای شرکت کننده و اثر انگشت: به تاریخ:

امضای شاهد و اثر انگشت: به تاریخ:

مهر و امضای مجری پژوهش

ایمیل: com.m@gmail.chaichi

تلفن همراه: ۰۹۲۱۳۲۳۳۴۷۹

دکتر مهشید چایچی رقیمی

پیوست ۴: فرم رضایت اخلاقی شماره‌ی دو (مرحله‌ی روایی صوری):

فرم رضایت نام‌ی شرکت در طرح ابزارسازی و بالینی‌سنجی ابزار تشخیصی سوءمزاج تر و خشک معده در طب سنتی ایران

بسمه تعالی

آقای / خانم محترم

بدین وسیله از شما جهت شرکت در پژوهش فوق‌الذکر دعوت به عمل می‌آید. اطلاعات مربوط به این پژوهش و شرایط شرکت در آن در این برگه خدمتتان ارائه می‌شود. شما برای شرکت یا عدم شرکت در این طرح آزاد هستید. شما مجبور به تصمیم‌گیری فوری نبوده و می‌توانید در این مورد سوالات خود را از گروه تحقیق پرسیده و با هرفرد صاحب نظری که مایل باشید مشورت نمایید. قبل از امضاء این رضایت نامه مطمئن شوید که به نحو کافی و مناسب متوجه تمامی اطلاعات این فرم شده‌اید و به تمام سوالات شما پاسخ داده شده‌است.

در این طرح در مرحله‌ی بعد از طراحی پرسشنامه اولیه تشخیص سوءمزاج معده از مراجعه‌کنندگان به سلامتکده‌های طب سنتی درخواست خواهد شد که پرسشنامه‌ای مربوط به گویا و قابل فهم بودن و سطح دشواری سوالات پرسشنامه را پرکنند. هدف از این مرحله بررسی علائم سوءمزاج‌های معده و تدوین پرسشنامه با گویه‌هایی است که از نظر بیماران هنگام تکمیل پرسشنامه بیشترین صراحت و قابلیت فهم بودن را از نظر ظاهری دارا باشد. لازم به ذکر است پرسشنامه‌های پر شده فقط در اختیار مسئول طرح بوده و در صورت ارائه‌ی آن به سایر افراد، بدون ذکر نام و مشخصات خواهد بود.

مجری پژوهش: دکتر مهشید چایچی رقیمی

(۱) من آگاه شدم هدف از این پژوهش تهیه یک پرسشنامه جهت بررسی علائم سوءمزاج معده است. این طرح دارای چند مرحله است که یک مرحله‌ی آن پرکردن پرسشنامه است.

(۲) من آگاه شدم که شرکت من در این پژوهش کاملاً داوطلبانه است و مجبور به شرکت در این پژوهش نیستم. به من اطمینان داده شد که اگر حاضر به شرکت در این پژوهش نباشم، از مراقبت‌های معمول تشخیصی و درمانی محروم نخواهم شد و رابطه درمانی من با مرکز درمانی و پزشک معالجم دچار اشکال نمی‌شود.

(۳) من آگاه شدم که حتی پس از موافقت با شرکت در پژوهش می‌توانم هر وقت که بخواهم، از پژوهش خارج شوم و خروج من از پژوهش باعث محرومیت از دریافت خدمات درمانی معمول برای من نخواهد شد.

(۴) نحوه‌ی همکاری من با این پژوهش به این صورت است که پرسشنامه تشخیص سوءمزاج معده را مطالعه کرده و نظرم را راجع به گویا و قابل فهم بودن یا مبهم بودن، سطح دشواری سوالات، شدت و مدت درگیری با هر علامت با پر کردن یک پرسشنامه بیان می‌کنم. به من گفته شده است که ممکن است نیاز باشد بیش از یک بار مصاحبه با اینجانب صورت گیرد.

(۵) منافع احتمالی شرکت اینجانب در این مطالعه به این شرح است که امکان دارد احتمال تشخیص و درمان بهتر بیماریم فراهم شود؛ با شرکت در این طرح ممکن است به تشخیص و درمان احتمالی بهتر برای سایر بیماران کمک کنم و جهت شرکت در این طرح هزینه‌ی اضافی بر من وارد نخواهد شد.

