

Research Paper**Assessment of the Associations of Depression with Elder Abuse among the Elderly in Kashan City, Iran**Zahra Khalili ¹, *Mohsen Taghadosi ², Majideh Heravi-Karimooi ³, Ali Sadrollahi ⁴, Hamidreza Gilasi ⁴

1. Department of Geriatric Nursing, Young Researchers And Elite Club, Islamic Azad University, Khalkhal Branch, Khalkhal, Iran.

2. Department of Medical Surgical, Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

3. Department of Nursing, Elderly Care Research Center, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.

4. Department of Epidemiology, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 24 Jul. 2015

Accepted: 14 Nov. 2015

ABSTRACT

Objectives Elder abuse is a social and psychological problem of the community that has a significant impact in reducing mental health of the elderly. It can be considered as one of the factors predisposing to aging depression. The purpose of this study was to evaluate the relationship between age and depression in the elderly abused in Kashan, Iran, in 2014.

Methods & Materials This descriptive, cross-sectional study was conducted on 500 people aged ≥ 60 years old in Kashan City, Iran, in 2014. Subjects were randomly selected from 10 healthcare centers of Kashan. The study instruments were demographic information, elder abuse questionnaire in the family ($\alpha=0.97$), and geriatric depression scale ($\alpha=0.90$).

Results Results of the current study showed that 80% of subjects have experienced at least one type of abuse during the last year. The highest rate of abuse was financial abuse (45.6%), and 79.2% had some sort of depression. Linear regression analysis showed that emotional neglect ($P=0.001$, $\beta=0.20$), financial neglect ($P=0.036$, $\beta=0.117$) and ostracizing ($P=0.001$, $\beta=0.241$) were significantly associated with depression. According to the test, a correlation was observed between the elder abuse and depression ($r=0.490$, $P=0.001$).

Conclusion The study results indicate the importance and necessity of providing health care services and support for the identification of depressed elderly victims of abuse and prevention to solve this problem and improve their situation.

Key words:

Abuse, Depression, Elderly

*** Corresponding Author:****Mohsen Taghadosi, PhD****Address:** Department of Medical Surgical, Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.**Tel:** +98 (361) 5575058**E-mail:** Taghadosi_m@kaums.ac.ir

ارزیابی ارتباط افسردگی و میزان سوءرفتار در سالمندان شهر کاشان

زهرا خلیلی^۱، محسن تقدسی^۲، مجیده هروی کریموی^۳، علی صدراللهی^۴، حمیدرضا گیلاسی^۵

- ۱- گروه پرستاری سالمندی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خلخال، خلخال، ایران.
- ۲- گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
- ۳- گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد تهران، تهران، ایران.
- ۴- گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی تهران، تهران، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۰۲ مرداد ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۲۳ آبان ۱۳۹۴

اهداف: سوءرفتار با سالمند یکی از مشکلات روانی و اجتماعی جوامع است که تاثیر بسزایی در کاهش سلامت روانی سالمندان دارد و می تواند به عنوان یکی از عوامل زمینه ساز ایجاد افسردگی سالمندی باشد. هدف این مطالعه ارزیابی ارتباط بین افسردگی سالمندی و سوءرفتار در سالمندان شهر کاشان در سال ۱۳۹۳ بود.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر پژوهشی توصیفی-مقطعی بود که در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه پژوهش ۵۰۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال شهر کاشان بودند. نمونه گیری به صورت تصادفی انجام شد که از بین ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی شهر کاشان انتخاب شد. ابزار مطالعه شامل اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه سوءرفتار با سالمند در خانواده ($\alpha=0/975$) و پرسشنامه ارزیابی افسردگی سالمندی ($\alpha=0/90$) بود.

یافته ها: نتایج نشان داد ۴۰۰ نفر (۸۰ درصد) از شرکت کننده حداقل یکی از انواع سوءرفتار را در یک سال گذشته تجربه کرده بودند. بیشترین میزان شیوع سوءرفتار مربوط به سوءرفتار مالی ($P=0/001$ و $\beta=0/20$) غفلت مالی ($P=0/036$ و $\beta=0/117$) و طردشدگی ($P=0/001$ و $\beta=0/241$) با افسردگی ارتباط معنادار داشت. براساس آزمون ها، ارتباط معناداری بین نمره سوءرفتار با افسردگی ($P=0/001$ و $r=0/490$) وجود داشت.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه بیانگر اهمیت و ضرورت ارائه خدمات بهداشتی-مراقبتی و حمایتی برای شناسایی سالمندان افسرده قربانی سوءرفتار و پیشگیری به منظور حل این معضل و بهبود وضعیت آنها بود.

کلیدواژه ها:

سوءرفتار، افسردگی، سالمند

مقدمه

این افزایش جمعیت در کشورهای در حال توسعه به مراتب بیشتر از کشورهای توسعه یافته است. ایران نیز به عنوان یکی از این کشورهای در حال توسعه از این تغییرات جمعیتی مستثنی نیست، به گونه ای که پیش بینی می شود جمعیت سالمندان از ۸/۲۴ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۱۰ درصد در سال ۱۴۰۰ افزایش یابد [۴]. با وجود رشد جمعیت سالمندان، به نیازها و مشکلات این گروه جمعیتی کمتر توجه شده است [۵] و این مسئله پیامدهای نامطلوب روانی و عاطفی بسیاری بر آنان دارد [۶].

