

Iwona Czerska
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Relacje lekarz – pacjent a wybrane teoretyczne modele relacji w kontekście dehumanizacji medycyny

Streszczenie

Cel artykułu: próba charakterystyki relacji lekarz-pacjent w odniesieniu do teoretycznych modeli tej relacji w kontekście dehumanizacji medycyny.

Rodzaj wykorzystanej metodologii badawczej/podejścia badawczego: analiza literatury przedmiotu.

Główne wyniki badań/analiz: w artykule zostały zaprezentowane wybrane teoretyczne modele relacji lekarz-pacjent. Dokonano próby identyfikacji elementów tych modeli we współczesnej relacji lekarza z pacjentem. Zwrócono uwagę na dehumanizację medycyny jako negatywną konsekwencję nowoczesnej obsługi pacjenta. Dyskutowano o braku umiejętności komunikowania się lekarza z pacjentem i potrzebie organizowania szkoleń z zakresu współpracy i budowania relacji z pacjentem.

Implikacje praktyczne: wprowadzenie dla wszystkich lekarzy szkoleń z zakresu umiejętności komunikowania się z pacjentem.

Implikacje społeczne: poświęcenie pacjentowi wystarczającej ilości czasu podczas wizyty lekarskiej.

Kategoria artykułu: przegląd literatury.

Słowa kluczowe: relacja lekarz–pacjent, dehumanizacja medycyny, modele paternalistyczne, modele partnerskie.

Kody JEL: I11, I18, M31

Wstęp

Wraz z rozwojem nowoczesnych technologii w medycynie, usprawnieniu uległ system obsługi pacjenta. Coraz istotniejszą rolę spełnia w nim e-usługa, zarówno w publicznych, jak i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej (Czerska 2015). W kontekście coraz powszechniejszego prowadzenia złożonej i czasochłonnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej sztuka rozmowy i komunikacja, będące dotychczas podstawą diagnozy, zostały zmarginalizowane.

Na niską obecnie jakość komunikacji lekarza z pacjentem mają wpływ niepokojące czynniki (Barański 2015b): biurokratyzacja i komercjalizacja relacji terapeutycznej, zanik kulturowych reguł budowania relacji międzyludzkich, medializacja roli zawodowej lekarza, upowszechnianie się modelu medycyny interwencyjnej. Wymienione czynniki zniekształcają efektywny proces komunikowania się z pacjentem, którego dotychczasowymi stały-

mi elementami były: wzajemne zrozumienie, zaufanie i szacunek, wspólne ustalanie planu leczenia i jego przestrzeganie, szczerłość i wiarygodność, życzliwość, troska i empatia. Postawa empatyczna sprzyja budowaniu relacji opartej na partnerstwie, ułatwia wzajemne zrozumienie, stwarza atmosferę otwartości (Gawroń 2001; Krot 2008). Według Gaertnera (1997), konsekwencją empatycznego zaangażowania lekarza w relację z pacjentem jest pełna podmiotowość chorego, co staje się dla niego źródłem satysfakcji. Pacjenci jednak wskazują na brak dobrej komunikacji z lekarzem, oczekują większej ilości informacji na temat swojej choroby, ewentualnych skutków ubocznych przepisanych leków, rokowali co do stanu ich zdrowia (Jankowska 2015).

Porozumienie między dwiema stronami było od zawsze integralną częścią sztuki lekarskiej i miało kluczowe znaczenie w przebiegu procesu dochodzenia do zdrowia. Proces zdrowienia został zniekształcony przez nieprawidłową komunikację między lekarzem a pacjentem, co ma wpływ na obniżenie jakości świadczeń opieki medycznej i na wzrost kosztów leczenia.

Celem opracowania jest próba charakterystyki relacji lekarz – pacjent w odniesieniu do teoretycznych modeli tej relacji w kontekście dehumanizacji medycyny.

