

Załącznik nr 2A

AUTOREFERAT

Opis osiągnięć naukowych

Dr med. Maciej Godycki-Ćwirko

Łódź, grudzień 2014 r.

le

Spis treści

1. Dane osobowe	3
1.1. Imię i nazwisko	3
1.2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe	3
1.3. Dotychczasowe zatrudnienie	3
2. Osiągnięcia naukowe	4
2.1. Jednotematyczny cykl publikacji	4
2.2. Omówienie celu naukowego pracy, metod i wyników	5
3. Pozostały dorobek naukowo-badawczy	12
3.1. Rozwój medycyny rodzinnej	12
3.2. Profilaktyka i promocja zdrowia	13
3.3 Podsumowanie pracy doktorskiej	15
3.4. Wyciąg z analizy bibliometrycznej	16

1. Dane osobowe

1.1. Imię i nazwisko: Maciej Godycki-Ćwirko

Data uzyskania dyplomu lekarza 29 maja 1992 r.

Miejsce pracy: Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Centrum Medycyny Rodzinnej i Społeczności Lokalnych. Adres: ul. Kopcińskiego 20, 90-153 Łódź. Tel. 42 679 55 46

Członek Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi

1.2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe

- a. Dyplom magistra matematyki, Uniwersytet Łódzki, Wydział Matematyczno-Fizyczno-Chemiczny, 1982r.
- b. Dyplom ukończenia studiów na kierunku filozofii, Uniwersytet Łódzki, Wydział Filozoficzno-Historyczny, 1984 r.
- c. Dyplom lekarza, Akademia Medyczna w Łodzi, Wydział Lekarski, 1992 r.
- d. Dyplom Specjalisty II stopnia w dziedzinie medycyny rodzinnej, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 1995 r
- e. Dyplom doktora nauk medycznych w dziedzinie medycyny, Akademia Medyczna w Łodzi, Wydział Lekarski, Tytuł pracy doktorskiej: „*Organizacja praktyki polskiego i brytyjskiego lekarza rodzinnego - odniesienie wzorów do modelu*”, 2000 r.
- f. Dyplom Specjalisty II stopnia w dziedzinie zdrowia publicznego, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 2004 r.

1.3. Dotychczasowe zatrudnienie w jednostkach naukowych

1983-86 Asystent w Zakładzie Logiki Uniwersytetu Łódzkiego.

1994-95 Asystent w Zakładzie Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Łodzi.

1995-2005 Asystent Centrum Doskonalenia Medycznego Akademii Medycznej w Łodzi

2005-2013 Adiunkt, Kierownik Zakładu Medycyny Rodzinnej i Społeczności Lokalnych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Od 2013 r. Kierownik Centrum Medycyny Rodzinnej i Społeczności Lokalnych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi,

2. Osiągnięcia naukowe określone w 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.)

2.1 Jednotematyczny cykl publikacji

Podstawą ubiegania się o tytuł doktora habilitowanego jest zestawiony w tabeli poniżej jednotematyczny cykl sześciu publikacji (**suma IF = 11,621**) opatrzonej tytułem:

„Badania problemów dotyczących dróg oddechowych w podstawowej opiece zdrowotnej”.

L.p.	Autorzy i Tytuł publikacji	Czasopismo	IF	Punktacja MNiSW*
1	Godycki-Cwirko M , Hood K, Nocun M, Muras M, Goossens H, Butler CC. Presentation, antibiotic management and associated outcome in Polish adults presenting with acute cough/LRTI	Family Practice 2011	1,503	35
2	Godycki-Cwirko M , Cals JWL, Francis N, Verheij T, Butler CC, Goossens H, Zakowska I, Panasiuk L. Public Beliefs on Antibiotics and Symptoms of Respiratory Tract Infections Among Rural and Urban Population in Poland: a Questionnaire Study.	PLOS ONE 2014	3.534,	40
3	Godycki-Cwirko M , Nocun M, Butler C, Muras M, Fleten N, Melbye H. Sickness certification for patients with acute cough/LRTI in primary care in Poland and Norway.	Scand J Prim Health Care 2011	2,054	30
4	Godycki-Cwirko M , Koziarska-Rosciszewska M, Kosiek K. The delivery of prevention programs for cardiovascular disease and chronic obstructive pulmonary disease in Lodz by primary care physicians.	Archives of Medical Science 2010	1,199	9
5	Godycki-Cwirko M , Izabela Zakowska, Katarzyna Kosiek, Michel Wensing, Jarosław Krawczyk and Anna Kowalczyk Evaluation of a tailored implementation strategy to improve the management of patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary care, study protocol of a cluster randomized trial	Trials 2014	2,117	25
6	Godycki-Cwirko M , Bratkowska, A. An 89-year-old patient with acquired murmur associated with pulmonary embolism.	Archives of Medical Science. 2011	1,214	25
			11,621	164

* Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego

W załączniku nr 4 zamieszczono oświadczenia wszystkich współautorów, określające indywidualny wkład każdego z nich w powstanie wymienionych prac. Teksty powyższych publikacji stanowią załącznik nr 5 do składanego wniosku.

M

2.2. Tło i cel naukowy prac, metody i wyniki

Tło

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ). Jest częścią systemu opieki zdrowotnej cechującą się ogólnym i wszechstronnym podejściem do postępowania medycznego z pacjentami zgłaszającymi się lub zarejestrowanymi w poradni opieki podstawowej. Oznacza to, iż lekarze POZ (lekarze rodzinni, lekarze ogólnie praktykujący) obok zajmowania się dolegliwościami zgłaszanymi przez pacjentów uwzględniają również profilaktykę, a także doradztwo dotyczące tego, jak właściwie korzystać z zasobów opieki zdrowotnej.¹ Niniejsza praca prezentuje wyniki badań wybranych problemów dotyczących dróg oddechowych w POZ.

Jednym z najczęstszych powodów zgłaszania się pacjentów po poradę do lekarzy POZ jest ostry kaszel (trwający do 3 tygodni) połączony z innymi objawami infekcji dróg oddechowych.^{2,3,4,5,6} Przegląd piśmiennictwa pokazał, iż u wielu pacjentów z z takimi dolegliwościami rozpoznanie opiera się głównie na objawach podmiotowych i przedmiotowych.⁷ Leczenie obejmuje stosowanie antybiotyków, w odsetku sięgającym od 27% w Holandii do 75% w Zjednoczonym Królestwie.^{8,9,10,11,12} Może to być jedną z przyczyn rosnącej oporności na antybiotyki, która przykładowo dla penicyliny w izolowanych szczepach bakteryjnych w 2007 roku w 30 krajach sięgała dziesięciu procent.¹³

¹ Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Švab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002;52(479):526-7.

² Bridges-Webb C, Dunstone MW. The Australian general practice morbidity and prescribing survey, 1969 to 1974. 5. Aspects of morbidity: respiratory infections. *Med J Aust* 1976;2:18-20.

³ Marsland DW, Wood M, Mayo F. Content of family practice. Part I. Rank order of diagnoses by frequency. Part II. Diagnoses by disease category and age/sex distribution. *J Fam Pract* 1976;3:37-68

⁴ McCormick A, Fleming D, Charlton D. Morbidity statistics from general practice: fourth national study 1991-92. The Stationery Office 1995.

⁵ Hsiao CJ, Cherry DK, Beatty PC, Rechtsteiner EA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2007 summary. *Natl Health Stat Report* 2010;1-32.