سالمندی یک فرآیند بیولوژیکی اجتناب ناپذیر است که تمام موجودات زنده را درگیر می کند و در برخی موارد همراه با تجربیات ناخوشایند است [۱]. تحولات اجتماعی، اقتصادی و پیشرفت های علمی در سال های اخیر موجب افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ مرگ و میر شده است، که این امر باعث افزایش جمعیت سالمندان در جهان به طرز چشمگیری شده است [۲]. تخمین زده می شود جمعیت سالمندان در جهان تا ۴۰ سال آینده دوبرابر خواهد شد [۳].

* نویسنده مسئول:

دکتر محسن تقدسی

نشانی: کاشان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه داخلی جراحی.

تلفن: ۵۵۷۵۰۵۸ (۳۶۱) ۰۹۸

پست الکترونیکی: Taghdosi_m@kaums.ac.ir

ارتباط افسردگی و میزان سوءرفتار در سالمندان شهر کاشان انجام دهند. بنابراین، آگاهی از وسعت این مشکل در جامعه به پرستاران، پزشکان، مراقبان و کارکنان بهداشتی کمک می‌کند که در مواجهه و بررسی از اشخاص سالمند، سوءرفتار با سالمندان را مدنظر قرار دهند و با آگاهی لازم، نقش حرفه‌ای خود را در زمینه تأمین سلامت سالمندان ایفا نمایند.

روش مطالعه

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۳ با هدف ارزیابی ارتباط سوءرفتار و افسردگی در سالمندان شهر کاشان انجام شد. جامعه پژوهش شامل ۵۰۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال زیرپوشش پایگاه‌های بهداشتی شهر کاشان بود و نمونه‌گیری به صورت تصادفی سهمیه‌ای انجام شد. با توجه به مطالعات گذشته و برآورد میزان شیوع سوءرفتار سالمندان در سطح اطمینان ۵ درصد ($d=0.05$ ، $\alpha=0.05$ و $P=0.05$) بر اساس فرمول کوکران، تعداد ۳۳۴ نفر تعیین گردید که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای با احتساب ضریب ۱/۵ تعداد نمونه ۵۰۰ نفر بود [۱۲].

ملاک ورود این مطالعه داشتن سن بالای ۶۰ سال، داشتن ملیت ایرانی، توانایی تکلم به زبان فارسی، داشتن هوشیاری کامل در زمان مطالعه، وجود توانایی برقراری ارتباط و قدرت پاسخ‌گویی به سؤالات مطالعه و ساکن بودن در شهر کاشان بود. ملاک خروج، انصراف نمونه از پاسخ‌گویی به پرسشنامه در حین انجام کار و مصاحبه بود.

پس از هماهنگی با معاونت بهداشتی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و کسب مجوز برای جمع‌آوری نمونه، در مرحله اول شهر کاشان براساس نقشه بهداشتی درمانی به ۵ منطقه تقسیم‌واز هر منطقه ۲ مرکز بهداشت به صورت تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شد. مجموع مراکز بهداشتی انتخاب شده ۱۰ مرکز بود. در مرحله بعد در هر پایگاه تعداد سالمندان زیرپوشش مشخص گردید. پس از آن به صورت تصادفی سهمیه‌ای بر مبنای جمعیت زیرپوشش و جنس نمونه‌های پژوهش به منظور ورود به تحقیق انتخاب شدند.

اندازه خوشه‌ها براساس وضعیت جمعیت زیرپوشش و وضعیت جنسی متفاوت بود. سپس در صورت نداشتن بیماری روانی شناخته‌شده (سایکوز)، براساس اعلام همان پایگاه بهداشت و رعایت معیار ورود، از طریق تلفن یا رابطان بهداشتی با سالمند تماس گرفته شد. در صورت عدم تمایل سالمند انتخاب شده، برای همکاری فرد دیگر جایگزین شد.

برحسب انتخاب سالمند در منزل یا محل پایگاه، پرسشنامه‌های مطالعه پس از بیان اهداف تحقیق و دادن آگاهی لازم درباره آن به سالمند داده شد. پرسشنامه‌ها برای هر فردی جداگانه و با رعایت حریم خصوصی تکمیل شد. سالمندانی که از توانایی خواندن و نوشتن برخوردار نبودند به روش مصاحبه‌ای، هر یک از

سوءرفتار با سالمندان یکی از مشکلات مربوط به بهداشت سالمندی است که با ورود به دوران سالمندی در افراد افزایش پیدا می‌کند [۷]. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، «سوءرفتار» تجاوز به حق ذاتی انسان و نوعی خشونت عمدی یا غیرعمدی به صورت جسمی، روانی، جنسی، اقتصادی، تبعیض و غفلت است [۸] که سلامت و ایمنی شخص سالمند را تهدید می‌کند [۹].

سوءرفتار نه تنها موجب صدمات فیزیکی می‌شود، بلکه سلامت روان سالمندان را نیز به شدت تهدید می‌کند [۱۰]. به گزارش آژانس خدماتی و مرکز ملی سوءرفتار آمریکا از هر ۱۰ سالمند آمریکایی سالانه یک نفر مورد بدرفتاری قرار می‌گیرد و تنها یکی از ۱۴ مورد گزارش آن می‌گردد [۱۳ و ۱۴]. بیشترین شیوع سوءرفتار در آمریکا در زمینه خشونت فیزیکی و در انگلستان خشونت کلامی شدید گزارش شده است [۱۵]. در ایران مطالعات انجام شده نشان داد که سوءرفتار با سالمندان وجود دارد [۱۶-۱۰ و ۱۰]، به طوری که غفلت عاطفی و روانی بیشترین و طردشدگی و سوءرفتار جسمی کمترین شیوع را دارد [۱۹].

