

مقایسه باورهای غیرمنطقی و سبک‌های دفاعی در بین بیماران کرونر قلب و افراد عادی^۱

مهناز علی اکبری دهکردی^{*}، شیرین صالحی^{**}، اکبر رضایی^{***}

دریافت مقاله:

۹۲/۷/۱۷

پذیرش:

۹۲/۱۰/۱۰

چکیده

هدف: نظر به اهمیت نقش عوامل روان‌شناختی در بروز بیماری‌های جسمی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه انواع باورهای غیرمنطقی و سبک‌های دفاعی در بین بیماران کرونر قلب و افراد عادی، انجام شد.

روش: پژوهش حاضر در چهارچوب یک بررسی زمینه‌ای - مقایسه‌ای انجام شد. تعداد نمونه پژوهش حاضر شامل ۲۳۸ نفر بیمار قلبی، از بیمارستان شهید مدنی تبریز بوده که با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف جهت مطالعه انتخاب شدند. نمونه غیر بیمار نیز شامل ۲۴۰ نفر بود که از بین همراهان و کارکنان این بیمارستان که فاقد بیماری قلبی بودند، به صورت تصادفی انتخاب شدند و با تکمیل پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز و سبک‌های دفاعی (DSQ-40) در مطالعه شرکت کردند. داده‌های پژوهش به کمک آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تحلیل گردید.

یافته‌ها: دوگروه بیمار قلبی و غیر بیمار در باورهای غیرمنطقی تأیید و حمایت دیگران، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، کمال‌گرایی و انواع سبک‌های دفاعی تفاوت معنی‌داری دارند. ($p < 0.05$)

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش که بیانگر نقش سبک‌های دفاعی و انواع باورهای غیرمنطقی به عنوان عوامل روان‌شناختی در سلامت جسمی، به ویژه بیماری‌های قلبی است، پیشنهاد می‌شود علاوه بر مداخلات پزشکی، از مداخلات روان‌شناختی هم برای بیماران قلبی و هم افراد سالم به منظور پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: باورهای غیرمنطقی، سبک‌های دفاعی، بیماری کرونر قلب.

۱. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی می‌باشد.

*دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور

** کارشناس ارشد روانشناسی (نویسنده مسئول) shirinsalehi24@yahoo.com

*** دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور

مقدمه

قلبی بیشتر گزارش شده است که پیش از بیماری مشکلات اجتماعی و استرس بیشتری داشته‌اند، نه الزاماً کسانی که بیماریشان شدیدتر است. اضطراب، افسردگی یا انکار بیش از اندازه، روند بهبود بیماری را به تأخیر می‌اندازد. همچنین آن دسته از بیماران قلبی که دچار اضطراب و افسردگی زیاد باشند به مشکلات بعدی از قبیل آریتمی، به میزان بیشتر مبتلا می‌شوند و احتمال مرگ آنان در ماه‌های اول، از کسانی که استرس کمتری دارند، بیشتر است (سارافینو، ترجمه شفيعی و همکاران، ۱۳۸۴). پژوهش‌های متعدد از جمله وایلنت^{۱۰} (۲۰۰۰)، دی^{۱۱}، فردلند^{۱۲} و کارنی^{۱۳}، دنولت^{۱۴}، پترسون^{۱۵}، وریتس^{۱۶} و کونرادس^{۱۷} (۲۰۰۶) نشان داده‌اند که عوامل روان‌شناختی و عامل‌های شخصیتی تأثیر عمده‌ای در ابتلای افراد به این بیماری ایفا می‌کنند (حمید^{۱۸}، ۲۰۰۶). نابی^{۱۹}، هال^{۲۰}، کوسکنو^{۲۱}، سینگ منوکس^{۲۲}، اکسانن^{۲۳}، سومینن^{۲۴} دیگران (۲۰۱۰) طی پژوهشی در مورد نقش عوامل روان‌شناختی و علائم بدنی اضطراب در احتمال ابتلا به بیماری کرونری قلب به این نتایج دست

تأثیر حالات روانی بر کنش‌های بدن از دیرباز مورد توجه بوده است، اما در اوایل قرن بیستم بیشتر مورد توجه قرار گرفت که نتیجه آن توجه فزاینده به اهمیت عوامل روان‌شناختی در تاریخچه اختلال‌ها، پیش‌گیری از ناتوانی در بیماری‌ها و پیشرفت سیر درمان بوده است (کاپلان^۱، سادوک^۲ و قریب^۳، ۱۹۹۴).

بیماری عروق کرونر قلب (CHD)^۴ از جمله بیماری‌های جسمانی است که براساس دیدگاه روان‌شناسی سلامت^۵ عوامل روان‌شناختی نیز در فرایند ایجاد و تشدید آن مؤثر می‌باشند. این بیماری بر اثر تنگی و انسداد عروق کرونر، عروقی که خون سرشار از اکسیژن را به قلب می‌رسانند، به وجود می‌آید (سماوات، ۱۳۸۴). امروزه بیماری‌های قلبی، به ویژه بیماری عروق کرونری قلب که طیف بالینی آن از ایسکمی خاموش تا آنژین مزمن پایدار، آنژین ناپایدار، انفارکتوس میوکارد و مرگ ناگهانی قلبی متفاوت است، یکی از سه علت اصلی مرگ و میر در کنار سرطان و سکته مغزی در اکثر کشورهای صنعتی به شمار می‌رود که نقش عوامل روان‌شناختی به ویژه تجربه هیجان‌های منفی و ویژگی‌های شخصیتی در ظهور آن روشن شده است (کوبزانسکی^۶، کاواچی^۷، ویس^۸ و اسپرو^۹، ۲۰۰۲). مشکلات سازگاری در آن دسته از بیماران

10. Vaillant
11. Day
12. Freedland
13. Carney
14. Denollet
15. Pederson
16. Vrints
17. Conraads
18. Hamid
19. Nabi
20. Hall
21. Koskenvuo
22. Singh-Manoux
23. Oksanen
24. Suominen

1. Kaplan
2. Sadock
3. Grebb
4. Coronary Heart Disease
5. Health psychology
6. Kubzansky
7. Kawachi
8. Weiss 8
9. Sparrow