⁶ Fleming DM, Smith GE, Charlton JR, Charlton J, Nicoll A. Impact of infections on primary care--greater than expected. *Commun Dis Public Health* 2002;5:7-12.

⁷ 53. Stanton N, Francis NA, Butler CC. Reducing uncertainty in managing respiratory tract infections in primary care. *Br J Gen Pract* 2010;60:e466-e475.

⁸ Akkerman AE, Kuyvenhoven MM, van der Wouden JC, Verheij TJM. Prescribing antibiotics for respiratory tract infections by GPs: management and prescriber characteristics. *Br J Gen Pract* 2005;55:114-8.

⁹ Macfarlane J, Lewis SA, Macfarlane R, Holmes W. Contemporary use of antibiotics in 1089 adults presenting with acute lower respiratory tract illness in general practice in the UK: implications for developing management guidelines. *Respir Med* 1997;91:427-34.

¹⁰ Hopstaken RM, Butler CC, Muris JW i wsp. Do clinical findings in lower respiratory tract infection help general practitioners prescribe antibiotics appropriately? An observational cohort study in general practice. *Fam Pract* 2006; 3:180-7.

¹¹ Ashworth M, Charlton J, Ballard K, Latinovic R, Gulliford M. Variations in antibiotic prescribing and consultation rates for acute respiratory infection in UK general practices 1995-2000. *Br J Gen Pract* 2005;55:603-8.

¹² Butler CC, Hood K, Verheij T, Little P, Melbye H, Nuttall J, Kelly MJ, Mölsted S, Godycki-Cwirko M, Rautakorpi U, Torres A, Gillespie D, Almirall J, Coenen S, Goossens H. Variation in antibiotic prescribing and its impact on recovery in patients with acute cough in primary care: prospective study in 13 countries. *BMJ* 2009;338:b2242

¹³ Grundmann H. EARSS annual report 2007. Bilthoven, Netherlands: European Antimicrobial Resistance Surveillance System, 2007:40.

M

W Polsce dziennie przepisanych jest ponad 20 zdefiniowanych dawek dziennych (*defined daily doses*, DDD) antybiotyków na 1000 mieszkańców¹⁴ i ciągle zbyt mało wiadomo o szczegółach przebiegu leczonych dolegliwości, ich obrazie i efektach przepisywania antybiotyków.¹⁴ Dostępne dane wskazują na to, iż większość antybiotyków przepisanych pacjentom z infekcją dolnych dróg oddechowych nie pomaga im w szybszym powrocie do zdrowia. Co więcej u wielu pacjentów z ostrym kaszlem leczenie antybiotykami przynosi szkody, nasila oporność na antybiotyki, prowadzi do gorszych wyników postępowania i zwiększa obciążenie lekarzy pracą.^{15,16,17,18} Niedostatecznie były dotąd badane aspekty orzekania o niezdolności do pracy pacjentów z kaszlem i infekcjami dróg oddechowych. Rzadko badana w warunkach POZ była też przewlekła obturacyjna choroba płuc, uznawana za szóstą główną przyczynę zgonów dla obu płci na świecie.¹⁹ Przewidywano, iż w 2020 roku POChP znajdzie się na piątym miejscu wśród chorób stanowiących największe obciążenie systemów ochrony zdrowia, a do 2030 roku będzie czwartą wiodącą przyczyną zgonów na świecie ze względu na wzrost liczby osób palących tytoń oraz zmiany demograficzne w wielu krajach.²⁰ W Polsce badanie kwestionariuszowe prowadzone w 2007 roku pokazało, że 34% mężczyzn paliło tytoń codziennie, 2% sporadycznie, 19% to byli palacze, a 45% nigdy nie paliło. U kobiet odsetki te wypadły odpowiednio: 23%, 3%, 10% i 64%.²¹ Badania epidemiologiczne POChP na reprezentatywnej próbie ogólnej populacji nie zostały w Polsce przeprowadzone, ale szacunki na podstawie mniejszych badań sugerują stosunkowo wysoką częstość występowania choroby. W badaniach w wybranych obszarach geograficznych stwierdzono, że objawy POChP występowały u około 10% pacjentów powyżej 40 r.ż.²² Badania w dużych miastach w Polsce wykazały 9,8% występowanie POChP w populacji między 41 i 72 r.ż.²³ Dane te są spójne z innymi danymi wskazującymi na występowanie POChP u 4 do 11% u osób dorosłych w Europie.²⁴ Całkowita liczba osób cierpiących na POChP w Polsce szacowana jest na około 2 miliony, co czyni chorobę trzecią najczęstszą chorobą przewlekłą i czwartą najczęstszą przyczyną

¹⁴ Fahey T, Stocks N, Thomas T. Quantitative systematic review of randomised controlled trials comparing antibiotic with placebo for acute cough in adults. *BMJ* 1998;316:906-10.

¹⁵ Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet* 2005;365:579-87.

¹⁶ Butler CC, Hillier S, Roberts Z, Dunstan F, Howard A, Palmer S. Antibiotic-resistant infections in primary care are symptomatic for longer and increase workload: outcomes for patients with *E. coli* UTIs. *Br J Gen Pract* 2006;56:686-92.

¹⁷ Hillier S, Roberts Z, Dunstan F, Butler C, Howard A, Palmer S. Prior antibiotics and risk of antibiotic-resistant community-acquired urinary tract infection: a case-control study. *J Antimicrob Chemother* 2007;60:92-9.

¹⁸ Butler CC, Dunstan F, Heginbotham M i wsp. Containing antibiotic resistance: decreased antibiotic-resistant coliform urinary tract infections with reduction in antibiotic prescribing by general practices. *Br J Gen Pract* 2007;57:785-92.

¹⁹ Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Med* 2006, 3:e442.

²⁰ World Health Statistics: Chapter 1 - burden: mortality, morbidity and risk factors; 2008.

http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter1.pdf. Global status report on noncommunicable diseases 2010, World Health Organization Press, printed in Italy.

²¹ Bednarski B, Gorynski P, Lata E, Parchimowicz T, Przewozniak K, Wojtyniak B: The current status of the tobacco epidemic in Poland. World Health Organization regional office for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/68064/E92470.pdf.

²² Niepsuj GKJ, Niepsuj K, Ziara D, Polonska A, Cieslicki J: Przewlekła obturacyjna choroba płuc wśród mieszkańców miasta Zabrze. *Wiad Lek* 2002, 55:354-359.

²³ Plywaczewski R, Bednarek M, Jonczak L, Zielinski J: Częstość występowania POChP wśród mieszkańców prawobrzeżnej Warszawy. *Pneumonol Alergol Pol* 2003;71:329-335.

²⁴ European Respiratory Society/European Lung Foundation: Chronic obstructive pulmonary disease. In European lung white book - the first comprehensive survey on respiratory health in Europe. Edited by Loddenkemper R, Gibson GJ, Sibille Y. Sheffield: ERSJ; 2003:34-43.

zgonów w Polsce.²⁵ Jak dotąd nie było w Polsce uzgodnionej ścieżki opieki nad pacjentami z POChP i stosowane były różne wytyczne postępowania, nieznane były też szczegółowe uwarunkowania poprawy jakości opieki nad pacjentami z POChP w POZ, co stanowiło przesłankę do podjęcia badań w tym kierunku.

Nieliczne są również studia przypadków występujących w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej, co zainspirowało habilitanta do przeprowadzenia takiego studium.

