

מפגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

מקומם של הפסיכולוג והיועץ החינוכי בתהליך
שילוב ילד חולה במערכת החינוך
מנקודת ראותו של המורה

יוספה איזנברג וחנה אולמן

תדפיס מתוך גיליון 27

סיון תשס"ח - יוני 2008

מקומם של הפסיכולוג והיועץ החינוכי בתהליך שילוב ילד חולה במערכת החינוך מנקודת ראותו של המורה*

יוספה איזנברג וחנה אולמן

הגיעה תחילת השנה. הוא נראה קצת שונה. הוא נורא רזה. ובראש יש לו סימנים של הניתוח. [...] בכיתה א יש כמה דקות מפגש אישי, אתי. הוא לא דיבר הרבה. היה חשוב לו להראות את הצינור. שאני אשאל אותו. לי זה היה מאוד קשה כי לא ידעתי איך להגיב. לדבר על זה, לא לדבר, מה לשאול, מה הילד יודע? את עובדת עם ילדים בכיתה א, מה להגיד להם? האימא לא אמרה כלום. היא כמוֹבֵן ידעה שאני יודעת. היא כל כך התרגשה מהמעמד. בזמנו אמרו להם שסביר להניח שהילד לא יגיע לכיתה א, אז הייתה כל כך התרגשות במשפחה שהילד עולה לכיתה א שאני חושבת שהם רצו ליהנות מזה. אולי באיזה שהוא מקום לא לדבר רגע על המחלה, רגיל. ועוד הרבה זמן עד אספת הורים היא לא ניגשה אליי (מורה לילד חולה).

תקציר

מאמר זה מבוסס על מחקר שמטרתו הייתה לבדוק את התהליך שעובר על המורים בהתמודדותם עם שילובו בכיתה של ילד החולה במחלה כרונית, ואת הגורמים המשפיעים על תהליך זה מנקודת מבטם. במאמר נציג את מקומם של הפסיכולוג והיועץ החינוכי בתהליך שילוב ילד חולה במערכת החינוך מנקודת ראותו של המורה.

אוכלוסיית המחקר כללה עשרים מורות, שהיו מחנכות של ילד חולה במשך שנה לפחות מפרוץ המחלה או במשך שנה מתחילת שנת הלימודים. הנתונים נותחו בדרך של אינדוקציה אנליטית, שפירושה ארגון הנתונים על פי קטגוריות ראשוניות ותיקון, שיפורן ועיבודן של קטגוריות אלה ככל שהמחקר מתקדם.

במישור התאורטי חושפים ממצאי המחקר גוף ידע אותנטי-מחקרי שהובנה על ידי המורים ומספקים מידע על האפיונים הפיזיים, הלימודיים והחברתיים-רגשיים של הילד החולה. הממצאים מבהירים את ההבדלים הקיימים בתהליך "שילוב מחדש" של ילד שחלה באופן פתאומי, לעומת תהליך "שילוב" ילד שהגיע חולה, והם מאפשרים תיאור השלבים שעוברות המורות בתהליך ההתמודדות שלהן עם שילוב הילד החולה.

במישור היישומי הממצאים מציגים פרופיל התנהגות של מורות, ממצאים הנוגעים לסביבות אקולוגיות שונות של הילד, המקדמים או מעכבים שילוב יעיל בעיני המורות. הממצאים המוצגים כאן יכולים לסייע בידי הפסיכולוג והיועץ החינוכי ובידי אנשי חינוך בכלל בהרחבת זהותם המקצועית בכל הנוגע למורה ולילד בתהליך השילוב.

מילות מפתח: מחלה כרונית, שילוב, שילוב מחדש, מערכת החינוך, פסיכולוג, יועץ חינוכי

* המאמר מבוסס על עבודת הדוקטורט של יוספה איזנברג, "שילובם של ילדים חולים במחלות כרוניות מאיימות-חיים במערכת החינוך מנקודת מבטו של המורה" (2005). העבודה נכתבה בהנחיית חנה אולמן, במסגרת בית הספר לחינוך באוניברסיטה העברית בירושלים.

רקע תאורטי

המחקר המוצג הוא חוליה ייחודית וראשונית במסגרת הכללית של מחקר העוסק בשילוב ילדים בעלי צרכים מיוחדים במערכת החינוך, והוא מתמקד בשילוב ילדים החולים במחלות כרוניות המאיימות על החיים בבית הספר היסודי.

הגדרה ומאפיינים כלליים

נושא שילובם של ילדים החולים במחלות כרוניות במערכת החינוך מקבל חשיבות מיוחדת בתקופתנו, משום שבשני העשורים האחרונים חלה התפתחות משמעותית בטיפול במחלות כרוניות אצל ילדים (Brown, 1993; Clark, Russman & Orme, 1999). בגלל טיפולים חדשניים, ילדים רבים חוזרים לבית הספר תוך כדי הטיפול הרפואי ואחריו (Armstrong, Blumberg & Toledano, 1999; Wolters, Brouwers & Moss, 1995), ובשל ההתקדמות הרפואית, מחלות ילדים שנחשבו בעבר כמחלות סופניות הופכות למחלות כרוניות, ועל כן אוכלוסיית הילדים החולים במחלות אלה הולכת וגדלה, וכך גם ההתעניינות בהשפעות המוקדמות והמאוחרות של המחלה (שליט, 2002; Kazak et al., 1999). ילדים אלה זוכים לתשומת לב גוברת גם בזכות שינויים חברתיים, כגון: חקיקה חדשה (משרד החינוך, תשס"א, תשס"ח), עלייה במודעות הציבור לבעיותיהם ופתיחות של אמצעי התקשורת לעסוק בעניינם (אורקין, כץ, גזלה ובר-דוד, 2004).

היות שהטיפול וההחלמה נמשכים חודשים ואף שנים, לבית הספר על מרכיביו השונים ישנה השפעה רבה על תהליך השיקום, המתחיל בבית החולים (Clark, 1996); ויש הטוענים ששילוב מוצלח בבית הספר הוא גורם מכריע בשיקום ובהחלמה ממש כמו טיפול רפואי. יתר על כן, תמיכה נכונה שמקבלים ההורה והילד החולה כאשר הילד חוזר לקהילה ולבית הספר, היא מדד להסתגלותו הטובה בעתיד (Cleave & Charlton, 1997; Kazak et al., 1999).

מחלה כרונית מוגדרת כהפרעה הנמשכת לאורך זמן; מצב החולה עשוי להידרדר, והמחלה עלולה להפוך למחלה סופנית, אולם החולה ממשיך לנהל מערכת חיים נורמלית יחסית, למרות ירידה בתפקודים פיזיים או שכליים, או בשניהם גם יחד. לעתים יש במהלך המחלה החמרה במצב הבריאותי של החולה, והיא דורשת השגחה רפואית מיוחדת. כאמור, המסלול המתמשך של המחלה הוא מרכיב מהותי בהגדרתה. מהות זו משמשת את ההגדרה המופיעה בישראל בחוק חינוך חנינם לילדים חולים, התשס"א-2001 (משרד החינוך, תשס"א).

המונחים "מחלה" (disease) ו"לקות" (disability) משמשים לעתים כמונחים שניתן להחליפם זה בזה, אף שבאופן כללי המונח "מחלה" מתייחס לבסיס הביולוגי של המצב, בעוד המונח "לקות" מתייחס לבסיס ההתנהגותי (Eiser, 1993). זויות הראייה הרפואית מתייחסת בדרך כלל לילד חולה בפרדיגמה ספציפית למחלה, ובניגוד לכך, בתי הספר ושירותי השיקום מתייחסים לילד החולה בפרדיגמה כוללת התואמת את צורכיהם המשותפים של הילדים (Thies, 1999; Thompson, 1996). משום כך, המחקר הנוכחי מתייחס לאפיונים המשותפים

לאוכלוסיית הילדים החולים במחלות כרוניות, מעבר לדיאגנוזות השונות. האפיונים המשותפים הם המסלול המתמשך של המחלה, העובדה שהמחלה עלולה להיות סופנית אך החולה ממשיך לנהל מערכת חיים נורמלית יחסית והיותה מחייבת טיפול אינטנסיבי מתמשך, אשר עלול להשפיע על תפקודו היום יומי של הילד. במחקר זה **נבדקה לראשונה נקודת מבטם של המורים** על שילובם של ילדים החולים במחלות המאיימות על החיים. המאמר הנוכחי, הנגזר ממחקר זה, מתייחס למקומם של הפסיכולוג והיועץ החינוכי בתהליך שילוב הילד החולה, כפי שהוא משתקף בעיני המורה.

בפרדיגמה הכוללת קיימת התייחסות למדדים הבאים: (א) **תפוצה** – מחלות כרוניות בקרב ילדים הן מחלות נדירות בהשוואה למחלות כרוניות אצל מבוגרים, ככל שיוורדת שכיחות המחלה כך קטן יותר הידע הקיים באשר לדרכי התמודדות; (ב) **זמן הופעת המחלה** – התמודדות עם מחלה מלידה שונה מהתמודדות עם מחלה שמופיעה אחרי תקופת התפתחות נורמלית; (ג) **ניעות** – המידה שבה המחלה משפיעה על הניעות היא בעלת השפעה על האינטראקציה של הילד עם הסביבה; (ד) **מסלול המחלה** – הבדלים בין מחלה במצב סטטי, מחלה במצב של שיפור או מחלה במצב של הידרדרות משפיעים על נוכחות הילד בבית הספר ועל הסתגלותו בכלל; (ה) **פגיעה בקוגניציה ובחושיות או באחד מהם** – לפגיעה באלה יש השפעה על אופי השירותים שהילד זקוק להם, וממילא – על ההתמודדות שלו; (ו) **גיל הילד** – הגיל והשלב ההתפתחותי, הכולל ממדים פיזי, חברתי וקוגניטיבי, הם בעלי השפעה רבה. רמת ההתפתחות השכלית של הילד משפיעה על המשגתו את המחלה ועל שיתוף הפעולה עם הליכי הטיפול (Brown & DuPaul, 1999; Eiser, 1993; Shields, Heron, Rubenstein & Katz, 1995).