یافتند که ارتباط قوی بین نشانه‌های بدنی اضطراب و ارتباط آن با افزایش ریسک ابتلا به بیماری قلبی به خصوص در زنان وجود دارد. این یافته از مسیر روان‌شناختی برای ارتباط بین عوامل روان‌شناختی، اضطراب و بیماری کرونری قلب حمایت می‌کند. همچنین در ایران ابوالقاسمی، تقی‌پور و نریمانی (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان دادند که تیپ شخصیتی D، خود - دلسوزی و حمایت اجتماعی رفتارهای بهداشتی بیماران کرونری قلبی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. امروزه بیشتر محققانی که فرایندهای روان‌شناختی را مطالعه می‌کنند، نظرات ساده‌انگارانه اختصاصی بودن اندام را برای توجیه علائم جسمی رد می‌کنند و از نقطه نظر تعاملی به علائم جسمانی می‌نگرند به طوری که در بیشتر مطالعات، بر تعامل بین حالات روان‌شناختی و متغیرهای زیست‌شناختی و اجتماعی تأکید شده است (ساراسون و ساراسون، ۱۳۸۱). من جمله یکی از این متغیرهای روان‌شناختی، باورهای غیر منطقی است. باورهای غیرمنطقی^۱ افکاری هستند که بر روان فرد سلطه دارند و عامل تعیین کننده نحوه تعبیر و تفسیر و معنی دادن به رویدادها و تنظیم کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف‌اند. باورهای غیرمنطقی حقیقت ندارند و با واقعیت منطبق نیستند، باید و حکم برای فرد می‌آورند، تعادل فرد را از بین می‌برند، از ایجاد نظم جلوگیری می‌کنند و مانع مواجهه موفقیت‌آمیز با حوادث تحریک کننده

می‌گردند (الیس^۲، ۱۹۹۵). یازده تفکر یا باور غیرمنطقی یا همان اصول یازده‌گانه الیس (۱۹۷۰) عبارت‌اند از: تأیید و حمایت دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش خود، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، دل مشغولی زیاد، اجتناب از مسائل، وابستگی، ناامیدی به تغییر، کمال‌گرایی.

اضطراب پیامد نامناسب شناخت‌های غیرمنطقی است. مکانیزم‌های دفاعی نیز، نمونه‌هایی از گرایش غیرمنطقی انسان هستند. از نظر درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری ما نباید با به‌کارگیری دفاع‌ها از خود محافظت کنیم، بلکه باید به آنها حمله‌ور شویم. مواجهه‌سازی‌ها، تعبیرها و تکذیب‌ها می‌توانند این نیروهای غیرمنطقی را ضعیف کند و امکان منطقی‌تر شدن و از لحاظ عاطفی سالم‌تر شدن را به بیماران بدهند (پروچسکا و نورکراس، ۱۹۹۹، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۳).

مکانیسم‌های دفاعی^۳، فرایندهای روانشناسی غیرآگاهانه هستند که در تهدید و شرایط اعمال نگرانی ایجاد می‌شوند (کوپر^۴، ۱۹۹۸). دفاع‌های سازگارانه با شاخص‌های سلامت مثبت از قبیل سازگاری روانی اجتماعی و تندرستی جسمانی مرتبط است. دفاع‌های ناسازگارانه نیز با بسیاری از انواع آسیب روانی و ناسازگاری از قبیل اختلالات شخصیت در ارتباط است (دومینو^۵، شرت^۶، اوانس^۷ و

2. Ellis
3. Defense Mechanisms
4. Cooper
5. Domino
6. Short
7. Evans

1. Irrational Beliefs

حمیدی و شیرازی، ۲۰۱۰؛ دی لورنزو^{۱۸}، دیوید^{۱۹} و متگمری^{۲۰}، ۲۰۰۷). این بررسی‌ها گویای آن هستند که عوامل روان‌شناختی در شروع، گسترش و تداوم بیماری قلبی نقش دارند. همچنین مالون^{۲۱}، کوهن^{۲۲}، لیو^{۲۳}، وایلانت^{۲۴}، والدینگر^{۲۵}، ۲۰۱۳) در تحقیقی که به بررسی انطباقی بودن مکانیسم‌های دفاعی میانه زندگی و ارتباط آن با سلامت بدنی اواخر زندگی پرداختند، به این نتیجه رسیدند که سازشی بودن مکانیسم‌های دفاعی در میانه زندگی با سلامت بدنی بهتر در اواخر زندگی ارتباط دارد. مداخله‌های روان‌شناختی می‌توانند در بهبود حیطه سلامت بدنی مفید باشند. همچنین مک‌گریگور^{۲۶}، دیویدسون^{۲۷}، بارکسدل^{۲۸}، بیلک^{۲۹} و مک‌لین^{۳۰}، ۲۰۰۳) به بررسی پایین بودن فشار خون سیستولیک و دیاستولیک، در افرادی که از دفاع‌های رشدیافته استفاده می‌کنند، در مقایسه با افرادی که از دفاع‌های رشد نیافته استفاده می‌کنند، پرداختند. نتایج تحقیق یک تأثیر مهم معنادار را بین دو گروه نشان داد. نتایج مطالعات بسیاری، از نقش مکانیسم‌های دفاعی روان‌شناختی در علت‌شناسی بسیاری از بیماری‌های جسمانی از جمله بیماری‌های قلبی - عروقی و

رومانو^۱، ۲۰۰۲). پژوهش‌های مختلف هر کدام به رابطه بین نظام شناختی افراد، به خصوص باورهای غیرمنطقی و آشفتگی‌های هیجانی همچون اضطراب، افسردگی (کالوت^۲ و لولگا^۳، ۲۰۰۲؛ هریس^۴ و درایدن^۵، ۲۰۰۶) و خشم (وایلد^۶، ۲۰۰۴)، بی‌ثباتی هیجانی و الگوهای ناسازگارانه (ساوا^۷، ۲۰۰۹) و یا رابطه باورها با برانگیختگی فیزیولوژیکی همچون فشار خون (هریس و درایدن، ۲۰۰۶)، رابطه باورها با مهارت‌های اجتماعی و ارتباط‌های بین فردی (مولر^۸، راب^۹ و نارتج^{۱۰}، ۲۰۰۰)، رابطه باورها و توانایی ابراز هیجان در افراد (رابینسون^{۱۱} و کلور^{۱۲}، ۲۰۰۲) پرداخته‌اند (به نقل از زارع و شفیع‌آبادی، ۱۳۸۶). درباره نقش عوامل روان‌شناختی برای نمونه اضطراب، افسردگی، مکانیسم‌های دفاعی و ویژگی‌های شخصیتی بر روی بیماری قلبی - عروقی بررسی‌های زیادی انجام شده است (گروسارت - هاتیچک^{۱۳}، ۱۹۸۰؛ وایلنت، ۲۰۰۰؛ دی و همکاران، ۲۰۰۵؛ چالس^{۱۴}، گتز^{۱۵}، کاتو^{۱۶} و پترسون^{۱۷}، ۲۰۰۸؛