مطالعات بیان می‌کند سوءرفتار می‌تواند باعث بروز اختلالات روانی همچون افسردگی، اضطراب و کاهش کیفیت زندگی شود [۲۰-۲۲]؛ به طوری که ۶٪ سالمندان مورد سوءرفتار قرار گرفته، از افسردگی شدید رنج می‌برند [۲۳]. علاوه بر این احساس افسردگی ممکن است منعکس‌کننده آسیب‌پذیری و وابستگی فرد در معرض خطر و همچنین یکی از عوامل خطر ساز برای سوءرفتار باشد.

«دونگ»^۱ در (۲۰۰۸ و ۲۰۱۰) طی مطالعاتی نشان داد سالمندانی که با سوءرفتار مواجه بودند، میزان افسردگی بیشتری نسبت به دیگران گزارش کردند [۲۴ و ۲۰]. «فولمر»^۲ (۲۰۰۵) بیان کرد که افسردگی با آسیب‌پذیری و غفلت ارتباط مستقیم دارد [۲۵]. «کوپر»^۳ (۲۰۱۰) نشان داد افزایش نشانه‌های افسردگی و اضطراب، خطر افزایش سوءرفتار را پیشگویی می‌کند [۲۶]. در مقابل «ووجو»^۴ (۲۰۰۹) بیان می‌کند که اختلالات روان‌شناسی مانند افسردگی، احتمال سوءرفتار را افزایش نمی‌دهد [۷].

سوءرفتار با سالمند مشکلی فراگیر برای سلامت و ناقص حقوق سالمندان است [۱۱] و با توجه به اینکه بروز اختلالات روانی ناشی از سوءرفتار در افراد سالمند، در نژاد و فرهنگ‌ها متفاوت است [۲۷]، مطالعات نیز میزان افسردگی را در مناطق مختلف برحسب قومیت، مذهب و نژاد متفاوت نشان دادند [۲۸ و ۲۴، ۷].

با توجه به تأثیر انکارناپذیر فرهنگ بر پدیده سوءرفتار و کمبود اطلاعات و متفاوت بودن فرهنگ و سیستم‌های بهداشتی ایران با دیگر کشورها، سبب شد تا پژوهشگران مطالعه‌ای با هدف ارزیابی

1. Dong
2. Fulmer
3. Cooper
4. Rojo

و نمره اختصاص داده شده به آیتیم «خیر» در ماده مذکور «صفر» و همچنین نمره اختصاص داده شده به مورد «خیر» در سؤالات ۱، ۳، ۷، ۱۱ و ۱۳ عدد «یک» و نمره اختصاص داده شده به مورد «بلی» در سؤالات مذکور «صفر» است.

برای محاسبه امتیازها، تنها امتیاز مربوط به موارد «بلی و خیر» که نمره «یک» را کسب می‌کنند، در نظر گرفته می‌شود. اخذ امتیاز ۰-۴ نشانگر عدم وجود افسردگی، امتیاز ۵-۸ نشان دهنده افسردگی خفیف، امتیاز ۹-۱۱ نشان دهنده افسردگی متوسط و امتیاز ۱۲-۱۵ نشان دهنده افسردگی شدید است. ضرایب پایایی مقیاس افسردگی سالمندان (آلفای کرونباخ) ۰/۹، تصنیف ۰/۸۹ و آزمون باز آزمون ۰/۵۸ بود [۳۰].

ملاحظات اخلاقی این مطالعه در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان تأیید شد. شماره کد اخلاق مطالعه ۵۰۰۳ تاریخ ۹۲/۱۲/۵ است. اهداف مطالعه و نیز آزادانه بودن شرکت در مطالعه به همه شرکت‌کنندگان در تحقیق توضیح داده شد. همه شرکت‌کنندگان در تحقیق برای شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه کتبی دادند. به همه اطمینان داده شده که اطلاعات فردی اخذ شده از آنها محرمانه خواهد ماند.

پس از جمع‌آوری اطلاعات خام، داده‌ها وارد نسخه ۱۱/۵ نرم‌افزار آماری SPSS شد و برای بررسی طبیعی بودن داده‌ها آزمون کولموگروف-اسمیرنوف به کار رفت و برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و آزمون کای اسکور و تحلیل رگرسیون خطی استفاده شد. سطح معناداری در تمام آزمون‌ها $P > 0.05$ بود.

یافته‌ها

از تعداد ۵۰۰ سالمند شرکت‌کننده در این مطالعه ۲۹۰ نفر (۵۸ درصد) مرد و ۲۱۰ نفر (۴۲ درصد) زن بودند. میانگین سن جامعه پژوهش در این مطالعه 72.07 ± 9.03 سال و بیشترین فراوانی سالمندان در گروه سنی ۷۰-۶۰ سال بود (۲۳۹ نفر). بیشتر سالمندان این مطالعه (۴۳۷ نفر) متأهل بودند و از نظر سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی مربوط به افراد بی‌سواد (۳۰۶ نفر) بود. در زمینه نحوه اداره زندگی، بیشتر سالمندان مورد بررسی (۲۲۱ نفر) به صورت مستقل زندگی می‌کردند و تعداد ۱۳۱ نفر از سالمندان هیچ بیماری زمینه‌ای نداشتند (جدول شماره ۱).

