مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۲، مرداد ۱۴۰۲، ۴۵۸-۴۳۷

نقش میانجی عملکرد روان‌شناختی مثبت در رابطه بین خلق و خو، جبران افراطی و سرکوب‌گری عاطفی با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان گوارش: یک مطالعه توصیفی

مریم خرم‌آبادی[۱]، شهناز خالقی‌پور[۲]

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۱/۰۵ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۲/۰۱/۲۷ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۲/۰۴/۰۵ پذیرش مقاله:۱۴۰۲/۰۴/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: بیماری سرطان از نظر روان‌شناختی کاهش قابل ملاحظه‌ای در کیفیت زندگی بیمار ایجاد می‌کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی عملکرد روان‌شناختی مثبت در رابطه بین خلق و خو، جبران افراطی و سرکوب‌گری عاطفی با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان گوارش انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری، تمامی بیماران مبتلا به سرطان گوارش در بیمارستان‌های شهید رحیمی و شهدای عشایر شهر خرم‌آباد در سال ۱۴۰۰ بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند، ۱۴۸ نفر انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های سرکوب‌گری عاطفی Weinberger، تاب‌آوری Conner-Davidson، سرشت و منش (Temperament and Character Inventory) و جبران افراطی Young و پرسش‌نامه عملکرد روان‌شناختی مثبت Rajaei و همکاران جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مسیر انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد عملکرد روان‌شناختی مثبت در رابطه بین خلق و خو و تاب‌آوری (β=۰/۶۲۱) و در رابطه بین جبران افراطی و تاب‌آوری (β=۰/۴۱۲)، نقش میانجی دارد (P<۰/۰۰۱). هم‌چنین، خلق و خو (β=۰/۴۲۱)، جبران افراطی (β=۰/۳۶۵)، سرکوب‌گری (β=۰/۶۴۷) و عملکرد روان‌شناختی مثبت (β=۰/۷۲۳) بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان گوارش اثر مستقیم دارند (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که عملکرد روان‌شناختی مثبت، تأثیر خلق و خو بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان را میانجی‌گری می‌کند. بنابراین، به نظر می‌رسد، بیماران مبتلا به سرطان با عملکرد روان‌شناختی مثبت می‌توانند تاب‌آوری خود را جهت مقابله با پیامدهای منفی ناشی از سرطان افزایش دهند.

واژه‌های کلیدی: عملکرد روان‌شناختی مثبت، خلق و خو، جبران افراطی، سرکوب‌گری عاطفی، تاب‌آوری، سرطان گوارش

۱ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران
۲ - (نویسنده مسئول) دانشیار گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران
تلفن: ۰۳۱-۴۶۲۶۶۲۰۰، دورنگار: ۰۳۱-۴۶۲۶۶۲۰۰، پست الکترونیکی: shkhaleghipour@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

مقدمه

سرطان گوارش چهارمین سرطان شایع در مردان و هفتمین سرطان شایع در زنان است [۱]. این نوع سرطان افزون بر مشکلات جسمانی، موجب به مخاطره افتادن بهزیستی و کیفیت کلی زندگی می‌شود و بر فشار روانی و اجتماعی بیماران مبتلا می‌افزاید [۳-۲]. برخی مواقع بیماران مبتلا به سرطان می‌توانند سختی‌های ناشی از این بیماری را تحمل نمایند که به این توانایی جسمانی-روانی-اجتماعی، تاب‌آوری (Resilience) می‌گویند [۴]. تاب‌آوری عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی مثل بیماری کمک می‌کند. افراد تاب‌آور، سازگاری فردی بالایی با عوامل فشارزای محیطی دارند [۵]. پژوهش‌های روان‌شناسی سلامت نشان داده است در افرادی که با دردهای ناشی از بیماری سرطان دست و پنجه نرم می‌کنند، سطح تاب‌آوری به مرور زمان کاهش پیدا کرده و به تدریج آسیب‌پذیری این افراد در برابر درد افزایش پیدا می کند [۶]. از طرف دیگر، بیماران تاب‌آور می‌توانند با استرس و افسردگی ناشی از تشخیص و درمان بیماری مقابله کنند [۸-۷]. هم‌چنین، بر اساس نتایج مطالعات مرتبط، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان به میزان تاب‌آوری روانی و اجتماعی آنان بستگی دارد [۱۰-۹].

یک عامل مؤثر بر میزان تاب‌آوری افراد، خلق و خو و توانایی مدیریت آن است. Cloninger و همکاران توانستند مدل جامع خلق و خو را بر مبنای ژنتیک، نوروبیولوژیکی و نوروفارماکولوژیکالی ارایه دهند. مدل ایشان بر اساس دو بعد یعنی سرشت و منش است: سرشت شامل آسیب پرهیزی، نوجویی، پشتکار، پاداش وابستگی و سه بعد منش که شامل خودراهبری، فراروی و همکاری است [۱۱]. نتایج مطالعات انجام شده بر روی خلق و خوی بیماران سرطانی، میزان آسیب‌پذیری، نگرانی، در خود فرو رفتن و انزوا، خشم، احساس گناه و عدم ابراز وجود بیشتری را گزارش داده است و هم‌چنین در این افراد هیجان‌پذیری، تعمق، درگیر بودن و شایستگی کمتر مشاهده شده است [۱۴-۱۲].

جبران افراطی (Overcompensation) یکی از سبک‌های مقابله‌ای است که بیماران مبتلا به سرطان در طول دوران بیماری به دفعات از آن استفاده می‌کنند. هرچه بیمار بیشتر از جبران افراطی استفاده کند، سلامت کلی آنان بیشتر دچار مخاطره شده و تداوم این روند، منجر به کاهش سلامت جسمانی و روانی می‌شود [۱۵]. پژوهش‌های اخیر نشان داده است علت استفاده بیش از حد از جبران افراطی توسط بیماران مبتلا به سرطان، دریافت پیام‌هایی با محتوی مبارزه با سرطان است که دائماً توسط محیط به بیمار تلقین می‌شود [۱۶]. بیمارانی که به میزان زیاد از جبران افراطی استفاده می‌کنند، وقتی به سختی شکست می‌خورند، تواناییشان برای جبران افراطی در هم شکسته و به افسردگی شدید دچار می‌شوند [۱۷].

علاوه بر جبران افراطی، سرکوب‌گری عاطفی (Emotional repression) مکانیسم مقابله‌ای دیگری است که توسط

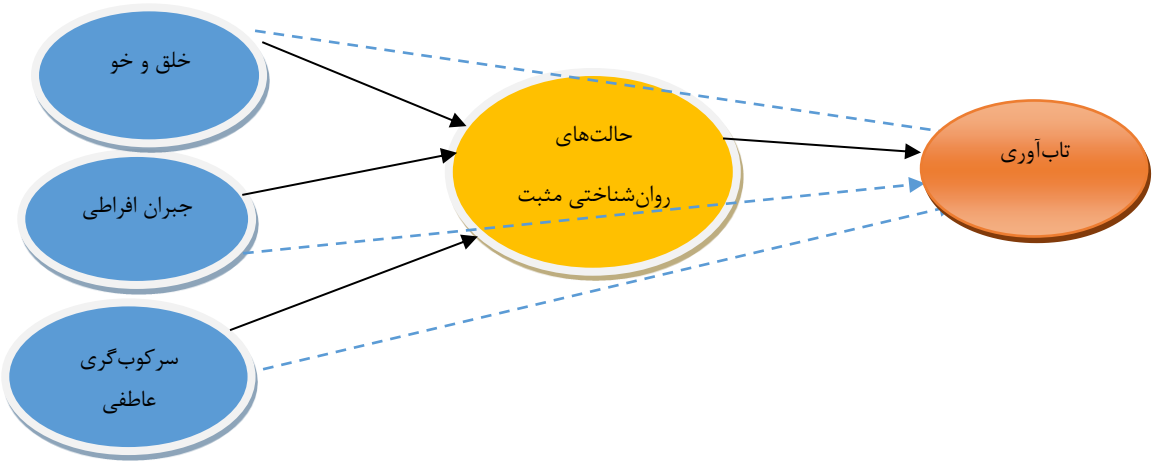
[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

بیماران سرطانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. سرکوب‌گری عاطفی و کنترل تاب‌آوری، رابطه معکوس دارند؛ به این معنی که هرچه سرکوب‌گری بیشتر باشد، تاب‌آوری کمتر خواهد بود [۱۸]. سرکوب‌گری عاطفی به عنوان توانایی فرد برای کنترل آگاهانه بیان احساسات منفی مانند اضطراب، غم و خشم تعریف می‌شود [۱۹]. در یک پژوهش نشان داده شد، بیماران مبتلا به سرطان با سرکوب‌گری عاطفی نسبت به سایر بیماران، پس از دریافت تشخیص بیماری، سطوح بالای ناراحتی روان‌شناختی را احساس کرده و هیجانات منفی بیشتری را نیز ابراز می‌کنند [۲۰]. بیماران مبتلا به سرطان گوارش نه تنها به دلیل آگاهی از تشخیص خود، بلکه از دریافت جراحی نیز ناراحتی عاطفی را تجربه می‌کنند [۲۱].

