MEJDS. 2022; 12:254.
Published online 2023 Mar. **Original Article**

Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia and Its Predictive Factors in Patients with Neurological Diseases and Head and Neck Surgery

Biglary M[1], *Ghelichi L[2], Kamali M[3]

Author Address
1. MS in Speech and Language Pathology, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
2. PhD, Assistant Professor of Speech & Language Pathology, Department of Speech and Language Pathology, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
3. PhD, Professor of Health Education, Department of Rehabilitation Management, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** ghelichi.l@iums.ac.ir

Received: 2019 January 25; **Accepted:** 2019 February 3

Abstract

Objective & Background: Dysphagia is a common disease and growing concern in various groups of patients, such as neurology and head and neck surgery. Despite the high prevalence of dysphagia and its serious complications, a major cause of mortality in these patients, it is often overlooked in the clinical evaluation of patients. Since dysphagia screening and prevention is an important step towards ensuring patient safety, improving the quality of care, reducing mortality, and improving the quality of life in different patient groups. This issue should be addressed in hospitals and related clinics. Nowadays, with the use of prevalence studies, the complications caused by dysphagia disorder can be prevented in different aspects of the patient's life. In addition, healthcare providers and therapists can identify these patients and provide appropriate healthcare services using information from these studies. Therefore, this study aimed to investigate the frequency and predictors of oropharyngeal dysphagia in neurology and head and neck surgery patients.
Methods: This cross–sectional study was descriptive and analytical. We examined 500 patients admitted to Hamadan City (West of Iran) medical centers and the dysphagia clinic of Iran Rehabilitation Sciences School. All patients participating in this study were selected by purposive sampling. In this study, the Mini–Mental State Exam screening test was performed to ensure no linguistic or cognitive impairment. In addition, the Gugging Swallowing Screen test, an expert–oriented tool, was used to confirm the dysphagia. In this study, the independent *t* test and Chi–square test were used to assess the demographic variables of age and sex and logistic regression analysis to determine dysphagia predictors. It should be noted that the study's findings were analyzed using SPSS software at a significant level of 0.05.
Results: A total of 40 patients (17.39%) were suffering from dysphagia. Also, there was a significant difference between the mean scores of their GUSS test and those without dysphagia ($p<0.001$). However, there was no significant difference between the mean age of patients with dysphagia and those without dysphagia ($p=0.457$). In addition, there was no significant difference between the patients with dysphagia regarding gender ($p=0.090$). In addition, logistic regression analysis showed that gender (95% CI: 0.9–4.1; OR=2.02) and etiology (95% CI: 0.06–0.5; OR=0.19) were predictors of dysphagia in this group of patients.
Conclusion: Dysphagia disorder is common in patients with neurology and head and neck surgery. In addition, etiology and gender are the predictors of dysphagia in them.
Keywords: Deglutition disorder, GUSS, Prevalence.

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.41.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.40]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۲۵۴.

انتشار برخط اسفند ۱۴۰۱

مقاله پژوهشی اصیل

فراوانی دیسفاژی دهانی_حلقی و عوامل پیش‌بینی‌کنندهٔ آن در بیماران مبتلا به بیماری‌های نورولوژی و جراحی‌های سر و گردن

مریم بیگلری[۱]، *لیلا قلیچی[۲]، محمد کمالی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی کارشناسی‌ارشد آسیب‌شناسی گفتار و زبان، دانشکدهٔ علوم توان‌بخشی دانشگاه علوم‌پزشکی ایران، تهران، ایران؛

۲. دکتری گفتاردرمانی، استادیار گروه گفتاردرمانی، دانشکدهٔ علوم توان‌بخشی دانشگاه علوم‌پزشکی ایران، تهران، ایران؛

۳. دکتری آموزش بهداشت، استاد گروه مدیریت توان‌بخشی، دانشکدهٔ علوم توان‌بخشی دانشگاه علوم‌پزشکی ایران، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** ghelichi.l@iums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۵ بهمن ۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴ بهمن ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: اختلال بلع یا دیسفاژی مشکلاتی جدی همچون سوءتغذیه و پنومونی در بیماران ایجاد می‌کند. هدف مطالعهٔ حاضر بررسی فراوانی و عوامل پیش‌بینی‌کنندهٔ دیسفاژی دهانی_حلقی در بیماران نورولوژی و جراحی‌های سر و گردن بود.

