

## Pool-Based and Land-Based Aerobic Exercises on Functional Status and Physical Fitness among Individuals with Fibromyalgia Syndrome

Ba Hemmat A<sup>1</sup>, \*Barati AH<sup>2</sup>, Alizadeh MH<sup>3</sup>, Akoochakian M<sup>4</sup>

### Author Address

1. PhD candidate of sport pathology, University of Tehran, Tehran, Iran;
2. Associate professor of sport pathology, Shahid Rajaei Teacher Training University of Tehran, Tehran, Iran;
3. Associate professor of sport pathology, University of Tehran, Tehran, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Sport Sciences, Kish International Campus, University of Tehran, Kish, Iran.

\*Corresponding Author E-mail: [ah.barati4520@gmail.com](mailto:ah.barati4520@gmail.com)

Received: 2019 January 13; Accepted: 2019 April 9

### Abstract

**Background & Objectives:** Fibromyalgia syndrome is a prevalent musculoskeletal disorder, i.e., characterized by chronic bone pain, dyspnea, paresthesia, and sleep disturbances. Additionally, it prevents body rejuvenation and causes early fatigue, along with numerous touch-sensitive points that their extent and symmetric distribution are determined. Despite the economic and human costs associated with fibromyalgia and the vital role that training programs have in reducing symptoms, few studies have evaluated such training programs. Therefore, this study compared the effect of water-based and land-based aerobic exercises on the functional condition and physical fitness in individuals with fibromyalgia syndrome.

**Methods:** This quasi-experimental study evaluated the intra- and inter-group differences (in the experimental and control groups) at the baseline (pretest), immediately after 8 weeks of intervention, as well as two months after the completion of the training program. The statistical population of the present study included patients with fibromyalgia syndrome who were diagnosed by a specialist physician at a medical center in Tehran City, Iran. The sample matching process involved pairing the ones that closely matched (up to 15 people). Each of these 15 people was then assigned to one group. The study subjects were randomly divided into three groups. The exercise protocols included two groups of water-axis and drought-axis aerobic exercises. The intensity of the exercises in all three groups was moderate (60%–80% of maximum heart rate), and its frequency was 3 times a week for 8 weeks (10). In the warm-up section, the heart rate was kept at a maximum of 40%. Heart rate control was performed in the water-axis and drought-axis drill conditions to match the training intensity. Perceived Pressure Exertion (RPE) was also determined using the conventional Borg Scale (6–20 scores). The drought-based intervention group conducted exercises using weight (2–3 sets with 15–20 repetitions). The water-centered exercise group practiced in a water-to-breast pool (at 28–30°C). The intensity of training and the muscles involved were as close as possible to the drought-based group (although the heart rate in water is 17 times less dramatic than water in terms of water stress). Static stretching was included in the heating and cooling programs, as well as ground drill exercises. Cognitive status tests, fitness factors related to health (muscle strength, cardiovascular endurance, & flexibility), and pre- and post-functional status and the 2-month follow-up after the completion of training interventions were conducted. A) Measures related to health fitness (muscular strength, cardiovascular endurance, & flexibility) were conducted using one-time repeated tests (on chest and leg presses), and 6-minute walk and sit and reach tests. B) The condition of the upper crossover was used by the cranio-verbal angle and the taper. C) Functional status was measured using the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ).

**Results:** The results showed that pool-based and land-based aerobic exercises had an effect on cardiovascular endurance and flexibility and functional status of patients ( $p < 0.001$ ). The results also showed that these effects persisted over time ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The treatment protocol with hot water suggested no improvement in any of the FIQ sub-scales; however, a significant improvement observed in physical function, pain, morning leakage, fatigue, and stiffness aspects. It is suggested that more extended training periods be applied to improve depression and anxiety by achieving the remaining long-term benefits.

**Keywords:** Fibromyalgia, Aerobic exercise, Physical fitness, Functional status.

## تأثیر تمرینات هوازی آب‌محور و خشکی‌محور بر وضعیت کارکردی و آمادگی جسمانی افراد مبتلا به فیبرومیالژیا

احمد باهمت<sup>۱</sup>، \*امیرحسین براتی<sup>۲</sup>، محمدحسین علیزاده<sup>۳</sup>، مهدیه آکوچکیان<sup>۴</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری آسیب‌شناسی ورزشی، گروه علوم ورزشی، پردیس کیش، دانشگاه تهران، کیش، ایران؛

۲. دانشیار آسیب‌شناسی ورزشی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی تهران، تهران، ایران؛

۳. دانشیار آسیب‌شناسی ورزشی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۴. استادیار گروه علوم ورزشی، پردیس کیش، دانشگاه تهران، کیش، ایران.

\*ارایانه نویسنده مسئول: [ah.barati4520@gmail.com](mailto:ah.barati4520@gmail.com)

تاریخ دریافت: ۲۳ دی ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۲۰ فروردین ۱۳۹۸

### چکیده

**زمینه و هدف:** با وجود به‌همراه داشتن هزینه‌های اقتصادی و انسانی فیبرومیالژیا و نقش مهم برنامه‌های تمرینی در کاهش علائم آن، مطالعات اندکی به ارزیابی چنین برنامه‌های تمرینی پرداخته‌اند؛ لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر تمرینات هوازی آب‌محور و خشکی‌محور بر وضعیت کارکردی و آمادگی جسمانی افراد مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا انجام شد.

