

Važnost procjene kvalitete života u bolesnika s kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću

The Importance of Assessing the Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

SANDA ŠKRINJARIĆ CINCAR

Zavod za pulmologiju KBC-a Osijek, Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera, 31000 Osijek, Huttlerova 4

SAŽETAK U kliničkim studijama, kao i u svakodnevnoj kliničkoj praksi, bolesnici s kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću (KOPB-om) imaju bitno smanjenu kvalitetu života. Brojne studije pokazale su da je prognoza bolesnika s KOPB-om izravno povezana s kvalitetom njihova života. Egzacerbacije i pridružene bolesti uvelike utječu na pogoršanje kvalitete života bolesnika s KOPB-om. Među simptomima te bolesti za smanjenu kvalitetu života najodgovornija je dispneja koju obično imaju teži bolesnici. Međutim, smanjena kvaliteta života prisutna je u bolesnika s KOPB-om svih stupnjeva težine prema GOLD-u, pa i u onih s blagom opstrukcijom dišnih putova. Stoga je osim plućne funkcije uvijek potrebno procjenjivati i bolesnikove simptome. U smjernicama *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) od 2011. g. pa nadalje simptomi su uključeni u kombiniranu procjenu težine i prognoze bolesti, a poboljšanje zdravstvenog stanja odnosno kvalitete života postalo je jedan od važnih ciljeva liječenja. Kvaliteta života mjeri se upitnicima za procjenu utjecaja bolesti na zdravstveno stanje bolesnika. Upitnici se dijele u dvije osnovne skupine: 1. generičke i 2. upitnike specifične za bolest. U KOPB-u se najčešće upotrebljavaju generički upitnici SF-36 (*The Short Form 36 health survey questionnaire*) i oni specifični za bolest SGRQ (*St. George's Respiratory Questionnaire*). Osim navedenih u kliničkim istraživanjima KOPB-a rabi se velik broj drugih upitnika za procjenu kvalitete života koji nisu primjenjivi u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Za procjenu kvalitete života u svakodnevnom radu kliničara osmišljen je jednostavniji upitnik CAT (*COPD Assessment Test*) koji omogućuje brzu procjenu i praćenje bolesnika te odlično korelira sa znatno složenijim SGRQ-om.

KLJUČNE RIJEČI: kvaliteta života, KOPB, upitnici za procjenu KOPB-a, upitnik CAT

SUMMARY Both clinical studies and daily clinical practice have shown that patients suffering from COPD have a significantly lower quality of life. Numerous studies have demonstrated that the prognosis for COPD patients is directly linked to their quality of life, which is significantly affected by exacerbations and related diseases. In that regard the most obvious symptom is dyspnoea, and usually patients with severe form of the disease suffer from it. However, reduced quality of life is present in all groups of patients categorised using the GOLD guidelines, including those with mild air passages obstruction. It is therefore necessary to assess not only the pulmonary function, but other symptoms as well. The GOLD guidelines from 2011 onward suggest including symptoms in the combination of the assessed severity and risk of the disease. Improving health and life quality in general has become one of the goals of treatment. The quality of life is evaluated using questionnaires to assess the impact of the disease on patient's general condition. Questionnaires are divided into generic and disease-specific ones. For COPB generic SF-36 questionnaires (*The Short-Form 36-item health survey questionnaire*) are usually used, as well as the disease-specific one SGRQ (*St. George's Respiratory Questionnaire*). In addition, COPD clinical trials use a number of other questionnaires which cannot be applied in daily clinical practice. For this purpose a simpler CAT questionnaire (*COPD Assessment Test*) has been created, enabling a fast evaluation and monitoring, and it correlates well with a more complex SGRQ.

KEY WORDS: quality of life, COPD, questionnaires for assessing COPD, CAT questionnaire

