

# Prevalence of Physical Diseases and Disorders in Retired Armed Forces; a Case Study of Tehran City, Iran

## ARTICLE INFO

### Article Type

Descriptive Study

### Authors

Pirooz F.\* MD, MPH,  
Mohammadi Shahbolaghi F.<sup>1</sup> PhD,  
Foroughan M.<sup>1</sup> MD

### How to cite this article

Pirooz F, Mohammadi Shahbolaghi F, Foroughan M. Prevalence of Physical Diseases & Disorders in Retired Armed Forces; a Case Study of Tehran City, Iran. *Iranian Journal of War & Public Health*. 2017;9(1):53-60.

\*Iranian Research Center on Ageing, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran  
<sup>1</sup>Iranian Research Center on Ageing, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

### Correspondence

Address: Iranian Research Center on Ageing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Street, Daneshjoo Bulvarde, Evin, Tehran, Iran  
Phone: +98 (21) 22548008  
Fax: +98 (21) 22546043  
fereshtehpirooz@gmail.com

### Article History

Received: October 13, 2016  
Accepted: January 7, 2017  
ePublished: March 10, 2017

## ABSTRACT

**Aims** The first step to respond to the health needs of the retirees of the military organizations is to identify such needs. The aim of the study was to determine the frequencies of physical problems and diseases of the military retirees, as well as to determine the potential impact of the services provided by the military organizations on the old-age health needs.

**Instrument & Methods** In the cross-sectional descriptive-analytic study, 299 military retirees, who were residing in Tehran, were studied between 2013 and 2015. The subjects were selected via available purposeful sampling method. Data was collected by the study questionnaire consisted of the abbreviated mental test score (AMTS) and a researcher-made questionnaire as the main survey of the study. Data was analyzed by SPSS 16 software using descriptive statistics and one-way ANOVA and independent T tests.

**Findings** 159 retirees (53.2%) were without any communication-limiting physical problem. Nevertheless, the most prevalent limiting disorder was the auditory problems (12.0%). 144 retirees (48.2%) were with active diseases, and the most prevalent diseases were high blood pressure (21.5%) and diabetes (19.4%). Totally, the physical health status was declared by 214 retirees (71.6%), and 15 retirees (5.0%), 77 retirees (25.7%), and 99 retirees (33.1%) declared their own satisfaction levels as very good, good, and moderate, respectively.

**Conclusion** The most important health problems of the military retirees are the chronic non-communicable diseases such as high blood pressure, diabetes, and cardio-vascular diseases. Only one third of the subjects are satisfied with their own health status.

**Keywords** Disease; Retirement; Armed Forces Personnel

## CITATION LINKS

[1] Community mobilization to promote the health of the elderly in the neighborhood Complex ... [2] The global economic burden of non-communicable diseases ... [3] Comparing quality of life between seniors living in families... [4] Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population... [5] A Demographic characteristics of the elderly population in Iran according to the census ... [6] Assess the health needs aged pensioners of social security organization ... [7] Civic Engagement among older Chinese internet ... [8] Military deployments and children's academic achievement: Evidence from department of defense education ... [9] Health of national Service Veterans: an analysis ... [10] Is the SF-36 a valid measure of change in population health? results from the whitehall ... [11] A review of our roots: Blacks in gerontology ... [12] The injured mind in the UK Armed Forces ... [13] Life-space mobility and quality of life in community ... [14] Development of a community based care system ... [15] Elderly quality of life: A comparison between pensioners of Social ... [16] Tough bodies and rough sleeping: Embodying ... [17] Factors associated with heavy alcohol consumption in the UK Armed Forces: Data from a health survey ... [18] The status of social and leisure time activities among elderly residing in Iran [19] Validation of the persian version of abbreviated mental ... [20] Relationship between social participation and general health among the ... [21] Mental health condition and health promoting behaviors among elders in ... [22] Assessing the health status of elderly people in the province ... [23] What's in a name? defining and caring for ... [24] A study on the quality of life among elderly shahinshahr area of isfahan ... [25] The elderly population in Iran: An ever growing concern in ... [26] LEIPAD, an internationally applicable ... [27] Association between polypharmacy and socio-demographic ... [28] Inappropriate prescribing ... [29] Study of polypharmacy and associated problems among elderly ... [30] Recent patterns of medication use in ... [31] Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses ...

## فراوانی بیماری‌ها و مشکلات جسمی در بازنشستگان نیروهای مسلح؛ مطالعه موردی شهر تهران

فرشته پیروز\* MD, MPH

مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

فرحناز محمدی شاهبلاعی PhD

مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

مهشید فروغان MD

مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

### چکیده

**اهداف:** شناخت نیازهای سلامتی بازنشستگان نیروهای مسلح، نخستین گام برای پاسخگویی به این نیازها است. هدف مطالعه حاضر، تعیین فراوانی بیماری‌ها و مشکلات جسمی بازنشستگان نیروهای مسلح و نحوه تاثیر احتمالی خدمت در این ارگان‌ها بر نیازهای سلامت دوره سالمندی بود.

**ابزار و روش‌ها:** در این تحقیق توصیفی-تحلیلی و مقطعی که از سال ۱۳۹۲ آغاز و تا سال ۱۳۹۴ به طول انجامید، ۲۹۹ نفر از بازنشستگان نیروهای مسلح مقیم شهر تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس هدفمند انتخاب شده و داده‌های مربوط به آنان مورد بررسی قرار گرفت. پرسش‌نامه طرح مشتمل بر دو بخش آزمون مختصر شناختی (AMTS) و پرسش‌نامه اصلی محقق‌ساخته بود. داده‌های پژوهش، به کمک نرم‌افزار SPSS 16 و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه و T مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** ۱۵۹ نفر (۵۳٪) از بازنشستگان هیچ گونه مشکل جسمی محدودکننده ارتباط نداشتند، اما بیشترین اختلال محدودکننده مربوط به مشکلات شنوایی (۲۱٪) بود. در میان بازنشستگان، ۱۴۴ نفر (۴۸٪) بیماری فعال داشتند که شایع‌ترین بیماری‌ها فشار خون بالا (۲۱٪) و دیابت (۱۹٪) بود. در مجموع، ۲۱۴ نفر (۷۱٪) ارزیابی خود از وضعیت سلامت جسمانی خویش را اعلام کردند که میزان رضایت‌مندی در ۱۵ نفر (۵٪) از پاسخ‌دهندگان خیلی‌خوب، ۷۷ نفر (۲۵٪) خوب و در ۹۹ نفر (۳۳٪) متوسط ارزیابی شد.

**نتیجه‌گیری:** مهم‌ترین مشکل سلامتی بازنشستگان نیروهای مسلح، ابتلا به بیماری‌های مزمن غیرواگیر از جمله فشار خون بالا، دیابت و بیماری‌های قلبی-عروقی است. تنها یک‌سوم نمونه‌ها، از وضعیت سلامت خود راضی هستند.

**کلیدواژه‌ها:** مشکلات جسمی، بیماری‌ها، بازنشستگان، نیروهای مسلح

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۷/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۱۸

\* نویسنده مسئول: fereshtehpirooz@gmail.com

### مقدمه

با عنایت به اینکه کاهش مرگ‌ومیر و افزایش امید به زندگی باعث افزایش تعداد سالمندان در تمامی جوامع بشری شده است<sup>[1]</sup>، فراهم‌کردن شرایطی ایده‌آل برای دستیابی به سالمندی سالم و باکیفیت به یکی از دغدغه‌های اصلی جوامع بشری و مجامع بین‌المللی بدل شده است. براساس برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، نرخ رشد سالمند به جمعیت سالمندی، در حدود ۲/۵٪ است که با ادامه این روند در سال ۲۰۲۵ میلادی، جمعیت سالمندی جهان به حدود یک‌میلیارد نفر خواهد رسید. به عبارتی، از هر ۷ نفر جمعیت دنیا یک نفر بیش از ۶۰ سال زندگی می‌کند، در حالی که این رقم در سال ۱۹۵۰ به‌ازای هر ۱۲ نفر یک نفر بوده است<sup>[2]</sup>.

