مقاله تحقیقی

مجله سلامت و سالمندی خزر، دانشکده پرستاری مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر دوره چهارم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۸، صفحه۳۹-۳۰

ارتباط بین سالمند آزاری توسط خانواده با ویژگی‌های جمعیت شناختی سالمندان بستری در مراکز آموزشی درمانی

آذر درویش پور (PhD) [۱و۲]، محمد اسماعیل‌پور بندبنی(PhD) [۱*]، زهره سلمایان (MSc) [۱]، سید علیرضا عظیمی(MSc) [۱]

۱-گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲-مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

دریافت: ۹۸/۴/۴، اصلاح: ۹۸/۵/۱۸، پذیرش: ۹۸/۵/۲۶

خلاصه

سابقه و هدف: سوء رفتار با سالمندان باعث عوارضی ازجمله صدمه یا درد بدنی، تجاوز به حقوق انسانی و کاهش کیفیت زندگی در فرد سالمند می‌شود. علی‌رغم اهمیت موضوع، هنوز اطلاعات کافی در بررسی عوامل خطر برای سوء رفتار با سالمندان، وجود ندارد. این مطالعه باهدف تعیین ارتباط بین سالمند آزاری توسط خانواده با ویژگی‌های جمعیت شناختی سالمندان بستری در بیمارستان‌های آموزشی‌درمانی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی با مشارکت ۱۳۲ سالمند بستری برخوردار از معیارهای ورود به مطالعه انجام شد. نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده، پرسشنامه «سوء رفتار نسبت به سالمندان در خانواده» بود. جهت تجزیه‌وتحلیل اطلاعات از نرم‌افزار spss نسخه ۱۶ و آمار توصیفی و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده گردید.

یافته‌ها: در بین ابعاد سالمند آزاری، بعد غفلت مراقبتی، با میانگین ۱۳/۰۶ (±۱/۸۷)، بیشترین و بعد غفلت عاطفی با میانگین ۳/۴۸ (±۰/۶۴)، کمترین سهم را در سالمند آزاری توسط خانواده به خود اختصاص دادند. همچنین یافته‌ها بیانگر آن بود که بین ابعاد غفلت مراقبتی، سوء رفتار روان‌شناختی، سوء رفتار جسمی، سو ء رفتار مالی، سلب اختیار، غفلت مالی و غفلت عاطفی با برخی از مشخصات جمعیت شناختی سالمندان همبستگی معنی‌دار وجود دارد (P>۰/۰۵). بین بعد طردشدگی با هیچ‌یک از مشخصات جمعیت شناختی سالمندان همبستگی معنی‌دار وجود نداشت (P >۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها بیانگر آن است که بین ابعاد مختلف سالمند آزاری با مشخصات جمعیت شناختی سالمندان ارتباط وجود دارد و این گروه در معرض انواع سوء رفتار قرار دارند. پیشنهاد می‌شود تدابیر لازم جهت پیشگیری و رفع سالمند آزاری توسط مسئولین ذی‌ربط اتخاذ گردد.

واژه‌های کلیدی: سالمند، سالمند آزاری، خانواده، ویژگی‌های جمعیت شناختی.

مقدمه

در حال حاضر ۶۵۰ میلیون نفر سالمند در جهان زندگی می‌کنند که بالای ۶۰ سال سن دارند. پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۵۰ میلادی به ۲ میلیارد نفر یعنی یک‌سوم جمعیت جهان برسد (۱). ایران نیز همانند سایر کشورهای درحال‌توسعه، از روند رشد سالمندان به دور نمانده است؛ بطوریکه شمار سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در آخرین سرشماری ۱۳۹۵ حدود ۹/۳ درصد جمعیت کشور گزارش‌شده است (۲ و ۳). ازجمله پیامدهای افزایش تعداد سالمندان در خانواده، می‌توان به تأثیرات منفی بر وضعیت جسمانی و ذهنی، فشارهای اقتصادی، اختلالات روانی و تنش‌های عاطفی، عدم تحمل بار مسئولیت، خستگی فردی و انزوای اجتماعی افراد خانواده اشاره کرد. به دنبال این تغییرات، بروز رفتارهای ضداجتماعی و خشونت نیز افزایش‌یافته است (۴). از سوی دیگر با افزایش درصد سالمندان کشور نیاز به مراقبت از سالمندان بیشتر احساس می‌شود و بخش عمده‌ای از این مهم بر عهده خانواده‌ها است. خانواده ایرانی در نوع خود از بهترین خانواده‌ها برای پذیرش سالمندان است (۵)، لکن امروزه ساختارهای خانوادگی در معرض تغییرات عمده قرارگرفته‌اند (۶). شرایط خاص اجتماعی نظیر شهرنشینی، تجددگرایی، تغییر در ارزش‌های سنتی، تضاد نظام ارزشی نسل جدید و قدیم، عدم آمادگی برای پذیرش مراقبت از سالمند، فرسایش بین نسل‌های یک خانواده و کمبودهای مالی سبب می‌گردد که خانواده قادر به ایفای مناسب نقش و وظایف خود در قبال سالمندان نباشد. در چنین شرایطی ممکن است سالمند در معرض سوء رفتار توسط اعضای خانواده و پیامدهای ناشی از آن قرار گیرد (۵). سوء رفتار با سالمندان درواقع انجام یا عدم انجام رفتاری خاص به‌صورت عمدی یا غیرعمدی می‌باشد که باعث عوارضی ازجمله صدمه یا درد بدنی، تجاوز به حقوق انسانی و کاهش کیفیت زندگی در فرد سالمند شود (۷). آنچه مهم است این است که صدمات جسمی تنها وجه سالمند آزاری نیست بلکه بی‌توجهی به احتیاجات عاطفی سالمندان و محروم کردن آنان از تماس با افراد موردعلاقه خود، بی‌توجهی به نیازهای تغذیه‌ای و بهداشتی سالمندان، دست‌درازی به اندوخته‌های آنان، ناسزاگویی و تهدید آنان و فرستادن آنان به خانه سالمندان بدون توافق آن‌ها از وجوه دیگر سالمند آزاری است (۸). داده‌های مختلفی که از بخش‌های مختلف جهان به‌دست‌آمده است، نشان می‌دهد که بیشترین نوع سالمند آزاری، سوءاستفاده‌ی روانی و کمترین نوع آن، سوءاستفاده‌ی جنسی است (۹). سوء رفتار نسبت به سالمندان توسط اعضای خانواده یکی از اشکال خشونت خانوادگی است که به‌عنوان یک مشکل بهداشت عمومی و اجتماعی در سراسر جهان شناخته‌شده

