

بررسی میزان سوءرفتار توسط اعضای خانواده نسبت به سالمندان عضو کانون‌های جهان‌دیدگان شهر تهران

(مقاله پژوهشی)

مجیده هروی کریموی^{۱*}، ناهید رژه^۱، مهشید فروغان^۲، علی منتظری^۳

چکیده:

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان سوءرفتار اعضای خانواده نسبت به سالمندان عضو کانون‌های جهان‌دیدگان شهر تهران و شناسایی عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۰ صورت گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی است که با مشارکت ۳۷۹ سالمند (۲۵۴ زن و ۱۲۵ مرد) ساکن شهر تهران در محدوده سنی ۶۵ سال و بالاتر عضو کانون‌های جهان‌دیدگان شهر تهران انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه چهره به چهره با سالمندان در کانون‌های جهان‌دیدگان یا منازل سالمندان انجام شد. سالمندانی که بر اساس نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی فاقد اختلال شناختی تشخیص داده شدند پس از کسب رضایت آگاهانه وارد پژوهش شدند. سپس، پرسشنامه بررسی سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان، مقیاس اندازه‌گیری فعالیت‌های روزمره زندگی و پرسشنامه محقق ساخته جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک و فردی برای آنان تکمیل گردید. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از آماره‌های مجذور کای و تی تست تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که ۲۵/۹ درصد از نمونه‌های پژوهش حداقل یکی از انواع سوءرفتار را تجربه کرده بودند. بیشترین میزان شیوع سوءرفتار مربوط به غفلت عاطفی (۱۷/۴ درصد) و سوءرفتار روان شناختی (۱۷/۲ درصد) و کمترین آن مربوط به طردشدگی (۳/۷ درصد) و سوءرفتار جسمی (۴/۷ درصد) بود. بین میزان سوءرفتار و متغیرهای جنس ($p < ۰/۰۰۰۱$)، بیمه درمانی ($p < ۰/۰۴$)، شغل ($p < ۰/۰۰۰۱$)، کفایت منابع مالی ($p < ۰/۰۰۰۱$)، وضعیت سوء مصرف مواد توسط سالمند ($p < ۰/۰۱۷$)، و میانگین متغیرهای سن ($p < ۰/۰۲۶$)، و تعداد فرزندان ($p < ۰/۰۳$)، وضعیت عملکردی ($p < ۰/۰۰۰۱$) و تعداد بستری مجدد ($p < ۰/۰۰۰۱$) بین دو گروه سالمندان تحت سوءرفتار قرار گرفته و تحت سوء رفتار قرار نگرفته تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به میزان بالای سوءرفتار نسبت به سالمندان، توجه ویژه و اتخاذ تدابیری به منظور پیشگیری از تبعات بلند مدت آن مورد نیاز است.

کلیدواژه‌ها: سوءرفتار، سالمند، خانواده، تهران

۱- استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه شاهد و مرکز تحقیقات مدیریت و آموزش مددجو، گروه سلامت سالمندی، تهران، ایران
۲- استادیار مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی و روانی سالمندی و گروه آموزشی سالمندشناسی، دانشگاه توبنخشی و علوم بهزیستی، تهران، ایران
۳- استادیار گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

* پست الکترونیک نویسنده مسئول:

heravi@shahed.ac.ir

مقدمه

جمعیت کشور ۶۰ سال و بیشتر قرار داشته، و با توجه به ساختار کنونی جمعیت کشور پیش بینی می‌شود که در سال‌های آتی نسبت این جمعیت بیش از گذشته افزایش یافته و تا سال ۱۴۲۹ به ۲۴/۹٪ برسد (۴،۵). میانگین سنی جمعیت تهران در قیاس با کل کشور بالاتر بوده، و حدود ۶ درصد از جمعیت شهر تهران در سنین ۶۵ سال و بالاتر قرار دارند. علی‌رغم، رشد جمعیت سالمندان و تغییرات هرم جمعیتی کشور هنوز بر روی نیازهای سالمندان به عنوان یکی از گروه‌های آسیب پذیر جامعه توجه نشده است (۶،۷). بنابراین نیاز به انجام مطالعات عمیق، وسیع و مؤثر بر روی موضوعات وابسته به جمعیت سالمندان احساس

پیش بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ تعداد سالمندان جهان برای اولین بار در طول تاریخ بشر بر تعداد اشخاص جوان پیشی گیرد (۱). در حال حاضر بیش از ۵۴ درصد از سالمندان جهان در آسیا زندگی می‌کنند (۲). رشد جهانی جمعیت سالمندان هم برای ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی و هم برای اعضای خانواده‌ها و جامعه‌ای که سالمندان در آن زندگی می‌کنند چالشی مهم محسوب می‌شود (۳). دامنه این چالش به موقعیت جمعیتی کشور ایران نیز کشیده می‌شود؛ در کشور ما بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۸۵، حدود ۷/۲۷ درصد از

سوءرفتار را در این گروه آسیب پذیر با مشکل مواجه ساخته است. متأسفانه تعریف استاندارد از مفهوم سوءرفتار نسبت به سالمندان که مورد قبول همگان باشد وجود ندارد؛ زیرا تعاریف موجود غالباً بر اساس دیدگاه‌های خاص و نیازهای حرفه‌ای محققین مختلف ارائه شده‌اند. (۲۰-۱۸). عدم توافق بر مفهوم این پدیده باعث تفاوت در نتایج مطالعات و همچنین مانع از انجام مقایسه علمی بین نتایج آنها شده است (۹). جانسون^۱ (۱۹۸۶) انواع سوءرفتار نسبت به سالمندان را که در ۲۱ مطالعه شناسایی شده بود به صورت غفلت فعال^۲، غفلت غیرفعال^۳، غفلت جسمی^۴، غفلت روان شناختی^۵، سوءرفتار جسمی، روان شناختی، عاطفی یا کلامی^۶، مادی، و پزشکی^۷، استثمار^۸ و تجاوز به حقوق خلاصه نمود (۲۱). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۲) سوءرفتار نسبت به سالمندان عبارت است از انجام یک عمل یا اعمال پی در پی یا فقدان عملکرد مناسب که در هر نوع رابطه توأم با توقع اعتماد رخ داده و منجر به آسیب، درد، پریشانی، اضطراب و سلب آسایش سالمند می‌گردد و به شکل سوءرفتار جسمی، روانشناختی، جنسی، بهره برداری مالی و غفلت رخ می‌دهد (۸). بر اساس تبیین تئوریک نظرات سالمندان تهرانی در زمینه مفهوم سوءرفتار خانواده نسبت به سالمند، سوءرفتار عبارت است از تحمیل درد و رنج از سوی اعضای خانواده نسبت به شخص سالمند که ممکن است از طریق ارتکاب عملی آزاردهنده و یا ترک عملی ضروری به صورت عمدی یا غیر عمدی در یک یا چندین مرتبه رخ دهد. سوءرفتار یکی از مصادیق محرومیت از حقوق و شئون انسانی است که به شکل‌های غفلت، سلب اختیار، بهره برداری مالی، آزارهای روان شناختی و بدنی، و طردشدگی رخ می‌دهد. اعضای خانواده با وانهادن سالمند به حال خود و سهل انگاری در تأمین نیازهای عاطفی، مراقبتی و ایمنی، همچنین کوتاهی در یاری رساندن به انجام امور داخل و خارج منزل و تأمین زندگی آبرومندانه و در شأن افراد سالمند سبب رخداد غفلت به صورت عمدی یا غیر عمدی می‌شوند. آزار روان شناختی سالمند، تحمیل درد و فشار روحی به او از طریق بی‌احترامی و ایجاد ارباب و تهدید است. سلب اختیار از طریق محروم ساختن سالمند از حق انتخاب و نیز تحمیل نظرات خود به سالمند و تصمیم‌گیری به جای سالمند صورت می‌گیرد. بهره برداری مالی،

می‌شود. یکی از رنج بارترین مشکلاتی که کمتر به آن توجه شده، مسئله سوءرفتار نسبت به سالمندان^۱ است که به عنوان یکی از پنهان‌ترین اشکال خشونت در خانواده توسط بسیاری از سالمندان در جوامع مختلف تجربه می‌شود (۸). امروزه تغییرات اجتماعی ناشی از شهرنشینی و تأثیر فرهنگ غربی، فرهنگ پذیری و کم رنگ شدن ارزش‌ها و باورهای سنتی سبب ایجاد چالش‌هایی در روابط خانوادگی شده که احتمال خطر سوءرفتار نسبت به سالمندان توسط اعضای خانواده^۲ را افزایش داده است (۹).

