Volume 24, Issue 4 (July- August 2025)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Quality of life of elderly with dysphagia and neurological disorders

Hadiseh Zolfaghari[1], Majideh Heravi Karimooi[2*], Farid Zayeri[3]

1. Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran
2. Elderly Care Research Center, Faculty of Nursing& Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran
3. Proteomics Research Center, Department of Biostatistics, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 12 June 2024
Accepted for publication: 17 November 2024
[EPub a head of print-5 August 2025]
Payesh: 2025; 24(4): 467- 479

Abstract

Objective(s): Aging is associated with increased incidence of chronic diseases, including swallowing disorders (dysphagia) and neurological conditions, which can significantly impact the quality of life in the elderly. The present study aimed to assess the quality of life in elderly individuals suffering from dysphagia and neurological disorders and to identify related factors.

Methods: This cross-sectional study was conducted on a sample 128 elderly patients with dysphagia and neurological disorders who visited neurology clinics affiliated with medical universities in Tehran, Iran in 2023. The samples were selected using a multistage random sampling method. Data were collected using the Persian versions of the Swallowing Disturbance Questionnaire (SDQ) and the MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI). Data were analyzed using descriptive and inferential statistical tests (independent t-test, analysis of variance, multivariate linear and logistic regression) in SPSS version 16.

Results: The results showed that the mean score of severity of swallowing disorder in the oral phase was 5. 23 (SD =1. 5), and in the pharyngeal phase was 10. 20 (SD =2. 16), which indicated the weak severity of swallowing disorder in the elderly with nervous disorders. The average score of the quality of life was 66. 44 (SD = 10. 53) out of 100. There was a significant relationship between age and oral disorder (P=0. 021). Moreover, the prevalence of dysphagia in individuals over 80 years old was significantly higher than in other age groups (3.6 times more in the oral phase and 2.9 times more in the pharyngeal phase).

Conclusion: Dysphagia in elderly patients with neurological disorders is significantly associated with a decline in quality of life. These findings highlight the need for regular screening for swallowing disorders and the implementation of care and rehabilitation interventions to prevent complications such as malnutrition, aspiration, and reduced functional independence.

Keywords: Swallowing Disorder, Quality of Life, Elderly, Nervous System Diseases

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61882/payesh.24.4.467]

* Corresponding author: Faculty of Nursing& Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran
E-mail: heravi@shahed.ac.ir

پایش
نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

کیفیت زندگی بیماران سالمند مبتلا به دیسفاژی با اختلالات عصبی

حدیثه ذوالفقاری[۱]، مجیده هروی کریموی[۲*]، فرید زایری[۳]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران،ایران
۳. مرکز تحقیقات پروتئومیکس و گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۳/۲۳
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۸/۲۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۴ مرداد ۱۴۰۴]
نشریه پایش: ۴۷۹- ۴۶۷ :(۴)۲۴؛ ۱۴۰۴

چکیده

مقدمه: سالمندی با افزایش بروز بیماری‌های مزمن، از جمله اختلالات بلع (دیسفاژی) و بیماری‌های عصبی همراه است که می‌توانند کیفیت زندگی سالمندان را به‌طور معناداری تحت تأثیر قرار دهند. مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیسفاژی و اختلالات عصبی و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر، یک مطالعه مقطعی- تحلیلی است که بر روی ۱۲۸ سالمند مبتلا به دیسفاژی و اختلالات عصبی که در سال ۱۴۰۲ به درمانگاه‌های نورولوژی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران مراجعه کرده بودند، انجام شد. نمونه‌ها به‌صورت چندمرحله‌ای و تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده شامل نسخه فارسی پرسش‌نامه اختلال بلع (SDQ) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران دیسفاژیک (MDADI) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون تی مستقل، تحلیل واریانس، رگرسیون لجستیک و خطی چندمتغیره) در نرم‌افزار SPSS-16 تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه حاضر نشان داد نمره میانگین شدت اختلال در بلع در مرحله دهانی (۱/۵)۵/۲۳، و در مرحله حلقی (۲/۱۶)۱۰/۲۰ بود که حاکی از شدت ضعیف اختلال در بلع در سالمندان مبتلابه اختلالات عصبی است. نمره میانگین کیفیت زندگی (۱۰/۵۳)۶۶/۴۴ از ۱۰۰ نمره بود که خود حاکی از کاهش کیفیت زندگی در سالمندان فوق است. بین سن و اختلال دهانی ارتباط معنادار وجود داشت (P=۰/۰۲۱). شیوع دیسفاژی در سالمندان بالای ۸۰ سال به‌طور معناداری بیشتر از سایر گروه‌های سنی بود (۳,۶ برابر در نوع دهانی و ۲,۹ برابر در نوع حلقی).

نتیجه‌گیری: دیسفاژی در سالمندان مبتلا به اختلالات عصبی با افت معنادار کیفیت زندگی همراه است. یافته‌ها لزوم غربالگری منظم اختلالات بلع و مداخلات مراقبتی و توانبخشی جهت پیشگیری از پیامدهایی چون سوءتغذیه، آسپیراسیون و کاهش استقلال را نشان می‌دهند.

کلید واژه ها: اختلال در بلع، کیفیت زندگی، سالمند، بیماری‌های سیستم عصبی

کد اخلاق: IR.SHAHED.REC.1401.138

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه شاهد، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت های سالمندی
E-mail: heravi@shahed.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61882/payesh.24.4.467]

