

AGNIESZKA SIEDLIŚKA

WARTOŚĆ ZDROWIA W PERCEPCJI DZIECI CHORYCH BADANIA W SZKOLE PRZYSZPITALNEJ W PUŁAWACH

1. ROZUMIENIE I DEFINIOWANIE ZDROWIA

Zdrowie jest bezcenną wartością, kapitałem człowieka, które pozwala osiągnąć wyznaczone cele życiowe i służy realizacji codziennych potrzeb. Jednak bardzo niepokojący jest fakt, że większość społeczeństwa dostrzega jego wartość i podejmuje działanie sprzyjające zdrowiu dopiero w sytuacji jego utraty¹.

Definicją zdrowia zajmuje się wiele dyscyplin naukowych, np. medycyna, psychologia, socjologia, religia. Dlatego jednolite zdefiniowanie „zdrowia” ujmujące poglądy przedstawicieli wymienionych nauk zawsze przysparzało wiele trudności. Literatura podaje ponad 300 definicji tego zjawiska, co wskazuje, że każda kolejna nie jest zadowolająca.

Wśród różnych podejść do definiowania zdrowia, z punktu widzenia edukacji zdrowotnej na uwagę zasługuje podział na jego definicje profesjonalne i potoczne. Rozbieżność między rozumieniem zdrowia przez profesjonalistów, w tym także edukatorów zdrowia, a doświadczeniem i rozumieniem przez edukowanych, może mieć wpływ na realizację programów edukacji zdrowotnej i ich skuteczność.

Mgr AGNIESZKA SIEDLIŚKA – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, ul. Gen. Bema 1, 24-100 Puławy; e-mail: agnieszka.siedliska@gmail.com

¹ Zob. D. LAMCZYK, *Pojęcie zdrowia i zachowań zdrowotnych*, w: B. TOBIASZ-ADAMCZYK (red.), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i chorób*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2000, s. 22.

W ujęciu profesjonalnym szczególny wpływ na współczesne definiowanie zdrowia miała pierwsza jego socjologiczna definicja sformułowana przez T. Parsonsa, który określił zdrowie „jako stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji”². Jedną z najbardziej spopularyzowanych jest definicja zdrowia ogłoszona w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zgodnie z którą zdrowie to całkowity fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub ułomności³.

Potoczne rozumienie zdrowia odnosi się do tego, jak rozumieją (definiują, opisują) zdrowie „zwykli ludzie” na podstawie doświadczeń z własnego codziennego życia i najbliższego otoczenia. Sposób określania tego pojęcia zależy od wielu czynników: wieku, poziomu wykształcenia, statusu ekonomiczno-społecznego, doświadczeń życiowych. Każdy człowiek może rozumieć zdrowie na swój sposób. Dorośli traktują je przeciwieństwo do choroby, czyli niewystępowanie jej objawów lub dolegliwości, dobre samopoczucie, stan niewymagający interwencji medycznej⁴. Na użytek opracowania przyjęto definicję zdrowia T. Tomaszewskiego, czyli jest to wartość pozytywna, do której człowiek dąży, a jego przeciwieństwo – choroba – wartością negatywną, której człowiek unika.

Koncepcja zdrowia zmienia się wraz z wiekiem dziecka, jako efekt automatycznego przechodzenia przez kolejne stadia rozwoju poznawczego. Znacznie większą rolę przypisuje się wpływom społecznym, zwłaszcza doświadczeniu rodzinnemu, wpływom kultury i edukacji zdrowotnej. Analiza wyników badań różnych autorów pozwala określić różnice w postrzeganiu zdrowia przez dzieci i dorosłych. Badania wykazały, że:

- młodsze dzieci uznają się za zdrowe lub chore, gdy ktoś im o tym powie, lub gdy pojawią się objawy dotyczące zdrowia fizycznego;
- nastolatki (12-15), tworząc własne koncepcje zdrowia i choroby, wymieniają: komponenty fizyczne (ciało, organizm), psychiczne (uczucia, emocje), energetyczne (dynamika działania) i społeczne (interpersonalne i zadaniowe)⁵;

² Zob. T. PARSONS, *Struktura społeczna a osobowość*, tłum. M. Tabin, Warszawa: PWE; B. WOYNAROWSKA, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2012, s. 19.

³ Zob. B. WOLNY, *Edukacja zdrowotna w szkole*, Stalowa Wola: Wydawnictwo Diecezjalne i Drukarnia w Sandomierzu 2010, s. 19.

⁴ Zob. B. WOYNAROWSKA, *Edukacja zdrowotna*, s. 18.

⁵ Zob. M. JOHN-BORYS, *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2002, s. 22.

- dzieci starsze bardziej precyzyjnie określają zdrowie i biorą pod uwagę różne jego aspekty, co może także wynikać z ich bogatszego słownictwa oraz zasobu wiedzy;
 - dzieci najczęściej rozumieją zdrowie jako dobre samopoczucie niż jako brak choroby;
 - dzieciom, podobnie jak większości dorosłych, zdrowie kojarzy się ze zjawiskiem pozytywnym, choroba z negatywnym;
 - zmiany koncepcji zdrowia w dzieciństwie polegają na przejściu od konkretnych przykładów pochodzących z własnych doświadczeń do stopniowo wzrastającej zdolności rozumienia zdrowia jako pojęcia abstrakcyjnego⁶.
- Przy tak przyjętym podejściu okazuje się, że dziecięca koncepcja zdrowia, podobnie jak u dorosłych, jest wielowymiarowa i obejmuje:
- bycie sprawnym (zdolnym) do wykonywania różnych czynności (związanych z aktywnością fizyczną, przebywaniem poza domem, nauką w szkole);
 - zachowania sprzyjające zdrowiu (odpowiednie żywienie, aktywność fizyczna, sen);
 - zdrowie psychiczne, które dotyczy ogólnego samopoczucia i relacji z innymi (ten wymiar pojawia się już w wieku 5-6 lat)⁷.

