

Frequency of Mizaj (Temperament) in Newly Diagnosed Patients with Acute Heart Attack Admitted to Mazandaran Heart Center in 2024

Masoumeh Taheri¹,
Shahab Papi²,
Abolfazl Hosseinnataj³,
Mohammad Ali Hosseinian⁴,
Assie Jokar^{5,6}

¹ Msc in Geriatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

³ Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Cardiology, Faculty of Medicine, Cardiovascular Research Center, Sari Fatemeh Zahra Hospital, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Associate Professor, Faculty of Persian Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁶ Traditional and Complementary Medicine Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received November 5, 2024; Accepted February 4, 2025)

Abstract

Background and purpose: Cardiovascular diseases are among the chronic diseases with a high mortality rate. Considering the importance of person-centered medicine and Iranian medicine, the concept of temperament has a great impact on the occurrence of diseases. The aim of this study is to investigate the temperament of patients with an acute heart attack.

Materials and methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 280 new patients, aged 20 to 60 years, diagnosed with their first acute heart attack, confirmed by a cardiologist based on clinical and laboratory findings, at the Mazandaran Heart Center from April to September 2024. The study population was selected using convenience sampling.

Results: The mean age of the patients was 51.81 ± 5.98 years, and 70% were male. The frequency of hot temperament, both singly and in combination, differed significantly between the sexes ($P = 0.011$), as did wet temperament compared to other temperaments ($P < 0.001$).

Conclusion: The results of this study indicate that most patients with acute heart attacks have a hot and humid temperament. Therefore, according to the principles of Iranian medicine, maintaining health and effectively treating these patients requires avoiding factors that increase hot and humid temperament, such as overeating, obesity, physical inactivity, and inadequate sleep. In other words, individuals with a hot and humid temperament are more susceptible to this disease and should adopt preventive measures that help reduce this temperament, including proper nutrition, regular exercise, and adequate sleep.

Keywords: acute coronary syndrome, temperament, Persian traditional medicine

J Mazandaran Univ Med Sci 2025; 34 (242): 48-58 (Persian).

Corresponding Author: Assie Jokar - Faculty of Persian Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
(E-mail: a.jokar@mazums.ac.ir)

بررسی فراوانی انواع مزاج بیماران جدید مبتلا به حمله حاد قلبی بستری در مرکز قلب مازندران در سال ۱۴۰۳

معصومه طاهری^۱شهاب پاپی^۲ابوالفضل حسین نتاج^۳محمدعلی حسینیان^۴آسیه جوکار^{۵*}

چکیده

سابقه و هدف: بیماری‌های قلبی عروقی از جمله بیماری‌های مزمن با مرگ و میر بالا هستند. با توجه به اهمیت پزشکی شخص محور و طب ایرانی، مفهوم مزاج در بروز بیماری‌ها تاثیر زیادی دارد. لذا هدف این مطالعه بررسی مزاج بیماران مبتلا به حمله حاد قلبی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به صورت توصیفی مقطعی بر روی ۲۸۰ بیمار جدید با سن ۲۰ تا ۶۰ سال، با تشخیص اولین حمله حاد قلبی تایید شده توسط پزشک متخصص قلب، بر اساس علایم بالینی و آزمایشگاهی در مرکز قلب مازندران در شهر ساری، شمال ایران، شمال ایران، ۱۴۰۳ و به صورت در دسترس صورت گرفت.

یافته‌ها: در مطالعه حاضر، میانگین سن بیماران $51 \pm 5/98$ سال و ۷۰ درصد آن‌ها، مرد بودند. فراوانی مزاج گرم به صورت مفرد و مرکب در هر دو جنس ($P=0/011$) و هم چنین مزاج تر در مقایسه با سایر مزاج‌ها تفاوت معنی‌داری داشت ($P<0/001$).

استنتاج: نتایج مطالعه نشان داد که بیش تر بیماران جدید مبتلا به حمله حاد قلبی دارای مزاج گرم و تر هستند. لذا با توجه به مبانی طب ایرانی جهت حفظ سلامتی و در مسیر درمان اثربخش این بیماران، بایستی از تدابیری که گرمی و به خصوص تری مزاج را افزایش می‌دهند (مانند پرخوری، چاقی، بی‌حرکی و خواب نامناسب) پرهیز شود. به یبانی، افرادی که دارای مزاج گرم و تر هستند بیش تر در معرض ابتلا به این بیماری بوده و بایستی در مسیر پیشگیری، این افراد بیش تر از سایرین از تدابیر کاهنده گرمی و تری مانند تغذیه مناسب، ورزش و خواب کافی استفاده کنند.

واژه های کلیدی: سندرم حاد کرونری، مزاج، طب سنتی ایرانی

E-mail: a.jokar@mazums.ac.ir

مؤلف مسئول: آسیه جوکار- ساری: میدان خزر، جنب کلینیک فوق تخصصی طبوبی، دانشکده طب سنتی

۱. کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۲. استادیار سالمندشناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
 ۳. استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، ساری، ایران
 ۴. استادیار بیماری‌های قلب و عروق، گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، بیمارستان فاطمه زهرا ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۵. دانشیار طب سنتی ایرانی، گروه طب سنتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۶. مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل با گرایش اعتیاد، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
- * تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۸/۱۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۹/۷ تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۱۱/۱۶