1. Romano
2. Calvete
3. Lolga
4. Harris
5. Dryden
6. Wild
7. Sava
8. Moller
9. Rabe
10. Nortje
11. Robinson
12. Clore
13. Grossarth-Maticek
14. Chales
15. Gatz
16. Kato
17. Pederson

18. Dilorenzo
19. David
20. Montgomery
21. Malone
22. Cohen
23. Liu
24. Vaillant
25. Waldinger
26. Macgregor
27. Davidson
28. Barksdale
29. Black
30. Maclean

سرطان خبر می دهند. متغیرهایی مانند افسردگی، اضطراب، احساس پیوستگی، خستگی و تیپ شخصیتی D به عنوان پیش بینی کننده های مهم بیماری های عروق کرونری معرفی شده اند (فراسور اسمیت^۱ و همکاران ۲۰۰۰؛ دنولت و همکاران، ۲۰۰۶). در سال های اخیر شواهد زیادی در مورد اهمیت عوامل روان شناختی در سبب-شناسی و تشدید بیماری های قلبی عروقی فراهم شده است (روزانسکی^۲، بلومنتال^۳، دیویدسون^۴، ساب^۵ و کوبزانسکی^۶، ۲۰۰۵). با توجه به پیشینه تحقیقاتی که بیانگر نقش مهم متغیرهای روان-شناختی و تعامل این عوامل با عوامل جسمی آسیب زای بیماری قلبی^۶ عروقی در ایجاد، تشدید و یا درمان آن هستند. همچنین، با توجه به اینکه تاکنون به طور ویژه در مورد نقش باورهای غیرمنطقی و سبک های دفاعی به عنوان دو ویژگی روان شناختی در بیماران قلبی-عروقی تحقیقی انجام نشده است، لذا هدف پژوهش حاضر، پاسخگویی به این دو سؤال است که ۱. آیا بین انواع باورهای غیرمنطقی، در بین بیماران قلبی و افراد عادی تفاوت وجود دارد؟ ۲. آیا بین سبک های دفاعی، در بین بیماران قلبی و افراد عادی تفاوت وجود دارد؟ بر این اساس در پژوهش حاضر افراد دارای بیماری قلبی و افراد غیر بیمار از لحاظ به کار

بردن باورهای غیرمنطقی و سبک های دفاعی مقایسه می شوند.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر در چهارچوب یک بررسی زمینه ای -مقایسه ای انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل بیمارانی بود که به دلیل ناراحتی قلبی در بهار ۱۳۹۰ در بیمارستان شهید مدنی تبریز بستری بودند. نمونه بیمار این پژوهش شامل ۲۳۸ نفر بیمار داوطلب با دامنه سنی ۲۰-۷۰ سال بوده که با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف جهت مطالعه انتخاب شدند. نمونه غیر بیمار نیز شامل ۲۴۰ نفر بود که از بین همراهان و کارکنان این بیمارستان که فاقد بیماری قلبی بودند، به صورت تصادفی انتخاب شدند که همه آزمودنی ها علاوه بر محدوده سنی واجد سایر معیارهای ورود از جمله داشتن مدرک دیپلم و بالاتر، عدم وجود بیماری های دیگر، عدم وجود معلولیت جسمی و در مورد گروه بیمار داشتن حداقل یک سال سابقه بیماری قلبی بود.

ابزارهای به کار رفته برای گردآوری داده ها عبارت بودند از: ۱. پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT)^۷: این پرسشنامه براساس نظریه آلبرت آلیس تهیه شده و انواع تفکرات غیرمنطقی را مورد بررسی قرار می دهد. این پرسشنامه دارای ۱۰۰ سؤال ۵ گزینه ای در ۱۰ مؤلفه: (۱) توقع تأیید از دیگران، (۲) انتظارات بیش از حد از خود، (۳)

1. Frasure-smith
2. Rozanski
3. Blumenthal
4. Davidson
5. Saab
6. Kubzansky

7. Irrational Beliefs Test

آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از سبک‌های رشدیافته، رشدنا یافته و نورو تیک فرم فارسی مقیاس در یک نمونه دانشجویی برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۷۴ برای دانشجویان پسر ۰/۷۴، ۰/۷۴، ۰/۷۲ و برای دانشجویان دختر ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۴ بود که نشانه همسانی درونی رضایت بخش برای فرم ایرانی پرسشنامه سبک‌های دفاعی محسوب می‌شود. پایایی بازآزمایی پرسشنامه سبک‌های دفاعی برای یک نمونه ۳۰ نفری در دو نوبت با فاصله ۴ هفته برای کل آزمودنی‌ها $r=0/82$ ، آزمودنی‌های پسر $r=0/81$ و آزمودنی‌های دختر $r=0/84$ محاسبه شد (بشارت و همکاران، ۱۳۸۰).

نتایج

شاخص‌های توصیفی مربوط به انواع باورهای غیر منطقی و سبک‌های دفاعی در جدول شماره ۱ ارائه شده است. مطابق داده‌های این جدول، میانگین نمره بیماران قلبی در زیر مقیاس‌های تأیید و حمایت دیگران، تمایل به سرزنش از خود، اجتناب از مسائل بالاتر از افراد سالم است و در زیر مقیاس‌های انتظار بالا از خود، واکنش به ناکامی، بی مسئولیتی عاطفی، دل مشغولی زیاد، وابستگی، ناامیدی نسبت به تغییر و کمال‌گرایی پایین‌تر از گروه سالم است. با توجه به میانگین و انحراف معیار نمرات سبک‌های دفاعی، میانگین هر سه سبک دفاعی رشدنا یافته، رشدیافته و نورو تیک در افراد دارای بیماری قلبی بالاتر از افراد سالم است.

