

Research Paper

Prevalence of Elder Abuse by Family Members and its Related Factors in Gonabad, Iran



Fatemeh Hosseini Moghaddam¹, Elham Nikkhhah Beydokhti¹, Reza Noori¹, Moosa Sajjadi¹, Nasim Khajavian¹, Fateme Kameli¹, Samira Moradi Sangcholi¹, *Maryam Moradi²

1. Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.
2. Nursing Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.



Citation: Hosseini Moghaddam F, et al. [Prevalence of Elder Abuse by Family Members and its Related Factors in Gonabad, Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2022; 17(3):338-351. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.2850.3>

<http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.2850.3>



ABSTRACT

Objectives Elder abuse is one of the major social health problems in communities which has significant effects on decreasing their health and safety. The present study aims to investigate the prevalence of elder abuse by family members and its related factors in Gonabad, Iran.

Methods & Materials This analytical cross-sectional study was conducted in 2020 on 401 elderly people in Gonabad, Iran. Who were selected using cluster random sampling. Data collection tools were a two-part questionnaire including a demographic form and the questionnaire of elder abuse by family members. The questionnaires were completed in a community health center. Data were analyzed in SPSS software version 23, using descriptive and inferential statistics. The significance level was set at 0.05.

Results The mean age of participants was 68.53±6.75 years. The prevalence of elder abuse by family members was 44.6%. The highest prevalence of elder abuse was related to care negligence and the lowest prevalence was related to rejection. The educational level (P=0.03), history of hospitalization (P<0.001), sleep quality (P<0.001), income level (P<0.001) and level of dependency (P<0.001) had a statistically significant relationship with the prevalence of elder abuse by family members.

Conclusion Given the high prevalence of elder abuse in Gonabad city, it seems necessary to have programs to increase the awareness of the elderly, their caregivers, and health personnel to prevent and reduce elder abuse.

Keywords Elderly, Abuse, Family

Article Info:

Received: 24 Mar 2021

Accepted: 25 Aug 2021

Available Online: 01 Oct 2022

*** Corresponding Author:**

Maryam Moradi

Address: Nursing Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

Tel: +98 (051) 57223028

E-mail: moradi.mf69@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

The improvement of living conditions and increase in life expectancy have led to the phenomenon of aging in societies [1]. Factors such as changes in social conditions such as urbanization, modernism, changes in traditional values, the conflict between the value system of the old and new generations, and the change in the economic state have caused families to be unable to fulfill their roles and responsibilities towards the elderly. As a result, the elderly may be exposed to the risk of misbehavior by family members [2]. Elder abuse is one of the types of family violence that is considered one of the major social health problems in today's societies whose incidence rate is increasing rapidly in the last two decades [3]. Due to physiological and anatomical changes caused by aging, chronic diseases, retirement, and reduction of social activities, the elderly are more exposed to abuse by family members [4]. Due to the fact that the elderly are considered as a vulnerable group, and since the elderly population of Gonabad city is increasing, and given the negative impact of abuse on the health and quality of life of the elderly, the present study aims to investigate the prevalence of elder abuse and its related factors in Gonabad, Iran.

Methods

This is an analytical cross-sectional study that was conducted in 2020. The study population consists of all

elderly people aged ≥ 60 years covered by community health centers of Gonabad city. The inclusion criteria were: membership in SIB integrated health system, living in Gonabad city, age 60 years and higher, hearing and speech health, and cognitive health. The exclusion criterion was failure to complete the questionnaire. Using the formula and based on similar studies [5], the minimum sample size was determined 376. Considering the 10% possible dropout, the sample size increased to 405. For sampling, first we considered all community health centers of the city as a cluster. Then, we randomly selected one center. Next, based on the number of elderly people covered by that center, we randomly selected the eligible people. Then, they completed the questionnaires in the community health center.

Results

Of 401 participants, 157(39.2%) were men and 244(60.8%) were women. Most of them were in the age range of 60-74(73.8%) and their Mean \pm SD age was 68.53 \pm 6.75 years. Their mean of the activity of daily living (ADL) score was 13.19 \pm 5.52. Their mean of instrumental activities of living (IADL) score was 10.20 \pm 3.62. The highest prevalence of abuse was related to care negligence and the lowest prevalence was related to rejection. The educational level ($P=0.03$), history of hospitalization ($P<0.001$), sleep quality ($P<0.001$), income level ($P<0.001$) and dependency level ($P<0.001$) had a statistically significant relationship with the prevalence of elder abuse by family members.

Table 1. Prevalence of different types of elder abuse in the participants

Domains of elder abuse	No. (%)
Care negligence	358(89.3)
Cognitive abuse	234(58.4)
Psychological abuse	59(14.7)
Financial abuse	151(37.7)
Choice deprivation	192(47.9)
Rejection	53(13.2)
Financial negligence	116(28.9)
Emotional abuse	258(64.3)
Elder abuse	179(44.6)
Total	401(100)

Discussion

Despite the great emphasis on respecting the elderly in Iranian culture, mistreatment of the elderly by family members is high in Gonabad city. For reducing the rate of elder abuse by family members, a public mobilization is needed to identify and prevent the situations that can lead to the creation of abuse in the elderly which can improve their quality of life and ensure their physical and mental health. Making the family aware of the mental, physical, emotional and social needs of the elderly, trying to improve the lifestyle of the elderly, including hygiene, nutrition, etc., and their more adaptation with the changes in the society caused by modernity are among the proposed solutions to minimize the occurrence of elder abuse.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Necessary explanations were given to all participants about the study objectives and the confidentiality of their information, and verbal consent was finally obtained from them. They were free to leave the study at any time. This study was approved by the ethics committee of [Gonabad University of Medical Sciences](#) (Code: IR.GMU.REC.1399.097).

Funding

This study was extracted from a research project approved by [Gonabad University of Medical Sciences](#)

Authors' contributions

Writing the main text of the article: Fateme Hosseini Moghadam and Maryam Moradi; Statistical analysis: Musa Sajjadi, Nasim Khajovian; Designer and final editor of the article: Elham Nikkhah Bidakhti, Reza Nouri and Musa Sajjadi; Data collection: Reza Nouri, Fatemeh Kamli, Samira Moradi Sengcholi

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest

Acknowledgements

The authors would like to thank the Social Development and Health Promotion Research Center and Health Deputy of [Gonabad University of Medical Sciences](#) and all seniors participated in this study for their cooperation

مقاله پژوهشی

شیوع سوءرفتار و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۹

فاطمه حسینی مقدم^۱، الهام نیکخواه بیدختی^۱، رضا نوری^۱، موسی سجادی^۱، نسیم خواجهیان^۱، فاطمه کاملی^۱، سمیرا مرادی سنگچولی^۱، *مریم مرادی^۲

۱. مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۲. مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation: Hosseini Moghaddam F, et al. [Prevalence of Elder Abuse by Family Members and its Related Factors in Gonabad, Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2022; 17(3):338-351. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.2850.3>

doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.2850.3>



اهداف: سالمندآزاری یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت اجتماعی در جوامع امروز است که تأثیر قابل توجهی در کاهش سطح ایمنی و امنیت این گروه دارد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع سوءرفتار و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۹ طراحی شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه تحلیلی مقطعی حاضر بر ۴۰۱ سالمند که معیار ورود به مطالعه را داشتند انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای ۲ بخشی بود که بخش اول آن شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی و بخش دوم آن شامل سوءرفتار نسبت به سالمندان در خانواده بود. نمونه‌ها به صورت خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها از مراکز سلامت جامعه و پایگاه‌های بهداشتی انجام شد. داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان 68.53 ± 6.75 و شیوع سوءرفتار با سالمند در خانواده $44/6$ درصد بود. یافته‌ها حاکی از آن بود بیشترین شیوع سوءرفتار مربوط به غفلت مراقبتی و کمترین شیوع سوءرفتار مربوط به طردشدگی بود. بین تحصیلات ($P=0/03$)، سابقه بستری در بیمارستان ($P<0/001$)، کیفیت خواب ($P<0/001$)، میزان درآمد ($P<0/001$) و میزان وابستگی ($P<0/001$) با شیوع سوءرفتار با سالمندان در خانواده ارتباط آماری معناداری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: باتوجه به میزان بالای شیوع سوءرفتار نسبت به سالمندان در شهرستان گناباد، به نظر می‌رسد وجود برنامه‌هایی برای افزایش آگاهی سالمندان، مراقبان آن‌ها و پرسنل بهداشتی برای پیشگیری و کاهش سوءرفتار با سالمندان ضروری باشد.

