

Załącznik 2

Dr n. med. Aldona Bernadeta Kubica
Adiunkt Katedry i Zakładu Promocji Zdrowia
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Collegium Medicum w Bydgoszczy
ul. Techników 3; 85-801 Bydgoszcz
tel. (52) 585 58 32
aldona.kubica@gmail.com

AUTOREFERAT

1. Imię i nazwisko

Aldona Bernadeta Kubica, ur. 03.10.1961 r. w Chełmnie

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe

- a) 1980 r. Świadectwo maturalne z wyróżnieniem – Liceum Ogólnokształcące im. Mikołaja Kopernika w Chełmnie
- b) 1982 r. Dyplom ukończenia Medycznego Studium Zawodowego w Pile, na Wydziale Pielęgniarstwa
- c) 1990 r. Dyplom ukończenia studiów na Wydziale Pedagogicznym, Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Bydgoszczy
- d) 1995 r. Świadectwo ukończenia studiów podyplomowych na Wydziale Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu
- e) 1998 r. Certyfikat ukończenia kursu *Integrity Selling* w *School of Management, Johnson & Johnson Poland*, Warszawa
- f) 1999 r. Certyfikat ukończenia kursu *Professional Selling Skills* w *Pfizer Poland*, Warszawa
- g) 1999 r. Certyfikat ukończenia kursu *Professional Presentation Skills* w *Pfizer Poland*, Warszawa
- h) 2004 r. Certyfikat ukończenia kursu Audytora Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością organizowanego przez *Det Norske Veritas* w Sopocie

- i) 2008 r. dyplom doktor nauk medycznych w zakresie biologii medycznej, na podstawie rozprawy „Wpływ wybranych czynników psychologicznych, społecznych i klinicznych na skuteczność edukacji zdrowotnej u osób z zawałem serca”, Collegium Medicum, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, promotor: prof. dr hab. Aleksander Araszkiewicz, recenzenci: prof. dr hab. Kazimierz Wrześniewski, oraz prof. dr hab. Lech Walasek

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych/artystycznych.

Po uzyskaniu Dyplomu Pielęgniarki w 1982 r. podjęłam pracę w Zespole Opieki Zdrowotnej im. Mikołaja Kopernika w Toruniu. Początkowo pracowałam na oddziale chirurgii dziecięcej, a następnie w przychodni.

W latach 1985 – 1990 byłam zatrudniona w Szkole Podstawowej nr 76 w Gdańsku.

Następnie, od 1990 r. podjęłam pracę w Liceum Medycznym w Sopocie jako nauczyciel zawodu.

Po likwidacji tej szkoły, w 1997 roku zastałam zatrudniona w firmie Johnson & Johnson, Poland, na stanowisku przedstawiciela handlowego. Od 1998 r. pracowałam w spółce Polyphar International, a od 1999 r. do 2002 r. w firmie Pfizer Polska, jako przedstawiciel medyczny.

Od 2003 do 2005 r. byłam zatrudniona w Szpitalu Uniwersyteckim im. A. Jurasza w Bydgoszczy jako Pełnomocnik Dyrektora ds. Wdrażania Systemów Zarządzania Jakością.

W 2005 r. podjęłam pracę w Katedrze i Zakładzie Promocji Zdrowia, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, której Kierownikiem był prof. dr hab. med. Lech Walasek. Obecnie jednostką tą kieruje prof. dr hab. med. Aleksander Goch. Początkowo byłam zatrudniona jako asystent, a od 2009 r. jako adiunkt. Prowadzę zajęcia praktyczne, ćwiczenia, seminaria i wykłady ze studentami kierunku pielęgniarstwo oraz kierunku położnictwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu. Ponadto biorę udział w przeprowadzaniu zaliczeń i egzaminu z zakresu promocji zdrowia.

Byłam opiekunem 4 zakończonych prac licencjackich Aktualnie jestem opiekunem kolejnych 15 prac licencjackich.

Czterokrotnie byłam członkiem Komisji Rekrutacyjnej na studia stacjonarne i niestacjonarne na Wydziale Nauk o Zdrowiu CM UMK. Uczestniczyłam także w Wydziałowej Komisji Egzaminacyjnej przeprowadzającej rozmowy kwalifikacyjne dla

doboru kandydatów na Wydział Nauk o Zdrowiu. Ponadto jestem członkiem Komisji Egzaminacyjnej przeprowadzającej teoretyczny egzamin końcowy na Kierunkach: Pielęgniarstwo oraz Położnictwo.

4. Wskazanie osiągnięcia* wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.):

a) tytuł osiągnięcia naukowego/artystycznego,

„Edukacja zdrowotna na tle wybranych czynników a skuteczność terapii antyagregacyjnej u pacjentów po zawale serca”

b) (autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa),

Autor: Aldona Bernadeta Kubica

Rok wydania: 2012

Nazwa wydawnictwa: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

c) omówienie celu naukowego/artystycznego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania.

Wprowadzenie

Chory po zawale serca, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami wymaga wdrożenia i prowadzenia profilaktyki opartej o długofalowy plan terapeutyczny. Jednym z podstawowych elementów planu terapeutycznego, obok modyfikacji czynników ryzyka jest farmakoterapia. Oczekiwany, w oparciu o wyniki dużych badań klinicznych, korzystny efekt terapeutyczny może zostać osiągnięty tylko wówczas, gdy pacjent realizuje zamierzenia lecznicze (*adherence*). Pomimo dostępności nowych leków antyagregacyjnych takich jak prasugrel czy tikagrelor, kłopidogrel pozostaje nadal najczęściej stosowanym inhibitorem receptora P2Y12. Ograniczenia wynikające z osobniczej zmienności działania kłopidogrelu sprawiają, że do uzyskania zadowalającego efektu antyagregacyjnego u części pacjentów niezbędne jest zwiększenie dawki, a u niektórych konieczna jest zmiana leku na inny. Niezależnie od indywidualnej odpowiedzi na kłopidogrel czynnikiem determinującym kliniczną skuteczność terapii jest stosowanie leku zgodnie z planem terapeutycznym. Świadomość zagrożeń wynikających z zaprzestania przyjmowania leku lub jego nieregularnego stosowania może rzutować na *adherence* pacjentów. Indywidualizacja terapii oparta o pomiary agregacji płytek

wspierana działaniami edukacyjnymi mającymi na celu budowanie wiedzy i motywacji pacjentów może poprawiać skuteczność kliniczną terapii.

Cele badania

Ocena wpływu indywidualizowanej terapii na częstość występowania punktów końcowych badania u osób leczonych pierwotną angioplastyką wieńcową z powodu ostrego zawału serca. Indywidualizacja terapii obejmowała indywidualną edukację wyjaśniającą cele leczenia oraz indywidualizację dawkowania klopidoogrelu w oparciu o badanie agregometryczne.