سرزنش کردن خود، ۴) واکنش به ناکامی، ۵) بی مسئولیتی هیجانی، ۶) توجه مضطربانه، ۷) اجتناب از مشکل، ۸) وابستگی، ۹) درماندگی برای تغییر، ۱۰) کمال‌گرایی است. هر مؤلفه دارای ۱۰ سؤال می‌باشد و یکی از باورهای غیر منطقی را می‌سنجد. درجه‌بندی پرسش‌ها بر پایه مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت بوده و آزمودنی میزان موافقت یا مخالفت خود را با توجه به درجات مشخص می‌کند. حداکثر نمره باورهای غیر منطقی برای کل آزمون ۵۰۰ نمره، برای هر یک از عوامل ده‌گانه خرده آزمون ۵۰ نمره و داشتن نمره پایین نشانه تفکر منطقی است (صادق، ۱۳۸۳). جونز (به نقل از زارعی دوست و همکاران، ۱۳۸۶) پایایی کل آزمون به روش بازآزمایی را برابر ۰/۹۲ گزارش کرده و پایایی خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ بوده است. در ایران تقی‌پور (۱۳۷۷) آزمون را روی گروهی دانشجوی اجرا کرد که پایایی کل آزمون ۰/۷۱ به دست آمده است.

۲. پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ): این

پرسشنامه براساس الگوی سلسله مراتبی دفاع‌ها توسط آندروز و همکاران در سال ۱۹۹۳ (به نقل از سینها^۲ و واتسون^۳، ۲۰۰۴) تدوین گردید که شامل ۴۰ سؤال در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است و ۲۰ مکانیزم دفاعی را در سه سطح رشد یافته، رشد نایافته و نورو تیک مورد ارزیابی قرار می‌دهد (سینها و واتسون، ۲۰۰۴). ضریب

1. Defense Styles Questionnaire
2. Sinha
3. Watson

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی و سبک‌های دفاعی در بیماران کرونر قلبی و افراد سالم

بیمار سالم	بیمار سالم	بیمار سالم	بیمار سالم	بیمار سالم	بیمار سالم	
تعداد	انحراف معیار	تعداد	انحراف معیار	تعداد	انحراف معیار	میانگین
۲۴۰	۲۳۸	۴/۱۲۷	۵/۰۳۴	۲۸/۳۸	۳۰/۳۵	تأیید و حمایت دیگران
۲۴۰	۲۳۸	۴/۳۳۶	۴/۵۷۵	۳۰/۶۰	۳۰/۲۵	انتظار بالا از خود
۲۴۰	۲۳۸	۴/۶۸۴	۵/۹۷۷	۲۹/۴۵	۲۹/۸۳	تمایل به سرزنش از خود
۲۴۰	۲۳۸	۴/۴۷۶	۵/۶۲۸	۲۸/۸۸	۲۶/۵۶	واکنش به ناکامی
۲۴۰	۲۳۸	۴/۵۶۲	۴/۸۱۸	۲۷/۰۸	۲۶/۰۵	بی مسئولیتی عاطفی
۲۴۰	۲۳۸	۵/۲۹۹	۵/۵۴۲	۳۲/۶۴	۳۲/۲۰	دل مشغولی زیاد
۲۴۰	۲۳۸	۴/۲۶۵	۴/۲۳۰	۲۳/۶۳	۲۴/۲۸	اجتناب از مسائل
۲۴۰	۲۳۸	۴/۶۲۸	۴/۶۹۴	۳۰/۳۳	۲۹/۵۳	وابستگی
۲۴۰	۲۳۸	۵/۱۰۵	۵/۵۱۶	۳۱/۶۲	۳۱/۲۴	ناامیدی نسبت به تغییر
۲۴۰	۲۳۸	۳/۷۱۲	۲/۷۳۴	۲۸/۳۵	۲۶/۵۲	کمال گرایی
۲۴۰	۲۳۸	۲۲/۴۴	۲۳/۸۸	۱۱۲/۲۷	۱۱۸/۳۰	سبک دفاعی رشد نیافته
۲۴۰	۲۳۸	۹/۷۹	۲۱/۸۵	۴۵/۳۲	۴۹/۸۵	سبک دفاعی رشد یافته
۲۴۰	۲۳۸	۹/۵۸	۹/۳۴	۴۶/۰۸	۴۸/۹۷	سبک دفاعی نوروپیک

برای سنجش این مسأله که بیماران قلبی در کدام یک از زیر مقیاس‌های باورهای غیر منطقی از گروه سالم متفاوتند، تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) انجام شد که نتایج مربوط به آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره MANOVA بر روی زیر مقیاس‌های باورهای غیر منطقی در گروه‌های پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلایی	۰/۲۲۷	۱۳/۷۳	۱۰	۴۶۷	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۷۷۳	۱۳/۷۳	۱۰	۴۶۷	۰/۰۰۰۱
اثر هوتلینگ	۰/۲۹۴	۱۳/۷۳	۱۰	۴۶۷	۰/۰۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۲۹۴	۱۳/۷۳	۱۰	۴۶۷	۰/۰۰۰۱

این شاخص‌ها نشان می‌دهد که دو گروه دست کم در یکی از زیر مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی با هم متفاوت هستند. سپس برای پاسخ به این پرسش پژوهش که از میان زیر مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی کدام یک می-

توانند درصد معنی‌داری از تفاوت را در بین دو گروه بیماران قلبی و افراد عادی پیش‌بینی کنند، روش تحلیل واریانس یک راهه در متن MANOVA به کار برده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک راهه در متن MANOVA بر روی زیر مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی در گروه‌های پژوهش

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
تأیید و حمایت دیگران	۴۶۳/۵۵	۱	۴۶۳/۵۵	۲۱/۸۹	۰/۰۰۰۱
انتظار بالا از خود	۱۴/۴۶	۱	۱۴/۴۶	۰/۷۲۸	۰/۳۹۴
تمایل به سرزنش خود	۱۷/۰۵	۱	۱۷/۰۵	۰/۵۹۲	۰/۴۴۲
واکنش به ناکامی	۴۶۳/۳۷	۱	۴۶۳/۳۷	۲۴/۹۱۰	۰/۰۰۰۱
بی مسئولیتی عاطفی	۱۲۶/۴۵	۱	۱۲۶/۴۵	۵/۷۴۶	۰/۰۱۷
دل مشغولی زیاد	۲۲/۶۹	۱	۲۲/۶۹	۰/۷۷۲	۰/۳۸۰
اجتناب از مسائل	۵۱/۵۰	۱	۵۱/۵۰	۲/۸۸۵	۰/۰۹۲
وابستگی	۷۵/۶۳	۱	۷۵/۶۳	۳/۴۸۲	۰/۰۶۳
نامیدی به تغییر	۱۶/۹۹	۱	۱۶/۹۹	۰/۶۰۲	۰/۴۳۸
کمال‌گرایی	۳۹۷/۹۲	۱	۳۹۷/۹۲	۳۷/۴۰۶	۰/۰۰۰۱

