

اثربخشی آموزش خودحمایتی بر مهارت‌های ارتباطی نوجوانان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی

The Effectiveness of Self-Advocacy Training on Communication Skills of Adolescents with Chemotherapy/ Radiotherapy induced Alopecia

Niloofer Naghash, MSc

Afroz Afshari, PhD ✉

Batool Ahadi, PhD

نیلوفر نقاش^۱

افروز افشاری^۲

بتول احدی^۱

Abstract

The aim of this study was determining the efficacy of self-advocacy training on communication skills of adolescents with chemotherapy/ radiotherapy induced alopecia. The method of present study was quasi experimental single-subject with pre-test, post-test and two-week and one-month follow-ups. The statistical population of the study consisted of all adolescents aged 12-15 years with chemotherapy/ radiotherapy alopecia in Tehran in 1400. The sample group consisted of 4 adolescents with chemotherapy/ radiotherapy alopecia, who were selected by available sampling method and taking into account the inclusion criteria. The self-advocacy training intervention program was implemented in 5 sessions and the participants responded to the communication skills questionnaire (Attarha, 2007) in two stages, the baseline (A) and the experimental stage (B). SPSS and T test were used for data analysis, and t-test results illustrated the significant effect of self-advocacy training on communication skills and its subscales in adolescents with alopecia due to chemotherapy/ radiotherapy. Therefore, it can be concluded that self-advocacy training due to self-awareness, communication skills and leadership training can lead to the promotion of communication skills of adolescents with alopecia due to chemotherapy/ radiotherapy.

Keywords: Adolescents, Alopecia, Cancer, Communication Skills, Self-Advocacy

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش خودحمایتی بر مهارت‌های ارتباطی نوجوانان مبتلا به سرطان با عارضه ریزش مو انجام گرفت. روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی تک آزمودنی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو هفته و یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی نوجوانان ۱۲-۱۵ سال مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی/ رادیوتراپی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند و گروه نمونه شامل ۴ نوجوان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی/ رادیوتراپی بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود، انتخاب شدند. برنامه مداخله آموزش خودحمایتی طی ۵ جلسه اجرا شد و افراد نمونه در دو مرحله خط پایه A و مرحله آزمایشی B به پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی (عطارها، ۱۳۸۶) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد و نتایج آزمون t نشان داد که آموزش خودحمایتی اثر ماندگاری بر ارتباط مؤثر و مؤلفه‌های آنها برای نوجوانان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی/ رادیوتراپی دارد. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش خودحمایتی به دلیل آموزش خودآگاهی، مهارت‌های ارتباطی و رهبری می‌تواند منجر به ارتقای ارتباط مؤثر نوجوانان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی/ رادیوتراپی شود.

واژه‌های کلیدی: خود حمایتی، سرطان با عارضه ریزش مو، مهارت‌های ارتباطی، نوجوانان

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۲/۲۳ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۵/۴

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء(س)، تهران، ایران.

۲. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء(س)، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

● مقدمه

امروزه سرطان (cancer) یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می‌شود و این بیماری شامل یک گروه از بیماری‌هاست که با رشد کنترل نشده و گسترش سلول‌های غیر طبیعی همراه است (مورهان و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۸، سرطان شایع‌ترین و دومین علت مرگ قبل از سن ۷۰ سالگی در ۹۱ کشور از بین ۱۷۲ کشور جهان بوده است (بری و همکاران، ۲۰۱۸). در ایران نیز سرطان، دومین بیماری شایع غیر واگیر پس از بیماری‌های قلبی-عروقی و شایع‌ترین عامل مرگ و میر پس از بیماری‌های قلبی-عروقی، تصادف‌ها و سوانح است (فرهود و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین سرطان، در بین بیماری‌های مزمن دوران کودکی اهمیت زیادی یافته است، زیرا شیوع بالایی دارد و تأثیر بسیار زیادی بر زندگی کودک و خانواده می‌گذارد (پترسون و کازنشتین، ۲۰۱۸).

سرطان در کودکان یک مشکل سلامت قابل توجه و جهانی (مدی و کلیتون، ۲۰۱۸) و همچنین یک بیماری شایع است. یکی از مهم‌ترین درمان‌های طبی سرطان، شیمی‌درمانی (chemotherapy) است که می‌تواند اثرات منفی بر روند درمان به دنبال داشته باشد (نیکخواه بیدختی و همکاران، ۱۳۹۸). برخی از انواع سرطان موجب تغییرات مهم در ظاهر (تغییر در چهره، قطع اندام، ریزش شدید موها) می‌شود. بیمارانی که پس از شیمی‌درمانی با تغییرات ظاهری از جمله قطع عضو و ریزش مو روبه‌رو می‌شوند با مشکلات روانشناختی مختلف نیز مواجه هستند (زینالی، ۱۳۹۷). ریزش مو (alopecia) یکی از عوارض جانبی رایج داروهای شیمی‌درمانی است که بار روانی زیادی بر بیماران تحمیل می‌کند (میرباقر و نصرآبادی، ۱۳۹۹). «مو» نمادی از زندگی و هویت است (ویلز و همکاران، ۲۰۱۹). به‌ویژه موی سر که بیشتر از آنکه اهمیت بیولوژیکی داشته باشد به لحاظ اجتماعی و روانی دارای اهمیت است (کش ۲۰۰۱). فقدان مو می‌تواند باعث مشکلات روانی بیمار شود تا حدی که بیمار از انجام و ادامه درمان سرپیچی کند (کارگر و خجسته، ۱۳۸۳) و به خاطر عدم پذیرش ریزش مو رفتارهای پرخطرانه‌ای از خود نشان دهد (اوتامی و پودجیاتی، ۲۰۱۹). نتایج یک پژوهش نشان داد که در کل ۵۶/۴ درصد بیماران بیان کردند که ریزش مو بدترین عارضه شیمی‌درمانی است و ۷۲ درصد از بیماران گفتند ریزش مو بر زندگی اجتماعی آنها تأثیر دارد (ساراس و همکاران، ۲۰۱۹).

همان‌طور که گفته شد از دست دادن مو می‌تواند به ویژه برای کودکان و نوجوانان ویران‌کننده باشد و از نظر روانی بر اعتماد به نفس، اجتماعی شدن و ارتباطات آنها تأثیر بگذارد (ولف و هندسون بکر، ۲۰۱۸). مخصوصاً در نوجوانان، زیرا نوجوانی دوره‌ای بسیار حساس از رشد است (موسوی شریف، نقش و قاسم‌زاده؛ ۱۴۰۱) که با تغییرات عمده جسمانی مشخص می‌شود و زمانی که فرد درصدد است تا روابطش را شکل دهد مواجهه با سرطان در این دوره از زندگی می‌تواند به‌طور خاصی چالش‌آفرین باشد (بلیر، ۲۰۰۲).

