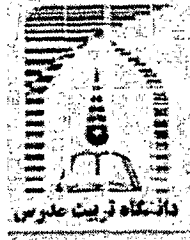


32378



دانشگاه تربیت مدرس  
دانشکده علوم پزشکی

پایان نامه دوره  
کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری  
گرایش داخلی جراحی

عنوان:

بررسی تأثیر برنامه پیاده روی منظم بر وضعیت بالینی و کیفیت زندگی بیماران مزمن انسدادی ریه  
با شدت متوسط در بیمارستان های آموزشی منتخب شهر اصفهان سال ۱۳۸۵.

نگارش:

ندا میرباقر

استاد راهنما:

ربابه معاریان

استاد مشاور:

عیسی محمدی

۱۳۸۶ / ۲ / ۱۵

آذر ۱۳۸۶

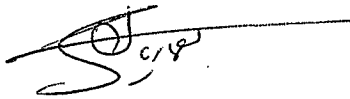
۹۶۶۶۶

فرم تأییدیه اعضای هیأت داوران مندرج در پایان نامه کارشناسی ارشد»

بدینوسیله پایان نامه کارشناسی ارشد ندا میرباقری رشته: آموزش پرستاری گرایش: تقدیم می شود. اینجانبان نسخه نهائی این پایان نامه را از نظر فرم و محتوی بررسی و تأیید کرده و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه کارشناسی ارشد پیشنهاد می کنیم.

نام و نام خانوادگی و امضاء اعضای هیأت داوران:

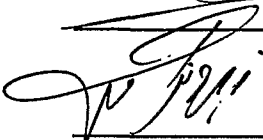
سرکار خانم دکتر ربابه معماریان (استاد راهنما)



جناب آقای دکتر عیسی محمدی (استاد مشاور)



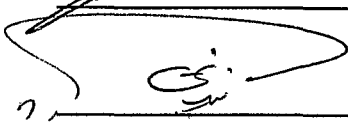
سرکار خانم دکتر زهره ونکی (نماینده تحصیلات تکمیلی)



سرکار خانم دکتر منیره انوشه (استاد ناظر)



جناب آقای دکتر علیرضا نیکبخت (استاد ناظر)



## آئین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیتهای علمی- پژوهشی دانشگاه است بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله)ی خود، مراتب را قبلا به طور کتبی به دفتر "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند: "کتاب حاضر، حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد/ رساله دکتری نگارنده در رشته ..... است که در سال ..... در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی ..... مشاوره ..... از آن دفاع شده است."

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، دانشگاه می تواند خسارت مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب ..... دانشجوی رشته ..... مقطع ..... تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضا

۱۳۹۷ / ۲ / ۱۰

دستورالعمل حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی  
دانشگاه تربیت مدرس

**مقدمه:** با عنایت به سیاست های پژوهشی دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیات علمی، دانشجویان، دانش آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهشهای علمی تحت عناوین پایان نامه، رساله و طرحهای تحقیقاتی که با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد ذیل را رعایت نمایند:

**ماده ۱-** حقوق مادی و معنوی پایان نامه ها/ رساله های مصوب دانشگاه متعلق به دانشگاه است و هر گونه بهره برداری از آن باید با ذکر نام دانشگاه و رعایت آیین نامه ها و دستورالعمل های مصوب دانشگاه باشد.

**ماده ۲-** انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و استاد راهنما مسئول مکاتبات مقاله باشند. تبصره: در مقالاتی که پس از دانش آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان نامه/ رساله نیز منتشر می شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

**ماده ۳-** انتشار کتاب حاصل از نتایج پایان نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با مجوز کتبی صادره از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه و بر اساس آیین نامه های مصوب انجام می شود.

**ماده ۴-** ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه در جشنواره های ملی، منطقه ای و بین المللی حاصل از نتایج مستخرج از پایان نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

**ماده ۵-** این دستورالعمل در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۱۳۸۴/۴/۲۵ در شورای پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب لازم الاجرا است و هر گونه تخلف از مفاد این دستورالعمل، از طریق مراجع قانونی قابل پیگیری خواهد بود.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

۸۶۹۴

# تقدیم به

## پدر و مادر عزیزم

گوهران بی همتای عالم که وجودشان برای من همه مهرست و با بزرگواری و محبت های بی دریغ حامی من در ادامه راهم بوده اند. برگ برگ این نگارش نشان تشکر همیشگی من از محبت های بیکران آنهاست.

