

## Research Paper

## The Frequency of Domestic Elder Abuse in Tehran City, Iran, in 2018

Marzieh Rohani<sup>1</sup>, \*Taherh Dehdari<sup>2</sup>, Maryam Hosseinyrad<sup>3</sup>, Mahrokh Alaei Janat-Makan<sup>3</sup>

1. Department of Master of Public Health (MPH), School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Health Promotion Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. West of Tehran Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Citation:** Rohani M, Dehdari T, Hosseinyrad M, Alaei Janat-Makan M. [Frequency of Domestic Elder Abuse in Tehran in 2018 (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 14(3):368-379. <https://doi.org/10.32598/sija.13.10.560> <https://doi.org/10.32598/sija.13.10.560>**Received:** 07 Apr 2019**Accepted:** 17 Jul 2019**Available Online:** 01 Oct 2019**Key words:**

Elder abuse, Neglect, Elderly, Tehran

**ABSTRACT****Objectives** The older population and frequency of elder abuse are increasing in Iran. This study aimed to determine the rate of domestic elder abuse in the elderly referring to West Health Care Centers of Tehran City, Iran (affiliated to Iran University of Medical Sciences), in 2018.**Methods & Materials** In this cross-sectional study (descriptive-analytical type), 312 older people who referred to 18 health care centers and 34 health care stations in districts 9, 18, 21, and 22 of Tehran City, Iran between October 2017 to January 2018 were selected by random sampling method. Then, the elderly abuse questionnaire was completed for them through face to face interviews. The obtained data were analyzed by t-test and one-way ANOVA in SPSS.**Results** The Mean±SD age of the participants was 67.93±6.4 years. The findings showed that 77.9% of them had experienced elder abuse from the beginning of old age. Also, 58.3% of them experienced neglect. The most and the least experienced abuses were neglect and sexual abuse, respectively. The Independent t-test showed that the participants who needed a caregiver ( $t=4.30$ ,  $df=130.03$ ,  $P<0.001$ ); their spouse was dead ( $t=-2.76$ ,  $df=307$ ,  $P=0.006$ ); and were treated for depression ( $t=2.60$ ,  $df=33.36$ ,  $P=0.014$ ) had got higher total scores of elder abuse.**Conclusion** Due to the high rate of elder abuse and its dangerous effects on the quality of life of the elderly, developing proper programs to increase the awareness of the elderly and their families is essential.**Extended Abstract****1. Introduction**

As the aging population is growing [1], factors such as the evolution of the family role, the current crisis, and the pressure of modern life have weakened the social base of the older people and have increased the incidence of abuse by family members towards the elderly. This abuse can be manifested in various forms, such as overlooking elderlies' physi-

cal and psychological needs, their financial exploiting, disregarding elderly rights, and even beatings or humiliation by family members [2]. As it is necessary to identify elder abuse prevalence to design multiple interventions, to inform authorities and decision-makers of the severity of the problem, and to support for the elderly, we conducted this study to investigate the prevalence of domestic abuse towards older people referred to health centers in West Tehran area.

**\* Corresponding Author:**

Taherh Dehdari, PhD.

**Address:** Health Promotion Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.**Tel:** +98 (21) 86704756**E-mail:** dehdarit@yahoo.com; dehdari.t@iums.ac.ir

## 2. Materials and Methods

In this descriptive-analytical study with a cross-sectional design, we recruited 312 older people referred to 18 hospitals and 34 health centers in regions 9, 21, 18, and 22 of Tehran between November 2017 and February 2018, using simple random sampling method (7 samples from each setting). The inclusion criteria included having age >60 years, being resident at home (not in the nursing home), having no memory impairment disorders (such as dementia, Alzheimer disease, or Parkinson disease) and hearing loss, being conscious when answering questions, and having the willingness to participate in the study. We explained the research objectives and confidentiality of information to the participants. For surveying participants, we used the Iranian Domestic Elder Abuse Questionnaire developed by Heravi Karimoei et al. [1].

It has 49 items and 9 subscales of care neglect (11 items), psychological abuse (8 items), physical abuse (4 items), financial abuse (6 items), sexual abuse (2 items), authority deprivation (10 items), rejection (4 items), financial neglect (4 items), and emotional neglect (2 items). These items are answered by "Yes", "No", and "No relevance". The total score ranges from 0 to 100; a higher score indicates a higher level of abuse, and 0 indicates no abuse [1]. The collected data were analyzed by SPSS V. 21, using The independent t-test.

## 3. Results

The Mean±SD age of the participants was 67.93±6.44 years. Most of the participants were women (55 of 312). Moreover, 10.9% of them were under treatment for depression; 26.6% were living alone, and the spouse of 35.9% them was not alive. About 79.2% needed care, and 25% were illiterate. Also, 67.2% had high school diploma, and 7.8% had a university education. The findings showed that 77.9% of the samples had experienced abuse at the onset of old age. Only 22.2% of them had not experienced any abuse by family members. The highest frequencies of domestic abuse were care neglect (58.3%), psychological abuse (56.4%), and emotional neglect (50.3%).

The older people reported complaints about various abuses they had experienced. About 25.6% complained of leaving them in following the dietary regime (despite their financial capability). Also, 25% suffered from receiving no assistance for movement, or leaving them (23.7%) alone in their outdoor jobs (like shopping and paying bills). Some (23.4%) complained of leaving their housework, such as cleaning or repairs. Besides, some (31.3%) complained of blaming them for no reason, or not caring about their personality, knowledge, ability, and experience (26.6%), yelling at them (25.3%). Finally, 39.4% suffered from not receiving enough attention or not being visited or called (41.3%). The least domestic abuse experienced by the samples was related to sexual abuse (3.2%), rejection (9.3%), and physical

**Table 1.** Prevalence of domestic elderly abuse based on its dimensions

Dimensions	No. (%)		Mean±SD
	Abuse	No Abuse	Abuse
Care neglect	182 (58.3)	130 (41.7)	2.16±1.72
Psychological abuse	176 (56.4)	136 (43.6)	1.85±1.53
Physical abuse	51 (16.3)	261 (83.7)	0.98±0.66
Financial abuse	136 (43.6)	176 (56.4)	1.26±0.86
Authority deprivation	141 (45.2)	171 (54.8)	1.34±0.94
Sexual abuse	10 (3.2)	302 (96.8)	0.04±0.24
Rejection	29 (9.3)	283 (90.7)	0.56±0.15
Financial neglect	108 (34.6)	204 (65.4)	1.02±0.62
Emotional neglect	157 (50.3)	155 (49.7)	0.88±0.81
Total	243 (77.9)	69 (22.1)	6.95±6.95

abuse (16.3%). Table 1 presents the Mean±SD age of the dimensions of domestic elderly abuse. The results of the independent t-test showed that the older people, who needed a caregiver ( $t=4.30$ ,  $df=130.03$ ,  $P=0.001$ ), lost their spouse ( $t=-2.76$ ,  $df=307$ ,  $P=0.006$ ), were under treatment for depression ( $t=2.60$ ,  $df=33.36$ ,  $P=0.014$ ), had higher overall score of domestic abuse.

