

Diana Saniewska

Uniwersytet w Białymstoku

Ireneusz Hałas

IREHAMED Fizjoterapia i Fizjoprofilaktyka, Lublin

POSTRZEGANIE KINESIOTAPINGU – PORÓWNAWCZY REKONESANS BADAWCZY

Rozdział ten – na podstawie pilotażowego badania przekrojowego – daje wgląd w postrzeganie kinesiotalpingu przez polskich przedstawicieli środowiska specjalistów logopedów i pacjentów w porównaniu do badania przeprowadzonego wśród amerykańskich specjalistów. Dowodzi ono, że KT jest powszechnie znany i rozpoznawany jako skuteczna, opierająca się na wiedzy naukowej metoda oddziaływań terapeutycznych w różnych obszarach – między innymi w logopedii – wymagająca rzetelnego szkolenia specjalistów oraz merytorycznej edukacji pacjentów, a także ich opiekunów.

W czerwcu 2021 roku Scott W. Cheatham, Russell T. Baker oraz Thomas E. Abdenour opublikowali pracę *Kinesiology Tape: A descriptive survey of healthcare professionals in the United States*¹ opisaną jako pierwsze badanie dokumentujące przekonania zawodowe i praktyki kliniczne dotyczące KT. Stało się ono impulsem do podjęcia refleksji o postrzeganiu tapingu w obszarze orofacjalnym w polskim środowisku logopedów i pacjentów.

PRZEBIEG BADAŃ

By rozpoznać tytułowe zagadnienie, przeprowadziliśmy pilotażowe badanie w swoim środowisku. Jego celem było uchwycenie i opisanie postrzegania możliwości stosowania tapingu w obrębie twarzy. Zgodnie z charakterystyką badań przekrojowych – często wykorzystywanych w badaniach nad usługami zdrowotnymi – przyjęliśmy, że pozyskane dane będą migawką pewnej populacji w określonym

¹ Dalej referujemy na podstawie tej publikacji (Cheatham, Baker, Abdenour, 2021).

momencie – kiedy nie ma jeszcze zwartych publikacji o tapingu logopedycznym. Dane zgromadziliśmy za pomocą dwóch ankiet o różnych tytułach, co wynikało z różnych miejsc ich przeprowadzenia i różnych grup badanych, ale o powtarzających się pytaniach. Ankiety *Postrzeganie kinesiotapingu przez studentów logopedii* przeprowadzono w maju 2024 roku wśród słuchaczy Studiów Podyplomowych Logopedycznych w Białymstoku; uzupełniło ją 31 osób. Ankiety *Postrzeganie kinesiotapingu przez pacjentów gabinetów fizjoterapeutycznych* przeprowadzono w lipcu 2024 roku wśród pacjentów Centrum Fizjoterapii i Fizjoprofilaktyki IREHA w Lublinie; uzupełniło ją 49 osób. Jako uzupełnione poprawnie traktowano te ankiety, w których respondenci właściwie odpowiedzieli na pytanie sprawdzające uwagę.

Wybraliśmy dwie grupy badane, by pozyskać informacje o tym, jak kinesiotaping jest postrzegany przez interesujące nas – w kontekście tematyki monografii – środowiska: osób studiujących logopedię, przyszłych profesjonalistów reprezentujących „nowy” obszar aplikacji KT, oraz pacjentów gabinetów fizjoterapeutycznych, których pracownicy są prymarnymi wykonawcami plastrów.

Zależało nam na tym, by wyniki naszych badań ukazać w szerszym kontekście², dlatego prezentujemy jedynie te odpowiedzi z ankiet, które korespondują z badaniem Cheatham i współpracowników³. Pozwala nam to przyjąć jako tło naszych rozważań przekonania pracowników opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych (członków National Athletic Trainers Association, Academy of Orthopedic Physical Therapy i American Academy of Sports Physical Therapy), jako kolebki stosowania i upowszechniania plastrów na Zachodzie.

Dla jasności prezentacji przyjęliśmy oznaczenia:

A – oryginalne badanie amerykańskie (Cheatham Baker, Abdenour, 2021),

PIL – badanie polskie wśród przyszłych logopedów,

PIP – badanie polskie wśród pacjentów gabinetów fizjoterapeutycznych.

