

Nymś-Górna Agnieszka. The role of the family in the context of the psychological well-being of the oncologically ill person. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(6):715-723. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.998578>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4910>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial

use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 23.06.2017. Revised 24.06.2017. Accepted: 26.06.2017.

The role of the family in the context of the psychological well-being of the oncologically ill person

Rola rodziny w kontekście psychologicznego dobrostanu osoby chorej onkologicznie

Agnieszka Nymś-Górna

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Key words: oncology, patient, family, support, treatment

Słowa kluczowe: onkologia, pacjent, rodzina, wsparcie, leczenie

Abstract

It will be shown how valuable the cancer is to support the family, friends and wider society. From the psycho-oncology I will present forms of support and ways to cope with the difficulties (including emotional). It will be very important to show difference kind of barriers in life of oncologically ill people and theirs families.

Streszczenie

Ukazane zostanie jak cenne w chorobie nowotworowej jest wsparcie rodziny, ale też przyjaciół i szerszego społeczeństwa. Z zakresu psychoonkologii przedstawione będą formy wsparcia oraz sposoby radzenia sobie z trudnościami (także emocjonalnymi). Bardzo ważne będzie ukazanie z jakimi rodzajami barier zmagają się osoby chore onkologicznie i ich rodziny

Pomimo znaczącego i nieustannego postępu medycyny diagnoza choroby nowotworowej nadal dla wielu osób stanowi synonim długotrwałych cierpień, a nawet wyroku śmierci. Z tego powodu moment zdiagnozowania raka stanowi wydarzenie krytyczne w życiu chorego, a także jego najbliższego otoczenia. Wówczas niemal tak samo ważne jak leczenie choroby jest odpowiednie wsparcie psychologiczne. W tej kwestii

oprócz bardzo ważnej roli terapeutów niezwykle istotne są działania podejmowane przez całą rodzinę pacjenta.

Krytyczne momenty życiowe określane bywają także jako „fakty wyznaczające bieg ludzkiego życia” (H. Muszyński, 1995, s. 63). Odnoszą się do takich przełomowych okresów życiowych, które nigdy nie zostaną zapomniane. Stanowią swego rodzaju bodźce prowokujące podjęcie refleksji nad danym zagadnieniem oraz nad przyszłością. Stanowią także inspirację do odkrywania niekonwencjonalnych sposobów postępowania, które mogą okazać się bardzo efektywne (K. Kuryś, 2010).

Jednym z takich momentów, może być diagnoza choroby nowotworowej. Reakcje na diagnozę mogą być bardzo różne. Elisabeth Kübler-Ross zastanawiała się nad procesem przyzwyczajania się do świadomości poważnej choroby jednostki. Wyróżniła pięć etapów przystosowywania (E. Kübler-Ross, 2007):

1. Szok, niedowierzanie

Ze względu na to, że diagnoza całkowicie dezorganizuje dotychczasowe życie człowieka, trudno jest mu uwierzyć w to, co dzieje się wokół niego. Zarzuca on na ogół pomyłkę lekarzom. Tego typu mechanizm sprawia, że pacjent zyskuje więcej czasu na adaptację do nowych warunków. Człowieka musi się zmierzyć z przewartościowaniem fundamentalnych dla niego kwestii.

2. Gniew, bunt

Ze względu na potrzebę konfrontacji z chorobą pojawiają się negatywne reakcje emocjonalne (mogą one być skierowane także na otoczenie). Człowiek może próbować podważać kompetencje personelu medycznego. Ten etap może przynieść pacjentowi swego rodzaju ulgę (poprzez odreagowanie negatywnych emocji). Może także stanowić niemą prośbę o wsparcie. Ze względu na fakt, że to stadium generuje bardzo dużo emocji, człowiek zyskuje wiele energii, którą może przekierować na podjęcie leczenia.

3. Układy, pertraktacje

W tym stadium pojawia się bardzo silna nadzieja na pozytywne skutki leczenia. Pacjent jest w stanie wiele poświęcić, aby zatrzymać bieg wydarzeń i przywrócić stan sprzed diagnozy.