(۶) در صورت عدم تمایل به شرکت در این مطالعه، در روش معمول درمان من مشکلی به وجود نخواهد آمد و روند درمان ادامه خواهد یافت.

(۷) من آگاه شدم که دست اندرکاران این پژوهش، کلیه اطلاعات مربوط به من را نزد خود به صورت محرمانه نگه داشته و فقط اجازه دارند نتایج کلی و گروهی این پژوهش را بدون ذکر نام و مشخصات اینجانب منتشر کنند. یافته‌های پژوهش مطابق اصول علمی انتشار یافته‌ها در پژوهش‌های پزشکی و موازین اخلاق پزشکی کشوری اعلام می‌گردد.

(۸) من آگاه شدم که کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به آدرس: تهران، بزرگراه شهید چمران، اوین، جنب بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دفتر مدیریت پژوهشی، و تلفن ۰۲۱۲۲۴۳۹۷۸۷ با هدف نظارت بر رعایت حقوق اینجانب می‌تواند به اطلاعات من دسترسی داشته باشد.

(۹) من آگاه شدم هیچ هزینه‌ای جهت شرکت در طرح به عهده‌ی اینجانب نخواهد بود.

(۱۰) خانم دکتر به عنوان مجری طرح جهت پاسخگویی به اینجانب معرفی شده من می‌توانم در صورت بروز مشکل در رابطه با پژوهش یا داشتن سوال به نشانی زیر با ایشان تماس بگیرم.

تلفن همراه: ۰۹۲۱۳۲۳۳۴۷۹

آدرس دانشکده: خیابان ولیعصر (عج)، روبروی توانیر، کوچه‌ی شمس، دانشکده طب سنتی شهید بهشتی

(۱۱) من آگاه شدم اگر اشکال یا اعتراضی نسبت به دست اندر کاران یا روند پژوهش دارم می‌توانم با کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به آدرس: تهران، بزرگراه شهید چمران، اوین، جنب بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دفتر مدیریت پژوهشی، و تلفن ۰۲۱۲۲۴۳۹۷۸۷ تماس گرفته و مشکل خود را به صورت کتبی یا شفاهی مطرح نمایم.

اینجانب:	به کد ملی:	موارد فوق‌الذکر را خواندم و به خوبی از
آنها آگاه شده و آنها را فهمیدم و براین اساس، رضایت آگاهانه و داوطلبانه خود را برای شرکت در این پژوهش اعلام می‌کنم.		
نشانی شرکت کننده:		
تلفن تماس: ثابت..... همراه.....		
امضای شرکت کننده و اثر انگشت:	به تاریخ:	
امضای شاهد و اثر انگشت:	به تاریخ:	

مهر و امضای مجری پژوهش

ایمیل: com.m@gmail.chaichi

تلفن همراه: ۰۹۲۱۳۲۳۳۴۷۹

دکتر مهشید چایچی رقیمی

پیوست ۵: فرم رضایت اخلاقی شماره‌ی سه (مرحله‌ی روایی و پایایی):

فرم رضایت نامه‌ی شرکت در طرح ابزارسازی و بالینی‌سنجی ابزار تشخیصی سوءمزاج تر و خشک معده در طب سنتی ایران

بسمه تعالی

آقای / خانم محترم

بدین وسیله از شما جهت شرکت در پژوهش فوق‌الذکر دعوت به عمل می‌آید. اطلاعات مربوط به این پژوهش و شرایط شرکت در آن در این برگه خدمتتان ارائه می‌شود. شما برای شرکت یا عدم شرکت در این طرح آزاد هستید. شما مجبور به تصمیم‌گیری فوری نبوده و می‌توانید در این مورد سوالات خود را از گروه تحقیق پرسیده و با هر فرد صاحب نظری که مایل باشید مشورت نمایید. قبل از امضاء این رضایت نامه مطمئن شوید که به نحو کافی و مناسب متوجه تمامی اطلاعات این فرم شده‌اید و به تمام سوالات شما پاسخ داده شده است.

