

صلاحیت‌های حرفه‌ای معلم در مواجهه با کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن: رویکردی پدیدارشناسانه در تعلیم و تربیت

زهرا عسگری*^۱، محمد حسین حیدری^۲، رمضان برخوردار^۳

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری فلسفه تعلیم و تربیت، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان. اصفهان، ایران. ایمیل: Asgari.za@gmail.com
۲. دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان. اصفهان، ایران.
۳. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۱۱

چکیده:

۲۰ درصد از کودکان از ابتدای زندگی، با نوعی بیماری مزمن مواجه شده و نحوه «بودن» و مسیر «شدن» آنها در انبوهی از دردها و رنج‌های جسمی و روحی شکل می‌گیرد که تأثیرات عمیقی بر تعلیم و تربیت آنها خواهد داشت و معلم باید در مواجهه با این شرایط، از آمادگی و صلاحیت لازم برخوردار باشد. از این رو، در این پژوهش، با روش استنتاجی-پدیدارشناختی، صلاحیت‌های حرفه‌ای معلم در برخورد و مواجهه با این کودکان، مبتنی بر تعلیم و تربیت پدیدارشناسانه مورد بحث قرار می‌گیرد. نتایج پژوهش حاضر، نشان می‌دهد با به‌دست آوردن مهارت‌های فهم پدیدارشناسانه، پدیدارشناسی هرمنوتیکی و رابطه شفابخشی، معلمان می‌توانند خودپندۀ مثبت کودکان بیمار را افزایش داده و با تقویت مفهوم سلامتی در عین بیماری، آنها را مانند دیگر افراد سالم، برای یک زندگی مطلوب آماده سازند.

کلیدواژه‌ها: صلاحیت‌های حرفه‌ای معلم؛ کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن؛ تعلیم و تربیت پدیدارشناسانه؛ پدیدارشناسی هرمنوتیکی؛ فلسفه بیماری.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

استناد به این مقاله:

عسگری، زهرا؛ حیدری، محمد حسین؛ برخوردار، رمضان. (۱۴۰۴). صلاحیت‌های حرفه‌ای معلم در مواجهه با کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن: رویکردی پدیدارشناسانه در تعلیم و تربیت. اندیشه‌های نوین تربیتی، ۱۲۹-۱۳۸ (۳): ۲۱. doi: 10.22051/jontoe.2022.38371.3463

مقدمه

تعلیم و تربیت کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن^۱ در شرایطی که بیماری یک برنامه‌دستی بوج در نظام تعلیم و تربیت است (عسگری و برخورداری، ۱۳۹۹) و فلسفه مسلط بر حیطه پزشکی عمدتاً رویکردهای عینیت مدار هنجارگرایی و طبیعت‌گرایی است (عسگری و دیگران، ۱۳۹۷)، با چالش‌های بسیاری پیش روست. حدود ۲۰ درصد از کودکان به نوعی بیماری مزمن و همیشگی مبتلا هستند (بتل و دیگران، ۲۰۱۱) و مسیر رشد و تربیت‌شان در مواجهه مداوم با بیماری شکل می‌گیرد. مغفول ماندن معنای بیماری، چرایی آن و تبیین‌ناپذیری بیماری، عموماً باعث پریشانی و اضطراب آنها می‌شود (کریسین و کوپر، ۲۰۲۰) و آنها را در استعاره‌های حول بیماری که در اطرافشان وجود دارد گرفتار می‌کند (کرایگ، ۲۰۲۰). مزمن بودن بیماری باعث می‌شود آنها بیماری و محدودیت‌ها و ناتوانی‌های ناشی از آن را جزئی از بودن و هویت خود تصور کنند (آوتو و دیگران، ۲۰۱۸) و در مواجهه با دیگر انسان‌هایی که بیمار نیستند، اعتماد به نفس کافی نداشته و نتوانند رابطه‌ای پویا و مطلوب شکل دهند.

همان‌گونه که سازمان بهداشت جهانی نیز اعلام کرده است بیماری تنها عوارض جسمانی به همراه نداشته (بناونت والی و دیگران، ۲۰۲۳) و همه سطوح بهزیستی، از جمله بهزیستی تربیتی کودکان بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد (نیکول و دیگران، ۲۰۲۳) و با توجه به افزایش هوشیاری این کودکان نسبت به محرک‌های محیطی، نشاط، هوشیاری و قدرت محدودتری در محیط‌های آموزشی دارند (واشتنو، ۲۰۱۵)؛ در سال ۲۰۰۴، در ایالات متحده آمریکا، شاخه‌ای از تعلیم و تربیت کودکان استثنایی به‌طور ویژه به تعلیم و تربیت کودکان دارای نقص سلامت^۲ اختصاص یافت (فدرال رجیستر، ۲۰۰۶). در این راستا پژوهش‌های زیادی مانند وودریچ و اسپنسر (۲۰۰۷)، فلدهامر (۲۰۰۶) و شوراتز (۲۰۰۷) ذیل تعلیم و تربیت ویژه این کودکان انجام شده است که عمدتاً با نگاهی عمل‌گرایانه به نبودن عدالت آموزشی و تربیت بین کودکان سالم و بیمار و تجهیز محیط و امکانات مدرسه متناسب با نیازهای ویژه پزشکی این کودکان اختصاص دارد. این در حالی است که لازم است به شرایط روحی و اجتماعی کودکان بیمار و نیازهای تربیتی ویژه آنها قدری جدی‌تر و عمیق‌تر پرداخته شود. تعلیم و تربیت پدیدارشناسانه، با گذر از مواجهه اثبات‌گرایانه و تکنیکی در علم تعلیم و تربیت، به دنبال آن است که تعلیم و تربیت را متناسب با زیست-جهان متربیان و شرایط ویژه هر یک از آنها مطرح کند تا در درجه اول مربی بتواند آگاهی و فهمی همدلانه از تجربه زیسته‌ی متربی به‌دست آورد (برنکمن و فریزر، ۲۰۱۹) و در نهایت تجربیات کودک را در قالب و بستر گسترده‌تری از معنا قرار داده و افقی‌های بخش برای او ایجاد کند (منن، ۲۰۱۸)؛ از این رو تعلیم و تربیت پدیدارشناسانه می‌تواند مبنای مناسبی در تعلیم و تربیت کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن باشد که در پژوهش‌های مختلفی مانند ایرویناند و الام (۲۰۱۱)، استمبو (۲۰۱۶) و ورل (۲۰۲۱) مورد بحث قرار گرفته است. این پژوهش‌ها عمدتاً بر توصیف مواجهه کودکان بیمار با بیماری و شرایط ویژه والدین آنها در تعلیم و تربیت پرداخته‌اند و چگونگی مواجهه معلم با این کودکان در مدارس، چندان مورد بحث قرار نگرفته است.

