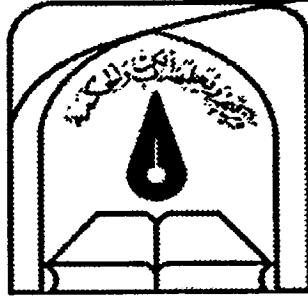
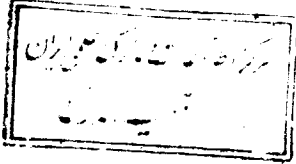


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

۱۳۸۰ / ۱ / ۲۰



دانشگاه تربیت مدرس  
دانشکده علوم پزشکی



### پایان نامه

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته آموزش پرستاری  
(گرایش داخلی - جراحی)

### عنوان

بررسی میزان تأثیر برنامه خود مراقبتی بر وضعیت خلقی و تنفسی بیماران  
مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه شهر بیرجند

### نگارش

احمد نصیری

۱۱۷۰۰

### استاد راهنما

جناب آقای ناوی پور

### استاد مشاور

جناب آقای احمدی

۳۵۱۳۳

«فرم تأییدیه اعضای هیأت داوران مترجم در پایان نامه کارشناسی ارشد»

بدینوسیله پایان نامه کارشناسی ارشد خانم / آقای احمد نصیری فورگ

رشته: پرستاری گرایش: داخلی جراحی

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:

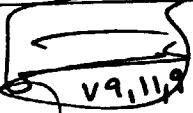
جناب آقای حسن ناوی پور (استاد راهنما)



جناب آقای دکتر فضل اله احمدی (استاد مشاور)



جناب آقای دکتر فضل اله غفرانی پور (نماینده تحصیلات تکمیلی)

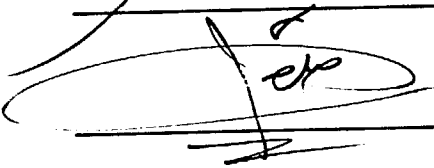


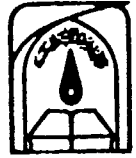
۷۹,۱۱۹

جناب آقای دکتر انوشیروان کاظم نژاد (استاد ناظر)



سرکار خانم دکتر مهوش صلصالی (استاد ناظر)





بسمه تعالی

## آیین‌نامه چاپ پایان‌نامه (رساله)‌های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان‌نامه (رساله)‌های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین‌بخشی از فعالیت‌های علمی - پژوهشی دانشگاه است بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش‌آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می‌شوند:

- ماده ۱ در صورت اقدام به چاپ پایان‌نامه (رساله)ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به «دفتر نشر آثار علمی» دانشگاه اطلاع دهد.
- ماده ۲ در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:  
و کتاب حاضر، حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد / رساله دکتری نگارنده در رشته آموزش پرستاری است  
که در سال ۱۳۷۹ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی سرکار خانم / جناب آقای دکتر **تلوی پور**، مشاوره سرکار خانم / جناب آقای دکتر **احمدی** و مشاوره سرکار خانم / جناب آقای دکتر \_\_\_\_\_ از آن دفاع شده است.
- ماده ۳ به منظور جبران بخشی از هزینه‌های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر صورت چاپ) را به «دفتر نشر آثار علمی» دانشگاه اهدا کند. دانشگاه می‌تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.
- ماده ۴ در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ‌شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تأدیه کند.
- ماده ۵ دانشجو تعهد و قبول می‌کند در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، دانشگاه می‌تواند خسارت مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند؛ به علاوه به دانشگاه حق می‌دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه‌شده نگارنده برای فروش، تأمین نماید.
- ماده ۶ اینجانب **احمد نصیری** دانشجوی رشته آموزش پرستاری مقطع کارشناسی ارشد تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می‌شوم.

