ORIGINAL ARTICLE

Validity and Reliability of the Persian Version of Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire in Iranian Patients with Fibromyalgia

Maryam Mobini[1],
Rezaali Mohammadpour[2],
Forouzan Elyasi[3],
Aref Hosseinian[4],
Shamila Abbaspour[5]

[1] Associate Professor, Department of Internal Medicine, Diabetes Research Centre, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Associate Professor, Department of Biostatistics, Diabetes Research Centre, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Physiciatry, Diabetes Research Centre, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Associate Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[5] Medical Student, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received August 23, 2015 Accepted December 13, 2015)

Abstract

Background and purpose: Fibromyalgia (FM) is a chronic pain condition with non-articular origin that is defined by generalized pain, fatigue and sleep disturbance. The aim of this study was to evaluate the reliability and validity of Persian version of Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR) in Iranian patients with FM.

Materials and methods: The FIQR was translated into Persian and administered to 44 female patients with primary FM. All patients filled out the questionnaire along with the Persian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and short form-36 (SF-36). One week later, FM patients filled out the FIQR at their second visit. Reliability was analyzed by internal consistency Cronbach's α coefficient and intra-class correlation coefficient. Construct validity was evaluated by Spearman's and Pearson's correlation coefficient. Statistical analysis was performed in SPSS ver. 19.

Results: From 69 female patients with primary FM who had HADS score less than 15, 44 were selected. The total scores of the FIQR in first and second visits were 52.85±20.2 and 53.62±18.3, respectively. Evaluation of construct validity with SF-36 and HADS showed a significant correlation at the 0.01 level. The intraclass correlation coefficient (ICC) was CI95%=0.929 (0.896-0.956) and Cronbach's α was 0.93 for FIQR in the first visit. The correlation between first and second total scores was 0.82 (P=0.001).

Conclusion: The Persian version of FIQR showed adequate reliability and validity.

Keywords: fibromyalgia, Persian, Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire

J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 26(133): 119-127 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و پنجم شماره ۱۳۳ بهمن سال ۱۳۹۴ (۱۲۷-۱۱۹)

اندازه گیری قابلیت اعتماد و اعتباریابی پرسشنامه بازنگری شده فارسی فیبرومیالژیا در بیماران ایرانی مبتلا به فیبرومیالژیا

مریم مبینی[۱]
رضاعلی محمدپور[۲]
فروزان الیاسی[۳]
عارف حسینیان[۴]
شمیلا عباس پور[۵]

چکیده

سابقه و هدف: فیبرومیالژیا یک سندرم دردناک مزمن با منشا غیرمفصلی است که با درد منتشر و خستگی و اختلال خواب مشخص می‌شود. هدف از این مطالعه، بررسی قابلیت اعتماد و اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه تجدید نظرشده تاثیر فیبرومیالژیا (FIQR) در بیماران ایرانی مبتلا به فیبرومیالژیا است.

مواد و روش‌ها: بعد از ترجمه پرسشنامه، ۴۴ بیمار مبتلا به فیبرومیالژیا توسط آن مورد ارزیابی قرار گرفتند. بیماران به صورت همزمان پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS و پرسشنامه کیفیت زندگی Short Form-36 (SF-36) را پر کردند. یک هفته بعد پرسشنامه FIQR مجددا تکمیل شد. قابلیت اعتماد توسط سازگاری داخلی، ضریب آلفای کرونباخ و ضریب ارتباط بین کلاس تعیین گردید. اعتبار ساختاری با ضریب ارتباط اسپیرمن و پیرسون ارزیابی شد.

یافته‌ها: از ۶۹ بیمارزن مبتلا به فیبرومیالژیای اولیه، ۴۴ نفر با نمره HADS کمتر از ۱۵ انتخاب گردیدند. میانگین نمره FIQR در مرحله اول و دوم به ترتیب ۲۰/۲±۵۲/۸۵ و ۱۸/۳±۵۳/۶۲ بود. میانگین نمره FIQR در مرحله اول و دوم به ترتیب ۲۰/۲±۵۲/۸۵ و ۱۸/۳±۶۲/۵ بود. بررسی اعتبار ساختاری پرسشنامه با اجزای پرسشنامه‌های SF-36 و HADS نشان داد اجزای FIQR با افسردگی و نمره‌ذهنی بیماران مرتبط می‌باشد (ارتباط با سطح ۰/۰۱). ضریب ارتباط داخل کلاس معادل (۰/۸۹۶-۰/۹۵۶) ۰/۹۲۹ =CI95% و ضریب پایایی برای حیطه‌های مختلف در ویزیت اول بر اساس آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۳ بود. میزان همبستگی بین نمره نهایی مرحله اول و دوم برابر ۰/۸۲ بوده است (p =۰/۰۰۱).

