

JAKOŚĆ ŻYCIA MŁODZIEŻY Z CHOROBAŚ SCHEUERMANNNA

QUALITY OF LIFE OF THE YOUTH WITH SCHEUERMANN'S DISEASE

Joanna Użyńska¹, Robert Ropiak², Ireneusz M. Kowalski^{1,3}

¹ Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce

² Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk Medycznych,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

³ Katedra i Klinika Rehabilitacji, Wydział Nauk Medycznych,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

STRESZCZENIE

Wstęp. Do określenia jakości życia lub poziomu życia (ang. *well-being or quality of life*) stosuje się najczęściej dwa rodzaje kryteriów: obiektywne i subiektywne. Określając pierwsze z nich odwołujemy się do materialnych warunków życia, pełnionych ról społecznych, zajmowanej pozycji oraz więzi, jakie łączą jednostkę z innymi ludźmi. Drugim kryterium jest subiektywna ocena jednostki, dotycząca satysfakcji z życia w różnych jego aspektach.

Cel pracy. Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów z chorobą Scheuermannna.

Materiał i metody. Badaniu poddano 30 pacjentów w wieku od 12 do 19 lat, średnio 15 lat z chorobą Scheuermannna, hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Rehabilitacji i Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Ameryce koło Olsztyna od grudnia 2008 do kwietnia 2009 r. Chorzy wypełnili kwestionariusz ankiety, który posłużył do dokonania oceny jakości ich życia.

Wyniki. Ponad 1/3 pacjentów odczuwała często dolegliwości bólowe, także 1/3 odczuwała je sporadycznie, a tylko 8 osób deklarowało, że nie odczuwa ich w ogóle. Ból utrudnia funkcjonowanie pacjentom w różnych sytuacjach, a do najczęstszych należą: aktywność fizyczna, zajęcia szkolne i domowe. Wśród chorych poddanych badaniu 17 osób oceniło, że choroba Scheuermannna wpływa negatywnie na ich

jakość życia. 25 osób (83%) odczuwało poprawę po ćwiczeniach i zabiegach fizjoterapeutycznych. Znaczna część ankietowanych przyznała, że nie wykonuje w domu zaleconych ćwiczeń. Również wśród pacjentów gorsetowanych duża część deklarowała niestosowanie się do zaleceń noszenia gorsetu.

Wnioski. Większość chorych negatywnie oceniała jakość swojego życia z powodu występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa. Jednak grupa ta w znacznej części deklarowała, że odczuwa poprawę samopoczucia po ćwiczeniach i zabiegach fizjoterapeutycznych. Znaczna część ankietowanych nie wykonywała zalecanych ćwiczeń w domu, co powodowało brak poprawy ich stanu zdrowia. Prawie połowa chorych z zaleceniem noszenia gorsetu nie stosowała się do niego, ponieważ stanowiło to dla nich znaczną uciążliwość.

ABSTRACT

Introduction. In order to evaluate one's well-being or quality of life, two types of criteria are most frequently applied: objective and subjective. Whilst determining the first set of criteria, financial situation, social roles, social position and relationships with other individuals are considered. The second type of criteria refers to a given individual's subjective evaluation concerning satisfaction in various aspects of life.

Aim. This study aimed at evaluating the quality of life of patients with Scheuermann's disease.

Materials and methods. This study involved 30 patients, aged from 12 to 19, the median age: 15, with Scheuermann's disease, hospitalised in The Chair and Rehabilitation Clinic in the Provincial Rehabilitation Hospital for Children in Ameryka/ Olsztyn, between December 2008 and April 2009. The patients completed a questionnaire which served to carry out the evaluation of their quality of life.

Results. More than 1/3 of the patients manifested pain, and also 1/3 of them reported pain to be rare, whereas only 8 patients declared no pain at all. Pain made it difficult for the patients to function in various life situations, the most frequent being: physical activity as well as school and home activities. Out of the examined patients, 17 declared that Scheuermann's disease had a negative impact on their lives. 25 patients (83%) experienced improvement after physical exercises and physiotherapy. A large number of the questioned patients admitted that they did not do the recommended exercises at home. Similarly, among those patients who had been recommended to wear back braces, a large group declared that they did not do it.

Conclusions. The majority of the patients evaluate their quality of life negatively due to back pain. However, a significant proportion of this group declare that their well-being improves after physical exercises and physiotherapy. A large number of the studied patients do not do recommended exercises at home which results in the lack

of improvement of their health condition. Almost half of the patients for whom back braces were recommended do not wear them because they find it troublesome.

Słowa kluczowe: jakość życia, rehabilitacja, choroba Scheuermanna.

Key words: quality of life, rehabilitation, Scheuermann's disease.

