

بررسی ارتباط انواع مزاج با اختلال افسردگی

محدثه شکری زاده الف^{*}، پرینسا شجاعی الف^{*}، مریم شایسته ب

^{الف}دانشکده پزشکی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^بگروه طب سنتی، دانشکده پزشکی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: افسردگی یک اختلال روانی شایع با تأثیرات گسترده بر کیفیت زندگی است که براساس نظریات طب سنتی با مزاج ارتباط دارد. این مطالعه در پی تبیین علمی این رابطه و شناسایی مزاج‌های مستعدتر به افسردگی است که با بهره‌گیری از یک رویکرد جامع، ضمن مروری بر مفهوم افسردگی از منظر پزشکی مدرن و مبانی مزاج‌شناسی در طب سنتی ایرانی، به بررسی نقش اخلاط چهارگانه (دم، صفرا، بلغم، سودا) و کیفیت‌های چهارگانه (گرمی، سردی، خشکی، تری) در تعیین سلامت روان و مستعدساختن افراد به اختلالات خلقی می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۲۴۸ دانشجویان دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی تهران براساس معیار ورود و خروج انتخاب شدند و از آنها خواسته شد تا پرسش‌نامه افسردگی بک BDI و پرسش‌نامه MMQ را تکمیل کنند. به‌منظور تجربه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده گردید. همچنین سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: داده‌های به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که از بین متغیرهای دموگرافیک و مزاجی موردبررسی، تنها جنسیت اثر قابل‌توجهی بر افسردگی داشته است ($B=0/942$, $Sig=0/014$). این بدان معنا است که احتمال افسردگی در جنس زن (با توجه به نتایج $EXP(B)=2/564$) حدود ۲/۵۶ برابر بیشتر از جنس مرد است. سایر متغیرها شامل سن، محل سکونت، رشته تحصیلی، سطح تحصیلات و مزاج‌های گرمی/سردی و تری/خشکی، از نظر آماری تأثیر معناداری بر افسردگی نشان ندادند ($Sig>0/05$).

نتیجه‌گیری: این نتایج، ضمن تأیید نقش جنسیت در شیوع افسردگی، چالش‌هایی را در تأیید ارتباط مستقیم و معنی‌دار میان مزاج‌های سنتی و افسردگی براساس داده‌های آماری این مطالعه مطرح می‌کند که نشان‌دهنده پیچیدگی این روابط است و نیاز به تحقیقات بیشتر با رویکردهای جامع‌تر دارد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی؛ اختلالات خلقی؛ طب ایرانی؛ مزاج؛ پزشکی سنتی

تاریخ دریافت: شهریور ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: بهمن ۱۴۰۴

مقدمه

چهارمین رتبه را به خود اختصاص می‌دهد و از کارافتادگی ناشی از افسردگی برابر و یا حتی بیشتر از ناتوانی ناشی از بیماری‌های مزمن مثل فشارخون، دیابت ملیتوس و عروق کرونر است (۲). از پیامدهای این بیماری می‌توان به اختلال در عملکرد شغلی، تحصیلی و خانوادگی اشاره کرد و در شدیدترین موارد، افسردگی می‌تواند به خودکشی منجر شود (۲). براساس آخرین ارزیابی‌های WHO، بیش از ۳۰۰ میلیون نفر با اختلال افسردگی

افسردگی حالت روانی ناخوشایندی است که با احساس گمگینی، نداشتن انگیزه و نبود احساس لذت، اختلال در خواب، تغییر در اشتها، احساس گناه و بی‌ارزش‌بودن، خستگی و کاهش تمرکز حداقل به مدت دو هفته همراه است و هزینه اجتماعی، اقتصادی و روانی زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کند (۱). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت افسردگی از نظر بار بیماری

Please cite this article as:

Shokrizadeh M, Shojaei P, Shayesteh M. An investigation of the relationship between temperament types and depressive disorder. Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine. 2026;16(4):279-290. doi: 10.22034/jiitm/16.4.279.

Copyright: ©Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.

زندگی می‌کنند که بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ این مقدار بیش از ۱۸ درصد افزایش یافته است (۱). پیامدهای افسردگی می‌تواند شامل انزوا، مشکلات اقتصادی، سوءمصرف مواد باشد و در موارد شدید حتی به خودکشی منجر شود (۳). با توجه به شیوع بالای افسردگی و پیامدهای ویرانگر آن، جست‌وجو برای یافتن رویکردهای جامع، مؤثر و گاه مکمل در درک و مدیریت این اختلال، از اهمیت حیاتی برخوردار است (۴). این نیاز، ما را بر آن می‌دارد تا برای یافتن دیدگاه‌های نو در این زمینه به گنجینه‌های حکمت گذشته، از جمله طب سنتی ایران، بنگریم. طب سنتی ایرانی، که ریشه در هزاران سال تجربه بالینی و مشاهدات دقیق دارد، همواره به انسان به‌مثابه یک کل نگریده و سلامت را نتیجه تعادل در ابعاد مختلف جسمی، روانی و روحی او می‌دانسته است. در این مکتب غنی، مفهوم بنیادین «مزاج» به‌عنوان کلید اصلی در شناخت شخصیت، ساختار بدنی و استعداد فرد برای ابتلا به بیماری‌ها عمل می‌کند (۵). مزاج، که به معنای آمیزش و برآیند نهایی کیفیات چهارگانه اصلی (گرمی، سردی، خشکی و تری) در هر فرد است، هویتی منحصر به فرد به او می‌بخشد و شالوده فیزیولوژیکی و روان‌شناختی او را تعیین می‌کند (۶). دانشمندان طب سنتی بر این باورند که سلامت پایدار، جز با حفظ تعادل و اعتدال مزاج اصلی فرد حاصل نمی‌شود. هر گونه انحراف از این تعادل، که منجر به پیدایش سوءمزاج می‌گردد، می‌تواند زمینه‌ساز انواع بیماری‌ها از جمله اختلالات روانی و خلقی شود. این دیدگاه که بر فردیت و تفاوت‌های بنیادین میان انسان‌ها تأکید دارد، امکان درک عمیق‌تر و جامع‌تر از سازوکارهای سلامت و بیماری را فراهم می‌آورد و راهگشای رویکردهای درمانی شخصی‌سازی شده و متناسب با نیازهای هر فرد است (۶). با وجود تأکید طب سنتی بر نقش مزاج در سلامت روان، مطالعات علمی و کمی درباره ارتباط مستقیم انواع مزاج با اختلالات خلقی مانند افسردگی محدود و متناقض هستند. تحقیقات مدرن عمدتاً بر عوامل ژنتیکی، محیطی و روان‌شناختی تمرکز داشته‌اند و توجه کمتری به متغیرهای مزاجی به سبک طب سنتی نشان داده‌اند. بررسی این رابطه می‌تواند درک عمیق‌تری از عوامل فردی مؤثر بر

