Szkoła Akupunktury Tradycyjnej

im. Michała Boyma

www.akupunktura.edu.pl

PRACA DYPLOMOWA

Porównanie terapii rwy kulszowej iniekcjami domięśniowymi i akupunkturą

mgr Lucyna Rybka

Nadzór nad pracą

dr n. med. Henryk Dyczek

Bydgoszcz 2017

Spis treści

WSTĘP 2

1. Ból 4

1.1. Definicja bólu 4

1.2. Klasyfikacja bólu. 5

1.3. Skale oceny natężenia bólu 6

1.2. Kręgosłup 7

1.2.1. Zarys anatomii kręgosłupa 7

1.2.2. Struktury wywołujące ból kręgosłupa. 10

1.2.3. Odcinek lędźwiowy kręgosłupa, a bóle w dolnej części pleców 12

2. METODOLOGIA 13

2.1. Przedmiot i cel badań 13

2.2. Problemy badawcze 14

2.3. Hipotezy robocze 15

2.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze zastosowane w pracy 16

2.5. Metoda 18

2.6. Materiał badany 22

3. PREZENTACJA I ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ 24

3.1. Omówienie wyników badań w grupie pacjentów poddanych wyłącznie iniekcjom domięśniowym. 25

3.2. Omówienie wyników badań w grupie pacjentów poddanych iniekcjom domięśniowym i akupunkturze 27

3.3. Omówienie wyników badań w grupie pacjentów poddanych akupunkturze 29

4. DYSKUSJA I WNIOSKI KOŃCOWE 32

5. Bibliografia 36

5.1. Źródło internetowe: 37

6. Załącznik A 38

7. Spis Rysunków 40

8. Spis tabel 41

WSTĘP

Przewlekły, uporczywy ból jest nie tylko doznaniem powodującym dyskomfort u osoby chorej, ale przede wszystkim stanowi chorobę samą w sobie i bez wątpienia, w każdym przypadku powinien zostać poddany szeroko rozumianym działaniom terapeutycznym. Bez względu na to, czym spowodowany jest ból – czy jest to uraz mechaniczny, choroba, zmiana zwyrodnieniowa czy może skutek prowadzonego dziś trybu życia (praca siedząca, brak aktywności ruchowej, stres, zła dieta prowadząca między innymi do nadwagi i otyłości), nie można go bagatelizować, prowadzi on bowiem do szeregu szkodliwych następstw w organizmie. Zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze, niedrożność jelit czy nawet zapalenie płuc, to tylko niektóre z powikłań, jakie mogą pojawić się wskutek braku leczenia przewlekłego bólu. O ile w krótkim wymiarze czasu ból jest dla nas pozytywny, gdyż stanowi sygnał ostrzegawczy, o tyle w dłuższej perspektywie jest zjawiskiem niekorzystnym i groźnym dla naszego zdrowia oraz prawidłowego funkcjonowania organizmu. Ponieważ ból prowadzi do znacznego obniżenia jakości życia i ograniczenia aktywności człowieka, wpływa negatywnie nie tylko na emocjonalne i fizyczne, ale również społeczne funkcjonowanie, jak również ma niekorzystne oddziaływanie w aspekcie ekonomicznym (przedłużające się koszty leczenia bólu i opieki nad chorym), wszystko to skłaniać powinno do ciągłego poszukiwania efektywnych sposobów leczenia i uśmierzania bólu w celu doprowadzenia do stanu, w którym pacjent zostaje uwolniony od jego odczuwania i może na nowo podjąć aktywności życiowe adekwatne do jego indywidualnych możliwości.

Bóle dolnego odcinka kręgosłupa należą do najczęstszych schorzeń cywilizacyjnych. W chwili obecnej szacuje się, że blisko 80% populacji powyżej czterdziestego roku życia miało przynajmniej jeden poważny napad bólu w lędźwiowym odcinku kręgosłupa. Z racji powszechnego występowania tego schorzenia oraz rozmiarów jakie przyjmuje, w dzisiejszych czasach stało się ono

jednym z głównych powodów utraty zdolności do wykonywania pracy zawodowej oraz aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym[1].

Niniejsza praca skupia się na porównaniu dwóch metod terapeutycznych stosowanych w leczeniu bólu spowodowanego stanem zapalnym korzeni rdzeniowych, a mianowicie – konwencjonalnej metody polegającej na iniekcjach stosowanych powszechnie przy tego typu dolegliwościach leków (np.: Ketonal, Dexak, Olfen), a także akupunktury, jako terapii alternatywnej, a konkretnie – stymulowania punktów Meridianu Pęcherzyka Żółciowego (GB 31; GB 30; GB29).

[1] A. Depa, A. Wolan, G. Przysada, *Wpływ rehabilitacji na zmianę ruchomości kręgosłupa oraz subiektywnego odczuwania bólu u chorych z zespołem bólowym w odcinku,* „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego”, Rzeszów 2008, nr 2, s. 116-124.

1. Ból

1.1. Definicja bólu

Międzynarodowa Organizacja Badania Bólu (*International Association for the Study of Pain* – IASP) określa ból jako „nieprzyjemne doświadczenie czuciowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywane jako takie uszkodzenie". Z kolei Komitet Nazewnictwa Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu definiuje go jako „nieprzyjemne, zmysłowe i emocjonalne odczucie towarzyszące zarówno działaniu bodźca uszkadzającego, jak i bodźca zagrażającego uszkodzeniem tkanek"[2].

Rola ostrzegająco–ochronna to podstawowa funkcja bólu. Ból jest odruchową i behawioralną odpowiedzią organizmu, która ma służyć zminimalizowaniu uszkodzenia tkanek będącego następstwem konkretnej choroby lub urazu. W odpowiedzi na to właśnie uszkodzenie, w ośrodkowym oraz obwodowym układzie nerwowym dochodzi do zmian, które manifestują się bólem oraz nadwrażliwością tkanek otaczających struktury nerwowe. Ból wymusza więc ograniczenie aktywności, a występujące obok zwiększenie wrażliwości umożliwia zdrowienie dzięki unikaniu wszelkich bodźców, które mogłyby spowodować dalsze uszkodzenia[3].

Ból pełni również funkcję informacyjną. Kiedy się pojawia, pacjent udaje się do lekarza, gdyż jest to dla niego informacja i wyraźny sygnał o toczącym się w organizmie procesie chorobowym. Dzięki temu możliwa jest interwencja lekarska i podjęcie leczenia. Należy pamiętać, iż wiele osób udaje się do lekarza dopiero wtedy, gdy pojawi się ból, nie zwracając często uwagi na inne, towarzyszące mu objawy.

[2]M. Niedziela, *Definicje bólu*, http://www.nazdrowie.pl/artykul/definicje-bolu Dostęp: [04.11.2016].
[3] J. Dobrogowski, J. Wordliczek, Medycyna bólu, Warszawa 2004, s. 17-39.

1.2. Klasyfikacja bólu.

Jeżeli chodzi o klasyfikację neurofizjologiczną bólu, ból dzielimy na:

- ból receptorowy (nocyceptywny) – występujący w wyniku podrażnienia receptorów bólowych (czyli nerwów czuciowych, inaczej nocyceptorów), np. przez mediatory zapalne albo obniżenia ich progu pobudliwości
- ból niereceptorowy neuropatyczny – rozwijający się w przypadku uszkodzenia lub zniszczenia struktur układu nerwowego i prowadzący do allodynii (nieprzyjemnych doznań w postaci np. uczucia pieczenia czy parzenia)[4].
- ból niereceptorowy psychogenny – pojawiający się bez towarzyszącego uszkodzenia tkanek (w takich sytuacjach ból jest odnoszony przez chorego do takiego uszkodzenia)[5].

Warto zwrócić uwagę na sposób odczuwania poszczególnych rodzajów bólu. Podczas gdy ból receptorowy (nocyceptywny) określany jest często, jako rozlany i tępy, ból niereceptorowy pacjenci odczuwają, jako promieniujący, piekący i przeszywający. Istotny jest jednak fakt, iż ból jest odczuciem subiektywnym, w związku z czym jest nim wszystko, co chory w ten sposób nazywa, bez względu na związane z bólem obiektywne objawy.

