

## Przygotowanie do opieki nad pacjentem umierającym w samoocenie lekarzy

Physicians' self-assessment of preparation for caring of dying patient

Beata Dobrowolska  
Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa  
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu  
Akademia Medyczna im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

Dorota Kozak  
Michał Putowski  
Studenckie Naukowe Koło przy Katedrze Rozwoju Pielęgniarstwa  
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu  
Akademia Medyczna im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

### Wprowadzenie

Rozpoczęcie procesu umierania pacjenta staje się często dla personelu medycznego powodem stwierdzenia, że „już nic nie można zrobić” lub „medycyna jest bezsilna”. Jest to bardzo mylne przekonanie. Jak podkreśla Szawarski: „(...) człowiek umierający nadal żyje i jego życie ma dlań wartość wyjątkowo cenną właśnie dlatego, że jego kres jest tak blisko” (2003).

Praca z pacjentem umierającym wymaga zrozumienia, że jest to opieka obejmująca zarówno somatyczną, psychiczną, społeczną oraz duchową sferę człowieka u kre-

su życia, jak również troskę o jego bliskich. Wszystkie te aspekty powinien uwzględniać program kształcenia z zakresu opieki paliatywnej, który – jak podaje Łuczak (2006) – jest od 1991 roku stopniowo wprowadzany do nauczania na uczelniach medycznych w Polsce. Biorąc jednak pod uwagę standard kształcenia dla kierunku lekarskiego, nie znajdujemy w nim wyodrębnionego przedmiotu o nazwie opieka/medycyna paliatywna, jest natomiast onkologia (w liczbie 60 godzin), w zakres której włączono treści dotyczące opieki terminalnej, jak również medycyna rodzinna (w liczbie 105 godzin), która obejmuje zagadnienia opieki nad prze-

## Cel pracy

Celem pracy było zbadanie opinii lekarzy na temat ich przygotowania do pracy z pacjentem umierającym. Starano się dać odpowiedź na następujące pytania szczegółowe:

- Czy program studiów medycznych zawierał treści przygotowujące do pracy z pacjentem umierającym?
- Jaka jest samoocena poziomu wiedzy i umiejętności lekarzy na temat opieki nad pacjentem umierającym?
- Czy lekarze zauważają braki w swojej wiedzy na temat opieki paliatywnej i są zainteresowani jej uzupełnieniem?

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji i objęto nimi 98 (100%) aktywnych zawodowo lekarzy pracujących w lecznictwie zamkniętym miasta Lublina oraz okolic. Materiał badawczy zebrano w okresie styczeń – maj 2007 roku i poddano analizie statystycznej wykorzystując program STATISTICA v.5.5. Zależności pomiędzy zmiennymi analizowano testem Chi-kwadrat. Za istotny statystycznie uznano wynik  $p < 0,05$ .

1) Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007, Dz.U. Nr 164, Poz. 1166 W sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki. Załącznik 54.

## Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 98 lekarzy, z czego 50% to kobiety. Przedział wiekowy respondentów wynosił od 26 do 51 lat. Średnia wieku wynosiła 41 lat. Największy procent badanych stanowiły osoby w wieku 41-50 lat, 42,85% (42 osoby) oraz 31-40 lat, 31,63% (31 osób). Zdecydowana większość z nich zamieszkiwała miasto powyżej 100 tysięcy mieszkańców – 72 osoby (73,46%), reszta podała miasto do 100 tysięcy mieszkańców – 22 osoby (22,44%) oraz wieś – 4 osoby (4,08%).

Najwięcej badanych lekarzy pozostawało w związku małżeńskim – 79 osób (80%), reszta to osoby stanu wolnego – 19 osób (19,38%), czyli single, wdowcy i osoby rozwiedzione.

