

Białystok, 3 grudnia 2019 r.

Komisja Habilitacyjna  
powołana przez Centralną Komisję ds. Stopni i Tytułów  
w celu przeprowadzenia postępowania habilitacyjnego  
dr n. med. Jolanty Sawickiej – Powierza

Senat  
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

**Uzasadnienie uchwały w sprawie nadania dr n. med. Jolancie Sawickiej – Powierza  
stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu  
w dyscyplinie nauki medyczne**

Komisja Habilitacyjna w składzie:

|                 |   |
|-----------------|---|
| Przewodniczący: | prof. dr hab. Piotr Andziak   |
| Sekretarz:      | dr hab. Mateusz Cybulski  |
| Recenzenci:     | prof. dr hab. Barbara Bień ( <i>nieobecna</i> )<br>prof. dr hab. Magdalena Łętowska<br>prof. dr hab. Witold Lukas |
| Członkowie:     | prof. dr hab. Marlena Broncel<br>prof. dr hab. Zenon Siergiejk  |

zapoznała się z dokumentacją oraz nadesłanymi recenzjami oceniającymi dorobek naukowy, dydaktyczny oraz organizacyjny dr n. med. Jolanty Sawickiej – Powierza.

Przedstawione opinie Recenzentów potwierdzają znaczącą wartość przedstawionego do oceny dorobku naukowego, dydaktycznego i organizacyjnego, a także dojrzałość naukową Kandydatki do stopnia naukowego doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Komisja ustaliła co następuje:

### **I. Dane biograficzne i informacje ogólne o Habilitantce**

Dr n. med. Jolanta Sawicka-Powierza jest absolwentką kierunku lekarskiego na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku (obecnie Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku). Dyplom lekarza uzyskała w 1984 roku. W 1994 roku uzyskała stopień doktora nauk medycznych na podstawie rozprawy doktorskiej pod tytułem „*Hemostaza płytkowa u pacjentów przewlekle nadużywających alkoholu w okresie abstynencji*” napisanej pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. Anny Bodzenty-Łukaszyk. Habilitantka posiada specjalizację II stopnia z chorób wewnętrznych oraz specjalizacje z medycyny rodzinnej i angiologii. Od 1985 roku jest czynnym pracownikiem naukowo-dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Aktualnie pracuje na stanowisku adiunkta naukowo-dydaktycznego w Zakładzie Medycyny Rodzinnej UMB oraz na części etatu w Klinice Hematologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

Osiągnięcia naukowe Habilitantki były wielokrotnie nagradzane przez JM Rektora Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku zespołowymi i indywidualnymi nagrodami naukowymi II i III stopnia. Dodatkowo Habilitantka w 2008 roku uzyskała nagrodę III stopnia przyznaną przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS.

Habilitantka jest aktywnym członkiem krajowych organizacji i towarzystw naukowych – Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej Oddziału w Białymstoku oraz Polskiego Towarzystwa Angiologicznego.

### **II. Ocena dorobku naukowo-badawczego**

Dorobek naukowy dr n. med. Jolanty Sawickiej-Powierza obejmuje łącznie 47 publikacji – 36 prac oryginalnych, w tym 19 opublikowanych w czasopismach posiadających *Impact Factor* (11 jako pierwszy lub drugi autor, 5 jako ostatni autor), 13 prac poglądowych (7 jako pierwszy lub drugi autor, 3 jako ostatni autor), 1 opis przypadku kazuistycznego oraz 7 rozdziałów w podręczniku dla lekarzy i studentów. Poza tym Habilitantka jest autorem lub współautorem 42 streszczeń prezentowanych na zjazdach, w tym 8 na zjazdach zagranicznych, zarówno w formie doniesień ustnych, jak i plakatów. Sumaryczna wartość *Impact Factor* Habilitantki wynosi **40,297**, co przekłada się na **505,5 pkt MNiSW**. Liczba cytowań wg *Web of Science* wynosi 52, natomiast indeks Hirscha – 4. Recenzenci z uznaniem podkreślili, że dorobek naukowy dr n. med. Jolanty Sawickiej-Powierza wskazuje na dużą

samodzielność

i inicjatywę naukową, co wyraża się liczbą publikacji oryginalnych, w których jest ona pierwszym, drugim lub ostatnim autorem (ok. 50%). Świadczy to również o umiejętności kierowania zespołami badawczymi oraz czynnym uczestnictwie w pracach zespołów międzynarodowych.

