



Research Article

Investigation of the Personal and Uterine Mizaj Status in Women with Polycystic Ovary Syndrome Referring to Comprehensive Health Centers in Nahavand City (Iran) in 2021

Sahar Asgari¹ , Sousan Heydarpour^{2*} , Mojgan Tansaz³, Fatemeh Heydarpour⁴

¹. Student Research Committee, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

². Associate Professor, Ph.D. in Reproductive Health, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

³. Physician and Traditional Medicine Specialist, School of Traditional Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴. Assistant Professor, PhD in Epidemiology, Epidemiology Department, School of Public Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

* **Corresponding author:** Sousan Heydarpour, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. Email: sheydarpour@kums.ac.ir

DOI: [10.32592/cmja.14.4.34](https://doi.org/10.32592/cmja.14.4.34)

How to Cite this Article:

Asgari S, Heydarpour S, Tansaz M, Heydarpour F. Investigation of the Personal and Uterine Mizaj Status in Women with Polycystic Ovary Syndrome Referring to Comprehensive Health Centers in Nahavand City (Iran) in 2021. *Complement Med J*. 2025;14(4): 34-44. DOI: 10.32592/cmja.14.4.34

Received: 04 Jan 2025

Accepted: 26 Jul 2025

Keywords:

Personal Mizaj
Polycystic ovary syndrome
Uterine Mizaj

© 2025 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: Polycystic ovary syndrome (PCOS) is one of the causes of infertility. In Iranian traditional medicine, the imbalance of Mizaj in the individual or uterine Mizaj is considered one of the causes of infertility. The study aimed to determine the status of personal and uterine Mizaj in women with PCOS in 2021.

Methods: In this cross-sectional study, after obtaining written informed consent, 96 eligible women aged 20-40 years attending comprehensive health centers in Nahavand City (Iran) were selected using convenience sampling. Participants first completed the Mojahedi Mizaj Questionnaire (MMQ). Subsequently, through clinical examination (evaluating cervical moisture or dryness, and palpation of the lower abdomen, among other parameters), the Uterine Mizaj Questionnaire was administered.

Results: The most prevalent simple personal Mizaj among participants regarding hot and cold Mizaj was cold, observed in 78.1% (n=75). For moist and dry Mizaj, the moist Mizaj was most common, found in 52.1% (n=50). Among compound personal Mizaj, the most frequent was cold and moist, observed in 42.7% (n=41). Regarding uterine Mizaj, 81.3% (n=78) had a cold simple uterine Mizaj, and 63.5% (n=61) exhibited a moist uterine Mizaj. The most common compound uterine Mizaj was cold and moist, present in 56.3% (n=54). A statistically significant relationship was observed between personal Mizaj and uterine Mizaj ($P<0.001$).

Conclusion: The most common single Mizaj in the uterus was cold among cold and hot Mizaj, and wet Mizaj among wet and dry Mizaj. Among compound Mizaj, the most common personal and uterine Mizaj was cold and wet.

INTRODUCTION

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is one of the most common endocrine disorders affecting women of reproductive age (Mohammadi et al. 2020). In Iran, the prevalence of PCOS has been estimated in various studies, based on different criteria, to range between 4% and 20% (Pourhoseini et al. 2021). The main complications of this condition during adolescence include amenorrhea, oligomenorrhea, obesity, and acne. In reproductive ages, the primary complaints are infertility and irregular ovulation. This syndrome is a major cause of infertility, with 44.6% of married women with PCOS reporting infertility issues (Rohani et al. 2017).

Treatment for PCOS includes managing hirsutism, addressing infertility using medications, such as clomiphene, metformin, and dexamethasone—each with its own side effects—and general treatments like weight loss. While these approaches may slow the progression of the syndrome, they do not provide a definitive cure (Saman et al. 2015). Despite extensive efforts by researchers worldwide, no drug approved by the U.S. Food and Drug Administration (FDA) has been reported for the treatment of PCOS (Saei et al. 2021).

Efforts to find newer, less harmful, easier, more cost-effective, and more efficient treatment methods continue. There is a growing trend toward integrating complementary medicine with conventional medicine, creating integrative medicine. Ziolkiewicz and colleagues found a connection between Mizaj and women's reproductive activity and ovarian hormones. Similarly, Sohravand et al. observed that cold Mizaj is more prevalent among infertile women (Nabiuni, 2013).

The research revealed no prior studies examining the relationship between personal Mizaj and uterine Mizaj in women with PCOS. Considering the complications of PCOS and the importance of its treatment, especially through non-drug methods, the present study was conducted in 2021 to determine the personal and uterine Mizaj of women with PCOS attending comprehensive health centers in Nahavand City, Iran.

METHODS

In this descriptive cross-sectional study, 96 women diagnosed with PCOS who attended comprehensive health centers in Nahavand city in 2021 were examined. Inclusion criteria included being aged in the range of 20-40 years. Exclusion criteria included having other endocrine or chronic diseases, long-term use of hormonal or chemical drugs that could interfere with Mizaj, and suffering from recognized mental disorders.

For sampling, coordination was established with midwives from 18 comprehensive health centers in Nahavand city. They were asked to invite women who had been diagnosed with PCOS by a gynecologist during the week and were willing to participate in the study to attend the center on a specific day. The researcher assessed these women's Mizaj. For data collection, necessary coordination was carried out with physicians and healthcare staff, and before sampling, the study objectives were explained to participants. Then, demographic and fertility information forms were completed.

The room temperature was set to 24°C, and participants were given a personal Mizaj questionnaire to complete. Additionally, the uterine Mizaj questionnaire by Tannaz et al. was completed. Participants' weight and height were measured using a Seca bascule scale (made in Germany), which also had height gauge.

The temperature of the pubic region, buttocks, and forehead was measured using an infrared thermometer (model 1D1AET-R) manufactured in China. Internal body temperature was also measured using a mercury thermometer through the vagina, and the data for each study participant were recorded.

Collected data were entered into the SPSS (version 23) software. The Spearman correlation coefficient was used to assess the correlation between personal Mizaj scores and uterine Mizaj.

RESULTS

The age range of the participants was 20 to 39 years, with a mean age of 29.76 years and a standard deviation of 5.44. The waist-to-hip ratio ranged from 0.67 to 0.85, with a mean of 0.77. All participants were residents of Nahavand County. Among the study participants, 2.1% (n=2) were illiterate, and 72.9% (n=70) were housewives. Secondary infertility was observed in 3.8% (n=5) of individuals, and 44.8% (n=43) had no history of childbirth. In addition, natural delivery was reported by 25% (n=24).

Regarding contraceptive methods, 49% (n=47) used natural methods, while 15.6% (n=15) did not use any contraception. Irregular menstruation was reported by 45.8% (n=44).

The most common single personal Mizaj was cold (78.1%, n=75) in terms of cold and warm, and wet Mizaj (52.1%, n=50) in terms of wet and dry. Among the compound Mizaj, the most common was cold and wet Mizaj (42.7%, n=41).

For uterine Mizaj, 81.3% (n=78) exhibited a cold Mizaj, and 63.5% (n=61) had a wet uterine Mizaj. The most frequent compound uterine Mizaj was cold and wet (56.25%, n=54).

The correlation between personal and uterine Mizaj was statistically significant ($r=0.44$, $P<0.001$).

CONCLUSION

The results indicated that the most common single Mizaj in the uterus was cold among cold and hot, and wet Mizaj among wet and dry.

Among compound Mizaj, the most common personal and uterine Mizaj was cold and wet.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This work was extracted from the research project approved by the Kermanshah University of Medical Sciences, Iran, with a ethics code IR.KUMS.REC.1400.400.

It should also be announced that the principles of the Declaration of Helsinki, including obtaining informed consent from the participants and the confidentiality of their information, have been observed.

Funding

This research was supported by the Kermanshah University of Medical Sciences, Iran.

Authors' Contributions

Authors contributed equally to the conceptualization and writing of the article. All of the authors approved the content of the manuscript and agreed on all aspects of the work

Conflict of Interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

We are grateful to all the individuals for their scientific consulting in this work.



