کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژی مراجعه کننده به درمانگاه طب فیزیکی و توانبخشی بیمارستان بقیه الله (عج)

عمیدالدین خطیبی [۱]، محمدتقی حلی‌ساز [۲]، مهسا عاشقان [۳]، علیرضا شمس‌الدینی [۴*]، وحید سبحانی [۵]، سینا لباف [۶]

[۱] استادیار طب فیزیکی و توانبخشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (عج)، تهران، ایران، [۲] استاد طب فیزیکی و توانبخشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (عج)، تهران، ایران، [۳] استادیار طب فیزیکی و توانبخشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (عج)، تهران، ایران، [۴] دانشجوی دکتری تخصصی فیزیولوژی ورزش، مرکز تحقیقات فیزیولوژی ورزش، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (عج)، تهران، ایران، [۵] استادیار طب ورزش، مرکز تحقیقات فیزیولوژی ورزش، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (عج)، تهران، ایران، [۶] کارشناس ارشد، کلینیک توانبخشی ابن سینا، تهران، ایران

*نویسنده پاسخگو: alirezaot@bmsu.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: سندرم فیبرومیالژی بیماری های مزمن اسکلتی عضلانی با اتیولوژی ناشناخته ای است که با نشانه های اصلی درد منتشر در سراسر بدن و نقاط حساس متعدد شناخته می شود. هدف از این مطالعه بررسی کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژی مراجعه کننده به درمانگاه طب فیزیکی و توانبخشی بیمارستان بقیه الله (عج) می باشد.

مواد و روش ها: بیماران مراجعه کننده به درمانگاه طب فیزیکی و توانبخشی توسط یک پزشک متخصص تحت پرسش های لازم در رابطه با وجود درد منتشر مزمن، احساس خستگی، اختلال خواب، سن، شاخص توده بدنی، میزان تحصیلات و تعداد فرزندان قرار گرفتند. برای بررسی کیفیت زندگی، از تست SF-۳۶ استفاده شد. همچنین برای ارزیابی میزان درد، از معیار اندازه گیری بینایی درد استفاده شد. تشخیص ابتلا به سندرم فیبرومیالژی بر اساس معیارهای تشخیصی American College of Rheumatology (ACR) توسط همان پزشک، صورت پذیرفت.

نتایج: در بررسی انجام شده بر روی ۵۹ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان بقیه الله (عج)، نتایج نشان داد که رابطه آماری معنی داری بین کیفیت زندگی و درد (p=۰.۰۰۲)، سن بیمار (p=۰.۰۱)، شاخص توده بدنی(p=۰.۰۴) و خشکی صبحگاهی(p=۰.۰۰۱) وجود دارد. اگرچه، بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی رابطه آماری معنی داری وجود ندارد (p=۰.۰۹). همچنین با توجه به یافته ها، کیفیت زندگی در تمام اجزاء، به خصوص اجزاء فیزیکی و جسمانی، تحت تاثیر بیماری فیبرومیالژی می باشد.

بحث: با توجه به یافته های مطالعه، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبرومیالژی تحت تاثیر عوامل متعددی از قبیل درد منتشر، شاخص توده بدنی، سن بیمار، خشکی صبحگاهی می باشد.

کلید واژه ها: سندرم فیبرومیالژی، درد منتشر مزمن، کیفیت زندگی

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۲/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۲/۴/۲۶

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-02-05]

مقدمه

فیبرومیالژی یکی از شایع ترین اختلالات عضلانی و اسکلتی در بزرگسالان است (۱و۲). طبق تعریف این سندرم مجموعه ای از شکایات شامل دردهای مزمن منتشر همراه با وجود نقاط دردناک و علائمی نظیر خستگی، اختلال خواب، سردرد، اختلال خلقی- شناختی و خشکی صبحگاهی مفاصل می باشد(۳). همچنین اختلال در بلع (۴) و اختلال در عملکرد روده ها و مثانه وجود دارد (۵). گاهی اوقات سختی در تنفس و احساس گزگز و مور مور (پارستزی غیر درماتومال) (۱) و فعالیت حرکتی غیر طبیعی مشاهده می شوند (۶).