* نویسنده مسئول: دکتر محمد اسماعیل پور بندبنی

آدرس:گیلان، لنگرود، لیلا کوه، خیابان شهید یعقوبی، دانشکده پرستاری و مامایی و پیراپزشکی تلفن: ۰۹۸-۱۳۴۲۵۶۵۰۸۵+

E-mail:esmailmmm@yahoo.com

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.30]

است (۱۰). درحالی‌که بسیاری از صاحب‌نظران، نگرانی عمیقی نسبت بـه افـزایش خشونت در خیابان‌ها و اماکن عمومی دارند، احتمال مورد خشونت قرار گرفتن یک فرد در خانواده به‌مراتب بیشتر از بیرون خانواده است (۱۱). شـیوع سـالمندآزاری در مطالعات مختلف با توجه به تعـاریف آن‌هـا از آزار، روش‌هـای پـژوهش و منـاطق مختلف، متفاوت است. اکثر تحقیقات انجام‌شده در کشورهای غربی، میـزان شـیوع کلی سالمندآزاری را از ۲/۲٪ تا ۴/۱۸٪ گـزارش کرده‌انـد (۱۲). سـازمان جهـانی بهداشت (۲۰۱۸) میزان سوء رفتار در جمعیت سالمند ساکن کشورهای با درآمد کم و متوسط را ۷/۱۵٪ تخمین می‌زند (۱۳). و ایـن در حـالی اسـت کـه بسـیاری از موارد سالمند آزاری شناسایی نمی‌شود و فقط یک مورد از هر ۱۰ مورد سـوء رفتـار گزارش می‌شود (۱۴). میزان سوء رفتار در منـزل بـرای جمعیـت سـالمند توسـط Newton (۲۰۰۵) ۶۷ درصد و Sookhoo و Buka (۲۰۰۶)، ۳/۷۳ درصـد از کل موارد سوء رفتار نسبت بـه سـالمندان گزارش‌شـده اسـت (۱۶-۱۵). نتـایج مطالعه منوچهری و همکاران (۱۳۸۷) در رابطه با میزان و انواع سوء رفتار خـانگی با سالمندان نشان داد که ۸/۸۷ درصد از نمونه‌های پژوهش تجربه حداقل یک نوع از سوء رفتار و ۹/۲۴ درصد از نمونه‌ها تجربه هم‌زمان هر چهار نـوع سـوء رفتـار را داشتند (۷). در مطالعه حسین‌خانی و همکاران (۲۰۱۷) ، نیز شیوع سـالمندآزاری در خانواده ۵/۳۸٪ گزارش شد (۱۷).

مطالعه تحقیقات انجام‌شده نشان می‌دهـد کـه عوامـل اجتمـاعی و جمعیـت شناختی در بروز سالمند آزاری نقش دارند (۸). در همین راستا مطالعات متعددی به بررسی شیوع و ابعـاد سـالمند آزاری در کشـور پرداخته‌انـد (۲۳-۱۸،۸،۵،۷،۴) ولـی هنوز اطلاعات کافی در بررسی عوامل خطر برای سوء رفتـار بـا سـالمندان، وجـود ندارد و این در حالی است کـه بـر اسـاس تئـوری اکولوژیـک بـرای درک عوامـل خطرساز سوء رفتار و بی‌توجهی به سالمندان در هر منطقه، تحقیقات بومی شناختی مفید است و فهم وسیع‌تری از عوامل خطر بـرای سـوء رفتـار بـا سـالمندان ارائـه می‌دهد. علاوه بر این، در رابطه با عوامـل خطـر بـرای سـوء رفتـار بـا سـالمندان اتفاق‌نظر در میان پژوهشگران وجود ندارد (۶). بر همین اساس با عنایت به اهمیت موضوع و از آنجائی که چنین مطالعه‌ای در اسـتان گـیلان بـه‌عنوان سـالمندترین استان کشور انجام‌نشده است، پژوهشگران بـر آن شـدند تـا ضـمن بررسـی ابعـاد مختلف سالمند آزاری خانواده به واکاوی ارتباط ابعاد سـالمند آزاری بـا مشخصـات جمعیت شناختی در سالمندان بستری در بیمارستان‌های آموزشی-درمانی دانشـگاه علوم پزشکی استان گیلان بپردازند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه مقطعی از نوع همبسـتگی بـود. جامعـه پـژوهش شامل کلیه سالمندان بستری در مراکز آموزشی – درمانی دانشـگاه علـوم پزشـکی گیلان برخوردار از معیارهای ورود به مطالعه بودند. معیارهای ورود شامل سـن ۶۰ سال و بالاتر، بیماران بستری‌شده در ۲۴ ساعت اول، عدم ابتلا به بیمـاری روانـی، دمانس، آلزایمر و هرگونه اختلال حواس (بر اسـاس تاریخچـه بیمـاری)، رضـایت بیمار و عدم حضور خانواده‌ی سالمند در کنار وی در زمان نمونه‌گیری و معیارهـای خروج از مطالعه شامل عدم تکمیل پرسشنامه و عدم تمایل به ادامـه همکـاری در پژوهش بود. محیط پژوهش شامل کلیه مراکز آموزشی – درمـانی دانشـگاه علـوم پزشکی استان گیلان (حشمت، امیرالمؤمنین، ولایت، پورسینا و رازی) شـهر رشـت بود. در این بیمارستان‌ها، بخش‌های اورژانس، ارتوپدی، CCU، داخلی و جراحـی برای نمونه‌گیری مدنظر قرار گرفتند.

ابزار پژوهش، شامل مشخصات جمعیت شـناختی و پرسشـنامه «سـوء رفتـار نسبت به سالمندان در خانواده» بود. در بخش مشخصات جمعیت شناختی مواردی مانند (سن، جنس، شغل، وضعیت تأهـل، میـزان تحصـیلات، وضـعیت اقتصـادی، تعداد فرزندان و ...) موردبررسـی قـرار گرفـت. پرسشـنامه «سـوءرفتار نسـبت بـه سالمندان در خانواده» مشتمل بر هشت زیر مقیاس شامل: (غفلت مراقبتی (بـا ۱۱ آیتم)، سوء رفتار روان‌شناختی (با ۸ آیتم)، سوء رفتار جسمی (با ۴ آیتم)، سوء رفتـار مالی (با ۶ آیتم)، سلب اختیار (با ۱۰ آیتم)، طردشدگی (با ۴ آیتم)، غفلت مالی (با ۴ آیتم) و غفلت عاطفی (با ۲ آیتم) است. ابزار مذکور دارای گزینـه‌های بلـی، خیـر و موردی ندارد است. امتیاز اخذشده در این پرسشنامه (۴۹ -۰) می‌باشد که امتیاز ۴۹ بالاترین امتیاز نشانگر حداکثر سوءرفتار نسبت به سالمند و امتیاز صفر نشانگر عدم وجود سوءرفتار و عبارت موردی ندارد حالتی است که بازنـدگی سـالمند همخـوانی ندارد. روان‌سنجی این پرسشنامه توسط هروی و همکـاران در سـال ۱۳۸۹ انجـام شد و ضریب آلفای کرونباخ ۹۷/۵٪-۰/۹۰ و شاخص CVI، ۹۲٪ بـه دسـت آمـد که به ترتیب نشان‌دهنده پایایی و روایی مناسب به‌منظور بررسی سـالمند آزاری در خانواده سالمندان ایرانی می‌باشد (۲۳).

