

PAULINA KRZESZEWSKA

Uniwersytet Śląski w Katowicach,  
Wydział Humanistyczny

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2222-3726>

## Praktyka oparta na dowodach w postępowaniu logopedycznym

---

### Evidence-Based Practice (EBP) in Speech-Language Therapy

#### STRESZCZENIE

Praktyka oparta na dowodach (ang. *evidence-based practice* – EBP) winna ze sobą łączyć: kompetencje kliniczne, dane z badań naukowych oraz preferencje osoby obejmowanej terapią. W toku postępowania terapeutycznego, po wnikliwym zbadaniu pacjenta, uwzględni ona następujące kroki, nazwane w artykule formułą „5Z”: zadać pytanie kliniczne, zdobyć dowody naukowe, zaopiniować zgromadzone dowody, zastosować wnioski do terapii i zweryfikować wdrożoną na podstawie dowodów strategię.

Celem artykułu jest opisanie idei praktyki opartej na dowodach naukowych w logopedii oraz jej mocnych i słabych stron w konfrontacji z rzeczywistością.

Przedstawiono znaczenie kluczowych elementów, na które składa się charakteryzowany paradygmat, hierarchię dowodów naukowych, źródła wyników wiarygodnych badań istotnych dla logopedii, jak również etapy postępowania logopedycznego według kryteriów EBP.

Zgromadzone wnioski do działań praktyków i badaczy mogą stanowić przyczynek do rozwijania praktyki opartej na dowodach w polskiej logopedii.

**Słowa kluczowe:** praktyka oparta na dowodach, terapia logopedyczna, postępowanie logopedyczne

#### SUMMARY

Evidence-based practice (EBP) is supposed to integrate: Clinical Expertise, External Clinical Evidence and Patient Preferences. In the process of speech-language therapy after precise clinical assessment it refers to following steps, named in literature ‘5A’ formula: ask clinical question,

acquire evidences, appraise the evidences, apply the strategy based on gathered evidenced, assess results from the incorporated strategy.

The aim of the article is to describe the idea of evidence-based practice in speech-language pathology and its strengths and weaknesses in confrontation with reality.

There have been essential elements of EBP presented, as well as hierarchy of evidence, sources of evidence-based publications which are important for speech-language pathology, and speech-language therapy steps according to EBP criteria.

Conclusions for clinicians and researchers may contribute to development of evidence-based practice in Polish speech-language pathology.

**Key words:** evidence-based practice, speech-language therapy, speech-language pathology

## WPROWADZENIE

Zanim w literaturze charakteryzowano praktykę opartą na dowodach naukowych (ang. *evidence-based practice* – EBP), badacze wprowadzili zagadnienie medycyny opartej na dowodach (ang. *evidence-based medicine* – EBM). W latach 90. ubiegłego wieku opublikowano pierwsze artykuły charakteryzujące ten paradygmat (Eddy 1990; Sackett i in. 1996, 1997), który rozwijany jest do dziś i rozwijany najpewniej będzie w przyszłości.

To, co w anglojęzycznej literaturze przedmiotu znajdujemy pod hasłem *evidence-based medicine*, w polskich publikacjach funkcjonuje jako: „medycyna oparta na dowodach”, „medycyna oparta na faktach”, „ewaluacja badań medycznych”, „praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach” – POWAP (Jaeschke i in. 1999). Ostatnie tłumaczenie jest promowane przez Polski Instytut Evidence-Based Medicine (Gajewski i in. 2003).

Ideą medycyny opartej na faktach jest wykorzystywanie wyników badań zewnętrznych do podejmowania decyzji klinicznych, z uwzględnieniem systemu wartości pacjenta oraz umiejętności oraz ekspertyzy klinicznej wynikającej z wiedzy i doświadczenia klinicznego lekarza. Medycyna oparta na faktach jest więc sumiennym, krytycznym i rozsądnym wykorzystaniem wyników najlepszych badań do podejmowania decyzji w sprawie każdego pacjenta w sposób zindywidualizowany (Sackett i in. 1996, 1997).

American Speech-Language Hearing Association – ASHA – podobnie ujmuje EBP, tzn. jako „integrację: (a) kompetencji klinicznych (ang. *Clinical Expertise*), (b) danych z badań zewnętrznych (ang. *External Clinical Evidence*) oraz (c) preferencji pacjenta (ang. *Patient Preferences*), w celu zapewnienia wysokiej jakości usług, odpowiadających dobru, potrzebom, wartościom i wyborom jednostki, dla której świadczy się usługi” (ASHA 2004). Należy przy tym pamiętać, że logopedia, jako nauka młoda, wymaga wyjątkowego ujęcia tego paradygmatu.



Rycina 1. Elementy kluczowe praktyki opartej na dowodach naukowych  
Źródło: ASHA 2004.

Ograniczona liczba publikacji, na podstawie których można identyfikować skuteczne i potwierdzone naukowo strategie postępowania logopedycznego, zobowiązuje logopedów do systematycznego weryfikowania efektywności podejmowanych strategii terapeutycznych. Jednocześnie oczekuje się monitorowania najnowszych doniesień naukowych, jak również uwzględniania nadmienionych już preferencji, wartości i możliwości pacjenta oraz jego opiekunów.

