

## بررسی و مقایسه ی رگه های شخصیت و سبک های مقابله ای در زنان و مردان سالم و مبتلا به بیماری های قلبی سرپایی

مختار عارفی<sup>۱\*</sup>، روح اله رحیمی<sup>۲</sup>، محسن گل محمدیان<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> گروه روان شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ایران.

<sup>۳</sup> گروه مشاوره، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

\* نشانی نویسنده مسئول: گروه روان شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه.

E-mail: M.arefi@iauksh.ac.ir

وصول: ۹۴/۷/۳، اصلاح: ۹۴/۹/۳۱، پذیرش: ۹۴/۱۱/۱۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** بیماری قلبی، اختلالی روانی- فیزیولوژیک است که علاوه بر عوامل خطر ساز جسمی، عوامل روانشناختی مانند رگه های شخصیتی و تدابیر مقابله ای در بروز و تشدید آن نقش بسزایی دارد. به همین منظور، پژوهش حاضر به بررسی رگه های شخصیت و سبک های مقابله ای زنان و مردان سالم در مقایسه با مبتلایان به بیماری های قلبی سرپایی می-پردازد.

**مواد و روش ها:** این پژوهش از نوع تحقیقات علی- مقایسه ای است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران قلبی سرپایی و همراهان آن ها که در اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۴ به بیمارستان شهید مدنی خرم آباد مراجعه کرده بودند که از بین آنان، تعداد ۵۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری قلبی (۲۶ مرد و ۲۴ زن) و ۵۰ نفر از افراد سالم (۲۸ مرد و ۲۲ زن) از طریق همتاسازی با گروه بیمار انتخاب شدند. سپس پرسشنامه های شخصیتی آیزنک (EPQ-R) و سبک های مقابله ای فولکمن و لازاروس (WCQ) بر روی گروه های مورد مطالعه اجرا شد. برای تحلیل داده ها از شاخص های توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیره با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد. سطح معناداری نیز  $\alpha=0/01$  در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** یافته ها نشان داد که بیماران قلبی از نظر روان رنجورخویی و روان پریش خوبی تفاوت معناداری با گروه سالم دارند ( $P>0/001$ ). همچنین در سبک مقابله ای هیجان مدار بین دو گروه تفاوت وجود دارد اما در نوع مسأله مدار بین آن ها تفاوتی یافت نشد. در مورد نقش جنسیت نیز نتایج نشان داد که در برون گرایی و سبک های مقابله ای هیجان مدار و مسأله مدار بین زنان و مردان بیمار تفاوت معنی دار وجود دارد ( $P>0/001$ ).

**نتیجه گیری:** این مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به بیماری های قلبی سرپایی افرادی مضطرب، نگران، خشن، و آماده ابتلا به اضطراب، افسردگی و پرخاشگری هستند و نسبت به افراد سالم در مقابله با مشکلات بیشتر از سبک مقابله ای هیجان مدار استفاده می-کنند.

**واژه های کلیدی:** بیماری قلبی سرپایی، رگه های شخصیتی، سبک مقابله ای هیجان مدار و مسأله مدار.

## مقدمه

امروزه بیماری‌های قلبی یکی از عوامل اصلی مرگ و میر در اکثر کشورهای جهان به شمار می‌روند (۱). بیماری‌های قلبی به عنوان یک آسیب پیشرونده، نتیجه ناتوانی قلب در گردش مؤثر خون در سرتاسر بدن است (۲). بر اساس گزارش انجمن قلب آمریکا (AHA) میزان شیوع بیماری‌های قلبی هر ساله افزایش می‌یابد و تقریباً هر سال ۶۶۰/۰۰۰ تشخیص جدید بیماری قلبی در آمریکا داده می‌شود (۳). در ایران نیز بیماری‌های قلبی اولین عامل مرگ و میر است (۴). سهم بیماری‌های قلبی از مرگ و میر کلی در ایران حدود ۳۹ درصد است (۵). پیش‌بینی می‌شود که در ایران هر ساله تقریباً یک میلیون بیمار قلبی به بیمارستان مراجعه کنند (۶). بافت قلب به دلیل فعالیت زیاد به خون نیاز دارد. سه رگ به نام رگ‌های کرونر وظیفه تأمین خون قلب را برعهده دارند. حدود یک سوم افراد در جوامع غربی در اثر مسدود شدن عروق کرونری می‌میرند (۷). علاوه بر بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر، بسیاری از بیماران قلبی، تحت انواع درمان‌های سرپایی هستند. در آمریکا حدود ۲۸/۶ میلیون نفر در مراکز درمان سرپایی قلب، تحت درمان هستند (۸). به هر جهت بیماری‌های قلبی اغلب به سبب ماهیت پیشرونده نشانه‌های جسمانی، استرس‌زا هستند (۷ و ۸). علاوه بر نشانگان بیولوژیکی، پیامدهای روانشناختی نسبتاً عمومی در همه بیماری‌های قلبی وجود دارد. برای مثال حدود ۵۰ درصد این بیماران، نشانه‌های اضطراب، افسردگی، کاهش قابلیت عملکرد و انزوای اجتماعی را نشان می‌دهند (۸-۱۰). بنابراین پزشکانی که از بیماران قلبی مراقبت می‌کنند با چالش‌شناسایی نشانه‌ها و بهبود مؤثر پیامدهای بیولوژیک و روانشناختی این بیماری‌سر و کار دارند (۱۱). از جمله عوامل روانشناختی مؤثر در کارکرد قلب، رگه‌های شخصیتی (Personality traits) و سبک‌های مقابله (Coping styles) با مشکلات و مسائل روزمره است (۱۲). عوامل شخصیتی و راهبردهای مقابله