در این مرحله از طرح افراد سالم که طبق شرح حال اخذ شده علائم گوارشی ندارند و دارو مصرف نمی‌کنند و سابقه‌ی اعتیاد نیز ندارند و گروهی از داوطلبان که متخصصان طب سنتی برای آنان تشخیص سوءمزاج معده مطرح کرده‌اند شرکت کرده و پرسشنامه را تکمیل نموده و در صورت لزوم چک لیست هم برای آنان تکمیل می‌شود. نتایج حاصل از پرسشنامه و چک لیست فقط در اختیار مسئول طرح بوده و در صورت ارائه‌ی آن به سایر افراد بدون نام و مشخصات ارائه خواهد شد. همچنین نوع سوءمزاج معده فرد نیز فقط به خود فرد گفته خواهد شد. نتایج حاصل نیز از نظر آماری بررسی خواهد شد.

مجری پژوهش: دکتر مهشید چایچی رقیمی

۱) من آگاه شدم هدف از این پژوهش تهیه یک پرسشنامه جهت بررسی علائم سوءمزاج معده است. این طرح دارای چند مرحله است که یک مرحله تعیین افراد شرکت‌کننده در طرح با شرح حال و معاینه و سپس تکمیل پرسشنامه توسط دو گروه داوطلب است.

۲) من آگاه شدم که شرکت من در این پژوهش کاملاً داوطلبانه است و مجبور به شرکت در این پژوهش نیستم.

۳) به من اطمینان داده شد که اگر حاضر به شرکت در این پژوهش نباشم، از مراقبت‌های معمول تشخیصی و درمانی محروم نخواهم شد و رابطه درمانی من با مرکز درمانی و پزشک معالجم دچار اشکال نمی‌شود.

۴) من آگاه شدم که حتی پس از موافقت با شرکت در پژوهش می‌توانم هر وقت که بخواهم، از پژوهش خارج شوم و خروج من از پژوهش باعث محرومیت از دریافت خدمات درمانی معمول برای من نخواهد شد.

۵) نحوه‌ی همکاری من با این پژوهش به این صورت است که بعد از همکاری جهت اخذ شرح حال پرسشنامه‌ی مذکور را تکمیل کرده و در صورت لزوم در معاینات شرکت خواهم کرد. به من گفته شده است که ممکن است نیاز باشد بیش از یک بار معاینه و شرح حال‌گیری از من صورت گیرد.

۶) منافع احتمالی شرکت اینجانب در این مطالعه به این شرح است که ممکن است امکان تشخیص و درمان بهتر بیماریم فراهم شود؛ با شرکت در این طرح ممکن است به تشخیص و درمان احتمالی بهتر برای سایر بیماران کمک کنم و جهت شرکت در این طرح هزینه‌ی اضافی بر من وارد نخواهد شد.

۷) در صورت عدم تمایل به شرکت در این مطالعه، در روش معمول درمان من مشکلی به وجود نخواهد آمد و روند درمان ادامه خواهد یافت.

۸) من آگاه شدم که دست اندر کاران این پژوهش، کلیه اطلاعات مربوط به من را نزد خود به صورت محرمانه نگه داشته و فقط اجازه دارند نتایج کلی و گروهی این پژوهش را بدون ذکر نام و مشخصات اینجانب منتشر کنند. یافته‌های پژوهش مطابق اصول علمی انتشار یافته‌ها در پژوهش‌های پزشکی و موازین اخلاق پزشکی کشوری اعلام می‌گردد.

۹) من آگاه شدم که کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به آدرس: تهران، بزرگراه شهیدچمران، اوین، جنب بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دفتر مدیریت پژوهشی، و تلفن ۰۲۱۲۲۴۳۹۷۸۷ با هدف نظارت بر رعایت حقوق اینجانب می‌تواند به اطلاعات من دسترسی داشته باشد.

۱۰) من آگاه شدم که هیچ هزینه‌ای جهت شرکت در طرح به عهده‌ی اینجانب نخواهد بود.

۱۱) خانم دکتر به عنوان مجری طرح جهت پاسخگویی به اینجانب معرفی شده من می‌توانم در صورت بروز مشکل در رابطه با پژوهش یا داشتن سوال به نشانی زیر با ایشان تماس بگیرم.

تلفن همراه: ۰۹۲۱۳۲۳۳۴۷۹

آدرس دانشکده: خیابان ولیعصر (عج)، روبروی توانیر، کوچه‌ی شمس، دانشکده طب سنتی شهید بهشتی

۱۲) من آگاه شدم اگر اشکال یا اعتراضی نسبت به دست اندرکاران یا روند پژوهش دارم می‌توانم با کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به آدرس: تهران، بزرگراه شهیدچمران، اوین، جنب بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دفتر مدیریت پژوهشی، و تلفن ۰۲۱۲۲۴۳۹۷۸۷ تماس گرفته و مشکل خود را به صورت کتبی یا شفاهی مطرح نمایم.

