



**PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA
W TARNOWIE**

INSTYTUT OCHRONY ZDROWIA

Kierunek Fizjoterapia
Studia niestacjonarne

PRACA DYPLOMOWA

Joanna Zaucha

**Skuteczność Starosławiańskiego Masażu Brzucha w
problemach z wypróżnianiem.**

Promotor pracy dyplomowej
dr Ewa Otfinowska

Pracę przyjmuję i akceptuję

Tarnów 2018 rok

data i podpis promotora pracy

*Składam serdeczne podziękowania
Pani Doktor Ewie Otfinowskiej
za życzliwość, cenne uwagi merytoryczne oraz
za nieocenioną pomoc w przygotowaniu pracy.*

Spis treści

Wstęp.	4
1. Anatomia i fizjologia narządów wewnętrznych.	5
2. Rodzaje i przyczyny problemów z wypróżnianiem.	9
2.1. Zaparcia.	9
2.2. Zespół jelita drażliwego.	10
2.3. Biegunka.	12
3. Starosłowiański Masaż Brzucha.	13
3.1. Rys historyczny.	13
3.2. Ogólny opis terapii.	14
3.3. Postawa ciała i techniki palpacji w terapii SMB.	14
4. Przeciwwskazania w Starosłowiańskim Masażu Brzucha.	17
5. Autoterapia w Starosłowiańskim Masażu Brzucha.	18
6. Cel pracy.	22
7. Materiał i metody badań.	23
8. Wyniki badań.	24
8.1. Charakterystyka badanej grupy.	24
8.2. Omówienie wyników badań.	26
9. Wnioski.	35
10. Dyskusja.	36
11. Streszczenie.	38
12. Abstract....	39
13. Piśmiennictwo.	40
14. Wykaz rycin.	43
15. Wykaz wykresów.	44
16. Wykaz tabel.	45
17. Załączniki.	46

Wstęp

Niniejsza praca badawcza jest wynikiem zainteresowania autorki terapią narządów wewnętrznych. Po ukończeniu kursu Starosłowiańskiego Masażu Brzucha, którą popularyzuje w Polsce Władysław Batkiewicz oraz po przeprowadzeniu masażu na osobie od wielu lat zmagającej się z zaparciami, postanowiła przeprowadzić własne badania na temat skuteczności tej terapii na większej grupie osób z tego typu problemami.

Tym bardziej, że dolegliwości przewodu pokarmowego stanowią poważny problem społeczny. Szacuje się, że częstość występowania zaparć w światowej populacji wynosi trzydzieści procent [18] a zespół jelita drażliwego dotyczy od dziesięciu do dwudziestu procent [41]. W obliczu takich statystyk niepokoi fakt, że zaparcia bywają pierwszym i długo trwającym wstępem do rozwoju poważnych chorób. Jak również, że bywają one ich wynikiem. Zaparciom sprzyjają często występujące uchyłki jelita grubego i żylaki odbytu. Mogą występować w chorobach neurologicznych (między innymi obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego), endokrynologicznych, metabolicznych, tkanki łącznej, a także w depresji. Liczne leki również mogą być powodem zaparć [27].

Starosłowiański Masaż Brzucha (SMB) - inaczej Funkcjonalna Terapia Trzewi (FTT) – jest wielowiekowym dziedzictwem ludów słowiańskich, zarówno zachodnich, zamieszkujących terytorium Polski, Czech, Niemiec, Słowacji, jak i wschodnich - Białorusi, Rosji, Ukrainy, a także południowych Bułgarów oraz narodów dawnej Jugosławii [2]. Jednak w Polsce - w przeciwieństwie do Ukrainy - metoda ta zanikła na rzecz uznanej medycyny i farmakologii.

Wielu autorytetów ukraińskich i rosyjskich zajmuje stanowisko, że Starosłowiański Masaż Brzucha przynosi znakomite rezultaty na dysfunkcje narządów wewnętrznych, w tym dolegliwości z wypróżnianiem. Władysław Batkiewicz we wstępie swojej książki przedstawia licznych kontynuatorów terapii wisceralnej, takich jak: Profesor Nauk Medycznych Aleksander Ogułow, Profesor Iwan Nieumywakın, Podpułkownik Profesor Medycyny Wasilij Baszniak, terapeuta Nikołaj Nasikowski, neurochirurg i Profesor Nauk Medycznych Łukjan Andrijuk [2].

Celem niniejszej pracy jest potwierdzenie tezy, że Starosłowiański Masaż Brzucha likwiduje problemy z zaparciami lub w znaczący sposób wpływa na ich zmniejszenie. Szczegółowe hipotezy badawcze sformułowane zostały w rozdziale 6.

1. Anatomia i fizjologia narządów wewnętrznych.

Prawidłowe podejście do terapii Starosłowiańskiego Masażu Brzucha wymaga bardzo dobrego poznania anatomicznego rozmieszczenia narządów wewnętrznych oraz przebiegu procesu trawienia. Proces trawienia rozpoczyna się od jamy ustnej (cavum oris) służy do przyjmowania pokarmu i mechanicznego rozdrabniania. Odbywa się tutaj wstępne trawienie skrobi przez zawartą w ślinie ptialinę. Następnie treść pokarmowa wędruje do żołądka (ventriculus), który jest workiem mięśniowym, mającym kształt haka. W części górnej łączy się on z przełykiem, w dolnej - z pierwszą częścią jelita cienkiego: dwunastnicą. W żołądku wyróżniamy ścianę przednią i tylną. Powierzchnie te przechodzą jedna w drugą na brzegach zwanych krzywiznami – mniejszą i większą. Ściana żołądka składa się z czterech warstw: błony surowiczej, mięśniówki, tkanki podśluzowej oraz błony śluzowej. W błonie śluzowej występują gruczoły odźwiernikowe produkujące: śluz oraz gruczoły właściwe wytwarzające: kwas solny i enzymy trawienne. Błona mięśniowa składa się z trzech warstw: wewnętrznej – skośnej, środkowej – okrężnej, zewnętrznej – podłużnej [8]. Żołądek dozuje, miesza, trawi i przemieszcza pokarm do jelit. Jest okresowym zbiornikiem i dozownikiem pokarmu do dalszego trawienia [3]. W żołądku wydzielany jest sok żołądkowy w ilości od półtora do dwóch i pół litra na dobę, składa się z: pepsyny – fermentu trawiącego białka, kwasu solnego, który działa bakteriobójczo, podpuszczki – ferment rozkładający białko mleka i lipazę rozkładającą tłuszcze [6]. Kolejnym etapem wędrówki pokarmu jest jelito cienkie (intestinum tenue) najdłuższa część przewodu pokarmowego ciągnąca się od żołądka do jelita grubego. Długość jelita waha się od czterech do sześciu metrów. Jelito cienkie dzielimy na trzy części: dwunastnicę, jelito czcze i jelito kręte [6]. Jelito cienkie zajmuje śródbrzusze, podbrzusze, okolice pachwinową prawą i lewą [17]. Dwunastnica ma kształt podkowy, która obejmuje głowę trzustki, leży zaotrzewnowo, z wyjątkiem górnej części. Sok trzustkowy i żółć uchodzi do dwunastnicy na brodawce dwunastnicy większej [6]. Brodawka większa dwunastnicy jest to małe, bańkowate uwypuklenie wnętrza dwunastnicy, w którym przewód żółciowy wspólny i przewód trzustkowy łączą się, tworząc krótkie rozszerzenie: bańkę wątrobowo-trzustkową, inaczej bańkę Vatera. Zwieracz Oddiego jest miejscem w wymienionej bańce, w którym żółć i sok trzustkowy dostają się do dwunastnicy [3]. Jelito czcze i jelito kręte leżą wewnątrzotrzewniowo, dwie piąte jelita stanowi jelito czcze zaś trzy piąte jelito kręte. Dzięki fałdom okrężnym Kerckringa i kosmkom jelito powiększa powierzchnię wchłaniania substancji odżywczych, witamin, elektrolitów, płynów. Procesy trawienne zachodzą głównie

w dwunastnicy i jelicie czczym [6]. Ostatnim odcinkiem przewodu pokarmowego jest jelito grube (intestinum crassum). Jego długość wynosi od półtora do dwóch metrów. Rozpoczyna się od zastawki krętniczo-kątniczej a kończy odbytem [8]. Dzieli się na jelito ślepe wraz z wyrostkiem robaczkowym, okrężnicę wstępującą, okrężnicę poprzeczną, okrężnicę zstępującą, która przechodzi w esicę następnie łączy się z odbytnicą [6]. W jelicie grubym formowane są masy kałowe, zachodzi również końcowy etap wchłaniania wody, elektrolitów i soli mineralnych z resztek pokarmowych [3].

Kolejnym bardzo ważnym organem jest wątroba (hepar), która jest największym narządem organizmu waży między 1,3 a 1,8 kilograma. Składa się z czterech płatów; lewego, prawego, ogoniastego i czworobocznego, schowanymi pod przeponą oraz chroniącymi ją żebrami. Prawa część jest większa od lewej. Przyczep więzadła sierpowatego wątroby wyznacza granicę między prawym a lewym płatem wątroby [6]. Wątroba łączy się więzadłowo z następującymi organami: nerkami za pomocą więzadła wątrobowo-nerkowego, żołądkiem - więzadła wątrobowo-żołądkowego, dwunastnicą - więzadła wątrobowo-dwunastniczego, przeponą - więzadła sierpowatego i przeponową częścią więzadła wieńcowego [3]. Główne funkcje wątroby to: uczestniczenie w tworzeniu i niszczeniu krwinek czerwonych, wytwarzanie białek osocza i osoczowych czynników krzepnięcia, wytwarzanie heparyny: substancji przeciw krzepnięciu krwi, produkowanie żółci, wytwarzanie i magazynowanie glikogenu, wychwytywanie z krwi i przemiana substancji toksycznych. Ponadto jest ona magazynem dla witamin A, D, B, przemienia węglowodany, białka i tłuszcze oraz produkuje ciepło [8].

Kolejnym ważnym organem jest trzustka (pancreas), w której wyróżniamy: głowę, trzon i ogon. Położona jest zaotrzewnowo na tylnej ścianie brzucha. Głowę otacza dwunastnica, ogon sięga aż do śledziony. Trzustka ma budowę drobno płacikową. Część zewnątrzwydzielnicza, która stanowi aż dziewięćdziesiąt procent organu, wytwarza sok trzustkowy, zawierający enzymy trawienne, przetwarzające tłuszcze, białka, węglowodany. Sok trzustkowy jest odprowadzany przewodem trzustkowym do dwunastnicy. Część wewnątrzwydzielnicza, która stanowi dziesięć procent, mieści się w obrębie ogona w postaci wysepek utworzonych z trzech rodzajów komórek: alfa, beta i gama. Komórki alfa produkują glukagon, podnoszący stężenie cukru we krwi. Komórki beta wytwarzają insulinę, która obniża poziom cukru we krwi. Komórki gama wytwarzają samostatynę, pełniącą rolę miejscowego czynnika hamującego wytwarzanie hormonów [8].