2. KATEGORIE ZDROWIA

B. Wolny podkreśla, że we współczesnym definiowaniu zdrowia uwzględnia się holistyczną, czyli całościową koncepcję zdrowia z aspektem noetycznym. Takie podejście umożliwia ujmowanie człowieka jako „całość” (człowiek jako osoba, indywidualność, niepowtarzalność osoby ludzkiej), ale i „części całości” (człowiek żyje w różnych środowiskach i jest jego częścią, począwszy od rodziny, społeczności szkolnej i również przyrodniczej, stanowi część całości, jaką jest świat)⁸.

Na zdrowie człowieka składają się cztery aspekty wzajemnie powiązane ze sobą:

- zdrowie fizyczne – odnosi się do ciała, biologicznego funkcjonowania naszego organizmu, jego poszczególnych układów i narządzi;

⁶ Zob. I. KALNINS, R. LOVE, *Children's concepts of health and illness – and implications for health education: an overview*, „Health Education Quarterly” 1982, nr 9, s. 23.

⁷ Tamże.

⁸ Zob. B. WOLNY, *Edukacja zdrowotna*, s. 23.

– zdrowie psychiczne – w jego obrębie dwa komponenty: poznawczy (czyli zdrowie umysłowe, określane jako zdolność do jasnego, spójnego myślenia, uczenia się, realizacji swego potencjału intelektualnego), afektywny, czyli zdrowie emocjonalne, które oznacza zdolność do kontrolowania emocji takich, jak lęk, radość, złość, żal (w tym rozpoznawanie ich i wyrażanie w sposób adekwatny do sytuacji, zapewniający poczucie komfortu) i akceptowane społecznie zdolności do radzenia sobie z trudnościami, stresem, napięciami, depresją i lękiem;

– zdrowie społeczne – oznacza zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji interpersonalnych i wzajemnej współpracy, niezależność (autonomię) jako cechę osób dojrzałych społecznie;

– zdrowie duchowe – jest pojęciem wieloznacznym, zawierającym następujące elementy: samoświadomość, jakość relacji, system wartości i poczucie celu życia. W jego promocji wyróżniamy następujące kryteria: zdolność do dawania i brania, okazywanie ciepła, bezwarunkowa miłość, poczucie sensu i celu życia, uznawanie czynników transcendentalnych, wewnętrzna siła i spokój, pozytywne nastawienie, własne credo życiowe, uznawanie czegoś, co istnieje „poza naszym umysłem”, otwartość na przeżycia duchowe, zdolność wyjścia poza świadomość. Dla ludzi wierzących związane jest z ich przekonaniami, praktykami religijnymi i wartościami podstawowymi dla danej religii. Dla ludzi wierzących wynika z praw natury lub ich osobistego „kredo”⁹.

3. FUNKCJA ZDROWIA W INTEGRALNYM ROZWOJU DZIECKA

Przez integralny rozwój rozumie się całościowy, zewnętrzny i wewnętrzny rozwój człowieka i przystosowanie do życia według przyjętego „wzorca”¹⁰. Jak podkreśla K. Chałas, „sprowadza się on do dynamizowania warstw rozwojowych człowieka oraz ich zharmonizowania: warstwy fizycznej, psychicznej, społecznej, duchowej i religijnej w projekcie życia zdążającego do pełni człowieczeństwa”¹¹. W tym kontekście zdrowie jest istotnym czynnikiem poszczególnych warstw:

⁹ Zob. B. WOYNAROWSKA, *Edukacja zdrowotna*, s. 31.

¹⁰ Zob. A. RYNIO, *Integralne wychowanie w myśl Jana Pawła II*, Lublin: Wydawnictwo KUL 2004, s. 13.

¹¹ Zob. K. CHAŁAS, *Moc wychowawcza przypadkowych zdarzeń w świetle introcepcji wartości*, Kielce–Lublin: Wydawnictwo Jedność 2011, s. 70-71.

- w warstwie fizycznej przyczynia się do rozwoju sił witalnych, warunkuje wytwarzanie wartości materialnych;
- w warstwie psychicznej warunkuje rozwój zdolności poznawczych, zdobywanie wiedzy, kontynuowanie nauki, rozwijanie pasji;
- w warstwie społecznej zdrowie stanowi czynnik integracji społecznej, który warunkuje urzeczywistnianie wielu wartości społecznych: tolerancji, odpowiedzialności, wspólnoty społecznej, zaangażowania społecznego i wielu innych;
- w warstwie kulturowej zdrowie jako przyjęta wartość wyznacza kulturowe zachowanie, które wyraża się w stylu życia;
- w warstwie światopoglądowej stanowi element strukturalny wartości ostatecznych, warunkujących rozwój warstwy światopoglądowej. Jest przedmiotem modlitwy dziękczynnej i błagalnej.

Wydaje się, że prezentowany obecnie przez nauki społeczne sposób konceptualizowania zdrowia i jego uwarunkowań jest wystarczającym uzasadnieniem dla uznania, że wartość zdrowia może być ujaśniana w procesie edukacji. Pedagogiczna refleksja nad zdrowiem jest przedmiotem edukacji, powinna zatem skupić się na poszukiwaniu skutecznych metod kształcenia potencjału zdrowotnego człowieka, obejmującego zarówno jego zasoby indywidualne, jak i czynniki jego środowiska. Należy jednak podkreślić, że zasadniczym warunkiem takiego ukierunkowania myślenia pedagogicznego jest świadomość, iż zdrowie jest ogólnoludzką, uniwersalną wartością i powinno zajmować ważne miejsce stanowienia celów wychowania.

Styl życia i zachowania zdrowotne kształtują się przede wszystkim w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości. Na proces ten wpływają następujące grupy czynników:

- a) Związane ze środowiskiem fizycznym – takie jak: stopień zanieczyszczenia środowiska naturalnego, poziom uprzemysłowienia, dostępność i ceny żywności, opieka zdrowotna itd.
- b) Kulturowe – to przede wszystkim miejsce zdrowia w hierarchii wartości, poczucie ryzyka, dostępność i rzetelność informacji, wzory ze strony osób znaczących.
- c) Społeczne – znaczenie określonych osób i grup dla przebiegu procesu wychowania i socjalizacji.
- d) Osobowe – takie jak: własne przekonania w sprawach dotyczących zdrowia; potrzeba działań profilaktycznych, aktywność i wytrzymałość w sytuacjach zagrożenia, umiejętność radzenia sobie ze stresem.

