



## Prediction of Psychological Safety of Patients with Gastrointestinal Cancer Based on Moral Foundations and Post-Traumatic Growth with the Mediating Role of Positive Meta-emotional Beliefs

Negin Rostamloo<sup>1</sup> , Qamar Kiani<sup>2</sup> , Sara Hashemi<sup>3</sup>

1. MA in Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Department of Psychology, Zanzan Branch, Islamic Azad University, Zanzan, Iran

3. Department of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Qamar Kiani

**E-mail:** t.my.20624@gmail.com

Received: 21 February 2024

Revised: 11 March 2024

Accepted: 08 April 2024

**Citation:** Rostamloo, N., Kiani, Q. and Hashemi, S. (2025). Prediction of Psychological Safety of Patients with Gastrointestinal Cancer Based on Moral Foundations and Post-Traumatic Growth with the Mediating Role of Positive Meta-emotional Beliefs. *Journal of Modern Psychological Researches*, 20(77), 87-101. [doi: 10.22034/jmpr.2024.60676.6099](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.60676.6099)

### EXTENDED ABSTRACT

**Introduction:** Gastrointestinal (GI) cancer is among the most prevalent and deadly forms of cancer, ranking as the fifth most common type and the fourth leading cause of cancer-related mortality worldwide in 2020. Despite advances in medical treatment, survival rates for GI cancer remain low, and the disease significantly impacts patients' psychological well-being.

Several psychological factors contribute to psychological safety in cancer patients, including moral foundations, post-traumatic growth (PTG), and positive meta-emotional beliefs. Moral foundations theory suggests that ethical values influence human emotions and behaviors, shaping how individuals cope with adversity. This framework identifies five key moral dimensions: care, fairness, loyalty, authority, and sanctity. These moral values may serve as protective factors that help individuals navigate emotionally distressing situations. Similarly, PTG refers to the positive psychological changes that occur following a traumatic experience. Some cancer patients experience PTG, developing a greater appreciation for life, strengthening relationships, and finding new meaning in their circumstances.

Another crucial factor influencing psychological safety is positive meta-emotional beliefs, which involve how individuals perceive, interpret, and regulate their emotions. Positive meta-emotional beliefs enable individuals to manage negative emotional experiences, use adaptive coping strategies, and maintain psychological balance.

Given the complex interplay between these factors, this study aimed to examine the structural relationships between moral foundations, PTG, and psychological safety, with a particular focus on the mediating role of positive meta-emotional beliefs in patients with GI cancer.

**Method:** The study utilized a correlational research design and employed structural equation modeling (SEM) for data analysis. The target population consisted of GI cancer patients referred to Vali-Asr Hospital and the Mehraneh Center in Zanjan, Iran, in 2023. From this population, a total of 100 patients were selected using a convenience sampling method. Data were collected using four validated research instruments. The Moral Foundations Questionnaire (Haidt and Graham, 2007) assessed five moral dimensions: care/harm, fairness/reciprocity, loyalty, authority/respect, and sanctity/purity. The Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI), measured five aspects of PTG: personal strength, new possibilities, appreciation of life, relationships with others, and spiritual change. Psychological safety was assessed using Maslow's Psychological Security Inventory (PSI), which evaluates an individual's sense of emotional security. The Positive Metacognitions and Positive Meta-Emotions Questionnaire (PMCEQ) (Beer & Moneta, 2011) measured cognitive and emotional regulation abilities.

**Results:** Participants ranged in age from 30 to 80 years, with a mean age of 52.3 years ( $SD = 11.8$ ). The gender distribution was nearly equal, with 48% female and 52% male. Regarding education, 25% of participants were illiterate, 32% had completed primary education, 29% had a high school diploma, and 14% had pursued higher education. Several hypotheses regarding the relationships between moral foundations, PTG, positive meta-emotional beliefs, and psychological safety were tested.

**Table 1. Beta and Bootstrap Coefficients (T) Related to the Mediating Role of Positive Meta-Emotional Beliefs in the Relationship Between Moral Foundations and Post-Traumatic Growth in Patients with Gastrointestinal Cancer**

| Direct and indirect effect                                                     | $\beta$ | t     | p     |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|-------|
| <b>Direct effect</b>                                                           |         |       |       |
| Moral foundations → Psychological safety                                       | -0.006  | 0.50  | 0.96  |
| Moral foundations → Positive meta-emotional beliefs                            | 0.055   | 0.47  | 0.65  |
| Post-traumatic growth → Psychological safety                                   | 0.029   | 0.28  | 0.78  |
| Post-traumatic growth → Positive meta-emotional beliefs                        | 0.42    | 6.42  | 0.001 |
| Positive meta-emotional beliefs → Psychological safety                         | 0.57    | 15.74 | 0.001 |
| <b>Indirect effect</b>                                                         |         |       |       |
| Moral foundations → Positive meta-emotional beliefs → Psychological safety     | 0.032   | 0.48  | 0.65  |
| Post-traumatic growth → Positive meta-emotional beliefs → Psychological safety | 0.24    | 7.61  | 0.001 |

The results indicated that positive meta-emotional beliefs had a significant direct effect on psychological safety ( $\beta = 0.57$ ,  $p < 0.05$ ). Additionally, PTG had a significant direct effect on positive meta-emotional beliefs ( $\beta = 0.42$ ,  $p < 0.05$ ) and an indirect effect on psychological safety through the mediation of positive meta-emotional beliefs ( $\beta = 0.24$ ,  $p < 0.05$ ). However, the direct effect of moral foundations on psychological safety was not significant ( $\beta = -0.006$ ,  $p = 0.962$ ), nor was the direct effect of moral foundations on positive meta-emotional beliefs ( $\beta = 0.055$ ,  $p = 0.657$ ). These findings indicate that PTG plays a crucial role in enhancing psychological safety through positive meta-emotional beliefs, whereas moral foundations alone do not directly influence psychological safety.

**Discussion:** The findings of this study provide important insights into the psychological mechanisms that influence psychological safety in cancer patients. One of the most notable findings was the strong predictive power of positive meta-emotional beliefs on psychological safety. Patients with higher levels of positive meta-emotional beliefs were better able to regulate distressing emotions, employ adaptive coping strategies, and maintain a sense of control over their psychological state. These individuals were less likely to experience severe anxiety and depression, reinforcing their overall psychological well-being.

PTG also played a critical role in psychological safety, primarily through its influence on meta-emotional beliefs. Patients who reported greater levels of PTG demonstrated enhanced emotional resilience, a more positive outlook on life, and improved coping mechanisms when dealing with cancer-related distress. This finding aligns with previous research indicating that PTG contributes to psychological well-being by fostering emotional strength and adaptability. The results suggest that encouraging PTG in cancer patients can be a valuable approach to improving their psychological safety.

Moral foundations did not have a direct impact on psychological safety. While moral values shape social interactions and ethical decision-making, they may not necessarily translate into emotional stability in the face of life-threatening illness. The absence of a significant relationship between moral foundations and psychological safety suggests that immediate emotional regulation mechanisms play a more dominant role in shaping psychological safety than broader ethical beliefs.

These findings have significant implications for psychological interventions in cancer care. Given the strong impact of positive meta-emotional beliefs on psychological safety, therapeutic interventions should focus on enhancing emotional regulation skills. Cognitive-behavioral therapy (CBT) and emotion-focused strategies can be particularly effective in helping patients develop adaptive coping mechanisms. Additionally, fostering PTG in cancer patients through support groups and psychological counseling may further enhance their sense of psychological safety. Future research should explore additional mediating variables, such as self-efficacy and social support, to gain a deeper understanding of the factors influencing psychological safety in cancer patients.

In conclusion, this study highlights the critical role of positive meta-emotional beliefs and PTG in enhancing psychological safety among GI cancer patients. While moral foundations did not exhibit a direct influence, the results underscore the importance of emotional regulation and cognitive flexibility in managing cancer-related distress. These findings emphasize the need for targeted psychological interventions aimed at improving emotional resilience and promoting PTG, ultimately contributing to better mental health outcomes for cancer patients. Addressing these psychological factors can enable healthcare providers to develop more effective support systems, ensuring enhanced psychological well-being for individuals coping with GI cancer.

## KEYWORDS

moral foundations, psychological safety, post-traumatic growth, meta-emotional beliefs





## فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی



## پیش‌بینی امنیت روانی بیماران مبتلا به سرطان گوارش بر اساس بنیان‌های اخلاقی و رشد پس از آسیب با نقش میانجی باورهای مثبت فرا هیجانی

نگین رستم‌لو<sup>۱</sup>، قمر کیانی<sup>۲</sup>، سارا هاشمی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. گروه روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

۳. گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

نویسنده مسئول: قمر کیانی

رایانامه: t.my.20624@gmail.com

استناددهی: رستم‌لو، نگین، کیانی، قمر و هاشمی، سارا. (۱۴۰۴). پیش‌بینی امنیت

روانی بیماران مبتلا به سرطان گوارش بر اساس بنیان‌های اخلاقی و رشد پس از

آسیب با نقش میانجی باورهای مثبت فرا هیجانی. فصلنامه پژوهش‌های نوین

روانشناختی، ۲۰(۷۷)، ۸۷-۱۰۱. doi:

10.22034/jmpr.2024.60676.6099

تاریخ دریافت: ۰۲ اسفند ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری: ۲۱ اسفند ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۲۰ فروردین ۱۴۰۳

## چکیده

## مشخصات مقاله

## کلیدواژه‌ها:

بنیان‌های اخلاقی،

امنیت روانی،

رشد پس از آسیب،

باورهای فرا هیجانی

هدف پژوهش حاضر تعیین برازش مدل ساختاری رابطه بنیان‌های اخلاقی و رشد پس از آسیب با امنیت روانی با نقش میانجی باورهای فرا هیجانی در بیماران سرطان گوارش بود. مطالعه از نوع همبستگی و روش معادلات ساختاری بود. جامعه آماری تمامی بیماران مبتلا به سرطان گوارش مراجعه کننده به بیمارستان ولیعصر (عج) و مرکز مهرانه زنجان در سال ۱۴۰۲ بودند. از این جامعه تعداد ۱۰۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شد. ابزار جمع آوری داده‌های پژوهش پرسشنامه بنیان‌های اخلاقی‌هایت و گراهام (۲۰۰۷)، مقیاس رشد پس از آسیب تدسچی و کالهن (۱۹۹۶)، مقیاس امنیت روانی مازلو فرم کوتاه (۱۹۵۲) و پرسشنامه فراشناخت و فرا هیجان مثبت بئر (۲۰۱۱) بود. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۵ و PLS نسخه ۳/۳ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که اثر مستقیم باورهای فرا هیجانی بر امنیت روانی در بیماران سرطان گوارش، معنادار است ( $p < 0.05$ ,  $\beta = 0.57$ ). اثر مستقیم رشد پس از آسیب بر باورهای فرا هیجانی در بیماران سرطان گوارش، معنادار است ( $p < 0.05$ ,  $\beta = 0.42$ ). باورهای فراهیجانی مثبت در رابطه بین رشد پس از آسیب و امنیت روانی در بیماران سرطان گوارش نقش میانجی دارند ( $p < 0.05$ ,  $\beta = 0.24$ ). همچنین مدل نقش میانجی باورهای فرا هیجانی مثبت در رابطه بین بنیان‌های اخلاقی و رشد پس از آسیب در بیماران مبتلا به سرطان گوارش از برازش مطلوبی برخوردار است ( $NFI = 0.91$ ,  $SRMR = 0.08$ ). باتوجه به یافته ها می‌توان مداخلاتی را باهدف بهبود باورهای فراهیجانی مثبت، رشد پس از آسیب و بنیان‌های اخلاقی برای افزایش امنیت روانی در بیماران مبتلا به سرطان طراحی و اجرا نمود.



