

Załącznik nr 2

**Autoreferat w języku polskim
kandydata do stopnia
doktora habilitowanego**

dr med. Anna Staniszevska

Spis treści

1. DANE OSOBOWE	2
2. WYKSZTAŁCENIE I STOPIEŃ NAUKOWY	2
3. INFORMACJE O DOTYCHCZASOWYM ZATRUDNIENIU W JEDNOSTKACH NAUKOWYCH	3
4. WSKAZANIE OSIĄGNIĘCIA WYNIKAJĄCEGO Z ART. 16 UST. 2 USTAWY Z DN. 14.03.2003 R. O STOPNIACH NAUKOWYCH I TYTULE NAUKOWYM ORAZ O STOPNIACH I TYTULE W ZAKRESIE SZTUKI (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.).....	4
5. POZOSTAŁE OSIĄGNIĘCIA NAUKOWO-BADAWCZE	22
5.1 Pozostałe publikacje.....	22
5.2 Analiza bibliometryczna.....	26
5.3 Udział w konferencjach.....	27
5.4 Nagrody i wyróżnienia	27
5.5 Członkostwo i pełnione funkcje w organizacjach i towarzystwach naukowych.....	27
5.6 Udział w komitetach redakcyjnych	27
5.7 Uczestnictwo w programach europejskich.....	27
5.8 Zajęcia dydaktyczne i opieka naukowa nad studentami.....	28
5.9. Recenzent	28
6.0 Osiągnięcia w zakresie popularyzacji nauki lub sztuki	28
6.1 Działalność organizacyjna.....	29

1. DANE OSOBOWE

- **Imię i nazwisko:** Anna Nina Staniszevska
- **Miejsce pracy:** Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczałnej i Klinicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Banacha 1b, Warszawa
- **Stanowisko:** adiunkt

2. WYKSZTAŁCENIE I STOPIEŃ NAUKOWY

Studia doktoranckie (2006-2010) i stopień doktora

- **Miejsce:** Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, stopień doktora nauk medycznych w dyscyplinie medycyna, specjalność farmakologia kliniczna, 12.10.2010 r.
- **Tytuł rozprawy doktorskiej:** Ocena jakości życia chorych na padaczkę
- **Promotor:** dr hab. n. med. prof. WUM. Bożena Tarchalska-Kryńska
- **Recenzenci:** prof. dr hab. n. med. Andrzej Friedman
dr hab. Przemysław Mrozikiewicz

Kształcenie podyplomowe

- Menedżer Projektów Badawczych, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, 2012 r.
- Studium Farmakoekonomiki, Marketingu i Prawa Farmaceutycznego, Szkoła Biznesu Politechniki Warszawskiej, 2006 r.

Studia magisterskie

- **Miejsce:** Zdrowie Publiczne, Wydział Nauki o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Warszawie, 2006 r.
- **Tytuł pracy magisterskiej:** Związek między stężeniem karbamazepiny w surowicy krwi a stanem klinicznym pacjenta w przebiegu ostrego zatrucia
- **Promotor:** lek. med. Piotr Burda
- **Recenzent:** dr n. med. Jacek Sein-Anand

Studia licencjackie

- **Miejsce:** Ratownictwo Medyczne, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny (dawniej Akademia Medyczna w Warszawie), 2004 r.

Inne kursy i certyfikaty

- 2014 r. - Kurs doskonalący dla ratowników medycznych w ramach doskonalenia zawodowego, Ciechanów
- 2012 r. - Postępowanie z centralnym dostępem żylnym, WUM, Warszawa
- 2012 r. - Kurs doskonalenia zawodowego ratowników medycznych, Warszawa

- 2010 r. - Kurs kwalifikacyjny pedagogiczny dla czynnych zawodowo nauczycieli, EDUKACJA, Warszawa
- 2008 r. - Wprowadzenie do specjalizacji z farmakologii klinicznej - podstawy farmakokinetyki, WUM, Warszawa
- 2008 r. - Prawidłowe prowadzenie badań klinicznych (ICH GCP), WUM, Warszawa
- 2008 r. - Postępy farmakoterapii w wybranych dziedzinach, WUM, Warszawa
- 2008 r. - Medycyna oparta na dowodach (EBM) w opiece zdrowotnej i prowadzeniu pacjenta, CMKP, Warszawa
- 2007 r.- Kurs doskonalący - Metody i instrumenty nowoczesnej dydaktyki medycznej, CMKP, Warszawa
- 2007 r. - Kurs pedagogiczny dla nauczycieli akademickich i słuchaczy studiów doktoranckich Akademii Medycznej w Warszawie, AM, Warszawa
- 2007 r. - Kurs doskonalący - Wprowadzenie do użytkowania medycznych baz danych, CMKP, Warszawa
- 2007 r. - Kurs doskonalący - Wprowadzenie do projektowania medycznych baz danych, CMKP, Warszawa
- 2007 r. - Kurs doskonalący - Padaczka i ciąża - aspekty ginekologiczne, neurologiczne i neonatologiczne, CMKP, Warszawa
- 2004 r. - Certyfikat językowy - Język rosyjski na codzień

3. INFORMACJE O DOTYCHCZASOWYM ZATRUDNIENIU W JEDNOSTKACH NAUKOWYCH

- Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, *adiunkt*, 2012- nadal (*asystent*, 2010-2012)
- Prywatna Wyższa Szkoła Nauk Społecznych, Komputerowych i Medycznych, *wykladowca*, 2016-2017
- Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Rośliny i surowce roślinne dla zdrowia – jakość i wykorzystanie, studia podyplomowe, *wykladowca*, 2014-nadal
- Katedra i Zakład Farmakodynamiki Warszawski, Uniwersytet Medyczny, *asystent*, 2013-2015
- Szkoła Wyższa im. Bogdana Jańskiego w Warszawie, Zarządzanie podmiotami leczniczymi, studia podyplomowe, *wykladowca*, 2013
- Kolegium Pracowników Służb Społecznych w Warszawie, *wykladowca*, 2008-2014
- Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania w Warszawie, *wykladowca*, 2007-2009

4. WSKAZANIE OSIĄGNIĘCIA WYNIKAJĄCEGO Z ART. 16 UST. 2 USTAWY Z DN. 14.03.2003 R. O STOPNIACH NAUKOWYCH I TYTULE NAUKOWYM ORAZ O STOPNIACH I TYTULE W ZAKRESIE SZTUKI (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.)

Podstawą do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego jest jednotematyczny cykl 6 publikacji, w których jestem pierwszym i korespondencyjnym autorem, opatrzone tytułem:

„WYBRANE KLINICZNE I SPOŁECZNE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA CHORYCH NA PADACZKĘ ”

Sumaryczna punktacja dla osiągnięcia naukowego: **IF = 5.955** oraz **MNiSW = 97**

- **Publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego:**

1. Staniszevska A., Religioni U., Dąbrowska-Bender M., *Acceptance of disease and lifestyle modification after diagnosis among young adults with epilepsy*, Patient Preference and Adherence. 2017;11:165-174. (praca oryginalna)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaplanowaniu badania, udziale w gromadzeniu danych i realizacji badania, interpretacji wyników, przygotowaniu ostatecznej wersji manuskryptu do druku, poprawie całego artykułu w odpowiedzi na recenzje i korespondencji z redakcją. Mój udział procentowy szacuję na 90%.

2. Staniszevska A., Olejniczak D., Dąbrowska-Bender M., *Health behaviors and health locus of control in patients with epilepsy*, Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(11):77-85. (praca oryginalna)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaplanowaniu badania, udziale w gromadzeniu danych i realizacji badania, interpretacji wyników, przygotowaniu ostatecznej wersji manuskryptu do druku, poprawie całego artykułu w odpowiedzi na recenzje i korespondencji z redakcją. Mój udział procentowy szacuję na 90%.

3. Staniszevska A., Smoleńska E., Religioni U., *Health behaviors related to the use of drugs among adults patients with epilepsy*, American Journal of Health Behavior. 2017;41(4):511-517. (praca oryginalna)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaplanowaniu badania, interpretacji wyników, doborze piśmiennictwa, przygotowaniu ostatecznej wersji manuskryptu do druku, poprawie całego artykułu w odpowiedzi na recenzje i korespondencji z redakcją. Mój udział procentowy szacuję na 90%.

4. Staniszevska A., Sobiecki M., Duda-Zalewska A., Religioni U., Juszczuk G., Tataro T., Słoniewski R. *Aktywność zawodowa chorych na padaczkę*, Medycyna Pracy. 2015;66(3): 343-350. (praca oryginalna)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaplanowaniu badania, opracowaniu kwestionariusza, interpretacji wyników, przygotowaniu ostatecznej wersji manuskryptu do druku, poprawie całego artykułu w odpowiedzi na recenzje i korespondencji z redakcją. Mój udział procentowy szacuję na 75%.

5. Staniszevska A., Mąka A., Religioni U., Olejniczak D., *Sleep disturbances among patients with epilepsy*, Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2017;13:1797-1803. (praca oryginalna)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaplanowaniu badania, doborze piśmiennictwa,, interpretacji wyników, przygotowaniu ostatecznej wersji manuskryptu do druku, poprawie całego artykułu w odpowiedzi na recenzje i korespondencji z redakcją. Mój udział procentowy szacuję na 85%.

6. Staniszevska A., Dąbrowska-Bender M., Sobiecki M., Juszczyk G., Olejniczak D., Czerw A., Bujalska-Zadrożny M., *Epidemiology and Risk Factors for Suicide Among Adult Patients with Epilepsy*, str. 131-144 [W:] Kalinin V. (ed.), *Epileptology - The Modern State of Science*, ISBN 978-953-51-2699-7, Print ISBN 978-953-51-2698-0, Croatia, 2016, Ed. 1st (rozdział w monografii naukowej o zasięgu międzynarodowym).

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaplanowaniu badania, doborze piśmiennictwa, interpretacji wyników, przygotowaniu ostatecznej wersji manuskryptu do druku, poprawie całego artykułu w odpowiedzi na recenzje i korespondencji z redakcją. Mój udział procentowy szacuję na 75%.

Oświadczenia współautorów prac stanowiących cykl osiągnięcia naukowego określające indywidualny wkład każdego z nich w ich powstanie publikacji zawarto w załączniku nr 7.