کلیدواژه‌ها: سالمند، سوءرفتار، خانواده

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۰۴ فروردین ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۰۳ شهریور ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۱

* نویسنده مسئول:

مریم مرادی

نشانی: گناباد، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، مرکز تحقیقات پرستاری.

تلفن: ۵۷۲۲۳۰۲۸ (۰۵۱) +۹۸

پست الکترونیکی: moradi.mf69@gmail.com

مقدمه

سالمندآزاری مالی: سوءاستفاده از اموال و اندوخته‌های فرد سالمند است که معمولاً توسط مراقبین فرد صورت می‌گیرد. مانند مواردی که با وکالت از فرد سالمند به حساب بانکی او دسترسی پیدا می‌شود و یا املاکش به نفع دیگری مصادره می‌شود [۸].

سالمندآزاری جنسی: تماس جنسی با فرد که شامل لمس کردن، نوازش، گفت‌وگوی جنسی، تجاوز و لمس بدن سالمند بدون درخواست وی است [۹].

غفلت: نوعی از سالمندآزاری است که فرد سالمند دچار بی‌توجهی و فراموشی می‌شود که به ۲ صورت غفلت فعال و غیرفعال است. غفلت فعال، شامل سرپیچی عمدی از تعهدات، اعمال استرس جسمانی یا عاطفی، آسیب و رها کردن سالمند است [۱۰]. غفلت غیرفعال نیز به ناتوانی غیرعمدی مراقب در انجام تعهدات، اعمال استرس بدون قصد آگاهانه یا عمدی اطلاق می‌شود [۱۱].

خودغفلتی: آن بخش از فعالیت‌های اساسی و عمومی زندگی سالمند است که به غفلت و کوتاهی دچار می‌شود. این کوتاهی از جانب خود سالمند است و سلامت شخصی و ایمنی او را تهدید می‌کند و شامل بهداشت، تغذیه، لباس، ملافه، سرپناه و محیط زندگی، امور مالی، مراقبت بهداشتی و غیره است [۱۲].

سوءرفتار پزشکی: فرایندهای پزشکی یا درمان‌های پزشکی که بدون اطلاع یا رضایت شخص سالمند انجام می‌شود [۱۳]. نادیده گرفتن حقوق شهروندی: نادیده گرفتن حقوق اولیه سالمند برطبق منشور یا اعلامیه حقوق بشر و آزادی‌های انسان‌هاست [۱۴].

سالمندان به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی و آناتومی ناشی از افزایش سن، بیماری‌های مزمن، بازنشستگی، کاهش فعالیت‌های اجتماعی، مرگ خویشاوندان از طرف خانواده در معرض سوءرفتار قرار می‌گیرند [۵]. براساس مطالعات انجام‌شده، سوءرفتار نسبت به سالمند در محیط منزل بین ۶۷ تا ۷۳/۳ درصد تخمین زده شده است [۲]. در ایران نیز سوءرفتار با سالمندان تأیید شده است، اما هنوز آمار دقیقی از میزان سالمندآزاری و خصوصیات آزاردهنده‌ها و آزاردهنده‌ها موجود نیست. به‌عنوان مثال نتایج مطالعه منوچهری و همکاران حاکی از آن بود که ۸۷ درصد سالمندان حداقل یک‌بار در معرض سوءرفتار قرار گرفته‌اند [۱۵]. نتایج مطالعه نصیری و همکاران نیز حاکی از آن بود که ۶۳/۳ درصد سالمندان مورد مطالعه از سوی اعضای خانواده خود مورد سوءرفتار قرار گرفتند [۳]. سوءرفتار با سالمندان ممکن است به‌صورت سهل‌انگاری و غفلت در تأمین نیازهای جسمی سالمند، سوءرفتار روان‌شناختی، بهره‌برداری مالی، نادیده گرفتن حقوق سالمند و حتی موارد هتک حرمت از سوی اعضای خانواده دیده شود [۱۶]. سوءرفتار با سالمند برحسب مکان وقوع و مرتکبین آن به دو دسته خانگی و سازمانی تقسیم بندی می‌شوند. سوءرفتار خانگی، در منزل یا محل زندگی سالمند و از سوی اعضای خانواده یا فرد آشنای وی رخ می‌دهد، اما سوءرفتار سازمانی، از سوی

جمعیت‌شناسان آغاز دوران سالمندی را ۶۰ تا ۶۵ سال در نظر می‌گیرند. بهبود شرایط زندگی و افزایش طول عمر و امید زندگی پدیده سالمندی را در جوامع به‌دنبال داشته است [۱]. پدیده افزایش جمعیت سالمندان، یکی از مهمترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی اعضای خانواده و جامعه در قرن بیست‌ویکم به شمار می‌رود [۲]. با توجه به تغییر شرایط اجتماعی مثل شهرنشینی، تجدیدگرایی، تغییر در ارزش‌های سنتی، تضاد نظام ارزشی نسل قدیم با جدید و تغییر وضعیت اقتصادی خانواده‌ها امروزه نمی‌توانند نقش و وظایف خود را در قبال سالمندان ایفا کنند. در نتیجه ممکن است سالمند از سوی اعضای خانواده خود در معرض خطر سوءرفتار^۱ قرار بگیرد [۳]. پدیده سالمندآزاری برای اولین بار در سال ۱۹۷۵ با واژه Battering Granny توصیف شد. سوءرفتار با سالمند یا سالمندآزاری یکی از انواع خشونت‌های خانوادگی است که از معضلات عمده سلامت اجتماعی در جوامع امروزی به حساب می‌آید و میزان بروز آن در ۲ دهه اخیر به سرعت رو به افزایش است [۴]. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت^۲، سوءرفتار نسبت به سالمندان عبارت است از انجام یک عمل یا اعمال بی‌درپی یا فقدان عملکرد مناسب که در هر نوع رابطه به همراه توقع اعتماد رخ می‌دهد و به آسیب، درد، پریشانی، اضطراب و سلب آسایش سالمند منجر می‌شود [۵]. در مطالعه حاضر، نویسنده انواع سوءرفتار نسبت به سالمندان را که در ۲۱ مطالعه، شناسایی شده بود به‌صورت، «غفلت فعال»^۳، «غفلت غیرفعال»^۴، «غفلت روان‌شناختی»^۵، «سوءرفتار جسمی، روان‌شناختی، عاطفی یا کلامی»^۶، «مادی و پزشکی»^۷، «استثمار»^۸ و «تجاوز به حقوق» خلاصه کرد [۶].

سالمندآزاری جسمی: به صدمات و آسیب‌هایی جسمی گفته می‌شود که فرد مراقبت‌کننده آن را در برابر فرد سالمند اعمال می‌کند و دامنه آن از کبودی و خراشیدگی تا مرگ گسترده است. از آن جمله می‌توان به سیلی زدن، سوزاندن، پرت کردن، انداختن، کتک زدن و غیره اشاره کرد [۵]. سالمندآزاری روانی: صدمات روانی مثل ناسزاگویی، تمسخر و استهزای سالمند، نادیده گرفتن او در جمع، بی‌توجهی به نیاز عاطفی، تهدید، سرزنش، از بین بردن اعتماد به نفس، بی‌احترامی لفظی مداوم و مورد پسند نبودن گفته می‌شود [۷].