WYNIKI BADAŃ

Większość respondentów omawianych badań to kobiety: A: 53%, PIL: 97%, PIP: 98%. Środowisko amerykańskie reprezentowali przedstawiciele zawodów medycznych – głównie fizjoterapeuci (A, 61%) i certyfikowani trenerzy sportowi (A, 30%), ale też asystenci fizjoterapeuty (A, 4%), chiropraktycy (A, 2%), masażyści (A, 1%) oraz wykonawcy innych zawodów, jak np. terapeuta zajęciowy (A, 2%). Zdecydowana większość z nich pracuje w prywatnych placówkach ambulatoryjnych (A, 42%) oraz w placówkach szpitalnych (A, 18%), a także w uniwersyteckich placówkach

² W badaniu amerykańskim wzięły udział 1083 osoby.

³ Badanie Cheatham, Bakera i Abdenoura (2021) objęło pięć obszarów tematycznych – odnosimy się do dwóch pierwszych – 1) demografia respondentów; 2) spostrzeżenia kliniczne dotyczące KT; 3) zastosowanie kliniczne standardowej i specjalistycznej taśmy do KT; 4) zastosowanie kliniczne nasączonych plastrów do KT oraz analgetyków; 5) edukacja pacjentów w zakresie stosowania KT oraz wskazówki.

medycyny sportowej lub treningu sportowego (A, 12%) bądź w szkole średniej (A, 11%). Do korzystania z kinesiotalpingu w praktyce terapeutycznej skłaniała ich przede wszystkim współpraca z innymi specjalistami (A, 75%), dostępność kursów i konferencji kształcenia ustawicznego (A, 74%), wcześniejsze doświadczenia empiryczne (A, 64%) oraz recenzje naukowe i podręczniki (A, 53%).

W swoim badaniu pytaliśmy o to, **czy każdy może wykonywać aplikacje kinesiotalpingu** – odpowiedzi systematyzuje tabela 1.

Tabela 1. Kto może naklejać plastry do kinesiotalpingu (wielokrotny wybór)

Kompetencje zawodowe potencjalnego wykonawcy oklejeń	PIL	PIP
Rehabilitant/fizjoterapeuta	81%	88%
Lekarz	55%	57%
Logopeda	68%	27%
Terapeuta zajęciowy	39%	18%
Pielęgniarka	26%	27%
Każdy po specjalistycznym kursie	81%	63%
Każdy po obejrzeniu instrukcji w Internecie	7%	8%

Źródło: opracowanie własne

Większość respondentów w obu grupach – w porównywalnych odsetkach – uznała, że aplikacje KT może wykonywać rehabilitant/fizjoterapeuta (PIL 81%; PIP 88%) oraz lekarz (PIL 55%; PIP 57%). Grupa logopedyczna ponad dwa razy częściej wskazywała logopedę (PIL 68%; PIP 27%) oraz częściej niż grupa pacjentka uważała, że oklejenia może wykonywać każdy po specjalistycznym kursie (PIL 81%; PIP 63%). Obie grupy z rezerwą odniosły się do nabycia kompetencji do plastrowania na podstawie instrukcji internetowych (PIL 7%; 8%).

Zgodnie z tym są odpowiedzi na inne pytanie – **czy wykonywanie oklejania plastrami do kinesiotalpingu wymaga ukończenia specjalistycznego szkolenia**. Odpowiedzi twierdzące udzieliło 90% przyszłych logopedów oraz 84% pacjentów.

Następnie zapytaliśmy o to, **z jakimi przypadłościami może pomóc KT** – ich zestawienie zawiera tabela 2.

Tabela 2. W jakich sytuacjach może pomóc kinesiotalping (wielokrotny wybór)

Problem	PIL	PIP
Problemy z oddychaniem	52%	29%
Ślinienie się	61%	14%
Porażenie nerwów twarzowych	61%	82%
Opadający kącik ust po udarze	71%	76%
Bruksizm	45%	59%
Obrzęk twarzy np. po usunięciu ósemek	23%	43%
Obrzęk twarzy np. po operacjach z zakresu chirurgii szczękowej	19%	41%
Blizny pooperacyjne w obrębie twarzy, szyi	10%	47%
Poprawa wymowy	71%	33%
Zmarszczki mimiczne	71%	71%
Ból mięśni, stawów	74%	80%
Uraz mięśni, stawów, więzadeł	45%	80%
Poprawa ustawienia głowy	29%	55%
Rozszczep wargi	13%	6%
Poprawa pionizacji języka	45%	22%
„Worki” pod oczami	19%	24%