جمع‌آوری اطلاعـات توسـط محقـق به‌صـورت مراجعـه حضـوری بـر بـالین سالمندان بستری و با پرسش از آن‌ها انجام شد. حجـم نمونـه بـا در نظـر گـرفتن مقدار r= ۰/۲۵ در مطالعه پایلوت و توان آزمون ۸۰٪، ۱۲۴ نفر محاسبه گردید کـه جهت افزایش دقت و با احتساب ریزش نمونه‌ها، مجموعاً ۱۳۲ نفر به‌عنوان نمونـه انتخاب شدند.

نمونـه‌گیری بـه روش طبقـه‌ای (Stratified Sampling) انجـام شـد. نمونه‌ها به‌گونه‌ای انتخاب شدند که زیرگروه‌ها در حد امکان با همان نسبتی که در جامعه وجود دارند در نمونـه‌گیری حضـور یابنـد؛ بـه‌عبارت‌دیگر بـه نسـبت تعـداد بیماران سالمند در هر بیمارستان، نمونه موردنظر هر بیمارستان محاسـبه گردیـد و سپس در هر طبقه (بیمارستان)، تعـداد نمونـه مـوردنظر از میـان لیسـت بیمـاران، به‌صورت تصادفی انتخاب شدند.

به‌منظور تحلیـل داده‌هـا از نرم‌افـزار SPSS نسـخه ۱۶ و آمـار توصـیفی و ضریب همبستگی اسپیرمن با درنظر گرفتن سطح معنی‌داری (P<۰/۰۵)، اسـتفاده گردید.جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، بعد از اخذ مجوز جهت تحقیق و کد اخلاق مربوطه IR.GUMS.REC.1395.35، پژوهشگر به مراکز آموزشی درمـانی مراجعه نموده و به سالمندان توضیح کاملی راجع به تحقیق، علـت و شـیوه انجـام مطالعه آن یادآور شد و از آنان رضایت‌نامه کتبی گرفتـه شـد. همچنـین بـه آن‌هـا یادآور شد اطلاعات کسب‌شده از آن‌ها کـاملا به‌صـورت محرمانـه خواهـد مانـد و هرزمانی که مایل باشند می‌توانند از مطالعه خارج شده و به همکاری خود با محقق خاتمه دهند و خارج شدن آنها از کار تحقیقاتی، هـیچ تبعـاتی برایشـان بـه همـراه نخواهد داشت.

یافته‌ها

یافته ها در ارتباط با مشخصات جمعیت شناختی نشان داد که اکثر سالمندان (۵۶/۸ ٪) مرد و در گروه سنی ۹۰-۷۵ سال (۶۰/۶٪) قرار داشتند. از نظر وضعیت تأهل، اکثریت (۶۸/۹ ٪) متأهل و از نظر میزان سواد، اکثریت (۷۵/۸ ٪) بی سواد

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.30]

بودند. مشخصات جمعیت شناختی به تفصیل در جدول ۱ به نمایش درآمده است. همچنین یافته ها بیانگر آن بود که در بین ابعاد سالمند آزاری، بعد غفلت مراقبتی، با میانگین ۱۳/۰۶ (۱±/۸۷)، بیشترین میزان و بعد غفلت عاطفی، با میانگین ۳/۴۸ (±۰/۶۴)، کمترین سهم را در سالمند آزاری سالمندان بستری در بیمارستانهای آموزشی–درمانی دانشگاه علوم پزشکی استان گیلان به خود اختصاص دادند. (جدول ۲). یافته ها در رابطه با همبستگی ابعاد سالمند آزاری خانواده با مشخصات جمعیت شناختی سالمندان نشان داد که بین غفلت مراقبتی با سن، تأهل، وضعیت اقتصادی، درآمد، محل سکونت همبستگی مثبت و معنی دار و با سطح تحصیلات و وضعیت سکونت با اعضا خانواده همبستگی منفی و معنی دار وجود دارد. همچنین نتایج بیانگر آن است که بین سوء رفتار روانشناختی با تعداد فرزندان و وضعیت اقتصادی همبستگی مثبت و معنی دار و با تحصیلات همبستگی منفی و معنی دار؛ بین سوء رفتار جسمی با تعداد فرزندان، جنسیت، سن، تأهل، وضعیت اقتصادی همبستگی مثبت و معنی دار و با تحصیلات، شغل و در آمد همبستگی منفی و معنی دار؛ بین سو ء رفتار مالی با محل سکونت، سن، تأهل، شغل، وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان همبستگی مثبت و معنی دار و با جنسیت همبستگی منفی و معنی دار؛ بین سلب اختیار با تعداد فرزندان همبستگی مثبت و معنی دار؛ بین غفلت مالی با شغل همبستگی مثبت و معنی دار و با جنسیت همبستگی منفی و معنی دار؛ بین غفلت عاطفی با تأهل، وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان همبستگی مثبت و معنی دار و با تحصیلات، همبستگی منفی و معنی دار وجود دارد ($P<۰/۰۵$). بین بعد طرد شدگی با هیچ یک از مشخصات جمعیت شناختی سالمندان همبستگی معنادار وجود نداشت ($P>۰/۰۵$). (جدول ۳)

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد فراوانی نمونه ها به تفکیک مشخصات جمعیت شناختی

