

KRZYSZTOF RYTWIŃSKI

## MIEJSCE I ROLA PROMOCJI ZDROWIA W ONKOLOGII

## THE PLACE AND ROLE OF THE HEALTH PROMOTION IN ONCOLOGY

Zakład Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia,  
Państwowy Zakład Higieny  
Kierownik: dr hab.med. K.Rytwiński

*Przedyskutowano kierunki działania i dotychczasowe doświadczenia związane z promocją zdrowia w onkologii, ze szczególnym uwzględnieniem programów psychosocjalnego wsparcia. Wskazano na potrzebę zmodyfikowanych działań, które omówiono także w aspekcie zadań oświaty zdrowotnej.*

Pytania o kierunki działania i umiejscowienie promocji zdrowia są cały czas aktualne, a odpowiedź nie zawsze jest łatwa. Wiąże się to także z trudnościami precyzyjnego definiowania działań wchodzących w zakres promocji zdrowia. W konsekwencji – przynajmniej w niektórych przypadkach – zarysowuje się niechęć do posługiwania się tym terminem jako pojęciem zbyt wieloznacznym i nadużywanym.

Z drugiej strony w ostatnich latach wzrosło znaczenie promocji zdrowia, która według Kart Ottawskiej z r. 1986 [14], jako swój główny cel przyjmuje zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem i jego poprawą, w odniesieniu do jednostek, grup społecznych i całej populacji. Okazało się bowiem, że w szeregu zamożnych, krajów zachodnich zaistniała pewnego rodzaju „anomalna”, polegająca na braku związku między olbrzymimi przekraczającymi nawet ich możliwości i ciągle rosnącymi nakładami na leczenie, a poprawą zdrowia populacji. Dochodzą do tego koszty wynikające z istnienia coraz liczniejszych grup obarczonych chorobami przewlekłymi. Stąd zwiększone znaczenie promocji zdrowia jako ważnego elementu w strategii zdrowia, która według określenia *Krecha* [6] stanowi swego rodzaju „inwestycję” w zdrowie, podczas gdy choroba jest wydatkowaniem.

Rozważając kierunki i zakres działań w promocji zdrowia, należałoby się zastanowić, czy w ich realizacji nadal należy opierać się o definicję zdrowia, którą tekst Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia z 1948 r., określa jako pełny fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan. Istotnie, jest to dobra formuła robocza; z tym zastrzeżeniem, że określa ona pewien stan idealny niemożliwy w rzeczywistości do osiągnięcia dla zdecydowanej większości ludzi, borykających się z takimi czy innymi chorobami bądź dolegliwościami, nieraz przez całe życie.

W tym kontekście tytuł niniejszego artykułu, który mógłby zabrzmieć nieco paradoksalnie, gdyby działania promocyjne pojmowane były wyłącznie jako realizacja ww. definicji zdrowia, posiada jednak swoje uzasadnienie. Promocja zdrowia winna bowiem

dotyczyć także różnorodnych działań związanych z aktywnym wsparciem umiejętności zarówno indywidualnych, jak i społecznych i politycznych na rzecz lepszego zdrowia, coraz liczniejszych we współczesnych społeczeństwach grup ludności, które są obciążone chorobami, bądź ich skutkami, grup dla których wydaje się bardzo trafnym anglojęzyczny termin: „*healthy ill people*”. Nie oznacza to oczywiście, że różnorodne działania promujące, indywidualne, społeczne, polityczne na rzecz pełnego zdrowia jak najliczniejszych grup społecznych stałyby się działaniami drugorzędymi.

Należy jednak liczyć się, jak już wspomniano, z coraz liczniejszymi (wydłużenie życia, postępy medycyny) grupami obciążonymi chorobą, jej skutkami i wiążącym się z tym często olbrzymim stresem, rzutującym na przebieg choroby i leczenia [9, 18]. Grup których powrót do normalnego życia, reintegracji socjalnej i pracy zawodowej, łączy się z rozwiązywaniem całego szeregu problemów osobistych, rodzinnych, społecznych, zawodowych itd. Taką grupę stanowią także ludzie, u których stwierdzono nowotwór, są leczeni (leczeni paliatywnie), zostali wyleczeni, znajdują się pod kontrolą lekarską po leczeniu.