## مقدمه

سرطان گوارش<sup>۱</sup> یک بیماری شایع است که یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در سطح جهان باقی‌مانده است. این سرطان به‌عنوان پنجمین سرطان شایع و چهارمین علت مرگ ناشی از سرطان در سراسر جهان در سال ۲۰۲۰ گزارش شد (سانگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). سرطان‌های دستگاه گوارش گروهی از سرطان‌های مرتبط با دستگاه گوارش هستند و بیشترین نواحی درگیر مری، معده، روده بزرگ، کبد و پانکراس هستند. سرطان‌های دستگاه گوارش علت ۲۵ درصد از بروز سرطان و ۳۳ درصد از مرگ‌های مرتبط با سرطان در سطح جهان هستند (آویو و آیو-جایا<sup>۳</sup>، ۲۰۲۳). علیرغم پیشرفت‌هایی که در زمینه درمان سرطان انجام شده است، میزان زنده ماندن بیماران سرطان گوارش، کم است (سوزا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). حتی اگر پیشرفت‌های اخیر در تشخیص و درمان تأثیر کلی خوبی داشته است، چالش‌ها در کنترل و مدیریت سرطان‌های دستگاه گوارش همچنان ادامه دارد (جاردیم<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

زندگی با سرطان در طولانی‌مدت برای مبتلایان و خانواده‌هایشان پیامدهایی را به همراه دارد (گان<sup>۶</sup> و همکاران ۲۰۲۳) و می‌تواند تأثیر گسترده‌ای بر کیفیت زندگی در میان مبتلایان به سرطان داشته باشد، به‌طوری‌که افسردگی و اضطراب در بیماران سرطانی بالا است (پیتمن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). این اضطراب و افسردگی می‌تواند عواقب ناخوشایندی برای سلامت و بهزیستی بیماران از جمله امنیت روانی<sup>۸</sup> بیمار داشته باشد (گورمن<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸). به نظر می‌رسد امنیت روانی یکی از نیازها و انگیزه‌های اولیه بیماران سرطانی است و بدتر شدن آن می‌تواند منجر به از دست دادن ثبات و سردرگمی، اضطراب و بی‌قراری بیمار شود. امنیت روانی به‌عنوان آرامش روانی تعریف می‌شود که از اطمینان فرد در برآوردن نیازها و خواسته‌های خود و اطمینان از اینکه هیچ‌چیز نمی‌تواند سلامت او را تهدید کند، ناشی می‌شود (عامری و همکاران، ۱۴۰۰). از آنجاکه وضعیت امنیت روانی بیمار می‌تواند وضعیت جسمی او را تحت تأثیر قرار دهد، پرداختن به عواملی که می‌توانند در بهبود وضعیت امنیت روانی بیمار، نقش داشته باشند، حائز اهمیت است (موسوی، گودرزی و تقوی، ۱۳۹۸). به نظر می‌رسد از عوامل مؤثر بر سلامت روان بیماران سرطان گوارش، بنیان‌های اخلاقی<sup>۱۰</sup>، رشد پس از آسیب<sup>۱۱</sup> و باورهای فرا هیجانی<sup>۱۲</sup> فرد بیمار هستند.

اخلاق یکی از ضروری‌ترین نیازهای جامعه بشری است و بسیاری از مشکلات فردی و اجتماعی ریشه در اخلاق دارد. به همین دلیل اصلاح

اخلاقی را اساس اصلاحات اجتماعی می‌دانند. اگرچه در بسیاری از نظریه‌های کلاسیک مانند نظریه رشد اخلاقی کلبگ<sup>۱۳</sup>، به‌ویژه استدلال اخلاقی<sup>۱۴</sup>، بر فرآیندهای شناختی تأکید شده است، بسیاری از کارشناسان تاکنون دریافته‌اند که روابط عاطفی با اعضای خانواده برای رشد اخلاقی حیاتی است (استرنبرگ<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۲). هایت و گرام<sup>۱۶</sup> (۲۰۰۰) معتقدند که روانشناسی رشد شناختی<sup>۱۷</sup>، فقط زیرمجموعه‌ای از نگرانی‌های اخلاقی را معرفی کرده است، براین اساس نظریه بنیان‌های اخلاقی<sup>۱۸</sup> را معرفی نمودند. این نظریه به دنبال آن است که به ما کمک کند تا چشم‌انداز اخلاقی خودمان و دیدگاه‌های اخلاقی و سیاسی مخالفانمان را درک کنیم، این نظریه درواقع انگیزش‌های اخلاقی زیربنای رفتار را توضیح می‌دهد و مبتنی بر الگوی شهودگرایی اجتماعی است. نظریه بنیان‌های اخلاقی به لحاظ ماهوی برای مطالعه فرهنگ‌ها و نه افراد تهیه شده است. هایت و گرام<sup>۱۹</sup> (۲۰۰۷)، تحت تأثیر انسان‌شناس مشهوری به نام شدر<sup>۲۰</sup> قرار داشتند که نظریه اخلاقی را در جهت بررسی اخلاقیات و فرهنگ‌ها بکار بردند و پنج بُعد را به عنوان بنیان‌های اخلاقی معرفی کردند که عبارتند از ۱- آسیب/مراقبت (اهمیت دادن به احساس درد و رنج دیگران)، ۲- انصاف/مقابله به مثل (درک مفاهیمی چون عدالت، برابری، حقوق فردی و نوع دوستی)، ۳- درون گروهی/وفاداری (حس وفاداری و وابستگی به گروه‌های خودی و دوری از افراد خارج از گروه)، ۴- قدرت/احترام (اطاعت، انجام وظایف، حفظ سنت‌ها) و ۵- پاکی/تقدس (نجابت، حفظ خلوص ذهنی، هنجارهای دینی) (کدن، پولن-سانسفاکن<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۴).

یکی دیگر از مفاهیمی که می‌تواند امنیت روانی را تحت تأثیر قرار دهد، رشد پس از آسیب است که توسط تدسکی و کالهن<sup>۲۲</sup> (۱۹۹۶) پیشنهاد شده است. پس از تشخیص و درمان، افراد مبتلا به سرطان دستگاه گوارش علاوه بر اضطراب و افسردگی، ممکن است علائم استرس پس از آسیب، به نام عوامل تروما را نیز تجربه کنند (جایکرمی و بلکی<sup>۲۳</sup>، ۲۰۱۴). این محققان گزارش می‌دهند که تجربه یک رویداد آسیب‌زا یا از دست دادن جدی می‌تواند منجر به برخی از مزایایی شود، مانند بازنگری تجربه و تغییرات مثبت در نگرش نسبت به زندگی، که به آن رشد پس از آسیب می‌گویند (لی و همکاران<sup>۲۴</sup>، ۲۰۲۰؛ موسوی و همکاران، ۱۳۹۸). رشد پس از آسیب ممکن است آسیب‌های روانی را خنثی نکند، اما می‌تواند به مبتلایان کمک کند تا باوجود تجربه‌های ناخوشایند، معنا و هدف جدیدی پیدا کنند و آن‌ها را تشویق به ایجاد تغییرات شخصی مثبت کند (کوسوانتو و همکاران<sup>۲۵</sup>، ۲۰۲۰). رشد پس از آسیب، که اغلب به‌عنوان رشد مرتبط با استرس، سازگاری مثبت،

14. ethical reasoning
15. Sternberg
16. Heat & gram
17. cognitive developmental psychology
18. ethical foundations
19. Haidt & Graham
20. Seder
21. Cowden & Pullen-Sansfacon
22. Tedeschi & Calhoun
23. Jayawickreme & Blackie
24. Li
25. Koswanto