بررسی وضعیت مزاج شخصی و مزاج رحم در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان نهاوند در سال ۱۴۰۰

سحر عسگری^۱ ID، سوسن حیدرپور^{۲*} ID، مژگان تن ساز^۳، فاطمه حیدرپور^۴

^۱ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

^۲ دکترای بهداشت باروری، دانشیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

^۳ پزشک و متخصص طب سنتی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۴ دکترای اپیدمیولوژی، استادیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

* نویسنده مسئول: سوسن حیدرپور، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. ایمیل:

sheydarpour@kums.ac.ir

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۰۵
مقدمه: سندرم تخمدان پلی کیستیک، یکی از عللی است که منجر به ناباروری می شود. در طب سنتی ایران یکی از علل ناباروری، سوء مزاج در مزاج شخص یا سوء مزاج عضوی (سوء مزاج رحم) است؛ بنابراین این مطالعه با هدف تعیین وضعیت مزاج شخصی و مزاج رحم در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در سال ۱۴۰۰ انجام شد.	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۵
روش کار: در این مطالعه توصیفی - مقطعی پس از اخذ رضایت آگاهانه کتبی، ۹۶ زن ۲۰ تا ۴۰ ساله واجد شرایط و مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان نهاوند با استفاده از نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای شرکت کنندگان ابتدا پرسش نامه مزاج مجاهدی و سپس ضمن معاینه (بررسی از نظر تری و خشکی دهانه رحم و ملمس اسافل و ...) پرسش نامه مزاج رحمی تکمیل شد.	واژگان کلیدی: تخمدان پلی کیستیک مزاج شخص مزاج رحم
یافته ها: در این مطالعه شایع ترین مزاج مفرد شخصی بین سرد و گرمی مزاج، مزاج سرد، ۷۸/۱ درصد (۷۵ نفر) و بین تری و خشکی، مزاج تر، ۵۲/۱ درصد (۵۰ نفر) به دست آمد. بین مزاج های مرکب شخصی شایع ترین مزاج، سرد و تر، ۴۲/۷ درصد (۴۱ نفر) به دست آمد. در افراد مورد مطالعه، ۸۱/۳ درصد (۷۸ نفر) مزاج مفرد رحم سرد و ۶۳/۵ درصد (۶۱ نفر) دارای مزاج رحم تر بودند. بیشترین فراوانی مزاج مرکب رحم، مزاج سرد و تر، ۵۶/۲۵ درصد (۵۴ نفر) بوده است. ارتباط بین مزاج شخص و مزاج رحم، از نظر آماری معنادار است ($P < 0/001$).	تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.
نتیجه گیری: نتایج نشان داد شایع ترین مزاج مفرد در رحم، مزاج سرد، بین سردی و گرمی و مزاج تر، بین تری و خشکی است. بین مزاج های مرکب، شایع ترین مزاج شخصی و مزاج رحم سرد و تر است.	

مقدمه

سندرم تخمدان پلی کیستیک، یکی از اختلالات شایع غدد درون ریز است که زنان سنین باروری را مبتلا می کند (۱) و به صورت مجموعه ای از اختلالات، شامل افزایش آندروژن ها (علائم بالینی، بیوشیمیایی)، عدم تخمک گذاری یا الیگواوولاسیون و رؤیت کیست های کوچک و فراوان، در نمای سونوگرافی تخمدان ها خود را نشان می دهد (۲). در یک مطالعه مرور سیستماتیک و متاآنالیز در سال ۲۰۱۶ شیوع این سندرم در جهان براساس معیارهای تشخیصی انجمن بین المللی سلامت (The National Institutes of Polycystic ovary syndrome)، روتردام (Rotterdam) و انجمن فزونی آندروژن و سندرم تخمدان پلی کیستیک (AE-PCOS)) Society، به ترتیب ۶ درصد، ۱۰ درصد و ۱۰ درصد گزارش شد (۳).

در ایران میزان شیوع سندرم تخمدان پلی کیستیک در مطالعات مختلف و براساس معیارهای مختلف بین ۲۰ - ۴ درصد تخمین زده شده است، هرچند که میزان شیوع آن براساس معیار روتردام بین زنان در سنین مختلف ۴۵ - ۱۸ ساله ۱۴/۶ درصد گزارش شده است (۴). از دلایل بروز سندرم تخمدان پلی کیستیک می توان به نقص در عملکرد محور هیپوتالاموس - هیپوفیز، اختلال در عملکرد تخمدان و تغییر فعالیت انسولین اشاره کرد. در افراد مبتلا به این سندرم توقف رشد فولیکول ها و در نتیجه تجمع فولیکول های کوچک، وجود فولیکول های کیستیک و افزایش حجم استرومای تخمدان مشاهده می شود (۵).

در دوران های متفاوت زندگی، عوامل متعددی زمینه ساز بروز سندرم تخمدان پلی کیستیک می شوند که عبارتند از: رژیم غذایی، عوامل محیطی، فعالیت بدنی، عوامل ژنتیکی و عوامل نورواندوکرینی (۲). جهت تشخیص این سندرم در طول زمان معیارهایی مطرح شده است. در سال ۲۰۰۳، معیار روتردام جهت تشخیص این سندرم مطرح شد. براین اساس وجود ۲ معیار از ۳ معیار زیر برای تشخیص این سندرم ضروری است:

۱. هیپرآندروژنیسم (بالینی یا بیوشیمیایی)؛ ۲. کاهش یا عدم تخمک گذاری؛ ۳. نمای سونوگرافی تخمدان پلی کیستیک (۱۲ فولیکول یا بیشتر با اندازه ۲ تا ۹ میلی متر و یا افزایش حجم تخمدان به میزان بیشتر از ۱۰ میلی لیتر در یک تخمدان) (۶).
- انجمن فزونی آندروژن که یک سازمان بین المللی در جهت ارتقای تحقیقات در زمینه اختلال های آندروژنی مانند سندرم تخمدان پلی کیستیک است، وجود هیپرآندروژنیسم (بالینی یا بیوشیمیایی) را به عنوان معیار ضروری تشخیصی این سندرم مطرح کرد و بیان کرد که معیار تشخیصی می تواند شامل یکی از دو معیار دیگر مطرح شده در تجمع علمی روتردام (الیگو - انوولاسیون و نمای سونوگرافی تخمدان پلی کیستیک) باشد (۷، ۶).

عوارض اصلی این بیماری در دوران نوجوانی شامل آمنوره، اولیگومنوره، چاقی و آکنه است. در سنین باروری شکایت اصلی بیمار ناباروری و تخمک گذاری نامنظم است. این سندرم یکی از عللی است که منجر به ناباروری می شود و ۴۴/۶ درصد بیماران مبتلای به سندرم تخمدان پلی کیستیک ازدواج کرده از ناباروری شکایت دارند (۸). در سنین قبل از یائسگی و بعد از یائسگی، این سندرم می تواند شانس ابتلا به دیابت نوع ۲، فشار خون بالا، دیس لیپیدمی، بیماری قلبی - عروقی و احتمالاً سرطان پستان را افزایش دهد (۱). عدم

تخمک گذاری ناشی از سندرم تخمدان پلی کیستیک عامل خطری عمده برای ایجاد هیپرپلازی و تغییرات ساختاری آندومتر به شمار می آید که درگیرکننده غدد و استرومای آندومتر است و ممکن است به مثابه پیشرو و مقدمه ای برای کارسینوم آندومتر به شمار آید. این خطر در بیماران مبتلا به عدم تخمک گذاری طولانی مدت سه برابر جمعیت عمومی زنان است (۵). زنان مبتلا به تخمدان پلی کیستیک در معرض خطر ابتلا به عوارض بارداری هستند. به دلیل اینکه نسبت زیادی از زنان مبتلا به این سندرم، دچار اختلالات متابولیکی از قبیل مقاومت به انسولین، دیابت نوع ۲ و چاقی می شوند، در طول بارداری ممکن است اختلالات متابولیکی به صورت دیابت بارداری ظاهر شوند (۹).