בעיות לימודיות אצל ילדים החולים במחלות כרוניות שימשו נושא למחקרים בשדה הפסיכולוגיה של רפואת הילדים ובשדה הנורופסיכולוגיה, אך קיבלו תשומת לב משנית בשדה החינוך (Brown, 1993). מחקרים מעטים מאוד שבדקו מדדי הסתגלות למחלה פנו למורים. אף על פי שרבים מילדים אלה אינם זקוקים להשמה במסגרות החינוך המיוחד, רובם זקוקים להתערבות חינוכית מיוחדת המאפשרת צמיחה לימודית וחברתית (Batsche & Tunnicliffe, 1998). מסיבות אלה יש חשיבות רבה לחקירת הנושא בתוך השדה החינוכי, כפי שנעשה במחקר הנוכחי.

שילוב הילד החולה במחלה המאיימת על החיים במערכת החינוך

על אף צורכיהם המיוחדים, ילדים החולים במחלות כרוניות אינם נכללים בהכרח תחת גג החינוך המיוחד. בעוד שעל מסגרת השמתם של ילדים בעלי לקויות שונות יכול להתעורר ויכוח, הרי בנוגע לילדים החולים במחלות כרוניות לא קיים ויכוח כזה, וברור לכל שמקומו של ילד חולה הוא בכיתה רגילה, אלא אם כן לקה בלקות חמורה הנלווית למחלה עצמה. השאלה העומדת על הפרק אינה "האם ישתלב הילד בכיתה האם שלו?" אלא "כיצד ישתלב הילד בכיתה האם שלו?"

"שילוב" ו"שילוב מחדש"

בבחינת סוגיית שילובו של ילד החולה במחלה כרונית במערכת החינוך, מן הראוי להבדיל בין המונח "שילוב", שהוא מונח כוללני המתייחס לילדים בעלי צרכים מיוחדים, וביניהם ילדים החולים במחלות כרוניות שחלו טרם הגעתם לבית הספר ומשולבים ברמה זו או אחרת בבית הספר ובקהילה, לבין המונח "שילוב מחדש" (reintegration, re-entry), שהוא מונח פרטי, המתייחס לילדים שהפכו להיות בעלי צרכים מיוחדים עקב מחלה פתאומית – "newly disabled", על פי לובקר ועמיתיו (Lubker, Bernier & Vizoso, 1999), או "newly diagnosed", על פי קזאק ועמיתיו (Kazak et al., 1997). מחקרים רבים מדווחים על קושי ייחודי שיש לילד בשיבה לבית הספר אחרי אבחון המחלה או אחרי אשפוז ממושך (Kazak et al., 1997; Lubker, Bernier & Vizoso, 1999). במחקר זה נבדקו אפיונים ייחודיים של ילדים חולים, גם לאור **מידת הפתאומיות** של הגורם החריג, תוך התייחסות לנקודות הבאות:

א. ההיעדרויות: אצל ילדים שנושאים את מחלתם זה מכבר או ילדים שנולדו עם המחלה, קיימת שגרת היעדרויות, קצרות או ארוכות, והיא מוכרת לילד ולבני משפחתו. לעומת זה, כאשר מדובר במחלה פתאומית, ההיעדרות הראשונה בדרך כלל ארוכה, לא מוכרת ודורשת התארגנות מיוחדת של הילד והמשפחה. במקרה כזה, הילד מתנתק באופן פתאומי מהמסגרת החברתית המוכרת לו, והשיבה לבית הספר קשה מאוד (Clark et al., 1999; Sexson & Madan-Swain, 1995).

ב. הופעה חיצונית: הפתאומיות של השינוי הפיזי גורמת לחרדה גדולה ומקשה על הילד את השיבה לבית הספר. עליו להתמודד עם ההסתגלות שלו עצמו למראהו, ולכך מתלווה חשש מכך שלא יקבלו אותו או שיקניטו אותו.

ג. החרדה של ההורה: הפתאומיות מעמידה את ההורה במצב חדש, בלתי מוכר. הוא מתקשה לעתים באבחנה ובשיפוט של מצבי בריאות וחולי, ובמצב זה, גם כאב ראש סתמי או התקררות קלה של הילד גורמים לו לחרדה שיכולה למנוע אותו מלשלוח את הילד לבית הספר.

ד. מוגבלות פיזית: חוסר יכולת להשתתף בפעילויות פיזיות גם היא מהווה סיבה לחשש מחזרה לבית הספר. לפתאומיות יש משמעות, כיוון שהילד צריך להכיר במגבלות החדשות שלו ולמצוא להן פיצוי, ואלה דורשים זמן (Clark et al., 1999; Clark et al., 1999; Shields et al., 1995).

ה. צרכים רפואיים: לעתים הצרכים הרפואיים דורשים היערכות מידית בבית הספר, לדוגמה, כאשר יש לילד קשיי ניידות ויש צורך להעביר את תלמידי הכיתה למבנה אחר. היערכות כזו נראית הכרחית למשפחה, אך יכולה להיראות מסובכת לצוות בית הספר. עיכוב בהתאמה הדרושה מהווה מכשול בחזרה לבית הספר (Armstrong et al., 1999; Clark et al., 1999; Shields et al., 1995).

ו. בעיות אקדמיות וקוגניטיביות: המחלה והטיפול יכולים לגרום לירידה בזיכרון, לירידה בריכוז, לקשיים ביכולת ההבעה בעל פה ובכתב ולבעיות קוגניטיביות נוספות. לקשים אלה יש היבטים ייחודיים כאשר מדובר במחלה פתאומית.

ראשית, ההתמודדות עם החלשה פתאומית ביכולות אקדמיות וקוגניטיביות עלולה להיות קשה מאוד לילד. ילד שהיה תלמיד טוב לפני המחלה יכול להיות עתה פגיע ורגיש יותר לקשיים לימודיים. התסכול והמבוכה הקשורים בכישלון חוזר במטלות אשר בעבר לא היו קשות כלל, עשויים להוביל לשינויים בדימוי העצמי, בגישה ללימודים ובהתנהגות. ומן הצד השני, ילדים שאובחנו כלקויי למידה טרם המחלה, צריכים להתמודד עם החלשה נוספת שבאה בעקבות המחלה, החלשה שעלולה לגרום לתסכול בעת החזרה לבית הספר (Armstrong & Horn, 1995; Sexson & Madan-Swain, 1995). שנית, מצבו של הילד מציב בפני המורה ובפני צוות בית הספר בפתאומיות בעיות שלא היו מוכרות להם קודם לכן. נדרשת הערכה מקיפה של צרכים לימודיים וחברתיים עבור הילד, הערכה הכוללת אנשי מקצוע מדיסציפלינות שונות (Hux & Hacksley, 1996; Lubker et al., 1999; Power, McGoey, Heathfields & Blum, 1999). ההערכה במצבי חולי כרוניים אלה צריכה לכלול שימוש בתת-מבחנים ספציפיים (במקום באבחון גלובלי), אשר יתייחסו לנקודות חוזק ונקודות חולשה של הילד על מנת לבנות תכנית טיפולית.

חשיבות בית הספר עבור הילד החולה

החשיבות שיש לבית הספר עבור הילד החולה היא כה גדולה, עד כי יש הטוענים שההתייחסות להשתלבות צריכה להיות חלק מהמהלך הטיפולי, ושחשיבותו אינה נופלת מחשיבות ההתערבות הרפואית (Cleave & Charlton, 1997; Kazak et al., 1999). לכאורה נראה כי בית הספר, שתפקידו להכין לחיים, מיותר בעבור ילדים שמחלתם מאיימת על חייהם, אולם ההפך הוא הנכון, היות ועבור ילדים אלו המערכת הבית ספרית היא לעתים המקום היחיד שבו הם חשים כילדים רגילים ולא כמטופלים או כחולים (רביב וכצנלסון, 1993; רביב, קלינגמן והורוביץ, 1980; Sexson & Madan-Swain, 1993). המגע עם הזולת, הערכתו, חילופי דעות עמו והשתייכות למערכת של יחסי גומלין חברתיים הם חלק משמעותי בבניית הזהות. שייכות לחברה והכבוד העצמי המתפתח בתוך שייכות זו, מקדמים את היכולת לתפקד בחברה. ועל כן, אף שהילד בדרך כלל יכול להדביק את החסר מבחינה לימודית בעזרת תמיכה בבית, יש חשיבות רבה להימצאותו בבית הספר, משום שהתפתחות חברתית והתפתחות נפשית ניזונות מהמתרחש בין כתליו.

ילדים החולים במחלות כרוניות סובלים לעתים עגמת נפש רבה כתוצאה מסטיגמה הקשורה בהיבטים של המחלה, ומתנסים בבידוד או דחייה מקבוצת השווים שלהם, מבידוד ומדימוי עצמי נמוך. לבית הספר תפקיד מכריע בצמצום תופעות אלה ובתהליך של הגברת השיתוף והמעורבות של הילדים החולים, דהיינו בתהליך ההשתלבות (Clark et al., 1999; Cleave & Charlton, 1997; Power, McGoey, Heathfields & Blum, 1999). משום כך, לאופן שבו המורה תופס את תפקידו ואת תפקידם של היועץ והפסיכולוג החינוכי, יש משמעות רבה.

