



Paulina Wnukiewicz

Psycholog,
psychoterapeuta,
asystent Kliniki
Psychiatrii WUM.
Zajmuje się
problematyką lęku
w różnych zaburzeniach
psychicznych.
Zainteresowania:
post-postmodernizm
i perspektywa
feministyczna
w psychoterapii.
Rozpieszcza buldożki
francuskie.

Jak najlepiej wykorzystać darowane siedem minut? O lekarzu i pacjencie

How to make the best use of the given seven minutes? On the doctor and the patient

Paulina Wnukiewicz

Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie

STRESZCZENIE

Artykuł przybliży specyfikę relacji między lekarzem a pacjentem w polskiej praktyce psychiatrycznej. Przedstawione są w nim sposoby nawiązywania kontaktu z chorym przez stosowanie określonych technik komunikacyjnych, np. okazywanie zrozumienia. Przybliżone zostały rozmaite postawy ludzi wobec choroby i ich znaczenie dla dalszego procesu terapeutycznego. W artykule opisane są podstawowe elementy tworzące relację wg Carla Rogersa, tzn. autentyczność, akceptacja i empatia, oraz sposoby używania ich w rozpoczynaniu i kończeniu rozmowy z pacjentem, przekazywaniu mu informacji o leczeniu, a także komunikujące wsparcie. W tekście zostały zawarte praktyczne wskazówki dotyczące sposobu postępowania lekarza w celu maksymalnego wykorzystania czasu przeznaczonego dla pacjenta. Autorka skupia się na wielowymiarowym aspekcie procesu powrotu do zdrowia osób chorych, uwzględniającym relewantność zachowania lekarza względem pacjenta i efektów odpowiednio nawiązanego kontaktu.

Słowa kluczowe: komunikacja, empatia, autentyczność, akceptacja, pacjent, lekarz

NAJWAŻNIEJSZE

Najważniejszymi czynnikami w kontakcie z pacjentem są: autentyczność, empatia i bezwarunkowa akceptacja chorego.

HIGHLIGHTS

The most important factors in relationship with the patient are: authenticity, empathy and unconditional acceptance of the patient.

ABSTRACT

The article is focused on the peculiarity of the patient and doctor relation in Polish psychiatric practice. It presents the ways of building relationship with a patient through communicative techniques i.e. understanding. Various attitudes towards a disease and their significance for the therapeutic process have been analyzed. The article also describes the basic elements of rapport building according to Carl Rogers, i.e. authenticity, acceptance, empathy and the ways that these are utilized when initiating and concluding a conversation with the patient, providing him or her with the details about treatment and offering a communicative support. The article contains practical tips on how the doctor should act to make the maximum use of the time devoted to one patient. Finally the article focuses on a multidimensional aspect of the healing process regarding the relevance of the doctor's conduct towards the patient and the effects of the well-established rapport.

Key words: communication, empathy, authenticity, acceptance, patient, doctor

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. Tu chciałoby się od razu zapytać: A po co w ogóle nawiązywać jakąkolwiek relację?

Można wprawdzie wciąż utrzymywać, zgodnie z zasadami archaicznego już modelu biomedycznego, że optymalna dla procesu leczenia postawa lekarza polega na koncentrowaniu się na czynnościach związanych wyłącznie z diagnozą i terapią. Można jednak podejść do tego inaczej i, dostrzegając fakt, że choroby są zjawiskiem nie tylko medycznym, ale i psychospołecznym, spojrzeć na spotkanie pacjenta z lekarzem jak na swoiście intymny wymiar relacji międzyludzkiej. Podkreślenia przy tym wymaga pewna nierównowaga w tej wyjątkowej parze – to pracownik medyczny ma wiedzę i kompetencje potrzebne choremu do poprawy stanu zdrowia. Pacjent z kolei przychodzi do gabinetu zarówno z nadziejami i obawami, jak i ze swoimi poglądami oraz mniej bądź bardziej świadomymi dążeniami (nierazko niedostrzegalnymi do razu). Jedno jest pewne: niewyrażonym oczekiwaniem każdego pacjenta jest to, żeby lekarz postrzegał go jako osobę.