روش‌بررسی: این مطالعه مقطعی به‌صورت توصیفی_تحلیلی بود که ۵۰۰ بیمار را به‌طور غیراحتمالی در مراکز درمانی همدان و کلینیک دیسفاژی دانشکدهٔ علوم توان‌بخشی ایران بررسی کرد. وضعیت شناختی و ابتلا به دیسفاژی بیماران به‌ترتیب با آزمون‌های ام‌ام‌اس‌ئی و گاس سنجیده شد. آزمون‌های تی‌مستقل و کای‌اسکوئر برای ارزیابی متغیرهای جمعیت‌شناختی سن و جنسیت و همین‌طور تحلیل رگرسیون لجستیک جهت تعیین عوامل پیش‌بینی‌کنندهٔ دیسفاژی به‌کار رفت. درنهایت نتایج با نرم‌افزار SPSS در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۴۰ نفر (۱۷/۳۹درصد) از کل بیماران مبتلا به دیسفاژی بوده و تفاوت معناداری بین میانگین نمرهٔ آزمون گاس آنان و افراد بدون دیسفاژی وجود داشت (p<۰/۰۰۱)؛ اما بین میانگین سنی آن‌ها تفاوت معناداری دیده نشد (p=۰/۴۵۷). در بین افراد مبتلا به دیسفاژی از نظر جنسیت نیز تفاوت معنادار گزارش نشد (p=۰/۰۹۰). همچنین تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که جنسیت (OR=۲/۰۲، ۹۵درصد، CI =۰/۹_۴/۱) و علت‌شناسی (OR=۰/۱۹، ۹۵درصد، CI =۰/۰۶_۰/۵) پیش‌بینی‌کنندهٔ دیسفاژی در بیماران حاضر است.

نتیجه‌گیری: اختلال دیسفاژی در بیماران نورولوژی و جراحی‌های سر و گردن شایع است. همچنین علت‌شناسی و جنسیت از عوامل پیش‌بینی‌کنندهٔ دیسفاژی در آن‌ها می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: دیسفاژی، گاس، فراوانی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.41.0]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.40]

۱ مقدمه

بلع دارای چهار مرحلهٔ اصلی آماده‌سازی دهانی، دهانی، حلقی و مروی است که طی دو فاز ارادی و غیرارادی انجام می‌شود (۱). مشکل در انتقال غذا از دهان به معده اختلال بلع یا دیسفاژی نام دارد (۲). به‌طورکلی این اختلال در بیماران نورولوژیک ازجمله سکتهٔ مغزی، پارکینسون، ای‌ال‌اس (ALS)، ام‌اس (MS) و همین‌طور در بیماران دارای سرطان سر و گردن شایع است (۵ـ۳). علائم این اختلال شامل مشکل در قراردادن غذا در دهان، ناتوانی در کنترل غذا یا بزاق در دهان، سرفه‌کردن قبل و حین یا بعد از بلعیدن و بلع پرتقلا می‌باشد (۶).

باتوجه به اینکه اختلال دیسفاژی مشکلاتی جدی همچون سوتغذیه و پنومونی را به‌همراه دارد، دلیل عمدهٔ مرگ‌ومیر در گروه بیماران مذکور است؛ همین‌طور با پیشرفت آن، کیفیت زندگی بیمار و مراقبان آن‌ها به‌طور معناداری کاهش می‌یابد؛ بنابراین تشخیص زودهنگام و درمان دیسفاژی، برای پیشگیری از عوارض جدی ضروری است؛ چراکه منجربه کاهش خطر پنومونی و کاهش طول مدت بستری‌شدن در بیمارستان و بهبود نتایج درمان می‌شود؛ همچنین درمانگران را از نیاز به ارزیابی و درمان به‌موقع آگاه می‌کند (۱۰ـ۷).

مطالعات همه‌گیرشناسی مربوط به شیوع دیسفاژی، محدود هستند؛ اما به‌طورکلی در طی تحقیقات مختلف شیوع این اختلال بین ۱۶تا۲۲درصد اعلام شده است و فراوانی آن را در گروه‌های مختلف بیماران به این صورت گزارش کرده‌اند: ۵۰تا۷۵درصد بیماران دارای سرطان سر و گردن؛ ۵۲تا۸۲درصد بیماران آلزایمر و پارکینسون؛ بیش از ۳۰درصد بیماران دچار آسیب شریانی‌ـ‌مغزی و ای‌ال‌اس و ام‌اس؛ ۴۰درصد بیماران میاستنی‌گراویس؛ بیش از ۴۳درصد سالمندان بیشتر از ۶۵ سال؛ بیشتر از ۶۰درصد بیماران بستری‌شده در بیمارستان (۱۴-۱۱).