WSTĘP

Do określenia jakości życia lub poziomu życia (ang. *well-being or quality of life*) stosuje się najczęściej dwa rodzaje kryteriów: obiektywne i subiektywne. Określając pierwsze z nich odwołujemy się do materialnych warunków życia, pełnionych ról społecznych, zajmowanej pozycji oraz więzi, jakie łączą jednostkę z innymi ludźmi. Określają one jakość życia i jego standard, nie gwarantujący zaspokojenia podstawowych potrzeb. Drugim kryterium jest subiektywna ocena jednostki, dotycząca satysfakcji z życia w różnych jego aspektach. Wymiar ten jest bardzo istotny, gdyż odgrywa znaczącą rolę w percepcji i ocenie własnej sytuacji, niejednokrotnie odbiegającej od parametrów obiektywnych [26]. Jakość życia w najczęstszym rozumieniu jest kategorią zbiorczą, w której skład wchodzi: samopoczucie fizyczne i psychiczne, byt materialny i ogólne warunki życia, możliwość rozwoju osobistego, warunki pracy i rekreacji, podmiotowość, jakość stosunków z najbliższym otoczeniem oraz możliwość realizacji zamierzeń. W zależności od kompozycji powyższych wymiarów życia jednostki składają się one na łańcuch, od niskiej jakości, charakteryzującej się brakiem zaspokojenia najważniejszych potrzeb, do jakości wysokiej, będącej synonimem życia pełnego, nacechowanego pożądanym stopniem dobrobytu [26]. Dodatkowe zmienne do jakości życia wnosi sytuacja choroby lub kalectwa. Na gruncie nauk medycznych korzysta się z określenia: jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (*health related quality of life – HRQL*), rozumiana jako funkcjonalny efekt choroby oraz jej leczenia przeżywany przez chorego. Wskazuje się tu na cztery podstawowe sfery funkcjonowania człowieka: stan fizyczny oraz sprawność ruchowa, stan psychiczny, doznania somatyczne i sytuacja społeczna, a także warunki ekonomiczne [11]. Wyodrębnienie tych wymiarów pozwala na dokonanie całościowej oceny jakości życia oraz jej wymiarów cząstkowych. W ocenie globalnej jakości życia, uwarunkowanej stanem zdrowia, poza skupieniem się na objawach lub uciążliwościach leczenia, ocenie należy poddać również postawę chorego wobec siebie, własnej choroby oraz sposobu radzenia sobie z nią. Oceniając jakość życia, szczególną uwagę zwraca się na konieczność rozróżnienia obiektywnego stanu zdrowia oraz jego subiektywnego poczucia. W obiektywnej ocenie jakości zdrowia, która jest uwarunkowana stanem zdrowia, należy uwzględnić rodzaj choroby, nasilenie objawów i wynikające z nich ograniczenia życiowe oraz społeczne, a także ekonomiczne konsekwencje choroby. Jest to szczególnie przydatne

przy definiowaniu posiadania zdrowia lub jego utraty oraz różnego rodzaju niepełnosprawności. Skutkiem subiektywnej oceny stanu zdrowia, dokonanej przez jednostkę, jest doświadczenie poczucia jego jakości [11].

W 1920 r. Holger Scheuermann stwierdził, że kifoza młodzieńcza jest jałową martwicą jąder kostnienia, zachodzącą w listewkach brzeżnych i płytkach granicznych kręgow [1, 2, 28, 29]. Miało to prowadzić do zahamowania wzrostu trzonów oraz sklinowania w płaszczyźnie strzałkowej [3, 4, 6, 30]. Najczęstsze występowanie szczytu kifozy piersiowej określał między Th7 a Th10. Scheuermann nie stwierdzał wówczas zmian w odcinkach szyjnym i lędźwiowym kręgosłupa. Jednak już w 1936 r. pisał także o lędźwiowej postaci choroby [5, 8–10, 12–14]. Christian Schmorl interpretował chorobę Scheuermanna jako wczesny proces zwyrodnieniowy, który przebiega z pierwotnymi zmianami w krążku międzykręgowym, co w konsekwencji powoduje wtórne zmiany kostne o charakterze wzrostowym [12, 15, 16, 18, 19, 28]. Ippolito i Ponseti w 1980 r. ostatecznie odrzucili istnienie martwicy aseptycznej obszarów wzrostowych trzonów kręgow [10]. Choroba dotyczy częściej chłopców. Ujawnia się po 10 roku życia, a szczególnie między 13 a 17 rokiem życia [20–25, 29]. Według różnych autorów dotyczy od 0,4 do 8% populacji [1, 2, 5, 6, 9, 12, 14, 27, 28].

Etiologia zmian w trzonach kręgow w młodzieńczej kifozie piersiowej nie jest ostatecznie potwierdzona [27, 30, 32]. Na obecnym etapie wiedzy przyjmowana jest teoria zaburzeń kostnienia śródchrzęstnego trzonów kręgow. Zaburzenia kostnienia sfer wzrostowych trzonów kręgow doprowadzają do zmiany kształtu trzonów, a w konsekwencji do zaburzeń krzywizn fizjologicznych kręgosłupa i narastania wadliwej postawy [16, 17, 29, 31]. Wśród czynników predysponujących występowanie schorzenia najczęściej wymieniane są: genetyczne i mechaniczne (urazy oraz dysproporcje między obciążeniem a wytrzymałością tkanek), zaburzenia hormonalne i metaboliczne [8, 10, 12, 22], awitaminoza (witamin: A, D, E) oraz czynniki konstytucjonalne [8].

CEL PRACY

Głównym celem przeprowadzonego badania była ocena jakości życia pacjentów z chorobą Scheuermanna.