همچنین باید گفت که با تشخیص بیماری سرطان در فرد بحران ایجاد می‌شود، اعتماد به نفس به مخاطره می‌افتد، ارتباطات فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل می‌شود (تان، ۲۰۰۷) و فرد مبتلا به سرطان به دلیل طول زمان بیماری غالباً با پدیده بستری شدن در بیمارستان، درمان ناکافی، ترخیص، عود بیماری و بستری مجدد همراه است و در پی آن مهارت‌ها، توانایی‌ها و فرصت‌های بیماران محدود شده و مشکلات بین فردی و ارتباطی در آنان به وجود می‌آید. از طرف دیگر از آنجایی که «مو» در ارتباطات اجتماعی و در بعد روانی به‌عنوان نمادی از جوانی، سلامت و باروری مد نظر قرار می‌گیرد، از دست دادن مو در طی درمان‌های بیماری سرطان، تأثیر قابل توجهی بر اعتماد به نفس، روابط بین فردی و موقعیت اجتماعی افراد دارد (اکبرزاده و همکاران، ۱۳۹۰).

هنر برقراری ارتباط مؤثر از مهارت‌های اولیه‌ای است که چنانچه فرد به آن مجهز باشد، می‌تواند بسیاری از هیجانات مخرب را از خود دور ساخته و از سلامت روانی بیشتری برخوردار شود (خنیر و پورحسینی، ۱۳۹۱). در واقع فردی که دارای مهارت‌های ارتباط بین‌فردی است، به احساسات و هیجانات دیگران حساس است (پنینگتون و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین چگونگی برقراری ارتباط با سایر افراد و سازگاری اجتماعی از جمله ابعاد مهم اجتماعی شدن، که خود یک فرآیند دوجانبه ارتباطی بین فرد و جامعه است، است (حسینی و همکاران، ۱۳۹۶). در نتیجه می‌توان گفت اکتساب این مهارت به‌طور مستقیم در کاهش تعاملات آسیب‌زا با دیگران موثر است (کادیش، گلاسر و گیتنر، ۲۰۰۷ به نقل از ملکی، محقق و نبی‌زاده ۱۳۹۸)

با توجه به موارد گفته شده همراه با مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده، خودحمایتی به‌عنوان یک مهارت ضروری برای بهبودیافتگان از سرطان لازم است (والش، ۱۹۹۹). خودحمایتی در بین بیماران مبتلا به سرطان و بهبودیافتگان به‌عنوان یک مجموعه مهارتی دیده می‌شود که می‌تواند از طریق آموزش ایجاد شود (کلارک و استوال، ۱۹۹۶). خودحمایتی به رفتارهایی گفته می‌شود که نمایانگر باورها و عقاید فرد است (کامبریک، ۲۰۱۹). در واقع خودحمایتی به این معناست که افراد بتوانند از طرف خود صحبت کنند و از حقوق خود آگاه باشند تا بتوانند برای زندگی خود تصمیم‌گیری کنند (پوتز، ۲۰۰۳). این مهارت می‌تواند موجب افزایش توانایی فرد در جستجو، ارزیابی و به‌کارگیری اطلاعات به‌منظور گسترش و ترفیع سلامت گردد (اسمیدت و همکاران، ۲۰۱۹) به‌صورت کلی خودحمایتی شامل ۴ مؤلفه اصلی است که عبارتند از: دانش درباره خود (خودآگاهی)، آگاهی از حقوق شخصی، ارتباطات، رهبری (پرایس، ۲۰۱۸).

۲۵ پژوهش بررسی شده در زمینه مداخلات خودحمایتی نشان دادند که هر یک از مداخلات و برنامه‌های آموزشی، مهارت‌های خودحمایتی را در افراد دارای ناتوانی بهبود می‌بخشد. این یافته‌ها کاربرد بالقوه حمایت از خود را در زمینه بهبود بیماری سرطان تایید می‌کند (سید و همکاران، ۲۰۰۹)

آموزش خودحمایتی در افراد دچار آسیب‌های مغزی (هاولی، گریب و موری، ۲۰۱۷)، دانش‌آموزان دارای معلولیت (دریدن، دسمارایس و آرسنالت، ۲۰۱۷) و افراد مبتلا به اوتیسم (پاردیز و همکاران، ۲۰۱۸) نیز نتایج امیدوارکننده‌ای را از خود به جای گذاشته است. با توجه به تمامی مطالب گفته شده می‌توان نتیجه گرفت که ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی (radiotherapy) باعث کاهش اعتماد به‌نفس و حس بدشکلی در افراد مبتلا به سرطان به‌ویژه در کودکان و نوجوانان شده و این مسئله خود مسبب مشکلاتی اعم از کاهش حضور در اجتماع و کاهش روابط می‌شود. اگر کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان نسبت به بیماری، توانایی‌ها و حقوق‌شان آگاهی داشته باشند می‌توانند عزت‌نفس خود را افزایش داده و در جامعه بیشتر حضور یابند، از حقوق‌شان دفاع کنند و خواسته‌های خود را بیان نمایند، لذا آموزش این مهارت برای افراد مبتلا به سرطان ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین محقق درصدد برآمد تا به بررسی تأثیر آموزش خودحمایتی بر افزایش مهارت‌های ارتباطی و خرده‌مقیاس‌های آن در نوجوانان مبتلا به سرطان با عارضه ریزش مو بپردازد. بررسی‌ها نشان داد فقط دو پژوهش داخلی در این حوزه ثبت شده‌اند که آنها نیز به بررسی اثربخشی آموزش خودحمایتی نمی‌پردازند.

• روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی است و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها در دسته پژوهش‌های شبه آزمایشی تک آزمودنی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو هفته و یک ماهه است. در این پژوهش آموزش خودحمایتی به‌عنوان متغیر مستقل و مهارت‌های ارتباطی به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه نوجوانان ۱۵-۱۲ ساله مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی در سال ۱۴۰۰ شهر تهران بود؛ که از این بین به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴ نفر با رعایت ملاک‌های ورود و خروج پژوهش برای شرکت در دوره آموزش انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: کسب رضایت آگاهانه برای ورود پژوهش، سن تمامی بیماران در بازه ۱۲ تا ۱۵ سال باشد، بیماران فقط دچار ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی و فاقد هر گونه اختلال دیگر و ناتوانی‌های ذهنی باشند، سه سوال از شرکت‌کنندگان پرسیده شد و در صورت پاسخ مثبت به آنها فرد وارد نمونه قرار می‌گرفت. (این سه سوال عبارتند از: به دلیل ریزش موی ناشی از درمانم از رفتن به جمع‌ها کناره‌گیری می‌کنم. به دلیل ریزش موی ناشی از درمانم احساس خجالت می‌کنم. به دلیل ریزش موی ناشی از درمانم احساس می‌کنم اعتماد به‌نفسم کاهش یافته است.) ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل: غیبت بیش از دو جلسه، عدم حضور به منظور انجام پس‌آزمون‌ها، عود بیماری بود.

