

# سوالات ارزیابی غیرحضوری اختلال بلع

(بررسی مشکل بیمار شما به صورت آنلاین)



در صورتی که دسترسی به درمانگران اختلال بلع ندارید و اگر می‌خواهید به طور آنلاین تحت ارزیابی اختلال بلع قرار بگیرید، می‌توانید با پاسخ دادن به سوالات زیر مشکل بلع خود را توسط درمانگران ایران مد اس ال پی بررسی فرمایید.



در صورت ارائه پاسخ‌های صحیح به سوالات زیر که در چهار دسته طبقه‌بندی شده‌اند، امکان بررسی دقیق مشکل بیمار شما وجود دارد. تقاضای ما از شما این است که به طور دقیق به سوالات زیر پاسخ داده و آن را به صورت یک ویس یا صدای ضبط شده برای ما ارسال فرمایید.

در ابتدا لازم است جهت کاهش خطا در ضبط صدا به صداهای راهنما و یک نمونه صدای ضبط شده از بیماران که در صفحه بررسی مشکل بیمار شما قرار داده شده است، گوش کنید.

**\*نکته:** پیش از ضبط صدا هر چهار صفحه را مرور فرمایید!



Iran Medslp

Speech Therapy and Dysphagia Treatment

# سوالات اطلاعات شخصی و بیوگرافیک بیمار

1. نام و نام خانوادگی
2. سن
3. جنسیت
4. قد تقریبی
5. وزن تقریبی
6. زبان مادری
7. آدرس محل سکونت
8. شماره تماس ثابت و همراه
9. پزشک اصلی معالج بیمار
10. پزشک ارجاع دهنده
11. در صورت ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای (مانند دیابت- قلبی- فشارخون- آسم- بیماری خود ایمنی و....) لطفا قید شود.
12. در صورت ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای در اعضای خانواده (مانند دیابت- قلبی- فشارخون- آسم- بیماری خود ایمنی و....) لطفا قید شود.
13. در صورت ابتلا به افسردگی و اعتیاد به الکل و ماده مخدر و سیگار (لطفا نوع بیماری و اعتیاد قید شود).
14. فردی که به سوالات پاسخ می‌دهد؟ (در صورتی که همراه بیمار به سوالات پاسخ می‌دهد لطفا نسبت با بیمار قید شود).



Iran Medslp

Speech Therapy and Dysphagia Treatment

## سوالات عمومی

15. مشکل اصلی شما چیست؟ (علت مراجعه به سایت ما را به طور دقیق بیان کنید).
16. علائم شما از چه زمانی بروز پیدا کرد؟
17. علائم شما به چه شکلی شروع شد؟ (نوع علامت بروز یافته را بنویسید)
18. آیا همیشه همین علامت را داشته‌اید؟
19. آیا علامت به مرور زمان تغییر داشته است؟
20. آیا علامت به طور پیوسته وجود داشت یا با وقفه‌هایی همراه بود؟ (در صورت وجود وقفه در بروز علائم لطفاً بسامد آن را ذکر فرمایید).
21. علائم شما برای چه مدتی حضور داشته است؟
22. آیا علامت شما با محرکی بروز می‌یابد؟ (لطفاً نام محرک را قید فرمایید).
23. آیا علائم شما در شروع غذا خوردن / در حین غذا خوردن رخ می‌دهد یا انتهای آن؟
24. مشکل شما در خوردن چه نوع ماده‌ای است؟
25. آیا بلع شما دردناک است؟
26. آیا از خوردن نوع خاصی از ماده غذایی اجتناب می‌کنید؟ (در صورتی که جواب بلی است لطفاً نوع ماده را قید فرمایید).
27. سخت‌ترین ماده غذایی برای بلعیدن برای شما چیست؟
28. آسان‌ترین ماده غذایی برای بلعیدن برای شما چیست؟
29. آیا قادر به بلعیدن مواد جامد نظیر نان و گوشت هستید؟
30. آیا برای خوردن مجبور به تکه تکه کردن غذای خود می‌شوید؟ (بلعیدن لقمه بزرگ برای شما دشوار است؟).
31. آیا پس از خوردن مواد جامد احساس می‌کنید که بایستی آب بنوشید؟



32. آیا در مقایسه با دیگران زمان بیشتری برای اتمام وعده غذایی خود نیاز دارید؟ (در صورت که جواب بلی است لطفا مدت زمان اضافی را را قید بفرمایید).
33. در چه پوزیشنی تغذیه می شوید؟
34. در چه پوزیشنی می خوابید؟
35. آیا برای بلعیدن نیاز به تحریک گلو دارید؟
36. آیا بروز مشکل بلع شما به بافت ماده غذایی مصرفی وابسته است؟ (مایع/نرم/سفت) (در صورت که جواب بلی است لطفا نوع ماده را قید بفرمایید).
37. آیا برای مصرف بدون مشکل مواد غذایی، بافت آن‌ها تغییر می دهید؟ (غلیظ کردن مایعات و یا له کردن مواد جامد).
38. آیا دمای مواد غذایی تاثیری بر خوردن شما دارد؟ (در صورت که جواب بلی است لطفا نوع تاثیر را قید بفرمایید).
39. آیا در حین غذا خوردن خسته می شوید؟
40. برای بلعیدن مواد جامد بیشتر از حالت معمول به تقلا می افتم (بلی / نه؟).
41. برای بلعیدن قرص‌های خوراکی بیشتر از حالت معمول به تقلا می افتم (بلی / نه؟).
42. برای بلعیدن مایعات بیشتر از حالت معمول به تقلا می افتم (بلی / نه؟).