MATERIAŁ I METODY

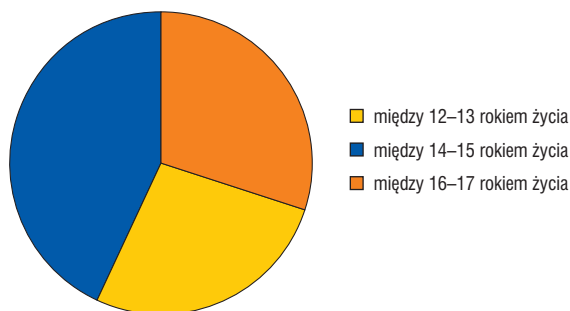
Badaniem objęto 30 pacjentów w wieku od 12 do 19 lat, średnio 15 lat, 19 (63%) chłopców i 11 (37%) dziewcząt z chorobą Scheuermanna, leczonych w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci oraz Katedrze i Klinice Rehabilitacji w Ameryce od połowy grudnia 2008 do kwietnia 2009 r.

Podstawą do przeprowadzenia badania był wcześniej do tego celu przygotowany kwestionariusz ankiety. Zbudowano możliwie proste i zrozumiałe pytania. Do przeprowadzenia ankiety uzyskano zgodę nr 4/2008 z dn. 02 września 2008 r. Komisji

Etycznej Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Ameryce [7, 31]. Przeprowadzona ankieta była dobrowolna i anonimowa. Ankietowani wypełniali kwestionariusz samodzielnie. Ankieta była skonstruowana z dwóch części. Pierwsza z nich składała się z 16 pytań, mających charakter obiektywny bądź subiektywny. Odpowiedzi na drugie z nich zależały od indywidualnej oceny pacjenta i dawały wgląd na wpływ przebiegu choroby Scheuermanna na jakość życia młodzieży. Druga część ankiety zawierała dane osobowe chorych. Dotyczyła płci, rodzaju szkoły, do której uczęszczają oraz miejsca zamieszkania. Ankietowani mieli możliwość wyboru odpowiedzi z wielu podanych w kwestionariuszu. Obligowało to biorących udział w ankiecie do zaznaczenia odpowiedzi zgodnej z ich odczuciami. Taka struktura pozwoliła na ujednoczenie wyników, a także ułatwiła dalszą ich interpretację i ocenę [7]. Dane uzyskane z ankiet poddano wnikliwej analizie badawczej.

WYNIKI

Ankieta wykazała, że u największej liczby pacjentów zdiagnozowano chorobę między 14 a 15 rokiem życia (aż u 13 osób, co stanowi 43%), zaś między 16 a 17 rokiem życia zdiagnozowano ją u 9 osób (30%), a między 12 a 13 rokiem życia u 8 osób (27%). Nie stwierdzono jej u pacjentów powyżej 18 roku życia. Jest to więc schorzenie najczęściej wykrywane w okresie dojrzewania. Zdiagnozowanie choroby w określonych przedziałach wiekowych obrazuje ryc. 1.



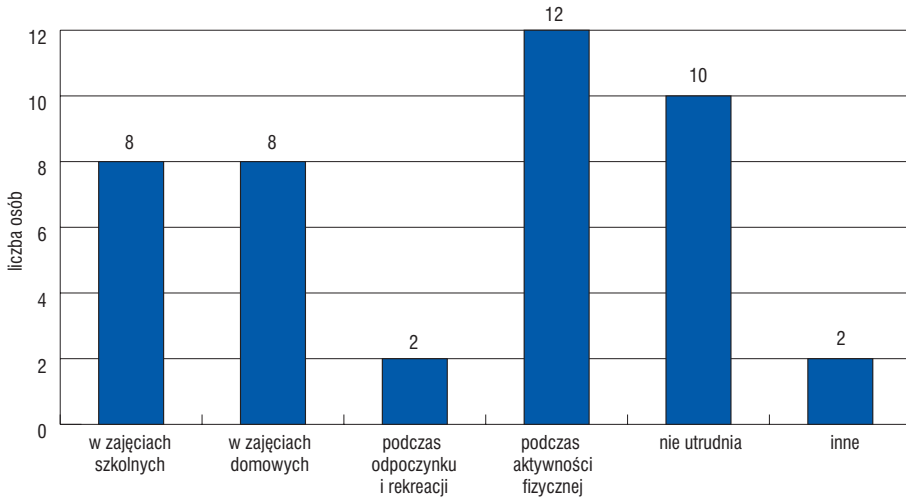
Ryc. 1. Zdiagnozowanie choroby w określonych przedziałach wiekowych.

Fig. 1. Disease diagnosis according to age.

Duża część ankietowanych określiła, że często odczuwało ból kręgosłupa – 11 osób, również 11 osób odczuwało sporadycznie dolegliwości bólowe. Tylko 8 osób deklarowało, że nie odczuwa bólu. Z powyższych badań wynika, że aż 22 osoby (73%) odczuwały ból.