نمره کل سوءرفتار جامعه پژوهش این مطالعه $15/15/66 \pm 31$ بود. بر این اساس ۴۰۰ نفر (۸۰ درصد) از سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه حداقل یک نوع از انواع سوءرفتار را در یک سال گذشته تجربه کردند. میزان سوءرفتار در سالمندان مرد (۲۳۲ نفر) (۵۸ درصد) بیشتر از سالمندان زن (۱۶۸ نفر) (۴۲ درصد) بود. بیشترین میزان شیوع سوءرفتار مربوط به سوءرفتار مالی (۱۸۹ نفر) و کمترین شیوع آن مربوط به طردشدگی (۱۶/۶ درصد) بود (جدول شماره ۲).

پرسشنامه‌ها برای آنها قرائت شد و گویه‌های پرسشنامه براساس نظر و انتخاب سالمند پر شد.

سالمندانی که از توانایی خواندن و نوشتن برخوردار بودند پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت تا نسبت به پرکردن گویه‌های آن اقدام نمایند. سپس در یک فاصله زمانی ۲۴ ساعته در مراجعه بعدی، پژوهشگر پرسشنامه‌های تکمیل شده را جمع‌آوری کرد. اگر پرسشنامه‌ای اطلاعات ناقص داشت، از شرکت‌کننده خواسته شد نسبت به تکمیل اطلاعات اقدام کند. نمونه‌گیری تاجایی که حجم نمونه تعیین شده به دست آید، ادامه یافت.

گردآوری اطلاعات در این پژوهش با استفاده از پرسشنامه سه‌قسمتی انجام شد: قسمت اول پرسشنامه شامل مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، تعداد فرزند، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، درآمد، سابقه ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای و مزمن و توانایی راه رفتن).

قسمت دوم ابزار شامل پرسشنامه بررسی سوءرفتار در خانواده نسبت به سالمندان بود. این پرسشنامه، شامل ۴۹ عبارت در هشت زیرمقیاس غفلت مراقبتی، سوءرفتار روان‌شناختی، سوءرفتار جسمی، سوءرفتار مالی، سلب اختیار، طردشدگی، غفلت مالی و عاطفی است. ابزار مذکور دارای گزینه‌های «بلی»، «خیر» و «موردی ندارد» هست.

امتیازهای اخذ شده در محدوده ۱۰۰-۰ هستند و امتیاز بالاتر نشان دهنده وجود میزان بیشتری از علائم سوءرفتار است. بدین ترتیب ۱۰۰ نشان دهنده حداکثر میزان سوءرفتار و صفر نشان دهنده عدم وجود شواهدی از سوءرفتار است. کمترین امتیاز مربوط به هر عبارت «صفر» جهت انتخاب گزینه خیر و بیشترین امتیاز «یک» جهت انتخاب گزینه بلی است.

گزینه «موردی ندارد» هیچ امتیازی کسب نمی‌کرد و در هنگام محاسبه امتیاز، عبارات باگزینه «موردی ندارد» حذف می‌شد. این ابزار براساس یافته‌های مطالعه‌ای کیفی روی سالمندان آزار دیده در ایران با توجه به ویژگی‌های فرهنگی جامعه ایرانی تدوین و اعتبارسنجی شده است و از اعتبار صورت، محتوا و سازه برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی این ابزار، (۰/۹۷) تعیین شده است [۲۹].

قسمت سوم مقیاس افسردگی سالمندان (GDS)^۵ است که ۱۵ سؤال دارد که به صورت «بلی» و «خیر» پاسخ داده می‌شود و توسط «پسیویچ»^۶ (۱۹۸۳) برای ارزیابی افسردگی سالمندان ساخته شده است و مقیاسی مناسب برای تشخیص علائم افسردگی در سالمندان به شمار می‌آید. نمره اختصاص داده شده به مورد «بلی» در سؤالات ۲، ۴، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴ و ۱۵ عدد «یک»

5. Geriatric Depression Scale (GDS)

6. Yesavage

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد سالمندان شهر کاشان براساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در سال ۱۳۹۳.

متغیرها	طبقه	تعداد (درصد)
سن	۶۰-۷۰	۲۳۹ (۴۷/۸)
	۷۱-۸۰	۱۷۲ (۳۴/۴)
	۸۰ و بالاتر	۸۹ (۱۷/۸)
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۳۰۶ (۶۱/۲)
	ابتدایی	۱۵۲ (۳۰/۴)
	دیپلم و بالاتر	۴۲ (۸/۴)
وضعیت تأهل	متاهل	۴۳۷ (۸۷/۴)
	مجرد، بیوه یا جدانشده	۶۳ (۱۲/۶)
تعداد فرزند	۰	۱۶ (۳/۲)
	۱-۴	۲۱۲ (۴۲/۴)
	۵ و بالاتر	۲۷۲ (۵۴/۴)
درآمد	مستقل	۲۲۱ (۴۴/۲)
	وابسته	۱۲۹ (۲۵/۸)
	تحت سازمان‌های حمایتی	۱۵۰ (۳۰)
داشتن بیماری مزمن	دارد	۳۶۹ (۷۳/۸)
	ندارد	۱۳۱ (۲۶/۲)
داشتن توانایی راه‌رفتن	مستقل	۳۳۸ (۶۷/۶)
	وابسته	۱۶۲ (۳۲/۴)

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد شیوع انواع سوءرفتار نسبت به سالمندان کاشان در سال ۱۳۹۳.

