

AUTOREFERAT

Dr n. med. Jerzy Romaszko

Zakład Medycyny Rodzinnej

Wydział Lekarski

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Olsztyn 2018

Spis treści

I. Dane osobowe	3
II. Wykształcenie	3
III. Przebieg pracy zawodowej wraz z jednostkami naukowymi	3
IV. Wskazane osiągnięcia wynikające z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.):	4
A. Monotematyczny cykl 4 publikacji na temat:	4
B. Omówienie celu naukowego wyżej wymienionych prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania	4
C. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo – badawczych	11
V. Inne doświadczenia, współpraca z instytucjami, organizacjami i towarzystwami naukowymi, aktywność społeczna:	15
VI. Nagrody i odznaczenia:	16
VII. Recenzje wykonane dla redakcji czasopism specjalistycznych:	16
VIII. Udział w międzynarodowych badaniach klinicznych jako badacz lub główny badacz:	17

I. Dane osobowe

Imię i nazwisko: Jerzy Romaszko
Data urodzenia i miejsce urodzenia:
Adres służbowy: 10-082 Olsztyn, ul. Warszawska 30,
Obecne stanowisko: Kierownik Zakładu Medycyny Rodzinnej,
Wydział Lekarski, Uniwersytet
Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

II. Wykształcenie

1991 Akademia Medyczna w Gdańsku Wydział Lekarski

Specjalizacje i stopnie naukowe

1996 specjalizacja I stopnia w zakresie Chorób Wewnętrznych

1996 specjalizacja w zakresie Medycyny Rodzinnej

1999 specjalizacja II stopnia w zakresie Chorób Wewnętrznych

Doktorat

2007 stopień naukowy doktora nauk medycznych, tytuł rozprawy doktorskiej: „Ocena zachorowalności na gruźlicę płuc w środowisku ludzi bezdomnych województwa warmińsko-mazurskiego”, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Promotor: prof. dr hab. Adam Buciński, recenzenci: prof. dr hab. Marek Słomiński, prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi.

III. Przebieg pracy zawodowej wraz z jednostkami naukowymi

1991-1997 praca w przychodni rejonowej w Olsztynie, asystent,

1997-1999 praca w przychodni rejonowej w Olsztynie, kierownik przychodni,

2000-nadal praca w podstawowej opiece zdrowotnej – prezes Pantamed Sp z o.o.,

2013-nadal kierownik Zakładu Medycyny Rodzinnej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie - wykłady, seminaria i ćwiczenia z medycyny rodzinnej w języku polskim i angielskim.

Ponadto, w niepełnym wymiarze godzin:

- 4 lata stażu pracy jako wykładowca na Wydziale Teologii Uniwersytetu Warmińsko – Mazurskiego, przedmioty prowadzone: Profilaktyka i Promocja Zdrowia oraz Anatomia z Fizjologią,
- 6 lat stażu pracy w pogotowiu ratunkowym,

- 6 lat stażu pracy w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie w oddziale wewnętrznym i izbie przyjęć,
- 14 lat stażu pracy w Schronisku dla Bezdomnych Ludzi w Olsztynie.

IV. Wskazane osiągnięcia wynikające z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.):

A. Monotematyczny cykl 4 publikacji na temat:

Wybrane aspekty medyczne zjawiska bezdomności.

1. **Romaszko J.**, Siemaszko A., Bodzioch M., Buciński A., Doboszyńska A. Active Case Finding Among Homeless People as a Means of Reducing the Incidence of Pulmonary Tuberculosis in General Population. *Adv Exp Med Biol.* 2016;911:67-76. (IF = 1,937; MNiSW = 25), udział własny – 55%
2. **Romaszko J.**, Kuchta R., Opalach C., Bertrand-Bucińska A., Romaszko A.M., Giergielewicz-Januszko B., Buciński A. Socioeconomic Characteristics, Health Risk Factors and Alcohol Consumption among the Homeless in North-Eastern Part of Poland. *Cent Eur J Public Health.* 2017;25(1):29-34. (IF = 0,682; MNiSW = 25), udział własny – 70%
3. Opalach C., **Romaszko J.**, Jaracz M., Kuchta R., Borkowska A., Buciński A. Coping styles and alcohol dependence among homeless people. *PLoS One.* 2016 Sep 6;11(9):e0162381 (IF = 2,806; MNiSW = 35), udział własny – 40%
4. **Romaszko J.**, Cymes I., Dragańska E., Kuchta R., Glińska-Lewczuk K. Mortality among the homeless: causes and meteorological relationships. *PLoS One.* 2017 Dec 21;12(12):e0189938. (IF = 2,806; MNiSW = 35), udział własny – 75%

Impact Factor (IF) łączny z cyklu prac = 8,231 (pkt MNiSW = 120).

We wszystkich powyższych pracach jestem autorem korespondencyjnym.

B. Omówienie celu naukowego wyżej wymienionych prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

Problematyka osób bezdomnych, odrębności epidemiologicznych dotyczących tej subpopulacji jest przedmiotem moich zainteresowań od roku 1999, kiedy to podjąłem pracę na rzecz olsztyńskiego schroniska dla bezdomnych ludzi. Zajęcie to przekształciło się dość szybko w planowaną działalność społeczną i naukową. Dzięki moim staraniom powstały cztery programy profilaktyki gruźlicy zaadresowane do osób bezdomnych, realizowane w latach: 2004 (finansowanie – Urząd Miasta Olsztyn, zasięg – gmina Olsztyn), 2005 i 2006 (finansowanie - Sejmik Województwa Warmińsko-Mazurskiego, obejmujące obszar województwa) oraz 2011 (finansowanie - grant norweski – obejmujący województwo warmińsko-mazurskie oraz obwód kaliningradzki, Rosja). W 2006 roku opublikowałem pierwszą publikację na ten temat (*Ocena zachorowalności na wybrane choroby społeczne w populacji osób bezdomnych. Zdrowie Publiczne, 116, 3-7*). Praca ta otworzyła cykl publikacji dotyczących problematyki wysokiej zapadalności na gruźlicę wśród osób bezdomnych (*Int J Tuberc Lung Dis.* - 2008; *Zdrowie Publiczne* - 2008, *Central European Journal of Medicine* - 2013), była też inspiracją mojego doktoratu. Opisany w nich problem doczekał się w 2014 roku oficjalnych rekomendacji (van Hest NA i wsp. 2014) a publikacje wysokoimpaktowych cytowań (*Lancet Infect Dis.* 2012; *The Lancet* 2014)^{1,2,3}.

