Katowice 13.03.2022 r.

mgr Ewa Bartelmus
Katedra Fizjoterapii w Dysfunkcjach
Narządu Ruchu i Medycyny Sportowej
Akademia Wychowania Fizycznego
im. Jerzego Kukuczki w Katowicach

Sz. P.

Prof. dr hab. n. med. Joanna Skręt-Magierło

Kolegium Nauk Medycznych

Uniwersytet Rzeszowski

Odpowiedź na recenzję rozprawy doktorskiej

Szanowna Pani Profesor,

na wstępie chciałabym bardzo serdecznie podziękować Pani Profesor za poświęcony czas, wnikliwą oceną mojej rozprawy doktorskiej oraz wszystkie uwagi, które są dla mnie niezwykle ważne. Sugestie zawarte przez Panią Recenzent pozwolą udoskonalić w przyszłości moje prace naukowe. Dziękuję bardzo za zaznaczenie przez Panią Profesor oryginalności problemu badawczego oraz wyeksponowanie faktu, że prowadzenie badań, jak i ich ocena odbywała się na wielu płaszczyznach, a wyłaniające się na ich podstawie wnioski dostarczyły bezcennych informacji, mogących posłużyć klinicystom zajmującym się tą grupą pacjentek w doborze odpowiednich narzędzi diagnostycznych oraz terapeutycznych wspierających pozytywną kondycję psychofizyczną kobiet po porodzie. Dziękuję również za całościową ocenę pracy, która skłoniła Panią Recenzent do jednoznacznego wniosku o jej wyróżnienie.

W pierwszej kolejności pragnę ustosunkować się do uwagi Pani Profesor związanej z użytymi przeze mnie, niedostatecznie precyzyjnie oddającymi obserwowaną rzeczywistość sformułowaniami, takimi jak „nierównowaga hormonalna" oraz „rozregulowanie hormonalne". Zestawiłam omawianą w dysertacji grupę uczestniczek będących w połogu do kobiet, których proces ciąży, porodu i połogu nie dotyczył. Oczywiście takie zestawienie jest niewłaściwe. Jak

słusznie Pani Profesor zaanonsowała w mojej recenzji, kobiety po porodzie posiadają swoisty dla nich *fizjologiczny* status hormonalny. Zmiany dotyczą hormonów, ich receptorów, białek wiążących i antagonistów. Nie mniej, część kobiet wydaje się „bardziej wrażliwa" na te właśnie fizjologiczne zmiany hormonalne, co predysponuje je do występowania w różnym stopniu nasilonych poporodowych zaburzeń emocjonalnych (Jankowska i Woźniak 2020).

Oczywiście poza omawianą kwestią wpływu hormonów na proces transformacji emocjonalnej w przedmiotowym okresie życia, popieram również zdanie Pani Profesor, jakoby zmiany te mogły wynikać z indywidualnych cech osobowościowych samych pacjentek. W celu przyjrzenia się bliżej temu zjawisku zasadne będzie zastosowanie w kolejnych badaniach kwestionariuszy idiograficznych, na przykład Goal Attainment Scaling, który został przez Panią Profesor zarekomendowany w recenzji.

