

Wpływ masażu leczniczego na wybrane emocje u kobiet ze spondylozą w odcinku szyjnym kręgosłupa

Influence of healing massage on chosen emotions at women from spondylosis in the cervical section of the spine

Henryk Pędziwiatr
Uniwersytet Zielonogórski

1. Spondyloza w odcinku szyjnym kręgosłupa

Spondyloza szyjna należy do przewlekłego procesu chorobowego trwającego wiele lat, w którym według Dziaka (2001) istotne jest opóźnianie go przez zastosowanie leczenia zachowawczego. Wskazuje on również na znaczną częstotliwość występowania tej choroby, choć nie przybiera ona znamion choroby społecznej.

Etiologia i patogeneza spondylozy szyjnej nie zostały jak dotąd jednoznacznie określone. Wskazuje się jednak, iż oprócz czynników genetycznych istotną rolę w jej rozwoju mają statyczne i dynamiczne przeciążenia kręgosłupa wynikające z długotrwałych ustawień głowy i szyi w jednej pozycji wymuszonej na przykład pracą czy nauką (Dziak, 2001).

Większość autorów za główne przyczyny tego zespołu chorobowego uważa zmiany strukturalne w szyjnym odcinku kręgosłupa, do których należą: proces zwyrodnieniowy krążków międzykręgowych, trzonów kręgów,

stawów haczykowo-kręgowych Luschki, wady rozwojowe, zaburzenia naczyniowe, niestabilność odcinka szyjnego kręgosłupa oraz zmiany w ukształtowaniu lordozy kręgosłupa szyjnego (spłycenie lub zniesienie) (Niewodniczy, 1992).

Biorąc pod uwagę charakterystyczne i bardzo różnorodne dla tej jednostki objawy, mogą również współwystępować inne zespoły chorobowe, takie jak: zespół vegetatywny szyjny tylny głowy, zespół nerwu kręgowego, zespół szyjny korzeniowo-vegetatywny, zespół kręgowy lub szyjno-pochodne bóle głowy (Prusiński, 1976; Ratner, 1979) oraz zespół migreny szyjnej charakteryzujący się szerokim zakresem objawów, do których między innymi zalicza się: bóle głowy w okolicy potylicznej, objawy vegetatywne (nudności, wymioty, nadmierne pocenie, częstomocz, kołatanie serca) (Bärtschi-Rochaix, 1968), objawy przedsionkowo-słuchowe (zawroty głowy, szum w uszach, przytępienie słuchu), patologiczne objawy błędnikowe, zaburzenia widzenia (bóle gałek ocznych, światłowstręt, łzawienie, pogorszenie ostrości widzenia), zespół nerwicowy depre-

syjno-hipochondryczny, bóle korzeniowe (Legwant, 1996).

Według Oatley i Jenkins (2005) emocje i nastroje są podstawowymi objawami w stanach depresyjnych i lękowych, charakterystycznych dla pacjentów między innymi ze spondylozą. Również sama przewlekła choroba somatyczna powoduje nasilenie emocji negatywnych. Zatem pojawiają się pytania (problemy badawcze):

1. Jakie najczęściej emocje negatywne towarzyszą pacjentom ze spondylozą w odcinku szyjnym kręgosłupa?
2. Czy i w jaki sposób można zmniejszyć natężenie emocji negatywnych u osób ze spondylozą w odcinku szyjnym kręgosłupa?

Zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze kręgosłupa szyjno-piersiowego wywołują nie tylko nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu kręgosłupa, ale wiążą się również z zaburzeniami w obrębie innych narządów i układów (Łoza, 1992). Zmiany w obrębie szyjnego odcinka kręgosłupa mogą powodować zwężenie lub niedrożność tętnicy kręgowej, która zaopatruje w krew tętnice mózgowia, które decydują między innymi o ukrwieniu i sprawnym funkcjonowaniu ośrodków pnia mózgu (np. układ limbiczny, który pozostaje w ścisłym związku z reakcjami emocjonalnymi jednostki) oraz ośrodków korowych.

Powodem zwężenia lub niedrożności tętnicy kręgowej może być ucisk na tętnicę, spowodowany zmienionymi warunkami anatomicznymi w zakresie segmentów C_2 i C_6 kręgosłupa szyjnego. Ponadto upośledzenie biomechaniki szyjnego odcinka kręgosłupa prowadzi do zaburzeń czynności mięśni szyi, karku i obręczy barkowej, tym samym prowadząc do

ograniczenia ruchomości w tym obszarze (Niewodniczy, 1992).

Obecność objawów wegetatywnych, przedsionkowo-słuchowych i wzrokowych przemawia za pojawieniem się czynnika naczynioruchowego, związanego z podrażnieniem włókien współczulnych tętnic kręgowych, prowadząc w efekcie do zaburzeń naczynioruchowych, w dorzeczu układu tętniczego kręgowo-podstawnego (Prusiński, 1976).

Według Tylki (2000) czynnik naczynioruchowy i zaburzenia wegetatywne wiążą się z zasadniczą postawą emocjonalną pacjenta. Osoby, u których w przebiegu choroby pojawiają się powyższe czynniki, charakteryzują się między innymi tłumionym gniewem, wrogością, potrzebą zyskania sympatii, obniżonym nastrojem i lękiem oraz poczuciem winy.

Można zatem postawić hipotezę, że osoby ze spondylozą w odcinku szyjnym kręgosłupa również charakteryzuje obniżony nastrój oraz negatywne emocje, takie jak: wybuchowość, drażliwość, smutek.

Zmiany w krzywiznie odcinka szyjnego kręgosłupa (np. zniesienie lub spłycenie lordozy) mogą być również przyczyną powstawania zespołu Mięśnia Pochylego Przedniego, który charakteryzuje się podrażnieniem układu współczulnego dającego objawy naczyniowe o charakterze niedokrwiennym, spowodowanym zaburzeniami przepływu w tętnicy podobojczykowej oraz powodują wzrost napięcia mięśni w odcinku szyjnym kręgosłupa i obręczy barkowej. Zmiany te występują często u osób dorosłych, czynnych zawodowo i bywają zazwyczaj pomijane przy leczeniu dolegliwości z nimi związanych. Dolegliwości te mają charakter postępujący, stosownie do czasu trwania choroby.