### **III. Ocena osiągnięcia naukowego określonego w art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1789)**

Na osiągnięcie naukowe Habilitantki składa się cykl 9 powiązanych tematycznie publikacji (5 oryginalnych i 4 poglądowych) pod wspólnym tytułem „*Wybrane aspekty leczenia antagonistami witaminy K w podstawowej opiece zdrowotnej*”. Prace te zostały opublikowane w latach 2007-2018 w recenzowanych czasopismach krajowych oraz prestiżowych czasopismach międzynarodowych. Łączna wartość bibliometryczna cyklu powyżej wymienionych publikacji wynosiła na dn. 15.02.2019 **10,329 IF** oraz **51 pkt MNiSW**.

We wszystkich pracach stanowiących osiągnięcie naukowe Habilitantka jest pierwszym autorem oraz autorem korespondencyjnym. Prace wyróżniają się również znaczącym udziałem Habilitantki w ich powstaniu (od 75% do 100%), co zostało potwierdzone pisemnymi oświadczeniami wszystkich współautorów. Wszystkie prezentowane publikacje i badania Autorka przeprowadziła w ramach własnych prac statutowych finansowanych przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, natomiast wszystkie procedury badawcze uzyskały akceptację i zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Główne cele badań przeprowadzonych przez dr n. med. Jolantę Sawicką-Powierza obejmowały:

1. Ocena stężenia 25-hydroxywitaminy D u dorosłych pacjentów leczonych długoterminowo acenokumarolem (AC).
2. Ocena wybranych markerów metabolizmu kostnego - OC, OPG, RANKL i gęstości mineralnej kości (BMD) u dorosłych pacjentów leczonych długoterminowo AC.
3. Ocena jakości leczenia przeciwkrzepliwego u pacjentów leczonych antagonistami witaminy K.

4. Przedstawienie informacji na temat postępowania z pacjentami leczonymi VKA w warunkach ambulatoryjnych, oraz o interakcjach VKA z lekami, ziołami, suplementami diety i pożywieniem.

W pracy oryginalnej **P-1**, oznaczono stężenie 25(OH)D u 58 pacjentów rasy kaukaskiej (27 mężczyzn i 31 kobiet) otrzymujących długoterminowe leczenie AC i u 35 zdrowych osób (16 mężczyzn i 19 kobiet), którzy stanowili grupę kontrolną. U pacjentów leczonych AC stwierdzono istotnie niższe stężenie 25(OH)D w porównaniu z grupą kontrolną ( $p < 0,001$ ). Wśród pacjentów leczonych AC był istotnie większy odsetek osób z deficytem 25(OH)D

w porównaniu z grupą kontrolną ( $p < 0,001$ ). 27 (46,5%) osób stosujących AC miało deficyt witaminy D, tj. stężenie 25(OH)D poniżej 20 ng/mL. Taki deficyt zaobserwowano tylko u 2 (5,7%) osób z grupy kontrolnej. Stężenia 25(OH)D w zakresie od 20 do 30 ng/mL stwierdzono u 24 (41,4%) pacjentów leczonych AC i u 20 (57,1%) osób z grupy kontrolnej. Prawidłowe wartości 25(OH)D, zdefiniowane jako wyższe niż 30 ng/mL, miało tylko 7 (12,1%) pacjentów i 13 (37,2%) osób z grupy kontrolnej. Badane parametry porównano między dwiema grupami pacjentów leczonych AC, osób ze stężeniem 25(OH)D  $< 20$  ng/mL, a grupą pacjentów ze stężeniem 25(OH)D  $\geq 20$  ng/mL. W grupie z deficytem 25(OH)D stwierdzono istotnie wyższą dawkę AC ( $p = 0,045$ ), niższe stężenie 25(OH)D ( $p < 0,001$ ) i większy odsetek kobiet ( $p = 0,015$ ) w porównaniu do osób ze stężeniem 25(OH)D  $\geq 20$  ng/mL.

