

DOKAZI O UČINKOVITOSTI LOGOPEDSKE OBRAVNAVE *EVIDENCE ON EFFECTIVENESS OF SPEECH THERAPY*

mag. Nada Žemva, specialistka klinične logopedije
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Povzetek

Prispevek predstavlja metode in orodja, ki jih uporabljamo za ocenjevanje učinkovitosti logopedске obravnave. Poudarjen je pomen z dokazi podprte logopedске obravnave, njen cilj pa je vključevanje (a) kliničnih veščin, (b) sodobnih raziskovalnih dognanj in (c) bolnikovih vrednot v vsakdanje praktično delo, da bi bolniku nudili najboljšo možno logopedsko obravnavo, ki naj bi vključevala njegove interese, vrednote, koristi in njegovo soodločanje pri izbiri postopkov obravnave. Razčlenjeni so primeri z dokazi podprte logopedске obravnave in predstavljena je uporaba veljavnih smernic.

Ključne besede:

logopedska obravnava, z dokazi podprta praksa, učinkovitost, smernice

Summary

The article presents the methods and tools that can be used to assess efficacy of speech therapy. The role of evidence-based practice is stressed. The goal of evidence-based practice is the integration of (a) clinical expertise, (b) best current evidence, and (c) client values to provide high-quality services reflecting the interests, values, needs, and choices of the individuals we serve. Examples of evidence-based practice are assessed. Existing guidelines of evidence-based practice in speech therapy are reviewed.

Key words:

speech and language treatment, evidence-based practice, effectiveness, guidelines

UVOD

V rehabilitaciji govorno jezikovnih motenj se pogosto pojavlja vprašanje o učinkovitosti obravnave. Odgovore pričakujejo uporabniki in njihovi svojci. Ali bo obravnava učinkovita, zanima plačnike logopedskih storitev in zdravnike ter druge, ki posameznika pošljejo na logopedsko obravnavo. Odgovor je zelo pomemben tudi za logopeda, ki ga obravnava. Učinkovitost logopedске obravnave lahko v klinični praksi opazujemo. Kaže se na različne načine in jo opisujemo z različnimi besedami. Med vidnimi spremembami ali bolje rečeno spremembami v govorjenju, ki jih slišimo, so spremembe pri otrocih z razvojnimi govorno-jezikovnimi motnjami. Ko otrok na primer nepravilno izreka sičnike in šumnike, hkrati pa namesto glasu r izgovarja j ali l, je njegov govor zelo slabo razumljiv. Z logopedsko obravnavo otrok pridobi pravilno izreko glasov. Govori razumljivo ter v ničemer ne odstopa od svojih vrstnikov. V nekaj letih tudi pozabi, da je v določenem življenjskem obdobju potreboval logopedsko obravnavo.

V drugem primeru bo človek po možganski kapi povsem izgubil govor. Vse, kar bo povedal, bosta da ali ne, včasih še kakšna beseda ali pa cel kup narobe povedanih besed. Sčasoma bo z logopedsko obravnavo pridobil večšine izgovarjanja besed. Naučil se bo, kako si lahko pomaga lažje in hitreje priklicati besedo, ki jo potrebuje, da bo povedal tisto, kar želi. Spet se bo sporazumeval z drugimi in govoril. Razlike med prvo obravnavo pri logopedu in kasneje opazimo tudi pri obravnavi drugih govorno-jezikovnih motenj, jecljanju, glasovnih motnjah ter pri uporabi nadomestne komunikacije. Lahko se vprašamo, ali razlike pri govoru posameznikov pred logopedsko obravnavo in po njej dovoljujejo trditev, da je logopedska obravnava učinkovita. Z vidika uporabnika bi to lahko potrdili. Zlasti takrat, ko posameznik sam oceni spremembe, je z njimi zadovoljen in soglaša, da se je logopedska obravnava zanj uspešno končala. Drug, zahtevnejši in priporočen vidik dokazovanja uspešnosti so sistematični pregledi dobro načrtovanih randomiziranih kontroliranih poskusov. Z njimi ugotavljamo kakovost dokazov in jakost priporočil glede na želene in neželene učinke, enotnost ali raznolikost izbire postopkov logopedске obravnave ter sredstva, ki so zanj potrebna.