• ابزارها

الف. پرسشنامه مهارت ارتباطی (Communication Skills Questionnaire): ساخت و هنجاریابی این پرسشنامه توسط عطارها (۱۳۸۶) انجام شده است؛ که برای ساخت این پرسشنامه از الگوی مهارت‌های ارتباط میان‌فردی هارجی و مارشال (۱۹۸۶) و دیکسون^{۲۸} و همکاران (۱۹۹۳) استفاده نمودند و سه عامل مدیریت هیجان‌ها (۱۲ ماده)، ادراک دیگران (۱۲ ماده) و ابراز وجود (۱۰

ماده) را با توجه به این الگو مشخص کردند. این پرسشنامه شامل ۳۴ ماده است که با مقیاس لیکرت (هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی=۳، معمولاً=۴ و همیشه=۵) سنجیده می‌شود. نمره‌دهی در برخی ماده‌ها (۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۲، ۳۴) به صورت معکوس انجام می‌گیرد. در پژوهش خزائی و نیلی (۱۳۹۴) اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ به دست آمد و روایی آن با استفاده از نظر متخصصین و معلمان کودکان کم‌شنوا تأیید شد. ضریب اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس مدیریت هیجان‌ها ۰/۷۳، ادراک دیگران ۰/۶۳ و ابراز وجود ۰/۵۵ و در محاسبه اعتبار به روش بازآزمایی ضریب همبستگی، خرده‌آزمون مدیریت هیجان‌ها ۰/۸۳، خرده‌مقیاس ادراک دیگران ۰/۷۰ و خرده‌آزمون ابراز وجود ۰/۵۷ گزارش شده است (عطارها، ۱۳۸۶).

ب. آموزش خودحمایتی. پروتکل خودحمایتی برای اختلال‌ها یادگیری، ناتوانی ذهنی و سایر اختلال‌ها وجود دارد. پژوهشگر با استفاده از پروتکل‌های ذکر شده و کتب مربوطه مانند راهنمای آموزش مهارت‌های زندگی (رادفر و حمیدی، ۱۳۸۷)، راهنمای آموزش خودحمایتی در نوجوانان، کتاب خودآگاهی و خودحمایتی (کتلی^{۲۹} و همکاران، ۲۰۱۵) جلسات آموزشی خودحمایتی (جدول ۱)، را طراحی و متناسب با گروه نمونه را بومی‌سازی نمود.

جدول ۱. پروتکل آموزش خودحمایتی

جلسات	اهداف	شرح جلسات	زمان
مقدماتی	۱. آشنایی شرکت‌کننده با پژوهش و پژوهشگر. ۲. هماهنگی زمان برگزاری کلاس.	۱. شرح دادن هدف پژوهش حاضر و آموزش خودحمایتی برای شرکت‌کننده و والدینش. ۲. آشنایی بیشتر والدین و شرکت‌کننده با پژوهشگر	۳۰ تا ۴۵ دقیقه
اول	شرکت‌کننده باید بتواند: ۱. خودحمایتی را تعریف کند و اجزای آن را نام ببرد. ۲. موقعیت‌هایی که نیاز به خودحمایتی است را نام ببرد. ۳. مفهوم رهبری را شرح دهد.	در ابتدای جلسه توضیحی اجمالی درباره‌ی خودحمایتی و زیر شاخه‌های آن داده می‌شود. به همین منظور «کاربرگ خودحمایتی» توزیع شده و با استفاده از منشور حقوق بیمار و کلیبی کوتاه درباره‌ی رهبری به توضیح مفهوم رهبری و آگاهی از حقوق پرداخته می‌شود. به‌عنوان تکلیف برای جلسه آینده «کاربرگ تکمیلی خودحمایتی» توزیع می‌شود.	۳۰ تا ۴۵ دقیقه
دوم	شرکت‌کننده باید بتواند: ۱. درباره حقوق خودش به‌عنوان یک شهروند و یک نوجوان صحبت کند. ۲. مسئولیت‌های خود در موقعیت‌های مختلف را شناسایی کند.	ابتدا تکلیف جلسه گذشته بررسی و مفهوم خودحمایتی دوره می‌شود. سپس آموزش جدید که درباره‌ی آگاهی از حق و حقوق است شروع شده و برای درک بهتر شرکت‌کننده از منشور حقوق کودک و نوجوان و منشور حقوق شهروندی استفاده می‌شود. به‌عنوان تکلیف جلسه آینده «کاربرگ آگاهی از حقوق و مسئولیت» در اختیار شرکت‌کننده قرار می‌گیرد.	۳۰ تا ۴۵ دقیقه
سوم	شرکت‌کننده باید بتواند: ۱. مفهوم خودآگاهی را شرح دهد. ۲. به عزت‌نفس و خودپنداره مثبت و تصویر خود واقع‌بینانه دست یابد. ۳. صریح و واضح در مورد ارزش‌های خود صحبت کند.	ابتدا تکلیف جلسه قبل بررسی شده و ابهامات احتمالی شرکت‌کننده برطرف می‌گردد. سپس آموزش جدید که درباره خودآگاهی و افکار اتوماتیک شروع می‌شود. به این منظور از کلیبی کوتاه درباره‌ی خودآگاهی و «کاربرگ نقاط قوت» استفاده کرده و به‌عنوان تکلیف «کاربرگ مصاحبه‌ای درباره‌ی من» و «کاربرگ آنچه مرا خاص می‌کند» توزیع می‌گردد.	۳۰ تا ۴۵ دقیقه
چهارم	شرکت‌کننده باید بتواند: ۱. ارتباط مؤثر را تعریف و نحوه برقراری آن را شرح دهد. ۲. به مهارت برقراری روابط بین فردی دست یابد. ۳. ابراز وجود کند و به نظرات بقیه احترام بگذارد.	ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و سپس آموزش شروع می‌شود. این جلسه به آموزش و بررسی مفهوم ارتباط، ارتباط کلامی و غیر کلامی، توضیح استراتژی SHARE (Sit/ stand up straight, Have Share a pleasant tone of voice, Activate your thinking, Relax, Engage in eye communication). موانع ارتباط و قاطعیت پرداخته می‌شود. همچنین برای درک بهتر شرکت‌کننده از «کاربرگ پل‌ها و موانع ارتباط صحیح» استفاده می‌شود	۳۰ تا ۴۵ دقیقه
پنجم	جمع‌بندی مباحث، مرور مفهوم خودحمایتی، دریافت بازخورد از شرکت‌کننده در خصوص جلسات و ختم دوره		۳۰ تا ۴۵ دقیقه

شیوه اجرا:

پژوهشگر دوره‌های آموزشی مرتبط را زیر نظر اساتید مجرب طی کرد و پس از تکمیل و آماده‌سازی پروتکل درمانی و دریافت کد اخلاق، اثربخشی آن را روی دو نوجوان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی و همچنین یک نوجوان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی، تحت نظارت استاد راهنما، ارزیابی نمود. پیش از شروع پژوهش موضوع و روند اجرا به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد، رضایت‌نامه کسب شد و همانطور که اخلاق در پژوهش بر اصل امانت‌داری تاکید می‌کند؛ پژوهشگر این اطمینان را به شرکت‌کنندگان داد که تمامی پاسخ‌های آنان و اطلاعات شخصی‌شان محرمانه خواهد ماند و نتایج در صورت تمایل برای ایشان تفسیر خواهد شد. شرکت‌کنندگان در این پژوهش به صورت حضوری و طی ۵ جلسه ۴۵-۳۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) در معرض آموزش خودحمایتی در بیمارستان امام خمینی قرار گرفتند، بدین ترتیب که جلسات آموزشی با تمرکز بر ایجاد احساس توانمندی اعضا و با استفاده از پروتکل آموزش خودحمایتی که توسط پژوهشگر طراحی شده بود، برگزار شد. شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون و بعد از اتمام آموزش، در پس‌آزمون و پیگیری دو هفته‌ای و یک ماهه به پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی پاسخ دادند.

• یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون t استفاده شد. شاخص مهارت‌های ارتباطی بر اساس پرسشنامه عطارها (۱۳۸۶) دارای سه عامل مدیریت هیجان، ادراک دیگران و ابراز وجود است. در این قسمت علاوه بر نمره کلی مهارت‌های ارتباطی، نمره عوامل این مهارت نیز مورد بررسی قرار گرفتند. شاخص‌های توصیفی مهارت‌های ارتباطی و عامل‌های آن در جدول ۲ ارائه شده است. در جدول ۲ مشاهده می‌شود که میانگین نمرات در جلسه نهایی نسبت به آزمون خط پایه ۱ تغییر داشته است. بدین صورت که میانگین نمرات عامل مدیریت هیجان از ۳۶/۲۵ به ۳۹/۷۵، ادراک دیگران از ۳۵/۷۵ به ۳۹/۷۵، ابراز وجود از ۳۰/۷۵ به ۳۲/۷۵ و نمرات کلی مهارت‌های ارتباطی از ۱۰۲/۷۵ در خط پایه به ۱۱۲/۲۵ در پیگیری یک ماهه رسیده است. نتایج روند مراحل آموزش چهار شرکت‌کننده در عامل مدیریت هیجان در جدول ۳ ارائه شده است.

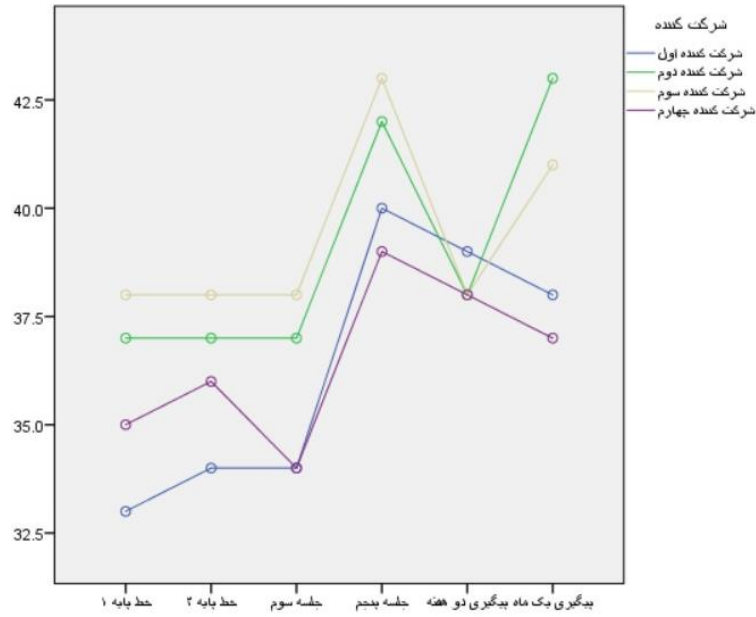
جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد مهارت‌های ارتباطی و سه عامل آن

مهارت‌های ارتباطی	ابراز وجود	ادراک دیگران	مدیریت هیجان		
۱۰۲/۷۵	۳۰/۷۵	۳۵/۷۵	۳۶/۲۵	میانگین	خط پایه ۱
۲/۶۵	۱/۷۰	۳/۰۹	۱/۹۴	انحراف استاندارد	
۱۰۳/۷۵	۳۱/۰۰	۳۶	۳۶/۵۰	میانگین	خط پایه ۲
۲/۵۰	۱/۴۱	۳/۰۰	۱/۷۰	انحراف استاندارد	
۱۰۳/۰۰	۳۰/۷۵	۳۶/۵۰	۳۵/۷۵	میانگین	جلسه سوم آموزش
۲/۹۴	۱/۷۰	۱/۵۰	۲/۰۶	انحراف استاندارد	
۱۱۵/۵۰	۳۳/۰۰	۴۱/۵۰	۴۱/۰۰	میانگین	جلسه پنجم آموزش
۲/۶۴	۱/۴۱	۳/۱۰	۱/۸۲	انحراف استاندارد	
۱۰۸/۲۵	۳۱/۰۰	۳۹/۰۰	۳۸/۲۵	میانگین	پیگیری دو هفته
۲/۷۵	۱/۴۱	۱/۱۵	۰/۵۰	انحراف استاندارد	
۱۱۲/۲۵	۳۲/۷۵	۳۹/۷۵	۳۹/۷۵	میانگین	پیگیری یک‌ماهه
۴/۰۳	۲/۲۱	۱/۲۵	۱/۷۵	انحراف استاندارد	

جدول ۳. نتایج روند مراحل آموزش چهار شرکت‌کننده در عامل مدیریت هیجان

شرکت‌کننده‌ها	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم	شرکت‌کننده چهارم	مراحل آموزش
۳۸	۳۵	۳۸	۳۴	۳۸	خط پایه ۱
۳۹	۳۵	۳۹	۳۳	۳۹	خط پایه ۲
۴۰	۳۷	۳۹	۳۰	۴۰	جلسه سوم
۴۴	۴۲	۴۳	۳۷	۴۴	جلسه پنجم
۳۸	۴۰	۴۰	۳۸	۳۸	پیگیری دو هفته
۴۱	۴۰	۴۰	۳۸	۴۱	پیگیری یک ماه
۵/۱۲	۱۴/۲۸	۲/۵۶	۱۵/۱۵	۵/۱۲	درصد بهبودی

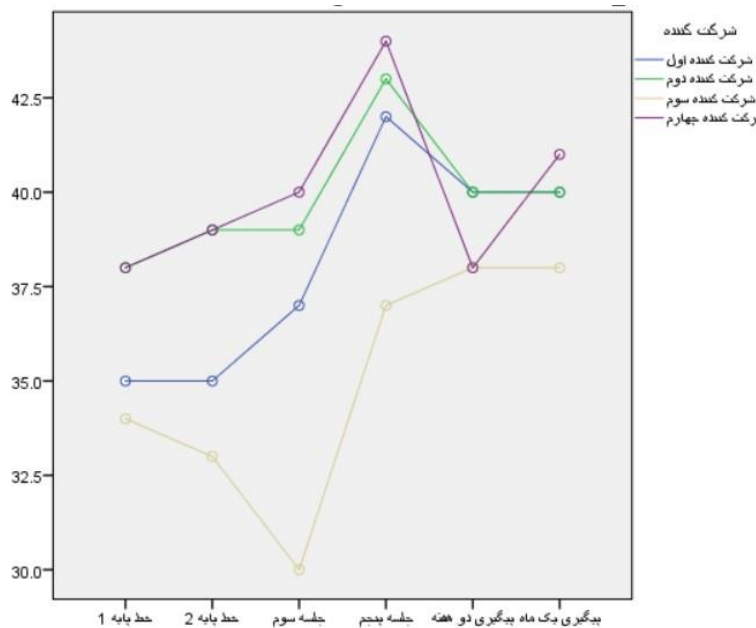
مطابق با نمودار ۱ نمرات هر ۴ شرکت‌کننده در خرده مقیاس مدیریت هیجان روند افزایشی و صعودی دارد. نتایج روند مراحل آموزش چهار شرکت‌کننده در عامل ادراک دیگران در جدول ۴ ارائه شده است.