## همسر عزیز و مهربانم

که مشوقم در امر تحصیل و دوستم در زندگیست. برگ برگ این نگارش نشان تشکر همیشگی من از محبت های بیکران اوست.

## به خواهران عزیزم

بخاطر حمایت های بی دریغشان که مایه مباهات منند.

به کلیه بیماران انسدادی مزمن ریه که با شرکت فعال و صمیمانه خود امکان دستیابی به نتایج را فراهم نمودند.

# تقدیر و سپاس

حمد و سپاس خدای یگانه را سزاست که در سایه الطاف بیکران او توفیق کسب فیض نصیب گردید. آنکه توکل به او آسان کننده همه مشکلات و مدد رسان تمام لحظات زندگی بود. برآستی که برارنده یک سپاس تنها اوست.

مراتب سپاس و قدردانی خود را به اساتید محترم که انجام امر پژوهش مرهون راهنماییها و نظرات ارزشمند آنان است، تقدیم می دارم.

سرکار خانم دکتر ربابه معاریان استاد محترم راهنما که همواره با رهنمودهای دقیق و سازنده خویش مرا هدایت نمودند.

جناب آقای دکتر عیسی محمدی استاد محترم مشاور که انجام این پژوهش مرهون نظرات ارزشمند ایشان است.

جناب آقای جهانمرد استاد محترم مشاور آمار که از راهنماییهای ارزنده و مفید ایشان بهره مند گردیدم.

مسئولین محترم بیمارستانهای آموزشی استان اصفهان که در مراحل اجرایی نمونه گیری از همکاری صمیمانه آنان بهره مند شده ام.

## چکیده:

پژوهش حاضر یک تحقیق نیمه تجربی است که به منظور بررسی تأثیر برنامه پیاده روی منظم بر وضعیت بالینی و کیفیت زندگی بیماران مزمن انسدادی ریه در بیمارستانهای آموزشی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۵ می باشد. بیماران با شدت متوسط بیماری از طریق نمونه گیری غیر تصادفی انتخاب شدند. هدف از این تحقیق تعیین تأثیر پیاده روی منظم بر وضعیت بالینی و کیفیت زندگی بیماران مزمن انسدادی ریه می باشد.

**روش کار:** در این تحقیق بیماران انسدادی مزمن ریه با شدت متوسط ( بر اساس اسپرومتری) در دو گروه شاهد (۳۰ نفر) و آزمون (۵۰ نفر) گزینش به صورت تصادفی بوده است. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه بررسی میزان کیفیت زندگی (SF12) و چک لیست بررسی وضعیت بالینی در این بیماران، چک لیست ثبت مدت زمان پیاده روی انجام شده می باشد. ابتدا کیفیت زندگی و وضعیت بالینی بیماران دو گروه بوسیله ابزار مورد نظر سنجیده شد. سپس در گروه آزمون برنامه پیاده روی منظم به مدت دو ماه و سه بار در هفته انجام می گرفت. گروه آزمون چهار هفته اول را در بیمارستان همراه پژوهشگر و ماه دوم را در منزل تحت نظر پژوهشگر پیاده روی می کردند. مسافت تعیین شده جهت پیاده روی این بیماران ۴۰۰ متر (با نظر پزشک) و زمان آن ۱۰ تا ۳۵ دقیقه بود. در پایان هفته چهارم و همچنین پایان دو ماه کیفیت زندگی و وضعیت بالینی بیماران دو گروه توسط ابزارهای مورد نظر سنجیده شد. سپس نتایج بوسیله SPSS تجزیه تحلیل شد.

**نتایج:** باتوجه به فرضیه های پژوهش، یافته های پژوهش نشان داد، در گروه شاهد میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از پیاده روی ۱۵- و ماه دوم پیاده روی ۱۲- می باشد. در گروه آزمون میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از پیاده روی ۵- و ماه دوم پیاده روی ۸+ می باشد. آزمون آماری t مستقل در دو گروه نشان داد که کیفیت زندگی گروه آزمون نسبت به گروه شاهد در طول دو ماه افزایش یافته است ( $p < 0/01$ ). میانگین نمره وضعیت بالینی ماه دوم پیاده روی در گروه آزمون ۱۲ و در گروه شاهد ۱۸ بوده است. آزمون آماری t مستقل با  $p < 0/01$  اختلاف معنی داری را در این دو گروه نشان داد. بدین ترتیب برنامه پیاده روی منظم برای بیماران مزمن انسدادی ریه با شدت متوسط سه بار در هفته توصیه می شود.