ای به صورت مستقیم و غیر مستقیم در ایجاد و تداوم انواع گوناگون بیماری‌ها و ناسازگاری‌ها دخالت دارند. به این منظور مطالعات زیادی درصدد روشن کردن نقش مؤلفه‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در تعامل با هم در جمعیت‌های بالینی و سالم بوده‌اند (۱۳). برای اولین بار دو متخصص قلب احتمال ارتباط رگه‌های شخصیت و سبک‌های مقابله‌ای با انواع بیماری‌های قلبی را مطرح کردند (۱۴). شخصیت هر فرد به عنوان عاملی تعیین‌کننده که بر تمام رفتارها و تمایلات انسان سایه می‌افکند، به واسطه صفات و ویژگی‌های ناسازگارانه می‌تواند او را دچار پاره‌ای از اختلالات روانشناختی و حتی جسمانی کند (۱۵ و ۱۶). بر اساس نظریه آیزنک (Eysenck) شخصیت دارای سه عامل مهم مزاجی (رگه‌ها)؛ برون‌گرایی (Extraversion)، روان‌رنجورخویی (Neuroticism) و روان‌پریش‌خویی (Psychoticism) است. وی، برای ابعاد برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی مبانی عصب‌شناختی قائل است. در حالی که بعد برون‌گرایی - درون‌گرایی به دستگاه عصبی مرکزی (CNS) وابسته است، پیوستار روان‌رنجورخویی - ثبات هیجانی با سیستم عصبی خودمختار (ANS) ارتباط دارد. فرد برون‌گرا (E)؛ دارای مشخصه‌های جامعه‌طلبی، برانگیختگی، خوش‌بینی و نیاز به محرک بوده و روان‌رنجورخویی (N)؛ نیز مبین شدت واکنش‌های هیجانی است. فرد روان‌رنجور واکنش‌های شدید و دراز مدتی نسبت به تنیدگی نشان می‌دهد و نشانه‌های ناپایدار خلقی، زودرنجی، حساسیت نسبت به مسائل جزئی و اضطراب در وی مشاهده می‌شود و از انواع ناراحتی‌های جسمانی مانند؛ سردرد، کم‌درد و مسائل هاضمه شکایت دارد. عامل روان‌پریش‌خویی (P)؛ از نظر رفتاری بر اساس عدم حساسیت اجتماعی، به مخاطره انداختن خود، نفرت از دیگران و جاذبه نسبت به چیزهای غیرمعمول، مشخص می‌شود (۱۷). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که رگه

های شخصیتی می‌توانند در بروز بیماری‌های قلبی نقش مؤثری ایفا کنند (۱۸-۲۲). علاوه بر رگه‌های شخصیتی، سبک‌های مقابله‌ای نیز در بروز و تشدید بیماری‌های قلبی مؤثر هستند. سبک‌های مقابله‌ای اشاره به روش‌هایی دارد که اشخاص در آن با بهره‌گیری از منابع سازگاری و راهکارهای مراقبتی، از خودشان در برابر تأثیرات منفی استرس محافظت می‌کنند (۲۳). لازاروس و فولکمن (۲۴) دو نوع مهارت مقابله‌ای، مسأله‌مدار و هیجان‌مدار را توصیف کردند. افراد به کمک این مهارت‌های مقابله‌ای، موقعیت‌های استرس‌آمیز را برآورد یا ارزیابی کرده و مولدهای بروز هیجان توسط خواسته‌های درونی و بیرونی را کاهش می‌دهند (۲۵). الگوهای مقابله‌ای، شامل راهبردهایی است که هدفشان، مدیریت پاسخ‌های هیجانی مولد استرس و رهاسازی آن‌ها می‌باشد (۲۶). راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار توأمأً به وسیله شخص و محیط هدایت می‌شوند ولی نوع هیجان‌مدار فقط به وسیله شخص رهبری می‌شوند (۲۷). سبک‌های مقابله‌ای به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده نتیجه درمان در بیماران پیوند قلبی مطرح شده‌اند. بر اساس این نتایج، بیمارانی در درمان موفق بوده‌اند که کمتر از انکار و سبک‌های هیجان‌مدار استفاده نموده‌اند (۲۸). مطالعه طولی شش‌ساله نشان داده است که سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار به بیمار کمک می‌کند که بیماری خود را اداره کند و بر طول عمر خود بیافزاید (۲۸). هر دو سبک مقابله‌ای؛ مسأله‌مدار و هیجان‌مدار به وسیله بیماران قلبی مورد استفاده قرار می‌گیرند (۲۹ و ۳۰). اما مطالعات نشان داده‌اند که راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار نسبت به نوع هیجان‌مدار، بیشتر با کاهش استرس روانشناختی مرتبط است (۳۱-۳۷). در حالی که لازاروس و فولکمن معتقدند که مهارت مقابله‌ای مؤثر شامل هر دو نوع سبک مقابله‌ای می‌شود، ولی یافته‌های پژوهشی بیان می‌کنند که استفاده از راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار در قیاس با نوع هیجان‌مدار در بهبود بیماران قلبی، کارایی بیشتری دارد