Wnioski: Wykazano, że leczenie acenokumarolem ma związek z niskim stężeniem 25-hydroksywitaminy D. Długotrwałe stosowanie antagonisty witaminy K u dorosłych może nasilać ryzyko przewlekłego niedoboru witaminy D i w związku z tym skuteczną skoordynowaną suplementacją witaminy D u tych osób wymaga starannego rozważenia.

W pracy oryginalnej **P-2**, przeprowadzono badanie przekrojowe wśród 42 (22 mężczyzn i 20 kobiet) pacjentów leczonych długoterminowo AC i porównano z 28 (14 mężczyzn i 14 kobiet) osobami z grupy kontrolnej. U wszystkich uczestników badania oznaczono wybrane markery metabolizmu kostnego: OC, RANKL, OPG, oraz BMD. Stwierdzono istotnie mniejsze stężenie OC u osób leczonych AC w porównaniu do osób z grupy kontrolnej ( $p < 0,001$ ), jak i w grupie kobiet i mężczyzn leczonych AC w porównaniu do dobranych pod względem płci i wieku grup kontrolnych ( $p < 0,001$ ). Badanie to wykazało, że doustne leczenie przeciwkrzepliwie ma istotny wpływ na stężenie OC. Średnie stężenie OPG oraz wartości RANKL log, współczynnika RANKL/OPG log i BMD były porównywalne w obu badanych grupach pacjentów leczonych AC i grupie kontrolnej, jak i w obu grupach kobiet i mężczyzn

leczonych AC w porównaniu z dobranymi pod względem płci grupami kontrolnymi. Po dokładnej analizie grup kobiet i mężczyzn leczonych AC i nieleczonych AC, zaobserwowano, że współczynnik RANKL/OPG log był istotnie wyższy u kobiet (leczonych AC i nie) w porównaniu do mężczyzn (leczonych AC i nie) ( $p < 0,045$ ). Poza tym stwierdzono dodatnie korelacje pomiędzy stężeniem OC i RANKL log ( $p = 0,017$ ) oraz pomiędzy OC i RANKL/OPG log ( $p = 0,005$ ), oraz ujemną korelację między stężeniem OC i OPG ( $p = 0,027$ ) u kobiet po menopauzie leczonych AC. U mężczyzn leczonych AC zaobserwowano natomiast dodatnią korelację pomiędzy stężeniem OC i OPG ( $p < 0,001$ ), co może potwierdzać brak istotnego wzrostu RANKL w tej grupie osób. Wnioski: Wyniki badania wykazały związek między długoterminowym leczeniem acenokumarem, a obniżonym stężeniem osteokalcyny, jednak bez istotnych zmian w markerach metabolizmu kości i, co ważne, bez spadku gęstości mineralnej kości. Po raz pierwszy wykazano, że długotrwałe leczenie antagonistami witaminy K może łagodzić resorpcję kości u kobiet po menopauzie, oraz, że stężenie osteokalcyny w połączeniu ze współczynnikiem RANKL/OPG wydaje się być ważniejszym markerem metabolizmu kości u kobiet po menopauzie leczonych antagonistą witaminy K, niż samego OPG lub RANKL.

W pracach oryginalnych **P-3**, **P-4** i **P-5** przedstawiono wyniki dotyczące jakości leczenia przeciwkrzepliowego z użyciem VKA.

Badanie oryginalne wieloośrodkowe **P-3**, przeprowadzono w 15 poradniach rodzinnych w trzech województwach (podlaskim, kujawsko-pomorskim i warmińsko-mazurskim).