درمان سندرم تخمدان پلی کیستیک شامل درمان پرمویی، درمان نازایی با استفاده از داروهایی مانند کلومیفن، متفورمین، دگزامتازون (که هرکدام از این داروها عوارضی را با خود به همراه دارند) و درمان عمومی شامل کاهش وزن است. این روش ها تا حدودی می توانند جلوی پیشرفت این سندرم را بگیرند، ولی درمان قطعی نیستند (۱۰). باوجود تلاش های گسترده محققان در نقاط مختلف دنیا، هیچ داروی تأیید شده از سوی سازمان غذا و دارو آمریکا برای درمان سندرم تخمدان پلی کیستیک گزارش نشده است (۲).

تلاش برای یافتن راه های درمان جدیدتر، کم عارضه تر، آسان تر، کم هزینه تر و با کارایی بیشتر همچنان ادامه دارد. امروزه روند روبه رشدی در تلفیق طب مکمل با طب رایج و تبدیل آن به طب تلفیقی وجود دارد. طب مکمل به بیماران قدرت انتخاب سلامتی می دهد. طب سنتی ایران یکی از غنی ترین رشته های طب مکمل است (۱۱).

مزاج در لغت به معنای درهم آمیختن و آمیزش است. در اصطلاح طب سنتی ایران مزاج کیفیتی است که در نتیجه کنش و واکنش بین کیفیت های متضاد عناصر به وجود می آید و عامل مؤثر در راه پیشگیری، درمان و حتی پیش آگهی است (۱۱). در طب سنتی ایران علاوه بر مزاج پایه بدن، برای هرکدام از اعضای مهم نیز معیارهایی برای تشخیص مزاج اعضا از جمله رحم مطرح شده است. بیماری تابع سوء مزاج زمانی رخ می دهد که مزاج عضو یا مزاج شخص طبیعی نباشد، در این حالت یک اندام یا کل بدن از مزاج معتدلی که برای آن مناسب است فاصله می گیرد (۱۲). به بیان دیگر، مزاج حالت و کیفیت فعالیت بدن آدمی است که مستقیماً تحت تأثیر سیستم اعصاب اتونوم و غدد مترشحه داخلی است (غیرمستقیم تحت تأثیر تمامی سیستم های بدن). با پذیرش این تعریف می توان به تأثیر عامل مزاج بر تعیین نوع پاسخ به استرس های محیطی پی برد؛ یعنی پاسخ افراد مختلف به عوامل یکسان به هم زننده هومئوستاز، با هم متفاوت بوده و نسبت های متفاوتی از فعالیت سیستم های عصبی سمپاتیک، پاراسمپاتیک و غدد فوق کلیه را در پی دارد (۱۳). امروزه مشخص شده است که عملکرد تخمدان توسط پیام یا سیگنال های هورمونی خارج و داخل تخمدانی می تواند به طور همزمان رشد فولیکولی، ترشح استروئید و روند تخمک گذاری را کنترل کند. یافته های چند سال اخیر نشان می دهد که سیستم سمپاتیک تخمدانی در رشد فولیکول و روند تولید هورمون های استروئیدی تخمدان کاملاً مؤثر است (۱۴). نتایج یک بررسی نشان داده است که افراد گرم مزاج به طور معناداری فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک بیشتر و فعالیت سمپاتیک فوق کلیه و فعالیت کورتیکو استروئید فوق کلیوی کمتری نسبت به افراد سرد مزاج دارند. از سوی دیگر، با افزایش شدت عنصر گرمی مزاج نسبت به سردی مزاج، نسبت فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک به فعالیت سمپاتیک فوق کلیوی افزایش پیدا می کند (۱۳). Ziomkiwiz و همکاران دریافتند که بین مزاج و فعالیت تولیدمثل زنان و هورمون های تخمدانی ارتباط وجود دارد و بین صفاتی که مزاج گرم را مشخص می کنند و قدرت باروری ارتباط وجود دارد؛ به طوری که

در این پژوهش جهت نمونه‌گیری، با مامای ۱۸ مرکز جامع سلامت شهرستان نهاوند هماهنگی انجام شد تا زنانی را که طی هفته، متخصص زنان برای آنان تخمدان پلی کیستیک تشخیص داده است و تمایل به شرکت در مطالعه دارند، در یک روز هفته به مرکز دعوت کنند. پس از آن پژوهشگر (دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی) آنان را از نظر مزاج بررسی می‌کرد. جهت گردآوری اطلاعات، با پزشک و کادر درمانی هماهنگی‌های لازم انجام شد و قبل از انجام نمونه‌گیری اهداف تحقیق برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد، سپس فرم اطلاعات دموگرافیک و باروری شامل سن، محل سکونت، تاریخ ازدواج و شغل، وضعیت قاعدگی، باروری یا سقط‌های قبلی و وضعیت رابطه جنسی بیمار تکمیل شد.

سپس دمای اتاق در حد ۲۴ درجه سانتی‌گراد تنظیم شد و پرسش‌نامه مزاج شخصی به شرکت‌کنندگان داده شد تا آن را تکمیل کنند (با راهنمایی پژوهشگر) و سپس پرسش‌نامه مزاج رحمی را پژوهشگر برای آنان تکمیل کرد. پرسش‌نامه خوداظهاری تعیین مزاج مجاهدی شامل ده سؤال است که جهت تعیین وضعیت مزاج از نظر گرمی - سردی و تری - خشکی به کار می‌رود. این پرسش‌نامه دارای ۸ گویه برای تعیین گرمی - سردی و ۲ گویه برای تعیین تری - خشکی است. نمره هرکدام از ۱۰ گویه از ۱ تا ۳ بوده و براساس انتخاب بهترین نقطه برش، امتیازدهی بدین صورت است: جمع نمرات ۸ سؤال اول وضعیت گرمی - سردی را می‌سنجد (بیش از ۱۸: گرم؛ ۱۸ - ۱۵: معتدل در گرمی - سردی و کمتر از ۱۵: سرد). جمع ۲ سؤال آخر وضعیت تری - خشکی را می‌سنجد (بیشتر از ۴: خشک؛ ۴: معتدل در خشکی - تری و کمتر از ۴: تر). حساسیت و ویژگی پرسش‌نامه براساس نقاط برش مشخص شده جهت تعیین گرمی مزاج به ترتیب ۶۵ درصد و ۹۳ درصد و جهت سردی مزاج به ترتیب ۵۲ درصد و ۹۷ درصد و جهت خشکی مزاج ۵۳ درصد و ۶۷ درصد و جهت تری مزاج ۵۳ درصد و ۷۶ درصد محاسبه شد (۱۳).

پرسش‌نامه مزاج رحم تن‌ساز و همکاران، شامل ۱۲ سؤال دوگزینه‌ای است که عوامل تعیین مزاج رحم در آن لحاظ شده است. این پرسش‌نامه نیز خود دارای دو بخش است: ۹ سؤال اول برای تعیین مزاج گرم و سرد و ۳ سؤال آخر برای تعیین مزاج خشک و تر طراحی شده است. گزینه‌های سمت راست نشان‌دهنده ویژگی مربوط به مزاج سرد رحم در ۹ سؤال اول و مزاج خشک رحم در ۳ سؤال دوم است و گزینه سمت چپ نشان‌دهنده ویژگی مرتبط با مزاج گرم رحم در ۹ سؤال اول و مزاج رطب رحم در ۳ سؤال دوم است. اعداد ۱ تا ۷ برای امتیازدهی به آن بین دو گزینه قرار گرفته است؛ به گونه‌ای که برای هر سؤال پرسیده شده دو گزینه در دو سر طیف قرار دارد و اعداد ۱ تا ۷ بین دو گزینه قرار دارد. محقق برای هر فرد با توجه به اینکه ویژگی سؤال یا معاینه شده در نمونه مورد مطالعه به چه اندازه‌ای نزدیک به ویژگی‌های فردی اوست و این ویژگی تا چه حد در وی قدرت دارد، اعداد ۱ تا ۷ را انتخاب کرده است. امتیاز کل به دست آمده بین ۹ تا ۶۳ برای قسمت اول پرسش‌نامه و ۳ تا ۲۱ برای قسمت دوم پرسش‌نامه است که هرچه امتیاز به ۹ نزدیک باشد، شدت سردی و هرچه به ۶۳ نزدیک باشد شدت گرمی مزاج را بیان می‌کند. اعداد بین ۳۶ - ۹ نشان‌دهنده طیف سردی و اعداد بین ۶۳ - ۳۶ نشان‌دهنده طیف گرمی است. عدد ۳۶ مزاج معتدل از نظر گرمی و سردی انتخاب شد. در قسمت دوم نیز هرچه امتیاز به ۳ نزدیک تر باشد، شدت خشکی و هرچه به ۲۱ نزدیک باشد شدت تری مزاج رحم را بیان می‌کند. اعداد بین ۱۲ - ۳ نشان‌دهنده شدت خشکی و اعداد بین ۳۶ - ۱۲ نشان‌دهنده شدت تری مزاج رحم است. بعد از محاسبه، عدد به دست آمده در بخش حرارت بر ۹ تقسیم شد و عدد به دست آمده در بخش رطوبت نیز به ۳ تقسیم شد تا یک عدد یکسان بین ۷ - ۱ در هر قسمت به دست آید. این پرسش‌نامه مزاج رحم را که یک فاکتور کیفی است، به یک عدد که یک فاکتور کمی است تبدیل می‌کند (۱۲).