از این رو در این پژوهش با رویکردی پدیدارشناختی-استنتاجی به تعلیم و تربیت کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن، ناظر به تربیت معلم پرداخته می‌شود و با بیان پیش‌نیازهای لازم در برخورد مطلوب با کودکان، نسخه‌ای عملیاتی ذیل صلاحیت‌های حرفه‌ای معلم در مواجهه با کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن ارائه می‌گردد. بدین صورت که ابتدا مبتنی بر فهم پدیدارشناسانه، معلم درکی همدلانه از تجربه زیسته کودک بیمار پیدا می‌کند؛ سپس با تمرکز بر پدیدارشناسی هرمنوتیک (دیالوگ هرمنوتیک) و تم‌بندی تجربه زیسته کودک بیمار، معلم به دنبال آن است با گذر از اعتبارات زوال‌یافتنی، دانش‌آموز بیمار را با محدودیت‌های ذاتی خود به‌عنوان یک انسان و عدم قطعیت در زندگی پیش رویش آشنا کند؛ در مرحله آخر نیز مبتنی بر ارتباط شفا بخشی^۳ در پدیدارشناسی، معلم به دانش‌آموزان کمک می‌کند که

۱. منظور از بیماری‌های مزمن، بیماری‌های دیابت، نارسایی کلیوی، صرع، هموفیلی، سندرم تور، سرطان، روماتیسم است.

2. Other Health Impairment (OHI)

3. Healing Connection

توانمندی‌های از دست‌رفته خود را بازیابی و یا جایگزین سازی کرده و با رسیدن به قدرت درونی، بتوانند مانند دیگر کودکان سالم زندگی سرشار از موفقیت و حال خوب را تجربه کنند.

تعلیم و تربیت پدیدارشناسانه:

پدیدارشناسی یکی از نحله‌های فلسفه قاره‌ای است که از اواخر قرن نوزدهم رواج پیدا کرد و در قرن بیستم به شکوفایی رسید و تا به امروز یکی از مبنای‌ترین فلسفه‌ها در علوم انسانی به شمار می‌آید (کرل، ۲۰۲۱). در این جنبش فلسفی، پژوهشگر به علم به معنای دقیق کلمه روی نمی‌آورد و با قرار دادن علم در جایگاهی که از آن برخاسته است به زیست جهان انسان‌ها می‌پردازد (برخوردراری و باقری، ۱۳۹۱). از این رو تعلیم و تربیت پدیدارشناسانه نیز به دنبال ویژگی‌های عام تعلیم و تربیت مانند مبانی نظری، اصول، روش و فنون مخصوص علم تعلیم و تربیت نیست؛ بلکه با تمرکز بر مواجهه شخصی مرتبی با خود و جهان پیرامونش به دنبال فهم تجربه زیسته مرتبی و قرار دادن تجربیات او را در قالب و بستر گسترده‌تری از معناست تا او بتواند به گشودگی و رهایی نائل گردد (منن، ۱۹۹۱). از این منظر می‌توان گفت تعلیم و تربیت پدیدارشناسانه از دو کارکرد اصلی توصیف و تجویز تشکیل می‌گردد: در مقام توصیف، مربی با در پرانتز گذاشتن درک شخصی خود و دانسته‌های علمی و نظری‌اش به دنبال فهم موقعیت‌های تربیتی، آن‌گونه که مرتبی آنها را تجربه می‌کند، هست؛ علاوه بر دیدن و شنیدن جهان متناسب با روی آوردن دانش آموز نسبت به آن، تعلیم و تربیت پدیدارشناسانه در مقام تجویز، به دنبال آن است که برای کمک به شکل‌گیری و بالندگی مرتبی، مداخله کند و با رساندن او به فهم و آگاهی بالاتر، زمینه‌ساز موقعیت‌های تربیتی جامع‌تر و عمیق‌تری برای او باشد.

تعلیم و تربیت پدیدارشناسانه انسان را به صورت یک سوژه بدنمند تعریف می‌کند و در نتیجه مواجهه کودک با جهان، از طریق بدن او توصیف می‌شود. بدین معنا که معتقد است بدن آدمی و چگونگی کنشگری او تأثیر بسزایی در شکل‌گیری شخصیت انسان به دنبال دارد (هایناما، ۲۰۱۸). در این دیدگاه بدن صرفاً یک شی در جهان نیست، بلکه راهی است که از طریق آن جهان ایجاد می‌شود. به گفته مرلوپونتی هستی انسان به واسطه تجربه ادراکی‌اش تجسم پیدا می‌کند و تعریف می‌شود و بدن، محور تجربه زیسته آدمی است و هر تغییری که در بدن و قابلیت جسمانی و ادراکی‌اش صورت بگیرد، سوژگی و ذهنیت فرد را هم دگرگون می‌کند (مرلوپونتی، ۲۰۱۲). در چنین دیدگاهی برخلاف دوانگاری موجود در نظریه دکارتی (اش)، آگاهی مجزای از بدن نیست و بدن انسان صرفاً ابزار منفعلی نیست که با اراده شخص کار بکند؛ بلکه بدن تجسم یافته خود فرد است (شول و اخولم، ۲۰۲۱). در نتیجه بیماری تنها فرایندی محدود و جسمانی نیست که تأثیری ثانویه بر فرد داشته باشد. با توجه به رابطه پویایی که بین عاملیت انسان و بدن او وجود دارد؛ زمانی که فرد بیمار می‌شود فقط بخش فیزیولوژیکی وجود او مختل نمی‌گردد، بلکه «در-جهان-بودن» او نیز مختل می‌شود. بیماری، مخصوصاً بیماری‌های مزمن و سخت، توانایی‌های انسان را در اینکه چیزی باشد و نقشی ایفا کند را محدود می‌کند؛ و همان‌طور که مطابق نظر هایدگر هستی انسان به منزله توانایی در بودن است (هایدگر، ۱۹۶۲)؛ لطمه به توانایی جسمانی، همزمان از توانایی بیمار برای دنبال کردن اهدافش می‌کاهد و چگونگی بودن او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. محدود شدن توانایی‌های انسان در نتیجه بیماری، همه ابعاد وجودی فرد بیمار از جمله ابعاد اجتماعی، روانی و فرهنگی را تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

