

"Kvaliteta života oboljelih od astme i KOPB"

Novaković, Katarina

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Dubrovnik / Sveučilište u Dubrovniku**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:155:895458>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-22**



SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
UNIVERSITY OF DUBROVNIK

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Dubrovnik](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA SESTRINSTVO
PREDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Katarina Novaković

KVALITETA ŽIVOTA OBOLJELIH OD ASTME I KOPB

ZAVRŠNI RAD

DUBROVNIK 2021.

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA SESTRINSTVO
PREDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Katarina Novaković

KVALITETA ŽIVOTA OBOLJELIH OD ASTME I KOPB

ZAVRŠNI RAD

Mentor: Prim.mr.sc. Žarko Vrbica dr.med

DUBROVNIK, listopad 2021.

SADRŽAJ

SAŽETAK	1
ABSTRACT	2
1. UVOD	3
2. ASTMA	4
2.1. Čimbenici rizika i simptomi astme	5
2.2. Klasifikacija astme	7
3. KOPB.....	9
3.1. Manifestacija i uzroci KOPB-a	9
3.2. Klasifikacija KOPB-a	11
4. KVALITETA ŽIVOTA	15
4.1. Elementi i mjerenje kvalitete života	15
4.2. Kvaliteta života u bolesnika s astmom.....	18
4.3. Kvaliteta života u bolesnika s KOPB-om	18
5. CILJ ISTRAŽIVANJA.....	21
6. METODE I UZORAK	22
7. REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....	23
8. RASPRAVA	41
9. ZAKLJUČAK.....	43
LITERATURA	44

POPIS SLIKA	46
POPIS TABLICA.....	47
POPIS GRAFIKONA.....	48

SAŽETAK

Astma i kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) tradicionalno se prepoznaju kao različite bolesti, s nekim jasno odvojenim obilježjima. Astma nastaje u djetinjstvu, povezana je s alergijama i eozinofilima te se najčešće liječi protuupalnim lijekovima dok se KOPB javlja kod odraslih koji većinom puše cigarete ili su prije pušili, uključuje neutrofile, a najbolje se liječi bronhodilatatorima i uklanjanjem faktora rizika. Međutim, razlika između njih nije uvijek jasna. Bolesnici s teškom astmom mogu imati fiksnu opstrukciju dišnih putova, a pacijenti s KOPB mogu imati hiperreaktivnost i eozinofiliju. Bolest kod bolesnika s astmom i KOPB-om utječe na kvalitetu njihovih života. Primarno istraživanje provedeno na uzorku od 15 bolesnika s astmom i 15 bolesnika s KOPB-om pokazalo je da KOPB više narušava život bolesnika, nego astma.

Ključne riječi: astma, KOPB, kronična bolest, kvaliteta života, plućna bolest

ABSTRACT

Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) are traditionally recognized as different diseases with some distinctly distinct features. Asthma occurs in childhood, is associated with allergies and eosinophils and is best treated with anti-inflammatory drugs while COPB occurs in adults who smoke, include neutrophils, and is best treated with bronchodilators and eliminating risk factors. However, the difference between them is not always clear. Patients with severe asthma may have fixed obstruction of the respiratory tract, and patients with COPD may have hyperreactivity and eosinophilia. Disease in asthma and COPD patients affects the quality of their lives. Primary research on a sample of 15 patients with asthma and 15 patients with COPD showed that COPB is more disturbing the patient's life than asthma.

Keywords: asthma, COPD, chronic illness, quality of life, pulmonary disease

1. UVOD

Astma i kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) su plućni poremećaji koje karakteriziraju različiti stupnjevi ograničenja protoka zraka, upala i remodeliranje dišnih putova. Bronhijalna astma, alergijska bolest koja se razvija u djetinjstvu, fiziološki je karakterizirana reverzibilnom opstrukcijom protoka zraka. Ima epizodni tijek i općenito povoljnu prognozu jer dobro reagira na protuupalno liječenje. Nasuprot tome, KOPB je najčešće ali ne i uvijek uzrokovan duhanskim dimom, razvija se u srednjoj životnoj dobi ili kasnije, a karakterizira ga nedovoljno reverzibilno ograničenje protoka što rezultira progresivnim propadanjem plućne funkcije i dovodi do prerane smrti.

U ovom radu prikazat će se glavne značajke astme i KOPB-a, karakteristike bolesti i svi bitni čimbenici vezani uz pojedinu bolest. Teorijski će se predložiti obilježja bolesti i njihov utjecaj na kvalitetu života oboljelih. Također, prikazati će se istraživanje u kojem je na uzorku od 30 oboljelih od ovih bolesti ispitano koliko sama bolest utječe na kvalitetu života oboljelih.

Cilj rada je utvrditi povezanost kvalitete života s oboljenjem od astme ili KOPB-a. Na temelju postavljenog cilja, određena je sljedeća hipoteza rada: ljudi oboljeli od astme imaju bolju kvalitetu života od osoba oboljelih od KOPB-a.

2. ASTMA

Astma je kronična upalna bolest dišnih putova. Manifestira se iznenadnim napadajima gušenja koji su praćeni stezanjem i sviranjem u prsima te suhim kašljem. Kao podloga navedenih simptoma je izraziti i nagli bronhospazam koji je posljedica kompleksne upalne reakcije. Na temelju uzroka upale dišnih putova astmu se može podijeliti na alergijsku i nealergijsku.

Astma je heterogena bolest koju obično karakterizira kronična upala dišnih putova. Ona se definira na temelju respiratornih simptoma, kao što su zviždanje u prsima, nedostatak daha, stezanje u prsima i kašalj, koji variraju tijekom vremena i po intenzitetu, zajedno s varijabilnom opstrukcijom protoka zraka u ekspiriju (GINA, 2015).

Astma se prvenstveno smatra bolešću djece i adolescenata iako se može pojaviti i u odrasloj dobi. Na svjetskoj razini uočene su značajne varijacije učestalosti astme u općoj populaciji (Macan, romić, 2012). Brojni su istraživači proveli epidemiološka istraživanja da bi odredili raspodjelu i osnovne karakteristike astme. Usporedbe prevalencije astme provedene su samo s rezultatima velikih standardiziranih internacionalnih studija European Community Respiratory Health Survey (ECRHS) i International Study od Asthma i Allergies in Childhood (ISAAC).

Prema rezultatima programa ECRHS i ISAAC mogu se izdvojiti slijedeće činjenice (Bulat Kardum, 2013):

- Prevalencija astme u porastu je svugdje u svijetu, među populacijom različitih zemalja unatoč razlici u načinu življenja.
- Astma je učestalija u zemljama zapada u odnosu na zemlje u razvoju.
- Prevalencija astme najviša je u zemljama engleskoga govornog područja.
- Prevalencija astme u porastu je u zemljama u razvoju otkad se sve više urbaniziraju i približavaju zapadnjačkom načinu života.
- Prevalencija drugih alergijskih bolesti također je u porastu posvuda u svijetu.

2.1. Čimbenici rizika i simptomi astme

Razvoj astme u dječjoj dobi ovisi o složenim interakcijama između nasljeđa i okolišnih čimbenika. Astma je u ranoj dobi češća kod dječčaka, a razlog tome su fiziološki uži dišni putovi i povećani mišićni tonus (što se gubi nakon desete godine života). U pubertetu od astme češće obolijevaju djevojčice. Jak čimbenik rizika od astme je atopija u obitelji. Rizik posebno povećava astma kod majke. Ako su oba roditelja atopični, rizik od razvoja astme u djeteta je i do 70% (Ivković-Jureković, 2013).

Postojanje u isto vrijeme i neke druge atopijske bolesti u djeteta (egzem ili alergijski rinitis) te pozitivni markeri atopijskog fenotipa, kao što su eozinofilija u perifernoj krvi, povišen ukupni IgE u serumu ili senzibilizacija na inhalacijske alergene dodatni su čimbenici rizika od astme. Izloženost alergenima (osobito tijekom ranog djetinjstva) povećava rizik od rane senzibilizacije i astme.

Alergija na hranu i atopijski dermatitis u dojenčadi i kod male djece, također, povećavaju rizik od nastanka astme u školskoj dobi. Respiratorne virusne infekcije najčešći su okidač za astmu kod djece. One su jedini okidač za piskanje i kašalj u astmi indiciranoj virusima i najčešći su uzrok egzacerbacija u alergijskoj astmi. Humani rino virusi odgovorni su za većinu egzacerbacija astme, a respiratorni sincijski virus (RSV) često uzrokuje teške bronholitise u dojenčadi i male djece te povećava rizik od kasnijeg recidiva piskanja.

Teške infekcije donjih dišnih putova mogu oštetiti epitel dišnih putova, potaknuti upalu i stimulirati imunosnu reakciju i BHR koja perzistira i nakon izlječenja infekcije. Pasivno pušenje jedan je od najjačih čimbenika rizika od rekurentnog kašlja i piskanja te kod predškolske djece povećava rizik od nastanka astme za 37%. Duhanski dim povećava oksidativni stres te potiče upalu u dišnim putovima dok pušenje majke tijekom trudnoće dovodi do slabijeg razvoja pluća te je navedeno čimbenik rizika od recidivnog piskanja u ranoj dobi (Ivković-Jureković, 2013).

Ovisno o težini bolesti astma se manifestira različitim simptomima te navedeni simptomi mogu biti stalni ili periodički. Najčešći simptomi astme su:

- Napadaji suhog kašlja (ponekad samo suho kašljanje)
- Osjećaj nedostatka zraka s ili bez fenomena čujnog disanja, poput, fućkanja ili piskanja
- Pritisak u prsnom košu uz osjećaj napuhnutosti pluća
- Noćno ili ranojutarnje buđenje (obično pred zoru) zbog osjećaja nedostatka zraka ili suhog kašlja.

Simptomi astme obično prolaze spontano ili nakon uzimanja odgovarajućih lijekova. No, kronična upalna reakcija sluznice dišnih putova u fazama pogoršanja uzrokuje stezanje mišića malih dišnih putova i uzrokuje pojačano stvaranje sluzi što dovodi do otežanog protoka zraka i uzrokuje gušenje i druge simptome astme. Kod alergijske astme napadaje uzrokuju različiti alergeni dok kod nealergijske napadaje uzrokuju nealergijski čimbenici među koje se ubrajaju: fizički napor, udisanje hladnog i suhog zraka, virusne infekcije, jake emocije, zagađenje zraka i dr.

Slika 1: Bronh osobe oboljele od astme i zdrave osobe



<http://www.astma.hr/stojeastma.aspx>

Bolesnici s teškom egzacerbacijom i prijetjećom respiratornom insuficijencijom u pravilu imaju neku varijantu poremećene svijesti, cijanozu, paradoksalni puls s padom tlaka i saturacije te hiperinflaciju pluća. Na RTG-u pluća rijetko se viđa

pneumotoraks i pneumomediastinum. Simptomi i znakovi nestaju između akutnih napada bolesti iako se tiho piskanje u prsima može čuti tijekom forsiranog ekspirija, nakon opterećenja te kod nekih asimptomatskih bolesnika i u mirovanju. Hiperinflacija pluća može promijeniti torakalni zid u bolesnika s dugotrajnom i nekontroliranom astmom na način da dobiju bačvast oblik. Svi simptomi i znakovi su nespecifični, reverzibilni ako se pravovremeno poduzme liječenje, a najčešće ih izaziva ekspozicija (<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/pulmologija/astma>).

2.2. Klasifikacija astme

Klasifikaciju prema postignutoj razini kontrole formirala je međunarodna inicijativa GINA (Global Initiative for Asthma). Prema GINA smjernicama astma se prema postignutoj razini kontrole bolesti dijeli u tri stupnja:

- Kontroliranu astmu (simptomi i potreba za dodatnim bronhodilatatorom do najviše dva puta tjedno)
- Djelomično kontroliranu astmu
- Nekontroliranu astmu.

Tablica 1: Klasifikacija težine astme prema GINA smjernicama

Stupanj astme	Dnevni simptomi	Noćni simptomi	Plućna funkcija
Stupanj 4 teška trajna astma	trajni simptomi česta pogoršanja ograničena fizička aktivnost	česti noćni simptomi	PEF ili FEV ₁ ≤60% varijabilnost >30%
Stupanj 3 umjereni trajna astma	dnevni simptomi svakodnevno udisanje β ₂ agonista kratkog djelovanja	noćni simptomi češći od 1 x tjedno	PEF ili FEV ₁ >60% <80% varijabilnost >30%
Stupanj 2 blaga trajna astma	simptomi ≥1 x tjedno, ali <1 x dnevno pogoršanja mogu ometati	noćni simptomi češće od 2 x mjesečno	PEF ili FEV ₁ ≥80% očekivanog Varijabilnost 20-

	aktivnosti i spavanje		30%
Stupanj 1 povremena astma	povremeni simptomi <1 x tjedno bez simptoma i normalna plućna funkcija između pogoršanja	noćni simptomi ≤ 2 x mjesečno	PEF ili FEV ₁ ≥80% očekivanog varijabilnost <20%

Izvor: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/bolesti-pluca-i-disnih-putova/opstruktivne-bolesti-disnih-putova/astma>

Danas se astma ovisno o učestalosti pogoršanja simptoma i njihovoj težini dijeli u četiri stupnja (Tablica 1). Kao što se može vidjeti u Tablici 1, astma se dijeli na povremenu, blago trajnu, umjereno trajnu i teško trajnu. Navedeni stupnjevi omogućuju lakši odabir terapije (<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/bolesti-pluca-i-disnih-putova/opstruktivne-bolesti-disnih-putova/astma>).