انواع سوءرفتار	وجود سوءرفتار		عدم سوءرفتار	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
غفلت عاطفی	۱۴۹	۲۹/۸	۳۵۱	۷۰/۲
غفلت مراقبتی	۱۷۸	۳۵/۶	۳۲۲	۶۴/۴
غفلت مالی	۱۸۹	۳۷/۸	۳۱۱	۶۲/۲
سلب اختیار	۲۰۶	۴۱/۲	۲۹۴	۵۸/۸
سوءرفتار روان‌شناختی	۲۲۵	۴۵	۲۷۵	۵۵
سوءرفتار مالی	۲۲۸	۴۵/۶	۲۷۲	۵۴/۴
سوءرفتار جسمی	۱۱۱	۲۲/۲	۳۸۹	۷۷/۸
طردشدگی	۸۳	۱۶/۶	۴۱۷	۸۳/۴

جدول ۳. ارتباط و توزیع فراوانی و درصد درجات مختلف افسردگی براساس انواع سوءرفتار در سالمندان کاشان در سال ۱۳۹۳.

انواع سوءرفتار	عدم افسردگی	افسردگی خفیف	افسردگی متوسط	افسردگی شدید	P value
غفلت عاطفی	۱۹ (۱۲/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۵۸ (۳۸/۹)	۲۴ (۱۶/۱)	۰/۰۰۱
غفلت مراقبتی	۲۱ (۱۱/۸)	۷۵ (۴۲/۱)	۵۹ (۳۳/۱)	۲۳ (۱۲/۹)	۰/۰۰۱
غفلت مالی	۲۵ (۱۳/۲)	۷۳ (۳۸/۶)	۶۵ (۳۴/۴)	۲۶ (۱۳/۸)	۰/۰۰۱
سلب اختیار	۴۵ (۲۱/۸)	۸۹ (۴۳/۲)	۵۶ (۲۷/۲)	۱۶ (۷/۸)	۰/۱۴
سوءرفتار روان شناختی	۲۹ (۱۲/۹)	۱۱۶ (۵۱/۶)	۶۲ (۳۷/۶)	۱۸ (۸)	۰/۰۰۱
سوءرفتار مالی	۴۶ (۲۰/۲)	۱۰۴ (۴۵/۶)	۶۷ (۳۹/۴)	۱۱ (۴/۸)	۰/۰۶۹
سوءرفتار جسمی	۱۰ (۹)	۴۲ (۳۷/۸)	۴۰ (۳۶)	۱۹ (۱۷/۱)	۰/۰۰۱
طردشدگی	۹ (۱۰/۸)	۱۸ (۲۱/۷)	۳۴ (۴۱)	۲۲ (۲۶/۵)	۰/۰۰۱

سالمند

جدول ۴. پیش‌بینی تأثیر انواع سوءرفتار در ایجاد افسردگی سالمندان شهر کاشان در سال ۱۳۹۳.

انواع سوءرفتار	Beta	T	P	R-Square	Adjusted R-Square
غفلت عاطفی	۰/۲۰	۴/۲۶	۰/۰۰۱		
غفلت مراقبتی	۰/۰۳۱	-۰/۵۶۳	۰/۵۷۴		
غفلت مالی	۰/۱۱۷	۲/۱۰	۰/۰۳۶		
سلب اختیار	-۰/۰۷۲	-۱/۵۹	۰/۱۱۱	۰/۲۵۱	۰/۲۳۷
سوءرفتار روان شناختی	۰/۷۶	۱/۵۹	۰/۱۱۱		
سوءرفتار مالی	-۰/۷۵	-۱/۶۵	۰/۰۹۹		
سوءرفتار جسمی	۰/۰۸۷	۱/۸۷	۰/۰۶۱		
طردشدگی	۰/۲۴۱	۵/۴۳	۰/۰۰۱		

سالمند

نتایج رگرسیون خطی برای پیش‌بینی تأثیر انواع سوءرفتار و افسردگی نشان داد غفلت عاطفی ($P=۰$ و $Beta=۰/۲۰$)، غفلت مالی ($P=۰/۰۳۶$ و $Beta=۰/۱۱۷$) و طردشدگی ($P=۰/۰۰۱$) و $Beta=۰/۲۴۱$) با افسردگی ارتباط معنادار داشت (جدول شماره ۴).

بحث

در مطالعه حاضر میزان فراوانی سوءرفتار در سالمندان ۸۰ درصد عنوان شد که در مقایسه با دیگر مطالعات انجام شده در کشورهای پیشرفته و حتی در حال توسعه رقمی بسیار متفاوت است. این میزان از شیوع بالاتر از میزان گزارش شده در مطالعات انجام شده در آمریکا (۳-۵٪) [۳۱]، کره (۴/۲٪) [۲]، ژاپن (۱۷/۹٪) [۳۲]، روسیه (۲۸/۶۳٪) [۳۳] و چین (۳۶/۲٪) [۲۱] بود. همچنین مطالعه «منوچهری» و همکاران (۱۳۸۷)، بیانگر شیوع ۸۷/۸ درصدی تجربه حداقل یک نوع از سوءرفتار در سالمندان مراجعه‌کننده به پارک‌های شهر تهران توسط اعضای خانواده بود [۱۸] که بالاتر از میزان شیوع مطالعه حاضر است.

