

Lesław Niebrój

Promocja zdrowia i bezrobocie: zadania praktyki lekarza rodzinnego

Health promotion and unemployment: family doctor practice's roles

Zakład Filozofii i Etyki, Śl. AM

Wprowadzenie

Refleksja dotycząca ludzkiej pracy odkrywa dwa jej znaczenia, dostatecznie wyraźnie różnialne, choć komplementarne względem siebie, o szczególnej istotności z punktu widzenia zarówno antropologii filozoficznej, jak i (wtórnie) etyki od takiej antropologii zależnej. Z jednej bowiem strony, praca pozwala określać człowieka w jego indywidualności, „indywidualnej” godności osoby ludzkiej (rozumianej tu jako przynależnej każdemu z osobna), z drugiej strony, wpisuje ową jednostkę w społeczeństwo.

W filozofii Hegla odnajdujemy przekonanie, że praca jest zdolnością człowieka, gotowego wyjść poza doraźną potrzebę. „Między chwilę, w której człowiek uświadamia sobie swą potrzebę, a moment nasycenia – wkracza czas. Czas ten jest wypełniony pracą. Pracuje, kto przestał być niewolnikiem swych głodów. Praca w myśl Hegla to zarazem akt afirmacji i akt negacji. Negujemy potrzebę dziś, aby afirmować ją jutro” (20).

Praca – dowód wyzwolenia człowieka od jego doraźnych potrzeb, jest równocześnie elementem komunikacji społecznej. Praca jest czynnością jednostki, ale jednostki osadzonej w społeczeństwie. Można o niej orzekać jako o czynności społecznej, rozumiejąc to jako uznanie, że jest ona wytworem społecznym, ale także przyjmując prawdziwość twierdzenia, że ona tworzy (współtworzy?) owo społeczeństwo. W tym też

sensie można mówić o istnieniu analogii pomiędzy pracą a językiem. „W wyprodukowaniu pierwszego lepszego przedmiotu biorą udział całe grupy ludzi, stojących od siebie niekiedy bardzo daleko. Do tego, aby powstał produkt, wymagane jest daleko idące porozumienie międzyludzkie. Czymże dosłownie jest porozumienie? Porozumienie to rodzaj rozmowy, której podstawą jest zrozumienie. Praca ludzka zakłada i rozwija porozumienie. Jako taka właśnie ujawnia głębokie analogie z językiem, za pomocą którego ludzie ze sobą rozmawiają” (20).

Formalny fakt zatrudnienia wiąże się z jednym, jak i drugim znaczeniem właściwym ludzkiej pracy. Stając się dla jednostki formalnym potwierdzeniem jej własnej godności oraz jej prawa do należytego jej miejsca w społeczności. W tym sensie, z zachowaniem właściwych proporcji, należałoby w fakcie bezrobocia dostrzegać swoisty zamach na godność ludzkiej jednostki, w szczególności jako jednostki społecznej. Przy czym, zdroworozsądkowo słuszne wydaje się założenie, że różne formy bezrobocia, mogą stanowić różną (co do ilości, siły oddziaływania) formę takiego zamachu.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest wskazanie, na podstawie przeglądu literatury, zasad prowadzenia promocji zdrowia wśród bezrobotnych. Przy formułowaniu tych zasad zostanie wzięta pod

uwagę zarówno specyfika fenomenu bezrobocia w Polsce, jak i struktura organizacyjna ochrony zdrowia w naszym kraju, w szczególności zaś miejsce w systemie opieki zdrowotnej praktyki lekarzy rodzinnych.

Specyfika bezrobocia w Polsce

Wraz z przemianami ustrojowymi lat 1989/1990 pojawił się na terenie naszego kraju, po raz pierwszy w jego powojennej historii, problem bezrobocia. Społeczeństwo, które przez wiele dziesięcioleci żyło w systemie tworzącym absurdalne i pozorowane stanowiska pracy (z jednej strony chroniące przed niebezpieczeństwem jej utraty, z drugiej prowadzące do radykalnej jej dewaluacji), zdaje się nie posiadać skutecznych wzorców radzenia sobie z bezrobociem. Poczuciu bezradności towarzyszą niezwykle alarmistyczne wypowiedzi w środkach społecznego przekazu, mogące potęgować przekonanie o beznadziejności sytuacji.