نام و نام خانوادگی: **احمد نصیری**  
تاریخ و امضا: **۱۳۸۱/۰۲**

## تقدیم به:

همسر	پدر و مادر	برادرها و خواهرهای
صبور	دلسوز	دوست داشتنی
و	و	و
فداکارم	مهربانم	بهتر از جانم

## سپاس و قدر دانی

\* الحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا ان هدانا الله \*

سپاس و ستایش مخصوص پروردگاری است که ما را به (انجام) این امر هدایت فرمود و اگر هدایت او نبود ما هرگز به انجام (این مهم) رهنمون نمی شدیم

\* ومن ایشکر المخلوق ایشکر الخالق \*

خداوند سبحان را سپاس که به این حقیر توفیق داد تا مرحله ای از زندگی خویش را که از روی لطف و کرم بی پایانش به من عطا نموده است در عرصه علم و تجربه سپری نمایم و از محضر بهترین و برترین مخلوقاتش بهره بگیرم. این فضل و رحمت الهی را با جان و دل ارج می نهم و از درگاه بی همتای آن کریم متعال استمرار فضل و بخشش بی دریغ و هدایت به سوی عاقبت نیکو و مختوم به خیر را خواهانم.....

.....به حکم ادب و به پاس از الطاف تمامی بزرگواران و عزیزانی که پژوهشگر تا این لحظه از زندگی خویش را مرهون احسانات، راهنماییها و زحمات بی دریغانه شان است حقیرانه و با کمال قدر دانی و احترام دست گرم و مهربانشان را می بو سد و از محضر مبارک و پر برکشان سپاسگزاری می نماید.

بخصوص استاد شفیق و مهربان جناب آقای آقای ناوی پور که از ابتدای دوران تحصیلات تکمیلی و خاصه در طول انجام پایان نامه هیچگونه راهنمایی علمی و معنوی را از پژوهشگر دریغ نداشتند و همچنین استاد بسیار گرانقدر جناب آقای احمدی که واقعاً حضور سرشار از تواضع و کرامتشان راه استفاده پژوهشگر را از معلومات، توانایی ها و حسن خلقشان همواره گشوده می داشت و سایر اساتید ارجمند بخصوص جناب آقای دکتر غفرانی پور که با راهنمایی های پدران و در کمال کرامت و با اخلاق بسیار نیکوی خودشان درس بزرگی به پژوهشگر داده و تا ابد وی را مرهون خویش کرده اند و سرکار خانم معاریان استاد بسیار محترم، دلسوز و گرانقدری که قطعاً بیشترین سهم را در پیشرفت تحصیلی پژوهشگر در طول دوران تحصیلات تکمیلی برعهده داشتند که پژوهشگر ضمن درخواست عفو و بخشش از حضور ایشان، آرزوی توفیق روز افزون از درگاه احدیت برای این استاد پرتلاش می نماید. همچنین استاد عالیقدر جناب آقای محمدی که به حق الگوی تواضع و یک مرجع علمی برفیض و برکت هستند و امید به طول عمر با عزت برای این عزیز و تمامی اساتید گرانقدر آرزوی قلبی پژوهشگر است.

همچنین از جناب آقای دکتر واقعی نیز که در به انجام رساندن عملیات آماری و تدوین فصول آماری بی دریغانه وی را یاری کردند صمیمانه تشکر می نماید.

در ادامه لازم است که پژوهشگر تقدیر و تشکر بی پایان خویش را تقدیم همسر صبور و بردبارش نماید که در تمامی مراحل تحقیق در کنار وی و همفکر و یاریگرش بوده و با تحمل سختیهای فراوان شعله شمع امید را در دل او زنده نگاهداشته است و همچنین از برادر عزیز و بهتر از جاننش رجبعلی (حافظ کل قرآن کریم)، که واقعاً هم با دعاهای مخلصانه و هم با کمک در انجام عملیات میدانی پژوهشگر را مساعدت نمودند تشکر و قدر دانی نماید.

ان شا الله.

پژوهشگر در خاتمه برای تمامی این عزیزان آرزوی موفقیت و شادکامی دارد.

## چکیده:

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که در سال ۱۳۷۹ در شهرستان بیرجند انجام گرفته و هدف آن بررسی تأثیر برنامه خودمراقبتی بر وضعیت خلقی و تنفسی بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه می باشد. در این پژوهش ۳۷ نفر از بیماران مبتلا به یکی یا هر دو بیماریها برونشیت مزمن و آمفیزم که حد اقل دو سال سابقه ابتلا به این بیماریها را دارند و ساکن شهر بیرجند می باشند و از سنین بین ۸۰-۵۶ سال برخوردارند، شرکت داشتند.

