



The Role of Emotional/Internalizing Dysfunction and Behavioral/Externalizing Dysfunction Based on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form in Self-Transcendence and Self-Directiveness Nurses

Mahdiah Rakhshani Fard¹, Qasem Ahi^{2,*}, Reza Dastjerdi³

¹ M.A in Personality Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

³ Assistant Professor of Psychology, School of Allied Medical Sciences, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

* **Corresponding author:** Ghasem Ahi, Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran. E-mail: ahighasem1356@yahoo.com

Received: 21 Sep 2019

Accepted: 21 Nov 2019

Abstract

Introduction: Nowadays, nursing-related disciplines have examined the effect of psychological constructs on mental and physical health. This study was aimed to determine the role of emotional/internalizing dysfunction and behavioral/externalizing dysfunction based on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form in self-transcendence and Self-directiveness nurses.

Methods: In this descriptive-correlational study, 339 nurses were selected among the public hospitals in Birjand in 2019 by Sampling method available and completed the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form (2008), Adult Self-Transcendence Inventory scale (2005) and Self-directiveness subscale of Temperament Character Inventory (1994). Data were analyzed by SPSS22 software and multiple regression analysis.

Results: The results showed that there is a negative and significant relationship between emotional/internalizing dysfunction and behavioral/externalizing dysfunction with self-transcendence and Self-directiveness ($P < 0.01$) and emotional/internalizing dysfunction and behavioral/externalizing dysfunction account for 25% and 26% of their variance in self-transcendence ($R^2 = 0.25$) and Self-directiveness ($R^2 = 0.25$), respectively.

Conclusions: The results showed that there is a negative and significant relationship between emotional/internalizing dysfunction and behavioral/externalizing dysfunction with self-transcendence and self-directiveness. Results showed that emotional/internalizing dysfunction and behavioral/externalizing dysfunction is an important role in predicting self-transcendence and Self-directiveness nurses in nurses. Therefore, it is necessary to consider the role of these predictor variables by health care professionals and institutions when hiring, training, apprenticeships and professional retraining of nurses.

Keywords: Emotional/Internalizing Dysfunction, Behavioral/Externalizing Dysfunction, Self-transcendence, Self-directiveness Nurses



نقش بدکارکردی های هیجانی - درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری - برونی سازی مبتنی بر فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا-۲ (MMPI-2-RF) در خود فراروی و خود راهبری پرستاران

مهديه رخشانی فرد^۱، قاسم آهی^۲، رضا دستجردی^۳

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

^۲ استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

^۳ استادیار روانشناسی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

* نویسنده مسئول: قاسم آهی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، بیرجند، ایران. ایمیل: ahigh1356@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۸/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۳۰

چکیده

مقدمه: امروزه رشته‌های مرتبط با پرستاری تأثیر بسیاری از سازه‌های روان‌شناختی را بر سلامت روانی و جسمی موردبررسی قرار داده‌اند. این پژوهش با هدف بررسی نقش بدکارکردی های هیجانی - درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری - برونی سازی مبتنی بر فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا-۲ (MMPI-2-RF) در خود فراروی و خود راهبری پرستاران انجام شد. **روش کار:** در یک مطالعه توصیفی-همبستگی، ۳۳۹ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر بیرجند در سال ۱۳۹۸ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه سوتا-۲- فرم بازسازی شده (۲۰۰۸)، مقیاس از خود فراروی بزرگسالان (۲۰۰۵) و خرده مقیاس خود راهبری پرسشنامه سرشت و منش (۱۹۹۴) پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 22 و به روش تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین بدکارکردی های هیجانی - درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری - برونی سازی با خود فراروی و خود راهبری رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/01$) و بدکارکردی های هیجانی - درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری - برونی سازی به ترتیب ۲۵ درصد و ۲۶ درصد واریانس خود فراروی ($R\text{-Square} = 0/25$) و خود راهبری ($R\text{-Square} = 0/26$) را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده نقش بدکارکردی های هیجانی - درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری - برونی سازی در خود فراروی و خود راهبری پرستاران بود؛ بنابراین در نظر گرفتن نقش این متغیرهای پیش‌بین توسط متخصصان و مؤسسات خدمات سلامت به هنگام استخدام، آموزش، کارورزی و بازآموزی حرفه‌ای پرستاران ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: بدکارکردی‌های هیجانی-درونی سازی، بدکارکردی های رفتاری-برونی سازی، خود فراروی، خود راهبری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

در چند دهه گذشته، رشته‌های مرتبط با پرستاری و سلامت تأثیر بسیاری از سازه‌های روان‌شناختی را بر سلامت روانی و جسمی موردبررسی قرار داده‌اند. از جمله سازه‌های سودمند این حوزه مسئله خود فراروی برای فعالیت‌های پرستاری و پژوهش در این حوزه است [۱]. دیگر سازه مهم مرتبط با حوزه فعالیت‌های پرستاری خود راهبری است، زیرا بسیاری از روش‌های یادگیری در حوزه پرستاری هدفشان این است تا خود راهبری دانشجویان پرستاری را ارتقا بخشد و بسیاری

از برنامه‌های درسی پرستاران بر روش‌های یادگیری خود راهبر متمرکز هستند [۲]. سازه خود فراروی و خود راهبری که چارچوب تئوریک مطالعه حاضر را شکل می‌دهد مبتنی بر مدل روانی زیستی کلونینجر و پرسشنامه مرتبط با آن یعنی پرسشنامه سرشت و منش است که دارای ۴ بعد سرشت شامل از اجتناب از آسیب، نوجویی، وابستگی به پاداش و پشتکار و ۳ بعد منش شامل خود راهبری، همکاری و خود فراروی می‌باشد [۳]. بعد منش این نظریه به عنوان نگرش‌ها و فرایندهای

پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا-۲- فرم بازسازی شده Tellegen & Ben-Porath نسخه به‌روزرسانی شده و اصلاح‌شده پرسشنامه‌ی MMPI-2 است [۱۲] و هدف اصلی اصلاح و بازسازی پرسشنامه‌ی MMPI-2 ساخت مجموعه‌ای جامع از مقیاس‌های با ویژگی‌های روان‌سنجی بالا که زیرمجموعه‌های معنادار از نظر بالینی مجموعه گویه‌های MMPI-2 را نمایندگی کنند، بود [۱۳]. هسته اصلی این نسخه اصلاح‌شده را مقیاس‌های بالینی بازسازی‌شده (مقیاس‌های RC) و مقیاس‌های مرتبه بالاتر (مقیاس‌های HO) تشکیل می‌دهند. علاوه بر این، MMPI-2-RF دارای یک مقیاس روانی جدید و هفت مقیاس روانی اصلاح‌شده، ۲۳ مقیاس مشکلات خاص (مقیاس‌های SP)، دو مقیاس علائق و پنج مقیاس آسیب‌شناسی شخصیت-۵ (PSY-5) می‌باشد [۴]. مقیاس‌های سطح بالاتر که در این پژوهش مدنظر است عبارت‌اند از: مقیاس بدکارکردی هیجانی-درونی سازی (EID)، مقیاس بدکارکردی رفتاری-بیرونی سازی (BXD) و مقیاس بدکارکردی افکار (THD) قرار دارند [۱۴]. به‌طور کلی، مقیاس‌های HO از گویه‌های مقیاس‌های RC که شاخص‌های اولیه این ابعاد هستند، مشتق می‌شوند. به‌عبارت‌دیگر مقیاس EID بر گویه‌هایی از مقیاس‌های ضعف روحیه (RCd)، عواطف مثبت پایین (RC2) و عواطف منفی بدکارکرد (RC7) مبتنی است. مقیاس BXD نیز بر گویه‌هایی از مقیاس‌های رفتارهای ضداجتماعی (RC4) و فعالیت‌گرایی هیپومانیک (RC9) مبتنی است. در نهایت مقیاس THD نیز بر گویه‌هایی از مقیاس‌های افکار گزند و آسیب (RC6) و تجربیات غیرعادی (RC8) مبتنی است [۳].

یافته‌های مربوط به ارتباط MMPI-2-RF با سازه‌های روان‌شناختی از جمله خود فراروی و خود راهبری بسیار اندک است. فقط در یک پژوهش [۲] رابطه بین خرده مقیاس‌های MMPI-2-RF با ابعاد مختلف مدل روانی زیستی کلونینجر بررسی شده است. به‌علاوه پژوهش‌های مربوط به ارتباط بین MMPI-2-RF و سایر اختلالات روان‌شناختی گزارش می‌شود که تا حدی می‌تواند روشن‌کننده ارتباط و اهمیت موضوع این پژوهش باشد.

Heijden و همکاران [۳] گزارش کردند که مقیاس RC8 رابطه‌ای قوی با سازه خود فراروی دارد. به‌علاوه مشخص شد که مقیاس‌های THD و RC6 رابطه‌ای متوسط با خود فراروی دارند. به‌علاوه در این پژوهش مشخص شد که RCd، EID، RC2، RC7 و RC4 مقیاس‌های مشکلات خاص درونی سازی رابطه‌ی معناداری با خود راهبری دارند. Lee و همکاران [۱۵] گزارش کردند که خرده مقیاس‌های MMPI-2-RF پیش‌بین رضایت از رابطه‌ی خود ابراز‌شده، رضایت از رابطه‌ی ابراز‌شده به‌وسیله‌ی شریک و نمره توافق است. Ben-Tellegen & Porath [۱۶] گزارش کردند که نمرات بالاتر در مقیاس RC8 می‌تواند با تحمل پایین‌تر در برابر استیصال رابطه داشته باشد. علاوه بر این، مشخص شد برخی از تجارب مقیاس RC8 با اختلالات عصبی مشخص نظیر صرع لوب گیجگاهی رابطه دارند. نتایج پژوهش Haugh [۱۷] نشان داد که خرده مقیاس‌های MMPI-2-RF رابطه‌ای منفی و معنی‌داری با تاب‌آوری دارند. هم‌چنین Asano و همکاران [۱۸] نشان دادند که بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارای سطوح پایین خود راهبری در مقایسه با بیماران دارای سطوح بالای آن

شناختی بالاتری که تعارضات میان ابعاد سرشتی را تنظیم می‌کند، به‌گونه‌ای که فرد می‌تواند به اهداف ارزشمندش دست یابد و روابط انسانی‌اش را بر اساس ارزش‌ها و نیازهایش حفظ کند، تعریف شده و در این بعد خود فراروی عملکردهای خردمندانه داشتن، شهودی بودن، دوراندیش بودن و احساس پیوند داشتن با همه‌ی موجودات دیگر را شامل می‌شود [۴]. نظریه خود فراروی در پرستاری که توسط Reed [۵] مطرح شد یک چارچوب تئوریک درباره خود فراروی ارائه می‌دهد که شامل ابعاد میان فردی، درون فردی و فرا فردی است و در ارتباط با فرایندهای رشد انسان و رشد در سلامت حاصل شده است [۶]. خود فراروی یک فرآیند پویا است که به عنوان یک مکانیسم مقابله قدرتمند در نظر گرفته می‌شود و به سازگاری با فرسودگی جسمی و هیجانی کمک می‌کند. رید خود فراروی را به عنوان یک ظرفیت تکاملی در نظر می‌گیرد که هدف و معنا را برای انسان در مواجهه با محدودیت‌های فردی و محیطی فراهم می‌آورد و می‌تواند در طول چرخه زندگی ارتقا یابد [۷]. خود فراروی به فرایند گسترش و یا حرکت ورای مرزهای فردی و کیفیتی که در نتیجه این فرایند ظهور می‌کند و به یک جهان‌بینی غنی و گسترده منجر می‌شود اشاره دارد و از این طریق می‌تواند منجر به تحول شخصی شود و احساس بهزیستی و کیفیت زندگی را بهبود بخشد [۸]. خود فراروی با خلاقیت، تخیل و توانایی برای پذیرش تحمل‌ناپذیری مرتبط است. این اصطلاح همچنین با مفهوم آسیب‌پذیری-مفهومی که به آگاهی شخصی از مرگ‌ومیر خود اشاره می‌کند- مرتبط است [۷].

آن‌گونه که اشاره شد بعد منش مدل روانی زیستی کلونینجر بازتاب‌دهنده‌ی این مسئله هستند که فرد تا چه میزان خودش را (۱) یک فرد مستقل، (۲) بخشی از نوع بشر و جامعه‌ی انسانی و (۳) بخشی از جهان و منابع پیرامون آن در نظر می‌گیرد. در این بعد خود راهبری به معنای مستقل، هدفمند و خوش‌فکر بودن و توانایی نشان دادن رفتارهای هدف محور تعریف‌شده است [۳]. خود راهبری بر پایه پنداشت از خویشتن به عنوان یک فرد مستقل شامل زیرمجموعه‌های وحدت، احترام، عزت، تأثیربخشی، رهبری و امید تعریف‌شده است [۹]. خود راهبری پایین مشکلات مسئولیت‌پذیری، فقدان اهداف طولانی‌مدت، اعتمادبه‌نفس پایین و درگیری با هویت را توجیه می‌کند. چنین افرادی اغلب همکاری پایین نیز دارند که موجب عدم تحمل دیگران، خودخواهی، انتقام‌جویی، فرصت‌طلبی و غیره می‌شود [۱۰]. به دلیل مزایای خود راهبری در محیط‌های آموزشی و سازمانی حوزه پرستاری به‌طورجدی بر اهمیت این سازه تأکید شده و ارزش آن به عنوان یک مهارت لازم برای آموزش و کار در قرن بیست و یکم بیش‌ازپیش موردتوجه قرار گرفته است.

