مقایسهٔ مزاج در بیماران سکته قلبی با افراد سالم

مرضیه نیک‌پرور[الف]، فاطمه ملتفت[ب]، رقیه عزتی‌راد[ج]، مرتضی مجاهدی[د*]، امین قنبرنژاد[ه]

[الف]گروه قلب و عروق، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران
[ب]مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران
[ج]کمیتهٔ تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران
[د]گروه طب سنتی، مرکز تحقیقات طب سنتی و تاریخ علوم پزشکی، پژوهشکدهٔ سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
[ه]مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، پژوهشکدهٔ سلامت هرمزگان، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

چکیده

سابقه و هدف: بیماری عروق کرونری قلب (CAD) از مهم‌ترین بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود. در ایران نیز اولین و شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر، بیماری‌های قلبی عروقی به‌خصوص بیماری‌های عروق کرونر است. از منظر طب ایرانی مزاج‌های گوناگون مستعد بیماری‌های مختلف هستند. در صورت وجود ارتباط CAD با مزاج خاص می‌توان آن را به‌عنوان یکی از ریسک فاکتورهای ابتلا به این بیماری مطرح کرد. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط سکتهٔ قلبی با مزاج بیماران است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی، ۵۰ بیمار که در زمستان ۱۳۹۷ با تشخیص سکتهٔ قلبی در بخش مراقبت‌های ویژهٔ قلبی بستری بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مزاج ایشان با استفاده از پرسشنامهٔ استاندارد تعیین و مزاج مجاهدی با مزاج ۵۰ داوطلب سالم مقایسه شد. پرسشنامهٔ اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامهٔ تعیین مزاج مجاهدی جهت تعیین گرمی، سردی، تری و خشکی مزاج تکمیل و داده‌ها توسط آزمون آماری کای دو تحلیل شد.

یافته‌ها: بین شاخص‌های سردی-گرمی مزاج (p=۰/۶۴) و تری-خشکی (p=۰/۰۹۶) در دو گروه بیماران سکتهٔ حاد قلبی و افراد سالم تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: در حد نتایج این مطالعه نمی‌توان وجود ارتباط عوامل مزاجی با بیماری سکتهٔ قلبی را اثبات کرد. مطالعات بیشتر با حجم نمونهٔ بالاتر و در مناطق مختلف آب‌وهوایی جهت بررسی بیشتر احتمال این ارتباط پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مزاج، طب سنتی ایرانی، سکتهٔ قلبی

تاریخ دریافت: بهمن ۱۳۹۹
تاریخ پذیرش: مهر ۱۴۰۰

مقدمه:

امروزه جهان پزشکی با رشد ابتلا به بیماری‌های مزمن مواجه است. بیماری عروق کرونری قلب که طیف بالینی آن از ایسکمی خاموش تا آنژین مزمن پایدار، آنژین ناپایدار، مرگ ناگهانی قلبی و آنفارکتوس حاد میوکارد (MI)، می‌باشد نیز یکی از انواع بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود (۱).

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی بیش از هر علت دیگری است؛ به‌طوری‌که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰، به‌طور تقریبی ۲۳/۶ میلیون نفر بر اثر بیماری‌های قلبی- عروقی به‌ویژه بیماری‌های عروق کرونر و سکته، فوت خواهند کرد (۲).

حدود ۱۲ میلیون نفر در آمریکا به بیماری قلبی مبتلا هستند و این بیماری علت اصلی مرگ در میان بزرگ‌سالان آمریکاست و علت ۲۲ درصد موارد مرگ در جهان می‌باشد. همچنین در ایران نیز اولین و شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر، بیماری‌های قلبی عروقی به‌خصوص بیماری‌های عروق کرونر است (۳).

* فرد مسئول مکاتبات: Mortazamojahedy@mubabol.ac.ir

طی یک دههٔ گذشته، رویکرد پزشکی شخصی‌محور در زمینهٔ مراقبت‌های بهداشتی ظاهر شده است. براساس این رویکرد می‌توان با توجه به خصوصیات شخصی هر فرد جهت مداخلات بهداشتی و درمانی که به بهترین وجه، مناسب آن شخص باشد اقدام کرد (۴). بسیاری از مکتب‌های پزشکی کل‌نگر توجه خاصی به تفاوت‌های شخصی افراد با یکدیگر در حوزهٔ سلامت و بیماری داشته و بیشتر دستورهای حفظ سلامتی و تجویزهای درمانی خود را طبق همین تفاوت‌های شخصی تنظیم کرده‌اند (۵). با توجه به حرکت علوم پزشکی به سمت پزشکی شخصی، که در این رویکرد خصوصیات بیولوژیک هر فرد می‌تواند متفاوت از سایر افراد بوده و در بروز بیماری، شدت بیماری و پاسخ به درمان تأثیر بگذارد و گرایش جوامع علمی به احیای انواع روش‌های درمانی مکمل و تلفیقی در سال‌های اخیر، مطالعاتی که مبانی تشخیصی طب ایرانی خصوصاً انواع مزاج را مورد بررسی، توضیح و شناسایی قرار دهد ضروری به‌نظر می‌رسد (۶).

