

Edyta Samojło

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Diana Saniewska

Uniwersytet w Białymstoku

WYKORZYSTANIE KINESIOTAPINGU LOGOPEDYCZNEGO W WARUNKACH SZPITALNYCH NA PRZYKŁADZIE UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO W BIAŁYMSTOKU

Wywiady swobodne oraz analiza dokumentów pozwoliły na pilotażowe przedstawienie w tym rozdziale zakresu wykorzystania kinesiotapingu logopedycznego w warunkach szpitalnych na przykładzie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w wybranych klinikach: neurologii z oddziałem udarowym, rehabilitacji oraz otolaryngologii. W jednostkach tych taping logopedyczny nie jest wykonywany (co wynika m.in. z niskiego i niemedyceznego statusu logopedy w systemie opieki medycznej), ale plastrowanie traktu ustno-twarzowego u pacjentów neurologicznych wykonują fizjoterapeuci. Pozwala to wskazać obszar orofacjalny jako niewykorzystaną przestrzeń oddziaływań terapeutycznych, które mogą być podejmowane tak przez fizjoterapeutów, jak i logopedów.

„Plastry do kinesiotapingu, nazywane również taśmami kinezyologicznymi – wyjaśnia redakcja *Praktycznej Rehabilitacji*, pierwszego na rynku, praktycznego czasopisma dla fizjoterapeutów i rehabilitantów – w ostatnich latach cieszą się niezwykle popularnością. Kinesiotaping poza oczywistym zastosowaniem w gabinetach fizjoterapeutów, obecny jest również w wielu innych dziedzinach medycyny – neurologii, onkologii, pediatrii, a nawet ginekologii” (PR, 2021, online), przez to że poprawia przepływ krwi oraz limfy, intensyfikuje proces gojenia, redukuje ból, normalizuje pracę mięśni i powięzi, wpływa na regenerację stawów i więzadeł, co tworzy szeroki wachlarz zastosowań. Jednak w tych „innych” dziedzinach medycyny nie jest powszechnie stosowany, choć opiera się na teorii

tensegracji – łańcuchów mięśniowo-powięziowych, która zdążyła już okrzepnąć w paradygmacie biomedycyny ufundowanym na koncepcji EBM¹, i wiele badań potwierdziło jego skuteczność², również w obszarze ustno-twarzowym, będącym polem terapeutycznych oddziaływań tak fizjoterapeutów, którzy prymarnie zajmowali się tapingiem, jak i logopedów³, którzy są „nową” grupą posługującą się tym narzędziem. Zainteresowało nas, czy kinesiotalping jest wykonywany przez logopedów, którzy współtworzą zespoły terapeutyczne w szpitalach.

PRZEBIEG BADAŃ

Ze względu na specyfikę pracy logopedycznej przyjęliśmy, że logopedzi mogą pracować w trzech klinikach Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku (USK), który wybrałyśmy na miejsce badań ze względu na przynależność do struktur Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, co winno korespondować z wysoką jakością świadczeń oraz innowacyjnością. Tak zresztą brzmi autodeskrypcja na stronie placówki, która opisuje się jako „jeden z największych szpitali w Polsce, a jednocześnie (...) najnowocześniejsza publiczna placówka służby zdrowia w województwie podlaskim” (USK, 2024, online).

Wśród zakwalifikowanych do badania jednostek USK znalazły się: Klinika Neurologii z Oddziałem Udarowym, Klinika Rehabilitacji, Klinika Otolaryngologii. Pisemna zgoda na przeprowadzenie badań w ramach projektu „Kinesiotalping w Logopedii”, z uwzględnieniem wglądu do dokumentacji medycznej z lat 2019–2023, została udzielona w kwietniu 2024 r. przez Dyrektora USK w Białymstoku.