مقدمه

سالمندی مرحله‌ای از تکامل انسان است که در این مرحله باید به توقعات و انتظارات سالمندان برای افزایش سطح سلامت، حفظ استقلال و درنهایت ارتقاء کیفیت زندگی آنان اهمیت داده شود [۱]. در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان از رقم ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار گذشت و پیش‌بینی می‌شود این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم بالای یک میلیارد برسد [۲]. که در حدود ۵۴ درصد از سالمندان جهان در آسیا ساکن هستند [۳]. همانند سایر کشورها نسبت جمعیت سالمندان هرساله در ایران به علت کاهش مرگ‌ومیر کودکان، کاهش میزان تولد و افزایش طول عمر در حال افزایش است [۴]. طبق آخرین سرشماری جمهوری اسلامی ایران که در سال ۱۳۹۵ انجام شد، تعداد جمعیت سالمند ایران (سنین ۶۰ سال و بیش‌تر) از یک‌میلیون و ۱۷۳ هزار و ۶۷۹ نفر در سال ۱۳۳۵، به هفت میلیون و ۴۱۴ هزار و ۹۱ نفر در سال ۱۳۹۵ رسید. به عبارتی دیگر جمعیت سالمند ۶۰ ساله و بیش‌تر در طی نیم قرن اخیر مورد بحث ۶/۳ برابر شد، بدیهی است که ازجمله عوامل مؤثر در افزایش جمعیت سالمند کشور در سال‌های اخیر افزایش امید زندگی و کاهش سطح باروری بود. در کل جهان بین سال‌های ۱۹۵۰ و ۲۰۲۰ جمعیت سالمند بیش از ۵ برابر شد، لیکن در ایران شدت آن بیش‌تر از سطح جهانی (بیش از ۶ برابر) بود. بدیهی است که این امر نتیجه‌ی کاهش مرگ‌ومیر بود که منجر شد تا امید زندگی در بدو تولد از حدود ۳۷/۵ سال در سال ۱۳۳۵ به ۷۴/۲سال در سال ۱۳۹۵ (مرکز آمار ایران) برسد [۵]. از ره آوردهای کاهش مرگ‌ومیر بزرگسالان، افزایش جمعیت سالمند است. بر اساس بررسی‌های به عمل آمده، ۱۵ درصد از مراجعان به مطب پزشکان متخصص، ۳۴ درصد از معالجات سرپایی در بیمارستان‌ها و ۸۹ درصد از تختهای مؤسسات و سراهای نگهداری را افراد بالای ۶۵ سال به خود اختصاص می‌دهند. و به‌طور کلی ۲۹ درصد از هزینه مراقبت‌های پزشکی توسط این گروه سنی مصرف می‌شود. در حالی که این قشر فقط ۱۲ درصد جمعیت را تشکیل می‌دهند [۱]. توجه به مسائل و نیازهای سالمندان یک ضرورت اجتماعی است که متأسفانه مورد غفلت قرار می‌گیرد. آنچه که دانش امروزی بدان توجه می‌کند، تنها طولانی کردن دوران زندگی نیست، بلکه باید توجه داشت که سال‌های اضافی عمر انسان درنهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری گردد و در صورتی که چنین شرایطی تأمین نشود، پیشرفت‌های علمی برای تأمین زندگی طولانی‌تر، بی‌نتیجه و مخاطره‌آمیز خواهد بود. امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مسئله مهم‌تری تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی «کیفیت زندگی» مطرح شده است که پرداختن به این موضوع ذهن صاحب‌نظران و محققان امر سالمندی را به خود جلب نموده است. کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب می‌شود و از آنجا که ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در برمی‌گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است [۶]. با توجه به اهمیت روزافزون کیفیت زندگی و سلامت سالمندان در جامعه پزشکی، پزشکان باید از شرایطی که اغلب این جمعیت را مبتلا می‌کند آگاه باشند. یکی از نگرانی‌های سلامتی که در سالمندان مورد توجه قرار نمی‌گیرد، مشکلات بلع و تغذیه است [۷]. برآوردهای شیوع دیسفاژی عموماً از ۲۳ درصد در مراقبت‌های اولیه تا بیش از ۵۰ درصد در میان بیماران مبتلابه بیماری‌های حاد و ساکنان خانه سالمندان متغیر است. به‌طور خاص، یک گزارش سوئدی در سال ۱۹۹۱ فراوانی ۳۵درصدی را در مردان و زنان ۵۰ تا ۷۹ ساله شناسایی کرد [۸]. دیسفاژی یکی از عوارض مهم ضایعات مرکزی یا محیطی نورولوژیک است که علائم بالینی متعددی نظیر آسپیراسیون، آبریزش دهانی، گرفتگی صدا حین یا بعد از خوردن غذا یا مایعات، سرفه و خفگی، گلو پاک کردن و عفونت‌های تنفسی را ایجاد می‌کند [۹]. دیسفاژی احتمال ابتلا به بیماری‌های بعدی و مرگ را به دلیل پنومونی ناشی از آسپیراسیون، کاهش استقلال و سوءتغذیه افزایش می‌دهد. پنومونی ناشی از آسپیراسیون شکایت شایعی به دنبال دیسفاژی است [۱۰]. ازآنجاکه اختلالات بلع در سالمندان پیامدهای جدی به همراه دارد، شناسایی سالمندان بیماری که به این اختلالات مبتلا هستند، بسیار ضروری است. در چنین شرایطی می‌توان قبل از اینکه بیماران عوارض شدید اختلال بلع مثل سوءتغذیه، پنومونی و آسپیراسیون را نشان دهند درمان‌های توانبخشی را آغاز و از افزایش ناتوانی و وابستگی بیماران جلوگیری کرد [۱۰] مطالعه Brogan و همکاران در سال ۲۰۱۴، تحت عنوان رابطه بین دیسفاژی و عفونت‌های تنفس در بیماران دچار سکته مغزی نشان داد که۸/ ۵۸ درصد از این بیماران یک هفته بعد از سکته مغزی دچار دیسفاژی شدند و ۱۷ درصد از این بیماران متعاقب دیسفاژی به عفونت‌های تنفسی و متعاقب آن دچار کاهش کیفیت زندگی و استقلال شدند [۱۱]. در گزارش‌های آماری مختلف، بسته به بیماری‌های پزشکی همراه و ابزارهای تشخیصی استفاده شده، شیوع دیسفاژی متفاوت ذکر شده است. برای مثال،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61882/payesh.24.4.467]

شیوع دیسفاژی در مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس۲۴ تا ۳۴ درصد و در مبتلایان به پارکینسون حدود ۸۱ درصد تخمین زده شده است. در مطالعه‌ای دیگر میزان شیوع دیسفاژی در بیماران مبتلابه فلج مغزی۱۰ تا ۱۶ درصد گزارش شده است [۱۲]. نتایج تحقیقات نشان داد که، دیسفاژی می‌تواند پیامدهای گسترده‌ای از حفظ زندگی تا کیفیت زندگی داشته باشد. با افزایش سن، توانایی بلع، عملکردی که بدیهی تلقی می‌شود، دستخوش تغییراتی می‌شود که خطر اختلال در بلع را افزایش می‌دهد. این با افزایش سن و قرار گرفتن در معرض بیماری‌ها و شرایط مرتبط با افزایش سن رخ می‌دهد. دیسفاژی می‌تواند پیامدهای مخربی برای سلامتی داشته باشد، ازجمله سوءتغذیه و دهیدراتاسیون، به ویژه برای افراد مسن در بر داشته باشد [۱۵- ۱۳]. بنابراین با عنایت بر مشخص نبودن و چگونگی میزان کیفیت زندگی سالمندان مبتلابه دیسفاژی در ایران و عوامل مرتبط با آن. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی سالمندان مبتلابه دیسفاژی با اختلالات عصبی و عوامل مرتبط با آن در مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های نورولوژی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ انجام شده است.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی- تحلیلی بود. نمونه مورد مطالعه سالمندان مبتلابه دیسفاژی با اختلالات عصبی مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های نورولوژی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران بودند. پژوهشگر بعد از دریافت کد اخلاق و مجوزهای لازم به بیمارستان‌های منتخب مراجعه شد و پس از مراجعه به این مراکز، اهداف پژوهش برای مسئولان این مراکز توضیح داده شد و نمونه‌گیری از سالمندان مبتلابه دیسفاژی با اختلالات عصبی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های نورولوژی که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، صورت گرفت. روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای تصادفی، بدین‌ترتیب که در مرحله‌ی اول از میان بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی که دارای درمانگاه نورولوژی فعال بودند با استفاده از جدول اعداد تصادفی ۳ بیمارستان از هر دانشگاه انتخاب شد و در مرحله‌ی دوم از هر یک از ۹درمانگاه نورولوژی بر اساس تعداد سالمندان مراجعه‌کننده، ۱۴ تا۱۵ سالمند در روزهای متمادی بین خرداد تا شهریور ماه ۱۴۰۲ با استفاده از جدول اعداد تصادفی از بین افراد موجود در لیست نوبت‌دهی قطعی هر بیمارستان انتخاب شدند. سپس نمونه‌های انتخاب شده در صورت داشتن معیارهای ورود و تمایل به شرکت در پژوهش وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۶۰ سال یا بالاتر، توانایی خواندن و نوشتن و تکلم به زبان فارسی، کسب نمره‌ی ۱۲/۵ یا بیشتر از نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی اختلال در بلع (Swallowing Disturbance Questionnaire ,SDQ)، کسب نمره‌ی ۷ یا بالاتر از نسخه‌ی فارسی آزمون کوتاه وضعیت‌شناختی (Abbreviated Mental Test ,AMT) و تمایل به شرکت در پژوهش.