برای بررسی اینکه آیا بین دو گروه بیمار و سالم در خرده مقیاس‌های سبک‌های دفاعی تفاوت معنادار وجود دارد یا خیر از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد، که خلاصه نتایج مربوط به آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری MANOVA بر روی سبک‌های دفاعی در گروه‌های پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۰/۰۴۱	۶/۸۲	۳	۴۷۴	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۹۵۹	۶/۸۲	۳	۴۷۴	۰/۰۰۰۱
اثر هوتلینگ	۰/۰۴۳	۶/۸۲	۳	۴۷۴	۰/۰۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۰۴۳	۶/۸۲	۳	۴۷۴	۰/۰۰۰۱

که از میان سبک‌های دفاعی کدام یک می‌توانند درصد معنی‌داری از تفاوت را در بین دو گروه بیماران قلبی و افراد عادی پیش‌بینی کنند، روش تحلیل واریانس یک راهه در متن MANOVA به کار برده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه‌های مورد پژوهش از لحاظ سبک‌های دفاعی در سطح $p < 0.05$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرها (سبک‌های دفاعی) بین گروه‌های بیمار و سالم تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای پاسخ به این پرسش پژوهش

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک راهه در متن MANOVA بر روی انواع سبک‌های دفاعی در گروه‌های پژوهش

سبک‌های دفاعی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
رشدنیافته	۴۳۴۱/۴۲	۱	۴۳۴۱/۴۲	۸/۰۸۷	۰/۰۰۵
رشدیافته	۲۴۵۴/۴۴	۱	۲۴۵۴/۴۴	۸/۵۸۴	۰/۰۰۴
نوروتیک	۹۹۶/۱۳	۱	۹۹۶/۱۳	۱۱/۱۱۴	۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که با نتایجی که برای تأیید و حمایت دیگران ($F=21/89$)، می‌توان بیان کرد که میانگین باور غیرمنطقی تأیید و حمایت دیگران در گروه بیمار به صورت معناداری بیشتر از گروه سالم است. اما با نتایجی که برای واکنش به ناکامی ($F=24/910$)، بی مسئولیتی عاطفی ($F=5/746$)، کمال‌گرایی ($F=37/406$)، $P=0/0001$ به دست آمد، می‌توان بیان کرد که میانگین باورهای غیر منطقی واکنش به ناکامی، بی مسئولیتی عاطفی، کمال‌گرایی در گروه سالم به صورت معناداری بیشتر از گروه بیمار است و از لحاظ آماری در سطح $P<0/05$ معنی‌دار است (جدول ۱). اما با نتایجی که در باورهای انتظار بالا از خود ($F=0/728$ ، $P=0/394$)، تمایل به سرزنش خود ($F=0/592$ ، $P=0/442$)، دل‌مشغولی زیاد ($F=0/772$ ، $P=0/380$)، اجتناب از مسائل ($F=2/885$ ، $P=0/09$)، وابستگی ($F=3/482$)، $P=0/063$ و ناامیدی به تغییر ($F=0/602$)، $P=0/438$ به دست آمد می‌توان بیان کرد که بین گروه‌های افراد سالم و بیمار در باورهای انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش خود، دل‌مشغولی زیاد، اجتناب از مسائل وابستگی، ناامیدی به تغییر تفاوت معناداری وجود ندارد. طبق جدول ۵ با نتایجی که برای سبک دفاعی رشد نیافته ($F=8/087$)،

سبک دفاعی رشدیافته ($P=0/005$)، سبک دفاعی رشدیافته و سبک دفاعی نوروتیک ($F=11/14$ ، $P=0/001$) به دست آمد می‌توان گفت که میانگین هر سه سبک دفاعی رشدنیافته، رشدیافته و نوروتیک به صورت معناداری در گروه بیمار بیشتر از گروه سالم است.

بحث و نتیجه‌گیری

داده‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت بین برخی از انواع باورهای غیرمنطقی در بین بیماران قلبی و افراد عادی معنادار است. جزئیات پژوهش نشان می‌دهد که میانگین باور غیرمنطقی تأیید و حمایت دیگران در گروه بیمار به صورت معناداری بیشتر از گروه سالم است. یافته‌های پژوهش ضمن اینکه با نتایج (وایلد، ۲۰۰۴؛ دی و همکاران، ۲۰۰۵؛ هریس و درایدن، ۲۰۰۶؛ دی لورنزو و همکاران، ۲۰۰۷؛ ساوا، ۲۰۰۹)، همسو است، این باور غیرمنطقی می‌تواند به دلایل گوناگونی برای انسان مشکلاتی فراهم کند. چنین هدفی غیرقابل دسترسی است و اگر فردی در پی چنین خواسته‌ای باشد؛ کمتر خود رهبر و بیشتر ناامن و مضطرب و ناقص نفس

خویش خواهد بود. برای مثال، چون شخص نمی‌داند که آیا خواهد توانست مورد تأیید قرار گیرد یا نه، دچار ناراحتی و نگرانی می‌شود (تقی‌پور، ۱۳۷۷). اما این یافته مؤید رابطه علت و معلولی بین باورهای غیرمنطقی و بیماری قلبی نیست. به عبارت دیگر هر دو متغیر ممکن است، معلول عامل دیگری باشند. اما با نتایجی که برای واکنش به ناکامی، بی مسئولیتی عاطفی، کمال-گرایی به دست آمد، می‌توان بیان کرد که میانگین باورهای غیرمنطقی واکنش به ناکامی، بی مسئولیتی عاطفی، کمال‌گرایی در گروه سالم به صورت معنی‌داری بیشتر از گروه بیمار است. یافته‌های پژوهش ضمن اینکه با نتایج پژوهش‌های قبلی از جمله وایلد (۲۰۰۴)؛ دی و همکاران (۲۰۰۵)؛ هریس و درایدن (۲۰۰۶)؛ دی لورنزو و همکاران (۲۰۰۷) همسو است، در عین حال تأییدی بر نظریه‌های شناختی و خصوصاً نظریه آلیس است که معتقد است واکنش‌های هیجانی پایدار ناشی از جمله‌های درونی است که فرد برای خودش تکرار می‌کند، این گفتگو با خود، گاهی بیانگر خصومت‌های ناگفته - باورهای نامعقول - درباره چیزهای لازم برای پیشبرد زندگی معنادار است. در تبیین نتایج به دست آمده در گروه سالم، در خصوص همراهان می‌توان این نتیجه را گرفت که به دلیل مشکلات بیمار که اغلب از اعضای نزدیک خانواده است، فرد همراه از لحاظ روانی در شرایط مساعدی نبوده و مشکلات حاصل از بیماری یکی از