طب سنتی ایران که ریشه در تمدن ایران باستان دارد بسیاری از تفاوت‌های جسمی و روحی اعضای جوامع انسانی را در قالب کلمهٔ کلیدی «مزاج» دسته‌بندی می‌کند. مزاج در لغت به معنای در هم آمیختن است و در طب سنتی ایران به مفهوم کیفیت یکسان و جدیدی است که در نتیجهٔ آمیختن ارکان با یکدیگر و فعل‌وانفعال آن‌ها در یک جسم مرکب به‌وجود می‌آید (۷). براساس مبانی طب ایرانی عدم تعادل مزاج به‌عنوان یکی از دلایل مهم بروز بیماری‌های مختلف جسمانی در نظر گرفته شده است. متعادل‌بودن این اخلاط موجب هماهنگی اندام‌ها و دستگاه‌های مختلف بدن می‌شود که پیامد آن سلامتی می‌باشد (۸).

هرچند مزاج اولیهٔ افراد براساس خصوصیات وراثتی آن‌ها مشخص می‌شود، اما سبک زندگی که به تغییراتی در میزان و نسبت ارکان و به‌تبع آن، اخلاط در بدن منجر می‌شود در تغییرات مزاج افراد مؤثر است (۹).

از منظر طب ایرانی هر مزاجی می‌تواند ریسک فاکتور گروه شناخته‌شده‌ای از بیماری‌ها باشد. با توجه به اینکه اثربخشی روش‌های این طب در کنار عوارض جانبی کم آن به تجربه ثابت شده است، بهره‌گیری از تأثیرات آن‌ها در درمان بسیاری از بیماری‌ها مورد توجه قرار گرفته است (۱۰).

طبق مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی با عنوان «بررسی وضعیت مزاج شخصی و رحم در زنان نابارور مراجعه‌کننده به درمانگاه ناباروری بیمارستان ولی‌عصر (عج) تهران در سال ۱۳۹۱» که توسط سهراب‌وند و همکاران انجام شد، شایع‌ترین سوءمزاج رحم در زنان نازا در بین سوءمزاج‌های مفرد، سوءمزاج سرد و سوءمزاج تر و در بین سوءمزاج‌های مرکب، سرد و تر بود. همچنین ارتباط معناداری بین مزاج شخص و مزاج رحم به دست آمد (p=۰/۰۴) (۱۱).

مطالعهٔ محبی دهنوی و همکاران (۱۳۹۴) با هدف بررسی ارتباط مزاج گرم و سرد با علائم سندرم پیش از قاعدگی انجام شد و براساس نتایج این مطالعه، علائم سندرم پیش از قاعدگی در بین افراد دارای مزاج گرم و سرد، دارای تفاوت معناداری بود (۱۲).

مطالعه‌ای در خصوص تغییرات مزاجی در بیماران اماس انجام شده و به این نتیجه رسیده که فرد با ابتلا به اماس به سمت سردی و خشکی می‌رود. البته در مزاج افراد سالم و مبتلا تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ لذا براساس این مطالعه سیر به سمت سردی معنادار بود، اما اینکه کدام مزاج مستعد اماس هست یا نیست به مطالعات بیشتر نیاز است (۱۳).

از مجموع این مطالعات و سایر مطالعات مشابه می‌توان این‌طور نتیجه گرفت که احتمال ارتباط ریسک ابتلا به سایر بیماری‌ها و مزاج افراد وجود دارد و احتمالاً در نظر گرفتن مزاج می‌تواند عاملی مؤثر بر نتایج درمانی باشد. از آنجایی که تا کنون در مورد رابطهٔ مزاج و سکتهٔ قلبی پژوهشی صورت نگرفته است، در پژوهش حاضر، رابطهٔ نوع مزاج و وقوع سکتهٔ قلبی بررسی شد. در صورت اثبات وجود رابطهٔ معنادار بین مزاج و سکتهٔ قلبی می‌توان مزاج را جزو ریسک فاکتورهای احتمالی سکتهٔ قلبی مطرح کرد.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بوده و جامعهٔ آماری پژوهش فوق، بیماران مبتلا به سکتهٔ قلبی حاد شهر بندرعباس

