

Research Paper**The Prevalence of Elder Abuse in Gorgan and Aq-Qala Cities, Iran in 2013**Hossien Nassiri¹, *Majideh Heravi Karimooi², Leila Jouybari³, Akram Sanagoo¹, Maryam Chehrehgosha⁴

1. Department of Nursing, Nursing Research Center, Faculty of Nursing & Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
2. Department of Nursing, Elderly Care Research Center, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.
3. Department of Nursing, Education Development Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
4. Department of Paramedical, Laboratory Science Research Center, Faculty of Paramedical, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Received: 17 Jul. 2015
Accepted: 14 Nov. 2015

ABSTRACT

Objectives Aging and its subsequent issues must be considered as the main challenges of the future. Studies on abuse of the elderly are very limited. This study which was conducted in 2013 and aimed to determine the prevalence and types of domestic abuse in the elderly referred to health care centers in Gorgan and Aq-Qala cities, Gorgan Province, Iran.

Methods & Materials In this cross-sectional analytical study, through a random sampling, 465 elders aged 65 or older (125 men and 254 women), residing in the health care centers in Gorgan and Aq-Qala, were enrolled. A face-to-face interview was carried out with all participants at the health care centers. First, their cognitive states were evaluated using the Iranian version of abbreviated mental test score and if they obtained the score of 6 or higher they would be entered in the study, after taking their informed consents. Then, the domestic elder abuse questionnaire for elderly people and a questionnaire designed by the authors for collecting demographic and personal data was administered. Descriptive (percentage, frequency, mean and standard deviation) and inferential statistics (The Chi-square, t-test) were performed using SPSS (version 16).

Results The total frequency of elder abuse was 63.3%. The highest frequencies were related to care neglect (59.8%) and psychological abuse (53.3%) and the lowest ones belonged to physical abuse (8 %) and abandonment (8.2%). Some factors, including sex ($P<0.034$), ethnicity ($P<0.0001$), location ($P<0.0001$), and age ($P<0.035$) were significantly different between the 2 groups of abused and non-abused.

Conclusion Because of the high level of elder abuse by family, providing awareness programs for seniors, caregivers and health care providers seems to be essential to prevent and reduce the neglect and abuse of older people.

Key words:

Abuse, Elder abuse,
Mistreatment,
Elderly

*** Corresponding Author:****Majideh Heravi Karimooi, PhD****Address:** Department of Nursing, Elderly Care Research Center, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.**Tel:** +98 (21) 66418580**E-mail:** heravi@shahed.ac.ir

بررسی شیوع سوءرفتار با سالمندان شهرستان های گرگان و آق قلا در سال ۱۳۹۲

حسین نصیری^۱، مجیده هروی کریموی^۲، لیلا جویباری^۳، اکرم ثناگو^۴، مریم چهره‌گشا^۴

۱- گروه پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۲- گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۳- گروه پرستاری، مرکز مطالعات و توسعه آموزش، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۴- گروه اتاق عمل، مرکز تحقیقات علوم آزمایشگاهی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۲۶ تیر ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۲۳ آبان ۱۳۹۴

اهداف: پدیده سالمندی و مسائل دنبال آن، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های آینده در نظر گرفته می‌شود. مطالعات در زمینه سوءرفتار با سالمندان در ایران، بسیار محدود و ناچیز بوده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان و انواع سوءرفتار خانگی با سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان گرگان و آق قلا در سال ۱۳۹۲ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی-تحلیلی روی زنان و مردان سالمندی انجام گرفت که در مراکز بهداشتی شهری و روستایی شهرستان گرگان و آق قلا دارای پرونده بودند. در این مطالعه ۴۶۵ نفر از این افراد به‌وسیله نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه چهره‌به‌چهره با سالمندان و تکمیل پرسشنامه «سوءرفتار با سالمندان»، پس از تأیید نبود مشکلات شناختی (کسب نمره ۶ یا بالاتر از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی) انجام شد. داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS و با آمارهای توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های استنباطی (کای اسکور و آزمون تی) تحلیل گردید.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که ۶۳/۳ درصد از نمونه‌های پژوهش، حداقل یکی از انواع سوءرفتار را تجربه کرده بودند. بیشترین میزان شیوع سوءرفتار مربوط به غفلت مراقبتی (۵۹/۸ درصد) و سپس سوءرفتار روان‌شناختی (۵۳/۳ درصد) و کمترین آن مربوط به سوءرفتار جسمی (۸ درصد) و طردشدگی (۸/۲ درصد) است. بین میزان سوءرفتار و متغیرهای جنس ($P < ۰/۰۳۴$)، مکان زندگی ($P < ۰/۰۰۱$)، قومیت ($P < ۰/۰۰۱$) و سن ($P < ۰/۰۳۵$) بین دو گروه سالمندان تحت سوءرفتار قرار گرفته و تحت سوءرفتار قرار نگرفته تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به میزان بالای سوءرفتار نسبت به سالمندان، به نظر می‌رسد وجود برنامه‌هایی برای افزایش آگاهی سالمندان، مراقبان آنها و پرسنل بهداشتی برای پیشگیری و کاهش غفلت و سوءرفتار با سالمندان ضروری باشد.

کلیدواژه‌ها:

سوء رفتار، سالمند آزاری، سالمند، خانواده

مقدمه

مذکور تا سال ۱۴۰۴، به بیش از ۱۰ درصد برسد و تا سال ۱۴۳۰، بین ۲۵-۲۱ درصد جمعیت کشور را سالمندان به‌خود اختصاص خواهد داد [۲]. بنابراین، در کشور ما نیز پدیده سالمندی و مسائل دنبال آن باید به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های آینده در نظر گرفته شود [۳].

تحول نقش خانواده، بحران‌های موجود، فشارهای روانی زندگی مدرن و نظایر آن، پایگاه اجتماعی سالمند را سست می‌کند و سبب بروز سوءرفتار توسط اعضای خانواده نسبت به سالمند می‌گردد

بهبود شرایط زندگی، افزایش طول عمر و امید به زندگی، پدیده سالمندی را در جوامع امروزی و به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه به دنبال داشته است. اضافه شدن جمعیت سالمندان، یکی از دستاوردهای قرن ۲۱ است [۱]. براساس سرشماری مرکز آمار کشور ایران در سال ۱۳۹۰، ۸/۲ درصد از جمعیت کشور را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند. پیش‌بینی می‌شود جمعیت

* نویسنده مسئول:

دکتر مجیده هروی کریموی

نشانی: تهران، دانشگاه شاهد، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، گروه پرستاری.