Źródło: opracowanie własne

Grupa logopedyczna uznała taping za najbardziej pomocy przy problemach takich jak: ból mięśni, stawów (PIL, 74%), opadający kącik ust po udarze (PIL, 71%), poprawa wymowy (PIL, 71%), ślinienie się (PIL, 61%), porażenia nerwów twarzowych (PIL, 61%), poprawa ustawienia głowy (PIP, 55%), problemy z oddychaniem (PIL, 52%); zaś za najmniej pomocy przy rozszczepie wargi (PIL, 13%) i bliznach pooperacyjnych w obrębie twarzy, szyi (PIL, 10%).

Natomiast grupa pacjencka największych korzyści upatrywała w zastosowaniu tapingu przy porażeniu nerwów twarzowych (PIP, 82%), w urazach mięśni, stawów, więzadeł (PIP, 80%), przy bólu mięśni, stawów (PIP, 80%), opadającym kąciku ust

po udarze (PIP, 76%); najmniejszych zaś – odwrotnie niż logopedzi – przy ślinieniu się (PIP, 14%) i porównywalnie jak logopedzi przy rozszczepie wargi (PIP, 6%).

Obie grupy porównywalne korzyści widziały w aplikacjach związanych z estetyką twarzy – najwyższe przy walce ze zmarszczkami mimicznymi (PIL i PIP po 71%), a także w niwelowaniu „worków” pod oczami (PIL, 19%) (PIP, 24%).

W innym pytaniu weryfikowaliśmy przekonanie o **celu wykonywania kinesiotalpingu** twarzy. W obu grupach dominowało przeświadczenie o prymarnym terapeutycznym przeznaczeniu tapingu w obszarze twarzy – w grupie logopedycznej było ono silniejsze (PIL, 100%, PIP 92%). Dla tej grupy ważniejszy był kosmetyczny cel plastrowania (PIL, 65% i PIP, 57%), podczas gdy istotniejsze dla pacjentów były względy estetyczne (PIP, 76%, PIL, 42%).

Dla grupy amerykańskich specjalistów najważniejszymi efektami terapeutycznymi były: działanie przeciwbólowe (A, 70%), poprawa propriocepcji (A, 69%), poprawa krążenia lokalnego (A, 65%), a także poprawa ruchomości mięśniowo-powięziowej (A, 29%). Miarą skuteczności plastrowania jest najczęściej informacja zwrotna od pacjenta (A, 80%). Co istotne, znaczna część amerykańskich specjalistów zaobserwowała efekt placebo (58%). Koreluje z tym przekonanie, że jednym z częściej wskazywanych fizjologicznych mechanizmów działania KT jest tworzenie efektu placebo (A, 74%). Inne to: stymulacja mechanoreceptorów skóry, zwiększająca propriocepcję (77%), unoszenie skóry, aby poprawić miejscowe krążenie (69%), stymulacja nocycceptorów skóry, działająca przeciwbólowo (60%).

Polscy respondenci poproszeni zostali natomiast o wskazanie podstaw plastrowania – wymienionych w tabeli 3. Najważniejszą z nich jest naukowa wiedza anatomiczna i fizjologiczna, co było bardziej oczywiste dla grupy logopedycznej (PIL, 97%, PIP, 88%).

Tabela 3. Podstawy kinesiotalpingu (wielokrotny wybór)

Podstawy kinesiotalpingu	PIL	PIP
Naukowa wiedza anatomiczna/fizjologiczna	97%	88%
Wiedza pochodząca z medycyny Wschodu	32%	35%
Przekonania należące do medycyny niekonwencjonalnej	19%	20%
Brak naukowych podstaw	–	2%

Źródło: opracowanie własne

Ankietowani z grupy pacjenckiej częściej wskazywali jako fundament KT wiedzę z medycyny Wschodu (PIP, 35%, PIL, 32%) niż przekonania związane z medycyną

niekonwencjonalną (PIP, 20%, PIL, 19%). Znikomy odsetek nie znajdował u podstaw KT wiedzy naukowej.

W naszej próbie badanej 100% ankietowanych deklarowało przekonanie o **skuteczności** tapingu.