Opis integrowania tych działań wymaga w pierwszej kolejności scharakteryzowania każdej części z osobna.

## IDEA PRAKTYKI OPARTEJ NA DOWODACH

### **Kompetencje kliniczne** (ang. *Clinical Expertise*)

Definiując termin *Clinical Expertise*, autorzy wskazują: „biegłość i ocenę sytuacji, które nabywane są wraz z doświadczeniem klinicznym oraz praktyką” (Sackett i in. 1996). Można zatem wyróżnić dwa kluczowe dla tego zagadnienia aspekty: określone umiejętności oraz doświadczenie zawodowe klinicysty.

Dlatego też, pomimo bezpośredniego tłumaczenia na język polski: ang. *clinical expertise* – „ekspertyza kliniczna” – autorka niniejszych słów przychyliła się bardziej do formuły: „kompetencje kliniczne”. *Słownik języka polskiego* PWN definiuje ekspertyzę jako: „specjalistyczne badanie przeprowadzane przez

ekspertów; też: wynik tego badania”, kompetencje natomiast jako: „zakres czyjejś wiedzy, umiejętności i doświadczenia”<sup>1</sup>. Jeżeli więc przyjrzeć się wyjaśnieniu angielskiego terminu *Clinical Expertise*, wydaje się on znacznie bliższy znaczenia polskich „kompetencji klinicznych”. Nie sam wynik specjalistycznego badania, a właśnie wiedza, umiejętności i doświadczenie kliniczne pozwalają na wykonanie rzetelnej diagnozy, a następnie na prowadzenie efektywnej terapii w myśl założeń praktyki opartej na dowodach.

ASHA (2005) precyzuje, jakimi umiejętnościami powinien się wykazywać logopeda pracujący w nurcie praktyki opartej na faktach. Wśród nich wymieniono:

- rozpoznanie potrzeb, możliwości, wartości, preferencji i zamiarów pacjentów, którzy są obejmowani terapią oraz ich rodzin, a następnie ich integrowanie z wiedzą naukową,
- ocena procedur i protokołów diagnostycznych czy przesiewowych oraz identyfikacja wartościowych (według kryteriów EBP) narzędzi,
- przygotowywanie, monitorowanie, ocena wydajności i efektywności, dokumentowanie i analizowanie zarówno celów, procedur, strategii terapeutycznych, jak również postępów w terapii (z uwzględnieniem kryteriów EBP),
- doskonalenie zawodowe, uwzględniające poszerzanie wiedzy o EBP,
- monitorowanie źródeł rzetelnych badań naukowych oraz wyszczególnionych w nich implikacji do praktyki klinicznej,
- ocena jakości dowodów naukowych, prezentowanych w czasopismach naukowych, podręcznikach, oferowanych kursach i szkoleniach doskonalących,
- włączanie implikacji z badań naukowych do prowadzonego postępowania logopedycznego.

Kompetencje zakładają najlepszą wiedzę i umiejętności w zakresie: diagnozowania, prowadzenia terapii, doskonalenia zawodowego, regularnej lektury fachowych publikacji, krytycznego zapoznawania się z danymi z badań naukowych i wytycznymi oraz zdolność do implementowania wniosków z tychże badań do praktyki klinicznej. Należy zatem wiedzieć, gdzie szukać rzetelnych źródeł wiedzy i jakie publikacje mają największą wartość naukową, aby później móc je wdrażać do postępowania logopedycznego.

#### **Dane z badań naukowych** (ang. *External Clinical Evidence*)

Drugą komponentą praktyki opartej na dowodach są dane z najnowszych i najlepszych badań naukowych. Również w przypadku tłumaczenia tego elementu EBP autorka artykułu nie proponuje dosłownego przekładu, który odnosi się

<sup>1</sup> *Słownik języka polskiego* PWN - <https://sjp.pwn.pl/>. – ostatnie wejście 22.05.2020 r.

do „klinicznych dowodów z badań zewnętrznych”. Wynika to z coraz częściej promowanego uwzględnienia zarówno wyników badań zewnętrznych, jak i wewnętrznych w EBP, co zostanie przybliżone w dalszej części artykułu.

Od logopedy pracującego w niniejszym paradygmacie oczekuje się konsekwentnego śledzenia najnowszych doniesień naukowych, umiejętności krytycznej oceny wartości tychże prac, jak również inkorporowania wniosków i implikacji do codziennej praktyki logopedycznej. Konieczna jest więc wiedza o tym, jakiego rodzaju publikacje mają najwyższą wartość naukową, gdzie takowych szukać, a także jak wdrażać wynikające z nich konkluzje do swojej pracy.

Hierarchia badań naukowych jest wyznaczana według stopnia wiarygodności oraz ryzyka błędu w wynikach badań. Często przedstawiana jest w formie piramidy, u której podstawy znajduje się największa liczba dostępnych publikacji, których wiarygodność według kryteriów EBP jest najniższa. Na szczycie natomiast mieszczą się prace o największej wiarygodności, najniższym ryzyku błędu, a których liczebnie jest najmniej.