Cel naukowy prac

Ogólnym celem badań przedstawionych w cyklu sześciu publikacji było uzyskanie obrazu wybranych aspektów postępowania z problemami dotyczącymi dróg oddechowych w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce. Szczegółowe pytania badawcze wyglądały następująco:

Jak lekarze POZ postępują z dorosłymi pacjentami z kaszlem i infekcją dolnych dróg oddechowych, w szczególności, jak stosują antybiotyki i orzekają o niezdolności do pracy?

Czy specjalizacja lekarzy POZ wpływa na realizację programów profilaktyki chorób przewlekłych, w tym POChP?

Jak można ocenić uwarunkowania poprawy jakości opieki w POChP w podstawowej opiece zdrowotnej?

Jak wygląda rzadka prezentacja zatorowości płucnej, którą może napotkać lekarz POZ?.

Dodatkowym celem podjętych prac było odniesienie wybranych zagadnień badanych w Polsce do kontekstu międzynarodowego.

Metody i wyniki

Pierwsza praca cyklu dotyczyła obserwacyjnego badania pacjentów z kaszlem i infekcją dolnych dróg oddechowych zgłaszających się do lekarzy rodzinnych w okresie wzmożonych zachorowań.

Lekarze zostali poproszeni o wypełnienie formularza sprawozdania przypadku z opisem stanu pacjenta, wywiadu, badania przedmiotowego i postępowania. Pacjenci wypełniali przez 28 dni dzienniczek objawów, o czym przypominano im telefonicznie w 3 lub 4 dniu od wyjściowej wizyty u lekarza. Włączono 301 kolejnych dorosłych pacjentów, którzy zgłaszali się zimą 2006/2007 do dziewięciu poradni lekarzy rodzinnych w Łodzi i okolicach oraz wyrazili zgodę na udział w badaniu.

Dane z dzienniczek objawów uzyskano od 221 pacjentów (73,4%). Tylko dwóch pacjentów było włączonych do badania podczas wizyty domowej. Średnia wieku pacjentów wynosiła 45 lat, ponad dwie trzecie stanowiły kobiety.

Stwierdzono, iż pacjenci na ogół zgłaszali się do lekarza rodzinnego po czterech dniach złego samopoczucia. Wszyscy stosowali jakiś środek dostępny bez recepty w celu złagodzenia kaszlu. Lekarze podczas pierwszej wizyty odnotowali średnio osiem objawów, najczęściej - oprócz kaszlu - złe samopoczucie (u 91,9% pacjentów), ograniczenie codziennych aktywności (80,5%), katar (80,1%) obecność wydzieliny (76,0%). Zmiany osłuchowe stwierdzono u 55,0% pacjentów.

Łącznie 95,0% pacjentów zalecono jakiś lek, 72,4% otrzymało receptę na antybiotyk (najczęściej z grupy makrolidów/linkozamidów [38,8%]), ale i amoksycylinę/amoksycylinę z kwasem klawulanowym

²⁵ Czermak G, Głaz M, Głowacka-Smolis K, Lipowska E, Marikin M, Ostrowska A, Pilaszek K, Rybak-Nguyen E, Szczepańska A, Szydłowska G: Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. [Statistical yearbook of the Republic of Poland]; 2008:204. Statistical Publishing Establishment, Warsaw, Poland. Warsaw. 2008.

(36.3%), przy czym tylko 11.3% otrzymało zalecenie przyjęcia leku w razie potrzeby po odczekaniu określonego czasu. Aż 61.1% pacjentów otrzymało zalecenie użycia mukolityków, mimo danych o braku ich skuteczności. Przepisanie antybiotyku było najsilniej powiązane z rozpoznaniem infekcji dolnych dróg oddechowych oraz ze zmianami osłuchowymi nad polami płucnymi. Kaszel przeciętnie trwał osiem dni od momentu zgłoszenia się do lekarza.²⁶ (**Godycki-Cwirko et al. IF=1,503**)

Badanie to było częścią większego projektu z udziałem i wkładem habilitanta, prowadzonego w 13 krajach europejskich, którego wyniki opublikowano w pracach zbiorowych z udziałem habilitanta, niewłączonych do niniejszego cyklu. Łącznie do badania włączono 3402 pacjentów będących pod opieką 387 lekarzy rodzinnych w 13 krajach, dla 3358 (99%) wypełniono formularze zgłoszenia przypadku, a od 2714 (80%) otrzymano wypełnione dzienniczki objawów.

Stwierdzono znaczące różnice postępowania między krajami. Różnice związane z decyzją o przepisaniu lub nieprzepisaniu antybiotyku pozostały między krajami duże, nawet po uwzględnieniu różnic w obrazie klinicznym. Uwidoczniono też różnice między krajami w wyborze antybiotyku. Statystyczny związek między przepisaniem lub nieprzepisaniem antybiotyku a uzyskanym wynikiem był istotny, jednak wyliczona wielkość różnicy przy obu podejściach po siedmiu dniach nie przekraczała jednej dziesiątej procenta, nie będąc istotną klinicznie.²⁷

Stwierdzono też, iż we wszystkich 13 krajach lekarze niezależnie od różnic w doświadczeniu zawodowym i od warunków prowadzenia praktyki częściej przepisują antybiotyki pacjentom palącym tytoń w stosunku do niepalących. Nie stwierdzono jednak znaczących różnic w nasileniu objawów w tych grupach pacjentów, ani w przebiegu zdrowienia.²⁸ W projekcie wykazano ponadto brak znaczącego związku między wyborem określonej klasy antybiotyków, a ustępowaniem objawów infekcji dolnych dróg oddechowych. Analiza, zapisywanej przez pacjenta w dzienniczku objawów, codziennej punktowej oceny nasilenia objawów wskazującej na postępujące zdrowienie, jak również analiza chorobowości uwzględniająca liczbę dni od dnia zgłoszenia się do dnia powrotu do zdrowia, nie wykazały znaczących różnic dla różnych klas antybiotyków, jak też brak różnicy między niestosowaniem antybiotyku w ogóle a stosowaniem amoksycyliny.²⁹ Stwierdzono częstsze przepisywanie antybiotyków u dorosłych pacjentów z ostrym kaszlem, którzy odksztuszali wydzielinę o zmienionym kolorze. Nie stwierdzono natomiast znaczącego związku pomiędzy kolorem płwociny lub ogólnym złym samopoczuciem a ustępowaniem objawów. Co więcej, u tych pacjentów nie stwierdzono zależności pomiędzy ustępowaniem objawów a stosowaniem antybiotyku.³⁰

²⁶ **Godycki-Cwirko M**, Hood K, Nocun M, Muras M, Goossens H, Butler CC. Presentation, antibiotic management and associated outcome in Polish adults presenting with acute cough/LRTI *Family Practice* 2011;0:1–7.

²⁷ Butler CC, Hood K, Verheij T, Little P, Melbye H, Nuttall J, Kelly MJ, Mölsted S, **Godycki-Cwirko M**, Rautakorpi U, Torres A, Gillespie D, Almirall J, Coenen S, Goossens H. Variation in antibiotic prescribing and its impact on recovery in patients with acute cough in primary care: prospective study in 13 countries. *BMJ* 2009;338:b2242.

²⁸ Stanton N, Hood K, Kelly MJ, Nuttall J, Gillespie D, Verheij T, Little P, **Godycki-Cwirko M**, Goossens H, Butler CC. Are smokers with acute cough in primary care prescribed antibiotics more often, and to what benefit? – An observational study in 13 European countries *Eur Respir J* 2010;35(4):761–767.