**روش‌بررسی:** این پژوهش نیمه‌تجربی به بررسی اثربخشی دو روش تمرین هوازی آب‌محور و خشکی‌محور بر ۴۵ بیمار فیبرومیالژیا از بین بیماران ساکن شهر تهران که از نظر بدنی فعال بودند، پرداخت. هر دو گروه آب‌محور و خشکی‌محور تمرینات هوازی آب‌محور و خشکی‌محور خود را برای هشت هفته دنبال کردند. اندازه‌گیری‌های مربوط به آمادگی جسمانی مرتبط با سلامتی (قدرت عضلانی و استقامت قلبی‌عروقی و انعطاف‌پذیری) با به‌کارگیری آزمون‌های یک‌تکرار بیشینه (در حرکات پرس سینه و پرس پا) و شش دقیقه راه‌رفتن و آزمون بنشین و برسان صورت گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) و نرم‌افزار SPSS در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تمرینات هوازی آب‌محور و خشکی‌محور بر استقامت قلبی‌عروقی و انعطاف‌پذیری و وضعیت کارکردی بیماران مؤثر است ( $p < 0/001$ ). همچنین نتایج مشخص کرد که این تأثیرات در طول زمان ماندگار بوده است ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** پروتکل درمانی آب‌محور می‌تواند با فراهم‌کردن مزایای بیشتر از نظر کیفیت زندگی منجر به بهبود در عوامل اضطراب و افسردگی شود و بر وضعیت کارکردی و آمادگی جسمانی افراد مبتلا به فیبرومیالژیا مؤثر باشد.

**کلیدواژه‌ها:** فیبرومیالژیا، تمرین هوازی، آمادگی جسمانی، وضعیت کارکردی.

سندرم فیبرومیالژیا از اختلالات بسیار شایع عضلانی اسکلتی در بزرگسالان است. طبق تعریف، این سندرم مجموعه‌ای از شکایات شامل دردهای مزمن منتشر همراه با وجود نقاط دردناک در معاینه و علائمی نظیر خستگی، اختلال خواب، سردرد، اختلالات خلقی-شناختی و خشکی صبحگاهی مفاصل می‌شود (۱). درد اغلب دوطرفه و در گردن و تنه بدتر است (۲).

فیبرومیالژیا از بیماری‌های مزمن پیشرونده است که باعث ایجاد دردهای مزمن شده و این دردها منجر به بی‌فعالیتی می‌شود و عمل کم‌تحرکی اختلال‌های مزمن دیگر را به همراه دارد. مرکز کنترل و پیشگیری گزارش کرده است که کم‌تحرکی در بیماران مزمن ریسک فاکتوری در مرگ‌ومیر محسوب می‌گردد (۳).

از سویی همین کم‌تحرکی فشار وارد بر مفاصل را افزایش داده و فرد دچار اختلالات اسکلتی عضلانی به‌خصوص در عضلاتی می‌شود که درد را تحمل می‌کنند؛ لذا ابتلا به ناهنجاری ساختار بدنی ثانویه در این افراد شایع است. ناهنجاری‌های اصلی‌تر ساختار بدنی شامل عارضه سر به جلو، کایفوز پشتی، پشت صاف، اسکولیوز، پشت گرد و گود، هایپرلوردوز کمری، شانه افتاده، زانوی ضربدری و پرانتری و کف پای صاف می‌شود. از این بین ابتلا به کایفوز پشتی و لوردوز و اسکولیوز ستون فقرات محتمل است (۳).

فیبرومیالژیا، بیماری با درد مزمن بوده که درمان مشکلی دارد و خیلی مهم است که به بیمار و خانواده‌اش در رابطه با پیچیدگی علت بیماری و تشخیص و درمان آن آموزش داده شود. علت اصلی فیبرومیالژیا معلوم نیست؛ از این رو درمان واحدی وجود ندارد که بتواند همه علائم بیماری را برطرف کند؛ بنابراین لازم است که برنامه‌ای درمانی برای بیمار تجویز و اجرا شود (۳).

درمان‌های دارویی مانند داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی و داروهای ممانعت‌کننده جذب سروتونین و غیردارویی (مانند روش‌های غیرفیزیوتراپی) برای این بیماران تجویز می‌شود. از میان روش‌های غیردارویی، دوروش ورزش کششی و ماساژ جهت درمان فیبرومیالژیا پیشنهاد شده که در مطالعات قبلی برتری هیچ‌یک به اثبات نرسیده است (۴).

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انجام ورزش‌های هوازی (آرئوبیک) اثرات ضددرد و ضدافسردگی داشته و احساس سالم‌بودن را تقویت می‌کند. گرچه بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا معمولاً بیشتر از افراد سالم پس از فعالیت عضلانی ایزومتریک، درد و خستگی را گزارش می‌دهند، هنوز بحث‌های زیادی در زمینه وجود یا عدم وجود تغییر معنادار در آستانه درد فشاری قبل و بعد از تمرینات هوازی وجود دارد (۴).

انجام بسیاری از حرکات که بیماران در خشکی به زحمت اجرا می‌کنند، در آب به سهولت انجام‌پذیر است. نتایج تحقیقات مختلف، مزایای اجرای تمرینات در خشکی را نشان می‌دهد؛ ولی انجام این نوع تمرینات به‌علت برخی مسائل روانی و بدنی حاصل از افزایش و کوهلوت سن، برای بسیاری از بیماران به‌ویژه افراد مبتلا به بیماری‌هایی مانند درد مفاصل و ناتوانی‌های حرکتی یا دارای

محدودیت‌های فیزیولوژیکی و آناتومیکی، مناسب نیست (۵). آب‌درمانی (ورزش در آب) شامل انجام تمرینات تعادلی و ترکیبی و به‌ویژه تمرینات هوازی در آب بوده و نیز از انتخاب‌های بسیار خوبی است که فرد مبتلا به فیبرومیالژیا می‌تواند داشته باشد. تمرینات مذکور موقعیت بهتری را برای این افراد فراهم می‌کند (۶). آب تأثیر جاذبه را کاهش می‌دهد و با ایجاد حالت بی‌وزنی یا کم‌وزنی موجب می‌شود تا اندام‌های ضعیف‌تر نیز بتوانند به راحتی در آب حرکت کنند. از طرفی در آب نیاز به تعادل کمتر می‌شود و بیماران می‌توانند با تلاش کمتر برای حفظ تعادل، فعالیت کنند. همچنین آب دمای مرکزی بدن بیماران را کاهش می‌دهد و با مقاومت در برابر حرکات بیمار به تقویت عضلات بدن منجر می‌شود (۷).