W ramach badania – które traktujemy jako pilotażowe – przeprowadzono swobodne wywiady z osobami wskazanymi przez kierowników wybranych klinik. Ze względu na RODO nie podajemy danych personalnych, a wykonywaną funkcję. Pozyskane dane przeanalizowano w odniesieniu do wyników analizy dokumentów oraz – wzorem Wiesława Chudzika i Renaty Gliwy, którzy opisywali rolę i miejsce logopedy w szpitalnictwie (2016) – do własnej „praktycznej wiedzy na temat organizacji opieki zdrowotnej w szpitalu wielospecjalistycznym” (2016, s. 36) (jakim jest USK).

WYNIKI BADANIA

I. Klinika Otolaryngologii USK w Białymstoku. Prof. dr hab. n. med. kierujący Kliniką udzielił pisemnej informacji, że „w okresie 2019-2023 nie wykonano zabie-

¹ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotalpingu w logopedii*, s. 22.

² Nie przywołujemy ponownie publikacji, wiele z nich znajduje się w wykazie w rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotalpingu...*, s. 35–44.

³ Zob. rozdz. *Kinesiotalpingu traktu ustno-twarzowego – wspólna płaszczyzna działań fizjoterapii i logopedii. Podejście klasyczne i obliczeniowe*.

gów plastrowania dynamicznego w obrębie twarzy” (23.04.2024 r.)⁴. Potwierdziły to wywiady przeprowadzone z pracownikami.

II. Klinika Rehabilitacji USK w Białymstoku. Pielęgniarka koordynująca udzieliła pisemnej informacji: „od 2019 do 2023 roku nie wykonano zabiegu plastrowania dynamicznego w obrębie twarzy (93.3812)” (23.04.2024 r.)⁵. Odmiennych informacji udzielili w wywiadach fizjoterapeuci pracujący w Klinice.

III. Klinika Neurologii z Oddziałem Udarowym USK w Białymstoku. Informacji pisemnej udzieliła wyznaczona fizjoterapeutka:

„W latach 2029–2023 zastosowanie techniki kinesiotalping w Klinice Neurologii z Oddziałem Udarowym obejmowało n/w przypadki zastosowania:

1) aplikacje zastosowane na mm. twarzy przy niedowładach nn. obwodowych (VII)
2) aplikacje zastosowane na mm. twarzy przy niedowładach odśrodkowych układu nerwowego w celu:

- ograniczenia opadania powieki
- umożliwienia zwarcia powieki niedotykającej się
- stymulacja mm z zakresu unerwienia n. VII
- przygryzanie policzka
- nadmierne łzawienie lub wysychanie śluzówki oka
- opadanie kąćka ust
- „wyciekanie” płynów z ust pacjenta poudarowego
- „zagryzanie” wewnętrznej strony policzka

3) aplikacje przeciwozrętkowe zastosowane na twarz, kkg, kkd pacjentów po-udarowych

4) stabilizacja stawu barkowego w celu zabezpieczenia pacjenta przed podwichnięciem stawu.

Aplikacje stosowane są przez przeszkolonych fizjoterapeutów z aprobatą lekarzy prowadzących”⁶.

Potwierdzenie uzyskano w czasie wywiadów z innymi pracownikami – w tym z logopedą – pracującymi na oddziale.

DYSKUSJA

Pierwszą z kwestii, na które zwróciły uwagę wyniki badania, jest ograniczenie stosowania kinesiotalpingu do Kliniki Neurologii z Oddziałem Udarowym. Prawdopodobnie uwarunkowane jest to reglamentacją refundacyjną – taping jako procedura medyczna pojawia się w *Wykazie procedur medycznych według klasyfikacji ICD-9 oraz wykazie jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10 opisujących świadczenia gwarantowane w rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych* będą-

⁴ Dokument zarchiwizowany przez autorki – do wglądu.

⁵ Dokument zarchiwizowany przez autorki – do wglądu.

⁶ Zachowano oryginalny zapis. Dokument zarchiwizowany przez autorki – do wglądu.

cym załącznikiem do *Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej* (Dz.U. z 2021 r., poz. 265). Przepisy te decydują, że plastrowanie może być refundowane w ramach rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych, a więc kiedy pacjent przebywa na oddziale szpitalnym, ale już nie w warunkach ambulatoryjnych – a tak właśnie funkcjonuje Klinika Rehabilitacji USK, co może wyjaśniać, dlaczego plastrowania się tam nie wykonuje.