W kolejności od najbardziej do najmniej wiarygodnych w kontekście EBP T. Greenhalgh (2010) uporządkował kategorie publikacji naukowych<sup>2</sup>:

1. Przegląd systematyczny – „jakościowy przegląd wszystkich badań dotyczących tego samego pytania klinicznego, z użyciem odpowiednich metod zmniejszających błąd systematyczny” i meta-analiza – „ilościowa synteza wyników badań dotyczących tego samego pytania klinicznego za pomocą odpowiednich metod statystycznych”.
2. Randomizowane badanie kontrolne – „badanie interwencyjne, w którym pacjentów przydziela się losowo do grupy eksperymentalnej poddawanej ocenianej interwencji albo do grupy kontrolnej, a następnie obserwuje występowanie określonych punktów końcowych. Ten rodzaj badań jest szczególnie przydatny do oceny skuteczności i bezpieczeństwa interwencji profilaktycznych i leczniczych, i uznawany za najbardziej wiarygodny”.
3. Badanie kohortowe – „badanie obserwacyjne, w którym ocenia się wystąpienie określonego punktu końcowego w grupach (kohortach) osób narażonych i nienarażonych na dany czynnik/interwencję, u których ten punkt końcowy na początku obserwacji nie występował”.
4. Badanie kliniczno-kontrolne – „badanie obserwacyjne, w którym poszukuje się związku między daną ekspozycją a wystąpieniem określonego punktu końcowego, porównując odsetek narażonych w grupie osób, u których punkt końcowy wystąpił, z ekspozycją w odpowiednio dobranej grupie osób kontrolnych, u których punkt końcowy nie wystąpił”.

---

<sup>2</sup> Definicje podano na podstawie tłumaczenia pojęć przez *Polski Instytut Evidence-Based Medicine* – <http://ebm.org.pl/show.php?aid=15739> – ostatnie wejście 30.12.2020 r. – oraz za Hering (2015).

5. Studium przypadku i opis serii przypadków – „pojedyncze doniesienie, które pozbawione jest grupy kontrolnej. Może sygnalizować istotny problem kliniczny, który stanie się przedmiotem dalszych zaawansowanych badań”.

Najwyżej oceniane są przeglądy systematyczne, meta-analizy oraz randomizowane badania/próby kontrolne, z czego większość to artykuły z angielskich czasopism naukowych. Winno być to motywacją do pogłębiania stanu wiedzy polskich logopedów nie tylko na podstawie rodzimej literatury przedmiotu – w której publikacji z wymienionych kategorii jest jeszcze niewiele – ale również opracowań zagranicznych. Dzięki internetowemu dostępowi do wielu wartościowych źródeł logopedzi na całym świecie mają możliwość śledzenia najnowszych wyników badań prowadzonych w kraju i za granicą.

Jednym z najważniejszych tego rodzaju źródeł publikacji, w którym również można znaleźć pozycje z zakresu logopedii, jest Biblioteka Cochrane. „Przeglądy Cochrane to przeglądy systematyczne badań oryginalnych dotyczących opieki i polityki zdrowotnej”<sup>3</sup>.

Druga baza to National Center for Biotechnology Information Search database, nazywana w skrócie PubMed. „PubMed® zawiera ponad 30 milionów cytatów dla literatury biomedycznej z MEDLINE (U.S. National Library of Medicine® – NLM), czasopism poświęconych naukom o życiu oraz książek online”<sup>4</sup>.

Kolejne materiały gromadzi American Speech-Language Hearing Association – ASHA. Na stronie Stowarzyszenia można znaleźć wytyczne do prowadzenia terapii oraz przeglądy systematyczne – ASHA’s Systematic Reviews<sup>5</sup> – jak również bazę artykułów prezentujących wyniki badań w oparciu o paradygmat EBP – ASHA’s Evidence Maps<sup>6</sup>.

Godna uwagi jest australijska baza artykułów, poświęcona wytycznym do diagnozy i terapii logopedycznej z uwzględnieniem paradygmatu EBP – speechBITE. Od klasycznych wyszukiwarek artykułów naukowych speechBITE odróżnia to, że po wpisaniu hasła kluczowego od razu podane są informacje, jakiego rodzaju jest to praca naukowa – czy to przegląd systematyczny, czy meta-analiza, czy randomizowane badanie kontrolne<sup>7</sup>.

---

<sup>3</sup> *Cochrane Library* – <https://www.cochranelibrary.com> – ostatnie wejście 22.05.2020 r.

<sup>4</sup> *National Center for Biotechnology Information* – <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> – ostatnie wejście 22.05.2020 r.

<sup>5</sup> *ASHA’s Systematic Reviews* – <https://www.asha.org/Research/EBP/EBSRs/> – ostatnie wejście 22.05.2020 r.

<sup>6</sup> *ASHA’s Evidence Maps* – <https://www.asha.org/MapLanding.aspx?id=8589947062> – ostatnie wejście 22.05.2020 r.

<sup>7</sup> *speechBITE* – <https://speechbite.com/> – ostatnie wejście 22.05.2020 r.

Wytyczne do pracy z pacjentami z uszkodzeniami neurologicznymi można wyszukać w bazie Academy of Neurologic Communication Disorders and Sciences – ANCDs<sup>8</sup>. Przeglądy dotyczące diagnozy i terapii wybranych zaburzeń mowy znalazły również swoje miejsce w bazie Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ<sup>9</sup>.