برای رویارویی با پیامدهای ناخوشایند بیماری سرطان به تغییرات مثبت در بیمار نیاز است که از میان روان درمانی‌های گوناگون، این تغییرات مثبت از طریق راه‌کارهای موجود در روان‌درمانی مثبت‌نگر امکان‌پذیر است [۲۲]. Seligman پیشگام روان‌شناسی مثبت‌گرا، انواع بیماری سرطان را به وسیله مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا قابل درمان می‌داند [۲۳]. بیشتر افرادی که به سرطان مبتلا می شوند، یک دوره فشار روانی را تجربه می‌کنند، تاب‌آوری و مثبت اندیشی نقش مؤثری در مقابله با فشار روانی ناشی از بیماری‌های مزمن مانند سرطان را دارند [۲۴].

در مورد نقش تاب‌آوری در بهبود روان‌شناختی بیماران سرطانی، نتایج یک پژوهش در ایران که نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین سلامت معنوی و معنای زندگی با سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان را بررسی کرده بود، نشان داد تاب‌آوری پیش‌بینی کننده مثبت و معنی‌دار سلامت روان در بیماران سرطانی است [۲۵]. نتایج یک مطالعه دیگر نشان داد سطوح بالاتر تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان سبب می‌شود آنان تحمل فشار روانی و بهبود روان‌شناختی بیشتری را تجربه کنند [۲۶]. هم‌چنین، نتایج یک پژوهش با عنوان مداخلات روان‌شناسی مثبت در سرطان نشان داد روان‌درمانی مثبت‌نگر در کاهش افسردگی و افزایش ابعاد توانمندی‌های منش افراد مبتلا به سرطان اثربخشی معناداری دارد [۲۲]. همان‌طور که اشاره شد، پژوهش‌های مرتبط [۲۶، ۲۲] به صورت مجزا و پراکنده به تأثیر عوامل روان‌شناختی بر بیماران سرطانی پرداخته‌اند. از طرف دیگر، از آن جایی که مسائل روان‌شناختی مانند خلق و خو، جبران افراطی و سرکوب‌گری عاطفی در روند آسیب‌پذیری و بهبودی بیماران مبتلا به سرطان نقش بسیار مهمی دارند [۲۹-۲۷]، لذا هدف از مطالعه حاضر، تعیین نقش میانجی عملکرد روان‌شناختی مثبت در رابطه بین خلق و خو، جبران افراطی و سرکوب‌گری عاطفی با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان گوارش در قالب مدل مفهومی زیر (شکل ۱) بود.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]



شکل ۱- مدل مفهومی نقش میانجی عملکرد روان شناختی مثبت در رابطه بین خلق و خو، جبران افراطی و سرکوب‌گری عاطفی با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان گوارش

مواد و روش‌ها

این پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر ماهیت، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سرطان گوارش در بیمارستان‌های شهید رحیمی و شهدای عشایر شهر خرم‌آباد در سال ۱۴۰۰ بودند.

حجم نمونه مورد نیاز با استفاده از نظریه Lohmoller برای پژوهش حاضر تعیین شد [۳۰]. این نویسنده اظهار می‌دارد که حداقل حجم نمونه لازم برای استفاده از روش حداقل مربعات جزئی (Partial least squares; PLS) برابر است با بزرگ‌ترین مقدار حاصل ضرب ۱۰ در تعداد شاخص‌های مدل اندازه‌گیری که دارای بیشترین شاخص در میان مدل‌های اندازه‌گیری مدل اصلی پژوهش است که در این پژوهش ۵۰ به دست آمد. با این حال به منظور دست‌یابی به نتایج قابل تعمیم‌تر و خطای آماری کمتر، حجم نمونه در پژوهش حاضر نیز با در نظر گرفتن احتمال افت نمونه‌ها، ۱۵۵ نفر در نظر گرفته شد که بعد از حذف داده‌های مخدوش ۱۴۸ پرسش‌نامه وارد تحلیل آماری شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تحصیلات حداقل سیکل، تشخیص سرطان دستگاه گوارش بر اساس تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش و عدم انجام شیمی درمانی در طول فرایند پژوهش حاضر بود و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز تکمیل نکردن پرسش‌نامه‌ها و ورود به پروسه شیمی درمانی توسط بیمار بود. مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی-واحد اصفهان (خوراسگان) مورد بررسی قرار گرفته و با شناسه اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1401.393 مصوب گردیده است. هم‌چنین جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، تمامی شرکت‌کنندگان از حق انتخاب آزادانه برای شرکت در پژوهش برخوردار بوده و آن‌ها در هر مرحله‌ای می‌توانستند از فرآیند پژوهش خارج شوند. هم‌چنین، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که داده‌های به دست آمده

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

به صورت گروهی تحلیل شده و در اختیار دیگری قرار داده نخواهد شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه سرکوب‌گری عاطفی (Weinberger adjustment inventory): این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۹ توسط Weinberger ساخته شد. پرسش‌نامه دارای ۸۴ گویه و ۱۰ خرده مقیاس همراه با یک مقیاس اعتبار کوتاه است. سؤالات در مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری سه سازه مختلف مشتمل بر پریشانی، مهار و حالت‌های تدافعی مورد استفاده قرار می‌گیرد. سازه پریشانی (۲۹ گویه) شامل چهار بعد اضطراب، افسردگی، عزت نفس پایین و سطح پایین بهزیستی؛ سازه مهار (۳۰ گویه) نیز دارای چهار بعد سرکوب خشم و پرخاشگری، کنترل تکانه، توجه به دیگران، و مسئولیت‌پذیری افراطی است. حالت‌های تدافعی (۲۲ گویه) نیز به دو بعد دفاع سرکوب‌گرانه و انکار پریشانی می‌پردازد. در این پرسش‌نامه، ۳ گویه برای اعتبار سنجی پاسخ‌ها در نظر گرفته شده است. نمره بالا در این پرسش‌نامه، نشانگر سطح بالای سرکوب‌گری عاطفی است [۳۱]. ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده توسط Weinberger برای سازه پریشانی ۰/۹۱، خودکنترلی ۰/۸۷، انکار پریشانی ۰/۷۵ و دفاع سرکوب‌گرانه ۰/۷۹ می‌باشد [۳۱]. این پرسش‌نامه برای اولین بار در ایران در پژوهش Heshmati و همکاران مورد استفاده قرار گرفته است و در آن آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۷۷ بود [۳۲]. میزان پایایی در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷، پریشانی ۰/۸۹، خودکنترلی ۰/۸۸، انکار پریشانی ۰/۷۸، دفاع سرکوب‌گرانه ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسش‌نامه تاب‌آوری Conner-Davidson (Conner-Davidson resilience scale): این پرسش‌نامه توسط Conner و Davidson در سال ۲۰۰۳ ساخته شد و ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. Conner و Davidson ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۹ و ضریب پایایی حاصل از آن را در یک روش بازآزمایی در یک فاصله چهار هفته‌ای، ۰/۸۷ محاسبه کرده‌اند. مؤلفه‌های پرسش‌نامه دارای پنج عامل شایستگی و استحکام شخصی (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴، ۲۵)، اعتماد به غرایز شخصی و تحمل عاطفه منفی (۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (۱، ۲، ۴، ۵، ۸)، کنترل (۱۳، ۲۱، ۲۲) و تأثیرات معنوی (۳، ۹) است. نمرات این پرسش‌نامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۰ است، هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ دهنده است. نقطه برش این پرسش‌نامه امتیاز ۵۰ است. به عبارتی، نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود [۳۳]. این مقیاس برای اولین بار در ایران توسط Mohammadi ترجمه و با اجرای آن بر روی ۷۱۸ مرد ۲۵-۱۸ ساله در گروه‌های سالم و سوءمصرف کننده مواد مخدر آن را روان‌سنجی نموده است [۳۴]. این پرسش‌نامه قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد [۳۵]. پایایی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

پرسش‌نامه در مطالعه حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ محاسبه شده است.

