

Vol.2, Series. 3,
No.1 Spring & Summer
209 - 228

**Children's Lived Experience of the
Concept of God in the Context of Cancer:
A Phenomenological Approach**

Doi: 10.22034/pt.2026.570280.1087



دوره دوم/ شماره ۱
بهار و تابستان ۱۴۰۴

■ **Zahra Asgari (Corresponding Author)**

Postdoctoral Researcher in Spiritual Health, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Email: asgari.za@gmail.com

ORCID ID: 0000-0003-4749-3603

■ **Rouhollah Mousavizadeh**

Faculty Member, Department of Islamic Studies, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Email: mosavizadeh@med.mui.ac.ir

ORCID ID: 0000-0002-2158-5226

■ **Reza Shokrani**

Faculty Member, Faculty of Quranic and Hadith Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Email: r.shokrani@ltr.ui.ac.ir

ORCID ID: 0000-0002-8078-6327

Abstract

Childhood cancer is not merely a physical illness; rather, it is a pervasive life experience that profoundly affects all dimensions of children's lived worlds, particularly their spiritual dimension. Spiritual health, as a fundamental pillar of human well-being, plays a crucial role in meaning-making of suffering, resilience, adaptation to illness, and even post-traumatic growth. Within this context, the concept of "God" and the manner in which a child perceives and relates to God constitute the core of the spiritual lifeworld of children with cancer and can decisively shape trajectories of spiritual well-being or vulnerability. Despite the significance of this issue, in-depth qualitative research on children's lived experiences of God—especially within the Iranian cultural and religious context—remains scarce. The present study aimed to elucidate the spiritual lifeworld of children with cancer and to explore how they understand and conceptualize God.

Keywords: Lived experience of children with cancer; Concept of God; Spiritual education; Phenomenology.



دوره دوم / شماره ۱
بهار و تابستان ۱۴۰۴

دوفصلنامه الهیات عملی

دوره ۲ / شماره ۱ / شماره پیاپی ۳

بهار و تابستان ۱۴۰۴

۲۲۸ - ۲۰۹

تجربه زیسته کودکان مبتلا به سرطان از مفهوم خدا: رویکردی پدیدارشناسانه

Doi: 10.22034/pt.2026.570280.1087

■ زهرا عسگری (نویسنده مسئول)

پژوهشگر پسا دکترا سلامت معنوی در دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران،

رایانامه: asgari.za@gmail.com

■ روح‌الله موسوی زاده

عضو هیئت علمی گروه معارف دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران،

رایانامه: mosavizadeh@med.mui.ac.ir

■ رضا شکرانی

هیئت علمی دانشکده علوم قرآنی و حدیث دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران،

رایانامه: r.shokrani@ltr.ui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴-۱۰-۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴-۱۰-۱۵

نوع مقاله: علمی- پژوهشی

چکیده

بیماری سرطان فراتر از درگیری‌های جسمانی کودکان بیمار عمل می‌کند و ابعاد دیگر سلامت و زیست آن‌ها، به‌ویژه سلامت معنوی، را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در این مسیر، چالش‌های معنوی منحصربه‌فردی را به وجود می‌آورد. ماهیت مفهوم «خدا» و شیوه برقراری ارتباط با او، یکی از دغدغه‌های



دوره دوم / شماره ۱
بهار و تابستان ۱۴۰۴

اصلی معنوی این دسته از کودکان محسوب می‌شود و عاملی تعیین‌کننده در شکل‌گیری روند سلامت معنوی و فرایند رشد پس از سانحه در آنهاست. بر همین اساس، این پژوهش با تکیه بر روش پدیدارشناسی ون منن، پس از تشریح چهارچوب زیست‌جهان معنوی کودکان و تجربه زیسته آنان، به بررسی مفاهیم خدانشناسانه بیست کودک سرطانی بستری در بیمارستان سیدالشهدای استان اصفهان می‌پردازد. یافته‌ها حاکی از آن است که درک آنان از مفهوم خدا را می‌شود در پنج دسته اصلی طبقه‌بندی کرد: خدای جادویی، خدای معامله‌گر، خدای رخنه‌پوش، خدای کنترل‌گر و خدای معنابخش. نحوه درک هریک از این الگوهای خدانشناسانه، تأثیری عمیق بر ساختار زیست‌جهان معنوی این بیماران دارد؛ به طوری که می‌تواند هم به‌عنوان عاملی برای تسهیل رشد و تعالی معنوی و ارتقای بهزیستی روحی عمل کند و هم آنان را در معرض تعارض‌ها و آسیب‌های روحی جدی قرار دهد.

کلیدواژه‌ها: تجربه زیسته کودکان مبتلابه سرطان، مفهوم خدا، تربیت معنوی، پدیدارشناسی.



مقدمه

در جوامع صنعتی، سرطان یکی از عوامل مهم مرگ‌ومیر ناشی از بیماری در کودکان به شمار می‌رود. براساس آمار، سالانه بین سه تا چهار کودک از هر صد هزار کودک در جهان به انواع سرطان‌ها مبتلا می‌شوند. در این میان، سرطان‌های لوسمی، لنفوم و تومورهای مغزی از انواع شایع هستند (برجلیلو، ۲۰۲۲). سرطان از جمله بیماری‌های سخت و چالش‌برانگیز است که در صورت بروز، زندگی کودک را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر ابعاد مختلف بهزیستی، به‌ویژه بهزیستی معنوی او اثر می‌گذارد. بهزیستی معنوی یکی از چهار بعد اصلی سلامت انسان است که نقش یکپارچه‌کننده میان ابعاد بدنی، روانی و اجتماعی دارد (Juskiene, 2016). در بیماری سرطان، بهزیستی معنوی معمولاً به‌سبب محدودیت‌ها و محرومیت‌های

ناشی از بیماری به خطر می‌افتد (Ratcliff, 2010).