Omówienie celu naukowego cyklu publikacji powiązanych tematycznie i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

Wprowadzenie

Padaczka jest najczęściej występującą przewlekłą chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Szacuje się, że na świecie cierpi na nią ok. 50 mln, w tym 6 mln w Europie (*dane WHO*), zaś w Polsce ok. 400 tys. osób (*Jędrzejczak J, 2006*). Szczyt zachorowania najczęściej przypada na okres dzieciństwa i dojrzewania (*Hauser WA, 1995*). Choroba często występuje także u osób starszych, choć może się pojawić w każdym wieku (*Leppik IE, 2001; Stephen LJ i wsp., 2000*). Padaczka jest zespołem chorobowym niejednorodnym, charakteryzującym się nawracającymi napadami padaczkowymi. Mogą one przybierać różnorodną postać oraz występować o każdej porze dnia i z różną częstotliwością. Proponowane obecnie leczenie, niestety nie jest także skuteczne u wszystkich pacjentów, szacuje się, że ok. 20-30% osób cierpi na tzw. padaczkę lekooporną (*Kwan P i wsp., 2000*). Wszystko to sprawia, iż padaczka jest chorobą specyficzną. Często nieprzewidywalny i długotrwały przebieg choroby sprawia, że pacjenci nie mogą realizować się w pełni na wszystkich płaszczyznach, zarówno życia społecznego, zawodowego jak i osobistego. Chorzy na padaczkę odczuwają wiele obaw, m.in. związanych ze znalezieniem/ utrzymaniem pracy (*Parfene C i wsp., 2009*), posiadaniem potomstwa (*Buczniwska P i wsp., 2011*), posiadaniem czynnego prawa jazdy, czy też życiem towarzyskim (*Staniszevska A i wsp., 2008; Staniszevska A i wsp. 2011*). Wszystko to wpływa na poziom akceptacji padaczki przez osoby na nią chorujące, a także na poczucie jakości życia.

Rozpoznanie choroby, zwłaszcza przewlekłej jest ciosem dla chorego i wielokrotnie zmienia jego dotychczasowe życie oraz plany na przyszłość. Przewlekły charakter choroby sprawia, że pacjenci inaczej postrzegają świat, przewartościwiają swoje życie oraz zmianie ulegają ich priorytety. Reakcje poszczególnych osób w momencie postawienia diagnozy bywają różnorodne i nierzadko ciężkie do przewidzenia. Jedni przyjmują ten fakt z pokorą, jednocześnie akceptując chorobę i podejmując walkę o normalne funkcjonowanie w niej, inni zaś nie potrafią pogodzić się z nową, trudną sytuacją.

Pacjenci cierpiący na padaczkę wstydzą się swojej choroby i zwykle ukrywają ten fakt przed innymi. Jest to prawdopodobnie spowodowane tym, iż nadal w społeczeństwie krąży wiele mitów na temat samej choroby, jak i osób nią dotkniętych, a chorzy spotykają się ze stygmatyzacją i niezrozumieniem (Fisher RS i wsp., 2000).

Niezwykle kluczowym elementem wpływającym na przebieg choroby oraz codzienne funkcjonowanie pacjenta w chorobie jest zaakceptowanie diagnozy i stosowanie się pacjenta do zaleceń terapeutycznych. W dostępnej literaturze podkreśla się, że im wyższy stopień akceptacji choroby, tym bardziej optymistyczne podejście wykazują pacjenci, darzą większym zaufaniem lekarzy i proponowane sposoby terapii oraz biorą aktywny udział w procesie leczenia (Kossakowska M, 2008; Motyka M, 2002; Karski JB, 2006; Rostowska T i wsp., 2003; Oleś P i wsp., 2002).

Ze względu na powyższe zasadnym było przeprowadzenie badań mających na celu określenie aktualnych problemów społecznych i klinicznych chorych na padaczkę oraz wyłonienie czynników demograficznych i klinicznych wpływających na funkcjonowanie tych osób.

Opis celów i wyników poszczególnych prac wchodzących w skład osiągnięcia naukowego

Pierwsza z w/w prac - *Acceptance of disease and lifestyle modification after diagnosis among young adults with epilepsy* miała na celu zbadanie stopnia akceptacji rozpoznania choroby jaką jest padaczka oraz określenie czy po postawieniu diagnozy pacjenci modyfikują styl życia. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, w okresie czerwiec 2015 – czerwiec 2016 roku. Narzędziem badawczym była autorska ankieta, składająca się z 27 pytań. Zawierała ona: 4 pytania metryczkowe, 5 pytań dotyczących stanu klinicznego, 10 pytań dotyczących zmiany stylu życia po rozpoznaniu padaczki oraz 8 pytań dotyczących wpływu rozpoznania padaczki na wybrane aspekty funkcjonowania chorych. Większość pytań w kwestionariuszu własnym została stworzona w oparciu o ankiety

wykorzystane w innych badaniach o podobnej tematyce oraz na podstawie dostępnej literatury. W badaniu wykorzystano także standaryzowane narzędzie - Skalę Akceptacji Choroby (AIS), opracowaną w 1984 r., w USA przez Felton B.J., Revenson T.A. i Hinrichsen G.A, natomiast na warunki polskie zaadaptowaną przez Juczyńskiego Z. (*Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. - adaptacja Juczyński Z, 2009*). Skala AIS pozwala ocenić stopień akceptacji każdej choroby przez pacjenta. Zawiera ona 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje stanu zdrowia. Każde stwierdzenie dotyczące obecnego stanu zdrowia oceniane jest przez pacjenta w pięciostopniowej skali, gdzie 1 - zdecydowanie zgadzam się, 2 - zgadzam się, 3 - nie wiem, 4 - nie zgadzam się, 5 - zdecydowanie nie zgadzam się. Następnie zaznaczone odpowiedzi są sumowane, a zakres punktów może wynosić od 8 do 40 punktów. Im mniej punktów uzyskał pacjent, tym gorszy jest stopień akceptacji choroby. Dane zbierano w jednej z warszawskich przychodni, a także kwestionariusze umieszczono na polskich forach chorych na padaczkę. Pacjentów poinformowano o celu badania oraz sposobie wypełnienia kwestionariuszy. Do badania pierwotnie zakwalifikowano 300 osób, jednak ostatecznie w badaniu wzięły udział 264 osoby z rozpoznaną padaczką, tzw. młodzi dorośli, w wieku 20-40 lat. Zawężono badanie do takiej grupy wiekowej, ponieważ młodzi dorośli to populacja, która często ma już ukształtowaną wizję swojej przyszłości, sprecyzowane plany, zarówno osobiste, jak i zawodowe, a rozpoznanie choroby przewlekłej, w tym przypadku padaczki może mieć istotny wpływ na ich dalsze wybory. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z zastosowaniem analizy ANOVA oraz testu Kruskala-Wallisa. W przypadku porównywania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test U-Manna Whitneya. Przyjęty poziom istotności statystycznej wyniósł $p < 0,05$. W badanej grupie średni wskaźnik akceptacji choroby wyniósł $25,05 \pm 5,23$ (zakres: 12,00-36,00) i świadczył o średnim poziomie akceptacji choroby. Rozpoznanie padaczki wpłynęło negatywnie na pewne wybory chorych. Najwięcej pacjentów, bo aż 80,3% uważa, że padaczka negatywnie wpłynęła na decyzję dotyczącą posiadania przez nich potomstwa. W najmniejszym zaś stopniu negatywnie padaczka wpłynęła na aktywność fizyczną (11,7%). Natomiast prawie połowa pacjentów stwierdziła (45,1%), że choroba jaką jest padaczka negatywnie wpłynęła na całe ich życie. Przeprowadzona w badaniu analiza statystyczna pokazała, że wyższy wynik w skali AIS uzyskali pacjenci, którzy od czasu uzyskania informacji o chorobie zadeklarowali, iż rozpoznanie padaczki nie wpłynęło negatywnie na decyzję o zawarciu przez nich związku małżeńskiego w porównaniu do tych, którzy przyznali, iż choroba utrudniła im ten wybór (25,62 vs. 23,88, $p=0,032383$). Osoby, które jeszcze nie wstąpiły w związek małżeński cechowały się najwyższym stopniem

akceptacji, zaś najniższym pacjenci, którzy przeżyli śmierć współmałżonka (26,28 vs. 23,70, $p=0,04541$). Analiza danych nie wykazała natomiast istotnego związku pomiędzy stopniem akceptacji choroby a wiekiem, płcią, poziomem wykształcenia badanych oraz charakterystyką kliniczną (w każdym przypadku $p>0,005$). W przeprowadzonym badaniu uzyskano optymistyczny wynik, ponieważ aż 90,2% ($n=238$) chorych zaczęło bardziej dbać o własne zdrowie, od kiedy rozpoznano u nich padaczkę, a 75% ($n=198$) wdrożyło w życie pierwsze działania w tym kierunku. Pomimo, iż w badaniu własnym nie odnotowano istotnej zależności pomiędzy stopniem akceptacji choroby a modyfikacją dotychczasowego stylu życia ($p>0,005$), uzyskane wyniki pokazują, że większość pacjentów jest świadoma potrzeby takich działań.

Wiele czynników wpływa na stopień akceptacji choroby. Można podzielić je na te związane z samym chorym oraz na te związane z personelem medycznym. Stopień akceptacji choroby jest kwestią indywidualną i jak wskazało badanie własne uzależniony jest od różnych zmiennych. Personel medyczny poprzez omówienie z pacjentem jego choroby może przyczynić się do tego, że chory szybciej i w większym stopniu zaakceptuje swoje schorzenia. Do momentu publikacji mojej pracy w literaturze krajowej nie znaleziono opracowań dotyczących akceptacji padaczki i modyfikacji stylu życia po rozpoznaniu choroby.