پرسش‌نامه حالت‌های روان‌شناختی مثبت (Positive psychological states): این پرسش‌نامه توسط Rajaei و همکاران تدوین شده است و برای ارزیابی حالت‌های روان-شناختی مثبت بیماران استفاده می‌شود [۳۶]. این پرسش‌نامه دارای ۹۶ گویه می‌باشد و ۱۵ عملکرد روان‌شناختی مثبت را می‌سنجد که شامل توکل به خدا (۱، ۲، ۳، ۴، ۲۸، ۳۲)، خوش‌بینی (۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۲۶، ۲۷، ۳۰، ۵۲، ۸۲)، احساس کارآمدی (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۴، ۲۵، ۲۹، ۳۱، ۳۳، ۴۸، ۴۹)، وظیفه شناسی (۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۶، ۳۷)، احساس کنترل (۱۹، ۲۰، ۲۱، ۳۴، ۴۱، ۴۳)، هدف‌مندی (۲۲، ۳۵، ۴۲، ۷۵)، امیدواری (۳۸، ۴۵، ۴۷، ۵۱)، معنادار بودن زندگی (۳۹، ۴۰، ۴۶، ۵۰)، رضایت از زندگی (۴۴، ۵۳، ۵۷، ۶۸، ۷۶، ۸۶، ۹۰))، خلق مثبت و شادمانی (۵۴، ۵۵، ۶۰، ۷۳، ۷۴)، اجتماعی بودن (۵۸، ۶۳، ۶۴، ۶۷)، عزت نفس و احساس ارزشمندی (۵۹، ۶۱، ۶۵، ۶۶، ۸۰، ۸۳، ۸۵)، احساس آرامش (۶۲، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۸، ۸۱)، قدردانی (۶۹، ۸۴، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۵) و بخشش (۷۷، ۷۹، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۶) است. روایی این پرسش‌نامه توسط اساتید و متخصصان روان‌شناسی مورد تأیید قرار گرفته است. این پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ (کاملاً مخالفم نمره ۱ تا کاملاً موافقم نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. اما نکته قابل توجه این است که برخی سؤالات پرسش‌نامه بر عکس حالت فوق نمره‌گذاری می‌شوند که شماره این سؤالات به شرح ذیل است: ۷، ۹، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۲، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۴، ۴۸، ۴۹، ۵۲، ۵۴، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۹، ۷۱، ۷۵، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۴، ۸۶، ۹۰، ۹۱، ۹۲ و ۹۳. روایی این پرسش‌نامه توسط اساتید و متخصصان این زمینه مورد تأیید قرار گرفته است [۳۷]. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه در پژوهش Rajaei و همکاران ۰/۸۳۷ [۳۶] و در پژوهش حاضر نیز برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۲ و برای زیر مؤلفه‌های توکل به خدا ۰/۷۹، خوش‌بینی ۰/۷۷، احساس کارآمدی ۰/۸۳، وظیفه شناسی ۰/۷۸، احساس کنترل ۰/۸۲، هدف‌مندی ۰/۷۹، امیدواری ۰/۸۱، معنادار بودن زندگی ۰/۸۹، رضایت از زندگی ۰/۸۸، خلق مثبت و شادمانی ۰/۸۲، اجتماعی بودن ۰/۷۹، عزت نفس و احساس ارزشمندی ۰/۸۸، احساس آرامش ۰/۷۷، قدردانی و بخشش ۰/۷۶ محاسبه شده است.

پرسش‌نامه سرشت و منش کلونینجر (Temperament and Character Inventory): این پرسش‌نامه توسط Cloninger و همکاران در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است و شامل ۱۲۵ گویه است که آزمودنی به سؤالات آن به صورت صحیح و غلط پاسخ می‌دهد [۳۸]. این مقیاس برای سنجش خلق و خوی بیماران استفاده می‌شود. این پرسش‌نامه شامل ۷ زیر مقیاس مختلف است، چهار زیر مقیاس مربوط به سرشت بود و شامل نوجویی ۲۰ آیتم، آسیب‌پرهیزی ۲۰ آیتم، وابستگی به پاداش ۱۵ آیتم و پشتکار ۵ آیتم و سه زیر مقیاس منش نیز شامل خودراهبری ۲۵ آیتم، همکاری ۲۴ آیتم و خودفراروی ۱۴ آیتم است. Kaviani و Poor Naseh در پژوهش خود، ضرایب بازآزمایی این پرسش‌نامه را ۰/۶۱ تا ۰/۹۶ اعلام کردند [۳۹]. در پژوهش حاضر ضریب پایایی کل پرسش‌نامه و زیر مقیاس‌های آن به روش باز-آزمون برای کل

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

پرسش‌نامه ۰/۸۲، نوجویی ۰/۹۴، آسیب‌پرهیزی ۰/۸۸، وابستگی به پاداش ۰/۶۳، پشتکار ۰/۷۷، خودراهبری ۰/۸۲، همکاری ۰/۹۱ و خودفراروی ۰/۸۷ به دست آمد که همه ضرایب به دست آمده حاکی از همسانی درونی بالای سؤالات این پرسش‌نامه دارد.

پرسش‌نامه جبران افراطی (Young compensation inventory): این پرسش‌نامه یک ابزار ۴۸ سؤالی است که توسط Young در سال ۱۹۹۴ برای بررسی راهبردهای مقابله‌ای جبران افراطی مورد استفاده قرار می‌گیرد [۴۰]. سؤالات این مقیاس در یک طیف لیکرت ۱ تا ۶ درجه‌ای (از کاملاً درست=۶ نمره تا کاملاً غلط=۱ نمره) نمره‌گذاری می‌شوند. هر سؤال این پرسش‌نامه دارای زیربنایی از چند طرح‌واره مختلف است که راهبردهای افراطی چون رفتار انتقادگرایانه، خوداتکایی افراطی، ذهن وسواسی، خوش‌بینی بیش از حد، رفتارهای تکانش‌گرایانه، ناارزنده‌سازی را در پاسخ به طرح‌واره‌ها ارزیابی می‌کند. نمرات بالا نشان دهنده وجود راهبرد جبران افراطی غالب در فرد است. در یک مطالعه، ضریب پایایی این پرسش‌نامه در نمونه ایرانی از طریق روش دو نیمه سازی برابر با ۰/۷۹ [۴۱] و در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ پرسش‌نامه برابر ۰/۸۴ محاسبه شده است.

لینک پرسش‌نامه‌های ذکر شده که به صورت مجازی آماده شده بود، در فضای مجازی (از طریق پیام رسان‌های تلگرام و واتساپ) برای یکی از اعضای خانواده بیماران شرکت‌کننده ارسال و از آن‌ها درخواست شد که به صورت صادقانه و با صرف وقت، نظرات بیمار را در پرسش‌نامه درج کنند. از طرفی برای ترغیب افراد به پاسخ‌گویی، به آن‌ها اعلام شد که علاوه بر ارسال نتایج تحلیل پرسش‌نامه، برای هر فرد توضیح مختصری از خلق و خو، جبران افراطی، سرکوب‌گری عاطفی، تاب‌آوری و عملکرد روان‌شناختی مثبت ارسال می‌شود.

داده‌های جمع‌آوری شده در این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۱ و با روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمرات، کجی و کشیدگی) و آمار استنباطی (آزمون همبستگی Pearson، روش مدل‌یابی معادلات ساختاری) تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در پژوهش حاضر از بین ۱۴۸ شرکت کننده، ۸۱ نفر (۵۴/۷ درصد) زن و ۶۷ نفر (۴۵/۳ درصد) مرد و ۸۴ نفر (۵۶/۶ درصد) متأهل، ۲۹ نفر (۱۹/۶ درصد) مجرد، ۱۴ نفر (۹/۴ درصد) مطلقه و ۲۱ نفر (۱۴/۱ درصد) بیوه بودند. از نظر دامنه سنی، ۲۵ نفر (۱۶/۸ درصد) از شرکت‌کنندگان ۴۶ تا ۵۰ سال، ۳۳ نفر (۲۲/۳ درصد) ۵۱ تا ۵۵ سال، ۳۹ نفر (۲۶/۴ درصد) ۵۶ تا ۶۰ سال، ۲۶ نفر (۱۷/۵ درصد) ۶۱ تا ۶۵ سال، ۲۲ نفر (۱۴/۸ درصد) ۶۶ تا ۷۰ سال و ۳ نفر (۲/۲ درصد) نیز بالای ۷۰ سال سن داشتند. هم‌چنین، سطح تحصیلات ۸۶ نفر (۵۸/۱ درصد) دیپلم و پایین‌تر، ۵۴ نفر (۳۶/۴ درصد) فوق دیپلم و لیسانس، ۸ نفر (۵/۴ درصد) فوق لیسانس و بالاتر بود و از لحاظ شغل ۹۶ نفر (۶۴/۸ درصد) خانه‌دار و بیکار، ۱۴ نفر (۹/۴ درصد) کارمند و دارای شغل دولتی و ۳۸ نفر (۲۵/۶ درصد) نیز دارای شغل آزاد بودند.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

با توجه به انواع سرطان سیستم گوارشی، در مطالعه حاضر ۳۴ نفر (۲۲/۹ درصد) از شرکت‌کنندگان مبتلا به سرطان روده بزرگ، ۲۶ نفر (۱۷/۵ درصد) سرطان کبد، ۱۳ نفر (۸/۸ درصد) سرطان لوزالمعده، ۱۸ نفر (۱۲/۳ درصد) مبتلا به سرطان مری و ۵۷ نفر (۳۸/۵ درصد) نیز مبتلا به سرطان معده بودند. هم‌چنین، مدت ابتلاء به بیماری ۲۵ نفر (۱۶/۸ درصد) از شرکت‌کنندگان زیر ۱ سال، ۴۶ نفر (۳۱/۰ درصد) ۱ تا ۳ سال، ۴۹ نفر (۳۳/۱ درصد) ۴ تا ۵ سال و ۲۸ نفر (۱۸/۹ درصد) بالای ۵ سال بود.