Uwagę zwraca to, że plastrowanie w Klinice Neurologii obejmuje obszary o udokumentowanej w badaniach skuteczności – pacjentów z porażeniem nerwu twarzonego⁷ oraz tych po udarach. W bazie PubMed (2024, online) można znaleźć 48 wyników wyszukiwania dla zestawienia „kinesio taping stroke”. Większość prac dotyczy pozytywnych wyników plastrowania w fizjoterapii:

- bóle barku spowodowane niedowładem połowicznym (Huang i wsp., 2017),
- rehabilitacja kończyn dolnych po udarze (Wang i wsp., 2019),
- poprawa zakresu ruchu stawu skokowego, parametrów chodu, terapia opadającej stopy u pacjentów poudarowych (*chronic stroke*) (Bee, Park, 2022),
- poprawienia zdolności utrzymania równowagi (Lee i wsp., 2016),
- funkcje ramienia (sięganie, przesuwanie) (Rojhani-Shirazi, Amirian, Meftahi, 2015).

Wiadomo jednak, że obiecujące są wyniki stosowania tapingu w obszarze ustno-twarzowym przy dysfagiach – taping poprawia funkcję połykania i stan odżywienia u pacjentów z dysfagią w fazie gardłowej (Li i wsp., 2024); „kliniczne zastosowanie KT u pacjentów z dysfagią powinno być rozważane jako podejście terapeutyczne” (Heo, Kim, 2015).

Wnioski z badań nad wykorzystaniem tapingu u pacjentów neurologicznych są optymistyczne: jest to skuteczna alternatywna opcja terapeutyczna (Huang i wsp., 2017), technika uzupełniająca, która empirycznie zapewnia korzyści (Ortiz-Ramirez, Perez-De la Cruz, 2017). Naukowcy zwracają jednak uwagę na to, że potrzebne są kolejne badania (lepsze metodologicznie) (tamże), a w przypadku dysfagii takie, które obejmą większą grupę pacjentów i bardziej zróżnicowane wzorce dysfunkcji, by zebrać dalsze dowody (Heo, Kim, 2015).

Nieoczywista od dawna jest kwestia refundowania. Specjaliści z niezależnego forum dla świadczeniodawców Podstawowy Problem Świadczeniodawcy udzielili następującego uzasadnienia na pytanie o refundację:

Jeśli chodzi o samą procedurę ICD9 na KinesioTaping to jest to kod: 93.3812 – Plastrowanie dynamiczne /Kinesiologia Taping.

W przypadku kontraktu na Fizjoterapię Ambulatoryjną jest to procedura niestety nierefundowana. Ja korzystam z tej procedury w przypadku rehabilitacji dzieci oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej (Forum PPS, 2012, online).

⁷ Odsyłamy do bibliografii w rozdziale *Co trzeba wiedzieć o kinesiotapingu*.

Obecność logopedy w zespole oddziału neurologicznego lub/i udarowego wynika z *Deklaracji HelsiŃgorskiej* (2016), która usystematyzowała postępowanie rehabilitacyjne po udarze mózgu, wymagające wielospecjalistycznego podejścia ujętego w standardy postępowania. Przywoływane *Obwieszczenie...* dotyczące świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 r., poz. 265) wskazuje, że logopeda w jej ramach powinien uczestniczyć w rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu, rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy, edukacji zdrowotnej⁸. Dane z wywiadów pokazały, że w USK pracuje siedem osób z uprawnieniami logopedy, w tym trzy z uprawnieniami logopedy i psychologa, zatrudnione na stanowisku psychologa; pozwala to spełnić minimum ministerialnego przelicznika etatowego.