سلامت روان و شیوع افسردگی ارائه دهد و امکان طراحی مداخلات پیشگیرانه و درمانی متناسب با ویژگی‌های فردی را فراهم کند. با توجه به اهمیت عوامل روان‌شناختی و زیستی در بروز افسردگی و نقش بالقوه مزاج‌های مختلف بر سلامت روان، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ابعاد مزاجی (گرمی/سردی و تری/خشکی) با اختلال افسردگی در میان دانشجویان دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی تهران انجام شد. این مطالعه تلاش می‌کند به سؤالات زیر پاسخ دهد:

آیا بین هر یک از ابعاد مزاج و شدت اختلال افسردگی رابطه معنادار وجود دارد؟

کدام دسته‌های مزاجی ممکن است حساسیت بیشتری نسبت به افسردگی داشته باشند؟

آیا متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند جنسیت، رشته تحصیلی یا مقطع تحصیلی می‌توانند این رابطه را تعدیل کنند؟

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی - تحلیلی در سال ۱۴۰۳ بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی تهران اجرا شد. براساس محاسبات انجام‌شده با نرم‌افزار G*Power برای آزمون کای دو، با در نظر گرفتن اندازه اثر متوسط ($W=0/30$)، سطح معناداری ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰، حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۲۲۰ نفر برآورد شد. باین حال، به منظور افزایش دقت نتایج، کاهش احتمال خطای نوع دوم و جبران موارد احتمالی حذف یا ناقص بودن داده‌ها، حجم نمونه نهایی مطالعه ۲۴۸ نفر در نظر گرفته شد که بیش از حجم نمونه محاسبه شده است و توان آماری مطالعه را ارتقا می‌دهد. نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت تصادفی ساده انجام شد. برای این منظور، فهرست کامل دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران در سال ۱۴۰۳ تهیه گردید و به هر دانشجو شماره‌ای اختصاص داده شد. سپس با استفاده از اعداد تصادفی، دانشجویان مورد نظر انتخاب شدند تا حجم نمونه مورد نیاز (۲۴۸ نفر) تأمین گردد. این روش تضمین می‌کند که همه دانشجویان شانس یکسانی برای ورود به مطالعه داشته

باشند و سوگیری نمونه‌گیری به حداقل برسد. معیارهای ورود به مطالعه شامل این موارد بود: ۱) داشتن سن ۱۸ تا ۴۵ سال و ۲) نداشتن سابقه ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی شدید (مانند اسکیزوفرنی یا اختلال دوقطبی) براساس خوداظهاری. معیارهای خروج از مطالعه هم افراد الکلی، سیگاری و مصرف‌کننده دخانیات، افراد باردار و شیرده بود. ابزارهای گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه بک و پرسش‌نامه تعیین مزاج مجاهدی (MMQ Mojahedi Mizaj Questionnaire) بود. پرسش‌نامه افسردگی بک-۲ (۷) اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران توسعه یافت. در سال ۱۹۹۶، بک و همکارانش برای تحت پوشش قراردادن طیف وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلالات افسردگی، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، تجدیدنظر اساسی در آن انجام دادند. در فرم تجدیدنظرشده، برای نشان دادن نشانه‌هایی که با افسردگی شدیدتر همراه هستند (مثل تشویش، احساس بی‌ارزشی، اشکال در تمرکز، از دست دادن انرژی)، چهار ماده آن تغییر یافت. همچنین برای انعکاس کاهش اشتها و خواب، در دو ماده آن تجدیدنظر شد. به علاوه، متن یا جمله‌بندی بسیاری از ماده‌های دیگر نیز تغییر داده شد. مقایسه بین BDI و BDI-II نشان می‌دهد که اولاً درمان‌جویان در پاسخ دادن به فرم BDI-II، یک یا دو نشانه را بیش از فرم اولیه تأیید می‌کنند و ثانیاً افراد سطوح بالاتر افسردگی بیش از افسرده‌های سطوح پایین‌تر، نشانه‌ها یا ماده‌ها را تأیید می‌کنند. پرسش‌نامه افسردگی بک-۲ از ۲۱ سؤال تشکیل شده است که برای سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده استفاده می‌شود و ماده‌های آن درواقع بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آنها به‌طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسش‌نامه، به‌طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی را نشان می‌دهد، اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. پرسش‌نامه افسردگی بک-۲ از نوع آزمون‌های خودگزارشی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در کل از ۲۱

ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل شده که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی چون غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خودبیزاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی تخصیص یافته است. از این‌رو این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. پاسخ‌دهندگان به این آزمون، برای درک ماده‌های آن باید حداقل در سطح کلاس پنجم یا ششم توانایی خواندن داشته باشند. آنها باید به هر ماده بر مبنای یک مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای از صفر تا سه پاسخ دهند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به‌طور مستقیم به دست می‌آید. نمره‌های زیر را می‌توان برای تعیین سطح کلی افسردگی استفاده کرد: ۰ تا ۱۳، هیچ یا کمترین افسردگی؛ ۱۴ تا ۱۹، افسردگی خفیف؛ ۲۰ تا ۲۸، افسردگی متوسط؛ ۲۹ تا ۶۳، افسردگی شدید (۷). پرسش‌نامه ده‌سؤالی تعیین مزاج مجاهدی MMQ (۸) اولین پرسش‌نامه ارزیابی مزاج در طب سنتی ایران است که کلیه مراحل اعتبارسنجی را طی کرده و میزان حساسیت و ویژگی و سایر ضریب‌های محاسبه‌شده مرتبط بدان در مقاله آن، که در سال ۲۰۱۱ منتشر شده، گزارش گردیده است. این پرسش‌نامه برای افراد جوان سالم ۱۰ تا ۲۰ سال اعتبارسنجی شده است. همچنین در پژوهش جدیدی مقاطع برش آن برای گروه سنی ۱۰ تا ۶۰ سال نیز اعتبارسنجی شده است. پرسش‌نامه خوداظهاری تعیین مزاج مجاهدی شامل ده سؤال می‌باشد که برای تعیین وضعیت مزاج از نظر گرمی/سردی و تری/خشکی به کار می‌رود. این پرسش‌نامه توسط مجاهدی و همکاران در سال ۲۰۱۱ طراحی و روایی و پایایی آن بررسی شده است. در این مطالعه با استفاده از منابع طب سنتی و با محوریت کتاب قانون، گویه‌های مرتبط با تعیین مزاج استخراج شد. تعداد گویه‌های

اولیه این پرسش‌نامه ۱۲ گویه بود. در مرحله بعدی، روایی صوری و محتوای پرسش‌نامه انجام شده که با روش‌های کمی و کیفی صورت گرفته است، نهایتاً ۱۷ گویه باقی ماند. پایایی گویه‌ها با انجام آزمون-باز، آزمون هر سؤال با مشارکت ۳۱ داوطلب و به فاصله زمانی دو هفته انجام شد و سؤالاتی که آماره کاپای بالای ۱/۰ کسب کرده بودند برای مرحله تعیین روایی انتخاب شدند (۳۱ گویه). برای تعیین استاندارد طلایی ۱۲۱ داوطلب سالم ۱۰ تا ۲۰ سال توسط یک تیم یک‌نفره از استادان پیشکسوت و متخصصان طب سنتی ویزیت شدند و دوازده نفر از داوطلبان که تیم متخصصان در تعیین مزاج ایشان توافق بالای ۷۰ درصد داشتند انتخاب گردیدند. پرسش‌نامه استخراج شده از مرحله پایایی توسط ۱۲ داوطلب منتخب که در یک مرحله به گروه‌های سرد و گرم و در مرحله دیگر به گروه‌های تر و خشک تقسیم شده بودند، تکمیل شد. حساسیت و ویژگی تک‌تک سؤالات محاسبه شد و سؤالاتی که Index Youden بالاتر از ۰/۲ برای هر کدام از معیارهای سردی، گرمی، تری یا خشکی داشتند، انتخاب شدند. مدل‌های رگرسیون لجستیک دودویی برای هر گروه با استفاده از روش جداسازی گام‌به‌گام رو به جلو^۱ انجام شد و مدل‌های مختلف فرم تعیین مزاج برای تعیین گرمی/سردی و تری/خشکی مزاج تعیین گردید.

با استفاده از آزمون ANOVA و Kruskal-Wallis test در حالت مختلف و همچنین با روش رسم منحنی راک نقطه برش مناسب با تأکید بر ویژگی بالا معین شد. حساسیت و ویژگی گروه‌ها در نقاط برش تعیین شده ارزیابی شد. این پرسش‌نامه دارای ۱ گویه برای تعیین گرمی/سردی و ۲ گویه برای تعیین تری/خشکی است. نمره هر کدام از ۱۰ گویه از ۱ تا ۳ بوده و براساس انتخاب بهترین نقطه برش، امتیازدهی بدین صورت می‌باشد: جمع نمرات ۱ سؤال اول وضعیت گرمی/سردی را می‌سنجد (بیش از ۱۱ گرم، ۱۱-۱۱ معتدل در گرمی/سردی و کمتر از ۱۱ سرد). جمع ۲ سؤال آخر وضعیت تری/خشکی را می‌سنجد (بیشتر از ۱ خشک، ۱ معتدل در خشکی/تری و کمتر از ۱ تر). حساسیت و ویژگی

پرسش‌نامه براساس نقاط برش مشخص شده برای تعیین گرمی مزاج به ترتیب ۶۵ درصد و ۹۳ درصد و برای سردی مزاج به ترتیب ۵۲ درصد و ۹۷ درصد و برای خشکی مزاج ۵۳ درصد و ۶۷ درصد و برای تری مزاج ۵۳ درصد و ۷۶ درصد محاسبه گردید. داده‌های گردآوری شده پس از کدگذاری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند. در بخش توصیفی، از شاخص‌های آماری شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد استفاده شد. در بخش تحلیلی، برای مقایسه متغیرهای رتبه‌ای و بررسی ارتباط افسردگی با متغیرهایی مانند سن از آزمون‌های Mann-Whitney U و کروسکال-والیس (Kruskal-Wallis) استفاده گردید. همچنین برای بررسی ارتباط متغیرهای کیفی نظیر جنسیت، تحصیلات، رشته تحصیلی و محل سکونت با افسردگی و ابعاد مزاج، آزمون کای‌دو (Chi-square) به کار گرفته شد. به منظور کنترل هم‌زمان اثر متغیرهای مستقل و شناسایی عوامل مرتبط با افسردگی، از رگرسیون لجستیک استفاده شد. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن نمونه برابر با $33/3 \pm 9/42$ سال است که نشان می‌دهد اکثر افراد نمونه در گروه سنی جوان تا میانسال قرار دارند. جدول شماره ۱، فراوانی متغیرهای دموگرافیک را نشان می‌دهد. براساس یافته‌های توصیفی، بیشترین شرکت‌کنندگان در مطالعه مردان بودند با تعداد ۱۳۳ نفر (۵۳/۸ درصد). از نظر رشته تحصیلی، دانشجویان علوم انسانی بیشترین فراوانی را داشتند با تعداد ۱۱۹ نفر (۴۸ درصد). در میان مقاطع تحصیلی نیز بیشترین افراد در مقطع کارشناسی حضور داشتند با تعداد ۱۰۹ نفر (۴۴ درصد). همچنین از نظر محل سکونت، اکثریت نمونه ساکن تهران بودند با تعداد ۱۵۸ نفر (۶۳/۷ درصد).

