

مقایسه‌ی سرسختی روان‌شناختی و نوع مکانیسم دفاعی در افراد تحت درمان با همودیالیز و افراد عادی

طیبه سلطانی^{۱*}، عفت خلیلی^۲ و فرامرز سهرابی^۳

دریافت مقاله: ۹۲/۷/۱۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۲/۱۲/۱۷؛ پذیرش مقاله: ۹۳/۳/۲۱

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین و مقایسه‌ی میزان سرسختی و نوع مکانیسم دفاعی بیماران تحت درمان همودیالیز و افراد سالم بود. **روش:** روش مطالعه علی‌مقایسه‌ای و نمونه پژوهش ۱۰۰ بیمار تحت درمان همودیالیز مراجعه‌کننده به دو بیمارستان سوم شعبان و شهید اشرفی اصفهانی در منطقه‌ی ۱۲ تهران و هم‌چنین ۱۰۰ نفر افراد عادی ساکن همان منطقه بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به آزمون‌های سرسختی روان‌شناختی کیامرثی (۱۳۸۵) و مکانیسم دفاعی اندروز، سینگ و باند (۱۹۹۳) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد میزان سرسختی روان‌شناختی این بیماران پایین‌تر از افراد عادی است. در مورد استفاده از مکانیسم دفاعی رشد یافته، بین افراد تحت درمان همودیالیز و افراد عادی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. استفاده از سبک دفاعی روان‌آزرده در افراد تحت درمان همودیالیز رایج‌تر از افراد عادی بود، ولی استفاده از سبک دفاعی رشد نایافته در افراد سالم بیشتر از افراد بیمار بود. هم‌چنین مشخص شد هرچه سرسختی افراد بالاتر باشد از مکانیسم دفاعی رشد یافته‌تری استفاده می‌کنند. **نتیجه‌گیری:** تقویت ویژگی سرسختی می‌تواند خطر ابتلاء به این بیماری را کاهش دهد. هم‌چنین شناخت الگوهای دفاعی نامناسب این بیماران می‌تواند ضمن شناسایی عوامل روان‌شناختی پدیدآورنده اختلال، منجر به مداخله‌های درمانی خاص جهت تعدیل شیوه‌های دفاعی شود.

کلیدواژه: سرسختی روان‌شناختی، مکانیسم دفاعی، همودیالیز

۱. نویسنده مسئول، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی

Email: t.soltani76@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی

۳. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

نارسایی مزمن کلیه یک وضعیت تهدیدکننده‌ی حیات است. افراد دچار این بیماری به سبب استرس‌های طولانی مستعد ابتلا به مشکلات روانی فراوانی هستند و به‌علت وجود مشکلات متعدد در زندگی دچار محدودیت‌هایی می‌شود (واقعی، ربانی‌جوادی، مظلوم، داوودی و مدرس قروی، ۱۳۹۲). از آن‌جا که دیالیز درمان نگه‌دارنده و مزمن است افزون بر عوارض پزشکی، واکنش‌های روان‌شناختی نیز ایجاد می‌کند. به‌عبارتی همودیالیز سبب ایجاد محدوددهی وسیعی از تغییرات متعدد و بنیادی در شیوه‌ی زندگی بیماران می‌شود، و عملکرد روانی، اجتماعی، و کیفیت زندگی این افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (تسی و هلستد، ۲۰۰۹). عوامل روان‌شناختی در شروع، پیشرفت و تشدید بیماری‌ها اهمیت دارد، البته این نقش از اختلالی به اختلال دیگر متفاوت است (فراگر، کاس و کوپر، ۲۰۰۵، فالکمن، ۲۰۰۸، مک‌گوان، گاردنر و فلتشر، ۲۰۰۶، نلسون و کوپر، ۲۰۰۵ و کوهنر، ۲۰۰۵). پژوهش‌های بسیاری در طول سال‌های گذشته نشان داده‌اند که رویدادهای استرس‌زا در ظهور بیماری جسمی و ذهنی مؤثرند (روشن، محمدی، رجبی‌ثالثی و جلالی، ۲۰۱۳). مطالعه‌ها نشان می‌دهند افراد دچار بیماری‌های مزمن بیشتر در معرض خطر استرس‌های روان‌شناختی قرار می‌گیرند و شدت بیماری و فقدان حمایت‌های روان‌شناختی در میزان استرس ایجادشده این بیماران مؤثر است (ورهاک، هیجمنس، پیترز و ریچکن، ۲۰۰۵). در مواجهه با یک تغییر اساسی بعضی افراد تعادل روان و جسم‌شان به هم می‌خورد در حالی که بعضی دیگر شکوفا شده و انطباق می‌یابند (لیندال کش، ۲۰۰۹). ویژگی‌های شخصیتی نقش تعیین‌کننده در این انطباق‌پذیری دارند که یکی از این ویژگی‌ها سرسختی روان‌شناختی است. سرسختی الگویی از نگرش‌ها و مهارت‌هایی است که راه‌کارهایی را فراهم می‌آورد که حوادث احتمالی در یک موقعیت پرتنش را به فرصت‌هایی برای رشد تبدیل می‌نماید (مدی، ۲۰۰۷)؛ و همین‌طور به‌عنوان استفاده از منابع لازم برای ارزیابی، تفسیر و پاسخ به تنش‌زاهای سلامتی تعریف می‌شود (سابرامانیان و وینت‌کومار، ۲۰۰۹).