(۳۸-۴۰). پژوهش دیگری نشان داد که استفاده کمتر از مهارت‌های مسأله‌مدار، تأثیر منفی بر روی بهزیستی روانشناختی دارد. در این مطالعه ۲۲۲ بیمار قلبی که از مقابله هیجان‌مدار استفاده کرده بودند استرس‌های روانشناختی سطح بالایی را تجربه کردند (۳۰). راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار با نتایج منفی در درمان بیماران قلبی و به طور خاص با استرس‌های روانشناختی (اضطراب و افسردگی) و حتی با مرگ و میر در آن‌ها مرتبط است (۴۱-۴۵). در یک مطالعه دیگر، ۷۵ بیمار سرپایی مبتلا به مشکلات قلبی که از مقابله مسأله‌مدار استفاده می‌کردند، زودتر بهبود پیدا کردند (۲۷). شواهد پژوهشی نشان دادند که مهارت‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار تأثیر مثبتی بر نتایج درمان بیماران قلبی شامل؛ بهزیستی روانشناختی (۲۷ و ۳۰)، ۴۶ و ۴۷)، خود مراقبتی (۴۸-۵۰) و کیفیت زندگی (۵۱ و ۵۲) دارند. رگه‌های شخصیتی مانند برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی نیز با نحوه استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار و هیجان‌مدار مرتبط هستند. گراون و همکاران (۲۰۱۴) معتقدند که شخصیت نقش اساسی در تعیین چگونگی استفاده بیماران قلبی از مهارت‌های مقابله‌ای در مواجهه با مشکلات و مسائل استرس‌زا دارد (۵۳). به طور خاص یک مطالعه بر روی ۱۱۹ نفر مرتبط با بیماری قلبی گزارش داد که روان‌رنجورخویی با راهبردهای هیجان‌مدار مانند انکار و عقب‌نشینی ذهنی و رفتاری ارتباط دارد. این مطالعه همچنین نشان داد که تمایلات برون‌گرایانه با راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار مانند پذیرش و ارزیابی مجدد مثبت مربوط است (۴۰). با توجه به مطالب ذکر شده و گسترش روزافزون بیماری‌های قلبی در نقاط مختلف جهان (۵۴ و ۵۵) و به خصوص کشورمان (۴-۶) و با در نظر گرفتن این موضوع که تلاش‌ها و اقدامات لازم جهت کنترل این بیماری غالباً بر مراقبت‌های پزشکی معطوف شده و کمتر به عوامل روان‌شناختی مؤثر بر آن پرداخته شده است و از سوی دیگر، مغایرت در نتایج پژوهش‌های خارجی انجام شده

در این زمینه، هدف این پژوهش، مقایسه ابعاد سه گانه شخصیت بر اساس نظریه آیزنک و سبک های مقابله ای در زنان و مردان سالم و مبتلا به بیماری های قلبی سرپایی است.

## مواد و روش ها

این مطالعه از نوع تحقیقات علی-مقایسه ای است. در این پژوهش ۵۰ نفر (۲۶ زن و ۲۴ مرد) مبتلا به بیماری های قلبی و ۵۰ نفر (۲۸ زن و ۲۲ مرد) از افراد سالم مورد مطالعه قرار گرفتند. روش نمونه گیری تصادفی در دسترس بود، نمونه مبتلا به بیماری های قلبی از بین افرادی که به علت ناراحتی های قلبی در طی یک ماه مشخص (اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۴) به بیمارستان شهید مدنی خرم آباد مراجعه کرده و بنا به تشخیص پزشک معالج دارای انواع مشکلات قلبی بودند، انتخاب شدند (این ماه به صورت تصادفی انتخاب شد) و نمونه سالم از بین همراهان بیمار که فاقد بیماری خاصی بودند، انتخاب شدند. تعداد نمونه های پژوهش بر اساس مرور پژوهش های قبلی (۱۹-۲۲ و ۵۳) و بر اساس جدول کرسچی و مورگان برای هر گروه ۵۰ نفر برآورد شد. این افراد از نظر ویژگی های جمعیت شناختی با نمونه ی بیمار همتا شدند. از بین این افراد تنها کسانی که دارای حداقل ۲۰ سال سن و حداکثر ۶۰ سال سن، متأهل، دارای حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی، متعلق به طبقه اقتصادی اجتماعی متوسط (بر اساس میزان درآمد ماهانه، محل سکونت، شغل و جایگاه اجتماعی) بودند در گروه ها جایابی شدند. به منظور گردآوری اطلاعات از دو پرسشنامه زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیت آیزنک (EPQ-R): یک پرسشنامه خود سنجی ۱۰۶ سؤالی است که برای سنجش ابعاد، برون گرایی، روان رنجورخویی و روان پریش خویی به کار می رود. آیزنک و همکاران (۵۶)، ضریب پایایی ۰/۹۰ در مردان و ۰/۸۰ در زنان را برای

مقیاس E (برونگرایی)، ۰/۷۸ در مردان و ۰/۷۶ در زنان را برای مقیاس P (روان پریش خویی)، ۰/۸۸ در مردان و ۰/۸۵ در زنان را برای مقیاس N (روان رنجورخویی) گزارش کرده اند. کاویانی (۵۷) در پژوهش خود بر روی دو گروه از آزمودنی های شیرازی و تهرانی ضریب پایایی آزمون تجدیدنظر شده آیزنک را با استفاده از روش بازآزمایی برای مقیاس های برون گرایی، روان رنجورخویی و روان پریش خویی به ترتیب برابر با ۰/۹۲، ۰/۸۹ و ۰/۷۲ بدست آورد. ضرایب روایی این آزمون برای شاخص های برون گرایی ۰/۸۴، روان رنجورخویی ۰/۷۳ و روان پریش خویی ۰/۷۵ توسط کاویانی (۵۷) محاسبه شده است. وی ضریب پایایی به دست آمده بر روی جمعیت ایرانی را با ضریب پایایی گزارش شده توسط سازندگان اصلی آزمون همسو ذکر کرده است.