Wybrane teoretyczne modele relacji lekarz – pacjent

Brak zrozumienia potrzeb i oczekiwań pacjenta jako konsumenta usługi zdrowotnej stanowi barierę komunikacyjną w relacji terapeutycznej. Dominująca postawa lekarza w tej relacji, choroba, a nie pacjent, będąca przedmiotem terapii, a także odgórne ustalanie i prowadzenie leczenia, stanowią elementy modelu Parsonsa (1951) (Suwała 2006), który jest jednym z modeli paternalistycznych relacji lekarz – pacjent. W kontekście dynamicznych przemian służby zdrowia w naszym kraju pewne elementy wspomnianego modelu odgrywają jeszcze pewną rolę.

Nie w każdej relacji lekarza z pacjentem zauważa się obecnie elementy modelu Parsonsa, bowiem nierzadko stan chorego i jego zdolności do aktywnego uczestnictwa w terapii determinują przebieg relacji terapeutycznej. W takich sytuacjach dopuszcza się współdziałanie i partnerstwo, lecz nadal zakłada się dominację lekarza i podporządkowanie pacjenta. Mowa tutaj o kolejnym modelu paternalistycznym, Szasza i Hollendra (1956) (Suwała 2006).

Wzajemna relacja lekarz – pacjent może być także zakłócona przez różnice interesów, niedostępność wiedzy dla pacjenta, faworyzowanie bogatych pacjentów, nadmierne kontrolowanie przez lekarza dostępu do wszystkich świadczeń medycznych. Te czynniki wywołują konflikty w skutecznym porozumiewaniu się i są elementami modeli opartych na teorii konfliktu (Andrys-Wawrzyniak, Jabłecka 2009). Również obecnie w relacji lekarz – pacjent można zauważyć pewne elementy tych modeli.

Czy współcześnie oprócz modeli paternalistycznych w relacjach między lekarzem a pacjentem zauważa się również elementy modeli partnerskich? Autor niniejszego opracowania uważa, że tak, aczkolwiek odgrywają one znacznie mniejszą rolę w kontekście aktualnych

Tabela 1
Zestawienie modeli relacji lekarz – pacjent

Model	Przedmiot terapii	Postawa lekarza	Postawa pacjenta	Rola lekarza	Aktywność pacjenta
Parsonsa	choroba	dominująca	bierna	autorytatywne ustalanie i prowadzenie leczenia	pełna gotowość do podporządkowania się wymogom leczenia
Szasza i Hollendra	choroba	dominująca	bierna/aktywna	kierowanie/współdziałanie/partnerstwo	posłuszne poddanie się leczeniu/współpraca w terapii/analiza sposobów leczenia/decydowanie i ponoszenie współodpowiedzialności za leczenie
Oparty na teorii konfliktu	choroba	dominująca	roszczeniowa	nadmierna kontrola dostępu do świadczeń medycznych; faworyzowanie bogatych pacjentów; zachowanie wiedzy dla siebie	chęć odzyskania zdrowia
Oparty na ideologii konsumeryzmu	pacjent	partnerska, doradcza	aktywna	partner, doradca, współdecydent	aktywne zdobywanie wiedzy; świadomy wybór alternatywnych form pomocy; ocena rezultatów terapii
Oparty na promocji zdrowia	pacjent	wspierająca, doradcza	aktywna	terapeuta, promotor zdrowia	odpowiedzialność za swoje zdrowie; prowadzenie właściwego stylu życia
Informacyjny	pacjent	eksperska	aktywna	ekspert od dostarczanych informacji, specjalista	podejmowanie decyzji na podstawie uzyskanych informacji od lekarza-eksperta
Interpretacyjny	pacjent	doradcza	aktywna	doradca, interpretator, edukator	podejmowanie kompetentnych decyzji na bazie dostarczonych informacji
Deliberacyjny	pacjent	otwarta, komunikatywna, współpracująca	aktywna	współpraca i prowadzenie dialogu z pacjentem w przyjemnej atmosferze	podejmowanie decyzji o sposobie leczenia w atmosferze dialogu i współpracy

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Andrys-Wawrzyniak, Jabłecka (2009); Barański, Piątkowski (2002); Gałuszka (2012); Meller, Milik (2014); Mielnik-Błaszczak i in. (2011); Suwała (2006); Szasz, Hollender (1956).

