

Research Paper

Experts' and Patients' Views About Pain on Swallowing: A Qualitative Study



Fateme Kiaee Daroukola¹, *Masoomeh Salmani², Seyed Abolfazl Tohidast¹, Jalal Bakhtiyari³

1. Department of Speech Therapy, School of Rehabilitation, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

2. Neuromuscular Rehabilitation Research Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

3. Department of Speech therapy, School of Rehabilitation, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Kiaee Daroukola F, Salmani M, Tohidast SA. Experts' and Patients' Views About Pain on Swallowing: A Qualitative Study. *Archives of Rehabilitation*. 2024; 24(4):496-515. <https://doi.org/10.32598/RJ.24.4.3307.3>

<https://doi.org/10.32598/RJ.24.4.3307.3>



ABSTRACT

Objective Swallowing disorder or dysphagia is one of the most common problems in old age and after brain vascular lesions. This problem has received a lot of attention in studies. However, Pain on swallowing (known as odynophagia) has been less discussed in the literature. The present study aimed to investigate the existence of pain on swallowing, its characteristics, the possible intervention, and the effects of this pain on the quality of life of affected people.

Materials & Methods The present study adopted a qualitative approach. After purposeful sampling, we interviewed 11 speech therapists in the field of swallowing disorders (5 males) and 15 patients with dysphagia. All the interviews were transcribed and underwent content analysis using the Graneheim and Lundman method. Finally, the main themes, subcategories, semantic units, and examples related to each were obtained.

Results Out of 15 interviewed patients, only 6 reported pain on swallowing. In comparison, all 11 therapists in the field of swallowing disorders confirmed the presence of pain on swallowing. Seven main themes were obtained based on these interviews: The temporal pattern, duration, location, stimulating/provoking factors, type, intensity, and onset time. Each of these themes had its subcategories and items. All patients and therapists reported the negative impact of pain on swallowing on the quality of life. There was an agreement between therapists and patients to manage pain on swallowing.

Conclusion This study showed that pain on swallowing is probably one of the characteristics of a swallowing disorder, and professionals must consider pain on swallowing during the clinical examination. Future studies can focus on different dimensions of pain on swallowing and develop proper evaluation scales.

Keywords Swallowing disorder, Deglutition, Pain, Odynophagia, Pain on swallowing

Received: 12 Mar 2023

Accepted: 15 Aug 2023

Available Online: 01 Jan 2024

* Corresponding Author:

Masoomeh Salmani, Associate Professor.

Address: Neuromuscular Rehabilitation Research Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

Tel: +98 (912) 8310924

E-Mail: salmani_masooome@yahoo.com

English Version

Introduction

Painful swallowing or pain on swallowing is known as odynophagia [1]. The pain can be caused by damage to the mucosa or the presence of lesions in the swallowing pathway, pharyngitis, regurgitation, candida infection of the esophagus, inflammation of the esophagus following the consumption of certain substances such as acid or alkaline, radiotherapy, the use of certain medicines (such as antibiotics and cardiac pills, often occur in the elders), damage to the swallowing pathway because of swallowing some solids (such as fish bones), esophagitis (especially in acquired immunodeficiency syndromes) [2], and acute epiglottitis [3, 4]. Shaker and Koch (2007) explained the swallowing disorder (dysphagia) and painful swallowing. They wrote, “People with pain on swallowing may indicate swallowing disorder, while patients with swallowing disorder will not have pain on swallowing” [1]. However, certain studies do not support this statement. The co-occurrence of swallowing disorder and pain on swallowing has been reported in rheumatism and chronic inflammatory changes such as Crohn disease [5, 6].

Contrary to Shaker and Koch’s opinion, Triggs and Pandolfino (2019) described swallowing disorder as the feeling of food stuck in the esophagus or chest and believed that if this feeling was accompanied by pain, it would be pain on swallowing or food sticking as it was associated with sticking or regurgitation [8]. There seems to be a heterogeneity in the terminology or co-occurrence of these two disorders. If studies show that these disorders are separate, the assessment and treatment protocols will be different; otherwise, managing the pain on swallowing is one of the priorities.

In literature, pain is considered a complex and multi-dimensional perception that can be examined from different perspectives. For example, several dimensions have been mentioned for pain in patients with chronic pancreatitis, including severity, pattern, factors provoking pain, spreading pain, and qualitative pain descriptors [16, 17]. Since pain on swallowing is related to the digestive system, there should be similarities between its characteristics and pain characteristics reported for internal organs related to digestion. The lack of clarity in the literature regarding the existence of pain on swallowing and its importance for speech therapists (STs), any possible relationship between pain on swallowing and swallowing disorders, and the feasible dimensions

of pain on swallowing have motivated us to run a qualitative study to shed light on these issues.

This study tried to investigate the presence of pain on swallowing in patients with swallowing disorders, the dimensions of pain on swallowing, its effects on the patient’s quality of life, and the strategies for managing this problem by patients and STs.

Materials and Methods

The sampling method was purposive. We interviewed STs who had clients with swallowing disorders in the last three months, had at least four years of clinical work experience in speech therapy, had a bachelor’s degree or higher in speech therapy, and signed the consent form. Lack of familiarity with swallowing disorder was the only exclusion criterion. To identify experts, by review of the related literature, the correspondence authors were contacted by phone or e-mail. If they met the inclusion criteria, the study information sheet and consent form were sent off. Then, using the snowball technique, they were asked to introduce someone in this field to the researcher [18].

At the end of the interview with each specialist, we asked to introduce a patient who met the inclusion criteria of this study. Then, the specialist provided the patient with the research information sheet and the consent form. If the patient wanted to participate in the study, the time and place of the interview were determined by their specialist. We interviewed patients suffering from chronic swallowing disorders (i.e. swallowing disorder that has lasted more than two weeks) [19] for any reason (the presence or absence of swallowing disorder was determined by the patient’s score in the Mann assessment of swallowing ability (MASA) test), ability to follow verbal commands, and aged between 18 and 85 years. The type of swallowing disorder was not considered in this study so that every patient with a swallowing disorder could be interviewed and get more information about pain on swallowing. If the patient’s level of consciousness decreased during the interview or the patient did not want to participate in the study, the patient was removed from the list of participants.

Of 15 experts who signed the consent form, only 11 met the inclusion criteria to be interviewed. Also, 38 patients received the consent form and invitation letter, but only 15 agreed to participate in the study.

Study procedure

Interviews were conducted from July to November 2022. Initial information was obtained with STs through a phone call. Experts could participate in this study online (on [WhatsApp](#)) or in person (at the expert's workplace). Interviews with patients were conducted face-to-face in Semnan, Tehran, and Babol cities, Iran. The researcher continued interviewing the participants until the last two to three interviews, which yielded no new information. To conduct semi-structured interviews, some general and open questions were asked for both groups.

Data analysis

Data analysis was done using the method proposed by Granheim and Lundman in four stages: Transcription immediately after the interview, detailed study of the transcriptions and extraction of meaningful units, the definition of subcategories, and finally, the introduction of main themes.

Results

The average time to interview the patients was about 30 minutes, and the average time to interview the experts was 20 minutes. Six main themes were obtained in the interviews with experts, including the pattern and pain duration, the most common place and time of pain, the most common cause/provoking factor of pain, and the most common type of pain. Pain intensity was added to the previous themes in the patient interview.

Temporal pattern

The frequency of pain the patients experience during swallowing disorders differs during the day. Some described this pain as constant and some intermittent.

One of the specialists (ZA) answered that the patients reported a specific pattern of pain: "Yes, usually they have a fixed pattern; I have seen someone with pain, it was constant, that is, it did not have a specific time, it was continuous."

One of the patients (MSH) in response to "Can you tell me about the pain pattern?" Answered: "I always have this pain; when I eat, it gets worse."

Pain severity

All the experts reported that they did not examine the pain severity either qualitatively or quantitatively. How-

ever, when the patients were asked to rate their pain on a quantitative scale from 0 to 10, they reported different numbers for the least, average, and most pain severity they had experienced. Consider the following two examples:

MSH patient said, "There was a lot of pain in the larynx area; it was 3 to 5, but it increased to 7."

One of the experts (FKH) in response to the question regarding pain severity, pointed out, "Those who report pain in the throat and larynx usually have a very mild pain; it gets worse when they eat, only when they swallow."

Location of pain

Examining the location of pain in patients was one of the issues that experts and patients in this study were asked. This question referred to both the swallowing pathway and other body parts. Regarding recurrent pain or pain in other parts of the body at the same time as pain on swallowing, most clients reported pain in the larynx and esophagus. However, only four experts mentioned recurrent ear and neck pain along with the pain on swallowing. For the location of pain on swallowing, in both groups of participants, responses referred to common points along the swallowing pathway.

Expert JB said, "Most of the pains are felt in the pharynx, the end of the pharynx, I mean the bottom of the pharynx, that is, they feel the pain in the larynx. I did not see the pain in the upper parts; the truth is, it is mostly located in the laryngopharynx."

Patient PO mentioned, "End of the tongue", and patient MAZ said, "More in the throat to upper parts, from the larynx to upper parts."

Time of pain

All the patients who reported pain in this study agreed on the time of pain and often limited themselves to saying one phrase: "While swallowing."

Specialists answered a bit elaborately in this regard. Specialist FKH said, "... it gets worse when they eat, only when they swallow, those with esophageal pain...." Finally, they also referred to a similar time, "Swallowing time."

Stimulating/provoking factors

Based on the patients' answers, the food texture seemed to be the most important provoking factor, especially when it was chewy or hard. According to experts, the texture of the food was also important, but in a different way.

KSH specialist said, "Eating and especially solid food."

Another specialist (JB) answered, "It's different. For example, some people say that I feel pain when I swallow my saliva. ... Some people say that it is painful when I swallow liquids, and others say that I feel pain when I eat solid food."

Type of pain

Among the other aspects of pain mentioned in the literature was the type of pain described by the patients. That is, what term did they use when describing the pain? Patients and experts in this study used different words to describe pain on swallowing. For example, patients described their type of pain with the following words.

MA said, "Shooting pain with a feeling of choking."

AS mentioned, "Vague with choking."

MAZ answered, "Feeling of choking and pressure."

The group of experts reported a list of different words. For example, MD said, "Usually they report a shooting pain in their throat area, and it's penetrating." ZA mentioned, "What I get [is] they feel like they're choking, something is choking the throat like a lump [they say] more of a feeling of choking."

JB said, "It's a pins-needles pain. I feel a stone in my throat; I feel pressure. It's like they're stabbing a knife down my throat. They have a vague pain all the way, and when they swallow, the pins-needles pain becomes intense."

Pain duration

The literature considers the pain duration as one of the important characteristics of pain. Therefore, in this study, patients and experts were asked about the persistence of pain. While the group of experts considered the etiology of swallowing disorder to respond, patients hit the point when they answered this question.