اولین مطالعه در رابطه با فراوانی دیسفاژی در کشور ایران توسط زمانی (۱۵) انجام شد که طی این تحقیق فراوانی دیسفاژی در بیماران بستری‌شدهٔ بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز در شش ماه اول سال ۱۳۸۹ تحت بررسی قرار گرفت. طبق نتایج این پژوهش به‌طور میانگین ۴/۲درصد از کل بیماران، مبتلا به دیسفاژی (مردان ۴درصد و زنان ۴/۵درصد) بودند. مطالعه‌ای مشابه توسط باریک‌رو و همکاران (۱۶) در جمعیت سالمندان مقیم شهر اصفهان صورت گرفت و نتایج بررسی فراوانی این اختلال را ۴۱/۲درصد نشان داد. همچنین در تحقیقی دیگر در این راستا نادری‌فر و همکاران (۱۷) در بیمارستان‌های آموزشی شهر زاهدان، فراوانی دیسفاژی را ۲/۱درصد گزارش کردند. ترامشلو و همکاران (۱۸) نیز طی پژوهش خود فراوانی دیسفاژی را در ۲۳۰ بیمار ام‌اس تحت بررسی قرار دادند و طبق نتایج، ۸۵درصد از بیماران مبتلا به دیسفاژی بودند.

باتوجه به شواهد علمی چنانچه بتوان الگوی قابل اتکایی از احتمال وقوع دیسفاژی و عوارض ناشی‌از آن به‌دست آورد تا حدود زیادی می‌توان خطرات تهدیدکنندهٔ بیماران را پیش‌بینی کرد و مواجهه با آن‌ها را کاهش داد و بدین‌ترتیب از بروزشان جلوگیری نمود. باتوجه به افزایش تعداد افرادی که به‌واسطهٔ بیماری‌های گوناگون تحت‌تأثیر اختلال دیسفاژی قرار می‌گیرند، انجام مطالعات شیوع‌شناسی و بررسی عوامل پیش‌بین بر گروه مختلف بیماران احتمال خطاهای تشخیص را برای درمانگران کاهش می‌دهد و نیز تأمین داده‌های اساسی برای طرح‌ریزی و اجرا و ارزشیابی اقدامات درمانی با کمک این نوع از مطالعه برای آن‌ها فراهم می‌شود.

بنابراین باتوجه به اینکه مطالعات اندکی در رابطه با فراوانی دیسفاژی در ایران صورت گرفته است، هدف این پژوهش بررسی فراوانی دیسفاژی دهانی‌ـ‌حلقی و همچنین استخراج عامل‌های پیش‌بینی‌کنندهٔ اختلال دیسفاژی در بیماران پذیرش‌شدهٔ بیمارستان‌های آموزشی شهر همدان و کلینیک تخصصی دیسفاژی دانشکدهٔ علوم توان‌بخشی ایران در سال ۱۳۹۷ بود.

۲ روش‌بررسی

مطالعهٔ حاضر از نوع مقطعی و به‌صورت توصیفی‌ـ‌تحلیلی بود که ۵۰۰ بیمار پذیرش‌شده در بیمارستان‌های آموزشی شهر همدان و بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی دیسفاژی دانشکدهٔ علوم توان‌بخشی ایران را با استفاده از روش غیراحتمالی از اردیبهشت تا شهریور سال ۱۳۹۷ تحت بررسی قرار داد. معیار ورود بیماران به مطالعه عبارت بود از: ۱. قرارداشتن افراد در دامنهٔ سنی ۱۸تا۹۰ سال؛ ۲. نداشتن اختلال زبانی و شناختی تأییدشده با آزمون ام‌ام‌اس‌ئی[1] (MMSE)؛ ۳. توان‌مندی دنبال‌کردن دستورات آزمون غربالگری گاس[2] (GUSS). علاوه‌بر این بیمارانی که مبتلا به دیسفاژی با علت اختلالات ساختاری مانند دیورتیکول زنکر[3] بوده، از مطالعه خارج شدند. درنهایت پس از دریافت کد اخلاق از کمیتهٔ پژوهشی دانشگاه علوم‌پزشکی ایران، ۲۳۰ بیمار مطابق با معیارهای ورود به مطالعه، فرم رضایت‌نامه را تکمیل کرده و سپس ارزیابی شدند.