Według Steciwko i Kassolika (2000) jakiegokolwiek zmiany w krzywiznie kręgosłupa „szyjnego” pociągają za sobą wzrost napięcia mięśni w obrębie szyi i obręczy barkowej oraz mogą powodować zaburzenie krążenia w obszarze tętnic kręgowych, które przejawia się między innymi bólami i zawrotami głowy lub szumem w uszach. Do najczęstszych zmian w ustawieniu kręgosłupa w odcinku szyjnym należy spłylenie lub zniesienie lordozy oraz tworzenie się zmian zwyrodnieniowych. Proces kształtowania się patologicznych zmian w tym obszarze jest rozłożony w czasie i dotyczy różnych struktur: kostno-stawowych, mięśniowych, naczyniowych i nerwowych. Może się stać jedną z przyczyn powstawania spondylozy szyjnej.

Liczne piśmiennictwo zwraca uwagę na fakt, iż choroba somatyczna może powodować również ujemne skutki w życiu psychicznym i funkcjonowaniu społecznym jednostki. Poza tym choroba, czy upośledzenie psychiczne, może zaburzać u człowieka obraz samego siebie, obniżać jego samoocenę i poczucie własnej wartości (Maciarz, 1989; Oatley, Jenkins, 2005).

2. Działanie terapeutyczne masażu leczniczego na układ krążenia i stan emocjonalny

Obecnie autorzy zajmujący się wpływem masażu na organizm człowieka podkreślają w głównej mierze czynnościowy charakter tego wpływu (Birjukow, 1987). Zalicza się do niego między innymi: wywoływanie odruchów miejscowych, poprawę trofiki tkanek, wydzielanie substancji czynnych, zmianę akcji serca, usprawnienie przewodzenia bodźców nerwowych oraz zwiększenie przepływu krwi (Storck,

1996).

Na szczególną uwagę zasługują badania prowadzone nad oddziaływaniem masażu na łagodzenie bólu, zmniejszenie napięć obronnych (stres) oraz zmniejszenie stanów niepokoju. Bardzo interesująca wydaje się być koncepcja Storcka (1996) miejscowo-hormonalnego i odruchowo-nerwowego działania masażu, w wyniku którego możliwe są następujące przepływy bodźca czuciowego lub dośrodkowo-wegetatywnego:

Odcinkowe przepływy zwrotne bodźca ⇒ odśrodkowe do naczyń na obwodzie.

Odcinkowe przepływy bodźca ⇒ odśrodkowe do narządów wewnętrznych.

Storck wskazuje, iż bodźce dośrodkowe, przy wystarczającej ich sile również po odcinkowym ich przepływie, są przekazywane do ośrodków wegetatywnych w śródmózgowiu. Ponieważ ośrodki wegetatywne są pośrednio powiązane z przysadką, to można przypuszczać, iż masaż pośrednio ma wpływ na układ wewnątrzwydzielniczy. Ponadto masaż tworzy również związki czynnościowe:

Poziome: oddziaływanie miejscowe na krążenie ⇒ oddziaływanie miejscowe na przemianę materii.

Pionowe: - zmiana miejscowa przekrwienia ⇒ pośredni wpływ na ogólne krążenie;

- zmiana miejscowa wymiany ⇒ pośredni wpływ na ogólną przemianę materii (Storck, 1996).

Można więc postawić hipotezę, iż masaż leczniczy mięśni szyi i obręczy barkowej, przez zmianę warunków dopływu krwi do czaszki, oraz zmianę napięcia mięśni odcinka szyjnego kręgosłupa może wpływać stymulująco na procesy fizjologiczne mózgu, a wtórnie na stan

Problem wpływu masażu na stan emocjonalny organizmu ludzkiego jest jak dotąd mało poznany. Dlatego też postanowiono przeprowadzić badania w tym obszarze.

3. Materiał badawczy i procedura badań

Badania prowadzone były na 46-osobowej grupie kobiet w wieku 23-63 lat. U badanych kobiet stwierdzono na podstawie zdjęć Rtg znaczne spłylenie lub całkowite zniesienie lordozy kręgosłupa szyjnego i zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze w tym odcinku. Osoby badane były kierowane na terapię przez lekarza podstawowej opieki medycznej. Wszystkie osoby były czynne zawodowo i wcześniej nie były poddawane leczeniu w związku z zaistniałymi u nich dolegliwościami bólowymi, ograniczającymi zakres ruchów szyi i głowy. Badane kobiety zostały podzielone na dwie 23-osobowe grupy. Pierwsza grupa po badaniach wstępnych została poddana masażowi, badania zostały powtórzone po zakończeniu terapii masażem. Druga grupa - kontrolna - została poddana badaniom wstępnym, które powtórzono po ośmiu tygodniach.

W grupie masowanej zastosowana terapia obejmowała masaż mięśni szyi, obręczy barkowej oraz mięśni piersiowych, przy użyciu technik: głaskania, rozcierania i szczotkowania dermatomów odcinka C kręgosłupa według Glasera-Dalicho (1972). Masaż aplikowano jednorazowo przez 30 minut, 2x w tygodniu, przez okres 8 tygodni. Zabiegi wykonywane były w pozycji ułożeniowej pacjenta na boku (stosownie lewym i prawym) dla opracowania mięśni szyi i obręczy barkowej oraz w pozycji leżenia na plecach dla opracowania mięśni

piersiowych.

Technika szczotkowania i głaskania stosowane były w kierunku od proksymalnego do dystalnego przebiegu mięśni względem kręgosłupa, po 30 powtórzeń na każdą grupę mięśniową. Technika rozcierania stosowana była w kolejności: rozcierania przyczepów mięśniowych-początkowych i końcowych (po 30 sekund na każdy przyczep), a następnie rozcierania mięśni w kierunku od proksymalnego do dystalnego (po 5 minut na każdą grupę mięśniową).

Badania emocji i ich ewentualnych zmian dokonano posługując się kwestionariuszem zawierającym 9 par emocji. Kwestionariusz został skonstruowany samodzielnie na podstawie najczęściej zgłaszanych trudności przez pacjentów w tym zakresie, kierowanych na terapię masażem leczniczym w latach 2002-2005, po czym pojedyncze emocje zostały uzupełnione o stany im przeciwstawne, aby określić przedział dla każdej z nich. Kwestionariusz skonstruowany został na potrzeby niniejszych badań. Nie jest narzędziem wystandaryzowanym, co ogranicza jego wartość diagnostyczną i możliwość szerokiego zastosowania oraz obiektywizację uzyskanych wyników.