اعضای خانواده و به هم ریختگی شرایط عادی زندگی و اعتقاد به این که راه حل تمام این مشکلات در بهبود کامل فرد بیمار است، از جمله دلایل وجود باورهای غیر منطقی در این افراد است. همچنین از آنجایی که رابطه علت و معلولی بین باورهای غیرمنطقی و بیماری قلبی مشخص نیست، بالا بودن برخی میانگین‌ها در زیرمقیاس‌های باورهای غیرمنطقی در افراد سالم می‌تواند مستعد کننده افراد برای وجود مشکلات قلبی در آینده باشد. درخصوص پرسنل بیمارستان نیز، طبق بررسی‌های دقیق کاملاً واضح است، پرستاری از جمله مشاغل است که به دلیل سختی آن از زمان شروع به تحصیل تا زمان بازنشستگی فراز و نشیب‌های متعددی دارد. نوبت‌های کاری طولانی، بیش از یک نوبت کاری کارکنان، اضافه کاری‌های خواسته و ناخواسته، همگی از جمله مواردی است که بر رضایت شغلی پرستاران تأثیر می‌گذارد (اقتداری، ۱۳۸۰). از این رو جو محیطی حاکم بر شرایط شغلی این افراد می‌تواند توجیه منطقی درخصوص وجود برخی از زیر مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی باشد.

در مورد سایر مؤلفه‌های باورهای غیر منطقی (انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش خود، دل‌مشغولی زیاد، اجتناب از مسائل، وابستگی و نا امیدي به تغییر) نیز تفاوت معنی-داری در بین گروه‌ها به دست نیامد. این نتیجه با یافته‌های (هیودی و همکاران، ۱۳۸۶؛ رشیدی و

همکاران، ۱۳۸۹؛ علیزاده صحرائی و همکاران، ۱۳۸۸) ناهمسو است. به عنوان مثال علیزاده صحرائی و همکاران (۱۳۸۸) نشان دادند که بین نمره کل باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن البته به جز مؤلفه کمال‌گرایی که بر خلاف انتظار، رابطه منفی معنی‌دار با کمال‌گرایی منفی داشت.

در تبیین این یافته که چرا مؤلفه‌های دیگر تفاوت معنی‌داری با هیچ یک از گروه‌ها ندارند می‌توان به منطقه و فرهنگ و تعصبات خاص مردم ترک زبان اشاره کرد که باعث تفاوت‌هایی در نتایج این تحقیق با تحقیقات مشابه قبلی شده است.

همچنین با توجه به نتایج، میانگین هر سه سبک دفاعی رشدنیافته، رشدیافته و نوروپیک به صورت معنی‌داری در گروه بیمار بیشتر از گروه سالم است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های (وایلنت، ۲۰۰۰؛ مک‌گریگور و همکاران، ۲۰۰۳؛ دی و همکاران، ۲۰۰۵؛ چالس، ۲۰۰۸؛ مالون و همکاران، ۲۰۱۳) همسو است. در پژوهشی که توسط دی و همکاران (۲۰۰۵) انجام شد، نتایج نشان داد که بیمارانی که افسردگی و اضطراب دارند، هیجانات منفی آنها در بروز بیماری قلبی مؤثر می‌باشد و به اعتقاد بیماران نیز، وضعیت روانی آنان در شکل‌گیری بیماری قلبی تأثیرگذار است. به طور کلی کارکرد مکانیسم‌های دفاعی و واکنش آنها در افراد سالم با افراد غیرسالم متفاوت است. در شخص سالم، مکانیسم‌های دفاعی نسبتاً موفق‌اند، اما در فرد ناسالم، مکانیسم‌ها در عملکرد خود با شکست مواجه می‌شوند و در برخی اختلالات مانند نوروها

بسیار قوی و شدید هستند. هنگامی که دفاع‌ها برای کنترل اضطراب کافی نیستند، علائم مرضی پدیدار می‌شود و شدت می‌یابد. تفاوت دیگری که بین دفاع‌های سالم و ناسالم وجود دارد، این است که بعضی دفاع‌ها وقتی به مقدار زیاد مورد استفاده قرار گیرند تأثیرات نامطلوبی را به دنبال دارند (شاملو، ۱۳۸۱). بنابراین مکانیسم‌های دفاعی، شناخت آگاهانه ما را از خود تغییر می‌دهند، آگاهی ما را از تعارض‌هایمان کم می‌کنند و احساسات متعارض با باورهای ما را تحت تأثیر قرار می‌دهند (وایلنت، ۲۰۰۳). از این رو مکانیسم‌های دفاعی خصوصاً مکانیسم‌هایی که رشدنیافته‌ترند، مانعی برای درک واقعیت در فرد می‌شود و امکان دفاع منطقی و مؤثر را از وی سلب می‌کند و ظرفیت بینشی و خود اکتشافی فرد را کاهش می‌دهند. در تبیین نتایج به دست آمده در گروه بیمار که در آن هر سه سبک دفاعی به طور معناداری بالاتر از افراد سالم است، می‌تواند با این نتیجه تبیین شود که بعضی دفاع‌ها وقتی به مقدار زیاد مورد استفاده قرار گیرند، تأثیرات نامطلوبی را به دنبال دارند (شاملو، ۱۳۸۱) و استفاده فزاینده از هر سه نوع سبک دفاعی می‌تواند عاملی در بروز مشکلات روان‌شناختی و بیماری‌های جسمی، از جمله بیماری‌های کرونر قلب باشد. نتایج حاصل از تفاوت معنی‌دار سبک‌های دفاعی، می‌تواند در تبیین وجود فقط یک باور غیرمنطقی تأیید و حمایت دیگران در بیماران قلبی، کمک‌کننده باشد. از آنجایی که باورهای غیرمنطقی و سبک‌های دفاعی هر دو تحریف‌کننده واقعیت هستند،

