

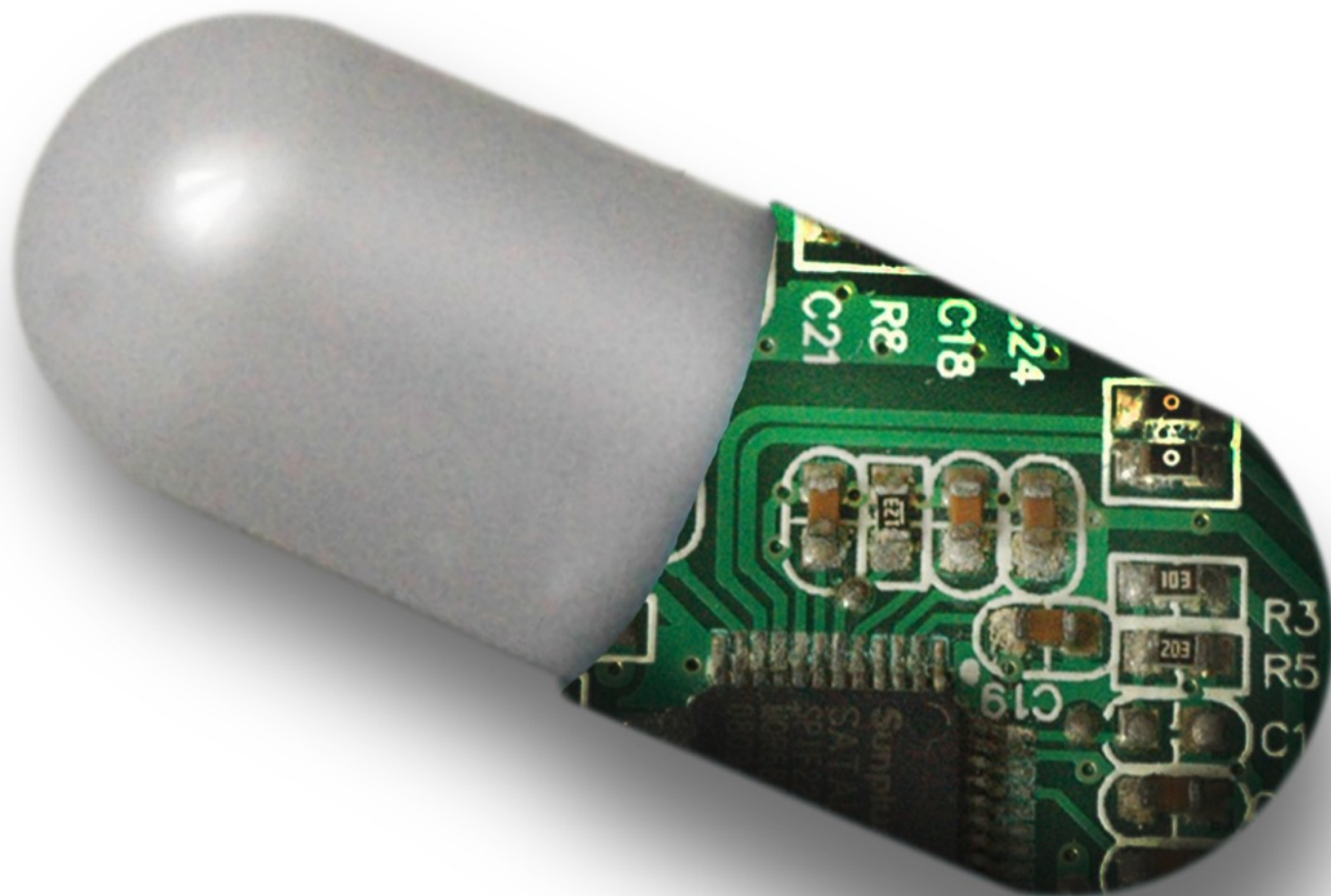


Dodatek do Gazety AMG

Remedium



FARMACJA- ABSOLWENT NA ROZDROŻU



Czas na empatię w medycynie
Pułapki zdrowego odżywiania

Przyszłość wyznacza globalne trendy

Remedium


facebook.com/remedium.gumed

Polub nas na



Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów niezamówionych, a także prawo do skracania i adiustacji tekstów oraz zmiany ich tytułów. Wyrażane opinie są poglądami autorów i nie zawsze odzwierciedlają stanowisko redakcji oraz Uczelnianego Samorządu Studenckiego.

W TYM NUMERZE:

Student Exchange Programme	3
Co z tą farmacją? Studenci walczą o swoją przyszłość	6
Egzotyczne koło	9
Houston mamy problem	10
SKN Chemii Fizycznej	12
Stetoskop	14
Nie można uciec od samego siebie	15
Studenci nie zawiedli	17
W pułapce zdrowego odżywiania	18
Spotted: GUMed	20
Coaching zdrowia	22



Przemysław Waszak
redaktor
prowadzący
Remedium

Zawód farmaceuty wydaje się być dziś wyjątkowo niedoceniany, a przecież jest potrzebny jak żaden inny. Ostatnia zmiana prawa farmaceutycznego wprowadziła apteki w spory kryzys, a adeptów farmacji postawiła w niepewnej sytuacji dotyczącej stażu. Choć 75% farmaceutów zarabia obecnie 4200 zł i więcej, to w żadnym wypadku nie należy liczyć, że kolejne lata nie przyniosą zmian. Te coraz wyraźniej dochodzą do głosu jako trendy – ogólne kierunki zmian, które obejmują swoim zakresem cały świat (lub chociaż konkretną kulturę, np. cywilizację zachodnią) i są nieodwracalne. Nie można nad nimi przejść obojętnie ani nie można ich obejść. Koniecznością powinno stać się dostosowanie do nich tak, aby przez zaniechanie nie znaleźć się w ogniu gospodarczego i społecznego rozwoju.

Główne kierunki takich zmian to:

1. Zmiana paradygmatu dotychczasowego profilu farmaceuty. Farmacja apteczna będzie miała coraz mniejsze znaczenie. Dziś w Polsce ponad 90% absolwentów wybiera właśnie tę drogę. Jednak coraz większe znaczenie będzie mieć farmacja przemysłowa lub kliniczna. Zwłaszcza ta ostatnia jest ważna w kontekście indywidualizacji terapii. Specjalista farmacji szpitalnej powinien standardowo wejść w skład zespołu terapeutycznego.
2. Również samą aptekę czeka ewolucja. Nie ma uzasadnienia traktowania farmaceuty jedynie jako sprzedawcy dysponującego lekami. W zachodniej i północnej Europie apteki stają się placówkami ochrony zdrowia z krwi i kości. Aptekarz jest źródłem informacji na temat zdrowia, zwłaszcza dla chorych przewlekle, zaś apteki stają się miejscem, gdzie wykonuje się niektóre nieinwazyjne badania diagnostyczne, np. pomiar ciśnienia. Niektóre systemy opieki zdrowotnej idą jeszcze dalej i wprowadzają nawet kontraktowanie usług opieki farmaceutycznej przez narodowego płatnika.
3. Aby lepiej móc realizować zadania opieki farmaceutycznej, większy nacisk w kształceniu farmaceutów powinien zostać położony na znajomość podstaw medycyny ogólnej (kosztem zwłaszcza nauk chemicznych).

Sama branża farmaceutyczna zmienia się na naszych oczach nie do poznania. W bieżącym roku, według prognoz, połowa globalnego wzrostu ekonomicznego będzie pochodziła od firm farmaceutycznych! Nie oznacza to jednak, że nasz rodzimy sektor czeka to samo. W Polsce produkuje się praktycznie tylko generyki, za to za opisywany powyżej wzrost odpowiedzialne będą przede wszystkim leki innowacyjne. Licząc się z tymi wszystkimi wyzwaniem, proponujemy Wam lekturę nowego *Remedium*, poświęconego właśnie przyszłym absolwentom Wydziału Farmaceutycznego.

Redakcja: Kamila Bembien, Łukasz Budyńko, Paulina Kalinowska, Mateusz Kapelan, Kryspin Kiedrowski, Anna Kowalczyk, Małgorzata Krzeszowska, Zuzanna Lewicka (wicedaktor prowadząca), Małgorzata Patejko, Dymitr Rychter, Damian Świeczkowski, Agnieszka Szelażek, Wiola Urban, Przemysław Waszak (redaktor prowadzący)

Stali współpracownicy: Anna Kluk, Piotr Łukasiewicz, Marianna Rogowska

Korekta: Joanna Śliwińska, Jolanta Świerczyńska-Krok

Pomoc techniczna: mgr Tadeusz Skowrya

Zdjęcia: materiały autorów, www.sxc.hu,

Okładka: Agnieszka Borowska

Remedium stanowi dodatek do Gazety AMG

Redaktor naczelny Gazety AMG: prof. Wiesław Makarewicz

Student Exchange Programme – jak połączyć przyjemne z pożytecznym?

Czy praktyki wakacyjne muszą być złem koniecznym? Tak traktuje je większość studentów i do tej pory myślałam podobnie. Prawda jest jednak zupełnie inna. Jako dowód przedstawiam relacje trzech dziewczyn, studentek farmacji, które wzięły udział w SEP-ie. To projekt IPSF (International Pharmaceutical Student Federation), w ramach którego przyszli farmaceuci mogą wyjeżdżać na praktyki do wybranego przez siebie kraju. Możliwości jest naprawdę dużo. Do wyboru jest ponad 60 państw z całego świata. Praca nie ogranicza się tylko do apteki otwartej. Praktyki można odbyć także w przemyśle, aptece szpitalnej i ośrodkach naukowo-badawczych. Wyjazd zazwyczaj trwa od jednego do trzech miesięcy. Kto może aplikować? Każdy student farmacji należący do organizacji podlegającej IPSF. W Polsce taką organizacją jest Młoda Farmacja. Czy są z tego korzyści? Jest ich z pewnością dużo, a odpowiedź znajdziecie w poniższych opisach. Zapraszam do lektury!

Małgorzata Patejko

IV rok, farmacja

Jak trafiłam do Serbii? Hmm... może od początku. Przychodząc ponad trzy lata temu pierwszy raz na spotkanie Młodej Farmacji nie myślałam o wyjeździe na SEP. Całe szczęście zdecydowałam się rok temu aplikować na wakacyjne praktyki zagraniczne, bo kiedy jak nie teraz! Serbia była państwem, które wybrałam na drugim miejscu i to do tego na kilka dni przed zakończeniem zapisów. No i udało się! Praktykę w aptecę otwartą odbyłam w położonym na południu kraju mieście Nis wraz ze studentami z Czech i Niemiec. Jak wygląda praca farmaceuty w tym kraju? Serbskie apteki są bardzo podobne do polskich, ale wykonuje się tam o wiele więcej leków recepturowych. Dzięki temu mogłam podszkolić swoją wiedzę o nich i wykonać leki, których nie spotkałabym na polskich receptach. Ku mojemu wielkiemu zaskoczeniu w aptecę znajdowało się wydzielone miejsce do konsultacji farmaceuty z pacjentem, co w naszych aptekach, niestety, jest bardzo

rzadko spotykane. W tych bałkańskich, w godzinach porannych nie zobaczymy kolejki ciągnącej się do samych drzwi, jak to bywa u nas. Takie kolejki w Serbii spotkałam w nocy. W aptecę czynnej całą dobę najwięcej pacjentów mogliśmy zobaczyć późnym wieczorem. Powód? Temperatura! W dzień około 40° C – życie rozpoczyna się po zachodzie słońca,

gdy wychodząc na zewnątrz można odetchnąć chłodnym powietrzem, odwiedzić aptekę i zaopatrzyć się w leki na kolejny dzień. Dla mnie SEP był nie tylko praktyką, ale również czasem poznawania wspaniałych ludzi z całego świata i zawiązywania przyjaźni. Spędzenie miesiąca w tym kraju pozwoliło mi bliżej przyjrzeć się codziennemu życiu i serbskiej kulturze. Poza tym to duża dawka samodzielności i świetny trening angielskiego, zwłaszcza gdy jest się jedyną osobą ze swojego kraju. Tego wszystkiego z pewnością nie doświadczymy jadąc na wakacje z przewodnikiem czy biurem podróży, więc warto angażować się w działalność Młodej Farmacji, aby później móc jechać na SEP!