شاخص آماری متغیرها		فراوانی (درصد)	شاخص آماری متغیرها		فراوانی(درصد)
جنسیت	مرد	۷۵ (۵۶/۸)	داشتن نوه	بله	۱۳۱ (۹۹/۲)
	زن	۵۷ (۴۳/۲)		خیر	۱ (۰/۸)
	جمع	۱۳۲ (۱۰۰)		جمع	۱۳۲ (۱۰۰)
سن	۶۰ تا ۷۴ سال (سالمند جوان)	۵۰ (۳۷/۹)	وضعیت اقتصادی	خوب	۲ (۱/۵)
	۷۵ تا ۹۰ سال (سالمند)	۸۰ (۶۰/۶)		متوسط	۴۱ (۳۱/۳)
	۹۰سال به بالا (کهنسال)	۲ (۱/۵)		ضعیف	۸۹ (۶۷/۴)
	جمع	۱۳۲ (۱۰۰)		جمع	۱۳۲ (۱۰۰)
وضعیت تأهل	مجرد	۱ (۰/۸)	محل زندگی	شهر	۳۰ (۲۲/۷)
	متأهل	۹۱ (۶۸/۹)		روستا	۷۵ (۵۶/۸)
	همسر فوت شده	۴۰ (۳۰/۳)		حاشیه شهر	۲۵ (۲۰/۵)
	جمع	۱۳۲ (۱۰۰)		جمع	۱۳۲ (۱۰۰)
تحصیلات	بی سواد	۱۰۰(۷۵/۸)	تعداد فرزند	بدون فرزند	۱ (۰/۸)
	ابتدایی	۲۸ (۲۱/۲)		۱ تا ۴ فرزند	۲۲ (۱۶/۷)
	دبیرستان	۴ (۳)		۵ تا ۶ فرزند	۶۱ (۴۶/۲)
	تحصیلات عالیه	۰ (۰)		۷ فرزند و بیشتر	۴۸ (۳۶/۴)
	جمع	۱۳۲ (۱۰۰)		جمع	۱۳۲ (۱۰۰)
نحوه زندگی	تنها	۲۲ (۱۶/۷)	شغل	کارگر	۸ (۶/۱)
	با همسر	۹۰ (۶۸/۲)		آزاد	۱۷ (۱۲/۹)
	با فرزند	۱۹ (۱۴/۴)		کشاورز	۱۳ (۹/۸)
	با فرزند و نوه	۱ (۰/۸)		دامدار	۱۵ (۱۱/۴)
	جمع	۱۳۲ (۱۰۰)		بازنشسته	۲۵ (۱۸/۹)
محل زندگی	شهر	۳۰ (۲۲/۷)			
	روستا	۷۵ (۵۶/۸)		بیکار/خانه دار	۵۴ (۴۰/۹)
	حاشیه شهر	۲۵ (۲۰/۵)			
	جمع	۱۳۲ (۱۰۰)		جمع	۱۳۲ (۱۰۰)

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.30]

جدول ۲. میزان ابعاد سالمندآزاری توسط خانواده درسالمندان بستری در بیمارستان های آموزشی– درمانی دانشگاه علوم پزشکی گیلان (N =۱۳۲)

ابعاد سالمند آزاری	میانگین	انحراف معیار	ماکزیمم	مینیمم
غفلت مراقبتی	۱۳ /۰۶	۱ /۸۷	۲۲	۱۱
سوء رفتار روانشناختی	۹ /۱۹	۰ /۷۶	۱۲	۸
سوء رفتار جسمی	۵ /۴۲	۰ /۹۵	۸	۴
سو ء رفتار مالی	۷ /۲۰	۰ /۹۱	۱۰	۶
سلب اختیار	۱۲ /۸۴	۱ /۰۹	۱۶	۱۱
طرد شدگی	۴ /۰۱	۰ /۱۲	۵	۴
غفلت مالی	۴ /۳۵	۰ /۶۵	۸	۴
غفلت عاطفی	۳ /۴۸	۰ /۶۴	۴	۲
سالمند آزاری کلی	۵۹/۵۹	۳/۶۵	۷۴	۵۲

جدول ۳. همبستگی ابعاد سالمند آزاری توسط خانواده با مشخصات جمعیت شناختی سالمندان بستری

ابعاد سالمند ازاری	همبستگی و سطح معنی داری	جنسیت	سن	تأهل	تحصیلات	شغل	وضعیت اقتصادی	درآمد	تعداد فرزندان	داشتن نوه	تعداد نوه	محل سکونت	سکونت با اعضا دیگر
غفلت مراقبتی	R	-۰/۰۱	۰/۲۹	۰/۲۳	-۰/۳۳	-۰/۰۲	۰/۳۰	-۰/۲۵	۰/۱۰	-۰/۱۲	۰/۰۹	۰/۱۹	-۰/۱۶
	p	۰/۸۸۵	۰/۰۰۱***	۰/۰۰۷**	۰/۰۰۰***	۰/۸۰	۰/۰۰۰***	۰/۰۰۳**	۰/۲۱	۰/۱۶	۰/۲۶	۰/۰۲*	۰/۰۵*
سوء رفتار روانشناختی	R	-۰/۱۰	۰/۲۵	۰/۱۳	-۰/۱۸	۰/۱۳	۰/۱۷	-۰/۱۲	۰/۳۰	-۰/۰۲	۰/۰۸	۰/۰۱	۰/۰۸
	p	۰/۲۴	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۰۳*	۰/۱۳	۰/۰۴*	۰/۱۵	۰/۰۰۰***	۰/۸۰	۰/۳۵	۰/۸۳	۰/۳۵
سوء رفتار جسمی	R	۰/۲۵	۰/۳۷	۰/۲۷	-۰/۲۱	-۰/۲۳	۰/۲۲	-۰/۱۸	۰/۱۴	-۰/۰۴	۰/۰۶	۰/۱۱	-۰/۰۷
	p	۰/۰۰۴**	۰/۰۰۰***	۰/۰۰۱***	۰/۰۱*	۰/۰۰۶**	۰/۰۰۹**	۰/۰۳*	۰/۰۸	۰/۶۱	۰/۴۷	۰/۲۰	۴۰۰
سو ء رفتار مالی	R	-۰/۲۱	۰/۲۴	۰/۳۰	-۰/۱۴	۰/۲۲	۰/۱۸	-۰/۱۲	۰/۲۱	۰/۰۹	۰/۱۲	-۰/۱۶	۰/۱۵
	p	۰/۱۳*	۰/۰۰۴**	۰/۰۰۰***	۰/۰۸	۰/۰۰۹**	۰/۰۳	۰/۱۶	۰/۰۱*	۰/۲۶	۰/۱۴	۰/۰۶	۰/۰۷
سلب اختیار	R	-۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۱۵	-۰/۱۶	-۰/۰۳	۰/۱۴	۰/۰۱	۰/۲۵	-۰/۱۴	۰/۱۴	۰/۱۴	-۰/۰۲
	p	۰/۵۳	۰/۵۷	۰/۰۷	۰/۰۶	۰/۶۸	۰/۰۹	۰/۸۵	۰/۰۰۳**	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۰۹	۰/۷۵
طرد شدگی	R	-۰/۰۱	-۰/۰۱	۰/۰۵	-۰/۰۷	۰/۰۳	-۰/۰۴	۰/۱۳	۰/۰۶	-۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۰۹	۰/۱۱
	p	۰/۸۴	۰/۸۶	۰/۵۴	۰/۴۲	۰/۷۲	۰/۶۱	۰/۱۱	۰/۴۷	۰/۹۰	۰/۰۷	۰/۲۶	۰/۲۰
غفلت مالی	R	-۰/۲۷	-۰/۰۰۴	۰/۱۴	-۰/۰۷	۰/۲۶	۰/۱۶	-۰/۰۵	۰/۱۱	-۰/۰۵	۰/۰۵	-۰/۰۲	-۰/۰۲
	p	۰/۰۰۱***	۰/۹۶	۰/۰۹	۰/۴۲	۰/۰۰۳**	۰/۰۶	۰/۴۹	۰/۲۱	۰/۵۳	۰/۵۶	۰/۷۶	۰/۷۹
غفلت عاطفی	R	-۰/۰۵	۰/۰۹	۰/۱۹	-۰/۲۵	۰/۰۱	۰/۲۱	-۰/۱۳	۰/۲۱	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۱۰	-۰/۰۷
	P	۰/۵۳	۰/۲۶	۰/۰۲*	۰/۰۰۳**	۰/۸۹	۰/۰۱*	۰/۱۲	۰/۰۱*	۰/۳۹	۰/۳۹	۰/۲۲	۰/۴۱