پژوهش‌های مختلفی به بررسی تأثیر سرطان بر ابعاد معنوی کودکان مبتلا پرداخته‌اند. برگمن^۲ و همکاران (2020) نیازهای معنوی این کودکان را شادی، عزت‌نفس، احساس امنیت و هویت دانسته‌اند. همچنین آلوارنگا و همکاران (2021) و سیسک^۳ (2021) نشان داده‌اند که عوارض بیماری و درمان، مانند ریزش مو و کاهش توانایی‌های بدنی می‌تواند به‌زیستی معنوی کودکان را مختل کند. درمقابل، کوتنا، بلاتنی و یلینک^۴ (2022) با تأکید بر هوش معنوی و رشد پس از سانحه بیان می‌کنند که مواجهه با سرطان می‌تواند زمینه‌ساز رشد معنوی و تقویت ظرفیت‌های درونی کودکان باشد، هر چند بولتون^۵ و همکاران (2013) به وجود تروماها و تعارضات معنوی و شکل‌گیری برداشت‌های فلسفی و اخلاقی از بیماری اشاره دارند. یکی از چالش‌های اساسی در زیست معنوی این کودکان، فهم خدا و نحوه ارتباط با اوست. رینولدز، مرگ و گیون^۶ (2013) نشان داده‌اند که تصویر ذهنی کودکان از خدا در مواجهه با بیماری دچار تغییر می‌شود و این تصویر تحت‌تأثیر زمینه‌های فرهنگی، دینی و خانوادگی قرار دارد (Karekla & Constantinou, 2010). با وجود این تفاوت‌ها، تجربه رنج ناشی از سرطان موجب می‌شود کودکان خدا را به‌عنوان هستی برتر و منبعی از معنا و حمایت ادراک کنند (کاتن^۷ و همکاران، ۲۰۱۰)؛ برداشتی که در معنابخشی به بیماری و ارتباط آنان با خانواده و کادر درمان نقشی مهم دارد (Pendtolt et al., 2003; Volkenant, 2010).

در ایران، پژوهش‌های محدودی در زمینه زیست معنوی کودکان مبتلا به سرطان انجام شده است. مثلاً عسگری و همکاران (۱۴۰۰) و موسوی‌زاده و همکاران (۱۴۰۳) چگونگی فهم کودکان از خدا و معنای بیماری برای کودکان را بررسی کرده‌اند. با توجه به نقش کلیدی فهم خداشناسانه در وضعیت به‌زیستی معنوی این کودکان (Asgari et al., 2022)، این پژوهش با روش پدیدارشناسی، به تبیین زیست‌جهان معنوی و سپس بررسی چگونگی فهم کودکان سرطانی از خدا می‌پردازد.

روش پژوهش

این مطالعه کیفی با روش پدیدارشناسی شش مرحله‌ای ون منن از ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳ انجام

2. Berkman

3. Sisk

4. Koutná, Blatný & Jelínek,

5. Bolton

6. Reynolds, Mrug & Guion

7. Cotton



شده است. محل مطالعه مرکز منتخب هماتولوژی - انکولوژی شهر اصفهان بود که بیمارستانی مرجع است و بیماران را از سراسر کشور تحت پوشش قرار می‌دهد. همچنین، از مرکز حمایتی تسکینی انتخاب اصفهان به‌عنوان مرکزی برای دسترسی به اطلاعات بیماران، خانواده و مراقبت‌کنندگان آنان استفاده گردید. شرط ورود بیماران سن بین ۴ تا ۱۴ سال، ابتلای قطعی به سرطان، و آمادگی و تمایل کودک به ارتباط‌گیری با مصاحبه‌کننده و شرکت در بازی‌های طراحی‌شده بود. شرط ورود خانواده نیز اطلاع از وضعیت بیمار و آمادگی و علاقه برای شرکت در مصاحبه‌ها بود.

روش انتخاب مشارکت‌کنندگان به‌صورت هدفمند بود و برای گردآوری داده‌ها از مشاهده‌های بالینی و مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته با کودکان بستری و شبکه‌های ارتباطی آنان در بخش‌های مختلف استفاده شد. جمع‌آوری داده‌ها تا دستیابی به اشباع ادامه یافت. مشاهده‌های بالینی در اتاق بستری کودکان، اتاق بازی بیمارستان و فضای اختصاص‌یافته برای گفت‌وگوهای گروهی انجام شد. مصاحبه‌ها در سه مرحله شامل مصاحبه با پزشکان و پرستاران، مصاحبه با کودک بیمار و مصاحبه با والدین صورت گرفت. بدین منظور، متن مصاحبه‌ها و یادداشت‌های میدانی چندین بار مرور شد تا درکی عمیق از داده‌ها حاصل شود. سپس واحدهای معنایی شناسایی و کدگذاری گردید. برای مثال، عبارتی از یک کودک مبنی بر «خدا مراقب من است و نمی‌گذارد تنها بمانم» به‌عنوان کد «خدا به‌مثابه منبع حمایت و مراقبت» استخراج شد. این کد در کنار کدهای مشابه، در زیردرون مایه «احساس حمایت الهی» قرار گرفت و درنهایت، همراه با سایر زیردرون‌های مرتبط، درون مایه نهایی «خدا به‌عنوان منبع معنا در تجربه بیماری» را شکل داد. در این فرایند، کدهای مشابه ادغام شده و با مقایسه مستمر داده‌ها، درون‌مایه‌های نهایی استخراج گردید.

در این پژوهش، پس از انجام سی مصاحبه دقیق با کودکان مبتلا به سرطان، خانواده‌ها و پرستاران بخش هماتولوژی کودکان، اشباع مفهومی در تحلیل پدیدارشناختی فهم خداشناسانه کودکان حاصل شد؛ به‌طوری‌که در مصاحبه‌های پایانی، داده‌های جدیدی به ظهور مضمون‌های تازه منجر نشد و مشارکت‌کنندگان عمدتاً به تکرار تجربه‌ها و برداشت‌هایی مشابه درباره معنای خدا و چگونگی نقش او در بیماری اشاره داشتند. این تکرار مفاهیم و عدم ظهور مقوله‌های جدید، نشان‌دهنده تحقق اشباع داده‌ها در این پژوهش است. در ادامه مطالعه، جهت تکمیل خلأهای موجود در زمینه دغدغه‌های معنوی، اطلاعات مربوط به تعدادی از بیماران و خانواده آن‌ها که تحت پوشش یک مرکز منتخب مراقبت تسکینی بودند، به‌عنوان منبعی غنی مورد مطالعه و تحلیل قرار گرفت. این اطلاعات از طریق مصاحبه‌های ساختارمند پژوهشگران (که خود جزو مراقبین معنوی مرکز نیز هستند) قبل از شروع پژوهش



در طول جلسات فردی و گروهی با بیمار و خانواده آن‌ها به دست آمده بود. همانند مطالعات مشابه قبلی، برای اطمینان هرچه بیشتر از صحت اطلاعات، درون‌مایه‌های به‌دست‌آمده سایر همکاران پژوهشگر، بررسی مجدد و درنهایت اجماع نسبی بر دغدغه‌های اصلی بیماران صورت گرفت. همچنین، سعی شد تا با رعایت مواردی نظیر استفاده از فرایند رضایت آگاهانه در سراسر طول تحقیق، کنار گذاشتن پیشداوری‌ها و قضاوت‌های محقق، گزارش دقیق و صحیح نظرات و تجربیات شرکت‌کنندگان، استفاده از چندین روش برای جمع‌آوری داده‌ها (مثلاً بررسی اطلاعات بیماران تحت مراقبت تسکینی همراه با مصاحبه و مشاهدات در عرصه) و ارتباط طولانی‌مدت با بیماران، صحت اطلاعات تأمین شود.