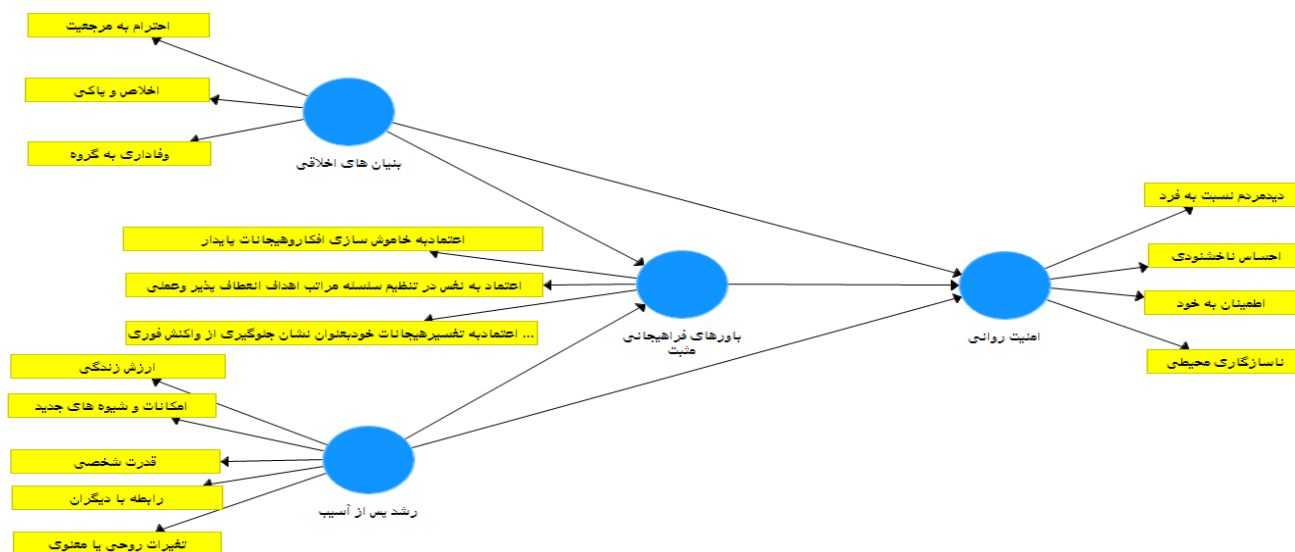
1. gastrointestinal cancer
2. Sung
3. Iwu & Iwu-Jaja
4. Souza
5. Jardim
6. Guan
7. Pitman
8. psychological safety
9. Gorman
10. moral foundations,
11. post-traumatic growth
12. meta-emotional beliefs
13. Kolberg

هیجان‌های که افراد درباره هیجان‌های خود دارند تعریف می‌شود (کازمی‌پور و همکاران، ۱۴۰۰). باورهای فرا هیجانی شامل دو جنبه منفی (خشم، اجتناب تجربی و عدم پذیرش) و مثبت که از پذیرش هیجان خود حمایت می‌کند و در سلامتی روان‌شناختی تأثیر مثبت دارد، تشکیل می‌شوند (میسلی و کاستلفرانچی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). باورهای فرا هیجانی که نقش مهمی در راهبردهای تنظیم هیجانی افراد ایفا می‌کنند و فرد را قادر می‌سازند تا با انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع و اتفاق‌های محیطی واکنش نشان دهد، خود از عوامل بسیاری مانند شدت هیجان ناشی از یک رویداد تأثیر می‌پذیرد و در بیماری سرطان با توجه به شدت هیجانی که دارد، می‌تواند باورهای فرا هیجانی این بیماران را تحت تأثیر قرار داده و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را کاهش دهد (گاتمن<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

ناراحتی و کاهش کیفیت زندگی در میان مبتلایان به سرطان رایج است. این پریشانی می‌تواند عواقب ناگواری برای سلامت و بهزیستی بیماران از جمله امنیت روانی بیمار داشته باشد. لذا پرداختن به مسأله امنیت روانی در بین بیماران سرطانی حائز اهمیت است. با توجه به مباحث ذکرشده و خلاء مطالعاتی، محقق درصدد است به این سؤال پاسخ دهد که آیا معادلات ساختاری رابطه بنیان‌های اخلاقی و رشد پس از آسیب با امنیت روانی با نقش میانجی باورهای فرا هیجانی در بیماران سرطان گوارش، از برازش مطلوبی برخوردار است؟ (شکل ۱).

موفقیت، سازگاری مثبت، رشد و استعداد شناخته می‌شود، تصور می‌شود که تغییرات اساسی در احساسات و شناخت است که منجر به تغییر در رفتار می‌شود. (مطالعاتی که تجربیات آسیب‌زا مختلف را بررسی می‌کنند، گزارش‌هایی از رشد پس از آسیب را گزارش می‌دهند. این مطالعات حداکثر پنج مقوله رشدی را شناسایی می‌کنند که نشان‌دهنده تغییرات شخصی، روان‌شناختی و سبک زندگی هستند. این دسته‌بندی‌ها عبارت‌اند از: تغییر روابط با دیگران، افزایش معنویت یا تغییر فلسفه زندگی، خودآگاهی، درک امکانات جدید و دانستن ارزش زندگی (لئو و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). بنابراین رشد پس از آسیب در بیماران سرطانی می‌تواند اثرات روانی مثبتی در درمان داشته باشد. درک مفهوم رشد پس از آسیب، اطلاعاتی را در اختیار ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی قرار می‌دهد که می‌تواند به آن‌ها در ارائه مراقبت کمک کند و به بیماران کمک کند تا بهتر با موقعیت استرس‌زا خود مقابله کنند (رابط میلی و همکاران، ۱۴۰۱).

بررسی متغیر میانجی در رابطه بین بنیان‌های اخلاقی و رشد پس از آسیب با امنیت روانی می‌تواند نقش مؤثری در ارتقاء امنیت روانی داشته باشد. باورهای فرا هیجانی می‌تواند نقش میانجی را در رابطه داشته باشد. به‌طور کلی هیجان‌ها به دو نوع تقسیم می‌شوند: هیجان‌های اولیه که به‌صورت غیرارادی رخ می‌دهند و هیجان‌های ثانوی که ارادی هستند و در واکنش به هیجان‌های اولیه رخ می‌دهند، در این بین، باورهای فرا هیجانی به‌صورت



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

از فرمول تاپاچنیک و فیدل<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) استفاده کردیم، که براساس آن حداقل حجم نمونه در مطالعات همبستگی برابر است با  $N \geq 50 + 8M$  که  $N$  حجم نمونه و  $M$  تعداد متغیرهای پیش‌بین (مستقل) است. در این پژوهش ۲ متغیر پیش‌بین وجود دارد که حجم نمونه باید بیشتر از ۶۶ نفر باشد. در پژوهش حاضر ۱۰۰ نفر از بیماران سرطان گوارش با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱-نداشتن سابقه بستری در بخش اعصاب و روان قبل از ابتلا به بیماری سرطان، ۲-

## روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر شیوه گردآوری از نوع همبستگی و روش معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی بیماران مبتلا به سرطان گوارش بودند که در فصل پاییز سال ۱۴۰۲ به مرکز مهرانه (انجمن حمایت از بیماران مبتلا به سرطان در استان زنجان) و بیمارستان ولیعصر (عج) شهر زنجان مراجعه کردند. برای تعیین حجم نمونه

3. Gottman

4. Tabachnick and Fidell

1. Liu

2. Miceli & Castelfranchi

نداشتن مصرف مواد، مشروبات الکلی، سیگار و داروهای اعصاب و روان، ۳- داشتن تمایل به مشارکت در این پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: ۱- پاسخ ندادن به ۲۰ درصد از سوالات پژوهش. برای اجرای پژوهش در ابتدا کد اخلاق پژوهش حاضر از دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان به شناسه IR.IAU.SRB.REC.1402.262 اخذ گردید. سپس مجوز ورود و انجام پژوهش برای بیمارستان ولیعصر و مرکز مهرانه زنجان دریافت شد و در ادامه شرکت‌کنندگان با توجه به معیارهای ورود انتخاب شدند و متعاقباً با کسب رضایت از افراد، پرسشنامه‌های مرتبط با پژوهش حاضر به شرکت‌کنندگان ارائه شد، اما بیماران به خاطر ضعف جسمی و بستری بودن درخواستی مبنی بر خواندن پرسشنامه توسط محقق و توضیح در مورد سؤالات آن را داشتند. از این جهت برخی افراد که سواد خواندن و نوشتن را نداشتند اما می‌توانستند پاسخ دهند نیز در پژوهش شرکت کردند. با توجه به موارد گفته شده نظارت هر چه بیشتر بر نحوه پر کردن پرسشنامه‌ها صورت گرفت و بدین نحو خدشه‌ای بر روایی و پایایی یافته‌ها وارد نشد. در آخر ضمن تشکر و قدردانی از تمامی افراد و یافته‌های مرتبط با اطلاعات به‌دست‌آمده از پرسشنامه استخراج شد. در این مطالعه مفاد مطرح‌شده در بیانیه هلسینکی (۲۰۱۳) از جمله توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های توصیفی از نرم افزار SPSS-25 استفاده شد. به دلیل اینکه داده‌ها در برخی از متغیرهای پژوهش حاضر نرمال نبودند، از  $PLS^2$  نسخه ۳/۳ برای تحلیل و برازش مدل مفهومی پژوهش استفاده شد، زیرا این نرم افزار بر اساس رویکرد حداقل مربعات جزئی عمل می‌کند و نسبت به نرمال نبودن توزیع نمونه‌گیری و حجم نمونه حساس نیست (هیر، ریش، سارستد و رینگل، ۲۰۱۹). تمام تحلیل‌های استنباطی در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شدند.

#### ابزار پژوهش

پرسشنامه بنیان‌های اخلاقی<sup>۴</sup> هایت و گراهام<sup>۵</sup> (۲۰۰۷): این پرسشنامه شامل ۳۲ گویه و پنج خرده مقیاس مراقبت و آسیب (گویه‌های ۱-۷، ۱۲-۱۷، ۲۸)، انصاف و بی طرفی (گویه‌های ۸-۱۳، ۱۸-۲۴، ۲۹)، وفاداری به گروه (گویه‌های ۳-۹، ۱۴-۱۹، ۲۵-۳۰)، احترام به مرجعیت (گویه‌های ۴-۱۰، ۳۱-۳۶، ۲۰-۲۵)، اخلاص و پاکی (گویه‌های ۵-۱۱، ۱۶-۲۱، ۲۷-۳۲) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. شیوه نمره گذاری برای سؤالات بخش اول پرسشنامه (۱-۱۶) به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از اصلاً= تا خیلی زیاد است= ۵) و برای سؤالات بخش دوم پرسشنامه (۱۷-۳۲) بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم= تا کاملاً موافقم= ۵) تحلیل و تفسیر می‌شود و سؤالات ۶ و ۲۲ نمره گذاری نمی‌شوند. سیفی قوزلو (۱۳۹۴)، تحقیق خود پایایی را به صورت آلفای کرونباخ برای هر بعد به ترتیب ۰/۵۸،