نمودار ۱. نمرات مدیریت هیجان در مراحل آموزش

جدول ۴. نتایج روند مراحل آموزش چهار شرکت‌کننده در عامل ادراک دیگران

شرکت‌کننده‌ها				
مراحل آموزش	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم	شرکت‌کننده چهارم
خط پایه ۱	۳۳	۳۷	۳۸	۳۵
خط پایه ۲	۳۴	۳۷	۳۸	۳۶
جلسه سوم	۳۴	۳۷	۳۸	۳۴
جلسه پنجم	۴۰	۴۲	۴۳	۳۹
پیگیری دو هفته	۳۹	۳۸	۳۸	۳۸
پیگیری یک ماه	۳۸	۴۳	۴۱	۳۷
درصد بهبودی	۱۱ / ۷۶	۱۶ / ۲۱	۷ / ۸۹	۲ / ۷۷



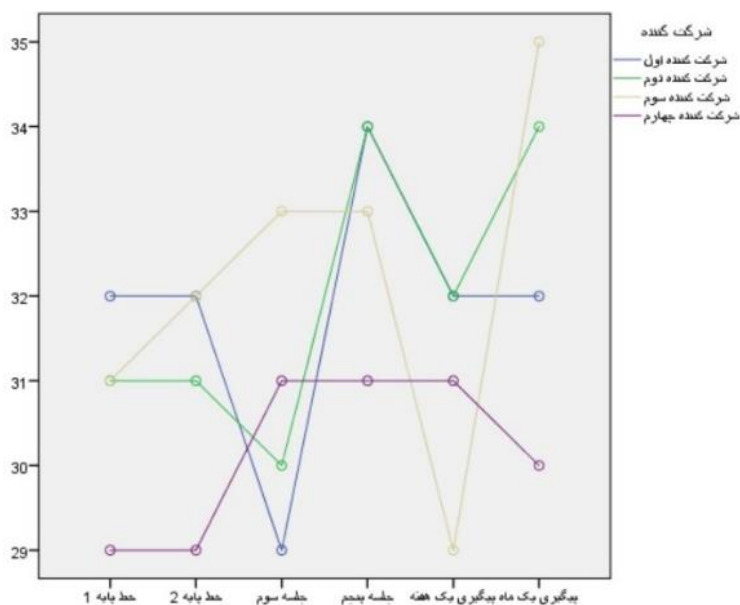
نمودار ۲. نمرات ادراک دیگران در مراحل آموزش

مطابق با نمودار ۲ نمرات هر چهار شرکت کننده، افزایش ادراک دیگران در این موقعیت را نشان می‌دهد و این به معنای روند صعودی نمودار و بهبود در متغیر وابسته است. نتایج روند مراحل آموزش چهار شرکت کننده در عامل ابراز وجود در جدول ۵ ارائه شده است.

مطابق با نمودار ۳ نمرات هر چهار شرکت کننده، افزایش ابراز وجود در این موقعیت را نشان می‌دهد و این به معنای روند صعودی نمودار و بهبود در متغیر وابسته است. نتایج روند مراحل آموزش چهار شرکت کننده در نمره کل مهارت‌های ارتباطی در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج روند مراحل آموزش چهار شرکت کننده در عامل ابراز وجود

شرکت کننده‌ها				
مراحل آموزش	شرکت کننده اول	شرکت کننده دوم	شرکت کننده سوم	شرکت کننده چهارم
خط پایه ۱	۳۲	۳۱	۳۱	۲۹
خط پایه ۲	۳۲	۳۱	۳۲	۲۹
جلسه سوم	۲۹	۳۰	۳۳	۳۱
جلسه پنجم	۳۴	۳۴	۳۳	۳۱
پیگیری دو هفته	۳۲	۳۲	۲۹	۳۱
پیگیری یک ماه	۳۲	۳۴	۳۵	۳۰
درصد بهبودی	۰	۹/۶۷	۹/۳۷	۳/۴۴



نمودار ۳. نمرات ابراز وجود در مراحل آموزش

جدول ۶. نتایج روند مراحل آموزش چهار شرکت کننده در نمره کل مهارت‌های ارتباطی

شرکت کننده‌ها				
مراحل آموزش	شرکت کننده اول	شرکت کننده دوم	شرکت کننده سوم	شرکت کننده چهارم
خط پایه ۱	۱۰۰	۱۰۶	۱۰۳	۱۰۲
خط پایه ۲	۱۰۱	۱۰۷	۱۰۳	۱۰۴
جلسه سوم	۱۰۰	۱۰۶	۱۰۱	۱۰۵
جلسه پنجم	۱۱۶	۱۱۹	۱۱۳	۱۱۴
پیگیری دو هفته	۱۱۱	۱۱۰	۱۰۵	۱۰۷
پیگیری یک ماه	۱۱۰	۱۱۷	۱۱۴	۱۰۸
درصد بهبودی	۸/۹۱	۹/۳۴	۱۰/۶۷	۳/۸۴

مطابق با نمودار ۴ نمرات هر چهار شرکت‌کننده، افزایش مهارت‌های ارتباطی در این موقعیت را نشان می‌دهد و این به معنای روند صعودی نمودار و بهبود در متغیر وابسته است.

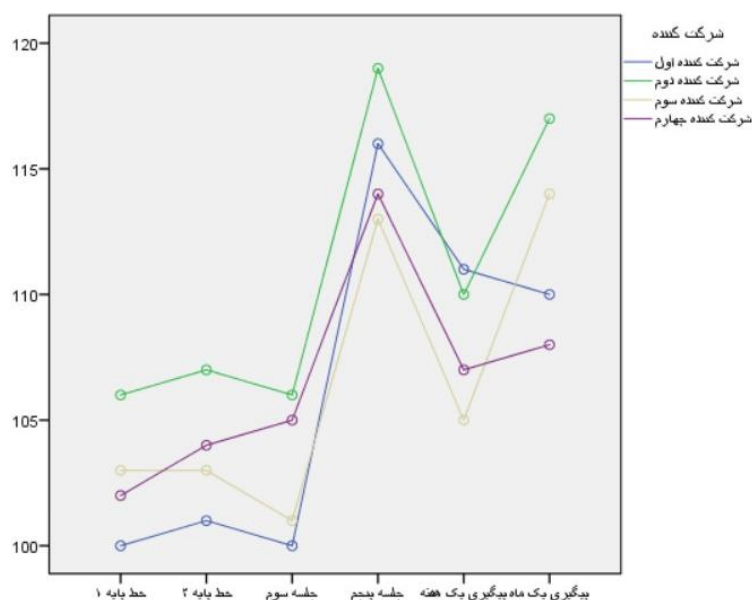
همان‌طور که از جدول ۳ قابل مشاهده است نمرات کسب شده در عامل مدیریت هیجان، بیانگر سیر صعودی مدیریت هیجان در فرآیند آموزش در مرحله پیگیری یک ماهه است که این روند بهبود ۱۴/۲۸ درصد برای شرکت‌کننده اول، ۲/۵۶ درصد برای شرکت‌کننده دوم، ۱۵/۱۵ درصد برای شرکت‌کننده سوم و ۵/۱۲ درصد برای شرکت‌کننده چهارم را نشان می‌دهد.