سرسختی با سلامت جسمی و روانی ارتباط مثبتی دارد. اگرچه استرس در درازمدت سیستم ایمنی را تضعیف و شخص را مستعد انواع بیماری‌ها می‌کند؛ لیکن منابع تعدیل‌کننده‌ای که تحت عنوان منابع مقاومت در برابر استرس شناخته شده‌اند؛ اثرهای منفی ناشی از استرس بر بدن را کاهش می‌دهند (مدی، ۲۰۰۵). در سال‌های اخیر توجه زیادی به سرسختی به‌عنوان یک عامل تعدیل‌کننده‌ی استرس در مورد سلامتی شده است (جادکینز، رید و فورلو، ۲۰۰۶). در واقع میزان سرسختی روان‌شناختی افراد، چگونگی پاسخ آن‌ها را به فشارهای زندگی که شامل سازگاری با بیماری است تعیین می‌کند (مدی، هاروی و خوشابا، ۲۰۰۶). پژوهش‌های هاجمدال،

فریبرگ، استایلز، روزن‌وینگ و مارتینز (۲۰۰۶) نشان داد افرادی که سرسختی بالاتری دارند از استرس کمتر و به تبع آن از سلامت روانی و جسمانی بالاتری برخوردارند. بروکس (۲۰۰۵) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسید که سرسختی با سلامت بدنی و روانی رابطه‌ی مثبت دارد و به‌عنوان یک منبع مقاومت درونی تأثیر منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال بدنی و روانی پیشگیری می‌کند.

مکانیسم دفاعی روان‌شناختی فرایندی خودکار است که افراد را در برابر اضطراب و آگاهی از خطرات درونی و بیرونی یا تنش‌ها محافظت می‌کند (برادی، کاستا و هس، ۲۰۱۱). مکانیسم‌های دفاعی از سنت روان‌تحلیلی بدین منظور تحول یافت که چگونگی تنظیم عواطف منفی مرتبط با عوامل درون روانی نظیر تکانه‌های جنسی یا پرخاشگری را به‌وسیله‌ی فرایندهای ناهشیار مانند سرکوبی تبیین کند. مفهوم مکانیسم دفاعی را زیگموند فروید بنیان‌گذار روان‌تحلیل‌گری در سال ۱۸۹۴ معرفی کرد و به این معنی است که روش‌هایی برای دفع، تحریف، یا مبدل‌سازی تکانه‌ها و اندیشه‌های غیر قابل‌قبول و نگه‌داری آن‌ها در خارج از ترفندهای روان‌ناهی‌شیر استفاده شود (زیگلر، هیل، چادها و استرمن، ۲۰۰۸). اگرچه شخص برای رهایی از امیال، تکانه‌ها و افکار ناخوشایند از مکانیسم‌های دفاعی به‌عنوان ابزاری جهت اصلاح و تحریف واقعیت سود می‌جوید این مکانیسم‌ها می‌توانند سازشی و از طرفی دیگر آسیب‌زا و غیرسازشی باشند (کیپر، بلایا، تراشکین، هلت، ایزولانت، مزونو، باند و مانفرو، ۲۰۰۵)

جورج ویلانت^۱ در سال ۲۰۰۰ با استفاده از نیم‌رخ‌های روانی به‌دست‌آمده‌ی افراد در مصاحبه‌ها و پرسش‌نامه‌ها، اولین مطالعه‌های بالینی را در زمینه‌ی مکانیسم‌های دفاعی انجام داد. او مکانیسم‌های دفاعی را روی پیوستاری از دفاع‌های رشد یافته تا رشد نایافته قرار داد و عقیده داشت همه‌ی افراد صرف‌نظر از وجود آسیب‌روانی از آن‌ها استفاده می‌کنند (بلایا، دانلز، بلایا، کیپر، هلت، ایزولان، باند و مانفرو، ۲۰۰۶). اندروز سینگ و باند (۱۹۹۳)، نقل از بشارت، (۱۳۹۱) بر اساس طبقه‌بندی سلسله‌مراتبی مکانیسم‌های دفاعی ویلنت ۱۹۷۱ و ۱۹۷۶ بیست مکانیسم را به سه سبک دفاعی رشد یافته^۲، روان‌آزرده^۳ و رشد نایافته^۴ تقسیم کردند. بیماران جهت سازگاری روان‌شناختی با تغییرات شدید شرایط زندگی و اضطراب وجودی واردشده، از مکانیسم‌های دفاعی مختلف استفاده می‌کنند (کیپر و همکاران ۲۰۰۵). وفور مکانیسم‌های خاص همراه با بیماری جسمانی از جمله مواردی است که اهمیت بررسی این مکانیسم‌ها را بیش

1. George Villant

2. mature

3. neurotic

4. immature

Archive of SID

از پیش برجسته می‌کند. بنابر پژوهش‌های چاوزلئون، لارا میونز و آنتیوروس یوریب (۲۰۰۶) افراد دچار اختلال وحشت‌زدگی یا پانیک از مکانیسم دفاعی سازگارنا یافته‌ی بیشتری استفاده می‌کنند. پوتوکزک (۲۰۱۲) نیز دریافت افراد دچار آسم از مکانیسم دفاعی نابالغ و روان‌آزرده استفاده می‌کنند و هرچه دفاع‌ها نابالغ‌تر و روان‌آزرده‌تر باشد، شدت آسم بیشتر است. مارتینز، لئون، رودریگس و ماکتروما (۲۰۱۰) نیز در بررسی‌های خود به این نتیجه رسیدند که بیمارانی که اختلال هراس دارند سطح بالاتری از اضطراب داشته و در مقایسه با افراد عادی بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی سازگارنا یافته و کمتر از سازگارنا یافته استفاده می‌کنند. با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده که در آن‌ها به بررسی و تأثیر نقش سرسختی و مکانیسم دفاعی در ابتلا به بیماری‌های روان‌تنی از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان پرداخته‌اند، این پژوهش اجرا شد تا به سؤال‌های زیر پاسخ دهد.