Wśród wymienionych czynników niewątpliwie największe znaczenie mają te, które w głównej mierze determinują przebieg procesu socjalizacji, czyli wzorce i zasady przekazywane przez rodziców, rówieśników, szkołę, religię, społeczność

lokalną i środki masowego przekazu. Należy pamiętać, że ukształtowane w toku socjalizacji błędne nawyki i zachowania bardzo trudno zmienić¹².

4. SYTUACJA DZIECKA CHOREGO

Choroby przewlekłe powodują istotne i niekorzystne zmiany, które dotyczą wszystkich dziedzin życia dziecka. Komisja Chorób Przewlekłych przy Światowej Organizacji Zdrowia choroby przewlekłe definiuje, jako wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu obserwacji czy opieki¹³.

Zgodnie z *Polskim słownikiem medycznym* chorobę przewlekłą można określić, jako proces patologiczny trwający ponad cztery tygodnie, cechujący się brakiem nasilonych objawów chorobowych. Wyróżnia się choroby o pierwotnie przewlekłym przebiegu oraz wtórnie przewlekłe, które są efektem przejścia chorób o przebiegu ostrym. W przebiegu chorób przewlekłych zdarzają się zaostrzenia objawów chorobowych, zmniejszenie się ich, nasilenia lub czasowe ustąpienia¹⁴.

W sytuacji choroby dziecko może ujawniać nie tylko rozpacz, ból, cierpienie, bierne poddanie się losowi, ale też wolę życia, nadzieję o podwyższenie swojej jakości życia w chorobie, jak też walkę o czynniki, które sprzyjają lepszemu zdrowiu. Wpływ na sposób postrzegania swojej sytuacji mają właściwości samej jednostki, jak i jej otoczenia, tak zwane zasoby.

Sytuacja dziecka z chorobą przewlekłą jest zależna od takich czynników, jak: jego wiek w momencie wystąpienia choroby, stopień jej zaawansowania, jednostka chorobowa, wynikające z niej ograniczenia. Choroba przewlekła powoduje wiele zmian i niesie ze sobą znaczące konsekwencje, które mogą wpłynąć na

¹² Zob. K. BORZUCKA-SITKIEWICZ, *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS 2006, s. 22.

¹³ Zob. W. PILECKA, *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka – problemy psychologiczne*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2002; J. WIŚNIEWSKA (red.), *Sytuacje graniczne w biegu ludzkiego życia*, Radom: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy 2015, s. 69.

¹⁴ Zob. *Polski słownik medyczny*, oprac. D. Aleksandrow, T. Roźniatowski, J. Heller, Warszawa: PZWL 1981, s. 70.

funkcjonowanie dziecka oraz przystosowania się do życia. Zmiany te dotyczą: rozwoju fizycznego i sprawności motorycznej, rozwoju umysłowego (funkcji poznawczych), rozwoju społecznego (kontaktów społecznych).

Elementem wspólnym dla wszystkich chorób przewlekłych jest ból. W doświadczeniu bólu można wyodrębnić dwa wywierające na siebie wpływ komponenty: psychologiczny – związany z poznawczym opracowaniem informacji sensorycznej i odpowiedzią organizmu na stymulację, oraz sensoryczny – odnoszący się do zdolności doznawania bólu.

Wpływ na reakcje bólowe mają czynniki psychologiczne, sytuacyjne, wychowawcze, emocjonalne, stopień rozwoju, wcześniejsze doświadczenia bólowe, postawa rodziców i otoczenia. Dzieci przy zdiagnozowaniu tych samych chorób przewlekłych mogą odczuwać różne doznania bólowe. Niektóre wykorzystują odczucie bólu jako czynnik, który ułatwia im codzienne życie (unikanie odpowiedzialności za obowiązki).

Astenia w tych chorobach nie jest zwykłym zmęczeniem, które da się zmniejszyć przez sen, odpoczynek, relaks. Brak siły może mieć wpływ na jego kontakty z otoczeniem, relacje z bliskimi, a także na procesy poznawcze.

Dziecko może odczuwać wiele negatywnych emocji, takich jak lęk, strach czy smutek. Ma to związek z nieprzyjemną diagnozą, przebywaniem w placówkach leczniczych, rehabilitacją, ale też z długim okresem absencji szkolnej i adaptacją zarówno do warunków szkolnych, jak i szpitalnych. Lęk, który wynika z dolegliwości związanych z chorobą, wiąże się z faktem utraty relacji z najbliższym otoczeniem. Wraz z wydłużającym się czasem leczenia niektóre z nich są przekonane, że ich sytuacja pogarsza się.

Atrybutem generującym lęk jest niezaspokojenie potrzeb: fizjologicznych (niedobór witamin, tlenu, białka), poczucia bezpieczeństwa (pobyt w szpitalu), przynależności (częste rozłąki z rodzicami i grupą rówieśniczą). Deprywacja potrzeb może wynikać z braku osiągnięć, uznania, akceptacji, które są podstawą budowania szacunku dla własnej osoby oraz poczucia własnej godności¹⁵.

5. ELEMENTY METODOLOGICZNE ORAZ WYNIKI WŁASNYCH BADAŃ EMPIRYCZNYCH

Przedmiotem badań w przedstawionym materiale jest percepcja wartości zdrowia przez dzieci doświadczające chorobą. Poruszane problemy znajdują się

¹⁵ Zob. J. WIŚNIEWSKA (red.), *Sytuacje graniczne w biegu ludzkiego życia*, s. 68-74.

w obszarze zainteresowań wielu dyscyplin naukowych, m.in. pedagogiki, zwłaszcza społecznej, psychologii, socjologii, medycyny społecznej.

Jak już zostało podkreślone, choroby narażają dzieci na trudne, nowe i często przerastające ich możliwości obciążenie psychiczne. W tej sytuacji może nawet zaistnieć traumatyczne zerwanie więzi matka – dziecko, ze współistniejącym zagrożeniem dla zdrowia i życia. Taki pobyt jest dla każdego dziecka obciążeniem i stresem przeżywanym dotkliwiej niż przez dorosłych, głównie dlatego, że nie potrafią poradzić sobie z taką trudną sytuacją.