۰/۷۹، ۰/۶۱، ۰/۷۰ و ۰/۷۳ مورد تأیید قرار دادند و روایی پرسشنامه‌ها با استفاده از روایی صوری بررسی و تأیید قرار گرفت. هایت و گرام (۲۰۰۷) در تحقیق خود پایایی را بصورت آلفای کرونباخ برای هر بعد به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۶۵، ۰/۷۱، ۰/۷۴ و ۰/۸۴ مورد تأیید قرار دادند و روایی پرسشنامه‌ها با استناد به نظرات متخصصان بررسی و تأیید شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ<sup>۶</sup> ۰/۸۸ محاسبه شد. **مقیاس رشد پس از آسیب<sup>۷</sup> تدسچی و کال هون<sup>۸</sup> (۱۹۹۶):** این مقیاس توسط تدسچی و کال هون در سال ۱۹۹۶ ساخته شده است. هدف از ساخت این پرسشنامه ارزیابی پیامدهای مثبت تجربه‌شده توسط افرادی که تجربه تروما داشته‌اند، می‌باشد. این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال دارای ۲۱ پرسش و پنج خرده مقیاس مربوط به دیگران (۷ گویه)، فرصت‌های جدید (۵ گویه)، قدرت شخصی (۴ گویه)، درک ارزش زندگی (۳ گویه) و تغییر معنوی (۲ گویه) می‌باشد؛ دارای شیوه نمره گذاری به صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (هیچ تغییری را تجربه نکردم= تا تغییر خیلی زیادی را تجربه کردم= ۵) است. پایایی و روایی این پرسشنامه در پژوهش حیدزاده و همکاران (۱۳۹۴) در بین ۴۰۲ بیمار مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار گرفت. شاخص‌های نیکویی برازش از جمله در تحلیل عاملی تأییدی برازش قابل قبولی را نشان دادند و ساختار پنج عاملی ابزار رشد پس از آسیب مورد تأیید قرار گرفت. ضریب آلفا کرونباخ برای کل ابزار  $\alpha=0.87$  و ضرایب به دست آمده برای مؤلفه‌های مقیاس پنج عاملی اصلی  $\alpha=0.77$  بوده است و همبستگی بین دو بار اجرای آزمون با فاصله ۳۰ روز در ۱۸ نمونه  $r=0.75$  به دست آمد. حاضر همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه شد. **مقیاس امنیت روانی<sup>۹</sup> مازلو<sup>۱۰</sup> (۱۹۵۲):** پرسشنامه امنیت روانی (فرم کوتاه) توسط مازلو و همکاران (۱۹۵۲) طراحی و اعتباریابی شده است. پرسشنامه امنیت روانی از ۱۸ گویه و چهار خرده مقیاس اطمینان به خود (۱-۷)، احساس ناخشنودی (۸-۱۰)، ناسازگاری محیطی (۱۱-۱۵) و دید مردم نسبت به فرد (۱۶-۱۸) تشکیل شده است. دارای شیوه نمره گذاری به صورت صفر و یک می‌باشد که آزمودنی باید به سؤالات (۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۷، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱) پاسخ بدهد و به سؤالات (۱۸، ۱۷، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸) پاسخ خیر دهد؛ اگر با توجه به کلید عمل کند به ازای هر گویه نمره یک دریافت می‌کند و چنان چه پاسخ او مطابق با کلید نباشد به ازای هر گویه نمره صفر دریافت می‌کند. این پرسشنامه توسط شمس و خلیجیان (۱۳۹۲) اعتباریابی شده است. در پژوهش شمس و خلیجیان (۱۳۹۲) پایایی پس از اجرای آزمایشی بر روی ۳۰ نفر با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن ۰/۸۰ به دست آمد و روایی پرسشنامه‌ها با استناد به نظرات متخصصان بررسی و تأیید شد. پایایی پرسشنامه در پژوهش وانگ<sup>۱۱</sup> و همکاران (۲۰۱۹)، آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و مقدار روایی محتوایی گویه‌ها بالای ۰/۷۰ گزارش شد. در پژوهش حاضر

7. Post Traumatic Growth Inventory (PTGI)  
8. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G  
9. Psychological Security Inventory (PSI)  
10. Maslow  
11. Wang

1. statistical package for social science  
2. Partial Least Squares  
3. Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M., & Ringle, C. M  
4. Moral Foundations Questionnaire  
5. Haidt and Graham  
6. Cronbach's Alpha

همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ  $0/62$  محاسبه شد.

**پرسشنامه فراشناخت و فرا هیجان مثبت<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه توسط بئر و مونتا<sup>۲</sup> (۲۰۱۰)، باهدف ارزیابی باورهای فراشناختی در مورد فرایندهای شناختی و هیجانی به هنگام مواجهه با موقعیت‌های چالش‌برانگیز (اعتماد به خاموش‌سازی افکار و هیجانات پایدار، اعتماد به تفسیر هیجانات خود به‌عنوان نشانه، جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله، اعتماد به تنظیم سلسله‌مراتب اهداف انعطاف‌پذیر و عملی) می‌باشد. مجموعاً ۱۸ گویه وجود دارد که هر آزمودنی به این گویه‌ها با مقیاس چهاردرجه‌ای (از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف») پاسخ می‌دهد. گویه‌های این پرسشنامه به سه خرده مقیاس اختصاص یافته‌اند که عبارت‌اند از: الف) عامل اول: اعتماد به خاموش‌سازی افکار و هیجانات پایدار (۱، ۴، ۱۰، ۱۳، ۱۶)؛ ب) عامل دوم: اعتماد به تفسیر هیجانات خود به‌عنوان نشانه، جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله (۵، ۸، ۱۱، ۱۴، ۱۷)؛ ج) عامل سوم: اعتماد به تنظیم سلسله‌مراتب اهداف انعطاف‌پذیر و عملی (۶، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۸) و دارای شیوه نمره گذاری طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (از کاملاً موافق=۴ تا کاملاً مخالف=۱) می‌باشد. پایایی و روایی این پرسشنامه در پژوهش حسنی و امیری (۱۳۹۵) بر روی ۴۷۲ دانشجو مورد بررسی قرار گرفت. شاخص‌های نیکویی برازش از جمله در تحلیل عاملی تأییدی برازش قابل قبولی را نشان دادند و ساختار سه عاملی تأیید شد. ضریب آلفا کرونباخ برای کل ابزار  $0/83$  بدست آمد. پایایی خارجی این پرسشنامه در پژوهش بئر و مونتا<sup>۳</sup> (۲۰۱۰)

مورد تأیید قرار گرفت و نشان داد که سه عامل پرسشنامه  $54/76$  درصد از واریانس را به خود اختصاص می‌دهد. محدوده بارگذاری گویه‌ها برای عوامل مربوطه به شرح زیر است:  $0/51$  تا  $0/81$  برای عامل اول (اعتماد به خاموش‌سازی افکار و احساسات نگهدارنده)،  $0/45$  تا  $0/72$  برای عامل دوم (اعتماد به تفسیر احساسات خود به‌عنوان نشانه، جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله) و  $0/57$  تا  $0/78$  برای عامل سوم (اعتماد به نفس در تنظیم سلسله‌مراتب اهداف انعطاف‌پذیر و عملی). ضرایب آلفای کرونباخ با  $0/85$ ،  $0/76$ ، و  $0/85$  برای عوامل ۱، ۲ و ۳ به ترتیب بالا بودند. در مجموع، پرسشنامه نهایی ۱۸ گویه‌ای به نظر می‌رسد دارای اعتبار سازه خوب و همسانی درونی مناسبی باشد (بئر و مونتا، ۲۰۱۰). در پژوهش حاضر همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ  $0/64$  محاسبه شد.

### یافته‌ها

کمینه سن شرکت‌کنندگان، ۳۰ و بیشینه سن آن‌ها ۸۰ و میانگین سنی آن‌ها ۵۲/۳۰ سال با انحراف معیار ۱۱/۸۸ بود.  $48\%$  زن و  $52\%$  از شرکت‌کنندگان مرد بودند.  $8\%$  متأهل،  $8\%$  مجرد،  $2\%$  مطلقه و  $1\%$  مجرد بودند. از نظر میزان تحصیلات  $25\%$  بی‌سواد،  $32\%$  ابتدایی،  $29\%$  دیپلم،  $3\%$  کاردانی،  $7\%$  کارشناسی و  $4\%$  کارشناسی ارشد داشتند. میانگین و انحراف معیار هر یک از متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیر امنیت روانی و مؤلفه‌های آن

| متغیر                   | میانگین                                              | انحراف استاندارد |
|-------------------------|------------------------------------------------------|------------------|
| امنیت روانی             | اطمینان به خود                                       | ۶/۴۳             |
|                         | ناسازگاری محیطی                                      | ۱/۶۷             |
|                         | احساس ناخشنودی                                       | ۳/۶۴             |
|                         | دید مردم نسبت به فرد                                 | ۱/۹۵             |
|                         | امنیت روانی                                          | ۱۳/۶۸            |
| باورهای فرا هیجانی مثبت | اعتماد به خاموش‌سازی افکار و هیجانات پایدار          | ۱۳/۰۴            |
|                         | اعتماد به تفسیر هیجانات خود به‌عنوان نشانه           | ۱۴/۴۵            |
|                         | اعتماد به تنظیم سلسله‌مراتب اهداف انعطاف‌پذیر و عملی | ۱۴/۷۳            |
|                         | باورهای فرا هیجانی مثبت                              | ۴۲/۲۱            |
| بنیان‌های اخلاقی        | مراقبت                                               | ۲۲/۷۶            |
|                         | انصاف و بی طرفی                                      | ۲۱/۷۶            |
|                         | وفاداری به گروه                                      | ۲۲/۵۵            |
|                         | احترام به مرجعیت                                     | ۲۱/۹۲            |
|                         | اخلاص و پاکی                                         | ۲۲/۵۲            |
|                         | بنیان‌های اخلاقی                                     | ۱۱۱/۵۲           |
|                         |                                                      | ۱۳/۶۲۷           |

|        |       |                          |
|--------|-------|--------------------------|
| ۵/۹۷۶  | ۹/۹۶  | امکانات با شیوه‌های جدید |
| ۶/۵    | ۲۰/۰۸ | رابطه با دیگران          |
| ۸/۷۰۷  | ۱۱/۲۲ | قدرت شخصی                |
| ۳/۱۹۷  | ۸/۹۴  | ارزش زندگی               |
| ۳/۸۳۸  | ۴/۶۷  | تغییرات روحی/ معنوی      |
| ۱۸/۹۶۲ | ۵۴/۲۵ | رشد پس از آسیب           |

که متغیرهای امنیت روانی ( $Z=0/15$ ,  $p=0/0001$ )، باورهای فرا هیجانی مثبت ( $Z=0/15$ ,  $p=0/0001$ )، بنیان‌های اخلاقی ( $Z=0/13$ ,  $p=0/0001$ )، رشد پس از آسیب ( $Z=0/08$ ,  $p=0/0001$ )، دارای توزیع نرمال نیستند. نتایج بررسی نبود رابطه هم‌خطی حاکی از آن است که متغیرهای باورهای فرا هیجانی مثبت (مقدار اغماض<sup>۲</sup> = ۱، مقدار ویژه<sup>۳</sup> = ۰/۱۷، شاخص وضعیت<sup>۴</sup> = ۱۰/۷۶)، بنیان‌های اخلاقی (مقدار اغماض = ۱، مقدار ویژه = ۰/۰۷، شاخص وضعیت = ۱۶/۵۱)، رشد پس از آسیب (مقدار اغماض = ۱، مقدار ویژه = ۰/۰۵۵، شاخص وضعیت = ۵/۹۲) دارای رابطه خطی نیستند.