مقدمه

بیماری‌های قلبی هم‌چنان از علت‌های مهم مرگ و میر در دنیا هستند (۱). انفارکتوس میوکارد یا MI (Myocardial infarction) با شیوع ۳/۸ درصد در افراد زیر ۶۰ سال و ۹/۵ درصد در افراد بالای ۶۰ سال، یکی از علل اصلی مرگ و میر جهانی است (۲). بررسی جامع داده در کشور کره نشان داد که میزان بروز بستری شدن در بیمارستان به علت انفارکتوس میوکارد، ۴۳/۲ در هر ۱۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۶، با نرخ پایدار مرگ و میر ۱۹/۳ در هر ۱۰۰۰۰ در سال ۲۰۲۰ است (۳). میزان بروز انفارکتوس میوکارد در کشور ایران، ۷۳/۳ در ۱۰۰۰۰۰ است که میزان مرگ و میر یک ساله بر اساس مطالعات موجود در کشور، ۴/۳ درصد است (۴). با توجه به پیشرفت‌های دانش پزشکی و اهمیت تشخیص زودهنگام، در اکثر موارد انفارکتوس میوکارد ناشناخته باقی می‌ماند (۵). درصد زیادی از این بیماری در کشورهای متوسط و با درآمد پایین وجود دارد و بار اقتصادی بزرگی را شامل می‌شود (۶، ۷). سن بالای ۸۴ سال، جنسیت مونث، نداشتن سواد، عدم درمان ترومبولیتیک، سابقه خانوادگی، داشتن درد قلبی قبل از ورود به بیمارستان و درد مقاوم به درمان، بلاک شاخه راست قلب، تاقیکاردی بطنی، سکته قلبی، نارسایی قلبی و عدم انجام آنژیوپلاستی از عوامل مهم در مرگ این بیماران است (۸، ۹). سطح بالای اسیداوریک، گلوکز و چربی خون بالا از دیگر عوامل خطر در این بیماری هستند (۱۰، ۱۱). درد قفسه سینه در حالت استراحت در ۷۹ درصد مردان و ۷۴ درصد از زنان از علائم شایع است و تنگی نفس از علائم غیر اختصاصی می‌باشد که یا به تنهایی و یا به صورت شایع‌تر همراه با درد قفسه سینه در ۴۰ درصد مردان و ۴۸ درصد زنان مشاهده می‌شود (۱۲). طبق مطالعه‌ای که در استرالیا انجام شد آگاهی افراد از علائم حمله قلبی کاهش یافته است، به طوری که در حال حاضر از هر پنج بزرگسال، یک نفر قادر به نام بردن علائم نیست و شناخت از علائم حمله قلبی برای این که افراد در صورت بروز علائم به

درستی و سریع عمل کنند، لازم است (۱۳). ارزیابی با نوار قلب و اندازه‌گیری سطح تروپونین انجام می‌شود (۱۴). شناسایی پلاک و ترومبوز، انسداد یا آمبولی در شریان کرونر، در تعیین روش درمانی موثر است (۱۵). طب ایرانی یکی از قدیمی‌ترین پارادایم‌های طب سنتی است که از دوران باستان (حدود ۸۰۰۰ پیش از میلاد) تا دوران معاصر در تمدن پارسی رواج داشته است. این طب بر اساس مفاهیم پایه ای مزاج (طبیعت) بنا نهاده شده است (۱۶). اختلافات فردی در طب ایرانی با عنوان مزاج های مختلف معرفی شده است (۱۷). از مفاهیم اصلی در طب ایرانی مزاج است که تشخیص، درمان و تجویزهای پیشگیرانه بر اساس آن برنامه‌ریزی می‌شود (۱۸). در لغت، مزاج اسم مصدر و به معنای آمیختن و امتزاج است؛ اما اصطلاح تخصصی در منابع طب سنتی ایران دارد و به یکی از مبانی این طب اشاره دارد. در این طب، مزاج به معنای کیفیت حاصل از آمیختن اجزای تشکیل دهنده همه موجودات مانند بدن انسان است (۱۹). در طب ایرانی، از شناسه‌های مختلفی برای تشخیص مزاج استفاده شده است که در ۱۰ گروه به نام "۱۰ معیار شناسایی مزاج" (اجناس عشره) دسته بندی می‌شوند که شامل چندین ویژگی روانی، فیزیکی و فیزیولوژیکی در افراد می‌باشد (۲۰). سوء مزاج، کاستی و کاهش عملکرد فیزیولوژیکی بدن و واکنش آن است (۲۱). در طب ایرانی، ۹ مزاج اصلی برای ارزیابی مزاج یک نفر تعریف شده است که شامل چهار مزاج ساده (گرم، سرد، مرطوب و خشک) و چهار مزاج مرکب (گرم و خشک، گرم و مرطوب، سرد و مرطوب، سرد و خشک) و یک مزاج معتدل می‌باشد (۲۲). تقریباً محوریت مزاج همه حوزه‌های تشخیص و درمان این مکتب را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ زیرا در ارتباط با سایر بیماری‌ها که شاید علل و تشخیص آن‌ها چندان مرتبط با تغییرات مزاجی نباشد، مزاج فرد و عضو درگیر در طراحی مدل درمانی و انتخاب دارو نقش اساسی دارد. علمای طب سنتی ایرانی در مقوله اصول تشخیص و درمان بیماری‌ها، توجه

ویژه به متناسب بودن شیوه درمان و نوع داروی انتخابی با مزاج بیمار، مزاج عضو بیمار و مزاج نوع بیماری را از کلیات مهم درمان می‌دانند (۱۹). در طب ایرانی، آیین‌نامه‌های‌های بهداشتی و درمانی از فردی به فرد دیگر متمایز است و بنابراین، شناخت مزاج هر شخص نقش مهمی در پیشگیری و کمک به درمان بیماری‌ها ایفا می‌کند (۲۰).

