

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

Maryam Mobini<sup>1</sup>,  
Rezaali Mohammadpour<sup>2</sup>,  
Forouzan Elyasi<sup>3</sup>,  
Aref Hosseinian<sup>4</sup>,  
Shamila Abbaspour<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Associate Professor, Department of Internal Medicine, Diabetes Research Centre, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Biostatistics, Diabetes Research Centre, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychiatry, Diabetes Research Centre, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>4</sup> Associate Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>5</sup> 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  $\alpha$  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  $52.85 \pm 20.2$  and  $53.62 \pm 18.3$ , 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  $\alpha$  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).

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

مریم مبینی<sup>۱</sup>  
رضاعلی محمدپور<sup>۲</sup>  
فروزان الیاسی<sup>۳</sup>  
عارف حسینیان<sup>۴</sup>  
شمیلا عباس پور<sup>۵</sup>

## چکیده

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

**مواد و روش ها:** 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 مجدداً 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.

**یافته ها:** از ۶۹ بیمارزن مبتلا به فیبرومیالژیا، ۴۴ نفر با نمره HADS کمتر از ۱۵ انتخاب گردیدند. میانگین نمره FIQR در مرحله اول و دوم به ترتیب  $۵۲/۸۵ \pm ۲۰/۲$  و  $۵۳/۶۲ \pm ۱۸/۳$  بود. میانگین نمره FIQR در مرحله اول و دوم به ترتیب  $۵۲/۸۵ \pm ۲۰/۲$  و  $۵۳/۶۲ \pm ۱۸/۳$  بود. بررسی اعتبار ساختاری پرسشنامه با اجزای پرسشنامه های SF-36 و HADS نشان داد اجزای FIQR با افسردگی و نمره ذهنی بیماران مرتبط می باشد (ارتباط با سطح  $۰/۰۱$ ). ضریب ارتباط داخل کلاس معادل  $۰/۹۵۶ - ۰/۸۹۶$  و  $۰/۹۲۹$  و  $CI95\% = ۰/۹۲۹$  و ضریب پایایی برای حیطه های 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 علائم بیماران فارسی زبان است و می تواند به منظور پایش بیماران از نظر بالینی و یا تحقیقات به کار رود.

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

## مقدمه

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

E-mail: mmobini50@yahoo.com

**مؤلف مسئول:** مریم مبینی - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات دیابت

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

مکان متفاوت بوده و در حدود ۱۵ تا ۱۵ درصد برآورد گردیده است و در زنان و افراد بالای ۴۰ سال شایع تر می‌باشد (۳،۲). در واقع این بیماری شایع ترین علت درد منتشر بدن 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 علائم متعدد بیماری، تاثیر آن روی زندگی، عملکرد بیماران و پیچیدگی این علائم ممکن است بیمار و پزشک با چالش مواجه شوند. علی‌رغم تجربه درد در همه بیماران، شدت و گستردگی علائم متفاوت می‌باشد. بسیاری از بیماران قادر به بیان مناسب علائم 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 تاثیر این 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 جمله بندی، حذفیات و مفاهیم و نیز روش مشکل نمره دهی آن، در سال ۲۰۰۹ دکتر Bennett و همکاران، نسخه جدید و تعدیل شده پرسشنامه فیبرومیالژیا FIQR را طراحی و معرفی کردند. این پرسشنامه از نظر کلی ساختار مشابهی با FIQ دارد و عملکرد، تاثیر کلی و شدت علائم 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 در کشورهای 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 بی‌پاسخ بمانند و یا به صورت فرضی پرس شوند در حالی 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 (۹-۱۴). 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 روش‌ها

### انتخاب بیماران

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

به این که 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 محاسبه حجم نمونه با در نظر گرفتن همبستگی در حدود ۵۰ تا ۷۵ درصد، در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha=0/05$ )، تعداد ۴۴ نمونه برای مطالعات زوجی قبل و بعد کافی به نظر می‌رسد (۱۶) تا خصوصیات دموگرافیک، مدت علائم، 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 SF-36 و FIQR 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 علائم: 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 مجدداً به انگلیسی ترجمه گردید. نتیجه این دو برگردان با هم مشابه بود. از آنجایی که 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 ۲۱ محاسبه می‌گردد. برای هر دو زیر مقیاس (افسردگی یا اضطراب نمره مساوی یا کم‌تر از ۷ طبیعی، ۸ تا ۱۰ خفیف، ۱۱ تا ۱۴ متوسط، ۱۵ تا 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 اندازه‌گیری 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

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 معاینه کننده در حدی که بستر ناخن سفید شود بر نواحی ۱۸ گانه آناتومیک فیرومیالژیا استفاده شد و وجود تندرین 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 مصاحبه کننده (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 فیرومیالژیا 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 معنی دار بودن قابلیت اطمینان، ضریب کرونباخ بیش تر از ۰/۷ معنی دار 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 و سطح معنی داری کم تر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

