

prof. IMiD dr hab.n med. Elżbieta Szczepanik,
Klinika Neurologii Dzieci i Młodzieży
Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

Warszawa, 19 czerwca 2023 roku

RECENZJA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ mgr KAROLINY MILEWSKIEJ

pt: „**ANALIZA CZYNNIKÓW DETERMINUJĄCYCH ROZWÓJ KOMUNIKACJI
WERBALNEJ U DZIECI Z MÓZGOWYM PORAZENIEM DZIECIĘCYM**”

Mózgowe porażenie dziecięce (MPD) jest niezwykle heterogennym zaburzeniem neurorozwojowym, cechującym się szerokim spektrum objawów klinicznych obejmujących zaburzenia ruchu i postawy prowadzące do ograniczenia aktywności pacjenta, z towarzyszącymi często dysfunkcjami m.in. narządu wzroku, słuchu, mowy i językowymi oraz padaczką. U podłoża MPD leży niepostępujące uszkodzenie mózgu o różnej etiologii, do którego doszło u płodu, noworodka lub niemowlęcia. Ze względu na różnorodność obrazu klinicznego i jego złożoność, zagadnienia dotyczące MPD stały się, w wieku aspektach, przedmiotem licznych badań naukowych. Na przykład w samej bazie PubMed zawartych jest około 10 tysięcy z 35, 5 tysięcy dostępnych publikacji obejmujących tę tematykę. Spośród tych 10 tysięcy artykułów, ponad 1300 dotyczy MPD i zaburzeń językowych/zaburzeń mowy, co wskazuje na rangę problemów, którym została poświęcona niniejsza rozprawa.

Przedstawiona mi do recenzji rozprawa doktorska mgr Karoliny Milewskiej obejmuje 117 stron maszynopisu, w tym 64 tabel, 7 rycin oraz wykaz 116 pozycji piśmiennictwa. Układ pracy jest typowy. Zawiera wstęp poprzedzony wykazem skrótów, założenia i cel pracy, materiał i metodykę pracy, wyniki badań, dyskusję, wnioski, streszczenie w języku polskim i w języku angielskim, wykaz tabel i wykaz rycin, aneks oraz bibliografię.

WSTĘP liczący 21 stron, tj od strony 5 do 25 został podzielony na 3 podrozdziały prezentujące „charakterystykę mózgowego porażenia dziecięcego”, „wybrane metody usprawniania dzieci z MPD” oraz „mowę dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym” z podziałem na dyzartię i komunikację alternatywną.

WSTĘP, zgodnie z ZASADAMI PISANIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ powinien wprowadzić czytelnika rozprawy w zagadnienie oraz wyjaśnić, dlaczego doktorant podjął się rozwiązania właśnie tego tematu badawczego. Należy wykazać, w jaki sposób prowadzenie prac badawczych stanowiących

temat rozprawy może uzupełnić obecny stan wiedzy na dany temat, cel lub cele pracy powinny być wyraźnie scharakteryzowane.

Poniżej zamieszczone są szczegółowe uwagi recenzenta dotyczące WSTĘPU:

Str 5-6 symptomy stają się bardziej widoczne w miarę starzenia organizmu ...”

Recenzent: trudno zgodzić się z twierdzeniem, że organizm dziecka np. w pierwszej dekadzie życia „starzeje” się; przecież dojrzewa, dlatego lepiej określić np : „symptomy stają się bardziej widoczne wraz z wiekiem chorego ...”

„(...): „czynniki prenatalne czyli działające ze strony matki..”

Recenzent: niezręczne określenie, Czynniki prenatalne to nie tylko „ działające ze strony matki”, to mogą być m.in. zaburzenia wzrostu płodu, wady mózgu

„ Czynniki Perinatalne to „wysokie ryzyko poronienia..”

Recenzent: Poronienie odnosi się do utraty ciąży do 20-22 tygodnia ciąży (w około 90% przypadków w pierwszych 8 -12 tygodniach ciąży). Natomiast okres perinatalny (okołoporodowy) obejmuje ostatni trymestr ciąży, poród i pierwsze 7 dni po urodzeniu dziecka.

„ Czynniki postnatalne: wcześniactwo, ... wady wrodzone, ”

Recenzent: to nie są czynniki postnatalne. Poniżej podaję podział czynników ryzyka MPD, np. wg [MCINTYRE S et al. A systematic review of risk factors for cerebral palsy in children born at term in developed countries. Dev Med & Child Neurol 2013, 55: 499–508]:

- Przedkoncepcyjne : m.in. wiek matki, martwe urodzenia, poronienia, choroby matki;
- Prenatalne (płodowe) , : m.in. infekcje matki, infekcje płodu, choroby matki (m.in. nadciśnienie tętnicze, cukrzyca), wielowodzie/małowodzie, mała masa płodu, wady;
- Okołoporodowe- m.in. infekcje, zatrucie ciążowe , drgawki noworodkowe, hipoglikemia noworodka, neuroinfekcja;
- Postnatalne
- Czynniki ryzyka mieszane

Oдноśnie postaci MPD: w obustronnym porażeniu kurczowym może też, poza porażeniem kończyn dolnych czy 4 kończyn (z większym zajęciem kończyn dolnych), występować niedowład 3 kończyn

Brakuje informacji na temat, m.in:

- jaki jest rozkład procentowy poszczególnych podtypów MPD w populacji/populacjach

dzieci w badaniach różnych autorów, np. [JONSSON U et al. Cerebral palsy prevalence, subtypes, and associated impairments: a population-based comparison study of adults and children. Dev Med & Child Neurol 2019, 61: 1162–1167]. Od postaci MPD zależy bowiem stan komunikacji z pacjentem - jaki jest udział w populacji chorych z MPD dzieci donoszonych a urodzonych przedwcześnie i tzw skrajnych wcześniaków, czyli urodzonych z małą i skrajnie małą masą ciała. Dzieci urodzone o czasie i przedwcześnie mogą różnić się rodzajem zaburzeń mowy, m.in. ze względu na postać MPD.

-jak często występuje padaczka w poszczególnych podtypach MPD, nie jest wystarczającym stwierdzeniem, cyt.: „zaburzeniem towarzyszącym niekiedy jest padaczka”

„rozwój intelektualny pacjentów *zachowuje granice normy*”

Recenzent: lepiej : mieści się w granicach normy

„Zespół piramidowy- *patomechanizm zlokalizowany jest w okolicy kory mózgowej*”

Recenzent: to nie „patomechanizm jest zlokalizowany”, a uszkodzenie może być zlokalizowane w obrębie kory mózgowej, ale także dróg korowo-rdzeniowych

„ powstaje w wyniku uszkodzenia *dróg mózgowych*” .

Recenzent: nie ma dróg mózgowych, są m.in drogi korowo-rdzeniowe i rdzeniowo-korowe, korowo-podkorowe, korowo-korowe itd.

Str 7

Zespół pozapiramidowy (dyskinetyczny, atetotyczny)”

Recenzent: zespół pozapiramidowy może być nie tylko atetotyczny.

„Skrajne postacie atetozy przejawiają się drżeniem i przemiennymi skurczami przeciwnych grup mięśniowych ...[7,8] „

Recenzent: Atetozą, nie tylko jej „skrajna postać” charakteryzuje się naprzemiennymi skurczami przeciwstawnych (nie „*przeciwnych*”) grup mięśniowych.

Drżenie nie musi być obecne

Doktorantka dalej wskazuje deficyty współwystępujące z MPD, wymienia padaczkę „padaczka *stanowi* około 30% wszystkich przypadków MPD ..”

Recenzent: Autorka nie podaje źródła tych danych . Padaczka (nie „*stanowi*”) występuje średnio u około 30- 50% chorych z MPD, w zależności od jego podtypu. Warto podać z jaką częstością występuje w poszczególnych podtypach MPD. Od obecności padaczki może zależeć stan komunikacji z pacjentem

„niepełnosprawność intelektualna (...) stanowi ok.48% [3].”

Recenzent: Niepełne zdanie, powinno raczej brzmieć : niepełnosprawność intelektualna występuje średnio u około 48% dzieci z MPD. Dobrze byłoby podać jak często występuje w zależności od postaci MPD. Od poziomu II zależy stan komunikacji z pacjentem

„ (...) ocena ilorazu inteligencji jest utrudniona ze względu na (...) problemy w przemieszczaniu , co skutkuje ubogimi doświadczeniami poznawczymi (...)”.

Recenzent: Trudności w przemieszczaniu są przyczyną „ubogich doświadczeń”, a nie przyczyną utrudnienia diagnostyki i oceny ilorazu inteligencji. Badanie psychologiczne (neuropsychologiczne) może wykazać fakt nie wykorzystywania potencjału poznawczego dziecka za względu na trudności lokomocyjne.

Str 8

W całej pracy wielokrotnie powtarza się błąd „koordynacja *wzorkowo-ruchowa*”, zamiast *wzrokowo-ruchowa*

„rozpoznanie MPD opiera się przede wszystkim o wywiad okołoporodowy (...)”

Recenzent: należałoby dodać, że także wywiad rodzinny, płodowy, rozwój psychoruchowy

„wszystkie dzieci *obciążane wywiadem* okołoporodowym powinny być dokładnie zbadane z uwzględnieniem norm rozwoju psychoruchowego (...).

Recenzent: U wszystkich dzieci, nie *tylko* „z *obciążonym wywiadem okołoporodowym*”, należy oceniać przebieg rozwoju psychoruchowego. Ponadto, nie u wszystkich dzieci z MPD stwierdza się obciążony wywiad okołoporodowy.

„...zasada jak najwcześniejszego podjęcia działań rehabilitacyjnych. Zazwyczaj dotyczy to dzieci *niezdiagnozowanych i dzieci z grup ryzyka* (...)” .