Pomimo wykazania, że bezdomni stanowią grupę szczególnie narażoną na gruźlicę, pozostawało kwestią otwartą, czy z epidemiologicznego punktu widzenia, są oni istotnym rezerwuarem choroby. W latach 2003-2012 obserwowano w województwie warmińsko-mazurskim największy w Polsce (ponad dwukrotnie większy niż średnia krajowa) spadek zapadalności na gruźlicę. Te wartości epidemiologiczne zostały powiązane z wcześniej prowadzoną działalnością profilaktyczną. We współpracy z prof. Arturem Siemaszko i wsp. z Wydziału Matematyki i Informatyki Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego powstał matematyczny model predykcyjny opisujący i prognozujący skutki naszych działań. Praca na ten temat zatytułowana „**Active Case Finding Among Homeless People as a Means of Reducing the Incidence of Pulmonary Tuberculosis in General Population**” została opublikowana w *Advances in Experimental Medicine and Biology* (2016;911:67-76) i jest pierwszą z publikacji wchodzącą w skład rozprawy habilitacyjnej. W badaniu posłużono się zmodyfikowanym przez nas krzyżowym modelem typu SIS (*Susceptible - Infected - Susceptible*)

1 van Hest N.A., Aldridge R.W., de Vries G., Sandgren A., Hauer B., Hayward A., et al. Tuberculosis control in big cities and urban risk groups in the European Union: a consensus statement. *Euro Surveill.* 2014;19(9). PubMed PMID: 24626210.

2 Fazel S., Geddes J.R., Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet.* 2014;384(9953):1529-40.

3 Beijer U., Wolf A., Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet infectious diseases.* 2012;12(11):859-70.

opisującym dynamikę rozprzestrzeniania się gruźlicy między populacjami bezdomnych i nie-bezdomnych^{4,5}. W oparciu o ten model dokonano analizy wpływu prowadzenia akcji profilaktycznych, aktywnego wykrywania gruźlicy w środowisku ludzi bezdomnych, na zapadalność na gruźlicę w populacji ogólnej. Otrzymano wyniki pokazujące daleko idącą zgodność wartości uzyskanych przy użyciu modelu matematycznego z rzeczywistymi danymi epidemiologicznymi. Analiza danych wykazała znaczny spadek zapadalności na gruźlicę w latach, w których prowadzono działania profilaktyczne. Zastosowanie modelu dowiodło, że każdy znaleziony i skutecznie leczony chory bezdomny oznacza spadek zachorowań w populacji ogólnej o 3-4 osoby w ciągu roku i do 20 osób w ciągu 5 lat. Badania wykazały, że zaproponowany model predykcyjny może być wykorzystany jako efektywne narzędzie do planowania kosztów akcji profilaktycznych ukierunkowanych na gruźlicę, a prowadzenie okresowych akcji profilaktycznych w grupie osób bezdomnych przyczynia się istotnie do znacznego spadku zapadalności na gruźlicę w populacji ogólnej.

W latach 2013-2015 został zrealizowany przez Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie program badawczy „Ocena stanu zdrowia osób bezdomnych”. Jego skutkiem jest szereg publikacji (część nadal w trakcie procesu edycyjnego), z których dwie wchodzi w skład rozprawy habilitacyjnej. Pierwsza z nich to artykuł „**Socioeconomic Characteristics, Health Risk Factors and Alcohol Consumption among the Homeless in North-Eastern Part of Poland**” opublikowany w *Central European Journal of Public Health* (2017;25(1):29-34). Praca przedstawia charakterystykę lokalnej subpopulacji osób bezdomnych ze szczególnym zwróceniem uwagi na problematykę uzależnień. W ciągu 12 miesięcy (grudzień 2013 - listopad 2014) prowadzono badania osób bezdomnych nocujących lub pojawiających się w innym celu (bezdomni typu *roofless*) w Schronisku dla Bezdomnych Ludzi im. Sabiny Kuszniaków w Olsztynie (klasa 1.1, 2.1 i 3.1 według ETHOS)⁶. Zbierano informacje o treści demograficznej, socjologicznej, psychologicznej oraz medycznej. Do oceny uzależnienia od alkoholu wykorzystano kwestionariusz MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*) oraz przeprowadzono analizę spożycia ilości alkoholu z uwzględnieniem rodzaju (piwo, wino, alkohol wysokoprocentowy, alkohol niespożywczy)⁷. Przy określeniu grupy zawodowej korzystano z *The International*

4 Hethcote H.W., Van den Driessche P. An SIS epidemic model with variable population size and a delay. *Journal of mathematical biology*. 1995;34(2):177-94.

5 Herrera M., Bosch P., Najera M., Aguilera X. Modeling the spread of tuberculosis in semiclosed communities. *Comput Math Methods Med*. 2013;2013:648291

6 Amore K., Baker M., Howden-Chapman P. The ETHOS definition and classification of homelessness: an analysis. *European Journal of Homelessness*. 2011;5:19-36.