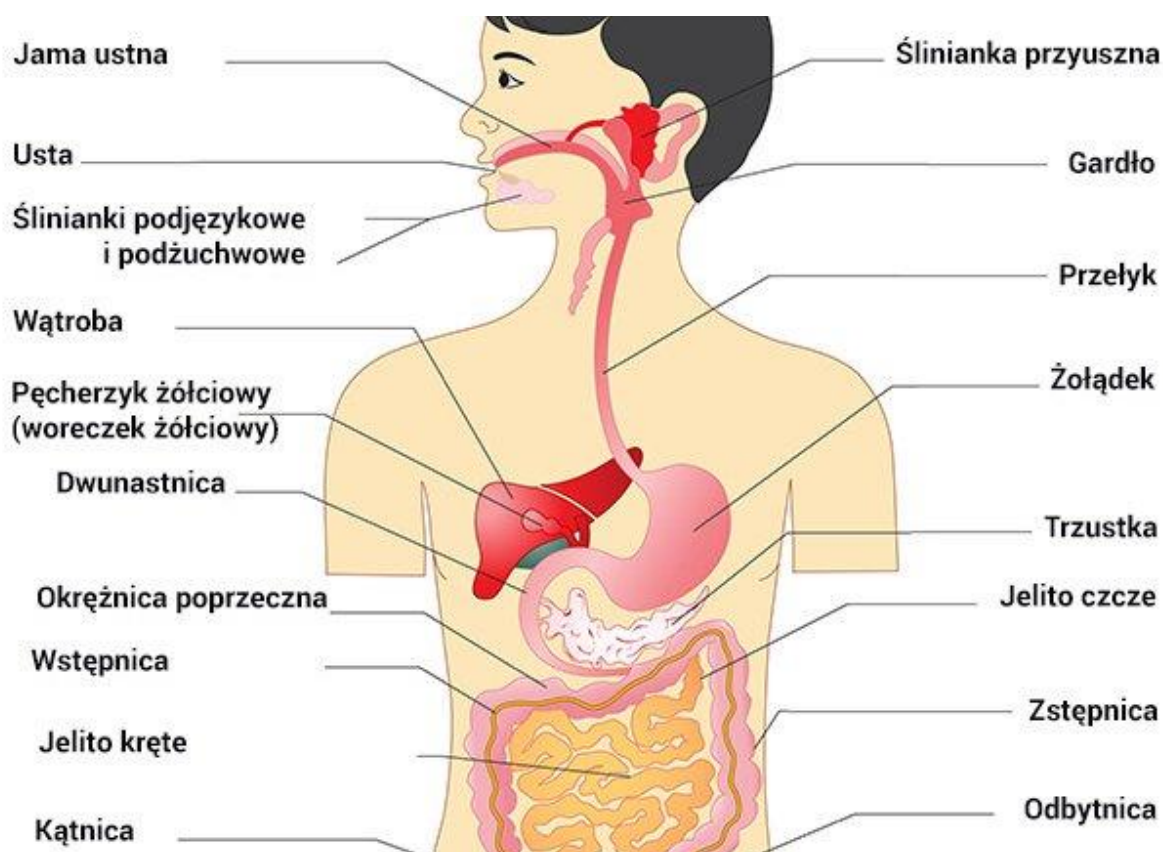
Z kolei śledziona (lien) jest integralną częścią układu limfatycznego oraz krwionośnego. Jej zadaniem jest pomnażanie erytrocytów w życiu płodowym oraz spełnianie tak zwanego

filtra krwi jak również wytwarzanie przeciwciał. Makrofagi – obrońcy organizmu - usuwają stare i zużyte krwinki, mają również zdolność eliminowania jakiejkolwiek nieprawidłowej komórki. Dotyczy to głównie erytrocytów, krwinek białych oraz płytek krwi. Organ położony jest tuż pod przeponą, w górnej części jamy brzusznej, po lewej stronie, ma długość około trzynastu centymetrów, leży wzdłuż dziesiątego żebra i waży około dwustu gramów [38].

Omawiając narządy wewnętrzne nie można pominąć dróg żółciowych (ductus biliferi). Jest to zespół przewodów odprowadzających żółć z wątroby do pęcherzyka żółciowego i dwunastnicy. Rozróżniamy drogi wewnątrzwątrobowe i zewnątrzwątrobowe [6]. Wątroba wytwarza około piętnastu litrów żółci na dobę. Pęcherzyk żółciowy (vesica fella) jest narządem połączonym z wątrową, w którym magazynuje się żółć w przerwach między okresami trawienia a nie wykorzystane pozostałości ulegają w nim zniszczeniu. Położony jest na powierzchni dolnej wątroby między płatem prawym a czworobocznym. Kształt wypełnionego pęcherzyka jest podobny do gruszki o długości dziesięciu centymetrów i szerokości czterech centymetrów; maksymalnie może zgromadzić sześćdziesiąt mililitrów wydzieliny. Żółć jest znana ze swojego gorzkiego smaku, który pochodzi z kwasów żółciowych. Ma charakterystyczne zabarwienie od żółto-brunatnego do zielonawego. Jej konsystencja jest ciągnąca; chociaż nie zawiera fermentów trawiennych, bierze udział w trawieniu przez emulgowanie tłuszczów. ułatwia to działanie lipazie oraz przyczynia się do wchłaniania kwasów tłuszczowych, neutralizuje również kwaśną miazgę pokarmową [6].

Wszystkie narządy wewnętrzne są powiązane z otrzewną (peritoneum), która jest największą błoną surowiczą ustroju. Wyściela ona od wewnątrz ściany jamy brzusznej i jamy miednicy oraz pokrywa zawarte w nich narządy. Dzieli się na dwie części: otrzewną ścienną i otrzewną trzewną [40]. U mężczyzn otrzewna stanowi zamknięty worek, u kobiet łączy się ze światem zewnętrznym ujściem brzuszno-jajowodów i przewodów płciowych [6]. Otrzewna trzewna pokrywa każdy organ znajdujący się wewnątrzotrzewnowo: wątrobę, jelita, żołądek, śledzionę, wyrostek robaczkowy, pęcherzyk żółciowy, prawie całą macicę i jajowody. Natomiast otrzewna ścienna jest to błona wyścielająca jamę brzuszną [38]. Gładka i wilgotna powierzchnia otrzewnej umożliwia ślizganie się narządów wewnątrztotrzewniowych [6]. Ze względu na bardzo silne unerwienie otrzewnej ściennej każdy stan zapalny lub uraz jest odczuwalny w postaci ostrego bólu, natomiast otrzewna trzewna nie jest tak wrażliwa [38]. Otrzewna, schodząc ze ściany jamy brzusznej na narządy, tworzy fałdy składające się z dwóch blaszek błony surowiczej zwane kreskami (mesenterium). Według najnowszych doniesień medycznych jest to narząd [12, 9] utrzymujący organy wewnętrzne w stałej pozycji, przyczepione do otrzewnej ściennej [38].

Sieć większa (omentum maius) zwisa ku dołowi z krzywizny żołądka, która jak fartuszek pokrywa od przodu pętle jelitowe sięga aż do spojenia łonowego [6]. Natomiast sieć mniejsza (omentum minus) rozpięta jest pomiędzy częścią górną przełyku a powierzchnią trzewną wątroby, krzywizną mniejszą żołądka oraz częścią górną dwunastnicy. Górna część oraz środkowa tworzą więzadło wątrobowo-żołądkowe, część dolna tworzy więzadło wątrobowo-dwunastnicze [6]. Torba sieciowa (bursa omentalis) składa się ze ściany przedniej, która jest utworzona z tylnej powierzchni żołądka oraz ściany tylnej utworzonej z przednich części: lewego nadnercza, części górnej lewej nerki, trzustki, krezki okrężnicy porzecznicy. W lewej części odcinek torby tworzy zachyłek śledzionowy. Jest on ograniczony więzadłem żołądkowo-śledzionowym oraz więzadłem przeponowo-śledzionowym, a także więzadłem żołądkowo-przeponowym [6].



Rycina 1. Układ pokarmowy człowieka – budowa. Źródło: <http://zdrowie.gazeta.pl>

2. Rodzaje i przyczyny problemów z wypróżnianiem.

Do najczęściej występujących schorzeń układu pokarmowego należą: zaparcia, biegunki oraz zespół jelita drażliwego, czyli problemy z oddawaniem stolca. Jest to funkcja organizmu, która jest narażona na wpływy zewnętrzne i może być bardzo nieregularna. Prawidłowa częstotliwość wypróżnień różni się znacznie u wielu osób i zależy od wieku oraz indywidualnych czynników związanych ze stanem zdrowia. Zależy również od wzorców dietetycznych, socjalnych i kulturowych. U mieszkańców wielkich miast częstość wypróżnień waha się od jednego do trzech razy dziennie, aż po dwa razy tygodniowo, co indywidualnie może być uważane za właściwe [24]. Zmiana częstości wypróżnień, ich konsystencja lub objętość, a także obecność w stolcu krwi, śluzu, ropy lub nadmiar substancji tłuszczowych mogą wskazywać na chorobę [24]. W następujących trzech rozdziałach zostaną omówione problemy z wypróżnianiem jak i towarzyszące im choroby.

2.1. Zaparcia.

Zaparcia są jedną z najczęstszych dolegliwości ludzi w krajach wysokorozwiniętych [23]. Brak oddawania stolca w odstępach większych niż trzy dni jest definiowane jako zaparcie. Mogą mu towarzyszyć trudności w oddawaniu stolca, jego twardość uczucie niepełnego wypróżnienia [13]. Może mieć podłoże organiczne dziesięć procent przypadków lub w przeważającej części – czynnościowe (dziewięćdziesiąt procent, co zostanie wyjaśnione poniżej) [19]. Jest to jeden najczęściej zgłaszanych problemów gastroenterologicznych [19]. Wskazują na to nie tylko dane statystyczne dotyczące chorych zgłaszających się po poradę lekarską, ale przede wszystkim statystyczne zużycie leków, które wskazuje, że środki przeczyszczające należą do najczęściej kupowanych [13]. Zatrzymanie stolca może być objawem poważnej choroby, najczęściej jelita grubego [22]. Kał zostaje zatrzymany w jelicie grubym przez czas dłuższy niż w warunkach prawidłowych. Może zalegać w każdym odcinku jelita grubego. Różnica konsystencji między stolcem prawidłowym i zapartym oraz związane z tym trudności w jego oddawaniu zależą od ilości wody w nim zawartej. Gdy przechodzenie kału przez jelito grube ulega zwolnieniu, ilość wchłoniętej wody przez ścianę jelita zwiększa się, a jej zawartość w masie kałowej obniża [10]. Zaparcia są najczęściej wynikiem zaburzeń defekacji, rzadziej – zaburzeń pasażu przez jelito grube.

Jakkolwiek palenie tytoniu i mała aktywność fizyczna oraz dieta uboga w błonnik usposabiają do zaparć [23], z klinicznego punktu widzenia współwystępowanie zaparć z nadwagą jest niewątpliwie i dotyczy sześćdziesiąt procent pacjentów. Rola otyłości w patogenezie zaburzeń motoryki przewodu pokarmowego nie jest jasna [4, 34]. U tego typu pacjentów objawami najbardziej negatywnie wpływającymi na jakość życia są: oddawanie stolca jedynie po przyjęciu środków przeczyszczających, nieregularne oddawanie stolca, brak parcia lub nieefektywne parcie na stolec, stałe uczucie niepełnego wypróżnienia [33]. Dodatkowymi uciążliwymi objawami mogą być: wzdęcia, uczucie ciężkości w jamie brzusznej, bóle głowy, nudności. Powyższe dolegliwości częściej dotyczą kobiet [30, 34].

Na występowanie w społeczeństwie zaparć mają wpływ takie czynniki jak nadużywanie alkoholu, nieprawidłowa dieta, palenie tytoniu, oraz brak aktywności fizycznej [34, 32].

Przyczyny zaparć u ogółu populacji mogą być organiczne lub czynnościowe. Organicznymi przyczynami zaburzeń defekacji są: choroby układu nerwowego (np. guzy ogona końskiego), osłabienie siły mięśni tłoczni brzusznej i mięśni krocza przez choroby wyniszczające, leżący i siedzący tryb życia, rozszerzenie jelita grubego wrodzone lub nabyte [23]. Czynnościowymi przyczynami zaburzeń defekacji są: zaparcia nawykowe, na które mają wpływ takie zachowania jak: powstrzymywanie się od wypróżnień, wadliwa pozycja przy defekacji, skurcze zwieracza odbytu w nerwicy, żylakach odbytu, szczelinach odbytu [23]. Bezpośrednie przyczyny zaparć nawykowych są związane z warunkami współczesnego życia: stałym pośpiechem, napięciem nerwowym, siedzącym trybem życia, a przede wszystkim nieprawidłowym odżywianiem. Nieuwzględnianie w pożywieniu produktów bogatych w części niestrawne, takie jak błonnik, który zwiększa objętość stolca oraz pobudza perystaltykę jelita poprzez drażnienie mechaniczne, doprowadza do powstawania problemu. Sprzyja im również zbyt mała ilość spożywanych płynów [38]. Z powyższego wynika że przyczyn zaparć jest wiele; często są one pierwszym dość długo trwającym objawem zwiastującym zmiany chorobowe [23].

2.2. Zespół jelita drażliwego.

Pierwsza obserwacja, która dotyczyła zaburzeń jelitowych połączonych ze zmianami morfologicznymi w jelitach została zauważona przez sir Williama Oslera w 1892 roku. Jednak dopiero w ciągu ostatnich dziesięciu lat przeprowadzono liczne prace wyjaśniające przyczyny powstawania tak zwanego zespołu jelita drażliwego (irritable bowel syndrome – IBS). Szacuje się, że schorzenie to może dotyczyć nawet do dwudziestu procent ludności

krajów rozwiniętych [1]. Pomimo to tylko dwadzieścia pięć procent spośród populacji mając objawy zespołu jelita drażliwego szuka pomocy u lekarza pierwszego kontaktu bądź specjalisty [14]. Zespół ten ponad dwukrotnie częściej występuje u kobiet [7, 31].

