

## بررسی ارتباط سبک زندگی و بیماری انسدادی مزمن ریه

دکتر حمیدرضا روح افزا\*\* - دکتر شهلا اکوچکیان\*\* - دکتر معصومه صادقی\*\*\* - دکتر انیس فرد موسوی\*\*\*\* - دکتر غلامرضا خیرآبادی\*\* -

دکتر هتاو قاسمی طهرانی\*\*\*\*

\* استادیار روانپزشکی مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

\*\* استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

\*\*\* استادیار قلب و عروق مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

\*\*\*\* استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

\*\*\*\*\* پزشک عمومی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۱/۲۳

تاریخ پذیرش: ۸۴/۶/۱۷

### چکیده

مقدمه: در بررسی سبک زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن انسدادی ریه (COPD)، فعالیت‌های فیزیکی و اجتماعی، تغذیه و مصرف سیگار را الگوهای رفتاری مرتبط با تشدید اختلال و ایجاد چرخه معیوب دانسته اند که مانع بهبود می‌شوند.

هدف: مقایسه سبک زندگی در بیماران دچار COPD و گروه شاهد و سپس مقایسه سبک زندگی در گروه بیماران بر اساس شدت و مدت بیماری.

مواد و روش‌ها: مطالعه توصیفی - تحلیلی بر ۷۰ بیمار دچار COPD به عنوان گروه مورد بر اساس تعریف انجمن ریه آمریکا (American thoracic society) و ۷۰ فرد سالم به عنوان گروه شاهد انجام شد. افراد در صورت وجود هرگونه اختلال روانپزشکی یا هر اختلال مزمن دیگر و یا همکاری نکردن از مطالعه خارج شدند. پرسشنامه‌ای حاوی اطلاعات دموگرافیک مانند سن، جنس، میزان تحصیلات، مدت بیماری و FEV<sub>1</sub> و نیز پرسشنامه سنجش سبک زندگی میلر - اسمیت (Miller-Smith)، برای تمام بیماران تکمیل شد. داده‌ها با تست‌های آماری t-student و ANOVA تجزیه و تحلیل آماری شد.

نتایج: میانگین سنی در گروه مورد ۶۶/۳±۹/۲ و در گروه شاهد ۶۴/۲±۱۱/۶ سال بود. ۳۶ نفر (۵۱٪) در گروه مورد و ۳۵ نفر (۵۰٪) در گروه شاهد مذکر بودند و میانگین مدت تحصیلات آن‌ها ۸/۳±۴/۱ و ۹/۲±۳/۴ به ترتیب در گروه مورد و شاهد بوده است. میانگین نمره سبک زندگی در گروه مورد ۶۶/۶±۱۸/۶ و در گروه شاهد ۶۹/۶±۱۶/۹ بود که از نظر آماری معنی‌دار بود (P<۰/۰۱۳). میانگین نمره پرسشنامه میلر اسمیت با افزایش شدت بیماری (بر اساس FEV<sub>1</sub>) و طول مدت بیماری افزایش معنی‌دار داشت (P<۰/۰۰۳).

نتیجه‌گیری: سبک زندگی از عوامل مهم و قابل توجه در بیماران دچار COPD است که با مدیریت صحیح و بهبود آن و بازتوانی مؤثر ریوی می‌توان در درمان گام مؤثرتری برداشت و مناسب است که در کشور ما نیز توجه به سبک زندگی به عنوان جزئی از برنامه درمانی این بیماران قرار گیرد.

**کلید واژه‌ها:** بیماری‌های انسدادی ریه / سبک زندگی

### مقدمه

سبک زندگی (life Style) الگوی منحصر به فردی از ویژگی‌ها، رفتارها و عادات‌هایی است که هر فرد از خود نشان می‌دهد که در صورت معیوب بودن فرد در معرض خطر بیماری یا حوادث قرار می‌گیرد و از دیگر سو سبک زندگی بشدت تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند بیماری‌های مزمن قرار می‌گیرد (۱).

از جمله این بیماری‌ها، بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD) است که با اختلال در عملکرد ریه و محدودیت توانایی جسمی مشخص می‌شود و از مهم‌ترین عوامل ابتلا در جوامع است، به طوری که در افراد کهنسال دومین عامل ناتوانی

بحساب می‌آید (۲ و ۳).