قبل از اجرای برنامه خود مراقبتی توسط پژوهشگر پرسشنامه ها و چک لیستهای مربوط به بررسی اطلاعات دموگرافیکی، وضعیت خلقی، وضعیت تنفسی و نیازهای آموزشی برای هر کدام از نمونه ها تکمیل شده و سپس جلسات آموزشی مراقبت از خود با روش "چهره به چهره" به اجرا درآمده است. پس از آن به مدت یک ماه رفتارها و عملکردهای فراگرفته شده، توسط بیماران عملی شده و پژوهشگر نیز با چک لیست خود گزارشی بیماران، آنها را کنترل کرده است. پس از اتمام یک ماه مجدداً پرسشنامه ها و چک لیستهای مربوط به وضعیت خلقی و تنفسی تکمیل شده اند.

نمره خلقی حاصل از پرسشنامه سنجش خلق، قبل و بعد از مداخله با آزمون t زوجی مقایسه شده اند که تفاوت معنی داری را نشان داده است ( $P=0/020$ ) همچنین مقایسه فراوانی سطوح مختلف افسردگی بیماران قبل و بعد از مداخله نشان می دهد که ۸ درصد از بیمارانی که قبل از مداخله افسردگی شدید داشته اند پس از مداخله در گروه افرادی که افسردگی متوسط داشته اند قرار گرفته اند.

آزمونهای آماری ویلکاکسون و مک نمار مقایسه فراوانی نسبی نمونه ها قبل و بعد از مداخله را بر حسب کیفیت تنگی نفس روزانه ( $P=0/000$ )، تنگی نفس در هنگام خواب ( $P=0/000$ )، وضعیت دفع خلط ( $P=0/000$ )، عمق تنفس ( $P=0/000$ )، درد قفسه سینه ( $P=0/000$ ) و صداهای ریوی ( $P=0/000$ ) معنی دار نشان داده است ولی تغییرات ریتم تنفس ( $P=0/063$ ) و نوع سرفه ( $P=0/239$ ) معنی دار نبوده است. آزمون t زوجی نیز مقایسه میانگینهای قبل و بعد از مداخله مربوط به  $Fvc$  ( $P=0/002$ )، زمان بازدم به ثانیه ( $P=0/000$ )، تعداد تنفس ( $P=0/000$ )، وزن بدن ( $P=0/021$ ) و اندکس توده عضلانی ( $P=0/020$ ) را معنی دار نشان داده ولی موارد مربوط به  $Fev1$  ( $P=0/510$ )،  $Fev1/Fvc\%$  ( $P=0/420$ )، تعداد ضربان قلب ( $P=0/830$ )، فشارخون سیستول ( $P=0/095$ ) و دیاستول ( $P=0/100$ ) را معنی دار نشان نداده است.

رابطه بین حالتیهای مختلف وضعیت تنفسی با وضعیت خلقی بیماران نیز مشخص شده است. آزمون آماری ناپارامتری آنالیز واریانسها (کروسکال والیس) ارتباط بین تنگی نفس در روز با میانگین خلق ( $P=0/000$ ) و تنگی نفس در خواب ( $P=0/000$ )، درد قفسه سینه ( $P=0/012$ )، ریتم تنفس ( $P=0/034$ )، صداهای ریوی ( $P=0/017$ )، سینه ای یا شکمی بودن تنفس ( $P=0/041$ ) را با میانگین خلقی معنی دار نشان داده است ولی ارتباط بین نوع سرفه ( $P=0/251$ )، وضعیت دفع خلط ( $P=0/450$ ) و عمق تنفس ( $P=0/251$ ) معنی دار نبوده است.

**کلمات کلیدی:** بیماری مزمن انسدادی ریه - خودمراقبتی - وضعیت خلقی - وضعیت تنفسی.

## فهرست مطالب

عنوان	صفحه
<b>فصل اول: مقدمه</b>	۱
مقدمه	۲
<b>فصل دوم: چارچوب پنداشتی و مروری بر مطالعات انجام شده</b>	۱۲
۱-۲ چارچوب پنداشتی	۱۳
۲-۲ مروری بر مطالعات پیشین	۳۹
<b>فصل سوم: روش پژوهش و فصول مربوط به کار تحقیق</b>	۴۶
۱-۳ اهداف پژوهش	۴۷
۱-۱-۳ هدف کلی	۴۷
۲-۱-۳ اهداف ویژه	۴۷
۲-۳ فرضیه پژوهش	۴۸
۳-۳ تعریف واژه ها	۴۸
۱-۳-۳ بیماری مزمن انسدادی ریه	۴۸
۲-۳-۳ مراقبت از خود	۴۹
۳-۳-۳ برنامه خودمراقبتی	۴۹
۴-۳-۳ وضعیت خلقی	۵۰
۵-۳-۳ وضعیت تنفسی	۵۰
۴-۳ پیش فرضهای پژوهش	۵۱
۵-۳ ابزار گردآوری اطلاعات	۵۲
۶-۳ اعتبار علمی ابزار گردآوری اطلاعات	۵۵
۷-۳ اعتماد علمی ابزار گردآوری اطلاعات	۵۶