[4]https://pl.wikipedia.org/wiki/Allodynia, [Dostęp: 20.12.2016].
[5] J. Wordliczek, J. Dobrogowski, *Leczenie bólu*, Warszawa 2007, s. 11-27.

1.3. Skale oceny natężenia bólu

Jak zostało to już wcześniej zakomunikowane, ból stanowi indywidualną, subiektywną reakcję zależną od wielu czynników fizycznych i emocjonalnych człowieka nim dotkniętego. Taki sam bodziec bólowy może spowodować zupełnie inne reakcje u poszczególnych pacjentów, tak naprawdę nie istnieją więc w stu procentach obiektywne sposoby mierzenia nasilenia bólu. Są jednak narzędzia pomagające określić natężenie odczuwanego przez konkretną osobę bólu.

Skale oceny stopnia nasilenia bólu dzielimy na trzy grupy:

- Skale wizualne – najbardziej popularna jest wśród nich tzw. skala wzrokowo-analogowa (ang. *Visual Analogue Score,* VAS). Posługując się linijką długości 10 cm określa się nasilenie odczuwanego bólu, gdzie „0” oznacza całkowity brak bólu, natomiast „10” – najsilniejszy ból, jaki można sobie wyobrazić. Odmianą tej skali stosowaną u dzieci jest tzw. The Wong-Baker Faces Pain Rating Scale, przedstawiająca schematy twarzy wyrażających różne nasilenie bólu.
- Skale werbalne – oceniające ból w sposób opisowy. W skalach tego typu chory może opisywać ból posługując się czterema stopniami: brak bólu, ból słaby, ból umiarkowany, ból silny lub – dodatkowo – stopień piąty: ból nie do zniesienia.
- Skale numeryczne – oceniające ból w skali liczbowej, gdzie „0” oznacza brak bólu, a „10” – najsilniejszy ból, jaki chory może sobie wyobrazić[6].

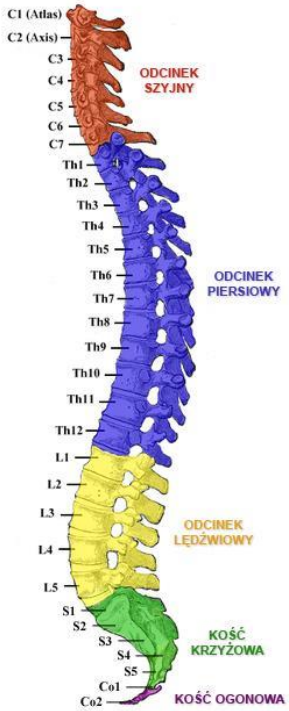
[6]https://pl.wikipedia.org/wiki/B%C3%B3l [Dostęp: 14.12.2016].

1.2. Kręgosłup

1.2.1. Zarys anatomii kręgosłupa

Kręgosłup u człowieka jest połączeniem mocnych kości, dużych mięśni i elastycznych więzadeł oraz ścięgien, a także splotów nerwowych. Jak sama nazwa wskazuje, kręgosłup stanowią kręgi oraz „słup", czyli solidna podstawa, na której może się oprzeć reszta konstrukcji tego fragmentu kośćca ludzkiego. Jest ona mocną, ale zarazem elastyczną strukturą, której główną funkcją jest ochrona wrażliwych korzeni nerwowych oraz zapewnienie mobilności na wielu różnych płaszczyznach.

Kręgosłup składa się z kręgów i ich połączeń. Wyróżnia się 5 odcinków kręgosłupa: szyjny, piersiowy, lędźwiowy, krzyżowy oraz kość guziczną, które tworzą odpowiednie krzywizny. Stan kręgosłupa odpowiada nie tylko za prawidłową postawę człowieka, ale także za właściwe funkcjonowanie wielu narządów.



Ryc. 1.2.1. – 1. Schemat budowy kręgosłupa wraz z nazwami naturalnych krzywizn[7].

[7]M. Priyaśri, *Ból kręgosłupa – jak go pokonać?*http://ajurweda.blogspot.com/2014/07/bol-kregoslupa-jak-go-pokonac.html, [Dostęp: 27.04.2017].

Odcinek szyjny kręgosłupa składa się z 7 kręgów szyjnych, które tworzą szyjną krzywiznę przednią. Charakterystyczne rozdwojone na końcu wyrostki kolczyste kręgów szyjnych C2-C6 nie są wyczuwalne ze względu na obecność mięśni karku oraz więzadła karkowego rozpiętego od grzebienia potylicznego zewnętrznego do wyrostków kolczystych wszystkich kręgów szyjnych (wyczuwa się je przy głowie pochylonej do przodu). Wyrostek kolczysty siódmego kręgu nie jest rozdwojony oraz wyróżnia się długością w ten sposób, że jest prawie zawsze widoczny na karku. Z tego powodu kręg ten nosi miano wystającego. Odnalezienie jego ułatwia liczenie niższych kręgów. Wyrostek poprzeczny kręgu szczytowego wyczuć można czasem, zwłaszcza u kobiet, pomiędzy gałęzią żuchwy, a mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym, nieco poniżej wyrostka sutkowego. Podobnie można spróbować znaleźć końce wyrostków poprzecznych pozostałych kręgów szyjnych. Wyrostki poprzeczne kręgów C3-C6 mają na końcu guzek przedni i guzek tylny. Guzek przedni wyrostka poprzecznego szóstego kręgu jest szczególnie wydatny. Do przodu od niego leży tętnica szyjna wspólna, dlatego nosi on nazwę guzka tętnicy szyjnej. Możliwe jest zamknięcie światła tętnicy przez dociśnięcie jej do guzka tętnicy szyjnej. Część piersiowa kręgosłupa zbudowana jest z 12 kręgów tworzących piersiową krzywiznę tylną. Wyrostki kolczyste wszystkich kręgów piersiowych są łatwo wyczuwalne. Zwykle wyrostek kolczysty kręgu Th1 „wystaje" bardziej niż wyrostek kolczysty kręgu wystającego. Koniec wyrostka kolczystego kręgu piersiowego znajduje się na wysokości trzonu niższego kręgu. Część lędźwiowa kręgosłupa zbudowana jest z 5 kręgów tworzących lędźwiową krzywiznę przednią. Wyczuwa się wyrostki kolczyste kręgów lędźwiowych położone na wysokości odpowiednich trzonów. Płaszczyzna nadgrzebieniowa (przechodząca przez najwyższe punkty grzebieni biodrowych) przecina trzon L4.Odcinek krzyżowy tworzy kość krzyżowa, która powstaje ze zrośnięcia się 5 kręgów krzyżowych z utworzeniem tylnej krzywizny krzyżowej. Linia łącząca kolce biodrowe tylne górne zwykle przecina kość krzyżową na poziomie S2. Na powierzchni grzbietowej kości krzyżowej wyczuć można grzebień krzyżowy pośrodkowy. U dołu, poniżej grzebienia krzyżowego pośrodkowego znajduje się rozwór krzyżowy prowadzący do kanału krzyżowego, czyli dolnej części kanału kręgowego. W badaniu per rectum wyczuć można na powierzchni miednicznej kresy poprzeczne i wzgórek - krążek międzykręgowy pomiędzy L5 a kością krzyżową. Ostatni odcinek kręgosłupa, czyli

kość guziczna wyczuwana jest w przedłużeniu kości krzyżowej w karbie odbytu lub w badaniu per rectum[8].

[8]*Struktury kostne dostępne badaniu wzrokiem i dotykiem,* https://anatomia.wum.edu.pl/edu/czlek/czlekosteo_kr.htm. [Dostęp: 17.12.2016].

1.2.2. Struktury wywołujące ból kręgosłupa.

By konkretna struktura mogła zostać uznana za prawdopodobną przyczynę bólów kręgosłupa, powinna ona spełniać następujące warunki:

- być unerwiona – bez dostępu do systemu nerwowego nie mogłaby wywołać bólu
- być zdolna wywoływać ból podobny do obserwowanego klinicznie
- być podatna na choroby albo zranienia, o których wiadomo, że są bolesne
- zostać wskazana jako źródło bólu używając metod diagnostycznych uważanych za rzetelne i wiarygodne[9].

