

Odpowiedzi na uwagi zawarte w recenzji Pana dr hab. Dariusza Muchy prof. AWF

Kraków

Chciałbym bardzo podziękować Panu Profesorowi za bardzo wnikliwą analizę mojej pracy, a także bardzo cenne uwagi krytyczne zawarte w recenzji.

Na początku mojej pracy został zamieszczony rozdział dotyczący opisu skrótów wykorzystanych na łamach mojej rozprawy. Pragnę zgodzić się z Panem Profesorem, że są one powszechnie znane, a stworzenie dla nich specjalnego rozdziału jest zbyteczne, za co bardzo przepraszam.

Pragnę bardzo przeprosić za poziom literacki mojego opracowania, w którym faktycznie popełnione błędy obniżyły wartość pracy na poziomie językowym. Zarówno Wstęp, Materiał i metody oraz Dyskusja zostały ponownie dokładnie przeanalizowane i skorygowane pod kątem stylistycznym, interpunkcyjnym oraz redakcyjnym, by reprezentować poziom godny rozprawie doktorskiej.

Zgodnie z preferencjami Pana Profesora dotyczącymi określenia „parametru” – został on zamieniony na „wskaźnik funkcjonalny” zarówno w rozdziale „Cel badań oraz pytania i hipotezy badawcze” znajdujący się na stronie 15 autoreferatu, jak i w każdej części opracowania, która wymagała skorygowania tejże nomenklatury.

Biorąc pod uwagę wątpliwości Pana Profesora dotyczące ograniczeń wiekowych w doborze pacjentów do badania, pragnę przytoczyć kilka argumentów, dlaczego postąpiłem w ten właśnie sposób. Pierwszym z nich są rygorystyczne kryteria włączenia i wykluczenia, dokładnie opisane na stronie 17 autoreferatu, które istotnie ograniczają kwalifikację odpowiedniej liczby uczestników, którzy byłiby w stanie sprostać wymaganiom projektu. Drugim argumentem jest fakt, że inni autorzy również pozwolili sobie na rekrutację pacjentów bez ram wiekowych. Jednym z nich jest cytowany także w opracowaniu na stronie 7 oraz 60 autoreferatu Sahar Abdalbary. Autor w swoim artykule pt. „*Foot Mobilization and Exercise Program Combined with Toe Separator Improves Outcomes in Women with Moderate Hallux Valgus at 1-Year Follow-up A Randomized Clinical Trial*” także nie zawarł informacji dotyczących obostrzeń wiekowych. Nie mniej jednak, nie sposób nie zgodzić się z Panem Profesorem, że jest to aspekt, który powinien zostać wprowadzony jako jeden z kryteriów doboru pacjentów do badań.

W podrozdziale 3.4. na stronie 30 autoreferatu niewystarczające opisy dotyczące wyznaczenia kątów Clarke'a oraz AL zostały uzupełnione. Odwołując się do opisu ryciny 35

znajdującej się na stronie 42, zgodzę się z Panem Profesorem, że opis posiada błąd: pacjent stoi tyłem do kozetki, a nie jak zamieściłem w opisie – do krzesła. Pragnę zaznaczyć, że opis dotyczący ryciny 32 znajdującej się na stronie 39, jest opisem prawidłowym, natomiast sama fotografia bez znajomości przytoczonego ćwiczenia może stwarzać problem interpretacyjny. Jest bowiem możliwe utrzymanie pozycji tyłopochylenia miednicy przy ruchu pochylenia tułowia, natomiast wymaga to bardzo dużej kontroli kierunku, bądź pomocy fizjoterapeuty wzbogaconej o *biofeedback*.

Chciałbym odnieść się do błędów popełnionych przy obliczeniach statystycznych dotyczących wskaźnika Wejsfloga, kąta Clarke'a, oraz AL. Słusznie Pan Profesor zauważył, że dane zawarte w powyższych tabelach są „zaskakujące” i takie błędy nie powinny mieć miejsca. Niestety muszę przyznać, że te nieścisłości zostały przeze mnie przeoczone na poziomie transferu danych pomiędzy oprogramowaniami. Nie mniej jednak dane zostały ponownie pobrane z najwyższą starannością, poddane analizie statystycznej oraz uzupełnione o jednostki. Poprawione tabele znajdują się odpowiednio na stronach: 53, 55 oraz 56 autoreferatu. Za całą sytuację najmocniej Pana Profesora przepraszam.

Zgodnie z prośbą Pana Profesora postaram się wyjaśnić zawarte informacje ze strony 61. Jest to opis wyników dotyczących objawów bólowych zaczerpnięty z artykułu pt. „*Manual and manipulative therapy compared to night splint for symptomatic hallux abducto valgus: An exploratory randomised clinical trial*”. Całe badanie zostało podzielone na cztery pomiary: przed rozpoczęciem terapii, po 4 spotkaniach, follow-up po tygodniu oraz po miesiącu od zakończenia terapii. Dane zapisane w formie procentowej prezentują średnią wartość odczuwalnego bólu dla całej grupy badanej bądź kontrolnej w danym pomiarze i w takiej formie zostały przytoczone w artykule źródłowym.

Raz jeszcze bardzo przepraszam, za błędy językowe oraz redakcyjne mojej rozprawy, zdecydowanie przy kolejnych publikacjach będę starał się zwracać bacniejszą uwagę na te jakże istotne elementy. Bardzo dziękuję również za pozytywną opinię mojej dysertacji.