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های پیشین، نقش سبک‌های دفاعی و انواع باورهای غیرمنطقی در سلامت جسمی، به ویژه در بیماری‌های قلبی آشکار می‌شود. بنابراین علاوه بر مداخلات پزشکی، مداخلات روان‌شناختی ویژه‌ای در زمینه‌هایی چون پیشگیری، درمان و توان‌بخشی، هم برای بیماران قلبی و هم افراد سالم به منظور پیشگیری ضروری است. از محدودیت‌های این تحقیق استفاده از ابزارهای خود گزارشی برای اندازه‌گیری متغیرهاست که احتمال دارد پاسخ‌های غیر دقیق در افراد برانگیزد. همچنین انتخاب همراهان و پرسنل بیمارستان به عنوان گروه مقایسه از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش بوده است. لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، علاوه بر کنترل این موضوع، به دلیل شیوع بالای بیماری‌های قلبی، عروقی این بیماری در رابطه با متغیرهای روان‌شناختی دیگر هم با گروه‌های مقایسه‌ای که از جمعیت عمومی به طور تصادفی انتخاب می‌شوند مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری: از پرسنل بیمارستان شهید مدنی تبریز و همه بیماران و همراهانی که در امر تحقیق یاریگر بودند، کمال تشکر و سپاس را داریم.

شاید بیماران قلبی به دلیل استفاده از هر سه نوع سبک دفاعی به منظور کاهش اضطراب، احتیاج کمتری به استفاده از باورهای غیرمنطقی احساس می‌کنند.

در تبیین مقایسه انواع باورهای غیرمنطقی در بین بیماران کرونر قلب و افراد عادی می‌توان گفت که یکی از شروط لازم برای دستیابی به سلامت عمومی، برخورداری از یک سلسله باورها و شناخت‌های سالم، منطقی و مثبت است (جزایری و همکاران، ۱۳۸۶). همچنین وضعیت روانی و ویژگی‌های شخصیتی فرد مبتلا به بیماری قلبی می‌تواند وی را آماده ابتلا به بیماری‌های دیگر کند. به طور مثال نتایج بررسی محققان علوم پزشکی در هلند نشان داد، اختلال و نشانه‌های افسردگی خطر بروز سکتته‌های مغزی را در مبتلایان به بیماری قلبی به تعداد دو برابر افزایش می‌دهد (خیلان، سیدهو، آکسیوتیس^۳، ۲۰۰۹). بنابراین رفته‌رفته بیشتر واضح و روشن می‌شود متغیرهای روانی به صورت جدی در بیماری‌های جسمانی مثل بیماری کرونری قلبی (هم در آغاز آن و هم در تمام دوره‌ها) به طور معنی‌داری تأثیرگذار است (تاکاشی^۴ و فوکونشی^۵، ۱۹۹۷) و به منظور اجرای مداخلات درمانی مؤثر باید سلامت روانی افراد را نیز مدنظر قرار داد.

1. Khilan
2. Sidhu
3. Axiotis
4. Takashi
5. Fukunishi

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ تقی پور، مریم؛ نریمانی، محمد (۱۳۹۱). «ارتباط تیپ شخصیتی D، خود - دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی». فصلنامه روانشناسی سلامت، (۱). ۲۰-۵.
- اقتداری، آ (۱۳۸۴). سازمان و مدیریت. تهران: انتشارات مولوی.
- بشارت، محمدعلی؛ شریفی، ماندانا؛ ایروانی، محمد (۱۳۸۰). «بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی». مجله روانشناسی، (۳) ۲۸۹-۲۷۷.
- پروچسکا، جیمز او؛ نورکراس، جان سی (۱۹۹۹). نظریه‌های روان درمانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات رشد.
- تقی پور، م (۱۳۷۷). «باورهای غیرمنطقی و آشفتگی - های روانی»، بهداشت جهان، ۳ (۱۲).
- جزایری، رضوان‌السادات، فاتحی‌زاده، مریم؛ عابدی، محمدرضا و همکاران (۱۳۸۶). «مقایسه رابطه باورهای ارتباط زناشویی و سلامت عمومی بین دو استان اصفهان و آذربایجان غربی». فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۱ (۵ و ۴). ۴۵۹-۴۴۵.
- رشیدی، فرنگیس؛ قدسی، اختر؛ شفیق‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۹). «نقش باورهای غیرمنطقی بر سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران». فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی، ۵ (۲). ۶۵-۴۹.
- زارع، مهدی؛ شفیق‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۶). «مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی، عقلانی، عاطفی، رفتاری، و روش مشاوره روان‌نمایشگری در افزایش سلامت عمومی و ابرازگری هیجانی مراجعان زن». مجله علمی پژوهشی مطالعات زنان، ۱ (۲).
- زارعی دوست، الهام؛ عاطف وحید، کاظم؛ بیان‌زاده، اکبر؛ بیرشک، بهروز (۱۳۸۶). «مقایسه منبع کنترل، شیوه‌های مقابله و باورهای غیرمنطقی در زنان عادی و روسپی شهر تهران». مجله روان-پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، (۳). ۲۷۹-۲۷۲.
- ساراسون، ای. جی؛ ساراسون، بی. آر (۱۳۸۱). روانشناسی مرضی. ترجمه: بهمن نجاریان و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- سارافینو و ادوارد (۱۳۸۷). روانشناسی سلامت. ترجمه: شفیعی و گروهی از مترجمان. تهران: انتشارات رشد.
- سماوات، طاهره؛ حجت‌زاده، عالیه (۱۳۸۴). دانستنی‌هایی دربارهٔ حمله قلبی و سکته مغزی. وزارت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مدیریت بیماری‌ها، تهران: نشر صدا.
- شاملو، سعید (۱۳۸۱). آسیب‌شناسی روانی. تهران: انتشارات رشد.
- صادق، یعقوب (۱۳۸۳). «بررسی رابطه باورهای غیر منطقی با بهداشت روانی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دورهٔ متوسطه (دختر و پسر) مشکین شهر». پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات.
- علی‌زاده صحرائی، ام‌هانی؛ خسروی، زهرا؛ بشارت، محمدعلی (۱۳۸۸). «رابطه باورهای غیرمنطقی با کمال‌گرایی مثبت و منفی در دانش‌آموزان شهرستان نوشهر». مطالعات روان‌شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء. ۶ (۱).
- هیودی، بهروز؛ میرزمانی، سیدمحمود؛ بهرامی، هادی؛ صالحی، مسعود (۱۳۸۶). «مقایسه باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند معلول ذهنی شدید یا عمیق با مادران دارای فرزند عادی». توانبخشی، ۸ (۴). ۸۰-۷۵.