Kolejny weryfikowany przez nas aspekt to rozpoznanie **przynależności kinesiotalpingu do określonych dziedzin aktywności związanych ze zdrowiem i dobrym samopoczuciem** zebranych w tabeli 4.

Tabela 4. Obszary zastosowania kinesiotalpingu (wielokrotny wybór)

Obszary zastosowania kinesiotalpingu	PIL	PIP
Metodą stosowaną w rehabilitacji/fizjoterapii	100%	100%
Metodą stosowaną w medycynie	48%	69%
Metodą stosowaną w logopedii	100%	43%
Metodą stosowaną w kosmetologii	74%	78%
Metodą stosowaną w sporcie	68%	86%
Elementem dbania o siebie	19%	59%

Źródło: opracowanie własne

Dla wszystkich respondentów KT jest metodą stosowaną w rehabilitacji/fizjoterapii. Cała grupa logopedyczna uważa taping za metodę stosowaną w logopedii, zgadza się z tym mniej niż połowa grupy pacjenckiej (PIP, 43%). Według tej grupy plastrowanie stosuje się w sporcie (PIP, 86%), kosmetologii (PIP, 78%), dopiero później w medycynie (PIP, 69%) oraz jako element dbania o siebie (PIP, 59%). Grupa logopedyczna natomiast bardziej kojarzy taping z kosmetologią (PIL, 74%) niż ze sportem (PIL, 68%).

Zdecydowana i porównywalna większość **ankietowanych miała kontakt z kinesiotalpingiem** (PIL, 97%, PIP, 96%) w różnych okolicznościach ujętych w tabeli 5.

Tabela 5. W jakiej sytuacji miałeś do czynienia z kinesiotalapingiem (wielokrotny wybór)

	PIL	PIP
W pracy	–	22%
Na studiach	77%	12%
Jako pacjent miałem/łam wykonywane aplikacje kinesiotalapingu	16%	61%
Jako opiekun/rodzic pacjenta	19%	6%
Widziałem/łam w telewizji, Internecie	29%	41%
Widziałem/łam na żywo osoby z kinesiotalapingiem na ciele	42%	59%

Źródło: opracowanie własne

Grupa studentów logopedii zaznałomiła się z plastrami w czasie studiów (PIL, 77%), grupa pacjenta głównie w roli pacjenta (PIP, 61%) – pierwsza grupa miała w tej sytuacji najmniejsze doświadczenie (PIL, 16%). W obu drugą drogą zaznałomienia z KT był kontakt na żywo z osobami z kinesiotalapingiem na ciele (PIL, 42%, PIP, 59%). Pacjenci częściej niż przyszli logopedzi oglądali plastry w telewizji oraz w Internecie (PIP, 59%, PIL, 42%).

Zapytaliśmy także o to, czy respondenci mieli do **czynienia z kinesiotalapingiem w obrębie twarzy** – zdecydowana większość udzieliła odpowiedzi twierdzącej, przy czym w grupie logopedycznej odsetek ten był nieco większy (PIL, 90%, PIP, 84%).

DYSKUSJA

Wyniki naszego badania w odniesieniu do badania amerykańskiego naświetliły kilka kwestii związanych z tym, jak postrzegany i praktykowany jest taping w Polsce. Od razu widać, że dłuższa tradycja stosowania plastrów KT w Stanach Zjednoczonych najprawdopodobniej odbija się na zakresie specjalistów, którzy wykonują plastranie, a z drugiej strony – brak silnych szkolno-akademickich tradycji sportowych w Polsce przekłada się na nieobecność tapingu w tym obszarze działań. Wydaje się więc, że grupą, która mogłaby korzystać z plastrania, są też wuefści. Z innej jeszcze strony widać, że to zakorzenienie tapingu w sporcie profesjonalnym uwiadaćnia się w uznaniu plastrania za metodę sportową – w naszym badaniu tak widzi go 86% grupy pacjenckiej, podczas gdy jako metodę stosowaną w medycynie tylko 69%.

