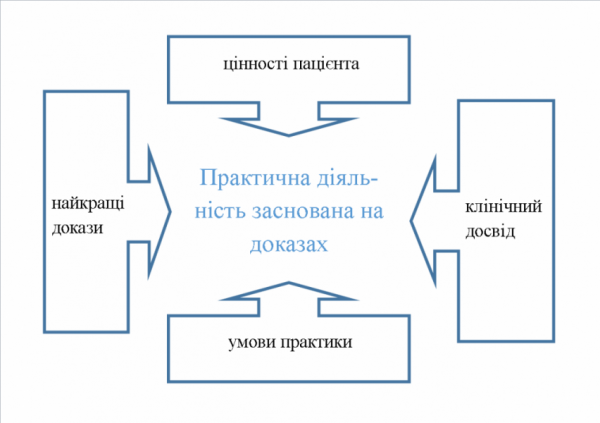
Практична діяльність заснована на доказах

**Що таке практична діяльність заснована на доказах?**

Класичне визначення [практичної діяльності заснованої на доказах](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8555924) сформулював Девід Саккетт (David Lawrence Sackett) ще у 1996 році і воно звучить так – «Сумлінне, явне та обґрунтоване використання найкращих доказів у прийнятті рішень по здійсненню догляду за конкретним пацієнтом. Це означає інтеграцію індивідуального клінічної досвіду з використанням найкращими доступних із зовні клінічних доказів систематичних досліджень».

Практична діяльність заснована на доказах постійно розвивається та інтегрує:

* найкращі докази отримані у дослідженнях;
* клінічний досвід;
* індивідуальні цінності та очікування пацієнта;
* особливості умов провадження практики, у якій працює фізичний терапевт.

Практична діяльність заснована на доказах ґрунтується на клінічному мисленні, яке інтегрує у себе інформацію отриману з чотирьох джерел

Практична діяльність заснована на доказах інтегрує у себе інформацію отриману з чотирьох джерел, а не лише інформацію з наявних найкращих наукових доказів. Практична діяльність заснована на доказах, крім наявних найкращих наукових доказів включає також власний досвід, навички якими володіє фізичний терапевт, ситуацію і цінності пацієнта (наприклад такі як, наявність соціальної підтримки чи фінансова спроможність пацієнта) та умови в яких клінічний фахівець провадить свою практичну діяльність (наприклад, обмеження часу доступу до пацієнта або ресурсів реабілітаційного центру). Процес інтеграції інформації отриманої з цих чотирьох компонентів у практичну діяльність називається клінічним мисленням. Таким чином, лише за умови коли фізичний терапевт для прийняття клінічного рішення бере до уваги інформацію отриману від вище перелічених чотирьох джерел [можна стверджувати, що він діє згідно практичної діяльності заснованої на доказах.](https://www.elsevier.com/books/evidence-based-practice-across-the-health-professions/hoffmann/978-0-7295-4255-5)

**Чому практична діяльність заснована на доказах є важливою?**

Практична діяльність заснована на доказах відіграє важливу роль, оскільки вона забезпечує фахівця інформацією про існування найбільш ефективної та доступної допомоги пацієнтам, що покращує клінічні результати. Вона стимулює фізичних терапевтів думати та ставити запитання, наприклад:

* чому я роблю це таким чином?
* чи існують докази, які допоможуть мені зробити це більш ефективно?
* як можуть фізичні терапевти знайти підтвердження того, що їх клінічна практика забезпечена найкращими наявними доказами?