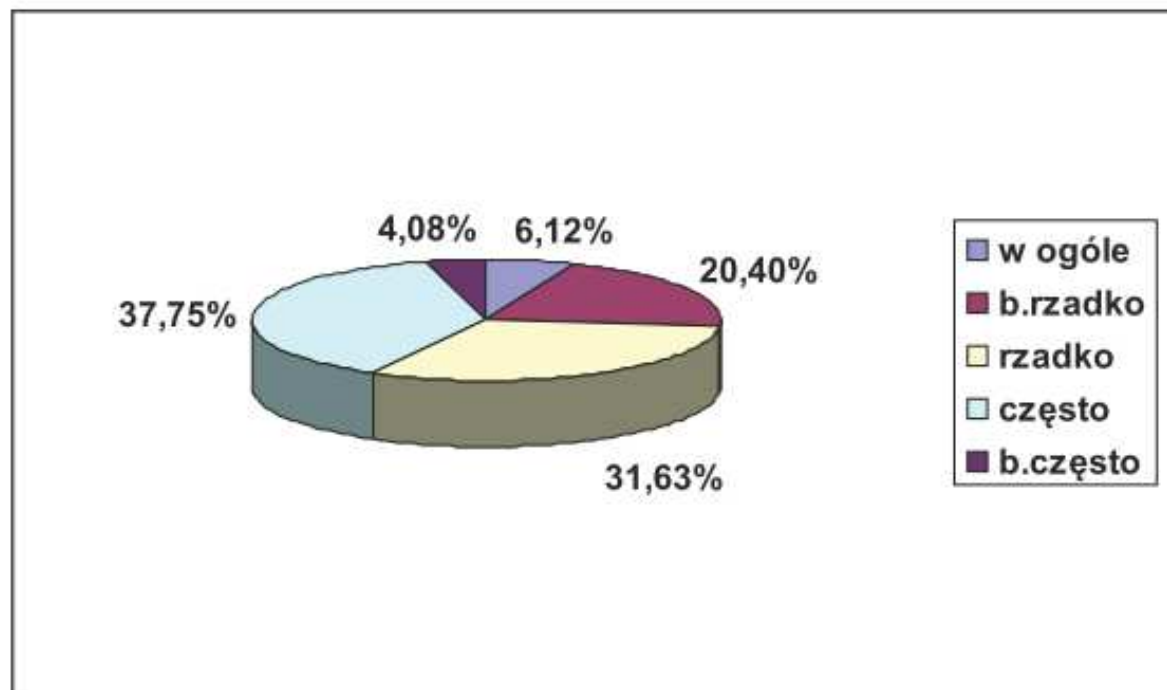
Większość ankietowanych lekarzy posiadała ponad dziesięcioletni staż pracy – 67 badanych (68,36%). Najliczniej, bo 42 osoby (42,85%) pracuje w swoim zawodzie od 10 do 20 lat, zaś 25 osób (25,5%) powyżej 20 lat. Staż pracy mniejszy niż 10 lat podało 31 respondentów (31,63%).

Najczęściej reprezentowane oddziały pracy respondentów to: interna – 16 lekarzy (16,32%), neurologia – 15 lekarzy (15,30%), chirurgia – 7 lekarzy (7,14%), kardiologia – 7 lekarzy (7,14%), pomoc doraźna – 6 lekarzy (6,12%), dermatologia – 5 lekarzy (5,10%) oraz ginekologia – 5 lekarzy (5,10%).

**Wyniki**

Jak pokazuje rycina 1, ponad połowa lekarzy mówiła o rzadkim – 31 osób (31,63%) i bardzo rzadkim – 20 osób

(20,40%) kontakcie z umierającym pacjentem. Niewiele ponad 1/3 badanych (37,75%) podała, że ma w swojej pracy częsty kontakt ze śmiercią.



Rycina 1. Częstość kontaktu lekarzy z umierającym pacjentem w pracy zawodowej

Ponad 50% respondentów przyznała, że opieka nad pacjentem umierającym sprawia im trudność. „Raczej tak” odpowiedziało 34 osoby (34,69%), zaś „zdecydowanie tak” – 20 osób (20,40%). Ponad 40% nie zgłosiła trudności w opiece nad pacjentem w takim stanie.