4. Depresja

Pojawiają się zaburzenia snu i jedzenia. Dominuje rozpacz i bezsilność. Pacjent wycofuje się z realizacji swoich dotychczasowych ról społecznych. Jeśli stadium to utrzymuje się zbyt długo, wpływa negatywnie na proces leczenia.

5. Akceptacja

Charakterystyczne jest wówczas poczucie wewnętrznego wyciszenia i uspokojenia oraz wzmożona skłonność do tego, aby godzić się z chorobą oraz swoją niepewną przyszłością.

Każdy pacjent zupełnie inaczej przystosowuje się do diagnozy. Niektóre stadia mogą zostać pominięte. W innych przypadkach pacjent może zafiksować się na którymś z etapów. Przedstawiony proces może dotyczyć nie tylko samej osoby chorej – w równym stopniu może być przeżywany także przez rodzinę pacjenta.

Na każdym etapie choroby bardzo ważna jest komunikacja w rodzinie. Sama komunikacja interpersonalna według J. Stewarta to typ, jakość lub rodzaj kontaktu, który wyraża się w momencie, gdy partnerzy interakcji mówią lub słuchają w sposób ujawniający w jak największym stopniu to, co ukazuje się w sferze osobistej (J. Stewart, 2003).

W komunikacji z partnerem lub z partnerką warto zwrócić uwagę na otwarte mówienie o stresie. Jakikolwiek niedomówienia w tej kwestii mogą stać się początkiem większych konfliktów. Przede wszystkim należy zawsze otwarcie mówić o stresie. Mogą pojawiać się problemy, których nie będzie można rozwiązać dość szybko. Wówczas warto chociażby porozmawiać o emocjach towarzyszących problemowi. Rozmawianie o stresujących sytuacjach sprawia, że partnerzy nie będą budowali zbędnego dystansu między sobą oraz nie będą czuli się osamotnieni. Może także pojawiać się coraz więcej trudnych (dla partnerów) tematów, które też trzeba poruszyć w rozmowie. Warto się do nich wcześniej przygotować. Cenna okazać się wtedy może konsultacja z psychologiem. Równie istotne jest odnajdywanie okazji, aby powiedzieć sobie „dziękuję”. Docenianie nawet najmniejszych spraw jest bardzo istotne dla poczucia własnej wartości. Może okazać się szczególnie ważne w momencie, gdy jeden z partnerów, ze względu na chorobę, nie może zrobić tak wiele jak dotychczas (związane jest to także z zamianą ról). Niezwykle cenne może się okazać wspólne spędzanie czasu, np. wspólne spacerowanie, czy posiłki. Nawet wspólne milczenie lub zwykła wymiana spojrzeń nabierają innego znaczenia w obliczu tak poważnej choroby. Pozwalają nie tylko na zapomnienie o tym, że czeka człowieka podjęcie ciężkiego leczenia, ale także na świadomość, że nie został osamotniony ze swoim problemem i ma kogoś, kto będzie wspierał go na każdym etapie choroby. Dla partnerów bardzo ważne może być również odnajdywanie sposobów na intymność, ponieważ choroba wcale nie musi pozbawiać bliskości (K. Kowalska, E. Podymniak, 2013).

Jednym z kluczowych aspektów wspomnianej wcześniej bliskości jest jej wymiar fizyczny, wyrażający się także w sferze aktywności seksualnej. Choroba nowotworowa stanowi jednak poważną przeszkodę na drodze do udanego życia seksualnego. Szczególnie problematyczne w tym kontekście są sytuacje, w których nowotwory dotyczą kobiecych bądź męskich sfer intymnych. Jednak należy pamiętać, że szereg dolegliwości ogólnoustrojowych wywołany przez choroby innych narządów także stanowi barierę zarówno w samym współżyciu, jak i utrzymaniu odpowiedniego poziomu libido (choćby ze względu na przyjmowane leki).

