

October–November 2023, Volume 12, Issue 5

Comparison of Anxiety Sensitivity, Defense Styles and Ego Strength in Patients with Stroke of Educational and Treatment of Valiasr in Zanjan City and Healthy People in Zanjan

Mahroo Ohadi¹, Afsaneh Sobhi^{2*}

1- Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Arts, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

2- PhD in Health Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Arts, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

Corresponding author: Afsaneh Sobhi, PhD in Health Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Arts, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

Email: psychsobhi@gmail.com

Received: 26 July 2021

Accepted: 4 May 2023

Abstract

Introduction: Stroke is the second leading cause of death in the world. The aim of this study was to compare anxiety sensitivity, defense styles and ego strength in patients with stroke of Educational and Treatment of Valiasr in Zanjan city and healthy people in Zanjan.

Methods: The current research is descriptive-comparative. The statistical population of this research included stroke patients hospitalized in the Stroke Care Unit and Neurological Department of Educational and Treatment of Valiasr and healthy people in Zanjan city in 2019. In the present study, 280 people (140 people with stroke and 140 healthy people) were included in the study by non-random and convenience sampling method, with homogenization of age, gender and marital status. Data collection instruments included demographic questionnaire, "Anxiety Sensitivity Index", "Defense Style Questionnaire" and "Ego Strength Scale". The validity of "Anxiety Sensitivity Index" and "Defense Style Questionnaire" were sufficient for previous studies. For "Ego Capability Scale", the content validity index was evaluated by Waltz & Bausell method. The reliability of "Anxiety Sensitivity Index" and "Defense Style Questionnaire" were calculated by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient and "Ego Empowerment Scale" was calculated by Kuder-Richardson method. Data analysis was performed in SPSS.24.

Results: The two groups (patient and healthy) differ in terms of the components of "anxiety sensitivity index" with a significant level of value ($P < 0.01$) and stroke patients have a higher mean. In the "Defense Style Questionnaire", stroke patients with a significant level of level ($P < 0.01$) had a higher mean than healthy individuals in all three styles of development: immature, immature and neurotic. Also, the mean ego power in patients with stroke and healthy individuals did not differ significantly and both groups were moderate.

Conclusions: Anxiety sensitivity, defense styles were significantly different between the two groups of stroke patients and healthy individuals, and stroke patients had a higher mean, but in terms of ego strength, both groups were moderate. It is suggested that psychological interventions be used to prevent the consequences of this disease.

Keywords: Stroke, Defensive Mechanisms, Anxiety Sensitivity, Ego Strength.

مقایسه حساسیت اضطرابی، سبک‌های دفاعی و قدرت ایگو در بیماران مبتلا به سکتة مغزی مرکز آموزشی و درمانی حضرت ولیعصر (عج) و افراد سالم شهرستان زنجان

مه‌روا وحیدی^۱، افسانه صبحی^{۲*}

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و هنر، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.
۲- دکتری روانشناسی سلامت، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و هنر، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

نویسنده مسئول: افسانه صبحی، دکتری روانشناسی سلامت، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و هنر، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

ایمیل: psychsobhi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۵/۴

چکیده

مقدمه: سکتة مغزی به عنوان دومین علت مرگ در جهان بسیار حائز اهمیت است. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه حساسیت اضطرابی، سبک‌های دفاعی و قدرت ایگو در بیماران مبتلا به سکتة مغزی مرکز آموزشی و درمانی حضرت ولیعصر (عج) و افراد سالم شهرستان زنجان است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به سکتة مغزی بستری در بخش مراقبت سکتة مغزی و بخش اعصاب مرکز آموزشی و درمانی حضرت ولیعصر (عج) و افراد سالم شهرستان زنجان در سال ۱۳۹۹ بودند. در پژوهش حاضر ۲۸۰ تن (۱۴۰ تن از بیماران مبتلا به سکتة مغزی و ۱۴۰ تن افراد سالم) به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و در دسترس و با همگن‌سازی سن، جنسیت و وضعیت تأهل وارد پژوهش شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه جمعیت‌شناختی، "شاخص حساسیت اضطرابی" (Anxiety Sensitivity Index)، "پرسشنامه سبک دفاعی" (Defense Style Questionnaire) و "مقیاس قدرت ایگو" (Ego Strength Scale) بود. روایی "شاخص حساسیت اضطرابی" و "پرسشنامه سبک دفاعی" به پژوهش‌های پیشین اکتفا شد و برای "مقیاس قدرت ایگو" شاخص روایی محتوایی به روش Waltz & Bausell محاسبه و تایید شد. پایایی "شاخص حساسیت اضطرابی" و "پرسشنامه سبک دفاعی" به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ و "مقیاس قدرت ایگو" به روش محاسبه کورد-ریچاردسون، محاسبه شد. تحلیل داده‌ها، در نرم‌افزار آماری اس‌پی‌اس نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها: ۲ گروه (بیمار و سالم) از نظر مؤلفه‌های "شاخص حساسیت اضطرابی" با مقدار احتمال ($P < 0/01$) با یکدیگر متفاوت بوده و بیماران سکتة مغزی دارای میانگین بالاتری می‌باشند. در "پرسشنامه سبک دفاعی" نیز بیماران سکتة مغزی با مقدار احتمال ($P < 0/01$) میانگین بالاتر از افراد سالم در هر ۳ سبک دفاعی رشد یافته، رشد نایافته و روان‌رنجور بودند. همچنین میانگین قدرت ایگو در بیماران مبتلا به سکتة مغزی و افراد سالم با مقدار اختلاف چندانی نداشت و هر ۲ گروه (بیمار و سالم) در سطح متوسط بودند.

نتیجه‌گیری: حساسیت اضطرابی، سبک‌های دفاعی در بین ۲ گروه بیماران مبتلا به سکتة مغزی و افراد سالم تفاوت معنادار وجود داشته و بیماران سکتة مغزی دارای میانگین بالاتری بودند، ولی در خصوص قدرت ایگو هر ۲ گروه در سطح متوسط بودند. پیشنهاد می‌گردد مداخلات روانشناسی بکار گرفته شود تا از عواقب این بیماری پیشگیری گردد.

کلیدواژه‌ها: سکتة مغزی، سبک‌های دفاعی، حساسیت اضطرابی، قدرت ایگو.