در ایران نیز با توجه به اینکه جمعیت سالمند بالاتر از ۶۰ سال از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۷۵ رشد ۱۰۰ درصدی نموده<sup>[3]</sup> و از ۳٪ به ۱۶/۶٪ کل جمعیت رسید<sup>[4, 3]</sup>، توجه به مسایل سالمندی و ارتقای سلامت و تامین نیازهای آنان بیش از پیش مورد عنایت مراجع ذی‌ربط قرار

گرفته است. براساس اصول ۲۹ و ۳۰ قانون اساسی<sup>[5]</sup>، دولت مکلف است از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردمی، کلیه خدمات و حمایت‌های مالی برای تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بی‌کاری، پیری، ازکارافتادگی، حوادث، بی‌سرپرستی، درراه‌ماندگی، نیاز به خدمات پزشکی و سلامت جامعه را فراهم آورد. از آنجا که سازمان جهانی بهداشت، "سلامت" را داشتن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف می‌کند<sup>[6-9]</sup>، دستیابی به سلامت در دوره سالمندی نیز در گرو شناخت و تامین نیازهای اساسی آنان است.

بازنشستگان نیروهای مسلح را به‌لحاظ ماهیت حرفه پراسترس و همراهی غالب این استرس‌ها در طول زندگی، می‌توان در گروه اقتشار آسیب‌پذیر سالمندان بازنشسته کشور قرار داد که نیازهای سلامتی خاصی دارند. شناخت نیازهای سلامتی ایشان نخستین گام برای پاسخگویی به این نیازها است و ما در این تحقیق به‌عنوان اولین قدم، فراوانی بیماری‌ها و مشکلات جسمی بازنشستگان نیروهای مسلح شهر تهران را مورد بررسی قرار دادیم؛ با عنایت به اینکه بیش از ۸۵٪ جمعیت جهان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند، سرعت تزاید جمعیت پیشکسوتان در کشورهای در حال توسعه به‌مراتب بیشتر از سایر کشورها خواهد بود<sup>[10]</sup>. بنابراین انتخاب الگوی مناسب مراقبتی برای تامین سلامت و رفاه سالمندان الزامی است تا ضمن صرف حداقل هزینه‌های ممکن، بهترین سطح کیفی رفاه عمومی، سلامت و کارکرد را برای ایشان تامین نماید. رشد جمعیت سالمندان و افزایش امید به زندگی، اجرای سیاست‌های پیشگیرانه و درمانی مناسب را برای حفظ و ارتقای سطح سلامت ایشان الزامی می‌نماید<sup>[11]</sup>.

از آنجا که در بسیاری از مناطق دنیا به دلایل ساختاری و امکان‌پذیری و کنترل دقیق‌تر نتایج، نیروهای مسلح در ارائه خدمات نوین سلامت، پیشگام هستند<sup>[12]</sup>، حتی برای تدوین نظام جامع سلامت سالمندان هم، توجه به بازنشستگان نیروهای مسلح عملاً امری اجتناب‌ناپذیر است. در تمام جوامع به‌منظور اطمینان از بالابودن توان مواجهه با انواع استرس‌ها و شرایط دشوار احتمالی، نظامیان از میان سالم‌ترین و توانمندترین افراد جامعه (از لحاظ جسمی، روحی و روانی) گزینش شده و پس از انجام مجموعه‌ای از آزمون‌های سلامت، دوره‌های آموزشی متعددی را پشت سر می‌گذارند تا تامین‌کننده یکی از مهم‌ترین نیازهای جامعه یعنی "امنیت" باشند، ولی به‌دلیل استرس‌های شغلی متنوع و متعدد، همیشه در خطر بوده و اغلب علی‌رغم انتظار، امید به زندگی در این گروه، از متوسط افراد مشابه در جامعه (در مقایسه با افرادی با همان سطح سلامت اولیه و پیشینه خانوادگی و ژنتیکی که به حرفه دیگری اشتغال دارند) کوتاه‌تر است<sup>[13]</sup>. براساس آمارها، امید به زندگی در بدو تولد برای مردان ایرانی ۷۰/۱ سال و برای زنان ۷۳/۲ سال است<sup>[14, 15]</sup>. این در حالی است که این اعداد در مورد کارکنان نیروهای مسلح به ترتیب ۵۸ و ۶۲ سال است (به‌طور متوسط ۵۹ سال). براساس آمارهای جمع‌آوری‌شده، بیشترین مرگ ظرف ۲ سال اول پس از بازنشستگی اتفاق می‌افتد<sup>[4]</sup>.

هدف نهایی نظام سلامت هر کشور، ارتقای سطح سلامت مردم و برقراری عدالت بهداشتی میان آنهاست. در این میان، پژوهش می‌تواند از طریق اطلاع‌رسانی و ارائه رهنمود برای طراحی و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی و نیل به اهداف نظام سلامت کشور نقش بسزایی داشته باشد. متأسفانه در سراسر دنیا، بسیاری از پژوهش‌ها در راستای نیازهای سلامت جامعه نبوده و تنها ۱۰٪

کل سرمایه‌های پژوهشی دنیا برای ۹۰٪ مردم جهان به‌کار می‌رود<sup>[16]</sup>.

محقق و همکاران در مطالعه خود که با هدف بررسی نیازهای سلامتی سالمندان سازمان تامین اجتماعی و سازمان بازنشستگی کشوری طراحی شد. ۱۵۰ سالمند مستمری‌بگیر (۷۵ نفر در گروه تامین اجتماعی و ۷۵ نفر در گروه بازنشستگی کشوری) را از لحاظ کیفیت زندگی با هم مقایسه کردند. یافته‌ها نشان داد نمره کیفیت زندگی کل سالمندان تامین اجتماعی بالاتر از بازنشستگی کشوری است (هر چند از نظر آماری معنی‌دار نیست) و تنها در بُعد عملکرد ذهنی- روانی تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده شد. نتایج نشان داد مهم‌ترین نیاز سالمندان، مربوط به درآمد (۵۱/۷٪) بوده و شایع‌ترین مشکلات سلامت سالمندان به ترتیب مربوط به مشکلات قلبی- عروقی، عضلانی- اسکلتی و شنوایی- بینایی بود. توزیع وسایل کمکی نیز نشان داد دندان مصنوعی، عینک و توالیت فرنگی بیشترین وسایل مورد استفاده سالمندان بودند<sup>[6]</sup>.

پژوهش توصیفی انجام شده توسط *ملک/فضلی* و همکاران، نیازهای سلامت را در ۱۰۰ مرد و ۱۰۰ زن سالمند مورد بررسی قرار داد. نتایج تحقیق بیانگر آن بود که در منطقه مورد مطالعه ۸۹٪ سالمندان باسواد هستند. از نظر سلامت جسمانی، ۹۲٪ زنان و ۷۰٪ مردان مسن، دچار بیماری و تحت درمان بودند. شیوع بیماری‌های مختلف مانند پرفشاری خون، آرتروز، پوکی استخوان و دیابت در زنان بیشتر از مردان بود<sup>[1]</sup>.