استنتاج: نسخه فارسی FIQR ، ابزاری قابل اعتماد و معتبر برای ارزیابی تاثیر بیماری فیبرومیالژیا بر عملکرد و علایم بیماران فارسی زبان است و می‌تواند به منظور پایش بیماران از نظر بالینی و یا تحقیقات به‌کار رود.

واژه های کلیدی: فیبرومیالژیا، فارسی، پرسشنامه تجدید نظر شده تاثیر فیبرومیالژیا

مقدمه

فیبرومیالژیا یک سندرم دردناک با منشا غیر مفصلی است که مشخصه آن درد منتشر و خستگی و اختلال خواب است. هم‌چنین بیماران از افسردگی، اضطراب و استرس رنج می‌برند(۱). شیوع بیماری بسته به زمان و

مولف مسئول: مریم مبینی- ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات دیابت E-mail: mmobini50@yahoo.com
۱. دانشیار، گروه داخلی، مرکز تحقیقات دیابت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشیار، گروه آمار، مرکز تحقیقات دیابت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. استادیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات دیابت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. دانشیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۴/۶/۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۴/۶/۲۱ تاریخ تصویب : ۱۳۹۴/۹/۲۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

مکان متفاوت بوده و در حدود ۱تا۱/۵درصد برآورد گردیده است و در زنان و افراد بالای ۴۰ سال شایع‌تر می‌باشد(۳،۲). در واقع این بیماری شایع‌ترین علت درد منتشربدن در زنان ۲۰ تا ۵۵ ساله است و بیش از ۴۰ درصد بیمارانی که به مراکز تخصصی درد مراجعه می‌کنند، دچار فیبرومیالژیا هستند(۴). در حال حاضر هیچ یافته بالینی، رادیولوژیک یا آزمایشگاهی برای ارزیابی وجود فیبرومیالژیا و شدت آن وجود ندارد(۵). با توجه به علایم متعدد بیماری، تاثیر آن روی زندگی، عملکرد بیماران و پیچیدگی این علایم ممکن است بیمار و پزشک با چالش مواجه شوند. علی‌رغم تجربه درد در همه بیماران، شدت و گستردگی علایم متفاوت می‌باشد. بسیاری از بیماران قادر به بیان مناسب علایم نیستند بنابراین جهت درمان مناسب بیماران و پایش پاسخ به درمان نیاز به ابزار مناسب می‌باشد.

پرسشنامه تاثیر فیبرومیالژیا Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) جهت ارزیابی تاثیراین بیماری بر عملکرد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا در سال ۱۹۹۱ توسط دکتر Burckhardt و همکاران طراحی گردید. این پرسشنامه واجد ۱۰ سوال است که عملکرد فیزیکی، وضعیت کار، افسردگی، اضطراب، خواب، درد، خشکی، خستگی و خوب بودن را می‌سنجد(۶). با توجه به اشکالات موجود در استفاده از پرسشنامه FIQ ، مانند جمله‌بندی، حذفیات و مفاهیم و نیز روش مشکل نمره‌دهی آن، در سال ۲۰۰۹ دکتر Bennett و همکاران، نسخه جدید و تعدیل شده پرسشنامه فیبرومیالژیاFIQR را طراحی و معرفی کردند. این پرسشنامه از نظر کلی ساختار مشابهی با FIQ دارد و عملکرد، تاثیر کلی و شدت علایم را می‌سنجد و علاوه بر آن، سوالاتی در خصوص حافظه، حساسیت به درد، تعادل و حساسیت محیطی نیز در آن گنجانده شده است، سرعت تکمیل و نمره دهی ساده تری نسبت به FIQ دارد و از نظر قابلیت اعتماد و اعتبار با آن قابل رقابت است(۷). پرسشنامه FIQ در سال ۲۰۱۴ توسط دکتر بیداری و همکاران به فارسی ترجمه و اعتبار و قابلیت اعتماد آن در بیماران فارسی زبان نشان داده شد(۸). به علت تفاوت‌های اجتماعی و فرهنگی درکشورهای در حال توسعه مانند ایران، بسیاری از زنان مبتلا به فیبرومیالژیا خانه دار هستند و سوالاتی مانند مرخصی، رانندگی و توانایی شغلی که در پرسشنامه FIQ وجود دارد، ممکن است برای بیماران بی پاسخ بمانند و یا به صورت فرضی پر شوند درحالی که در پرسشنامه FIQR این موارد تعدیل گردیده است.این پرسشنامه به زبان عربی، ترکی، ژاپنی، اسپانیایی، پرتغالی، ایتالیایی و کره‌ای ترجمه و اعتبار و پایایی آن نشان داده شده است(۱۴،۵-۹). در سال ۲۰۱۴ این پرسشنامه و به موازات مطالعه فعلی، پرسشنامه FIQR توسط دکتر قویدل و همکاران ترجمه و از نظر اعتبار و قابلیت اعتماد بررسی گردید ولی بیماران بر اساس میزان اضطراب و افسردگی انتخاب نشدند و پرسشنامه FIQR با FIQ و SF-12 مورد ارزیابی قرار گرفت(۱۵). در مطالعه فعلی با هدف بررسی اعتبار و قابلیت اعتماد پرسشنامه FIQR در بیماران ایرانی مبتلا به فیبرومیالژیا، به منظور حذف بیماران با اختلالات شدید اضطراب و افسردگی که ممکن است روی پاسخ‌دهی آنها تاثیر بگذارد از پرسشنامه (Hospital Anxiety and Depression Scale) HADS و برای اعتبار از پرسشنامه (Short Form-36) SF-36 استفاده گردید.