1. Abuse
2. World Health Organization
3. Active neglect
4. Passive neglect
5. Psychological neglect
6. Verbal or emotional abuse
7. Medical abuse
8. Exploitation

باتوجه به نظریه‌های یادشده می‌توان ریسک فاکتورهای افزایش خطر سالمندآزاری را به این صورت بیان کرد: ریسک فاکتورهای سالمندآزاری با ویژگی‌های شخصی سالمند (مانند سن، وابستگی جسمانی، جنسیت، سبک زندگی، اعتیاد به موادمخدر [۲۳]، عاطفی و اقتصادی، تنهایی، انزوای اجتماعی، تضاد بین نسلی و وجود پیش‌زمینه‌های سوءرفتار در گذشته) [۲۴] و ویژگی‌های شخصی مراقب (مثل استرس‌های ناشی از مراقبت، مشکلات اجتماعی، روانی یا اقتصادی، مشکلات روحی و رفتاری، اعتیاد به الکل یا موادمخدر، کمبود حمایت اجتماعی) [۲۵] مرتبط است.

براساس مطالعات انجام‌شده سوءرفتارکنندگان اعضای خانواده شامل فرزندان (۴۷ درصد)، همسر (۱۹ درصد)، نوه‌ها (۹ درصد) و برادر یا خواهر سالمند (۶ درصد) هستند و همچنین دوسوم قربانیان سوءرفتار را زنان سالمند تشکیل می‌دهند [۲۶]. علاوه بر این براساس آمارهای به‌دست‌آمده، رایج‌ترین نوع سوءرفتار با سالمندان سوءرفتار کلامی و سپس سوءرفتار مالی، فیزیکی، غفلت، آزار و اذیت است [۲۷]. سوءرفتار در سالمندان باعث ایجاد صدمات فیزیکی، از دست رفتن کارایی، انزوا، درماندگی، بیگانگی، گناه، ترس، خجالت، انکار، یأس، ناامیدی، افسردگی، سندرم پس از ضربه و کاهش رضایت از زندگی می‌شود [۲]. علاوه بر این براساس مطالعات انجام‌شده ارتباط بین سوءرفتار با سالمندان و افزایش ابتلا به دمانس، افسردگی [۲۸] و احساس تنهایی [۲۹] تأیید شده است. اگرچه مهم‌ترین علت مرگ‌ومیر سالمندان بیماری‌های مزمن است، اما درجات مختلف سوءرفتار نیز تأثیر فراوانی در کاهش سلامت و احساس امنیت سالمندان دارد [۳۰].

علی‌رغم تأکید سازمان بهداشت جهانی^{۱۷} مبنی بر لزوم پیشگیری و تشخیص سوءرفتار با سالمندان، متأسفانه در کشورهای در حال توسعه هنوز اقدامی جدی برای جمع‌آوری نظام‌مند اطلاعات آماری صورت نگرفته است، باین‌حال شواهد بسیاری مبنی بر وجود قربانیان سوءرفتار در کشورهای توسعه‌یافته ثبت شده است [۳۱]. در ایران باتوجه به وجود مصوبه هیئت وزیران مبنی بر اتخاذ اقدامات لازم دستگاه‌های مربوطه به منظور پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان در خانواده و جامعه، تاکنون هیچ اقدامی برای تعیین میزان این مشکل در سطح جامعه و مؤسسات نگهداری سالمندان صورت نگرفته است [۸]. نتایج سرشماری حاکی از آن است بیش از ۱۲ درصد جمعیت شهرستان گناباد سالمند است و این نسبت با جمعیت سالمند کشور برابر و حتی کمی بیشتر است [۳۲]. از آنجاکه سالمندان جزو قشر آسیب‌پذیر جامعه محسوب می‌شوند و جمعیت سالمندان شهرستان گناباد نیز رو به افزایش است همچنین از آنجایی که سالمندآزاری به ایجاد تأثیری منفی بر سلامت و کیفیت زندگی سالمندان منجر می‌شود و این موضوع تاکنون در شهرستان گناباد به شکلی مجزا

کارکنان خانه‌های سالمندان یا مراکز مراقبت طولانی‌مدت و یا مراقبین غریبه اتفاق می‌افتد [۱۷]. سوءرفتار نسبت به سالمند در خانواده عبارت است از تحمیل درد و رنج از طرف اعضای خانواده نسبت به شخص سالمند که ممکن است از طریق ارتکاب عملی آزاردهنده و یا ترک عملی ضروری به صورت عمدی یا غیرعمدی در یک یا چندین مرتبه رخ دهد [۱۸].

جامعه‌شناسان نظریه‌های مختلفی در ارتباط با سالمندآزاری معرفی کرده‌اند که از جمله این نظریه‌ها نظریه تبادل اجتماعی^۹ است. براساس این نظریه، سالمندان نمی‌توانند پاداشی مادی یا نامحسوس را در عوض حمایت دیگران ارائه دهند. این مسئله می‌تواند به خشم سالمندآزار و در نتیجه باعث سالمندآزاری منجر می‌شود [۱۹]. نظریه فمینیسم^{۱۰} بر آزار همسر سالمند به عنوان یکی از ابعاد مهم سالمندآزاری تمرکز دارد و در آن بر زنان به دلیل قدرت کمتری که در مقایسه با مردان دارند تمرکز بیشتری دارد و آن را مسبب ایجاد آسیب‌پذیری بیشتر در مقابل آزار همسرانشان می‌داند [۲۰]. در نظریه اقتصادی سیاسی^{۱۱} نیز افراد سالمند به تدریج از اجتماع و خانواده خود به حاشیه رانده می‌شوند و نقش خود را از دست می‌دهند و به دیگران وابسته می‌شوند که این مسئله باعث آزار سالمند می‌شود [۱۹]. در نظریه آسیب‌شناسی روانی مراقبین^{۱۲}، محوریت بر این موضوع است که ویژگی‌های روانی فرد آزاردهنده در آزار سالمند نقش دارد. در نظریه نقش تجمعی^{۱۳}، اعضای خانواده قادر به کنترل و مدیریت استرس زندگی خود نیستند، بنابراین ممکن است برای کنار آمدن با استرس خود سالمند را آزار دهند [۲۱].

در نظریه موقعیتی^{۱۴}، استدلال اصلی این است که خواسته‌های بیش از حد و ارائه مراقبت‌های طولانی‌مدت به یک سالمند باعث ایجاد فشار بیش‌ازحد به مراقب می‌شود و در نتیجه آزار سالمند را در پی دارد [۲۲]. در نظریه یادگیری اجتماعی^{۱۵}، آزار سالمند از نسلی به نسل دیگر به عنوان رفتار یادگیری‌شده منتقل می‌شود، هنگامی که کودک خشونت را به عنوان یک پاسخ به یک استرس مشاهده می‌کند این پاسخ برایش درونی و قابل قبول می‌شود و در آینده ممکن است والدین خودش را نیز به همین شکل آزار دهد [۲۱]. در نظریه اجتماعی اکولوژیکی^{۱۶} نیز بر نقش فیزیکی و اجتماعی محیط در روند شکل‌گیری رفتار انسان تأکید می‌شود. براساس این نظریه عواملی چون مشکلات اقتصادی، کاهش ارزش‌ها و هنجارهای احترام به بزرگان، بدتر شدن شرایط اقتصادی سالمند و غیره باعث ایجاد آزار در سالمندان می‌شود [۱۹].