Kolejną kwestią jest to, że nasi respondenci uważają, że do posługiwania się kinesiotalpiniem potrzebne jest specjalistyczne szkolenie, a Internet jako medium instrukcji traktują nieufnie (PIL, 7%, PIP, 8%). Konstatację tę należy uznać za ważną, szczególnie w grupie przyszłych specjalistów logopedów, którzy mierzyć się dziś muszą nie tylko z komercjalizacją szkoleń⁴, ale też ich wirtualizacją⁵, która może sprzyjać powtarzaniu czy utrwalaniu wiedzy, ale nie nabywaniu nowych umiejętności, wymagających precyzji manualnej, wyczucia palpacyjnego, a tego właśnie – w naszym odczuciu – wymaga kinesiotalpini. Internet oczywiście – jak pokazują etnografowie w odniesieniu do sportu – „może odsłonić nowe modalności nauki oraz transformacje przyswajania wiedzy, a także ukazać specyficzne łączenie różnych przestrzeni wytwarzania wiedzy oraz relacji pomiędzy jej odmianami” (Górski, 2021, s. 220). Jednak nie mamy podobnych wniosków odnośnie do nabywania wiedzy terapeutycznej. Kluczowe wydaje się sformułowanie „może”, ale sugeruje też, że potrzebna jest weryfikacja. Koresponduje to z uwagą autorów amerykańskich o tym, że brakuje informacji, jak szkolenie wpływa na stosowanie KT, a co za tym idzie – na wyniki terapii (chodzi o to, jak w praktyce określane jest napięcie taśmy, czas noszenia plastra, jak przekłada się to na wyniki terapeutyczne, a jeszcze dalej – jak odnieść to do różnic indywidualnych: wieku czy aktywności) (Cheatham, Baker, Abdenour, 2021).

Następny z obszarów, na który światło rzuciło nasze badanie, to przypadki, w których można stosować kinesiotalpini. Interesowały nas najbardziej te, które spotykane są w praktyce logopedycznej i to one zostały podane w ankiecie, ze świadomością, że wszystkie zostały już zweryfikowane w literaturze⁶. Nie mogą dziwić odpowiedzi grupy pacjenckiej, zakładamy bowiem, że opiera się na doświadczeniu własnym i obserwacji. Permisywnie trzeba natomiast podejść do odpowiedzi grupy przyszłych specjalistów – jako tacy winni dysponować większym rozeznaniem w nowych technikach pracy. Dotyczy to szczególnie niedowartościowanego stosowania tapingu u dzieci z rozszczepem wargi (PIL, 13%) – biorąc pod uwagę, że defekt ten wpływa na zdolność przyjmowania pokarmu czy na rozwój mowy, co oznacza, że pacjenci tacy pozostają pod opieką logopedów. Badacze opisali już korzyści z plastrowania rozszczepu wargi – w bazie PubMed (2024, online) można wyszukać 39 prac z oznaczeniem „taping cleft lip”⁷. Pierwsze próby plastrowania przy użyciu „taśmy chirurgicznej”, jako skutecznej i taniej niechirurgicznej metody mobilizacji i przybliżania tkanek miękkich przed zabiegiem operacyjnym, podejmowano już w latach 90. XX wieku (Pool, Farnworth, 1994), uzyskując efekt zwężenia, przebudowania i przybliżenia łuku zębodołowego. Najnowsze prace odnotowują korzyści ze stosowania tapingu przed chelioplastyką. Mohamed Abd El-Ghafour z zespołem (2020) potwierdził, że taping może być traktowany jako

⁴ Zob. rozdz. *Logopedia polska XXI wieku – nowe wyzwania i kierunki rozwoju*, s. 72.

⁵ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotalpini w logopedii*, s. 27.

⁶ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotalpini...*, s. 19–21.

⁷ Zob. przykłady w rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotalpini...*, s. 20.

samodzielne skuteczne narzędzie zmniejszające łuk rozszczepu przed zabiegiem chirurgicznym u niemowląt, co poświadczyły dane kliniczne i statystyczne, a dwa lata później badacz konkludował, że można plastrowanie uznać za skuteczną interwencję w poprawie estetyki ust i nosa przed operacją (2022). Najnowszy przegląd systematyczny i metaanaliza pokazały, że zastosowanie tapingu jest korzystniejsze niż niestosowanie żadnej terapii przedoperacyjnej, choć potrzeba więcej badań (Vignesh i wsp., 2024). Ponadto, Althath Thair i wsp. (2024) opisali pozytywne doświadczenia opiekunów pacjentów, u których zastosowano taping jako element leczenia przedoperacyjnego. Zaznaczają jednak, że konieczna jest edukacja tak rodziców/opiekunów, jak i osób udzielających im bezpośredniego wsparcia. Krótkie omówienie tej literatury pozwala sądzić, że szkolenie logopedyczne – na przykład na poziomie wczesnej interwencji logopedycznej – powinno zawierać informacje o możliwościach zastosowania tapingu u dzieci z rozszczepem wargi. Warto w tym miejscu wspomnieć od razu o innym niedocenionym czy mało znanym w grupie logopedycznej obszarze terapii – o bliznach pooperacyjnych, choćby tych po zabiegu chelioplastyki⁸. Tu kinesiopatynowa interwencja logopedy też jest możliwa.