Sytuacja jest przy tym niewątpliwie niezwykle trudna i jako taka winna być określona, zwłaszcza wzięwszy pod uwagę swego rodzaju „charakterystykę” tego fenomenu w naszym kraju. Bezrobotnymi są:

1. ludzie młodzi (procentowy udział bezrobotnych w wieku do 24 lat w ogólnej liczbie bezrobotnych wyniósł w końcu września 2000 r. 31%);
2. o niskim poziomie wykształcenia;
3. zamieszkali w słabiej rozwiniętych regionach kraju, lub takich, w których niedostosowanie przemysłu epoki komunizmu” do potrzeb rynku są szczególnie znaczące. Notowany jest wysoki odsetek bezrobotnych długotrwale, tj. od co najmniej 12 miesięcy (ok. 44,4% ogółu). Często są to osoby pozbawione prawa do zasiłku (udział takich bezrobotnych w całości osób pozbawionych pracy wyniósł w listopadzie 2000 r. 79,9%) (16). Specyfikę polskiego bezrobocia określa także to, że po zahamowaniu wzrostu udziału bezrobotnych z pierwszej połowy lat dziewięćdziesiątych, a nawet znacznemu zmniejszeniu bezrobocia, zwłaszcza w latach 1997–2000, zjawisko to zdaje się zagrażać społeczeństwu naszego

kraju z nową siłą, większą niż w całym okresie od przemiany ustrojowej: stopa bezrobocia (rejestrowanego) w lutym i marcu 2002 r. wynosiła 18,1 (3). Wielkość, jakiej nigdy przedtem (tj. od stycznia 1990) nie osiągnęła.

Bezrobocie i zdrowie

Wzajemna zależność pomiędzy faktem bycia bezrobotnym, a złym (pogarszającym się) stanem zdrowia wydaje się dowiedziona wynikami przeprowadzonych w tym zakresie badań (9, 10). Potwierdza to zarówno dokonany uprzednio i wcześniej opublikowany przegląd literatury (16), jak i jego z jednej strony poszerzenie, z drugiej zaś uszczegółowienie, jakiego podejmuje się niniejsza praca. We wskazanym wyżej, wcześniej opublikowanym przeglądzie literatury brano pod uwagę pozycje nie starsze niż wydrukowane w 1999 r., w czasopismach adnotowanych do MedLine. Przegląd dotyczył artykułów opublikowanych po angielsku, francusku, hiszpańsku, niemiecku, polsku i włosku. W sumie wzięto pod uwagę ok. 200 pozycji. Niniejsza praca korzysta ponadto z informacji zdobytych z dwu innych elektronicznych baz danych, tj. przeglądarki oferowanej przez Blackwell-Synergy (<http://www.blackwell-synergy.com>), która w momencie przeprowadzania badania oferowała przeszukiwanie ok. 174 tys. artykułów opublikowanych w 405 czasopismach (w tym takich medycznych, które nie są uwzględniane w MedLine, oraz czasopisma z zakresu nauk społecznych, ekonomicznych i in.), i znacznie skromniejszej zakresowo, lecz dającej szerszy dostęp do publikacji krajowych Polskiej Bibliografii Lekarskiej (<http://www.slam.katowice.pl/pbl/b>). Pierwsza z baz danych pozwoliła wziąć pod uwagę ok. 120, druga 18 pozycji bibliograficznych. W odniesieniu do obu przeglądarek nie zastosowano ograniczenia czasowego dotyczącego daty publikacji. Korzystając z pierwszej z nich, wprowadzono jednak zawężenie jedynie do tych publikacji związanych ze zdrowiem i bezrobociem, które równocześnie odpowiadały na hasło: „promocja zdrowia” i „podstawowa opieka zdrowotna”. Dokonano także uaktualnienia informacji z MedLine. Zrezygnowano przy tym z ograniczenia

czasowego, wprowadzając jednak zawężenie przez wprowadzenie dodatkowo (względem badań wcześniej publikowanych) hasła „promocja zdrowia”.