بنابراین محیط آب باتوجه به برخورداری از ویژگی‌هایی از قبیل فشار هیدرواستاتیک، شناوری، چسبندگی و همچنین امکان افزایش بازخوردهای حسی و حس عمقی، می‌تواند محیطی مناسب برای انجام تمرینات بدنی به‌منظور تقویت قدرت عضلانی باشد (۸).

پژوهشگران مختلفی نشان دادند که تمرین در آب وضعیت سلامتی و درد مزمن گسترده را در این بیماران بهبود می‌بخشد. هیدروتراپی (همراه یا بدون تمرین) به‌علت خواص فیزیکی آب (مانند گرما و غوطه‌وری) جهت مدیریت فیبرومیالژیا توصیه می‌شود (۴، ۹).

بوسج و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که تمرین هوازی مزایای مفیدی از لحاظ کارکرد جسمانی و درد و تندر پوینت ایجاد می‌کند (۱۰). هائسر و همکاران به این نتیجه رسیدند که با تمرینات قدرتی درد، بهزیستی عمومی، کارکرد جسمانی، تندر پوینت و افسردگی بهبود می‌یابد (۱۱). رابینسون در فراتحلیلی جدید دریافت که تمرین (هوازی و قدرتی یا هر دو) بهزیستی عمومی را که با پرسش‌نامه اثر فیبرومیالژیا (FIQ) ارزیابی شده، بهبود می‌بخشد (۱۲).

فراناندو و همکاران در تحقیقی بر افراد مبتلا به بوکی استخوان نشان دادند که تمرینات آب‌محور بر بهبود عملکرد فیزیکی و قدرت عضلانی این افراد تأثیر مثبت دارد (۱۳). محققین دیگری نیز طی تحقیقی نتیجه گرفتند که تمرینات آب‌محور باعث بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به دردهای استخوانی می‌شود (۱۴). کامرانی فراز و همکاران در مطالعه‌ای بر زنان سالمند، تأثیر تمرینات آبی را در بهبود قدرت عضلانی و انعطاف‌پذیری و کیفیت زندگی زنان سالمند به اثبات رساندند (۱۵). همچنین میرزاییان و همکاران در پژوهشی دریافتند که اثر تمرین در آب بر تعادل ایستا و پویا و راه رفتن و نیز قدرت اندام تحتانی بیماران مبتلا به دردهای عضلانی مؤثر است (۱۶).

در مطالعات گذشته به بررسی تأثیر روش‌های مختلف تمرینی پرداخته شده است؛ اما در هیچ‌یک از پژوهش‌های گذشته ارزیابی تأثیر تمرینات هوازی آب‌محور و خشکی محور به‌شکل مقایسه‌ای صورت نگرفته است و معلوم نیست کدام یک بر دیگری برتری دارد. کمبود استخرهای دارای دمای مناسب برای بیماران فیبرومیالژیا (به‌طور ایده‌آل ۲۸ تا ۳۳ درجه سانتی‌گراد) یکی از دلایل این کاستی است؛ لذا انجام مطالعه‌ای جهت مقایسه اثر تمرینات هوازی آب‌محور و خشکی محور بر سندرم فیبرومیالژیا، ضروری به‌نظر می‌رسد؛ همچنین در صورت انجام این

دریافت‌کننده درمان دارویی (شامل داروهای ضداسفردگی، ضدالتهاب، کورتیکوئیدها، شل‌کننده‌های عضلانی) بودند. معیار ورود به پژوهش عبارت بود از: سن ۴۰ تا ۵۰ سال؛ موافقت با شرکت در جلسات درمانی در محیط استخر؛ سندرم فیبرومیالژیا تشخیص داده‌شده براساس معیار کالج آمریکایی روماتیسم (ACR)<sup>۱</sup>. معیار خروج شامل دریافت درمان‌های غیردارویی دیگر و مشکلات محدودکننده درمان (مانند بیماری‌های تنفسی، افت فشار، آلرژی و غیره) و مشکلات پوستی بود.

ارزیابی‌ها بلافاصله پس از آخرین جلسه درمانی و دو ماه بعد از پایان تمرینات تکرار شد. پروتکل‌های تمرینی تحقیق حاضر شامل دو دسته تمرینات هوازی آب‌محور و خشکی‌محور بود. شدت تمرینات در هر دو گروه تجربی در حد متوسط (۶۰ تا ۸۰ درصد حداکثر ضربان قلب) و تواتر آن سه بار در هفته به مدت هشت هفته در نظر گرفته شد. پروتکل کلی تمرینات استفاده‌شده در پژوهش حاضر در جدول ۱ آمده است (۱۷).

مطالعه نتایج آن ممکن است منجر به ارائه پروتکل درمانی مناسب و آسان و در دسترس برای بهبود علائم بیماران شده و رضایت بیشتر بیماران از درمان تأمین شود؛ بنابراین هدف از این پژوهش بررسی تأثیر تمرینات هوازی آب‌محور و خشکی‌محور بر وضعیت کارکردی و آمادگی جسمانی افراد مبتلا به فیبرومیالژیا و پایداری آن در طول زمان بود.