Biorąc jednak pod uwagę przedmiot logopedii, która obejmuje „wszelkie działania mające na celu umożliwienie pacjentowi komunikacji z otoczeniem poprzez usuwanie zakłóceń czy łagodzenie ich skutków. Służą temu działania diagnostyczne, rehabilitacyjne i profilaktyczne (w ich obszar wpisują się wszelkie czynności mające charakter popularyzatorski czy instruktażowy)” (Jastrzębowska, 2003, s. 301), a także wytyczne European Speech and Language Therapy Association⁹ należy uznać, że „rola logopedy w strukturze szpitala wielospecjalistycznego, a tym samym w służbie zdrowia, wydaje się być znikoma w stosunku do rzeczywistych potrzeb. Ograniczenie stanowi tu szereg ustaw, w których nie przewidziano obecności logopedy w takich jednostkach jak chociażby oddziały położnicze, noworodkowe, otolaryngologiczne itd. Nie uwzględniono także potrzeby kompleksowej rehabilitacji” (Chudzik, Gliwa, 2016, s. 42–43).

Praktyczną konsekwencją tego jest – tu wyznaczmy **drugi z aspektów** nasświetlonych przez nasze badanie – nieobecność kinesiotalpingu wśród świadczeń realizowanych w klinice otolaryngologii, nawet w wymiarze jedynie fizjoterapeutycznym, choć powstały już rodzime prace o tapingu w tym obszarze medycyny, np. *Wpływ kinesiotalpingu na rozluźnienie mięśni około krtaniowych w dysfoniach hyperfunkcjonalnych*¹⁰ opublikowana w „Polish Journal of Otolaryngology” (Wilhelmsen i wsp., 2019)¹¹.

Trzeci obszar wymagający refleksji to wynikająca z ograniczeń ustawowych, a niezgodna z potrzebami pacjenckimi, nieobecność logopedy na oddziałach położniczych i noworodkowych, gdzie w ramach wczesnej interwencji logopedycznej¹² mógłby wspierać najmłodszych pacjentów, wspólnie z fizjoterapeutą, z którym

⁸ Ze względu na specyfikę szpitala, w którym prowadzone były badania (nie ma tu oddziałów dziecięcych), na marginesie pozostawimy opiekę logopedyczną zapewnianą dzieciom – piszą o niej Wiesław Chudzik i Renata Gliwa (2016, s. 40 – 41).

⁹ Zob. rozdz. *Logopedia polska XXI wieku – nowe wyzwania i kierunki rozwoju*, s. 65.

¹⁰ Pisownia oryginalna.

¹¹ O zastosowaniu tapingu w dysfoniach zob. rozdz. bibliografii w rozdziale *Co trzeba wiedzieć o kinesiotalpingu...*, s. 35–44.

¹² Zob. rozdz. *Logopedia polska XXI wieku – nowe wyzwania i kierunki rozwoju*, s. 67.

dzieli – jak wielokrotnie powtarzano w różnych miejscach tej książki – kompetencje prowadzenia terapii ustno-twarzowej. Mamy tu na myśli problemy z przyjmowaniem pokarmu, skróconymi wędzidełkami czy rozszczepem wargi.

Luki w omówionych obszarach łączyć można ze specyfiką rodzimej rehabilitacji, którą Michał Bitniok ujął tak: „w Polsce nie zwraca się uwagi na samego człowieka i jego sytuację, gdy jest ograniczony w swoich możliwościach językowych i komunikacyjnych. Stawia się go na nogi, by był sprawny ruchowo”, czego skutkiem jest „wykluczenie z życia społecznego osób (zwłaszcza dorosłych) dotkniętych chorobami powiązanymi z utratą kompetencji komunikacyjnych” (Bitniok, 2010, s. 19, 17). W parze z tym idzie niedbałość o jakość życia pacjentów – tak poudarowych, jak i pediatrycznych – w wielu obszarach ich życia (zob. np. Rutkowska, Hałas, 2006).