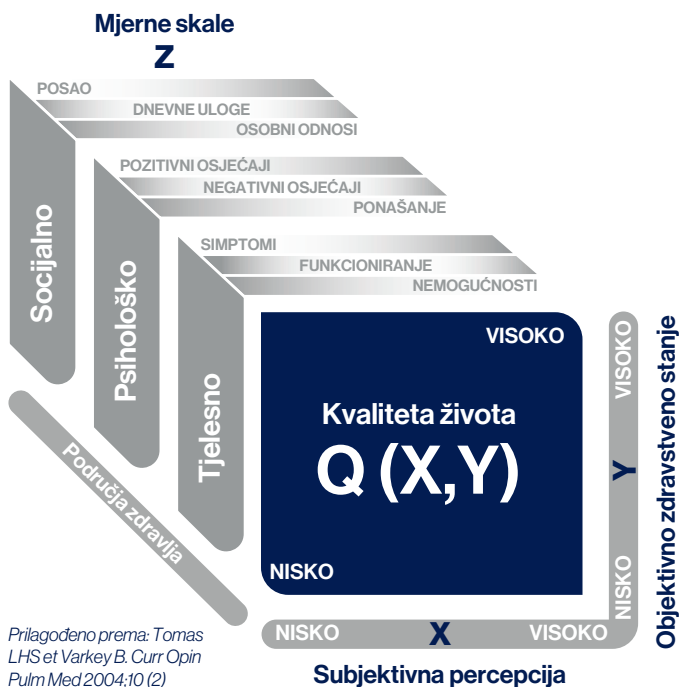


Uvod: Pojam kvalitete života

Shvaćanje pojma kvalitete života mijenjalo se kroz povijest o čemu svjedoče brojna istraživanja provedena u različitim područjima. U literaturi ne postoji jedinstvena definicija „kvalitete života“, a ne postoje ni univerzalni instrumenti za njezino mjerenje. Domaći autori Krizmanić i Kolesarić definiraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima

u kojima osoba živi, kao i karakteristikama ličnosti i njezina životnog iskustva koje utječu na doživljavanje realnosti. Preduvjeti za kvalitetan život jesu puno i aktivno sudjelovanje u interakcijskim i komunikacijskim procesima, kao i razmjena u okviru fizičkog i društvenog okruženja (1). Pojam kvalitete života podrazumijeva kombinaciju subjektivnih i objektivnih pokazatelja koji su općenito slabo povezani sve do trenutka kada objektivni uvjeti postanu loši (2).

SLIKA 1. Shematski prikaz područja i varijabla uključenih u procjenu kvalitete života



Prilagođeno prema: Tomas LHS et Varkey B. Curr Opin Pulm Med 2004;10 (2)

Narušeno zdravlje odnosno bolest jedan su od najvažnijih vanjskih događaja koji na složen način negativno utječu na život pojedinca, osobnu kvalitetu njegova života i osjećaj zadovoljstva njime (3).

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) 1946. g. definirala je zdravlje kao stanje potpune tjelesne, mentalne i socijalne dobrobiti, a ne samo odsutnost bolesti ili nesposobnosti. Danas postoji opća suglasnost da pojam zdravlja obuhvaća potpunu funkciju ili učinkovitost tijela i uma te socijalnu prilagodbu. Slika 1. shematski prikazuje varijable i područja koji su uključeni u procjenu kvalitete života (4). U skladu s definicijom SZO-a procjenjuje se koliko je u životu jedne osobe dobrobit narušena u području tjelesnog, psihičkog i socijalnog zdravlja. S obzirom na to da kronične bolesti zahvaćaju velik dio populacije, samoprocjena kvalitete života i zdravstvenog stanja sve češće se upotrebljava i kao mjera uspješnosti njihova liječenja. U procjeni kvalitete života povezane sa zdravstvenim stanjem (HRQoL od engl. *Health Related Quality of Life*) razmatraju se simptomi, tjelesna aktivnost, kognitivne sposobnosti, psihosocijalno stanje, emocije i prilagodba na bolest.

Značenje kvalitete života u bolesnika s KOPB-om

U Europi od KOPB-a umire 200.000 do 300.000 bolesnika na godinu (5). Procjenjuje se da će do 2020. g. KOPB postati peti najčešći uzrok pobola i treći najčešći uzrok smrti. Mnoge studije pokazale su da je kvaliteta života bolesnika s KOPB-om znatno narušena te povezana, s jedne strane,

sa simptomima bolesnika, a, s druge strane, s lošom prognozom bolesti. Stoga je poboljšanje kvalitete života prepoznato kao jedan od glavnih ciljeva liječenja i implementirano u gotovo sve smjernice za liječenje KOPB-a. Simptomi i plućna funkcija u bolesnika s KOPB-om nisu uvijek povezani tako da bolesnici s teškom opstrukcijom mogu imati malo simptoma, kao i obrnuto. U procjeni utjecaja bolesti na zdravstveno stanje odnosno kvalitetu života boljima od plućne funkcije pokazali su se simptomi (6). Spoznaja da težina opstrukcije dišnih putova, koja se smatrala jedinim kriterijem za procjenu težine bolesti, nije dostatna za procjenu utjecaja bolesti na život bolesnika rezultirala je 2011. godine bitnim promjenama u smjernicama GOLD (7). Kao ciljevi liječenja stabilnog KOPB-a istaknuti su poboljšanje simptoma i smanjenje rizika od loših ishoda bolesti. U sklopu poboljšanja simptoma posebno se navodi poboljšanje zdravstvenog stanja, odnosno poboljšanje kvalitete života (tablica 1.) (8).

TABLICA 1. Ciljevi liječenja stabilnog KOPB-a (GOLD 2014. g.)