تلفن: ۰۹۸ ۶۶۴۱۸۵۸۰ (۲۱)

پست الکترونیکی: heravi@shahed.ac.ir

ارائه خدمات به آنان مسئولیت مستقیم ندارد و در عین حال، چند سازمان نظیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی، کمیته امداد حضرت امام (ره) و سازمان بازنشستگی به طور موازی فعالیت می کنند و هر کدام قسمتی از بودجه عمومی کشور را به خود اختصاص می دهند. همین امر باعث اختلال در خدمت رسانی به این گروه آسیب پذیر جامعه می شود [۹].

مطالعات در زمینه سوء رفتار با سالمندان در ایران بسیار محدود و ناچیز بوده است [۴]. نتایج تحقیقات «خلیلی» و همکاران (۱۳۹۰)، «محبی» و همکاران (۱۳۹۰)، «هروی» و همکاران (۱۳۹۰)، «نوروزی» و همکاران (۱۳۸۸)، «منوچهری» و همکاران (۱۳۸۷)، «زندگی» و «فدایی» (۱۳۸۶)، وجود سوء رفتار نسبت به سالمندان در خانواده های ایرانی را تأیید می نماید [۹-۱۴].

شایان ذکر است که سوء رفتار با سالمندان مسئله جدیدی نیست، اما اخیراً به عنوان یکی از مشکلات مهم بهداشت عمومی و نیز مشکل اجتماعی گسترده و روبه رشد در سراسر جهان مطرح شده که به صورت عمده یا سهوی به سالمند تحمیل و سبب آسیب و آزار وی می شود [۱۷-۱۵]. شواهد بسیار زیادی مبنی بر وجود قربانیان سوء رفتار در کشورهای در حال توسعه ثبت شده است؛ لکن هنوز اقدام خاصی در جهت جمع آوری سیستماتیک اطلاعات آماری جهت شناسایی و پیشگیری از اعمال سوء رفتار نسبت به سالمندان در این کشورها صورت نگرفته است [۱۸].

بنابراین، با عنایت به کمبود اطلاعات درباره پدیده سوء رفتار با سالمندان در ایران، در راستای پیشگیری از سوء رفتار نسبت به سالمندان و ارتقای سلامت این قشر، خانواده و جامعه و همچنین برای توسعه برنامه ها و سیاست های جهانی بهداشتی، پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان سوء رفتار توسط اعضای خانواده نسبت به سالمندان در استان گلستان (استانی با مردم با قومیت های مختلف)، در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت.

روش مطالعه

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به روش مقطعی در سال ۱۳۹۲ انجام شد. جمعیت مورد مطالعه شامل زنان و مردان سالمند زیر پوشش مراکز بهداشتی شهری و روستایی شهرهای گرگان و آق قلا استان گلستان بودند. این مراکز خدمات مؤظفند برنامه سلامت سالمندان شامل شناسایی افراد بالای ۶۰ سال در مناطق زیر پوشش مراکز بهداشتی و درمانی، برگزاری کلاس های آموزشی ویژه سالمندان با توجه به اولویت منطقه، ارائه آموزش های مربوط به شیوه زندگی سالم در سالمندی را در همه مراکز و خدمات مربوط به سالمندی در مرکز ریفرال (مرکز بهداشت شماره ۲ شهری) انجام دهند.

پژوهش حاضر روی ۴۶۵ سالمند بالای ۶۰ سال انجام شد. مشارکت کنندگان به روش تصادفی نظام مند از ۳ مرکز بهداشتی

[۴]. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸)، سوء رفتار نسبت به سالمندان عبارت است از انجام یک عمل یا اعمال پی در پی یا فقدان عملکرد مناسب که در هر نوع رابطه به همراه توقع اعتماد رخ می دهد و منجر به آسیب، درد، پریشانی، اضطراب و سلب آسایش سالمند می گردد و به شکل سوء رفتار جسمی، روان شناختی، جنسی، بهره برداری مالی و غفلت رخ می دهد [۵].

براساس تبیین نظریات نظرات سالمندان تهرانی در زمینه مفهوم سوء رفتار خانواده نسبت به سالمند، سوء رفتار عبارت است از تحمیل درد و رنج از سوی اعضای خانواده نسبت به شخص سالمند که ممکن است از طریق ارتکاب عملی آزار دهنده یا ترک عملی ضروری به صورت عمدی یا غیر عمدی در یک یا چندین مرتبه رخ دهد.

سوء رفتار یکی از مصادیق محرومیت از حقوق و شئون انسانی است که به شکل های غفلت، سلب اختیار، بهره برداری مالی، آزارهای روان شناختی و بدنی و طردشدگی رخ می دهد. اعضای خانواده با وانهادن سالمند به حال خود و سهل انگاری در تأمین نیازهای عاطفی، مراقبتی و ایمنی، 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 می شود.

آزار روان شناختی سالمند، تحمیل درد و فشار روحی به او از طریق بی احترامی و ایجاد ارباب و تهدید است. سلب اختیار، از طریق محروم ساختن سالمند از حق انتخاب و نیز تحمیل نظرات خود به سالمند و تصمیم گیری به جای سالمند صورت می گیرد. بهره برداری مالی، استفاده غیرقانونی، بی اجازه یا نامناسب از وجوه، دارایی و سرمایه های شخصی سالمند است. آزار بدنی، الگویی رفتاری است که تمامیت جسمی یا جنسی فرد سالمند را مورد تهاجم قرار می دهد. طردشدگی، در قالب راندن سالمند از منزل یا نپذیرفتن وی توسط اعضای خانواده تعریف می شود [۴و۶].

شواهد بیانگر آن است علت سوء رفتار و غفلت در بیشتر خانواده های ایرانی، نقص در عملکرد خانواده است. عدم آگاهی کافی، نداشتن انگیزه مراقبتی و انجام اموری که از عملکرد ناقص خانواده ناشی شده، سبب سوء رفتار و غفلت می گردد [۷]. میزان رخداد سوء رفتار نسبت به سالمندان متفاوت گزارش شده است [۶]. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸) براساس پژوهش های متفاوت میزان سوء رفتار با سالمندان را بین ۳۵-۱ درصد [۵] و مرکز ملی سوء رفتار با سالمندان در سال ۲۰۱۴، شیوع این مشکل را در آمریکا ۹/۵ درصد گزارش کرده است [۸].

در کشور ایران نیز همانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه، گزارش دقیقی از انواع سوء رفتار با سالمندان موجود نیست؛ زیرا مرکز یا سازمان خاصی که درباره سوء رفتار با سالمندان پاسخگو یا مسؤول باشد، وجود ندارد.

بر این اساس، سازمان خاصی برای رسیدگی به امور سالمندان و

(۴ عبارت)، غفلت مالی (۴ عبارت) و عاطفی (۲ عبارت) بود.