DOKAZOVANJE UČINKOVITOSTI OBRAVNAVE

Obstajajo številne definicije z dokazi podprte prakse (EBP – evidence-based practice). Na srečo večina teh definicij pove isto. Postopki dokazovanja učinkovitosti temeljijo na principih z dokazi podprte medicine (evidence-based medicine – EBM). Najbolj je znana definicija Davida Sacketta in sodelavcev (1), ki pravi: «Z dokazi podprta medicina je združevanje najbolj zanesljivih raziskovalnih dognanj s kliničnimi veščinami in z bolnikovimi vrednotami.»

Da bi logopedi lahko pričeli dokazovati učinkovitost postopkov iz klinične prakse, je leta 2004 izvršilni odbor Ameriškega združenja za govor in sluh (Executive Committee of American Speech and Hearing Association - ASHA) ustanovil koordinacijski komite za z dokazi podprto prakso. Komite, ki naj bi ocenil dokaze za učinkovitost postopkov logopedске obravnave za načrtovanje prihodnjih dejavnosti in razvojnih možnosti ASHA, je uporabil nekoliko spremenjeno definicijo.

Cilj z dokazi podprte logopedске obravnave je združevanje: (a) kliničnih veščin, (b) sodobnih raziskovalnih dognanj in (c) osebnih bolnikovih vrednot, da bi posamezniku lahko nudili kakovostno logopedsko obravnavo, ki bi odražala njegove interese, vrednote, koristi in upoštevala soodločanje posameznika pri izbiri.

Ker je osrednje mesto EBP namenjeno bolniku in njegovi družini, je naloga kliničnega logopeda, da bolniku predstavi in razloži z dokazi podprte klinične metode, ki so primerne za uporabo glede na njegovo okolje, kulturo in vrednote ter zdravje in blagostanje. Z dokazi podprta logopedska obravnavo je kontinuiran proces, ki združuje z dokazi podprte klinične veščine in obstoječo vsakodnevno prakso.

ISKANJE DOKAZOV

Idealno je, če so že napisane z dokazi podprte smernice za logopedsko obravnavo in za posamezna klinična vprašanja ali drugače povedano, znani so postopki dobre klinične prakse. Če jih ni, potem imamo na voljo dve možnosti: sistematični pregled več dobro načrtovanih randomiziranih kontroliranih poskusov (RKP) ali posamezen pravilno načrtovan randomiziran kontroliran poskus. Sistematičen pregled je običajno osnova smernic z dokazi podprte klinične prakse. Logopedu pomagajo pri odločanju in izbiranju primernih terapevtskih postopkov o kliničnih vprašanjih, pri katerih so na razpolago dokazi. Za področje govorno-jezikovnih motenj lahko podatke o sistematičnih pregledih najdemo v Cochrane Collaboration, Compendium of Guidelines and Systematic Reviews (ASHA), Academy of Neurologic Communication Disorders and Sciences (ANCDS) in v reviji Evidence-based Communication Assessment and Intervention (EBCAI), ki izhaja od leta 2007. Pri iskanju

posameznih poskusov poiščemo podatke v zbirki MEDLINE, ki je z več kot 12 milijoni člankov iz 4000 revij z recenzijo verjetno največja spletno dostopna podatkovna zbirka. Recenzija sama po sebi ne zagotavlja znanstvene kakovosti poskusa, kakor tudi ne njegovega načrtovanja po določenih kriterijih. Pomisliti je treba tudi na to, da v poskusih, ki so objavljeni v angleškem jeziku, posebno v ameriških revijah, redko najdemo negativne dokaze. Te bomo našli v evropskih in ne-evropskih revijah. Podatek je pomemben, ko iščemo dokaze za in proti. V ta namen iščemo v Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), kjer bomo z večjo verjetnostjo našli negativne dokaze kot v zbirki MEDLINE. Pri iskanju negativnih dokazov si pomagamo s tako imenovano sivo literaturo. To so poskusi, ki niso bili recenzirani in objavljeni v pomembnih revijah. Pogosto so to zborniki konferenc. Iskanje tega ni preprosto. Pri iskanju prosimo za pomoč strokovnjake za posamezno področje, relevantne odgovorne skupine in organizacije, ali pa iščemo po internetu.