شایان ذکر است که سوءرفتار با سالمندان مسأله جدیدی نیست؛ لکن اخیراً به عنوان یکی از مشکلات مهم بهداشت عمومی و نیز مشکل اجتماعی گسترده و رو به رشد در سراسر جهان مطرح شده که به صورت عمدی یا سهوی به سالمند تحمیل و سبب آسیب و آزار او می‌شود (۱۰-۸).

در حالی که بسیاری از صاحب نظران، نگرانی عمیقی نسبت به افزایش خشونت در خیابان‌ها و اماکن عمومی دارند، متأسفانه نشان داده شده است که احتمال مورد خشونت قرار گرفتن فرد در محیط خانواده به مراتب بیش از خارج خانه است (۱۱). معمولاً معضل سوءرفتار با سالمندان، معمولاً در منازل و در محدوده‌ای دور از دسترس مشاهده و بررسی پنهان می‌ماند. میزان پنهان باقی ماندن سوء رفتار با سالمند بر اساس گزارش نیوتن^۳ (۲۰۰۵) ۶۷ درصد و بوکا و سوخو^۴ (۲۰۰۶) ۷۳/۳ درصد از کل موارد سوءرفتار است (۱۲، ۱۳). سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۲) میزان سوءرفتار در خانواده را برای جمعیت سالمند ۴ تا ۶ درصد تخمین می‌زند (۸). این در حالیست که بررسی‌ها نشان می‌دهند بسیاری از موارد سالمندآزاری شناسایی نمی‌شود (۱۴) و فقط یک مورد از هر ۱۰ مورد سوءرفتار گزارش می‌شود. متخصصین معتقدند که امار گزارش شده فقط نوک کوه یخ^۵ را نشان می‌دهند (۱۵). این معضل در تمامی فرهنگ‌ها کمتر از حد واقعی گزارش می‌شود، به عبارت دیگر رقم سیاه بزهکاری (فاصله موجود بین موارد ثبت شده و موارد واقعی) در سوءرفتار با سالمندان بسیار بالاست (۱۶). زیرا قربانیان به ندرت در خصوص سوءرفتار صحبت می‌کنند یا کمک می‌خواهند (۱۷). همچنین موانعی نظیر فقدان تعریفی واضح و روشن از مفهوم سوءرفتار و نیز نبود ابزارهای مناسب جهت بررسی آن، شناسایی

1- Elder Abuse
5- Tip of the Iceberg
9- Physical neglect
12- Medical abuse

2- Domestic Elder Abuse
6- Johnson
10- Psychological neglect
13- Exploitation

3- Newton
7- Active neglect
11- Verbal or emotional abuse
4- Buka & Sookhoo
8- Passive neglect

میزان سوءرفتار توسط اعضای خانواده نسبت به سالمندان عضو کانون‌های جهاندیدگان شهر تهران در سال ۱۳۹۰ صورت گرفت. دلیل انتخاب کانون‌های جهاندیدگان به عنوان جامعه آماری، امکان دسترسی آسانتر به سالمندان آزار دیده، از یک سو، و امکان بررسی انواع خفیف‌تر سوء رفتار، از سوی دیگر بود. بدیهی است که امکان برقراری ارتباط مستقیم با سالمندان در محل زندگی آنان به گونه‌ای که منجر به جمع‌آوری اطلاعات قابل اعتماد شود، به دلیل حضور اعضای خانواده، تشدید احساس شرم و نیز انگیزه سالمند برای محافظت از خانواده خود کمتر می‌شود. لذا کانون‌های جهاندیدگان که در آن سالمندان به تنهایی حضور می‌یابند و می‌توانند آزادانه‌تر صحبت کنند، به عنوان محیط مناسب تری برای انجام این پژوهش برگزیده شد. امید است که نتایج این تحقیق بتواند نگرش عمیق‌تر و جدی‌تری را برای کارکنان حرف پزشکی و همچنین مسئولین بهداشتی کشور پدید آورد.

روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی است که با مشارکت زنان مردان سالمند عضو کانون‌های جهاندیدگان شهر تهران انجام شد. کانون‌های جهاندیدگان مراکز روزانه‌ای با رویکرد اجتماعی هستند که توسط شهرداری تاسیس و با همکاری و مشارکت سالمندان اداره می‌شوند. پس از کسب مجوز و هماهنگی با مسئولین، ۱۰ مورد از کانون جهاندیدگان به صورت تصادفی ساده از ۵ منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر تهران انتخاب گردید. سپس افراد عضو کانون‌ها براساس پرونده، شماره گذاری، و بعد از طریق جدول اعداد تصادفی نمونه‌ای از سالمندان به نسبت جمعیت سالمندان هر کانون، به عنوان نمونه انتخاب شد. حجم نمونه بر اساس تعیین حجم نمونه تصادفی به روش کرجسی و مورگان^۱ (۱۹۷۰) (۳۱) جهت جامعه ۳۰ هزار نفری زنان و مردان سالمند تهرانی عضو کانون‌های جهاندیدگان با سطح اطمینان ۰/۹۵، ۳۷۹،۰/۹۵ مشارکت کننده بود.

به منظور دستیابی به اهداف پژوهش معیارهای ورود به مطالعه برای سالمندان عبارت بودند از: سن ۶۵ سال یا بالاتر؛ سکونت در یکی از مناطق پنج گانه (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) شهر تهران؛ توانایی تکلم به زبان فارسی؛ تمایل به شرکت در

استفاده غیرقانونی، بی‌اجازه یا نامناسب از وجوه، دارایی و سرمایه‌های شخصی سالمند است. آزار بدنی الگویی رفتاری است که تمامیت جسمی و یا جنسی فرد سالمند را مورد تهاجم قرار می‌دهد. طردشدگی، در قالب راندن سالمند از منزل و یا نپذیرفتن وی توسط اعضای خانواده تعریف می‌شود (۲۲).

علی‌رغم تأکید سازمان جهانی بهداشت مبنی بر هوشیاری بین المللی در خصوص شناسایی و پیشگیری از اعمال سوءرفتار نسبت به سالمندان (۲۳)، متأسفانه در کشورهای در حال توسعه هنوز اقدام خاصی در جهت جمع‌آوری سیستماتیک اطلاعات آماری صورت نگرفته است. اما شواهد بسیار زیادی مبنی بر وجود قربانیان سوءرفتار در این کشورها ثبت شده است (۲۴).

در ایران با وجود تصویب نامه هیأت وزیران مورخه ۱/۱/۲۶/۱۳۸۳ مبنی بر اتخاذ اقدامات لازم دستگاه‌های ذیربط به منظور پیشگیری از اعمال خشونت علیه افراد سالمند در خانواده و جامعه تا به حال هیچ اقدامی برای تعیین میزان این مشکل صورت نگرفته است. لکن، بر اساس گزارش تحقیق کشوری در خصوص سالمندان در سال ۱۳۷۷، به ترتیب ۱۰ درصد و ۸ درصد از زنان و مردان سالمند ایرانی نیازمند حل مشکل تضادهای خانوادگی بوده اند (۲۵) نتایج تحقیقات زندگی (۱۳۸۶)، منوچهری (۱۳۸۷) و نوروزی (۱۳۸۸) وجود سوءرفتار نسبت به سالمندان تهرانی را تأیید می‌نمایند (۱۶، ۲۶، ۲۷)؛ شایان ذکر است که در مطالعات مذکور جنبه‌های مختلف این پدیده بر اساس یک ابزار استاندارد مبتنی بر احساسات، ارزش‌ها و انتظارات سالمندان ایرانی مورد بررسی قرار نگرفته است.

شواهد نشان می‌دهد اعتقاد بر مسئولیت پذیری خانواده و مرکزیت فرزندان در مراقبت از والدین سالمند به عنوان یک اصل فرهنگی و مذهبی در ایران مطرح است (۳۰-۲۸). بنابراین با شناسایی درست و به موقع این معضل بهداشتی و اجتماعی می‌توان به تقویت ارزش‌های خانوادگی، انسجام خانواده، آماده‌سازی و توانمندسازی آنان برای پذیرش سالمند کمک نمود.