Recenzent: Niezrozumiałe zdanie. Czy to oznacza, że zdiagnozowanych dzieci nie należy włączać „*działań rehabilitacyjnych*” wcześniej?

„stawianiu dziecku wymagań *nie przekraczających jego możliwościom ruchowym*”.

Recenzent: błąd gramatyczny. Powinno być *jego możliwości ruchowych*.

Str 8/9 „Wybrane metody usprawniania dzieci z MPD”

„Metoda NDT-Bobath (...)”

Recenzent: powinien być rozwinięty skrót NDT po angielsku i polsku. Należałoby dodać, kto wprowadził tę metodę neurorozwojową. Przytoczyć badania oryginalne wskazujące na wyniki stosowania tej terapii [np. Tekin F et al. Effectiveness of Neuro-Developmental Treatment (Bobath Concept) on postural control and balance in Cerebral Palsied children Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation 31 (2018) 397–403]

„Kardynalne trudności są zauważalne w reakcjach prostowania (...)”.

Recenzent: „Kardynalne” - czyli jakie? Jaka wiedza płynie z takiego twierdzenia dla Czytelnika? Lepiej by brzmiało, np. Brak odruchów prostowania należnych dla wieku. Należałoby tu też wspomnieć o przetrwałych często odruchach postawy u dzieci z MPD [np. w: Czochońska J. Badanie i ocena neurorozwojowa niemowląt i noworodków. Folium Lublin 1995]

„powstrzymywanie tworzenia się nieprawidłowych odruchów”

Recenzent: lepiej byłoby np.: *przeciwdziałanie tworzeniu się* nieprawidłowych odruchów

„stałej temperatury powietrza pomieszczenia”,

Recenzent: powinno być : stałej temperatury powietrza w pomieszczeniu

Str 11

„...motoryki dużej (która *obejmuje większe partie mięśni*) ...”.

Recenzent: jaką wartość edukacyjną ma ten opis? Powinna się pojawić pełna definicja motoryki dużej, etapy rozwoju motoryki dużej. ,

„ Rozpowszechnienie metody w Polsce przypada na *przełom lat 70 i 80.* ”.

Recenzent: lat 70-tych i 80-tych XX wieku.

Str 12

„ Metoda Peto....”.

Recenzent: Należałoby wyjaśnić , że nazwa tej metody pochodzi od węgierskiego lekarza Andrása Pető, twórcy metody itd.

Brakuje danych na temat skuteczności różnych form rehabilitacji i- stan badań na dzień dzisiejszy [np. Hou O& Li L. Efficacy of Rehabilitation Therapy and Pharmacotherapy on Children with Cerebral Palsy: A Meta-Analysis. Comput Math Methods Med . 2022 Jul 9;2022:6465060].

Str 12/13

W rozdziale 1.3 pt „Mowa dzieci z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym” Autorka,

podając odsetek osób z zaburzeniami mowy przywołuje piśmiennictwo [2,4,8],

Recenzent: nie jest jasne dla czytelnika, czy podany dalej podział „zaburzeń mowy występujących w MPD” pochodzi z wymienionych powyżej źródeł.

„dyzartia – jest zaburzeniem komunikacji językowej spowodowanym *uszkodzeniem OUN*, to kompleks dysfunkcji oddechowo- fonacyjno – artykulacyjnych...”

Recenzent: uszkodzenie może dotyczyć nie tylko OUN, należałoby także przytoczyć definicję dyzartii, rodzaje dyzartii [np. Allison & Hustad. „Data-Driven Classification of Dysarthria Profiles in Children With Cerebral Palsy. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 2018: 61: 2837–53. Hustad K et al. Classification of speech and language profiles in 4-year old children with cerebral palsy: A prospective preliminary study. Speech Lang Hear Res. 2010 December ; 53(6): 1496–1513 i inne].

„oligofazja - zaburzenie mowy u osób z niepełnosprawnością intelektualną”

Recenzent: to lakoniczne stwierdzenie nie ma wartości dydaktycznej. Niepełnosprawność intelektualna występuje u dzieci z MPD w znacznym odsetku, stanowiącym około 50% i tę zależność należałoby omówić szerzej w oparciu o piśmiennictwo z ostatnich lat np. Otapowicz D i wsp. Rozwój mowy dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym a występowanie upośledzenia umysłowego Neurol Dziec Vol. 20/2011, nr 41. Autorzy stwierdzają że „W etiologii opóźnionego rozwoju mowy istotnym czynnikiem jest upośledzenie umysłowe, stwierdzone u 50% dzieci z mpdz [6]. Jego występowanie wiąże się z zakłóceniem takich procesów intelektualnych, jak: wnioskowanie, uogólnianie, abstrahowanie. W efekcie tych zakłóceń dochodzi również do zaburzeń wszelkich form werbalnych [7](...)”.

Wśród wymienionych przez Doktorantkę podpunktów nie znalazła się dziecięca apraksja mowy, afazja czy dysfazja rozwojowa - czy te zaburzenia nie występują u dzieci z MPD? Jaki jest rozkład procentowy rodzajów zaburzeń mowy u dzieci z MPD?‘

Str 13

„opóźniony rozwój mowy - komunikacja dziecka jest opóźniona w stosunku do normy o co najmniej 6 miesięcy...”

Recenzent: nie podano piśmiennictwa. Czy ta różnica 6 miesięcy utrzymuje się niezależnie od wieku dziecka, np. u 2-letniego jak i 17-letniego? Powinny być podane normy etapów rozwoju mowy

Doktorantka stwierdza , że częstość występowania „poszczególnych zaburzeń w porozumiewaniu się pacjentów z MPD jest niejednoznaczna, prawdopodobnie

z powodu rozbieżnej metodologii przyjmowanej przez badaczy (...)

Recenzent: Można zapytać, z jakich źródeł ta wiedza pochodzi? Nie zostało przytoczone żadne piśmiennictwo. Należało tu przytoczyć wyniki przynajmniej najistotniejszych badań „przyjmuje się, że ośrodki mowy zlokalizowane są w lewej półkuli mózgu [22]”.

Recenzent: ta wiedza pochodzi z pozycji z 1995 roku, a zatem sprzed 28 lat.

Od tamtego czasu poglądy się zmieniły, nie są tak uproszczone. Autorka nie przytacza nowych/najnowszych dostępnych wyników badań (p. poniżej).

Str 14

Doktorantka zamieściła rycinę sprzed 20 lat (2003) ilustrującą „Obszary mózgowie czynności mowy”. Opis z materiałów z 2003 i 1995 roku [21, 22]

Recenzent: Zamieszczony przez Autorkę schemat z podręcznika jest nieaktualny i bardzo uproszczony. Proponuję zapoznanie się z następującymi publikacjami dotyczącymi tzw neuronalnej sieci językowej (Language network):

Andrea Gajardo-Vidal et al. Damage to Broca’s area does not contribute to long-term speech production outcome after stroke BRAIN 2021; 144; 817–832.

Hickok G& Poeppel D. The cortical organization of speech processing. Nature Reviews vol 8 | MAY 2007

Forkel SJ et al. Anatomical evidence of an indirect pathway for word repetition. Neurology 2020;94:e594-e606

Rogalsky C et al. The Neuroanatomy of Speech Processing: A Large-scale Lesion Study. Journal of Cognitive Neuroscience 34:8, pp. 1355–1375

Oha A. The role of the insula in speech and language processing. Brain Lang. 2014 August ; 135: 96–103.

Milton CK. Parcellation-based anatomic model of the semantic network. Brain and Behavior. 2021;11:e02065

DeWitt I et al. Wernicke’s Area Revisited: Parallel Streams and Word Processing.

Brain Lang. 2013 November ; 127(2): 181–191.

Hertrich I et al. (2020) The Margins of the Language Network in the Brain. Front. Commun. 5:519955

Behroozmand R. Sensory-Motor Networks Involved in Speech Production and Motor Control:

An fMRI Study Neuroimage. 2015 April 1; 109: 418–428

Poglądy na temat funkcji pół Broca i Wernickiego, ich wzajemnej relacji, anatomii i czynności sieci neuronalnych odpowiadających za funkcje językowe zmieniły się istotnie w ostatnich latach i tę wiedzę należałoby zawrzeć we wstępie.

Str 15

Omawiając „specyfikę komunikacji językowej” Doktorantka przytacza dane z publikacji mgr Odowskiej-Szlachcic z Kwartalnika Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów Integracji Sensorycznej pt. INTEGRACJA SENSORYCZNA, nie jest podany rocznik, nie jest to pismo recenzowane, cyt.:” brak sygnałów *docierających z porażonego na obwodzie ciała do kory*

mózgowej (...).

Recenzent: porażenie ciała zawsze jest ” na obwodzie”, ale przyczyna porażenia u osób z MPD jest ośrodkowa, wynikająca z zaburzenia struktury i/lub funkcji ośrodkowego układu nerwowego (mózgu). Ponadto miejsce uszkodzenia nie musi znajdować się w korze mózgowej.

Str 16

Omawiając „symptomy zaburzeń dyzartrycznych” Autorka przytacza dane tylko z jednej pozycji piśmiennictwa - z podręcznika logopedii z 2003 roku [27]: „dzieci dyzartryczne charakteryzuje : twarz maskowata, pozbawiona ruchów mimicznych (...)”.

Recenzent: twarz maskowata nie jest stałym objawem u dzieci z zaburzeniami mowy o typie dyzartii

„na skutek opadania dolnej szczęki (...)”.

Recenzent: Nie ma dolnej szczęki ani górnej szczęki. Jest szczęka i żuchwa

„Rysunek 2. Modele klasyfikacji dyzartii. Źródło : Opracowanie własne.”