در زنان دارای صفات گرم مانند فعالیت بالا، استقامت بالا و واکنش‌های عاطفی کم در مقایسه با زنان با فعالیت پایین، تحمل پایین و واکنش‌های عاطفی بالا، سطح استروژن و تغییرات پروژسترون مطلوب‌تر است (۱۵).

برطبق نظر بقراط، علت اصلی بیماری اختلال خلط‌هاست (۸). احتباس طمث به علت غلبه خلط بلغم است که باعث افزایش ویسکوزیته خون می‌شود (۸). احتباس طمث به معنای قطع قاعدگی کاهش مقدار خونریزی قاعدگی یا افزایش فاصله بین دو قاعدگی است که تقریباً معادل اولیگو آمنوره و هیپومنوره در طب مدرن است (۱۶). ابن‌سینا و مجوسی بیان کرده‌اند که یکی از علل احتباس طمث سوء مزاج سرد رحم و چاقی است (۸).

سهراب‌وند و همکاران دریافتند که مزاج سرد در زنان نازا شیوع بیشتری دارد و با کاربرد اقدامات پیشگیری‌کننده و درمانی، این سوء مزاج مبتنی بر متون طب سنتی می‌توان با نگرشی جدید، درمان زوجین نازا را انجام داد (۱۱)؛ ولیکن در بررسی‌های انجام شده توسط پژوهشگر، مطالعه‌ای که به بررسی وضعیت مزاج شخصی و مزاج رحم و ارتباط بین مزاج شخصی و مزاج رحم در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک پرداخته باشد، یافته نشد. با توجه به شیوع فراوان و روزافزون این اختلال در زنان و عوارض زیاد آن که در بسیاری از موارد منجر به ایجاد اختلالاتی در زندگی فردی، خانوادگی و حتی اجتماعی فرد می‌شود (۱۷) و با توجه به عوارض سندرم تخمدان پلی کیستیک و همچنین اهمیت درمان آن، به‌ویژه با روش‌های غیروارویی، پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت مزاج شخصی و مزاج رحم در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان نهاوند در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی - مقطعی حداقل حجم نمونه با استفاده از مطالعه مشابه (۱۰) و با در نظر گرفتن $\alpha = 0.05$ و خطای قابل قبول ۰/۱ و با

استفاده از فرمول زیر محاسبه شد:

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2})^2 p(1-p)}{d^2} = \frac{3/8416 \times 0.533(1-0.533)}{0.1^2} \approx 96$$

در ابتدا پژوهشگر اهداف کلی طرح را به مشارکت‌کنندگان توضیح داد و رضایت کتبی آگاهانه از آنان گرفت. سپس افراد داوطلب دارای معیارهای ورود به مطالعه را تعیین و فرم اطلاعات دموگرافیک را تکمیل کرد.

معیارهای ورود شامل مصرف نکردن داروهای هورمونی یا شیمیایی طولانی‌مدت که باعث تداخل در مزاج می‌شود (حداقل در سه ماه اخیر از داروی هورمونی یا شیمیایی که باعث تداخل در مزاج می‌شود، استفاده نکرده باشند)؛ سن بالای ۲۰ سال و زیر ۴۰ سال (علت انتخاب این گزینه یکسان‌سازی مزاج سن در مراجعان است؛ چراکه از دیدگاه طب سنتی سن زیر ۴۰ سال سن گرمی است و به این صورت تمامی مراجعان از نظر سن و مزاج یکسان‌سازی می‌شوند)؛ مبتلا نبودن به بیماری‌های دیگر غدد داخلی یا بیماری‌های مزمن؛ مبتلا نبودن به بیماری روانی شناخته شده براساس پرونده پزشکی بیماران و همچنین گزارش خود شرکت‌کنندگان در پژوهش. معیار خروج از مطالعه نیز تمایل نداشتن به شرکت در تحقیق بوده است.

متولد شهر کرمانشاه و ۲ نفر که متولد شهر همدان بوده‌اند. از مجموع واحدهای پژوهش ۲/۱ درصد (۲ نفر) بی‌سواد بودند. ۷۲/۹ درصد (۷۰ نفر) خانه‌دار بودند. ۳۸/۵ درصد (۵ نفر) ناباروری ثانویه داشتند. از افرادی که سابقه سقط داشتند ۷۶/۹ درصد (۱۰ نفر) سقط خودبه‌خودی و ۲۳/۱ درصد (۳ نفر) سقط القایی داشتند. ۴۴/۸ درصد (۴۳ نفر) سابقه زایمان نداشتند. ۲۵ درصد (۲۴ نفر) زایمان طبیعی داشتند.

براساس نتایج، ۹/۲ درصد (۹ نفر) بین ۱۰ تا ۱۰ سال سابقه نازایی داشتند و ۴۹ درصد (۴۷ نفر) از روش طبیعی و ۱۵/۶ درصد (۱۵ نفر) از هیچ روشی برای پیشگیری استفاده نمی‌کردند. ۴۵/۸ درصد (۴۴ نفر) قاعدگی نامنظم داشتند. همچنین ۳۰/۲ درصد (۲۹ نفر) لکه‌بینی داشتند. ۸۵/۴ درصد (۸۲ نفر) آمادگی حین نزدیکی داشتند. همچنین ۸۵/۴ درصد (۸۲ نفر) ارگاسم را تجربه کرده‌اند و ۸۶/۵ درصد (۸۳ نفر) دیسپارونی نداشتند (جدول ۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد مزاج شخص در محدوده ۲۴ - ۸ با میانگین $3/90 \pm 13/27$ بود (مزاج شخص می‌توانست بین ۲۴ - ۸ باشد). همچنین رطوبت مزاج شخصی در محدوده بین ۶ - ۲ با میانگین $1/23 \pm 3/66$ به دست آمد (رطوبت مزاج شخص می‌توانست بین ۶ - ۲ باشد). در واحدهای پژوهش ۷۸/۱ درصد (۷۵ نفر) مزاج سرد، ۷/۳ درصد (۷ نفر) معتدل و ۱۴/۶ درصد (۱۴ نفر) مزاج گرم داشتند؛ بنابراین در جمعیت مورد مطالعه مزاج سرد دارای بیشترین فراوانی و مزاج معتدل نیز کمترین فراوانی را به خود اختصاص داد. همچنین در واحدهای پژوهش ۵۲/۱ درصد (۵۰ نفر) دارای مزاج تر، ۲۰/۸ درصد (۲۰ نفر) مزاج معتدل و ۲۷/۱ درصد (۲۶ نفر) مزاج خشک داشتند (جدول ۲).

فراوانی سوء مزاج‌های مرکب شخصی (سرد و تر، سرد و خشک، گرم و تر و گرم و خشک) در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک در جدول ۴، نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود ۴۱ نفر (۴۲/۷ درصد) دارای مزاج سرد و تر، ۱۷ نفر مزاج سرد و خشک (۱۷/۷ درصد)، ۷ نفر مزاج گرم و تر (۲۹/۷ درصد) و ۷ نفر مزاج گرم و خشک (۲۹/۷ درصد) بوده‌اند.