Oczywiście, niezależnie od asymetrii w relacji lekarz – pacjent, sam specjalista ma także swoje oczekiwania związane z wykonywanym zawodem – chociażby te zakładające, że pacjent po zastosowaniu jego kuracji po prostu wyzdrowieje. Naiwne byłoby jednak myślenie, że jest to tak proste, bo przecież nawet przy założeniu wysokiej trafności w doborze odpowiedniego leczenia pozostaje jeszcze kwestia stosowania się pacjenta do zaleceń, nie-

jednokrotnie bardzo ograniczających (jak wiadomo, bez przyjmowania leki raczej nie działają). Tylko dzięki pełnej współpracy, opartej na głęboko ludzkim i prawdziwym kontakcie, można kogoś leczyć.

Zatem celem niniejszego artykułu nie jest ani nauka umiejętności zatrzymywania czasu w gabinecie, ani przekazanie wskazówek dotyczących czytania w myślach, ale rzetelna instrukcja, jak skutecznie optymalizować swoje wysiłki w trakcie wykonywania pracy, po to by pacjent z przedmiotu terapii stawał się jej podmiotem.

CZYM JEST CHOROBA?

Niezależnie od gałęzi medycyny, motywacją do poszukiwania kontaktu z lekarzem jest cierpienie, choć czasem na pierwszy rzut oka zupełnie niedostrzegalne. Niezależnie od tego, czy cierpienie ma swoje źródło w psychice, czy też w zaburzeniach somatycznego funkcjonowania organizmu, pacjenci przypisują mu różne znaczenia. Choroba może być postrzegana jako [3]:

- **zagrożenie** – nagłe przerwanie dotychczasowego trwania w zdrowiu – pacjent nie doświadczał cierpienia możliwego do zniwelowania albo zlikwidowania dzięki działaniom lekarza i zastosowanemu leczeniu
- **przeszkoda** – w realizowaniu dotychczasowych planów i prowadzeniu uregulowanego trybu życia; choroba może utrudniać albo uniemożliwiać zaspokajanie potrzeb pacjenta, co nierazko prowadzi do odczuwania frustracji czy złości
- **krzywda lub strata** – związana z nagłym odebraniem czegoś (sprawności, urody, pozycji społecznej itd.) i subiektywnym odczuwaniem niesprawiedliwości czy poczuciem krzywdy („Dlaczego ja?”)
- **kara** – przeżywana na głębokim poziomie jako zasłużona „zapłata za swoje postępowanie”; taki rodzaj

interpretacji choroby wiąże się z głęboko ukrytym nadawaniem osobistych znaczeń, rzadko powszechnie dostępnych w trakcie pierwszego kontaktu z pacjentem; utrwalenie się takiego znaczenia może być istotną przeszkodą w skutecznym leczeniu pacjenta

- **ulga lub korzyść** – choroba to jedyny akceptowany społecznie sposób na uzyskiwanie opieki i zainteresowania ze strony innych osób; czasem może chronić pacjentów przed ciężarem odpowiedzialności lub odciążać ich od podejmowania niechcianych obowiązków albo zwyczajnie być źródłem korzyści finansowych; w takich sytuacjach często leczenie nie odnosi pożądanego skutku i powrót do zdrowia jest przez pacjenta wyraźnie opóźniany
- **wyzwanie** – dzięki nadziei na możliwość pokonania trudności zdrowotnych przez aktywny udział własny i zaufanie do lekarza, a także do stosowanego leczenia można uzyskać pełną współpracę i zwiększyć szansę na powodzenie kuracji; a gdy brak nadziei i wiadomo, że choroba rozwinie się w kierunku większego cierpienia i śmierci, to wówczas pełna i głęboka współpraca z pacjentem nabiera nie tylko waloru terapeutycznego, ale także głęboko ludzkiego.