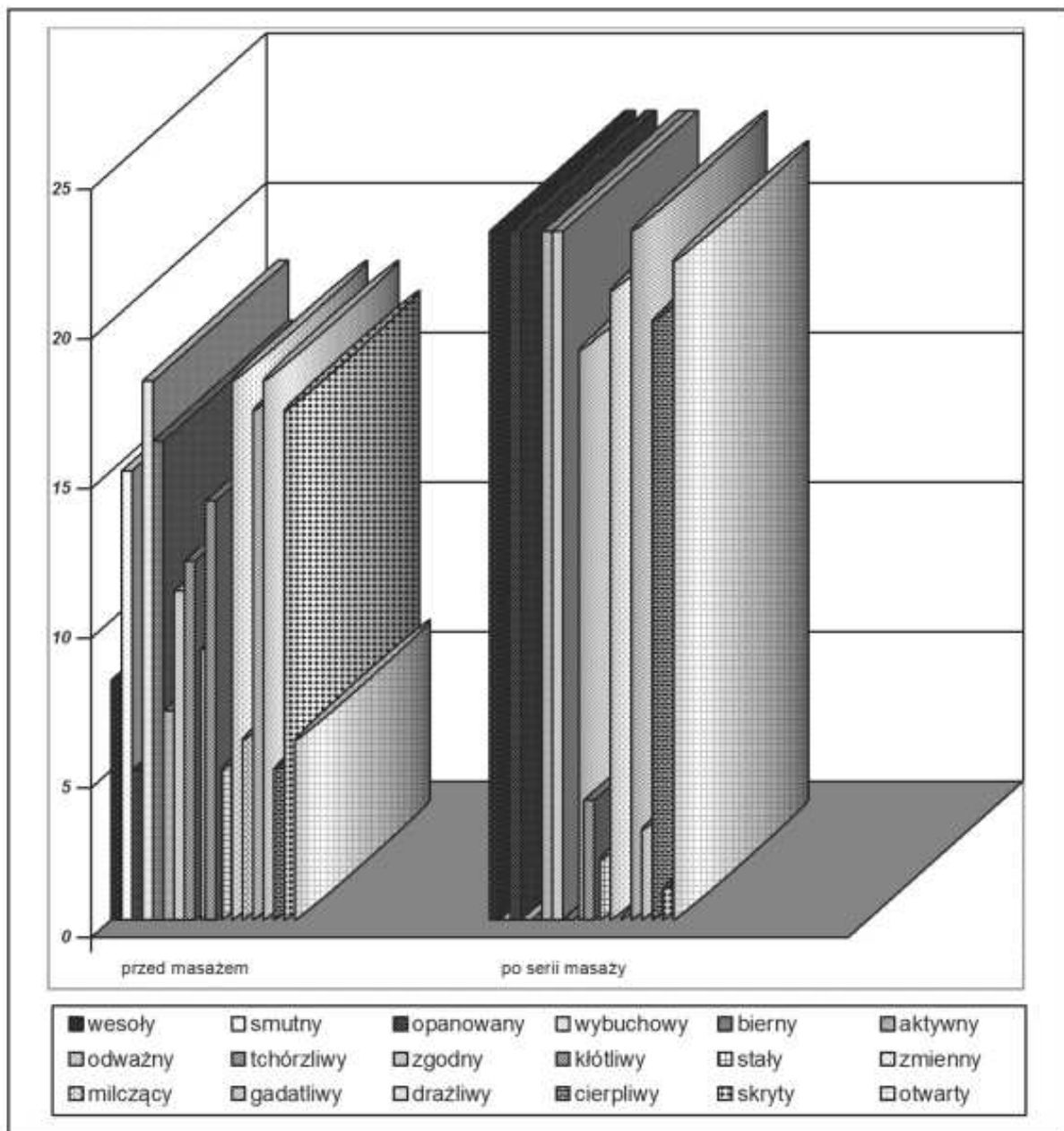
Osoby badane wybierały po jednej z każdej z 9 par emocji i wskazywały na skali liczbowej wielkość, odpowiadającą subiektywnie odczuwanemu nasileniu tej emocji. Zastosowano 10-stopniowe skale, po 5 stopni dla każdej emocji. Im większa wartość liczbową, tym większe nasilenie badanej emocji. Każda pacjentka dla wybranej emocji mogła wskazać tylko jedną jej wartość. Emocje określane przez pacjentów jako niepożądane stanowią pulę emocji negatywnych i zaliczono do nich: smutek, wybuchowość, bierność, tchórzliwość,

klótlivość, zmienność, milczenie, drażliwość i skrytość. Natomiast przeciwstawne im emocje stanowią pulę emocji pozytywnych.