همچنین تغییرات در عامل ادراک دیگران در جدول ۴، افزایش نمرات ادراک دیگران را در تمام شرکت‌کننده‌ها نشان می‌دهد و درصد بهبودی برای شرکت‌کننده اول ۱۱/۷۶ درصد، برای شرکت‌کننده دوم ۱۶/۲۱ درصد، شرکت‌کننده سوم ۷/۸۹ و برای شرکت‌کننده چهارم ۲/۷۷ درصد است.

جدول ۵ نمرات شرکت‌کننده‌ها در عامل ابراز وجود را نشان می‌دهد و میزان درصد بهبودی برای شرکت‌کننده اول صفر درصد، برای شرکت‌کننده دوم ۹/۶۷ درصد، شرکت‌کننده سوم ۹/۳۷ و برای شرکت‌کننده چهارم ۳/۴۴ درصد می‌باشد.

به‌طور کلی یافته‌های به‌دست آمده در جدول ۶ نشان دادند که میزان بهبودی کلی در مهارت‌های ارتباطی برای شرکت‌کننده اول ۸/۹۱ درصد، برای شرکت‌کننده دوم ۹/۳۴ درصد، شرکت‌کننده سوم ۱۰/۶۷ درصد و برای شرکت‌کننده چهارم ۳/۸۴ درصد بود.

در جدول ۷ نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین نمرات آزمون نهایی و پیگیری نهایی، برای بررسی ماندگاری اثر آموزش خودحمایتی آمده است؛ نتایج جدول نشان می‌دهد که تفاوت میانگین جلسه نهایی و جلسه پیگیری نهایی در نمره کل مهارت‌های ارتباطی و سه عامل مدیریت هیجان، ادراک دیگران و ابراز وجود بالاتر از ۰/۰۵ است ($P > 0/05$) و نشان می‌دهد که نتایج جلسه نهایی و پیگیری نهایی تفاوت معناداری نداشته و آموزش خودحمایتی اثر ماندگاری بر مهارت‌های ارتباطی و خرده مقیاس‌های آن برای نوجوانان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی دارد.



نمودار ۴. نمرات مهارت‌های ارتباطی در مراحل آموزش

جدول ۷. نتایج آزمون‌های t همبسته برای مقایسه میانگین نمرات جلسه آزمون نهایی و پیگیری نهایی

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	T	Df	P-Value
مدیریت هیجان	۱/۲۵	۱/۵۰	۰/۷۵	۱/۶۶	۳	۰/۱۹۴
ادراک دیگران	۱/۷۵	۱/۸۹	۰/۹۴	۱/۸۴	۳	۰/۱۶۲
ابراز وجود	۰/۲۵	۱/۷۰	۰/۸۵	۰/۲۹	۳	۰/۷۸۹
مهارت‌های ارتباطی	۳/۲۵	۳/۴۰	۱/۷۰	۱/۹۱	۳	۰/۱۵۲

● بحث

در بررسی پژوهش مبنی بر اینکه «آموزش خودحمایتی بر مهارت‌های ارتباطی نوجوانان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی مؤثر است»، نتایج این پژوهش با یافته‌های پارذیز و همکاران (۲۰۱۸)، والش-بورک و مارکوسن (۱۹۹۹) و نوروزی و کریمی (۱۳۹۶) همسو است.

پارذیز و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود به این اشاره کردند که برای گسترش توانایی خودحمایتی افرادی که اوتیسم دارند باید اطلاعات دقیقی از نیازها و آرزوهای‌شان به آنها داد. یادگیری مهارت‌های خودحمایتی احتمال ارتباطات آنها با دیگران را افزایش می‌دهد که این قضیه به نوبه خود تأثیر مثبتی بر روابط میان‌فردی آنان می‌گذارد. همچنین نوروزی و کریمی (۱۳۹۶) در پژوهش خود بیان کردند که این برنامه سهم بسزایی در افزایش اعتماد به نفس، رشد مهارت‌های اجتماعی، احساس شایستگی، تقویت خودپنداره و هویت اجتماعی و در نهایت تقویت مهارت‌های شغلی و نیل به استقلال در افراد دارای کم‌توانی ذهنی داشته است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، سرطان باعث می‌شود که مسئولیت‌ها و در مواردی نقش‌های افراد دگرگون شده و شرایط جدیدی فراهم گردد که انطباق و سازگاری با این شرایط یا پذیرش نقش‌ها و مسئولیت‌ها برای افراد مشکل است. از طرفی پیامدهای روانشناختی ناشی از بیماری، مثل اضطراب، افسردگی و استرس نه فقط بیمار بلکه سایر اعضای خانواده را متأثر می‌کند و این می‌تواند در کاهش کیفیت روابط بین فردی افراد مؤثر باشد. بیماری سرطان به دلیل ماهیت مزمن، ناتوان‌ساز تلقی می‌گردد و این بیماران همواره دچار نوعی استرس مزمن هستند و در نتیجه نمی‌توانند ارتباط خوب و مؤثری با دیگران برقرار کنند. این افراد به دلیل خلق افسرده ناشی از بیماری، به انزوا و کناره‌گیری از دیگران گرایش دارند که روابط اجتماعی آنها را مختل می‌کند. از سویی از آنجا که قدرت ابراز در آنها ممکن است به دلایل طبیعی پیش از بیماری پایین باشد و در حین بیماری نیز کاهش بیشتری پیدا کند، این افراد بیش از سایر افراد عادی دچار مشکلات ارتباطی و انتقال افکار و هیجانات خود می‌شوند (شفیعی و همکاران، ۱۳۹۸).

بنابراین باید گفت یکی از ابعاد خودحمایتی ارتباط مشارکتی و مؤثر با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی است. رفتارهای کلیدی مهارت برقراری ارتباط شامل پرسیدن سؤالات، به اشتراک گذاشتن نظرات و ترجیحات، بحث در مورد تجربیات شخصی و بیان علنی نگرانی‌ها است (آلپرت و همکاران^{۳۱}، ۲۰۱۹). افراد ممکن است به دلیل فشارهای زمانی یا ارتباط‌های ضعیف بین فردی ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در برقراری ارتباط با یکدیگر مشکل داشته باشند (هاگان و همکاران، ۲۰۱۷). مهارت‌های ارتباطی می‌تواند زمینه مشترکی را بین افراد مبتلا به سرطان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ایجاد کند: آنها می‌توانند چالش‌های پیش روی خود را برطرف کنند، نگرانی‌ها متقابلاً رد و بدل می‌شود و در مورد تصمیمات درمانی مذاکره می‌شود (اید و ناهودسرفتی^{۳۲}، ۲۰۱۵). گاهی اوقات این بدان معناست که افراد باید صریحاً آنچه را که نیاز دارند درخواست کنند یا با احترام توصیه‌هایی را که ترجیح نمی‌دهند رد کنند.