Celem terapii jest nie tylko leczenie biologiczne, ale również takie przeformułowywanie rozumienia choroby przez pacjenta, aby ostatecznie podejmował on trud współuczestniczenia w powrocie do zdrowia. Nie jest to rzeczą łatwą, zależy bowiem w dużym stopniu od umiejętności komunikacyjnych lekarza i jego zdolności do nawiązania kontaktu, ale także, w pewnym stopniu, od niezależnych od niego czynników, jak choćby od indywidualnych zasobów psychospołecznych osoby (np. poziomu intelektu, funkcjonowania psychologicznego, stylu życia, związków z innymi ludźmi i uzyskiwanym od nich wsparciem, a także warunków ekonomicznych). Przy całej różnorodności stylów bycia niezmiernie ważne jest, aby lekarz darzył pacjenta szacunkiem i traktował z uprzejmością, co może się wyrażać chociażby w serdecznym przywitaniu i pożegnaniu go, wyraźnym przedstawieniu się, zwracaniu się do niego w formie odpowiedniej do jego wieku czy pozycji społecznej.

Decydujące znaczenie dla atmosfery, w jakiej przebiega wizyta, ma zachowanie lekarza – umiejętności wytworzenia klimatu bezpieczeństwa, zdolności do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, a także powściągliwość w demonstrowaniu własnych trudnych uczuć i nastawień wobec pacjenta.

CO MA ZNACZENIE W BUDOWANIU KORZYSTNEJ ATMOSFERY MIĘDZY LEKARZEM I PACJENTEM?

W pierwszej kolejności – jakość kontaktu między nimi. Jakość tworzy się z połączenia trzech elementów: autentyczności specjalisty, bezwarunkowej akceptacji pacjenta i okazywanej mu empatii [1].

Naturalność reakcji wobec pacjenta, wiara w jego możliwości rozwojowe, nieoceniająca postawa i umiejętność wczuwania się w jego pozycję są niezbędne – nie tyle do uleczenia pacjenta, ile do ustanowienia dobrej relacji i współpracy nakierowanej na powrót do zdrowia.

Szczególną rolę w takim podejściu do pacjenta odgrywa empatia, czyli zdolność rozumienia i odczuwania jego stanów psychicznych, a także spojrzenia na świat z jego perspektywy. Jest to szczególnie istotne w początkowych fazach kontaktu z pacjentem. Empatia jest podstawą rozumienia innych i zależy w dużym stopniu od umiejętności wglądu w siebie, czyli od rozumienia i rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych. Im większe umiejętności empatyczne, tym właściwszy i lepiej dopasowany rodzaj relacji rozwijanej z pacjentem, przejawiającej się zarówno w sferze komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej. Empatyczna i rozumiejąca postawa lekarza jest dla osoby szukającej pomocy najbardziej przekonującą obietnicą, że będzie poznawana i rozumiana „od środka”, to znaczy, że nie będzie się od niej wymagać, aby ona sama wszystko wyjaśniała, a jej objawy i odczucia nie będą zamieniane na niezrozumiałe i uczone pojęcia. Dla wielu osób odkrycie, że ktoś potrafi i chce towarzyszyć im w przeżyciach, stanowi nadzieję na uwolnienie się od poczucia izolacji.

Tworzenie empatycznego związku z drugim człowiekiem (w tym przypadku pacjentem) należy rozpocząć od skonfrontowania się z kilkoma kwestiami.

Zadania zwiększające świadomość emocji drugiego człowieka [2]:

- Postaw się w sytuacji pacjenta.
- Pozostań wraz z nim w tym samym miejscu i czasie.
- Zadań sobie pytanie, które on postawił Tobie.
- Postaraj się doznać tych samych uczuć, których – jak sądzisz – doznaje chory.
- Powiedz mu to, co sam chciałbyś w tej sytuacji usłyszeć.
- Postąp wobec niego tak, jak chciałbyś, aby postąpiono w stosunku do Ciebie.

Empatia jest warunkiem koniecznym do odsłonięcia się pacjenta, do zaufania lekarzowi i ujawnienia wszelkich niezbędnych diagnostycznie lub znaczących informacji na swój temat. Innymi słowy, aby móc lepiej zrozumieć dolegliwości pacjenta, trafnie je zdiagnozować oraz zaplanować odpowiedni i realny sposób leczenia, należy wiedzieć, w jakich warunkach i z kim on żyje, jak wyglądają jego relacje z ludźmi, sytuacja rodzinna i zawodowa.