در زمستان سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه‌ها در این پژوهش به شیوهٔ نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران با تشخیص سکتهٔ حاد قلبی که در بخش مراقبت‌های ویژهٔ قلبی بیمارستان دولتی شهید محمدی بندرعباس بستری بودند و گروه افراد سالم که از بین خانوادهٔ همراه بیماران دیگر بخش‌ها براساس تمایل داوطلبانه برای شرکت در مطالعه و با توجه به گزارش شخصی سابقهٔ بیماری عروق کرونر و بیماری شدید دریچه‌ای نداشتند، انتخاب شدند. بیمارستان شهید محمدی بندرعباس بزرگ‌ترین بیمارستان استان هرمزگان با ۴۵۰ تخت و یکی از بیمارستان‌های مرجع استان است که بیماران زیادی از سراسر استان و حتی استان‌های مجاور جهت اقدامات تشخیصی و درمانی به این بیمارستان ارجاع می‌شوند. در مجموع با توجه به معیارهای ورود و خروج ۱۰۰ نفر نمونه، ۵۰ نفر بیماران مبتلا به سکتهٔ حاد قلبی و ۵۰ نفر افراد سالم در نظر گرفته شدند و برای ایجاد تجانس، گروه‌ها از نظر متغیرهای سن، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات با یکدیگر همتاسازی شدند. تعداد نمونه‌ها براساس مطالعهٔ پایلوت و میانگین تعداد بیماران بستری در ماه محاسبه شد. معیارهای ورود گروه بیمار شامل: سطح تحصیلات حداقل سواد خواندن و نوشتن، داشتن سن در محدودهٔ ۳۰ تا ۶۵ سال، تشخیص قطعی سکتهٔ قلبی توسط متخصص قلب و معیارهای ورود گروه سالم شامل: نداشتن سابقه از نظر بیماری عروق کرونر یا بیماری شدید دریچه‌ای بود. معیارهای خروج از مطالعه برای بیماران شامل: ۱- بیماران بدحال که دچار آریتمی شدید، شوک یا مرگ شوند؛ ۲- عدم تمایل به حضور در مطالعه.

پرسشنامه از طریق مصاحبهٔ حضوری در بیمارستان در بالین بیمار با توجه به شرایط بیماران توسط پژوهشگر تکمیل شد و زمان جمع‌آوری اطلاعات بعد از تثبیت وضعیت طبی بود. در انجام پژوهش ملاحظات اخلاقی نظیر اجازه از مسئولان بیمارستان و بیماران و اطمینان به محرمانه‌بودن اطلاعات، عدم ذکر نام و نام‌خانوادگی و آزادبودن در قبول یا رد شرکت در تحقیق مدنظر قرار گرفت. افراد جهت ورود به مطالعه، فرم رضایت آگاهانه را امضا کردند که مشخصات مجری و اهداف و مشخصات طرح در آن قید شده بود و پرسشنامه‌ها در مکان امن نزد گروه تحقیق نگهداری شد. (کد مصوب/اخلاق HUMS.REC.1396.134).

آمار توصیفی داده‌ها در قالب ارائهٔ شاخص‌های فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی و میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی انجام شد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری t مستقل دو نمونه‌ای و کای دو استفاده گردید. همهٔ آنالیزها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ انجام شد.

ابزار گردآوری اطلاعات

در این پژوهش از پرسشنامهٔ مشتمل بر دو قسمت اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامهٔ تعیین مزاج مجاهدی استفاده شد. پرسشنامهٔ خوداظهاری تعیین مزاج مجاهدی شامل ده سؤال می‌باشد که جهت تعیین وضعیت مزاج از نظر گرمی، سردی، تری و خشکی به‌کار می‌رود. این پرسشنامه توسط مجاهدی و همکاران در سال ۲۰۱۴ طراحی و روایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفته است (۱۷). این پرسشنامه دارای ۸ گویه برای تعیین گرمی و سردی، و ۲ گویه برای تعیین تری و خشکی می‌باشد. نمرهٔ هرکدام از ۱۰ گویه از ۱ تا ۳ بوده و براساس انتخاب بهترین نقطهٔ برش، امتیازدهی به این صورت می‌باشد: جمع نمرات ۸ سؤال اول وضعیت گرمی و سردی را می‌سنجد (بیش از ۱۸ گرم؛ ۱۵ تا ۱۸ معتدل در گرمی و سردی؛ کمتر از ۱۵ سرد). جمع ۲ سؤال آخر وضعیت تری و خشکی را می‌سنجد (بیشتر از ۴ خشک، ۴ معتدل در خشکی و تری؛ کمتر از ۴ تر). حساسیت و ویژگی پرسشنامه براساس نقطهٔ برش مشخص‌شده جهت تعیین گرمی مزاج به‌ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۹۳ و جهت سردی مزاج به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۹۷ و جهت خشکی مزاج ۰/۵۳ و ۰/۶۷ و جهت تری مزاج ۰/۵۳ و ۰/۷۹ محاسبه شد.