Własne przekonanie o umiejscowieniu kontroli zdrowia, niewątpliwie wpływa na to, czy i w jakim stopniu pacjent będzie stosował się do zaproponowanego mu sposobu leczenia. Ponadto, wyuczone nawyki zdrowotne czasami ulegają modyfikacji, np. w momencie rozpoznania choroby, zwłaszcza przewlekłej, ponieważ odpowiednio dostosowane zachowania prozdrowotne pomagają pacjentom poradzić sobie z chorobą i jej konsekwencjami. W **drugiej z w/w prac *Health behaviors and health locus of control in patients with epilepsy***, postawiono za cel zbadanie umiejscowienia kontroli zdrowia i zachowań zdrowotnych wśród chorych na padaczkę, a także znalezienie korelacji pomiędzy tymi zmiennymi. Badana populacja, składająca się z 196 chorych na padaczkę wypełniła 2 wystandaryzowane kwestionariusze: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) i Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia - wersja B (MHLC-B) oraz autorski kwestionariusz. Kwestionariusz IZZ został stworzony przez G.S. Parcela i M.P. Meyera do badania zdrowych i chorych osób dorosłych, na warunki polskie zaadoptował go Juczyński Z. (*Juczyński Z, 2001*). Składa się on z 24 stwierdzeń opisujących różne zachowania dotyczące zdrowia, takie jak: nawyki żywieniowe; zachowania profilaktyczne; pozytywne nastawienia psychiczne oraz praktyki zdrowotne. Odpowiedzi respondentów są oceniane w zakresie 1-5 (od 1 - prawie nigdy do 5 - prawie zawsze). Łącznie wyniki

wszystkich podskal mieszczą się w zakresie od 24 do 120. Im wyższy wynik całkowity, tym większa intensywność deklarowanych zachowań zdrowotnych. Wyniki są obliczane dla każdej z 4 kategorii osobno. Pojedyncza kategoria jest oceniana w zakresie od 1 do 30. Druga skala MHLC-B jest narzędziem samoopisu, autorstwa Wallston K.A., Wallston B.S., DeVellis R., w adaptacji polskiej także Juczyńskiego Z. (*Juczyński Z, 2001*). Składa się z 18 stwierdzeń dotyczących oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrzne poczucie kontroli zdrowia (własne zachowania wpływają na stan zdrowia); zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia (inne osoby, takie jak personel medyczny, rodzina i przyjaciele, mają kontrolę nad stanem zdrowia chorego); przypadkowe umiejscowienie kontroli zdrowia (stan zdrowia jest kwestią losu, szczęścia lub przypadku). Odpowiedzi respondentów są oceniane w skali 1-6 (od 1 - zdecydowanie nie zgadzam się do 6 - zdecydowanie zgadzam się). Wynik dla każdej podskali mieści się w zakresie od 6 do 36. Im wyższe wyniki uzyska chory, tym silniejszą wiarę wykazuje w tego typu kontrolę. Natomiast autorska ankieta składała się z 10 pytań mających na celu charakterystykę badanych pod kątem socjo-demograficznym oraz klinicznym. Dane zbierano w okresie wrzesień 2016 – marzec 2017 wśród pacjentów leczonych w poradni neurologicznej w Warszawie. W badaniu nie mogły wziąć udziału osoby, które miały zdiagnozowane inne choroby. Współczynnik korelacji rang Spearmana wykorzystano do zbadania korelacji, natomiast do oceny różnic między dwiema grupami zastosowano test U Manna-Whitneya. Istotność statystyczną ustalono na poziomie $P \leq 0,05$. Badanie własne wykazało, że w największym stopniu chorzy na padaczkę wykazują wewnętrzny wymiar kontroli zdrowia, a nie zewnętrzny czy zależny od przypadku ($26,0 \pm 8,2$ vs $19,0 \pm 5,0$ vs $18,0 \pm 5,5$, odpowiednio). Natomiast średni wynik uzyskany na podstawie IZZ wyniósł $88,0 \pm 11,0$. W kategorii zachowania profilaktyczne, oceniane w IZZ chorzy na padaczkę uzyskali najwięcej punktów ($23,0 \pm 3,6$), zaś najmniej w kategorii praktyki zdrowotne ($21,0 \pm 3,5$). W kategorii zachowania profilaktyczne, ocenia się m.in przestrzeganie zaleceń zdrowotnych, w tym regularne zgłaszanie się na wizyty lekarskie. Natomiast w kategorii praktyki zdrowotne mieszczą się silne emocje, stres, czy sytuacje wpływające na człowieka przygnębiająco. Wiadomo, że powyższe czynniki negatywnie oddziałują na chorego na padaczkę. Ten wpływ jest dwutorowy, z jednej strony chorzy niejednokrotnie wstydzą się choroby, odczuwają obawy przed wystąpieniem napadu w miejscu publicznym, a także boją się, że podczas napadu dojdzie u nich do urazu. Z drugiej strony należy zauważyć, że silne emocje, czy stres są czynnikami mogącymi wywołać napad. Tłumaczy to zatem uzyskanie tak niskiego wyniku.

Kolejnym krokiem w badaniu było sprawdzenie wpływu zmiennych socjo-demograficznych i klinicznych na umiejscowienie kontroli zdrowia w badanej populacji. Nie znaleziono jednak istotnej statystycznie zależności (we wszystkich przypadkach, $p > 0,05$).

Analizując wyniki, oceniono korelację pomiędzy wynikami IZZ oraz MHLC-B. Okazało się, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia korelowało istotnie statystycznie z kategorią zachowania zdrowotne ($p=0,00$), prawidłowe nawyki żywieniowe ($p=0,00$) oraz pozytywne nastawienie psychiczne ($p=0,002$). Natomiast zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia było na pograniczu istotności statystycznej z kategorią zachowania zdrowotne oraz zachowania profilaktyczne (w obu przypadkach $p=0,048$). Nie wykazano zaś zależności istotnej statystycznie pomiędzy kategorią przypadek a wszystkimi zmiennymi kwestionariusza MHLC-B (we wszystkich przypadkach, $p > 0,05$).

Badanie to pokazało, że osoby chore na padaczkę w największym stopniu utożsamiają odpowiedzialność za własne zdrowie na samych sobie, w mniejszym stopniu uważają, że jest ono zależne od innych osób czy przypadku. Takie podejście do kontroli zdrowia rokuje dobrym stosowaniem się pacjenta do zaleceń terapeutycznych i współpracy z personelem medycznym.

Do momentu publikacji mojej pracy w literaturze krajowej nie znaleziono opracowań dotyczących umiejscowienia kontroli zdrowia i zachowań zdrowotnych w grupie chorych na padaczkę.

Leczenie farmakologiczne jest najczęstszą formą terapii padaczki, często trwającą całe życie. Prawidłowo zażywane przez pacjenta leki i stosowanie się do zaleceń terapeutycznych wpływają na sukces terapeutyczny. Kontynuując aspekt wykazywanych zachowań zdrowotnych, istotnym było przeprowadzenie badania, mającego na celu określenie tych zachowań związanych ze stosowaniem leków przeciwpadaczkowych oraz samodzielnie stosowanych leków w grupie chorych na padaczkę. Cel ten uwzględnia **trzecia z w/w prac *Health behaviors related to the use of drugs among adults patients with epilepsy***. Badanie zostało ostatecznie przeprowadzone w grupie 380 chorych na padaczkę (do badania pierwotnie zakwalifikowano 399 osób), przy użyciu własnego kwestionariusza, opierającego się na skróconej wersji testu Green-Morisky'ego (*Morisky DE, et al., 1986*). Test Green-Morisky'ego służy do wykrywania odchylenia w stosowaniu się do zaleceń medycznych, składa się z 4 pytań, na które pacjent może odpowiedzieć tak (oznacza brak przestrzegania zalecenia) lub nie (oznacza przestrzeganie zalecenia). Następnie odpowiedzi zostały zsumowane, im więcej odpowiedzi tak, tym gorsze przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Ankieta uwzględniała 4 pytania metryczkowe, 6 pytań z zakresu charakterystyki choroby, Zał. 2 Autoreferat w j. polskim - *Staniszewska Anna*

8 pytań dotyczących zachowań związanych z zażywaniem leków oraz 4 pytania odnoszące się do przyjmowanych leków przeciwpadaczkowych. Dane zbierano w okresie grudzień 2014 - maj 2016, umieszczając kwestionariusze w Internecie, na forum chorych na padaczkę oraz w poradni neurologicznej w Warszawie. Osoby z rozpoznaną chorobą psychiczną, zaburzeniami pamięci oraz nie stosujące leków przeciwpadaczkowych nie mogły wziąć udziału w badaniu. Analizę wariancji (ANOVA), test Kruskala-Wallisa test U Manna-Whitneya zastosowano jako odpowiednie testy do określenia istotności statystycznej między badanymi grupami. Kryterium istotności statystycznej określono jako $p \leq 0,05$. Aż 41.3% (n=157) badanych przyznało się do odstępstwa od zaleconego dawkowania leków, kiedy czuli się źle i wiązało to zażywaniem leków (zmniejszenie lub zwiększenie dawki leku lub całkowite odstawienie). Samodzielna modyfikacja leczenia u większości respondentów zakończyła się zwiększeniem liczby napadów – u 65 z 157 pacjentów (41.4%), a u 18 z 157 badanych (11.5%) wystąpił nawet stan padaczkowy. Badanie wykazało, iż osoby stosujące politerapię częściej zapominały przyjmować leki, w porównaniu z osobami stosującymi monoterapię ($p=0,001$). Natomiast godzin przyjmowania leków częściej przestrzegały kobiety, osoby starsze (>60 lat) oraz pacjenci przyjmujący leki częściej niż raz na dobę (odpowiednio $p=0,48$; $p=0,000$; $p=0,009$). Osoby będące w związku małżeńskim znacznie rzadziej pomijały kolejną dawkę leku niż pozostali pacjenci ($p=0,001$). Analizując wiek pacjentów, najrzadziej pomijały kolejne dawki leków osoby młodsze (≤ 20 r.ż) ($p=0,026$). O przyjmowaniu leków częściej zapominają osoby najstarsze (>60 lat), osoby rozwiedzione oraz nie cierpiące na dodatkowe schorzenia (odpowiednio $p=0,003$; $p=0,003$; $p=0,045$). Wyższy stopień stosowania się do zaleceń nie wpływał jednak na czytanie ulotek dołączonych do leków wydawanych na receptę czy dostępnych bez recepty, ani częstsze informowanie lekarzy o chorobie ($p>0,05$).

Chorych na padaczkę należy edukować w zakresie prawidłowego stosowania leków przeciwpadaczkowych, a podczas ustalania terapii, o ile to możliwe rozważyć ich preferencje. Należy także uświadomić pacjentom, że każde odstępstwo od zaleconego stosowania leków powinno być zgłoszone personelowi medycznemu. Tylko wtedy lekarz będzie prawidłowo potrafił zareagować na ewentualną zmianę stanu zdrowia pacjenta.

Być może dobrym rozwiązaniem dla „zapominalskich” pacjentów jest ściągnięcie na swojego smartphone’a darmowej aplikacji, która po wpisaniu niezbędnych danych przypomina pacjentowi o momencie zażycia leku. Ponadto aplikacja pomaga w zapisywaniu każdego odstępstwa od przyjmowania leku, a także daje możliwość udostępniania statystyk np. członkom rodziny czy lekarzowi.

Do momentu publikacji mojej pracy w literaturze krajowej nie znaleziono opracowań dotyczących zachowań zdrowotnych związanych ze stosowaniem leków wśród chorych na padaczkę.