CILJEVI LIJEČENJA STABILNOG KOPB-a

Globalna strategija za dijagnostiku, liječenje i prevenciju KOPB-a

„Osloboditi” se simptoma
Poboljšati toleranciju napora
Poboljšati zdravstveno stanje

Smanjenje simptoma

Spriječiti progresiju bolesti
Spriječiti i liječiti egzacerbacije
Smanjiti smrtnost

Smanjenje rizika

© 2014 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

Kašalj, iskašljavanje i dispneja karakteristični su simptomi za bolesnike s KOPB-om, a među njima dispneja je najodgovornija za smanjenu kvalitetu života. Dispneja je posljedica patofizioloških procesa koji dovode do zarobljavanja zraka u plućima i posljedične hiperinflacije.

U stanjima hiperinflacije dolazi do promjena koje rezultiraju smanjenom tolerancijom napora i ograničenjem tjelesnih aktivnosti. Promjene u psihičkom stanju, posebice anksioznost i depresija, osobito su izražene u bolesnika s KOPB-om. Dispneja i ograničenje tjelesne aktivnosti u kombinaciji s često prisutnom depresijom i anksioznošću, dovode do bitnog smanjenja kvalitete života bolesnika s KOPB-om (slika 2.) (9).

SLIKA 2. Povezanost patofizioloških procesa i simptoma sa smanjenjem kvalitete života



Prilagođeno prema: Cooper Am J Med; 2008;121:S33-S45

Upitnici za procjenu kvalitete života u bolesnika s KOPB-om

U subjektivnoj procjeni kvalitete života bolesnika s KOPB-om bolesnici i liječnici često se razlikuju, a pokazalo se da i jedni i drugi podcjenjuju utjecaj bolesti na kvalitetu života. Stoga je u procjeni kvalitete života nužno rabiti standardizirane upitnike kojima se mjeri utjecaj bolesti na zdravstveno stanje. Ti upitnici namijenjeni su bolesnicima, a dobiveni rezultat jest rezultat samoprocjene bolesnika. Dobri upitnici moraju zadovoljiti kriterije u pogledu primjenjivosti, pouzdanosti i valjanosti, a trebaju imati i utvrđenu granicu za najmanju klinički bitnu razliku. Upitnici za procjenu kvalitete života povezane sa zdravstvenim stanjem mogu se podijeliti u dvije osnovne skupine: 1. generičke i 2. upitnike specifične za bolest. Generičkim upitnicima mjeri se opće zdravstveno stanje te se stoga mogu upotrijebiti za usporedbu između različitih bolesti, dok su upitnici specifični za bolest mnogo osjetljiviji u otkrivanju promjena povezanih s određenom bolešću. Kako bi se dobio potpuniji uvid u stanje, preporučljivo je upotrijebiti ih istodobno (10). Iako su učinjene brojne usporedbe između specifičnih upitnika za KOPB, nijedan se ne preporučuje univerzalno (11). Izbor prikladnog upitnika ovisi o namjeni

i populaciji. U kliničkim istraživanjima KOPB-a najčešće se upotrebljavaju generički SF-36 (*The Short Form 36 health survey questionnaire*) i specifični SGRQ (*St. George's Respiratory Questionnaire*).

Upitnik SF-36 često je primjenjivani višenamjenski upitnik za samoprocjenu zdravstvenog stanja (13) kojim se procjenjuju tjelesna i mentalna dimenzija zdravlja na osam različitih područja. Navedena područja zastupljena su s 36 pitanja koja su prema vrsti odgovora pitanja višestrukog izbora. Ustrojstvo upitnika prikazano je u tablici 2. Pojedina područja zdravlja obuhvaćena su različitim brojem pitanja, a njihov je broj empirijski utvrđen u skladu sa psihometrijskim kriterijima pouzdanosti i valjanosti.

Pitanje koje se odnosi na promjenu u zdravlju prikazuje se odvojeno. Pojedini odgovori na svako pitanje različito se boduju prema unaprijed utvrđenim empirijskim normama. Stoga se broj bodova zabilježen na svakom pitanju upitnika preoblikuje u standardne vrijednosti na jedinstvenoj ljestvici od najmanje 0 do najviše 100 bodova, s tim da veći rezultat znači bolje zdravlje. Na taj je način moguće kvantitativno uspoređivati različite manifestacije zdravlja koje upitnik mjeri i interpretirati ukupnu razinu prema svakom od osam područja zdravlja. Primjenjuje se i kraći oblik tog upitnika koji se sastoji od 12 pitanja, tzv. upitnik SF-12.