در حالی که بعد اول خودحمایتی بر فرد در محیط مراقبت‌های بهداشتی متمرکز است، بعد دیگر بر نحوه خودحمایتی با تقویت قدرت از طریق ارتباط با دیگران تمرکز می‌کند. رفتارهای کلیدی شامل حمایت از دیگران، به اشتراک گذاشتن تجربیات خود در مورد سرطان با دیگران و افزایش آگاهی در مورد سرطان است. این رفتارها در فضاهای درون‌فردی و بین‌فردی رخ می‌دهد. از لحاظ فردی، افراد خود ادراک خود را دوباره ارزیابی می‌کنند، ارزش خود را به‌عنوان فردی مبتلا به سرطان تعیین می‌کنند و از طریق ارتباط با خود قدرت می‌گیرند (توماس و همکاران^{۳۳}، ۲۰۲۱). افراد با حمایت از دیگر افراد مبتلا به سرطان از خود حمایت می‌کنند و اغلب بیماری خود را به‌عنوان فرصتی برای ارتباط با دیگران و افزایش آگاهی در مورد سرطان تفسیر می‌کنند. همان‌طور که موک و مارتینسون (۲۰۰۰) توصیف کردند، "بیماران مبتلا به سرطان وقتی می‌فهمند که یک رابطه مشترک دارند، از یکدیگر قدرت می‌گیرند. در روند به اشتراک گذاشتن احساسات و تجربیات خود در مورد بیماری، در مورد شرایط و رنج خود تجدیدنظر می‌کنند." در حالی که مشارکت در چنین حمایتی از همسالان ممکن است همیشه نتایج افراد را بهبود ندهد و گاهی حتی باعث ناراحتی شود (کوویت و همکاران^{۳۴}، ۲۰۱۹).

● نتیجه‌گیری

مهارت خودحمایتی مهارتی لازم و حیاتی برای افراد مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی است. زیرا پس از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی افراد موی سر خود را از دست داده و به دنبال آن دچار خجالت از ظاهر، ناراحتی و کمبود اعتماد به نفس

می‌شوند در نتیجه تمایل به بودن در اجتماع کاهش می‌یابد و ارتباطشان آسیب جدی می‌بیند. مهارت خودحمایتی به دلیل دارا بودن آموزش‌هایی نظیر مهارت‌های ارتباطی، خودآگاهی و رهبری باعث می‌شود تا مبتلایان به سرطان با حقوق خود آشنا شوند، بتوانند اعتماد به نفس از دست رفته را بازیابند، نسبت به خود و ویژگی‌های‌شان به شناخت درستی برسند و در نهایت در موقعیت‌های مختلف رفتار مناسبی از خود نشان دهند. آموزش این مهارت به نوجوانان بسیار توصیه می‌شود زیرا همانطور که اشاره شد نوجوانی دوره‌ای حساس است و به خودی خود همراه با بحران‌های گوناگونی است. یادگیری این مهارت می‌تواند کمک قابل توجهی به نوجوانان، مخصوصاً نوجوانان آسیب دیده بکند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، کمبود منابع فارسی و کتب ترجمه شده در زمینه آموزش خودحمایتی است. همچنین تحقیق در مورد نوجوانان ۱۵-۱۲ سال مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی در شهر تهران انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید احتیاط کرد. نیز با توجه به شرایط جسمانی شرکت‌کنندگان (به دلایلی اعم از ضعف جسمانی ناشی از شیمی‌درمانی و عمل‌های پیشین و همچنین بی‌حوصلگی به دلیل خستگی ناشی از درمان) امکان برگزاری جلسات بیشتر مقدور نبود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بیشتری در سایر گروه‌ها و جوامع دیگر صورت گیرد تا بتوان در مورد میزان استفاده از آموزش خودحمایتی بهتر قضاوت کرد و نیز در پژوهش‌های بعدی، به بررسی تأثیر آموزش خودحمایتی بر افزایش عزت‌نفس، تنظیم هیجان، تاب‌آوری و سازگاری نوجوانان مبتلا به سرطان بپردازند. از آنجا که آموزش خودحمایتی بر نوجوانان مبتلا به ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی / رادیوتراپی انجام شده و نتایج به دست آمده اثربخشی این آموزش را نشان می‌دهد، لذا به‌کارگیری آموزش خودحمایتی در مراکز درمانی مرتبط با نوجوانان مبتلا به سرطان می‌تواند در جهت بهبود فاکتورهای روان‌شناختی مهم نظیر مهارت برقراری و حفظ ارتباط اثربخش باشد.

• منابع

- اکبرزاده، مرضیه؛ نادری، طاهره؛ دباغ‌منش، محمدحسین؛ زارع، زهرا؛ طباطبایی، حمیدرضا (۱۳۹۰). شیوع آلپسی آندروژنتیک در دانش‌آموزان دختر ۱۴ تا ۱۸ ساله شهر شیراز. *پوست و زیبایی*. ۲ (۴): ۲۲۱-۲۲۸.
- حسینی، سیدرحمان؛ اژه‌ای، جواد؛ غلامعلی‌لواسانی، مسعود؛ خلیلی، شیوا (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب و واقعیت‌درمانگری بر افزایش سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی در نوجوانان. *مجله روانشناسی* ۲۱(۲): ۱۳۲-۱۱۸.
- خنیفر، حسن؛ پورحسینی، مژده (۱۳۹۱). مهارت‌های زندگی. ناشر: مرکز نشر هاجر (وابسته به مرکز مدیریت حوزه‌های علمیه خواران) قم: هاجر.
- زینالی، شیرین (۱۳۹۷). تأثیر ذهن آگاهی شناخت محور بر باورهای ناکارآمد، خودگویی و خودتنظیم‌گری بیماران مبتلا به سرطان. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*. ۱۳ (۴۸): ۱۳.
- شفیعی، رضوان؛ صالح‌زاده، مریم؛ دهقانی، فهیمه؛ مرتضوی‌زاده، محمدرضا (۱۳۹۸). نقش ابرازگری هیجانی و ترس از صمیمیت بر کیفیت روابط بین فردی بیماران مبتلا به سرطان. *پژوهش در سلامت روانشناختی*. ۱۳ (۲): ۳۳-۴۴.
- عطارها، نعیمه (۱۳۸۶). ساخت و هنجاریابی آزمون مهارت‌های ارتباطی و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی آن. *انتشارات روان‌سنجی*.
- ملکی، مصطفی؛ حسین، محقق؛ صفدر، نبی‌زاده (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای بازخورد خشم در رابطه بین ناگویی هیجان و مهارت‌های ارتباطی. *مجله روانشناسی*. ۲۳، ۳-۳۰۲-۲۸۶.
- موسوی شریف، سمانه سادات؛ نقش، زهرا؛ قاسم‌زاده، سوگند (۱۴۰۱). رابطه معلم شاگرد و کمک‌طلبی: نقش واسطه‌ای اهداف پیشرفت و انگیزه پیشرفت. *مجله روانشناسی*. ۲۶، ۱۰۰-۱۱۰-۳.
- میرباقر، زهرا؛ نصرآبادی، طاهره؛ نصرالله، سپیده (۱۳۹۹). اثر استفاده از کلاه سرد بر ریزش موی ناشی از شیمی‌درمانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه تجربی در تهران. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*. ۱۳ (۱): ۱۷-۲۳.
- نوروزی، قاسم؛ کریمی، عاطفه (۱۳۹۶). معرفی رویکرد خود-وکیلی و بررسی مروری تأثیرات آن به عنوان روشی مناسب برای توانمندسازی افراد دارای کم‌توانی ذهنی. *تعلیم و تربیت استثنایی*. ۶ (۱۴۹): ۴۹-۵۸.
- نیکخواه بیدختی، اسماء؛ نجفی، فرشته؛ قلجایی، فرشته (۱۳۹۸). بررسی تأثیر دلقک درمانی بر افسردگی کودکان مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی. *مجله پرستاری کودکان*. ۶ (۲): ۴۶-۵۲.