علائم بیمار به صورت درد منتشر و مزمن که می تواند در تمام بدن تغییر مکان دهد می باسد. شدت علائم متغیر است و نقاط حساس به لمس دارند (۳). گاهی اوقات درد، اسکلت مرکزی را درگیر می کند (کمر درد). گاهی علائمی مثل مور مور و گز گز و سوزش نیز بیمار را رنج می دهد که این علائم بصورت درماتومال نمی باشد. در بیماران فیبرومیالژی حالت ثابت ندارد و مدام شدت علائم در حال تغییر است (۴). شدت درد و سفتی در صبح بیشتر است و عواملی مثل آب و هوای سرد و مرطوب، خستگی فکری و فیزیکی، فعالیت فیزیکی زیاد، فعالیت فیزیکی خیلی کم، استرس و اضطراب (۲و۷) سبب تشدید درد می شوند. علائم درگیر بیماری شامل خستگی متوسط یا شدید، اسپاسم های طولانی عضلانی، ضعف در اندام ها، اختلال عملکرد روده ها، اختلال خواب مزمن اختلالات شناختی به صورت اختلال حافظه کوتاه مدت و اختلال در تمرکز، علائم افسردگی و اضطراب، گاهی اوقات فیبرومیالژی با بیماری های دیگر همراه است و سندرم های هم پوشانی را ایجاد می کند مثل سندرم خستگی مزمن و همچنین با دردهای مزمن مثل سردردهای میگرنی و تشنجی و اختلالات تمپور و ماندیبولار همراه است. مشکلات چشمی مثل درد چشم، حساسیت به نور، تار بینی در بیماران فیبرومیالژی دیده می شود (۵). ۱۰-۲۵٪ از مبتلایان در هیچ ظرفیتی قادر به کار نبوده و سایر مبتلایان نیز مجبور به ایجاد تغییراتی در شغل خویش می باشند (۸). در یک مطالعه، میزان از کارافتادگی ۱۰-۳۰٪ بیان شده است (۹).

علت بیماری فیبرومیالژی هنوز ناشناخته است. اما در مطالعات مختلف عواملی از قبیل ژنتیک (۲)، استرس (۶)، متابولیسم غیر طبیعی سروتونین (۱۰)، فاکتورهای سایکولوژیک (۱۱) و عواملی دیگر از قبیل توکسین های محیطی (۱۲) و پاسخ نابجای سیستم ایمنی به باکتری های روده ای و آسیب به مواد شیمیایی محافظ اعصاب حسی دخیل دانسته شده اند (۱۳).

شیوع این بیماری در ایران مطابق مطالعه انجام شده توسط ناجی ۴ درصد می باشد. در این مطالعه بیان شده است که نسبت مبتلایان زن به مرد نه به یک می باشد. همچنین۹۲.۵٪ مبتلایان دچار احساس خستگی و۸۲.۵ ٪ دچار اختلال خواب بودند(۸). شیوع این بیماری در ایالت متحده حدوداً ۴٪ برآورد شده (۱). همچنین شیوع این بیماری با افزایش سن افزایش می یابد به طوریکه در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۹ انجام شده است، مشخص گردید که شیوع در زنان ۱۸-۳۰ سال ۱٪ و در زنان ۵۵-۶۴ سال به حدود ۸٪ می رسد (۹).

درد و ناتوانی فیزیکی ناشی از فیبرومیالژی در حد بیماری آرتریت روماتوئید بوده است و باعث اختلال در فعالیت های شخصی و تفریحی و نیز اختلال در کارکرد شغلی افراد می شود و این اختلال سبب افت کیفیت زندگی این افراد می شود (۱۴). در مطالعه ای که در ترکیه در سال۲۰۰۷ صورت گرفت، مشاهده شد که کیفیت زندگی در بیماری فیبرومیالژی با توجه به سن پایین بیماران نسبت به بیماریهای دیگر از قبیل استئوآرتریت و استئوپوروزیس بدتر بود (۱۲). طبق مطالعه ای که در سال ۲۰۰۸ صورت گرفت، مشخص شد که درد و ناتوانی فیزیکی ناشی از فیبرومیالژی در حد بیماری آرتریت روماتوئید بوده است و باعث اختلال در فعالیت های شخصی و تفریحی و نیز اختلال در کارکرد شغلی می شود (۱۴). همچنین در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۸ انجام شد، کیفیت زندگی در بیماران آرتریت رومانوئید و فیبرومیالژی مقایسه شد و مشاهده شد که از نظر سلامت روحی، در بیماران فیبرومیالژی اختلال بیشتری نسبت به آرتریت روماتوئید وجود دارد و در دو بیماری به یک نسبت کیفیت زندگی کاهش دارد و این کاهش با سن بیماران رابطه معکوس داشت (۱۲). با توجه به مشخص