המורה ועמיתיו למקצוע כמערכת תמיכה

האינטראקציה של משתני בריאות עם גורמים התפתחותיים וסביבתיים היא בעלת חשיבות עיקרית בכל הקשור לחיזוי ההסתגלות של הילד לתהליך המחלה (Brown & DuPaul, 1999). הפסיכופתולוגיה ההתפתחותית מייצגת גישה המתבססת על ההנחה שהלימוד האופטימלי של תהליך ההתפתחות של הילד מחייב בחינה של תחומים ומשתנים רבים, ושההבנה תופיע מהראייה המולטי-דיסציפלינרית של תחומים (Cummings, Davies & Campbell, 2000). גישה זו מחזקת את גישתו של ברונפנברנר (Bronfenbrenner 1979, 1989), המהווה במחקר זה מסגרת התייחסות תאורטית כללית. ברונפנברנר טוען שעל מנת להבין לעומק מרכיב כלשהו בחיי תלמיד בית ספר, יש לבדוק את הגורמים המשפיעים עליו בכל רמות המערכת האקולוגית שבה הוא חי ופועל (Bronfenbrenner, 1979, 1989). בעבודה זו נעשה שימוש בתאוריה האקולוגית בעת ניתוח הממצאים (שיפורט בהמשך), תוך התייחסות למרכיבים של יחסים אלה בנקודות הבאות: אישיות הילד, אופי המחלה, סביבת המשפחה, סביבת בית החולים וכמובן סביבת בית הספר. במאמר הנוכחי, נציג נקודות התייחסות הנוגעות בעיקר לסביבת בית הספר, כלומר נציג את היחסים הנוגעים לשכבה המכונה בפי ברונפנברנר "הסביבה הקרובה" (mesosystem) – השכבה השנייה, הכוללת את יחסי הגומלין בין הגורמים הפועלים בסביבתו הקרובה של הילד, לרבות בית הספר (השכבה הראשונה היא "הסביבה המידית" – microsystem, הכוללת את הילד ואת משפחתו הגרעינית).

ייחודה של מערכת התמיכה שמקורה במורה

ההתקדמות הרפואית הביאה לכך שמחלות ילדים שנחשבו כמחלות סופניות הופכות למחלות כרוניות, ועל כן אוכלוסיית הילדים החולים במחלות אלה הולכת וגדלה (שליט, 2002; Kazak et al., 1999), ומורים רבים יותר יפגשו ילדים החולים במחלות כרוניות. העובדה שהחוק מכיר בצורך לפעול למען השתלבות אופטימלית של הילד חולה (משרד החינוך, תשס"א) וקיומה של פילוסופיה חינוכית העומדת מאחורי החוק, מביאים לכך שגבולות תפקידו של המורה מתרחבים, מאחר שעליו לבנות מערכת תמיכה לילד ולסביבתו.

המורה יכול לשמש לתלמיד כתומך חשוב מסיבות אחדות, ולהלן הסיבות ואפשרויות התמיכה הקשורות אליהן:

(א) המורה הוא דמות המוכרת לתלמיד, ובמקרה של מחלה פתאומית, הוא יכול לשמש לו אוזן קשבת, ולדאוג לצרכיו הייחודיים; (ב) המורה מכיר את בני משפחתו של התלמיד ובדרך כלל יש לו עמם קשר ברמות שונות. קשר זה חשוב לשני הצדדים: ההורה זקוק לתמיכה ולאמפתיה של המורה, והמורה זקוק למידע מההורה על מנת להיטיב עם הילד; (ג) המורה מייצג את מעגל החיים הבריא של התלמיד; (ד) המורה מצוי בסביבת התלמיד וניתן להגיע אליו בלי הפניות או מתווכים. במצבי משבר הוא יכול לסייע במהירות וללא עיכובים; (ה) מתוך ניסיונו בעבר, הרקע ההשוואתי שמספקות לו קבוצת בני אותו גיל בכיתתו וההיכרות עם הילד במצבים שונים, המורה עשוי לסייע באבחון ובאיתור ראשוני של בעיות לימודיות וחברתיות; (ו) על

ידי הכוונה מתאימה, המורה יכול לארגן את תלמידי כיתתו ולעצבם כמערכת תמיכה בתלמיד החולה (רביב ועמיתיו, 1980; Frieman & Settel, 1994); (ז) מורה שיש לו ידע על הצרכים המיוחדים של הילד החולה ועל השירותים שהוא זכאי להם, יכול לשמש "פרקליט" של הילד בהגנה על זכויותיו על פי החוק (Power, DuPaul, Shapiro, 1998 & Parrish); (ח) התאוריה האקולוגית שהוזכרה לעיל, מתמקדת בהתאמה המתרחשת בתוך מסלול החיים בין התפתחותו של האורגניזם (הילד) והשינויים בסביבתו (Bronfenbrenner, 1979, 1989). אף שהמורה פועל בעיקר בתוך המעגל הסביבתי של בית הספר, הוא פוגש את הילד כמעט בכל אחד מהמעגלים הסביבתיים שלו, ועל כן אך טבעי הוא שהמורה ישמש מתאם בין הגורמים השונים הנמצאים על רצף הטיפול בילד וההשגחה עליו. למורה יש אפוא תפקיד חשוב ביותר כמקור תמיכה בתלמיד החולה במחלה כרונית ובמשפחתו.

הגשמת הפוטנציאל הגלום בתפקיד המורה כמקור תמיכה תלויה במידה רבה בתפיסות של המורה את הקושי של הילד החולה, בתפיסתו את גבולות תפקידו כמורה משלב, בהדרכה שהוא מקבל, בהכשרתו ואף בנכונותו לטפל בילד בעל צרכים מיוחדים (מרגלית, 2000; Greene, Abidin & Kmetz, 1997).

ייחודה של מערכת תמיכה שמקורה בפסיכולוג החינוכי וביועץ החינוכי

בספרות המחקרית הנוגעת לסוגיית שילובו של הילד החולה לא נמצאה הפרדה בין שני נושאי תפקידים אלה, ועל כן הם יופיעו בסקירת הספרות בכפיפה אחת. במערכת החינוך בישראל, היועץ החינוכי עובד בתוך בית הספר ונמנה על צוותו, והפסיכולוג מגיע מחוץ לבית הספר ומעבה את שירותי היועץ. משום כך, במחקר הנוכחי המורה מתייחסת באופן ייחודי לכל אחד מבעלי התפקידים הללו.

ההנחה המרכזית העומדת בהבנת היחסים בין המורה לבין הפסיכולוג או היועץ החינוכי היא, שעל מנת שהמורה יוכל לעמוד בתפקיד הקשה של עזרה לילד במשבר (במקרה זה, בהתמודדות הילד עם מחלה המאיימת על חייו), הוא זקוק לסיוע של איש בריאות הנפש, פסיכולוג או יועץ חינוכי, שהתמחו בבעיות הקשורות בחיי הנפש של הילד (אוסטריל וכהן, 1989; רביב ועמיתיו, 1980). תפקיד המייעץ לעזור למורה בשני תחומים עיקריים: (א) לספק לו מידע רלוונטי הנוגע לבעיה של הילד; (ב) להקל על המורה את ההתמודדות עם החרדה אשר יוצר המשבר בחיי הילד ובחיי הסובבים אותו (בשני התחומים מדובר בעזרה ישירה למורה ולא לילד) (רביב ועמיתיו, 1980; Shields et al., 1995).

התנועות החדשות בשדה הפסיכולוגיה החינוכית רואות את תפקיד הפסיכולוג והיועץ החינוכי כתפקיד רחב יותר בכל הקשור לשירותי בריאות, טיפול והשגחה הכוללים התייחסות לילד החולה במחלה כרונית במסגרת מערכת החינוך. הרחבת התפקיד של הפסיכולוג או היועץ תתבטא ביצירת שיתוף פעולה עם המשפחה והקהילה, כפי שמציע ברונפנברנר בתאוריה האקולוגית (Bronfenbrenner, 1979). בדומה לכך, שילדס ועמיתים (Shields et al., 1995) מציעים להשתמש במודל של המשולש האקולוגי שמרכיביו הם: (א) משפחתו של הילד; (ב) צוות בית הספר;

(ג) צוות בית החולים. הפסיכולוג או היועץ ניצבים בעמדת קשר עם כל אחד ממרכיבי המשולש המכילים בתוכם את הילד החולה, ובראייה זו הם אמור להיות מומחים בתכניות התערבות, מאמנים, מחנכים ויועצים וכן לשמש כ"מנהלי מקרה" ומתאמים בין כל הנפשות הפועלות על רצף הטיפול בילד וההשגחה עליו, תוך תשומת לב להקשרים סביבתיים שונים המשפיעים על הילד (Christenson, 2000; Nastasi, 2000).

במטרה להביא לתפקוד מוצלח של הילד בהקשרים השונים בחייו, על הפסיכולוג או היועץ ליצור שינויים במומחיות המקצועית ולהיות מזוהים על ידי אחרים כמנהיגים בכל הקשור לרווחת הילד. זהו מעבר ממיקוד בלעדי בבית הספר למיקוד בקהילה (Nastasi, 2000). בספרות הקיימת בתחום זה קיימת הכרה בצורך באינטגרציה בין חינוך, בריאות ושירותים חברתיים בתוך סוכנויות ודיסציפלינות ומעבר להן, אך למרות ההכרה בצורך זה, פסיכולוגים חינוכיים אינם מקבלים הכשרה מתאימה לכך והם רחוקים ממימוש הפוטנציאל הקיים בשיתוף הפעולה שלהם לרווחת הילד (Nastasi, 2000; Power et al., 1999).