Serbia – Agnieszka Szelażek, farmacja – V rok

→





Od zawsze marzyłam, by odwiedzić Portugalię. Kiedy dowiedziałam się, że mam możliwość połączenia przyjemnego z pożytecznym, w tym zdobycia nowych doświadczeń i wzbogacenia CV oraz nie ukrywam – przeżycia fajnych wakacji, długo się nie wahałam i postanowiłam wyjechać na SEP. Dwa lata temu aplikowałam na pierwszym miejscu o wyjazd do Portugalii, niestety nie udało mi się wyjechać w wybranym terminie. Trafiłam do Bratysławy. Niedaleko, aczkolwiek to były jedne z fajniejszych wakacji, które oprócz sprawdzenia się i podszkolenia języka (gdyż pojechałam tam sama) dały mi możliwość zwiedzenia wielu pięknych, okolicznych stolic. Jak to się mówi – najciemniej pod latarnią. Nie zwiedzić Bratysławy, Pragi, Wiednia i mojego ulubionego – Budapesztu to naprawdę duża strata. Nie pojechałam do Portugalii, lecz Portugalia przyjechała do mnie. Na miejscu poznałam przemiłe dziewczyny z Porto. Było ich jedenaście. Ogromne patriotki, które jeszcze bardziej zachęciły mnie do odwiedzenia ich kraju. Minął rok, a mi po głowie nie przestała chodzić Portugalia. Tym razem obrałam już konkretny kierunek – Porto, tylko i wyłącznie. Aplikowałam w lipcu, w przeciwieństwie do poprzedniego roku i udało się! Okazało się, że w tym roku Polacy mieli szczęście. Wielu dostało

się w to samo miejsce, w tym sześć studentek z Gdańska. Porto... przepiękna niewielka miejscowość położona nad Oceanem Atlantyckim, przepelniona górzystymi terenami. Niemalże przez środek miasta przepływa rzeka Douro, co wzbogaca jej malowniczy krajobraz. Wszystko to sprawia, że łatwo poczuć się tam jak w raju. Nie zapominając o świeżych owocach, dobrym winie i przepysznej kawie za kilkadziesiąt centów. Dzięki koleżankom poznanym na poprzednim SEP-ie miałam możliwość odkrycia portugalskiej kultury od jej nieturystycznej strony i to było piękne przeżycie. To dowód na to, że wszystko dzieje się po coś. Moje praktyki były również ciekawym doświadczeniem. Wybrałam research na uczelni i wyładowałam w Katedrze Technologii Postaci Leku. To było nietypowe badanie, gdyż pracowałam z... pumeksem. On kojarzy nam się z jednym. Okazuje się jednak, że próbuje się go zastosować jako emulsję do opalania, z tą różnicą, że wykorzystuje się dużo mniejsze cząstki. Innym zastosowaniem okazały się specjalne sztyfty do złuszczenia skóry twarzy. Postać inna niż uczymy się na studiach. Po ustaleniu składu, który okazał się najbardziej trwały, jednocześnie najprzyjemniejszy dla skóry, na wybranych ochotnikach przeprowadzaliśmy testy skórne przed i po aplikacji obu postaci. Brzmi przyjemnie i tak właśnie było. Gorąco polecam!

Portugalia – Paulina Morzycka, farmacja – V rok





substancjami narkotycznymi czy psychotropami. Potem już tylko stali z boku, kontrolując co robię i dzięki temu miałam możliwość wykonania każdej postaci leku. Muszę przyznać, że receptura ciekawsza niż w Polsce, bardziej różnorodna. Dostępne są gotowe, złożone podłoża, czasem już z dodatkami pewnych substancji. Codziennie miałam co robić. Pracowałam od poniedziałku do piątku zwykle od godz. 9 do 13, ale to zależało ode mnie. Gdy chciałam mogłam zostać dłużej, jeżeli były jeszcze recepty lub iść wcześniej o godz. 12, gdy już ich nie było. Cały czas, jak tylko czegoś potrzebowałam, miałam kontakt z LEO i jej pomocnikami. W czasie mojego pobytu zorganizowano wycieczkę do Phoenix w Pradze. Mieliśmy możliwość zobaczyć cały zakład od środka i uzyskać odpowiedzi na wszystkie nurtujące nas pytania. Była to również świetna okazja, aby poznać innych SEP-owiczów z Czech i ich LEO. Z moją współlokatorką zostaliśmy dzień dłużej w Pradze, by mieć 2 dni na zwiedzanie i to był strzał w 10!

Miasto jest piękne i ciekawe. Był akurat „SEP weekend” w Karlovych Varach. Zorganizowano różne atrakcje takie jak rafting, zwiedzanie zamku Loket, wieczory w tea roomach, spacer po muzeum Beherovki połączone z degustacją czy wjazd gondolą na górę nad Karlovymi Varami.

Naprawdę warto pojechać do Czech, bo jest tam bardzo dobra organizacja (przynajmniej w Karlovych Varach tak było). Gdy przyjechałam wszystko było gotowe i zaplanowane, nie musiałam nigdzie sama biegać, szukać i martwić się cokolwiek. SEP w Karlovych Varach mogę polecić z czystym sumieniem. Można się dużo nauczyć w aptece w przyjemnej atmosferze, jak i poznać Czechy, bo apteka nie robiła żadnych problemów, jeśli się chciało wziąć 2 dni wolnego na zwiedzanie czy wyjazd. Miasto przepiękne i blisko od Pragi (1,5 godz. autobusem).

Czechy – Karolina Orlikowska, farmacja – IV rok

Dojazd do Czech był komfortowy i tani. Jechałam Polskim Busem z Warszawy do Pragi. Tam przesiadłam się na autobus do Karlovych Varów, który przez Internet zabukowałam i kupiła mi LEO (Local Exchange Officer, LEO). Na miejscu czekało na mnie dwóch studentów farmacji. Pomogli mi z bagażem, kupili bilet miesięczny, zaprowadzili do akademika, potem oprowadzili po



mieście, pokazali gdzie można taniej zjeść, supermarkety i inne atrakcje, np. regionalne sklepiki z typowymi przekąskami czy pamiątkami. W aptece dwie osoby znały w pewnym stopniu angielski, ale sami proszą, by mówić po polsku. Pracownicy apteki byli bardzo mili, zawsze pomagali, gdy miałam jakieś pytania, traktowali mnie na równi z innymi pracownikami. Pracowałam cały czas w recepcji, bo byłam po III roku i to miałam w planie praktyk. Wykonywałam wszystkie recepty. Czasem, zwłaszcza na początku oni robili, szczególnie gdy był lek dla małego dziecka z

Mamy nadzieję, że zachęciliśmy studentów farmacji do aplikowania na SEP, a studentów innych kierunków zainspirowaliśmy do szukania podobnych programów. W tym roku akademickim już zakończył się etap lokalny rekrutacji. Z Gdańska 11 osób otrzymało możliwość odbycia zagranicznych praktyk wakacyjnych. Serdecznie im gratulujemy i życzymy niesamowitych wrażeń! □



**Młoda
Farmacja**

Co z tą farmacją?

Studenci walczą o swoją przyszłość

Każdy kto spojrzy na aptekę jak na miejsce pracy dla magistra farmacji widzi spokój, opanowanie, precyzję i rozagę. Taki wizerunek farmaceuty ukształtował się w naszym społeczeństwie przez lata. Apteka dla odwiedzających jest miejscem porady zdrowotnej oraz pierwszym punktem, w którym pacjent rozpoczyna swoje leczenie. Często bywa tak, że dopiero kolejne kroki kieruje do lekarza.

Agnieszka Szelązek

V rok, farmacja

Krzysztof Słomiak

Biotechnologia.pl

Czy ta pozorna oaza spokoju nie ma żadnych wad? Niestety ma. W polskim prawie pojawia się wiele niezgodności odnośnie tego, co byłoby najlepsze dla pacjenta, farmaceuty i funkcjonowania apteki jako placówki ochrony zdrowia. By apteka była placówką ochrony zdrowia w pełnym znaczeniu tego słowa, potrzebnych jest wiele zmian i zaangażowania całego środowiska farmaceutycznego. Priorytetowe są zmiany w prawie, które byłyby podwaliną do wdrażania innowacji w pracy farmaceutów i zobowiązały do poczynienia kroku naprzód, do zmian i potrzeb jakie stawia przed nami przyszłość rozwoju farmacji i opieki farmaceutycznej. Pierwszy krok w tym kierunku poczynili studenci V roku farmacji Wydziału Farmaceutycznego naszego Uniwersytetu. Przy pełnym poparciu zarówno władz Wydziału, jak i profesorów napisali w grudniu 2012 r. petycję do ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza.

– Co nas skłoniło do napisania petycji? Do tej pory przyglądaliśmy się niepokojącym zmianom, które zaszły w świecie farmaceutycznym przez ostatnie 5 lat, czyli od momentu rozpoczęcia przez nas studiów farmaceutycznych. Od kilku lat również nasi wykładowcy zwracają uwagę na coraz większe problemy z jakimi boryka się nasza branża. Teraz kiedy jesteśmy już na V roku i przyszłość stoi przed nami otworem, postanowiliśmy o nią walczyć. I o zawód, który wybraliśmy – opowiadają gdańscy studenci farmacji.

Ta odważna inicjatywa, zapoczątkowana przez tak młodych ludzi, zyskała uznanie wśród studentów farmacji z jednostek naukowych w całym kraju. Pod petycją podpisało się około 4 tysiące studentów. W ten sposób wyrazili jedność swojego zdania co do przyszłości zawodu. Niestety, w ostatnim czasie w środowisku farmaceutycznym nie jest to dość powszechne. Gdańsk stał się iskrą rozpalałą dyskusję w całej Polsce, zarówno wśród magistrów farmacji, jak i techników farmaceutycznych na temat tego, co będzie dalej z zawodem farmaceuty. Dokument studentów poruszył tylko część problemów trapiących przyszłych adeptów sztuki farmaceutycznej. Fakt, że studenci postanowili wziąć swoją przyszłość w swoje ręce

nie wynika jedynie z obawy o przyszłą pracę, lecz głównie z troski o dobro pacjenta i możliwość wykorzystania w pełni wiedzy, jaką posiadają po ukończeniu studiów. Powinna ona zostać wykorzystana w każdym miejscu, gdzie pojawia się problem dostosowania farmakoterapii czy opieki farmaceutycznej. Apteka obecnie staje się placówką biznesową, a zmierzać powinna w zupełnie odwrotnym kierunku, w którym podążają nowoczesne kraje Europy Zachodniej. – Na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym byłam osobą odpowiedzialną za rozpropagowanie petycji – idei i jej treści – opowiada Marta Dorocińska, studentka III roku farmacji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. – Pomysł od razu przypadł mi do gustu. Dlaczego? Bo jako student farmacji mam już dość odpowiadania na zarzuty znajomych: tyle się uczysz, żeby być kasjerką? Niestety, jest to częste zjawisko, które mnie, jako przyszłą farmaceutkę, boli. Dlatego prawidłowe postrzeganie zawodu farmaceuty wydaje mi się tak bardzo istotne, nie tylko z perspektywy własnych ambicji, ale przede wszystkim z perspektywy pacjenta – tak mało świadomego pacjenta.

Określenie zawodu farmaceuty jako zawodu medycznego.

Konieczność sprzedaży leków tylko w aptekach.

Dokładne i szczegółowe określenie czynności pomocniczych, które może wykonać technik farmaceutyczny samodzielnie oraz tylko pod nadzorem farmaceuty.

Dyspensowanie leków i udzielanie pełnej informacji o nich powinno być zarezerwowane wyłącznie dla osoby z wykształceniem uniwersyteckim.

Wymóg noszenia identyfikatorów przez pracowników aptek.

Obowiązek zatrudniania magistra farmacji w szpitalach.

Rola farmaceuty w oczach polskiego pacjenta jest znikoma, a niebezpieczeństwo niewłaściwej farmakoterapii ogromne. Ale jak dotrzeć do szerszego grona odbiorców? I tu pojawia się słowo-klucz: petycja – pierwszy krok ku zmianie na lepsze. Muszę przyznać, że nie spotkałam się z negatywnymi opiniami na jej temat wśród studentów WUM-u. Środowisko przyszłych farmaceutów okazuje się być świadome. Widzi, że nie jest tak jak być powinno. I trzeba to zmienić. Dlatego pod petycją podpisywał się niemal każdy, gdy tylko przeczytał jej treść. Wspólnie mamy nadzieję, że akcja na taką skalę zasygnalizuje problemy opisane w petycji organom wyższej instancji. Do tej pory mówi się, że wśród środowisk medycznych to farmaceuci nie trzymają się razem. Czas pokazać, że jest inaczej – komentuje Marta Dorocińska.

W petycji zwrócono uwagę na fakt, że zawód farmaceuty według prawa polskiego nie jest zawodem medycznym, z czego zapewne bardzo niewiele osób zdaje sobie sprawę. W tym momencie możemy sobie zadać pytanie czy farmaceuta jest tylko osobą wydającą lek i paragon? W naszej gestii leży też poinformowanie pacjenta o wszelkich aspektach związanych z prawidłowym przyjmowaniem leku oraz odpowiedzi na każde pytanie farmaceutyczne. Apteka powinna być miejscem edukacji zdrowotnej, miejscem szerzenia świadomości bezpieczeństwa stosowania leków i ich zażywania przez pacjenta. Kolejną kwestią jest dostępność leków w prawie każdym sklepie spożywczym, kiosku, drogerii, stacji paliw, a niekiedy, co jest zatrażające nawet w sklepie monopolowym, gdzie obok napojów alkoholowych możemy zobaczyć, np. leki przeciwbólowe. Jedynym miejscem przeznaczonym do wydawania leków dla pacjenta niehospitalizowanego powinna być apteka. Kupując leki tylko w tej placówce możemy być pewni, że lek był przechowywany prawidłowo i ma odpowiednią jakość. Odwiedzając aptekę często nawet nikt nie zastanawia się nad tym, co dzieje się z lekiem od momentu opuszczenia taśmy produkcyjnej do momentu, gdy trafi na apteczne półki. Magister farmacji powinien stać na straży jakości leku i dobra pacjenta. Z pewnością pani czy pan w sklepie nie zapewnią tej jakości ze względu na brak dostatecznej wiedzy.