مقدمه

سکته مغزی (stroke) یا بعبارت بهتر، حوادث مغزی-عروقی (cerebrovascular accident)، در کل دنیا بعنوان دومین علت مرگ، اولین علت از کارافتادگی و در کشورهای پیشرفته، سومین علت مرگ محسوب می‌گردد (۱). سکته مغزی یک شرایط بحرانی است که با قطع جریان خون رسانی به مغز اتفاق می‌افتد. بسته شدن یا پاره شدن یک شریان مغزی که موجب بروز علائمی مثل فلج نیمه بدن، اختلال تکلم و اختلال در راه رفتن می‌شود. بعبارت دیگر، سکته مغزی زمانی اتفاق می‌افتد که یک رگ خونی در مغز مسدود یا پاره شود (۲). براساس آمار سازمان جهانی بهداشت به طور متوسط ۱۰ تا ۱۵ درصد افرادی که به سکته های مغزی مبتلا می‌شوند در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند و ۶۰ تا ۷۰ درصد بیماران با درمان مناسب می‌توانند زندگی مستقل داشته باشند (۳). فرد دچار سکته مغزی، ممکن است توانایی تکلم را از دست داده و دچار مشکلات حافظه یا فلج شدگی یک طرف بدن گردد (۴).

نتایج پژوهش‌ها در این راستا حاکیست که توجه به مسائل روانشناختی می‌تواند سهم بسزایی در ارتقا سلامت جسمی و روانی بیماران مبتلا به سکته مغزی داشته باشد (۵-۹). در خصوص رابطه بین سکته مغزی و اضطراب پژوهش‌های متعددی از جمله: Rafsten و همکاران (۸)، Schöttke & Giabbiconi (۹) و فرزین راد و همکاران (۱۰) انجام شده است. نتایج پژوهش فرزین راد و همکاران (۱۰) که به ارزیابی اختلالات روانی در بیماران سکته مغزی بستری در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) پرداختند، نشان داد به ترتیب افسردگی، اضطراب و پرخاشگری شایع ترین اختلالات روانی بعد از سکته مغزی بوده است. همچنین، نتایج پژوهش Rafsten و همکاران (۸) نشان داد، اضطراب در طی یک سال پس از سکته مغزی شایع بوده و از بین هر ۳ تن مبتلا به سکته مغزی یک تن از آن‌ها، اضطراب را تجربه نمودند. بعلاوه، نتایج پژوهش Schöttke & Giabbiconi (۹) حاکیست اضطراب پیش‌بینی کننده، برای سکته مغزی بوده است. بنابراین، نتایج نشان می‌دهد سکته مغزی با اضطراب همبستگی معنادار داشته است. حساسیت اضطرابی (anxiety sensitivity)، یک عامل آسیب‌پذیری مهم در ایجاد و تداوم اختلالات روانی است (۱۱). حساسیت اضطرابی به ترس از احساسات مرتبط با اضطراب

یا نشانه های اضطرابی (anxiety symptoms) اشاره داشته و این نشانه‌ها، پیامدهای با قابلیت آسیب‌زایی جسمانی، روانشناختی و اجتماعی دارند. حساسیت اضطرابی به عنوان یک متغیر شناختی، نشان‌دهنده تفاوت‌های فردی است که به وسیله ترس از احساسات اضطرابی مشخص می‌شود و نشان‌دهنده گرایش به فاجعه‌نمایی است (۱۲). از سوی دیگر، با بررسی سبک‌های دفاعی (defense styles)، مشخص می‌شود تفکر انسان همیشه منطقی، مبتنی بر واقعیت، عینی و هدفمند نیست. لذا، سبک‌های دفاعی که وظیفه حفاظت در برابر اضطراب را بر عهده دارند، تحت تأثیر سیستم‌های مختلف مغزی/رفتاری، ممکن است کارکرد بهنجار یا نابهنجار داشته باشند (۱۳). سبک‌های دفاعی راهبردهای روانشناختی هستند که به طور ناخودآگاه برای محافظت از فرد در برابر اضطراب ناشی از افکار و یا احساسات غیرقابل قبول بکار گرفته می‌شوند. این سبک‌ها کمک می‌کند تا فرد با شرایط سازگار شده و نوعی آرامش در فرد ایجاد شود، اما به کارگیری مداوم و پیاپی آن‌ها فرد را از واقعیت‌های موجود زندگی دور می‌کند (۱۴). توسل به سبک‌های دفاعی تقریباً برای همه افراد پیش می‌آید و هر شخص در زندگی خود به نحوی شکست‌ها، نگرانی‌ها و اضطراب‌های خود را به یاری همین سبک‌ها، ناچیز جلوه می‌دهد. بنابراین، وجود سبک‌های دفاعی برای سازگاری مجدد فرد با محیط خود لازم است. بعبارت دیگر، سبک‌های دفاعی برای حفظ تمامیت شخصیت، ارضاء نیازمندی‌ها، ایجاد سازش بین تمایلات سازگار و مخالف، کاهش فشار و اضطراب حاصل از محرک‌های ناپسند و غیرقابل قبول به کار می‌روند (۱۵). از عوامل تأثیرگذار دیگر بر سلامت روان از دیدگاه روانشناسی، می‌توان به قدرت ایگو (ego strength) اشاره کرد. خود یا ایگو (ego) نقش مهمی را در عملکرد روانشناختی ذهن بر عهده دارد (۱۶). ایگو در مواجهه با تهدیدات درونی و بیرونی سبک‌های دفاعی را بکار می‌گیرد، که این سبک‌ها به منظور کاهش اضطراب، از طریق تغییر مسیر در ادراک واقعیت هستند. ایگو از طریق این فرایندها، تلاش دارد تا اضطراب ناشی از تعارض بین نهاد یا اید (id) و فراخود یا سوپرایگو (superego) را برطرف سازد، اما گاهی تعارض‌های بین این ۲ ساختار شخصیت به قدری شدید هستند که ایگو برای جلوگیری از ورود تکانه‌های ناهشیار (unconscious) به هشیار (conscious)، مقدار زیادی انرژی صرف می‌کند

الی ۵ روز از زمان بستری آن ها گذشته بود، تا بیمار در این زمان بهبودی نسبی خود را بدست آورده باشد و با شرایط و محیط کنونی سازگار شده باشد (با عنایت به نظر پزشک معالج). معیار خروج از پژوهش درمان سرپایی و زبان‌پریشی (aphasia) بود.

داده ها، با ابزارهای زیر جمع آوری شد. پرسشنامه جمعیت شناختی شامل جنسیت، وضعیت تاهل، سن، تحصیلات، وضعیت شغلی و میزان درآمد بود. «شاخص حساسیت اضطرابی» (Anxiety Sensitivity Index) توسط Reiss و همکاران (۲۲) در سال ۱۹۸۶ (محل آن مشخص نشده) طراحی شد. این شاخص، یک ابزار خودگزارش دهی است که دارای ۱۶ عبارت و ۳ مؤلفه ترس از نگرانی های بدنی (fear of physical worries)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (fear of not having cognitive control) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (fear of seeing anxiety by others) می باشد. مؤلفه ترس از نگرانی های بدنی دارای ۸ عبارت ۸-۱؛ ترس از نداشتن کنترل شناختی دارای ۴ عبارت: ۹-۱۲ و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران دارای ۴ عبارت: ۱۳-۱۶ که در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای از خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۵ نمره گذاری می شود. در این ابزار حداقل نمره ۱۶ و حداکثر نمره ۸۰ و نمره ۱۶ تا ۳۲ به معنای حساسیت اضطرابی پایین، ۳۳ تا ۴۸ حساسیت اضطرابی متوسط، ۴۹ تا ۶۴ حساسیت اضطرابی بالا و ۶۵ تا ۸۰ حساسیت اضطرابی خیلی بالا است (۲۲).