## ۲ روش بررسی

این مطالعه شبه‌تجربی، تفاوت‌های درون‌گروهی و بین‌گروهی را در دو گروه تجربی و یک‌گروه گواه در نقطه پایه (پیش‌آزمون) و بلافاصله بعد از هشت هفته مداخله و دوباره در دو ماه بعد از اتمام تمرینات ارزیابی کرد. قبل از شروع دوره تمرینی، رضایت‌نامه آگاهانه از همه افراد به دست آمد و به آن‌ها گفته شد که می‌توانند هر زمان که بخواهند مطالعه را ترک کنند. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیمارانی بود که سندرم فیبرومیالژیا در آن‌ها توسط پزشک متخصص در یکی از مراکز درمانی شهر تهران تشخیص داده شده بود و در زمان تحقیق

جدول ۱. پروتکل درمانی جلسات

جلسات	هدف
اول: گرم کردن	پیاپی در آب با تأکید بر حرکت مداوم به سمت جلو، عقب، پهلوها و بالاکشیدن پاها؛ نوسانات بازوی مقابل، دست قایق‌رانی معکوس.
دوم: کششی	انواع کشش‌ها برای اندام فوقانی، تنه، اندام تحتانی؛ تمرکز بر فلکسور و اکستنسورهای ران و شانه/آبداکتور و آداکتور ران و شانه.
سوم: تقویتی	حرکات متناوب فلکشن، اکستنشن، آداکشن و آداکشن مفصل ران با تأکید بر دامنه حرکتی مفصل ران؛ چرخش داخلی و خارجی ران.
چهارم: استقامتی	اسکات کامل و نیمه‌کامل؛ ضربات مستقیم کنترل‌شده؛ راه رفتن سریع با دامنه حرکتی بلند پا، همراه با چرخش تنه و استفاده از دست‌ها؛ دویدن در آب؛ شنا کردن، تنها با پای کرال سینه و کرال پشت.
پنجم: سرعتی	حرکت مداوم انتقال وزن از یک پا به پای دیگر؛ ایستادن روی هر پا، همچنین حرکات پاندولی پای مخالف.
ششم: تعادلی	اسکات روی یک پا به شکل نشسته؛ حفظ تعادل بدن و همچنین تعادل جسم خارجی در زیر مفصل زانو و کف پا؛ جفت‌پایریدن، لی‌لی کردن با هر پا.
هفتم: سرد کردن	آهسته‌راه رفتن؛ حرکات کششی؛ انقباضات ایستا؛ غوطه‌ور شدن در آب.
هشتم: جمع‌بندی	تمرین تمامی جلسات قبلی.

نمره) مشخص شد. فشار مدنظر در تمرینات پژوهش حاضر ۱۲ تا ۱۴ بود که با RPE بیان شد.

گروه مداخله تمرین خشکی‌محور با استفاده از تجهیزات یک‌مرکز تمرینی در شرق تهران به تمرین پرداختند. تمرینات قلبی‌عروقی شامل راه رفتن با سرعت‌های مختلف و فعالیت‌های ریتمیک بود که بر گروه‌های عضلانی درشت تأثیر داشت. تمرینات انجام‌شده با استفاده از وزنه، به صورت ۲ تا ۳ ست با ۱۵ تا ۲۰ تکرار برگزار شد. این تمرینات شامل جلو بازو، سرشانه از پهلو، پرس سینه، برخاستن از حالت نشسته، بازکردن پا به پهلو و استپ به جلو و عقب بود. با بهبود قدرت فرد، بار به تدریج افزایش یافت. در ابتدای تمرینات از وزن فرد و وزنه‌های ۰/۵ تا ۲ کیلویی برای هر تمرین استفاده شد. انعطاف‌پذیری با

در بخش گرم کردن ضربان قلب در ۴۰ درصد حداکثر حفظ شد. در گروه کنترل ارائه توصیه‌هایی درباره سبک زندگی صورت گرفت. این توصیه‌ها برگرفته از راهنمایی‌های عمومی مربوط به سبک زندگی برای کاهش عوارض فیبرومیالژیا بود که توسط انجمن درد آمریکا تهیه و تدوین شده است (۱۸). کنترل ضربان قلب در هر دو شرایط تمرین آب‌محور و خشکی‌محور انجام پذیرفت تا شدت تمرینات همسان‌سازی شود. اندازه‌گیری ضربان قلب با استفاده از یک‌ارزیاب ضربان قلب صورت گرفت تا شدت جلسات کنترل شود. یک‌سوم بیماران در گروه‌های مداخله ارزیاب ضربان قلب را در یک‌سوم جلسات استفاده کردند که هر دو گزینه به‌طور تصادفی انتخاب شدند. همچنین میزان فشار ادراک‌شده<sup>۲</sup> از طریق مقیاس سنتی بورگ (۶ تا ۲۰

<sup>۳</sup>. RPE

<sup>۱</sup>. American College of Rheumatology

<sup>۲</sup>. Polar Electro OY, Finland

حرکات کششی ایستا در پایان دوره‌های گرم‌کردن و سردکردن توسعه یافت. گروه مداخله تمرینی آب‌محور در استخری با آب تا سینه (در دمای ۲۸ تا ۳۰ درجه سانتی‌گراد) تمرین کرد. شدت تمرین و عضلاتی که درگیر شدند تا حد ممکن مشابه با گروه خشکی محور بود (البته میزان ضربان قلب در آب براساس منابع تمرینات در آب ۱۷ ضربه کمتر در مقایسه با خشکی است). تمرینات قلبی‌عروقی شامل حرکت دوچرخه (همراه با کمربند آموزش شنا)، راه رفتن در آب، فعالیت‌های ریتمیک و ممتد بود که بر عضلات بزرگ تأثیر داشت. از مقاومت آب برای تقویت عضلات استفاده شد. اندازه‌گیری‌های مربوط به آمادگی جسمانی مرتبط با سلامتی (قدرت عضلانی، استقامت قلبی‌عروقی، انعطاف‌پذیری) با به‌کارگیری