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-02-05]

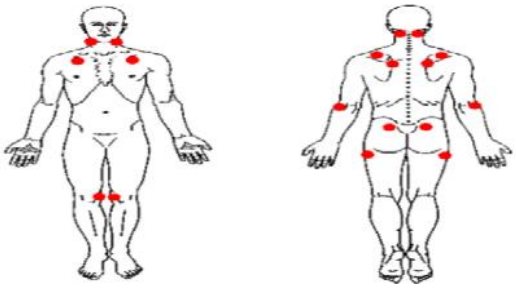
شدن این موضوع که بیماری فیبرومیالژیا سبب اختلال در کیفیت زندگی بیماران می شود این مطالعه انجام شد. و هدف از انجام این مطالعه، بررسی کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژی مراجعه کننده به درمانگاه طب فیزیکی بیمارستان بقیه الله(عج) در سال ۱۳۸۹ می باشد.

روش تحقیق

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی و بر روی ۶۴ بیمار مبتلا به فیبرومیالژی که به درمانگاه طب فیزیکی و توانبخشی بیمارستان بقیه ا... الاعظم(عج) در سال ۱۳۸۹ مراجعه کرده بودند، انجام شد اما ۵ بیمار مطابق معیارهای خروج، از مطالعه حذف شدند. روش انجام مطاله به این صورت بود که، از میان بیماران مراجعه کننده به درمانگاه طب فیزیکی و توانبخشی بیمارستان بقیه ا... الاعظم(عج)، بر اساس معیارهای ACR[XIX] بیماران فیبرومیالژی تشخیص داده شده و سپس کیفیت زندگی[XX] آنها را با استفاده از پرسشنامه SF-۳۶ مورد ارزیابی قرار دادیم. طبق معیار ACR ، معیارهای ورود (۶۴ بیمار وارد مطالعه شدند) به مطالعه عبارتند از: وجود درد منتشر مزمن به مدت بیش از سه ماه، وجود تندرنس واضح در حداقل یازده نقطه از مناطق هیجده گانه (شکل۱). معیارهای خروج (۵ بیمار از مطالعه خارج شدند) از مطالعه عبارتند از: ۱- بیماران با تشخیص اختلالات خلقی، شبه جسمی و دیگر اختلالات روانپزشکی ۲- بیماران مشکوک به اختلالات روانپزشکی به تشخیص پزشک ۳- بیماران مبتلا به اختلالات اسکلتی - عضلانی شدید ۴- بیمارانی که به هر نحوی معیارهای تشخیصی ACR را احراز نمی کردند. درد منتشر به معنی احساس درد در نیمه راست و چپ بدن و بالا و پایین کمر و درد اسکلت محوری شامل: فقرات گردنی، فقرات پشتی، قفسه سینه و ناحیه کمری می باشد. ارزش معیارهای ACR در مطالعات وسیع جمعیتی ثابت شده و بسیار قابل اطمینان است (۳و۵). در معاینه نقاط دردناک می بایست فشاری معادل چهار کیلوگرم بر سانتی متر با انگشت یا لمس وارد شود. فشاری که موجب سفید شدن بستر ناخن می شود را معادل چهار کیلوگرم در نظر می گیریم.