۲- پرسشنامه سبک های مقابله ای (WCQ): این پرسشنامه توسط فولکمن و لازاروس در سال ۱۹۸۴ تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۶۶ ماده و هشت مقیاس است که دو سبک هیجان مدار (مقابله رویارویی، دوری گزینی، خویشتن داری و جست جوی حمایت اجتماعی) و مسأله مدار (مسئولیت پذیری، گریز- اجتناب، مسأله گشایی برنامه ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت) را در بر می گیرد. ۱۶ عبارت این پرسشنامه انحرافی بوده و ۵۰ عبارت دیگر سبک مقابله فرد را مورد ارزیابی قرار می دهد. لازاروس ثبات درونی ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ را برای هر یک از روش های مقابله ای گزارش کرده است (۲۴). این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط آفاجانی در سال ۱۳۷۵ ترجمه و اعتباریابی شده است (۵۸). رجیبی دماوندی، پوشنه و غباری بناب در پژوهش خود آلفای کرونباخ مقابله متمرکز بر هیجان را ۰/۷۲ و مقابله متمرکز بر مسأله را ۰/۷۹ محاسبه کرده اند (۵۸). هم چنین در مطالعه ای دیگر ضریب پایایی کل آزمون برای آزمودنی های ایرانی ۰/۸۱، خرده مقیاس های مسأله مدار ۰/۷۰ و خرده مقیاس های هیجان مدار ۰/۶۹ گزارش شده است

(۵۹). در مرحله ی اجرا از آزمودنی ها خواسته می شود تا ضمن تجسم موقعیت تجربه شده که در آن از راهبردهای مقابله ای استفاده کرده اند، بر پایه مقیاس چهارگزینه ای (اصلاً، گاهی اوقات، معمولاً و زیاد) به پرسش ها پاسخ دهند. نمره گذاری پرسشنامه به دو صورت خام و نسبی انجام می گیرد. انتخاب روش نمره گذاری بستگی به اطلاعات مورد نیاز توسط پژوهشگر دارد. ابتدا گروه بیماران در بیمارستان شهید مدنی بر اساس تشخیص پزشک معالج انتخاب و سپس در مورد هدف پژوهش، اطلاعاتی به آن ها داده شد و پس از جلب رضایت بیمار، پرسشنامه ها در اختیار آنها قرار گرفت تا اقدام به تکمیل آن نمایند. سپس نمرات افراد در هر دو پرسشنامه محاسبه و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مورد گروه افراد سالم نیز همین اقدامات انجام گرفت. در این مطالعه سطح معناداری  $\alpha = 0/01$  در نظر گرفته شد.

## یافته ها

در گروه بیماران ۶ نفر (۱۲٪) در دامنه سنی ۳۰-۲۰ سال، ۱۵ نفر (۳۰٪) در دامنه سنی ۴۰-۳۱ سال، ۱۶ نفر (۳۲٪) در دامنه سنی ۵۰-۴۱ سال و ۱۳ نفر (۲۶٪) نیز

در دامنه سنی ۶۰-۵۱ سال قرار داشتند. از نظر میزان تحصیلات، ۱۴ درصد تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۴۲ درصد دیپلم، ۲۰ درصد کاردانی و ۲۴ درصد نیز مدرک کارشناسی داشتند. در گروه افراد سالم نیز ۸ نفر (۱۶٪) در دامنه سنی ۳۰-۲۰ سال، ۱۲ نفر (۲۴٪) در دامنه سنی ۵۰-۴۱ سال، ۱۹ نفر (۳۸٪) در دامنه سنی ۵۰-۴۱ سال و ۱۱ نفر (۲۲٪) نیز در دامنه سنی ۶۰-۵۱ سال قرار داشتند. از نظر سطح تحصیلات نیز ۱۲ درصد تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۳۸ درصد دیپلم، ۲۶ درصد کاردانی و ۲۴ درصد مدرک کارشناسی داشتند. آزمون آماری کای دو ارتباط معناداری بین دو گروه از نظر اطلاعات دموگرافیک نشان نداد. در جدول ۱ خلاصه ای از یافته های توصیفی مربوط به رگه های شخصیتی و سبک های مقابله ای در دو گروه بیماران قلبی و افراد سالم ارائه شده است. برای بررسی و مقایسه رگه های شخصیتی و سبک های مقابله ای در دو گروه بیمار و سالم از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. برای این منظور میانگین گروه بیمار با سالم مورد مقایسه قرار گرفت. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، نتایج نشان داد که بین بیماران قلبی و افراد سالم، از نظر روان رنجورخویی و روان پریش خویی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < 0/001$ ). اما در بعد برون گرایی تفاوت معنادار وجود ندارد

جدول ۱: شاخص های توصیفی رگه های شخصیتی و سبک های مقابله ای در دو گروه بیمار و سالم

متغیر	عامل	بیمار	سالم	سطح معناداری
	روان رنجورخویی	۱۷/۰۶±۳/۸۰	۱۲/۷۸±۳/۲۴	۰/۰۰۱
رگه شخصیتی	برون گرایی	۱۳/۷۸±۳/۷۶	۱۵/۸۹±۴/۱۹	۰/۱۲۱
	روان پریش خویی	۵/۱۹±۲/۵۶	۳/۸۸±۰/۷۷	۰/۰۰۱
	مسأله مدار	۴۲/۶۱±۹/۶۴	۴۵/۷۸±۷/۳۴	۰/۴۷۵
سبک مقابله ای	هیجان مدار	۴۱/۱۴±۸/۴۴	۳۲/۱۶±۷/۰۲	۰/۰۰۱

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای رگه های شخصیتی و سبک های مقابله ای در دو گروه بیمار و سالم

متغیر	SS	df	MS	F	P
روان رنجورخویی	۵۳۹/۲۴	۱	۵۳۹/۲۴	۴۱/۴۶	۰/۰۰۱
برون گرایی	۳۷	۱	۳۷	۲/۸۸	۰/۱۲۱
روان پریش خویی	۴۹/۸۷	۱	۴۹/۸۷	۲۱/۰۹	۰/۰۰۱
مسأله مدار	۳۸/۲۵	۱	۳۸/۲۵	۰/۵۷۵	۰/۴۷۵
هیجان مدار	۱۷۴۱/۷۹	۱	۱۷۴۱/۷۹	۲۹/۳۲	۰/۰۰۱