بر این اساس و با توجه به اهمیت خود فراروی و خود راهبری در حوزه پرستاری و این مسئله که این ابعاد می‌توانند تحت تأثیر فاکتورهای شخصیتی و شرایط محیطی قرار گیرند [۴] شناسایی پیش‌آیندهای این سازه‌ها ضروری است. در این راستا پژوهش‌ها بیان نموده‌اند که پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا-۲- فرم بازسازی‌شده (MMPI-2-RF) از نظر مفهومی و تجربی با مدل‌های امروزی آسیب‌شناسی شخصیت رابطه دارد و به شکل روزافزونی استفاده از این پرسشنامه در محیط‌های بالینی در حال افزایش است [۱۱].

حتی با کنترل برخی پیش‌بینی‌کننده‌های پیش‌آگهی دوره بازگشت کوتاه‌تری بعد از بهبودی داشتند.

بالین‌حال یافته‌های مربوط به ارتباط MMPI-2-RF و سازه‌های روان‌شناختی اندک است و حتی اندک پژوهش‌های این حیطه به صورت مقایسه‌ای و یا روی جمعیت‌های بیمار انجام شده است. با توجه به شدت مشکلات تجربه‌شده در حرفه پرستاری و اینکه مشکلات در پرستاران به عنوان جز مهم سیستم بهداشتی درمانی موجب کاهش رضایت شغلی، افزایش ترک خدمت و کاهش کیفیت مراقبت‌های بالینی می‌شود [۱۹] پرداختن به خود فراروی و خود راهبری به عنوان یک مکانیزم‌های تعدیل‌کننده سایکوپاتولوژیکال مهم به نظر می‌رسد. بر این اساس پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش بدکارکردی‌های هیجانی-درونی سازی و بدکارکردی‌های رفتاری-برونی‌سازی مبتنی بر فرم بازسازی‌شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF) در خود فراروی و خود راهبری پرستاران انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف جزو پژوهش‌های بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها جزو پژوهش‌های توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر بیرجند بود. نمونه مورد بررسی شامل ۳۸۴ نفر حداکثر حجم ممکن بر اساس جدول کرجسی-مورگان، (۱۹۷۰) از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین ترتیب که پژوهشگر به بیمارستان‌های شهر بیرجند مراجعه کرده و آزمون‌های موردنظر روی تمامی پرستارانی که در روزهای اجرای آزمون در بخش‌های بیمارستانی حاضر بودند، اجرا گردید. ملاک‌های ورود شامل پرستار بودن، شاغل بودن در بیمارستان‌های دولتی و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل عدم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و عدم پاسخ کامل به پرسشنامه‌ها بود. ملاحظات اخلاقی نیز شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و اجتناب از آسیب رساندن به آن‌ها بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه‌ی شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا-۲- فرم بازسازی‌شده (MMPI-2-RF) (۱۶) ورژنی مشتق شده از پرسشنامه MMPI-2 است. فرایند ساخت پرسشنامه MMPI-2-RF مشابه با فرایند ساخت مقیاس‌های بالینی بازسازی‌شده است. در فرایند ساخت این پرسشنامه از نمونه‌های هنجاری پرسشنامه MMPI-2، به‌استثنای ۲۲۴ زن که به‌صورت تصادفی حذف شدند تا تعداد افراد در هر گروه جنسیتی برابر باشد، استفاده گردید [۲۰]. پرسشنامه MMPI-2-RF از ۳۳۸ گویه تشکیل شده است که این گویه‌ها از مجموعه‌گویه‌های پرسشنامه MMPI-2 انتخاب شده‌اند. این گویه‌ها در ۵۰ مقیاس مجزا قرار داده شده‌اند که شامل هشت مقیاس روایی و ۴۲ مقیاس اصلی است. در این هشت مقیاس روایی، علاوه بر هفت مقیاس روایی اصلاح‌شده پرسشنامه MMPI-2 یک مقیاس روایی جدید نیز وجود دارد. ۴۲ مقیاس اصلی نیز شامل ۹ مقیاس بالینی بازسازی‌شده (RC)، ۵ مقیاس آسیب‌شناسی شخصیت-۵- تجدیدنظر شده (PSY-5r) و ۲۸ مقیاس جدید است. این ۲۸ مقیاس نیز عبارت‌اند از ۳ مقیاس مرتبه بالاتر

(HO)، ۲۳ مقیاس مشکلات خاص (SP) و ۲ مقیاس علائق. پژوهش‌های انجام‌شده بر روی این پرسشنامه بیان نموده‌اند که پایایی‌های آزمون پس‌آزمون مقیاس‌های RC در این پرسشنامه، ۰/۷۰ یا بالاتر است، به‌جز برای مقیاس RC6 (افکار گزند و آسیب) که پایایی آزمون پس‌آزمون آن ۰/۶۲ بود. مشخص شده است که مقیاس‌های MMPI-2-RF روایی افتراقی و روایی واگرایی بالاتری از پرسشنامه MMPI-2 دارند [۱۶]. در ایران ترجمه و انطباق یابی MMPI-2-RF انجام شد [۲۱]. در این پژوهش جامعه موردبررسی عبارت‌اند از: جامعه ورزشکاران تیم ملی، کارکنان سازمان‌های مختلف از جمله پلیس، شهرداری، ستاد مبارزه با مواد مخدر و غیره. دانشجویان، شهروندان ساکن در تهران و شهرستان‌های مختلف کشور، افراد دارای مشکلات بالینی از جمله اسکیزوفرنیا، وسواس، افسرده، مضطرب و غیره معلمان روان‌سازی و اعتباریابی شده است. ضرایب اعتبار برای مقیاس‌های بالینی بالاتر از ۰/۸۰ بود. پژوهشگران فوق عنوان نمودند که پرسشنامه MMPI-2-RF از روایی قابل قبولی برخوردار است و ضرایب همبستگی بین نمرات با تأکید بر خرده مقیاس‌های بالینی RC1 تا RC9 در دامنه ۰/۵۰ تا ۰/۶۵ قرار گرفت. در این پژوهش فقط از دو مقیاس سطح بالاتر مقیاس بدکارکردی هیجانی-درونی سازی (EID) و مقیاس بدکارکردی رفتاری-بیرونی سازی (BXD) استفاده شده است.