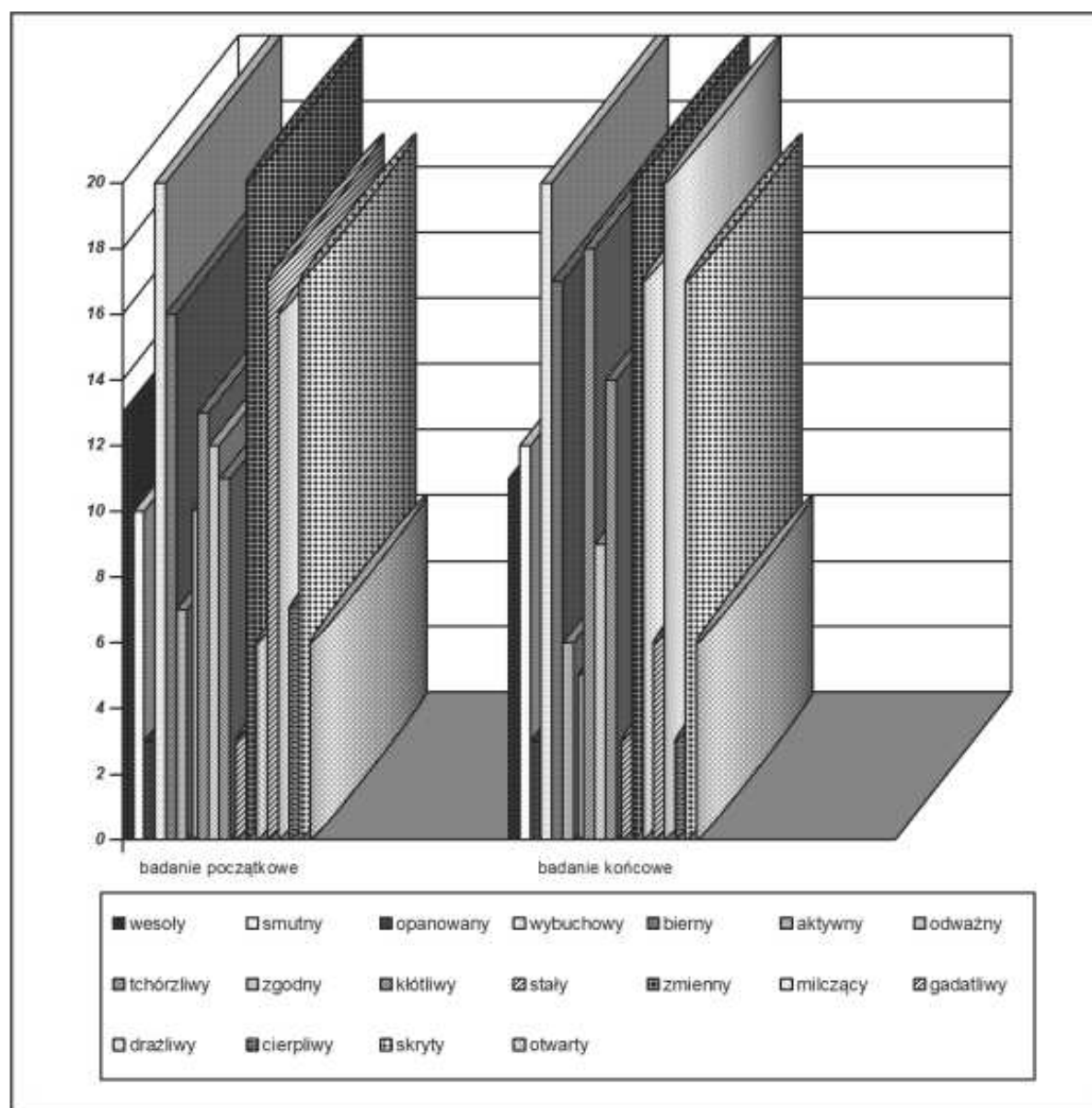
4. Wyniki badań

Otrzymane wyniki badań przedstawione zostały zbiorczo na wykresach nr 1 i 2. Są to wyniki skumulowane, przedstawiające liczbę osób badanych, które wskazywały poszczególne emocje na każdej ze skal.

Wykres nr 1. Rodzaj i natężenie emocji w subiektywnej ocenie kobiet ze spondylozą w odcinku szyjnym kręgosłupa, w badaniu wstępnym oraz po zastosowaniu terapii masażem



Wykres nr 2 - Rodzaj i natężenie emocji w subiektywnej ocenie kobiet z grupy kontrolnej, w badaniu wstępnym i badaniu końcowym



W grupie masowanej, w badaniu wstępnym na skali „wesoły–smutny” wszystkie odpowiedzi zawierały się w stopniach od 1 do 3 u 8 osób dla „wesoły” i 15 osób dla „smutny”. W badaniu końcowym wszystkie

odpowiedzi zawierały się w stopniach od 2 do 5 tylko dla emocji „wesoły”. W grupie kontrolnej w badaniu wstępnym 13 osób wskazało „wesoły” w stopniach od 1 do 3 i 10 osób „smutny” w stopniach od 2 do 3.

Natomiast w badaniu końcowym 11 osób wskazało emocję „wesoły” w stopniach od 1 do 2, a 12 osób „smutny” w stopniach od 1 do 4. W grupie masowanej nastąpiło zdecydowane przesunięcie w stronę emocji „wesoły”, natomiast w grupie kontrolnej minimalne przesunięcie w stronę „smutny”.

Postrzeganie siebie jako osobę smutną może prowadzić jednostkę do zmniejszenia lub wycofania się z aktywności zewnętrznej. Podtrzymywanie negatywnego afektu z czasem poważnie utrudnia normalne funkcjonowanie społeczne oraz może w znacznym stopniu ograniczyć realizowanie jej celów życiowych.

Zastosowanie terapii w grupie masowanej wpłynęło na znaczną zmianę samooceny w badanym zakresie. Otrzymane wyniki są podobne do samooceny pacjentów w zakresie skali „bierny-aktywny”, co potwierdza hipotezę pozytywnego wpływu terapii masażem na stosunek emocjonalny do siebie u osób ze spondylozą szyjną.

Negatywny afekt połączony z biernością może powodować kumulację i wzrost napięcia wewnętrznego jednostki, którego redukcja dokonuje się u osób biernych przez działania niesprzyjające utrzymaniu zdrowia i satysfakcjonujących relacji, jak na przykład reakcje impulsywne lub wybuchowe. Wyniki badań w skali „opanowany-wybuchowy” wyraźnie wskazują, iż osoby postrzegające siebie, jako smutne i bierne w znacznym stopniu określają siebie również jako bardziej wybuchowe.

W badaniu wstępnym na skali emocji „opanowany-wybuchowy” grupy masowanej, 18 osób wskazało emocje „wybuchowy” w stopniach od 1 do 4, a 5 osób wskazało

„opanowany” w stopniach 1 i 2. W badaniu końcowym wszystkie osoby wskazały „opanowany” w stopniach od 1 do 4. W grupie kontrolnej w badaniu wstępnym 20 osób wskazało „wybuchowy” w stopniach od 1 do 4, a 3 osoby emocję „opanowany” w stopniach 1 i 2. W badaniu końcowym rozkład był podobny. W grupie masowanej uwidoczniło się wyraźne przesunięcie w kierunku stanu „opanowany”. Uzyskana zmiana w samoocenie może sugerować założenie, iż redukcja napięcia mięśniowego i poprawa sprawności ruchowej prowadzi do redukcji napięcia emocjonalnego oraz pozwala jednostce lepiej kontrolować swoje reakcje i zachowania.

W skali „bierny-aktywny” w badaniu wstępnym grupy masowanej 7 osób wskazało „aktywny” w stopniach od 1 do 3, a 16 osób „bierny” w stopniach od 2 do 4. W badaniu końcowym wszystkie osoby zaznaczyły „aktywny” w stopniach od 1 do 4.

W badaniu wstępnym grupy kontrolnej 7 osób wskazało „aktywny” w stopniach od 1 do 3, a 16 osób wskazały „bierny” w stopniach od 2 do 4. W badaniu końcowym 6 osób wskazało „aktywny” w stopniach od 2 do 3, a 17 osób „bierny” w stopniach od 1 do 4. W grupie masowanej nastąpiło zdecydowane przesunięcie w stronę „aktywny”, natomiast w grupie kontrolnej delikatne przesunięcie w stronę „bierny”.