نمره کل افسردگی شرکت‌کنندگان این مطالعه $۶/۲ \pm ۸۶/۷۹$ بود. بر این اساس ۱۱۲ نفر (۲۲/۴ درصد) از سالمندان فاقد افسردگی بودند و تعداد ۲۳۹ سالمند (۴۷/۸ درصد) دارای افسردگی خفیف، ۱۲۰ سالمند (۲۴ درصد) افسردگی متوسط و ۲۹ سالمند (۵/۸ درصد) افسردگی شدید داشتند. از افرادی که سوءرفتار را در یک سال گذشته تجربه و گزارش کرده‌اند، ۳۱۷ نفر (۷۹/۲ درصد) درجات مختلفی از افسردگی داشتند. در انواع سوءرفتار بیشترین درجات افسردگی در افرادی وجود داشت که سوءرفتار به شکل طردشدگی (۷۴ نفر) داشتند. کمترین میزان افسردگی در سوءرفتار (۱۶۱ نفر) به شکل سلب اختیار مشاهده شد (جدول شماره ۳).

براساس آزمون‌ها ارتباط معناداری بین نمره سوءرفتار با افسردگی ($P=۰/۰۰۱$ و $F=۴۰/۴۹۰$) وجود داشت. براساس زیرگروه انواع سوءرفتار ارتباط معنادار بین سوءرفتار غفلت عاطفی ($P=۰/۰۰۱$)، غفلت مراقبتی ($P=۰/۰۰۱$)، غفلت مالی ($P=۰/۰۰۱$)، سوءرفتار روان شناختی ($P=۰/۰۰۱$)، سوءرفتار جسمی ($P=۰/۰۰۱$) و طردشدگی ($P=۰/۰۰۱$) با شدت افسردگی دیده شد (جدول شماره ۳).

همسو حاضر است.

مطالعه‌ای نشان داد که سوء رفتار مالی ارتباط بیشتری با میزان افسردگی دارد [۴۰]. همچنین مطالعه دیگری بیان می‌کند سوء رفتار روانی و جسمی در ارتباط با افزایش علائم افسردگی است [۴۱]. مطالعات دیگری نیز ارتباط بین افسردگی و سوء رفتار را تأیید کرده است (۲۴، ۲۵ و ۴۲). از دلایل بالا بودن میزان افسردگی سالمندان طرد شده می‌توان به نبود خانواده یا نبود تماس‌های اجتماعی و بالطبع احساس تنهایی در افراد سالمند اشاره کرد.

مطالعه «آسیکوویتز»^۷ (۲۰۰۵)، نشان داد سالمندانی که احساس تنهایی را تجربه می‌کردند، مورد غفلت و رهاشدگی قرار گرفته بودند [۴۳]. همچنین مطالعه دیگری گزارش کرد سالمندان با میزان احساس تنهایی بالا، چهار برابر بیش از سالمندان با میزان تنهایی پایین مورد سوء رفتار قرار گرفته بودند [۴۴]. مطالعه‌ای نشان داد که افسردگی، احتمال سوء رفتار را افزایش نمی‌دهد [۷] که این یافته با مطالعه حاضر همسو نیست.

همچنین مطالعه حاضر نشان داد که مردان سالمند با تجربه سوء رفتار به مراتب بیشتر از زنان دچار افسردگی هستند که این یافته با مطالعه «مارگت»^۸ و همکاران (۲۰۰۴) هم‌خوانی ندارد [۴۵]. زنان سالمند با تجربه سوء رفتار به مراتب بیش از کسانی که تجربه این پدیده را ندارند، برای امور درمانی همچون جراحات جسمی و اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند.

همچنین مطالعات نشان می‌دهد شیوع افسردگی شدید در بین زنان سالمند بالاست [۴۵]. دونگ و همکاران (۲۰۰۸) طی مطالعه‌ای نشان داد که زنان با تجربه سوء رفتار افسردگی بیشتری نسبت به مردان داشتند [۳۹]. دلیل احتمالی این یافته ممکن است در نحوه نمونه‌گیری این مطالعه و بیشتر بودن حضور مردان در مطالعه دانست یا اینکه چون زنان سالمند نسبت به مردان در قبول مسئولیت‌های خانگی مانند پخت‌وپز و مراقبت از نوه‌ها نقش بیشتری دارند، بیشتر مورد احترام فرزندان و کمتر مورد سوء رفتار قرار می‌گیرند.

نتیجه‌گیری نهایی

با وجود تأکید زیادی که در فرهنگ و دین ما به احترام از سالمند شده است، این گروه از افراد در معرض انواع سوء رفتار قرار دارند. نتایج این مطالعه نیز مؤید این یافته است که بین سوء رفتار و افسردگی در سالمندان ارتباط دیده می‌شود، به‌ویژه زمانی که فرد سالمند از محیط خانواده طرد شده است؛ بنابراین، برنامه‌های مدیریتی و پیشگیری مربوط به سوء رفتار با سالمندان باید طراحی شود و از نظر روحی و روانی، اجتماعی، بهداشتی و تغذیه‌ای مورد توجه قرار گیرند تا از موقعیت‌هایی که می‌تواند منجر به ایجاد زمینه

سوء رفتار از مشکلات قدیمی و مربوط به دوره سالمندی است، اما به‌علت نداشتن تعریف مشخص و کمبود آگاهی، پنهان مانده است و کمتر گزارش می‌گردد. یکی از دلایل تفاوت آماری بین مطالعه حاضر با دیگر مطالعات می‌تواند ناشی از دقت در اجرای تحقیقات، استفاده از ابزارهای متفاوت، مشکلات مرتبط با جمع‌آوری اطلاعات و نبود تعریف واضح و روشن از مفهوم سوء رفتار دانست.