مقیاس از خود فراروی بزرگسالان توسط Levenson و همکاران [۲۲] تهیه شده و دارای ۱۸ آیتم است. آیتم‌ها بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" درجه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه دارای دو خرده مقیاس از خودبستگی (۴ آیتم) و خودبرتری (۱۴ آیتم) است. در این پژوهش فقط از خرده مقیاس خودبرتری استفاده شد. Levenson و همکاران [۲۲] آلفای کرونباخ را برای آیتم‌های خرده مقیاس خود برتری ۰/۷۵ و از خودبستگی ۰/۶۴ گزارش کردند. به‌علاوه نمره کلی خود فراروی رابطه مثبتی با گشودگی به تجربه، برونگرایی، تمرین مدیتیشن و مساوات‌طلبی و رابطه منفی با نوروز گرایی، فردگرایی و عشق نابالغ نشان داد. در ایران، این مقیاس هنجاریابی شده است. روایی همگرایی این مقیاس با شاخص هدفمندی در زندگی ۰/۵۱ به دست آمد. به‌علاوه آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های خودبرتری، از خودبستگی و نمره کل به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۷، ۰/۷۷ برآورد شد [۲۳].

برای سنجش خود راهبری از خرده مقیاس خود راهبری فرم کوتاه پرسشنامه سرشت و منش Cloninger و همکاران [۹] استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۱۲۵ سؤال و هفت خرده مقیاس نوجویی، اجتناب از آسیب، وابستگی به پاداش، پشتکار، خودراهبری، همکاری و خود فراروی است. آیتم‌ها بر روی یک مقیاس دودرجه‌ای لیکرت به‌صورت درست و غلط درجه‌بندی می‌شود. نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه این پرسشنامه از پایایی و روایی مطلوبی در جمعیت غیر بالینی ایران برخوردار است. ضرایب پایایی باز آزمایشی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را در دامنه ۰/۷۳ برای پاداش وابستگی پاداش تا ۰/۹۰ برای خود راهبری و آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها را در دامنه ۰/۶۶ برای خودراهبردی تا ۰/۹۰ برای پشتکار گزارش کرده‌اند [۲۴]. همچنین ضریب همبستگی فرم کوتاه این پرسشنامه با فرم بلند ۰/۶۲ گزارش شده است [۱۰]. داده‌ها به کمک نرم‌افزار آماری SPSS22 و با

رخشانی فرد و آهی

همبستگی بین بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی و خود فراروی مشاهده شد، این همبستگی منفی و در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار بود ($P < 0/01$). به علاوه کمترین همبستگی بین بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری-برونی سازی مشاهده شد، این همبستگی مثبت و معنی دار بود ($P < 0/01$).

جهت بررسی نقش بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری-برونی سازی مبتنی بر فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه-سوتا-۲ در خود فراروی پرستاران از تحلیل رگرسیون چندگانه (multiple regression analysis) استفاده شد. آماره دوربین واتسون ($Durbin-Watson = 1/08$) نشان دهنده عدم تخطی از مفروضه استقلال باقیمانده ها بود. همچنین مقدار شاخص های VIF و تحمل (tolerance) بیانگر عدم هم خطی چندگانه بود (جدول ۳). نتایج تحلیل واریانس (analysis of variance) نشان دهنده معنی دار بودن مدل رگرسیونی بود ($P < 0/01$ ، $F = 55/04$ ، $df = 2$ و 336).

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که صفات بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری-برونی سازی پیش بینی کننده خود فراروی پرستاران می باشند ($P < 0/05$). به علاوه، این دو صفت روی هم ۲۵ درصد واریانس خود فراروی را تبیین می کنند. جهت پیش بینی خود راهبری از طریق بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری-برونی سازی از تحلیل رگرسیون چندگانه (multiple regression analysis) استفاده شد. آماره دوربین واتسون ($Durbin-Watson = 1/97$) نشان دهنده عدم تخطی از مفروضه استقلال باقیمانده ها بود. همچنین مقدار شاخص های VIF و تحمل (tolerance) بیانگر عدم هم خطی چندگانه بود (جدول ۴). نتایج تحلیل واریانس (analysis of variance) مربوط به تحلیل واریانس انجام شده جهت پیش بینی خود راهبری از طریق بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری-برونی نشان دهنده معنی دار بودن مدل های رگرسیونی بود ($P < 0/01$ ، $F = 60/15$ ، $df = 2$ و 336).

استفاده از شاخص های آمار توصیفی و آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شد.

یافته ها

از مجموع ۳۸۴ پرسشنامه توزیع شده ۴۵ پرسشنامه به دلیل ناقص بودن کنار گذاشته شد. از این تعداد ۸۰ نفر (۲۳/۶۰ درصد) مرد و ۲۵۹ نفر (۷۶/۴۰ درصد) زن هستند. دامنه سنی شرکت کنندگان ۲۱ تا ۵۰ سال و میانگین سنی آن ها ۳۱ سال بود. از مجموع ۳۳۹ نفر ۵۸ نفر (۱۷/۱۱ درصد) زیر ۲۵ سال، ۸۳ نفر (۲۴/۴۸ درصد) ۲۵ تا ۳۰ سال، ۱۰۱ نفر (۲۹/۷۹ درصد) ۳۱ تا ۳۵ سال، ۶۴ نفر (۱۸/۸۸ درصد) ۳۶ تا ۴۰ سال و ۳۳ نفر (۹/۷۴ درصد) بالای ۴۰ سال سن دارند. در جدول ۱ یافته های توصیفی و در جدول ۲ ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش به همراه شاخص های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) ارائه شده است. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده های توزیع روش کولموگروف- اسمیرنوف استفاده شد و هیچ یک از متغیرهای پژوهش از مفروضه نرمال بودن تخطی نداشتند.