*سطح معنی داری P≤ 0/05، **سطح معنی داری P≤ 0/01، ***سطح معنی داری P≤ 0/001

بحث و نتیجه‌گیری

یافته ها در ارتباط با ابعاد سالمند آزاری خانواده در سالمندان بستری در بیمارستانهای آموزشی – درمانی دانشگاه علوم پزشکی گیلان بیانگر آن بود که در بین ابعاد سالمند آزاری، بعد غفلت مراقبتی با بیشترین میانگین، بیشترین سهم را در سالمند آزاری سالمندان داشته اند. این یافته با نتایج مطالعه قدوسی و همکاران (۱۳۹۳)، کریمی و همکار (۱۳۸۷)، Salgado و همکاران (۲۰۱۵)، Daska-Lopoulos و همکاران (۲۰۰۷)،Dang و همکاران (۲۰۰۶) و Mowery و همکاران (۲۰۱۶) (۲۷–۱۹و۲۴و۴) که بیشترین نوع سوء رفتار نسبت به سالمندان

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.30]

از نوع غفلت مراقبتی گزارش نمودند، همخوانی دارد ولی با نتایج منوچهری و همکاران (۱۳۸۷) (۷)، محبی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۸)، هروی کریموی و همکاران (۱۳۹۱) (۱۴)، Keller و همکاران (۲۰۱۱) (۲۸)، Koo و همکاران (۲۰۱۷) (۲۹) که بیشترین نوع سوء رفتار نسبت به سالمندان را غفلت عاطفی گزارش نمودند؛ و مطالعه Ko و همکاران (۲۰۱۲) که بیشترین عامل سوء رفتار (سالمند آزاری) را سوء رفتار طرد شدگی (۳۰) گزارش کردند، هم خوانی ندارد. به نظر می رسد علت این عدم همخوانی می تواند ناشی از تفاوت های فرهنگی، تفاوت ابزار و جامعه نمونه گیری باشد.

یافته ها در ارتباط با ابعاد سالمند آزاری خانواده در سالمندان بیانگر آن بود که در بین ابعاد سالمند آزاری، بعد غفلت عاطفی با کمترین میانگین، کمترین سهم را در سالمند آزاری سالمندان داشته اند. این یافته با نتایج مطالعه Keller و همکاران (۲۰۱۱) که کمترین نوع سالمند آزاری را مربوط به سوء رفتار جسمی عنوان نموده اند (۲۸) و نیز با نتایج مطالعه محبی و همکاران (۱۳۹۵) که کمترین نوع سوء رفتار نسبت به سالمندان از نوع غفلت مراقبتی گزارش نمودند (۱۸) و با نتایج مطالعه هروی کریموی و همکاران (۱۳۹۱) که کمترین نوع سوء رفتار نسبت به سالمندان را طردشدگی و سوءرفتار جسمی اعلام نمودند (۱۴)، هم خوانی ندارد. در توجیه کم بودن سهم بعد عاطفی در بین ابعاد سالمند آزاری در مطالعه حاضر، شاید بتوان به وجود پیوندهای شدید عاطفی و دلبستگی های افراد به یکدیگر بویژه وابستگی های شدید عاطفی بین والدین و فرزندان در استان گیلان نسبت داد. یافته ها در خصوص ارتباط ابعاد سالمندآزاری خانواده با مشخصات جمعیت شناختی در سالمندان بستری در بیمارستان نشان داد که بین سوء رفتار جسمی، سوء رفتار مالی و غفلت مراقبتی با سن ارتباط معنی دار وجود دارد؛ به عبارت دیگر هر چه سن سالمندان بیشتر باشد، سوء رفتار (آزار) اعمال شده نسبت به آنها از سوی افراد خانواده بیشتر است. نتایج هروی کریموی و همکاران (۱۳۹۱)(۱۴) و قدوسی و همکاران (۱۳۹۳) (۴)، نیز نشانگر تفاوت معنی دار سوء رفتار بین گروه های سنی مختلف بود که با نتایج مطالعه حاضر همراستا است. نتایج مطالعه Achappa و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که سالمندآزاری در میان سالمندان بالای ۸۰ سال و بالاتر مشاهده می شود (۳۱). با افزایش سن، عملکرد فیزیکی، روانشناختی و شناختی آنها کاهش می یابد و مجموع این عوامل ممکن است افراد سالخورده را در معرض آزار و اذیت دیگران قرار دهد (۶).

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که بین سوء رفتار جسمی، سو ء رفتار مالی وغفلت مالی با جنسیت سالمندان ارتباط معنی دار وجود دارد. نتایج مطالعه قدوسی و همکاران (۱۳۹۳) (۴) و محبی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۸) نیز نشانگر تفاوت معنی دار سوء رفتار بین زنان و مردان بود که با یافته های پژوهش حاضر هم خوانی دارد. همچنین یافته های مطالعه حاضر بیانگر آن بود که بین سوء رفتار جسمی، سوء رفتار مالی، غفلت مراقبتی و غفلت عاطفی با وضعیت تأهل ارتباط معنی دار وجود دارد؛ به عبارت دیگر متاهل بودن سالمندان سبب می گردد که سالمندان آزار کمتری از خانواده خود دریافت نمایند. در مورد وضعیت تأهل به عنوان یک عامل خطر سوء رفتار با سالمندان یافته های متناقض وجود دارد. در مطالعه Wu و همکاران (۲۰۱۲) وضعیت تأهل به عنوان عوامل افزایش دهنده خطر سوءرفتار در سالمندان مطرح شد (۳۳). نتایج مطالعه کریمی و همکاران (۱۳۸۷) نیز نشان داد سالمندانی که همسرشان فوت کرده بودند، بیشتر مورد آزار دیگران قرار می گرفتند (۱۹) که با یافته های مطالعه حاضر همخوانی دارد ولی Ananias و همکار (۲۰۱۴) اظهار می کنند خطر سوء رفتار با زنان سالمند متأهل بیشتر از زنان بیوه و مطلقه است (۶).