Przy skali „odważny-tchórzliwy” w badaniu wstępnym grupy masowanej 11 osób wskazało „odważny” w stopniach od 1 do 3, a 12 osób „tchórzliwy” w stopniach od 2 do 5. W badaniu końcowym wszystkie osoby wskazały „odważny” w stopniach od 1 do 4. W grupie kontrolnej, w badaniu wstępnym

13 osób wskazało „tchórzliwy” w stopniach od 4 do 5, a 10 osób wskazało „odważny” w stopniach od 1 do 3. Natomiast w badaniu końcowym 18 osób wskazało „tchórzliwy” w stopniach od 1 do 4 i 5 osób „odważny” w stopniach od 1 do 2. W powyższej analizie uwidacznia się przesunięcie w grupie masowanej w kierunku „odważny” i nieznaczne przesunięcie w kierunku „tchórzliwy” w grupie kontrolnej.

W przypadku osób poddanych masażowi obserwowana zmiana może prowadzić do zwiększenia aktywności i poprawy funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Natomiast wyniki grupy kontrolnej jednoznacznie wskazują na rozpoznawanie u siebie lęków, co może prowadzić do pogłębiania się postawy biernej u badanych osób, a w dłuższej perspektywie może wywoływać ujemne skutki lub powodować zaburzenia w relacjach społecznych, dotyczące unikania relacji lub wręcz wycofywania się z nich.

Postrzeganie siebie przez pryzmat lęków i wewnętrznych napięć powoduje zmniejszenie satysfakcji z nawiązywania relacji interpersonalnych, a w szczególności związków z bliskimi i ważnymi osobami (rodziną). Taka postawa może również uruchamiać tendencję do pojawiania się w relacjach kłótni i konfliktów, co pokazują wyniki badań na skali cech „zgodny–kłótniwy”.

We wstępnym badaniu grupy masowanej na skali „zgodny–kłótniwy” 14 osób wskazało „kłótniwy” w stopniach od 2 do 4 i 9 osób „zgodny” w stopniach od 1 do 4. W badaniu końcowym 4 osoby wskazały „kłótniwy” w stopniach od 1 do 3, a 19 osób „zgodny” w stopniach od 1 do 5. Wskazuje to na zdecydowane przesunięcie w kierunku „zgodny”

po zastosowaniu serii masażu. Natomiast w grupie kontrolnej w badaniu wstępnym 11 osób wskazało „kłótniwy” w stopniach od 2 do 4 i 12 osób „zgodny” w stopniach od 1 do 4. W badaniu końcowym 9 osób wskazało „zgodny” w stopniach od 1 do 2 i 14 osób „kłótniwy” w stopniach od 1 do 3, co również świadczy o delikatnym przesunięciu w stronę „kłótniwy”.

Zmiana samooceny w mierzonym zakresie potwierdza hipotezę, w której założeniu redukcja napięcia mięśniowego wpływa pozytywnie na postrzeganie siebie i może skutkować pozytywnym postrzeganiem relacji społecznych i poprawą ich jakości.

W badaniu wstępnym grupy masowanej skali „stały–zmienny”, 18 osób wskazało „zmienny” w stopniach od 3 do 4 i 5 osób „stały” w stopniach od 1 do 2. W badaniu końcowym 21 osób wskazało „zmienny” w stopniach od 2 do 5 i 2 osoby „stały” w stopniu 4. Nastąpiło więc nieznaczne przesunięcie w stronę „zmienny”. W grupie kontrolnej 20 osób w badaniu wstępnym wskazało „zmienny” w stopniach od 3 do 4 i 3 osoby „stały” w stopniach od 1 do 2. W badaniu końcowym 20 osób wskazało „zmienny” w stopniach od 1 do 4 i 3 osoby „stały” w stopniu 2. W grupie kontrolnej nie nastąpiły znaczne przesunięcia.

W grupie masowanej, w badaniu wstępnym skali „milczący–gadatliwy”, 17 osób wskazało „gadatliwy” w stopniach od 1 do 4 i 6 osób „milczący” w stopniach od 1 do 4. W badaniu końcowym wszystkie osoby wskazały „gadatliwy” w stopniach od 2 do 5. Nastąpiło więc znaczne przesunięcie w kierunku „gadatliwy”. W grupie kontrolnej w badaniu wstępnym 17 osób wskazało „gadatli-

wy" w stopniach od 2 do 4 i 6 osób „milczący” w stopniach od 1 do 4. W badaniu końcowym 17 osób wskazało „milczący” w stopniach od 1 do 4 i 6 osób „gadatliwy” w stopniach od 1 do 4, co świadczy o nieznacznym przesunięciu w kierunku „milczący”.

Obserwowane przesunięcie samoceny w grupie masowanej można traktować jako przejaw otwierania się jednostek na świat zewnętrzny, co potwierdzają również wyniki otrzymane w poprzednich skalach dotyczących wzrostu poziomu aktywności, odwagi i zgodności, przy jednoczesnej redukcji natężenia stanów im przeciwnych. W przypadku grupy kontrolnej uwidacznia się odwrotny kierunek zmian prowadzących do zamykania się badanych osób w miarę wydłużania czasu trwania choroby.

Przedłużanie się oraz pogłębianie procesu chorobowego, według licznych autorów (Łazowski, 2001; Schutz, 2001), prowadzi do wzrostu natężenia negatywnych emocji, w tym rozdrażnienia, niecierpliwości i wrogości, na co zwracają uwagę również sami pacjenci chorujący przewlekle. Podobne wyniki uzyskano w badanej grupie pacjentów ze spondylozą szyjną, przy użyciu skali „drażliwy-cierpliwy”.

Ujemne stany afektywne mogą prowadzić do powstawania nowych szkodliwych dla zdrowia zachowań, których konsekwencją może być nowa choroba powstająca za pośrednictwem jeszcze nieokreślonych czynników (Dolińska-Zygmunt, 2001).

Przy skali „drażliwy-cierpliwy”, w badaniu wstępnym grupy masowanej 5 osób wskazało „cierpliwy”, w stopniach od 3 do 4 oraz 18 osób „drażliwy” w stopniach od 3 do 5. W badaniu końcowym 20 osób wskazało

„cierpliwy” w stopniach od 1 do 5 i 3 osoby „drażliwy” w stopniu 2. Nastąpiło więc prawie zupełne przesunięcie na „cierpliwy”. W grupie kontrolnej w badaniu wstępnym 16 osób wskazało „drażliwy” w stopniach od 3 do 5 i 7 osoby „cierpliwy” w stopniach od 3 do 4. W badaniu końcowym 20 osób wskazało „drażliwy” w stopniach od 2 do 4 i 3 osoby „cierpliwy” w stopniach od 2 do 3, co sugeruje brak przesunięcia w kierunku stanu przeciwnego.