Punkty końcowe przyjęte w badaniu: pierwotny punkt końcowy: konieczność przejścia z leczenia klopidoogrelem na leczenie prasugrelem w oparciu o wynik badania indukowanej ADP agregacji płytek; wtórne punkty końcowe: (2) przyjmowanie klopidoogrelu niezgodnie z zaleceniami – *adherence* \leq 80%; (3) nieplanowana hospitalizacja kardiologiczna; (4) zgon; (5) zawał serca niezakończony zgonem; (6) nieplanowana rewaskularyzacja z powodu ACS; (nieplanowana rewaskularyzacja z powodu zaostrzenia objawów choroby wieńcowej); (7) złożony kliniczny punkt końcowy (punkty 5 i 6); (8) złożony kliniczny punkt końcowy (punkty od 3 do 6).

Ocena wpływu innych czynników (klinicznych, genetycznych, farmakologicznych, demograficznych i socjologicznych) oraz protokołu badania na antyagregacyjne działanie klopidoogrelu oraz na częstość występowania punktów końcowych w badanej populacji.

Zdefiniowanie optymalnego wykładnika regularnego przyjmowania klopidoogrelu.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 200 kolejnych pacjentów z zawałem mięśnia sercowego STEMI lub NSTEMI. Badanie zaplanowano jako randomizowaną, prospektywną, jednoośrodkową, otwartą próbę kliniczną z rocznym okresem obserwacji.

Po uzyskaniu świadomej zgody na udział w badaniu w trzeciej dobie hospitalizacji pacjenci byli randomizowani w stosunku 1:1 do dwóch grup: PASYWNEJ – w której stosowano standardowe procedury i leczenie zgodne z obowiązującymi zaleceniami; AKTYWNEJ – w której dodatkowo prowadzono indywidualną edukację wyjaśniającą cele stosowanego leczenia, której zadaniem było budowanie motywacji pacjentów do przyjmowania leków zgodnie z planem terapeutycznym; ponadto w oparciu o badania agregometryczne wykonywane w 3, 6 i 9 miesiącu leczenia indywidualizowano dawkowanie klopidoogrelu.

W fazie ambulatoryjnej wystąpienie klinicznego punktu końcowego oraz deklaracje dotyczące przyjmowania leków zgodnie z zaleceniami lekarza weryfikowano w oparciu o dane uzyskane w ramach programu oceny skuteczności terapii z Narodowego Funduszu

Zdrowia – w szczególności pozyskiwano dane dotyczące zgonów i hospitalizacji pacjentów, oraz każdorazowego wykupienia zapisanych leków w aptece.

Wyniki

Pierwotny punkt końcowy zdefiniowany jako konieczność przejścia z leczenia kłopidogrelem na leczenie prasugrelem wystąpił ponad dwukrotnie częściej wśród pacjentów zakwalifikowanych do grupy biernej w porównaniu z grupą aktywną (21% vs 8%, $p=0,01$).

W oparciu o pomiary indukowanej ADP agregacji płytek w grupie aktywnej leczenie antyagregacyjne zmodyfikowano u 29 (29%) pacjentów, zwiększając dawkę kłopidogrelu z 75 mg do 150 mg dziennie. U większości uzyskano zadowalający efekt, jednak u 8 pacjentów konieczne było zastosowanie prasugrelu. W grupie biernej niezadowalający efekt antyagregacyjny leczenia standardową dawką kłopidogrelu (75 mg dziennie) odnotowano u 19 (20,9%) pacjentów – wszystkim zalecono prasugrel. *Adherence* pacjentów nie różnił się pomiędzy populacjami w obu grupach, pomimo indywidualnej edukacji stosowanej w grupie aktywnej.

Deklaracje dotyczące regularności przyjmowania leków rozkładały się z podobną częstością w grupie aktywnej i biernej (92% vs 96%) aczkolwiek zupełnie nie odzwierciedlały regularności przyjmowania leków ocenianej na podstawie wykupionych recept (41% vs 52%). Skala niezgodności ocen *adherence* w zależności od tego, czy kierowano się danymi z NFZ, czy deklaracjami pacjentów sięgała 40%, jasno wskazując, że deklaracje pacjentów są bardzo często niewiarygodne. W związku z tym podjęto próbę poszukiwania optymalnego wykładnika *adherence* w oparciu o badania agregometryczne. Przyjęto założenie, że wynik kontrolnej agregometrii większy lub równy wynikowi z hospitalizacji jest odzwierciedleniem nieprzestrzegania przyjętego planu terapeutycznego w zakresie regularnego przyjmowania kłopidogrelu. Pole powierzchni pod krzywą ROC wynoszące 0,609 ($>0,5$; $p<0,0001$; 95% przedział ufności 0,562-0,654; wartość predykcyjna wyniku dodatniego = 63,3%; wartość predykcyjna wyniku ujemnego = 54,2%) wskazuje na potencjalną przydatność takiej definicji *adherence* do różnicowania pacjentów. W oparciu o wykreśloną krzywą zdefiniowano optymalny punkt odcięcia jako równy 4U, co oznacza, że różnica agregacji zależnej od ADP z hospitalizacji oraz agregacji z wizyty kontrolnej $>4U$ wskazuje na *adherence* $>80\%$ z czułością 60,6% i specyficznością 57,1%. Relatywnie niska czułość i specyficzność wskazuje, że nie jest to optymalne narzędzie różnicujące poszczególnych pacjentów. Zastosowanie tej samej definicji *adherence* w subpopulacji z wyjściową agregacją zależną od ADP $\geq 25U$ wskazuje na *adherence* pacjentów $>80\%$ z czułością 84,3% i specyficznością 41,4%.