جدول ۱: شاخص های توصیفی بین متغیرهای پژوهش

طبقه	فراوانی	درصد
جنسیت		
مرد	۸۰	۲۳/۶۰
زن	۲۵۹	۷۶/۴۰
سن		
زیر ۲۵ سال	۵۸	۱۷/۱۱
۲۵ تا ۳۰ سال	۸۳	۲۴/۴۸
۳۱ تا ۳۵ سال	۱۰۱	۲۹/۷۹
۳۶ تا ۴۰ سال	۶۴	۱۸/۸۸
بیشتر از ۴۰ سال	۳۳	۹/۷۴

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که بین صفات بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری-برونی سازی با خود فراروی و خود راهبری رابطه معکوس وجود دارد ($P < 0/01$). بیشترین مقدار

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش همراه با میانگین و انحراف استاندارد

متغیر	بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی	بدکارکردی های رفتاری-برونی سازی	خود فراروی	خود راهبری
بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی	۱/۰۰			
بدکارکردی های رفتاری-برونی سازی	۰/۱۲۹**	۱/۰۰		
خود فراروی	-۰/۴۷**	-۰/۳۰**	۱/۰۰	
خود راهبری	-۰/۳۶**	-۰/۴۵**	۰/۴۰**	۱/۰۰
میانگین	۷/۳۸	۴/۰۳	۳۸/۳۸	۱۶/۵۱
انحراف استاندارد	۳/۸۷	۲/۵۰	۵/۹۹	۳/۴۸
مفروضه نرمال بودن	۰/۴۵	۰/۵۴	۰/۰۶۱	۰/۰۴۷

* $P < 0/05$ ، ** $P < 0/01$

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون خود فراروی از طریق بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری-برونی سازی

مدل	متغیر	همبستگی	مجدور همبستگی	ضرایب غیر استاندارد	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	مقدار تی	سطح معنی داری	VIF	تحمل
۱	بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی	-۰/۴۷	۰/۲۲	-۰/۶۴	۰/۰۷	-۰/۴۱	-۸/۳۶	۰/۰۰۰۱	۱/۰۹	۰/۹۲
۲	بدکارکردی های رفتاری- برون سازی	۰/۵۰	۰/۲۵	-۰/۴۴	۰/۱۲	-۰/۱۸	-۳/۶۸	۰/۰۰۱	۱/۰۹	۰/۹۲

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون خودراهبری از طریق بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری-برونی سازی

مدل	متغیر	همبستگی	مجدور همبستگی	ضرایب غیراستاندارد	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	مقدار تی	سطح معنی داری	VIF	تحمل
۱	بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی	-۰/۴۵	۰/۲۰	-۰/۵۳	۰/۰۷	-۰/۳۸	-۷/۷۴	۰/۰۰۰۱	۱/۰۹	۰/۹۱
۲	بدکارکردی های رفتاری-برونی سازی	-۰/۵۱	۰/۲۶	-۰/۲۳	۰/۰۴	-۰/۲۶	-۵/۲۶	۰/۰۰۰۱	۱/۰۹	۰/۹۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که صفات بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری-برونی سازی پیش‌بینی کننده خودراهبری پرستاران می‌باشند ($P < ۰/۰۵$). بعلاوه، این دو صفت روی هم ۲۶ درصد واریانس خودراهبری را تبیین می‌کنند.

بحث

آن‌گونه که اشاره شد پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری-برونی سازی در خود فراروی و خود راهبری انجام شد. آن‌گونه که تحلیل‌ها نشان داد مشخص شد بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری-برونی سازی در خود فراروی ($R Square = ۰/۲۵$) و خود راهبری ($R Square = ۰/۲۶$) پرستاران نقش دارد. اگرچه پژوهشی تاکنون به‌طور مستقیم به بررسی نقش بدکارکردی های هیجانی- درونی سازی و بدکارکردی های رفتاری-برونی سازی در خود فراروی و خود راهبری نپرداخته است، اما نتایج این پژوهش با اندک یافته‌های قبلی همسو است [۳، ۱۵، ۱۷، ۲۵، ۲۶].

Lee و همکاران [۱۵] در پژوهش خود با استفاده از آنالیزهای همبستگی نشان دادند که نمرات مقیاس بدکارکردی هیجانی/ درونی سازی و ضعف روحیه همبستگی منفی و معنی‌داری با نمره رضایت از رابطه خود ابرازشده هم در مردان و هم در زنان دارد. در این پژوهش همچنین مشاهده گردید که در مردان و زنان، نمرات مقیاس رفتار ضداجتماعی و مشکلات خانوادگی رابطه منفی و معنی‌داری با نمره رضایت از رابطه خود ابرازشده، رضایت از رابطه ابرازشده به‌وسیله شریک و نمره توافق میان زوجین دارند. علاوه بر این Haugh [۱۷] در پژوهش خود بیان نمود که مقیاس‌های بدکارکردی هیجانی/ درونی سازی، ضعف روحیه، هیجانات مثبت پایین، عقاید مرگ-خودکشی، درماندگی-نامیدی، ناکارآمدی و عدم پیوند‌گرایی همگی رابطه‌ای منفی با تاب‌آوری دارند که این مسئله بیانگر آن است که هنگامی که افراد سطوح بالاتری از بدکارکردی را در این حوزه‌ها تجربه می‌کنند، تاب‌آوری کمتری از خود نشان می‌دهند و برعکس Heijden و همکاران [۲] گزارش کردند که مقیاس‌های پرسشنامه MMPI-2-RF با ابعاد پرسشنامه سرشت و منش رابطه دارند. به‌طورکلی، نتایج این پژوهش نشان دادند که مقیاس ضعف روحیه رابطه‌ای یکسان با دو بعد اجتناب از آسیب و خود راهبری دارد. علاوه بر این، نتایج پژوهش Heijden [۲] نشان دادند که مقیاس‌های عواطف مثبت پایین و عواطف منفی بدکارکرد روابطی یکسان با بعد اجتناب از آسیب دارند. همچنین مشخص شد که مقیاس بدکارکردی رفتاری/بیرونی‌سازی، مقیاس رفتارهای ضداجتماعی و مقیاس فعالیت‌گرایی هیپومانیک روابط یکسانی با بعد نوجویی و بعد همکاری دارند. MacDonald & Mendez [۲۷] گزارش کردند که همه‌ی