9. Social exchange theory
10. Feminist Theory
11. Political Economic Theory
12. Psychopathology of the Abuser
13. Role Accumulation Theory
14. Situational Theory
15. Social learning Theory
16. Socio-Ecological Model

17. World Health Organization (WHO)

منزل، خرید مایحتاج منزل، استفاده از وسایل نقلیه و کنترل دخل و خرج است. هر آیتم، دارای سه گزینه وابسته (امتیاز صفر)، نیاز به کمک (امتیاز ۱)، مستقل (امتیاز ۲) است. نمره کلی این ابزار از صفر تا ۱۶ است. کسب امتیاز صفر تا ۶ به منزله (وابسته)، ۷ تا ۱۰ (نیازمند کمک)، ۱۱ تا ۱۴ (مستقل) سالمند محسوب می‌شود. طاهری و آزادبخت در سال ۱۳۹۳ ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزارها را در سالمندان ایرانی بررسی کردند. در این مطالعه حساسیت و ویژگی برای ابزار فعالیت روزمره زندگی به ترتیب ۰/۷۵ درصد و ۰/۹۶ درصد و نیز برای فعالیت‌های ابزاری زندگی ۰/۷۱ درصد و ۰/۷۷ درصد به دست آمد که نشان از روایی و پایایی مطلوب این ابزار در سالمندان ایرانی بود [۳۴].

بخش دوم شامل پرسش‌نامه سورفتار نسبت به سالمندان در خانواده است. این پرسش‌نامه شامل ۴۹ عبارت در ۸ زیرمقیاس غفلت‌مراقبتی (۱۱ عبارت)، سورفتار روان‌شناختی (۸ عبارت)، سورفتار جسمی (۴ عبارت)، سورفتار مالی (۶ عبارت)، سلب اختیار (۱۰ عبارت)، طردشدگی (۴ عبارت)، غفلت مالی (۴ عبارت) و عاطفی (۲ عبارت) است. این ابزار براساس یافته‌های مطالعه‌های کیفی بر سالمندان آزر دیده و در ایران با توجه به ویژگی‌های فرهنگی این جامعه تدوین و سپس اعتبارسنجی شده است. گویه‌های ابزار یادشده دارای گزینه‌های «بلی» و «خیر» و «موردی ندارد» است. گزینه «موردی ندارد» دلالت بر شرایطی دارد که عبارت موردنظر با شرایط زندگی سالمند همخوانی و تناسب ندارد. امتیازهای اخذشده در محدوده صفر تا ۱۰۰ هستند و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده وجود شدت بیشتری از علائم سورفتار است. ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار یادشده بررسی شده است و از اعتبار صوری، محتوا و سازه برخوردار است. در این مطالعه پایایی از طریق آزمون مجدد با ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۵ تا ۰/۹۵ درصد) مورد تأیید قرار گرفت [۳۵].

بعد از کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گناباد معرفی‌نامه لازم از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد اخذ شد و به معاونت بهداشتی شهرستان گناباد ارائه شد. پس از کسب رضایت مسئولین معاونت بهداشت شهرستان گناباد جمع‌آوری داده‌ها شروع شد. در ابتدا کلیه مراکز سلامت جامعه شهرستان را به صورت خوشه در نظر گرفته شد سپس از بین پایگاه‌های زیرمجموعه، یک پایگاه به صورت تصادفی انتخاب شد و در ادامه براساس تعداد سالمند تحت پوشش آن پایگاه، سالمندان واجد شرایط به طور تصادفی و به کمک لیست موجود در پایگاه انتخاب شدند. پس از انتخاب واحدهای پژوهش، پژوهشگر با تک‌تک این افراد تماس تلفنی برقرار کرد و ضمن معرفی خود، توضیحات لازم و ضروری اهداف انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات را به شرکت‌کنندگان داد و رضایت شفاهی سالمندان را اخذ کرد و از آن‌ها دعوت کرد که در تاریخ خاصی به مرکز مراجعه کند (با دادن اطمینان به سالمند جهت رعایت پروتکل‌های بهداشتی برای جلوگیری از ابتلا به بیماری

تحلیل نشده است، این مطالعه با هدف بررسی شیوع سورفتار با سالمند شهرستان گناباد و بررسی عوامل مرتبط با آن انجام شد.

روش مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه تحلیلی مقطعی است که در سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه پژوهش، تمام سالمندان ۶۰ سال و بالاتر تحت پوشش مراکز سلامت جامعه شهرستان گناباد بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل عضویت در سامانه یک‌پارچه سیب، سکونت در شهرستان گناباد، داشتن سن ۶۰ سال و بالاتر، سلامت شنوایی و تکلم مددجو (از طریق بررسی پرونده بهداشتی و سؤال از خود سالمند و مشاهده)، سلامت‌شناختی مددجو کسب نمره ۷ یا بیشتر از آزمون کوتاه‌شده شناختی^{۱۸} در سالمندان [۳۳] و معیار خروج از مطالعه نقص در تکمیل پرسش‌نامه بود. در این مطالعه، حجم نمونه با استفاده از فرمول شیوع حجم نمونه در مطالعات توصیفی براساس مولایی و همکاران [۷]، ۳۷۶ نفر تعیین شد که با در نظر گرفتن مقدار ۱۰ درصد ریزش احتمالی، حداقل حجم نمونه ۴۰۱ نفر تعیین شد (فرمول شماره ۱).

۱.

$$n = \frac{z^2 \cdot P(1-P)}{d^2} = \frac{(1.96)^2 * (0.56) * (0.44)}{(0.05)^2} = 376$$

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، چک‌لیست ویژگی‌های فردی، ابزار فعالیت روزمره زندگی^{۱۹}، فعالیت‌های ابزاری زندگی^{۲۰} و پرسش‌نامه سورفتار نسبت به سالمندان در خانواده بود که در ادامه توضیح داده شده‌اند. در بخش اول پرسش‌نامه، ویژگی‌های فردی سالمند شامل سؤالاتی در مورد سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، شغل، سطح درآمد، همراه زندگی، محل سکونت، بستری مکرر در بیمارستان، بیماری زمین‌های (مزم)، کیفیت خواب از نظر خود سالمند، سوء مصرف مواد و میزان وابستگی سالمند با ابزار فعالیت روزمره زندگی و فعالیت‌های ابزاری زندگی سالمند سنجیده می‌شود. ابزار فعالیت روزمره زندگی، شامل ۸ آیتم است، که شامل آیتم نظافت شخصی، غذا خوردن، لباس پوشیدن، جابه‌جا شدن، راه رفتن، استحمام، کنترل ادرار و مدفوع و استفاده از توالت است.

هر آیتم دارای ۳ گزینه وابسته (امتیاز صفر)، نیاز به کمک (امتیاز ۱) و مستقل (امتیاز ۲) است. نمره کلی این ابزار، از صفر تا ۱۶ است. کسب امتیاز صفر تا ۷ به منزله (وابسته)، ۸ تا ۱۱ (نیازمند کمک)، ۱۲ تا ۱۶ (مستقل) سالمند محسوب می‌شود. فعالیت‌های ابزاری زندگی نیز دارای ۷ آیتم است که شامل آیتم استفاده از تلفن، مصرف دارو، آماده ساختن غذا، انجام کارهای

18. Abbreviated Mental Test (AMT)

19. Activities of Daily Living (ADL)

20. Instrumental Activities of Daily Living (IADL)

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد هرچه تحصیلات افراد بیشتر باشد، ابتلا به سوءرفتار در آن‌ها کاهش می‌یابد، همچنین افراد با وضعیت اقتصادی کمتر از حد کفاف، تقریباً ۱/۱۳ برابر افراد با وضعیت اقتصادی در حد کفاف، مبتلا به سوءرفتار بودند.

از طرف دیگر شانس ابتلا به سوءرفتار در سالمندان با سابقه بستری، ۱/۴۳ برابر سالمندان بدون سابقه بستری است و همچنین نتایج نشان می‌دهد که با کاهش فعالیت‌های ابزاری زندگی و فعالیت روزمره زندگی، شانس ابتلا افراد به سوءرفتار به ترتیب ۲/۸۷ و ۲/۹۲ برابر می‌شود.