Czas, który dzieci spędzają w szpitalu, nie oznacza dla uczniów zaległości edukacyjnych, ponieważ uczestniczą w zajęciach organizowanych w szkole przyszpitalnej. Opieką dydaktyczną i wychowawczą objęte jest każde dziecko, niezależnie od planowanej długości pobytu na oddziale. To znacznie wspomaga proces leczenia ułatwiający szybszą adaptację do nowego środowiska, stwarzając atmosferę bezpieczeństwa i życzliwości. Terapeutyczny charakter szkoły jest odmienny, gdyż przebiega w szczególnych warunkach i polega na dostosowaniu się do możliwości uczniów, zindywidualizowanej nauce, znajdowaniu jego mocnych stron, nagradzaniu wysiłku.

Celem ogólnym badań jest poznanie wartości zdrowia w percepcji dzieci hospitalizowanych na Oddziale Dziecięcym SP ZOZ w Puławach. Badaniami objęto 150 dzieci w wieku 6-17 lat, które zostały podzielone na grupy wiekowe – 6-10 lat – 66: młodszy wiek szkolny; 11-14 lat – 56: przełom wieku szkolnego; 15-17 lat – 31: wchodzenie w dorosłość. Badania przeprowadzono w 2017 r. Dzieci zostały dokładnie poinformowane o ich celu i wyraziły ustną zgodę na uczestnictwo w badaniach.

Celem poznawczym jest ustalenie sposobów określenia wartości zdrowia przez badaną grupę dzieci chorych, zaś celem praktycznym zwrócenie szczególnej uwagi na funkcjonowanie środowiska rodzinnego i szkolnego, generującego postawy wobec sytuacji trudnych, jakimi niewątpliwie są pobyty w szpitalu, i opracowanie wskazań w tym zakresie. Problem badawczy zawiera się w pytaniu: W czym wyraża się percepcja zdrowia dla dzieci chorych przebywających w szpitalu? Problem główny implikuje następujące problemy szczegółowe: 1) Co dla badanych oznacza być zdrowym? 2) Jak oceniają oni swoją sytuację z perspektywy hospitalizacji? 3) Czy choroba zmieniła poczucie własnej wartości badanych uczniów? 4) W jaki sposób choroba wpływa u badanych na wizję przyszłego życia?

W celu uzyskania odpowiedzi na postawione pytania przeprowadzono empiryczne badania o charakterze jakościowym. Badani zostali dobrani według kryterium: stan zdrowia i wiek. Ze względu na stan zdrowia podmiotem zainteresowań uczyniono dzieci przewlekle chore (alergia, choroby oka, ast-

ma, cukrzyca, bóle głowy, przewlekłe infekcje górnych dróg oddechowych), zob. tabela 1.

Tabela 1. Częstość występowania chorób przewlekłych wśród dzieci

Lp.	Rodzaj choroby	Ogółem	Wiek w latach			Czas pobytu
			6-10	11-14	15-17	
1	Alergia	48	24	18	6	1 tydzień
2	Astma	39	18	12	9	2 tygodnie
3	Przewlekłe infekcje	24	14	6	4	2 tygodnie
4	Choroby neurologiczne	15	2	7	6	1,5 tygodnia
5	Choroby oka	13	4	8	1	1 tygodnia

W tabeli 1. przedstawiono dane dotyczące występowania chorób przewlekłych u dzieci do 17 roku życia. Uszeregowano je według częstości występowania chorób w populacji ogółem, czas pobytu jest przypuszczalny, bo nie można go w pełni określić. Najbardziej powszechne są alergie u dzieci w wieku 6-10 lat – 50% w danej jednostce chorobowej, u dzieci starszych – 15-17 lat – 12,5%. Jako powikłanie częstych alergii coraz częściej wśród młodszych dzieci dochodzi do chorób astmatycznych – 46,1%. Przewlekłe infekcje narażają młodsze dzieci na hospitalizację – 58,3%, co staje się silnym czynnikiem stresogennym w ich życiu. Bóle głowy najbardziej dotyczyły dzieci w wieku 11-14 – 53,3% i 15-17 lat – 40%. Choroby oka i cukrzyca były najmniej dominującymi dolegliwościami w badanej grupie.

Prowadzone badania miały charakter eksploracyjno-diagnostyczny. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i rozmowę z dziećmi młodszymi. Podstawową techniką badawczą była swobodna wypowiedź pisemna na temat: Wpływ choroby na percepcję wartości zdrowia.

Co dla badanych oznacza być zdrowym?

Określenie człowieka zdrowego uwarunkowane jest wiekiem dziecka. Dzieci starsze (15-17 lat) podkreślają następujące komponenty zdrowia:

- swobodny kontakt z rówieśnikami
- brak ograniczeń związanych z przypadłością choroby
- potrzeba autonomii
- swobodne planowanie przyszłości

- realizacja marzeń, aspiracji
- brak uciążliwych dolegliwości

Oto przykładowe wypowiedzi:

Chciałbym być zdrowy, bo wstydzę się swojej choroby, boję się, że ktoś zauważy mój atak lub jak biorę leki. Nie chcę być postrzegana jako chora i zrobię wszystko, żeby nikt nic nie zauważył. Trudno z tym żyć, ale dam sobie radę, bo już znam tę chorobę. Najgorsze są częste napady drgawek, bardzo źle się po nich czuję. Nie mogę imprezować, bo muszę uważać na światła w dyskotecce [chłopak, 17 lat, padaczka, 8 pobył].

Zdrowie to wolność wyboru, jaki mógłbym dokonywać, gdybym mógł normalnie funkcjonować bez zażywania leków. Postanowiłem spróbować ograniczyć dawkę tego leku, ale szybko znalazłem się w szpitalu z powodu duszności. To straszne nie móc oddychać, ale myślałem, że może już dam radę bez ich zażywania. Ta sytuacja uświadomiła mi, że nie jest dobrze [chłopak, 15 lat, astma, 5 pobył].