#### 4. Conclusion

The findings showed that 77.9% of the older people had experienced at least one type of abuse. Being depressed, needing for a caregiver, and being widow/widowed were the risk factors that increase domestic elderly abuse. Health workers, by screening for the elderly at risk of domestic abuse, need to inform them about the dimensions of domestic abuse and their rights as an injured person. Teaching the methods of preventing elder abuse and educating families in this regard can be a useful step. Finally, we suggest that the proper statutory laws be adapted and executed, supportive institutions be established to provide counseling based on the type of abuse and conditions, a referral network be created between different specialties, and community support services be provided to support and alleviate the suffering of the abused older people.

#### Ethical Considerations

##### Compliance with ethical guidelines

This study received its ethical approval (Code:IR.IUMS.REC.No. 1396.9416368013) from the Research Ethics Committee of Iran University of Medical Sciences.

##### Funding

The present paper was extracted from the MSc. thesis of first Author, Marzieh Rohani, in Department of MPH (Master of Public Health), School of Health, Iran University of Medical Sciences.

##### Authors' contributions

Conceptualization, design, analysis, and initial draft preparation by Marzieh Rohani and Tahereh Dehdari; Data collection by Marzieh Rohani, Maryam Hosseinyrad, and Mahrokh Alaei Janat-Makan; Final draft preparation by all authors; Supervision by Tahereh Dehdari.

##### Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

#### Acknowledgments

This study was ethically approved by the Iran University of Medical Sciences.

## بررسی موارد سوءرفتار خانگی با سالمندان در شهر تهران (۱۳۹۶)

مرضیه روحانی<sup>۱</sup>، \* طاهره دهداری<sup>۲</sup>، مریم حسینی راد<sup>۳</sup>، ماهرخ علایی جنت مکان<sup>۳</sup>

۱- گروه دوره عالی بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲- مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳- مرکز بهداشت غرب تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

### حکیده

تاریخ دریافت: ۱۸ فروردین ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۲۶ تیر ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۹ مهر ۱۳۹۸

**اهداف:** جمعیت سالمندان در ایران و همچنین موارد سالمندآزاری رو به افزایش است. هدف مطالعه حاضر، تعیین فراوانی انواع سوءرفتار خانگی با سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی غرب تهران (زیر پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران) در سال ۱۳۹۶ بود.

**مواد و روش ها:** در این پژوهش مقطعی (از نوع توصیفی تحلیلی)، ۳۱۲ سالمند مراجعه کننده به ۱۸ مرکز بهداشتی درمانی و ۳۴ پایگاه بهداشتی واقع در مناطق ۲۲، ۲۱، ۱۸، ۹، تهران در بازه زمانی آبان تا بهمن ۱۳۹۶ با روش تصادفی ساده انتخاب شدند و با مصاحبه پرسش نامه سوءرفتار با سالمندان برای آن ها تکمیل شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با آزمون های آزمون تی مستقل تحلیل شدند.

**یافته ها:** میانگین و انحراف معیار سن سالمندان مطالعه شده به ترتیب ۶۷/۹۳ و ۶/۴۴ سال بود. یافته ها نشان داد ۷۷/۹ درصد از نمونه های پژوهش، سوءرفتار را از شروع دوره سالمندی تجربه کرده بودند. ۵۸/۳ درصد نمونه ها، غفلت مراقبتی را تجربه کرده بودند. بیشترین نوع سوءرفتار تجربه شده مربوط به بعد از غفلت مراقبتی و کمترین مربوط به بعد سوءرفتار جنسی بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد سالمندانی که نیاز به فرد مراقبت کننده داشتند ( $t=4/30$ ,  $df=130/03$ ,  $P<0/001$ ) یا همسر آن ها در قید حیات نبود ( $t=2/76$ ,  $df=307$ ,  $P=0/006$ ) و یا تحت درمان افسردگی بودند ( $t=2/60$ ,  $df=332/36$ ,  $P=0/014$ )، امتیازهای بالاتری در نمره کلی سوءرفتار داشتند.

**نتیجه گیری:** با توجه به میزان بالای سوءرفتار خانگی با سالمندان و تأثیرات مخرب آن بر کیفیت زندگی این گروه، طراحی برنامه هایی برای افزایش آگاهی سالمندان و خانواده های آنان ضرورت دارد.

### کلیدواژه ها:

سوءرفتار با سالمندان، غفلت مراقبتی، سالمندان، تهران

### مقدمه

یکی از چالش های قرن ۲۱، اضافه شدن جمعیت سالمندان است. در کشورهای در حال توسعه، متوسط امید به زندگی پایین است، اما بدون در نظر گرفتن مواردی مثل قحطی، شیوع کنترل نشده آیدز و سایر رویدادهای ناگوار، تعداد افراد بالای ۶۵ سال به شکل غیرمترقبه ای در حال افزایش است [۱]. کشور ایران نیز از این ماجرا مصون نمانده است. شمار سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در جمعیت تقریباً ۸۰ میلیونی ایران در سال ۱۳۹۵، برابر با ۷۴۱۴۰۹۱ نفر، یعنی به صورت تقریبی ۹/۵ درصد از کل جمعیت ایران بوده است [۲]. برآوردهای سازمان ملل و سازمان بهداشت جهانی حاکی از آن است که تا سال ۲۰۳۰ میلادی، جمعیت سالمندان در دنیا از ۹ درصد به ۱۶ درصد و در ایران از ۶/۵ درصد به ۱۷/۵ درصد افزایش خواهد یافت. تعداد سالمندان ایران از کمتر از ۱/۲ میلیون

نفر در سال ۱۳۳۵ با بیش از ۶ برابر شدن در سال ۱۳۹۵ به بالای ۷/۴ میلیون نفر رسیده است [۳]. بالتبع پدیده سالمندی و مسائل متعاقب آن باید به عنوان یکی از مهم ترین چالش های آینده در کشور ایران در نظر گرفته شود [۴].

تحول نقش خانواده، بحران های موجود، فشارهای روانی زندگی مدرن و نظایر آن، پایگاه اجتماعی سالمندان را سست کرده و سبب بروز سوءرفتار، از سوی اعضای خانواده نسبت به سالمند می شود. این سوءرفتار ممکن است به اشکال مختلف نظیر سهل انگاری و غفلت در تأمین نیازهای جسمانی، روان شناختی، بهره برداری مالی، نادیده گرفتن حقوق سالمند و حتی موارد ضرب و شتم یا هتک حرمت توسط اعضای خانواده تظاهر کند [۵]. آزار و اذیت سالمندان مشکلی جهانی است و انتظار می رود کشورهای مختلف، افزایش موارد سوءاستفاده از سالمندان را با توجه به نرخ های مختلف

\* نویسنده مسئول:

دکتر طاهره دهداری

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت.