Reiss و همکاران (۲۲) روایی «شاخص حساسیت اضطرابی» راسنجیده اند. اما، پایایی را به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی دانشجویان (تعداد و مشخصات ذکر نشده)، سنجیده و بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش نمودند. بعلاوه، ثبات به روش آزمون مجدد به فاصله زمانی ۲ هفته در نمونه های مذکور ۰/۷۵ محاسبه شده است. مرادی منش و همکاران (۱۱) در پژوهش خود روایی سازه را به روش تحلیل عاملی اکتشافی «شاخص حساسیت اضطرابی» را در نمونه ای به تعداد ۶۸۵ تن (۲۸۷ پسر و ۳۹۸ دختر) از دانشجویان دانشگاه شیراز بررسی و ۴ مؤلفه را بدست آوردند. بعلاوه، روایی ملاکی به روش روایی همزمان با «فهرست علایم - ۹۰» (Symptom Check List - 90) انجام شد که ضریب همستگی ۰/۵۶ گزارش شده و ضریب همستگی بین مولفه های «شاخص حساسیت اضطرابی» با نمره

و در نهایت در مقابل تکانه های ناهشیار تضعیف می شود و توانمندی خود را از دست می دهد؛ در نتیجه از سبک های دفاعی بسیار محدودکننده استفاده می کند که منجر به بروز نشانه های آسیب روانی می شود (۱۷).

سکته مغزی دومین علت مرگ (۱) در جهان است و توجه به مسائل روانشناختی می تواند سهم بسزایی در ارتقای سلامت بیماران مبتلا به سکته مغزی و همچنین، پیشگیری از این بیماری، داشته باشد. با بررسی پیشینه پژوهشی انجام شده در این زمینه، پژوهش های متعددی در زمینه اختلالات روانی (از جمله اضطراب) بیماران مبتلا به سکته مغزی همچون شکرگزار و همکاران (۱۸)، علویان و حاجی زاده (۱۹)، ابراهیمی راد و همکاران (۶)، قندهاری و همکاران (۲۰)، Rafsten و همکاران (۸) و Schöttke & Giabbiconi (۹) انجام شده است. همچنین، پژوهش هایی نیز در رابطه با سبک های دفاعی بیماران مبتلا به سکته مغزی انجام شده است (۲۱). اما، پژوهشی که قدرت ایگو را در بیماران مبتلا به سکته مغزی بررسی نماید و همچنین، پژوهشی که حساسیت اضطرابی، سبک های دفاعی و قدرت ایگو را در بیماران مبتلا به سکته مغزی و مقایسه آن در بین افراد سالم انجام شده باشد، یافت نگردید. بر اساس آنچه ذکر شد، به نظر می رسد که متغیرهای روانشناختی مهمی همچون حساسیت اضطرابی، سبک های دفاعی و قدرت ایگو در بیماران مبتلا به سکته مغزی تاثیرگذار باشند. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه حساسیت اضطرابی، سبک های دفاعی و قدرت ایگو در بیماران مبتلا به سکته مغزی مرکز آموزشی و درمانی حضرت ولیعصر (عج) و افراد سالم شهرستان زنجان انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به سکته مغزی بستری در بخش مراقبت سکته مغزی (Stroke Care Unit) و بخش اعصاب مرکز آموزشی و درمانی حضرت ولیعصر (عج) و افراد سالم شهرستان زنجان در سال ۱۳۹۹ بودند. در پژوهش حاضر ۲۸۰ تن (۱۴۰ تن از بیماران مبتلا به سکته مغزی و ۱۴۰ تن افراد سالم) به روش نمونه گیری غیرتصادفی و در دسترس و با همگن سازی سن، جنسیت و وضعیت تاهل وارد پژوهش شدند. معیارهای ورود بیماران مبتلا به سکته مغزی به این پژوهش، بیمارانی بودند که ۳

همبستگی پیرسون بین مؤلفه رشد یافته با مؤلفه روان رنجوری «پرسشنامه شخصیت مودسلی» ۰/۴۵؛ بین مؤلفه رشد نیافته با مؤلفه روان رنجوری «پرسشنامه شخصیت مودسلی» ۰/۱۷- و بین مؤلفه روان رنجور با مؤلفه روان رنجوری «پرسشنامه شخصیت مودسلی» ۰/۲۴ نشان داد. علاوه، نتایج ضریب همبستگی بین مؤلفه رشد یافته با مؤلفه برونگرایی «پرسشنامه شخصیت مودسلی» ۰/۱۸-، بین مؤلفه رشد نیافته با مؤلفه برونگرایی «پرسشنامه شخصیت مودسلی» ۰/۱۵ و بین مؤلفه روان رنجور با مؤلفه برونگرایی «پرسشنامه شخصیت مودسلی» ۰/۱۰ گزارش شد. در نهایت، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با توجه به نمونه فوق (عدد بدست آمده گزارش نشده) و ثبات به روش آزمون مجدد (فاصله زمانی گزارش نشده) با نمونه ۲۸۴ تن از دانشجویان فوق محاسبه گردید که ضرایب بین نمره آزمون و آزمون مجدد بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۷ گزارش شد.

بشارت و همکاران (۲۶) در پژوهش خود برای «پرسشنامه سبک دفاعی» روایی را نسنجیدند. اما، پایایی را به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در ۲۴۱ آزمودنی در ۲ گروه از دانشجویان دختر و پسر (۱۱۱ دختر و ۱۰۳ پسر) مقطع کارشناسی دانشگاه تهران در سال تحصیلی ۷۹-۱۳۷۸ جداگانه و نیز ۲ گروه دختر و پسر را با هم، سنجیدند. نتایج برای کل گروه برای ۳ مؤلفه رشد یافته، رشد نیافته و روان رنجور به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۴ و ۰/۷۴ و برای گروه دانشجویان دختر به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۴ و برای گروه دانشجویان پسر به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ گزارش شد. همچنین، ثبات به روش آزمون مجدد در نمونه ای متشکل از ۳۰ تن از جامعه مذکور با فاصله ۴ هفته سنجیده شد که برای کل نمونه ها ۰/۸۲، برای گروه دانشجویان دختر ۰/۸۴ و برای گروه دانشجویان پسر ۰/۸۱ محاسبه شد. احتشام زاده و همکاران (۲۷)، با نمونه ۲۲۳ تن از کارکنان بخش تولید و تعمیرات و کارکنان بخش اداری شرکت فولاد استان خوزستان روایی ملاکی به روش همزمان برای «پرسشنامه سبک دفاعی» با «سیاهه پنج عاملی نئو» (Neo Five-Factor Inventory) را سنجیدند. نتایج نشان داد مؤلفه رشد یافته با مؤلفه روان نزدی ۰/۳۱، مؤلفه رشد نیافته با مؤلفه برونگرایی ۰/۱۴، مؤلفه روان رنجور با مؤلفه گشودگی نسبت به تجربه ۰/۱۶ گزارش شد. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه

کل بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. همبستگی بین مؤلفه ها ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ متغیر بوده است. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ، دونیمه کردن و ثبات به روش آزمون مجدد (فاصله زمانی قید نشده) با عنایت به نمونه فوق، محاسبه نمودند. نتایج برای آلفا کرونباخ ۰/۹۳، برای ۲ نیمه کردن ۰/۹۷ و برای آزمون مجدد ۰/۹۵ گزارش شد. مشهدی و همکاران (۲۳) برای «شاخص حساسیت اضطرابی» روایی نسنجیدند. پایایی را به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در بین ۳۱۷ دانشجوی دانشگاه محقق اردبیلی محاسبه و ۰/۸۷ گزارش نمودند.

«پرسشنامه سبک دفاعی» (Defense Style Questionnaire) توسط Andrews و همکاران (۲۴) در سال ۱۹۹۳ (محل آن مشخص نشده) طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۴۰ عبارت و ۳ مؤلفه رشد یافته (mature) (شامل سبک های دفاعی: فرونشانی، والائی گرائی، طنز، پیشاپیش گری) (با ۸ عبارت: ۳۵، ۳۰، ۲۶، ۲۵، ۵، ۳، ۲)، رشد نیافته (immature) (شامل سبک های دفاعی: دلیل تراشی، انکار، فرافکنی، تفرق، گذار به عمل، بدنی سازی، خیال پردازی در خودمانده، پرخاشگری منفعلانه، مجزاسازی، جابه جایی، نارزنده سازی و لایه سازی) با ۲۵ عبارت: ۳۷، ۳۶، ۳۴، ۳۳، ۳۱، ۲۹، ۲۷، ۲۳، ۲۲، ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۴ و روان رنجور (neurotic) (شامل سبک های دفاعی: باطل سازی، آرمانی سازی، تشکل واکنشی، دیگر دوستی) با ۷ عبارت: ۴۰، ۳۹، ۳۲، ۲۸، ۲۴، ۲۱، ۱، می باشد. این پرسشنامه، به صورت لیکرت ۹ تایی: کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، تاحدودی مخالفم (۳)، کمی مخالفم (۴)، نظری ندارم (۵)، کمی موافقم (۶)، تاحدودی موافقم (۷)، کاملاً موافقم (۸) و کاملاً موافقم (۹) درجه بندی شده است. در این ابزار حداقل نمره ۴۰ و حداکثر نمره ۳۶۰ و نمره ۴۰ تا ۸۰ به معنای سبک دفاعی پایین، ۸۱ تا ۱۲۰ سبک دفاعی متوسط و نمره ۱۲۱ و بالاتر به معنای سبک دفاعی بالا است (۲۴). Hayashi و همکاران (۲۵) در بین ۶۰۶ تن از دانشجویان دانشگاه Rikkyo در ژاپن «پرسشنامه سبک دفاعی»، و نتایج ۳ مؤلفه (رشد یافته، رشد نیافته و روان رنجور) را نشان داد. همچنین با نمونه فوق، «پرسشنامه سبک دفاعی» را از نظر روایی سازه به روش روایی ملاکی همزمان با «سیاهه شخصیت مودسلی» (Maudsley Personality Inventory) سنجیدند. نتایج ضریب

در مطالعه حاضر جهت روایی «شاخص حساسیت اضطرابی» و «پرسشنامه سبک دفاعی» به پژوهش های پیشین اکتفا شد. اما، برای «مقیاس قدرت ایگو» چون در پژوهش های پیشین محاسبه روایی یافت نشد، در پژوهش حاضر روایی «مقیاس قدرت ایگو» با استفاده از شاخص روایی محتوا به روش Waltz & Bausell (۳۲) توسط ۱۵ تن (۶ مرد و ۹ زن) از مدرسین دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، دانشگاه سراسری زنجان و دانشگاه حضرت معصومه (س) در رشته تحصیلی روانشناسی (با گرایش سلامت، بالینی، تربیتی و مشاوره خانواده)، بررسی شد. بدین صورت که متخصصان «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «ساده بودن» هر عبارت را بر اساس یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی مشخص نمودند. یافته ها مربوط بودن ۹۳/۰۳ درصد، ساده بودن ۹۳/۰۷ درصد و واضح بودن ۸۶/۰۰ درصد را نشان داد. بعلاوه، با نمونه های پژوهش (۲۸۰ تن) پایایی «شاخص حساسیت اضطرابی» و «پرسشنامه سبک دفاعی» به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ و «مقیاس قدرت ایگو» به روش کودر-ریچاردسون، محاسبه شد. نتایج برای «شاخص حساسیت اضطرابی» ۰/۹۰، «در پرسشنامه سبک دفاعی» برای مولفه های رشد یافته ۰/۷۶، رشد نیافته ۰/۷۲ و روان رنجور ۰/۷۹ و برای «مقیاس قدرت ایگو» ۰/۷۶ بدست آمد.

در پژوهش حاضر با کسب مجوز و کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان و هماهنگی با مسئولین دانشگاه، به مرکز آموزشی و درمانی حضرت ولیعصر (عج) مراجعه شد. گروه دیگر این پژوهش شامل افراد سالم بود، همراهان همان بیماران بودند. اجرای این پژوهش طی ۴ ماه از اردیبهشت تا شهریور ماه سال ۱۳۹۹ و در طی ۲۶ جلسه (تعداد دفعات مراجعه به بیمارستان) به طول انجامید. نمونه بیماران مبتلا به سکته مغزی شامل بیمارانی بود که ۳ تا ۵ روز از زمان بستری آن ها گذشته و بیمار در این زمان بهبودی نسبی خود را بدست آورده بود و با شرایط و محیط کنونی سازگار شده بود و از این جهت قادر به صحبت و دارای علائم هشیاری کامل بودند. بدین ترتیب هر ۲ گروه بیماران مبتلا به سکته مغزی و گروه افراد سالم در حضور پژوهشگر جهت پاسخگویی به سؤالات احتمالی آن ها و خواندن سؤالات در صورت نیاز، به پرسشنامه ها پاسخ دادند. در این پژوهش اصول اخلاقی از جمله رازداری، محرمانه

ضریب آلفا کرونباخ و تنصیف انجام شد. برای کل ابزار به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۲، مؤلفه رشد یافته ۰/۵۵ و ۰/۶۳، مؤلفه رشد نیافته ۰/۸۰ و ۰/۸۰، مؤلفه روان رنجور ۰/۵۵ و ۰/۶۰ بدست آمد.