در جدول ۱، شاخص‌های آماری متغیرهای پژوهش (میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات) گزارش شده است.

جدول۱- شاخص‌های آماری متغیرهای پژوهش در بیماران مبتلا به سرطان گوارش شهر خرم‌آباد در سال ۱۴۰۰ (n=۱۴۸)

متغیرهای پژوهش	خرده مقیاس	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	کجی	کشیدگی
عملکرد روان‌شناختی مثبت		۲۰۱/۴۱	۷/۶۲	۹۹	۲۱۷	۰/۱۵۸	-۰/۶۹۰
سرکوب‌گری عاطفی	سرکوب‌گری عاطفی	۱۲۸/۳۱	۵/۴۶	۵۶	۱۶۹	۰/۳۸۶	-۰/۷۲۲
	مهارگری	۳۱/۹۰	۳/۴۱	۱۰	۲۱	۰/۳۹۶	-۰/۲۳۴
	پریشانی	۲۹/۴۱	۴/۳۱	۱۲	۵۶	۰/۲۲۲	-۰/۹۳
	دفاعی بودن	۲۵/۰۲	۴/۷۳	۱۷	۴۸	۰/۳۲۶	-۰/۲۱۴
خلق و خو	نوجویی	۹/۶۰	۲/۲۳	۶	۲۲	۰/۳۳۱	۰/۲۸۶
	آسیب پرهیزی	۲۱/۵۶	۴/۵۳	۱۲	۲۶	۰/۳۱۹	-۰/۴۷۴
	پاداش-وابستگی	۶/۶۸	۲/۳۰	۲	۹	۰/۴۲۲	-۰/۳۶۹
	پشتکار	۳/۴۲	۱/۴۵	۰	۷	۰/۳۹۵	-۰/۴۱۸
	همکاری	۱۰/۶۷	۲/۶۹	۵	۱۸	۰/۰۹۷	۰/۲۱۱
	خودراهبری	۱۲/۶۷	۱/۳۶	۱۶	۳۱	۰/۰۹۳	-۰/۱۴۰
	خودفراروی	۱۲/۶۷	۱/۲۸	۱۰	۲۱	۰/۰۴۳	-۰/۷۸۰
جبران افراطی	-	۱۴۹/۶۹	۶/۷۵	۵۱	۲۱۰	۱/۶	۰/۷۵
تاب‌آوری		۴۱/۷۶	۲/۲۹	۳۶	۶۱	۱/۳۱	-۰/۱۴

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین عملکرد روان‌شناختی مثبت با سرکوب‌گری عاطفی و آسیب پرهیزی و جبران افراطی رابطه منفی وجود دارد. بین عملکرد روان‌شناختی مثبت با نوجویی، پشتکار و همکاری، خودراهبری و خودفراروی و تاب‌آوری، رابطه مثبت معنادار وجود دارد. بین عملکرد روان‌شناختی مثبت، نوجویی، پاداش خواهی، پشتکار، خودراهبری، خودفراروی با تاب‌آوری رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد و بین سرکوب‌گری عاطفی، آسیب پرهیزی و جبران افراطی رابطه منفی معنادار وجود دارد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرها و خرده مقیاس‌های مدل پژوهش در بیماران مبتلا به سرطان گوارش شهر خرم‌آباد در سال ۱۴۰۰ (n=۱۴۸)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. عملکرد روان‌شناختی مثبت	۱										
۲. سرکوب‌گری عاطفی	-۰/۳۸۱**	۱									
۳. نوجویی	۰/۳۱۶**	-۰/۲۱۷**	۱								
۴. آسیب پرهیزی	-۰/۳۲۹**	۰/۲۷۰**	-۰/۱۹۷*	۱							
۵. پاداش- وابستگی	۰/۰۷۹	۰/۰۸۱	۰/۰۹۳	-۰/۱۱۹*	۱						
۶. پشتکار	۰/۲۸۹**	-۰/۱۱۶*	۰/۰۸۷	-۰/۰۱۷	۰/۰۹۸	۱					
۷. همکاری	۰/۱۲۷*	- ۰/۰۴۹	۰/۰۳۶	-۰/۱۰۹*	۰/۰۵۶	۰/۰۳۴	۱				
۸. خودراهبری	۰/۲۸۹**	-۰/۴۵۹ **	۰/۱۲۸*	-۰/۳۲۵**	۰/۱۱۷*	۰/۳۱۲**	۰/۰۳۴	۱			
۹. خودفراروی	۰/۳۲۶**	-۰/۲۱۹**	۰/۱۴۶*	-۰/۱۱۶*	-۰/۰۹۱	۰/۱۱۸*	۰/۱۰۶*	۰/۰۹۱	۱		
۱۰. جبران افراطی	-۰/۱۱۷*	۰/۰۸۵	۰/۰۲۶	۰/۰۲۶	-۰/۰۸۶	۰/۱۲۹*	-۰/۰۳۶	۰/۰۳۴	۰/۰۹۲	۱	
۱۱. تاب‌آوری	۰/۳۱۶**	-۰/۳۱۸**	۰/۱۷۲*	-۰/۲۱۶**	۰/۱۱۵*	۰/۴۱۶**	۰/۱۱۹*	۰/۲۷۹**	۰/۳۱۶**	-۰/۱۱۶*	۱

ضریب همبستگی Pearson، P<۰/۰۱** ،P<۰/۰۵*

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

پس از بررسی ضرایب همبستگی بین متغیرها به منظور ارزیابی ساختاری الگوی پیشنهادی از الگویابی معادلات ساختاری و برآورد حداکثر درست‌نمایی استفاده شد. ابتدا پیش فرض‌های آماری آزمون معادلات ساختاری شامل نرمال بودن متغیرها انجام شد. بر اساس داده‌های جدول ۱، هیچ یک از شاخص‌های مربوط به کجی و کشیدگی از مرز ۲± عبور نکرده است، بنابراین می‌توان آن‌ها را نرمال در نظر گرفت. هم‌چنین، برای بررسی فرض نرمال بودن داده‌های پژوهش از آزمون Kolmogorov-smirnov استفاده شد. یافته‌های این آزمون نشان داد، با توجه به بزرگ‌تر بودن سطح معناداری همه متغیرهای پژوهش حاضر از سطح معنی‌داری ۰/۰۵، همه متغیرهای اصلی نرمال هستند. هم‌چنین، در پژوهش حاضر هم‌خطی چندگانه با استفاده از آماره تحمل و عامل تورم واریانس مورد بررسی قرار گرفت. مقادیر به دست آمده از محاسبه عامل تورم واریانس برای متغیرهای پیش‌بین و میانجی کوچک‌تر از ۰/۸۲ و ضریب تحمل برای این متغیرها کوچک‌تر از ۲/۴ بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پدیده همخطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است [۴۲]. به منظور ارزیابی برازندگی الگوی پیشنهادی از تعدادی شاخص برازندگی برای تعیین برازش الگو استفاده شد. نتایج حاصل از این شاخص‌ها در جدول ۳ آورده شده است. همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است مقادیر شاخص‌های برازندگی الگوی پیشنهادی از برازش خوب و قابل قبولی برخوردار است.