Objawy kliniczne w zespole jelita drażliwego opisywane są przez Kryteria Rzymskie III z 2006 roku. Kryteria Rzymskie są klasyfikacją zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego określającą zasady ich rozpoznawania oraz wytyczne dotyczące leczenia [1]. Do objawów klinicznych możemy zaliczyć takie dolegliwości jak: nawracający dyskomfort, ból w obrębie jamy brzusznej trwający przynajmniej trzy dni w miesiącu przez ostatni kwartał. Dodatkowo muszą być spełnione co najmniej dwa z trzech objawów dodatkowych takich jak: poprawa po wypróżnieniu, początek dolegliwości skojarzony ze zmianą rytmu wypróżnień i/lub ze zmianą wyglądu stolca [29]. Występują również dolegliwości towarzyszące, do których można zaliczyć wymioty, najczęściej związane z bólem w jamie brzusznej, wzdęcia, nadmierne oddawanie gazów oraz niespecyficzne objawy ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego, takie jak pieczenie w nadbrzuszu, wczesne uczucie pełności po posiłku oraz uczucie zalegania pokarmu w żołądku [28, 29].

Bardzo specyficznym objawem jest występowanie naprzemiennie zaparć i biegunk [25]. Wyróżniamy postacie z dominacją biegunk, przewagą zaparć, postać mieszaną oraz niezdefiniowaną [29]. Najczęstszą postacią jest zespół z dominacją biegunk występuje u ponad czterdziestu procent pacjentów. Objawiają się licznymi stolcami o małej objętości również posiłki mogą pociągnąć za sobą wypróżnienia, po których następuje ulga w dolegliwościach chorego. W tej postaci często występuje ból w jamie brzusznej o niejednostajnej intensywności, lokalizujący się najczęściej w lewym podbrzuszu. Następna z przewagą zaparć występuje w piętnastu procentach przypadków osób chorych. Charakteryzuje się toczącymi w jamie brzusznej nie infekcyjnymi procesami chorobowymi, które mogą wpływać na czynność końcowego odcinka przewodu pokarmowego [29].

Do istotnych przyczyn etiologicznych zaliczamy zaburzenia psychoemocjonalne, predyspozycje genetyczne oraz tło infekcyjne. Infekcyjną przyczynę rozwoju zespołu jelita drażliwego mogą powodować patogeny jelitowe, w tym należące do rodziny Enterobacteriaceae, wywołujące rozrost komórek enterochromafinowych, które odpowiadają za nadmierne wydzielanie serotoniny, ta zaś odpowiada za wystąpienie biegunk [29].

Zauważono, że znaczący wpływ na występowanie zespołu mają szczególne nawyki żywieniowe [1]. Istotna jest rola diety. Objawy zależą od tego, na jakie produkty chory jest uczulony inaczej mówiąc to potrawy, które wywołują u niego nadmierne skurcze jelita grubego, wzdęcia i ból. Bywają to: potrawy tłuste, kofeina, niektóre rodzaje błonnika, laktoza

obecna w mleku i jego przetworach, ale na tej liście mogą być także zupełnie inne pokarmy: wieprzowina, słodczyce, ryby. Właściwie każdy produkt spożywczy może wywoływać przykre objawy zwane zespołem jelita drażliwego [5]. Posiłek lub stres często nasilają te dolegliwości, ale tak jak w przypadku biegunki nie zakłócają one snu. Zaburzenia czynnościowe rzadko rozpoczynają się w późnym wieku. Nie mają charakteru choroby postępującej i wyniszczającej pacjenta [39]. Według RC. Spiller, na skutek odpowiedniego leczenia do stanu sprzed wystąpienia dolegliwości powraca jedynie czterdzieści procent chorych [36].

2.3. Biegunka.

Omawiając zespół jelita drażliwego, który jest powiązany z biegunkami nie sposób ominąć szczegółowego opisu tej dolegliwości.

Biegunka jest objawem spotykanym bardzo często, lecz w większości przypadków ustępuje samoistnie [16]. Szacuje się, że problem ten dotyczy około półtora procent wszystkich hospitalizacji dorosłych osób [15]. Objawy choroby polegają na wydalaniu zwiększonej liczby płynnych, półpłynnych lub papkowatych stolców [17]. Według powszechnie przyjętej definicji, biegunka występuje wówczas, gdy masa stolca przekracza dwieście pięćdziesiąt gramów na dobę, jego konsystencja jest płynna, półpłynna lub papkowata, a częstość oddawania jest większa niż dwa razy na dobę. Jeżeli stan taki utrzymuje się dłużej niż trzy dni, mamy do czynienia z poważnym epizodem biegunki [16]. Ze względu na szybkość rozwoju objawów rozróżniamy biegunki przewlekłe i ostre.

Przeważnie biegunki są objawem zatruc pokarmowych, są one wówczas krótkotrwałe i nie stanowią zwykle poważniejszego problemu leczniczego [22]. Coraz częściej wstępują również biegunki poantybiotykowe (antibiotic-associated diarrhoea, AAD) [20]. Biegunka poantybiotykowa częściej występuje u pacjentów w podeszłym wieku, obciążonych poważnymi schorzeniami. Ryzyko jest związane zarówno z rodzajem antybiotykoterapii, drogą podania, długością leczenia oraz stosowaniem dodatkowych leków [31]. Bardzo rzadko biegunka ma charakter przewlekły wtedy może być objawem bardzo różnych poważnych schorzeń [22].

Należy pamiętać, że każda biegunka, zwłaszcza u osób starszych lub dzieci, może w krótkim czasie doprowadzić do odwodnienia, hypokaliemii, hypomagnesemii, kwasicy metabolicznej, zaburzeń elektrolitowych [24].

3. Starosłowiański Masaż Brzucha.

Starosłowiański Masaż Brzucha należy do terapii narządów wewnętrznych jamy brzusznej obok Terapii wisceralnej, Funkcjonalnej Terapii Trzewi, Manualnej Terapii Brzucha, Masażu Gastrycznego Brzucha, Akupresury Jamy Brzusznej.

Wywodzi się z tradycji medycyny ludów słowiańskich. Został wzbogacony o nowoczesną wiedzę z zakresu fizjologii i anatomii. Jego istotą jest szeroko pojęta profilaktyka przez stymulacje technikami uciskowymi narządów jamy brzusznej, wykonywanymi z bardzo małą siłą, w ściśle określonej kolejności. Jest terapią układów: żołądkowo jelitowego, moczowego, płciowego, oddechowego, krążeniowego, nerwowego, poprawia cyrkulację płynów ustrojowych. Techniki tej terapii oddziałują w sposób bezpośredni, jak i pośredni na kondycję narządu ruchu. W szczególności na układ szkieletowy, więzadłowy, mięśniowy. Jest formą głębokiej profilaktyki zdrowotnej prawie wszystkich układów ciała człowieka, można go traktować również jako terapię wspierającą podczas leczenia wielu chorób. Według W. Batkiewicza popularyzatora Starosłowiańskiego Masażu Brzucha w Polsce jest jedną z bardziej skutecznych metod terapeutycznych w przypadku dysfunkcji narządów jamy brzusznej [3].

3.1. Rys historyczny.

W przedwojennej literaturze etnograficznej, pracę na narządach jamy brzusznej, stosowane techniki przez ludowych uzdrowicieli, opisywali między innymi Kazimierz Moszyński w książce „Kultura ludowa Słowian” [28] oraz Franciszek Wereńko w „Przyczynek do lecznictwa ludowego” [37]. Na terenie Polski medycyna ludowa nigdy nie spotkała się z akceptacją środowiska medycznego. Jedynie ziołolecznictwo do lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia było nauczane na uniwersytetach medycznych w porównaniu do najstarszych medycyn świata takich jak: medycyna chińska, medycyna indyjska Ajurweda, medycyna Mezopotamii, medycyna arabska, medycyna grecka, medycyna rzymska [3]. Dzisiaj zarówno medycyna chińska jak i indyjska, nauczane są w akademiach medycznych zaś medycyna kultury arabskiej, będąca w znaczącym stopniu kontynuatorką greckiej, wywarła olbrzymi wpływ na obecną medycynę europejską. Podobnie swoją wielowiekową mądrość ludową kultywuje się za naszymi wschodnimi granicami. Zarówno na Ukrainie jak i w Rosji medycyna ludowa wykładana jest na studiach medycznych

[2]. Na zlecenie rządu Ukrainy terapia została zweryfikowana przez lekarzy wielu specjalności. Ministerstwo Zdrowia Ukrainy włączyło tę metodę do programu nauczania na uniwersytetach medycznych pod nazwą „Akupresura Jamy Brzuszej” [3]. W tych krajach lekarze z dumą podkreślają, iż leczą metodami naturalnymi. Wielowiekowa mądrość przodków jest hołubiona przez ich cały świat nauki. Przykładem jest Uniwersytet Lwowski, gdzie lekarze w ramach studiów podyplomowych uczeni są dwudziestu ośmiu metod leczenia naturalnego [2]. Największymi propagatorami tej metody na Ukrainie są: Profesor Nauk Medycznych Łukjan Andrijuk – szef Katedry Rehabilitacji i Medycyny Alternatywnej Uniwersytetu Medycznego we Lwowie, Wasilij Baszniak Podpułkownik Wojskowych Służb Medycznych - Profesor Nauk Medycznych, który w 1994 roku wydał publikację pod tytułem „Manualna terapia Brzucha”, Nikołaj Nasikowski – szef Ukraińskiego Stowarzyszenia Narodowej Manualnej Terapii [42]. Natomiast w Rosji najbardziej znaną postacią jest Profesor Nauk Medycznych, Lekarz Medycyny Ludowej Aleksander Ogułow autor wielu książek i publikacji dotyczących leczenia chorób narządów wewnętrznych i terapii trzewnej. Swoją działalność w tym kierunku rozpoczął w 1985 roku. Terapia wisceralna została opatentowana w Federacji Rosyjskiej od 1994 roku. Powstała na bazie Starosłowiańskiego Masażu Brzucha oraz innych ludowych metod leczniczych stosowanych na świecie [43].

3.2. Ogólny opis terapii SMB.

Pojedynczy masaż polega na wykonywaniu przez terapeutę delikatnych ucisków głównie obszaru brzucha, w dość rygorystycznej kolejności. Zabieg może trwać od czterdziestu pięciu minut do maksymalnie dziewięćdziesięciu minut wraz z dodatkowymi technikami.

Aby pacjent odczuł bardziej trwały efekt zdrowotny, konieczna jest kontynuacja masażu, wykonywanych codziennie. Zalecana częstotliwość waha się od dwóch do trzech razy dziennie przez około pięć minut. Z tego względu ważny jest automasaż i przeszkolenie w nim samego zainteresowanego oraz uczulenie go, żeby stosował się do zaleceń.

Żeby dać pełniejszy obraz zabiegu automasaż zostanie omówiony w rozdziale 5.

3.3. Postawa ciała i techniki palpacji w terapii SMB.

Podczas wykonywania Starosłowiańskiego Masażu Brzucha osoba wykonująca masaż powinna być skoncentrowana na masowanej części ciała klienta. Terapeuta powinien zadbać

o rozluźnienie własnego ciała. Powinien stać miękko na podłodze z lekko ugiętymi kolanami, jego obręcz barkowa powinna nie być usztywniona, ręce delikatnie położone na ciele pacjenta [3].

Najczęściej używaną techniką są mikronapężenia w technice Palpacji Piętrowej. Dodatkowo wykonujemy mikronapężenia w technice Łuku pomiędzy:

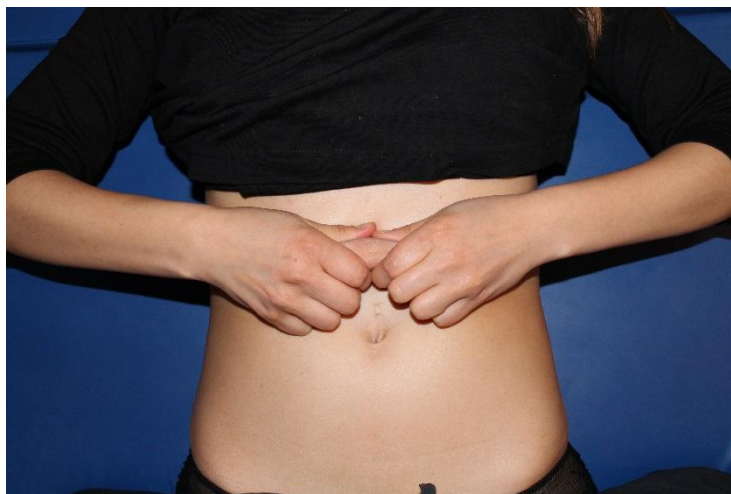
- narządem a poszczególnymi częściami ciała,
- narządem a więzadłami i kręzkami,
- narządem a otrzewną,
- narządem a receptorem na stopach i receptorami na ciele,
- narządem a kręgosłupem na całej jego długości,
- narządem a nerwami Autonomicznego Układu Nerwowego: układu współczulnego i układu przywspółczulnego.

Kolejną techniką używaną podczas masażu są mikronapężenia w technikach:

- Rotacji pomiędzy narządem a poszczególnymi punktami jamy brzusznej oraz technika polegająca na pracy z więzadłami i kręzkami,
- Mikronapężenia w technice „Gwiazdka”,
- Technice Maksymalnego Naprężenia [3].