²⁹ Butler CC, Hood K, Kelly MJ, Goossens H, Verheij T, Little P, Melbye H, Torres A, Molstad S, **Godycki-Cwirko M**, Almirall J, Blasi F, Schaberg T, Edwards P, Rautakorpi UM, Hupkova H, Wood J, Nuttall J, Coenen S. Treatment of acute cough/lower respiratory tract infection by antibiotic class and associated outcomes: a 13 European country observational study in primary care. *J Antimicrob Chemother* 2010;65(11):2472–2478.

³⁰ 106. Butler CC, Kelly MJ, Hood K, Schaberg T, Melbye H, Serra-Prat M, Blasi F, Little P, Verheij T, Mölsted S, **Godycki-Cwirko M**, Edwards P, Almirall J, Torres A, Rautakorpi UM, Nuttall J, Goossens H, Coenen S. Antibiotic prescribing for discoloured sputum in acute cough/LRTI *Eur Respir J* 2011 erj01339-2010.

W drugiej pracy z cyklu przedstawiono badanie wiedzy, przekonań oraz postaw dorosłych osób w odniesieniu do stosowania antybiotyków w postępowaniu z infekcjami dróg oddechowych w Polsce. Przeprowadzono badanie ankietowe na losowo dobranej próbie warstwowej z populacji ogólnej, z wykorzystaniem ankietników odwiedzających rodziny, które wyraziły na to zgodę, w obszarach wiejskich i miejskich. Było to pierwsze tego typu porównanie mieszkańców wsi i miast. Kwestionariusze wypełniło 1210 osób (wskaźnik odpowiedzi 87%), w tym 44,3% z obszarów wiejskich; 57,9% stanowiły kobiety. Spośród respondentów wiejskich 49,4% stosowało antybiotyki w ciągu ostatnich 2 lat (w porównaniu z 44,4% osób z miast). Nie stwierdzono większych różnic w przekonaniach dotyczących antybiotyków, choć respondenci ze wsi byli nieco mniej pewni swojej wiedzy na temat antybiotyków i zgłaszali częstsze samodzielne stosowanie antybiotyków. Mimo różnic w poziomie edukacji respondentów wiejskich i miejskich nie stwierdzono istotnych różnic w ich wiedzy na temat skuteczności antybiotyków.³¹ (Godycki-Cwirko *et al.* IF=3,534)

Trzecia praca cyklu przedstawia badanie, które było częścią szerszego projektu z udziałem 13 krajów, a które było reakcją na ogólny niedostatek badań dokumentujących wskaźniki orzekania o niezdolności do pracy ujawniony w niedawnym przeglądzie systematycznym.³² W przekrojowym obserwacyjnym badaniu, prowadzonym w okresie od 1 października do 30 listopada 2006 r. oraz od 1 lutego do 31 marca 2007 r., uczestniczyło 21 lekarzy z 9 poradni lekarzy rodzinnych w Polsce i 41 lekarzy z 11 poradni w Norwegii. Celem badania było porównanie częstotliwości zalecania pozostania w domu oraz orzekania o niezdolności do pracy. Włączano kolejnych dorosłych pacjentów, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu. Analiza objęła 125 pracujących pacjentów w Polsce oraz 107 w Norwegii. Średni wiek pacjentów polskich wynosił 37.7 ± 10.6 lat oraz 46.2 ± 11.7 lat pacjentów norweskich. W obu krajach przeważały kobiety: 64% analizowanych pacjentów w Polsce i 66.4% w Norwegii. Mediana długości okresu złego samopoczucia przed zgłoszeniem się do lekarza wynosiła 4 dni w Polsce i 6 dni w Norwegii ($p < 0.0001$). Objawy stwierdzone przez lekarzy rodzinnych były w obu krajach podobne, polscy lekarze częściej niż norwescy przepisywali u osób pracujących antybiotyki (70.4% względem 27.1%, $p < 0.0001$). Choć polscy lekarze częściej doradzali pracującym pacjentom powstrzymanie się od pracy [125. pacjentom (75.2%)] niż norwescy [60. (56.1%)]i ($p < 0.002$), to wskaźniki otrzymanych przez pacjentów orzeczeń o niezdolności do pracy były podobne, sięgając połowy przypadków (52.0% w Polsce i 50.5% w Norwegii). Norwescy lekarze rzadziej niż polscy wydawali orzeczenia na okres dłuższy niż 7 dni (5.6% względem 36.9%, $p < 0.0001$). Ogólnie badanie wykazało, iż odsetek wystawionych orzeczeń o niezdolności do pracy w badanej próbie był podobny. Okres orzekanej niezdolności do pracy był na ogół dłuższy w Polsce, ale norwescy pacjenci dłużej wyczekiwali przed zgłoszeniem się do lekarza. Norwescy lekarze rodzinni nie wydając orzeczenia rzadziej udzielali porad dotyczących pozostania w domu. Większość orzeczeń była wydawana w poniedziałki, co może odzwierciedlać skłonność pacjentów raczej do wyczekiwania w trakcie weekendu na wizytę u swojego lekarza, niż korzystania ze świadczeń pomocy świątecznej.³³ (Godycki-Cwirko *et al.* IF=2,054)

³¹ Godycki-Cwirko M, Cals JWL, Francis N, Verheij T, Butler CC, Goossens H, Zakowska I, Panasiuk L. Public Beliefs on Antibiotics and Symptoms of Respiratory Tract Infections Among Rural and Urban Population in Poland: a Questionnaire Study. PLoS ONE 9(10): e109248. doi:10.1371/journal.pone.0109248.

³² Wynne-Jones G, Mallen CD, Welsh V, Dunn KM. Rates of sickness certification in European primary care: A systematic review. Eur J Gen Pract 2009;19:1-10.

³³ Godycki-Cwirko M, Nocun M, Butler CC, Muras M, Fleten N, Melbye H. Sickness certification for patients with acute cough/LRTI in primary care in Poland and Norway. Scand J Prim Health Care 2011;29(1):13-8.

W czwartej pracy cyklu przedstawiono badanie, w którym analizowano realizację programów profilaktyki chorób przewlekłych finansowanych przez NFZ dotyczących zapobiegania POChP oraz chorobie sercowo-naczyniowej (ChSN). Liczba badań dotyczących realizacji publicznych programów

profilaktycznych jest niewielka.^{34,35,36,37,38} Celem szczegółowym tego retrospektywnego badania obserwacyjnego z analizą danych uzyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia było rozstrzygnięcie, czy można stwierdzić zależność pomiędzy specjalizacją lekarzy POZ a wskaźnikiem zrealizowanych przez nich interwencji profilaktycznych. Badanie dotyczyło programu profilaktycznego prowadzonego w 2005 r. w Łodzi, mieście o populacji 765 777 mieszkańców. NFZ zawarł ówczesnie umowy na 6400 interwencji podstawowych w zakresie zapobiegania POChP oraz 13776 interwencji poszerzonych, a także 53996 interwencji w zakresie zapobiegania ChSN. Umowy były zawierane bezpośrednio z lekarzami lub Zakładami Opieki Zdrowotnej (ZOZ-ami), zatrudniającymi lekarzy. Spośród 133 placówek zapewniających w 2005 r. podstawową opiekę zdrowotną w Łodzi, 25 uczestniczyło w realizacji programu prewencji ChSN, 22 w realizacji programu prewencji POChP na poziomie podstawowym, a 20 na poziomie zaawansowanym.