نتایج نشان داد که از میان ۲۴۸ شرکت‌کننده، بیشترین فراوانی مربوط به گروه «هیچ یا کمترین افسردگی» بود (۵۹/۳ درصد). همچنین، ۲۱/۰ درصد از شرکت‌کنندگان دچار

جدول ۱. فراوانی متغیرهای دموگرافیک

متغیر	رده	تعداد (درصد)
جنسیت	زن	۱۱۵ (۴۶/۶)
	مرد	۱۳۳ (۵۳/۸)
	کل	۲۴۸ (۱۰۰/۰)
رشته تحصیلی	علوم تجربی	۵۸ (۲۳/۴)
	علوم ریاضی	۷۱ (۲۸/۶)
	علوم انسانی	۱۱۹ (۴۸/۰)
	کل	۲۴۸ (۱۰۰/۰)
مقطع تحصیلی	دیپلم تحصیلات تکمیلی	۱۹ (۷/۶۶)
	کارشناسی	۱۰۹ (۴۳/۹۵)
	کارشناسی ارشد	۸۵ (۳۴/۲۷)
	دکتری	۳۵ (۱۴/۱۱)
	کل	۲۴۸ (۱۰۰/۰)
محل سکونت	تهران	۱۵۸ (۶۳/۷)
	سایر شهرها	۹۰ (۳۶/۳)
	کل	۲۴۸ (۱۰۰/۰)

افسردگی و مزاج خشک/تر دارد و رشته تحصیلی هم با مزاج گرم/سرد ارتباط معناداری دارد به طوری که رشته های ریاضی بیشتر مزاج سرد (۴۶/۹ درصد) و رشته های انسانی بیشتر مزاج معتدل (۵۱/۹ درصد) و مزاج گرم (۴۳/۹ درصد) دارند. سایر عوامل دموگرافیک (سن، محل سکونت، تحصیلات) تفاوت معناداری ایجاد نکرده اند. بین مزاج ها با افسردگی هم هیچ تفاوت آماری معناداری یافت نشد. در نتایج آزمون لجستیک میان افسردگی و متغیرهای مورد مطالعه، آزمون Omnibus Test بررسی می کند که آیا مدل کلی (شامل همه متغیرهای مستقل) نسبت به مدل پایه که تنها شامل ثابت (Constant) است، توان پیش بینی معنادار متغیر وابسته را دارد یا خیر. چون مقدار معناداری Sig بزرگ تر از ۰/۰۵ است (۰/۳۱۳)، بنابراین این مدل در مقایسه با مدل بدون متغیرهای مستقل تفاوت معناداری ندارد. به عبارت ساده تر، کل متغیرهای وارد شده در مدل توانایی خوبی در پیش بینی افسردگی نداشته اند. R^2 Cox & Snell و R^2 Nagelkerke شاخص هایی

«افسردگی خفیف»، ۱۰/۱ درصد دچار «افسردگی متوسط» و ۹/۷ درصد دچار «افسردگی شدید» بودند. این توزیع نشان دهنده آن است که اکثریت نمونه دارای میزان افسردگی پایین بوده و نسبت افراد با افسردگی متوسط تا شدید کمتر است. نتایج نشان داد که از میان ۲۴۸ شرکت کننده، ۲۱/۴ درصد در گروه «تر»، ۳۸/۷ درصد در گروه «معتدل» و ۳۹/۹ درصد در گروه «خشک» قرار داشتند. بیشترین فراوانی مربوط به گروه های معتدل و خشک بود که تقریباً نیمی از نمونه را شامل می شوند و این توزیع نشان دهنده تنوع وضعیت تریکوسکی در بین شرکت کنندگان است. نتایج نشان داد که از میان ۲۴۸ شرکت کننده، ۱۳/۳ درصد در گروه «سرد»، ۵۳/۶ درصد در گروه «معتدل» و ۳۳/۱ درصد در گروه «گرم» قرار داشتند. بیشترین فراوانی مربوط به گروه معتدل بود و این نتایج توزیع گرمی/سردی نمونه را به خوبی نشان می دهد. در جدول شماره ۲، ارتباط متغیرهای دموگرافیک با مزاج و افسردگی نشان داده شده است. با توجه به نتایج این جدول، جنسیت نقش مهمی در

جدول ۲. جدول ارتباط متغیرهای دموگرافیک با مزاج و افسردگی

متغیر وابسته	متغیر مستقل	نوع آزمون	نتیجه آزمون	معناداری
کل افسردگی (Total depression)	سن	Man whitny-U	$t=1/421, p=0/157$	بی معنا
	جنسیت	χ^2	$\chi^2=5/586, p=0/018$	معنادار
	تحصیلات	χ^2	$\chi^2=2/450, p=0/484$	بی معنا
	رشته تحصیلی	χ^2	$\chi^2=0/917, p=0/632$	بی معنا
	محل سکونت	χ^2		بی معنا
مزاج گرم/سرد (Hot/Cold)	سن	Kruskal-Wallis		بی معنا
	جنسیت	χ^2		بی معنا
	تحصیلات	χ^2		بی معنا
	رشته تحصیلی	χ^2		معنادار
	محل سکونت	χ^2		بی معنا
	افسردگی	χ^2		بی معنا
مزاج خشک/تر (Dry/Wet)	سن	Kruskal-Wallis		بی معنا
	جنسیت	χ^2		معنادار
	تحصیلات	χ^2		بی معنا
	رشته تحصیلی	χ^2		بی معنا
	محل سکونت	χ^2		بی معنا
	افسردگی	χ^2		بی معنا

از تبیین واریانس متغیر وابسته توسط مدل هستند. مقادیر خیلی کم (۵/۵ درصد و ۸/۷ درصد) نشان می‌دهد که مدل تقریباً توانایی پیش‌بینی کمی دارد. آزمون هاسمر-لمشو بررسی می‌کند که مدل با داده‌ها چقدر خوب تطابق دارد $\rightarrow \text{Sig}=0/483 > 0/05$. مدل برازش مناسبی دارد (نه خیلی ضعیف، نه خیلی قوی). بنابراین از لحاظ برازش، مدل مشکل جدی ندارد. جدول شماره ۳، آزمون رگرسیون لجستیک بین متغیرهای مورد مطالعه و افسردگی را نشان می‌دهد.