اگرچه مطالعاتی در مورد کیفیت و سبک زندگی در بیماران دچار COPD انجام شده است (۴)، اما هنوز ارتباط آنها با جنبه‌های فیزیولوژیک این بیماری شناخته نشده است (۵)، با این وجود در بسیاری از مطالعات ارتباط بین حجم ظرفیت عملی (FC) و کیفیت و سبک زندگی نشان داده شده است (۶). ضمناً در دو کار آزمائی بزرگ بالینی، میزان بقای بیماران COPD با کیفیت زندگی آنها ارتباط داشته است (۷). به طوری که امروزه در طب سبک زندگی (life Style Medicine) برای درمان بیماری‌های مزمن، به جای تمرکز

بر علائم بیماری که نمود خارجی مسأله هستند، سعی می‌شود علت بیماری فرد را در سبک و شیوه زندگی او جستجو کنند (۱). فعالیت‌های فیزیکی و اجتماعی، مصرف سیگار و ... الگوهای رفتاری هستند که به عنوان عوامل مرتبط با سبک زندگی در بیماری مزمن انسدادی ریه تحت تأثیر قرار گرفته و سبب تشدید اختلال در فرد می‌شوند، به طوری که با ایجاد چرخه معیوب مانع بهبود می‌شوند (۸). این مطالعه در ابتدا قصد مقایسه سبک زندگی در بیماران مبتلا به COPD و گروه شاهد و سپس مقایسه سبک زندگی در گروه بیماران بر اساس شدت و مدت بیماری را دارد.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی در سال ۱۳۸۲ بر ۷۰ بیمار دچار COPD به عنوان گروه مورد و افراد سالم از همراهان و بستگان آنها که از نظر سن، جنس و وضعیت اقتصادی و اجتماعی و تحصیلات یکسان‌سازی شده بودند به عنوان گروه شاهد انجام شد. این افراد پس از توضیح کامل در مورد این مطالعه، در صورت تمایل وارد مطالعه شدند. افراد گروه بیمار بر اساس تعریف انجمن ریه آمریکا (American thoracic society) انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بوده است:

- ۱) FEV<sub>1</sub> کمتر از ۸۰٪ مقادیر پیش‌بینی شده (80% of predicted value)
  - ۲) سابقه مصرف سیگار بیش از ۲۰ پاکت در سال
  - ۳) نداشتن آسم
  - ۴) ثبات نسبی از نظر بیماری ریوی و نداشتن سابقه بستری به علت تشدید علائم و تغییر دارویی در یک ماه اخیر (۹).
- سپس بیماران بر اساس FEV<sub>1</sub> به سه گروه خفیف (FEV<sub>1</sub> > 49% predicted value)، متوسط (FEV<sub>1</sub> 35%-49% predicted value) و شدید (FEV<sub>1</sub> < 35% of predicted value) طبقه‌بندی شدند (۱۰).

افراد گروه‌های مورد و شاهد در صورت وجود هرگونه اختلال روانپزشکی در مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای DSMIV (۱۱)، وجود هرگونه اختلال مزمن دیگر و نداشتن مطالعه خارج می‌شدند.

نمونه‌گیری به روش تصادفی از بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاهی علوم پزشکی اصفهان بوده است. برای بررسی ویژگی‌های دموگرافیک افراد از پرسشنامه‌ای حاوی اطلاعاتی مانند سن، جنس، میزان تحصیلات، مدت بیماری و FEV<sub>1</sub>، استفاده شد. پرسشنامه سنجش سبک زندگی میلر اسمیت (Miller-Smith)، مشتمل بر ۲۰ مورد و هر مورد دارای ۵ پاسخ (همیشه=۱، اغلب=۲، گاهی اوقات=۳، بندرت=۴ و هرگز=۵) و نمره‌های بالاتر نشان دهنده سبک زندگی ناخوشایند و ناسالم است (۱۲).

روائی پرسشنامه مذکور بعد از ترجمه به روش Forward backward translation توسط اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید شد و پایایی آن در یک مطالعه pilot با استفاده از  $\alpha=0/864$  کرونباخ، محاسبه شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS<sub>11</sub> با آزمون‌های آماری t-student و ANOVA تجزیه و تحلیل شد.