W pytaniu, w jakiej sytuacji ból utrudnia funkcjonowanie ankietowanych, aż 12 osób zaznaczyło, że odczuwają dolegliwości podczas aktywności fizycznej, 8 osób określiło, że ma to miejsce w czasie zajęć szkolnych i tyle samo pacjentów odczuwało go podczas zajęć domowych, zaś dwoje podczas odpoczynku i rekreacji. Tylko dwie

osoby stwierdziły, że odczuwają ból podczas schylania się i długo trwającej pozycji stojącej. 10 osób zaznaczyło, że ból nie utrudnia ich funkcjonowania. Sytuacje, w jakich ból utrudnia funkcjonowanie ankietowanych przedstawia ryc. 2.



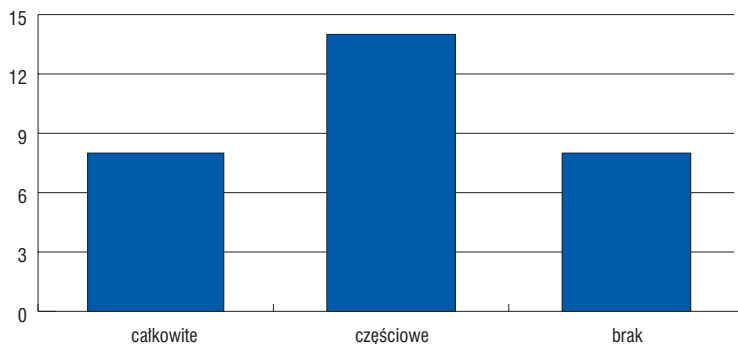
Ryc. 2. Sytuacje, w których ból utrudniał funkcjonowanie ankietowanych.

Fig. 2. Situations in which pain makes it difficult to function.

Wśród 8 osób ankietowanych, które nie odczuwały bólu, 6 zaznaczyło, że choroba Scheuermanna nie wpływa negatywnie na ich życie. Wśród 11 osób, sporadycznie odczuwających ból, 6 określiło, że choroba nie ma na nich negatywnego wpływu, zaś na 5 ma niekorzystny wpływ. Z 11 osób często odczuwających ból kręgosłupa tylko jedna nie oceniła negatywnie wpływu choroby na swój organizm, pozostałych 10 uważało, że ma ona ujemny wpływ na ich życie.

Większość ankietowanych podało, że zna istotę choroby Scheuermanna (24 osoby). Tylko 6 osób stwierdziło, że jej nie zna. Wśród nich 5 zaznaczyła w kwestionariuszu, że nie odczuwa bólu, a tylko jedna odczuwała go sporadycznie.

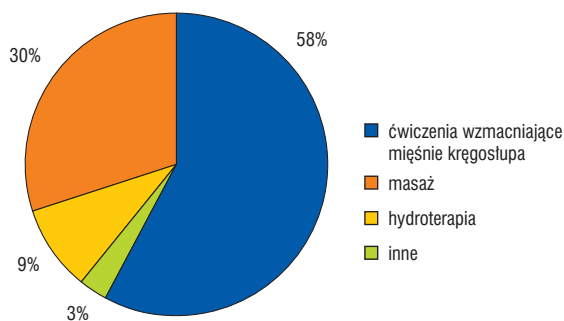
Część młodzieży z chorobą Scheuermanna była zwolniona z zajęć wychowania fizycznego lub nie wykonywała niektórych ćwiczeń na tych zajęciach. Tylko 8 osób podało, że ćwiczy na lekcjach w-f. Prawie połowa ankietowanych, tj. 14 osób uczestniczyło w zajęciach wychowania fizycznego, nie wykonując jedynie wykluczonych przez lekarza ćwiczeń. 8 osób było całkowicie zwolnionych z zajęć. Uczestnictwo w zajęciach wychowania fizycznego ankietowanej młodzieży ukazuje ryc. 3.



Ryc. 3. Uczestnictwo w zajęciach wychowania fizycznego ankietowanej młodzieży.

Fig. 3. Participation of the researched youth in physical education classes.

Kolejne pytanie kwestionariusza, uwzględniające ocenę ankietowanych, dotyczyło poprawy, jaką odczuwają po ćwiczeniach i zabiegach rehabilitacyjnych. Aż 25 osób określiło, że te formy poprawiają ich samopoczucie, a tylko 5, że nie ulega ono zmianie. Można więc wywnioskować, że rehabilitacja ma duży wpływ na poprawę jakości życia pacjentów. 5 osób, które nie odczuwały poprawy po ćwiczeniach i zabiegach, oceniło również, że choroba Scheuermanna nie wpływa negatywnie na ich życie. Pozostałe 25 osób, które odczuwały poprawę po zabiegach i ćwiczeniach, określiło jaka ich forma ma na to wpływ. Wśród 25 osób aż 19 zakreśliło ćwiczenia wzmacniające mięśnie kręgosłupa (58%), 10 osób zaznaczyło, że czuje się lepiej po masażu (30%), zaś 3 pacjentów po hydroterapii (9%). Odczuwanie przez ankietowanych poprawy po określonych ćwiczeniach i zabiegach obrazuje ryc. 4.