Dla dzieci w wieku 11-14 lat zdrowie to:

- możliwość spędzania czasu jak rówieśnicy
- akceptacja rówieśnicza
- możliwość nauki
- siła do gier i zabaw
- możliwość dalekich podróży

Oto przykładowe wypowiedzi:

Zdrowie jest dla mnie normalnym życiem, które pozwala cieszyć się nim każdego dnia. To coś o czym marzę, ale nie wiem jak ze mną będzie. Muszę uważać co jem, piję, o której godzinie, regularnie chodzić do lekarza. Taki rytm dnia powoduje ograniczenia swobody i przypomina o chorobie [dziewczynka, 11 lat, cukrzyca, 4 pobył].

Chciałbym być zdrowym, bo wtedy można robić wszystko, co się chce i na nic nie trzeba uważać. Nic tego nie zmienia i wtedy jest dobrze. Można planować, co będzie w przyszłości i dążyć do celu. Na chwilę obecną brakuje mi możliwości planowania życia, bo nie chcę się rozczarować [chłopiec, 14 lat, astma, 3 pobył].

Dla dzieci w wieku 6-10 lat zdrowie to:

- brak choroby
- brak bólu
- radość
- zabawa
- ładny wygląd

Oto przykładowe wypowiedzi:

Zdrowie jest wtedy, kiedy nic nie boli. Lubię, kiedy mama zakłada mi piękne sukienki, robi śmieszne fryzury. Wtedy bardzo się cieszę. Czasami jednak tak boli

mnie głowa, że płaczę a rodzice są smutni. Nie chcę już tak się czuć, bo nic mnie wtedy nie cieszy, ani zabawki, ani rodzeństwo, ani pies [dziewczynka, 7 lat, bóle głowy, 2 pobyty].

Bycie zdrowym to taki czas, który pozwala nam dobrze się czuć i spędzać wolny czas w dowolny sposób. Można wtedy gdzieś pójść, pojechać i nic nie przeszkadza w tych planach. To bardzo mnie cieszy, ale gdy znowu dolegliwości nasilają się, zaczynam bardzo źle widzieć, czuję się okropnie [chłopiec, 10 lat, choroby oka, 3 pobyty].

Pojęcie zdrowia jest zróżnicowane w zależności od przedziału wiekowego, ale zawsze sprowadza się do świadomości „czegoś wartościowego”. Dzieci starsze w wieku 15-17 lat postrzegają je z perspektywy możliwości, akceptacji rówieśniczej, realizacji planów i marzeń. Grupa w przedziale 11-14 lat doceniała wartość nauki, kolegów i koleżanek, planów na przyszłość. Najmłodsze dzieci (6-10 lat) oceniały zdrowie jako brak dolegliwości ograniczających ich funkcjonowanie, dobry humor, radość, zabawę.

Jak badani oceniają swoją sytuację z perspektywy hospitalizacji?

Grupę badanych możemy podzielić na dzieci, które przebywają na oddziale raz w roku albo rzadziej, albo kilka razy w roku. Analiza wyników badań wskazuje, że zmienna wieku i czasu (częstotliwości pobytów) różnicuje ocenę sytuacji w perspektywie hospitalizacji.

Oto przykłady wypowiedzi dzieci młodszych w wieku 6-10 lat:

Bycie w szpitalu powoduje, że jestem smutna. Przykro mi, że nie mogę być w domu rodzinnym z rodzeństwem i tatą. Nie lubię znowu tu być, ponieważ ciągle gdzieś mnie zabierają na badania, robią zastrzyki, przypinają kroplówki, to boli. Bardzo niemiło wspominam mój ostatni pobyt na oddziale i wszystko, co mnie niemiłego tam spotkało ze strony pani tu pracującej [dziewczynka, 9 lat, przewlekłe infekcje, 3 pobyty].

Chcę być zdrowa, a mama przywiozła mnie do szpitala, bo od kilku dni bolała mnie głowa. Nie podoba mi się tu, bo wolę być w domu. Tam mam swój pokój i zabawki, a tu mi wielu rzeczy brakuje. Już marzę o tym, żeby więcej tu nie wrócić. Dzieci chorych jest tu dużo i już mam kilku nowych kolegów. Najgorzej jest jak boli przy braniu krwi i zakładaniu takich motylków do kroplówek. Bardzo się wtedy boję [chłopiec, 6 lat, choroba neurologiczna, bóle głowy, 1 pobyt].

Dla dzieci w wieku 11-14 lat pobyt w szpitalu to:

Bycie w szpitalu nie jest złe, można wytrzymać i do szkoły nie muszę wtedy chodzić. Mamy tu na miejscu zajęcia, ale jest lepiej niż w mojej szkole. Czasami mówię, że źle się czuję i wracam na salę. To zależy jak mi się chce. Nawet takiej nudy nie ma, bo na szczęście mam internet w telefonie. Da się wytrzymać [chłopiec, 14 lat, cukrzyca, 3 pobyty].

Kiedy przyjechałam do szpitala, to tak się bałam jak małe dziecko. Nie pamiętam, co się ze mną stało. Mama powiedziała, że ze szkoły na oddział przywiozła mnie karetka, bo straciłam przytomność. Tu jest okropnie i codziennie pytam, kiedy stąd wyjdę. Lekarz powiedział, że jak zrobią wszystkie badania [dziewczynka, 10 lat, epilepsja, 1 pobyt].

Dzieci w wieku 15-17 lat pobyt w szpitalu ujmują następująco:

Trafiłam do szpitala pierwszy raz i jestem zdziwiona ile tu chorych dzieci. Zawsze byłam ciekawa jak to jest leżeć tu, bo kilku kolegów i koleżanek sama tu odwiedzałam. Nie przypuszczałam, że tu kiedyś będę. Ciężko leżeć na sali z kilkoma osobami, bo ciągle coś się dzieje. Nawet trudno skupić się na czytaniu, bo oddział jest przepełniony i wszędzie jest mnóstwo chorych i ich rodzin [dziewczyna, 15 lat, cukrzyca].