یافته‌ها:

نمونهٔ مورد بررسی در این پژوهش ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر بیماران مبتلا به سکتهٔ حاد قلبی و ۵۰ نفر افراد سالم) بود. میانگین و انحراف معیار سن افراد مورد بررسی در دو گروه

بیماران و افراد سالم به‌ترتیب ۸/۳۸±۴۹/۵۸ و ۸/۰۱±۴۶/۱۲ سال بود. سایر خصوصیات دموگرافیک نمونه‌های بررسی‌شده نیز به تفکیک دو گروه، در جدول ۱ نشان داده شده است. مقایسهٔ مشخصات دموگرافیک افراد در دو گروه بیمار و سالم براساس آزمون کای دو و آزمون t مستقل انجام شد و نتایج حاکی از عدم تفاوت معنادار در مشخصه‌های دموگرافیک دو گروه بود.

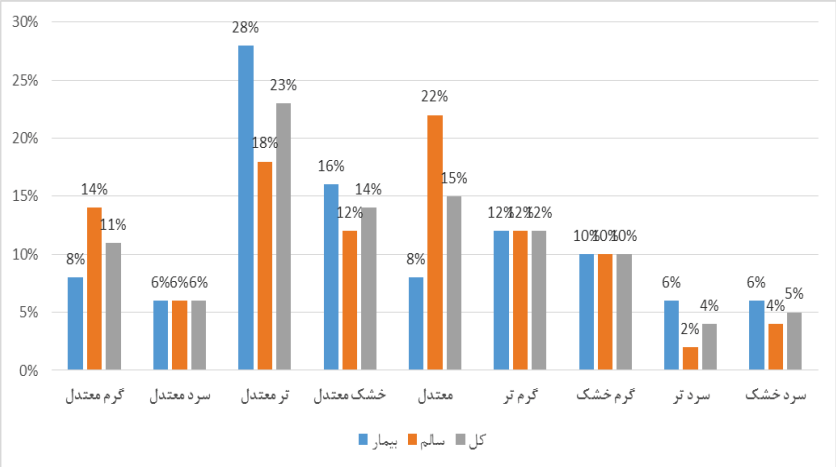
وضعیت مزاج افراد براساس گرمی، سردی، تری و خشکی به تفکیک دو گروه بیمار و سالم و به‌صورت کلی در شکل ۱ گزارش شده است. بیشترین درصد مزاج در بیماران و افراد سالم به ترتیب مزاج تر-معتدل (۲۸ درصد) و مزاج معتدل (۲۲ درصد) می‌باشد.

نتایج آزمون آماری نشان داد که در دو گروه بیماران و افراد سالم بین سردی-گرمی مزاج (p=۰/۶۴) و تری-خشکی (p=۰/۰۹۶) تفاوت معناداری مشاهده نشد (جدول ۲).

وضعیت مزاجی افراد مورد بررسی به تفکیک متغیرهای دموگرافیک نیز در دو گروه بیماران و افراد سالم مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول‌های ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۱. یافته‌های جمعیت‌شناختی بیماران سکتهٔ قلبی و افراد سالم

متغیر		افراد بیمار (n=۵۰)	افراد سالم (n=۵۰)	*p*-value
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
جنسیت	مرد	(۸۲) ۴۱	(۷۶) ۳۸	۰/۶۲
	زن	(۱۸) ۹	(۲۴) ۱۲	
مصرف سیگار	بلی	(۶۴) ۳۲	(۶۰) ۳۰	۰/۷۱
	خیر	(۳۲) ۱۶	(۳۸) ۱۹	
مصرف مواد مخدر	بلی	(۶۴) ۳۲	(۴۸) ۲۴	۰/۲۶
	خیر	(۳۴) ۱۷	(۴۸) ۲۴	
وضعیت تأهل	مجرد	(۴) ۲	(۸) ۴	۰/۶۷
	متأهل	(۹۶) ۴۸	(۹۲) ۴۶	
سن (انحراف معیار±میانگین)		۸/۳۸ ± ۴۹/۵۸	۸/۰۱ ± ۴۶/۱۲	۰/۲۴



شکل ۱. وضعیت مزاج افراد مورد بررسی به تفکیک بیمار و سالم

جدول۲. فراوانی (درصد) انواع مزاج در افراد بیمار و سالم

سردی – گرمی [تعداد (درصد)]				
	سرد	**معتدل**	**گرم**	***p*-value**
بیماران	۹ (۱۸)	۲۶ (۵۲)	۱۵ (۳۰)	۰/۶۴
افراد سالم	۶ (۱۲)	۲۵ (۵۲)	۱۹ (۳۸)	
کل نمونه (n=۱۰۰)	۱۵ (۱۵)	۵۱ (۵۱)	۳۴ (۳۴)	
تری – خشکی [تعداد (درصد)]				
	تر	**معتدل**	**خشک**	***p*-value**
بیماران	۲۳ (۴۶)	۱۱ (۲۲)	۱۶ (۳۲)	۰/۰۹۶
افراد سالم	۱۵ (۳۰)	۲۱ (۴۲)	۱۴ (۲۸)	
کل نمونه (n=۱۰۰)	۳۸ (۳۸)	۳۲ (۳۲)	۳۰ (۳۰)	