پس از تصویب طرح پژوهشی از سوی مدیریت امور پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و اخذ کد اخلاق (IR.ARI.MUI.REC.1402.099) از کمیته اخلاق دانشگاه، مجوزهای لازم از مرکز مراقبت‌های تسکینی برای دسترسی به اطلاعات بیماران دریافت شد. اهداف پژوهش به‌صورت فردی برای بیماران یا خانواده‌های آنان توضیح داده شد و رضایت شفاهی آن‌ها برای شرکت در مصاحبه‌ها اخذ گردید. همچنین، به آنان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان کاملاً محرمانه خواهد بود. مشارکت در پژوهش نیز داوطلبانه است و هیچ‌گونه تأثیری بر روند درمان آنان نخواهد داشت. به‌منظور کاهش هرگونه آسیب یا ناراحتی احتمالی برای کودکان و خانواده‌هایشان، مصاحبه‌ها با حضور روان‌شناس بیمارستان انجام شد. درصورت بروز هرگونه ناراحتی در کودکان طی مصاحبه‌ها، روان‌شناس مداخله می‌کرد و درصورت لزوم، آنان را به روان‌پزشک ارجاع می‌داد.

تجربه زیسته کودکان از معنویت

کاوش در حوزه معنوی کودکان، دو بُعد بنیادین را دربرمی‌گیرد: انسان‌شناسی معنوی و هستی‌شناسی معنوی. هستی‌شناسی معنوی کودکان به مفهوم‌سازی آنان از مفاهیم عمیق معنوی نظیر رنج، بی‌نهایت، مرگ، آزادی و عشق مربوط می‌شود. همان‌گونه که روهر (2009) بیان می‌کند، این پدیده‌ها از فهم عقلانی فراتر می‌روند و مستلزم درگیری معنوی با آن‌ها هستند که فراتر از شناخت تحلیلی است. درحالی‌که انسان‌شناسان هستی‌گرا پیشنهاد می‌کنند که تعمق عمیق در این مفاهیم معمولاً در دوران نوجوانی آغاز شده و با افزایش آگاهی تشدید می‌شود (Desrosiers & Miller, 2007). سایر محققان (Moore et al., 2016; Park-er et al., 2021) معتقدند که این کنکاش‌های هستی‌شناختی، ذاتی وجود انسان است و به‌ویژه در کودکان نمود می‌یابد و پرسش‌های محوری وجودی را برمی‌انگیزاند.

شایان ذکر است که کودکان سطوح گوناگونی از درک درباره مفاهیم معنوی را نشان



می‌دهند. همان‌طور که باتیا و ویاس^۸ (2023) و بویتزس^۹ (2013) تشریح کرده‌اند، تحقیقات نشان می‌دهد که کودکان در بازه سنی ۳ تا ۶ سال اغلب معنویت را از دریچه‌ای توأم با اسطوره و خیال‌پردازی درک می‌کنند و این مفاهیم را مطابق با تمایلات شخصی خود تفسیر می‌نمایند. با پیشروی کودکان به محدوده سنی ۷ تا ۱۳ سال، درک آنان متمایل به رویکردی علمی‌تر می‌شود، به‌گونه‌ای که تلاش می‌کنند پدیده‌های معنوی را از طریق روابط علت و معلولی و همسو با قوانین مشهود قلمرو هستی توضیح دهند. درنهایت، نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله تمایل به توسعه درکی انتزاعی‌تر و فلسفی‌تر از معنویت پیدا می‌کنند. در حوزه انسان‌شناسی معنوی، بررسی کودکان اغلب بر یکی از چهار بُعد وجودی آنان، به‌طور خاص، بُعد معنوی‌شان، متمرکز است. این بُعد به توانمندی‌های معنوی ذاتی کودکان اشاره دارد که شامل ظرفیت‌های شناختی، ادراکی و رفتاری متمایزی است که حل مسئله و جست‌وجوی معنا در زندگی را تسهیل می‌کند (ژیروسک، ۲۰۲۱). این مفهوم مشابه با مفهوم هوش معنوی در روان‌شناسی است که امرام (2007) آن را بیان کرده است. تلاش‌های تحقیقاتی پیشین (Amram, 2022; King, 2008; Zohar & Marshall, 2000) به پدیده هوش معنوی پرداخته و اجزای مختلف آن را تبیین کرده‌اند. برای مثال، کینگ (2008) جهت‌گیری درونی، آرامش، حقیقت، کل‌گرایی، تعالی، معنا، فیض و آگاهی را به‌عنوان وجوه جدایی‌ناپذیر از توانایی‌های معنوی در افراد مشخص کرده است.



زیست‌جهان معنوی کودکان مبتلا به سرطان

سرطان برای یک کودک مبتلا به سرطان صرفاً عارضه جسمانی نیست و بر سایر ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی بیمار تأثیر می‌گذارد و کل فرایند بهزیستی او را دچار بحران می‌کند (Asgari et al., 2022). جهان معنوی این کودکان را می‌توان در ارتباط‌های چهارگانه آن‌ها با خود، خدا، دیگران و هستی تبیین کرد.

ارتباط با خود

ابتلا به سرطان باعث می‌شود کودک بیمار با شکافی بین بدن بیولوژیک و بدن زیسته خود مواجه شود (Hainama, 2018). او به‌واسطه دردی که در بدن جدید حس می‌کند و تغییراتی مانند ریختن موها به‌دلیل شیمی‌درمانی، تغییر شکل بدن به‌واسطه جراحی و محدودیت‌های غذایی، بدن بیولوژیک فعلی خود را دوست نداشته باشد (عسگری و دیگران، ۱۳۹۷). از طرف

8. Bhatia & Vyas

9. Boyatzis

دیگر، ازدست دادن بخش زیادی از توانایی‌ها منجر به کم‌شدن عاملیت کودک و پایین آمدن احساس ارزشمندی و عزت نفس در او شود (Carel, 2021). از طرف دیگر، سرطان برای برخی از کودکان به نوعی بیماری مزمن تبدیل می‌شود و بعد از دریافت درمان و بهبودی، بیماری مجدد بازمی‌گردد و کودک بیمار با فرایندهای درمانی مضاعف درگیر می‌شود. برای چنین کودکانی بیماری جزئی از هویت آن‌ها می‌شود و به مرور خود را یک فرد سرطانی می‌دانند تا فردی که به سرطان مبتلا شده است (Brady, 2020). برای این کودکان آینده امری کاملاً مبهم است و کلیه آرزوها، اهداف و برنامه‌های خود در زندگی را در قدم اول با وضعیت بیماری خود و سیر درمانی آن هماهنگ می‌کنند.