7 Selzer M.L. The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J*

Standard Classification of Occupations (ISCO) opracowanego przez Międzynarodową Organizację Pracy. W materiale tym przeciętna osoba bezdomna to samotny (93,88%), najczęściej rozwiedziony (59,18%), uzależniony od alkoholu (78,57%) i nikotyny (84,69%) mężczyzna (92,86%), w średnim wieku (54.33 lat, SD 9.70) z niskim wykształceniem (10,19 lat nauki SD 3.09). Najczęściej bezrobotny, żyjący w głębokim niedostatku ekonomicznym, znaczną część swoich dochodów przeznaczający na używki. Często rezygnujący z systemowej opieki socjalnej, pozostającej w konflikcie z zespołem zależności alkoholowej. Prawie 1/3 badanych (32,65%) okresowo ma problemy z zaspokojeniem głodu. Głównym źródłem żywności są posiłki wydawane przez opiekę społeczną (89,80%). Głównym źródłem dochodu są różnego rodzaju zasiłki przeznaczane przede wszystkim na zakup alkoholu i papierosów.

Kryterium uzależnienia od alkoholu według MAST (MAST ≥ 5) spełniało 78,57% badanych, 7,14% osób należy określić jako podejrzane (MAST=4) a jedynie 14,29% osób nie spełniało kryterium uzależnienia od alkoholu (MAST<4). Osoby nocujące okresowo w przestrzeni publicznej (ETHOS 1.1 - roofless) są w naszym materiale statystycznie młodsze 52,18 lat vs 59,95 lat ($p=0,015$), piją więcej alkoholu 38,55 IU/tydzień vs 14,94 IU/tydzień ($p=0,033$). Zdecydowana większość osób badanych należała do klas 7 i 9 wg ISCO - odpowiednio robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy (46,94%) oraz pracownicy prac prostych, osoby bez zawodu (31,63%). W opisie problemów medycznych dominowało leczenie odwykowe, które dotyczyło aż 39,58% osób badanych. Zwracała też uwagę znaczna urazowość w tej grupie osób. Szczególnie interesujący wynik uzyskano w odniesieniu do przebytych urazów głowy, które dotyczyły 47,95% badanych. Średni wiek osób z przebytym urazem głowy był istotnie statystycznie mniejszy niż średni wiek osób bez urazu głowy w wywiadzie (49,14 vs 56,53 $p\leq 0,001$). Różnica ta była jeszcze większa w przypadku urazów głowy z utratą przytomności, które występowały znacznie częściej wśród młodszych bezdomnych ($p<0,001$). Ten pozorny paradoks epidemiologiczny miał swoje wyjaśnienie po połączeniu tych danych z danymi dotyczącymi uzależnienia od alkoholu. W badanym materiale młodsze osoby bezdomne piją więcej alkoholu a urazy głowy częściej występują wśród osób spełniających kryteria uzależnienia od alkoholu ($p=0,035$). W badanej grupie - 100% osób bezdomnych, u których w wywiadzie stwierdzano przebyty uraz głowy z utratą przytomności, spełniało kryterium uzależnienia od alkoholu. Ponadto, średnie spożycie alkoholu w grupie osób okresowo nocujących w przestrzeni publicznej (ETHOS1.1) było trzykrotnie większe niż u mieszkańców schroniska ($p=0,033$), a średni wiek osób

okresowo nocujących w przestrzeni otwartej był istotnie mniejszy niż mieszkańców schroniska (56,95 vs 52,18 $p=0,015$).

Druga praca odnosi się do jednego z wielu problemów psychologicznych dotyczących tej subpopulacji, jakim jest stosunkowo mało efektywny sposób radzenia sobie ze stresem. W artykule „**Coping Styles and Alcohol Dependence among Homeless People**” opublikowanym w *PLoS One* (jestem tu równoprawnym pierwszym autorem oraz autorem korespondencyjnym) przedstawiono wyniki badania obejmującego 78 osób bezdomnych przy użyciu kwestionariusza CISS (Coping Inventory for Stressful Situations)^{8,9}. CISS pozwala na określenie sposobu radzenia sobie przez osobę badaną w sytuacjach trudnych, stresowych. Wyniki ujmowane są na trzech skalach: SSZ - styl skoncentrowany na zadaniu, SSE - styl skoncentrowany na emocjach, SSU - styl skoncentrowany na unikaniu. Ten ostatni styl może przyjmować dwie formy: ACZ - angażowanie się w czynności zastępcze i PKT - poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Kwestionariusz pozwala zarówno na ocenę wartości średnich jak i wskazanie stylu dominującego. W badanej grupie osób bezdomnych najczęstszym dominującym stylem był SSU (51,28%) i SSE (35,90%). Natomiast, uznawany za najbardziej efektywny SSZ występował jako styl dominujący zaledwie u 17,95% badanych. Mało efektywny emocjonalny sposób radzenia sobie ze stresem był częstszy u młodszych osób bezdomnych (średni wiek 53,75 vs 59,93 $p=0,029$). W grupie osób preferujących SSE lub SSU aż 81,25% spełniało kryteria uzależnienia od alkoholu (MAST \geq 5). Wyniki tego i poprzednio omówionego badania wskazują na potrzebę opracowania strategii postępowania socjalnego z osobami bezdomnymi. Znaczna predominacja mężczyzn, bardzo duży odsetek osób uzależnionych od alkoholu oraz innych używek sugeruje, że standardowe strategie postępowania opieki społecznej oparte na wartościach średnich populacyjnych mogą być w tej grupie osób mało skuteczne lub wręcz szkodliwe (finansowa pomoc społeczna a uzależnienia).