To kilka kluczowych źródeł, których znajomość umożliwia sprawne i systematyczne aktualizowanie wiedzy dotychczas pozyskanej. Szybki dostęp do rzetelnych baz danych przybliży logopedę do codziennego wykorzystywania najnowszych i najlepszych wyników badań naukowych w podejmowaniu decyzji odnośnie do procedury diagnostycznej czy wybieranej strategii terapeutycznej.

Nie oznacza to nieprzydatności takich prac jak studium przypadku czy przegląd piśmiennictwa. Tego rodzaju publikacje również poszerzają wiedzę na temat diagnozy i terapii, co było już sygnalizowane w literaturze przedmiotu (Langdon i in. 2015). Pod warunkiem jednak, że potrafimy krytycznie te artykuły czytać. W gabinecie prowadzimy postępowanie indywidualne, nie całej populacji, dlatego też praca będąca bliżej podstawy niż szczytu piramidy dowodów naukowych może także dostarczyć strategii efektywnych dla tego jednego pacjenta.

Warto przy tym podkreślić, iż nawet strategia terapeutyczna, która uzyskała pozytywne wyniki w badaniach naukowych danej populacji, musi zostać zweryfikowana w toku postępowania logopedycznego danego pacjenta. Jej efektywność bowiem jest zależna od wielu czynników, w tym osobniczych, które mogły być nieuwzględnione w metodologii konkretnego badania. Czynniki te mogą sprawić, że strategia A nie przyniesie oczekiwanych skutków, co potwierdzi ewaluacja postępów terapii. W takim wypadku, jeżeli nasza najlepsza wiedza wskazuje na to, że dany pacjent może skorzystać ze strategii B, nie należy jej nie wprowadzać tylko ze względu na to, że nie opisano jej w randomizowanym badaniu kontrolnym czy metaanalizie. D. Pluta Wojciechowska (2019, 136) wskazała, że jeżeli specjalista nie znajduje doświadczonego potwierdzenia efektywności danej strategii, należy odwołać się do metodycznego oraz logicznego uzasadnienia jej zastosowania. Jeśli więc takie znajdujemy wobec strategii B i ją wdrażamy, należy wciąż pamiętać o ponownej weryfikacji, czy dzięki niej efektywność terapii logopedycznej wzrasta.

### **Preferencje pacjenta (ang. *Client Preferences*)**

Pierwsze definicje EBM nie zaznaczały tak wyraźnie preferencji, wartości czy wyborów pacjenta, jak te najnowsze. Początkowe opracowania D. Sacketta

---

<sup>8</sup> *Academy of Neurologic Communication Disorders and Sciences* – <https://www.ncnds.org/evidence-based-clinical-research> – ostatnie wejście 22.05.2020 r.

<sup>9</sup> *Agency for Healthcare Research and Quality* – <https://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/> – ostatnie wejście 22.05.2020 r.

i współautorów (1996, 1997) koncentrowały się wokół wyznaczania drogi leczenia bardziej niż wspólnym podejmowaniu decyzji. Drugie podejście jest obecnie preferowane i promowane (Roulstone 2011).

Dzisiejsze rozumienie uwzględniania preferencji pacjenta/klienta, systemu wartości oraz jego oczekiwań oznacza udostępnienie informacji o wszystkich możliwościach oraz potencjalnych zagrożeniach, związanych z postępowaniem terapeutycznym. Zgodnie z paradygmatem EBP podanie pacjentowi dowodu na efektywność danej procedury umożliwia wspólne podjęcie decyzji co do dalszego postępowania. Pacjent, mając najlepszą wiedzę, ma możliwość realnego wskazania swoich preferencji, a przy tym czynnie uczestniczy w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym.

W kontekście logopedycznym jest to zobowiązanie do udzielenia pacjentom, ich opiekunom, czy w przypadku dzieci – rodzicom, informacji dotyczących stanu mowy, jakie mogą być przyczyny zdiagnozowanych nieprawidłowości, a także jakie są możliwości terapeutyczne dla danego pacjenta. Powinien być to przekaz klarowny, zrozumiały dla osoby bez doświadczenia logopedycznego – taki, by pacjent/rodzic/opiekun miał możliwość zdecydować, jaki rodzaj interwencji/terapii wybiera.

Następnie, już na etapie terapii dzieci i osób niesamodzielnych, istotna wydaje się odpowiedź na pytanie, czy rodzice/opiekunowie mają możliwość aktywnie uczestniczyć w procesie terapeutycznym. Tylko odpowiedź twierdząca stanowi o wspólnym podejmowaniu decyzji, a więc włączaniu pacjenta i jego preferencji w proces postępowania logopedycznego.

Logopeda powinien także udzielać informacji o tym, jakie są drogi dostępu do terapii logopedycznej. Oprócz terapii prywatnej (komercyjnej) dzieci mogą skorzystać nieodpłatnie z pomocy logopedycznej chociażby w ramach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka (WWRD), programu „Za życiem”, a dorośli i dzieci z terapii logopedycznej realizowanej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Oczywiście formy te nierzadko są realizowane w jednostkach półgodzinnych, z częstotliwością raz na miesiąc, przez co efekty są znikome lub widoczne po bardzo długim czasie. Niemniej jednak pacjent powinien to wszystko wiedzieć i móc podjąć decyzję, z której formy chce skorzystać czy też które formy łączyć.