این ابزار براساس یافته‌های مطالعه‌ای کیفی روی سالمندان آزر دیده و در ایران، با توجه به ویژگی‌های فرهنگی این جامعه تدوین و سپس اعتبارسنجی شده است [۲۲]. گویه‌های ابزار مذکور دارای گزینه‌های «بلی»، «خیر» و «موردی ندارد» است. گزینه «موردی ندارد» بر شرايطی دلالت دارد که عبارت مورد نظر با شرایط زندگی سالمند همخوانی و تناسب ندارد. امتیازهای اخذ شده در محدوده ۱۰۰-۰ است و امتیاز بالاتر نشان دهنده وجود شدت بیشتری از علایم سوءرفتار است.

همان‌طور که اشاره شد، ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار مذکور مورد بررسی قرار گرفته است و از اعتبار صوری، محتوا و سازه برخوردار است. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۷۵-۰/۹۰)، و ثبات از طریق آزمون مجدد (۰/۹۹) مؤید پایایی مطلوب پرسشنامه است. این ابزار با برخورداری از ویژگی‌هایی نظیر طراحی ابزار براساس درک مفهوم سوءرفتار از دیدگاه سالمندان ایرانی و مبتنی بر تجربیات زیستی آنان، تبیین طیف کامل اشکال سوءرفتار با سالمند در خانواده، نمره‌گذاری ساده، پایایی و روایی مناسب و قابلیت به‌کارگیری در موقعیت‌های مختلف، برای بررسی سوءرفتار با سالمند در خانواده‌های ایرانی ابزاری مناسب محسوب می‌شود [۴].

با توجه به بی‌سوادی یا کم‌سوادی بیشتر سالمندان استان گلستان، برای یکسان نمودن نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، عبارات هر یک از پرسشنامه‌ها برای مشارکت‌کنندگان در پژوهش خوانده و پاسخ آنان بدون هیچ تغییری یادداشت گردید. مصاحبه با سالمندان، در مراکز بهداشتی انجام گرفت. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، این پژوهش با مجوز معاونت پژوهشی دانشگاه و مسئولین مراکز بهداشتی انجام گرفت.

قبل از شروع مطالعه، اهداف انجام پژوهش برای مشارکت‌کنندگان شرح داده شد و مشارکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت نمودند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها توسط نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. برای پاسخ به اهداف و سؤالات پژوهش، از آماره‌های توصیفی درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آزمون‌های استنباطی کای اسکوتر و آزمون تی استفاده گردید. سطح معنی‌داری برای کلیه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۴۶۵ سالمند (۲۵۳ زن و ۲۱۲ مرد) ساکن شهر گرگان و آق‌قلا در محدوده سنی ۱۰۵-۶۰ سال با میانگین سنی $76/05 \pm 9/14$ و میانگین تعداد فرزندان $5/22 \pm 2/28$ در این پژوهش مشارکت نمودند. بیشتر مشارکت‌کنندگان سالمند بی‌سواد (۷۰/۸ درصد)، با قومیت فارس (۴۸/۶ درصد) و در مناطق شهری (۵۱/۴ درصد) زندگی می‌نمودند و همسر آنان فوت کرده بود و با اعضای

شهری و ۶ مرکز بهداشتی روستایی شهر گرگان (زیرمجموعه پایگاه تحقیقات جمعیتی دانشگاه علوم پزشکی گرگان) و آق‌قلا طی سال ۱۳۹۲ وارد مطالعه شدند. حجم نمونه براساس فرمول تعیین حجم نمونه تصادفی به روش «کرجسی» و «مورگان» [۱۹] برای جامعه سالمندان زیرپوشش مراکز بهداشتی شهرستان گرگان و آق‌قلا، ۳۸۰ مشارکت‌کننده با سطح اطمینان ۰/۹۵ و اشتباه مجاز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای اطمینان، ۴۶۵ مشارکت‌کننده به روش تصادفی ساده براساس مشخصات نمونه‌های پژوهش و تعداد سالمندان زیرپوشش هر مرکز، انتخاب گردید.

به‌منظور دستیابی به اهداف پژوهش، معیارهای ورود به مطالعه برای سالمندان عبارت بودند از: سن ۶۰ سال یا بالاتر، سکونت در شهرستان‌های گرگان و آق‌قلا استان گلستان، توانایی تکلم به زبان فارسی، تمایل به شرکت در پژوهش (رضایت داوطلبانه شرط اصلی انجام تحقیق بود)، مبتلانی بودن به ناشنوایی و بیماری تأیید شده روانی و اختلالات شناختی (کسب نمره ۶ یا بالاتر از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی^۱). در مورد اهداف تحقیق، به‌صورت شفاهی به سالمندان مشارکت‌کننده در پژوهش توضیح داده شد. همچنین از نظر زمان و مکان تکمیل پرسشنامه، با شرکت‌کنندگان در تحقیق هماهنگی صورت گرفت.

گردآوری اطلاعات در این پژوهش با استفاده از یک پرسشنامه سه قسمتی انجام شد:

۱. در مرحله نخست به‌منظور تعیین وضعیت شناختی سالمند، نسخه فارسی آزمون کوتاه شده وضعیت شناختی شامل ۱۰ سؤال، تکمیل گردید. پایایی و روایی نسخه اصلی [۲۰] و نسخه فارسی پرسشنامه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است. اخذ امتیاز ۶ و بالاتر در این آزمون به معنی نبود اختلال شناختی است [۲۱]. تنها زنان و مردان سالمندی وارد این مطالعه گردیدند که در این آزمون نمره ۶ یا بالاتر اکسب کرده نمودند.

۲. پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، تعداد فرزندان، شغل، نحوه زندگی سالمند با خانواده، ابتلا به بیماری‌های مزمن، بستری مکرر در بیمارستان به‌علت بیماری‌های مزمن، بیمه درمانی و وضعیت سوء مصرف مواد بررسی شد. به‌منظور سنجش وضعیت اقتصادی، دیدگاه سالمندان نسبت به کفایت منابع مالی‌شان 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 زیرمقیاس غفلت مراقبتی (۱۱ عبارت)، سوءرفتار روان شناختی (۸ عبارت)، سوءرفتار جسمی (۴ عبارت)، سوءرفتار مالی (۶ عبارت)، سلب اختیار (۱۰ عبارت)، طردشدگی

1. Iranian Version of the Abbreviated Mental Test Score

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک سالمندان و مراقبین آنها در شهرستان های گرگان و آق قلا.