بحث

سوءرفتار نسبت به سالمندان یکی از مشکلات جدی و خطرناک خشونت خانگی است که در سال‌های اخیر مورد توجه جوامع و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی قرار گرفته است [۳۶]. بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی شیوع سوءرفتار و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۹ بود. یافته‌های حاصل از پژوهش حاکی از آن بود که ۴۴/۶ درصد از سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر یکی از انواع سوءرفتار خانگی را تجربه کرده‌اند. در مطالعه رحیمی و همکاران شیوع سوءرفتار با سالمندان در خانواده ۴۰/۶ درصد گزارش شد [۱۸]. در مطالعه پرز کارلس و همکاران نیز شیوع سوءرفتار با سالمندان ۴۶ درصد گزارش شد [۳۷]. که هم‌راستا با مطالعه حاضر است. در مطالعات روحانی و همکاران شیوع سوءرفتار ۷۷/۹ درصد [۳۸]، دهنوعولیان و همکاران شیوع سوءرفتار ۵۶/۸ درصد [۳۹]، محبی و همکاران شیوع سوءرفتار ۶۰ درصد [۳۶]، نصیری و همکاران شیوع سوءرفتار ۶۳/۳ درصد [۳] و خلیلی و همکاران شیوع سوءرفتار ۸۰ درصد [۴۰] گزارش شد. علاوه بر این در مطالعه متانالیز مولایی و همکاران، شیوع سوءرفتار با سالمندان در ایران ۵۶/۴ درصد گزارش شد است [۷] که هم‌راستا با مطالعه حاضر نیست و نتایج مطالعه حاضر از نتایج مطالعات فوق کمتر است و احتمالاً می‌تواند مربوط به باورها و تفاوت فرهنگی باشد، زیرا شهرستان گناباد یکی از مذهبی‌ترین شهرهای کشور است که احترام به سالمندان از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است.

در مطالعات هروی کریموی و همکاران شیوع سوءرفتار ۲۵/۹ درصد [۳۶]، چن و همکاران شیوع سوءرفتار ۳۶/۲ درصد [۴۱]، پوچکوف شیوع سوءرفتار ۲۸/۶۳ درصد [۴۲]، نوری و همکاران شیوع سوءرفتار ۲۶/۷ درصد [۴۳]، برجی و اسدالهی شیوع سوءرفتار در سالمندان شهری ۳۱/۳ درصد و سالمندان روستایی ۳۵/۷ درصد گزارش شد [۴۴] که هم‌راستا با نتایج حاضر نیست و از نتایج مطالعه حاضر کمتر است و این نیز احتمالاً می‌تواند مربوط به تفاوت حجم نمونه مطالعه حاضر با مطالعات فوق باشد، زیرا حجم نمونه مطالعه ما بیشتر از مطالعات فوق است

کووید-۱۹) در ادامه پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه سوءرفتار نسبت به سالمند در خانواده به صورت مصاحبه حضوری تکمیل شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (جدول فراوانی و غیره) و همچنین آزمون‌های رگرسیون خطی تک‌متغیره^۱ و سپس رگرسیون لجستیک^۲ استفاده شد. سطح معناداری هم کمتر از ۰/۰۵ درصد در نظر گرفته شد در جدول شماره ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی واحدهای شرکت‌کننده نشان داده شده است.

یافته‌ها

در نهایت اطلاعات مربوط به ۴۰۱ سالمند مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که تعداد ۱۵۷ نفر (۳۹/۲ درصد) از آنان را مردان و تعداد ۲۴۴ نفر (۶۰/۸ درصد) را زنان تشکیل دادند. اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر در رده سنی ۶۰ تا ۷۴ (۷۳/۸ درصد) (سالمند جوان) و میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان ۶۸/۵۳±۶/۷۵ بود. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره فعالیت روزمره زندگی سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه ۱۳/۱۹±۵/۵۲ بود. به عبارتی سالمندان به طور مستقل فعالیت‌های روزمره زندگی را انجام می‌دادند. میانگین و انحراف معیار نمره فعالیت‌های ابزاری زندگی سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه ۱۰/۲۰±۳/۶۲ بود. به عبارتی آن‌ها در این حیطه به طور نیمه‌مستقل فعالیت‌های ابزاری زندگی را انجام می‌دادند.

بر اساس جدول شماره ۲ در حدود ۴۴/۶ درصد از سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه تجربه یکی از انواع سوءرفتار را داشتند. همچنین بیشترین فراوانی سوءرفتار مربوط به غفلت مراقبتی (۸۹/۳ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به طردشدگی با (۱۳/۲ درصد) بود.

جهت تعیین تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای بر پیش‌بینی‌کنندگی سوءرفتار افراد مورد پژوهش، از مدل رگرسیون لجستیک به روش هم‌زمان استفاده شد. ابتدا به کمک رگرسیون تک‌متغیره، متغیرهای «سطح تحصیلات، تأهل، اشتغال، همراه زندگی، کیفیت خواب، وضعیت اقتصادی، مصرف مواد، فعالیت‌های ابزاری زندگی و فعالیت روزمره زندگی» با مقدار معناداری کمتر از ۰/۲ درصد انتخاب و وارد مدل نهایی شدند.

نتایج مدل نهایی این‌گونه بود که متغیرهای «تحصیلات، وضعیت اقتصادی، سابقه بستری، فعالیت‌های ابزاری زندگی و فعالیت روزمره زندگی» پیش‌بینی‌کننده سوءرفتار این افراد بودند.

21. Uni-variate linear Regression

22. Logistic Regression

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی واحدهای شرکت‌کننده

متغیر	تعداد (درصد)/میانگین \pm انحراف معیار
سن	۶۰ تا ۷۴ ۲۹۶(۷۳/۸)
	۷۵ تا ۸۴ ۷۵(۱۸/۷)
	>۸۵ ۳۰(۷/۵)
جنسیت	مرد ۱۵۷(۳۹/۲)
	زن ۲۴۴(۶۰/۸)
اشتغال	خانه‌دار ۲۲۷(۵۶/۶)
	بازنشسته ۸۹(۲۲/۲)
	کارمند ۱۵(۳/۷)
	بیکار ۷۰(۱۷/۵)
تاهل	متاهل ۲۵۰(۶۲/۳)
	بدون همسر ۱۵۱(۳۷/۷)
همراه زندگی سالمند	با خانواده ۱۶۵(۴۱/۱)
	با همسر ۱۲۷(۳۱/۷)
	با فامیل ۶(۱/۵)
	به تنهایی ۱۰۳(۲۵/۷)
وضعیت اقتصادی	کمتر از تأمین نیاز ۱۷۸(۴۴/۴)
	در حد تأمین نیاز ۲۲۳(۵۵/۶)
محل سکونت	شهر ۱۵۷(۳۹/۲)
	روستا ۲۴۴(۶۰/۸)
سابقه بستری در بیمارستان	دارد ۱۵۴(۳۸/۴)
	ندارد ۲۴۷(۶۱/۶)
کیفیت خواب	ضعیف ۲۱(۵/۲)
	متوسط ۲۴۳(۶۰/۶)
	خوب ۱۳۷(۳۴/۲)
بیماری	دارد ۲۴۹(۶۲/۱)
	ندارد ۱۵۲(۳۷/۹)
سابقه مصرف مواد	دارد ۱۹(۴/۷)
	ندارد ۳۸۲(۹۵/۳)
تعداد سال‌های موفق تحصیل	۴/۶۰ \pm ۵/۱۱
میزان وابستگی	فعالیت‌های ابزاری زندگی ۱۰/۲۰ \pm ۳/۶۲
	فعالیت روزمره زندگی ۱۳/۱۹ \pm ۵/۵۲

جدول ۲. توزیع فراوانی واحدهای پژوهش برحسب حیطه‌های سوءرفتار با سالمند در خانواده

حیطه‌های سوءرفتار با سالمند در خانواده	تعداد (درصد)
غفلت مراقبتی	۳۵۸(۸۹/۳)
سوءرفتار روان‌شناختی	۲۳۴(۵۸/۴)
سوءرفتار جسمی	۵۹(۱۴/۷)
سوءرفتار مالی	۱۵۱(۳۷/۷)
سلب اختیار	۱۹۲(۴۷/۹)
طردشدگی	۵۳(۱۳/۲)
غفلت مالی	۱۱۶(۲۸/۹)
عاطفی	۲۵۸(۶۴/۳)
انواع سوءرفتار	۱۷۹(۴۴/۶)
تعداد کل	۴۰۱(۱۰۰)

سالمند

سوءرفتار و طردشدگی با ۲/۸ درصد کمترین فراوانی را گزارش کردند [۳۹] که هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر نیست و احتمالاً می‌تواند به دلیل زمان انجام نمونه‌گیری باشد، زیرا نمونه‌گیری مطالعه حاضر در زمان اپیدمی بیماری کووید-۱۹ انجام شد و افراد به دلیل احتمال سرایت بیماری به سالمندان ممکن است ارتباط خود را با سالمند محدود کرده باشند و به این طریق به‌طور ناخواسته سالمندان خانواده را در معرض سوءرفتار قرار دهند.