Praktykowanie włączania preferencji pacjenta w postępowaniu logopedycznym to nie tylko postawa otwarta na pytania i komentarze osoby obejmowanej terapią czy jej opiekuna, ale także dostarczanie im wyczerpujących temat zdiagnozowanego zaburzenia mowy informacji. Logopeda jako specjalista winien dzielić się swoją najlepszą wiedzą, aby pacjent miał możliwość dokonać wyboru i realnie wskazać swoje preferencje.



Poznanie znaczenia składowych EBP nie tylko pozwala lepiej zrozumieć ten paradygmat, ale również przybliża do faktycznego łączenia ich w praktyce logopedycznej. Jak podkreślono, wdrażanie go dotyczy zarówno procesu diagnostycznego, jak i terapeutycznego. W kolejnej części zostanie przedstawiona idea praktyki opartej na dowodach w wyborze strategii terapeutycznej.

## PRAKTYKA OPARTA NA DOWODACH W POSTĘPOWANIU LOGOPEDYCZNYM

Wdrożenie strategii terapeutycznej w myśl EBP zawiera się w pięciu krokach. ASHA (2004) zaleca cztery kroki (sformułowanie pytania klinicznego, znalezienie dowodu naukowego, ocena dowodu, podjęcie decyzji klinicznej), ale wydaje się zasadne rozszerzenie tych wytycznych.

Oznaczenie „5A” odnosi się do pięciu etapów, które można by w języku polskim przedstawiać w formule „5Z”:

1. Ask – „zadaj pytanie” (kliniczne).
2. Acquire – „zdobądź” (dowód).
3. Appraise – „zaopiniuj” (dowód).
4. Apply – „zastosuj” (strategię).
5. Assess – „zweryfikuj” (efektywność strategii).

*Ask* – „zadaj pytanie”

Pierwszy etap polega na sformułowaniu pytania klinicznego, tzw. *PICO question*, gdzie:

**P** (ang. *patient/problem*) oznacza pacjenta, którego pytanie dotyczy lub problem, który zamierzamy rozwiązać,

**I** (ang. *intervention*) oznacza rodzaj interwencji czy też strategii, które zamierzamy wdrożyć,

**C** (ang. *comparison*) oznacza porównanie z innym działaniem, inną strategią postępowania terapeutycznego,

**O** (ang. *outcome*) oznacza rezultat, jaki chcemy uzyskać.

Prawidłowo zadane pytanie kliniczne zawiera w sobie wszystkie te składowe.

*Acquire* – „zdobądź dowód”

Drugi etap to znalezienie wyników rzetelnych badań naukowych, dowodu naukowego potwierdzającego skuteczność lub brak skuteczności działania terapeutycznego, które zamierza się podjąć względem danego pacjenta. Użyteczne w tej fazie postępowania mogą być przytoczone już źródła publikacji, gromadzące badania najwyższej oceniane według kryteriów EBP. Po zgromadzeniu publikacji następuje przejście do kolejnego kroku.

*Appraise* – „zaopiniuj dowód”

Trzecim etapem jest ocena dowodu naukowego, wyników badań. W tej części ocenia się zarówno dowody zewnętrzne, jak i wewnętrzne.

Dowodami zewnętrznymi są publikacje naukowe. Należy zatem przypomnieć sobie, jakiego rodzaju wyniki odznaczają się największą wiarygodnością oraz najmniejszym ryzykiem błędu. Dla praktyki opartej na dowodach takimi dowodami są wyniki randomizowanych badań kontrolnych, metaanalizy i przeglądy systematyczne. W związku z tym, że takich prac jest niewiele, może się okazać, że do dyspozycji pozostaje krytyczna lektura innych opracowań tematu i zaopiniowanie, czy zgodnie z najlepszą wiedzą można strategie w nich zaproponowane wprowadzić w postępowaniu logopedycznym konkretnego pacjenta.

Warto wówczas odnieść się do postawionego pytania klinicznego (PICO) i odpowiedzieć na pytania: Czy osoby z badania są podobne do mojego pacjenta (pod względem zdiagnozowanego zaburzenia, warunków anatomiczno-fizjologicznych, wieku itd.)? Czy zbadane zostały strategie, które zamierzam ocenić? Jeżeli inne, to czy mogłyby być efektywne dla mojego pacjenta? Ponadto: czy autorzy precyzyjnie opisali metodologię badania? Czy wyznaczono jasne cele? Czy przeprowadzono analizę statystyczną?

Odpowiedzi na te pytania stanowią bazę do analizy dowód zewnętrznych, które następnie należy zestawić z dowodami wewnętrznymi.