آزمون‌های یک‌تکرار بیشینه (در حرکات پرس سینه و پرس پا) و شش دقیقه راه رفتن و آزمون بنشین و برسان انجام شد. وضعیت سندرم متقاطع فوقانی با استفاده از زاویه کرانیو ورتبرال و کیبلر مشخص گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) و نرم‌افزار SPSS در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

### ۳ یافته‌ها

داده‌ها از طریق تحلیل واریانس تک‌متغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شدند. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آب‌محور و خشکی محور و گواه در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

مقدار احتمال آزمون در متغیرهای قدرت عضلانی ( $p=0/601$ )، استقامت قلبی‌عروقی ( $p=0/328$ )، انعطاف‌پذیری ( $p=0/091$ ) و وضعیت کارکردی ( $p=0/485$ ) بود. نتایج آزمون کرویت موشلی نشان داد که این شاخص در قدرت عضلانی ( $p=0/087$ ) برقرار است؛ با این وجود مقدار احتمال آزمون کرویت موشلی در متغیرهای استقامت قلبی‌عروقی ( $p=0/018$ ) و انعطاف‌پذیری ( $p=0/021$ ) و وضعیت

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار به تفکیک گروه‌ها ( $n=45$ )

متغیرهای پژوهش	گروه‌ها	آب‌محور		خشکی محور		گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
قدرت عضلانی	پیش‌آزمون	۱۷/۶۷	۵/۰	۱۸/۸۷	۴/۳	۴/۹
	پس‌آزمون	۱۹/۰۷	۵/۰	۱۹/۳۳	۵/۰	۴/۲
	پیگیری	۱۸/۶۰	۵/۱	۱۸/۷۳	۴/۲	۴/۰
استقامت قلبی‌عروقی	پیش‌آزمون	۲۲/۵۳	۸/۲	۲۳/۶۷	۶/۰	۵/۴
	پس‌آزمون	۲۶/۲۷	۸/۵	۲۵/۶۰	۶/۰	۵/۳
	پیگیری	۲۵/۹۳	۸/۲	۲۵/۶۰	۵/۸	۴/۹
انعطاف‌پذیری	پیش‌آزمون	۳۲/۶۷	۶/۰	۳۲/۲۰	۷/۴	۷/۶
	پس‌آزمون	۵۵/۷۳	۸/۳	۴۳/۵۳	۹/۵	۷/۳
	پیگیری	۵۵/۲۰	۹/۰	۴۲/۹۳	۹/۹	۷/۲
وضعیت کارکردی	پیش‌آزمون	۳۵/۸۰	۸/۲	۳۷/۲۰	۸/۷	۸/۶
	پس‌آزمون	۴۸/۱۳	۹/۶	۴۰/۶۷	۹/۰	۸/۷
	پیگیری	۴۷/۴۰	۱۰/۰	۲۰/۳۳	۸/۹	۸/۴

کارکردی ( $p=0/017$ ) کمتر از ۰/۰۵ بود؛ یعنی مفروضه کرویت داده‌ها در این متغیرها برقرار نبود؛ بنابراین با تعدیل درجه آزادی، از اپسیلون گرین هاوس-گیسر جهت تفسیر داده‌ها استفاده شد. نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها در جدول ۳ نشان داده شده است.

مقدار احتمال آزمون در متغیرهای قدرت عضلانی ( $p=0/601$ )، استقامت قلبی‌عروقی ( $p=0/328$ )، انعطاف‌پذیری ( $p=0/091$ ) و وضعیت کارکردی ( $p=0/485$ ) بود. نتایج آزمون کرویت موشلی نشان داد که این شاخص در قدرت عضلانی ( $p=0/087$ ) برقرار است؛ با این وجود مقدار احتمال آزمون کرویت موشلی در متغیرهای استقامت قلبی‌عروقی ( $p=0/018$ ) و انعطاف‌پذیری ( $p=0/021$ ) و وضعیت

جدول ۳. خلاصه آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	مقدار احتمال	F	مقدار احتمال	F	مقدار احتمال	F
قدرت عضلانی	۰/۱۷	۰/۸۴	۰/۳۷	۰/۶۹	۰/۵۷	۰/۶۰
استقامت قلبی‌عروقی	۱/۸	۰/۱۸	۱/۹	۰/۱۷	۱/۶	۰/۲۱
انعطاف‌پذیری	۰/۳۱	۰/۷۴	۲/۰	۰/۰۹	۲/۱	۰/۰۶
وضعیت کارکردی	۰/۰۵	۰/۹۵	۰/۵۴	۰/۵۹	۰/۶۰	۰/۵۶

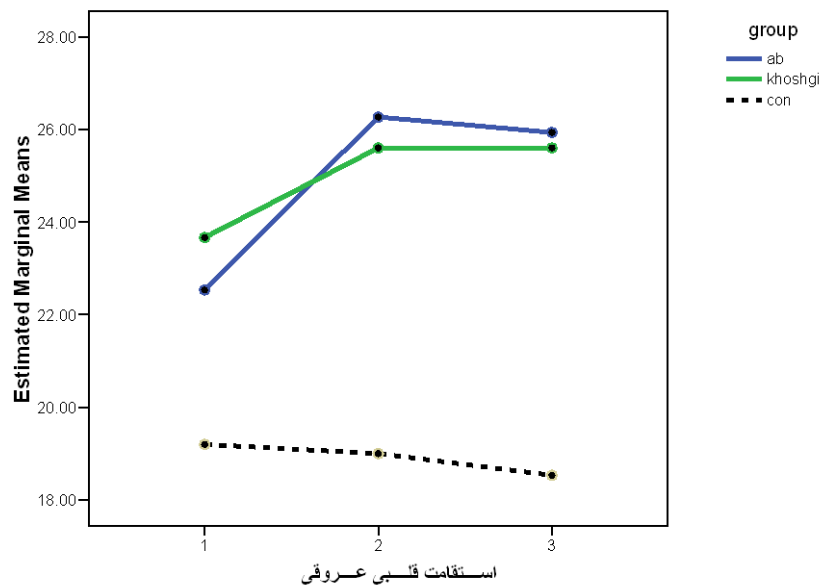
نتایج آزمون لوین نشان داد که مقدار احتمال در تمامی متغیرهای همگنی واریانس گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری هر چهار پژوهش در هر سه اندازه‌گیری بزرگتر از ۰/۰۵ است. به عبارت دیگر متغیر تأیید شد.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای بررسی‌شده در گروه‌های آزمایش یک و آزمایش دو و گواه و مقایسه میانگین‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر (n=۴۵)