اینجانب: به کد ملی: موارد فوق‌الذکر را خواندم و به خوبی از آنها آگاه شده و آنها را فهمیدم و براین اساس، رضایت آگاهانه و داوطلبانه خود را برای شرکت در این پژوهش اعلام می‌کنم.

نشانی شرکت کننده:

تلفن تماس: ثابت..... همراه.....

امضای شرکت کننده و اثر انگشت: به تاریخ:

امضای شاهد و اثر انگشت: به تاریخ:

تلفن همراه: ۰۹۲۱۳۲۳۳۴۷۹

مهر و امضای مجری پژوهش: دکتر مهشید چایچی رقیمی

ایمیل: com.m@gmail.chaichi

پیوست ۶: پرسشنامه نهایی خوداظهاری مزاج تر و خشک معده

این برگ توسط داوطلب تکمیل شود

بسمه تعالی

با سلام و احترام

هدف این پرسشنامه یافتن اطلاعات بیشتر راجع به وضعیت مزاج معده شماست. برای پاسخ دادن به هر سوال جلوی گزینه صحیح علامت ضربدر بزنید. اگر علائم شما در طول زمان تغییر کرده است، برای پاسخ به سوالات، ۳ ماه گذشته را در نظر بگیرید، با توجه به اینکه در طول هفته چقدر این علامت را تجربه کرده اید و اینکه آن علامت تا چه حد بر فعالیتهای عمومی شما (کار، تفریح، خوردن و خواب) تاثیر گذاشته است، به سوال پاسخ دهید. اگر درباره پاسخ مطمئن نیستید یا به خاطر نمی آورید، بهترین و نزدیکترین پاسخ را انتخاب کنید.

نام و نام خانوادگی..... سن..... شغل..... محل زندگی..... تلفن همراه.....

امتیاز گزینه ها					سوالات خود اظهاری تری معده (۱۴ گویه)
۱۰۰	۸۷.۵	۷۵	۶۲.۵	۵۰	
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	۱) بعد از خوردن غذای چرب و سنگین (مانند ماکارونی یا کله پاچه یا...) شکم نفخ می کند.
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	۲) بعد از خوردن غذاهای سرد و تر (مانند دوغ، ماست و...) شکم نفخ می کند
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	۳) روزانه از شکم باد زیادی دفع می کنم، به طوری که نمی توانم مدت زیادی با وضو باشم.
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	۴) قبل از خوردن صبحانه حالت تهوع دارم
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	۵) بعد از خوردن غذا (به مقدار عادت)، احساس می کنم اگر حرکت کنم، بالا می آورم
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	۶) بعد از خوردن خوراکی های آبکی یا نوشیدنی ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ یا...) حالت تهوع پیدا می کنم.
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	۷) بعد از خوردن خوراکی های آبکی یا نوشیدنی ها (مانند سوپ یا هندوانه یا دوغ یا...) دل درد می گیرم
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	۸) بعد از غذا خوردن ترش می کنم
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	۹) بعد از غذا خوردن احساس می کنم اسید معده تا گلویم بالا می آید.
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	۱۰) اگر غذای چرب بخورم، ترش می کنم.
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	۱۱) روی زبانم را بار سفیدی پوشانده است.
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	۱۲) جای دندانهایم روی کناره های زبانم دیده می شود

امتیاز گزینه‌ها					سوالات خود اظهاری تری معده (۱۴ گویه)
۱۰۰	۸۷.۵	۷۵	۶۲.۵	۵۰	
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	(۱۳) صورتم ورم (پف) دارد.
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	(۱۴) زیر چشم‌هایم پف می‌کند
نحوه محاسبه امتیاز: ابتدا بر اساس نمرات تعیین شده از ۰ تا ۱۰۰ به هر گویه نمره بدهید سپس نمرات تری را با هم جمع کنید و تقسیم بر ۱۴ کنید: میانگین نمرات تری =					