DOKAZI UČINKOVITOSTI

V nadaljevanju bomo predstavili nekaj dokazov dobre klinične prakse za nekatera področja logopedске obravnave. Podatke o učinkovitosti logopedске obravnave pri bolnikih z afazijo najdemo na spletnih straneh ASHA in sicer v EBP Compendium (2). Tu najdemo ocene, opise in priporočila o obravnavi bolnikov z afazijo po možganski kapi. Preberemo lahko tudi podatke o možnih pokroviteljih raziskav.

Academy of Neurologic Communication Disorders and Sciences (ANCDS) (3) v svojem projektu pripravlja z dokazi podprte smernice za različna področja govorno-jezikovnih motenj. Trenutno so v projekt vključena naslednja področja: dizartrija, pridobljena apraksija govora, kognitivne motnje in motnje komuniciranja po nezgodni možganski poškodbi, demenca, afazija, apraksija govora v otroštvu in motnje okvare desne možganske hemisfere.

Doslej je največ smernic oblikovala skupina za dizartrijo. Pripravili so stališča o učinkoviti obravnavi velofaringealne funkcije, ukrepanje pri spastični disfoniji, dokaze pri obravnavi sistema respiracije in fonacije. Yorkstonova s sodelavci (4) je naredila sistematičen pregled govornih dopolnilnih tehnik pri dizartriji. Pregledali in ocenili so članke za več kot petindvajset let nazaj. Večina člankov je bila objavljenih od leta 1990 dalje. Le devetnajst raziskav je ustrezalo splošnim kriterijem kakovosti raziskav. Najpogostejši vzroki za nastanek dizartrije so bili: cerebralna paraliza, možganska kap, nezgodna možganska poškodba, amiotrofična lateralna skleroza in Parkinsonova bolezen. Pri oblikovanju smernic za učinkovito uporabo dopolnilnih tehnik so ocenjevali abecedno in semantično pomoč. Pri abecedni pomoči človek z dizartrijo daje poslušalcu ortografsko informacijo tako, da mu na tabli z abecedo pokaže prvo črke besede ali ločeno kaže črko za črko posamezne besede. Pri semantični pomoči

gre za vnaprej pripravljene nize sporočil, ki jih uporablja človek z dizartrijo. Učinkovitost dopolnilnih tehnik v klinični praksi (raven dokazov III, kakovost +++) govori o koristni uporabi obeh tehnik pri bolnikih z močno dizartrijo, ne glede na vrsto dizartije in medicinsko diagnozo. Kandidati za uporabo tehnik so tisti, ki imajo ohranjene pragmatične in kognitivne sposobnosti ter dovolj motoričnih spretnosti za uporabljanje dopolnilnih tehnik.

Cochranov pregled o logopedski obravnavi pri bolnikih z afazijo po možganski kapi (5) je bil narejen na osnovi sistematičnega pregleda 12 dobro načrtovanih randomiziranih poskusov. Rezultati raziskave ne potrjujejo niti ne zanikajo učinka logopedске obravnave pri bolnikih z afazijo po možganski kapi. V članku je omenjeno tudi, da so potrebne nadaljnje raziskave, ki bodo pokazale učinkovitost logopedске obravnave. To je bilo leta 1999. Od takrat dalje je bilo narejenih še nekaj raziskav o učinkovitosti logopedске obravnave pri bolnikih z afazijo. Pomemben je sistematičen pregled 23 raziskav (6), ki ocenjuje učinkovitost obravnave afazij glede na čas od nastanka afazije. Rezultati (raven dokazov III, kakovost +++) govori, da ljudje z afazijo pozitivno odgovorijo na logopedsko obravnavo ne glede na čas, ki je minil od nastanka afazije. Logopedska terapija je torej učinkovita tudi pri ljudeh z afazijo v kroničnem obdobju.