Najważniejszymi punktami petycji są:

Jednoznaczne określenie zawodu farmaceuty jako zawodu medycznego.

Konieczność sprzedaży leków tylko w aptekach.

Dokładne i szczegółowe określenie czynności pomocniczych, które może wykonać technik farmaceutyczny samodzielnie oraz tylko pod nadzorem farmaceuty.

Dyspensowanie leków i udzielanie pełnej informacji o nich, powinno być zarezerwowane wyłącznie dla osoby z wykształceniem uniwersyteckim.

Wymóg noszenia identyfikatorów przez pracowników aptek.



6. Obowiązek zatrudniania magistra farmacji w szpitalach (zwłaszcza uniwersyteckich) na stanowisku farmaceuty klinicznego oraz jego uczestnictwo w zespole badawczym.

– Uważam, że w naszym kraju istnieje silna potrzeba zmian dotycząca zawodu farmaceuty. Dlatego bardzo dobrze, że studenci podjęli się tak trudnego tematu i stworzyli powyższą petycję – twierdzi Milena Barasińska, stażystka, studentka VI roku farmacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Zgadzam się z postulatem zakazu sprzedaży leków w miejscach innych niż apteka, również idea obowiązku zatrudniania magistra farmacji na stanowisku farmaceuty klinicznego jest mi bliska. Niestety absolutnie się nie zgadzam z próbą sprowadzenia techników do taniej siły roboczej w aptece. Owszem podział obowiązków powinien istnieć i istnieje. Nie uważam, aby odebranie technikom większości praw było rzeczą korzystną. Owszem magister farmacji kształci się o wiele dłużej i w szerszym zakresie niż technik farmaceutyczny i powinien być lepiej przygotowany do opieki nad pacjentem. Nie ukrywamy jednak istotnego faktu: studia tak naprawdę nie przygotowują nas do pracy w zawodzie. Dopiero na stażu uczymy się faktycznego sprawowania opieki farmaceutycznej. To lata pracy i doświadczenia są kluczem do sukcesu. Nie powinniśmy pogłębiać już istniejących podziałów, powinniśmy się WSZYSCY zjednoczyć, zarówno magistrowie, jak i technicy i walczyć o rzeczy bardziej istotne niż zapewnianie sobie miejsc pracy poprzez usuwanie techników w cień.

Petycja poruszyła również inne problemy nurtujące studentów, jednak jest to tylko wierzchołek góry lodowej. Nie tylko wymaga to zmian w prawie, lecz również chęci samych magistrów farmacji do wkroczenia w czas rozwoju i zmian, które na pewno nie będą łatwe, lecz z pewnością przyniosą korzyści pacjentowi. By tak się stało, potrzebna jest jedność głosu całego środowiska farmaceutycznego – magistrów i techników farmacji. Tylko w ten sposób jesteśmy w stanie coś zmienić. Należy dojść do porozumienia, które doprowadzi do rozwoju apteki jako placówki ochrony zdrowia publicznego, opieki farmaceutycznej oraz do wykorzystania w pełni umiejętności absolwenta Wydziału Farmaceutycznego, co da satysfakcję magistrów i pacjentowi, który będzie mógł poczuć się bezpiecznie. →

Nie brakuje również głosów sceptycznych. Najważniejszy nie jest jednak sam głos krytyki, lecz zasadna argumentacja. – Jako student biorący udział w projekcie badawczym w londyńskim szpitalu mam okazję przyglądać się tutejszemu systemowi opieki zdrowotnej – komentuje Mateusz Wasiak, student V roku farmacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. – Angielskie realia potwierdzają, że interwencja farmaceuty klinicznego niejednokrotnie chroni pacjenta od

Ważna i widoczna jest tutaj świadomość młodych ludzi. Podkreślają oni podstawowe problemy, których rozwiązanie jest kluczowe dla uzdrowienia systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Studenci walczą z podniesionymi głowami o swoją przyszłość, w którą inwestują swój czas oraz siły. Czy będzie to wstęp nowoczesnej pozycji społecznej i zawodowej, jakiej oczekują magistry farmacji? Dyskusja została rozpoczęta, lecz co dalej?

poważnego uszczerbku na zdrowiu lub nawet śmierci. Poza niewątpliwą wartością ludzkiego życia, brytyjska służba zdrowia może pochwalić się także pieniędzmi zaoszczędzonymi na usuwaniu kosztownych komplikacji. W wyniku jednej poważnej interwencji farmaceuty szpital oszczędza nawet kilka tysięcy funtów. W mojej opinii poważnym błędem gdańskiej petycji jest konfliktowanie środowisk farmaceutów i techników. Nie potrzebna segregacja pracowników aptek nie służy interesom ani pacjentów, ani żadnej z tych grup zawodowych. Za negatywne uważam także restrykcyjne podejście do indywidualnych kompetencji kierowników oraz właścicieli aptek. Narzucanie w prywatnych aptekach jednego poprawnego modelu stroju czy przydzielania zadań pracownikom skłoniły mnie do niepodpisania się pod petycją.

Gdańscy studenci farmacji również zajmują stanowcze stanowisko w tej kwestii. – Chcemy podkreślić, że petycja dotyczy zawodu farmaceuty, a nie zawodu magistra farmacji i technika – mówią. – Uprawnienia technika są jednym z poruszanych tam problemów, ale nie głównym zarzutem i naszym celem. Petycja została napisana, by walczyć o należną pozycję zawodu, który ostatnimi czasy coraz bardziej traci na wartości. Oprócz farmaceutów tracą na tym również pacjenci, którzy po prostu kupują leki i opuszczają aptekę bez profesjonalnej porady, do udzielania której przygotowani są magistrowie farmacji przez ponad pięć lat kształcenia. Wiemy, że rozporządzeniem Ministra Zdrowia ma być utworzona komisja, w której studenci będą zasiadać jako organ doradczy. Delegatem studentów farmacji z ramienia Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego Parlamentu Studentów RP jest nasza koleżanka, studentka VI roku farmacji Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

– Katarzyna Szymkowska. Dobrze, że mamy przedstawiciela w takim nowo powoływanym organie, co dodaje otuchy i wiary, że być może nastąpią jakieś zmiany.

Media również nagłaśniają sprawę petycji, o czym świadczą m.in. reportaże w TVP Kraków, artykuły w gazetach i na portalach internetowych oraz prowadzone przez internautów dyskusje na różnych forach i platformach. Studenci naszego Wydziału planują także zorganizować konferencję dotyczącą przyszłości zawodu farmaceuty.

Ważna i widoczna jest tutaj świadomość młodych ludzi. Podkreślają oni podstawowe problemy, których rozwiązanie jest kluczowe dla uzdrowienia systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Studenci walczą z podniesionymi głowami o swoją przyszłość, w którą inwestują swój czas oraz siły. Czy będzie to wstęp nowoczesnej pozycji społecznej i zawodowej, jakiej oczekują magistry farmacji? Dyskusja została rozpoczęta lecz co dalej? Czy zostanie zapomniana na kolejne kilka miesięcy czy lat? Petycja trafiła do rąk Ministra Zdrowia, lecz co dzieje się z nią teraz? Czy studenci mogą liczyć na odpowiedź? Czy pozostaje tylko możliwość kolejnych prób działania z nadzieją, że przyszłość przyniesie pozytywne zmiany? Miejmy nadzieję, że odpowiedzi na te pytania wkrótce się pojawią.



Egzotyczne koło

Lubisz podróże? Uwielbiasz poznawać nowe kraje? A może ciekawi Cię problematyka zdrowia ludzi morza? Na naszej Uczelni działa wiele studenckich kół naukowych. Wśród nich jedno, którego uczestnicy zajmują się problemami, z jakimi nie spotkasz się na co dzień w polskim szpitalu powiatowym czy przychodni.

Ewelina Pączek

przewodnicząca

SKN Medycyny Tropikalnej,

V rok, kierunek lekarski

U nas, w Studenckim Kole Naukowym przy Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej masz szansę dowiedzieć się wielu ciekawych rzeczy na tematy, które na pierwszy rzut oka brzmią bardzo egzotycznie. Wychodzimy naprzeciw tym, którzy pragną przybliżyć wiedzę z zakresu zagrożeń zdrowotnych, jakie mogą występować u osób wybierających się w podróż do krajów charakteryzujących się odmiennymi warunkami klimatycznymi i kulturowymi. Dzięki temu zapoznasz się z profilaktyką sanitarno-epidemiologiczną chorób najczęściej występujących w trakcie podróży (biegunka, malaria, cholera, dur brzuszny, WZW A). Ponadto opowiemy Ci o febrze i leishmaniozie. Poznasz przyczynę filariozy, a przez obiektyw mikroskopu obejrzysz nicienie żyjące w odległych krajach i nasze rodowite tasiełce.

Oczywiście poza teorią na naszych spotkaniach staramy się mieć jak najwięcej kontaktu z praktyką. Korzystamy z wiedzy i doświadczenia lekarzy klinicystów pracujących nie

tylko na oddziałach Instytutu, lecz także w Centrum Zdrowia im. św. Łukasza w Kifangodo w Angoli.

Nasza działalność nie ogranicza się jedynie do cyklicznych spotkań. W ubiegłym roku, już po raz drugi, współorganizowaliśmy z naszym Instytutem Międzynarodowy Kongres Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Hiperbarycznej w Nynäshamn w Szwecji. Pierwsze takie spotkanie odbyło się w 2009 roku. Podczas kongresów prezentujemy na sesjach plakatowych nasz studencki dorobek naukowy.

Nasze Koło w obecnym kształcie, którego opiekunem jest dr Andrzej Kotłowski, prowadzi działalność od ubiegłego roku akademickiego. Chociaż nie jest liczne, należy podkreślić, że skupia ono pasjonatów podróży i odkrywania świata. Należą do nich: Katarzyna Rzepecka (V rok), Magdalena Solnica (V rok), Ewelina Pączek (V rok), Karina Prączko (V rok), Rita Sharma (IV rok), Aleksandra Żurek (IV rok) i Jacek Nowakowski (IV rok).

Dla nas medycyna ma słony zapach morza, żar pustynnych piasków, smak indyjskiej masali. Zapraszamy serdecznie na nasze spotkania.

Kontakt: ewelinapaczek@gumed.edu.pl



Houston, mamy problem

Temat obecnego wydania powstał całkowicie przypadkowo. Tym razem nie będzie żadnych recenzji czy felietonów, bo najlepsze tematy przynosi samo życie. Od pewnego czasu zainteresowana jestem niektórymi postawami ludzi. Czy są one pozytywne, czy negatywne, tak naprawdę nie mnie to oceniać. Mogę co prawda wyrazić swoje zdanie i mieć pewien pogląd na różne tematy, ale mimo wszystko staram się być obiektywna w swoich ocenach.



Paulina Kalinowska
redakcja *Remedium*,
IV rok, kierunek lekarski

Nie wiem jak Was, ale mnie ostatnio bardzo zastanawia ogólna niechęć ludzi do wszystkiego. Na każdym kroku spotykam się ze zrezygnowaniem, biernością i apatią. Nie chodzi o to, że oczekuję od wszystkich tryskania energią czy sztucznych uśmiechów, które tylko tuszują wewnętrzne poczucie nieszczęścia, ale pewnego rodzaju naturalności. W innym przypadku przestanę wierzyć w jakiegokolwiek zadowolenie czy satysfakcję. Ostatnio zastanawiałam się z czego może to wynikać i niestety nie znalazłam odpowiedzi. Naprawdę rozumiem to otaczające z każdej strony ogromne poczucie odpowiedzialności i kumulujący się stres, ale dlaczego nikt nie dostrzega tych dobrych stron? Świat medycyny jest niezwykły. Często jesteśmy świadkami rzeczy wielkich, niezrządco cudów. Jako nieliczne środowisko mamy okazję być obecni przy niezwykłych zdarzeniach. Codziennie dotykamy jednocześnie namiastki życia i śmierci. Potrafimy przywrócić akcję serca czy wybudzić kogoś z wieloletniego snu. Umiemy przeszczepiać organy, mamy okazję dotknąć tak niezwykłych części ludzkiego ciała jak serce czy mózg. Potrafimy nieść wiarę i nadzieję. Oczywiście zdarzają się porażki i zdarzać się będą. Nikt nie jest idealny, cały świat nie należy do ideałów. Dlaczego więc tak mało osób potrafi dostrzec tę niezwykłość i specyfikę zawodu? Dla szeroko pojętego ogółu pracownicy medyczni uważani są wręcz za osobistych bohaterów, a siebie samych uważają za niezadowolonych nieszczęśników. A ja, jako osoba z pogranicza jednej i drugiej relacji, zastanawiam się dlaczego tak jest?