در رابطه با تحصیلات و سالمند آزاری، یافته های مطالعه حاضر نشان داد که بین سوء رفتار جسمی، سوء رفتار روانشناختی، غفلت مراقبتی و غفلت عاطفی با تحصیلات ارتباط معنی دار وجود دارد. نتایج مطالعه حقیقتیان و همکاران نشان داد که بین میزان تحصیلات سالمندان و میزان آزار دیدن آنان رابطه معنی داری وجود دارد (۸). در مطالعه کریمی و همکاران (۱۳۸۷)، سالمندانی که از تحصیلات پایین تر برخوردار بودند، بیشتر مورد آزار قرار می گرفتند (۱۹). در مطالعه Yan و همکاران (۲۰۰۴) میزان تحصیلات به عنوان عوامل افزایش دهنده خطر سوءرفتار در سالمندان مطرح شد (۳۴). در توجیه این یافته می توان به نقش مؤثر تحصیلات تأکید نمود. تحصیلات نقطه ای مثبت در برخورداری از یک زندگی سالم در دوران سالمندی است و باعث رضایت از زندگی می گردد (۱۸).

از یافته های دیگر مطالعه حاضر آن بود که بین سوء رفتار جسمی، سوء رفتار روانشناختی، سوء رفتار مالی، غفلت مراقبتی و غفلت عاطفی با وضعیت اقتصادی ارتباط معنی دار وجود دارد؛ به عبارت دیگر هر چه وضعیت اقتصادی سالمندان مطلوب تر باشد میزان سالمند آزاری در آنها کم تر است. همچنین یافته ها بیانگر آن بود که بین سوء رفتار جسمی، سو ء رفتار مالی، سلب اختیار و غفلت مالی با شغل و بین سوء رفتار جسمی و غفلت مراقبتی با درآمد که به نوعی بیانگر وضعیت اقتصادی افراد است، ارتباط معنی دار وجود دارد. یافته های پژوهش حاضر با نتایج مطالعه هروی کریموی و همکاران (۱۳۹۱) (۱۴) هم خوانی دارد. نتایج مطالعه حقیقتیان و همکاران نیز نشان داد که بین پایگاه اجتماعی – اقتصادی خانواده و میزان آزار دیدن سالمندان رابطه معنی داری وجود دارد (۸). بروز مشکلات و معضلات اقتصادی و رشد نرخ تورم در سال های اخیر نه تنها قدرت حمایت های مالی را از فرزندان سلب نموده بلکه در صورت وجود فشارهای اقتصادی بسیار شدید بر روی فرزندان ممکن است موجب بروز سوءرفتارهای مالی از سوی آنان شود (۱۴). بطور کلی ارائه مراقبت در طول یک دوره طولانی بدون تأمین منابع مالی کافی می تواند ارتباطات بین افراد را تحت تأثیر خود قرار داده و موجب کشمکش و منازعات خانوادگی گردد که نهایتا منجر به آزار و اذیت سالمندان شود. حتی برخی از مراقبان ممکن است برای مراقبت از خویشاوندان سالخورده خود مجبور به استعفا از کار خود شوند. این مراقبین پس از استعفا ممکن است پشیمان شده و احساس ناراحتی کنند؛ زیرا منبع درآمد خود را از دست داده اند و دچار مشکلات اقتصادی می شوند (۶). Ananias اظهار می نماید که بطور کلی سالمندان با هرنوع وضعیت اقتصادی تحت سوء رفتار قرار می گیرند. سالمندانی که از لحاظ مالی وضعیت خوبی دارند، تحت سوء رفتار مالی قرار می گیرند و افراد سالخورده با منابع مالی ضعیف، در معرض خطر غفلت قرار دارند (۶). یافته های مطالعه حاضر نشان داد که بین سوء رفتار روانشناختی، سوء رفتار مالی، سلب اختیار و غفلت عاطفی با تعداد فرزندان ارتباط معنی دار وجود دارد. همچنین یافته ها بیانگر آن بود که بین سوء رفتار طردشدگی و سلب اختیار با تعداد نوه ارتباط معنی دار وجود دارد. نیز بین غفلت مراقبتی با اینکه سالمند با چه کسی زندگی می کند (هم خانگی)، ارتباط معنی دار وجود دارد. نتایج مطالعه حقیقتیان و همکاران نشان داد که بین سالمند آزاری و اینکه سالمند با چه کسی زندگی می کند رابطه معنی داری وجود دارد (۸). در مطالعه هروی کریموی و همکاران (۱۳۹۱) نیز بین میزان سوءرفتار و تعداد فرزندان ارتباط معنی دار گزارش شد (۱۴)

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.30]

که با یافته های پژوهش حاضر هم خوانی دارد. در مطالعه نوابی نـژاد و همکـاران بین حضور فرزندان (وجود و تعداد فرزندان) و سلامت روان سالمندان ارتباط معنـی دار وجود داشت؛ به عبارت دیگر هر چه تعداد فرزندان سالمندان بیشتر باشد عمـل مراقبت از آنان بنحو مطلوب تری انجام شده، در نتیجه میزان سالمند آزاری نسبت به سالمندان کمتر می باشد (۳۵).