کودکان مبتلا به بیماری مزمن، گاه ممکن است نیمی از زندگی خود را در مدرسه و در رابطه با معلمانی بگذرانند که کمترین اطلاعاتی راجع به بیماری آنها و عوارض آن و چگونگی برخورد با این کودکان ندارند؛ این در حالی است که بیشتر بیماری‌های مزمن اثرات عصبی-روان‌شناختی عمیق و طولانی مدتی بر کودکان به‌جا می‌گذارد که شرایط یادگیری آنها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (سوریس و دیگران، ۲۰۰۴)؛ از سوی دیگر، مزمن بودن بیماری باعث می‌شود افراد بیمار، بیماری را جزئی از بودن خود دانسته و هویت‌شان را متناسب با آن معنا کنند (ورل، ۲۰۲۱). در نتیجه تعداد زیادی از این کودکان خود را عموماً به عنوان یک بیمار توصیف می‌کنند تا اینکه خود را فردی

مانند دیگر انسان‌ها بدانند که صرفاً دارای بیماری است. از این رو لازم است مهارت‌های حرفه‌ای معلم‌ها را در مواجهه با کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن تقویت کرد. در ادامه چگونگی رابطه معلم و دانش‌آموزان مبتلا به بیماری‌های مزمن مبتنی بر تعلیم و تربیت پدیدارشناسانه، در سه محور فهم همدلانه، پدیدارشناسی هرمنوتیک و رابطه شفافبخشی مورد بحث قرار می‌گیرد.

فهم پدیدارشناسانه:

فهم پدیدارشناسانه به آن معنی است که معلم شرایط روحی و جسمی دانش‌آموزان مبتلا به بیماری‌های مزمن را به همان صورتی که هست بشناسد و بپذیرد و متناسب با شرایط خاص آنها، تعلیم و تربیت پیش‌رویشان را برنامه‌ریزی کند (اسچانرت، ۲۰۱۱). در صورتی که پژوهش‌ها نشان می‌دهد بیشتر معلمان در برخوردشان با این دانش‌آموزان انتظار دارند این کودکان از لحاظ آموزشی و پرورشی تفاوتی با دیگر دانش‌آموزان نداشته باشند (السون و دیگران، ۲۰۰۴)؛ برای اینکه معلم بتواند خود را در افق زیسته دانش‌آموز بیمار قرار دهد لازم است ابتدا به درک مشترکی از تجربه بیماری بین خود و فرد بیمار، یعنی، توجه به تجربه زیسته از بدن بیمار پردازد. خواه معلم شخصاً تجربه بیمار شدن داشته باشد یا نه، تحت شرایط عادی نیز می‌تواند دوگانگی بدن را درک کرده و حضور پنهان و بیگانه آن را درک کند. کافی است که او بر بدن زیسته خود تأمل بیشتری داشته باشد و هرگاه محدودیت‌های فیزیکی او را از انجام یک کار یا پیگیری یک بلند پروازی باز می‌دارد، به این سطح از ذهن‌آگاهی برسد که در بسیاری از اوقات بدن، شی‌مادی و فیزیکی است که غیر از من بوده و در بهترین حالت کنترل محدودی بر آن دارد. البته معلم باید هشیار باشد که تجربیات روزمره او - در قالب یک فرد سالم - از بدن به‌عنوان یک ابژه مادی و فیزیکی، عمدتاً کوتاه مدت بوده و به آسانی فراموش می‌شوند. در صورتی که برای فرد مبتلا به بیماری مزمن، بیماری اساساً به شکل یک حس عمومی و دائمی از نابسامانی تجربه می‌شود (تومبز، ۲۰۰۴)؛ یک نابسامانی که شامل اختلال در بدن زیسته (همراه با آشفستگی در خویشتن و جهان) و رابطه تغییر یافته بین بدن و خویشتن است که به واسطه ابژه‌سازی و بیگانگی از بدن فرد متجلی می‌شود.

در مرحله بعد معلم در جریان درک همدلانه، تجربیات شخصی و داده‌های علمی از بیماری را معلق کرده و تلاش کند بیماری را آن‌گونه که کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن تجربه کرده‌اند، بفهمد (دریگاتس و پاپوتسی، ۲۰۱۵). بیماری عموماً متناسب با یافته‌های کیلینیکی و پارا کیلینیکی و از چشم‌انداز یک پزشک تعریف می‌شود. در صورتی که معنای بیماری برای یک فرد بیمار با توصیفات پزشکی تفاوت چشمگیری دارد. دریافت فرد بیمار از بیماری را در میتوان چهار مرحله «تجربه حسی پیش‌تأملی»، «بیماری مبتلا به»، «مرض» و «وضعیت مریضی» بیان کرد (سارتر، ۱۹۶۵، صص. ۵۶۶-۵۷۰). سطح زیربنایی برسازای معنای بیماری، همان سطح تجربه حسی پیش‌تأملی است که این آگاهی به بدن موجودیت داده و انسان متوجه بدن خود می‌شود. مثلاً درد در چشمان به نحوی بلاواسطه به مثابه یک درد ابژه‌ای که در چشمان قرار دارد تجربه نمی‌شود، بلکه در این لحظه خاص، درد همان چشمان است. مادام که درد بدون تأمل زیسته شود، همان بدن است. در مقابل هنگامی که بر درد تأمل می‌شود، درد به یک ابژه روانی (بیماری) متمایز از بدن و خارج از ذهنیت بلاواسطه فرد تبدیل شده و شکل خود را پیدا می‌کند (آهو و آهو، ۲۰۱۳). فرد با هر درد بیماری را دریافت می‌کند، ولی بیماری از همه دردها فراتر می‌رود، زیرا یک کل ترکیبی از همه این دردهاست و موضوعی است که به وسیله آنها و به واسطه آنها ایجاد می‌شود.