Opieka nad sferą psychiczną umierającego pacjenta to najczęściej wymieniana przyczyna trudności w pracy z umierającym pacjentem – 35 wskazań, następnie pojawił się „fakt śmierci w ogóle” – 29 wskazań, reakcja bliskich pacjenta na jego umieranie – 28 wskazań, opieka nad sferą duchową umierającego – 23 wskazania, zorganizo-

wanie czasu na pełną opiekę nad pacjentem umierającym – 18 wskazań, opieka nad sferą biologiczną umierającego pacjenta – 17 wskazań, zorganizowanie godnych warunków umierania – 16 wskazań i umiejętność radzenia sobie z własnymi emocjami w obliczu umierania i śmierci – 13 wskazań. Pojawiła się również taka trudność, jak zorganizowanie opieki nad rodziną pacjenta umierającego – 1 wskazanie.

Ponad 80% ankietowanych uważa, że częsty kontakt ze śmiercią pacjentów może stanowić przyczynę stresu zawodowego. Przy czym „zdecydowanie tak” odpowiedziało 47 osób (47,95%), zaś „raczej tak”



Przygotowanie do opieki nad pacjentem umierającym w samoocenie lekarzy

– 36 (36,73%). Reszta badanych uznała, że taki kontakt raczej nie stanowi przyczyny stresu zawodowego – 10 osób (10,20%), „zdecydowanie nie” podały 2 osoby (2,04%). Wynika to generalnie z porażki medycyny, że nie udało się uratować pacjentowi życia – 45 wskazań, z braku umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami w konfrontacji ze śmiercią – 35 wskazań, z braku przygotowania do pracy z umierającym pacjentem – 31 wskazań oraz z braku przygotowania do pracy z rodziną umierającego – 30 wskazań. Rzadziej pojawiające się przyczyny to

złe rozwiązania organizacyjne w oddziale uniemożliwiające zapewnienie godnych warunków umierania – 23 wskazania a także brak personelu, który mógłby dzielić się obowiązkami – 11 wskazań.

Jak wykazały analizy, zdaniem 43,87% lekarzy (43 osoby) kształcenie przeddyplomowe nie zawierało treści przygotowujących do pracy z pacjentem umierającym, 35,71% (35 osób) nie pamięta tego, zaś 20,40% (20 osób) przyznało, że spotkało się z takimi treściami. Zakres realizowanego materiału prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Zakres zrealizowanego materiału przygotowującego do opieki nad umierającym

Wiedza na temat opieki w sferach	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Ogółem*
A. Sfera biologiczna	5 (26,31%)	13 (68,42%)	1 (5,26%)	0	19=100%
B. Sfera psychiczna	2 (10,52%)	8 (42,10%)	8 (42,10%)	1 (5,26%)	19=100%
C. Sfera duchowa	2 (10,52%)	7 (36,84%)	7 (36,84%)	3 (15,78%)	19=100%
D. Współpraca z rodziną umierającego	1 (5,26%)	6 (31,57%)	10 (52,63%)	2 (10,52%)	19=100%
E. Opieka nad rodziną umierającego	1 (5,26%)	5 (26,31%)	7 (36,84%)	6 (31,57%)	19=100%
F. Komunikacja z umierającym	1 (5,55%)	9 (50%)	6 (33,33%)	2 (11,11%)	18=100%
G. Radzenie sobie z własnymi emocjami w obliczu śmierci	1 (5,26%)	6 (31,57%)	7 (36,84%)	5 (26,31%)	19=100%
H. Czynności organizacyjne – tworzenie godnych warunków umierania	2 (10,52%)	8 (42,10%)	5 (26,31%)	4 (21,05%)	19=100%
I. Współpraca w zespole terapeutycznym w procesie opieki nad umierającym	1 (5,26%)	8 (42,10%)	8 (42,10%)	2 (10,52%)	19=100%