حجم نمونه با توجه به مقاله Jung و همکاران[۱۶] بر اساس فرمول زیر ۱۱۷ نفر که با احتساب ۱۰ درصد ریزش ۱۲۸ نفراز سالمندان مبتلابه دیسفاژی با اختلالات عصبی مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های نورولوژی در نظر گرفته شد.

$$\frac{\left(Z_{\alpha/2}\right)^2 \times \sigma^2}{d^2} = \frac{۱/۹۶^۲ \times ۱۱^۲}{۲^۲} = ۱۱۷$$

پژوهشگر پس از معرفی خود به بیمار هدف از انجام پژوهش را برای آن‌ها توضیح داده و در صورت داشتن تمام معیارهای ورود به مطالعه، پس از اخذ کسب رضایت‌نامه کتبی وارد مطالعه شدند.

ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل کاربرگ اطلاعات جمعیت شناختی و نسخه فارسی پرسش‌نامه‌های استاندارد اختلال در بلع (SDQ) و کیفیت زندگی بیماران دیسفاژی (MD Anderson Dysphagia Inventory MDADI) بود.

کاربرگ اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل ۱۲ سؤال مربوط به بیمار نظیر، سن، جنسیت، میزان تحصیلات، تعداد فرزند، وضعیت زندگی بود. جهت سنجش نوع اختلال دیسفاژی از نسخه فارسی پرسش‌نامه‌های استاندارد اختلال در بلع (SDQ) استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۱۵ گویه در مورد اختلالات رایج در بلع است. ۵ گویه (گویه های ۱-۵) مربوط به مرحله‌ی دهانی بلع و ۱۰ گویه (گویه های ۶-۱۵) مربوط به مرحله حلقی است. در صورت کسب نمره ۵ و بیشتر از ۵ گویه اول بیماران در دسته اختلال دهانی و کسب نمره ۱۱/۵ از ۱۰ گویه بعد در دسته اختلال حلقی قرار می‌گیرند. چهارده گویه از ۱۵ گویه این پرسش‌نامه با چهار امتیاز۰ تا ۳ (از هرگز تا بسیار زیاد) رتبه‌بندی می‌شوند. بدین‌صورت که امتیاز ۰ برای موارد بدون اختلال و امتیاز ۳ برای اختلال شدید استفاده می‌گردد و یک گویه بله /خیر نیز وجود دارد که بله نمره‌ی ۲/۵ و خیر نمره‌ی ۰/۵را کسب می‌کند. روایی و پایایی نسخه اصلی تائید گردیده است. شایان ذکر است آلفا کرونباخ ۰/۷ بود[۱۷] و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61882/payesh.24.4.467]

روایی و پایایی نسخه فارسی تائید و الفا کرونباخ آن ۰/۸۶ بود [۱۸]. پایایی آن در مطالعه حاضر به روش همسانی درونی با سنجش آلفای کرونباخ ۰/۸ بود. جهت سنجش کیفیت زندگی از نسخه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران دیسفاژی (MDADI) استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای گویه و شامل ۴ حوزه است : کلی(گویه ۱)، عاطفی (گویه ها ی ۲-۵-۶-۸-۱۲-۱۸)، عملکردی (گویه های ۳-۹-۱۴-۱۵-۱۹) و فیزیکی (گویه های ۴-۷-۱۰-۱۱-۱۳-۱۶-۱۷-۲۰) و پاسخ‌ها ۵ موردی به‌صورت کاملاً مخالف، مخالف، نظری ندارم، موافق و کاملاً موافق می‌باشد. همه گویه ها به‌جز گویه ۵ (۱=کاملا موافقم و ۵= کاملاً مخالفم) امتیاز ده شد اما در این دو گویه معکوس نمره‌گذاری شد. گویه شماره یک (گلوبال از ۱(توانایی محدود)تا ۵ (توانایی بالا)) نمره‌گذاری شد. حوزه‌ی عاطفی پاسخ‌های عاطفی فرد را به اختلال بلع و حوزه‌ی عملکردی تأثیر مشکل بلع فرد را بر فعالیت‌های روزانه نشان می‌دهد و حوزه‌ی فیزیکی نشان‌دهنده‌ی درک خود از مشکل بلع است. حداکثر امتیاز ۱۰۰ است که نشان‌دهنده‌ی عملکرد بالا و حداقل امتیاز ۲۰ است که نشان‌دهنده‌ی عملکرد ضعیف است. نمره‌ی MDADI بالاتر نشان‌دهنده‌ی عملکرد روزانه‌ی کارآمدتر و کیفیت زندگی مطلوب‌تر است. روایی و پایایی نسخه اصلی تائید گردیده است. شایان ذکر است آلفا کرونباخ ۰/۹۲ بود [۱۹] و روایی و پایایی نسخه فارسی تائید و آلفا کرونباخ آن ۰/۷۲ بود [۲۰]. پایایی آن در مطالعه حاضر به روش همسانی درونی با سنجش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بود. تمامی پرسش‌نامه‌ها با توجه به پاسخ‌های سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه توسط نویسنده اول تکمیل گردید. داده‌های مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی، اختلال در بلع و کیفیت زندگی دیسفاژی با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ۱۶ مورد تجزیه‌وتحلیل آماری قرار گرفت به این صورت که ابتدا به کمک آمار توصیفی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و توزیع نمرات افراد مورد بررسی قرار گرفت؛ سپس به‌منظور بررسی رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه از آزمون تی مستقل، تحلیل واریانس یک‌طرفه، مدل رگرسیون لجستیک دوجمله‌ای و مدل رگرسیون خطی چند متغیره با رعایت پیش‌فرض‌های لازم استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد

یافته ها

مشخصات جمعیتی مشارکت‌کنندگان در پژوهش برحسب نوع اختلال در بلع در جدول یک نشان داده شده است، که طبق آن از ۱۲۸ نفر شرکت‌کننده ۶۶/۴ درصد(۸۵ نفر) به اختلال دهانی و۳۰/۵ درصد (۳۹ نفر) در به اختلال حلق مبتلا بودند. از ۸۵ نفر مبتلابه اختلال دهانی ۵۰/۶ درصد مرد بودند و از ۳۹ نفر مبتلابه اختلال حلقی ۵۱/۳ درصد زن بودند و بین جنسیت و نوع اختلال دیسفاژی ارتباط معنادار یافت نشد (P=/۹۵۱، P=۰/۷۵۷). سالمندان ۷۰-۶۰ سال بیش‌ترین فراوانی (۴۳/۸ درصد) و سالمندان ۸۰ سال به بالا کم‌ترین فراوانی (۲۴/۲ درصد) را داشتند. بیشترین فراوانی اختلال دهانی ۳۸/۸ درصد در سنین ۶۰-۷۰ ساله بو و بین سن و اختلال دهانی ارتباط معنادار وجود داشت (P=۰/۰۲۱) در افراد ۸۰ سال به بالا شانس رخداد ابتلا به اختلال دهانی ۳/۶ برابر بیشتر از سالمندان دیگر بود. بیشترین فراوانی اختلال حلقی ۳۸/۵ درصد در سنین ۸۰-۷۰ سال بود. بین سن و اختلال دهانی ارتباط معنادار وجود داشت (P=۰/۰۲۹) در افراد ۸۰ سال به بالا شانس رخداد ابتلا به اختلال حلقی ۲/۹ برابر بیشتر از سالمندان۷۰-۶۰ ساله بود. بیشترین رده تحصیلات سالمندان به بی‌سواد (۳۹/۱ درصد) و کم‌ترین رده به دانشگاهی (۴/۷ درصد) تعلق داشت. در اختلال دهانی بیشترین سطح تحصیلات به بی‌سواد۳۷/۶ درصد و کم‌ترین سطح به دانشگاهی ۳/۵ درصد تعلق داشت، و در اختلال حلقی بیش‌ترین سطح به بی‌سواد ۳۸/۵درصد و کم‌ترین سطح به دانشگاهی ۷/۷ درصد تعلق داشت. و بین سطوح سنی و نوع اختلال دیسفاژی ارتباط معنادار یافت نشد (P>۰/۰۵۰). ازنظر تأهل ۶۴ درصد (۸۲ نفر) متأهل و ۳۶ درصد (۴۶ نفر) گروه همسر فوت کرده بودند، و بین تأهل و شانس رخداد اختلال دهانی ارتباط معنادار یافت نشد (P=۰/۸۶۰). همچنین بین تأهل و شانس رخداد اختلال حلقی ارتباط معنادار دیده نشد (P=۰/۱۱۳). ازنظر شریک زندگی بیش‌ترین فراوانی به سطح زندگی با همسر (۶۲/۵ درصد) و کم‌ترین فراوانی به تنها زندگی کردن (۱۱/۷ درصد) تعلق داشت. در اختلال دهانی و حلقی بیش‌ترین فراوانی به زندگی با همسر و کم‌ترین فراوانی به زندگی تنها تعلق داشت و بین نوع اختلال دیسفاژی و تأهل ارتباط معنادار یافت نشد (P>۰/۰۵۰).