Celem artykułu jest przedyskutowanie dotychczasowych doświadczeń, stosowanych rozwiązań i usytuowania promocji zdrowia w tej dziedzinie. W przypadku nowotworów skala problemu jest olbrzymia i narasta. Przyjmuje się, że w Europie na 10 mln ludności około 90 – 100 tys. to osoby, które zachorowały, są leczone, bądź znajdują się po leczeniu pod kontrolą onkologiczną. W Polsce sytuacja jest podobna, a zagrożenia środowiskowe i styl życia, m.in. palenie papierosów, picie alkoholu czy nieprawidłowe nawyki żywieniowe szczególnie sprzyjają narastaniu problemu [20].

Bardziej pogłębiona analiza ww. danych przekracza założenia artykułu, niemniej rozważając kierunki działań promocyjnych u ludzi obciążonych chorobami nowotworowymi należy wziąć pod uwagę, nie tylko skalę problemu, w odniesieniu do aktualnej liczby przypadków. Jak wynika bowiem z charakteru choroby nowotworowej, między innymi trudności w znalezieniu swoistych antygenów nowotworowych, różnorodnej etiologii nowotworów, ich różnego przebiegu klinicznego, rokowania i leczenia (w tym zabiegów amputacji), nie wydaje się możliwym w przewidywanym zakresie czasu, taki gwałtowny przełom jak to miało miejsce w przypadku wynalezienia skutecznych szczepionek przeciw chorobom zakaźnym. Tym bardziej, że pomimo olbrzymiego w ostatnich kilkudziesięciu latach postępu w leczeniu (np. nowotworów skóry, raka sutka i narządów rodnych, ostrych białaczek limfatycznych u dzieci), od lat 70-tych w podstawowej terapii onkologicznej (tj. chirurgii, radio i chemioterapii) osiągnięto pewne „plateau” (np. w raku płuc), a postęp jest niewielki i żmudny. Wg Raportu GAO (United States, General Accounting Office), znamienna poprawa dotyczy raczej wybranych form raka i stąd jest relatywnie mała w stosunku do wszystkich przypadków nowotworowych stwierdzanych u pacjentów [17]. Dzieje się tak pomimo szeregu spektakularnych osiągnięć, takich jak przeszczepy szpiku, czy też próby terapii genowej, co należy mieć również na uwadze podejmując zagadnienie promocji zdrowia w onkologii. Osiągnięcia te bowiem przekazywane są często przez media, w takiej formie, że rodzi się wśród ludzi przekonanie, że niepowodzenia w leczeniu raka wynikają z zaniedbań diagnostycznych bądź terapeutycznych służby zdrowia. Stanowi to źródło dodatkowego stresu, którego zwalczanie jest jednym z podstawowych zadań promocji zdrowia u ludzi, którzy zetknęli się z chorobą nowotworową.

Zastanawiając się nad rolą promocji zdrowia w onkologii należałoby odnieść się do relacji pomiędzy promocją zdrowia a prewencją. Prewencja z natury rzeczy sytuuje się na polu medycznym, zajmując się eliminacją czynników mogących spowodować chorobę lub sprzyjać jej powstaniu, ze szczególnym uwzględnieniem grup o podwyższonym ryzyku. Natomiast promocja zdrowia dotyczy kontroli zdrowia i jego poprawy w codziennym życiu, podniesieniu jakości życia – na ile to możliwe u ludzi obciążonych chorobą lub jej skutkami. Zajmuje się uwarunkowaniami zdrowia w jego aspektach biologicznych, psychologicznych, społecznych, środowiskowych itd. Niemniej należy mieć na uwadze, że w praktyce zagadnienia promocji i prewencji również w onkologii często nakładają się na siebie [12]. Sam nowotwór, jego skutki, także skutki leczenia stanowią olbrzymie obciążenie i stres dla chorego i jego otoczenia, a łagodzenie i pomoc w radzeniu sobie z tymi problemami, celem poprawy jakości życia i fizycznego dobrostanu chorych stanowi ważną dziedzinę w promocji zdrowia. Dzieje się to głównie poprzez oddziaływanie na strefę psychiczną i uwarunkowania psychosocjalne. Wg szeregu autorów zajmujących się tymi zagadnieniami tego rodzaju formy oddziaływania częstokroć (a nawet wg niektórych autorów w większości przypadków są oceniane krytycznie, lub co najmniej niedoceniane, przez służby medyczne zajmujące się konwencjonalną terapią i opieką chorych z nowotworami [8, 18]. Takiemu podejściu, trzeba to wyraźnie podkreślić, sprzyjają zdarzające się praktyki (określane jako terapia alternatywna) przynoszące nieodwracalne szkody, gdy nie jest uwzględniany zasadniczy fakt (potwierdzony także w immunoterapii nowotworów), że podstawowa „krytyczna” masa guza (tumor load) winna być usunięta wg ogólnie przyjętych zasad klasycznej terapii przeciwnowotworowej.