مواد و روش ها

انتخاب بیماران

این مطالعه به روش مقطعی، از اردیبهشت ۹۲ تا بهمن ۹۳ روی بیماران ۱۸ تا ۶۰ ساله مبتلا به فیبرومیالژیای اولیه مراجعه‌کننده به کلینیک دانشگاهی روماتولوژی و روانپزشکی طوبی در شهر ساری انجام شد. معیار های ورود شامل تشخیص فیبرومیالژیا بر اساس معیارهای انجمن روماتولوژی، سن ۱۸ تا ۶۰ سال، جنس مونث، رضایت به شرکت در مطالعه بود. با توجه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

به این‌که بیمار مرد مبتلا به فیبرومیالژیا در دسترس نبود، تمام بیماران مورد بررسی از جنس مونث انتخاب گردید. معیارهای خروج عبارت بود از وجود افسردگی شدید، نمره HADS بالای ۱۵، کم‌تر از ۱۱ نقطه دردناک، عدم توانایی خواندن و نوشتن، مصرف سایکوتراپ‌ها غیر از بنزودیازپین‌ها، وجود بیماری‌های روماتیسمال التهابی. جهت محاسبه حجم نمونه با در نظر گرفتن همبستگی در حدود ۵۰ تا ۷۵ درصد ،در سطح اطمینان ۹۵ درصد (α=۰/۰۵) ، تعداد ۴۴ نمونه برای مطالعات زوجی قبل و بعد کافی به نظر می‌رسد(۱۶) تا خصوصیات دموگرافیک، مدت علایم، تعداد نقاط دردناک در این بیماران ثبت گردید. از ۶۹ بیمار مبتلا به فیبرومیالژیا که به صورت سرپایی مراجعه کرده بودند، ۴ نفر نمره HADS بالای ۱۵ داشتند و پرسشنامه FIQR و SF-36 توسط ۶۵ بیمار در مرحله اول تکمیل گردید. قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها، مفهوم اضطراب و افسردگی برای بیماران توسط دانشجوی محقق توضیح داده شد. ۲۱ بیمار حاضر به تکمیل مرحله دوم پرسشنامه نشدند و در نهایت ۴۴ بیمار هر دو مرحله آزمون-بازآزمون را تکمیل کردند.

پرسشنامه FIQR

پرسشنامه FIQR واجد ۲۱ سوال است که هر سوال بر اساس معیار ۱۱ نمره‌ای صفر تا ۱۰ طبقه‌بندی می‌شود و ۱۰ بدترین نمره خواهد بود. این پرسشنامه دارای ۳ بخش است: عملکرد: ۹ سوال (جمع آن تقسیم بر ۳ می‌شود)، تاثیر کلی:۲ سوال (جمع آن بدون تغییر محاسبه می‌شود) و علایم:۱۰ سوال (جمع آن تقسیم بر ۲ می‌شود). حاصل جمع این ۳ حوزه عددی بین صفر تا ۱۰۰ خواهد بود(۷).

بعد از کسب اجازه از دکتر Bennet، پرسشنامه توسط یکی از دو فرد مسلط به زبان انگلیسی، ابتدا به فارسی ترجمه شد و توسط تیمی شامل ۲ روماتولوژیست، ۲ نفر روانپزشک، ۱ نفر نفرولوژیست و اندوکرینولوژیست و ۱ نفر متدولوژیست از نظر سلیس بودن و قابل درک بودن توسط بیماران ایرانی مورد ارزیابی قرار گرفت و سپس توسط فرد دوم مجددا به انگلیسی ترجمه گردید. نتیجه این دو برگردان با هم مشابه بود. از آن‌جایی‌که معادل فارسی برای کلمه فیبرومیالژیا وجود نداشت، پس از توضیح بیماری برای بیماران از واژه بیماری شما (فیبرومیالژیا) استفاده گردید.