متغیرها	گروه	آزمایش یک		آزمایش دو		گواه		نتیجه آزمون		
		وضعیت	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار	مقدار F	مقدار احتمال	اندازه اثر
قدرت عضلانی	پیش‌آزمون	۱۷/۶۷	۵/۰	۱۸/۸۷	۴/۳	۱۷/۷۳	۴/۹			
	پس‌آزمون	۱۹/۰۷	۵/۱	۱۹/۳۳	۵/۰	۱۷/۸۰	۴/۲	۰/۱۳	۰/۹۷۱	۰/۰۰۶
	پیگیری	۱۸/۶۰	۵/۱	۱۸/۷۳	۴/۲	۱۷/۳۳	۴/۰			
استقامت قلبی عروقی	پیش‌آزمون	۲۲/۵۳	۸/۲۱	۲۳/۶۷	۶/۰	۱۹/۲۰	۵/۴	۲۱/۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۱
	پس‌آزمون	۲۶/۲۷	۸/۵	۲۵/۶۰	۶/۰	۱۹/۰۰	۵/۳			
	پیگیری	۲۵/۹۳	۸/۲	۲۵/۶۰	۵/۹	۱۸/۵۳	۴/۹			
انعطاف‌پذیری	پیش‌آزمون	۳۲/۶۷	۶/۰	۳۲/۲۰	۷/۴	۳۲/۲۰	۷/۶	۱۷/۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۳
	پس‌آزمون	۵۵/۷۳	۸/۷	۴۳/۵۳	۹/۰	۳۱/۵۳	۷/۳			
	پیگیری	۵۵/۲۰	۹/۳	۴۲/۹۳	۱۰/۰	۳۱/۱۳	۷/۲			
وضعیت کارکردی	پیش‌آزمون	۳۵/۸۰	۸/۲	۳۷/۲۰	۸/۸	۳۶/۴۰	۸/۶	۱۹/۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۰
	پس‌آزمون	۴۸/۱۳	۱۱/۶	۴۳/۶۷	۸/۷	۳۵/۶۷	۸/۷			
	پیگیری	۴۷/۴۰	۱۲/۰	۴۳/۳۳	۸/۹	۳۵/۱۳	۸/۴			

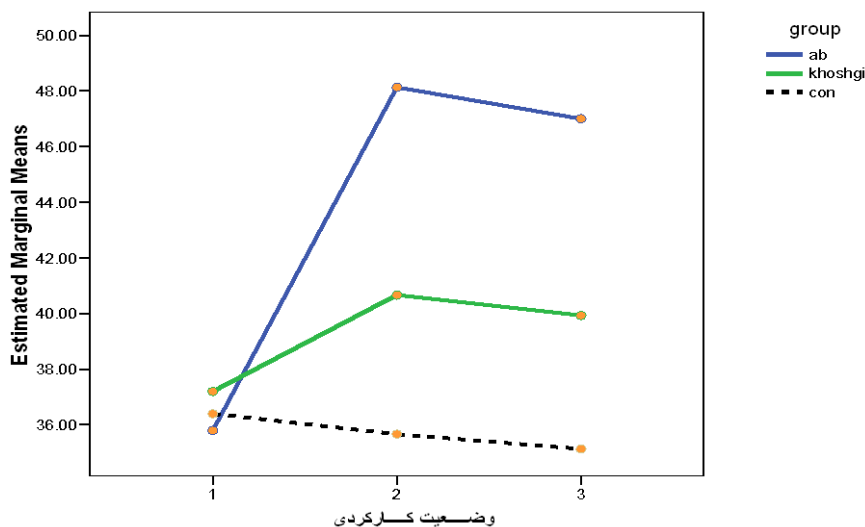
نتایج تحلیل واریانس بر مبنای اسپیلون گرین هاوس- گیسر نشان داد که اثر تعاملی همپراش و گروه، تنها در سه متغیر معنادار است ( $p < ۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر تنها در متغیرهای استقامت قلبی عروقی و انعطاف‌پذیری و وضعیت کارکردی بین میانگین‌های مراحل ارزیابی و گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد؛ با این حال از نظر متغیر قدرت عضلانی تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد.

Estimated Marginal Means of MEASURE\_1



نمودار ۱. نمودار خطی استقامت قلبی عروقی گروه‌ها در سه بار اندازه‌گیری

### Estimated Marginal Means of MEASURE\_1



نمودار ۲. نمودار خطی وضعیت کارکردی گروه‌ها در سه بار اندازه‌گیری

تمرینات هوازی در آب بوده و نیز از انتخاب‌های بسیار خوبی است که فرد مبتلا به فیبرومیالژیا می‌تواند داشته باشد. تمرینات مذکور موقعیت بهتری را برای این افراد فراهم می‌کند (۶). آب تأثیر جاذبه را کاهش می‌دهد و با ایجاد حالت بی‌وزنی یا کم‌وزنی موجب می‌شود تا اندام‌های ضعیف‌تر نیز بتوانند به راحتی در آب حرکت کنند. از طرفی در آب نیاز به تعادل کمتر می‌شود و بیماران می‌توانند با تلاش کمتر برای حفظ تعادل، فعالیت کنند. همچنین آب دمای مرکزی بدن بیماران را کاهش می‌دهد و با مقاومت در برابر حرکات بیمار به تقویت عضلات بدن منجر می‌شود (۷)؛ بنابراین محیط آب باتوجه به برخورداری از ویژگی‌هایی از قبیل فشار هیدرواستاتیک، شناوری، چسبندگی و نیز امکان افزایش بازخوردهای حسی و حس عمقی، می‌تواند محیطی مناسب برای انجام تمرینات بدنی به منظور تقویت قدرت عضلانی باشد (۸).