MD specialist said, "In psycho cases, pain exists before, during, and after swallowing. However, in clients with known etiology, pain duration is shorter with some foods, and these people change their diet to experience less pain, and 7 to 8 minutes after eating, the pain stops. It will end."

Patient AS said, "It lasts two or three seconds after the first two bites, and then it's gone. Only the first two or three bites are painful, and the rest is pressure and stress from choking." Patient MAZ and MSH responded similarly: "No, only when swallowing."

The effect of pain on the quality of life

The patients who confirmed the presence of pain continued to explain the negative effects of this pain and swallowing disorder on their lifestyle, such as, "Awful, first of all, when I go out, I try not to eat anything hard at all. I want to eat many things, but because it might stick in my throat, or if I have those coughs, I won't eat", said AS. Experts' responses were aligned towards the impact of swallowing disorder and not specifically pain on swallowing on lifestyle.

MD said, "They all admit that it has affected the quality of their lives. They all say that we don't enjoy living. They all say with sorrow that one of the joys of life is eating, and we can't enjoy it. It's really like an envy for them. Their lifestyle has changed. For example, their diet, the way they eat, has changed."

Therapeutic actions

Regarding the actions taken by the patients to relieve the pain, PO answered, "Swallowing therapy." AS and MA mentioned, "Visiting various specialists and swallowing therapy." MAZ said, "They elevate the head of my bed so that I can sit up", and MSH mentioned, "I bring my head up." Specialists offered similar treatment approaches, including changing the position, referring to a specialist, and finally changing the food texture.

Discussion

The present study was conducted to investigate the existence of pain on swallowing, its characteristics, the possible impact of this pain on patients' quality of life, and its treatment strategies. After interviewing experts and patients, it was found that there is pain on swallowing. However, it has not been evaluated and treated as one of the serious symptoms of swallowing disorder or as a separate disorder. Seven main themes were found

in this study for pain on swallowing: Temporal pattern, severity, location, time, duration, provoking factors, and type of pain. It was found that the pain, along with swallowing disorder, had a negative impact on the patient's lifestyle. Some patients have resorted to compensatory treatments to solve this problem; others have referred to STs. Some experts have recommended an interdisciplinary approach to treatment, and some have directly benefited from the methods of treating swallowing disorders to reduce or eliminate pain on swallowing.

While all experts in the field of swallowing disorders pointed to pain on swallowing, this consensus was not seen in patients with swallowing disorders. So, only 40% of patients with swallowing disorders confirmed pain on swallowing. Non-validation of pain by others does not necessarily mean it does not exist. Perhaps other problems in these patients have masked the pain because pain is defined as: "An unpleasant sensory and emotional experience accompanied by actual or potential tissue damage, or described by such damage" [26].

Using the literature and especially the study of Kuhlmann et al. [16] we asked open-ended questions in this study to explore different dimensions of pain. This study confirmed all the dimensions of pain related to the digestive system [16, 27]. The remarkable finding in this study was that the experts did not consider pain severity. According to the experts' recommendations, this characteristic is one of the sensory and physiological dimensions of pain and should be considered for acute pain [28]. There are several scales to evaluate this pain parameter, and it is necessary to view this characteristic in assessing pain on swallowing [29-32].

The temporal pain pattern in this study was not consistent and predictable for all patients. Depending on the etiology of swallowing disorder, experts and patients reported pain "always", "sometimes", or "not at all". Studies on the digestive system and its pains have reported the same time pattern variation [16, 17, 33]. Since swallowing occurs at the beginning of the digestive tract, the similarity of the temporal pattern of pain on swallowing with pain reported in other parts of the digestive system is understandable.

There was a consensus between patients and experts about the location of pain. Most of the focus was on the pharynx and larynx. The pain started when swallowing, as reported by all patients and experts. Matching the location of pain and its onset time can be a starting point for providing therapeutic and compensatory solutions to avoid experiencing pain in these patients. In the

review of the literature related to swallowing disorder, the prevalence of oropharyngeal swallowing disorder has been reported to be much higher than other types of swallowing disorder: 14%-35% in older adults [34], 51% in institutionalized elderly [35], and in 10% of patients after stroke [19]. This issue has caused many to use the term "swallowing disorder" when referring patients with oropharyngeal swallowing disorder [36]. This issue, together with the similarity in the description of pain on swallowing in this study (choking feeling) and symptoms of oropharyngeal swallowing disorder (sticking of swallowed material to the throat, coughing or choking, wet or gurgling sound, regurgitation of food in the mouth and decreased weight [36, 37] can lead the researcher and the reader to point a probable overlap in the occurrence of oropharyngeal swallowing disorder and pain on swallowing. Perhaps this condition has made the experts in this field and even the patients oblivious to the pain of swallowing; the conclusion in this section needs more extensive studies.

Another issue that strengthens the co-occurrence of oropharyngeal swallowing disorder and pain on swallowing is the provoking factors of pain on swallowing. The texture of the food, especially when it is solid, could trigger pain in people. Interestingly, one solution for the oropharyngeal swallowing disorder is to change the food texture or body position as some compensatory technique [38]. Even in managing oropharyngeal swallowing disorder, experts use two compensatory approaches and rehabilitation exercises [36]. The participants in this study also used the same methods to manage pain on swallowing. It seems that the swallowing disorder rehabilitation team should be more careful in differentiating pain on swallowing and oropharyngeal swallowing disorder. Research has shown that compensatory strategies for managing swallowing disorders do not have long-term effects; on the other hand, it has been advised to reach long-term effects, rehabilitation exercises such as Mendelsohn maneuver [39], Shaker's exercises [37, 40], or tongue strength exercises [41]. Again, the literature has documented few positive effects of these exercises [36]. Perhaps the co-occurrence of swallowing disorder and pain might be the reason that these techniques did not reach their optimal level of remediation. More studies in this field can be helpful.

Pain was present before, during, and after swallowing in patients whose swallowing disorder lacks an organic basis. Perhaps providing services according to the 7-factor model of Davidson et al. [15] with a particular focus on aspects of emotional distress, support, positive coping strategies, negative coping strategies, and

activity can better manage pain on swallowing in these patients. In the patients whose swallowing disorder had an organic basis, the pain depended only on the swallowing time. In this group, separation or investigation of co-occurrence of oral-pharyngeal swallowing disorder and swallowing pain is a prerequisite for providing therapeutic services. It seems that with these conditions, the treatment of swallowing and pain on swallowing should follow a different plan depending on the classification of swallowing disorder (organic versus psychogenic); future studies can provide more clarity in this section.

The existing literature has documented the negative impact of swallowing disorders on the quality of life of affected people [42, 43]. This study also showed that swallowing disorder is not the only cause of reduced quality of life in affected people. Still, pain on swallowing, if present, can simultaneously affect the quality of life of these people. More studies are needed to separate the adverse effects of pain on swallowing and swallowing disorders on the quality of life of affected patients.

Conclusion

This study showed that pain on swallowing is one of the characteristics of swallowing disorder in affected patients, and experts in this field must pay attention to it in clinical considerations. Future studies in this field can focus on different dimensions of pain in these patients and produce proper scales.

Study limitations

This study adopted a qualitative approach to investigate pain on swallowing, so the interview was terminated when the participants' answers did not provide new information regarding the study questions. However, transcribing these interviews and extracting themes and subcategories led to new windows for research and clinical discussion. Quality of life and pain management were not the main dimensions of characteristics regarding pain on swallowing. Therefore, the researchers of this study did not focus on it; reaching any definitive results in these two areas requires more extensive studies. It is hoped that future studies can provide valuable clues regarding pain on swallowing, its prevalence, and strategies for managing or treating this disorder.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of [Semnan University of Medical Sciences](#) (Code: IR.SEMUMS.REC.1400.235). Written consent was obtained from all participants.

Funding

The paper was extracted from the master's thesis of Fatemeh Kiaee Daroukola, approved by Department of Speech Therapy, School of Rehabilitation, [Semnan University of Medical Sciences](#).

Authors' contributions

Conceptualization: All authors; Research, review and analysis: Fatemeh Kiaee Daroukola and Masoomeh Salmani; Methodology: Seyed Abolfazl Tahidast; Drafting: Jalal Bakhtiyari; Writing: Fatemeh Kiaee Daroukola, Masoomeh Salmani and Seyed Abolfazl Tahidast; Editing: All authors; Review: Kiaee Daroukola and Masoomeh Salmani; Final approval: Jalal Bakhtiyari.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors are grateful to [Semnan University of Medical Sciences](#) for the spiritual support of this research.

This Page Intentionally Left Blank



مقاله پژوهشی

دیدگاه متخصصان و بیماران در مورد درد حین بلع: یک مطالعه کیفی

فاطمه کیایی درونکلا^۱، *معصومه سلمانی^۲، سید ابوالفضل تهیدست^۱، جلال بختیاری^۳

۱. گروه گفتاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

۲. مرکز تحقیقات توانبخشی عصبی عضلانی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

۳. گروه گفتاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

Use your device to scan
and read the article online



Citation Kiaee Darounkola F, Salmani M, Tohidast SA. Experts' and Patients' Views About Pain on Swallowing: A Qualitative Study. *Archives of Rehabilitation*. 2024; 24(4):496-515. <https://doi.org/10.32598/RJ.24.4.3307.3>

<https://doi.org/10.32598/RJ.24.4.3307.3>



هدف: اختلال بلع یا دیسفاژی یکی از مشکلات مطرح پس از ضایعات عروقی مغز و نیز در دوره سالمندی است که مطالعات زیادی به آن پرداخته‌اند. اما درد حین بلع یکی از مواردی است که کمتر در متون موجود به آن پرداخته شده است. مطالعه حاضر بر آن بود تا به بررسی وجود درد حین بلع، ویژگی‌های آن، نحوه مدیریت این درد و تأثیرات احتمالی این درد روی کیفیت زندگی افراد مبتلا بپردازد.

روش بررسی: مطالعه حاضر با اتخاذ یک رویکرد کیفی و نمونه‌گیری هدفمند، به مصاحبه با متخصصین گفتاردرمانی در حوزه اختلال بلع (۱۱ نفر، ۵ نفر مذکر) و بیماران مبتلا به اختلال بلع (۱۵ نفر) پرداخت. کلیه مصاحبه‌ها جزء نسخه‌برداری شدند. با استفاده از روش گرنهایم و لاندمن، تجزیه و تحلیل محتوی صورت گرفت. سپس مضامین اصلی، زیرطبقه‌ها، واحدهای معنایی و مثال‌های مرتبط با هریک به دست آمد.