### نتایج

در این مطالعه ۷۰ نفر در گروه مورد و ۷۰ نفر نیز در گروه شاهد به ترتیب با میانگین سنی  $66/3 \pm 9/2$  و  $64/2 \pm 11/6$  سال مورد مطالعه قرار گرفتند، جدول شماره ۱ خصوصیات دموگرافیک این افراد را نشان می‌دهد. میانگین نمره سبک زندگی در گروه مورد  $66/64 \pm 18/6$  و در گروه شاهد  $32/01 \pm 6/49$  بود که از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P < 0/013$ ) (جدول شماره ۱).

از نظر مدت ابتلا در گروه مورد ۲۵ نفر زیر ۵ سال، ۲۵ نفر بین ۵ تا ۷ سال و ۲۰ نفر بالای ۷ سال بودند و از نظر شدت بیماری ۲۰ نفر (FEV<sub>1</sub> > 49% predicted value)، ۲۰ نفر (FEV<sub>1</sub> 35%-49% predicted value) و ۳۰ نفر (FEV<sub>1</sub> < 35% predicted value) داشتند.

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمره پرسشنامه سبک زندگی را بر اساس سال‌های ابتلا و FEV<sub>1</sub> نشان می‌دهد. میانگین نمره پرسشنامه سبک زندگی میلر- اسمیت با افزایش شدت (بر اساس FEV<sub>1</sub>) و طول مدت بیماری افزایش معنی‌دار داشت ( $P < 0/003$ ).

جدول ۱: برخی خصوصیات دموگرافیک و نمره پرسشنامه سبک زندگی در دو گروه مورد و شاهد

p.value	شاهد (n=70)	مورد (n=70)	
۰/۷۹۳	۳۵	۳۶	جنس (مذکر)
۰/۹۲۱	۶۴/۲±۱۱/۶	۶۶/۳±۹/۳	سن (میانگین ± انحراف معیار)
۰/۹۴۲	۹/۲±۳/۴	۸/۳۰±۴/۱	سال تحصیلات (میانگین ± انحراف معیار)
۰/۰۱	۳۲/۰۱±۶/۴۹	۶۶/۶۴±۱۸/۶	نمره پرسشنامه سبک زندگی (میانگین ± انحراف معیار)

جدول ۲: مقایسه نمره پرسشنامه سبک زندگی در گروه بیماران بر اساس مدت ابتلا و FEV<sub>1</sub>

p.value	(میانگین ± انحراف معیار)	تعداد (%)	گروه	
۰/۰۰۳	۴۶/۴±۵/۰۲	(۳۶)۲۵	زیر ۵ سال	سال ابتلا
	۶۷/۶±۶/۴۴	(۳۶)۲۵	۵-۷ سال	
	۹۰/۲۵±۴/۵۵	(۲۸)۲۰	بالای ۷ سال	
	۴۹/۴±۸/۲۱	(۲۸/۵)۲۰	>٪۴۹	
۰/۰۰۲	۷۱/۶±۹/۴۱	(۲۸/۵)۲۰	٪۳۵-٪۴۹	FEV <sub>1</sub>
	۸۹/۲۱±۳/۲۱	(۴۳)۳۰	<٪۳۵	

### بحث و نتیجه گیری

زندگی ناسالم تر همراه بوده است اگرچه این ارتباط در حد بسیار قوی نبود (۱۴).

البته در این مطالعات موارد منحصر به فرد نیز وجود داشته است که با وجود اختلال کمتر در FEV<sub>1</sub>، شیوه زندگی ناسالم تر بود و برعکس. اما به طور کلی، اختلال بیشتر در مقادیر FEV<sub>1</sub> با شیوه زندگی ناسالم تر همراه است (۱۵).

در مطالعه ما نیز با تشدید بیماری، نمره پرسشنامه شیوه زندگی هم افزایش داشته است. مطالعات نشان دهنده آن است که با افزایش مدت بیماری و به دنبال آن افزایش سن بیمار احتمال وجود اختلالات همراه هم افزایش می یابد، به طوری که در مطالعه Stewart و همکاران در حدود ۶۶/۵٪ بیماران مبتلا به COPD حداقل یک اختلال همراه داشته اند که در مجموع تأثیر منفی بر شیوه و کیفیت زندگی می گذارد (۱۶). در مطالعه ما نیز مدت بیماری با سبک زندگی ناسالم تر همراه بوده است.