براساس مطالعه متاآنالیز مولایی و همکاران طردشدگی و سوءرفتار جسمی کمترین فراوانی در بین ابعاد سوءرفتار در جامعه ایرانی دارد [۷] که با نتایج مطالعه ما هم‌راستاست و احتمالاً می‌تواند به این دلیل باشد که غیرجسمی بودن و قابل‌مشاهده نبودن انواع دیگر سوءرفتار، با توجه به کمبود آگاهی‌های مردم ممکن است به‌عنوان سوءرفتار قلمداد نشوند و همین مسأله باعث ارتکاب بیشتر سوءرفتار شود. همچنین براساس مطالعه حاضر، شایع‌ترین نوع سوءرفتار خانگی سالمندان در ایران سوءرفتار عاطفی است [۷] که احتمالاً می‌توان آن را به وجود ارتباط شدید عاطفی و دل‌بستگی‌های افراد به یکدیگر به‌ویژه وابستگی‌های شدید عاطفی بین والدین و فرزندان نسبت داد. این نوع روابط سبب ایجاد تعاملات گسترده و گاهی انتظارات بیش‌ازحد والدین و فرزندان نسبت به یکدیگر می‌شود که با توجه به صنعتی شدن جوامع و مشکلات مربوط به تغییر شرایط جامعه شاید افراد نتوانند به‌طور کامل پاسخ‌گوی نیازهای هم باشند، بنابراین در چنین شرایطی احتمال بروز سوءرفتار زیاد می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که تحصیلات پایین باعث افزایش سوءرفتار خانگی نسبت به سالمندان می‌شود که با نتایج مطالعه هروی کریموی [۳۶] هم‌راستاست، اما با نتایج مطالعات محبی و همکاران [۴۵]، نصیری و همکاران [۳] و دهنوعولیان و همکاران [۳۹] هم‌راستا نیست و احتمالاً می‌تواند به این دلیل

و علاوه بر این مطالعه حاضر در زمان اپیدمی بیماری کووید-۱۹ انجام شده است و احتمالاً ترس از ابتلا به این بیماری باعث ایجاد کم‌توجهی به نیازهای سالمندان و سوءرفتار خانگی در سالمندان شده است. علاوه بر این شرایط اقتصادی کنونی ایران و بیکار شدن بسیاری از افراد باعث کاهش درآمد افراد شده است که این وضعیت خود می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد مشکلات روانی شود و بر روابط افراد تأثیرگذار باشد و به‌طور غیرمستقیم و حتی مستقیم باعث سوءرفتار خانگی نسبت به افراد ضعیف جامعه از جمله سالمندان شود.

در مطالعه حاضر بُعد غفلت مراقبتی با ۸۹/۳ درصد بیشترین و بُعد طردشدگی با ۱۳/۲ درصد کمترین فراوانی را در بین ابعاد سوءرفتار داشت و به ترتیب بُعد عاطفی ۶۴/۳ درصد، سوءرفتار روان‌شناختی ۵۸/۴ درصد، سلب اختیار ۴۷/۹ درصد، سوءرفتار مالی ۳۷/۷ درصد و سوءرفتار جسمی ۱۴/۷ درصد در رده‌های بعدی قرار داشتند. نصیری و همکاران در مطالعه خود غفلت مراقبتی با ۵۹/۸ درصد بیشترین سوءرفتار و طردشدگی با ۸ درصد کمترین فراوانی را گزارش کردند که با مطالعه حاضر هم‌راستاست [۳]. هروی کریموی و همکاران در مطالعه خود، غفلت عاطفی با ۱۷/۴ درصد بیشترین سوءرفتار و طردشدگی با ۳/۷ درصد کمترین فراوانی را گزارش کردند [۳۶]. محبی و همکاران در مطالعه خود غفلت عاطفی با ۳۸/۶ درصد بیشترین سوءرفتار و غفلت مراقبتی با ۷/۳ درصد کمترین فراوانی را گزارش کردند [۴۵]. خلیلی و همکاران در مطالعه خود سوءرفتار مالی با ۴۵/۶ درصد بیشترین سوءرفتار و طردشدگی با ۱۶/۶ درصد کمترین فراوانی را گزارش کردند [۴۰]. در مطالعات آه و همکاران [۴۶] در کشور کره، یان و تنگ در هنگ‌کنگ، بیشترین سوءرفتار با سالمندان از نوع سوءرفتار عاطفی گزارش شد [۴۷]. دهنوعولیان و همکاران در مطالعه خود سوءرفتار مالی با ۴۷/۷ درصد بیشترین

جدول ۳. بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با سوءرفتار سالمندان در خانواده

متغیرهای پیشبین	سطوح متغیر	ضریب B	خطای استاندارد	نسبت شانس	سطح معناداری
تحصیلات	مجرد	-	۰/۰۲۷	۰/۹۰	<۰/۰۰۱
	متاهل	۱/۰۲	۰/۶۱	۲/۷۹	۰/۰۹۲
	همسر فوت‌شده	۰/۳۴	۰/۵۴	۱/۴۱	۰/۵۲
اشتغال	همسر جداشده	۱/۲۲	۰/۹۳	۳/۴۱	۰/۱۸
	خانه‌دار	-	-	-	-
	کارمند	۰/۱۰۷	۰/۳۳	۱/۱۱	۰/۷۴
همراه زندگی	بازنشسته	۰/۳۶	۰/۶۸	۱/۴۳	۰/۵۹
	بیکار	۰/۶۳	۰/۳۴	۱/۸۹	۰/۰۶۱
	تنها	-	-	-	-
کیفیت خواب	خانواده	۰/۵۹	۰/۳۸	۱/۸۰	۰/۱۲
	فامیل	-۰/۲۸	۰/۴۶	۰/۷۵	۰/۵۳
	همسر	۰/۰۷۴	۰/۹۴	۱/۰۷	۰/۹۳
وضعیت اقتصادی	ضعیف	-	-	-	-
	متوسط	-۰/۰۸۸	۰/۵۷	۰/۹۱	۰/۸۷
	خوب	۰/۴۹	۰/۵۸	۱/۶۱	۰/۴۱
مصرف مواد	در حد کفاف	-	-	-	-
	کمتر از کفاف	-۲/۴۰	۰/۶۶	۱/۱۳	۰/۰۰۳
	بله	-	-	-	-
فعالیت‌های ایزاری زندگی	خیر	-۰/۴۰	۰/۵۹	۰/۶۶	۰/۴۸
	فعالیت‌های روزمره زندگی	-	۰/۰۳۵	۲/۸۷	<۰/۰۰۱
سابقه بستری	خیر	-۰/۷۶	۰/۰۲۲	۲/۹۲	۰/۰۰۱
	بله	-۰/۸۲	۰/۲۷	۱/۴۳	۰/۰۰۲