۱. آیا سرسختی روان‌شناختی و نوع مکانیسم دفاعی با بیماری مزمن کلیه رابطه دارد؟
۲. آیا متغیرهای شخصیتی تا چه حد می‌تواند ابتلا به بیماری مزمن کلیه را پیش‌بینی کند؟
۳. آیا میزان سرسختی روان‌شناختی و نوع مکانیسم دفاعی در افراد تحت درمان همودیالیز با افراد سالم متفاوت است؟
۴. آیا میزان سرسختی روان‌شناختی افراد و نوع مکانیسم دفاعی آن‌ها با یکدیگر دارد؟

روش

روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای و جامعه‌ی آماری کلیه‌ی بیماران تحت درمان با همودیالیز بیمارستان‌های سوم شعبان و شهید اشرفی اصفهانی واقع در منطقه‌ی ۱۲ تهران در سال ۱۳۹۱ و جامعه‌ی غیربیمار نیز شامل همه‌ی ساکنین همان منطقه بود که به سرای محله‌های واقع در منطقه ۱۲ که شامل سرای محله قیام، آبشار و کوثر بود مراجعه نموده بودند. به روش نمونه-گیری در دسترس، نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ نفر از هریک از جامعه‌های فوق انتخاب و بررسی شد. معیارهای ورود به نمونه در این پژوهش شامل سن ۱۸ تا ۷۵ سال که تحت درمان با همودیالیز به علت نارسایی مزمن کلیه بر اساس تشخیص پزشک متخصص و عضو انجمن بیماری‌های خاص که مراحل حاد بیماری را سپری کرده و حداقل مدت زمان دیالیز آن‌ها ۱ ماه بوده باشد و هم-چنین تمایل خود فرد به شرکت در مطالعه نیز مورد توجه قرار گرفت. معیارهای خروج از نمونه نیز شامل پرسش‌نامه‌ی ناقص و انصراف بیمار در حین پاسخ‌گویی به سؤالات به سبب خستگی و یا وضعیت جسمانی می‌باشد.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسش‌نامه‌ی سرسختی اهواز^۱. این مقیاس، پرسش‌نامه‌ای خود گزارشی با ۲۷ ماده است که توسط کیامرثی (۱۳۸۵) جهت سنجش سرسختی روان‌شناختی ساخته شد. آزمودنی موظف است که در هر ماده یکی از چهار گزینه‌ی هرگز = ۰، به‌ندرت = ۱، گاهی اوقات = ۲ و بیشتر اوقات = ۳ را انتخاب نماید، به‌جز ماده‌های شماره ۶، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۷ و ۲۱ که دارای بار عملی منفی هستند و به‌شیوه‌ی معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی این آزمون بر اساس روش بازآزمایی برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۴، آزمودنی‌های مؤنث ۰/۸۵ و آزمودنی‌های مذکر ۰/۸۴ گزارش شده است (همان منبع) ضرایب روایی این پرسش‌نامه بر اساس میزان همبستگی آن‌ها با چهار مقیاس ملاک پرسش‌نامه‌ی اضطراب، پرسش‌نامه‌ی افسردگی اهواز، پرسش‌نامه‌ی خود شکوفایی شوستروم^۲ و مقیاس اعتبار سرسختی به‌ترتیب برابر با ۰/۵۵، ۰/۶۲، ۰/۵۵ و ۰/۵۱ بود که ضرایب رضایت‌بخشی هستند (کیامرثی ۱۳۸۵).

۲. پرسش‌نامه‌ی سبک دفاعی^۳. مبنای ساخت این پرسش‌نامه بر اساس الگوی سلسله‌مراتبی دفاع‌ها است و نسخه‌ی ۴۰ سؤالی آن توسط اندروز، سینگ و باند (۱۹۹۳) تدوین گردید. این پرسش‌نامه یک مقیاس خود گزارش‌دهی است که شامل ۴۰ ماده است و در مقیاس لیکرت ۹ درجه‌ای تنظیم شده است. در صورتی که آزمودنی با ماده‌ی مربوطه کاملاً مخالف باشد نمره‌ی یک و در صورت موافقت کامل نمره‌ی ۹ کسب می‌کند. این پرسش‌نامه ۲۰ مکانیسم دفاعی را در ۳ سطح رشد یافته، روان‌آزرده و رشد نیافته مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سؤال‌های ۲، ۳، ۵، ۷، ۲۱، ۲۴، ۲۹ و ۳۵ سبک دفاعی رشد یافته، سؤال‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۷، ۲۸، ۳۳، ۳۴ و ۴۰ سبک دفاعی روان‌آزرده و بقیه سؤال‌ها سبک دفاعی رشد نیافته را تعیین می‌کند. مکانیسم‌های سبک دفاعی رشد یافته شامل والایش، شوخ‌طبعی، پیش‌بینی و فرونشانی^۴ و سبک دفاعی روان‌آزرده شامل ابطال، نوع‌دوستی کاذب^۵، آرمانی‌سازی و واکنش متضاد^۶ است و سبک دفاعی رشد نیافته نیز از دوازده مکانیسم دفاعی فرافکنی، پرخاشگری نافع^۷، عملی‌سازی^۸، مجزاسازی، نارزنده‌سازی^۹،

1. Ahvaz Hardiness Scale
2. Shostrome
3. Defense style questionnaire (DSQ-40)
4. suppression
5. psedu-altruism
6. reaction formation
7. passive-aggressive
8. acting-out
9. devaluation