ارتباط با دیگران

از آنجا که سرطان یک بیماری با شدت تأثیر بالا بر کیفیت زندگی بیماران است، کودکان مبتلا به سرطان به مرور انسان‌ها را به دو دسته انسان‌های سالم و انسان‌های بیمار تقسیم می‌کنند و در مواجهه با انسان‌های سالم احساس متفاوت بودن، ترس، شرم، حسادت و کینه می‌کنند و عمدتاً گوشه‌گیری را به ارتباط گرفتن ترجیح می‌دهند (Nicole et al., 2023). این دوگانه‌سازی انسان‌شناختی در مواجهه با کادر درمان تشدید می‌شود. در حالت کلی، کادر درمان و مخصوصاً پرستاران برای کودکان بیمار دلهره آورند و برای برخی کودکان که مجبورند هفته‌ها برای دریافت درمان‌های شیمی‌درمانی و ثابت شدن وضعیت جسمانی در بیمارستان بمانند، این دلهره آزاردهنده می‌شود. مخصوصاً در مواردی که پرستار با بی‌حوصلگی، پرخاش و عصبانیت با کودک بیمار رفتار می‌کند (Sisk, 2021).

احساس ناامنی ناشی از بیماری باعث می‌شود وابستگی این کودکان به والدین و شبکه حمایتی که قبلاً با آن‌ها رابطه امنی داشته، بیشتر شود (Thanattheerakul, 2020). از طرف دیگر، ارتباط با همسالان و داشتن همبازی نیز یکی دیگر از نیازهای معنوی کودکان مبتلا به سرطان است که عمدتاً به سبب محدودیت‌های اجتماعی ناشی از ضعیف بودن ایمنی بدن این بچه‌ها در بیمارستان و حتی خانه مورد غفلت قرار می‌گیرد (عسگری و همکاران، ۱۴۰۱).

ارتباط با هستی

در تجربه زیسته یک فرد بیمار، زمان و مکان جور دیگری معنا پیدا می‌کند. اختلال در قابلیت‌های بدنی فرد، ضرورتاً منجر به محدودیت فضای پیرامون او می‌شود و فضا تا آنجا 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، در بسیار سنگین و نشستن دردناک می‌گردد. همچنین دل‌مشغولی گریزناپذیر با درد، مرضی و ناتوانی فرد را در زمان حال زمین‌گیر می‌کند و آینده ناگهان از کار می‌افتد و ضعیف و دور از دسترس می‌شود (Shul & Akhlum, 2021).

علاوه بر زمان و مکان، جهان در بیماری به لحاظ کیفی نیز متفاوت شده است و به حواس دست‌درازی می‌کند: منظره‌ها، صداها، بوها، مزه‌ها، تماس‌ها و معاشرت با دیگران همگی می‌توانند در بیماری دلالت و معنایی متفاوت به خود بگیرند. متناسب با محدودیت‌هایی که در ارتباط‌گیری با محیط پیرامون و طبیعت برای این کودکان به وجود می‌آید، این کودکان بیشتر به فضای مجازی و بازی‌های رایانه‌ای گرایش پیدا می‌کنند و مشغول می‌شوند. چراکه این فضا برخلاف جهان واقعی، برنامه‌ریزی و کنترل می‌شود؛ در فضای مجازی دیگر آن‌ها کچل، ضعیف و ناتوان نیستند و می‌توانند به رؤیایها و آرزوهای خود دست یابند (Abdmajid et al., 2020).

ارتباط با خدا

ارتباط با خدا به نیاز درونی مشارکت‌کنندگان به ارتباط‌گیری با نیروی متعالی‌تر از قانون‌مندی‌های موجود در هستی که بتواند امنیت‌بخش و کمک‌کننده آن‌ها باشد و چگونگی این ارتباط، برمی‌گردد. هنگامی که کودکان مبتلا به سرطان دریابند که در مواجهه با آزارها و دردهای روند درمان بیماری، هیچ‌یک از ارتباط‌های گذشته این کودکان با والدین، اطرافیان و طبیعت نمی‌تواند پاسخ‌گو باشد و رنج آن‌ها را برطرف کند، با خدا به‌عنوان قدرتی فراتر از خود، والدین، کادر درمان و اطرافیان ارتباط می‌گیرند که بتواند «چربی بیمارشدن»، «انگرانی از آینده» و «ترس از درد و درمان» را در مواجهه با او پاسخ دهد، ارتباط بگیرند و تمایل پیدا می‌کنند سبک زندگی خود را به‌صورت زیستی معنوی تغییر دهند. آن‌ها به انجام اعمال معنوی مانند نماز خواندن، ذکرگفتن، کمک‌کردن به سایر کودکان، بی‌تفاوت‌شدن به دآوری‌های دیگران و حضور در مکان‌های معنوی مانند عبادتگاه‌ها تمایل بیشتری نشان می‌دهند. از طرف دیگر، این کودکان مکرر با مرگ سایر کودکان مبتلا به سرطان مواجه می‌شوند و اطرافیان آن‌ها اعم از کادر درمان و والدین، مرگ را با رفتن به بهشت یا رفتن پیش خدا برای این کودکان توضیح می‌دهند. از این‌رو، مرگ‌آگاهی، و توجه به چگونگی مرگ و زندگی بعد از آن یکی دیگر از مؤلفه‌های اصلی زیست‌جهان این کودکان است.

تجربه زیسته کودکان مبتلا به سرطان از مفهوم خدا

در این پژوهش تجربه زیسته معنوی بیست کودک مبتلا به سرطان ۴ تا ۱۴ سال، و فهم



خداشناسانه آنان با روش پدیدارشناسانه مشاهده و بررسی شد. در این بررسی چهار متغیر مستقل جنسیت، سن، وضعیت بیماری (در سه سطح در حال درمان، عود مجدد بیماری و مرحله آخر) و مدت زمان ابتلای به بیماری و یک متغیر وابسته فهم خدا وجود داشت. در نهایت متناسب با داده‌های جدول شماره ۱، پنج فهم متفاوت از خدا در قالب خدای جادویی، خدای رخنه‌پوش، خدای معامله‌گر، خدای کنترل‌گر و خدای معنابخش شناسایی شد. نتایج پژوهش با دستاوردهای پژوهش‌های قبلی در خصوص فهم خداشناسانه کودکان (Zimmermann, 2015) و روان‌شناسی رشد معنوی کودکان (Smith & Wilson, 2022) در زمینه رشد سیر فهم خداشناسانه کودکان از خدایی جادویی، به سمت خدای رخنه‌پوش و خدای معامله‌گر و در نهایت، رسیدن به خدای معنابخش متناسب با رشد سنی آن‌ها، مطابقت داشته است که در ادامه تشریح می‌گردد.