Na potrzebę rozszerzenia wskazań do stosowania tapingu w naszym badaniu zwróciła uwagę fizjoterapeutka z oddziału neurologicznego, która zapisała pod wyszczególnieniem procedur omówionych wyżej: „Szerokie i częste zastosowanie aplikacji kinesiotalping powinno zwrócić uwagę Funduszu Zdrowia na skuteczność tej techniki pracy fizjoterapeutów, gdyż stanowi ona bardzo skuteczne uzupełnienie rehabilitacji neurologicznej stosowanej na Oddziale Neurologii z Oddziałem Udarowym”¹³. Rozszerzenie to – w naszym przekonaniu – powinno też objąć aplikacje wykonywane przez logopedów. Wywiady pokazują, że plastrowanie wykonują tylko przeszkoleni fizjoterapeuci, co wynika z tego, że logopedzi pracujący na oddziale nie ukończyli kursów plastrowania.

W tym miejscu przechodzimy do **czwartej** kwestii – szkolenia w zakresie kinesiotalpingu. Kursy plastrowania prowadzone są przez międzynarodowych specjalistów, praktykujących akademików, ale też – niestety – przez fizjoterapeutów i logopedów, którzy po ukończeniu szkolenia, postanowili sami szkolić innych.

Wiąże się to z **piątą** problematyzacją, która wyraźnie wybrzmiała w naszym badaniu, ale pojawia się też w opracowaniach dotyczących dyskursu medycznego (Saniewska, 2024) oraz w potocznym obrazie. Mowa o hierarchizacji procesu terapeutycznego, która pełnię „władzy” przypisuje lekarzowi. Nasze wywiady pokazały, że za lekarzem jest miejsce dla fizjoterapeuty, a za fizjoterapeutą dla logopedy. Potwierdza to sformułowanie z Kliniki Neurologii, że aplikacje wykonywane są „z aprobatą lekarzy prowadzących”, choć lekarze ci nie mają przygotowania do wykonywania plastrowania. Trudno sobie wyobrazić, że fizjoterapeuta pracujący w szpitalu wykona plastrowanie – nawet najlepiej udokumentowane w literaturze – z pominięciem tej hierarchii czy bez aprobaty. Stąd być może rozbieżność między oficjalną informacją w Klinice Rehabilitacji, a praktykami podejmowanymi przez fizjoterapeutów, którzy w naszych wywiadach zgłaszali, że wykonują kinesiotalping. Możliwe, że wpływ na to ma ambulatoryjny charakter Kliniki – nawet jeśli taka aplikacja zostanie wykonana, zaraz pacjent udaje się do domu, dzięki czemu może być niewidoczna dla przełożonych śmiałków, którzy taping wykonali.

¹³ Zob. przyp. 6, s. 103.

Hierarchizacja prowadzi do pytania o to, czy logopedom – nawet po ukończeniu kursu kinesiotapingu – pozwoli się na plastrowanie pacjentów. Łączy się to z nierozstrzygniętym dylematem – **szóstym** – kompetencji czy ich przekraczania, czy nawet hybrydyzacji zawodu logopedy¹⁴.

Za tym idzie problem – **siódmym** – niski status logopedy w służbie zdrowia. Dobitnie opisał to Zbigniew Tarkowski:

Kiedys ambicją L[ogopedy] było to, aby nie traktowano go/jej jak pielęgniarki. Obecnie sytuacja zmieniła się diametralnie. Status zawodowy i społeczny pielęgniarki jest wyższy niż L. W rankingach społecznych przeprowadzonych przez Centrum Badań Społecznych pielęgniarka uplasowała się na czwartym miejscu, podczas gdy L[ogopeda] nie pojawił na tej liście. Pielęgniarki poszły w kierunku terapii, edukacji i sprawiły, że ich kierunek studiów jest regulowany, co podniosło rangę ich zawodu. Ponadto nie wykonują one czynności opiekuńczych, które traktują jako usługi poniżej swoich kwalifikacji zawodowych (2023, s. 337).