Rozpoznanie padaczki wielokrotnie przerywa marzenia o wykonywaniu niektórych zawodów, istotnie utrudnia podjęcie pracy oraz utrzymanie zatrudnienia i rozwój zawodowy. Dane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w 2011 r. pokazują, że padaczka znajduje się na liście 20 chorób najczęściej powodujących niezdolność do pracy. Badania odnoszące się do problemów związanych z opieką profilaktyczną donoszą, że zdaniem tak lekarzy służby medycyny pracy, jak i specjalistów ds. bhp największą trudnością sprawia – oprócz zaburzeń psychicznych i cukrzycy – właśnie padaczka (Cyrán A, 2012). Z tego względu podjęto się realizacji **czwartej z w/w prac Aktywność zawodowa chorych na padaczkę**, której celem było poznanie aktywności zawodowej chorych na padaczkę, a także wyłonienie problematycznych zagadnień związanych z pracą. W celu realizacji powyższego tematu stworzono autorską ankietę składającą się z pytań pozwalających określić status zawodowy badanych i poznać problemy chorych na padaczkę związane z działalnością zawodową oraz pytań charakteryzujących respondentów pod kątem demograficznym i klinicznym. W pracy badano formy zatrudnienia chorych, sposób informowania o chorobie w miejscu pracy, wpływ wykształcenia na możliwość znalezienia zatrudnienia oraz zależność między kliniczną postacią padaczki a aktywnością zawodową. W badaniu ostatecznie wzięło udział 197 osób z rozpoznaną padaczką, ograniczeniem był wiek ankietowanych: 18–60 lat dla kobiet i 18–65 lat dla mężczyzn (do badania włączono osoby w wieku produkcyjnym). Badanie przeprowadzono wśród pacjentów leczonych ambulatoryjnie w warszawskiej poradni neurologicznej. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej w programie Statistica (version 10), stosując test χ^2 Pearsona. Wyniki uznano za istotne statystycznie dla $p < 0,05$. W analizowanej próbie znalazło się 64 aktywnych i 133 nieaktywnych zawodowo osób cierpiących na padaczkę. Spośród badanych 47,7% zadeklarowało, że choroba utrudnia lub utrudniała im podjęcie pracy, a 77,2% przyznało, że wystąpienie napadu padaczkowego w pracy wpłynęło negatywnie na komfort pracy. W grupie czynnych zawodowo, 42,2% osób poinformowało w miejscu zatrudnienia o chorobie – istotna statystycznie była różnica między chorymi z napadami pierwotnie uogólnionymi a ogniskowymi i wtórnie uogólnionymi (30,61% vs 2,63%, $p < 0,05$). Poziom wykształcenia istotnie wpływał na zatrudnienie (47,06% pracujących chorych z wykształceniem wyższym vs 9,76% z wykształceniem podstawowym, $p < 0,05$). Nie wykazano istotnych zależności między czasem trwania choroby lub liczbą napadów a informowaniem o chorobie w miejscu pracy ($p > 0,05$). Status

zawodowy także nie wpływał na różnice w opiniach dotyczących utrudnień w znalezieniu pracy ($p > 0,05$).

Wyniki przeprowadzonego badania świadczą, że padaczka nadal jest istotną przeszkodą w znalezieniu stabilnej pracy i niewiele osób z rozpoznaną chorobą pracuje na pełnych etatach. Także niewielu respondentów mówi o chorobie w miejscu pracy. Wynika to zapewne z wcześniejszych doświadczeń i problemów w pracy. Poziom wykształcenia chorych na padaczkę istotnie wpływał na możliwość znalezienia zatrudnienia. Parametry kliniczne, takie jak czas trwania choroby, rodzaj i częstotliwość występowania napadów padaczkowych, nie korelowały ze statusem zatrudnienia.

Była to jedna z nielicznych polskich prac badawczych podejmująca wątek aktywności zawodowej chorych na padaczkę. Należy badać i analizować aspekty związane z pracą zawodową chorych na padaczkę wraz z upływem czasu, ponieważ pokazuje to czy ten problem ulega minimalizacji czy też nie. Dodatkowo należy prowadzić badania lokalnie, ponieważ w różnych krajach obowiązują inne regulacje oraz świadomość społeczeństwa w tym zakresie.

Literatura wskazuje, iż u chorych na padaczkę obserwuje się częściej zaburzenia snu niż w populacji ogólnej (Buysse DJ i wsp., 1989; Piperidou . i wsp., 2008). Zależność pomiędzy padaczką a zaburzeniami snu jest złożona. Po pierwsze u niektórych chorych napady padaczkowe mogą występować w nocy, tym samym przerywać sen i negatywnie wpływać na jego jakość. Z drugiej strony, nieprzespana noc, czy też nieefektywny sen są czynnikiem ryzyka występowania napadów padaczkowych. Sama choroba jaką jest padaczka może pogłębiać zaburzenia snu (Bazil CW, 2003). Niektórzy autorzy wykazali także, że stosowane leki przeciwpadaczkowe mogą zakłócać normalny sen oraz powodować nadmierną senność w ciągu dnia (Bazil CW i wsp., 2002; Kollár B i wsp., 2002), inni zaś zupełnie przeciwnie takich zależności nie zaobserwowali (Klobučniková K i wsp., 2009). Celem **piątej z w/w prac *Sleep disturbances among patients with epilepsy***, była analiza częstości występowania zaburzeń snu wśród pacjentów chorych na padaczkę oraz analiza tych zaburzeń względem czynników klinicznych i demograficznych. Badanie przeprowadzono w okresie październik 2015 - październik 2016 roku. Respondentami badania byli chorzy na padaczkę leczeni w poradni neurologicznej w Warszawie oraz uczestnicy forum dla osób chorych na padaczkę. Do badania mogły przystąpić osoby ≥ 18 r.ż., chorzy na padaczkę, którzy wyrazili zgodę udział w badaniu. Kryteria wykluczające udział z badania obejmowały rozpoznanie chorób psychicznych, upośledzenie umysłowe oraz wykonywanie pracy nocnej lub zmianowej. Wstępnie udział w badaniu wzięło 356 pacjentów, z czego wyniki pochodzące od

Zał. 2 Autoreferat w j. polskim - Staniszevska Anna 13 | S t r o n a

302 osób wzięto pod uwagę do dalszej analizy (pozostałe 54 osoby wykluczono z badania ze względu na brak kompletności danych). Jako narzędzie badawcze wykorzystano polską wersję Pittsburskiego Kwestionariusza Jakości Snu (PSQI) (*Buysse DJ i wsp. 1989*). PSQI zawiera 19 pozycji (9 pytań z podpunktami) służących subiektywnej ocenie jakości snu w ciągu ostatniego miesiąca. Każda zaznaczona odpowiedź jest punktowana w skali od 0 do 3 (0 = bez trudności, 3 = ciężka trudność). Następnie wyniki są sumowane w 7 komponentach jakości snu, a łącznie można uzyskać wynik mieszczący się w przedziale 0-21. Wyższe wyniki wskazują na gorszą jakość snu. Łączna suma punktów ≥ 5 świadczy o złej całkowitej jakości snu, zaś punktacja ≥ 10 przemawia za ciężko zaburzonym snem. To wystandaryzowane narzędzie zostało wzbogacone o własną ankietę przygotowaną na potrzeby realizacji niniejszego badania. W kwestionariuszu autorskim znalazły się pytania dotyczące charakterystyki badanych pod kątem demograficznym i klinicznym (15 pytań łącznie). Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z zastosowaniem analizy ANOVA oraz testu Kruskala-Wallisa. W przypadku porównywania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano nieparametryczny test U-Manna Whitneya oraz test t-Studenta. Przyjęto poziom istotności statystycznej wyniósł $p < 0,05$. Analizę statystyczną uzyskanych wyników wykonano przy użyciu oprogramowania STATISTICA (10.). Średni wynik w PSQI wyniósł 9 ± 2 punkty i mieścił się w przedziale 4-16 punktów. Uzyskany wynik świadczy o złej całkowitej jakości ci snu. Najgorzej ocenianą komponentą w PSQI były zaburzenia snu, uzyskując średni wynik 1,85 punktu. W badaniu zadano także pytania o tzw. higienę snu. Większość respondentów przyznała, iż posiada własną sypialnię (63,6%), wygodne łóżko (53,0%), położone w cichym miejscu (57,6%), gdzie temperatura jest dostosowana do dobrego snu (84,1%). W badanej populacji wzięły udział osoby, u których już były zdiagnozowane zaburzenia snu (ponad 50 % badanych przyznała, iż ma zdiagnozowane choroby związane ze snem). Przeprowadzone badanie własne potwierdza dostępne doniesienia (*Alvarez Guerrico I i wsp. 2013; Chen NC i wsp. 2011*), że insomnia (17.9% w badaniu własnym) u pacjentów chorych na padaczkę występuje częściej niż hypersomnia (11.3% w badaniu własnym). Ponadto po 14.6% badanych przyznało, iż cierpi na zespół niespokojnych nóg lub obturacyjny bezdech senny.

Następnym krokiem w badaniu było zestawienie wyniku testu PSQI z cechami kliniczno-demograficznymi osób chorych na padaczkę: płcią, wiekiem, wykonywanym zawodem, wskaźnikiem Body Mass Index (BMI), czasem trwania choroby, liczbą stosowanych leków, rodzajem napadów, częstością napadów, czasem od wystąpienia ostatniego napadu, czynnikiem wywołującym napad, występowaniem działań niepożądanych leków

przeciwpadaczkowych. Sprawdzano również zależność pomiędzy wynikiem testu PSQI a wybranymi czynnikami związanymi ze snem oraz wybranymi warunkami do snu. Badanie zależności pomiędzy powyżej wymienionymi zmiennymi niezależnymi a ostatecznym wynikiem testu PSQI nie wykazało jednak żadnego statystycznie istotnego wpływu (we wszystkich przypadkach $p > 0.05$).

Wyniki tego badania pokazały, że ponad połowa pacjentów chorych na padaczkę przed wypełnieniem testu PSQI miała zdiagnozowane choroby związane ze snem, z czego u większości była to insomnia. Ogólny wynik testu PSQI wskazał u większości pacjentów na złą jakość snu, jednak w pracy nie wykazano żadnej zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi klinicznymi oraz socjo-demograficznymi a ostatecznym wynikiem testu PSQI.