[XIX]- American College of Rheumatology
[XX] - Quality of Life (QOL)

فشار باید طی چند ثانیه و به تدریج وارد شود. در این مطالعه از همه بیماران توسط پزشک متخصص معاینه بعمل آمد. مناطق هیجده گانه ACR برای احراز بیماری فیبرومیالژیا عبارتند از: قدام فضای اینترترانسورس مهره های پنجم تا هفتم گردنی در پایین در دو طرف، محل اتصال عضله ساب اکسیپیتال به اکسی پوت در دو طرف، قسمت میانی لبه فوقانی عضله تراپزیوس در دو طرف، مبدأ عضله فوق خاری در بالای خار اسکاپولا درنزدیکی لبه میانی آن در دو طرف ، دو سانتیمتر دیستال به اپی کوندیل خارجی در آرنج در دو طرف، کناره فوقانی خارجی دنده دوم در محل اتصال کستوکندرال در دو طرف، ربع فوقانی خارجی ناحیه گلوتئال در دو طرف، خلف برجستگی تروکانتر بزرگ زانو در دو طرف، قسمت داخلی زانوها دو طرف (شکل ۱).



شکل۱: مناطق هیجده گانه تندرنس در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا

بیماران درباره ورود به مطالعه و نحوه مداخله به طور کامل توجیه شدند و اطلاعات دموگرافیک، شغل، مدت بیماری و خشکی صبحگاهی ثبت می شد. برای بررسی کیفیت زندگی، از پرسشنامه SF-۳۶ استفاده شد. این ابزار، یک ابزار خود بیانگر است که شامل ۳۶ آیتم در ۸ خرده مقیاس شامل: عملکرد فیزیکی، نقش‌های جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی و نشاط، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روانی است. این هشت خرده‌مقیاس در دو زمینه جسمی و ذهنی قابل بررسی است. امتیاز هر خرده مقیاس در SF-۳۶ از ۱۰۰-۰ است و هر چه امتیاز به ۱۰۰ نزدیک تر باشد بیان کننده کیفیت زندگی بهتر می باشد (۱۲). همچنین برای

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-02-05]

ارزیابی میزان درد، از معیار اندازه گیری بینایی درد[XXI] استفاده شد به طوریکه از بیمار خواسته شد تا شدت درد خود را بر اساس این معیار از صفر (بدون درد) تا ده (شدیدترین حالت درد) علامت بزند. برای محاسبه شاخص توده بدنی[XXII] بیماران، از فرمول وزن به کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد (متر) استفاده شد. ملاحظات اخلاقی مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) رعایت و کلیه اطلاعات بیماران کاملاً محرمانه نگهداری می شود. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از تست های آماری T-test, Correlation و ANOVA نرم افزار آماری SPSS ۱۷ صورت گرفت و ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه بررسی گردید.