W badaniu przekrojowym badano jakość kontroli leczenia przeciwkrzepliowego wśród pacjentów leczonych VKA. Badaniem objęto 430 osób leczonych VKA (220 mężczyzn i 208 kobiet). Wszyscy pacjenci wykonali pomiary INR w zaplanowanym czasie, co umożliwiło standaryzowane porównanie czasu protrombinowego niezależnie od użytego odczynnika. Do obliczenia TTR zastosowano metodę przekrojową dla % INR w zakresie terapeutycznym (odsetek wyników INR w zakresie w danym dniu). W przeprowadzonym badaniu TTR u wszystkich uczestników wyniósł 55% i nie różnił się istotnie pomiędzy województwami. Badanie wykazało, że duży procent badanych pacjentów stosował AC (78,8%) zamiast warfaryny, mimo, że wytyczne zarówno kardiologiczne, jak i wytyczne profilaktyki i leczenia żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej, wyraźnie zalecają stosowanie warfaryny zamiast AC. Stwierdzono, że istotnymi czynnikami wpływającymi na występowanie INR poza zakresem były: wiek do 60 roku życia w porównaniu do osób starszych ( $p = 0,003$ ); kontrola INR częściej lub rzadziej niż w zalecanych odstępach czasu, tj. od 4 do 8 tygodni ( $p < 0,001$ ) i

rodzaj stosowanego antagonisty witaminy K – gorszą kontrolę antykoagulacji obserwowano u pacjentów stosujących AC niż warfarynę ( $p < 0,001$ ). Ustalono, że zarówno stosowanie AC, jak i płeć męska były istotnymi niezależnymi predyktorami występowania INR poza zakresem terapeutycznym, podczas gdy wiek pomiędzy 60 a, 69 lat w porównaniu do wieku  $< 60$  i  $\geq 70$  zmniejszał prawdopodobieństwo wystąpienia INR poza zakresem terapeutycznym. Ponadto, stwierdzono, że stosowanie acenokumarolu było niezależnym predyktorem występowania INR poniżej zakresu, natomiast wiek  $> 60$  lat zmniejszał szanse na pojawienie się INR poniżej zakresu. Wykazano także, że płeć męska była jedynym istotnym niezależnym predyktorem dla występowania INR powyżej zakresu terapeutycznego. Wnioski: TTR u pacjentów leczonych VKA w objętych obserwacją poradniach lekarzy rodzinnych wyniósł 55%. Lepszą kontrolę jakości leczenia przeciwkrzepliwego z VKA można osiągnąć stosując warfarynę zamiast acenokumarolu, poprzez monitorowanie INR w zalecanych odstępach czasu wynoszących od 4 do 8 tygodni oraz przez wzmożoną kontrolę pacjentów młodszych i płci męskiej.

W pracy oryginalnej **P-4**, badano przyczyny powikłań krwotocznych u 140 pacjentów leczonych AC (67 mężczyzn i 73 kobiety). W analizie przyczyn powikłań krwotocznych uwzględniono następujące czynniki: wiek, płeć, poziom wykształcenia, długość leczenia, częstość kontroli INR oraz stosowanie dodatkowych leków podczas leczenia przeciwkrzepliwego wpływających na hemostazę. Przyczyny powikłań krwotocznych były analizowane na podstawie wywiadu (małe) i kart informacyjnych ze szpitali (poważne). Występowanie powikłań krwotocznych stwierdzono u 41 (29,3%) ze 140 badanych pacjentów. U 33 (23,6%) osób stwierdzono występowanie małych powikłań krwotocznych, a u 8 (5,7%) pacjentów stwierdzono w wywiadzie 11 poważnych krwawień wymagających hospitalizacji. Były to: wylew krwi do mózgu; rozległy wylew krwi do powłok brzusznych zakończony zabiegiem operacyjnym; krwawienia z przewodu pokarmowego, dróg moczowych, dróg rodnych oraz masywny krwotok z nosa i dziąseł wymagający podania 2 jednostek koncentratu krwinek czerwonych. Stwierdzono, że pacjenci badający INR co 4 tygodnie lub częściej mieli istotnie mniej powikłań krwotocznych niż osoby badające go rzadziej ( $p < 0,005$ ). 18 (12,9%) z 41 osób u których wystąpiły powikłania krwotoczne podało, że krwawienia miały związek ze stosowaniem niesterydowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) lub paracetamolu w czasie leczenia przeciwkrzepliwego. 23 (16,4%) pacjentów nie potrafiło podać przyczyny krwawienia. W grupie pacjentów z poważnymi krwawieniami, stwierdzono, że 8 (5,7%) chorych miało łącznie 11 incydentów poważnego krwawienia podczas leczenia