هر چند در مطالعات داخلی رد پایی از بررسی اختصاصی در بازنشستگان نیروهای مسلح یافت نشد، اما مطالعه متون خارجی قابل دست‌یابی نشان داد فراوانی نیازهای سلامت در نظامیان بازنشسته سایر کشورهای دنیا با سالمندان آن جوامع متفاوت است. استیونر در بررسی انجام شده روی کهنه‌سربازان انگلیسی و خانواده‌های آنها (از ۱۹ تا ۹۳ سال با متوسط سنی ۴۴ سال) پس از مواجهه با استرس‌های ناشی از جنگ، اعلام داشت عمده‌ترین علل بروز اختلالات روانی در این افراد عبارتند از: تروماهای جسمی و مورد غفلت قرارگرفتن فرزندان، تروماهای متعدد جسمی ناشی از استقرار در منطقه جنگی، ازهم‌پاشیدگی کانون خانواده و ازدواج مجدد، جابه‌جایی‌های متعدد محل سکونت و گاهی بی‌خانمانی، سابقه مورد آزار و خشونت جنسی قرارگرفتن، اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)، افسردگی، سوء مصرف الکل، بیماری‌های جسمی متعدد و قطع حمایت‌های مالی و اجتماعی سازمان‌های حمایتگر نظامی و غیرنظامی با هر علت<sup>[17]</sup>.

محقق در این مجال با انجام یک مطالعه توصیفی روی بازنشستگان نیروهای مسلح (افرادی که ضمن استخدام رسمی در نهادهای نظامی کشور، در رده‌های مختلف نظامی و کارمندی اعم از زن و مرد، واجد سوابق اداری شامل؛ کارت، کد شناسایی و فیش حقوقی ماهیانه بوده و با هر مقدار سابقه خدمت بازنشسته شده‌اند)، وضعیت سلامت جامعه هدف خود را مورد ارزیابی قرار داد. لذا هدف مطالعه حاضر، تعیین فراوانی بیماری‌ها و مشکلات جسمی بازنشستگان نیروهای مسلح و نحوه تاثیر احتمالی خدمت در این ارگان‌ها بر نیازهای سلامت دوره سالمندی بود.

## ابزار و روش‌ها

این تحقیق توصیفی- تحلیلی و مقطعی که از سال ۱۳۹۲ آغاز و تا سال ۱۳۹۴ به‌طول انجامید، در بین بازنشستگان نیروهای مسلح مقیم شهر تهران (مراجعات به ادارات و کانون‌های بازنشستگان شهر تهران) انجام شد. با عنایت به آمارهای غیررسمی، تعداد

فراوانی بیماری‌ها و مشکلات جسمی در بازنشستگان نیروهای مسلح؛ مطالعه موردی شهر تهران ۵۵ بازنشستگان نیروهای مسلح بالاتر از ۶۰ سال در کشور حدود ۲۰۴ هزار نفر بوده و حدود ۲۲۶۶۶ نفر در استان تهران و کمتر از نیمی از آنها ساکن شهر تهران بودند<sup>[4]</sup>. حجم نمونه پژوهش در این طرح با استفاده از فرمول و با فرض اینکه ۵۸٪ بازنشستگان ساکن شهر تهران در محدوده طرح امکان حضور دارند، ۲۶۰ نفر تخمین زده شد.

محقق از زمان کسب مجوزهای فعالیت (سه‌ماهه سوم سال ۱۳۹۲)، به‌طور متوسط ۴ روز در هفته به ۴ دفتر خدمات الکترونیک ساتا در شهر تهران (شمال، شرق، غرب و مرکز) و کانون بازنشستگان فاطمی مراجعه نموده و با همکاری مسئولان این مراکز، از میان مراجعان (نمونه دردسترس)، افراد بازنشسته‌ای که واجد معیارهای اولیه ورود به طرح (شامل؛ سن بالاتر از ۶۰ سال، تمایل به شرکت در مطالعه، بهره‌مندی از توانایی برقراری ارتباط موثر و واجد سواد خواندن و نوشتن) بودند را انتخاب نمود. پس از توضیح طرح و نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها و پس از دریافت رضایت‌نامه، ضمن رعایت شان نمونه‌ها و موازین اخلاقی، آزمودنی‌ها برای ارزیابی فقدان اختلال شناختی و روانی محدودکننده ارتباط، با استفاده از پرسش‌نامه آزمون مختصر شناختی (AMTS) به‌روش مصاحبه پایش شده و در صورت کسب نتایج بالاتر از ۷ (نقطه برش آزمون) به‌عنوان معیار نهایی ورود به طرح، پرسش‌نامه‌های اصلی به‌صورت شخصی یا به‌روش مصاحبه، برای تکمیل در اختیار ایشان قرار گرفت. در طول تکمیل پرسش‌نامه هر زمان بازنشسته از ادامه کار رضایت نداشت یا نتیجه انجام آزمون مختصر شناختی پایین‌تر از نقطه برش آزمون بود، تکمیل پرسش‌نامه اصلی طرح منتفی شده و از پژوهش خارج شد. در نهایت ۲۹۹ نفر به‌روش نمونه‌گیری در دسترس هدفمند انتخاب شده و داده‌های مربوط به آنان مورد بررسی قرار گرفت.

پرسش‌نامه طرح مشتمل بر دو بخش بود؛ یکی ارزیابی وضعیت شناختی نمونه‌ها با کمک آزمون ۱۰ سئوالی AMTS و دیگری پرسش‌نامه اصلی محقق ساخته مشتمل بر ۸۲ سئوال. در این ابزار، به‌جز اطلاعات دموگرافیک، سایر سئوال‌ها از پرسش‌نامه بررسی نیازها و مشکلات سلامت سالمندان ایرانی و سوئدی برداشت شد. روایی و پایایی این پرسش‌نامه که تلفیقی انتخابی از ۱۲ ابزار معتبر بین‌المللی است، در سال ۱۳۸۷ توسط *مداح* و همکاران در ایران و سوئد به‌طور جداگانه روی ۳۰ سالمند سنجیده شد که ضرایب پایایی کاپا و آلفای کرونباخ گزارش شده برای بخش‌های مختلف این پرسش‌نامه بالاتر از ۰/۷۰ بود و روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه نیز در دو کارگاه به‌دست آمد<sup>[18]</sup>.

*بختیاری* و همکاران در گزارش نهایی تحقیق سه‌ساله (روی ۱۰۱ بیمار سالمند و ۱۰۴ سالمند فاقد اختلال شناختی) منتشرشده در سال ۱۳۸۷ اعلام نمودند که روایی آزمون AMTS با روش تعیین ضریب آلفای کرونباخ برای گروه نمونه ۰/۹۰، برای گروه شاهد ۰/۶۲ و آلفای کلی در روش دونیمه‌کردن آزمون برای گروه نمونه ۰/۹۳ و برای گروه شاهد ۰/۷۷ بوده و در غربالگری اختلالات شناختی، از روایی و پایایی بالایی برخوردار است. در این تحقیق برای تعیین اعتبار آزمون از روش ملاکی همزمان و اعتبار سازه استفاده شد و مشخص شد که نقطه برش ۷ در این آزمون، برای تفکیک افراد مبتلا به دمانس از فاقد دمانس در سالمندان ساکن شهر تهران، نقطه برش مطلوب است<sup>[19]</sup>.

محقق در ابتدا معرفی‌نامه‌های لازم برای حضور در دفاتر و مراکز ارائه خدمات به بازنشستگان نیروهای مسلح را دریافت کرده و اجازه انجام کار پژوهشی و اخذ اطلاعات از ایشان را کسب نمود. در

طول انجام مراحل اداری کار، ادارات چهارگانه بازنشستگی منحل شد و به "دفتر ۲۸ گانه رایبه خدمات الکترونیک ساتا" تغییر نام داد و طی چند مرحله در سطح شهر جابه‌جایی مکان دفاتر رخ داد. محقق کوشید پس از تثبیت مکان‌ها بزرگ‌ترین دفاتر را که به محل قبلی ادارات چهارگانه بازنشستگی قبلی نزدیک‌تر بودند، به‌عنوان محل انجام نمونه‌گیری انتخاب نماید. در این فرآیند، تعویض عنوان معرفی‌نامه‌ها نیز بخشی از روش اجرا بود که محقق در مقطعی از کار به آن پرداخت. پس از معرفی طرح و روش اجرا، مشارکت و همکاری این مراکز برای جمع‌آوری داده‌ها جلب شد و رسماً کار جمع‌آوری داده‌ها از سه‌ماهه سوم سال ۱۳۹۲ آغاز شد.