امتیاز گزینه‌ها					سوالات خود اظهاری خشکی معده (۱۲ گویه)
۵۰	۳۷.۵	۲۵	۱۲.۵	۰	
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	(۱) قبل از خوردن غذا هم شکم نفخ دارد.
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	(۲) موقع گرسنگی، سوزش معده‌ام شروع می‌شود.
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	(۳) وقتی آب می‌خورم، صدای حرکت آب در شکم را می‌شنوم.
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	(۴) مدفوع خشک و سفت است.
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	(۵) به خاطر خشکی، مدفوعم به سختی خارج می‌شود.
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	(۶) مدفوعم مانند پشگل گوسفند، تکه تکه است.
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	(۷) بعد اجابت مزاج احساس دفع ناکامل دارم.
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	(۸) بعد از خوردن غذاهای خشک مانند جوجه کباب و غذاهای سرخ کرده، یبوست و خشکی مدفوع پیدا می‌کنم.
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	(۹) احساس می‌کنم دهانم خشک است
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	(۱۰) لب‌هایم خشک است
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	(۱۱) زبانم خشک است.
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	(۱۲) احساس می‌کنم خشکی دهانم نسبت به گذشته بیشتر شده است.
ابتدا بر اساس نمرات تعیین شده از ۰ تا ۵۰ به هر گویه نمره بدهید سپس نمرات خشکی را با هم جمع کنید و تقسیم بر ۱۲ کنید: میانگین نمرات خشکی =					
در انتها میانگین نمره تری و خشکی هر فرد را با هم جمع کنید و با نقطه برش مقایسه کنید. = (میانگین نمرات تری + میانگین نمرات خشکی) ۹۳/۶۹ ≤ خشک ۹۷/۶۹ ≥ تر ۹۷/۶۹ تا ۹۳/۶۸ معتدل					

پیوست ۷: چک لیست نهایی مزاج تر و خشک معده

این برگ توسط پزشک تکمیل شود:

نام و نام خانوادگی داوطلب: سن: شماره همراه:

گزینه‌ها					چک لیست تری خشکی معده
۱۰۰	۷۵	۵۰	۲۵	۰	
خیلی صاف و مرطوب	کمی صاف و مرطوب	معتدل	کمی خشن و خشک	خیلی خشن و خشک	۱) وضعیت ملمس پوست فرد را در مشاهده چگونه ارزیابی می‌کنید؟ (مشاهده شونده از لوازم آرایشی، مانند کرم مرطوب‌کننده و ضد آفتاب استفاده نکرده باشد. پشت ساعد دست راست یا ساق پای راست فرد را مشاهده کنید.)
خیلی نرم و مرطوب	کمی نرم و مرطوب	معتدل	کمی زبر و خشک	خیلی زبر و خشک	۲) وضعیت پوست و ملمس فرد را در لمس چگونه ارزیابی می‌کنید؟ (با حرکت انگشتان دست راست خود، بر روی مج و ساعد دست راست فرد بکشید و با در نظر گرفتن طبع خودتان پوست را لمس کنید)
خیلی صاف تر از معمول	کمی صاف تر از معمول	در حد معمول	کمی برجسته تر از معمول	کاملاً برجسته یا زبر	۳) وضعیت پرزهای سطح زبان را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ (معاینه شونده: ترجیحاً ناشتا باشد اگر نبود تا دو ساعت قبل چیزی نخورده باشد. از فرد بخواهید زبان را کامل بیرون بیاورد و به سمت پایین بچرخاند. به طوری که پشت زبان به لب پایین بچسبد.)
خیلی پهن	کمی پهن	در حد معمول	کمی باریک	خیلی باریک	۴) شکل زبان را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
-	-	ترک ندارد	کمی ترک دارد	ترکهای زیاد دارد	۵) ترک‌های زبان را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
ورم شدید	ورم مختصر	در حد معمول	کمی لاغر	خیلی لاغر	۶) میزان ورم یا تهیج صورت را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
ورم شدید	ورم مختصر	معتدل	کمی گود افتاده	به شدت گود افتاده	۷) میزان ورم یا تهیج پلک را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