مراقبین اصلی سالمند		مشارکت کنندگان سالمند		مشخصات دموگرافیک	
درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۵۵/۹	۲۶۰	۵۴/۴	۲۵۳	زن	جنس
۴۴/۱	۲۰۵	۴۵/۶	۲۱۲	مرد	
۱۰/۵۴	۴۹	۱۲/۸	۶۴	۶۰-۶۵ سال	سن
۲۴/۱۲	۱۱۲	۲۱/۱	۹۸	۶۵-۷۰ سال	
۱۹/۴۱	۹۰	۱۹/۶	۹۱	۷۱-۷۵ سال	
۱۲/۷۰	۵۹	۱۶/۳	۷۶	۷۶-۸۰ سال	
۱۵/۳۰	۷۱	۱۳/۵	۶۳	۸۱-۸۵ سال	
۱۳/۵۲	۶۳	۸	۳۷	۸۶-۹۰ سال	
۴/۵۱	۲۱	۴/۷	۲۲	۹۱-۹۹ سال	
-	-	۳	۱۴	۱۰۰ سال و بالاتر	
۴۹/۲	۲۲۹	۴۸/۶	۲۲۶	فارس	قومیت
۲۲/۲	۱۰۳	۲۲/۲	۱۰۳	ترکمن	
۱۷/۶	۸۲	۱۷/۶	۸۲	سیستانی	
۱۱	۵۱	۱۱/۶	۵۴	غیره	
۲۴/۷	۱۱۵	۷۰/۸	۳۲۹	بی سواد	میزان تحصیلات
۲۰/۶	۹۶	۱۶/۲	۷۶	در حد خواندن و نوشتن	
۱۹/۶	۹۱	۵/۶	۲۶	سیکل	
۲۶/۷	۱۲۴	۳/۷	۱۷	متوسطه	
۸/۴	۳۹	۳/۷	۱۷	دانشگاهی	
۵۲/۵	۲۴۴	۵۱/۴	۲۳۹	شهر	مکان زندگی
۴۷/۵	۲۲۱	۴۸/۶	۲۲۶	روستا	
-	-	۳۷/۸	۳۴۳	با خانواده	نوع زندگی
-	-	۱۵/۷	۷۳	با همسر	
-	-	۱۰/۵	۴۹	تنها	
۸۸/۶	۴۱۲	-	-	آزاد و خانه دار	شغل
۷/۳	۳۴	-	-	کارمند	
۴/۱	۱۹	-	-	بازنشسته و از کار افتاده	

سالمند

جدول شماره ۲، میزان سوء رفتار را بر اساس عبارات پرسشنامه نشان می دهد که بیانگر ۴/۴۱-۰ درصد تجربه اشکال مختلف سوء رفتار است که کمترین آن مربوط به لمس قسمت های حساس بدن بدون رضایت سالمند و برقراری رابطه جنسی بدون رضایت سالمند و بیشترین آن مربوط به سرزنش بی دلیل توسط یکی از اعضای خانواده در طی یک سال گذشته بود.

جدول شماره ۳، تعداد اشخاص سالمندی را نشان می دهد

خانواده شان زندگی می کردند (۷۳/۸ درصد).

در این پژوهش، مراقبین در محدوده سنی ۸۷-۱۹ سال با میانگین سنی $1/76 \pm 51/09$ بودند و دامنه سنی ۴۰-۳۱ (۲۴/۱۲ درصد) داشتند. بیشتر مراقبین اصلی زنان (۵۵/۹ درصد) دارای سطح تحصیلات متوسطه (۲۶/۷ درصد)، با قومیت فارس (۴۹/۲) و در مناطق شهری (۵۲/۵ درصد) زندگی می نمودند و شغل بیشتر آنان آزاد یا خانه دار (۸۸/۶ درصد) بود (جدول شماره ۱).

جدول ۲. میزان شیوع سوءرفتار نسبت به سالمندان به تفکیک عبارات پرسشنامه.

عدم سوءرفتار		وجود سوءرفتار		عبارات
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۹۳/۳	۴۳۴	۶/۷	۳۱	تهدید سالمند نظیر تهدید به کتک‌زدن، زندانی‌کردن و محرومیت از دریافت کمک
۹۳/۳	۴۳۴	۶/۷	۳۱	ایجاد ترس و وحشت با شکستن یا تخریب وسایل منزل
۸۱/۷	۳۸۰	۱۸/۳	۸۵	فاش نمودن اسرار سالمند نزد دیگران
۶۲/۶	۲۹۱	۳۷/۴	۱۷۴	اهمیت قائل نشدن برای شخصیت، دانش، توانایی و تجارب سالمند
۵۷/۶	۲۶۸	۴۱/۴	۱۹۷	سرزنش بی‌دلیل
۶۷/۱	۳۱۲	۳۲/۹	۱۵۳	مورد خطاب قراردادن با اسامی ناشایست، لحن نامناسب یا دشنام
۶۷/۳	۳۱۳	۳۲/۷	۱۵۲	دادوفریاد زدن
۸۳	۳۸۶	۱۷	۷۹	انجام حرکات توهین‌آمیز
۸۸/۶	۴۱۲	۱۱/۴	۵۳	ممانعت از انجام فعالیت‌های اجتماعی نظیر ارائه خدمات داوطلبانه
۸۷/۷	۴۰۸	۱۲/۳	۵۷	ممانعت از رفت‌وآمد با دوستان و خویشاوندان
۹۰/۵	۴۲۱	۹/۵	۴۴	محروم‌ساختن از ملاقات نوه‌ها
۸۷/۱	۴۰۵	۱۲/۹	۶۰	ممانعت از آگاهی یافتن از اخبار مهم مربوط به خود
۹۰/۱	۴۱۹	۹/۹	۴۶	تحمیل نظرات در خصوص انتخاب همسر، ازدواج مجدد یا محل زندگی
۷۷/۸	۳۶۲	۲۲/۲	۱۰۳	عدم اجازه استفاده از اموال و دارایی براساس میل خود
۹۵/۳	۴۴۳	۴/۷	۲۲	ممانعت از دسترسی به وسایل زندگی نظیر تلفن، تلویزیون و رادیو
۹۲/۵	۴۳۰	۷/۲	۳۵	تغییر در ظاهر بدون رضایت سالمند مثل کوتاه‌کردن موی سر
۱۰۰	۴۶۵	۰	۰	برقراری رابطه جنسی بدون رضایت سالمند
۱۰۰	۴۶۵	۰	۰	لمس قسمت‌های حساس بدن بدون رضایت سالمند
۹۵/۷	۴۴۵	۴/۳	۲۰	اقدام به ضرب‌وجرح
۹۴/۸	۴۴۱	۵/۲	۲۴	پرتاب اشیاء و وسایل منزل به سمت سالمند
۹۹/۶	۴۶۳	۰/۴	۲	اقدام به خفه‌نمودن سالمند
۹۷/۲	۴۵۲	۲/۸	۱۳	تجویز بی‌مورد داروهای خواب‌آور یا مسکن
۹۶/۱	۴۴۷	۳/۹	۱۸	قرض‌نمودن پول از دیگران به اسم و بدون اطلاع سالمند
۸۰/۴	۳۷۴	۱۹/۶	۹۱	عدم استرداد پول قرض گرفته‌شده از سالمند
۸۰/۴	۳۷۴	۱۹/۶	۹۱	تحمیل مخارج زندگی به دوش سالمند بدون رضایت وی
۷۸/۵	۳۶۵	۲۱/۵	۱۰۰	تصاحب بدون رضایت حقوق ماهیانه، پول، وسایل منزل یا املاک
۸۱/۵	۳۷۹	۱۸/۵	۸۶	عدم پرداخت سهم‌الارث
۹۴/۶	۴۴۰	۵/۴	۲۵	گرفتن وکالتنامه اجباری یا تغییر وصیتنامه بدون رضایت سالمند
۹۳/۵	۴۳۵	۶/۵	۳۰	رانده‌شدن سالمندانز منزل اعضای خانواده
۹۷	۴۵۱	۳	۱۴	رانده‌شدن سالمندانز منزل خود
۹۸/۳	۴۵۷	۱/۷	۸	رهاکردن سالمند در بیمارستان
۹۸/۷	۴۵۹	۱/۳	۶	رهاکردن سالمند در آسایشگاه سالمندان