J. Moralne aspekty umierania i śmierci	3 (15,78%)	8 (42,10%)	7 (36,84%)	1 (5,26%)	19=100%
K. Inne.....	0	0	0	0	0

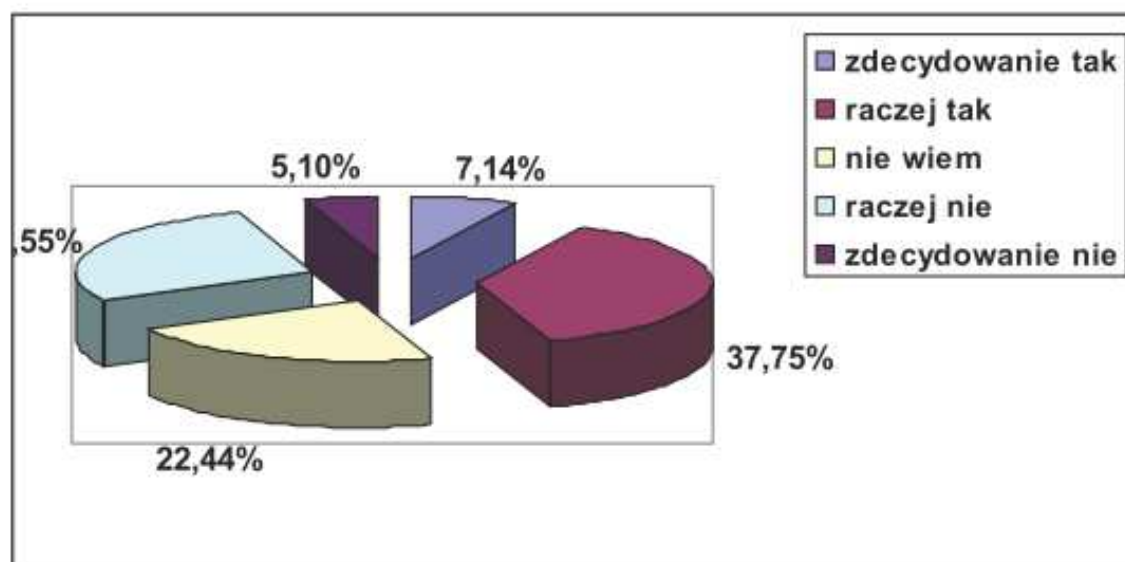
\* Wyniki zawarte w tabeli odnoszą się do tych lekarzy, którzy stwierdzili, że kształcenie przed-dyplomowe zawierało treści przygotowujące do pracy z umierającym 20=100%. Ponieważ lekarze nie zawsze ustosunkowywali się do wszystkich zakresów kształcenia, za 100% traktowano sumę odpowiedzi w poszczególnych wierszach.

Jak pokazuje tabela 1, najczęściej pojawiającymi się treściami, według tych lekarzy, którzy stwierdzili obecność treści przygotowujących do pracy z umierającym (20,40% respondentów) był materiał przygotowujący do opieki nad sferą biologiczną umierającego - 18 wskazań oraz treści z zakresu moralnych aspektów umierania i śmierci - 11 wskazań. Program kształcenia nie przygotowywał natomiast lekarzy do współpracy z rodziną umierającego - 12 wskazań, do opieki nad rodziną umierającego - 13 wskazań a także radzenia sobie z własnymi emocjami w obliczu śmierci - 12 wskazań.

Uczestnictwo w kształceniu pody-

plomowym przygotowującym do opieki nad umierającym pacjentem podało 13 lekarzy (14, 28%). Były to przede wszystkim kursy kwalifikacyjne - 5 wskazań, specjalizacje - 4 wskazania, szkolenia wewnątrzodziałowe - 2 wskazania i inne formy kształcenia podyplomowego - 2 wskazania.

Mimo stwierdzenia braku obecności treści kształcenia dotyczących opieki nad umierającym, około 45% lekarzy czuje się przygotowanym do opieki nad pacjentem u kresu życia. „Raczej tak” zakreśliło 37 osób (37,75%), natomiast „zdecydowanie tak” - 7 osób (7,14%). Pozostała grupa lekarzy - 32 osoby (32,65%) nie czuje się przygotowana do pracy z takim pacjentem (rycina 2).



Rycina 2. Samoocena przygotowania do opieki nad umierającym pacjentem

### Przygotowanie do opieki nad pacjentem umierającym w samoocenie lekarzy

Tabela 2 przedstawia braki wiedzy i umiejętności, jakie odczuwają lekarze. Jest to głównie brak wiedzy i umiejętności z zakresu opieki nad sferą psychiczną umierającego – 29 wskazań, nad sferą duchową – 26 wskazań; w zakresie współpracy z rodziną umierającego – 28 wskazań; opieki nad rodziną umierającego – 26 wskazań; komunikacji z umierającym – 26 wskazań.