Drugą kwestią, która aż bije mnie po oczach, jest brak empatii. Dla mnie jest to naprawdę niesamowite, jak ma-

ło zrozumienia jest w środowisku medycznym. Szpital jako placówka z samej definicji jest miejscem leczenia ludzi chorych. Miejscem, w którym ludzie szukają pomocy i jej oczekują. Praca lekarza nie należy do łatwych, każdy się ze mną zapewne zgodzi. Rozumiem cały nawał pracy, ogromną odpowiedzialność, ale nie rozumiem jak to możliwe, że osoba ze środowiska medycznego komentuje np. stan zdrowia. Na porządku dziennym jest wytykanie bra-

Dla szeroko pojętego ogółu pracownicy medyczni uważani są wręcz za osobistych bohaterów, a siebie samych uważają za niezadowolonych nieszczęśników. A ja, jako osoba z pogranicza jednej i drugiej relacji, zastanawiam się dlaczego tak jest?

ków, a często defektów zdrowotnych. To, co powinno ludzi inspirować do działania, aby łagodzić cierpienie innych stwarza pole do negatywnych komentarzy, naprawdę zbędnych komentarzy. Do tego te złe emocje. Ostatnio byłam świadkiem relacji lekarz – pacjent. Pacjentka cała w nerwach uniosła się – potrzebnie lub nie. Obiektywnie patrząc, nie powinna. Praktycznie w sytuacji, gdzie to choroba zdominowała jej życie, naznaczyła ją na zawsze, gdzie na każdym kroku jest wytykana palcami, wyobcowana ze społeczeństwa i niezrozumiana – pewnie tak. Czy lekarz miał prawo się z tego powodu oburzyć? Miał prawo poczuć się nieswojo, ale według mnie jego kompetencja i doświadczenie powinny uzmysłwić mu, że negatywne emocje kobiety nie godzą bezpośrednio w jego osobę, ale są wyrazem błagania o pomoc. Co zrobił lekarz? Obraził się. Co stało się z pacjentką? Została tradycyjnie pozostawiona sama sobie, nie dość, że z chorobą to jeszcze z przypiętą łatką „histeryczna” i „wariatka”. Dlaczego? Naprawdę nie rozumiem. W sumie brak akceptacji jest dość powszechną sprawą. Czasami wydaje mi się, że nawet troszeczkę zaraźliwą, podobnie jak nieodparta chęć dominowania nad kimś. W tym momencie przypomina mi się historia z początku mojej przygody z medycyną. W pewnym kameralnym szpitalu podczas moich praktyk wakacyjnych miała miejsce dość ciekawa sytuacja, która na długo utknęła mi w pamięci. Cała scena toczyła się podczas obchodu. Zespół na czele z ordynatorem każdy z przypadków omawiał z osobna, standardowo według procedury obchodów. W pewnym momencie doszli do star-



chorym i nieprzystosowanym do życia. Przez ten cały czas walki o lub (jak kto woli) walki z Krzysiem przyglądałam mu się uważnie i postanowiłam go odwiedzić. Rozmawiałam z nim dosłownie 5 minut. Nie stałam nad nim niczym kat. Rozmawiałam bez prośb czy gróźb. Oczywiście Krzys nie chciał ze mną na początku rozmawiać. Czy się obraziłam lub poddałam? Nie, usiadłam na parapecie i w milczeniu patrzyliśmy przed siebie. To był przełom w zachowaniu Krzysia. Tak mało trzeba było zrobić, żeby się dowiedzieć, że Krzys nie je, bo tęskni za tatą, który ma go odwiedzić za parę dni. Był to krzyk milczenia o pomoc i poszukiwanie miłości małego chłopca, który nagle został sam w wielkim mieście, daleko od domu. Niejednego ta sytuacja by przytłoczyła, co dopiero 8-latka. Od tego momentu dużo rozmawiałam z Krzysiem. Razem jedliśmy, bawiliśmy się.

Słuchałam niezliczoną ilość razy opisu samochodu jego taty, żeby przypadkiem nie przegapiła jego przyjazdu. W końcu miałam przyjemność poznać tatę Krzysia i zobaczyć tę wielką radość w oczach dziecka, gdy nareszcie znalazł się ktoś kto rozumie dziecięce obawy. Wystarczyło jedno spotkanie i nagle, niczym za dotknięciem czarodziejskiej różdżki przeminęła celiakia, depresja i jakiekolwiek zaburzenia. Krzys opuścił szpital jako całkowicie zdrowe dziecko. Co by się z nim stało, gdyby jego tata nie przyjechał? Czy ktoś wpadłby na pomysł jak zrozumieć małe dziecko? A może nadal za Krzysiem ciągnąłby się wywiad dziecka chorego i nieprzystosowanego do świata, bo tak było łatwiej. Prościej jest napisać diagnozę niż zrozumieć bądź chociażby starać się spróbować zrozumieć. □

Według mnie świat byłby o wiele lepszy, gdyby ludzie często patrzyli obiektywnie a nie subiektywnie. Czasami brak chęci zrozumienia sytuacji prowadzi do niepotrzebnego zamieszania i niemiłych konsekwencji. Tutaj przypomina mi się sytuacja, która miała miejsce dość dawno temu, kiedy miałam przyjemność towarzyszenia małym pacjentom i zaobserwowania spraw z trochę innego punktu widzenia. Historia dotyczy 8-letniego chłopca, powiedzmy, że ma na imię Krzys. Problem z nim był taki, że nie chciał jeść i przesiadywał całe dni na szpitalnym parapecie, z którego było widać bramę wjazdową na teren szpitala. Krzys wywołał na oddziale wielkie poruszenie, gdyż personel bał się, że ludzie powiedzą, że głodzą dzieci. No więc Krzys, jako nowe wyzwanie personelu, był obiektem codziennych pielgrzymek. Odwiedzali chłopca lekarze, pielęgniarki i dietetycy. Pytali się Krzysia jak się czuje i czemu nie je. Krzys odpowiadał: *Bo nie* i na tym kończyła się rozmowa. Wszyscy urażeni porażką wychowawczą wychodzili ze złością. Klęskę poniosła także psycholog, wszechstronnie analizująca życie chłopca. Krzys nadal nie jadł i przesiadywał na parapecie. Po kilku dniach walki z małym pacjentem, niezliczonych odwiedzin i analiz powstała diagnoza. Nikt nie chciał przyznać się do porażki, dlatego Krzys miał zdiagnozowaną celiakię, depresję i zaburzenia rozwojowe. Według personelu medycznego był dzieckiem

Drugą kwestią, która aż bije mnie po oczach, jest brak empatii. Dla mnie jest to naprawdę niesamowite, jak mało zrozumienia jest w środowisku medycznym. Szpital jako placówka z samej definicji jest miejscem leczenia ludzi chorych. Miejscem, w którym ludzie szukają pomocy i jej oczekują



SKN Chemii Fizycznej – dociekliwość przede wszystkim

Chemia fizyczna jest niewątpliwie jedną z najtrudniejszych dziedzin nauk chemicznych, jakie w ramach studiów poznają przyszli farmaceuci. Nie brakuje jednak studentów, którzy pragną rozwijać swoje pasje, zajmować się dogłębniejszym poznawaniem właściwości fizykochemicznych substancji i ich wpływu na trwałość substancji leczniczej czy jej dostępność farmaceutyczną.



Damian Świeczkowski

III rok, farmacja

Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Chemii Fizycznej ma na swoim koncie już pierwsze pokaźne sukcesy, m.in. Laur Medyczny Wydziału Nauk Medycznych PAN dla studenta V roku – Krzesimira Ciury. Wyniki uzyskanych badań mogą stanowić ciekawy materiał na publikację.

– Formalnie SKN w Katedrze Chemii Fizycznej istniało już wcześniej. Zainicjowałem tylko rozszerzenie zakres jego działalności – mówi prof. Wiesław Sawicki, kierownik Katedry Chemii Fizycznej i dziekan Wydziału Farmaceutycznego. – W czasie moich wykładów z chemii fizycznej dla II roku farmacji nawiązałem dobry kontakt z kilkoma zdolnymi, dociekliwymi studentami, którzy chcieli wiedzieć i robić więcej.

Koła naukowe przyszłością Wydziału

Studenckie koła naukowe są miejscem, w których studenci mogą nabyć pierwsze szlify naukowe, zobaczyć jak od środka wygląda praca badawcza i funkcjonowanie katedr, zupełnie inne od dobrze znanej roli dydaktycznej. – Tego typu inicjatywy powinny być ważnym elementem działalności poszczególnych katedr i zakładów. Problem w tym, że wymaga to zaangażowania i poświęcenia czasu szczególnie ze strony nauczycieli akademickich – dodaje prof. Sawicki. – Korzyści jednak są ogromne. Już na II czy III roku

studiów możemy zainspirować pracą naukową osoby najlepszej, najzdolniejszej. Gromadzą w ten sposób dane naukowe do prac magisterskich, wniosków o granty, a w dalszym etapie prac doktorskich w ramach III stopnia kształcenia.

Specjaliści ds. zarządzania zasobami ludzkimi podkreślają, że korzyści z takiej inicjatywy są oczywiste, nawet jeżeli nie każdy uczestnik koła naukowego podejmie studia doktoranckie na kolejnym etapie edukacji. Naszym przyszłym pracodawcom dajemy sygnał, że potrafimy pracować w zespole i dobrze rozwinęliśmy umiejętności komunikacji i współpracy z innymi, a to bez względu na charakter przyszłej pracy jest zawsze atutem. O tym, że warto przekonywać również Wojciech Gostomczyk, student III roku farmacji.

– Zawsze interesowała mnie fizyka – wspomina. – Lubiłem rozpatrywać wszelkie procesy pod względem fizykochemicznym. Tak akurat się złożyło, że w czasie drugiego roku studiów prowadzone są wykłady z chemii fizycznej. Poruszane na nich zagadnienia okazały się bardzo interesujące, dlatego postanowiłem poruszyć niebo i ziemię, aby w jakikolwiek sposób wdrożyć się w badania prowadzone przez Katedrę Chemii Fizycznej. Najlogiczniejszym wydało mi się skontaktowanie z prof. Sawickim na temat ewentualnego przystąpienia do koła naukowego. Po pozytywnym zdaniu egzaminu, Profesor skontaktował mnie z jednym z pracowników Katedry. W ten sposób rozpoczęła się moja współpraca z Katedrą.

Fundusze dla kół naukowych

Przyznanie Wydziałowi Farmaceutycznego GUMed statusu Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego otworzyło nowe możliwości finansowe przed studenckimi kołami naukowymi.

– Zawsze podkreślam, że największą siłą i wartością naszego Wydziału są ludzie – prężny i stosunkowo młody zespół. W polityce wydatkowania środków z przyznanego nam statusu Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego, którą referowałem na ostatniej Radzie Wydziału wskazałem, że będziemy też wspierać finansowo działalność kół naukowych – mówi prof. Sawicki. – Dotyczy to zarówno środków na odczynniki czy materiały, jak i wyjazdy na konferencje naukowe. Zachęcam wszystkich kierowników jednostek do poszukiwania zaangażowanych studentów. Dajmy im szansę rozwoju, a niewątpliwie przyszłość Wydziału będzie jeszcze lepsza.

Amorfizacja nie taka straszna

Jednym z tematów badawczych, jaki mają okazję zgłębiać studenci w ramach koła naukowego, jest amorfizacja substancji leczniczych i w konsekwencji jej wpływ na rozpuszczalność, szybkość rozpuszczania i dostępność farmaceutyczną. W trakcie badań szuka się również różnic między substancjami amorficznymi uzyskanymi różnymi technikami – witrifikacją, kriomielaniem czy mieleniem kulowym.

– Perspektywy badań obejmują wiele aspektów, które na bieżąco ze studentami weryfikujemy. Na ten moment wykrywały się dwa nurty. Pierwszy związany z oceną wpływu form amorficznych różnych substancji leczniczych na ich właściwości fizykochemiczne, w szczególności na rozpuszczalność, szybkość rozpuszczania oraz dostępność

farmaceutyczną – tłumaczy dr hab. Krystyna Pieńkowska, adiunkt w KiZChF. – Aktualnie realizujemy także badania mające na celu wykazanie wpływu formy krystalicznej oraz amorficznej substancji leczniczych na ich stabilność fizyczną i chemiczną. W tym względzie przygotowujemy manuskrypt do czasopisma naukowego. Zakładamy, że uzyskane rezultaty będą odnosić się nie tylko do wykazania poprawy właściwości dla konkretnej substancji leczniczej wskutek otrzymania form amorficznych, ale oczekujemy wniosków bardziej uniwersalnych.

Osobiście mogę jedynie dodać, że praca w kole naukowym daje wiele satysfakcji, potrafi być inspiracją do intensywniejszej i rzetelniejszej nauki. Najważniejszym jest znalezienie najciekawszego dla siebie obszaru badań, a wtedy dla chcącego nie ma nic trudnego. □



Risus 10 mg

- Pani ma taki zimny wzrok!
- Zgadza się. W prawym –3, w lewym –5.

Dlaczego chirurg operuje w gumowych rękawiczkach?

- Żeby nie zostawiać odcisków palców.

Dlaczego chirurg zakłada maseczkę przed operacją?

- Żeby go pacjent na ulicy nie rozpoznał.

Licealistę zabandażowanego jak mumia przywieziono po operacji na salę. Chory z sąsiedniego łóżka pyta:

- Wypadek samochodowy?
- Nie, błąd drukarski w podręczniku do chemii...

Lekarz wydaje polecenie pacjentowi:

- Proszę zgiąć nogę w kolanie!
- Już się robi, Panie Doktorze! A w którą stronę?

Po badaniu starsza pani zwraca się do lekarza:

- Jakie kolosalne postępy zrobiła medycyna. Gdy byłam młoda, musiałam się przed badaniem rozebrać. A teraz wystarczy, że język pokażę!



STETOSKOP

Co słysząc w świecie nauki?