Archive of SID

خیال‌پردازی اوتیستیک، انکار، جابجایی، تفرق^۱، دوپارگی^۲، دلیل‌تراشی و بدنی‌سازی تشکیل شده است (بشارت، ۱۳۹۱). ضریب آلفای کرونیخ برای پرسش‌های هر یک از سبک‌های دفاعی توسط اندروز و همکاران (۱۹۹۳) رضایت‌بخش توصیف شده است. پرسش‌نامه‌ی سبک‌های دفاعی در ایران توسط حیدری‌نسب (۱۳۸۵) بررسی، هنجاریابی و اعتبار آن نیز از طریق روش بازآزمایی و محاسبه‌ی آلفای کرونیخ ارزیابی شده است. یافته‌های مربوط به اعتبار توسط پژوهشگر مذکور مشخص کرد که نسخه‌ی ایرانی پرسش‌نامه همانند نسخه‌ی اصلی از اعتبار مطلوبی برخوردار است. ضریب آلفا در گروه‌های مورد مطالعه به تفکیک در دانش‌آموزان و دانشجویان و جنس گروه نمونه و نیز مکانیسم‌های دفاعی بررسی شد. بالاترین آلفای کلی در مردان دانشجو = $0/81$ و پایین‌ترین آلفای کلی در زنان دانش‌آموز = $0/69$ بود. در مکانیسم‌های دفاعی بالاترین آلفا مربوط به سبک رشد نایافته $0/72$ و کمترین مربوط به سبک روان‌آزرده‌وار $0/50$ بود. همچنین بالاترین آلفای بین دو نیمه به مردان دانشجو و کمترین به سبک روان‌آزرده وار مربوط می‌شد. همه‌ی همبستگی‌های مربوط به دو بار پرسش‌نامه در گروه‌های مورد مطالعه در مقایسه با مقادیر بحرانی معنی‌دار بودند. بر اساس این یافته مشخص گردید پرسش‌نامه‌ی سبک‌های در گروه‌های مورد مطالعه از اعتبار مناسبی برخوردار است (حیدری‌نسب، ۱۳۸۵). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه‌ی سبک‌های دفاعی در پژوهش‌های انجام‌شده در سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۵ در نمونه‌های بیمار به تعداد ۴۲۳ و بهنجار به تعداد ۱۳۹۷ نیز بررسی و تأیید شده است (بشارت، ۱۳۹۱).

شیوه اجرا. برای انتخاب بیماران در روزهای مختلف هفته به بیمارستان‌های سوم شعبان و شهید اشرفی اصفهانی مراجعه شد، ۱۰۰ نفر از بیمارانی که در آن روزها تحت درمان با همودیالیز بودند و معیارهای ورود این پژوهش را داشتند، آزمون‌های سرسختی روان‌شناختی و مکانیسم دفاعی را تکمیل کردند. هم‌زمان ۱۰۰ نفر از افراد غیربیماری که به سرای محله قیام، آبشار و کوثر واقع در منطقه ۱۲ مراجعه نموده بودند به آزمون‌ها پاسخ دادند. آزمون‌ها تنها بارضایت آزمودنی‌ها انجام شد و در صورت خستگی و بی‌میلی افراد، اصراری به ادامه‌ی آزمون نمی‌شد و آزمودنی از گروه نمونه خارج می‌شد. همچنین در مقابل اجرای آزمون به هر یک از افراد بیمار و عادی یک بلیط تخفیف سینما داده شد.

1. dissociation

2. splitting

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌های پژوهش ۴۳/۴ سال بود که در محدوده‌ی ۱۸ تا ۸۴ سال قرار داشتند. مدت زمانی که تحت همودیالیز قرار داشتند بین ۰/۲ تا ۲۰ سال و به طور میانگین ۳/۳۸ سال بوده است. ۵۶/۵ درصد تمام افراد شرکت‌کننده زن و ۴۳/۵ درصدشان مرد بودند و ۴۹/۵ درصد تحصیلات زیر دیپلم و ۵۰/۵ درصد تحصیلات بالای دیپلم داشتند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

گروه	عادی	همودیالیزی	کل
سرسختی	میانگین	۵۴/۰۶۰	۵۲/۷۸۵
	انحراف معیار	۸/۴۵۲۸	۸/۶۸۲
رشد یافته	میانگین	۱۰/۴۹۵	۱۰/۸۰۵
	انحراف معیار	۲/۳۳۴	۲/۵۹۱
روان‌آورده	میانگین	۹/۵۴۷	۱۰/۶۱۳
	انحراف معیار	۲/۲۲۷	۲/۶۲۴
رشد نیافته	میانگین	۹/۳۱۴	۸/۹۸۷
	انحراف معیار	۱/۷۶۴	۱/۸۱۹
تعداد	۱۰۰	۱۰۰	۲۰۰

مکانیسم دفاعی

جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین سرسختی روان‌شناختی در افراد عادی بیش از بیماران همودیالیزی و میانگین مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته در بیماران همودیالیزی بیش از افراد عادی است.

جدول ۲. نتایج تجزیه و تحلیل مقایسه‌ی دو میانگین مستقل

df	t	متغیر
۱۹۸	۲/۰۹۴	سرسختی
۱۹۸	-۱/۶۹۷	رشد یافته
۱۹۸	-۶/۲۷۱	روان‌آورده
۱۹۸	۲/۵۷۸	رشد نیافته

مکانیسم دفاعی

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

در جدول ۲ مشاهده می‌شود تفاوت بین میزان سرسختی افراد سالم و افراد تحت درمان همودیالیز معنی‌دار و در افراد سالم میزان سرسختی بالاتری است. هم‌چنین بین میزان کاربرد مکانیسم رشد یافته در افراد سالم و بیماران همودیالیزی تفاوت دارد اما از لحاظ آماری این تفاوت معنی‌دار نیست. از طرف دیگر تفاوت معنی‌داری در استفاده از مکانیسم روان‌آزرده در دو گروه مشاهده می‌شود، به گونه‌ای که افراد همودیالیزی به میزان بالاتری از مکانیسم دفاعی روان‌آزرده استفاده می‌کنند. تفاوت بین میزان کاربرد مکانیسم رشد نیافته نیز بین افراد سالم و بیماران همودیالیزی معنی‌داری است؛ بدین صورت که افراد سالم میزان بیشتری از مکانیسم استفاده می‌کنند رشد نیافته استفاده می‌کنند.