Odsłanianie się pacjenta zawsze jest bezpośrednio związane z zaufaniem, które żywi on do lekarza.

Z racji pozycji i roli zawodowej lekarz obdarzany jest pewnym pakietem zaufania, w gabinecie bowiem poruszane i ujawniane są sprawy intymne, a nawet wstydlive. Lekarz do celów diagnostycznych i terapeutycznych jest w stanie swoją postawą i umiejętną komunikacją tę porcję zaufania skutecznie zwiększać.

Warto wspomnieć o odmiennym charakterze dwóch podejść wobec pacjenta: akceptacji i lubienia go. Akceptacja oznacza ogólny szacunek do wyborów pacjenta. Sympatia natomiast jest rozumiana jako bezpośrednia pozytywna reakcja emocjonalna na zachowanie danego pacjenta i wynika ze stopnia, w jakim ów pacjent odpowiada osobistym preferencjom lekarza. O ile brak akceptacji utrudnia efektywną współpracę z pacjentem, o tyle brak sympatii nie powinien mieć na nią najmniejszego wpływu. W praktyce tylko akceptująca, empatyczna i autentyczna postawa daje możliwość oddziaływania na kształtowanie z pacjentem długofalowej, bezpiecznej i dobrej relacji, opartej na współpracy i zaufaniu.

Rozpoczynanie rozmowy z pacjentem i formułowanie pytań

Proces diagnozowania to nie tylko wywiad ograniczony do zaledwie kilku pytań stawianych pacjentowi. Bardzo często ważne informacje uzyskuje się także w inny sposób [6]. Mogą to być informacje od kolegi, który skierował pacjenta, dane z wcześniejszej dokumentacji pacjenta, która pozostaje w przychodni, czy też wyniki badań i materiały bezpośrednio przyniesione przez chorego. Istotny jest także sposób, w jaki pacjent „istnieje” w przychodni – czy awanturuje się pod gabinetem z innymi pacjentami, czy siedzi i czeka na swoją kolej.

Bezpośredni kontakt z chorym zaczyna się od progu, wówczas pierwsze wrażenie kształtuje sposób interakcji po obu stronach. W chwili przywitania mowa ciała i wy-

gląd zewnętrzny pacjenta mogą nam więcej powiedzieć o jego obecnej formie niż wszystko to, co nam intencjonalnie przekazuje w trakcie wizyty. Na pierwsze wrażenie składają się nie tylko ubiór, tusza, postawa ciała, ale także sposób wypowiedzi, intonacja, dobór słów itd. Warto pamiętać, że pierwsze wrażenie łatwo się utrwała i znacząco wpływa na dalsze kontakty.

Pierwsze wrażenie jest jednym z najsilniejszych czynników wpływających na nasz odbiór innych osób. Przyjmuje się, że trwa ono od 4 do 6 sekund. Obejmuje 3 elementy: słowa (7% wpływu), głos (38%), mimikę/gestykulację (55%).

Uniwersalną zasadą jest rozpoczynanie rozmowy z pacjentem od pytania otwartego, umożliwiającego swobodną wypowiedź. Pytania otwarte powinny się jednak odnosić do aktualnej sytuacji, np. „Jaki problem panią do mnie sprowadza?”. Należy unikać pytań zamkniętych, w których treści zawarta jest odpowiedź, np. „Czy ma pani przymus chodzenia zawsze po przyjęciu tabletki neuroleptyku?”. Istotne jest także, aby uważać na zadawanie pytań naprowadzających czy wręcz sugerujących oczekiwaną odpowiedź, np. „Czy na pewno nie miała pani drobnej wysypki po kuracji tym lekiem?”. Pytania zamknięte są pomocne tylko wtedy, gdy pojawiają się czynniki utrudniające komunikowanie się – pacjent jest w znaczącym lęku, jąka się, niedosłyszy, ma problemy ze zrozumieniem. Jak pokazują wyniki badań prowadzonych przez psychologów, nadużywanie pytań zamkniętych wpływa wyjątkowo niekorzystnie na przebieg rozmowy [4].