تلفن: +۹۸ ۸۶۷۰۴۷۵۶ (۲۱)

پست الکترونیکی: dehdarit@yahoo.com; dehdari.t@iums.ac.ir

بهداشتی‌درمانی زیر پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران در غرب شهر تهران (واقع در چهار منطقه ۲۲، ۲۱، ۱۸، ۹)، انجام شد.

حجم نمونه بلادقت ۰/۰۵، اطمینان ۹۵ درصد،  $P=0/79$  و  $Q=0/21$  (نسبت سالمندآزاری گزارش شده در مطالعه قدوسی و همکاران [۲۰]) و با توجه به فرمول شماره ۱ تعداد ۲۵۵ نفر برآورد شد. با توجه به احتمال ریزش در کل ۳۱۲ سالمند وارد مطالعه حاضر شدند.

۱.

$$n = z^2 pq / d^2$$

نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده از بین مراجعان به مراکز و پایگاه‌های (۱۸ مرکز و ۳۴ پایگاه) واقع در چهار منطقه، ۱۸، ۹، ۲۲، ۲۱ انجام شد. با توجه به حجم نمونه محاسبه شده (۳۱۲ نفر)، به طور متوسط از هر مرکز یا پایگاه، ۷ سالمند زن و مرد دارای شرایط ورود به مطالعه، به صورت تصادفی (از روی فهرست روزانه مراجعان پذیرش شده در مرکز) انتخاب شدند. مطالعه معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از سن بیشتر از ۶۰ سال، اقامت در منزل و نه در خانه سالمندان، مبتلا نبودن به ناشنوایی و بیماری‌های تضعیف‌کننده قدرت حافظه به میزان زیاد (مانند اختلالات دمانس، آلزایمر و یا پارکینسون)، هوشیاری برای پاسخگویی دقیق به سؤالات پرسش‌نامه و موافقت برای ورود به مطالعه بود. پس از اینکه سالمندان انتخاب شده، کارهای مراقبتی خود را در مرکز بهداشت به پایان می‌رسانیدند، به اتاق مصاحبه دعوت می‌شدند و در مورد اهداف مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات و بی‌نام بودن پرسش‌نامه‌ها به آن‌ها توضیحات و اطمینان لازم داده می‌شد. با مصاحبه، پرسش‌نامه سوئفتار با سالمند برای آن‌ها تکمیل می‌شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسش‌نامه سوئفتار با سالمندان استفاده شد. این ابزار را هروی کریموی و همکاران طراحی و سپس اعتبارسنجی کرده‌اند [۱۰]. اعتبار محتوای کیفی و کمی (اندازه‌گیری دو شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا برای هر سؤال) در این پرسش‌نامه، توسط پانل متشکل از ۲۰ متخصص در حوزه پرستاری، روان‌پزشکی، طب سالمندان، پزشکی قانونی، بهداشت، جامعه‌شناسی، سالمندشناسی، روان‌شناسی، حقوق، علوم تربیتی، علوم دینی و اسلامی و مددکاری اجتماعی سنجیده شده است. روایی سازه ابزار با کمک روش تحلیل عاملی و مقایسه گروه‌های شناخته‌آزایی شده است. برای تعیین پایایی پرسش‌نامه نیز از دو روش تعیین همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ و ثبات با روش آزمون بازآزمون استفاده شده است [۱۰]. این ابزار ۴۹ سؤال دارد که در ۹ زیرمقیاس (غفلت مراقبتی: ۱۱ عبارت)، (سوئفتار روان‌شناختی: ۸ عبارت)، (سوئفتار جسمی: ۴ عبارت)، (سوئفتار مالی: ۶ عبارت)، (سوئفتار جنسی: ۲ عبارت)، (سوئفتار سلب اختیار: ۸ عبارت)، (طرشدگی: ۴ عبارت)، (غفلت مالی: ۴ عبارت) و (غفلت عاطفی: ۲ عبارت) طراحی شده است. ابزار مذکور سه گزینه «بله»، «خیر» و «موردی ندارد» دارد. گزینه «موردی

رشد جمعیت بررسی کنند [۶]. سوئفتار نسبت به سالمندان یکی از اشکال جدی و خطرناک خشونت خانگی است که جوامع و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، در چند سال گذشته به آن توجه کرده‌اند [۷]. مطالعات انجام شده در ایران و جهان نشان می‌دهد غفلت مراقبتی، سوئفتار روان‌شناختی، سوئفتار جسمی، سوءاستفاده مالی، سلب اختیار، غفلت عاطفی و طرشدگی از علل سالمندآزاری است [۸-۱۱].

در سراسر جهان، سوئفتار در برابر سالمندان وجود دارد. آمارها نشان می‌دهد میزان سوئفتار با سالمندان در کشورهای آسیایی رو به افزایش است. در سال ۲۰۱۲، در حدود ۱۱ درصد افراد بالای ۶۰ سال آسیایی، سالمندآزاری را تجربه کرده بودند. پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۴ درصد افزایش یابد [۱۲]. مطالعات پراکنده‌ای در زمینه فراوانی سوئفتار با سالمندان در ایران صورت گرفته است. مثلاً در مطالعه منوچهری و همکاران نشان داده شد ۸۷ درصد سالمندان حداقل یک بار در معرض سوئفتار قرار گرفته‌اند [۱۳]. نتایج پژوهش برجی و اسداللهی نشان داد که ۳۶/۸ سالمندان مقیم در شهرها، غفلت مالی را تجربه کرده بودند. [۸]. نصیری و همکاران عنوان کرده‌اند ۶۳/۳ درصد از سالمندان مورد مطالعه، سوئفتار را از سوی اعضای خانواده تجربه کرده‌اند [۱۴].

مطالعه سوئفتار نسبت به سالمندان، حوزه تحقیقاتی نسبتاً جدیدتری (نسبت به سوئفتار با کودکان و خشونت‌های خانگی) در زمینه خشونت است، اما مطالعات محدود انجام شده در این حوزه نشان می‌دهند سوئفتار با سالمند پدیده‌ای فراگیر است که سبب افزایش مرگ‌ومیر و ناتوانی سالمندان، مراجعه‌های بیشتر به بخش اورژانس، افسردگی، افزایش موارد بستری در بیمارستان و افزایش هزینه‌های مراقبت می‌شود [۱۵]. گرچه بیماری‌های مزمن، مهم‌ترین علت مرگ و ناتوانی در سالمندی به شمار می‌آیند، درجات مختلف سوئفتار نیز تأثیر بسزایی در کاهش سلامت و احساس امنیت سالمند دارد [۱۶].