Пацієнти завжди будуть сподіватися отримати найефективніший результат від проведеного втручання згідно їх цілей чи запиту. Фізичний терапевт, як клінічний фахівець, який провадить свою діяльність засновану на доказах, повинен пацієнту надати об’єктивну та неупереджену інформацію про останні наявні докази пов’язані з його проблемою. Після того, як пацієнт отримає усю необхідну інформацію про його проблему, фізичний терапевт та пацієнт повинні разом поставити досяжну та вимірювальну ціль, що буде відображати результати втручання. Пацієнти не завжди знають про наявні ефективні способи реалізації своїх цілей. Існують ситуації, коли згідно до цінностей пацієнта (тобто те, що для нього є суттєвим та важливим), умов ведення практичної діяльності клінічного фахівця (напр. можливість у реабілітаційному центрі проведення ін’єкції ботулотоксину), клінічного досвіду фізичного терапевта та наявності найкращих доказів існує можливість постановки двох різних реабілітаційних цілей у двох різних пацієнтів з одним і тим самим  руховим порушенням. Наприклад, одне і те саме рухове порушення у верхній кінцівці, яке пов’язано із надмірним проявом спастики буде потребувати від фізичного терапевта та пацієнта обговорення можливості реалізації досяжних цілей на основі наявних доказів. Для одного пацієнта може бути суттєвим та важливим уміти виконувати будь яку мінімальну діяльність слабкою кінцівкою, такою як утримання хліба для нарізання, а для іншого пацієнта суттєвим та важливим може бути уміти самостійно доглядати та виконувати пасивні вправи, які є необхідними для виконання щоденних гігієнічних процедур. Таким чином, така модель провадження практичної діяльності застерігає фізичного терапевта від сліпого копіювання шаблонних процедур/ методик втручання при одних і тих самих рухових порушення, і орієнтує його на інтеграцію усіх чотирьох компонентів практичної діяльності заснованої на доказах.

У різних виданнях постійно публікують інформацію про нові дослідження у медицині, що висвітлюють покращення або відкриття нових методів лікування чи реабілітації, і практикуючий фахівець може завдяки цьому бути в курсі останніх змін, що стосуються його практичної діяльності. Але через велику кількість такої інформації фізичний терапевт не завжди може бути спроможним слідкувати за останніми змінами у галузі. Наприклад, за [результатами досліджень](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC521514/) для того, щоб фахівець завжди був достатньо поінформований, йому необхідно читати 7 827 відповідних статей, що публікуються щомісяця у фахових виданнях зі спеціальності «сімейна медицина» у Сполучених Штатах Америки, це означає, що людина повинна присвятити 627,5 годин щомісяця на читання медичної літератури. Інші результати досліджень повідомляють, що впровадження у клінічну практику результатів передових досліджень часто затримуються і у середньому складають 17 років. Також [медичні фахівці повідомляють](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4037559), що під час кожної взаємодії лікаря і пацієнта формуються три питання. Як правило, тільки на 30% з цих питань можуть відповісти лікарі, це пов’язано в основному з браком часу, відсутністю доступу до інформаційних ресурсів та слабкими навичками пошуку.

Модель практичної діяльності заснованої на доказах дозволить фізичному терапевту зосереджувати свою увагу на пошуку фільтрованої інформації (систематичні огляди та клінічні настанови), яка буде удосконалювати та постійно тримати його у курсі останніх змін і менше витрачати час та зусилля на пошук не фільтрованої інформації.

**Що було до практичної діяльності заснованої на доказах?**

До кінця 80-х років минулого століття рішення щодо проведення втручання ґрунтувалось виключно на клінічному досвіді. Лікарі, медичні сестри та фізичні терапевти лікували пацієнтів використовуючи знання отримані на підставі досвіду від попереднього покоління фахівців. У цей період фізичних терапевтів навчали фахівці, які практикували те, чого їх навчали раніше, такий спосіб отримання знань ще називають***«експертною думкою****»*. У часи, коли не було чіткої ясності, як краще працювати з пацієнтом, у світі сформувались певні ***«експертні думки»***, які намагались дати комплексну відповідь на це питання. Так, на передовій науковій думці фахівців з нейрофізіології на початку ХХ століття сформувались деякі нейророзвиваючі методики втручання. Фізичні терапевти бачили, що таким чином можна працювати з пацієнтом, однак, об’єктивно ніхто не перевіряв чи дане втручання було ефективним. Фахівці просто звертали увагу на те, що більшість пацієнтів ставали кращими ніж були до початку проведення терапії. Отримавши таким способом знання та навички терапевт потім передавав їх колегам. У випадках коли пацієнт не досягав бажаного покращення, вважалося, що терапевт робив щось неправильно і ніхто на той час з фахівців не піддавав сумніву, що ця методика втручання була неефективною.