با توجه به این که بیماری‌های قلبی شایع است و مرگ و میر زیادی را به دنبال دارد و از طرفی با توجه به اهمیت داشتن مزاج در روند درمان اثر بخش، متاسفانه پژوهشی در زمینه فراوانی انواع مزاج در بیماران در گیر صورت نگرفته است تا بتوان از این رهگذر دریابیم که احتمال حمله حاد قلبی در کدام یک از افراد با چه مزاج‌های پایه‌ای بیش‌تر است تا بتوانیم توصیه‌های پیشگیرانه بر اساس متون طب ایرانی را هدفمندتر پیگیری کنیم؛ لذا در این مطالعه فراوانی انواع مزاج در بیماران جدید مبتلا به حمله حاد قلبی زیر ۶۰ سال بررسی شد و در واقع به این سوال پاسخ داده شد که بیماران مبتلا به حمله حاد قلبی زیر ۶۰ سال دارای چه مزاجی هستند تا با توجه به اهمیت پزشکی شخص محور (Personalized Medicine) با رویکرد سنجش مزاج برای پیشگیری، در جهت کنترل و درمان آن راهی برگزینیم.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به صورت توصیفی مقطعی بر روی تمامی بیماران ۲۰ تا ۶۰ سال که با تشخیص اولین حمله حاد قلبی (new case) در مرکز قلب مازندران (بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) شهر ساری) بستری شده و بیماری توسط پزشک متخصص قلب بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی تایید شده بود، انجام شد. پرسشنامه توسط پژوهشگر در مدت ۶ ماه از فروردین ۱۴۰۳ تا شهریور سال ۱۴۰۳ به صورت در دسترس انجام گرفت. بیماران از بخش‌های سی‌سی‌یو فاطمه الزهرا در ۷۲ ساعت اول بستری، به محض داشتن

شرایط پایدار وارد مطالعه شدند. پژوهشگر قبل از انجام پرسشگری، ضمن معرفی خود و بیان اهداف پژوهش، به بیماران مورد مطالعه اطمینان داد که اطلاعات و پرسشنامه کاملاً محرمانه خواهد ماند. سپس رضایت آن‌ها به صورت کتبی اخذ و به شرکت کنندگان اطلاع داده شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است. به این ترتیب نمونه‌گیری در دسترس بود و تا رسیدن به تعداد کافی (۲۸۰ نفر) نمونه‌گیری انجام شد. معیار ورود به مطالعه شامل موارد تایید شده اولین حمله حاد قلبی توسط پزشک، سن ۲۰ تا ۶۰ سال، نمره شناخت بالاتر از ۷ بر اساس پرسشنامه آزمون کوتاه شده شناختی (Abbreviated Mental Test: AMT)، توانایی برقراری ارتباط و تکمیل رضایت‌نامه آگاهانه کتبی بود. معیار خروج نیز تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود. بیمارانی که دچار اختلالات شناختی بودند یا رضایت شرکت در مطالعه را نداشته یا شرایط پایداری نداشتند، از مطالعه حذف شدند. برای تعیین حجم نمونه در مطالعه نیک پرور، ۵۲ درصد از بیماران سالمند دارای مزاج معتدل بودند (۲۳). با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری (α) ۵ درصدی، خطای برآورد (d) برابر با ۰/۰۶، $(z_{1-\alpha/2} = 1.96)$ حداقل تعداد ۲۸۰ نمونه مورد نیاز جمع‌آوری شد.

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2} = \frac{(1.96)^2 * .52 * .48}{0.06^2} \approx 280$$

در این مطالعه برای جمع‌آوری اطلاعات از سه پرسشنامه استفاده شد. چک لیست جمعیت شناختی شامل: سن، جنس، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، شغل (شاغل بازنشسته، بیکار و....)، درآمد، مالک و مستاجر، وضعیت تاهل، تحصیلات، بیماری‌های جسمی شناخته شده و نوع بیماری بود. پرسشنامه شناختی AMT یک آزمون مناسب برای غربالگری اختلال شناختی در بیماران است که شامل ۱۰ سوال می‌باشد و برای اولین بار توسط Hodkinson در سال ۱۹۷۲ از تست ۳۷ سوالی Roth-Hopkins استخراج و سپس طی تحقیقی در سال ۱۹۷۴ حساسیت و ویژگی آن تعیین شد. روایی و پایایی

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سن بیماران $51/81 \pm 5/98$ سال بود. ۷۰ درصد مرد بودند و ۴۸/۶ درصد دارای شغل آزاد بودند. ۵۳/۲ درصد در روستا ساکن و همه متاهل بودند. میانگین نمره AMT، $19/1 \pm 18/86$ بود و دامنه نمرات بین ۱۴ تا ۲۰ بودند. حدود ۶۵ درصد از بیماران اضافه وزن داشتند. میانگین شاخص توده بدنی (Body Mass Index: BMI) بیماران $26/59 \pm 2/43$ kg/m^2 بود. در جدول شماره ۱ فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران گزارش شد (جدول شماره ۱).