3. KOPB

Kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) danas je jedan od vodećih uzroka mortaliteta i morbiditeta u svijetu. Također, uvelike pridonosi povećanju troškova zdravstvenih sustava. To je jedina kronična bolest koja pokazuje znatan porast mortaliteta, s udvostručenom stopom smrtnosti u posljednjih 30 godina. U idućih dvadeset godina predviđa se daljnji porast incidencije KOPB-a.

KOPB je bolest karakterizirana sporo progresivnom, ireverzibilnom bronhopneumonijom uzrokovanom kroničnom upalom dišnih putova. Prema istraživanjima provedenim u SAD-u, oko 16 milijuna bolesnika boluje od KOPB-a, a predviđa se da još 15 milijuna stanovnika ima KOPB koji nije dijagnosticiran (Vukić Dugac, Samardžija, 2014).

Prevalencija KOPB-a kreće se između 7 i 19%, a više od 10% svjetske populacije starije od 40 godina boluje od KOPB-a te se on nalazi na 3. mjestu uzroka smrti u svijetu (WHO, 2020). Nadalje, bolest se nalazi na prvom mjestu prema visokom postotku nedijagnosticiranih i neliječenih bolesnika (Boom i sur., 1998).

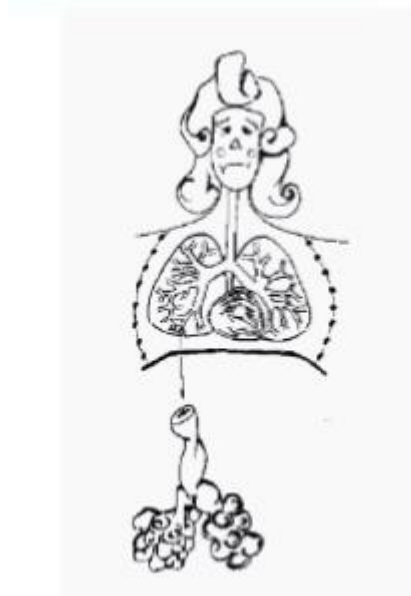
3.1. Manifestacija i uzroci KOPB-a

Kod zdravih ljudi zračni su putovi čisti i prohodni te zrak može proći do alveola tijekom udaha i vratiti se natrag tijekom izdaha. No, u KOPB-u zračni putovi postaju uski zbog zadebljanih stijenki, puni sluzi koja se teško iskašljava, a alveole se ne mogu više prazniti. Zrak je posljedično „zarobljen“ u plućima (<https://www.kbsd.hr/sites/default/files/Fizikalna/KOPB.pdf>).

Egzacerbacije KOPB-a nisu povezane samo s pogoršanjem lokalne upale, već i s povećanom razinom proupalnih citokina u sistemskoj cirkulaciji što uzrokuje pogoršanje simptoma te pogoršanja plućne funkcije. Tijekom egzacerbacije dolazi do dominantno neutrofilnog upalnog odgovora, a neutrofili pokazuju pojačanu kemotaksiju i ekstracelularnu proteolizu. Patofiziološke i patoanatomske promjene u KOPB-u vode u oštećenje funkcije različitih organskih sustava. Iz navedenog razloga danas se KOPB smatra složenom multisistemskom i multikomponentnom bolešću

koja započinje oštećenjem morfologije pluća. Progresivni tijek bolesti je kompliciran nastankom sistemskih posljedica i komorbiditeta (Matanić i sur., 2009).

Slika 2: Shematski prikaz anatomskih struktura respiratornog sustava zahvaćenih KOPB-om



Izvor: <https://www.kbsd.hr/sites/default/files/Fizikalna/KOPB.pdf>

Bolest napreduje zbog jačanja upale (ponajprije neutrofilne) te zbog toga u dišnim putovima nastaju brojne strukturne promjene. Prvotno dolazi do oštećenja mukocilijarne funkcije što rezultira opstrukcijom protoka zraka kroz dišne putove. Upala u dišnim putovima i plućnom parenhimu nastaje zbog djelovanja različitih iritansa, a to se ponajviše odnosi na sastojke duhanskog dima.

Međutim, rezultati istraživanja navode da 25 do 45% bolesnika s KOPB-om nikada nije pušilo. Zastupljenost KOPB-a u nepušača je bitno veća nego što se to ranije mislilo. Brojna istraživanja pokazuju da među nepušačima s KOPB-om prevladavaju žene.

Stoga istraživanja ukazuju na druge moguće faktore rizika koji su čvrsto povezani s etiopatogeneom KOPB-a. Osim pušenja, faktori rizika za KOPB obuhvaćaju izloženost štetnim plinovima i tvarima na radnom mjestu, TBC pluća,

česte infekcije dišnog sustava u djetinjstvu i mladosti te pasivnu izloženost duhanskom dimu.

KOPB je heterogena bolest u etiološkom, patogenetskom i klinički simptomatskom smislu. Najraniji simptomi KOPB-a su kašalj i stvaranje sluzi, obično nakon ustajanja. Kašalj je općenito blag i često se zamjenjuje s „normalnim“ pušačkim kašljem. Nadalje, često postoji sklonost spuštanja hunjavice prema prsima. Za vrijeme kataralne upale iskašljaj zbog sadržaja gnoja često postaje žut ili zelen. S godinama navedene bolesti u prsima mogu postajati sve češće te mogu biti popraćene hripanjem.

KOPB je česta bolest koja se može spriječiti i liječiti, a karakterizira ju perzistentno ograničenje protoka zraka, koje je obično progresivno i udruženo s pojačanim inflamatornim odgovorima u dišnim putovima i plućima na štetne čestice ili plinove. Egzacerbacije i korborditeti doprinose ukupnoj težini bolesti kod svakog pacijenta pojedinačno (GOLD, 2015).

Oko šezdesete godine starosti često se pojavljuje zaduha pri naporu koja polako napreduje. Konačno bolesnik ima zaduhu pri aktivnostima svakodnevnog života, primjerice, tijekom obavljanja osobne higijene, pranja, oblačenja i pripreme hrane. Oko trećine bolesnika jako gubi na težini što je djelomično posljedica pogoršanja zahuhe nakon jela. Također, dolazi do oticanja nogu što može biti posljedica srčane greške. U kasnim stadijima bolest u prsima, koja se dobro podnosila u ranom stadiju, može uzrokovati tešku zaduhu u mirovanju, a to je pokazatelj akutnog zatajenja disanja (<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/bolesti-pluca-i-disnih-putova/opstruktivne-bolesti-disnih-putova/kronicna-opstruktivna-plucna-bolest>).

3.2. Klasifikacija KOPB-a

Klasifikacija bolesnika oboljelih od KOPB-a napravljena je na način da su oni klasificirani u tzv. fenotipove. Fenotip se definira kao zbroj vanjskih karakteristika organizma, a podrazumijeva interakciju genotipa i vanjskih utjecaja. Obuhvaća

strukturu, funkciju, morfološke, anatomske, fiziološke, biokemijske i biofizičke karakteristike.

Tablica 2: KOPB GOLD klasifikacija prema težini bolesti

Stupanj	Odlike
0: Rizični	Normalna spirometrija Kronične tegobe (kašalj, iskašljavanje)
I: Blagi	FEV ₁ /FVC < 70%; FEV ₁ ≥ 80% očekivanih vrijednosti Sa ili bez tegoba (kašalj, iskašljavanje)
II: Umjereni	FEV ₁ /FVC < 70%; 30% ≤ FEV ₁ < 80% očekivanih vrijednosti (IIA: 50% ≤ FEV ₁ < 80% očekivanih vrijednosti; IIB: 30% ≤ FEV ₁ < 50% očekivanih vrijednosti) Sa ili bez kroničnih tegoba (kašalj, iskašljavanje, zaduha)
III : Teški	FEV ₁ /FVC < 70%; FEV ₁ < 30% očekivanih vrijednosti ili FEV ₁ < 50% očekivanih vrijednosti uz respiracijsku insuficijenciju ili kliničke znakove zatajenja desnog srca

Izvor: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/bolesti-pluca-i-disnih-putova/opstruktivne-bolesti-disnih-putova/kronicna-opstruktivna-plucna-bolest>

Međunarodna skupina stručnjaka definirala je fenotip KOPB-a kao jednu ili više karakteristika bolesti te se prema tim karakteristikama oboljeli od KOPB-a međusobno razlikuju. Navedene karakteristike su povezane s važnim kliničkim ishodima: simptomima i egzacerbacijama bolesti, odgovorom na liječenje, brzinom progresije i smrtnim ishodom.

Koblizek i suradnici (2013) prikazali su smjernice klasifikacije fenotipova KOPB-a koje se temelje na simptomima i terapijskom pristupu:

- Stupanj A: rani stadij bolesti koji može liječiti liječnik primarne zdravstvene zaštite
- Stupanj B: zahtjeva posebnu pozornost jer obuhvaća bolesnika s manje izraženim gubitkom plućne funkcije, ali sa znatnim rizikom od mortaliteta uzrokovanog popratnim kardiovaskularnim ili malignim bolestima ili zbog težine emfizema koji nije praćen proporcionalnim padom vrijednosti FEV1
- Stupanj C – obuhvaća bolesnike s malo simptoma koji su najviše zastupljeni u općoj populaciji, ali su rijetko pod nadzorom pulmologa
- Stupanj D – obuhvaća bolesnike s najvećim rizikom od respiratornog i kardiovaskularnog morbiditeta i mortaliteta.

Tablica 3: Osnovni fenotipovi KOPB-a

Fenotipovi KOPB-a	Osnovne karakteristike fenotipova KOPB-a
Fenotip s kroničnim bronhitisom	Produktivni kašalj (3 ili više mjeseca u godini te dvije ili više uzastopnih godina)
Fenotip s emfizemom	Odsutnost produktivnog kašlja tijekom života, a prisutnost kliničkih znakova plućnog emfizema*
Preklapajući KOPB + asmatski sindrom*	<p>Glavni kriteriji:</p> <p>a) Izrazito pozitivan bronhodilatacijski test (FEV1 , >15% i 400mL</p> <p>b) Pozitivan bronhoprovokacijski test,</p> <p>c) FENO (količina izdahnutog dušikova monoksida) 45-50 ppb i/ili povišeni eozinofili (sputum) 3 i više %</p> <p>d) Povijest astme</p> <p>Sporedni kriteriji:</p> <p>a) Blago pozitivan bronhodilatacijski test (FEV1 > 12% i >200 mL),</p> <p>b) Povišen ukupni igE,</p> <p>c) Povijest atopije</p> <p>-i konačna dijagnoza KOPB-a</p>
Preklapajući KOPB + bronhiektazije	Izraženo gotovo svakodnevno iskašljavanje gnojnog sputuma, mlađa dob, bez izloženosti ili niže razine izloženosti pušenju, povijest produljenih/ponavljanih infekcija dišnog sustava, hemoptiza, potvrda bronhiektazije HRCT-om -i konačna dijagnoza KOPB-a
Fenotip učestalog egzacerbatora	Učestale egzacerbacije (2 ili više godišnje) liječene β 2-agonistima i/ili kortikosteroidima
Fenotip respiratorne kaheksije***	BMI<21kg/m ² -bez drugog uzroka (FFMI<16kg/m ² kod muškaraca ili < 15 kg/m ² kod žena)

FHRCT-CT visoke rezolucije

BMI-index tjelesne mase

FFMI-indeks bezmasne mase

Izvor: Koblizek V, Chlumsky J, Zindr V i sur. Chronic Obstructive Pulmonary Disease:

Official diagnosis and treatment guidelines of the Czech Pneumological and Physiological Society; a novel phenotypic approach to COPD with patient-oriented care. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub 2013;157:189–201

4. KVALITETA ŽIVOTA

Pojam kvaliteta života može se definirati kao subjektivni doživljaj i osjećaj pojedinca koji podrazumijeva postojanje sljedećih odrednica i stanja: osjećaj radosti, životnog zadovoljstva, postojanje unutrašnjeg mira i sl. Također, misli se na život bez posebne opterećenosti, posebno na život bez straha i neizvjesnosti. WHO (1993, prema Halauk 2013) navodi da je kvaliteta življenja osobno shvaćanje čovjekove pozicije u svakodnevici života, glede sadržaja kulture, glede odrednica zakona i prava, posebno glede mogućnosti realizacije svojih ciljeva i želja.

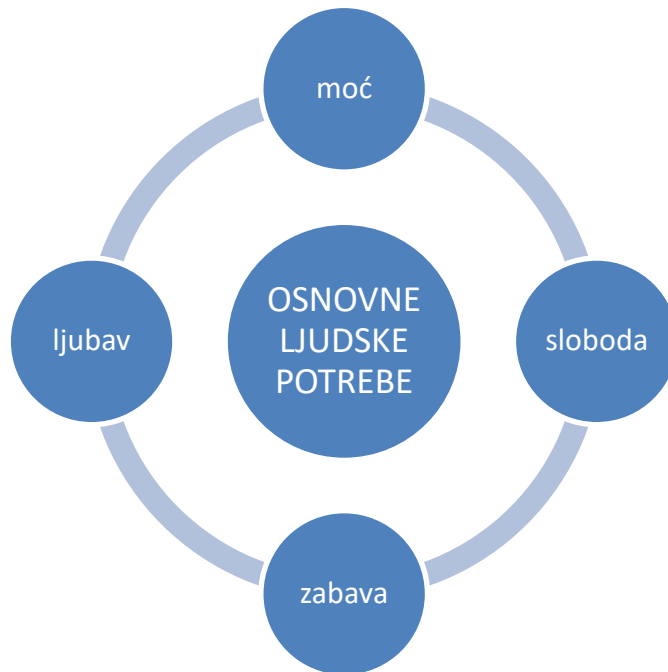
Kvaliteta života pojedinca ovisi o njegovoj mogućnosti nadoknađivanja nedostataka koji ga opterećuju i korištenju prednosti koje mu se pružaju, a to omogućuje postizanje ravnoteže između očekivanja i realizacije. Stoga je nemoguće procijeniti kvalitetu života pojedinca na temelju poznavanja objektivnih uvjeta u kojima živi ili objektivnih poteškoća koje ga opterećuju, kao što su starost, bolest ili briga o drugoj osobi (Brajković, 2010). Naime, neophodno je i ispitivanje zadovoljstva životom kao subjektivne mjere kvalitete života.