**جدول ۳: شاخص های توصیفی رگه های شخصیتی و سبک های مقابله ای در دو گروه زنان و مردان بیمار**

متغیر	عامل	زن	مرد	سطح معناداری
رگه شخصیتی	روان رنجورخویی	۱۸/۵۱±۴/۳۷	۱۸/۳۹±۳/۷۱	۰/۹۱
	برون گرایی	۱۵/۹۷±۳/۸۲	۱۳/۵۶±۳/۹۶	۰/۰۰۱
	روان پریش خوبی	۵/۵۶±۲/۱۴	۵/۴۳±۲/۰۲	۰/۷
سبک مقابله ای	مسأله مدار	۳۷/۱۸±۷/۴۳	۵۳/۳۷±۲/۹۵	۰/۰۰۱
	هیجان مدار	۴۸/۴۵±۶/۸۳	۳۵/۴۴±۵/۶۲	۰/۰۰۱

**جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای رگه های شخصیتی و سبک های مقابله ای در دو گروه زنان و مردان بیمار**

متغیر	SS	Df	MS	F	P
روان رنجورخویی	۰/۲۱	۱	۰/۲۱	۰/۰۱۳	۰/۹۱
برون گرایی	۷۹/۹۲	۱	۷۹/۹۲	۶/۴۷	۰/۰۰۱
روان پریش خوبی	۰/۶۹	۱	۰/۶۹	۰/۱۴	۰/۷
مسأله مدار	۲۸۹/۷۹	۱	۲۸۹/۷۹	۱۳/۹۱	۰/۰۰۱
هیجان مدار	۱۳۵۹/۸۷	۱	۱۳۵۹/۸۷	۳۴/۴۵	۰/۰۰۱

های معناداری MANOVA برای اثر اصلی متغیرهای وابسته معنادار است ( $p < 0/001$ ). که در آن  $F = 25/717$  و لامبدای ویلکز  $0/463$  به دست آمد. به عبارت دیگر، بین گروه افراد سالم و گروه افراد مبتلا به بیماری های قلبی سرپایی حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد.

### بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش، نشان داد که نمره رگه های شخصیتی؛ روان رنجورخویی و روان پریش خوبی در بیماران قلبی بالاتر از افراد سالم بود. این یافته ها با نتایج به دست آمده در این مورد همخوان است (۶۳-۶۰ و ۲۱). روان رنجورخویی و روان پریش خوبی به دو طریق ممکن است با انواع بیماری های قلبی در ارتباط باشند. از یک سو، افراد بیمار به دلیل ابتلا به بیماری، نگرانی از آینده بیماری، ناتوانی، مشکلات شغلی و مالی دچار اختلالات اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات نوروتیک می شوند. به عبارت دیگر، مشکلات روانشناختی و شخصیتی با وجود مقاومت در برابر تغییر، پیامد بیماری باشند. از سوی دیگر، ممکن است روان رنجورخویی و روان پریش خوبی مقدم بر این مشکلات باشند و در این

( $P < 0/121$ ). همچنین نتایج در این جدول نشان داد که در سبک مقابله هیجان مدار بین دو گروه بیمار و سالم تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0/001$ ). اما در سبک مقابله ای مسأله مدار تفاوت بین دو گروه معنادار نیست ( $P < 0/475$ ). در این پژوهش رگه های شخصیتی زنان و مردان مبتلا به بیماری قلبی نیز مورد مقایسه قرار گرفت. جدول ۳ میانگین و انحراف معیار زنان و مردان بیمار در رگه های شخصیتی و سبک های مقابله را نشان می دهد. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود، بین زنان و مردان مبتلا به بیماری قلبی در برون گرایی تفاوت وجود دارد و با توجه به میانگین نمرات، زنان برون گراتر از مردان مبتلا به بیماری قلبی هستند ( $p < 0/001$ ). اما در بعد شخصیتی روان رنجورخویی و روان پریش خوبی بین دو گروه تفاوتی یافت نشد. از طرف دیگر جدول ۴ تفاوت بین زنان و مردان مبتلا به بیماری قلبی را در سبک های مقابله ای نشان می دهد. همانطور که مشاهده می شود بین دو گروه در سبک های مقابله ای هیجان مدار و مسأله مدار تفاوت وجود دارد ( $p < 0/001$ ) و با توجه به میانگین نمرات به دست آمده در جداول ۳ و ۴، زنان بیشتر از سبک مقابله ای هیجان مدار و مردان بیشتر از سبک مسأله مدار استفاده می کنند. همچنین در این پژوهش نتایج آزمون

صورت می‌توان دو مکانیزم احتمالی را برای آن برشمرد: یکی از طریق تسهیل و تقویت رفتارهای ناسالم، و دیگری از طریق اثرات فیزیولوژیکی مستقیم. افراد روان رنجور و روان پریش به دلیل اضطراب بالا و سایر مشکلات روانشناختی ممکن است از طریق عادات غذایی ناسالم، کم تحرکی، مصرف مواد و مانند آن، زمینه ایجاد مشکلات مزمن را برای خود فراهم کنند (۶۴). همچنین ویژگی روان رنجورخویی و روان پریش خویی به علت نشانگان اضطراب و افسردگی بالا، زمینه را برای شکستن رسوبات جداره عروق و در نهایت گرفتگی عروق و انواع مشکلات قلبی به ویژه کرونر فراهم می‌کنند (۶۵). یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بین بیماران قلبی با افراد سالم در زمینه سبک مقابله‌ی هیجان مدار تفاوت وجود دارد. به این صورت که افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی هنگامی که در یک موقعیت فشارزا قرار می‌گیرند، ممکن است از رویکردهای هیجان مدار مانند دوری کردن از منبع ایجاد کننده مشکل و یا اجتناب از این منبع در جهت کاهش اهمیت آن و یا انجام دادن کارهایی مانند ورزش یا تماشای تلویزیون که حواسشان را از مشکل پرت می‌کند، استفاده کنند. همچنین این افراد، از بروز احساسات خود در هنگام برخورد با منبع ایجاد کننده مشکل ممانعت می‌کنند. مقابله‌ی هیجان مدار به عنوان راهبردی کوتاه مدت، کارآمد شناخته می‌شود، اما در بلند مدت مانع سازش روانشناختی می‌شود و نشانه‌های درماندگی را افزایش می‌دهد. به عبارتی، استفاده از این راهبردها توسط افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی، آن‌ها را از درگیری مستقیم و مؤثر با مشکل باز می‌دارد و توانمندی آن‌ها را برای حل مشکل کاهش می‌دهد. این وضعیت باعث اختلال در انسجام فکری و آشفته‌گی هیجانی می‌شود و سلامت جسمی آن‌ها را کاهش می‌دهد (۵۳). نمره پایین برون‌گرایی در مردان بیمار نسبت به زنان بیمار نیز می‌تواند ناشی از تفاوت سبک زندگی، تربیت اجتماعی و شیوه‌ی جامعه‌پذیری دو جنس در خانواده و جامعه باشد که البته