معمولاً به‌زای هر فرد مورد مطالعه، تکمیل پرسش‌نامه به‌طور متوسط ۴۵ دقیقه به‌طول انجامید. در عین حال محقق برای هر کدام از سئوالات که به توضیح بیشتری نیاز داشت با رایبه مثال‌هایی به روشن‌شدن آن سؤال کمک می‌کرد.

داده‌های حاصل از تمام پرسش‌نامه‌های تکمیل‌شده، به‌کمک نرم‌افزار SPSS 16 و با استفاده از آمار توصیفی مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی ارتباط متغیرها از آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه و T مستقل استفاده شد.

## یافته‌ها

در مجموع ۲۹۹ نفر در طرح شرکت نمودند که ۲۸۸ نفر (۹۶/۳٪) آنها مرد بودند. ۲۴۱ نفر (۸۰/۶٪) کمتر از ۷۵ سال و مابقی بیش از ۷۵ سال سن داشتند و ۱۹۲ نفر (۶۴/۲٪) در محدوده سنی سالمندان جوان (بین ۶۰ تا ۶۹ سال) قرار داشتند. بیشترین تعداد بازنشستگان مورد مطالعه به ترتیب مربوط به نیروی زمینی ارتش (۳۳/۴٪)، نیروی دریایی ارتش (۲۶/۱٪) و نیروی هوایی ارتش (۲۴/۴٪) بود. ۴/۳٪ بازنشسته ستاد کل نیروهای مسلح و ۴/۱٪ از نیروی انتظامی بودند.

۲۰۷ نفر (۶۹/۲٪) سابقه حضور در جبهه داشتند که از این میان تنها ۳۱ نفر (۱۰/۴٪) پس از احراز سوابق مجروحیت، جانباز محسوب می‌شدند. در مورد تعداد مراجعات سالیانه به پزشک (بابت بیماری)، ۴۸ نفر (۱۶/۰٪) هیچ سابقه‌ای از مراجعه سالیانه به پزشک ذکر نکردند. ۶۲ نفر (۲۰/۷٪) حداکثر ۵ مراجعه پزشکی در سال و ۲۸ نفر (۹/۴٪)، بیش از ۵۰ مراجعه پزشکی در سال را ذکر نمودند.

در مورد تعداد داروهای مصرفی روزانه (بابت درمان بیماری زمینه‌ای)، ۶۱ نفر (۲۰/۴٪) هیچ سابقه‌ای از مصرف روزانه دارو ذکر نکردند. بیشترین فراوانی با ۱۰۶ نفر (۳۵/۵٪) متعلق به گروهی بود که کمتر از ۵ دارو در روز مصرف می‌کردند و تنها ۴۷ نفر (۱۵/۷٪) به‌طور مداوم بیش از ۵ دارو در روز استفاده می‌نمودند. از میان ۲۱۴ نفر پاسخگو به سئوالات مربوط به داروهای مصرفی، ۸۴ نفر (۳۸/۱٪) سابقه مصرف انواع داروهای گیاهی را داشته و بقیه ۱۳۰ نفر (۶۰/۵٪) از هیچ نوع داروی گیاهی استفاده نمی‌کردند. از سوی دیگر ۱۷ نفر (۵/۷٪) از این ۲۱۴ نفر، سابقه نوعی حساسیت دارویی ثابت‌شده را ذکر کردند که اغلب از خانواده آنتی بیوتیک‌ها (کوآتریموکسازول و پنی‌سیلین تزریقی در بیشترین موارد) بودند، ولی اسپیرین بچه با تظاهرات شبه‌آسم که موجب بروز سرفه‌های مزمن می‌شد نیز گزارش شده بود. همچنین ۵۷ نفر (۲۶/۹٪) سابقه استعمال دخانیات و ۱۵ نفر (۵/۰٪) سابقه مصرف مواد مخدر داشتند.

در میان ۲۳۷ نفری که به سئوال مربوط به اختلال جسمی محدود کننده ارتباط پاسخ داده بودند، ۱۵۹ نفر (۵۳/۲٪) هیچ‌گونه مشکل

جسمی محدودکننده ارتباط نداشتند، اما از ۷۸ نفر باقی‌مانده، بیشترین اختلال محدودکننده مربوط به مشکلات شنوایی با فراوانی ۳۶ نفر (۱۲/۰٪) بود که به گفته نمونه‌ها به دلیل عدم پوشش بیمه‌ای سمعک و دور از عرف بودن استفاده از آن، هیچ یک از نمونه‌ها هنوز از سمعک استفاده نمی‌کردند. این در حالی است که ۱۸ نفر (۶/۰٪) از بازنشستگان به‌علت مشکلات محدودکننده حرکتی، از عصا و واکر کمک می‌گرفتند. همچنین در زمان تکمیل پرسش‌نامه، ۹۶ نفر (۳۲/۱٪) از درد بدنی رنج می‌بردند. در میان بازنشستگان مورد مطالعه، ۸۵ نفر (۲۸/۴٪) به سئوالات ما درباره وجود بیماری فعال در زمان تکمیل پرسش‌نامه پاسخ ندادند و از میان بقیه افراد، ۱۴۴ نفر (۴۸/۲٪) بیماری فعال داشتند. ۴۷ نفر (۱۵/۷٪) نیز سابقه بستری در بیمارستان طی یک سال گذشته را ذکر کرده بودند که شایع‌ترین علل بستری در بیمارستان مربوط به مشکلات گوارشی و قلبی-عروقی بود. سایر علل مثل سقوط همسطح، کنترل قند خون، کنترل فشار خون بالا، بیماری‌های تیروئید، بدخیمی‌ها و سکنه مغزی جمعاً ۷ نفر (۲/۳٪) را به خود اختصاص داد. نکته قابل توجه این است که تنها ۱۰ نفر (۳/۳٪) سابقه سقوط را اعلام کردند که از این میان ۲ نفر (۰/۷٪) با این علت در بیمارستان بستری شده بودند (جدول ۱).

در گروه بیماری‌های قلبی-عروقی طیفی از مبتلایان به بیماری‌های ایسکمیک قلب، انفارکتوس قلبی، آریتمی و تنگی‌های منجر به جراحی باز قلب در عروق کرونر گزارش شد. شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی که تحت درمان دارویی روان‌پزشکان قرار داشتند شامل؛ افسردگی، اختلالات وسواسی، اضطراب، حملات پانیک و اختلالات استرسی به‌دنبال تروما (PTSD) بودند. در مبتلایان به بیماری‌های گوارشی طیف وسیعی از اولسر پپتیک، سنگ کیسه صفراوی و سندروم روده تحریک‌پذیر (IBS) تا کبد چرب و بیماری‌های التهابی روده (IBD) قرار داشتند. در گروه بیماری‌های غدد و متابولیک، کم‌کاری تیروئید، افزایش چربی‌های خون و اضافه‌وزن اولویت داشتند. ۳ مورد مبتلا به بدخیمی (کانسر کولون، کانسر مری و تومور سلول‌های بازال پوستی در ناحیه صورت) و ۳ مورد مبتلا به سایر موارد شامل؛ برولوز، دیسکوپاتی شدید ستون فقرات کمری که منجر به جراحی شده و انفارکتوس مغزی منجر به همی‌پلاژی نیمه چپ بدن بودند.

در مجموع ۳۸ نفر (۲۶/۴٪) از نمونه‌ها تنها به یک بیماری مبتلا بوده و بیشترین تعداد بیماری‌های همزمان با فراوانی ۸۵ نفر (۵۹/۰٪) مربوط به دو بیماری بود. در حالی که ۱۵ نفر (۱۰/۴٪) سه بیماری همزمان و ۵ نفر (۳/۴٪) چهار بیماری همزمان داشتند و یک نفر (۰/۷٪) هم به پنج بیماری همزمان مبتلا بود.