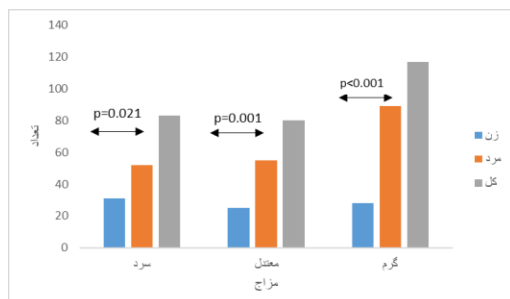
جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان حاضر در مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد (۷۰/۰) ۹۶
	زن (۳۰/۰) ۸۴
وضعیت تاهل	متاهل (۱۰۰) ۸۰
	بی سواد (۱/۴) ۴
وضعیت تحصیلات	ابتدایی (۲۱/۸) ۶۱
	سیکل (۳۲/۹) ۹۲
	دیپلم (۳۱/۱) ۸۷
	دانشگاهی (۱۲/۹) ۳۶
	کارمند (۱۳/۲) ۳۷
شغل	بازنشسته (۱۳/۹) ۳۹
	خانه دار (۲۴/۳) ۶۸
	آزاد (۴۸/۶) ۱۳۶
	یک (۵/۷) ۱۶
تعداد فرزند	دو (۴۱/۸) ۱۱۷
	سه (۲۸/۶) ۸۰
	چهار (۱۸/۲) ۵۱
	پنج (۵/۷) ۱۶
محل زندگی	شهر (۴۶/۸) ۱۳۱
	روستا (۵۳/۲) ۱۴۹
	فشار خون (۶۷/۹) ۱۹۰
	دیابت (۲۵/۷) ۷۲
	آسم (۱/۴) ۴
سابقه بیماری	هیپرتنزیونی (۱/۸) ۵
	ریوی (۰/۷) ۲
	نقص ایمنی (۰/۷) ۲
	هیپرلیپیدمی (۸/۶) ۲۴
	بدون بیماری (۲/۹) ۸
BMI	۱۸/۵- ۲۴/۹۹ (۲۶/۱) ۸۳
	۲۵- ۲۹/۹۹ (۶۵) ۱۸۲
	< ۲۹/۹۹ (۸/۹) ۲۵
	ASA (۴۷/۹) ۱۳۴
	ATROVESTIN (۲۷/۹) ۸۸
	METORAL (۱۷/۹) ۵۰
	METFORMIN (۱۰/۷) ۳۰
	NITROCANTIN (۱/۸) ۵
داروهای مصرفی	LOSARTAN (۴۲/۵) ۱۱۹
	OSVIXORPLAVIX (۱۴/۶) ۴۱
	GLIBANGLAMID (۵/۷) ۱۶
	PANTAZOLE (۱۶/۴) ۴۶
	No Drug (۲/۵) ۷
متغیر سن	میانگین (انحراف معیار) (۵/۹۸) ۵۱/۸۱

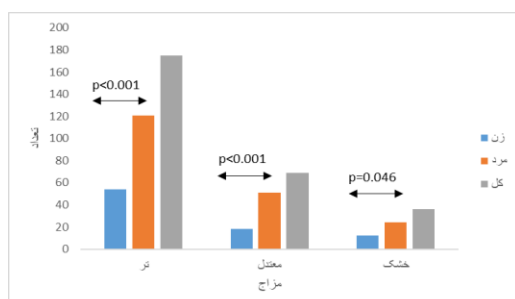
این آزمون کوتاه شده شناختی در یک گروه از سالمندان ایرانی مقیم آسایشگاه مورد ارزیابی قرار گرفت. امتیاز ۷ در این آزمون حساسیت ۱۰۰ درصد و ویژگی ۷۱ درصد را نشان داده است. ضریب آلفا کرونباخ معادل ۰/۸۶ و ضریب همبستگی بین گروهی معادل ۰/۸۹ به دست آمد که بیانگر برخورداری از روایی و پایایی خوب در سالمندان ایرانی بود (۲۴).

پرسشنامه تعیین مزاج سلمان نژاد در حال حاضر دومین پرسشنامه ارزیابی مزاج در طب سنتی ایرانی است که کلیه مراحل اعتبار سنجی را گذرانده است. این پرسشنامه جهت افراد ۶۰-۲۰ سال اعتبار سنجی شده است. این پرسشنامه در ۲۰ سؤال طراحی شده که ۱۵ سؤال اول، بیانگر گرمی و سردی و ۵ پرسش پایانی نشانگر تری و خشکی است و مزاج افراد با توجه به مواردی هم چون سرعت تأثیر پذیری از سرما و گرما، چگونگی ادا کردن کلمات، سرعت خشم و عصبانیت، سرعت تأثیر پذیری از غذاهایی با طبع گرم یا طبع سرد، قوت صدا، سرعت حرکات جسمی، وضعیت چاقی و لاغری و نرمی و خشکی پوست که همگی مورد تأیید اساتید بزرگ طب سنتی به منظور تشخیص مزاج می باشد، تعیین می شود. این پرسشنامه از حساسیت (۸۰-۶۳ درصد) و ویژگی (۸۵-۵۷ درصد) برخوردار است و لذا در مطالعات غربالگری کاربرد بیش تری دارد. پایایی و روایی این پرسشنامه در سال ۲۰۱۸ توسط سلمان نژاد و همکاران تأیید شده است (۲۰).

جهت توصیف متغیرها از شاخص‌های فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. جهت مقایسه متغیرهای کمی در سه گروه از آزمون تحلیل واریانس هم چنین مقایسه متغیرهای کیفی در سه گروه از آزمون کای دو (و یا دقیق فیشر) استفاده شد. برای تعیین همبستگی میان مزاج و معنی داری رابطه آن با برخی متغیرها مانند سن، بیماری‌های همراه و BMI از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. آنالیز داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS 22 انجام شد و سطح معنی داری کم تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.