یافته‌ها: از ۱۵ بیمار مورد مصاحبه، تنها ۶ نفر درد حین بلع را گزارش کردند. درحالی که همه ۱۱ متخصص باتجربه در حیطه اختلال بلع، وجود درد حین بلع را تأیید نمودند. ۷ مضمون اصلی شامل الگوی زمانی درد، دیرش درد، مکان درد، عوامل محرک درد، نوع درد، شدت درد و زمان درد به دست آمد. هریک از این مضامین زیرطبقه‌ها و واحدهای معنی‌دار مخصوص به خود را داشتند. همه بیماران و متخصصین تأثیر منفی درد حین بلع را گزارش کردند. نحوه مدیریت این درد در بیماران و متخصصین تا حدی همسو بود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد درد حین بلع یکی از ویژگی‌های اختلال بلع در بیماران مبتلاست و ضرورت دارد متخصصین این حوزه در ملاحظات بالینی به آن توجه کنند. مطالعات آتی در این حوزه می‌تواند بر ابعاد مختلف درد در این بیماران و تولید مقیاس‌های ارزیابی مناسب تمرکز نمایند.

کلیدواژه‌ها: اختلال بلع، بلع، درد حین بلع، درد

تاریخ دریافت: ۲۱ اسفند ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۲۴ مرداد ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۲

* نویسنده مسئول:

دکتر معصومه سلمانی

نشانی: سمنان، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده توانبخشی، گروه گفتاردرمانی.

تلفن: ۰۹۲۴۸۳۱ (۹۱۲) ۹۸+

رایانامه: salmani_masoom@yahoo.com

مقدمه

اشاره کرد. هر دو علت می‌توانند به صورت متناوب یا پایدار باعث اختلال بلع شوند. همین پایداری و تناوب با علائم متفاوتی توسط بیماران مثل سوزش سر دل، درد قفسه سینه و بازگشت مواد غذایی گزارش می‌شود [۷]. برخلاف نظر شاکر و کچ، تریگس و پاندولفینو احساس گیر کردن غذا در مری یا قفسه سینه را اختلال بلع می‌نامند و معتقدند اگر این احساس با درد همراه شود اَدینوفاژی یا درد حین بلع است و چنانچه با گیر کردن یا بازگشت لقمه همراه شود تحت عنوان گیر کردن غذا نامیده می‌شود [۸]. به نظر می‌رسد یک ناهمگنی در اصطلاح‌شناسی یا هم‌رویدادی این دو اختلال وجود دارد. اگر مشخص شود که این اختلالات مجزا هستند روش ارزیابی و درمان نیز مجزا خواهد بود و اگر مشخص شود که هر دو به هم پیوسته‌اند یا یکی (درد حین بلع) نشانه‌ای از وجود اختلال دیگر (اختلال بلع) است احتمالاً مدیریت اختلال اصلی محور درمان و درمان نشانه، اولویت دوم خواهد بود.

یک راه برای آنکه مشخص شود چه رابطه‌ای بین اختلال بلع و درد حین بلع وجود دارد بررسی متون و سپس مصاحبه شناختی با بیماران و متخصصانی است که در این حوزه تجربیاتی دارند. بررسی متون با کلیدواژه «درد حین بلع»، «ادینوفاژی» و «بلع دردناک» در تعدادی از منابع الکترونیک در دسترس، تعداد محدودی مقاله را نشان داد که به صورت عمده به علت‌شناسی درد حین بلع و نحوه مدیریت آن پرداخته بودند [۹-۱۳]. در اخیرترین مطالعه، لاثوهاکیتی کول و پیروم‌چای [۱۴] موردی را گزارش کردند که یک جوان ۱۸ ساله و عضو تیم تشویق سال اولی‌های دانشگاه بدون هرگونه سابقه پزشکی، بدون داشتن علائم اختلال بلع، پس از برگزاری جلسه تمرین با درد حین بلع ناگهانی و درد گلو به کلینیک مراجعه کرده بود. در بررسی‌های بالینی و تاریخچه‌گیری هیچ مورد چشم‌گیری یافت نشد اما پس از گرفتن گرافی از نمای طرفی سر و گردن، خروج هوا از فضای رتروفارینژیال مشاهده شد و تشخیص آمفیزم رتروفارینژیال مطرح شد. استراحت صوتی به‌همراه یک مجموعه داروهای معمول برای بیمار به کاهش درد پس از یک روز و حذف کامل درد پس از یک هفته منجر شد. همچنین در پایش ۹ ماهه هیچ نشانه‌ای از بازگشت علائم وجود نداشت. آمفیزم رتروفارینژیال معمولاً متعاقب تروما، آسیب یاتروژنیک (مشکلات درمان‌زاد یا مشکلات متعاقب خطاهای پزشکی)، بیماری‌های انسدادی دستگاه تنفسی، یا کشیدن دندان اتفاق می‌افتد اما این مشکل می‌تواند پس از سرفه شدید، داد زدن، بلع با فشار و فعالیت بدنی نیز به‌صورت بسیار نادر به وجود بیاید. شایع‌ترین علائم این بیماری شامل گلودرد، اختلال بلع و درد حین بلعی است که بدون علائم دیسترس تنفسی یا دیسفونی اتفاق می‌افتند. با این توصیفات، به نظر می‌رسد درد حین بلع بنا به هر دلیلی کمتر مورد توجه متون قرار گرفته است و فقط وقتی باعث توجه ویژه شده است که حیات بیمار تحت تأثیر قرار گرفته است.

بلع دردناک یا درد حین بلع در متون پزشکی با نام اَدینوفاژی شناخته می‌شود [۱]. این درد می‌تواند ناشی از آسیب به مخاط یا زخم در مسیر بلع باشد. التهاب حلق، بازگشت غذا به مری، ابتلای مری به عفونت کاندیدا، التهاب مری متعاقب مصرف برخی مواد مثل اسید یا آلکالین، آسیب به مسیر بلع متعاقب بلع برخی مواد جامد مثل استخوان ماهی، و درنهایت التهاب مری به دنبال مصرف برخی داروها مثل آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای قلبی (که اغلب در سالمندان اتفاق می‌افتد) از علل شایع درد حین بلع است [۲]. در علت‌شناسی درد حین بلع، می‌توان اغلب به عفونت مری به‌ویژه در سندرم‌های نقص ایمنی اکتسابی، وجود یک التهاب مری ناشی از رادیوتراپی [۳] و یا حتی وجود یک اختلال کشنده در مری اشاره کرد. در بالغین، درد حین بلع می‌تواند متعاقب التهاب حاد اپی‌گلوت به وجود بیاید [۴]. شاکر و کچ در مقاله‌ای به تبیین اختلال بلع (دیسفاژی) و بلع دردناک پرداخته و بیان کردند که «افراد با درد حین بلع ممکن است به اختلال بلع اشاره کنند، اما بیماران با اختلال بلع، درد حین بلع نخواهند داشت» [۱]. اما مطالعات تأییدی بر این گفته نیستند. هم‌رویدادی اختلال بلع و درد حین بلع در بیماری روماتیسم و تغییرات التهابی مزمن مثل بیماری کرون^۱ گزارش شده است [۵، ۶].

اختلال بلع، تأخیری غیرطبیعی در انتقال لقمه مایع یا جامد در مراحل مختلف بلع است که می‌تواند به‌صورت گذرا یا به مدت چندثانیه و یا در شدیدترین حالت به‌صورت تأخیری همیشگی و گیر کردن غذا اتفاق بیفتد. دوره‌های وقوع آن نیز متفاوت است، گاهی به ازای بلع هر لقمه و گاهی سالی یک‌بار به‌واسطه دلیلی مشخص برای فرد پیش می‌آید [۷]. دسته‌بندی اختلال بلع بسیار دشوار است، زیرا اختلال می‌تواند در فازهای مختلف آماده‌سازی، دهانی، حلقی و مروی ماده غذایی اتفاق بیفتد. از طرفی شکایات بیمار معمولاً از نوع حسی است، بنابراین برای متخصص دشوار خواهد بود که بداند مشکل اصلی درد حین بلع است یا مشکل در طول مسیر بلعیدن (اختلال بلع) [۱]. در دسته‌بندی علل اختلال بلع می‌توان از انسداد مکانیکال مسیر بلع در مقابل آسیب حرکتی مسیر بلع استفاده کرد. در انسداد مکانیکال معمولاً آن دسته اختلالاتی مطرح می‌شوند که مسیر عبور لقمه را درگیر می‌کنند مثل سرطان‌های سر، گردن و مری. در این گروه اختلالات، فرد در بلع غذای جامد (به‌ویژه وقتی لقمه بزرگ‌تر از حد معمول باشد یا دارای چگالی بالایی باشد) و نه مایع دچار مشکل می‌شود. در عوض، در اختلالات بلع ناشی از حرکت، هر دو نوع ماده جامد و مایع می‌توانند سبب آسیب شوند زیرا نیروی عصبی - عضلانی موردنیاز برای حرکت لقمه فراهم نمی‌شود. از اختلالاتی که با اساس حرکتی باعث اختلال بلع می‌شوند می‌توان به بیماری آکالاژی یا بدعملکردی حلق‌دهانی پس از حوادث عروقی مغز

1. Crohn's disease

روش نمونه‌گیری در فاز کیفی، هدفمند بود. نمونه‌گیری هدفمند (قضاوتی، انتخابی و ذهنی نیز نامیده می‌شود) بنا به تعریف یک روش نمونه‌گیری احتمالی است که در آن براساس پیش‌فرض‌های مشخصی افراد واجد شرایط به‌عنوان نمونه انتخاب می‌شوند. از روش هدفمند به‌عنوان یک روش نمونه‌گیری در پژوهش‌های کیفی و همچنین تصمیم‌گیری چندمعیاره بسیار استفاده می‌شود [۱۸].

در گروه متخصصین، معیار ورود شامل داشتن مراجع با اختلال بلع در ۳ ماه اخیر، داشتن حداقل ۴ سال سابقه کار بالینی در حیطه آسیب‌شناسی گفتار و زبان، داشتن مدرک کارشناسی و بالاتر در رشته آسیب‌شناسی گفتار و زبان و درنهایت امضای فرم رضایت آگاهانه بود. عدم آشنایی با اختلال بلع از جمله معیارهای خروج از مطالعه به‌شمار آمد. به‌منظور شناسایی متخصصین، ابتدا به روش ساده به مطالعات موجود در حوزه اختلال بلع مراجعه شد و با نویسنده اول و مسئول به‌صورت تلفنی یا مکاتبه‌ای تماس گرفته شد. در صورتی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند برگه اطلاعات مطالعه و نیز فرم رضایت در اختیار آن‌ها قرار گرفت. سپس با تکنیک «گلوله‌برفی» از آن‌ها خواسته شد تا اگر کسی را در این حوزه می‌شناسند به پژوهشگر معرفی کنند [۱۸].