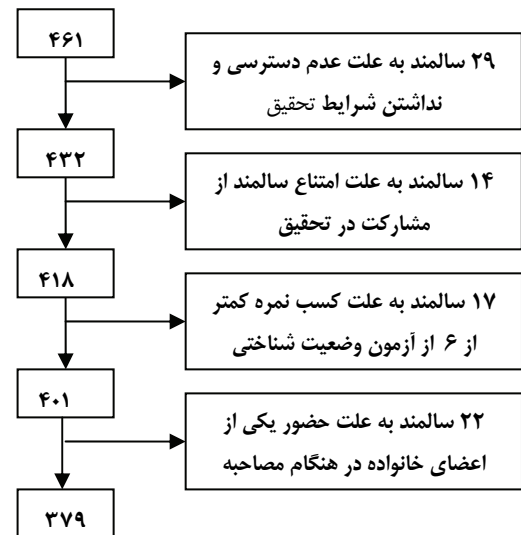
لذا با عنایت به فقر و کمبود اطلاعات درباره پدیده سوءرفتار با سالمندان در ایران و عدم وجود مطالعات دقیق در این زمینه بر اساس مفهوم این پدیده از دیدگاه سالمندان ایرانی، در راستای پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان و ارتقای سلامت سالمندان، خانواده و جامعه و همچنین در جهت توسعه برنامه‌ها و سیاست‌های جهانی بهداشتی، پژوهش حاضر با هدف تعیین

به بیماری‌های مزمن، بستری مکرر در بیمارستان به علت بیماری‌های مزمن، بیمه درمانی، وضعیت سوءمصرف مواد بررسی شد. به منظور سنجش وضعیت اقتصادی، دیدگاه سالمندان نسبت به کفایت منابع مالی شان در چهار سطح اصلاً کافی نیست، در حد کم، متوسط و کاملاً کافی سنجیده شد.

۳- پرسشنامه بررسی سوءرفتار در خانواده نسبت به سالمندان شامل ۴۹ عبارت در هشت زیر مقیاس غفلت مراقبتی (۱۱ عبارت)، سوءرفتار روان شناختی (۸ عبارت)، سوءرفتار جسمی (۴ عبارت)، سوءرفتار مالی (۶ عبارت)، سلب اختیار (۱۰ عبارت)، طردشدگی (۴ عبارت)، غفلت مالی (۴ عبارت) و عاطفی (۲ عبارت) بود. این ابزار بر اساس یافته‌های مطالعه‌ای کیفی بر روی سالمندان آزار دیده و در ایران با توجه به ویژگی‌های فرهنگی این جامعه تدوین و سپس اعتبار سنجی شده است (۳۴). گویه‌های ابزار مذکور دارای گزینه‌های «بلی»، «خیر»، و «موردی ندارد» است. گزینه «موردی ندارد» دلالت بر شرایطی دارد که عبارت مورد نظر با شرایط زندگی سالمند همخوانی و تناسب ندارد. امتیازهای اخذشده در محدوده ۰-۱۰۰ هستند و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده وجود شدت بیشتری از علائم سوءرفتار است. همان طور که در فوق اشاره شد ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار مذکور مورد بررسی قرار گرفته است و از اعتبار صوری، محتوا و سازه برخوردار است. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۷۵-۰/۹)، و ثبات از طریق آزمون مجدد (۰/۹۹) مؤید پایایی مطلوب پرسشنامه است. این ابزار با برخورداری از ویژگی‌هایی نظیر طراحی ابزار بر اساس درک مفهوم سوءرفتار از دیدگاه سالمندان ایرانی و مبتنی بر تجربیات زیسته آنان، تبیین طیف کامل اشکال سوءرفتار با سالمند در خانواده، نمره گذاری ساده، پایایی و روایی مناسب و قابلیت به کارگیری در موقعیت‌های مختلف، ابزاری مناسب جهت بررسی سوءرفتار با سالمند در خانواده‌های ایرانی است (۳۴).

۴- مقیاس اندازه‌گیری فعالیت‌های روزمره زندگی سالمندان که از آن به منظور بررسی وضعیت عملکردی سالمندان، که رابطه آن با فراوانی سوء رفتار در برخی مطالعات پیشین ذکر

پژوهش (رضایت داوطلبانه شرط اصلی انجام تحقیق بود)؛ عدم ابتلا به ناشنوایی، بیماری تأیید شده روانی و اختلالات شناختی (کسب نمره ۶ یا بالاتر از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی^(۱)) (۳۲). دیاگرام مطالعه در شکل یک نشان داده شده است.



شکل ۱- دیاگرام مطالعه

در مورد اهداف تحقیق به صورت شفاهی به شرکت‌کنندگان توضیحات لازم ارائه و از نظر زمان و مکان تکمیل پرسشنامه هماهنگی‌های لازم انجام شد. مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش در جدول شماره یک نشان داده شده است. گردآوری اطلاعات در این پژوهش با کاربرد ابزاری چهار قسمتی انجام شد:

۱- در قدم اول جهت تعیین وضعیت شناختی سالمند، نسخه فارسی آزمون کوتاه شده وضعیت شناختی شامل ۱۰ سوال تکمیل گردید. پایایی و روایی نسخه اصلی (۳۳) و همچنین نسخه فارسی پرسشنامه مذکور در تحقیقات قبلی مورد تأیید قرار گرفته است (۳۲). اخذ امتیاز ۶ و بالاتر در این آزمون به معنی فقدان اختلال شناختی است (۳۲). تنها سالمندانی وارد مطالعه شدند که در این آزمون نمره ۶ یا بالاتر را کسب کرده بودند.

۲- پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، تعداد فرزندان، شغل، نحوه زندگی سالمند با خانواده، ابتلا

همچنین قبل از شروع پژوهش، شرکت کنندگان از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت نمودند. به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات بدست آمده صرفاً در جهت اهداف تحقیق مورد استفاده قرار می‌گیرد و در اختیار افرادی غیر از گروه پژوهش قرار نمی‌گیرد. همچنین به شرکت کنندگان توضیح داده شد که در هر مرحله‌ای از پژوهش می‌توانند انصراف خود را از ادامه شرکت در آن اعلام نمایند و مشخصات آنان در طول تحقیق و بعد از آن به صورت محرمانه حفظ خواهد شد.

یافته‌ها

۳۷۹ سالمند (۲۵۴ زن و ۱۲۵ مرد) ساکن شهر تهران در محدوده سنی ۶۵ تا ۹۰ سال با میانگین سنی $(5/19 \pm 71/73)$ و میانگین تعداد فرزندان $(2/28 \pm 5/22)$ در این پژوهش مشارکت نمودند. اکثریت مشارکت کنندگان متأهل (۵۷ درصد)، بی‌سواد (۴۰/۶ درصد)، خانه‌دار (۵۵/۸ درصد) با وضعیت اقتصادی در حد متوسط (۴۷/۲ درصد) بودند. اکثریت آنان با همسرانشان زندگی می‌کردند (۴۹/۶ درصد) و از بیماری‌های مزمن (۷۷/۶ درصد) رنج می‌بردند (جدول شماره یک). اکثریت زنان سالمند بیوه (۵۳/۹ درصد) بودند و با فرزندان (۲۹/۱ درصد) یا به تنهایی (۲۹/۵ درصد) زندگی می‌کردند.

شده، با هدف اندازه‌گیری ارتباط آن با فراوانی سوء رفتار، استفاده شد. این مقیاس دارای ۱۴ عبارت می‌باشد که میزان توانایی فعالیت‌های روزمره زندگی را در سالمندان در سه بعد فعالیت‌های مراقبت از خود، فعالیت‌های مدیریت زندگی، و فعالیت‌های حرکتی اندازه‌گیری می‌نماید. ویژگی‌های روان سنجی ابزار مذکور مورد بررسی قرار گرفته است و از اعتبار صوری، محتوا و سازه برخوردار است. همسانی درونی مقیاس (آلفای کرونباخ) $0/95$ و پایایی ثبات این مقیاس از طریق آزمون مجدد با استفاده از آزمون شاخص همبستگی درون خوشه‌ای^۱ ($P < 0/001$)، $ICC = 0/998$ عالی است (۳۵).

نظر به بی‌سوادی و یا کم سوادی اکثریت سالمندان ایرانی، برای یکسان‌سازی نحوه تکمیل، تک تک عبارات پرسشنامه‌ها برای سالمندان شرکت کننده در پژوهش خوانده و پاسخ آنان عیناً یادداشت گردید. مصاحبه با سالمندان در کانون جهانی‌دگان یا منزل سالمند انجام گرفت.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-16 و بکارگیری آمار توصیفی و آزمون‌های مجذور کای و تی مستقل داده‌ها تجزیه و تحلیل شدند.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، از مسئولین فرهنگسرای سالمند و کانون‌های جهانی‌دگان شهر تهران اجازه دریافت شد.