جدول۳. فراوانی (درصد) انواع مزاج از نظر سردی–گرمی به تفکیک متغیرهای دموگرافیک در افراد بیمار و سالم

متغیر	**گروه**		**سرد**	**معتدل**	**گرم**
جنسیت	بیمار	زن	۱ (۱۰)	۴ (۴۵)	۴ (۴۵)
		مرد	۸ (۱۹)	۲۲ (۵۴)	۱۱ (۲۷)
	سالم	زن	۱ (۹)	۷ (۵۸)	۴ (۳۳)
		مرد	۵ (۱۳)	۱۹ (۵۰)	۱۴ (۳۷)
	کل	زن	۲ (۱۰)	۱۱ (۵۲)	۸ (۳۸)
		مرد	۱۳ (۱۶)	۴۱ (۵۲)	۲۵ (۳۲)
وضعیت تأهل	بیمار	مجرد	۱ (۵۰)	۱ (۵۰)	۰ (۰)
		متأهل	۸ (۱۶)	۲۵ (۵۲)	۱۵ (۳۱)
	سالم	مجرد	۰ (۰)	۴ (۱۰۰)	۰ (۰)
		متأهل	۶ (۱۳)	۲۲ (۴۷)	۱۸ (۳۹)
	کل	مجرد	۱ (۱۶)	۵ (۸۳)	۰ (۰)
		متأهل	۱۴ (۱۴)	۴۷ (۵۰)	۳۳ (۳۵)
مصرف سیگار	بیمار	بلی	۶ (۱۹)	۱۸ (۵۶)	۸ (۲۵)
		خیر	۳ (۱۷)	۸ (۴۴)	۷ (۳۹)
	سالم	بلی	۴ (۱۴)	۱۶ (۵۳)	۱۰ (۳۳)
		خیر	۲ (۱۰)	۱۰ (۵۰)	۸ (۴۰)
	کل	بلی	۱۰ (۱۶)	۳۴ (۵۵٪)	۱۸ (۲۹)
		خیر	۵ (۱۳)	۱۸ (۴۷٪)	۱۵ (۴۰)
اعتیاد به مواد مخدر	بیمار	بلی	۶ (۱۹)	۱۷ (۵۳)	۹ (۲۸)
		خیر	۳ (۱۷)	۹ (۵۰)	۶ (۳۳)
	سالم	بلی	۳ (۱۲)	۱۲ (۵۰)	۹ (۳۸)
		خیر	۳ (۱۱)	۱۴ (۵۴)	۹ (۳۵)
	کل	بلی	۹ (۱۶)	۲۹ (۵۲)	۱۸ (۳۲)
		خیر	۶ (۱۴)	۲۳ (۵۲)	۱۵ (۳۴)

جدول۴. فراوانی (درصد) انواع مزاج از نظر تری-خشکی به تفکیک متغیرهای دموگرافیک در افراد بیمار و سالم

متغیر	گروه		تر	معتدل	خشک
جنسیت	بیمار	زن	۴ (۴۵)	۲(۲۲)	۳ (۳۳)
		مرد	۱۹ (۴۶)	۹ (۲۲)	۱۳ (۳۲)
	سالم	زن	۱ (۸)	۸ (۶۷)	۳ (۲۵)
		مرد	۱۵ (۴۰)	۱۳ (۳۴)	۱۰ (۲۶)
	کل	زن	۵ (۲۴)	۱۰ (۴۸)	۶ (۲۸)
		مرد	۳۴ (۴۳)	۲۲ (۲۸)	۲۳ (۲۹)
وضعیت تأهل	بیمار	مجرد	۲ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
		متأهل	۲۱ (۴۳)	۱۱ (۲۲)	۱۶ (۳۲)
	سالم	مجرد	۱ (۲۵)	۰ (۰)	۳ (۷۵)
		متأهل	۱۵ (۳۲)	۲۱ (۴۵)	۱۰ (۲۱)
	کل	مجرد	۳ (۵۰)	۰ (۰)	۳ (۵۰)
		متأهل	۳۶ (۳۸)	۳۲ (۳۴)	۲۶ (۲۷)
مصرف سیگار	بیمار	بلی	۱۵ (۴۷)	۴ (۱۲)	۱۳ (۴۱)
		خیر	۸ (۴۴)	۷ (۳۹)	۳ (۱۷)
	سالم	بلی	۶ (۲۰)	۱۶ (۵۳)	۸ (۲۷)
		خیر	۱۰ (۵۰)	۵ (۲۵)	۵ (۲۵)
	کل	بلی	۲۱ (۳۴)	۲۰ (۳۲)	۲۱ (۳۴)
		خیر	۱۸ (۴۷)	۱۲ (۳۲)	۸ (۲۱)
اعتیاد به مواد مخدر	بیمار	بلی	۱۵ (۴۷)	۶ (۱۹)	۱۱ (۳۴)
		خیر	۸ (۴۴)	۵ (۲۸)	۵ (۲۸)
	سالم	بلی	۵ (۲۱)	۱۰ (۴۲)	۹ (۳۷)
		خیر	۱۱ (۴۲)	۱۱ (۴۲)	۴ (۱۶)
	کل	بلی	۲۰ (۳۶)	۱۶ (۲۸)	۲۰ (۳۶)
		خیر	۱۹ (۴۳)	۱۶ (۳۷)	۹ (۲۰)