Recenzent: W pierwszej kolumnie podana jest „klasyfikacja etiologiczna”. To nie jest klasyfikacja etiologiczna, którą byłoby np. niedokrwienie, udar, zmiany zwyrodnieniowe, guz itp. Ta klasyfikacja wskazuje na poziom uszkodzenia mózgu, ale dlaczego nie został wymieniony mózdzek?. W prawej kolumnie pt „klasyfikacja objawowa” wymieniona jest pozycja „wiotka”. W lewej kolumnie brak jest odpowiadającego jej miejsca uszkodzenia.

Str 17

„objawowa klasyfikacja dyzartii [27 i 28] podręczniki z 2003 i 2013 roku

„Dyzartia hiperkinetyczna (atetotyczna) – występuje w wyniku uszkodzeń zwojów podstawy i układu pozapiramidowego (...) ”.

Recenzent: Dyzartia hiperkinetyczna to jest nie tylko atetotyczna.

Zwoje podstawy wchodzi w skład układu piramidowego.

Str 18

„klasyfikacja etiologiczna”

Recenzent: to raczej klasyfikacja oparta o poziom uszkodzenia OUN

„Dyzartia korowa” (...), Dyzartia piramidowa (rzekomoopuszkowa)” [opracowanie z 1999 roku]. Recenzent: korowa to także rzekomoopuszkowa.

„jądro czerwone”. Recenzent: jądro czerwienne.

Str 19

wg piśmiennictwa: [4,27,28,30 - z 1997,31-2005 r, 32- 2012r]

„najcięższe przypadki dyzartii pozwalają na *narodziny dodatkowego* określenia jakim jest anartia”.

Recenzent: To stwierdzenie jest niezrozumiałe w świetle faktu, że pojęcie anatrii znane jest od co najmniej kilkudziesięciu lat.

„wywiad przeprowadza się z rodzicem dziecka (...)”.

Recenzent: wywiad przeprowadza się z rodzicem i/lub opiekunem dziecka, ale także z innymi osobami mającymi kontakt z dzieckiem

Str 20

„zaburzenia w obrębie motoryki *narządów mownych*” .

Recenzent: lepiej brzmi np: zaburzenia motoryki narządów biorących udział w akcie mowy

„ u *dyzartryków* (...)”.

Recenzent: Chory z dyzartią nie jest tylko „dizartrykiem”. Z szacunku dla pacjenta lepiej używać zwrotu, np: u dzieci/osób/chorych/pacjentów z dyzartią lub zaburzeniami mowy o typie dyzartii

„jedna trzecia osób z MPD jest *nosicielami* dyzartii izolowanej (...)”.

Recenzent: niezręczne określenie „nosiciel dyzartii”. Autorka podaje konkretne proporcje („jedna trzecia”), ale nie podaje źródła tej wiedzy. Nie wyjaśnia także czytelnikowi, dlaczego „terapia nie przebiega w standardowy sposób”

Str 21

„ (...) W praktyce zazwyczaj opiera się to na rytualizacji pewnych konwencji wynikających ze zjawisko przyrodniczych , które opierają się na założeniach prawopółkulowych [4,22,25]”.

Recenzent: Zdanie nie jest zrozumiałe, należałoby bliżej wyjaśnić pojęcie „założenia prawopółkulowe”

Str 22

„specyficzny *charakter Blissa*” .

Recenzent: chodzi tu o: specyficzny charakter *systemu/metody* Blissa

Str 24

„głównym założeniem *makaronu* (...)”

Recenzent: głównym założeniem *makatonu*

„ewaluacja do pierwotnego sposobu komunikacji (...)”.

Recenzent: Chodzi o ewolucję?

Ocena Recenzenta dotycząca WSTĘPU

WSTĘP powinien omawiać wszystkie zagadnienia będące przedmiotem danego badania w sposób rzeczowy, zwięzły ale wyczerpujący, powinien wskazywać osadzenie problemu naukowego w danej dziedzinie naukowej, z uwzględnieniem szerszego niż ten problem kontekstu. Innymi słowy, WSTĘP powinien stanowić przegląd najnowszej wiedzy (mile widziany aspekt historyczny) na temat, w tym wypadku MPD, rodzajów zaburzeń mowy, metod usprawniania mowy. Należało oczekiwać, że Doktorantka wykaże się dogłębną wiedzą na temat zagadnień poruszanych w rozprawie i w pełni uzasadni podjęcie danej tematyki ilustrując wynikami badań innych autorów z ostatnich lat, zawsze ze wskazaniem ich źródła.

Należy też podkreślić pożądaną wymiar edukacyjny WSTĘPU, nie tylko dla wąskiego grona odbiorców danej specjalności, ale także dla osób kształcących się. Ta część niniejszej rozprawy ma małą wartość edukacyjną, zawiera błędy merytoryczne.

Jak podano powyżej, wiele podziałów, definicji, określeń jest nieprawidłowych, nie precyzyjnych, „niezręcznych”. Występują błędy językowe, stylistyczne, agramatyzmy, literówki,

Poza szczegółowymi uwagami podanymi powyżej, należy zwrócić uwagę na fakt, że Autorka nie porusza niezbędnych do realizacji pracy zagadnień, jak na przykład:

- rozwoju mowy i języka u dzieci z prawidłowym rozwojem psychoruchowym i umysłowym, a także u dzieci z MPD
- problemu rozumienia mowy u dzieci z MPD, w tym dzieci tzw „niewerbalnych”
- problemu niepełnosprawności intelektualnej u dzieci z MPD w kontekście zaburzeń komunikacji
- problemu zaburzeń przyjmowania pokarmów, zaburzeń połykania, które często towarzyszą zaburzeniom mowy
- tematu zaburzeń widzenia, które mają istotny wpływ na rozwój mowy i języka.

Szerzej powinny zostać omówione, na podstawie wyników prac oryginalnych, poszczególne postaci MPD, ich podłoże biologiczne, czyli obszary uszkodzenia (obrazy MRI), objawy kliniczne, zaburzenia mowy, padaczka poszczególnych postaciach MPD.

Na podstawie piśmiennictwa należało wskazać różne, wykorzystywane na świecie systemy klasyfikacyjne możliwości komunikacyjnych pacjentów [np KRISTOFFERSSON E et al.. Communication ability and communication methods in children with cerebral palsy. Developmental Medicine & Child Neurology 2020].

W kontekście prowadzenia działań usprawniających różne dysfunkcje u dzieci z MPD warto byłoby wspomnieć o zjawisku plastyczności mózgu, która leży u podłoża naszych działań terapeutycznych.

Każda zmienna, która jest przedmiotem badań w kolejnej części pracy, powinna być omówiona, w oparciu o wyniki najnowszej wiedzy zaczerpniętej z badań oryginalnych czy metaanaliz, wraz z uzasadnieniem dlaczego została wybrana i jak ma uzupełnić istniejący stan wiedzy. W pracy brakuje takich informacji i uzasadnienia,

Doktorantka często powołuje się na dane z podręczników sprzed lat, które dostarczają cennej wiedzy, ale ta wiedza powinna być uzupełniana, aktualizowana w oparciu o najnowsze wyniki badań, które albo potwierdzają dawno wyrażane poglądy, albo - co ma miejsce częściej - zmieniają nasze poglądy, poszerzają wiedzę.

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie czynników mających bezpośredni wpływ na rozwój komunikacji werbalnej u dzieci z MPD.

Cele szczegółowe:

- „wyodrębnienie i *uporządkowanie* czynników mających wpływ na rozwinięcie się mowy u dzieci z MPD”.

Recenzent: Doktorantka nie wyjaśnia, co oznacza w tym przypadku termin

„uporządkowanie” czynników

- ocena stopnia wpływu poszczególnych czynników mających wpływ na poziom rozwinięcia się mowy werbalnej w badanej grupie

Pięć założeń pracy:

Założenie 1.” Istnieje istotny związek między podtypem MPD, czasem wykrycia choroby, stopniem niepełnosprawności intelektualnej, deficytami współistniejącymi a stopniem rozwoju komunikacji werbalnej”

Założenie 2. „ Im niższy poziom stymulacji mowy dziecka na wczesnym etapie jej rozwoju tym niższa szansa na opanowanie subkodu językowego”

Recenzent: czy są dane literaturowe na ten temat, z których wynikają przeciwne wnioski?

Założenie 3. „Poziom wykształcenia rodziców i sytuacja ekonomiczno-bytowa *wpływa negatywnie* na poziom komunikacji dziecka a także poziom jego funkcjonowania ”.

Recenzent: Czytelnik może domyślić się o jaki poziom wykształcenia rodziców i jaką sytuację ekonomiczno-bytową chodzi, ale należałoby dodać np. *niski* poziom wykształcenia rodziców i *zła/trudna/ niekorzystna* sytuacja ekonomiczno-bytowa (...)

4. „ Korzystanie z wielospecjalistycznej opieki rehabilitacyjnej w znacznym stopniu przyczynia się do poprawy komunikacji werbalnej, przez co mogą być istotne w działaniach prewencyjnych, na rzecz rozwoju komunikacji, a także determinować będą dobieranie odpowiednich form terapii.

Recenzent: oczywiście, bardzo ogólne założenie, czy są zatem dane literaturowe na ten temat, z których wynikają przeciwne wnioski? należałoby także wymienić, na czym miałyby polegać działania „prewencyjne”

5. „ Wyniki badań będą *prezentowały znaczenie poglądowe oraz praktyczne*, ponieważ będą przedstawiać *najbardziej powszechne czynniki*, determinujące rozwój komunikacji, a także determinować dobieranie odpowiednich form terapii i metod usprawniania”

Recenzent: stylistyka zdania!. co oznacza określenie „będą *prezentowały znaczenie poglądowe*” oraz „ *najbardziej powszechne czynniki*”?