در پایان هر مصاحبه، از متخصصان خواسته می‌شد تا در صورتی که بیماری منطبق با معیارهای ورود به این مطالعه دارند معرفی نمایند. سپس برگه اطلاعات پژوهش و فرم رضایت‌نامه از طریق متخصص در اختیار بیمار قرار می‌گرفت و چنانچه بیمار تمایل به شرکت در مطالعه داشت از طریق متخصص مربوطه، زمان مصاحبه و محل آن تعیین می‌شد. بیماران، به شرط ابتلا به اختلال بلع مزمن (یعنی اختلال بلعی که بیش از ۲ هفته طول کشیده باشد [۱۹]) با هر علتی (وجود یا عدم وجود اختلال بلع به‌واسطه نمره بیمار در آزمون ماسا^۲ مشخص شد)، توانایی اجرای دستورات کلامی و سن بین ۱۸ تا ۸۵ سال مورد مصاحبه قرار گرفتند. نوع اختلال بلع (که به‌صورت کلاسیک به انواع اُروفارینژیال یا دهانی - حلقی، اُروفازِیال، اُروفագوگاستریک و پارا - اُروفازِیال تقسیم می‌شود [۲۰]) در این مطالعه مدنظر قرار نگرفت تا بتوان هر بیماری با اختلال بلع را مورد مصاحبه قرار داد و درخصوص درد هنگام بلع اطلاعات وسیع‌تری دریافت کرد. در صورت کاهش سطح هوشیاری بیمار طی فرایند مصاحبه یا عدم تمایل وی برای حضور در مطالعه، بیمار از لیست شرکت‌کنندگان خارج شد.

۱۵ متخصص فرم رضایت‌نامه را امضا کردند اما فقط ۱۱ نفر با اختلال بلع آشنایی داشتند و دارای شرایط ورود به مصاحبه بودند. ۳۸ بیمار فرم رضایت‌نامه و دعوت به مطالعه را دریافت کرده بودند اما فقط ۱۵ نفر برای حضور در مطالعه رضایت داشتند.

در متون علمی مرتبط با درد، درد را یک ادراک پیچیده و چندبعدی در نظر می‌گیرند که از جنبه‌های مختلف می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد. دیویدسون و همکاران برای ارزیابی درد مزمن یک مدل هفت‌فاکتوری را پیشنهاد می‌دهند که شامل درد و ناتوانی، توصیف درد، پریشانی عاطفی، حمایت، راهبردهای مقابله‌ای مثبت، راهبردهای مقابله‌ای منفی و فعالیت است. برای بخش توصیف درد از فرم کوتاه پرسش‌نامه درد مک‌گیل استفاده کرده‌اند [۱۵]. در این پرسش‌نامه برای توصیف درد از ۱۵ گویه توصیف‌کننده نوع درد روی یک مقیاس لیکرتی از صفر تا ۳ بهره گرفته شده است، درحالی‌که ابعاد درد مزمن برای برخی اختلالات نظیر التهاب پانکراس در متون بیش از ۵ مورد ذکر شده است [۱۶]. در متون مرتبط با دردهای سیستم گوارشی مثل پانکراس، برخلاف پرسش‌نامه مک‌گیل، به ابعادی مثل مکان، نحوه انتشار، نحوه شروع، ماهیت، الگوی زمانی، عوامل تشدیدکننده و تسکین‌دهنده، و شدت درد اشاره شده است که باید در ارزیابی درد بیمار بررسی شود [۱۷، ۱۶]. از آنجایی‌که درد حین بلع، دردی مرتبط با سیستم گوارش است به نظر می‌رسد پژوهشگران و درمانگران بایستی به‌دنبال بررسی ویژگی‌های دردهای گزارش‌شده برای ارگان‌های داخلی مرتبط با گوارش باشند.

عدم شفافیت متون درخصوص میزان اهمیت درد حین بلع برای آسیب‌شناسان گفتار و زبان، میزان تلاقی آن با اختلال بلع، تأیید وجود آن در بیماران با آسیب در مسیر بلع و تبیین ابعاد احتمالی درد حین بلع این ضرورت را ایجاد کرد که از طریق یک مطالعه کیفی این ابهامات شفاف شود. در صورت تأیید وجود یک مشکل خاص نظیر درد حین بلع، این مسئولیت به برنامه‌ریزان خدمات واگذار می‌شود تا چنین شرایطی را در طول ارزیابی و مداخله لحاظ کنند. بنابراین، این مطالعه به طریق کیفی تلاش کرد تا به بررسی وجود درد حین بلع در بیماران مبتلا به اختلال بلع، ابعاد درد حین بلع، اثر آن روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال بلع و نیز راهکارهای مدیریت این اختلال توسط بیماران و متخصصین بپردازد.

روش‌ها

شرکت‌کنندگان

جامعه پژوهش متشکل از دو گروه متخصصان آسیب‌شناسی گفتار و زبان و بیماران مبتلا به اختلال بلع در سراسر کشور (ایران) بود. تنها کسانی مورد مصاحبه قرار گرفتند که برگه رضایت‌نامه را پس از مطالعه اطلاعات مربوط به طرح امضا کرده و به پژوهشگر بازگردانده بودند. شرکت‌کنندگان فرم‌های امضا شده را از طریق ایمیل الکترونیکی، واتساپ یا تلگرام ارسال کردند.

2. The Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA)

روش انجام پژوهش

یافته‌ها

جدول شماره ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی متخصصین و **جدول شماره ۲** اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران را به صورت خلاصه نشان می‌دهند.

میانگین زمانی مصاحبه با بیماران حدود ۳۰ دقیقه و میانگین زمانی مصاحبه با متخصصین ۲۰ دقیقه بود. از تجزیه و تحلیل نسخه‌برداری‌های مصاحبه‌ها، ۶ مضمون اصلی در مصاحبه با متخصصین شامل الگو و دیرش درد، جایگاه و زمان شایع درد، شایع‌ترین علت بروز درد و شایع‌ترین نوع درد به دست آمد. در مصاحبه با بیماران یک مضمون به مضامین قبلی اضافه شد که شدت درد بود.

الگوی زمانی

هم متخصصین و هم بیماران گزارش کردند دفعاتی که در طول شبانه‌روز درد حین بلع را تجربه می‌کنند متفاوت است. برخی این درد را به صورت همیشگی و برخی درد را به صورت منقطع توصیف کردند. برای مثال:

یکی از متخصصین (ZA) در پاسخ به اینکه آیا بیماران الگوی خاصی از درد را گزارش می‌دهند، پاسخ داد: «بله معمولاً به الگوی ثابت داشتن، دیده بودم کسی درد داره همیشگی بود، یعنی تایم خاصی نداشت، مداوم بود.»

یکی از بیماران (MSH) در پاسخ به اینکه «می‌تونی در مورد الگوی درد به من بگی؟» پاسخ داد: «همیشه این درد رو دارم. غذا می‌خورم بیشتر می‌شه.»

در طول ژوئیه ۲۰۲۲ تا پایان نوامبر ۲۰۲۲ مصاحبه‌ها با هر دو گروه مشارکت‌کنندگان صورت پذیرفت. ابتدا از طریق تماس تلفنی اطلاعات اولیه از متخصصین آسیب‌شناسی گفتار و زبان گرفته می‌شد. مطالعات نشان داده‌اند ارزیابی‌ها و مداخلات به صورت رودررو و از طریق فضای مجازی می‌توانند تا حد زیادی نتایج مشابه در اختیار پژوهشگر قرار دهند [۲۱-۲۵]. بنابراین برای سهولت حضور متخصصین در این مطالعه، متخصصین می‌توانستند به صورت برخط یا حضوری در این مطالعه شرکت کنند. مصاحبه‌های برخط در پلتفرم واتساپ و مصاحبه‌های حضوری در محل کار متخصص صورت گرفت. مصاحبه با بیماران فقط به صورت حضوری در شهرهای سمنان، تهران و بابل انجام شد. پژوهشگر مصاحبه با شرکت‌کنندگان را تا جایی ادامه داد که در ۲ تا ۳ مصاحبه آخر، اطلاعات بیشتری کشف نشد. برای اجرای مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، برای هر دو گروه چند پرسش کلی و باز مطرح شد (پیوست شماره ۱ و ۲).

تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش پیشنهادی گرانهایم و لاندمن در ۴ مرحله انجام شد. در مرحله اول، پژوهشگر هر مصاحبه را بلافاصله پس از تکمیل آن نسخه‌برداری کرد. در مرحله دوم، پژوهشگر نسخه‌برداری‌ها را مورد مطالعه قرار داد و واحدهای معنی‌دار را جدا کرد. در مرحله سوم، براساس واحدهای معنی‌دار، تیم پژوهشی زیرطبقه‌ها را تعریف نمود و در پایان، این زیرطبقه‌ها مورد بررسی قرار گرفت و مضامین اصلی معرفی شدند.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی متخصصین

شماره	نام	جنسیت	سن (سال)	تحصیلات	نحوه مصاحبه	سنوات آشنایی با بلع
۱	MD	مرد	۴۲	کارشناسی ارشد	حضوری	۶
۲	FS	زن	۲۷	کارشناسی	حضوری	۲
۳	RN	زن	۴۸	کارشناسی ارشد	حضوری	۱۰
۴	FKH	مرد	۳۲	دکتر	حضوری	۱۰
۵	DL	مرد	۴۲	دکتر	تلفنی	۱۰
۶	JB	مرد	۴۶	دکتر	تلفنی	۱۸
۷	KSH	زن	۳۲	دکتر	تلفنی	۸
۸	TSH	زن	۵۲	کارشناسی	حضوری	۳
۹	ZA	زن	۲۹	کارشناسی	حضوری	۶
۱۰	AYB	مرد	۲۶	کارشناسی ارشد	حضوری	۲/۵
۱۱	MM	زن	۳۳	دکتر	حضوری	۵

توانبخشی

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال بلع

شماره	نام بیمار	سن (سال)	جنسیت	تحصیلات	بیماری	درد حین بلع
۱	MSH	۳۹	مرد	راهنمایی	تومور	دارد
۲	MAZ	۲۲	مرد	دیپلم	ضربه به سر	دارد
۳	MA	۸۸	مرد	دکتر	پارکینسون	دارد
۴	PO	۷۴	زن	راهنمایی	سکته	دارد
۵	AS	۷۶	مرد	کارشناسی ارشد	ناشناخته	دارد
۶	AS	۳۷	زن	کارشناسی	سایکوزنیک دیسفونیا	دارد
۷	HM	۳۲	مرد	راهنمایی	آسیب نخاعی	ندارد
۸	MM	۶۸	زن	کارشناسی ارشد	اسکلروز جانبی آمیوتروفیک	ندارد
۹	FJ	۶۰	مرد	راهنمایی	آسیب نخاعی	ندارد
۱۰	MATS	۷۲	مرد	ابتدایی	عفونت	ندارد
۱۱	SB	۶۰	مرد	دیپلم	سرطان معده	ندارد
۱۲	HA	۵۷	زن	دیپلم	آسم	ندارد
۱۳	ID	۴۹	مرد	دیپلم	سکته	ندارد
۱۴	KS	۶۸	مرد	دیپلم	بیماری کبدی	ندارد
۱۵	ASD	۱۶	مرد	دیپلم	ضربه به سر	ندارد

توانبخشی

متخصص FKH: «اونهایی که درد رو در حلق و حنجره گزارش می‌کنند معمولاً یه درد خیلی خفیفی دارند وقتی غذا می‌خورند بدتر میشه، فقط توی زمانی که قورت می‌دن»

مکان درد

بررسی جایگاه درد در بیماران از جمله مواردی بود که در این مطالعه از متخصصین و بیماران موردسؤال قرار گرفت. این پرسش در دو بخش، هم به مسیر بلع و هم به سایر نقاط بدن اشاره داشت. درخصوص دردهای راجعه یا درد در سایر نقاط بدن، هم‌زمان با درد حین بلع، درد در ناحیه حنجره و مری در اکثر مراجعینی که درد داشتند گزارش شد. اما تنها ۴ متخصص به دردهای راجعه به گوش و گردن همراه با درد حین بلع اشاره کردند. برای مکان درد حین بلع، در هر دو گروه مشارکت کنندگان، پاسخ‌ها به نقاط مشترکی از مسیر بلع اشاره داشت. برای مثال:

متخصص JB: «بیشترین درد تو قسمت حلق و قسمت انتهایی حلق یعنی پایین حلق حس می‌کنن، یعنی مثلاً تو قسمت حنجره این درد حس می‌کردن. من درد بالا ندیدم واقعیتش. بیشتر قسمت لارینگوپارینکس قرار می‌گیره.» و متخصص RN: «تو ناحیه حلق می‌تونن بگن بیشترین گزارش تو ناحیه حلق هستش یا همان حنجره.»