באשר לשיתוף הפעולה, יש להתייחס לגורם נוסף, והוא מידת הנגישות שיש לפסיכולוג או ליועץ אל התלמיד ואל צוות בית הספר. כאשר מדובר באוכלוסייה של ילדים החולים במחלות כרוניות המאיימות על החיים, המגע הישיר עם הילד וקשר רציף עם צוות בית הספר וצוות בית החולים הם הכרחיים (Shields et al., 1995).

שאלות המחקר

מטרת המחקר הייתה לבדוק את התהליך שעובר על המורים בהתמודדותם עם שילובו של ילד החולה במחלה כרונית בכיתה, ואת הגורמים המשפיעים על תהליך זה מנקודת מבטם של המורים. במיוחד נבדקו היבטים אלה:

- א. המאפיינים המיוחדים של הילד החולה במחלה כרונית אשר משפיעים על המעשה החינוכי.
- ב. התהליכים האישיים והמקצועיים שעוברים על המורה בתוך המעשה החינוכי.
- ג. תפיסת העולם והידע הפרקטי המשתמעים מדברי המורים המתארים את תהליך השילוב.

במאמר המוצג כאן נתמקד במיוחד בשאלה הנגזרת מתוך ההיבטים השני והשלישי המוזכרים לעיל, והיא מקומם של הפסיכולוג והיועץ החינוכי בתהליך שילוב ילד חולה במערכת החינוך מנקודת ראותו של המורה.

מערך המחקר

השיטה

לגישה האיכותית הפנומנולוגית יש יתרון בהשגת ידע הוליסטי על מערכות חברתיות מסובכות כמו ארגונים, קבוצות קטנות ומשפחות (Nastasi, 2000), ועל כן היא נמצאת

מתאימה למחקר זה, שעוסק בהבנת תופעת ההשתלבות של ילדים החולים במחלות כרוניות במערכת חברתית בית ספרית.

הריאיון, הכלי המרכזי במחקר זה, מביא את סיפורה של המורה. הסיפור, הנרטיב, הוא הצורה הטובה ביותר למתן ביטוי פנימי לידע של אנשי חינוך על עשייתם (אלבו-לוביש, 2001). הנתונים נותחו בדרך של אינדוקצייה אנליטית, שפירושה ארגון הנתונים על פי קטגוריות ועיבוד הקטגוריות ככל שהמחקר מתקדם. התהליך כולל חיפוש אחר דפוסים, תוך השוואה של היגדים ואירועים, עד ליצירת המשגה תאורטית (גבתון, 2001; צבר-בן יהושע, 1990; Leichtentritt & Rettig, 1999). הקטגוריות נבחרו על פי הרלוונטיות והקרבה לתחום הנחקר ועל פי כמות המבטים, מתוך הנחה שהכמות מהווה אינדוקצייה לחשיבות שמייחס המרואיין לתוכן מסוים (Moustakas, 1994) ועל פי הייחודיות ומידת החשיבות (בעיני החוקר) לתחום הנחקר.

הנבדקים

הנבדקות הן עשרים מורות-מחנכות מבתי ספר יסודיים ממלכתיים וממלכתיים-דתיים בחינוך הרגיל. כולן חוו את התופעה (Creswell, 1998), כלומר כולן התנסו שנה לפחות בחינוך ילדים החולים במחלות כרוניות המאיימות על החיים. המורות היו בדרגות ותק שונות, משנה עד 26 שנים (מורה אחת הייתה בשנה הראשונה לעבודתה, והשאר היו בעלות ותק של 8–26 שנים). למעט מורה אחת, כולן היו אימהות לילדים. המורות היו מבתי ספר במקומות שונים בארץ, מקריית גת ועד חיפה. הילדים שהן חינוכו טופלו במרכזים רפואיים שונים, בהתאם למקום מגוריהם. המחלות של הילדים במחקר זה היו: סרטן, סיסטיק פיברוזיס, מחלת כליות קשה הכוללת תלות בדיאליזה, מחלת לב קשה, אפילפסיה קשה ותסמונת גנטית המאיימת על החיים (המורה לא ידעה את שמה), והילדים הוגדרו כחולים כרוניים על ידי משרד החינוך (לשם קבלת שירותים). חלק מהמורות היו מחנכות לילד שהיה חולה לפני שהגיע לכיתה, וחלקן היו מחנכות לילדים שחלו באופן פתאומי. מורות שחינוכו ילד שהגיע חולה, נבחרו בדרך כלל למשימת השילוב לאחר שיקול דעת של המנהלת.

עבודה זו מתייחסת למחלה כרונית באופן כוללני, כלומר לא ספציפית למחלה, והיא מתמקדת בתחום שמדדיו כוללים מחלות המאיימות על החיים ומחייבות טיפול אינטנסיבי ומתמשך. איסוף הנתונים התקיים שנה לפחות לאחר שהמורה הכירה את הילד החולה. באותה עת, חלק מהמורות שימשו מחנכות של הילד בפועל וחלק מהמורות חינוכו את הילד בעבר (בשנת הלימודים החולפת). מתוך עשרים הנבדקות שתי מורות רואיינו לאחר שהילד נפטר. כל הראיונות התקיימו בארבע עיניים תוך שמירה על פרטיות מרבית.

הכלים

❖ דף פרטי מידע של המרואיינת, שכלל פרטים כגון: גיל, ותק, סוג המוסד החינוכי (ממלכתי, ממלכתי-דתי, פתוח), סוג ההכשרה לתפקיד (חינוך רגיל, חינוך מיוחד), מצב משפחתי והכיתה שהיא חניכה.

❖ ראיונות עומק פתוחים (כשעה וחצי עד שעתיים) עם מורות, שבהם הן נתבקשו לתאר את ניסיוןן כמחנכות לילד החולה במחלה כרונית המאיימת על החיים. דברים אלה נאמרו למרואיינות כבר בשיחת הטלפון הראשונה, כאשר ביקשנו את הסכמתן לקיום הריאיון. במהלך הריאיון לא נשאלו שאלות ספציפיות לגבי הפסיכולוג והיועץ החינוכי (שהרי גם באי-אמירה יש אמירה). שאלות כמו: "מה הרגשת?" או "פנית למישהו?" נשאלו כדי להפיק תיאור נאיבי של החוויה (Polkinghorne, 1989). הראיונות הוקלטו והועלו על הכתב סמוך למועד ביצועם.

הריאיון ככלי מרכזי במחקר

כלי המחקר המרכזי והמשמעותי ביותר ששימש במחקר הנוכחי הוא הריאיון הפתוח, ריאיון העומק. השימוש בריאיון נעשה כדי לאפשר למרואיינים לספר את סיפורם על אודות התופעה הנחקרת בדרכם ובשפתם. בתהליך הרפלקטיבי שבו המרואיין מביא את דברו יש התקדמות מסיפור לא שלם לסיפור שלם יותר ובעל עצמה (שקדי, 2003) ומסיפור על חוויותיהם של בני אדם שונים לתיאור של תהליך בעל אפיונים דומים, כלומר לתיאור אוניברסלי, תיאור המספק מידע שהחברה זקוקה לו על מנת להתקיים (Polkinghorne, 1989).

סיפור סיפורים הוא בעיקרו תהליך של מתן משמעות. תהליך זה מתרחש תוך כדי רפלקציה על אודות החוויה (שקדי, 2003; Polkinghorne, 1989). לפי עדותן של המורות המרואיינות, החל התהליך הרפלקטיבי עם שיחת הטלפון הראשונה שלי, כאשר החלו לשחזר את האירועים ואת החוויות. המפגש פנים אל פנים היה שלב נוסף ומשמעותי ביותר בתהליך ההתקשרות מרואיין – מראיין.

הדיאלוגים התאפיינו בעיקר בשטף של דיבור מצד המרואיינות. המשימה שלנו בריאיון הייתה לשמור שהמרואינת תהיה ממוקדת בנושא ועם זה תציג היבטים שונים של העולם הנחקר (Kvale, 1996).

המצאים ודין

המצאים הם פרי ניתוח שהתקיים תוך שיח מתמשך בין הנתונים שנאספו מהמרואיינות והחשיבה הרפלקטיבית על אודותם, ובין הפרספקטיבה המושגית.

האפיונות, יחידות הניתוח שעליהן מופעלת מערכת הקטגוריות, נבחנו תוך התייחסות לגישה האקולוגית של ברונפנברנר (Bronfenbrenner, 1979, 1989), כלומר, הקטגוריות מייצגות מעגלים סביבתיים של הילד החולה כפי שהם משתקפים בעיני המורה. בקטגוריה המייצגת את הקשר בין המורה והצוות המקצועי הקשור לשילוב הילד, קיימת התייחסות למקומם של הפסיכולוג והיועץ החינוכי. מאמר זה מתמקד כאמור בקטגוריה זו. הממצאים הללו נגזרים מעבודת מחקר מקיפה הכוללת מעגלים נוספים הקשורים לילד החולה. מסיבה זו בחרנו להציג בקצרה, בפתחו של פרק זה, את הקטגוריות הכלליות העיקריות של הממצאים, ולאחר מכן לדון באופן ייחודי בממצאים הנוגעים לצוות המקצועי בבית הספר, ובמיוחד בעבודת הפסיכולוג והיועץ החינוכי.