Jeśli chodzi o psychosocjalne aspekty promocji zdrowia u osób z chorobą nowotworową, to należy wymienić dwa główne cele:

- 1) utrzymanie odpowiedniej jakości życia, rozumianej szeroko, tj. nie ograniczającej się do jego podstawowych potrzeb,
- 2) utrzymanie dobrostanu fizycznego.

Innymi słowy, dotyczy to tak długiego, jak to jest możliwe okresu wolnego od choroby, bądź jej objawów, oraz co również ważne mobilizacji organizmu do odporności przeciwnowotworowej, na co składają się nie tylko biomedyczne, ale również psychosocjalne uwarunkowania [8, 10, 11, 13, 18].

W ocenie jakości życia Grupa Robocza EORTC (European Organization for Research on the Treatment of Cancer) wprowadziła próbę subiektywnej jego oceny (pomiaru) po zapadnięciu na chorobę nowotworową [1]. Wiąże się to z niezwykle ważnym dla chorego zjawiskiem radzenia sobie, wynikającym wg Lazarus [cyt. za 18] z pierwotnej i wtórnej oceny sytuacji, innymi słowy...co wydarzyło się i co może być zrobione... dla przełamania uczucia strachu, depresji, często poczucia beznadziejności oraz wyłonionych nagle komplikacji osobistych, rodzinnych i zawodowych. Wszystkie te czynniki mogą spowodować socjo-emocjonalną izolację, niezdolność radzenia sobie z problemami życiowymi (małżeństwo, praca itd.), negatywne nastawienie mentalne, co wg niektórych autorów wiąże się z immunosupresją i długotrwałym osłabieniem przeciwnowotworowych biologicznych reakcji organizmu [5, 10, 11, 18]. Podobnie jak poczynione obserwacje, które sugerują, że istnienie silnego długotrwałego stresu sprzyja powstawaniu nowotworów [8] – wymaga to jednak dalszych intensywnych badań celem

lepszego naukowego udokumentowania. Zupełne poddanie się, rezygnacja, traktowanie choroby jako nieuchronnego złego losu (hyperadaptacja), którą to postawę Solomon (cyt. za 18) określa jako osobowość immunosupresyjną. Przeciwnie, gdy radzenie sobie z ww. problemami, postawa optymistyczna, nawet w przypadkach znacznego zaawansowania choroby, opóźnia przerzuty i przedwczesną śmierć [15, 16, 19].

Można zadać pytanie jakie programy psycho-socjalnego wsparcia w ramach promocji zdrowia w onkologii, mogą być praktycznie zastosowane jako najskuteczniejsze w zależności od indywidualnej sytuacji chorego (grup chorych), przykładowo w tworzeniu programów psychosocjalnego wsparcia przy udziale osób spokrewnionych należy uwzględnić wiek chorego (dzieci/rodzice, starsi wiekiem/dorośli dzieci). Programy powinny być również dostosowane do przebiegu choroby, jej faz, sposobu leczenia i okresu po leczeniu. Psycholodzy i socjolodzy zajmującymi się tymi zagadnieniami w terminologii anglojęzycznej określają ten czas jako „*patient career*” (pojęcie to w tłumaczeniu na język polski nie wydaje się być zbyt fortunate) i wyróżniają w nim szereg krytycznych etapów [13].