جدول ۱- توزیع سالمندان برحسب مشخصات دموگرافیک

| جمع | | مشخصات دموگرافیک |
|------|-------|--------------------|
| درصد | تعداد | |
| ۶۷ | ۲۵۴ | جنس زن |
| ۳۳ | ۱۲۵ | مرد |
| ۴۸ | ۱۸۲ | سن ۶۵-۷۰ سال |
| ۳۰/۱ | ۱۱۴ | ۷۱-۷۵ سال |
| ۱۳/۴ | ۵۱ | ۷۶-۸۰ سال |
| ۶/۱ | ۲۳ | ۸۱-۸۵ سال |
| ۲/۴ | ۹ | ۸۶ سال و بالاتر |
| ۱/۸ | ۷ | وضعیت تأهل مجرد |
| ۵۷ | ۲۱۶ | متأهل |
| ۳/۲ | ۱۲ | مطلقه و متارکه |
| ۳۸ | ۱۴۴ | همسر فوت کرده |

| جمع | | مشخصات دموگرافیک |
|------|-------|----------------------|
| درصد | تعداد | |
| ۴۰/۶ | ۱۵۴ | میزان تحصیلات |
| | | بی سواد |
| ۲۰/۵ | ۷۸ | در حد خواندن و نوشتن |
| ۱۶/۴ | ۶۲ | ابتدایی |
| ۱۶/۴ | ۶۲ | متوسطه |
| ۶/۱ | ۲۳ | دانشگاهی |
| ۰/۸ | ۳ | فاقد فرزند |
| ۲۱/۳ | ۸۱ | ۱-۳ |
| ۵۱ | ۱۹۳ | ۴-۶ |
| ۲۳/۲ | ۸۸ | ۷-۹ |
| ۳/۷ | ۱۴ | ۱۰ و بالاتر |
| ۵۵/۸ | ۲۱۲ | خانه دار |
| ۷/۷ | ۲۹ | شاغل |
| ۳۲/۵ | ۱۲۳ | بازنشسته |
| ۴ | ۱۵ | از کار افتاده |
| ۲۲/۷ | ۶۶ | تنها |
| ۴۹/۶ | ۱۸۸ | با همسر |
| ۱۹/۸ | ۷۵ | با فرزندان |
| ۷/۴ | ۲۸ | با همسر و فرزندان |
| ۰/۵ | ۲ | با دیگران |
| ۹ | ۳۴ | اصلاً کافی نیست |
| ۱۷/۷ | ۹۷ | کمی کافی است |
| ۴۷/۲ | ۱۷۹ | حد متوسط کافی است |
| ۲۶/۱ | ۹۹ | کاملاً کافی است |
| ۷۷/۶ | ۲۹۴ | بلی |
| ۲۲/۴ | ۸۵ | خیر |
| ۳۰/۱ | ۱۱۴ | بلی |
| ۶۹/۹ | ۲۶۵ | خیر |

جدول شماره ۳، تعداد اشخاص سالمندی را نشان می‌دهد که یکی از اشکال سوءرفتار را تجربه نموده‌اند. بیشترین میزان شیوع سوءرفتار مربوط به غفلت عاطفی (۱۷/۴ درصد) و سوءرفتار روان شناختی (۱۷/۲ درصد)، و کمترین آن مربوط به طردشدگی (۳/۷ درصد) و سوءرفتار جسمی (۴/۷ درصد) است.

جدول شماره ۲، میزان سوءرفتار را بر اساس عبارات پرسشنامه نشان می‌دهد که بیانگر ۱/۶ تا ۱۹/۳ درصد تجربه اشکال مختلف سوءرفتار است که کمترین آن مربوط به رها کردن سالمند در آسایشگاه توسط یکی از اعضای خانواده و بیشترین آن مربوط به بی‌اعتنایی اعضای خانواده به صورت عمدی یا غیر عمدی در طی یک سال گذشته بود.

جدول ۲- میزان شیوع سوء رفتار نسبت به سالمندان به تفکیک عبارات پرسشنامه

| عبارات | وجود سوء رفتار | | عدم سوء رفتار | |
|--|----------------|------|---------------|------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| سوء رفتار روانشناختی | ۲۲ | ۵/۸ | ۳۵۷ | ۹۴/۲ |
| تهدید سالمند نظیر تهدید به کتک زدن، زندانی کردن، محرومیت از دریافت کمک | ۳۱ | ۸/۲ | ۳۴۸ | ۹۱/۸ |
| ایجاد ترس و وحشت با شکستن یا تخریب وسایل منزل | ۴۱ | ۱۰/۸ | ۳۳۸ | ۸۹/۲ |
| فاش نمودن اسرار سالمند نزد دیگران | ۵۳ | ۱۴ | ۳۲۶ | ۸۶ |
| اهمیت قائل نشدن برای شخصیت، دانش، توانایی و تجارب سالمند | ۵۴ | ۱۴/۲ | ۳۲۵ | ۸۵/۸ |
| سرزنش بی دلیل | ۴۹ | ۱۲/۹ | ۳۳۰ | ۸۷/۱ |
| مورد خطاب قرار دادن با اسامی ناشایست، لحن نامناسب و یا دشنام | ۶۲ | ۱۶/۴ | ۳۱۷ | ۸۳/۶ |
| داد و فریاد زدن | ۴۵ | ۱۱/۹ | ۳۳۴ | ۸۸/۱ |
| انجام حرکات توهین آمیز | ۱۸ | ۴/۷ | ۳۶۱ | ۹۵/۳ |
| ممانعت از انجام فعالیت های اجتماعی نظیر ارائه خدمات داوطلبانه | ۲۲ | ۵/۸ | ۳۵۷ | ۹۴/۲ |
| ممانعت از رفت و آمد با دوستان و خویشاوندان | ۹ | ۲/۴ | ۳۷۰ | ۹۷/۶ |
| محروم ساختن از ملاقات نوه ها | ۱۵ | ۴ | ۳۶۴ | ۹۶ |
| ممانعت از آگاهی یافتن از اخبار مهم مربوط به خود | ۲۴ | ۶/۳ | ۳۵۵ | ۹۳/۷ |
| تحمیل نظرات در خصوص انتخاب همسر، ازدواج مجدد یا محل زندگی | ۱۷ | ۴/۵ | ۳۶۲ | ۹۵/۵ |
| عدم اجازه استفاده از اموال و دارایی بر اساس میل خود | ۱۶ | ۴/۲ | ۳۶۳ | ۹۳/۸ |
| ممانعت از دسترسی به وسایل زندگی نظیر تلفن، تلویزیون، رادیو | ۸ | ۲/۱ | ۳۷۱ | ۹۷/۹ |
| تغییر در ظاهر بدون رضایت سالمند مثل کوتاه کردن موی سر | ۱۰ | ۲/۶ | ۳۶۹ | ۹۷/۴ |
| برقراری رابطه جنسی بدون رضایت سالمند | ۹ | ۲/۴ | ۳۷۰ | ۹۷/۶ |
| لمس قسمت های حساس بدن، بدون رضایت سالمند | ۱۸ | ۴/۷ | ۳۶۱ | ۹۵/۳ |
| اقدام به ضرب و جرح | ۱۸ | ۴/۷ | ۳۶۱ | ۹۵/۳ |
| سوء رفتار جسمی | ۱۰ | ۲/۶ | ۳۶۹ | ۹۷/۴ |
| پرتاب اشیاء و وسایل منزل به سمت سالمند | ۱۲ | ۳/۲ | ۳۶۷ | ۹۶/۸ |
| اقدام به خفه نمودن سالمند | ۱۷ | ۴/۵ | ۳۶۲ | ۹۵/۵ |
| تجویز بی مورد داروهای خواب آور یا مسکن | ۳۰ | ۷/۹ | ۳۴۹ | ۹۲/۱ |
| قرض نمودن پول از دیگران به اسم و بدون اطلاع سالمند | ۲۱ | ۵/۵ | ۳۵۸ | ۹۴/۵ |
| عدم استرداد پول قرض گرفته شده از سالمند | ۱۸ | ۴/۷ | ۳۶۱ | ۹۵/۳ |
| تحمیل مخارج زندگی به دوش سالمند بدون رضایت وی | ۱۵ | ۴ | ۳۶۴ | ۹۶ |
| تصاحب بدون رضایت حقوق ماهیانه، پول، وسایل منزل و یا املاک | ۹ | ۲/۴ | ۳۷۰ | ۹۷/۶ |
| عدم پرداخت سهم الارث | ۹ | ۲/۴ | ۳۷۰ | ۹۷/۶ |
| گرفتن وکالت نامه اجباری یا تغییر وصیت نامه بدون رضایت سالمند | ۸ | ۲/۱ | ۳۷۱ | ۹۷/۹ |
| رانده شدن سالمند از منزل اعضای خانواده | ۱۰ | ۲/۶ | ۳۶۹ | ۹۷/۴ |
| رانده شدن سالمند از منزل خود | ۶ | ۱/۶ | ۳۷۳ | ۹۸/۴ |
| رها کردن سالمند در آسایشگاه سالمندان | ۱۹ | ۵ | ۳۶۰ | ۹۵ |
| رها کردن سالمند در بیمارستان | ۱۴ | ۳/۷ | ۳۶۵ | ۹۶/۳ |
| عدم کمک در حرکت و جابه جایی | ۴۰ | ۱۰/۶ | ۳۳۹ | ۸۹/۴ |
| عدم کمک در خوردن و آشامیدن | ۳۸ | ۱۰ | ۳۴۱ | ۹۰ |
| عدم کمک برای تهیه و یا مصرف دارو | ۲۱ | ۵/۵ | ۳۵۸ | ۹۴/۵ |
| عدم کمک برای نظافت شخصی و استحمام | ۱۴ | ۳/۷ | ۳۶۵ | ۹۶/۳ |
| عدم کمک برای دستشویی رفتن و نظافت | ۳۵ | ۹/۲ | ۳۴۴ | ۹/۸ |
| کوتاهی نسبت به خرید وسایل طبی مانند عینک | ۲۰ | ۵/۳ | ۳۵۹ | ۹۴/۷ |
| کوتاهی در دریافت به موقع مواد غذایی و یا آب و مایعات | ۳۹ | ۱۰/۳ | ۳۴۰ | ۸۹/۷ |
| عدم رعایت رژیم غذایی به رغم بضاعت | ۴۰ | ۱۰/۶ | ۳۳۹ | ۸۹/۴ |
| کوتاهی در انجام امور خارج از منزل نظیر خرید و پرداخت قبوض | ۴۰ | ۱۰/۶ | ۳۳۹ | ۸۹/۴ |
| کوتاهی در انجام امور داخل منزل نظیر نظافت و یا امور تعمیراتی | ۷۳ | ۱۹/۳ | ۳۰۶ | ۸۰/۷ |
| بی اعتنائی اعضای خانواده | ۶۸ | ۱۷/۹ | ۳۱۱ | ۸۲/۱ |
| عدم تماس حضوری یا تلفنی اعضای خانواده | ۲۲ | ۵/۸ | ۳۵۷ | ۹۴/۲ |
| کوتاهی نسبت به تأمین پول مورد نیاز برای تأمین مایحتاج اولیه زندگی | ۲۰ | ۵/۳ | ۳۵۹ | ۹۴/۷ |
| پرداخت غیر محترمانه پول در صورت نیاز مبرم | ۲۷ | ۷/۲ | ۳۵۲ | ۹۲/۸ |
| عدم پرداخت پول برای تهیه هدیه یا ادای نذر به رغم بضاعت | ۲۲ | ۵/۸ | ۳۵۷ | ۹۴/۲ |
| عدم تهیه اسباب راحتی و آسایش مورد نیاز و متناسب با شأن سالمند | | | | |