Na badania realizowane w pracy 1,3,4,5 uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (AKBE/159/16). Pacjentom biorącym udział we wszystkich badaniach zapewniono anonimowość, a ich udział był dobrowolny. Pacjenci wyrazili świadomą zgodę na udział w poszczególnych badaniach. Użyte w badaniach własnych, polskie wersje wystandaryzowanych narzędzi badawczych, w oparciu o obliczone współczynniki Alfa Cronbacha, były rzetelne i spójne wewnętrznie. W pracy 1,3,5 pacjentów do badania rekrutowano zarówno poprzez forum internetowe dla chorych na padaczkę oraz w poradni neurologicznej. Pacjenci rekrutowani w klinice neurologicznej zostali poinformowani, że mogą wypełnić ankietę pod warunkiem, że nie uczestniczyli w podobnym badaniu w ciągu ostatniego roku za pośrednictwem forum dla osób cierpiących na padaczkę, jak i odwrotnie. Wszystkie ankietę zostały ponumerowane (w celu wprowadzenia do bazy danych) i nie było dwóch identycznych (rozpatrywano pod kątem płci, daty urodzenia, charakterystyki klinicznej), co świadczyło o tym, że żaden pacjent nie wypełnił ankiety dwukrotnie.

Szósta z w/w prac *Epidemiology and Risk Factors for Suicide Among Adult Patients with Epilepsy* jest przeglądem dostępnej literatury i traktuje o poważnym problemie jaki dotyczy pacjentów chorych na padaczkę, a mianowicie prób samobójczych, które u tych pacjentów zdarzają się kilkakrotnie częściej niż w populacji ogólnej. Ważnym zatem było poznanie czynników skłaniających chorych do takich destrukcyjnych zachowań oraz szczegółowej epidemiologii tego zjawiska.

Pierwszym etapem pracy był przegląd danych epidemiologicznych dotyczących częstości występowania prób samobójczych w populacji chorych na padaczkę. Szacunkowe obliczenia z ośmioletniego okresu obserwacji chorych na padaczkę pokazują, że 30% pacjentów ginie w wypadkach, 23% umiera nagle, 16% w wyniku stanu padaczkowego, a 14% dokonuje

samobójstwa (*Fukuchi T i wsp., 2002*). Standaryzowany współczynnik śmiertelności dla samobójstw u pacjentów chorych na padaczkę w porównaniu z populacją ogólną wynosi od 3,5 do 5,8 (*Nilsson L i wsp., 1997; Rafnsson V i wsp., 2001*). W oparciu o przegląd 21 badań oszacowano, że średnio 11,5 % (0-67%) zgonów pacjentów chorych na padaczkę spowodowanych jest samobójstwem (*Jones JE i wsp., 2003*). Ponadto poprzednia próba samobójcza u chorych na padaczkę powoduje wzrost ryzyka kolejnego samobójstwa w przyszłości o 38,4% (*Harris EC i wsp. 1989*) - 46,2% (*Nilsson L i wsp., 1997*) w porównaniu z populacją ogólną. Literatura podaje, że istnieje także 5-krotnie większe ryzyko wystąpienia padaczki w grupie osób, które przed jej rozpoznaniem próbowały dokonać samobójstwa (*Hesdorffer DC i wsp., 2006*).

Drugim etapem analizy dostępnej literatury było wyłonienie czynników ryzyka prób samobójczych u chorych na padaczkę. Rodzaj i częstość występujących u pacjentów napadów padaczkowych są jednymi z tych czynników. Ryzyko próby samobójczej wzrasta w przypadku występowania napadów częściowych prostych, zwłaszcza pierwotnie i wtórnie uogólnionych w porównaniu do napadów częściowych złożonych i padaczki skroniowej występujących u pacjentów płci męskiej (*Kalinin VV i wsp., 2005*). Ponadto częstsze występowanie napadów padaczkowych, niezależnie od rodzaju oraz wczesny wiek rozpoznania padaczki są także czynnikiem ryzyka próby samobójczej (*Lambert MV i wsp., 2000*). Kolejnym czynnikiem ryzyka prób samobójczych jest czas trwania choroby. Stwierdzono, że ryzyko samobójstwa jest ponad 5-krotnie większe u pacjentów z półroczną historią choroby i maleje ono wraz z czasem jej trwania (*Christensen J i wsp., 2007*). Następnym czynnikiem ryzyka u chorych na padaczkę jest rodzaj stosownego leczenia. Z badania, w którym poddano obserwacji 396 pacjentów, u których zastosowano chirurgiczne leczenie padaczki wiadomo, że 4 z 27 zgonów spowodowane były właśnie samobójstwem, pomimo dobrej kontroli napadów padaczkowych (*Hamid H i wsp., 2011*). Analizując natomiast okres, który upłynął od operacji, okazuje się, że ryzyko próby samobójczej jest największe w ciągu pierwszych 6-miesięcy od interwencji chirurgicznej (*Bagary M i wsp., 2011*).

Zarówno w populacji ogólnej, jak i chorych na padaczkę ryzyko samobójstwa wzrasta kiedy pacjent cierpi na choroby psychiczne. Pogorszenie funkcji poznawczych oraz zaburzenia osobowości wynikające z częstości występowania napadów padaczkowych również zwiększają ryzyko prób samobójczych (*Ritaccio A i wsp., 2007*). Ryzyko samobójstwa wzrasta ponad 29-krotnie kiedy u chorych na padaczkę aktualnie współwystępują choroby psychiczne, zaś prawie 2-krotnie, gdy u epileptyka w przeszłości występowała choroba

psychiczna (*Christensen J i wsp., 2007*). U kobiet chorych na padaczkę i w wywiadzie z chorobą psychiczną występuje 23-krotnie większe ryzyko popełnienia samobójstwa niż u kobiet bez obu tych chorób, zaś w porównaniu z mężczyznami chorymi na padaczkę i chorobę psychiczną to ryzyko jest 10-krotnie większe (*Christensen J i wsp., 2007*). Ryzyko samobójstwa u chorych na padaczkę wzrasta prawie 14-krotnie w przypadku współwystępowania zaburzeń psychicznych, w tym 32-krotnie przy zaburzeniach nastroju oraz 12-krotnie przy zaburzeniach lękowych (*Christensen J i wsp., 2007*). Oprócz współwystępowania zaburzeń psychicznych, znamionym statystycznie czynnikiem ryzyka prób samobójczych u chorych na padaczkę jest także zła sytuacja rodzinna (*Buljan R i wsp., 2011*). Wśród czynników ryzyka prób samobójczych u chorych na padaczkę, wymienia się także stosowanie leków przeciwpsychotycznych i wystąpienie pierwszego napadu padaczkowego przed 18.r.ż. (*Nilsson L i wsp., 2002*).

Istotnym czynnikiem ryzyka prób samobójczych u chorych na padaczkę jest też stosowanie leków przeciwpadaczkowych. Agencja ds. Żywności i Leków FDA przeanalizowała 199 randomizowanych badań kontrolowanych placebo dotyczących ryzyka prób samobójczych w powiązaniu ze stosowaniem 11 leków przeciwpadaczkowych. W badaniu wzięło udział 27 863 osób leczonych lekami przeciwpadaczkowymi i 16 029 pacjentów stosujących placebo. W każdej grupie znajdowało się co najmniej 20 osób, leczonych przynajmniej 7 dni. Do analizy włączono 25% pacjentów z rozpoznaną padaczką, 27% osób z zaburzeniami psychicznymi i 46% z bólem powiązany z chorobą. Dokonane samobójstwo odnotowano u 4 pacjentów stosujących leki przeciwpadaczkowe vs u żadnego pacjenta w grupie placebo, próbę samobójczą u 30 vs 8, myśli samobójcze u 67 vs 29 osób. Ryzyko względne samobójstwa dla osób leczonych lekami przeciwpadaczkowymi vs placebo wyniosło 3,5 dla osób chorych na padaczkę, 1,5 dla osób z zaburzeniami psychicznymi i 1,9 dla pozostałej grupy badanej (*US FDA*). W innym badaniu przeprowadzonym w populacji 297 620 osób w wieku ≥ 15 lat leczonych lekami przeciwpadaczkowymi zaobserwowano 26 dokonanych samobójstw, 801 prób samobójczych i 41 nagłych zgonów. Oceniono, że ryzyko zachowań samobójczych u pacjentów stosujących topiramt, było większe w przypadku stosowania innych leków zawierających gabapentynę, lamotryginę, okskarbazepinę, tiagabinę i walproinianę. Zwiększone ryzyko występowało w grupie młodszych i starszych pacjentów stosujących gabapentynę, u pacjentów z zaburzeniami nastroju i padaczką w porównaniu z grupą stosującą karbamazepinę (*Patoro E i wsp., 2010*). Odmienne dane dostarczyło inne badanie, przeprowadzone w grupie 131 178 pacjentów z padaczką, bólem, chorobą dwubiegunową, zaburzeniami depresyjnymi i schizofrenią. W badaniu tym nie pokazało

żadnej różnicy w ryzyku samobójstwa dla osób stosujących gabapentynę (*Gibbons RD i wsp., 2010*). Kolejne badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii porównało 453 pacjentów chorych na padaczkę leczonych lekami przeciwpadaczkowymi z 8 962 osobami z grupy kontrolnej dopasowanej pod względem płci i wieku. Stosowane leki przeciwpadaczkowe sklasyfikowano do czterech grup: barbiturany, konwencjonalne leki przeciwpadaczkowe, leki przeciwpadaczkowe nowej generacji z niską (lamotrygina, gabapentyna, pregabalina, okskarbazepina) albo wysoką (lewetiracetam, tiagabina, topiramata, wigaabatryna) możliwością powodowania depresji. Okazało się, że stosowanie leków przeciwpadaczkowych nowej generacji z wysoką możliwością powodowania depresji 3-krotnie zwiększało ryzyko samo-okażeń / zachowań samobójczych, jednak było to oczywiste tylko u pacjentów z współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi (*Andersohn F i wsp.2010*). Kolejne badanie potwierdziło wzrost ryzyka dokonanego samobójstwa szczególnie u pacjentów leczonych klonazepanem, kwasem walproinowym, luminalem i lamotryginą (*Olesen JB i wsp., 2010*).