در ۵۶۶ مورد، وجود اختلال و مشکل جسمی گزارش شد. به‌عبارت دیگر، تعدادی از نمونه‌ها بیش از یک مشکل داشتند و تنها ۸۵ نفر (۱۵/۰٪) در زمان تکمیل پرسش‌نامه فاقد هر گونه مشکل جسمی بودند. بیشترین شکایت نمونه‌ها از اختلالات بینایی بود که همگی برای رفع این مشکل از عینک استفاده می‌نمودند. ۷۰٪ نمونه‌ها (بیش از نیمی از موارد) به‌طور همزمان از دو عینک برای اصلاح بینایی (دید دور و نزدیک) کمک می‌گرفتند و قریب به اتفاق ایشان تمایلی به استفاده از عینک‌های دوکانونی نداشتند. اغلب بازنشستگان از ناکافی بودن سقف کمک‌هزینه خرید عینک شاکی بودند. از سوی دیگر، عدم تناسب افزایش کمک‌هزینه خرید با افزایش قیمت قاب و شیشه عینک، عامل دیگری برای نارضایتی ایشان بود. اکثر بازنشستگان اذعان داشتند که خدمات دندان‌پزشکی اغلب گران و محدود به مراکز خاصی بوده و توزیع

مناسبی در سطح شهر تهران ندارد. در مجموع ۵۳/۵٪ نمونه‌ها دو مشکل همزمان، ۸/۶٪ موارد سه مشکل همزمان و ۱۲/۹٪ نمونه‌ها از چهار مشکل جسمی همزمان شاکی بودند.

جدول ۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی برخی از مولفه‌های سلامت جسمی در بازنشستگان نیروهای مسلح مقیم شهر تهران (۲۹۹ نفر)

متغیرها	تعداد	درصد
<b>اختلال جسمی محدود کننده ارتباط</b>		
بدون اختلال	۱۵۹	۵۳/۲
اختلال شنوایی	۳۶	۱۲/۰
اختلال بینایی	۱۶	۵/۳
اختلال حرکتی	۱۸	۶/۰
اختلال روان شناختی	۸	۲/۷
<b>وجود درد فعال</b>		
پادرد	۱۵	۵/۰
درد کمری و ستون فقرات پشتی	۱۲	۴/۰
درد ستون فقرات گردنی	۵	۱/۷
درد دست‌ها	۴	۱/۳
سر درد	۳	۱/۰
درد عمومی بدن	۵۷	۱۹/۴
<b>وجود بیماری فعال</b>		
فشار خون بالا	۳۱	۱۰/۳
دیابت	۲۸	۹/۴
بیماری‌های قلبی- عروقی	۲۳	۷/۶
التهاب و بیماری‌های مفصلی	۱۴	۴/۷
بیماری‌های پروستات و مجاری ادراری	۱۲	۴/۰
بیماری‌های دستگاه گوارش	۱۰	۳/۳
بیماری‌های مزمن ریوی	۸	۲/۶
اختلالات روان شناختی	۶	۲/۰
بیماری‌های غدد و متابولیک	۶	۲/۰
سایر موارد	۶	۲/۰
<b>علت بستری در بیمارستان طی یک سال گذشته</b>		
بیماری قلبی- عروقی	۱۱	۳/۷
جراحی پروستات و بیماری اورولوژیک	۷	۲/۳
جراحی ستون فقرات و دیسکوپاتی‌ها	۴	۱/۳
خونریزی گوارشی و علل دستگاه گوارش	۱۲	۴/۰
بیماری‌های چشم و کاتاراکت	۶	۲/۰
سایر علل	۷	۲/۳
<b>وجود مشکلات جسمی</b>		
بدون شکایت جسمی	۸۵	۲۸/۰
اختلال بینایی	۵۸	۱۹/۰
خستگی	۴۵	۱۵/۰
ضعف عمومی	۳۹	۱۳/۰
بی‌خوابی	۳۸	۱۲/۰
ناراحتی دندان و لثه	۳۸	۱۲/۰
اضطراب و نگرانی	۳۸	۱۲/۰
تکرر ادرار/ ادرار شبانه	۳۴	۱۱/۰
عصبانیت و تحریک‌پذیری	۳۳	۱۱/۰
فراموشکاری و عدم تمرکز	۲۳	۷/۰
تنگی نفس	۲۱	۷/۰
اختلال شنوایی	۱۸	۶/۰
تنگی نفس در حالت خوابیده	۱۷	۵/۰
بی‌اشتهایی	۱۷	۵/۰
سرفه یا خس‌خس سینه	۱۵	۵/۰
سرگیجه	۱۴	۴/۰
لنگیدن متناوب	۱۰	۳/۰
افزایش وزن	۷	۲/۰
پیوست	۶	۲/۰
عدم تعادل	۵	۱/۰
کاهش وزن	۴	۱/۰
اسهال	۱	۰/۳

فراوانی بیماری‌ها و مشکلات جسمی در بازنشستگان نیروهای مسلح؛ مطالعه موردی شهر تهران ۵۷ در مجموع، ۲۱۴ نفر (۷۱/۶٪) ارزیابی خود از وضعیت سلامت جسمانی خویش را اعلام کردند و ۸۵ نفر (۲۸/۴٪) پاسخی به این سؤال ندادند. میزان رضایت‌مندی در ۱۵ نفر (۵/۰٪) از پاسخ‌دهندگان خیلی خوب، در ۷۷ نفر (۲۵/۷٪) خوب، در ۹۹ نفر (۳۳/۱٪) متوسط، در ۱۹ نفر (۶/۳٪) بد و در ۴ نفر (۱/۳٪) خیلی بد ارزیابی شد.

در بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی، متغیر سن با شش مولفه سلامت جسمی شامل؛ وجود بیماری فعال ( $p=0/026$ )، تعداد بیماری ( $p=0/014$ )، وسایل کمکی ( $p=0/0001$ )، دفعات بستری در سال ( $p=0/043$ )، سابقه سقوط ( $p=0/007$ ) و وجود درد بدنی ( $p=0/031$ )، متغیر جنس تنها با یک مولفه سلامت جسمی یعنی مشکل جسمی ( $p=0/003$ ) و متغیر تاهل با سه مولفه سلامت جسمی شامل؛ تعداد ویزیت سالیانه پزشک ( $p=0/0001$ )، مشکل جسمی ( $p=0/004$ ) و وسایل کمکی ( $p=0/007$ ) رابطه معنی‌دار داشتند. خودارزیابی بازنشسته از وضعیت سلامت کلی با سه متغیر سن، جنس و تاهل هیچ رابطه معنی‌داری نشان نداد ( $p>0/05$ ).

### بحث

بیشتر بازنشستگان مورد مطالعه در شهر تهران، وضعیت سلامت خود را "متوسط" ارزیابی کردند و تنها درصد ناچیزی، این وضعیت را "خیلی بد" گزارش نمودند. با توجه به اینکه حدود یک‌سوم از نمونه‌ها به این سؤال پاسخ ندادند، می‌توان گفت اکثریت بازنشستگان نیروهای مسلح از وضعیت سلامت عمومی خود، ناراضی بودند که این یافته با مطالعه *بیزدانی* و همکاران در تهران<sup>[20]</sup>، *برتی* و همکاران در همدان<sup>[21]</sup> و *نجاتی* در قم<sup>[22]</sup> همراستا بود.