«مقیاس قدرت ایگو» (Ego Strength Scale) توسط Barron (۲۸) در سال ۱۹۵۳ در آمریکا به منظور پیش بینی پاسخ بیماران روان نژند (neurosis) به روان درمانی انفرادی از «سیاهه شخصیتی چندمرحله ای مینه سوتا-۲» (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) اقتباس شده است. این مقیاس دارای ۸ عبارت و تک عاملی است و به صورت بله= ۱ و خیر= صفر نمره گذاری می شود. در این ابزار حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۸ و نمره صفر تا ۴ نشان دهنده ایگوی ضعیف و نمره ۵ و بالاتر به نشان دهنده ایگوی نیرومند است. Barron (۲۸) روایی سازه به روش روایی همگرا «مقیاس قدرت ایگو» روی ۱۲۷ تن زن و مرد آمریکایی مبتلا به اختلال های روان پزشکی، را با «سیاهه شخصیتی چندمرحله ای مینه سوتا-۲» در دامنه ای از ۰/۲۱ تا ۰/۷۱ و ضریب ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۳ ماه برای ۳۰ تن از نمونه فوق را در دامنه ای از ۰/۷۲ گزارش کرد. Silverman (۲۹) روایی سازه به روش روایی همگرا «مقیاس قدرت ایگو» روی ۳۰ مرد آمریکایی، را با «سیاهه شخصیتی چندمرحله ای مینه سوتا-۲» برابر با ۰/۹۱ گزارش کرد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق را در دامنه ای از ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ گزارش کرد.

جمیل و همکاران (۳۰) روایی سازه به روش روایی همگرا «مقیاس قدرت ایگو» روی ۷۰۰ تن دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران، را با «پرسشنامه سلامت عمومی» (General Health Questionnaire) برابر با ۰/۴۸- و ضریب ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۸ هفته برای نمونه فوق را ۰/۷۶ گزارش کرد. فلاح و همکاران (۳۱) روایی سازه به روش روایی همگرا «مقیاس قدرت ایگو» روی ۲۵۰ تن زن افسرده مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان های روزبه و امام حسین شهر تهران، را با «سیاهه بیان خشم حالت- صفت اسپیلبرگر» (State-Trait Anger Expression Inventory) در دامنه ای از ۰/۱۳ تا ۰/۶۶ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه ای شامل ۱۲۰ تن دانشجوی دختر و پسر را ۰/۶۰ گزارش کردند.

گرفت. تحلیل داده های جمع آوری شده، در نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته ها

مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در جدول ۱ ذکر شده است.

ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و به شرکت کننده ها اطمینان داده شد که شرکت در پژوهش هیچگونه آسیب احتمالی برای شرکت کنندگان ندارد.

تحلیل داده های جمع آوری شده، در ۲ سطح آمار توصیفی و همبستگی و آزمون آماری کولموگروف-اسمیرنوف و T مستقل برای «شاخص حساسیت اضطرابی»، «پرسشنامه سبک دفاعی» «مقیاس قدرت ایگو» مورد تحلیل قرار

جدول ۱: متغیرهای جمعیت شناختی مربوط به پژوهش در بین ۲ گروه (بیماران مبتلا به سکنه مغزی و افراد سالم)

متغیر	فراوانی	درصد	
گروه های مورد مطالعه	افراد سالم	۱۴۰	۵۰/۰
	بیماران مبتلا به سکنه مغزی	۱۴۰	۵۰/۰
	جمع	۲۸۰	۱۰۰/۰
متغیر	فراوانی	درصد	
جنسیت	زن	۷۳	۲۶/۱
	مرد	۲۰۷	۷۳/۹
	جمع	۲۸۰	۱۰۰/۰
متغیر	فراوانی	درصد	
وضعیت تأهل	مجرد	۷۹	۲۸/۲
	متاهل	۲۰۱	۷۱/۸
	جمع	۲۸۰	۱۰۰/۰
متغیر	فراوانی	درصد	
سن	۲۵ تا ۳۵ سال	۲۹	۱۰/۴
	۳۶ تا ۴۵ سال	۱۳۱	۴۶/۸
	۴۶ تا ۵۵ سال	۲۶	۹/۳
	بالای ۵۵ سال	۹۴	۳۳/۶
	جمع	۲۸۰	۱۰۰/۰
متغیر	فراوانی	درصد	
تحصیلات	زیر دیپلم و دیپلم	۱۳۱	۴۶/۸
	کاردانی	۶۸	۲۴/۳
	کارشناسی	۵۹	۲۱/۱
	کارشناسی ارشد	۲۲	۷/۹
	جمع	۲۸۰	۱۰۰/۰
متغیر و ابعاد	فراوانی	درصد	
وضعیت شغلی	شاغل در یک سازمان خصوصی	۴۰	۱۴/۳
	شاغل در یک سازمان دولتی	۲۴	۸/۶
	شغل آزاد	۸۰	۲۸/۶
	بازنشسته	۴۷	۱۶/۸
	دانشجو	۳	۱/۱
	بیکار	۱۲	۳/۴
	سایر موارد	۷۴	۲۶/۴
	جمع	۲۸۰	۱۰۰/۰
متغیر و ابعاد	فراوانی	درصد	
درآمد	کمتر از ۱ میلیون تومان	۵۱	۱۸/۲
	بین ۱ تا ۲ میلیون تومان	۵۶	۲۰/۰
	بین ۲ تا ۳ میلیون تومان	۶۸	۲۴/۳
	بین ۳ تا ۴ میلیون تومان	۵۴	۱۹/۳
	بیشتر از ۴ میلیون تومان	۵۱	۱۸/۲
	جمع	۲۸۰	۱۰۰/۰

مه رو اوحدی و افسانه صبحی

برای سنجش چگونگی توزیع داده‌ها در گروه‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید که خروجی آن در

جدول ۲: داده‌های آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای سنجش نحوه توزیع داده‌های مؤلفه‌ها/ زیرمقیاس‌ها