بیمار دیگر (AS) این‌گونه پاسخ داد: «در طی روز درد ندارم، وقتایی که غذا می‌خورم و قرص می‌خورم، احساس می‌کنم تا دو سه ساعت بعدش قرصه تو این گردی گلو هستش (به حفره بالای جناغ اشاره می‌کرد). همون لحظه‌ای که دارم قورت می‌دم درد دارم مخصوصاً تو یکی دو لقمه اول این احساس رو دارم.»

شدت درد

کلیه متخصصین شرکت‌کننده در این مصاحبه اعلام کردند که مختصه شدت درد را به‌لحاظ کیفی و کمی موردبررسی قرار نداده‌اند. اما وقتی از بیماران خواسته شد تا درد خود را در یک مقیاس کمی از صفر تا ۱۰ ارزیابی کنند آن‌ها اعداد متفاوتی را برای کمترین و بیشترین دردی که تجربه کرده‌اند و نیز دردی که به‌صورت متوسط دارند گزارش کردند. به دو مثال زیر توجه کنید:

بیمار MSH: «درد زیاد بود تو ناحیه حنجره، بوده ۳ تا ۵ ولی زیاد می‌شه تا ۷»

بیمار AS: «امتیاز ۴. همیشه این شدتو داشتم. نمی‌دونم کمتر یا بیشترش چنده»

یکی از متخصصین در پاسخ به دیرش درد به‌صورت کیفی نیز به شدت درد اشاره کرد:

متخصصین حاضر در این مطالعه از واژگان متفاوتی برای توصیف درد حین بلع استفاده کردند. برای مثال، بیماران نوع درد خود را با این واژه‌ها توصیف کردند:

MA: «تیرکشنده همراه با حس خفگی»

AS: «مبهم همراه با خفگی»

MAZ: «احساس خفگی و فشار»

گروه متخصصین هم لیستی از واژه‌های متفاوت را گزارش کردند. برای مثال:

MD: «معمولاً یک درد منتشر رو در ناحیه حلقشون گزارش می‌کنند و تیرکشنده.» و ZA: «چیزی که من دریافت (کردم اینه) احساس خفگی می‌کنند. یه چی راه گلو رو خفه می‌کنه مثل توده (می‌گن) بیشتر احساس خفگی می‌کنم.» و JB: «درد سوزنی. احساس می‌کنم یه سنگی تو گلو می‌کنم یعنی فشار حس می‌کنم. انگار چاقو می‌کشن ته حلقم. درد مبهم دارم در کل مسیر و در زمان بلع درد سوزنی شدید می‌شه.»

دیرش درد

در متون به دیرش درد به‌عنوان یکی از مختصه‌های مهم درد اشاره شده است. بنابراین در این مطالعه نیز هم از بیماران و هم از متخصصین درخصوص ماندگاری درد پرسیده شد. گروه متخصصین برای پاسخ، به علت‌شناسی اختلال بلع اشاره کردند، درحالی‌که در گروه بیماران فقط به مدت‌زمان طولانی شدن درد حین بلع اشاره شد.

متخصص MD: «در کیس‌های سایکو، قبل، حین و بعد از بلع درد وجود داره. ولی در کیس‌های ارگانیک در بعضی از غذاها کمتره و این افراد رژیم غذایی‌شون عوض می‌کنن تا درد کمتری تجربه کنن و ۷ تا ۸ دقیقه بعد از غذاخوردن دیگه درد تموم می‌شه.»

متخصص FKH: «... اونهایی که مثلاً کُنسر و اشالازی دارند اونها اون دردی که گزارش می‌کنند ممکنه تا ساعت‌ها بعد از غذاخوردن ادامه پیدا کنه مثلاً ممکنه تا ۵ ساعت بعد از غذا.»

بیمار AS: «دو سه ثانیه بعد از دو لقمه اول میمونه و بعدش دیگه نیست. فقط دو سه لقمه اول درد داره و باقی‌ش فشاره و استرس از اینکه خفه بشم.» بیمار MAZ و MSH به‌صورت مشترک پاسخ مشابه داشتند «نه، فقط موقع قورت دادن.»

یکی از سؤالاتی که در این مصاحبه‌ها از بیماران مبتلا به اختلال بلع پرسیده می‌شد درخصوص تأثیر این درد روی نحوه زندگی آن‌ها بود. بیمارانی که وجود درد را تأیید کردند در ادامه توضیحاتشان به تأثیرات منفی این درد و هم‌زمان اختلال بلع روی نحوه زندگی اشاره کردند؛ مثل MA: «امتناع از غذا خوردن»

بیمار PO: «انتهای زبون» و بیمار MAZ: «بیشتر از گلو به بالا از حنجره به بالا.»

زمان درد

کلیه بیمارانی که در این مطالعه درد را گزارش کردند درمورد زمان درد اتفاق نظر داشتند و اغلب به گفتن یک عبارت اکتفا نمودند: «موقع قورت دادن». متخصصین در این خصوص قدری مبسوط پاسخ دادند، مثل متخصص MD: «بستگی داره عارضه از کجا باشه. عارضه اگر در حفره دهانی بوده باشه خب در ناحیه دهانی. خب مسلماً اکثر این کیس‌هایی که ناراحت براساس علت ارگانیک باشن در مرحله ترانزیت دهانی، در محله اورال ما تا حدودی در دو می‌بینیم. در مرحله پریپریشن کمتر می‌بینیم و بعد در مرحله ترانزیت حلقی به‌خصوص اونهایی که جراحی در ناحیه مهره‌های گردنی دارن.»

متخصص FKH: «... وقتی غذا می‌خورند بدتر می‌شه فقط توی زمانی که قورت می‌دهند اونهایی که درد مری دارند...». اما درنهایت آن‌ها نیز به یک زمان اشاره داشتند «زمان قورت دادن.»

علل ایجاد درد

براساس پاسخ بیماران به نظر می‌رسد بافت سفت ماده غذایی بیشترین محرک درد حین بلع بوده است. از نظر متخصصین هم بافت غذا مطرح بود اما به‌شکلی متفاوت. به نمونه‌های مصاحبه‌های زیر در این خصوص دقت فرمایید:

متخصص FKH: «خب فرق می‌کنه یه نفر می‌گه حتی بزاقمو قورت می‌دم درد می‌کنه. حتی خب یه نفر دردش طرفیه سمت راست گردنم حتی بزاقمو قورت می‌دم درد می‌گیره یه نفر نه، کل گردنش درد منتشر می‌شه و با غذا خوردن بدتر می‌شه یعنی درد وجود داره با غذا خوردن بدتر می‌شه...»

متخصص ZA: «بیشترین گزارشی که دریافت می‌کردم بیشتر مربوط به حجم لقمه غذا بوده. حجم غذا بیشتر باشه درد براشون بیشتر می‌شه.»

متخصص KSH: «غذا خوردن و مخصوصاً غذای سفت»

متخصص دیگر (JB) پاسخ داد: «متفاوته. مثلاً بعضی‌ها می‌گن آب دهنمو قورت می‌دم درد حس می‌کنم... بعضی‌ها می‌گفتن موقع بلع مایعات و بعضی‌های دیگه می‌گفتن که غذای سفت می‌خورم درد می‌گیره.»

نوع درد

از جمله جنبه‌های دیگر درد که در متون به آن اشاره شده بود نوع دردی بود که بیماران تجربه کرده بودند؛ یعنی زمانی که درد را توصیف کرده‌اند از چه اصطلاحی استفاده کرده‌اند. بیماران و

بیماران تأثیر منفی داشته است. برخی بیماران برای حل این مشکل به درمان‌های جبرانی متوسل شده و برخی دیگر نیز به متخصصین آسیب‌شناسی گفتار و زبان مراجعه کرده‌اند. برخی متخصصین برای درمان حین بلع رویکرد بین‌رشته‌ای را توصیه کرده‌اند و برخی نیز به صورت مستقیم از روش‌های درمان اختلال بلع برای کاهش یا حذف درد حین بلع بهره جسته‌اند.

در حالی که متخصصین در حیطه اختلال بلع متفق‌القول به وجود درد حین بلع اشاره داشتند، این اجماع در بیماران مبتلا به اختلال بلع دیده نشد؛ به نحوی که تنها ۴۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال بلع، درد حین بلع را تأیید کردند. عدم تأیید درد توسط سایرین ضرورتاً به معنای عدم وجود آن نیست. شاید سایر مشکلات در این بیماران باعث شده است تا درد به صورت ماسک‌شده دربیاید، زیرا درد چنین تعریف شده است: «درد، یک تجربه حسی و عاطفی ناخوشایند همراه با آسیب واقعی یا بالقوه بافتی، یا به واسطه چنین آسیبی توصیف می‌شود» [۲۶]. شاکر و کچ علت درد حین بلع را عفونت یا التهاب معرفی می‌کنند اما در معرفی اختلال بلع از علل گوناگونی نام می‌برند [۱]. در این مطالعه مشخص شد بیمارانی هستند که بدون علل عفونی یا التهابی اما متعاقب علل دیگر دچار درد حین بلع شده‌اند. عللی که در دست‌بندی شاکر و کچ قرار نمی‌گیرند. گرچه غنای متون در خصوص درد حین بلع برای قیاس یافته‌ها کافی نیست، با احتیاط می‌توان به مطالعاتی تکیه کرد که در حیطه دردهای دستگاه گوارش صورت گرفته‌اند. برای مثال، در مطالعه‌ای کاتااکا و سوجی به شرح درد غیرقابل تحمل شکم در بیماران مبتلا به پارکینسون پرداختند. اگرچه این درد چندان شایع نیست اما در ۶ بیماری که آن را گزارش کردند الگوی زمانی، مکان درد، علت درد و شدت درد گزارش شده بود. همچنین این درد کیفیت زندگی این بیماران را نیز کاهش داده بود [۲۷].