پرسشنامه Hospital anxiety and depression scale (HADS)

پرسشنامه مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS) برای بررسی شدت اختلالات اضطراب و افسردگی در بیماران روانپزشکی، جسمی، مراقبت‌های اولیه و جمعیت عمومی به کار می‌رود(۱۷). این پرسشنامه واجد ۱۴ سوال و ۲ زیر مجموعه برای افسردگی و اضطراب است که به صورت مستقل از هم محاسبه می‌گردند. برای هر سوال معیار نمره از صفر تا ۳ است که در نهایت نمره‌ای بین صفر تا ۲۱محاسبه می‌گردد. برای هر دو زیر مقیاس (افسردگی یا اضطراب نمره مساوی یا کم‌تر از ۷ طبیعی، ۸ تا ۱۰خفیف، ۱۱ تا ۱۴ متوسط، ۱۵تا ۲۱ شدید محسوب می‌شود. ترجمه فارسی این پرسشنامه در ایران از نظر روایی و پایایی مورد قبول بوده است و آلفای کرونباخ برای حیطه اضطراب ۰/۷۸ و برای حیطه افسردگی ۰/۸۶ بود(۱۸). از این پرسشنامه در مرحله اول ویزیت بیماران استفاده شد.

پرسشنامه Medical outcome survey—short form

پرسشنامه SF 36 جهت ارزیابی وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی بکار می‌رود. این پرسشنامه با ۳۶ سوال واجد ۸ دامنه و دو بخش نمره فیزیکی (PCS) و ذهنی (MCS) می‌باشد و متغیرهای متعدد به اندازه گیری عملکرد فیزیکی، درد، عملکرد اجتماعی و وضعیت سلامت ذهنی، عمومی، خستگی و درک کلی فرد از سلامت خودش می‌پردازد. نمره بالاتر نشانه وضع بهتر بیمار می‌باشد. اعتبار و اعتماد این پرسشنامه نیز در ایران

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

تائید گردیده است و آلفای کرونباخ حیطه های مختلف بین ۰/۹۰ -۰/۷۷ بود(۱۹). این پرسشنامه نیز در مرحله اول ویزیت بیماران تکمیل شد.

بررسی نقاط دردناک

جهت بررسی نقاط دردناک، از فشار یکنواخت با انگشت معاینه‌کننده در حدی که بستر ناخن سفید شود بر نواحی ۱۸ گانه آناتومیک فیبرومیالژیا استفاده شد و وجود تندرنس بر اساس گفتار یا تغییر چهره بیمار به علت درد مشخص گردید(۵). سپس مجموع تعداد نقاط دردناک برآورد شد. این معاینه فقط در مرحله اول ویزیت انجام گردید.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه توسط کمیته اخلاق معاونت فن آوری و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی مازندران تایید شد. بیماران پس از کسب رضایت شفاهی وارد مطالعه شده و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محفوظ می‌ماند. بیمارانی که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند از درمان مناسب محروم نشدند.

جمع آوری داده ها و تکمیل پرسشنامه ها

ابتدا بیماران واجد شرایط توسط روماتولوژیست انتخاب شده و پس از اخذ رضایت وارد مطالعه گردیدند. اطلاعات پایه و دموگرافیک بیماران ثبت گردید. در مرحله بعد بیماران با نمره HADS کمتر از ۱۵ با راهنمایی فرد مصاحبه‌کننده (دانشجوی پزشکی آموزش دیده) انتخاب شدند و علاوه بر تکمیل اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیماری، پرسشنامه SF-36 و FIQR را تکمیل کردند. پس از انجام مراحل مربوط به ترجمه، پرسشنامه روی ۴۴ بیمار مبتلا به فیبرومیالژیا در دو مرحله به فاصله زمانی یک هفته ارزیابی گردید.

آنالیز آماری

قابلیت اعتماد آزمون- بازآزمون توسط ضریب ارتباط اسپیرمن و پیرسون و ثبات داخلی توسط ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی گردید. اعتبار ساختاری توسط ضریب اسپیرمن با ارتباط بین FIQR و اجزا HADS و SF-36 انجام گردید. برای معنی‌دار بودن قابلیت اطمینان، ضریب کرونباخ بیش‌تر از۰/۷ معنی‌دار تلقی شد. نمره FIQR بر اساس r inter item و ضریب کرونباخ آلفا ارزیابی شده و اعتماد آزمون- بازآزمون بر اساس ضریب ارتباط پیرسون و ICC بررسی گردید وسطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