Przebywam w szpitalu bardzo rzadko, bo dobrze reaguję na leki, które kolejny raz zalecił mi lekarz. Nie stanowi to dla mnie dużego problemu, bo zwykle jestem tu krótko i wszyscy znajomi mnie odwiedzają. Wolę być w domu, bo tutaj jest pewien ustalony rytm dnia i trzeba się do niego dostosować. Sale są kilkuosobowe, co mi przeszkadza, ale można wytrzymać. Dobrze, że jutro wychodzę, bo jestem zmęczony [chłopiec, 16 lat, alergia, 3 pobyt].

Wrażenia badanych dzieci są bardzo zróżnicowane, a zarazem w niektórych odczuciach spójne. Im młodsze dziecko i większa częstotliwość hospitalizacji, tym większy lęk i stres. Dzieci starsze lepiej rozumieją swoją chorobę, ale też nie lubią przebywać w szpitalu, chyba że pobyty są kilkudniowe i sporadyczne.

Czy choroba zmieniła poczucie wartości badanych uczniów?

Poczucie dziecięcej wartości zależy od funkcjonowania jego domu rodzinnego i wzajemnych relacji, ponieważ jest to pierwsze i najważniejsze środowisko, w którym wzrasta. Jeżeli rodzina zapewnia mu poczucie bezpieczeństwa i wspiera każdego dnia, to zaistniała sytuacja zapewne nie stanie się tak dużym problemem dla dziecka.

Oto przykładowe wypowiedzi dzieci w wieku 6-10 lat:

Czuje się dobrze, bo mam fajną rodzinę, którą bardzo kocham. To są moi przyjaciele, których bardzo kocham. Zawsze są ze mną, nawet w szpitalu. Czytamy ciekawe książki i gramy w gry planszowe, ja zawsze wygrywam, bo jestem mistrzem – tak mówi tata. Nie mogę się już doczekać powrotu do domu, bo tam robimy dużo ciekawych rzeczy, które sprawiają mi radość [chłopiec, 9 lat, astma, 4 pobyt].

Bardzo boli mnie głowa, kiedyś przestawała nawet w domu, a teraz lekarz kazał nam przyjechać do szpitala. Jest mi smutno, bo jestem gorszy od kolegów, którzy mogą szybko biegać, skakać na trampolinie. Ja nigdy nie miałem tyle siły i mó-

wili, że jestem gruby. Zawsze będę sam, bo nie mogę zdążyć za nimi. Smutno mi, bo nie mam kolegów [chłopiec, 6 lat, cukrzyca, 1 pobyt].

Wypowiedzi dzieci w przedziale wiekowym 11-14 lat:

Z tego co mówi lekarz będzie mi ciężko, bo muszę zmienić swoje zainteresowania. Bardzo lubię być aktywna, chodzić na basen, biegać, grać w piłkę. Teraz trafiłam do szpitala i będę musiała się leczyć, i zrezygnować z wielu dotychczasowych przyzwyczajeń [dziewczynka, 11 lat, choroba oka, 1 pobyt].

Z powodu choroby nie mogę robić wielu rzeczy, bo mnie nic nie cieszy. Często muszę wracać do szpitala i rodzice się denerwują, że znowu trzeba będzie zorganizować opiekę dla rodzeństwa, bo mama jest też chora. Smutno mi, bo wiem, że to moja wina. Gdybym była zdrowa, toby się tak często nie kłócili, to moja wina [dziewczynka, 14 lat, cukrzyca, 4 pobyt].

Wypowiedzi dzieci najstarszych – 15-17 lat:

Już od dawna nie najlepiej się czuję, ale nie przyznawałem się. Niestety mama zauważyła, że coś jest nie tak i poszliśmy do lekarza, a ten skierował mnie na badania do szpitala. Tu okazało się, że jestem chory na cukrzycę. Świat mi się załamał, bo mama leczy się na tę chorobę i znam ją. Jest ciężko, bo więcej czasu będę musiał poświęcić na samokontrolę i utrzymanie tego w tajemnicy przed przyjaciółmi. Nie chcę, żeby się ode mnie odwrócili [chłopiec, 15 lat, cukrzyca, 3 pobyt].

W zeszłym tygodniu dowiedziałem się, że jestem chory neurologicznie. Już teraz rozumiiałem, dlaczego przytrafiały mi się dziwne zachowania. Teraz biorę leki i jest super. Oby tak dalej. Może uda mi się wygrać z chorobą. Czytałem, że nie wolno się poddawać i tak zrobię [chłopiec, 17 lat, epilepsja, 1 pobyt].

Ocena własnej wartości zależy od tego, jak dziecko jest odbierane przez swoją rodzinę, jakie informacje zwrotne mu przekazuje. Nikt nie wywiera tak dużego wpływu na dziecko, jak jego najbliższe środowisko rodzinne. Na oddziale przebywały ciężko chore, ale uśmiechnięte dzieci i te, które nie miały dużych problemów ze zdrowiem, lecz z wielkim trudem podejmowały jakiegokolwiek interpersonalne kontakty z otoczeniem. Relacje rodziców z dziećmi są ważne dla ich samopoczucia, mogą przynieść im radość lub zrobić krzywdę.

W jaki sposób choroba wpływa u badanych na wizję przyszłego życia?

Na ocenę swojego życia miały wpływ doświadczenia życiowe badanych dzieci i zawsze wynikały z przedstawionej wcześniej oceny własnej wartości, co stanowi swoisty czynnik dalszego rozwoju i walki o siebie.

Oto przykładowe wypowiedzi dzieci w wieku 6-10 lat:

Bardzo lubię swoje życie, bo mogę się bawić, układać klocki i jeździć z rodzicami na wycieczki, na zakupy i do babci. Fajnie jest być dzieckiem, bo wszyscy

są mili, nawet jak jestem w szpitalu, to mama cały czas jest ze mną. Odwiedza mnie tata i młodszy brat, już nie mogę się doczekać, kiedy stąd wyjdę [dziewczynka, 6 lat, alergologia, 2 pobyty].