Próbie weryfikacji tej hipotezy podjęto w czwartej pracy wchodzącej w skład osiągnięcia naukowego: „**Mortality among the homeless: causes and meteorological relationships**” opublikowanej w *PLoS One*. W publikacji tej analizie poddano dane 615 osób bezdomnych nocujących w olsztyńskim Schronisku dla Bezdomnych Ludzi w latach 2010-2016, z których w analizowanym okresie czasu, zmarło 176 osób. Przyczyny ich zgonów pogrupowano według *European Shortlist for Causes of Death*,

8 Endler N.S., Parker J.D. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). Multi-Health Systems. Inc, Toronto, Canada. 1990.

9 Strelau J., Jaworowska A., Wrzesniewski K., Szczepaniak P. Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych CISS [Coping Inventory for Stressful Situations]. Polish Adaptation. Manual. Polish Psychological Society, Warsaw. 2005.

ponadto wyodrębniono zgony z przyczyn potencjalnie związanych ze zjawiskiem bezdomności, takich jak: zgony tytoniozależne, zgony zależne od alkoholu, zgony z hipotermii, zgony z przyczyn zewnętrznych i gwałtownych^{10,11}. Dane poddano analizie ilościowej oraz zestawiono z danymi pogodowymi z tego okresu, z tego rejonu. Grupę porównawczą stanowiły dane populacyjne Głównego Urzędu Statystycznego dla analogicznego okresu czasu oraz miejsca. Parametry meteorologiczne uzyskano z Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej. Analizowano wpływ temperatur ekstremalnych oraz wskaźnik obciążeń cieplnych człowieka - UTCI (*Universal Thermal Climate Index*)^{12,13}. Wskaźnik ten jest definiowany jako temperatura ekwiwalentna, przy której w warunkach referencyjnych podstawowe parametry fizjologiczne organizmu przyjmują takie same wartości jak w warunkach rzeczywistych. UTCI dostarcza informacji na temat rzeczywistych procesów regulacji temperatury ciała, które są zależne od warunków meteorologicznych otoczenia, obejmujących nie tylko temperaturę otoczenia, ale też ciśnienie pary wodnej, prędkość wiatru i średnią temperaturę promieniowania (temperatura cienkiej warstwy powietrza otaczającej ciało człowieka). Analizę przeprowadzono w ujęciu kalendarycznym i rzeczywistym oraz z podziałem na warunki komfortu cieplnego określonego przez UTCI. Wykazano, że średni wiek zgonu osoby bezdomnej jest niższy od wartości populacyjnej o około 17,5 lat. Różnica ta jest jeszcze większa wśród kobiet i wynosi 25,3 lat. Średni wiek zgonu osoby bezdomnej wyniósł odpowiednio dla kobiet i mężczyzn 52,00 (OS=9,85) i 56,27 (OS=10,38) lat. Śmiertelność w tej grupie osób była czterokrotnie większa niż w populacji ogólnej. Najczęstszą przyczyną zgonu były choroby układu sercowo-naczyniowego – 33,80% oraz urazy i zatrucia – 21,13%. Znaczny odsetek zgonów – 47,18% stanowiły choroby powiązane z nałogiem palenia tytoniu. Większość zgonów w grupie badanej zdarzyła się w warunkach stresu zimna o różnym nasileniu. Względne ryzyko zgonu osoby bezdomnej, nawet w umiarkowanym stresie zimna, było 1,84 razy większe niż w warunkach termoneutralnych. Zgony z powodu wychłodzenia wśród osób bezdomnych były 13 razy częstsze niż w populacji ogólnej. W analizie skupień (*Two-way Cluster Analysis*) wykazano silną zależność między wartościami UTCI a ilością zgonów osób bezdomnych z przyczyn zależnych od alkoholu oraz zimna.

10 Correa P.C., Barreto S.M., Passos V.M. Smoking-attributable mortality and years of potential life lost in 16 Brazilian capitals, 2003: a prevalence-based study. BMC Public Health. 2009;9:206.

11 Makela P., Valkonen T., Martelin T. Contribution of deaths related to alcohol use to socioeconomic variation in mortality: register based follow up study. BMJ. 1997;315(7102):211-6.

12 Błazejczyk K., Epstein Y., Jendritzky G., Staiger H., Tinz B. Comparison of UTCI to selected thermal indices. Int J Biometeorol. 2012;56(3):515-35.

13 Fiala D., Havenith G., Brode P., Kampmann B., Jendritzky G. UTCI-Fiala multi-node model of human heat transfer and temperature regulation. Int J Biometeorol. 2012;56(3):429-41.

Według mojej wiedzy, jest to pierwsza na świecie praca wykorzystująca wskaźnik UTCI w odniesieniu do śmiertelności wśród osób bezdomnych. Z socjalnego i medycznego punktu widzenia praca ta wnosi dwie istotne informacje. Pierwsza dotyczy względnego ryzyka zgonu osoby bezdomnej, które jest znacznie większe niż w populacji ogólnej już przy umiarkowanym stresie zimna. Najprawdopodobniej informację tę należy traktować w powiązaniu z opisanymi wcześniej zależnościami dotyczącymi wieku, spożycia alkoholu, problemów psychologicznych i typem bezdomności (*roofless*). Młodszy bezdomni, częściej pijący ryzykownie, pijący większe ilości alkoholu, częściej spełniający kryterium ETHOS 1.1 oraz prezentujący różnego rodzaju problemy psychologiczne, łatwo stają się ofiarami śmiertelnymi pierwszej, niekoniernie silnej, fali chłódów. Druga, to bardzo wysoki odsetek zgonów tytoniozależnych wśród osób bezdomnych.