Dodatkowo mogą być stosowane trzy techniki, które warto wymienić:

Technika fałdu „Piasta Kołodzieja” – która polega na rolowaniu skóry na powierzchni jamy brzusznej i okolicy żebrowej. Kierunki rolowania są dowolne. Stosuje się następujące chwyt: nadpępkowy poziomy, podpępkowy poziomy, pępkowy poziomy, pępkowy pionowy (poprzeczny) połączony z rotacją w kręgosłupie lędźwiowym [3].



Rycina 2. Fałd „Piasta Kołodzieja” (materiał własny).

Następnymi dodatkowymi technikami są „Masaż Rzepichy” [3] i Vacuterapia, która polega na stawianiu baniek próżniowych, może być połączona z rotacją bańki. Powoduje aktywację pracy układu odpornościowego, działa przeciwbólowo, aktywuje mechanizm samoregulacji, pobudza przekrwienia, hamuje procesy zapalne [3].



Rycina 3. Vacuterapia (materiał własny).

4. Przeciwwskazania w Starosłowiańskim Masażu Brzucha.

W Starosłowiańskim Masażu Brzucha obowiązują przeciwwskazania takie jak:

- wszelkiego rodzaju choroby nowotworowe;
- krwotoki wewnętrzne i świeże rany w obrębie jamy brzusznej;
- wczesna ciąża oraz ciąża zagrożona;
- ostra gruźlica;
- choroby tkanki łącznej;
- uzależnienie od narkotyków;
- ostra choroba narządów jamy brzusznej , wymagająca natychmiastowej pomocy medycznej;
- choroba zakrzepowa naczyń krwionośnych;
- choroby weneryczne, syfilis;
- gangrena;
- choroby psychiczne;
- choroby infekcyjne z wysoką temperaturą ciała;
- stan wskazujący na spożycie alkoholu, narkotyków lub innego rodzaju środków odurzających.

Nieprzestrzeganie powyższych przeciwwskazań może doprowadzić do poważnych komplikacji [2].

5. Autoterapia w Starosłowiańskim Masażu Brzucha.

Ponieważ masaż powinien być wykonywany trzy razy dziennie, nieodzownym elementem jest autoterapia.

Aby rozpocząć autoterapię należy spełnić cztery warunki:

Pierwszy: należy sprawdzić czy nie ma przeciwwskazań do wykonania zabiegu.

Drugi: zabieg należy wykonywać zgodnie z podaną kolejnością. Zmiana kolejności autoterapii może doprowadzić do pogorszenia pracy całego układu narządów/narządu lub może spowodować cofanie się treści pokarmowej z żołądka [2].

Trzeci: Nie można przekraczać dziewięćdziesięciu sekund czasu pracy na jednym narządzie. Lepsze efekty osiąga się pracując krócej za to częściej. Zabieg wykonujemy do trzech razy dziennie [2].

Czwarty: Autoterapię pacjent wykonuje delikatnie, bez przekraczania poziomu bólu [2].

Podczas zabiegu autoterapii pacjent może przyjąć dwie pozycje: leżącą (nogi ugięte w kolanach) lub siedzącą. Przy zabiegu w pozycji leżącej uciska poszczególne narządy za pomocą dłoni a w pozycji siedzącej są one nieruchome; ucisk następuje poprzez napieranie ciała na nieruchome dłonie [2].

Wykonujący zabieg rozpoczyna od ucisków diagnostycznych, które polegają na głębszej palpacji danego narządu, co pozwala mu określić czy jest on napięty oraz czy ucisk nie wywołuje u niego uczucia bólu [2]. Kolejnym krokiem jest zmniejszenie siły nacisku do momentu wyczucia pod palcami pierwszych delikatnych śladów napięcia tkanek ciała. Po wyczuciu napięcia siła ucisku pozostaje niezmienna do czasu wyraźnego rozluźnienia pod palcami. W jego następstwie nacisk można delikatnie pogłębić do momentu kolejnego tkankowego napięcia. Palpację piętrową wykonujemy do drugiego lub trzeciego poziomu napięcia tkanek [2].

Właściwy masaż składa się z siedmiu obszarów ucisku.

1. Pacjent rozpoczyna od ucisku punktowego zwieracza Oddiego. Znajduje się w odległości około trzech grubości palców, mierząc od pępka w kierunku prawego sutka [2].



Rycina 4. Ucisk na zwierca Oddiego. (materiał własny).

2. Pęcherzyk żółciowy, który również on uciska punktowo, leży pod żebrami z prawej strony ciała [2].



Rycina 5. Ucisk na pęcherzyk żółciowy (materiał własny).

3. Drogi żółciowe, które leżą między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym mostka. Powinny być uciskane od punktu „a” do „b” następnie od „a” do „c”. Palując te miejsca rozluźnia się drogi żółciowe, część poprzeczną jelita grubego i odźwiernik żołądka [2].



Rycina 6. Uciski na drogi żółciowe (materiał własny).

4. Zastawka krętniczno-kątnicza, która znajduje się w okolicy prawej pachwiny powinna być uciskana punktowo i stanowi przejście jelita cienkiego w grube [2].



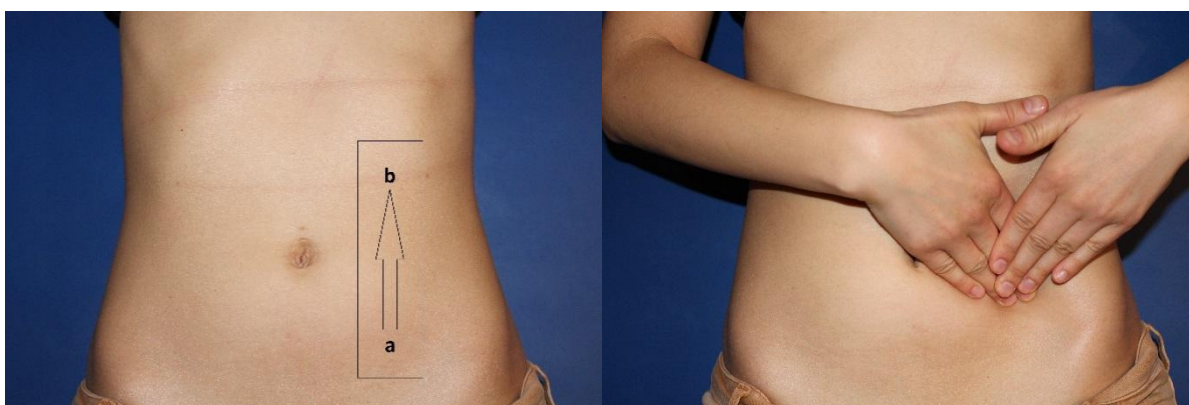
Rycina 7. Ucisk na zastawkę krętniczo-kątniczą (materiał własny).

5. Esica leży w połowie linii kości łonowej do pępka i powinna być uciskana w kierunku lewej części talerza kości biodrowej [2].



Rycina 8. Ucisk na esicę (materiał własny).

6. Okrężnica zstępująca jest częścią jelita grubego. Ucisk rozpoczyna się od lewej pachwiny w górę, od punktu „a” do punktu „b”, jak na zdjęciu. Na całej powierzchni jelita grubego palpację wykonuje się punkt po punkcie [2].



Rycina 9. Ucisk na okrężnicę zstępującą (materiał własny).

7. Jelito cienkie palpuje pacjent na powierzchni około trzech palców wkoło pępka, zgodnie z ruchem wskazówek zegara [2].



Rycina 10. Uciski na jelito cienkie (materiał własny).

6. Cel pracy.

Celem niniejszej pracy jest udowodnienie wpływu Starosłowińskiego Masażu Brzucha na dolegliwości ze strony narządów wewnętrznych, związanych z problemami wypróżniania się.

Do powyższego celu pracy sformułowano następujące hipotezy badawcze:

1. Starosłowiński Masaż Brzucha eliminuje dysfunkcje narządów wewnętrznych, tym samym likwiduje problem z zaparciami,
2. Starosłowiński Masaż Brzucha w znaczący sposób wpływa na usunięcie dolegliwości związane z wypróżnianiem,
3. Częstość wypróżnień, konsystencje stolca zmieniają się po wykonanym cyklu zabiegów Starosłowińskiego Masażu Brzucha,
4. Stosowanie automasażu przeciwdziała powrotowi zaparć.

7. Materiał i metody badań.

Badaniami objęto dwudziestu pacjentów mieszkańców Polski południowej, w wieku od dwudziestego piątego do siedemdziesiątego roku życia, jednak dziewiętnaście osób zakończyło pełen cykl masaży. Badania zostały przeprowadzone w dniach od 01.02.2018 roku do 29.05.2018 roku. Badani w pełni świadomie i dobrowolnie wyrazili zgodę na udział w badaniu. U wszystkich badanych przez okres czterech tygodni, raz w tygodniu był wykonywany Starosłowiński Masaż Brzucha. Po pierwszym masażu każdy pacjent został nauczony automasażu, który później samodzielnie wykonywał trzy razy dziennie przez okres trzech tygodni. Badana grupa samodzielnie wypełniała ankietę autorki badań przed każdym z czterech masaży, opisując aktualny stan zdrowia w chwili wypełniania. Ankieta, wraz z metryczką pacjenta, składała się z dwudziestu jeden pytań dotyczących stanu zdrowia osoby badanej. Na podstawie danych zawartych w metryczce obliczono współczynnik masy ciała BMI. W ankiecie poddano ocenie między innymi: częstość wypróżnień, konsystencje stolca, bóle brzucha, bóle głowy, stosowaną dietę, stres, jakie produkty powodują problemy, sposoby leczenia oraz subiektywną ocenę samopoczucia osoby masowanej po masażu. Zebrane dane opracowano statystycznie.

Narzędziami statystycznymi zastosowanymi do analizy wyników były:

- test niezależności chi – kwadrat,
- test istotności statystycznej Manna – Whitneya,
- średnia arytmetyczna,
- mediana.

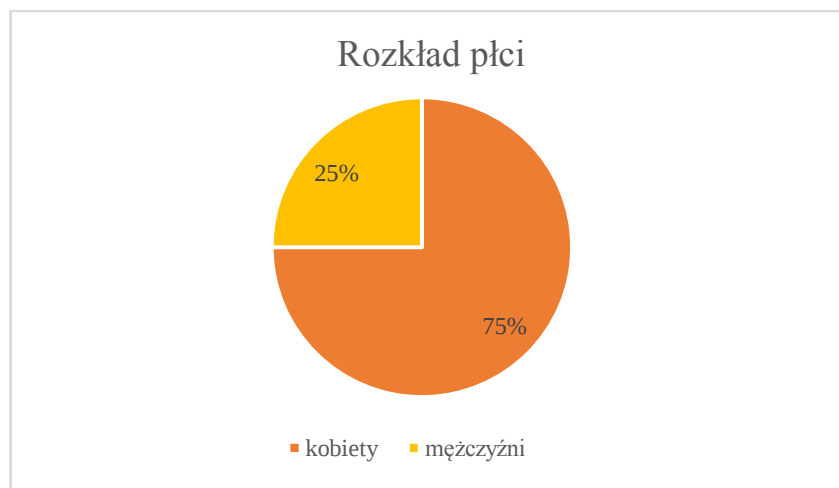
Przyjęto próg istotności statystycznej na poziomie $p \leq 0,05$, co oznacza:

- $p \leq$ - występuje istotna statystycznie zależność,
- $p \geq$ - brak istotności statystycznej.

8. Wyniki badań.

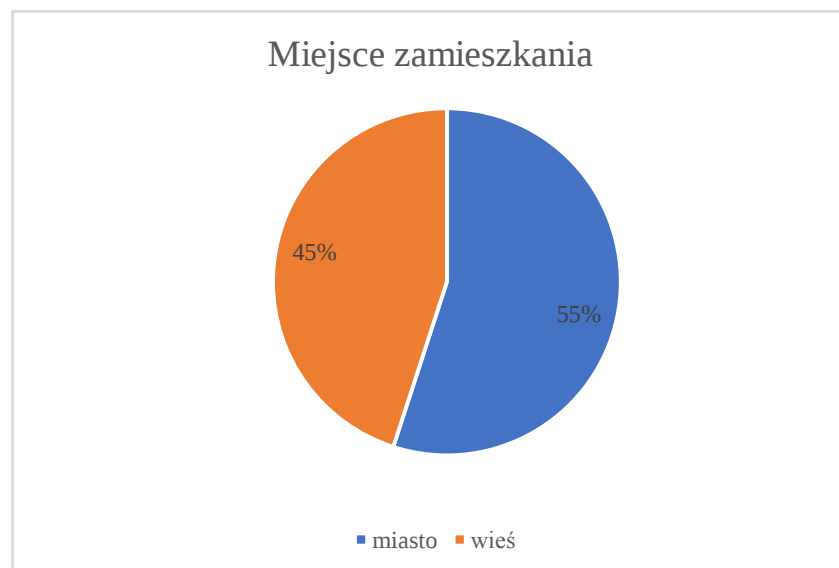
8.1. Charakterystyka badanej grupy

Większość osób, które brały udział w badaniu, stanowiły kobiety 75% (Wykres 1).