پژوهش حاضر نشان داد که سوء رفتار مالی و روان‌شناختی، بیشترین نوع سوء رفتار با سالمندان بود که این یافته با نتایج مطالعه «کریمی» و همکاران (۱۳۸۷) و «زندى» (۱۳۸۶) همسو بود [۱۶ و ۳۴]. نتایج مطالعه منوچهری و همکاران (۱۳۸۷)، نشان داد بیشتر سالمندان، سوء رفتار از نوع عاطفی و غفلت و کمترین آنها تجربه سوء رفتار از نوع جسمی را داشتند [۱۸]. برخی مطالعات نیز بیشترین نوع سوء رفتار در سالمندان را، سوء رفتار روان‌شناختی گزارش کردند [۲، ۱۲ و ۳۵]. فراوانی بالای سوء رفتار مالی را می‌توان به معضلات اقتصادی و رشد نرخ تورم در سال‌های اخیر و به‌دنبال آن، افزایش فشارهای اقتصادی بسیار شدید روی فرزندان نسبت داد که موجب بروز سوء رفتار مالی می‌شود. از دلایل بالا بودن سوء رفتار روان‌شناختی نیز می‌توان به وابستگی و دل‌بستگی‌های افراد به‌ویژه بین والدین و فرزندان نسبت داد. نوع روابط والد و فرزندی در جامعه ما سبب ایجاد تعاملات گسترده و گاهی انتظارات بیش از حد والدین از فرزندان یا فرزندان از والدین می‌شود.

از سوی دیگر، مطالعه حاضر نشان داد طردشدگی و سوء رفتار جسمی کمترین فراوانی را داشت که با نتایج برخی مطالعات همسو است [۱۸، ۳۶ و ۳۷]. در توضیح این یافته می‌توان بیان کرد که چون انواع دیگر سوء رفتار، غیر جسمی و معمولاً قابل مشاهده نیست، ممکن است با توجه به کمبود آگاهی‌های مردم به‌عنوان سوء رفتار قلمداد نشود و باعث ارتکاب بیشتر سوء رفتار شود.

مطالعه حاضر نشان داد میزان سوء رفتار و انواع آن با افسردگی در سالمندان ارتباط دارد. اگرچه ارتباط معنادار بین انواع سوء رفتار با ایجاد افسردگی در سالمندان شهرکاشان وجود داشت، اما میزان تأثیر پیش‌بینی ایجاد افسردگی توسط سوء رفتار از قابلیت پایینی برخوردار بود. با وجود اینکه این برداشت وجود داشت که سوء رفتار در ایجاد افسردگی قابلیت تأثیرگذاری بیشتری داشته باشد، اما نتایج مطالعه این تأثیر را ضعیف نشان داد.

نتایج رگرسیون نشان داد، بیشترین درجات افسردگی در افرادی وجود داشت که سوء رفتار به‌شکل طردشدگی داشتند. کمترین میزان افسردگی در سوء رفتار به‌شکل سلب اختیار مشاهده شد و ۷۹/۲ درصد از سالمندانی که سوء رفتار را در یک سال گذشته تجربه کرده بودند از افسردگی رنج می‌بردند. دونگ (۲۰۰۸) و (۲۰۰۹) طی مطالعاتی نشان داد گروهی از سالمندان که سوء رفتار را گزارش کرده بودند، نسبت به کسانی که سوء رفتار را تجربه نکرده بودند، افسردگی بیشتری داشتند [۳۸ و ۳۹] که این یافته با مطالعه

7. Eisikovits

8. Margot

- [12] Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*. 2010; 100(2):292-7.
- [13] National Center on Elder Abuse. The national elder abuse incidence study: Final report. Washington, D.C: National Center on Elder Abuse; 1998.
- [14] Dong X, Simon MA. Association between elder abuse and use of ED: findings from the Chicago Health and Aging Project. *American Journal of Emergency Medicine*. 2013; 31(4):693-8.
- [15] Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age and Ageing*. 2008; 37(2):151-60.
- [16] Karimi M, Elahi N. [Elderly abuse in Ahwaz city and its relationship with individual and social characteristics (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(7):42-7.
- [17] Amirsadri A, Soleimani H. [Elderly phenomena and its outcomes in Iran (Persian)]. *Journal of Hygin and Health*. 2005; 1(2):19-35.
- [18] Manouchehri H, Ghorbi B, Hosseini Meymanat NON, Karbakhsh M. Degree and types of domestic abuse in the elderly referring to Parks of Tehran. *Faculty of Nursing of Midwifery Quarterly*. 2009; 18(63):39-45.
- [19] Heravi-Karimooi M. [Elder abuse rates family in members of Senior Social Clubs in Tehran City (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2012; 6(4):37-50.
- [20] Dong XO, Simon MA, Beck T, Farran C, McCann J, Mendes de Leon C, et al. Elder abuse and mortality: The role of psychological and social wellbeing. *Gerontology*. 2010; 57(6):549-58.
- [21] 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.
- [22] Wang JJ. Psychological abuse and its characteristic correlates among elderly Taiwanese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2006; 42(3):307-18.
- [23] Mouton CP, Talamantes M, Parker RW, Espino DV, Miles TP. Abuse and neglect in older men. *Clinical Gerontologist*. 2002; 24(3-4):15-26.
- [24] Dong X, Simon MA, Evans D. Cross-sectional study of the characteristics of reported elder self-neglect in a community-dwelling population: findings from a population-based cohort. *Gerontology*. 2009; 56(3):325-34.
- [25] Fulmer T, Paveza G, VandeWeerd C, Fairchild S, Guadagno L, Bolton-Blatt M, et al. Dyadic vulnerability and risk profiling for elder neglect. *Gerontologist*. 2005; 45(4):525-34.
- [26] Cooper C, Blanchard M, Selwood A, Walker Z, Livingston G. Family carers' distress and abusive behaviour: Longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*. 2010; 196(6):480-5.
- [27] Gharanjik A, Mohammadi Shahbelaghi F, Ansari GH, Najafi F, Ghaderi SH, Ashrafi K, et al. [Prevalence of Depression in Iranian Turkmen Older Adults-1389 (Persian)]. *Iranian Journal of Aging*. 2011; 6(21):34-39.