4.1. Elementi i mjerenje kvalitete života

Postoje različiti elementi koji utječu na kvalitetu života pojedinca. Elementi kvalitete života mogu se svesti na tri velika područja: zdravlje i fizička forma, život u obitelji i široj zajednici te zaposlenje i napredovanje. Navedeni elementi mogu se promotriti iz četiri aspekta (Avelini Holjevac, 2006):

- Aspekt „osobno zadovoljstvo“ (uspjeh, unutarnji mir, usklađenost s očekivanjima, rasonoda, ljubav)
- Aspekt „društveni život“ (sloboda, okoliš, demokracija, međuljudski odnosi, društveni status, slobodno vrijeme)
- Aspekt „zdravlje i obitelj“ (zdravstveno stanje, sloga i ljubav u braku i obitelji)
- Aspekt „društvena svijest“ (moral ljudi i društva, obrazovanje, kultura, vjera i duhovne potrebe).

Slika 3: Osnovne ljudske potrebe



Svi ovi elementi ukazuju na kompleksnost pojma kvaliteta života. To je posljedica činjenice da se čovjekove potrebe neprestano mijenjaju te postaju sve kompleksnije. Osnovne potrebe se mogu svesti na četiri (Slika 3). Svaki čovjek ima drugačije rangiranje važnosti prikazanih općih potreba kao i stupanj zadovoljstva realiziranim potrebama, a to čini kvalitetu njegovog života.

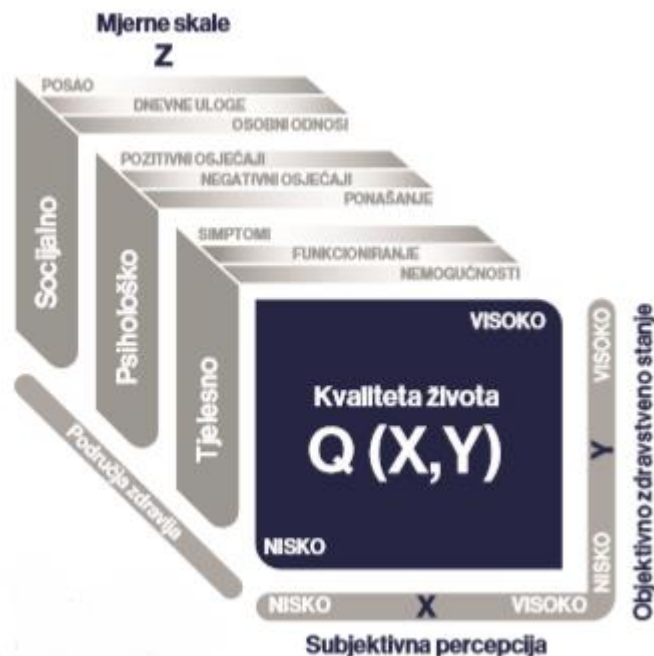
Složenija podjela ljudskih potreba obuhvaća devet kategorija: održanje života, zaštićenost, osjećajnost, razumijevanje, sudjelovanje, slobodno vrijeme, kreativnost, identitet i sloboda. Teško je mjeriti i ocjenjivati sve navedene kategorije potreba, a navedeno otežava objektivnost kod definiranja stvarne ukupne kvalitete života pojedinca i društva. Mjerljive parametre određuje znanost (medicina, prirodne znanosti, društvene znanosti).

Narušeno zdravlje, odnosno bolest jedan su od najvažnijih vanjskih događaja koji mogu imati iznimno negativan utjecaj na život pojedinca, osobnu kvalitetu njegova života i osjećaj zadovoljstva životom. Svjetska zdravstvena organizacija zdravlje definira kao stanje potpune tjelesne, mentalne i socijalne dobrobiti, a to znači da zdravlje ne podrazumijeva samo odsutnost bolesti i nesposobnosti. Danas se smatra da pojam zdravlja obuhvaća potpunu funkciju ili učinkovitost tijela i uma te

socijalnu prilagodbu. Slika 4 shematski prikazuje varijable i područja koja su uključena u procjenu kvalitete života. U skladu s definicijom Svjetske zdravstvene organizacije procjenjuje se koliko je u životu jedne osobe dobrobit narušena na području tjelesnog, psihičkog i socijalnog zdravlja.

Budući da kronične bolesti, kao što su astma i KOPB, zahvaćaju velik dio populacije, samoprocjena kvalitete života zdravstvenog stanja sve češće se upotrebljava kao mjera uspješnosti njihova liječenja.

Slika 4: Shematski prikaz područja i varijabla uključenih u procjenu kvalitete života



Izvor: Škrinjarić Cincar, S. (2016) Važnost procjene kvalitete života u bolesnika s kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću, *Medicus*, 25(1), 91-98

U procjeni kvalitete života povezane sa zdravstvenim stanjem (HRQoL, engl. Health Related Quality of Life) razmatraju se simptomi, tjelesna aktivnost, kognitivne sposobnosti, psihosocijalno stanje, emocije i prilagodba na bolest.

4.2. Kvaliteta života u bolesnika s astmom

Astma je kronična bolest kod koje se u epizodama izmjenjuju poboljšanja i pogoršanja. Ova kronična bolest može dovesti do značajnih ograničenja u fizičkim, emocionalnim i socijalnim aspektima života oboljelih. Kod većine oboljelih bolest je prisutna tijekom cijelog života te stoga njihovo liječenje treba usmjeriti na smanjenje simptoma bolesti te na poboljšanje kvalitete života.

Odrasle osobe oboljele od astme opterećene su samim simptomima bolesti, a to su nedostatak zraka, tjeskoba u prsima, sviranje u prsima i kašalj. Može biti prisutan i utjecaj različitih alergena na koje su oboljeli senzibilizirani. Često imaju poremećen san i posljedično dnevni umor i pospanost. Brojni oboljeli ograničeni su u fizičkim aktivnostima, kao što su bavljenje sportom, penjanje uz stepenice, obavljanje kupovine i svakodnevnih poslova u domaćinstvu i na radnom mjestu.

Socijalna aktivnost kao što su odlasci na zabave, posjete prijateljima i rodbini (zbog kućnih ljubimaca, dima cigareta i sl.), također, mogu biti smanjene. Sva navedena ograničenja mogu dovesti do emocionalnih poremećaja kod oboljelih. Način liječenja, terapijski postupci kao i sami liječnici svojim pristupom često mogu utjecati na pogoršanje kvalitete života oboljelih (Juniper, 1997).

Djeca s astmom imaju vrlo slične poremećaje u kvaliteti života kao i odrasli. Uz fizička i socijalna ograničenja djeca su posebno pogođena činjenicom da se razlikuju od svojih vršnjaka te se poradi toga osjećaju izoliranima i odbačenima. Kod mlađe djece često je prisutan osjećaj bijesa i ljutnje zbog toga što imaju astmu. Roditelji djece s astmom često loše uočavaju probleme koji muče njihovu djecu te poradi toga nastaju teškoće u istraživanjima gdje roditelji daju informacije o bolesti (Christie, 1993).

4.3. Kvaliteta života u bolesnika s KOPB-om

Godišnje u Europi od KOPB-a umire 200.000 do 300.000 bolesnika, trenutno je na petom mjestu uzroka smrti, a procjenjuje da će do 2030. godine KOPB postati treći najčešći uzrok smrti u Europi. Brojne studije pokazuju da je kvaliteta života

osoba oboljelih od KOPB-a bitno narušena te je povezana sa simptomima bolesnika i s lošom prognozom bolesti. Iz navedenog razloga poboljšanje kvalitete života prepoznato je kao jedan od glavnih ciljeva liječenja. Ovo je područje uključeno u gotovo sve smjernice za liječenje KOPB-a (Škrinjarić Cincar, 2016).

Simptomi i plućna funkcija u bolesnika s KOPB-om nisu uvijek povezani. Stoga, bolesnici s teškom opstrukcijom mogu imati malo simptoma, ali i obrnuto. 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 velikim promjenama u smjernicama GOLD. Kao ciljevi liječenja stabilnog KOPB-a istaknuti su poboljšanje simptoma i smanjenje rizika od loših ishoda bolesti. U području poboljšanja simptoma posebno se ističe poboljšanje zdravstvenog stanja, odnosno poboljšanje kvalitete života (Slika 5).

Slika 5: Ciljevi liječenja stabilnog KOPB-a

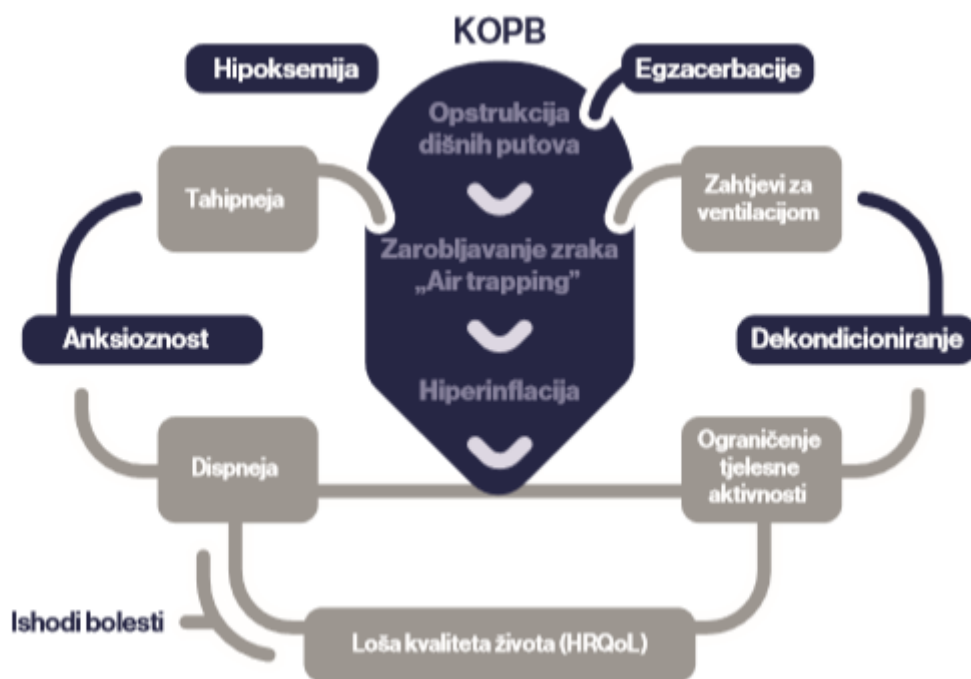


Izvor: Škrinjarić Cincar, S. (2016) Važnost procjene kvalitete života u bolesnika s kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću, Medicus, 25(1), 91-98

Kašalj, iskašljavanje i dispneja učestali su simptomi kod bolesnika 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 (Škrinjarić Cincar, 2016).

Promjene u psihičkom stanju, a što se ponajviše odnosi na anksioznost i depresiju jako su izražene kod 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 6).

Slika 6: Povezanost patofizioloških procesa i simptoma sa smanjenjem kvalitete života



Izvor: Škrinjarić Cincar, S. (2016) Važnost procjene kvalitete života u bolesnika s kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću, *Medicus*, 25(1), 91-98

5. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj primarnog istraživanja je:

- Istražiti kvalitetu života osoba oboljelih od astme i KOPB-a
- Istražiti da li postoji razlika u kvaliteti života između osoba koje boluju od astme i osoba koje boluju od KOPB-a.

6. METODE I UZORAK

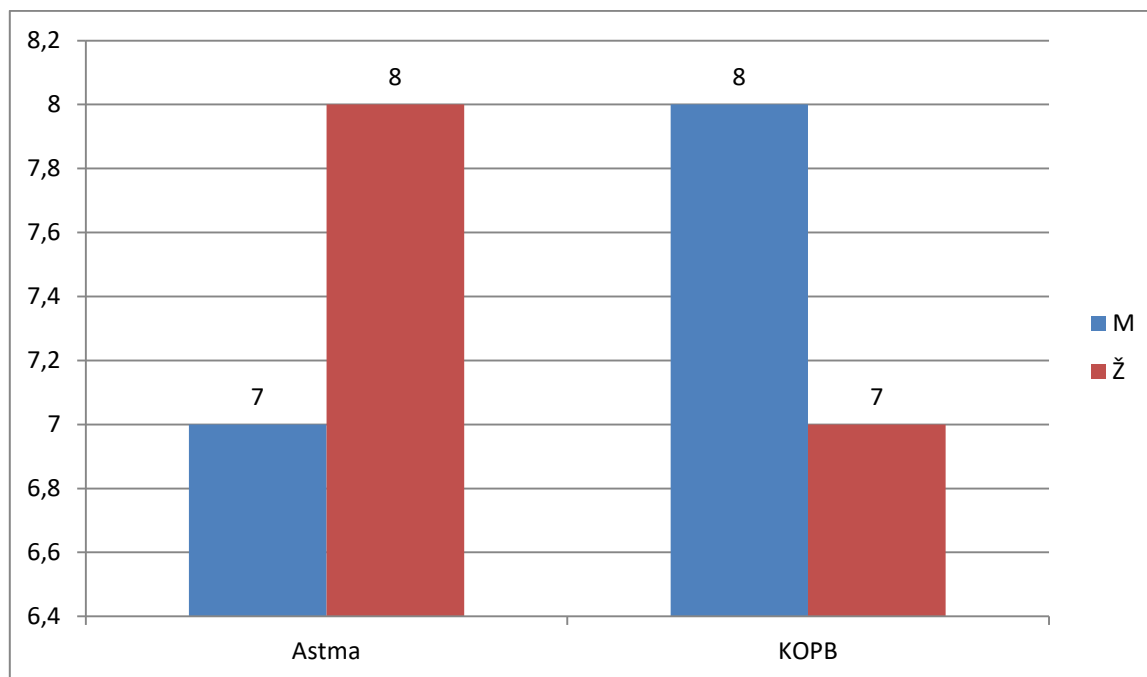
Za potrebe istraživanja sastavljen je anketni upitnik u kojem se nalaze pitanja vezana uz zdravstveno stanje, funkcionalnost te socijalne odnose, odnosno u upitniku se nalaze pitanja kojima se procjenjuje kvaliteta života oboljelih od plućnih bolesti. Uz pitanja vezana uz kvalitetu života, u upitniku se nalaze i demografska pitanja.