Tabela 2. Braki w wiedzy i umiejętnościach odnośnie opieki nad umierającym pacjentem wskazane przez lekarzy

Wiedza na temat opieki w sferach	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Ogółem
A. Sfera biologiczna	8 (32%)	11(44%)	6(24%)	-	25=100%
B. Sfera psychiczna	13 (43,33%)	16 (53,33%)	1 (3,33%)	-	30=100%
C. Sfera duchowa	11 (40,74%)	15 (55,55%)	1 (3,70%)	-	27=100%
D. Współpraca z rodziną umierającego	11 (35,48%)	17 (54,83%)	3 (9,67%)	-	31=100%
E. Opieka nad rodziną umierającego	11 (40,74%)	15 (55,55%)	1 (3,70%)	-	27=100%
F. Komunikacja z umierającym	11 (40,74%)	15 (55,55%)	-	1 (3,70%)	27=100%
G. Radzenie sobie z własnymi emocjami w obliczu śmierci	10 (40%)	12 (48%)	2 (8%)	1 (4%)	25=100%
H. Czynności organizacyjne – tworzenie godnych warunków umierania	7 (28%)	15 (60%)	3 (12%)	-	25=100%
I. Współpraca w zespole terapeutycznym w procesie opieki nad umierającym	7 (26,92%)	13 (50%)	6 (23,07%)	-	26=100%
J. Moralne aspekty umierania i śmierci	9 (34,61%)	12 (46,15%)	4 (15,38%)	1 (3,84%)	26=100%
K. Inne.....	0	0	0	0	0

\* Wyniki zawarte w tabeli odnoszą się do tych lekarzy, którzy stwierdzili, że nie czują się przygotowani do pracy z umierającym 32=100%. Ponieważ lekarze nie zawsze ustosunkowywali się do wszystkich zakresów kształcenia, za 100% traktowano sumę odpowiedzi w poszczególnych wierszach.



Analiza statystyczna wykazała istotną zależność między płcią lekarzy a ich samooceną odnośnie przygotowania do pracy z umierającym pacjentem (Chi-kwadrat = 15,0649;  $p=0,04$ ). Lekarki częściej udzielały odpowiedzi „raczej nie” na pytanie dotyczące oceny swojego przygotowania do pracy z umierającym pacjentem. Lekarze mężczyźni częściej udzielali odpowiedzi „nie wiem” na to pytanie. Nie wykazano zależności istotnej statystycznie między wiekiem i stażem pracy a tą samooceną.

Zdecydowała większość przyznała, że nie zdecydowałaby się na pracę w placówce opieki paliatywno-hospicyjnej – 62 osoby (63,26%). Natomiast 21 (21,42%) lekarzy byłoby w stanie podjąć pracę w takiej placówce.

Połowa respondentów byłaby zainteresowana uczestnictwem w szkoleniach przygotowujących do opieki nad umierającym pacjentem – 53 lekarzy (54,08%).

Lekarze zainteresowani byłiby najbardziej materiałem dotyczącym opieki nad sferą psychiczną umierającego pacjenta – 48 odpowiedzi; sferą duchową – 45 odpowiedzi; współpracy z rodziną umierającego – 47 odpowiedzi. Dużym zainteresowaniem cieszyłyby się również treści dotyczące komunikacji z umierającym – 47 odpowiedzi oraz z zakresu opieki nad rodziną umierającego – 44 odpowiedzi.

### **Omówienie wyników badań**

Każdy pracownik służby zdrowia musi liczyć się z tym, że nie zawsze istnieje możliwość wyleczenia pacjenta, który znajduje się pod ich opieką. Ważnym jest

by zaakceptować fakt śmierci jako nieodwrotny i naturalny element życia, a kiedy zostaje rozpoznany jej początek, zapewnić choremu godne warunki umierania (Zaryś-Andrzejewska, Życińska, Wardyn 2006).

