

3/2024

BIULETYN

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W JELENIEJ GÓRZE



SPIS TREŚCI

BIULETYN

**Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
w Jeleniej Górze**
ul. 1. Maja 27 (III piętro)
58-500 Jelenia Góra
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl
tel./fax (75) 753 56 68
www.oipip.jgora.pl

Konto

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
Numer konta bankowego, na który należy
przekazywać składki członkowskie:
Santander Bank Polska o/Jelenia Góra
05 1090 1926 0000 0005 1400 5081

Biuro

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Sekretariat czynny:
poniedziałek 8.00–16.00
wtorek–piątek 7.00–15.00

Przewodnicząca ORPiP

Elżbieta GAJOWNICZEK
przyjmuje w poniedziałki
od godziny 14.00–18.00
po wcześniejszym telefonicznym
umówieniu się przez Sekretariat

Sekretarz ORPiP

Grażyna BOMBA

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

Dorota PATYŃSKA
Zastępcy pełnią dyżur w pierwszy i ostatni
poniedziałek miesiąca 14.00–15.00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu

Pielęgniarek i Położnych
Larysa PERSJANOW

Obsługa prawna

Adwokat Ilona GRABAS
Kontakt w sprawach wykonywania zawodu
pielęgniarki i zawodu położnej
poprzez biuro OIPIP w Jeleniej Górze

Artykuły, listy, uwagi i inna korespondencję
prosimy nadsyłać na adres redakcji:
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl
Redakcja nie ponosi odpowiedzialności
za treść ogłoszeń i reklam.
Redakcja zastrzega sobie prawo
do skracania nadesłanych materiałów.
Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!

Projekt i skład
Tereny Weny Agencja Reklamowa

INFORMACJE OIPIP

I Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych VIII Kadencji	3
Rejestr praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych – nowa platforma RPWDL 2.0	5
I Kongres Dolnośląskiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego	6
Pismo w sprawie warunkowego prawa wykonywania zawodu	7
Pismo MZ w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych z Ukrainy	8

INFORMACJE NRPIP

Pismo do MEN w sprawie szczepień przeciw HPV i odpowiedź MEN oraz MZ	10
Pismo do MEN w sprawie udziału pielęgniarek i położnych w prowadzeniu przedmiotu edukacja zdrowotna i odpowiedź MEN	14
Uchwała NRPIP w sprawie uzyskiwania punktów edukacyjnych w ramach kształcenia ustawicznego	17

OPINIE

Opinia Konsultanta Krajowego w sprawie możliwości zatrudnienia położnej na stanowisku położnej operacyjnej	21
Wypalenie zawodowe – młodsze rodzeństwo stresu (przedruk)	24
Pacjent geriatryczny to lekoman czy ofiara? (przedruk)	28
Zdrowa tarczyca, czyli wszystko, co powinniśmy wiedzieć o goitrogenach	34

Ankieta na temat workplace bullying

Reklama – program stypendialny UMWD	40
	41

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI

– mgr Ewa Pielichowska, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, SP ZOZ, ul. Rudolfa Weigla 5,
50-981 Wrocław, T: 261 660 207, 608 309 310, E: epielichowska@wp.pl

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr Beata Łabowicz,

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica,
T: 602 795 368, E: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO – mgr Dorota Kaczor,

Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o. w Kamiennej Górze, ul. Janusza Korczaka 1,
58-400 Kamienna Góra, T: 606 226 655, E: dorota.kaczor.ds@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO

– dr n. med. Monika Przestrzelska, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
Zakład Położnictwa i Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego
T: 71 784 18 24, 608 509 727, E: mprzestrzelska.konsultant@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO – dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor,

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12,
53-413 Wrocław, T: 71 368 92 01 E: garwacka.e@dco.com.pl

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ – mgr Dorota Rudnicka,

Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo Sp. z o.o. Sp. k., Będkowo 1,
55-100 Trzebnica, T: 71 312 02 20, E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ – mgr Ewa Śniechowska-Krzyżanowska,

Bonifratskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., T: 728 871 779, E: ewakrzyżanowska@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO – mgr Jerzy Twardak, Zakład Chorób

Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
ul. Bartla 5, 56-618 Wrocław, T: 668 193 147, E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO – dr n. o zdr. Wiesław Zielonka,

Pogotowie Ratunkowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica, T: 502 676 039,
E: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

I NADZWYCZAJNY KRAJOWY ZJAZD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH VIII KADENCJI

W dniach 23-24 września 2024 roku w Warszawie odbywał się I Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych VIII Kadencji.

Obrazy otworzyła Prezes NRPiP Mariola Łodzińska, przedstawiając działania ostatnich 16 miesięcy pracy Naczelnej Rady. Gościem I NKZPiP był wiceminister zdrowia Jerzy Szafranowicz.

Delegaci przedstawili wiceministrowi postulaty, dotyczące m.in.

- utrzymania samodzielności pielęgniarek i położnych POZ,
- przestrzegania norm zatrudnienia,

- uznania kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych,
- adekwatnych nakładów systemu na rozwój pielęgniarstwa i położnictwa,
- urlopu na poratowanie zdrowia,
- regulacji wynagrodzenia pielęgniarek pracujących w Domach Pomocy Społecznej i żłobkach.

Podczas obrad podjęto kluczową decyzję, dotyczącą wysokości składki członkow-

skiej dla wszystkich pracujących pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z ustaleniami od dnia 1 kwietnia 2025 roku składka będzie wynosiła 1% średniej krajowej, obliczanej na podstawie danych GUS za poprzedni rok. Niezależnie od wysokości dochodów, składka będzie jednakowa dla wszystkich czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych.



INFORMACJE OIPIP



REJESTR PRAKTYK ZAWODOWYCH PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH – NOWA PLATFORMA RPWDL 2.0

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze informuje, że pielęgniarki/pielęgniarze i położne składający wniosek pierwszorazowy o wpis do rejestru praktyk zawodowych od dnia 23.08.2024 r. korzystają z nowej platformy RPWDL 2.0 (rpwdl2.ezdrowie.gov.pl).

Dotychczasowa platforma RPWDL 1.0 (rpwdl.ezdrowie.gov.pl) obsługuje już tylko i wyłącznie praktyki zarejestrowane przed dniem 23.08.2024 r. i odbywa się to w okresie przejściowym, którego termin zakończenia zostanie podany w kolejnych miesiącach. Zakończenie okresu przejściowego

oznacza migrację wszystkich danych z RPWDL 1.0. do 2.0., a następnie wyłączenie RPWDL 1.0.

Wszelkie instrukcje oraz materiały wideo dotyczące składania wniosków dostępne są na stronie <https://oiPIP.jgora.pl/wykonywanie-zawodu/>.

Jak korzystać z systemu Zaloguj się

RPWDL

Rejestr Podmiotów
Wykonujących Działalność Leczniczą

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) jest rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonym w formie elektronicznej, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Witamy w RPWDL

• Szanowni Państwo,

od dnia 23 sierpnia bieżącego roku systemy RPWDL 1.0 i RPWDL 2.0 w okresie przejściowym działają równocześnie, jeżeli wyszukiwaną książkę rejestrowej lub wniosku nie znajdziesz w systemie RPWDL 2.0, przejdź do systemu RPWDL 1.0 w celu jej wyszukania <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/>

W systemie RPWDL 2.0 znajdziesz książki rejestrowe i wnioski, które powstały po 23 sierpnia bieżącego roku.

Wyszukiwarka RPWDL

Tu wyszukasz i znajdziesz informacje o wybranym podmiocie leczniczym lub praktyce zawodowej.

[Przejdź >](#)

Rozpoczęcie działalności leczniczej

Tu znajdziesz informacje jak uzyskać wpis do rejestru RPWDL w celu rozpoczęcia działalności leczniczej.

[Przejdź >](#)

Pliki do pobrania

Tu znajdziesz dostęp do plików do pobrania z danymi gromadzonymi w RPWDL

[Przejdź >](#)

Aktualności

Zmienił się sposób korzystania z RPWDL 1.0 i 2.0	dnia 2024-08-23	>
Przerwa techniczna systemu RPWDL 2.0 w dniu 22.08.2024r.	dnia 2024-08-19	>

[Zobacz wszystkie aktualności i komunikaty >](#)

RPWDL Rejestr Podmiotów
Wykonujących Działalność Leczniczą

[Ministerstwo Zdrowia](#)

[Centrum e-Zdrowia](#)

[Częste pytania podmiotów wykonujących działalność leczniczą \(FAQ\)](#)

[Kontakty](#)

[Informacje o rejestrze](#)

[Deklaracja dostępności](#)

[Polityka prywatności](#)

Masz pytania związane z działaniem systemu?

[Przeczytaj jak z niego korzystać](#) lub

[Skontaktuj się z nami](#)

I KONGRES DOLNOŚLĄSKIEGO FORUM SAMORZĄDÓW ZAWODÓW ZAUFANIA PUBLICZNEGO

Dnia 29 czerwca 2024 roku we Wrocławiu, w siedzibie Okręgowej Izby Radców Prawnych, odbył się I Kongres Dolnośląskiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego (DFZZP). W wydarzeniu, które przebiegło w miłej i konstruktywnej atmosferze wzięli udział przedstawiciele różnych profesji, takich jak pielęgniarki, lekarze, weterynarze, farmaceuci, komornicy i prawnicy.

Dyskusja była wieloaspektowa i niezwykle wartościowa, a Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze reprezentowała Przewodnicząca Elżbieta Gajowniczek.

Uczestnicy wymieniali się doświadczeniami i omawiali kluczowe dokumenty, regulujące działalność samorządów zawodowych oraz przepisy konstytucyjne, dotyczące zawodów zaufania publicznego w Polsce.

Podczas pierwszej części kongresu dyskutowano na temat celowości i zasadności istnienia Dolnośląskiego Forum Zawodów Zaufania Publicznego, ze szczególnym uwzględnieniem przepisów prawnych,

dotyczących instytucji samorządowych na poziomie krajowym i lokalnym.

W drugiej części kongresu prelegenci przedstawili interesujące referaty, które przyczyniły się do lepszego zrozumienia wyzwań stojących przed poszczególnymi zawodami.

Wśród prelegentów byli m.in. Pani doktor nauk o zdrowiu Jolanta Kolasińska, która przedstawiła historię rozwoju pielęgniarstwa i samorządu zawodowego, Komornik sądowy Pani Monika Janus przedstawiła temat: „Samorząd zawodowy komorników sądowych między kryzysem a rozwojem”, Pani doktor Aleksandra Stebel przedstawiła referat pt: „Sprawowanie

pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu jako istota działalności samorządu zawodowego”, Radca prawny Pani doktor Natalia Piotrowska omówiła prawo pacjenta do udostępnienia dokumentacji medycznej oraz lekarz weterynarii Pan Piotr Waleński z wystąpieniem pt.: „To be or not to be”... jak łatwo zostać, jak ciężko być rzecznikiem, nie będąc prawnikiem”.

Spotkanie było nie tylko owocne pod względem merytorycznym, ale także stworzyło możliwość zacieśnienia współpracy między samorządami, co uczestnicy ocenili jako bardzo przydatne i pozytywne rokujące na przyszłość.



Jelenia Góra, dnia 12 września 2024 r.

Szanowni Państwo,

Uprzejmie przypominamy, iż warunkowe prawo wykonywania zawodu uzyskane w trybie art. 35a ust. 18 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. z 23.05.2024 r., Dz.U. z 2024 r. poz. 814 – *dalej zwana: u.z.p.p.*) upoważnia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej w zakresie ściśle określonym w Decyzji Ministra Zdrowia, wydanej na podstawie art. 35a ust. 17 u.z.p.p.

W przypadku wskazania w Decyzji Ministra Zdrowia, iż dana osoba może wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej nie jest możliwe wykonywanie jakichkolwiek czynności zawodowych samodzielnie, nawet w przypadku ukończenia przez daną osobę kursu czy szkolenia w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek lub położnych.

Wprawdzie nie ma formalnych przeszkód, by osoba posiadająca warunkowe prawo wykonywania zawodu przyznane w trybie art. 35a ust. 18 u.z.p.p. uczestniczyła w kursach czy szkoleniach w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek lub położnych, jednakże w takim przypadku ukończenie wybranego rodzaju kształcenia podyplomowego nie powoduje nabycia przez tę osobę uprawnień zawodowych wykraczających poza zakres Decyzji Ministra Zdrowia.

Powyższe stanowisko wynika wprost z pisma Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 14.10.2022 r., w którym wyraźnie wskazano, iż z uwagi na charakter posiadanego prawa wykonywania zawodu pielęgniarka lub położna, która wykonuje zawód w trybie uroszczonego dostępu, po ukończeniu danego kursu nie nabywa nowych, czy dodatkowych uprawnień zawodowych, wykraczających poza zakres właściwej Decyzji Ministra Zdrowia.

Z poważaniem

Elżbieta Gajowniczek

Przewodnicząca ORPiP w Jeleniej Górze

W załączeniu:

1. Pismo Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 14.10.2022 r.



Ministerstwo Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Piotr Bromber

Warszawa, 14 października 2022 r.

RKP.0212.28.2022.IG

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w nawiązaniu do korespondencji dotyczącej kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych z Ukrainy, które uzyskały warunkowe prawo wykonywania zawodu lub prawo wykonywania zawodu do określonych czynności, uprzejmie przekazuję poniższą informację.

Zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 551, z późn. zm.) pielęgniarki i położne mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego. Przepis ten ma charakter ogólny i ma zastosowanie do wszystkich pielęgniarek i położnych wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym również do pielęgniarek i położnych wykonujących zawód na podstawie art. 35a ww. ustawy.