۵۶	۸-۳ روش گردآوری داده ها
۵۷	۹-۳ روش پژوهش
۵۷	۱-۹-۳ نوع پژوهش
۵۷	۲-۹-۳ جامعه پژوهش
۵۸	۳-۹-۳ نمونه پژوهش
۵۸	۴-۹-۳ مشخصات نمونه پژوهش
۵۹	۵-۹-۳ محیط پژوهش
۵۹	۶-۹-۳ روش کار
۶۱	۷-۹-۳ روش تجزیه و تحلیل داده ها
۶۱	۸-۹-۳ محدودیتهای پژوهش
۶۲	۹-۹-۳ ملاحظات اخلاقی
۶۳	<b>فصل چهارم: نتایج، بحث، پیشنهادات</b>
۶۵	۱-۴ ارائه جداول
۶۵	۱-۱-۴ جداول مربوط به اطلاعات دموگرافیک نمونه ها
۷۲	۲-۱-۴ جداول مربوط به بررسی تأثیر برنامه خود مراقبتی
۷۲	۱-۲-۱-۴ جداول مربوط به مقایسه وضعیت خلقی قبل و بعد از برنامه خود مراقبتی
۷۳	۲-۲-۱-۴ جداول مربوط به مقایسه وضعیت تنفسی قبل و بعد از برنامه خود مراقبتی
۸۳	۳-۱-۴ جداول مربوط به بررسی ارتباط بین وضعیت تنفسی و وضعیت خلقی نمونه ها
۹۱	۲-۴ تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش
۹۴	۳-۴ نتیجه‌گیری نهایی

۹۵	..... ۴-۴ کاربرد نتایج پژوهش در پرستاری
۹۵	..... ۴-۴-۱ در حیطه پرستاری بالینی
۹۵	..... ۴-۴-۲ در حیطه علم پرستاری
۹۶	..... ۴-۴-۳ در جنبه آموزش پرستاری
۹۶	..... ۴-۴-۴ در حیطه روانپرستاری
۹۶	..... ۴-۴-۵ در جنبه پرستاری بهداشت جامعه
۹۶	..... ۴-۴-۵ در جنبه خدمات پرستاری
۹۷	..... ۴-۵ پیشنهاداتی برای انجام پژوهشهای بعدی
۹۸	..... فهرست منابع
۱۰۴	..... ضمیمه ها
۱۰۵	..... ضمیمه شماره ۱
۱۰۷	..... ضمیمه شماره ۲
۱۱۲	..... ضمیمه شماره ۳
۱۱۴	..... ضمیمه شماره ۴
۱۱۶	..... ضمیمه شماره ۵
۱۱۷	..... دفترچه آموزشی مراقبت از خود
۱۲۷	..... چکیده انگلیسی