Pierwszy z nich to moment postawienia diagnozy i czasu bezpośrednio po jej postawieniu, w którym psychosocjalne wsparcie jest szczególnie potrzebne. Niestety nie jest to okres dobrze rozpracowany pod tym względem [18]. Drugi krytyczny moment, to okres przed i po zabiegu operacyjnym. Istnieje szereg opracowanych programów interwencyjnych wspierających chorego, które przytacza w swoim opracowaniu Waltz [18], zwracając uwagę na szczególną przydatność programów z udziałem osób, którzy już przeszli podobny zabieg. Trzecia faza to okres związany z chemio- i radioterapią, które mogą stanowić wyłączne leczenie, bądź leczenie uzupełniające po zabiegu operacyjnym. Stosowane w tym okresie programy relaksacyjne i psychoterapeutyczne łagodzą uboczne skutki leczenia. Są one stosunkowo dobrze rozpracowane, wystandaryzowane i bardzo przydatne, pod warunkiem, że personel medyczny uznaje je za istotnie ważne dla pacjentów [18]. Czwarty okres to faza stopniowego przejścia do normalizacji i socjalnej reintegracji. Na tym etapie pacjenci muszą radzić sobie bardziej samodzielnie z różnymi dolegliwościami charakterystycznymi dla tego okresu. Okres ten obejmuje od 2 do 10 lat od momentu powstania diagnozy. W tym czasie, jeśli chodzi o promocję zdrowia, personel medyczny odgrywa mniejszą rolę, a bardziej istotne stają się programy wsparcia pozamedycznego [18].

W realizacji programów psychosocjalnego wsparcia można wyróżnić dwa podstawowe podejścia:

1) somatopsychiczne gdzie wychodzi się z założenia, że nowotwór jest źródłem niekorzystnych następstw psychicznych itd., a odpowiednie programy powinny pomóc choremu w radzeniu sobie z nimi [4, 18],

2) psychosomatyczne, w którym odwrotnie rozpatruje się osobowość pacjenta obciążonego chorobą, celem dobrania takich metod (np. relaksacji, hipnozy, medytacji itd.), które wspomogłyby jego osobowość w mobilizacji sił organizmu w walce z nowotworem. Wydaje się, że to podejście dla osobowości typu C (ze skłonnością do hyperadapty i chronicznego stresu) jest szczególnie przydatne [8].

W większości ośrodków zajmujących się zagadnieniami promocji zdrowia w onkologii stosowane są obydwa podejścia i wiąże się to także z tworzeniem programów określanych często jako terapia komplementarna. Stanowi ona obiekt coraz większego zain-

teresowania ze strony pacjentów. Nie wynika to w wielu przypadkach z przekonania pacjentów o zaniedbaniach w terapii klasycznej, ale poszukiwań nowych rozwiązań wspomagających terapię konwencjonalną. Szereg osób zdaje sobie sprawę z ograniczeń w klasycznej terapii onkologicznej na obecnym etapie rozwoju naukowego i aktualnych możliwości technologicznych. Stosowane systemy (programy) terapii komplementarnej wiążą się z redukcją stresu, który traktowany jest jako czynnik sprzyjający rozwojowi nowotworów, o czym nieco szerzej wspomniano powyżej. W terapii komplementarnej stosuje się psychoterapię, hipnozę, relaksację, medytację, akupunkturę, muzykę, a także odpowiednie postępowanie dietetyczne (makrobiotyka, wegetarianizm). Programy te w swoim założeniu oprócz złagodzenia stresu mają na celu ograniczenie innych dolegliwości związanych z chorobą i leczeniem (bezsenna, nudność, wymioty, brak łaknienia, bóle, uczucie wyczerpania itp.). Innymi słowy mają za zadanie stymulować odczucia fizycznej poprawy zdrowia, jakości życia, zdolności radzenia sobie, powrotu na stałe, bądź tak długo jak to możliwe do normalnego życia.

Realizacja tych programów oraz uzyskane doświadczenia są w wielu wypadkach zachęcające [3, 8, 9, 12, 15, 16, 18, 19, 20]. Szersze ich omówienie przekraczałoby możliwości niniejszego opracowania. Niemniej warto poświęcić parę zdań programowi, który w moim przekonaniu zasługuje na uwagę, jeśli chodzi o ewentualne jego zastosowanie w naszych warunkach. Nie jest to program stacjonarny jak większość tego typu programów. Dotyczy on tej części angielskiego programu zatytułowanego Cancer Link [19], który związany jest z funkcjonowaniem grup samopomocy chorych. Doświadczenia w jego realizacji datowane od roku 1982, obejmują cały kraj i dotyczą ok. 300 grup gromadzących pacjentów i byłych pacjentów (spotkania z osobami z fachowego personelu medycznego, kursy itp.). Zebrane doświadczenia wskazują na znaczącą pomoc w rozwiązywaniu problemów jakie niesie za sobą choroba nowotworowa i jej leczenie.