Mimo tej luki dotyczącej rozszczepów wargi, grupa logopedyczna jest świadoma naukowych podstaw tapingu (PIL, 97%), choć łączy je z wiedzą pochodzącą z medycyny Wschodu (PIL, 32%) i medycyny niekonwencjonalnej (PIL, 19%). Prawdopodobnie do ciekawych wniosków doprowadziłaby bardziej szczegółowa analiza odniesień do tych paradygmatów, poczynwszy od możliwej dyferencjacji medycyny wschodniej (tradycyjnej) i niekonwencjonalnej⁹ w grupie specjalistów i pacjentów.

Porównanie badania amerykańskiego z naszym potwierdza istnienie nieścisłości w przekonaniach respondentów – przypomnijmy, że wszyscy ankietowani z naszego badania uważają taping za skuteczny – a zgłaszanym przez praktyków amerykańskich efektem placebo – wykorzystywanym bardzo często w celach terapeutycznych (A, 58%) oraz niekonkluzywnymi wynikami badań naukowych. Cheatham i wsp. odnotowali, że od 2010 r. opublikowano trzydzieści osiem przeglądów systematycznych z niejednoznacznymi wynikami (2021).

Jeśli chodzi o efekt placebo w tejpowaniu, amerykańscy badacze sugerują, że mimo dostępnych badań nad tym zjawiskiem, potrzebne są kolejne, które zweryfikują go w odniesieniu do różnych populacji (2021, s. 785–786). Nie bez znaczenia są kwestie – które powracają w wielu miejscach tej publikacji – sposobu prowadzenia badań i ich porównywalności – różne właściwości mechaniczne plastrów różnych marek¹⁰ w zasadzie nie pozwalają na bezpośrednie porównywanie badań. Ponadto, na zmienność wyników wpływają także niejednorodne praktyki terapeutyczne – na przykład wykorzystywanie innych aplikacji przy takim samym rozpoznaniu

⁸ Zob. przykłady w rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiopatyngu...*, s. 19.

⁹ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiopatyngu...*, s. 34.

¹⁰ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiopatyngu...*, s. 24–25.

(różna długość, napięcie, kształt). Odnotować jednak trzeba, że rozbieżności te mogą pewien potencjał – inspirują do poszukiwania własnych rozwiązań.

OGRANICZENIA I ZALECENIA DO KOLEJNYCH BADAŃ

Głównym ograniczeniem naszego opracowania jest mała grupa badana, zdecydowaliśmy się jednak na jego przeprowadzenie jako badania pilotażowego, które naświetli aspekty wymagające baczniejszej uwagi i jako takie spełniło swoje zadanie z zastrzeżeniem jednak, że porównywalność do badań amerykańskich nie była pełna z uwagi na rozbieżności w niezależnie przygotowanych kwestionariuszach. Całkowita zbieżność nie jest zresztą w tym momencie możliwa choćby dlatego, że na rynku polskim nie spopularyzowały się plastry nasączone.

Większa próba w kontynuacji tego badania pozwoli uzyskać reprezentatywne dane. Powinny one ponadto objąć szerszą grupę specjalistów pracujących z traktem ustno-twarzowym – fizjoterapeutów i logopedów oraz studentów tych kierunków, z podziałem na tych, którzy ukończyli kurs tapingu i którzy go nie ukończyli, a także ich pacjentów tak z placówek systemu ochrony zdrowia, jak i korzystających z usług komercyjnych. Wydaje się, że percepcje i praktyki stosowania tapingu mogą być w instytucjach publicznych i prywatnych różne, warto je więc zdyferencjować przy pomocy szczegółowego kwestionariusza. Ponadto, za istotne uważamy sprawdzenie tego, jak logopedzi używają plastrów KT w kontekście obszarów z badania amerykańskiego, które tu pominęliśmy – klinicznego stosowania i edukacji¹¹. Interesująco zarysowuje się także perspektywa zweryfikowania doświadczenia osób, które miały wykonane plastrowanie terapeutyczne w obszarze twarzy.