את המידע הרב שנאסף ניתן היה לחלק לשלוש קטגוריות עיקריות ולמספר תת-קטגוריות הנובעות מכל אחת מהקטגוריות העיקריות כפי שיפורטו להלן:

א. מאפיינים של הילד החולה במחלה כרונית המאיימת על החיים, כפי שהם משתקפים בדברי המורה:

מאפיינים פיזיים, מאפיינים לימודיים או קוגניטיביים, מאפיינים חברתיים או רגשיים.

ב. שלבים בתהליך שעוברת המורה בעת שילוב הילד החולה במחלה כרונית המאיימת על החיים

1. שלב התהייה והחשש
2. שלב רכישת המידע על אודות הילד (חיפוש או קבלה)
3. ציפיות ודימויים מול המציאות במפגש עם הילד
4. שלב לקיחת האחריות
5. התמודדות: אחריות מתמשכת והתלבטויות

ג. "האידאולוגיה הפרקטית" המשתמעת מדברי המורה בתהליך השילוב

המונח "אידאולוגיה פרקטית" מלמד על המעשה היום יומי של המורה, כלומר על עבודת השדה, כפי שהיא נתפסת על ידי המורה. בתיאור עבודת השדה תיארו המורות את מערכת הקשרים שלהן עם דמויות משמעותיות הנמצאות במעגלים סביבתיים שונים הקשורים לילד החולה.

1. קשר מורה-הורה בתהליך השילוב
2. קשר מורה-ילד בתהליך השילוב
3. קשר מורה-צוות מקצועי בתהליך השילוב
4. קשר מורה-ילד-כיתת התלמידים בתהליך השילוב

חשוב לציין שבכל אחד מהמעגלים שהוזכרו לעיל, נמצא הבדל בין שני תהליכי השילוב. במצב של "שילוב מחדש" כאשר המחלה פרצה באופן פתאומי, המורה מבינה שתפקידה מתרחב לנוכח נסיבות מחלת הילד, ושעליה לנהל את ההתרחשויות השונות הקשורות לשילוב הילד תוך התייחסות לסביבות השונות שלו. ההסברה שניתנת מטעם בית החולים מיד בתחילת התהליך (ותפורט בהמשך), מדגישה ומבהירה את גודל האחריות ובמידה רבה אף מכינה את המורה לקראת המשימה.

לעומת זאת, כאשר מדובר בילד שהיה חולה לפני שהגיע לכיתה, תהליך ה"שילוב" מתחיל עם תחילת השנה. אף שבמצב זה, למערכות השונות יש אפשרות מסוימת להתארגן מראש לקראת השילוב, הדבר בדרך כלל אינו קורה. המורה לוקחת אחריות בהדרגה, תוך כדי לימוד התפקיד בשדה. לא קיימת התארגנות פרו-אקטיבית לקראת השילוב, מבחינה זו שלא ניתנת למורה הדרכה הנוגעת לסוגיית שילובו של הילד החולה. המורה אובדת עצות, ולא פעם היא מתארת התרחשויות שבדיעבד הייתה נוהגת בהם אחרת.

קשר מורה-צוות מקצועי בסביבת בית החולים

בסביבה הקרובה (mesosystem) נמצאים, על פי התאוריה האקולוגית, מבנים חברתיים קרובים לילד, ובתוכם בית הספר, הכיתה ובית החולים שבו הוא מטופל (Bronfenbrenner, 1979, 1989).

ההתייחסות לילד החולה כוללת את המעברים הקיימים בין הסביבות השונות שבהן הוא חי ופועל (אורקין ועמיתיו, 2004), לפיכך קיימת חשיבות לידע על טבע הקשר שבין צוות בית החולים לילד, למשפחתו ולבית הספר בקהילה (Bronfenbrenner, 1979, 1986; Thompson & Gustafson, 1996). הדיון יעסוק בממצאים הנוגעים לקשרים אלה על פי תפיסת המורה מתוך נקודת מבט חינוכית, ובכך יהווה הדיון חידוש והרחבה לנושא שנדון עד כה מנקודות מבט פסיכולוגית ורפואית. כאשר ילד חולה במחלה קשה, הצוות הרפואי מתגייס באופן מאורגן למשימת השילוב. הליך זה כולל יצירת קשר של אנשי הצוות הרפואי עם הנהלת בית הספר והעברת המסר שהחזרה לבית הספר היא מרכיב חשוב ביותר בתכנית ההחלמה של הילד.

הממצאים בעבודה זו מלמדים שקיימת הצלחה בהעברת מסר זה להורים ולמורים. מרבית ההורים ניצלו כל הזדמנות אפשרית על מנת לשלוח את הילד לבית הספר או לפעילות חברתית אחרת מטעמו. כל המורות הנחקרות בעבודה זו האמינו כי במטרה להביא לשילוב אופטימלי, על ילד שחלה בפתאומיות לשוב לכיתה במהירות האפשרית ועל ילד החולה במחלה כרונית לצמצם את היעדרויותיו מבית הספר ככל הניתן. הדרך המאורגנת להעברת תפיסת העולם בדבר חשיבות השיבה המהירה וההימצאות של הילד החולה בכיתה נעשית באמצעות מפגש של צוות בית החולים עם המורה ועם עמיתים לכיתה של הילד. ההסבר שניתן בכיתה הוא בעל משמעות ממדרגה ראשונה, כיוון שהוא ממלא שתי מטרות חשובות: האחת – להסביר על המחלה ועל הטיפולים, בהתאם לשלב ההתפתחותי של הילדים, והשנייה – להסביר למורה ולילדים על חשיבות הקשר עם הילד החולה. למפגש עם צוות בית החולים וריאציות אחדות; לעתים המפגש יתקיים בנוכחות הילד החולה ולעתים בהיעדרו, אך כל מפגש מחייב את הסכמת הורי הילד.

לשיתוף פעולה זה יש חשיבות רבה לאין שיעור. מורות טענו שנקודת מפגש זו עם צוות בית החולים היא נקודת מפנה, סלילת דרך להמשך תהליך השילוב. כאשר המחלה פורצת באופן פתאומי (במצב של "שילוב מחדש", מתקיים מפגש כזה בדרך כלל כפעילות שגרתית של בית החולים. היעדר מפגש כזה אופייני למצב שבו הילד היה חולה לפני שהגיע לכיתה, כלומר למצב של "שילוב"). ממצא זה מוביל למסקנה שחסרונה של הדרכה והיעדר שיתוף פעולה עם צוות בית החולים הם בעוכרי השילוב האופטימלי. יש לתת לכך תשומת לב ראויה גם במצב של "שילוב" ילד שהגיע חולה.

קשר מורה-צוות מקצועי בסביבת בית הספר

תחום היחסים עם עמיתים בהקשר של הילד החולה במחלה כרונית, שכמעט לא נחקר, ראוי לתשומת לב מיוחדת, משום שמורה המשלבת בכיתה ילד חולה במחלה המאיימת על החיים, היא בדרך כלל יחידה בתפקיד זה בבית הספר. בהיעדר עמיתים לעבודה החולקים חוויות דומות, יש חשיבות רבה לקשר רב-מקצועי

היכול לסייע בידי המורה בתהליך השילוב. הממצאים בתוך סביבת בית הספר מתייחסים ליחסים של המורה עם הסייעת, עם המנהלת, עם יועצת בית הספר ועם הפסיכולוג החינוכי.

הסייעת

בתוקף החוק, זכאים תלמידים החולים במחלות כרוניות המאיימות על החיים לסיוע צמוד בכיתה, כאשר קיימת מגבלה פיזית המצריכה סיוע. מהממצאים עולה שעובדה זו לא תמיד מתקבלת בברכה. הסיבות לכך הן אי-הבהירות הקיימת באשר לאופי התפקיד של הסייעת, החשש של המורה באשר ליחסים שיירקמו והחשש של המורה מהימצאותו בכיתה של אדם מבוגר, עין בוחנת, במהלך כל היום. הממצאים מלמדים שהחששות מהווים גורם לחץ בתחילת התהליך, אך הם נמוגים כאשר מתחילה העבודה המשותפת.

סגנון הסיוע ומידת יעילותו תלויים באישיותה של הסייעת ובדרך שבה המורה מכוונת את הסייעת. כאשר קיימת חלוקת תפקידים ברורה, הסייעת מהווה עזר רב למורה בתהליך השילוב; היא שותפה לניהול הקשר עם הילד כאשר הוא נעדר, ובהימצאו בכיתה, היא מקטינה את עול ההשגחה הפיזית עליו ודואגת שלא יישאר לבד מבחינה חברתית. הממצאים מלמדים שבמרבית המקרים המורות היו שבעות רצון מהקשר, אך ציינו שלעיתים נדרש זמן עד שנקמה מערכת יחסים מועילה. לא נמצאו בממצאים אלה הבדלים הנובעים מוותק של המורה בהוראה, מאופי מחלתו של הילד ומגילו. האופן שבו המורה "מנהלת את המקרה", מבהירה תפקידים ומכבדת את מקצועיותה של הסייעת נמצא כבעל השפעה גדולה על קשר מורה-סייעת מועיל.

המנהלת

למנהלת בית הספר יכולה להיות השפעה רבה על הצלחת השילוב. כאשר מדובר בילד שמגיע חולה, המנהלת יכולה להחליט איזו מורה תקבל את הכיתה שהוא לומד בה, בנסותה להתאים למשימה מורה בעלת פוטנציאל לשילוב. בשני מצבי השילוב ("שילוב" ו"שילוב מחדש"), המנהלת יכולה להיות ה"סנגור" של הילד בהשגת תנאים הולמים (טכניים ולימודיים), והיא יכולה לשתף פעולה עם המורה בעצה, בשמשה לה אוזן קשבת ובגילוי אמפתיה לרגשותיה. הממצאים בעבודה זו מלמדים על כך שהפוטנציאל הקיים במעמד המנהלת לא תמיד ממומש.