Niezależnymi czynnikami wpływającymi na indukowaną ADP agregację płytek oznaczaną w trakcie hospitalizacji są: liczba płytek krwi oznaczana w trakcie hospitalizacji ($p < 0,00001$); średnia objętość płytek krwi oznaczana w trakcie hospitalizacji ($p = 0,00014$); stężenie CRP w surowicy oznaczane metodą o wysokiej czułości ($p = 0,044$). Niezależnymi czynnikami wpływającymi na indukowaną ADP agregację płytek oznaczaną w trakcie kontroli po 3 miesiącach są: wiek pacjenta ($p = 0,000012$); liczba płytek krwi oznaczana w trakcie kontroli po 3 miesiącach ($p = 0,001$); średnia objętość płytek krwi oznaczana w trakcie kontroli po 3 miesiącach ($p = 0,044$); liczba leukocytów we krwi obwodowej oznaczana w trakcie kontroli po 3 miesiącach ($p = 0,014$); nosicielstwo zmutowanego allelu CYP2C19*17 ($p = 0,006$). Niezależnymi czynnikami wpływającymi na indukowaną ADP agregację płytek oznaczaną w trakcie kontroli po 6 miesiącach są: wcześniejsze leczenie z powodu choroby wieńcowej ($p = 0,000043$); zły lub bardzo zły status ekonomiczny ($p = 0,00038$); liczba płytek krwi oznaczana w trakcie kontroli po 6 miesiącach ($p = 0,0054$); hemoglobina glikowana oznaczana w trakcie hospitalizacji ($p = 0,0046$); *adherence* pacjentów ($p = 0,019$). Niezależnymi czynnikami wpływającymi na indukowaną ADP agregację płytek oznaczaną w trakcie kontroli po 9 miesiącach są: stężenie CRP w trakcie kontroli po 9 miesiącach ($p = 0,0094$); hemoglobina glikowana oznaczana w trakcie hospitalizacji ($p = 0,00074$); liczba płytek krwi oznaczana w trakcie kontroli po 9 miesiącach ($p = 0,00039$); *adherence* pacjentów ($p = 0,006$); brak aktywności zawodowej pacjenta ($p = 0,0093$). Niezależnymi czynnikami wpływającymi na indukowaną ADP agregację płytek oznaczaną w trakcie kontroli po 3, 6, 9 miesiącach są: liczba płytek krwi oznaczana w trakcie kontroli ($p < 0,0000001$); hemoglobina glikowana oznaczana w trakcie hospitalizacji ($p = 0,0008$); wcześniejsze leczenie z powodu choroby wieńcowej ($p = 0,00006$); zły lub bardzo zły status ekonomiczny ($p = 0,004$); indukowana ADP agregacja w trakcie hospitalizacji ($p = 0,03$); PTCA przebyte przed hospitalizacją ($p = 0,029$); wiek pacjenta ($p = 0,032$); średnia objętość płytek krwi oznaczana w trakcie kontroli ($p = 0,045$); liczba leukocytów oznaczana w trakcie kontroli ($p = 0,046$).

Wnioski

(1) Zastosowana w badaniu indywidualna edukacja wyjaśniająca cele wdrożonej terapii nie miała wpływu na współpracę z pacjentem w zakresie systematycznego przyjmowania kłopidogrelu i nie prowadziła do skuteczniejszego zablokowania płytkowych receptorów P2Y12.

(2) Indywidualizacja dawkowania kłopidogrelu oraz zamiana na inny lek w oparciu o badanie agregometryczne poprawia skuteczność blokowania płytkowych receptorów P2Y12.

(3) Liczba i średnia objętość płytek krwi oraz stężenie CRP w surowicy są niezależnymi czynnikami wpływającymi na antyagregacyjne działanie kłopidogrelu w trakcie hospitalizacji.

(4) Liczba i średnia objętość płytek krwi, liczba leukocytów we krwi obwodowej, nosicielstwo zmutowanego allelu CYP2C19*17, stężenie CRP, stężenie hemoglobiny glikowanej w surowicy, a ponadto wiek, wcześniejsze leczenie z powodu choroby wieńcowej, przebyte PTCA, status ekonomiczny, aktywność zawodowa oraz *adherence* pacjenta są niezależnymi czynnikami wpływającymi na antyagregacyjne działanie kłopidogrelu w czasie obserwacji odległych.

(5) Ocena przyjmowania leków zgodnie z zaleceniami lekarza w oparciu o deklaracje pacjentów jest niewiarygodna, uniemożliwiając analizę przyczyn niskiej skuteczności blokowania płytkowych receptorów P2Y12 u osób, które deklarują regularne przyjmowanie kłopidogrelu, natomiast nieliczne osoby deklarujące nieregularne przyjmowanie leku są znacznie bardziej wiarygodne, co potwierdza wysokie ryzyko wystąpienia klinicznych punktów końcowych w tej grupie chorych.

(6) Wynik indukowanej ADP agregacji płytek w trakcie wizyty kontrolnej mniejszy o >4U niż wynik badania uzyskany w trakcie hospitalizacji sugeruje regularne przyjmowanie kłopidogrelu. Relatywnie niska czułość i specyficzność tego parametru nakazuje ostrożność w interpretacji uzyskanych wyników.

Możliwości praktycznego wykorzystania wyników

Przeprowadzone badanie zostało zaprojektowane w taki sposób, aby jego wyniki były podstawą praktycznych modyfikacji procesu terapeutycznego chorych leczonych pierwotną angioplastyką z powodu zawału serca.

Negatywny wynik w zakresie skuteczności zastosowanej złożonej interwencji edukacyjnej, z jednej strony dowodzi bezwzględnej konieczności ewaluacji podejmowanych działań edukacyjnych, a z drugiej strony jest podstawą do modyfikacji zastosowanego przeze mnie protokołu.

Ponadto identyfikacja niezależnych czynników ryzyka nieskuteczności terapii antyagregacyjnej ułatwia zdefiniowanie grupy pacjentów wymagających dodatkowego badania agregacji płytek krwi (nie zalecanego aktualnie w międzynarodowych standardach), w celu ewentualnej modyfikacji leczenia.

Przeprowadzone przeze mnie badania wykazały, że w większości przypadków niezadowolającej odpowiedzi na kłopidogrel, do osiągnięcia celu terapeutycznego w leczeniu przewlekłym wystarczało podwojenie dawki podtrzymującej tego leku, bez konieczności zmiany na prasugrel.

Wobec udowodnionego braku wiarygodności deklaracji pacjentów co do regularności przyjmowania leków antyagregacyjnych, zaproponowana metoda oceny *adherence* pacjentów może być przydatna do identyfikacji osób wymagających wzmożonych działań edukacyjnych. Metoda ta ułatwi zróżnicowanie pacjentów, u których nieskuteczność terapii jest spowodowana czynnikami biologicznymi od tych, którzy nie przyjmują regularnie leku.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo - badawczych (artystycznych).

a) Analiza bibliometryczna (na dzień 13.06.2012 r.)

Na mój dorobek naukowy składa się 85 pełnotekstowych publikacji naukowych punktowanych przez MNiSW. Jestem pierwszym autorem 30 publikacji (35,3%)

Łączna liczba punktów wg KBN/ MNiSW: 521

Łączny wskaźnik Impact Factor: 20,029

Łączny wskaźnik Index Copernicus: 392,580

Ilość cytowań: 32

Indeks H: 3

Łączna liczba publikacji naukowych ze wskaźnikiem Impact Factor: 12

Łączna liczba publikacji w bazie PubMed: 14

b) Staże naukowe

W ramach urlop naukowego odbyłam staż w Sinal Hospital, Johns Hopkins University, Baltimore, USA (17.11.2011r. – 16.12.2011r.)

c) Członkostwo Towarzystw Naukowych

Jestem członkiem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (od 2005 r.) oraz Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (od 2005 r.)

d) Recenzent czasopism i instytucji naukowych

Cardiology Journal (IF 1,309), Folia Cardiologica Excerpta, uprzednio także Cardiovascular Forum

e) Nagrody i wyróżnienia

2010 r. Nagroda Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika za osiągnięcia w dziedzinie naukowo-badawczej

f) Doświadczenie w badaniach klinicznych

Zaprojektowałam i prowadziłam trzy jednośrodkowe badania kliniczne, których wyniki częściowo lub w całości zostały już opublikowane w recenzowanych czasopismach medycznych:

- Analiza skuteczności edukacji zdrowotnej w zależności od postaw wobec choroby u osób po zawale serca,
- Analiza przyczyn opóźnienia leczenia chorych z ostrym zawałem serca,
- Ocena wpływu współpracy z pacjentem oraz polimorfizmu genów kodujących enzymy cytochromu P450 na skuteczność leczenia kłopidogrelem.