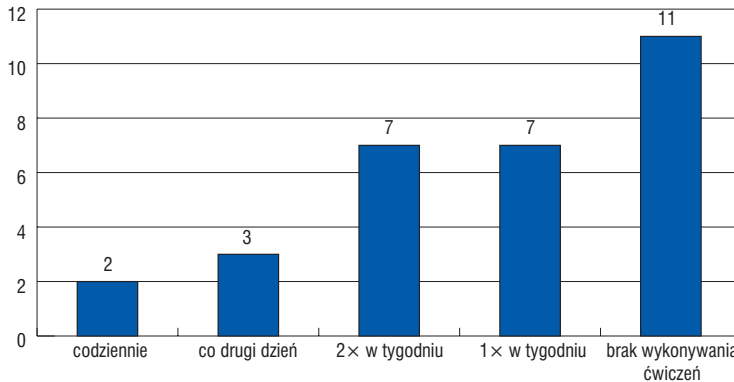


Ryc. 4. Odczuwanie przez ankietowanych poprawy po określonych ćwiczeniach i zabiegach.

Fig. 4. Improvement felt by the questioned patients after specific exercises and physiotherapy.

Inne pytanie w kwestionariuszu dotyczyło wykonywanych przez ankietowanych w domu ćwiczeń, stanowiących kontynuację form rehabilitacji wyuczonych w szpi-

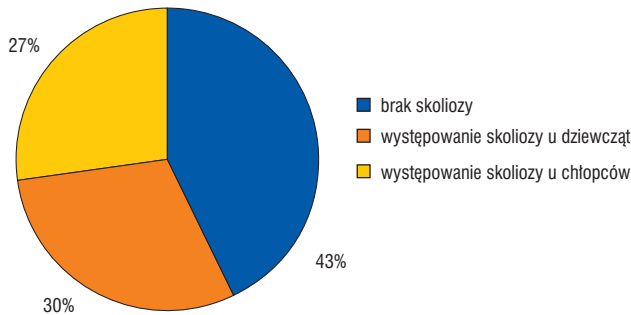
tal. Z kwestionariusza wynika, że ponad 1/3 ankietowanych nie ćwiczyła w domu, aż 11 osób, 7 osób ćwiczyło jeden raz w tygodniu i tyle samo stosowało ćwiczenia dwa razy w tygodniu, 3 osoby ćwiczyły co drugi dzień, a tylko 2 codziennie. Częstość wykonywania przez ankietowanych ćwiczeń w domu przedstawia ryc. 5.



Ryc. 5. Częstość wykonywania przez ankietowanych ćwiczeń w domu.

Fig. 5. Frequency of exercising at home.

Ponad połowa ankietowanych poza chorobą Scheuermanna miała zdiagnozowane boczne skrzywienie kręgosłupa – 17 osób. Wśród 17 ankietowanych mających skoliozę (57%) było 9 dziewczynek i 8 chłopców. Występowanie skoliozy towarzyszącej chorobie Scheuermanna obrazuje ryc. 6.

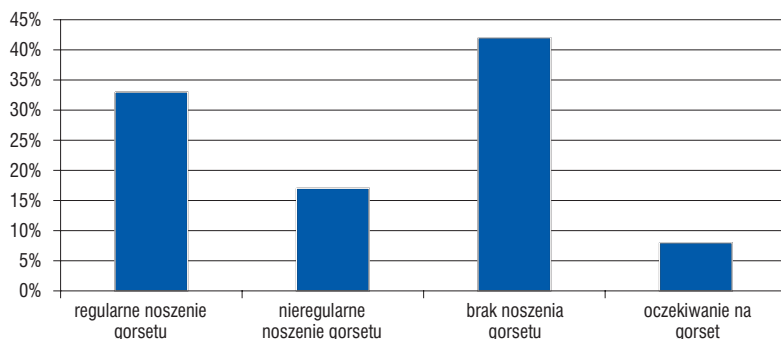


Ryc. 6. Występowanie skoliozy towarzyszącej chorobie Scheuermanna.

Fig. 6. Scoliosis co-occurring in Scheuermann's disease.

W grupie badanych dzieci z chorobą Scheuermanna 43% wymagało gorsetowania. Większość z nich stanowili chłopcy – 8 osób (67%). Pośród młodzieży, której zalecono noszenie gorsetu, przeważająca część – 9 osób (75%) odczuwało ból kręgosłupa. Tylko 4 osoby podały, że noszą gorset zgodnie z zaleceniami lekarza (33%). 2 osoby (17%) zaznaczyły, że nie zawsze stosują tę formę korekty wady, mimo zale-

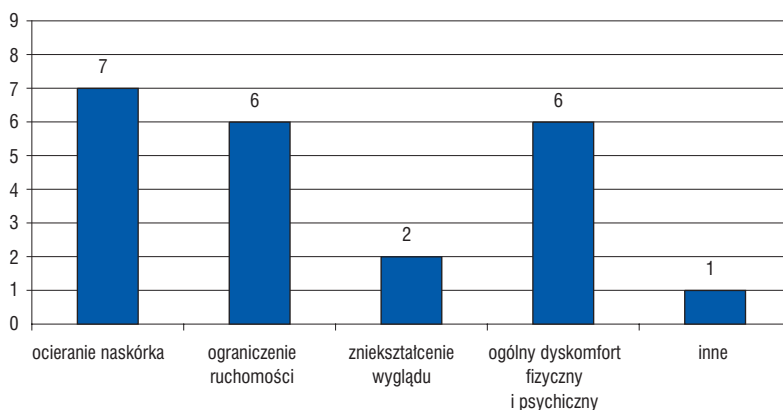
ceń lekarza. Aż 5 chorych przyznało się, że nie nosi gorsetu (42%). Stosowanie się do zaleceń noszenia gorsetu przez ankietowanych przedstawia ryc. 7.