Podsumowanie

Osoby bezdomne, żyjące na marginesie zindustrializowanych społeczeństw Europy i Ameryki, są postrzegane w kontekście problemu społecznego, ekonomicznego, czasami epidemiologicznego. Polska, podobnie jak wiele innych krajów europejskich, prowadzi politykę społeczną ukierunkowaną na redukcję zjawiska bezdomności. Do konstrukcji programów, mających na celu pomoc w wychodzeniu z bezdomności, niezbędne są informacje opisujące skalę i rodzaj zjawiska. Dane z literatury oraz prowadzonych przeze mnie badań naukowych wyraźnie wskazują na duże różnice między wartościami uzyskiwanymi w populacji ogólnej a w subpopulacji osób bezdomnych. Najprostszym, ale nie jedynym, przykładem jest tu opisana wcześniej znacznie większa zapadalność na gruźlicę. Inne niż w populacji ogólnej są tu np. wartości średnie parametrów lipidowych czy wyniki badań spirometrycznych¹⁴. Jak już wspomniano, ponad 84% osób bezdomnych jest uzależnionych od nikotyny. Konsekwencje takiej ekspozycji wydają się łączyć z trybem życia osób bezdomnych. W pracy pt. „*Spirometry testing among the homeless*” (praca przyjęta do druku w *Advances In Clinical and Experimental Medicine*) porównano wartości średnie parametrów spirometrycznych, takich jak FEV1, FVC wśród bezdomnych, palących mężczyzn z analogiczną pod względem wieku oraz narażenia na nikotynę (paczkolata) grupą nie bezdomnych mężczyzn z populacji ogólnej. Uzyskane przez osoby bezdomne wyniki były w każdym porównaniu gorsze niż w grupie kontrolnej, a wartości p były

14 Buciński A., Romaszko J., Kaliszan R., Targoński R., Romaszko E., Zakrzewski A., Rychlicka M. Czy bezdomność może być traktowana jako zdefiniowany czynnik ryzyka chorób układu krążenia? *Zdrowie Publ.* 2007; 117(3):324-329.

wysoce istotne statystycznie ($p < 0,001$). Należy mieć świadomość, że populacja osób bezdomnych zmienia się w czasie oraz że różni się ona w ujęciu geograficznym¹⁵. Proste przenoszenie wartości uzyskanych z badań prowadzonych przez autorów amerykańskich na realia Europy Środkowej może prowadzić do błędnej oceny sytuacji¹⁶. Zarówno w aspekcie socjologicznym, jak i medycznym, różnice są znaczne¹⁷. Według danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w Polsce żyje około 35 000 osób bezdomnych, z czego 1/3 przebywa poza placówkami instytucjonalnymi. Skala problemu jest więc duża, natomiast jego naukowa ocena jest skromna. Przykładowo, baza Pubmed reaguje na słowo kluczowe „homeless” wartością ponad 9800 wyników, w tym zaledwie 14 prac jest z polską afiliacją. Wartości uzyskane w analogicznym wyszukiwaniu w bazach Scopus, Google Scholar, Science Direct są oczywiście inne, ale proporcja pozostaje ta sama.

Podsumowując, można stwierdzić, że opisany cykl publikacji, stanowiący osiągnięcie naukowe, znacząco przyczynił się do uzupełnienia lub stworzenia „*de novo*” opisu populacji osób bezdomnych w Polsce. W ujęciu medycznym może służyć do zwiększenia efektywności planowania działań profilaktycznych i pomocowych zaadresowanych do tej grupy społecznej, ale również ma znaczenie dla planowania ogólnopopulacyjnych działań epidemiologicznych. Przedstawiony cykl prac łączy tematycznie zjawisko bezdomności, natomiast opublikowane dane, dotyczące umieralności, uzależnień, sposobu radzenia sobie ze stresem oraz efektywności aktywnego wykrywania gruźlicy są nowatorskie i mają znaczenie ponadregionalne.

C. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo – badawczych.

Mój dorobek naukowy po doktoracie, z wyłączeniem prac wchodzących w skład przewodu habilitacyjnego, to 19 publikacji naukowych w czasopiśmie polskich i zagranicznych, w tym 16 prac oryginalnych, 1 praca pogładowa oraz dwa rozdziały w książkach. W sześciu z nich jestem pierwszym autorem. Sumaryczny współczynnik oddziaływania (*IF*) moich publikacji po doktoracie wynosi 28,625 (428 pkt. MNIŚW), liczba cytowań według Web of Science wynosi 136, a indeks Hirscha – 5, według Google Scholar wartości te wynoszą odpowiednio 218 i 6. Po wyłączeniu prac

15 O'Carroll A., O'Reilly F. Health of the homeless in Dublin: has anything changed in the context of Ireland's economic boom? *Eur J Public Health*. 2008;18(5):448-53.

16 Toro P.A., Hobden K.L., Wyszacki Durham K., Oko-Riebau M., Bokszczyński A. Comparing the characteristics of homeless adults in Poland and the United States. *Am J Community Psychol*. 2014;53(1-2):134-45.

17 Fazel S., Geddes J.R., Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;25;384(9953):1529-40.

wchodzących w skład przewodu habilitacyjnego sumaryczny *IF* wynosi 20,394 i osiąga wartość 308 punktów w punktacji MNiSW.

Podsumowanie doniesień zjazdowych (wykazane w odrębnym załączniku): 6 przed doktoratem, 12 po doktoracie.