نمودار شماره ۱: فراوانی مذاج سردی- گرمی بر حسب جنسیت



نمودار شماره ۲: فراوانی مذاج تری- خشکی بر حسب جنسیت

جدول شماره ۳: بررسی ارتباط متغیرها با مقیاس گرمی/ سردی بیماران

متغیر	گرمی (n=117)	متوسط (n=80)	سردی (n=83)	سطح معنی داری
سن (mean±sd)	52/29 ± 5/43	51/51 ± 7/54	51/42 ± 4/99	0/533
جنسیت				
زن	23/9/28	31/3/25	37/3/31	0/120
مرد	96/1/89	68/8/55	62/7/51	
شغل				
کارمند	12/8/15	12/5/10	14/5/12	0/620
بازنشسته	12/8/15	11/3/9	18/1/15	
خانه دار	21/4/25	25/0/20	27/2/23	
آزاد	52/0/62	51/2/41	39/8/33	
سکونت				
شهر	52/0/62	45/0/35	39/8/33	0/169
روستا	47/0/55	55/0/44	60/2/50	
تحصیلات				
بی سواد	0	0	4/8/4	0/296
ابتدائی	23/9/28	18/8/15	21/7/18	
سیکل	35/0/41	36/3/29	26/5/22	
دپلم	29/1/34	31/3/25	37/3/28	
دانشگاهی	12/0/14	13/8/11	13/3/11	
سابقه بیماری				
فشارخون	66/7/78	71/3/57	66/3/55	0/743
دیابت	22/2/26	26/3/21	30/1/25	0/449
هیپرلیپیدمی	7/7/9	1/3/1	16/9/14	0/002
دیگر	32/4/4	25/5/2	84/7/	0/198
بدون بیماری	2/6/3	2/5/2	3/6/3	0/906
BMI				
18.5- 24.99	20/5/24	33/8/27	26/5/22	0/087
25- 29.99	70/2/82	53/8/43	68/7/57	
30- 34.99	9/4/11	12/5/10	4/8/4	
تعداد فرزند				
1	10/3/12	10/3/1	3/6/3	0/335
2	41/0/48	42/5/34	42/2/35	
3	33/9/38	33/5/26	31/3/26	
4	18/8/22	17/5/14	18/1/15	
5	6/0/7	6/3/5	4/8/4	

میانگین نمره سردی/ گرمی بیماران $48/52 \pm 5/59$ و میانگین نمره تری/ خشکی $13/94 \pm 2/55$ بود. از نظر سردی/ گرمی، ۸۳ بیمار (۲۹/۶ درصد) در دسته سردی، ۱۱۷ بیمار (۴۱/۸ درصد) در دسته گرمی و ۸۰ بیمار (۲۸/۶ درصد) در دسته معتدل قرار گرفتند. همچنین از نظر خشکی/ تری، ۳۶ بیمار (۱۲/۹ درصد) در دسته خشکی، ۱۷۵ بیمار (۶۲/۵ درصد) در دسته تری و ۶۹ بیمار (۲۴/۶ درصد) در دسته معتدل قرار داشتند. در جدول شماره ۲ فراوانی و درصد فراوانی انواع مذاج شرکت کنندگان با ادغام دو مقیاس گزارش گردید. بیشترین فراوانی برای مذاج های گرم و تر و همچنین معتدل و تر بود. به صورت کلی بین دو جنس از نظر شاخص گرمی و سردی ($P=0/121$) و شاخص تری خشکی ($P=0/686$) تفاوت معنی دار وجود نداشت (جدول شماره ۲).

در جدول شماره ۳ نتایج بررسی ارتباط متغیرها با مقیاس گرمی/ سردی بیماران گزارش گردید. تنها بیماری هیپرلیپیدمی در سه دسته دارای تفاوت معنی دار بود ($P=0/002$)؛ به طوری که بیشترین شیوع بیماری در مذاج سرد و کمترین شیوع در مذاج معتدل بود. در جدول شماره ۴ نتایج بررسی ارتباط متغیرها با مقیاس تری/ خشکی بیماران گزارش گردید. وضعیت شغلی بیماران در سه دسته دارای تفاوت معنی دار با مقیاس تری/ خشکی بود ($P=0/019$) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۲: فراوانی و درصد فراوانی انواع مذاج شرکت کنندگان در مطالعه

مزاج	کل	زن	مرد
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
سرد و تر	17/1/38	9/4/18	10/7/30
سرد و معتدل (سرد)	8/9/25	2/9/8	6/0/17
سرد و خشک	3/6/10	1/8/5	1/8/5
معتدل و تر (تر)	20/7/58	7/1/20	13/6/38
معتدل	50/1/4	1/1/3	3/9/11
معتدل و خشک (خشک)	2/9/8	0/7/2	2/2/6
گرم و تر	24/6/69	5/7/16	18/9/53
گرم و معتدل (گرم)	10/7/30	2/5/7	8/2/23
گرم و خشک	6/4/18	1/8/5	4/6/13