Większe ryzyko osteoporozy u palących nastolatków

Na początku grudnia 2012 r. *Journal of Adolescent Health* opublikował wyniki badań, z których wynika, że u nastolatków sięgających po papierosy prawdopodobieństwo rozwinięcia osteoporozy jest większe niż u ich niepalących rówieśników. Osteoporoza – choroba tkanki kostnej, w której dochodzi do postępującego ubytku masy kostnej i zwiększonej podatności na złamania dotyka głównie kobiet w wieku pomenapauzalnym. Rozwój choroby może zależeć od wielu czynników związanych z odżywianiem i stylem życia, w tym m.in. od podaży wapnia w dzieciństwie. Naukowcy przebadali blisko 270 zdrowych dziewczyn w wieku od 11 do 19 lat. Na ten wiek przypada bowiem 50% przyrostu masy kostnej. Przez trzy lata dziewczynki przechodziły coroczne badanie densytometryczne kości. U osób przyznających się do palenia papierosów obserwowano obniżony przyrost masy kostnej. Gdy osiągnęły wiek 19 lat, gęstość mineralna ich kości biodrowych oraz lędźwiowego odcinka kręgosłupa była dużo niższa niż u reszty dzieci. W badanej grupie wykluczono wpływ innych czynników (m.in. różnic w podaży wapnia i witaminy D oraz aktywności fizycznej) na rozwój dziewczyn. Dokładny mechanizm oddziaływania palenia papierosów na dojrzewanie kości pozostaje nieznany.

ScienceNews.org

Bakterie jelitowe a ryzyko sercowo-naczyniowe

Wpływ flory bakteryjnej na rozwój chorób sercowo-naczyniowych interesuje świat nauki od dawna. Dowiedziano, iż bakterie jelitowe mogą wpływać na rozwinięcie zespołu metabolicznego poprzez modulację gospodarki lipidowej i indukowanie reakcji zapalnej. Najprawdopodobniej mikroorganizmy mogą również bezpośrednio przyczyniać się do odkładania blaszek miażdżycowych w naczyniach. Jak wiadomo, mimo niejednokrotnie podobnego zwężenia tętnic u różnych pacjentów, obserwujemy u nich zazwyczaj inną częstość występowania incydentów zatorowych – zawałów czy udarów. Badacze z Göteborga spróbowali zbadać czy

skłonność do destabilizacji blaszki miażdżycowej może zależeć od składu flory jelitowej. W tym celu przebadali mikrobiologicznie kał pacjentów z objawową miażdżycą i porównano z wynikami ludzi zdrowych. We florze bakteryjnej pacjentów przeważały bakterie *Ruminococcus*, których ściana bakteryjna zawiera duże ilości immunogennego peptydoglikanu. U ludzi zdrowych wyhodowano znaczny odsetek *Eubacterium* i *Roseburia*, które powodują zwiększone stężenie antyoksydantów we krwi. Naukowcy podejrzewają, że destabilizacja blaszki miażdżycowej może wynikać z zaburzenia równowagi immunologicznej ustroju.

Nature.com/naturecommunications

Pasożyt przejmując kontrolę

Infekcja *Toxoplasma gondi* organizmu myszy powoduje zanik objawu strachu u gryzonia do tego stopnia, iż daje się on złapać i pożyć kotu. Zagadkę, w jaki sposób pasożyt wpływa na mózg myszy udało się rozwiązać naukowcom ze Sztokholmu. Według nich głównym miejscem ataku *T. gondi* są komórki dendrytyczne (DC) układu odpornościowego myszy. Pasożyt się w nich namnaża i razem z nimi roznosi po całym organizmie gryzonia. Infekcja *T. gondi* uaktywnia w komórkach DC produkcję i sekrecję neurotransmitera GABA, który m.in. zmniejsza odczuwanie strachu i złości. Co więcej, oddziałuje on zwrotnie na komórki dendrytyczne, zwiększając jeszcze bardziej ich mobilność. Zmiany zachowania pod wpływem *T. gondi* nie są domeną wyłącznie myszy, objawy zaburzeń osobowości mogą również wystąpić u części zakażonych ludzi. □

Plospathogens.org, Newscientist.com



Zuzanna Lewicka

wicedyrektor prowadząca

Remedium

IV rok, kierunek lekarski

Nie można uciec od samego siebie...

Życie z przewlekłą chorobą nie należy do najłatwiejszych. W codziennym życiu trzeba zwracać uwagę na masę rzeczy, którymi zdrowy człowiek nie musi zawracać sobie głowy. Osoba chora somatycznie najczęściej spotyka się ze współczuciem i wsparciem, natomiast chorobom psychicznym towarzyszy lęk i wyobcowanie.



Jestem chory psychicznie. Cierpię na chorobę afektywną dwubiegunową. Historia mojej choroby rozpoczęła się w klasie maturalnej, kilka lat temu. Zaczęło się dość typowo, kilka miesięcy smutku, myśli samobójczych, kompletnego wyobcowania i alienacji ze społeczeństwa. Potem, w zupełnie niezrozumiały dla mnie sposób, nagle zmiana nastroju, poczucie, że można wszystko i nie ma przede mną żadnych granic. Wyobrażacie sobie nie spać kilka dni, a przy tym dalej czuć niesamowity przypływ energii, niekończące się pokłady entuzjazmu i radości. Potem film nagle urywa się. Obudziłem się w szpitalu. Poinformowano mnie, że muszę poddać się obserwacji psychiatrycznej. Po 6 tygodniach diagnoza – choroba afektywna dwubiegunowa. Od tamtego czasu minęły 4 lata, z czego 3 ostatnie można uznać za wyjątkowo spokojne i wyrównane. Ostatni rok przyniósł natomiast silny nawrót choroby. Śmiało można powiedzieć, że to jazda bez trzymanki.

Możecie zadać sobie pytanie, dlaczego piszę o tym wszystkim teraz i dlaczego w ogóle poruszam ten temat. Na początku wspomniałem, że chorobom psychicznym towarzyszy lęk i wyobcowanie. Uważam jednak, że strach bierze się głównie z niewiedzy. Staram się, jak mogę, nie robić ze swojej choroby sprawy publicznej, ale też nie uważam jej za tajemnicę poliszynele. Czy mogę wstydzić się tego, że zachorowałem? Podobna historia mogła i może spotkać każdego człowieka – teraz czy za 20 lat. Moja choroba jest częścią mnie, wpływa na moje zachowanie, często na bardzo subiektywne spojrzenie na rzeczywistość, ale jednocześnie nie jest całym mną. Osoby z moją chorobą zmieniały świat na lepsze, wniosły bezcenny wkład w rozwój literatury, nauki czy sztuki. Warto tu chociażby wspomnieć wspaniałe, choć tragiczne życie noblisty Ernesta Hemingwaya czy polskiego poety Edwarda Stachury.

Czego się najbardziej boję? Tak naprawdę nigdy nie bałem się kolejnego nawrotu choroby. Współczesna psychiatria dysponuje potężną ilością środków farmakologicznych, wpływających niemal na każdą komponentę szeroko rozumianego zdrowia psychicznego. Nieocenioną pomocą jest psychoterapia. Każdy chory człowiek najbardziej boi się odrzucenia, bycia samotnym w swojej chorobie i walce z nią. Wydaje mi się, że jest to wspólny mianownik chorób somatycznych, jak i psychicznych. Najgorsze i najbardziej bolesne słowa jakie usłyszałem od drugiego człowieka, którego uważałem za bodaj jednego z najlepszych kumpli to te, w których stwierdził, że nie chce się ze mną trzymać, bo jestem chory psychicznie. Reakcja

Jestem chory psychicznie. Cierpię na chorobę afektywną dwubiegunową. Historia mojej choroby rozpoczęła się w klasie maturalnej, kilka lat temu. Zaczęło się dość typowo, kilka miesięcy smutku, myśli samobójczych, kompletnego wyobcowania i alienacji ze społeczeństwa. (...) Potem film nagle urywa się. Obudziłem się w szpitalu.

ludzi jest różna – telefon staje się głuchy, człowiek nie jest zapraszany na wspólne spotkania czy wyjazdy, padają zarzuty, że się niepotrzebnie wprasza. Czasami kontakty urywają się natychmiast, bez słowa wyjaśnienia. Nie brakuje stwierdzeń, że główną winę ponosi osoba chora, bo gdyby była inna wszystko ułożyłoby się dobrze. Trzeba powiedzieć jednak również, że nie brakuje ludzi (choć są oni w mniejszości), którzy są obok w najtrudniejszych momentach. Bardzo im za to dziękuję. Nie brakuje przykładów pełnych heroizmu. Jeden z najwybitniejszych polskich psychiatrów, zamordowany razem ze swoimi pacjentami przez hitlerowskich okupantów jesienią 1939 roku, Józef Władysław Bednarz zwykł mawiać, że *miarą człowieczeństwa jest stosunek do ludzi chorych psychicznie*. Lekarza cechował głęboko humanistyczny i przyjacielski stosunek do chorych. Mówiono o nim, że tworzył pomost między mentalnościami. 15 października 1939 roku rozpoczęła się trwająca blisko tydzień akcja eksterminacji pacjentów szpitala psychiatrycznego w Świeciu. 1350 chorych wywieziono na teren żwirowni w Mniszku pod Świeciem, gdzie zostali rozstrzelani lub zaćluczeni przez członków SS





ze specjalnej jednostki Wachsturbann „Eimann”. Pozostałych pacjentów w większości wywieziono do szpitala psychiatrycznego w Kochborowie, a następnie zamordowano w Lesie Szpęgawskim. Wśród ofiar znajdowało się 120 dzieci, które wywieziono na egzekucję pod pozorem odbycia wycieczki. Doktor Bednarz nie skorzystał z możliwości ucieczki, postanawiając nie opuszczać swoich pacjentów do samego końca. Wraz z jednym ze szpitalnych transportów trafił do żwirowni w Mniszku i tam został zamordowany. Ze względu na okoliczności śmierci bywa czasem nazywany pomorskim Korczakiem.

Często spotykam się z argumentem, że nie bardzo wiadomo, jak być przy osobie chorej. To pewnie trudne i wymagające zadanie. Nie roszczę sobie też prawa do generalizowania i mówienia za ogół chorych. Dla niektórych sprawa zdrowia psychicznego jest bardzo intymna. Wstydzi mi się przyznać, że chodzimy do psychologa, a co dopiero do psychiatry. Często również sytuacja wymusza na chorych poinformowanie najbliższego otoczenia o chorobie, ponieważ trudno w jakikolwiek inny racjonalny sposób wyjaśnić własne zachowanie. Przede wszystkim warto uszanować, że akurat ja zostałem obdarzony takim zaufaniem. Uwierzyć nie jest łatwo drugiej osobie powiedzieć o swojej słabości. Nie mówcie wtedy, że nie jesteście właściwą osobą, że lepiej powiedzieć o tym komuś innemu. Zaufajcie własnej intuicji i empatii. Spróbuj na chwilę spojrzeć na świat oczami osoby chorej, często zagubionej, która czuje strach, że ze wszystkim zostanie sama. Często metoda małych kroków jest najskuteczniejsza. Obserwuj co daną osobę denerwuje, a co sprawia jej przyjemność. Ważne jest, aby chory poczuł się w danej relacji bezpieczny i akceptowany. Dbaj również o swój komfort psychiczny, nigdy jednak kosztem osoby chorej. Mów otwarcie co jest dla Ciebie najtrudniejsze. Moje osobiste doświadczenie pokazuje, że im bardziej czuje się w grupie akceptowany tym lepiej funkcjonuje. To jest właśnie słowo klucz. Zawsze starałem się nie obciążać jednej osoby moimi problemami, z drugiej strony nie bałem się prosić o pomoc. Często wystarczy być, a to naprawdę niewiele. A może uratować drugiej osobie życie.

Wiecie czego pragnę? Być po prostu sobą, nie swoją chorobą! Nie chcę być diagnozą i zespołem objawów, ale człowiekiem, który szczęśliwie funkcjonuje w społeczeństwie, ma wspaniałą dziewczynę i grupę osób, których może uznać za prawdziwych przyjaciół. Być akceptowanym ze swoimi słabościami (tak naprawdę kto ich nie ma?) i spełniać się w życiu zawodowym. Człowiek nie jest samotną wyspą, szczególnie gdy jest chory... Nie uda mi się tego wszystkiego osiągnąć bez leków, pomocy psychiatrów czy psychologów. Przede wszystkim jednak nie zrobię tego wszystkiego, bez Twojej pomocy i wsparcia. Potraktuj to może jako wyzwanie, które stawia przed Tobą życie. Paradoksalnie przyjaźń z osobą chorą psychicznie może uczynić życie bogatszym, pozwala przewartościować niektóre rzeczy, nauczyć się bardziej być niż mieć i uczynić nas bardziej szlachetnymi. Uczy patrzeć na świat, otoczenie i swoje własne uczucia w inny sposób. Pozwala na zobaczenie tego, co w życiu jest naprawdę najważniejsze.