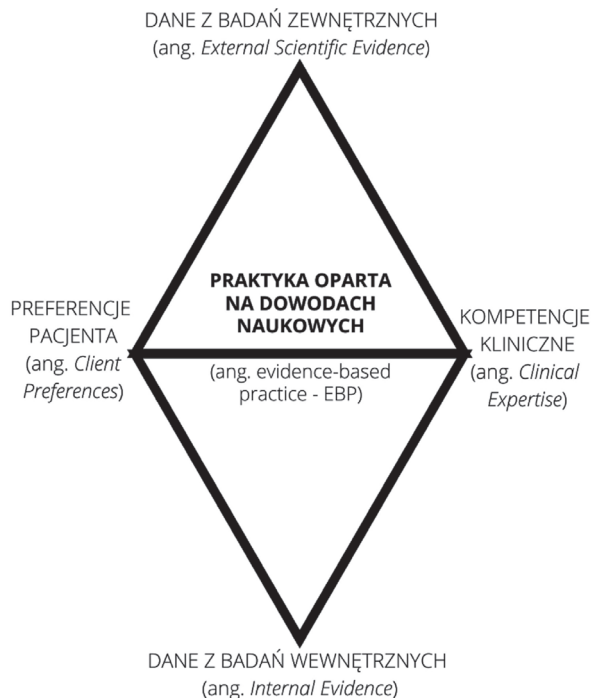
Dowodem wewnętrznym są udokumentowane odpowiedzi pacjenta na prowadzoną terapię. Użyteczna w kontekście monitorowania i weryfikowania efektywności wdrażanych strategii wydaje się propozycja L. Olswang i B. Bain (1994). Badaczki wskazały kluczowe pytania w procesie gromadzenia danych dotyczących postępów w terapii dzieci, które również mogą być odpowiednie dla terapii osób dorosłych:

- Czy jest widoczna reakcja na strategie terapeutyczne, odpowiedź na prowadzoną terapię?
- Czy pojawiły się znaczące, istotne zmiany?
- Czy zmiany te są wynikiem prowadzonej terapii?
- Jak długo jeszcze powinien być uzyskiwany cel terapeutyczny, czy jest to czas na zmianę strategii?

Pytania te nawiązują do obserwacji postępów w terapii, źródeł tychże postępów bądź ich braku i wreszcie do tego, czy kontynuowanie wybranej strategii jest zasadne.

Dowody wewnętrzne na tyle istotne wydały się J. Higginbothamowi i A. Sat-chidanand (2019), że wspólnie opublikowali modyfikację konceptu triady EBP. W miejsce trójkąta, obrazującego integrację trzech elementów (każdego w innym boku figury), zaproponowali diament, który zawiera w sobie: ekspertyzę kliniczną

i opinię klinicysty, perspektywy klienta-pacjenta-opiekuna, dowody z badań zewnętrznych i – równie, zdaniem autorów, ważne – dowody wewnętrzne.



Rycina 2. Praktyka oparta na dowodach – modyfikacja założeń  
Źródło: Higginbotham, Satchidanand 2019

Odpowiedzi na nie umożliwiają formułowanie dowodów wewnętrznych, które wraz z dowodami zewnętrznymi pozwolą uzyskać najlepsze dostępne strategie terapeutyczne.

#### *Apply* – „zastosuj strategię”

Następuje podjęcie decyzji klinicznej z zastosowaniem strategii na podstawie zdobytej wiedzy. Nie należy przy tym zapominać o kluczowym aspekcie preferencji pacjenta oraz jego opiekunów.

Niezwykle ważnym aspektem wdrożenia wybranej strategii jest systematyczne dokumentowanie tego procesu. Jedynie wówczas będzie można precyzyjnie przeanalizować postępy lub ich niedostatki, a następnie przeprowadzić ocenę efektywności, która jest ostatnim, piątym krokiem.

*Assess – „zweryfikuj efektywność strategii”*

Ostatnim i niezwykle ważnym dla praktyki logopedycznej etapem jest weryfikacja skuteczności podjętej strategii terapeutycznej. Jak już zostało zaznaczone – bez względu na to, czy wprowadzenie strategii jest wynikiem lektury metaanalizy, czy studium przypadku – bezwzględnie należy ocenić, czy dla danego pacjenta jest ona efektywna. Weryfikacja pozwoli na podjęcie decyzji, czy należy ją nadal praktykować, czy zmodyfikować, czy wybrać inną.

Ten pięciostopniowy proces, w wyniku systematycznej analizy postępów i ewentualnej modyfikacji strategii czy wręcz programu terapeutycznego, jest cyklicznie powtarzany aż do uzyskania optymalnych efektów.

## IDEA PRAKTYKI OPARTEJ NA DOWODACH W LOGOPEDII A RZECZYWISTOŚĆ

Odmienność rozumienia praktyki opartej na dowodach oraz ustosunkowania wobec niej wśród badaczy potwierdza m.in. dyskusja przedstawicieli polskiej logopedii z międzynarodowej konferencji logopedycznej, która się odbyła w Chorzowie w 2017 r. (Ostapiuk i in. 2018). Zasadne wobec tego wydaje się podsumowanie mocnych i słabych stron niniejszego paradygmatu w logopedii, do czego nawiązano dotychczas w literaturze przedmiotu (Dodd 2007; Masic i in. 2008; Stephens, Upton 2012; Langdon i in. 2015; Pluta-Wojciechowska 2019).

Jednym z utrudnień wdrażania EBP do pracy logopedycznej jest mała liczba publikacji logopedycznych, będących metaanalizami, przeglądami systematycznymi czy pojedynczymi randomizowanymi próbami kontrolnymi. Brak niezbędnej liczby publikacji nad efektywnością poszczególnych metod odnotowano na gruncie zarówno amerykańskiej, jak i polskiej logopedii, co zauważyły autorki charakterystyki perspektyw EBP w terapii jąkania w Polsce i Stanach Zjednoczonych (Langdon i in. 2015).