طی این مطالعه برای اطمینان از وجودنداشتن اختلال زبانی و شناختی، از بیماران آزمون غربالگری ام‌ام‌اس‌ئی گرفته شد. حساسیت و ویژگی این آزمون به‌ترتیب ۹۸درصد و ۱۰۰درصد بود. به‌طورکلی حداکثر نمرهٔ آزمون ۳۰ است؛ چنانچه نمرهٔ فرد ۲۳ و بیشتر از آن باشد، به اختلال زبانی و شناختی مبتلا نیست (۱۹). همین‌طور جهت تأیید وجود یا عدم وجود دیسفاژی از آزمون غربالگری گاس استفاده شد. این آزمون از دو بخش ارزیابی مستقیم و غیرمستقیم تشکیل شده است. بخش ارزیابی غیرمستقیم شامل سه زیرگروه است که معیارهای هوشیاری، سرفهٔ ارادی، بلع بزاق، آبریزش دهان و تغییر صدا را می‌سنجد. در بخش ارزیابی مستقیم مواد غذایی مختلفی در سه غلظت متفاوت شامل جامد و نیمه‌جامد و مایع به بیمار داده می‌شود و به‌طور مستقیم آیتم‌های بلع، سرفهٔ غیرارادی، آبریزش دهان و تغییر صدا تحت بررسی قرار می‌گیرد. در این آزمون شدت اختلال باتوجه به نمرهٔ به‌دست‌آمده برای فرد مشخص می‌شود، حساسیت تست گاس برای شناسایی دیسفاژی ۵/۹۵ درصد و ویژگی آن ۴/۹۴ درصد است (جدول ۱) (۲۰).

[1]. Mini-Mental State Exam
[2]. Gugging Swallowing Screen test
[3]. Zenker's diverticulum

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.41.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.40]

طی این مطالعه از آزمون‌های تی‌مستقل و کای‌اسکوئر برای ارزیابی متغیرهای جمعیت‌شناختی سن و جنسیت استفاده شد. همچنین تحلیل رگرسیون لجستیک برای بررسی عوامل پیش‌بینی‌کنندهٔ دیسفاژی صورت گرفت. آنالیزهای آماری این پژوهش با استفاده از نسخهٔ ۲۲ نرم‌افزار SPSS انجام پذیرفت. همچنین سطح معناداری آماری α=۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. شدت اختلال دیسفاژی برحسب نمرهٔ گاس

نمرهٔ GUSS	شدت اختلال دیسفاژی
۲۰	نرمال، بدون خطر آسپیراسیون
۱۵تا۱۹	کم، با خطر ضعیف آسپیراسیون
۱۰تا۱۴	متوسط، با خطر آسپیراسیون
۰تا۹	شدید، با خطر زیاد آسپیراسیون

۳ یافته‌ها

در مطالعهٔ حاضر ۲۳۰ بیمار تحت پژوهش قرار گرفتند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی این بیماران در جدول‌های ۲ و ۳ گزارش شده است. طبق بررسی‌های انجام‌شده ۴۰ نفر (۱۷/۳۹درصد) از کل بیماران مبتلا به دیسفاژی بودند که شامل ۲۴ مرد (۶۰درصد) و ۱۶ زن (۴۰درصد) با میانگین سنی ۱۲/۷۳±۴۶/۴۸ (دامنهٔ سنی ۲۳تا۷۰) بود. توزیع فراوانی بیماران مبتلا به دیسفاژی به‌صورت ۲۲ نفر (۵۵درصد) در بیماران نورولوژی و ۱۸ نفر (۴۵درصد) در بیماران جراحی سر و گردن به‌دست آمد. میانگین نمرهٔ آزمون گاس برای کل بیماران ۳/۹۶±۱۲/۵۳ (دامنهٔ ۶تا۱۹) گزارش شد که در بین آن‌ها ۱۱ نفر (۴/۸درصد) مبتلا به دیسفاژی شدید و ۱۷ نفر (۷/۴درصد) دیسفاژی متوسط و ۱۲ نفر (۵/۲درصد) دیسفاژی خفیف بودند.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران

متغیر	سطوح	کل بیماران (N=۲۳۰)	انحراف معیار	دارای دیسفاژی (N=۴۰)	انحراف معیار	بدون دیسفاژی (N=۱۹۰)	انحراف معیار	مقدار احتمال
سن	میانگین	۴۷/۹۰	۱۴/۸۷	۴۶/۴۸	۲/۷۳	۴۸/۱۹	۵/۳۰	۰/۴۵۷
جنس	مرد(درصد)	۱۱۰ (۴۷/۸)		۲۴ (۶۰)		۸۶ (۴۵/۳)		۰/۰۹۰
	زن(درصد)	۱۲۰ (۵۲/۲)		۱۶ (۴۰)		۱۰۴ (۵۴/۷)		
نمره	گاس	۱۸/۷۰	۳/۲۷	۲/۵۳	۳/۹۶	۲۰		۰/۰۰۰

باتوجه به نتایج آزمون تی‌مستقل، تفاوت معناداری بین میانگین نمرهٔ آزمون گاس دو گروه دارای دیسفاژی و بدون دیسفاژی وجود داشت. بیماران دارای دیسفاژی به‌طور معناداری نمرات کمتری در آزمون گاس کسب کردند (p<۰/۰۰۱)؛ اما بین میانگین سنی این دو گروه تفاوت معناداری دیده نشد (p=۰/۴۵۷). همچنین نتایج آزمون کای‌اسکوئر تفاوت معناداری را در اختلال بلع بین دو جنس مختلف گزارش نکرد (p=۰/۰۹۰) (جدول ۲).