عدم سوءرفتار		وجود سوءرفتار		عبارات	
درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۸۵/۶	۳۸۹	۱۴/۴	۶۷	عدم کمک در حرکت و جابه‌جایی	
۹۰/۱	۴۱۹	۹/۹	۴۶	عدم کمک در خوردن و آشامیدن	
۷۸/۹	۳۶۷	۲۱/۱	۹۸	عدم کمک برای مراجعه به پزشک	
۷۷/۴	۳۶۰	۲۲/۶	۱۰۵	عدم کمک برای تهیه یا مصرف دارو	
۸۶/۲	۴۰۱	۱۳/۸	۶۴	عدم کمک برای نظافت شخصی و استحمام	
۹۳/۵	۴۳۵	۶/۵	۳۰	عدم کمک برای دستشویی‌رفتن و طهارت	غفلت مراقبتی
۸۱/۹	۳۸۱	۱۸/۱	۸۴	کوتاهی نسبت به خرید وسایل طبی مانند عینک	
۸۵/۸	۳۹۹	۱۴/۲	۶۶	کوتاهی در دریافت به‌موقع مواد غذایی یا آب و مایعات	
۷۸/۹	۳۶۷	۲۱/۱	۹۸	عدم رعایت رژیم غذایی به رغم بضاعت	
۸۱/۹	۳۸۱	۱۸/۱	۸۴	کوتاهی در انجام امور خارج از منزل نظیر خرید و پرداخت قبوض	
۸۰/۹	۳۷۶	۱۹/۱	۸۹	کوتاهی در انجام امور داخل منزل نظیر نظافت یا امور تعمیراتی	
۶۴/۳	۲۹۹	۳۵/۷	۶۶	بی‌اعتنایی اعضای خانواده	غفلت عاطفی
۶۶/۷	۳۱۰	۳۳/۳	۱۵۵	عدم تماس حضوری یا تلفنی اعضای خانواده	
۸۱/۷	۳۸۰	۱۸/۳	۸۵	کوتاهی نسبت به تأمین پول مورد نیاز برای تأمین مایحتاج اولیه زندگی	
۸۰/۲	۳۶۳	۱۹/۸	۹۲	پرداخت غیرمختصرمانه پول در صورت نیاز مبرم	غفلت مالی
۸۹/۷	۴۱۷	۱۰/۳	۴۸	عدم پرداخت پول برای تهیه هدیه یا ادای نذر به رغم بضاعت	
۸۸/۸	۴۱۳	۵/۸	۱۱/۲	عدم تهیه اسباب راحتی و آسایش مورد نیاز و متناسب با شأن سالمند	

سالمند

جدول ۳. فراوانی سوءرفتار نسبت به سالمندان.

عدم سوءرفتار		وجود سوءرفتار		انواع سوءرفتار
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۴۰/۲	۱۸۷	۵۹/۸	۲۶۵	غفلت مراقبتی
۴۶/۷	۲۱۷	۵۳/۳	۲۴۸	سوءرفتار روان‌شناختی
۹۲	۴۲۸	۸	۳۷	سوءرفتار جسمی
۶۰/۹	۲۸۳	۳۹/۱	۱۸۲	سوءرفتار مالی
۶۶	۳۰۷	۳۴	۱۵۸	سلب اختیار
۹۱/۸	۴۳۷	۸/۲	۳۸	طردشدگی
۶۶	۳۰۷	۳۴	۱۵۸	غفلت مالی
۵۷	۲۶۵	۴۳	۲۰۰	غفلت عاطفی
۳۶/۷	۱۷۵	۶۳/۳	۲۹۰	انواع سوءرفتار

سالمند

جدول ۴. ارتباط عوامل فردی مربوط به سالمند با سوءرفتار در سالمندان.

P-value	عدم سوءرفتار		وجود سوءرفتار			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
†P < ۰/۰۳	۳۱/۷	۸۰	۶۸/۳	۱۷۳	زن	جنس
	۴۴/۸	۹۵	۵۵/۲	۱۱۷	مرد	
†P < ۰/۰۳	۳۳/۶	۱۱۷	۶۴/۴	۲۱۲	بی‌سواد	میزان تحصیلات
	۴۲/۱	۳۲	۵۷/۹	۴۴	در حد خواندن و نوشتن	
	۳۶/۶	۹	۶۳/۴	۱۷	سیکل	
	۴۱/۲	۷	۵۸/۸	۱۰	متوسطه	
	۵۸/۸	۱۰	۴۱/۲	۷	دانشگاهی	
†P < ۰/۰۰۰۱	۴۶	۱۱۰	۵۴	۱۲۹	شهر	مکان زندگی
	۲۸/۸	۶۵	۷۱/۲	۱۶۱	روستا	
†P < ۰/۰۰۰۱	۵۱/۸	۱۱۷	۴۸/۲	۱۰۹	فارس	قومیت
	۲۸/۲	۲۹	۷۱/۸	۷۴	ترکمن	
	۲۸/۱	۲۳	۷۱/۹	۵۹	سیستانی	
	۱۰/۱	۶	۸۸/۹	۴۸	غیره	

* در کلیه آزمون‌ها $P < ۰/۰۵$ معنادار است.X^۲†

قرار گرفته است [۲۴].