Publikacje naukowe po doktoracie (lista A czasopism punktowanych MNiSW):

1. **Romaszko J.**, Buciński A., Wasiński R., Rosłań A., Bednarski K. Incidence and risk factors for pulmonary tuberculosis among the poor in the northern region of Poland. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008;12(4):430-5.
2. Wiczowski W., **Romaszko J.**, Bucinski A., Szawara-Nowak D., Honke J., Zielinski H., Piskula M.K. Quercetin from Shallots Is More Bioavailable Than Its Glucosides. *The Journal of Nutrition* 2008;138(5):885-8.
3. Blumenstein M., **Romaszko J.**, Calderón A., Andersen K., Ibram G., Liu Z., Zhang J. Antihypertensive efficacy and tolerability of aliskiren/hydrochlorothiazide (HCT) single-pill combinations in patients who are non-responsive to HCT 25 mg alone. *Curr Med Res Opin.* 2009;25(4):903-10.
4. Buciński A., **Romaszko J.**, Targoński R., Cichowski L., Romaszko E., Zakrzewski A., Wnuk M. Evaluation of selected lipid parameters and blood pressure in ethnically-homogenous population of middle-aged persons, depending on gender, age and body mass. *Central European Journal of Medicine.* 2010;4(5):486-494.
5. **Romaszko J.**, Targonski R., Cichowski L., Sadowski J. Indapamide-induced hyponatraemia or the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion: a case report. *Central European Journal of Medicine.* 2011;6(4):407-410.
6. Marszał M.P., Krysiński J., Sroka W.D., Nyczak Z., Stefanowicz M., Waśniewski T., **Romaszko J.**, Buciński A. ANN as a prognostic tool after treatment of non-seminoma testicular cancer. *Central European Journal of Medicine.* 2012;5(7):672-679.
7. Wnuk M., Marszał M.P., Zapęcka A., Nowaczyk A., Krysiński J., **Romaszko J.**, Kawczak P., Bączek T., Buciński A. Prediction of antimicrobial activity of imidazole derivatives by artificial neural networks. *Central European Journal of Medicine.* 2013;8(1):1-15.
8. **Romaszko J.**, Czerwionka-Szaflarska M., Piekuś N., Skajewska B., Sielużycka A., Romaszko E., Kwiatkowski A., Gawryjolek J., Buciński A. An

- assessment of the duration of breastfeeding in north-eastern Poland. *Central European Journal of Medicine*. 2013;8(1):75-79.
9. **Romaszko J.**, Buciński A., Kuchta R., Bednarski K., Zakrzewska M. The incidence of pulmonary tuberculosis among the homeless persons. *Central European Journal of Medicine*. 2013;8(2):283-285.
 10. Targoński R., Sadowski J., **Romaszko J.**, Cichowski L. Identification of clinical risk factors of atrial fibrillation in congestive heart failure. *Cardiology Journal*. 2013;20(4):364-369.
 11. Romaszko E., Wiczowski W., **Romaszko J.**, Honke J., Piskula M.K. Exposure of breastfed infants to quercetin after consumption of a single meal rich in quercetin by their mothers. *Mol. Nutr. Food Res*. 2014;58(2):221-228.
 12. Goryński K., Safian I., Grądzki W., Marszał M P., Krysiński J., Goryński S., Bitner A, **Romaszko J.**, Buciński A.; Artificial neural networks approach to early lung cancer detection. *Central European Journal of Medicine*. 2014;9(5):632-641.
 13. Wiczowski W., Szawara-Nowak D., **Romaszko J.** The impact of red cabbage fermentation on bioavailability of anthocyanins and antioxidant capacity of human plasma. *Food Chemistry*. 2016;1:730-740.

Publikacje naukowe po doktoracie (lista B czasopism punktowanych MNiSW):

14. Targoński R., Buciński A., **Romaszko J.**, Zakrzewski A., Romaszko E. Analysis of selected risk factors of coronary artery disease in a healthy population aged 35-55 years. *Kardiol Pol*. 2007;65(10):1216-22; discussion 1223-4.
15. Buciński A., **Romaszko J.**, Kaliszan R., Targoński R., Romaszko E., Zakrzewski A., Rychlicka M. Czy bezdomność może być traktowana jako zdefiniowany czynnik ryzyka chorób układu krążenia? *Zdrowie Publ*. 2007;117(3):324-329.
16. **Romaszko J.**, Bucinski A., Cichowski L., Rychlicka M. Incidence of Tuberculosis Among Homeless People in the Warmińsko-Mazurskie Province. *Zdrowie Publ*. 2008;118(1):27-31.
17. Januszko-Giergielewicz B., Dębska-Ślizień A., Rutkowski B., Białobrzeska B., Górny J., Dudziak M., Barczak U., Gadomska G., Gromadziński L., **Romaszko J.**, Piotrkowski J. Program edukacji kardiologicznej u bezobjawowych pacjentów z przewlekłą chorobą nerek – doświadczenia własne. *Nefrologia i Dializoterapia Polska*. 2014;18:4
18. Januszko-Giergielewicz B., Kubiak M., Bednarski K., Piotrkowski J., Giergielewicz K., Smyk Ł., **Romaszko J.**, Gromadziński L. Was it necessary

to modify the classification of chronic kidney disease stages designed by NKF KDOQI? - "Nefrotest" study results. *Przegl. Lek.* 2015;72(2):64-70.

19. **Romaszko J.**, Skutecki R., Borkowska A. Homelessness - a sociological or medical phenomenon? *Przegl. Lek.* 2017;74:700-703.

Monografie:

1. Przeciwutleniacze w żywności. Biodostępność i metabolizm flawonoidów w organizmie człowieka. Wydawnictwo Naukowo Techniczne. Warszawa; 2007 praca zbiorowa pod redakcją Włodzimierza Grajka.
2. Zdrowe płuca dla wszystkich. Rozdział - „Gruźlica - cena komfortu epidemiologicznego”. Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie; 2014:37-41