przeciwwkrzepliwego, z czego u 3 chorych wystąpiły one dwukrotnie. 8 z 11 poważnych krwawień miało związek z przyjmowaniem leków wpływających na hemostazę, 7 NLPZ, a w jednym przypadku paracetamolu. Pozostałe poważne krwawienia miały związek: w jednym przypadku z przedawkowaniem VKA (12mg/dobę), a u jednej z pacjentek nie udało się ustalić przyczyn wystąpienia dwóch poważnych krwawień. U 7 (5%) osób z poważnymi powikłaniami krwotocznymi, wiek >67 roku był dodatkowym czynnikiem ryzyka poważnego krwawienia, co dodatkowo mogło wpłynąć na wystąpienie powikłań w tej grupie chorych. W badanej grupie pacjentów, tylko w dwóch przypadkach poważne krwawienie pojawiło się w pierwszym roku leczenia. Podsumowując, wykazano, że prawie połowa wszystkich krwawień (małych

i poważnych) w badanej grupie miało związek ze stosowaniem NLPZ lub paracetamolu w czasie leczenia przeciwwkrzepliwego z VKA. Uzyskane wyniki wskazują na to, że istotnym czynnikiem powodującym wystąpienie powikłań krwotocznych w trakcie leczenia przeciwwkrzepliwego, jest stosowanie leków dostępnych bez recepty, takich jak NLPZ czy paracetamol, które są często stosowane przy przeziębieniach czy bólach stawów. Wnioski: Stosowanie NLPZ lub paracetamolu podczas leczenia antagonistami witaminy K bez kontroli INR jest czynnikiem ryzyka krwawienia u chorych, a u osób powyżej 67 roku życia czynnikiem ryzyka poważnego krwawienia. Ważne jest informowanie pacjentów o interakcjach antagonistów witaminy K z lekami dostępnymi bez recepty. Badania INR u pacjentów należy wykonywać co 4-8 tygodni lub częściej jeżeli są do tego wskazania.

W badaniu oryginalnym **P-5**, oceniono wiedzę pacjentów na temat zasad bezpiecznego stosowania VKA oraz o interakcjach VKA z innymi lekami i pożywieniem. Badaniami objęto pacjentów w czasie rutynowych badań INR. Wywiad przeprowadzono ze 140 osobami leczonymi VKA przy użyciu kwestionariusza ankiety opracowanego przez autorów pracy. Stwierdzono, że informacje o leczeniu przeciwwkrzepliwym oraz o wpływie czynników środowiskowych na działanie leków z grupy VKA nie zawsze były przekazywane pacjentom przez personel medyczny. Takie informacje od lekarza otrzymało tylko 64 (45,7%) ze 140 badanych. U 100 (71,4%) osób leczenie VKA włączono w trakcie pobytu w szpitalu, ale tylko 55 z nich otrzymało informacje od lekarza na temat tego leczenia. 115 (82,1%) badanych zadeklarowało znajomość zakresu terapeutycznego INR, ale tylko 88 (62,9%) udzieliło prawidłowej odpowiedzi. Procent prawidłowych odpowiedzi na pytania szczegółowe dotyczące ogólnie przyjętych zasad leczenia VKA oraz interakcji tych leków z innymi lekami lub pożywieniem, wahały się pomiędzy 40,7%, a 68,6% i w większości nie przekraczały 50%. Najgorzej wypadły odpowiedzi na pytania dotyczące: interakcji VKA z zielonymi warzywami

(12,9% prawidłowych odpowiedzi), na temat sposobu postępowania w czasie ekstrakcji zęba (27,1% prawidłowych odpowiedzi), oraz odpowiedź na pytanie „Czy można otrzymywać zastrzyki domięśniowe w czasie leczenia przeciwkrzepliwego?” (17,9% prawidłowych odpowiedzi). W badaniu wykazano, że dużo pacjentów leczonych VKA miało małą wiedzę na temat stosowanego leczenia przeciwkrzepliwego. W badaniu stwierdzono także, że poziom wiedzy pacjentów powyżej 60 roku życia oraz z wykształceniem podstawowym był istotnie mniejszy niż u pacjentów młodszych niż 40 lat i z wykształceniem wyższym ( $p < 0,05$ ). Pacjenci starsi i słabo wykształceni wymagali dłuższej, wnikliwszej i systematycznej edukacji. Wnioski: Wyniki badania wskazują, że wiedza pacjentów na temat leczenia przeciwkrzepliwego jest niewystarczająca i nie zawsze była przekazywana przez personel medyczny.