TABLICA 2. Ustroj upitnika SF-36 – pitanja, područja i dimenzije zdravlja (prilagođeno prema Kalantar-Zadeh (12))

PITANJA	PODRUČJA	DIMENZIJE		
3. Naporne aktivnosti	1. TJELESNO FUNKCIONIRANJE (procjena aktivnosti)	Dimenzija A - TJELESNO ZDRAVLJE		
4. Umjerene aktivnosti				
5. Podizanje i nošenje namirnica				
6. Uspinjanje stubama nekoliko katova				
7. Uspinjanje stubama jedan kat				
8. Saginjanje, klečanje, pregibanje				
9. Hodanje više od kilometra				
10. Hodanje oko pola kilometra				
11. Hodanje oko 100 metara				
12. Kupanje, oblačenje				
13. Skraćeno vrijeme aktivnosti			2. ULOGA TJELESNOG	Dimenzija B - MENTALNO ZDRAVLJE
14. Smanjen obujam aktivnosti				
15. Nemogućnost obavljanja aktivnosti				
16. Postojanje teškoća pri aktivnosti				
21. Jačina boli	3. TJELESNA BOL			
22. Utjecaj boli				
1. Općenita procjena zdravlja	3. OPĆE ZDRAVLJE			
36. Izvrsno zdravlje				
34. Zdrav kao drugi				
33. Lakše razbolijevanje				
35. Zdravlje pogoršano				
23. Punina života	4. VITALNOST			
27. Energija				
29. Iscrpljenost				
31. Umor				
32. Društvene aktivnosti – obujam	6. DRUŠTVENO FUNKCIONIRANJE			
20. Društvene aktivnosti – vrijeme				
17. Smanjeno obavljanje aktivnosti	7. ULOGA EMOCIONALNOG			
18. Smanjen obujam aktivnosti				
19. Nepažljivo obavljanje aktivnosti				
24. Nervoza	8. MENTALNO ZDRAVLJE			
25. Potištenost				
26. Spokojnost				
28. Tuga i malodušnost				
30. Sreća				
2. Usporedba stanja s prošlom godinom				

U bolesnika s KOPB-om najčešće upotrebljavan specifični upitnik za procjenu kvalitete života jest SGRQ (*St. George's Respiratory Questionnaire*), odnosno verzija prilagođena KOPB-u s oznakom SGRQ-c (14, 15). Uspoređujući 60 kategorija međunarodne klasifikacije poremećaja funkcioniranja, pokazalo se da SGRQ ima sadržaj sličan drugim specifičnim upitnicima te da odražava uobičajene učinke bolesti, ali da je rasprostranjen na širem području (11). SGRQ ima dobre psihometrijske karakteristike, validiran je i široko prihvaćen instrument za procjenu kvalitete života bolesnika s KOPB-om i astmom, a validiran je

i za bronhiektazije i tuberkulozu te se uspješno primjenjivao i u kifoskoliozi i sarkoidozi. Mjeri cjelokupnu narušenost zdravstvenog stanja. Upitnik se sastoji od dva dijela u kojima su zastupljena tri područja: simptomi, aktivnost i utjecaj bolesti. Rezultat se iskazuje kao zbroj u rasponu od 0 do 100, s tim da veći zbroj označava teže narušeno zdravstveno stanje. Razlika od četiri jedinice smatra se najmanjom klinički bitnom razlikom (16). SGRQ-c je kraća verzija izvornog upitnika namijenjena i prilagođena upravo bolesnicima s KOPB-om, a potpuno se podudara s SGRQ-om (tablica 3.) (17).

TABLICA 3. Karakteristike *St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ)

Tip upitnika	Upitnik specifičan za bolest, dizajniran tako da mjeri utjecaj na cjelokupno zdravlje, svakodnevni život i potrebno dobro stanje bolesnika s opstruktivnim bolestima dišnih putova, odnosno KOPB-om
Broj čestica (pitanja u upitniku)	76 čestica; 50 čestica
Broj dijelova i područja	2 dijela (3 područja)
Naziv i dijelovi područja	Dio I.: Područje Simptomi (učestalost i težina) u razdobljima od 1, 3 ili 12 mjeseci (najbolje izvoditi u razmacima od 3 i 12 mjeseci) Dio II.: Područje Aktivnosti koje uzrokuju ili su ograničene nedostatkom i Područje Utjecaj bolesti (socijalno funkcioniranje i psihološki poremećaji kao posljedica bolesti)
Skale	Dio I. (Simptomi). Nekoliko skala; Dio II. (Aktivnost i Utjecaj bolesti): dihotomne skale (točno/pogrešno) osim posljednjeg pitanja (Likertova skala od 4 točke)
Zbrajanja	Raspon zbroja od 0 do 100, veći broj označava veća ograničenja, odnosno teže zdravstveno stanje

Upitnici za procjenu kvalitete života u bolesnika s KOPB-om nezaobilazni su dio kliničkih istraživanja. Zbog svoje opsežnosti i složenosti SGRQ nije pogodan za rutinsku primjenu u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Potreba za jednostavnijom i bržom procjenom kvalitete života bolesnika s KOPB-om u svakodnevnom radu kliničara dovela je do osmišljavanja jednostavnije verzije upitnika specifičnog za bolest. Upitnik CAT (*COPD Assessment Test*) ima 8 pitanja i mogući zbroj od 0 do 40 te odlično korelira s rezultatima dobivenim SGRQ-om (18). Osmišljen je i validiran da bude široko primjenjiv te je u smjernicama GOLD preporučan za rutinsku uporabu u svakodnevnom radu. Najveću vrijednost ima u periodičkom praćenju bolesnika, obično svaka tri mjeseca. Razlika u zbroju od dvije jedinice smatra se najmanjom klinički bitnom razlikom.