Tematyka moich publikacji nie wchodzących w skład przewodu habilitacyjnego dotyczy bezdomności (prace nr 1, 9, 15, 16, 19). Głównym jej wątkiem są problemy dotyczące zapadalności na gruźlicę i inne choroby społeczne. Zagadnienie to już omówiono. W pracy dotyczącej czynników ryzyka chorób układu krążenia u osób bezdomnych (praca nr 15) zwrócono uwagę na fakt, że zarówno nadwaga jak i niekorzystny profil lipidowy w badanej polskiej grupie osób bezdomnych występowały znacznie rzadziej niż w populacji ogólnej, a co ważniejsze, znacznie rzadziej niż w publikacjach dotyczących osób bezdomnych w Ameryce Północnej¹⁸. Praca nr 19 jest próbą postawienia odpowiedzi na pytanie o genezę zjawiska bezdomności. Wskazano w niej elementy wspólne patologii społecznej jaką jest bezdomność oraz różnice wynikające z uwarunkowań geograficznych i środowiskowych. W pracy omówiono neurofizjologiczne tło bezdomności w kontekście najczęściej opisywanych elementów wspólnych tego zjawiska, czyli uzależnień od alkoholu, narkotyków, deficytów intelektu, zaburzeń depresyjnych oraz samobójstw. Skomentowano wspólne neuropsychologiczne tło zjawisk socjalnych związanych z bezdomnością, takich jak: dominacja mężczyzn, karalność czy problem weteranów.

Drugim głównym wątkiem mojej aktywności naukowej są przeciwutleniacze w żywności (prace nr 2, 11, 13). Doniesienia dotyczące żywienia powstały jako rezultat współpracy z Instytutem Rozrodu Zwierząt i Badań Żywności Polskiej Akademii Nauk w Olsztynie. Publikacja (nr 2) *Quercetin from Shallots Is More Bioavailable Than Its Glucosides* określa biodostępność kwercetyny u ludzi w

18 Lee TC, Hanlon JG, Ben-David J, Booth GL, Cantor WJ, Connelly PW, Hwang SW. Risk factors for cardiovascular disease in homeless adults. *Circulation.* 2005 May 24;111(20):2629-35

zależności od jej formy chemicznej (aglikon/glukozyd) i jest najczęściej cytowaną moją pracą (WoS - 74). Podobna pod względem pomysłu jest praca nr 13 (*The impact of red cabbage fermentation on bioavailability of anthocyanins and antioxidant capacity of human plasma*) porównująca biodostępność antocyjanów ze świeżej i fermentowanej kapusty czerwonej z jednoczesnym wyznaczeniem profilu metabolitów antocyjanów kapusty czerwonej w płynach fizjologicznych ochotników oraz określeniem pojemności przeciwutleniającej osocza. Uzyskane wyniki wskazują, że biodostępność antocyjanów ze świeżej kapusty czerwonej jest wyższa niż z fermentowanej kapusty czerwonej. Ponadto, po spożyciu produktów z kapusty czerwonej, antocyjany występują w płynach fizjologicznych ochotników w postaci natywnych glukozydów cyjanidyny oraz metabolitów (metylowanych, glukuronowanych, sulfonowanych i kombinowanych pochodnych cyjanidyny). Pojemność przeciwutleniająca osocza krwi ochotników po spożyciu świeżej kapusty czerwonej jest wyższa niż po spożyciu fermentowanej kapusty czerwonej, co jest prawdopodobnie związane z wyższym stężeniem pochodnych cyjanidyny - silnych hydrofilowych przeciwutleniaczy in vitro - w osoczu krwi ochotników. Praca ta wydana w 2016 roku wg WoS była cytowana już 7 razy. Kontynuacją i rozwinięciem pomysłu dotyczącego antyoksydantów i ich biodostępności była praca nr 11 (*Exposure of breastfed infants to quercetin after consumption of a single meal rich in quercetin by their mothers*), określająca transmisję kwercetyny do mleka matek karmiących po posiłku bogatym w ten związek. Publikacje te, wraz z pracą nr 8 (*An assessment of the duration of breastfeeding in north-eastern Poland*), stanowiąc będą podstawę do planowanych badań określających potencjalną ekspozycję dziecka karmionego piersią na ksenobiotyki zawarte w mleku matki.

Ponadto, w moim dorobku znajdują się prace będące efektem współpracy międzyuczelnianej (nr 6, 7, 12) współudziału w badaniach klinicznych (nr 3) oraz będące pochodną codziennej, typowej pracy jako lekarz rodzinny (prace nr 4, 5, 10, 14, 17, 18). Praca nr 5 to opis przypadku hiponatremii indukowanej indapamidem. Pozostałe prace (4, 10, 14, 17, 18) nawiązują do szeroko pojętej profilaktyki kardiologicznej i nefrologicznej.

V. Inne doświadczenia, współpraca z instytucjami, organizacjami i towarzystwami naukowymi, aktywność społeczna:

- członek Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej,
- członek Kolegium Lekarzy Rodzinnych,
- wieloletnia współpraca naukowo-badawcza z Instytutem Rozrodu Zwierząt

- i Badań Żywności Polskiej Akademii Nauk w Olsztynie,
- współpraca z Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu (Katedra Biofarmacji oraz Katedra Neuropsychologii Klinicznej),
 - kierownik specjalizacji z medycyny rodzinnej – 7 lekarzy,
 - 1998-2002 - Radny Rady Miasta Olsztyna, wiceprzewodniczący Komisji Zdrowia,
 - 2002-2006 - Radny Sejmiku Województwa Warmińsko-Mazurskiego, wiceprzewodniczący sejmiku, członek Komisji Zdrowia, wiceprzewodniczący Komisji Współpracy Międzynarodowej,
 - członek rady społecznej - chronologicznie: Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie, Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Ameryce, Samodzielnego Publicznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie (2 kadencje),
 - kierownik naukowy kursów: „Wprowadzenie do specjalizacji w medycynie rodzinnej część A, B, C, D i E”, „Organizacja i zarządzanie praktyką”, „Jakość opieki medycznej”, „Onkologia z elementami opieki paliatywnej”, „Relacja lekarz – pacjent”, „Koncepcja medycyny rodzinnej w Polsce i na świecie”, „Zdrowie publiczne”, organizowanych przez: Regionalny Ośrodek Kształcenia Lekarzy Medycyny Rodzinnej przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Olsztynie w 2014 r.,
 - organizator lub współorganizator czterech programów profilaktyki gruźlicy, jednego o zasięgu lokalnym, dwóch o zasięgu wojewódzkim i jednego o zasięgu międzynarodowym,
 - współautor Wojewódzkiego Programu Promocji i Ochrony Zdrowia na lata 2007-2013.