شایع‌ترین بیماری‌ها در بازنشستگان نیروهای مسلح در تهران به ترتیب فشار خون بالا، دیابت، بیماری‌های قلبی- عروقی و بیماری‌های التهابی مفاصل بود که با الگوی ارایه‌شده از تحقیق *ملک/فضلی* و همکاران که پس از پرفشاری خون، آرتروز، پوکی استخوان و دیابت رامطرح نموده بودند<sup>[1]</sup> و مطالعه *وستربی* و همکاران که پس از محدودیت‌های حرکتی با علل آسیب به اندام‌ها، انزوای اجتماعی با علل افسردگی، PTSD و سندروم‌های وابسته به سوء مصرف مواد و الکل را عنوان کردند، متفاوت است<sup>[23]</sup>. از جمله علل بروز این تفاوت‌ها با یافته‌های داخلی که گویای بالاتر بودن شیوع دیابت در کارکنان بازنشسته نیروهای مسلح است، می‌توان مواجهه مستمر و مکرر با استرس‌های شغلی، الگوی نامناسب تغذیه و خواب، استرس حضور در ماموریت‌های متعدد و دوری از خانواده را مطرح نمود و شاید تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی و بسیاری عوامل دیگر، در بروز اختلاف نتایج ما با یافته‌های خارجی نقش دارند که برای بررسی آن، به انجام مطالعات بیشتری نیاز است.

در مطالعه حاضر، شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی نیازمند به درمان دارویی روان‌پزشکان در بازنشستگان نیروهای مسلح، به ترتیب افسردگی، اختلالات وسواسی، اضطراب، حملات پانیک و PTSD بودند که مورد مشابه داخلی نداشته و با گزارشات *وستربی* و همکاران<sup>[23]</sup> و نتایج *سوتیل*<sup>[24]</sup> نیز همخوانی مطلق ندارد. شاید در مطالعات خارجی شیوع بالاتر سوء مصرف مواد و الکل، زندگی در انزوا و تفاوت‌های فراوان فرهنگی، از جمله مهم‌ترین عواملی باشند که بتوان به‌عنوان علل بروز این اختلاف در نتایج، مورد توجه قرار داد. اما در هر حال برای دستیابی به علل بروز تفاوت در نتایج، انجام پژوهش‌های مرتبط، بهترین راه خواهد بود.

مشکلات جسمی را به خود اختصاص می‌دادند. بدیهی است رسالت سازمان‌های پشتیبان سلامت (بیمه‌های درمانی) در تحت پوشش قراردادن این بُعد از سلامت جسمانی بازنشستگان نیروهای مسلح بیش از پیش مشهود می‌شود.

بیش از نیمی از نمونه‌هایی که به سؤال ما پاسخ داده بودند، در زمان تکمیل پرسش‌نامه هیچ گونه مشکل محدودکننده ارتباطی نداشتند، اما از میان افرادی که از آن شاکی بودند، بیشترین اختلال محدودکننده مربوط به مشکلات شنوایی بود که هیچ یک از نمونه‌ها هنوز از وسیله کمکی سمعک برای رفع مشکل خود استفاده نمی‌کردند. ممکن است علت عدم استفاده از سمعک و تلاش برای انطباق با این عامل محدودکننده، فقدان پوشش بیمه‌ای یا عدم فرهنگ‌سازی مناسب در جامعه، کیفیت و میزان کارایی نامناسب سمعک‌های موجود یا حتی خدمات نگهداری و کاربری گران و دشوار باشد که بررسی‌های تکمیلی، مستلزم انجام پژوهش‌های اختصاصی خواهد بود.

پس از کاهش شنوایی، مشکلات محدودکننده حرکتی که منجر به استفاده از عصا و واکر شده بودند، بیشترین علل را به خود اختصاص می‌دادند. این نتایج با اطلاعات به‌دست‌آمده از پژوهش محقق و همکاران<sup>[6]</sup> و رک<sup>[31]</sup> که اول مشکلات عضلانی و اسکلتی و بعد شنوایی و بینایی را مطرح نمودند، متفاوت بود. شاید از جمله عواملی که باعث بروز این تفاوت‌ها شده‌اند بتوان به تروماهای صوتی ناشی از حضور در میداين آموزش تیراندازی (به‌صورت آموزش‌های سالیانه تیراندازی حین خدمت)، میداين نبرد و صحنه‌های انفجار (در مانورها و عملیات رزمی) اشاره نمود. از طرفی، آسیب‌های گزارش‌نشده و مجروحیت‌های مورد غفلت واقع‌شده‌ای که منجر به آسیب به عضلات و مفاصل هم شده‌اند، می‌توانند گروه دیگری از عوامل مسبب اختلاف نتایج باشند. بدیهی است برای ارایه پاسخی قطعی به این سؤالات ناگزیر به انجام پژوهش‌های تکمیلی هستیم.

از بازنشستگانی که به سؤال ما در رابطه با سابقه بستری در یک سال گذشته پاسخ داده بودند، درصد اندکی (۱۵/۷٪) بیش از یک بار سابقه بستری در بیمارستان را داشتند که با گزارشات مداح و همکاران از سالمندان سوئدی (۱۱/۸٪)، همخوانی نسبی داشته و از یافته‌های سالمندان ایرانی مقیم ایران (۲۷/۱٪) و سالمندان ایرانی مقیم سوئد (۲۳/۸٪) به‌میزان قابل ملاحظه‌ای کمتر بود<sup>[18]</sup>. اکثریت آنها به‌منظور کنترل بیماری زمینه‌ای (پرفشاری خون، بیماری‌های قلبی-عروقی و دیابت) و با علل اورژانسی منجر به جراحی (شکم حاد) یا بستری در بخش‌های ویژه (انفارکتوس قلبی، بیماری‌های عروق کرونر و آریتمی‌ها)، بستری شده بودند. سایر موارد بستری به‌جهت پیگیری، تشخیص یا درمان انتخابی مشکلات جسمی (جراحی دیسکوپاتی کمری، بزرگی خوش‌خیم پروستات، کاتاراکت و غیره) بازنشستگان بود. این علل در گزارش مداح و همکاران برای ایرانی‌ها (اعم از مقیم ایران یا سوئد) شامل بیماری‌های قلبی بوده و در سوئدی‌ها عفونت، دیابت، فشار خون و بیماری‌های آلرژیک را در بر می‌گرفت که یافته‌های ما تفاوت‌هایی را در این بخش نیز نشان می‌داد<sup>[18]</sup>.

هر چند الگوی نیازهای سلامت بازنشستگان نیروهای مسلح، شباهت زیادی به سایر سالمندان جامعه داشت، اما شایع‌تر بودن بیماری‌های چندعلتی که به‌طور واضحی تحت تاثیر عوامل محیطی هستند، در گروه هدف ما بیشتر از سالمندان جامعه بود. وجود دفترچه بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، تعدد مراکز طرف قرارداد (اعم از درمانی، تشخیصی، دارویی و غیره) و پوشش‌های

کوششی و آفایی در سال ۱۳۹۲ تغییرات ۲۰ علت اصلی سال‌های ازدست‌رفته عمر جمعیت بین سنین ۶۰ تا ۶۵ ساله ایران براساس مطالعه بین‌المللی بار جهانی بیماری‌ها در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ میلادی را نشان دادند که طبق نتایج، بیماری‌های قلبی (سکته قلبی)، بیشترین علت مرگ‌های زودرس و ناتوانی بود و پس از آن کمردرد (بار ناتوانی زیادتر) به رتبه دوم رسیده و بعد از آن سکته مغزی قرار داشت. نکته قابل توجه افزایش فزاینده دیابت (افزایش حدود ۷۹٪ طی ۲۰ سال) با تغییر الگوی تغذیه و سبک زندگی سالمندان ایرانی بود<sup>[25]</sup>. این داده‌ها برای ایرانیان سنین ۷۰ سال و بیشتر، بیماری‌های قلبی (سکته قلبی) و پس از آن سکته مغزی و کمردرد (با افزایش ۱۷۲ درصدی) است. در این گروه سنی، افزایش بیماری‌های دیابت (۲۵٪)، آلزایمر (۳۶٪)، بیماری‌های مزمن کلیوی (۴۰٪)، بیماری‌های مزمن تنفسی (۱۷۰٪)، حوادث ترافیکی (۱۶۸٪)، بیماری‌های التهابی مفاصل (۳۴٪) و بیماری‌های شدید روانی (۱۷۴٪) گزارش شده است<sup>[25]</sup>. براساس نتایج به‌دست‌آمده از اجرای طرح مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی در کشور تا پایان نیمه اول سال ۱۳۸۷، بیشترین میزان شیوع بیماری‌ها در دوره سالمندی عبارتند از: احتمال بروز بیماری‌های قلبی-عروقی ۲۵٪، آرتروز ۲۱/۵٪، فشار خون بالا ۱۸/۵٪ و کمترین آنها مربوط به سل و سرطان کولورکتال با ۱٪ و دمانس با ۴٪ است<sup>[25]</sup> که یافته‌های ما با این گزارشات همخوانی ندارد.