Stwierdzono mały udział świadczeniodawców w realizacji programów profilaktycznych i niskie wskaźniki realizacji interwencji profilaktycznych mimo dodatkowego ich finansowania. Zależność pomiędzy procentem lekarzy z określoną specjalizacją zaangażowanych w realizację programów prewencji ChSN i POChP a proporcją zrealizowanego programu była najsilniejsza dla lekarzy rodzinnych.³⁹ (**Godycki-Cwirko et al. IF=1,99**)

W piątej pracy cyklu przedstawiono protokół pierwszego w Polsce, pragmatycznego klastrowego badania z doborem losowym zaplanowanego w celu oceny metod dostosowanego wdrażania jakości opieki nad pacjentami z POChP w podstawowej opiece zdrowotnej, którego finalne wyniki są w trakcie opracowywania. W jakościowych badaniach z udziałem habilitanta, wykonanych w ramach projektu opisanego w pracach niewłączonych do niniejszego zestawienia,^{40,41,42} zidentyfikowano czynniki sprzyjające oraz przeszkadzające we wdrażaniu jakości oraz interwencje możliwe do przeprowadzenia

³⁴ Mittelmark MB, Luepker RV, Jacobs DR i wsp. Community-wide prevention of cardiovascular disease education strategies of the Minnesota Heart Program. *Prev Med* 1986;15:1-17.

³⁵ Curd P, Pearce K, Schumacher K. Physician roles in improving cardiovascular health: counseling patients and involvement in the community. *J Ky Med Assoc* 2004; 102:433-42.

³⁶ Novick LF, Cibula DA, Sutphen SM, Rixey S, Epling JW, Morrow CB. Measuring orientation to population-based prevention. *Am J Prev Med* 2003;24 (4 Suppl):95-101.

³⁷ Hogg W, Lemelin J, Graham ID i wsp. Improving prevention in primary care: evaluating the effectiveness of outreach facilitation. *Fam Pract* 2008;25:40-8.

³⁸ Shea S, Basch CE. A review of five major community-based cardiovascular disease prevention programs. Part II: Intervention strategies, evaluation methods, and results. *Am J Health Promot* 1990;4:279-87.

³⁹ **Godycki-Cwirko M**, Koziarska-Rosciszewska M, Kosiek K. The delivery of prevention programs for cardiovascular disease and chronic obstructive pulmonary disease in Lodz by primary care physicians. *Arch Med Science* 2010;2:208-213.

⁴⁰ Wensing M, Oxman A, Baker R, **Godycki-Cwirko M**, Flottorp S, Szecsenyi J, Grimshaw J, Eccles M. Tailored Implementation For Chronic Diseases (TICD): a project protocol. *Implementation Science* 09/2011; 6:103.

⁴¹ Signe A Flottorp, Jane Krause, Nyokabi R Musila, Michel Wensing, **Godycki-Cwirko M**, Richard Baker, Martin P Eccles. A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice *Implementation Science* 2013, 8:35 doi:10.1186/1748-5908-8-35.

⁴² Cornelia Jäger, Tobias Freund, Jost Steinhäuser, Eivind Aakhus, Signe Flottorp, **Godycki-Cwirko M**, Jan van Lieshout, Jane Krause, Joachim Szecsenyi, Michel Wensing. Tailored implementation for chronic diseases (TICD): a protocol for process evaluation in five cluster randomized controlled trials in five European countries. *Trials* MS ID: 1799774394104807.

w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Uwzględniono cztery interwencje zalecane w czterech często stosowanych przez polskich lekarzy rodzinnych wytycznych postępowania z POChP (trening lekarzy w zakresie przeprowadzania krótkiej interwencji nakierowanej na niepalenie tytoniu, dołączenie do dokumentacji każdego pacjenta z POChP listy do sprawdzenia elementów opieki, dołączenie skali duszności mMRC oraz udostępnienie poradniom zestawu inhalatorów demonstracyjnych do edukacji pacjentów w sposobie inhalacji leków wziewnych), które przeprowadzono w 9 poradniach podstawowej opieki zdrowotnej losowo wybranych w Łodzi i okolicach, mających pod opieką przynajmniej 80 pacjentów z POChP każda. Po dziewięciu miesiącach od interwencji przewidziano porównanie opieki nad pacjentami z POChP w tych poradniach z opieką w 9 podaniach bez interwencji, poprzez ustrukturyzowany przegląd dokumentacji pacjentów oraz indywidualne wywiady z pacjentami i lekarzami. Protokół zawiera również plan badania procesu klastrowego badania poprzez wywiady indywidualne z lekarzami i pacjentami, grupy fokusowe oraz badania ankietowe z użyciem opracowanego kwestionariusza. Prowadzone badanie jest obecnie w fazie przeglądu dokumentacji pacjentów z POChP w badanych poradniach.⁴³ (Godycki-Cwirko *et al.* IF=2,117)

W szóstej pracy cyklu przedstawiono studium przypadku 89-letniego pacjenta, który poprosił lekarza rodzinnego o wizytę domową z powodu niedawnej duszności i osłabienia. W badaniu przedmiotowym temperatura ciała była prawidłowa, nie stwierdzono zmian na skórze, żyły szyjne nie były nadmiernie wypełnione, występowały nieznaczne obrzęki w okolicach stawów skokowych, akcja serca była miarowa 68 uderzeń na minutę, obecny był wyraźny szmer skurczowo-rozkurczowy najgłośniejszy nad koniuszkiem serca, nad polami płucnymi występował prawidłowy szmer pęcherzykowy, wątroba i śledziona nie były powiększone, nie stwierdzono oporów patologicznych w jamie brzusznej. Pacjent był przytomny, świadomie odpowiadał na pytania. Został skierowany do szpitala z podejrzeniem zaostżenia niewydolności serca. Po dalszych badaniach w szpitalu postawiono rozpoznanie zatorowości płucnej. Stan pacjenta pogorszył się i pacjent zmarł w szpitalu. Studium przypadku podjęto z uwagi na to, iż obraz zatorowości płucnej, którą może spotkać w swojej praktyce lekarz rodzinny jest zróżnicowany, a przeszukanie stosownego piśmiennictwa wykazało brak opisu pojawiania się szmeru nad sercem w przebiegu choroby, łączonej zwykle z drogami oddechowymi.⁴⁴ (Godycki-Cwirko *et al.* IF=1,214)

Podsumowanie

Przeprowadzone badania i uzyskane wyniki są indywidualnym wkładem w rozwój naukowej wiedzy o często występujących a rzadko wcześniej badanych w podstawowej opiece zdrowotnej problemach będących znaczącym obciążeniem, a czasem zagadką dla lekarzy POZ, w szczególności lekarzy rodzinnych.