بعد از اینکه فرد بیمار، بیماری را به صورت بدن دردآلود زیسته تجربه کرد، به وسیله خرده‌دانش‌های اکتسابی از جامعه پیرامونش، بیماری را به مثابه «مرض» تجربه می‌کند. در این مرحله علاوه بر معنادهی بیماری به صورت مرض، فرد بیمار عمدتاً به وسیله استعاره‌های ذیل بیماری که در محیط فرهنگی پیرامونش وجود دارد تبیین می‌کند، مثلاً همچنان که پژوهش‌ها نشان می‌دهد که دانش‌آموزان مبتلا به بیماری‌های مزمن، گاه بیماری را آزمایش و امتحانی الهی می‌دانستند و یا آن را عذابی برای گناهان خود یا حتی پدر و مادرشان معنا می‌کردند؛ حتی بعضی از دانش‌آموزان بیمار شدنشان را به شوم‌بختی و نحس بودنشان ربط می‌دادند؛ عده‌ای نیز بیماری را با نسبت دادن با ضعف‌ها و احساس خود کم بینی شان تبیین می‌کردند (ایرویناند و الام، ۲۰۱۱). در سطح چهارم معنا، یعنی «وضعیت مریضی» فرد بیمار، بیماری را متناسب با توصیفات پزشک و در قالب یک آسیب کالبد شناختی و یا پاتوفیزیولوژیکی معنا می‌کند. در این سطح از معنا

افراد بیمار عمدتاً در فلسفه زیست پزشکی حاکم بر فضای درمان و رویکرد ماشین‌انگارانه آن گرفتار شده، عاملیت خود را از دست داده و خود را تنها در حد یک ابژه منفعل در جریان بیماری می‌یابند.

از این رو معلم باید شرایط سالم و غیر تهدیدکننده فراهم سازد که در آن دانش آموز بیمار بتواند افکار و احساساتی که در رابطه با بیماری دارد را به راحتی بیان کند تا بدین وسیله معلم با بیماری، به منزله تجربه زیسته کودک بیمار آشنا گردد. همان‌گونه که پژوهش‌های پدیدارشناختی ذیل کودکان بیمار نیز نشان می‌دهد که این کودکان حس مثبتی نسبت به بدن خود نداشته و از داشتن بدنی بیمار، شرمگین و عصبانی هستند (استمبو، ۲۰۱۶)؛ در واقع بیماری می‌تواند چنان رابطه فرد با بدن خود را تغییر دهد که بدن دیگر نه همچون یک دوست، بلکه همچون یک دشمن غیر قابل اعتماد نگریسته شود. درد، غم از دست دادن توانایی‌ها، خشم به خاطر خیانت بدن، احساس نقصان منزلت، تجربه انقباض و سردرگمی و ترس از آینده و مرگ افراد بیمار را در معرض واپاشی خویشتن قرار می‌دهد، مخصوصاً وقتی که آنها به وضوح در می‌یابند با وجودی که بیماری بر کل تجربه شخصی‌شان تأثیر می‌گذارد؛ تنها واقعیتی است که در حاشیه تجربه دیگران قرار دارد. چنانچه تولستوی در روایت مرگ ایوان ایلیچ در این باره می‌گوید:

«به راستی چیزی به اندازه دانستن اینکه وقتی من درد می‌کشم و هیچ کس دیگر آن را حس نمی‌کند مزوی کننده نیست؛ اینکه من مریض هستم، قضیه‌ای خصوصی است. همه چیز در جهان طبق معمول به راه خودش می‌رود و حتی اگر من بمیرم هم جهان بدون یک تکان کوچک ادامه می‌یابد.» (تولستوی، ۱۹۷۸، صص. ۵۲۱-۵۲۴).

معلم باید به این نکته توجه داشته باشد که در تجربه زیسته یک فرد بیمار، زمان و مکان هم جور دیگر معنا پیدا می‌کند. اختلال در قابلیت‌های بدنی فرد، ضرورتاً منجر به محدودیت فضای پیرامون او می‌شود و فضا تا بدان جا که بیماری محدودیت می‌آورد تنگ (در حد تخت، خانه و بیمارستان) می‌شود. ضمناً با فقدان کارکرد اندام‌های بدن، خود فضای فیزیکی خصلتی محدودکننده به خود می‌گیرد: پله‌ها بسیار بلند می‌شوند، و در بسیار سنگین و نشستن دردناک می‌گردد (تومبز، ۱۹۹۹). همچنین دل مشغولی گریز ناپذیر با درد، مریضی و ناتوانی فرد را در زمان حال زمینگیر می‌کند و آینده ناگهان از کار می‌افتد، ضعیف و دور از دسترس می‌شود (شول و اخلوم، ۲۰۲۱). علاوه بر زمان و مکان، جهان در بیماری به لحاظ کیفی نیز متفاوت شده و به حواس دست درازی می‌کند: منظره‌ها، صداها، بوها، مزه‌ها، تماس‌ها و معاشرت با دیگران همگی می‌توانند در بیماری دلالت و معنایی متفاوت به خود بگیرد.

پدیدارشناسی هرمنوتیک:

بعد از اینکه معلم توانست درکی همدلانه از تجربه زیسته کودک بیمار به دست آورد، باید با توجه به پدیدارشناسی هرمنوتیکی به مرتبه کمک کند تا نسبت به خود و بیماری‌اش به تأمل و ذهن آگاهی^۱ برسد. «پدیدارشناسی هرمنوتیکی» عبارتی است که هایدگر مبتنی بر علایق وجودشناسانه خود، برای توضیح گونه‌ای خود فهمی بیان کرده است که با رساندن فرد به آگاهی نسبت به شرایط حقیقی وجودی خود، بستری برای تحقق معنا پدید می‌آورد (هایدگر، ۱۹۶۲، ص. ۱۱۹). روایت تجربه زیسته کودکان بیمار، می‌تواند معنای و مفاهیم مختلفی از بیماری مانند درد، ناراحتی، استیصال، انزوا، ضعف جسمانی و حتی رشد و قوت درونی انسان را نمایان کند. در مرحله اول از پدیدارشناسی هرمنوتیکی، معلم باید به فضای تیره و تاریک تجربه زیسته بیماری، که کودک در آن گرفتار شده و با آن کلنجار می‌رود نزدیک شده و روایت کودک بیمار از این تجربه را متناسب با عناصر عدم قطعیت و ثبات در زندگی انسان، تم‌بندی کند.