Dosadašnja istraživanja o kvaliteti života bolesnika s KOPB-om

Istraživanje Bentsena i suradnika pokazalo je da bolesnici s KOPB-om teškog i vrlo teškog stupnja (GOLD III i IV) imaju bitno lošiju kvalitetu života prema svim točkama upitnika SF-36 u odnosu prema općoj populaciji te bolesnicima s KOPB-om blažeg stupnja (19). Usporedba provedena u primarnoj zdravstvenoj skrbi između bolesnika koji boluju od različitih kroničnih bolesti pokazala je da je kvaliteta života bolesnika s KOPB-om podjednako loša kao i u drugih kroničnih bolesnika (20). Međutim, kvaliteta života najtežih bolesnika u uznapredovalim stadijima KOPB-a podjednako je loša kao u bolesnika u terminalnoj malignoj bolesti. U istraživanju Gorea i suradnika bolesnici s teškim oblikom KOPB-a imali su čak bitno lošiju kvalitetu života prema svim točkama upitnika SF-36 te također bili depresivniji i anksiozniji od bolesnika s inoperabilnim karcinomom. Bolesnici s karcinomom koristili su se, za razliku od bolesnika s KOPB-om, dobro organiziranim sustavom palijativne skrbi u Velikoj Britaniji (21). To je upozorilo na činjenicu da se, čak i u razvijenim zemljama, za bolesnike s KOPB-om čini

premallo. Brojne su studije pokazale da je prognoza bolesnika s KOPB-om izravno povezana s kvalitetom njihova života. U studiji Domingo-Salvanyja i suradnika rezultati obaju upitnika, SGRQ i SF-36, uz spirometrijski pokazatelj FEV1 (forsirani ekspiracijski volumen u prvoj sekundi), pokazali su se kao neovisni navješćivači (prediktori) smrtnosti u uzorku muških bolesnika oboljelih od KOPB-a (22). U velikoj prospektivnoj studiji Fana i suradnika nađena je znatna povezanost kvalitete života s učestalošću hospitalizacija i smrtnosti od svih uzroka (23). Istraživanje Almagra i suradnika pokazalo je da su najveći rizik od smrti imali depresivni bolesnici te oni sa zbrojem u SGRQ-u većim od 66, koji odražava vrlo lošu kvalitetu života (24).

Utjecaj različitih terapijskih intervencija na kvalitetu života bolesnika s KOPB-om

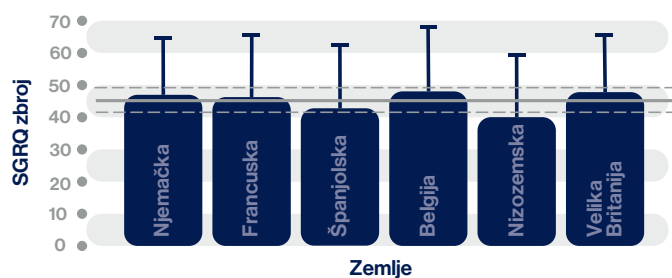
S druge strane, brojna istraživanja pokazuju da se kvaliteta života bolesnika s KOPB-om može poboljšati različitim terapijskim intervencijama kao što su prestanak pušenja, dugotrajno liječenje kisikom te edukacija i stjecanje vještina samopomoći (25 – 27). Primjena bronhodilatatorskih lijekova također je u većini istraživanja imala pozitivan učinak na poboljšanje kvalitete života (28). Ono je nakon kirurške resekcije (LVRS – *Lung Volume Reduction Surgery*) bilo najveće u bolesnika koji su imali emfizem u gornjim režnjevima (29, 30). Brojna su istraživanja potvrdila da plućna rehabilitacija ima vrlo važnu ulogu u poboljšanju kvalitete života tako što znatno poboljšava simptom dispneje i osjećaj slabosti, stvara osjećaj kontrole bolesti te poboljšava sveukupni SGRQ, čak i ako se provodi u kući samo 1 sat na dan tijekom 12 tjedana uz nadzor multidisciplinarnog tima (31, 32).