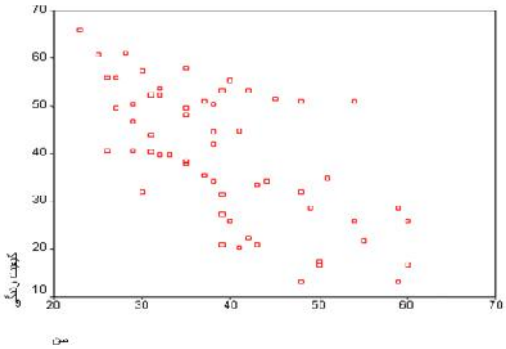
نتایج

در این مطالعه ۵۹ بیمار زن مورد مطالعه قرار گرفت. میانگین سنی بیماران۴.۲±۳۹.۳۰ سال بود که مسن ترین آنها ۶۰ سال و جوان ترین آنها ۲۳ سال داشت. ۵۴ نفر متاهل، ۴ نفر مجرد و ۱ نفر مطلقه بودند. متوسط شاخص توده بدنی بیماران۲۷.۷ بود که بیشترین شاخص توده بدنی۳۶.۲ و کمترین ۲۳ بود. از نظر سطح تحصیلات، ۲۷ نفر دیپلم(۴۵٪)، ۱۴ نفر لیسانس(۲۵٪) ، ۳ بیمار فوق لیسانس به بالا(۵٪) و ۹ نفر هم تحصیلات زیر دیپلم(۱۵٪) داشتند. ۶ نفر هم بی سواد(۱۰٪) بودند. از نظر مدت ابتلا به بیماری، متوسط مدت ابتلا به بیماری فیبرومیالژی۱.۱±۹.۲ سال بود که بیشترین مدت ابتلا ۲۴ سال و کمترین آنها کمتر از یک سال بود. از نظر خشکی صبحگاهی، ۹ نفر بدون خشکی صبحگاهی (۱۵٪)، ۳۸ نفر زیر ۳۰ دقیقه(۶۵٪) ، ۱۱ نفر بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه(۱۸/۳٪) و ۱ نفر بیشتر از ۶۰ دقیقه (۱/۷٪)، خشکی صبحگاهی داشتند. از نظر شغل، ۱۶ نفرشاغل(۲۹.۵٪)، ۴۰ نفر خانه دار(۶۵.۵٪)، ۱نفر بیکار(۱.۷٪) و ۲ نفر بازنشسته (۳/۳۳٪) بودند. متوسط معدل نمرات کیفیت زندگی در گروه زیر دیپلم ۳.۸±۳۴.۴، در گروه دیپلم۴.۴±۳۹.۸۴ در گروه لیسانس۴.۷±۴۳.۲ و در گروه فوق لیسانس و بالاتر۳±۴۲ بود. از نظر درد، بر اساس معیار آنالوگ بینایی درد، متوسط نمره درد ۰.۸±۴.۲۵ بود که بیشترین آنها ۸ و کمترین آنها صفر بود. از نظر میانگین نمرات کیفیت زندگی، متوسط نمرات بیماران۷.۴±۳۹.۸۶ بود که حداکثر نمرات ۶۵.۸۳ و حداقل نمرات کیفیت زندگی ۱۳.۱۹ بوده است. در آنالیز کیفیت زندگی، خورده مقیاس های کسب شده در دو محور فیزیکی و روانی پرسشنامه SF-36، میانگین امتیاز در عملکرد فیزیکی(۹.۲±۴۵.۴۹)، نقش جسمانی (۷.۵±۳۰.۱۳)، درد جسمی(۶.۵±۳۸.۶۸)، سلامت عمومی(۱۰.۴±۵۰.۴۴)، سرزندگی ونشاط(۸.۶±۴۰.۳۹)، عملکرداجتماعی (۱۱.۷±۶۹.۳۰۹)، عملکرد عاطفی (۱۰.۱±۶۸.۴۹) و سلامت روانی(۶.۳±۴۳.۵۵) کسب گردید. پس با توجه به یافته های مطالعه حاضر، کیفیت زندگی در تمام خورده مقیاس های SF-36 به خصوص در خرده مقیاس های فیزیکی و جسمانی تحت تاثیر بیماری فیبرومیالژی قرار می گیرد.

در بررسی رابطه بین میزان خشکی صبحگاهی و کیفیت زندگی، مشخص گردید بیمارانی که خشکی صبحگاهی دارند، نسبت به بیمارانی که دارای خشکی صبحگاهی نیستند، کیفیت زندگی بدتری دارند. میانگین نمرات کیفیت زندگی در بیمارانی که خشکی صبحگاهی نداشتند ۴۲.۲، در بیمارانی که زیر ۳۰ دقیقه خشکی داشتند۳.۸±۳۱.۳، در بیمارانی که بین ۶۰-۳۰ دقیقه خشکی صبحگاهی داشتند ۲.۶±۲۹.۱ و در بیمارانی که بیش از ۶۰ دقیقه خشکی داشتند۲.۱±۲۴.۳۰ بود. بنابراین مشخص گردید که بین میزان خشکی صبحگاهی و کیفیت زندگی رابطه معنی دار و معکوس وجود دارد(p=۰.۰۰۱). بدین صورت که هرچه میزان خشکی صبحگاهی بیشتر باشد و بیمار شکایت بیشتری از خشکی صبحگاهی داشته باشد، کیفیت زندگی پایین تر می باشد. مطابق نتایج به دست آمده از همبستگی بین کیفیت زندگی و سن بیماران، مشاهده شد که بین این دو رابطه معنی دار و معکوس قوی وجود دارد (p=۰.۰۱)، Pearson correlation = -0.665 (نمودار شماره ۱).