پرسشنامه/مقیاس	مؤلفه	گروه‌ها	مقدار آزمون	p-value
حساسیت اضطرابی	ترس از نگرانی‌های بدنی	افراد سالم	۰/۰۸۵	۰/۱۱۴
		بیماران مبتلا به سکته مغزی	۰/۱۰۹	۰/۰۸۰
	ترس از نداشتن کنترل شناختی	افراد سالم	۰/۱۴۰	۰/۰۶۵
		بیماران مبتلا به سکته مغزی	۰/۱۱۵	۰/۰۷۵
		افراد سالم	۰/۱۱۴	۰/۰۸۸
		بیماران مبتلا به سکته مغزی	۰/۱۱۳	۰/۰۶۷
سبک‌های دفاعی	حساسیت اضطرابی کل	افراد سالم	۰/۱۲۳	۰/۰۸۷
		بیماران مبتلا به سکته مغزی	۰/۱۳۵	۰/۰۸۵
	رشد یافته	افراد سالم	۰/۱۴۵	۰/۰۵۹
		بیماران مبتلا به سکته مغزی	۰/۱۸۵	۰/۰۹۷
		افراد سالم	۰/۰۹۸	۰/۰۷۲
		بیماران مبتلا به سکته مغزی	۰/۱۰۱	۰/۰۶۱
رشد نایافته	روان رنجور	افراد سالم	۰/۰۶۹	۰/۰۹۹
		بیماران مبتلا به سکته مغزی	۰/۱۲۲	۰/۰۷۹
	قدرت ایگو	افراد سالم	۰/۰۹۸	۰/۰۶۷
		بیماران مبتلا به سکته مغزی	۰/۱۰۸	۰/۰۹۹

فرض توزیع نرمال داده‌های پژوهش در آن‌ها برقرار است. همچنین برای تحلیل استنباطی (آزمون فرضیه‌ها) از روش آزمون T برای مقایسه ۲ گروه افراد سالم و بیماران مبتلا به سکته مغزی استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت حساسیت اضطرابی، سبک‌های دفاعی و قدرت ایگو در ۲ گروه بیماران مبتلا به سکته مغزی و افراد سالم است (جدول ۳).

براساس نتایج جدول ۲، هر ۳ مؤلفه ترس از نگرانی‌های بدنی، ترس از نداشتن کنترل شناختی و ترس از مشاهده دیگران در مقیاس حساسیت اضطرابی، مؤلفه‌های سبک‌های دفاعی رشد یافته، رشد نایافته و روان رنجور و قدرت ایگو در هر ۲ گروه افراد سالم و بیماران مبتلا به سکته مغزی آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی معنادار نیست، لذا چنین استنباط می‌شود که

جدول ۳: داده‌های توصیفی و نتایج آزمون T برای مقایسه حساسیت اضطرابی و سبک‌های دفاعی و قدرت ایگو در بین ۲ گروه (بیماران مبتلا به سکته مغزی و افراد سالم)

متغیر و مؤلفه‌ها	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار T	اختلاف میانگین	P-value
ترس از نگرانی‌های بدنی	افراد سالم	۲۳/۳۰	۷/۷۰۲	۲۷۸	۳/۳۷	۳/۵۷	۰/۰۰۱
	بیماران مبتلا به سکته مغزی	۲۶/۸۷	۹/۹۲۳				
ترس از نداشتن کنترل شناختی	افراد سالم	۱۰/۷۰	۳/۹۱۴	۲۷۸	۵/۶۵	۲/۷۲	۰/۰۰۱
	بیماران مبتلا به سکته مغزی	۱۳/۴۲	۴/۱۳				
ترس از مشاهده دیگران	افراد سالم	۱۲/۹۵	۲/۶۳۹	۲۷۸	۳/۴۸	۱/۲۳	۰/۰۰۱
	بیماران مبتلا به سکته مغزی	۱۴/۱۸	۳/۲۶۲				
حساسیت اضطرابی کل	افراد سالم	۴۴/۳۹	۱۱/۴۵۳	۲۷۸	۴/۳۷	۶/۷۹	۰/۰۰۱
	بیماران مبتلا به سکته مغزی	۵۱/۱۸	۱۴/۳۵۲				

۰/۰۰۱	۵/۶۲	۴/۲۲	۲۷۸	۹/۶۵۱	۴۶/۰۵	افراد سالم	رشد یافته
				۱۲/۴۷	۵۱/۶۸	بیماران مبتلا به سکنه مغزی	
۰/۰۰۱	۵/۹۰	۵/۷۴	۲۷۸	۸/۳۵۱	۳۸/۸۴	افراد سالم	نوروتیک
				۸/۸۴۶	۴۴/۷۵	بیماران مبتلا به سکنه مغزی	
۰/۰۰۱	۱۷/۸۶	۶/۱۰	۲۷۸	۲۳/۵۲	۱۱۳/۱۵	افراد سالم	رشد نیافته
				۲۵/۳۷	۱۳۱/۰۲	بیماران مبتلا به سکنه مغزی	
۰/۰۲۲	۰/۴۰۷	۲/۵۵	۲۷۸	۱/۱۵۸	۴/۰۳	افراد سالم	قدرت ایگو
				۱/۴۸۴	۴/۴۴	بیماران مبتلا به سکنه مغزی	

مؤلفه‌های آن (ترس از نگرانی‌های بدنی، ترس از نداشتن کنترل شناختی و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران) در سلامت روانی انسان بسیار حائز اهمیت است (۳۵). بعلاوه، اضطراب بیش از حد و طولانی مدت فرد را مستعد بیماری‌های گوناگون از جمله سکنه مغزی می‌کند همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در «پرسشنامه سبک دفاعی» بیماران مبتلا به سکنه مغزی میانگین نمره بالاتر از افراد سالم در هر ۳ سبک دفاعی رشدیافته، رشد نیافته و روان رنجور بودند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش آتسکار و همکاران (۱۳) و جعفری و دلوندی (۲۱) همسو می‌باشد. در تبیین و تفسیر یافته‌ها می‌توان بیان نمود که فشارهای روانی و اضطراب باعث فعال شدن سبک‌های دفاعی می‌شود که بر روند ادراک، تفکر و عمل فرد بر وقایع بیرونی و سائق‌های درونی تأثیر دارد. شایان ذکر است که استفاده از سبک‌های دفاعی به تنهایی کافی نیست، بلکه زمانی این امر مفید واقع می‌شود که به جای سبک‌های دفاعی رشد نیافته و روان رنجور، از سبک‌های دفاعی رشدیافته تر بهره گرفته شود. چراکه، سبک‌های دفاعی رشدیافته در سلامت روان نقش داشته و به نحو مطلوبی از انسان در مقابل اضطراب محافظت می‌کند. در مقابل، هرچه سبک‌های دفاعی روان رنجور و رشد نیافته باشد، به دلیل ناکارآمدی این سبک‌ها اضطراب بر فرد بیش تر غالب می‌شود که این اضطراب فرد را در معرض انواع بیماری‌های مرتبط به اضطراب قرار می‌دهد (۳۵).

