

بررسی تأثیر داروهای هومیوپاتی در تغییر رفتار غذایی کودکان مبتلا به سوء رفتار غذایی

دکتر سید احمد محمودیان^۱ - دکتر رؤیا کلیشادی^۲ - دکتر مهین هاشمی پور^۳ - دکتر پدرام معینی^۴

چکیده

زمینه و هدف: تغذیه سالم در دوران کودکی و رشد قد و وزن آنها از شاخصهای مهم بهداشتی به شمار می‌رود و یکی از مهمترین مشکلات کودکان، بی‌اشتهایی و امتناع از خوردن غذا است. با توجه به نگرش جامع هومیوپاتی و ماهیت داروهای آن، در این مطالعه تأثیر استفاده از روش هومیوپاتی برای اصلاح رفتار غذایی کودکان مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه تجربی دو سویه کور، ابتدا کودکان ۱ تا ۶ ساله دارای مشکل غیر عضوی در رفتار غذایی (به صورت امتناع از خوردن غذا و یا بی‌زاری از گوشت) از طرف متخصصان کودکان ارجاع شدند. پس از تکمیل پرسشنامه و تعیین داروهای فوق رقیق مناسب هر کودک به وسیله شرح حال هومیوپاتی، کودکان به طور تصادفی یک در میان دارو (مورد) و یا دارونما (شاهد) دریافت نمودند. پس از ۴ تا ۶ نوبت مصرف دارو، وضعیت رفتار غذایی کودکان مجدداً ارزیابی شد و نتیجه درمان در دو گروه با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمونهای آماری t و ANOVA مورد مقایسه و تحلیل قرار گرفت. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: از ۱۲۱ کودک مورد بررسی، ۶۲ دختر و ۵۹ پسر با میانگین سنی $3/68 \pm 1/26$ سال بودند. دو گروه از نظر سن، جنس، اشتغال مادر، شدت و مدت اختلال رفتار غذایی با هم تفاوتی نداشتند ($P > 0/05$). میانگین کل امتیاز رفتار غذایی کودکان در هر دو گروه افزایش معنی‌داری نشان داد ($P < 0/05$). تغییر کل امتیاز در گروه هومیوپاتی $27/27 \pm 6/85$ و در گروه شاهد $13/73 \pm 18/55$ بود ($P < 0/05$). میانگین تغییر امتیاز میل و مصرف غذا در کودکان گروه مورد و شاهد به ترتیب $14/42 \pm 12/50$ و $7/90 \pm 11/70$ بود ($P = 0/001$). با وجود افزایش معنی‌دار امتیاز میل به گوشت در طی درمان، این تغییر در بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ($P > 0/05$).
نتیجه‌گیری: این مطالعه، روش هومیوپاتی را برای کودکانی که بدون مشکل عضوی از خوردن غذا امتناع می‌کنند، پیشنهاد می‌نماید. لازم است پزشکان، محققان و سایر دست‌اندرکاران بهداشتی، درمانی با این روش از طب مکمل، آشنایی بیشتری پیدا کنند.

واژه‌های کلیدی: رفتار غذایی؛ بی‌اشتهایی؛ بی‌زاری از غذا؛ هومیوپاتی؛ داروهای فوق رقیق

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (دوره ۱۱، شماره ۲، سال ۱۳۸۳)

^۱ نویسنده مسؤول؛ متخصص بیماریهای داخلی، استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ عضو انجمن هومیوپاتی ایران

آدرس: اصفهان - خیابان هزار جریب - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - دانشکده پزشکی - گروه پزشکی اجتماعی

تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۲۲۵۱۰ و ۰۳۱۱-۷۹۲۲۵۴۲؛ نمابر: ۰۳۱۱-۷۹۲۲۵۴۲؛ پست الکترونیکی: a_mahmoudian@med.mui.ac.ir

^۲ متخصص کودکان، دانشیار، مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^۳ فوق تخصص غدد کودکان، دانشیار گروه آموزشی بیماریهای کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^۴ پزشک هومیوپات، عضو کالج آموزشی هومیوپاتی امارات و انجمن هومیوپاتی ایران