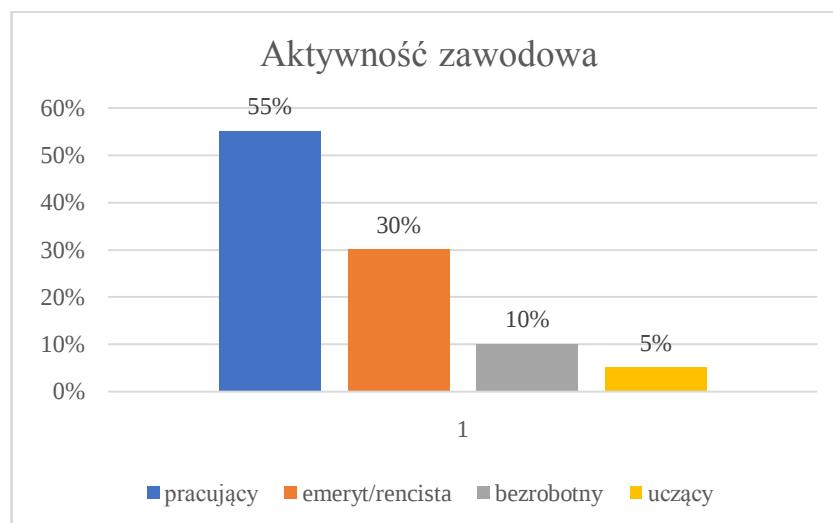
Wykres 1. Procentowy udział kobiet i mężczyzn biorących udział w badaniu.

Ponad połowa osób zamieszkuje miasto, pozostali to mieszkańcy wsi (Wykres 2).



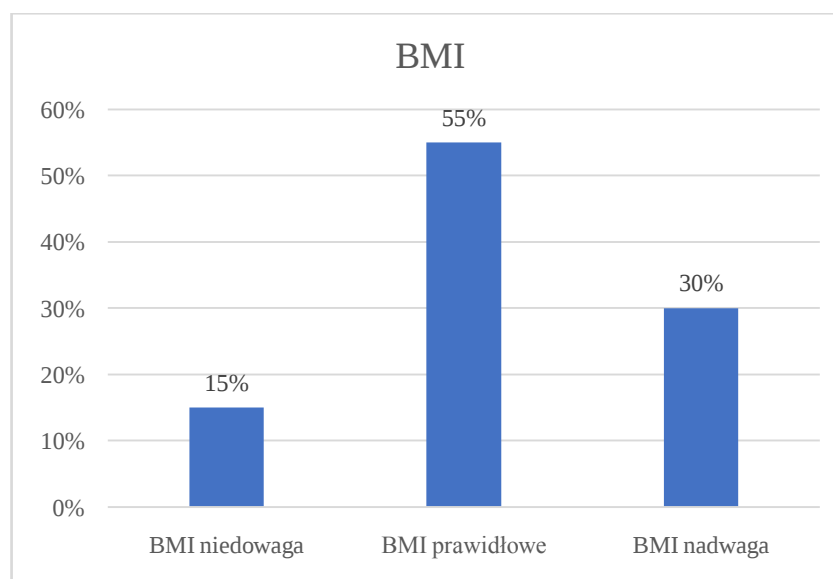
Wykres 2. Zróżnicowanie dotyczące miejsca zamieszkania.

Zdecydowana większość badanych była aktywna zawodowo (Wykres 3).



Wykres 3. Zróżnicowanie pod względem aktywności zawodowej.

Zdecydowana większość miała prawidłowe BMI 55%, natomiast 15% nieznaczną niedowagę (Wykres 4).



Wykres 4. Wpływ BMI na występowanie problemów z wypróżnianiem.

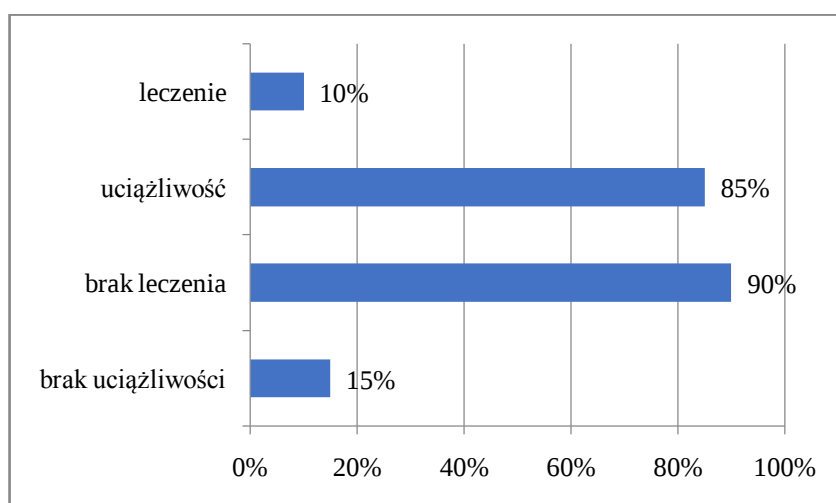
8.2. Omówienie wyników badań.

Na pytanie czy zaburzenia wypróżniania stanowią problem w życiu codziennym, 85% badanych odpowiedziało „tak”, pozostała część osób, czyli 15%, nie wiązało tego z utrudnieniami w życiu codziennym i były to osoby z zaparciami (Wykres 5).



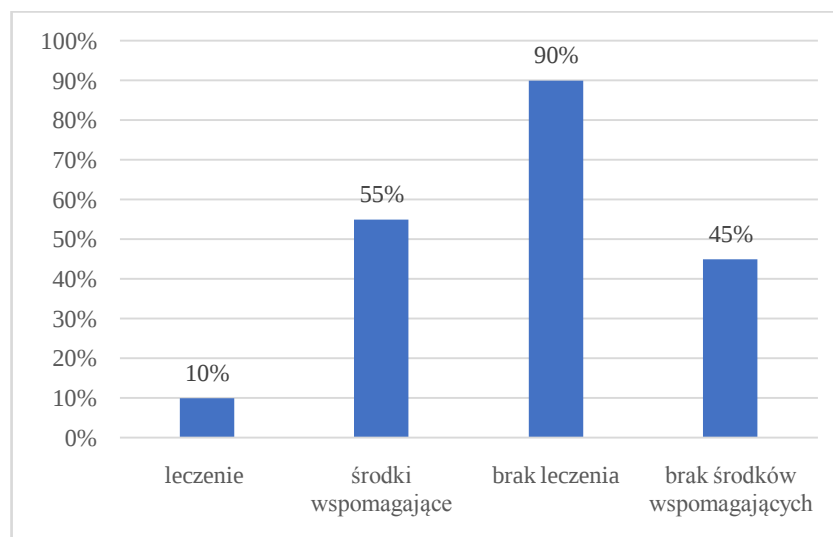
Wykres 5. Osoby odczuwające problem w życiu codziennym związany z zaburzeniem wypróżniania.

Wykres 6. porównuje ilość osób, które zgłosiły nieudogodnienia związane z dolegliwościami, do osób leczących się. Zaledwie 2 osoby (10%) udały się do lekarza w celu diagnozy i próby likwidacji problemu. Świadczy to o akceptacji dolegliwości i niedogodności z tym związanych.



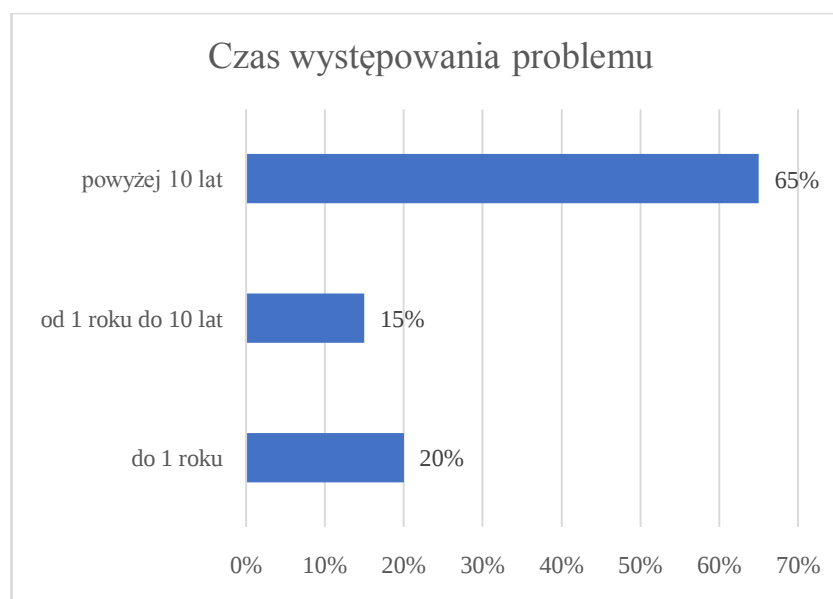
Wykres 6. Porównanie osób zgłaszających uciążliwości związane z dolegliwością a objętych leczeniem.

Z poniższego wykresu wynika, iż znacząca liczba osób nie była u lekarza ze swoim problemem. Inaczej przedstawia się to z używaniem środków wspomagających wypróżnianie. 55% wspomaga się farmakologicznie, a 45% nie potrzebuje dodatkowych wspomagaczy. Różnica między osobami, którzy wspomagają się lekami bez recepty lub ziołami jest znacznie większa od osób leczących się u lekarza (Wykres 7).



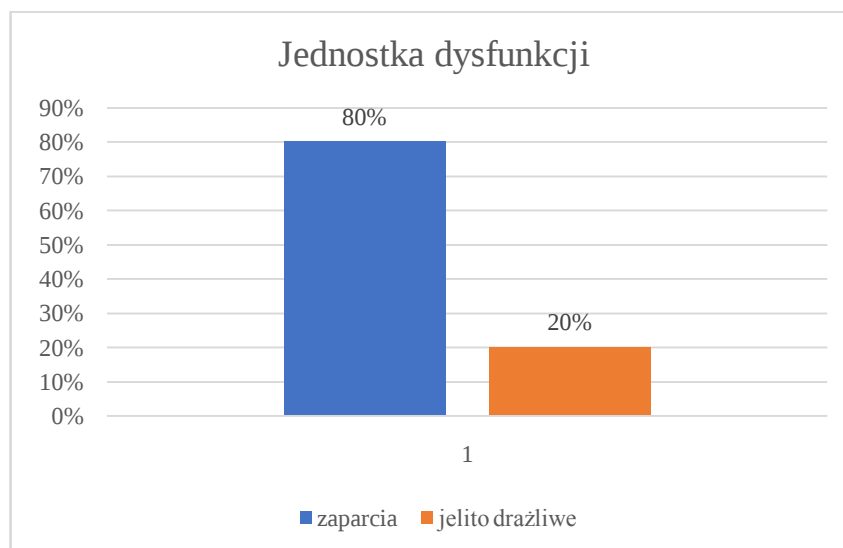
Wykres 7. Procentowe porównanie osób leczących się, do używających na własną rękę środków wspomagających wypróżnianie.

Kolejnym bardzo ważnym czynnikiem jest długość występowania problemu. 65% osób borykało się z problemem ponad 10 lat (Wykres 8).



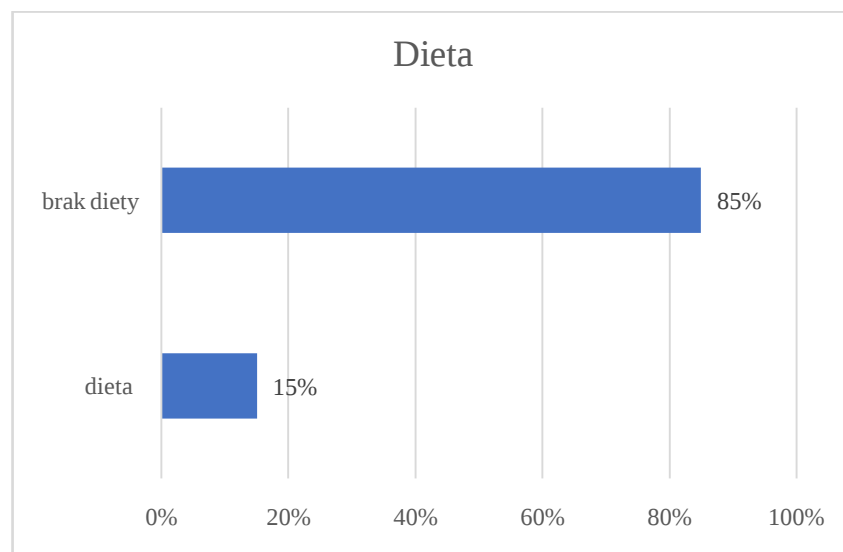
Wykres 8. Jak długo trwa problem z wypróżnianiem.