جدول ۳. نتایج آزمون همبستگی بین سرسختی و نوع مکانیسم دفاعی (تعداد = ۲۰۰)

سرسختی	متغیر
۰/۲۸۶**	رشد یافته
-۰/۱۹۲**	روان‌آزرده
۰/۰۴۴	رشد نیافته

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

با توجه به یافته‌ها در جدول ۳ ارتباط بین میزان سرسختی و کاربرد مکانیسم دفاعی رشد یافته معنی‌داری و مستقیم است. بنابراین هرچه افراد در مؤلفه به‌کارگیری مکانیسم رشد یافته نمره بالاتری کسب کنند سرسختی بیشتری دارند. ارتباط بین میزان سرسختی و کاربرد مکانیسم روان‌آزرده معنی‌دار و در جهت معکوس است. در نتیجه هرچه افراد در مؤلفه به‌کارگیری مکانیسم روان‌آزرده نمره‌ی بالاتری کسب کنند میزان سرسختی کمتری دارند. هم‌چنین ارتباط بین میزان سرسختی و کاربرد مکانیسم رشد نیافته معنی‌دار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد میزان سرسختی روان‌شناختی افراد تحت درمان همودیالیز به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از افراد عادی است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های حیدرزاده (۲۰۰۶)، حیدرزاده (۲۰۱۰)، حیدرزاده، آتش‌بیکار و جلیل‌آذر (۲۰۱۱)، گلچین، شعبانلو، اسودی‌کرمانی، عیوضی، نیکانفر و دولت‌خواه (۲۰۰۸)، سان، چویی، پارک، بایی و لی (۲۰۰۹)، نجمه (۱۳۸۶)، هاجمدال و همکاران (۲۰۰۶) هم‌سو است. افراد سرسخت موقعیت‌های ناگوار را چالش‌برانگیز ارزیابی می‌کنند تا تهدید کننده آن‌ها تعهد بیشتری نسبت به خود و کار خود دارند. حس بیشتری از کنترل در مورد زندگی‌شان را تجربه می‌کنند و عوامل فشارزا را به‌عنوان فرصت بالقوه

برای تغییر می‌بینند و از این‌رو سلامت روان خود را حفظ می‌کنند. بنابراین می‌توان گفت که افراد سخت‌رو به‌دلیل برخورداری سبک‌تبیینی خوش‌بینانه احساس توان‌مندی در رویارویی با مشکلات، برخورد مساله‌مدارانه با مشکلات، انتظارات مثبت در مورد پیامدها و باورها به‌وابسته بودن پیامد به‌عمل، می‌توانند سلامت روان خود را در رویدادهای پیش‌بینی نشده و ناگوار حفظ کنند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افراد سرسخت در هنگام رویارویی با عوامل استرس‌زا سعی می‌کنند ارزیابی واقع‌بینانه‌ای از این عوامل داشته باشند، شناخت مناسبی از عوامل استرس‌زا به‌دست آورند و بر اساس این شناخت و انتخاب روش‌های مقابله‌ای مناسب تلاش می‌کنند تا عامل تنیدگی‌زا را رفع یا مهار کنند. در این راستا آنان برای رفع عوامل تنش‌زا از مهارت‌ها و حمایت‌های اجتماعی نیز استفاده می‌کنند. در مقابل افراد غیر سرسخت در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا به‌مهار، حذف یا کاهش هیجان‌های ناخوشایند می‌پردازند و به‌جای تلاش در جهت رفع یا مهار عامل تنیدگی‌زا از آن دوری و آن را انکار می‌کنند. افراد غیر سرسخت ممکن است در روش مقابله‌ای هیجان‌مدار خود، دچار خود فریبی و تحریف واقعیت شوند و موقعیت را به‌طور غیر واقع‌بینانه به‌نفع خود ارزیابی کنند (مدی، ۲۰۰۶).

در بررسی مقایسه‌ی نوع مکانیسم به‌کاررفته در گروه افراد تحت درمان همودیالیز و عادی نتایج حاکی از این بود که تفاوت بین میزان کاربرد مکانیسم رشد یافته و بیماران همودیالیزی معنی‌داری نبود و تفاوت بین میزان کاربرد مکانیسم روان‌آزرده و بیماران همودیالیزی معنی‌دار بود. بدین صورت که افراد همودیالیزی به‌میزان بالاتری از مکانیسم روان‌آزرده استفاده می‌کنند و همین‌طور بین میزان کاربرد مکانیسم رشد نیافته در افراد سالم و بیماران همودیالیزی تفاوت معنی‌دار بود، به این شکل که افراد سالم به‌میزان بالاتری از مکانیسم رشد نیافته استفاده می‌کنند. در این زمینه این پژوهش با پژوهش موسی‌زاده، ادیب و متولی (۱۳۸۸) در مورد بیماران دیابتی و افراد سالم همخوان است که نشان دادند میزان استفاده از مکانیسم دفاعی رشد یافته در افراد بیمار و غیر بیمار تفاوتی ندارد. ولی با یافته‌های مارتینز و همکاران (۲۰۱۰) و برادی و همکاران (۲۰۱۱) ناهمخوان است. این ناهمخوانی می‌تواند به‌علت نمونه‌گیری دسترس‌ناپذیر باشد و این‌که پژوهش حاضر تنها در منطقه‌ی محدودی از تهران - منطقه ۱۲ - صورت گرفته است که تا حدودی از لحاظ فرهنگی و اقتصادی و سطح سواد با مناطق دیگر تفاوت دارد و هم‌چنین می‌توان به نوع بیماری اشاره کرد که در اکثر پژوهش‌های فوق بیماری روانی بررسی شده‌اند در حالی‌که در پژوهش حاضر بیماری روان‌تنی بررسی شد.