Jak stwierdzono, przebieg infekcji dolnych dróg oddechowych (IDDO) jest dłuższy i bardziej złożony niż sądzono dotychczas. Wiedza pacjentów i lekarzy POZ o IDDO wydaje się ciągle niedostateczna, co dotyczy zarówno przebiegu dolegliwości jak i postępowania. Lekarze POZ nadmiernie stosują antybiotyki w IDDO. Zróżnicowanie obrazów klinicznych pacjentów zgłaszających się do lekarza z

⁴³ Godycki-Cwirko M., Zakowska I, Kosiek K, Wensing M, Krawczyk J, Kowalczyk A. Evaluation of a tailored implementation strategy to improve the management of patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary care, study protocol of a cluster randomized trial. *Trials* 2014, 15:109 <http://www.trialsjournal.com/content/15/1/109>

⁴⁴ Godycki-Cwirko M, Bratkowska, A. An 89-year-old patient with acquired murmur associated with pulmonary embolism. *Archives of Medical Science*. 2011;7(5):902-904

ostrym kaszlem sugerującym IDDO nie tłumaczy znacznej zmienności w przepisywaniu im antybiotyków. Podobne podejście do oceny niezdolności do pracy w różnych krajach sugeruje, iż lekarze orzekając kierują się oceną kliniczną a nie uwarunkowaniami systemu opieki zdrowotnej. Niejasne pozostają powody niskiego zaangażowania lekarzy POZ w realizację programów profilaktycznych, choć mogą wynikać z obciążenia codzienną pracą. Lepsze wyniki lekarzy rodzinnych mogą odzwierciedlać ich lepsze przygotowania do pracy w POZ w przebiegu specjalizacji dzięki dłuższym stażom odbywanym w POZ.

Studium przypadku poszerzyło zakres rozpoznania różnicowych, które musi brać pod uwagę lekarz POZ.

Wnioski

Prezentowane badania poszerzyły zakres wiedzy swoistej dla podstawowej opieki zdrowotnej dotyczącej opieki nad pacjentami z problemami dotyczącymi dróg oddechowych. Wyniki mogą przyczynić się do lepszego planowania opieki oraz wpływania na zachowania lekarzy POZ i ich pacjentów. Szczególnie przydatne mogą być przy tworzeniu polskich i międzynarodowych wytycznych postępowania z problemami dotyczącymi dróg oddechowych u pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej.

3. Pozostały dorobek naukowo-badawczy

Moje wyjściowe zainteresowania badawcze dotyczyły pojęcia prawdy oraz wartości logicznych i moja pierwsza praca z zakresu logiki opublikowana w 1988 r. dotyczyła tych zagadnień.⁴⁵

Po przerwie związanej z podjęciem studiów medycznych i specjalizacją lekarską wznowiłem działania badawcze, skupiając się na zagadnieniach przedstawionych w cyklu osiągnięć powyżej, a także na badaniu medycyny rodzinnej w Polsce oraz na badaniu uwarunkowań profilaktyki i promocji zdrowia w POZ.

3.1. Rozwój medycyny rodzinnej

Po reorganizacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce w 1999 r. istotna stała się ocena prowadzonych zmian. Efektem pracy w tym zakresie było 6 publikacji. We współpracy z badaczami ze Szczecina podjąłem badania wybranych aspektów szkolenia lekarzy rodzinnych,⁴⁶ wykorzystywania opieki podstawowej w kontekście organizacji praktyk lekarzy rodzinnych⁴⁷, modelu zatrudnienia w praktykach lekarzy rodzinnych⁴⁸ oraz koordynacji opieki nad pacjentami przez lekarza rodzinnego.⁴⁹ Podjąłem

⁴⁵ Godycki-Ćwirko M. Rozważania wokół wartości logicznych..Acta Universitatis Lodziensis, Folia Philosophica 1988;5:15-24

⁴⁶ Mierzecki A, Gąsiorowski J, Godycki-Ćwirko M, Miączyńska M. Ocena pierwszych szkoleń lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych. Problemy Medycyny Rodzinnej 2001;3(2).

⁴⁷ Mierzecki A, Godycki-Ćwirko M. Ocena wybranych aspektów wykorzystywania opieki podstawowej w kontekście organizacji praktyk lekarzy rodzinnych regionu Szczecina i Łodzi. Problemy Medycyny Rodzinnej 2001;1(4):41-45

⁴⁸ Mierzecki A, Godycki-Ćwirko M, Tomczyk R, Gąsiorowski J. Ocena wybranych aspektów wykorzystywania opieki zdrowotnej – model zatrudnienia w PLR regionu Szczecina i Łodzi. Problemy Medycyny Rodzinnej 2003;2(9):6-10.

⁴⁹ Król ZJ, Godycki-Ćwirko M. Lekarz rodzinny jako koordynator opieki nad pacjentem Lekarz Rodzinny 2006;4(104):384-391.

M

również wysiłek zbadania historycznego rozwoju lecznictwa otwartego⁵⁰ oraz podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce.⁵¹

3.2. Profilaktyka i promocja zdrowia

Efektom pracy w tym zakresie było 25 publikacji. We współpracy z badaczami z krajów skupionych w Europejskiej Sieci na rzecz Prewencji i Promocji Zdrowia (European Network for Prevention and Health Promotion, EUROPREV) badałem - stosując ankietę wysłaną łącznie do 171 lekarzy rodzinnych i pielęgniarek z 12 europejskich krajów - jak lekarze rodzinni korzystają z wytycznych dotyczących zdrowej diety,⁵² a także - z wykorzystaniem ankiety wysłanej do 1976 lekarzy z 10 krajów, jak lekarze doradzają pacjentom w zakresie diety.⁵³ Kolejne dwa międzynarodowe badania dotyczyły nastawienia 2082 lekarzy rodzinnych w 11 krajach europejskich wobec profilaktyki i promocji zdrowia,⁵⁴ jak również opinie 7947 pacjentów z 22 krajów europejskich na temat ich gotowości zmiany stylu życia.^{55,56} Badania polskie dotyczyły potrzeb edukacyjnych polskich lekarzy rodzinnych w zakresie interwencji profilaktycznych.⁵⁷ Przewodzony przez mnie zespół polski podjął także badania czasochłonności profilaktyki⁵⁸, zakresu profilaktyki⁵⁹ oraz kosztów profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej.⁶⁰ Uczestniczyłem również w przygotowaniu programu poprawy aktywności lekarzy rodzinnych w zakresie krótkiej interwencji u pacjentów pijących alkohol.⁶¹

⁵⁰ Godycki-Ćwirko, Nowak P, Windak A, Kosiek K. Zarys historii lecznictwa otwartego w Polsce do 1980. *Problemy Medycyny Rodzinnej* 2004;10:52-57

⁵¹ **Godycki-Ćwirko M**, Oleszczyk M, Windak A. The development of primary healthcare in Poland from the 2nd Republic to the Round Table Agreement (1918–1989) *Probl Med Rodz* 2010;1(30):29–36

⁵² Brotons C, Ciurana R, Piñero R, Kloppe P, **Godycki-Cwirko M**, Sammut MR on behalf of EUROPREV. Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Am J Clin Nutr* 2003;77(suppl):1048S–51S.

⁵³ Pinheiro R, Brotons C, Bulc M, Ciurana R, Drenthen T, Durrer D, **Godycki-Cwirko M**, Gorpelioglu S, Kloppe P, Lionis C, Mancini M, Martins C, Mierzecki A, Pichler I, Pullerits L, Sammut MR, Sghedoni D, Sheehan M, Thireos EA on behalf of EUROPREV network. Healthy diet in primary care: views of general practitioners and nurses from Europe. *European Journal of Clinical Nutrition* 2005;59(suppl/1):S77-S80.

⁵⁴ Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, **Godycki-Cwirko M**, Jurgova E, et al. on behalf of the EUROPREV network. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* 2005;40:595-601.