אפשר לראות שני סגנונות שונים של קשר מורה-מנהלת:

האחד – **שיתוף פעולה**. קשר זה בא לידי ביטוי בהתעניינות של המנהלת בילד החולה, בתמיכה במורה, בהתעניינות במעשה השילוב ובאופן ההתמודדות של המורה, כפי שניתן לראות מדבריה של מיכל: "הקשר שלה עם הילד היה מדהים. היא עזבה בשנה שעברה. למעשה השנה כבר התמודדתי לבד, כי המנהלת הייתה חדשה, אבל למעשה כבר לא הייתי צריכה אחרי השנתיים של העבודה המשותפת, של היחד והתמיכה".

השני – **חוסר תמיכה וצרות עין**. במקרה זה, המנהלת לא התעניינה בילד החולה או במורה באופן ייחודי. על פי תפיסת המורה, סגנון ההתייחסות של המנהלת הושפע מתפיסתה את השילוב ולא הושפע מחומרת המחלה של הילד. במקרים רבים היא

התערבה בבחירת מורה מתאימה למשימה, אך לא הייתה מעורבת בתהליך המתמשך של השילוב. כך מתארת ארנה, מורה לילדה חולת סרטן: "מה שהפריע לי זה למה המנהלת והיועצת לא מגלות עניין. [...] הם בכלל לא שאלו אותי עליה. [...] הם בכלל לא חשבו לבוא לבקר אותה גם לא חשבו לבוא אתי, ליזום משהו". וכך בדברי ענת: "לי הפריע שהמנהלת לא הייתה מעורבת. אם אני לא הייתי מערבת אותה היא לא הייתה מתערבת. זה הפריע לי מאוד [...] עשיתי הכול לבד. רציתי שהמנהלת תהיה יותר מעורבת, לא ביקשתי שיסעו לבית חולים. זה באמת קשה. אבל אליה הביתה? זה באמת לא נורא".

ניתן לראות מהממצאים ששיתוף פעולה עם המנהלת בכל הנוגע לילד החולה, הוא משמעותי ביותר עבור המורה. הצורך בתמיכה ובאהדה חצה ותק בהוראה ובמעמד של המורות. חוסר תמיכה וחוסר התעניינות הגבירו את השחיקה שלהן. כאשר מורות זכו לתמיכה ועידוד של המנהלת, הן ציינו זאת כגורם משמעותי ביכולת ההתמודדות המתמשכת של השילוב. ממצאים אלו מתאימים לשני המצבים, "שילוב" ו"שילוב מחדש", אך הם בעלי עצמה רבה יותר במצב של "שילוב", כאשר למורה אין מקור תמיכה אחר (כגון צוות בית החולים), מה שקיים במצב "שילוב מחדש".

הפסיכולוג והיועץ החינוכי

בספרות המחקרית הנוגעת לסוגיית שילובו של הילד החולה לא נמצאה הפרדה בין שני נושאי תפקידים אלה. בעבודה זו הממצאים מלמדים שהמורה מתייחסת לכל אחד מבעלי התפקידים באופן שונה. ייתכן שהסיבה לכך היא המבנה השונה של המערך המקצועי במדינות שונות. על פי הממצאים, היועצת החינוכית היא דמות מוכרת (יותר מהפסיכולוג) בבית הספר, כיוון שבפועל היא עובדת עם הילדים שעות רבות יותר, ועל כן הפסיכולוג או היועץ החינוכי המופיעים בספרות מקבילים בתפקידם למצוי אצלנו, ליועץ החינוכי בבית הספר.

ההנחה המרכזית העומדת בהבנת היחסים בין המורה לבין הפסיכולוג או היועץ החינוכי היא שעל מנת שהמורה יוכל לעמוד בתפקיד הקשה של עזרה לילד במשבר, הוא זקוק לסיוע של איש בריאות הנפש, בשני תחומים עיקריים: (א) כדי לקבל מידע רלוונטי הנוגע לבעיה של הילד; (ב) כדי להקל על עצמו את ההתמודדות עם החרדה אשר יוצר המשבר בחיי הילד והסובבים אותו. תהליך היועצות דורש קשר חיובי של הנועץ עם המייעץ ואמון בו (רביב ועמיתיו, 1980; Shields et al., 1995). נוסף על התפקידים המסורתיים, רואות התנועות החדשות בשדה הפסיכולוגיה את תפקידם של הפסיכולוג והיועץ החינוכי כתפקיד רחב יותר בכל הקשור לילד החולה במחלה כרונית במסגרת מערכת החינוך. הרחבת התפקיד צריכה לבוא לידי ביטוי ביצירת שיתוף פעולה בין מרכיבי המשולש האקולוגי: (א) משפחתו של הילד; (ב) צוות בית הספר; (ג) צוות בית החולים. על פי תפיסה זו, הפסיכולוג והיועץ החינוכי ניצבים בעמדת קשר עם כל אחד ממרכיבי המשולש, ועל כן עליהם לשמש מתאמים בין כל הנפשות הפועלות, תוך תשומת לב להקשרים סביבתיים שונים המשפיעים על הילד (Christenson, 2000; Nastasi, 2000; Power et al., 1999; Shields et al., 1995).

ניתן ללמוד מהכותבים על הפוטנציאל הגלום בתפקידם של הפסיכולוג והיועץ החינוכי בהכוונה של המורה ובתמיכה בו על מנת להשיג את רווחת הילד. מהממצאים

עולה כי המורה זקוקה לסיוע המתואר וכי היא זקוקה למידע רלוונטי ולתמיכה מקצועית. בדיון כאן, קיימת התייחסות ליועצת בית הספר ולפסיכולוג החינוכי באופן נפרד, כפי שזו הופיעה בדברי המורות, ומהדברים הבאים נוכל ללמוד אם אמנם הפוטנציאל הגלום בתפקידם בא לידי מימוש.

הפסיכולוג

במחקר הנוכחי, בשני מקרים בלבד (מתוך 20 המרואיינות) הוזכרה הפסיכולוגית בקשר לשילוב הילד החולה. במקרה אחד ציינה המורה שהפסיכולוגית מגיעה רק פעם בשבוע ועל כן היא אינה רלוונטית, ובמקרה אחר המורה אמרה שניסתה להיעזר בפסיכולוגית, אך לא נוצרה מערכת יחסים שהניבה המשך קשר. ממצאים אלה מחזקים טענות של שילדס ועמיתים, שהמגע הישיר עם הילד וקשר רציף עם צוות בית הספר וצוות בית החולים הם הכרחיים (Shields et al., 1995). כאשר מידת הנגישות אל הפסיכולוג היא מזערית ובהיעדר מגע ישיר שלו עם הילד, הפסיכולוג אינו רלוונטי למורה. כך בדברי דליה: "הייתה לנו פסיכולוגית אבל היא מגיעה רק פעם בשבוע, כך שזה לא..." וכך בדברי עינת: "יש פסיכולוגית בבית הספר שאפשר להתייעץ איתה, אבל לא עם כל פסיכולוגית את מרגישה שאת יכולה להתייעץ... את ניגשת פעם פעמיים, זה לא נראה, אז את לא ניגשת יותר".

נוסף על כך, בספרות נמצא שפסיכולוגים חינוכיים לקחו על עצמם תפקיד מזערי בעזרה לצוות החינוכי, זאת מתוך תפיסה שתפקיד זה הוא מעבר לתחום הפעילות שלהם (Brown & DuPaul, 1999) ושרמת הידע המקצועי שלהם בתחום אינה מספקת (Armstrong et al., 1999). מדברי מרבית המורות ניתן היה להבין שהן לבד בהתמודדות עם המצוקה: "זה פעם ראשונה שאני חווה את העניין הזה. היה לי מאוד קשה, אבל אמרתי, אין מה לעשות, זאת אומרת, אני אקבל את הילד ואני לאט לאט אלמד". ניתן לראות שקיים פער בין הצורך של המורה בתמיכה ובין המציאות, שבה הפסיכולוג אינו רלוונטי מהסיבות שהוזכרו. עם זאת, עדיין חסר ידע אמפירי שיאפשר בדיקה שתדגים קשר ישיר בין בתי ספר שיש בהם שיתוף פעולה בנושא לבין בתי ספר שאין בהם שיתוף פעולה כזה באשר למצבו של הילד בכל אחד מהמעגלים הסביבתיים שאליהם הוא שייך (Christenson, 2000; Nastasi, 2000).

היועצת החינוכית

האפיזודות הנוגעות לקשר מורה-יועצת (במחקר זה השתתפו רק יועצות נשים) הן מעטות באופן יחסי לקשרים אחרים בסביבת בית הספר שתיארו המורות (כמו קשר עם סייעת ועם מנהלת). חלק לא מבוטל מההתייחסויות הופיעו רק לאחר שאלה (למשל: "פנית למישהו?"). חלק מהתיאורים נוגעים לחוסר הקשר, שנתפס על ידי המורה באופן לא חיובי, וחלק מהתיאורים נוגעים לקשר חיובי ומסייע, אם כי מצומצם ביותר. בשני מקרים תואר קשר רצוף ומסייע הן בעצות אופרטיביות והן בתמיכה אישית למורה, ובמקרה אחד תואר קשר של היועצת עם הילד, אך לא עם המורה. מורות תיארו חוסר קשר שנבע מחוסר התעניינות של היועצת בסוגיית השילוב של הילד החולה ומחוסר ניסיון שלה, והוסבר בהסברים שונים, כגון: "היועצת חדשה", "היא הגיעה באותה שנה", "היא צעירה בהרבה מהמורה" או "למורה יש יותר ניסיון". כך ניתן להבין מדבריה של ענת: "את יודעת שהיועצת

של בית הספר אף פעם לא פנתה אליי. אני אפילו לא יודעת איך קוראים לה"; וממקרה אחר: "גם היועצת הייתה חדשה, זאת הייתה השנה הראשונה שלה, אז אני מניחה שגם היא עוד הייתה בשלב של איסוף מידע... והכול היה חדש..." ומדבריה של אילנה: "היועצת בעצם הפילה עליי את התיק. נוסעים לשניידר... יש לך ילדה כזאת... פה זה התחיל ופה זה נגמר".