Ocena Recenzenta dotycząca ZAŁOŻEŃ I CELU PRACY

Doktorantka formułując cele szczegółowe pracy nie wykazała czy i w jakim zakresie praca stanowi nowe ujęcie problemu. Nie uzasadniła wyboru problematyki badawczej, ponieważ nie omówiła tych przesłanek w oparciu o przegląd literatury przedmiotu (w tym teorii naukowych), dotychczas przeprowadzonych badań, doświadczeń praktycznych lub obserwacji, nie wykazała luki poznawczej oraz znaczenia praktycznego wyników swoich badań, np. w jaki sposób wyniki determinować będą dobieranie „odpowiednich” – czyli jakich ? form terapii i metod usprawniania .

Zagadnienia ujęte w „Założeniach” , które miały być przedmiotem badania, tj zależność między „podtypem MPD, czasem wykrycia choroby, stopniem niepełnosprawności intelektualnej, deficytami współistniejącymi a stopniem rozwoju komunikacji werbalnej”

nie zostały omówione we WSTĘPIE. Podobna sytuacja dotyczy innych założeń pracy. Zagadnienia te były wielokrotnie przedmiotem badań naukowych, co znalazło swój wyraz w dostępnym piśmiennictwie, który Doktorantka powinna była przedstawić, żeby wykazać czy i w jakim zakresie praca stanowi nowe ujęcie problemu.

MATERIAŁ I METODYKA PRACY

Brak informacji o charakterze pracy - retrospektywna, prospektywna?

„Grupa została dobrana w taki sposób aby *około połowę* stanowiły dzieci posługujące się mową a *druga połowę* dzieci nie werbalne”.

Recenzent: (...) stanowiły połowę. Interpunkcja

Grupa badana obejmowała 100 dzieci w wieku 4-18 lat (mediana? średnia? odchylenie standardowe?). Cała grupa 100 chorych powinna być szczegółowo opisana klinicznie, łącznie z badaniem MRI, a następnie podzielona na dwie grupy badane „werbalną” oraz „niewerbalną. W metodyce badania brakuje szczegółowych informacji, np. czy do grupy „dzieci werbalnych” włączano zarówno te, które np. swobodnie budowały zdania, kontakt z nimi był pełny, jak i te, które wymawiały 1-2 słowa. Jeśli tak, to znaczy, że podgrupa „werbalna” była pod tym względem heterogenna, w tej grupie były dzieci, które w bardzo różnym stopniu posługiwały się mową. Gdzie przebiegała granica między badanymi grupami?. Czy dzieci „niewerbalne” nie rozwinęły mowy od początku, czy doszło do utraty tej umiejętności? Czy dzieci z tej grupy NIE MÓWIĄ, bo mają anartię, afazję, brak rozumienia mowy, niepełnosprawność intelektualną, apraksję, encefalopatię padaczkową, zaburzenia słuchu, autyzm, przyczyny wieloczynnikowe? - nie jest to grupa jednorodna.

Takie informacje powinny znaleźć się w kryteriach włączenia i wyłączenia.

Autorka ustaliła następujące kryteria włączenia i wyłączenia:

Kryterium włączenia – zawierało tylko uzyskanie pisemnej zgody na badanie (...)

Kryterium wyłączenia- niepełnosprawność intelektualna rodzica, niepełnosprawność intelektualna pacjenta w stopniu głębokim

Dalej Doktorantka podaje opis wykorzystanych Kwestionariuszy:

Arkusze do badania sprawności narządów mowy (rok - nie podano),

Przesiewowy test logopedyczny (2016),

Kwestionariusz diagnozy i narzędzia badawcze w terapii pedagogicznej (2005),

Autorski kwestionariusz wywiadu (...).

Wśród elementów wywiadu brakuje danych dotyczących wywiadu rodzinnego (choroby w rodzinie, w tym schorzenia neurologiczne, genetyczne, zaburzenia mowy, zgony, poronienia), okresu płodowego (tj przebiegu ciąży), czyli takie dane , które mogą pomóc określić przyczynę zaburzeń neurologicznych dziecka. Okres okołoporodowy nie obejmuje całej ciąży, o czym wcześniej wspomniałam.

Analiza statystyczna przeprowadzona została za pomocą pakietu statystycznego PQStat w wersji 1.8.4.152 (metody podane na str 29/30). Został popełniony błąd metodologiczny polegający na badaniu zależności statystycznych dwóch grup niejednorodnych klinicznie odnośnie pojedynczych cech lub objawów, bez jednoczesnego uwzględnienia innych ważnych zmiennych, jak podtyp MPD, obraz mózgu, iloraz inteligencji.

Tematem pracy było przedstawienie czynników mających bezpośredni wpływ na rozwój komunikacji werbalnej u dzieci z MPD. W METODYCE (lub wcześniej we WSTĘPIE) należało przedstawić, w jaki sposób będzie przebiegała klasyfikacja czynników mających bezpośredni wpływ na rozwój komunikacji werbalnej. W oparciu o piśmiennictwo można stwierdzić, że ważnymi czynnikami mającym bezpośredni wpływ na rozwój komunikacji mają: postać MPD, lokalizacja, zakres i czas powstania uszkodzenia mózgu, rozwój poznawczy dziecka (stopień niepełnosprawności intelektualnej), obecność lekoopornej padaczki pod postacią encefalopatii rozwojowej i/lub padaczkowej. Jeśli dziecko jest obciążone ciężką wadą mózgu, to czy np. miejsce zamieszkania może mieć wpływ na rozwój mowy bezpośredni czy pośredni?. Takie zależności powinny być poruszone we WSTĘPIE, uwzględnione w metodyce badania i przeanalizowane w DYSKUSJI.

WYNIKI BADAŃ

W tej części rozprawy podane zostały zmienne, tj czynniki, cechy i objawy które zostały porównane w obu grupach badanych. Ta informacja powinna znaleźć się w metodyce badania, a we wstępie, założeniach pracy, w końcu w dyskusji powinno znaleźć się wyjaśnienie, uzasadnienie dlaczego dany parametr został zbadany oraz omówienie z odwołaniem się do literatury przedmiotu.

Str 31

Tabela I.” Czynniki socjodemograficzne”

Recenzent: Wiek pacjentów, matek i ojców - podane jako średnia i mediana. W przypadku matek i ojców nie podano zakresu wieku od - do oraz odchylenia standardowego.

Średnia wieku: w grupie „dzieci niewerbalnych” średnia wieku matek była wysoce istotnie znamienne wyższa ($p=0.0001$), średnia wieku ojców także wyższa ($p=0.0453$)

Doktorantka, dwukrotnie brak różnic statystycznych odnośnie wieku i płci przedstawiła jako „ $p < 0,05$,” zamiast $p > 0,05$

Str 32

do liczby oznaczającej wiek należy dodawać słowo: lat.

4.1.2 „ Czynniki związane z okresem okołoporodowym”

„ Wybranymi czynnikami, które z założenia badającej mogły mieć wpływ na rozwój komunikacji werbalnej dzieci był:”

Recenzent: na czym Badająca oparła to założenie? wybór tych czynników powinien być poprzedzony w dyskusji analizą odpowiedniego piśmiennictwa naukowego, którego wyniki badań są np. sprzeczne, dyskusyjne, albo udział pewnych czynników nie był dotychczas badany lub Badająca chciałaby ocenić własną - szczególną pod pewnymi względami - populację chorych, czyli wypełnić tzw lukę naukową. Takich szczegółowych informacji WSTĘP rozprawy nie zawierał.

Odnośnie ewentualnego znaczenia miejsca zamieszkania, to nie wykazanie w tym badaniu różnic statystycznych nie może prowadzić do tak uroszczonego wniosku, jak podaje Doktorantka „ co oznacza brak wpływu miejsca zamieszkania na rozwój komunikacji werbalnej dziecka”. Taki wynik może być dopiero pewnym sygnałem do zbadania tego zjawiska głębiej z uwzględnieniem wielu zmiennych. Chociażby faktu, tradycyjny podział na wieś (trudne warunki bytowe i materialne) i miasto (dobre warunki bytowe i materialne) obecnie nie zawsze się sprawdza, rodziny mieszkające na wsi mogą mieszkać w luksusowych warunkach, a w mieście odwrotnie. Miejsce zamieszkania, ciężkie warunki życia mające wpływ np. na zdrowie matki, jej tryb życia, przebieg ciąży mogą sprzyjać ujawnianiu się MPD częściej, a wtórnie do określonej postaci MPD zaburzeniom mowy, czyli należałoby traktować te czynniki jako pośrednio wpływające na rozwój mowy.

W obu badanych grupach porównywano m.in. :

- długość trwania ciąży w tygodniach (różnice nieznamiennie) , wartości średniej podane bez odchylenia standardowego
- kolejność ciąży i porodu (różnice nieznamiennie)
- rodzaj ciąży (pojedyncza lub mnoga) (różnice nieznamiennie)

Str 34

W tabeli V. Rodzaj porodu: „ podział na poród naturalny i cięcie cesarskie.

Recenzent: do której z tych dwóch kategorii zaliczyliby się poród drogami natury z użyciem kleszczy?

Tabela VI. „ punktacja w skali Apgar „w ostatniej minucie po porodzie”

(różnice nieznamiennie).

Recenzent: Powinna być podana informacja, że chodzi o 10 minutę życia, dla wiedzy czytelnika. W tabeli jest podane, że „ w ostatniej minucie po porodzie”, czyli w 10 minucie po porodzie w grupie „dzieci werbalnych” minimalna wartość punktacji Apgar wynosiła „0” (bez oznak życia?), a w grupie „dzieci niewerbalnych „1”. Te wartości punktacji Apgar wymagały skomentowania przez Doktorantkę. Może te dzieci zostały zaintubowane bezpośrednio po porodzie, ale wówczas nie podaje się punktacji = 0. Powinno także znaleźć się uzasadnienie - dlaczego przyjęto punktację w 10 minucie życia. Z reguły położnicy i perinatolodzy w ocenie stanu noworodka, celem określenia ryzyka czy przyczyny mózgowego porażenia dziecięcego wykorzystują punktację Apgar < 5 w 5 minucie życia.