Kvaliteta života bolesnika s KOPB-om

O stvarnom stanju kvalitete života bolesnika s KOPB-om u svakodnevnoj kliničkoj praksi u zemljama zapadne te srednje i istočne Europe nema mnogo podataka. Paul Jones i

suradnici među prvima su 2011. g. objavili rezultate istraživanja na uzorku od 1817 bolesnika s KOPB-om liječenih u primarnoj zdravstvenoj skrbi u 6 zemalja zapadne Europe (33). Nađeno je da su bolesnici u svim stupnjevima težine prema GOLD-u imali mnogo simptoma, a u svakoj skupini nađena je velika heterogenost. U bolesnika s blagom opstrukcijom dišnih putova dominirao je kašalj, dok je u bolesnika s teškom opstrukcijom dišnih putova dominirala dispneja. U bolesnika svih stupnjeva težine nađen je veći broj pridruženih bolesti, tzv. komorbiditeta, koji uvelike utječu na pogoršanje kvalitete života. Ona je bila smanjena u svih bolesnika, pa čak i u onih s blagom opstrukcijom dišnih putova. Slična raspodjela nađena je i u nekim prijašnjim istraživanjima u kojima je u različitim skupinama težine prema GOLD-u uvijek bilo bolesnika i s dobrom i s lošom kvalitetom života (34). Bolesnici s egzacerbacijama i komorbiditetima očekivano su imali lošiju kvalitetu života. Prosječan zbroj SGRQ-a u bolesnika većine zemalja bio je između 40 i 50 i time usporediv s rezultatom u studiji UPLIFT (*Understanding Potential Long-term Impacts on Function with Tiotropium*) (35). Jedino su bolesnici u Nizozemskoj imali zbroj SGRQ-a niži od 40, odnosno među bolesnicima ispitanih zemalja najbolju kvalitetu života (slika 3.).

SLIKA 3. Rezultati procjene kvalitete života u 1817 bolesnika s KOPB-om dobiveni SGRQ-c-om u 6 zemalja zapadne Europe



Prilagodeno prema: Jones PV i sur. *Respir Med* 2011;105:57-66

Godine 2013. objavljeni su rezultati tzv. *real life* studije provedene u šest zemalja srednje i istočne Europe. U istraživanje je bilo uključeno čak 4435 bolesnika s umjerenim do vrlo teškim KOPB-om (GOLD II – IV) liječenih u svakodnevnoj kliničkoj praksi (36). U ovom je istraživanju sudjelovala i Hrvatska s 270 bolesnika. Najviše bolesnika bilo je iz Poljske, Rusije i Slovačke. Početni ukupni prosječni zbroj SGRQ-a na početku istraživanja bio je vrlo visok (56 jedinica), a čak veći od 60 jedinica u području simptoma i aktivnosti. Ovaj rezultat mnogo je lošiji od rezultata dobivenih u studijama UPLIFT i TORCH, kao i prije prikazanog istraživanja u zemljama zapadne Europe (35, 37, 38). Ukupni zbroj SGRQ-a upućuje na to da je kvaliteta života u zemljama srednje i istočne Europe u svakodnevnoj kliničkoj praksi loša. U istraživanje SOSPEŠ uključen je velik

broj teških i vrlo teških bolesnika koji prije uopće nisu bili liječeni, a mnogi od njih imali su brojne pridružene bolesti. U kliničkim kontroliranim randomiziranim istraživanjima ovakvi bolesnici redovito ne bi bili uključeni zbog vrlo strogih uključnih i isključnih kriterija. S druge strane, stanje u svakodnevnoj praksi zapadnoeuropskih bolesnika ipak upućuje na činjenicu da se bolesnici s KOPB-om u tim zemljama dijagnosticiraju prije, bolje su zbrinuti pa im je stoga i kvaliteta života bolja.

TABLICA 4. Rezultati procjene kvalitete života bolesnika s KOPB-om dobiveni SGRQ-om u zemljama srednje i istočne Europe (36)

SGRQ u studiji SOSPEŠ 4435 bolesnika s KOPB-om (100%)	Prosječan zbroj (SD)
UKUPNI SGRQ zbroj	56,3 (20,33)
SGRQ zbroj - PODRUČJE AKTIVNOSTI	62,3 (21,2)
SGRQ zbroj - PODRUČJE UTJECAJA BOLESTI	49,5 (23,2)
SGRQ zbroj - PODRUČJE SIMPTOMA	66,8 (21,6)