مقدمه

«تغذیه» مهمترین عامل تعیین کننده روند رشد کودکان محسوب می شود. در سال ۲۰۰۰ میلادی در کشورهای در حال توسعه ۲۶/۷٪ کودکان قبل از مدرسه «کم وزن» بودند (۱). شیوع «کم وزنی» در کودکان زیر ۶ سال در بعضی از استانهای ایران بیش از این مقدار گزارش شده است (۲). در آمریکا شیوع گرسنگی در کودکان خانواده های کم درآمد، ۲۱٪ و در کل جمعیت ۸٪ می باشد. (۱). سوء رفتار غذایی غیراختصاصی در کودکان مراجعه کننده به بیمارستان کودکان در کانادا ۱۶٪ شیوع داشته و رفتار لجاجت در این کودکان بسیار زیاد بوده است (۳).

سوء تغذیه در کودکان علاوه بر اختلال رشد و افزایش میزان مرگ و میر سبب بیماریهای رفتاری و روانی نیز می گردد. اختلالاتی از قبیل اضطراب، خشونت، تحریک پذیری و افت تحصیلی در کودکان گرسنه ۴ برابر بیشتر است (۴).

نتایج بررسی ۷۱۷ نوجوان در طی ۱۰ سال نشان داد که احتمال بروز اختلالات اضطرابی، مشکلات قلبی، ضعف مزمن، درد مزمن، افسردگی، بی خوابی و اقدام به خودکشی در افرادی که اختلال رفتار غذایی داشتند، بیشتر است (۵).

امتناع کودک از خوردن غذا و تلاش والدین برای غذا دادن دو رفتار متضاد است که منجر به عصبانیت و ناراحتی در آنها می گردد. این تنش بر سایر روابط خانوادگی و تربیتی نیز تأثیر می گذارد. آموزش مادران، داروهای مکمل و اشتها آور تنها مشکلات برخی از کودکان را رفع می نماید. والدین کودکان مبتلا به سوء تغذیه اصرار و اعمال زور بیشتری بر مصرف غذای فرزندشان می کنند و نسبت به ریخت و پاش کودکان عکس العمل بیشتری نشان می دهند (۶). با این وجود رفتار غذایی کودکان تنها مربوط به مادر نیست و نباید از نقش تأثیرگذار کودک غافل بود. کودک با امتناع از غذا خوردن و تبدیل زمان صرف غذا به صحنه جنگ، می خواهد استقلال و اراده خود را در جریان کشمکش و دعوا اثبات نماید (۷).

«هومیوپاتی» یا «مشابه درمانی» یکی از روشهای طب

جایگزین با داروهای است که تجویز آن در توان بالا به افراد سالم، نشانه هایی مشابه نشانه های بیماران به وجود می آورد. این داروها از رقیق کردن عصاره گیاهان، مواد معدنی یا نسوج حیوانی به شیوه خاصی تهیه شده است. رقیق کردن در آب و الکل به صورت متوالی توأم با تکنیکهای شدید در هر مرحله انجام می شود. با استفاده از شرح حال بیمار، داروی مشابه هر فرد به دست می آید. دارو یک کنش اولیه در بدن ایجاد می کند و بر اساس این اصل که: «دو بیماری مشابه نمی تواند همزمان در یک فرد وجود داشته باشد» نیروهای حیاتی که از حالت تعادل و نظم خارج شده اند، به حالت طبیعی برمی گردند و نشانه های بیماری را برطرف می کند.

علائم حاصل از دارو طول عمر کوتاهی دارد و خودبه خود برطرف می گردد. با این وجود روند دقیق عملکرد داروهای هومیوپاتی هنوز ناشناخته است (۸، ۹).

با رونق مجدد روش هومیوپاتی در سالهای اخیر تحقیق در مورد اثربخشی این روش رو به افزایش است. در مطالعه حاضر، تأثیر این روش برای درمان اختلال رفتار غذایی و کم اشتهاهی کودکان، مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی

این مطالعه تجربی به صورت کارآزمایی بالینی شاهددار شده دو سویه کور انجام گردید. جمعیت مورد مطالعه را کودکان ۱-۶ ساله مبتلا به اختلال رفتار غذایی مراجعه کننده به متخصصان بیماریهای کودکان تشکیل می دادند. تعداد نمونه لازم، ۶۱ نفر در هر گروه (در مجموع ۱۲۲ نفر) محاسبه شد. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از:

- امتناع از خوردن غذا به نحوی که کودک در بعضی از وعده های اصلی غذایی، از خوردن غذا خودداری نماید و این رفتار باعث گردد تا وی غذای مورد نیاز روزانه خود را دریافت ننماید.