□

Tekst anonimowy

O chorobie

Choroba afektywna dwubiegunowa to zaburzenie psychiczne, które nosi również nazwę choroby maniako-depresyjnej. Dwubiegunowość choroby oznacza, że w jej przebiegu występują okresowo i naprzemiennie dwa bieguny zaburzeń psychopatologicznych – stan manii i stan depresji. Dla rozpoznania choroby afektywnej dwubiegunowej konieczne jest stwierdzenie, że dany pacjent przeżył w swoim życiu co najmniej jeden epizod depresji oraz jeden epizod manii lub hipomanii. W porównaniu do zwykłych wahań nastroju, których doświadcza każdy człowiek, wahania nastroju w chorobie afektywnej dwubiegunowej są znacznie bardziej intensywne i skrajne, przez co mają destrukcyjny wpływ na codzienne funkcjonowanie osoby chorującej. Właściwe rozpoznanie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, poznanie specyfiki choroby i czynników ją wyzwalających oraz podjęcie dostępnych metod leczenia pozwalają prowadzić normalne życie.

Więcej: www.drogadosiebie.pl

Studenci nie zawiedli – dziękujemy!

Kilkanaście lat temu w gronie polskich genetyków klinicznych powstała idea organizowania interdyscyplinarnych konferencji koncentrujących się na problemach osób z poszczególnymi zespołami uwarunkowanymi genetycznie i ich rodzin. Oczekiwania rodziców dotyczą nie tylko diagnozy, ale i porady co należy robić, aby ich dziecko osiągnęło sukces na miarę swoich możliwości. Od kilku lat w corocznych spotkaniach uczestniczą także studenci GUMed-u. W dniach 30.11-2.12.2012 r. takie międzynarodowe sympozjum zatytułowane *Możliwości wspomagania rozwoju osób z zespołami uwarunkowanymi genetycznie* odbyło się w Sobieszewie koło Gdańska.

prof. dr hab. Janusz Limon

Katedra i Zakład Biologii i Genetyki

dr Jolanta Wierzb

Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego

Tematem przewodnim był tym razem zespół Duchenne'a i inne dystrofie mięśniowe. Uczestnikami spotkania byli chłopcy chorujący na dystrofię mięśniową Duchenne'a i ich rodzice z Fundacji Parent Project Muscular Dystrophy. W trakcie konferencji przedstawiono najnowszą wiedzę z zakresu patogenez i kliniki dystrofii mięśniowych. Zorganizowano także warsztaty rehabilitacyjne przeznaczone dla specjalistów z zakresu rehabilitacji, pacjentów i ich rodzin. W sympozjum uczestniczyło 120 lekarzy, rehabilitantów i studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz 130 osób – pacjentów z Parent Project Muscular Dystrophy z całej Polski i ich rodzin.

Organizacja spotkania nie byłaby możliwa bez pomocy naszych studentów. Przedstawiciele IV roku Wydziału Lekarskiego (6 osób) wzięli na siebie obsługę biura konferencyjnego i obsługę audiowizualną. Dzięki ich zaangażowaniu oraz umiejętnościom mediacyjnym sympozjum oceniono jako perfekcyjne. Studenci II roku studiów stacjonarnych pielęgniarstwa (26 osób) oraz studenci zrzeszeni w Kole Naukowym Pielęgniarstwa Pediatrycznego (8 osób) przejęli trzydniową opiekę nad dziećmi chorymi oraz ich rodzeństwem. Umożliwiło to rodzicom udział w wykładach i konsultacjach. Studenci opiekowali się zarówno małymi dziećmi, u których chorobę rozpoznano przedobjawowo, jak i chłopcami z zaburzeniami chodu, często na wózkach. Radzili sobie fantastycznie. Studentki fizjoterapii z Koła Naukowego Fizjoterapia w Pediatrrii (4 osoby) pomagały w konsultacjach rehabilitacyjnych, jak również w organizacji i prowadzeniu warsztatów rehabilitacyjnych.

Wielką pomoc okazali studenci English Division naszego Uniwersytetu – członkowie Phi Delta Epsilon Fraternity, uczestniczący po raz pierwszy w tego typu wydarzeniu. Perfekcyjnie przygotowali tłumaczenia wykładów zagranicznych gości uczestniczących w konferencji. Tłumaczyli także indywidualne konsultacje medyczne, jak również warsztaty psychologiczne dla rodziców.

Wszyscy studenci towarzyszyli naszym gościom także w trakcie prywatnych spotkań, stając się prawdziwymi współgospodarzami konferencji. Spotkanie z dziećmi z zespołem Duchenne'a krótko podsumował Paweł Figarski. Na pytanie jak odbiera chore dzieciaki odpowiedział: – Patrzyłem jak ścigają się na swoich wózkach i przechwalał, który jest lepszy. Dla nich nienormalność jest normalnością. Specjalne wyrazy podziwu dla Wojtka Grabosza, którego zimnej krwi zawdzięczamy, że wyszliśmy cało z kolizji samochodowej. Dziewczyny i Chłopaki. Dziękujemy!

Studenci IV roku Wydziału Lekarskiego

Paulina Jarębska, Karolina Kobiela, Elżbieta Kołodziej, Aleksandra Berus, Wojciech Grabosz, Paweł Figarski

Studenci Studenckiego Koła Naukowego Fizjoterapia w Pediatrrii

Magda Nowak, Justyna Łapin, Agata Czaja, Monika Rybicka

Studenci pielęgniarstwa i Studenckiego Koła Naukowego Pielęgniarstwa Pediatrycznego

Justyna Zaręba, Alina Landowska, Joanna Dunaj, Magdalena Szadurska, Anna Truszczyńska, Mirella Chmielewska, Natalia Janas, Anna Fedycz, Anna Wesołowska, Anna Wójtowicz, Aleksandra Wilk, Karolina Zaremba, Ewa Zawada, Magda Iwanow, Bartłomiej Szczepański, Agnieszka Miłek, Martyna Kurzynka, Edyta Papaj, Joanna Płociennik, Aleksandra Łomnitz, Joanna Klein, Karolina Pisarska (3 dni) Dorota Walenczak, Justyna Zbikowska, Anna Szmigiel, Alicja Kałużniak, Katarzyna Woronecka, Angelika Tańska, Joanna Jankowska, Gracjana Sikora, Aleksandra Szczygielska, Joanna Karla, Marta Paszkowska, Aleksandra Dwulik (1 dzień)

Studenci English Division – członkowie Phi Delta Epsilon Fraternity

Oliwia Kozak, Małgorzata Łoboda, Piotr Łukasiewicz, Janusz Springer, Jan Wieruszewski – organizacja tłumaczenia sesji naukowych, sesji z rodzicami, pomoc przy tłumaczeniu konsultacji medycznych. □

W pułapce zdrowego odżywiania

Wiola, a czy olej rzepakowy jest zdrowy? Czy można jeść tuńczyka z puszki? Bo ja słyszałam, że soki z kartonika nie są dietetyczne. Myślisz, że jogurt Activia działa? Próba odpowiedzi na tego typu pytania jest wpisana w codzienność dietetyków. I bynajmniej nie chodzi tu o działalność ściśle zawodową. Jedzenie to tak podstawowa potrzeba, że dotyczy ona każdego. Skutek tego taki, że rodzina i znajomi w pewnym momencie wstydzą się otwierać przy nas lodówkę, rumienią się dokładając kolejną porcję mięsa na talerz i niezależnie od sytuacji, przy każdej okazji pytają o zdrowotne zastosowanie jakiegoś produktu czy o sens stosowania supermodnej diety cud. To jeden z tych zawodów, który zmienia całe nasze życie i nigdy nie jesteśmy po pracy. Zawsze jest ryzyko, że ktoś nakryje nas z pączkiem w ustach lub na zakupach z płatkami czekoladowymi w koszyku.

Wiola Urban

*I rok, studia magisterskie
dietetyka*

W dzisiejszym świecie nie tylko dietetyk czuje się na cenzurowanym. Myślę, że wiele osób jest świadomych tego, że pewne wybory żywieniowe mogą być źle postrzegane i stara się sprostać wymaganiom dzisiejszego świata. Popularyzowanie zdrowego stylu życia, ze szczególnym naciskiem na zbilansowaną dietę, aktywność fizyczną oraz zachowanie balansu psychicznego to główne cele mediów lifestyle'owych.

Jako jedna z redaktorów bloga www.okiemdietetyka.pl, którego celem jest popularyzowanie zdrowego stylu życia, znam od podszewki mechanizmy internetowej edukacji. Mogę powiedzieć, że granica pomiędzy uświadamianiem a wpędzaniem w wir domysłów jest cienka. To co jest logiczne dla dietetyka, lekarza czy trenera wcale nie musi być oczywiste dla osoby po drugiej stronie łącza. Kiedy jesteśmy z pacjentem w gabinecie jesteśmy w stanie wyczytać z mowy ciała czy wszystko jest jasne. Kiedy możliwość otrzymania feedbacka jest ograniczona, a zasięg ogromny, mogą pojawić się niedomówienia. Stosowanie skrótów myślowych, uproszczeń i uogólnień tylko pogarsza sytuację.

Chcemy dobrze – piszemy codziennie. Wiele osób wynosi z naszego facebookowego dziecka większą wiedzę niż z rzetelnych książek, do których dostęp wciąż jest ograniczony. Fani na Facebooku mają pewność, że nie czytają tekstów dziennikarza, który nie potrafi weryfikować medycznych informacji. Mają świadomość tego, że nie faszeringujemy ich mózgow codzienną porcją ściemy i nowinkami oflagowanymi tagami typu cudowna dieta, oszałamiające efekty czy schudnij w tydzień. Ręczymy za to własną głową, nazwiskiem i reputacją. Wciąż jednak pojawiają się mniejsze lub większe rozbieżności pomiędzy tym, co my chcemy przekazać, a tym, co czytelnik wnioskuje po szybkim przeczytaniu naszych tekstów. Piszę ten tekst dla wszystkich, którzy kiedykolwiek próbowali zajmować się edukacją społeczną i do wszystkich, którzy kiedykolwiek popadli w skrajność – pułapkę zdrowego odżywiania.

**Szpinak – pułapka
numer 1**

Każde dziecko wie, że szpinak to jeden z darów natury. Ma dużo witamin i składników mineralnych, jest niskokaloryczny i fenomenalnie wpływa na zdrowie. Same „ochy”, czasami nawet „achy”. Szpinak mrożony, szpinak w liściach, siekany, na surowo i duszony, na śniadanie i na kolację, do makaronu i do smoothie, na słono i na słodko. Szpinak opanował naszą planetę swoimi cudownymi właściwościami. A gdzie się podział umiar? Ktoś pomyślał o kwasie szczawianowym i tym, że jego nadmiar w diecie stanowi dla nas realne zagrożenie? Kwas szczawowy łączy się z wapniem tworząc trudno rozpuszczalny szczawian wapnia. Może być on jedną z przyczyn powstawania kamieni nerkowych i niedoboru wapnia w organizmie. Ponadto kwas szczawowy może zaburzać równowagę kwasowo-zasadową organizmu. Krótko mówiąc – szpinak, szczaw i rabarbar jedzone w nadmiarze zakwaszają organizmy, które i tak już są mocno zakwaszone. Trzeci argument, żeby nie przesadzać to zawartość metali ciężkich w liściach warzyw. Raczej nie ryzykujemy kupując szpinak w zaprzyjaźnionym stoisku na bazarze, którego właściciel przywozi go od pana Zdzisia z okolicznej wsi. W przypadku mrożonki z wielkiej hurtowni nikt nie wie ile samochodów mijają pola, na których rosła ta chłonna metalu roślina. Szpinak jest też stosunkowo mocno zanieczyszczony pestycydami. Uściślając – jedzenie prawidłowo przyrządzonego szpinaku 2-3 razy w tygodniu zdrowej osobie nie zaszkodzi, a wręcz pomoże. W przypadku osoby cierpiącej na zapalenie stawów, dnę moczanową, reumatyzm, kamień nerkowy, niedoczynność tarczycy lub chroniczne zakwaszenie organizmu szpinak może okazać się czymś co szkodzi, pomimo swoich niezaprzeczalnych właściwości prozdrowotnych. Zaznaczam, że nie piszę tego, żeby kogoś nastraszyć lub odwieść od jedzenia tego wspaniałego warzywa. Nawołuję do umiaru i zdrowego rozsądku.



Błonnik z otrębami na czele – zdrowa pułapka numer 2

Błonnik, czyli cudowna substancja wspomagająca oddech – wspaniale oczyszcza, genialnie reguluje pracę jelit, daje uczucie pełności na dłużej oraz reguluje stężenie glukozy we krwi poprzez opóźnianie wchłaniania w przewodzie pokarmowym. Producenci suplementów diety opartych na błonniku zacierają ręce – o błonniku jako substancji w 100% naturalnej nikt złego słowa nie powie. Co najwyżej skwituje kpina sens wydawania pieniędzy w aptece, skoro błonnik w postaci chociażby otrąb dostępny jest w każdym osiedlowym sklepie. Owszem błonnik w ilości 25-40 g na dobę to niemal lek na zespół metaboliczny. Odpowiednia ilość błonnika w diecie to zbawienie dla naszej figury, zdrowia i samopoczucia. Co innego kiedy magiczna granica zdrowego rozsądku zostanie przekroczona. Jeśli nadmiar błonnika będzie stanowił frakcja rozpuszczalna w wodzie, nie będzie tragedii, natomiast opychanie się otrębami pszennymi lub wyizolowanym błonnikiem w formie suplementu może doprowadzić do bólu brzucha, wzdęcia, zaparc lub biegunki (w zależności od stopnia nawodnienia organizmu i podaży płynów z posiłkami), niedoboru pierwiastków dwuwartościowych, w tym cennego magnezu, wapnia, żelaza i cynku. Dieta bogata w błonnik jest też przeciwwskazana w przypadku niedożywienia spowodowanego zespołem złego wchłaniania, u chorych na wrzodziejące zapalenie jelita, nieswoiste zapalenie jelit, chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy. Jako dietetyk zdecydowanie chętniej polecam produkty pełnoziarniste niż dodawanie do białej mąki otrębów. Nie jestem pewna czy to się robi dla zdrowia, czy dla uspokojenia własnego sumienia – zwłaszcza, że najcenniejszą część ziarna to zarodek. Należy też pamiętać, że dawka błonnika powinna być równomiernie rozłożona w ciągu całego dnia, a nie stanowić suplement spożywany rano i wieczorem w formie kapsułki lub łyżki podejrzanego proszku. Po raz kolejny apeluję o umiar.