بحث:

در این مطالعه با استناد به تقسیم‌بندی منابع طب ایرانی و پرسشنامهٔ استاندارد به‌کارگرفته‌شده، شرکت‌کنندگان در ۹ گروه مزاجی تقسیم شدند. براساس نتایج این مطالعه، درصد بالایی از شرکت‌کنندگان در یکی از ابعاد مزاجی گرمی/سردی یا تری/خشکی، در وضعیت اعتدال قرار داشتند و درصد کمی از آن‌ها در گروه‌های گرم و تر، گرم و خشک، سرد و تر و یا سرد و خشک قرار گرفتند که این یافته‌ها با سایر آمار مربوط به شاخص‌های بیولوژیک انسانی که درصد بالایی از افراد جامعه در میانهٔ طیف شاخص‌ها قرار دارند همسو می‌باشد (۱۴). با توجه به نتایج این مطالعه، بین بیماران و افراد سالم از نظر کیفیت‌های مزاجی گرمی، سردی، تری، خشکی و حالت اعتدال مزاجی، تفاوت معناداری وجود نداشت. هرچند براساس مبانی تئوریک مزاج انتظار می‌رود شیوع برخی بیماری‌ها مانند بیماری‌های قلبی_عروقی در برخی مزاج‌ها خصوصاً مزاج گرم و تر که در اصطلاح دموی نامیده می‌شود بیشتر از سایر مزاج‌ها باشد، اما در مطالعهٔ نواب‌زاده و همکاران احتمال ارتباط پرفشاری خون با مزاج سرد و خشکی نیز مطرح

شده است که شاید در خصوص سکتهٔ قلبی و بیماری‌های عروق کرونر هم این تئوری موضوعیت داشته باشد (۱۵). در بررسی این موضوع به مقایسهٔ درصد فراوانی مزاج‌های نه‌گانه در هر گروه نیاز می‌باشد که به حجم نمونهٔ کافی جهت انجام مقایسه مذکور نیاز است. با توجه به اینکه این مطالعه به‌عنوان اولین پژوهش موضوع ارتباط مزاج با بیماری‌های قلبی عروقی می‌باشد پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده گروه‌های نه‌گانهٔ مزاجی در دو گروه افراد بیمار و مبتلا مقایسه شوند.

براساس مبانی مزاج در طب ایرانی، ریسک ابتلا به بیماری‌ها در مزاج‌های مختلف متفاوت است؛ به عبارت دیگر استعداد هر مزاج در ابتلا به بیماری‌ها متفاوت می‌باشد. هرچند با این رویکرد نمی‌توان ادعا کرد که هر مزاج بیماری‌های اختصاصی خود را دارد، اما انتظار می‌رود که ارتباط معناداری بین بروز برخی بیماری‌ها یا پاسخ به درمان آن‌ها با مزاج افراد وجود داشته باشد.

هرچند مطالعات معدودی در خصوص رابطهٔ مزاج با برخی بیماری‌ها انجام شده است، اما در زمینهٔ رابطهٔ مزاج با بیماری سکتهٔ قلبی مطالعه‌ای که مشابه تحقیق حاضر باشد یافت نشد.

نواب‌زاده و همکاران در یک مطالعهٔ مروری با بررسی آخرین مقالات مرتبط با ریسک فاکتورهای پرفشاری خون، ۱۲ ریسک فاکتور مهم فشارخون را استخراج کرده و براساس مبانی تئوریک منابع طب ایرانی ارتباط احتمالی ریسک فاکتورهای مذکور با مزاج را به‌عنوان تئوری اولیه مطرح نمودند. ریسک فاکتورها شامل سن، استرس، افسردگی، جنس، نژاد سیاه، چاقی، مصرف نمک، مصرف الکل، کم‌تحرکی، مقاومت به انسولین، کاهش نفرون‌ها و تیپ شخصیتی است. براساس یافته‌های مطالعهٔ مذکور این احتمال مطرح شده که علی‌رغم اینکه از منظر طب ایرانی احتمال ارتباط گرمی و تری مزاج با پرفشاری خون مطرح است مجموعهٔ ریسک فاکتورهای پرفشاری خون از نظر تئوریک با سردی و خشکی مزاج ارتباط بیشتری دارند که البته اثبات این تئوری به مطالعات بالینی نیاز دارد (۱۵).