Досвід фахівця має велику тенденцію упередженого ставлення до змін у власній клінічній діяльності. Колись отриманні та застосовані знання з часом можуть швидко втратити свою актуальність. Якщо брати за основу старших, більш обізнаних колег, як ключове джерело інформації, фізичним терапевтам може подаватись неактуальні, упереджені та недостовірні знання. Але це не означає, що клінічний досвід не є важливим, він фактично є одним із чотирьох елементів практичної діяльності заснованої на доказах. Фахівець повинен для забезпечення своєї клінічної діяльності заснованої на доказах брати до уваги усі чотири компоненти, а це окрім клінічного досвіду також є умови де провадиться практична діяльність, цінності пацієнта та наявні найкращі докази.  
На початку 60-их років ХХ століття піонери доказової медицини, такі як: Арчі Кокрейн (Archibald Leman Cochrane), Остін Бредфорд Хілл (Austin Bradford Hill), Річард Дол (Richard Doll) започаткували нові підходи до оцінки ефективності медичних втручань, (наприклад, рандомізовані контрольовані дослідження).  
До 80-их років ХХ століття огляди наявних досліджень з певної клінічної проблеми робили ***«авторитетні експерти»*** або ***«лідери думки»***, і це було тісно пов’язано з таким поняттям як ***«експертна думка»***. Дуже часто при підготовці тогочасних оглядів професійної літератури та видань у більшості випадків авторитетні фахівці не оцінювали критично якість аналізованих досліджень і часто шукали джерела інформації, які підтримували їх позицію. Такий підхід формування огляду літератури мав тенденцію до появи систематичних помилок, які спотворювали отримані результати у наслідок чого фізичні терапевти отримували не об’єктивну інформацію.  
Одним з ключових етапів розвитку медицини, як науки був розпочатий на початку 90-тих років. У той час групою канадських вчених з Університету МакМастер (MacMaster University) був запропонований новий для свого часу термін **«доказова медицина» (evidence-based medicine)**, який заснував новий підхід до проведення досліджень, оцінки їх якості та систематизації. Доказова медицина дозволила фізичному терапевту підвищити обізнаність про слабкі місця застосованих ним втручань і відкрила шлях для застосування втручань з доведеною ефективністю.

**Ієрархія доказів**

У 2014 році [Stegenga](https://doi.org/10.1007%2Fs11245-013-9189-4) визначив ієрархію доказів як «рангове упорядкування різних методів згідно з їх вразливістю до появи систематичної помилки». Тобто, ієрархія доказів демонструє вплив систематичної помилки на результати досліджень. Оскільки певні методи пізнання є більш вразливими до появи систематичних помилок, вони будуть містити у собі викривленні результати досліджень та знаходитись у найнижчому положенні серед ієрархії доказів. Інші методи, які є менш вразливі до появи цих систематичних помилок відповідно будуть знаходитись на вищому рівні у ієрархії доказів.

Існує загально прийнятий консенсус золотого стандарту у клінічних дослідженнях, зокрема це рандомізоване, плацебо контрольоване та подвійно засліплене дослідження. Однак на сьогодні не існує єдиної загальноприйнятої ієрархії доказів. Для оцінки доказів у медицині починаючи з 1979 року було запропоновано понад [80 різних ієрархій](http://cjblunt.com/hierarchies-evidence/). Як правило у різних ієрархіях доказів, рандомізовані контрольовані дослідження (РКД) знаходяться на вищому щаблі доказів у порівнянні з проспективним наглядовим дослідженням, також практично усі із запропонованих ієрархій визначають ***«експертну думку»***і досвід, як найнижчий рівень за ієрархією доказів.  
Рисунок нижче відображає ієрархію доказів Національної ради здоров’я та медичних досліджень Австралії (National Health and Medical Research Council (NHMRC).