در مناطق مختلف ایران، مطالعاتی برای بررسی موارد سالمندآزاری توسط اعضای خانواده سالمند انجام شده است [۸، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۸]. با توجه به تأثیر عوامل فرهنگی اجتماعی بر رواج سالمندآزاری [۱۹] و ضرورت تعیین موارد سالمندآزاری در هر منطقه و ناحیه، برای طراحی مداخلات چندگانه و همچنین آگاه‌سازی مسئولان و تصمیم‌گیران از شدت و وخامت آن و لزوم حمایت بیشتر از سالمندان آزرده‌دیده، این مطالعه انجام شده است که هدف آن تعیین فراوانی سوئفتار خانگی با سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی زیر پوشش منطقه غرب تهران در سال ۱۳۹۶ است.

## روش مطالعه

این مطالعه مقطعی (از نوع توصیفی تحلیلی) در سال ۱۳۹۶ روی ۳۱۲ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال مراجعه‌کننده به مراکز

جمعیت‌شناختی سالمندان مورد مطالعه و ارتباط آن‌ها با میانگین نمره کلی سوعرفتار در **جدول شماره ۱** آورده شده است. در **جدول شماره ۲**، درصد فراوانی سوعرفتار نسبت به سالمندان بر اساس همه سؤالات پرسش‌نامه سوعرفتار به سالمندان نشان داده شده است. در **جدول شماره ۳** نیز درصد فراوانی موارد سوعرفتار یا نبود سوعرفتار از شروع دوره سالمندی و همچنین میانگین و انحراف معیار در هر ۹ حیظه سوعرفتار خانگی با سالمندان آورده شده است.

نتایج مطالعه نشان داد ۷۷/۹ درصد از سالمندان مورد پژوهش سوعرفتار را از شروع دوره سالمندی تجربه کرده بودند. بیشترین میزان شیوع سوعرفتار مربوط به غفلت مراقبتی (۵/۸ درصد) و سپس سوعرفتار روان‌شناختی (۵۶/۴ درصد) و کمترین آن مربوط به سوعرفتار جنسی (۳/۲ درصد) و سپس طردشدگی (۹/۳ درصد) بود (**جدول شماره ۳**).

یافته‌های مطالعه نشان داد سالمندانی که نیاز به فرد مراقبت‌کننده داشتند یا همسر آن‌ها در قید حیات نبود و یا تحت درمان افسردگی بودند، امتیازهای بالاتری را در امتیاز کل پرسش‌نامه کسب کردند (**جدول شماره ۱**).

ندارد» دلالت بر شرايطی دارد که عبارت مدنظر، با وضعیت زندگی سالمند همخوانی و تناسب ندارد. امتیازهای اخذشده در محدوده صفر تا ۱۰۰ بوده و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده حداکثر میزان سوعرفتار و صفر نشان‌دهنده نبود سوعرفتار است [۱۰].

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با نسخه ۲۱ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند. از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه برای مقایسه میانگین امتیاز سالمندآوری کلی، بر مبنای متغیرهای جمعیت‌شناختی کیفی چندحالتی (مانند سطح تحصیلات) استفاده شد. از آزمون تی مستقل (اختلاف میانگین) برای مقایسه میانگین امتیاز سالمندآوری کلی بر مبنای وضعیت متغیرهای جمعیت‌شناختی کیفی دوحالتی (مانند جنسیت، نیاز به داشتن مراقب، در قید حیات بودن همسر، مصرف دارو برای درمان افسردگی و نوع زندگی) استفاده شد. سطح معنی‌داری برای کلیه آزمون‌ها، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

محدوده سنی سالمندان مورد مطالعه ۶۰ تا ۹۰ سال با میانگین و انحراف معیار  $67/93 \pm 6/44$  سال بود. سایر اطلاعات

جدول ۱. بررسی مشخصات دموگرافی سالمندان مورد مطالعه و رابطه آنها با میانگین نمره سوء رفتار خانگی (n=213)

متغیرها	تعداد (درصد)	احتمال معنی‌داری
جنسیت	مرد (۴۵) ۱۳۹	۰/۸۲۲
	زن (۵۵) ۱۷۳	
سطح تحصیلات	بی‌سواد (۲۵) ۷۸	۰/۴۶۶
	خواندن و نوشتن (۱۷/۹) ۵۶	
	ابتدایی (۱۶) ۵۰	
	سیکل (۱۴/۱) ۴۴	
نیاز به داشتن فرد مراقبت‌کننده	بله (۷۹/۲) ۲۴۷	۰/۰۰۱*
	خیر (۲۰/۸) ۶۵	
در قید حیات بودن همسر	بله (۶۴/۱) ۲۰۰	۰/۰۰۶*
	خیر (۳۵/۹) ۱۱۹	
تحت درمان بودن افسردگی	بله (۱۰/۹) ۳۴	۰/۰۱۴*
	خیر (۸۹/۱) ۲۷۸	
نوع زندگی	تنها (۲۶/۶) ۸۳	۰/۰۳۳*
	با خانواده (۷۳/۴) ۲۲۹	