با تأکید بسیاری از مطالعات بر تأثیر شیوه زندگی بر بیماری مزمن ریوی به نظر می رسد که باید در برنامه های درمانی این بیماران به بهبود شیوه زندگی آنها نیز توجه

در این مطالعه نمره سبک زندگی بیماران دچار COPD در مقایسه با افراد سالم مقایسه شد. مقادیر عددی پرسشنامه مذکور در گروه بیماران بالاتر بود که نشان دهنده شیوه زندگی ناسالم تر (خواب نامناسب، نداشتن فعالیت فیزیکی مناسب، مصرف سیگار، ارتباط اجتماعی مختل و ...) در آنهاست. ضمناً افزایش شدت و مدت بیماری نمره پرسشنامه شیوه زندگی میلر اسمیت افزایش داده است.

در مطالعه ای در کشور اسپانیا ارتباط مستقیم بین COPD و سبک زندگی بدست آمد و نشان داد که شیوه زندگی نامناسب، می تواند از علل عمده بستری مجدد بیماران COPD باشد (۸).

در مطالعه mymerich Garcia A بر عوامل خطر و علل بستری بیماران COPD، (سبک زندگی نامناسب از عوامل مؤثر در بستری شدن بیماران COPD بوده است (۱۳). نتایج مطالعه ما نیز نشان داد که بیماران مبتلا به COPD در مقایسه با افراد سالم شیوه زندگی ناسالم تری دارند. مطالعات متعددی در مورد ارتباط مقادیر FEV<sub>1</sub> و سبک زندگی سالم در افراد مبتلا به COPD انجام شده است در بررسی ISOLDE بر ۸۰۰ بیمار COPD، FEV<sub>1</sub> کمتر با سبک

این مسأله در کشور ما نیاز به انجام مطالعات جامع و چندکانونی دارد.

در پایان می‌توان نتیجه گرفت که سبک زندگی از عوامل مهم و قابل توجه در بیماران COPD است که با شدت و مدت بیماری افزایش معنی‌دار در نمره پرسشنامه مذکور دیده می‌شود. با مدیریت صحیح برای بهبود شیوه زندگی این بیماران و بازتوانی مؤثر ریوی آنها می‌توان در درمان مبتلایان به COPD گام مؤثرتری برداشت و در کشور ما نیز مناسب است که توجه به سبک زندگی، جزئی از برنامه درمانی این بیماران قرار گیرد.

نمود، به طوری که در مطالعه سال ۲۰۰۰ در کشور انگلستان مشخص شد که در مراقبت اولیه بیماران مزمن ریوی باید اصلاح سبک زندگی مدنظر باشد (۱۷) و حتی محققان هاروارد ارزیابی سبک زندگی بیماران COPD را در تصمیم‌گیری درمانی و بازتوانی این بیماران بسیار مؤثر می‌دانند (۱۸).

در مطالعات متعددی مشخص شده است که بازتوانی ریوی با بهبود سبک زندگی در بیماران COPD، سبب احساس بهبود در آنها می‌شود. البته مدت تأثیر مثبت بازتوانی بر شیوه زندگی را متفاوت ارزیابی کرده‌اند (۱۹).