در نهایت نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین قدرت ایگو در بیماران مبتلا به سکنه مغزی و افراد سالم اختلاف چندانی نداشت و هر ۲ در سطح متوسط بودند. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش ابراهیمی راد و همکاران (۶)، نظری و همکاران (۳۶)، علویان و حاجی زاده (۱۹)، قندهاری

با توجه به جدول ۳، نتایج آزمون تی مستقل برای بررسی میانگین‌های ۲ گروه در سطح ۰/۰۰۱ برای متغیر حساسیت اضطرابی و همه مؤلفه‌های آن، متغیر سبک‌های دفاعی و همه مؤلفه‌های آن و همچنین در متغیر قدرت ایگو در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین، از نظر میانگین همه آن‌ها، بین بیماران مبتلا به سکنه مغزی و افراد سالم تفاوت وجود دارد. از طرفی، همانطور که ملاحظه می‌گردد، میانگین مربوط به گروه افراد دارای سکنه مغزی در حساسیت اضطرابی، سبک‌های دفاعی و مؤلفه‌های ۲ ابزار همه آن‌ها بالاتر از افراد سالم است. لذا چنین استنباط می‌گردد که، از نظر متغیر حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن افراد دارای سکنه مغزی با اطمینان ۹۹ درصد بالاتر از افراد سالم است. اما در متغیر قدرت ایگو بیماران مبتلا به سکنه مغزی با اطمینان ۹۵ درصد بالاتر از افراد سالم است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه حساسیت اضطرابی، سبک‌های دفاعی و قدرت ایگو در بیماران مبتلا به سکنه مغزی مرکز آموزشی و درمانی حضرت ولیعصر (عج) و افراد سالم شهرستان زنجان انجام شد. نتایج نشان داد گروه بیماران مبتلا به سکنه مغزی و افراد سالم از نظر مؤلفه‌های «شاخص حساسیت اضطرابی» با یکدیگر متفاوت بوده و بیماران مبتلا به سکنه مغزی دارای میانگین بالاتری می‌باشند. به عبارت دیگر، بیماران مبتلا به سکنه مغزی در مقایسه با افراد سالم، دارای حساسیت اضطرابی بالاتری می‌باشند. در این راستا، یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش Barker-Collo (۳۳)، Rafsten و همکاران (۸) و پژوهش Burvill و همکاران (۳۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که حساسیت اضطرابی و

شهرستان زنجان بوده و در تعمیم نتایج به سایر شهرها می بایست جانب احتیاط رعایت گردد.

سیاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشجو مه رو اوحدی روانشناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان به راهنمایی خانم دکتر افسانه صبحی، مصوب با کد اخلاق IR.IAU.Z.REC.1399.006 و در تاریخ ۱۳۹۸/۱۲/۲۱ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان و در سامانه ایرانداک سایت <https://irandoc.ac.ir> با کد ۱۷۱۸۷۶۶۷ در تاریخ ۱۴۰۰/۸/۱۶ ثبت شده است. از تمامی افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، به ویژه کادر محترم بخش های اعصاب و بخش مراقبت سکنه مغزی، آقای دکتر عبدالرضا قریشی، سرکار خانم لیدا پهلوان افشار سرپرستار محترم بخش مراقبت سکنه مغزی، بیماران و همراهان محترمشان که در شرایط سخت جسمانی و روانی حاضر به همکاری شدند، تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تعارض منافی را گزارش نکرده اند.

References

1. Kasper D, Fossi A, Husser S, Longo D, Jameson L, Loskalzo J. Principles of Harrison Internal Medicine; Neurological Diseases. Translated by Abdolreza Mansouri Rad. 2016. Tehran: Arjmand.
2. Aminoff MJ. Aminoff's Electrodiagnosis in Clinical Neurology. 6th edition. Translated by Behshadifar Rezvani. 2012. Tehran: Arjmand.
3. Pinel J. Physiological Psychology. Translated by Firoozbakht, Mehrdad. 2013. 6th edition. Tehran: edited. 2007.
4. Mackay J, Mensah G A. The Atlas of Heart Disease and Stroke. Translated by Miezaei M. 2004. Mashhad: Zavareza.
5. Ogden J, Health Psychology. Translated by Kachooei M, Scientific edit by Fathi Ashtiani A. 5th edition. 2012. Tehran: Arjmand.
6. Ebrahimi Rad R, Nasiri M, Goli Zade B, Arab Poor M, Fotoukian Z, Jannat Alipoor Z. [Prevalence and risk factors of early post-stroke

و همکاران (۲۰) مطابقت داشته است. این یافته را چنین می توان تبیین نمود با عنایت به اینکه، هرچه قدرت ایگو بالا باشد افراد قدرت بیشتری برای کنار آمدن با شرایط دشوار دارند. لذا، در موقعیت های تنش زا و اضطرابی بهتر عمل می کنند و کمتر تسلیم موقعیت می شوند (۳۷). در خصوص یکسان بودن قدرت ایگوی هر ۲ گروه مورد بررسی در پژوهش حاضر، نیز احتمال می رود که شرایط بومی و خانوادگی هر فرد متفاوت بوده و این یکسانی، شاید به این دلیل بوده است.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد حساسیت اضطرابی و سبک های دفاعی در بین ۲ گروه بیماران مبتلا به سکنه مغزی و افراد سالم تفاوت معنادار وجود داشته ولی قدرت ایگو هر ۲ گروه در سطح متوسط بودند. پیشنهاد می شود آموزش و ارائه راهکارهایی از طرف مراکز درمانی و روانشناسان در زمینه شناخت سبک های دفاعی و انتخاب سبک های رشدیافته تر، افزایش قدرت ایگو و بالا بردن ظرفیت آن برای مقابله بهتر با تهدیدات درونی و کاهش اضطراب در جهت درمان بیماران مبتلا به سکنه مغزی اتخاذ گردد. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به نمونه های آن اشاره نمود که محدود به

- depression]. Journal of Advances in Medical and Biomedical Research. 2016; 24 (103): 115-124. https://zums.ac.ir/journal/browse.php?mag_id=107&slc_lang=en&sid=1
7. Nobahar M, Vafaie AA, Samaei A, Masoumi S. [Risk factors for stroke in men and women]. Iranian Journal of Neuroscience. 2006; 5 (13): 19-25. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=59667>
 8. Rafsten L, Danielsson A, Sunnerhagen KS. Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. Journal of Rehabilitation Medicine. 2018; 50 (9): 769-778. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30184240/> <https://doi.org/10.2340/16501977-2384>
 9. Schöttke H, Giabbiconi CM. Post stroke depression and Post stroke anxiety: prevalence and predictors. Journal of International Psychogeriatr. 2015; 27 (11): 1805-1812. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26178418/> <https://doi.org/10.1017/S1041610215000988>