\*P<۰/۰۵

جدول ۲. فراوانی سوءرفتار به سالمندان مورد مطالعه بر حسب همه سوالات پرسشنامه

موردی ندارد	تعداد (درصد)		سوالات مربوط به هر بعد	
	سوءرفتار	نبود سوءرفتار		
۳ (۱)	۱۲۳ (۳۹/۴)	۱۸۶ (۵۹/۶)	بی‌اعتنایی اعضای خانواده	غفلت عاطفی
۴ (۱/۳)	۱۲۹ (۴۱/۳)	۱۷۹ (۵۷/۴)	عدم تماس حضوری یا تلفنی اعضای خانواده	
۴ (۱/۳)	۷۸ (۲۵)	۲۳۰ (۷۳/۷)	عدم کمک در حرکت و جابه‌جایی	غفلت مراقبتی
۲ (۰/۶)	۳۲ (۱۰/۳)	۲۷۸ (۸۹/۱)	عدم کمک در خوردن و آشامیدن	
۲ (۰/۶)	۵۶ (۱۷/۹)	۲۵۴ (۸۱/۴)	عدم کمک برای مراجعه به پزشک	
۲ (۰/۶)	۳۵ (۱۱/۲)	۲۷۵ (۸۷/۱)	عدم کمک برای تهیه یا مصرف دارو	
۷ (۲/۲)	۲۴ (۷/۷)	۲۸۱ (۹۰/۱)	عدم کمک برای نظافت شخصی و استحمام	
۸ (۲/۶)	۱۵ (۴/۸)	۲۸۸ (۹۲/۳)	عدم کمک دست‌شویی رفتن و طهارت	
۶ (۱/۹)	۴۹ (۱۵/۷)	۲۵۷ (۸۲/۴)	کوتاهی نسبت به خرید وسایل طبی مانند عینک	غفلت مالی
۳ (۱)	۲۰ (۶/۴)	۲۸۹ (۹۲/۶)	کوتاهی در دریافت به موقع مواد غذایی یا آب و مایعات	
۸ (۲/۶)	۸۰ (۲۵/۶)	۲۳۴ (۷۱/۸)	عدم رعایت رژیم غذایی به‌رغم بضاعت	
۵ (۱/۶)	۷۴ (۲۳/۷)	۲۳۳ (۷۴/۷)	کوتاهی در انجام امور خارج از منزل نظیر خرید و پرداخت قبوض	
۵ (۱/۶)	۷۳ (۲۳/۴)	۲۳۴ (۷۵)	کوتاهی در انجام امور داخل منزل نظیر نظافت یا امور تعمیراتی	
۵ (۱/۶)	۵۵ (۱۷/۶)	۲۵۲ (۸۰/۸)	کوتاهی نسبت به تأمین پول مورد نیاز جهت مایحتاج اولیه زندگی	
۶ (۱/۹)	۴۶ (۱۴/۷)	۲۶۰ (۸۳/۳)	پرداخت غیرمحترمانه پول در صورت نیاز مبرم	
۸ (۲/۶)	۵۵ (۱۷/۶)	۲۴۹ (۷۹/۸)	عدم پرداخت پول برای تهیه هدیه یا ادای نذر به‌رغم بضاعت	
۶ (۱/۹)	۳۸ (۱۲/۲)	۲۶۸ (۸۵/۹)	عدم تهیه اسباب راحتی و آسایش مورد نیاز و متناسب با شأن سالمند	
۷ (۲/۲)	۳۴ (۱۰/۹)	۲۷۱ (۸۶/۹)	ممانعت از انجام فعالیت‌های اجتماعی نظیر ارائه خدمات داوطلبانه	
۴ (۳/۱)	۵۰ (۱۶)	۲۵۸ (۸۲/۷)	ممانعت از رفت‌وآمد با دوستان و خویشاوندان	سوءرفتار سلب اختیار
۷ (۲/۲)	۳۷ (۱۱/۹)	۲۶۸ (۸۵/۹)	محروم کردن از ملاقات نوه‌ها	
۵ (۱/۶)	۵۰ (۱۶)	۲۵۸ (۸۲/۴)	ممانعت از آگاهی‌یافتن از اخبار مهم مربوط به خود	
۱۳ (۴/۲)	۲۴ (۷/۷)	۲۷۵ (۸۷/۱)	تحمیل نظرات در خصوص انتخاب همسر از دواج مجدد یا محل زندگی	
۵ (۱/۶)	۵۳ (۱۷)	۲۵۴ (۸۱/۴)	عدم اجازه استفاده از اموال و دارایی بر اساس میل خود	
۶ (۱/۹)	۲۲ (۷/۱)	۲۸۴ (۹۱)	ممانعت از دسترسی به وسایل زندگی نظیر تلفن، تلویزیون و رادیو	
۸ (۲/۶)	۳۴ (۱۱/۲)	۲۸۰ (۸۹/۷)	تغییر در ظاهر بدون رضایت سالمند مثل کوتاه کردن موی سر	
۷ (۲/۲)	۸ (۲/۶)	۲۹۷ (۹۵/۲)	برقراری رابطه جنسی بدون رضایت سالمند	
۹ (۲/۹)	۵ (۱/۶)	۲۹۸ (۹۵/۵)	لمس قسمت‌های حساس، بدون رضایت سالمند	سوءرفتار جنسی

تعداد (درصد)			سوالات مربوط به هر بعد	
موردی ندارد	سوءرفتار	نبود سوءرفتار		
۴ (۱/۳)	۱۷ (۵/۴)	۲۹۱ (۹۳/۳)	تهدید به کتک‌خوردن، زندانی شدن و محرومیت از دریافت کمک	سوءرفتار روان‌شناختی
۸ (۲/۶)	۳۳ (۱۰/۳)	۲۷۲ (۸۷/۲)	ایجاد ترس و وحشت با شکستن یا تخریب وسایل منزل	
۵ (۱/۶)	۷۸ (۲۵)	۲۲۹ (۷۳/۴)	فاش کردن اسرار سالمند نزد دیگران	
۵ (۱/۶)	۸۳ (۲۶/۶)	۲۲۴ (۷۱/۸)	اهمیت قائل نشدن برای شخصیت، دانش، توانایی و تجارب سالمند	
۵ (۱/۶)	۹۷ (۳۱/۳)	۲۱۰ (۶۷/۳)	سرزنش بی دلیل	
۵ (۱/۶)	۵۸ (۱۸/۶)	۲۴۹ (۷۹/۸)	مورد خطاب قرار دادن با اسامی ناشایسته، لحن نامناسب یا دشنام	
۴ (۱/۳)	۷۹ (۲۵/۳)	۲۲۹ (۷۳/۴)	داد و فریاد زدن	
۵ (۱/۶)	۳۳ (۱۰/۳)	۲۷۵ (۸۷/۱)	انجام حرکات توهین‌آمیز مثل ادا یا شکلک‌درآوردن	
۴ (۱/۳)	۳۳ (۷/۴)	۲۸۵ (۹۱/۳)	اقدام به ضرب‌وجرح	سوءرفتار جسمی
۵ (۱/۶)	۲۵ (۸)	۲۸۲ (۹۰/۴)	پرتاب اشیاء و وسایل منزل به سمت سالمند	
۳ (۱)	۱۲ (۳/۸)	۲۹۷ (۰/۹۵)	اقدام به خفه‌کردن سالمند	
۴ (۱/۳)	۲۰ (۶/۴)	۲۸۸ (۹۲/۳)	تجویز بی‌مورد داروهای خواب‌آور یا مسکن	
۳ (۱)	۳۶ (۱۱/۵)	۲۷۳ (۸۷/۵)	قرض کردن پول از دیگران به اسم و بدون اطلاع سالمند	سوءرفتار مالی
۴ (۱/۳)	۸۸ (۲۸/۲)	۲۲۰ (۰/۷۰)	عدم استرداد پول قرض گرفته‌شده از سالمند	
۳ (۱)	۳۷ (۱۵/۱)	۲۶۲ (۸۴)	تحمیل مخارج زندگی به دوش سالمند، بدون رضایت او	
۳ (۱)	۳۵ (۲۶/۱۱)	۲۷۴ (۸۷/۸)	تصاحب بدون رضایت حقوق ماهیانه، پول، وسایل منزل و یا املاک	
۶ (۱/۹)	۴۱ (۱۳/۱۳)	۲۶۵ (۸۴/۹)	عدم پرداخت سهام‌الارث	
۳ (۱)	۳۴ (۷/۷)	۲۸۵ (۹۱/۵)	گرفتن و کالت‌نامه اجباری یا تغییر وصیت‌نامه بدون رضایت سالمند	
۶ (۱/۹)	۱۸ (۵/۸)	۲۸۸ (۹۲/۳)	رانده‌شدن سالمند از منزل اعضای خانواده	
۳ (۱)	۱۸ (۵/۸)	۲۹۱ (۰/۹۳)	رانده‌شدن سالمند از منزل خود	
۳ (۱)	۷ (۲/۲)	۳۰۲ (۰/۹۶)	رهاکردن سالمند در بیمارستان	سوءرفتار پزشکی
۹ (۲/۹)	۵ (۱/۶)	۲۹۸ (۹۵/۵)	رهاکردن سالمند در آسایشگاه سالمندان	