O ile kwestia „czynności opiekuńczych” – odnoszących się do problemów z połykaniem czy karmieniem (u dzieci wymagających wczesnej interwencji logopedycznej czy u dorosłych po udarze) – jest kontrowersyjna, o czym była mowa w innym miejscu¹⁵, należy jednak z przykrością zauważyć, że w wielu szpitalach nawet tradycyjna rola logopedy jest nadal niedoceniana.

Jako **ósmą** komplikację wyłonioną z badania wskazać należy – również nie po raz pierwszy w książce – kwestie nazewnictwa. Informacje pisemne, oficjalne (poświadczone pieczęciami Klinik) zawierają określenie *plastrowanie dynamiczne*, podczas gdy w terminologii praktycznej pojawia się termin *kinesiotaping* (wypowiedź fizjoterapeutki). Należy wyjaśnić, że w *Wykazie procedur...* załączonym do *Obwieszczenia Ministra Zdrowia...* zawierającego spis świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 r., poz. 265) wyszczególniona jest pod numerem 93.3812 procedura określona jako *Plastrowanie dynamiczne /Kinesiology Taping/*, co sugeruje, że są to w polskim systemie ochrony zdrowia nazwy formalne, których zwyczajowym odpowiednikiem jest *kinesiotaping*¹⁶.

Inny jeszcze – **dziewiąty** – problem stanowi wydatkowanie środków publicznych w zakresie refundacji – chodzi o wybór plastrów używanych w szpitalach. Widomo, że mają one różne parametry¹⁷, co powinno być brane pod uwagę przy wyborze, szczególnie jeśli taping ma być wykonywany na delikatnej skórze traktu ustno-twarzowego. Zachodzi obawa, że na decyzję o zakupie danych plastrów wpłyną czynniki ekonomiczne (towarzyszy temu pytanie o to, kto decyduje: specjalista czy urzędnik), czego skutkiem będzie oklejanie pacjentów taśmami o niezwykłym pochodzeniu, a dalej idącą konsekwencją skórne reakcje niepożądane

¹⁴ Zob. rozdz. *Logopedia polska XXI wieku – nowe wyzwania i kierunki rozwoju*, s. 72.

¹⁵ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotapingu...*, s. 27.

¹⁶ Szczegółowo problem nazewnictwa przedstawia rozdz. *Kinesiotaping, Kinesio Taping, kinesiology taping czy jeszcze inaczej – uporządkowania terminologiczne (nie tylko lingwistyczne)*.

¹⁷ Zob. rozdz. *Co trzeba wiedzieć o kinesiotapingu...*, s. 25.

i brak oczekiwanych efektów terapeutycznych. Wpłyne to bez wątpienia na negatywne podejście do plastrowania, podważenie jego wiarygodności jako narzędzia terapeutycznego bądź wspierającego terapię. Dlatego podkreślać należy potrzebę unaukowiania tapingu wykonywanego przez logopedów poprzez publikacje merytoryczne, m.in. studia przypadków, a nie tylko popularne w dyskursie internetowym.

OGRANICZENIA

Badanie, które przeprowadziliśmy, obarczone było kilkoma ograniczeniami. Za najważniejsze należy uznać zawężenie wyboru klinik do tych reprezentujących specjalizacje medyczne tradycyjnie kojarzone z logopedią – neurologia, rehabilitacja, otolaryngologia. Tymczasem, jeśli potraktujemy trakt orofacjalny jako wspólną przestrzeń oddziaływań terapeutycznych logopedów i fizjoterapeutów – jak wynika z koncepcji tej monografii – okaże się, że wsparcie logopedyczne i wraz z nim narzędzie, jakim jest kinesiotaping, może być użyteczne w klinikach: chirurgii szczękowo-twarzowej, plastycznej, neonatologii, intensywnej terapii noworodka, neurochirurgii czy onkologii.