Badane zależności pomiędzy bezrobociem (faktem bycia bezrobotnym) a problemami zdrowotnymi o charakterze somatycznym dotyczą tak różnych jednostek chorobowych, jak otyłość, próchnica, choroby serca, dróg oddechowych, nerek, choroby przekazywane drogą płciową, ale także patologii w przebiegu ciąży i stanie zdrowia noworodka, aż po urazy powstałe na skutek wypadków komunikacyjnych. Przedmiotem badań nad bezrobociem jest pytanie o zależność pomiędzy nim a różnego rodzaju uzależnieniami (alkoholizm, narkomania, nikotynizm). Warto też zwrócić uwagę na opisywaną w badaniach zależność pomiędzy bezrobociem a określonymi zaburzeniami zdrowia psychicznego, w szczególności depresją. Szczególnym zainteresowaniem osób badających zależność pomiędzy stanem zdrowia a bezrobociem (sądząc po liczbie publikowanych na ten temat artykułów) cieszy się zagadnienie dotyczące zależności pomiędzy tym ostatnim a przedwczesnymi zgonami. Badania dotyczą zarówno tych sytuacji, w których bezrobocie, jako jeden z czynników kształtujących warunki ekonomiczne, jest postrzegane jako warunkujące taką śmierć, gdyż ogranicza dostęp do opieki zdrowotnej, jak i tych, gdy szuka się źródeł decyzji o dokonaniu samobójstwa. Podkreślić jednak przy tym należy, że wpływ czynnika, jakim jest bezrobocie, jest istotnie modyfikowany ze względu na płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, rasę itp. osób, które dotknęła utrata pracy (16).

Przegląd literatury skłania równocześnie do sformułowania pewnych krytycznych uwag dotyczących strony metodologicznej niektórych publikacji. Należy zauważyć, że w wielu z nich niedostatecznie jasno brany jest pod uwagę specyficzny wpływ czynnika, jakim jest bezrobocie wśród innych czynników o charakterze socjoekonomicznym. W przypadku niektórych badań nie uwzględnia się roli czynników różnych od bezrobocia, które w danych przypadkach (zdroworozsądkowo) mogły mieć decydujący wpływ na zachorowalność (16).

Zdrowotne zagrożenia związane z bezrobociem: zadania promocji zdrowia

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje promocję zdrowia jako szeroko rozumiane działania dążące do maksymalnie pełnego wykorzystania tych determinantów, które są zależne od woli człowieka (są tą wolą modyfikowalne), aby jak najlepiej służyły zdrowiu (21). Przy czym błędem byłoby ograniczać owe detrimanty tylko do tego, co wiąże się z działaniami poszczególnych jednostek, ich zachowań i stylu życia (4). Należy wśród nich wyliczyć także takie, jak: warunki ekonomiczne, status społeczny, edukację, zatrudnienie i warunki pracy, dostępność do usług ochrony zdrowia oraz fizyczne warunki środowiska życia człowieka. Tak rozumianą promocję zdrowia różni od prewencji ukierunkowanie na determinanty zdrowia, a nie – jak w przypadku prewencji – na determinanty choroby. Promocja zdrowia bywa jednak także nieodróżniania od prewencji, biorąc pod uwagę, że działania promocji i prewencji są ściśle komplementarne. Tak, czy inaczej szczególnie istotnym elementem promocji zdrowia staje się właściwa edukacja zdrowotna (19).

Działania promocji zdrowia można podzielić albo poprzez wyróżnienie klas determinantów, których działania mają dotyczyć, albo ze względu na stopień potrzeby zdrowotnej, ewentualnie zagrożenia zdrowotnego, populacji do której promocja zdrowia jest skierowana. Stosownie do pierwszego ze wskazanych podziałów wyróżnia się działania dotyczące:

1. determinantów społecznych (np. czyste ekologicznie środowisko, właściwa infrastruktura itp.);
2. determinantów związanych z wpływem poszczególnych jednostek na społeczeństwo (partycypacja społeczna, tolerancja, wzajemna odpowiedzialność za siebie itp.) oraz
3. determinantów związanych z działaniami jednostki na nią samą (zdolność radzenia sobie z przeżywanymi emocjami, samoocena, uznanie dla wartości zdrowia itp.) (4).