نتایج مطالعه حاضر نشان داد ۷۷/۹ درصد از سالمندان مورد پژوهش، سوءرفتار خانگی را از شروع دوره سالمندی تجربه کرده بودند و ۲۲/۱ درصد از آنان در معرض هیچ‌گونه سوءرفتاری قرار نگرفته بودند. این میزان، بیشتر از آمارهای گزارش شده از سوی سایر کشورهاست. به عنوان مثال مجمع بین‌المللی پرستاران میزان شیوع سوءرفتار با سالمندان را در کشور آمریکا ۴ تا ۱۰ درصد، کانادا

## بحث

پژوهش حاضر روی ۳۱۲ نفر سالمند بالای ۶۰ سال صورت گرفت که ۵۵ درصد آن‌ها را زنان و ۴۵ درصد از آن‌ها را مردان تشکیل می‌دادند. بیشتر بودن تعداد زنان در نمونه‌های پژوهش با مطالعه قدوسی و همکاران و هروی و همکاران همخوانی داشت [۲۰، ۲۱].



جدول ۳. فراوانی سوءرفتار نسبت به سالمندان بر اساس حیطه‌ها

میانگین $\pm$ انحراف معیار	تعداد (درصد)		ابعاد
	نبود سوءرفتار	سوءرفتار	
۲/۱۶ $\pm$ ۱/۷۲	۱۳۰ (۴۱/۷)	۱۸۲ (۵۸/۳)	غفلت مراقبتی
۱/۸۵ $\pm$ ۱/۵۲	۱۳۶ (۴۳/۶)	۱۷۶ (۵۶/۴)	سوءرفتار روان‌شناختی
۰/۹۸ $\pm$ ۰/۶۶	۲۶۱ (۸۳/۷)	۵۱ (۱۶/۳)	سوءرفتار جسمی
۱/۲۶ $\pm$ ۰/۱۸۶	۱۷۶ (۵۶/۴)	۱۳۶ (۴۳/۶)	سوءرفتار مالی
۱/۳۵ $\pm$ ۰/۹۴	۱۷۱ (۵۴/۸)	۱۴۱ (۴۵/۲)	سوءرفتار سلب اختیار
۰/۳۴ $\pm$ ۰/۰۴	۳۰۲ (۹۶/۸)	۱۰ (۳/۲)	سوءرفتار جنسی
۰/۵۶ $\pm$ ۰/۱۵	۲۸۳ (۹۰/۷)	۲۹ (۹/۳)	سوءرفتار طردشدگی
۱/۰۲ $\pm$ ۰/۶۲	۲۰۴ (۶۵/۴)	۱۰۸ (۳۴/۶)	غفلت مالی
۰/۸۸ $\pm$ ۰/۸۱	۱۵۵ (۴۹/۷)	۱۵۷ (۵۰/۳)	غفلت عاطفی
۶/۹۵ $\pm$ ۶/۹۵	۶۹ (۲۲/۱)	۲۴۳ (۷۷/۹)	کل مقیاس

سالمند

پژوهش حاضر هم‌راستا نبود [۲۵]. در مطالعه برجی و اسداللهی میزان غفلت مراقبتی در سالمندان شهری ۵۷/۹ درصد بود [۸]. همچنین در مطالعه نوری و همکاران، این میزان ۳۳/۶ درصد گزارش شد [۲۶]. علل این تفاوت می‌تواند در وضعیت تأهل، تنها زندگی کردن فرد سالمند و همچنین شرایط اقتصادی و تحصیلات کمتر باشد. طراحی مداخلات آموزشی مبتنی بر نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار برای خانواده و سالمند، با تمرکز بیشتر بر بُعد غفلت مراقبتی توصیه می‌شود [۲۷].

نتایج مطالعه نشان داد در رتبه دوم سوءرفتار خانگی در سالمندان مورد مطالعه، عامل سوءرفتار روان‌شناختی (۵۶/۴ درصد) قرار دارد. سرزنش‌های بی‌دلیل سالمند، اهمیت به تجارب وی و داد و فریاد زدن بر سر او، مواردی بودند که به کرات توسط سالمندان گزارش شده بودند (جدول شماره ۲). نصیری و همکاران نیز سوءرفتار روان‌شناختی (۵۳/۳ درصد) را پس از غفلت مراقبتی دومین عامل شایع در سالمندان آزاری گزارش کرده‌اند [۱۴]. همچنین در مطالعه رحیمی و همکاران نیز سوءرفتار روان‌شناختی، دومین مورد شایع سوءرفتار با سالمند گزارش شده بود [۹] که از این جهت با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. با وجود این، آستادتر و همکاران و کایسال و همکاران در مطالعات خود نشان دادند که سوءرفتار روان‌شناختی بیشترین نوع سوءرفتار در سالمندان است [۲۸، ۲۹]. این ناهمخوانی ممکن است مربوط به اختلافات فرهنگی، اقتصادی و منطقه‌ای در نحوه مراقبت، جایگاه فرد سال خورده و روش برخورد با افراد سالمند بین مناطق مختلف دنیا باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد کمترین نوع سوءرفتار در

۴ تا ۱۰ درصد، استرالیا ۴/۶ درصد، دانمارک ۱۷ درصد و سوئد و فنلاند ۸ درصد گزارش کرده است.<sup>۱</sup> موتون<sup>۲</sup> و همکاران نیز در آمریکا میزان سوءرفتار نسبت به سالمندان را ۱۱/۱ درصد اعلام کرده‌اند [۲۲]. البته بایستی در نظر داشت که بسیاری از موارد سوءرفتار با سالمندان در آمارها به دلایل مختلفی چون (ترس سالمند برای از دست دادن مراقب خود، ترس کاهش منزلت اجتماعی و غیره) گزارش نمی‌شود و همیشه بین آمارهای واقعی و حقیقی تفاوت چشمگیری وجود دارد. وجود مراکزی در جهت ثبت گزارش‌های سالمندان آزار دیده و حمایت از آن‌ها می‌تواند اقدامی مفید در راستای پرداختن به این مشکل باشد.