Str 35

„masę urodzeniową w gramach” (różnice nie znamienne)

Recenzent : warto dodać *masę ciała*

Pkt 4.1.3 „Czynniki związane z rozwojem mowy i stymulacją w pierwszych latach życia”

W tym podrozdziale przedstawione zostały pytania ankietowe odnośnie:

- problemów z ssaniem, karmienia piersią,
- rodzaju pokarmu,
- obecności krzyku bezpośrednio po porodzie („ krzyk i płacz jako sposób komunikacji z otoczeniem”) „Utrzymywanie kontaktu wzorkowego (...) „

Recenzent: brak informacji, od jakiego wieku pacjent utrzymywał kontakt wzrokowy

„Wodzenie wzrokiem za zabawką (...)”

Recenzent: od jakiego wieku ? NORMY

pojawienie się głużenia , gaworzenia, reakcji na imię

występowania „wybiórczości pokarmowej jako czynnika wpływającego na rozwój sfery orofacjalnej” Recenzent: co to jest wybiórczość pokarmowa, jak wpływa na rozwój mowy, dane z piśmiennictwa? Omówienie tego czynnika powinno znaleźć się we Wstępie lub Dyskusji

moment wskazywania palcem,
obecność nadwrażliwości słuchowej

„Pytaniami mającymi związek ze stymulacją w pierwszych latach życia były” m.in:
„dostęp do kontaktu z rówieśnikami do 3 roku życia”

Recenzent: o jaki kontakt chodzi, od jakiego wieku? brak wyjaśnienia zasadności tego parametru we Wstępie i Założeniach.

„bodźcowanie audiowizualne (...) jako negatywna *stymulacja prawopółkulowa* do 3 roku życia” Recenzent: brak wyjaśnienia znaczenia tego parametru we WSTĘPIE

czytanie książeczek, pozostawianie dziecka w kąpielii słownej, subiektywna ocena rodzica odnośnie rozumienia mowy

Obie badane grupy nie różniły się istotnie odnośnie problemów z ssaniem (tabela VIII), karmieniem piersią (tab IX)

Recenzent: nie określono kryteriów- jak długo trwało karmienie piersią, czy np. kilka dni – tygodni - ponad rok?. Może należało określić czas minimalny, np 4- 6 miesięcy?

W tabeli IX podano, że 23/50 (46%) dzieci „niewerbalnych” było karmionych piersią, a w tabeli X (rodzaj przyjmowanego pokarmu) 20/50 (40%) przyjmowało pokarm naturalny. Z czego wynika ta różnica - błąd? powinno być wyjaśnienie, komentarze pod tabelami, nie tylko powtórzenie wyników z tabelki.

Tabela X. Rodzaj przyjmowanego pokarmu po urodzeniu -naturalne vs sztuczne

Recenzent: czy bezpośrednio po urodzeniu? Jaki okres czasu oceniano? Do której grupy zaliczone były dzieci, które otrzymywały pokarm mieszany (karmione piersią i dokarmiane sztuczne)?. Te informacje powinny znaleźć się w METODYCE

Str 37 -38

Tabela XI. obecność krzyku bezpośrednio po porodzie.

Różnice znamienne statystyczne, w grupie „dzieci werbalnych” krzyk pojawił się u 54%, w grupie dzieci „niewerbalnych” u 22%, $p = 0.001$

Tabela XII. Utrzymywane kontaktu wzrokowego,

Recenzent: w jakim wieku dziecka oceniano? od określonego wieku, czy w chwili badania?

Te informacja powinna się znaleźć w METODYCE. Różnice były wysoce znamienne statystycznie na niekorzyść grupy „niewerbalnej” (ale jaki II?, jaki rodzaj zaburzeń mowy?).

Tabela XII. Wodzenie wzrokiem

Recenzent: podobne pytania jak w przypadku utrzymywania kontaktu wzrokowego.

Różnice były wysoce znamienne statystycznie na niekorzyść grupy niewerbalnej (ale jaki II?, jaki rodzaj zaburzeń mowy?). Z komentarza pod tabelką wynika, że chodzi o noworodki, które nie wodziły wzrokiem bezpośrednio po urodzeniu. Doktorantka podaje, że prawidłowo rozwijające się dziecko - po urodzeniu potrafi „najpierw powoli podążać wzrokiem za przedmiotami w linii poziomej, a około 3 tygodnia życia pionowej”- źródło? U typowo rozwijającego się niemowlęcia wodzenie za przedmiotami pojawia się pod koniec drugiego miesiąca życia, a wodzenie wraz z ruchami głowy w sposób płynny i przewidywalny pojawia się w 4 miesiącu życia.

Tabela XIV. głużenie Różnice były znamienne statystycznie na niekorzyść grupy „niewerbalnej”

Str 39

Tabela XV. wiek pojawienia się pierwszej reakcji na imię

Różnice były wysoce znamienne statystycznie na niekorzyść grupy „niewerbalnej”.

Recenzent: takich wyników nie można rozpatrywać w oderwaniu od ilorazu inteligencji oraz podtypu MPD

Tabela XVI dotyczy wybiórczości pokarmowej

Recenzent: w METODYCE lub WSTĘPIE powinna ukazać się definicja „wybiórczości pokarmowej”

Różnice były wysoce znamienne statystycznie na niekorzyść grupy niewerbalnej (ale jaki II?, jaki rodzaj zaburzeń mowy?)

Grupy różniły się istotnie pod względem gestu wskazywania palcem oraz gaworzeniem, które wystąpiły w oczekiwanym czasie - tabele XVII i XVIII Różnice były wysoce znamienne statystycznie na niekorzyść „grupy niewerbalnej”. Podobne różnice dotyczyły nadwrażliwości słuchowej - tabela XIX.

Str 41

Tabela XX. kontakt z rówieśnikami do 3 roku życia miało 88% dzieci werbalnych vs 22% dzieci niewerbalnych $p < 0.0001$,

Recenzent: ale może różnica wynikała z poziomu II, nie była przyczyną, a skutkiem lepszego kontaktu społecznego (powinno być omówione w dyskusji)

Tabela XXI. Znamienne więcej dzieci niewerbalnych 84% vs 64% oglądało telewizję do 3 roku życia, ale oglądały krócej (czyli jak długo? Na czym polegało oglądanie TV?)
Recenzent: konieczna analiza, które dzieci niewerbalne częściej oglądały TV, może z niższym II. Może włączenie telewizora było formą zajęcia uwagi dziecka o mniejszych możliwościach poznawczych (do omówienia w dyskusji)

str 43

tabela XXIII. w grupie werbalnej rodzice istotnie częściej czytali książeczki.
Recenzent: Może te dzieci miały lepszy II i domagały się? (do omówienia w dyskusji)

Tabela XXV. pozostawianie dziecka w kąpielii słownej.
Recenzent: Nie było różnic statystycznie znamienych (do omówienia w dyskusji, czy to znaczy, że ten parametr nie ma znaczenia w rozwoju komunikacji werbalnej?)

Str 45

Tabela XXVI. subiektywna ocena rozumienia mowy przez dziecko .
Różnice były wysoce znamienne statystycznie na niekorzyść „grupy niewerbalnej”
 $p = < 0.0001$. Doktorantka stwierdza odnośnie dzieci „niewerbalnych”, że trudność polega nie tylko na braku wytwarzania mowy, ale też jej rozumieniu (...).
Recenzent: przecież etap rozwoju mowy czynnej poprzedzony jest etapem rozumienia mowy. Jeśli nie ma rozumienia mowy, nie rozwinie się komunikacja werbalna.

Str 46

Tabela XXVII „Na poniższe pytanie odpowiadali rodzice dzieci *niewerbalnych* z przyczyn oczywistych” . Recenzent: powinno być: *werbalnych*

Tabela XXVIII . „Regres mowy w pierwszych latach życia - dzieci werbalne”
Recenzent: Jednozdaniowy komentarz Autorki pod tabelką, cyt.: „większość czyli 64% dzieci werbalnych nie przejawia regresu w pierwszych latach życia” może być odebrane jako zjawisko optymistyczne, a w rzeczywistości ten wynik badania budzi niepokój, bo AŻ u 36% dzieci doszło do regresu mowy, czyli utraty nabytych funkcji. Takie dzieci wymagają pilnego ustalenia przyczyny, wśród których mogą być wyładowania padaczkopodobne w zapisie EEG (nawet bez klinicznych napadów padaczkowych, zaburzenia metaboliczne, emocjonalne itd.). Ponadto, brakuje informacji, czy w grupie „dzieci niewerbalnych” nie było przypadków, gdzie także doszło do regresu mowy, może nawet na etapie gaworzenia. Taka informacja powinna znaleźć się w opisie grupy badanej

Str 46/47

Tabela XXIX. Wiek pojawienia się wyrazów dźwiękonaśladowczych

Recenzent: Doktorantka stwierdza, że „moment pojawienia się wyrazów dźwiękonaśladowczych w rozwoju mowy dzieci z MPD jest opóźniony w stosunku do normy rozwojowej”. Należałoby podać informację jaka jest norma rozwojowa.