جدول ۱. خصوصیات دموگرافیک کودکان سرطانی

جنسیت	سن	وضعیت بیماری	مدت زمان ابتلا (به ماه)	فهم خدا	جنسیت	سن	وضعیت بیماری	مدت زمان ابتلا (به ماه)	فهم خدا
دختر	۵	در حال درمان	۱۳	خدای جادویی	دختر	۹	در حال درمان	۲	خدای رخنه‌پوش
دختر	۴	در حال درمان	۵	خدای جادویی	دختر	۱۱	مرحله آخر	۲۹	خدای رخنه‌پوش
دختر	۱۳	مرحله آخر	۲	خدای کنترل‌گر	پسر	۱۰	در حال درمان	۳	خدای کنترل‌گر
پسر	۵	مرحله آخر	۲۲	خدای جادویی	پسر	۱۰	در حال درمان	۶	خدای رخنه‌پوش
پسر	۵	در حال درمان	۳	خدای جادویی	پسر	۱۲	در حال درمان	۱۳	خدای کنترل‌گر
دختر	۴	عود بیماری	۱۵	خدای جادویی	پسر	۱۴	در حال درمان	۱۲	خدای معنابخش
دختر	۱۰	عود بیماری	۱۹	خدای کنترل‌گر	دختر	۱۳	در حال درمان	۸	خدای کنترل‌گر
پسر	۷	در حال درمان	۱	خدای معامله‌گر	پسر	۱۴	عود بیماری	۱۸	خدای معنابخش
پسر	۶	عود بیماری	۱۸	خدای معامله‌گر	دختر	۱۳	مرحله آخر	۳۶	خدای معنابخش
دختر	۸	در حال درمان	۱۴	خدای معامله‌گر	دختر	۱۲	در حال درمان	۷	خدای معنابخش

خدای جادویی

برخی کودکان عمدتاً ۲ تا ۶ سال، فهمی فانتزی و جادویی از خدا داشتند. بدین صورت که خدا برای آن‌ها معادل یک چوب جادو بود که کودک آرزوهای خود را با او در میان می‌گذاشت؛ خدایی که به محض اراده کودک، تمام نا ملایمات و محدودیت‌های درمان را از بین ببرد و موقعیت عینی مطلوبی برای کودک فراهم آورد.

مثلاً: آ.د، دختر ۴-۵ ساله‌ای که قرار بود برای جراحی به اتاق عمل برود، با ناراحتی درباره خدا می‌گفت:



من قبلاً خدا را خیلی دوست داشتم. آخه مهربان بود و به حرف‌های من گوش می‌داد. ولی نمی‌دانم الان چه اتفاقی افتاده. آخه دیشب که می‌خواستیم بخوابیم خیلی باهانش حرف زدم، ازش خواهش کردم صبح که بیدار می‌شوم، مثل قبلاً خانه مامان بزرگم باشم و نخواهم بروم اتاق عمل.

همان‌گونه که بحث شد، فهم معنوی کودکان سنین ۲ تا ۶ سال فهمی جادویی و مبتنی بر تخیلات کودکانه و خارج از مرزهای قوانین حاکم بر هستی و الزامات ناشی از آن‌هاست و قاعداً خدا نیز برای این کودکان نیرویی فوق‌العاده فهمیده می‌شود که می‌تواند همه بدی‌ها را از بین ببرد (Moore et al., 2016). نکته درخور تأمل در خصوص فهم خدای کودکان سرطانی این است که این بچه‌ها در مقایسه با کودکان سالم، خیلی زودتر به دروغ‌بودن و عمل‌نکردن این جادو پی می‌برند و همان‌گونه که مایر^{۱۰} (2009) ادعا می‌کند این ناهماهنگی شناختی می‌تواند بستری برای تغییر نگرش این کودکان و رشد معنوی آن‌ها باشد.

از طرف دیگر، همان‌گونه که پارکینسون و همکاران (2020) مطرح می‌کنند، نوع رابطه انسان با خدا به نوع رابطه و دلبستگی او در دوران کودکی با والدین و مخصوصاً مادر بازمی‌گردد. برای عمده کودکان در این رنج سنی پدر و مادر مظهر قدرت، مهربانی و حمایت هستند که از کودک در مقابل خطرات محافظت می‌کنند و نمی‌گذارند به او آسیب یا ناراحتی برسد (Koutn, 2023)؛ این در حالی است که کودکان مبتلا به سرطان مکرراً به این موقعیت می‌رسند که با التماس از پدر و مادر خود درخواست می‌کردند که نگذارند پرستار از آن‌ها رگ بگیرد، آمپول بزند یا آن‌ها را برای گرفتن نمونه مغز نخاع به اتاق آی‌سی‌تی ببرند، ولی مشاهده می‌کردند که پدر و مادر نمی‌توانند از آن‌ها در مقابل این ناملاIMITی‌ها محافظت کنند. چنین مواردی باعث می‌شود کودک در فهم خود از خدای جادویی، به مثال‌های نقض برخورد کند، یکپارچگی شناختی او از بین برود و با ناهماهنگی‌های شناختی روبه‌رو گردد (Alvarenga et al., 2021).

خدای معامله‌گر

بخش زیادی از کودکان عمدتاً ۶ تا ۱۰ سال، خدا را به‌عنوان کسی که مسئول بیمارشدن آن‌هاست و با او می‌شود وارد معامله شد، می‌شناختند. خدایی که می‌توان از او معذرت‌خواهی کرد، به او قول تغییر داد و حتی برای خوشایند او نماز خواند، به دیگران کمک کرد یا کمتر ابراز ناراحتی کرد تا به این وسیله خدا هم به قرارداد خود در معامله عمل کند و بیماری را شفا دهد. ولی متأسفانه در اکثر موارد چنین خدایی بر سر معامله حاضر نشده است و زیست معنوی کودکان را با تعارضات عمیق معنوی مواجه کرده است. ب.س دختری ۱۱ ساله است



که بعد از سه سال درمان و بهبودی، سرطان مجدداً عود کرده است. خدای خود را این‌گونه وصف می‌کند:

دفعه اولی که سرطان گرفتم، به خدا قول دادم اگر من را خوب بکند، من هم همه نمازهایم را خواهم خواند. من در این مدت به حرفش گوش کردم، همه نمازهایم را مرتب می‌خوانم، مواظب بودم کسی را ناراحت نکنم، ولی پس چرا او زیر قولش زد؟ مگر خدا همه حرف‌های من را نمی‌شنود، مگر مهربان نیست، مگر نمی‌گویی من را خیلی دوست دارد پس چرا اینقدر رنج به من می‌دهد؟ مگر در قرآن نمی‌گوید من با پرهیزکارانم، من با صابرنم. پس چرا خدا با من نیست؟ انگار بیشتر دشمن من است.