Większość z nas nie zwraca uwagi na niezmiernie istotną rolę kręgosłupa i uważa ten element anatomii za odporny na wszelkie przeciążenia. Często nieświadomie testujemy jego wytrzymałość podczas codziennych czynności lub ćwiczeń. Jeżeli jednak zaczynają nam dokuczać dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa, należy dowiedzieć się, jaka jest ich geneza, w jaki sposób można zminimalizować ból i jak zapobiegać jego nawrotom.

Bóle pleców mogą pochodzić z wielu różnych struktur w kręgosłupie. Najczęściej są one spowodowane:

- podrażnieniem dużych korzeni nerwowych odchodzących od splotów, które prowadzą do ramion i nóg;
- podrażnieniem mniejszych nerwów unerwiających kręgosłup;
- napięciem mięśni pleców (np. prostownika grzbietu);
- uszkodzeniem kości, stawów lub więzadeł;
- nieprawidłową budową i zwyrodnieniem w obrębie przestrzeni międzykręgowych, w których zlokalizowane są krążki międzykręgowe (tzw. dyski).

[9] A. Wiśniewski, *Ból*, Warszawa 2006/2007.

Dokładna znajomość anatomii kręgosłupa jest niezwykle istotna, by móc rozróżnić konkretną przyczynę bólu pleców lub nóg (np. rwa kulszowa) oraz dobrać optymalną metodę leczenia.

1.2.3. Odcinek lędźwiowy kręgosłupa, a bóle w dolnej części pleców

Odcinek lędźwiowy kręgosłupa znajdujący się w dolnej części pleców wykazuje znacznie większą ruchomość aniżeli chociażby odcinek piersiowy. Przejmuje on największe obciążenie, co prowadzi do częstszych urazów w tym właśnie odcinku. Największy zakres ruchu obejmuje segmenty: L3-L4 oraz L4-L5. Oba z nich są najbardziej narażone na uszkodzenia i zwyrodnienia. Z kolei największe obciążenia wywierane są na dwa najniższe krążki międzykręgowe: L4-L5 oraz L5-S1. Często jest to przyczyną powstawania przepukliny, co może powodować ból dolnej partii pleców, a także odrętwienie promieniujące w kierunku kończyny dolnej, aż do stopy. Jednakże w zdecydowanej większości przypadków powodem bólu w dolnej części kręgosłupa jest powięź oraz napięte mięśnie. Nawet jeżeli wydaje się to mało poważną dolegliwością w porównaniu z urazem, to nadal mięśnie oraz inne tkanki miękkie mogą być źródłem bardzo silnego bólu pleców stwarzającego ogromny dyskomfort i uniemożliwiającego normalne funkcjonowanie. Tkanki w okolicach kręgosłupa posiadają jednak dobre ukrwienie, co umożliwia doprowadzenie odpowiedniej ilości składników odżywczych do zaatakowanego chorobowo obszaru. Przyspiesza to proces gojenia, a w połączeniu z akupunkturą – przekłada się na skuteczne uwolnienie od bólu.

2. METODOLOGIA

2.1. Przedmiot i cel badań

Zagadnienie dotyczące wpływu leków podanych w iniekcji na stan zapalny korzeni rdzeniowych oraz porównania go z zastosowaniem akupunktury na punktach Meridianu Pęcherzyka Żółciowego (GB 31; GB 30; GB 29) wydało mi się na tyle ciekawe, że przedmiotem moich badań uczyniłam pacjentów miasta i gminy Świecie, których poddałam badawczemu eksperymentowi leczniczemu.

Przed przystąpieniem do badań należy oczywiście określić ich cel. Według W. Zaczyńskiego cel jest tym, „do czego zmierza badacz, co pragnie osiągnąć w swoim działaniu”[10].W kontekście tejże definicji, celem mojej pracy było zgłębienie wiedzy na temat tego, czy akupunktura pomaga w leczeniu bólu wywołanego stanem zapalnym korzeni rdzeniowych.

Aby osiągnąć cel główny, wyznaczyłam następujące cele szczegółowe:

- zapoznanie z literaturą dotyczącą akupunktury i metod leczenia bólu oraz z literaturą metodologiczną;
- sformułowanie problemów badawczych i hipotez roboczych;
- sporządzenie narzędzia badawczego (kwestionariusz ankiety) oraz przeprowadzenie badań i ich analiza.

[10]W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa 1968, s. 46.

2.2. Problemy badawcze

W niniejszej pracy przyjęłam definicję M. Łobockiego, który twierdzi, że „Problemy badawcze są to pytania, na które szukamy odpowiedzi na drodze badań naukowych[11]. W oparciu o tak rozumianą definicję sformułowałam problem główny i problemy szczegółowe.

Problem główny: Jaki wpływ na leczenie bólu spowodowanego stanem zapalnym korzeni rdzeniowych ma akupunktura?

Problemy szczegółowe:

(P1) Czy według badanych osób akupunktura pomaga i jest skuteczna w leczeniu (łagodzeniu) bólu związanego ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych?

(P2) W jaki sposób u osób badanych zmieniło się odczuwanie bólu związanego ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych po zastosowaniu akupunktury?

[11]M. Łobocki, *Metody badań pedagogicznych*, Warszawa 1978, s. 56.

2.3. Hipotezy robocze

M. Łobocki definiuje hipotezę następująco: „[…] hipotezy robocze są oczekiwanymi przez badacza wynikami planowanych badań”[12]. Z kolei H. Muszyński określa hipotezę jako „stwierdzenie, co do którego istnieje pewne prawdopodobieństwo, iż stanowić ono będzie prawdziwe rozwiązanie postawionego problemu”[13].

Bazując na tak przedstawionych definicjach, sformułowałam hipotezę główną oraz hipotezy szczegółowe w odpowiedzi na postawione przeze mnie wcześniej pytania.

Hipoteza główna: Mniemam, iż według badanych osób akupunktura wpływa na poprawę jakości życia w związku ze zmniejszeniem odczuwania bólu spowodowanego stanem zapalnym korzeni rdzeniowych.

Hipotezy szczegółowe:

(H1) Przypuszczam, że według badanych osób akupunktura pomaga i okazuje się skuteczna w leczeniu (łagodzeniu) bólu związanego ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych.

(H2) Podejrzewam, że według badanych osób po zastosowaniu akupunktury ból związany ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych zmniejszył swoje natężenie.

[12]M. Łobocki, op. cit., s.74.

[13] T. Muszyński, *Wstęp do metodologii pedagogik*”, Warszawa 1971, s. 188.

2.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze zastosowane w pracy

W. Okoń formułuje definicję metody badawczej następująco: „[…] systematycznie stosowany sposób postępowania prowadzący do założonego wyniku. Na dany sposób postępowania składają się czynności myślowe i praktyczne, odpowiednio dobrane i realizowane w ustalonej kolejności”[14]. Z kolei T. Pilch uważa, że „Metoda jest zespołem czynności i zabiegów zmierzających do poznania określonego przedmiotu. Jest to pewnego rodzaju charakter działania, jaki podejmujemy dla zdobycia interesujących nas danych”[15].

Kolejnym pojęciem jest technika badawcza. Wspomniany już wyżej T. Pilch podaje, że: „Technika badawcza natomiast jest określoną czynnością służącą do uzyskania pożądanych danych. Jest pojedynczą procedurą, polegającą na wykonaniu określonej czynności”.[16] Natomiast według A. Kamińskiego „Techniki badawcze to przede wszystkim sposoby zbierania materiału oparte na starannie opracowanych dyrektywach (dokładnych, jasnych, ścisłych), weryfikowanych w badaniach różnych nauk społecznych i dzięki temu posiadających walor użyteczności międzydyscyplinarnej[17].

Według definicji T. Pilcha, „[…] narzędzie badawcze jest przedmiotem służącym do realizacji wybranej techniki badań”[18]. „O ile technika badawcza oznacza czynność, np. obserwowanie, prowadzenie wywiadu, o tyle narzędzie badawcze to instrument służący do technicznego gromadzenia danych z badań” – takie jest rozumienie techniki oraz narzędzia badawczego według T. Pilcha i T. Wujka[19]. „W tym rozumieniu narzędziem badawczym będzie kwestionariusz wywiadu, magnetofon, arkusz obserwacyjny, a nawet ołówek”[20].