به‌علاوه در پژوهش حاضر ارتباط بین میزان سرسختی و کاربرد مکانیسم رشد یافته معنی‌دار بود. به‌شکلی که هرچه افراد نمره‌ی بالاتری در کاربرد مکانیسم رشد یافته داشتند میزان سرسختی

بیشتری در آن‌ها مشاهده شد، و ارتباط بین میزان سرسختی و مکانیسم دفاعی روان‌آورده معنی‌دار و در جهت معکوس بود. بنابراین می‌توان گفت، هرچه افراد در مؤلفه‌ی کاربرد مکانیسم روان‌آورده نمره‌ی بالاتری کسب کنند میزان سرسختی کمتری را گزارش می‌کنند و ارتباط بین میزان سرسختی و کاربرد مکانیسم رشد نیافته معنی‌دار نبود. در این زمینه پژوهشی یافت نشد؛ اما با توجه به پژوهش‌های حیدری‌نسب (۱۳۸۵)، مدی (۲۰۰۶ و ۲۰۰۷) که نشان دادند رابطه‌ی بین استفاده از سبک‌های دفاعی و متغیرهای شخصیتی و اختلال‌های روان‌شناختی معنی‌دار است، می‌توان گفت نتیجه‌ی این پژوهش نیز با پژوهش‌های قبلی همخوان است. به‌عنوان یک نتیجه‌گیری نهایی و با استناد به این یافته‌ها بهتر است که در درمان بیماری‌های جسمانی به متغیرهای روان‌شناختی از جمله عوامل شخصیتی بیمار اهمیت داده شود. به‌عبارتی متخصصین بالینی و سلامت، متغیرهای روان‌شناختی سرسختی و مکانیسم دفاعی را به منظور ارتقاء سلامت افراد مدنظر قرار دهند.

منابع

- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای مکانیسم‌های دفاعی در رابطه‌ی بین سبک‌های دلبستگی و ناگویی هیجانی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. بهار، ۶ (۱ پایب ۲۱): ۲۳-۷.
- حیدری‌نسب، لیلا. (۱۳۸۵). *مقایسه‌ی مکانیسم‌های دفاعی در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی بر اساس هنجاریابی و یافته‌های مبتنی بر روان‌سنجی پرسش‌نامه‌ی ایرانی سبک‌های دفاعی (DSQ)*، رساله‌ی دکتری چاپ نشده، دانشگاه تربیت مدرس.
- کیامرثی، آذر، و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۸۵). *روان‌شناسی سرسختی*. اردبیل: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل، چاپ اول.
- موسی‌زاده، توکل، ادیب، عزیزالله، و متولی، رویا (۱۳۸۸). بررسی تطبیقی میزان و نحوه‌ی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی در بین بیماران دیابتی و افراد سالم. *مجله‌ی علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، بهار ۸۸، ۱ (۱۹): ۶۴-۶۱.
- نجمه، حمید. (۱۳۸۶). بررسی رابطه‌ی میان ویژگی شخصیتی سرسختی و استرس با بیماری کرونری قلب. *مجله‌ی علمی پزشکی، تابستان*. ۲ (۶): ۲۳۵-۲۲۴.
- واقعی، سعید، ربانی‌جوادی، اکرم، مظلوم، سید رضا، داودی، نیره، و مدرس‌غروی، مرتضی. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر شأن‌درمانی بر شأن انسانی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت هومودیالیز. *فصلنامه مراقبت مبتنی بر شواهد*، ۷ (۳): ۷۲-۶۳.

Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (4): 246-256.

- Blaya, C., Donnelles, M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Bond, M., & Manfro, G. G. (2006). 'Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder?' *Defense Mechanisms and Psychiatric Disorder*, 28 (3): 179-183.
- Brooks, M. (2005). Health-related hardiness and chronic illness a synthesis of current research nursing from. *Philadelphia*, 38: 11-20.
- Chavez- Leon, E., Lara- Munoz, C., & Ontiveros- Uribe, M. P. (2006). 'An empirical study of defense mechanisms in panic disorder'. *Journal of Salud Mental*, vol. 29, No .6: 15- 22.
- Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2005). 'The relationship between job satisfaction and Health: a meta analysis'. *Occupational and environmental medicine*, 62 (2): 105- 112.
- Folkman, S. (2008). 'The case for positive emotions in the stress processes'. *Anxiety, Stress and Coping*. 21 (1): 3-10.
- Golchin. M., Shabanloee, R., Asvadi kermani, A., Eivazi, J., Nikanfarm A., & dovlatkhah, S. (2008). 'The effect of self care program on quality of life in Leukemia patients who treating with chemotherapy'. *Journal of Tabib Shargh*, 10 (3): 174-182.
- Hajmedal, O., Friborg, O., stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martuniussen, N. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: a perspective study of protective factors and the role in adjustment to negative life events. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 198-201.
- Heidarzadeh. M. (2006). 'Relationship between quality of life and social supports in hemodialysis patients in hospital of Tabriz university of Medical sciences'. (MSC Thesis), Tabriz, Iran: School of nursing midwifery, Tabriz university of Medical sciences.
- Heidarzadeh. M., Atashpeykar, S., & Jalilazar, T. (2010). 'Relationship between quality of life and self care ability in patients receiving hemodialyses. *IJNMR/spring*, 15 (2):71-76.
- Heidarzadeh. M., Atashpeykar, S., & Jalilazar, T. (2011). 'Self care ability in Hemodialysis patints'. *JCS*, 6 (4): 29-33.
- Judkins, S., Reid, B., & Furlow, L. (2006). 'Hardiness training among nurses managers. Building Health work place'. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 37 (5): 202-207.
- Kipper, L., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzono, K., Bond, M., & Manfro, G. G. (2005). 'Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment'. *J Nerv Ment Dis*. 193 (9): 619-624.
- Kuehner, C. (2005). 'Determining of subjective quality of life depressed patients: The role of self-esteem and social supports'. *Journal of Active Disorders*. 86: 205-214.
- Lyndal Cash, M. (2009). 'The impact of hardiness on organizational outcomes: Investigating appraisal and coping processes through alternative