⁵⁵ Brotons C, Bulc M, Sammut MR, Sheehan M, Martins CM, Björkelund C, Drenthen AJM, Duhot D, Gorpelioglu S, Jurgova E, Keinanen-Kiukkanniemi S, Kotányi P, Markou V, Moral I, Mortsiefer A, Pas L, Pichler I, Sghedoni D, Tataradze R, Thireos E, Valius L, Vuchak J, Collins C, Cornelis E, Ciurana R, Kloppe P, Mierzecki A, Nadaraia K, **Godycki-Cwirko M**. Attitudes toward preventive services and lifestyle: the views of primary care patients in Europe. The EUROPREVIEW patient study. *Family Practice* 2012; 29:i168-i176, doi:10.1093/fampra/cm102

⁵⁶ Bulc M, Švab I **Godycki-Cwirko M**. Factors that affect readiness to change lifestyle: a 22 country survey from primary care. *European Journal of General Practice* ID EJGP-2013-0085.R3

⁵⁷ **Godycki-Cwirko M**, Mierzecki A, Kolasa A, Strecker D. The Polish family physicians' educational needs related to preventive interventions *Probl Med Rodz* 2010;4 .

⁵⁸ **Godycki-Ćwirko M**, Krawczyk J, Tomiak E, Osiecka R, Mazurek L, Ludwikow G, Wrzeciono B, Mierzecki A. Czasochłonność profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej, *Probl Med Rodz* 2008;4(24):20-23.

⁵⁹ **Godycki-Ćwirko M**, Tomiak E, Wrzeciono B, Lukas W. Zakres profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej. *Probl Med Rodz* 2009;1(24):15-22.

⁶⁰ **Godycki-Ćwirko M**, Krawczyk J, Tomiak E, Osiecka R, Mazurek L, Ludwikow G, Wrzeciono B, Mierzecki A. Koszty profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej. *Probl Med Rodz* 2009;2(25):23-27.

⁶¹ Mierzecki A, Kłoda K, Anderson P, Gual A, Brzózka K, Wojnar M, Okulicz-Kozaryn K, **Godycki-Ćwirko M**. Zwiększanie aktywności lekarzy rodzinnych w zakresie krótkich interwencji antyalkoholowych – protokół kontrolowanego badania z doбором losowym w ramach projektu ODHIN. *Probl Med Rodz* 2012;14:35-38.

Szczególnym doświadczeniem poszerzającym warsztat badawczy była moja współpraca z zespołem prof. Dariusza Nowaka przy badaniu korzyści zdrowotnych ze spożycia soku jabłkowego.⁶² W ramach Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (PFPCChUK) współpracowałem w opracowaniu wytycznych PFPCChUK w zakresie profilaktycznej farmakoterapii,⁶³ profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych u dzieci i młodzieży,⁶⁴ postępowania z zespołem metabolicznym,⁶⁵ psychosocjalnych czynników ryzyka choroby sercowo-naczyniowej,⁶⁶ aktywności fizycznej,⁶⁷ dyslipidemii,⁶⁸ cukrzycy,⁶⁹ nadwagi i otyłości,⁷⁰ nowych czynników ryzyka i markerów sercowo-naczyniowych,⁷¹ palenia tytoniu,⁷² alkoholu⁷³ oraz oceny ryzyka sercowo-naczyniowego.⁷⁴

⁶² **Godycki-Ćwirko M**, Krol M, Krol B, Zwolinska A, Kolodziejczyk K, Kasielski M, Grębowski J, Kazmierska P, Miatkowski M, Markowski J, Nowak D. Uric acid but not apple polyphenols is responsible for the rise of plasma antioxidant activity after apple juice consumption in healthy subjects. *J Am Coll Nutr* 2010;29(4):397-406.

⁶³ Podolec P, Kopeć G, Undas A, Pająk A, **Godycki-Ćwirko M**, Zdrojewski T, Jankowski P, Drygas W, Rynkiewicz A, Piotrowicz R, Czarnecka D, Naruszewicz M, Opala G, Stańczyk J, Kozek E, Windak A, Banasiak W, Guzik T. Polish Forum for Prevention of Cardiovascular Diseases Guidelines on prophylactic pharmacotherapy. *Kardiologia Polska* 2011;69(2):95-7.

⁶⁴ Stańczyk J, Kierzkowska B, Podolec P, Kopeć G, Cybulska B, Zdrojewski T, Pająk A, Undas A, **Godycki-Ćwirko M**, Drygas W, Rynkiewicz A, Czarnecka D, Naruszewicz M, Opala G, Kozek E, Piotrowicz R, Windak A. Profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych u dzieci i młodzieży *Kardiologia Polska* 2010; 68(5):605-8

⁶⁵ Mamcarz A, Podolec P, Kopeć G, Czarnecka D, Rynkiewicz A, Stańczyk J, Undas A, **Godycki-Ćwirko M**, Kozek E, Pająk A, Naruszewicz M, Opala G, Grzeszczak W, Windak A. Polish Forum for Prevention Guidelines on Metabolic Syndrome *Kardiol Pol* 2010; 68: 121-124 124

⁶⁶ Pająk A, Podolec P, Kopeć G, Dudek D, Zdrojewski T, Drygas W, Undas A, **Godycki-Ćwirko M**, Stańczyk J, Kozek E, Naruszewicz M, Opala G, Czarnecka D, Windak A. Polish Forum for Prevention Guidelines on Psychosocial Cardiovascular Disease Risk Factors *Kardiol Pol* 2009;67:1048-1051

⁶⁷ Piotrowicz R, Podolec P, Kopeć G, Drygas W, Mamcarz A, Stańczyk J, Zdrojewski T, Kozek E, **Godycki-Ćwirko M**, Naruszewicz M, Undas A, Pająk A, Czarnecka D, Opala G, Grodzicki T. Polish Forum for Prevention Guidelines on physical activity *Kardiol Pol* 2009; 67: 573-575

⁶⁸ Cybulska B, Szostak WB, Podolec P, Kopeć G, Naruszewicz M, Undas A, Kozek E, Zdrojewski T, Drygas W, **Godycki-Ćwirko M**, Pająk A, Czarnecka D, Stańczyk J, Opala G, Grodzicki T, Polish Forum for Prevention Guidelines on Dyslipidaemia. *Kardiol Pol* 2008; 66: 1239-1242

⁶⁹ Kozek E, Podolec P, Kopeć G, Pająk A, Tykarski A, Zdrojewski T, Naruszewicz M, **Godycki-Ćwirko M**, Stańczyk J, Undas A, Opala G, Drygas W, Sieradzki J. Polish Forum for Prevention Guidelines on Diabetes. *Kardiol Pol* 2008; 66: 1020-1023

⁷⁰ Zahorska-Markiewicz B, Podolec P, Kopeć G, Drygas W, **Godycki-Ćwirko M**, Opala G, Kozek E, Zdrojewski T, Pająk A, Undas A, Małecki M, Czarnecka D, Naruszewicz M, Stańczyk J, Sieradzki J. Polish Forum for Prevention Guidelines on overweight and obesity. *Kardiol Pol* 2008; 66: 594-596

⁷¹ Undas A, Podolec P, Kopeć G, Pająk A, Gąsior Z, Małecki M, Pasowicz M, Rynkiewicz A, Torbicki A, Zdrojewski T, Czarnecka D, Drygas W, **Godycki-Ćwirko M**, Kozek E, Naruszewicz M, Opala G, Stańczyk J, Sieradzki J. Polish Forum for Prevention Guidelines on the so-called new cardiovascular risk factors and markers, which have a potentially significant role in the strategy for the prevention of cardiovascular diseases. *Kardiol Pol* 2007; 65:1396-1398

⁷² Kawecka-Jaszcz K, Jankowski P, Podolec P, Kopeć G, Naruszewicz M, Opala G, **Godycki-Ćwirko M**, Kozek E, Stańczyk J, Undas A, Pająk A, Czarnecka D, Zdrojewski T, Cedzyńska M, Sieradzki J, Zatoński W. Polish Forum for Prevention Guidelines on smoking. *Kardiol Pol* 2008;66:125-126.