Lubiłem swoje życie, jak byłem zdrowy. Teraz bywa różnie, jeżeli biorę lekarstwa i nic się nie dzieje, to jest fajnie. Gorzej, jak dolegliwości stają się duże i trzeba znowu kilka tygodni być w szpitalu [chłopiec, 10 lat, astma, 4 pobyty].

Przykładowe wypowiedzi dzieci w wieku 11-14 lat:

Nie wyobrażam sobie, jak będzie teraz wyglądać moje życie. Nie wiem, czego się spodziewać po tej chorobie i czy mogę ją zupełnie wyleczyć. Jeszcze nie pytałam, bo dopiero wczoraj lekarz powiedział, że ją mam. Myślę, że dam sobie radę [11 lat, choroba oka, 1 pobyt].

Jestem dość zadowolona ze swojego życia, bo nie jest tak źle. Najbardziej nie lubię okresów hospitalizacji, ale można wytrzymać. Już niedługo stąd wychodzę do domku i bardzo mnie to cieszy, bo przyjedzie babcia i dziadek, a oni są super. Babcia świetnie gotuje, a dziadek opowiada ciekawe historie z czasów jego młodości. Mam cichą nadzieję, że wszystko teraz będzie dobrze z moim zdrowiem i szybko tu już nie wrócę, bo szkoda mi czasu na siedzenie w szpitalu [dziewczynka, 13 lat, astma].

Przykładowe wypowiedzi dzieci starszych w przedziale wiekowym 15-17 lat:

Nie jestem zadowolony ze swojego życia, chciałbym być zdrowy, wstydzę się, że ktoś zauważy mój atak. Leki też przyjmuję tak, żeby nikt nie widział. Nie chcę zostać postrzegany jako chory, bo stracę kolegów. Jestem gorszy od innych, bo nie mam dobrego zdrowia. Nie mogę imprezować, bo muszę uważać na światła w dyskotekę. Takie życie mi nie odpowiada, lecz nie mogę tego zmienić – jestem gorszy i to mnie bardzo przygnębia [chłopiec, 17 lat, epilepsja, 5 pobyty].

Jestem zszokowana, że mnie to spotkało. Do tej pory nic się nie działo. W ostatnim czasie źle się poczułam i po wykonaniu wyników badań bardzo się zasmuciłam. Byłam pewna, że mi nic nie zagraża, choć często czułam się zmęczona. Teraz mam lekarstwa i jest o wiele lepiej. Rozmawiałam z cicią, która też ma taką chorobę, jest mądra, ładnie wygląda. To mi pomogło. Wiem, że będzie dobrze, tylko muszę przyzwyczaić się do tego [dziewczyna, 15 lat, cukrzyca, 1 pobyt].

Doświadczenia wynikające z panujących stosunków rodzinnych mają ważne znaczenie w emocjonalności dziecka oraz wpływają na zdolność prawidłowego radzenia sobie z trudnościami i niedogodnościami, jakie napotyka w szpitalu czy w domu.

Istotne zjawisko dla analizy znaczenia wczesnych doświadczeń to sprawność eksploracji, która jest podstawą umiejętności radzenia sobie z niedogodnością życiową, chęci życia, nauki, rozwoju, ciekawości. Poczucie bezpieczeństwa odwraca uwagę dziecka od choroby, zachęcając do samorozwoju.

Analizując szczególną moc więzi rodzinnych, można przewidywać przyszłe trudności w funkcjonowaniu społecznym. Dzieci z ograniczeniami spowodowanymi chorobą przewlekłą i trudnościami z bezpośrednim zwracaniem się o pomoc, mogą mieć problemy z przebywaniem wśród grupy społecznej, a w konsekwencji z brakiem akceptacji społecznej.

WNIOSKI

Na podstawie analizy materiału empirycznego można wysnuć następujące wnioski:

1. Wielotygodniowe pobyty w placówkach zdrowotnych są traumatycznym doświadczeniem, ponieważ nie pozwalają zaspokoić podstawowych psychospołecznych potrzeb, a przysparzają stresu, lęków i sytuacji stresogennych najbardziej nasilonych w grupie dzieci młodszych.

2. Dzieci z chorobami przewlekłymi kilka razy w ciągu roku przebywają w placówkach opieki zdrowotnej z powodu ostrego przebiegu choroby (37,5%), konieczności leczenia specjalistycznego, potrzeby wyspecjalizowanej diagnostyki. Istotne są także wcześniejsze doświadczenia związane z chorowaniem, rodzajem choroby, a w związku z tym negatywna wizja przyszłości. Wiele zależy od stosunków psychospołecznych, szczególnie między personelem medycznym i pacjentami. Przedmiotowy sposób traktowania, brak wzajemnego kontaktu, koncentracja wyłącznie na chorobie oraz wykonywanych zabiegach powodują stan przygnębienia i niepokoju.

3. Choroba jest dla większości dzieci traumatycznym doświadczeniem, mającym niezmierny wpływ na rozwój ich osobowości, ograniczającym zaspokajanie podstawowych psychospołecznych potrzeb, a przysparzających problemów i zagrożeń. Niszczy ich zdrowie psychiczne powodując frustrację. Prowadzi to do deprivacji podstawowych potrzeb bezpieczeństwa i miłości, skutkując mechanizmami lękotwórczymi. Bardzo często przedłużające się napięcie wytwarza blokadę emocjonalną, która automatycznie blokuje procesy poznawcze.

4. Wyobrażenia dzieci przewlekle chorych odnośnie do przyszłego życia są najczęściej zależne od atmosfery, jaką stwarza mu jego rodzina. To doświadczenie wywarło przeogromny wpływ na ich ogólne funkcjonowanie, zwłaszcza sferę emocjonalną i społeczną. Konsekwencją może być w przyszłości podejmowanie przez te dzieci zadań poniżej ich możliwości.