Osoby z wykształceniem podstawowym i >60 roku życia wymagają większej uwagi i edukacji na temat leczenia antagonistami witaminy K. Edukacja powinna być ciągła i modyfikowana zgodnie ze zmieniającymi się wytycznymi. Celowe wydaje się być opracowanie broszur informacyjnych dla pacjentów leczonych antagonistami witaminy K.

W pracach poglądowych **P-6**, **P-7**, **P-8** i **P-9**, Habilitantka przedstawiła informacje na temat zasad bezpiecznego leczenia przy użyciu VKA oraz o interakcjach VKA z czynnikami środowiskowymi. W pracach poglądowych **P-6** i **P-7**, Autorka przedstawiła zalecenia dotyczące leczenia VKA w warunkach ambulatoryjnych oraz sposobu postępowania z pacjentami w sytuacjach szczególnych, takich jak ciąża, wykonywanie iniekcji domięśniowych czy wykonanie drobnego zabiegu w warunkach ambulatoryjnych. W pracy poglądowej **P-8**, przedstawione zostały interakcje VKA z innymi lekami, ziołami, suplementami diety i pożywieniem. W pracach poglądowych poruszono także temat leków ziołowych, powszechnie uznawanych za bezpieczne, które także mogą wywierać wpływ na efekt działania VKA. Przedstawiono również wpływ pożywienia na efekt działania VKA. W pracy poglądowej **P-9**, przedstawiono zalecenia postępowania z pacjentami leczonymi VKA podczas leczenia stomatologicznego. Informacje przedstawione w pracach poglądowych są ważne ze względu na to, że liczba pacjentów z zaleceniami do leczenia przeciwkrzepliwego

z VKA jest nadal duża, a niska jakości tego leczenia może wpływać na występowanie powikłań zarówno krwotocznych, jak i zakrzepowo-zatorowych.

W prezentowanym cyklu prac wykazano:

1. Potrzebę oznaczania stężenia witaminy D u pacjentów leczonych długoterminowo antagonistami witaminy K.



2. Istotnie niższe stężenie OC u kobiet i mężczyzn leczonych antagonistami witaminy K może mieć związek z zaburzeniami budowy i mineralizacji kości.
3. Związek pomiędzy stosowaniem acenokumarolu, a łagodzeniem resorpcji kości u kobiet po menopauzie.
4. Potrzebę oznaczania stężenia osteokalcyny i współczynnika RANKL/OPG w celu oceny metabolizmu kości u kobiet po menopauzie leczonych długoterminowo VKA.
5. Potrzebę poprawy jakości antykoagulacji wśród pacjentów leczonych antykoagulantami witaminy K.
6. Potrzebę stworzenia specjalistycznych poradni przeciwkrzepliwych, z których będą mogli korzystać zarówno lekarze różnych specjalności jak, i pacjenci będący na doustnym leczeniu przeciwkrzepliwym, a których pracownicy będą udzielali informacji o leczeniu przeciwkrzepliwym zgodnie z najnowszymi wytycznymi.