نیاز به تحقیقات جدید را می‌طلبد. در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان دادند، رگه‌های شخصیت و سبک‌های مقابله‌ای در مبتلایان به بیماری‌های قلبی و افراد سالم متفاوت هستند، و همچنین راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار در کمک کردن به اشخاص در فرایند سازگاری مفیدتر بوده و نتایج مثبتی برای بیماران قلبی در پی دارد (۵۳ و ۶۶-۶۸). با در نظر گرفتن این موضوع که رگه‌های شخصیت به خصوص نسبت به تغییر مقاوم می‌باشند، درک رگه‌های شخصیتی مرتبط با بیماری‌های قلبی کمک زیادی به پیشگیری یا کنترل مشکلات این بیماران می‌کند. از طرف دیگر فهم رابطه‌ی بیماری‌های قلبی با الگوهای مقابله‌ای به عنوان فرایندی شناختی-رفتاری که با سهولت بیشتری قابل کنترل و تغییر است، گامی در جهت شناخت عوامل مرتبط است که می‌تواند به فرایند پیشگیری و کنترل مشکلات بیشتر کمک کند. پژوهش حاضر در نمونه کوچکی انجام شده است و از این رو لازم است جهت اطمینان، در نمونه‌های بزرگ‌تر تکرار شود. از سوی دیگر با توجه به این که پژوهش در یک طرح علی-مقایسه‌ای به انجام رسیده است، نباید استنباط کرد که رگه‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای علت بیماری‌های قلبی هستند، زیرا ممکن است معلول، خود بیماری بوده و یا هر دو معلول، علت دیگری داشته باشند. به نظر می‌رسد این رگه‌های سه‌گانه شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای زمینه‌ساز بیماری‌های قلبی نه علت آن‌ها محسوب می‌شوند. به همین منظور اجرای پژوهش‌های گسترده و طولی به منظور فهم دقیق‌تر روابط مفید واقع خواهد شد.

### سپاسگزاری

مقاله حاضر از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه استخراج شده است و تمامی هزینه‌های مالی آن توسط معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه پرداخت شده است.

## References

1. Sarafin EP. Health Psychology. Biopsychosocialinteractions. 4th ed. New York, Wiley and Sons, 2002; PP: 123-127.
2. Butler J. The management of heart failure. Pract Nurse. 2010; 21(6): 290-296.
3. American Heart Association (AHA). Heart disease and stroke statistics-2013 update: A report from the American Heart Associaton. Circulation. 2013; 127: e6-e245.
4. Agha Yousefi-A.R, Sharif N, Alipour A, Shaghaghi F. The Relation between Coping Ways with Stress and Lowdensitylipoprotein (LDL) in Coronary Heart Disease patients. Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2013; 20(2): 165-175. (Persian).
5. Ahmadi A, Soori H, Sajjadi H. Modeling of in hospital mortality determinants in myocardial infarction patients, with and without type 2 diabetes, undergoing pharmaco-invasive strategy: the first national report using two approaches in Iran. Diabetes Res Clin Pract 2015; 108(2): 216-222. (Persian).
6. Hashemi-Fard A, Saffari SE, Adnan R. The Effective Factors on the Length of Hospital Stay for MI patients in Vasei hospital of Sabzevar in 2012 using regression models. Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences,2013; 20(4), 447-457. (Persian).
7. Braunwald E, Zipes D, Libby P. Heart Disease: a Text Book of Cardiovascular Medicine. 2nd ed. Philadelphia,Saunders Company, 2001; 153-177.
8. Murberg T & Bru E. Social relationships and mortality in patients with congestive heart failure. J Psychosom Res. 2001; 51:521-527.
9. Denollet J, Defruyt F. Type D Personality: a five .Factor model perspective. Psych and Heal 2002; 17(5):671-683.
10. Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B, et al. The influence of age, gender, and race on theprevalence of depression in heart failure patients. J Am Coll Cardiol. 2004; 43(9): 1542-1549.
11. Cully JA, Phillips LL, Kunik ME, Stanley MA, Deswal A. Predicting quality of life in veterans with heart failure: The role of disease severity, depression, and comorbid anxiety. Behav Med. 2010; 36(2): 70-76.
12. Everson-Rose SA, Lewis TT. Psychosocial factors and cardiovascular diseases. Annu Rev Public Health 2005; 26: 469-500.
13. Van Berke, H. The relationship between personality, coping styles and stress, anxiety and depression, unpublished dissertation Master of Science in Psychology, University of Canterbury,2009; 93(6): 465- 471.
14. Phares EJ, Tiomothy JT. Clinical Psychology:Concepts, Methods and Profession. Translated by:Firoozbakht M. 6th ed. Tehran, Roshd Pub, 2007; PP:648-665. (Persian).
15. Kring AM, Davison GC, Johnson SHL. Abnormal Psychology (Psychology of Abnormality). Shamsi Pour H. (Persian).Vol 2,10<sup>st</sup> ed. Tehran: Argmand Publications. 2010: 241-268.
16. Sareeolgadem Z.[Comparison of three Personality dimensions of male addicts and normal subjects(Persian)]. M.A thesis in clinical psychology, Tabriz: faculty of educational sciences and psychology, Tabriz University; 2005; 68-75.
17. Dadsetan P.[Criminal Psychology]. 8<sup>st</sup> ed.Tehan: Samt Publications. 2011: 106- 118. (Persian).
18. 18.Kring AM, Davison GC, Johnson SHL. Abnormal Psychology (Psychology of Abnormality). Shamsi Pour H. (Persian).Vol 2,10<sup>st</sup> ed. Tehran: Argmand Publications. 2010: 241-268.
19. Denollet J. Personality and coronary heart disease: the type-D scale-16 (DS16), Annuls of Behavioral Medicine. 2000; 20, 209-215.
20. Conraads VM, Denollet J, De Clerck LS,Stevens WS, Bridts C, Vrints CJ. Type D personality is associated with increased levels of tumour necrosis factor (TNF) -alpha and TNF-alpha receptors in chronic heart failure. Int J Cardiol. 2006; 113 (1): 34-38.
21. Kupper N, Denollet J, Boomsma DI, Willemsen G. Heritability of type-D personality. Psycho som Med. 2007; 69 (7): 675-681.
22. Denollet J, Pederson SS. Type D Personality, cardiac events and impaired quality of life: a review. Euro J of Cardi Pereven and Rehab 2003; 10: 241-248.
23. Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present, and future. Psychosom Med 1993; 55: 234-247.
24. Lazarus RS & Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Co, 1984. PP: 1-11.
25. Endler NS & Parker JDA. Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. Psych Assess. 1994;6(1): 50-60.
26. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. J Pers Soc Psych. 1989; 56(2):267-283.
27. Vollman MW, LaMontagne LL, Hepworth JT. Coping and depressive symptoms in adults living with heart failure. J Cardiovasc Nurs. 2007; 22(2): 125-130.
28. 28.Burker EJ, Evon DM, Losielle MM, Finkel JB, Mill MR. Coping predicts depression and disability in