Jeżeli już takie prace istnieją, to jest ograniczony do nich dostęp lub przeszkodą staje się bariera językowa (a największą liczbę tego rodzaju artykułów publikuje się w języku angielskim). Pojawiają się także trudności z interpretacją fachowej literatury, wspominaną krytyczną oceną metodologii i wyników badań, zwłaszcza analiz statystycznych.

Ponadto praktyka oparta na dowodach naukowych jest procesem czasochłonnym. Dużo łatwiej i szybciej prowadzi się terapię według wypracowanych dotychczas technik, co – mimo iż nieetyczne – zniechęca logopedów do poszerzania wiedzy na temat procedur diagnostycznych i weryfikowanych w badaniach strategii terapeutycznych, co zostało już zauważone w literaturze (Pluta-Wojciechowska 2019). Niemniej jednak temat praktyki opartej na dowodach naukowych

jest coraz częściej uwzględniany w polskich publikacjach logopedycznych – zarówno w formie przeglądów literaturowych (Woźniak 2017, 2018), jak i w kontekście terapii (Pluta-Wojciechowska 2019).

Zagrożeniem dla właściwego funkcjonowania EBP jest brak nadzoru jej wdrażania. W związku z brakiem superwizji czy też mentoringu po ukończeniu studiów logopedycznych w ogóle trudno mówić o nadzorze w zakresie stosowania EBP w polskiej logopedii.

Innym jest to, że praktyka oparta na dowodach naukowych mogłaby doprowadzić do zaprzestania podejmowania nowych działań oraz próbowania nowych strategii na rzecz jedynie tych, na które jest dowód z badań zewnętrznych (Pluta-Wojciechowska, 2019). Jest to wprawdzie nieco skrajne ujęcie tematu, jednak możliwe.

Co więcej, nie jest wykluczona sytuacja, kiedy to pojawi się rodzaj presji środowiska logopedycznego (Dodd 2007) przeciwko EBP. Logopedzi przyzwyczajeni do dotychczasowego trybu prowadzenia terapii, opierając się na „starych, dobrych” technikach i metodach pracy, mogliby kwestionować wprowadzanie praktyki opartej na dowodach naukowych. Klinicyści gotowi do podjęcia próby wdrażania tego nowego i nieznanego innym paradygmatu spotkaliby się wtedy z negatywną oceną koleżanek i kolegów po fachu.

Wymienić jednak należy także wiele zalet praktyki opartej na dowodach w logopedii. Za jej stosowaniem z pewnością przemawia wizja terapii logopedycznej prowadzonej zgodnie ze stanem najnowszej i najlepszej wiedzy naukowej. Paradygmat EBP to motywacja do ciągłego doskonalenia zawodowego i kształcenia. Logopeda jest w takiej sytuacji zobowiązany do regularnej lektury opracowań naukowych oraz uczestnictwa w specjalistycznych kursach i szkoleniach.

B. Dodd (2007) dodatkowo zauważyła, iż taki paradygmat pracy terapeutycznej kształtuje umiejętność myślenia strategicznego w planowaniu terapii, zamiast pamięciowego powielania schematów – nierzadko niezweryfikowanych od czasu studiów.

Ponadto świadomość, że za działaniami stoją dowody z najlepszych badań, może przyczynić się do zwiększenia pewności siebie logopedy w podejmowaniu decyzji klinicznych. Jest to korzyść obustronna, ponieważ zarówno terapeuta, jak i pacjent czy też jego opiekun mają poczucie, że postępowanie logopedyczne nie jest wynikiem prób i błędów, a potwierdzoną naukową strategią terapeutyczną (Langdon i in. 2015).

Dla teorii i praktyki logopedycznej EBP to szansa na konsekwentny rozwój. Działanie w myśl praktyki opartej na dowodach mogłoby się przyczynić do eliminowania nieefektywnych, choć powielanych, praktyk terapeutycznych oraz usystematyzowania metodologii postępowania logopedycznego. Zwiększyłyby to

profesjonalizm logopedów klinicystów i być może przybliżyło logopedię do statusu samodzielnej dyscypliny naukowej.

## WNIOSKI

Proces wdrażania i doskonalenia praktyki opartej na dowodach na gruncie polskiej logopedii wymaga działań w obszarze kształcenia logopedów oraz prowadzenia naukowych badań logopedycznych. Dla kształcenia logopedów zasadne wydaje się:

- uwzględnianie tematyki o EBP w programie nauczania studiów logopedycznych,
- opracowanie szkoleń dotyczących praktyki opartej na dowodach w logopedii dla klinicystów będących już w zawodzie,
- uczenie wyszukiwania rzetelnych źródeł dowodów naukowych,
- uczenie nie tylko obowiązujących standardów, ale również umiejętności krytycznej oceny najnowszych publikacji czy treści szkoleń,
- doskonalenie umiejętności wdrażania implikacji z badań do praktyki logopedycznej,
- kształcenie w zakresie sposobów dokonywania oceny efektywności podejmowanych działań logopedycznych.