Słusznie została poruszona przez Panią Recenzent kwestia zbyt mało rozwiniętej tematyki wpływu oksytocyny na stan emocjonalny kobiet po porodzie. Neuropeptyd ten (Talarowska i wsp. 2018) pełni aktywną funkcję między innymi w procesie kurczenia się macicy, indukuje powstawanie i wypływ pokarmu oraz istotne z perspektywy podjętych przeze mnie badań oceniających transformację emocjonalną u kobiet po porodzie fizjologicznym, wpływa na struktury Centralnego Układu Nerwowego kontrolujące emocjonalne przemiany kobiet po porodzie. Układ limbiczny, bo o nim właśnie mowa, bogaty jest w oksytocynę i jej receptory, które zlokalizowane są przede wszystkim: w ciele migdałowatym, hipokampie, jądrze półleżącym, jądrze grzbietowym nerwu błędnego oraz w grzbietowej części zakrętu obręczy oczodołowej (Mottolese i wsp. 2014, Pohl i wsp. 2019). Oksytocyna aktywująca układ limbiczny wywiera między innymi wpływ na tworzenie się więzi emocjonalnej pomiędzy matką a dzieckiem, posiada działanie przeciwlękowe, poprawia umiejętności związane z komunikacją społeczną oraz wspomaga działanie układu odpornościowego. Te i wiele innych pozytywnych wpływów oksytocyny na organizm kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu odnajdujemy bogato opisane w literaturze naukowej (Kirsh 2015, Samuel i wsp. 2015, Talarowska i wsp. 2018). Tak jak Pani Profesor celnie zauważyła, dysertacja wiele by zyskała, gdyby była wzbogacona o te właśnie informacje, co zostanie poczynione w trakcie przygotowania pracy do publikacji.

Korekty wymaga również niezręcznie użyte w pracy sformułowanie, jakoby kontakt dotykowy wywierał pozytywny wpływ na *skuteczność* karmienia piersią. Oczywiście zgodnie z uwagą zawartą w recenzji, kontakt dotykowy wpływa na prawidłowy *proces* karmienia piersią.

Obawy Pani Profesor dotyczące faktu, czy pacjentki z grupy kontrolnej nie wprowadzały zintensyfikowanego kontaktu dotykowego z dzieckiem w formie masażu były także moimi. Dlatego też ten aspekt był monitorowany. Zarówno podczas analizy dzienniczka obserwacji, jak również po zakończonej procedurze badania podczas kontaktu telefonicznego lub bezpośredniego. W przypadku, gdy kobiety zakwalifikowane do Projektu 1 zdecydowały się, pomimo wcześniejszej deklaracji, na wykonywanie masażu, fakt ten był podstawą do wykluczenia ich z dalszych działań. Taka sama sytuacja miała miejsce, gdy ciąża była zagrożona przedwczesnym porodem, pacjentka lub jej dziecko po porodzie znalazło się w niekorzystnej sytuacji zdrowotnej, kobiety nie otrzymywały wsparcia ze strony najbliższego otoczenia między innymi partnera, znajdowały się w trudnej sytuacji materialnej. Te i inne czynniki uwzględnione w kryteriach wyłączania, spowodowały wykluczenie z dalszych etapów postępowania, co przyniosło widoczną i udokumentowana w pracy różnice ilości uczestniczek przyjętych do projektów, a finalną liczbą kobiet, które te projekty ukończyły.

Poruszana kwestia przez Panią Recenzent, odnośnie faktu powstania zasad masażu Shantali na podstawie obserwacji spontanicznego kontaktu dotykowego matki z dzieckiem odnosi się do kultury wschodniej, gdzie faktycznie masaż traktuje się jako formą spontanicznego kontaktu, tradycję kontynuowaną w domach rodzinnych pomiędzy bliskimi. Pierwsze wzmianki w literaturze potwierdzające ten fakt, sięgają roku 2760 p.n.e. (Mitzel-Wilkinson 2000). Natomiast kultura zachodnia traktuje masaż dziecka jako celowe działanie służące jego poprawie kondycji psychofizycznej, a wykonywane techniki są zwykle przekazywane przez wykwalifikowanych terapeutów i sięga po nie niewielki odsetek populacji kobiet (Cooke 2015).