Powyższy manuskrypt był podstawą do zrealizowania badania dotyczącego zatruc lekami przeciwpadaczkowymi - **Staniszewska A.**, Dąbrowska-Bender M., Czerw A., Olejniczak D., Juszczak G., Bujalska-Zadrożny M., *Epidemiological Study of Acute Poisoning for Antiepileptic Drugs: A 2-Year Retrospective Study in Cracow, Poland*, [In]: Kalinin V. (ed.), *Epileptology - The Modern State of Science*, ISBN 978-953-51-2699-7, Print ISBN 978-953-51-2698-0, Croatia, 2016, Ed. 1st, str. 211-223 (praca nie wchodząca w skład osiągnięcia naukowego). Autorzy przedstawili w tej publikacji oryginalne wyniki własnej analizy dotyczącej zatruc lekami przeciwpadaczkowymi w roku 2002 i 2012 w województwie małopolskim. Ten rozdział do momentu publikacji, był pierwszym i jednym opracowaniem polskim przedstawiającym epidemiologię zatruc lekami przeciwpadaczkowymi oraz analizującym wpływ czynników demograficznych i klinicznych na zatrucie tymi lekami.

Wnioski i ich wykorzystanie

Podjęta w cyklu prac problematyka stanowi niezwykle istotny element poznania wybranych klinicznych i społecznych aspektów codziennego funkcjonowania chorych na padaczkę. Ponadto jest próbą określenia wpływu zmiennych demograficznych oraz klinicznych na poszczególne problemy chorych na padaczkę. Należy podkreślić, iż współczesna medycyna nie opiera się tylko na procesie postawienia diagnozy, doborze adekwatnego sposobu leczenia, lecz zwraca coraz większą uwagę na stan samopoczucia, sposób podchodzenia do choroby i radzenia sobie z nią przez samych pacjentów. Istotną wartość w procesie leczenia, oprócz czynników obiektywnych mierzonych za pomocą badań

specjalistycznych, przypisuje się subiektywnym aspektom zdrowia, które wpływają na funkcjonowanie pacjenta w ważnych dla niego dziedzinach. Optymalne funkcjonowanie pacjenta ma szczególne znaczenie w przypadku pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe. Poznanie problemów chorych przewlekłe pomaga im zapobiegać, a także w miarę możliwości normalnie żyć. Pacjenci chorzy na padaczkę wymagają szczególnego wsparcia i zrozumienia ze strony całego społeczeństwa.

Piśmiennictwo w prezentowanym obszarze badawczym (w kolejności alfabetycznej)

Alvarez Guerrico I, Garcia Parra B, Lluís P, Royo I, Isabel FM, Rocamora R. *Sleep quality in drug resistant epilepsy patients*. Sleep Medicine. 2013;14S:e165-e238.

Andersohn F, Schade R, Willich SN, et al. *Use of antiepileptic drugs in epilepsy and the risk of self-harm or suicidal behavior*. Neurology. 2010;75:335-340.

Bagary M. *Epilepsy, antiepileptic drugs and suicidality*. Curr Opin Neurol. 2011;24(2):177-182.

Bazil CW, Malow BA, Sammaritano MR. *Sleep and Epilepsy: the Clinical Spectrum*. Amsterdam; Elsevier Science; 2002:20.

Bazil CW. *Epilepsy and sleep disturbance*, Epilepsy & Behavior. 2003;4:S39-S45.

Buczniwska P, Staniszevska A. *Kobieta chora na padaczkę stojąca przed wyborem antykoncepcji*. Położna Nauka i praktyka. 2011;2(14):32-38.

Buljan R, Santić AM. *Suicide attempts in hospital-treated epilepsy patients*. Acta Clin Croat. 2011;50(4):485-490.

Buyse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. *The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research*. Psychiatry Res. 1989;28(2):193-213.

Chen NC, Tsai MH, Chang CC, Lu CH, Chang WN, Lai SL, Tseng YL, Chuang YC. *Sleep quality and daytime sleepiness in patients with epilepsy*. Acta Neurol Taiwan. 2011;20(4):249-456.

Christensen J., Vestergaard M., Mortensen PB, et al. *Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study*. Lancet Neurol. 2007;6:693-698.

Cyran A, Wiszniewska M, Walusiak-Skorupa J. *Bariery w aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych na poziomie opieki profilaktycznej nad pracownikiem*. Med. Pr. 2012;63(6):637-650.

Felton BJ, Revenson TA, Hionrichsen GA (adaptacja Juczyński Z). *Skala akceptacji choroby AIS*. W: Juczyński Z, red.. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009:162-166.

Fisher RS, Vickrey BG, Gibson P, Hermann B, Penovich P, Scherer A, Walker S. *The impact of epilepsy from the patient's perspective, I: descriptions and subjective perceptions*. *Epilepsy Res.* 2000; 41: 39-51.

Fukuchi T, Kanemoto K, Kato M, et al. *Death in epilepsy with special attention to suicide cases*. *Epilepsy Res.* 2002;51:233-236.

Gibbons RD, Hur K, Brown CH, et al. *Gabapentin and suicide attempts*. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010;19(12):1241-1247.

Hamid H, Devinsky O, Vickrey BG, et al. *Suicide outcomes after resective epilepsy surgery*. *Epilepsy Behav.* 2011;20(3):462-464.

Harris EC, Barraclough B. *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis*. *Arch Neurol.* 1989;46:1065-1068.

Hauser WA., *Epidemiology of epilepsy in children*, *Neurosurgery Clinics of North America*, 1995, 6: 419-429.

Hesdorffer DC, Hauser WA, Ludvigsson P, et al., *Depression and attempted suicide as risk factors for incident unprovoked seizures and epilepsy*. *Ann Neurol*, 2006;59:35-41.

Jędrzejczak J. *Padaczka*. Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o, Lublin, 2006.

Jones JE, Hermann BP, Barry JJ, et al. *Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation, and suicidal attempts in chronic epilepsy*. *Epilepsy & Behav.* 2003;4(3):31-38.

Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2001.

Kalinin VV, Polyanskiy DA. *Gender and suicidality prediction in epilepsy*. *Epilepsy Behav.* 2005;7:657-663.

Karski JB. *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. t.2. Warszawa: Wyd. CeDeWu; 2006.

Klobučníková K, Kollár K, Martinisková Z. *Daytime sleepiness and changes of sleep architecture in patients with epilepsy*. *Neuro Endocrinol Lett.* 2009;30:599-603.

Kollár B, Buranová D, Varsik P. *Epilepsia – súčasné možnosti liečby*. *Interná Med.* 2002;9:579-583.

Kossakowska M. *Strategie radzenia sobie z chorobą przewlekłą w stwardnieniu rozsianym*. *Post Psychiatr Neurol.* 2008;17:15-21.

Kwan P, Brodie MJ. *Early identification of refractory epilepsy*. *N. Engl. J. Med.* 2000;342: 314-319.

Lambert MV, Robertson MM. *Depression in epilepsy: Etiology, Phenomenology and Treatment*. *Epilepsia.* 2000;40(10):21-47.

- Leppik IE. *Epilepsy in the elderly*. Current Neurology and Neuroscience, Reports. 2001;1: 396-402.
- Morisky DE, Green LW, Levine M. *Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence*. Med Care. 1986;24:67-73.
- Motyka M. *Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej*. t.1. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
- Nilsson L, Tomson T, Farahmand BY, et al. *Cause-specific mortality in epilepsy: a cohort study of more than 9,000 patients once hospitalized for epilepsy*. Epilepsia. 1997;38:1062-1068.
- Nilsson L, Ahlbom A, Farahmand BY, et al. *Risk factors for suicide in epilepsy: a case control study*. Epilepsia. 2002; -43: -644-651.
- Olesen JB, Hansen PR, Erdal J, et al. *Antiepileptic drugs and risk of suicide: A nationwide study*. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2010;19:518-524.
- Oleś P, Steuden S, Toczolowski J. *Jak świata mniej widzę: zaburzenia widzenia a jakość życia* Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; 2002.
- Parfene C, Stewart TL, King TZ. *Epilepsy stigma and stigma by association in the workplace*. Epilepsy Behav. 2009;15(4):461-466.
- Patoro E., Bohn RL., Wahl PM., et al. *Anticonvulsant Medications and the Risk of Suicide, Attempted suicide, or violent death*. JAMA. 2010;303(14):1401-1409.
- Rafnsson V, Olafsson E, Hauser WA, et al. *Cause-specific mortality in adults with unprovoked seizures. A population-based incidence cohort study*. Neuroepidemiol. 2001; 20:232-236.
- Ritaccio A, Devinsky O. *Personality disorders in epilepsy*. In: Ettinger AB, Kanner AM. *Psychiatric issues in epilepsy: a practical guide to diagnose and treatment*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2007; 147-161.
- Rostowska T, Walęcka-Matyja K. *Obraz siebie i poziom samooceny kobiet po amputacji piersi oraz kobiet ze schorzeniami skóry – analiza porównawcza*. Psychoonkol. 2003;7(1):7.
- Staniszewska A, Tarchalska-Kryńska B. *Czego obawiają się chorzy na padaczkę?* Problemy Terapii Monitorowanej. 2008;3(19):193-202.
- Staniszewska A, Kurkowska-Jastrzębska I, Tarchalska-Kryńska B. *Codziennie problemy chorych na padaczkę*. Med i pasje. 2011;1(11):14-17.
- Stephen LJ, Brodie MJ. *Epilepsy in the elderly people*. Lancet. 2000;355:1441-1446
- Światowa Organizacja Zdrowia,
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/index.html>, January 2009, data odczytu: 10.11.2009

5. POZOSTAŁE OSIĄGNIĘCIA NAUKOWO-BADAWCZE

5.1 Pozostałe publikacje

Mój łączny dorobek naukowy składa się z 59 prac pełnotekstowych, opublikowanych w recenzowanych czasopismach, 5 z tych publikacji weszło w skład cyklu habilitacyjnego. W skład mojego całego dorobku wchodzi 35 prac oryginalnych (3 opublikowane przed uzyskaniem stopnia doktora oraz 32 opublikowane po uzyskaniu stopnia doktora) oraz 24 prace pogładowe (12 opublikowanych przed uzyskaniem stopnia doktora oraz 12 opublikowanych po uzyskaniu stopnia doktora). Jestem również współautorem 3 poradników, autorem/ współautorem 13 rozdziałów monografii naukowych o zasięgu krajowym oraz międzynarodowym (1 rozdział o zasięgu międzynarodowym wszedł w skład cyklu habilitacyjnego), autorem 14 rozdziałów podręczników (skryptów) oraz 4 podręczniki (skrypty) powstały pod moją redakcją/ współredakcją.