מורות קבלו על חוסר הקשר וטענו שהיו זקוקות לעזרה מקצועית, אך לעתים התקשו למצוא אותה. מורות נוספות ראו בחוסר הקשר חוסר עידוד וצרות עין.

קשר חיובי המסייע באופן נקודתי, תואר על ידי המורות כאשר היועצת קיימה שיחה עם תלמידי הכיתה על אודות הילד החולה, הדריכה את המורה באשר לשיחה כזו ודאגה לשעות סיוע ולתנאים אחרים להצלחת השילוב: "היועצת הייתה לי לעזר רב. ממש הייתי צריכה את זה. היה לי קשה לראות את הילד בבית החולים, מאוד שמחתי שהיא באה אתי", או "היועצת התעניינה. היא שמרה על קשר עם האימא ודאגה לתנאים ולשעות סיוע. והיא גם הייתה בקשר אתי. גם מעבר לבית הספר היא מבקרת את הילדה בבית ומתעניינת".

קשר חיובי רצוף ותומך תואר על ידי המורה כקשר שבו המורה מוצאת פורקן אישי אצל היועצת, היועצת משמשת אוזן קשבת, המורה מרגישה שהילד החולה הוא בראש סדר העדיפויות של היועצת, מתקיימים ביקורים משותפים של היועצת והמורה אצל הילד והיועצת מסייעת בשמירה על קשר עם הילד ועם המשפחה כאשר הילד נעדר. במקרים אלה רואה המורה ביועצת מקור לעצה אופרטיבית ולתמיכה נפשית. קשר כזה תואר על ידי שתי מורות: "אני נעזרת ביועצת [...]. היועצת הייתה בסוד העניינים".

הממצאים מלמדים שבעת שהמורה עסוקה במשימת שילובו של הילד החולה, קיים שיתוף פעולה מועט בלבד עם יועצת בית הספר. גם כאן המצב קיצוני פחות כאשר הילד חלה באופן פתאומי, במצב של "שילוב מחדש", זאת משום שהמורה נעזרת בצוות בית החולים שנכנס לפעולה מיידית ומשום שלעתים קרובות צוות בית החולים מהווה גורם מאיץ למעורבותה של יועצת בית הספר. לא נמצא קשר בין ותק בהוראה, גיל הילד או חומרת המחלה ואופי שיתוף הפעולה עם היועצת, על כן ניתן להניח שלתפיסת היועצת את תפקידה יש השפעה על שיתוף הפעולה עם המורה, עם הילד ועם משפחתו.

חוסר סיוע מספק מצד היועצת אינו מונע מהמורה לפעול, אך הוא גורם למורה לחפש מקורות תמיכה אחרים ובמקרים מסוימים – להבין רק בדיעבד שיכולה הייתה להיות דרך אחרת, טובה יותר, לפעולה מסוימת שביצעה. נוסף על כך, חוסר תמיכה גורם לאכזבה של המורה ולשחיקה שבאה בעקבות האכזבה.

בספרות בתחום זה יש הכרה בתפקיד הפסיכולוגים והיועצים כבעלי תפקיד רחב בכל הקשור לשירותי בריאות, טיפול והשגחה הכוללים התייחסות לילד החולה במחלה כרונית במסגרת מערכת החינוך. נסטזי (Nastasi, 2000) ופאוור ועמיתים (Power et al., 1999) טוענים שלמרות ההכרה בתפקיד זה, הפסיכולוג והיועץ החינוכי אינם מקבלים הכשרה מתאימה לכך, והם רחוקים ממימוש הפוטנציאל הקיים בשיתוף

פעולה שלהם לרווחת הילד. לדעתם, במטרה להביא לתפקוד מוצלח של הילד, על הפסיכולוג והיועץ ליצור שינויים במומחיותם המקצועית **ולהיות מזוהים על ידי אחרים כמנהיגים בתחום רווחת הילד** (Nastasi, 2000; Power et al., 1999). בראייה זו, הפסיכולוג או היועץ החינוכי אמורים להיות מומחים בתכניות התערבות, לאמן, לחנך, לייעץ, לשמש כ"מנהלי מקרה" ולתאם בין כל הנפשות הפועלות על רצף הטיפול וההשגחה בילד, תוך תשומת לב להקשרים סביבתיים שונים המשפיעים על הילד (Christenson, 2000; Nastasi, 2000; Shields et al., 1995). הממצאים בעבודה זו מחזקים באופן משמעותי טענות אלה, ובולטת בהם במיוחד העובדה שהיועצת אינה מזוהה על ידי אחרים כ"מנהיג לרווחת הילד". עובדה זו ראויה לתשומת לבם של היועצים ושל בוני תכניות ההכשרה שלהם.

סיכום הממצאים והדיון ומסקנות אופרטיביות באשר לתפקוד הפסיכולוג והיועץ החינוכי

על פי התאוריה האקולוגית של ברונפנברנר, על מנת להבין לעומק מרכיב כלשהו בחיי תלמיד בית ספר, יש לבדוק את הגורמים המשפיעים עליו בכל רמות המערכת האקולוגית שבה הוא חי ופועל (Bronfenbrenner, 1979, 1989). ניתן לראות שהידע האותנטי שהופק מדברי המורות נוגע לסביבות השונות של הילד החולה, תוך התייחסות לאפיונים כוללניים שאינם ייחודיים למחלה מסוימת. הממצאים אף מעידים כי המורה עוברת בתהליך ההתמודדות שלה שלבים ברורים, שאינם קשורים לאפיוני המחלה המסוימת.

בדיון שלהלן נדגיש את המעגל הנוגע לתפקיד הפסיכולוג והיועץ החינוכי:

- ❖ **תפקיד הפסיכולוג והיועץ החינוכי לעזור למורה בשני תחומים עיקריים: (א) לספק לו מידע רלוונטי הנוגע לבעיה של הילד; (ב) להקל על המורה את ההתמודדות עם החרדה אשר יוצר המשבר בחיי הילד והסובבים אותו.**
- ❖ **משום כך, יש חשיבות לכך שהפסיכולוג והיועץ החינוכי יתוודעו למדדים הכוללניים של מחלות כרוניות (שהוזכרו לעיל) וישתמשו בידע שלהם ובניסיונם המצטבר כדי ליידיע ולחזק את המורה הבודד, וכן יתוודעו לתהליך המשותף העובר על המורים בעת השילוב.**
- ❖ **יש להתייחס למרכיב נוסף, והוא מידת הנגישות שיש לפסיכולוג וליועץ אל התלמיד ואל צוות בית הספר. בקרב אוכלוסייה של ילדים החולים במחלות כרוניות המאיימות על החיים, המגע הישיר עם הילד וקשר רציף עם צוות בית הספר ובית החולים הוא הכרחי.**
- ❖ **לקשר של הפסיכולוג והיועץ החינוכי עם דמויות רלוונטיות לילד בבית הספר יש משמעות רבה. ניתן לראות מהממצאים ששיתוף פעולה בין המורה למנהלת, הנוגע לילד החולה, הוא משמעותי ביותר עבור המורה, במיוחד משום שבדרך כלל אין לה עמיתים בצוות בית הספר המתמודדים עם משימה זהה. הצורך בתמיכה ובאהדה חוצה ותק בהוראה ובמעמד של מורה. הפסיכולוג והיועץ החינוכי יכולים לסייע כאשר שיתוף הפעולה אינו מספק. גם ביחסים הנוגעים לקשר עם הסייעת יש לעתים מקום לייעוץ חיצוני. המורה אינה**

יודעת תמיד איך להכיל את הסייעת הצמודה, לעתים היא אפילו חוששת מהמצאותו בכיתה של אדם מבוגר. האופן שבו המורה מבהירה תפקידים ונותנת מקום של כבוד מקצועי לסייעת נמצא כבעל השפעה גדולה על קשר מורה-סייעת מועיל, וגם בכך יכול הסיוע המקצועי של הפסיכולוג או היועץ החינוכי לעזור.

❖ הקשר של הפסיכולוג והיועץ החינוכי עם **צוות בית החולים** הוא משמעותי. מטרת הצוות הרפואי היא לעודד יחסי אמון עם בית הספר, כדי שתהיה הזרמה של מידע רלוונטי בין הדיסציפלינות וכדי להשיג מידה מספקת של ביטחון בבית הספר על מנת לשלוח אליו את הילד. מסיבה זו יש חשיבות לדו-שיח בין הצדדים.

❖ תפקידם של הפסיכולוג והיועץ החינוכי **מתקשר להיבטים הלימודי והקוגניטיבי של הילד**. הממצאים מלמדים שלעתים הילד החולה סובל מהחלשה קוגניטיבית ומבעיות למידה. על מנת לבנות תכנית טיפולית, ההערכה במצבי חולי כרוניים אלה צריכה לכלול שימוש בתת-מבחנים ספציפיים (במקום באבחון גלובלי), אשר יתייחסו לנקודות חוזק ונקודות חולשה של הילד.