از۶۹ بیمارزن مبتلا به فیبرومیالژیا ۶۵ نفر با نمره HADS کم‌تر از ۱۵ انتخاب گردیدند. ۲۱ مرحله دوم پرسشنامه را تکمیل نکردند و آنالیز آماری روی۴۴ بیمار انجام شد. میانگین سن بیماران ۸/۹±۴۳/۱۷ (۶۰-۲۶) سال و میانگین مدت بیماری ۴/۴±۴/۹۴ (۱۸-۰/۵) سال بود. میانگین تعداد نقاط دردناک ۲/۸±۱۴/۸۷(۱۸-۱۱) بود. ۸۳ درصد از بیماران تحصیلات ابتدایی تا متوسطه داشتند. ۱۷ (۳۸/۶ درصد) بیماران همزمان مبتلا به بیماری‌های دیابت، هیپوتیرویدی و هیپرتانسیون بودند که ۷ نفر مبتلا به دیابت، ۷ نفر مبتلا به هیپوتیرویدی و ۶ نفر دچار هیپرتانسیون بودند. جدول شماره ۱ مشخصات پایه بیماران را نشان می‌دهد. پرسشنامه فیبرومیالژیا در بخش‌های عملکرد، تاثیر کلی، علایم و نمره نهایی مورد آزمون- بازآزمون قرار گرفت و مشخص شد در بخش‌های مختلف و نمره کلی ارتباط معنی‌دار بود (جدول شماره ۲). ضریب پایایی برای حیطه‌های مختلف بر اساس آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۳ بود. بنابراین انسجام درونی سوالات مناسب می‌باشد. میزان همبستگی بین نمره نهایی مرحله اول و دوم برابر ۰/۸۲ بوده است(p=۰/۰۰۱). ضریب ارتباط داخل کلاس (ICC) معادل (۰/۹۵۶-۰/۸۹۶) ۰/۹۲۹ =CI95% بود. بررسی همبستگی نمرات HADS در دو بخش اضطراب و افسردگی، SF-36 در دو بخش ذهنی و عملکرد فیزیکی وپرسشنامه FIQR در بخش‌های مختلف وکلی درجدول

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

شماره ۳ نشان داده شد. بررسی نان پارامتری متغیرها توسط ضریب همبستگی اسپیرمن نیز نتایج مشابهی داشت.

جدول شماره ۱: مشخصات پایه بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا

تعداد بیمارانی که مطالعه را کامل کردند	۴۴ نفر (میانگین±انحراف معیار)
سن بیماران (سال)	۴۳/۱۷±۸/۹
مدت بیماری (سال)	۴/۹۴±۴/۴
میانگین تعداد نقاط دردناک	۱۴/۸۷±۲/۸
میانگین نمره اضطراب	۱۱/۰۲±۴/۷
میانگین نمره افسردگی	۸/۸۸±۴/۰
میانگین نمره SF-36 در بخش ذهنی	۳۷/۷۵±۹/۶
میانگین نمره SF-36 در بخش فیزیکی	۳۴/۹۹±۸/۲
میانگین نمره FIQRدر مرحله	۵۲/۸۵±۲۰/۲

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد ایتم های FIQR فارسی (۱۰-۰) و توتال FIQR (۱۰۰-۰)، قابلیت اطمینان آزمون-بازآزمون با ضریب همبستگی پیرسون