- heart trans plant condidates. *J of Psychosom Resea* 2005; 59(4): 215-222.
29. Doering LV, Dracup K, Caldwell MA, Moser DK, Erickson VS, Fonarow G, et al. Is coping style linked to emotional states in heartfailure patients? *J Card Fail.* 2004; 10(4): 344-349.
  30. Trivedi RB, Blumenthal JA, O'Connor CM, Adams K, Hinderliter A, Dupree C, et al. Coping styles in heart failure patients with depressive symptoms. *J Psychosom Res.* 2009; 67(4): 339-346.
  31. Dekker RL, Peden AR, Lennie TA, Schooler MP, Moser DK. Living with depressive symptoms: Patients with heart failure. *Am J Crit Care.* 2009; 18(4): 310-318.
  32. Aranda JM, Johnson JW, Conti JB. Current trends in heart failure readmission rates: Analysis of Medicare data. *Clin Card.* 2009; 32(1): 47-52.
  33. Murberg T, Bru E, Stephens P. Personality and coping among congestive heart failure patients. *Pers Individ Differ.* 2002; 32(5):775-784.
  34. Ahmad Khan A, Hassan M, Kumar P, Mishra D, Kumar R. Personality Profile and Coping Skills among Coronary Heart Disease Patients and Non-Patient Groups. *Delhi Psychiatry Journal* 2012; 15(2): 352-358.
  35. Piamjariyakul U, Smith CE, Werkowitch M, Elyachar A. Part I: Heart failure home management: patients, multidisciplinary healthcare professionals and family caregivers' perspectives. *App Nurs Res.* 2012; 25(4): 239-245.
  36. Park C, Fenster JR, Suresh DP, Bliss DE. Social support, appraisals, and coping as predictors of depression in congestive heart failure patients. *Psychol Health.* 2006; 21(6): 773-789.
  37. Bosworth SJ, Steinhauser KE, Orr M, Lindqvist JH, Grambow, SC, Oddone EZ. Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: The integration of physical and psychosocial factors. *Aging Ment Health.* 2004; 8(1):83-91.
  38. Tiener, E., Oishi, S., Lucas, R.E.: Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. In: *Annual Review of Psychology* (2003) Vol. 54, p. 403-425.
  39. Friedman MM & Quinn JR. Heart failure patients' time, symptoms, and actions before a hospital admission. *J Cardiovasc Nurs.* 2008; 23(6): 506-512.
  40. Boxmeyer L. Heart disease: The greatest 'risk' factor of them all. *Med Hypotheses* 2004; 62: 773-9. 2002; 32(5): 775-784.
  41. Kristofferzon M., Lindqvist R, Nilsson A. Relationships between coping, coping resources and quality of life in patients with chronic illness: A pilot study. *Scand J Psych.* 2010; 25(3): 476-483.
  42. Carels RA, Musher-Eizenman D, Cacciapaglia H, Perez-Benitez CI, Christie S, O'Brien W. Psychological functioning and physical symptoms in heart failure patients: A within individual approach. *J Psychosom Res* 2004; 56: 95-101.
  43. Park C, Malone M, Suresh DP, Bliss DE, Rosen R. Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Qual Life Res.* 2008; 17(1): 21-26.
  44. Bean MK, Gibson D, Flattery M, Duncan A, Hess M. Psychological factors, quality of life, and psychological distress: Ethnic differences in patients with heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2009; 24(4): 131-140.
  45. Paukert AL, LeMaire A, Cully JA. Predictors of depressive symptoms in older veterans with heart failure. *Aging Ment Health.* 2009; 13(4): 601-610.
  46. Carels RA. The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Qual Life Res.* 2004; 13(1): 63-72.
  47. Park C, Fenster JR, Suresh DP, Bliss DE. Social support, appraisals, and coping as predictors of depression in congestive heart failure patients. *Psychol Health.* 2006; 21(6): 773-789.
  48. Riegel B & Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Educ Couns.* 2002; 46(4): 287-295.
  49. Wu J, Moser D, Chung M, Lennie TA. Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *J Card Fail* 2008; 14(7): 603-614.
  50. Bosworth SJ, Steinhauser KE, Orr M, Lindqvist JH, Grambow, SC, Oddone EZ. Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: The integration of physical and psychosocial factors. *Aging Ment Health.* 2004; 8(1): 83-91.
  51. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure. *Ask the patients. Heart Lung* 2009; 38(2): 100-108.
  52. Wallis M, Boxer E, Grant S, Bardsley K, Carlson M, Lindqvist R. Health-related quality of life and coping in chronic illness: A pilot study. *J Gen Int Med.* 2000; 15(11): 769-789.
  53. Graven Lj, Grant S, Vance D, Pryor E, Grubbs L, Sally, Karioth S. Coping styles associated with heart failure outcomes: A systematic review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2014; 4(2): 227-242.
  54. Zand Parsa A.F, Ziai H, Fallahi B. The relationship between cardiovascular risk factors and the site and extent of coronary artery stenosis during angiography. *Tehran University Medical Journal* 2010; 68: 182-187. (Persian).