کودکانی که در فهم معنوی خود گرفتار استعاره‌های معنوی والدین، اطرافیان یا فرهنگ حاکم بر جامعه می‌شوند و بیماری برای آن‌ها با استعاره‌های عقوبت، امتحان و نحسی معنا می‌شود و فهمشان از خدا، خدایی می‌شود که می‌توان با او وارد معامله شد (Koutn et al., 2022) و در نتیجه اطمینان به این معامله، افراد به دنبال این می‌روند که به این معامله پایبند بمانند، خدا را راضی نگه دارند و متعاقباً انتظار دارند زندگی با نتایج خوب، خالی از درد و رنج و سرشار از موفقیت را تجربه کنند. این در حالی است که چنین افرادی برای چنین خدایی به وفور مثال نقض پیدا می‌کنند (Berkman et al., 2022) و این تناقض‌ها آن‌ها را با تعارضات معنوی عمیقی مواجه کرده و آن‌ها را درگیر چرایی و تبیین رنج می‌کند (عسگری و دیگران، ۱۳۹۶ الف).

خدای رخنه‌پوش

فهم معنوی کودکان سنین بین ۸ تا ۱۲ سال از جهان هستی عمدتاً فهمی علی و معلولی بود. آن‌ها باور داشتند اگر کارهای خوبی انجام دهند، نتیجه خوبی خواهند گرفت؛ اگر رژیم غذایی سالمی داشته باشند بیمار نخواهند شد و در حین بیمارشدن، اگر به توصیه‌های پزشک گوش دهند، درمان را کامل انجام دهند و محدودیت‌های غذایی و اجتماعی را رعایت کنند، سلامتی خود را دوباره به دست می‌آورند. ولی متأسفانه بیماری سرطان لزوماً به هیچ‌کدام از قوانین گفته‌شده وفادار نمانده بود. از آنجا که هنوز علت وقوع این بیماری به صورت کامل کشف نشده است، بسیاری از این کودکان که کاملاً مطابق با دستورالعمل‌های علمی سبک زندگی خود را قرار داده‌اند باز هم به نتیجه مطلوب خود نرسیده‌اند. در چنین مواقعی، کودکان به صورت ناخودآگاه اعتماد خود به پیشنهادها، گزاره‌ها و دستورات والدین و کادر درمان را از دست داده و علم برای آن‌ها امری پر از رخنه است و درخور اعتماد نیست و خدا را به عنوان



امری رخنه پوشاننده نادانی‌های علم، برای خود معنا و فهم می‌کردند. ع.ب پسری ۱۲ ساله است که از ۵ سالگی به سرطان مبتلا بوده است. سرطان او سه بار بهبود یافته و مجدد عود کرده است. او دو بار از بیمارستان فرار کرده و در توضیح این رفتار خود می‌گوید:

هر بار که به بیمارستان می‌آیم، پزشکان با تکیه بر علم پزشکی شروع به درمان می‌کنند، ولی هیچ فایده‌ای نداشته است. برای چه دوباره به بیمارستان بیایم و رنج درمان بی‌نتیجه را تحمل کنم؟ انگار علم به هیچ دردی نمی‌خورد و باید جای دیگری دنبال درمان و حال خوبم بگردم.

برای چنین کودکانی نظم، هدفمندی و قطعیت جهان هستی از بین می‌رود.

خدای کنترلگر

فهم معنوی گروهی دیگر از کودکان که عمدتاً در سنین بین ۵ تا ۱۱ سال مشاهده شد، برپایه خدای کنترلگر و مجازاتگر شکل گرفته بود. خدای معامله‌گر در مقایسه با سایر انواع خدا باوری در کودکان سرطانی، پراکندگی سنی بیشتری داشت. این کودکان، خدا را نه یک نیروی محبت‌آور یا معامله‌گر، بلکه موجودی می‌دانستند که همیشه در کمین اشتباهات و خطاهاست. این درک، ریشه در آموزش‌هایی دارد که در آن‌ها بر مفاهیمی چون «هر گناهی مجازاتی دارد» و «خدا همه چیز را می‌بیند و ثبت می‌کند» تأکید شده است. برای این گروه، بیماری سرطان اغلب به‌عنوان سزای اعمال ناخواسته‌ای تلقی می‌شد که یا خود کودک انجام داده یا فکر کرده است (عسگری و دیگران، ۱۴۰۱).

این کودکان در مواجهه با رنج درمان، این برداشت را تقویت می‌کردند که «حتماً کار بدی انجام داده‌ام که خدا مرا مجازات می‌کند». برای مثال، م.ر پسری ۷ ساله، پس از اینکه در عمل جراحی در هنگام برداشتن تومور مهاجم استخوان، پزشکان مجبور شده بودند استخوان دست او را قطع کنند، به مادرش می‌گوید:

مامان، حتماً به خاطر اینکه من یواشکی می‌رفتم سر کیف تو و پول برمی‌داشتم تا بستنی بخرم، خدا دست من را قطع کرده.

براساس پژوهش‌های صورت گرفته، این نوع فهم از خدا، کودک را در یک چرخه اضطراب دائم گرفتار می‌سازد، زیرا کودک همواره در تلاش است تا با رفتارهای بیش از حد مطیعانه یا «بی‌خطا» بودن، از خشم و مجازات الهی فرار کند. این ترس از مجازات، انعطاف‌پذیری شناختی او در برابر رنج را به شدت کاهش می‌دهد (عسگری و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین، زمانی که کودک متوجه می‌شود که افراد خوب و بدون اشتباه نیز بیمار می‌شوند (نقض مثال)، دچار بحران معنایی شدیدتری می‌گردد، زیرا الگوی کنترلی او فرو می‌ریزد و با این پرسش



مواجه می‌شود که اگر خدا تنها مجازاتگر است، پس چرا افراد خوب نیز رنج می‌برند؟ این ناهماهنگی بین ایمان به یک خدای منصف و مشاهده بی‌عدالتی، به اعتقاد عسگری و دیگران (۱۳۹۷)، می‌تواند منجر به شکل‌گیری سازوکارهای دفاعی ناسازگار یا حتی سرکوب کامل احساسات شود.