Dzieląc działania związane z promocją zdrowia ze względu na potrzeby populacji, wyróżnić należy te o charakterze:

1. uniwersalnym (skierowane do całej populacji);
2. selektywnym (przeznaczone dla sub-grup społecznych o szczególnych potrzebach/zwiększonego ryzyka) oraz
3. ukierunkowane (dotyczące poszczególnych jednostek rozpoznanych jako wymagające szczególnej troski/szczególnie zagrożonych).

Pracownicy ochrony zdrowia z praktyk lekarza rodzinnego wydają się, z racji charakteru instytucji, w której są zatrudnieni, szczególnie predysponowani zarówno do rozpoznania istnienia oraz siły oddziaływania określonych determinant, jak i wyodrębnienia podgrup społecznych, a przede wszystkim jednostek wymagających szczególnej troski (1).

Poznanie determinantów i wskazanie podgrup społecznych ma kluczowe znaczenie dla planowania i skutecznego prowadzenia promocji zdrowia. Należy przy tym zaznaczyć, że poznanie takie winno dotyczyć nie tylko wskazania czynników zależnych od ludzkiej woli, a mogących mieć wpływ na zdrowie, lecz także rozpoznania ich działania we wzajemnych relacjach, pomiędzy sobą. Poza zbadaniem tak „oczywistych” zmiennych, jak: płeć, wykształcenie, stan cywilny czy wiek, należy pamiętać także np. o sytuacji makroekonomicznej kraju i regionu. Badania dowodzą bowiem, że bezrobocie inaczej koreluje ze stylem życia (zachowaniami antyzdrowotnymi: nadużywaniem alkoholu) w okresie wzrostu ekonomicznego, inaczej w czasach recesji (13).

Zadaniem praktyki lekarza rodzinnego winno być prowadzenie akcji promocji zdrowia o charakterze uniwersalnym. I to zarówno poprzez uczestniczenie w odpowiednich programach o charakterze czy to krajowym, czy regionalnym, jak i poprzez tworzenie i realizowanie własnych programów. W przygotowaniu takich programów wydaje się istotne aby:

1. były one prowadzone na odpowiednim poziomie merytorycznym (słuszne wydaje się w tym miejscu wskazanie standardów Evidence Based Medicine) (5),
2. cieszyły się poprawnością formalną, tj. korzystały z osiągnięć pedagogiki, psychologii czy teorii komunikacji. Odnośnie do strony formalnej należałoby wymagać, aby programy promocji zdrowia dążyły nie tylko do zaspokajania potrzeb zgłaszanych przez

pacjentów lekarza rodzinnego, ale także, aby były zdolne do rozbudzania wśród nich potrzeb zdrowotnych. Edukacja zdrowotna w ramach takich programów może być prowadzona w dużej mierze niejako „przy okazji” spotkań pacjenta z pracownikami ochrony zdrowia, do jakich dochodzi z innych niż promocja zdrowia, powodów.

Szczególną rolę odegrać mogą praktyki lekarza rodzinnego w odniesieniu do tej promocji zdrowia, którą określono jako ukierunkowaną. Osoby znajdujące się w szczególnych potrzebach, czy to z samych racji zdrowotnych (2, 8), czy z powodów związanych z uwarunkowaniami socjoekonomicznymi towarzyszącymi bezrobociu, mogą mieć problem z dotarciem nawet do „najbliższej” sobie struktury ochrony zdrowia, tj. właśnie praktyki lekarza rodzinnego (12). Promocja zdrowia ukierunkowana winna być w dużej mierze niezależnie od innych kontaktów pomiędzy lekarzem rodzinnym a jego pacjentami. A zwrócić należy uwagę, że edukacja zdrowotna w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej z zasady ograniczana jest jedynie do sytuacji, gdy można ją prowadzić przy okazji innych spotkań (6). Być może pomocne byłoby odnowienie instytucji pielęgniarstwa środowiskowego i znalezienie właściwego jej miejsca w praktyce lekarza rodzinnego (7).

„Ukierunkowanie” promocji zdrowia oznacza jednak nie tylko skierowanie jej do szczególnie potrzebujących osób, lecz także nadanie jej takiej specyfiki, dzięki której będzie mogła do tych osób dotrzeć. „Ukierunkowanie” dotyczy zarówno osób, jak i treści. Posiadanie wiedzy związanej z uniwersalną promocją zdrowia może być niewystarczające dla osób w szczególnej sytuacji (19).