Reasumując opracowanie niniejsze miało na celu przedyskutowanie roli, znaczenia i kierunków działania promocji zdrowia u osób obciążonych długotrwałą chorobą, w tym przypadku chorobą nowotworową, także w aspekcie ewentualnego wykorzystania przy tworzeniu i wdrażaniu programów edukacyjnych związanych z występowaniem nowotworów. Zagadnieniem stanowiącym w Polsce olbrzymi i stale narastający problem [21], sytuujący Polskę pośród krajów Europy o najwyższym współczynniku jest umieralność na choroby nowotworowe. Znaczenie tego problemu uwzględnia Narodowy Program Zdrowia. Wreszcie należy mieć na uwadze, związane z przyszłą reformą służby zdrowia dowartościowanie znaczenia promocji zdrowia (zaangażowanie „Kas Chorych” w tym wypadku wydaje się sprawą oczywistą) i zwiększenie w tym wypadku roli oddziałów oświaty zdrowotnej służb sanitarno-epidemiologicznych. Można by w związku z tym zastanowić się także nad bardziej aktywną rolą oddziałów oświaty zdrowotnej w promocji zdrowia jeśli chodzi o osoby dotknięte chorobą nowotworową, np. ich pomoc i udział w stworzeniu grup samopomocy chorym i osobom po przebytej chorobie w formie zbliżonej do skrótowo przedstawionego powyżej programu Cancer Link [19]. Oddziały te dysponując wysoko wykwalifikowanym personelem zainteresowanym promocją zdrowia, zapleczem lokalowym, odpowiednimi informacjami, sprzętem audiowizualnym, mogłyby przy współpracy z Centrami Onkologicznymi, Towarzystwami Zwalczenia Raka, „Klubami Amazonek” itp. odegrać pożyteczną i aktywną rolę. Dotyczyłyby to szczególnie (ale nie tylko) tych oddziałów, na których terenie nie

ma większych centrów onkologicznych i Towarzystw Zwalczenia Raka, a co się z tym wiąże, szczególnie trudnej sytuacji chorych, lub osób po przebytej chorobie nowotworowej, często pozostawionych samym sobie bez systemów psycho-socjalnego wsparcia. Ich znaczenie w prewencji trzeciorzędnej nowotworów poprzez zminimalizowanie skutków choroby i pomocy w powrocie do normalnego życia omówiono powyżej

Innym bardzo istotnym zagadnieniem jest wzmocnienie prewencji w zakresie chorób nowotworowych poprzez realizację odpowiednich programów promocyjnych o charakterze edukacyjnym mających zasięg znacznie szerszy niż możliwości oddziaływania lekarzy praktyków. Dotyczy to nie tylko działań promocyjnych wpływających na zmianę stylu życia, które w sposób oczywisty wspierają prewencję pierwszorzędową (np. zmiana nawyków żywieniowych, odpowiednie korzystanie z promieni słonecznych, przeciwdziałanie paleniu), ale także takich programów oświatowych, które oddziaływałyby na świadomość tych grup, dla których badania skринingowe są tak ważne (prewencja drugorzędowa). Niezwykle istotną rolę w tych wszystkich sprawach odgrywać powinna bardziej aktywna współpraca lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy szpitalnych z pracownikami oświaty zdrowotnej i współdziałaniu z samorządami. Jeśli chodzi o rolę lekarzy w tego typu działaniach sytuacja nie jest najlepsza, zresztą nie tylko w Polsce [1, 12]. Istnieje nadzieja, że reforma służby zdrowia i ubezpieczeń społecznych zmieni niekorzystną sytuację dla zdrowia publicznego.