5. Chore dzieci nie zawsze mają zapewnione prawidłowe warunki, aby móc budować poczucie własnej wartości. Brakuje im bezpieczeństwa, posza-

nowania potrzeb, należytej przynależności do grupy rówieśniczej, co prowadzi do blokady potrzeby samorozwoju. Działania terapeutyczne powinny być skierowane na programowanie obrazu siebie, niezbędnego do rozwoju sfery emocjonalnej i poznawczej. Aby doprowadzić do takiego efektu, należy nawiązać konstruktywną więź dorosły–dziecko, a tym samym w pełni je zaakceptować, co jest konieczne w procesie terapeutycznym. Dzięki takim relacjom ma szansę przeżyć sukcesy, poznać swoje mocne strony, poprawić swoje funkcjonowanie w szkole i społeczeństwie. Nauczy się przeżywać radość i motywację do podejmowania wysiłku w walce z chorobą i nadzieję na lepszą jakość życia.

BIBLIOGRAFIA

- BIŃCZYCKA J., Prawo dziecka do zdrowia, Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS 2007.
- BORZUCKA-SITKIEWICZ K., Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS 2006.
- CEKIERA Cz., Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych, Lublin: TN KUL 1993.
- CHAŁAS K., Moc wychowawcza przypadkowych zdarzeń w świetle introcepcji wartości, Kielce–Lublin: Wydawnictwo Jedność 2011.
- HESZEN I., SĘK H., Psychologia zdrowia, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2008.
- LAMCZYK D., Pojęcie zdrowia i zachowań zdrowotnych, „Lider” 2013, nr 8.
- RYNIO A., Integralne wychowanie w myśli Jana Pawła II, Lublin: Wydawnictwo KUL 2004.
- SEN A., Rozwój i wolność, tłum. J. Łoziński, Warszawa: Zysk i S-ka 2002.
- TOBIASZ-ADAMCZYK B., Wybrane elementy socjologii zdrowia i chorób, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2000.
- WIŚNIEWSKA J. (red.), Sytuacje graniczne w biegu ludzkiego życia, Radom: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy 2015.
- WOLNY B., Edukacja zdrowotna w szkole, Stalowa Wola: Wydawnictwo Diecezjalne i Drukarnia w Sandomierzu 2010.
- WOYNAROWSKA B., Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2012.

WARTOŚĆ ZDROWIA W PERCEPCJI DZIECI CHORYCH BADANIA W SZKOLE PRYZSZPITALNEJ W PUŁAWACH

S t r e s z c z e n i e

Celem opracowania jest analiza wartości zdrowia w percepcji dzieci chorych. Choroby przewlekłe są coraz częstszym zjawiskiem nie tylko wśród dorosłych, ale także dotyczą dzieci.

Taka sytuacja wpływa niekorzystnie na ich życie psychiczne z powodu długotrwałego stresu, który obniża ich zdolność do samoregulacji i przystosowania. W przyjętych postawach często prezentują poczucie niskiej wartości, mają przeświadczenie o nieodpowiednim wyglądzie, złej sprawności psychofizycznej. Powoduje to brak pewności siebie, niezdecydowanie, frustrację i depryzację potrzeb. Długotrwałe sytuacje frustracyjne skutkują negatywnymi reakcjami emocjonalnymi i prowadzą do zachwiania równowagi psychicznej. Postrzeganie swojej choroby wiąże się z okresem, w którym ona wystąpiła. Jeżeli rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie, staje się częścią życia chorego dziecka, w późnym dzieciństwie powoduje lęk, złość, stres. Bardzo często dochodzi do ograniczenia realizacji osobistych planów życiowych, osiągnięcia dobrych wyników w nauce, trudności edukacyjnych, ograniczenia kontaktu z rówieśnikami. Wpływ choroby na rozwój jednostki składa się z wielu etapów, gdzie każdy wynika z poprzedniego oraz przygotowuje do następnego. Warunkiem skutecznego leczenia tak szczególnych pacjentów jest zapewnienie najlepszych warunków adaptacyjnych u hospitalizowanych. Chorowanie jest jednym z wielu „zajęć” wypełniających ich życie. W przerwach między złym samopoczuciem rozmawiają, bawią się, czytają, rysują, kłócą i godzą. Kochają i chcą być kochane. Pod tym względem nie różnią się od swych zdrowych rówieśników. Kształtowanie postaw wobec choroby jest procesem powolnym i długotrwałym. Jej przyjęcie wynika z indywidualnego doświadczenia, uczuciowych przeżyć i percepcji informacji. Tylko codzienne funkcjonowanie sprawia im więcej trudności, bo wymaga od nich większej dojrzałości, wysiłku i odpowiedzialności.

Słowa kluczowe: choroby przewlekłe; złe samopoczucie; kontakty społeczne; hospitalizacja dojrzałość; odpowiedzialność.

ILL CHILDREN'S PERCEPTION OF HEALTH VALUE RESEARCH CONDUCTED IN HOSPITAL SCHOLL IN PUŁAWY

S u m m a r y

The aim of the present paper is to analyse the ill children's perception of health value. Chronic illnesses are increasingly frequent not only amongst adults, they affect children as well. Such a situation has a detrimental impact on children's mental life due to prolonged stress, which impair their ability to self-regulate and adapt. The attitudes that they adopt oftentimes display low self-esteem, children are convinced of their unprepossessing appearance and bad psycho-physical fitness. All this causes insecurity, indecisiveness, frustration and deprivation of needs. Long-lasting frustrative situations induce negative emotional reactions and lead to mental imbalance. The perception of one's own illness is related to the period in which it occurred. If it commences in early childhood, it becomes a part of child's life; in late childhood it triggers anxiety, anger and stress. Very often it hinders the realization of personal life goals and achieving success at school, in addition to that, educational difficulties arise and contact with peers is limited. The impact of illness on the development of an individual involves numerous stages, in which each stage results from the previous one and prepares for the following one. A necessary requirement for effective treatment of such special patients is to ensure the best adaptation conditions for inpatients. Being ill is one of many “activities” filling their life. In the time between malaise, they talk play, read, draw, argue and reconcile. They

love and want to be loved. In this respect, they do not differ from their healthy peers. Shaping the attitudes toward illness is a slow and time-consuming process. Attitudes that we adopt stem from individual experience, emotional experience and perception of information. The only thing that causes more difficulties for them is everyday functioning, since it demands greater maturity, effort and responsibility.

Key words: chronic illnesses; malaise; social contacts; hospitalization; maturity, responsibility.