پژوهشگران مختلفی نشان دادند که تمرین در آب وضعیت سلامتی و درد مزمن گسترده را در این بیماران بهبود می‌بخشد. هیدروتراپی (همراه یا بدون تمرین) به علت خواص فیزیکی آب (مانند گرما و غوطه‌وری) جهت مدیریت فیبرومیالژیا توصیه می‌شود (۴،۹).

استفاده نکردن از آزمون استقامت قلبی عروقی دارای سطوح دشواری زیاد، یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر بود؛ زیرا تصمیم گرفته شد به دلیل ضعف کارکردهای جسمانی بیماران فیبرومیالژیا شدت آزمون از سطح متوسط بیشتر نشود. درمانگری که هر دو پروتکل مداخله را اجرا کرد و اینکه خود بیماران نتوانستند درباره جزئیات پروتکل بی‌اطلاع باشند، محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر بودند. پژوهش‌های بیشتری نیاز است تا بتوان مقایسه‌ای بین پیامدهای حاصل از روش‌های مداخله‌ای این تحقیق و سایر روش‌ها انجام داد. این مطالعه مشخص کرد که بیماران فیبرومیالژیا می‌توانند از تکنیک‌های تمرین هوازی به خوبی بهره ببرند. به نظر می‌رسد که در این بیماران کاهش از دست دادن ثبات قامت که ناشی از افزایش قدرت عضلانی بوده، منجر به بهبودهایی در عملکرد جسمانی، درد، بی‌حالی

باتوجه به نمودار ۱ و ۲ می‌توان پذیرفت تأثیر تمرینات هوازی آب محور و خشکی محور بر استقامت قلبی عروقی و وضعیت کارکردی بیماران، در طول زمان ماندگار بوده است.

#### ۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر تأثیر تمرینات هوازی آب محور و خشکی محور بر وضعیت کارکردی و آمادگی جسمانی افراد مبتلا به فیبرومیالژیا بود. نتایج نشان داد که تمرینات هوازی آب محور و خشکی محور بر استقامت قلبی عروقی و انعطاف‌پذیری و وضعیت کارکردی بیماران مؤثر است. بوسج و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که تمرین هوازی مزایای مفیدی از لحاظ کارکرد جسمانی و درد ایجاد می‌کند (۱۰). هائسر و همکاران به این نتیجه رسیدند که با تمرینات قدرتی درد، بهزیستی عمومی، کارکرد جسمانی، تندر پوینت و افسردگی بهبود می‌یابد (۱۱). رابینسون در فراتحلیلی جدید دریافت که تمرین (هوازی و قدرتی یا هر دو) بهزیستی عمومی را که با پرسش‌نامه اثر فیبرومیالژیا (FIQ) ارزیابی شده، بهبود می‌بخشد (۱۲).

فراناندو و همکاران در تحقیقی بر مبتلایان به پوکی استخوان نشان دادند که تمرینات آب محور بر بهبود عملکرد فیزیکی و قدرت عضلانی این افراد تأثیر مثبت دارد (۱۳). اشلی و همکاران نیز طی مطالعه‌ای نتیجه گرفتند که تمرینات آب محور باعث بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به دردهای استخوانی می‌شود (۱۴). کامرانی فراز و همکاران در تحقیقی روی زنان سالمند، تأثیر تمرینات آبی را در بهبود قدرت عضلانی و انعطاف‌پذیری و کیفیت زندگی زنان سالمند به اثبات رساندند (۱۵). همچنین میرزاییان و همکاران در پژوهشی دریافتند که اثر تمرین در آب بر تعادل ایستا و پویا و راه رفتن و نیز قدرت اندام تحتانی بیماران مبتلا به دردهای عضلانی مؤثر است (۱۶).

به‌طور کلی در تبیین هدف پژوهش می‌توان اذعان داشت که آب درمانی (ورزش در آب) شامل انجام تمرینات تعادلی و ترکیبی و به‌ویژه

متخصصان مربوط می‌توانند از اثر مثبت این روش به‌عنوان درمانی مکمل در کنار درمان‌های دارویی برای بیماران فیبرومیالژیا استفاده کنند.

## ۶ تشکر و قدردانی

از استادان گران‌قدر و بیماران ساکن شهر تهران که با شرکت در جلسات گروه آموزه‌های تجربی و باطنی زیادی در اختیار محققان گذاشتند و همچنین فرصت پژوهش را به ما دادند، کمال سپاسگزاری و تشکر را داریم.

صبحگاهی، خستگی و سختی شده است. در مجموع، نتایج این تحقیق از تأثیر مثبت تمرین هوازی در آب گرم و روی زمین بر بیماران فیبرومیالژیا حمایت می‌کند؛ بنابراین، تمرین درمانی با این روش‌ها می‌تواند در بهبود کارکرد جسمانی و آمادگی جسمانی مرتبط با سلامتی در مبتلایان به فیبرومیالژیا مؤثر باشد.