وزن و قد شرکت‌کنندگان با استفاده از ترازوی باسکولی با مارک Seca و ساخت کشور آلمان که دارای قدسنج نیز بود، اندازه‌گیری شد. قبل از هر بار اندازه‌گیری وزن افراد، با وزنه شاهد پنج کیلوگرمی از سلامت ترازو مطمئن شدیم. متر نواری جهت اندازه‌گیری دور کمر و دور باسن استفاده شد. دمای ناحیه پوییس و باسن و پیشانی با استفاده از دستگاه اگزوترم با مارک infrared thermometer مدل 1D1AET-R ساخت کشور چین اندازه‌گیری شد و با استفاده از دماسنج جیوه‌ای از طریق واژن، دمای داخلی بدن نیز اندازه‌گیری شد و برای هریک از نمونه‌های پژوهش ثبت شد. بدین صورت که دماسنج جیوه‌ای قبل از استفاده، کاملاً تکان داده شد تا جیوه در مخزن قرار بگیرد، سپس به مدت یک دقیقه در واژن قرار داده شد و بعد دما خوانده شد و براساس آن و به کمک دمای اندازه‌گیری‌شده با اگزوترم امتیاز ملمس اسافل با معاینه ثبت شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ شد و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (شامل تنظیم جداول توزیع فراوانی یک‌بعدی و دوبعدی، محاسبه شاخص‌های عددی نظیر میانگین، انحراف معیار و ... برای صفات کمی و فراوانی، و درصد برای صفات کیفی) به‌منظور خلاصه‌سازی و توصیف متغیرها استفاده شد. به‌منظور بررسی همبستگی نمره مزاج شخصی با رحم با توجه به پیروی متغیرها از توزیع نرمال، از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۹۶ زن مبتلا به تخمدان پلی کیستیک بررسی شدند. محدوده سنی نمونه‌ها ۳۹ - ۲۰ سال با میانگین ۲۹/۷۶ سال و انحراف معیار ۵/۴۴ بوده است. متغیر نسبت دور کمر به باسن در محدوده ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ با میانگین ۰/۷۷ بوده است. براساس نتایج پژوهش، تمامی شرکت‌کنندگان ساکن شهرستان نهاوند بوده‌اند. محل تولد کلیه شرکت‌کنندگان شهرستان نهاوند بوده است و به‌جز ۲ نفر که

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک و مامایی شرکت‌کنندگان

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
سن (سال)	۲۹/۷۶	۵/۴۴	۲۰	۳۹
وزن (کیلوگرم)	۶۴/۹	۱۱/۸	۳۵	۱۱۲
قد (سانتی‌متر)	۱۵۹/۴	۱۱/۵	۱۴۰	۱۷۰
نسبت دور کمر به باسن	۰/۷۷	۰/۰۳	۰/۶۷	۰/۸۵
مدت ازدواج (سال)	۶/۵۳	۵/۱۶	۰/۰۰	۲۳
تعداد حاملگی	۱/۰۸	۱/۳۱	۰	۵
تعداد حاملگی ترم	۰/۸۷	۰/۸۸	۰	۳
تعداد فرزند زنده	۰/۸۹	۰/۹۰	۰	۳

متغیر	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
تخصیلات واحدهای پژوهش	بی‌سواد	۲/۱
	زیر دیپلم و دیپلم	۶۸/۷
	بالا تر از دیپلم	۲۹/۲
	جمع	۱۰۰
محل سکونت	کارمند	۲۷/۱
	خانه‌دار	۷۲/۹
	جمع	۱۰۰
محل تولد	بلی	۱۰۰
	خیر	۰
	جمع	۱۰۰
نوع سقط	بلی	۹۷/۹
	خیر	۲/۱
	جمع	۱۰۰
	خودبه‌خودی	۷۶/۹

۲۳/۱	۳	القایی	
۱۰۰	۱۳	جمع	
۲۵	۲۴	طبیعی	
۳۰/۲	۲۹	سزارین	نوع زایمان
۴۴/۸	۴۳	زایمان نداشته است.	
۱۰۰	۹۶	جمع	
۹/۲	۹	۱ - ۱۰	سابقه نازایی (سال)
۴	۴	۱۱ - ۲۰	
۱۳/۲	۱۳	جمع	
۴۹	۴۷	طبیعی	
۳۵/۴	۳۴	کاندوم، آمپول، قرص	نوع پیشگیری
۱۵/۶	۱۵	بدون پیشگیری	
۱۰۰	۹۶	جمع	
۵۴/۲	۵۲	منظم	مشخصات قاعدگی
۴۵/۸	۴۴	نامنظم	
۱۰۰	۹۶	جمع	
۳۰/۲	۲۹	دارد	لکه‌بینی
۶۹/۸	۶۷	ندارد	
۱۰۰	۹۶	جمع	
۸۵/۴	۸۲	معمولاً دارم	آمادگی حین نزدیکی
۱۲/۵	۱۲	معمولاً ندارم	
۲/۱	۲	مطلقه	
۱۰۰	۹۴	جمع	
۸۵/۴	۸۲	معمولاً دارم	ارگاسم
۱۲/۵	۱۲	معمولاً ندارم	
۲/۱	۲	مطلقه	
۱۰۰	۹۶	جمع	
۱۱/۵	۱۱	دارم	دیسپارونی
۸۶/۵	۸۳	ندارم	
۲/۱	۲	مطلقه	
۱۰۰	۹۶	جمع	

جدول ۲: وضعیت مزاج شخص و رطوبت شخص در زنان مبتلا به تخمدان پلی کیستیک شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد
مزاج شخص	سرد	۷۸/۱
	معتدل	۷/۳
	گرم	۱۴/۶
جمع کل		۹۶
وضعیت رطوبت شخص	تر	۵۲/۱
	معتدل	۲۰/۸
	خشک	۲۷/۱
جمع		۹۶

تر و گرم و خشک به ترتیب ۵۴ (۵۶/۲۵ درصد)، ۱۸ (۱۸/۷۵ درصد)، ۵ (۵/۲ درصد) و ۸ (۳۳/۸ درصد) مشاهده شد.

به منظور بررسی ارتباط مزاج شخصی با مزاج رحم ابتدا پیروی متغیرهای کمی از توزیع نرمال با استفاده از تست کولموگروف انجام شد و نشان داد که نمره کل مزاج شخص، حرارت شخص، حرارت رحم، رطوبت شخص و رطوبت رحم غیرنرمال و نمره کل مزاج رحم از توزیع نرمال پیروی می‌کرد. با توجه به اینکه متغیرهای نمره کل مزاج شخص، حرارت شخص، حرارت رحم، رطوبت شخص و رطوبت رحم از توزیع نرمال پیروی نکردند، از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. ضریب همبستگی بین دو متغیر نمره کل مزاج شخص و مزاج رحم ۰/۴۴ بود که از نظر آماری هم معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$)، ضریب همبستگی بین حرارت مزاج شخص با حرارت مزاج رحم برابر ۰/۵۴۷ ($P < ۰/۰۰۱$) و ارتباط بین رطوبت مزاج شخص با رطوبت مزاج رحمی برعکس شد (۰/۰۴۶)، ولی بسیار ناچیز که از نظر آماری هم معنادار نیست ($P < ۰/۰۶۵$) (جدول ۴).

فراوانی سوء مزاج‌های مفرد رحم (سرد، گرم، معتدل، خشک و تر) در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک بررسی شد. در این مطالعه حرارت رحم در محدوده ۵۵ - ۱۱ با میانگین $۹/۶۳ \pm ۳۰/۰۲$ به دست آمد (مزاج رحم می‌توانست بین ۶۳ - ۹ باشد). همچنین رطوبت رحم در محدوده ۲۱ - ۳ با میانگین $۵/۰۷ \pm ۱۳/۶۹$ به دست آمد (رطوبت رحم می‌توانست در محدوده بین ۲۱ - ۳ باشد). در افراد مورد مطالعه ۸۱/۳ درصد افراد با رحم سرد و ۱۵/۶ درصد افراد با رحم گرم مشاهده شد. همچنین از نظر رطوبت، ۲۷/۱ درصد افراد دارای رحم خشک و ۶۳/۵ درصد دارای رحم تر بوده‌اند (جدول ۳).