---

[14]W. Okoń, „Słownik pedagogiczny, Warszawa 1975, s. 167.
[15]T. Pilch, „Metodologia pedagogicznych badań środowiskowych”, Warszawa 1971, s. 79.
[16] Ibidem, s.79.
[17]A. Kamiński, *Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej*, „Metodologia pedagogiki społecznej”, praca zbiorowa pod kierunkiem R. Wroczyńskiego i T. Pilcha, Warszawa 1974, s. 54.
[18] T. Pilch, „Zasady badań pedagogicznych”, Warszawa 1977, s. 116.
[19] T. Pilch. T. Wujek, „Metody i techniki badań w pedagogice”, „Pedagogika” pod redakcją M. Godlewskiego, S. Krawcewicza, T. Wujka, Warszawa 1974, s. 57.
[20] Ibidem, s. 57.

W mojej pracy zastosowałam następującą metodę, technikę i narzędzie badawcze:

Metoda badawcza: Sondaż diagnostyczny

Technika badawcza: Ankieta

Narzędzie badawcze: Kwestionariusz ankiety

Za T. Pilchiem i T. Wujkiem przyjmuję, że metoda sondażu diagnostycznego „[…] jest sposobem gromadzenia wiedzy o cechach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, instytucjonalnie nie zlokalizowanych, a posiadających znaczenie wychowawcze, o opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju tych zjawisk na podstawie badania dobranej grupy reprezentującej populację generalną, w której badane zjawisko występuje”[21].

Z kolei pojęcie ankiety przyjęłam w niniejszej pracy zgodnie z rozumieniem go przez W. Zaczyńskiego, którego definicja mówi, że „Ankieta jest metodą zdobywania informacji przez pytanie wybranych osób za pośrednictwem drukowanej listy pytań, zwanej kwestionariuszem”[22].

[21] T. Pilch. T. Wujek, op. cit., s. 64.
[22] W. Zaczyński, op. cit., s. 153.

2.5. Metoda

Moje badania przebiegły w trzech fazach. W fazie koncepcyjnej czynności sprowadziły się do postawienia oraz sformułowania problemów badawczych, sprecyzowania hipotez roboczych, wyboru metody badawczej oraz opracowania techniki i procedury badań.

W fazie badań właściwych czynności polegały na przeprowadzeniu badań poprzez ankietyzację i wykonanie zabiegów akupunktury oraz iniekcji domięśniowych. W tym celu posłużyłam się ankietą (patrz załącznik) we własnym opracowaniu.

W trzeciej fazie dokonałam statystycznego i ilościowego opracowania wyników badań, analizy uzyskanego w ten sposób materiału oraz wyprowadzenia wniosków.

Do badania zakwalifikowano osoby, u których został rozpoznany przez lekarza medycyny stan zapalny korzeni rdzeniowych (G54). Pacjentami były kobiety w wieku od 49 do 68 lat.

Eksperyment badawczy polegał na porównaniu dwóch metod leczenia bólu wywołanego stanem zapalnym korzeni rdzeniowych. Pierwszy na podaniu leków przeciwbólowych w postaci iniekcji domięśniowych. Drugi na zastosowania akupunktury na punktach meridianu Pęcherzyka Żółciowego.

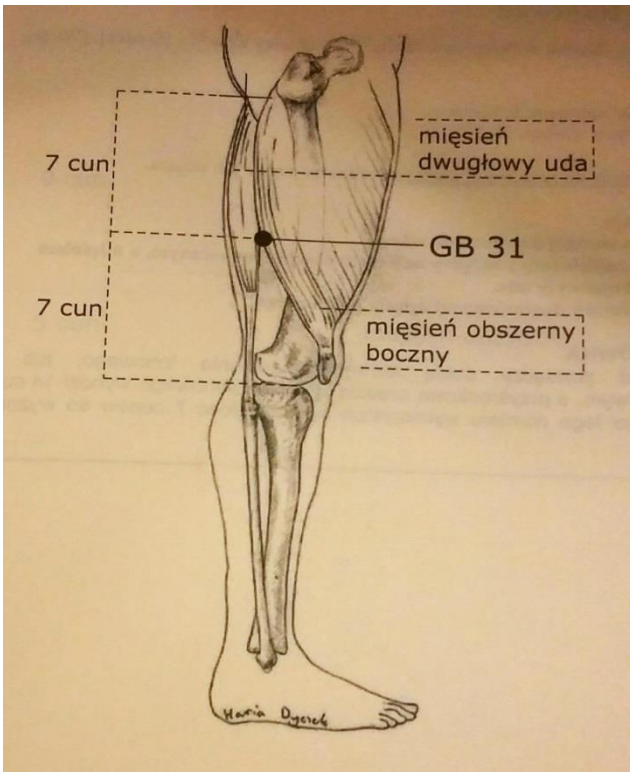
Przed rozpoczęciem zabiegów iniekcji domięśniowych lub/i nakłuć w punktach akupunktury, każdy z uczestników badania wypełnił załączoną ankietę. Ankietę tę każdy z uczestników również wypełnił po zakończeniu programu iniekcji i nakłuć. Dodatkowo podczas sesji 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 zaznaczał na numerycznej skali VAS poziom odczuwanego bólu.

Pacjenci leczeni lekami w postaci iniekcji domięśniowych, w których substancja czynną był diklofenak w ilości 2 ml, wykonane były przez pielęgniarkę środowiskową w ich miejscu zamieszkania. Iniekcje były wykonywane codziennie przez okres dziesięciu dni, co było procesem leczniczym. Iniekcję domięśniową wykonuje się następująco: pacjent odsłania jeden pośladek, na którym wyznacza się cztery części, dzieląc go wzdłuż i w poprzek, aż do rowu pośladkowego. Iniekcję podaje się w górną,

zewnętrzną ćwiartkę pośladka, wbijając igłę na głębokość około 4 cm, upewniając się przy tym, czy nie jest się w naczyniu krwionośnym. Po wkłuciu wstrzykuje się naciągnięty wcześniej do strzykawki lek. Zabieg kończy się wyjęciem igły i przyłożeniem gazika w miejscu wkłucia.

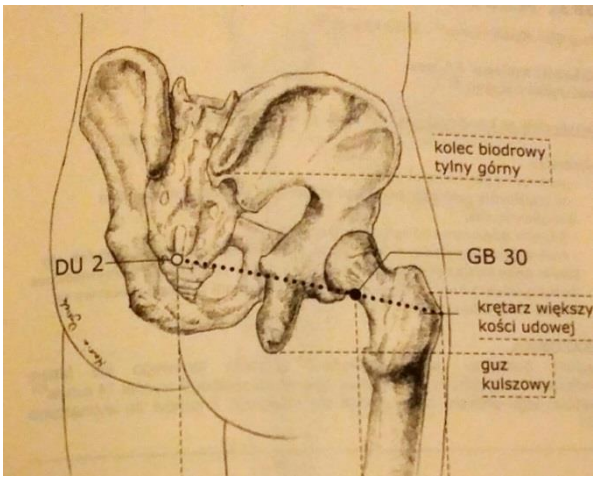
Z kolei w grupie pacjentów korzystającej z zabiegów akupunktury nakłuwane były punkty w okolicy pośladka oraz na bocznej części uda. W przypadku akupunktury wkłucia są o wiele płytsze, a ich głębokość zależna od konkretnego punktu. W przeprowadzonym przeze mnie eksperymencie badawczym akupunktura została zastosowana na punktach Meridianu Pęcherzyka Żółciowego (GB 31; GB 30; GB 29). W nakłuwanych punktach akupunktury generowano odczucie de qi.

GB 31 – jest to punkt na bocznej części uda, znajdujący się w zagłębieniu między mięśniem obszernym bocznym, a mięśniem dwugłowym uda, czyli 7 cunów dogłowowo od zgięcia kolanowego. Cuny są miarą służącą pomiarowi odległości na ciele człowieka. Dla każdego z ludzi jest ona indywidualna. Odległość między dolną krawędzią spojenia łonowego lub fałdem pośladkowym, a częścią przyśrodkową zgięcia kolana wynosi 14 cunów. Z tej odległości wykorzystujemy połowę (7 cunów) do ustalenia lokalizacji punktu GB31. W przypadku tego punktu wkłucia dokonuje się na głębokość 0,5 cuna odpowiadającą około 0,5 cm.