جدول ۳- شاخص‌های برازندگی مدل نقش میانجی عملکرد روان‌شناختی مثبت در رابطه بین خلق و خو، جبران افراطی و سرکوب‌گری عاطفی با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان گوارش شهر خرم‌آباد در سال ۱۴۰۰ (n=۱۴۸)

مشخصه	برآورد	ملاک [۴۳]	رد یا قبول میزان برازش
نسبت مجذور خی به درجه آزادی (χ^2/df)	۰/۷۳	$<3\chi^2/df$	قابل قبول
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (Root Mean Square Error of Approximation)	۰/۰۸۴	<۰/۰۸ RMSEA	قابل قبول
شاخص نکویی برازش (Goodness of Fit Index)	۰/۹۸۶	>۰/۹GFI	قابل قبول
شاخص تعدیل شده نکویی برازش (Adjusted Goodness of Fit Index)	۰/۹۱	>۰/۹AGFI	قابل قبول
شاخص برازندگی تطبیقی (Comparative Fit Index)	۰/۹۰	>۰/۹ CFI	قابل قبول
شاخص نرم شده برازندگی (Normed Fit Index)	۰/۹۲	>۰/۹NFI	قابل قبول

بررسی الگوی مفهومی پژوهش با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان می‌دهد که مسیرهای غیر مستقیم و واسطه‌ای از خلق و خو، سرکوب‌گری عاطفی و جبران عاطفی از طریق میانجی‌گری عملکرد روان‌شناختی مثبت به تاب‌آوری است. برای تعیین معنی‌داری این مسیرها از روش بوت استرپ Hayes و نرم‌افزار AMOS استفاده شد [۴۴]. جدول ۴،

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

ارزیابی مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم را با استفاده از بوت استرپ بر اساس دو هزار نمونه و با سطح اطمینان ۹۵ درصد نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود مسیر مستقیم سرکوب‌گری عاطفی بر تاب‌آوری و عملکرد روان‌شناختی مثبت به ترتیب برابر ۰/۶۴۷ و ۰/۲۲۳ است. مسیر مستقیم خلق و خو بر تاب‌آوری و عملکرد روان‌شناختی مثبت به ترتیب برابر ۰/۴۲۱ و ۰/۴۶۲ است. مسیر مستقیم جبران افراطی بر تاب‌آوری و عملکرد روان‌شناختی مثبت به ترتیب برابر ۰/۳۶۵ و ۰/۲۴۸ است. مسیر مستقیم عملکرد روان‌شناختی مثبت بر تاب‌آوری برابر ۰/۷۲۳ است. میزان ضریب تعیین تعدیلی (R^2) برای متغیر عملکرد روان‌شناختی و تاب‌آوری به ترتیب برابر ۰/۸۳۲ و ۰/۶۸۹ است، به این معنی که به ترتیب ۸۳/۲ درصد و ۶۸/۹ درصد از تغییرات متغیر عملکرد روان‌شناختی مثبت و تاب‌آوری توسط متغیرهای سرکوب‌گری عاطفی، خلق خو و جبران افراطی تبیین می‌شود. هم‌چنین، نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد، مقدار t در رابطه بین خلق و خو با تاب‌آوری، جبران افراطی با تاب‌آوری و سرکوب‌گری عاطفی و تاب‌آوری با نقش میانجی عملکرد روان‌شناختی مثبت به ترتیب ۴/۰۲، ۲/۲۶ و ۵/۷۳ می‌باشد و چون این مسیرهای سه‌گانه از حداقل مقدار معناداری یعنی ۱/۹۶ بیشتر است. بنابراین، عملکرد روان‌شناختی مثبت تأثیر خلق و خو، جبران افراطی و سرکوب‌گری عاطفی بر تاب‌آوری را میانجی‌گری می‌کند.

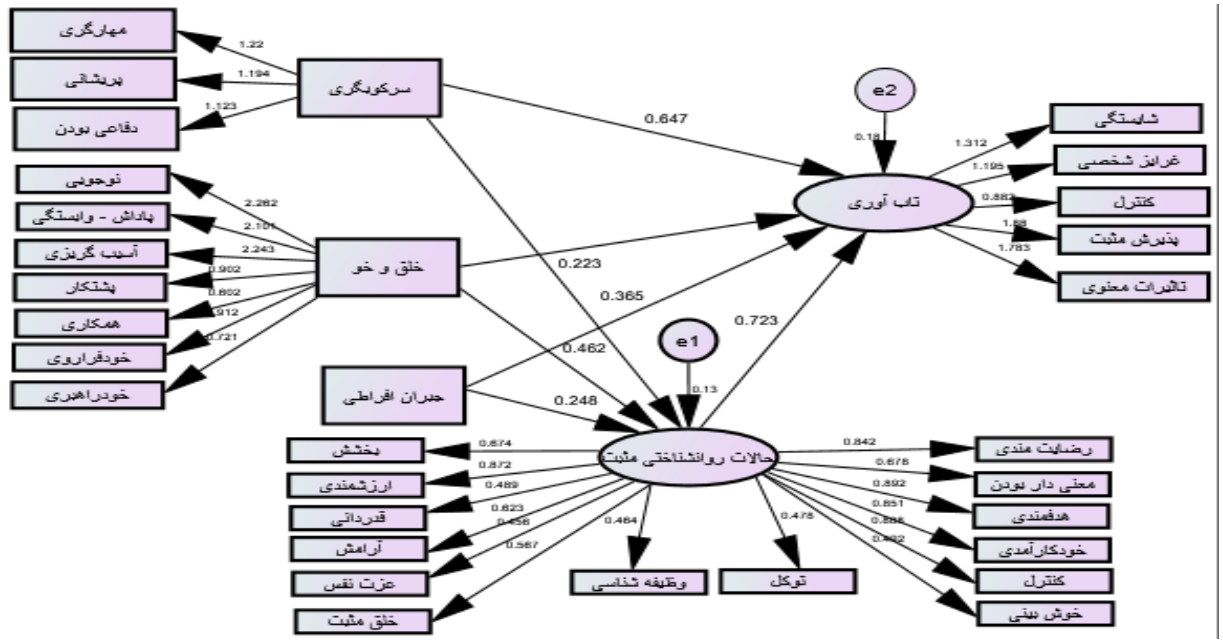
جدول ۴- الگوی ساختاری مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم ضرایب استاندارد مدل نقش میانجی عملکرد روان‌شناختی مثبت در رابطه بین خلق و خو، جبران افراطی و سرکوب‌گری عاطفی با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان گوارش شهر خرم‌آباد در سال ۱۴۰۰ (n=۱۴۸)

مسیرها	مقدار β	مقدار t	مقدار P
خلق و خو---> تاب‌آوری	۰/۴۲۱	۱/۹۹	<۰/۰۱
سرکوب‌گری عاطفی---> تاب‌آوری	۰/۶۴۷	۲/۹۶	<۰/۰۰۱
جبران افراطی---> تاب‌آوری	۰/۳۶۵	۲/۹۲	<۰/۰۰۱
عملکر روان‌شناختی مثبت---> تاب‌آوری	۰/۷۲۳	۳/۳۲	<۰/۰۰۱
خلق و خو---> عملکرد روان‌شناختی مثبت	۰/۴۶۲	۲/۰۵	<۰/۰۰۱
سرکوب‌گری عاطفی---> عملکرد روان‌شناختی مثبت	۰/۲۲۳	۲/۰۳	<۰/۰۰۱
جبران افراطی---> عملکرد روان‌شناختی مثبت	۰/۲۴۸	۲/۸۶	<۰/۰۰۱
خلق و خو---> عملکرد روان‌شناختی مثبت---> تاب‌آوری	۰/۶۲۱	۴/۰۲	<۰/۰۰۱
سرکوب‌گری عاطفی---> عملکرد روان‌شناختی مثبت---> تاب‌آوری	۰/۳۵۳	۵/۷۳	<۰/۰۰۱
جبران افراطی---> عملکرد روان‌شناختی مثبت---> تاب‌آوری	۰/۴۱۲	۲/۲۶	<۰/۰۰۱

شکل ۲، ضرایب رگرسیونی استاندارد مدل پژوهش را نمایش می‌دهد. با توجه به داده‌های مندرج در این شکل و نتایج جدول ۴، تأثیر متغیرهای خلق و خو، جبران افراطی، سرکوب‌گری عاطفی بر تاب‌آوری به ترتیب برابر ۰/۴۲۱،

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

۰/۳۶۵، ۰/۶۴۷ است، هم‌چنین مقدار آماره t برای این ضریب، به ترتیب برابر ۱/۹۹، ۲/۹۲، ۲/۹۶ است و بیشتر از ۱/۹۶ می‌باشد که نشان از معنی‌دار بودن این ضرایب در سطح خطای ۵ درصد دارد. به طور کلی نتایج حاصله از برآورد مدل، حاکی از آن است خلق و خو، جبران افراطی، سرکوب‌گری عاطفی به ترتیب ۴۲/۱، ۳۶/۵، ۶۴/۷ درصد از تغییرات تاب‌آوری در برابر بیماری را به طور مستقیم تبیین می‌کنند. هم‌چنین، ضریب رگرسیونی استاندارد شده تأثیر متغیر عملکرد روان‌شناختی مثبت بر تاب‌آوری برابر ۰/۷۲۳ است، هم‌چنین مقدار آماره t برای این ضریب، برابر ۳/۳۲۶ است و بیشتر از ۱/۹۶ می‌باشد که نشان از معنادار بودن این ضریب در سطح خطای ۵ درصد دارد. به طور کلی نتایج حاصله از برآورد مدل، حاکی از آن است که عملکرد روان‌شناختی مثبت بر تاب‌آوری اثر مستقیم دارد. ضریب مسیر ۰/۷۲۳ نیز نشان می‌دهد که عملکرد روان-شناختی مثبت به میزان تقریبی ۷۲/۳ درصد از تغییرات تاب‌آوری در برابر بیماری را به طور مستقیم تبیین می‌کند.