در مطالعه‌ای ۴۰۰ نفر از مراجعین کلینیک پوست مؤسسهٔ ملی طب یونانی حیدرآباد هند (National Research Institute of Unani Medicine for Skin Disorders) در چهار گروه ۱۰۰ نفری دموی، بلغمی، صفراوی و سوداوی قرار گرفتند و پارامترهای همودینامیک مرکزی با استفاده از Sphygmocor technology اندازه‌گیری شد و براساس آنالیز انجام‌شده گزارش گردید که شاخص‌های مذکور در افراد صفراوی به‌صورت معناداری متفاوت بود (۱۶).

یافته‌های مطالعهٔ زارعی و همکاران (۱۳۹۱) که در خصوص اصلاح مزاج بیماران مبتلا به فشارخون انجام شده است نشان داد که تفاوت آماری معناداری در میزان فشارخون براساس طبقه‌بندی استاندارد در گروه اصلاح مزاج بعد از مداخله نسبت به قبل از آن، وجود داشته و اصلاح مزاج حتی بر فشارخون نیز اثر مثبت دارد (۱۷).

در مطالعهٔ محمدی فارسانی و همکاران ۴۳ داوطلب سالم ۴۰-۱۸ ساله که در دو گروه گرم و سرد تقسیم‌بندی شده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند و از بین شاخص‌های مختلف بررسی‌شده، BMR، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک، ضربان قلب، دمای محیطی، میزان T3، درصد چربی آزاد و تودهٔ عضلات اسکلتی در گرم‌مزاجان به‌صورت معناداری بیشتر بود. همچنین براساس پرسشنامهٔ FFQ، مصرف انرژی، کربوهیدرات، چربی و پروتئین در گروه گرم‌مزاج بیشتر بود. در گروه سرد TSH، تودهٔ چربی و درصد چربی به‌صورت معنادار بالاتر بود (۱۸).

با توجه به اینکه این مطالعه به‌نوبهٔ خود اولین مطالعه در این زمینه می‌باشد دارای محدودیت‌هایی بود. یکی از محدودیت‌ها، عدم امکان تشخیص دقیق مزاج اولیه یا ثانویهٔ افراد بود. در این خصوص لازم به ذکر است که ابزار استاندارد استفاده‌شده، جهت تعیین مزاج فعلی افراد کاربرد دارد و فعلاً ابزار استانداری که بتواند به تفکیک مزاج اولیه و ثانویهٔ افراد را تعیین کند در دسترس نمی‌باشد. در این خصوص اطلاع از مزاج سال‌های گذشته و قبل از ابتلا به بیماری، جهت تعیین رابطهٔ مزاج با استعداد ابتلا به بیماری لازم به‌نظر می‌رسد. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده به‌صورت آینده‌نگر و در قالب مطالعات کوهورت انجام گردد و ارتباط مزاج فعلی افراد با احتمال ابتلا به بیماری‌ها از جمله بیماری‌های قلبی عروقی در

آینده بررسی شود. محدودیت دیگر عدم تمرکز مطالعه بر روی یک جنس خاص می‌باشد. هرچند براساس آنالیز انجام‌شده در این مطالعه هر دو گروه از نظر درصد فراوانی دو جنس، تفاوت معناداری نداشتند، اما با توجه به تفاوت قابل‌توجه مزاج و نیز شیوع بیماری‌های قلبی_عروقی در زنان و مردان پیشنهاد می‌شود جهت کاهش هرچه بیشتر عوامل مداخله‌گر، مطالعات آینده در این زمینه فقط در یکی از گروه‌های جنسی زن یا مرد انجام شود.

نتیجه‌گیری:

این مطالعه جزء اولین مطالعات علمی است که در زمینهٔ بررسی رابطهٔ مزاج‌های سرد و گرم و نیز تر و خشک در بیماران سکتهٔ قلبی انجام می‌شود. نقاط ضعف و قوت مطالعهٔ حاضر می‌تواند جهت سایر مطالعات با موضوع بررسی رابطهٔ انواع دیگر بیماری‌های عروقی مانند پرفشاری خون و آنژین صدری با مزاج به‌کار رود. همچنین از آنجایی که طب سنتی ایران طبق اصل مبنایی مزاج، توجه ویژه‌ای به تفاوت‌های فیزیکی و زیستی انسان‌ها نموده و از آن در تشخیص و درمان بیماری‌ها و ارائهٔ دستورات بهداشتی استفادهٔ راهبردی می‌نماید، دسترسی به شیوه‌های کاربردی تعیین مزاج افراد می‌تواند به استفادهٔ کاربردی از این اصل جهت ارتقای سطح سلامت و بهداشت جامعه منجر شود. مسلماً در مطالعات اولیه، بروز محدودیت به علت عدم تجربهٔ کار مشابه اجتناب‌ناپذیر است؛ لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جهت بررسی رابطهٔ مزاج با سکتهٔ قلبی حجم نمونه بزرگ‌تر و در مناطق مختلف با شرایط آب‌وهوایی مختلف انتخاب گردد تا نتایج با احتمال بیشتری به جامعه تعمیم داده شود. همچنین انجام مطالعات کوهورت در خصوص بررسی استعداد ابتلای مزاج‌های مختلف به بیماری‌های عروق کرونر توصیه می‌شود.