przemian publicznej służby zdrowia. Model partnerski w swoim założeniu jest zorientowany na pacjenta. Bierze pod uwagę jego potrzeby, a lekarz jest partnerem, doradcą i współdecyzyjnym. Przykładem modelu partnerskiego jest model oparty na ideologii konsumeryzmu (Cassef 1986), w którym relacja lekarz – pacjent jest rozpatrywana z punktu widzenia pacjenta jako konsumenta usługi medycznej. W relacji tej pacjent aktywnie zdobywa wiedzę, świadomie wybiera alternatywne formy pomocy, ocenia rezultaty terapii (Andrys-Wawrzyniak, Jabłeczka 2009).

Z kolei według modelu opartego na promocji zdrowia (lata 90.), lekarz kładzie nacisk na promocję zdrowia pacjenta i jego rodziny, a profesjonalna opieka medyczna pełni rolę wspierającą. W tym modelu widoczny jest proces deprofesjonalizacji, polegający na tym, iż lekarz nie ma władzy nad pacjentem, gdyż jest wyłącznie doradcą w kwestii zdrowia. Rzeczywiście w wielu przypadkach tak jest, ale nie jest to powszechne.

Istnieją też inne teoretyczne modele relacji lekarz-pacjent: informacyjny, interpretacyjny, deliberacyjny (Gałuszka 2012), które są próbą rezygnacji z dominującej roli lekarza na korzyść autonomii pacjenta w procesie decyzyjnym. Aby skutecznie porównać elementy wszystkich przedstawionych modeli, zestawiono je tabelarycznie (por. tabela 1).

Podsumowując powyższe rozważania nt. teoretycznych modeli relacji lekarz-pacjent w kontekście aktualnych przemian polskiej służby zdrowia trudno jednoznacznie wskazać na dominujący model. Rozpatrując zmiany zachodzące w publicznej sferze zdrowotnej, gdzie pacjent nie płaci za świadczone usługi zdrowotne, to elementy modeli Parsonsa oraz Szasza i Hollendra wydają się przeważać. Jednak większość pacjentów chce świadomie uczestniczyć w procesie terapeutycznym, aktywnie szukając informacji nt. sposobów leczenia, a także alternatywnych form pomocy. Takie działania wiążą się nierzadko z dodatkowym finansowaniem, które w większości przypadków regulują sami pacjenci. Z tego względu, a także z powodu ciągłego braku czasu na swobodną rozmowę z pacjentem modele partnerskie, według autora niniejszego opracowania, sprawdzają się w polskiej rzeczywistości, głównie w gronie beneficjentów zajmujących wyższe pozycje społeczne.

Dehumanizacja medycyny

Rozwój informatyzacji, rosnąca biurokracja, a także ciągły pośpiech skutkują dehumanizacją medycyny (Orlicz-Benedycka 2015). Według ogólnopolskiego badania przeprowadzonego w okresie styczeń-kwiecień 2013 przez Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby lekarskiej we współpracy z Instytutem Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, 84% lekarzy praktykujących w 2012 roku w dużych szpitalach oraz 77% badanych praktykujących w średnim bądź małym szpitalu wskazywało na zbędną biurokrację stanowiącą dużą część ich pracy (Krajewski i in. 2013). Badani lekarze zwracali także uwagę na sugestie ze strony przełożonych, aby czas poświęcony pacjentowi był ograniczony do niezbędnego minimum, a pozostała część wizyty była przeznaczona na wnikliwe udokumentowanie procesu terapii.

Badanie ujawniło wiele nieprawidłowości w wykonywaniu zawodu lekarza, co miało negatywne przełożenie na relację lekarz – pacjent, która właściwie nawiązana, według lekarza Leona Ferfeckiego (2013), niekiedy jest decydująca w uzyskaniu znakomitego efektu terapeutycznego. Lekarz bowiem ma mieć czas dla pacjenta, umieć nawiązać z nim kontakt, wnikliwie diagnozować, skutecznie leczyć. Brak spełnienia tych warunków skutkuje nierzadko poszukiwaniem przez pacjentów innych form terapii i leczenia, odchodząc od medycyny konwencjonalnej na rzecz alternatywnej.