جدول ۳- فراوانی سوءرفتار نسبت به سالمندان

| انواع سوءرفتار | | وجود سوءرفتار | | عدم سوءرفتار | |
|----------------------|------|---------------|------|--------------|------|
| تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| غفلت مراقبتی | ۵۶ | ۱۴/۸ | ۳۲۳ | ۸۵/۲ | |
| سوءرفتار روان شناختی | ۶۵ | ۱۷/۲ | ۳۱۴ | ۸۲/۸ | |
| سوءرفتار جسمی | ۱۸ | ۴/۷ | ۳۶۱ | ۹۵/۳ | |
| سوءرفتار مالی | ۳۰ | ۷/۹ | ۳۴۹ | ۹۲/۱ | |
| سلب اختیار | ۳۸ | ۱۰ | ۳۴۱ | ۹۰ | |
| طردشدگی | ۱۴ | ۳/۷ | ۳۶۵ | ۹۶/۳ | |
| غفلت مالی | ۳۷ | ۹/۸ | ۳۴۲ | ۹۰/۲ | |
| غفلت عاطفی | ۶۶ | ۱۷/۴ | ۳۱۳ | ۸۳/۶ | |
| انواع سوءرفتار | ۹۸ | ۲۵/۹ | ۲۸۱ | ۷۴/۱ | |

جدول شماره ۴ توزیع متغیرهای جنس، سن، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، بیمه درمانی، شغل، کفایت منابع مالی، و وضعیت سوءمصرف مواد در را در گروه تحت سوءرفتار و آزارنندیده نشان می‌دهد. بر اساس آزمون آماری مجذور کای بین میزان سوءرفتار و متغیرهای جنس ($p < 0/0001$)، بیمه درمانی ($p < 0/04$)، شغل ($p < 0/0001$)، کفایت منابع مالی ($p < 0/0001$)، و وضعیت سوءمصرف مواد در اشخاص سالمند ($p < 0/017$) معناداری مشاهده شد. همچنین با استفاده از آزمون تی مستقل مشخص شد بین میانگین سن ($p < 0/026$)، تعداد فرزندان ($p < 0/03$)، وضعیت عملکردی ($p < 0/0001$) و تعداد بستری مجدد ($p < 0/0001$) بین دو گروه سالمندان تحت سوءرفتار و آزارنندیده تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۴ توزیع متغیرهای جنس، سن، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، بیمه درمانی، شغل، کفایت منابع مالی، و وضعیت سوءمصرف مواد در را در گروه تحت سوءرفتار و آزارنندیده نشان می‌دهد. بر اساس آزمون آماری مجذور کای بین میزان سوءرفتار و متغیرهای جنس ($p < 0/0001$)، بیمه درمانی ($p < 0/04$)، شغل ($p < 0/0001$)، کفایت منابع مالی ($p < 0/0001$)، و وضعیت سوءمصرف مواد در اشخاص سالمند ($p < 0/017$) معناداری مشاهده شد. همچنین با استفاده از آزمون تی مستقل مشخص شد بین میانگین سن ($p < 0/026$)، تعداد فرزندان ($p < 0/03$)، وضعیت عملکردی ($p < 0/0001$) و تعداد بستری مجدد ($p < 0/0001$) بین دو گروه سالمندان تحت سوءرفتار و آزارنندیده تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴- ارتباط عوامل فردی و وضعیت فیزیکی سالمند با سوءرفتار در سالمندان

| pvalue | عدم سوءرفتار | | وجود سوءرفتار | | جنس | میزان تحصیلات | بیمه درمانی | شغل | کفایت منابع مالی | وضعیت سوءمصرف مواد |
|------------|--------------|-------|---------------|-------|----------------------|---------------|-------------|-----|------------------|--------------------|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | | | | | | |
| †*p<0/0001 | ۶۷/۷ | ۱۷۲ | ۳۲/۳ | ۸۲ | زن | | | | | |
| | ۸۷/۲ | ۱۰۹ | ۱۲/۸ | ۱۶ | مرد | | | | | |
| † p<0/08 | ۶۹/۵ | ۱۰۷ | ۳۰/۵ | ۴۷ | بی سواد | | | | | |
| | ۷۶/۹ | ۶۰ | ۲۳/۱ | ۱۸ | در حد خواندن و نوشتن | | | | | |
| | ۷۱ | ۴۴ | ۲۹ | ۱۸ | ابتدایی | | | | | |
| | ۸۷/۱ | ۵۴ | ۱۲/۹ | ۸ | متوسطه | | | | | |
| †*p<0/04 | ۶۹/۶ | ۱۶ | ۳۰/۴ | ۷ | دانشگاهی | | | | | |
| | ۷۵/۵ | ۲۶۲ | ۲۴/۵ | ۸۵ | بلی | | | | | |
| †*p<0/0001 | ۵۹/۴ | ۱۹ | ۴۰/۶ | ۱۳ | خیر | | | | | |
| | ۶۵/۶ | ۱۳۹ | ۳۴/۴ | ۷۳ | خانه‌دار | | | | | |
| | ۸۲/۸ | ۲۴ | ۱۷/۲ | ۵ | شاغل | | | | | |
| | ۸۵/۴ | ۱۰۵ | ۱۴/۶ | ۱۸ | بازنشسته | | | | | |
| †*p<0/0001 | ۸۶/۷ | ۱۳ | ۱۳/۳ | ۲ | از کار افتاده | | | | | |
| | ۴۷/۱ | ۱۶ | ۵۲/۹ | ۱۸ | اصلاً کافی نیست | | | | | |
| | ۶۱/۲ | ۴۱ | ۳۸/۸ | ۲۶ | کمی کافی | | | | | |
| | ۷۸/۲ | ۱۴۰ | ۲۱/۸ | ۳۹ | در حد متوسط کافی | | | | | |
| †*p<0/017 | ۸۴/۸ | ۸۴ | ۱۵/۲ | ۱۵ | کاملاً کافی | | | | | |
| | ۳۷/۵ | ۳ | ۶۲/۵ | ۵ | بلی | | | | | |

| pvalue | عدم سوءرفتار | | وجود سوءرفتار | | |
|------------|--------------|---------|---------------|---------|------------------|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| | ۷۴/۹ | ۲۷۸ | ۲۵/۱ | ۹۳ | خیر |
| | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | سن |
| ‡*p<۰/۰۲۶ | ۸/۷۶ | ۷۰/۴۱ | ۵/۵۹ | ۷۳/۲۵ | تعداد فرزندان |
| ‡*p<۰/۰۰۳ | ۲/۲۴ | ۵/۳۸ | ۲/۳۳ | ۴/۷۸ | وضعیت عملکردی |
| ‡*p<۰/۰۰۰۱ | ۶/۴۵ | ۵۴/۹۴ | ۱۰/۰۲ | ۴۷/۱۰ | تعداد بستری مجدد |
| ‡*p<۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۹ | ۰/۲۵ | ۳/۱۹ | ۱/۴۳ | |