براساس نتایج مطالعه حاضر، فراوانی سوء مزاج‌های مرکب رحم (سرد و تر، سرد و خشک، گرم و تر و گرم و خشک) در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک بررسی شد. براساس نتایج به دست آمده در این پژوهش، فراوانی افراد با مزاج سرد و تر، سرد و خشک، گرم و

جدول ۳: وضعیت مزاج رحم در مبتلایان به تخمدان پلی کیستیک

متغیر	نوع	فراوانی	درصد
مزاج رحم	سرد	۷۸	۸۱/۳
	معتدل	۳	۳/۱
	گرم	۱۵	۱۵/۶
جمع کل		۹۶	۱۰۰
رطوبت رحم	خشک	۲۶	۲۷/۱
	معتدل	۹	۹/۴
	تر	۶۱	۶۳/۵
جمع		۹۶	۱۰۰

جدول ۴: بررسی همبستگی بین متغیرهای کمی در مطالعه

متغیر	ضریب همبستگی	P-value
نمره کلی مزاج شخص و مزاج رحم	۰/۴۴	< ۰/۰۰۱
حرارت مزاج شخص و رحم	۰/۵۴۷	< ۰/۰۰۱
رطوبت مزاج شخص و رحم	۰/۰۴۶	< ۰/۰۶۵

بحث

در مطالعه حاضر، وضعیت مزاج شخصی و مزاج رحم در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان نهاوند در سال ۱۴۰۰ بررسی شد.

در پژوهش حاضر، کلیه نمونه ها از افراد مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان نهاوند با تشخیص متخصص زنان، به نحوی انتخاب شدند که تا حدودی باعث همگن شدن نمونه ها و حذف برخی عوامل مداخله گر مانند محل سکونت و سن شود. سن ۴۰ - ۲۰ سال انتخاب شده برای ورود به مطالعه، باعث شد تا اثر سن بر مزاج حذف شود؛ چراکه از دیدگاه طب سنتی مزاج تحت تأثیر سن تغییر می کند و افراد جوان تر مزاج گرم تری دارند (۱۲). ضمناً همه نمونه ها ساکن نهاوند انتخاب شدند و این کار باعث همگن شدن اثر بلد (محل زندگی) بر مزاج شده است.

یافته های پژوهش نشان داده نسبت دور کمر به دور باسن نمونه ها در محدوده بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ با میانگین 0.77 ± 0.03 به دست آمده است. در ۳۶ نفر از افراد مورد مطالعه نسبت دور کمر به دور باسن بالای ۰/۸ به دست آمده است. برطبق مطالعه عزیزی و همکاران که در سال ۱۳۸۰ انجام شد، نسبت دور کمر به دور باسن بالاتر از ۰/۸ در زنان به مثابه چاقی تنه ای در نظر گرفته شد (۱۸).

مطالعه سن در سال ۲۰۰۴ نشان داد که نسبت دور کمر به دور باسن ارتباط بیشتری با قدرت باروری زنان داشته و مطرح شده است که این نسبت با سطح استروژن و پروژسترون مرتبط است. در زنان با نسبت دور کمر به دور باسن پایین، سطح بالاتری از استروژن و پروژسترون نسبت به زنان با نسبت دور کمر به دور باسن بالا وجود دارد (۱۹).

با توجه به اینکه تعادل نداشتن در ترشح گنادوتروپین ها منجر به تولید بیش از حد آندروژن، عدم تخمک گذاری و پدید آمدن تخمدان های پلی کیستیک می شود (۲۰) و از طرفی آندروژن در بافت های محیطی به استروژن تبدیل می شود و استروژن با اثر فیدبکی بر محور هیپوتالاموس - هیپوفیز موجب ترشح نامتناسب گنادوتروپین ها و در نتیجه افزایش نسبی هورمون لوتئینیزاسیون (LH) و کاهش واضح هورمون محرک فولیکول (FSH) و افزایش شدید نسبت LH به FSH (سه به یک) می شود؛ افزایش LH به نوبه خود، سلول های تکال و استرومال تخمدان ها را تحریک کرده و منجر به افزایش بیشتر آندروژن می شود. آندروژن همچنین تولید گلوبولین متصل شونده به هورمون های جنسی را مهار کرده که خود موجب افزایش فرم فعال جزء (آزاد) تستوسترون (و نیز

استروژن) و در نتیجه شروع هیرسوتیسم می شود. استروژن بالا و وجود مقادیر زیاد ماده تنظیم کننده رشد فولیکول در تخمدان ها موجب مهار ترشح FSH شده و این مسئله همراه با آندروژن بالا باعث می شود تا فولیکول های اولیه، تکامل کافی نیافته و تخمک گذاری رخ ندهد و در نتیجه کیست های متعددی ایجاد شود (۲۱)؛ بنابراین در افراد چاق با نسبت دور کمر به دور باسن بیشتر از ۰/۸، آندروژن در بافت های محیطی به استروژن تبدیل می شود و این مکانیسم تعادل محور هیپوتالاموس - هیپوفیز را به هم می زند و باعث ایجاد سندرم تخمدان پلی کیستیک در افراد چاق می شود. این مطلب کاملاً با مطالب بیان شده در قانون ابن سینا منطبق است که بیان می کند زنانی که چندان لاغر نباشند، چربی زیاد نداشته باشند و لگن بزرگی داشته باشند، قدرت فرزندآوری بیشتری دارند (۱۲).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد از ۹۶ زن مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک مورد مطالعه، ۱۳ نفر (۱۳/۵ درصد) سابقه سقط داشته اند. در مطالعه رستمی دوم که در سال ۱۳۹۹ انجام شد نیز، شایع ترین اختلالات دوران بارداری بین زنان مبتلا به تخمدان پلی کیستیک بدون در نظر گرفتن فنوتیپ، سقط خودبه خودی (۳۲/۷ درصد) بود (۲۲).

از ۹۶ فرد مورد مطالعه، ۱۳ نفر (۱۳/۵ درصد) سابقه نازایی داشتند. با توجه به مکانیسم ایجاد این سندرم که خود باعث ایجاد فولیکول های اولیه تکامل نیافته و عدم تخمک گذاری می شود و ۲۵ درصد از علل ناباروری مربوط به اختلالات قاعدگی است، ناباروری نیز قابل انتظار است. نتایج مطالعه روحانی و همکاران نیز نشان داد این سندرم یکی از عللی است که منجر به ناباروری می شود و ۶/۴۴ درصد بیماران مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک ازدواج کرده از ناباروری شکایت دارند (۸).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، مدت ازدواج در افراد مورد مطالعه 5.16 ± 6.53 سال بود و بین این افراد ۴۳ نفر سابقه زایمان نداشتند، با احتساب ۱۳ نفری که نابارور بودند، ۳۰ نفر اقدام به باروری نداشتند و احتمالاً این اختلاف به علت بیان شده قابل توجیه است.

۴۹ درصد از نمونه ها از روش پیشگیری طبیعی و ۸/۳ درصد از کاندوم و ۱۵/۶ درصد از هیچ روشی استفاده نمی کردند. در مجموع ۷۲/۹ درصد از نمونه ها از روش های هورمونی استفاده نمی کردند. به این ترتیب، می توان ادعا کرد که رحم آن ها کمتر دستخوش تغییر به سبب استفاده از روش های پیشگیری از بارداری شده بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین سوء مزاج مفرد شخصی در مبتلایان به تخمدان پلی کیستیک، مزاج سرد با فراوانی ۴۲/۷ درصد و مزاج تر با فراوانی ۵۲/۱ درصد بود و در بررسی مزاج مرکب شخصی، سوء مزاج غالب، مزاج سرد و تر با فراوانی ۴۲/۷ درصد بوده است. در مطالعه تن ساز و

سرد دارند، در اغلب موارد، مزاج رحم هم سرد است و برعکس (۱۲). صاحب اکسیر معتقد است که رحم عضو شریفی است و سوء مزاج آن باید سریع درمان شود وگرنه به کل بدن منتقل می‌شود (۱۲).

مطالعات مختلف ارتباط بین تیپ شخصیتی و پلی مورفیسم ژن ۵-HTT (ژن ناقل سروتونین) را گزارش می‌دهند.