O. S. Haque i A. Waytz (2012) wymieniają sześć przyczyn dehumanizacji medycyny: deindywidualizację (chorego i lekarza), osłabianie zdolności do działania pacjenta, wzmacnianie asymetrii między lekarzem a pacjentem, mechanizację, redukcję empatii, wycofanie moralne. Przyczyny te są niewątpliwie efektem technicyzacji, biurokratyzacji i komercjalizacji opieki medycznej (Barański 2015a).

Z kolei J.P. Leyens (2014) wskazuje na postawy personelu medycznego jako główną przyczynę dehumanizacji w medycynie. Wśród postaw wymienia coraz większą obojętność lekarzy w kontaktach z pacjentami, brak empatii, lekceważenie bólu, brak tolerancji.

Kolejną niezwykle ważną przyczyną omawianego procesu może być wypieranie indywidualnego podejścia do leczenia opartego na doświadczeniu klinicznym lekarza przez wprowadzenie dowodu opartego głównie na analizie statystycznej, czyli Evidence-Based Medicine (EBM) (Borgiel-Marek, Lella 2015). W erze medycyny opartej na faktach korzystanie z najnowszych doniesień naukowych i wykorzystywanie ich do podejmowania decyzji klinicznych powinno charakteryzować się sceptycyzmem i rozważą z ich korzystania. Nie powinno jednak przesłaniać ani redukować bezpośredniego kontaktu z pacjentem, poznania jego potrzeb i oczekiwań co do możliwości leczenia.

Podsumowanie

Współczesna relacja lekarza z pacjentem jest całkiem inna niż dwie, trzy dekady temu. Została zaburzona w wyniku przemian socjologicznych, technologicznych i ekonomicznych. Brak właściwej komunikacji interpersonalnej jako jednego z fundamentalnych warunków wysokiej jakości opieki medycznej dyskredytuje autorytet lekarza. Nowoczesny, bardziej świadomy pacjent, któremu nie poświęca się wystarczająco dużo czasu podczas wizyty lekarskiej, czuje się lekceważony, ignorowany, nieusatysfakcjonowany. Nierzadko dochodzi brak kontaktu wzrokowego, utrzymywanie którego jest ważnym elementem służącym budowaniu dobrej relacji z pacjentem (Bishop 2000), milczenie w trakcie wypełniania dokumentacji przez lekarza, co pogłębia dysonans poznawczy. Proporcja między czasem przeznaczonym na rozmowę z pacjentem a czasem na wypełnianie dokumentacji medycznej jest bardzo zaburzona.

Współczesny pacjent oczekuje relacji z lekarzem opartej na wzajemnym szacunku, zrozumieniu, życzliwości, empatii. Chce współuczestniczyć w procesie terapeutycznym, wspólnie z lekarzem podejmować decyzję o leczeniu. Kluczowym czynnikiem dla pacjenta staje się bezpieczeństwo i zaufanie, którym może obdarzyć lekarza (Maciąg 2008).

Według Bartosza Szafrana, kardiologa, specjalisty chorób wewnętrznych z Centrum Kardiologicznego we Wrocławiu, do budowania relacji z pacjentem, mającej kluczowy wpływ na proces zdrowienia i od której w dużej mierze zależy powodzenie procesu diagnostycznego i terapeutycznego, nie przygotowują lekarzy ani studia ani kursy specjalizacyjne (Czerniejewska, Szafran 2015). Zatem aby poprawić wizerunek lekarza i relację między uczestnikami procesu leczenia, kształcenie i praktyka lekarska muszą być ukierunkowane na umiejętne komunikowanie się z pacjentem. W tym celu powinno się między innymi organizować ogólnopolskie szkolenia z zakresu współpracy i budowania relacji z pacjentem, nie tylko dla lekarzy młodych, rozpoczynających pracę, ale przede wszystkim dla lekarzy z długoletnim stażem, nierzadko odczuwających wypalenie zawodowe.