Niemniej, mając na uwadze specyfikę prawa wykonywania zawodu uzyskanego w trybie określonym w art. 35a ww. ustawy oraz wynikające z tego odrębności w wykonywaniu tych zawodów na terenie Polski, w stosunku do pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu w rozumieniu art. 28 i 31 powyższej ustawy, podkreślić należy, że udział pielęgniarek i położnych, dopuszczonych w trybie uproszczonym do wykonywania zawodu, w kształceniu podyplomowym, powinien być adekwatny do uprawnień zawodowych nadanych właściwą Decyzją Ministra Zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia Telefon: +48 22 634 94 04
ul. Miodowa 15 Fax: +48 831 21 66
00-952 Warszawa e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

niepodlega



Mając na uwadze, czasowy i określony charakter prawa wykonywania zawodu, wydanego na podstawie art. 35a ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz związany z tym określony zakres wykonywanych czynności zawodowych (udzielanych świadczeń zdrowotnych), a także biorąc pod uwagę istotę i cel poszczególnych rodzajów kształcenia podyplomowego, o których mowa w art. 66 ww. ustawy, pielęgniarstwa i położne mogą uczestniczyć w kursach doszkalcających, które mają na celu pogłębienie i aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych. Natomiast w przypadku kursów specjalistycznych, czy kwalifikacyjnych, mając na uwadze ustawowe warunki dopuszczające do uczestnictwa w tych kursach, informuję, iż nie ma formalnych przeszkód do udziału w tych kursach. Jednakże z uwagi na charakter posiadanego prawa wykonywania zawodu, pielęgniarstwa lub położna, która wykonuje zawodu w trybie uproszczonego dostępu, po ukończeniu takiego kursu, nie nabywa nowych, czy dodatkowych uprawnień zawodowych, wykraczających poza zakres właściwej Decyzji Ministra Zdrowia.

Mając na uwadze powyższe, uprzejmie informuję, iż pielęgniarstwa i położne, wykonujące zawód na podstawie prawa wykonywania zawodu przyznanego w trybie art. 35a ww. ustawy, mają prawo do aktualizacji swojej wiedzy i umiejętności w ramach kształcenia podyplomowego w zakresie wykonywanych czynności zawodowych, jednakże w wyniku ukończenia wybranego rodzaju kształcenia podyplomowego, nie nabywają uprawnień zawodowych, wykraczających poza zakres właściwej Decyzji Ministra Zdrowia.

Z poważaniem,

Piotr Bromber
Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.160.2024.JKP

Warszawa, dnia 19 sierpnia 2024 r.

Pani
Barbara Nowacka
Minister Edukacji Narodowej

Szanowno Pani Minister

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z prośbą o przedstawienie informacji, czy zostały podjęte działania w celu uwzględnienia pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania (pielęgniarek szkolnych) do przeprowadzania w szkołach zalecanych szczepień ochronnych przeciw HPV.

Zgodnie z art. 19 ust. 5b ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2024r., poz. 924) zalecane szczepienia ochronne u osób dorosłych oraz osób do ukończenia 18 r.ż. wykonuje pielęgniarka i położna, posiadająca kwalifikacje: ukończony kurs specjalistyczny szczepienia ochronne lub ukończenie kursu kwalifikacyjnego lub specjalizacji, którego program obejmował problematykę szczepień ochronnych. Zaznaczenia wymaga fakt, iż w latach 2000-2023 ukończyło kurs specjalistyczny szczepienia ochronne - 82 175 pielęgniarek.

Pielęgniarka może także przeprowadzić badanie kwalifikacyjne w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania zalecanych szczepień ochronnych u osób dorosłych.

Pragnę podkreślić, iż pielęgniarki szkolne przed wprowadzeniem reformy ochrony zdrowia w 1999 roku wykonywały obowiązkowe szczepienia ochronne w szkołach.

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: 22 327 61 61, fax 22 327 61 60

www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

INFORMACJE NRPIP

Mając na uwadze powyższe, zwracam się do Pani Minister o informację, czy pielęgniarki szkolne będą brały udział w realizacji programu profilaktycznego w zakresie przeprowadzania w szkołach zalecanych szczepień ochronnych przeciw HPV.

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPIP


Mariola Łodzińska



Ministerstwo
Edukacji Narodowej

Departament Wychowania i Profilaktyki

DWP-WZP.493.220.2024.IP
Warszawa, 21 sierpnia 2024 r.

Pani
Mariola Łodzińska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

uprzejmie informuję, że pismo dotyczące udziału pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania oraz higienistek szkolnych w szczepieniach ochronnych przeciw HPV zostało przekazane zgodnie z właściwością do Ministerstwa Zdrowia, ze względu na kompetencje wynikające z organizacji i koordynacji przygotowywanej akcji szczepień przeciw HPV w szkołach.

Z poważaniem

Renata Kurlanc
Dyrektor
/ - podpisano cyfrowo/



Minister
Zdrowia

Dr. M. → OZPIP



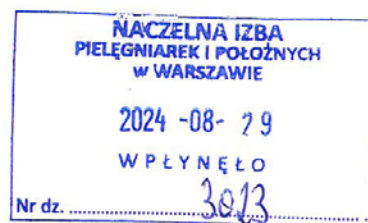
ZPŚ.054.633.2024.ES
Warszawa, 28 sierpnia 2024

Pani Mariola Łodzińska
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w nawiązaniu do pisma z 19 sierpnia br. zawierającego pytanie w sprawie udziału pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania (pielęgniarek szkolnych) w rozpoczynającej się we wrześniu akcji szczepień ochronnych przeciw HPV prowadzonej w szkołach, uprzejmie informuję, że za realizację ww. aktualnie odpowiadają placówki POZ w ramach świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej. Za kwalifikację do szczepienia odpowiada lekarz POZ, zaś za podanie szczepionki pielęgniarka szkolna. Jednocześnie nadmieniam, że POZ decyduje o składzie zespołu szczepiącego. Szczegółowe zalecenia Ministra Zdrowia dotyczące organizacji szczepień w szkole, zostaną udostępnione na stronie Ministerstwa Zdrowia w specjalnie przygotowanej do tego zakładce, przed 1 września br. :
[Szczepienia przeciw HPV - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl \(www.gov.pl\)](http://www.gov.pl)

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Wojciech Konieczny
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/





NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPIP-DM.0025.156.2024.JKP

Warszawa, dnia 08 sierpnia 2024 r.

Pani
Barbara Nowacka
Minister Edukacji Narodowej

Szanowno Pani Minister

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z prośbą o przedstawienie informacji, czy pielęgniarki i położne zostały uwzględnione do prowadzenia w szkołach nowego przedmiotu edukacja zdrowotna.

Mając na uwadze zapowiedzi o nowej podstawie programowej, która będzie dotyczyć szeroko pojętej profilaktyki dotyczącej zdrowia psychicznego i fizycznego, zdrowego odżywiania, przeciwdziałaniom uzależnieniom oraz edukacji seksualnej, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje do realizacji powyższego przedmiotu pielęgniarki i położne, będące profesjonalną kadrą medyczną przygotowaną w toku kształcenia zawodowego do wykonywania świadczeń zdrowotnych zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Pielęgniarki i położne mają wszechstronne przygotowanie do prowadzenia działalności w zakresie profilaktyki wynikającej bezpośrednio z definicji świadczenia zdrowotnego, która obejmuje działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Podstawą procesu pielęgnowania i realizowania świadczeń terapeutycznych jest stosowanie zasad i metod monitorowania stanu zdrowia pacjenta oraz działań promocyjno-profilaktycznych w populacji osób zdrowych i chorych przewlekle. Dlatego pielęgniarki i położne nabywają wielopłaszczyznowy zakres wiedzy i umiejętności w trzech poziomach profilaktycznych działań medycznych.

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: 22 327 61 61, fax 22 327 61 60

www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

Szczególnego podkreślenia wymaga fakt, iż w podstawie programowej przygotowującej osoby do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej są zawarte także treści dotyczące dydaktyki medycznej, w tym stosowania zasad i metod edukacji zdrowotnej dzieci, młodzieży i dorosłych, odpowiednich metod nauczania i środków dydaktycznych w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym oraz dokonywania weryfikacji osiągniętych efektów uczenia się i organizacji procesu działalności dydaktycznej.

Biorąc pod uwagę powyższe, zwracam się z gorącą prośbą o odpowiedź, czy pielęgniarki i położne zostały uwzględnione do realizacji w szkołach nowego przedmiotu edukacja zdrowotna


Prezes NRPIP


Mariola Łodzińska



Ministerstwo Edukacji Narodowej

Departament Kształcenia Ogólnego

DKO-WPP.4010.1.2024.MM

Warszawa, 22 sierpnia 2024 r.

Pani
Mariola Łodzińska
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na wiadomość przesłaną do Ministerstwa Edukacji Narodowej, uprzejmie informuję, że obecnie trwają prace nad projektem podstawy programowej kształcenia ogólnego nowego przedmiotu pn. *edukacja zdrowotna*. Jesienią br. projekt będzie poddany konsultacjom publicznym (będzie dostępny m.in. na stronie internetowej ministerstwa).

Ww. przedmiot ma od 1 września 2025 roku zastąpić *wychowanie do życia w rodzinie*.

Obecnie trwają również analizy w zakresie wymaganych kwalifikacji do nauczania tego przedmiotu.

Z wyrazami szacunku

Małgorzata Szybalska
Dyrektor
/ - podpisano cyfrowo/



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

**Uchwała Nr 106/VIII/2024
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 13 czerwca 2024 r.**

**w sprawie ustalenia zasad uzyskiwania przez pielęgniarki i położne punktów
edukacyjnych w ramach kształcenia ustawicznego**

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. 2021 r. poz. 628) uchwała się, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych ustala zasady uzyskiwania punktów edukacyjnych przez pielęgniarki i położne w ramach kształcenia ustawicznego w brzmieniu określonym w załączniku do uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRPIP

Kamilla Gólc

Prezes NRPIP

Mariola Łodzińska

Załącznik do Uchwały Nr 106/VIII/2024 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie ustalenia zasad uzyskiwania przez pielęgniarki i położne punktów edukacyjnych w ramach kształcenia ustawicznego

KSZTAŁCENIE USTAWICZNE / PUNKTY EDUKACYJNE

Tabela 1 z 2

Kryterium	Projekt KPIL
Okres rozliczeniowy	60 miesięcy
Minimalna liczba punktów do uzyskania w okresie rozliczeniowym	100
Zgłaszanie aktualizacji	Do OIPIP Elektronicznie w module rejestru okręgowego
Dopełnienie obowiązku stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych pielęgniarki, położnej	potwierdza okręgowa izba pielęgniarek i położnych wpisując dane do rejestru w trybie administracyjnym
Zgłaszanie/wprowadzanie danych	na bieżąco, jednak, nie później niż w okresie trzech miesięcy po zakończeniu okresu rozliczeniowego
Pierwszy okres rozliczeniowy dla pielęgniarek i położnych czynnych zawodowo:	rozpoczyna się 1 stycznia 2026 r. kończy się 31 grudnia 2030 r.
Okres rozliczeniowy dla pielęgniarek i położnych, którym stwierdzono prawo wykonywania zawodu po 1 stycznia 2026 r.	rozpoczyna się z dniem wpisu do rejestru
Ukończone rodzaje doskonalenia zawodowego przed dniem wejścia w życie niniejszej uchwały	zalicza się do pierwszego okresu rozliczeniowego
Niedopełnienie obowiązku stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych	jest odnotowywane w okręgowym rejestrze pielęgniarek, położnych. Pielęgniarska, położna otrzymuje monit z oipip o niespełnieniu obowiązku i może uzyskać dodatkowy termin jego spełnienia. W przypadku niespełnienia obowiązku aktualizacji wiedzy ORPIP może czasowo zawiesić PWZ

Załącznik do Uchwały Nr 106/VIII/2024 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie ustalenia zasad uzyskiwania przez pielęgniarki i położne punktów edukacyjnych w ramach kształcenia ustawicznego

**LICZBA PUNKTÓW EDUKACYJNYCH ODPOWIADAJĄCYCH POSZCZEGÓLNYM FORMOM DOSKONALENIA ZAWODOWEGO
W 5-LETNIM OKRESIE ROZLICZENIOWYM**

Tabela 2 z 2

Lp.	Forma doskonalenia zawodowego	Liczba punktów	Sposób potwierdzenia uczestnictwa
1.	Ukończenie szkoleń poddyplomowych zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie kształcenia poddyplomowego pielęgniarek i położnych a) szkolenia specjalizacyjnego b) kursu kwalifikacyjnego c) kursu specjalistycznego d) kursu dokształcającego	80* 40 20 10	dypłom lub zaświadczenie
2.	Uczestnictwa w webinarach	10* max 50 punktów	certyfiakat.
3.	Ukończenie studiów poddyplomowych w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia a) udział bierny b) udział czynny	20 za każdy semestr	dypłom
4.	Przynależność do towarzystw naukowych i stowarzyszeń pielęgniarskich i innych medycznych: czy różnicować kierowników z członkami	liczba 5 pkt	zaświadczenie lub certyfiakat
5.	Udział w szkoleniu wewnątrzzakładowym/wewnątrzoddziałowym: a) udział bierny b) udział czynny	liczba 10 pkt 5 pkt/rok/towarzystwo, stowarzyszenie	na podstawie programu zaświadczenie
6.	Udział w komisjach/zespołach działających na rzecz rozwoju zawodów pielęgniarki i położnej	2 5 (max. 50 pkt**) 3 pkt za jedno posiedzenie, (max. 30**)	potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
7.	Publikacja w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu: a) artykułu w czasopiśmie naukowych	20*	zaświadczenie nota biograficzna lub wydruk