جدول ۳. علت‌شناسی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	دارای دیسفاژی (N=۴۰)	بدون دیسفاژی (N=۱۹۰)
علت‌شناسی	ام‌اس ۸	ام‌اس ۸۰
	پارکینسون ۳	پارکینسون ۱۱
	جراحی سر و گردن ۱۸	جراحی سر و گردن ۶۹
	سکتهٔ مغزی ۱۱	سکتهٔ مغزی ۳۰

تحلیل رگرسیون لجستیک در این مطالعه نشان داد که جنسیت (۴/۱ـ ۰/۹ CI، ۹۵درصد، OR=۲/۰۲) و علت‌شناسی (۰/۵ـ۰/۰۶ CI، ۹۵درصد، OR=۰/۱۹) به‌طور معناداری می‌توانند ابتلا به دیسفاژی را پیش‌بینی کنند (جدول ۴). همین‌طور در بین بیماران مطالعه‌شده، گروه بیماران ام‌اس سطح معناداری بیشتری را در تعیین عامل علت‌شناسی نشان دادند (p=۰/۰۰۳).

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.41.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.40]

جدول ۴. نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک جهت پیش‌بینی دیسفاژی

متغیرهای پیش‌بین	ضریب رگرسیون	خطای معیار	مقدار احتمال	نسبت شانس	فاصلهٔ اطمینان ۹۵درصد
سن	۰/۲۱ـ	۰/۰۱	۰/۱۰۷	۰/۹۷	۱/۰-۰/۹
جنس	۰/۷	۰/۳۶	۰/۰۵	۲/۰۲	۴/۱-۰/۹
علت‌شناسی	۱/۶۵ـ	۰/۵۵	۰/۰۰۳	۰/۱۹	۰/۵-۰/۰۶

۴ بحث

دیسفاژی اختلالی جدی است که بر تعداد درخورتوجهی از بیماران مبتلا به اختلالات عصبی یا بیماری‌های پیشرونده تأثیر می‌گذارد. مطالعهٔ حاضر فراوانی و عوامل پیش‌بینی‌کنندهٔ دیسفاژی دهانی‌ـحلقی را با استفاده از آزمون گاس در بیماران نورولوژی و جراحی‌های سر و گردن بررسی کرد.

در این مطالعه به‌طورکلی فراوانی دیسفاژی ۱۷/۳۹ درصد گزارش شد که باتوجه به نتایج مطالعات انجام‌شده در ایران همچون پژوهش نادری‌فر و همکاران (۱۷) و مطالعهٔ زمانی (۱۵) نشان می‌دهد که فراوانی این اختلال (به ترتیب ۲/۱ و ۴/۲درصد)، در گروه‌های مختلف بیماران، در سال‌های اخیر افزایش یافته است. در مطالعات مشابه دیگری در خارج از ایران همچون پژوهشی که اسلیک و تالی (۱۲) بر ۱۰۰۰ نفر از شهروندان سیدنی استرالیا اجرا کردند، فراوانی دیسفاژی ۱۶ درصد گزارش شد؛ مطالعاتی از این دست بر افراد مقیم خانهٔ سالمندان به‌ترتیب توسط هولاند و همکاران (۲۱) و کاواشیما و همکاران (۲۲) صورت گرفت که فراوانی دیسفاژی را ۱۱/۴ و ۱۳/۸درصد به‌دست آوردند. پرات و همکارانش (۲۳) طی پژوهش خود بر سالمندانی که مستقل زندگی کردند فراوانی دیسفاژی را ۲۷/۲درصد نشان دادند. همین‌طور ویلکینز و همکاران (۲۴) فراوانی ۲۲/۶درصد را برای بیماران سالن انتظار چندین مطب پزشکی در گرجستان ذکر کردند. در ادامه می‌توان به مطالعهٔ گروهر و بوکاتمن (۲۵) در دو بیمارستان آموزشی اشاره کرد که فراوانی ۱۲ تا۱۳ درصد را نشان دادند. اخیراً عبدالقادر و همکارانش (۲۶) در مطالعهٔ خود روی سالمندان به فراوانی ۲۰/۱ درصد دست یافتند. بنا بر آنچه تاکنون گفته شد نتایج مطالعهٔ حاضر از نظر میزان فراوانی گزارش‌شده با مطالعات مذکور همسوست.