Główne zainteresowania naukowe

Moje szczególne zainteresowania naukowe dotyczą codziennych problemów chorych na padaczkę oraz poszczególnych aspektów związanych z farmakoterapią padaczki, w tym z zatruciami lekami przeciwpadaczkowymi. W zakresie tej tematyki powstały prace (wykaz poszczególnych prac podano w kolejności publikacji):

- **Staniszewska A.**, Tarchalska-Kryńska B., *Czego obawiają się chorzy na padaczkę?*, Problemy Terapii Monitorowanej, 2008, 3(19): 193-202
- Domańska M., **Staniszewska A.**, Kurkowska-Jastrzębska I., Zaremba M., *Bezpieczeństwo stosowania leków przeciwpadaczkowych u ciężarnych*, Lek w Polsce, 2009, 6(221): 63-71
- **Staniszewska A.**, Tarchalska-Kryńska B., *Działania niepożądane leków przeciwpadaczkowych (LPP)*, Lek w Polsce, 2009, 10(225): 42-48
- **Staniszewska A.**, Burda P., Walkman W., Sein Anand J., *Zależność pomiędzy stanem klinicznym chorych ostro zatrutych karbamazepiną a stężeniem leku w surowicy krwi*, Przegląd Lekarski, 2009, 6(66): 279-281
- Wisłowska-Stanek A., **Staniszewska A.**, *Interakcje leków przeciwpadaczkowych*, Lek w Polsce, 2010, 11-12:59-67
- Buczniewska P., **Staniszewska A.**, *Kobieta chora na padaczkę stojąca przed wyborem antykoncepcji*, Położna. Nauka i praktyka, 2011; 2(14): 32-38
- **Staniszewska A.**, Kurkowska-Jastrzębska I., Tarchalska-Kryńska B., *Codziennie problemy chorych na padaczkę*, Medycyna i pasje, 2011, 1(11):14-17
- **Staniszewska A.**, Jastrzębska-Kurkowska I., Tarchalska-Kryńska B., *Quality of life in patients with epilepsy in Poland*, Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue 2015; 3: 20-26

- Olejniczak D., Kowalczyk J., **Staniszewska A.**, *Funkcjonowanie społeczne chorych na padaczkę*, Journal of Education, Health and Sport, 2016; 1(6): 118-128
- Tyszko B., **Staniszewska A.**, *The effects of brand-generic substitution in antiepileptic treatment*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2016; 14(4): 254-258
- **Staniszewska A.**, Dąbrowska-Bender M., Czerw A., Olejniczak D., Juszczyk G., Bujalska-Zadrożny M., *Epidemiological Study of Acute Poisoning for Antiepileptic Drugs: A 2-Year Retrospective Study in Cracow, Poland*, [In]: Kalinin V. (ed.), *Epileptology - The Modern State of Science*, ISBN 978-953-51-2699-7, Print ISBN 978-953-51-2698-0, Croatia, 2016, Ed. 1st, str. 211-223.
- **Staniszewska A.**, Bujalska-Zadrożny M., *Acute Valproic Acid Intoxication: An Attempt at Estimating the Correlation Between Serum Level and Clinical Manifestations*, [In]: Kalinin V. (ed.), *Epileptology - The Modern State of Science*, ISBN 978-953-51-2699-7, Print ISBN 978-953-51-2698-0, Croatia, 2016, Ed. 1st, str. 225-235

Pozostałe kierunki mojej pracy naukowo-dydaktycznej dotyczą (wykaz poszczególnych prac podano w kolejności publikacji):

- **pierwszej pomocy**. W poszczególnym pracach omówiono postępowanie w wybranych stanach nagłych, zgodnie z rokiem publikacji lub zbadano poziom wiedzy wybranych grup na temat umiejętności udzielania pierwszej pomocy.

- **Staniszewska A.**, Radwan K., *Pacjent z padaczką w gabinecie dentystrycznym*, Magazyn Stomatologiczny, 2007, 7-8: 100
- **Staniszewska A.**, Radwan K., *Pierwsza pomoc w gabinecie stomatologicznym*, Magazyn Stomatologiczny, 2007, 9: 154-155
- Radwan K., **Staniszewska A.**, *Automatyczna defibrylacja zewnętrzna*, Magazyn Stomatologiczny, 2007, 11: 98
- Radwan K., **Staniszewska A.**, *Ostry Zespół Wieńcowy*, Magazyn Stomatologiczny, 2007, 12: 102
- **Staniszewska A.**, Radwan K., *Anafilaksja*, Magazyn Stomatologiczny, 2008, 2: 88-89
- **Staniszewska A.**, Radwan K., *Omdlenie*, Magazyn Stomatologiczny, 2008, 4: 94
- Sobiecki M., **Staniszewska A.**, *Pierwsza Pomoc Przedmedyczna*, w: Kryzys. Szybkie reagowanie, Urząd m.st. Warszawy, biuro Edukacji, Warszawa 2009, str. 183-195
- Sobiecki M., **Staniszewska A.**, *Pierwsza pomoc przedmedyczna w przedszkolu – postępowanie w urazach najczęściej występujących u dzieci*, w: Management w przedszkolu, Warszawa, 2010, C1.7s1-C1.7s.12
- Sobiecki M., **Staniszewska A.**, *Pierwsza pomoc przedmedyczna w przedszkolu – postępowanie w urazach najczęściej występujących u dzieci*, w: Management w przedszkolu, Warszawa, 2011, C1.22.s1-C1.22.s.31
- **Staniszewska A.**, Korczak A., Juszczyk G., Duda-Zalewska A., Olejniczak D., Dąbrowska-Bender M., Magdalena Bujalska-Zadrożny M., *Wiedza kursantów ośrodków szkolenia kierowców odnośnie użycia automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED) w trakcie akcji ratunkowej*, Journal of Education, Health and Sport, 2015; 5(5):67-75

- **leków i aspektów dotyczących rynku leków.** W poszczególnych pracach omówiono farmakoterapię wybranych jednostek chorobowych lub dokonano opisu farmakologicznego wybranych leków, lub badano poziom wiedzy wybranych populacji na temat rynku leków.

- Zaremba M., **Staniszewska A.**, Tarchalska-Kryńska B., *Przyczyny powstawania oraz sposoby zapobiegania toksycznym działaniom polekowym*, Lek w Polsce, 2009, 19(5): 83-90
- Zaremba M., Bałkowiec-Iskra R., **Staniszewska A.**, *Farmakoterapia choroby Alzheimera (AD)*, Lek w Polsce, 2009, 6(221): 39-49
- **Staniszewska A.**, *Co warto wiedzieć o lekach generycznych*, Medycyna i pasje, 2010, 4(9): 14-19
- Zaremba M., **Staniszewska A.**, Niewada M., *Niesteroidowe leki przeciwzapalne - fakty, mity i kontrowersje dotyczące ryzyka sercowo-naczyniowego oraz ryzyka powikłań ze strony przewodu pokarmowego*, Choroby serca i naczyń, 2012; 3(9): 119-136
- Niewada M., **Staniszewska A.**, *Ocena rzetelności i jakości badań klinicznych*, MS report, 2012; 1(1): 5-11
- Siwek A., **Staniszewska A.**, Sobiecki M., *Gdy kierowca bierze leki*, Medycyna i pasje, 2013, 1(12): 26-36
- Soszyńska-Zielińska P., **Staniszewska A.**, Tarchalska-Kryńska B., *Antykoncepcja po operacji bariatrycznej*, Gastroenterologia Praktyczna, 2013; 3: 14-19
- **Staniszewska A.**, Zaremba M., *Zróżnicowane ryzyko sercowo-naczyniowe i nowe zalecenia dotyczące bezpieczeństwa w terapii niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi*, Forum Medycyny Rodzinnej, 2013; 7(5): 59-66
- **Staniszewska A.**, Tarchalska-Kryńska B., *Idiopatyczny przewlekły kaszel – przesłanki dotyczące leczenia gabapentyną*, Medycyna rodzinna, 2014; 2: 59-63
- **Staniszewska A.**, Wisłowska-Stanek A., *Cefuroksym – miejsce w terapii zakażeń dróg oddechowych*, Forum Medycyny Rodzinnej, 2015; 9(5): 382-390
- **Staniszewska A.**, Siwek A., Zaremba M., Juszczak G., Religioni U., Bujalska-Zadrożny M., *Wybrane aspekty związane z lekami przeterminowanymi*, Problemy Higieny i Epidemiologii, 2015; 96(3): 697-703
- Tatariewicz J., **Staniszewska A.**, Bujalska-Zadrożny M., *New agents approved for treatment of acute staphylococcal skin infections*, Archives of Medical Science, 2016; 12(6): 1327-1336
- Czerw A., Siuchta A., Augustynowicz A., Dykowska G., Szpakowski R., **Staniszewska A.**, *Restrictions on the advertising of medicinal products in Poland and violations thereof from 2011 to 2015*, Acta Poloniae Pharmaceutica - Drug Research, 2018; 75(1):241-246

- **zagadnień mieszających się w ramach szeroko pojętego zdrowia publicznego i medycyny społecznej.** W poszczególnych pracach badano postawy wybranych populacji wobec różnych problemów medycznych.

- Duda-Zalewska A., **Staniszewska A.**, Olejniczak D., *Wpływ reklamy na zakup leków OTC*, Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2008, 4(17): 266-270
- Antczak J., Szymański J., **Staniszewska A.**, *Ocena badań klinicznych z punktu widzenia uczestniczących zdrowych ochotników*, Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2011; 1(26): 11-13