Stanje bolesnika s KOPB-om u svakodnevnoj kliničkoj praksi u Hrvatskoj

U svakodnevnoj kliničkoj praksi susrećemo se s nizom teškoća vezanih uz prevenciju i rano otkrivanje te pravodobno liječenje bolesnika s KOPB-om. Prevalencija KOPB-a izravno je povezana s prevalencijom pušenja koja je još iznimno visoka u cijelom svijetu kod oba spola. Svjetska zdravstvena organizacija ističe da je pušenje i dalje glavni uzrok smrti koji se može spriječiti. Prema dostupnim podacima u razvijenim zemljama svijeta puši oko 35% odraslih muškaraca i 22% žena, a u nerazvijenim zemljama svijeta oko 50% muškaraca i 9% žena. U Hrvatskoj je pušenje još i sada socijalno prihvaćena ovisnost i gotovo svaki treći stanovnik je pušač (39). Programi i kampanje protiv pušenja nemaju dostatnu političku potporu. Neki podaci govore da je u razdoblju od 1972. do 1982. godine u Hrvatskoj postojala razlika prevalencije pušenja prema spolu te da je bila veća u kontinentalnom dijelu zemlje nego u obalnome (40). Unatrag više od 30 godina u svijetu se prati opći smjer smanjenja navike svakodnevnog pušenja. Usprkos tomu zbog porasta broja stanovnika ukupni broj pušača nije manji (41). Zbog svega navedenoga, uz činjenicu da razvoju bolesti prethodi dugi pušački staž, trend se porasta KOPB-a ne smanjuje. Zbog nedovoljne prosvijećenosti, nedovoljnih mjera prevencije i nedovoljno ranog otkrivanja bolesti velik broj bolesnika ostaje neotkriven, odnosno dijagnosticira se tek u uznapredovalom stadiju bolesti s teškim oštećenjem plućne funkcije.

cije. S druge strane, u dijagnosticiranih bolesnika, osim medikamentnog liječenja, sve druge mjere rabe se premalo, a osobito u nerazvijenim zemljama. Edukacija bolesnika vrlo je važna za prognozu, a prestanak pušenja preduvjet je uspješnom liječenju KOPB-a. Plućna rehabilitacija bolesnika s KOPB-om u Hrvatskoj provodi se na vrlo malenom broju bolesnika. Psihosocijalna pomoć često se spominje kao dio sveobuhvatnog programa zbrinjavanja bolesnika s KOPB-om i obuhvaća različite oblike potpornog ponašanja različitih ljudi u socijalnoj okolini. Smatra se da psihosocijalna pomoć poboljšava ponajprije kvalitetu života izravnim ublažavanjem stresa. Uza sve navedeno na stanje u pogledu zbrinjavanja bolesnika s KOPB-om u Hrvatskoj negativno utječu loše gospodarske prilike, kao i nagle promjene u organizaciji zdravstvenog sustava. Iako su kvalitetni lijekovi dostupni većini bolesnika, za većinu novih lijekova potrebna je doplata koju si dio bolesnika ne može priuštiti.

S druge strane, najveći dio drugih oblika liječenja KOPB-a nije dostupan većini bolesnika u Hrvatskoj.

ZAKLJUČAK

Poboljšanje kvalitete života povezane sa zdravstvenim stanjem bolesnika s KOPB-om jedan je od najvažnijih ciljeva u liječenju te bolesti. Procjena kvalitete života postala je stoga nužna u svakodnevnom radu, a ne samo u kliničkim istraživanjima. Brzu i jednostavnu procjenu te praćenje kvalitete života bolesnika s KOPB-om u rutinskoj praksi omogućuje upitnik CAT. Radi obuzdavanja KOPB-a, jednog od jahača Apokalipse današnjice, potrebno je sustavno raditi na mjerama prevencije, ranog otkrivanja i pravodobnog započinjanja liječenja, kao i dobrog praćenja bolesnika u sveobuhvatnom programu svih oblika liječenja.

LITERATURA

1. Krizmanić, M i Kolesarić V. Pokušaj konceptualizacije pojma „kvaliteta života“. *Primijenjena psihologija* 1989;10:179–4.
2. Cummins RA. Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research* 2000;52:55–72.
3. Cummins RA. The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social Indicators Research* 1996;38:303–32.
4. Santo Thomas LH, Varkey B. Improving health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Curr Opin Pulm Med* 2004;10:120–7.
5. European Lung Foundation. Dostupno na: <http://www.european-lung-foundation.org/63-european-lung-foundation-elf-burden-in-europe.htm>. Datum pristupa: 4. 3. 2016.
6. Jones PW. Health status and the spiral of decline. *COPD* 2009;6:59–63.
7. GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2011 Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2011.
8. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2016. Dostupno na: <http://www.goldcopd.com>. Datum pristupa: 4. 3. 2016.
9. Cooper CB, Dransfield M. Primary care of the patient with chronic obstructive pulmonary disease – part 4: understanding the clinical manifestations of a progressive disease. *Am J Med* 2008;121:S33–45.
10. Engström CP, Persson LO, Larsson S, Sullivan M. Health-related quality of life in COPD: why both disease specific and generic measures should be used. *Eur Respir J* 2001;18:69–76.
11. Stucki A, Stucki G, Cieza A i sur. Content comparison of health-related quality of life instruments for COPD. *Respir Med* 2007;101:1113–22.
12. Kalantar-Zadeh K, Kopple JD, Block G, Humphreys MH. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2001;12:2797–806.
13. Ware JE, Kosinski M. Interpreting SF-36 summary health measures: a response. *Qual Life Res* 2001;10:405–413.
14. Jones PW. Quality of life measurement for patients with diseases of the airways. *Thorax* 1991;46:676–82.
15. Jones PW. Health status measurement in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2001;56:880–7.
16. Jones PW. Interpreting thresholds for a clinically significant change in health status in asthma and COPD. *Eur Respir J* 2002;19:398–404.
17. Meguro M, Barley EA, Spencer S, Jones PW. Development and validation of an improved COPD – specific version of the St. George's Respiratory Questionnaire. *Chest* 2007;132:456–63.
18. Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J* 2009;34:648–54.
19. Bentsen SB, Rokne B, Wahl AK. Comparison of health-related quality of life between patients with chronic obstructive pulmonary dis-