55. Salarifar M, Kazemeini SM, Haji AM. Prevalence of coronary artery disease and related risk factors in first degree relatives of patients with premature CAD. Tehran Heart center, Tehran University Medical Center Journal, 2007; 65: 49-54. (Persian).
56. Eysenck, H.J., & Eysenck, M.W. Eysenck Personality Inventory. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service, 1963.
57. Kaviani H. Biological Theory of Personality. Tehran, Sana Pub, 2003; PP:68-72. (Persian).
58. Rajabi-Damavandi G, Pooshineh K, Ghobari-Bonab B. Relationship between personality traits and coping strategies in parents with children with autism spectrum disorders. Res Except. 2009; 9(2): 133-144. (Persian).
59. Hosseinzadeh M. The Study of Changes Identity Styles and Coping Styles in Student.s Academic Achievement.Tabriz, Tabriz University Pub; 2008: 132-134. (Persian).
60. Clark A, Seidler A, Miller M. Inverse association between sense of humor and coronary heart disease. Int J Cardiol. 2001; 80 (1): 87-88.
61. Spiro A, Todao JF, Shen BJ, Niaura R, Ward KD. Effect of negative emotion on Frequency Coronary heart disease, American Journal Cordial. 2003; 15, 901-908.
62. Myrtek M, Roberts LJ, Wieb DJ. Met- analyses of prospective Studies on Coronary heart disease, type A personality, and hostility, International journal Cardiology. 2001; 79, 245-251.
63. Kawachi I, Colditz GA, Williams WC. Prospective Study of phobic anxiety and depression risk factor of Coronary heart disease in women, Circulation.2000; 89, 1992-1997.
64. Friedman HS, Schustack MW. Personality: Classic Theories and Modern Research, 5/E. Boston, MA: Pearson. 2012. PP:106 -119.
65. Brydon L, Magid K, Steptoe A. Platelets, coronary heart disease and stress. Brain, Behavior and Immunity. 2006;20 (1): 113-119.
66. McCabe M, Stokes M, McDonald E. Changes in quality of life and coping among people with multiple sclerosis over a 2 yearperiod. Psych Health Med. 2009; 14(1): 86-96.
67. Thoolen B, de Ridder D, Bensing J, Gorter K, Rutten G. Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioral change in the context of diabetes management. Psych Health. 2009; 24(3): 237-254.
68. Rodriguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P, Herrera MC, Otero CM, Chiva MO, Ochoa CC, et al. Social network as a predictor of hospital readmission and mortality among older patients wth heart failure. J Card Fail. 2006; 12(8): 621-627.

# Review and compare personality traits and coping styles men and women with and without heart disease outpatient

\*Mokhtar Arefi

Department of Psychology & counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, iran.

Rohollah Rahimi

PhD Student of Counseling, Allameh Tabataba'i University of Tehran, Tehran, Iran.

Mohsen Golmohammadian

Department of Counseling, Faculty of Human Sciences, University of Razi, Kermanshah, Iran.

Received:25/09/2015, Revised:22/12/2015, Accepted:30/01/2016

## Corresponding Author:

Mokhtar Arefi,  
Department of Psychology &  
counseling, Kermanshah Branch,  
Islamic Azad University,  
Kermanshah, iran.  
E-mail: M.arefi@iauksh.ac.ir

## Abstract

**Background and Objective:** Heart disease, a disorder psycho-physiological risk factors in addition to physical, psychological factors such as personality traits and coping strategies in the incidence and severity it is very important. The purpose of this study was to investigate the personality traits and Coping Styles in healthy men and women compared to those with heart disease outpatient.

**Materials & Methods:** The methodology of the study is causal-comparative research. The study population consisted of all heart disease outpatients and their relatives in May 2015 to the hospital Madani had come out of them, 50 patients with heart disease outpatients (26 males and 24 females) 50 healthy subjects (28 males and 22 females) were matched with healthy controls. The Eysenck Personality questionnaires (EPQ-R) and coping styles of Folkman and Lazarus (WCQ) study was conducted on groups. To analyze the data, descriptive, multivariate analysis of variance (MANOVA) and software version 18 (SPSS18) was used. significant level  $\alpha= 0/01$  were considered as well.

**Findings:** The results showed that people with heart diseases of neuroticism and psychopathic sense of difference with normal group ( $P<0/001$ ). The emotion-focused coping styles are different between the two groups problem-focused coping styles between them but no difference was found. About the role of gender also showed that extraversion and emotional and problem focused coping styles between men and women patients there was a significant difference ( $P<0/001$ ).

**Discussion & Conclusion:** The results showed that people with heart disease outpatient those anxious, fearful, violent, and fast developing anxiety, depression and aggression are higher than in healthy individuals deal with problems Styles emotion-oriented coping pressure.

**Keywords:** Heart disease outpatient, personality traits, emotion and problem-oriented coping style.