Oleje roślinne – pułapka zdrowego odżywiania numer 3

To, który olej jest najlepszy nie jest jasne nawet dla dietetyków. Co kraj to obyczaj, co uczelnia to inne wzorce, a tak naprawdę opinię na temat tego, co jest najzdrowsze dla naszych pacjentów każdy wyrabia sobie sam. Każdy olej ma swoje plusy i minusy. Nie ma rzeczy idealnych. Co na surowo? Co do smażenia? A czego unikać w każdej postaci? Powiem tak: wszystko jest dla ludzi – żaden olej spożyty w sensownej ilości nie wywoła szkody w naszych organizmach. Chyba, że ktoś ma silną alergię na fistaszki lub inne orzechy i zapragnie poeksperymentować w knajpach z orientálną kuchnią. W świetle mojej wiedzy powinno się wybierać oleje, w których dominują kwasy tłuszczowe jednonienasycone (oliwa z oliwek, olej rzepakowy). Smażymy na tłuszczach o wysokim punkcie dymienia, a najlepiej NIE smażyć. Oleje z dużą zawartością kwasów tłuszczo-

wych wielonienasyconych powinny stanowić mały dodatek, a nie podstawę tłuszczu w diecie. Olej lniany? Świetnie, ale co za dużo, to też niezdrawo. Najważniejsze, abyśmy dostarczali omega-3 i omega-6 w odpowiedniej proporcji. Niestety zbyt często zapomina się o tym podstawowym założeniu i poleca się zastępowanie wszelkiego rodzaju tłuszczu pochodzenia zwierzęcego tym roślinnym. Tak naprawdę jedyną metodą zbilansowania podaży omega-3 i omega-6 jest wprowadzenie sporej ilości ryb do diety, może nawet suplementacja tranem. W przypadku przewlekłych stanów zapalnych w organizmie żaden roślinny olej nie pomoże, chociaż tak mówią reklamy. Majonez omega-3 i omega-6, oleje roślinne do sałatek, do smażenia, do smarowania pieczywa, do ciastek, do frytury, wszędzie. Co gorsza omega-6 w mediach często stawiane jest na równi z omega-3. Paradoksalnie zdrowe tłuszcze roślinne spożywane w nadmiarze mogą powodować pogorszenie parametrów w miażdżycy. Wszystko dlatego, że omega-6 działa prozapalnie. Po raz wtóry – wszystko jest dla ludzi, trzeba tylko zachować balans.

Przykładów pułapek zdrowego odżywiania jest mnóstwo. Artykuł ten nie powstał po to, by straszyć. Pragnę tylko uświadomić, że żadna skrajność nie popłaca. Jedynym słusznym wyborem żywieniowym jest zachowanie zdrowego rozsądku i analitycznego myślenia podczas pogłębiania swojej wiedzy. Nie popadajmy w paranoje i skrajności, bo wszystko jest dla ludzi – nawet pączek w Tłusty Czwartek i pizza w Międzynarodowy Dzień Pizzy. Ważne, żeby podstawa tego, co jemy nie była przesadzona w żadną stronę. □



Okciem
Dietetyka

Jeśli chcesz wiedzieć więcej na temat zdrowego odżywiania i sprawdzić na własnej skórze jak działa zbilansowana dieta, zajrzyj na Facebooka.

Znajdziesz nas pod linkiem

www.facebook.com/OkciemDietetyka

Spotted: GUMed

Spotted – tłumacząc to angielskie słowo moglibyśmy powiedzieć, że znaczy: dostrzeżony, rozpoznany. Ono jedno oddaje główny charakter stron założonych pod jego szyldem w serwisie Facebook. Publikuje się na nich informację o przystojnych i pięknych nieznajomych, podając ich cechy wyglądu oraz miejsce *dostrzeżenia*, oczekując na pomoc w rozpoznaniu, czyli otrzymanie imienia i nazwiska danej osoby. To także pomoc w odszukiwaniu zagubionej rzeczy lub właściciela zguby. Nie wyklucza się jednak okazjonalnego wyjścia poza pierwotne ramy tych stron, umożliwiając złożenie skargi i próbę wymuszenia godnego zachowania drugiej osoby czy oferując pomoc w akcjach charytatywnych bądź badaniach lekarskich i naukowych. Swój udział w tworzeniu takich społeczności ma również nasz *Spotted: GUMed*, który był prawdopodobnie pierwszy na Pomorzu, a na pewno w Trójmieście.



Administratorem i założycielem *Spotted: GUMed* jest student GUMed pod śmiesznym pseudonimem: Hal Bregg PL. – Idea *Spotted* powstała (jakżeby inaczej) w Stanach Zjednoczonych. Na próżno jednak szukać oficjalnego potwierdzenia i konkretów. – opowiada. – A *Spotted: GUMed* powstał w mojej głowie podpatrując klinkięcia *Like it* mojego przyjaciela, który polubił jedną z poznańskich tego typu stron. Jednak chyba nigdy nie zdecydowałbym się na otwarcie tej strony bez przekonania przyszłego administratora, wielce już zasłużonej „Matki Współzałożycielki”. Strona oficjalnie ruszyła 16 stycznia 2013 r., lecz prawdziwego rozpędu nabrała trzy dni później. Jest to jeden z pierwszych *Spotted* w Rzeczypospolitej, pierwszy w Gdańsku, po którym zaczęły powstawać *Spotted: Politechnika Gdańska*, *Spotted: UG* i wiele innych, obejmujących wydziały czy poszczególne budynki, na przykład *Spotted: BUG* (Biblioteka UG), następnie galerie handlowe, komunikację miejską, resztę Trójmiasta... Sam *Spotted: GUMed* jest oferowany wszystkim uczestnikom

uczenia się, nauczania naszej Uczelni, związanym z nią w mniej formalny sposób, mającym tu swoje wybranki, lecz będącym z innej uczelni – zasadniczo wszystkim, którzy mają takie pragnienie czy potrzebę.

Głównym zadaniem naszej strony jest poprawa w komunikacji pro-związkowej. Oczywiście jest to pewnego rodzaju zabawa, ale czy my, studenci nie jesteśmy w doskonałym wieku reprodukcyjnym? Proszę nie brać tego śmiertelnie poważnie, ale kierunki naszych studiów zobowiązują, żeby to zrozumieć i przyjąć za coś normalnego. Nawet z punktu widzenia psychologii jest to bardzo ciekawy pomysł: spotykamy nieznajomą osobę, pierwsze spojrzenie i wstęp do zakochania. Wystarczy chwila, ułamek sekundy, jak mówią badania, by uznać daną osobę za doskonałego partnera. A jednak nie zawsze mamy moc, odwagę i możliwości, aby zbliżyć się do drugiej osoby. Kiedy pędzimy na kolokwium, do innej katedry lub na tramwaj nie zawsze jest czas, by zagadać, zdobyć do niej kontakt czy poznać jej imię. Jako administratorzy *Spotted: GUMed* pragniemy pomóc niespełnionym zauroczeniom w realizacji. Może także własnym. Kiedyś może nadejdzie ten moment, gdy sam opublikuję mój *spotted-post*.

Osobiście bardzo podoba się liryzm uczestników *Spotted: Politechniki Gdańskiej*, których pełne uczuciowości i erotyzmu wpisy są publikowane na ich stronie. Zdarzają się poezje, które jak na przyszłych inżynierów są niezwykle przejawem ich humanizmu i interdyscyplinarności. Na naszym *Spotted* nie zdarzyła się jeszcze taka publikacja. Może to zapracowanie, bo ułożenie rymów jest przecież czasochłonne. Jesteśmy jednak zadowoleni z jakości wiadomości publikowanych na tablicy. Nie zdarzyła się jeszcze ani jedna wiadomość, której nie powinniśmy publikować lub którą powinniśmy cenzurować, jak to ponoć ma miejsce u innych użytkowników *Spotted*. Jedynie nie jesteśmy zadowoleni z ilości postów, ale mamy nadzieję, iż w końcu nasi koledzy podejrzają inne strony i ujawnią swoje umiejętności poetyckie.

Na ponad tysiąc fanów *Spotted: GUMed* raptem niecałe piętnaście wpisów związanych jest z głównym celem strony. Są osoby autorstwa których publikacje były dwukrotnie publikowane. Cóż więc z resztą, która nie wysłała do nas jakichkolwiek słów mających być przedstawionych publice? Kliknąć *Like it* pod *postami* jest sporo, bywa ich nawet ponad pięćdziesiąt. Fanów również przybywa. Co jest motywacją, by polubić tę stronę? Podglądactwo? Ciekawość? Przysnąć trzeba, iż wybrane wpisy są bardzo przyciągające i zabawne. Ale tu chyba chodzi o filozofię: A może coś będzie skierowane do mnie? A jak można by pominąć coś takiego? Obserwujemy w końcu, że nowi fani przeglądają dość stare wpisy, klikając *Lubię to*.

Z kilkunastu postów w moją pamięć wpisują się szczególnie dwa. Jednym z nich jest pierwszy opublikowany i bardzo skuteczny, a przy tym niezwykle koleżeński: *Proszę, pomóżcie mi. Na forum pierwszego roku farmacji piszą o głupstwach, w środku nocy [publikacja o 2:54], o kawach, psychologiach, Warszawach i innych pierdołach, zamiast uczyć się na anatomię. Błagam, opublikujcie tę wiadomość. Pomóżcie im, niech zaczną się uczyć!*

Drugi to ten, który w swej enigmatyczności i aluzyjności skrywa dla niektórych coś niesympatycznego, dla innych jest jednak intrygujący. Nieprzypadkowo stał się najbardziej popularnym wpisem, jaki dotąd opublikowaliśmy: *Do dziewczyny z czytelní, która siedziała dzisiaj z piórnikiem Harry'ego Pottera. Wiem, że to pozostałość z liceum, kiedy*

myślałaś, że życie to bajka. Nie mylisz się! Polub to i bądź jutro w czytelní, a może wybierzemy się na magiczną kolację, a z czasem tak Cię zaczaruję, że pewnego dnia razem wzlecimy wysoko na mojej miotle :).

Do tych zaprezentowanych muszę chyba dodać jeszcze jeden, który wykorzystał potencjał stron typu *spotted* – umówiono się na spotkanie na naszej stronie: *Droga blondynko studiująca farmację, której uciekł tramwaj po 19 z Miśzewskego. Wysiadłaś na Jaśkowej, więc nawet nie zdążyłem zgarnąć kontaktu, ale tak jak obiecałem – łapię Cię na spottersach ;)).*

Liczymy w dalszym ciągu na rozwój *Spotted: GUMed*, pragnąc czerpać radość z działalności strony i przyczyniając się do rozwoju miłości międzyludzkiej, dobroci, altruizmu, ofiarności, uczciwości, kultury, kindersztuby i umiejętności pisarskich. Może jest to głęboko schowane w tej zabawie, ale czy ssaki nie potrzebują zabawy, by wzrastać w swej mądrości? Czyż człowiek w swej pierwotnej nauce nie jest konformistą? Podpatrując innych, kopiując ich zachowanie, dowiaduje się, jak poderwać piękną kobietę. Jako założyciele i administratorzy *Spotted: GUMed* mamy nadzieję, że nasza strona nie będzie jednodniówką, że pobędzie z nami dzień dłużej. Liczymy, że drodzy użytkownicy będą rozwijać stronę, gdyż tylko oni potrafią to zrobić swoimi ogłoszeniami. Nasza większa wiara jest w tym, byśmy naszą działalnością nie przyczynili się do obłania żadnego egzaminu. □

O g ł o s z e n i e z e w n ę t r z n e

Drodzy Studenci!

Zapraszamy Was do udziału w **anonimowym**, prowadzonym za pośrednictwem Internetu **Europejskim badaniu postaw osób heteroseksualnych wobec związków oraz rodzin tworzonych przez osoby homoseksualne**.

Projekt jest koordynowany przez badaczy z University of Liège oraz Alliant International University w San Francisco i obejmuje takie kraje jak: Belgia, Francja, Niemcy, Grecja, Holandia, Włochy, Polska, Portugalia, Szwajcaria oraz Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.