Liczniejszą grupę badanych stanowiły osoby z zaparciami, bo aż 80% (Wykres 9).



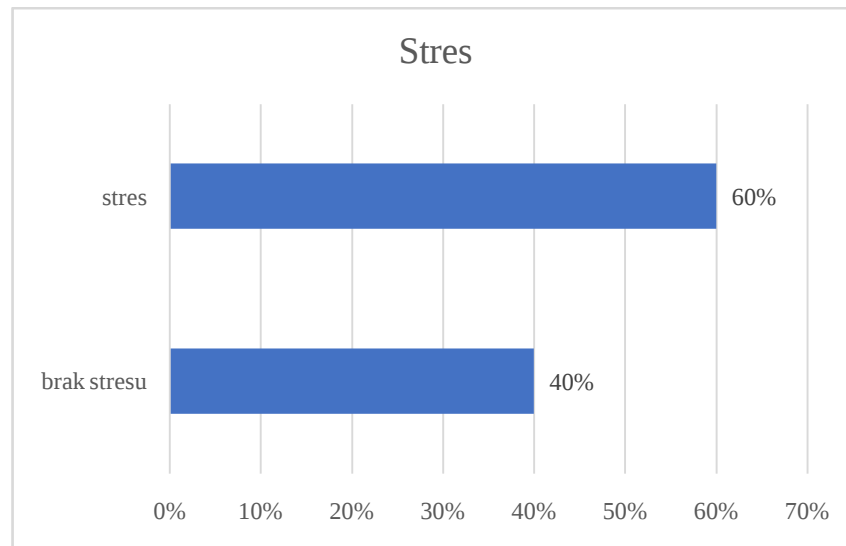
Wykres 9. Rozkład wybranych dysfunkcji w grupie badanej.

Zdecydowana większość, 85%, nie wiąże diety ze swoimi problemami (Wykres 10).



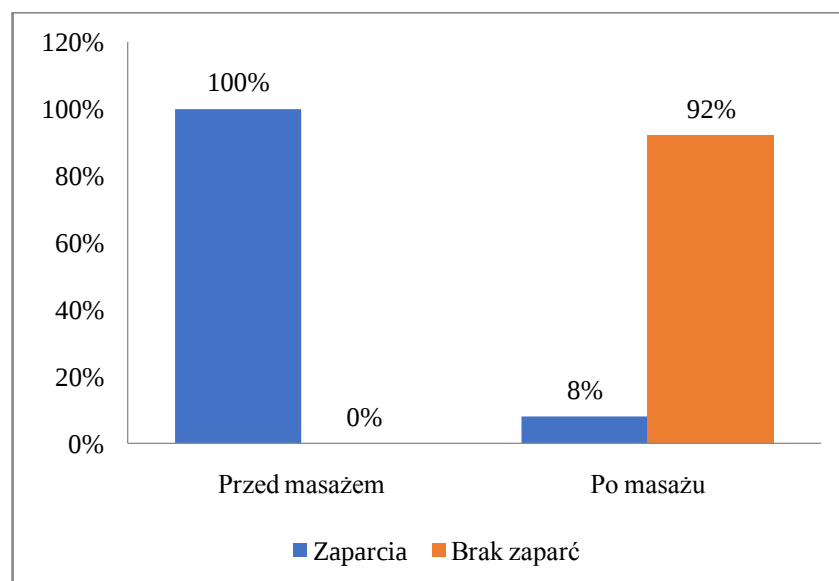
Wykres 10. Procentowa ilość osób, która stosowała dietę.

Stres wpływa na różne dolegliwości żołądkowo-jelitowe [39], jednak w odpowiedziach 60% osób uczestniczących w badaniu przyznało się do silnego stresu, a 40% uważa, że silny stres u nich nie występuje (Wykres 11).



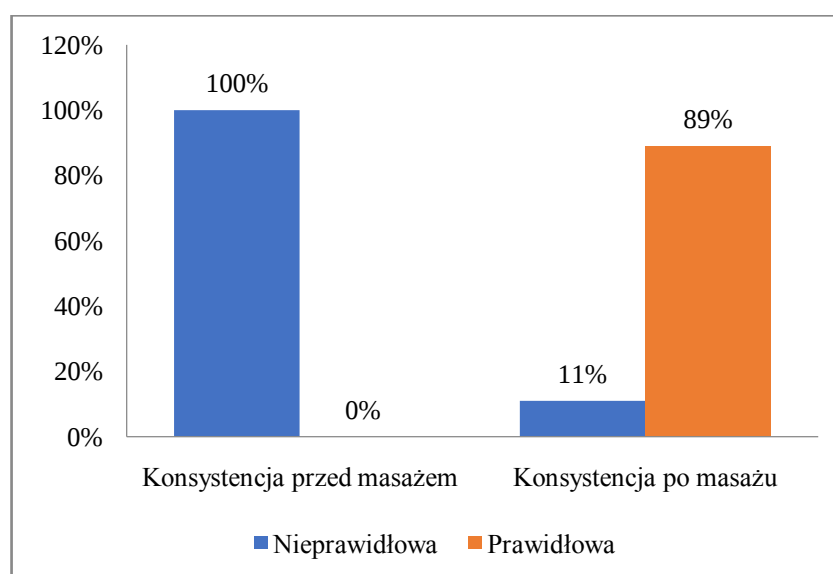
Wykres 11. Wpływ stresu na występowanie dolegliwości żołądkowo jelitowych.

Przeważająca liczba osób, która została poddana masażowi, miała zaparcia związane z częstością wypróżnień. Po serii masaży i automasaży, które pacjent stosował 3 razy dziennie, 92% badanych wypróżniało się codziennie. W przypadku 8%, czyli 1 osoba, częstość wypróżnień pozostała bez zmian, lecz zmieniła się ilość przyjmowanych leków na wypróżnienie. Na przykład przed masażami badana musiała przez kilka dni przyjmować kilka tabletek lekarstwa na przeczyszczenie, od 2 do 8 sztuk, zanim doszło do zrobienia stolca. Po masażu wystarczyła zaledwie 1 tabletka, aby doszło do wypróżnienia (Wykres 12).



Wykres 12. Wpływ masażu na problem z zaparciami.

W przypadku jelita drażliwego oraz zaparć, których objawami były: duży wysiłek podczas parcia, uczucie niepełnego wypróżnienia, twardy lub grudkowaty stolec a wypróżnienia były codziennie, ciężko porównać częstość wypróżnień. Lecz warto zrobić tu porównanie co do konsystencji, a co za tym idzie, usunięcia problemu. Wyniki przedstawiają się następująco: konsystencja stolca z biegunkowej lub bardzo twardej zmieniła się w prawidłową aż w 89% przypadków, w 11% pozostała bez zmian (2 osoby). W pierwszym przypadku była to osoba z jelitem drażliwym, w drugim przypadku była to osoba z zaparciami lecząca się farmakologicznie, jednak pod wpływem masażu ilość tabletek została zredukowana do 1 sztuki (Wykres 13).



Wykres 13. Zmiana konsystencji stolca po masażu.

Tabela 1. Zmiana konsystencji stolca przed i po masażu.

Konsystencja stolca przed masażem	Wszyscy razem	Konsystencja stolca po masażu		
		twarda	miękka	Prawidłowa
twarda	14	0	0	14
miękka	5	0	2	3
Ogół	19	0	2	17

Tabela 1. przedstawia zmianę konsystencji stolca z twardej lub miękkiej przed masażem, na prawidłową po masażu lub brak zmiany. Wynika z tego, że masaż lepiej działa na zaparcia niż na jelito drażliwe.

Tabela 2. Analiza statystyczna. Różnica w konsystencji stolca przed i po masażu.

Test niezależności chi – kwadrat		
statystyka	Chi-kwadrat	P
Chi ² Pearsona	6,25882	p = 0,01236
Chi ² NW	6,05672	P = 0,01385

Analiza statystyczna potwierdza występowanie korelacji pomiędzy konsystencją stolca przed masażem i po serii masaży; jest to związek istotny statystycznie p = 0,01 (Tabela 2).

Tabela 3. Ból brzucha przed i po masażu.

Bóle brzucha przed masażem	Wszyscy razem	Ból brzucha po masażu	
		Tak	Nie
tak	12	1	11
nie	7	0	7
Ogół	19	1	18

Tabela 3. porównuje zgłaszany ból brzucha przed masażem (12 osób); po masażu 11 osób pozbyło się dolegliwości bólowej.

Tabela 4. Analiza statystyczna. Ból brzucha przed i po masażu.

Test niezależności chi – kwadrat		
statystyka	Chi-kwadrat	P
Chi ² Pearsona	0,615740	p = 0,4326
Chi ² NW	0,951234	P = 0,3294

Nie wykazano istotnego poziomu statystycznego pomiędzy bólem występującym przed masażem i po masażu: p = 0,43. Jednak warto zauważyć pozytywny wpływ masażu na ustępowanie dolegliwości bólowych brzucha (Tabela 4).

Tabela 5. Ból głowy przed i po masażu.

Bóle głowy przed masażem	Wszyscy razem	Ból głowy po masażu	
		Tak	nie
Tak	9	2	7
Nie	10	0	10
Ogół	19	2	17

Z tabeli 5 wynika, że 7 osób z 9, które uskarżały się na ból głowy po serii masaży przestały mieć dolegliwości bólowe.

Tabela 6. Analiza statystyczna. Ból głowy przed i po masażu.

Test niezależności chi – kwadrat		
statystyka	Chi-kwadrat	p
Chi ² Pearsona	2,48366	p = 0,1150
Chi ² NW	3,25212	P = 0,0713

Analiza statystyczna wykazała brak zależności pomiędzy masażem a ustąpieniem dolegliwości bólów głowy: p = 0,11. Wynika to z małej grupy objętej badaniem. Jednak można zaobserwować pozytywny trend w ustępowaniu dolegliwości (Tabela 6).

Pacjenci, którzy zgłosili się ze swoją dolegliwością, mieli możliwość subiektywnej oceny po masażach. Wyniki możemy interpretować na przykład według czasu trwania dolegliwości. Według tabeli numer 7. wyniki ze średniej arytmetycznej przedstawia się następująco: poniżej 1 roku dolegliwości – 4 osoby, wielkość poprawy oceniali na 7,75 w skali 0 - 10 gdzie 10 oznaczało bardzo dobre wyniki a 0 bez zmian. Kolejne 2 osoby, które miały dolegliwości od 1 roku do 10 lat, oceniły swoje samopoczucie na 8. Natomiast aż 13 osób, których dolegliwości trwały powyżej 10 lat, oceniło to również na 8.

Tabela 7. Wielkość poprawy (skala 10-cio stopniowa) w zależności od czasu trwania dolegliwości.

Czas trwania dolegliwości	Wielkość poprawy po masażu Średnie	Wielkość poprawy po masażu Ważnych	Wielkość poprawy po masażu Q25	Wielkość poprawy po masażu Mediana	Wielkość poprawy po masażu Q75
<1 rok	7,75	4	5,5	8,5	10
1 – 10 lat	8	2	6	9	10
>10 lat	8	13	8	10	10
Ogół	7,94	19	6	10	10

Poziom istotności testu Manna – Whitneya: p = 0,7849; różnica między grupami nieistotna statystycznie (Tabela 7).

Analizując wyniki Tabeli 8. widać nieznaczną różnicę między subiektywną oceną w 10 stopniowej skali między kobietami a mężczyznami. Czyli można stwierdzić, że masaż działa równie dobrze na kobiety, jak i na mężczyzn. Poziom zadowolenia ze swojego samopoczucia po masażu u kobiet wyniósł średnio 8,06 natomiast u mężczyzn 7,5.

Tabela 8. Wielkość poprawy (skala 10-cio stopniowa) w zależności od płci pacjentów.

Płeć	Wielkość poprawy po masażu Średnie	Wielkość poprawy po masażu Ważnych	Wielkość poprawy po masażu Q25	Wielkość poprawy po masażu Mediana	Wielkość poprawy po masażu Q75
Kobieta	8,066667	15	6	8	10
Mężczyzna	7,500000	4	5	10	10
Ogół	7,947365	19	6	10	10

Również w tym przypadku poziom istotności testu Manna – Whitneya: $p = 0,6891$ różnica między tymi grupami była nieistotna statystycznie (Tabela 8).