Rozmowa o chorobie nowotworowej jeszcze trudniejsza jest w przypadku komunikacji z dziećmi. Proces komunikacji przybiera wówczas nieco inną formę. Wiele zależy od wieku dziecka – nie tylko metrykalnego, ale także poziomu rozwoju emocjonalnego i społecznego. Niemniej jednak, na każdym etapie rozwojowym, dziecko powinno mieć pewność, że rodzic jest otwarty na rozmowę z nim i chętnie odpowie na zadawane przez nie pytania. Dzieci najmłodsze (między 2 a 5 rokiem życia) należy zaznajamiać z nowym sposobem organizacji życia rodzinnego w sposób jasny i przejrzysty, zaczynając od najbliższej przyszłości. Warto dobrze zastanowić się nad przekazem informacji, aby przyjmował jak najprostszą formę. Można do tego celu wykorzystać nawet rysunek, jako element obrazujący i pomocniczy. Małym dzieciom (mieszczącym się w granicach od 6 do 9 lat) łatwiej będzie zrozumieć sytuację choroby, jeśli do przedstawienia sytuacji zostaną wykorzystane konkretne przykłady. Na tym etapie rozwoju, należy uspokoić dziecko, tłumacząc, że w czasie chwilowej niedyspozycji rodziców na pewno ktoś inny (najlepiej bliski) zaspokoi podstawowe potrzeby, otoczy opieką i zagwarantuje poczucie bezpieczeństwa. Z prawie nastolatkami (10 – 12 lat) można już sobie pozwolić na dłuższe rozmowy. Warto rozpocząć od diagnozy wiedzy uprzedniej, czyli sprawdzić jak wiele dziecko wie o samej chorobie (oraz na ile ta wiedza jest rzetelna). Nie ma już konieczności skupiania się wyłącznie na teraźniejszości (nastolatek dużo lepiej rozumie perspektywę przyszłości). Ponadto, dorastający człowiek może stać się obojętny w momencie próby ponownego podejmowania tego tematu lub nawet starać się go unikać. Jest to jednak dosyć naturalne, ponieważ dziecko zaczyna się obawiać o stan zdrowia bliskich mu osób, a taka strategia umożliwia wydłużenie etapu adaptacji do nowych warunków życiowych. Natomiast podczas rozmowy z nastolatkami (13 – 18 lat) należy się skupić na przekazywaniu merytorycznych informacji. Mogą potrzebować więcej czasu dla siebie, pobycia w osamotnieniu (lub z przyjaciółmi), aby oswoić się z emocjami, wywołanymi nowymi wiadomościami. Mogą zadawać więcej pytań odnoszących się do

przyszłości, która będzie ich dotyczyła, czyli wpływu choroby na ich własne funkcjonowanie. Często pojawiają się pytania w formie „co jeśli?” (K. Kowalska, E. Podymniak, 2013).

Pozostaje kwestia komunikacji rodziców ze zdrowym rodzeństwem chorego dziecka. Rodzeństwo może czuć swego rodzaju zazdrość o uwagę rodziców. Będzie się czuło rzadziej dostrzegane, bardziej ignorowane, a nawet odrzucone. Może też przyjąć jedną z dwóch strategii obrony własnego „ja” (często dopiero kształcącego się): przejawiania zachowań regresyjnych (czyli charakterystycznych dla poprzednich faz rozwoju) lub wręcz przeciwnie – wyróżniających dziecko na tle otoczenia (np. zasługującymi na pochwałę wynikami w nauce). Należy ze szczególnym wyczuciem zadbać o potrzeby zdrowego dziecka, aby uniknąć niebezpiecznych dla niego deprivacji. Ponadto rodzeństwo odczuwać będzie smutek, lęk, czy obawy o zdrowie swojej siostry lub brata. Dlatego też ciągle zapewnienia rodziców o swoich uczuciach, nie tylko zagwarantuje zdrowemu dziecku poczucie bezpieczeństwa, ale także wsparcie w tym równie trudnym dla niego okresie (E. Wielgosz, 1999).