گزینه‌ها					چک لیست تری خشکی معده
۱۰۰	۷۵	۵۰	۲۵	۰	
به شدت چاق	نسبتا چاق	متوسط	نسبتا لاغر	خیلی لاغر	۸) وضعیت چاقی عمومی را بدون توجه به BMI چگونه ارزیابی می‌کنید؟
شکم خیلی جلوآمده	شکم کمی برآمده	شکم صاف و تخت	شکم فرورفته	شکم خیلی فرورفته	۹) وضعیت چاقی شکمی را در مشاهده چگونه ارزیابی می‌کنید؟ (مشاهده شونده صاف بایستد و نفس را بیرون بدهد. ضخامت لباس او نازک و حد اکثر در حد ۰/۵ سانتی متر باشد. از پهلو به شکم بیمار نگاه کنید.)
بافت زیادی به دست می‌آید	بافت کمی به دست می‌آید	بافت شکم به دست نمی‌آید	-	-	۱۰) وضعیت چاقی شکمی را در معاینه چگونه ارزیابی می‌کنید؟ (بیمار صاف بنشیند و ضخامت لباس او کمتر از ۰.۵ سانتی متر باشد و گرنه لباس را از روی شکم کنار بزند. سمت راست بیمار بایستید و دو نقطه متناظر زیر دنده‌های سمت راست و چپ را بین دو انگشت بگیرید و سپس به سمت خارج بکشید.)
به شدت مترهل	کمی مترهل	معتدل	-	-	۱۱) شدت ترهل را با بررسی میزان آویزان بودن و شلی عضلات شکم در مشاهده چگونه ارزیابی می‌کنید؟ (به بیمار بگویید چند قدم در اتاق راه برود، اگر شکم فرد هنگام حرکت تکان‌های واضح و قابل مشاهده دارد نشان ترهل است)
نحوه محاسبه نمرات: ابتدا بر اساس نمرات تعیین شده از ۰-۱۰۰ به هر گویه نمره بدهید مجموع نمرات گویه‌ها را حساب کنید و با نقطه برش مقایسه کنید. جمع نمرات = ۶۱۶ ≥ تر ۶۱۶-۵۸۳ معتدل ۵۸۳ ≤ خشک					

تشخیص بالینی تری/خشکی مزاج معده توسط متخصص طب ایرانی (بدون توجه به چک لیست):

نام و امضای متخصص

Abstract

Title: Development and the clinimetric properties of a diagnostic tool for wet & dry dystemperament (suemizaj) of stomach in Iranian Traditional Medicine (Persian Medicine).

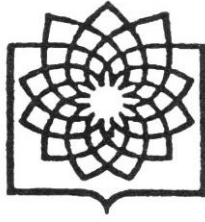
Background & Aim: Stomach plays an important role in other organs' health. Gastric dystemperaments are an important spectrum of gastric diseases in PM, whose early diagnosis and treatment can prevent advanced gastric diseases such as cancer. But there is still no standardized tool for uniformizing the diagnosis in research centers and clinics. The aim of this study was to Development and evaluate the clinimetric properties of a diagnostic tool for wet and dry gastric dystemperaments.

Methods: This study is a mixed method research of Exploratory Sequential Design. In the first stage, the concept of wet and dry gastric dystemperament was explained by a hybrid concept analysis. in the second stage, the clinimetric properties of wet and dry stomach diagnostic tools were assessed.

Results: Based on the concept development, a self-report questionnaire and a checklist were designed with practical guidance. Initial instrument consisted of 290 items in self report and 28 items in checklist. After performing validity and reliability stages 11 items in checklist and 26 items in self-report were remained. In factor analysis, 4 factors for Wetness and 3 factors for dryness were extracted in the self-report and 4 factors for the checklist.

Conclusion: This diagnostic tool of wet and dry gastric dystemperament has acceptable validity and reliability for research and diagnostic goals.

Keywords: Persian Medicine, clinimetrics, stomach, mizaj.



**School of Traditional Medicine
Shahid Beheshti University of Medical Science**

Dissertation

In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree (Ph.D.) Traditional Medicine

Title:

**Development and the clinimetric properties of a diagnostic
tool for wet & dry dystemperament (suemizaj) of stomach in
Iranian Traditional Medicine (Persian Medicine)**

Supervisor/s:

Dr. Reza Ilkhani

Dr. Abbas Alipour

Advisor/s:

Dr. Ali Montazeri

Dr. Ebrahim Khadem

Dr. Seyed-Amirhosein Latifi

By:

Dr. Mahshid Chaichi-Raghimi

Registration Number: 187

Year: 1395-1398