Promocja zdrowia podejmowana wobec społecznego fenomenu bezrobocia stawia przed praktyką lekarza rodzinnego zadanie podjęcia ścisłego współdziałania z instytucjami zarówno administracji państwowej czy samorządowej, jak i innymi (religijnymi, społecznymi itp.), które mogą oferować współpracę w zakresie pomocy bezrobotnym (15). Istotnym, choć jak dowodzą badania wciąż w dużej mierze zaniedbanym (17), elementem edukacji zdrowotnej winno być informowanie pacjentów o takich instytucjach, zakresie ich działalności, możliwościach kontaktu z nimi itp.

Wreszcie podkreślić należy, że wszelkie zadania realizowane przez pracowników ochrony

zdrowia zatrudnionych w praktykach lekarza rodzinnego winny być prowadzone z poszanowaniem zasady autonomii pacjenta. Promocja zdrowia nie może być formą zewnętrznego przymusu narzucającego pacjentowi podjęcie/zaniechanie określonych działań. Musi odwoływać się zawsze do wolności – wolnego wyboru, tego, co proponowane. Stąd zapewne miarą jej oceny nie może być skuteczność we wprowadzaniu zmian w styl życia pacjenta. Winna być dokonywana z poszanowaniem, czyli niejako „w obrębie” wspólnot moralnych, w rozumieniu, jakie nadaje im Alasdair MacIntyre (8).

Podsumowanie

Doniosłość problemu bezrobocia, także ta związana ze zdrowiem, jest tak wielka, że pięć wyznaczonych poniżej zadań praktyki lekarza rodzinnego dotyczących związanej z tym fenomenem promocji zdrowia powinno być z pewnością potraktowane z należytą powagą. Oczekiwać należy:

1. troski o właściwe poznanie determinantów zdrowia związanych z bezrobociem i poznania podgrup społecznych/jednostek szczególnie zagrożonych,
2. włączenia się w akcje promocji zdrowia o charakterze uniwersalnym i samorzutne podejmowanie takich akcji,
3. prowadzenie ukierunkowanej (co do osób i treści) promocji zdrowia,
4. nawiązanie i rozwijanie współpracy z innymi instytucjami mogącymi przyjąć z pomocą bezrobotnym oraz
5. realizowanie tego wszystkiego w sposób wolny od paternalizmu medycznego, szanując zasadę autonomii. Należałoby przy tym jeszcze zapewne dodać, że zadania promocji zdrowia powinny być realizowane w praktykach lekarza rodzinnego z założeniem, że są to działania długofalowe, co znaczy: nie można liczyć na szybki i błyskotliwy ich sukces (14).

Streszczenie

Bezrobocie stało się w Polsce problemem społecznym o szczególnej doniosłości. Wpływ bezrobocia na stan zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego został dowiedziony wieloma

badaniami. Niniejsze studium dąży do określenia tych specyficznych potrzeb zdrowotnych osób pozbawionych pracy, które winny być rozpoznane przez lekarzy lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, oraz opisuje sposoby wdrożenia praktyk z zakresu promocji zdrowia wśród bezrobotnych pacjentów lekarzy rodzinnych. W szczególności wskazuje się na zadania pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej oraz konieczność współpracy pracowników ochrony zdrowia z odpowiednimi instytucjami społecznymi w celu rozwiązywania problemów związanych z bezrobociem. Dowodzi się także potrzeby odpowiedniej edukacji personelu podstawowej opieki zdrowotnej oraz udzielenia wsparcia poczynaniom z zakresu promocji zdrowia w praktyce lekarza rodzinnego.

Słowa kluczowe: **bezrobocie, promocja zdrowia, podstawowa opieka zdrowotna**

Summary

Unemployment has become a very serious social problem in Poland. Unemployment has been documented to have detrimental impacts on a person's physical as well mental health. This study intended to examine those specific jobless people health needs, which ought to be identified by primary care physicians or nurses, and describe approaches to implementing health promotion practices among unemployed patients in the family doctor practices. In particular, it is indicated the role of the primary health care nurses and the need of cooperation of the family care practitioners with institutions offering help to the jobless. The study also underlines the need for more education as well as support to increase the element of health promotion in primary health care activities.