Podrozdział 4.1.4 dotyczy czynników socjoekonomicznych

Różnice znamienne statystycznie na korzyść „dzieci werbalnych” dotyczą:

Składu rodziny-rodzina pełna

Lepszego wykształcenia matek i ojców ,

mniejszy odsetek matek pracuje fizycznie

mniejszy odsetek matek jest bezrobotnych,

większy odsetek matek jest zdrowych,

liczniejsze rodziny, rzadziej korzystają z pomocy socjalnej,

dzieci częściej transportowane są do placówek ochrony zdrowia samochodem, rzadziej

środkami komunikacji publicznej,

Bez różnic znamienych statystycznie odnośnie:

aktywności zawodowej ojca,

warunków lokalowych,

powierzchni lokalu mieszkalnego,

wyposażenia lokalu w łazienkę,

liczba pomieszczeń w lokalu,

dostępem do udogodnień architektonicznych w miejscu zamieszkania,

str 54. Podrozdział 4.1.5 czynniki związane z funkcjonowaniem i terapią dziecka badanymi w ankiecie.

Str 55

Tabela XLIV. funkcjonowanie poznawcze dzieci

„Dzieci werbalne” z rozwojem intelektualnym mieszczącym się w normie dla wieku (62%)

oraz z niepełnosprawnością intelektualną wyrażoną w stopniu lekkim (22%) stanowiły

łącznie 84% tej grupy.

„Dzieci niewerbalne” - z normą intelektualną było 2 (4%) dzieci (jakie miały zaburzenia mowy - dlaczego nie mówiły?), 68% stanowiły dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym (14/50, tj 28%) oraz znacznym (20/50, tj 40%) $p = <0,0001$.

Różnice znamienne statystycznie na korzyść „dzieci werbalnych” dotyczyły:

Samoobsługi, $p = <0,0001$,

umiejętności samodzielnej zabawy, $p = <0,0001$,

lokomocji, $p < 0,0001$,

słuchu : w normie u 84% dzieci vs 46% u dzieci „niewerbalnych” (zaburzony u ponad połowy tych ostatnich, tj 54%), $p = 0,0001$, Recenzent: może dlatego nie mówiły?

wystąpienie co najmniej jednego epizodu drgawkowego, $p = 0,0002$, -też może zaburzać mowę, powinien być komentarz w dyskusji

większy odsetek oddychał przez nos –(powinien być komentarz w dyskusji)

„Spokojnym snem”. Recenzent: jakie zastosowano kryteria snu „niespokojnego”,

należy przytoczyć stosowne badania naukowe

- rzadziej stosowana terapia NDT Bobath.

Recenzent: powinien być komentarz w dyskusji, czytelnik mógłby odnieść wrażenie,

że dla rozwoju komunikacji werbalnej korzystne jest ograniczenie stosowania tej terapii

- częściej korzystało z opieki logopedycznej „jak pokazują powyższe wyniki, terapia

logopedyczna może być istotnym czynnikiem działającym na korzyść wytworzenia mowy

u dzieci z MPD”. Terapia logopedyczna jest niewątpliwie ważnym elementem terapii mowy,

ale to badanie nie daje podstawy do wysnuwania takiego wniosku, ponieważ obie grupy

różniły się istotnie od względem typu MPD, czyli rodzajem i stopniem uszkodzenia mózgu,

poziomem funkcji poznawczych, w tym rozumieniem mowy, obecnością dysfunkcji

towarzyszących.

Str 59

Tabela XLIX „Stan wzroku”

Wyodrębnione zostały dwie grupy, tj z „okularami korekcyjnymi „ oraz „ z normą” .

Recenzent: Taki podział z założenia jest błędny, ponieważ zaburzenia widzenia u dzieci

z MPD mogą mieć różny charakter, poza zaburzeniami refrakcji może występować zez ,

zaburzenia akomodacji, astygmatyzm, oczopląs, ubytki w polu widzenia, zaburzenia

widzenia barw, zaćma, jaskra, retinopatia wcześniacza, wołocze, małowocze, opadanie powiek

[np. Fazzi E et al. „Spectrum of Visual Disorders in Children With Cerebral Visual Impairment .J Child

Neurol2007; Volume 22, Issue 3; Fazi E et al. Neuroo-ophthalmological disorders in cerebral palsy:

ophthalmological, oculomotor, and visual aspects. Dev Med & Child Neurol 2012, 54: 730–736].

Ponadto, w różne rodzaje zaburzeń widzenia występują w zależności od podtypu MPD, od którego także zależy rodzaj zaburzeń mowy. Takie zależności były przedmiotem badań, także w Polsce. Należy tu jeszcze podkreślić, że u większości dzieci z MPD występują tzw mózgowe zaburzenia widzenia (Cerebral Visual Impairment), który jest najczęstszą, poza zaburzeniami związanymi z gałką oczną, przyczyną zaburzeń widzenia u dzieci na całym świecie. Ten temat powinien być przedstawiony we WSTĘPIE i/lub DYSKUSJI.

Str 62

Tabela LV. „Rodzaj MPD”

U „dzieci werbalnych” postacie, w których częściej występuje intelekt w granicach normy, tj hemiplegia, diplegia spastyczna, postać mózdkowa obecne były u 31/50 (62%) , a w grupie dzieci niewerbalnych dominowała hemiplegia obustronna -u 41/50 (82%), w której dominuje niepełnosprawność intelektualna, duże zaburzenia ruchowe oraz padaczka, $p < 0.0001$, m.in. stąd wynikały różnice dotyczące rozwoju komunikacji werbalnej (bezpośredni wpływ podłoża biologicznego)

W kolejnych tabelach: Bez różnic znamiennej statystycznie odnośnie:

- karmienia doustnego (97,8 oraz 96%),
- wieku, w jakim postawiono rozpoznanie MPD

Recenzent: to zagadnienie powinno być rozwinięte w dyskusji, m.in. kiedy możliwe jest rozpoznanie MPD u dziecka, a jak było w przeszłości?

- częstości hospitalizacji,
- częstości stosowania terapii metodą Wojty,

Str 66, 67

Podrozdział 4.2.1. wyniki badania sprawności narządów artykulacyjnych,

Podrozdział 4.2.2 wyniki badania słuchu fonematycznego.

Podrozdział 4.2.2 wyniki badania rozumienia mowy

Różnice znamiennej statystycznie na korzyść „dzieci werbalnych” dotyczyły:

- sprawności narządów artykulacyjnych, $p < 0.0001$, co można wiązać z ciężkością postaci MPD w poszczególnych grupach,
- wynikami badania słuchu fonematycznego, $p < 0.001$,
- wynikami badania rozumienia mowy, $p < 0.0001$,

Str 68 4.2.3

Tabela LXIII. „wyniki badania rozumienia mowy”

Grupy różniły się znamienne na korzyść grupy werbalnej, $p < 0,0001$. „Recepcja mowy jest wyższa w grupie dzieci werbalnych”

Str 69

Tabela I. XVI Rodzaje dyslalii w MPD

Recenzent: Użyte zostało słowo „brak” dyslalii u 26%. Słowo BRAK używane jest w sytuacji, gdy coś/ktoś jest nieobecny, podczas gdy w „normalnych/naturalnych” warunkach powinien być, np. mówimy: brak powietrza. Dyslalia nie jest naturalnym stanem, nie jest nam jej brak. Dlatego lepiej brzmi: „nie stwierdzono”

„w 26% przypadków dzieci nie prezentowały wad artykulacyjnych”.

Recenzent: Ostatnie zdanie, jak sadzę, podaje częstość występowania wad artykulacyjnych u osób z MPD według danych literaturowych, dlatego należało podać źródło/ źródła tych danych.

Podsumowanie rozdziału WYNIKI BADAŃ:

- pod tabelami powinno być zamieszczone wyjaśnienie, komentarz, nie tylko powtórzenia wyników z tabelki. Komentarz był obecny w przypadku kilku tabel
- wyniki liczbowe, poza medianą i średnią, powinny podawać zakres od – do i odchylenie standardowe,
- pozostałe, szczegółowe uwagi recenzenta zostały podane powyżej, jako komentarz przy omawianiu tabel.

DYSKUSJA

Zgodnie z zasadami przygotowania rozprawy doktorskiej na podstawie monografii, w rozdziale DYSKUSJA doktorant musi skomentować uzyskane wszystkie wyniki w aspekcie swoich oczekiwań oraz skonfrontować je z wcześniej prowadzonymi badaniami. Należy wykazać, czy uzyskane wyniki są zgodne z wcześniejszymi obserwacjami innych autorów, czy też wnoszą nowe treści.

Należy skomentować potencjalne znaczenie praktyczne uzyskanych wyników.

Wskazane jest, aby pracę zakończyć omówieniem ograniczeń pracy oraz prezentacją silnych stron.

Rozdział DYSKUSJA liczy 14 stron, od 70-83 strony.

W rozdziale tym Autorka kolejno omawia:

Czynniki demograficzne, Czynniki związane z okresem okołoporodowym, Czynniki mające związek z rozwojem mowy w pierwszych latach życia, Czynniki związane ze stymulacją mowy u dziecka Czynniki związane z sytuacją socjoekonomiczną rodziny, Czynniki związane z funkcjonowaniem i terapią dziecka, Czynniki związane z oceną logopedyczną,

Str 70

Pierwsze zdanie, cyt.: „Część badanych przez autorkę czynników ma swoje potwierdzenie (...), jednak zasadniczo większość stanowi nową lub dotąd nie zbadaną wiedzę (...)”

Recenzent: zdanie niepoprawne stylistycznie. Konieczne wskazanie i uzasadnienie w świetle dotychczasowego stanu wiedzy, które elementy pracy „stanowią nową lub dotąd nie zbadaną wiedzę..”

Pkt 5. 1 „Czynniki demograficzne”

3-ci akapit: „Badania autorki pokazują, że wiek dziecka nie ma przyczynowego związku z rozwojem komunikacji werbalnej (...)”