در مرحله بعد از پدیدارشناسی هرمنوتیکی، معلم به دنبال آن است متناسب با تم سازی انجام شده از تجربه بیماری و در جریان یک دیالوگ هرمنوتیک، دانش آموز بیمار را به درک وجودی از حقیقت انسان رسانده و فلسفه بیماری را برای او تبیین نماید. دیالوگ هرمنوتیک به دنبال یک توضیح علی به سبک زیست پزشکی، برای بیماری جسمی و نتایج روحی آن در فرد مبتلا نیست. در ضمن در صدد به دست آوردن حس همدلی یا وحدت هیجانی با فرد بیمار هم نیست: «گریستن وقتی آنها می‌گریند، خشمگین شدن با آنها، لذت بردن در خوشی

آنها و از این قبیل». در عوض قضیه چیزی نزدیکتر از همدلی است و به دنبال آن است با تمرکز بر زیر بنای تجربه زیسته فرد، او را به ذهن آگاهی و درکی واقعی از خویش برساند (گادامر، ۱۹۹۴، صص. ۲۵۴-۲۶۴). بدین معنا که در جریان یک دیالوگ هرمنوتیک، فرد بیمار با تزلزل وجودی خویش رو در رو شده و آن را در چشم انداز حقیقت وجودی عدم قطعیت و ثبات در زندگی انسان می‌پذیرد. در حالت عادی نقش‌ها و هویت‌های گوناگونی که انسان به آنها چسبیده است و در جریان زمان مدام تکرار می‌شوند، موجب حس کاذب ثبات، امنیت، پایداری و حتی جاودانگی در او می‌شود (ورل، ۲۰۲۱). دیالوگ هرمنوتیک، انسان‌ها را به خلأ موجود در عمق وجودشان آگاه می‌کند: «من شغلم نیستم، نه مدال‌هایم، نه بدن چالاکم، نه حساب بانکی و اموالم». به دنبال زدوده شدن قطعیت‌هایی که فرد در مورد خودش دارد، نگاهی جدید و والا به زندگی و راز ارزشمندی آن در دسترس او قرار می‌گیرد (آگری، ۲۰۱۴). با وقوع یک بیماری سخت و مزمن، جهان آشنا، از جمله خویشن فرد مبتلا، ناگهان همچون امری ذاتاً پیش‌بینی‌ناپذیر و کنترل‌ناپذیر متصور می‌شود و فرد بیمار را مجبور می‌کند صراحتاً ماهیت شکننده سلامت و تأمین بدن و فقدان کنترل بر کارکرد بدنی را تصدیق کند و با تنهایی وجودی خویش رو در رو گردد (هویا، رودریگز و جورند، ۲۰۲۰).

در این شرایط معلم باید در جریان یک دیالوگ هرمنوتیک، به آرامی اما مصرانه فرد بیمار را به این آگاهی برساند که حقیقت زندگی به نحوی قطعی، شکننده و متزلزل است و بیماری تنها پیشامدی بوده که او را از توهمی که اکثر انسان‌ها بدان گرفتار اند رها ساخته و با حقیقت خویشن آشنا کند. در ادامه میتوان ضمن مطرح کردن فلسفه رنج در زندگی انسان (عسگری، نوروزی و محمدی چابکی، ۱۳۹۶)، زمینه‌ای برای تبیین معنا و چرایی بیماری و درد و رنج ناشی از آن فراهم کرد. همان‌گونه که روسو نیز بیان می‌کند اولین چیزی که امیل یا هر مرتبی دیگر باید بیاموزد این است که رنج لازمه سیر تربیتی اوست و او «باید» رنج بکشد (میتز، ۲۰۱۲). چرا که رشد و بالفعل شدن استعدادهای درونی انسان لزوماً در مواجهه با سختی‌ها و با تفتیده شدن در کوره رنج محقق می‌گردد. در واقع بیماری، مانند هر موقعیت رنج آور دیگر، می‌تواند بستری برای تحقق «رشد پس از آسیب»^۱ باشد. پدیده رسیدن به سطح بالاتر از عملکرد روانی پس از اتفاق ناگوار، رشد پس از سانحه نامیده می‌شود و به این نکته اشاره می‌کند که موقعیت‌های استرس‌زا و رنج‌آور می‌توانند بستر مناسبی برای پیشرفت افراد فراهم کنند (تدسکی و کالهن، ۲۰۰۴). به این صورت که با تقویت تاب‌آوری^۲، انعطاف‌پذیری^۳، مقابله^۴ و مقاومت^۵ در فرد مبتلا، به او این امکان را می‌دهد تا دانش استفاده از درد و رنج را درک کرده و با رسیدن به قدرت درونی^۶ بالاتر، بهبودی^۷ و اتکای^۸ به خود به سطح بالاتری از خود شکوفایی نائل گردد.

در جریان یک دیالوگ هرمنوتیک، معلم به دنبال آن است که با قرار دادن خود در یک گفت و گوی دو طرفه، فضای بینابینی ایجاد کند تا دانش آموز بتواند خود را به تمامی در آن عرضه کرده و به حقیقت خودش در مقابل این توصیفات نائل گردد (آهو و آهو، ۲۰۱۳). در این راستا لازم است به دو مهارت حرفه‌ای اهمیت داده شود. مهارت اول گوش دادن فعال است - پرورش توان عملی «برای شنیدن حرف‌های دیگری» (کلاسون، ۲۰۰۸). معلم باید با منعطف و حساس ماندن نسبت به دیگریت راستین مخاطب خود، آماده باشد تا مفروضات نهادینه خود درباره بیماری را به صورت مقطعی معلق کند و با اظهار نظرهای صادقانه و صمیمانه‌ای مانند «الان متوجه شدم»، «فهمیدم» و «بسیار خوب» مخاطب را به درک خویشن حقیقی‌اش نائل گرداند (گادامر، ۱۹۹۶، ص. ۱۰۶). کیفیت دوم تجربه است؛ هر قدر زمینه و افق‌های شخصی درمانگر محلی و محدودتر باشد برای وی دشوارتر است تا به درستی وارد جهان زیسته بیمار شود (تومبز، ۱۹۹۲). اگر کسی هرگز با حقیقت وجودی خویش رودرو نشده باشد، به سختی بتوان از او انتظار داشت که به یک بیمار کمک کند تا فرای بیماری و محدودیت‌های ناشی از آن، خویشن را بیابد.