Wyniki dwóch kolejnych badań, którymi kierowałam są w trakcie opracowania i oczekują na publikację:

- Postrzeżenie zagrożenia otyłością i nadwagą w kontekście własnej osoby,
- Zagrożenia zdrowotne – opinie a rzeczywistość, analiza w zależności od płci, wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania

Ponadto uczestniczyłam w dwóch innych badaniach klinicznych prowadzonych w Collegium Medicum UMK:

- Analiza wyników leczenia angioplastyką wieńcową 1000 kolejnych chorych w pracowni kardiologii inwazyjnej Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych
- Ocena skuteczności pierwotnej angioplastyki wieńcowej w zapobieganiu dysfunkcji lewej komory u chorych z ostrym zawałem serca.

g) Zainteresowania naukowe:

Skuteczność edukacji zdrowotnej w schorzeniach wymagających przewlekłej terapii

Analiza czynników determinujących skuteczność edukacji zdrowotnej oraz badanie wpływu edukacji na efektywność prowadzonej terapii stanowi aktualnie dominujący nurt w mojej pracy naukowej (21 publikacji, w tym w 16 jako pierwszy lub jedyny autor, a w 2 jako drugi autor). W ten nurt wpisuje się zarówno moja praca doktorska (Wpływ wybranych czynników psychologicznych, społecznych i klinicznych na skuteczność edukacji zdrowotnej u osób z zawałem serca), jak i osiągnięcie naukowe (Edukacja zdrowotna na tle wybranych

czynników a skuteczność terapii antyagregacyjnej u pacjentów po zawale serca). Koncentrowałam się głównie na badaniach populacji osób z chorobą niedokrwienną serca, a zwłaszcza pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zawału serca. Trzy prowadzone przeze mnie jednoosobowe badania kliniczne z udziałem zespołu Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu obejmowały różne aspekty edukacji zdrowotnej - od czynników wpływających na poziom wiedzy pacjentów, poprzez analizę efektywności działań edukacyjnych, do wpływu edukacji na skuteczność leczenia. Analizy obejmujące zmienne psychologiczne były realizowane we współpracy z Katedrą i Kliniką Psychiatrii CM UMK (kierownik: prof. dr hab. med. Aleksander Araszekiewicz), natomiast niektóre publikacje dotyczące wpływu wybranych czynników ryzyka były przygotowane we współpracy z Katedrą i Kliniką Kardiologii (kierownik: prof. dr hab. med. Władysław Sinkiewicz) oraz z Katedrą i Kliniką Endokrynologii (kierownik: prof. dr hab. med. Roman Junik). Niezależnie od publikacji o charakterze naukowym jestem współautorem broszury edukacyjnej (A. Kubica, M. Bogdan: Choroba wieńcowa: broszura edukacyjna dla pacjentów i ich rodzin).

Wybrane publikacje:

- A. Kubica, J. Pufal, B. Moczulska, M. Koziński, M. Wawrzyniak, M. Kubica, Maria Bogdan: Ocena wiedzy dotyczącej profilaktyki i objawów choroby niedokrwiennej serca u osób hospitalizowanych w klinice kardiologii. *Psychiatr. w Prakt. Ogólnolek.* 2004;4:135-141.
- A. Kubica, G. Grzešek, J. Lackowski.: Choroby układu sercowo-naczyniowego - wyzwanie dla promocji zdrowia. *Forum Kard.* 2005;10:83-86.
- A. Kubica, J. Pufal, B. Moczulska, M. Koziński, M. Bogdan, G. Grzešek, A. Sukiennik, W. Kochman: Skuteczność edukacji zdrowotnej u osób hospitalizowanych w klinice kardiologii. *Psychiatr. w Prakt. Ogólnolek.* 2005;5:61-68.
- A. Kubica, W. Sinkiewicz, P. Szymański, M. Bogdan: Edukacja zdrowotna w chorobach układu krążenia - możliwości i zagrożenia. *Folia Cardiol. Excerpta* 2006;1:177-181.
- A. Kubica, M. Koziński, A. Sukiennik: Skuteczna edukacja zdrowotna - utopia czy niewykorzystane możliwości kardiologii. *Cardiovasc. Forum* 2007;12:13-17.
- A. Kubica, E. Olejarczyk, A. Jurek, P. Magielski, J. Dąbrowska, D. Budzbon, E. Zabielska, M. Wawrzyniak, K. Pstrągowski, A. Gadzińska, M. Koziński, T. Sukiennik, W. Sinkiewicz, W. Kochman, A. Sukiennik, J. Kubica: Wpływ wybranych

czynników ryzyka na poziom wiedzy i skuteczność edukacji zdrowotnej u osób z zawałem serca. Czynniki Ryzyka 2008 nr 2:10-18.