از طرف دیگر این نتایج با یافته‌های کوبو و همکاران (۴) که فراوانی دیسفاژی را در مطالعهٔ خود ۶۹/۶درصد به‌دست آوردند و نیز با یافته‌های کابره و همکاران (۲۷) که فراوانی را ۵۵درصد گزارش کرده، مطابقت نداشت. از دلایل ناهمخوانی می‌توان به تفاوت در حجم نمونه و روش جمع‌آوری اطلاعات و نوع ابزار غربالگری اشاره کرد که می‌تواند منجربه تفاوت در میزان فراوانی حاصل شود.

همان‌طورکه پیش‌تر در بخش نتایج ذکر شد فراوانی دیسفاژی در بیماران نورولوژی ۵۵درصد بود. این یافته توسط نتیجهٔ مطالعاتی همچون آلجی کریشنان و همکاران (۲۹) که به بررسی داده‌های مرتبط با بیماران دیسفاژی در پنج پایگاه الکترونیکی با بازهٔ زمانی بیست سال (۱۹۹۰تا۲۰۱۱) پرداختند (۱۳تا۵۷درصد) و مطالعهٔ موآرو و همکاران (۲۸) روی ۱۰۰ بیمار سکتهٔ مغزی (۵۰درصد)، تأیید می‌شود. از طرفی فراوانی این اختلال در گروه بیماران جراحی‌های سر و گردن در این تحقیق ۴۵درصد گزارش شد که با مطالعات گارسیا پریس و همکاران (۳۰) در ۸۷ بیمار دارای سرطان سر و گردن (۵۰/۶درصد) و بزاز و همکاران (۳۱) بر ۲۴۹ بیمار تحت جراحی ستون فقرات گردن (۵۰/۲درصد)، مطابقت دارد.

همچنین مشاهدات حاصل از پژوهش حاضر با نتایج نادری‌فر و همکاران (۱۷)، زمانی (۱۵)، عبدالقادر و همکارانش (۲۶) و پرات و همکارانش (۲۳) همخوانی داشت که جملگی آن‌ها تفاوت معناداری بین جنسیت‌ها از نظر ابتلا به دیسفاژی گزارش نکردند؛ اما این نتایج با یافته‌های پژوهشگرانی همچون ویلکینز و همکاران (۲۴) که تأکید داشتند فراوانی دیسفاژی در زنان بیشتر از مردان بوده، ناهمسوست. در تبیین این تفاوت می‌توان به موضوعاتی همچون تمایل بیشتر زنان به گزارش علائم دیسفاژی درمقایسه با مردان اشاره کرد. همین‌طور تقاضای درمان در زنان قاطع‌تر بوده و با احتمال بیشتری طرفدار مداخلات درمانی هستند.

تحلیل رگرسیون انجام‌شده در این مطالعه نشان داد که علت‌شناسی و جنسیت دو عامل پیش‌بینی‌کنندهٔ دیسفاژی در این گروه از بیماران می‌باشد؛ این در حالی است که نتایج به‌دست‌آمده متفاوت با عامل‌های گزارش‌شده در دیگر مطالعات بود. در پژوهش‌های دیگر همچون مطالعهٔ ترامشلو و همکاران (۱۸) که در بیماران اماس انجام شد، میزان ناتوانی بیمار و طول مدت بیماری به‌عنوان عوامل مستقل پیش‌بینی‌کنندهٔ دیسفاژی، گزارش شده است. در مطالعهٔ حاضر نیز گروه بیماران اماس سطح معناداری بیشتری را در تعیین عامل علت‌شناسی به‌عنوان پیش‌بینی‌کنندهٔ دیسفاژی نشان دادند؛ بنابراین با احتیاط می‌توان این‌گونه استدلال کرد که بیماران اماس درمعرض خطر بیشتری از جنبهٔ ابتلا به دیسفاژی قرار دارند. از محدودیت‌های مطالعهٔ حاضر می‌توان به معدودبودن مراکز جهت مراجعهٔ بیماران دیسفاژی اشاره کرد؛ همین‌طور کم‌بودن حجم نمونهٔ مطالعه‌شده می‌تواند به‌عنوان یکی دیگر از محدودیت‌ها باشد.