Ryc. 2.5. – 1. Rycina punktów Meridianu Pęcherzyka Żółciowego[23].

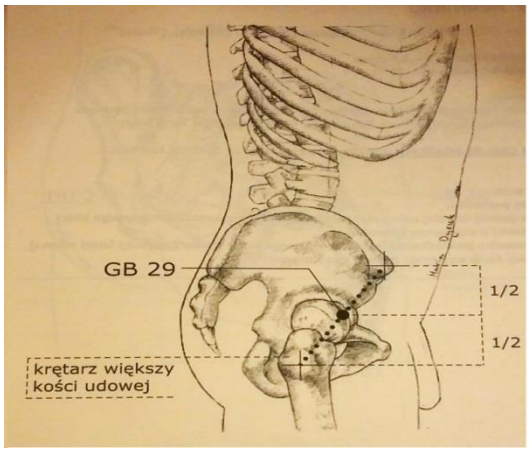
GB 30 – jest to punkt na pośladku, znajdujący się w 1/3 odległości między środkiem krętarza większego kości udowej, a rozworem krzyżowym. Głębokość nakłucia w przypadku punktu GB30 to 1 – 1,5 cuna, czyli około 1 – 1,5 cm.



Ryc. 2.5.– 2. Rycina punktów Meridianu Pęcherzyka Żółciowego[24].

[23]H. Dyczek, M. Grzonkowska, *Anatomiczna lokalizacja punktów akupunktury*, Bydgoszcz 2014, s. 603.
[24] H. Dyczek, M. Grzonkowska, op. cit., str.601.

GB 29 – jest to punkt zlokalizowany w okolicy biodrowej, znajdujący się dokładnie w połowie odcinka wyznaczonego przez kolec biodrowy przedni górny oraz środek krętarza większego kości udowej. Punkt ten wyznaczamy w pozycji leżącej na wznak lub na boku ze zgiętymi kolanami. W przypadku tego punktu nakłucie ma głębokość 0,5 – 0,8 cuna odpowiadającą około 0,5 – 0,8 cm.



Ryc. 2.5. – 3. Rycina punktów Meridianu Pęcherzyka Żółciowego[25].

[25] Ibidem, s. 599.

2.6. Materiał badany

Badania przeprowadziłam w środowisku miasta i gminy Świecie, w województwie kujawsko – pomorskim. Badaniu zostały poddane osoby skarżące się na ból związany ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych. Dobór próby badawczej oparty został na ochotnikach, którzy wyrazili chęć udziału w badaniach. Był to dobór nielosowy, bazujący na dostępności osób badanych. W badaniach wzięło udział 15 osób podzielonych na trzy grupy liczące po 5 osób. Pacjentami były kobiety cierpiące na bóle związane ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych, w wieku od 49 do 68 lat.

Pierwsza grupa składała się z osób poddanych wyłącznie iniekcjom domięśniowym. Druga grupa objęła osoby, u których zastosowano iniekcje domięśniowe i akupunkturę. Do trzeciej grupy weszły osoby, u których zastosowano wyłącznie akupunkturę. Osoby, które weszły do grupy pierwszej kategorycznie odmawiały terapii akupunkturą.

.

3. PREZENTACJA I ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

Badaniami objętych zostało 15 pacjentów z gminy Świecie zgłaszających dolegliwości bólowe, które zostały określone przez lekarza medycyny jako stan zapalny korzeni rdzeniowych (G54). Pacjentami były kobiety w wieku od 49 do 68 lat. Wszystkie pacjentki podzielono na 3 grupy liczące po 5 osób. Pierwszą grupę stanowiły pacjentki poddane zastrzykom ze środkiem przeciwbólowym, druga grupa to pacjentki, u których zastosowano zarówno iniekcje, jak i akupunkturę, natomiast w trzeciej grupie znalazły się pacjentki leczone wyłącznie akupunkturą.

Do zweryfikowania sformułowanych przeze mnie wcześniej hipotez badawczych wykorzystałam opracowaną do celów badań ankietę. Celem ankiety było zdefiniowanie problemów badawczych

Niniejszy rozdział poświęcony jest szczegółowemu omówieniu wyników przeprowadzonych przeze mnie badań i zaprezentowaniu ich za pomocą tabel oraz wykresów.

3.1. Omówienie wyników badań w grupie pacjentów poddanych wyłącznie iniekcjom domięśniowym.

Oto tabelaryczne przedstawienie odpowiedzi na pytania ankiety udzielanych w grupie pacjentów objętych iniekcjami:

Tab. 3.1. – 1. Ocena bólu według 10-stopniowej skali, gdzie 10 oznacza najsilniejszy wyobrażalny ból, 0 oznacza całkowity brak bólu, a wszelkie pozostałe wartości są wartościami pośrednimi. Grupa poddana iniekcjom domięśniowym.

PACJENCI PODDANI INIEKCJOM										
	ILOŚĆ ZABIEGÓW									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PACJENT 1. (kobieta 63 l.)	9	9	7	5	5	5	5	5	4	3
PACJENT 2. (kobieta 49 l.)	10	10	8	8	6	6	6	4	4	4
PACJENT 3. (kobieta 55 l.)	8	8	8	5	4	4	4	3	2	4
PACJENT 4. (kobieta 57 l.)	9	9	9	6	6	5	5	5	3	3
PACJENT 5. (kobieta 53 l.)	9	9	9	5	5	5	3	3	4	4
ŚREDNIA	**9**	**9**	**8,2**	**5,8**	**5,2**	**5**	**4,6**	**4**	**3,4**	**3,6**

Jak wynika z powyższej tabeli, ból odczuwany przez pacjentów, u których zastosowano zastrzyki po pierwszych trzech iniekcjach utrzymywał się raczej na

niezmiennym poziomie, z kolejnymi iniekcjami malał do wartości pośrednich (5-6; średnia wartość po piątym zabiegu – 5,2), by wraz z końcem leczenia osiągnąć wartości równe 3-4.

Tab. 3.1. – 2. Postrzeganie skuteczności akupunktury w leczeniu bólu związanego ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych przez grupę poddaną iniekcjom domięśniowym.

Odpowiedź na pytanie: „Czy według Pana/Pani akupunktura pomaga i jest skuteczna w leczeniu (łagodzeniu) bólu związanego z Pańską przypadłością?”							
	Całkowicie się nie zgadzam	**Nie zgadzam się**	**Raczej się nie zgadzam**	**Nie mam zdania**	**Raczej się zgadzam**	**Zgadzam się**	**Całkowicie się zgadzam**
PACJENT 1. (kobieta 63 l.)		**X**					
PACJENT 2. (kobieta 49 l.)	**X**						
PACJENT 3. (kobieta 55 l.)		**X**					
PACJENT 4. (kobieta 57 l.)		**X**					
PACJENT 5. (kobieta 53 l.)	**X**						

Jak widać w zaprezentowanych powyżej odpowiedziach, pacjenci poddani iniekcjom nie postrzegają akupunktury jako skutecznej terapii ich dolegliwości. 3 z 5 nie uznaje akupunktury jako skutecznej terapii, a 2 jest o tym całkowicie przekonana.

3.2. Omówienie wyników badań w grupie pacjentów poddanych iniekcjom domięśniowym i akupunkturze.

Poniżej tabelaryczne zestawienie odpowiedzi na pytania ankiety udzielanych w grupie pacjentów poddanych zarówno iniekcjom, jak i akupunkturze:

Tab. 3.2. – 1. Ocena bólu według 10-stopniowej skali, gdzie 10 oznacza najsilniejszy wyobrażalny ból, 0 oznacza całkowity brak bólu, a wszelkie pozostałe wartości są wartościami pośrednimi. Grupa poddana iniekcjom domięśniowym i akupunkturze.