1. Post traumatic growth
2. resilience
3. flexibility
4. coping capacity
5. Resistance
6. personal strength
7. self-dependence
8. self-healing

رابطه شفا بخشی

در جریان دیالوگ هرمنوتیک فرد بیمار، ضمن گذر از اعتبارات زوال یافتنی، با محدودیت‌های ذاتی خود به‌عنوان یک انسان و عدم قطعیت در زندگی پیش رویش آشنا شد. در مرحله شفا بخشی، او دیگر بار زندگی را برای خود معنا کرده و نسبت خود را با آن مشخص می‌کند. از این منظر می‌توان هدف غایی در تعلیم و تربیت ویژه کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن و سخت را کارکرد شفا بخشی نامید (یونیسف، ۲۰۰۹). روشن است که کارکرد شفا بخشی متفاوت از کارکرد معالجه‌ای است و معلم به دنبال درمان پزشکی دانش‌آموز بیمار نیست، بلکه کارکرد شفا بخشی معطوف به رسیدگی و حل مخصصه وجودی فردی است که ناخوش احوال است تا با کم کردن اختلال‌های متصور در بدن زیسته‌اش بتواند به راهی برای رهایی از رنج و رسیدن به مفاهیم خوب بودن^۱ و سلامتی در عین بیماری دست یابد (وینتورپ و کریک، ۲۰۱۱) و بتواند از تعریف سلامتی در قالب جملاتی مانند «هیچ وقت بیمار نشوم و قرص و دارو مصرف نکنم» گذر کرده و به تعاریفی مانند «بتوانم از خودم مراقبت بکنم» و یا «هر روز از زندگی لذت ببرم» برسند (کرل، ۲۰۱۰). از این رو در جریان شفا بخشی صرفاً نباید به دنبال اطمینان بخشی، پذیرش و شکیبایی بود؛ بلکه لازم است عواملی مانند فقدان کنترل، انزوا، درماندگی و فقدان آزادی را که جز مولفه‌های اصلی در تجربه بیماری هستند، مورد رسیدگی قرار داد.

در مرحله اول، معلم باید با آشتی دادن کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن با بدن بیمار خود، به آنها کمک کند که با حس بیگانگی با بدن خود مبارزه کرده، وضعیت جدید بدن بیولوژیک خود را به عنوان بدن زیسته قبول کرده و با آن سازش پیدا کنند تا بتوانند دوباره به روال ثابتی برای زندگی خود برسند و نسبت به شرایط پیرامونشان احساس کنترل داشته باشند (ابر و تورنت، ۲۰۱۶). چنانچه پژوهش‌ها نشان می‌دهد رابطه مثبتی بین احساس کنترل و حال خوب جسمی و روحی و احساس رضایت از زندگی وجود دارد (مور پارتین و دیگران، ۲۰۱۰). بازیابی احساس کنترل، احساس بی‌علاقگی و ناامیدی را کاهش داده و با تقویت انگیزه برای تأثیرگذاری مثبت، به فرد کمک می‌کند که با شرایط نا مساعد سازگارتر شده، شرایط پیرامون خود را قابل پیش بینی دانسته و در نتیجه احساس پایداری و امنیت بیشتری داشته باشند.

در مرحله بعدی معلم باید به دانش آموزان بیمار کمک کند تا مجدد توانمندی‌های فردی و روابط اجتماعی از دست رفته خود را بازیابی و یا جایگزین سازی کرده و با رسیدن به قدرت درونی، خودپنداره هایشان را اصلاح کنند تا بتوانند تا به بهترین شیوه ممکن زندگانی را زندگی کند و به رغم بیمار بودن «حال خوبی» داشته باشند (نجات کودکان، ۱۹۹۶). در این راستا علاوه بر اینکه معلم باید قدرت حل مسئله آنها را تقویت کند تا در مواجهه با مشکلات همواره به دنبال راه حل ثابت و از پیش تعیین شده‌ای نباشند؛ باید با استفاده از مفاهیمی همچون پایداری، استقامت و مبارزه، روایتی متفاوت با محدودیت و انفعال از بیماری مطرح کند و به آنها باید بیاموزند سلامت و خوشبختی لزوماً در تامیت و نبود رنج و سختی نیست (بهاتیا و ویاس، ۲۰۲۳). چنانچه تجربه بیماری به واسطه آگاهی بخشی و تغییرات دگرگون کننده‌اش می‌تواند موجب تقویت عزت نفس شده و با بالاتر بردن حس قدردانی فرد، او را به بلوغ عاطفی و رشد معنوی برساند.

نتیجه‌گیری و بحث

در فضایی که فلسفه حاکم بر نظام درمانی، فلسفه طبیعت‌گرایانه با رویکرد عینیت مدار نسبت به فرد بیمار است و گفتمان آموزش و پرورش نسبت به بیماری، گفتمانی منفعلانه است، توجه به تعلیم و تربیتی متناسب با شرایط زیسته خاص این کودکان، شرطی لازم در بهبود زندگی و حال خوب آنهاست؛ چرا که بیماری صرفاً یک اختلال در کارکرد بدن نیست که با یافته‌های کلینیکی و پاراکلینیکی قابل توضیح باشد؛ بلکه بیماری امری وجودی است که خویشتن فرد بیمار و نحوه بودن او در جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیماری، مخصوصاً بیماری‌های مزمن و سخت، توانایی‌های انسان را در اینکه چیزی باشد و نقشی ایفا کند را محدود می‌کند و چگونگی

بودن او را تحت تأثیر قرار می‌دهند. محدود شدن توانایی‌های انسان در نتیجه بیماری، همه ابعاد وجودی فرد بیمار از جمله ابعاد اجتماعی، روانی و فرهنگی را تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

تعلیم و تربیت پدیدارشناسانه، با اتخاذ رویکردی هرمنوتیکی - که بر تجربه زیسته متربیان مبتنی است - می‌تواند زمینه‌ای مناسب برای مدل‌سازی صلاحیت‌های حرفه‌ای معلم در مواجهه با کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن باشد. به این صورت که ابتدا معلم در جریان درک همدلانه سعی می‌کند با تأمل بر تجربه زیسته خود از بیماری، شرایط روحی و جسمی دانش‌آموزان مبتلا به بیماری‌های مزمن را به همان صورتی که هست بشناسد و بپذیرد. سپس در جریان پدیدارشناسی هرمنوتیکی، معلم با تم‌بندی روایت کودک بیمار از تجربه بیماری، متناسب با عناصر عدم قطعیت و ثبات در زندگی انسان، به دنبال آن است که دانش‌آموز بیمار را به تأمل و ذهن‌آگاهی از حقیقت وجودی انسان رسانده و فلسفه بیماری را برای او تبیین نماید و در نهایت در رابطه شفابخشی، معلم به دانش‌آموزان کمک می‌کند که توانمندی‌های از دست رفته خود را بازیابی و یا جایگزین‌سازی کرده و با رسیدن به قدرت درونی، خودپنداره‌هایشان را اصلاح کنند. در ادامه طرح شماتیک این مدل‌سازی در جدول شماره ۱ ارائه می‌گردد.