جدول شماره ۴: بررسی ارتباط متغیرها با مقیاس تری / خشکی بیماران

متغیر	خشکی (n=۳۶)	معتدل (n=۶۹)	تری (n=۱۷۵)	سطح معنی داری
سن (mean±sd)	۵۲/۶۱ ± ۵/۳۷	۵۲/۲۰ ± ۵/۳۰	۵۱/۴۹ ± ۶/۳۵	۰/۴۸۹
جنسیت	زن	(۳۳/۳)۱۲	(۲۶/۱۰)۱۸	(۳۰/۹)۵۴
	مرد	(۶۶/۷)۲۴	(۳۳/۹)۵۱	(۶۹/۱۰)۱۲۱
شغل	کارمند	(۱۳/۹)۵	(۳۳/۲۰)۱۶	(۹/۱۰)۱۶
	بازنشسته	(۵/۶)۲	(۱۷/۴۰)۱۲	(۱۴/۳۰)۲۵
	خانه دار	(۳۳/۳)۱۲	(۱۳/۰۰)۹	(۲۶/۹۰)۲۷
	آزاد	(۴۷/۲)۱۷	(۴۶/۴۰)۲۲	(۴۹/۷۰)۱۷
سکونت	شهر	(۵۸/۳)۲۱	(۴۹/۳۰)۲۴	(۴۳/۴۰)۲۶
	روستا	(۴۱/۷)۱۵	(۵۰/۷۰)۳۵	(۵۶/۶۰)۲۹
تحصیلات	بی سواد	۰	۰	(۲/۳۰)۴
	ابتدائی	(۳۰/۶)۱۱	(۳۳/۲۰)۱۶	(۱۹/۴۰)۲۴
	سیکل	(۳۰/۶۰)۱۱	(۲۹/۰۰)۲۰	(۳۴/۹۰)۲۶
	دبلم	(۳۶/۱۰)۱۳	(۳۳/۳۰)۲۳	(۲۹/۱۰)۵۱
	دانشگاهی	(۲/۸)۱	(۱۴/۵۰)۱۰	(۱۴/۳۰)۲۵
سابقه بیماری	فشارخون	(۶۶/۷۰)۲۴	(۶۵/۲۰)۴۵	(۶۹/۱۰)۱۲۱
	دیابت	(۱۹/۴۰)۷	(۳۳/۲۰)۱۶	(۲۸/۰۰)۴۹
	هیپرلیپیدمی	(۸/۳۰)۳	(۱۰/۱۰)۷	(۸/۰۰)۱۴
دیگر	دیگر	۰	(۷/۲۰)۵	(۴/۶۰)۸
	بدون بیماری	(۲/۸۰)۱	(۱/۴۰)۱	(۳/۴۰)۶
BMI	۱۸/۵-۲۴/۹۹	(۱۹/۴۰)۷	(۳۴/۸۰)۲۴	(۲۴/۰۰)۲۲
	۲۵-۲۹/۹۹	(۶۶/۷۰)۲۴	(۵۸/۰۰)۳۰	(۶۷/۴۰)۱۸
	۲۹/۹۹<	(۱۳/۹۰)۵	(۷/۲۰)۵	(۸/۶۰)۱۵
تعداد فرزند	۱	۰	(۷/۲۰)۵	(۶/۳۰)۱۱
	۲	(۴۷/۲۰)۱۷	(۳۷/۳۰)۲۶	(۴۲/۳۰)۲۴
	۳	(۳۶/۱۰)۱۳	(۲۹/۰۰)۲۰	(۲۶/۹۰)۲۷
	۴	(۱۱/۱۰)۴	(۱۸/۸۰)۱۳	(۱۹/۴۰)۲۴
	۵	(۵/۶۰)۲	(۷/۲۰)۵	(۵/۱۰)۹

بحث

بررسی مزاج بیماران با حمله حاد قلبی نشان داد که از نظر کلی ۲۴/۶ درصد از بیماران مزاج گرم و تر داشتند. در کل، بیشترین درصد متعلق به کسانی بوده که مزاجی متمایل به گرمی یا تری داشته‌اند (نمودار شماره ۱ و ۲) و هر چه به سمت سردی و خشکی می‌رویم درصد بیماران کم‌تر می‌شود.

در مطالعه حاضر اکثر افرادی که مبتلا به حمله حاد قلبی بودند دارای مزاج گرم و تر بودند. قلب عضوی است که در تمام مدت زندگی فرد در حال حرکت و جنب و جوش است و اگر زمانی از حرکت بایستد، زندگی فرد خاتمه پیدا می‌کند. لازمه حرکت، گرما است. تا گرما وجود نداشته باشد، حرکتی رخ نخواهد داد. از طرفی در اثر گرما، بخشی از رطوبت‌های موجود از بین می‌روند. به‌خاطر همین نوع عملکرد قلب، مزاج آن گرم و خشک است. اگر قلب، این میزان از حرارت

و خشکی را از دست بدهد، نمی‌تواند عملکرد خوب خودش را حفظ کند. در مطالعه حاضر غلبه مزاج تر بر مزاج خشک را می‌توان از دلایل احتمالی بروز حمله حاد قلبی دانست. مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۰ در ایران توسط نیک پرور و همکاران (۲۳) با عنوان "مقایسه مزاج در بیماران سکته قلبی با افراد سالم" انجام شد. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که بیش‌تر افراد مبتلا به سکته قلبی دارای مزاج معتدل و تر بودند که با مطالعه حاضر غیر همسو می‌باشد. آن‌ها در مطالعه خود برای تعیین مزاج از پرسشنامه استاندارد تعیین مزاج نیک‌پرور (۲۵) با حجم نمونه ۱۰۰ نفر استفاده کردند. در مطالعه آن‌ها در نهایت هیچ ارتباط معناداری بین مزاج و سکته قلبی در دو گروه مش‌اهده نشد. شایان ذکر است هدف مطالعه حاضر صرفاً بررسی شیوع مزاج در بیماران دچار حمله حاد قلبی بود که با هدف مطالعه ایشان متفاوت می‌باشد.

در بررسی ارتباط متغیرها با مقیاس گرمی / معتدل / سردی در بین بیماران به این نتیجه اشاره شد که تنها بیماری‌های لیبیدی در سه دسته دارای تفاوت معنی‌دار است. مطالعه کاربرد و همکاران در سال ۲۰۲۲ نشان داد افرادی که مبتلا به هایپرلیپیدمی هستند اغلب دارای مزاج سرد و تر هستند و رابطه معناداری بین هایپرلیپیدمی و مزاج وجود دارد که با نتایج مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد (۲۶). در طب یونانی، یس لیبیدی با سرد مزاجی و ناهنجاری‌های کبدی همراه است (۲۷). مطالعه ذاکریان و همکاران در ۲۰۲۲ هیچ رابطه معنی‌داری بین مزاج (گرم / سرد) و پارامترهای متابولیک مانند هایپرلیپیدمی پیدا نکردند که با مطالعه حاضر غیر همسو است (۲۸). جمعیت مورد پژوهش در مطالعه ذاکریان را افراد سالم استان خراسان رضوی (مشهد) با اقلیم مزاجی گرم و خشک تشکیل می‌دادند؛ در حالی که در مطالعه حاضر بیماران مبتلا به حمله حاد قلبی در استان مازندران با مزاج اقلیمی سرد و تر شرکت داشتند. در بررسی ارتباط متغیرها با مقیاس تری / معتدل / خشکی بیماران، وضعیت شغلی بیماران در سه دسته با مزاج تر / معتدل /

خشک دارای تفاوت معنی دار بود. مطالعه‌ای که به‌طور خاص به این موضوع اشاره کند که بین وضعیت شغلی افراد و مزاج خشک یا تر آن‌ها ارتباط معنی‌داری وجود دارد، یافت نشد. اکثر مطالعات به این نکته اشاره کردند افرادی که دارای مزاج تر هستند در حوزه‌های مدیریتی موفق و افرادی که دارای مزاج خشک هستند انسان‌های باهوشی هستند.