- Duda-Zalewska A., Dąbrowska–Bender M., **Staniszewska A.**, Kopera M., Słoniewski R., Sobiecki M., *Health needs of medical rescue workers*, Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue 2014; 3: 63-69
- Ochał D., **Staniszewska A.**, Duda-Zalewska A., Dąbrowska-Bender M., Bujalska-Zadrożny M., *Badania kliniczne w ocenie personelu medycznego*, HYGEIA PUBLIC HEALTH 2014; 49(4): 799-804
- Dąbrowska—Bender M., **Staniszewska A.**, Religioni U., Duda-Zalewska A., Kaczorek M., *Poczucie jakości życia chorych na stwardnienie rozsiane z uwzględnieniem czynników społeczno-demograficznych, fizycznych i psychoemocjonalnych*, MS report, 2014; Vol. 3/Nr 4(10): 7-13
- Olejniczak D., Grochowska E., Czerw A., Juszczak G., Religioni U., Duda-Zalewska A., **Staniszewska A.**, Mikos M., *Honorary blood donations in urban and rural areas*, Journal of Education, Health and Sport, 2015;5(6):65-72
- Lasota D., **Staniszewska A.**, Tarchalska-Kryńska B., Krajewski B., *Nietrzeźwość a ryzyko zgonu w wypadku komunikacyjnym*, Journal of Education, Health and Sport, 2015; 5(6):419-432
- **Staniszewska A.**, Mela A., Dąbrowska-Bender M., Duda-Zalewska A., *Koszty terapii stwardnienia rozsianego z perspektywy pacjentów oraz publicznego płatnika w zależności od stadium choroby*, MS report, 2015; 2: 5-10
- Dąbrowska-Bender M., Słoniewski R., Religioni U., Juszczak G., Słoniewska A., **Staniszewska A.**, *Analysis of quality of life subjective perception by patients treated for prostate cancer with the EORTC QLQ - C30 questionnaire and QLQ - PR25 module*, Journal of Cancer Education, 2015, DOI: 10.1007/s13187-015-0954-5
- Czerw A., Kowalska M., Dykowska G., Szpakowski R., **Staniszewska A.**, *The acceptance of a skin disease in patients with psoriasis, atopic dermatitis and common acne*, Medical & Health Sciences Review, 2016;2(1):39-45
- Juszczak G., Czerw A., Tataro T., Duda-Zalewska A., Walusiak-Skorupa J., Słoniewski R., **Staniszewska A.**, Olejniczak D., Religioni U., *Cost intensity of identifying contraindications to driving a company car through psychological tests on the basis of real-world data in Poland*, International Journal of Occupational Safety and Ergonomics, 2016, DOI: 10.1080/10803548.2016.1221911
- Religioni U., Walewska-Zielecka B.H., Juszczak G.P., **Staniszewska A.**, Olejniczak D., Mińko M., Barańska A., *Zachowania studentów jako konsumentów produktów leczniczych*, Farmacja Polska, 2016; 72(9): 577-582
- **Staniszewska A.**, Dąbrowska-Bender M., Olejniczak D., Duda-Zalewska A., Bujalska-Zadrożny M., *Patient knowledge on reporting adverse drug reactions in Poland*, Patient Preference and Adherence, 2017; 11: 47-53
- Dąbrowska-Bender M., Milewska M., Gołabek A., Duda-Zalewska A., **Staniszewska A.**, *The impact of ischemic cerebral stroke on the quality of life of patients based on clinical, social and psycho-motional factors*", Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 2017;26(1):101-107
- Olejniczak D., Bugajec D., Panczyk M., Brytek-Matera A., Religioni U., Czerw A., Grąbczewska A., Juszczak G., Jabłkowska-Górecka K., **Staniszewska A.**, *Analysis concerning nutritional behaviors in the context of the risk of orthorexia*, Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2017; 13: 543-550
- **Staniszewska A.**, Olejniczak D., Smoleńska E., Kielana A., *Analysis of patients' knowledge on risk factors of cardiovascular diseases and new technology of self-control this factors - especially with cholesterol*, Journal of Education, Health; 2017;7(8):1135-1142.

- **Staniszewska A.**, Lubiejewska A., Czerw A., Dąbrowska-Bender M., Duda-Zalewska A., Olejniczak D., Juszczyk G., Bujalska-Zadrożny M., *Awareness and Attitudes Towards Clinical Trials among Oncological Patients who Had Never Participated in a Clinical Trial in Poland*, *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 2018;27(4):525-529
- Dąbrowska-Bender M., Kozaczuk A., Pączek L., Milkiewicz P., Słoniewski R., **Staniszewska A.**, *The quality of life of patients after liver transplantation in terms of emotional problems and the impact of sociodemographic factory*. *Transplantation Proceedings*, 2018, 10.1016/j.transproceed.2018.03.113
- Januszko M., **Staniszewska A.**, *Stopień akceptacji choroby wśród pacjentów ze stwardnieniem*, *MS report*, 2017; 6/4(23): 15-20
- **Staniszewska A.**, Polak M., *Aktywność zawodowa chorych na stwardnienie rozsiane*, *MS report*, 2018; 7/1(24): 19-23
- **Staniszewska A.**, Pudło K., *Przestrzeganie zaleceń lekarskich wśród chorych na stwardnienie rozsiane*, *MS report*, 2018;7/2(25):4-7
- Dąbrowska-Bender M., Dykowska G., Żuk W., Milewska M., **Staniszewska A.**, *The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency*, *Patient Preference and Adherence*, 2018; 12: 577-538.
- Olejniczak D., Bugajec D., **Staniszewska A.**, Panczyk M., Kielan A., Czerw A., Mańczuk M., Juszczyk G., Skonieczna J., Brytek-Matera A., *Risk assessment of night-eating syndrome occurrence in the population of women in Poland, considering in particular the obesity factor*, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2018; 14:1521-1526.

Dalsze plany naukowo-badawcze

W mojej dalszej pracy naukowo-badawczej za najważniejsze uważam kontynuowanie badań w grupie chorych na padaczkę, poszerzając ich zakres o kolejne problemy dnia codziennego. W toku są prace dotyczące postrzegania chorych na padaczkę przez społeczeństwo, znajomości zasad udzielania pierwszej pomocy epileptykom oraz funkcjonowania chorych na padaczkę w roli czynnych kierowców.

5.2 Analiza bibliometryczna

Łącznie za opublikowane prace naukowe w moim dorobku zgromadziłam 22,172 punkty IF oraz 536 punktów MNiSW. Kolejne trzy prace mojego autorstwa zostały przyjęte do druku, a ich łączna punktacja wynosi 4,513 punktów IF oraz 65 punktów MNiSW. Szczegółowy, potwierdzony przez Bibliotekę Główną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wykaz opublikowanych przeze mnie prac naukowych wraz z informacją o wysokości punktacji za każdą z prac, stanowi odrębny załącznik do wniosku o wszczęcie postępowania habilitacyjnego (załącznik nr 5).

5.3 Udział w konferencjach

W skład mojej aktywności naukowo-dydaktycznej wchodzi również wygłoszone referaty na konferencjach. Łącznie czynnie uczestniczyłam w 26 konferencjach.

Do mojej działalności naukowej zaliczam również udział w przygotowaniu konferencji. Byłam członkiem komitetu organizacyjnego / naukowego 4 konferencji o zasięgu międzynarodowym i krajowym.

5.4 Nagrody i wyróżnienia

Dotychczasowa moja działalność została zauważona i nagrodzona przez JM Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (4 nagrody dydaktyczne, 1 organizacyjna) oraz podczas wystąpień konferencyjnych (3 wyróżnienia).

5.5 Członkostwo i pełnione funkcje w organizacjach i towarzystwach naukowych

Jestem członkiem 3 towarzystw naukowych (w 2 aktualnie pełnię funkcję skarbnika) oraz 1 stowarzyszenia (aktualnie pełnię funkcję przewodniczącej Komisji Rewizyjnej).

5.6 Udział w komitetach redakcyjnych

Od 2016 roku do dziś pełnię funkcję zastępcy Reaktora Naczelnego czasopisma Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego „Medycyna Dydaktyka Wychowanie”.

5.7 Uczestnictwo w programach europejskich

W 2016-2017 roku brałam udział jako wykonawca w paneuropejskim projekcie „Pro health 65+” realizowanym w ramach Drugiego Programu Zdrowia Unii Europejskiej, koordynowanym przez UJ Collegium Medicum w Krakowie.

5.8 Zajęcia dydaktyczne i opieka naukowa nad studentami

W latach 2006-2018 prowadziłam zajęcia dydaktyczne (z farmakologii, farmakologii klinicznej, farmakoekonomiki), przekraczające corocznie wymagane pensum, w łącznej liczbie 2800 godzin.

Studenci corocznie wysoko oceniają prowadzone przeze mnie zajęcia dydaktyczne. Średnia ocen z ankiet studenckich w roku akademickim 2016/2017 wynosi 4,7.

Od początku swojej pracy zawodowej pełniłam również funkcje opiekuna prac dyplomowych. Byłam promotorem 92 prac licencjackich i 50 prac magisterskich na Wydziale Nauki o Zdrowiu WUM.

Pełniłam również funkcję promotora pomocniczego w 1 przewodzie doktorskim na Wydziale Nauki o Zdrowiu WUM.

5.9. Recenzent

Pełniłam funkcję recenzenta artykułów naukowych w czasopismach o zasięgu krajowym oraz międzynarodowym. Łącznie zrecenzowałam 20 prac.

Miałam przyjemność być recenzentem/ członkiem jury w 6 spotkaniach naukowych (konferencje, konkursy).

Wykonywałam również recenzje prac dyplomowych. Byłam recenzentem 48 prac licencjackich i 96 prac magisterskich na Wydziale Nauki o Zdrowiu WUM

6.0 Osiągnięcia w zakresie popularyzacji nauki lub sztuki

Poza pracą ze studentami, wygłosiłam także wiele wykładów z zakresu farmakologii dla słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku i różnych instytucji zrzeszających seniorów (łącznie 25 godzin), a także z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej głównie dla pracowników oświaty i prywatnych instytucji (łącznie 80 godzin). Jestem także współautorem 2 materiałów edukacyjnych.

Moja działalność na rzecz społeczeństwa obejmuje również wystąpienia medialne (Pytanie na Śniadanie x 2, audycje radiowe x 4, wypowiedzi w prasie - „Życie na Gorąco”, „Gazeta Wyborcza”, „Puls Medycyny”).

6.1 Działalność organizacyjna

W 2013 r. brałam czynny udział w zespole ds. promocji i reklamy kierunku Zdrowie Publiczne na Wydziale Nauki i Zdrowiu, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

W Katedrze i Zakładzie Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej WUM, w której pracuję jako adiunkt, jestem osobą odpowiedzialną za nauczanie studentów kierunku Zdrowie Publiczne i Ratownictwo Medyczne. W ramach tej działalności biorę czynny udział w radach pedagogicznych, układam sylabusy oraz pytania na egzamin wstępny z przedmiotu farmakologia i farmakoekonomika, dla kandydatów na studia magisterskie, kierunku Zdrowie Publiczne.

Ponadto w latach 2013-2017 byłam osobą odpowiedzialną za wprowadzanie dorobku naukowo-dydaktycznego pracowników jednostki do internetowej ankiety naukowo-dydaktycznej.

Dodatkowo w 2015 r. pełniłam funkcję członka Komisji Wyborczej Polskiej Akademii Nauk, Wydział Nauk Medycznych, Komitet Terapii i Nauk o Leku.

W obecnej kadencji (2016-2020) jestem członkiem Rady I Wydziału Lekarskiego, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z grona pracowników naukowo-dydaktycznych bez stopnia doktora habilitowanego oraz Senackiej Komisji ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw WUM.

Szczegółowe informacje dotyczące mojej działalności znajdują się w załączniku - Wykaz opublikowanych prac naukowych oraz informacja o osiągnięciach dydaktycznych, współpracy naukowej i popularyzacji nauki (załącznik nr 4).