Ієрархія доказів Національної ради здоров’я та медичних досліджень Австралії

**Відфільтрована та не відфільтрована інформація**

Відфільтрована інформація це така інформація, на основі якої складають рекомендації для фахівців, що провадять практичну діяльність засновану на доказах. Метою відфільтрованої інформації є демонстрація результатів високоякісних проведених досліджень. До основних типів відфільтрованої інформації відносять:

* систематичні огляди
* клінічні настанови
* критично оцінені теми

Під час пошуку інформації у відфільтрованих джерелах, фізичний терапевт не завжди може знайти те, що його цікавить. У такому випадку, коли у відфільтрованих джерелах не має необхідної інформації з обраної тематики, фізичний терапевт може здійснити пошук першоджерел, які є як правило у не відфільтрованих базах даних. Ці ресурси містять у собі як високоякісні, так і дослідження низької якості. Піраміда рівнів доказовості розміщує не відфільтровану інформацію нижче від відфільтрованої. До не відфільтрованих джерел відносять безпосередні результати проведених досліджень, зокрема:

* рандомізовані клінічні дослідження
* когортне дослідження
* контрольні дослідження, серії випадків та звіти про випадки захворювання

Результати різних досліджень (не відфільтровану інформацію) можна знайти у наступних базах даних:

[CINAHL Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature](https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases) (Сукупний індекс медсестринської та суміжної літератури з охорони здоров’я) база даних першоджерел для пошуку різних типів досліджень, які стосуються охорони здоров’я. На жаль доступ користувачам надається лише на рівні установ.  
[MEDLINE Medical Literature Analysis and Retrieval System Online](https://www.nlm.nih.gov/bsd/medline.html) (Медична літературна аналітика та пошукова система он-лайн) це повнотекстова база даних, яка має більше медичного спрямування, ніж **CINAHL**. Складена Національною медичною бібліотекою Сполучених Штатів [(United States National Library of Medicine (NLM](https://www.nlm.nih.gov/)), **MEDLINE** вільно доступна в мережі Інтернет через ресурс [PubMed](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/).  
Використання знайденої не відфільтрованої інформації має свою привабливість, оскільки вона більш доступна та у порівняні з фільтрованою інформацією її кількісно значно більше. Фізичний терапевт може використовувати не відфільтровану інформацію для власної практичної діяльності, але у цьому випадку існують неабиякі ризики потрапити на відверто низьку, неякісну або застарілу інформацію, яка не гарантує високу якість дослідження. Не фільтрована інформація потребує оцінки, і фахівці нерідко самотужки наважуються це зробити. Самостійна оцінка фахівцем знайденої інформації потребує від нього володіння низкою навичок. Головною з цих навичок є здатність фахівця провести критичну оцінку знайденим доказам. Самостійний пошук, вибір та імплементація знайдених доказів у практичну діяльність також має свої ризики і буде залежати від особисто набутих навичок практикуючого фахівця. Крім того, здійснюючи самостійний критичний аналіз не фільтрованої інформації, фізичний терапевт у силу людських чинників може припускатись ряду систематичних чи випадкових помилок та не охопити усю існуючу по обраній тематиці інформацію. Але не зважаючи на те, фізичний терапевт, як і будь який інший клінічний фахівець повинен достатньо володіти такими навичками.