با استفاده از متون و به‌ویژه مطالعه کولمن و همکاران [۱۶] و نیز پرسش‌نامه درد مک‌گیل [۱۵]، در این مطالعه پرسش‌های انتها‌بازی پرسیده شد که بتوان ابعاد مختلف درد را مورد کنکاش قرار داد. همه ابعاد دردی که در مطالعات درد در حیطه گوارش معرفی شده بودند در این مطالعه مورد تأیید قرار گرفتند [۱۶]. یافته قابل توجه در این مطالعه آن بود که شدت درد توسط متخصصین مورد توجه قرار نگرفته بود. مختصه‌ای که از جمله ابعاد حسی و فیزیولوژیکی درد است و بنا به توصیه متخصصین برای درد حاد باید مورد ملاحظه قرار بگیرد [۲۸]. حتی برای ارزیابی این مختصه درد، مقیاس‌های ارزیابی متعددی موجود است و لازم است تا در ارزیابی درد حین بلع نیز این ویژگی مدنظر قرار بگیرد [۲۹-۳۲]. به شرط آنکه درد به شرایط مزمن رسیده باشد همین پژوهشگران توصیه می‌کنند که تمرکز درمانگر باید روی چهار بُعد دیگر درد یعنی عاطفی، شناختی، رفتاری، و فرهنگی - اجتماعی قرار بگیرد [۱۵].

یا AS: «فوق‌العاده، اولاً که بیرون که می‌رم سعی می‌کنم اصلاً چیزای سفت نخورم. خیلی چیزها رو دلم می‌خواد بخورم ولی به‌خاطر اینکه نکنه تو گلوگیر کنه یا مثلاً اون حالت سرفه بهم دست بده نمی‌خورم.»

سؤال مشابه از متخصصین نیز پرسیده شد و پاسخ‌ها به سمت تأثیر اختلال بلع و نه اختصاصاً درد حین بلع روی نحوه زندگی همسویی داشتند. برای مثال:

MD: «همشون اذعان دارن که روی کیفیت زندگیشون اثر گذاشته. همشون می‌گن از زندگی کردن لذت نمی‌بریم. همشون با بغض می‌گن یکی از لذت‌های زندگی غذا خوردن و ما نمی‌تونیم لذت ببریم. واقعاً شبیه یک حسرت شده براشون. شیوه زندگیشون تغییر کرده. مثلاً رژیم غذایی، شیوه غذا خوردنشون تغییر کرده.»

FKH: «۱۰۰ درصد. اصلاً امکان نداره کیفیت زندگی کم نشه. مخصوصاً افرادی که درد طولانی‌مدت دارند ۱۰۰ درصد زندگیشون مختل میشه، کاهش وزن دارند، ممکنه آب بدنش کم بشه، ضعیف بشه، خواب‌آلوده بشه، زندگی خود و خانواده رو درگیر می‌کنه.»

AYB: «آره، خیلی هاشون افسرده می‌شن. خیلیا کیفیت زندگیشون می‌آد پایین. بعضیاشون از غذا خوردن اجتناب می‌کنند. در روز بیشتر از یه وعده نمی‌خورند دچار سوءتغذیه می‌شوند.»

به نظر می‌رسد هم برای بیماران و هم متخصصین تفکیک اثرات درد روی نحوه زندگی از اثرات اختلال بلع دشوار باشد.

در سؤال دیگری از مراجعین در خصوص اقداماتی که برای رفع درد انجام داده بودند پرسیده شد. PO: «بلع‌درمانی» و AS و MA: «مراجعه به متخصصین مختلف و بلع‌درمانی». MAZ: «سر تختمو می‌آرن بالا که کامل بشینم». MSH: «سرمو می‌آرم بالا». در پاسخ به این پرسش، متخصصین رویکردهای تقریباً همگنی برای درمان ارائه می‌دادند که شامل تغییر پوزیشن، ارجاع به پزشک متخصص و درنهایت تغییر بافت ماده غذایی می‌شد.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی وجود درد حین بلع، ویژگی‌های آن، تأثیر احتمالی این درد بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال بلع و راهکارهای درمان آن انجام شد. پس از مصاحبه با متخصصین و بیماران مشخص شد درد حین بلع وجود دارد گرچه به‌عنوان یکی از علائم جدی اختلال بلع یا به‌عنوان یک اختلال مجزا مورد ارزیابی و درمان قرار نگرفته است. ۷ مضمون اصلی در این مطالعه برای درد حین بلع به دست آمد که عبارت بودند از: الگوی زمانی، شدت، مکان، زمان، دیرش، علل و نوع درد. مشخص شد این درد به‌همراه اختلال بلع روی نحوه زندگی

درد در افراد باشد. جالب آنجاست که یکی از راهکارهای تیم توانبخشی اختلال بلع دهانی - حلقی تغییر بافت غذا یا وضعیت بدن به‌عنوان برخی تکنیک‌های جبرانی است [۳۸]. حتی در مدیریت اختلال بلع دهانی - حلقی هم متخصصین از دو رویکرد جبرانی و تمرینات توانبخشی استفاده می‌کنند [۳۶]. همین روش‌ها را مشارکت‌کنندگان در این مطالعه برای مدیریت درد حین بلع نیز به کار گرفته بودند. به نظر می‌رسد تیم توانبخشی اختلال بلع بایستی با دقت بیشتری نسبت به تفکیک درد حین بلع یا اختلال بلع دهانی - حلقی اقدام کند، زیرا تحقیقات نشان داده‌اند راهکارهای جبرانی برای مدیریت اختلال بلع اثرات درازمدت ندارند و می‌توانند هر بلع را حمایت کنند. درحالی‌که برای گرفتن نتایج ماندگار بایستی از تمرینات توانبخشی نظیر مانور مندلسون [۳۹]، تمرینات شاکر [۳۷]، [۴۰] یا تمرینات قدرت زبان [۴۱] استفاده کرد. تمریناتی که به گواه متون، تأثیرات مثبت اندکی از آن‌ها ثبت شده است [۳۶]. شاید علت کاهش تأثیر این درمان‌ها، هم‌رویدادی درد حین بلع و اختلال بلع باشد که مطالعات بیشتر در این حوزه می‌تواند راهگشا باشد.

دیرش درد در بیمارانی که اختلال بلع در آن‌ها اساس ارگانیک نداشت به‌صورت قبل، حین و بعد از بلع گزارش شد. شاید ارائه خدمات طبق مدل هفت‌فاکتوری دیویدسون و همکاران [۱۵] با نگاه ویژه جنبه‌های پریشانی عاطفی، حمایت، راهبردهای مقابله‌ای مثبت، راهبردهای مقابله‌ای منفی و فعالیت بتواند درد حین بلع را در این بیماران بهتر مدیریت کند. درحالی‌که بیمارانی که اختلال بلع در آن‌ها اساس ارگانیک داشت دیرش درد تنها منوط به زمان قورت دادن یا همان بلعیدن می‌شد. در این گروه تفکیک یا بررسی هم‌رویدادی اختلال بلع دهانی - حلقی و درد حین بلع از پیش‌نیازهای ارائه خدمات درمانی است. به نظر می‌رسد با این شرایط، درمان بلع و درد حین بلع بسته به علت اختلال بلع (ارگانیک در برابر سایکوتنیک) بایستی طرح متفاوتی را دنبال کند. مطالعات آینده می‌توانند شفافیت بیشتری در این بخش ایجاد کنند.

تمامی متون موجود مستندی از تأثیر منفی اختلال بلع بر کیفیت زندگی افراد مبتلا هستند [۴۲، ۴۳]. این مطالعه نیز نشان داد تنها اختلال بلع دلیل کاهش کیفیت زندگی در افراد مبتلا نیست بلکه درد حین بلع نیز در صورت وجود می‌تواند به‌صورت هم‌زمان بر کیفیت زندگی این افراد تأثیر داشته باشد. برای تفکیک اثرات منفی درد حین بلع و اختلال بلع بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا نیاز به مطالعه بیشتر است.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد درد حین بلع یکی از ویژگی‌های اختلال بلع در بیماران مبتلاست و ضرورت دارد متخصصین این حوزه در ملاحظات بالینی به آن توجه کنند. مطالعات آتی در این حوزه می‌تواند بر ابعاد مختلف درد در این بیماران و تولید مقیاس‌های ارزیابی مناسب تمرکز نمایند.

الگوی زمانی درد در این مطالعه یک الگوی ثابت و قابل پیش‌بینی برای کلیه بیماران نبود. بسته به علت ایجادکننده اختلال بلع، متخصصین و بیماران درد را به‌صورت همیشگی، گاهی اوقات و بعضی وقت‌ها یا اصلاً گزارش کردند. در مطالعات مرتبط با سیستم گوارش و دردهای مرتبط با آن نیز همین تنوع الگوی زمانی گزارش شده است [۱۶، ۱۷، ۳۳]. از آنجایی‌که بلع آغاز مسیر گوارش است، شباهت الگوی زمانی درد حین بلع با دردهای گزارش‌شده در سایر قسمت‌های سیستم گوارش قابل‌درک است. اما در همان پژوهش کاتااکا و سوچی، بیماران گزارش کردند که درد شکم همیشه و شب‌هنگام اتفاق می‌افتد و هیچ ارتباطی با زمان مصرف غذایشان ندارد [۲۷]. این یافته با یافته مطالعه حاضر در تناقض است، زیرا کلیه بیماران در مطالعه کاتااکا و سوچی یک الگوی زمانی برای درد شکم داشتند اما بیماران مطالعه حاضر در الگوی زمانی درد حین بلع تنوع نشان دادند. در مطالعه حاضر شاید اختلال بلع و درد حین بلع دلایل مختلفی داشته باشد، اما کاتااکا و سوچی در بررسی‌های آزمایشگاهی به تغییرات بافتی در ضخامت رکتوم (یعنی وجود یک تغییر در ارگان) رسیدند که می‌تواند توجیه‌کننده علت درد شکم در بیماران مبتلا به پارکینسون باشد.