جدول شماره ۱. صلاحیت‌های حرفه‌ای معلم در مواجهه با کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن

توجه به تجربه زیسته معلم از بدن بیمار	۱. فهم پدیدارشناسانه
درک همدلانه از تجربه زیسته کودک بیمار	
تم‌بندی تجربه زیسته کودکان بیمار	۲. پدیدارشناسی هرمنوتیکی
رساندن کودک به تأمل و ذهن‌آگاهی نسبت به حقیقت وجودی انسان	
تبیین فلسفه بیماری	
غلبه بر درماندگی و بازیابی حس کنترل	۳. رابطه شفابخشی
احیای توانمندی‌های فردی و اجتماعی	

با توجه به محدود بودن ادبیات تعلیم و تربیت کودکان بیمار، این پژوهش با نگاهی کلی به چگونگی برخورد و مواجهه معلمان با این کودکان پرداخته است؛ در صورتی که لازم است در پژوهش‌های آتی به صورت عملیاتی و روشمند به این موارد پرداخته شود و در طراحی الگوی تعلیم و تربیت ویژه این کودکان، به نوع بیماری مزمن، شرایط سنی، خانوادگی و اجتماعی این کودکان نیز توجه گردد. از سوی دیگر، در طراحی الگوی تعلیم و تربیت ویژه کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن، لازم است علاوه بر صلاحیت‌های حرفه‌ای معلم به سطوح دیگر آموزش و پرورش همچون اسناد کلان آموزش و پرورش، طراحی و مدیریت آموزشی، محتوای درسی نیز پرداخته شود. از این رو امید است که پژوهشگران عرصه تعلیم و تربیت به موضوع تعلیم و تربیت کودکان بیمار توجه بیشتری داشته باشند تا این کودکان هم بتوانند مانند دیگر دانش‌آموزان زندگی سرشار از موفقیت و شادکامی را تجربه کنند.

References

- Aber, J. L. & Torrente. C. (2016). Impacts After One Year of "Healing Classroom" on Children's Reading and Math Skills in DRC: Results From a Cluster Randomized Trial. *Research on Educational Effectiveness*. 10(3): 23-39. <http://dx.doi.org/10.1080/19345747.2016.1236160>
- Agrey, J. A. (2014). Opportunities and Possibilities: Philosophical Hermeneutics and the Educational Researcher. *Educational Research* 2(4): 396-402. DOI: 10.5923/j.edu.20140204.04
- Aho, J. & Aho, K. (2013). *Body Matters: A Phenomenology of Sickness, Disease and Illness*. Lanham: Lexington Books.
- Aoto, H. & Nakatani, H. & Kanayama, Sh. & Okada, Sh & Fukada, M. Hanaki, K. (2018). Qualitative Analysis of the Psychosocial Adaptation Process in Children with Chronic Kidney Disease: Toward Effective Support During Transition from Childhood to Adulthood. *Yonago Acta Med*. 61(3): 166-174. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.09.004>

- Asgari, Z., Heydari, M., Bakhrodi, R. & Esteki, B. (2017). Investigating the implications of the two philosophies "biomedical" and "humanistic" on medical education. *Journal of Medical History and Ethics*. 11: 265-277. (Text in Persian)
- Asgari, Z., Nowrozi, R. & Mohammadi Chabaki, R. (2016). From suffering to treasure: analysis of three approaches to the educational role of suffering. *he Journal of New Thoughts on Education*. 13 (1): 51-71. (Text in Persian) DOI: 10.22051/jontoe.2017.11183.1402
- Assistance to states for the education of children with disabilities and preschool grants for children with disabilities. 2006. *Federal Register* (71) 156, 46550 46551.
- Barkhordari, R. & Asgari, Z. (2019). Analyzing the critical discourse of "disease" in the education documents of the Islamic Republic of Iran. *The Journal of New Thoughts on Education*. 16 (1): 42-59. (Text in Persian) doi: 10.22051/jontoe.2020.26320.266^۹
- Barkhordari, R. & Bagheri, Kh. (2011). Methodological components of phenomenological research in education. *Research paper on the basics of education*. 2 (2): 121-140. (Text in Persian)
- Benavent-Vallès, E., Navarro-Segura, L., Martínez-Rivera, O. (2023). Successful experiences in supporting the inwardness and spirituality of children and adolescents. *International Journal of Children's Spirituality*. 28(2) : 76-93. <https://doi.org/10.1080/1364436X.2023.2197163>
- Bethell, CH. D., Kogan, M. D., Strickland, B. B., Schor, E. L., Robertson, J., Newacheck, P. W. (2011). A National and State Profile of Leading Health Problems and Health Care Quality for US Children: Key Insurance Disparities and Across-State Variations. *Academicped*. 11 (3): 22-33. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2010.08.011>
- Bhatia, J. & Vyas, M (2023). Children's Spirituality - A Literature Review and Conceptual Analysis. *Indian Journal of Positive Psychology* 14(1):53-57.
- Carel, H. (2016). *Phenomenology of Illness*. United States of America: Oxford University Press.
- Carel, H. (2021). Pathology as a Phenomenological Tool. *Continental Philosophy Review*, 4(11): 17-30. <https://doi.org/10.1007/s11007-021-09538-9>
- Clawson, J. C. (2008). *Active listening*. University of Virginia: Darden Business Publishing.
- Craig, D. (2020). Pandemic and its metaphors: Sontag revisited in the COVID-19 era? The Role of Linguistic Categories in the History of Medicine. *European Journal of Cultural Studies*. 23(6): 126-140. <http://dx.doi.org/10.1177/1367549420938403>
- Crişan, H. T. & Copoeru, I. (2020). Illness and two meanings of phenomenology. *Evaluation in Clinical Practice*. 26 (2): 56-70. <https://doi.org/10.1111/jep.13350>
- Diehl, U. (2009). Human Suffering as a Challenge for the Meaning of Life, *Existenz*. 56, 78-86
- Drigas, A. & Papoutsis, Ch. (2015). Empathy, Special Education and ICTs. *JES*, 3(4): 37-50. <http://dx.doi.org/10.3991/ijes.v3i4.5192>
- Fladhammer, D. (2006). Chronic illness and education. *IG Living*, 13, 15-19.
- Flanagan, M. (2015). *Educating chronically ill students through the lens of the classroom teacher: an interpretative phenomenological analysis*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Education. Boston, Massachusetts: College of Professional Studies.
- Gadamer, H-G. (1996). *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age* (Trans. J. Gaiger and N. Walker) Cambridge and Malden, MA: Polity Press
- Gadamer, H-G. (1998) *The Beginning of Philosophy* (Translated by R. Coltman) New York: Continuum.
- Heidegger, M. (1962) [1927]. *Being and time*. London: Blackwell.
- Heinamaa, S (.2018). Embodiment and bodily becoming," in *The Oxford Handbook of the History of Phenomenology*, ed. Dan Zahavi, Oxford: Oxford University Press, 533-557.
- Hoveya, R., Rodríguez, C. & Jordand, S. (2020). Beyond Lecturing: An Introduction to Gadamer's Dialogical Hermeneutics with Insights into Health Professions Education. *Health Professions Education*. 6(4): 465-471. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2020.08.004>
- Husserl, E. (1990 [1928]). *On the phenomenology of the consciousness of internal*. IL: Northwestern University Press.
- Irwin, K. & Elam, M. (2011). Are We Leaving children with chronic illness behind? *Physical Disabilities: Education and Related Services* 67-80.
- Malte Brinkmann & Norm Friesen (2019). Phenomenology and Education. *Springer International Handbooks of Education*. 11(2): 45-62. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-72761-5_46
- Manen, M. V. (1991). *The Tact of Teaching: The Meaning of Pedagogical Thoughtfulness*. London: Routledge.