2

Załącznik do Uchwały Nr 106/VIII/2024 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie ustalenia zasad uzyskiwania przez pielęgniarki i położne punktów edukacyjnych w ramach kształcenia ustawicznego

	b) książki naukowej/monografii c) książki popularnonaukowej d) rozdziału/tematu w książce naukowej/monografii e) rozdziału/tematu w książce popularnonaukowej f) artykułu w czasopiśmie popularnym lub biuletynie informacyjnym	80 50 30 20 10	z czasopisma
8.	Udział w radzie naukowej, programowej lub kolegium redakcyjnym w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu: a) czasopisma naukowego lub popularnonaukowego b) publikacji zwartej lub biuletynu samorządu zawodowego	10 pkt/rok 10 pkt/rok	stopka redakcyjna
9.	Indywidualna prenumerata roczna czasopism naukowych i zawodowych z pielęgniarstwa, położnictwa lub innych medycznych	5 pkt za jeden tytuł, max. 10 pkt/rok	potwierdzenie przez wydawcę lub dowód opłacenia prenumeraty
10.	Uzyskanie stopnia lub tytułu naukowego	100	dypłom lub zaświadczenie dypłom
11.	Uzyskanie tytułu zawodowego magistra pielęgniarstwa/położnictwa	80	
12.	Ukończenie studiów licencjackich tzw. pomostowych w dziedzinie pielęgniarstwa/położnictwa	40	dypłom
13.	Ukończenie kursu/szkolenia poddyplomowego nieobjętego przepisami w zakresie kształcenia poddyplomowego pielęgniarek i położnych, mającego zastosowanie na stanowisku pracy.	1 pkt za 1 h (max. 30 pkt**)	dypłom lub zaświadczenie
	Osoby aktywnie działające w samorządzie zawodowym (nie będące pracownikami etatowymi w strukturach samorządu)	10 pkt./ rok** (max. 40 pkt.)	zaświadczenie

* - w tym również specjalizacje w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia

** - w jednym okresie rozliczeniowym

Uwagi	Jeżeli pielęgniarka, położna zmienia oipip to uzyskane pkt edukacyjne zostają jej również przeniesione i orpip uwzględnia dotychczas uzyskane przez nią punkty edukacyjne. Czas trwania okresu rozliczeniowego może być przedłużony – na wniosek pielęgniarki, położnej na okres nie dłuższy niż 24 miesiące np. urlopy bezpłatne, wychowawcze, przerwa w wykonywaniu zawodu wynikająca z przyczyn naturalnych czy dobrowolna rezygnacja Pielęgniarka, położna, która zaprzestała wykonywania zawodu na czas określony powinna mieć możliwość liczenia okresu rozliczeniowego od chwili rozpoczęcia, tj. zawiadomienia izby o rozpoczęciu wykonywania zawodu.
--------------	--

KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELEŃNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO
Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS

Katedra Rozwoju Położnictwa
Zakład Opieki Specjalistycznej w Położnictwie
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

20-081 Lublin, ul. Staszica 4-6
tel. 81 448 68 40, 81 448 68 42
tel. kom. +48 603 234 560
e-mail: grazyna.iwanowicz-palus@umlub.pl

Lublin, dn. 21.07.2024r.

KK_O_11a/2024

Opinia dotycząca możliwości zatrudnienia położnej na stanowisku położnej operacyjnej, wypracowana wspólnie z Konsultantem Krajowym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego – dr hab. n. o zdr. Reginy Sierżantowicz

Do realizacji świadczeń zdrowotnych na stanowisku **położnej operacyjnej**, upoważniona jest położna, która ukończyła **kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego przeznaczony dla pielęgniarek i położnych** zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922) lub ukończyła **kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego dla położnych** zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r., w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. z 2013r. poz. 1562).

W tym miejscu należy podkreślić, że program **kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego przeznaczony dla pielęgniarek i położnych** zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922) był tożsamy dla grupy zawodowej pielęgniarek, jak i położnych, zarówno pod względem realizowanych treści kształcenia, doboru miejsc stażowych oraz wykazu umiejętności wynikowych, nie wskazując na wykluczenie jednej z grup zawodowych z wykonywania określonych świadczeń na bloku operacyjnym.

KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELEŃNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO
Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS

Katedra Rozwoju Położnictwa
 Zakład Opieki Specjalistycznej w Położnictwie
 Wydział Nauk o Zdrowiu
 Uniwersytet Medyczny w Lublinie

20-081 Lublin, ul. Staszica 4-6
 tel. 81 448 68 40, 81 448 68 42
 tel. kom. +48 603 234 560
 e-mail: grazyna.iwanowicz-palus@umlub.pl

PLAN NAUCZANIA

Lp.	Moduł	Teoria (liczba godzin)	Staż		Łączna liczba godzin
			Placówka	Liczba godzin	
I	Podstawy pielęgniarstwa operacyjnego	20	-	-	20
II	Dezynfekcja i sterylizacja	10	-	-	10
III	Zakażenia na bloku operacyjnym	8	-	-	8
IV	Chirurgia ogólna dorosłych i pielęgniarstwo operacyjne	19	blok operacyjny chirurgii dorosłych	105	124
V	Chirurgia noworodka, niemowlęcia i pielęgniarstwo operacyjne	8	blok operacyjny chirurgii noworodka i niemowlęcia	70	78
VI	Ortopedia, traumatologia i pielęgniarstwo operacyjne	5	blok operacyjny ortopedii i traumatologii	70	75
VII	Ginekologia, położnictwo i pielęgniarstwo operacyjne	10	blok operacyjny ginekologiczny i położniczy	70	80
ŁĄCZNA LICZBA GODZIN		80		315	395

Dlatego też położne - absolwentki tego kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego przeznaczonego dla pielęgniarek i położnych, mogą być zatrudnione na bloku operacyjnym chirurgii dorosłych, bloku operacyjnym chirurgii noworodka i niemowlęcia, bloku operacyjnym ortopedii i traumatologii, jak również, czy też może przede wszystkim na bloku operacyjnym ginekologicznym i położniczym.

Podsumowując, prawo wykonywania zawodu położnej, nie wyklucza absolwentek tego kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, z możliwości zatrudnienia na bloku operacyjnym ogólnochirurgicznym w podmiocie leczniczym nie posiadającym w swojej strukturze bloku operacyjnego ginekologicznego i położniczego czy też ginekologii onkologicznej.

Natomiast, aktualnie obowiązujący *kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego dla położnych* jest zawarty w wykazie dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których mogą być prowadzone kursy kwalifikacyjne i zostały określone w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne*.

KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELEŃNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO
Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS

Katedra Rozwoju Położnictwa
Zakład Opieki Specjalistycznej w Położnictwie
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

20-081 Lublin, ul. Staszica 4-6
tel. 81 448 68 40, 81 448 68 42
tel. kom. +48 603 234 560
e-mail: grazyna.iwanowicz-palus@umlub.pl

Zgodnie z programem kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego dla położnych (<https://ckppip.edu.pl/wp-content/uploads/2020/10/Pielęgniarstwo-operacyjne-dla-polozonych.pdf>), w wykazie zadań zawodowych, do których jest uprawniona położna, po ukończeniu wskazanego kursu, znajdują się między innymi:

Pkt 3. Instrumentowanie do zabiegów operacyjnych w ginekologii, ginekologii onkologicznej, chirurgii ogólnej, gabinecie zabiegowym ginekologiczno-położniczym, położnictwie oraz w chirurgii noworodka.

Pkt 4. Asystowanie położnej operacyjnej instrumentującej do zabiegów operacyjnych w ginekologii, ginekologii onkologicznej, chirurgii ogólnej, gabinecie zabiegowym ginekologiczno-położniczym, położnictwie oraz w chirurgii noworodka.

Pkt 12. Przygotowanie instrumentarium odpowiedniego do przeprowadzenia poszczególnych zabiegów operacyjnych wykonywanych w chirurgii ginekologicznej, onkologii ginekologicznej, położnictwie, chirurgii ogólnej, chirurgii jednego dnia w ginekologii, chirurgii noworodka.

W tym miejscu należy jednak podkreślić, że nie tylko program kursu, ale również wykaz zadań zawodowych, do których jest uprawniona położna, po ukończeniu wskazanego kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego dla położnych, nie wyklucza płci męskiej, czy też nie wskazuje tylko i wyłącznie kobiet.

Podsumowując, położna po ukończeniu wskazanego wyżej kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego dla położnych jest uprawniona do instrumentowania do zabiegów operacyjnych nie tylko w zakresie ginekologii (w tym ginekologii onkologicznej) i położnictwa, ale też w zakresie chirurgii noworodka i chirurgii ogólnej, w odniesieniu do wszystkich pacjentów.

Z poważaniem

Podpisano przez/ Signed by:
GRAŻYNA
IWANOWICZ-PALUS
Data/ Date: 22.07.2024 11:06
 mSzafir

Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus
Konsultant Krajowy w dziedzinie
pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego

/dokument podpisany elektronicznie/

WYPALENIE ZAWODOWE

- MŁODSZE RODZEŃSTWO STRESU



A ANNA
JAROSZ

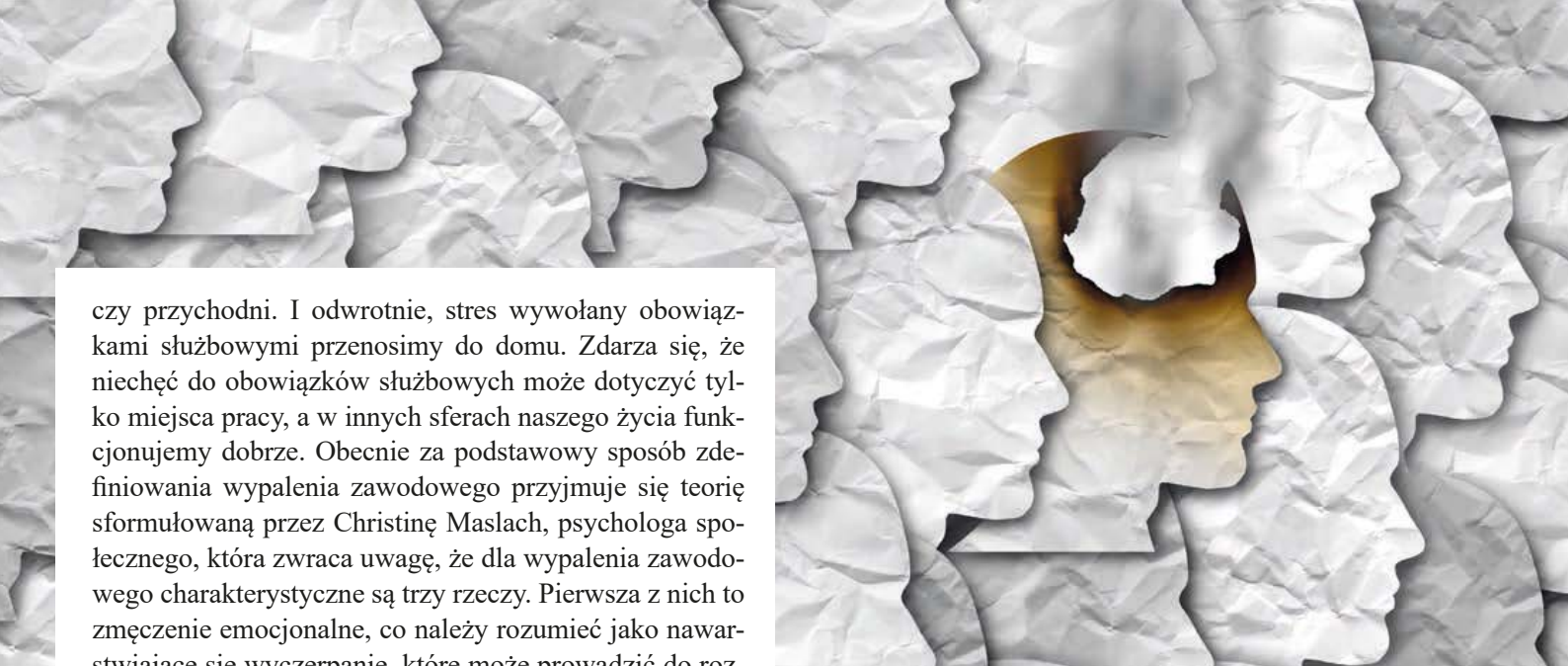
Wypalenie zawodowe to stan, który może dotknąć każdego z nas. Doświadczają go osoby wykonujące różne zawody, w tym pracownicy służby zdrowia – lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni.

Czy przyczyną wypalenia zawodowego jest przeciążenie obowiązkami zawodowymi, bliski kontakt z cierpieniem i bólem? A może do wypalenia prowadzą nas cechy osobowości lub nieumiejętność radzenia sobie ze stresem? Odpowiedzi na te pytania udzieli Leszek Guga, psycholog specjalizujący się w tematyce zdrowia, opiece długoterminowej i długofalowych skutkach stresu.

Wypalenie zawodowe jest zjawiskiem powszechnym, ale w świetle obowiązujących przepisów nie jest uznawane za chorobę, pomimo że jest przyczyną różnych dolegliwości fizycznych i psychicznych.

A.J.: Jak należy definiować wypalenie zawodowe?