در کلیه آزمون‌ها $p < ۰/۰۵$ معنادار است ‡*†

بحث

مفهوم پدیده سوءرفتار نسبت به سالمندان (۹)، استفاده از ابزار نامناسب (۵۴) و مشکلات مرتبط با جمع آوری اطلاعات پایا (۵۵) سبب اختلاف در نتایج حاصل شده و نیز مانعی در برابر مقایسه علمی نتایج پدید آورده است. هرچند اکثر داده‌های پذیرفته شده در محافل بین‌المللی میزان کلی سوءرفتار نسبت به سالمندان توسط اعضای خانواده را سه تا دوازده درصد تخمین می‌زنند؛ لکن اکثر محققین معتقدند که تعداد واقعی موارد بیش از این بوده و برآورد شده است که تنها یک مورد از هر ۵ مورد سوءرفتار گزارش می‌شود (۵۶).

در مطالعه حاضر، تجربه اشکال مختلف سوءرفتار توسط مشارکت کنندگان سالمند گزارش گردید. از ۳۷۹ نمونه مورد بررسی، اکثریت غفلت عاطفی، سوءرفتار روان‌شناختی و نیز غفلت مراقبتی، و کمترین آن‌ها طردشدگی و سوءرفتار جسمی را تجربه نموده بودند. یافته‌های مطالعه منوچهری و همکاران (۱۳۸۷) در خصوص میزان و انواع سوء رفتار خانواده با سالمندان مراجعه کننده به پارک‌های شهر تهران نیز نشان داد که اکثر سالمندان تجربه سوءرفتار عاطفی و غفلت و کمترین آن‌ها تجربه سوءرفتار جسمی را داشتند (۲۷). در مطالعه زندی و همکاران که بر روی ۱۰۰ سالمند تحت سوءرفتار مراجعه کننده به کلانتری‌ها، دادسراها، دادگاه‌ها، دفاتر وکلا و مشاوران حقوقی به منظور شکایت کیفری انجام شده بود، سوءرفتار مالی به عنوان شایعترین نوع سوءرفتار نسبت به سالمندان مورد پژوهش گزارش شد (۱۶). شایان ذکر است در این تحقیق به جنبه‌های جنایی سوءرفتار پرداخته شده و سالمندانی که تحت سوءرفتار روانشناختی و غفلت بودند، مورد بررسی قرار نگرفته بودند. یافته‌های مطالعه نوروزی و همکاران (۱۳۸۸) در خصوص میزان سالمندآزاری و عوامل خانوادگی مرتبط با آن در سالمندان

سوءرفتار نسبت به سالمندان یکی از اشکال جدی و خطرناک خشونت خانگی است که در چند سال گذشته مورد توجه جوامع و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی قرار گرفته است (۳۶). یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد میزان رخداد سوءرفتار نسبت به سالمندان مورد مطالعه در اشکال مختلف سوءرفتار بین ۳/۷ تا ۱۷/۴۹ و در کل ۲۵/۹ درصد است. این میزان از شیوع سوءرفتار گزارش شده در استرالیا، کانادا، و انگلیس (۳ تا ۱۰ درصد) (۳۷)، در آمریکا (۴ تا ۱۰ درصد) (۳۸)، در هلند (۵/۶ درصد) (۳۹)، در ایرلند (۳ تا ۵ درصد) (۴۰)، در آلمان (۱۰ درصد) (۴۱)، در ژاپن (۱۷/۹ درصد) (۴۲)، در تایوان (۱۰ درصد) (۴۳)، در کره (۶/۳ درصد) (۴۴)، در سوئد (۱۳ درصد) در مردان و ۱۶ درصد در زنان (۴۵)، در هنگ کنگ (۲۳/۵ درصد)، در هند (۱۴ درصد) (۴۶)، و نیوزیلند (۳ تا ۱۰ درصد) (۴۷)، بالاتر است. از سوی دیگر، شیوع سوءرفتار نسبت به سالمندان در روسیه ۲۸/۶۳ درصد (۴۸)، در چین ۲۷/۵ درصد (۴۹)، در اسپانیا ۲۵/۸ تا ۳۲/۸ درصد (۵۰) و در مطالعه‌ای دیگر ۴۴/۶ درصد (۵۱) گزارش شده که بالاتر از یافته‌های این پژوهش است. شایان ذکر است که نتایج تحقیق منوچهری و همکاران (۱۳۸۷) بیانگر شیوع ۸۷/۸ درصدی تجربه حداقل یک نوع از سوءرفتار در نمونه‌های پژوهش توسط اعضای خانواده بود (۲۷). میزان رخداد سوءرفتار نسبت به سالمندان در اشکال مختلف در مطالعه کریمی و الهی (۱۳۸۷) بین ۱۰/۵ تا ۲۵ درصد گزارش شده است (۵۲). صاحب نظران معتقدند دانش اپیدمیولوژیک در خصوص این پدیده محدود است زیرا اکثریت مطالعات در زمینه سوءرفتار نسبت به سالمندان به علت تنوع در متدولوژی تحقیق، نمونه‌گیری غیراحتمالی (۵۳)، توافق نسبی بر

متغیرهای اجتماعی، جمعیتی و بالینی مختلف نظیر جنس، سن، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، بیمه درمانی، شغل، کفایت منابع مالی، وضعیت سوءمصرف مواد در سالمند، تعداد موارد بستری مجدد، وضعیت عملکردی نشان دادند. بنابراین نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های مطالعات قبلی (۶۸،۶۷) نشان داد زنان سالمند بیش از مردان در معرض خطر تجربه سوءرفتار قرار دارند؛ همچنین با افزایش سن احتمال خطر رخداد سوءرفتار افزایش می‌یابد (۲۷ و ۵۱). بسیاری از محققین تأکید می‌کنند دسترسی به منابع محدود، مشکلات اقتصادی در خانواده، وضعیت بهداشتی و عملکردی (۶۵-۶۴)، وضعیت تاهل (۶۶)، سوءمصرف مواد و الکل (۶۹) و میزان تحصیلات (۷۰) از مهمترین عوامل خطر سوءرفتار در سالمندان محسوب می‌شوند. نتایج مطالعه حاضر رابطه معناداری را بین سوءرفتار با وضعیت تاهل و زندگی سالمند با خانواده نشان نداد. در حالیکه در برخی مطالعات بیوه بودن (۷۱)، تنها زندگی کردن و یا زندگی عضوی از خانواده با سالمند (۷۲) به عنوان عوامل افزایش دهنده خطر سوءرفتار گزارش شده است.