Dla osoby chorującej niezwykle ważni są członkowie najbliższego otoczenia, którzy starają się ją wspierać na każdym etapie choroby. Ofiarowane wsparcie może przybierać rozmaite formy. Od wsparcia emocjonalnego i duchowego, przez informacyjne i edukacyjne (w tym wskazanie możliwości praktycznego działania w celu poprawy jakości życia), aż po finansowe (A. Kacperczyk, 2006). Osobie wspierającej towarzyszy cały wachlarz rozmaitych emocji i uczuć. Często jest to złość, żal, poczucie winy lub lęk. Pojawiać się mogą nastroje depresyjne oraz swego rodzaju osamotnienie (K. Kowalska, E. Podymniak, 2013). Człowiek musi się nauczyć radzić sobie w sposób konstruktywny z taką ilością negatywnych odczuć. Warto skorzystać z pomocy przyjaciół i znajomych. Przydatne może się okazać aktywne włączenie w funkcjonujące grupy wsparcia. Doradzają również opiekunowie medyczni, pielęgniarki środowiskowe, czy lekarze prowadzący. Ponadto, szczególną uwagę należy zwrócić na pomoc psychologiczną bądź psychoonkologiczną (psychospołeczną onkologię). Skupia się ona na badaniu psychologicznych, behawioralnych i społecznych aspektów chorób nowotworowych. Wśród tych zagadnień podkreślić należy poszukiwanie czynników ryzyka zachorowalności na nowotwory, sposobów przebiegu choroby oraz rokowań, a także wpływ całego procesu chorobowego na samego pacjenta i jego otoczenie, przy uwzględnieniu poziomu jakości życia (M. Jabłoński, M. Furgał, D. Dudek, A. Zięba, 2008).

Samo leczenie choroby nowotworowej ma wpływ na funkcjonowanie rodziny w kilku jej konkretnych aspektach – uczuciach, ujawnianych zachowaniach i komunikacji oraz „czasie psychologicznym”. W kwestii uczuć pojawia się większa wyrozumiałość i cierpliwość dla chorującego członka rodziny. Pozostałe osoby czują się też bardziej odpowiedzialne za jego poczucie dobrostanu. Nowotwór zakłócając dotychczasową stabilność systemu rodzinnego jednocześnie w większym stopniu umożliwia zweryfikowanie porządku aksjonormatywnego członków rodziny oraz zreorganizowanie relacji wewnątrzrodzinnych. W rozmowach częściej pojawiają się pełne życzliwości słowa otuchy. Natomiast czas leczenia rozbudza nadzieję oraz jednoczy członków rodziny. Ponadto, bardziej realne staje się docenianie terażniejszości, przez co wyznaczane sobie obowiązki są bez przeszkód realizowane (A. Pietrzyk, 2006).

Od marca do czerwca 2014 prowadzone były badania na zlecenie AXA Życie i Fundacji Społecznej „Ludzie dla ludzi”. Wykorzystując metodę zogniskowanego wywiadu grupowego przebadano 125 pacjentów, którzy już zakończyli leczenie (krótko przed lub maksymalnie do trzech lat przed badaniem) albo byli jeszcze w trakcie leczenia onkologicznego. Około 10% uczestników to rodzina pacjentów. Z badań wynika, że dla znacznej części osób zmagających się z chorobami nowotworowymi podstawowym podmiotem, pozwalającym zachować choćby względny dobrostan psychiczny w tej trudnej sytuacji jest rodzina. Wsparcie rodziny jest kluczowe zarówno w aspekcie rozpoczęcia leczenia, jak i podczas jego trwania. Stanowi bowiem podstawowe źródło motywacji do codziennego zmagania się z chorobą (Raport z badań, 2014).