Istraživanje je provedeno u ordinaciji opće medicine Gruda. U istraživanju su sudjelovale osobe oboljele od astme (N=15) i KOPB-a (N=15).

7. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

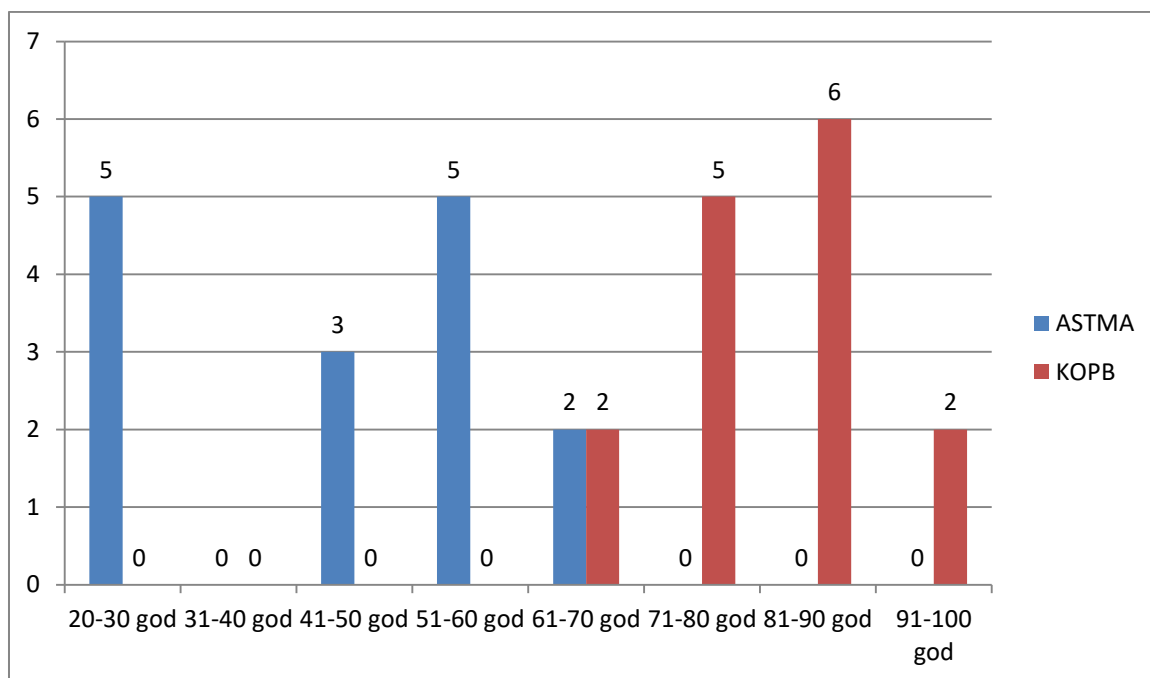
U istraživanju je sudjelovalo 15 osoba oboljelih od KOPB-a i 15 osoba oboljelih od astme. Prema spolu, istraživanju je pristupilo osam muškaraca oboljelih od KOPB-a i sedam muškaraca oboljelih od astme te sedam žena oboljelih od KOPB-a i osam žena oboljelih od astme (Grafikon 1).

Grafikon 1. Spol sudionika u istraživanju



Grafikon 2 prikazuje dob sudionika u istraživanju.

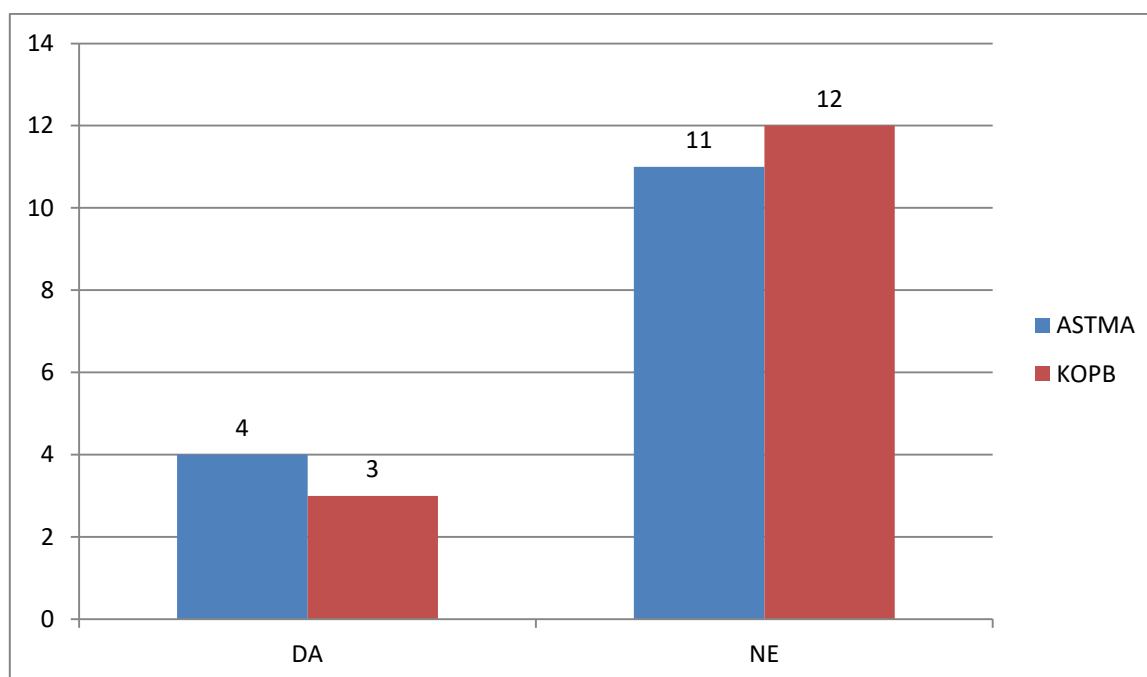
Grafikon 2. Dob sudionika u istraživanju



U istraživanju nije sudjelovala nijedna osoba oboljela od KOPB-a mlađa od šezdeset i tri godine. Također, svi sudionici u istraživanju oboljeli od ASTME mlađi su od šezdeset i dvije godine starosti. Jedna trećina osoba oboljelih od ASTME mlađa je od trideset godina dok 40% ispitanika oboljelih od KOPB-a ima između 81 i 90 godina.

Grafikon u nastavku prikazuje odgovore ispitanika o tome da li puše cigarete.

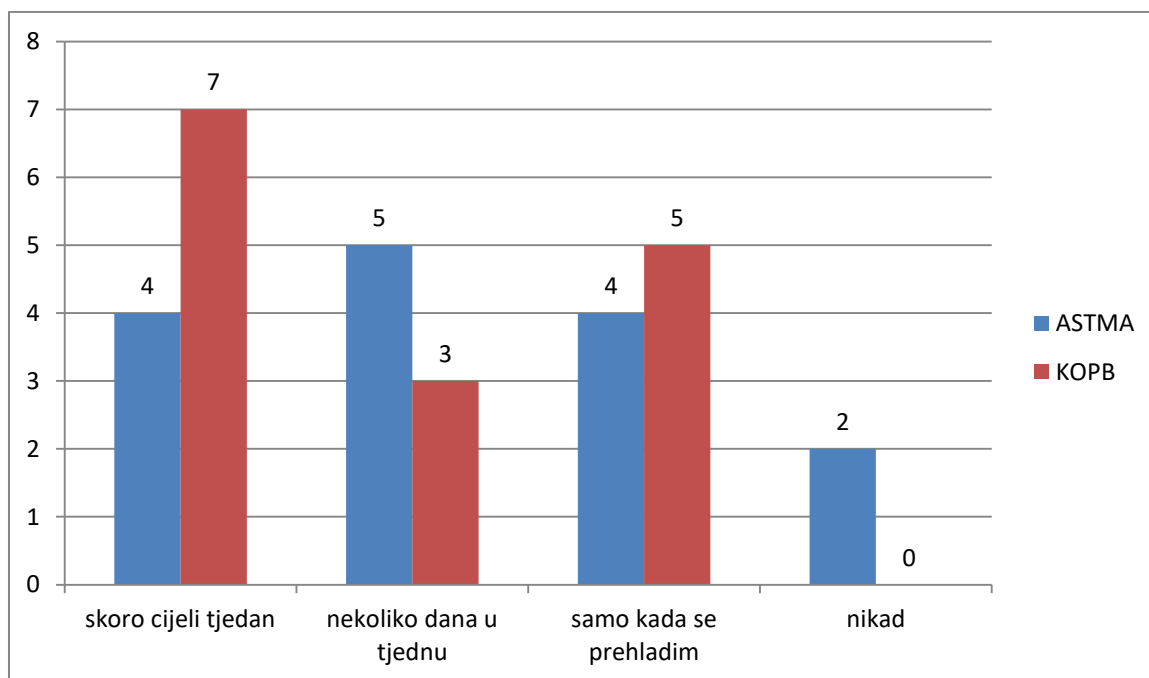
Grafikon 3. Pušenje cigareta



Većina sudionika u istraživanju (77% ispitanika) ne puši cigarete. Među sudionicima u istraživanju više je bilo onih s astmom (4 ispitanika) koji puše cigarete u odnosu na one s KOPB-om (3 ispitanika). Također, više puše osobe ženskog spola u odnosu na osobe muškog spola.

Grafikon u nastavku prikazuje odgovore sudionika u istraživanju o tome koliko kašlju.

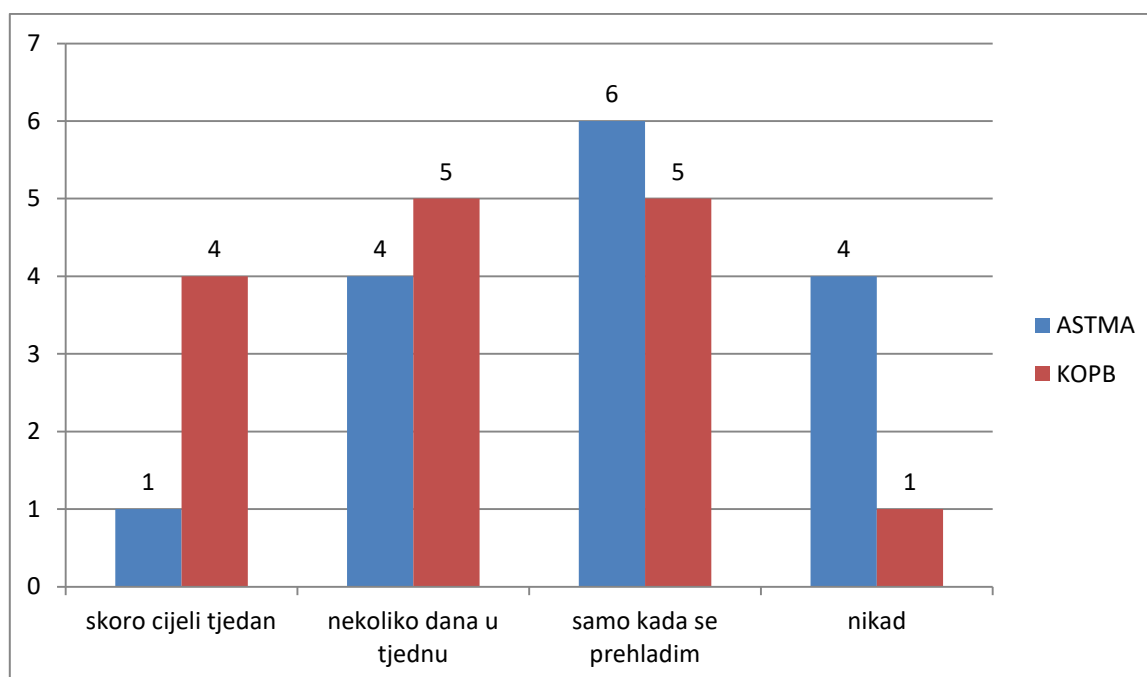
Grafikon 4. Kašljanje sudionika u istraživanju



Najviše sudionika u istraživanju (37% ispitanika) kašlje skoro cijeli tjedan. Pritom je kašalj skoro cijeli tjedan više prisutan kod osoba s astmom u odnosu na osobe s KOPB-om. Nekoliko dana u tjednu kašlje 30% ispitanika dok najmanji postotak njih ne kašlje nikad (6% ispitanika). Također, nijedan ispitanik s KOPB-om nije naveo da nikada ne kašlje.