شیوع مصرف همزمان ۵ یا بیش از ۵ دارو در روز یا به تعبیر سازمان جهانی بهداشت، پلی‌فارماسی<sup>[26]</sup> در نمونه‌های ما، با نتایج حاصل از مطالعات مرتبط داخلی و خارجی همخوانی نداشت. نکته حایز اهمیت این بود که تمام بازنشستگان شرکت‌کننده در طرح اذعان داشتند تنها با تجویز پزشک از دارو استفاده می‌کنند. بنابراین تعدادی از کسانی که هیچ دارویی مصرف نمی‌کردند مبتلا به هیچ بیماری مزمنی نبودند یا علی‌رغم وجود بیماری به پزشک مراجعه نکرده بودند. یآوری و همکاران، مقاله‌ای را ارایه نمودند که حاصل بررسی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک بود و مشخص می‌کرد ۵۲/۳٪ سالمندان بالاتر از ۶۰ سال، پلی‌فارماسی دارند که به‌طرز معنی‌داری در محدوده سنی ۷۰ تا ۷۹ سال و افراد غیرسیگاری شیوع بیشتری داشته و ارتباط معنی‌داری با میزان تحصیلات و جنسیت ندارد، اما در زنان و افرادی که تحصیلات بالاتری داشتند شایع‌تر بوده است<sup>[27]</sup>. هوورد در بررسی انجام‌شده روی سالمندان آمریکایی نشان داد بیش از ۵۰٪ سالمندان بالاتر از ۶۵ سال، بدون تجویز پزشک دارو مصرف می‌کردند<sup>[28]</sup>. همچنین برترگر گزارش نمود در سالمندان ۷۵ تا ۸۹ ساله سوئدی که میزان تحصیلات بالاتری داشتند به‌طور معنی‌داری پلی‌فارماسی کمتر از سایرین بوده است که یافته‌هایشان با نتایج ما همخوانی داشت<sup>[29]</sup>. از سوی دیگر، کافمن و همکاران نشان دادند بین بروز پلی‌فارماسی و تعداد بیماری‌های مزمن جسمی سالمندان ارتباط معنی‌داری وجود دارد<sup>[30]</sup> که البته یآوری و همکاران نیز در یافته‌های خود، به این موضوع صحت گذاشته بودند<sup>[27]</sup>.

در میان تکمیل‌کننده‌های پرسش‌نامه، تنها درصد اندکی در زمان پاسخگویی، فاقد هر گونه مشکل جسمی بودند. بیشترین شکایت مربوط به اختلالات بینایی بود که همگی از عینک استفاده می‌کردند و بیش از نیمی از آنها، به‌طور همزمان دو عینک برای اصلاح بینایی به‌کار برده و قریب به اتفاق ایشان تمایلی به استفاده از عینک‌های دوکانونی نداشتند. پس از اختلال بینایی، احساس خستگی، ضعف عمومی، بی‌خوابی و ناراحتی‌های دندان و لثه بیشترین شکایات و

### نتیجه‌گیری

مهم‌ترین مشکل سلامتی بازنشستگان نیروهای مسلح، ابتلا به بیماری‌های مزمن غیرواگیری از جمله فشار خون بالا، دیابت و بیماری‌های قلبی-عروقی است. تنها یک‌سوم نمونه‌ها، از وضعیت سلامت خود راضی هستند. علی‌رغم بهره‌مندی از سقف پوشش بیمه‌ای دارو، شیوع پلی‌فارماسی در بازنشستگان نیروهای مسلح از سالمندان جامعه کمتر است و بیش از نیمی از بازنشستگان، هیچ مشکل محدودکننده ارتباطی ندارند.

تشکر و قدردانی: از کلبه بازنشستگانی که منت نهاده و صبورانه به ما پاسخ دادند و مسئولان و کارکنان محترم دفاتر خدمات الکترونیک ساتا به‌خصوص کانون بازنشستگان فاطمی که در مدت ۴ سال کار جمع‌آوری نمونه‌ها، حضور ما را در جمع خود پذیرفتند، نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

تاییدیه اخلاقی: از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش، رضایت‌نامه کتبی اخذ شد و شان نمونه‌ها و موازین اخلاقی در طول انجام پژوهش رعایت شد.

تعارض منافع: موردی از سوی نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان: فرشته پیروز (نویسنده اول) پژوهشگر اصلی (۹۰٪)؛ فرحناز مرادی شاه‌بلغی (نویسنده دوم) همکار پژوهش (۵٪)؛ مهشید فروغان (نویسنده سوم) همکار پژوهش (۵٪)

منابع مالی: منابع مالی این طرح از درآمدهای شخصی محقق و حمایت‌های دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران بوده است.

### منابع

- 1- Malek Afzali H, Eftekhary Baradaran M, Hejazi F, Tabriz R, Faridi T. Community mobilization to promote the health of the elderly in the neighborhood Complex Tehran. *Hakim*. 2006;9(4):1-6. [Persian]
- 2- Harvard School of Public Health. The global economic burden of non-communicable diseases in 2010. Boston: World Economic Forum & Harvard School of Public Health; 2011. Pp. 7-37.
- 3- Ghasemi H, Harirchi M, Masnavi A, Rahgozar M, Akbarian M. Comparing quality of life between seniors living in families and institutionalized in nursing homes. *Soc Welf*. 2011;10(39):177-200. [Persian]
- 4- Vahdaninia M, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population-based study. *Payesh*. 2005;4(2):113-20. [Persian]
- 5- Mirzaei M, Shams-Ghahfarkhi M. Demographic characteristics of the elderly population in Iran according to the census 1976-2006. *Iran J Ageing*. 2007;2(5):326-31. [Persian]
- 6- Mohaghghagh Kamal SH, Sajadi H, Zare H, Biglarian A. Assess the health needs aged pensioners of social security organization and national retirement fund research the city of Qom. *Iran J Ageing*. 2008;3(1):15-8. [Persian]
- 7- Xie BO. Civic Engagement among older Chinese internet users. *J Appl Gerontol*. 2006;2008;28(4):1-8.
- 8- Engel, R., Gallagher, L., & Lyle, D. S. (2010). Military deployments and children's academic achievement: Evidence from department of defense education activity

مناسب این بیمه در قیاس با سایر سازمان‌های بیمه‌گر داخلی، از جمله مزایای مورد پذیرش و رضایت‌مندی بازنشستگان بود. از جمله نکات مورد انتقاد ایشان می‌توان به ناکارآمدی بیمه مکمل درمانی و فقدان پوشش مناسب برخی اقلام وسایل کمکی از جمله خدمات دندان‌پزشکی، سمعک و عینک اشاره نمود که جای تامل و بازنگری را برای مسئولان ذی‌صلاح یادآور می‌شود.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها وابسته به عوامل زیادی بود که گروهی از آنها نقش محدودکننده داشتند و تنها برخی از آنها قابل کنترل بودند. پژوهشگر برای کنترل و مهار این عوامل کوشش نمود تا کمترین تاثیر منفی را بر روند پژوهش ایجاد نمایند. عمده محدودیت‌های این پژوهش:

- کسب مجوزهای ضروری برای حضور پرسشگر در کانون‌های بازنشستگی و ادارات ارایه خدمات الکترونیک ساتا و شروع فعالیت در اماکن مزبور برای دستیابی به داده‌های اولیه و تکمیل پرسش‌نامه‌ها؛

- تغییر روش و نحوه ارایه خدمات به بازنشستگان نیروهای مسلح توسط ساتا؛

- تبدیل ادارات چهارگانه خدمات بازنشستگی به دفاتر ۲۸گانه ارایه خدمات الکترونیک ساتا و تحول نظام ارایه خدمت از دستی و سنتی به الکترونیک که در ابتدای کار برای بسیاری از بازنشستگان دشوار و نامانوس بود؛

- جلب رضایت بازنشستگان مراجعه‌کننده به محل‌های جمع‌آوری داده‌ها برای شرکت در طرح، تکمیل پرسش‌نامه‌ها و انجام مصاحبه؛  
- شکستن سد بدبینی مسئولان و بازنشستگان نیروهای مسلح نسبت به کار پژوهشی در مورد سلامت بازنشستگان نیروهای مسلح؛ و

نامناسب بودن مکان انجام مصاحبه؛

بود. در طول اجرای رسمی طرح از سال ۱۳۹۲ تا خاتمه کار، تمام عواملی که موجبات نارضایتی بازنشستگان را فراهم می‌آورد (افزایش نرخ تورم، تشدید یا بروز مشکلات اقتصادی، تحولات سیاسی و اقتصادی جامعه، تغییر ساختار و نحوه ارایه خدمات به بازنشستگان، جایگاهی مکرر مکان دفاتر، نحوه عملکرد ارایه‌دهندگان خدمت در مراکز خدمات الکترونیک ساتا مثل عدم تکریم بازنشستگان نیروهای مسلح در دفاتر یا حتی جامعه، عدم پرداخت مطالبات مالی بازنشستگان توسط دولت وقت، تغییر رویکرد ارایه خدمت از سنتی به الکترونیک و غیره) به روند مشارکت بازنشستگان آسیب زده و باعث بروز تنش فکری بازنشستگان می‌شد که در نهایت پرسشگر موظف بود در نقش مددکار، ابتدا زمانی را برای کنترل استرس‌های داوطلب صرف نموده و پس از جلب اعتماد و کسب رضایت وی، به تکمیل پرسش‌نامه مشغول شود. وضعیت جسمی و روحی بازنشستگان در هنگام تکمیل پرسش‌نامه، بر پاسخگویی آنها تاثیر داشت که اغلب قابل کنترل نبود. پیشنهاد می‌شود با عنایت به اجرای الزامی طرح پایش سلامت سالیانه کادر نیروهای مسلح در تمام یگان‌ها، پس از بازنشستگی نیز اجرای طرح پایش سلامت با رویکرد بررسی جامع دوره‌ای سلامت سالمندان (با هدف غربالگری، تشخیص و درمان شایع‌ترین بیماری‌ها و مشکلات سلامت) مد نظر قرار گیرد، تا بازنشستگان حداقل در مراکز درمانی منتخب وابسته به نیروهای مسلح، امکان دسترسی به گروه‌های تخصصی و فوق تخصصی (داخلی، غدد درون‌ریز، قلب و عروق، گوارش، روماتولوژی و هسته مشاوره روان‌شناسی) را با سهولت داشته باشند، تا ضمن استفاده از امکانات بیمه درمانی، دسترسی به سوابق تشخیصی و درمانی آنان



- residents of Kahrizak charity foundation. *Iran J Diabetes Metab.* 2009;13(6):487-94. [Persian]
- 20- Yazdani A, Fekrazad H, Sajadi H, Salehi M. Relationship between social participation and general health among the elderly. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2010;18(10):599-606. [Persian]
- 21- Barati M, Fathi Y, Soltanian AR, Moeini B. Mental health condition and health promoting behaviors among elders in Hamadan. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2012;20(3):12-22. [Persian]
- 22- Nejati V. Assessing the health status of elderly people in the province of Qom (2007). *J Qazvin Univ Med Sci* 2009;13(1):67-72. [Persian]
- 23- Dandeker C, Wessely S, Iversen A, Ross J. What's in a name? defining and caring for "veterans". *Armed Forces Soc.* 2006;32(2):161-77.
- 24- Albou Korki M, Ramezani MA, Arizi F. A study on the quality of life among elderly shahinshahr area of isfahan province in year 2004. *Jundishapur Sci Med J.* 2007;5(4):701-7. [Persian]
- 25- Noroozian M. The elderly population in Iran: An ever-growing concern in the health system. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2012;6(2):1-6.
- 26- De Leo D, Diekstra RF, Lonqvist J, Trabucchi M, Cleiren MH, Frisoni GB, et al. LEIPAD, an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. *Behav Med.* 1998;24(1):17-27.
- 27- Yavari HR, Akbari Kamrani AA, Bakhshi E, Saboor M, Sahhaf R. Association between polypharmacy and socio-demographic factors among elderly residents of kahrizak charity foundation, Tehran, 2010-2011. *Salmad.* 2014;8(4):7-14. [Persian]
- 28- Howard RT. Inappropriate prescribing in older people. *Age Ageing.* 2004;33(6):530-2.
- 29- Shalini J. Study of polypharmacy and associated problems among elderly patients. *Internet J Med Update.* 2012;7(1):1-10.
- 30- Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: the Slone survey. *JAMA.* 2002;287(3):337-44.
- 31- Söderhamn O, Lindencrona C, Gustavsson SM. Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurs Educ Today.* 2001;21(3):225-9.
- 9- Woodhead C, Rona RJ, Iversen AC, MacManus D, Hotopf M, Dean K, et al. Health of national Service Veterans: an analysis of a community-based sample using data from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey of England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(7):559-66.
- 10- Hemingway H, Stafford M, Stansfeld S, Shipley M, Marmot M. Is the SF-36 a valid measure of change in population health? results from the whitehall II study. *Br Med J.* 1997;315(7118):1273-9.
- 11- Brown CS, Baker TA, Mingo CA, Harden JT, Whitfield K, Aiken-Morgan AT, et al. A review of our roots: Blacks in gerontology, Oxford University. *Gerontologist.* 2014;54(1):108-16.
- 12- Greenberg N, Jones E, Jones N, Fear NT, Wessely S. The injured mind in the UK Armed Forces. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2011;366(1562):261-7.
- 13- Rantakokko M, Portegijs E, Viljanen A, Iwarsson S, Rantanen T. Life-space mobility and quality of life in community-dwelling older people. *Qual Life Res.* 2016;25(5):1189-97.
- 14- Norouzi K, Abedi H A, Maddah SSB, Mohammadi X. Development of a community based care system model for Senior Citizens in Tehran. *Iran Rehabil J.* 2005;3(3):48-60.
- 15- Mohaqeqi-Kamal H, Sajadi H, Zare H, Beiglarian A. Elderly quality of life: A comparison between pensioners of Social Security Organization and National Retirement Fund (Qom County, 2006). *J Health Adm.* 2007;10(27):49-57. [Persian]
- 16- Higate PR. Tough bodies and rough sleeping: Embodying homelessness amongst ex-servicemen. *Hous Theory Soc.* 2000;17(3):97-108.
- 17- Iversen A1, Waterdrinker A, Fear N, Greenberg N, Barker C, Hotopf M, et al. Factors associated with heavy alcohol consumption in the UK Armed Forces: Data from a health survey of Gulf, Bosnia, and Era Veterans. *Mil Med.* 2007;172(9):956-61.
- 18- Maddah SB. The status of social and leisure time activities among elderly residing in Iran and Sweden. *Iran J Ageing.* 2008;3(2):597-606. [Persian]
- 19- Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrazadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizade M, et al. Validation of the Persian version of abbreviated mental test (AMT) in elderly