جدول شماره دو بیانگر تفاوت میزان کیفیت زندگی برحسب نوع اختلال در بلع در سالمندان مبتلابه دیسفاژی با اختلالات عصبی بیمارستان‌های منتخب شهر تهران بر اساس پرسش‌نامه استاندارد MDADI است. نتایج نشان داد که بین ابعاد و نمره کل در بین سالمندان دارای اختلال دهانی و بدون اختلال دهانی تفاوت معنادار

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61882/payesh.24.4.467]

دیده نشد(P>۰/۰۵۰). در سالمندان دارای اختلال حلقی ۱/۶۶ نمره کیفیت زندگی – بعد عملکرد نسبت به سالمندان بدون اختلال کاهش دیده شد و این میزان کاهش معنادار بود (P=۰/۰۰۸). در نمره کیفیت زندگی- بعد گلوبال نیز ۰/۴۹ نمره نیز کاهش معنادار دیده شد (P=۰/۰۳۵) و در بقیه ابعاد و نمره کل تفاوت معنادار دیده نشد (P>۰/۰۵۰).

جدول شماره سه بیانگر تفاوت نمره کیفیت زندگی – بعد عاطفی برحسب عوامل جمعیت‌شناختی در سالمندان مبتلابه دیسفاژی با اختلالات عصبی بیمارستان‌های منتخب شهر تهران بر اساس پرسش‌نامه استاندارد MDADI است. نتایج نشان داد که مردان نسبت به زنان ۱/۷ نمره در این بعد از کیفیت زندگی افزایش معنادار داشتند (P=۰/۰۰۶). و بین سایر عوامل جمعیت‌شناختی با نمره کیفیت زندگی – بعد عاطفی تفاوت معنادار دیده نشد (P>۰/۰۵۰).

جدول شماره چهار بیانگر تفاوت نمره کیفیت زندگی – بعد فیزیکی برحسب عوامل جمعیت شناختی در سالمندان مبتلابه دیسفاژی با اختلالات عصبی در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران بر اساس پرسش‌نامه استاندارد MDADI است. نتایج نشان داد که در سالمندان ۸۰ سال به بالا کیفیت زندگی – بعد فیزیکی ۲/۵ نمره نسبت به سالمندان ۷۰-۶۰ سال کاهش معنادار داشت(P=۰/۰۲۳) در سایر سطوح سنی و دیگر عوامل جمعیت‌شناختی تفاوت معنادار در این بعد از کیفیت زندگی تفاوت معنادار دیده نشد (P>۰/۰۵۰).

جدول شماره پنج تفاوت نمره کیفیت زندگی – بعد عملکرد برحسب عوامل جمعیت شناختی در سالمندان مبتلابه دیسفاژی با اختلالات عصبی در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران بر اساس پرسش‌نامه استاندارد MDADI است. نتایج نشان داد که بین عوامل جمعیت‌شناختی و نمره کیفیت زندگی – بعد عملکرد تفاوت معنادار دیده نشد(P>۰/۰۵۰).

جدول شماره شش تفاوت نمره کیفیت زندگی – نمره گلوبال (محدودیت فعالیت روزانه) برحسب عوامل جمعیت‌شناختی در سالمندان مبتلابه دیسفاژی با اختلالات عصبی بیمارستان‌های منتخب شهر تهران بر اساس پرسش‌نامه استاندارد MDADI است نتایج نشان داد که در سالمندان ۸۰ سال به بالا ۰/۷ نمره کیفیت زندگی نسبت به افراد ۷۰-۶۰ سال کاهش معنادار داشته است (P=۰/۰۰۳). در افراد همسر فوت کرده نیز نمره کیفیت زندگی در این بعد ۰/۶ نمره نسبت به افراد متأهل کاهش معنادار داشت (P=۰/۰۰۱). در افرادی که تنها زندگی می‌کردند نیز ۰/۷ نمره در کیفیت زندگی نسبت به افراد که با همسرشان زندگی می‌کردند کاهش معنادار داشت(P=۰/۰۱۴) و نسبت به افرادی که با فرزندشان زندگی می‌کردند ۰/۵ نمره در کیفیت زندگی- بعد گلوبال داشتند و این میزان کاهش معنادار بود (P=۰/۰۱۸).

جدول شماره هفت تفاوت نمره کل کیفیت زندگی برحسب عوامل جمعیت‌شناختی در سالمندان مبتلابه دیسفاژی با اختلالات عصبی بیمارستان‌های منتخب شهر تهران بر اساس پرسش‌نامه استاندارد MDADI است. نتایج نشان داد که تفاوت معنادار بین نمره کیفیت زندگی و عوامل جمعیت‌شناختی دیده نشد (P>۰/۰۵۰).

جدول شماره هشت تجزیه‌وتحلیل عوامل مؤثر بر ابعاد و نمره کل کیفیت زندگی خاص دیسفاژی به‌طور هم‌زمان برسی شد. نتایج نشان داد که عوامل جمعیت شناختی به‌طور هم‌زمان فقط بر روی نمره کیفیت زندگی – نمره گلوبال (محدودیت فعالیت روزانه) ۱۵ درصد تأثیرگذار بود و این میزان تأثیر معنادار بود (P=۰/۰۲۴) و از بین عوامل تنها سن ۸۰ سال به بالا نسبت به ۷۰-۶۰ سال ۰/۵ نمره کاهش معنادار داشت (P=۰/۰۴۸) و سایر عوامل جمعیت‌شناختی بر روی ابعاد کیفیت زندگی خاص بیماران دیسفاژی و نمره کل تأثیرگذار نبود (P>۰/۰۵۰).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61882/payesh.24.4.467]

جدول۱: ارتباط عوامل جمعیت‌شناختی با نوع اختلال دیسفاژی در سالمندان مبتلا به دیسفاژی با اختلالات عصبی