- اجتناب از مصرف گوشت به صورت عدم مصرف گوشت حداقل در نیمی از وعده های غذایی حاوی گوشت

(ممکن است کودک یک یا هردو رفتار فوق را داشته باشد).

- کودک به بیماری مزمن عضوی مبتلا نباشد و آموزش والدین سبب بهبود رفتار کودک نشده باشد.

شرایط خروج از مطالعه عبارت بود از:

- غیر قابل اعتماد بودن پاسخهای والدین در مورد رفتارهای کودک

- ناتوانی والدین در تأمین نسبی مواد غذایی مورد نیاز کودک

- عدم رضایت والدین از ادامه همکاری

- استفاده از روش درمانی جدید در حین مطالعه

رفتار غذایی به وسیله پرسشنامه استاندارد که با همکاری چند متخصص بیماریهای کودکان و افراد مجرب تدوین شده بود، در ابتدا و پس از درمان اندازه گیری گردید. برای محاسبه پایایی، پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از والدین تکمیل شد و به روش دو نیمه کردن، ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵ به دست آمد.

در این مطالعه، متخصصان، کودکان ۱ تا ۶ ساله دارای مشکل رفتار غذایی یا اختلال رشد توأم با مشکل رفتار غذایی را پس از بررسی و معاینه از نظر وجود بیماری عضوی، در صورت وجود شرایط ورود به مطالعه و توجیه والدین، به درمانگاه هومیوپاتی ارجاع می نمودند. پرسشگران ضمن توضیح در مورد تحقیق و تکمیل پرسشنامه ها شامل اطلاعات فردی (دموگرافیک) و رفتار غذایی، از والدین رضایت نامه کتبی می گرفتند.

پزشک هومیوپات برای انتخاب داروی هومیوپاتی، شرح حال کاملی از کودک تهیه می کرد. رفتارهای کودک مهمترین قسمت شرح حال را تشکیل می داد. بهانه گیری، دلسوزی، پرخاشگری، دعوا کردن با بچه ها، گوشه گیری، لکنت زبان، ناخن جویدن، رفتارهای هنگام خواب (مثل حرف زدن در خواب و ...)، نشاط و پرحرفی از جمله رفتارهایی بود که سؤال می شد. ویژگیهای رفتار برای تطابق کلی نشانه های وی با نشانه های دارو (شباهت) مورد توجه قرار می گرفت؛ مثلاً اگر

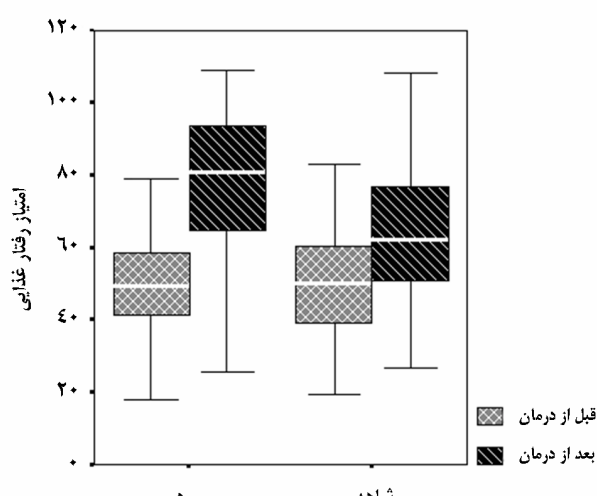
کودک در حین عصبانیت، رفتارهایی از قبیل خودزنی یا گازگرفتن داشته باشد، احتمال داده می شد داروی فوق رقیق Belladonna برای درمان وی مناسب باشد. نشانه های جسمی از جمله دل درد اسپاستیک، یبوست، خارش پوست، خارش مقعد، ریزش مو، اگزما، سابقه کپهر و اگزما، اجتناب از خوردن شیر مادر و ویژگیهای عمومی کودک شامل عدم تحمل گرما یا سرما، تعریق و طعم های مورد علاقه نیز از والدین پرسیده می شد.