نتیجه مشابهی در مطالعه Park و همکاران نیز گزارش شد. به نظر می رسد وجود فرزندان در کنار سالمندان بر سلامت روان آنان تـأثیر بسـزایی داشـته باشـد (۳۶). درصورتی که سالمندان با دیگران (فرزندان و دیگر مراقبـان) زنـدگی کننـد، پیوندهای قوی میان اعضای خانواده و دیگـران بـه عنـوان حـامی سـبب کـاهش افسردگی و کاهش تنش و افـزایش عملکـرد در آنهـا مـی گـردد (۱۸). علـی‌رغم مطالب مطرح‌شده، برخی مطالعات نتایج متناقضـی را مطـرح می‌کننـد. در مطالعـه کریمی و همکاران (۱۳۸۷) وضعیت زنـدگی سـالمند بـا خـانواده بـه‌عنوان عوامـل افزایش‌دهنده خطر سوء رفتار در سالمندان محسوب می‌شـوند (۱۹). Ananias و همکار (۲۰۱۴) بیان می‌کنند سالمندانی کـه باکسـی زنـدگی می‌کننـد، در معـرض خطر سوءاستفاده بیشتری نسبت به سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند می‌باشند. به عقیده آن‌ها افراد سالمند به‌طورکلی مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرنـد، صـرف‌نظر از اینکه آن‌ها بـا همسـر، یـک عضـو خـانواده یـا بـه تنهـایی زنـدگی می‌کننـد (۶). به‌طورکلی فراوانـی بـالای غفلـت از سـالمندان می‌توانـد بیـانگر پررنـگ‌تر شـدن مشکلات فردی فرزندان در زندگی مدرن امروزی و درنتیجه، کمبود وقت و تمرکز فکری لازم آنان برای رسیدگی به نیازهای والـدین سالمندشـان باشـد. در جوامـع شهری، چندپیشگی و پیچیدگی روابط محیط کار و تعاملات متعدد افراد، همچنـین وجود مشکلات مرتبط با شهرنشینی نظیر ترافیک و فشارهای روانـی ناشـی از آن ممکن است رمقی برای رسیدگی به امـور والـدین بـاقی نگـذارد (۱۴). بـر اسـاس یافته‌های این مطالعه، علیرغم تأکید زیادی که در فرهنگ مـا بـه احتـرام سـالمند شده است ولیکن هنوز هم این گروه به میزان زیادی در معرض انـواع سـوء رفتـار (آزار) قرار دارند. لذا لازم است برنامه‌های مدیریتی جهت پیشگیری و رفع سـالمند آزاری اتخاذ گردد و موقعیت‌هایی که می‌توانند منجر بـه ایجـاد زمینـه بـرای سـوء رفتار با سالمندان شوند هر چه سریع‌تر شناسایی و پیشـگیری گردنـد. امیـد اسـت نتایج این تحقیق بتواند نگرش عمیق‌تر و جدی‌تری را برای خانواده‌هـای ایرانـی و نیز مسئولین بهداشتی درمانی کشور پدید آورد تا بر اساس آن بتواننـد برنامـه‌ریزی لازم جهت ارتقاء سطح سلامت و فرهنگ مراقبـت در سـالمندان و بهبـود کیفیـت زندگی سالمندان را در محـیط خـانواده و جامعـه فـراهم نمـوده و از سـالمندآزاری پیشگیری نماید. از جمله محدودیت‌های ایـن پـژوهش، کهولـت سـن نمونـه‌ها و خطای پاسخگویی آن‌ها به دلیل خستگی و نداشتن حوصله بـرای گـوش دادن یـا پاسخ‌گویی به سؤالات، گویش‌های محلی و حضور افراد مختلـف در اتـاق بسـتری سالمندان (پزشکان، کادر درمانی، همراهان و غیره) بود که تلاش گردید پرسش از سالمندان به زمان‌هایی موکول گردد که آن‌ها خسته نباشند و حوصله کـافی بـرای پاسخگویی به سؤالات را داشته باشند و نیز زمان‌هایی که افراد دیگر در اتاق بیمـار حضـور نداشـتند. همچنـین در ایـن مطالعـه فقـط از سـالمندان بسـتری در بیمارستان‌های آموزشی- درمانی نمونه‌گیری انجام شد. لذا پیشنهاد می‌گردد بـرای دسترسی به اطلاعات دقیق‌تر در رابطـه بـا وضـعیت سـالمند آزاری در خـانواده در استان گیلان، نمونه‌گیری در منازل سالمندان نیز صورت گیـرد تـا نتـایج باقابلیـت تعمیم‌پذیری بالاتری به دست آیـد. همچنـین پیشـنهاد می‌گـردد مطالعـه حاضـر به‌صورت تحقیق کیفی و طی مصاحبه بـا سـالمندانی کـه مـورد آزار قرارگرفته‌انـد صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد سالمندی و طرح تحقیقاتی مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گیلان می‌باشد و بدین‌وسیله پژوهشگران لازم می‌دانند مراتب سپاس و قدردانی خود را از آن معاونت جهت تصویب این طرح تحقیقاتی اعلام نمایند. همچنین از کلیه مددجویان عزیزی که در پژوهش حاضر مشارکت نموده‌اند، تقدیر و تشکر می‌شود. نویسندگان اعلام می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.30]

Relationship between elder abuse by family and demographic characteristics among the elderly admitted to the Educational Hospitals

A. Darvishpour (PhD) [1,2], M. Esmaeilpour-Bandboni(PhD)[*1], Z. Salmalian (MSc)[1], S AR. Azimi (MSc)[1]

1.Department of Nursing, School of Nursing, Midwifery and Paramedicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
2.Social Determinants of Health (SDH) Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Caspian Journal of Health and Aging;4(1);Spring & Summer 2019; PP:30-39
Received: Jun 25th 2019, Revised: Aug 9th 2019, Accepted: Aug 17th 2019.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Elder abuse causes complications such as injury or physical pain, violation of human rights and reduced quality of life in the elderly. Despite the importance of the issue, there is still insufficient information in assessing risk factors for elder abuse. The purpose of this study was to determine the relationship between elder abuse by family and demographic characteristics of the elderly hospitalized in Guilan University of Medical Sciences.

METHODS: This descriptive-analytical study was performed with the participation of 132 hospitalized elderly who met the inclusion criteria. Stratified sampling was done. Data collection tool was "Elder Abuse in the family "questionnaire. Data were analyzed by SPSS 16 using descriptive statistics and Spearman correlation coefficient.

FINDINGS: Among the dimensions of the elder abuse, the caring neglect subscale with the mean of 13.06 (±1.87) and the emotional neglect subscale with the mean of 3.48 (±0.64) had the lowest share in the elder abuse by family. The findings also showed that there was a significant correlation between the caring neglect, psychological abuse, physical abuse, financial abuse, deprivation, financial neglect and emotional neglect subscales with some demographic characteristics of the elderly ($P<0.05$). There was no significant correlation between the abandonment subscale and demographic characteristics of the elderly ($P <0.05$).

CONCLUSION: The results indicate that there is a relationship between different dimensions of elder abuse with demographic characteristics of the elderly and this group is exposed to various types of abuse. It is suggested that appropriate plans be taken by the relevant authorities to prevent and eliminate elder abuse.

KEY WORDS: *Elderly, Elder abuse, Family, Demographic characteristics.*

Please cite this article as follows:

Darvishpour A, Esmaeilpour-Bandboni M, Salmalian Z, Azimi S AR. Relationship between elder abuse by family and demographic characteristics among the elderly admitted to the Educational Hospitals. CJHAA.2019;4(1):30–39.