Na vprašanje: Kako pogosta mora biti logopedska obravnav pri bolnikih z afazijo, da je učinkovita? je odgovorila Bhogalova s sodelavci (7). Naredili so sistematičen pregled člankov, objavljenih med leti 1975 in 2002. Za oceno kakovosti raziskav je bila uporabljena lestvica Physiotherapy Evidence Database (PEDro). Od 10 raziskav, ki so izpolnjevale pogoje za analizo, jih je dobilo oceno 6 (dobra kakovost) le šest. Najpomembnejše sporočilo sistematičnega pregleda je odgovor na vprašanje o pogostosti logopedskih obravnav in njihovem učinku. Ugotovili so (raven dokazov I, kakovost +++)), da manj pogosta obravnav v daljšem časovnem obdobju bistveno ne vpliva na statistično značilne spremembe, intenzivna obravnav v krajšem časovnem obdobju pa pomembno vpliva na spremembe. Zaključujejo z trditvijo, da intenzivna logopedska obravnav, ki traja 2-3 mesece, odločilno vpliva na izboljšanje govorno-jezikovnih sposobnosti in zmanjšanje posledic afazije.

V raziskavi učinkov intenzivne z omejevanjem spodbujajoče govorno-jezikovne terapije (Constraint-Induced Language Therapy - CILT) za ljudi z afazijo avtorji (8) ugotavljajo njen skromen učinek. Svetujejo (raven dokazov III, kakovost ++), da odločitev o uporabi CILT s premislekom povežemo s kliničnimi veščinami in bolnikovimi vrednotami.

V akutnem obdobju je pri bolnikih po preživelih možganski kapi incidenca disfagije ali motnje požiranja med 29 in 67 odstotki. Prisotnost motnje požiranja povečuje smrtnost in dodatne zaplete kot so podhranjenost, dehidriranost in možnost pogostih pljučnic. Preprečevanje aspiracije, tihe ali vidne je najpomembnejša naloga pri obravnavi disfa-

gij. V smernicah (9) so opisani diagnostični postopki pri motnjah požiranja in prilagoditev diete. Najpomembnejša je ugotovitev o nujnosti pregleda bolnika z motnjo požiranja in opravljenimi preiskavami, preden bolnika hranimo skozi usta (raven dokazov III, kakovost +++)).

Motnje požiranja lahko zdravimo na več načinov: zdravljenje z zdravili, kirurško zdravljenje, prilagoditev diete, vaje za izboljšanje motoričnih sposobnosti, položaj glave, vratu in telesa pri požiranju, požiralni manevri in nevro-muskularna stimulacija. Ni veliko znanega o učinkovitosti posameznih načinov. Narejen je sistematičen pregled raziskav o vplivu določenega položaja: »chin tuck«, to je dotik brade s prsnim košem in nagib glave na zdravo stran. Hkrati so ocenjevali vpliv požiralnih manevrov (supraglotisno požiranje, super-supraglotisno požiranje, naporno požiranje, Mandelsoinov manever) pri kreptitvi delujočih struktur, ki sodelujejo pri požiranju(10). Učinkovitost določenih položajev in manevrov temelji na fizioloških dokazih in podpira predpostavke o učinkoviti vlogi pri odpravljanju motenj (raven dokazov III, kakovost +++)).

Kako učinkovita je nevro-muskularna električna stimulacija pri požiranju so ugotavljali (11), ko so sistematično pregledali raziskave med leti 1960 in 2007. Od 899 raziskav jih je samo 14 izpolnjevalo kriterije kakovosti. Bistvene ugotovitve (raven dokazov I, kakovost +++) kažejo na to, da je premalo dokazov o učinkovitosti nevro-muskularne električne stimulacije. Ni pojasnjeno, kakšen mora biti terapevtski odmerek in kako se optimalen odmerek lahko spreminja v odnosu do različnih parametrov stimulacije. Pojasniti pa bo treba tudi klinično vprašanje, v katerem obdobju bolezni ali okrevanja je nevro-muskularna stimulacija najbolj učinkovita in tudi, ali je to obdobje različno v populaciji.