Nasz rekonesans sytuuje się w paradygmacie jakościowym i – na dalszym etapie – wymaga badań statystycznych. Można by je przeprowadzić w klinikach neurologii reprezentujących różne ośrodki, by zweryfikować to, ilu pacjentów podarowanych miało wykonane plastrowanie w obszarze ustno-twarzowym, w jakim celu, czy zróżnicować liczbę oklejeń wykonanych z powodu porażeń nerwu twarzowego (ośrodkowych i obwodowych). Pozwoliłoby to określić zapotrzebowanie na wykonywanie takich procedur medycznych przez logopedów. Należy tu odnotować, że nie będzie to możliwe w Klinice Neurologii USK, ponieważ aplikacje KT mimo że oficjalnie wykonywane, nie są ewidencjonowane do rozliczenia z NFZ, co w praktyce oznacza, że informacji o nich nie ma także w historiach chorób.

Musimy też wrócić uwagę na utrudnienie, jakim jest niechęć wobec „obcych” na oddziale, a więc tych, którzy nie reprezentują środowiska lekarskiego. Ich badania traktowane są – jak pokazało nasze doświadczenie – jako niepożądany naddatek pracy dla lekarzy „obdarzonych autorytetem wspieranym przez naukę, prawo oraz kulturowo wytworzone normy dystrybuujące władzę” (Wierciński, 2016, s. 74). „Obcy” nie są mile widziani w przestrzeni szpitala. Takimi obcymi są badacze nie-medycy. Ich pomniejszy status Hubert Wierciński opisał w pracy *Etnograf w szpitalu...* (2016), a współautorka tego rozdziału we fragmencie *Lin gwista w klinice* (2024). Ani etnograf, ani logopeda, logopeda-językoznawca czy profilaktyk nie są więc dla lekarzy partnerami merytorycznymi.

WNIOSKI

Kinesiotaping jest metodą wykorzystywaną w opiece zdrowotnej w sposób ograniczony do pacjentów wymagających rehabilitacji neurologicznej z zastrzeżeniem, że plastrowanie wykonują fizjoterapeuci, choć w obszarze traktu orofacjalnego

mogliby je wykonywać również logopedzi. Ich rola jest jednak niewielka. Wciąż bowiem aktualne są wnioski sprzed ośmiu lat: „Choć w ostatnich latach wzrosła rola logopedy w systemie opieki zdrowotnej i zmienił się jego status – nie jest to tylko specjalista zajmujący się korektą wad wymowy i coraz częściej terapeuta mowy spotykamy jest w specjalistycznych placówkach medycznych – to polska służba zdrowia wciąż w bardzo ograniczonym zakresie korzysta z umiejętności logopedów” (Chudzik, Gliwa, 2016, s. 37). W zakresie kinesiotalingu – jako refundowanej procedury medycznej – możliwe to jest jedynie na oddziale neurologicznym i udarowym USK, co zgadza się z obowiązującymi przepisami, ale jednocześnie pozbawia innych pacjentów dostępu do sprawdzonej metody terapeutycznej.

THE THE USE OF SPEECH THERAPY KINESIOTAPING IN A HOSPITAL SETTING ON THE EXAMPLE OF THE UNIVERSITY CLINICAL HOSPITAL IN BIAŁYSTOK

Free-form interviews and document analysis allowed for a pilot presentation in this chapter of the scope of use of speech therapy kinesiotalping in hospital conditions, using the example of the University Clinical Hospital in Białystok in selected clinics: neurology with a stroke department, rehabilitation and otolaryngology. In these units, speech therapy taping is not performed (which results, among other things, from the low and non-medical status of speech therapists in the medical care system), but taping of the oral-facial tract in neurological patients is performed by physiotherapists. This allows for indicating the orofacial area as a space of therapeutic actions that can be undertaken by both physiotherapists and speech therapists.