[*]Corresponding author: Mohammad Esmaeilpour-Bandboni (PhD)

Address: School of Nursing, Midwifery and Paramedicine, Martyr Yaghoub Sheikhi St. leyla kooh, Langeroud, Guilan, I.R.Iran.
Tel: +98 (13) 42565058
E-mail: Esmaeilmmm yahoo.com

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.30]

References

1.Ramezankhani A, Mohammadi G, Akrami F, Zeinali M. Knowledge, attitude and practice of the elder residents of Tehran city about healthy lifestyle. Journal of Health in the Field. 2017;1(1):21-32. [In Persian]

2.Statistical Center of Iran. Population of the country in terms of sex in urban and rural areas by province [Internet] 2017 [Updated: 2019 Sep 11; cited: 2019 Jun 17]; Available from: www.amar.org.ir.

3.Baladi Mousavi S. Country's Elderly Status [Internet] 2018 [Updated: 2018 Feb 14;cited:2019 Mar 5]. Available from: URL: https://www.amar.org.ir/Portals/0/News/1396/salmandan.pdf.

4.Ghodoosi A, Fallah Yakhdani E, Abedi HA. Studying the instances of elder abuse and their relationship with age and sex in the hospitalized elderly. IJFM. 2014;20(1):367-76. [In Persian]

5.Farzanegan S, Fadaye Vatan R, Mobasheri M, Seraj R, Mansourian Y. Explanation People and Their Family Care Explanation of Them. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2012;6:52-7.

6.Annias J, Strydom WH. Factors Contributing to Elder Abuse and Neglect in the Informal Caregiving Setting. Social Work/ Maatskaplike Werk. 2014;50(2):268-284.

7.Manoochehri H, Ghorbi B, Hosseini M, Oskuyee NN, Karbakhsh M. Degree and types of domestic abuse in the elderly referring to parks of Tehran. Adv Nurs Midwifery. 2008;18(63):37-43.

8.Haghighatian M, Fotouhi M. Sociocultural Factors Affecting Elderly Abuse. J Health Syst Res. 2013;8(7):1117-26. [In Persian]

9.Kissal A, Beser A. Elder abuse and neglect in a population offering care by a primary health care center in Izmir, Turkey. Soc Work Health Care. 2011;50(2):158–75.

10.Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi M, Hajizadeh E, Seyed-Bagher-Maddah M, et al. Elder abuse from the perspectives of elderly people: Adv Nurs Midwifery. 2008;18(61):26-38. [In Persian]

11.Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Montazeri A. Health-related quality of life among abused and non-abused elderly people: a comparative study. Payesh. 2013;12(5):479 –88. [In Persian]

12.Yaffe MJ, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice. Can Fam Physician. 2012;58(12): 1336–40.

13.WHO. Elder abuse. [Internet]. 2018 [Updated:2018Jun 8;cited:2019 Jul 3];Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse.

14.Heravi–Karimooi M, Rejeh N, Foroughan M, Montazeri A. Elderly abuse rates within family among members of senior social clubs in Tehran. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2012; 6(22):37–50. [In Persian]

15.Newton JP. Abuse in the elderly: a perennial problem. Gerontology 2005;22:1-2.

16.Buka P & Sookhoo D. Current legal responses to elder abuse. Int J Older People Nurs. 2006;1(4):194-200.

17.Hosseinkhani Z, Moradi Zh, Khodamoradi F. Elder abuse: Screening in Iranian families. Med J Islam Repub Iran. 2017;31(1):838-42.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.30]

18.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. sija. 2016;10(4):50-9.

19.Karimi M, Elahi N. Elderly abuse in Ahwaz city and its relationship with individual and social characteristics. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2008;3(1):42–7. [In Persian]

20.Nori A, Rajabi A, Esmailzadeh F. Prevalence of elder misbehavior in northern Iran. J Gorgan Univ Med Sci. 2015; 16(4):93-8. [In Persian]

21.Hoseyni RS, Salehabadi R, Javanbakhtian R, Alijanpour Aghamaleki M, Borhani nejad VR, Pakpour V. A comparison on elderly abuse in Persian and Turkish race in Chaharmahal Bakhtiari Province. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2016;23(1):75-83. [In Persian]

22.Nassiri H, Heravi Karimooi M, Jouybari L, Sanagoo A, Chehrehgosha M. The prevalence of elder abuse in Gorgan and Aq-Qala cities, Iran in 2013. Iranian Journal of Ageing. 2016; 10(4):162-73. [In Persian]

23.Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire. Iranian Journal of Ageing. 2010;5(1):12-18. [In Persian]

24.Salgado H, Lopez MJ, Mintle RA, Smith S, Garcia A, Torres VN, et al. Risk factors for intimate partner violence in a migrant farmworker community in Baja California, México. Journal of immigrant and minority health. 2015;17(6):1819-25.

25.Daskalopoulos M, Mullin AS, Donovan E, Suzuki H. English perceptions of elder abuse. J Elder Abuse Negl. 2007;18(2):33-50.

26.Dang S, Ma F, Nedd N, Aguilar EJ, Roos BA. Differential resource utilization benefits with internetbased care coordination in elderly veterans with chronic diseases associated with high resource utilization. Telemed J E Health. 2006;12(1):14-23.

27.Mowery J, Andrei A, Elizabeth Le JJ, Ward M. Assessing quality of care and elder abuse in nursing homes via Google reviews. Online J Public Health Inform. 2016;8(3):14-29.

28.Keller J, Biermann T, Dippel O, Bergner M, Coffey C, Sperling W, et al. Assaults in the Elderly—A Population Based Study with Victim and Perpetrator Characteristics. J Forensic Sci. 2011;56(3):669-73.

29.Koo KW. The Discursive Origins of Anti-Americanism in the Two Koreas. Asian Perspective. 2017;41(2):291-307.

30.Ko C, Koh CK. Factors Related to Korean Nurses' Willingness to Report Suspected Elder Abuse. Asian Nurs Res. 2012;6(3):115-9.

31.Achappa S, Rao BV, Holyachi S. Bringing elder abuse out of the shadows: a study from the old age homes of Davangere district, Karnataka, India. Int J Community Med Public Health. 2017;3(6):1617-22.

32.Cadmus EO, Owoaje ET. Prevalence and correlates of elder abuse among older women in rural and urban communities in South Western Nigeria. Health Care Women Int..2012;33(10):973–84.

33.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.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.30]

34.Yan ECW, Tang CSK. Elder abuse by caregivers: A study of prevalence and risk factors in Hong Kong Chinese families. JOFV. 2004;19(5):269–77.

35.Navabinejad Sh, Dowkanehee F, Shirzadi Sh. The effect of family factors affecting mental health of elderly women and men in district 13 of Tehran municipality. EMAL. 2013;5(1):119–32.

36.Park HJ. Living with ‘Hwa-byung’: The psycho-social impact of elder mistreatment on the health and well-being of older people. Aging Ment Health. 2014;18(1):125-8.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.4.1.30]