تنها متغیر جنسیت به‌طور معنادار با افسردگی مرتبط بود. $\text{Constant: } B=0/942, \text{Sig}=0/014 \rightarrow$ معنادار است. $\text{Exp}(B)=2/564 \rightarrow$ احتمال افسردگی بالاتر برای یک جنس (احتمالاً زنان) نسبت به جنس مرجع حدود ۲/۵۶ برابر است. بقیه متغیرها (سن، محل سکونت، رشته تحصیلی، سطح

تحصیلات، مزاج و ویژگی‌های فیزیکی) معنادار نیستند $(\text{Sig} > 0/05)$.

$\text{Constant: } B=-2/474, \text{Sig}=0/017 \rightarrow$ ثابت مدل معنادار است.

مدل توانایی پیش‌بینی افراد با افسردگی شدید/متوسط را ندارد $\rightarrow$ شاید تعداد افراد در این گروه کم است. تنها جنسیت اثر قابل توجهی بر افسردگی داشته است. مقادیر R^2 پایین $\rightarrow$ مدل ضعف پیش‌بینی دارد.

بحث

این پژوهش با هدف شناسایی ارتباط میان تیپ‌های مختلف مزاجی (سردی، گرمی، تری و خشکی) با بروز و شدت اختلال افسردگی در میان دانشجویان انجام شد. با توجه به اهمیت سلامت روان در قشر جوان و نقش تعیین‌کننده ویژگی‌های

جدول ۳. آزمون رگرسیون لجستیک بین متغیرهای مورد مطالعه و افسردگی

متغیر مستقل	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI Exp(B)
سن	-.۰/۰۱۷	۰/۰۱۹	۰/۸۰۴	۱	۰/۳۷۰	۰/۹۸۳	۰/۹۶۷ - ۱/۰۲۰
جنسیت	۰/۹۴۲	۰/۳۸۲	۶/۰۷۹	۱	۰/۰۱۴	۲/۵۶۴	۱/۲۱۳ - ۵/۴۲۰
رشته تحصیلی	۰/۰۷۳	۰/۴۱۵	۰/۰۳۱	۱	۰/۸۶۰	۱/۰۷۶	۰/۴۷۷ - ۲/۴۲۶
سطح تحصیلات	۰/۷۳۷	۰/۶۶۵	۱/۲۳۰	۱	۰/۲۶۷	۲/۰۹۰	۰/۵۶۸ - ۷/۶۹۵
محل سکونت	-.۰/۳۴۲	۰/۳۷۲	۰/۸۴۴	۱	۰/۳۵۸	۰/۷۱۱	۰/۳۴۳ - ۱/۴۷۲
مزاج گرم/سرد	۰/۱۲۶	۰/۳۷۷	۰/۱۱۲	۱	۰/۷۳۷	۱/۱۳۵	۰/۵۴۲ - ۲/۳۷۵
مزاج خشک/تر	۰/۳۳۲	۰/۳۸۱	۰/۷۵۹	۱	۰/۳۸۴	۱/۳۹۴	۰/۶۶۰ - ۲/۹۴۵
ثابت (Constant)	-۲/۴۷۴	۱/۰۳۷	۵/۶۸۷	۱	۰/۰۱۷	۰/۰۸۴	-

فردی و مزاجی در بروز اختلالات روان‌شناختی، تحلیل دقیق داده‌های به‌دست‌آمده می‌تواند تصویری روشن از الگوهای ارتباطی میان این متغیرها ارائه دهد. توزیع درصدها نشان می‌دهد که افراد با مزاج سرد، معتدل یا گرم تقریباً مشابه هم در گروه‌های افسردگی پایین و متوسط/شدید قرار دارند. آزمون آماری تأیید می‌کند که مزاج گرمی/سردی هیچ تأثیر معناداری بر سطح افسردگی ندارد.

در مطالعه حاضر، مهم‌ترین عامل مرتبط با افسردگی، جنسیت زن است. داده‌ها نشان می‌دهد افسردگی شدید/متوسط در زنان بیشتر از مردان است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه ما با پژوهشی که یعقوبی و همکاران در سال ۲۰۲۴ انجام دادند مشخص شد که شیوع افسردگی در زنان بیش از مردان است (۹). همچنین در پژوهشی که توسط تاج‌الدینی و همکاران در سال ۱۳۹۸ در شهر کرمان انجام شد، مشخص گردید که جنسیت زن پیش‌بینی‌کننده اختلال اضطراب است (۱۰). طبق نتایج پژوهش Rachel و همکاران در سال ۲۰۱۷، زنان سطوح بالاتری از افسردگی اساسی و علائم افسردگی نسبت به مردان دارند (۱۱). همچنین طبق پژوهش Nobbelin و همکاران در سال ۲۰۲۳ مشخص شد که زنان در ابتلا به افسردگی مالیخولیایی برتری دارند (۱۲) اما در پژوهشی که رضایی و همکاران در سال ۲۰۱۴ انجام دادند هیچ تأثیر معناداری بین افسردگی و جنسیت مشاهده نشد (۱۳).