باتوجه به شیوع دیسفاژی در گروه‌های مختلف بیماران پیشنهاد می‌شود مطالعاتی درجهت شناسایی سایر عوامل پیش‌بینی‌کننده و نیز ارزیابی روند شیوع این اختلال در بازه‌های زمانی متفاوت صورت پذیرد تا بتوان زمینهٔ مداخلهٔ زودهنگام و اثربخش را توسط درمانگران در قالب تنظیم پروتکل‌های استاندارد درمانی فراهم کرد. همچنین جهت تعمیم‌پذیری بهتر نتایج مطالعه توصیه می‌شود در حجم نمونهٔ بزرگ‌تر اجرا گردد. از جانب دیگر باتوجه به تنوع عوامل پیش‌بینی‌کنندهٔ اختلال دیسفاژی در مطالعات گوناگون بررسی شود که آیا می‌توان به الگوی ثابت و قابل اتکایی در این خصوص دست یافت یا خیر.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.41.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.40]

۵ نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که اختلال دیسفاژی در گروه بیماران نورولوژی و جراحی‌های سر و گردن عارضهٔ شایعی است. علت‌شناسی و جنسیت عوامل مستقل پیش‌بینی‌کنندهٔ دیسفاژی هستند؛ بنابراین عملکرد بلع بیماران گروه نورولوژی و جراحی‌های سر و گردن، به‌خصوص در گروه مردان باید ارزیابی شود و همچنین در صورت نیاز، مداخلهٔ درمانی مناسب و به‌هنگام دریافت کنند.

۶ تشکر و قدردانی

از مسئولان محترم بیمارستان‌های همدان و کلینیک تخصصی دیسفاژی دانشکدهٔ علوم توان‌بخشی ایران و بیماران شرکت‌کننده در مطالعه کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه ها

تأییدیه اخلاقی و رضایتنامه از شرکت‌کنندگان

این پژوهش در کمیتهٔ پژوهشی دانشگاه علوم‌پزشکی و به شماره مرجع IR.IUMS.REC.1397.237 در دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد تصویب قرار گرفت. همچنین از شرکت کنندگان رضایت‌نامهٔ آگاهانه اخذ شد.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

نتایج این پژوهش جزو اموال دانشگاه علوم پزشکی ایران است و نزد نویسندهٔ مسئول در دانشگاه است.

تزاحم منافع

بدین‌وسیله نویسندگان تصریح می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی درخصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع مالی

منابع مالی این پژوهش توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

داده های بیماران مبتلا به دیسفازی توسط مریم بیگلری و دکتر لیلا قلیچی جمع آوری شده است و داده‌ها توسط دکتر محمد کمالی و دکتر لیلا قلیچی آنالیز گردیده است. همهٔ نویسندگان در تهیهٔ نسخهٔ دست‌نویس همکار اصلی بوده و همهٔ نویسندگان دست‌نویس نهایی را خوانده و تأیید کردند.

References

1. Rosenbek JC, Jones HN. Dysphagia in Movement Disorders. Plural Publishing; 2008; pp:35-50.
2. Logemann JA. The evaluation and treatment of swallowing disorders. Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery. 1998;6(6):395–400.
3. Barzegar-Bafrooei E, Bakhtiary J, Khatoonabadi AR, Fatehi F, Maroufizadeh S, Fathali M. Validation of the Persian version of the dysphagia handicap index in patients with neurological disorders. Iran J Neurol. 2016;15(3):128–32.
4. Sarabia-Cobo CM, Pérez V, de Lorena P, Domínguez E, Hermosilla C, Nuñez MJ, et al. The incidence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients institutionalized: A multicenter study in Spain. Appl Nurs Res. 2016;30:e6-9. doi: 10.1016/j.apnr.2015.07.001
5. Dwivedi RC, St Rose S, Roe JWG, Khan AS, Pepper C, Nutting CM, et al. Validation of the Sydney Swallow Questionnaire (SSQ) in a cohort of head and neck cancer patients. Oral Oncol. 2010;46(4):e10-14. doi: 10.1016/j.oraloncology.2010.02.004
6. Keage M, Delatycki M, Corben L, Vogel A. A systematic review of self-reported swallowing assessments in progressive neurological disorders. Dysphagia. 2015;30(1):27–46. doi: 10.1007/s00455-014-9579-9
7. Park Y-H, Han H-R, Oh B-M, Lee J, Park J, Yu SJ, et al. Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. Geriatr Nurs. 2013;34(3):212–7. doi: 10.1016/j.gerinurse.2013.02.014
8. Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy J, Speyer R. A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. Dysphagia. 2016;31(3):434–41. doi: 10.1007/s00455-016-9695-9
9. O'Horo JC, Rogus-Pulia N, Garcia-Arguello L, Robbins J, Safdar N. Bedside diagnosis of dysphagia: a systematic review. J Hosp Med. 2015;10(4):256–65. doi: 10.1002/jhm.2313
10. Kalf JG, de Swart BJM, Bloem BR, Munneke M. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: a meta-analysis. Parkinsonism Relat Disord. 2012;18(4):311–5. doi: 10.1016/j.parkreldis.2011.11.006
11. Clavé P, Terré R, de Kraa M, Serra M. Approaching oropharyngeal dysphagia. Rev Esp Enferm Dig. 2004;96(2):119–31. doi: 10.4321/s1130-01082004000200005
12. Eslick GD, Talley NJ. Dysphagia: epidemiology, risk factors and impact on quality of life--a population-based study. Aliment Pharmacol Ther. 2008;27(10):971–9. doi: 10.1111/j.1365-2036.2008.03664.x
13. Bloem BR, Lagaay AM, van Beek W, Haan J, Roos RA, Wintzen AR. Prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87. BMJ. 1990;300(6726):721–2. doi: 10.1136/bmj.300.6726.721
14. Rofes L, Arreola V, Almirall J, Cabré M, Campins L, García-Peris P, et al. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. Gastroenterol Res Pract. 2011;2011:1–13. doi: 10.1155/2011/818979
15. Zamani P. The Prevalence of Dysphagia among in-Patients in Educational Hospitals of Ahvaz in the Second Half of 2010. Jundishapur Sci Med J. 2012;11(3):261–8. [Persian] http://jsmj.ajums.ac.ir/article_49563_7a11ba330436452d60896ec140ce650a.pdf