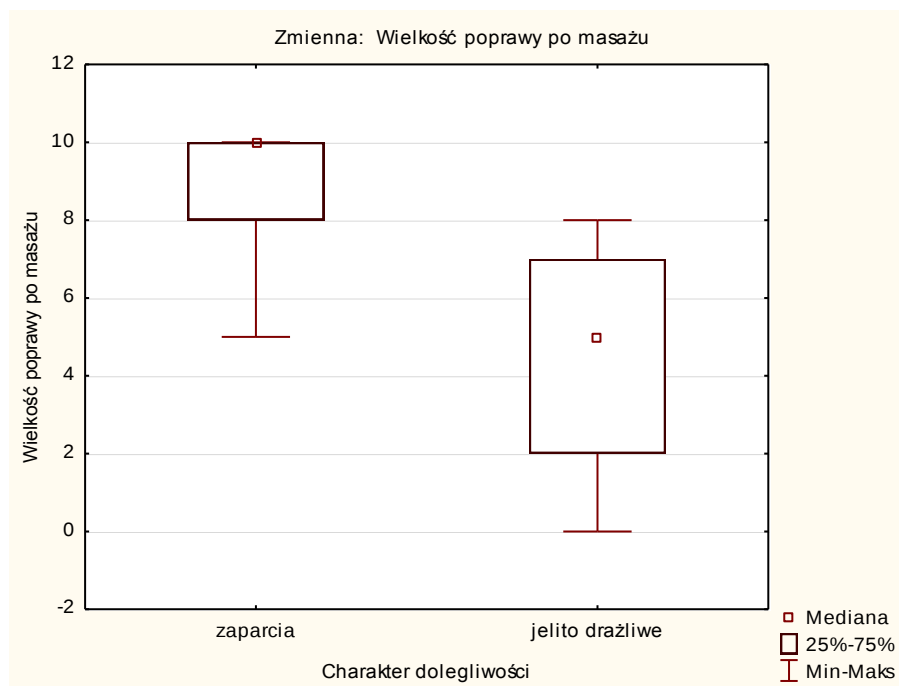
Tabela 9. Udowadnia, że subiektywna ocena pacjentów jest wyższa w przypadku zaparć niż z problemami jelita drażliwego.

Tabela 9. Wielkość poprawy (skala 10-cio stopniowa) w zależności od charakteru dolegliwości.

Charakter dolegliwości	Wielkość poprawy po masażu Średnia	Wielkość poprawy po masażu Ważnych	Wielkość poprawy po masażu Q25	Wielkość poprawy po masażu Mediana	Wielkość poprawy po masażu Q75
Zaparcia	8,866667	15	8	10	10
jelito drażliwe	4,500000	4	2	5	7
Ogół	7,947368	19	6	10	10

Analiza wykazała wysoki poziom istotności statystycznej w zależności od charakteru dolegliwości test Manna – Whitneya: $p = 0,0187$ (Tabela 9).

Wykres 14. w obrazowy sposób przedstawia dużo lepszą skuteczność masażu w przypadku zaparć niż w przypadku zespołu jelita drażliwego.



Wykres 14. Wielkość poprawy w zależności od charakteru dolegliwości.

Reasumując, masaż korzystniej wpływa na zaparcia niż na jelito drażliwe. W oparciu o dokonaną analizę uzyskanego materiału można stwierdzić, iż Starosłowiński Masaż Brzucha wyeliminował dysfunkcje narządów wewnętrznych, dzięki czemu problem zaparć został zlikwidowany. Starosłowiński Masaż Brzucha w znaczący sposób usunął dolegliwości takie jak, ból brzucha, głowy, prawdopodobnie związany z przenikaniem toksyn i trucizn do krwioobiegu. Badani zgłaszali również lepsze wydalenie gazów oraz lekkość brzucha. W przypadku kobiet po serii masaży dolegliwości związane z miesiączką istotnie się zmniejszyły. Znaczące wyniki były również w częstotliwości wypróżnień oraz konsystencji stolca. Można również przypuszczać, że wykonując go profilaktycznie zmniejszy się prawdopodobieństwo wystąpienia dysfunkcji w przyszłości. Można powiedzieć, że większość osób, zapomniało, iż przez wiele lat borykały się z tym problemem. Jedyne co im o tym fakcie przypomina to robienie automasażu nawet po zakończonych badaniach. Okazywało się bowiem, że bez automasażu zaparcia wracały. Na uwagę zasługuje fakt, iż osoby objęte badaniem nie zmieniły w tym czasie nawyków żywieniowych oraz aktywności fizycznej, zwykle wpływających na proces defekacji. Większość osób zrezygnowała ze środków wspomagających oddawanie stolca na rzecz automasażu.

9. Wnioski.

Po analizie wyników badań możemy odpowiedzieć na hipotezy badawcze.

- 1) Starosłowiński Masaż Brzucha eliminuje dysfunkcje narządów wewnętrznych, tym samym likwiduje problem z zaparciami
- 2) Starosłowiński Masaż Brzucha w znaczący sposób wpływa na usunięcie dolegliwości związanych z wypróżnianiem
- 3) Częstość wypróżnień, konsystencje stolca zmieniły się po wykonanym cyklu Starosłowińskiego Masażu Brzucha
- 4) Starosłowiński Masaż Brzucha może służyć jako środek profilaktyczny, zapobiegający występowaniu zaparć oraz zespołu jelita drażliwego w przyszłości.

10. Dyskusja.

Z badań przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy wynika, że Starosłowiński Masaż Brzucha w pozytywny sposób wpływa na dysfunkcje narządów wewnętrznych. W większym stopniu wpływa na usunięcie przykrych dolegliwości powiązanych z nieprawidłowym wypróżnianiem takich jak: ból brzucha, ból głowy. Istotnie statystycznie różnice wynikały przede wszystkim z korelacji pomiędzy nieprawidłową konsystencją stolca przed masażem i prawidłową po serii masaży. Różnice te były podobne jeśli chodzi o charakter dolegliwości czyli między zespołem jelita drażliwego a zaparciami. Jednak zdecydowanie lepsze wyniki zostały osiągnięte przy zaparciach. Jest to związane przede wszystkim z siedzącym trybem życia, a co za tym idzie zwolnieniem pasażu jelitowego, nieprawidłową dietą, badani w ankiecie wymieniali jakie produkty im szkodzą: przede wszystkim słodycze, kapusta, kawa, nabiał, makaron, chleb oraz mała ilość wypijanej wody na rzecz gazowanych i kolorowych napojów.

Przyjrzyjmy się następnie czynnikom, które okazały się nieistotnie statystycznie. Były to między innymi ból brzucha i ból głowy. Zapewne nie są one istotne statystycznie, jednak badanie wskazuje na zdecydowaną likwację dolegliwości u większości badanych. Ten wniosek potwierdza opinie, że wiele dolegliwości bierze się z brzucha. Wynika z tego, że usuwając dysfunkcję narządów wewnętrznych pozbywamy się innych przykrych dolegliwości. Zasadnicze znaczenie ma fakt, że płeć nie ma znaczenia na wynik masażu. W obu przypadkach wyniki są porównywalnie dobre. Po drugie nie ma również znaczenia jak długo problem występował, bowiem wyniki po serii masaży okazały się porównywalnie dobre.

Podobne obserwacje dotyczące zaparć uzyskały osoby, które przeprowadziły badania pilotażowe w stacjonarnym hospicjum w Warszawie. Badanie polegało na przeprowadzeniu masaży gastrycznych brzucha przez okres ośmiu tygodni u chorych z zaparciem objętych stacjonarną opieką paliatywną. Osoby te również zgłosiły tendencję do obniżenia nasilenia zaparć, zwiększenia liczby wypróżnień, dodatkowo wskazywały na poprawę w oddychaniu, ułatwienie mikcji, uwolnienie gazów i zmniejszenie bólów brzucha [11]. Istnieją również doniesienia świadczące o skuteczności masażu gastrycznego u pacjentów z SM [26, 11], w przypadku chronicznego zaparcia [35, 11] oraz w przebiegu neurogennej dysfunkcji jelit [21, 11].

Możemy znaleźć w literaturze wiele badań mówiących o wpływie masażu na poprawę defekacji. Jednak próba zbadania czy Starosłowiański Masaż Brzucha korzystnie wpływa na problemy z wypróżnianiem jest prawdopodobnie pierwszą próbą badawczą potwierdzającą skuteczność tej metody w walce z zaparciami. Niektóre z wyżej wymienionych stwierdzeń zostały formalnie przyjęte, ale nigdy nie zostały potwierdzone szczegółowymi badaniami. Należałoby przeprowadzić dodatkowe badania na większej grupie osób, aby były bardziej wiarygodne. Należałoby również podczas tych badań uwzględnić po którym zabiegu jest wyraźna poprawa oraz jakie czynniki do tego predysponują.

Warto nadmienić praktyczne znaczenie profilaktyki, jeśli chodzi o stosowanie SMB. Patrząc na statystyki niezależnie od długości występowania zaparć problem ten został usunięty. Możemy z dużym prawdopodobieństwem przyjmować, że stosując automasaż profilaktycznie nie będziemy narażeni na wystąpienie zaparć w przyszłości.

11. Streszczenie.

Celem niniejszej pracy jest ocena wpływu Starosłowiańskiego Masażu Brzucha na problem z wypróżnianiem oraz powiązane z nim dolegliwości.

Badaniem objęto grupę 20 osób (zakończyło 19 osób). Do oceny wykorzystano autorską ankietę wraz z subiektywną oceną badanych.

Analiza wyników wykazała skuteczność Starosłowiańskiego Masażu Brzucha w problemach z zaparciami.

W pracy omówiono fizjologię, anatomię narządów wewnętrznych oraz przyczyny powstawania dolegliwości.

Przedstawiono istotę masażu oraz opisano cały automasaż zlecony badanym do wykonania krok po kroku.

Starosłowiański Masaż Brzucha jest wielowiekowym dziedzictwem ludów słowiańskich. Usuwa wszelkie dysfunkcje narządów jamy brzusznej powstałe w wyniku czynnościowych napięć na poziomie mięśni gładkich, poprawia cyrkulację płynów ustrojowych. W Polsce ta terapia została zmodyfikowana przez Władysława Batkiewicza o filozofię bardzo delikatnej palpacji przeniesioną z mikrokinetyterapii.

12. Abstract.

The aim of the study was to assess the impact of Old Slavic abdominal massage on the problem with defecation and related discomforts.

The study covered a group of 20 people (completed by 19 people). The author's questionnaire was used for the assessment together with the subjective assessment of the respondents.

Analysis of the results showed the effectiveness of Old Slavic Abdominal Massaging in the problem of constipation.

The work discusses the physiology, anatomy of internal organs and the causes and occurrence of ailments.

The essence of the massage was presented, and the entire auto-massage commissioned to the subjects was described step-by-step.

The Old Slavic Belly Massage is a centuries-old therapy of the Slavic People. It removes any dysfunctions of the abdominal organs resulting from functional tension at the level of smooth muscles and improves the circulation of body fluids. In Poland, this therapy was modified by Władysław Batkiewicz. His philosophy is, to use very delicate palpation transferred from microkinetiotherapy.