## فهرست جداول

صفحه	عنوان
۶۵	جدول شماره ۱- توزیع فراوانی جنس نمونه ها
۶۵	جدول شماره ۲- توزیع فراوانی سن نمونه ها
۶۶	جدول شماره ۳- توزیع فراوانی شغل نمونه ها
۶۶	جدول شماره ۴- توزیع فراوانی نمونه هابرحسب میزان درآمد
۶۷	جدول شماره ۵- توزیع فراوانی نمونه هابرحسب سطح تحصیلات
۶۷	جدول شماره ۶- توزیع فراوانی نمونه هابرحسب نوع بیمه
۶۸	جدول شماره ۷- توزیع فراوانی نمونه هابرحسب مدت ابتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه
۶۸	جدول شماره ۸- توزیع فراوانی نمونه هابرحسب تعداد موارد بستری در بیمارستان
۶۹	جدول شماره ۹- توزیع فراوانی نمونه هابرحسب سابقه ابتلا به بیماری دیگر
۶۹	جدول شماره ۱۰- توزیع فراوانی نمونه هابرحسب ابتلا به بیماری دیگر(در حال حاضر)
۷۰	جدول شماره ۱۱- توزیع فراوانی نمونه هابرحسب وضعیت مصرف سیگار
۷۰	جدول شماره ۱۲- توزیع فراوانی نمونه هابرحسب اینکه با چه کسی زندگی می کنند
۷۱	جدول شماره ۱۳- توزیع فراوانی نمونه هابرحسب نوع داروی مصرفی
۷۲	جدول شماره ۱۴- مقایسه وضعیت خلقی نمونه هاقبل و بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی
۷۲	جدول شماره ۱۵- مقایسه فراوانی نمونه هابرحسب سطح افسردگی قبل و بعد از خودمراقبتی
۷۲	جدول شماره ۱۶- مقایسه فراوانی نمونه هابرحسب کیفیت تنگی نفس در طول روز قبل و بعد از برنامه خودمراقبتی
۷۳	جدول شماره ۱۷- مقایسه فراوانی نمونه هابرحسب کیفیت تنگی نفس در طول شب قبل و بعد از برنامه خودمراقبتی
۷۴	جدول شماره ۱۸- مقایسه فراوانی نمونه هابرحسب نوع سرفه قبل و بعد از برنامه خودمراقبتی

- جدول شماره ۱۹- مقایسه فراوانی نمونه های برحسب وضعیت دفع خلط قبل و بعد از خودمراقبتی. ۷۶
- جدول شماره ۲۰- مقایسه فراوانی نمونه های برحسب ریتم تنفس قبل و بعد از خودمراقبتی. ۷۷
- جدول شماره ۲۱- مقایسه فراوانی نمونه های برحسب عمق تنفس قبل و بعد از خودمراقبتی. ۷۷
- جدول شماره ۲۲- مقایسه فراوانی نمونه های برحسب نوع تنفس قبل و بعد از خودمراقبتی. ۷۸
- جدول شماره ۲۳- مقایسه فراوانی نمونه های برحسب وضعیت سیانوز قبل و بعد از خودمراقبتی. ۷۸
- جدول شماره ۲۴- مقایسه فراوانی نمونه های برحسب درد قفسه سینه قبل و بعد از خودمراقبتی. ۷۹
- جدول شماره ۲۵- مقایسه فراوانی نمونه های برحسب نوع صداهای ریوی قبل و بعد از خودمراقبتی. ۸۰
- جدول شماره ۲۶- مقایسه نتایج تستهای عملکرد ریوی بیماران قبل و بعد از برنامه خودمراقبتی. ۸۱
- جدول شماره ۲۷- مقایسه نتایج آزمایشات و معاینات انجام شده قبل و بعد از برنامه خودمراقبتی. ۸۲
- جدول شماره ۲۸- ارتباط بین تنگی نفس در طول روز و وضعیت خلقی نمونه ها. ۸۳
- جدول شماره ۲۹- ارتباط بین تنگی نفس در هنگام خواب و وضعیت خلقی نمونه ها. ۸۴
- جدول شماره ۳۰- ارتباط بین نوع سرفه و وضعیت خلقی نمونه ها. ۸۵
- جدول شماره ۳۱- ارتباط بین وضعیت دفع خلط و وضعیت خلقی نمونه ها. ۸۶
- جدول شماره ۳۲- ارتباط بین نوع تنفس و وضعیت خلقی نمونه ها. ۸۷
- جدول شماره ۳۳- ارتباط بین درد قفسه سینه و وضعیت خلقی نمونه ها. ۸۸
- جدول شماره ۳۴- ارتباط بین صداهای ریوی و وضعیت خلقی نمونه ها. ۸۹

# فصل اول

\*مقدمه

## مقدمه

بیماری مزمن انسدادی ریه اصطلاحی است که برای بیان سندرم بالینی تنگی نفس به همراه انسداد جریان هوای بازدمی بر اثر برنشیت مزمن و آمفیزم واز دهه پنجم زندگی به بعد بکار می‌رود [کد ۱ ص ۲۰۱]. بیماری مزمن انسدادی ریه یکی از علل عمده مرگ و میر در جوامع مختلف محسوب می‌شود [کد ۲ ص ۲۲۶۰]. میزان شیوع و مرگ و میر این بیماری با افزایش سن، افزایش پیدا می‌کند و در مردان شیوع آن بیشتر از زنان است [کد ۳ ص ۳۹].