Implikacje do przyszłych badań w logopedii natomiast dotyczą:

- tworzenia systematycznych przeglądów i metaanaliz w języku polskim,
- publikowania opisów indywidualnych oraz serii przypadków jako dodatkowego źródła wiedzy,
- prowadzenia naukowych badań logopedycznych według kryteriów EBP przez polskich badaczy,
- prowadzenia badań porównawczych względem zagranicznych.

Przedstawione wnioski do działań praktyków i badaczy mogą stanowić przyczynek do realizacji działań na rzecz wdrażania praktyki opartej na dowodach w polskiej logopedii.

## ZAKOŃCZENIE

Praktyka oparta na dowodach naukowych w logopedii jest paradygmatem wymagającym zarówno dla badaczy, jak i terapeutów. Czas i energia włożone w procesy: formułowania pytań klinicznych, wyszukiwania i ewaluacji rzetelnych dowodów zewnętrznych oraz weryfikacji dowodów wewnętrznych, następ-

nie wdrażanie ich w postępowanie logopedyczne i ocenianie efektywności – przy jednoczesnym uwzględnieniu preferencji, potrzeb i systemu wartości pacjenta oraz regularnych doskonaleniu kompetencji klinicznych – stanowią wielkie wyzwanie. Wyzwanie, które nie jest nieosiągalne.

Wydaje się, że stopniowe wdrażanie opisanych w artykule działań (dotyczących integracji: analizy i wdrażania w postępowanie logopedyczne wniosków z wyników rzetelnych badań, kształtowania kompetencji klinicznych, włączania preferencji pacjenta w proces podejmowania decyzji klinicznych) może zaowocować funkcjonalnością takiego systemu z korzyścią i dla pacjentów, i dla logopedów.

Doświadczenia krajów anglojęzycznych wskazują na to, że pomimo trudności logopedia może być realizowana zgodnie z założeniami EBP.

#### BIBLIOGRAFIA

- Dodd B., 2007, *Evidence-Based Practice and Speech-Language Pathology: Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*, „Folia Phoniatrica et Logopedia”, 59, s. 118–129.
- Eddy D.M., 1990, *Practice policies: Where do they come from?*, JAM, 263, s. 1265–1272.
- Gajewski P., Jaeschke R., Mrukowicz J., 2003, *Evidence based medicine (EBM) współczesną sztuką lekarską: cele Polskiego Instytutu Evidence Based Medicine*, „Medycyna Praktyczna – Ginekologia i położnictwo”, 3, s. 31–34.
- Greenhalgh T., 2010, *How to read a paper – the basics of evidence-based medicine*, WILEY-BLACKELL & BMJ Books.
- Jaeschke R., Cook D., Guyatt G., 1999, *Evidence based medicine (EBM) – czyli praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (POWAP)*, Kraków.
- Langdon H.W., Tsai P.T., Węsierska K., 2015, *Evidence-Based Practice in Stuttering: Views from American and Polish Clinical Perspectives*, „Forum Logopedyczne”, 23, s. 8–16.
- Masic I., Miokovic M., Muhamedagic B., 2008, *Evidence Based Medicine*, „New Approaches and Challenges”, 16(4), s. 219–225.
- Olswang, L., Bain, B., 1994, *Data collection: Monitoring children's treatment progress*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, 3(3), s. 55–65.
- Ostapiuk B., Pluta-Wojciechowska D., Grabias S., Woźniak T., 2018, *Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce*, „Logopedia”, 47(1), s. 369–398.
- Pluta-Wojciechowska D., 2019, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, Katowice.
- Roulstone S., 2011, *Evidence, expertise, and patient preference in speech-language pathology*, „International Journal of Speech-Language Pathology”, 13(1), s. 43–48.
- Sackett D., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S., 1996, *Evidence based medicine: What it is and what it isn't*, BMJ, 312, s. 71–2.
- Sackett D., Richardson W., Rosenberg W., Haynes R., 1997, *Evidence Based Medicine*, London.
- Woźniak T., 2017, *Między dowodami a mitami. Zasady Evidence Based Practice w diagnostyce i terapii osób jękających się*, [w:] *Neuropsychologia, neurologopedia i neurolingwistyka in honorem Maria Pąchalska*, red. G. Jastrzębowska, J. Góral-Półtóra, A. Kozołub, Opole.

Woźniak T., 2018, *Zaburzenia płynności mowy – stan badań i praktyki logopedycznej na początku XXI wieku*, „Logopedia”, 47–2, s. 141–156.

Źródła internetowe

American Speech-Language-Hearing Association, 2004, *Evidence-based practice in communication disorders: an introduction [Technical Report]*, [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy).

American Speech-Language-Hearing Association, 2005, *Evidence-based practice in communication disorders [Position Statement]*, [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy).

Higginbotham J., Satchidanand A., 2019, *From triangle to diamond: Recognizing and using data to inform our evidence-based practice. Academics and Research in Context*. <https://academy.pubs.asha.org/2019/04/from-triangle-to-diamond-recognizing-and-using-data-to-inform-our-evidence-based-practice/>.

Polski Instytut Evidence-Based Medicine – <http://ebm.org.pl/show.php?aid=15739>.

Słownik języka polskiego PWN – <https://sjp.pwn.pl/>