Wspomniane szkolenia z zakresu umiejętności komunikowania się z pacjentem były już organizowane od 2013 roku przez Naczelną Izbę Lekarską we współpracy z Ministerstwem Zdrowia w ramach projektu współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego pod hasłem *Przychodzi baba do lekarza... i co jej powiesz?*, ale jedynie dla lekarzy do 35. roku życia, będących w trakcie specjalizacji lub stażu (Hamankiewicz 2013; Strzałkowska 2013). Szkolenia oferowały możliwości rozwoju niezbędnych umiejętności w relacji lekarz – pacjent, takich jak efektywna komunikacja z chorym, sposób przekazywania trudnych wiadomości, radzenie sobie z pacjentami agresywnymi czy starającymi się zmanipulować lekarza (Sulikowska 2013).

Najlepszym podsumowaniem omawianego problemu wydają się słowa Pauliny Wnukiewicz (2013), psychologa, psychoterapeuty, asystenta Kliniki Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego: „To nie są dobre czasy dla pracowników sektora zdrowotnego. Trudno zbadać pacjenta w sposób satysfakcjonujący, jeśli ma się zaledwie kilka, a w najlepszym przypadku kilkanaście minut darowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jeszcze trudniej nawiązać z nim w tym czasie przyjazną i bezpieczną relację”.

Bibliografia

- Andrys-Wawrzyniak I., Jablecka A. (2009), *Zagadnienie komunikacji w relacji badacz-pacjent w badaniach klinicznych*, „Farmacja Współczesna”, nr 2.
- Barański J. (2015a), *Oblicza dehumanizacji w medycynie*, „Medium” Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, nr 1(294).
- Barański J. (2015b), *Etyczny wymiar komunikowania się z pacjentem*, „Medium” Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, nr 4(297).
- Barański J., Piątkowski W. (2002), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wydawnictwo Atut, Wrocław.
- Bishop G.D. (2000), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław.
- Borgiel-Marek H., Lella A. (2015), *W erze medycyny opartej na faktach*, „Gazeta Lekarska”, nr 08/09.
- Czerniejewska A., Szafran B. (2015), *O relacji z pacjentem – rozmowa lekarza z psychologiem*, „Medium” Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, nr 8-9(301-302).
- Czerska I. (2015), *Nowoczesna obsługa pacjenta*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, nr 867, „Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu”, nr 40.