- transactional models'. Master of art in psychology. At Massey University Auckland, Newzeland.
- Maddi, S. R., Harvey, R. H., Khoshaba, D. M., Lu, J. L., Persico, M., & Brow, M. (2006). The personality construct of hardiness, III: Relationships with repression, Innovativeness performance. *Journal of Personality*, 74, 575-598.
- Maddi, S. R. (2007). 'Relevance of hardiness assessment and training to the military context'. *Journal of Military Psychology*, 19 (1): 61-70.
- Maddi, S. R. (2006). 'Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*. 1 (3): 160-168.
- Maddi, S. R., & Khoshaba, D. M. (2005). Resilience at work. New York.
- Martinez, B. P. R., Leon, E. Ch., Rodrigues, G. A. R., & Moctezuma, L. G. P. (2010). 'Defense mechanisms in cardiovascular disease patintes with and without panic disorder'. *Journal of Salud Mental*. Vol. 33, No. 3: 219-227.
- McGowan, J., Gardner, D., & Fletcher, R. (2006). 'Possitive and negative affective outcomes of occupation stress'. *New Zealand Journal of Psychology*, 35 (2): 92-98.
- Nelson, D. L., & Cooper, C. L. (2005). 'Stress and health: Possitive orientation'. *Stress and Health*. 21 (2): 73-75.
- Potoczek, A. (2012). Links between defense mechanisms and severity of symptoms of panic disorder in women and men with difficult and aspirin-induced asthma. *Journal Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2: 17-22.
- Roshan, R., Mohammadi, J., Rajabi salesi, M., & Jalali, M. (2013). 'A comparison of the factors of life quality and type D personality in patients with Coronary Heart disease'. *Journal of Behavioral Sciences*. 7 (2): 143-150.
- Son, Y. j., Choi, K. S., Park, Y. R., Bea, J. S., & Lee, J. B. (2009). Depression symptoms and the quality of life in patients on hemodialysis for end-stage renal disease. *AM J nephrol*. 29 (1): 36-42.
- Subramanian, S., & Vinothkumar, M. (2009). 'Hardiness personality, self-esteem and occupational stress among IT professionals'. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. Vol. 35, 48-56.
- Tsay, S. L., & Healsted, M. (2009). Self-care self-efficacy depression and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*. 39: 245-251.
- Verhaak, Pf. M., Heijmans, MJ. W. M., Pitters, L., & Rijken, M. (2005). 'Chronic disease and mental disorder'. *Journal of Social Science and Medicine*, 60: 789-797.
- Zeigler-hill, V., Chatha. S., & Osterman, L. (2008). 'Psychological defense and self-steem instability: Is defense style associated with unstable self-steem'? *Journal of Research in Personality*, 42: 348-364.

پرسش‌نامه‌ی سبک‌های دفاعی

کاملاً مخالفم = ۱ ... ۲ ... ۳ ... ۴ ... ۵ ... ۶ ... ۷ ... ۸ ... ۹ = کاملاً موافقم

۱. من از کمک کردن به دیگران احساس رضایت می‌کنم و اگر این فرصت از دست برود غمگین می‌شوم.
۲. قادرم تا پیدا شدن فرصتی مناسب برای حل یک مشکل، آن را از ذهنم بیرون کنم.
۳. از طریق انجام کاری سازنده و خلاق مثل نقاشی یا ساختن وسایل چوبی با اضطرابم کنار می‌آیم.
۴. قادرم برای هر آن‌چه که انجام می‌دهم دلایل خوبی پیدا کنم.
۵. تقریباً به سادگی قادرم خودم را بخندانم.
۶. مردم تمایل دارند با من بدر رفتاری کنند.
۷. اگر کسی به من حمله کند یا مرا فریب دهد و پولم را سرقت کند ترجیح می‌دهم به او کمک شود تا این که تنبیه گردد.
۸. مردم می‌گویند که من واقعیت‌های ناخوشایند را نادیده می‌گیرم، گویی که اصلاً وجود نداشته‌اند.
۹. من با خطرات به گونه‌ای برخورد می‌کنم که گویی سوپر من هستم.
۱۰. به‌خاطر این که می‌توانم افراد را سرچایشان بنشانم (روی آن‌ها را کم کنم) به خودم می‌بالم.
۱۱. اغلب وقتی چیزی مرا آزار می‌دهد به‌طور تکانه‌ای و غریزی، بدون فکر عمل می‌کنم.
۱۲. وقتی اوضاع برایم خوب پیش نمی‌رود از نظر جسمانی بیمار می‌شوم و احساس کسالت می‌کنم.
۱۳. من شخصی بازدارنده هستم (در برابر دیگران خودم را بیش از حد کنترل می‌کنم).
۱۴. من از رویاهایم (خیال‌پردازی‌هایم) بیش از زندگی واقعی‌ام لذت می‌برم.
۱۵. من دارای استعداد‌های خاصی هستم که به من اجازه می‌دهد زندگی بی‌دردسری داشته باشم.
۱۶. وقتی که اوضاع بر وفق مرادم پیش نمی‌رود همیشه دلایل مشخصی وجود دارد.
۱۷. آن‌چه در خیال‌پردازی‌هایم انجام می‌دهم، بیش از کاری است که در زندگی واقعی‌ام انجام می‌دهم.
۱۸. من از هیچ چیز نمی‌ترسم.
۱۹. گاهی فکر می‌کنم که فرشته‌ام و گاهی نیز تصور می‌کنم که شیطان هستم.
۲۰. احساس صدمه یا آسیب مرا آشکارا پرخاشگر می‌کند.
۲۱. من همیشه احساس می‌کنم که یک آشنا، شبیه به یک فرشته نجات، ننگه‌بان من است.
۲۲. تا جایی که می‌دانم مردم یا خوب هستند یا بد.
۲۳. اگر رئیس‌ام از من عیب‌جویی کند ممکن است درکارم اشتباهی مرتکب شوم یا کارم را خیلی کند انجام دهم تا عیب‌جویی-اش را تلافی کنم.
۲۴. من کسی را می‌شناسم که کاملاً صادق و درست کار است و می‌تواند هرکاری را انجام دهد.
۲۵. اگر احساساتم مزاحم کارم شوند می‌نوانم آن‌ها را نادیده بگیرم (بر روی آن‌ها سرپوش بگذارم).
۲۶. من معمولاً می‌توانم جنبه‌های مفرح و خنده‌دار یک وضعیت ناگوار و دردناک را ببینم (در کنار چیزهای دردناک می‌توانم جنبه‌های جالبی را نیز دریابم).
۲۷. وقتی مجبورم کاری را که دوست ندارم انجام دهم، سردرد می‌گیرم.
۲۸. من اغلب با افرادی که حششان است از دستشان عصبانی باشم، خیلی خوب رفتار می‌کنم.
۲۹. دنیا با من سر ناسازگاری ندارد.
۳۰. هرگاه قرار است با مشکلی مواجه شوم سعی می‌کنم راجع به ابعاد (کم و کیف) آن فکر کنم و راه‌های مقابله با آن را بیابم.
۳۱. پزشکان هرگز نمی‌فهمند که ناراحتی من چیست.
۳۲. هر جایی که از حقم دفاع می‌کنم، به‌خاطر رک بودنم از دیگران عذرخواهی می‌کنم.
۳۳. وقتی که افسرده یا مضطرب هستم با غذا خوردن حالم بهتر می‌شود.
۳۴. اغلب به من گفته می‌شود که احساساتم را نشان نمی‌دهم.
۳۵. اگر بتوانم از قبل پیش‌بینی کنم چه چیزی ناراحت‌کننده‌تر است، بهتر می‌توانم با آن کنار بیایم.