L.G.: Pierwsze próby zdefiniowania pojęcia „wypalenie zawodowe” podjęto wiele lat temu, niezależnie od siebie, równocześnie w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych. Ogólnie rzecz ujmując można przyjąć, że wypalenie zawodowe to młodsze rodzeństwo stresu. Rzeczą dyskusyjną, co widać w wielu badaniach, jest to czy wypalenie zawodowe jest konsekwencją długotrwałego stresu, który staje się wielkim ciężarem i manifestuje się jako wypalenie zawodowe, czy jest to zjawisko niezależne od stresu i przejawia się jako obniżenie nastroju, drażliwość, niechęć do wykonywania obowiązków. Jeśli z różnych powodów żyjemy w stresie, to wchodząc do pracy nie zostawiamy swoich problemów przed drzwiami szpitala



czy przychodni. I odwrotnie, stres wywołany obowiązkami służbowymi przenosimy do domu. Zdarza się, że niechęć do obowiązków służbowych może dotyczyć tylko miejsca pracy, a w innych sferach naszego życia funkcjonujemy dobrze. Obecnie za podstawowy sposób zdefiniowania wypalenia zawodowego przyjmuje się teorię sformułowaną przez Christinę Maslach, psychologa społecznego, która zwraca uwagę, że dla wypalenia zawodowego charakterystyczne są trzy rzeczy. Pierwsza z nich to zmęczenie emocjonalne, co należy rozumieć jako nawarstwianie się wyczerpanie, które może prowadzić do rozchwiania emocjonalnego. Aby lepiej zrozumieć – wchodzić do pracy, nic złego się nie wydarzyło, ale we mnie narastają emocje, że zaraz coś nieprzyjemnego się stanie. Drugi element tej układanki to depersonalizacja. Pojawia się przekonanie, że praca byłaby wspaniała, gdyby nie ludzie z którymi muszę pracować. Osoba dotknięta depersonalizacją w ludziach, z którymi się pracuje lub dla których się pracuje (np. dla pacjentów) widzi źródło swoich problemów. Trzeci element to brak poczucia osiągnięć. Chodzi o to, że pomimo wkładanego wysiłku, silnego zaangażowania w pracę nie widzę efektów swoich starań. Staram się, ale nic dobrego z tego nie wynika. Pierwotnie myślano, że wypalenie zawodowe musi się składać z trzech wymienionych etapów. Zaczyna się od nawarstwienia zmęczenia i rozchwiania emocjonalnego i z tego powodu psują się moje relacje z innymi ludźmi, bo wszyscy rzucają mi kłody pod nogi. Konkluzją przyjęcia takiej postawy jest przekonanie, że nie warto się starać, bo i tak nic z tego nie wynika. W latach 90. zrewidowano to podejście. Uznano, że ponieważ każdy z nas jest inny, proces wypalenia zawodowego nie musi przebiegać według wspomnianego scenariusza. Każdy z nas może inaczej przechodzić ten proces.

A.J.: Czy przy wypaleniu zawodowym pojawia się poczucie bezsensowności sytuacji, w jakiej się znajdujemy?

L.G.: Nie ma oczywiście, jednoznacznej odpowiedzi. Opisywanie wypalenia zawodowego rozpoczęło się od obserwacji ludzi, którzy w Wielkiej Brytanii pracowali jako opiekunowie osób uzależnionych od narkotyków. Te same obserwacje poczyniono w stosunku do pracowników opieki społecznej i pracowników służby zdrowia. Uznano, że ludzie pracujący na rzecz innych, starający się im pomóc i żyjący w nawarstwiający się stresie mają charakterystyczne objawy – wyczerpanie emocjonalne, zanik uczuciowości, negatywne postrzeganie rzeczywistości, czasem niewłaściwe zachowania wobec pacjentów. W zawodach, które polegają na pomaganiu innym pojawia się także kryzys kompetencji zawodowych, bo zdajemy sobie sprawę z tego, że nie każdego można wyleczyć, uratować,

przywrócić do sprawności. To mocno stresujące. Warto pamiętać, że problem wypalenia zawodowego nie jest efektem wymyślenia kolejnych teorii psychologicznych czy akademickich rozważań, ale wynika z obserwacji zachowań i działań ludzi pracujących w silnie stresujących warunkach.

A.J.: Jaka jest skala tego zjawiska?

L.G.: W dostępnych badaniach skala zjawiska jest różnie przedstawiana. Wiele zależy od wieku badanych, miejsca ich pracy. Są badania, w których dowodzi się, że wypalenie zawodowe wśród zawodów medycznych waha się w granicach 70–80%. Ale są i takie, które mówią, że problem dotyczy 30–40% pracowników medycznych. Dla oceny skali zjawiska niezwykle ważne jest to, jakie pytania zadajemy. Gdy pytamy o chęć zmiany pracy czy wprost – jak często myślisz o zmianie pracy to dowiadujemy się, że w zawodach medycznych 50 do 70% osób myśli o zmianie pracy.

A.J.: Jakie sytuacje zawodowe sprzyjają wypaleniu? Czy jest to zdarzenie gwałtowne czy narastające w czasie?

L.G.: Zdarza się, że jedno wydarzenie, jedna sytuacja sprawia, że odchodzimy od zawodu. Zwykle jednak jest to proces długotrwały, który nawarstwia się latami. Przyjmujemy na swoje barki kolejne trudne doświadczenia, niepowodzenia terapeutyczne, aż dochodzimy do ściany i zdajemy sobie sprawę, że więcej już nie udźwigniemy.

A.J.: Czy lekarze i pielęgniarki pracujący w oddziałach onkologicznych, oddziałach intensywnej opieki medycznej czy medycyny ratunkowej są bardziej narażeni na wypalenie zawodowe?

L.G.: Zgłębiałem ten temat. Intuicyjnie sądziłem, że tak może być. Jeśli założymy, że wypalenie zawodowe bierze się z przeświadczenia, iż nie jestem w stanie pomóc drugiej osobie, że moje starania niczego nie zmieniają, tak mogłoby być. To było błędne założenie. Po wielu rozmowach z osobami, które zajmują się medycyną paliatywną,



długoterminową dowiedziałem się, że w tzw. trudnych oddziałach ogromne znaczenie ma to, jak pielęgniarka czy lekarz podchodzi do swojej pracy. Trzeba odpowiedzieć sobie, co – mając określone doświadczenie, wiedzę – uznaję za swój sukces. Jeżeli za sukces uznaję fakt, że pacjent będzie wyleczony, doznam rozczarowania, bo tak się nie stanie w wielu sytuacjach. Mogę tego nie udźwignąć. Gdy pracując z pacjentami w hospicjum, opiekując się chorymi ze schorzeniami neurodegeneracyjnymi skupię się nie na potocznie rozumianym wyzdrowieniu pacjenta, ale na poprawie jakości jego życia, na uwolnieniu go od bólu mogę odczuwać satysfakcję, że udało się to osiągnąć. To co dla osób postronnych może wydawać się niepowodzeniem, dla osób pracujących z danym pacjentem (i dla samego pacjenta) może być sukcesem, powodem do radości.

A.J.: Czy wypalenie zawodowe to tylko niechęć do wykonywania konkretnej pracy, czy także określone dolegliwości fizyczne i psychiczne?

L.G.: Granica między stresem a wypaleniem zawodowym jest dość płynna. Ale w obu przypadkach pojawiają się dolegliwości psychiczne i fizyczne. Negatywny wpływ stresu na organizm jest dobrze udokumentowany. Pojawiają się problemy z ciśnieniem tętniczym, skłonność do nadwagi, zaburzenia łaknienia, bezsenność, problemy gastryczne aż po różne stadia depresji. Stres nas wyniszcza. Dlatego należy holistycznie zadbać o zdrowie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. O tym, jak negatywnie działa stres na organizm przekonał się Hans Selye, austro-węgierski biochemik, endokrynolog uznawany za ojca pojęcia „stres”, który zdefiniował go jako nieswoistą reakcję organizmu na wszelkie stawiane mu wymagania. Prowadził badania nad pewnym lekiem. Miał dwie grupy myszy. Jednej podawał lek, a druga, kontrolna, była tylko regularnie mierzona i ważona. Po pewnym czasie zdrowe myszy

zaczęły chorować. To zwróciło uwagę uczonego. Zastanawiał się, dlaczego tak się dzieje. Doszedł do wniosku, że codzienne badanie zdrowych osobników, dotykanie ich, wyjmowanie z klatek jest dla zwierząt silnym obciążeniem i przyczyną dolegliwości zdrowotnych. Tak narodziło się pojęcie stresu.

A.J.: Czy wypalenie zawodowe można dostrzec u siebie lub innych osób?

L.G.: Wypaleniu zawodowemu często towarzyszy pewien poziom depresji. Osoby dotknięte depresją często zaczynają się izolować, jakby oddalać od ludzi, z którymi do tej pory mieli dobre kontakty. Taki ktoś może potrzebować pomocy. Są też osoby, które uważają, że praca to praca i nie muszą tu szukać przyjaciół. Robię swoje i już. Okazuje się jednak, że takie osoby są bardziej narażone na wypalenie zawodowe, ponieważ bliskie relacje z ludźmi są tarczą, która może sprawić, że łatwiej dźwigać obciążenie emocjonalne, albo brak poczucia osiągnięć. Z badań dotyczących satysfakcji z wykonywanej pracy jasno wynika, że dla osiągnięcia satysfakcji zawodowej nie jest najważniejsza wysokość wynagrodzenia. Najważniejsze jest to, z kim się pracuje. A więc, gdy podchodzimy czysto instrumentalnie do pracy, pozbywamy się jednej z tarcz, która chroni nas przed wypaleniem zawodowym.

A.J.: Wypalenie zawodowe nie jest uznawane przez WHO za chorobę, a więc nie można z jego powodu uzyskać zwolnienia lekarskiego. Wypalenie nie zostało wpisane do katalogu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD. Uznaję się, że wypalenie zawodowe to przewlekły stres związany z pracą.

L.G.: Nie jestem lekarzem, ale przewlekły stres może się objawiać różnymi zaburzeniami psychicznymi oraz depresją. A zatem lekarz pierwszego kontaktu czy psychiatra może wystawić L4 w związku z występowaniem objawów przewlekłego stresu. Długość zwolnienia lekarskiego może być różna i zależeć od tego, jak szybko się regenerujemy. Maksymalne zwolnienie opiewa na 182 dni.

A.J.: Czy sami możemy dojść do wniosku, że dopadło na wypalenie zawodowe?

L.G.: Tak, możemy. Jeśli stale odczuwamy zmęczenie, znużenie pracą, nie odczuwamy satysfakcji z pracy, jesteśmy przekonani, że stoimy w miejscu. Są też odpowiednie kwestionariusze, które pomagają dokonać takiego podsumowania.

A.J.: Jak się wychodzi z wypalenia zawodowego? Czy wystarczy odpoczynek od pracy, czy konieczna jest jakaś terapia wspierająca?

L.G.: Jest wiele rozwiązań, które można zaproponować. Trzeba jednak pamiętać, że wszystkie mają swoje wady i zalety. Pierwszą rzeczą, o której warto mówić jest odpoczynek. Odpoczynek jest bardzo ważny i niezbędny, ale może przeszkadzać wyjść z wypalenia zawodowego. Dlaczego? Gdy jestem przekonany, że nie radzę sobie z tym, co zrzuca na moje barki życie, że nie umiem wyjść z trudnej sytuacji, w której się znajduję, odpoczynek może szkodzić. Cóż z tego, że mam wolny dzień i mogę robić co chcę, jak w głowie kłębią się myśli, czego nie zrobiłem, co zawałem. W takich sytuacjach nie redukujemy stresu, a wręcz go podkreślamy. W obliczu wielu czekających mnie zadań czuję się winny, że odpoczywam. A zatem konieczne jest zachowanie równowagi między obowiązkami a odpoczynkiem. Ale panuje też przekonanie, że odpoczynek będzie efektywniejszy jeśli poprzedzi go wykonanie choćby jednego zadania z listy spraw do załatwienia. Rekomenduję swoim podopiecznym, aby nawet po bardzo ciężkim dniu w pracy, gdy marzymy tylko o tym, by ukryć się pod ciepłym kocem, zmobilizować resztkę sił i zrobić coś – odkurzyć mieszkanie czy posprzątać w garażu. To ważne. Nie mamy wpływu na to, jaki jest nasz szef, co dzieje się na świecie, ale załatwiając własne, nawet drobne sprawy sprawiamy, że zmniejszamy swoje obciążenie. Lista spraw do załatwienia skraca się, a wtedy odpoczynek będzie dla nas budujący. Powiem więcej, wykonując różne prace, odzyskujemy poczucie własnej skuteczności, sprawczości. Im więcej zadań wykreśliły ze swojej mentalnej listy, tym lepiej będziemy dodawać sobie sił. Dołożenie sobie do dnia pracy jakiegoś zadania, które chcieliśmy odłożyć na sobotę czy niedzielę sprawi, że wolne dni będziemy mogli przeznaczyć tylko na wypoczynek dodający sił.

A.J.: Czy aktywność fizyczna będzie receptą na wyjście z wypalenia zawodowego?

L.G.: Aktywność fizyczna to dobre rozwiązanie na rozładowanie stresu, który leży u podstaw wypalenia zawodowego. Silny stres powoduje napięcie mięśni, zmiany w oddechu, odczuwanie gneczenia w gardle itp. Tak fizycznie odczuwamy silne emocje. Aktywność fizyczna pomoże złagodzić takie dolegliwości. Ważne jest, aby aktywność fizyczna była dostosowana do naszego temperamentu czy stanu zdrowia.



A.J.: Czy doświadczenie wypalenia zawodowego może się powtarzać?

L.G.: Może. Wypalenie zawodowe jest nawarstwieniem się trudności, jakie musimy pokonywać. Nie radzimy sobie z tym. Wyjście z wypalenia zawodowego nie oznacza, że nigdy więcej nie będziemy odczuwać wspomnianych na początku objawów wypalenia zawodowego. Ale też nie musi się tak stać.

A.J.: Jak się chronić przed wypaleniem zawodowym?