- A. Kubica: Broszura - narzędzie edukacji zdrowotnej w kardiologii. Przyczynek do dyskusji o skuteczności profilaktyki wtórnej. Folia Cardiol. Excerpta 2008;3:441-444.
- A. Kubica, M. Bogdan, E. Olejarczyk, A. Jurek, P. Magielski, R. Dobosiewicz, M. Koziński, R. Wilczek, W. Kochman, Z. Grąbczewska, I. Świątkiewicz, A. Sukiennik, E. Grzešek, G. Grzešek, W. Sinkiewicz, A. Araszkiwicz: Samoocena pacjentów jako czynnik modyfikujący skuteczność edukacji zdrowotnej. Folia Cardiol. Excerpta 2008;3: 571-577.
- A. Kubica, A. Jurek, E. Olejarczyk, P. Magielski, A. Araszkiwicz, J. Dąbrowska, D. Budzbon, A. Michalski, J. Wiśniewska-Szmyt, T. Sukiennik, E. Zabielska, A. Król, M. Koziński, R. Dobosiewicz, W. Sinkiewicz, Z. Grąbczewska, A. Sukiennik, J. Kubica: Wybrane czynniki demograficzno-społeczne a skuteczność edukacji zdrowotnej prowadzonej na podstawie broszur edukacyjnych u osób z ostrym zawałem serca. Folia Cardiol. Excerpta 2008;3:199-207.
- A. Kubica: Wybrane problemy prewencji wtórnej u chorych po incydentach wieńcowych. Folia Cardiol. Excerpta 2008;3:366-370.
- A. Kubica: Współpraca z pacjentem - podstawowy warunek skuteczności terapii w chorobie wieńcowej. Chor. Serca Nacz. 2009;6:131-134.
- A. Kubica, P. Magielski, E. Olejarczyk, A. Jurek, R. Kowalczyk, A. Frygier, D. Budzbon, J. Szmyt, M. Koziński, R. Dobosiewicz, I. Świątkiewicz, Z. Grąbczewska, A. Sukiennik, W. Sinkiewicz, A. Araszkiwicz: Źródła wiedzy a skuteczność edukacji zdrowotnej u osób z ostrym zawałem serca. Folia Cardiol. Excerpta 2009;4:285-290.
- A. Kubica, W. Kochman, M. Bogdan, A. Jurek, E. Olejarczyk, P. Magielski, M. Koziński, G. Grzešek, R. Wilczek, A. Sukiennik, E. Grzešek, A. Araszkiwicz: Wpływ przebytych zabiegów angioplastyki wieńcowej oraz hospitalizacji z powodu zawału serca na poziom wiedzy i skuteczność edukacji zdrowotnej u osób z ostrym zawałem serca. Postępy Kardiolog. Interw. 2009;5:25-30.
- A. Ratajska, A. Kubica: Co leży u podłoża złej współpracy lekarz-pacjent? - spojrzenie psychologa. Folia Cardiol. Excerpta 2010;5:84-87.
- A. Kubica, G. Grzešek, W. Sinkiewicz, M. Koziński, E. Grzešek, A. Goch: *Compliance, concordance, adherence* w przewlekłej terapii. Folia Cardiol. Excerpta 2010;5:54-57.

- A. Kubica, A. Andruszkiewicz, G. Grzešek, M. Koziński, W. Sinkiewicz, A. Bronisz, A. Goch: Edukacja zdrowotna jako metoda poprawy realizacji programu terapeutycznego. *Folia Cardiol. Excerpta* 2010;5:93-99.
- M. Kasprzak, M. Koziński, A. Kubica, P. Sobański, G. Grzešek, A. Sukiennik: Problemy współpracy lekarz-pacjent po implantacji stentu. *Folia Cardiol. Excerpta* 2010;5:62-69.
- A. Bronisz, M. Bronisz, G. Grzešek, A. Kubica, I. Świątkiewicz, R. Junik: Problemy współpracy lekarz-pacjent z cukrzycą. *Folia Cardiol. Excerpta* 2010;5:58-61.
- P. Sobański, A. Kubica, W. Sinkiewicz: Przestrzeganie zaleceń jako element poprawy rokowania u chorych z przewlekłą niewydolnością serca. *Folia Cardiol. Excerpta* 2010;5:70-73.
- A. Kubica, A. Ratajska, W. Sinkiewicz, G. Grzešek, I. Świątkiewicz, E. Grzešek, A. Goch: Przyczyny złej współpracy lekarz-pacjent w terapii przewlekłej. *Folia Cardiol. Excerpta* 2010;5:78-83.
- A. K. Jankowska, E. Grzešek, A. Kubica, M. Koziński, Z. Grąbczewska: Specyfika współpracy lekarz-pacjent w pediatrii. *Folia Cardiol. Excerpta* 2010;5:74-77.

Zaburzenia lękowe u osób z chorobą niedokrwienną serca

Chronologicznie pierwszym podjętym przeze mnie tematem naukowym była problematyka zaburzeń lękowych towarzyszących zawałowi serca (5 publikacji, których jestem pierwszym autorem). W moich publikacjach analizowałam zaburzenia lękowe, z jednej strony, jako czynnik ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych, a z drugiej strony, jako konsekwencję przebytego zawału. Przedmiotem moich badań prowadzonych we współpracy z Katedrą i Kliniką Psychiatrii CM UMK (kierownik: prof. dr hab. med. Aleksander Araszkiwicz) była w szczególności analiza stylów radzenia sobie ze stresem w trakcie hospitalizacji związanej z zawałem.

Wybrane publikacje:

- A. Kubica, M. Bogdan, P. Szymański, J. Kubica: Wpływ zaburzeń lękowych na nagłe zgonu sercowe. *Psychiatr. w Prakt. Ogólnolek.* 2003;3:191-195.
- A. Kubica, M. Bogdan, M. Budnik-Szymoniuk: Zaburzenia lękowe u chorych po zawale serca. *Psychiatr. w Prakt. Ogólnolek.* 2004;4:103-106.
- A. Kubica, M. Bogdan, G. Grzešek, A. Krakowska, A. Sukiennik: Radzenie sobie ze stresem we wczesnym okresie po zawale serca. *Psychiatr. w Prakt. Ogólnolek.* 2005;5:95-98.

- A. Kubica, P. Magielski, A. Jurek, E. Olejarczyk, E. Grzešk, M. Koziński, R. Wilczek, W. Kochman, I. Świątkiewicz, D. Borowska, G. Grzešk, W. Sinkiewicz, A. Araszkiwicz: Analiza stylów radzenia sobie ze stresem u chorych z ostrym zawałem serca. *Folia Cardiol. Excerpta* 2009;4:18-22.
- A. Kubica: Psychologiczny aspekt zawału serca - niedoceniana zmienna w procesie terapii i rehabilitacji. *Folia Cardiol. Excerpta* 2009;4:197-199.

Problemy rehabilitacji u osób z chorobą wieńcową

Zagadnienia związane z rehabilitacją osób z chorobą wieńcową wiążą się ściśle zarówno z edukacją zdrowotną jak i zaburzeniami lękowymi (5 publikacji, w tym w 1 jako jedyny autor). Tematyką tą zajmowałam się współpracując z dr med. Alicją Krakowską z Katedry i Kliniki Rehabilitacji (kierownik prof. dr hab. med. Wojciech Hagner) oraz z zespołami katedr: Kardiologii (kierownik: prof. dr hab. med. Władysław Sinkiewicz), Kardiologii i Chorób Wewnętrznych (kierownik: prof. dr hab. med. Jacek Kubica) oraz Kardiochirurgii (kierownik: dr hab. med. Lech Anisimowicz, prof. UMK).