K. Rytwiński

## PLACE AND ROLE OF HEALTH PROMOTION IN ONCOLOGY

### Summary

At the present time, groups people who live with chronic illness or outcome of medical intervention eliminated the disease process are in greater and greater number. It concerns cancer-patients and their life- complication too. Innovative approaches towards to health promotion in this field is actual and important. Recent research documents a number of cases of the effectiveness of psychooncological intervention and social support on the clinical course of cancer and help prolong life. Actual experience and results of psychosocial programmes, to stress-inhibition, quality of life, physical well-being (so long as possible), in the context a categorization of target groups of cancer patients, course of disease, medical treatment and relation of health promotion to cancer prevention problems, were discussed.

It was partially estimated in relation to problems of health promotion concerning cancer-patients in Poland.

### PIŚMIENNICTWO

1. *Austoker J.*: Cancer prevention in primary care. *BMJ* 1994, 308, 1415. – 2. *Badura B.*: Health promotion for chronically ill people. W: *Health Promotion Research*. Ed. B.Badura and J. Kickbusch WHO Regional Publ. Europ. Series 1991, 37, 365. – 3. *Bartkowiak I.*: Linking cancer after-care with everyday life. W: *Health Promotion and Chronic Illness*. Ed. A. Kaplun, WHO Regional Publ. Series 1992, 49, 283. – 4. *Cunnigham A.J.*: Psychotherapy for cancer: a review. *Advances*, 1984, 1, 8. – 5. *Kiecolt-Glaser J. K., Fisher C. D.* i inni: Marital quality, marital disruption and immune function. *Psychosomatic Medicine* 1987, 49, 90. – 6. *Krech R.*: Breaking new ground for health promotion: Lessons from Europe. W: *Materiały Kursu WHO, Fraining Promotion – Theory and Practice in Integrated Action*. Wyd. PZH, Warszawa, Poland

– November 1995. – 7. *Lancet* ii (art. redakcyjny): Psychosocial intervention and the natural history of cancer. *Lancet* 1989, 8668, 901. – 8. *Lerner M.*: Emergence forces in cancer care. W: *Health Promotion and Chronic Illness*. Ed. A.Kaplun, WHO Region Publ. Europ. Series, 1992, 44, 115. — 9. *Lerner J.* The Commonweal cancer help program. W: Ed.A.Kaplun, WHO Regional Publ. Europ. Series, 1992, 44, 399. – 10. *Levy S.M.*: Biological mediators of behavior and disease neoplasia. Ed. Levy S.M., Elsevier, New York, 1982, 90.

— 11. *Locke S.E.* i inni: Life change stress, psychiatric symptoms and NK cells activity. *Psychosomatic Medicine* 1984, 96, 441. — 12. *Love R. R.*: Cancer prevention through health promotion. *Cancer* 1994, 74, 1418. – 13. *Morris J.N. Sherwood S.*: Quality of life of cancer patients at different stages in the disease trajectory. *Journal of Chronic Disease*. 1987, 46, 543. – 14. Ottawa Charter For Health Promotion. An International Conference on Health Promotion. November 17–21, 1986, Ottawa, Ontario, Canada. – 15. *Spiegel D., Bloom J.R.* i inni: Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* ii 1989, 8668, 888. – 16. *Spiegel D., Bloom I. R., Yalom I. D.*: Group support for patients with metastatic cancer – a randomized prospective outcome study. *Archives of General Psychiatry* 1981, 38, 524. — 17. US General Accounting Office Cancer Patient Survival: What progress has been made. Washington, D.C. 1987, 111. – 18. *Waltz M.*: Health promotion and cancer care. W: *Health Promotion and Chronic Illness*. Ed. A. Kaplun WHO Regional Publ. Europ. Series, 1992, 44, 89. – 19. *Winn D. Bieber M.*: No-one need be alone with cancer. W: *Health Promotion and Chronic Illness*. Ed. A. Kaplun WHO, Regional Publ. Europ. Series, 1992, 44, 286. – 20. *Wronkowski Z.*: Środowiskowe uwarunkowania nowotworów złośliwych. W: *Środowisko i zdrowie*. Ed. J. B. Karski, J. Pawlak, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1995, 376.

— 21. *Zatoński W.*: Stan zdrowia Polaków. W.: *Problemy współpracy na rzecz zdrowia*. Konferencja Krajowa, Warszawa 23–24.09.1994 r., Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1994.

Otrzymano: 1996.03.27