Recenzent: Niezrozumiałe jest to twierdzenie. Autorka podaje, że „ze względu na zmieniające się z wiekiem możliwości dziecka grupa miała być podzielona na kategorie wiekowe. *Po przeprowadzeniu badań* okazało się że grupa jest pod tym względem jednorodna (...). Jakich badań? Te twierdzenie powinno być poparte dokładnym opisem grupy badanej. Pod jakim względem jest jednorodna? Dzieci różniły się poziomem i jakością rozwoju mowy, rozwojem poznawczym, postacią MPD, itp. wniosek ten nie wynika z opisu grupy badanej lub przeprowadzonych badań zamieszczonych w niniejszej rozprawie.

Autorka stwierdza, że po ukończeniu 4 roku życia „mowa powinna być opanowana w stopniu umożliwiającym podstawową lecz swobodną komunikację”.

Recenzent: Tu należałoby w oparciu o najnowszą literaturę przedmiotu przedstawić normy rozwoju mowy u dzieci zdrowych z podaniem źródeł.

Oдноśnie płci. Autorka powołuje się na zdanie opinii publicznej. Brak danych literaturowych podających wyniki badań z ostatnich lat, ale też wcześniejszych poglądów. Piśmiennictwo [38-42] to nie są prace oryginalne, poza jedną (podręcznikiem) pochodzą z lat 2011-2013. Należałoby rozwinąć temat i przytoczyć wyniki badań nt przebiegu rozwoju mowy w zależności od płci u zdrowych dzieci z MPD. Część zamieszczonych twierdzeń nie jest poparta danymi z piśmiennictwa.

Str 71

„Badania własne pokazują, że nie obserwuje się różnicy pomiędzy dziećmi mieszkającymi na wsi a dziećmi mieszkającymi w mieście”

Recenzent: Należało przytoczyć dane literaturowe na temat korelacji miejsca zamieszkania z rozwojem mowy u dzieci zdrowych i z MPD

„ Wśród badań epidemiologicznych [42] obserwujemy tendencję wzrostową liczby dzieci z MPD dla rodzin mieszkających na wsi”

Recenzent: zdanie nie jest poprawne stylistycznie. Autorka twierdzenie to oparła na przeglądowej publikację z 2011 roku, czyli zawierająca wyniki badań prowadzonych przed 2011 rokiem. Jak ta tendencja wygląda ponad dekadę później? W różnych krajach?

Wiek matek i ojców podawany jest tylko w liczbach, np. „ 29,1 i 32,92.”

Recenzent: Należy dodać słowo: *lat*.

Wiek matek. W pracy porównywano średni wiek matek (nie podano zakresu tych wartości od-do ani odchylenia statystycznego) . Czy średni wiek matek 35 lat (w „grupie niewerbalnej”) należy uznać za istotnie sprzyjający zaburzeniom komunikacyjnym dzieci z MPD? Niezależnie od odpowiedzi, zagadnienie to powinno być przedyskutowane. Doktorantka jednozdaniowo powołuje się na „ Linfang i wsp”, (ale tej pozycji nie ma w bibliografii rozprawy), jednocześnie cytuje Milewską i wsp [42] ”różnica procentowa pojawia się tylko w grupie matek powyżej 40rż”. W badaniu przeglądowym przeprowadzonym przez McIntyre et al. (2013) [A systematic review of risk factors for cerebral palsy in children born at term in developed countries] jako czynnik ryzyka wystąpienia MPD również podany jest wiek matki powyżej 40 roku życia. Dyskusja powinna zawierać rozważania na temat wieku matek, a ryzyka wystąpienia MPD oraz ryzyka zaburzeń komunikacji u ich dzieci.

„Starszy wiek ojca wpływa niekorzystnie na warunki reprodukcyjne”

Recenzent: Średni wiek ojców to 32,92 lat vs 35,98 lat, nie podano zakresu wieku ani odchylenia standardowego. Czy średni wiek ojca 35,98 lat to już wiek „starszy”? zaawansowany (advanced)? W piśmiennictwie nie ma jednoznacznej definicji wieku „starszego”, istotnie wpływającego na „warunki reprodukcyjne”, choć niektóre gremia naukowe przyjmują wiek powyżej 40 lat. Czy zatem średni wiek 35-36 lat ojców dzieci „niewerbalnych” istotnie wiązał się z cięższą postacią MPD i pośrednio z zaburzeniami mowy – temat do dyskusji.

5.2 „czynniki związane z okresem okołoporodowym”

Str 72

„Średni czas trwania ciąży (..) w grupie niewerbalnej *niewiele krócej* (...).

Recenzent : należało podać, czy różnica była znamienna statystycznie. Jaki był podtyp MPD u dzieci urodzonych przedwcześnie, a jaki urodzonych o czasie i porównać te grupy.

Przytoczyć dane literaturowe z badań oryginalnych na temat bezpośredniego? pośredniego? związku między czasem trwania ciąży a rozwojem mowy, jeśli takie były.

„ mają zwiększony poziom stymulacji w *osobie ludzkiej*” .

Recenzent: zdanie niepoprawne stylistycznie

Kolejność porodów [50] , zwiększony poziom stresu w kolejnych ciążach [51]. Autorka założyła, że „ze wzrostem liczby ciąż u matki rośnie poziom stresu” należałoby przytoczyć badania oryginalne, które potwierdzają lub zaprzeczają temu twierdzeniu.

Str 73

Niezrozumiałym jest do czego odnosi się cytat autorstwa Panasiuk J (2014) i co wnosi do dyskusji

Odnosząc się do cięć cesarskich (CC), Autorka cytuje badania, w których wykazano większe zagrożenie MPD w przypadku CC wykonywanych w trybie nagłym (czyli stanie zagrożenia stanu płodu) niż cięć cesarskich wykonywanych w trybie planowym, co jest zrozumiałe. W badaniach autorki nie było różnic pomiędzy grupami badanymi odnośnie wykonanych cięć cesarskich . Ale autorka nie uwzględniła w wywiadzie informacji w jakim trybie wykonywano CC, wyniki te mogłyby się przełożyć na postać MPD i pośrednio na zaburzenia rozwoju mowy

Odnosząc się do niskiej punktacji Apgar jako czynnika ryzyka MPD, autorka nie wyjaśnia, dlaczego uwzględniała w badaniach wartość punktową w ostatniej, czyli 10 minucie. Zgodnie z wytycznymi towarzystw naukowych położników i perinatologów istotne znaczenie dla oceny stanu noworodka oraz rokowania ma punktacja także w 1, 3 i 5 minucie. Ponadto, Autorka przytacza wartości średnie punktacji w skali Apgar w 10 minucie (6.86 vs 6,44, ale bez SD) i stwierdza, że „wszystkie noworodki były w stanie *średnim*”, co nie jest zgodne z prawdą, ponieważ dzieci otrzymywały punktacje od 0 -10.

Str 74

Odnosząc się do masy urodzeniowej, autorka przytacza dwie wartości, bez informacji, że są

to średnie, bez podania zakresu tego parametru i odchylenia statystycznego. Stwierdzenie, że „nie stwierdzono związku niskiej masy urodzeniowej z brakiem rozwoju komunikacji werbalnej u dzieci z MPD” nie jest wnioskiem naukowym, nie można łączyć parametru masy ciała z rozwojem mowy bez uwzględnienia całego złożonego związku wielu czynników wpływających na stan neurorozwojowy.

5.3 czynniki mające związek z rozwojem mowy w pierwszych latach życia

Oдноśnie „problemów ze ssaniem”. Autorka stwierdza, że „nie odnotowano istotnej różnicy w obu grupach, *dlatego uznaje się* że problemy ze ssaniem nie mają bezpośredniego związku z rozwojem komunikacji werbalnej u dzieci z MPD”.

Recenzent: „*dlatego uznaje się*” kto tak uznaje? .Bardzo kontrowersyjny, powierzchowny wniosek, ponieważ dysfunkcja mięśni biorących udział w akcie ssania przekłada się na zaburzenia artykulacyjne u dzieci z MPD. Temu zagadnieniu powinna towarzyszyć dyskusja, przytoczenie wyników badań potwierdzających i/lub zaprzeczających tej opinii.

„logopedyczna skala VSS” – powinno być rozwinięcie skrótu, czytelnik nie musi mieć wiedzy z zakresu logopedii

Str 75

Autorka podaje „Nie wykryto związku między karmieniem piersią i rodzajem przyjmowanego pokarmu a rozwojem komunikacji werbalnej u dzieci z MPD”.

Recenzent: Nasuwają się następujące pytania: jaki może być związek tych parametrów z postacią MPD, jak długo trwało karmienie piersią (od- do, średnia, SD), o jaki rodzaj pokarmu chodzi i dlaczego

Oдноśnie pierwszego krzyku po urodzeniu. Nie można rozpatrywać wystąpienia krzyku tylko w korelacji z rozwojem „komunikacji werbalnej” bez analizy przebiegu okresu płodowo-okołoporodowego, postaci MPD, schorzeń współtowarzyszących. Należałoby też przytoczyć dane dotyczące podstaw fizjologicznych pierwszego krzyku

Str 76

Oдноśnie kontaktu wzrokowego. „Kontakt wzrokowy z rodzicem utrzymywało 64% dzieci z grupy werbalnej i jedynie 22% dzieci z grupy niewerbalnej. Wodzenie wzrokiem odpowiednio na poziomie 78%, a w grupie niewerbalnej 25%”

Recenzent: Należy podać znamienność statystyczną. Od jakiego wieku utrzymywał się kontakt wzrokowy? Wniosek Autorki lakoniczny, nie uwzględniający innych zmiennych

„Badania autorki wnoszą nową, dotychczas nie opisaną w literaturze korelację:

Utrzymywanie kontaktu wzrokowego dzieci z MPD i wodzenie wzrokiem za przedmiotem w pierwszych miesiącach życia są czynnikami mogącymi determinować rozwój komunikacji werbalnej u dzieci z MPD”

Recenzent: a jaka jest zależność tych parametrów od poszczególnych postaci MPD, rodzaju i stopnia uszkodzenia mózgu? Ilorazu inteligencji? Wniosek uproszczony, nie poparty dyskusją

Doktorantka cytuje fragment rozdziału z 1997r [77] „poszczególne etapy rozwoju mowy dzieci z MPD *zazwyczaj* są osiągane z opóźnieniem” oraz odsetek dzieci z zaburzeniami mowy na podstawie podręcznika z 1999r [78] i artykułu z 2012 roku [79]. Należało by te wcześniejsze dane porównać z wynikami najnowszych badań.