مطالعه کنونی نشان داد که بیشتر نمونه‌های پژوهش را زنان مشارکت‌کننده در گروه سنی ۶۵-۷۰ سال تشکیل می‌دادند که با مطالعه «قدوسی» و همکاران (۱۳۹۲) [۲۵] و «هروی» و همکاران (۱۳۸۶) [۲۶] همخوانی داشته است. در این پژوهش بیشتر مراقبین سالمندان، در دامنه سنی ۳۱-۴۰ سال قرار داشتند و مراقبین اصلی، اغلب زنان ساکن مناطق شهری بودند که شغل بیشتر آنان آزاد یا خانه‌دار بود.

این یافته‌ها با مطالعات «یان» و «تانگ» (۲۰۰۱) [۱۶] و همچنین «قدوسی» و همکاران (۲۰۱۱) [۲۷] همخوانی داشته است. این یافته‌ها حاکی از آن است که بیشتر مراقبین سالمندان را زنان عضو خانواده به خود اختصاص می‌دهند که در دهه چهارم زندگی‌شان به‌سر می‌برند.

در مطالعه حاضر از مجموع ۴۶۵ نفر سالمند، ۲۹۰ نفر سوءرفتار (۶۳/۳ درصد) توسط اعضای خانواده را تجربه نموده بودند. مجمع بین‌المللی پرستاران، میزان شیوع سوءرفتار با سالمندان را در کشور آمریکا ۱۰-۴ درصد، کانادا ۱۰-۴ درصد، استرالیا ۴/۶ درصد، دانمارک ۱۷ درصد و در سوئد و فنلاند ۸ درصد گزارش نموده است [۲۸]. از سوی دیگر، شیوع سوءرفتار نسبت به سالمندان در روسیه ۲۸/۶۳ درصد [۲۹]، در چین ۲۷/۵ درصد [۳۰]، در اسپانیا ۴۴/۶ درصد [۳۱]، گزارش شده است. شایان ذکر است که در مطالعه

که یکی از اشکال سوءرفتار را تجربه نموده‌اند. بیشترین میزان شیوع سوءرفتار مربوط به غفلت مراقبتی (۵۹/۸ درصد) و سپس سوءرفتار روان‌شناختی (۵۲/۳ درصد) و کمترین آن مربوط به سوءرفتار جسمی (۸ درصد) و طردشدگی (۸/۲ درصد) است.

جدول شماره ۴، توزیع متغیرهای جنس، میزان تحصیلات، مکان زندگی، شغل و قومیت را در گروه تحت سوءرفتار و آزارنندیده نشان می‌دهد. براساس آزمون آماری مجذور کای بین میزان سوءرفتار و متغیرهای جنس ($P < ۰/۰۰۳$)، قومیت ($P < ۰/۰۰۰۱$)، مکان زندگی ($P < ۰/۰۰۰۱$)، ارتباط معناداری مشاهده شد. همچنین با استفاده از آزمون تی مستقل مشخص شد بین میانگین سن در دو گروه سالمندان تحت سوءرفتار ($۷۶ \pm ۹/۲$) و آزارنندیده ($۷۴ \pm ۸/۹$) تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۳۵$).

بحث

سالمندی، دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی محسوب می‌شود. با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به نوع برخورد‌ها و مراقبت‌های ارائه‌شده به سالمندان نیز امر بسیار مهمی است که عمدتاً مورد غفلت قرار می‌گیرد [۲۳]. 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

بود [۴۰ و ۳۸-۳۱]. این نتایج با نتایج مطالعه حاضر متفاوت بود. این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فرهنگی حاکم بر کشور ما و وجود تأکیدات مکرری که در متون مذهبی نسبت به سالمندان وجود دارد، باشد.

از سوی دیگر، ممکن است کم‌بودن حجم نمونه مورد پژوهش از علل دیگر دستیابی به چنین یافته‌ای باشد. علاوه بر این، در مطالعات مختلف در سراسر جهان از روش‌های متفاوتی برای توصیف و تبیین مفهوم سوء رفتار نسبت به سالمندان و نحوه سنجش و اندازه‌گیری آن استفاده شده است. شایان ذکر است در این مطالعه از سالمندان سؤال شده است و غفلت از نظر آنها بیان گردیده است که این امر می‌تواند علت دیگر تفاوت نتایج مطالعات ذکر شده با مطالعه حاضر باشد.

در مطالعه حاضر، سوء رفتار جسمی کمترین فراوانی را داشت. در پژوهش هروی و همکاران (۱۳۹۰)، منوچهری و همکاران (۱۳۸۷)، «ین» و «تانگ» (۲۰۰۴) و (۲۰۰۳)، «دانگ» و همکاران (۲۰۰۷) و همچنین در مطالعه کشوری، میزان بروز سوء رفتار در کشور آمریکا (۲۰۰۵) نیز سوء رفتار جسمی، کمترین فراوانی را به خود اختصاص داده است [۳۶-۳۷، ۱۶، ۱۲، ۹].

همچنین نتایج، ارتباط معناداری را بین سوء رفتار با سالمندان و متغیرهای اجتماعی، جمعیتی و بالینی مختلف نظیر جنس، سن، مکان زندگی و قومیت نشان دادند. بنابراین، نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های مطالعات قبلی نشان داد که زنان سالمند بیش از مردان در معرض خطر تجربه سوء رفتار قرار دارند. همچنین با افزایش سن احتمال خطر رخداد سوء رفتار افزایش می‌یابد [۳۱ و ۱۶، ۱۲، ۹].

«کادموس» و همکاران^{۱۰} (۲۰۱۱) تأکید می‌کنند سالمندان ساکن در شهر بیش از سالمندان ساکن در روستاها از خطر سوء رفتار در سالمندان رنج می‌برند [۴۱] که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد، اما «لوگان» و همکاران^{۱۱} (۲۰۰۳) معتقدند که میزان خشونت خانوادگی در مناطق روستایی مشابه مناطق شهری است ولی تجربه و نوع آن توسط قربانیان متفاوت است [۴۲]. «سوکلف» و همکاران^{۱۲} (۲۰۰۵) و «تامکا»^{۱۳} (۲۰۰۸) به تأثیر فرهنگ و قومیت در رخداد سوء رفتار تأکید دارند [۴۳ و ۴۴] که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

از آنجاکه تحقیق حاضر روی سالمندان عضو مراکز بهداشتی انجام شده که عمدتاً از سلامت نسبی و میزان مشارکت اجتماعی بالاتری برخوردارند، احتمال دارد میزان واقعی سوء رفتار از این نیز بالاتر باشد؛ بنابراین، باید در تعمیم یافته‌های این تحقیق به کل جامعه احتیاط نمود.