قبل از بررسی مدل همبستگی بین متغیرهای پژوهش به دلیل نرمال نبودن داده‌ها با ضریب همبستگی اسپیرمن<sup>۵</sup> بررسی شد.

میانگین و انحراف استاندارد متغیر امنیت روانی در جدول ۱ نشان می‌دهد که بر مبنای شیوه نمره گذاری پرسشنامه امنیت روانی میانگین نمره امنیت روانی شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر متوسط به بالا است. میانگین نمره باورهای فرا هیجانی مثبت شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر متوسط به پایین است. میانگین نمره بنیان‌های اخلاقی شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر متوسط به بالا است. میانگین نمره رشد پس از آسیب شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر متوسط به بالا است.

قبل از بررسی مدل مفهومی ابتدا نرمال بودن متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون کولموگوروف-اسمیرنف<sup>۱</sup> و مفروضه هم خطی بودن مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنف حاکی از آن است

جدول ۲: ماتریس همبستگی اسپیرمن بین باورهای فرا هیجانی مثبت و امنیت روانی

| متغیر                                           | ۱      | ۲      | ۳      | ۴      | ۵ |
|-------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|---|
| ۱ اعتماد به خاموش‌سازی افکار و هیجانات پایدار   | ۱      |        |        |        |   |
| ۲ اعتماد به تفسیر هیجانات خود به‌عنوان نشانه    | ۰/۳۴** | ۱      |        |        |   |
| ۳ اعتماد به تنظیم سلسله‌مراتب اهداف انعطاف‌پذیر | ۰/۱۵   | ۰/۴۲** | ۱      |        |   |
| ۴ باورهای فرا هیجانی مثبت                       | ۰/۷۰** | ۰/۷۶** | ۰/۶۶** | ۱      |   |
| ۵ امنیت روانی                                   | ۰/۳۷** | ۰/۴۷** | ۰/۱۹   | ۰/۴۷** | ۱ |

$n=100$ , \* $p<0/05$ , \*\* $p<0/01$

بیماران مبتلا به سرطان گوارش، همبستگی مستقیم و معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ).

نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین باورهای فرا هیجانی مثبت و مؤلفه‌های اعتماد به خاموش‌سازی افکار و هیجانات پایدار، اعتماد به تفسیر هیجانات خود به‌عنوان نشانه با امنیت روانی

جدول ۳: ماتریس همبستگی اسپیرمن بین رشد پس از آسیب و امنیت روانی

| متغیر                      | ۱      | ۲      | ۳      | ۴      | ۵      | ۶    | ۷ |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|------|---|
| ۱ امکانات با شیوه‌های جدید | ۱      |        |        |        |        |      |   |
| ۲ رابطه با دیگران          | ۰/۶۳** | ۱      |        |        |        |      |   |
| ۳ قدرت شخصی                | ۰/۵۴** | ۰/۴۸** | ۱      |        |        |      |   |
| ۴ ارزش زندگی               | ۰/۵۳** | ۰/۵۹** | ۰/۲۹** | ۱      |        |      |   |
| ۵ تغییرات روحی/ معنوی      | ۰/۲۴** | ۰/۳۹** | ۰/۲۳** | ۰/۳۵** | ۱      |      |   |
| ۶ رشد پس از آسیب           | ۰/۸۴** | ۰/۸۷** | ۰/۵۸** | ۰/۷۴** | ۰/۵۳** | ۱    |   |
| ۷ امنیت روانی              | ۰/۱۹*  | ۰/۱۱   | ۰/۲۱*  | ۰/۱۱   | ۰/۱۶   | ۰/۱۳ | ۱ |

$n=100$ , \* $p<0/05$ , \*\* $p<0/01$

نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین امکانات با شیوه‌های جدید و قدرت شخصی از مؤلفه‌های رشد پس از آسیب و امنیت روانی همبستگی مستقیم و معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ).

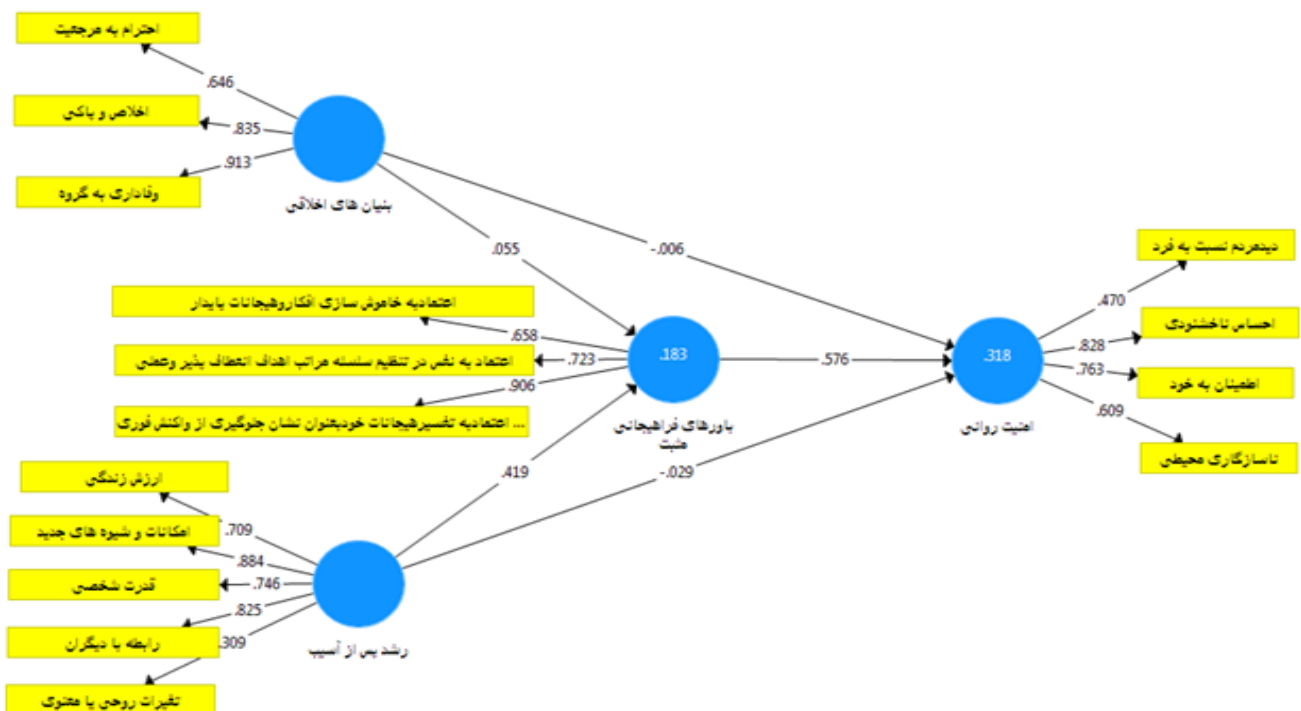
جدول ۴: ماتریس همبستگی اسپیرمن بین بنیان‌های اخلاقی و امنیت روانی

| متغیر              | ۱      | ۲      | ۳      | ۴      | ۵      | ۶      | ۷ |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| ۱ مراقبت           | ۱      |        |        |        |        |        |   |
| ۲ انصاف و بی طرفی  | ۰/۶۵** | ۱      |        |        |        |        |   |
| ۳ وفاداری به گروه  | ۰/۴۶** | ۰/۵۵** | ۱      |        |        |        |   |
| ۴ احترام به مرجعیت | ۰/۵۰** | ۰/۵۹** | ۰/۵۹** | ۱      |        |        |   |
| ۵ اخلاص و پاکی     | ۰/۶۵** | ۰/۷۴** | ۰/۵۵** | ۰/۶۸** | ۱      |        |   |
| ۶ بنیان‌های اخلاقی | ۰/۷۸** | ۰/۸۶** | ۰/۷۸** | ۰/۸۱** | ۰/۸۸** | ۱      |   |
| ۷ امنیت روانی      | -۰/۰۴۶ | -۰/۰۵۹ | ۰/۰۳۷  | -۰/۰۵۶ | ۰/۰۰۹  | -۰/۰۲۴ | ۱ |