متغیر	اختلال دهانی (بلی)	اختلال دهانی (خیر)			اختلال حلقی (بلی)	اختلال حلقی (خیر)		
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	P*	Odds. Ratio	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	P*	Odds. Ratio
جنسیت								
مرد	۴۳(۵۰/۶)	۲۲(۵۱/۲)	۰/۹۵۱	۱	۱۹(۴۸/۷)	۴۶(۵۱/۷)	۰/۷۵۷	۰/۸۸
زن	۴۲(۴۹/۴)	۲۱(۱۶/۴)			۲۰(۵۱/۳)	۴۳(۴۸/۳)		
سن								
۶۰-۷۰	۳۳(۳۸/۸)	۲۳(۵۳/۵)	مرجع	-	۱۱(۲۸/۲)	۴۵(۵۰/۶)	مرجع	-
۷۰-۸۰	۲۶(۳۰/۶)	۱۵(۳۴/۹)	۰/۶۵۵	۱/۲	۱۵(۳۸/۵)	۲۶(۲۹/۲)	۰/۰۶۶	۲/۳
۸۰ سال بیشتر	۲۶(۳۰/۶)	۵(۱۱/۶)	۰/۰۲۱	۳/۶	۱۳(۳۳/۳)	۱۸(۲۰/۲)	۰/۰۲۹	۲/۹
تحصیلات								
بیسواد	۳۲(۳۷/۶)	۱۸(۴۱/۹)	مرجع	-	۱۵(۳۸/۵)	۳۵(۳۹/۳)	مرجع	-
خواندان و نوشتن	۹(۱۰/۶)	۶(۱۴)	۰/۷۷۸	۰/۸	۲(۵/۱)	۱۳(۱۴/۶)	۰/۲۱۱	۰/۳
ابتدایی	۲۵(۲۹/۴)	۸(۱۸/۶)	۰/۲۶۱	۱/۷	۱۲(۳۰/۸)	۲۱(۲۳/۶)	۰/۵۴۵	۱/۳
دبیرستان	۱۶(۱۸/۸)	۸(۱۸/۶)	۰/۸۲۲	۱/۱	۷(۱۷/۹)	۱۷(۱۹/۱)	۰/۹۴۱	۱
دانشگاهی	۳(۳/۵)	۳(۷)	۰/۵۰۷	۰/۵	۳(۷/۷)	۳(۳/۴)	۰/۳۲۳	۳/۲
تاهل								
متاهل	۵۴(۶۳/۵)	۲۸(۶۵/۱)	۰/۸۶۰	۱	۲۱(۵۳/۸)	۶۱(۶۸/۵)	۰/۱۱۳	۰/۵
همسر فوت کرده	۳۱(۳۶/۵)	۱۵(۳۴/۹)	مرجع	-	۱۸(۴۶/۲)	۲۸(۳۱/۵)	مرجع	-
زندگی								
تنها	۱۰(۱۱/۸)	۵(۱۱/۶)	مرجع	-	۵(۱۲/۸)	۱۰(۱۱/۲)	مرجع	-
با همسر	۵۲(۶۱/۲)	۲۸(۶۵/۱)	۰/۹۰۱	۱	۲۱(۵۳/۸)	۵۹(۶۶/۳)	۰/۵۷۴	۰/۷
با فرزند	۲۳(۲۷)	۱۰(۲۳/۳)	۰/۸۳۴	۱/۱	۱۳(۳۳/۴)	۲۰(۲۲/۵)	۰/۶۸۸	۱/۳

* مدل رگرسیون لجستیک دو جمله‌ای

جدول۲: تفاوت کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیسفاژی با اختلالات عصبی در شهر تهران سال ۱۴۰۲ بر حسب نوع اختلال دیسفاژی

ابعاد کیفیت زندگی	اختلال دهانی (بلی)		اختلال دهانی (خیر)			اختلال حلقی (بلی)			اختلال حلقی (خیر)		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری*	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری*	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری*
عاطفی	۱۹/۸۷	۳/۶۹	۲/۰۷	۳/۱۸	۰/۳۳۰	۱۹/۸۷	۳/۶۹	۱۹/۵۴	۳/۴۷	۰/۶۲۶	
فیزیکی	۲۵/۷۴	۵/۲۰	۲۴/۴۹	۴/۶۲	۰/۱۶۸	۲۵/۷۴	۴/۴۶	۲۵/۱۳	۵/۲۷	۰/۵۳۱	
عملکرد	۱۸/۱۴	۳/۲۲	۱۸/۱۹	۳/۱۶	۰/۹۴۲	۱۷/۶۵	۳/۱۴	۱۹/۳۱	۳/۲۷	۰/۰۰۸	
گلوبال	۳/۲۷	۱/۲۴	۳/۵۱	۱/۹۸	۰/۲۶۹	۳/۰۳	۱/۲۲	۳/۴۹	۱/۱۱	۰/۰۳۵	
نمره کل	۶۶/۶۴	۱۰/۷۸	۶۶/۰۵	۱۰/۱۲	۰/۷۶۱	۶۸/۳۴	۹/۹۲	۶۵/۶۱	۱۰/۷۳	۰/۱۷۷	

*: ازمون تی مستقل

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61882/payesh.24.4.467]

جدول۳: تفاوت در کیفیت زندگی خاص دیسفاژی (بعد عاطفی) بر اساس عوامل جمعیت‌شناختی سالمندان مبتلا به دیسفاژی با اختلالات عصبی در شهر تهران سال ۱۴۰۲

متغیر	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
جنسیت			
زن	۱۸/۷۸	۳/۵۱	*۰/۰۰۶
مرد	۲۰/۴۸	۳/۳۵	
سن			
۶۰-۷۰	۲۰/۱۱	۳/۴۹	**۰/۳۸۲
۷۰-۸۰	۱۹/۴۴	۳/۷۶	
۸۰ به بالا	۱۹/۰۶	۳/۲۵	
تحصیلات	۱۹/۰۴	۳/۷۰	**۰/۱۶۵
بیسواد			
خواندان و نوشتن	۲۱/۲۷	۳/۸۴	
ابتدایی	۱۹/۲۴	۳/۳۵	
دبیرستان	۲۰/۰۴	۲/۹۱	
دانشگاهی	۲۱/۱۷	۳/۶۰	
تاهل			
متاهل	۲۰/۰۲	۳/۲۰	*۰/۱۰۱
همسر فوت کرده	۱۸/۹۶	۰/۹۸	
زندگی			
تنها	۱۸/۴۰	۳/۵۶	**۰/۲۴۴
با همسر	۱۹/۹۹	۳/۱۸	
با فرزند	۱۹/۳۶	۴/۲۰	

*: تی مستقل، **تحلیل واریانس

جدول۴: تفاوت در کیفیت زندگی خاص دیسفاژی (بعد فیزیکی) بر اساس عوامل جمعیت‌شناختی سالمندان مبتلا به دیسفاژی با اختلالات عصبی در شهر تهران سال ۱۴۰۲

متغیر	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
جنسیت			
زن	۲۴/۸۶	۵/۱۳	*۰/۳۰۷
مرد	۲۵/۷۷	۴/۹۲	
سن			
۶۰-۷۰(۱)	۲۶/۵۵	۴/۹۰	**۰/۰۴۲ ۱vs۲ =۰/۰۶۱
۷۰-۸۰(۲)	۲۴/۶۳	۴/۵۷	۱vs۲ =۰/۰۲۳
۸۰ به بالا(۳)	۲۴	۵/۴۶	۲vs۳ =۰/۵۹۱
تحصیلات			
بیسواد	۲۴/۸۴	۵/۰۴	**۰/۲۰۱
خواندان و نوشتن	۲۸/۰۷	۵/۶۳	
ابتدایی	۲۴/۶۴	۴/۶۴	
دبیرستان	۲۵/۲۱	۴/۸۷	
دانشگاهی	۲۶/۶۷	۵/۲۴	
تاهل			
متاهل	۲۵/۶۸	۴/۹۸	*۰/۲۷۸
همسر فوت کرده	۲۴/۶۷	۵/۰۹	
زندگی			
تنها	۲۳/۴۰	۳/۹۹	**۰/۲۴۱
با همسر	۲۵/۷۶	۵/۰۰۷	
با فرزند	۲۵/۱۲	۵/۴۱	