Przekazywanie informacji dotyczących procesu leczenia

Należy sobie jasno powiedzieć, że bycie lekarzem to nie tylko obmyślanie kolejnych strategii terapeutycznych. Lekarz, prowadząc proces leczenia, zwykle staje także przed wyzwaniem przekazania choremu informacji o diagnozie. W takich sytuacjach istotne jest, aby [5]:

- Stworzyć odpowiednią atmosferę i warunki do rozmowy z pacjentem i jego rodziną. Nie powinien to być szpitalny korytarz czy sala pełna ludzi będących gośćmi pozostałych chorych.
- Ustalić, co chory już wie o swojej chorobie. Na podstawie tego, jak odnosi się do swojego stanu, jak reaguje na badania i stosowane leki, można określić jego stosunek do choroby.

Treść i forma przekazu muszą być dostosowane do rozmówcy. Choć wydaje się to oczywiste, to w praktyce lekarze często mają kłopot z doborem informacji, jakie należy przekazać pacjentowi. Trudność może dotyczyć zakresu informacji, które mogą być zbyt skąpe lub zbyt ogólnikowe, np. „Jest źle”. Czasem przeciwnie, lekarz zasypuje pacjenta mnóstwem nieprzydatnych z jego punktu widzenia informacji, których nie można przyswoić intelektualnie ani użyć w praktyce. Pacjenci gubią się w nich i próbują się domyślić ich znaczenia, co z reguły prowadzi do błędnych interpretacji i w efekcie do nieporozumień.

W trakcie komunikowania diagnozy pacjentowi warto przestrzegać kilku zasad [5]:

- Nie podawać pacjentowi zbyt wielu medycznych i, z jego punktu widzenia, nieprzydatnych szczegółów.
- Dostosować język do tego, którym posługuje się pacjent, nie używać skomplikowanych pojęć medycznych – mówić językiem przystępnym.
- Nie wypełniać ciszy paplaniną i banałami („Wytrzymaj!”).
- Pozwolić wyrazić choremu swoje zdanie, które również może być krytyką pod adresem lekarza lub pozostałego personelu medycznego.
- Nie odbierać pacjentowi nadziei!
- Nie używać słów „uleczalne” i „nieuleczalne”.
- Okazywać współczucie i zrozumienie – świat pacjenta uległ właśnie drastycznej zmianie.
- Po wykonaniu zaplanowanych zadań nie odchodzić natychmiast.
- Zachęcać pacjenta do podjęcia walki z chorobą, do rozmowy o niej, co bezpośrednio przełoży się na oswojenie z tą świadomością.
- Nie stwarzać nierealnych nadziei dla poprawy samopoczucia.
- W trakcie rozmowy minimalizować negatywne aspekty choroby i podkreślać to, co można zrobić, aby stawić jej czoła.
- Pamiętać, że uczestnictwo w procesie przyjmowania przez pacjenta informacji o jego stanie zdrowia jest długotrwałe i być może najważniejszą jego potrzebą, którą należy zaspokoić, jest rozmowa o chorobie.

Sposoby komunikowania wsparcia

W trudnych emocjonalnie sytuacjach dla pacjenta lekarz jest czasem jedyną osobą, która może aktywnie zadzia-

łać i udzielić mu skutecznego wsparcia. Oto kilka wskazań, które sprzyjają wzajemnemu zrozumieniu [7]:

- Bądź wrażliwy na stan odbiorcy – zwracaj uwagę na komunikację niewerbalną odbiorcy i to, co chce przekazać.
- Nazywaj jego stany, opisuj to, co widzisz, np.: „Widzę, że ma pan potrzebę rozmowy”.
- Zmniejsz jego skrępowanie – stwórz taką atmosferę rozmowy, by każda ze stron czuła się w niej na tyle dobrze, na ile to możliwe, mówiąc np. „To dobrze, że chce pan o tym rozmawiać”.
- Słuchaj aktywnie.
- Pamiętaj, że sens jest ważniejszy niż forma – w takich sytuacjach nie musisz dbać o formę wypowiedzi, ważne jest współbrzmienie i współodczuwanie z pacjentem; należy słuchać całości, tak żeby móc uchwycić jej sens.
- Buduj sprzężenie zwrotne – zadawaj wiele pytań (ale nie jednocześnie!), sprawdzając stopień zrozumienia swoich wypowiedzi.
- Jasno stawiaj problem – nie należy w kłopotliwej dla siebie sytuacji zmieniać tematu mimochodem.
- Uwzględnij względność racji – akceptuj odmienność racji innych i nie przekonuj do swojego zdania.
- Okaż szacunek – nie wytykaj słabości i bolesnych punktów.
- Bądź rzeczowy.
- Uwzględnij ważność rozmówcy – dzieli się on z Tobą najintymniejszymi uczuciami. Uszanuj to.
- Buduj bezpieczeństwo – pamiętaj, że człowiek tylko wtedy jest w stanie w pełni wykorzystywać swoje możliwości, stawiać czoła pojawiającym się kłopotom i zmieniać swoje życie, kiedy czuje się bezpiecznie.