با کمک نرم افزار گزارشگر (Reportery) هومیوپاتی (به نام رادار) نشانه های به دست آمده از شرح حال کودک با داروهای مربوطه آن استخراج و با احتساب امتیاز آن فهرست بندی می گردید؛ به طوری که دارویی که بتواند همه یا بیشتر نشانه های کودک را پوشش دهد، در اول فهرست قرار می گرفت. پزشک هومیوپات از بین این داروها، دارویی که نشانه های آن با وضع کودک مشابهت بیشتری داشت را انتخاب می نمود. فرد تجویز کننده دارو با تفکیک تصادفی کودکان به دو گروه، بدون اطلاع پزشک، به یک گروه داروی تجویزی (مورد) و به گروه دیگر (شاهد) دارونما (آب) می داد. داروهایی که بیشتر مورد استفاده قرار می گرفت، عبارت بود از: Sulphur 30c- Natrium.muriaticum 30c- Calcarea 30c- Chamomila 30c- Nux. Vomica 30c در صورتی که ناراحتی کودک اخیراً به وجود آمده و حاد بود یا حساسیت های شدید داشت، از توان ۶c استفاده می گردید.

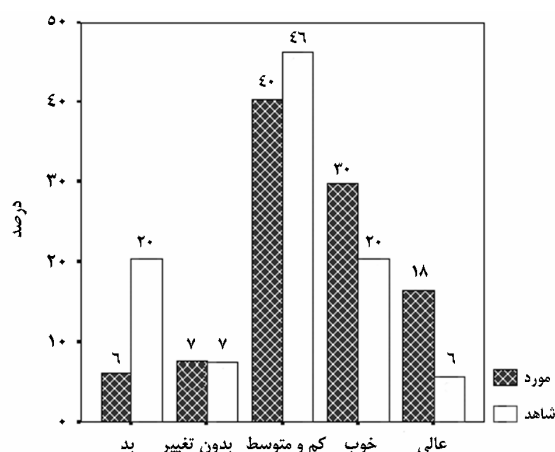
قرص های دارویی هومیوپاتی خریداری شده از شرکت داروسازی هلیوس در قوطی پلاستیکی حاوی ۱۱۰ سی سی آب حل شد؛ تکان داده شد و در چند مرحله دیگر رقیق گردید. مقدار معین آن به صورت خوراکی به کودک داده می شد. در مراجعات بعدی، سیر تغییرات نشانه های کودک (اشتها، رفتار و علائم جسمی) بررسی می شد و بر اساس آن داروی بعدی انتخاب و با دوز مناسب تجویز می شد؛ ولی فرد تهیه کننده دارو به گروه دوم همچنان دارونما می داد. پس از ۳

شاهد به ترتیب $27/27 \pm 6/85$ و $13/73 \pm 18/55$ بود. آزمون Mixed ANOVA این تفاوت را در بین دو گروه برای مجموع رفتار غذایی و میل و مصرف غذا معنی‌دار نشان داد (س $P < 0/001$)، ولی این تفاوت برای میل و مصرف گوشت معنی‌دار نبود ($P > 0/05$).

توزیع فراوانی تغییر کیفی رفتار غذایی کودکان در نمودار ۲ نشان داده شده است. در مجموع در گروه مورد ۴۸٪ و در گروه شاهد ۲۶٪ از کودکان بهبودی خوب و عالی داشتند. بهبودی عالی ۱۶/۴٪ در مقایسه با ۵/۶٪ می‌باشد.