Wybrane publikacje:

- A. Krakowska, J. Kubica, M. Koziński, A. Sukiennik, W. Krupa, L. Ludwikowska, R. Dobosiewicz, E. Zabielska, A. Kubica, M. Bogdan, I. Świątkiewicz, G. Grzešk: Przebieg wczesnej rehabilitacji szpitalnej u chorych z ostrym zawałem serca, leczonych pierwotną angioplastyką lub trombolitycznie. *Folia Cardiol.* 2005;12:273-283.
- J. Dąbrowska, A. Jurek, A. Krakowska, Z. Grąbczewska, A. Kubica: Udział rodziny chorego w rehabilitacji osób po zawale serca. *Cardiovasc. Forum* 2007;12:18-22.
- W. Sinkiewicz, H. Gęsińska, A. Kubica, J. Dudziak: Aktywność fizyczna a ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. *Cardiovasc. Forum* 2007;12:82-86.
- A. Kubica: Weryfikacja psychologicznych efektów rehabilitacji - pierwszy krok do osiągnięcia wytyczonych celów. *Folia Cardiol. Excerpta* 2009;4:257-259.
- A. Krakowska, J. Sikorska, Ł. Michalak, L. Ludwikowska, K. Kopacz, A. Kubica, M. Koziński, L. Anisimowicz: Strategia postępowania rehabilitacyjnego po zabiegach kardiochirurgicznych. *Folia Cardiol. Excerpta* 2010;5:135-140.

Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca

Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca, w tym w szczególności aspekty psychologiczne to kolejny temat przewijający się w moich publikacjach (12 publikacji, w tym

w 1 jako pierwszy, a w 3 jako drugi autor). W pracach zwracałam uwagę na uwarunkowania odmiennego przebiegu tej choroby u kobiet i mężczyzn, czynniki ryzyka u kobiet przed menopauzą oraz subiektywne determinanty zachowań zdrowotnych u kobiet. Osobną grupę publikacji stanowią te, które dotyczą czynników ryzyka u pacjentów poddawanych zabiegowi angioplastyki wieńcowej. Artykuły te powstały we współpracy z dr med. Anną Andruszkiewicz z Katedry i Zakładu Promocji Zdrowia (kierownik: prof. dr hab. med. Aleksander Goch) oraz z zespołami katedr: Kardiologii (kierownik: prof. dr hab. med. Władysław Sinkiewicz) oraz Kardiologii i Chorób Wewnętrznych (kierownik: prof. dr hab. med. Jacek Kubica).

Wybrane publikacje:

- A. Kubica, E. Zabielska, A. Sukiennik, T. Żółkiewska, J. Kubica, J. Lackowski: Somatyczne i psychiczne uwarunkowania odmiennego przebiegu choroby niedokrwiennej serca u kobiet i u mężczyzn. *Forum Kard.* 2005;10:138-141.
- A. Sukiennik, G. Bojarski, A. Jachalska, G. Grzešek, A. Kubica, M. Bogdan, W. Kochman, J. Kopaczewski, G. Raczak, J. Kubica: Wpływ nadciśnienia tętniczego na przebieg angioplastyki tętnic wieńcowych. *Folia Cardiol.* 2005;12:829-835.
- E. Zabielska, A. Kubica, M. Koziński, A. Król, T. Sukiennik, R. Dobosiewicz, Z. Grąbczewska, J. Kubica: Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca u kobiet przed menopauzą. *Cardiovasc. Forum* 2006;11:39-43.
- G. Bojarski, A. Sukiennik, A. Jachalska, A. Kubica, G. Grzešek, M. Bogdan, K. Demidowicz, W. Kochman, P. Szamański, M. Chojnicki, J. Kopaczewski, J. Kubica: Występowanie czynników ryzyka u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym leczonych przezskórną angioplastyką wieńcową z powodu objawowej choroby niedokrwiennej serca. *Med. Biol. Sci.* 2006;20:71-76.
- W. Sinkiewicz, J. Dudziak, A. Kubica, M. Papke: Czy wzorzec konsumpcji alkoholu ma wpływ na układ sercowo-naczyniowy? *Folia Cardiol. Excerpta* 2007;2:292-296
- A. Sukiennik, A. Król, A. Jachalska, M. Koziński, T. Fabiszak, A. Kubica, M. Radomski, K. Demidowicz, M. Bogdan, G. Raczak, T. Sukiennik, E. Zabielska, R. Dobosiewicz, M. Rychter, M. Jabłoński, T. Białoszyński, M. Chojnicki, G. Grzešek, J. Kubica: Percutaneous coronary angioplasty in elderly patients: assessment of in-hospital outcomes. *Cardiol. J.* 2007;14:143-154.
- A. Sukiennik, M. Koziński, K. Dębska-Kozińska, A. Kubica, Z. Grąbczewska, J. Kubica: Smokers versus non-smokers undergoing percutaneous transluminal coronary

angioplasty: the impact of clinical and procedural characteristics on in-hospital mortality. *Cardiol. J.* 2007;14:482-492.

- M. Ziołkowski, A. Kubica, W. Sinkiewicz, J. Maciejewski: Zmniejszanie umieralności na chorobę niedokrwienną serca w Polsce - sukces terapii czy prozdrowotnego stylu życia? *Folia Cardiol. Excerpta* 2009;4:265-272.
- A. Andruszkiewicz, M.A. Basińska, A. Kubica: Czynniki wpływające na poziom motywacji do zaprzestania palenia tytoniu w grupie osób uzależnionych od nikotyny. *Folia Cardiol. Excerpta* 2010;5:49-53.
- A. Andruszkiewicz, H. Idczak, A. Kubica: Differences in the scope of subjective determinants of health behaviour, in a group of healthy women, and women with chronic diseases. W: *The chosen aspects of woman and family's health. T. 1.* Ed. Mariola Banaszekiewicz, B. Kielbratowska, Małgorzata Gierszewska. Bydgoszcz: Studio Reklamy i Poligrafii FOTOMAN, Anna Borowicz, 2010:129-137.
- M. Węglarz, A. Kubica, W. Sinkiewicz: Znaczenie czekolady w prewencji chorób sercowo- naczyniowych. *Folia Cardiol. Excerpta* 2011;6:127-134.

Farmakologia kliniczna

Zagadnienia dotyczące farmakologii klinicznej, a zwłaszcza leków oddziałujących na układ renina-angiotensyna-aldosteron to obszar moich zainteresowań naukowych, które znalazły odzwierciedlenie w szeregu prac (12 publikacji, w tym w 1 jako pierwszy autor, a w 5 kolejnych drugi autor), z których zdecydowana większość powstała we współpracy z dr hab. med. Grzegorzem Grześkiem, prof. UMK (Kierownikiem Katedry i Zakładu Farmakologii i Terapii). Chcę zaznaczyć, że artykuł, którego jestem pierwszym autorem spotkał się ze szczególnym zainteresowaniem, którego odzwierciedleniem była dodatkowa publikacja w postaci reprintów.

Wybrane publikacje:

- G. Grzešek, A. Trajder, A. El-Essa, A. Kubica, M. Bogdan, S. Sielski, A. Witkowska, D. Budzbon, L. Szadujkis-Szadurski, J. Kubica: Interakcje i bezpieczeństwo stosowania acenokumarolu. *Forum Kard.* 2004;9:93-99.
- G. Grzešek, M. Bogdan, A. Kubica, K. Demidowicz, W. Sinkiewicz: Zastosowanie antagonistów receptora dla aldosteronu w leczeniu niewydolności serca. *Chor. Serca Nacz.* 2005;2:29-32.