Зазвичай в українських вишах мізерно мало навчають студентів навичкам критичної оцінки наукових публікацій, тому більшість практикуючих фахівців слабо ними володіє. Оволодіння навичками критичної оцінки може здатись фахівцю малодоступним та малоприємним заняттям, оскільки для зміни власної практичної діяльності необхідні додаткові витрати часу та зусиль. Слід визнати, що не усі готові до таких змін.  
Для полегшення пошуку високоякісних досліджень або відфільтрованої інформації, фахівцю є більш раціонально звертатись за такою інформацією до організацій, які фахово готують систематичні огляди та клінічні настанови. Ці організації для відбору (відфільтровування) інформації використовують ряд жорстких фільтруючих інструментів за допомогою яких обробляють та виокремлюють не фільтровану інформацію у фільтровану.  
Пошук та вибір ресурсу, який містить відфільтровану інформацію зберігає час та зусилля клінічного фахівця, і що дуже важливо, надає вже критично оцінену та перевірену інформацію, тобто, таку інформацію, яка була оброблена спеціальними методами, що оцінювали якість досліджень. Як правило, така відфільтрована інформація про високоякісні дослідження у подальшому використовується різними авторами та установами і складає основу для публікацій систематичних оглядів, формування рекомендацій чи клінічних настанов.

**Які переваги отримає фізичний терапевт від застосування практичної діяльності заснованої на доказах?**

Фізичні терапевти, так само як і будь які інші клінічні фахівці повинні намагатись підвищити якість надаваних послуг. Модель ведення клінічної діяльності на основі практичної діяльності заснованої на доказах є неідеальною, однак на сьогоднішній день вона вважається найкращою.

Серед головних переваг слід виділити розумне розподілення часу як пацієнта, так і фізичного терапевта, у такому випадку вони можуть разом доцільно витратити час на реалізацію ефективних втручань, уникаючи того, що не принесе результату.  
Фізичний терапевт знає, що для досягнення поставлених цілей пацієнта, йому необхідно використовувати втручання, ефективність яких доведена у високоякісних дослідженнях і вони є висвітлені, як у клінічних настановах, так і у систематичних оглядах.  
Якщо клінічна діяльність фізичного терапевта будується не на практичній діяльності заснованої на доказах, а на ***«експертній думці»*** або тільки на досвіді, це буде призводити до збільшення часу на терапію та зниження клінічних результатів пацієнта.  
Практична діяльність заснована на доказах передбачає оволодіння фізичним терапевтом нових умінь, насамперед це здатність визначити проблему, здійснити пошук та провести критичний аналіз наукової інформації, застосувати знайдені докази до конкретного пацієнта. Застосування нових умінь та навичок передбачає обов’язкову зміну власної клінічної діяльності.

**Зміни у клінічній діяльності**

Для впровадження практичної діяльності заснованої на доказах, фізичному терапевту необхідно змінити власну клінічну діяльність. Це потребує певних зусиль та оволодіння новими навичками. З історії розвитку медицини відомо, що медичні працівники дуже повільно приймають нові парадигми та роками не змінюють власну клінічну діяльність, це пов’язано з рядом причин. Серед досліджених таких причин [виділяють 19 видів когнітивного упередження, яких припускаються медичні працівники при виборі методів втручання, наприклад інформаційне упередження або ефект первинності.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5093937/)Усі ці причини будуть безпосередньо впливати на здатність фізичного терапевта змінювати власну клінічну діяльність.

Інший вид існуючих бар’єрів для провадження практичної діяльності заснованої на доказах описує [G.Gyatt та колеги](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17530444), зокрема вони визнають такі:

* більшість практикуючих фахівців не володіють принципами критичної оцінки публікацій, їх лякає складність оволодіння такими навиками;
* клініцисти у більшості випадків віддають перевагу швидкій та простій відповіді. Практичні рекомендації з однозначними та простими рецептами мають свою привабливість. Практична діяльність заснована на доказах потребує додаткових затрат часу та сил, що може сприйматись фахівцем як «відволікання» від основного виду діяльності;
* існує багато клінічних ситуацій, для рішення яких не вистарчає наукових доказових фактів;
* у багатьох клініцистів не має достатньої мотивації, щоб змінювати свої звички та традиції.