نمودار ۱- نمودار جعبه‌ای امتیاز رفتار غذایی کودکان قبل و بعد از درمان در دو گروه مورد و شاهد



نمودار ۲- توزیع فراوانی میزان بهبودی (تغییر امتیاز کل رفتار غذایی) کودکان گروههای مورد و شاهد

تا ۶ نوبت دریافت دارو (هر کدام به فاصله ۳-۴ هفته)، پرسشنامه رفتار غذایی مجدداً تکمیل و اتمام طرح به والدین اعلام می‌شد. وضعیت کیفی تغییر رفتار غذایی به ۵ دسته تقسیم گردید که تفاوت امتیاز رفتار غذایی آنها بعد از مداخله نسبت به قبل از آن به این صورت بود: عالی: بیشتر از ۵۰ (۲ برابر میانگین) خوب: از ۲۶ تا ۴۹؛ کم تا متوسط: ۳-۲۵؛ بدون تغییر: ۲- تا ۲+؛ بد: کمتر از ۲-

اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS وارد رایانه شد و امتیاز انواع رفتار غذایی (میل و مصرف غذا، میل و مصرف گوشت، عملکرد غذایی کودک، کل رفتار غذایی) قبل و بعد از مداخله محاسبه گردید. برای مقایسه میانگین‌ها (تغییر امتیاز رفتار غذایی کودکان) از آزمونهای t و ANOVA استفاده شد و $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۱۲۱ کودکی که مطالعه را به اتمام رساندند، ۶۲ نفر دختر و ۵۸ نفر پسر بودند. میانگین سن آنها $3/68 \pm 1/26$ سال بود و تفاوتی در شغل مادر، تحصیلات مادر، مشارکت سایر افراد در تغذیه کودک و سن کودکان وجود نداشت ($P > 0/05$)؛ همچنین میانگین امتیاز میل و مصرف غذا، میل به گوشت و مجموع رفتار غذایی ابتدای مطالعه در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. طبق نظر والدین، رفتارهای پرخاشگری، گوشه‌گیری و ناخن جویدن به ترتیب در ۵۸/۵، ۲۱/۸ و ۱۶٪ از کودکان وجود داشت.

میانگین کل امتیاز رفتار غذایی در هر دو گروه افزایش یافت. در گروه مورد از $50/17 \pm 17/22$ به $77/44 \pm 21/59$ ($P < 0/05$) و در گروه شاهد از $50/56 \pm 18/98$ به $64/56 \pm 18/98$ ($P < 0/05$) رسید. مقایسه میانگین امتیاز رفتار غذایی در نمودار ۱ نشان داده شده است.

تغییر رفتار غذایی در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بود ($P < 0/05$). میزان تغییر نمرات رفتار غذایی در گروه مورد و

بحث

در این تحقیق سعی گردید تا با روش هومیوپاتی و با استفاده از داروهای با رقت بالا^{*}، کودکان مبتلا به اختلال رفتار غذایی درمان شوند و بهبودی رفتار غذایی (و اشتها) آنها با گروه شاهد مقایسه گردد.

بررسی پرسشنامه‌های رفتار غذایی قبل و بعد از مداخله نشان داد که مجموع رفتار غذایی هر دو گروه به طور معنی‌داری افزایش یافت و در مقایسه بین گروهی، کودکان تحت درمان با داروهای هومیوپاتی به صورت معنی‌داری بیش از گروه شاهد بهبود یافتند؛ بنابراین چنین نتیجه‌گیری می‌شود که تأثیر داروهای هومیوپاتی بر این کودکان، اثر تلقینی یا دارونما نیست.

تحقیقات دیگری این روش را در درمان بیماریهایی نظیر آلرژی و سردرد به کار گرفته‌اند و موفقیت آن را در مقایسه با دارونما نشان داده‌اند (۹، ۱۰). در مطالعه Schroder و همکاران در بیماران مبتلا به نارسایی قلب، اثربخشی داروی تهیه‌شده از Crataegus به روش هومیوپاتی در کاهش فشار خون این بیماران گزارش شده است (۱۱).

اثر داروهای فوق رقیق در محیط آزمایشگاهی بر سلول‌ها و باکتری‌ها به صورت واقعی نشان داده شده است (۱۲، ۱۳). بهبودی تأخیری وضعیت سلامت عمومی بیماران با هومیوپاتی در مطالعه Goldstain و Glik، مشابه تأثیر تأخیری تحقیق حاضر در بهبود اشتها و کودکان می‌باشد (۱۴). بعضی از تحقیقات تأثیر هومیوپاتی در درمان بیماریهایی نظیر آسم کودکان (۱۵) و آرتریت روماتوئید (۱۶) در مقایسه با دارونما را ناموفق اعلام کرده‌اند. به نظر می‌رسد این موضوع ناشی از ناتوانی این روش در درمان این گونه بیماریها و همچنین بیماریهایی نظیر پرکاری تیروئید و لوپوس منتشر باشد نه به دلیل واقعی نبودن اثر این داروها.