**واژه های کلیدی:** بیماران مزمن انسدادی ریه، پیاده روی منظم، کیفیت زندگی، وضعیت بالینی



صفحه

عنوان

فصل اول:

۱

مقدمه

فصل دوم:

۱۳

چارچوب پنداشتی

۱۳

بیماری انسدادی مزمن ریوی

۱۹

وضعیت بالینی

۳۲

کیفیت زندگی

۳۸

ورزش

۴۶

مروری بر مطالعات انجام شده

فصل سوم:

۵۶

هدف کلی

۵۶

اهداف ویژه

۵۷

فرضیه

۵۷

پیش فرض ها

صفحه	عنوان
۵۹	تعریف واژه ها
۶۳	ابزار گرد آوری داده ها
۶۳	اعتبار علمی ابزار (روایی)
۶۴	اعتماد علمی ابزار (پایایی)
۶۴	محدودیت پژوهش
۶۴	نوع پژوهش
۶۵	جامعه پژوهش
۶۵	نمونه پژوهش
۶۶	مشخصات نمونه های مورد پژوهش
۶۶	محیط پژوهش
۶۷	روش کار
۶۹	ملاحظات اخلاقی
	<b><u>فصل چهارم</u></b>
۷۰	یافته های پژوهش
۹۷	بحث و بررسی
۱۰۲	نتیجه گیری
۱۰۳	کاربرد نتایج

صفحه

عنوان

۱۰۵

پیشنهادات

۱۰۶

فهرست منابع

۱۲۴

ضمائم

چکیده انگلیسی

## (فهرست جداول)

صفحه	عنوان
۷۱	جدول ۱، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب جنس در دو گروه شاهد و آزمون.
۷۲	جدول ۲، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب سن در دو گروه شاهد و آزمون.
۷۲	جدول ۳، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب شغل در دو گروه شاهد و آزمون.
۷۳	جدول ۴، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب وضعیت تأهل در دو گروه شاهد و آزمون.
۷۴	جدول ۵، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب وضعیت بیمه در دو گروه شاهد و آزمون.
۷۴	جدول ۶، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب سطح سواد در دو گروه شاهد و آزمون.
۷۵	جدول ۷، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب مدت ابتلا به بیماری COPD در دو گروه شاهد و آزمون.
۷۵	جدول ۸، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب ابتلا به بیماریهای دیگر در دو گروه شاهد و آزمون.

## عنوان

## صفحه

- جدول ۹، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب سابقه مصرف سیگار در دو گروه شاهد و آزمون. ۷۶
- جدول ۱۰، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب مصرف داروهای تجویز شده در دو گروه شاهد و آزمون. ۷۶
- جدول ۱۱، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب وضعیت بالینی (میزان تنگی نفس) قبل از پیاده روی و هفته دوم، هفته چهارم و ماه دوم پیاده روی در گروه شاهد. ۷۷
- جدول ۱۲، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب وضعیت بالینی (میزان تنگی نفس) قبل از پیاده روی و هفته دوم، هفته چهارم و ماه دوم پیاده روی در گروه آزمون. ۷۸
- جدول ۱۳، مقایسه میانگین نمره وضعیت بالینی بیماران COPD در زمینه تنگی نفس بعد از یک ماه پیاده روی در گروه شاهد و آزمون. ۷۹
- جدول ۱۴، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب کیفیت خلط قبل از پیاده روی، هفته چهارم و ماه دوم پیاده روی در گروه شاهد. ۸۰
- جدول ۱۵، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب کیفیت خلط قبل از پیاده روی، هفته چهارم و ماه دوم پیاده روی در گروه آزمون. ۸۱