VI. Nagrody i odznaczenia:

- 2010 – Odznaka Honorowa za Zasługi dla Województwa Warmińsko-Mazurskiego,
- 2012 – Odznaka „Zasłużony dla UWM w Olsztynie”,
- 2015 – Nagroda dydaktyczna Rektora UWM – III stopnia,
- 2017 – Nagroda naukowa indywidualna Rektora UWM – II stopnia.

VII. Recenzje wykonane dla redakcji czasopism specjalistycznych:

- African Journal of Microbiology Research,
- Central European Journal of Medicine,
- Polish Journal of Food and Nutrition Sciences,
- Journal of Addiction Medicine and Therapeutic Science.

VIII. Udział w międzynarodowych badaniach klinicznych jako badacz

lub główny badacz:

2002: Single Blind Randomised, Multi-Centred Clinical Trial, Comparing Two Vaccines – FSME IMMUN NEW and ENCEPUR. The Safety and Tolerance Trial of the Vaccine, Injected Twice to Healthy Participants in the Age between 16 and 65 Years, Conducted according to the GCP Clinical Standards.

2003: Clinical Research: „Searching for the Bioavailability of Quercetin from a Single Dose of Cooked Onion and from Onion Peels in Comparison with Raw Onion.” The Institute for Animal Reproduction and Food Research of the Polish Academy of Sciences in Olsztyn.

2003: Open Label Safety Study of FSME IMMUN NEW in Healthy Children and Adolescents Aged 1 to 15 Years.

2003: Single-blind Randomized Controlled Phase II/III Study to Investigate the Immunogenicity and Safety of an Inactivated Influenza Vaccine (Whole Virion, Vero Cell Derived) in Comparison to a Licensed Egg-derived Influenza Vaccine for Season 2003/2004.

2004: Multi-Centred, Single Blind, Controlled, Randomised Research in Phase 3, with the Aim to Evaluate the Safety Immunogenicity as well as the Tolerance of the Vaccine Coupling against the Meningococcus from the Serological Group C Chiron Menjugate, with its Application in Healthy Infants within the Current Vaccines Calendar simultaneously with a 6-valent GSK Infanrix Hexa Vaccine Compared to the Vaccine against Pneumococcus /Wyeth Prevenar/ Applied as well Simultaneously with the 6-valent GSK Infanrix Hexa Vaccine.

2004: The Research into an Influence of a Single Dry Dose Intake of Onion Peel on the Antioxiding Capacity of the Customer's Blood Plasma. The Institute for Animal Reproduction and Food Research of the Polish Academy of Sciences in Olsztyn.

2004: Single Blind Randomized Controlled Phase II/III Study To Investigate Immunogenicity and Safety of an Inactivated Influenza Vaccine / Whole Virion Vero Cell Derived / in Comparison to a Licensed Egg – Derived Influenza Vaccine for Season 2003/2004.

- 2005: Antioxidants Bioavailability from Beetroot and Chokeberry Products. The Institute for Animal Reproduction and Food Research of the Polish Academy of Sciences in Olsztyn.
- 2006: Open-Label Phase III B Clinical Study to Evaluate the Immunogenicity and Safety of FSME-IMMUN 0.5 MI with the First and Second Vaccination Being Administered According to a Rapid Immunization Schedule in Healthy Adults Aged 16 – 65 Years.
- 2007: A Phase III, Randomised, Controlled, Observer-Blind, Multi-Centred Study to Evaluate the Immunogenicity, Safety and Tolerability of Two Doses of FLUAD-H5N1A Influenza Vaccine in Adult and Elderly Subjects.
- 2007: Single Blinded, Randomized, Active Controlled Phase ½ Study to Compare the Safety and Immunogenicity of a Split Virus, Vero Cell Derived, Seasonal Influenza Vaccine (VCIV) with Licensed Egg Derived, Split Virus, Seasonal Influenza Vaccine (EIV).
- 2007: An eight-week, randomized, double blind parallel-group, multicenter study to evaluate the efficacy and safety of combination of aliskiren/HCTZ in comparison with HCTZ in patients with essential hypertension not adequately responsive to HCTZ in monotherapy.
- 2008: A 28 to 54-week, open-label, multicenter study to assess the long term safety and tolerability of the combination of aliskiren/amlodipine/hydrochlorothiazide in patients with essential hypertension.
- 2008: A multicenter, double-blind, randomized, parallel-group study to evaluate the safety, tolerability, and efficacy of once daily amlodipine/valsartan 5/80 mg as compared to amlodipine/valsartan 5/40 mg or to amlodipine 5 mg once daily in elderly patients with essential hypertension not adequately controlled after four weeks on amlodipine 5 mg once daily.
- 2009: A Phase III Randomized, Placebo-Controlled Clinical Trial to Assess the Safety and Efficacy of Odanacatib (MK-0822) to Reduce the Risk of Fracture in Osteoporotic Postmenopausal Women Treated With Vitamin D and Calcium.
- 2012: A Multicenter, Double-Blind Study of the Safety, Tolerability, and Immunogenicity of a Pneumococcal Conjugate Vaccine (V114) Compared to Pneumococcal Polysaccharide Vaccine (PNEUMOVAX™ 23) and Prevnar 13™ (Pneumococcal 13-Valent Conjugate Vaccine [Diphtheria CRM197 Protein]) in Healthy Adults 50 Years of Age or Older.