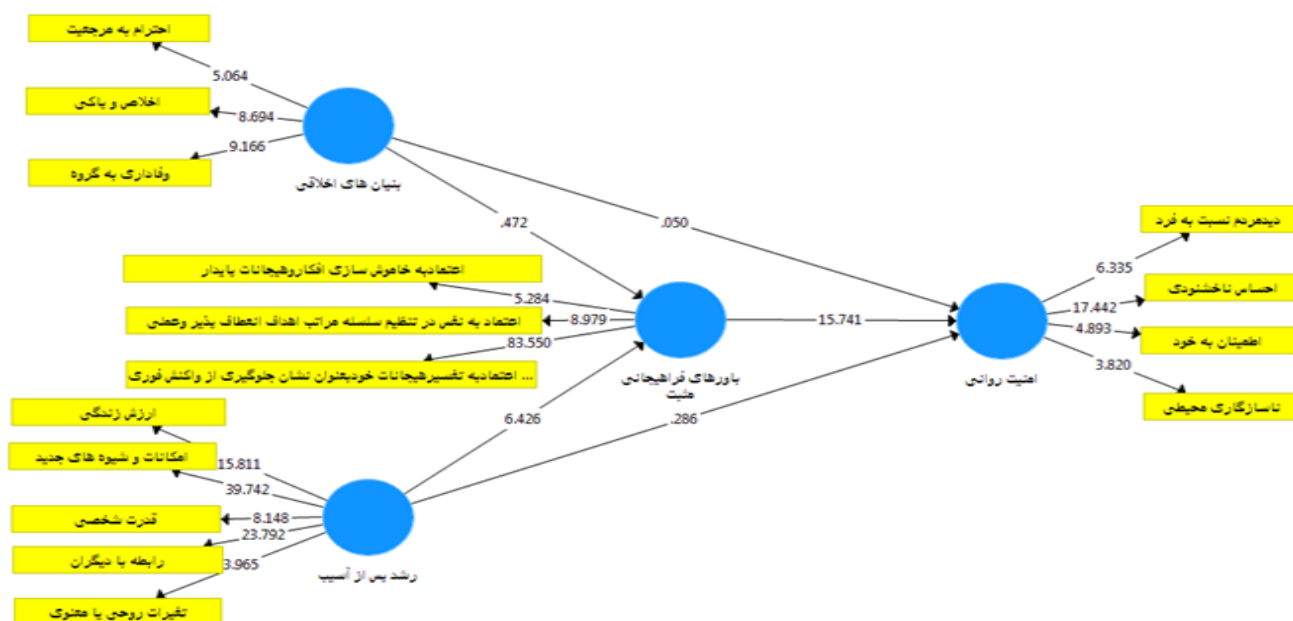
$n=100$ , \* $p < 0/05$ , \*\* $p < 0/01$

نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین بنیان‌های اخلاقی و امنیت روانی همبستگی معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ).

در برازش اولیه مدل مفهومی مشخص شده که متغیر بنیان‌های اخلاقی، مؤلفه‌های انصاف و بی طرفی و مراقبت و آسیب دارای بار عاملی کمتر از ۰/۳۰ بودند، لذا این مؤلفه‌ها از مدل حذف شد و مدل اصلاح گردید و اصلاح‌شده آن در شکل‌های ۲ و ۳ ارائه شده است.



شکل ۲: مدل برازش شده نقش میانجی باورهای فرا هیجانی مثبت در رابطه بین بنیان‌های اخلاقی و رشد پس از آسیب در بیماران مبتلا به سرطان گوارش در حالت ضرایب استاندارد



شکل ۳: مدل برازش شده نقش میانجی باورهای فرا هیجانی مثبت در رابطه بین بنیان‌های اخلاقی و رشد پس از آسیب در بیماران مبتلا به سرطان گوارش در حالت ضرایب t

جدول ۵: ضرایب بتا و بوت استرپ (T) مربوط به نقش میانجی باورهای فرا هیجانی مثبت در رابطه بین بنیان‌های اخلاقی و رشد پس از آسیب در بیماران مبتلا به سرطان گوارش

| اثر مستقیم و غیرمستقیم |        |         |                                                                                  |
|------------------------|--------|---------|----------------------------------------------------------------------------------|
| p                      | t      | $\beta$ | اثر مستقیم                                                                       |
| اثر مستقیم             |        |         |                                                                                  |
| ۰/۹۶۲                  | ۰/۰۵۰  | -۰/۰۰۶  | بنیان‌های اخلاقی $\rightarrow$ امنیت روانی                                       |
| ۰/۶۵۷                  | ۰/۴۷۲  | ۰/۰۵۵   | بنیان‌های اخلاقی $\rightarrow$ باورهای فرا هیجانی مثبت                           |
| ۰/۷۸۷                  | ۰/۲۸۶  | ۰/۰۲۹   | رشد پس از آسیب $\rightarrow$ امنیت روانی                                         |
| ۰/۰۰۱                  | ۶/۴۲۶  | ۰/۴۱۹   | رشد پس از آسیب $\rightarrow$ باورهای فرا هیجانی مثبت                             |
| ۰/۰۰۰۱                 | ۱۵/۷۴۱ | ۰/۵۷۶   | باورهای فرا هیجانی مثبت $\rightarrow$ امنیت روانی                                |
| اثر غیرمستقیم          |        |         |                                                                                  |
| ۰/۶۵۰                  | ۰/۴۸۳  | ۰/۰۳۲   | بنیان‌های اخلاقی $\rightarrow$ باورهای فرا هیجانی مثبت $\rightarrow$ امنیت روانی |
| ۰/۰۰۱                  | ۷/۶۱۲  | ۰/۲۴۲   | رشد پس از آسیب $\rightarrow$ باورهای فرا هیجانی مثبت $\rightarrow$ امنیت روانی   |

برای بررسی مطلوب بودن برازش مدل از شاخص‌های نیکویی برازش مدل در نرم افزار PLS که شامل  $R^2$ ، SRMR، NFI<sup>2</sup>، شاخص Q<sup>2</sup> استون و گیسر استفاده شد. مقدار  $R^2$  (ضریب تعیین) برای متغیر امنیت روانی ۰/۳۲ و برای متغیر باورهای فرا هیجانی مثبت ۰/۱۸ است که نشان دهنده تبیین مطلوب متغیرهای درونزا از طریق متغیرهای برونزا است. مقدار شاخص SRMR (ریشه میانگین مربعات باقی‌مانده استاندارد شده) ۰/۰۸ و مقدار شاخص NFI (شاخص تناسب هنجار) بیشتر از ۰/۹۰ باشد. شاخص Q<sup>2</sup> استون و گیسر توسط استون و گیسر (۱۹۷۵) معرفی شده است و قدرت پیش‌بینی مدل در متغیرهای وابسته را مشخص می‌کند. مقادیر ۲Q منفی

همان‌طور که در جدول ۴ مشخص است، اثر مستقیم بنیان‌های اخلاقی بر امنیت روانی در بیماران سرطان گوارش معنادار نیست ( $p > ۰/۰۵$ ). اثر مستقیم رشد پس از آسیب بر امنیت روانی در بیماران سرطان گوارش، معنادار نیست ( $p > ۰/۰۵$ )، اثر مستقیم باورهای فرا هیجانی بر امنیت روانی در بیماران سرطان گوارش، معنادار است ( $p < ۰/۰۵$ ). اثر مستقیم بنیان‌های اخلاقی بر باورهای فرا هیجانی در بیماران سرطان گوارش، معنادار نیست ( $p > ۰/۰۵$ ). اثر مستقیم رشد پس از آسیب بر باورهای فرا هیجانی در بیماران سرطان گوارش، معنادار است ( $p < ۰/۰۵$ ). باورهای فرا هیجانی در رابطه بین بنیان‌های اخلاقی و امنیت روانی در بیماران سرطان گوارش نقش میانجی ندارند ( $p > ۰/۰۵$ ). باورهای فرا هیجانی مثبت در رابطه بین رشد پس از آسیب و امنیت روانی در بیماران سرطان گوارش نقش میانجی دارند ( $p < ۰/۰۵$ ).

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان دادند که اثر مستقیم باورهای فرا هیجانی مثبت بر امنیت روانی در بیماران سرطان گوارش، معنادار است از آنجایی که پژوهش منتشر شده‌ای در این راستا یافت نشد، امکان مقایسه با پژوهش‌های دیگر وجود نداشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت ابتدا به سرطان در اغلب موارد ناگهانی و غیرمنتظره بوده و فرد مبتلا و خانواده وی را در معرض فشار و آسیب‌های روانی قرار می‌دهد. آشفتگی ناشی از شنیدن خبر بد، سردرگمی در تصمیم‌گیری و نگرانی‌های گوناگون فردی و اجتماعی، ترس از عواقب بیماری و آینده امنیت روانی بیماری را متأثر می‌سازد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که رویارویی با سرطان نه تنها دارای عوارض جسمانی و روانی است بلکه هیجانات بیمار نیز با آن پیوند خورده است که می‌تواند برکنار آمدن و سازگاری با این بیماری تأثیر بگذارد. باورهای فرا هیجانی مثبت فرد را قادر می‌سازند تا با انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع و اتفاق‌های محیطی واکنش نشان دهد، خود از عوامل بسیاری مانند شدت هیجان ناشی از یک رویداد تأثیر می‌پذیرد و در بیماری سرطان با توجه به شدت هیجانی که دارد، می‌تواند باورهای فرا هیجانی این بیماران را تحت تأثیر قرار داده و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را کاهش دهد. باورهای فرا هیجانی باعث تغییر در پاسخ تجربی، رفتاری و فیزیولوژیکی فرد بیمار می‌شود (دورسینی<sup>۵</sup>، ۲۰۲۲). باورهای هیجانی که بیماران سرطانی از آن‌ها برای تنظیم احساساتشان استفاده می‌کنند برای سلامتی آن‌ها اهمیت دارد، به‌طوری که بیمارانی که بیشتر قادر به فکر کردن درباره موضوعات خوشایند هستند (به جای فکر کردن در مورد تجربه سرطان) و آن‌هایی که به‌طور مداوم احساسات و افکار منفی مرتبط با تجربه سرطان را نشخوار نمی‌کنند، از میزان سلامتی و امنیت روانی بیشتری برخوردار هستند.

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان دادند که اثر مستقیم بنیان‌های اخلاقی بر باورهای فرا هیجانی مثبت در بیماران سرطان گوارش، معنادار نیست. از آنجایی که پژوهش منتشر شده‌ای در این راستا یافت نشد، امکان مقایسه با پژوهش‌های دیگر میسر نبود. در تبیین این یافته می‌توان گفت اخلاق نمودی از خوبی ویژگی‌های درونی انسان است که منشأ رفتارهای انسانی است. هر چه بنیان‌های اخلاقی فرد استوارتر باشند امکان پاسخ‌دهی سریع و خودکار به محرک‌های هیجانی بیشتر می‌شود، که مانند یک سیستم کامل و خود پرورش‌دهنده شناختی کار می‌کند (اسمیت و مک کارتی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۲). هنگامی که بیمار در با رویداد سرطان مواجه می‌شود، آزادی و توانایی را خواهند داشت که نوع پاسخ خود را به این بیماری سخت را انتخاب کنند. پاسخ فرد بیمار یک حالت تأیید یا عدم تأیید در فرد ایجاد می‌کند که این خروجی یک شهود اخلاقی است، که هیجان مخصوص به خود را داراست. به‌طور مثال، رنج دیدن، هیجان دلسوزی را ایجاد می‌کند، فساد احساس نفرت ایجاد می‌کند. درحالی که این بنیان‌های اخلاقی بر باورهای فرا هیجانی مثبت در بیماران سرطان گوارش، در این پژوهش معنادار نمی‌باشد.