L.G.: Przeciwwagą do wypalenia zawodowego jest poszukiwanie dobrostanu. Definicja dobrostanu opisana w badaniach (jakich?) z 2016 roku zachęca nas do poszukiwania trzech rzeczy. Pierwszą jest poczucie, że nie stoję w miejscu, że uczę się nowych rzeczy. To ważne, bo wypaleniu zawodowemu sprzyja przekonanie, że od wielu lat robię to samo i tak będzie zawsze. I nie chodzi tu o to, aby zdecydować się na skok ze spadochronem. Chodzi o to, aby nabywać nowe umiejętności. W przypadku lekarzy i pielęgniarek to mogą być nowe specjalizacje, kursy doszkolające, ale nie tylko, bo możemy się uczyć nowych rzeczy także w ramach swojego hobby. Jeśli stawiamy sobie wymagania, chronimy się przed wypaleniem. Drugim elementem poszukiwania dobrostanu jest poszukiwanie autonomii. Oznacza to, że każdy z nas potrzebuje w swoim życiu obszar, w którym sam podejmujemy decyzje, gdzie nikt nas nie kontroluje. Inaczej szukamy miejsca, w którym robimy to, co chcemy i w sposób jaki wybieramy. Idealnie by było, gdybyśmy taką autonomię mogli osiągnąć w pracy, ale w wielu zawodach (w tym medycznych) nie jest to możliwe, a wręcz może być szkodliwe. Dlatego autonomię najczęściej zachowujemy w życiu prywatnym. Trzecim elementem w poszukiwaniu dobrostanu jest towarzystwo innych osób, przebywanie z nimi. Oczywiście, te trzy filary dobrostanu nie muszą występować jednocześnie. Jesteśmy różni i może się znaleźć ktoś, kto będzie potrzebował np. niewielkiej grupy znajomych. Wykonywanie zawodu lekarza czy pielęgniarki jest obwarowane wieloma procedurami, przepisami i tu nie można mówić o autonomii. Jednak warto o niej pamiętać i korzystać z niej poza pracą. I jeszcze jedno, co chroni nas przed wypaleniem zawodowym to rozmowa. Warto mówić o swoich problemach i rozterkach. Jeśli ktoś się przed nami otwiera, nie dawajmy mu „dobrych” rad – musisz zmienić pracę. To nie buduje, wręcz przeciwnie. Lepiej powiedzieć – nie obrażam sobie, jak to dla ciebie jest trudne. Jeśli mówimy o swoich problemach nie oczekujemy rad, a jedynie zrozumienia. ■



PACJENT GERIATRYCZNY TO LEKOMAN CZY OFIARA?

A ANNA
JAROSZ

Coraz częściej, w różnych mediach, możemy przeczytać, że seniorzy, czyli pacjenci geriatryczni, nadużywają leków. Podobno rekordzista przyjmował dziennie 40 różnych preparatów, zarówno tych zaordynowanych przez lekarzy, jak i dostępnych bez recepty.

Cóż? Przecież seniorzy zazwyczaj cierpią na kilka schorzeń przewlekłych i dlatego zażywają wiele leków. Dość powszechna jest też opinia, że starsi ludzie są bardzo podatni na przekaz reklamowy i chętnie do swojego „lekospisu” wprowadzają suplementy i leki dostępne bez recepty.

Ale czy za wielolekowością seniorów stoi tylko podporządkowywanie się kolejnym zaleceniom lekarskim i osobista chęć jak najdłuższego utrzymania się w dobrej formie?

Według definicji pacjent w wieku geriatrycznym to osoba po 60. roku życia, której ciało ciągle się zmienia ze względu na postępujący proces starzenia się organizmu.

Wraz z upływającym czasem osłabia się proces wchłaniania, zmniejsza się kwasowość soku żołądkowego, perystaltyka, zwalnia metabolizm wątroby, gorzej funkcjonują nerki. To tylko kilka przykładów zachodzących zmian, ale wszystko, co dzieje się w organizmie może mieć wpływ na to, jak zareagujemy na przyjmowane leki. Według danych statystycznych 15–20% hospitalizacji osób po 65. roku życia jest spowodowanych działaniami ubocznymi leków. Im więcej pacjent ich przyjmuje, tym wyższe ryzyko działań niepożądanych.

Chaos terapeutyczny

Większość seniorów leczy się u lekarzy pierwszego kontaktu, ale szukają pomocy również u różnych specjalistów. Idą do lekarza, bo pojawił się nowy problem, który pragną rozwiązać. Ale idą nieprzygotowani. Zazwyczaj nie mówią lekarzowi o swoich chorobach przewlekłych i przyjmowanych lekach. Lekarz nie pyta lub pyta bardzo rzadko. Jeśli rozpozna dolegliwość, wystawia receptę na kolejny lek i wszyscy uważają, że problem został rozwiązany. Czy na pewno? Następstwem takiego postępowania jest tzw. chaos terapeutyczny, który prowadzi między innymi do tego, że seniorzy przyjmują od 3 do ponad 10 leków dziennie. Przyjmowanie ośmiu leków dziennie wiąże się ze 100-proc. wystąpieniem interakcji [1, 2].

Warto wspomnieć jeszcze o jednym zagadnieniu, jakim jest kaskada lekowa. To pojęcie, które odnosi się do zjawiska przepisywania lub samodzielnego włączania nowych leków. Do powstawania kaskady lekowej dochodzi w wyniku leczenia różnych schorzeń przez lekarzy specjalistów, którzy nie zostali poinformowani o innych lekach stosowanych przez pacjenta. Liczbę stosowanych przez seniora leków należy ograniczyć nie tylko ze względu na możliwość wystąpienia interakcji, ale także ze względu na poprawę compliance, które prowadzi do skuteczniejszego leczenia.

Okiem farmakologa

Obwinianie pacjentów geriatrycznych o lekomanię jest nieuzasadnione, ponieważ większość z nich stara się przestrzegać zaleceń lekarskich. Owszem, zdarzają się osoby starsze nadużywające leków, podobnie jak są osoby objadające się słodyczami. Przy spotkaniu pacjenta z lekarzem ten pierwszy jest zupełnie bezbronny. Na wiarę przyjmuje wszystko, co lekarz mówi i zaleca. Większość pacjentów nie analizuje decyzji specjalisty, bo nie zna się na medycynie i nie wie, czym są interakcje między lekami. Nie dopytują, jak przyjmować lek i z czym go nie łączyć.

– Dla pacjenta geriatrycznego fachowy pracownik służby zdrowia jest jak św. Piotr, ponieważ daje nadzieję na przepustkę do dalszego życia – mówi dr n. farm. Leszek Borkowski, farmakolog kliniczny z Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego. – Stąd każda nasza niedbałość lub niedopatrzanie odbija się na geriatrycznym pacjencie. Pracuję

jako farmakolog kliniczny w dużym warszawskim szpitalu. Z pacjentami mam do czynienia poprzez leki, które przyjmują. Jako farmaceuta nie diagnozuję, nie ustalam terapii pierwszego rzutu. Pojawiam się, gdy trzeba przy wielochorobowości, czyli wielolekowości pacjenta coś z czymś zamienić, zalecić inne dawkowanie, częstotliwość, wybrać leki na zaostrzenie przewlekłej niewydolności nerek, wątroby, zaproponować dodatkowe badania diagnostyki laboratoryjnej i radiologicznej itd.

– Każdy lek wymaga omówienia z pacjentem, aby mógł mądrze pomagać w terapii poprzez obserwacje zaczynających się działań niepożądanych, których usunięcie na początku jest banalnie proste w stosunku do późniejszych hospitalizacji. Jeśli ja źle pracuję, to nie zapytam pacjenta lub jego opiekunów o wyniki badań laboratoryjnych, leki przyjmowane przed przyjęciem do szpitala, nie zapytam o leki OTC czy o suplementy diety, cudowne zioła i mikstury kupowane na jarmarkach i targach razem z cielęciną, jajami i białym serem. Czasami pacjenci nie wiedzą, jakie leki stosują i informują mnie w sposób bardzo uproszczony, opisując kolor tabletki lub wielkość opakowania.

– Problem można by próbować rozwiązać przez przypisywanie centralne w systemie wszystkich leków kupowanych w aptece przez pacjenta – kontynuuje ekspert. Może NFZ wpuści te dane do swych systemów kontroli ordynacji. Często jestem pytany o to, czy seniorzy są lekomanami? Odpowiadam – nie. Pacjent geriatryczny jest zagubiony i źle zaopiekowany przeze mnie jako farmako-

loga. Już nie wyrzucam z szafek pacjentów „cudownych mikstur i wynalazków marketingowych z mediów, Internetu” itd. bo pisano na mnie skargi. Przepracowałem wiele lat w różnych szpitalach, jestem coraz bardziej zdystansowany. Teraz jedynie próbuję tłumaczyć, przekonywać. Pacjent czasami jest po mojej stronie, ale jego rodzina nie zawsze, a raczej przeciwnie, bo podobnie jak Goździkowa wiedzą lepiej.

Potrzebny przegląd leków

W kwietniu 2021 roku weszła w życie ustawa o zawodzie farmaceuty, w której zawód farmaceuty uznaje się za zawód medyczny. W planach jest wprowadzenie w życie usługi, którą nazwano przeglądem lekowym.

Przegląd lekowy ma być usługą farmaceutyczną, będącą częścią opieki farmaceutycznej. Farmaceuta w ramach takiej porady będzie sprawdzał, czy leki przyjmowane przez pacjenta nie wchodzi między sobą w istotne klinicznie interakcje. Środowisko farmaceutów bardzo liczy na ten projekt, zwłaszcza że pilotaż przeglądu lekowego wypadł bardzo korzystnie. Pilotaż wystartował na początku kwietnia 2022 roku, a wzięło w nim udział 75 odpowiednio przeszkolonych farmaceutów z całej Polski. Pilotaż objął 850 pacjentów. Podstawowym kryterium kwalifikującym do udziału w badaniu było przyjmowanie minimum 10 leków wydawanych na receptę i dostępnych bez recepty.





Problem wielolekowości dotyczy w Polsce ponad 600 tys. chorych. Warto dodać, że już przy regularnym stosowaniu trzech leków ryzyko wystąpienia szkodliwych interakcji i działań niepożądanych przekracza 80%. Farmaceuci mają nadzieję, że przegląd lekowy będzie wpisany do koszyka świadczeń gwarantowanych w 2024 roku. Oby tak się stało.

Po nitce do kłębka

Dlaczego przegląd lekowy to bardzo ważna i potrzebna usługa? Przede wszystkim dlatego, że problem wielochorobowości i wielolekowości narasta, bo jesteśmy społeczeństwem, które się starzeje. Seniorzy przyjmują za dużo leków. Jak już mówiliśmy nie dlatego, że są lekomanami, ale dlatego, że nie mają właściwej opieki.

Aby pokazać na czym polega problem, poprosiliśmy doktora Leszka Borkowskiego (przypomnę, farmakologa klinicznego), aby przeanalizował leki przyjmowane przez konkretną osobę. Zapewniamy, to osoba z krwi i kości, a nie wymyślona na potrzeby tego artykułu.

– Pacjentka, seniorka z wielochorobowością, przyjmuje zbyt dużo preparatów, tych przepisanych przez lekarzy i tych dostępnych bez recepty, jak i suplementów, które podrzuciły dzieci, aby mamusia była zdrowsza – powiedział dr Borkowski. – Ale czasami większym problemem w ocenie farmakologicznej bywa nie liczba preparatów, a brak badań kontrolnych związanych z ordynowanymi lekami. O tym się mało mówi i pisze.

Przyjmowane przez naszą pacjentkę leki to: Nebilet, Tritace, Lacipil, Atorvasterol, Devikap, Trexan, Acidum folii-

cum, Eutyrox, Polocard Helicid, Magne B6 Forte, Litorsal senior, Hepaslimin, Melatonina oraz Positivum w soboty i niedziele, bo przychodzą wnuki i synowa. Dość często różne leki przeciwbólowe NLPZ.

○ Nebilet – nebiwolol

Jeżeli w następstwie równoczesnego stosowania metotreksatu i nebiwetu są lub pojawią się niewydolność lub zaburzenia czynności wątroby Nebilet staje się przeciwwskazany do stosowania.

○ Tritace – ramipryl

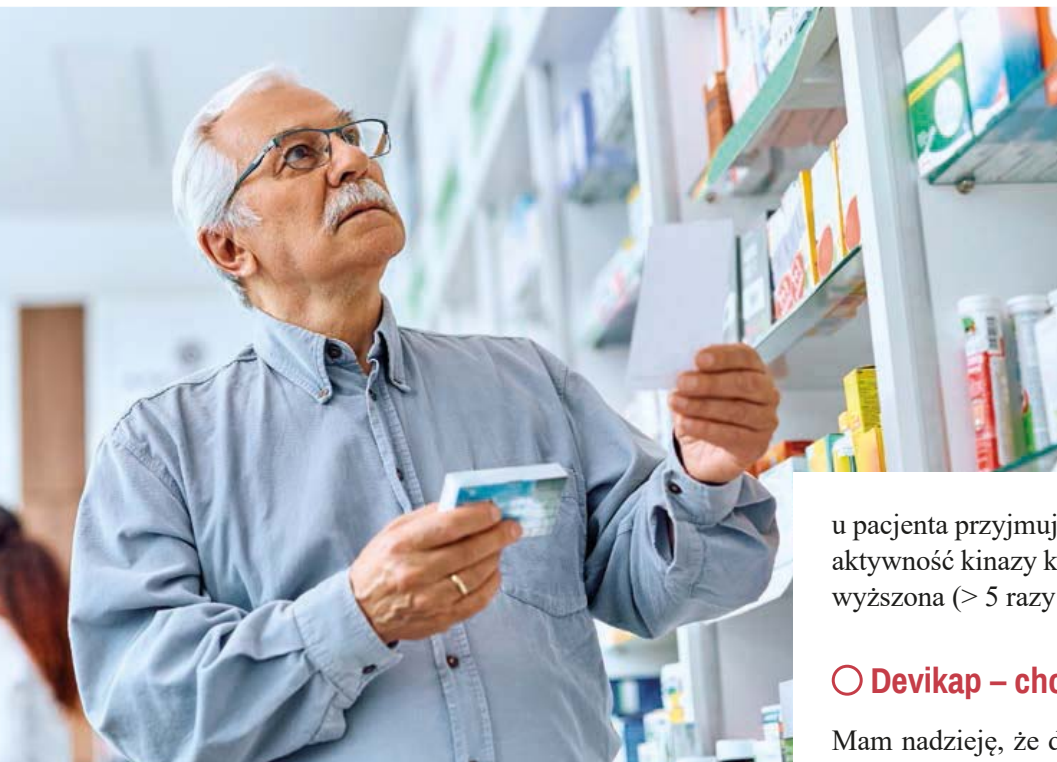
Zaleca się przyjmowanie produktu codziennie o tej samej porze dnia (pacjentka o tym nie wie). Dla pacjentów w podeszłym wieku dawki początkowe powinny być mniejsze i zwiększane bardzo powoli.