۳۶. هر چه هم شکایت و یا گله کنم فرقی نمی‌کند چون هرگز پاسخ رضایت‌بخشی دریافت نمی‌کنم.
 ۳۷. در موقعیت‌هایی که تکان‌دهنده به‌نظر می‌رسند، اغلب هیچ احساسی ندارم.
 ۳۸. برای راهی از افسردگی و اضطراب به‌طور افراطی به وظایف و کارهای محوله‌ام متوسل می‌شوم.
 ۳۹. در شرایط بحرانی علاقه‌مندم با کسانی دوست شوم که مشکلات یا نیازهایی شبیه من داشته باشند.
 ۴۰. اگر افکار خصمانه‌ای داشته باشم احساس می‌کنم لازم است کاری برای جبران آن انجام دهم.

پرسش‌نامه‌ی سرسختی‌امواز

هرگز = ۰، به‌ندرت = ۱، گاهی = ۲ و بیشتر اوقات = ۳

ردیف	سوال‌ها	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۱	خوب می‌دانم که چه عقاید و افکاری دارم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۲	احساس می‌کنم عمرم صرف انجام کارهایی شده که با معنی و ارزشمند است.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۳	تلاش من در نتایج و پیامدهای زندگی‌ام موثر است.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۴	تصمیم‌گیری در مورد مسائل برایم آسان است.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۵	از شرکت کردن در بحث‌ها و گفت‌وگوهای اجتماعی استقبال می‌کنم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۶	در مقابل مسائل زندگی دچار سردرگمی می‌شوم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۷	حوادث فشارزای زندگی برایم تهدیدآمیزند.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۸	اگر فردی سعی کند مرا آزار دهد، حقش را کف دستش می‌گذارم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۹	واقعیات برای من جالب‌تر از رؤیایها هستند.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۱۰	هرقدر هم که سخت تلاش می‌کنم در هر حال کوشش‌هایم بدون ثمر هستند.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۱۱	زندگی روزانه من پر از چیزهایی است که برایم جالب‌اند.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۱۲	هر چقدر سخت‌کوش‌تر باشم، در رسیدن به هدف‌های خود موفق‌ترم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۱۳	پرسشورترین و مهیج‌ترین چیز برای من خیال‌بافی است.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۱۴	زندگی کاری من جالب است.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۱۵	در برقراری تماس چشمی با دیگران راحت هستم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۱۶	از قرارگرفتن در موقعیت‌های ناآشنا استقبال می‌کنم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۱۷	تغییرات زندگی را به‌عنوان تهدیدی برای امنیت و آسایش خود تلقی می‌کنم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۱۸	به‌سختی تسلیم تقدیر و سرنوشت خود می‌شوم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۱۹	در هنگام بیماری تحمل بالایی دارم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۲۰	در تغیی دادن عقیده نزدیک‌کنم موفق هستم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۲۱	این سیاستمداران هستند که بر زندگی ما حکومت می‌کنند.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۲۲	هنگام رویارویی با مشکلات، تمرکز حواس خود را حفظ می‌کنم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۲۳	از موقعیت‌های مبهم و غیرقابل پیش‌بینی استقبال می‌کنم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۲۴	از کار کردن لذت می‌برم و به شور و هیجان می‌آیم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۲۵	به‌خوبی به شرایط و موقعیت‌های رقابت‌جویانه پاسخ نشان می‌دهم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۲۶	خواسته‌ها و احساسات خود را به‌راحتی بروز می‌دهم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات
۲۷	در برخورد با اشخاص غریبه راحت هستم.	هرگز	به‌ندرت	گاهی	بیشتر اوقات