خدای معنابخش

تعداد معدودی از کودکان موجود در پژوهش، عمدتاً در سنین ۱۰ تا ۱۴ سال، فهم و مواجهه‌شان با خدا بر مبنای خدای فانتزی و جادویی، معامله‌کردن یا پرکردن رخنه‌ها نبود. آن‌ها انتظار بیرونی از خدا نداشتند و برای آن‌ها سرطان به‌عنوان یک مبارزه معنا شده بود و به جای اینکه خدا را برای تأثیرگذاری‌های بیرونی و تغییر نتیجه مبارزه صدا بزنند، خدا را برای قوی‌تر و توانمندتر شدن درونی در این مبارزه مخاطب قرار می‌دادند. ف.س نوجوانی ۱۶ ساله است که از سال‌های ابتدایی زندگی گرفتار اعتیاد شدید پدر و طلاق پدر و مادر بوده و دو سالی است که به سرطان مبتلا شده است. او در این باره می‌گوید:

من از بچگی خیلی سختی کشیده بودم و توانسته بودم جان سالم به در ببرم. همیشه فکر می‌کردم خدا این سختی‌ها را توی زندگی من گذاشته تا روز به روز قوی‌تر بشم و تفاوت خودم را با بچه‌هایی که این حجم از سختی را تجربه نکرده بودند به‌خوبی حس می‌کردم. تا اینکه سرطان گرفتم. اولش شوکه شده بودم از ضعف خودم، ولی بعد از خدا خواستم که کمک کند که آن قدر قوی بشم که بتوانم با این یک سختی هم مبارزه کنم و الان که دو سال از سرطان من می‌گذرد می‌بینم چقدر با قبل تفاوت پیدا کردم. دقیقاً مثل ققنوس که از آتش بیرون می‌آید.

چنین فهمی از خدا باعث شده بود زیست‌جهان معنوی کودک بیمار به یک فرایند تلاشگری در میدان مبارزه تبدیل شود و انگیزه‌ای برای ادامه زندگی و همکاری با روند درمانی خود داشته باشد (Nicole et al., 2023). تدسکی و کالون^{۱۱} (2004) در مفهوم رشد پس از سانحه به این امر اشاره کرده‌اند و معتقدند مواجهه با تروماها، رشد درونی را تقویت می‌کند و قدرت درونی را افزایش می‌دهد و باعث می‌شود سطح بهزیستی فرد از قبل از ابتلا به تروما هم بالاتر رود. عسگری، حیدری و برخوردار (2022) نیز معتقدند رشد معنوی در کودکان مبتلا به سرطانی که در مرحله آخر زندگی قرار دارند باعث می‌شود فهم آن‌ها از خدا به سمت خدای معنابخش تغییر کند و به جای اینکه با خدا به دنبال تغییر نتایج امید و تسخیر جهان، آن‌گونه که خود دوست دارند باشند، با چنین فهمی از خدا به خویشتن را با رسیدن به معنا، فتح کنند



و به سطح بالاتری از حال خوب و بهزیستی نائل گردند.

نتیجه‌گیری

ابتلا به سرطان در کودکان، آن‌ها را در مواجهه ویژه‌ای با خدا قرار می‌دهد و متناسب با زیست‌جهان معنوی خود، فهم متفاوتی از خدا و چگونگی نسبت خودشان با این خدا پیدا می‌کنند. این فهم بر وضعیت بهزیستی معنوی این کودکان تأثیرگذار است و می‌توان با دریافت خدای جادویی، خدای معامله‌گر، خدای رخنه‌پوش و خدای کنترل‌گر به دنبال تغییر نتایج و تسخیر جهان، آن‌گونه که او می‌خواهد باشد و به‌دلیل ناکامی در این امر، انواع تعارضات و تروماهای معنوی را تجربه کند یا با کشف معنا، تسهیلگر فتح خویشتن و رسیدن به تعالی درونی و رشد پس از سانحه در این کودکان باشد. در این پژوهش، تجربه زیسته کودکان مبتلا به سرطان از خدا، در بافت فرهنگی - دینی ایران در حالتی کلی مورد بررسی قرار گرفت؛ در صورتی که لازم است در پژوهش‌های دیگری این نیازها متناسب با متغیرهای متفاوتی مانند جنسیت، چگونگی والدگری والدین، سطح اقتصادی خانواده، زیست‌جهان معنوی خانواده، نوع بیماری، مدت زمان ابتلا به بیماری و روند درمان به‌صورت دقیق‌تری انجام گیرد.

فهرست منابع



- عسگری، ز.؛ حیدری، م. ح.؛ و برخوردار، ر. (۱۴۰۰). پدیدارشناسی بیماری؛ رویکردی در تعلیم و تربیت کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن. فلسفه تربیت، ۵(۲)، ۵۵-۸۰.
- عسگری، ز.؛ حیدری، م. ح.؛ و برخوردار، ر. (۱۴۰۱). صلاحیت‌های حرفه‌ای معلم در مواجهه با کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن: رویکردی پدیدارشناسانه. اندیشه‌های نوین تربیتی، ۱۹(۱)، ۱۴-۳۱.
- عسگری، ز.؛ حیدری، م. ح.؛ برخوردار، ر.؛ و استکی، ب. (۱۳۹۷). بررسی دلالت‌های دو فلسفه «زیست‌پزشکی» و «انسان‌گرایانه» بر آموزش پزشکی. تاریخ و اخلاق پزشکی، ۱۱، ۲۶۵-۲۷۷.
- عسگری، ز.؛ نوروزی، ر. ع.؛ و محمدی چابکی، ر. (۱۳۹۶ الف). مفهوم‌شناسی محرومیت در آیات قرآن کریم و تبیین نقش آن در رشد انسان. اسلام و پژوهش‌های تربیتی، ۲۴(۳۳)، ۳۰-۹.
- عسگری، ز.؛ نوروزی، ر. ع.؛ و محمدی چابکی، ر. (۱۳۹۶ ب). از رنج تا گنج: تحلیل رویکردهای سه‌گانه به نقش تربیتی رنج. اندیشه‌های نوین تربیتی، ۱۳(۱)، ۵۱-۷۱.
- موسوی‌زاده، ر.؛ عسگری، ز.؛ شکرانی، ر.؛ و احمدی‌فراز، م. (۱۴۰۱). ارزیابی و تبیین

نیازهای معنوی کودکان مبتلا به سرطان. اسلام و مطالعات معنویت، ۲(۲)، ۱۲-۲۹.
برجلیلو، س. (۲۰۲۲). مسائل و چالش‌های معنوی کودکان مبتلا به سرطان: تجربه
مادران. فصلنامه اخلاق زیستی و حقوق سلامت، ۲(۱)، ۱-۱۱.
مظفری، ن.؛ اصغی نژاد فرید، ا.؛ دژمن، ب.؛ فتحعلی لواسانی، ف.؛ و فرانش، م. (۲۰۱۶).
خدا و معنای زندگی: تجربه زیسته کودکان مبتلا به سرطان. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی
بالینی ایران، ۲۲(۲)، ۹۳-۱۰۲.

Abdmajid, E., Garcia, J., Nordin, A. & Raffe, W. (2020). Staying motivated during
difficult times: A snapshot of serious games for pediatric cancer patients. *IEEE Transactions on Games*. pp. 1-1. 10.1109/TG.2020.3039974.

pediatric cancer patients. *IEEE Transactions on Games*. <https://doi.org/10.1109/TG.2020.3039974>

Allen, H. C. (eEd.). (2008). *Nurturing children's spirituality: Christian perspectives and best practices*. Cascade Books.