13. Piśmiennictwo.

1. Baczuk L., Zespół jelita drażliwego w praktyce chirurgicznej, MWM Gastroenterologia 2006
2. Batkiewicz W. Starosłowiński Masaż Brzucha Terapia wisceralna. Wydawnictwo KOS, Katowice 2016
3. Batkiewicz W. Starosłowiński Masaż Brzucha, Funkcjonalna Terapia Trzewi. Skrypt z kursu Część I – Wstęp i Diagnostyka, Warszawa, 2017
4. Bercik P., Verdu EF., Collins SM., Is irritable bowel syndrome a low grade inflammatory bowel disease? Gastroenterol Clin North Am 2005, 34: 235-245
5. Bętkowska T., Różnowska K., Diety w różnych chorobach, Wydawnictwo Emilia, Kraków 2005
6. Bochenek A., Reicher M. Anatomia Człowieka. Tom II, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Wyd. 9, Warszawa 2007
7. Borum ML., Physician perception of irritable bowel syndrome diagnosis and management in female and male patients. Am J Gastroenterol 2000, 95: 2528-9
8. Buchman Sp. z o.o. Atlas anatomiczny. Wydawnictwo Edukacyjne Literat, Toruń 2007
9. Coffey C., O'Leary DP. The mesentery: structure, function, and role in disease. The Lancet Gastroenterol Hepatol, 2016; 1: 238-4
10. Cybulska B., Łukaszewska T., Dietetyka, WSiP, Warszawa 1994
11. Dadura E., Stępień P., Iwańska D., Wójcik A., Ocena działania masażu gastrycznego brzucha u chorych z zaparciem objętych stacjonarną opieką paliatywną – badanie pilotażowe, Postępy Rehabilitacji (4), 19-34, 2017
12. Drake R.L., Vogl A.W., Mitchell A.W.M. Gray Anatomia Podręcznik dla studentów. Tom 2, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wyd. 3, Wrocław 2016
13. Dzierżanowski T., Ciałkowska-Rysz A., Ocena przydatności definicji zaparcia stolca u chorych objętych opieką paliatywną według Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, Medycyna Paliatywna 2011, 1:33-38
14. Halvorson Ha., Schlett CD., Riddle MS., Irritable bowel syndrome: a chronic sequelae of acute gastroenteritis. Am J Gastroenterol 2006, 101: 1894-9
15. Hałoń A., Gładysz A., Dziemianko I., Współczesne spojrzenie i zalecane postępowanie w biegunkach, Przewodnik Lekarza/Guide for GPs 9/2003: 6,9,71-80

- Dostępny pod adresem <https://www.termedia.pl/Journal/-8/Streszczenie-1253> 2018.03.31
16. Hałoń A., Samet A., Gładysz A., Inglot M., Biegunki – etiopatogeneza i klinika w świetle współczesnej wiedzy, *Przewodnik Lekarza/Guide for GPs* 10/2000: 10, 19-26. Dostępny pod adresem <https://www.termedia.pl/8,2041,0,1.html> 2018.03.31
 17. Hartleb M., Gutkowski K., Kohut M. Badanie fizykalne jamy brzusznej z elementami diagnostyki różnicowej. Wydawnictwo CZELEJ Sp. z o.o., Lublin 2010
 18. Jabłońska B., Żaworonkow D., Lesiecka M., Agafonnikov V.F., Miroslovovich Pinkolsky P., Lampe P., Zaparcia – etiopatogeneza, diagnostyka i leczenie, *Borgis - Postępy Nauk Medycznych* s1/2011, s. 33-38
 19. Jarzębicka D., Sieczkowska J., Ryżko J., Oracz G., Terapia biofeedback w leczeniu czynnościowego zaparcia stolca, *Standardy Medyczne/Pediatrica* 2014 T.11 396-401
Dostępny pod adresem <http://www.standardy.pl/artykuly/szukaj?search=terapia+biofeedback+w+leczeniu+czynno%C5%9Bciowego+zaparcia+stolca#> 2018.04.01
 20. Jośko-Ochojska J., Spandel L., Zakażenia *Clostridium difficile* jako problem zdrowia publicznego, *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2014, 95(3): 568-573
 21. Krassioukov A., Eng JJ., Claxton G., Sakakibara BM., Shum S., Neurogenic bowel management after spinal cord injury: A systematic review of the evidence. *Spinal Cord* 2010;48(10):718-33
 22. Krygier T., *Gastrologia na co dzień*, PZWL, Warszawa 1978
 23. Krzak J., Biegunki i zaparcia – część druga – zaparcia, *Borgis - Medycyna Rodzinna* – 2/2000: 43-44. Dostępny pod adresem <http://www.czytelniamedyczna.pl/635,biegunki-i-zaparcia.html> 2018.03.29
 24. Krzak J., Biegunki i zaparcia – część pierwsza – biegunki, *Borgis - Medycyna Rodzinna* 1/2000: 32-33. Dostępny pod adresem <http://www.czytelniamedyczna.pl/617,biegunki-i-zaparcia.html> 2018.03.26
 25. Levine SJ., *Podręcznik decycji w gastroenterologii*, D.W. Publishing Co., Szczecin 1993
 26. McClurg D., Hagen S., Hawkins S., Lowe-Strong A., Abdominal massage for the alleviation of constipation symptoms in people with multiple sclerosis: a randomized controlled feasibility study. *Mult Scler* 2011;17(2):223-33
 27. Mokrawiecka A., Zaparcia czynnościowe, *Gastrologia – medycyna praktyczna dla pacjentów*, Dostępny pod adresem <https://gastrologia.mp.pl/choroby/jelitogrube/74266,zaparcia-czynnosciowe> 2018.05.27

28. Moszyński K., Kultura ludowa Słowian, Cz.2. Kultura duchowa, Zeszyt 1, Wydawnictwo Grafika, Kraków 1934
29. Nehring P., Mrozikiewicz-Rakowska B., Krasnodębski P., Karnafel W., Zespół jelita drażliwego – nowe spojrzenie na etiopatogenezę, Przegląd Gastroenterologiczny 2011; 6 (1): 17–22
30. Neubauter K., Kempieński R., Zaparcie i biegunka czynnościowa. [w:] Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego, Paradowski R., (red). Cornetis, Wrocław 2007
31. Olczak A., Grąbczewska E., Rzekomobłoniaste zapalenie jelit o etiologii Clostridium Difficile, Przegląd Epidemiologiczny 2012; 66: 59 – 65
32. Pecora P., Suraci C., Antonelli M., De Maria S., Marrocco W., Constipation and obesity: statistical analysis. Boll Soc It BiolSper 1981, 57: 2384-2388
33. Pietrych A., Filip R., Wpływ diety redukcyjnej na masę ciała u osób z nadwagą i otyłością, Problemy Higieny i Epidemiologii 2011, 92(3): 577-579
34. Pourhoseingholi MA., Kaboli SA., Pourhoseingholi A., Moghimi-Dehkordi B., Safaee A., Monsoori BK., et al. Obesity and functional constipation, a community-based study in Iran. J Gastrointestin Liver Dis 2009, 18(2): 151-155
35. Sinclair M., The use of abdominal massage to treat chronic constipation. J Bodyw Mov Ther 2011;15(4):436-45
36. Spiller RC., Postinfectious irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2003, 1662-71
37. Wereńko F., Przyczynek do lecznictwa ludowego, Wydawnictwo Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1896
38. Weston T. Atlas anatomii. Wydawnictwo Ryszard Kluszyński, Kraków 1995.
39. Wojciechowski K., Rola diety w leczeniu jelita drażliwego, Borgis - Nowa Medycyna 10/1999, Dostępny pod adresem <http://www.czytelniamedyczna.pl/1415,rola-diety-w-leczeniu-zespołu-jelita-drazliwego.html> data wejścia 2018.04.01
40. Wolfgang D. Ilustrowana anatomia człowieka Feneisa. Wydawca Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Wyd. V, Warszawa 2010
Wydawnictwo Centre de Formation de la Microkinesitherapie.Francja 1999.
41. Żelowski A., Wojtuń S., Gil J., Dyrła P., Zespół jelita nadwrażliwego – podstawowe zasady rozpoznawania i leczenia, Pediatr Med Rodz 2013, 9 (3), p. 250-255
42. <http://staroslowianskimasazbrzucha.pl/>, data wejścia 03.02.2018
43. <http://www.terapiawisceralna.pl/>, data wejścia 03.02.2018

14. Wykaz Rycin.

Rycina 1. Układ pokarmowy człowieka.	8
Rycina 2. Fałd „Piasta Kołodzieja”	15
Rycina 3. Vacuterapia – stawianie baniek	16
Rycina 4. Ucisk na zwieracza Oddiego	19
Rycina 5. Ucisk na pęcherzyk żółciowy	19
Rycina 6. Uciski na rogi żółciowe	19
Rycina 7. Ucisk na zastawkę krętniczo-kątniczą.....	20
Rycina 8. Ucisk na esicę	20
Rycina 9. Ucisk na okrężnicę zstępującą	20
Rycina 10. Uciski na jelito cienkie	21

15. Wykaz Wykresów.

Wykres 1. Procentowy udział kobiet i mężczyzn biorących udział w badaniu.....	24
Wykres 2. Zróżnicowanie dotyczące miejsca zamieszkania.....	24
Wykres 3. Zróżnicowanie pod względem aktywności zawodowej.	25
Wykres 4. Wpływ BMI na występowanie problemów z wypróżnianiem.	25
Wykres 5. Osoby odczuwające problem w życiu codziennym związany z zaburzeniem wypróżniania.	26
Wykres 6. Porównanie osób zgłaszających uciążliwości związane z dolegliwością a objętych leczeniem.	26
Wykres 7. Procentowe porównanie osób leczących się, do używających na własną rękę środków wspomagających wypróżnianie.	27
Wykres 8. Jak długo trwa problem z wypróżnianiem.....	27
Wykres 9. Rozkład wybranych dysfunkcji w grupie badanej.	28
Wykres 10. Procentowa ilość osób, która stosowała dietę.....	28
Wykres 11. Wpływ stresu na występowanie dolegliwości żołądkowo jelitowych.	29
Wykres 12. Wpływ masażu na problem z zaparciami.	29
Wykres 13. Zmiana konsystencji stolca po masażu.	30
Wykres 14. Wielkość poprawy w zależności od charakteru dolegliwości.	34

16. Wykaz Tabel.

Tabela 1.	Zmiana konsystencji stolca przed i po masażu.	30
Tabela 2.	Analiza statystyczna. Różnica w konsystencji stolca przed i po masażu.	31
Tabela 3.	Ból brzucha przed i po masażu.	31
Tabela 4.	Analiza statystyczna. Ból brzucha przed i po masażu.	31
Tabela 5.	Ból głowy przed i po masażu.	31
Tabela 6.	Analiza statystyczna. Ból głowy przed i po masażu.	32
Tabela 7.	Wielkość poprawy (skala 10-cio stopniowa) w zależności od czasu trwania dolegliwości.	32
Tabela 8.	Wielkość poprawy (skala 10-cio stopniowa) w zależności od płci pacjentów.	33
Tabela 9.	Wielkość poprawy (skala 10-cio stopniowa) w zależności od charakteru dolegliwości.	33

17. Załącznik.

Załącznik numer 1. Autorska ankieta wpływu Starosłowiańskiego Masażu Brzucha na problemy z wypróżnianiem.

Nr:.....

Tarnów, dnia:

ANKIETA

Terapia Starosłowiańskiego Masażu Brzucha (SMB) u pacjentów z problemami częstotliwości wypróżnień.

1. Płeć:

☐ Mężczyzna

☐ Kobieta

2. Wiek:

3. Waga.....

4. Wzrost.....

5. Miejsce zamieszkania:

☐ miasto

☐ wieś

6. Aktywność zawodowa:

☐ pracujący

☐ bezrobotny

☐ emeryt, rencista

☐ uczący się

7. Czy ma Pan(i) problem z wypróżnianiem jeżeli tak to jaki?

☐ zaparcia

☐ jelito drażliwe

☐ biegunki

8. Jak często się Pan(i) wypróżnia? (na przykład: 1 w tygodniu lub 2 razy dziennie)

- ☐ 7 razy w tygodniu lub więcej
- ☐ 3-4 razy w tygodniu
- ☐ 1-2 razy w tygodniu lub 1 na 2 tygodnie

9. Jaka jest konsystencja stolca?

- ☐ twarda
- ☐ luźna

10. Czy zaburzenia wypróżniania stanowią problem w życiu codziennym?

- ☐ tak
- ☐ nie

11. Od kiedy jest problem z wypróżnianiem?

Proszę napisać ile miesięcy/lat.....

12. Czy występują bóle brzucha?

- ☐ tak
- ☐ nie

Jeżeli TAK to kiedy:.....

13. Czy występują bóle głowy?

- ☐ tak
- ☐ nie

14. Jakie produkty najczęściej wywołują problemy z zaparciami/biegunkami?

.....

15. Czy stosuje Pan(i) dietę?

- ☐ tak
- ☐ nie

16. Czy występuje u Pana(i) silny stres?

- ☐ tak
- ☐ nie

17. Czy leczysz się z powodu problemów z wypróżnianiem?

- ☐ tak
- ☐ nie

18. Czy korzysta Pan(i) ze środków przeczyszczających?

- ☐ tak
- ☐ nie

19. Czy korzysta Pan(i) ze środków przeciw biegunce?

☐ tak

☐ nie

20. Czy nastąpiła zmiana po masażu?

☐ tak

☐ nie

Jeżeli tak to jaka?.....

21. Proszę oznaczyć „X” w skali od „0” do „10” poprawę przyjmując, iż w dniu pierwszego masażu było „0” jeżeli zabiegł nie przyniósł poprawy proszę zaznaczyć „0”.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Załącznik numer 2. Zgoda pacjenta na udział w badaniach

ZGODA NA UDZIAŁ W BADANIACH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zawartych w ankiecie na potrzeby pracy licencjackiej pod tytułem „Skuteczność Starosłowiańskiego Masażu Brzucha w problemach z wypróżnianiem”, jednakże z zastrzeżeniem poufności uniemożliwiającej identyfikację mojej osoby przez inne osoby prawne i fizyczne poza prowadzącą badania.

Niniejszym oświadczam, że zostałam/em poinformowany przez studentkę Joannę Zauchę o celu badań, polegających na przeprowadzeniu serii masażów oraz na wypełnianiu ankiety badań. Rozumiem na czym te badania mają polegać i do czego potrzebna jest moja zgoda, tak więc dobrowolnie wyrażam zgodę na udział w badaniach.

Data i miejscowość

Podpis pacjenta

zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. Tekst jednolity: Dz. U. 2002, Nr 101, poz. 926 z późn. zm.