Iran Medslp

Speech Therapy and Dysphagia Treatment

## سوالات اختصاصی

43. آیا غذا در گلوی شما گیر می‌کند؟ (لطفا نوع ماده ای که گیر میکند را قید بفرمایید).
44. آیا لقمه قورت داده شده به حلق و دهان شما باز می‌گردد؟ (نوع ماده را قید بفرمایید).
45. آیا احساس می‌کنید که بزاق دهان شما بیشتر حال معمول در دهانتان جمع می‌شود؟
46. آیا در بلع بزاق مشکل دارید؟
47. آیا بلافاصله پس از خوردن غذا صدای شما مرطوب و یا گرفته می‌شود؟
48. آیا بلافاصله پس از خوردن غذا و یا در طول روز به طور داعم نیاز به انجام گلو پاک کردن دارید؟
49. آیا پس از بلعیدن غذا و یا مایعات صدای قل قل کردن را در گلوی خود احساس می‌کنید؟
50. آیا در حین خوردن مایعات و یا پس از آن سرفه می‌کنید؟
51. آیا در حین خوردن مواد جویدنی و یا پس از آن سرفه می‌کنید؟
52. آیا در حین خوردن حالت خفگی به شما دست می‌دهد؟
53. آیا در مقایسه با دیگران سرفه شما به حد کافی قوی است؟
54. آیا احساس می‌کنید مشکل بلع شما به وجود مشکل تنفسی در شما ارتباط دارد؟
55. مصرف مایعات تان به چه شکلی است (با نی / لیوان / قاشق / قطره چکان)؟
56. آیا احساس می‌کنید چیزی در گلوی شما گیر کرده است؟ (در صورت بلی بودن جواب آیا همیشگی است یا بعد از خوردن غذا؟).
57. آیا احساس می‌کنید گلوی شما زخم است؟
58. آیا در ناحیه پشت قفسه سینه تان احساس درد می‌کنید؟
59. آیا در قسمت پایین قفسه سینه تان احساس سوزش دارید؟
60. آیا رفلاکس دارید؟ (در صورت وجود رفلاکس دائماً معده شما ترش کرده و صبح ها پس از بیدار شدن دهان شما تلخ است و یا احساس سوزش گلو دارید).



Iran Medslp

61. آیا اخیرا ناخواسته وزن از دست داده‌اید؟ (در صورت بلی بودن جواب لطفا مقدار آن را قید بفرمایید).
62. آیا به خاطر مشکلات بلع کیفیت زندگی تان افت کرده است؟
63. آیا اخیرا برای خوردن غذا با کسی بیرون رفته‌اید؟
64. آیا غذای جویده شده از دهان شما خارج می‌شود؟
65. آیا بزاق بیمار به بیرون از دهان شما می‌ریزد؟
66. آیا به تنهایی تغذیه می‌شوید یا نیاز به کمک دارید؟
67. آیا در جویدن مناسب مواد غذایی جامد مشکل دارید؟
68. آیا غذا در گلوی شما گیر می‌کند؟ (لطفا نوع ماده ای که گیر میکند را قید بفرمایید).
69. آیا لقمه قورت داده شده به حلق و دهان شما باز می‌گردد؟ (نوع ماده را قید بفرمایید).
70. آیا احساس می‌کنید که بزاق دهان شما بیشتر حال معمول در دهانتان جمع می‌شود؟



Iran Medslp

Speech Therapy and Dysphagia Treatment

## سابقه پزشکی

71. آیا اخیرا به خاطر عفونت در بیمارستان بستری شده‌اید؟ (مدت زمان بستری / اقدامات پزشکی انجام شده قید شود).
72. آیا اخیرا تب متناوب داشته‌اید؟
73. آیا اخیرا به عفونت ریه ناشی از ورود مواد غذایی به ریه‌تان مبتلا شده‌اید؟
74. آیا در حال حاضر و یا سابقه تعبیه لوله تراکئوستومی را داشته‌اید؟
75. در صورت بستری شدن در بیمارستان آیا لوله گذاری تنفسی با اینتوباسیون برای شما انجام شده است؟ (در صورت بلی بودن جواب مدت زمان قید شود).
76. آیا بیمار شما هوشیاری کامل دارد؟
77. آیا بیمار شما همکاری لازم را دارد؟
78. آیا بیمار شما توانایی تعامل و توجه را دارد؟
79. آیا بیمار شما از مشکل بلع خود آگاه است؟
80. آیا بیمار شما توان تخلیه ترشحات ریوی و مدیریت آن‌ها را دارد؟
81. آیا بیمار شما توانایی حرف زدن دارد؟
82. آیا بیمار شما در حین صحبت کردن صدایش شنیده می‌شود؟
83. آیا بیمار دندان مصنوعی دارد؟



Iran Medslp

Speech Therapy and Dysphagia Treatment