مقیاس‌های بالینی بازسازی‌شده رابطه‌ی معناداری با حداقل یک بعد تجارب معنوی دارند، علاوه بر این، در این پژوهش مشاهده گردید که بهزیستی وجودی همبستگی منفی و معناداری با همه‌ی مقیاس‌های بالینی بازسازی‌شده پرسشنامه‌ی MMPI-2-RF، به‌جز مقیاس فعالیت هیپومانیک دارد. Walsh [۲۵] در پژوهش خود رابطه‌ی میان مقیاس‌های آسیب‌شناسی شخصیت- تجدیدنظر شده پرسشنامه‌ی MMPI-2-RF (PSY-5r) و مقیاس‌های سندروم بالینی و الگوی شخصیت پرسشنامه چندمحوری میلون (MCMI-III) را در نمونه‌ای از بیماران روانی موردبررسی قرارداد. نتایج این پژوهش نشان داد که بسیاری از مقیاس‌های PSY-5r رابطه‌ی معناداری با مقیاس‌های سندروم بالینی و الگوی شخصیت پرسشنامه MCMI-III دارد. Polshak [۲۶] نیز در پژوهش خود نشان داد که مقیاس بدبینی همبستگی مثبتی با مقیاس زودباوری/شکاکیت پرسشنامه 16PF دارد. او همچنین بیان نمود که همبستگی میان مقیاس بدبینی و عامل استقلال پرسشنامه 16PF قوی‌تر از همبستگی میان این مقیاس و عامل اضطراب پرسشنامه 16PF است. یافته‌های مربوط به یک مطالعه دیگر [۲۸] نشان داد که برون‌گرایی رابطه‌ای منفی با مقیاس بدکارکردی هیجانی/ درونی‌سازی دارد، هرچند این رابطه ضعیف‌تر از رابطه میان روان رنجوری و بدکارکردی هیجانی/ درونی‌سازی بود. علاوه بر این، نتایج نشان دادند که گشودگی رابطه‌ی منفی کوچکی با اختلالات درونی‌سازی (نظیر بدکارکردی هیجانی/ درونی‌سازی، ضعف روحیه، هیجانات مثبت پایین و هیجانات منفی مختل‌کننده) و باوجدان بودن رابطه‌ی منفی متوسطی با بدکارکردی هیجانی/ درونی‌سازی دارد. نتایج همچنین نشان دادند که تطابق‌پذیری رابطه‌ی منفی و متوسطی با مقیاس بدکارکردی رفتاری/ درونی‌سازی دارد. علاوه بر این بیان گردید که رابطه‌ی منفی بدکارکردی هیجانی/ درونی‌سازی و مقیاس فعالیت هیپومانیک قوی‌تر از رابطه‌ی این مقیاس و مقیاس رفتار ضداجتماعی است. همان‌طور که در این پژوهش پیش‌بینی شده بود، مقیاس بدکارکردی هیجانی/ درونی‌سازی همبستگی قدرتمندی با اختلالات شخصیت ضداجتماعی و سادیستیک و اعتیاد به مواد و همبستگی متوسطی با اختلال دوقطبی (شیدایی)، اعتیاد به الکل و اختلال شخصیت تکانشی وجود دارد.

آن‌گونه که اشاره شد یکی از اهداف اصلی تدوین پرسشنامه‌ی MMPI-2-RF بهبود این پرسشنامه با نظریه‌های آسیب‌شناسی و شخصیت امروزی است [۲۹]. به‌طورکلی، ۴۲ مقیاس اصلی این پرسشنامه سازه‌های روان‌شناختی و به‌طور خاص‌تر، علائم بالینی و صفات شخصیت‌ناسازگاری که ماهیتی فرا تشخیصی دارند را اندازه‌گیری می‌کنند [۳۰]. MMPI-2-RF دارای سه مقیاس مرتبه بالاتر جدید است که عبارت‌اند از: بدکارکردی هیجانی/ درونی‌سازی، بدکارکردی افکار، بدکارکردی رفتاری/بیرونی‌سازی. آن‌گونه که نتایج نشان داد

اعتماد کنند، و رفتارهای پرخاشگرانه دارند. این افراد عموماً آمادگی انجام رفتارهای غیرقانونی که دربرگیرنده سوءاستفاده از دیگران جهت کسب منافع شخصی هستند را دارند. این افراد همچنین تمایل رفتارهایی دارند که شامل سلطه‌گری، و آزار و اذیت دیگران است. علاوه بر این، آن‌ها از تحقیر دیگران و تجاوز به حقوق آن‌ها لذت بده و احساس رضایت می‌کنند [۲۵]. بنابراین نمرات بالای این مقیاس بستر مناسبی را برای بروز رفتارهای تکانه‌ای از جمله رفتارهای مجرمانه توأم با خشونت و بی‌توجهی به پیامدهای رفتاری فراهم می‌آورد. در حمایت از چنین یافته‌هایی Paul & Sellbom [۳۰] گزارش کرد که سازه‌های مرتبه بالاتر بهینه جسمانی سازی، عاطفه منفی، گسستگی و بیرونی سازی با ساختارهای سلسله مراتبی مشکلات روان‌شناختی رابطه دارند.

به دلیل حساسیت‌های حوزه پزشکی و به طور خاص پرستاری ویژگی‌های شخصیتی خاصی مورد نیاز است بنابراین ضروری است تا در گزینش و گمارش پرستاران به هنگام پذیرش دانشجو، استخدام پرستاران و کارآموزی آن‌ها بعد بدکارکردی‌های هیجانی-درونی سازی و بدکارکردی‌های رفتاری-برونی سازی مبتنی بر فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2-RF) مورد نظر قرار گیرد، زیرا توانایی‌های شخصیتی فرد پرستار می‌تواند در انطباق شغلی و افزایش بهره‌وری مؤثر واقع شود و از مشکلات احتمالی که می‌تواند ناشی از عدم انطباق شغلی با ویژگی‌های شخصیتی باشد پیشگیری شود. با توجه به عینی بودن و کوتاه بودن تعداد سؤالات بعد بدکارکردی‌های هیجانی-درونی سازی و بدکارکردی‌های رفتاری-برونی سازی مبتنی بر فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2-RF) پیشنهاد می‌شود تا مؤسسات خدمات سلامت روان از جمله بیمارستان‌ها اقدام به ارزیابی و سنجش ویژگی‌های شخصیتی پرستاران خود نمایند. چنانچه نمره پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستانی بالاتر از نقطه برش پرسشنامه باشد اقدامات لازم جهت تعدیل و کاهش این ویژگی‌های شخصیتی منفی صورت پذیرد. این کار می‌تواند از طریق معرفی پرستاران به مراکز خدمات سلامت روان و کلینیک‌های مشاوره‌ای انجام شود. در این پژوهش جهت‌گیری‌های سنی و جنسی مدنظر قرار نگرفت، این تفاوت می‌تواند منبعی برای سوگیری در یافته‌ها باشد و نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که متغیرهای جمعیت شناختی نظیر جنسیت، سن و نژاد در بروز رفتارهای ناسازگارانه مؤثر بر عملکرد نقش دارند. در پژوهش‌های آتی نمونه‌های متنوع‌تری از جمله تعداد نسبتاً برابر زن‌ها و مردها، نمونه‌های بالینی (افراد مبتلا به اختلالات شخصیتی) انتخاب شوند و روابط بین متغیرها به‌طور جداگانه برحسب جنس و سن بررسی شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌دهنده نقش بدکارکردی‌های هیجانی-درونی سازی و بدکارکردی‌های رفتاری-برونی سازی مبتنی بر فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2-RF) در خود فراروی و خود راهبری پرستاران است؛ بنابراین در نظر گرفتن نقش این متغیرهای پیش‌بین توسط متخصصان، درمانگران، سازمان‌ها و مؤسسات خدمات سلامت به هنگام استخدام، آموزش، کارورزی و بازآموزی حرفه‌ای پرستاران ضروری به نظر می‌رسد.