Warto zauważyć, iż bardzo duża liczba rozmaitych mitów i stereotypów na temat chorób nowotworowych w znacznej mierze przyczyniła się do zbudowania u zdecydowanej większości osób poczucia lęku. Potwierdzają to również badania przeprowadzone cyklicznie przez Centrum Badania Opinii Społecznej w latach 1996, 1999, 2005, 2008. Zadano wówczas respondentom pytanie odnoszące się do chorób, które w największym stopniu wywołują niepokój (Raport z badań, 2008). Lęk może przybierać dwie podstawowe formy – psychologiczną, wyrażającą się poprzez występowanie uczucia niepokoju spowodowanego strachem przed zachorowaniem na raka oraz społeczną, która charakteryzuje się tendencją do kreowania wspomnianych wcześniej mitów i stereotypów.

Bardzo popularnym stereotypem na temat chorób nowotworowych jest ten związany w wiekiem osób chorujących. Bardzo wiele osób uważa, że choroba ta dotyczy niemal wyłącznie osób starszych, podczas gdy coraz częściej diagnozuje się raka u osób młodych, a nawet dzieci (M. Weis, 2008).

Podjmuje się jednak w tym temacie wiele słusznych inicjatyw mających na celu walkę z podstawowym stereotypem dotyczącym chorób nowotworowych. Jest nim niewątpliwie przekonanie o tym, że zachorowanie na raka jest równoznaczne z wyrokiem śmierci dla pacjenta. Funkcjonuje obecnie wiele stowarzyszeń, fundacji i organizacji non – profit, wspierających osoby chore oraz ich rodziny w trakcie leczenia. Podjmuje się też działania uświadamiające społeczeństwo w kwestii ważności badań profilaktycznych. Podkreśla się w kampaniach medialnych rolę wsparcia psychologicznego oraz fakt, że choroba nowotworowa jest niemal taką samą chorobą jak każda inna, która wymaga wdrożenia specjalistycznego leczenia.

Jednym z głównych wymiarów egzystencji z chorobą nowotworową zarówno dla chorego, jak i jego rodziny jest aspekt ekonomiczny. Bardzo często leczenie okazuje się długotrwałe i kosztowne. Mimo wielu reform przeprowadzanych przez resort zdrowia na przestrzeni ostatnich lat, nadal nierzadko okazuje się, że szereg zabiegów i terapii onkologicznych nie jest refundowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, co zmusza pacjenta i jego rodzinę do podejmowania leczenia poza systemem państwowym w Polsce i zagranicą. Należy wspomnieć także, że istnieją nierefundowane z NFZ środki farmakologiczne, których stosowanie okazuje się być konieczne. Podstawowym problemem jest wówczas kwestia pozyskania środków finansowych, których wysokość przekracza najczęściej możliwości rodzin nie tylko ze złą i przeciętną, ale nawet z dobrą lub bardzo dobrą sytuacją materialną. Zdarza się (szczególnie, gdy konieczne okazuje się leczenie w drogich ośrodkach zagranicą), że potrzebne kwoty liczone są w setkach tysięcy złotych. Rodzina osoby chorej zmuszona jest wówczas do podejmowania wszelkich kroków, by tak duże sumy pieniędzy pozyskać w relatywnie krótkim czasie. Cenna w takiej sytuacji okazuje się być pomoc rozmaitych fundacji, które nierzadko specjalizują się w zbiórkach na rzecz osób dotkniętych chorobą nowotworową. Często oprócz współpracy z organizacjami charytatywnymi rodzina decyduje się na inicjowanie samodzielnych zbiórek, co spopularyzowane zostało wraz z rozwojem mediów społecznościowych, w których sami pacjenci i ich rodziny umieszczają rozmaite apele o pomoc, dzieląc się jednocześnie swoimi bieżącymi przeżyciami, wspomnieniami oraz obawami związanymi z przyszłością. Trzeba jednak zaznaczyć, iż media „tradycyjne” nadal stanowią ważną platformę, za pomocą której pacjenci i ich rodziny próbują uzyskać niezbędną pomoc. Prasa, radio i telewizja to zatem środki przekazu, w których często zaobserwować można obecność materiałów, poświęconych zbiórce dla konkretnych

rodzin, jak również duże akcje, podczas których organizowana jest pomoc dla wielu rodzin, a także zbierane są środki przeznaczone na profilaktykę chorób nowotworowych.