Grafikon u nastavku prikazuje odgovore sudionika u istraživanju vezane uz iskašljavanje sluzi.

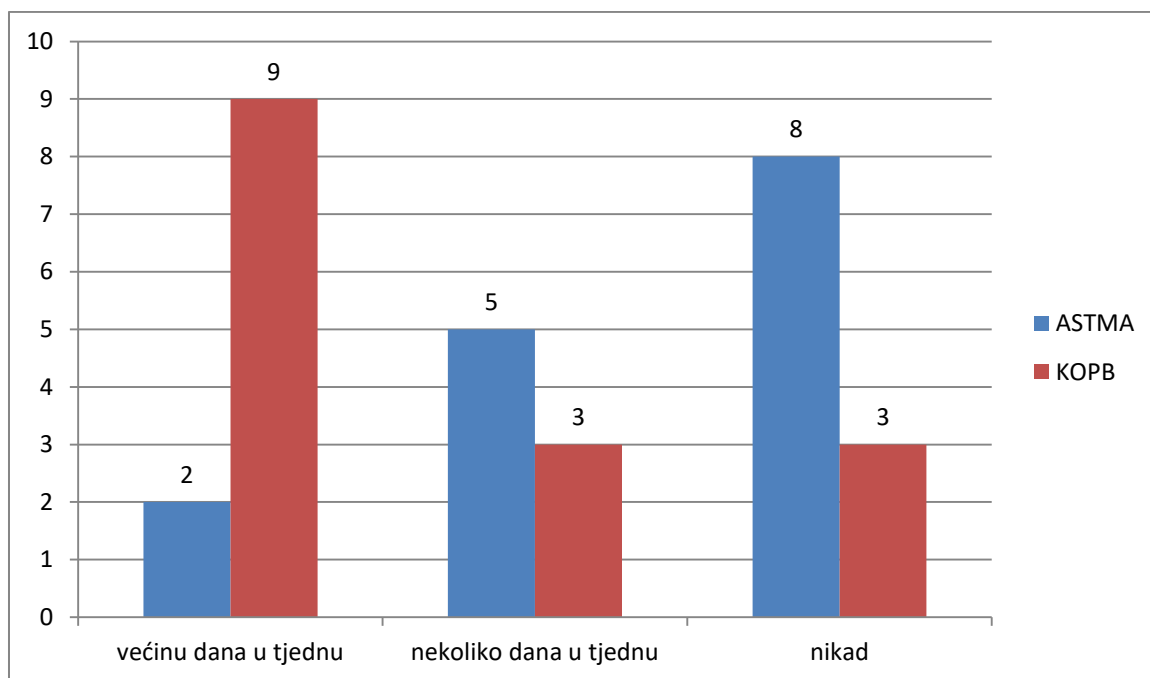
Grafikon 5. Iskašljavanje sluzi



Većina ispitanika sluz iskašljava samo kada se prehladi (37% ispitanika). Skoro cijeli tjedan 17% ispitanika iskašljava sluz (4 ispitanika s KOPB-om i 1 ispitanik s astmom). Njih 30% iskašljava sluz nekoliko dana u tjednu (5 ispitanika s KOPB-om i 4 ispitanika s astmom).

Grafikon u nastavku prikazuje odgovore ispitanika vezane uz osjećaj nedostatka zraka.

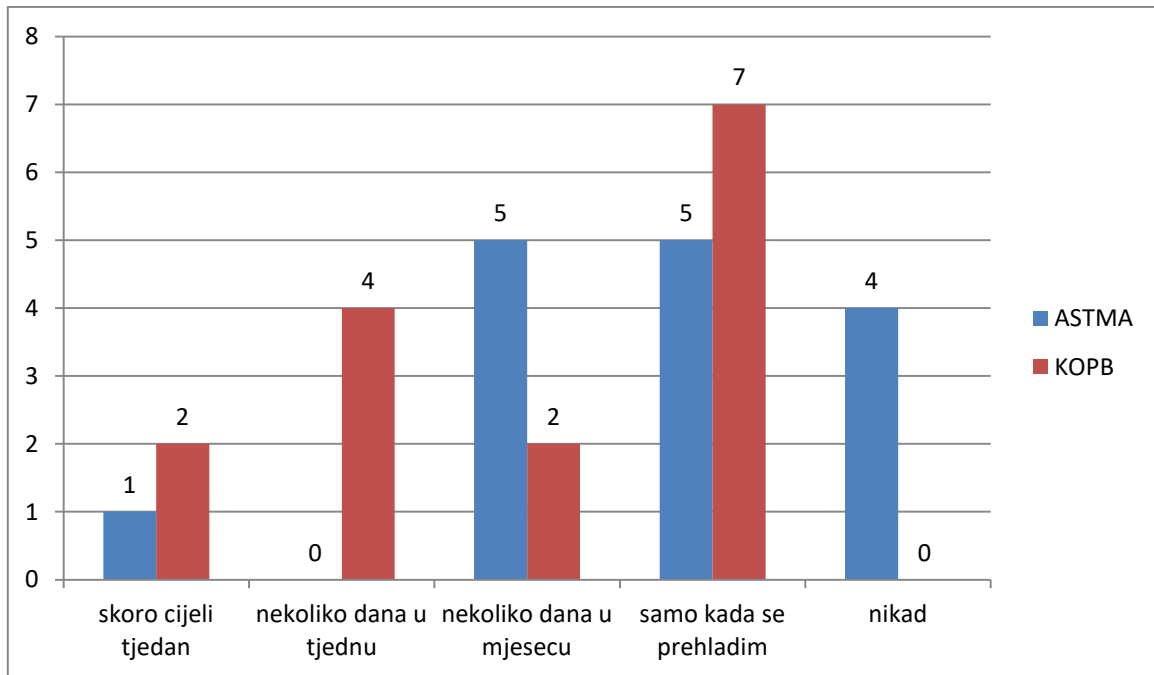
Grafikon 6. Osjećaj nedostatka zraka



Najviše ispitanika (37% ispitanika) osjeća nedostatak zraka većinu dana u tjednu (9 ispitanika s KOPB-om i 2 ispitanika s astmom). Nekoliko dana u tjednu nedostatak zraka osjeća 27% ispitanika (5 ispitanika s astmom i 3 ispitanika s KOPB-om). Nedostatak zraka nikada ne osjeća 8 ispitanika s astmom i 3 ispitanika s KOPB-om.

Grafikon u nastavku prikazuje odgovore sudionika u istraživanju vezane uz napadaje teškog disanja.

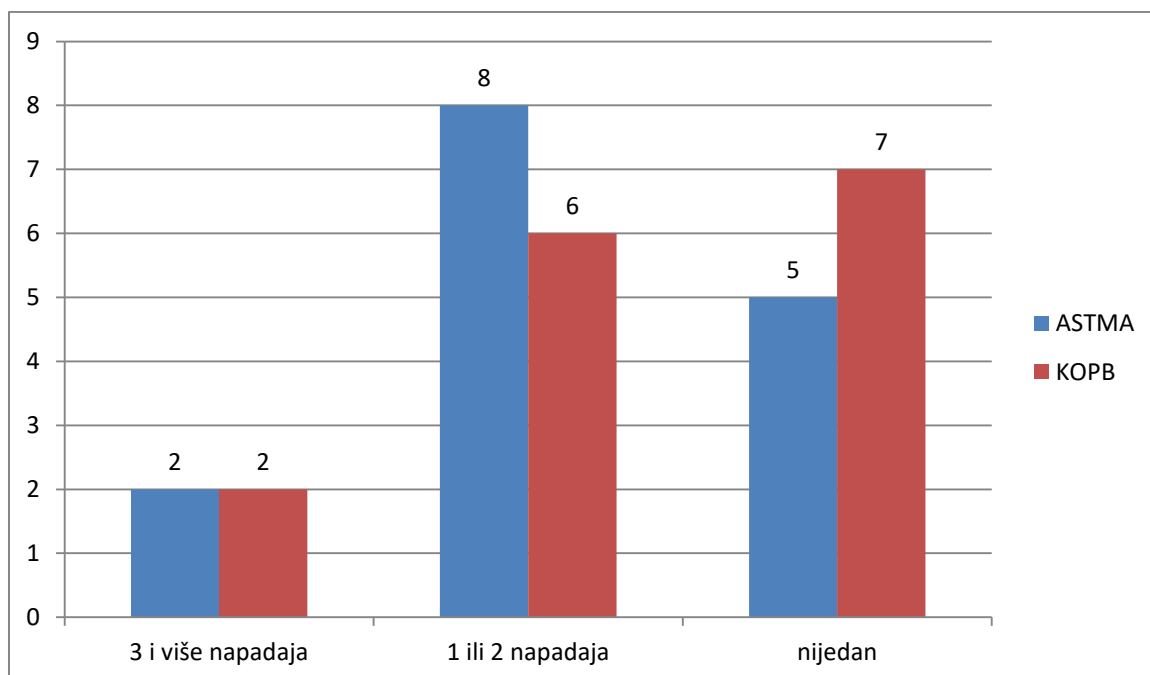
Grafikon 7. Napadaji teškog disanja



Većina ispitanika je navela da ima napadaje teškog disanja samo kada se prehladi (40% ispitanika). Nitko od ispitanika s astmom nije naveo da ima napadaje teškog disanja nekoliko dana u tjednu. Najmanje ispitanika ima skoro cijeli tjedan napadaje teškog disanja (2 ispitanika s KOPB-om i 1 ispitanik s astmom).

Grafikon 8 prikazuje odgovore ispitanika o broju napadaja vezanih uz njihove plućne tegobe prošle godine.

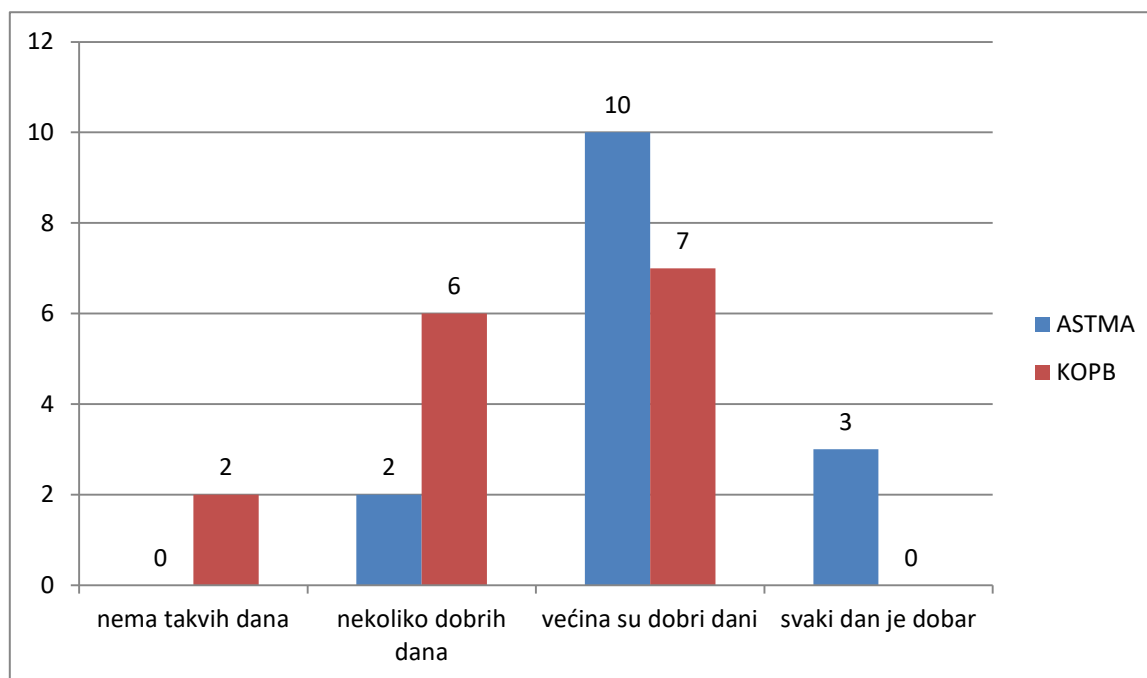
Grafikon 8. Broj napadaja vezan za plućne tegobe tijekom prošle godine



Najviše ispitanika je odgovorilo da tijekom prošle godine su imali 1 ili 2 napada vezanih uz njihove plućne tegobe (47% ispitanika). Više je ispitanika s astmom imalo 1 ili 2 napada u odnosu na ispitanike s KOPB-om. Tijekom prošle godine nijedan napad nije zabilježen kod 40% ispitanika.

Grafikon 9 prikazuje odgovore ispitanika na pitanje koliko često imaju „dobre dane“, tj. dane s malo problema s disanjem.