سالمند

انجام‌شده سالمندآزاری به‌طور عمده ریشه در مشکلاتی مانند تنگناها و وابستگی‌های مالی دارد که مراقبان سالمندان با آن دست‌به‌گریبان هستند به‌طوری‌که هزینه‌های جسمی و عاطفی نگهداری بیش از درآمدهای آن‌هاست که این خود می‌تواند عاملی برای بروز سوءرفتار در سالمندان باشد.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که کیفیت خواب پایین باعث افزایش سوءرفتار خانگی نسبت به سالمندان می‌شود. پژوهشگر درباره این متغیر نتوانست در جست‌وجوهای رفرنس‌های ایرانی و

باشد که سالمندانی کم‌سوادتر از حق و حقوق اجتماعی خود آگاهی کاملی ندارند و در نتیجه احتمال بروز سوءرفتار خانگی در آن‌ها بالاتر است.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که وضعیت اقتصادی ضعیف باعث افزایش سوءرفتار خانگی نسبت به سالمندان می‌شود. نتایج مطالعات رحیمی و همکاران [۱۶]، نوری و همکاران [۴۳]، هروی و همکاران [۳۶] و مطالعات دهنوعولیان و همکاران [۳۹] هم‌راستا با مطالعه حاضر است. براساس مطالعات

تغذیه و غیره و همچنین سازگاری بیشتر آنان با تغییر و تحولات جامعه ناشی از مدرنیته از جمله راهکارهای پیشنهادی جهت به حداقل رساندن رخ دادن پدیده سوءفترار هستند.

باتوجه به اینکه نمونه‌های این مطالعه از سالمندان ساکن در جامعه انتخاب شدند، بنابراین نمی‌توان به‌طور قطعی نتایج مطالعه حاضر را به سالمندان بستری بیمارستان و ساکن خانه سالمندان تعمیم داد. علاوه بر این باتوجه به اینکه پرسش‌نامه سوءفترار نسبت به سالمندان در خانواده دارای سؤالات زیادی (۴۹ سؤال) است که باعث خسته شدن سالمند می‌شد این امر به عدم همکاری با پژوهشگر در حین تکمیل پرسش‌نامه منجر شد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش با کد اخلاق به شماره (IR.GMU.REC.1399.097) در دانشگاه علوم پزشکی گناباد به ثبت رسیده است.

حامی مالی

این مقاله حاصل استخراج طرحی تحقیقاتی است که در مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی گناباد تصویب شده است.

مشارکت نویسندگان

نگارش متن اصلی مقاله: فاطمه حسینی مقدم و مریم مرادی؛ تحلیل آماری: موسی سجادی، نسیم خواجه‌ویان؛ طراح و ویراستار نهایی مقاله: الهام نیکخواه بیدختی، رضا نوری و موسی سجادی؛ جمع‌آوری داده‌ها: رضا نوری، فاطمه کاملی، سمیرا مرادی سنگچولی

تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از همکاری مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گناباد و سالمندان شرکت‌کننده کمال تشکر را دارند.

خارجی، مقاله‌ای پیدا کند. به نظر می‌رسد کمبود خواب در میان جمعیت سالمند، با پیامدهای زیان‌باری از قبیل کاهش عملکرد شناختی، کاهش خودمراقبتی در امور مربوط به سلامتی، وضعیت سلامتی ضعیف، کاهش کیفیت زندگی، اختلال در عواطف و ارتباط با دیگران شود [۴۸] و احتمالاً این عوامل می‌تواند باعث افزایش سوءفترار خانگی نسبت به سالمندان شود.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که سابقه بستری در بیمارستان باعث افزایش سوءفترار خانگی نسبت به سالمندان می‌شود. نتایج مطالعات هروی کریمی و همکاران [۳۶] و هروی کریمی و همکاران [۲] هم‌راستا با مطالعه حاضر هستند، در حالی که نتایج مطالعه حاضر با مطالعات دهنوعولیان و همکاران [۳۹]، هم‌راستا با مطالعه حاضر نیستند، در اکثر بیمارستان‌های ایران بیماران سالمند به علت مشکلات زمینه‌ای اکثر نیاز به همراهی در طول زمان بستری در بیمارستان دارند که این نکته خود می‌تواند باعث تداخل در زندگی و همچنین خستگی مراقب سالمند شود و احتمالاً می‌تواند باعث سوءفترار مراقب نسبت به سالمند شود.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که میزان وابستگی به دیگران باعث افزایش سوءفترار خانگی نسبت به سالمندان می‌شود. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه کریمی و الهی [۴۹] هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر است. وابسته بودن سالمند برای انجام کارها به فرد مراقب می‌تواند به مرور زمان باعث خستگی، افزایش بار روانی مراقبین سالمند شود، علاوه بر این مراقبین سالمند زمان کمتری برای رفع نیازهای فیزیکی عاطفی و اجتماعی خود دارند که در نتیجه باعث افزایش تنهایی و انزوای افراد می‌شود و به مرور زمان احساس درماندگی، پریشانی و احساس خشم نسبت به سالمند افزایش می‌یابد و احتمالاً می‌تواند در ایجاد و افزایش سوءفترار با سالمند نقشی اساسی داشته باشد.

نتیجه‌گیری نهایی

علی‌رغم تأکید زیادی که در فرهنگ ما برای احترام به سالمند وجود دارد، در شهرستان گناباد سوءفترار با سالمندان در خانواده شیوع بالایی دارد. براساس یافته‌های پژوهش حاضر و سایر مطالعات در این زمینه پیشگیری از شیوع سوءفترار علیه سالمندان یک مبارزه اجتماعی را می‌طلبد و نیازمند یک بسیج عمومی و همگانی است تا موقعیت‌هایی را که می‌تواند به ایجاد زمینه سوءفترار در سالمندان منجر شود، شناسایی و از آن‌ها پیشگیری شود که این توجه باعث بهبود کیفیت زندگی و تأمین سلامت جسمی و روانی سالمندان شود.

باتوجه به اینکه در فرهنگ ما ایرانیان سالمندان جایگاه ویژه‌ای دارند، اما شاید این قشر از جامعه به‌طور عمد یا غیر عمد در معرض بسیاری از انواع سوءفترار قرار گیرند. آگاه‌سازی خانواده نسبت به نیازهای روانی، جسمانی، عاطفی و اجتماعی سالمندان، تلاش برای ارتقای سبک زندگی سالمندان از جمله نظافت، بهداشت،