شکل۲- ضرایب رگرسیونی استاندارد مدل نقش میانجی عملکرد روان‌شناختی مثبت در رابطه بین خلق و خو، جبران افراطی و سرکوب‌گری عاطفی با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان گوارش شهر خرم‌آباد در سال ۱۴۰۰ (n=۱۴۸)

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی عملکرد روان-شناختی مثبت در رابطه بین خلق و خو، جبران افراطی و سرکوب‌گری عاطفی با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان گوارش انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد عملکرد روان‌شناختی مثبت، تأثیر خلق و خو بر تاب‌آوری را میانجی‌گری می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش Khodabakhash و همکاران [۴۵] همسو می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که خلق و خوی بیمار مبتلا به سرطان بر تاب‌آوری در برابر بیماری و پیامدهای ناشی از آن

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

تأثیر دارد ولی به واسطه عملکرد روان‌شناختی مثبت بر تاب‌آوری مؤثرتر عمل می‌کند. در روان‌شناسی مثبت‌گرا به جای تأکید بر شناسایی کمبودهای روانی و کاستی‌های رفتاری و ترمیم یا درمان آن‌ها، به شناخت و ارتقاء وجوه مثبت و نقاط قوت انسان توجه و تأکید می‌شود. تاب‌آوری و خوش‌بینی باعث به وجود آمدن شرایطی می‌شود که افراد را به هنگام تنش مراقبت کرده و باعث ایجاد حالات رضایت و شادی در او می‌گردد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد عملکرد روان‌شناختی مثبت تأثیر جبران افراطی بر تاب‌آوری را میانجی‌گری می‌کند. این نتایج با یافته‌های مطالعه Noorbala و همکاران [۱۶] مبنی بر این که سبک مقابله جبران افراطی بیشترین نقش را در پیش‌بینی میزان سلامت افراد دارد، همخوان است. در تبیین این نتیجه باید گفت که جبران بیش از حد که مشخصه آن خودکم بینی و هدف‌گزینی برتری‌طلبانه است، منجر به تلاش در جهت کسب قدرت، سلطه و عزت نفس می‌گردد. بر اساس مطالعات انجام شده، افرادی که از جبران افراطی استفاده می‌کنند، چون درگیر طرح‌واره‌ها شده و گرفتار حمله متقابل شدید می‌شوند، سلامتی‌شان تحت تأثیر قرار می‌گیرد. افراد با جبران افراطی به دلیل ناارزنده سازی خود و دیگران، هم‌چنین خودانتقادی شدید و تلاش برای دریافت بهترین‌ها، ممکن است در ظاهر تاب‌آور به نظر برسند ولی تاب‌آوری آن‌ها به صورتی است که در برابر مشکلات انعطاف‌پذیری لازم را نداشته و با خود دچار تعارض هستند. حالت‌های روان‌شناختی مثبت بر الگوهای سلامت هیجانی و عواطف مثبت تأکید دارد و به عنوان واسطه، پذیرش مشکلات را آسان‌تر کرده و باعث می‌شود، فرد نقص‌ها و مشکلات را به صورت بهنجار دیده و برای مقابله با مشکلات حرکت نکند، بلکه مشکلات و بیماری خود را بپذیرد.

نتایج پژوهش حاضر هم‌چنین حاکی از این بود که عملکرد روان‌شناختی مثبت تأثیر سرکوب‌گری عاطفی بر تاب‌آوری را میانجی‌گری می‌کند. این یافته با نتایج مطالعات Heshmati و همکاران [۳۲] همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، سرکوب‌گری عاطفی به عنوان توانایی برای کنترل بیان احساسات منفی مانند اضطراب، غم و اندوه و خشم تعریف می‌شود که به صورت سازش نیافته و ناسازگارانه در موقعیت‌های فشارزا از آن استفاده می‌کنند به صورتی که فرد به جای بیان احساسات خود، آن‌ها را به صورت غیرقابل پذیرش سرکوب کرده و بیان نمی‌کند و با این شرایط از انطباق خود با شرایط فشارزا ناتوان است و تحت شرایط زمینه‌ای خاص می‌تواند تاب‌آوری را تحت تأثیر قرار دهد. حالت روانی مثبت باعث می‌شود فرد شرایط را به گونه‌ای خلق کند که در بهینه‌سازی عملکرد روانی‌اش تأثیر بگذارد و واقع‌بینانه به مسائل و چالش‌ها نگریسته و مشکلات را بهتر می‌پذیرد و این مسئله بر تاب‌آوری فرد تأثیر می‌گذارد.

نتایج پژوهش فعلی هم‌چنین نشان داد تأثیر متغیر خلق و خو بر تاب‌آوری برابر ۰/۴۲۱ می‌باشد و خلق و خو به میزان تقریبی ۴۲/۱ درصد از تغییرات تاب‌آوری در برابر بیماری را به طور مستقیم تبیین می‌کند. این نتیجه با یافته‌های پژوهش Esmaili KoranehوAfshari که نشان دادند بیماران سرطانی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

نسبت به بیماران قلبی و افراد عادی مشکلات بیشتری در تنظیم خلق منفی، رفتار شخصی و شیوه زندگی تجربه می‌کنند [۴۶]، همخوان است. Bonanno یکی از راه‌های کسب تاب‌آوری را داشتن خلق و خوی مثبت معرفی می‌کند [۱۵]. علاوه بر این، یکی از عوامل مؤثر برای بازگشت به زندگی و شرایط نرمال، خوش‌بینی، تلاشگر و هدف‌مند بودن و فعال بودن رفتاری است که این عوامل در مجموع خلق و خو تعریف می‌شوند و هر چقدر فرد بهره بیشتری از این توانمندی‌ها داشته باشد و یا بتواند بخشی از آن‌ها را در خود بهبود ببخشد، در مقابل عوامل منفی و بازدارنده برای بازگشت به زندگی طبیعی توانمندتر خواهد بود و آن‌ها به راحتی در موقعیت‌های مختلف مثل بیماری انعطاف‌پذیری بالاتر نشان داده و با سهولت بیشتری می‌توانند به روند عادی زندگی برگردند.

هم‌چنین، نتایج این پژوهش نشان داد تأثیر جبران افراطی بر تاب‌آوری، برابر ۰/۳۶۵ می‌باشد، یعنی جبران افراطی به میزان تقریبی ۳۶/۵درصد از تغییرات تاب‌آوری در برابر بیماری را به طور مستقیم تبیین می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های Yeganeh rad و همکاران [۴۷]، Noorbala و همکاران [۱۶] همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، مکانیسم‌های دفاعی به طور طبیعی از انسان در برابر تنش‌ها و اضطراب‌های روزمره محافظت می‌کنند و جبران نیز یک مکانیسم دفاعی است که اگر به صورت افراطی نباشد، می‌تواند فرد را در مسیر پیشرفت قرار دهد. در جبران افراطی وقتی فرد این سبک مقابله را به کار می‌گیرد، می‌جنگد که طرحواره متضادی داشته باشد؛ این امر منجر به کاهش سلامت جسمانی و روانی فرد می‌گردد و این کاهش سلامت در کنار وجود بیماری، تاب‌آوری را تحت تأثیر قرار داده و فرد در برابر مشکلات و حوادث رخ داده شده کمتر می‌تواند ظرفیت وجودی خود را به طور مطلوب و متناسب با شرایط بیماری انطباق دهد که این حالت بر تاب‌آوری در برابر بیماری تأثیرگذار است [۱۵].