بین بیماران و متخصصین در مورد مکان درد اتفاق نظر وجود داشت. بیشترین تمرکز روی حلق و حنجره بود. زمان شروع درد در همه بیماران و به استناد متخصصین در لحظه قورت دادن بوده است. تطبیق مکان درد و زمان حین بلع می‌تواند نقطه شروعی برای ارائه راهکارهای درمانی و جبرانی جهت اجتناب از شروع درد در این بیماران باشد. در بررسی متون مربوط به اختلال بلع، شیوع اختلال بلع از نوع دهانی - حلقی نسبت به انواع دیگر اختلال بلع بسیار بالاتر گزارش شده است (۱۴ تا ۳۵ درصد در سالمندان [۳۴]، ۵۱ درصد در سالمندان مؤسسه‌ای [۲۵]، ۱۰ درصد از بیماران پس از سکته [۱۹]). همین مسئله باعث شده است بسیاری از متخصصان در ارجاع بیمار با اختلال بلع دهانی - حلقی از اصطلاح «اختلال بلع» استفاده کنند [۳۶]. این موضوع به‌همراه شباهتی که در توصیف درد حین بلع در این مطالعه (احساس خفگی) و علائم اختلال بلع دهانی - حلقی (چسبیدن مواد بلعیده‌شده به گلو، سرفه یا خفگی، صدای خیس یا غرغرمانند، برگشت غذا به دهان و کاهش وزن [۳۷، ۳۶] وجود دارد می‌تواند پژوهشگر و خواننده را به این سمت سوق دهد که در وقوع اختلال بلع دهانی - حلقی و درد حین بلع هم‌پوشانی وجود دارد و شاید همین امر باعث شده است تا متخصصین این حیطه و حتی خود بیماران از درد حین بلع غافل بمانند. نتیجه‌گیری نهایی در این بخش به مطالعات بیشتر و گسترده‌تر نیاز دارد.

موضوع دیگری که هم‌رویدادی اختلال بلع دهانی - حلقی و درد حین بلع را تقویت می‌کند علت تحریک‌کننده درد حین بلع است. بافت غذا به‌ویژه وقتی از نوع جامد باشد می‌تواند تحریک‌کننده

محدودیت‌ها

این مطالعه رویکردی کیفی را برای بررسی درد حین بلع اتخاذ کرد. بنابراین وقتی پاسخ مشارکت‌کنندگان اطلاعات جدیدی درخصوص پرسش‌های مطالعه ارائه نمی‌داد مصاحبه خاتمه یافت. اما نسخه‌نگاری این مصاحبه‌ها و خارج کردن مضامین و زیرطبقه‌ها باعث شد تا دریچه‌های جدیدی برای بحث و بررسی پژوهشی و بالینی به وجود آید. بررسی کیفیت زندگی و مدیریت درد بُعد اصلی ویژگی‌های درد حین بلع نبود. بنابراین پژوهشگران این مطالعه تمرکز چندانی روی آن نداشتند. رسیدن به هرگونه نتیجه قطعی در این دو حوزه نیاز به مطالعات گسترده‌تر دارد. امید است مطالعات آینده بتواند سرنخ‌های مفیدی درخصوص درد حین بلع، شیوع آن و راهکارهای مدیریت یا درمان این اختلال ارائه دهد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

از کلیه شرکت‌کنندگان رضایت کتبی گرفته شد. این مطالعه مصوب کمیته اخلاق **دانشگاه علوم پزشکی سمنان** به شماره IR.SEMUMS.REC.1400.235 است.

حامی مالی

این مقاله منتج از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد خانم فاطمه کیائی درونکلا، گروه گفتاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: همه نویسندگان؛ تحقیق، بررسی و تحلیل: فاطمه کیائی درونکلا و معصومه سلمانی؛ روش‌شناسی: سید ابوالفضل تهیدست؛ نگارش پیش‌نویس: جلال بختیاری؛ نگارش: فاطمه کیائی درونکلا، معصومه سلمانی و سید ابوالفضل تهیدست؛ ویراستاری: همه نویسندگان؛ بررسی نهایی مقاله: فاطمه کیائی درونکلا و معصومه سلمانی؛ نهایی‌سازی: جلال بختیاری.

تعارض منافع

نویسندگان این پژوهش، هیچ‌گونه تعارض یا تضاد منافع ندارند.

تشکر و قدردانی

از **دانشگاه علوم پزشکی سمنان** به دلیل حمایت معنوی از پژوهش حاضر قدردانی و سپاسگزاری می‌شود.

References

- [1] Shaker R, Koch T. Dysphagia and odynophagia. In: Enna SJ, Bylund DB, editors. *xPharm: The comprehensive pharmacology reference*. New York: Elsevier; 2007. [DOI:10.1016/B978-008055232-3.60700-7]
- [2] Federle MP, Raman SP, Tublin ME. *Expertdx: Abdomen and Pelvis*. Amsterdam: Elsevier Health Sciences; 2016. [Link]
- [3] Perez RA, Early DS. Endoscopy in patients receiving radiation therapy to the thorax. *Digestive Diseases and Sciences*. 2002; 47(1):79-83. [DOI:10.1023/A:1013215520514] [PMID]
- [4] Sack JL, Brock CD. Identifying acute epiglottitis in adults. High degree of awareness, close monitoring are key. *Postgraduate Medicine*. 2002; 112(1):81-2, 85-6. [DOI:10.3810/pgm.2002.07.1258] [PMID]
- [5] Fitzgerald RC, Triadafilopoulos G. Esophageal manifestations of rheumatic disorders. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 1997; 26(4):641-66. [DOI:10.1016/S0049-0172(97)80001-7] [PMID]
- [6] Rudolph I, Goldstein F, DiMarino AJ Jr. Crohn's disease of the esophagus: Three cases and a literature review. *Canadian Journal of Gastroenterology*. 2001; 15(2):117-22. [DOI:10.1155/2001/380406] [PMID]
- [7] Abdel Jalil AA, Katzka DA, Castell DO. Approach to the patient with dysphagia. *The American Journal of Medicine*. 2015; 128(10):1138.e17-23. [DOI:10.1016/j.amjmed.2015.04.026] [PMID]
- [8] Triggs J, Pandolfino J. Recent advances in dysphagia management. *F1000Research*. 2019; 8:F1000 Faculty Rev-1527. [DOI:10.12688/f1000research.18900.1] [PMID]
- [9] Palmrich P, Niec R, Wan D, Maltz C. A rare case of odynophagia as a result of radiation and candida esophagitis: 1752. *American Journal of Gastroenterology*. 2018; 113:S1000. [DOI:10.14309/00000434-201810001-01752]
- [10] Lim KT. The unusual causes of odynophagia. *Diseases of the Esophagus*. 2018; 31(Supplement_1):78. [DOI:10.1093/dote/doy089.PS01.103]
- [11] Olyemi OI, Bush AM, Sedarsky K, Junga Z. An unusual etiology for odynophagia: A rare case of severe erosive esophagitis due to celiac disease. *Official Journal of the American College of Gastroenterology*. 2021; 116:S1463-S4. [DOI:10.14309/01.ajg.0000787804.40687.40]
- [12] Moreman C, Budihal S, Ubhi S, de Caestecker J, Richards CJ. An unusual cause of odynophagia. *Gut*. 2016; 65(3):399, 534. [DOI:10.1136/gutjnl-2015-310115] [PMID]
- [13] Brieau B, Rahmi G, Benosman H, Cellier C. Acute dysphagia and odynophagia revealing an unusual case of oesophageal anisakiasis. *Digestive and Liver Disease*. 2015; 47(12):e21. [DOI:10.1016/j.dld.2015.07.047] [PMID]
- [14] Laohakittikul C, Piroonchai P. An unusual case of odynophagia. *Dysphagia*. 2021; 36(1):157-8. [DOI:10.1007/s00455-020-10143-w] [PMID]
- [15] Davidson MA, Tripp DA, Fabrigar LR, Davidson PR. Chronic pain assessment: A seven-factor model. *Pain Research & Management*. 2008; 13(4):299-308. [DOI:10.1155/2008/976341] [PMID]
- [16] Kuhlmann L, Teo K, Olesen SS, Phillips AE, Faghih M, Tuck N, et al. Development of the comprehensive pain assessment tool short form for chronic pancreatitis: Validity and reliability testing. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2022; 20(4):e770-83. [DOI:10.1016/j.cgh.2021.05.055] [PMID]
- [17] Rosendahl J. Understanding pain in chronic pancreatitis: Not yet the end of the story? *Gut*. 2022; 71(12):2378-9. [DOI:10.1136/gutjnl-2021-326279] [PMID]
- [18] Adib Haj Bagheri M, Parvizi S, Salsali M. [Qualitative research methodology (Persian)]. Tehran: Boshra; 2015. [Link]
- [19] Broadley S, Cheek A, Salonikis S, Whitham E, Chong V, Cardone D, et al. Predicting prolonged dysphagia in acute stroke: The royal adelaide prognostic index for dysphagic stroke (RAPIDS). *Dysphagia*. 2005; 20(4):303-10. [DOI:10.1007/s00455-005-0032-y] [PMID]
- [20] Wolf DC. Dysphagia. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. *Clinical methods: The history, physical, and laboratory examinations*. Boston: Butterworths; 1990. [PMID]
- [21] Saloniki EC, Malley J, Burge P, Lu H, Batchelder L, Linnosmaa I, et al. Comparing internet and face-to-face surveys as methods for eliciting preferences for social care-related quality of life: evidence from England using the ASCOT service user measure. *Quality of Life Research*. 2019; 28(8):2207-20. [DOI:10.1007/s11136-019-02172-2] [PMID]
- [22] Wales D, Skinner L, Hayman M. The efficacy of telehealth-delivered speech and language intervention for primary school-age children: A systematic review. *International Journal of Telerehabilitation*. 2017; 9(1):55-70. [DOI:10.5195/ijt.2017.6219] [PMID]
- [23] Burchell D, Bourassa Bédard V, Boyce K, McLaren J, Brandecker M, Squires B, et al. Exploring the validity and reliability of online assessment for conversational, narrative, and expository discourse measures in school-aged children. *Frontiers in Communication*. 2022; 7:798196. [DOI:10.3389/fcomm.2022.798196]
- [24] Manning BL, Harpole A, Harriott EM, Postolowicz K, Norton ES. Taking language samples home: Feasibility, reliability, and validity of child language samples conducted remotely with video chat versus in-person. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2020; 63(12):3982-90. [DOI:10.1044/2020_JSLHR-20-00202] [PMID]
- [25] Aminisani N, Shamshirgaran M, Laghousi D, Javadpour A, Gholamnezhad Z, Gilani N, et al. Validation of Persian Version of the Telephone Interview for Cognitive Status-modified Questionnaire Among Iranian Adults. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2022; 16(2):e114458. [DOI:10.5812/ijpbs.114458]
- [26] Treede RD. The international association for the study of pain definition of pain: As valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. *Pain Reports*. 2018; 3(2):e643. [DOI:10.1097/PR9.0000000000000643] [PMID]