در مطالعه حاضر، فراوان‌ترین سوءرفتار گزارش شده توسط سالمندان مورد مطالعه، مربوط به بعد غفلت مراقبتی (۵۸/۳ درصد) بود. ضمناً کم‌نکردن در حرکت و جابه‌جایی و همچنین کم‌نکردن در انجام امور داخل و خارج از منزل، از مواردی بود که سالمندان در این بعد تأکید زیادی بر آن داشتند (جدول شماره ۲). این یافته در راستای نتایج مطالعات آسیرنو<sup>۳</sup> و همکاران و سانچز<sup>۴</sup> و همکاران بود [۲۳، ۲۴]. همچنین مطالعه رحیمی و همکاران نیز نشان داد غفلت مراقبتی شیوع بیشتری در سالمندان دارد که با نتایج مطالعه حاضر هم‌راستا است [۹]. با این حال در مطالعه محبی و همکاران، غفلت مراقبتی کمترین میزان شیوع را داشت که با نتایج

1. World Health Organization. [Homepage]: 24 Apr 2000. [Online]. <<http://www.who.int>>. (3 Sept 2007).

2. Mouton

3. Acierno

4. Sanchez

نسبت به سایر سالمندان برخوردارند. پیشنهاد می‌شود مطالعه مشابه در گروه‌های دیگر سالمندان نیز انجام شود. ضمناً پیشنهاد می‌شود میزان سوءفترار با سالمندان در مراکزی مانند بیمارستان، آسایشگاه و غیره نیز اندازه‌گیری شود. محدودیت دیگر مطالعه حاضر این است که با وجود اطمینان به محرمانه‌ماندن اطلاعات، سالمندان اغلب موارد سوءفترار را کمتر از آنچه تجربه شده، گزارش می‌کنند. در بسیاری از جوامع، اعتقاداتی مانند رازداری و حیاداشتن در بیان و افشای آزار و اذیت، سبب می‌شود سالمندان قربانی آزار و اذیت، تمایلی به دریافت کمک یا مداخلات نداشته باشند. یک قربانی ممکن است از تغییر موقعیت خودش در جامعه، احساس شرمندگی و پست و حقیر شدن، پس از افشای آزار و اذیت بترسد. این عوامل مانع ابراز خشونت اعمال شده و دریافت کمک می‌شود. پیشنهاد می‌شود کارکنان بهداشتی با علائم سالمندآزاری مانند ابتلا به افسردگی، جراحات بدنی، گوشه‌گیری آشنا شوند تا بتوانند سالمندان آسیب‌دیده را غربالگری کرده و خدمات مشاوره‌ای و حمایت‌های لازم را برای آن‌ها انجام دهند.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مطالعه حاضر گواهی اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران (با کد ۱۳۹۶. ۹۴۱۶۳۶۸۰۱۳) را دارد.

#### حامی مالی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشدنویسنده اول مرضیه روحانی در گروه دوره عالی بهداشت عمومی است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی ایران (با کد ۱۳۹۶۳۶۸۰۱۳) انجام شده است.

#### مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی و طراحی: مرضیه روحانی و طاهره دهداری؛ جمع‌آوری داده‌ها: مرضیه روحانی، مریم حسینی‌راد، ماهرخ علایی؛ تحلیل: طاهره دهداری، مرضیه روحانی؛ نگارش پیش‌نویس: مرضیه روحانی و طاهره دهداری؛ نهایی‌سازی نوشته: همه نویسندگان؛ نظارت: طاهره دهداری.

#### تعارض منافع

نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

سالمندان مورد مطالعه مربوط به سوءفترار جنسی (۲/۲ درصد) است. در این حیطة، برقراری رابطه جنسی بدون رضایت سالمند و لمس قسمت‌های حساس بدن بدون رضایت او، از عوامل مهم مربوط به بروز سوءفترار نسبت به سالمند است (جدول شماره ۲). در مطالعات پرس کارلس و همکاران و آمستادتر و همکاران کمترین میزان بروز سوءفترار مربوط به سوءفترار جنسی بوده است [۲۹] که با نتایج این مطالعه، همخوانی دارد.

در مطالعه حاضر، بعد طردشدگی (۹/۳ درصد) نیز دومین موردی بود که درصد کمی از میزان بروز را داشت. طردشدن سالمند از سوی اعضای خانواده و رانده‌شدن سالمند از منزل خود، مواردی بود که در سالمندان مورد مطالعه گزارش شده بود (جدول شماره ۲). در مطالعه هروی و همکاران و کیقبادی و همکاران نیز عامل طردشدگی به عنوان کمترین عامل بروز سوءفترار گزارش شده بود [۱۵، ۸].

یافته‌های مطالعه نشان داد بین میانگین نمره سوءفترار و متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل نوع زندگی، نیاز به فرد مراقبت‌کننده، در قید حیات بودن همسر و تحت درمان بودن افسردگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. این یافته می‌تواند به تشخیص سالمندان در معرض خطر سالمندآزاری و ارائه خدمات حمایتی به این گروه کمک زیادی کند.

### نتیجه‌گیری نهایی

یافته‌ها نشان داد ۷۷/۹ درصد از نمونه‌های پژوهش، حداقل یکی از انواع سوءفترار را تجربه کرده‌اند. بیشترین نوع سوءفترار تجربه‌شده مربوط به بعد غفلت مراقبتی و کمترین سوءفترار تجربه‌شده مربوط به بعد سوءفترار جنسی بود. ضمناً در سالمندانی که افسردگی داشتند، دارو مصرف می‌کردند، نیاز به مراقب داشتند یا همسر آن‌ها در قید حیات نبود، میزان سوءفترار بیشتر از دیگران بود.