بهبودی رفتار غذایی در گروه شاهد (دارونما) می‌تواند ناشی از بهبودی خودبه‌خودی، احساس اطمینان مادران از

دریافت داروی جدید و تغییر رفتار والدین باشد. همچنین ارائه شرح حال کاملی از وضعیت کودک می‌تواند باعث اطمینان بیشتر به پزشک و شیوه درمانی شود و اثر دارونما را بیشتر نماید.

نشانه‌های اختلال رفتاری از قبیل پرخاشگری و ناخن‌جویدن در کودکان مورد مطالعه نسبت قابل توجهی را در بر می‌گرفت که از نظر والدین پس از درمان کاهش یافت. در منابع روانپزشکی روش هومیوپاتی و گسترش استفاده از آن بیان شده و به گزارشهای موردی موفق آن اشاره شده است؛ ولی تأیید آن را نیازمند تحقیقات بیشتر می‌داند (۱۷).

بر اساس روند اثر داروهای هومیوپاتی انتظار می‌رود که پس از هر بار تجویز دارو، نشانه‌های بیماری در روزهای اول تشدید شود؛ ولی این حالت در ۳۱٪ کودکان گزارش گردید. عدم تشدید نشانه‌ها می‌تواند ناشی از آن باشد که پزشکان هومیوپات توان و دوز دارو را در حد امکان طوری انتخاب می‌کردند که تشدید اولیه نامحسوس باشد. از طرف دیگر در بعضی از موارد مشاهده می‌شد که در ساعات اول پس از تجویز دارو اشتها و کودک به صورت چشمگیری افزایش می‌یافت و پس از آن به حالت طبیعی می‌رسید یا مجدداً کاهش می‌یافت. با توجه به نامشخص بودن محل اثر داروهای هومیوپاتی و روند بی‌اشتهایی در این کودکان، این پدیده قابل تفسیر نیست.

روش هومیوپاتی مثل روشهای دیگر محدودیتهایی دارد. عدم تغییر رفتار بی‌میلی به گوشت در گروه دارو و دارونما می‌تواند مربوط به محدودیتهای هومیوپاتی (سرشتی بودن نشانه، ضعف نیروی حیاتی و عدم کفایت داروها در ایجاد کنش اولیه مورد نیاز) یا مهارت ناکافی پزشکان هومیوپات باشد.

درباره عوامل فیزیولوژیک بی‌میلی به گوشت و نقش عوامل محیطی و یادگیری در این رفتار اطلاعات چندانی در دست نیست. از نظر هومیوپاتی این نشانه مربوط به حالتی عمیق در دینامیسم فرد می‌باشد و ممکن است با داروهای با

* Ultrahigh Dilution

بسیاری از خانواده‌ها که در مواردی با روشهای طبی معمول قابل درمان نیست، توجه شده است. با توجه به حداقل عوارضی که برای هومیوپاتی مطرح است، استفاده گسترده از این روش در کودکان با اختلال رفتار غذایی و کم اشتها در کنار بررسیهای طبی و آموزش والدین پیشنهاد می‌شود؛ همچنین پیشنهاد می‌شود که این روش بیشتر مورد تحقیق و استفاده قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این تحقیق در قالب یک طرح تحقیقاتی (۸۱۰۲۸) و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و با همکاری مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه به انجام رسید که بدین وسیله تشکر و قدردانی می‌گردد.