همچنین در مقاله‌ای توسط Sultana و همکاران بین آوریل ۲۰۱۳ تا ژانویه ۲۰۱۴، مشاهده گردید که زنانی که مزاج سرد دارند بیشتر دچار علائم افسردگی می‌شوند (۱۴). در مطالعه حاضر مشخص شد که مزاج گرمی/سردی و خشکی/تری هیچ تأثیر معناداری بر سطح افسردگی ندارد. نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه ما با پژوهش‌های مشابه، از جمله در مطالعه‌ای که توسط عباسیان و همکاران انجام شد، به این نتیجه رسیدند که مزاج گرمی/سردی و خشکی/تری هیچ تأثیر معناداری بر سطح افسردگی ندارند (۱۵). این در حالی است مطالعه دیگری که توسط سلمان‌نژاد و همکاران در سال ۲۰۱۷ انجام شد نتایج نشان داد که بین شادکامی و مزاج فردی همبستگی معناداری وجود دارد. از این منظر افراد مزاج گرم شادتر از افراد مزاج سرد هستند (۱۶) در پژوهش تاج‌الدینی و همکاران، برخلاف نتایج پژوهش ما مشخص شد که گرم‌مزاجی خطر اضطراب را افزایش داده و به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های اختلال اضطراب تعیین شد. به نظر می‌رسد تشخیص مزاج برای شناخت علائم اضطراب و همچنین یافتن درمان مؤثر و ضروری است (۱۰). در مقاله‌ای که توسط Hashmi و همکاران در سال ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۱ در دهلی‌نو هند انجام شد، یافته‌ها حاکی از آن بود که پس از دوران قرنطینه افراد دارای مزاج سودا افسرده‌تر و ناراضی‌تر، و افراد دارای مزاج دم کمترین افسردگی را داشتند (۱). در مقاله‌ای که

توسط ترکمن‌نژاد و همکاران در سال ۲۰۱۷ انجام شد برخلاف نتایج پژوهش ما نتایج نشان داد که افسردگی بعد از زایمان به‌طور معناداری با مزاج افراد مرتبط است به گونه‌ای که بیشترین میزان افسردگی در افراد با مزاج سرد و کمترین میزان در افراد با مزاج معتدل بود (۱۷). در مطالعه‌ای که صفری و همکاران در سال ۲۰۱۶ انجام دادند برخلاف پژوهش ما مشخص شد که بین سازگاری و وظیفه‌مداری با گرمی و سردی مزاج ارتباط معناداری وجود دارد. در مطالعه‌ای که دکتر سالاری و همکاران در سال ۲۰۲۳ انجام دادند برخلاف نتایج پژوهش ما مشخص شد که شاخصه خودارزشمندی و احساس رضایتمندی در گروه گرم‌مزاج بیشترین رتبه را نسبت به گروه سردمزاج داشت (۱۸). نتایج نشان داد وظیفه‌مداری در دانشجویان پسر گرم‌مزاج و سازگاری در دانشجویان پسر سردمزاج بیشتر نمایان است (۱۹). در مطالعه‌ای که شهبابی و همکاران در سال ۲۰۰۷ انجام دادند مشخص شد که افراد با طبع گرم، فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک محیطی بیشتر، سمپاتیک آدرنال، آدرنال، کورتیکواستروئید آدرنال و پاراسمپاتیک کمتر و انحراف سیستم ایمنی به سمت پاسخ‌های $Th2$ بیشتری داشتند. همچنین با افزایش نسبت گرما به سرما، فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک افزایش و سمپاتیک آدرنال کاهش می‌یافت (۲۰). این مطالعات با نتایج پژوهش ما در تناقض است که علت این تناقض را می‌توان به تعداد محدود داده‌ها ارتباط داد.

در پژوهش انجام‌شده هیچ رابطه معناداری بین سطح تحصیلات و میزان افسردگی در این نمونه مشاهده نمی‌شود؛ سطح تحصیلات با شدت افسردگی مرتبط نیست. در مطالعه‌ای که توسط ذوالقدر و همکاران در سال ۲۰۲۴ انجام شد مشخص شد که با افزایش میزان تحصیلات، خطر ابتلا به افسردگی کاهش می‌یابد و افراد تحصیل‌کرده کمتر از افراد بی‌سواد به افسردگی مبتلا می‌شوند (۲۱). همچنین در مطالعه‌ای که رضایی و همکاران در سال ۲۰۱۴ انجام دادند، مشخص شد که با افزایش میزان تحصیلات ابتلا به افسردگی کاهش می‌یابد (۱۳). این تفاوت در یافته‌ها بین نتایج این

پژوهش با پژوهش‌های قبلی می‌تواند به‌علت جامعه آماری کم و دانشجوی بودن تمام شرکت‌کننده‌ها باشد.

در پژوهش انجام‌شده هیچ رابطه معناداری بین سن و میزان افسردگی در این نمونه مشاهده نمی‌شود؛ سن با شدت افسردگی مرتبط نیست. اما در پژوهشی که ایمانی و همکاران در سال ۲۰۲۴ انجام دادند، مشخص شد که تا سن ۵۵ سالگی شیوع افسردگی افزایش و بعد از آن کاهش می‌یابد (۲۲). همچنین در پژوهشی در سال ۲۰۲۵ مشخص شد که در سالمندان با افزایش سن خطر ابتلا به افسردگی کاهش می‌یابد (۲۳). این تفاوت بین نتایج ممکن است به‌علت جامعه آماری این پژوهش بوده باشد؛ چرا که شرکت‌کننده‌ها غالباً دانشجو بوده و در سنین جوانی بوده‌اند.

در پژوهش انجام‌شده هیچ رابطه معناداری بین سکونت و میزان افسردگی در این نمونه مشاهده نمی‌شود؛ محل سکونت با شدت افسردگی مرتبط نیست. این نتایج مشابه نتایج مطالعه‌ای است که توسط ذوالقدر و همکاران در سال ۲۰۲۴ انجام شد و مشخص شد که بین افسردگی و محل سکونت ارتباط معناداری وجود ندارد (۲۱).