## عنوان

## صفحه

- جدول ۱۶، مقایسه میانگین نمره وضعیت بالینی بیماران COPD در زمینه خلط بعد از یک ماه پیاده روی در گروه شاهد و آزمون. ۸۲
- جدول ۱۷، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب الگوی تنفس قبل از پیاده روی، هفته دوم، هفته چهارم و ماه دوم پیاده روی در گروه شاهد. ۸۳
- جدول ۱۸، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب الگوی تنفس قبل از پیاده روی، هفته دوم، هفته چهارم ماه دوم پیاده روی در گروه آزمون. ۸۴
- جدول ۱۹، مقایسه میانگین نمره وضعیت بالینی بیماران COPD در زمینه الگوی تنفس بعد از یک ماه پیاده روی در گروه شاهد و آزمون. ۸۵
- جدول ۲۰، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب صداهای ریوی قبل از پیاده روی، هفته دوم، هفته چهارم و ماه دوم پیاده روی در گروه شاهد. ۸۶
- جدول ۲۱، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب صداهای ریوی قبل از پیاده روی، هفته دوم، هفته چهارم و ماه دوم پیاده روی در گروه آزمون. ۸۷
- جدول ۲۲، مقایسه میانگین نمره وضعیت بالینی بیماران COPD در زمینه صداهای ریوی بعد از یک ماه پیاده روی در گروه شاهد و آزمون. ۸۸

## عنوان

## صفحه

- جدول ۲۳، میانگین نمره تستهای عملکردی ریه بیماران مبتلا به COPD قبل از پیاده روی و یک ماه بعد در گروه شاهد. ۸۹
- جدول ۲۴، میانگین نمره تستهای عملکردی ریه بیماران مبتلا به COPD قبل از پیاده روی و ماه دوم پیاده روی در گروه آزمون. ۸۹
- جدول ۲۵، مقایسه میانگین نمره وضعیت بالینی بیماران COPD در زمینه تستهای عملکردی ریه بعد مداخله در گروه شاهد و آزمون. ۹۰
- جدول ۲۶، میانگین نمره کل وضعیت بالینی در بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه قبل از پیاده روی و یک ماه بعد در گروه شاهد. ۹۰
- جدول ۲۷، میانگین نمره کل وضعیت بالینی در بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه قبل از پیاده روی و ماه دوم پیاده روی در گروه آزمون. ۹۱
- جدول ۲۸، مقایسه میانگین نمره وضعیت بالینی در بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه ماه دوم پیاده روی در گروه آزمون و شاهد. ۹۱
- جدول ۲۹، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب کیفیت زندگی قبل از پیاده روی و ماه دوم پیاده روی در گروه شاهد. ۹۲
- جدول ۳۰، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب کیفیت زندگی قبل از پیاده روی و ماه دوم پیاده روی در گروه آزمون. ۹۳

## صفحه

## عنوان

- ۹۴ جدول ۳۱، مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه ماه دوم پیاده روی در گروه آزمون و شاهد.
- ۹۵ جدول ۳۲، فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه بر حسب میزان پیاده روی در گروه آزمون.
- ۹۶ جدول ۳۳، ارتباط بین وضعیت بالینی با مشخصات دموگرافیک و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه.





## مقدمه:

بیماری های مزمن انسدادی ریه شایعترین عامل مرگ و ناتوانی و معلولیت ناشی از بیماری های ریوی در ایالات متحده است. طبقه بندی وسیعی از بیماری ها را شامل می شود که موجب انسداد مزمن در جریان هوای بازدمی می گردد. انسداد راه های هوایی تنگی منتشره راه هوایی است که موجب افزایش مقاومت درانتشار جریان هوا می شود. برونشیت مزمن، برونشکتازی آمفیزم و آسم در این طبقه بندی قرار می گیرند. (۱).

فرد مبتلا به بیماری های مزمن انسدادی ریه دارای (۱) ترشحات مخاطی فراوان بدون علت خاص در راه های هوایی است (۲) افزایش اندازه آلئولی که در انتهای محل انسداد قرار گرفته، از بین رفتن دیواره آلئول و به حالت اولیه برگشتن حالت ارتجاعی ریه ( آمفیزم ) (۳) تنگ شدن راه های هوای برونش با شدت متغیر ( آسم) که در نتیجه آن اختلال در نیروی محرکه مجاری هوایی است (۲) این بیماری ارثی و اثر متقابل محیط می باشد. آلودگی هوا و کشیدن سیگار در ایجاد بیماری که احتمالاً در طول ۲۰-۳۰ سال به وجود می آید نقش مهمی دارد. بیماری در آغاز زندگی ( جوانی) شروع و تدریجاً پیشرفت می نماید. بنابراین سال ها قبل از بروز علائم بالینی و صدمه به عملکرد ریه اختلال وجود دارد. این بیماری در اثر عدم درمان منجر به نارسائی تنفسی می شود. (۳)

بر اساس مطالعه ای که توسط حسینی در سال ۱۳۸۰ انجام گرفت، درباره تعداد مبتلایان به بیماری مزمن انسدادی ریه در ایران آمار دقیقی وجود ندارد. آخرین آمارمنتشره از سوی مرکز آمار ایران در سال ۱۳۷۲ درباره مرگ و میر در ۲۴ شهر انتخابی ایران براساس طبقه بندی بین المللی بیماری ها مطابق با سازمان بهداشت جهانی، از میان مجموع ۴۸۰۳۹ مرگ و میر ناشی از بیماری های مختلف در سال ۱۳۷۰، تعداد ۳۱۵۱ نفر برابر با ۶٫۶٪ افراد بر اساس بیماری های تنفسی فوت کرده اند.(۴).