Також потрібно враховувати, що більшість публікацій у світі видається англійською мовою, що створює неабиякий мовний бар’єр для українського фізичного терапевта. Навіть коли практикуючий фахівець отримає у своє розпорядження усю необхідну періодичну літературу, він просто фізично не буде у стані освоїти такий колосальний об’єм нової інформації. Якщо переглядати хоча би невеликий відсоток з щорічних опублікованих статей, які мають відношення до практичної діяльності фахівця, йому б довелося прочитувати щодня приблизно 100 статей. Загальні соціологічні опитування, демонструють, що навіть фахівці, які займаються викладацькою роботою витрачають на читання спеціальної літератури у середньому 2 години в неділю. Крім того, недостатньо прочитати статтю, потрібно критично оцінити достовірність і можливість застосування її результатів на практиці.

Найвідоміші та яскраві приклади, які були в історії медицини по спробам змінити клінічну діяльність та думку у лікарів, це намагання [Ігнаца Земмельвейса (Ignaz Semmelweis)](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%86%D0%B3%D0%BD%D0%B0%D1%86_%D0%97%D0%B5%D0%BC%D0%BC%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%B2%D0%B5%D0%B9%D1%81). У своїй наукові роботі (1847р.) Земмельвейс виявив зв’язок між післяпологовою гарячкою/ сепсисом у жінок та дезінфекцією рук лікаря який приймав пологи. Після отриманих результатів своєї наукової роботи він пропонував лікарям змінити власну клінічну діяльність та перед пологами дезінфікувати/ знезаражувати руки зануренням у розчин хлорного вапна. Унаслідок таких спроб переконати своїх колег змінити їхню клінічну діяльність він отримав професійну ганьбу та від нього відвернулись усі його знайомі лікарі з яким він працював усе своє життя. І лише після смерті від сепсису у психіатричній лікарні він отримав світове визнання за його наукову працю.

Інша історія пов’язана з іменем австралійського патолога Робіна Воррена (John Robin Warren), який у 1979 році відкрив та довів зв’язок між бактерією *Helicobacter pylori* та появою пептичної виразки і гастриту. І хоча [його публікація](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2884%2991816-6/abstract) вийшла у 1984 році, медична спільнота чинила активний опір та не бажала змінювати власну клінічну діяльність для того щоб прийняти цю нову парадигму. Лише у 1994 році з’явились перші рекомендації стосовно застосування антибактеріальної терапії для хворих на виразку від Американського Національного інституту охорони здоров’я.

Зазвичай час впровадження результатів нових досліджень у клінічну практику є доволі тривалим процесом і часто гальмується явним не бажанням самих фахівців галузі охорони здоров’я змінювати її. Зміни у власній клінічній діяльності відповідно до практики заснованої на доказах вимагають певного оволодіння навиками пошуку нової інформації, яка міститься у вільному доступі і знаходиться в клінічних настановах та систематичних оглядах.

**Сім кроків практичної діяльності заснованої на доказах**

**Нульовий крок: Інтерес до власної клінічної діяльності.**Якщо вас цікавить багато питань стосовно вашої щоденної практичної діяльності, то можливо, ви вже почали задавати питання, які лягли в основу практики заснованої на доказах. Наприклад, вас цікавить чи буде зменшуватись  спастичність у м’язах у пацієнтів після перенесеного інсульту після тривалого їх мануального пасивного розтягу? Без цього запиту наступні кроки у процесі практичної діяльності заснованої на доказах, швидше за усе, не відбудуться.

**Крок 1: Сформулюйте клінічне питання у форматі**[PICO.](https://www.youtube.com/watch?v=GznHcoPTpoE) Питання у цьому форматі розшифровуються як: **P – (Problem/Patient)** популяція пацієнтів або їх проблема, яка представляє інтерес для пошуку. Друга літера **I – (Intervention)**, це здійснення пошуку інформації за конкретним видом втручання. Третя літера **С – (Comparison)**, це порівняння основного виду втручання з альтернативним. Четверта літера **O – (Outcome)**, це очікуваний результат, якій можна виміряти. Формулювання клінічного питання у форматі **PICO** забезпечить ефективну структуру пошуку у електронних базах даних.