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.41.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.40]

16. Barikroo A, Hosseini Z, Ansari Z. The prevalence of oropharyngeal dysphagia among nursing home residents in Isfahan. J Res in Rehab Sci. 2011;7(2). doi: 10.22122/jrrs.v7i2.187
17. Naderifar E, Roohande R, Arani SM, Ashtab F, Asadollahpour F. The Prevalence of Dysphagia among Patients in Educational Hospitals of Zahedan in the second Half of 2012. Scholars Journal of Applied Medical Sciences. 2015;3(3G): 1525–8.
18. Tarameshlu M, Azimi AR, Ghelichi L, Ansari NN. Prevalence and predictors of dysphagia in Iranian patients with multiple sclerosis. Med J Islam Repub Iran. 2017;31:133. doi: 10.14196/mjiri.31.133
19. Ansari NN, Naghdi S, Hasson S, Valizadeh L, Jalaie S. Validation of a Mini-Mental State Examination (MMSE) for the Persian population: a pilot study. Appl Neuropsychol. 2010;17(3):190–5. doi: 10.1080/09084282.2010.499773
20. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, et al. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke. 2007;38(11):2948–52. doi: 10.1161/STROKEAHA.107.483933
21. Holland G, Jayasekeran V, Pendleton N, Horan M, Jones M, Hamdy S. Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self-reporting questionnaire survey. Dis Esophagus. 2011;24(7):476–80. doi: 10.1111/j.1442-2050.2011.01182.x
22. Kawashima K, Motohashi Y, Fujishima I. Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening. Dysphagia. 2004;19(4):266–71. doi: 10.1007/s00455-004-0013-6
23. Serra-Prat M, Hinojosa G, López D, Juan M, Fabré E, Voss DS, et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. J Am Geriatr Soc. 2011;59(1):186–7. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03227.x
24. Wilkins T, Gillies RA, Thomas AM, Wagner PJ. The prevalence of dysphagia in primary care patients: a HamesNet Research Network study. J Am Board Fam Med. 2007;20(2):144–50. doi: 10.3122/jabfm.2007.02.060045
25. Groher ME, Bukatman R. The prevalence of swallowing disorders in two teaching hospitals. Dysphagia. 1986;1(1):3–6. doi: 10.1007/BF02408233
26. Abdul Khader F, Somayaji K. S. G, . M. Swallowing difficulties among healthy elderly: prevalence and aetiology. Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2018;4(2):494. doi: 10.18203/issn.2454-5929.ijohns20180713
27. Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. Age Ageing. 2010;39(1):39–45. doi: 10.1093/ageing/afp100
28. Alagiakrishnan K, Bhanji RA, Kurian M. Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: a systematic review. Arch Gerontol Geriatr. 2013;56(1):1–9. doi: 10.1016/j.archger.2012.04.011
29. Mourão AM, Lemos SMA, Almeida EO, Vicente LCC, Teixeira AL. Frequency and factors associated with dysphagia in stroke. Codas. 2016;28(1):66–70. doi: 10.1590/2317-1782/20162015072
30. García-Peris P, Parón L, Velasco C, de la Cuerda C, Camblor M, Bretón I, et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: Impact on quality of life. Clin Nutr. 2007;26(6):710–7. doi: 10.1016/j.clnu.2007.08.006
31. Bazaz R, Lee MJ, Yoo JU. Incidence of Dysphagia After Anterior Cervical Spine Surgery: A Prospective Study. Spine. 2002;27(22):2453–8. doi: 10.1097/00007632-200211150-00007

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.41.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.40]