«منوچهری» و همکاران (۱۳۸۷) از میان ۴۰۰ نمونه ۶۰ ساله، ۸/۸۷ درصد سوء رفتار را گزارش نموده‌اند [۹].

این اعتقاد وجود دارد که دانش اپیدمیولوژیک درباره این پدیده محدود است؛ زیرا بیشتر مطالعات در زمینه سوء رفتار نسبت به سالمندان به علت تنوع در روش‌شناسی تحقیق، نمونه‌گیری غیر احتمالی، توافق نسبی بر مفهوم پدیده سوء رفتار نسبت به سالمندان، استفاده از ابزار نامناسب و مشکلات مرتبط با جمع‌آوری اطلاعات پایا، سبب اختلاف در نتایج حاصل شده و نیز مانعی در برابر مقایسه علمی نتایج پدید آورده است. هر چند بیشتر داده‌های پذیرفته شده در محافل بین‌المللی، میزان کلی سوء رفتار نسبت به سالمندان توسط اعضای خانواده را ۱۲-۳ درصد تخمین می‌زنند؛ اما بیشتر محققان معتقدند که تعداد واقعی موارد، بیش از این بوده و برآورد شده است که تنها یک مورد از هر ۵ مورد سوء رفتار گزارش می‌شود [۱۲].

در کشور ایران، فرهنگ ایرانی و باورهای سنتی کماکان نقش برجسته‌ای در زندگی افراد داشته و روند صنعتی شدن، چالش‌های بسیاری را در این زمینه پدید آورده است. در عین حال، مبارزه با فناوری و جهانی شدن نیز امری غیرممکن است. بنابراین، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران، شاهد قرارگیری در موقعیتی حد واسط بین سنتی بودن و صنعتی بودن (اصطلاحاً «مرحله گذار») هستیم. از طرفی، سالمندان قادر نیستند در مسیر اجتناب‌ناپذیر آینده همگام و هم‌سرعت با جوانان حرکت کنند و همواره سعی در حفظ ارزش‌ها، سنت‌ها و باورهای اصیل و دینی خود دارند که این امر در بسیاری از مواقع در تضاد با وضعیت زندگی خود و فرزندانشان قرار می‌گیرد [۳۲].

در بررسی‌های حیطة‌های سوء رفتار، «غفلت» گسترده‌ترین نوع سوء رفتار بود. در پژوهش «آسیرنو» و همکاران^۲ (۲۰۱۰)، «سانچز سالگادو»^۳ (۲۰۰۷)، «داسکالوپولوس» و همکاران^۴ (۲۰۰۷)، «دانگ» و همکاران^۵ (۲۰۰۷) و در مطالعه کشوری، میزان بروز سوء رفتار در کشور آمریکا (۲۰۰۵) نیز غفلت، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است [۳۳-۳۷] که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

این در حالی است که «کایسال» و همکاران^۶ (۲۰۱۱)، «آمستادتر» و همکاران^۷ (۲۰۱۱)، «پرس کارلس» و همکاران^۸ (۲۰۰۹) و «اوه» و همکاران^۹ (۲۰۰۶) در مطالعه خود نشان دادند که بیشترین نرخ سوء رفتار نسبت به سالمندان، از نوع روان‌شناختی

2. Acierno et al.
3. Sanchez Salgado
4. Daskalopoulos
5. Dong et al.
6. Kissal et al.
7. Amstadter et al.
8. Pe´ rez-Ca´ rceles
9. Oh et al.

10. Cadmus et al.
11. Logan et al.
12. Sokolof et al.
13. Tameka et al.

- [5] World Health Organization. A global response to elder abuse and neglect: Building primary health care capacity to deal with the problem worldwide. Geneva: World Health Organization; 2008.
- [6] Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Hajizadeh E, Sheykhi MT. [The meaning of domestic elderly abuse concept (Persian)]. *Journal of Daneshvar*. 2010; 17(85):39-51.
- [7] Heravi Karimooi M, Jadid Milani M, Faghihzadeh S. [The effect of family counseling programs on prevention of psychological abuse of elderly women (Persian)]. *Hayat*. 2005; 11(1-2):79-86.
- [8] National Center on Elder Abuse. Elderly abuse statistics [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec. 1]. Available from: <http://www.statisticbrain.com/elderly-abuse-statistics>.
- [9] Manoochehri, H, Ghorbi B, Hosseini M, Nasiri Oskuyee N. [Degree and types of domestic abuse in the elderly referring to Parks of Tehran (Persian)]. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*. 2008; 18(63):39-45.
- [10] Khalili Z. [Prevalence of elder abuse and its related factors in Kashan (Persian)] [MSc. Thesis]. Kashan: Kashan University of Medical Sciences and Health Services; 2015.
- [11] Mohebi L. [Compare the amount and types of abuse towards the elderly and its impact on quality of life in Dezful city and the villages (Persian)] [MSc Thesis]. Ahvaz: Ahvaz Jundishapur University of Medical sciences; 2015.
- [12] Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Foroughan M, Montazeri A. [Elderly abuse rates within family among members of senior social clubs in Tehran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2012; 6(4):37-50.
- [13] Nowrouzi S. [Assessment of Elder Abuse in Tehran (Persian)]. [MSc. Thesis] Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2009.
- [14] Zandi F, Fadaei F. [Victimization of elderly (Persian)]. *Proceeding of the Second Congress of Analysis of Geriatrics Issues in Iran*. Tehran: Andisheh Kohan; 2008, pp. 571-587.
- [15] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. *Lanset*. 2002; 360(9339):1083-8.
- [16] Yan E, Tang CSK. Prevalence and psychological impact of Chinese elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence*. 2001; 16(11):1158-74.
- [17] Collins KA, Sellars K. Vertebral artery laceration mimicking elder abuse. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2005; 26(2):150-154.
- [18] United Nations. Elder abuse widespread and unreported says new report by Secretary-General. 2nd World Assembly on Ageing; 2002 Apr. 8-12; Madrid, Spain. New York: United Nations Department of Public Information; 2002. Available from: http://www.un.org/en/events/pastevents/ageing_assembly2.shtml.
- [19] Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970; 30:607-10.
- [20] Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim Saha. Abbreviated mental test: Its use and validity. *Age & Ageing*. 1991; 20(5):332-36.
- [21] Foroughan M. [Validity and reliability of Iranian version of the abbreviated mental test score in Iranian elders (Persian)]. In Kamrani A, Jafari Z, Fadayee Vatan R, Foroughan M, editors. Pro-

نتیجه‌گیری نهایی

با وجود تأکید زیادی که در فرهنگ ما نسبت به احترام به سالمندان و تأمین نیازهای مراقبتی، عاطفی، مالی و اجتماعی این قشر شده است، این گروه در معرض انواع سوءرفتار قرار دارند. نتایج سایر مطالعات نیز مؤید این یافته است که ارتباط بالایی بین سوءرفتار و وابستگی جسمی و اقتصادی سالمندان دیده می‌شود، به ویژه زمانی که بار مالی بر مراقبت‌کنندگان اضافه شود.