کارکنان بهداشتی درمانی لازم است با غربالگری سالمندان در خطر سوءفترار، به آگاه‌سازی آن‌ها در زمینه ابعاد سالمندآزاری و حقوق آن‌ها به عنوان فرد آسیب‌دیده بپردازند. شناخت روش‌های پیشگیری از سالمندآزاری و آموزش خانواده‌ها در این خصوص، می‌تواند اقدامی مفید تلقی شود. همچنین تصویب قوانین مدون و ضمانت اجرایی آن در خصوص برخورد با موارد سوءفترار با سالمندان، تشکیل نهادهای حمایتی برای انجام مشاوره متناسب با نوع آزار و اذیت و شرایط، وجود شبکه ارجاع بین تخصص‌های مختلف و خدمات حمایتی موجود در جامعه برای حمایت و تسکین آلام آسیب‌دیدگان، اقدامی بس ضروری در مواجهه با پدیده سالمندآزاری محسوب می‌شود.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر آن است که پژوهش حاضر تنها روی سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی انجام شده است، بنابراین شرکت‌کنندگان در این مطالعه، عمدتاً طیفی از افراد هستند که از میزان استقلال نسبی و مشارکت اجتماعی بیشتری

## References

- [1] Heravi Karimoi M, Jadid Milani M, Faghihzadeh S. [The effect of family counseling programs on prevention of psychological abuse of elderly women (Persian)]. *Hayat*. 2005; 11(2):79-86.
- [2] Statistical Center of Iran. [Population and household of the country by province and sub-province (Shahrestan) (Persian)]. Tehran: Statistical Center of Iran; 2016.
- [3] Mosavi Bladi S. Status of aging in country [Internet]. 2019 [Updated 2019 oct 7] Available from: <https://www.amar.org.ir> > Portals > News > salmandan
- [4] Helmsersht P, Delpisheh A. *Community Health Nursing*. Tehran: Four Publications; 2001.
- [5] Stanhope M, Lancoter J. *Community health nursing*. Maryland Heights: Mosby; 2000.
- [6] Santos FD, de Lima Saintrain MV, de Souza Vieira LJ, Gomes Marques Sampaio E. Characterization and prevalence of elder abuse in Brazil. *Journal of Interpersonal Violence*. 2018;886260518781806. [DOI:10.1177/0886260518781806] [PMID]
- [7] Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *The Lancet*. 2004; 364(9441):1263-72 [DOI:10.1016/S0140-6736(04)17144-4]
- [8] Borji M, Asadollahi K. [Comparison between perceived misbehavior by urban and rural elderlies (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2016; 4(3):41-50. [DOI:10.21859/ijpn-04036]
- [9] Rahimi V, Heidari M, Nezarat S, Zahedi A, Mojadam M, Deris S. [Factors related to elder abuse within the family (Persian)]. *Quarterly Journal of Geriatric Nursing*. 2016; 3 (1):89-100. [DOI:10.21859/jgn.3.1.89]
- [10] Heravi Karimoei M, Reje N, Foroughan M, Montazeri A. [Elderly abuse rates within family among members of senior social clubs in Tehran (Persian)]. *Salmad: Iranian Journal of Ageing*. 2012; 6(4):37-50.
- [11] Ananias J, Strydom H. Factors contributing to elder abuse and neglect in the informal caregiving setting. *Social Work*. 2014; 50(2):268-84. [DOI:10.15270/50-2-399]
- [12] Yan E, Chan KL, Tiwari A. A systematic review of prevalence and risk factors for elder abuse in Asia. *Trauma Violence & Abuse*. 2015; 16(2):199-219. [DOI:10.1177/1524838014555033] [PMID]
- [13] Manoochehri H, Ghorbi B, Hosseini M, Oskuyee NN, Karbakhsh M. [Degree and types of domestic abuse in the elderly referring to (Persian)]. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2008; 18(63):43-50.
- [14] Nassiri H, Heravi Karimooi M, Jouybari L, Sanagoo A, Chehrehgosha M. [The prevalence of elder abuse in Gorgan and Aq-Qala Cities, Iran in 2013 (Persian)]. *Salmad: Iranian Journal of Ageing*. 2016; 10(4):162-73.
- [15] Dong XQ. Elder abuse: Systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015. 63(6):1214-38. [DOI:10.1111/jgs.13454] [PMID]
- [16] Allender JA, Spradley BW. *Community health nursing: Concepts & Practice*. Philadelphia: Lipincott; 2005.
- [17] Keyghobadi F, Moghaddam Hosseini V, Keyghobadi F, Rakhshani MH. [Prevalence of elder abuse against women and associated factors (Persian)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014; 24(117):125-32.
- [18] Molaei M, Etemad K, Taheri Tanjani P. Prevalence of elder abuse in Iran: A systematic review and meta analysis. *Salmad: Iranian Journal of Ageing*. 2017. 12(2):242-253. [DOI:10.21859/sija-1202242]
- [19] Haghghatian M, Fotouhi M. Sociocultural factors affecting elderly abuse (Persian)]. *Health System Research*. 2013; 8(7):1117-26.
- [20] Ghodousi A, Fallah Yakhdani E, Abedi H. [Studying the instances of elder abuse and their relationship with age and sex in the hospitalized elderly (Persian)]. *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2014; 20(1):367-76.
- [21] Heravi-Karimooi M, Anousheh M, Foroughan M, Sheikhi M, Hajizadeh A, Maddah M, et al. [Explaining the perspective of elderly women on elder abuse phenomenon: A phenomenological study (Persian)]. *Journal of Shahid Beheshti University Nursing and Midwifery School*. 2008; 18(61):1-8.
- [22] Mouton CP, Rodabough RJ, Rovi SL, Hunt JL, Talamantes MA, Brzyski RG, Burge SK. Prevalence and 3-year incidence of abuse among postmenopausal women. *American Journal of Public Health*. 2004; 94(4):605-12. [DOI:10.2105/AJPH.94.4.605] [PMID] [PMCID]
- [23] Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The national elder mistreatment study. *American Journal of Public Health*. 2010; 100(2):292-7. [DOI:10.2105/AJPH.2009.163089] [PMID] [PMCID]
- [24] Sanchez Salgado CD. [Features of elder abuse and mistreatment in Puerto Rico (Spanish)]. *Puerto Rico Health Sciences Journal*. 2007; 26(1):35-41. [PMID]
- [25] Mohebbi L, Zahednejad S, Javadi Pour S, Saki A. [Domestic elder abuse in rural area of Dezful, Iran and its relation with their quality of life (Persian)]. *Salmad: Iranian Journal of Ageing*. 2016; 10(4):50-9
- [26] Nori A, Rajabi A, Esmailzadeh F. [Prevalence of elder misbehavior in northern Iran (2012) (Persian)]. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2014; 16(4):93-98.
- [27] Solhi M, Zadeh DS, Seraj B, Zadeh SF. [The application of the health belief model in oral health education (Persian)]. *Iranian Journal of Public Health*. 2010; 39(4):114-9.
- [28] Amstadter AB, Zajac K, Strachan M, Hernandez MA, Kilpatrick DG, Acierno R. Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: The South Carolina elder mistreatment study. *Journal of Interpersonal Violence*. 2011; 26(15):2947-72. [DOI:10.1177/0886260510390959] [PMID] [PMCID]
- [29] Kissal A, Beşer A. Elder abuse and neglect in a population of offering care by a primary health care center in Izmir, Turkey. *Social Work in Health Care*. 2011; 50(2):158-75. [DOI:10.1080/00981389.2010.527570] [PMID]

---

This Page Intentionally Left Blank

---