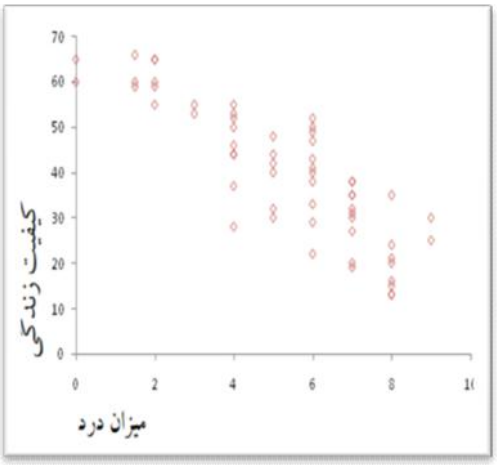
[XXI] - Visual Analog Scale (VAS)
[XXII] - Body Mass Index (BMI)

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-02-05]



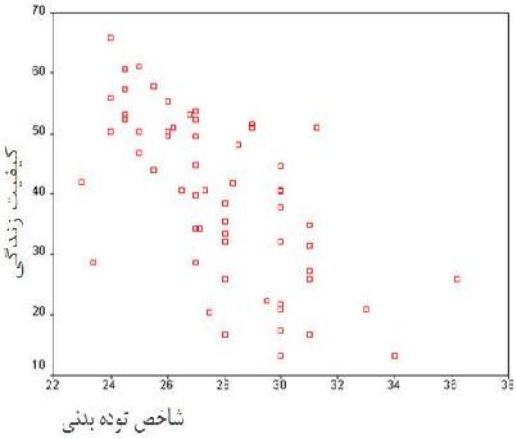
نمودار شماره۱: ارتباط بین کیفیت زندگی و سن بیماران مبتلا به فیبرومیالژی

در بررسی رابطه کیفیت زندگی با سطح تحصیلات، مشخص گردید که بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود ندارد (p=۰.۰۹). در بررسی رابطه کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژی با میزان درد گزارش شده توسط آنها، مشخص گردید بین این دو رابطه معنی داری وجود دارد. مبنی بر اینکه هر اندازه درد این بیماران کمتر باشد، کیفیت زندگی آنها هم بهتر است و نمرات بالاتری را کسب کرده اند (p =۰.۰۰۲) (نمودار شماره ۲).



نمودار شماره۲: ارتباط بین میزان درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبرومیالژی

در بررسی رابطه کیفیت زندگی با وضعیت شغلی، مشخص گردید که معدل کیفیت زندگی در گروه شاغلین ۴.۶± ۴۹.۰۸ و در گروه غیر شاغل۵.۸±۳۴.۹۷ می باشد که این اختلاف معنی دار است (p=۰.۰۱) و گروه افراد شاغل، از پرسشنامه کیفیت زندگی، نمرات بالاتری را کسب کرده اند. همچنین در بررسی بین شاخص توده بدنی و کیفیت زندگی، مشخص شد که این دو رابطه معنی دار و معکوسی دارند وجود دارد (p=۰.۰۴). در این معیار، متوسط نمرات کیفیت زندگی در بیشترین شاخص توده بدنی ۱۳.۱۹ و در کمترین شاخص توده بدنی ۶۱.۷ بود (نمودار شماره ۳).



نمودار شماره۳: ارتباط بین میزان شاخص توده بدنی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبرومیالژی

بحث

در جوامع صنعتی امروزه، یکی از شایع ترین بیماری های مراجعه کننده به مراکز روماتولوژی، سندرم فیبرومیالژی محسوب می گردد. شیوع این عارضه به طور متوسط در دنیا حدوداً ۴ درصد گزارش شده است (۱). مطابق مطالعه انجام شده در ایران، میزان شیوع سندرم فیبرومیالژی ۴ درصد گزارش شده است (۸).

مطابق نتایج به دست آمده، در بررسی میزان همبستگی بین سن بیماران و کیفیت زندگی آنها مشخص شد که بین این دو رابطه معنی دار و معکوسی وجود دارد. یعنی این که با افزایش سن، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبرومیالژی کاهش می یابد. در یک مطالعه بیان شده است که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبرومیالژی با سن رابطه معکوس و معنی داری دارند که نتایج تحقیق

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-02-05]

ما با نتایج این تحقیق هم راستا می باشد (۱۲). نتایج را این گونه می توان تحلیل کرد که چون بیماری فیبرومیالژی یک بیماری مزمن می باشد، هر چه سن بیماران بالاتر باشد نشانه دهنده ازمان بیماری است و در نتیجه سبب کاهش کیفیت زندگی بیماران خواهد شد. مطابق نتایج به دست آمده، بین کیفیت زندگی بیماران و سطح تحصیلات، رابطه معنی داری وجود ندارد . اگرچه مطالعات دیگر رابطه بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات را در این بیماران مورد بررسی قرار نداده اند تا نتایج ما با آنها مقایسه شود، ولی در مطالعه ی دیگری که در سال ۲۰۰۷ انجام شده ، بیان شده است که بین احساس خستگی و یا اختلال خواب با سطح تحصیلات در افراد مبتلا به فیبرومیالژی رابطه ای وجود ندارد (۸).