Otrzymane wyniki w grupie kontrolnej potwierdzają doniesienia naukowe wskazujące na związek choroby przewlekłej z negatywnym afektem (Pędziwiatr, 2003). Wyniki grupy poddanej masażowi pozwalają zaobserwować zmiany nie tylko w zakresie zmniejszenia drażliwości pacjentów, ale również zmniejszenie postrzegania siebie jako osób niecierpliwych.

Pojawia się jednak wątpliwość, czy uzyskane zmiany dotyczą wzrostu poziomu akceptacji i tolerancji własnej choroby, czy może odnoszą się do zmiany postrzegania siebie jako osoby? Wyniki otrzymane w badaniu na skali „stały-zmienny” wskazują raczej, iż wybór stanu cierpliwy bardziej dotyczy stosunku do własnej choroby niż osoby. Nie mniej jednak, jak podaje Dolińska-Zygmunt (2001), człowiek będący w sytuacji stresu, do którego można zaliczyć chorobę, zwłaszcza o charakterze przewlekłym, „aktywizuje ukształtowane wcześniej sposoby radzenia sobie ze stresem i inne względnie trwałe właściwości psychiczne osoby”. Jednak, aby uzyskać większą jednoznaczność kierunku uzyskanych zmian, należałoby poddać osoby dalszym badaniom wykraczającym poza ramy niniejszej publikacji.

Przy skali „skryty-otwarty” w badaniu wstępnym grupy masowanej 17 osób wykazało „skryty” w stopniach od 2 do 5 i 6 osób „otwarty” w stopniach od 1 do 2. W badaniu końcowym 22 osób wskazało „otwarty” w stopniach od 1 do 4 i 1 osoba „skryty” w stopniu 1. Świadczy to o wyraźnym przesunięciu w stronę stanu „otwarty” po zastosowaniu masażu. W grupie kontrolnej, w badaniu wstępnym 17 osób wskazało „skryty” w stopniach od 2 do 5 i 6 osób „otwarty” w stopniach od 1 do 2. W badaniu końcowym rozkład był podobny.

Otrzymane wyniki dotyczące zmiany w grupie poddanej masażowi, w powiązaniu z wynikami otrzymanymi w zakresie stanów: wesoły, aktywny, gadatliwy, sugerują, iż osoby po zastosowaniu terapii masażem postrzegają siebie jako bardziej otwarte, a więc również wzrasta gotowość i możliwość poprawy dotychczasowych relacji społecznych oraz nawiązywania nowych, co jest istotnym czynnikiem i jednocześnie wyznacznikiem

poprawy stanu zdrowia osób badanych.

Uzyskane wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej, w celu sprawdzenia poziomu istotności uzyskanych zmian. Analiza dotyczyła oceny zmienności poszczególnych emocji w badanych grupach: masowanej i kontrolnej. Aby ocena była wiarygodna należało stwierdzić, czy wyniki badań mają charakter rozkładu normalnego, czy też nie spełniają tego kryterium. W tym celu zastosowano testy sprawdzające przynależność otrzymanych wyników do określonego rodzaju rozkładu. Do testów tych należą: Test Kołomogorowa-Smirnowa, stosowany przy znanej średniej i znanym odchyleniu standardowym, oraz Test W Schapiro-Wilka.

Na podstawie uzyskanych wyników, dla oceny statystycznej zastosowano test parametryczny: dwuczynnikową analizę wariancji ANOVA (F) dla grup zależnych. Test ten uważany jest za jeden z najbardziej czułych i konserwatywnych testów, stosowanych w analizie statystycznej badań psycholo-

Tabela 1. Analiza statystyczna wyników badań emocjonalności

Cecha	Grupa	Badanie wstępne [x]	Odchylenie Standardowe [d]	Badanie końcowe [x]	Odchylenie Standardowe [d]	Anova [F]	Istotność [p]
Wesoły	Gr.masowana	0,6956	1,0632	3,4347	1,1211	78,112	p <0,001
	Gr.kontrolna	1,2608	1,2869	0,7826	0,9023		
Smutny	Gr.masowana	1,2608	1,1761	0,0000	0,0000	15,7611	p <0,001
	Gr.kontrolna	1,1739	1,4029	1,0434	1,2605		
Opanowany	Gr.masowana	0,3913	0,7827	2,2173	0,9980	33,2428	p <0,001
	Gr.kontrolna	0,2608	0,6887	0,6086	0,8913		
Wybuchowy	Gr.masowana	2,0434	1,4295	0,0000	0,0000	27,6727	p <0,001
	Gr.kontrolna	2,1739	1,2667	1,3478	1,2287		
Bierny	Gr.masowana	2,0434	1,5219	0,0000	0,0000	44,2619	p <0,001
	Gr.kontrolna	2,3043	1,6904	2,2608	1,6297		

Aktywny	Gr.masowana	0,6521	1,1122	3,000	1,1677	58,0740	p <0,001
	Gr.kontrolna	0,6521	1,1122	0,5652	0,9920		
Odważny	Gr.masowana	1,0434	1,1862	2,3478	1,3006	41,7881	p <0,001
	Gr.kontrolna	0,8260	1,1140	0,3478	0,7140		
Tchórzliwy	Gr.masowana	1,7826	1,9058	0,0869	0,2881	36,1859	p <0,001
	Gr.kontrolna	2,4347	2,2120	1,8695	1,3916		
Zgodny	Gr.masowana	0,9565	1,3973	2,8695	1,7915	31,1481	p <0,001
	Gr.kontrolna	1,4347	1,5616	0,5652	0,8434		
Kłótniwy	Gr.masowana	1,7826	1,5654	0,4347	1,0368	9,7379	p <0,001
	Gr.kontrolna	1,3478	1,4957	1,5217	1,3097		
Stąły	Gr.masowana	0,3043	0,6349	0,3478	1,1524	0,0964	p <0,075
	Gr.kontrolna	0,2173	0,5997	0,2608	0,6887		
Zmienny	Gr.masowana	2,6086	1,4690	2,7391	1,2510	0,0139	p <0,906
	Gr.kontrolna	2,6956	1,2589	2,1304	1,2899		
Milczący	Gr.masowana	0,5652	1,1994	0,0000	0,0000	37,1657	p <0,001
	Gr.kontrolna	0,5217	1,0387	1,9130	1,5049		
Gadatliwy	Gr.masowana	1,4347	1,0798	3,4347	0,9920	101,9319	p <0,001
	Gr.kontrolna	2,0869	1,4432	0,4782	0,9940		
Drażliwy	Gr.masowana	2,9565	1,8703	0,1304	0,3443	84,3414	p <0,001
	Gr.kontrolna	2,5652	1,8543	2,6956	1,2945		
Cierpliwy	Gr.masowana	0,7391	1,4528	2,4347	1,5322	31,0969	p <0,001
	Gr.kontrolna	0,9130	1,4744	0,3478	0,9346		
Skryty	Gr.masowana	2,6956	1,8199	0,1304	0,3443	53,1622	p <0,001
	Gr.kontrolna	2,5217	1,8057	2,0869	1,2399		
Otwarty	Gr.masowana	0,3913	0,7223	2,0434	1,3973	30,1156	p <0,001
	Gr.kontrolna	0,3478	0,6472	0,2608	0,6887		