10. Farzinfard B, Maghsoodi K, Malakooti K. [Assessment of mental disorders in cerebral stroke patients admitted at Rasool Hospital]. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2010; 17(2): 10-14. <https://www.sid.ir/Fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=93414>
11. Moradimanesh F, Mirjafari A, Goodarzi M, Mohammadi N. [Psychometric properties of the anxiety sensitivity index-revised (asi-r)]. Journal of Psychology. 2007; 11(4): 426- 446. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=93918>
12. Reiss S, McNally RJ. The Expectancy Model of Fear. San Diego CA: Academic press. 1985.
13. Atashkar R, Fathi Ashtiyani A, Azad Fallah P. [Relationship between defense styles and mechanisms with brain/ behavioral systems]. Journal of Clinical Psychology. 2013; 4 (4): 63-72. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=187996>
14. Heshmati R, Mirzamohammad S, Hamedsobhi A, Afshari F, Nazari E, Doodkanloo H. [The role of developed, undeveloped and neuroticism defense styles in predicting chronic pain]. Journal of Anesthesia and Pain. 2018; 9 (2): 74-82. <http://jap.iuims.ac.ir/article-1-5374-fa.html>
15. Schultz PD, Schultz SE. Theories of Personality. Translated by Seyed Mohammadi Y. 10th edition. Tehran: Virayesh. 2013.
16. Ohadi M. [Comparison of anxiety sensitivity, defensive mechanism and Ego strength in Valiasr Hospital stroke patients and healthy individuals in city of Zanjan]. Thesis for Master's Degree (M.A) of Clinical Psychology. Faculty of Faculty of Humanities Science and Arts. Islamic Azad University Zanjan Branch. 2020.
17. Jamil L, Atef Vahid M, Dehghani M, Habibi M. [The mental health through psychodynamic perspective: The relationship between the ego strength, the defense styles, and the object relations to mental health]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2015; 21 (2): 144-154. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2457-fa.html>
18. Shokrgozar S, Soleimani R, Maadi Rad S. [Anxiety and depression symptoms in post Stroke outpatients]. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2019; 28 (112): 1-12. https://journal.gums.ac.ir/browse.php?a_id=2219&sid=1&slc_lang=fa
19. Alavian F, Haizadeh S. [Cognitive disorders resulting from stroke]. Advances in Cognitive Sciences. 2018; 20 (3):15- 33. <https://icssjournal.ir/article-1-792-fa.html>
https://doi.org/10.1111/bdi.20_12616
20. Ghandehari K, Behdani F, Izadi Mood Z, Davarri Edalatpanah M, Asaadi S, Kiadarbandsari E, Amjadi MM, Sobhani MR. [Assessment of Relationship between Stress and Stroke]. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2015; 23 (6): 606- 612. http://jssu.ssu.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-187-2&slc_lang=fa&sid=1
21. Jafari M, Dalvandi A. [Quality of life of stroke survivors and its related factors]. Iran Journal of Nursing. 2014; 27(87): 14-22. http://ijn.iuims.ac.ir/browse.php?a_id=1746&sid=1&slc_lang=fa
<https://doi.org/10.29252/ijn.27.87.14>
22. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. Behavior Research and Therapy. 1986; 24 (1): 1- 8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3947307/>
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)
23. Mashhadi A, Ghasempour A, Akbari E, Ilbaygi R, Hassanzadeh SH. [The role of anxiety sensitivity and emotion regulation in prediction of social anxiety disorder in students]. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2013; 14 (2): 89- 99. http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_533873.html
24. Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. Journal of Nervous and Mental Disorder. 1993; 18 (1): 246-256. https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1993/04000/The_Defense_Style_Questionnaire.6.aspx
<https://doi.org/10.1097/00005053-199304000-00006>
25. Hayashi M, Miyake Y, Minakawa K. Reliability and validity of the Japanese edition of the Defense Style questionnaire 40. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2004; 58 (2): 152- 156. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2003.01209.x>
26. Besharat MA, Sharifi M, Irvani M. [Investigating the relationship between attachment styles and defense mechanisms]. Journal of Psychology. 2001; 4 (16): 277- 289. <http://ensani.ir/fa/article/journal-number/>
27. Ehtesham Zadeh P, Pasha R, Samimi Z. [Comparison of defense mechanisms of

- production staff, department repairs (direct resuscitation) and administrative staff of Khuzestan Steel Company]. *Journal of New Findings in Psychology*. 2012; 7 (24): 21- 33. file:///C:/Users/ImenAria/Downloads/25913912402.pdf
28. Barron F. An ego-strength scale which predicts response to psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*. 1953; 17 (5): 327-333. <https://psycnet.apa.org/record/1954-06072-001> <https://doi.org/10.1037/h0061962>
 29. Silverman J. The validity of the Barron Ego Strength Scale in an individual form. *Journal of Consulting Psychology*. 1963;27(1):532-533. <https://psycnet.apa.org/record/1964-08531-001> <https://doi.org/10.1037/h0043892>
 30. Jamil L, Atef Vahid M, Dehghani M, Habibi M. The mental health through psychodynamic perspective: The relationship between the ego strength, the defense styles, and the object relations to mental health. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015;21(2):144-154. <https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2457-fa.html>
 31. Fallah M, Moshtagh N, Mirabzadeh A, Dolatshahi B. Correlation between different dimensions of anger and depression in women by mediating objectives and capabilities of ego. *Journal of Health Promotion Management*. 2019;8(3):59-67. <http://jhpm.ir/article-1-1000-fa.html>
 32. Hyrkas K, Appelqvist- Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*. 2003; 40 (6): 19-25. 10.1016/s0020-7489(03)00036-1 [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00036-1](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00036-1)
 33. Barker-Collo SL. Depression and anxiety 3 months' post stroke: Prevalence and correlates. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2007; 22 (4): 519-531. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17462857/> <https://doi.org/10.1016/j.acn.2007.03.002>
 34. Burvill PW, Johnson GA, Jamrozik KD, Anderson CS, Stewart-Wynne E.G Chakera TM. Anxiety disorders after stroke: Results from the Perth Community Stroke Study. *British Journal of Psychiatry*. 1995; 166 (3): 328-332. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7788124/> <https://doi.org/10.1192/bjp.166.3.328>
 35. Sadock BJ, Sadock AV. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Translated by Rezaee F. 11th edition. Tehran: Arjamnd. 2015.
 36. Nazari R, Khairkhah F, Dehshiri M, Jaberi A, Bijani A. [Cognitive abilities and psychological health after traumatic brain injury (TBI)]. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2010; 12 (3): 58-63. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=116550>
 37. Feist J, Feist JG, Roberts A.N. [Theories of Personality]. Translated by Seyed Mohammadi Y. 8th edition. Tehran: Ravan. 2013.