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان دادند که اثر مستقیم رشد پس از آسیب بر باورهای فرا هیجانی مثبت در بیماران سرطان گوارش، معنادار است.

بیانگر تخمین بسیار ضعیف متغیر پنهان است (هنسلر<sup>۱</sup> و همکاران ۲۰۱۳؛ دیجکسترا و هنسلر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). در پژوهش حاضر مقدار SRMR برابر ۰/۰۸ با مقدار NFI ۰/۹۱ برابر و مقدار Q<sup>2</sup> استون و گیسر برابر ۰/۱۵ بودند که نشان دهنده براز مطلوب مدل می‌باشند. بر اساس نتایج شاخص‌های نیکویی برازی می‌توان گفت مدل نقش میانجی باورهای فرا هیجانی مثبت در رابطه بین بنیان‌های اخلاقی و رشد پس از آسیب در بیماران مبتلا به سرطان گوارش از برازش مطلوبی برخوردار است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش بینی امنیت روانی بیماران مبتلا به سرطان گوارش بر اساس بنیان‌های اخلاقی و رشد پس از آسیب با نقش میانجی باورهای مثبت فراهم‌یابی انجام شد. یافته‌ها نشان دادند که اثر مستقیم بنیان‌های اخلاقی بر امنیت روانی در بیماران سرطان گوارش معنادار نیست، از آنجایی که پژوهش منتشر شده‌ای در این راستا یافت نشد، امکان مقایسه با پژوهش‌های دیگر وجود نداشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ارزش‌های اخلاقی، خصوصیات هیستری که به سبب آن افراد به خاطر یکدیگر، احساس تعهد، مسئولیت‌پذیری، دوستی و انعطاف‌پذیری می‌کنند. بنیان و رشد اخلاقی، حکایت از جریان رسیدن به احساس عدالت در رابطه با دیگران، درستی و یا نادرستی این یا آن امر و چگونگی رفتار فرد در هر یک از این امور می‌باشد. افرادی که به ارزش‌های اخلاقی مربوط به بنیان مراقبت اهمیت می‌دهند، در موقعیت‌های مختلف به یاری افراد نیازمند می‌شایند (پری<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). به‌رغم اهمیت بنیان‌های اخلاقی در بیماران در این پژوهش بنیان‌های اخلاقی بر امنیت روانی بیماران تأثیرگذار نبوده است. همین‌طور یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که اثر مستقیم رشد پس از آسیب بر امنیت روانی در بیماران سرطان گوارش، معنادار نیست. از آنجایی که پژوهش منتشر شده‌ای در این راستا یافت نشد، امکان مقایسه با پژوهش‌های دیگر میسر نبود. در تبیین این یافته می‌توان گفت مبتلا شدن به سرطان رویدادی است که ناخواسته در معرض آن قرار گرفته‌اند، اما این آزادی و توانایی را خواهند داشت که نوع پاسخ خود را به این بیماری سخت را انتخاب کنند. وقتی بیمار احساس کند که قادر است برای بهبود خودکاری انجام دهد و این آزادی را دارد که در قبال شرایط بیرونی، موضع خاصی را اتخاذ نماید و در برابر شرایط تسلیم محض نیست، آینده‌ای روشن با توجه به محدودیت‌های خود برای خود ترسیم می‌کند و به رشد پس از آسیب دست خواهد یافت. از سویی شفاف‌تر شدن احساسات که اغلب بیان نشده هستند، بیماران را در رابطه با بیماری و مرگ خود و پرداختن به آن‌ها، به نوبه خود بزرگ‌ترین گام در جهت کمک به آن‌هاست تا به شکلی عمیق به بررسی دغدغه‌های خویش پرداخته و امنیت روانی کسب کنند (ویکفیلد<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). منتها در افراد مورد مطالعه در این تحقیق اثر مستقیم رشد پس از آسیب بر امنیت روانی در بیماران سرطان گوارش، اثر مستقیم ندارد.

دهند. اگر بتوان چنین دیدگاهی برای یک بیمار مبتلا به سرطان ایجاد کرد و او را به مسیری هدایت کرد که این بیماری ذاتاً خطرناک و جدی را دستمایه رشد روانی خود قرار دهد، قطعاً کمک بزرگی برایش محسوب می‌شود. بیماری‌ای که تاکنون باعث غم و ناراحتی فرد شده بود می‌تواند تبدیل شود به بهانه‌ای برای زندگی بهتر و باکیفیت بالاتر. در این بافت حمایتی، فرد احساس پذیرفته شدن از سوی خانواده و دوستان خود، حتی با وجود ابتلا به این بیماری را دارد؛ بنابراین نگرانی فرد از این موضوع کاهش می‌یابد و انرژی روانی وی معطوف به فکر کردن در مورد حادثه‌ی پیش‌آمده می‌شود. در نتیجه وی راحت‌تر می‌تواند روی کمک به دیگران حساب باز کند و در مورد هیجانات خود راحت‌تر با خانواده و دوستان صحبت کند. در نهایت این شرایط بر امنیت روانی فرد بیمار تأثیرگذار خواهد بود. هر چه فرد بیمار امنیت روانی بیشتری را درک کند، پشتوانه نیرومندی را در پیش روی خود برای مقابله با بیماری درک می‌کند. در نتیجه با وجود تهدیدکننده بودن بیماری خود با آن راحت‌تر کنار می‌آید. بر اساس نظریه رشد پس از آسیب (تدسکی و کالهن، ۱۹۹۵، تدسکی و کالهن، ۱۹۹۶)، پس از تجربه آسیب و بحرانی مانند سرطان، فرد ممکن است رشد و تغییرات مثبتی در بعضی از جوانب زندگی خود تجربه کند. باورهای فراهیجانی مثبت می‌توانند به بیماران کمک کنند تا این رشد پساتروماتیک را تسهیل کنند. باورهای مثبت می‌توانند افکار و اعتقادات سازگار با رشد و پیشرفت را تقویت کنند و فرد را به سمت بهبود و تغییر مثبت هدایت کنند.

با توجه به تأیید اثر رشد پس از آسیب بر امنیت روانی با نقش میانجی باورهای فراهیجانی مثبت در بیماران سرطان، پیشنهادهای می‌گردد: با توجه به اهمیت حمایت اجتماعی به‌خصوص حمایت خانواده و سپس حمایت دوستان در پیش‌بینی رشد پس از آسیب در این بیماران، پیشنهاد می‌شود که جلسات گروهی برای خانواده‌های بیماران مبتلا به سرطان توسط روانشناسان برگزار شود تا نسبت به چگونگی تأمین حمایت برای این بیماران آموزش داده شود. همچنین به‌کارگیری روان‌شناس برای این بیماران در بخش‌های بستری، در ایجاد امنیت روانی و کمک به بهبود وضعیت روانی آن‌ها می‌تواند کمک‌کننده باشد. نمونه پژوهش حاضر کلیه‌ی بیماران مبتلا به سرطان گوارش‌اند که به مرکز مهرانه و بیمارستان ولیعصر (عج) شهرستان زنجان مراجعه کردند، بود؛ بنابراین در تعمیم‌یافته‌ها به سایر بیماران مبتلا به این نوع سرطان در دیگر شهرها جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی با توجه به این‌که نمونه پژوهش حاضر بیماران مبتلا به سرطان گوارش بودند، درباره سایر انواع سرطان و بیماری‌های مزمن نیز مدل مفهومی پژوهش حاضر مورد بررسی قرار بگیرد.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی نویسنده اول است. بدین وسیله از تمامی بیماران حاضر در پژوهش، مرکز مهرانه (انجمن حمایت از بیماران مبتلا به سرطان در استان زنجان) و بیمارستان ولیعصر (عج) شهر زنجان، قدردانی به عمل می‌آید.

از آنجایی که پژوهش منتشر شده‌ای در این راستا یافت نشد، امکان مقایسه با پژوهش‌های دیگر وجود نداشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت که رشد پس از آسیب بر باورهای فراهیجانی مثبت در بیماران سرطان گوارش اثر مستقیم دارد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده‌ی رشد پس از آسیب ممکن است با تغییر فرایند تفکر و دیدگاه بیمار، بر باورهای فراهیجانی مثبت آن‌ها تأثیرگذار می‌باشد (مارزیلیون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). رشد پس از آسیب ممکن است آسیب‌های روانی را خنثی نکند، اما می‌تواند به مبتلایان کمک کند تا با وجود تجربیات دل‌خراش، معنا و هدف جدیدی پیدا کنند و آن‌ها را تشویق به ایجاد تغییرات شخصی مثبت کند. در رشد پس از آسیب، بیمار یاد می‌گیرد از بیماری به‌عنوان فرصتی برای رشد روانی استفاده کند و به دنبال یافتن جنبه‌های مثبت در بیماری باشد؛ و پس از وقوع سرطان یک بازنگری کلی در فلسفه زندگی یا همان جهان‌بینی‌اش (حوزه اول رشد پس از آسیب) داشته باشد؛ به جنبه‌های دیگر تروما بنگرد و به ارزش‌های معنوی توجه بیشتری کند (حوزه دوم رشد پس از آسیب) عمل متعهدانه با چراغ راهنمایی به نام ارزش‌ها به بیمار کمک می‌کند تا به موقعیت‌های جدیدی (حوزه سوم رشد پس از آسیب) که در زندگی پیش رو دارد توجهی داشته باشد و احتمالاً به بازنگری در مورد روابطش (حوزه چهارم رشد پس از آسیب) نیز پردازد و حتی با توجه به دیدن خویش به‌عنوان محتوا و فرایند گسلس شناختی به تعریف جدیدی از خود و توانایی‌های خود برسد (حوزه پنجم رشد پس از آسیب) و در نتیجه بر باورهای فراهیجانی فرد بیمار تأثیرگذار باشد (مانگر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

یافته‌های دیگر این پژوهش نشان دادند که باورهای فراهیجانی مثبت در رابطه بین بنیان‌های اخلاقی و امنیت روانی در بیماران سرطان گوارش نقش میانجی ندارند. از آنجایی که پژوهش منتشر شده‌ای در این راستا یافت نشد، امکان مقایسه با پژوهش‌های دیگر وجود نداشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت بسیاری از واکنش‌های بیماران نسبت به هیجان‌هایشان یا مبتنی بر خاطرات و تداعی آن‌ها با وقایع و رویدادهای گذشته است و یا به دلیل پیش‌بینی‌های است که درباره پیامدهای بعدی دارند، با کمک‌گیری از بنیان‌های اخلاقی می‌توان به بیماران آموخت که باورهای منفی خود در موقعیت‌ها را به چالش بکشند و امنیت روانی خود را افزایش دهند (گروپ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸).