⁷³ Mamcarz A, Podolec P, Pająk A, Undas A, Kozek E, Tykarski A, Naruszewicz M, Stańczyk J, Opala G, **Godycki-Ćwirko M**, Kopeć G, Torbicki A. Wytyczne Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia dotyczące znaczenia alkoholu w profilaktyce chorób układu krążenia. *Kardiol Pol* 2006; 64:1327-1328

⁷⁴ Podolec P, Kopeć G, Pająk A, Undas A, Kozek E, Tykarski A, Naruszewicz M, Stańczyk J, Opala G, **Godycki-Ćwirko M**, Rynkiewicz A, Torbicki A, Musiał J. Polish forum for prevention guidelines on cardiovascular risk assessment. *Kardiol Pol* 2007; 65(1):100-104

Współpracowałem z przedstawicielami Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego w opracowaniu wytycznych dotyczących pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy u dziewcząt i młodych kobiet⁷⁵ i spożycia wody i innych napojów przez niemowlęta, dzieci i młodzież.⁷⁶

3.3 Podsumowanie pracy doktorskiej

Temat pracy: „*Organizacja praktyki polskiego i brytyjskiego lekarza rodzinnego - odniesienie wzorów do modelu*”.

Praca na stopień doktora nauk medycznych w dziedzinie medycyny została wykonana w Zakładzie Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Łodzi. Promotorem była prof. dr. hab. med. Ewa Ratajczyk-Pakalska.

Tło. W końcu lat 90-tych 20. wieku praktyki brytyjskich lekarzy rodzinnych stanowiły rozlegle badaną i opisaną podstawę Narodowej Służby Zdrowia (*National Health Service*). W Polsce na podstawie umów z wojewodami lub gminami, pracowało około 300 lekarzy rodzinnych, najwięcej w regionach: Łodzi, Krakowa Wrocławia, Szczecina i byłego województwa suwalskiego.

Cel. Celem pracy było określenie ówczesnego modelu europejskiej medycyny rodzinnej, ustalenie czy ówczesne wzory praktyk polskich i brytyjskich lekarzy rodzinnych zapewniające opiekę posiadają modelowe cechy europejskiej medycyny rodzinnej.

Plan. Wzór zdefiniowano, jako schemat rozpowszechnionych w obrębie danego społecznego kręgu, typowych sposobów zachowania. Za model medycyny rodzinnej przyjęto rodzaj opieki zdrowotnej posiadający 7 cech: ogólność, ciągłość, całościowość, skoordynowanie, współpracę, ukierunkowanie na rodzinę i ukierunkowanie na lokalną społeczność.

Przyjęto dwie metody do identyfikacji wzorów praktyk lekarzy rodzinnych: przegląd piśmiennictwa dla Anglii oraz badanie ankietowe dla Polski. Kwestionariusz dotyczył cech charakteryzujących sposoby zapewniania opieki medycznej przez badanych lekarzy oraz rozpowszechnienie tych cech. Do badania włączono 2 spośród 5 wymienionych wyżej rejonów. W wyborze regionów uwzględniono liczbę lekarzy rodzinnych prowadzących „kontraktowe” praktyki; łatwość dostępu do badanych w przypadku regionu łódzkiego; różnorodność regionu (praktyki wiejskie i „wielkomiejskie”) – wyłączono region suwalski, z uwagi na brak większego ośrodka miejskiego; element losowy – region szczeciński wybrano losowo, spośród trzech pozostałych najliczniejszych „różnorodnych” regionów.

Badanie ankietowe przeprowadzono w 1998 r. Kwestionariusz z 57 pytaniami skierowano do wszystkich 43 praktykujących niezależnie lekarzy rodzinnych regionu szczecińskiego i 30 lekarzy regionu łódzkiego (około jednej czwartej wszystkich praktykujących ówczesnie lekarzy rodzinnych w Polsce). Łącznie uzyskano 53 zwrotne odpowiedzi na 73 rozdane kwestionariusze (72,6%).

Wyniki i wnioski. W obu krajach zidentyfikowano wzory praktyk zapewniających opiekę ogólną, ciągłą, całościową, koordynującą, opierającą się na współpracy z pozostałą częścią systemu opieki zdrowotnej, ukierunkowaną na rodzinę i na lokalną społeczność.

Wzory praktyk polskich i brytyjskich lekarzy rodzinnych zapewniały opiekę posiadającą modelowe cechy europejskiej medycyny rodzinnej.

⁷⁵ Chybicka A, Jackowska T, Dobrzańska A, Godycki-Ćwirko M, Lukas W, Mrukowicz J, Paszkowski T, Poręba R, Spaczyński M, Szenborn L, Wysocki J. Zalecenia Grupy Ekspertów dotyczące pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy u dziewcząt i młodych kobiet. *Pediatrica Polska* 2010;85(4):360-370

⁷⁶ Woś H, Weker H, Jackowska T, Socha P, Chybicka A, Czerwionka-Szaflarska M, Dobrzańska A, Godycki-Ćwirko M, Jarosz A, Książek J, Lukas W, Steciwko A. Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń dotyczących spożycia wody i innych napojów przez niemowlęta, dzieci i młodzież. *Journal of Experimental Marine Biology and Ecology* - 2011; 86(1):54-61.

3.4. Wyciąg z analizy bibliometrycznej

Łączna wartość czynnika oddziaływania (*Impact Factor*) **IF = 160,826**
(bez prac włączonych do osiągnięcia naukowego)

IF przed uzyskaniem tytułu doktora: 0

IF po uzyskaniu tytułu doktora: **160,826**

Łączna punktacja wg MNiSW: **1258**
(bez prac włączonych do osiągnięcia naukowego)

Liczba cytowani wg bazy Web of Science **470**

Współczynnik Hirsha **11**

Zestawienie publikacji pełnotekstowych

Jestem autorem **42** publikacji pełnotekstowych, w tym **32** w czasopismach z IF :

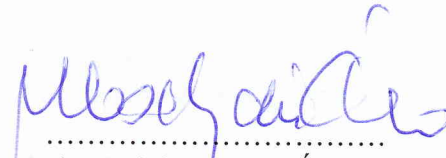
Prace poglądowe : **40** w tym **7** w czasopismach z IF :

Prace popularno-naukowe: **159**

Artykuły/rozdziały w podręcznikach krajowych: **42**

Pełna analiza bibliometryczna opracowana przez Bibliotekę Medyczną Uniwersytetu Medycznego w Łodzi stanowi Załącznik nr 8 do składanego wniosku.

Wykaz opublikowanych prac naukowych z IF zawiera Załącznik nr 3


.....
Dr med. Maciej Godycki-Ćwirko