gicznych, socjologicznych, czy pedagogicznych (Brzeziński, 1998). Za istotne uznano zmiany na poziomie $p < 0,05$.

5. Dyskusja i wnioski

W badaniach dotyczących związków między chorobą somatyczną i zmianami w psychice pacjentów zwraca się uwagę na grupy chorób somatycznych, u których występuje duże ryzyko występowania zaburzeń psychicznych. Zalicza się do nich między innymi te jednostki, których leczenie wiąże się z nasilonym bólem, zniekształceniem ciała lub występowaniem wielu objawów chorobowych

(Tylka, 2000). Niewątpliwie spondylozę szyjną można zaliczyć zarówno do jednostki chorobowej o złożonych objawach, w przebiegu której pojawia się i utrzymuje ból, jak również może ona prowadzić do zniekształcenia postawy somatycznej i wtórnie może stymulować zmiany w obrazie siebie (Zarek, 2004).

Badania ostatnich lat również wykazują, że depresje ciągle nie są prawidłowo rozpoznawane i leczone, a przynoszą one znaczne cierpienia i ogromne straty społeczne, między innymi wybitnie utrudniają lub nawet uniemożliwiają proces rehabilitacji ruchowej i kardiologicznej (Łazowski, 1993, 2001). Dotyczy to szczególnie stanów de-

szyjnym kręgosłupa

presyjnych umiarkowanych i łagodnych, które występują między innymi w schorzeniach kręgosłupa w odcinku szyjnym (Legwant, 1996). Poważne, głębokie depresje bardziej widoczne, są lepiej rozpoznawane i leczone. W depresji ulega zaburzeniu sylwetka i postawa pacjenta, a zatem powstają nadmierne napięcia mięśni, a jego sprawność poznawcza ulega modyfikacji (Oatley, Jenkins, 2005; Pędziwiatr, 2006).

Można więc przypuszczać, że być może najważniejszym mechanizmem poprawy obserwowanej w niniejszych badaniach jest podniesienie nastroju i zwiększenie odporności na codzienne stresujące obciążenia życiowe. Pogląd taki popierają wyniki badań z ostatnich lat nad wpływem masażu, odkrywające jego działanie przeciwstresowe i podnoszące nastrój (Field, Ironson, Pickens, et al., 1996; Field, Henteleff, Hernandez-Reif, et al., 1998; Labrecque, Marcoux, Pinault, et al., 1994).

Wyniki badań wstępnych w obu grupach oraz badań końcowych w grupie kontrolnej prezentują się w podobny sposób do licznych wyników badań dotyczących obecności czynnika ryzyka chorób określanego mianem Wzoru Zachowania A (WZA).

Osoby charakteryzujące się WZA najczęściej przejawiają negatywny afekt w postaci: wrogości, niecierpliwości, wybuchowości, silnych postaw obronnych, tendencji do przeżywania napięć emocjonalnych i tłumienia emocji oraz podwyższonej triady neurotycznej (depresja, hipochondria, histeria) oraz kompulsywnością (Sroka, 2001). Natomiast wyniki końcowe uzyskane w grupie poddanej masażowi są

podobne dla osób prezentujących Wzór Zachowań B (WZB), cechujących się stylem życia przeciwstawnym do WZA, co zmniejsza ryzyko zachorowań. U osób prezentujących WZA, według badań, wzrasta ryzyko zachorowań między innymi na choroby układu krążenia, gastrologiczne, reumatyczne i nowotworowe.

Chociaż prezentowane wyniki emocjonalności pacjentów ze spondylozą szyjną wskazują podobieństwa do WZA, to nie można na podstawie przeprowadzonych badań jednoznacznie określić związku między nimi. W tym celu należałoby przeprowadzić dalsze badania, które wykraczają poza ramy niniejszej publikacji.

Na podstawie powyższych badań można stwierdzić:

1. Wskazywane przez pacjentów emocje są podobne do tych, jakie wymienia się wśród objawów obniżonego nastroju i depresji (Pużyński, 1998) lub np. w skali depresji A. Becka oraz Wzoru Zachowań A (WZA) – jako czynnika ryzyka chorób.
2. Po zastosowaniu terapii masażem pacjentki czują się weselsze, spokojniejsze, aktywniejsze, odważniejsze, zgodniejsze, skłonne do rozmów, cierpliwsze, bardziej otwarte. Zmiany te mają charakter istotny statystycznie.
3. Uzyskane zmiany wydają się jednoznacznie wskazywać na poprawę nastroju.
4. Poprawy nie obserwuje się w grupie kontrolnej, a wręcz przeciwnie, występuje nieznaczne pogłębianie się natężenia emocji obniżających nastrój.

Uzyskane w przeprowadzonych badaniach zmiany dotyczą nastroju i emocji, w oparciu o subiektywną ocenę badanych

kobiet. Niemniej jednak nadal pozostają otwarte pytania:

1. Czy wskazywane przez badane kobiety emocje są skutkiem aktualnie przeżywanej choroby, czy też są stałą reakcją na sytuację trudną (stresującą), do której można zaliczyć między innymi chorobę przewlekłą?
2. Jakie mechanizmy zostają pobudzone w wyniku stosowania masażu dla osiągnięcia obserwowanych zmian?
3. Jaki rodzaj zależności występuje pomiędzy działaniem terapeutycznym na ciało pacjenta i związanych z nim zmian w obszarze psychicznym?