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که برخلاف انتظار نظری، ابعاد مزاجی با افسردگی در جمعیت دانشجویی ارتباط معناداری نداشتند. این عدم ارتباط را می‌توان از چند منظر تفسیر کرد. نخست آن‌که افسردگی پدیده‌ای چندبعدی و متأثر از عوامل روانی، اجتماعی و فرهنگی است و در محیط‌های دانشگاهی، متغیرهایی نظیر فشارهای تحصیلی، نقش‌های اجتماعی و سبک زندگی ممکن است اثر قوی‌تری نسبت به ویژگی‌های مزاجی داشته باشند. دوم، ابزارهای رایج سنجش مزاج که عمدتاً بر پایه خودگزارشی طراحی شده‌اند، ممکن است قادر به بازنمایی دقیق و عینی مفهوم مزاج در چارچوب مطالعات کمی نباشند. از این منظر، مشاهده نکردن رابطه معنادار لزوماً به معنای رد نقش مزاج نیست، بلکه می‌تواند بیانگر محدودیت در

عملیاتی سازی این مفهوم سنتی در قالب ابزارهای روان سنجی مدرن باشد. افزون بر این، نتایج حاضر این پرسش را مطرح می کند که آیا مفاهیم طب سنتی، از جمله مزاج، برای ورود به پژوهش های کمی نیازمند بازتعریف مفهومی و روش شناختی هستند یا خیر. در مجموع، یافته های مطالعه حاضر ضرورت بازنگری در شیوه سنجش و کاربرد مفاهیم طب سنتی در تحقیقات سلامت روان را برجسته می سازد و نشان می دهد که در جمعیت دانشجویی، متغیرهای جمعیت شناختی به ویژه جنسیت می توانند نقش تعیین کننده تری در تبیین افسردگی ایفا کنند.

نقاط قوت و محدودیت ها

این مطالعه با رویکرد بین رشته ای، ارتباط بین مزاج های طب سنتی و اختلالات خلقی را با چارچوب روان پزشکی نوین بررسی کرده است. استفاده از پرسش نامه های استاندارد و معتبر (MMQ و BDI) و حجم نمونه مناسب با روش نمونه گیری تصادفی ساده، دقت و قابلیت اعتماد نتایج را افزایش داده است. تحلیل آماری شفاف و گزارش صریح نتایج غیرمعنی دار، صداقت علمی مطالعه را نشان می دهد و شناسایی نقش جنسیت به عنوان متغیر مؤثر، یافته های کاربردی برای پیشگیری و مداخلات سلامت روان فراهم کرده است. همچنین نتایج این تحقیق، زمینه ساز پژوهش های آینده با رویکردهای جامع تر و طراحی های طولی شده است.

این مطالعه نیز مانند سایر پژوهش های مبتنی بر طرح مقطعی، دارای محدودیت هایی است که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. نخست، حجم نمونه محدود و تمرکز بر جمعیت دانشجویی یک دانشگاه، تعمیم پذیری یافته ها به سایر گروه های سنی و جمعیتی را کاهش می دهد؛ به ویژه آن که نقش مزاج ممکن است در جمعیت های بالینی یا گروه های با سبک زندگی متفاوت، الگوی متفاوتی نشان دهد. اگرچه نمونه گیری به روش تصادفی ساده انجام شد، محدودیت هایی مانند پاسخ ندادن برخی دانشجویان و احتمال تغییر ویژگی های جمعیت در زمان مطالعه می تواند

بر نمایندگی نمونه تأثیر بگذارد. دوم، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای سنجش مزاج و افسردگی می تواند با سوگیری های پاسخ دهی همراه باشد؛ به گونه ای که درک متفاوت پاسخ دهندگان از مفاهیم سؤالات، دامنه محدود گزینه های پاسخ و ناتوانی پرسش نامه ها در بازنمایی کامل پیچیدگی های هیجانی و روانی، بر دقت نتایج اثرگذار باشد. این محدودیت در مورد سنجش مزاج اهمیت بیشتری می یابد؛ زیرا مفاهیم طب سنتی ممکن است به طور کامل در قالب ابزارهای کمی استاندارد قابل عملیاتی سازی نباشند. علاوه بر این، احتمال سوگیری مطلوبیت اجتماعی وجود دارد. به این معنا که پاسخ دهندگان ممکن است به جای بیان تجربه ها و احساسات واقعی خود، پاسخ هایی ارائه دهند که از نظر اجتماعی مقبول تر تلقی شوند، به ویژه در مورد علائم افسردگی. همچنین ماهیت مقطعی مطالعه امکان استنباط روابط علی بین متغیرها را محدود می کند و نمی توان درباره اثرگذاری مزاج یا جنسیت بر افسردگی با قطعیت اظهار نظر کرد. در نهایت، عدم کنترل برخی متغیرهای مداخله گر بالقوه نظیر سطح استرس تحصیلی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، کیفیت خواب و سابقه اختلالات روان پزشکی می تواند بر نتایج به دست آمده تأثیر گذاشته باشد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با رعایت کامل اصول اخلاق پژوهش انجام شده است. کلیه شرکت کنندگان پس از دریافت توضیحات لازم در خصوص اهداف پژوهش و اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در مطالعه اعلام کردند. همچنین شرکت کنندگان در هر مرحله از پژوهش امکان انصراف از ادامه همکاری را داشتند. اطلاعات گردآوری شده صرفاً در راستای اهداف پژوهش استفاده شد و هویت افراد محرمانه باقی ماند. این پژوهش توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران بررسی و تأیید شده است (IR.IAU.TMU.REC.1403.079).

تضاد منافع

در این مقاله تضاد منافع برای گزارش وجود ندارد.

حمایت مالی

هیچ نوع حمایت مالی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام شرکت کنندگان در این مطالعه کمال تشکر را دارم.