این مطالعه نشان داد که بیش‌تر بیماران حملات حاد قلبی دارای مزاج گرم و تر هستند. با توجه به مبانی طب ایرانی که به تواتر بیان می‌دارد حفظ سلامتی به مثل و درمان به ضد است (۲۹-۳۱)، بنابراین برای پیشگیری و کمک به درمان هر بیماری علاوه بر اصلاح سبک زندگی باید مزاج فرد مبتلا (بیمار) را بشناسیم. لذا با توجه به مبانی طب سنتی ایرانی جهت حفظ سلامتی و در مسیر درمان اثربخش این بیماران تا حد امکان بایستی از تدابیری که تری مزاج را افزایش می‌دهند (تدابیری مانند پرخوری، نداشتن فعالیت بدنی، استرس و اضطراب زیاد و ...) پرهیز کرد و شاید بتوان نتیجه گرفت که افراد با مزاج گرم و تر خطر ابتلا به حمله حاد قلبی در آن‌ها بیش‌تر است و لذا این افراد در مسیر پیشگیری باید بیش‌تر مورد توجه سیستم غربالگری قرار گرفته و تدابیر حفظ سلامتی جهت جلوگیری از افزایش گرمی و تری (تدابیر مانند ورزش مناسب و مداوم، توجه به کم‌خوری و پرهیز از اضافه وزن، داشتن خواب مناسب و پرهیز از استراحت و خواب زیاد، توجه به اجابت مزاج طبیعی و پرهیز و استرس‌های روحی و روانی) در آن‌ها مورد تاکید قرار گیرد و در مسیر کمک به درمان نیز شاید بتوان گفت جهت درمان و پیشگیری از حملات حاد قلبی بهتر است از تدابیر و داروهای استفاده کرد که مزاج آن‌ها متمایل به خشکی باشد.

محدودیت‌ها

مسلماً در مطالعات اولیه بروز محدودیت به علت عدم تجربه کار مشابه اجتناب‌ناپذیر است؛ یکی از

مهم‌ترین محدودیت‌های مطالعه حاضر جمع‌آوری نمونه‌ها در شهر ساری می‌باشد که دارای اقلیمی با مزاج سرد و تر است و از آنجایی که یکی از مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار بر مزاج، اقلیم می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جهت بررسی رابطه مزاج با حملات حاد قلبی حجم نمونه بزرگ‌تر و در مناطق مختلف ایران با شرایط آب و هوایی مختلف انتخاب گردد، تا نتایج با احتمال بیش‌تری به جامعه تعمیم داده شود. از عوامل دیگر تاثیرگذار بر مزاج مواردی مانند شغل و جنس می‌باشد. در این مطالعه محدودیت دیگر عدم تمرکز مطالعه بر روی یک جنس خاص می‌باشد. هر چند بر اساس آنالیز انجام شده در این مطالعه هر دو گروه جنسیتی از نظر درصد فراوانی دو جنس تفاوت معنی‌داری نداشتند؛ اما با توجه به تفاوت قابل توجه 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.

پیشنهادهات

انجام مطالعات کوهورت در خصوص بررسی استعداد ابتلای مزاج‌های مختلف به بیماری‌های عروق کرونر توصیه می‌شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده نقش متغیر وضعیت شغلی در مزاج‌های مختلف سنجیده شود.