Ryc. 7. Stosowanie się do zaleceń noszenia gorsetu przez ankietowanych.

Fig. 7. Observing recommendations for back braces.

Wśród 11 osób, którym lekarz zalecił noszenie gorsetu, 10 określiło, że jego noszenie stanowi dla nich pewną uciążliwość. Tylko jedna pacjentka stwierdziła, że stosowanie gorsetu nie jest dla niej uciążliwe. 6 pacjentów nie było zadowolonych z konieczności stosowania gorsetu, ponieważ ocierał on naskórek, 6 osób stwierdziło, że ogranicza ich ruchomość, 2 opowiadały, że zniekształca ich wygląd, a 6 odczuwało ogólny dyskomfort fizyczny i psychiczny. Uciążliwość noszenia gorsetu prezentuje ryc. 8.



Ryc. 8. Uciążliwość noszenia gorsetu.

Fig. 8. Troublesomeness of wearing back braces.

Wśród 11 ankiet wypełnionych przez pacjentów, którzy powinni nosić gorset, 10 określiło, że zna istotę choroby Scheuermanna.

Ostatni punkt ankiety dotyczył oceny własnej sylwetki i ewentualnej jej zmiany spowodowanej chorobą. Aż 25 osób uważało, że ich sylwetka została zmieniona z powodu choroby. Pośród nich 9 stwierdziło, że ich schorzenie nie wpływa na

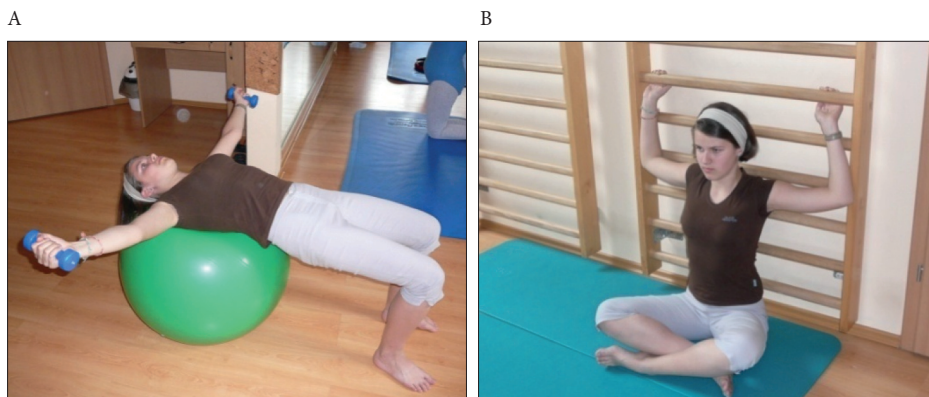
nich negatywnie, zaś pozostałe 16 określiło ten wpływ jako niekorzystny. 5 osób nie stwierdziło zniekształcenia swojego wyglądu. Te same 5 osób określiło, że choroba Scheuermanna nie wpływa negatywnie na ich życie.

DYSKUSJA I OMÓWIENIE

Diagnostyka choroby Scheuermanna opiera się głównie na objawach klinicznych i radiologicznych. Stwierdza się zazwyczaj nieprawidłową postawę ciała z pogłębioną kifozą piersiową, wysunięciem do przodu barków, a także głowy przed klatkę piersiową, kompensacyjną hiperlordozę szyjną, odstawanie dolnych kątów łopatek i wysunięcie brzucha przed klatkę piersiową, spowodowane hiperlordozą lędźwiową [1, 3, 5, 8, 14]. Do pewnego rozpoznania choroby niezbędne jest wykonanie zdjęć rtg kręgosłupa w dwóch projekcjach: AP (przednio-tylnej) i bocznej. Pozwalają one na dokonanie oceny krzywizn i charakteru zmian kręgów, które zostały objęte procesem chorobowym [2, 5, 8, 14].

W zaawansowanej chorobie Scheuermanna, w obrazie zdjęcia rtg wykonanego w projekcji bocznej dominuje powiększenie kifozy piersiowej, przebiegające zwykle ze zniekształceniem klinowatym kilku kręgów, najbardziej wyrażonym na szczycie hiperkifozy [10, 12, 16, 24, 28, 31]. Stosunkowo wcześniej pojawiają się zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze, bo już około 17–18 roku życia i z czasem narastają, co powoduje nasilenie dolegliwości bólowych [28–31]. Leczenie dorastającego dziecka z chorobą Scheuermanna ma na celu: zapobieganie powiększaniu deformacji, obniżenie nasilenia objawów bólowych i zapobieganie następstwom narastającej kifozy [1, 5, 8, 9, 12–14, 20, 28].