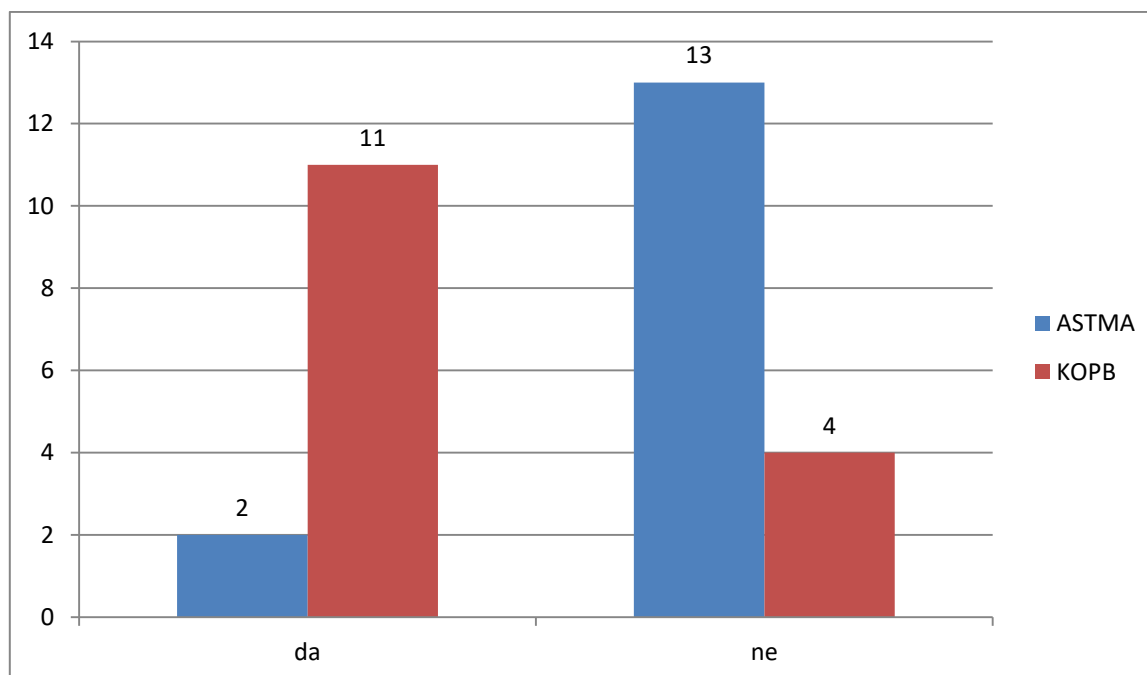
Grafikon 9. Učestalost dobrih dana



Najviše ispitanika je navelo da većinom imaju dobre dane (57% ispitanika). Više ispitanika s astmom (10 ispitanika) u odnosu na one s KOPB-om (7 ispitanika) je navelo da većinom imaju dobre dane. Najmanje ispitanika smatra da nema dobrih dana (7% ispitanika) te su ovakav odgovor dali samo ispitanici s KOPB-om. Nijedan ispitanik s KOPB-om nije naveo da je svaki dan dobar.

Grafikon 10 prikazuje odgovore sudionika u istraživanju na pitanje da li im je gore otežano disanje u jutarnjim satima.

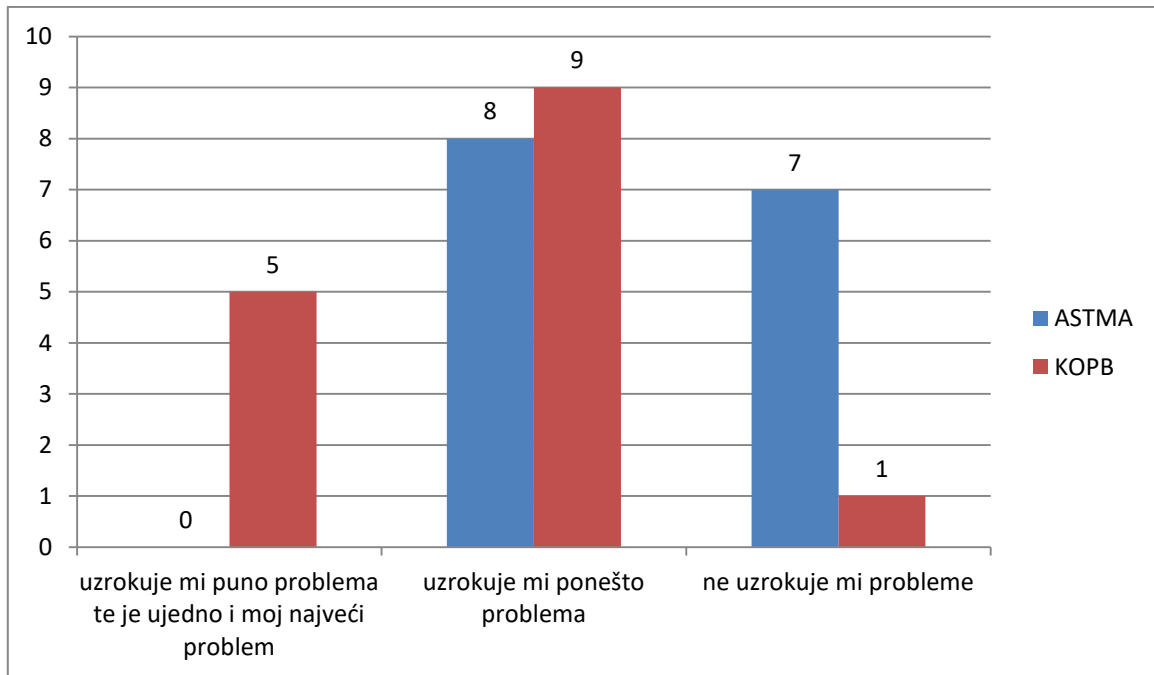
Grafikon 10. Otežano disanje (piskutanje) u jutarnjim satima



Više ispitanika je navelo da im nije gore otežano disanje u jutarnjim satima (57% ispitanika). Više ispitanika s KOP-om ima veće probleme s otežanim disanjem ujutro u odnosu na broj bolesnika s astmom.

Grafikon 11 prikazuje odgovore sudionika u istraživanju o trenutnom stanju njihove plućne bolesti.

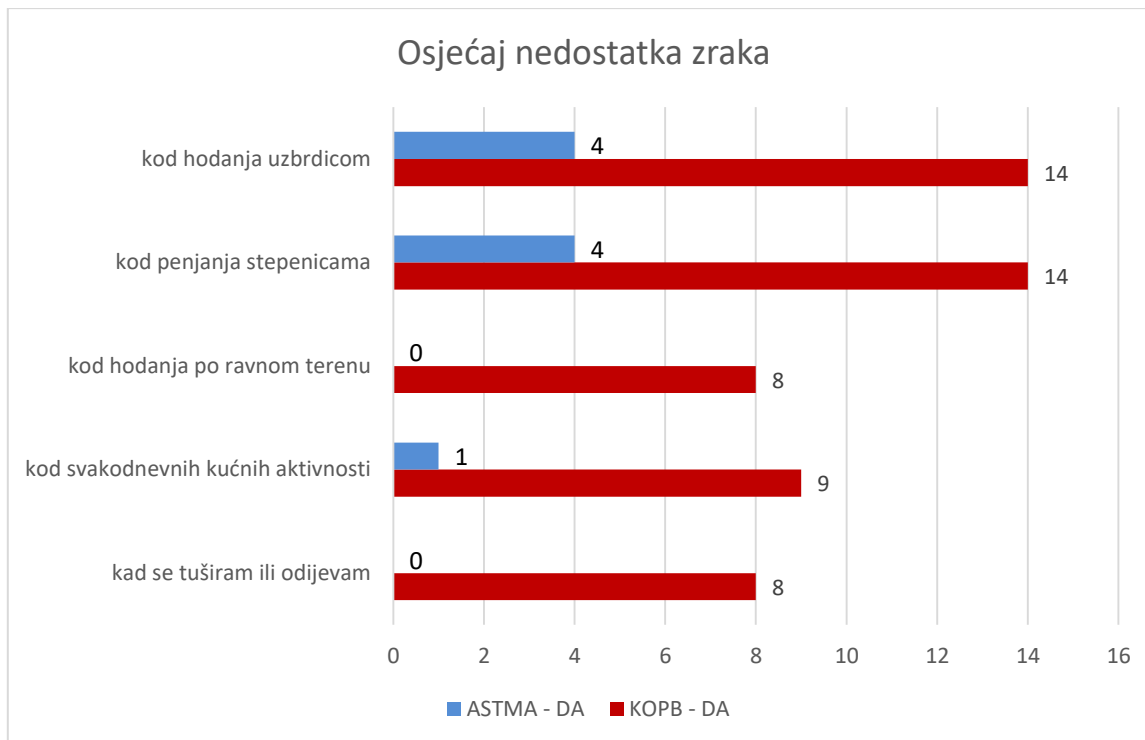
Grafikon 11. Trenutno stanje plućne bolesti



Najmanji postotak ispitanika (17%) je naveo da im plućna bolest uzrokuje puno problema te da je ujedno i njihov najveći problem. Nijedan ispitanik s astmom nije dao ovaj odgovor dok je navedeni odgovor dalo 5 ispitanika s KOPB-om. Najviše ispitanika je naveo da im plućna bolest uzrokuje ponešto problema (57% ispitanika). Ovaj odgovor je dalo 8 ispitanika s astmom i 9 s KOPB-om.

Grafikon u nastavku prikazuje aktivnosti koje ispitanicima oboljelima od KOPB-a i astme uzrokuju osjećaj nedostatka zraka.

Grafikon 12. Aktivnosti koje uzrokuju ispitanicima s KOPB-om i astmom osjećaj nedostatka zraka



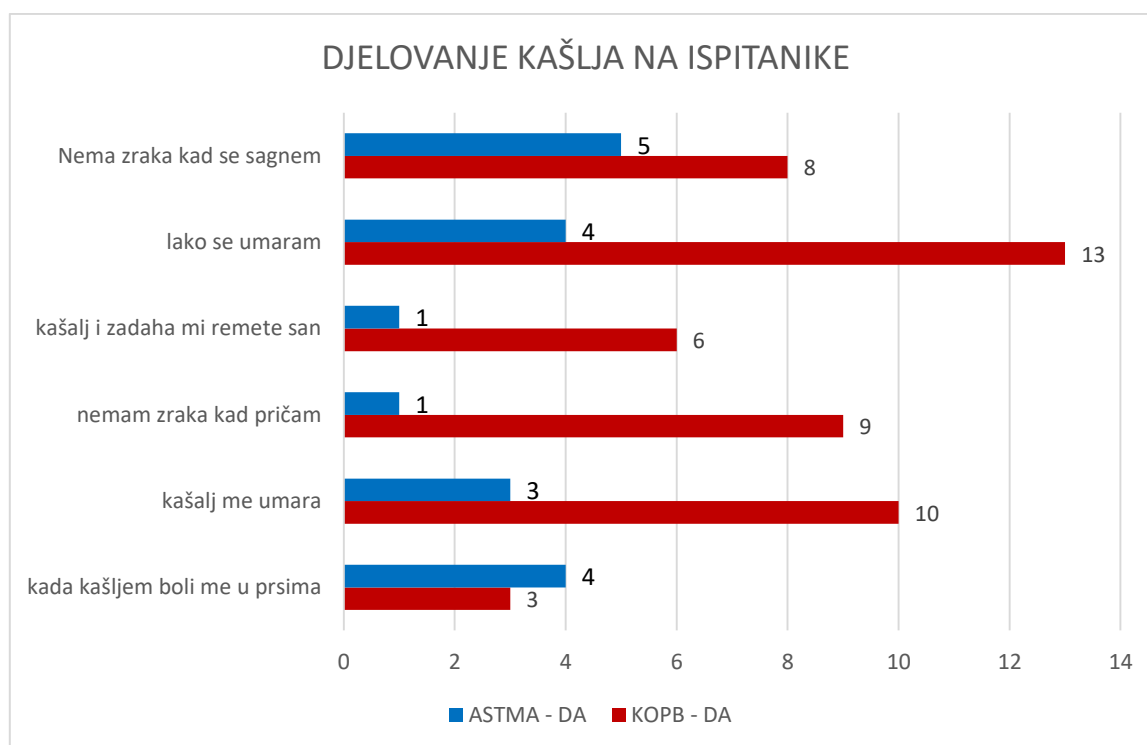
Bolesnicima s KOPB-om najviše hodanje uzbrdicom i hodanje po stepenicama uzrokuje osjećaj nedostatka zraka. Do voga osjećaja najmanje dolazi kod hodanja po ravnom terenu te kod tuširanja ili odijevanja.

Nijedan ispitanik s astmom nije naveo da mu tuširanje ili odijevanje te hodanje po ravnom terenu stvara osjećaj nedostatka zraka. Također, samo jedan sudionik u istraživanju je naveo da mu osjećaj nedostatka zraka stvara obavljanje svakodnevnih kućanskih aktivnosti.

Ovi podaci ukazuju na to da bolesnici s KOPB-om imaju više osjećaj nedostatka zraka kod obavljanja svakodnevnih aktivnosti u odnosu na oboljele od astme.

Djelovanje kašlja na osobe s KOPB-om i astmom prikazano je na Grafikonu 13.