Badania własne pokazują, że poczucie trudności w realizowaniu opieki nad umierającym pacjentem zgłosiło ponad 50% badanych lekarzy, a wśród najczęstszych przyczyn tych trudności wymieniano: opiekę nad sferą psychiczną i duchową umierającego, samo istnienie śmierci oraz reakcje bliskich pacjenta na jego umieranie. Wskazanie na takie przyczyny trudności w pracy z pacjentem u kresu życia wiąże się z brakiem treści właśnie z tego zakresu podczas kształcenia zawodowego, na co również zwrócili uwagę badani lekarze. Nie zabrakło natomiast w programie kształcenia zagadnień dotyczących opieki nad biologiczną sferą umierającego. Jest to dosyć znamienna tendencja. Zdaniem Łuczaka (2006), czysto medyczne podejście do problemów pacjenta, doraźna pomoc lekarska w postaci zaordynowania leków i przekonanie, że środki farmakologiczne to uniwersalny sposób na niesienie ulgi w cierpieniu, także duchowym, to jedna z częstych postaw lekarzy w stosunku do umierającego człowieka.

Blisko połowa lekarzy podała, że kształcenie zawodowe nie zawierało treści dotyczących opieki nad pacjentem u kresu życia. Mimo tego, około 45% badanych ma poczucie przygotowania do pracy z takim pacjentem. Badania prowadzone przez Sullivan i współautorów na bardzo dużej grupie studentów (1,455), rezydentów (296) i nauczycieli (287) z 62 akredytowanych medycznych uczelni USA pokazały, że za-

## Przygotowanie do opieki nad pacjentem umierającym w samoocenie lekarzy

również studenci, jak i rezydenci nie czują się przygotowani do prowadzenia opieki nad umierającym człowiekiem, a wielu nauczycieli do nauczania w tym zakresie (Sullivan, Lakoma, Block, 2003). Natomiast wyniki badań Pirogowicz i współ., którzy analizowali materiał zebrany od studentów ostatnich lat Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu (n=133) wskazują, że większość badanych deklaruje brak przygotowania zarówno praktycznego, jak i teoretycznego do przeprowadzenia z pacjentem lub jego bliskimi rozmowy na temat nieuleczalnej choroby lub zbliżającej się śmierci. Około 90% studentów przyznało, że przyczyną takiego stanu rzeczy jest brak zajęć teoretycznych, które mogłyby pomóc odnaleźć się w takich sytuacjach w praktyce (Pirogowicz, Hoffmann, Gwiazda, Widejko, Mess, Pirogowicz, Steciwko, 2006). W badaniach własnych komunikacja z umierającym pacjentem była również wskazywana jako ta umiejętność, której brak odczuwają lekarze i której zdobyciem byliby zainteresowani.

Zdecydowana większość badanych lekarzy (63,26%) przyznała, że nie zdecydowałyby się na pracę w placówce opieki paliatywno-hospicyjnej. Wyniki badań Pirogowicz pokazują, że 36,8% studentów wyklucza taką specjalizację medyczną, w ramach której miałiby styczność z ciężko chorymi i umierającymi pacjentami (op. cit.). Poszukując powodów unikania takiej specjalizacji można przypuszczać, że ma to związek z uznaniem opieki nad człowiekiem u kresu życia za duże wyzwanie dla pracowników służby zdrowia, szczególnie zaś dla lekarzy, którzy za cel swoich zawodowych starań stawiają sobie wyleczenie pacjenta. W przypadku

opieki paliatywnej nie można oczekiwać wyleczenia, ale nie oznacza to przecież, że medycyna i lekarze są tu bezradni. „Prawdziwy lekarz nigdy nie jest bezradny, bo jego pierwszym zadaniem nie jest wyleczenie człowieka, ale udzielenie mu pomocy... A tu zawsze jest szansa” (Grzegorzczuk, 2004).