Poruszana w niniejszych rozważaniach tematyka stanowi niewątpliwie zagadnienie istotne zarówno z punktu widzenia makrospołecznego, jak i z perspektywy psychologicznej osób dotkniętych w sposób bezpośredni chorobą nowotworową, a także ich rodzin. W dalszym ciągu niestety powielane są stereotypy na temat tej grupy chorób, jednak ważne jest, że coraz częściej w sposób oddolny, za pomocą różnych inicjatyw rozmaite osoby i organizacje dokładają starań, aby zerwać przede wszystkim ze schematami reprodukującymi przekonanie o niemożliwości pokonania choroby nowotworowej. Przyczynia się to jednocześnie do rozwoju psychoonkologii, która oprócz pełnienia z punktu widzenia pacjentów bardzo ważnej roli praktycznej jest także rzetelnym źródłem wiedzy na temat psychologicznych aspektów specyfiki leczenia osób dotkniętych chorobą nowotworową. Bardzo ważne dla dynamicznego rozwoju tej dziedziny jest prowadzenie odpowiedniej ilości badań wśród pacjentów, jednak należy pamiętać, że trudność w tej kwestii stanowi niezwykle skomplikowana tematyka – dotycząca zdrowia i życia badanych. Rozwój psychoonkologii jest niewątpliwie nadzieją na zmianę społecznej narracji w zakresie podejścia do diagnozy schorzeń onkologicznych. Walka z powszechnym strachem przyczynia się z kolei do propagowania badań profilaktycznych, które pozwalają bardzo często na szybkie wykrycie niepokojących symptomów i całkowite wyleczenie pacjenta.

Bibliografia

- Jabłoński M., Furgał M., Dudek D., Zięba A. (2008), *Miejsce psychoonkologii we współczesnej psychiatrii*, Psychiatria Polska, tom XLVII, nr 5.
- Kacperczyk A. (2006), *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Kowalska K., Podymniak E. red. n. (2013), *Gdy bliski choruje. Poradnik dla rodzin i opiekunów osób z chorobą nowotworową*, Primopro, Warszawa.
- Kübler-Ross E. (2007), *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Media Rodzina, Poznań.
- Kuryś K. (2010), *Urodzenie pierwszego dziecka jako wydarzenie krytyczne w życiu kobiet i mężczyzn*, Impuls, Kraków.
- Muszyński H. (1995), *Biograficzne teorie rozwoju i ich znaczenie dla teorii opieki*, [w:] red. Z. Dąbrowski, F. Kowalewski, *Pedagogika opiekuńcza jako dyscyplina naukowa i przedmiot studiów – samookreślenie, stan, zastosowanie*, WSP, Olsztyn.
- Pietrzyk A. (2006), *Ta choroba w rodzinie. Psycholog o raku*, Impuls, Kraków.
- Raport z badań CBOS (2008), *Polacy o niepokojach, zagrożeniach i oczekiwaniach dotyczących zdrowia psychicznego*, Warszawa, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_105_08.PDF.

Raport z badań na zlecenie AXA Życie i Fundacji Społecznej „Ludzie dla ludzi” (2014), *Choroba nowotworowa – doświadczenia pacjentów*, <http://ludziedlaludzi.pl/database/uploads/file/Choroba%20nowotworowa%20-%20do%20C5%9Bwiadczenia%20pacjent%C3%B3w.pdf>.

Stewart J. (2003), *Komunikacja interpersonalna: kontakt między osobami*, [w:] red. J. Stewart, *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*, PWN, Warszawa.

Weis M. (2008), *Choroba nowotworowa jelita grubego a styl życia*, [w:] red. J. Bulska, *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi*, Impuls, Kraków.

Wielgosz E. (1999), *Wychowanie dzieci niesprawnych somatycznie*, [w:] red. I. Obuchowska, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.