توان بالاتر (رقیق‌تر) مثل 200 C تغییر یابد. با توجه به این که برای درمان این کودکان، از سولفور توان ۳۰ بیشتر از سایر داروها استفاده شد، این سؤال مطرح است که آیا می‌توان این دارو را برای درمان همه کودکان مبتلا به اختلال رفتار غذایی که نشانه‌های اختصاصی ندارند، (برای ۱-۲ نوبت) مورد استفاده قرار داد؟

با وجود فراوانی سوء تغذیه و کمبود ریز مغذی‌ها در منابع غذایی کشور، مشخص نیست که استفاده از داروهای مکمل و ویتامین‌ها در درمان بی‌اشتهایی کودکان چه میزان مؤثر است. در گزارش Dossa و همکاران، استفاده از مولتی ویتامین در درمان کودکان کم وزن بی اثر اعلام شده است (۱۸). توجه به کاربردهای روشهای مکمل (یا جایگزین) پزشکی بخصوص هومیوپاتی برای افزایش سلامت جامعه حائز اهمیت است. در تحقیق حاضر به یکی از مشکلات مهم

منابع:

- 1- Heird WC. Nutritional requirements. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Textbook of Pediatrics. 17th ed. Philadelphia: Saunders; 2004.
- ۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف). سیمای تغذیه کودکان در استان‌های ایران. تهران: صنوبر: ۱۳۷۸.
- 3- Geist R, Davis R, Heinmaa M. Bing/purge symptoms and comorbidity in adolescents with eating disorders. Can J Psychiatr 1998; 43 (5): 507-12
- 4- Kleinman RE, Murphy JM, Little M, Pagano M, Wehler CA, Regal K, et al. Hunger in children in the United States: potential behavioral and emotional correlates. Pediatr 1998; 101 (1): E3
- 5- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. Arch Gen Psychiatr 2002; 59: 545-52.
- ۶- چعبوی‌زاده اطلس، چکیمی ارسلان. بررسی مقایسه تأثیرات عادات و رفتارهای تغذیه در دو گروه مبتلا به سالم و FTT در کودکان ۲-۳۰ ماهه شهر اصفهان. پایان نامه دکترای پزشکی. دانشکده پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- 7- Egan J, Chatoor I, Rosen G. Nonorganic failure to thrive: Pathogenesis and classification. Clin Proc Ch Hosp Nat Med Cen 1983; 34: 173-82
- 8- Hahneman S. Organon of Medicine. New Delhi: B Jain publisher; 1997.
- 9- Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges L. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo controlled trials. Lancet 1997; 330: 834-43.
- 10- Walach H, Lowes T, Mussbach D, Schamell U, Springer W, Stritzl G, et al. The long term effects of homeopathic treatment of chronic headaches: 1 year follow up. Cephalgia 2000; 20 (9): 385-87.
- 11- Schroder D, Weiser M, Klein P. Efficacy of a homeopathic Crataegus preparation compared with usual therapy for mild (NYHA II) cardiac insufficiency: results of an observational cohort study. Eur J Heart Fail 2003; 5(3):319-26.

- 12- Fimiani V, Cavallaro A, Ainis O, Bottari C. Immunomodulatory effect of the homoeopathic drug Engystol-N on some activities of isolated human leukocytes and in whole blood. *Immunopharmacol Immunotoxicol* 2000; 22 (1): 103-15.
- 13- Brack A, Strube J, Stolz P, Decker H. Effects of ultrahigh dilutions of 3,5-dichlorophenol on the luminescence of the bacterium *Vibrio fischeri*. *Biochim Biophys Acta* 2003; 1621 (3): 253-60.
- 14- Goldstein MS, Glik D. Use and satisfaction with homeopathy in a patient population. *Altern Ther Health Med* 1998; 4 (2): 60-65.
- 15- White A, Slade P, Hunt C, Hart A, Ernst E. Individualized homeopathy as an adjunct in the treatment of childhood asthma: a randomized placebo controlled trial. *Thorax* 2003; 58(4): 317-21.
- 16- Fisher P, Scott DL. A randomized controlled trial of homeopathy in rheumatoid arthritis. *Rheumatol (Oxford)* 2001; 40 (9):1052-55.
- 17- Kiresuk TJ, Trachtenberg A. Alternative and complementary health practices. In: Cancero R, Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock comprehensive textbook of psychiatry. 17th ed. USA: Wolters Kluwer; 2000; 2008-22.
- 18- Dossa RA, Ategbo EA, van Raaij JM, de Graaf C, Hautvast JG. Effects of multivitamin-multimineral supplementation on appetite of stunted young Beninese children. *Appetite* 2002; 39 (2): 111-17.