Leczenie zachowawcze polega na zastosowaniu kinezyterapii – wykonywaniu ćwiczeń (ryc. 9) oraz ewentualnemu zastosowaniu gorsetu elongacyjno-ekstensyjnego [14, 15, 27, 30]. Wymaga również ustalenia reżimu, który ma na celu odbarczenie osiowe kręgosłupa, poprzez częsty odpoczynek w pozycji leżącej i ograniczenie wysiłku fizycznego [24, 29, 31]. Niewielki procent chorych wymaga leczenia operacyjnego. Jest ono stosowane po osiągnięciu dojrzałości kostnej, gdy kąt kifozy jest większy niż 75° i/lub towarzyszy jej silny ból, niepoddający się leczeniu zachowawczemu [15, 20, 28, 32].



Ryc. 9. Przykładowe ćwiczenia stosowane w chorobie Scheuermanna [31]:

A. Wzmacnianie obręczy barkowej i mobilizacja odcinka piersiowego;

B. Rozciąganie mięśni piersiowych i międzyżebrowych.

Fig. 9. Selected exercises used in Scheuermann's disease [31]:

A. Strengthening the shoulder girdle and mobilization of the thoracic section;

B. Stretching thoracic wall and intercostal muscles.

W leczeniu zachowawczym stosujemy także:

- fizykoterapię – głównie w przypadkach znacznych dolegliwości bólowych, przy stwierdzeniu znacznych przykurczy mięśniowych oraz w ramach przygotowania do ćwiczeń. Stosuje się tu głównie: hydroterapię, elektroterapię, laser biostymulujący, pole magnetyczne o niskiej częstotliwości oraz zabiegi z wykorzystaniem ciepła i zimna [28];
- masaż leczniczy – wspomagający kinezyterapię;
- ortezy (ortezy odciążające, np. sznurówka Hochmanna), gdy występują trudności w uzyskaniu czynnej korekcji postawy i progresja kąta kifozy (prostotrzymacz Taylora). Kąt kifozy powyżej 60°, z towarzyszącymi dolegliwościami bólowymi i/lub z dużą progresją, jest wskazaniem do zastosowania gorsetów ortopedycznych [28, 29];
- leczenie dietetyczne zapewniające odpowiednie odżywianie, uwzględniające mleko, sery twarogowe, jarzyny i owoce [25].

Poczucie jakości życia w chorobie zależy od treści objawów chorobowych, ich nasilenia, czasu trwania choroby, jej przebiegu i rokowania. W dużym stopniu zależy ono również od tego, jakie znaczenie nadaje jednostka poszczególnym wydarzeniom życiowym. Rezultaty badań klinicznych wskazują, że nie zawsze ocena jakości życia, która jest stworzona na podstawie kryteriów zewnętrznych, pozostaje w zgodzie z oceną subiektywną formułowaną przez chorego. Poczucie jakości życia człowieka jest więc oceną tego, jak doświadcza i wartościuje on własne życie [11, 31]. Jakość życia związaną ze zdrowiem można więc rozpatrywać jako koncepcję wielopoziomową, która reprezentuje sumę oddziaływania wszystkich czynników fizjologicznych,

psychologicznych i społecznych wpływających na zdrowie [12, 19, 21, 24, 25, 30]. Sytuacja w przeżywaniu i odbiorze własnej choroby nieco inaczej wygląda u dzieci i młodzieży niż u dorosłych. Choroba przewlekła ma duży wpływ na okres szkolny i wyniki w nauce, głównie z powodu długotrwałego leczenia i częstych hospitalizacji, które stają się przyczyną nieobecności w szkole. W kontaktach międzyludzkich dzieci są bardziej świadome różnic, które istnieją między nimi a ich zdrowymi rówieśnikami. W konsekwencji zmniejsza się ich poczucie wartości [12, 25, 30, 31].