PACJENCI PODDANI INIEKCJOM I AKUPUNKTURZE										
	ILOŚĆ ZABIEGÓW									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PACJENT 1. (kobieta 58 l.)	9	8	7	6	6	4	4	2	2	1
PACJENT 2. (kobieta 48 l.)	8	8	5	5	7	4	3	3	2	2
PACJENT 3. (kobieta 54 l.)	10	9	9	7	7	3	3	1	2	1
PACJENT 4. (kobieta 65 l.)	8	7	6	6	5	5	5	2	2	1
PACJENT 5. (kobieta 68 l.)	9	7	8	6	6	3	1	2	1	1
ŚREDNIA	**8,8**	**7,8**	**7**	**6**	**6,2**	**3,8**	**3,2**	**2**	**1,8**	**1,2**

Powyższa tabela pokazuje, że poziom bólu u pacjentów, których poddano zarówno iniekcjom, jak i akupunkturze zaczynał maleć już po drugim zabiegu, zmniejszał się wraz z kolejnymi, by już po piątym zabiegu osiągnąć wartości 5-7 (średnia 6,2). Średnia wartość bólu u wszystkich pacjentów po siódmym zabiegu

wyniosła zaledwie 3,2. Po całej serii zabiegów tylko jeden z pacjentów określił nasilenie bólu jako 2, u pozostałych z nich była to najmniejsza z możliwych wartości odczuwanego bólu, a mianowicie – 1 (0 oznaczał całkowity brak bólu).

Tab. 3.2. – 2. Postrzeganie skuteczności akupunktury w leczeniu bólu związanego ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych. Grupa poddana iniekcjom domięśniowym i akupunkturze.

Odpowiedź na pytanie: „Czy według Pana/Pani akupunktura pomaga i jest skuteczna w leczeniu (łagodzeniu) bólu związanego z Pańską przypadłością?”							
	Całkowicie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Raczej się nie zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się zgadzam	Zgadzam się	Całkowicie się zgadzam
PACJENT 1. (kobieta 63 l.)					x		
PACJENT 2. (kobieta 49 l.)						x	
PACJENT 3. (kobieta 55 l.)					x		
PACJENT 4. (kobieta 57 l.)						x	
PACJENT 5. (kobieta 53 l.)						x	

Jak wynika z przedstawionych w tabeli danych, większość pacjentów z tej grupy zgadza się ze stwierdzeniem, że akupunktura łagodzi bóle występujące w przypadku stanu zapalnego korzeni rdzeniowych. 3 z 5 pacjentów potwierdza

jej skuteczność, natomiast 2 z tej grupy raczej zgadza się z powyższym stwierdzeniem.

3.3. Omówienie wyników badań w grupie pacjentów poddanych akupunkturze

Tabelaryczna prezentacja odpowiedzi na pytania ankiety udzielanych w grupie pacjentów poddanych wyłącznie akupunkturze:

Tab. 3.3. – 1. Ocena bólu według 10 – stopniowej skali, gdzie 10 oznacza najsilniejszy wyobrażalny ból, 0 oznacza całkowity brak bólu, a wszelkie pozostałe wartości są wartościami pośrednimi. Grupa poddana akupunkturze.

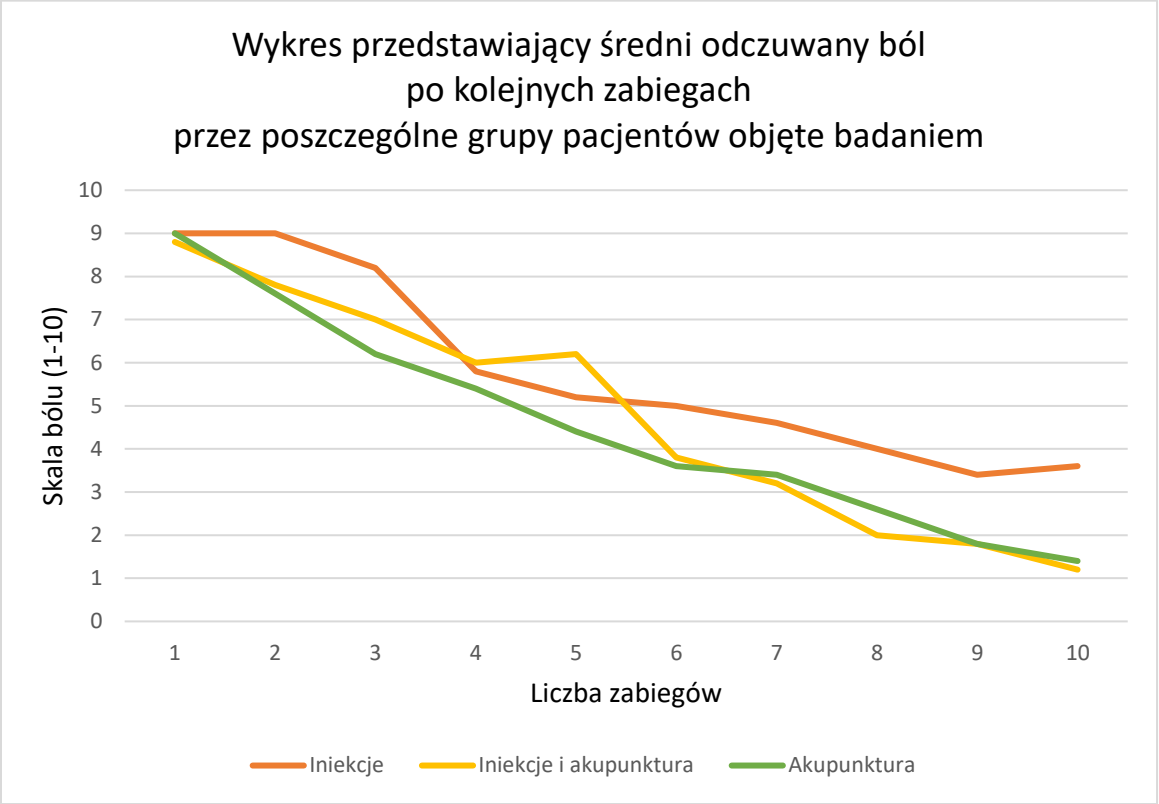
PACJENCI PODDANI AKUPUNKTURZE										
	ILOŚĆ ZABIEGÓW									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PACJENT 1. (kobieta 57 l.)	9	7	6	5	4	4	5	4	2	2
PACJENT 2. (kobieta 64 l.)	10	7	7	5	5	3	3	2	2	2
PACJENT 3. (kobieta 52 l.)	8	7	6	5	4	2	2	2	2	1
PACJENT 4. (kobieta 60 l.)	8	8	5	5	4	5	3	2	1	1
PACJENT 5. (kobieta 59 l.)	10	9	7	7	5	4	4	3	2	1
ŚREDNIA	**9**	**7,6**	**6,2**	**5,4**	**4,4**	**3,6**	**3,4**	**2,6**	**1,8**	**1,4**

Z zaprezentowanej wyżej tabeli wynika, że u pacjentów poddanych wyłącznie akupunkturze ból zaczynał maleć już po drugim zabiegu (podobnie, jak miało to miejsce u pacjentów poddanych zarówno iniekcjom domięśniowym, jak i akupunkturze). Po piątym zabiegu wszyscy pacjenci sklasyfikowali ból na poziomie 4-5 (średnia 4,4 – a więc o 1,8 niższa niż w przypadku pacjentów objętych zastrzykami i akupunkturą i o 0,8 niższa niż w przypadku pacjentów objętych tylko iniekcjami). Wraz z zakończeniem serii zabiegów pacjenci określali odczuwany przez siebie ból wartościami 1-2 (średnia wyniosła 1,4).

Tab. 3.3. – 2. Postrzeganie skuteczności akupunktury w leczeniu bólu związanego ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych. Grupa poddana akupunkturze.

Odpowiedź na pytanie: „Czy według Pana/Pani akupunktura pomaga i jest skuteczna w leczeniu (łagodzeniu) bólu związanego z Pańską przypadłością?”							
	Całkowicie się nie zgadzam	**Nie zgadzam się**	**Raczej się nie zgadzam**	**Nie mam zdania**	**Raczej się zgadzam**	**Zgadzam się**	**Całkowicie się zgadzam**
PACJENT 1. (kobieta 63 l.)							**x**
PACJENT 2. (kobieta 49 l.)						**x**	
PACJENT 3. (kobieta 55 l.)							**x**
PACJENT 4. (kobieta 57 l.)							**x**
PACJENT 5. (kobieta 53 l.)							**x**

Tabela 3.3. – 2.demonstruje, że 4 z 5 pacjentów całkowicie zgadzają się, że akupunktura jest pomocna w terapii bólu z wyjątkiem jednego, który się zgadza z ta opinią.