یافته‌های مطالعه اخیر نیز به این نکته اشاره دارد که شاید زنان سالمند به دلیل اینکه از لحاظ اقتصادی وابستگی بیشتری به مراقبان خود دارند، بیشتر در معرض انواع سوءرفتار قرار می‌گیرند. این مطالعه نشان داد که بسیاری از رفتارهایی که از نظر سالمند و مراقبان وی به عنوان رفتار معمولی تلقی می‌شود، یک سوءرفتار است که دلیل این امر عدم آگاهی سالمند و مراقبان وی است. در این زمینه مؤسسات مربوط به این پدیده و پرستاران بهداشت جامعه باید در این زمینه برنامه‌هایی را برای افزایش آگاهی سالمندان، مراقبان آنها و کارکنان بهداشت و درمان، ترتیب دهند و از شیوع سوءرفتار در سالمندان بکاهند.

به طور کلی مشاهده سوءرفتار با سالمندان، لزوم رسیدگی مداوم و اصولی را نه تنها به مسئله سوءرفتار بلکه به تمام مشکلات سالمندان گوشزد می‌نماید. شفاف‌سازی این پدیده از اولویت‌های اساسی در این زمینه به شمار می‌رود که نیازمند رویکرد همه‌جانبه و توجه عموم جامعه به این پدیده ناپیدا اما شایع است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه سالمندان گرامی که به ما اعتماد کردند و در مطالعه حاضر شرکت نموده‌اند و همچنین از حمایت‌های مادی و معنوی مرکز تحقیقات پرستاری و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان قدردانی می‌گردد.

منابع

- [1] Kamrani AA, Azadi F, Foroughan M, Siadat S, Kaldi A. [Characteristics of falls in elderly residents of nursing homes (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2007; 1(2):101-5.
- [2] Statistical center of Iran. Population and Housing census 2011. 2011. Available from: <http://amar.org.ir/english/Census-2011>.
- [3] Sheykhi MT. [The elderly and family change in Asia with a focus in Iran: A sociological assessment (Persian)]. *Journal of Comparative Family Studies*. 2006; 37(4):583-588.
- [4] Heravi-Karimooi M. [Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire (Persian)] [PhD Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2009.

- [37] National Center on Elder Abuse. Elder abuse prevalence and incidence. Washington, D.C: National Center on Elder Abuse; 2005.
- [38] Kissal A, Beser A. Elder abuse and neglect in a population of-fering care by a primary health care center in Izmir, Turkey. *Social Work in Health Care*. 2011; 50(2):158-75.
- [39] Amstadter AB, Zajac K, Strachan M, Hernandez MA, Kilpatrick DG, Acierno R. Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: The South Carolina elder mistreatment study. *Journal of Interpersonal Violence*. 2011; 26(15):2947-2972.
- [40] 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.
- [41] Cadmus E, Owoaje E, Akinyemi O, Nwachukwu C. A rural-urban comparison of the prevalence and patterns of elder abuse in Oyo state, south western Nigeria. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2011; 65(1):327.
- [42] Logan TK, Walker R, Cole J, Ratliff S, Leukefeld C. Qualitative Differences among rural and urban intimate violence victimization experiences and consequences: A pilot study. *Journal of Family Violence* 2007; 18(2):83-92.
- [43] Sokoloff NJ, Dupont I. Domestic violence at the intersections of race, class, and gender challenges and contributions to understanding violence against marginalized women in diverse communities. *Violence Against Women*. 2005; 11(1):38-64.
- [44] Gillum TL. Community response and needs of African American female survivors of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*. 2008; 23(1):39-57.
- ceedings of the Third Congress of Aging Issues in Iran and Other Countries. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 2008.
- [22] Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Hajizadeh E, Sheykhi MT. [Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2010; 5(1):7-21.
- [23] Vahdaninia M, Goshtasbi A, Montazeri A, Maftoun F. [Health related quality of life in an elderly population in Iran: A population based study (Persian)]. *Payesh*. 2005; 4(2):113-120.
- [24] Lachs M, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet*. 2004; 364(9441):1263-72.
- [25] Ghodousi A, Fallah Yakhdani E, Abedi H. [Studying the instances of elder abuse and their relationship with age and sex in the hospitalized elderly (Persian)]. *Iranian Journal of Forensic Medicine* 2014; 20(1):367-376.
- [26] Heravi-Karimooi M, Anousheh M, Foroughan M, Sheykhi M, Hajizadeh A, Seyyed Baqer Maddah M, et al. [Explaining the perspective of elderly women on elder abuse phenomenon: A phenomenological study (Persian)]. *Journal of Shahid Beheshti University Nursing and Midwifery School*. 2008; 18(61):1-8.
- [27] Ghodousi A, Maghsoodloo S, Sadat Hoseini SM. Forensic aspect of elder abuse: Risk factors and characteristics. *Journal of Research in Medicine Science*. 2011; 16(12):1598-1604.
- [28] World Health Organization. A global response to elder abuse and neglect: Building primary health care capacity to deal with the problem worldwide; Main report. Geneva: WHO Press, Printed in France; 2008, ISBN 978 92 4 156358 1.
- [29] Puchkov PV. Elder abuse: Current research in the Russian federation (2004-2006). *Journal of Adult Protection*. 2006; 8(4):4-12.
- [30] 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.
- [31] 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. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009; 49(1):132-7.
- [32] Rastegarpur SA. [Planning and health service management of elderly in Tehran in 1376, Collected Articles on Aging (Persian)]. Tehran: Charity Women Publication; 2001.
- [33] Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, Kilpatrick DG. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The national elder mistreatment study. *American Journal of Public Health*. 2010; 100(2):292-7.
- [34] Sanchez Salgado CD. Features of elder abuse and mistreatment in Puerto Rico. *Puerto Rico Health Sciences Journal*. 2007; 26(1):35-41.
- [35] Daskalopoulos MD, Mullin ASJ, Donovan E, Suzuki H. English perception of elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 2007; 18(2-3):33-50.
- [36] Dong X, Simon MA, Gorbien M. Elder abuse and neglect in an urban Chinese population. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 2007; 19(3):79-96.