Grafikon 13. Djelovanje kašlja na osobe s KOPB-om i astmom



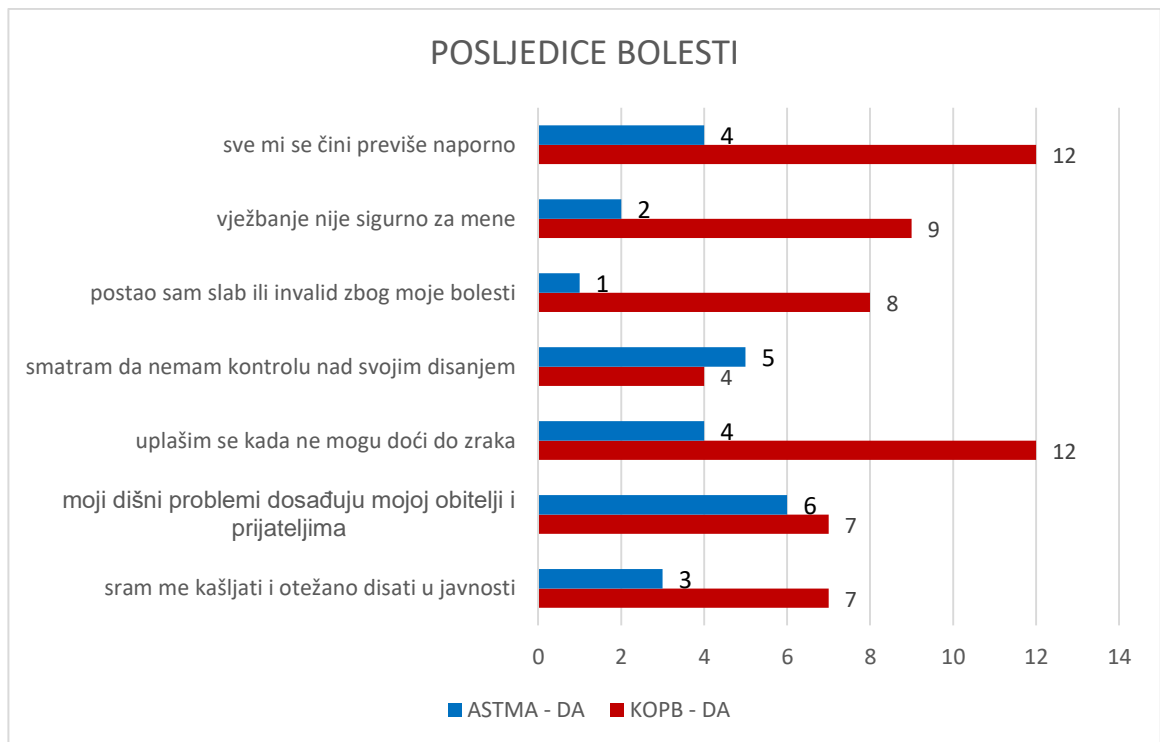
Najviše ispitanika s KOPB-om se lako umara od kašlja. Također, ispitanicima s KOPB-om kašalj i zadaha najmanje utječu na san i na gubitak zraka prilikom pričanja. Gotovo polovica ispitanika s KOPB-om nema zraka kad se sagne.

Većina ispitanika s astmom (14 ispitanika) je navela da nemaju problema s gubitkom zraka prilikom saginjanja i prilikom pričanja. Najviše njih je navelo da se lako umara (5 ispitanika).

Ispitanici s astmom imaju manje problema povezanih s kašljem u odnosu na ispitanike s KOPB-om.

Grafikon 14 prikazuje posljedice koje bolest izaziva kod ispitanika s KOPB-om i astmom.

Grafikon 14. Posljedice bolesti kod osoba s KOPB-om i astmom



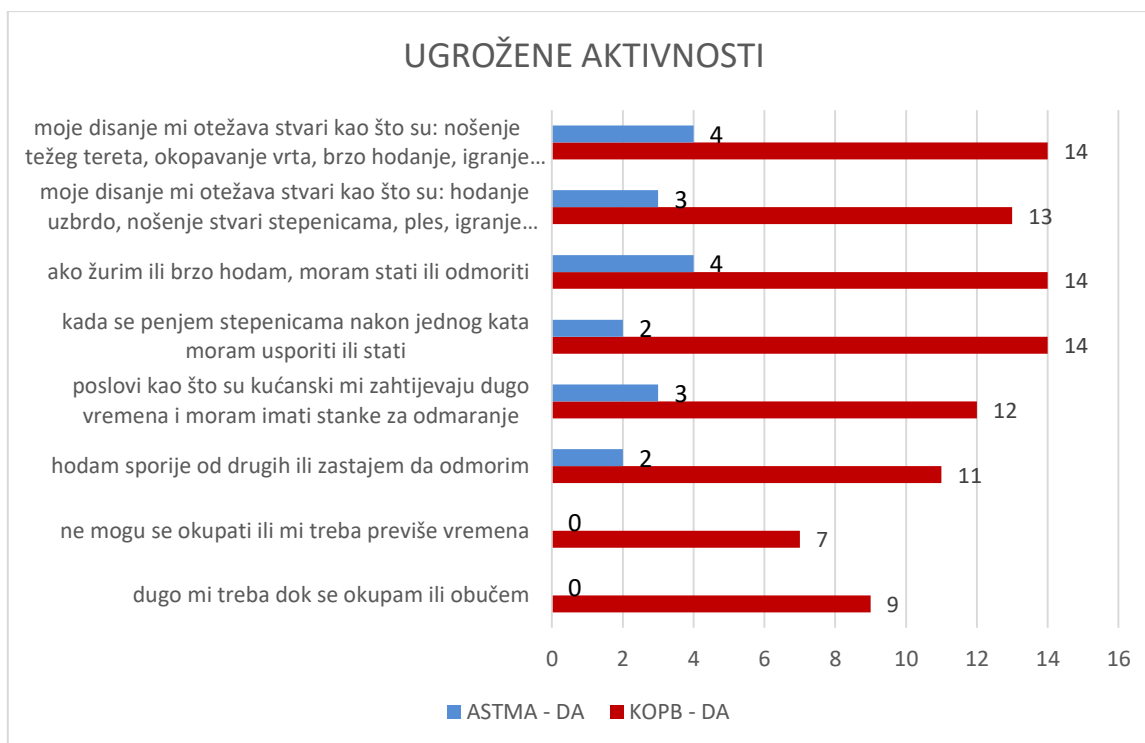
Najviše ispitanika s KOPB-om je navelo da se uplaši kada ne mogu doći do zraka te da im se sve čini previše naporno (po 12 ispitanika). Najmanje ispitanika s KOPB-om je navelo da smatraju da nemaju kontrolu nad svojim disanjem te da njihovi dišni problemi dosađuju njihovoj obitelji i prijateljima.

Najviše ispitanika s astmom je navelo da njihovi dišni problemi dosađuju njihovoj obitelji i prijateljima (6 ispitanika) te da nemaju kontrolu nad svojim disanjem (5 ispitanika). Najmanje ispitanika s astmom smatra da su postali slabi ili invalidi zbog svoje bolesti (14 ispitanika).

Posljedice bolesti više su izražene kod osoba s KOPB-om, nego kod osoba s astmom.

Grafikon u nastavku prikazuje aktivnosti koje mogu biti ugrožene disanjem kod osoba s KOPB-om i astmom.

Grafikon 15. Aktivnosti koje mogu biti ugrožene kod osoba s KOPB-om i astmom u/s otežanog disanja



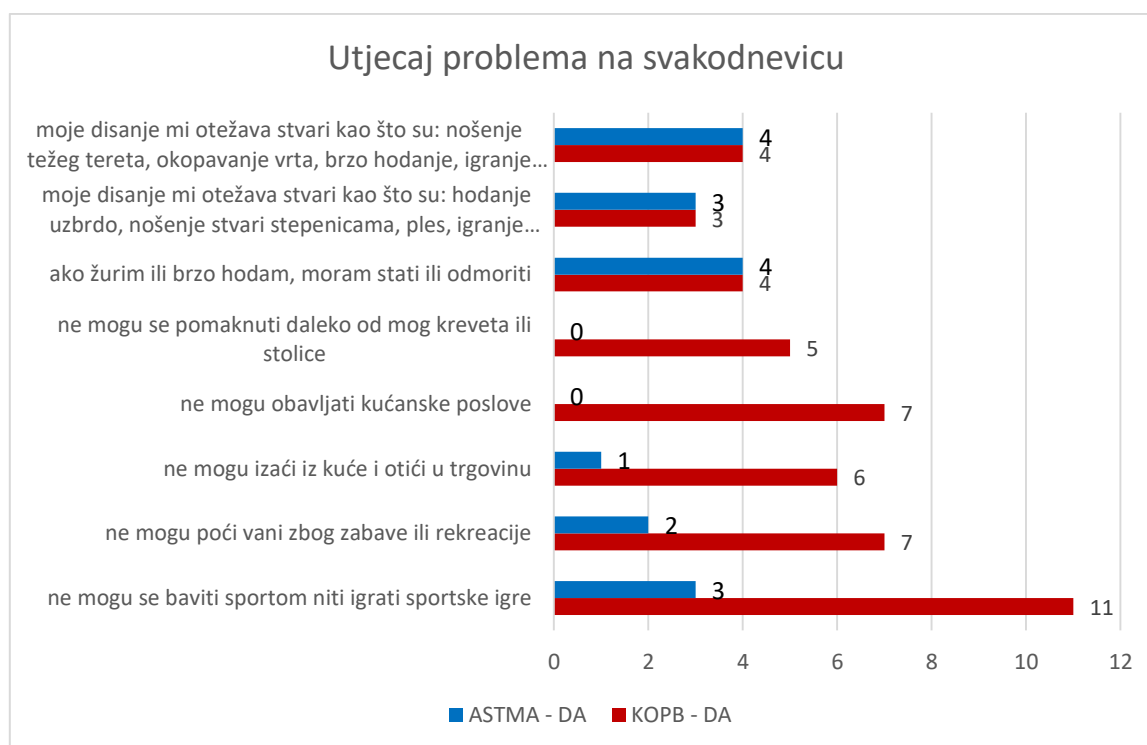
Najviše osoba s KOPB-om je navelo da su im ugrožene aktivnosti vezane uz nošenje težeg tereta, okopavanje vrta, brzo hodanje i dr. Također, većina ispitanika s KOPB-om ako brzo hoda mora stati ili odmoriti te kada se penje stepenicama nakon jednog kata mora stati ili odmoriti. Kod najmanjeg broja ispitanika bolest ima utjecaj na kupanje.

Bolest ispitanicima s astmom ne smeta kod kupanja. Najviše im smeta za nošenje težeg tereta, okopavanje vrta, brzo hodanje, sport i sl. Također, najviše njih je navelo da ako žure ili brzo hodaju moraju stati i odmoriti.

Podaci pokazuju da na veći broj ispitanika s KOPB-om bolest ima učinak, odnosno da ih ometa u obavljanju aktivnosti više, nego ispitanike s astmom.

Grafikon u nastavku prikazuje kako problemi utječu na svakodnevicu kod osoba s KOPB-om i astmom.

Grafikon 16. Utjecaj bolesti na svakodnevnicu kod osoba s KOPB-om i astmom



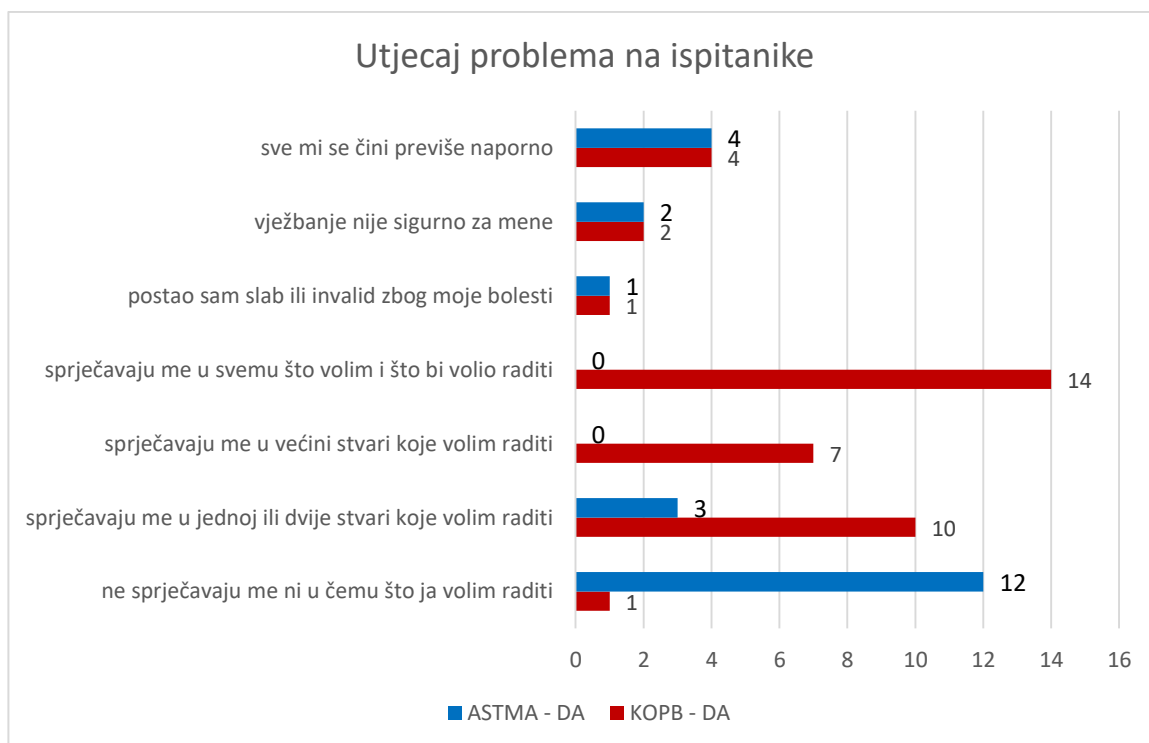
Najviše ispitanika s KOPB-om je navelo da ne može obavljati kućanske poslove i da ne mogu poći vani zbog zabave ili rekreacije (po sedam ispitanika). Najmanje ispitanika je navelo da se zbog bolesti ne može pomaknuti daleko od kreveta ili stolice.

Nitko od ispitanika s astmom nije naveo da se ne može pomaknuti daleko od kreveta ili stolice te da ne može obavljati kućanske poslove. Ispitanicima najviše bolest ometa aktivnosti vezane za sport.

Podaci govore da bolesti više utječe na aktivnosti osoba s KOPB-om u odnosu na aktivnosti osoba s astmom.

Grafikon u nastavku prikazuje kako problemi utječu na osobe s KOPB-om i astmom.