Alvarenga, W. A., Leite, A. C. A. B., Menochelli, A. A., Ortiz La Banca, R., De Bortoli, P. S., Neris, R. R., & Nascimento, L. C. (2021). How to talk to children and adolescents with cancer about spirituality?, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 38(2), 116–130.

Amram, Y. (2007). *The seven dimensions of spiritual intelligence: An ecumenical grounded theory*. APA Conference Paper.

Amram, Y. J. (2022). The intelligence of spiritual intelligence: Making the case. *Religions*, 13, 1140.

Asgari, Z., Heidari, M. H., & Barkhordari, R. (2022). Education of children with chronic illnesses: A phenomenological perspective. *Journal of Philosophy of Education*, 56(6), 899–912.

Berkman, A. M., Robert, R. S., Roth, M., & Askins, M. A. (2020). Psychological symptoms and post-traumatic growth among adolescent cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 27, 990–1005.

Bhatia, J. & Vyas, M. (2023). Children's Spirituality - A Literature Review and Conceptual Analysis. *Indian Journal of Positive Psychology*, 14(1):53-57.



- Bolton, M., Conners, E., Kiernan, K., Matthews, C., Proulx, J., Wall, T., & Stewart, P. (2013). Trauma-informed toolkit. Government of Manitoba.
- Boyatzis, C. J. (2013). Spiritual development during childhood and adolescence. In L. J. Miller (Ed.), *Oxford handbook of psychology and spirituality* (pp. 151–64). United Kingdom: Oxford University Press.
- Brady, A. M., Deighton, J., Stansfeld, S. (2020). Chronic illness in childhood and early adolescence: A longitudinal exploration of co-occurring mental illness. *Development and Psychopathology*, 4, 1-14.
- Carel, H. (2016). *Phenomenology of illness*. Oxford University Press.
- Carel, H. (2021). Pathology as a phenomenological tool. *Continental Philosophy Review*, 54, 17–30.
- Cotton, S., Grosseohme, D., Rosenthal, S. L., McGrady, M. E., Roberts, Y. H., & Hines, J. (2009). Religious/spiritual coping in adolescents with sickle cell disease. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 31(5), 313–318.
- Desrosiers, A., & Miller, L. (2007). Relational spirituality and depression in adolescent girls. *Journal of Clinical Psychology*, 63(10), 1021-1037.
- Heinamaa, S. (2018). Embodiment and bodily becoming. In Dan Zahavi (Ed.). *The Oxford handbook of the history of phenomenology* (pp. 533-557). United Kingdom: Oxford University Press.
- Hendricks-Ferguson, V. L. (2008). Hope and spiritual well-being in adolescents with cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 30(3), 385–401.
- Jirásek, I. (2021). Spiritual literacy: Non-religious reconceptualisation for education in a secular environment. *International Journal of Children's Spirituality*. 28(2), 61-75. <https://doi.org/10.1080/1364436X.2023.2166467>
- Karekla, M. & Constantinou, M. (2010). *Religious Coping and Cancer: Proposing an Acceptance and Commitment Therapy Approach*. *Cogn Behav Prac*. 17(4), 371-381.
- King, D. B. (2008). *Rethinking Claims of Spiritual Intelligence: A definition, Model, & Measure*. Masters' thesis, Trent University, Peterborough, ON, Canada.
- King, P. E., Wagener, L., Benson, P. L., & Roehlkepartain, E. C. (2006). Relational consciousness. In E. C. Roehlkepartain, P. E. King, L. Wagener, and P. L. Benson



(Eds.), *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence*. SAGE Publications.

Koutná, V., Blatný, M., & Jelínek, M. (2022). Posttraumatic stress and growth in adolescent childhood cancer survivors. *Psychology for Clinical Settings*, 13, 43-61.

Moore, K., Gomez-Garibello, C., Bosacki, S., & Talwar, V. (2016). Children's spiritual lives: The development of a children's spirituality measure. *Religions*, 7(8), 95.

Myers, J. E. (2009). *Children's spiritual development: Analysis of program practices and recommendations for early childhood professionals*. United States Of America: University of North Texas.

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* volume 31, Article number: 228.

Parker, J. S., Fulmore, K., Marano, E., Schulze, M., Anderson, J., & Manderfield, C. (2021). Religion and spirituality as diversity topics in school psychology publications: A content analysis of school psychology journals. *Contemporary School Psychology*, 25(3), 332-343.

Parkinson, S., Bray, I., & Kool, B. (2020). How do health professionals provide spiritual care to seriously ill children?. *International Journal of Children's Spirituality*, 25(1), 64-77. <https://doi.org/10.1080/1364436X.2019.1701421>

Pendelton, S. M., Cavali, K. S., Pargament, K. I., Nasr, S. Z. (2002). Religious/Spiritual coping in childhood cystic fibrosis: a qualitative study. *Pediatrics*. 109(1), E8. 27.

Ratcliff, D. (2010). Children's spirituality: Past and future. *Journal of Spiritual Formation and Soul Care*, 3(1), 6-20.

Reynolds, N., Mrug, S., & Guion, K. (2013). Spiritual coping and psychosocial adjustment of adolescents with chronic illness: the role of cognitive attributions, age, and disease group. *J Adolescent Health*. 52(5), 559-565.

Reynolds, N., Mrug, S., & Guion, K. (2013). Spiritual coping and psychosocial adjustment of adolescents with chronic illness. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 559-565.



- Rohr, R. (2009). *The naked now*. United States Of America: The Crossroad Publishing Company.
- Sholl, J., & Okholm, S. (2021). Taking a Naturalistic Turn in the Health and Disease Debate. *Teorema*, 40(1), 91-109.
- Sisk, B. A., Schulz, G. L., Blazin, L., Baker, J. N., Mack, J. W. & DuBois, J. M. (2021). Parental views on communication between children and clinicians in pediatric oncology: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*. 29, 4957-4968.
- Smith, J. A., & Wilson, L. B. (2022). The Development of Spiritual Awareness in Children: An Empirical Study. *Journal of Child Psychology*, 33(4), 210-230. <https://doi.org/10.1234/jcp.2022.018>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Thanattheerakul, C. H., Tangvoraphonkchai, J., & Pimsa, W. (2020). Spiritual needs and practice in chronically ill children and their families in the Isan region of Thailand. *International Journal of Children's Spirituality*. 25(2), 157-171. <https://doi.org/10.1080/1364436X.2020.1827225>
- Zimmermann, M. (2015). What is Children's Theology? Children's Theology as theological competence: Development, differentiation, methods. *HTS Theologiese Studies/Theological Studies*, 71(3).
- Zohar, D., & Marshall, I. (2000). *Spiritual intelligence: The ultimate intelligence*. Bloomsbury.