نتایج نشان دهنده این موضوع است که بین میزان درد و کیفیت زندگی این بیماران رابطه معنی داری وجود دارد. یعنی این که هر چه بیماران فیبرومیالژی درد کمتری را تجربه کنند کیفیت زندگی بهتری خواهند داشت. در یک تحقیق گزارش شده است که با افزایش میزان درد در بیماران مبتلا به فیبرومیالژی، کیفیت زندگی آنها کاهش پیدا کرده است. که نتایج حاصله از تحقیق ما با این مطالعه هم راستا می باشد (۱۳).

مطابق نتایج به دست آمده در مورد ارتباط بین کیفیت زندگی و شاغل بودن یا نبودن در بیماران مبتلا به فیبرومیالژی، مشخص شد بیمارانی که شاغل هستند در مقایسه با بیمارانی که شاغل نیستند، کیفیت زندگی بهتری دارند. شاید این موضوع بدین علت است که افرادی که شاغل هستند فعالیت بدنی بیشتری دارند و ساعات بیشتری را بیرون از منزل هستند و این سبب می شود احساس از کار افتادگی کمتری نسبت به دیگران داشته باشند. همچنین در این مطالعه بین شاخص توده بدنی بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژی و کیفیت زندگی هم رابطه معکوس و معنی داری یافت شد. بدین صورت که بیماران دارای شاخص توده بدنی بهتر دارای کیفیت زندگی بهتری هستند و این موضوع به توانایی بدنی و میزان آمادگی بدنی این افراد برمی گردد. که نتایج تحقیق حاضر مشابه با تحقیق انجام شده بر روی بیماران مبتلا به فیبرو میالژی در سال ۲۰۰۸ می باشد (۱۵). بین میزان خشکی صبحگاهی و کیفیت زندگی هم رابطه معنی دار و معکوس وجود دارد. یعنی هرچه بیماران بیشتر از خشکی صبحگاهی شاکی بودند کیفیت زندگی بدتری هم داشتند. که این موضوعی است که در تحقیقات دیگری هم گزارش شده است. و علت این موضوع هم عدم توانایی حرکتی و روانی حرکت در شروع فعالیت های روزانه گزارش شده است (۱۵و ۱۶).

با توجه به شیوع نسبتاً بالای بیماری فیبرومیالژی توصیه ها و کاربرد های بالینی زیر ارائه می شود: با توجه به رابطه شاخص توده بدنی و کیفیت زندگی این افراد، روش های کاهش وزن و رژیم درمانی و افزایش فعالیت بدنی در راستای بهبود کیفیت زندگی این افراد توصیه می شود. در مطالعه ما مشاهده شد افراد شاغل کیفیت زندگی بهتری نسبت به افراد غیرشاغل دارند شاید این به خاطر این موضوع است که این افراد تحرک بیشتری دارند و ساعات کمتری را در خانه بسر می برند و در اجتماع بیشتر حضور دارند لذا توصیه می شود افراد فیبرومیالژیک در کارهای گروهی مثل ورزش های دسته جمعی شرکت بیشتری داشته باشند، گرچه تحقیق بیشتری در این زمینه احساس می شود. همچنین مشاهده شد افرادی که سن بیشتری دارند کیفیت زندگی بدتری دارند. شاید به دلیل ازمان بیماری است که افراد مسن تر دچار این حالت می شوند و این افراد مدت ها با دردهای پراکنده دست به گریبانند لذا دانستن ماهیت بیماری شاید بتواند به آنها کمک بیشتری در جهت تطابق با بیماری بکند. به همین دلیل توصیه می شود هنگام برخورد با این بیماران، وقت بیشتری صرف شود و بیماری آنها به خوب برایشان توضیح داده شود. در نهایت با توجه به شیوع بالا و ماهیت مزمن این بیماری، توصیه می شود برنامه و تحقیق جامعی جهت نحوه برخورد با این بیماران و درمان های موثرتر برای این بیماری صورت گیرد.