آیتم FIQR	ویزیت اول (میانگین±انحراف استاندارد)	ویزیت دوم (میانگین±انحراف استاندارد)	ICC	ضریب همبستگی پیرسون
برس یا شانه زدن مو	۳/۵۶±۳/۵	۳/۸۴±۳/۴	۰/۷۴	*۰/۷۴
۲۰ دقیقه راه رفتن	۴/۶۸±۳/۸	۴/۹۵±۳/۴	۰/۷۱	*۰/۷۱
آماده کردن یک وعده غذا	۳/۹۳±۳/۶	۴/۲۲±۳/۵	۰/۷۲	*۰/۷۲
جارو کشیدن یا سایدن کف زمین	۶/۰۰±۳/۶	۶/۱۱±۳/۶	۰/۷۲	*۰/۷۲
حمل کیف حاوی خوارو بار	۶/۹۵±۳/۲	۶/۸۶±۳/۳	۰/۶۵	*۰/۶۴
بالا رفتن از پله ها	۶/۲۹±۳/۳	۶/۲۲±۳/۴	۰/۷۲	*۰/۷۲
عوض کردن ملحفه تخت	۴/۱۶±۳/۶	۵/۰۰±۳/۷	۰/۸۶	*۰/۸۶
نشستن روی صندلی برای ۴۵ دقیقه	۵/۵۶±۳/۴	۶/۰۴±۳/۷	۰/۸۲	*۰/۸۲
خرید خوار و بار	۵/۵۶±۳/۷	۵/۸۸±۳/۷	۰/۸۶	*۰/۸۶
بازماندن از اهداف	۴/۳۴±۴/۲	۳/۵۹±۳/۶	۰/۶۰	*۰/۵۹
احساس استیصال و کلافه بودن	۴/۳۱±۳/۷	۴/۴۰±۳/۶	۰/۸۵	*۰/۸۵
میزان درد	۷/۷۲±۲/۳	۷/۵۲±۲/۱۵	۰/۱۹	۰/۱۸
میزان انرژی	۵/۹۷±۳/۰	۵/۷۷±۲/۷	۰/۷۵	*۰/۷۴
میزان سفتی	۵/۱۳±۳/۶	۵/۲۲±۳/۴	۰/۶۰	*۰/۵۹
کیفیت خواب	۷/۱۱±۳/۱	۶/۸۸±۲/۸	۰/۵۳	*۰/۵۳
میزان افسردگی	۴/۷۷±۳/۱	۵/۳۸±۲/۹	۰/۶۱	*۰/۶۱
مشکلات حافظه	۴/۶۸±۲/۹	۴/۹۳±۳/۳	۰/۶۵	*۰/۶۵
میزان اضطراب	۶/۹۳±۲/۷	۷/۴۵±۴/۲	۰/۵۶	*۰/۵۶
میزان حساسیت به درد	۶/۵۶±۳/۱	۶/۷۰±۳/۵	۰/۷۱	*۰/۷۱
اشکالات تعادل	۳/۶۳±۳/۱	۳/۷۰±۳/۵	۰/۷۶	*۰/۷۶
حساسیت به عوامل محیطی	۷/۲۰±۳/۷	۷/۲۰±۳/۴	۰/۸۵	*۰/۸۵
عملکرد	۱۵/۵۲±۷/۲	۱۶/۰۲±۷/۱	۰/۹۰	*۰/۹۰
تاثیر کلی	۸/۲۰±۶/۴	۷/۷۷±۵/۹	۰/۸۷	*۰/۷۸
علایم	۲۹/۷۶±۹/۱	۲۹/۵۴±۹/۷	۰/۶۹	*۰/۶۹
نمره کلی FIQR	۵۲/۸۵±۲۰/۲	۵۳/۶۲±۱۸/۲۶	۰/۸۲	*۰/۸۲

* ارتباط با سطح ۰/۰۵

جدول شماره ۳: ارتباط نمرات HADS در دو بخش اضطراب و افسردگی، SF-36 در دو بخش ذهنی و عملکرد فیزیکی و پرسشنامه FIQR در بخش های مختلف و کلی

	اضطراب	افسردگی	نمره ذهنی	عملکرد فیزیکی
عملکرد	۰/۱۱	*۰/۲۰	**-۰/۰۰۵	*-۰/۳۳۴
تاثیر کلی	۰/۲۱	**۰/۳۹	**-۰/۲۱۴	-۰/۳۷۵
علایم	**۰/۴۷	۰/۲۹	**-۰/۲۹۵	*-۰/۳۴۸
نمره نهایی	**۰/۳۵	*۰/۳۵	**-۰/۱۶۳	-۰/۴۰۵

* ارتباط با سطح ۰/۰۱ ** ارتباط با سطح ۰/۰۵

بحث

مطالعه حاضر نشان داد نسخه فارسی FIQR ابزاری قابل اعتماد و معتبر در ارزیابی بیماران ایرانی مبتلا به فیبرومیالژیا می‌باشد. این پرسشنامه ازثبات درونی، اعتبار ساختاری و قابلیت اطمینان مناسبی در حیطه‌های مختلف برخوردار می‌باشد.

ثبات درونی: ضریب پایایی برای حیطه‌های مختلف FIQR در ویزیت اول بر اساس آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۳ بود که نشان دهنده انسجام درونی مناسب سوالات است. سطح مورد قبول آن در مطالعات بالینی ۰/۷ می‌باشد. این عدد در مطالعه قویدل ۰/۸۸، درنسخه ترکی ۰/۸۹، در نسخه مراکشی۰/۹۱ و در نسخه اصلی دکتر Bennett معادل ۰/۹۵ بود که ممکن است این تفاوت ناشی از نحوه زندگی در کشورهای در حال توسعه باشد(۲۰،۷،۱۵،۵).

قابلیت آزمون-بازآزمون: برای بررسی قابلیت اطمینان پرسشنامه FIQR از دو روش آماری پیرسون و ICC استفاده کردیم. در هر دو روش ، سطح بالایی از قابلیت تکرار در همه حیطه‌های FIQR دیده شد. برای حیطه‌های مختلف FIQR بر اساس ضریب پیرسون معادل ۰/۸۲ بود. این میزان در مطالعه Ediz و همکاران برای نسخه ترکی معادل ۰/۸۳ و در مطالعه Srifi l و همکاران برای نسخه مراکشی ۰/۸۴ و در مطالعه دکتر قویدل و همکاران نیز معادل ۰/۸۲ بود. در نسخه اصلی پرسشنامه توسط دکتر Bennet ، آزمون-بازآزمون انجام نشد. در مطالعه قویدل همه ایتم‌های غیر از میزان انرژی در آزمون- بازآزمون مرتبط بودند. در مطالعه فعلی میزان درد در آزمون و بازآزمون مرتبط نبودند. ممکن است لازم باشد با توجه به نوع فعالیت‌ها و نگرش بیماران ایرانی، این آیتم ها نیاز به ویراستاری یا جایگزینی داشته باشد.