Upredzamy pacjenta, że opisywano występowanie kaszlu w trakcie stosowania inhibitorów ACE (Tritace). Typowo kaszel jest nieproduktywny, uporczywy i ustępuje po zaprzestaniu leczenia i nie ma potrzeby wkraczania z lekami przeciwkaszlowymi.

○ Lacipil – lacidipina

Przechowywać w temperaturze poniżej 30°C. W lecie w mieszkaniach nasłonecznionych mamy wyższe temperatury. Tabletki należy chronić od światła i wyjmować z blistra bezpośrednio przed przyjęciem. Lacipil należy stosować ostrożnie u pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby ze względu na możliwość nasilenia działania hipotensyjnego. Co ważne – nie jemy grejpfrutów i nie pijemy soków z nich. Jednoczesne stosowanie lacydypiny z kortykosteroidami może zmniejszać jej działanie hipotensyjne. Pacjentka korzysta z maści na bolące stawy, ale nie wie jakich i nie mam pewności czy nie korzysta z maści zawierających glikokortykosterydy.

Nebilet, Tritace, Lacipil to klasyczna terapia skojarzona – stara, ale stosowana dość powszechnie.



○ Atorvasterol – atorwastatyna

Atorvasterol jest stosowany jako uzupełnienie leczenia dietetycznego w celu obniżenia podwyższonego stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu LDL, apolipoproteiny B i triglicerydów u dorosłych. Pacjentka nie ma i nie miała zaleconej żadnej diety, może powinna poradzić się dietetyka i zacząć od zmiany nawyków żywieniowych, tylko trzeba jej o tym powiedzieć. Przed rozpoczęciem leczenia Atorvasterolem pacjent powinien stosować standardową dietę ubogocholesterolową, którą należy kontynuować podczas leczenia. Stosowanie tego leku jest przeciwwskazane u pacjentów z czynną chorobą wątroby. Ponieważ Atorvasterol jest przeciwwskazany u pacjentów z czynną chorobą wątroby lub niewyjaśnioną, trwale zwiększoną aktywnością aminotransferaz w surowicy przekraczającą 3-krotnie górną granicę normy, rozumiem, że pacjentka przed ordynacją atorwastatyny miała zleczone i wykonane oznaczenie poziomu aminotransferaz z surowicy krwi. Pacjenci, u których stwierdzono zwiększenie aktywności aminotransferaz powinni być monitorowani aż do ustąpienia zaburzeń. W przypadku utrzymującego się zwiększenia aktywności aminotransferaz, większego niż trzykrotna wartość górnej granicy normy (GGN) zalecane jest zmniejszenie dawki lub odstawienie leku.

Należy nakazać pacjentowi niezwłoczne zgłaszanie wystąpienia bólów mięśniowych, kurczów lub osłabienia mięśni, zwłaszcza jeśli towarzyszy temu ogólne złe samopoczucie lub gorączka. Jeśli objawy te wystąpią

u pacjenta przyjmującego atorwastatynę, należy oznaczyć aktywność kinazy kreatynowej. Jeśli jest ona istotnie podwyższona (> 5 razy GGN), produkt należy odstawić.

○ Devikap – cholekalcyferol

Mam nadzieję, że dawka i decyzja o ordynacji wynikała z określenia niskiego poziomu witaminy D3. Jeżeli Devikap przyjmowany jest na wszelki wypadek to trzeba go odstawić.

○ Trexan – metotreksat

Pewnie wskazaniem była choroba reumatyczna lub łuszczyca lub ciężkie łuszczycowe zapalenie stawów. Pacjenta należy poinformować o wszystkich zagrożeniach związanych z terapią, a lekarz powinien zwrócić szczególną uwagę na wystąpienie objawów toksyczności wobec wątroby, przeprowadzając próby czynnościowe wątroby przed rozpoczęciem leczenia z wykorzystaniem metotreksatu, a następnie powtarzając je w trakcie trwania terapii. Pacjent senioralny przyjmujący metotreksat powinien przechodzić badania kontrolne w krótszych odstępach czasu obejmujące: morfologię, poziom kreatyniny, badanie jamy ustnej i gardła w celu wykluczenia zmian na błonach śluzowych. Należy poinformować pacjentów o ryzyku zapalenia płuc i pouczyć o konieczności skontaktowania się z lekarzem natychmiast po wystąpieniu uporczywego kaszlu lub utrzymującej się duszności.

U pacjentów z zaburzeniami oddechowymi, należy wziąć pod uwagę możliwość zakażenia *Pneumocystis jiroveci*. Jak występują zaburzenia czynności nerek, w tym łagodne, nie zaleca się jednoczesnego stosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych, które okresowo aplikuje sobie sama pacjentka. Istnieje również prawdopodobieństwo wystąpienia zwiększonej toksyczności w przypadku małych dawek metotreksatu, stosowanych w skojarze-



niu z niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi. NLPZ mogą powodować uszkodzenie nerek.

Uprowadzamy pacjentów, że podczas leczenia metotreksatem należy unikać nadmiernego spożycia napojów zawierających kofeinę lub teofilinę (kawy, napojów gazowanych zawierających kofeinę, czarnej herbaty), ponieważ skuteczność metotreksatu może być zmniejszona.

○ Kwas foliowy (acidum folicum)

Przed rozpoczęciem suplementacji kwasu foliowego zaleca się sprawdzenie stężenia witaminy B12, zwłaszcza u dorosłych w wieku powyżej 50 lat, ponieważ przyjmowanie kwasu foliowego może maskować niedobór witaminy B12. Jego dodanie do Trexanu jest zasadne.

○ Euthyrox – lewotyroksyna

Zaleca się określenie indywidualnej dawki dobowej na podstawie wyników badań laboratoryjnych i oceny klinicznej. Pojedynczą dawkę dobową przyjmować rano, na czczo, pół godziny przed śniadaniem, najlepiej z niewielką ilością płynu, np. pół szklanki wody. To ważna, ale nie zawsze przestrzegana reguła przyjmowania Euthyroxu.

○ Polocard – kwas acetylosalicylowy

W opublikowanym w 2022 r. stanowisku ekspertów amerykańskich dotyczącym stosowania kwasu acetylosalicylowego w prewencji choroby sercowo-naczyniowej nie zaleca się osobom > 60. roku życia jego przyjmowania w celu prewencji pierwotnej choroby sercowo-naczyniowej. Hamuje on czynność płytek krwi, przez co zwiększa ryzyko krwawień poza przewodem pokarmowym. Ryzyka krwawień mogą być błahie, ale także zagrażające życiu, w tym wewnątrzczaszkowych udarów krwotocznych mózgu. Uważam, że prewencyjne stosowanie kwasu acetylo-

salicylowego w prewencji chorób sercowo-naczyniowych u niektórych pacjentów jest dyskusyjne w odniesieniu do ryzyka krwawień.

Polcard zmniejsza przeciwnadciśnieniowe działanie Tritace, czyli oba leki nie powinny być stosowane razem.

Uwaga: Polcard jest przeciwwskazany do jednoczesnego stosowania z metotreksatem (Trexan).

○ Helicid – omeprazol

Omeprazol, podobnie jak wszystkie leki hamujące żołądkowe wydzielanie kwasu solnego, może zmniejszać wchłanianie witaminy B12 (cyjanokobalaminy) ze względu na hipo- lub achlorhydrię. Należy brać to pod uwagę u pacjentów ze zmniejszonymi rezerwami ustrojowymi lub z czynnikami ryzyka sprzyjającymi zmniejszeniu wchłaniania witaminy B12 podczas długotrwałego leczenia. Jeżeli przyjmowany jest na podstawie słabych wskazań lub prewencyjnie to należy go odstawić.

○ Magne B6 Forte – magnez i pirydoksyna (witamina B6)

Należy zachować szczególną ostrożność u pacjentów z umiarkowaną niewydolnością nerek ze względu na ryzyko wystąpienia wysokiego stężenia magnezu we krwi. Bez określenia poziomu niedoboru magnezu i pirydoksyny Magne B6 Forte kwalifikuje się do odstawienia.

Podsumowując swoją ocenę stosowania przez pacjentkę wielu preparatów Leszek Borkowski sugeruje odstawić: Hepaslimin, Litorsal Senior, Melatoninę, Positivum, Polocard. Atorvasterol, Devikap, Helicid przyjmować po wykonaniu badań diagnostycznych, które potwierdzą taką konieczność. Zasadne wydaje się przyjmowanie wyłącznie leków takich jak: Nebilet, Tritace, Lacipil, Trexan, *Acidum folicum*.

Z tego pobieżnego przeglądu farmakologicznego jasno wynika, że **u pacjentki, która przyjmowała 19 różnych medykamentów listę można ograniczyć do 5 preparatów!** Wracając na chwilę do pilotażu przeglądu lekowego warto wdrożyć go jak najszybciej, aby opisanych sytuacji było jak najmniej. Miejmy nadzieję, że tak będzie. ■

Przypisy:

1. A. Borzym, *Zasady farmakoterapii w wieku podeszłym*.
2. D. Książczyńska, A. Szelaż, *Specyfika farmakoterapii pacjentów w podeszłym wieku*.

ZDROWA TARCZYCA, CZYLI WSZYSTKO, CO POWINNIŚMY WIEDZIEĆ O GOITROGENACH



Z dr. n. med. Markiem Derkaczem, specjalistą chorób wewnętrznych, diabetologiem oraz endokrynologiem, wieloletnim pracownikiem Kliniki Endokrynologii, a wcześniej Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie rozmawia Antoni Król.

Antoni Król: Czym dokładnie są goitrogeny i w jaki sposób wpływają na naszą tarczycę?

Marek Derkacz: Goitrogeny to związki chemiczne występujące w niektórych roślinach. Mają one zdolność hamowania wychwytu jodu przez gruczoł tarczowy, czyli mikroelementu niezbędnego do produkcji hormonów tarczycy. Jod jest kluczowym składnikiem, a jego brak prowadzi do problemów z produkcją hormonów, czyli do niedoczynności tarczycy. Skutkiem długotrwałego niedoboru jodu może być powiększanie się tarczycy, a więc rozwój wola.

A.K.: Które pokarmy zawierają najwięcej goitrogenów i jak wpływają na nasze ciało?

M.D.: Najwięcej goitrogenów znajdziemy w surowych warzywach krzyżowych, takich jak: kapusta, brokuły, brukselka i jarmuż, oraz w produktach sojowych, w tym chyba coraz bardziej popularnym tofu. Goitrogeny dostarczone do naszego organizmu w nadmiarze, mogą hamować kluczowe enzymy niezbędne do produkcji hormonów tarczycy. Prowadzi to szczególnie u osób podatnych, czyli chorych na niedoczynność tarczycy do nasilenia objawów, takich jak np. zmęczenie, suchość skóry, czy nawet przyrost masy ciała, jeśli produkty te jedzone są często i w dużych ilościach.

A.K.: Czy gotowanie warzyw krzyżowych pomaga w zmniejszeniu stężenia goitrogenów?

M.D.: Gotowanie jest jak „rozbrojenie” potencjalnie szkodliwych związków – obróbka cieplna niszczy enzym miorozynazę. Jest to enzym, który normalnie przekształca glukozynolany w aktywne związki goitrogenne. Obróbka

cieplna sprawia, że warzywa krzyżowe stają się bardziej przystępne i bezpieczne dla naszej tarczycy, jednocześnie zachowując swoje wartości odżywcze.

A.K.: Czy umiarkowane spożycie goitrogenów ma wpływ na zdrowie osób z prawidłową funkcją tarczycy?

M.D.: Dla większości osób spożywanie umiarkowanych ilości goitrogenów nie jest szkodliwe. To trochę jak picie kawy. Dla większości osób nie stanowi problemu, a wręcz pozwala im z energią rozpocząć każdy dzień. Problem może pojawić się wtedy, gdy jest ona spożywana w nadmiarze lub jeśli ktoś ma problem z nadmierną wrażliwością na kofeinę. Zdrowa tarczyca jest zdolna do kompensowania wpływu goitrogenów, a więc umiarkowane spożycie goitrogenów nie ma znaczącego wpływu na zdrowie osób z prawidłową funkcją tarczycy, chyba że istnieją inne czynniki, takie jak niedobór jodu czy istniejąca już choroba tarczycy.

A.K.: Jakie są główne objawy niedoczynności tarczycy wywołanej przez nadmiar goitrogenów w diecie?

M.D.: Przewlekły nadmiar goitrogenów w diecie może, jak już wcześniej wspomniałem, prowadzić do powiększenia tarczycy, czyli rozwoju wola oraz nasilenia objawów niedoczynności tarczycy. Objawy te, to np. przewlekłe zmęczenie, zwiększenie masy ciała, sucha skóra oraz suche i łamliwe włosy, zła tolerancja niskich temperatur, a także wahania nastroju, z tendencją do depresji.