- A. Kubica, G. Grzešek, M. Koziński, Z. Grąbczewska, W. Sinkiewicz, J. Kubica: Antagoniści receptora angiotensynowego - miejsce w terapii niewydolności serca w świetle najważniejszych badań klinicznych. *Cardiovasc. Forum* 2006;11:119-125.
- J. Kubica, G. Grzešek, A. Kubica, A. Sukiennik, M. Koziński, W. Sinkiewicz: Od patofizjologii do terapii - rola antagonistów receptora angiotensynowego AT1 w leczeniu chorych z przewlekłą niewydolnością serca. *Cardiovasc. Forum* 2007;12:3-12.
- M. Bogdan, M. Koziński, A. Kubica: Odkrycie inhibitorów konwertazy angiotensyny - historia sukcesu. *Cardiovasc. Forum* 2007;12:96-104.
- G. Grzešek, A. Kubica, E. Grzešek, R. Wilczek, A. Sukiennik: Aliskiren - nowy inhibitor układu renina-angiotensyna-aldosteron. *Folia Cardiol. Excerpta* 2008;3:510-516.
- G. Grzešek, A. Kubica, E. Grzešek, R. Wilczek, W. Kochman, A. Sukiennik, W. Sinkiewicz: Cukrzyca a inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę. *Folia Cardiol. Excerpta* 2008;3:287-291.
- G. Grzešek, A. El-Essa, A. Kubica, E. Grzešek, A. Sukiennik, K. Pstrągowski: Współczesne diuretyki pętłowe. *Folia Cardiol. Excerpta* 2008;3:292-295.
- G. Grzešek, A. Kubica, E. Grzešek, J. Kubica, M. Koziński: Eplerenon - nowe możliwości hamowania receptora dla aldosteronu. *Folia Cardiol. Excerpta* 2009;4:156-160.
- G. Grzešek, A. Kubica, E. Grzešek, I. Świątkiewicz, M. Koziński: Współczesne możliwości wykorzystania terapeutycznego aktywacji i hamowania naczyniowych receptorów adrenergicznych oraz wazopresynowych. *Folia Cardiol. Excerpta* 2009;4:303-309.
- G. Grzešek, A. Kubica, M. Koziński, W. Sinkiewicz, E. Grzešek, A.K. Jankowska: Strategia wyboru leku i jego postaci jako metoda poprawy realizacji programu terapeutycznego. *Folia Cardiol. Excerpta* 2010;5:88-92.
- G. Grzešek, A. El-Essa, A. Kubica, E. Grzešek, J. Kubica, M. Koziński: Rosuwastatyna w prewencji pierwotnej schorzeń układu sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiol. Excerpta* 2010;5:141-144.

Terapia antyagregacyjna w chorobach układu krążenia

Obok edukacji zdrowotnej, zagadnienia związane z najnowszymi osiągnięciami w zakresie terapii antyagregacyjnej stanowią najważniejszy element mojej aktywności naukowej

(12 publikacji, w tym w 6 jako pierwszy autor, 8 publikacji w czasopismach posiadających IF). W szczególności zajmowałam się współpracą lekarz-pacjent w zakresie leczenia antyagregacyjnego, dobową zmiennością działania klopidoogrelu i kwasu acetylosalicylowego, interakcjami tych leków z inhibitorami pompy protonowej, genetycznymi determinantami efektywności działania klopidoogrelu, działaniem nowych inhibitorów receptora P2Y12 na tle klopidoogrelu oraz problemami terapii abciximabem w ostrych zespołach wieńcowych. Jest to kontynuacja moich zainteresowań z zakresu farmakologii klinicznej. W tym obszarze współpracowałam z dr hab. med. Grzegorzem Grześkiem, prof. UMK i zespołem Katedry Kardiologii i Chorób Wewnętrznych (w szczególności z dr med. Markiem Kozińskim, dr med. Eliano Pio Navarese oraz lek. med. Michałem Kasprzakiem) a także z ekspertami zagranicznymi: prof. Felicita Andreotti (Uniwersytet Katolicki w Rzymie, Włochy), dr Jolanta Siller-Matula (Uniwersytet Medyczny we Wiedniu, Austria), dr Udaya Tantry, dr Kevin Bliden, prof. Paul Gurbel (Uniwersytet J.Hopkinsa w Baltimore, Stany Zjednoczone), dr Fausto Castriota (Szpital w Cotignola, Włochy). Badania dotyczące skuteczności terapii antyagregacyjnej w odniesieniu do edukacji zdrowotnej stanowią istotę mojego osiągnięcia naukowego.

Wybrane publikacje:

- G. Grzešek, A. Kubica, E. Grzešek, M. Koziński, W. Kochman: Kwas acetylosalicylowy i klopidoogrel w leczeniu choroby wieńcowej. *Folia Cardiol. Excerpta* 2009;4:310-316.
- A. Kubica: Problemy długotrwałej terapii przeciwplatekowej po implantacji stentu do tętnicy wieńcowej. *Postępy Kardiolog. Interw.* 2009;5:158-161.
- A. Kubica, M. Koziński, E.P. Navarese, G. Grzešek, A. Goch, J. Kubica: Intracoronary versus intravenous abciximab administration in STEMI patients: overview of current status and open questions. *Curr. Med. Res. Opin.* 2011;27:2133-2144.
- G. Grzešek, M. Koziński, E.P. Navarese, A. Kubica, E. Grzešek, J. Kubica, M. Zieliński: Kwas acetylosalicylowy - podstawa leczenia przeciwplatekowego. *Folia Cardiol. Excerpta* 2011;6:49-61.
- A. Kubica, M. Koziński, G. Grzešek, E.P. Navarese, A. Andruszkiewicz, H. Idczak, A. Goch, J. Kubica: Leczenie klopidoogrelem - pytania wymagające odpowiedzi. *Folia Cardiol. Excerpta* 2011;6:195-202.
- A. Kubica, G. Grzešek, M. Koziński, A. Andruszkiewicz, T. Sukiennik, H. Idczak, A. Goch: Strategia leczenia abciximabem u pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi. Analiza przesłanek teoretycznych i wyników badań klinicznych. *Folia Cardiol. Excerpta* 2011;6:189-194.