Recenzenci podkreślili fakt, że publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego charakteryzują się dużą dojrzałością naukową Autorki i starannością w zakresie wyboru ich przeprowadzenia. Zwrócili również uwagę na istotne znaczenie poznawcze i wdrożeniowe podjętych badań, a także na wieloaspektowość zakresu przeprowadzonych badań. Podkreślili ponadto trafność doboru prac i związku tematycznego z tytułem osiągnięcia naukowego oraz spójne i zrównoważone powiązanie aspektów naukowych z kompetencjami zawodowymi Habilitantki. W opinii prof. dr hab. Witolda Lukasa „*cykl badań opublikowanych przez Habilitantkę, będący przedmiotem postępowania habilitacyjnego, jest doskonałym przykładem kompleksowych działań mających na celu poprawę jakości leczenia i bezpieczeństwa pacjentów zagrożonych chorobą zakrzepowo-zatorową*”. Prof. dr hab. Barbara Bień bardzo wysoko oceniła osiągnięcie wskazane przez Habilitantkę. Jej ocena jest niezależnie poparta wysokimi wskaźnikami oddziaływania czasopism, w których zostały opublikowane prace. Zdaniem prof. dr hab. Barbary Bień „*o erudycji Habilitantki i jej szerokiej wiedzy w zakresie poruszanych obszarów wiedzy przemawia również niezwykle przejrzysta struktura sekcji omawiającej temat osiągnięcia, włącznie z wywodami, dyskusją i sformułowaniem wniosków oraz przytoczeniem 89 pozycji piśmiennictwa*”. Prof. dr hab. Magdalena Łętowska podkreśliła, iż między innymi oceniane osiągnięcie naukowe „*w pełni potwierdza, że Habilitantka jest dojrzałym pracownikiem naukowym, posiadającym umiejętność stawiania sobie celów badawczych i konsekwentnego ich rozwiązywania*”.

#### **IV. Ocena dorobku dydaktyczno-organizacyjnego**

Habilitantka prowadzi wykłady, seminaria oraz ćwiczenia z przedmiotu „*Medycyna Rodzinna*” ze studentami V oraz VI roku studiów lekarskich w języku polskim oraz w języku angielskim na Wydziale Lekarskim z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Ponadto, brała ona udział w realizacji szkoleń w ramach „Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego – POLKARD” w latach 2006-2008. Dr n. med. Jolanta Sawicka-Powierza przeprowadziła warsztaty tematyczne pt. „*Leczenie przeciwkrzepliwe w poradni lekarza rodzinnego*” na XII Kongresie Medycyny Rodzinnej w 2012 roku oraz warsztaty tematyczne pt. „*Indywidualizacja leczenia przeciwkrzepliwego w świetle nowych wytycznych i nowych możliwości*” na XIII Kongresie Medycyny Rodzinnej w 2013 roku. Recenzenci zwrócili również uwagę na autorstwo 7 rozdziałów w podręczniku dla lekarzy i studentów pod redakcją naukową Adama Windaka, Sławomira Chlabicza i Agnieszki Mastalerz-Migas pod tytułem „*Medycyna Rodzinna. Podręcznik dla lekarzy i studentów*”, wydanego nakładem Termedia Wydawnictwa Medyczne w 2015 roku. Habilitantka jest aktualnie kierownikiem 4 specjalizacji z medycyny rodzinnej. Była kierownikiem 10 ukończonych specjalizacji z medycyny rodzinnej i jednej ukończonej specjalizacji z angiologii. Była recenzentem 10 prac licencjackich i 13 prac magisterskich oraz promotorem 2 prac magisterskich na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Zrecenzowała 2 publikacje w czasopismach zagranicznych posiadających *Impact Factor (International Journal of Molecular Sciences i Nutrients)*.

## **V. Wniosek końcowy**

Podsumowując istotną działalność naukową udokumentowaną publikacjami, a także działalność organizacyjną i dydaktyczną Habilitantki wszyscy Recenzenci wnioskowali o dopuszczenie Kandydatki do dalszych etapów przewodu habilitacyjnego.

Pozostali członkowie Komisji (prof. dr hab. Marlena Broncel oraz prof. dr hab. Zenon Siergiejko) również wysoko ocenili dorobek naukowy, dydaktyczny i organizacyjny Kandydatki, wnioskując o dopuszczenie Kandydatki do dalszych etapów przewodu habilitacyjnego.

Na podstawie przedstawionych recenzji, autoreferatu, opisu osiągnięć naukowych oraz pozytywnego wyniku głosowania członków Komisji Habilitacyjnej stwierdzamy, że osiągnięcia dr n. med. Jolanty Sawickiej-Powierza spełniają kryteria określone w art. 16

ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2017r. poz. 1789).

W związku z powyższym Komisja zwraca się do Senatu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku o nadanie dr n. med. Jolancie Sawickiej-Powierza stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu dyscyplinie nauki medyczne.

*Przewodniczący Komisji*

  
*prof. dr hab. n. med. Piotr Andziak*

*Sekretarz Komisji*

  
*dr hab. n. o z.d. Mateusz Cybulski*