Sen در ۲۰۰۴ به همین موضوع اشاره کرده است (۱۹). به‌علاوه Frokjaer در ۲۰۰۸، ۵-HTT را نیز در این باره دخیل می‌داند (۲۰). فروجار همراهی مثبت بین برون‌گرایی و گیرنده ۵-HTT در منطقه لیمبیک مغز انسان را نشان داده است (۲۰).

در مطالعه Lasiuk and Hegadoren در ۲۰۰۷ نشان داده شده است که گیرنده‌های سروتونرژیک به‌طور بالایی همراهی مثبت با هورمون‌های جنسی دارند (۲۳). Osterlund در ۲۰۱۰ نشان داد که استرادیول‌ها باعث افزایش سنتز و کاهش متابولیسم سروتونین در مغز می‌شوند و همچنین باعث کاهش گیرنده‌های ۵-HT_{1A} و افزایش گیرنده‌های ۵-HT_{2A} می‌شوند (۲۴)؛ بنابراین با مروری بر مقالات، این نکته به دست می‌آید که احتمال تأثیر سروتونین بر خلق‌وخو و هورمون‌های جنسی و ارتباط هورمون‌های جنسی با خلق‌وخو به‌واسطه اثرات مستقیم یا غیرمستقیم ژن‌ها و پیک‌های عصبی وجود دارد که می‌توان نتیجه گرفت که همسویی مزاج رحم و مزاج شخص از نظر هورمونی هم قابل‌توجه است.

زیومکویز در مطالعه خود نشان داده است که زنان دارای صفات گرم با برون‌گرایی بالا، دو برابر نسبت به زنان فاقد این صفات استرادیول دارند (۲۵). به این معنا که شخصیت و مزاج فرد ارتباط نزدیکی با سطح هورمون‌های جنسی دارد و به‌عبارتی تأییدکننده همسویی مزاج شخص و رحم است.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر جمع‌آوری اطلاعات از زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک تحت پوشش سیستم‌های بهداشتی دولتی بوده است؛ بنابراین به نظر می‌رسد تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه به جمعیت زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک که به مراکز خصوصی مراجعه می‌کنند با محدودیت روبه‌رو باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داده است که شایع‌ترین مزاج مفرد در رحم، مزاج سرد، بین سرد و گرمی مزاج و مزاج تر، بین تری و خشکی به دست آمده است. بین مزاج‌های مرکب، شایع‌ترین مزاج رحم سرد و تر به دست آمد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک نوع مزاج شخص و رحم تعیین شود و در صورت داشتن مزاج سرد و تر مداخلاتی تحت نظر یک متخصص طب سنتی جهت متعادل کردن مزاج در این زنان صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود همکاران متخصص زنان قبل از تجویز دارو، در درمان بیماران مبتلا به تخمدان پلی کیستیک با استفاده از پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در این پژوهش، مزاج شخصی و مزاج رحم بیماران را بررسی کرده و از تدابیر طب سنتی در درمان این بیماری استفاده کنند. پیشنهاد می‌شود از طریق برگزاری دوره‌های بازآموزی روش سنجش مزاج رحم و مزاج شخصی به ماماها و متخصصان زنان آموزش داده شود تا با استفاده از پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در این پژوهش، مزاج رحم و مزاج شخص مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک را تعیین کرده و در صورت نیاز آنان را به متخصصان طب سنتی ارجاع دهند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی

همکاران نیز بیشترین سوء مزاج مفرد شخصی بین زنان نابارور، مزاج معتدل تا سرد با فراوانی ۸۳/۴ درصد گزارش شده است (۱۲). همچنین در مطالعه سامان و همکاران که در سال ۲۰۱۵ در کشور هند با عنوان «ارزیابی کلینیکال مزاج در بیماران مبتلا به تخمدان پلی کیستیک» انجام شد، نتایج نشان داد مزاج غالب این بیماران، مزاج سرد و تر با فراوانی ۵۲/۳۳ درصد بوده است (۱۰). احتمال دارد که سردی مزاج بدن باعث سردی رحم و بروز سندرم تخمدان پلی کیستیک شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین سوء مزاج مفرد رحم در مبتلایان به تخمدان پلی کیستیک، مزاج سرد با فراوانی ۸۱/۳ درصد و مزاج تر با فراوانی ۶۳/۵ درصد بوده است. همچنین بین مزاج‌های مرکب رحم، بیشترین فراوانی را مزاج سرد و تر با فراوانی ۵۶/۲۵ درصد دارد. در مطالعه تن‌ساز و همکاران نیز بیشترین سوء مزاج مفرد رحمی بین زنان نابارور، مزاج سرد رحم با فراوانی ۸۵/۷۱ درصد و مزاج رحم مرطوب با فراوانی ۶۷/۳۴ درصد و شایع‌ترین مزاج مرکب رحمی، مزاج سرد و تر با فراوانی ۶۲/۲۶ درصد گزارش شده است (۱۲).

۴۵/۸ درصد از نمونه‌ها قاعدگی نامنظم داشتند و بیشترین شکل بی‌نظمی قاعدگی این افراد، به‌صورت قطع قاعدگی با میانگین روزهای پاک ۴۴/۳ روز بوده است. در باب اختلالات منجر به آمنوره و الیگومنوره، در کتب پزشکی ایرانی علل متعددی مطرح شده است که به‌صورت کلی شامل علل خاص عضوی، یعنی علل مرتبط با اعضای تولید مثل مانند رحم و تخمدان و علل مرتبط با اعضای دیگر است. علل عضوی نیز خود به سه زیر گروه علل سوء مزاجی (گرم شدید، گرم و خشک شدید، سرد با ماده بلغم، سرد شدید متکاثف (ستبر))، علل ناشی از تغییر در کمیت و کیفیت ماده و علل ساختمانی (بروز مشکلات انسدادی در رحم و تخمدان‌ها و عروق آن در اثر حرارت خشک‌کننده قابض در رحم، سرمای شدید مکثف (اکثر) در اثر شرب مفرط آب سرد رخ می‌دهد و منجر به ناباروری می‌شود)، زیادی شحم (چربی)، زیادی لحم (عضله)، خلط غلیظ لزج و ورم‌های رحم) تقسیم می‌شوند.

سوء مزاج سرد رحم از دیدگاه نفیس بن عوض نویسنده کتاب شرح/اسباب باعث می‌شود که رحم متکاثف و به هم فشرده شود و بر اثر این تکاثف افواه عروقی که از آن منی و حیض به فضای رحم می‌ریزد فشرده شده و وقتی که منی مرد و زن در آن قرار می‌گیرد آن را سرد و جامد می‌کند (۱۲). ازطرفی سوء مزاج تر رحمی باعث بروز ملاست (نرمی و صافی) شده و منی را می‌لغزاند، همچنین قوه ماسکه یا نگهدارنده رحمی را ضعیف می‌کند. این سوء مزاج باعث ضعف قوه جاذبه منی در رحم می‌شود، به‌همین دلیل رحم منی را جذب نمی‌کند و منی را تغییر می‌دهد و قوه تولید منی از بین می‌رود. نفیس بن عوض برای این رحم مثالی شبیه اراضی (نزه) باتلاقی و بذرهای قرارگرفته در آن می‌زند که چگونه این زمین‌ها باعث گندیدگی بذر کاشته‌شده در آن می‌شوند (۱۲). ازآنجایی‌که شایع‌ترین مزاج رحم به‌دست‌آمده در این بیماران سرد بوده است، نتایج حاصل از این مطالعه با مطالب مندرج در کتب طب سنتی و نتایج مطالعه علیزاده که دریافته که شایع‌ترین سوء مزاج در افراد مبتلا به احتباس طمث سوء مزاج سرد است، همسو است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد برای بررسی ارتباط مزاج شخص و مزاج رحم، ضریب همبستگی ۴۴ درصد بین دو متغیر نمره کل مزاج شخص و مزاج رحم به دست آمده که از نظر آماری هم معنادار بوده است. همچنین در مطالعه تن‌ساز و همکاران، رابطه معناداری بین مزاج شخص و رحم به دست آمده است. بدین معنا که در افرادی که مزاج

کرمانشاه و با کد IR.KUMS.REC. ۱۴۰۰،۴۰۰ تصویب شد. جهت شرکت در مطالعه رضایت نامه کتبی آگاهانه تکمیل و به مشارکت‌کنندگان جهت مشارکت داوطلبانه در مطالعه، خروج از مطالعه در هر زمان، بی‌نام بودن پرسش‌نامه و محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد و تأکید شد که شرکت یا شرکت نکردن در این مطالعه در روند دریافت خدمات تأثیری نخواهد داشت.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که تعارض منافی ندارند.