## منابع

1. Stathakos D, Pratsinis H, Zachos I, Vlahaki I, et al. Greek centenarians: Assessment of Functional Health Status and Life-style Characteristics. *Experimental Gerontology* 2005; 40(6): 512-518.
2. McSweeney AJ, Grant I, Heaton RK, Adams KM, Timms RM. Life Quality of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arch Intern Med* 1982; 142: 473-478.
3. Yohannes AM, Roomi J, Waters K, Connolly MJ. Quality of Life in Elderly Patients With COPD: Measurement and Practice Factor. *Respiratory Medicine* 1998; 92: 1231-1236.
4. Jones PW, Bosh TK. Quality of Life Changes in COPD Patients Treated with Salmeterol. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 155: 1283-1289.
5. Engstrom CP, Persson LO, Larsson S, Ryden A, Sullivan M. Functional status and well Being in Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Regard to Clinical Parameters and Smoking: a Descriptive and Comparative Study. *Thorax* 1996; 51: 825-830.
6. Spencer S, Calverly PMA, Burge PS, et al. Health Status Deterioration in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 122-128.
7. Ries AL, Kaplan RM, Limberg TM, Prewitt LM. Effects of pulmonary Rehabilitation on Physiologic and psychosocial Outcomes in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Ann Intern Med* 1995; 122: 823-832.
8. Garcia-Amyerich J, Farrero E, Feler MA, Izquierdo J. Risk Factors of Read Mission to Hospital for a COPD Exacerbation: a Prospective Study. *Thorax* 2003; 58(2): 100-5.
9. American Thoracic Society. Standards for the Diagnosis and Care of Patients with chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152(Suppl.): S77-S121.
10. Lung Functional Testing: selection of Reference Values and Interpretative strategies. American Thoracic Society. *Am Rev Respir Dis* 1991; 144: 1202-18.
11. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
12. Tai Chi Australia. The Miller-Smith Lifestyle Assessment Inventory[Serial Online]2001. Available From URL://www.taichiaustralia.com/Miller-Smith.html/.
13. Garcia-Amyerich S, Monso E, Marrades RM, Es Carrabill S, Felez MA. Risk Factors for Hospitalization for a Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbation. EFRAM study *Am Respir Crit Care Med* 2001; 164(6): 1002-7.
14. Burge PS, Calverly PM, Jones PW, et al. Randomised, Double Blind, Placebo Controlled Study of Fluticasone Propionate in Patients with Moderate to Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease: the ISOLDE Trial. *BMJ* 2000; 320: 1297-1303.
15. Jones PW. Assessment of the Impact of Mild Asthma in Adults. *Eur Respir J* 1996; 6: 57-60.
16. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogres WH, Berry SD, et al. Functional Status and Well-being of patients with Chronic Conditions.

- Results from the Medical Outcomes Study. JAMA 1989; 262: 907-13.
17. Moony D. Managing Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Primary Care. Br J Community Nurs 2000; 5: 4-9.
18. Barr RG, Herbstman J. Validation of Self-Reported Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Cohort Study Nurses. Am Epidemiol 2002; 155(10): 965-71.
19. Casaburi R. Exercise Training in Chronic Obstructive Lung Disease. In: Casaburi R, Petty TL, (eds). Principles and practice of pulmonary Rehabilitation. Philadelphia; W.B. Saunders Co, 1993: 204-224.

# Investigating the Relation between Lifestyle and Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Roohafza H.R. (M.D), Akochakian SH.(M.D), Sadeghi M.(M.D), Fardmoosavi A. (M.D), Khairabadi Gh.R (M.D), Ghasemi T. h. (M.D)

## Abstract

**Introduction:** In studies or lifestyle of patients with (Chronic Obstructive Pulmonary Disease COPD), physical and, social activities, nutrition and smoking are the behavioral patterns, which aggravate this disorder and cause a dysfunctional circle, which prevents healing.

**Objectives:** This study aimed to compare the lifestyle of patients with COPD and control group and then the two groups according to severity and length of disease.

**Materials and Methods:** This descriptive-analytical study was done on 70 patients with COPD as the case group, which was selected, based on American Thoracic Society and also on 70 healthy persons as the control group. Patients with any psychiatric or chronic disorder or those who didn't cooperate were excluded from this study. The questionnaire included demographic information such as age, sex, education level, duration of affliction to this disease and FEV<sub>1</sub> and Miller-Smith lifestyle questionnaire were filled for all patients. All data were statistically analyzed by t-student and ANOVA tests.

**Results:** The mean age of case and control groups were 66.3±9.2 and 64.2±11.6 respectively. Thirty-six persons (51%) in case group and 35 persons (50%) in control group were male. The means of education level in case and control groups were 8.3±4.1 and 9.2±3.4 respectively.

The mean score of lifestyle in case group was 66.64±18.6 and in control group was 32.01±6.49, which was statistically significant (P<0.013). The mean score of Miller-Smith questionnaire was significantly increased as the severity of the disease (based on FEV<sub>1</sub>) and the duration of the disease increased (P<0.003).

**Conclusion:** Lifestyle is an important factor in patients with COPD. Suitable management and effective pulmonary rehabilitation can be effective in the treatment of patients with COPD. So it is necessary to consider lifestyle change as a part of patients' treatment.

**Key words:** Lifestyle/ Lung Diseases, Obstructive