Aby uczestniczyć w badaniu, musisz:

- mieć co najmniej 18 lat
- płynnie posługiwać się językiem polskim
- być studentką/studentem

Korzyści:

- możesz uzyskać zbiorczą informację o wynikach badania po jego zakończeniu
- przyczynisz się do wzbogacenia istniejącego stanu wiedzy na temat społecznych postaw wobec nowych modeli związków oraz rodzin

Aby uzyskać dalsze informacje oraz wziąć udział w badaniu, odwiedź poniższy link:

<https://www.surveymonkey.com/s/polandattitudes>

Jeśli masz jakiekolwiek pytania, skontaktuj się z nami pod adresem e-mail:

badaniepostaw2013@gmail.com

Zapewniamy, że odpowiedzi udzielone w badaniu będą przechowywane z uwzględnieniem wszelkich zasad anonimowości i poufności.

Z poważaniem,
koordynatorki badania po stronie polskiej:
Magdalena Mijas i Marta Dora
Uniwersytet Jagielloński

Coaching zdrowia (*health coaching*) i perspektywy jego zastosowania

Rosnące zainteresowanie coachingiem w Polsce inspiruje do snucia prognoz dotyczących jego rozwoju. Jedną z wciąż mało obecnych na polskim rynku form tego typu usług jest tzw. coaching zdrowia. Temat wydaje się wart uwagi, skoro podejmują go cenieni zagraniczni badacze (Stephen Palmer, Anthony Grant) oraz – z drugiego biegunu – idole amerykańskiej popkultury (dr Oz, Oprah Winfrey), zaś prestiżowe uczelnie (Duke University, University of Sydney) oferują studia z tego zakresu.

mgr Adam Zamelka

dplomowany coach,

affiliate member International Society
for Coaching Psychology

Jednym z problemów polskiego rynku usług coachingowych (traktowanych całościowo) jest całkowite niespolaryzowanie, skutkujące brakiem fundamentalnej taksonomii, kategorii i standardów (z zastrzeżeniem, że nie chodzi tu o regulacje prawne). Prowadzi to do sytuacji dwuznacznych, jak zestawianie coachingu z metodami parapsychologicznymi (np. NLP, ustawienia Hellingera, psychotronika). Dlatego właściwym jest używanie pojęcia *psychologia coachingu* (Lopez 2009), obecnego w światowej nauce od dekad dla odróżnienia usług bazujących na sprawdzonych naukowo metodach (*evidence-based coaching*) od tych, w ramach których dochodzi do aliansu z technikami o wątpliwej skuteczności (Stober, Grant, 2006).

Coaching a nauka

Mało kto zdaje sobie sprawę, iż coaching swymi źródłami sięga psychologii sportu przełomu XIX i XX wieku, nie zaś roku 1974 i ustaleń Timothy'ego Gallweya (Gallwey, 1974 n.) sformułowanych jako paradygmat tzw. *wewnętrznej gry* (ang. *inner game*).

Amerykański uczony Coleman Griffith (1893-1966) posłużył się sformułowaniem *psychologia coachingu* (ang. *psychology of coaching*) w wydanej w roku 1926 książce pod takim właśnie tytułem (Griffith, 1926). Stephen Palmer i Alison Whybrow skłonni są określać Griffitha mianem pierwszego katalizatora zmian na łonie psychologii i ojca jej związków z coachingiem (Palmer, Whybrow, 2008).

Od lat 50. w opozycji do psychoanalizy rozkwitały kolejne szkoły terapeutyczne, nastawione – podobnie jak psychologia coachingu – na ludzki dobrostan i rozwój posiadanych zdolności. Tak narodziła się terapia Alberta Ellisa (REBT), Aarona Becka (CBT) czy Carla Rogersa (CCT), z których dorobku korzystają nie tylko psychoterapeuci, ale również coachowie (Palmer, Whybrow, 2008).

W roku 2000 uruchomiono pierwszy na świecie kierunek studiów z zakresu psychologii coachingu na Uniwersytecie w Sydney, w ramach których oferowana jest specjalność z za-

kresu *health coachingu* [1]. W dwa lata później Australijskie Towarzystwo Psychologiczne utworzyło specjalną grupę badawczą poświęconą wyłącznie tej nowej dyscyplinie (*Interest Group for Coaching Psychology*). W roku 2004 stworzenie podobnej grupy zainicjowało Brytyjskie Towarzystwo Psychologiczne (*Special Group for Coaching Psychology*).

Próba definicji

Początki coachingu zdrowia sięgają lat 90. XX wieku i wiążą się z dyrektywnymi metodami wspomagania osób uzależnionych, takimi jak terapia poznawczo-behawioralna, rozmowa motywująca czy program 12-kroków.

Według Stephena Palmera *health coaching* polega na edukacji, promocji i praktyce zdrowego stylu życia, realizowanych przy pomocy narzędzi stosowanych w praktyce coachingowej, w celu poprawy dobrostanu klienta i osiągnięcia przezeń zamierzonych celów (Palmer, Tubbs, Whybrow, 2003).

Wydaje się, że dynamiczne ujęcie zdrowia (traktowanego jako proces), proponowane przez specjalistów z zakresu edukacji prozdrowotnej (Syrek, Borzucka-Sitkiewicz, 2009) wedle modelu społeczno-ekologicznego, stwarza ramy, w których zaistnieć może *health coaching*. Taki punkt widzenia koresponduje z koncepcją higieny psychicznej Kazimierza Dąbrowskiego., według którego dynamiczność jest „podstawową (...) właściwością zdrowia psychicznego” (Dąbrowski, 1962, 55).

Ponadto coaching zdrowia odpowiada wyzwaniom sprecyzowanym w każdym z pięciu filarów tzw. Karty Ottawskiej, mającej być impulsem do przeorientowania propagowanego przez dekadę modelu ochrony zdrowia w kierunku procesu, wdrażania programów profilaktycznych czy stawianie na rozwój indywidualnych zdolności prozdrowotnych. Amy Strachman z University of California przekonuje, że mimo krótkiej historii, coaching zdrowia (z uwagi na przedmiot zainteresowania) doczekał się bardziej profesjonalnych badań, aniżeli inne formy coachingu (Strachman, 2009).

Korzyści i skuteczność

Tym, co odróżnia *health coaching* od tradycyjnego coachingu jest, jak się wydaje, konieczność współwystępowania z szeroko rozumianymi naukami o zdrowiu, w tym dietetyką, psychofizjologią, fizjoterapią, ale także różnorodnymi specjalnościami medycznymi (Hawkins, 2012).

Dzięki stosunkowo długiej obecności na amerykańskim rynku medycznym, *health coaching* został poddany profesjonalnej falsyfikacji potwierdzającej jego założenia, dzięki czemu znajduje zastosowanie w wielu dziedzinach ochrony zdrowia, w tym również geriatryi (Shippee-Rice, Fetzer, Long, 2012).

Brytyjski popularyzator zdrowego stylu życia, Simon Padgham, wskazuje na dwa szczególne aspekty tej formy pomocy: wspierania rekonwalescencji pacjenta (lub też jego drogi do przemodelowania stylu życia) oraz współpracę w zakresie wprowadzania określonych nawyków, poprawiających stan obecny, jak również pozwalających uniknąć w przyszłości nawrotu danego schorzenia lub rozwinienia się chorób, którym można zapobiec. Badanie przeprowadzone w Niemczech na dużej grupie (ok. 10 tys. osób) narażonych na szczególne ryzyko hospitalizacji, udowodniły, że po półrocznej współpracy z coachem, zachorowalność zmalała o ponad 10%, co potwierdza argument o redukcji kosztów leczenia dzięki odpowiednio nakierowanej edukacji (Alexander, 2011). Najważniejszym zadaniem *health coachingu* jest bowiem rozbudzenie (i podtrzymywanie) w kliencie motywacji do zmian.

Według statystyk International Coaching Federation, poprawa zdrowia i kondycji fizycznej, plasuje się mniej więcej pośrodku najważniejszych korzyści, płynących zdaniem klientów, z relacji coachingowej. Blisko 34% badanych uznało zdrowie za korzyść najważniejszą [2]. Co ciekawe, okazało się ono ważniejsze od relacji ze współpracownikami czy przełożonymi, co w pewnym sensie odczarowuje wizerunek coachingu jako usługi stricte biznesowej. Wyniki tych badań są ważne dla coachingu zdrowia jeszcze z kilku powodów. Na szczycie klasyfikacji znalazło się bowiem zwiększenie samoświadomości (67,6%), na miejscu trzecim zaś bardziej zrównoważone życie (60,5%). Zwiększona samoświadomość, którą twórca modelu GROW – sir John Whitmore, uznał za główne zadanie coachingu (Whitmore, 2011) znajomość swoich mocnych stron i słabości (także w zakresie zdrowia), a więc fundament zbalansowanego życia z rozpoznaniem możliwych źródeł nadmiernego stresu i frustracji.

Rynek usług

Pośród czołowych organizacji certyfikujących coachów zdrowia, należy w pierwszej kolejności wymienić National Society of Health Coaching (NSHC) [3]. Zapytałem założycielkę NSHC – Melindę Huffman o popularność *health coachingu* w Stanach Zjednoczonych oraz możliwe tego przyczyny. Zdaniem szefowej NSHC głównym powodem rozpowszechnienia się tej usługi jest specyfika amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej. W praktyce bowiem taniej jest ludzi edukować aniżeli leczyć. Argument ten wydaje się tym bardziej uzasadniony, jeśli wziąć pod uwagę niepubliczny (w większości) charakter świadczeń medycznych i wysokie koszty prywatnych ubezpieczeń. Choć pod względem innowacyjności i nakładów Stany Zjednoczone plasują się w światowej czołówce, dostępność usług medycznych sytuuje je dopiero na 15 miejscu. Wziąwszy pod uwagę te argumenty, a także fakt, że blisko połowa bankructw w Stanach Zjednoczonych wiąże się z wysokimi kosztami leczenia, należy uznać wszelkiego rodzaju formy promocji zdrowia i edukacji prozdrowotnej, w tym *health coaching*, nie tylko za istotne, ale wręcz pożądane (Rakel, Faas, 2006).

Skuteczna profilaktyka w perspektywie długofalowej przynosi wymierne korzyści. Jak dowodzą badania Uniwersytetu Harvarda, zdrowa postawa w jednej sferze życia pociąga za sobą kolejne zdrowe nawyki: osoby pijące kawę bezkofeinową spożywały więcej warzyw, uprawiały ćwiczenia fizyczne i podawały się regularnym badaniom profilaktycznym (Martin, 2011). I na odwrót – osoby zmagające się z nałogowym nikotynizmem wykazały zwykle mniejszą wiedzę na temat możliwych zagrożeń oraz korzyści płynących z wolnego od używek stylu życia (Martin, 2011).

Usługi z zakresu coachingu zdrowia w Polsce pozostają wciąż rzadkością, choć od kilku lat przybywa tego rodzaju ofert. Zdarza się jednak, że praktycy tej dziedziny osadzają swoją metodologię na neurolingwistycznym programowaniu, co może budzić słuszne wątpliwości tych, którzy w trosce o swoje zdrowie, oczekują metod sprawdzonych i akceptowanych w środowisku akademickim. Głównym obszarem zainteresowania polskich *health coachów* jest dietetyka oraz jej subdyscyplina – psychodietetyka. Prowadzone są z jej zakresu kilkustopniowe kursy kwalifikacyjne [4], poza tym istnieje możliwość podjęcia studiów na tej specjalności – w trybie podyplomowym (Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej) [5] oraz na studiach I stopnia (Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi) [6].

Podsumowanie i perspektywy

Coaching zdrowia może odegrać istotną rolę w procesie przeorientowania utrwalanego przez lata modelu ochrony zdrowia w myśl postanowień nie nowej przecież Karty Ottawskiej. Przyjęcie koncepcji edukowania zamiast leczenia, sprawdzone w Stanach Zjednoczonych, może przynieść nie tylko wymierne korzyści społeczne, ale również ekonomiczne. Jedną z możliwych perspektyw rozwoju *health coachingu* jest psycho-neuroimmunologia, dziedzina pogranicza wiedzy psychologicznej z neurologią i immunologią. Obszarem, w którym jej zastosowanie wydaje się szczególnie uzasadnione, jest tzw. zarządzanie stresem (*stress management*), w którym od kilku lat skutecznym narzędziem jest biofeedback (EEG, EKG, EMG).

Coaching zdrowia może mieć szerokie zastosowanie nie tylko w edukowaniu, ale również wspieraniu procesu leczenia chorób przewlekłych, czego skuteczność została w ostatnich latach potwierdzona badaniami (Shippee-Rice, Fetzer, Long, 2012; Lubkin, Larsen, 2013). Jednym z narzędzi ułatwiających dostęp osób starszych do *health coachingu* może okazać się Internet, który od lat umożliwia prowadzenie sesji online w coachingu biznesowym czy personalnym (Vandiver, 2009). Nie wydaje się jednak, by jako usługa świadczona indywidualnie (i odpłatnie) miał duże szanse przyjęcia się na polskim rynku usług zdrowotnych. Mógłby za to stać się elementem strategicznej, centralnej promocji zdrowia w ramach międzyresortowych programów profilaktycznych (w szczególności – Ministerstwa Zdrowia, Edukacji Narodowej i Polityki Społecznej).

Remedium



Współtwórz to czasopismo z nami!

www.remedium.gumed.edu.pl



[/remedium.gumed](https://www.facebook.com/remedium.gumed)