محدودیت‌های تحقیق: از آنجا که تحقیق حاضر بر روی سالمندان عضو کانون‌های جهاندیدگان انجام شده که عمدتاً از سلامت نسبی و میزان مشارکت اجتماعی بالاتری برخوردارند، احتمال دارد میزان واقعی سوء رفتار از این نیز بالاتر باشد. لذا باید در تعمیم یافته‌های این تحقیق به کل جامعه احتیاط نمود

نتیجه‌گیری

علی‌رغم این که جمعیت سالمندان به بالاترین حد خود در طول تاریخ حیات اجتماعی بشر رسیده است، اقتدار و اعتبار خانوادگی آنان به کمترین حد تنزل نموده است (۲۸). در فرهنگ اسلامی، اکثریت علما فراهم نمودن نیازهای بهداشتی و مراقبتی، احترام، توجه و مهربانی، تأمین ضروریات زندگی، فراهم آوردن وسایل آسایش و مخارج والدین و اجداد را بر فرزندان واجب می‌دانند و توجه همه را به این مسئولیت‌ها در راستای تضمین زندگی سالم و محترمانه برای سالمندان جلب می‌نمایند (۳۰). با عنایت به یافته‌های مطالعه حاضر باید اذعان نمود که این آموزه دینی تا حدود زیادی مغفول افتاده است. یافته‌هایی از این دست لزوم رسیدگی سریع، مداوم و اصولی نسبت به این مشکل اجتماعی و بهداشتی را گوشزد می‌کند. شفاف‌سازی این پدیده از

پذیرش شده در سراهای سالمندان شهر تهران نشان داد، غفلت عاطفی بیشترین و آزار جسمی کمترین فراوانی را در جمعیت مورد بررسی داشت (۲۶). در پژوهش کریمی و الهی (۱۳۸۷) به ترتیب غفلت، سوءرفتار مالی و روانشناختی بیشترین فراوانی را در میان سالمندان ساکن شهر و آسایشگاه‌های سالمندان اهواز به خود اختصاص داده است (۵۲). فراوانی بالای غفلت از سالمندان ایرانی می‌تواند بیانگر پرننگ تر شدن مشکلات فردی فرزندان در زندگی مدرن امروزی و در نتیجه، کمبود وقت و تمرکز فکری لازم آنان برای رسیدگی به نیازهای والدین سالمندشان باشد. در جوامع شهری، چندپیشگی و پیچیدگی روابط محیط کار و تعاملات متعدد افراد، همچنین وجود مشکلات مرتبط با شهر نشینی نظیر ترافیک و فشارهای روانی ناشی از آن ممکن است رمقی برای رسیدگی به امور والدین باقی نگذارد. در عین حال، معضلات اقتصادی و رشد نرخ تورم در سالهای اخیر نه تنها قدرت حمایت‌های مالی را از فرزندان سلب نموده بلکه در صورت وجود فشارهای اقتصادی بسیار شدید بر روی فرزندان ممکن است موجب بروز سوءرفتارهای مالی از سوی آنان شود (۲۷).

در پژوهش سانچز سالگادو^۱ (۲۰۰۷)، داسکالوپولوس و همکاران^۲ (۲۰۰۷)، دانگ و همکاران^۳ (۲۰۰۷) و همچنین در مطالعه کشوری میزان بروز سوءرفتار در کشور آمریکا (۲۰۰۵) نیز غفلت بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است (۶۰-۵۷) در تحقیق پات و همکاران^۴ (۱۹۹۶)، کامپتون و همکاران^۵ (۱۹۹۷)، ین و تانگ^۶ (۲۰۰۳)، اوه و همکاران^۷ (۲۰۰۶) پرس کارلس و همکاران^۸ (۲۰۰۹) و آمستادتر و همکاران^۹ (۲۰۱۱) بیشترین نرخ سوءرفتار مربوط به سوءرفتار روانشناختی بوده است (۴۴ و ۵۱ و ۶۴-۶۱).

در مطالعه حاضر سوء رفتار جسمی کمترین فراوانی را داشت. در پژوهش پات و همکاران^۴ (۱۹۹۶)، کامپتون و همکاران^۵ (۱۹۹۷)، ین و تانگ (۲۰۰۴) و (۲۰۰۳)، دانگ و همکاران (۲۰۰۷) و همچنین در مطالعه کشوری میزان بروز سوءرفتار در کشور آمریکا (۲۰۰۵) نیز سوءرفتار جسمی کمترین فراوانی را به خود اختصاص داده است (۶۳، ۶۵-۵۹). از سوی دیگر در مطالعات پرس کارلس و همکاران (۲۰۰۹) و آمستادتر و همکاران (۲۰۱۱) کمترین نرخ سوءرفتار مربوط به سوءرفتار جنسی و سپس سوءرفتار جسمی بوده است (۵۱ و ۶۴).

نتایج همچنین ارتباط معناداری را بین سوءرفتار با سالمندان و

1- Sanchez Salgado

5- Compton&et al

9- Amstadter&et al

2- Daskalopoulos& et al

6- Yan & Tang

10- Pot&et al

3- Dong& et al.

7- Oh &et al.

11- Compton&et al

4- Pot&et al

8- Pe´ rez-Ca´ rceles &et al

تشکر و قدردانی

این پژوهش تحت طرح تحقیقاتی به شماره ۱۱۰۷/۸۹/۱۱/۲/م - پ،م توسط معاونت پژوهشی و مرکز تحقیقات دانشگاه شاهد تصویب و حمایت مالی شده است. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی و مرکز تحقیقات دانشگاه شاهد، مسئولین فرهنگسرای سالمند و کانون‌های جهانگردان شهر تهران و همچنین سالمندان شرکت کننده در این مطالعه به خاطر صبر، حوصله و همچنین اعتمادشان به محققین، ابراز می‌دارند.

جنبه‌های مختلف آن را باید از اولویت‌های اساسی در این خصوص به شمار آورد. این مهم تنها با اتخاذ رویکردی همه جانبه امکان پذیر بوده و مشارکت و همکاری تمام سازمان‌های دست اندر کار امور اجتماعی و بهداشتی، کارشناسان و متخصصان حوزه‌های رفاه اجتماعی، پزشکان، پرستاران، مددکاران، و روان شناسان، و آحاد جامعه را می‌طلبد تا موقعیت‌هایی که می‌تواند منجر به ایجاد پدیده سوء رفتار نسبت به سالمندان شود شناسایی و با اتخاذ تدابیر لازم از بروز و شیوع آن پیشگیری شود.

REFERENCES

منابع

1. USA. UNO (United Nations Organization). Report of the Second World Assembly on Ageing. New York; 2002.
2. Asia Forum on Ageing [Internet] 2009. Available from: http://www.tsaofoundation.org/pdf/Asia_Forum_on_Ageing_2009_7nov.pdf
3. Marais S, Conradie G, Kritzinger A. Risk factors for elder abuse and neglect: brief descriptions of different scenarios in South Africa. *International Journal of Older People Nursing* 2006;1(3): 186-189.
4. Sheykhi MT. Social Security and the Elderly People's Pathology in
5. Tehran: A Sociological Study. *Salmand Iranian Journal of Ageing* 2008; 2 (6): 454-461.
6. Training manual and comprehensive care, integration of the elderly. Report of the Ageing Department of Ministry of Health and Medical Education [Internet] 2011. Available from: http://hd.lums.ac.ir/parameters/lums/modules/cdk/upload/content/portal_content/File/behdashti/MatalebAmoozes/hi/Rahnama%20salmandi%20gheir%20pezeshk.pdf.
7. Amir-sadri A, Soleimani H. Elderly phenomena and its outcomes in IRAN. *The Journal of Hygin and Health* 2005;1: 19-35.
8. Adib-Hajbaghery M, Aghahoseini S. The evaluation of disability and its related factors among the elderly population in Kashan, Iran. *BMC Public Health* 2007;7(147): 261.
9. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*; 2002.
10. Yan E, Tang CSK. Prevalence and psychological impact of Chinese elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence* 2001;16(11): 1158-1174.
11. Collins KA, Sellars K. Vertebral Artery Laceration Mimicking Elder Abuse, *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 2005;26(2): 150-154.
12. Pournaghash-Tehrani S. Assessment of domestic violence in families in Tehran. *Daneshvar Raftar* 2006;(13): 23-36.
13. Newton JP. Abuse in the elderly: a perennial problem; *Gerodontology* 2005;22(1): 1-2.
14. Buka P & Sookhoo D. Current legal responses to elder abuse. *International Journal of Older People Nursing* 2006;1(4): 194-200
15. Reis M SC, Nahmias D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *Gerontologist* 1998;38(4): 471-480.
16. Boldy D, Horner B, Crouchley K, Davey M, Boylen S. Addressing elder abuse: Western Australian case study. *Australasian Journal on Ageing* 2005;24(1): 3-8.
17. Zandi F, Fadaei F. Victimization of elderly. *Proceeding of the Second congress of Analysis of Geriatrics Issues in Iran*. Tehran: Andisheh Kohan; 2008.
18. Bonnie RJ, Wallace RB. *Elder Mistreatment. Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America* 2003. Washington DC: The National Academies Press; 2003.
19. Hampton RL, Gullotta TP, Adams GR, Potter EA. *Family Violence: Prevention and Treatment*. New York: Thousand Oaks;1993.
20. Payne BK. An integrated understanding of elder abuse and neglect. *Journal of Criminal Justice* 2002;30(6): 535-47.
21. Morgan E, Johnson I, Sigler R. Public definitions and endorsement of the criminalization of elder abuse. *Journal of Criminal Justice* 2006;34(3): 275-283.
22. Johnson, T. Critical issues in the definition of elder abuse. In KA Pillemer & RS Wolf (Eds.), *Elder abuse: Conflict in the family*. Dover, MA: Auburn House Publishing Company;1986.
23. Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Hajizadeh E, Sheykhi MT. The meaning of domestic elderly abuse concept. *Journal of Daneshvar* 2010;17: 39-51.
24. Levin SP. Discussing screening for elder abuse at primary health care level. World Health Organization. [Internet]. 2008. Available from: www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf
25. Spain. Elder abuse widespread and unreported says new report by Secretary-General. *Second World Assembly on Ageing*. Madrid;2002.