### **Wnioski**

1. 43,87% lekarzy przyznało, że program kształcenia zawodowego nie zawierał treści przygotowujących ich do pracy z pacjentem umierającym.
2. Blisko 50% badanych stwierdziła, że czuje się przygotowana do pracy z takim pacjentem. Istnieje statystyczna zależność między płcią lekarzy a ich samooceną przygotowania do pracy z umierającym człowiekiem ( $p < 0.05$ ). Nie wykazano takiej zależności w związku z wiekiem i stażem pracy respondentów.
3. 54,08% badanych lekarzy wykazała zainteresowanie uczestnictwem w kształceniu przygotowującym do pracy z umierającym pacjentem. Największe zapotrzebowanie zgłaszano na treści dotyczące opieki nad sferą psychiczną i duchową umierającego; opieki nad rodziną pacjenta i współpracy z nią. Są to te treści, których brak ankietowani zaobserwowali w kształceniu przed-dyplomowym.

### **Streszczenie**

Celem pracy było zbadanie opinii lekarzy na temat ich przygotowania do pracy z pacjen-



tem umierającym. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji i objęto nimi 98 (100%) aktywnych zawodowo lekarzy pracujących w lecznictwie szpitalnym miasta Lublina oraz okolic. Materiał badawczy zebrano w okresie styczeń–maj 2007 roku. Analiza materiału badawczego wykazała, że blisko 45% badanych czuje się przygotowana do pracy z pacjentem u kresu życia, mimo iż zdaniem prawie 50% ankietowanych materiał kształcenia przeddyplomowego nie zawierał treści przygotowujących ich do tej pracy. Połowa badanych lekarzy wykazała zainteresowanie uczestnictwem w kształceniu przygotowującym do pracy z umierającym pacjentem. Największe zapotrzebowanie zgłaszano na treści dotyczące opieki nad sferą psychiczną i duchową umierającego, opieki nad rodziną pacjenta i współpracy z nią. Są to te treści, których brak ankietowani zaobserwowali w kształceniu dyplomowym.

**Słowa kluczowe:** pacjent umierający, opieka, edukacja zawodowa

### Summary

The aim of the research was to investigate physicians' opinions about their preparation for work with dying patient. Researches was conducted using the method of diagnostic survey with the aid of self – prepared questionnaire sheet. It was carried out on a group of 98 phisicians working in hospital health service in Lublin and Lublin neighbourhood. Research data were collected in January–February 2007. Analysis of the research

data showed that nearly 45% of the tested group felt prepared for taking care of dying patient, though simultaneously nearly of half claimed that university education did not prepare them for work with dying patient. Half of tested group would be interested in participation in training preparing them for taking care of patient who is at the end of his life. The highest demand was requested for subjects on taking care of psychological and spiritual sphere of patient; care of patient's family and co-operation with that family. These subjects were observed as lacking during university education.

**Key words:** dying patient, care, professional education

### Bibliografia

1. Grzegorzczak J. (2006). Trufle. Nowe przypadki księdza Grosera. Poznań: W Drodze.
2. Łuczak J. (2006). Wyzwania dla zespołów opieki paliatywno-hospicyjnej. *Onkologia Polska*, 9, 4, 113-117.
3. Pirogowicz I., Hoffmann K., Gwiazda E., Widejko K., Mess E., Pirogowicz P., Steciwko A. (2006). Śmierć i nieuleczalna choroba jako problem w komunikacji z pacjentem w praktyce lekarskiej. *Onkologia Polska*, 9, 4, 166-171.
4. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007, Dz.U. Nr 164, Poz. 1166 W sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczel-

- nia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki. Załącznik 54.
5. Sullivan A.M., Lakoma M.D., Block S.D. (2003). The status of medical education in end-of-life care. A national report. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 685-695.
  6. Szawarski Z. (2003). Zrozumieć człowieka umierającego. *Medycyna po Dyplomie*, 12, 5, 16-21.
  7. Zaraś-Andrzejewska M., Życińska K., Wardyn K.A. (2006). Chory terminalnie w praktyce lekarza rodzinnego – główne problemy medyczne oraz pielęgnacyjne. *Family Medicine & Primary Care Review*, 8, 3, 1156-1160.

**Adres do korespondencji:**

Dr Beata Dobrowolska  
Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa  
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu  
Akademia Medyczna im. prof. F.  
Skubiszewskiego w Lublinie  
Al. Raławickie 1  
20-059 Lublin  
e-mail: [bdob10@wp.pl](mailto:bdob10@wp.pl)