*: تی مستقل، **تحلیل واریانس(همراه با آزمون تعقیبی حداقل معناداری فیشر=LSD)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61882/payesh.24.4.467]

جدول۵ : تفاوت در کیفیت زندگی خاص دیسفاژی (بعد عملکرد)بر اساس عوامل جمعیت‌شناختی سالمندان مبتلا به دیسفاژی با اختلالات عصبی در شهر تهران سال ۱۴۰۲

متغیر	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
جنسیت			
زن	۱۸/۰۲	۳/۲۵	۰/۶۳۳
مرد	۱۸/۲۹	۳/۲۸	
سن			
۷۰-۶۰(۱)	۱۸/۳۹	۳/۲۳	**۰/۴۵۵
۸۰-۷۰(۲)	۱۸/۳۲	۳/۲۹	
۸۰ به بالا(۳)	۱۷/۵۲	۳/۲۸	
تحصیلات			
بیسواد	۱۸/۰۶	۳/۲۵	**۰/۳۵۳
خواندان و نوشتن	۱۷/۴۷	۳/۴۸	
ابتدایی	۱۷/۸۲	۳/۲۸	
دبیرستان	۱۷/۷۱	۳/۰۹	
دانشگاهی	۲۰/۳۳	۳/۰۷	
تاهل			
متاهل	۱۸/۴۶	۳/۲۸	*۰/۱۵۵
همسر فوت کرده	۱۷/۶۱	۳/۱۶	
زندگی			
تنها	۱۶/۸۰	۳/۱۲	
با همسر	۱۸/۵۰	۳/۳۰	
با فرزند	۱۷/۹۴	۳/۱۱	

*: تی مستقل، **تحلیل واریانس

جدول۶ : تفاوت در کیفیت زندگی خاص دیسفاژی (گلوبال) بر اساس عوامل جمعیت‌شناختی سالمندان مبتلا به دیسفاژی با اختلالات عصبی در شهر تهران سال

متغیر	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
جنسیت			
زن	۳/۳۷	۱/۱۴	*۰/۸۹۷
مرد	۳/۳۴	۱/۱۸	
سن			**۰/۰۰۸
۷۰-۶۰(۱)	۳/۶۸	۰/۸۷	**۰/۰۰۸
۸۰-۷۰(۲)	۳/۲۴	۱/۳۱	۱VS۲ =۰/۰۶۳
۸۰ به بالا(۳)	۲/۹۰	۱/۲۴	۱VS۳ =۰/۰۰۳
			۲VS۳ =۰/۲۰۶
تحصیلات			
بیسواد	۳/۳۶	۱/۱۵	**۰/۷۳۷
خواندان و نوشتن	۳/۶۷	۱/۰۴	
ابتدایی	۳/۳۶	۱/۱۶	
دبیرستان	۳/۲۱	۱/۳۱	
دانشگاهی	۳	۰/۸۹	
تاهل			
متاهل	۳/۶۰	۱/۰۲	**۰/۰۰۲
همسر فوت کرده	۲/۹۱	۱/۲۶	
زندگی			**۰/۰۰۹
تنها(۱)	۲/۸۰	۱/۲۶	**۰/۰۰۹
با همسر(۲)	۳/۵۹	۱/۰۴	۱VS۳ =۰/۵۱۳
با فرزند(۳)	۳/۰۳	۱/۲۶	۱VS۲ =۰/۰۱۴
			۲VS۳ =۰/۰۱۸

*: تی مستقل، **تحلیل واریانس

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61882/payesh.24.4.467]

جدول۷ : تفاوت در کیفیت زندگی خاص دیسفاژی (نمره کل) بر اساس عوامل جمعیت‌شناختی سالمندان مبتلا به دیسفاژی با اختلالات عصبی در شهر تهران سال ۱۴۰۲

متغیر	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
جنسیت			
زن	۶۸/۸۹	۱۰/۷۰	*۰/۱۰۳
مرد	۶۷/۹۳	۱۰/۲۱	
سن			
۶۰-۷۰	۶۸/۴۷	۱۰/۲۱	**۰/۱۱۶
۷۰-۸۰	۶۵/۶۷	۱۰/۰۶	
۸۰ به بالا	۶۳/۷۶	۱۱/۲۶	
تحصیلات			
بیسواد	۶۵/۲۰	۱۰/۸۰	**۰/۲۸۰
خواندان و نوشتن	۷۰/۳۱	۱۱/۳۸	
ابتدایی	۶۴/۹۴	۹/۷۴	
دبیرستان	۶۷/۳۲	۹/۹۹	
دانشگاهی	۷۱/۷۵	۱۱/۲۶	
تاهل			
متاهل	۶۷/۵۴	۱۰/۱۶	*۰/۱۱۲
همسر فوت کرده	۶۴/۴۶	۱۰/۹۸	
زندگی			
تنها	۶۱/۶۸	۱۰/۱۰	**۰/۱۱۹
با همسر	۶۷/۶۳	۱۰/۱۸	
با فرزند	۶۵/۷۰	۱۱/۱۴	

*: تی مستقل، **تحلیل واریانس

جدول۸: تجزیه و تحلیل عوامل مؤثر بر ابعاد و نمره کل کیفیت زندگی خاص دیسفاژی

متغیر		عاطفی		فیزیکی		عملکرد		گلوبال		نمره کل	
رده	مرجع	بتا	P	بتا	P	بتا	P	بتا	P	بتا	P
جنسیت											
مرد	زن	۱/۳۶	۰/۰۴۹	۰/۵۶	۰/۵۷۲	۰/۱۸	۰/۷۸۰	-۰/۱۶	۰/۴۵۵	۲/۲۲	۰/۲۸۶
سن											
۷۰-۸۰	۶۰-۷۰	-۰/۵۸	۰/۴۲۵	-۱/۶۸	۰/۱۱۱	۰/۰۳	۰/۹۶۱	۰/۳۷	۰/۱۱۶	-۲/۴۲	۰/۲۷۳
۸۰ به بالا		-۰/۶۴	۰/۴۶۳	-۱/۹۳	۰/۱۲۶	-۰/۵۰	۰/۵۴۱	-۰/۵۵	۰/۰۴۸	-۳/۲۴	۰/۲۲۰
تحصیلات											
خواندن و نوشتن	بیسواد	۱/۴۷	۰/۱۷۹	۲/۶۳	۰/۰۹۵	-۰/۸۱	۰/۴۳۳	-۰/۱۳	۰/۷۰۷	۳/۴۷	۰/۲۹۴
ابتدایی		-۰/۳۳	۰/۶۸۳	-۰/۱۹	۰/۸۶۷	-۰/۲۹	۰/۷۰۷	۰/۰۰۷	۰/۹۷۹	-۰/۸۷	۰/۷۲۶
دبیرستان		۰/۶۱	۰/۵۰۸	۰/۴۹	۰/۷۰۸	۰/۵۹	۰/۵۰۰	-۰/۳۲	۰/۲۷۷	۱/۷۸	۰/۵۲۱
دانشگاهی		۱/۳۳	۰/۳۸۷	۱/۰۵	۰/۶۳۴	۱/۸۶	۰/۲۰۴	-۰/۶۴	۰/۱۹۰	۴/۴۷	۰/۳۳۷
تاهل											
متاهل	همسر فوت کرده	۱/۹۹	۰/۴۴۰	-۱/۶۱	۰/۶۶۳	-۰/۶۷	۰/۷۸۴	۱/۴۸	۰/۰۷۵	-۰/۳۰	۰/۹۶۹
زندگی											
با همسر	تنها	-۱/۰۳	۰/۶۹۱	۳/۰۴	۰/۴۱۵	۲	۰/۴۱۶	-۰/۶۷	۰/۴۱۸	۴/۲۳	۰/۵۸۹
با فرزند		۰/۹۰	۰/۴۲۶	۱/۸۳	۰/۲۶۳	۱/۰۹	۰/۳۰۸	۰/۲۸	۰/۴۳۴	۴/۰۳	۰/۲۴۰
رگرسیون خطی		R^2	P	R^2	P	R^2	P	R^2	P	R^2	P
چند متغیره		۰/۱۱	۰/۱۶۴	۰/۰۹	۰/۲۳۵	۰/۰۶	۰/۶۳۵	۰/۱۵	۰/۰۲۴	۰/۰۹	۰/۳۲۸

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61882/payesh.24.4.467]

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر باهدف تعیین کیفیت زندگی در بیماران سالمند مبتلابه دیسفاژی به علت اختلالات عصبی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های نورولوژی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران، انجام گرفت. نتایج به‌دست آمده از متغیرهای جمعیت‌شناختی این پژوهش نشان داد، در سالمندان شانس رخداد اختلال در بلع دهانی بیش از اختلال در بلع حلقی است. و سن ۸۰ سال به بالا می‌تواند ۳/۶ برابر این رخداد را افزایش دهد. و شانس رخداد اختلال در بلع حلقی در این رده سنی ۲/۹ برابر بیشتر بود و سایر عوامل جمعیت‌شناختی بر روی انواع اختلال در بلع تأثیرگذار نبود. نتایج مطالعه Khan و همکاران نشان داد که شانس رخداد اختلال در بلع در سالمندان مسن‌تر مقیم خانه سالمندان نسبت به سالمندان با سن کمتر افزایش داشته است و اختلال در بلع در سالمندان بیشتر از نوع حلقی بود [۲۱]. از منظر تاثیرگذاری سن بر روی اختلال در بلع بامطالعه حاضر هم‌خوانی داشت اما از منظر نوع اختلال بامطالعه حاضر متفاوت بود که علت تفاوت را می‌توان در انتخاب بیماران دانست در مطالعه فوق سالمندان مقیم خانه سالمندی مدنظر بود اما در مطالعه حاضر سالمندان دارای اختلال عصبی غیر مقیم خانه سالمندی مدنظر بود. در مطالعه Abdul Khader و همکاران عامل جمعیت شناختی جنسیت (مرد یا زن بودن نمونه‌ها) بر روی نوع اختلال در بلع تأثیرگذار نبود و شانس رخداد بلع نوع دهانی در سالمندان دارای اختلال در بلع بر اساس پرسش‌نامهSDQ نسبت به سالمندان سالم بیشتر بود [۲۲]، از منظر ارتباط جنسیت و نوع اختلال در بلع و شیوع اختلال دهانی بامطالعه حاضر هم‌خوانی داشت. البته در مطالعه فوق سالمندان سالم و دارای اختلال در بلع شرکت داشتند. اما در مطالعه حاضر سالمندان مبتلابه دیسفاژی به علت اختلالات عصبی مدنظر بود که بامطالعه حاضر تفاوت داشت. مطالعه Thiyagalingam و همکاران نشان داد که شانس رخداد دیسفاژی در سالمندان دارای اختلال نورولوژی نسبت به سالمندان غیر نورولوژی ۳/۷ برابر بیشتر بود و با افزایش سن شانس این رخداد افزایش می‌یابد. [۱۴]، از منظر تأثیر سن بر اختلال در بلع بامطالعه حاضر هم‌خوانی داشت. اما در مطالعه فوق سالمندان سالم و بیمار مدنظر بود ، ولی در مطالعه حاضر فقط سالمندان مبتلابه دیسفاژی به علت اختلالات عصبی مدنظر بود که بامطالعه حاضر تفاوت داشت. مطالعه Mateos-Nozal و همکاران نشان داد که شانس رخداد دیسفاژی در سالمندان مسن‌تر ۳/۶ برابر بیش از سالمندان با سن کمتر است و در بیماران دارای اختلال حاد ازجمله بیماری‌های نورولوژی این میزان افزایش می‌یابد. [۲۳]، از منظر نوع اختلال در بلع و تأثیر سن بامطالعه حاضر هم‌خوانی داشت، در مطالعه فوق سالمندان بستری مدنظر بود اما در مطالعه حاضر سالمندان مبتلابه دیسفاژی به علت اختلالات عصبی غیر بستری مدنظر بود که از این نظر بامطالعه حاضر تفاوت داشت. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت زندگی سالمندان جامعه تحقیق با استفاده از پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی مخصوص دیسفاژی M. D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) ۶۶/۴ بود که حاکی از کاهش کیفیت زندگی است. و بیش‌ترین مشکل در حوزه فیزیکی و کم‌ترین مشکل در حوزه عملکردی بود. و همچنین هر دو نوع اختلال - مرحله دهانی و مرحله حلقی به‌طور یکسان بر کیفیت زندگی سالمندان فوق تأثیرگذار بود. در راستای مطالعات همسو، نتایج مطالعه‌ی Jung و همکاران نشان داد که کیفیت زندگی خاص دیسفاژی در بیماران مسن مبتلابه اختلالات عصبی سالمندان کاهش داشته است و این میزان کاهش در بعد فیزیکی بیش‌ترین کاهش و در بعد عاطفی کم‌ترین کاهش را داشته است [۱۶]. ازمنظر کاهش کیفیت زندگی و بیش‌ترین عامل تأثیرگذار بر کاهش بامطالعه حاضر هم‌خوانی داشت. نتایج مطالعه‌ی Hung Chen و همکاران نشان داد که کیفیت زندگی سالمندان در حد متوسط بوده. نمره بعد عاطفی بیش‌ترین اثر را بر کاهش کیفیت زندگی داشته، بعد عملکرد دارای کم‌ترین اثر بر کاهش کیفیت زندگی داشته است[۷]. مطالعه Brandao و همکاران نشان داد که ظرفیت عملکردی، محدودیت‌های جسمانی، وضعیت سلامت عمومی، نشاط اجتماعی، محدودیت سلامت روان در هر دو گروه (با و بدون دیسفاژی) مشابه بود. در بین مردان، برای تمام مقیاس‌های مورد استفاده، ظرفیت عملکردی مشابه بود. در بین زنان، ظرفیت عملکردی در هر دو گروه مشابه بود. با این حال، در کیفیت زندگی، دامنه "سرزندگی" در گروه بدون دیسفاژی بالاتر بود. گروه درآمد بر ظرفیت عملکردی یا کیفیت زندگی تأثیری نداشت. تفاوتی بین گروه‌ها وجود نداشت[۲۴] از منظر کاهش کیفیت زندگی در سالمندان بامطالعه حاضر هم‌خوانی داشت اما ازنظر ابعاد بامطالعه حاضر هم‌خوانی نداشت. در مطالعه فوق سالمندان با و بدون اختلال دیسفاژی مدنظر بود اما در مطالعه حاضر سالمندان مبتلابه دیسفاژی به علت اختلالات عصبی مدنظر بود که از این نظر بامطالعه حاضر تفاوت داشت. نتایج مطالعه‌ی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61882/payesh.24.4.467]