- Andrews, G., Singh, M., and Bond, M. (1993). "The defense style questionnaire". *Journal of Nervous and mental Disease*. 181(4): 246-56.
- Calvete, E.; Lolga, C. (2002). "Self-Talk in Adolescents: Dimensions, States of Mind, and Psychological Maladjustment". *Journal of cognitive therapy and research*, (4): 473-492.
- Chales, S. T.; Gatz, M.; Kato, K.; Pederson, N. L. (2008). "Physical health 25 year later: The predictive ability of neuroticism". *Journal of Health Psychology*. 27(3): 369-378.
- Cooper, A. (1998). *Further developments in the clinical diagnosis of narcissistic personality disorder*. In E. Ronningstam (Ed). Washington, DC: American psychiatricpress. Inc. pp.53-74.
- Day. R. C.; Freedland, K. E.; Carney, R. M. (2005). "Effects of anxiety and depression on heart disease attributions". *International journal of behavioral. Medicine*, 12 (1). 24-29.
- Denollet, J.; Pederson, S. S.; Vrints, C. J.; Conraads, V. M. (2006). "Usefulness of Type-D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease". *Am J cardiol*, (97).
- Dilorenzo, T. A.; David, D. & Montgomery. (2007). "The interrelations between irrational cognitive processes and distress in stressful academic settings". *Personality and Individual differences*. (42): 766-776.
- Domino, G.; Short, J.; Evans, A. & Romano, P. (2002). "Creativity and ego defense mechanis: some exploratory empirical evidence". *Creativity Research Journal*. (14):17-25.
- Ellis, A. (1995). "Changing rational-emotive Therapy (RET) to rational emotive behavior Theray (REBT)". *Journal of Rational-Emotive and cognitive behavioral Therapy psychotherapy*. (13): 85-89.
- Ellis, Albert. (1970). *Rational-Emotive Therapy in Four Psychotherapies*. edited by R. Corsini. PP. 167-206. Itasea, III: peacock.
- Frasure-smith, N.; Lesperance, F.; Gravel, G.; Masson, A.; Juneau, M.; Talajic, M. et al. (2000). "Social support ,depression and morality during the first year after my ocardial infarction". *Circulation*. 101 (7):1919-24.
- Grossarth-Maticek, R. (1980). "Psychosocial predictors of cancer and internal diseases: an overview". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 33: 122° 128.
- Hamid, N. (2006). *The study of correlation between personality trait and coronary heart diseases*. Ahvaz Jondy Univ. 6(2): 41-35.
- Hamidi, F.; Shirazi Motlagh. (2010). "Comparison of Irrational Beliefs and Defense Mechanisms in Patients with Obsessive Compulsive Disorder and Normal Individuals". *procedia social and behavioral sciences*. (5): 1520-1524.
- Harris, S.; Dryden, W. (2006). "An Experimental Test Up a Core REBT Hypothesis". *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*. 24(2).
- Kaplan H. I.; Sadock. B. J.; Grebb, J. A. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. 7th ed. Baltimore: Williams &Wilkins.
- Khillan, R.; Sidhu, G. S.; Axiotis, C. (2009). "Role of fine needle aspiration (FNA) cytology in assessment of cervical lymphadenopathy". *J Clin Oncol*, 27(15): e19525.
- Kubzansky, L. D.; Kawachi, I.; Weiss, S.;

- Sparrow, D. (2002). "Anxiety and coronary death among woman". *American Journal of Epidemiology*, 135 (8):854-864.
- Macgregor, M. W.; Davidson, K. W.; Barksdale, C.; Black, S.; Maclean, D. (2003). "Adaptive defense use and resting blood pressure in a population-based sample". *Journal of Psychosomatic Research*. 55:531-541.
- Malone, J. C.; Cohen, Sh.; Liu, S. R.; Vaillant, G. E.; Waldinger, R. J. (2013). "Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health". *Personality and Individual Differences*.
- Moller, A.; Rabe, H. M.; Nortje, C. (2000). "Dysfunctional Beliefs and Marital Conflict in Distressed and Nondistressed Married Individuals". *Journal of Rational Emotive & Cognitive Behavior Therapy*. 19(4).
- Nabi, H. Hall, M.; Koskenvuo, M.; Singh-Manoux, A.; Oksanen, T.; Suominen, S.; et al. (2010). "Psychological and somatic symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: the health and social support prospective cohort study". *Biol Psychiatry*. 67,4, 378-385.
- Robinson, M. D. & Clore, G. L. (2002). "Belief and Feeling: Evidence for an Accessibility Model of Emotional Self Report". *Psychological bulletin*. 128:934-960.
- Rozanski, A.; Blumenthal, J. A.; Davidson, K. W.; Saab, P. G.; Kubzansky, L. (2005). "The epidemiology, pathophysiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice". *J Am Coll*, 45(4): 637-51.
- Sava, F. A. (2009). "Maladaptive Schemas, Irrational Beliefs, And Their Relationship With The Five-Factor Personality Model". *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*. 9(2): 135-147.
- Sinha, B. K.; Watson, D. C. (2004). "Personality disorder clusters and the defense style Questionnaire". *psychology and psychotherapy*. 77:55-66.
- Takashi, H.; Fukunishi, I. (1997). "Development of a Type C inventory: cross-cultural applications". *J Psychiatr Behav Sci*. 42(2):73-6.
- Vaillant, G. (2000). "Adaptive mental mechanisms: The role in a positive psychology". *American psychologist*. 5(1): 89-98.
- Vaillant, G. E. (2003). "Mental health". *American Journal of Psychiatry*, 160:1373° 84.
- Wild, J. (2004). "Relationship between Cognitive Distortions and Anger". *The Rational Emotive Behavioral Therapists*. 11(1).