- Bleyer, W. A. (2002). Cancer in older adolescents and young adults: epidemiology, diagnosis, treatment, survival, and importance of clinical trials. *Medical and Pediatric Oncology: The Official Journal of SIOP—International Society of Pediatric Oncology (Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique)*, 38(1), 1-10.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424.
- Cash, T. F. (2001). The psychology of hair loss and its implications for patient care. *Clinics in Dermatology*, 19(2), 161–166.
- Cambric, M. (2019). The Relationship between Chronic Health Conditions and Health Literacy, Resiliency and Support/ Self-advocacy in Youth. *University of South Florida*.
- Clark E, Stovall E (1996) Advocacy: the cornerstone of cancer survivorship. *Cancer Prac* 5:239–244
- Dryden, E. M., Desmarais, J., & Arsenault, L. (2017). Effectiveness of IMPACT: Ability to Improve Safety and Self-Advocacy Skills in Students with Disabilities-Follow-Up Study. *Journal of School Health*, 87(2), 83–89. doi:10.1111/josh.12474
- Eid M, Nahon-Serfaty I. (2015). Risk, activism, and empowerment. *Int J Civ Engagem Soc Chang*; 2(1):43–64
- Farhood, B., Geraily, Gh., & Alizadeh, A. (2018). Incidence and Mortality of Various Cancers in Iran and Compare to Other Countries: A Review Articl. *Iran J Public Health*. 47(3), 309–316.
- Hagan T, Rosenzweig M, Zorn K, van Londen J, Donovan H. (2017). Perspectives on self-advocacy: comparing perceived uses, benefits, and drawbacks among survivors and providers. *Oncol Nurs Forum*. 2017; 44(1):52–59.
- Hawley, L., Gerber, D., & Morey, C. (2017). Improving personal self-advocacy skills for individuals with brain injury: A randomized pilot feasibility study. *Brain Injury*, 31(3), 290–296. doi:10.1080/02699052.2016.1250952
- Kowitt SD, Ellis KR, Carlisle V, et al. (2019). Peer support opportunities across the cancer care continuum: a systematic scoping review of recent peer-reviewed literature. *Support Care Cancer*; 27(1):97–108.
- Madi, D., & Clinton, M. (2018). Pain and its impact on the functional ability in children treated at the children's cancer center of Lebanon. *Journal of pediatric nursing*, 39, e11-e20.
- Morhun, J. M., Racine, N. M., Guilcher, G. M. T., Tomfohr-Madsen, L. M., & Schulte, F. S. M. (2021). Health-related quality of life and well-being in parents of infants and toddlers with cancer. *Current Oncology*, 27(2), e206.
- Paradiz V, Kelso S, Nelson. Earl A. (2018). Essential Self-Advocacy and Transition. S373-S377.
- Pennell, R. L. (2001). Self Determination and self-advocacy: Shifting the Power. *Journal of Disability Policy Studies*, 11(4), 223-227.
- Pennington, R. C., Bross, L. A., Mazzotti, V. L., Spooner, F., & Harris, R. (2021). A Review of Developing Communication Skills for Students with Intellectual and Developmental Disabilities on College Campuses. *Behavior Modification*, 45(2), 272-296.
- Peterson, R. K. & Katzenstein, J. M. (2018): Working memory and processing speed among pediatric brain tumor patients treated with photon or proton beam radiation therapy. *Children's Health Care*. 48(2), 131-141.
- Poetz, C. L. (2003). Reflections on 30 years of involvement in self-advocacy. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 28(1), 84–86.
- Price, R. A. (2018). Teaching Self-Advocacy for Disability Rights to Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities Through a Behavior Skills Training Approach. Michigan State University, *ProQuest Dissertations Publishing*, 2018. 1080868
- Sayed S, Elmiyeh B, Rhys Evans P, et al. Quality of life and outcomes research in head and neck cancer: a review of the state of the discipline and likely future directions. *Cancer Treat Rev*. 2009; 35:397.
- Saraswat, N., Chopra, A., Sood, A., Kamboj, P., & Kumar, S. (2019). A descriptive study to analyze chemotherapy-induced hair loss and its psychosocial impact in adults: Our experience from a tertiary care hospital. *Indian dermatology online journal*, 10(4), 426.
- Schmidt, E. K., Faieta, J., & Tanner, K. (2019). Scoping Review of Self-Advocacy Education Interventions to Improve Care. OTJR: Occupation, *Participation and Health*, 153944921986058.
- Tan, M. (2007). Social support and coping in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing*, 30(6), 498-504.
- Thomas, T. H., Donovan, H. S., Rosenzweig, M. Q., Bender, C. M., & Schenker, Y. (2021). A Conceptual Framework of Self-advocacy in Women with Cancer. *ANS. Advances in nursing science*, 44(1), E1.
- Traustadottir, R. (2006). Learning about self-advocacy from life history: a case study from the United States*. *British Journal of Learning Disabilities*, 34(3), 175–180.
- Utami, A. R., & Pudjiati, S. R. R. (2019, August). The Effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy to Decrease Aggressive Behavior in a Child with Alopecia. In *2nd International Conference on Intervention and Applied Psychology (ICIAP 2018)*. Atlantis Press.
- Walsh-Burke, K., & Marcusen, C. (1999). Self-Advocacy Training for Cancer Survivors. *The Cancer Survival Toolbox. Cancer Practice*, 7(6), 297–301.
- Wils, R., Jacob, A. R., Daniel, E. S., Chacko, R. T., & Reka, S. (2019). Distress and coping in cancer patients experiencing chemotherapy-induced alopecia. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*, 20(1), 60.
- Wolf, J. J., & Hudson Baker, P. (2018). Alopecia Areata: Factors That Impact Children and Adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 074355841876824.
- World Health Organization (2018). Global Health Observatory. Geneva: *World Health Organization*;