KEYWORDS: kinesiotalping, speech therapy, orofacial tract, neurological rehabilitation, medical discourse

BIBLIOGRAFIA

- Bae Y., Park D., 2022, *Immediate effect lower-leg Kinesio Taping on ankle dorsiflexion and gait parameters in chronic stroke with foot drop*, „Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases”, t. 31(5). doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2022.106425.
- Bitniok M., 2010, *Deficyty mowy wynikające z uszkodzeń obszarów mózgowych*, Bielsko-Biała.
- Chudzik W., Gliwa R., 2016, *Rola i miejsce logopedy w szpitalu wielospecjalistycznym*, w: *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, red. I. Jaros, R. Gliwa, Łódź, s. 35–46.
- Deklaracja Helsingborgska 2006 Europejskich Strategii Udarowych*, 2008, „Neurologia i Neurochirurgia Polska, t. 42, supl. 3, s. 276–287.
- Forum PPS = Forum Podstawowy Problem Świadczeniodawcy, <https://forumpps.pl> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Heo S.Y., Kim K.M., *Immediate effects of Kinesio Taping on the movement of the hyoid bone and epiglottis during swallowing by stroke patients with dysphagia*, „Journal of Physical Therapy Science”, t. 27 (11), s. 3355–3357.

- Huang Y.C., Chang K.H., Liou T.H., Cheng C.W., Lin L.F., Huang S.W., 2017, *Effects of Kinesio taping for stroke patients with hemiplegic shoulder pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study*, „Journal of Rehabilitation Medicine”, t. 49 (3), s. 208–215.
- Jastrzębowska G., 2003, *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*, w: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 1, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 301–315.
- Lee Y.J., Kim J.Y., Kim S.Y., Kim K.H., 2022, *The effects of trunk kinesio taping on balance ability and gait function in stroke patients*, „Journal of Physical Therapy Science”, t. 28 (8), s. 2385–2388.
- Li X., Cai H., Tang K., Li F., 2024, *The efficacy of Kinesio taping in patients with post-stroke dysphagia: a meta-analysis*, „Medicine” (Baltimore), t. 103 (11), s. e37491. doi: 10.1097/MD.00000000000037491.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Dz.U. z 2021 r., poz. 265.
- Ortiz-Ramirez J., Perez-De la Cruz S., 2017, *Eficacia de la aplicacion del vendaje neuromuscular en accidentes cerebrovasculares [Efficacy of the application of kinesio tape in patients with stroke]*, „Revue Neurologique”, t. 64 (4), s. 175–179.
- PR = Praktyczna Rehabilitacja, 2021, *Plastry do kinesiotapingu – czym są, kiedy się je stosuje?*, <https://www.praktycznafizjoterapia.pl/artukul/plastry-do-kinesiotapingu-czym-sa-kiedy-sie-je-stosuje> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Rojhani-Shirazi Z., Amirian S., Meftahi N., 2015, *Effects of ankle Kinesio Taping on postural control in stroke patients*, „The Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases”, t. 24 (11), s. 2565–2571.
- Rutkowska E., Hałas I., 2006, *Badanie jakości życia chorych po udarze mózgu – elementem planowania działań w Dziennym Ośrodku Rehabilitacji*, „Zamojskie Studia i Materiały”, r. VIII, z. 3, s. 75–81.
- Saniewska D., 2024, *Dyskurs o afazji: od medycyny do etnolingwistyki*, Białystok [w procesie wydawniczym].
- Tarkowski Z., 2023, *Logopedia opiekuńcza*, „Logopedia”, t. 52 (1), s. 331–339.
- USK = Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, 2024, <https://uskwb.pl> (dostęp: 12.10.2024 r.).
- Wang M., Pei Z.W., Xiong B.D., Meng X.M., Chen X.L., Liao W.J., 2019, *Use of Kinesio taping in lower-extremity rehabilitation of post-stroke patients: a systematic review and meta-analysis*, „Complementary Therapies in Clinical Practice”, t. 35, s. 22–32.
- Wierciński H., 2016, *Etnograf w szpitalu. Uwagi na temat kłopotów z biomedycyną*, „Zeszyty Etnologii Wrocławskiej”, nr 2 (25), s. 71–92.
- Wilhelmsen K., Szkiełkowska A., Zajac-Ratajczak I., 2029, *Wpływ kinesiotapingu na rozluźnienie mięśni około krtaniowych w dysfoniach hyperfunkcjonalnych*, „Polish Journal of Otolaryngology”, t. 73 (2), s. 6–10.