**Крок 2: Пошук наявних доказів.** Пошук наукової інформації у форматі [**PICO**](https://www.youtube.com/watch?v=GznHcoPTpoE) забезпечує швидке виявлення наявних результатів досліджень, що можуть  використовуватись у клінічній практиці. Введені у форматі [**PICO**](https://www.youtube.com/watch?v=GznHcoPTpoE) ключові слова або фрази, виявляють відповідні статті у великих базах даних досліджень, таких як [MEDLINE](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/), [CINAHL](https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/the-cinahl-database) або [PEDro](https://www.pedro.org.au/). Використання цього формату, що стосуються обраного клінічного питання, звужує результати пошуку і дуже часто після цього залишається не більше 20 статей з обраної теми.

**Крок 3: Критична оцінка доказів.** Після того, як був здійснений вибір статей по обраній темі у форматі [**PICO**](https://www.youtube.com/watch?v=GznHcoPTpoE), необхідно їх критично оцінити. Така критична оцінка потрібна для відсіювання недостовірних досліджень. Серед наукових статей у електронних базах даних доволі часто зустрічаються недостовірні дослідження, які містять багато систематичних та випадкових помилок, що впливають безпосередньо на результат. На цьому етапі фізичні терапевти повинні критично оцінити знайдену інформацію. Однією з причин чому практикуючі фахівці не провадять практичну діяльність засновану на доказах, це відсутність достатніх навиків критичного аналізу отриманих даних. Критичний аналіз, це послідовне та системне оцінювання інформації на предмет її достовірності згідно встановлених критеріїв. Існують різні види критичного оцінювання наукової інформації, наприклад [PEDro scale.](https://www.pedro.org.au/english/downloads/pedro-scale/) Одним з таких видів оцінки інформації для практикуючого фізичного терапевта є [швидка критична оцінка](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10891968), яку рекомендують використовувати вчені з факультету медичних наук Університету МакМастер (McMaster University Faculty of Health Sciences (Canada). Ця [швидка критична оцінка](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10891968) має лише три питання для оцінки якості дослідження.  
*Чи результати дослідження є валідними?*  
Термін **«валідність»**, часто співставляють з терміном **«правдивість»**. Для перевірки валідності дослідження використовуються низку критеріїв, які включають у себе багато різних компонентів. Оцінка за цими критеріями відображає висновок про валідність дослідження. Якщо дослідження не є валідним, це означає, що отримані його результати є спотворені та не можуть у подальшому використовуватись.  
Докази, що підтверджують **валідність** або **правдивість** інформації, залежать насамперед від методології дослідження. Наприклад,**«золотим стандартом»** у проведенні клінічних досліджень вважають методологію, яка включає рандомізацію суб’єктів, подвійне засліплення та плацебо контроль. Аналіз методології, яка була використана у дослідженні може встановити, що на результати не вплинули, а ні дослідники, а ні пацієнти, і його результатам можна довіряти.

*Які є результати дослідження та чи важливі вони?*  
У дослідженнях, які аналізують вплив різних видів втручань, це питання співвідноситься до того, чи дійсно аналізоване втручання є дієве та чи вплинуло воно на результати дослідження і ймовірність отримання подібних результатів у власній клінічній практиці (що залежить від умов ведення практичної діяльності клінічного фахівця).  
Важливість результатів дослідження означає наскільки є великим ефект від впливу втручання, оскільки він повинен виходити за межі стандартної похибки та бути більшим ніж мінімальна видима зміна у показниках клінічного інструменту вимірювання. Вибраний клінічний інструмент вимірювання повинен бути адекватно підібраний до аналізованого виду втручання.