نتیجه گیری

مطابق نتایج به دست آمده از این مطالعه، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبرومیالزی تحت تاثیر عوامل متعددی از قبیل درد منتشر، شاخص توده بدنی، سن بیمار و خشکی صبحگاهی می باشد. به همین دلیل نیازمند مطالعات دقیق و گسترده می باشد.

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-02-05]

تقدیر و تشکر

پایان نامه دکتری تخصصی طب فیزیکی و توانبخشی با عنوان" بررسی کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژی مراجعه کننده به درمانگاه طب فیزیکی و توانبخشی بیمارستان بقیه الله (عج)" مصوب دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) تهران بوده است. از کلیه بیماران شرکت کننده در طرح و همچنین همکاران بخش فیزیوتراپی و طب فیزیکی بیمارستان تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1- Smith HS, Harris R, Clauw D. Fibromyalgia: an afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. Pain Physician. 2011; 14(2): 217-45.

2- Buschbacher, Ralph M., Chan, Leighton, Kowalske, Karen J. Physical Medicine and Rehabilitation 3rd Edition, Elsevier Science Health Science div, 2007, 989-1015.

3- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL and et al. The American College of Rheumatology, Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum. 1990; 33(2): 160-72.

4- Silver DS, Wallace DJ. The management of fibromyalgia-associated syndromes. Rheum Dis Clin North Am. 2002; 28(2): 405-17.

5- Clauw DJ, Schmidt M, Radulovic D, Singer A, Katz P, Bresette J. The relationship between fibromyalgia and interstitial cystitis. J Psychiatr Res. 1997; 31(1): 125-31.

6- Lindell L,BergmanS, Petersson IF, Jacobsson LT, Herrstrom P. prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain. Scand J Prim Health Care 2000; 18: 149-53.

7- Häuser W, Wolfe F. Diagnosis and diagnostic tests for fibromyalgia (syndrome). Reumatismo. 2012; 64(4): 194-205.

8- Naji A, Arab P. Prevalence of fibromyalgia syndrome in patients referring to Shariati hospital, Tehran. Tehran University Medical Journal. 2007; 64(10): 60-66.

9- Kalichman L. Association between fibromyalgia and sexual dysfunction in women. Clin Rheumatol. 2009; 28(4): 365-9.

10- Laurence A Bradley, Graciela S. Alarcon: fibromyalgia. In: William J Koopman, Larry W Moreland. Arthritis and allied conditions, A Textbook of Rheumatology. 14th ed. Philadelphia: Lea & Febiger: 2001; p.1811-44.

11- Hilal Mardit Kremers, Sherine E, Gabriel. The epidemiology of fibromyalgia. In: Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CG, eds. Textbook of rheumatology. 7th ed. Philadelphia: WB Saunders: 2005; p. 417-523.

12- Ofluoglu D, Berker N, Güven Z, Canbulat N, Yilmaz IT, Kayhan O. Quality of life in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2008; 27(3): 327-32.

13- Sahin N, Karataş O, Ozkaya M, Cakmak A, Berker E. Demographics features, clinical findings and functional status in a group of subjects with cervical myofascial pain syndrome. Agri. 2008; 20(3): 14-9.

14- Tander B, Cengiz K, Alayli G, Ilhanli I, Canbaz S, Canturk F. A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. Rheumatol Int. 2008; 28(9): 859-65.

15- Neumann L, Lerner E, Glazer Y, Bolotin A, Shefer A, Buskila D. A cross-sectional study of the relationship between body mass index and clinical characteristics, tenderness measures, quality of life, and physical functioning in fibromyalgia patients. Clin Rheumatol. 2008; 27(12): 1543-7.

16- Asadollah Amanollahi, Javad Naghizadeh, Amideddin Khatibi, Mohammad Taghi Hollisaz, Alireza Shamsoddini, Amin Saburi . Comparison of impacts of friction massage, stretching exercises and analgesics on pain relief in primary fibromyalgia syndrome: a randomized clinical trial. Tehran University Medical Journal, 2013; 70 (10): 616-622.

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-02-05]