- A. Kubica, M. Koziński, G. Grzešek, T. Fabiszak, E.P. Navarese, A. Goch: Genetic determinants of platelet response to clopidogrel. *J. Thromb. Thrombolysis* 2011;32:459-466.
- A. Kubica, M. Koziński, G. Grzešek, A. Goch: Znaczenie kliniczne interakcji między kłopidogrelem a inhibitorami pompy protonowej. *Kardiol. Pol.* 2011;69:610-616.
- M. Koziński, L. Bielis, J. Wiśniewska-Szmyt, J. Boinska, W. Stolarek, A. Marciniak, A. Kubica, Z. Grąbczewska, E.P. Navarese, F. Andreotti, J.M. Siller-Matula, D. Rość, J. Kubica: Diurnal variation in platelet inhibition by clopidogrel. *Platelets* 2011;22:579-587.
- J. Kubica, M. Koziński, E.P. Navarese, U.S. Tantry, G. Grzešek, T. Fabiszak, A. Kubica, I. Świątkiewicz, K.P. Bliden, P.A. Gurbel: Updated evidence on intracoronary abciximab in ST-elevation myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Cardiol. J.* 2012;19:230-242.
- M. Kasprzak, M. Koziński, A. Kubica, E.P. Navarese, G. Grzešek, J. Kubica: Przegląd metod ochrony przewodu pokarmowego u pacjentów leczonych kwasem acetylosalicylowym. Ocena skuteczności terapii i wpływu na właściwości przeciwplatekcyjne. *Kardiol. Pol.* 2012;70:405-413.
- G. Grzešek, M. Koziński, E.P. Navarese, M. Krzyżanowski, E. Grzešek, A. Kubica, J.M. Siller-Matula, F. Castriota, J. Kubica: Ticagrelor, but not clopidogrel and prasugrel, prevents ADP-induced vascular smooth muscle cell contraction: a placebo-controlled study in rats. *Thromb. Res.* 2012;130:65-69.

Leczenie pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi

Brałam udział w szeregu badań dotyczących pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi (6 publikacji, w tym w 3 w czasopismach posiadających IF). Badania te dotyczyły populacji objętych programami edukacyjnymi, którymi kierowałam. Ponadto we współpracy z dr med. Eliano Pio Navarese przygotowywałam badania o charakterze meta-analiz.

Wybrane publikacje:

- E. Olejarczyk, A. Jurek, M. Pilaczyńska-Cemel, A. Kubica, J. Ostrowska-Nowak, D. Budzbon, R. Dobosiewicz, E. Zabielska, D. Borowska, J. Gierach, I. Świątkiewicz, A. Sukiennik: Analiza składowych wpływających na opóźnienie procesu leczenia w ostrym zawałe serca w zależności od miejsca zamieszkania. W: *Interdyscyplinarny*

wymiar nauk o zdrowiu. Pod red. Zbigniewa Bartuziego. Bydgoszcz: UMK CM;2007:294-299.

- E. Olejarczyk, A. Jurek, M. Pilaczyńska-Cemel, A. Kubica, J. Ostrowska-Nowak, D. Budzbon, R. Dobosiewicz, K. Demidowicz, A. Król, E. Zabielska, Z. Grąbczewska, A. Sukiennik: Wpływ płci na zachowanie pacjenta z bólem w klatce piersiowej. W: Wybrane aspekty opieki zdrowotnej. Pod red. Zbigniewa Bartuziego. Bydgoszcz: UMK CM;2007:345-351.
- A. Jurek, E. Olejarczyk, M. Pilaczyńska-Cemel, M. Krzyżanowska, A. Kubica, J. Ostrowska-Nowak, D. Budzbon, R. Dobosiewicz, A. Sukiennik: Wpływ wieku i płci oraz charakteru bólu na opóźnienie procesu leczenia u chorych z bólem w klatce piersiowej. W: Wybrane aspekty opieki zdrowotnej. Pod red. Zbigniewa Bartuziego. Bydgoszcz: UMK CM;2007:162-168.
- A. Bronisz, M. Koziński, P. Magielski, T. Fabiszak, J. Gierach, I. Świątkiewicz, A. Sukiennik, A. Kubica, M. Bronisz, Z. Grąbczewska, A. Sinkiewicz, R. Junik, J. Kubica: Value of oral glucose tolerance test in the acute phase of myocardial infarction. *Cardiovasc. Diabetol.* 2011;10:1-7.
- E.P. Navarese, A. Buffon, F. Andreotti, P.A. Gurbel, M. Koziński, A. Kubica, G. Musumeci, A. Cremonesi, L. Tavazzi, J. Kubica, F. Castriota: Adenosine improves post-procedural coronary flow but not clinical outcomes in patients with acute coronary syndrome: A meta-analysis of randomized trials. *Atherosclerosis* 2012;222:1-7.
- I. Świątkiewicz, M. Koziński, P. Magielski, J. Gierach, T. Fabiszak, A. Kubica, A. Sukiennik, E.P. Navarese, G. Odrowąż-Sypniewska, J. Kubica: Usefulness of C-reactive protein as a marker of early post-infarct left ventricular systolic dysfunction. *Inflamm. Res.* 2012;61:725-734.

Zarządzanie jakością w medycynie

Pokłosem mojej pracy w Szpitalu Uniwersyteckim im. A. Jurasza w Bydgoszczy na stanowisku Pełnomocnika Dyrektora ds. Wdrażania Systemów Zarządzania Jakością była jedna publikacja prezentowana także na konferencji poświęconej tej tematyce.

Wybrane publikacje:

- M. Budnik-Szymoniuk, P. Paciorek, M. Cichańska, A. Kubica, K. Demidowicz: Rekrutacja kadry pielęgniarskiej oraz innej - nie-lekarskiej dla realizacji usług medycznych a jakość i koszty świadczeń medycznych na przykładzie Szpitala

Uniwersyteckiego w Bydgoszczy.W: Leczenie, pielęgnowanie i zarządzanie - wybrane elementy opieki nad pacjentem. Pod red. J. Koniecznego, Zbigniewa Bartuziego. Bydgoszcz: UMK CM;2006:230-238.

h) Międzynarodowa współpraca naukowa

prof. Felicita Andreotti (Uniwersytet Katolicki w Rzymie, Włochy),
dr Kevin Bliden (Uniwersytet J.Hopkinsa w Baltimore, Stany Zjednoczone),
dr Fausto Castriota (Szpital w Cotignola, Włochy),
prof. Paul Gurbel (Uniwersytet J.Hopkinsa w Baltimore, Stany Zjednoczone),
dr Jolanta Siller-Matula (Uniwersytet Medyczny we Wiedniu, Austria),
dr Udaya Tantry (Uniwersytet J.Hopkinsa w Baltimore, Stany Zjednoczone).

i) Osiągnięcia organizacyjne

Organizacja konferencji jako Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego:

- „Compliance, concordance, adherence” 5 maja 2010, Bydgoszcz

Organizacja międzynarodowych konferencji naukowych jako Członek Komitetu Organizacyjnego:

- „Inflammation in Coronary Artery Disease” 20-21 czerwca 2008, Bydgoszcz
- „Platelets and atherosclerotic plaque” 26-27 czerwca 2009, Bydgoszcz
- „Platelets and acute coronary syndromes” 17-18 września 2010, Toruń
- „Presence and future of antiplatelet therapy” 10-11 czerwca 2011, Runowo Krajeńskie
- „Advances in antiplatelet therapy” 7-8 września 2012, Toruń