WNIOSKI

1. Przeważająca część chorych (66%) zgłaszała występowanie częstych lub sporadycznych dolegliwości bólowych kręgosłupa, wpływających na zmniejszenie ich komfortu życia.
2. Znaczna większość chorych (83%) odczuwała poprawę samopoczucia po ćwiczeniach i zabiegach fizjoterapeutycznych.
3. Ponad 1/3 pacjentów nie wykonywała zalecanych ćwiczeń w domu, a 2/3 nie wykonywała ich wystarczająco często.
4. Ponad 1/3 ankietowanych powinna używać gorsetu ortopedycznego, z czego prawie połowa nie stosowała się do wymienionych zaleceń, gdyż stanowiło to dla nich znaczną uciążliwość i obniżało ich jakość życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Arz W.: *Skutki przebytej choroby Scheuermanna dla odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa*. Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol., 1984; 49(1): 65–70.
2. Blumenthal S.L.: *Lumbar Scheuermann's: A clinical series and classification*. Spine 1987; 1: 929–932.
3. Borejko M., Dziak A.: *Badanie radiologiczne w ortopedii*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1988.
4. Bradford D.S.: *Vertebral osteochondrosis (Scheuermann's kyphosis)*. Clin. Orthop., 1981; 158: 83–90.
5. Carman D.L., Browne R.H.: *Measurement of scoliosis and kyphosis radiographs. Intraobserver and interobserver variation*. J. Bone J. Surg., 1990; 72-A(3): 328–333.
6. Dziak A., Shahrani M.: *Kifoza młodzieńcza*. Med. Sport., 1998; 81(4): 12–15.
7. Giżewski T., Kowalski I.M., Zarzycki D., Radomska-Wilczewska A., Lewandowski R., Kotwicki T.: *Model systemu samouczącego w diagnostyce medycznej*. Pol. Ann. Med., 2008; 15(1): 34–42.
8. Golec E., Chrzanowski R., Klauz G.: *Choroba Scheuermanna jako problem diagnostyczny i leczniczy. Prezentacja przypadku*. Kwart. Ortop., 1996; 52(2): 70–73.
9. Greene T.L.: *Back pain and Vertebral changes simulating Scheuermann's disease*. J. Pediatr. Orthop., 1985; 5: 1–7.
10. Ippolito E., Ponseti I.V.: *Juvenile kyphosis: histological and histochemical studies*. J. Bone J. Surg., 1981; 63-A(2): 175–182.
11. *Jakość życia w chorobie*. (red.) Steuden S., Okła W. Wydawnictwo KUL, Lublin 2007: 5–10.
12. Kaźmierczak U., Hagner W., Dzierżanowski M., Rosa E., Bułatowicz J., Srokowski G.: *Choroba Scheuermanna – rozpoznanie i rehabilitacja*. Kwart. Ortop., 2004; 56(4): 271–273.
13. Keirse M.: *Życie z chorobą*. Polskie Wyd. Encyklopedyczne, Radom 2007: 198–200.
14. Kiwerski J.: *Choroba Scheuermanna*. W: *Rehabilitacja Medyczna*. (red.) Kiwerski J. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006: 341–353.
15. Kotwicki T.: *Ból pleców u dzieci*. Med. Prakt. Pediatr., 2002; 1: 107–108.
16. Kowalski I.M., Hurlo L.: *Zaburzenia postawy ciała w wieku rozwojowym*. Wyd. Uniwersytetu Warmińskiego-Mazurskiego, Olsztyn 2003: 46–52.

17. Kowalski I.M., Kida-Purpurowicz G., Zaborowska K.: *Metody zachowawczego leczenia skoliozy idiopatycznej*. W: *Rehabilitacja pediatryczna*. (red). Kowalski I.M., Lewandowski R. WSRDA, Olsztyn 2003: 134–139.
18. Krasuski M.: *Bóle krzyża – ogólny zarys terapii profilaktyki*. <http://krasuski.com/zbk.htm0>
19. Majcher P., Fatyga M.: *Wady i zniekształcenia kręgosłupa*. CMPK Wiedza Med., Warszawa 2000: 89–130.
20. Malawski S.: *Powikłania neurologiczne towarzyszące osteochondrozie kręgosłupa lędźwiowego*. Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol., 1998; 63(1): 55–61.
21. Marciniak R.: *Choroba Scheuermanna (Kyphosis dorsi juvenilis)*. Ossolineum, Wrocław 1979.
22. McKenzie L., Sillence D.: *Familial Scheuermann disease: a genetic and linkage study*. J. Med. Genet., 1992; 29(1): 41–45.
23. Murray P.M., Wienstein S.L.: *The natural history and long-term follow-up of Scheuermann kyphosis*. J. Bone J. Surg., 1993; 75-A(2): 236–248.
24. Nyka W., Bielaszewska M.: *Choroba Scheuermanna schorzeniem rzadko rozpoznawanym*. Post. Rehab., 1997; 11(3): 99–104.
25. Omiatacz J.: *Choroba Scheuermanna (kifoza młodzieńcza)*. http://www.profesor.pl/mat/n14/pokaz_tmp.php?plik=n14/...
26. Ostrowska A.: *Jakość życia w chorobie człowieka, istoty społecznej*. http://senior.medigo.pl/artykul/2562_Jakosc_zycia_w_chorobie_czlowieka__istoty_spolecznej_.html, 28.02.2008.
27. Sachs B., Bradford D.: *Scheuermann kyphosis. Follow-up of Milwaukee-brace treatment*. J. Bone J. Surg., 1987; 69-A(1): 50–57.
28. Siwik P.: *Choroba Scheuermanna – rozpoznawanie i leczenie*. W: *Rehabilitacja pediatryczna*. (red.). Kowalski I.M., Lewandowski R. WSRDA, Olsztyn 2003: 141–148.
29. Siwik P., Kowalski I.M., Hagner W.: *Obraz kliniczny pacjentów z chorobą Scheuermanna*. Kwart. Ortop., 2006; 62(2): 167–170.
30. Skwarcz A., Fatyga M., Majcher P.: *Młodzieńcza kifoza piersiowa, tzw. choroba Scheuermanna*. W: *Rehabilitacja medyczna*. Tom II. (red.) Kwolk A. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2007: 156–183.
31. Użyńska J.: *Jakość życia młodzieży z chorobą Scheuermanna*. Praca licencjacka. Wydział Nauk Medycznych, Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn 2009.
32. Zarzycka M., Zarzycki D., Winiarski A., Jasiewicz D.: *Leczenie operacyjne choroby Scheuermanna. Choroby kręgosłupa u dzieci i młodzieży*. Bibl. Ortop. Dziecięcej, 1996; 3: 160–165.