Pontes و همکاران نشان داد که سن با بعد انتخاب غذا (بعد انتخاب غذا هم مفهوم بعد فیزیکی پرسش‌نامه MDADI است) ارتباط دارد [۲۵]. که بامطالعه حاضر هم‌خوانی داشت. به‌طور کلی می‌توان گفت کیفیت زندگی سالمندان مبتلابه دیسفاژی با اختلالات عصبی در حد پایین بوده با توجه به تأثیر سن بر کیفیت زندگی می‌توان گفت بیش‌ترین عوامل جمعیت‌شناختی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سن هست اما نمی‌توان تأثیر سایر عوامل جمعیت‌شناختی را نادیده گرفت. اما جهت تعمیم‌پذیری نیاز به مطالعات بیشتری هست. نتایج اکثر مطالعات حاکی از کاهش کیفیت زندگی در سالمندان مبتلابه دیسفاژی دارد.

با نظر به یافته‌های حاصل در این تحقیق، محققان با محدودیت‌هایی روبرو بودند، که می‌توان به استفاده از پرسش‌نامه جهت گردآوری داده‌ها اشاره کرد، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیرواقعی داده باشند. و همچنین به بی‌حوصلگی آن‌ها در پاسخ دادن به پرسش‌های پرسش‌نامه به سبب سن بالای شرکت‌کنندگان اشاره کرد.

همچنین این پژوهش به‌صورت مقطعی انجام شده است، به این دلیل، نتیجه‌گیری درباره علیت را دشوار می‌سازد. پیشنهاد می‌شود این‌گونه مطالعات به‌صورت ادواری جهت غربال‌گری انجام شود.

سهم نویسندگان

حدیثه ذوالفقاری: طراحی طرح‌نامه، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، تهیه و تدوین مقاله

مجیده هروی کریموی: مدیریت پایان‌نامه، تحلیل داده‌ها و مشارکت در تدوین مقاله

فرید زایری: نظارت بر تجزیه و تحلیل آماری

تشکر و قدردانی

این مطالعه منتج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه شاهد با کد اخلاق: IR. SHAHED. REC. 1401. 138 می‌باشد. بدین‌وسیله از کلیه بیمارانی که در پژوهش حاضر شرکت کردند کمال تشکر و امتنان را داریم.

هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود نداشت.

منابع

1. Habibi A, Nemadi VM, Habibi S, Mohammadi M. Quality of life and prevalence of chronic illnesses among elderly people: A cross-sectional survey. Journal of Health 2012; 3:58-66 [Persian]
2. Mirzaie M, Darabi S. Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2017; 12:156-169 [Persian]
3. Rejeh N, Hearavi-Karimoo M, Bahrami T, Raeesi R, Tadrisi SD. The assessment of factors affecting fatigue in older people with hemodialysis. Iranian Journal of Nursing Research 2015; 10:108-117[Persian]
4. Habibi A, Neekpoor S, Seyedolshohda M, Haghani H. Health promotion behaviours and Quality of life among elderly people: A crosssectional survey 2006. Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2008; 8:29-36[Persian]
5. Fathi E. A look at the past, present and future of Iran's population. Statistics Research Institute, Tehran 2020; 11:1-20[Persian]
6. Nilsson J, Parker MG, Kabir ZN. Assessing health-related quality of life among older people in rural Bangladesh. Journal of Transcultural Nursing 2004; 15:298-307
7. Chen P-H, Golub JS, Hapner ER, Johns MM. Prevalence of Perceived Dysphagia and Quality-of-Life Impairment in a Geriatric Population. Dysphagia 2009; 24:1-6
8. 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; 6:187-92
9. Seifpanahi M-S, Rezaei M, Abdoli A, Shirmohammadi Khorram N. Distribution of Different Pathologies of Dysphagia and Related Risk Factors in Patients with Neurological Disorders. Avicenna Journal of Clinical Medicine 2022; 29:169-76[Persian]
10. Teasell RW, McRae M, Marchuk Y, Finestone HM. Pneumonia associated with aspiration following stroke. physical medicine and rehabilitation 1996; 77:707-9
11. Brogan E, Langdon C, Brookes K, Budgeon C, Blacker D. Respiratory infections in acute stroke: nasogastric tubes and immobility are stronger predictors than dysphagia. Dysphagia 2014; 29:340-345
12. De Rijk MC, Tzourio C, Breteler MM, Dartigues JF, Amaducci L, Lopez-Pousa S, et al. Prevalence of parkinsonism and Parkinson's disease in

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61882/payesh.24.4.467]

Europe: The Euro Parkinson Collaborative Study. European Community Concerted Action on the Epidemiology of Parkinson's disease. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 1997;62:10-15
13. Humbert IA, Robbins J. Dysphagia in the Elderly. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America 2008; 19:853-866
14. Thiyagalingam S, Kulinski AE, Thorsteinsdottir B, Shindelar KL, Takahashi PY. Dysphagia in Older Adults. Mayo Clin Proceedings 2021; 96:488-497
15. Aslam M, Vaezi MF. Dysphagia in the elderly. Gastroenterology and Hepatology 2013; 9:784-95.
16. Jung S, Kim JS, Jang I, Kim H. Factors related to dysphagia-specific quality of life in aged patients with neurologic disorders: A cross-sectional study. Geriatr Nursing 2022; 43:159-166
17. Cohen JT, Manor Y. Swallowing disturbance questionnaire for detecting dysphagia. Laryngoscope 2011; 121:1383-1387
18. Rajaei A, Azargoon SA, Nilforoush MH, Barzegar Bafrooei E, Ashtari F, Chitsaz A. Validation of the persian translation of the swallowing disturbance questionnaire in Parkinson's disease patients. Parkinsons Disease 2014; 2014:1-7
19. Yee K, Wong SM, Teo I, Loy J, Roche E, Tan YP, et al. Validity and reliability of the MD Anderson dysphagia inventory in English and Chinese in head and neck cancer patients. Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology 2020; 16:372-379
20. Sharifi F, Qoreishi ZS, Bakhtiyari J, Ebadi A, Houshyari M, Azghandi S. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Persian Version of the M. D. Anderson Dysphagia Inventory. International Archives of Otorhinolaryngology 2024;24:1-7
21. Khan A, Carmona R, Traube M. Dysphagia in the Elderly. Clinics in Geriatric Medicine 2014; 30:43-53
22. Abdul Khader F, Gangadhara Somayaji K. Swallowing difficulties among healthy elderly: prevalence and aetiology. International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery 2018; 4:494-498
23. Mateos-Nozal J, Montero-Errasquín B, Sánchez García E, Romero Rodríguez E, Cruz-Jentoft AJ. High Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Acutely Hospitalized Patients Aged 80 Years and Older. Journal of the American Medical Directors Association 2020; 21:2008-2011
24. Brandão DM, Nascimento JL, Vianna LG. [Evaluation of functional capacity and quality of life of the elderly after ischemic stroke with and without dysphagia]. Journal of the Brazilian Medical Association 2009; 55:738-743
25. Pontes É S, Amaral AK, Rêgo FL, Azevedo EH, Silva PO. Quality of life in swallowing of the elderly patients affected by stroke. Archives of Gastroenterology 2017; 54:27-32

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61882/payesh.24.4.467]