W kolejnych badaniach warto – jak sugerowali Cheatham i wsp. (2021) – przyjąć się niekorzystnym i długoterminowym skutkom stosowania kinesiotalingu w obszarze orofacjalnym.

KONKLUZJE

Zgodnie z naszą wiedzą jest to pierwsze badanie dokumentujące przekonania polskich przedstawicieli środowiska logopedycznego i pacjentów dotyczące kinesiotalingu w porównaniu do badania przeprowadzonego wśród amerykańskich specjalistów. Dowodzi ono, że KT jest powszechnie znany i rozpoznawany jako skuteczna metoda oddziaływań terapeutycznych w różnych obszarach. Ze względu na tematykę opracowania szczególnie istotne jest to, że taping jest identyfikowany jako metoda oddziaływań logopedycznych. Konieczne są jednak dalsze badania, by ustalić, w jaki sposób dane demograficzne respondentów mogą wpływać na percepcję tapingu, a także by scharakteryzować podobieństwa w różnice w stosowaniu plastrowania w obszarze orofacjalnym, wspólnym dla logopedów i fizjoterapeutów.

¹¹ Zob. przypis 3, s. 88.

PERCEPTION OF KINESIOTAPING – A COMPARATIVE RESEARCH RECONNAISSANCE

This is the first pilot cross-sectional study documenting the beliefs of Polish representatives of the speech therapists' and patients' community regarding kinesiotaping compared to a study conducted among American specialists (Cheatham Baker, Abdenour, 2021). It proves that KT is widely known and recognized as an effective method of therapeutic interventions in various areas – including speech therapy. However, further, broader research is necessary to determine how the demographic data of respondents may affect the perception of taping, as well as to characterize the similarities and differences in the use of taping in the orofacial area common to speech therapists and physiotherapists.

KEYWORDS: kinesio taping, kinesiotaping, kinesiology taping, perception, speech therapy, medical discourse

BIBLIOGRAFIA

- Abd El-Ghafour M., Aboulhassan M.A., El-Beialy A.R., Fayed M.M.S., Eid F.H.K., Emara D., El-Gendi M., 2022, *Does presurgical taping change nose and lip aesthetics in infants with unilateral cleft lip and Ppalate? A randomized controlled trial*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, t. 150 (6), s. 1300e–1313e.
- Abd El-Ghafour M., Aboulhassan M.A., El-Beialy A.R., Fayed M.M.S., Eid F.H.K., El-Gendi M., Emara D., 2020, *Is taping alone an efficient presurgical infant orthopedic approach in infants with unilateral cleft lip and palate? A randomized controlled trial*, „The Cleft Palate Craniofacial Journal”, t. 57 (12), s. 1382–1391.
- Cheatham S.W., Baker R.T., Abdenour T.E., 2021, *Kinesiology Tape: a descriptive survey of healthcare professionals in the United States*, „International Journal of Sports Physical Therapy”, t. 16 (3), s. 778–7796. doi: 10.26603/001c.22136. PMID: 34123530; PMCID: PMC8169012.
- Górski K., 2021, „Podpatrzyłem to na YouTube”. *Etnografia nabywania wiedzy poprzez sieć (praktyka nauki brazylijskiego jiu-jitsu)*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Etnograficzne”, t. 9, z. 3, s. 219–242.
- Pool R., Farnworth T.K., 1994, *Preoperative lip taping in the cleft lip*, „Annals of Plastic Surgery”, t. 32 (3), s. 243–249.
- PubMed, 2024, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=taping+cleft+lip> (dostęp: 24.10.2024 r.).
- Thair A., Abid M., Dziedzic A., 2024, *Caregivers' experience with lip taping as a presurgical orthopedic treatment for cleft lip and palate defects*, „Children” (Basel), t. 11 (3), s. 332.
- Vignesh R., Singhal R., Namdev R., Kumar A., Dayma C., Rani A., 2024, *Treatment outcomes of lip taping in patients with non-syndromic cleft lip and/or palate: a systematic review and meta-analysis*, „The Cleft Palate Craniofacial Journal”. Epub ahead of print. doi: 10.1177/10556656241249822. PMID: 38711400.