بدکارکردی هیجانی/درونی سازی و بدکارکردی رفتاری/بیرونی سازی در خود راهبری و خود فراروی پرستاران نقش داشتند [۲۵].

در تبیین چنین نتایجی محققان معتقدند که مقیاس بدکارکردی هیجانی/درونی سازی دامنه‌ی گسترده‌ای از نارسایی‌های عاطفی و مشکلات درونی سازی، به‌ویژه مشکلاتی که با عاطفه و خلق رابطه دارند را اندازه‌گیری می‌کند [۳۱]. Walsh [۲۵] معتقد است که بارگذاری‌های مثبت این عامل شامل اجتناب، افسردگی، عواطف مثبت پایین/درون‌گرایی، وابستگی، اسکیزوئید و هیجان‌پذیری منفی/روان رنجور گرایمی باشد. به‌طور کلی، افرادی که نمره‌ی بالایی در این عامل کسب می‌کنند، عموماً افرادی افسرده، نایمن، حساس به انتقاد، مشکوک به خود و تحقیرکننده‌ی خود در میان دیگران هستند. افرادی که نمره‌ی بالایی در این مقیاس کسب می‌کنند عموماً مشکلات عاطفی مختلفی نظیر احساس غم، نامیدی، درماندگی، اضطراب، عزت‌نفس پایین و حوزه‌های دیگر بدکارکردی هیجانی را تجربه می‌کنند [۱۷]. سازه بدکارکردی هیجانی/درونی سازی شباهت بسیار زیادی به سازه‌ی ضعف روحیه دارد. پژوهش‌ها بیان نموده‌اند که سازه‌ی ضعف روحیه دارای حداقل دو بعد است که عبارت‌اند از درماندگی و ناشایستگی ذهنی در مقابله با این درماندگی. این ناشایستگی خود ادراک شده در مقابله با این درماندگی می‌تواند عزت‌نفس فرد را کاهش دهد، منجر به احساس درماندگی وجودی شود و حالت ضعف روحیه را در او تشدید کند. این مسئله عمده‌تاً در بیماران روانی مشاهده می‌شود و می‌تواند توضیح دهد که چرا که ضعف روحیه شاکله‌ی بسیاری از سندروم‌های بالینی را تشکیل می‌دهد

[۲۸]. در حمایت از چنین یافته‌هایی McCord و همکاران [۳۲] بیان نمودند که نمرات مقیاس‌های MMPI-2-RF که بازتاب‌دهنده‌ی بدکارکردی افکار، درونی سازی و بیرونی سازی هستند، رابطه‌ی معناداری با سازه‌های ابعادی ارتقا یافته به‌وسیله‌ی موسسه‌ی ملی پژوهش‌های سلامت روان دارند. Baum & Haber [۳۳] در پژوهش خود بیان نمودند که نمرات مقیاس‌های درونی سازی بدکارکردی هیجانی/درونی سازی، ضعف روحیه و هیجان‌ثابت پایین با اختلال افسردگی رابطه دارند. Shkalim و همکاران [۳۴] گزارش کردند که مقیاس‌های ضعف روحیه، عواطف مثبت پایین و عواطف منفی بالا پیش‌بین درماندگی و ترس هستند. Haneveld و همکاران [۳۵] و Kutchen و همکاران [۳۶] نشان دادند که برخی سازه‌های پرسشنامه MMPI-2-RF روابط معناداری با صفات شخصیت جامعه‌ستیز دارند. همچنین در تبیین ارتباط بدکارکردی رفتاری/بیرونی سازی با خود فراروی و خود راهبری می‌توان گفت که بدکارکردی رفتاری/بیرونی سازی به سازگاری شخص و جنبه‌های بیرونی سازی آسیب‌شناسی روانی معطوف بوده و بر زمینه‌های رفتاری در موقعیت‌های اجتماعی و سازگاری با محیط‌های اجتماعی و تعاملات بین فردی تأکید دارد. بارگذاری‌های مثبت این عامل شامل اعتیاد به مواد، اعتیاد به الکل، بی‌قیدی-تجدیدنظر شده و پرخاشگری-تجدیدنظر شده می‌باشد. باز نمودهای بالینی این عامل می‌تواند شامل موارد زیر باشد: سابقه‌ی بازداشت شدن، مصرف مواد، سابقه‌ی اقدام به خودکشی، و ابتلا به اختلال شخصیت مرزی یا اختلال شخصیت ضداجتماعی [۲۹]. افرادی که نمره‌ی بالایی در این عامل کسب می‌کنند، عموماً دارای مشکلات خانوادگی هستند، نمی‌توانند به دیگران

سیاسگزاری

از کلیه مسئولان محترم بیمارستان‌های دولتی شهر بیرجند و همچنین تمامی پرستاران شرکت کننده در این پژوهش صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد. لازم به ذکر است که این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند می‌باشد. از این‌رو، از زحمات کلیه مسئولان دانشگاه و به طور خاص معاونت پژوهشی سپاسگزاریم.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

پروپوزال طرح، در جلسه‌ی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس مدارک ارسالی مورد تصویب کمیته‌ی اخلاق واقع گردید.