References

- Mohammadi B, Hashemi Asl E, Aliakbari F, Saghaei E, Dreis F. The effects of an Herbal mixture on the clinical symptoms of women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Nurs Midwifery*. 2020; 9(1): 574-582. [Link](#)
- Saei Ghare Naz M, Ramezani Tehrani F. Effect of cinnamon on polycystic ovary syndrome (PCOS): a systematic review. *Iran J Obstetrics Gynecol Infertility*. 2021;23(12):86-97. doi: 10.22038/ijogi.2021.17831
- Bozdog G, Mumusoglu S, Zengin D, Karabulut E, Yildiz BO. The prevalence and phenotypic features of polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*. 2016; 31(12):2841-2855. doi: 10.1093/humrep/dew218 pmid: 27664216
- Pourhoseini S A, Babazadeh R, Abedian Z, Mazloum S R. Frequency of the phenotypes of polycystic ovarian syndrome in Iranian adolescents (Mashhad) based on rotterdam criteria in 2018. *Iran J Obstetrics Gynecol Infertility*. 2021; 24(2): 14-22. doi: 10.22038/ijogi.2021.18168
- Savabi Esfahan M, Safinezhad H, Gholami M, Shaghaghi F, Asadi L, Mohebi Dehnavi Z. The role of herbal medicines in the treatment of polycystic ovary syndrome in animal studies: a narrative review study. *Iran J Obstetrics Gynecol Infertility*. 2021; 24(6):102-119. doi: 10.22038/ijogi.2021.18745
- Azziz R, Carmina E, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, Futterweit W, et al. Positions statement: criteria for defining polycystic ovary syndrome as a predominantly hyperandrogenic syndrome: an Androgen Excess Society guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006; 91(11):4237-4245. doi: 10.1210/jc.2006-0178 PMID: 16940456
- Azziz R, Carmina E, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, Futterweit W et al. The androgen excess and PCOS society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report. *Fertil Steril*. 2009; 91(2):456-488. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.06.035 pmid: 18950759
- Rohani M, Badiie Aval S, Taghipour A, Amirian M, Hamed S, Tavakkoli M, et al. Diagnostic model in polycystic ovarian syndrome based on traditional Iranian medicine and common medicine. *Iran J Obstetrics Gynecol Infertility*. 2017; 20(supplement): 35-45. doi: 10.22038/ijogi.2017.9780
- Nikbakht R, Moramezi F, Shojaie K, Motlagh M. The relationship between gestational diabetes and polycystic ovary syndrome. *J Babol Univ Med Sci*. 2018; 20 (4):7-11. doi:10.18869/acadpub.jbums.20.4.7
- Saman A, Suboohi M, Naaz A, Kazmi QA. Clinical evaluation of mizaj (temperament) in the patients of polycystic ovarian disease. *Int Ayuwrre Dic Med J*. 2015;3(11). [Link](#)
- Nabiuni M, Nasri S, Poyanmanesh F, Karimzadeh L, Nazari Z. Honey bee venom modulates hyperglycemia in response to hyperandrogenism in polycystic ovarian syndrome-induced wistar rats. *Int Conference Appl Life Sci*. 2013;18(1). doi: 10.5772/intechopen.84084
- Tansaz M, Sohrabvand F, Adhami S, Keshavarz M, Mokaberinejad R, Bioos S, et al. Evaluation of uterine temperament in Iranian infertile women using a quantitative instrument for uterine temperament detection. *Int J Prev Med*. 2020; 11:39.

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مصوب تاریخ ۱۴۰۰/۵/۱۹ در کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش با کد IR.KUMS.REC. ۱۴۰۰،۴۰۰ و طرح پژوهشی با شماره ۴۰۰۰۶۷۳ است. بدین وسیله، از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که حمایت مالی این طرح را به عهده گرفتند، همچنین ماماها‌ی مراکز بهداشتی درمانی شهر نهاوند و تمامی زنانی که در این پژوهش شرکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی

- doi:10.4103/ijpvm.IJPVM_64_17 pmid:32363026
- Mojahedi M, Naseri M, Majdzadeh R, Keshavarz M, Ebadini M, Nazem E, et al. Reliability and validity assessment of mizaj questionnaire: a novel self-report scale in Iranian traditional medicine. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(3): 71-79. pmid: 24829785
- Zafari Zangeneh F, Naghizadeh M M, Abedinia N, Haghollahi F. Risk Factors in Polycystic Ovary Syndrome. *The Iran J Obstet, Gynecol and Infertili*. 2012; 15(6): 1-9. doi: 10.22038/ijogi.2012.5718
- Ziomkiewicz A, Wichary S, Bochenek D, Pawlowski B, Jasienska G. Temperament and ovarian reproductive hormones in women: evidence from a study during the entire menstrual cycle. *Horm Behav*. 2012 Apr;61(4):535-40. doi: 10.1016/j.yhbeh.2012.01.017.
- Bahman M, Tansaz M. A review on Iranian traditional medicine about leech therapy in polycystic ovary syndrome. *Iran J Obstetrics, Gynecol Infertility*. 2019;22(6): 75-84. doi:10.22038/ijogi.2019.13746
- Jalilian A, Kiani F, Sayehmiri F, Sayehmiri K, Khodae Z, Akbari M. Prevalence of polycystic ovary syndrome and its associated complications in Iranian women: a meta-analysis. *Iran J Reprod Med*. 2015;13(10):591-604. pmid: 26644787
- Saadat N, Salehi P, Emami H, Azizi F. The relationship between glucose intolerance and blood pressure, body mass index, and waist to hip ratio in Tehran urban population: "Tehran lipid and glucose Study". *Int J Endocrinol Metabol*. 2005;3(1): 37-47. [Link](#)
- Sen S, Burmeister M, Ghosh D. Meta-analysis of the association between a serotonin transporter promoter polymorphism (5-HTTLPR) and anxiety-related personality traits. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2004; 127B (1):85-89. doi: 10.1002/ajmg.b.20158 pmid: 15108187
- Frokjaer VG, Mortensen EL, Nielsen FA, Haugbol S, Pinborg LH, Adams KH, et al. Frontolimbic serotonin 2A receptor binding in healthy subjects is associated with personality risk factors for affective disorder. *Biol psychiatry*. 2008; 63(6):569-576. doi: 10.1016/j.biopsych.2007.07.009
- Sarahian N, Noroozadeh M, Changaei M, Ramezani Tehrani F. The role of the central nervous system and hypothalamic-pituitary-gonadal axis changes in the emergence of polycystic ovary. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2020;19(7):748-727. doi:10.29252/jrums.19.7.727
- Rostami M, Behboudi Gandavani S, Farahmand M, Nazarpour S, Ramezani Tehrani F, Azizi F. Comparative study of maternal and fetal complications in postpartum women with different phenotypes of polycystic ovary syndrome. *Iran J Obstetrics Gynecol Infertility*. 2020;23(3): 59-68. doi:10.22038/ijogi.2020.15998
- Lasiuk GC, Hegadoren KM. The effects of estradiol on central serotonergic systems and its relationship to mood in women. *Biol Res Nurs*. 2007; 9(2):147-160. doi: 10.1177/1099800407305600 pmid: 17909167
- Osterlund MK. Underlying mechanisms mediating the antidepressant effects of estrogens. *Biochim Biophys Acta*. 2010; 1800(10):1136-1144. doi: 10.1016/j.bbagen.2009.11.001 pmid:19900508
- Ziomkiewicz A, Wichary S, Bochenek D, Pawlowski B, Jasienska G. Temperament and ovarian reproductive hormones in women: evidence from a study during the entire menstrual cycle. *Horm Behav*. 2012; 61(4):535-40. doi: 10.1016/j.yhbeh.2012.01.017 pmid:22342576