هم‌چنین، نتایج نشان داد تأثیر سرکوب‌گری عاطفی بر تاب‌آوری، برابر ۰/۶۴۷ می‌باشد و سرکوب‌گری عاطفی به میزان تقریبی ۶۴/۷ درصد از تغییرات تاب‌آوری در برابر بیماری را به طور مستقیم تبیین می‌کند. این نتیجه با یافته‌های مطالعات Heshmati و همکاران [۳۲] و Nakatani و همکاران [۴۸] مبنی بر نقش سرکوب‌گری عاطفی در روند زندگی بیماران سرطانی همسو می‌باشد. شواهد تجربی نشان داده است که مکانیسم‌های دفاعی را می‌توان بر حسب سلسله مراتبی از سازش یافتگی تنظیم کرد که این مکانیسم‌ها مانند سرکوب‌گری با بسیاری از شاخص‌های منفی سلامت، مرتبط هستند [۴۸]. هم‌چنین Bulik و همکاران [۴۹] نشان دادند مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته سرکوب‌گری به گونه‌ای ایجاد می‌شوند که فرد با تحریف خود، انسجام درونی‌اش را از دست داده و افراد در موقعیت‌های فشارزا، ناتوان از به کارگیری مکانیزم‌های دفاعی مؤثر و کارآمد هستند. بیماران مبتلا به سرطان با سرکوب‌گری عاطفی پس از دریافت تشخیص بیماری، سطوح بالای ناراحتی روان‌شناختی را احساس کرده و هیجانات منفی بیشتری را ابراز می‌کنند، لذا در تبیین این

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

نتیجه می‌توان این چنین بیان نمود که با کاهش سرکوب‌گری عاطفی، ابراز هیجانات منفی از قبیل خشم، غم و اضطراب به صورت سازگارانه مدیریت می‌شود و بیمار با بیان احساسات خود به صورت مطلوب و بیان نگرانی خود همراه با حالت سازش یافته می‌تواند از راهکارهای بهتری برای مدیریت خشم و نگرانی ناشی از بیماری استفاده کند.

هم‌چنین، نتایج این مطالعه نشان داد تأثیر متغیر عملکرد روان‌شناختی مثبت بر متغیر تاب‌آوری برابر ۰/۷۲۳ می‌باشد و به عبارتی عملکرد روان‌شناختی مثبت به میزان تقریبی ۷۲/۳ درصد از تغییرات تاب‌آوری در برابر بیماری را به طور مستقیم تبیین می‌کند. یافته‌های پژوهش با مطالعه Rahimi و همکاران [۵۰] همسو می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت از آن‌جا که روان‌شناسی مثبت‌گرا برای حفظ سلامت جسمانی و روانی در شرایط خطر (با تأکید بر توانمندی‌ها) اهمیت خاصی قائل است می‌تواند به گونه‌ای مؤثر و مستقیم از طریق ایجاد هیجانات مثبت، موجب کاهش آسیب‌پذیری به تاب‌آوری شود.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، کنترل نکردن متغیرهای مزاحم از قبیل وضعیت اقتصادی-اجتماعی و حضور حامی در کنار بیمار بود که ممکن است نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد. از این رو پیشنهاد می‌شود با استفاده از طرح‌های آزمایشی، متغیرهای مزاحم فوق کنترل شود. هم‌چنین، لازم است در مطالعات آتی علاوه بر مؤلفه‌های درون فردی در تاب‌آوری بیماران سرطانی که در پژوهش حاضر به تعدادی از آن‌ها پرداخته شد، به متغیرهای فرهنگی و اجتماعی و عوامل حمایتی نیز توجه شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد عملکرد روان‌شناختی مثبت می‌تواند اثرات مکانیسم‌های دفاعی و حالات رفتاری غیرمؤثر و ناسازگار را تحت تأثیر قرار داده و میزان تاب‌آوری بیماران سرطانی را افزایش داده و شرایط را برای انطباق فرد با شرایط بیماری تسهیل کند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، توصیه می‌شود کادر درمانی مراکز بیمارستانی، بیمارانی که از این مکانیسم‌ها و حالات رفتاری غیرمؤثر و ناسازگار استفاده می‌کنند و دارای خلق و خو و عواطف منفی هستند را مورد توجه قرار داده و با تسهیل‌گری مداخلات روان‌شناختی از نقش واسطه‌ای عملکرد روان‌شناختی مثبت برای افزایش تاب‌آوری جهت مقابله با پیامدهای منفی بیماری سرطان استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول با راهنمایی نویسنده دوم است. نویسندگان این مقاله از تمامی شرکت‌کنندگان و خانواده‌های آنان که در این پژوهش مشارکت فعال داشتند، کمال تشکر و قدردانی را دارند..

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]

[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

References

[[1] Sexton RE, Al Hallak MN, Diab M, Azmi AS. Gastric cancer: a comprehensive review of current and future treatment strategies. *Cancer and Metastasis Reviews* 2020; 39: 1179-203.

[2] Sharifi Saki S, Alipor A, Aghayuosefi A, Mohamadi MR, Ghobari Bonab B. The Relationship between Self-Compassion with Depression in Women with Breast Cancer with Mediation Death Anxiety. *Health Psychology* 2019; 8(29): 52-67. [Farsi]

[3] Rupp SK, Stengel A. Influencing factors and effects of treatment on quality of life in patients with gastric cancer-A systematic review. *Frontiers in Psychiatry* 2021; 12: 656929.

[4] Abdollahzadeh R, Moodi M, Allahyari A, Khanjani N. The Relationship between Spiritual Intelligence and Resiliency of Patients Suffering from Cancer in South Khorasan State. *Nursing of the Vulnerables* 2015; 2(3): 15-24. [Farsi]

[5] Souri H, Hasanirad T. Relationship between resilience, optimism and psychological well-being in students of medicine. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2011; 30: 1541-4.

[6] Alschuler KN, Kratz AL, Ehde DM. Resilience and vulnerability in individuals with chronic pain and physical disability. *Rehabilitation Psychology* 2016; 61(1): 7.

[7] Sharpley CF, Bitsika V, Wootten AC, Christie DR. Does resilience 'buffer'against depression in prostate cancer patients? A multi-site replication study. *European Journal of Cancer Care* 2014; 23(4): 545-52.

[8] Matzka M, Mayer H, Köck-Hódi S, Moses-Passini C, Dubey C, Jahn P, et al. Relationship between resilience, psychological distress and physical activity in cancer patients: A cross-sectional observation study. *PloS One* 2016; 11(4): 1-13.

[9] Li M-Y, Yang Y-L, Liu L, Wang L. Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2016; 14(1): 1-9.

[10] Dong X, Li G, Liu C, Kong L, Fang Y, Kang X, et al. The mediating role of resilience in the relationship between social support and posttraumatic growth among colorectal cancer

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]

[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

survivors with permanent intestinal ostomies: A structural equation model analysis. *Eur J Oncol Nurs* 2017; 29: 47-52.

[11] Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. 1994; St-Louis, MO: Washington University, 19-28.

[12] Asvadi A, Ahrafien P, Zeinali SH, Imani M, Shabanluyi R. Styding personality profile in cancer and normal people. *J Hamadan Univ Med Sci* 2010; 16: 26-30. [Farsi]

[13] Halim MS, Derksen JJL, van der Staak CPF. Development of the revised-neo personality inventory for Indonesia: A preliminary study. Ongoing themes in psychology and culture: Proceedings from the 16th International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology, 2004.

[14] Malekian A, Ahmad Zade G. Depression and anxiety in cancer patients. *Journal of Behavior Science Research* 2007; 5: 114-8. [Farsi]

[15] Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American Psychologist* 2004; 59(1): 20-8.

[16] Noorbala F, Bahram Ehsan H, Alipour A. Predictive effects of avoidance and overcompensation coping styles on general health. *Health Psychology* 2016 21; 5(17): 51-63. [Farsi]

[17] Flanagan JC, Jaquier V, Overstreet N, Swan SC, Sullivan TP. The mediating role of avoidance coping between intimate partner violence (IPV) victimization, mental health, and substance abuse among women experiencing bidirectional IPV. *Psychiatry Research* 2014; 220(1-2): 391-6.

[18] Martin R, Young J. Schema therapy. Handbook of cognitive-behavioral therapies. Guilford Press, 2010: 317-46.

[19] Pouzad A, Najarpourian S, Javdan M, Samavi A, Sarafraz M. Investigating the mediating role of self-knowledge processes in the relationship between repression (self-deception and other-deception) and the divorce tendency in men and

women seeking divorce. *Psychological Methods and Models* 2022; 12(46): 147-62. [Farsi]

[20] Li L, Yang Y, He J, Yi J, Wang Y, Zhang J, et al. Emotional suppression and depressive symptoms in women newly diagnosed with early breast cancer. *BMC Women's hEalth* 2015; 15(1): 1-8.