Wykres 3.3. – 1.

Wykres 3.3 – 1. obrazuje spadek poziomu bólu wraz z każdym kolejnym zabiegiem, którym poddani zostali pacjenci z wszystkich trzech grup. Najszybszy spadek dolegliwości bólowych zauważalny jest w grupie pacjentów poddanych wyłącznie terapii akupunkturą.

4. DYSKUSJA I WNIOSKI KOŃCOWE

Akupunktura jest najbardziej znaną i rozpowszechnioną metodą tradycyjnej medycyny chińskiej, Pomo, że w tradycyjnej medycynie chińskiej jest ona na piątym miejscu po: dietoterapii, ziołolecznictwie chińskim, masażu chiński iTai Chi. Również w Polsce bardzo często stosuje się ją w leczeniu bólu przewlekłego. Do końca nie zostały wyjaśnione neurofizjologiczne podstawy działania akupunktury. Punkty akupunktury czasami pokrywają się z tak zwanymi punktami spustowymi i zlokalizowane są w miejscach, w których zwiększa się gęstość zakończeń nerwów A-d i C odpowiedzialnych za przewodzenie doznań bólowych. Dowiedziono, że akupunktura wywołuje aktywację układów antynocyceptywnych na różnych poziomach, stąd też oddziaływanie przez endogenne opioidy i monoaminy, a prawdopodobnie także przez układ GABA-ergiczny. Teoria chińskiej medycyny tłumaczy działanie akupunktury jak pobudzenia punktów akupunktury spokrewnionych z obszarem objętego bólem. W tym przypadku rolę odgrywa somatotopowa budowa rdzenia kręgowego[26]. Oprócz neurofizjologicznego mechanizmu działania akupunktury uwzględnia się jej mechanizm neurohormonalny, związany z endogennymi opiatami peptydowymi, tzw. endorfinami[27].

Metody fizykalne, do których należy akupunktura oddziałują zwykle przez receptory zewnętrzne i mają łagodzący wpływ na ból. W niektórych jego postaciach regularnie stosowane mogą dawać nawet trwały efekt. Akupunktura zaliczana jest do metod, która może mieć korzystny wpływ na percepcję bólu, a czynnikami zwiększającymi jej skuteczność jest element wydłużonego czasu trwania kuracji oraz osobiste zaangażowanie lekarza w terapię[28]. Profesor Akademii Medyko – Chirurgicznej w Petersburgu P. A. Czarukowski leczył akupunkturą z dobrymi wynikami choroby z zapaleniem nerwu kulszowego[29].

Pomimo małej grupy badawczej można sugierować skuteczne działanie wspomagające akupunktury w leczeniu stanu zapalnego korzeni rdzeniowych.

---

[26] J. Dobrogowski, *Niefarmakologiczne metody leczenia bólu*, „Polski Przegląd Neurologiczny" t. 3, nr 4, Gdańsk 2007, s. 275-276.
[27]Q. Xie, *The neurophysiological basis of acupuncture analgesia*, Skrypt do wykładów akupunktury lekarzy chińskich, szkolących lekarzy polskich na kursie w CMKP, Warszawa 1987.
[28]Ibidem, s. 276.
[29] Z. Garnuszewski, op. cit., 39.

Według wiedeńskiego badacza Kellnera w punktach akupunktury znalazł on znacznie większe unerwienie powodujące pobudzenie substancji biologicznie aktywnych pobudzających system samoregenerujący. Akupunktura jest w wielu przypadkach skuteczniejszą, a jednocześnie tańszą metodą pomagającą choremu organizmowi samemu walczyć z chorobą, bez pomocy chemioterapeutyków[30]. Moje badanie potwierdza tenże fakt. Otóż pojedyncza iniekcja domięśniowa użyta w tym eksperymencie kosztowała około 15 zł. Zatem koszt wszystkich zabiegów dla pojedyńczej osoby biorącej udział w moim eksperymencie był: 10 sesji x 15 zł = 150 zł. Podczas, gdy w grupie, w której zastosowano akupunkturę koszt igieł wynosił 90 gr w czasie pojedynczego zabiegu. Zatem całkowity koszt terapią akupunktury wynosił: 10 sesji x 90 gr = 9 zł. Ponadto przeprowadzony po zakończeniu badań wywiad środowiskowy wykazał, że po kilkudniowej remisji bólu (około 2-3 dni) osoby z grupy otrzymującej iniekcje domięśniwe, wymagały dlaszego leczenia iniekacjami ze względu na utrzymujące się dolegliwości bólowe. Natomiast osoby z grupy, w której wykonywano iniekcje domięśniowe i akupunkture (z wyjątkiem jednej) oraz z grupy w której wykonywano akupunkturę nie zgłaszały dalszych dolegliwości bólowych po okresie dwóch tygodni.

Akupunktura jest tylko jednym ze sposobów w zwalczaniu bólu. Stosuje się ją również coraz częściej podczas zabiegów chirurgicznych jako środek znieczulający[31]. Naukowa ocena akupunktury, która stosowana jest samodzielnie w rozmaitych zespołach bólowych jest niejednoznaczna, mimo licznych prac w tej dziedzinie. Jednakże w obliczu przytoczonych wyżej argumentów słuszne wydają się próby zastosowania jej w zwalczaniu dolegliwości bólowych, zwłaszcza że metody farmakologiczne wiążą się często z przeciwwskazaniami do ich stosowania oraz licznie występującymi skutkami ubocznymi. Mając to na uwadze, przedmiotem moich badań uczyniłam pacjentów gminy Świecie uskarżających się na bóle wywołane stanem zapalnym korzeni rdzeniowych w kontekście ich opinii na temat zastosowania akupunktury w łagodzeniu występującego u nich bólu. W świetle tak ustalonego przedmiotu badań sformułowałam następujący problem główny i problemy szczegółowe oraz odpowiadające im hipotezy:

[30] Z. Garnuszewski, *Renesans akupunktury*, Warszawa 1988, s.28, 65 – 80.
[31] H. Operacz, Leczenie *akupunkturą,* Warszawa 1997, s. 129.

Problem główny: Jaki wpływ na leczenie bólu spowodowanego stanem zapalnym korzeni rdzeniowych ma akupunktura?

Problemy szczegółowe:

(P1) Czy według badanych osób akupunktura pomaga i jest skuteczna w leczeniu (łagodzeniu) bólu związanego ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych?

(P2) W jaki sposób u osób badanych zmieniło się odczuwanie bólu związanego ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych po zastosowaniu akupunktury?

Hipoteza główna: Mniemam, iż według badanych osób akupunktura wpływa na poprawę jakości życia w związku ze zmniejszeniem odczuwania bólu spowodowanego stanem zapalnym korzeni rdzeniowych.

Hipotezy szczegółowe:

(H1) Przypuszczam, że według badanych osób akupunktura pomaga i okazuje się skuteczna w leczeniu (łagodzeniu) bólu związanego ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych.

(H2) Podejrzewam, że według badanych osób po zastosowaniu akupunktury ból związany ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych zmniejszył swoje natężenie.

Jako podstawową metodę weryfikacji hipotez uznałam sondaż diagnostyczny, zaś źródło informacji stanowiła dla mnie ankieta.

W wyniku analizy zebranego materiału dokonałam następujących ustaleń:

1. Według przebadanych przeze mnie osób akupunktura pomaga i jest skuteczna w leczeniu bólu związanego ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych. Z tym stwierdzeniem zgadzają się zarówno osoby objęte wyłącznie akupunkturą, jak i osoby z grupy badawczej, w której zastosowano oprócz niej także iniekcje domięśniowe. Jedynie badani z grupy, którą poddano wyłącznie iniekcjom

domięśniowym uważają, że akupunktura nie należy do efektywnych metod leczenia ich dolegliwości.