- ease and the general population. *Scand J Caring Sci* 2013;27:905–12.
20. Alonso J, Ferrer M, Gandek B i sur. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* 2004;13:283–98.
 21. Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax* 2000;55:1000–6.
 22. Domingo-Salvany A, Lamarca R, Ferrer M i sur. Health-related quality of life and mortality in male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Resp Crit Care Med* 2002;166:680–5.
 23. Fan VS, Curtis JR, Tu SP i sur. Using quality of life to predict hospitalization and mortality in patients with obstructive lung diseases. *Chest* 2002;122:429–36.
 24. Almagro P, Calbo E, Ochoa de Echagüen A i sur. Mortality after hospitalization for COPD. *Chest* 2002;121:1441–8.
 25. Papadopoulos G, Vardavas CI, Limperi M, Linardis A, Georgoudis G, Behrakis P. Smoking cessation can improve quality of life among COPD patients: validation of the clinical COPD questionnaire into Greek. *BMC Pulm Med* 2011;11:13.
 26. Eaton T, Garrett JE, Young P i sur. Ambulatory oxygen improves quality of life of COPD patients: a randomised controlled study. *Eur Respir J* 2002;20:306–12.
 27. Bourbeau J, Julien M, Maltais F i sur. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med* 2003;163:585–91.
 28. Nannini L, Cates CJ, Lasserson TJ, Poole P. Combined corticosteroid and long acting β -agonist in one inhaler for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD003794.
 29. Goldstein RS, Todd TR, Guyatt G i sur. Influence of lung volume reduction surgery (LVRS) on health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2003;58:405–10.
 30. Fishman A, Martinez F, Naunheim K i sur. A randomized trial comparing lung-volume-reduction surgery with medical therapy for severe emphysema. *N Engl J Med* 2003;348:2059–73.
 31. Lacasse Y, Brosseau L, Milne S i sur. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD003793.
 32. Wijkstra PJ, Van Altena R, Kraan J, Otten V, Postma DS, Koëter GH. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease improves after rehabilitation at home. *Eur Respir J* 1994;7:269–273.
 33. Jones PW, Brusselle G, Dal Negro RW i sur. Health-related quality of life in patients by COPD severity within primary care in Europe. *Respir Med* 2011;105:57–66.
 34. Carrasco Garrido P, de Miguel Díez J, Rejas Gutiérrez J i sur. Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on health-related quality of life of patients. Results of EPIDEPOC study. *Health Qual Life Outcomes* 2006;4:31.
 35. Tashkin DP, Celli B, Senn S i sur. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2008;359:1543–54.
 36. Fležar M, Jahnz-Różyk K, Enache G i sur. SPIRIVA® observational study measuring SGRQ score in routine medical practice in Central & Eastern Europe. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2013;8:483–92.
 37. Calverley PM, Anderson JA, Celli B. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2007;356:775–89.
 38. Jones P, Calverley P, Celli B i sur. Time dependent changes in the individual domains of the SGRQ. Results of the TORCH trial. Presented at the European Respiratory Society Annual Congress, Stockholm, 15–19 September 2007.
 39. Pavlović M, Corović N, Gomzi M i sur. Smoking habits, signs of chronic diseases and survival in inland and coastal regions of Croatia: a follow up study. *Coll Antropol* 2004;28:689–700.
 40. Marušić A. Croatian campaign promotes lifestyle change. Programme to be model for prevention campaigns in eastern Europe. *Lancet* 2004;363:538–9.
 41. Ng M, Freeman MK, Fleming TD i sur. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980–2012. *JAMA* 2014;311:183–92.



ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Doc. dr. sc. Sanda Škrinjarić Cincar,
dr. med., supspecijalist pulmolog
Zavod za pulmologiju KBC-a Osijek
Huttlerova 4, 31000 Osijek
e-mail: sanda.cincar@gmail.com

PRIMLJENO/RECEIVED:

17. 4. 2015. / April 17, 2015.

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

14. 3. 2016. / March 14, 2016