سوءرفتار و عواقب ناشی از آن شود، شناسایی و پیشگیری گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری و سالمندی زهرا خلیلی است و کلیه هزینه‌های مالی این مطالعه که به صورت طرح تحقیقاتی به شماره ۹۲۱۸۰ بود، توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی کاشان تأمین شده است. از کلیه سالمندان که با شکیبایی خود، ما را در انجام این تحقیق یاری کردند و از خانم دکتر هروی برای در اختیار گذاشتن پرسشنامه، قدردانی می‌کنیم و از خداوند منان سلامتی روزافزون آنها را خواهیم خواستیم.

منابع

- [1] Fakari FR, Hashemi MA, Fakari FR. A Qualitative Research: Postmenopausal Women s Experiences of Abuse. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013; 82:57-60.
- [2] 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.
- [3] WHO Centre for Health Development. Kobe J. Global Health Expectancy Research Among Older People. 2001; 1(2001):10.
- [4] Statistical Center of Iran. Implementation of the 2011 Iranian Population and Housing Census; 2011. Available from: http://www.who.int/kobe_centre/ageing/en/-2011.
- [5] Adib-Hajbaghery M, Aghahoseini S. The evaluation of disability and its related factors among the elderly population in Kashi, Iran. *BMC Public Health*. 2007; 7(1):261.
- [6] Rezaei S, Manoochehri M. [Comparison of mental disorders between home owner residents and nurse homes elders (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(7):16-25.
- [7] Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Penhale B. Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009; 49(1):17-21.
- [8] Beach SR, Schulz R, Castle NG, Rosen J. Financial exploitation and psychological mistreatment among older adults: Differences between African Americans and Non-African Americans in a population-based survey. *Gerontologist*. 2010; 50(6):744-57.
- [9] Dong X, Simon MA, Evans DA. Prevalence of Self-Neglect across Gender, Race, and Socioeconomic Status: Findings from the Chicago Health and Aging Project. *Gerontology*. 2011; 58(3):258-68.
- [10] Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Froughan M, Sheikhi MT, Hajizadeh E. [Elder abuse by family members: An exploration in the lived experiences of older people (Persian)]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2010; 5(18):6-17.
- [11] Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet*. 2004; 364(9441):1263-72.

- [45] Schofield MJ, Mishra GD. Three year health outcomes among older women at risk of elder abuse: Women's Health Australia. *Quality of Life Research*. 2004; 13(6):1043-52.
- [28] Park J, Roh S. Daily spiritual experiences, social support, and depression among elderly Korean immigrants. *Aging & Mental Health*. 2013; 17(1):102-8.
- [29] Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E. [Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2010; 5(1):7-21.
- [30] Malakouti SK, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Zandi T. Reliability, validity and factor structure of the GDS-15 in Iranian elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006; 21(6):588-93.
- [31] Levine JM. Elder neglect and abuse. *Geriatrics*. 2003; 58(10):37-43.
- [32] Anme T, McCall M, Tatara T. An exploratory study of abuse among frail elders using services in a small village in Japan. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2006; 17(2):1-20.
- [33] Puchkov P. Elder abuse: Current research in the Russian Federation (2004-2006). *Journal of Adult Protection*. 2006; 8(4):4-12.
- [34] Zandi F, Fadaei F, editors. [Victimization of elderly (Persian)]. *Proceeding of the 2nd congress of Analysis of Geriatrics Issues in Iran*. Tehran: Andisheh Kohan; 2008, pp.571-587.
- [35] 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.
- [36] Dong XO, Simon MA, Gorbien M. Elder abuse and neglect in an urban Chinese population. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2007; 19(3-4):79-96.
- [37] Yan EC, Tang CS. 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.
- [38] Dong X, Simon M, de Leon CM, Fulmer T, Beck T, Hebert L, et al. Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *Journal of the American Medical Association*. 2009; 302(5):517-26.
- [39] Dong X, Simon MA. A descriptive study of sex differences in psychosocial factors and elder mistreatment in a Chinese community population. *International Journal of Gerontology*. 2008; 2(4):206-14.
- [40] Harris T, Cook DG, Victor C, DeWilde S, Beighton C. Onset and persistence of depression in older people-results from a 2-year community follow-up study. *Age and Ageing*. 2006; 35(1):25-32.
- [41] Han J, Richardson VE. The relationship between depression and loneliness among homebound older persons: Does spirituality moderate this relationship? *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*. 2010; 29(3):218-36.
- [42] Dong X, Simon MA, Odwazny R, Gorbien M. Depression and elder abuse and neglect among a community-dwelling Chinese elderly population. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2008; 20(1):25-41.
- [43] Winterstein T, Eisikovits Z. The experience of loneliness of battered old women. *Journal of Women & Aging*. 2005; 17(4):3-19.
- [44] 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.