Kończenie rozmowy

Kończąc zbieranie wywiadu, można zapytać pacjenta, czy chce coś jeszcze dodać, np. „Czy są jeszcze jakieś sprawy, o których nie wspominaliśmy?”. Czasem dzięki takiemu pytaniu chory może dopowiedzieć szczegóły, ale niekiedy dopiero po nim ujawnia się jego główny problem. Zatem ostatnie pytanie może być nie tylko zgrabnym zakończeniem rozmowy, ale może mieć także istotne konsekwencje. Kończąc spotkanie, należy się ponadto upewnić, czy pacjent zrozumiał sens przekazywanych mu informacji i stosowania się do zaleceń. Lekarz powinien wykazać się także zdolnością przewidywania przeszkód w leczeniu i dopytywać pacjenta, czy jest

w stanie realizować proponowany plan leczniczy, a także czy stać go na proponowane leki.

Przydatnymi elementami leczenia, na które najlepszym czasem jest właśnie koniec wizyty, są różnego rodzaju plany i rozpiski tworzone przez lekarza na użytek pacjenta, np. sporządzenie listy konkretnych czynności do wykonania po obudzeniu (mierzenie stężenia cukru i ciśnienia, a potem śniadanie i zażycie leku) lub ofiarowanie specjalistycznych broszurek powiązanych z dolegliwościami pacjenta (np. *Jak żyć z depresją* itd.).

Koniec rozmowy to także odpowiedni czas na komunikowanie wsparcia pacjentowi. Czasami zwykłe zdanie „Niech pani będzie dobrej myśli...” czy „Razem rozwiążemy ten problem...” może mieć naprawdę wyjątkowe znaczenie. Wzbudzenie w pacjencie nadziei ma pozytywny skutek leczenia wzmacnia jego przekonania co do własnej skuteczności, np. „Zmiana trybu życia wymaga trochę wysiłku, ale szybko pani odnotuje poprawę samopoczucia”. Wszystkie wysiłki powinny doprowadzić do tego, aby pacjent w chwili rozstania z lekarzem miał właściwy zasób informacji i był w stabilnym stanie emocjonalnym, a także był odpowiednio zmotywowany do stosowania się do zaleceń [3].

PIŚMIENNICTWO

1. Grzesiuk L. *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki. Eneteia; Warszawa 2005.*

2. Hebanowski M, Kliszcz J, Trzeciak B. *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 1994.*
3. Heszen-Niejodek I. *Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: J. Strelau (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki, t. III. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; Gdańsk 2000.*
4. Jakubowska-Winecka A, Włodarczyk D. *Psychologia w praktyce medycznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2007.*
5. Makara-Studzińska M. *Komunikacja z pacjentem. Wydawnictwo Czelej; Lublin 2012.*
6. Pasikowski T, Sęk H. *Psychologiczna diagnoza kliniczna – etapy postępowania diagnostycznego a wynik diagnozy. W: Sęk H (red.). Psychologia kliniczna, t. I. Wydawnictwo Naukowe PWN; Warszawa 2005.*
7. Wilczek-Rużyczka E. *Komunikowanie się z chorym psychicznie. Czelej; Lublin 2007.*

Adres do korespondencji:

Paulina Wnukiewicz
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia
im. prof. Jana Mazurkiewicza
05-802 Pruszków, ul. Partyzantów 2/4
e-mail: wnukiewicz@gmail.com