[21] Kwon S, Kim J, Kim T, Jeong W, Park EC. Association between gastric cancer and the risk of depression among South Korean adults. *BMC Psychiatry* 2022; 22(1): 1-1.

[22] Casellas-Grau A, Font A, Vives J. Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology* 2014; 23(1): 9-19.

[23] Seligman ME. Positive psychology: A personal history. Annual review of clinical psychology. 2019; 15: 1-23.

[24] Mohammadian Akerdi E, Askari P, Hassanzadeh R, Ahadi H, Naderi F. Effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Increased Life Expectancy of Male Patients with Gastric Cancer. *J Babol Univ Med Sci* 2018; 20(12): 28-32.

[25] Balochi H, Bozorgmanesh M, Amirfakhraei A, Shafaat T. The intermediate rolle of resilience mediation in the relationship between the meaning of life and spiritual health with the mental health in patients with colon cancer. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2017; 15(4): 411-9.

[26] Zhang C, Gao R, Tai J, Li Y, Chen S, Chen L, et al. The relationship between self- perceived burden and post- traumatic growth among colorectal cancer patients: the mediating effects of resilience. *Biomed Res Int* 2019; 2019: 6840743.

[27] Myers LB, Burns JW, Derakshan N, Elfant E, Eysenck MW, Phipps S. Current issues in repressive coping and health. *InEmotion Regulation* 2008. Springer, Boston, MA, pp 69-86.

[28] Burns JW, Kubilus A, Bruehl S, Harden RN. A fourth empirically derived cluster of chronic pain patients based on the Multidimensional Pain Inventory: Evidence for repression within the dysfunctional group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; 69(4): 663.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

trauma: A community survey. *Journal of Traumatic stress* 2003; 16(5): 487-94.

[29] Giese-Davis J, Conrad A, Nouriani B, Spiegel D. Exploring emotion-regulation and autonomic physiology in metastatic breast cancer patients: Repression, suppression, and restraint of hostility. *Personality and Individual Differences* 2008; 44(1): 226-37.

[30] Lohmoller JB. The PLS program system: Latent variables path analysis with partial least squares estimation. *Multivar Behav Res* 1988; 23(1): 125-7.

[31] Weinberger DA. The construct validity of the repressive coping style. In J. L. Singer (Ed.), Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health. The University of Chicago Press. 1995, pp 337-86.

[32] Heshmati R, Naseri E, Parnian Khoy M. The role of Emotional repression and Ego – strength in predicting of smoking and non-smoking in cancer patients. *Health Psychology* 2019; 7(28): 7-19. [Farsi]

[33] Connor KM, Davidson JR, Lee LC. Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent

[34] Mohammadi M. Factors influencing resiliency in at risk substance abusers. Dissertation for the degree of Doctorate of Philosophy in Clinical Psychology. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation 2005; 44-84. [Farsi]

[35] Jowkar B. Resiliency mediating role in the relationship between emotional intelligence and general intelligence with life satisfaction. *Contemporary Psychology* 2007; 2(2): 3-12. [Farsi]

[36] Rajaei AR, Khoynezhad GR, Nesayi V. Positive psychological state questionnaire. Islamic Azad University Press of Torbat-e-Jam Branch; 2011: 1-6. [Farsi]

[37] Farnam A, Madadizade T. Effect of Positive Training on Positive Psychological States (Character Strengths) of Female High School Students. *Positive Psychology Research* 2017; 3(1): 61-76. [Farsi]

[38] Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

(TCI): A guide to its development and use 1994, 19-28.

[39] Kaviani H, Poor Naseh M. Validation of Temperament and Character Inventory (TCI) In Iranian Sample: Normative Data. *Tehran Univ Med J* 2005; 63(2): 89-98. [Farsi]

[40] Young JE. Young compensation inventory. New York: Cognitive Therapy Center of New York. 1995.

[41] Bayrami M, Bakhshipor A, Esmaeili A. The relationship between coping styles and early maladaptive schemas in disconnection-rejection and over vigilance-inhibition in young's schema model. *Journal of Life Science and Biomedicine* 2012; 2(4): 178-81.

[42] Kline RB. Assumptions in structural equation modeling. Handbook of structural equation modeling 2012; 111-25.

[43] Hu LT, Bentler PM. Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods* 1998; 3(4): 424.

[44] Preacher KJ, Hayes AF. Contemporary approaches to assessing mediation in communication research. The Sage sourcebook of advanced data analysis methods for communication research. Sage Publications, Inc. 2008: 13-54.

[45] Khodabakhash R, Khosravi Z, Shahangian S. Effect of Positive Psychotherapy in Depression Symptoms and Character Strengths in Cancer Affected Patients. *Positive Psychology Research* 2015; 1(1): 35-50. [Farsi]

[46] Afshari A, Esmaili Koraneh A. Comparison of Negative Mood Regulation, Personal Behavior and Life Style in Cancer Patients, Heart Patients and Normal People. *Quarterly Journal of Health Psychology* 2022; 10(40): 31-46. [Farsi]

[47] Yeganeh Rad N, Toozandehjani H, Bagherzadeh Golmakani Z. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Compassion-Focused Therapy in resiliency and Ambiguity Tolerance in Divorce-Seeking Women. *Psychological Methods and Models* 2020; 11(41): 89-112. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

[48] Nakatani Y, Iwamitsu Y, Kuranami M, Okazaki S, Shikanai H, Yamamoto K, et al. The relationship between emotional suppression and psychological distress in breast cancer patients after surgery. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 2014; 44(9): 818-25.

[49] Bulik CM, Sullivan PF, Carter FA, Joyce PR. Lifetime comorbidity of alcohol dependence in women with bulimia nervosa. *Addictive behaviors* 1997; 22(4): 437-46.

[50] Rahimi S, Borjali A, Sohrabi F. Effectiveness of Positive Psychology Interventions on Resiliency of Female Patients with Multiple Sclerosis. *Positive Psychology Research* 2015; 1(3): 1-10. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]

The Mediating Role of Positive Psychological Functioning in the Relationship between Moods, Extreme Compensation, and Emotional Repression and Resilience in Patients with Digestive Cancer: A Descriptive Study

Maryam Khorramabadi[1], Shahnaz Khaleghipour[2]

Received: 25/03/23 Sent for Revision: 16/04/23 Received Revised Manuscript: 26/06/23 Accepted: 01/07/23

Background and Objectives: Psychologically, cancer causes a significant decrease in the patient's quality of life. The present study was conducted with the aim of investigating the mediating role of positive psychological functioning in the relationship between mood, overcompensation, and emotional suppression and resilience in patients with gastrointestinal cancer.

Materials and Methods: This descriptive research method was correlation type. The statistical population was all patients with gastrointestinal cancer in Shahid Rahimi and Shohada-ye Ashayer Hospitals in Khoramabad City in 2021, and 148 people were selected by purposive sampling. The desired data were collected using Weinberger's Emotional Suppression, Conner-Davidson's Resilience, Young-Rygh's Extreme Compensation, and Rajaei et al.'s Positive Psychological Functioning Questionnaires, and Temperament and Character Inventory. Data analysis was done using path analysis method.

Results: The results showed that positive psychological performance has a mediating role in the relationship between temperament and resilience (β=0.621) and in the relationship between overcompensation and resilience (β=0.412) (p<0.001). Also, mood (β=0.421, extreme compensation (β=0.365), repression (β=0.647), and positive psychological function (β=0.723) have a direct effect on the resilience of patients with digestive cancer (p<0.001).

Conclusion: The results of the present study showed that positive psychological functioning mediates the effect of mood on the resilience of cancer patients. Therefore, it appears that cancer patients with positive psychological functioning can increase their resilience to deal with the negative consequences of cancer.

Key words: Positive psychological functioning, Mood, Overcompensation, Emotional repression, Resilience, Gastrointestinal cancer

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University of Naein Branch approved the study (IR.IAU.KHUISF.REC.1401.393).

How to cite this article: Khorramabadi Maryam, Khaleghipour Shahnaz. The Mediating Role of Positive Psychological Functioning in the Relationship Between Moods, Extreme Compensation, and Emotional Repression and Resilience in Patients with Digestive Cancer: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2023; 22 (5): 437-58. [Farsi]

1- MA in Clinical Psychology, Dept.of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran
2- Associate Prof., Dept. of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran, ORCID: 0000-0002-7378-9722
(Corresponding Author) Tel: (031) 46266200, Fax: (031)) 46266200, E-mail: shkhaleghipour@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.5.2.4]
[DOI: 10.61186/jrums.22.5.437]