2. Po zastosowaniu akupunktury odczuwanie bólu związanego ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych przez badane osoby sukcesywnie malało wraz z kolejnymi zabiegami, którym byli oni poddawani. Warto też zauważyć, że akupunktura oraz połączenie jej z zastrzykami okazały się skuteczniejszymi metodami terapii aniżeli same iniekcje. Najniższa średnia wartość bólu odczuwanego przez poddane tym metodom grupy pacjentów wyniosła 1,2 po całej serii zabiegów, podczas gdy w grupie, w której zastosowano tylko zastrzyki ze środkiem przeciwbólowym średnia ta wyniosła 3,6.
3. U osób z grupy, w której zastosowano wyłącznie terapię akupunkturą objawy bólowe zmniejszały się w najbardziej stabilnie i osiągnęły uśredniony poziom 1,4. bliski grupie poddanej iniekcjom domięśniowym i akupunkturze.

W świetle panujących trendów medycznych i społecznych uważa się, że w przypadku dolegliwości bólowych spowodowanych stanem zapalnym korzeni rdzeniowych zastosowanie iniekcji domięśniowych: Ketonal, Olfen, Movalis i Naklofen jest wyborem optymalnym. Wyniki otrzymane z moich badań wskazują jednoznacznie, że tak nie jest. Główną słabością moich badań jest rozmiar grupy, stąd otrzymane wyniki wymagają weryfikacji na większej liczbie osób.

5. Bibliografia

1. Kamiński A., *Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej,* „Metodologia pedagogiki społecznej", praca zbiorowa pod kierunkiem Wroczyńskiego R. i Pilcha T., Warszawa 1974.
2. Depa A., Wolan A., Przysada G., *Wpływ rehabilitacji na zmianę ruchomości kręgosłupa oraz subiektywnego odczuwania bólu u chorych z zespołem bólowym w odcinku lędźwiowym*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego", Rzeszów 2008, nr 2, s. 116-124.
3. Dobrogowski J., *Niefarmakologiczne metody leczenia bólu,* „Polski Przegląd Neurologiczny" t. 3, nr 4, Gdańsk 2007.
4. Dobrogowski J., Wordliczek J., *Medycyna bólu*, Warszawa 2004.
5. Garnuszewski Z*., Renesans akupunktury,* Warszawa 1988.
6. Muszyński H., *Wstęp do metodologii pedagogiki*, Warszawa 1971.
7. Łobocki M., *Metody badań pedagogicznych,* Warszawa 1978.
8. Operacz H., *Leczenie akupunkturą*, Warszawa 1997.
9. Pilch T., *Metodologia pedagogicznych badań środowiskowych*, Warszawa 1971.
10. Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 1977.
11. Pilch T., Wujek T., *Metody i techniki badań w pedagogice*, „Pedagogika" pod red. Godlewskiego M., Krawcewicza S., Wujka T., Warszawa 1974.
12. Okoń W., *Słownik pedagogiczny*, Warszawa 1975.
13. Zaczyński W., *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa 1968.
14. Wiśniewski A., *Ból*, Warszawa 2006/2007.
15. Wordliczek J., Dobrogowski J, *Leczenie bólu*, Warszawa 2007.
16. Xie Q., *The neurophysiological basis of acupuncture analgesia.* Skrypt do wykładów akupunktury.

5.1. Źródło internetowe:

1. http://www.nazdrowie.pl/artykul/definicje-bolu, Dostęp: [04.11.2016].
2. https://pl.wikipedia.org/wiki/Allodynia, Dostęp: [20.12.2016].
3. https://anatomia.wum.edu.pl/edu/czlek/czlekosteo_kr.htm,[Dostęp:17.12.2016]
4. http://ajurweda.blogspot.com/2014/07/bol-kregoslupa-jak-go-pokonac.html, [Dostęp: 27.04.2017].
5. https://pl.wikipedia.org/wiki/B%C3%B3l, [Dostęp: 14.01.2017].
6. http://www.nazdrowie.pl/artykul/definicje-bolu, Dostęp: [04.11.2016].

6. Załącznik A

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Informacja dla uczestnika badania

Jestem słuchaczką Szkoły Akupunktury Tradycyjnej im. Michała Boyma w Bydgoszczy. Pracuję w Miejsko-Gminnej Przychodni w Świeciu. Zwracam się do Pana/Pani z prośbą o wzięcie udziału w badaniu ankietowym, którego celem jest poznanie opinii na temat zastosowania akupunktury w leczeniu bólu związanego ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych. Oświadczam, że Pana/Pani dane są i pozostaną anonimowe, a uzyskane wyniki posłużą jedynie dla realizacji celów badawczych. Proszę o szczere i rzetelne odpowiedzi. Wybraną odpowiedź proszę zaznaczyć krzyżykiem. Dziękuję za pomoc.

Temat badania: Wpływ leków podanych w iniekcji na stan zapalny korzeni rdzeniowych, a zastosowanie akupunktury na punktach Meridianu Pęcherzyka Żółciowego (GB 31; GB 30; GB 29).

METRYCZKA (proszę zaznaczyć właściwe):

1. Płeć:

Kobieta □ Mężczyzna □

2. Wiek: …… lat (a)

3. Miejsce stałego zamieszkania:

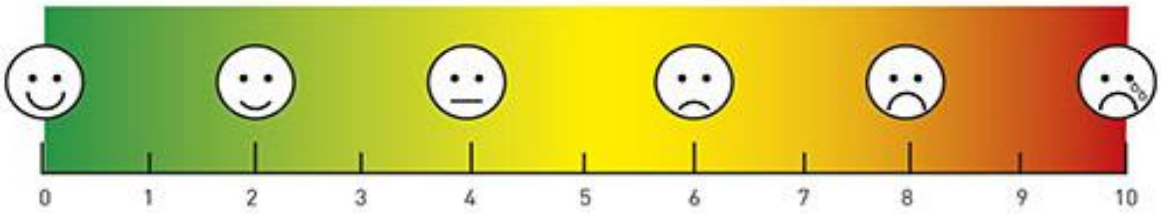
Miasto □ Wieś □

DANE TEMATYCZNE:

4. Czy według Pana/Pani akupunktura pomaga i jest skuteczna w leczeniu (łagodzeniu) bólu związanego z Pańską przypadłością? (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź na skali)

Całkowicie się nie zgadzam 1	Nie zgadzam się 2	Raczej się nie zgadzam 3	Nie mam zdania 4	Raczej się zgadzam 5	Zgadzam się 6	Całkowicie się zgadzam 7
○	○	○	○	○	○	○

5. Gdyby miał/miała Pan/Pani określić natężenie bólu po zastosowaniu akupunktury stosując do tego poniższą skalę, wyglądałaby ona następująco (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź na skali ujmując odpowiednią cyferkę w kółeczko; wartość 0 oznacza całkowity brak bólu, wartość 5 – ból umiarkowany, natomiast wartość 10 – najsilniejszy wyobrażalny ból, pozostałe wartości są wartościami pośrednimi):



7. Spis Rysunków

Ryc. 1.2.1. – 1. Schemat budowy kręgosłupa wraz z nazwami naturalnych krzywizn.

Ryc. 2.5. – 1. Rycina punktów Meridianu Pęcherzyka Żółciowego.

Ryc. 2.5. - 2. Rycina punktów Meridianu Pęcherzyka Żółciowego.

Ryc. 2.5. – 3. Rycina punktów Meridianu Pęcherzyka Żółciowego.

8. Spis tabel

Tabela 3.1. – 1. Ocena bólu według 10 – stopniowej skali, gdzie 10 oznacza najsilniejszy wyobrażalny ból, 0 oznacza całkowity brak bólu, a wszelkie pozostałe wartości są wartościami pośrednimi.

Tabela 3.1. – 2. Postrzeganie skuteczności akupunktury w leczeniu bólu związanego ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych.

Tabela 3.2. – 1. Ocena bólu według 10 – stopniowej skali, gdzie 10 oznacza najsilniejszy wyobrażalny ból, 0 oznacza całkowity brak bólu, a wszelkie pozostałe wartości są wartościami pośrednimi.

Tabela 3.2. – 2. Postrzeganie skuteczności akupunktury w leczeniu bólu związanego ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych.

Tabela 3.3. – 1. Ocena bólu według 10 – stopniowej skali, gdzie 10 oznacza najsilniejszy wyobrażalny ból, 0 oznacza całkowity brak bólu, a wszelkie pozostałe wartości są wartościami pośrednimi.

Tabela 3.3. – 2. Postrzeganie skuteczności akupunktury w leczeniu bólu związanego ze stanem zapalnym korzeni rdzeniowych.