A.K.: Czy fermentacja, jak w przypadku kiszzonej kapusty, wpływa na zawartość goitrogenów?

M.D.: Proces fermentacji działa trochę tak jak magiczne zaklęcie, przekształcając potencjalnie mogące nam wyrządzić szkodę substancje w formę, która jest przyjazna dla naszego organizmu. Fermentacja redukuje poziom aktywnych goitrogenów, dostarczając jednocześnie probiotyków, które wzmacniają zdrowie jelit i układ odpornościowy.

A.K.: Czy spożycie produktów sojowych zawsze stanowi ryzyko dla zdrowia tarczycy?

M.D.: Nie, nie zawsze. Produkty sojowe, szczególnie podane obróbce cieplnej lub fermentacji, zawierają mniej aktywnych związków. Kluczem jest umiar i odpowiednie przygotowanie.

A.K.: Jak suplementacja jodem może pomóc zrównoważyć wpływ goitrogenów?

M.D.: Jod stanowi kluczowy element niezbędny do prawidłowego funkcjonowania naszej tarczycy. Można go porównać do fundamentu, który stabilizuje całą strukturę. Suplementacja lub spożywanie żywności bogatej w jod, takiej jak ryby morskie, owoce morza czy sól jodowana, pozwala naszej tarczycy pracować wydajnie, nawet w obecności goitrogenów. Przy odpowiednim stężeniu jodu nasza tarczyca ma wystarczające zasoby, aby zniwelować potencjalny negatywny wpływ tych substancji. Jednocześnie konieczne jest zachowanie umiaru w suplementacji, ponieważ zbyt duża ilość jodu może przeciążyć tarczycę i prowadzić do zaburzeń hormonalnych, co może przyczynić się do problemów zdrowotnych będących następstwem nieprawidłowego stężenia hormonów tarczycy. Zatem równowaga jest tu kluczowa.

A.K.: Czy osoby z subkliniczną niedoczynnością tarczycy powinny unikać goitrogenów?

M.D.: Osoby z subkliniczną niedoczynnością tarczycy powinny przede wszystkim podejść do kwestii goitrogenów ostrożnie. Choć nie ma potrzeby całkowitego unikania produktów bogatych w goitrogeny, warto ograniczyć spożycie, zwłaszcza w sytuacji, jeśli dieta jest uboga w jod. Goitrogeny mogą w takiej sytuacji zwiększyć ryzyko pogorszenia stanu tarczycy, a u tych osób nawet niewielkie zmiany w jej funkcjonowaniu mogą mieć znaczący wpływ na ich samopoczucie. Dlatego ważne jest, aby skonsultować się z endokrynologiem w celu oceny ryzyka i omówić zrównoważony plan żywieniowy, który uwzględni indywidualne potrzeby każdego pacjenta.

A.K.: Jak goitrogeny wpływają na funkcję tarczycy u kobiet w ciąży?

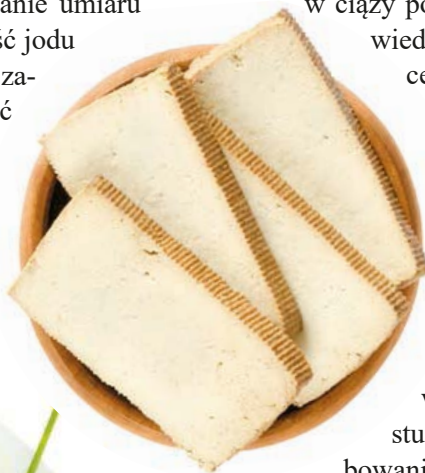
M.D.: Ciąża to wyjątkowy okres w życiu każdej kobiety. Tarczyca wówczas musi pracować na najwyższych obrotach, zapewniając wystarczającą ilość hormonów zarówno dla matki, jak i dla rozwijającego się płodu. Wysokie spożycie goitrogenów w tym okresie może zaburzyć tę równowagę i zwiększyć ryzyko niedoczynności tarczycy u matki, co może z kolei wpływać na zdrowie dziecka. Tarczyca odgrywa kluczową rolę w rozwoju neurologicznym dziecka i ogólnym jego wzroście w okresie płodowym. Kobiety w ciąży powinny zatem szczególnie zadbać o odpowiednie spożycie jodu, a więc zgodnie z zaleceniami suplementować regularnie 150 µg jodu/ dobę. Powinny również ograniczyć ilość surowych warzyw krzyżowych i innych źródeł goitrogenów, aby zapewnić prawidłowe funkcjonowanie tarczycy.

A.K.: Czy dzieci są bardziej narażone na działanie goitrogenów?

M.D.: Dzieci, właściwie niezależnie od wieku znajdują się w kluczowej fazie wzrostu i rozwoju, dlatego mają większe zapotrzebowanie na hormony tarczycy. Rodzice powinni zadbać o zróżnicowaną dietę swoich dzieci, bogatą w ryby, owoce morza oraz warzywa, aby dostarczyć niezbędne składniki odżywcze, przy jednoczesnym minimalizowaniu ryzyka związanego z niewłaściwymi produktami spożywczymi.

A.K.: Czy istnieje mit na temat goitrogenów, który jest szczególnie powszechny, a w rzeczywistości ma niewielkie lub nawet mylne uzasadnienie naukowe?

M.D.: Jednym z najczęściej powtarzanych mitów jest przekonanie, że osoby z chorobami tarczycy powinny całko-





wicie unikać warzyw krzyżowych, takich jak brokuły czy kapusta. Jest to w mojej opinii przesadna obawa. Badania wykazały, że umiarkowane spożycie tych warzyw, zwłaszcza po obróbce cieplnej, nie tylko nie stanowi istotnego ryzyka, ale może przynieść korzyści zdrowotne. Warzywa jak wiemy, to nie tylko źródło goitrogenów, ale także bogactwo błonnika, witamin i minerałów, które wspierają nasze zdrowie. Mit związany z koniecznością odstawienia niektórych warzyw sprawia, że ludzie rezygnują z wartościowych produktów tak naprawdę bez uzasadnionej konieczności.

A.K.: Jakie informacje często są pomijane w rozmowach na temat goitrogenów, a mogłyby pomóc w świadomym podejmowaniu decyzji żywieniowych?

M.D.: Jednym z pomijanych faktów jest to, że gotowanie czy fermentacja znacznie zmniejszają zawartość goitrogenów w produktach, czyniąc je bezpieczniejszymi dla osób z zaburzeniami hormonalnej funkcji tarczycy. Innym faktem jest rola jodu w przeciwdziałaniu ich negatywnym efektom związanym z goitrogenami. Spożywanie diety bogatej w jod, takiej jak owoce morza czy sól jodowana, może pomóc złagodzić wpływ goitrogenów na naszą tarczycę. Warto również podkreślić, że dieta to tylko jeden z elementów. Ogólne zdrowie tarczycy zależy od wielu czynników, w tym naszego potencjału genetycznego, stylu życia i poziomu stresu, z którym musimy sobie radzić każdego dnia.

A.K.: Jak genetyka wpływa na zdolność do metabolizmu goitrogenów?

M.D.: Genetyka ma istotny wpływ na naszą zdolność do metabolizmu goitrogenów. Geny, które dziedziczymy po rodzicach, mogą determinować, jak efektywnie nasz organizm radzi sobie z neutralizowaniem wpływu tych związków. Niektóre osoby są bardziej podatne na negatywny wpływ goitrogenów ze względu na odziedziczone geny, które wpływają na zdolność produkcji enzymów odpowie-

dzialnych za ich detoksykację. Na przykład różnice w genach takich jak GSTM1 i GSTT1 mogą wpływać na zdolność organizmu do metabolizowania związków zawartych w warzywach krzyżowych. Dzięki najnowszym badaniom genetycznym możemy zrozumieć nasze indywidualne predyspozycje i, w połączeniu z konsultacją lekarską, zoptymalizować dietę, aby uwzględniła zarówno potrzebne składniki odżywcze, jak i brała pod uwagę indywidualne reakcje organizmu na goitrogeny.

A.K.: Czy osoby z chorobami autoimmunologicznymi powinny unikać goitrogenów w swojej diecie?

M.D.: Osoby z chorobami autoimmunologicznymi powinny wykazać ostrożność w spożywaniu goitrogenów i skonsultować się z dietetykiem lub lekarzem, aby dostosować swoją dietę. Choć warzywa krzyżowe, jak brokuły czy kapusta, są bogate w witaminy i minerały, zawierają także substancje mogące pogłębić problemy zdrowotne u osób z już w pewien sposób osłabioną tarczycą. Dlatego ważne jest stosowanie odpowiednich technik przygotowywania posiłków, takich jak gotowanie czy fermentacja, które mogą zmniejszyć ilość goitrogenów i uczynić te warzywa bezpieczniejszymi do spożycia. Ostatecznie jednak indywidualna tolerancja i zapotrzebowanie w składniki odżywcze powinny być uwzględnione podczas planowania diety.

A.K.: Czy selen może wspomóc tarczycę w obecności goitrogenów?

M.D.: Selen to mikroelement pełniący rolę strażnika tarczycy. Wspiera enzymy biorące udział w konwersji nieaktywnej formy hormonów tarczycy (T4) w aktywną (T3), przez co jest niezbędny do prawidłowego funkcjonowania tego gruczołu. W obliczu działania goitrogenów, selen zmniejsza stan zapalny i redukuje ryzyko uszkodzeń wywołanych stresem oksydacyjnym. Badania wykazały, że suplementacja selenem może znacząco obniżyć poziom przeciwciał przeciw tarczycy u osób z chorobą Hashimoto. Dlatego warto sięgać po produkty bogate w selen, takie jak orze-

chy brazylijskie, nasiona czy ryby, by wspomóc organizm w walce z negatywnym wpływem goitrogenów.

A.K.: Czy dieta z niską zawartością jodu może pogłębiać wpływ goitrogenów na tarczycę?

M.D.: Tak, dieta uboga w jod osłabia tarczycę, czyniąc ją bardziej podatną na działanie goitrogenów. To jak próba pokonania długiej trasy samochodem na oparach benzyny — gruczoł tarczycy bez odpowiedniej podaży jodu nie jest w stanie produkować odpowiednich ilości hormonów. Goitrogeny mogą dodatkowo zakłócać ten proces, hamując wchłanianie jodu i pogłębiając deficyt hormonalny. Osoby mieszkające na terenach ubogich w jod, takich jak regiony górskie, są szczególnie narażone na ten problem. Spożywanie produktów bogatych w jod, jak sól jodowana, ryby morskie czy wodorosty, może pomóc w zbilansowaniu wpływu goitrogenów na tarczycę.

A.K.: Jakie inne składniki odżywcze mogą chronić tarczycę przed działaniem goitrogenów?

M.D.: Poza jodem i selenem, cynk, witamina D oraz antyoksydanty odgrywają kluczową rolę we wspieraniu zdrowia tarczycy. Cynk pomaga w syntezie hormonów tarczycy i zwiększa ich aktywność w komórkach. Witamina D, związana z odpornością, zmniejsza ryzyko chorób autoimmunologicznych tarczycy. Antyoksydanty, takie jak witamina C, witamina E czy flawonoidy, chronią komórki tarczycy przed stresem oksydacyjnym, redukując potencjalnie negatywny wpływ goitrogenów. Wprowadzenie do diety produktów bogatych w te składniki, takich jak np. orzechy, ryby, jaja, warzywa i owoce, stanowi doskonałą strategię ochrony tarczycy.

A.K.: Jakie praktyczne strategie można wdrożyć, aby zminimalizować wpływ goitrogenów na tarczycę?

M.D.: Aby zminimalizować wpływ goitrogenów na tarczycę, warto zacząć od zróżnicowanej diety, uwzględniając warzywa krzyżowe, lecz w umiarkowanych ilościach. Gotowanie, fermentacja czy blanszowanie to skuteczne sposoby obniżenia poziomu goitrogenów w tych produktach, czyniąc je bezpieczniejszymi do spożycia. Ograniczanie surowej soi i jej przetworów, zwłaszcza w przypadku osób z predyspozycją do chorób tarczycy, to kolejna dobra praktyka. Kluczowe jest również regularne konsultowanie diety z lekarzem lub doświadczonym dietetykiem klinicznym, który pomoże dostosować plan żywieniowy w zależności od indywidualnych potrzeb i stanu zdrowia pacjenta.

A.K.: Powiedział Pan, że obróbka termiczna oraz fermentacja mogą skutecznie zmniejszyć ilość goitrogenów w warzywach krzyżowych, takich jak brokuły, kalafior czy kapusta. Czy dysponuje Pan dokładniejszymi danymi dotyczącymi tego tematu?

M.D.: Tak, dowody naukowe wskazują, że: gotowanie warzyw na parze przez 3–10 minut może obniżyć zawartość goitrogenów nawet o 30–40%. To dzięki niszczeniu enzymu mirozynazy, który odpowiada za aktywację związków goitrogennych. Z kolei blanszowanie, czyli krótkotrwałe zanurzenie warzyw we wrzącej wodzie, obniża zawartość goitrogenów o około 25–35%. W przypadku dłuższego gotowania, poziom ten może spaść nawet do 50%. Z kolei proces fermentacji, np. podczas kiszenia kapusty, prowadzi do redukcji poziomu goitrogenów o około 30–40%. Fermentacja wpływa też korzystnie na profil bakteryjny produktu, dodając probiotyki i dodatkowe składniki odżywcze. Podsumowując, odpowiednie metody przygotowywania posiłków mogą znacząco obniżyć zawartość goitrogenów, czyniąc warzywa krzyżowe i soję bezpieczniejszymi dla osób z wrażliwą tarczycą.