Odpowiedzi na te pytania wymagają podjęcia dalszych badań w tym zakresie.

Streszczenie

Artykuł przedstawia możliwości zastosowania terapii masażem leczniczym w łagodzeniu dolegliwości somatycznych u chorych kobiet ze spondylozą w odcinku szyjnym kręgosłupa, oraz jego wpływ na emocje występujące w badanej grupie chorych. Przedstawione badania zostały zaplanowane i przeprowadzone w oparciu o własne doświadczenia kliniczne i koncepcje teoretyczne wskazujące na powiązania sfery somatycznej i psychicznej. Badaniami objęto grupę 46 kobiet w wieku 23-63 lat. Do badań wykorzystano kwestionariusz, własnej konstrukcji, składający się z 9 par najczęściej zgłaszanych przez chorych emocji. Wyniki badań wskazują na istotne zmiany w emocjonalności badanych osób po zastosowaniu terapii masażem.

Słowa kluczowe: spondyloza szyjna, masaż leczniczy, emocje, depresyjność, nastrój

Summary

The article represents the possibilities of the use of the therapy the healing massage in appeasement of the ailment somatics at ill women from spondylosis in the cervical section of the spine, and his influence on emotions stepping out in illness studied group. Introduced investigations were planned and conducted in the support about own clinical experiences and theoretical conceptions demonstrative on the connection of the somatic and psychical sphere. Investigations were conducted on the group 46 women, in the age 23-63 years. The questionnaire was used to investigations, the own construction, consisting from 9-steams of emotions notified by illness the most often. The results of investigations show on essential changes in emotionality studied persons after applying the therapy the massage.

Key words: Cervical Spondylosis, healing massage, emotions, depressivnes, tune

Bibliografia

1. Bärtschi-Rochaix W. (1968). Headache of cervical origin. Handbook of neurology, t.5, P.I. Vinken, G.W. Bruyan. Amsterdam: N. Holl.
2. Birjukow A.A. (1987). Samomasaż dla wsech i každowo. Moskwa: Fizkultura i Sport.
3. Brzeziński J. (1998). Metodologia badań

- psychologicznych. Warszawa: PWN.
4. Dolińska-Zygmunt G. (2001). Psychologiczne uwarunkowania podatności na choroby. [W:] Dolińska-Zygmunt G. (red.), Podstawy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 169-189.
 5. Dziak A. (2001). Bóle szyi, głowy i barków. Kraków: Medicina Sportiva.
 6. Field T., Ironson G., Pickens J., et al. (1996). Massage therapy reduces anxiety and enhances EEG pattern of alertness and math computations. *Int. J. Neurosci.*, 86: 197-205.
 7. Field T., Morrow C., Valdeon C., et al. (1992). Massage reduces anxiety in child and adolescent psychiatric patients. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31: 124-131.
 8. Field T., Henteleff T., Hernandez-Reif M., et al. (1998). Children with asthma have improved pulmonary function after massage therapy. *J. Pediatr.*, 132: 854-858.
 9. Field T., Schanberg S.M., Scafidi F., et al. (1986). Tactile/kinesthetic stimulation effects on preterm neonates. *Pediatrics*, 77: 654-658.
 10. Glaser O., Dalicho W.A. (1972). Segmentmassage. Leipzig: VEB Georg Thieme.
 11. Labrecque M., Marcoux S., Pinault J.J., et al. (1994). Prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy: a pilot study. *Birth*, 21: 20-25.
 12. Legwant Z. (1996). Zespoły migrenowo-wegetatywne i możliwości ich leczenia terapią manualną. *Fizjoterapia*, 1-2, 55-57.
 13. Łazowski J. (1993). Akceptacja inwalidztwa. *Postępy Rehabilitacji*, VII, 4, 61.
 14. Łazowski J. (2001). Psychosomatyka w rehabilitacji. Referat (w maszynopisie) na Dolnośląskim Forum Zdrowia.
 15. Łoza T. i in. (1992). Skojarzona metoda postępowania fizjoterapeutycznego w zespołach bólowych odcinka piersiowego kręgosłupa. *Postępy Rehabilitacji*, 4, 43-51.
 16. Maciarz A. (1989). Wybrane zagadnienia pedagogiki specjalnej. Materiały dla studentów kierunków pedagogicznych. Zielona Góra: WSP, 47-51.
 17. Niewodniczy A. (1992). Bóle głowy pochodzenia kręgowego. Warszawa: PZWL, 111.
 18. Oatley K., Jenkins J.M. (2005). Zrozumieć emocje. Warszawa: PWN.
 19. Pędziwiatr H. (2003). Rola emocji w powstawaniu zaburzeń somatycznych i możliwość terapeutycznego oddziaływania masażu medycznego na czynnik emocjonalny. *Terapia Fizykalna*, 3-4, 7-12.
 20. Pędziwiatr H. (2006). Psychosomatyczne aspekty wpływu terapii masażem leczniczym na chorych somatycznie. *Sztuka Leczenia* (w druku).
 21. Prusiński A. (1976). Migrena. Warszawa: PZWL.
 22. Puzyński S. (1998). Depresje i zaburzenia afektywne. Warszawa: PZWL.
 23. Ratner A.J. (1979). Szejnyj ostiechon-dros i ceirebralnyje naruszenia. Kazań: Izd. Kazanskowo Universita.
 24. Sroka T. (2001). Psychologiczne czynniki ryzyka choroby wieńcowej - Wzór Zachowania A. [W:] Dolińska-Zygmunt G. (red.), Podstawy psychologii zdrowia.

- Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 191-207.
25. Steciwko A., Kassolik K. (2000). Masaż medyczny w przypadkach zmiany krzywizny odcinka szyjnego kręgosłupa. *Polska Medycyna Rodzinna*, 2, 3: 379-380.
 26. Storck U. (1996). Masaż leczniczy. Warszawa: PZWL.
 27. Schutz M. (2001). Psychosomatische Rehabilitation. Konzepte und strukturen. Referat (w maszynopisie) na Dolnośląskim Forum Zdrowia.
 28. Tylka J. (2000). Psychosomatyka. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
 29. Zarek A. (2004). Zmiany obrazu ciała w wyniku choroby i interwencji medycznych. *Psychoterapia*, 1, 31-42.

Adres do korespondencji:

dr Henryk Pędziwiatr
Uniwersytet Zielonogórski
e-mail: henped@wp.pl