ZAKLJUČEK

Uspešnost dobre klinične prakse je povezana s spremembami in napredki na področju znanosti. Redno branje strokovnih člankov ne vpliva na ravnanje ljudi. Izvedba rezultatov raziskav v klinični praksi pogosto prihaja z zamudo. Običajno traja 17 let, da se klinična raziskava ustali v vsakdanji praksi (12). Raziskovalci, tudi na področju govora in jezika, so premalo pozorni na rezultate temeljnih raziskav. Te morajo vsebovati klinični in teoretični del, hkrati pa morajo opredeliti specifične terapevtske postopke za določene skupine posameznikov. V nadaljnjih raziskavah moramo preveriti njihovo učinkovitost in šele nato lahko njihove rezultati posredujemo v klinično prakso (13).

Uporaba EBP lahko spremeni ravnanje v veliko krajšem času. Z vidika učinkovitosti daje možnost spreminjanja klinične prakse z najboljšimi postopki za učinkovite terapevtske postopke. Problemi nastanejo, ker logopedi in drugi strokovnjaki EBP premalo poznajo. Nekateri nikoli niso bili deležni izobraževanja v tej smeri. Res je, da na spletu

najdemo številne informacije. V nekaterih spoznavamo EBP po korakih. Učimo se lahko celo postavljanja kliničnih vprašanj. Tako učenje je primerno za posameznika, ki želi delati bolje. Nikakor pa samoizobraževanje ni učinkovito, če pričakujemo, da bo skupina strokovnjakov na nekem področju zelo uspešna pri opravljanju terapije. Zato je pogoj za učinkovito terapijo znanje, ki bi ga terapevti morali najprej pridobiti in kasneje sistematično dopolnjevati. EBP je primerna za logopede, fizioterapevte, delovne terapevte, socialne delavce, zdravstveno nego in druge. Preprosto povedano, učenje, spodbujanje in podpora pri uporabi daje možnost učinkovitih terapevtskih postopkov.

Pri iskanju učinkovitih terapevtskih postopkov se pogosto pojavljata vprašanji: ali si upam poskusiti nekaj novega in ali je bolje, da ostanem pri tistem, kar vem, da deluje - toda ali sploh deluje? Ko se nam zdi nekaj učinkovito, raziščemo, poskusimo, ocenimo in spremenimo, če je to potrebno.

Literatura:

1. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 2nd ed. Edinburgh [etc.]: Churchill Livingstone, 2000: 1.
2. Dosegljivo na: www.asha.org/members/ebp/compendium/
3. Dosegljivo na: www.ancds.org/practice.shtm/
4. Yorkston KM, Hanson E, Beukelman DR. Speech supplementation techniques for dysarthria: a systematic review. Dosegljivo na: www.ancds.org/practice.shtm/#Dysarthria
5. Greener J, Enderby P, Whurr R. Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 1999; (4): CD000425. DOI:10.1002/14651858.CD000425.
6. Wendl O, Koul R, Hassik JM. Time post-onset does not affect response to treatment in patient with chronic aphasia \geq 1 year after stroke. *Evid Based Commun Assess Interv* 2008; 2(4): 199-202.
7. Bhogal SK, Teasell R, Speechley M. Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke* 2003; 34(4): 987-993.
8. Cherney LR, Patterson JP, Raymer A, Frymark T, Scholling T. Evidenced-based systematic review: effects of intensity of treatment and constraint-induced language therapy for individuals with stroke-induced aphasia. *J Speech Lang Hear Res* 2008; 51(5): 1282-1299.
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline. No. 78. Edinburg (Scotland): SIGN, 2004.
10. Wheeler-Hegland K, Ashford J, Frymark T, McCabe D, Mullen R, Musson N, et al. Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part II - impact of dysphagia treatment on normal swallow function. *J Rehabil Res Dev* 2009; 46(2): 185-194.
11. Clark H, Lazarus C, Arvedson J, Scholling T, Frymark T. Evidence-based systematic review: effects of neuromuscular electrical stimulation on swallowing and neural activation. *Am J Speech Lang Pathol* 2009; 18(4): 361-375.
12. Balas EA. Information systems can prevent errors and improve quality. *J Am Med Inform Assoc* 2001; 8(4): 398-399.
13. Ping T. Ask a silly question: two decades of troublesome trials. *Int J Lang Commun Disord* 2004; 39: 285-302.