## ۵ نتیجه‌گیری

پروتکل درمانی آب‌محور با افزایش توان فیزیکی بیماران فیبرومیالژیا منجر به تعدیل فاکتورهای قلبی‌عروقی و جسمانی و حرکتی در آنان شده و سلامت آن‌ها را افزایش می‌دهد؛ بنابراین، باتوجه به این تمرین‌ها،

## References

1. Häuser W, Arnold B, Eich W, Felde E, Flügge C, Henningsen P, et al. Management of fibromyalgia syndrome – an interdisciplinary evidence-based guideline. *Ger Med Sci*. 2008;6: Doc14.
2. Arnold CM, Faulkner RA. The effect of aquatic exercise and education on lowering fall risk in older adults with hip osteoarthritis. *J Aging Phys Act*. 2010;18(3):245–60. doi: [10.1123/japa.18.3.245](https://doi.org/10.1123/japa.18.3.245)
3. Khatibi Aghda E, Hollisaz MT, Asheghan M, Shamseddini A, Sobhani V, Labbaf S. Quality of life in fibromyalgia syndrome referred to clinic of Physical Medicine and Rehabilitation in Baqiyatallah Hospital, Tehran. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2013;6(1):20–6. [Persian] <http://ijwph.ir/article-1-309-en.pdf>
4. Motaghi P. Fibromyalgia: clinical features and nonpharmacological treatment. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2012;9(5): 452458. [Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/index.php/jrbs/article/viewFile/330/616>
5. Ambrose KR, Golightly YM. Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: Why and when. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015;29(1):120–30. doi: [10.1016/j.berh.2015.04.022](https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.04.022)
6. Salem Y, Scott AH, Karpatkin H, Concert G, Haller L, Kaminsky E, et al. Community-based group aquatic programme for individuals with multiple sclerosis: a pilot study. *Disabil Rehabil*. 2011;33(9):720–8. doi: [10.3109/09638288.2010.507855](https://doi.org/10.3109/09638288.2010.507855)
7. Wiles CM, Newcombe RG, Fuller KJ, Shaw S, Furnival-Doran J, Pickersgill TP, et al. Controlled randomised crossover trial of the effects of physiotherapy on mobility in chronic multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2001;70(2):174–9. doi: [10.1136/jnnp.70.2.174](https://doi.org/10.1136/jnnp.70.2.174)
8. Yadegaripour M, Sadeghi H, Shojaedin SS, Shamshekhohan P. Effects of a combined aquatic-nonaquatic training program on static and dynamic balance in elderly men. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(8):1417–9. doi: [10.1111/jgs.12390](https://doi.org/10.1111/jgs.12390)
9. Tomas-Carus P, Häkkinen A, Gusi N, Leal A, Häkkinen K, Ortega-Alonso A. Aquatic training and detraining on fitness and quality of life in fibromyalgia. *Med Sci Sports Exerc*. 2007;39(7):1044–50. doi: [10.1249/01.mss.0b0138059aec4](https://doi.org/10.1249/01.mss.0b0138059aec4)
10. Busch AJ, Schachter CL, Overend TJ, Peloso PM, Barber KAR. Exercise for fibromyalgia: A systematic review. *J Rheumatol*. 2008;35(6):1130–44.
11. Häuser W, Klose P, Langhorst J, Moradi B, Steinbach M, Schiltenswolf M, et al. Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis Res Ther*. 2010;12(3):R79. doi: [10.1186/ar3002](https://doi.org/10.1186/ar3002)
12. Robinson RL, Jones ML. In search of pharmaco-economic evaluations for fibromyalgia treatments: a review. *Expert Opin Pharmacother*. 2006;7(8):1027–39. doi: [10.1517/14656566.7.8.1027](https://doi.org/10.1517/14656566.7.8.1027)
13. Mattos F de, Leite N, Pitta A, Bento PCB. Effects of aquatic exercise on muscle strength and functional performance of individuals with osteoarthritis: a systematic review. *Rev Bras Reumatol Engl Ed*. 2016;56(6):530–42. doi: [10.1016/j.rbre.2016.09.003](https://doi.org/10.1016/j.rbre.2016.09.003)
14. Frohman AN, Okuda DT, Beh S, Treadaway K, Mooi C, Davis SL, et al. Aquatic training in MS: neurotherapeutic impact upon quality of life. *Ann Clin Transl Neurol*. 2015;2(8):864–72. doi: [10.1002/acn3.220](https://doi.org/10.1002/acn3.220)
15. Kamranifaraz N, Letafatkar A, Javdaneh N. The effect of a Compound exercises in the water on muscle strength, flexibility, and quality of life of elderly women 60 – 70 years old in thran. *Nursing of the Vulnerables*. 2017;3(9):24–37. [Persian] <http://njv.bpums.ac.ir/article-1-751-en.pdf>

16. Mirzaiean E, Kazemzade Y, Sokhangouie Y. Tassir 8 hafte tamrin dar ab bar ta'adol ista va pouya, rah raftan, ghodrat andam tahtani zanan salmand [Effect of 8 weeks of water exercises on static and dynamic balance, walking, strength of the lower extremity of elderly women]. In: The First National Conference on the Development of Sports Science In The Field Of Health, Prevention And Heroism [Internet]. Qazvin, Iran: Imam Khomeini International University; 2016. [Persian] [https://www.civilica.com/Paper-PESSO01-PESSO01\\_037.html](https://www.civilica.com/Paper-PESSO01-PESSO01_037.html)
17. See J. Aquatic Exercisean Exercise Program for People with Parkinson's disease. New York: American Parkinson Disease Association; 2008, pp:16–25.
18. Redondo JR, Justo CM, Moraleda FV, Velayos YG, Puche JJO, Zubero JR, et al. Long-term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: a physical exercise-based program and a cognitive-behavioral approach. *Arthritis Rheum.* 2004;51(2):184–92. doi: [10.1002/art.20252](https://doi.org/10.1002/art.20252)