از ۶۹ بیمارزن مبتلا به فیرومیالژیا ۶۵ نفر با نمره HADS کم تر از ۱۵ انتخاب گردیدند. ۲۱ مرحله دوم پرسشنامه را تکمیل نکردند و آنالیز آماری روی ۴۴ بیمار انجام شد. میانگین سن بیماران  $43/17 \pm 8/9$  (۶۰-۲۶) سال و میانگین مدت بیماری  $4/4 \pm 4/4$  (۱۸-۰/۵) سال بود. میانگین تعداد نقاط دردناک  $2/8 \pm 1/4$  (۱۸-۱۱) بود. ۸۳ درصد از بیماران تحصیلات ابتدایی تا متوسطه داشتند. ۱۷ (۳۸/۶ درصد) بیماران همزمان مبتلا به بیماری های دیابت، هیپوتیروییدی و هیپرتانسیون بودند که ۷ نفر مبتلا به دیابت، ۷ نفر مبتلا به هیپوتیروییدی و ۶ نفر دچار هیپرتانسیون بودند. جدول شماره ۱ مشخصات پایه بیماران را نشان می دهد. پرسشنامه فیرومیالژیا در بخش های عملکرد، تاثیر کلی، علایم و نمره نهایی مورد آزمون-بازآزمون قرار گرفت و مشخص شد در بخش های مختلف و نمره کلی ارتباط معنی دار بود (جدول شماره ۲). ضریب پایایی برای حیطه های مختلف بر اساس آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۳ بود. بنابراین انسجام درونی سوالات مناسب می باشد. میزان همبستگی بین نمره نهایی مرحله اول و دوم برابر ۰/۸۲ بوده است ( $p=0/001$ ). ضریب ارتباط داخل کلاس (ICC) معادل  $0/929$  (۰/۸۹۶-۰/۹۵۶)  $CI95\%$  بود. بررسی همبستگی 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 در جدول

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 FIQR در مرحله	۵۲/۸۵±۲۰/۲

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد ایتیم 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	۰/۸۴	*۰/۸۴
۲۰ دقیقه راه رفتن	۴/۶۸±۳/۸	۴/۹۵±۳/۴	۰/۸۱	*۰/۸۱
آماده کردن یک وعده غذا	۳/۹۳±۳/۶	۴/۲۲±۳/۵	۰/۸۲	*۰/۸۲
جارو کشیدن یا ساییدن کف زمین	۶/۰۰±۳/۶	۶/۱۱±۳/۶	۰/۸۲	*۰/۸۲
حمل کیف حاوی خوراکی و پار	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	۰/۸۲	*۰/۸۲
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 خوراکی و پار	۵/۵۶±۳/۷	۵/۸۸±۳/۷	۰/۸۶	*۰/۸۶
بازماندن از اهداف	۴/۳۳±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	۰/۸۵	*۰/۸۴
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	۴/۸۷±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	۰/۸۱	*۰/۸۱
اشکالات تعادل	۳/۶۳±۳/۱	۳/۷۰±۳/۵	۰/۸۶	*۰/۸۶
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
علامه	۲۹/۸۶±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
۰/۱۱	*۰/۲۰	**۰/۰۰۵	*۰/۳۳۴
۰/۲۱	**۰/۳۹	**۰/۲۱۴	-۰/۳۷۵
**۰/۴۷	۰/۲۹	**۰/۲۹۵	*۰/۳۴۸
**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 می باشد. این پرسشنامه از ثبات درونی، اعتبار ساختاری و قابلیت اطمینان مناسبی در حیطه های مختلف برخوردار می باشد.

ثبات درونی: ضریب پایایی برای حیطه های 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 می باشد. این عدد در مطالعه قویدل ۰/۸۸، در نسخه ترکی ۰/۸۹، در نسخه مراکشی ۰/۹۱ 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، ۲۰).

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 حیطه های FIQR دیده شد. برای حیطه های 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 I 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 ایتیم های 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 فعالیت ها و نگرش بیماران ایرانی، این ایتیم ها نیاز به ویراستاری یا جایگزینی داشته باشد.

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

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 فیزیکی SF-12 با اجزا FIQR مرتبط بود ولی در مطالعه فعلی، حیطه ذهنی SF-36 با حیطه‌های مختلف پرسشنامه فیرومیالژیا 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 می‌رسد علایم فیرومیالژیا پیچیده‌تر و منتشرتر از تندرینس 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 و در 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 ۱۵ و 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 آنجایی که در بیمارانی که مطالعه را تکمیل کردند، نتایج آزمون، قابلیت اعتماد و اعتبار را نشان داد به نظر می‌رسد می‌توان نتایج مذکور 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 فیرومیالژیا 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 این که بیمار مرد مبتلا به فیرومیالژیا بسیار کم در دسترس بود. در نتیجه ممکن است با توجه به تفاوت‌های عملکردی و شغلی بیماران مرد مبتلا به فیرومیالژیا، این پرسشنامه قابل تعمیم به بیماران مذکر نباشد. مطالعه حاضر نشان داد نسخه فارسی FIQR، ابزاری قابل اعتماد و معتبر برای ارزیابی تاثیر بیماری فیرومیالژیا 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 فن آوری و تحقیق دانشگاه علوم پزشکی مازندران به جهت حمایت و مرکز 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.

---

## 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](http://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).



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.