پی‌نوشت‌ها

¹Binary logistic regression models for each group using forward stepwise separate

References

1. Hashmi I, Jamal Y. To compare the pattern of depression symptomatology and Mizaj during the lockdown and after lockdown in young college students. *International Journal of Indian Psychology*. 2022;10(2).
2. Jayanthi P, Thirunavukarasu M, Rajkumar R. Academic stress and depression among adolescents: A cross-sectional study. *Indian Pediatrics*. 2015;52(3):217-9.
3. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1999;56(7):617-26.
4. Churchill R, Moore TH, Furukawa TA, Caldwell DM, Davies P, Jones H, *et al*. Third wave cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(10).
5. Toraihi F. *Majma al-Bahrain wa Matla'al-Nirain*. Tehran: Mortazavi Publications; 1996. [In Arabic].
6. Afsharypour S, Shams Ardekani M, Mosaddegh M, Ghannadi A, Mohagheghzadeh A, Emami A, *et al*. Equable, inequable, and other human and drug temperaments. *Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine*. 2011;2(3):183-194.
7. Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A, Sauer H. On the validity of the Beck Depression Inventory: A review. *Psychopathology*. 1998;31(3):160-8.
8. 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;17(3):20180122.
9. Yaghoobi Siahgoorabi F, Rezaei S, Zebardast A. Prevalence of anxiety and depression in adolescent girls in Lahijan and associated demographic factors. *Toloo-e Behdasht*. 2024;23(3):1-15.
10. Tajadini H, Bazrafshani MS, Kamali M. The warm temperament (Mizaj) as a predictor of anxiety disorder among participants in the Kerman Coronary Artery Disease Risk Factors Study (KERCADRS). *Traditional and Integrative Medicine*. 2023.
11. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*. 2017;143(8):783.
12. Nöbbein L, Bogren M, Mattisson C, Bradvik L. Incidence of melancholic depression by age of onset and gender in the Lundby population, 1947–1997. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2023;273(5):1163-73.
13. Musarezaie A, Momeni-Ghaleghasemi T, Musarezaie N, Moeini M, Khodae M. Investigate the prevalence of depression and its association with demographic variables in employees. *Journal of Nursing Education*. 2014;2(3):37-45.
14. Sultana A, Fatima L, Sofi G, Noor S. Evaluation of Mizaj (Temperament) in menopausal transition symptoms: A pilot study. *Journal of Research and Development*. 2015;3(2):126.
15. Abbasian R, Mojahedi M, Alizadeh M, Khafri S, Ansari-pour M, Moosavizadeh A, *et al*. Mizaj assessment in multiple sclerosis patients based on Persian Medicine. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*. 2022;19(2):407-14.
16. Salmannejad H, Mojahedi M, Mozaffarpur S, Saghebi R. The review of indices of Mizaj-e-Demagh (Temperament of brain) identification in Persian Medicine. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2016;18(11):71-9.
17. Torkmannejad Sabzevari M, Eftekhar Yazdi M, Rastaghi S, Rad M. The relationship between different temperaments and postpartum depression in health centers in Sabzevar, 2017. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2018;21(6):64-70.
18. Belyad MR, Nahidpoor F, Azadi S. Investigation the transactional relationship between marital satisfaction and depression in couples referred to the counseling center of Islamic Azad University of Karaj. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017;4(6):15-21.
19. Safari M, Zar A, Koushkie JM, Khormai F. Relationship between hot and cold mizaj and big-five factor structure in young girls. *Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine*. 2017;8(2):147-154.
20. Shahabi S, Zuhair MH, Mahdavi M, Dezfouli M, Torabi Rahvar M, Naseri M, *et al*. Evaluation of the neuroendocrine system and the cytokine pattern in warm and cold nature persons. *Physiology and Pharmacology*. 2007;11(1):51-9.
21. Zolghadri S, Hadavi M, Bahrami Ehsan H. Prevalence of depression and the related demographic and socioeconomic factors in the post-COVID era: A population-based study in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024;30(1):4949.1.
22. Imani f, bagheri M. Predicting depression in middle-aged individuals in Tehran based on socioeconomic status, loneliness, spiritual well-being, and marital satisfaction in 2023. *Toloo-e Behdasht*. 2024;23(4):1-14.
23. Jang YJ, Kim MJ, Moon YK, Lim SW, Kim DK. Changes in dementia risk along with onset age of depression: A longitudinal cohort study of elderly depressed patients. *BMC Psychiatry*. 2025;25(1):247.



An investigation of the relationship between temperament types and depressive disorder

Mohadeseh Shokrizadeh^a, Parisa Shojaei^{a*}, Maryam Shayesteh^b

^aFaculty of Medicine, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

^bDepartment of Traditional Medicine, Faculty of Medicine, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Background and Purpose: Depression is a common mental disorder with widespread effects on quality of life. Meanwhile, traditional medicine theories point to the relationship between temperament and mental states. This study seeks to scientifically explain this relationship and identify temperaments that are more susceptible to depression. Using a comprehensive approach, this study reviews the concept of depression from the perspective of modern medicine and the foundations of temperament in traditional Iranian medicine, and examines the role of the four humors [blood (sanguine), yellow bile (chole), phlegm and black bile (melanchole)] and the four qualities (hotness, coldness, dryness and wetness) in determining mental health and making individuals susceptible to mood disorders.

Materials and Methods: Using simple random sampling, 248 students were selected from among the students of Islamic Azad University, Tehran, Iran based on the inclusion and exclusion criteria and were asked to fill out the Beck Depression Inventory (BDI) and the MMQ questionnaire. SPSS software version 27 was used for data analysis and significance level was 0.05.

Results: The obtained data show that among the demographic and temperament variables studied, only gender had a significant effect on depression ($B = 0.942$, $Sig = 0.014$). This finding indicates that the probability of depression in the female gender (according to the results of EXP (B) = 2.564) is about 2.56 times higher than male gender. Other variables including age, place of residence, field of study, level of education, and hot-cold and wet-dry temperaments did not show a statistically significant effect on depression ($Sig > 0.05$).

Conclusion: These results, while confirming the role of gender in the prevalence of depression, raise challenges in confirming a direct and significant relationship between traditional temperaments and depression based on the statistical data of this study, indicating the complexity of these relationships and the need for further research with more comprehensive approaches.

Keywords: Depression; Mood disorders; Persian Medicine; Temperament; Traditional Medicine

Corresponding Author: p.shojaei@iautmu.ac.ir

Please cite this article as:

Shokrizadeh M, Shojaei P, Shayesteh M. An investigation of the relationship between temperament types and depressive disorder. Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine. 2026;16(4):279-290. doi: 10.22034/jiitm/16.4.279.

Copyright: ©Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.