مروری بر میزان شیوع و آمار مرگ و میر در کشورهای مختلف دنیا از گذشته تا کنون، بیانگر این واقعیت است که علیرغم پیشرفت جوامع، میزان ابتلا و مرگ و میر حتی در کشورهای پیشرفته‌ای همچون آمریکا و انگلستان رو به افزایش است، چنانچه طبق آمار ارائه شده در سال ۱۹۸۵ حدود ۷۰۰۰۰ نفر بر اثر ابتلا به این بیماری در آمریکا مرده‌اند که در آن سال بیماری مزمن انسدادی ریه بعنوان پنجمین عامل مرگ و میر در این کشور معرفی شده است [کد ۴ ص ۱۹۹]. اما طبق آمار که در سال ۱۹۹۵ ارائه شد، این بیماری بعنوان چهارمین علت مرگ و میر در آمریکا معرفی شد که بعد از بیماری کرونری قلب در شمار بیماریهای مزمن ناتوان‌کننده قرار گرفت و از علل اصلی غیبتی شغلی محسوب می‌شد [کد ۵ ص ۶۶۹].

در کشور انگلستان نیز این بیماری موجب مرگ و میر فراوانی در طول زمان شده است. طبق آمار ارائه شده در سال ۱۹۹۲ تعداد ۲۶۰۳۳ مورد مرگ در انگلستان ناشی از بیماری انسدادی مزمن ریه بوده است که این میزان ۶/۴ درصد از تمام مردان و ۳/۹ درصد از تمام زنان فوت شده در این کشور را به خودش اختصاص می دهد. ۲۵ درصد از موارد بستری در بیمارستانهای انگلستان ناشی از بیماریهای تنفسی است که بالغ بر نیمی از این موارد در اثر ابتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه می باشد. یک بررسی از تعداد موارد بستری در سایر نواحی انگلستان نشان می دهد که ۷/۳ درصد از مردان و ۳/۲ درصد از زنانیکه در سنین ۶۵ تا ۷۴ سال هستند مبتلا به این بیماری می باشند [کد ۶].

این اختلال از مشکلات مهم بهداشتی است و در کشور پیشرفته‌ای همچون آمریکا نیز مشکل ساز می باشد [کد ۲ ص]. این بیماری بعنوان یک مشکل عمده پزشکی آمریکا و چهارمین علت مرگ و میر در این کشور شناخته شده است [کد ۷ ص ۴۷۰]. بیماری مزمن انسدادی ریه بعنوان یکی از شایعترین علل اصلی محدودیت در فعالیتهای روزمره در ایالات متحده شناخته شده است [کد ۸ ص ۲۹]. بر اساس آمار ارائه شده حد اقل ۲۰ درصد از افراد مذکر بالغ در این کشور دچار این بیماری هستند و این بدین معنی است که این بیماری یک ناتوانی پیشرونده را در تمام اوقات زندگی برای بیش از ۱۰ میلیون نفر آمریکایی ایجاد کرده است [کد ۳ ص ۳۹].

درباره تعداد مبتلایان به بیماری مزمن انسدادی ریه در ایران آمار دقیقی در دست نیست ولی آمار مرگ و میرهایی که در نواحی مختلف کشور بعلت بیماریهای مزمن تنفسی اتفاق می افتد، حکایت از شیوع گسترده این بیماری بخصوص در میان قشر سالخورده مملکت ما دارد [کد ۹ ص ۱۱۱]. بیماری مزمن انسدادی ریه سهم بسیار عمده‌ای در مرگ و میر افراد، بخصوص سالمندان کشور ما دارد. در سال ۱۳۷۲ مرکز آمار ایران، درباره مرگ و میر در ۲۴ شهر انتخابی ایران بر اساس طبقه بندی بین المللی بیماریها مطابق با سازمان بهداشت جهانی اطلاعاتی در مورد موارد مرگ و میر ناشی از بیماریها در سال ۱۳۷۰ منتشر کرد که در این آمار از میان مجموع ۴۸۰۳۹ مورد مرگ ناشی از بیماریهای مختلف در سال ۱۳۷۰ تعداد ۱۳۱۵۱ نفر برابر با ۶/۶ درصد افراد بر اثر بیماریهای تنفسی فوت کرده اند [کد ۹ ص ۱۱۱].