References

- [1] Moradi M, Mohammadzadeh H, Noori R, Basiri Moghadam K, Sadeghmoghadam L. [Effect of a sleep hygiene education program using telephone follow-up method on the sleep quality of the elderly (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2021; 15(4):484-95. [DOI:10.32598/sija.15.4.2895.1]
- [2] Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Montazeri A. [Health-related quality of life among abused and non-abused elderly people: A comparative study (Persian)]. *Payesh (Health Monitor)*. 2013; 12(5):479-88. [Link]
- [3] Nassiri H, Heravi Karimooi M, Jouybari L, Sanagoo A, Chehrehgoshha M. [The prevalence of elder abuse in Gorgan and aq-qala cities, Iran in 2013 (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2016; 10(4):162-73. [Link]
- [4] Hosseini RS, Salehabadi R, Ghahfarokhi J, Alijanpouraghamaleki M, Borhaninejad V, Pakpour V. [A comparison on elderly abuse in Persian and Turkish race in Chaharmahal Bakhtiari province (Persian)]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2016; 23(1):75-83. [Link]
- [5] Estebarsari F, Mostafaei D, Khalifehkandi ZR, Estebarsari K, Taghdisi MH. [Concepts and indexes of elder abuse: The conceptual framework for applied studies in the field of elder abuse (Persian)]. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2017; 5(1):15-9. [DOI:10.18869/acadpub.ihepsaj.5.1.15]
- [6] Kosberg JI. Preventing elder abuse: Identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist*. 1988; 28(1):43-50. [PMID]
- [7] Molaei M, Etemad K, Taheri Tanjani P. [Prevalence of elder abuse in Iran: A systematic review and meta analysis (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12(2):242-53. [DOI:10.21859/sija-1202242]
- [8] Seutodan Hagh H, RezaeiPandari H, Mousavi S, Allahverdipour H. [Prevalence and gender differences of elder abuse among community-dwelling older adults in Tabriz, Iran (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2021; 15(4):458-71. [DOI:10.32598/sija.15.4.1124.1]
- [9] Yekefallah M, Imani S, Borji M, Sadighpour M, Gheitarani B, Kheradmand M, et al. [Comparison of depression and general health among victims of domestic violence among the elderly and their peers in Savojbolagh-Iran (Persian)]. *Community Health*. 2018; 5(2):132-40. [Link]
- [10] Rajabpour Nikfam M, Gholami Shielsar F. [Analyzing the concept of elder neglect in elderly homes using a three-stage hybrid model (Persian)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2018; 28(166):49-61. [Link]
- [11] Dong X, Simon M, Evans D. Elder self-neglect is associated with increased risk for elder abuse in a community-dwelling population: Findings from the Chicago Health and Aging Project. *Journal of Aging and Health*. 2013; 25(1):80-96. [PMID]
- [12] Khosravi N. [Explaining the views of the elderly in Rahim Khan Bukan Rural Health Center about the phenomenon of elder abuse (Persian)] [MSc. thesis]. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences and Health Services; 2018.
- [13] Ghodoosi A, Fallah Yakhani E, Abedi HA. [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(4):367-76. [Link]
- [14] Tajmazinani AA, Larijani M. [A study of factors influencing social exclusion of the elderly in Varamin City (Persian)]. *Journal of Applied Sociology*. 2015; 59(3):15-6. [Link]
- [15] 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. [Link]
- [16] Rahimi V, Heidari M, Nezarat S, Zahedi A, Mojadam M, Deris S. [Factors related to elder abuse within the family (Persian)]. *Journal of Geriatric Nursing*. 2016; 3(1):89-100. [DOI:10.21859/jgn.3.1.89]
- [17] Maneuchehry H, Ghorby B. The amount and types of domestic abuse in the elderly referred to Parks of Tehran. *Journal of School of Nursing Midwifery*. 2008; 18(62):37-43. [Link]
- [18] Heravi M, Anousheh M, Foroughan M, Sheikhi M, Hadjizadeh E. [The meaning of domestic elderly abuse concept (Persian)]. *Daneshvar Medicine*. 2010; 16(06):39-50. [Link]
- [19] Gholipour F, Khalili Z, Abbasian M. Definitions and theories of elder abuse. *Elderly Health Journal*. 2020; 6(2):140-5. [DOI:10.18502/ehj.v6i2.5022]
- [20] Moore S. The relativity of theory: Applying theories of social psychology to illuminate the causes of the abuse of older people in care homes. *The Journal of Adult Protection*. 2019; 21(2):89-110. [DOI:10.1108/JAP-09-2018-0019]
- [21] Abolfathi Momtaz Y, Hamid TA, Ibrahim R. Theories and measures of elder abuse. *Psychogeriatrics*. 2013; 13(3):182-8. [PMID]
- [22] Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*. 1995; 332(7):437-43. [PMID]
- [23] 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. [Link]
- [24] Davidson S, Rossall P, Hart S. Financial abuse evidence review. London: Age UK Research; 2015. [Link]
- [25] Reay AC, Browne KD. Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Ageing & Mental Health*. 2001; 5(1):56-62. [PMID]
- [26] Gil AP, Kislaya I, Santos AJ, Nunes B, Nicolau R, Fernandes AA. Elder abuse in Portugal: Findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2015; 27(3):174-95. [PMID]
- [27] Skirbekk V, James KS. Abuse against elderly in India-The role of education. *BMC Public Health*. 2014; 14(1):336. [PMID]
- [28] Sadeghmoghadam L, Khoshkhou M, Saadati N. Definitions and psychological impacts of quarantine and strategies to reduce it: A review paper. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2020; 14(3):e103501. [DOI:10.5812/ijpbs.103501]
- [29] Dong X, Simon MA, Gorbien M, Percak J, Golden R. Loneliness in older Chinese adults: A risk factor for elder mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007; 55(11):1831-5. [PMID]
- [30] Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA*. 1998; 280(5):428-32. [PMID]

- [31] Perel-Levin S, WHO. Discussing screening for elder abuse at primary health care level by Silvia Perel-Levin. Geneva: WHO; 2008. [\[Link\]](#)
- [32] Bagheri Kakhki S, Basiri Moghadam M, Sadeghmoghadam L. [The prevalence of disability and its relationship with the demographic characteristics of the elderly in Gonabad City, Iran, in 2019 (Persian)]. *Internal Medicine Today*. 2020; 27(1):34-47. [\[DOI:10.32598/hms.27.1.3316.1\]](#)
- [33] Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrzadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, et al. [Validation of the Persian version of Abbreviated Mental Test (AMT) in elderly residents of Kahrizak Charity Foundation (Persian)]. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2014; 13:487-94. [\[Link\]](#)
- [34] Taheri Tanjani P, Azadbakht M. [Psychometric properties of the Persian version of the activities of daily living scale and instrumental activities of daily living scale in elderly (Persian)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016; 25(132):103-12. [\[Link\]](#)
- [35] Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E. [Designing and determining psychometric properties of the domestic elder abuse questionnaire (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2010;5(1):7-21. [\[Link\]](#)
- [36] Heravi Karimoei M, Reje N, Foroughan M, Montazeri A. [Elderly abuse rates within family among members of senior social clubs in Tehran (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2012; 6(4):37-50. [\[Link\]](#)
- [37] Pérez-Cárceles M, Rubio L, Pereniguez J, Pérez-Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009; 49(1):132-7. [\[PMID\]](#)
- [38] Rohani M, Dehdari T, Hosseinyrad M, Alaei M. [The frequency of domestic elder abuse in Tehran City, Iran, in 2018 (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 14(3):368-79. [\[Link\]](#)
- [39] Dehnoalian A, Saadati M, Jafariany S, Bakaeian M, Saadati A. [Epidemiology of elderly abuse in neyshabur in 2017 (Persian)]. *Pars of Jahrom University of Medical Sciences*. 2018; 16(4):65-72. [\[DOI:10.52547/jmj.16.4.65\]](#)
- [40] Khalili Z, Taghadosi M, Heravi-Karimooi M, Sadrollahi A, Gilasi H. [Assessment of the associations of depression with elder abuse among the elderly in Kashan city, Iran (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2016; 10(4):8-17. [\[Link\]](#)
- [41] Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: A cross-sectional study. *PloS One*. 2012; 7(3):e33857. [\[PMID\]](#)
- [42] Puchkov P. Elder abuse: Current research in the Russian Federation (2004-2006). *Journal of Adult Protection*. 2006; 8(4):4-12. [\[Link\]](#)
- [43] Nori A, Rajabi A, Esmailzadeh F. [Prevalence of elder misbehavior in northern Iran (2012) (Persian)]. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2015; 16(4):93-8. [\[Link\]](#)
- [44] Borji M, Asadollahi K. [Comparison between perceived misbehavior by urban and rural elderlies (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2016; 4(3):41-50. [\[DOI:10.21859/ijpn-04036\]](#)
- [45] 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)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2016; 10(4):50-9. [\[Link\]](#)
- [46] Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43(2):203-14. [\[PMID\]](#)
- [47] Yan E, Tang CSK. Proclivity to elder abuse: A community study on Hong Kong Chinese. *Journal of Interpersonal Violence*. 2003; 18(9):999-1017. [\[PMID\]](#)
- [48] Valizadeh L, Seyyedrasooli A, Zamanazadeh V, Nasiri K. Comparing the effects of reflexology and footbath on sleep quality in the elderly: A controlled clinical trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015; 17(11):e20111. [\[PMID\]](#)
- [49] Karimi M, Elahi N. [Elderly abuse in Ahwaz city and its relationship with individual and social characteristics (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(1):42-7. [\[Link\]](#)