26. Delavar B, Amini A, Beyzaei H, Naghavi M. Health Assessment of older people. Proceedings of International Conference on the Iranian elderly. Tehran: Iran; 2000: 41-7.
27. Nowrouzi S. Assessment of Elder Abuse in Tehran. [Master's Degree]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2009.
28. Manoochechri, H, Ghorbi B, Hosseini M, Nasiri Oskuyee N. Degree and types of domestic abuse in the elderly referring to Parks of Tehran. SBMU Faculty of Nursing & Midwifery Quarterly 2009; 18: 37-43.
29. Zohayli v. Family law in the contemporary world. Tehran: Ehsan; 2005.
30. Akhbari SH, Ehsanbakhsh AR. Dignity of the elderly from the viewpoint of Islam and Iranian culture. Proceedings of the Third Congress of Aging Issues in Iran and Other Countries. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 2008.
31. Reyahi MA. Comparative study of the location and status of the elderly in the past and contemporary societies. Salmand Iranian Journal of Ageing 2009; 3(9): 10-21.
32. Krejcie RV, & Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30: 607-10.
33. Foroughan M, et al. Validity and Reliability of Iranian Version of the Abbreviated Mental Test Score in Iranian Elders. Proceedings of the Third Congress of Aging Issues in Iran and Other Countries. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 2008.
34. Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim Saha. Abbreviated Mental Test: Its Use and Validity. Age Ageing 1991; 20: 332-336.
35. Heravi-Karimooi M, Anooosheh M, Foroughan M, Hajizadeh E, Sheykhi MT. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire. Salmand Iranian Journal of Ageing 2010; 5, 7-21.
36. Heravi-Karimooi M. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire [PhD thesis]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2009.
37. Lachs M, Pillemer K. Elder abuse. Lancet 2004; 364: 1263-1272.
38. Spain. Elder abuse widespread and unreported says new report by Secretary-General. Second World Assembly on Ageing. Madrid: 2002.
39. Penhale B. Older Women, Domestic Violence, and Elder Abuse: A Review of Commonalities, Differences, and Shared Approaches; Journal of Elder Abuse & Neglect 2003; 15(3/4): 163-183.
40. Comijs HC, Smit J H, Pot AM, Bouter LM, Jonker C. Risk indicators of elder mistreatment in the community. Journal of Elder Abuse & Neglect 1998; 9(4): 67-76.
41. O'Neill D, McCormack P, Walsh T, Coakley D. Elder abuse. Irish Journal of Medicine Sciences 1990; 159: 48-49.
42. Hirseh RD, Brendebach C. Violence against the aged within the family: results of studies by the Boner HsM study. J Gerontol Geriatr 1999; 32(6): 449-455.
43. Anne T, McCall M, Tataru T. An Exploratory Study of Abuse among Frail Elders Using Services in a Small Village in Japan. Journal of Elder Abuse & Neglect 2005; 17(2): 1-19.
44. Wang Jing-Jy. Psychological abuse and its characteristic correlates among elderly Taiwanese, Archives of Gerontology and Geriatrics 2006; 42(3): 307-318.
45. Oh J, Kimb H S, Martinsb D, Kimc H. A study of elder abuse in Korea. International Journal of Nursing Studies 2006; 43(2): 203-214.
46. Erlingsson CL, Carlson SL, Saveman BI. Perceptions of elder abuse: voices of professionals and volunteers in Sweden – an exploratory study. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2006; 20(2): 151-159.
47. Chokkanathan S, Lee AEY. Elder Mistreatment in Urban India: A Community Based Study, Journal of Elder Abuse & Neglect 2005; 17(2): 45-61.
48. No author listed. Age Concern New Zealand. Elder Abuse and Neglect Prevention Services, An Analysis of Referrals for the period 1 July 2002 to 30 June 2004; 2005.
49. Puchkov P V. Elder abuse: current research in the Russian Federation (2004-2006). The Journal of Adult Protection 2006; 8(4): 4-12.
50. Chau-Wai Yan E, So-Kum Tang C. Elder Abuse by Caregivers: A Study of Prevalence and Risk Factors in Hong Kong Chinese Families. Journal of Family Violence 2004; 19(5): 269-77.

51. Garre-Olmo J, Plana-Pujol X, López-Pousa S, Juvinya D, Vila A. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of American Geriatrics Society* 2009;57(5): 815-822.
52. Pérez-Cárceles MD, Rubio L, Pereniguez JE, Pérez-Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: the extent and risk factors. *Arch Gerontol Geriatr* 2009;49(1): 132-7.
53. Karimi M, Elahi N. elderly abuse in Ahwaz city and its relationship with individual and social characteristics. *Salmand Iranian Journal of Ageing* 2008;3(7): 42-46.
54. Moon A. Perceptions of elder abuse among various cultural groups: Similarities and differences. *Generations* 2000;24(2): 75-81.
55. Coyne A, Reichman W, Berbig L J. the relationship between dementia and elder abuse. *American Journal of Psychiatry* 1993;150(4): 643-646.
56. Cooper C, Katona C, Finne-Soveri H, Topinkova E, Carpenter GI, G Livingston. Indicators of Elder Abuse: A Crossnational Comparison of Psychiatric Morbidity and Other Determinants in the Ad-HOC Study. *American Journal of Psychiatry* 2006;14(6): 489-497.
57. Jogerst GJ, Daly JM, Brinig MF, Dawson JD, Schmuck GA, Ingram JG, Domestic elder abuse and the law. *Am J Publ Health*. 2003;93(12): 2131-2136.
58. Sanchez Salgado CD, Features of elder abuse and mistreatment in Puerto Rico. *Puerto Rico Health Sciences Journal* 2007;26(1): 35-41.
59. Daskalopoulos M D. English perception of elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 2007;18(2-3): 33-50.
60. Dong X. Elder abuse and neglect in an urban Chinese population. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 2007;19(3): 79-96.
61. USA. National Center on Elder Abuse. Elder abuse prevalence and incidence. Washington DC: National Center on Elder Abuse;2005.
62. Pot AM, Van Dyck R, Jonker C, Deeg DJ. Verbal and physical aggression against demented elderly by informal caregivers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996;31(3-4): 156-62.
63. Yan E, Tang CSK. Proclivity to elder abuse: A community study on Hong Kong Chinese. *Journal of Interpersonal Violence* 2003;18(9): 999-1017.
64. Compton SA, Flanagan P, Gregg W. Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997;12(6): 632-5.
65. 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. *J Interpers Violence*. 2011;26(15): 2947-2972.
66. Yan E, Tang CSK. Elder abuse by caregivers: A study of prevalence and risk factors in Hong Kong Chinese families. *Journal of Family Violence* 2004;19(5): 269-277.
67. Biggs S, Manthorpe J, Tinker A, Doyle M, Erens B. Mistreatment of older people in the United Kingdom: Findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 2009;21(1): 1-14.
68. Laumann EO, Leitsch SA, Waite LJ. Elder mistreatment in the United States: Prevalence estimates from a nationally representative study. *Journal of Gerontology* 2008;63(4): S248-S254.
69. Yaffe MJ, Weiss D, Wolfson C, Lithwick M. Detection and prevalence of abuse of older males: Perspectives from family practice. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 2007;19(1-2): 47-60.
70. Bradshaw D, Spencer C. The role of alcohol in elder abuse cases. In J. Pritchard (Ed.), *Elder abuse work: Best practice in England and Canada*. London: Jessica Kingsley;1999.
71. Risco Romero C, Paniagua Vicioso MC, Jimenez Mendoza MD, Molina Marti'nez L, Buitrago F. Prevalence and risk factors of suspicion abuse in elder population. *Med Clin*. 2005;125(2): 51-55.
72. Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí' N, Duaso Izquierdo P, Coma Solé' M, Requesens Torrellas N. Domestic violence: prevalence of suspected ill treatment of the elderly. *Aten Primaria* 2001;27(5): 331-334.