همچنین بر اساس آمار نامه استان اصفهان در سال ۱۳۷۰ تعداد ۱۳۲۶۴۳ نفر بر اساس ابتلا به بیماری های تنفسی به واحد های درمانی سازمان منطقه ای استان اصفهان مراجعه نموده اند و در این سال میزان مرگ و میر بیماری های تنفسی بر حسب طبقه بندی بین المللی بیماری ها ۷۶ نفر (۱٫۸٪) مرد و ۷۲ نفر (۱٫۷٪) زن بوده است.(۵)

بیماری های مزمن انسدادی ریه مشکل طبی شایعی است که ۳۰ میلیون آمریکائی را مبتلا کرده و در مردان بیشتر از زنان شیوع دارد. سفید پوستان بیش از سیاه پوستان درگیری شوند. شیوع این بیماری در بین اشخاصی که وضعیت پایئن تری از نظر اقتصادی-اجتماعی دارند و کسانی که وزن کم هنگام تولد دارند، دیده می شود. این بیماری چهارمین علت منجر به مرگ در ایالات متحده و تنها یکی ازده علت مرگ است که میزان مرگ و میر در آن سیری افزایش یابنده دارد. (۶) شیوع دردهه هفتم و هشتم به حداکثر خود می رسد و سپس از میزان آن که به طور عمده ناشی از مرگ و میر بالاست، کاسته می شود. با وجود ارتباط اتیولوژیک قوی بین سیگارکشیدن و بیماری های مزمن انسدادی ریه فقط ۱۵ تا ۲۰ درصد سیگاریها دچار کاهش  $FEV_1$  (حجم پایان بازدمی ثانیه اول)، با

---

1) FEV1; Forced expiratory volume

سرعت کافی جهت ظهور بیماری های مزمن انسدادی ریه می شود. شواهد اپیدمیولوژیک دال بر بروز موارد متعدد بیماری مزمن انسدادی ریه در یک خانواده می گردد که حساسیت فراوان به اثرات استعمال توتون زمینه های ژنتیکی دارد. بررسی در دوقلوها نشان می دهد که حتی بعد از کنترل سیگار کشیدن فعال و غیرفعال سهم ژنوتیپی وجود دارد، شیوع بیماری به طور تپیک در دهه هفتم بوده و اغلب به شکل سرفه ای دارای خلط یا بیماری حاد قفسه سینه مورد توجه قرار می گیرد.

تنگی نفس کوششی معمولاً تا دهه ششم یا هفتم دیده نمی شود. میزان مرگ و میر بیمارستانی برای یک مورد حمله نارسائی تنفسی در COPD<sup>1</sup> محدوده ای از ۱۱ تا ۲۵ درصد است و بستگی به شدت حمله ، وضعیت بهداشتی و تغذیه ای درازمدت بیمار ، وجود نارسائی احتقانی قلب دارد (۷). در بین بیمارانی که به دنبال تهویه مکانیکی زنده مانده اند ، میزان مرگ و میر شش ماهه ۴۰ درصد است. دو سوم زنده مانده ها عودهای متعدد شدید را دارند و بدین دلیل وضعیت عملکردی ، ضعیف می باشد. در حال حاضر ۳۰۰ میلیون نفر در جهان به بیماری مزمن انسدادی ریه مبتلایند و در سه دهه ، گذشته میزان شیوع ، بیماری زائی و مرگ و میر آن افزایش یافته و سالانه بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ هزار مرگ در دنیا بر اثر این بیماری گزارش می شود. (۸)

استرالیا ، انگلستان و آمریکا بالاترین شیوع و ژاپن و آفریقای مرکزی کمترین میزان شیوع را دارند. در ایران درحاشیه شهر های بزرگ و پر ترافیک به علت فقر فرهنگی و پایین بودن سطح آموزش و در

---

2) Chronic Obstructive Pulmonary disease