- Manen, M. V. (2018). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. London: Routledge.
- Mayer, J.E. (2007). *Creating a Safe and Welcoming School*. International Academy of Education. France: Imprimerie Nouvelle Gonnet.
- Merleau-Ponty, M. (2012) [1945]. *Phenomenology of perception*. trans. by Donald A. Landes New York: Routledge.
- Mintz, A. I. (2019). Pain & Educational. *Philosophy of Pain*. London: Routledge. 12: 344-353.
- Moore Partin, T.C., Robertson, R., Maggin, D., Oliver, R., Wehby, J. (2010) Using teacher praise and opportunities to respond to promote appropriate student behavior. *Preventing School Failure*, 54(3), 172–178; <http://dx.doi.org/10.1080/10459880903493179>
- Nicole M., Alberts, N. M., Freeman, M. C., Dandekar, S. C., Rao, J., McKeone, D., Brown, V., McGregor, L. M. & Schmitz, K. (2023). Chronic pain in children and adolescents diagnosed with cancer: the challenge of mitigating the pain and the potential of . *Supportive Care in Cancer*. 31, Article number: 228. doi: 10.1007/s00520-023-07695-6
- Olson, A. L., Seidler, A. B., Goodman, D., Gaelic, S., & Nordgren, R. (2004). School professionals' perceptions about the impact of chronic illness in the classroom. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 158, 53–58. <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.1.53>
- Sancho, M. (2013). Shaping biomedical objects across history and philosophy: A conversation with Hans-Jörg Rheinberger. *special issue of History and Philosophy of the Life Sciences*. 35 (1): 26-40. PMID: 24987787.
- Save the Children. (1996). *Promoting Psychosocial Well-Being Among Children Affected by Armed Conflict and Displacement: Principles and Approaches*. Working Group on Children Affected by Armed Conflict and Displacement.
- Schonert-Reichl, K. A. (2011). Promoting empathy in school-aged children: Current approaches and implications for practice. *school rampage shootings and other youth disturbances: Early preventive interventions*. 159-203.
- Schwartz, K., Denham, s., Heh, v, Wapner, A. & Shubrook, G. .2010. Experiences of Children and Adolescents with Type 1 Diabetes in School: Survey of Children, Parents, and Schools. *Diabetes Spectrum*. 23(1): 46- 70. <http://dx.doi.org/10.2337/diaspect.23.1.47>
- Sholl, J. & Okholm, S. (2021). Taking a Naturalistic Turn in the Health and Disease Debate. *Teorema*. 40(1): 91-109.
- Stambaugh, J. D. (2016). *The lived experiences of being a father of a child with type 1 diabetes: A phenomenological study*. Saint Mary's University of Minnesota.
- Suris, J. C., Michaud, P. A. & Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: Developmental issues. *Archives of Disease in Childhood*, 89(10): 938–942. <https://doi.org/10.1136/adc.2003.045369>
- Tedeschi RG, Calhoun LG. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 15(1):1-18. https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tolstoy, L. (1886). *The Death of Ivan Ilyich*. The Story and Its Writer. Ed. Ann Charters: Bedford/St.
- Toombs, S. (1992). *The Meaning of Illness (a phenomenological approach to the patient-physician relationship)*. U.S.A.: Academic Publishers.
- Toombs, S. K. (2004). Living and Dying with Dignity: Reflections on Lived Experience. *Palliative Care*, 20(3):13-24. <http://dx.doi.org/10.1177/082585970402000312>
- UNICEF. (2009). *The Psychosocial Care and Protection of Children in Emergencies: Teacher Training Manual*
- Washtenaw I.S.D. (2015). *Other Health Impairment Guidelines*, A Teaching and Learning Center. United States.
- Wehrle, M. (2021). 'Bodies (that) matter': the role of habit formation for identity. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*. 20: 365–386. <https://doi.org/10.1007/s11097-020-09703-0>
- Winthrop, R. & Kirk, J. (2011). *International Rescue Committee Child and Youth Protection and Development Unit*. International Rescue Committee.