Kolejna kwestia poruszona przez Panią Profesor, do której chciałabym się odnieść, dotyczy dobra kobiet uczestniczących w projektach i struktury tejże grupy. Faktem jest, że obecnie współczynnik porodów fizjologicznych z roku na rok się zmniejsza, czyniąc tę grupę kobiet mniej reprezentatywną, jak zostało to wyeksponowane w recenzji. Według ostatnich danych opublikowanych na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia dotyczących procentu porodów operacyjnych w Polsce na początku lat 90 odnotowano 16%, w 2000 – 19,6%, w 2010 – 33,9%. Obecnie w siedmiu województwach ilość cięć cesarskich przekroczyła wspomniany przez Panią Recenzent próg 50%. Zjawisko rosnącego trendu cięć cesarskich oraz skutków jakie wywołuje ten typ porodu dla matki i dziecka, szerzej zostały opisane w Rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczących cięć cesarskich. Analiza wspomnianego nurtu monitorowana przez Wielgoś i wsp. (2018), jest mi znana i z pewnością

warta szczegółowego zapoznania się przez klinicystów zajmujących się kobietami w okresie ciąży, porodu i połogu.

Kontynuując powyższy wątek, dokonany przeze mnie wybór grupy badawczej (kobiety po porodzie fizjologicznym) argumentuje możliwością szybszego zaangażowania kobiet po porodzie w czynności związane z pielęgnacją dziecka i masażem. Pionizacja pacjentki dwie godziny po porodzie, brak konieczności farmakologicznego wsparcia w przypadku niepowikłanego porodu fizjologicznego, mniejsza ilości potencjalnych powikłań podczas połogu, krótszy w porównaniu z pacjentkami po cięciu cesarskim czas przebywania na oddziale, pozwolił tym właśnie kobietom sprawnie fizycznie się aktywizować, a tym samym podjąć działania masażu dziecka nie później niż w 3 dobie po porodzie.

Mam nadzieję, że odpowiedziałam na najistotniejsze kwestie zaznaczone przez Panią Profesor w recenzji. W podsumowaniu jeszcze raz pragnę podziękować za wszelkie życzliwe uwagi, podkreślenie walorów poznawczych i aplikacyjnych pracy oraz za konstruktywne uwagi krytyczne.

Przepraszam za wszelkie niedopatrzenia z mojej strony, które wystąpiły w dysertacji, takie jak błędy językowe i stylistyczne. Dołożę wszelkich starań, aby w przyszłości wykazywać się jeszcze większą starannością i dokładnością w pisaniu prac naukowych.

Z wyrazami szacunku

Ewa Bartelmus

Bibliografia

1. Cooke A. (2015). Infant massage: The practice and evidence-base to support it. British Journal of Midwifery. Vol 23. No 3: 166-170.
2. Jankowska K., Woźniak PA. (2020). Hormonalne uwarunkowania depresji poporodowej. Widza Medyczna. Vol 2. No 2: 43-51.
3. Kirsch P.(2015). Oxytocin in the socioemotional brain: implications for psychiatric disorders. Dialogues In Clinical Neuroscience. 17: 463-476.
4. Mitzel-Wilkinson A. (2000). Massage therapy as nursing practice. Holistic Nursing Practice. 14(2): 48-56.
5. Mottolese R., Redouté J., Costes N., Le Bars D., Sirigu A (2014). Switching brain serotonin with oxytocin. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 111: 8637-8642.
6. Pohl TT., Young LJ., Bosch OJ. (2019). Lost connections: Oxytocin and the neural, physiological, and behavioral consequences of disrupted relationships. International Journal of Psychophsiology. Vol. 136: 54-53.
7. Samuel S., Hayton B., Gold I., Feeley N., Carter CS., Zelkowitz P. (2015). Maternal mental health moderates The relationship between oxytocin and interactive behavior. Infant Mental Health Journal. Vol. 36: 415-426.
8. Talarowska ME., Maruszewska P., Staroń E., Gałecki P. (2018). Oksytocyna – socjalny neuropeptyd. Czy ma znaczenie w teorii neurorozwojowej depresji? Neuropsychiatria i Neuropsychologia. 13, 2: 65-74.
9. Wielgoś MI., Bomba-Opoń D., Bręborowicz GH., Czajkowski K., Dębski R., Leszczyńska-Gorzelak B., Oszukowski P., Radowicki S., Zimmer M. (2018). Recommendations of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians regarding caesarean sections. Ginekologia Polska. Vol. 89 (11): 644-657.