اعتبار ساختاری: اعتبار ساختاری پرسشنامه با اجزای پرسشنامه‌های SF-36 و HADS مورد بررسی قرار گرفت و مشخص گردید اجزای FIQR با افسردگی و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

نمره ذهنی بیماران مرتبط می‌باشد. به دلیل اینکه افراد با نمره بالاتر، سالم‌تر بودند، ارتباطات بین این بخش‌ها منفی بود. در نسخه اصلی FIQR، ارتباط این پرسشنامه با دامنه‌های SF-36 نشان داده شد(۷). در نسخه ترکی FIQR با اجزا HADS در دو بخش اضطراب و افسردگی ارتباط داشت(۵).

قویدل و همکاران ترجمه فارسی FIQR را با FIQ و SF-12 بررسی کردند و اعتبار و قابلیت اعتماد آن را در بیماران ایرانی تایید کردند(۱۵). در مطالعه ایشان، بخش فیزیکال SF-12 با اجزا FIQR مرتبط بود ولی در مطالعه فعلی، حیطه ذهنی SF-36 با حیطه‌های مختلف پرسشنامه فیبرومیالژیا ارتباط داشت. ممکن است این نتیجه ناشی از روند انتخاب بیماران باشد، زیرا در مطالعه حاضر بیماران با نمره HADS بالای ۱۵ وارد مطالعه نشدند، به این منظور که بیمارانی تحت بازآزمون قرار گیرند که افسردگی و یا اضطراب شدیدی نداشته باشند و بتوانند به درستی به سوالات پاسخ دهند.

در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین تعداد نقاط دردناک و نمره FIQR یا حیطه‌های آن پیدا نشد که این یافته مشابه مطالعه قویدل و همکاران بود(۱۵). در مطالعات دیگر این ارتباط در حد ۰/۳۱ و ۰/۴۶ بود(۵، ۲۱) به نظر می رسد علایم فیبرومیالژیا پیچیده تر و منتشر تر از تندرنس لوکالیزه باشد. در این مطالعه میانگین نمره FIQR معادل ۵۲/۸۵ بود، این میزان در مطالعه قویدل ۴۹/۷۷، در مطالعه دکتر Bennet معادل ۵۶/۶ ودر نتایج دکتر Ediz به میزان ۵۵/۲۲ بود(۱۵،۷،۵). ممکن است این امر ناشی از تفاوت در سن و نوع فعالیت‌ها، حذف بیماران دچار افسردگی شدید، نمره HADS بالای ۱۵و مصرف سایکوتراپ‌ها غیر از بنزودیازپین‌ها باشد. یکی از محدودیت‌های این مطالعه، حجم کم نمونه به علت عدم همکاری بیماران در نوبت دوم تکمیل پرسشنامه می‌باشد. اگرچه این امر در سایر مطالعات هم وجود داشته است(۵) ولی ممکن است بیمارانی که حاضر به مشارکت جهت تکمیل پرسشنامه در مرحله دوم نشده اند از اختلالات جسمی و روحی بیش‌تری رنج ببرند و این مساله منجر به تورش در نتایج مطالعه گردد. از آن‌جایی‌که در بیمارانی که مطالعه را تکمیل کردند، نتایج آزمون، قابلیت اعتماد و اعتبار را نشان داد به نظر می‌رسد می‌توان نتایج مذبور را مورد پذیرش قرار داد. برای بسیاری از بیماری‌ها ابزار آزمایشگاهی و یا تصویر برداری برای اثبات تشخیص و یا پیگیری بیماری وجود دارد ولی چنین ابزاری برای ارزیابی بیماری فیبرومیالژیا و بیماری‌های مشابه وجود ندارد لذا طراحی و ساخت چنین پرسشنامه‌هایی بسیار کمک‌کننده است. از طرف دیگر با وجود رایگان بودن و کوتاه بودن زمان مرتبط با تکمیل پرسشنامه، عده‌ای از بیماران حاضر به همکاری نبودند. ممکن است علت این عدم همکاری شرایط فردی، اجتماعی یا محیطی درمانگاه و یا تعدد پرسشنامه‌های مرحله اول باشد.