IR.BUMS.REC.1398.056

References

- Kim SS, Reed PG, Kang Y, Oh J. Translation and psychometric testing of the Korean Versions of the Spiritual Perspective Scale and the Self-transcendence Scale in Korean elders. *J Korean Acad Nurs*. 2012;42(7):974-83. doi: 10.4040/jkan.2012.42.7.974 pmid: 23377593
- Vanhanen-Nuutinen L, Janhonen S, Maunu M, Laukkala H. Changes in Finnish nursing students' nursing orientations between mid 1990s and mid-2000s. *Nurse Educ Today*. 2012;32(5):490-6. doi: 10.1016/j.nedt.2011.08.010 pmid: 21907469
- van der Heijden PT, Egger JI, Rossi GM, van der Veld WM, Derksen JJ. Personality and psychopathology: mapping the MMPI-2-RF on Cloninger's psychobiological model of personality. *Assessment*. 2013;20(5):576-84. doi: 10.1177/1073191113490791 pmid: 23737600
- van der Heijden PT. Integrative Assessment of Personality and Psychopathology: A validation study with the MMPI-2-RF. [Sl: sn]; 2013.
- Reed P. *Theory of self-transcendence*. New York: Springer; 2008.
- Farahani AS, Rassouli M, Yaghmaie F, Majd HA, Sajjadi M. Psychometric Properties of the Persian Version of Self-Transcendence Scale: Adolescent Version. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2016;4(2):157-67. pmid: 27218113
- Pena-Gayo A, Gonzalez-Chorda VM, Cervera-Gasch A, Mena-Tudela D. Cross-cultural adaptation and validation of Pamela Reed's Self-Transcendence Scale for the Spanish context. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3058. doi: 10.1590/1518-8345.2750.3058 pmid: 30540116
- Garcia-Romeu A. Self-transcendence as a measurable transpersonal construct. *J Transpersonal Psychol*. 2010;42(1):26.
- Cloninger CR, Przybeck T, Svrakic DM, Wetzel R. *The Temperament Character Inventory (TCI): A guide to its Development & Use*. St. Louis, MO: Center for psychology of personality; 2011.
- SM A. Evaluation of personality dimensions using the Cloninger Temperament and Character Inventory in subjects with borderline personality disorders. *Tehran Univ Med J* 2008;66(9):633-8.
- Jones A, Ingram MV, Ben-Porath YS. Scores on the MMPI-2-RF scales as a function of increasing levels of failure on cognitive symptom validity tests in a military sample. *Clin Neuropsychol*. 2012;26(5):790-815. doi: 10.1080/13854046.2012.693202 pmid: 22709365
- Mullins AN. *Attention Deficits in Cognitive Abilities as Measured by the MMPI-2-RF and NAB*. USA: MSU Graduate Theses; 2015.
- Chin ZH. Self-reported attachment and the mmpi-2-rf: are relationships expectancies reflected in Psychological Adjustment? : Australian National University; 2015.
- Groth-Marnat G. [Handbook of psychological assessment]: sokhan; 2009.
- Lee TTC, Taylor AM, Holbert AM, Graham JR. MMPI-2-RF predictors of interpersonal relationship characteristics in committed couples. *Psychol Assess*. 2019;31(9):1118-24. doi: 10.1037/pas0000735 pmid: 31192629
- Ben-Porath YS. Addressing challenges to MMPI-2-RF-based testimony: questions and answers. *Arch Clin Neuropsychol*. 2012;27(7):691-705. doi: 10.1093/arclin/acs083 pmid: 23076394
- Haugh S. *Defining Resilience Using the Substantive Scales of the MMPI-2-RF*: Western Carolina University; 2017.
- Asano T, Baba H, Kawano R, Takei H, Maeshima H, Takahashi Y, et al. Temperament and character as predictors of recurrence in remitted patients with major depression: a 4-year prospective follow-up study. *Psychiatry Res*. 2015;225(3):322-5. doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.017 pmid: 25560481
- Komeili-Sani M, Etemadi A, Boustani H, Bahreini M, Hakimi A. [The relationship between nurses' clinical competency and job stress in Ahvaz university hospital, 2013]. *J Clin Nurs Midwifery*. 2015;4(1):39-49.
- Greene R. *MMPI-2/MMPI-2-RF: An Interpretive Manual*. New York: Allyn & Bacon; 2011.
- Shokrzadeh S, Moradian zand P, kamkari K, kiyakajori R. [Psychometric of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2RF) in people with HIV]. *Edalat Univ*. 2016;1(1):86-130.
- Levenson MR, Jennings PA, Aldwin CM, Shiraishi RW. Self-transcendence: conceptualization and measurement. *Int J Aging Hum Dev*. 2005;60(2):127-43. doi: 10.2190/XR XM-FYRA-7U0X-GRC0 pmid: 15801386
- Kord Noghabi R, Jahan F, Rashid K, Rezaii A. [Measure of wisdom in iran]. *Q Educ Meas*. 2016;6(22):187-212.
- Kaviani H, Pourahmad M. Validation of temperament and character inventory (TCI) in iranian sample: Normative data. *Tehran Univ Med J*. 2005;63(3):89-98.
- Walsh S. *Linking the psychopathology five scales of the MMPI-2-RF to the personality pattern and clinical syndrome scales of the MCMI-III: a study of concurrent and construct validity*: Wichita State University; 2015.
- Polshak TC. *Validation of the MMPI-2_RF's RC3 Cynicism Scale*: Pittsburg State University; 2014.
- Mendez DM, MacDonald DA. *Spirituality and the MMPI-2 Restructured Clinical Scales*. *Int J Transpersonal Stud*. 2012;31(1):1-10. doi: 10.24972/ijts.2012.31.1.1
- Heijden P, Egger J, Rossi G, Veld W, Derksen J. *Personality and psychopathology: Structural relations*

- between the Five Factor Model of personality and the MMPI-2 Restructured. 2013.
29. Ben-Porath YS. Interpreting the MMPI-2-RF: U of Minnesota Press; 2012.
 30. Sellbom M, Arbisi PA. Introduction to the Special Section: Linking the MMPI-2-RF to Contemporary Models of Psychopathology. *J Pers Assess.* 2017;99(4):337-40. doi: [10.1080/00223891.2016.1267642](https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1267642) pmid: 28617140
 31. Tarescavage AM, Ben-Porath YS. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) Instruments. *Encyclopedia Clin Psychol.* 2015:1-16. doi: [10.1002/9781118625392.wbecp265](https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp265)
 32. McCord DM, Achee MC, Cannon EM, Harrop TM, Poynter WD. Using the Research Domain Criteria Framework to Explore Associations Between MMPI-2-RF Constructs and Physiological Variables Assessed by Eye-Tracker Technology. *J Pers Assess.* 2017;99(4):363-74. doi: [10.1080/00223891.2016.1228067](https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1228067) pmid: 27715316
 33. Haber JC, Baum LJ. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) Scales as predictors of psychiatric diagnoses. *S Afr J Psychol.* 2014;44(4):439-53. doi: [10.1177/0081246314532788](https://doi.org/10.1177/0081246314532788)
 34. Shkalim E, Almagor M, Ben-Porath YS. Examining Current Conceptualizations of Psychopathology With the MMPI-2/MMPI-2-RF Restructured Clinical Scales: Preliminary Findings From a Cross-Cultural Study. *J Pers Assess.* 2017;99(4):375-83. doi: [10.1080/00223891.2016.1189429](https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1189429) pmid: 27332780
 35. Klein Haneveld E, Kamphuis JH, Smid W, Forbey JD. Using MMPI-2-RF Correlates to Elucidate the PCL-R and Its Four Facets in a Sample of Male Forensic Psychiatric Patients. *J Pers Assess.* 2017;99(4):398-407. doi: [10.1080/00223891.2016.1228655](https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1228655) pmid: 27715314
 36. Kutchen TJ, Wygant DB, Tylicki JL, Dieter AM, Veltri COC, Sellbom M. Construct Validity of the MMPI-2-RF Triarchic Psychopathy Scales in Correctional and Collegiate Samples. *J Pers Assess.* 2017;99(4):408-15. doi: [10.1080/00223891.2016.1238829](https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1238829) pmid: 27808558