یافته‌های دیگر پژوهش نشان دادند که باورهای فراهیجانی مثبت در رابطه بین رشد پس از آسیب و امنیت روانی در بیماران سرطان گوارش نقش میانجی دارند. از آنجایی که پژوهش منتشر شده‌ای در این راستا یافت نشد، امکان مقایسه با پژوهش‌های دیگر میسر نبود. در تبیین این یافته می‌توان گفت رشد پس از آسیب بر امنیت روانی با نقش میانجی باورهای فراهیجانی مثبت در بیماران سرطان گوارش اثر غیرمستقیم دارد. رشد پس از آسیب باعث قوی‌تر شدن کارکردهای روانی فرد می‌شود. درواقع آسیب یا تروما تبدیل به نقطه‌ی عطفی در زندگی افراد می‌شود و باعث می‌شود نگاه آن‌ها به دنیا و زندگی تغییر کند و قوی‌تر و امیدوارتر از قبل از تروما به زندگی ادامه

## References

- Ameri, Mohammad Ali; Fathi, Ayatollah; Sharifi Rahnama, Saeed; & Nouri Esmaeil, Saeed. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psycho-Social Security, Happiness, and Mental Health of Women Without Guardians. *Journal of Behavioral Sciences and Research*, 19 (2), 2-4. (In Persian) <https://sid.ir/paper/953593>
- Beer, N. (2011). Effects of positive metacognitions and meta-emotions on coping, stress perception and emotions (Doctoral dissertation, London Metropolitan University). <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.08.008>
- Beer, N., & Moneta, G. B. (2010). Construct and concurrent validity of the positive metacognitions and positive meta-emotions questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 49(8), 977-982. <https://doi.org/10.4324/9781315833613>
- Cowden, S., & Pullen-Sansfacon, A. (2014). *The ethical foundations of social work*. Routledge.
- Dijkstra, T. K., & Henseler, J. (2015). Consistent partial least squares path modeling. *MIS quarterly*, 39(2), 297-316. <https://www.jstor.org/stable/26628355>
- Durosini, I., Triberti, S., Savioni, L., Sebri, V., & Pravettoni, G. (2022). The role of emotion-related abilities in the quality of life of breast cancer survivors: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12704. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912704>
- Gorman, L. M. (2018). The psychosocial impact of cancer on the individual, family, and society. *Psychosocial nursing care along the cancer continuum*, 3, 3-23.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (2013). *Research on Parenting and Meta-Emotions*. In *Meta-Emotion*. Routledge.
- Greup, S. R., Kaal, S. E., Jansen, R., Manten-Horst, E., Thong, M. S., van der Graaf, W. T., ... & Husson, O. (2018). Post-traumatic growth and resilience in adolescent and young adult cancer patients: An overview. *Journal of adolescent and young adult oncology*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.1089/jayao.2017.0040>
- Guan, W. L., He, Y., & Xu, R. H. (2023). Gastric cancer treatment: recent progress and future perspectives. *Journal of Hematology & Oncology*, 16(1), 1-28. <https://doi.org/10.1186/s13045-023-01451-3>
- Haidt, J., & Graham, J. (2007). When morality opposes justice: Conservatives have moral intuitions that liberals may not recognize. *Social justice research*, 20(1), 98-116. <https://doi.org/10.1007/s11211-007-0034-z>
- Hassani, Jafar, & Amiri, Sohrab. (2016). Validity, Reliability, and Confirmatory Factor Structure of the Persian Version of the Positive Meta-Emotions and Positive Metacognitions Questionnaire. *Quarterly Journal of Modern Psychological Research*, 11 (43), 41-64. (In Persian)
- Henseler, J., Dijkstra, T. K., Sarstedt, M., Ringle, C. M., Diamantopoulos, A., Straub, D. W., ... & Calantone, R. J. (2014). Common beliefs and reality about PLS: Comments on Rönkkö and Evermann (2013). *Organizational research methods*, 17(2), 182-209. <https://doi.org/10.3390/hygiene3030019>
- Heydarzadeh, Mehdi; Rasouli, Maryam; Mohammadi Shahblaghi, Farahnaz; Alavi Majd, Hamid; Mirzaei, Hamidreza; & Tahmasebi, Mamak. (2015). Psychometric Evaluation of the Persian Version of Post-Traumatic Growth in Patients with Cancer. *Payesh*, 14 (4), 467-473. (In Persian)
- Iwu, C. D., & Iwu-Jaja, C. J. (2023). Gastric Cancer Epidemiology: Current Trend and Future Direction. *Hygiene*, 3(3), 256-268. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043640>
- Jardim, S. R., de Souza, L. M. P., & de Souza, H. S. P. (2023). The Rise of Gastrointestinal Cancers as a Global Phenomenon: Unhealthy Behavior or Progress?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3640.
- Jayawickreme, E., & Blackie, L. E. (2014). Post-traumatic growth as positive personality change: Evidence, controversies and future directions. *European Journal of Personality*, 28(4), 312-331. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.013>
- Kazemipour, Ahmad; Mirdrikvand, Fazlollah; & Amraei, Kourosh. (2021). The Effectiveness of Transdiagnostic Unified Treatment on Psychological Distress and Meta-Emotional Beliefs in Patients with Colorectal Cancer Comorbid with Stress. *Research in Medicine*, 1 (1), 38-5. (In Persian) <http://pejouhesh.sbmu.ac.ir/article-1-2518-fa.html>
- Kuswanto, C. N., Sharp, J., Stafford, L., & Schofield, P. (2020). Posttraumatic growth as a buffer and a vulnerability for psychological distress in mothers who are breast cancer survivors. *Journal of Affective Disorders*, 275, 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2020.101798>
- Li, J., Peng, X., Su, Y., He, Y., Zhang, S., & Hu, X. (2020). Effectiveness of psychosocial interventions for posttraumatic growth in patients with cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Oncology Nursing*, 48, 101798. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.044>
- Liu, Z., Doege, D., Thong, M. S., & Arndt, V. (2020). The relationship between posttraumatic growth and health-related quality of life in adult cancer survivors: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 276, 159-168. <https://doi.org/10.1002/pon.5314>
- Marziliano, A., Tuman, M., & Moyer, A. (2020). The relationship between post-traumatic stress and post-traumatic growth in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 29(4), 604-616. <https://psycnet.apa.org/record/1953-06251-000>
- Maslow, A. H., Birsh, E., Honigsmann, I., McGrath, F., Plason, A., & Stein, M. (1952). *Manual for the Security-Insecurity Inventory*. Stanford University Press. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06253-2>
- Menger, F., Mohammed Halim, N. A., Rimmer, B., & Sharp, L. (2021). Post-traumatic growth after cancer: a scoping review of qualitative research. *Supportive Care in Cancer*, 29(11), 7013-7027. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.05.001>

- Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2019). Meta-emotions and the complexity of human emotional experience. *New Ideas in Psychology*, 55, 42-49. <https://doi.org/10.4324/9781315051888>
- Mousavi, Seyedeh Zahra; Goodarzi, Mohammad Ali; & Taghavi, Seyed Mohammad Reza. (2019). Predicting Post-Traumatic Growth Based on Gratitude and Perceived Social Support in Women with Leukemia. *Health Psychology*, 8 (30), 39-53. (In Persian) <https://www.londonmet.ac.uk>
- Perry, W. G. (2014). Cognitive and ethical growth: The making of meaning. In *College student development and academic life* (pp. 48-87). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315051888>
- Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., & Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ (Clinical research ed.)*, 361. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415>
- Rabat Mili, Somayeh; Posht Kouhi, Maryam; & Vazaefi Shahrivar, Mohammad. (2022). Examination of Anxiety Symptoms Based on Post-Traumatic Growth and Tolerance of Ambiguity in Women with Breast Cancer. *Health Psychology*, 11 (43), 163-178. (In Persian) <https://doi.org/10.30473/hpj.2022.59686.5268>
- Seifi Qouzlu, Seyed Javad; Hamidi, Omid; Sharifi, Gashav; & Khalili, Shiva. (2015). The Relationship Between Ethics, Personal Values, and Marital Satisfaction Among Couples in Moghan City. *Family Counseling and Psychotherapy*, 5 (1), 116-130. (In Persian) [https://fcp.uok.ac.ir/article\\_11243.html](https://fcp.uok.ac.ir/article_11243.html)
- Shams, Gholamreza, & Khalijian, Sadaf. (2013). The Impact of Security-Oriented Leadership Components on Employees' Psychological Security: The Mediating Role of Leadership Effectiveness. *Quarterly Journal of New Educational Ideas*, 9 (4), 55-34. (In Persian) <https://sid.ir/paper/396902/fa>
- Smith, D. H., & McCarty, K. (1992). Ethical issues in the care of cancer patients. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 19(4), 821-833. <https://sid.ir/paper/396902/fa>
- Souza, M., Diaz, I., Barchetta, I., & Mantovani, A. (2024). Gastrointestinal cancers in lean individuals with non-alcoholic fatty liver disease: A systematic review and meta-analysis. *Liver International*, 44(1), 6-14. <https://doi.org/10.1111/liv.15763>
- Sternberg, R. J. (2012). A model for ethical reasoning. *Review of General psychology*, 16(4), 319-326. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage Publications.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Wakefield, C. E., McLoone, J., Goodenough, B., Lenthen, K., Cairns, D. R., & Cohn, R. J. (2010). The psychosocial impact of completing childhood cancer treatment: A systematic review of the literature. *Journal of Pediatric psychology*, 35(3), 262-274. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp056>
- Wang, J., Long, R., Chen, H., & Li, Q. (2019). Measuring the Psychological Security of Urban Residents: Construction and Validation of a New Scale. *Frontiers in psychology*, 10, 2423.