References:

1. Niakan M, Paryad E, Shekholeslam F, Kazemnezhad Leili E, Assadian Rad M, Bonakdar HR, *et al*. Self care behaviors in patients after myocardial infarction. Journal of Holistic Nursing and Midwifery. 2013 Oct 10;23(2):63-70.
2. Sabzmakan L, Mazloomy Mahmoodabad S, Morowati Sharifabad MA, Mohammadi E, Naseri MH, Mirzaieae M, *et al* . Patients, experiences with cardiovascular disease risk factors and healthcare providers of determinants of the nutritional behavior: A qualitative directed content analysis. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2013;15(3):292-302.
3. Sarrafzadegan N, Mohammmadifard N. Cardiovascular disease in Iran in the last 40 years: Prevalence, mortality, morbidity, challenges and strategies for cardiovascular prevention. Archives of Iranian Medicine. 2019 Apr 1;22(4):204-10.
4. Savard J. Personalised medicine: A critique on the future of health care. Journal of Bioethical Inquiry. 2013 Jun;10(2):197-203.
5. Mojahedi M, Naseri M, Majdzadeh SR, Keshavarz M, Ebadiani M, Nazem E, *et al*. A review on identification Mizaj (Temperament) indices in Iranian traditional medicine (ITM). Medical History. 2014;4(12):37-76.
6. Akhtari M, Moeini R, Mojahedi M, Gorji N. Assessment the studies on the concept of Mizaj (Temperament) in Persian medicine. Journal of Complementary and Integrative Medicine. 2020 Sep 1;17(3).
7. Naseri M, Rezaeizadeh H, Choupani R, Anoushirvani M. A review of the generalities of traditional Iranian medicine. 2nd ed. Tehran: Nashr-e Shahr; 2011. [In Persian].
8. Ahanchi O, Saeedimehr M. Rereading the concept of temperament based on the modern medicine. Philosophy of Science. 2012 Mar 10;1(2):1-23.
9 Rahati M, Vahedi S, Attarzadeh HS, Fathi M. Comparison of some of the performance indicators of physical fitness in warm and cold temperament men. Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine. 2018;9(2):143-150.
10. Chamanzari H, Saqebi SA, Harati K, Hoseyni SM, Zarqi N, Mazlum SR. Evaluation of temperament based diet education on quality of life in patients with GERD. Evidence Based Care. 2014;3(4):29-38.
11. Sohrabvand F, Nazem E, Tansaz M, Keshavarz M, Hashem Dabaghian F, Nikbakht Nasrabady A, *et al*. Investigation of the personal and uterine humor in infertile women referred to Vali-e-Asr hospital of Tehran, Iran in 2012. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2014;17(94):10-19.
12. Mohebi Dehnavi Z, Jafarnejad F, Mojahedi M, Shakeri MT, Sardar MA. The relationship between warm and cold temperament with symptoms of premenstrual syndrome. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016;18(179):17-24.
13. Abbasian R, Mojahedi M, Alizadeh M, Khafri S, Ansaripour M, Moosavyzadeh A, *et al*. Mizaj assessment in multiple sclerosis (MS) patients based on Persian medicine. Journal of Complementary and Integrative Medicine. 2021 May 10.
14. Azizi F, Ghanbarian A, Madjid M, Rahmani M. Distribution of blood pressure and prevalence of hypertension in Tehran adult population: Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS), 1999–2000. Journal of Human Hypertension. 2002 May;16(5):305-12.
15. Navabzadeh M, Shojaii A, Nakhaei I, Ghods R. A new outlook on hypertension (Avicenna's Viewpoints). Crescent Journal of Medical and Biological Sciences. 2020;7(2):291-294.
16. Mahmood J, Chakraborty A, Javed G, Kazmi MH. Study on clinical assessment of central blood pressure in healthy volunteers, and its relation to clinical phenotyping. International Journal of Life science and Pharma Research. 2021;11(3):L23-29.
17. Zarei M, Javadi A. The effect of temparament modifying of hypertension. Teb o Al Reza. 2011;23.

18. Farsani GM, Naseri M, Hosseini S, Saboor-Yaraghi AA, Kamalinejad M, Farsani TM, *et al*. The Evaluation of basic and neurohormonal parameters in hot or cold temperament person proposed in Iranian traditional medicine: An observational study. Journal of Contemporary Medical Sciences. 2020 Aug 26;6(4).