- [27] Kataoka H, Sugie K. Persistent intolerable abdominal pain in patients with Parkinson's disease. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2023; 224:107558. [DOI:10.1016/j.clineuro.2022.107558] [PMID]
- [28] McGuire DB. Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1992; 7(5):312-9. [DOI:10.1016/0885-3924(92)90064-O] [PMID]
- [29] Katz J, Melzack R. Measurement of pain. *The Surgical Clinics of North America*. 1999; 79(2):231-52. [DOI:10.1016/S0039-6109(05)70381-9] [PMID]
- [30] Atisook R, Euasobhon P, Saengsanon A, Jensen MP. Validity and utility of four pain intensity measures for use in international research. *Journal of Pain Research*. 2021; 14:1129-39. [DOI:10.2147/JPR.S303305] [PMID]
- [31] Pathak A, Sharma S, Jensen MP. The utility and validity of pain intensity rating scales for use in developing countries. *Pain Reports*. 2018; 3(5):e672. [DOI:10.1097/PR9.0000000000000672] [PMID]
- [32] Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, et al. Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*. 2008; 101(1):17-24. [DOI:10.1093/bja/aen103] [PMID]
- [33] Drewes AM, van Veldhuisen CL, Bellin MD, Besselink MG, Bouwense SA, Olesen SS, et al. Assessment of pain associated with chronic pancreatitis: An international consensus guideline. *Pancreatology*. 2021; 21(7):1256-84. [DOI:10.1016/j.pan.2021.07.004] [PMID]
- [34] Lindgren S, Janzon L. Prevalence of swallowing complaints and clinical findings among 50-79-year-old men and women in an urban population. *Dysphagia*. 1991; 6(4):187-92. [DOI:10.1007/BF02493524] [PMID]
- [35] Lin LC, Wu SC, Chen HS, Wang TG, Chen MY. Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in taiwan. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002; 50(6):1118-23. [DOI:10.1046/j.1532-5415.2002.50270.x] [PMID]
- [36] O'Rourke F, Vickers K, Upton C, Chan D. Swallowing and oropharyngeal dysphagia. *Clinical Medicine*. 2014; 14(2):196-9. [DOI:10.7861/clinmedicine.14-2-196] [PMID]
- [37] Chen AW, Wu SL, Cheng WL, Chuang CS, Chen CH, Chen MK, et al. Dysphagia with fatal choking in oculopharyngeal muscular dystrophy: Case report. *Medicine*. 2018; 97(43):e12935. [DOI:10.1097/MD.00000000000012935] [PMID]
- [38] Shaker R, Belafsky PC, Postma GN, Easterling C. Principles of deglutition: A multidisciplinary text for swallowing and its disorders. Berlin: Springer; 2013. [DOI:10.1007/978-1-4614-3794-9] [PMID]
- [39] McCullough GH, Kamarunas E, Mann GC, Schmidley JW, Robbins JA, Crary MA. Effects of mendelsohn maneuver on measures of swallowing duration post stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2012; 19(3):234-43. [DOI:10.1310/tsr1903-234] [PMID]
- [40] Shaker R, Easterling C, Kern M, Nitschke T, Massey B, Daniels S, et al. Rehabilitation of swallowing by exercise in tube-fed patients with pharyngeal dysphagia secondary to abnormal UES opening. *Gastroenterology*. 2002; 122(5):1314-21. [DOI:10.1053/gast.2002.32999] [PMID]
- [41] Lazarus C, Logemann JA, Huang CF, Rademaker AW. Effects of two types of tongue strengthening exercises in young normals. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*. 2003; 55(4):199-205. [DOI:10.1159/000071019] [PMID]
- [42] Vesey S. Dysphagia and quality of life. *British Journal of Community Nursing*. 2013; Suppl:S14, S16, S18-9. [DOI:10.12968/bjcn.2013.18.Sup5.S14] [PMID]
- [43] Smith R, Bryant L, Hemsley B. Dysphagia and quality of life, participation, and inclusion experiences and outcomes for adults and children with dysphagia: A scoping review. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups. 2022; 7(1):181-96. [DOI:10.1044/2021_PERSP-21-00162] [PMID]

پیوست ۱:

سوالات مرتبط با مصاحبه با بیماران

نام و نام خانوادگی:

سن:

میزان تحصیلات: (بیسواد-ابتدایی-راهنمایی-دبیرستان-دیپلم-دانشگاه)

جنسیت:

بیماری زمینه‌ای:

علت/بیماری منجر به اختلال بلع:

شروع اختلال بلع:

اقدامات انجام شده:

تا کنون هنگام غذا خوردن/بلعیدن درد داشته‌اید؟

می‌تونید در مورد الگوی درد به من بگی؟ (همیشه این درد را در طول روز داری؟ یا نه هنگام غذا خوردن دردهای منقطع و ناگهانی داری؟ یا همیشه در مسیر بلع درد داری حین غذا خوردن بدتر می‌شود؟ یا نه مسیر درد همیشه شدیداً دردناک گاهی اوقات درد کاهش پیدا می‌کنه و هیچ ربطی هم به غذا خوردن نداره)

شدت دردی که داری را از صفر تا ۱۰ بهش چند می‌دی؟ بدترین دردی که تجربه کردی را از صفر تا ۱۰ بهش چند می‌دی؟ کمترین دردی را که تجربه کردی از صفر تا ۱۰ بهش چند می‌دی؟

کجای مسیر بلع غذا درد را احساس می‌کنید؟ (یعنی از لب‌ها تا معده می‌تونید اشاره کنید درد در کجا بوده است؟)

کی این درد را دارید؟ (موقعی که لقمه را در دهان می‌گذارید؟ یا وقتی که آن را می‌جوید؟ یا وقتی که لقمه را قورت می‌دهید؟ یا نه وقتی که لقمه به سمت معده پایین می‌رود؟)

چه چیزهایی باعث می‌شود این درد شروع بشه؟ (فقط غذا خوردن؟ تغییر پوزیشن از نشستن به ایستاده یا از خوابیده به نشسته؟ نوشیدن مایعات؟ خوردن میوه‌های سفت؟ خوردن آجیل و خشکبار؟)

می‌تونید این درد را توصیف کنید؟ (دردی که احساس می‌کنید چه جوریه؟ تیرکشنده؟ یک درد مبهم که تو کل مسیر بلع حس می‌کنید؟ نقطه‌ای؟ فشاری؟ سنگینی؟ همراه با حس خفگی؟ احساس خارش در مسیر بلع؟ مورمور شدن؟ سوزش؟ منقطع (می‌گیره و ول می‌کنه)؟ کلافه‌کننده؟ انگار کسی مشت به مسیر غذایی می‌زنه؟)

آیا این درد بعد از غذا خوردن باقی می‌ماند یا پس از قورت دادن لقمه برطرف می‌شود؟

آیا این درد روی نحوه زندگی شما اثر داشته است؟ (مثلاً نوع غذایی که می‌خورید، نحوه غذا خوردن، شرکت در مهمانی‌ها و دورهمی‌ها، انجام وظایف روزمره، و ... را به این خاطر تغییر داده‌اید؟)

تا کنون برای برطرف کردن درد حین بلع اقدامی داشته‌اید؟ (چه اقداماتی؟ به چه کسی مراجعه کردید؟ داروی مسکنی می‌خورید؟ چی؟ چنداناً؟ چه موقع؟)

جدا از درد هنگام بلع، آیا در جایی دیگه از بدن هم درد را دارید؟ (سر و صورت؟ حنجره؟ دست و پا؟ قفسه سینه؟ شکم؟ مفاصل؟ ...)

پیوست ۲:

سؤالات برای مصاحبه با متخصصین مرتبط با بلع

نام و نام خانوادگی:

سن:

میزان تحصیلات:

تخصص:

جنسیت:

میزان آشنایی با اختلالات بلع:

تعداد مراجعین با اختلال بلع که هر روز می‌بینید:

علت/بیماری منجر به اختلال بلع:

معمولاً چه اقدام/پیشنهادی به مراجع جهت رفع اختلال بلع ارائه می‌دهید؟

شروع اختلال بلع (چه زمانی؟ چه جوری؟):

تا کنون مراجعی داشته‌اید که از درد حین بلع شکایت داشته باشد؟

آیا الگوی خاصی از درد را گزارش می‌کرد؟ (درد همیشگی در طول روز؟ یا دردهای منقطع و ناگهانی؟ یا یک درد همیشگی که حین غذا خوردن بدتر می‌شود؟ یا نه مسیر درد همیشه شدیداً دردناکه گاهی اوقات درد کاهش پیدا می‌کند و هیچ ربطی هم به غذا خوردن ندارد.)

شدت درد هنگام بلع را چقدر گزارش می‌کرد؟ کمترین شدت؟ بیشترین شدت؟ (از صفر تا ۱۰)؟

معمولاً در کجای مسیر بلع غذا درد را گزارش می‌کرد؟ (یعنی از لب‌ها تا معده، درد در کجا بوده است؟)

درد هنگام بلع چه موقع اتفاق می‌افتاد؟ (موقع گذاشتن لقمه در دهان؟ یا هنگام جویدن؟ یا وقتی که لقمه را قورت می‌داد؟ یا نه وقتی که لقمه به سمت معده پایین می‌رود؟)

مراجع چه چیزهایی را دلیل آغاز درد گزارش می‌کرد؟ (فقط غذا خوردن؟ تغییر پوزیشن از نشستن به ایستاده یا از خوابیده به نشسته؟ نوشیدن مایعات؟ خوردن میوه‌های سفت؟ خوردن آجیل و خشکبار؟)

مراجع دردش را چگونه برای شما توصیف می‌کرد؟ (تیرکشنده؟ یک درد مبهم تو کل مسیر بلع؟ نقطه‌ای؟ فشاری؟ سنگینی؟ همراه با حس خفگی؟ احساس خارش در مسیر بلع؟ مورمور شدن؟ سوزش؟ منقطع (می‌گیره و ول می‌کند)؟ کلافه‌کننده؟ انگار کسی مشت به مسیر غذایی می‌زنه؟)

مراجع دیرش درد را چقدر گزارش می‌کرد؟ (آیا این درد بعد از غذا خوردن باقی می‌ماند یا پس از قورت دادن لقمه برطرف می‌شود؟)

آیا مراجع شما گزارشی از تأثیر این درد روی نحوه زندگی‌اش به شما داده است؟ (مثلاً نوع غذایی که می‌خورد، نحوه غذا خوردن، شرکت در مهمانی‌ها و دورهمی‌ها، انجام وظایف روزمره و ...)

اقدامات شما یا خود مراجع برای برطرف کردن درد حین بلع چه بوده است؟ (چه اقداماتی؟ ارجاع؟ داروی مسکنی؟ چی؟ چندتا؟ چه موقع؟)

آیا مراجع جدای از درد هنگام بلع، در جایی دیگه از بدن هم درد را گزارش کرده است؟ (سر و صورت؟ حنجره؟ دست و پا؟ قفسه سینه؟ شکم؟ مفاصل؟ ...)