Grafikon 17. Utjecaj bolesti na osobe s KOPB-om i astmom



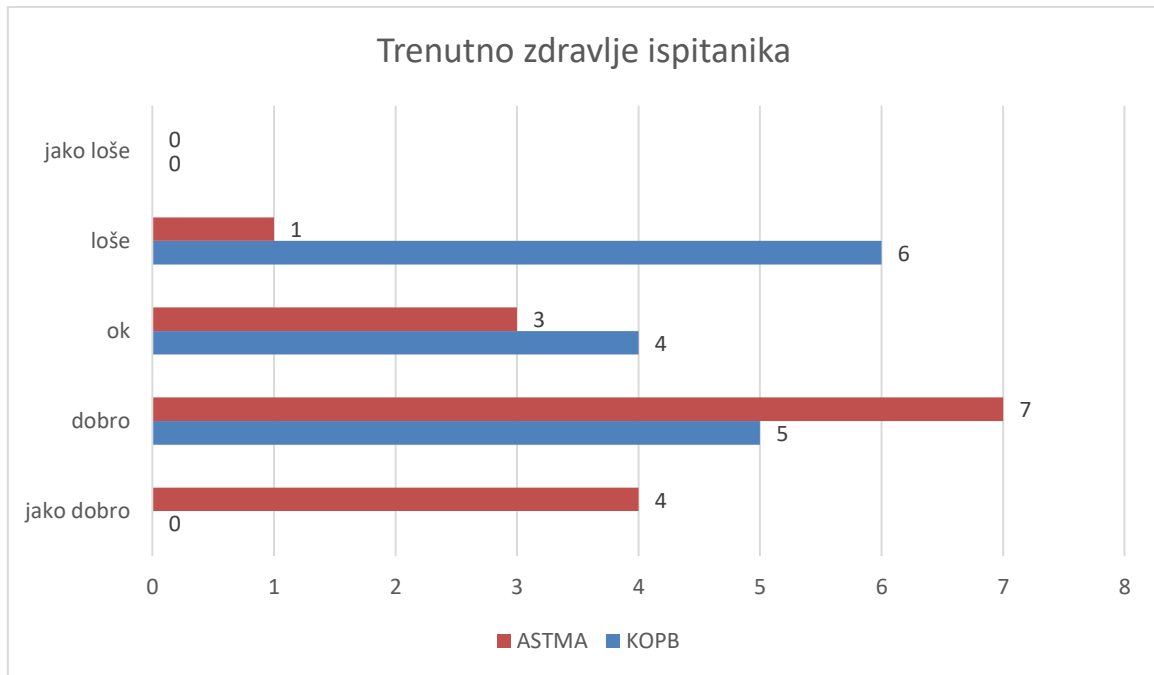
Ispitanici s KOPB-om su naveli kako ih bolest sprječava u većini stvari koje vole raditi. Također, dio ispitanika je naveo da ih bolest sprječava u jednoj ili dvije stvari koje vole raditi.

Osobe oboljele od astme u većini smatraju da bolest ih ne sprječava u onome što vole raditi, odnosno navode kako ih bolest sprječava samo u jednoj ili dvije stvari koje vole raditi.

Problemi s bolešću imaju veći utjecaj na osobe s KOPB-om, nego na osobe s astmom.

Podaci o nalazu spirometrije prikazani su u nastavku.

Grafikon 24. Trenutno zdravlje sudionika u istraživanju



Veći broj ispitanika s astmom u odnosu na ispitanike s KOPB-om zdravstveno se osjeća bolje. Nijedan ispitanik s KOPB-om nije naveo da se osjeća jako dobro dok je 5 njih naveo da se osjeća dobro. Četiri ispitanika s astmom su naveo da se osjećaju dobro dok se sedam njih osjeća dobro.

8. RASPRAVA

Istraživanje u kojem je sudjelovalo 15 osoba s KOPB-om i 15 osoba s astmom pokazalo je da osobe od astme obolijevaju u ranijoj dobi dok se KOPB više povezuje sa starijom životnom dobi

Kod bolesnika s KOPB-om identificirani su teži napadaji kašljanja i iskašljavanja u odnosu na bolesnike s astmom. Također, pojava kašlja je učestalija kod osoba s KOPB-om u odnosu na osobe s astmom. Kašalj se kod bolesnika s KOPB-om kronično manifestira te kao takav utječe na kvalitetu njihovog života, odnosno na njihove odnose sa socijalnom okolinom kao i na prihvaćanje njihovog stanja od strane okoline. Takva stanja ih, također, umaraju i utječu na njihovu svakodnevnu aktivnost. S druge strane, kod bolesnika s astmom se manje javlja pa se može reći kako on ne utječe bitno na kvalitetu njihovog života, u smislu obavljanja aktivnosti i socijalnih odnosa.

Bolest utječe i na obavljanje svakodnevnih aktivnosti, kao što su kućanski poslovi, hodanje po stepenicama, hodanje uzbrdo i sl. Međutim, utjecaj bolesti na ove aktivnosti kod bolesnika s KOPB-om su učestalije u odnosu na bolesnike s astmom. Obje skupine bolesnika se umaraju kod ubrzanog hodanja. Također, obje skupine ispitanika teže nose velik teret, ne mogu se baviti određenim sportovima i sl. Obavljanje svakodnevnih kućanskih poslova je teže kod ispitanika s KOPB-om u odnosu na ispitanike s astmom.

Kada je riječ o stvarima koje vole, bolesnici s KOPB-om smatraju da su manje sposobni obavljati stvari koje vole u odnosu na ispitanike s astmom. Iz navedenog razloga na bolesnike s KOPB-om problemi s bolešću više utječu u odnosu na ispitanike s astmom.

Također, ispitanici s KOPB-om, općenito, stanje svoje bolesti smatraju lošijim, nego što ga smatraju ispitanici s astmom. U tom kontekstu navode i da imaju manje dobrih dana, u odnosu na ispitanike s astmom te bolest općenito ima velik utjecaj na kvalitetu njihovog života i na svakodnevno funkcioniranje i zadovoljavanje vlastitih potreba. Sve navedeno ukazuje da se KOPB teže manifestira u odnosu na astmu što dovodi i do većeg utjecaja bolesti na funkcioniranje i obavljanje aktivnosti i na samostalnost bolesnika.

Provedeno istraživanje je potvrdilo hipotezu postavljenu na početku rada. Naime kvaliteta života osoba s KOPB-om je više narušena u odnosu ka kvalitetu života osoba s astmom.

9. ZAKLJUČAK

Astma je kronični upalni poremećaj dišnih putova. Kronična upala povezana je s hiperreaktivnošću dišnih putova koja dovodi do ponavljajućih epizoda piskanja, otežanog disanja, stezanja u prsima i kašljanja, osobito noću ili rano ujutro. Ove epizode su obično povezane s rasprostranjenom, ali promjenjivom opstrukcijom strujanja zraka u plućima koja je često reverzibilna spontano ili uz liječenje.

Astma je ozbiljan globalni zdravstveni problem s oko 300 milijuna oboljelih. Ljudi svih dobi su pogođeni ovom bolešću koja, kada je nekontrolirana, može dovesti do ozbiljnih ograničenja u svakodnevnom životu. Prevalencija astme raste u većini zemalja. Kliničke manifestacije astme mogu se kontrolirati odgovarajućim liječenjem. Kada se kontrolira, ozbiljne egzacerbacije su rijetke.

KOPB je jedan od glavnih uzroka kroničnog morbiditeta i smrtnosti u svijetu. Mnogi ljudi pate od ove bolesti godinama i prerano umiru od njezinih komplikacija. KOPB je treći vodeći uzrok smrti u svijetu, a daljnje povećanje njegove prevalencije i smrtnosti može se predvidjeti u nadolazećim desetljećima.

KOPB je plućna bolest s nekim značajnim izvanplućnim učincima koji mogu pridonijeti lošem stanju pacijenta. Njegova plućna komponenta karakterizira ograničenje protoka zraka koje nije potpuno reverzibilno. Ograničenje protoka zraka je obično progresivno i povezano je s abnormalnim upalnim odgovorom pluća na štetne čestice ili plinove.

Ovaj rad je pokazao da ove bolesti utječu na kvalitetu života oboljele osobe. Međutim taj utjecaj je znatniji kod osoba s KOPB-om u odnosu na osobe s astmom.

LITERATURA

1. Astma, <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/pulmologija/astma>
2. Astma, <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/bolesti-pluca-i-disnih-putova/opstruktivne-bolesti-disnih-putova/astma>
3. Ivanka Avelini Holjevac: Društvena odgovornost kao informacijska dimenzija kvalitete života *Informatologia*, 39, 2006, 3, 153–158
4. Boom G, van Schayck CP, van Möllen MP i sur. Active detection of chronic obstructive pulmonary disease and asthma in general population. Results and economic consequences of the DIMCA program. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;158:1730–8.
5. Brajković, L. (2010). Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi. Zagreb: Medicinski fakultet, neobjavljena doktorska disertacija
6. Bulat Kardum, Lj., Alergija – moderna epidemija, *Medicus*, Vol.22 No.2_Respiratorni_Konti Studeni 2013., 79-82
7. Christie MJ, French D, Sowden A, West A. Development of child-centered disease-specific questionnaires for living with asthma. *Psychosom Med* 1993; 55(6): 5418
8. Globalna inicijativa za astmu (2006), [http://porodicnamedicina.com/download/gina_smjernice_2006_1\[1\].pdf](http://porodicnamedicina.com/download/gina_smjernice_2006_1[1].pdf)
9. Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru, sv. 7(2013), str. 251-257 Vladimir Halauk: Kvaliteta života u zdravlju i bolesti
10. Ivković-Jureković, I. (2013) Specifičnosti astme dječje dobi, *Medicus*, Vol.22 No.1_Astma Svibanj 2013., 43-48
11. Juniper EF. Quality of life in adults and children with asthma and rhinitis. *Allergy* 1997; 52(10): 9717.
12. Koblizek V, Chlumsky J, Zindr V i sur. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Official diagnosis and treatment guidelines of the Czech Pneumological and Physiological Society; a novel phenotypic approach to COPD with patient-oriented care. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2013;157:189–201

13. Kronična opstruktivna plućna bolest, <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/bolesti-pluca-i-disnih-putova/opstruktivne-bolesti-disnih-putova/kronicna-opstruktivna-plucna-bolest>
14. Macan J, Romić G. PHYSICAL ACTIVITY AND ASTHMA Arh Hig Rada Toksikol 2012;63 (Supplement 3):33-39
15. D. Matanić, V. Flego, I. Barković et al.: Kronična opstruktivna plućna bolest – multisistemska bolest, medicina 2009, Vol. 45, No. 1, p. 60-6460
16. Škrinjarić Cincar, S. (2016) Važnost procjene kvalitete života u bolesnika s kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću, Medicus, 25(1), 91-98
17. Što moram znati o KOPB-u, <https://www.kbsd.hr/sites/default/files/Fizikalna/KOPB.pdf>
18. Vukić Dugac, A., Samardžija, M., Rano prepoznavanje i dijagnoza kronične
19. opstruktivne plućne bolesti, Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik, Vol. 20 No.109/110 Travanj 2014., 17178. 2
20. WHO Burden of COPD 2013, Geneva: World Health organization. Dostupno na: www.who.int/entity/respiratory/copd/burden/en/.
21. <http://www.astma.hr/stojeastma.aspx>
22. Global strategy for asthma management and prevention. 2015. (Accessed April 2015, at www.ginasthma.org.)
23. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Available from www.goldcopd.org. 2015

POPIS SLIKA

Slika 1: Bronh osobe oboljele od astme i zdrave osobe	6
Slika 2: Shematski prikaz anatomskih struktura respiratornog sustava zahvaćenih KOPB-om	10
Slika 3: Osnovne ljudske potrebe	16
Slika 4: Shematski prikaz područja i varijabla uključenih u procjenu kvalitete života	17
Slika 5: Ciljevi liječenja stabilnog KOPB-a.....	19
Slika 6: Povezanost patofizioloških procesa i simptoma sa smanjenjem kvalitete života	20

POPIS TABLICA

Tablica 1: Klasifikacija težine astme prema GINA smjernicama	7
Tablica 2: KOPB GOLD klasifikacija prema težini bolesti	12
Tablica 3: Osnovni fenotipovi KOPB-a	14

POPIS GRAFIKONA

Grafikon 1. Spol sudionika u istraživanju	23
Grafikon 2. Dob sudionika u istraživanju.....	24
Grafikon 3. Pušenje cigareta	25
Grafikon 4. Kašljanje sudionika u istraživanju.....	26
Grafikon 5. Iskašljavanje sluzi	27
Grafikon 6. Osjećaj nedostatka zraka	28
Grafikon 7. Napadaji teškog disanja	29
Grafikon 8. Broj napadaja vezan za plućne tegobe tijekom prošle godine	30
Grafikon 9. Učestalost dobrih dana	31
Grafikon 10. Otežano disanje (piskutanje) u jutarnjim satima.....	32
Grafikon 11. Trenutno stanje plućne bolesti	33
Grafikon 12. Aktivnosti koje uzrokuju ispitanicima s KOPB-om i astmom osjećaj nedostatka zraka	34
Grafikon 13. Djelovanje kašlja na osobe s KOPB-om i astmom	35
Grafikon 14. Posljedice bolesti kod osoba s KOPB-om i astmom.....	36
Grafikon 15. Aktivnosti koje mogu biti ugrožene kod osoba s KOPB-om i astmom u/s otežanog disanja	37
Grafikon 16. Utjecaj bolesti na svakodnevicu kod osoba s KOPB-om i astmom	38
Grafikon 17. Utjecaj bolesti na osobe s KOPB-om i astmom.....	39