سپاسگزاری

این مقاله با کد کمیته اخلاق IR.MAZUMS.REC.1402.607 در دانشگاه علوم پزشکی مازندران تایید شد. از اساتید، بیماران و پرسنل بیمارستان حضرت فاطمه‌زهرا (س) ساری که ما را یاری کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Bergmark BA, Mathenge N, Merlini PA, Lawrence-Wright MB, Giugliano RP. Acute coronary syndromes. *Lancet* 2022; 399(10332): 1347-1358 PMID: 35367005.
2. Salari N, Morddarvanjoghi F, Abdolmaleki A, Rasoulpoor S, Khaleghi AA, Hezarkhani LA, et al. The global prevalence of myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovasc Disord* 2023; 23(1): 206 PMID: 37087452.
3. Kim RB, Kim JR, Hwang JY. Epidemiology of myocardial infarction in Korea: hospitalization incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Health* 2022; 44: e2022057.
4. Beyranvand MR, Manhoobi H, Shahraz S, Kolahi AA. Myocardial Infarction in Iran: Epidemiology, Management, and Prognosis. *J Tehran Univ Heart Cent* 2023; 18(2):82-86 PMID: 37637282 .
5. Saghafi Khadem S Sh, Sokhtanloo M, Zeidabadi F, Javan Rashid A, et al. Evaluation of C-reactive protein and irisin levels in saliva and serum of patients with myocardial infarction. *Journal of Mashhad Dental School* 2023; 47(2): 135: 146. (persian).
6. Ralapanawa U, Sivakanesan R. Epidemiology and the magnitude of coronary artery disease and acute coronary syndrome: a narrative review. *J Epidemiol Glob Health* 2021; 11(2): 169-177 PMID: 33605111.
7. Papi S, Karimi Z, Zilae M, Shahry P. Malnutrition and its relation to general health and multimorbidity in the older people. *J Holist Nurs Midwifery* 2019; 29(4): 228-235.
8. Ahmadi A, Sajjadi H, Etemad K, Khaledifar A, Mobasherii M. Epidemiological characteristics and mortality determinants of acute coronary syndrome in Iran. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015; 25(124): 1- 9:(persian).
9. Tavakoli-Rouzbehani OM, Faghfour AH, Anbari M, Papi S, Shojaei FS, Ghaffari M, et al. The effects of Cuminum cyminum on glycemic parameters: A systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. *J Ethnopharmacol* 2021; 281: 114510. PMID: 34371114
10. Khanhosseini M, Sheibani H, Daliri S, Haddadi Z, Khosravani H. Relationship between demographic and clinical factors with electrocardiographic abnormalities as a prognostic factor in patients with acute coronary syndrome. *Tehran Univ Med Sci* 2021; 79(3): 201- 208.
11. Faghfour AH, Seyyed Shoura SM, Fathollahi P, Shadbad MA, Papi S, Ostadrahimi A, et al. Profiling inflammatory and oxidative stress biomarkers following taurine supplementation: a systematic review and dose-response meta-analysis of controlled trials. *Eur J Clin Nutr* 2022; 76(5):647-658.
12. Bhatt DL, Lopes RD, Harrington RA. Diagnosis and treatment of acute coronary syndromes: a review. *JAMA* 2022; 327(7): 662-675 PMID: 35166796.
13. Bray J, Howell S, Nehme Z, Buttery A, Stub D, Cartledge S, et al. Declining public awareness of heart attack warning symptoms in the years following an Australian public awareness campaign: A cross-sectional study. *Heart Lung Circ* 2023; 32(4):497-505.
14. Barstow C. Acute Coronary Syndrome: Presentation and Diagnostic Evaluation. *FP Essent* 2020; 490: 11-19. PMID: 32150364.

15. Szummer K, Jernberg T, Wallentin L. From early pharmacology to recent pharmacology interventions in acute coronary syndromes: JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol* 2019; 74(12):1618-1636.
16. Rezaeizadeh H, Alizadeh M, Naseri M, Shams AM. The traditional Iranian medicine point of view on health and disease. *Iranian Journal of Public Health* 2009; 38(1):169-172. (persian).
17. Parsa E, Mojahedi M, Chaichi Raghimi M, Ilkhani R, Zareiyani A, Mokaberinejad R, et al. A Review of the Indices of Mizaj-e-Meda (Temperament of Stomach) identification in Persian Medicine. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2018;20(7):63-70. (persian)
18. Akhtari M, Moeini R, Mojahedi M, Gorji N. Assessment the studies on the concept of Mizaj (temperament) in Persian Medicine. *J Complement Integr Med* 2020;17(3).PMID: 32045354.
19. Naseri M, Mojahedi M, Doost MK, Mozaffarpour SA, Majdzadeh SR, Keshavarz M, et al. A Review on Identification Mizaj (Temperament) Indices in Iranian Traditional Medicine. *Medical History* 2014; 4(12): 37-76. (persian).
20. 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* 2018;20(11):1-9.
21. Miraj S, Alesaeidi S, Kiani S. A systematic review of the relationship between dystemperament (sue Mizaj) and treatments and management of diseases (Ilaj and Eslah-e-Mizaj). *Electron Physician* 2016; 8(12): 3378-3384.
22. Elsagh M, Behbahani FA, Fartookzadeh MR, Adibi P, Kamalinejad M, Anushiravani M. Categorization of Functional Constipation in Traditional Persian Medicine: A Descriptive Study. *J Evid Based Complementary Altern Med* 2016; 21(1): 48-52 PMID: 26170133.
23. Nikparvar M, Ezzati-Rad M, Mojadi A, Ghanbarnejad A. Comparison of temperament in heart attack patients with healthy individuals. *Journal of Traditional Medicine of Islam and Iran* 2021; 12(2): 89-98 (persian).
24. Nazari S, Sharifi F, Gashtili N. Investigating the relationship between the perception of aging and stress, anxiety, and depression in elderly members of the Tehran Social Security Pensioners Association in 2020. *Journal of Gerontology* 2021; 6(3): 78- 88 (persian).
25. Nikparvar M, Moltafet F, Ezati Rad R, Mojahedi M, Ghanbarnejad A. Comparison of temperament in heart attack patients with healthy individuals. *The Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine* 2021; 12(2): 89-98. (persian).
26. Karbord A, Zahedpanah M, Hashemi FM, Bokharaei M, Marzieh-Beygom, Siahpoosh. The Role of Blood Lipid Parameters in the Formation of Different Temperaments 2020; 4(3).
27. Parveen FS, Quamri MA, Ahmed K, Shahid A. Dyslipidemia and its concept in Unani medicine: A review. *International Journal of Unani and Integrative Medicine* 2022; 6(3): 13-19.
28. Zakerian M, Roudi F, Eslami S, Mojahedi M, Motavasselian M. Relationship between temperament (mizaj) and metabolic parameters in a healthy adult population: a

- cross-sectional study. Iran Red Crescent Med J 2022;24(10): e1458.
29. Lim A, Kim S. Nurses' ethical decision-making during end-of-life care in South Korea: a cross-sectional descriptive survey. BMC Med Ethics 2021; 22(1):94 PMID: 34271891.
30. Asadi N, Royani Z, Maazallahi M, Salmani F. Being torn by inevitable moral dilemma: experiences of ICU nurses. BMC Medical Ethics 2021; 22(1): 159 PMID: 34847926.
31. Ahmadi M, Javadi M, Barikani A, Beheshti A, Ansaripour M. Reliability and validity of a questionnaire to measure temperament Jebeli. Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine 2014; 5(1): 34-40. (persian).