*Чи результати допоможуть мені допомагати моїм пацієнтам?*  
Для того щоб дати повноцінну відповідь на це питання, необхідно проаналізувати ряд пунктів, зокрема:

* чи результати стосуються аналогічної групи пацієнтів;
* чи були виміряні усі важливі клінічні результати;
* які існують ризики та переваги даного виду втручання;
* чи реалізація цього виду втручання можлива в умовах ведення практичної діяльності на місці;
* які цінності та очікування будуть у пацієнта після застосування цього виду втручання.

Це питання, які відноситься до клінічного мислення, так як воно синтезує усі чотири компоненти практичної діяльності заснованої на доказах, а саме цінності пацієнта, наявні докази, умови провадження практичної діяльності та клінічний досвід фізичного терапевта.

**Крок 4: Інтегрування доказів з клінічним досвідом та перевагами і цінностями пацієнта.**Знайдені докази, які були отримані згідно виконаних попередніх кроків, є недостатніми для того, щоб провадити практичну діяльність засновану на доказах. Необхідною умовою її провадження, є інтеграція отриманих доказів, з урахуванням цінностей та переваг пацієнта (тобто, застосування знайденого доказу необхідно обговорити з пацієнтом щодо того, як він співвідноситься з його конкретними бажаннями та очікуваннями від його реалізації у реабілітаційній програмі). Для повноцінної інтеграції знайдених доказів, також необхідно включити клінічний досвід фізичного терапевта та умови, у яких він провадить свою діяльність.

**Крок 5: Оцініть результати практичних рішень або змін на основі доказів.** Після реалізації попередніх кроків та застосування знайденого доказу, важливо стежити за будь якими змінами у клінічних результатах. Використовуючи клінічні інструменти оцінки ми зможемо отримати перші результати від впровадження знайденого доказу. При отриманні позитивних змін у результатах в програмі реабілітації пацієнта, необхідно їх підсилити, а при отриманні негативних змін слід їх зменшити.

Якщо у клінічних умовах де застосовується знайдений доказ брати до уваги тільки ефективність, яка була продемонстрована у жорстко контрольованому дослідженні, це не буде гарантувати отримання такого самого ефекту. На це може впливати багато причин, зокрема клінічний досвід, умови та можливості фахівця інтегрувати даний доказ у практичну діяльність.

За результатами моніторингу практичної діяльності заснованої на доказах можна встановити її ефективність та вплив на якість і результати у системі охорони здоров’я. Якщо результати від застосування доказу у клінічних умовах відрізняються від результатів отриманих у жорстко контрольованих дослідженнях, моніторинг може допомоги визначити причину.

**Крок 6: Поширюйте результати практичної діяльності заснованої на доказах.**Клінічні фахівці можуть досягти значних позитивних результатів для своїх пацієнтів через впровадження практики заснованої на доказах, але вони часто не мають можливості поділитися своїми результатами з колегами, які працюють у різних установах. Це призводить до непотрібного дублювання зусиль, тобто фахівці незалежно один від одного отримують одні і ті самі висновки різними шляхами, які подекуди можуть забирати багато часу та зусиль. Брак поширення інформації про позитивні результати практичної діяльності заснованої на доказах може сприяти закріпленню клінічних підходів, які не мають доказів їх клінічної ефективності. Серед дієвих способів поширення такої інформації є, заходи та події, які проводяться у навчальних закладах, виступи з доповідями на місцевих, регіональних та національних конференціях, а також публікації статей у журналах, професійних інформаційних бюлетенях та виданнях для широкої аудиторії.

Останні новини

* [Physioplus](https://physrehab.org.ua/uk/news/30-04-2021/)

30.04.2021

* [Безперервний професійний розвиток фізичного терапевта. Результати опитування](https://physrehab.org.ua/uk/news/19-04-2021/)

19.04.2021

* [Огляд професії “фізичний терапевт” 2020](https://physrehab.org.ua/uk/news/23-02-2021/)

23.02.2021

* [Нова форма Свідоцтва члена УАФТ](https://physrehab.org.ua/uk/news/12-02-2021/)

12.02.2021