- Ferfecki L. (2013), *Hamulcowi i e-kontrrewolucjoniści*, „Gazeta Lekarska”, nr 10.
- Gaertner H. (1997), *Lekarz, pacjent i empatia*, „Sztuka Leczenia”, nr 3, t. 3.
- Gałaszka M. (2012), *Nowe zjawiska w relacji lekarz-pacjent w kontekście rozwoju internetu*, „Przełęcz Socjologiczny”, Vol 61(2).
- Gawroń M. (2001), *Empatia i jej znaczenie dla relacji lekarz-pacjent*, (w:) Dolińska-Zygmunt G. (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Hamankiewicz M. (2013), *Niebezpieczne cięcia i cenne inicjatywy*, „Gazeta Lekarska”, nr 10.
- Haque O.S., Waytz A. (2012), *Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions*, “Perspectives on Psychological Science”, No. 7(2).
- Jankowska A.K. (2015), *Pułapki komunikacji interpersonalnej w relacji lekarz-pacjent*, „Medium” Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, nr 4 (297).
- Krajewski R., Perendyk T., Wojtaszczyk K. (2013), *Warunki pracy lekarzy i lekarzy dentyków – badanie opinii środowiska*, „Gazeta Lekarska”, nr 10.
- Krot K. (2008), *Jakość i marketing usług medycznych*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Leyens J.P. (2014), *Humanity Forever in Medical Dehumanization*, (w:) Bain P.G., Vaes J., Leyens J.P., *Humannes and Dehumanization*, Psychology Press, Hove.
- Maciąg A. (2008), *Komunikacja interpersonalna a jakość świadczeń zdrowotnych. Istota relacji lekarz-pacjent w medycynie*, http://www.sim.wz.uw.edu.pl/sites/default/files/artykuly/sim_2008_1_maciag.pdf [dostęp: 17.02.2016].
- Meller D., Milik A. (2014), *Komunikacja interpersonalna w zakładach opieki zdrowotnej*, „Zarządzanie i Finanse. Journal of Management and Finance”, Vol. 12(2), http://zif.wzr.pl/pim/2014_2_9.pdf [dostęp: 18.09.2015].
- Mielnik-Błaszczak M., Ziolo A., Kawiak-Jawor E. (2011), *Relacja lekarz-pacjent – od paternalizmu do partnerstwa*, Praca Poglądowa, „Zdrowie Publiczne”, nr 121(1).
- Orlicz-Benedycka M. (2015), *Dehumanizacja medycyny zagraża lekarzom i pacjentom*, „Medium” Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, nr 1(294).
- Strzałkowska K. (2013), *Projekt w mediach*, „Gazeta Lekarska”, nr 10.
- Sulikowska L. (2013), *Szanse na unijne dotacje*, „Gazeta Lekarska”, nr 10.
- Suwała M. (2006), *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, http://www.umed.lodz.pl/kmz/doc/kmz_komunikacja_z_pac.pdf [dostęp: 22.06.2015].
- Szasz T.S., Hollender M.H. (1956), *A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship*, “AMA Arch Intern Med.”, No. 97(5).
- Wnukiewicz P. (2013), *Jak najlepiej wykorzystać darowane siedem minut? O lekarzu i pacjencie*, „Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny”, Vol. 5(4).

The Physician-Patient Relationship and the Selected Theoretical Models of the Relationship in the Context of Dehumanisation of Medicine

Summary

Purpose of article: an attempt to characterise the physician-patient relationship in relation to the theoretical models of this relationship in the context of dehumanisation

sation of medicine. Research methodology/approach: an analysis of the literature on the subject.

Key research analyses/findings: The article presents the selected theoretical models of the physician-patient relationship. An attempt was made to identify the elements of these models in the contemporary physician-patient relationship. Attention was drawn to dehumanisation of medicine as a negative consequence of the modern patient service. Lack of communication skills of the physician with the patient and the need to organise trainings in the field of cooperation and building the relationship with the patient were discussed.

Practical implications: an introduction for all physicians patient communication skills training.

Social implications: dedicating the patient enough time during the visit.

Article category: review article.

Key words: physician-patient relationship, dehumanisation of medicine, paternalistic models, partnership models.

JEL codes: I11, I18, M31

Отношения врач-пациент и избранные теоретические модели отношений в контексте дегуманизации медицины

Резюме

Цель статьи: попытка дать характеристику отношений между врачом и пациентом по отношению к теоретическим моделям этого отношения в контексте дегуманизации медицины.

Вид использованной исследовательской методологии/исследовательского подхода: анализ литературы предмета.

Основные результаты исследований/анализов: В статье представили избранные теоретические модели отношений врач-пациент. Сделали попытку выявить элементы этих моделей в современном отношении врача с пациентом. Обратили внимание на дегуманизацию медицины как негативное последствие современного обслуживания пациента. Обсуждали нехватку умения общения врача с пациентом и потребность организовать обучение в области сотрудничества и построения отношений с пациентом.

Практические импликации: введение для всех врачей обучения в области общения с пациентом.

Социальные импликации: отведение пациенту достаточного количества времени во время визита у врача.

Категория статьи: обзор литературы.

Ключевые слова: отношение между врачом и пациентом, дегуманизация медицины, патерналистские модели, партнерские модели.

Коды JEL: I11, I18, M31

Artykuł nadesłany do redakcji w kwietniu 2016 roku

© All rights reserved

Afiliacja:
dr Iwona Czerska
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wydział Nauk Ekonomicznych
Katedra Badań Marketingowych
ul. Komandorska 118/120
53-345 Wrocław
tel.: 71 368 02 26
e-mail: iwona_czerska@hotmail.com