محدودیت دیگر، انتخاب بیماران مونث بود، به دلیل این‌که بیمار مرد مبتلا به فیبرومیالژیا بسیار کم در دسترس بود. در نتیجه ممکن است با توجه به تفاوت‌های عملکردی و شغلی بیماران مرد مبتلا به فیبرومیالژیا، این پرسشنامه قابل تعمیم به بیماران مذکر نباشد. مطالعه حاضر نشان داد نسخه فارسی FIQR، ابزاری قابل اعتماد و معتبر برای ارزیابی تاثیر بیماری فیبرومیالژیا بر بیماران مونث فارسی زبان است و می‌تواند به منظور پایش بیماران از نظر بالینی و یا تحقیقات به کار رود.

سپاسگزاری

نویسندگان از معاونت فن‌آوری و تحقیق دانشگاه علوم پزشکی مازندران به جهت حمایت ومرکز تحقیقات دیابت مازندران به جهت تصویب طرح مربوطه کمال تشکر و قدردانی را اعلام میدارند. نیز از سرکار خانم دکتر فرزانه سبکروح، مدیریت موسسه زبان فرزانه‌سازان ساری برای همکاری در روند ترجمه پرسشنامه کمال تشکر را دارند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

References

1. Alok R, Das SK, Agarwal GG, Salwahan L, Srivastava R. Relationship of severity of depression, anxiety and stress with severity of fibromyalgia. Clin Exp Rheumatol 2011; 29(6 Suppl 69): S70-72.
2. Lourenco S, Costa L, Rodrigues AM, Carnide F, Lucas R. Gender and psychosocial context as determinants of fibromyalgia symptoms (fibromyalgia research criteria) in young adults from the general population. Rheumatology 2015; 54(10): 1806-1815.
3. Rusu C, Gee ME, Lagace C, Parlor M. Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in Canada: prevalence and associations with six health status indicators. Health Promot Chronic Dis Prev Can 2015; 35(1): 3-11.
4. Goldenberg D. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia in adults.Available at:www. up to date.com. Accessed December 2, 2015.
5. Ediz L, Hiz O, Toprak M, Tekeoglu I, Ercan S. The validity and reliability of the Turkish version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire. Clin Rheumatol 2011; 30(3): 339-346.
6. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. J Rheumatol 1991; 18(5): 728-733.
7. Bennett RM, Friend R, Jones KD, Ward R, Han BK, Ross RL. The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. Arthritis Res Ther 2009; 11(4): R120.
8. Bidari A, Hassanzadeh M, Mohabat MF, Talachian E, Khoei EM. Validation of a Persian version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-P). Rheumatol Int 2014; 34(2): 181-189.
9. Abu-Dahab S, AbuRuz SM, Mustafa K, Sarhan Y. Validation of the Arabic version of the revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR_A) on Jordanian females with fibromyalgia. Clin Rheumatol 2014; 33(3): 391-396.
10. Isomura T, Nakamura I, Kawaguchi M, Sato E, Inuzuka K, Osada K, et al. Psychometric assessment of the Japanese version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire: reliability and validity. Int J Rheum Dis 2015.
11. Luciano JV, Aguado J, Serrano-Blanco A, Calandre EP, Rodriguez-Lopez CM. Dimensionality, reliability, and validity of the revised fibromyalgia impact questionnaire in two Spanish samples. Arthritis Care Res 2013; 65(10): 1682-1689.
12. Paiva ES, Heymann RE, Rezende MC, Helfenstein M Jr, Martinez JE, Provenza JR, et al. A Brazilian Portuguese version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): a validation study. Clin Rheumatol 2013; 32(8): 1199-1206.
13. Salaffi F, Franchignoni F, Giordano A, Ciapetti A, Sarzi-Puttini P, Ottonello M. Psychometric characteristics of the Italian version of the revised Fibromyalgia Impact Questionnaire using classical test theory and Rasch analysis. Clin Exp Rheumatol 2013; 31(6 Suppl 79): S41-49.
14. Seo SR, Park DJ, Kang JH, Lee JW, Lee KE, Wen L, et al. Cross-cultural adaptation of the Revised Korean version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire: its association with physical function and quality of life. Int J Rheum Dis 2015; 27(10).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

15. Ghavidel Parsa B, Amir Maafi A, Haghdoost A, Arabi Y, Khojamli M, Chatrnour G, et al. The validity and reliability of the Persian version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire. Rheumatol Int 2014; 34(2): 175-180.
16. Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. Lancet 1986; 1(8476): 307-310.
17. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. J Psychosom Res 2002; 52(2): 69-77.
18. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS :(translation and validation study of the Iranian version. Health Qual Life Outcomes 2003; 1: 14.
19. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res 2005; 14(3): 875-882.
20. Srifi N, Bahiri R, Rostom S, Bendeddouche I, Lazrek N, Hajjaj-Hassouni N. The validity and reliability of the Moroccan version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire. Rheumatol Int 2013; 33(1): 179-183.
21. Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. Rheumatol Int 2000; 20(1): 9-12.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]