❖ הממצאים מלמדים על פוטנציאל לקשיים חברתיים שיכולים להקשות על ההסתגלות והשילוב בבית הספר. על כן הפסיכולוג והיועץ החינוכי צריכים להיות שותפים לתהליך של **הגברת השיתוף והמעורבות של הילד החולה עם חברת הילדים**.

❖ בכל הנקודות שהוזכרו לעיל, יש להבדיל בין שני מצבי השילוב: **"שילוב" ילד שנולד עם המחלה או הגיע חולה לכיתה**, לעומת **"שילוב מחדש"**, במקרה שהילד חלה באופן פתאומי. הממצאים מלמדים על כך שב"שילוב מחדש" יש היערכות מחודשת וטבעית של כל מעגל חברתי של הילד. לעומת זאת, כאשר הילד מגיע חולה לכיתה, ההיערכות הזו אינה קיימת ופעמים רבות לוקה בחסר. כאן מקומם של הפסיכולוג והיועץ החינוכי **ליצור היערכות לטיפול ולהשגחה מתמשכים**. המסקנה המשתמעת מהממצאים היא שיש מקום לחשיבה ולעשייה פרו-אקטיבית, רב-מקצועית, ב"שילוב" ילד שמגיע לכיתה כאשר הוא חולה. יש לדאוג להדרכה ולייעוץ טרום-ה"שילוב" ולתמיכה לאורכו.

❖ על הפסיכולוג או היועץ החינוכי להתמחות גם בטיפול בילדים החולים במחלות כרוניות המאיימות על החיים **ולהיות מזוהים על ידי אחרים כמנהיגים בתחום רווחת הילד החולה**.

כל אחד ממרכיבי הצוות המקצועי בסביבת בית הספר שהוזכרו כאן, מהווה חוליה משמעותית בתהליך השילוב, חוליה אשר בכוחה להשפיע על שילוב והסתגלות אופטימליים של הילד החולה. משום כך, אנו מציעות לבדוק סוגיה זו מנקודת מבטם של הפסיכולוג והיועץ החינוכי. כמו כן, ראוי לבדוק סוגיה זו גם בגיל גן הילדים וגם בגיל בית הספר התיכון.

מקורות

- אוסטרובל, ז' וכהן, א' (1989). **הנחיות קבוצות מחנכים בנושאי בריאות הנפש**. ירושלים: מאגנס.
- אורקין, י', כץ, מ', גולה, א' ובר-דוד, י' (2004). הטיפול בקהילה בילדים עם צרכים מיוחדים. **הרפואה**, 143(ד), עמ' 283–286.
- אלבז-לוביש, פ' (2001). מחקר נרטיבי-ביוגרפי בחינוך ובהוראה. בתוך נ' צבר-בן יהושע (עורכת), **מסורות וזרמים במחקר האיכותי** (עמ' 141–165). גני אביב ולוד: דביר.
- גבתון, ד' (2001). תיאוריה מעוגנת בשדה: משמעות ניתוח הנתונים ובניית התיאוריה במחקר איכותי. בתוך צבר-בן יהושע, נ' (עורכת). **מסורות וזרמים במחקר האיכותי** (עמ' 195–227). גני אביב ולוד: דביר.
- מרגלית, מ' (2000). **לקות למידה בכיתה: דילמות חינוכיות במציאות חדשה**. תל אביב: מכון מופ"ת.
- משרד החינוך (תשס"א). **חוזר מנכ"ל מיוחד**. ירושלים: משרד החינוך והתרבות.
- משרד החינוך (תשס"ח). **חוזר מנכ"ל מיוחד**. ירושלים: משרד החינוך והתרבות.
- צבר-בן יהושע, נ' (1990). **המחקר האיכותי**. תל אביב: מסדה.
- רביב, ע' וכצנלסון, ע' (1993). **משבר ושינוי בחיי הילד ומשפחתו**. תל אביב: עמיחי.
- רביב, ע', קליגמן, א' והורוביץ, מ' (1980). **ילדים במצבי לחץ**. תל אביב: אוצר המורה.
- שליט, א' (2002). גישה רב-מערכתית לטיפול בילדים עם בעיות כרוניות. **סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום**, 17(2), עמ' 81–84.
- שקדי, א' (2003). **מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תיאוריה ומעשה**. תל אביב: רמות.
- Armstrong, F. D., Blumberg, M. J., & Toledano, S. R. (1999). Neurobehavioral issues in childhood cancer. *School Psychology Review*, 28(2), pp. 194–202.
- Armstrong, F. D., & Horn, M. (1995). Educational issues in childhood cancer. *School Psychology Quarterly*, 10(4), pp. 292–304.
- Batsche, G., & Tunnicliffe, H. (1998). Cystic Fibrosis. In L. Phelps (Ed.), *Health-related disorders in children and adolescents* (pp. 204–212). [n.p.] American Psychological Association.
- Brown, R. T. (1993). An introduction to the special series: Pediatric chronic illness. *Journal of Learning disabilities*, 26(1), pp. 4–5.
- Brown, R. T., & DuPaul, G. J. (1999). Promoting school success in children with chronic medical conditions. *School Psychology Review*, 28(2), pp. 175–181.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals Of Child Development*, 6, pp. 187–249.
- Christenson, S. L. (2000). Commentary school psychologists as health-care providers: A means to success for all. *School Psychology Review*, 29(4), pp. 555–556.

- Clark, E. (1996). Children and adolescents with traumatic brain injury: Reintegration challenges in educational settings. *Journal of Learning Disabilities*, 29(5), pp. 459—559.
- Clark, E., Russman, S., & Orme, S. (1999). Traumatic brain injury effects on school functioning and intervention strategies. *School Psychology Review*, 28(2), pp. 242—250.
- Cleave, H., & Charlton, A. (1997). Evaluation of cancer-based course used in three different settings. *Child: Care Health and Development*, 23(5), pp. 399—413.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Development psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford Press.
- Doelling, J. E., & Bryde, S. (1995). School reentry and educational planning for the individual with traumatic brain injury. *Intervention in School and Clinic*, 31(2), pp. 101—107.
- Eiser, C. (1993). *Growing up with a chronic disease: The impact on children and their families*. London and Philadelphia: Jessica Kingsly Publishers.
- Frieman, B. B., & Settel, J. (1994). What the classroom teacher needs to know about children with chronic medical problems. *Childhood Education*, pp. 196—201.
- Greene R. W., Abidin, R. R., & Kmetz, C. (1997) The index of teaching stress: A measure of student-teacher compatibility. *Journal of School Psychology*, 35, pp. 239—259.
- Hux, K., & Hacksley, C. (1996). Mild traumatic brain injury: Facilitating school success. *Intervention in School and Clinic*, 31(3), pp. 158—165.
- Kazak, A. E., Meeske, K., Penati, B., Barakat, L. P., Christakis, D., Meadows, A. T., Casey, R., & Stuber, M. L. (1997). Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 65(1), pp. 210—129.
- Kazak, A. E., Simms, S., Barakat, L., Hobbie, W., Foley, B., Golomb, V., & Best, M. (1999). Surviving Cancer Competently Intervention Program (SCCIP): A cognitive-behavioral and family therapy intervention for adolescent survivors of childhood cancer and their families. *Family Process*, 38(2), pp. 175—191.
- Kvale, S. (1996). *Interviews*. London: Sage.
- Leichtentritt, R. D., & Rettig, K. D. (1999). My parent's dignified death is different from mine: Moral problem solving about euthanasia. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16(3), pp. 385—406.
- Lubker, B. B., Bernier, K. Y., & Vizoso, A.D. (1999). Chronic illnesses of childhood and the changing epidemiology of language-learning disorders. *Topic in Language Disorders*, 20(1), pp. 59—75.

- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Nastasi, B. K. (2000). School psychologists as health-care providers in the 21st century: Conceptual framework, professional identity, and professional practice. *School Psychology Review*, 29(4), pp.540—554.
- Polkinghorne, D. E. (1989). Phenomenological research methods. In R. S. Valle & S. Halling (Eds.), *Existential — phenomenological perspectives in psychology* (pp. 41—60). New York: Plenum.
- Power, T. J., DuPaul, G. J., Shapiro, E. S., & Parrish, J. M. (1998). Role of the school-based professional in health-related services. In L. Phelps (Ed.), *Health-related disorders in children and adolescents* (pp. 15—25). [n.p.] American Psychological Association.
- Power, T. J., McGoe, K. E., Heathfield, L. T., & Blum, N. J. (1999). Managing and preventing chronic health problems in children and youth: School psychology's expanded mission. *School Psychology Review*, 28(2), pp. 251—263.
- Sexson, S. B., & Madan-Swain, A. (1993). School reentry for the child with chronic illness. *Journal of Learning Disabilities*, 26(2), pp. 115—125.
- Sexson, S. B., & Madan-Swain, A. (1995). The chronically ill child in the school. *Journal of Psychology Quarterly*, 10(4), pp. 359—367.
- Shields, J., Heron, T. E., Rubenstein, C. L., & Katz, E. R. (1995). The eco-triadic model of educational consultation for students with cancer. *Education and Treatment of Children*, 18(2), pp. 184—220.
- Thies, K. M. (1999). Identifying the educational implications of chronic illness in school children. *The Journal of School Health*, 69(10), pp. 392—397.
- Thompson, R. J., & Gustafson, K. E. (1996). *Adaptation to chronic childhood illness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wolters, P. L., Brouwers, P., & Moss, H. A. (1995). Pediatric HIV disease: Effect on cognition, learning, and behavior. *School Psychology Quarterly*, 10(4), pp. 305—328.