Keywords: **unemployment, health promotion, primary health service**

Piśmiennictwo

1. Bond M.: Placing poverty on the agenda of a primary health care team: an evaluation of an

- action research project. *Health and Social Care in the Community* 1999, 7/1, 9–16.
2. Chodakowska M.: Konsekwencje zagrożenia bezrobociem osób z ograniczoną sprawnością fizyczną. [W:] *Problemy pedagogiki specjalnej w badaniach empirycznych*. Lublin 1994, 259–270.
 3. GUS, Polska Statystyka Publiczna 2002, <http://www.stat.gov.pl>.
 4. Herrman H.: The need for mental health promotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001, 35, 709–715.
 5. Jadamus-Niebrój D., Niebrój L.: Rola dydaktyczno-wychowawcza pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej: doświadczenia i oczekiwania pacjentów i ich rodzin. [W:] *Pielęgniarstwo we współczesnej medycynie*. I Podlaska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa, Białystok 2000, 163–171.
 6. Jaeschke R., Cook D., Guyatt G.: Evidence based medicine (EBM), czyli praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (POWAP). Wydawnictwo MP, Kraków 2002.
 7. Kalnins I.: Starting from a Blank Page: Discovering and Creating Community Health Nursing in Post-Soviet Latvia. *Public Health Nursing* 2001, 18/4, 262–272.
 8. Kawka J.: Sytuacja zawodowa i życiowa bezrobotnych inwalidów narządu wzroku, w świetle wypowiedzi z ankiety. [W:] *Problemy pedagogiki specjalnej w badaniach empirycznych*, Lublin 1994, 249–258.
 9. Korzeniewska M.: Zdrowotne koszty bezrobocia. *Medycyna Pracy* 1995, 46/4, 407–414.
 10. Leder S.: Bezrobocie a zdrowie. *Psychiatria Polska*. 1994, 28/6, 651–666.
 11. Lee A. J., Rombie I. K., Smith W. C., Tunstall-Pedoe H. D.: Cigarette smoking and employment status. *Social Science & Medicine* 1991, 33/11, 1309–1312.
 12. Love R. R.: Cancer prevention through health promotion. Defining the role of physicians in public health, *Cancer* 1994, 74/ Suppl. 4, 1418–1422.
 13. Luoto R., Poikolainen K., Uutela A.: Unemployment, sociodemographic background and consumption of alcohol before and during the economic recession of the 1990s in Finland. *International Journal of Epidemiology* 1998, 27, 623–629.
 14. Makara P.: Policy implications of differential health status in East and West Europe. The case of Hungary. *Social Science & Medicine* 1994 39/9, 1295–1302.
 15. Mitchell D. P., Betts A., Epling M.: Yought employment, mental health and substance misuse: a challenge to mental health service. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing* 2002, 9, 191–198.
 16. Niebrój L.: Bezrobocie i zagrożenia zdrowia. *Annales UMCS 2000 Sectio D, Vol. LV. Supl. VII, 36, 173–176*.
 17. Niebrój L., Jadamus-Niebrój D.: Tematyka edukacji zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. *Annales Academiae Medicae Silesienis* 2001, 48–49, 121–127.
 18. Niebrój L.: Promocja zdrowia: nowy totalitaryzm? *Annales Academiae Medicae Silesienis* 2002, Supl. 34, 71–77.
 19. Norton L.: Health promotion and health education: what role should the nurse adopt in practice? *Journal of Advanced Nursing* 1998, 28, 6, 1269–1275.
 20. Tischner J.: Refleksje o etyce pracy. [W:] Tischner J.: *Świat ludzkiej nadziei. Wybór szkiców filozoficznych z lat 1966-1975*. Wydawnictwo Znak, Kraków 1994, 70–90.
 21. World Health Organization, *Health Promotion Glossary*. Ed. WHO, Geneva 1998.

Adres do korespondencji

dr Lesław Niebrój
Zakład Filozofii i Etyki, Śl. AM
ul. Medyków 12
40-752 Katowice
e-mail: lniebroj@poczta.onet.pl