Str 76/77

Dalej dyskusja zawiera informacje podane w sposób chaotyczny, ograniczone do pojedynczych zdań dotyczące kolejno, m.in.: opóźnienia mowy, wskazywania palcem, głużenia, reakcji na imię, wybiórczości pokarmowej, (ponownie) wskazywania palcem, gaworzenia, nadwrażliwości słuchowej,

Str 77

Autorka pisze: „Badania własne częściowo potwierdzają badania innych autorów (...)”, ale nie cytuje piśmiennictwa. Dalej stwierdza „, jak również *wnoszą fundamentalną* informację: znaczne opóźnienie rozwoju mowy oraz nadwrażliwość słuchowa dzieci z MPD jest czynnikiem wpływającym ujemnie na rozwinięcie komunikacji werbalnej (...)”.

Recenzent: to nie jest nowa, „fundamentalna” informacja. Na temat korelacji między opóźnieniem rozwoju mowy a zaburzeniem komunikacji w późniejszym wieku można znaleźć odpowiednią literaturę. Odnoście nadwrażliwości słuchowej, która występuje w wielu różnych zaburzeniach neurorozwojowych - ten termin powinien zostać zdefiniowany, podana częstość występowania, przedyskutowany ewentualny związek między MPD, zaburzeniami komunikacji a nadwrażliwością słuchową. Czy na podstawie subiektywnej oceny rodziców, bez uwzględnienia innych parametrów, można wyciągać tak daleko idące wnioski?

„Dzieci z MPD mają opóźniony rozwój mowy w porównaniu do zdrowych rówieśników, natomiast nie wykazują regresu wcześniej nabytych umiejętności. (,,)”

Recenzent: z wyników badań Autorki zawartych w tabeli XXVIII na stronie 46 wynika,

że aż u 36 % dzieci „grupy werbalnej” rozpoznawano regres. Temat ten nie został przedyskutowany.

Str 78

„wyniki badań autorki *wykazują prezentują* następujące dane:” wykazują lub prezentują

„czynniki działające pozytywnie na rozwinięcie komunikacji werbalnej u dzieci z MPD to: kontakt z rówieśnikami do 3 roku życia (...)

Recenzent: Doktorantka nie przytacza żadnych badań na ten temat, brak dyskusji

„Czynniki, które okazały się nie mieć związku z rodzajem komunikacji werbalnej u dzieci: (...) postawa akupedyczna rodzica”.

Recenzent: dość kontrowersyjny wniosek, oznaczałoby, że pozostawianie dziecka w kąpielii słownej jest bez znaczenia. To zagadnienie powinno być szeroko przedyskutowane

Dalej:” „ Nie wszystkie wyniki badań są zgodne z doniesieniami innych badaczy.”

Recenzent: ale Autorka nie przytacza doniesień żadnego badacza

Str 80

„ w zestawieniu badań autorów i badań własnych (...)

Recenzent: ale Autorka nie podaje badań żadnych autorów,

„ Badacze są zgodni z badaniami autorki”

Recenzent: zdanie niegrammatyczne. Którzy badacze?

„*Niski status ekonomiczny rodziny z MPD może znacząco wpływać na możliwość korzystania z prywatnej opieki medycznej (...)* co z kolei przyczynić się może do dobrostanu fizycznego, psychicznego i komunikacyjnego dziecka”

Recenzent: chodziło zapewne o *wysoki* status, poza tym zamiast „rodzina z MPD?” powinno być: rodzina posiadająca dziecko z MPD. Stwierdzenie upraszczające zagadnienie, niezręczne

Zdanie „Michalik [4] definiuje mowę (...), ponieważ niepełnosprawność ruchowa determinuje sferę intelektualną (...).” Recenzent: czy zawsze determinuje?.

Str 81

„ilość chorób” – powinno być: liczba chorób.

Akapit 4-ty na temat snu. „sen pełni funkcje regeneracyjną i odżywcza dla organizmu”

Recenzent: to nie są jedyne funkcje snu, warto wymienić pozostałe, np. ważna jest funkcja konsolidacji pamięci. Co oznacza „funkcja odżywcza snu”?

Str 82

„każde dziecko z *zaburzeniami* ma zaburzenia integracji sensorycznej”

Recenzent: dziecko z jakimi zaburzeniami? Zagadnienie nie zostało przedyskutowane

Czynnik „Pomoc specjalistów poza granicami kraju okazał się istotny w odniesieniu do komunikacji werbalnej dzieci z MD (...)”

Recenzent; dlaczego i w jaki sposób ten czynnik okazał się istotny? Nie ma odniesienia do badań autorki. Należałoby przedyskutować, co miałyby mieć wpływ na różnice pomocy specjalistów „poza granicami kraju” a specjalistami w kraju. O jakich specjalistów chodzi Autorce?

W pkt 5.7 pt „Czynniki związane z oceną logopedyczna”

w akapitach dotyczących sprawności narządów artykulacyjnych oraz słuchu fonematycznego Doktorantka nie odnosi się szczegółowo do wyników badań własnych. Lakonicznie podsumowuje ten rozdział „Badania własne potwierdzają doniesienia badaczy (...)”

Ocena rozdziału „DYSKUSJA”

Doktorantka, jak wykazano powyżej nie odnosi się do wszystkich badanych przez Nią parametrów lub odnosi się w sposób niewystarczający, nie konfrontuje ich wystarczająco z wcześniej prowadzonymi badaniami. Brakuje wyczerpującego przedyskutowania uzyskanych wyników badań w kontekście podstawowego celu pracy, jakim było „przedstawienie czynników mających bezpośredni wpływ na rozwój komunikacji werbalnej u dzieci z MPD. Wyniki badań nie udowodniły takiego związku. Większość przytoczonych wyników badań i obserwacji dotyczy ryzyka wystąpienia MPD, a nie bezpośrednio zaburzeń mowy. Nie można rozpatrywać zaburzeń mowy u tych chorych bez ścisłego powiązania zwłaszcza z postacią MPD, etiologią, rozwojem intelektualnym oraz schorzeniami współistniejącymi.

Nie zostało skomentowane szczegółowe potencjalne znaczenie praktyczne uzyskanych wyników. Praca nie została zakończona omówieniem ograniczeń pracy oraz prezentacją jej silnych stron.

WNIOSKI

Doktorantka przedstawiła 6 wniosków, które nie wynikają jednoznacznie z przeprowadzonych badań i nie stanowią odpowiedzi na postawione cele.

Na przykład WNIOSEK 1:

„Zaburzenia słuchu, niedostateczna stymulacja, opóźnienia mowy w pierwszych latach życia dziecka mogą być czynnikami determinującymi brak rozwinięcia się komunikacji werbalnej u dzieci z MPD”.

Recenzent: „*Zaburzenia słuchu*” – jak zaburzenia słuchu wpłynęły na rozwój komunikacji u badanych pacjentów?

„*niedostateczna stymulacja*” – Doktorantka nie wyjaśnia, jaka byłaby dostateczna stymulacja?,

Jeśli rozwój mowy był „*opóźniony w pierwszych latach życia dziecka*” to dlaczego dziecko znalazło się w grupie niewerbalnej? regres? czy w grupie „dzieci werbalnych” nie było opóźnienia mowy?

BIBLIOGRAFIA

liczy 116 pozycji opublikowanych między 1997 – 2022 rokiem, w tym:

1. Polskojęzycznych – 78, anglojęzycznych o zasięgu międzynarodowym – 38
2. Z ostatnich 10 lat – 60

3. Struktura bibliografii:

prace oryginalne..... 30/116 (26%)
prace poglądowe, przeglądowe.... 34 /116 (29%)
Metaanalizy2
Praca doktorska..... 1
Podręczniki, rozdziały..... 46 /116 (40%)

Piśmiennictwo - pozycja:

[23] - brak roku opublikowania

[55]- powinien być rok 2020, a nie 2021

[66, 66] - dwie różne pozycje z tym samym numerem

[89 i 90] - ta sama pozycja

Piśmiennictwo składa się w 40% z podręczników , w 26% z prac poglądowych i przeglądowych.

Publikacje oryginalne stanowią 26%, ich wyniki nie zostały w pełni wykorzystane we Wstępie jak i Dyskusji.

OCENA KOŃCOWA

Odnosnie aktywności naukowej Doktorantki, z analizy Bibliografii publikacji pracowników Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wynika, że mgr Karolina Milewska była pierwszym autorem jednej pracy pogładowej i 3 rozdziałów- o łącznej punktacji MNiSW wynoszącej 100, bez Impact Factor. Z tego wynika, że niniejsza rozprawa jest pierwszą pracą oryginalną Doktorantki, co może wyjaśniać brak jeszcze umiejętności samodzielnego prowadzenia pracy badawczej.

W świetle wymogów stawianych pracom na stopień doktora stwierdzam, że przedłożona mi do recenzji praca doktorska mgr Karoliny Milewskiej pt: „ Analiza czynników determinujących rozwój komunikacji werbalnej u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym” nie spełnia warunków określonych w art.13. ust1 ustawy z dnia 14 marca 2013 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach naukowych i tytule naukowym w zakresie sztuki (Dz.U.2017 poz.1789).

□