A.K.: Czy w takim razie gotowanie i fermentacja warzyw krzyżowych w wystarczającym stopniu eliminują ryzyko związane z ich spożyciem?

M.D.: Tak jak przed chwilą wspomniałem, obróbka cieplna i fermentacja znacznie zmniejszają zawartość goitrogenów, ale ich całkowite wyeliminowanie jest mało prawdopodobne. Niemniej jednak, ilość pozostająca po gotowaniu czy fermentacji nie stanowi zagrożenia dla większości osób, zwłaszcza jeśli w diecie występuje odpowiednia ilość jodu. Tak przygotowane warzywa zachowują wiele korzystnych składników odżywczych, takich jak witaminy, minerały czy błonnik. Zatem gotowane lub fermentowane warzywa krzyżowe mogą być wartościowym dodatkiem do diety.

A.K.: Czy dieta bogata w goitrogeny wpływa na metabolizm i masę ciała?

M.D.: Dieta bogata w goitrogeny może mieć pośredni wpływ na metabolizm i masę ciała poprzez swoje oddziaływanie na tarczycę. Hormony tarczycy regulują metabolizm, a ich niedobór może prowadzić do spowolnienia przemiany materii i przyrostu masy ciała. Jednakże umiarkowane spożycie tych warzyw nie powinno stanowić problemu, a wręcz przeciwnie – błonnik i składniki odżywcze zawarte w warzywach krzyżowych mogą wspierać utrzymanie zdrowej wagi. Ważne jest, by zwracać uwagę na równowagę diety i nie zapominać o odpowiedniej ilości jodu.

A.K.: Czy istnieje związek między spożyciem goitrogenów a funkcjonowaniem układu odpornościowego?

M.D.: Owszem, istnieje ciekawy związek. Wiele warzyw krzyżowych, będących źródłem goitrogenów, zawiera także składniki o właściwościach przeciwzapalnych i antyoksydacyjnych. Sulforafan w brokułach i kapuście działa jak naturalny stymulant układu odpornościowego, pomagając w walce ze stresem oksydacyjnym. Regularne spożywanie tych warzyw, w rozsądnych ilościach, może zatem wspierać układ odpornościowy, nawet u osób z problemami z tarczycą.

A.K.: Czy możemy obalić jakieś mity na temat wpływu soi, szczególnie na zdrowie kobiet?

M.D.: Soja jest czasem demonizowana jako składnik rzekomo wywołujący zaburzenia hormonalne, ale to mit. Badania pokazują, że umiarkowane spożycie soi może być korzystne dla kobiet, zwłaszcza w kontekście menopauzy. Izoflawony w niej zawarte mają łagodny wpływ na równowagę hormonalną i mogą pomóc w redukcji objawów menopauzy, takich jak uderzenia gorąca. Jednakże, nadmiar soi, szczególnie w diecie ubogiej w jod, może potencjalnie wpływać na funkcję tarczycy. Kluczowe jest znalezienie równowagi w spożyciu, aby soja mogła być częścią zdrowej, zbilansowanej diety.

A.K.: Jak skutecznie obniżyć ilość goitrogenów w soi, w Internecie można spotkać się z opiniami, że nie da się tego osiągnąć za pomocą gotowania czy obróbki termicznej? Czy na rynku, jak twierdzą niektórzy lekarze, mamy do czynienia już tylko z soją modyfikowaną genetycznie?

M.D.: Aby skutecznie obniżyć ilość goitrogenów w soi, warto zastosować kilka metod przygotowywania i obróbki. Jedną z nich jest fermentacja. Fermentowane produkty sojowe, takie jak miso, tempeh czy natto, mają niższy poziom goitrogenów. Proces fermentacji zmniejsza ilość tych związków oraz poprawia przyswajalność białka. Gotowanie i obróbka termiczna soi, na przykład w formie zupy lub mleka, mogą obniżyć poziom goitrogenów. Ważne jest, aby nie spożywać jej na surowo. Należy też pamiętać o tym, że przed gotowaniem soję należy namoczyć przez kilka godzin lub nawet przez całą noc. Proces ten pomaga zredukować zawartość szkodliwych związków, w tym goitrogenów, również w trakcie późniejszej obróbki cieplnej.

Jeśli zaś chodzi o kwestię dostępności soi modyfikowanej genetycznie, to rzeczywiście większość soi na globalnym rynku jest modyfikowana genetycznie, są to tzw. produk-



ty GMO. Jak się szacuje, ponad 90% upraw soi w niektórych krajach to uprawy GMO, ponieważ taka soja jest bardziej odporna na szkodniki i chwasty. Jednak można znaleźć produkty sojowe oznaczone jako „non-GMO” lub „organic” (ekologiczne). Warto poszukiwać certyfikowanych produktów, jeśli zależy nam na unikaniu soi modyfikowanej genetycznie.

A.K.: Czy osoby z niedoczynnością tarczycy przyjmujące hormony tarczycy powinny spożywać soję, czy raczej jej unikać? Jak soja wpływa na wchłanianie hormonów tarczycy?

M.D.: Dobre pytanie, uważam, że osoby z chorobami tarczycy powinny podejść ostrożnie do spożywania soi ze względu na zawartość izoflawonów, które mogą wpływać na funkcjonowanie tarczycy. Jednak spożywanie soi nie musi oznaczać całkowitego jej unikania, ale raczej zachowania zdrowego rozsądku i umiaru. Soja zawiera izoflawony, takie jak genisteina i daidzeina, które mogą działać jako goitrogeny, czyli substancje wpływające na produkcję hormonów tarczycy. Te związki mogą zakłócać zdolność organizmu do produkcji hormonów tarczycy, zwłaszcza w warunkach niedoboru jodu. Dla osób, które mają niedobory jodu, spożywanie dużej ilości soi może pogłębiać problemy z tarczycą. Izoflawony mogą również zakłócać wchłanianie syntetycznych hormonów tarczycy stosowanych w leczeniu niedoczynności tarczycy. Dlatego pacjenci przyjmujący lewotyroksynę powinni unikać spożywania soi bezpośrednio przed i po zażyciu leku, aby uniknąć interakcji. W przypadku większości osób z chorobami tarczycy umiarkowane spożycie soi, np. w postaci tofu czy mleka sojowego, może być bezpieczne. Kluczem jest zapewnienie odpowiedniego poziomu jodu w diecie oraz nieprzesadzanie z ilością produktów sojowych. Osoby z zaburzeniami tarczycy powinny skonsultować się ze swoim endokrynologiem lub dietetykiem w celu dostosowania diety, szczególnie jeśli przyjmują leki stosowane w chorobach tarczycy. Podsumowując, osoby z chorobami tarczycy powinny spożywać soję z umiarem, zachowując ostrożność co do interakcji z lekami oraz upewniając się, że ich poziom jodu jest odpowiedni.

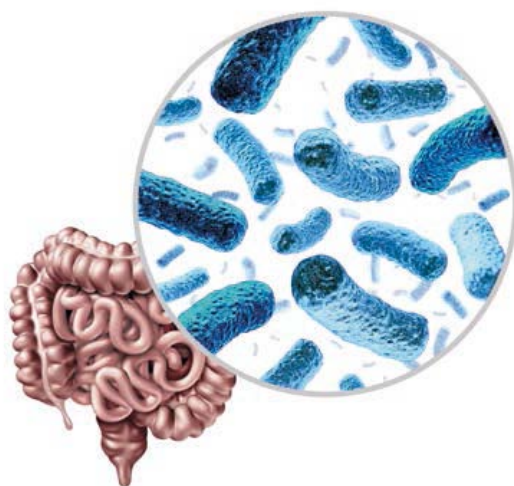
A.K.: W ostatnim roku pojawiły się nowe badania wskazujące na wpływ mikrobiomu jelitowego na funkcjonowanie tarczycy. W jaki sposób zdrowie naszych jelit może oddziaływać na produkcję hormonów tarczycy, szczególnie w kontekście diety bogatej w goitrogeny?

M.D.: Badania nad mikrobiomem jelitowym stają się fascynującym polem eksploracji w kontekście zdrowia hor-

monalnego. Jelita są miejscem, gdzie następuje wchłanianie składników odżywczych niezbędnych do syntezy hormonów, takich jak jod i selen. W ostatnich badaniach wykazano, że mikrobiom pełni rolę mediatora, pomagając w przyswajaniu tych pierwiastków i wpływając na aktywność enzymów tarczycowych. W przypadku goitrogenów, które mogą hamować syntezę hormonów tarczycy, zdrowy mikrobiom pomaga zminimalizować te efekty poprzez zwiększenie biodostępności kluczowych składników odżywczych. Dbanie o florę bakteryjną jelit poprzez dietę bogatą w błonnik, fermentowane produkty i probiotyki może zatem pozytywnie wpłynąć na ogólną równowagę hormonalną, wzmacniając odporność organizmu na negatywny wpływ goitrogenów.

A.K.: Czy goitrogeny mają wpływ na hormony inne niż te produkowane przez tarczycę, a jeśli tak, jakie są najważniejsze fakty w tej kwestii?

M.D.: Choć goitrogeny głównie kojarzą się nam z funkcjonowaniem tarczycy, coraz więcej dowodów sugeruje, że mogą również wpływać na inne hormony. Przykładem są izoflawony zawarte w soi, które mogą mieć łagodny wpływ na estrogeny i progesteron. U kobiet mogą one przynieść korzyści w okresie menopauzy, redukując objawy, takie jak uderzenia gorąca. U mężczyzn jednak nadmierna konsumpcja soi może obniżać poziom testosteronu. Dlatego warto zachować równowagę w spożyciu i dostosować dietę do indywidualnych potrzeb hormonalnych.



A.K.: W jaki sposób nowe metody diagnostyczne, takie jak analiza genetyczna, mogą pomóc w identyfikacji indywidualnej podatności na wpływ goitrogenów?

M.D.: Analiza genetyczna zrewolucjonizowała podejście do medycyny, otwierając drzwi do spersonalizowanego leczenia i prewencji. W przypadku tarczycy coraz częściej możemy zidentyfikować indywidualne predyspozycje do zaburzeń związanych z goitrogenami. W 2023 roku zaczęły się pojawiać testy identyfikujące warianty genów, które wpływają na zdolność metabolizowania substancji z diety, w tym goitrogenów. Osoby z określonymi mutacjami mogą być bardziej podatne na negatywne efekty diety bogatej w te związki. Dzięki tej wiedzy możemy stworzyć zindywidualizowane zalecenia dietetyczne, minimalizując wpływ goitrogenów u osób zagrożonych niedoczynnością tarczycy.

A.K.: Z jakimi nowymi wyzwaniami związanymi z goitrogenami i ich wpływem na tarczycę zmierzmy się w przyszłości, biorąc pod uwagę zmieniające się trendy żywieniowe?

M.D.: Zmieniające się trendy żywieniowe mogą mieć głęboki wpływ na funkcjonowanie tarczycy. Rosnąca popularność diet roślinnych czy ograniczających sól może zwiększyć spożycie produktów bogatych w goitrogeny, takich jak soja i warzywa krzyżowe, przy jednoczesnym zmniejszeniu podaży jodu. Wprowadzenie produktów fermentowanych czy jodowanych może być zatem kluczowe. Jednocześnie musimy również znaleźć pewnego rodzaju balans między korzyściami płynącymi z diety roślinnej a potencjalnym ryzykiem dla tarczycy. W przyszłości musimy skupić się na opracowywaniu bardziej kompleksowych zaleceń dietetycznych, które będą uwzględniały te trendy, jednocześnie zapewniając wsparcie funkcji tarczycy poprzez badania przesiewowe, suplementację i edukację naszych pacjentów. ■



Jesteś pielęgniarką, pielęgniarzem?
Doświadczyłeś/aś znęcania się (workplace bullying) w miejscu pracy
ze strony przełożonego/współpracowników/członków zespołu
terapeutycznego?

POWIEDZ STOP!

WYPOWIEDŹ
SIĘ

Wypełnij ankietę



PRZEKAŹ
DALEJ

Zachęć swoich znajomych
do wsparcia naszych
działań.

WEŹ UDZIAŁ W WYWIADZIE

Możesz wziąć udział w anonimowym wywiadzie indywidualnym. Opowiedz
nam o tym czego DOŚWIADCZYŁEŚ/DOŚWIADCZYŁAŚ.
Wierzymy, że każdy głos ma znaczenie.


po więcej szczegółów napisz na adres e-mail: skn.nursingethics@umlub.pl

OBSERWUJ NASZE
DALSZE DZIAŁANIA



SKN HISTORIJKÓW I ETYKÓW
PIELĘGNIARSTWA I
POLECENICTWA



 Przepis na pielęgniarstwo



#EndNursingAbuse

„Wieloplaszczynowa diagnoza występowania zjawiska workplace bullying wśród studentów
pielęgniarstwa i pielęgniarek/pielęgniarzy aktywnych zawodowo oraz analiza wpływu znęcania się
w miejscu pracy na zjawisko wypalenia zawodowego”
Nr zgody Komisji Bioetycznej: KE-0254/93/05/2024

Program stypendialny UMWD

dla studentów 3-go roku studiów I stopnia

- PIELĘGNIARSTWA • POŁOŻNICTWA •
- RATOWNICTWA MEDYCZNEGO •



zyskaj!

1500 zł
miesięcznie

Termin składania wniosków
3.10.- 25.10.2024 r.

Regulamin
i wnioski dostępne na:



www.umwd.dolnyslask.pl/zdrowie/aktualnosc
www.bip.dolnyslask.pl/ogloszenie

Nie zwlekaj!
Złóż wniosek!

MAM 25 LAT



**DOLNY
ŚLĄSK**

Projekt realizowany przez
Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego