ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of Elder Abuse in Maragheh, Iran 2017

Mehri Alaviani[1],
Nadia Kolbadinezhad[2],
Mohammad Taghi Khodayari[3],
Rana Rahimi[4],
Samira Jafari[5]

[1] Nursing Instructor, Department of Community and Mental Health Nursing, Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran
[2] Nursing Instructor, Department of Community Health Nursing, Islamic Azad University, Bandargaz Brunch, Bandargaz, Iran
[3] Assistant professor of Biostatistics, Department of Biostatistics and Epidemiology, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
[4] BSc Student in Public Health, Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran
[5] Assistant Professor, Department of Public Health, Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran

(Received August 31, 2018 ; Accepted July 9, 2018)

Abstract

Background and purpose: Elder abuse is one of the major social health problems in societies which is also a challenging issue in providing care to the elderly and the healthcare system in Iran. The rate of this misbehavior has increased rapidly over the past two decades. The present study was conducted to determine the prevalence of elder abuse and its association with some personal and social characteristics.

Materials and methods: This cross-sectional study was performed in 555 elderly people older than 60 years of age, living in Maragheh, Iran 2017. Elder Assessment Instrument (EAI) was administered to collect the data. Descriptive and analytical statistics were applied for data analysis.

Results: The samples mainly aged 60-70 years old (43.4%) and females (53%) were more than males. Among the participants 45.8% reported abuse, including physical abuse (64.9%), psychological abuse (76.3%), neglect (42%), rejection (16.8%), and financial abuse (29.7%). There was a significant association between elder abuse and age, in fact, elder maltreatment was less common in those aged 60-70 years old (P<0.0001). No significant association was found between elder abuse and BMI (P=0.582) and sex (P=0.258).

Conclusion: Islam emphasizes paying respect to elderly, but, this study showed elder abuse to be quiet prevalent in the population studied. So, identifying the factors that cause this issue could raise awareness of the authorities in order to develop appropriate policies and guidelines.

Keywords: elder abuse, old age, neglect

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29(176): 105-115 (Persian).

* **Corresponding Author: Samira Jafari -** Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran
(E-mail: samira.jafari1985@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۷۶ شهریور سال ۱۳۹۸ (۱۱۵-۱۰۵)

شیوع سوء رفتار با سالمندان شهر مراغه در سال۱۳۹۶

مهری علویانی[۱]
نادیا کلبادی نژاد[۲]
محمد تقی خدایاری[۳]
رعنا رحیمی[۴]
سمیرا جعفری[۵]

چکیده

سابقه و هدف: سالمند آزاری از معضلات سلامت اجتماعی و چالش مطرح در حیطه مراقبتی از سالمندان و سیستم بهداشت و درمان کشور است که میزان بروز آن در دو دهه اخیر افزایش یافته است. مطالعه کنونی به منظور تعیین شیوع سوء رفتار با سالمندان و ارتباط آن با برخی از مشخصه‌های فردی و اجتماعی انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع مقطعی بوده که بر روی ۵۵۵ سالمند بالاتر از ۶۰سال شهر مراغه در سال ۱۳۹۶ صورت گرفته است. از پرسشنامه سوء رفتار با سالمند جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام گرفت.

یافته‌ها: بیش‌ترین نمونه پژوهش را زنان (۵۳ درصد) و گروه سنی ۷۰-۶۰ سال (۴۳/۴ درصد) تشکیل می‌دادند. نتایج نشان داد ۴۵/۸ درصد از شرکت‌کنندگان مورد سوء رفتار قرار گرفته بودند و شیوع سوء رفتار در بعد جسمی حدود ۶۴/۹، روحی ۷۶/۳، غفلت۴۲، طرد۱۶/۸و مالی ۲۹/۷ درصد بوده است. نتایج نشان داد سوء رفتار با رده سنی رابطه معنی‌داری دارد به طوری که در رده ۶۰ تا ۷۰ سال نسبت به سنین بالاتر کم‌تر است (P< ۰/۰۰۰۱). رابطه معنی‌داری بین سوء رفتار و جنسیت(P=۰/۲۵۸) و شاخص توده بدنی (P=۰/۵۸۲) نشان داده نشد.

استنتاج: با وجود تاکید اسلام به احترام به سالمندان نتایج نشان می‌دهد که سالمندان ما سالمند آزاری را تجربه می‌کنند. بنابراین شناخت دقیق سوء رفتار با سالمندان، می‌تواند آگاهی و حساسیت سازمان‌های مرتبط را افزایش دهد تا در تنظیم خط‌مشی‌های مرتبط با سالمندان به سالمندآزاری توجه ویژه شود.

واژه های کلیدی: سالمند آزاری، سالمندی، غفلت

مقدمه

از جمله تغییرات جمعیت‌شناختی قرن اخیر که ایران نیز از آن بی بهره نخواهد ماند، افزایش شمار سالمندان است، به طوری که هم اکنون ۷/۸ درصد جمعیت ایران بالای ۶۵ سال بوده و پیش‌بینی می‌شود که در دهه‌های اخیر به ۱۶ درصد از کل جمعیت هم برسد(۱). با افزایش جمعیت سالمندان پدیده سالمند آزاری نیز در حال افزایش است(۲). از پنهانی‌ترین اشکال خشونت در خانواده سالمندآزرای است که از معضلات عمده سلامت

مولف مسئول: سمیرا جعفری– مراغه: میدان معلم، دانشکده علوم پزشکی مراغه E-mail: samira.jafari1985@gmail.com
۱. مربی، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران
۲. مربی، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی بندرگز، بندرگز، ایران
۳. استادیار، آمار زیستی، دانشکده بهداشت، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۴. دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران
۵. استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۶/۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۷/۸/۲۲ تاریخ تصویب : ۱۳۹۸/۴/۱۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

اجتماعی در جوامع امروزی به شمار می‌رود و میزان بروز آن در دو دهه اخیر به سرعت افزایش یافته است(۳). طبق تعریف، سالمند آزاری به هر گونه عمل و یا عدم انجام عملی گفته می‌شود که که منجر به آسیب به یک سالمند شود(۴). معمولا اکثر سوء رفتارکنندگان را اعضای خانواده‌ها تشکیل می‌دهند و دو سوم قربانیان آن زنان سالمند هستند(۵). انتقام، نبود منابع اجتماعی، عملکرد ناقص خانواده‌ها، انتقال خشونت از نسلی به نسل دیگر، بهره‌برداری اقتصادی، عدم آگاهی کافی، نداشتن انگیزه مراقبت از علل عمده سوء رفتار شناخته شده است (۶). از جمله عوارض سوء رفتار با سالمندان می‌توان به ناامیدی، بی‌کفایتی(۸،۷)، ناتوانی، کاهش سلامت، احساس امنیت(۱۰،۹) کاهش کیفیت زندگی سالمندان در تمامی حیطه‌ها، افزایش مرگ و میر(۱۲،۱۱)، افزایش احتمال ابتلا به دمانس(۱۳)، تنهایی(۱۵،۱۴)، افسردگی، اضطراب، رنج و درد عاطفی، صدمات فیزیکی، سوءتغذیه، کاهش اعتماد به نفس و کاهش طول عمر(۱۷،۱۶،۱۴) اشاره نمود. وابستگی به آزار دهنده به لحاظ برآوردن احتیاجات حیاتی و یا وابستگی به لحاظ عاطفی، ترس از بیرون انداخته شدن از خانه و سپردن به موسسات و تلافی(۱۸) از علل عدم گزارش معرفی شده است. باوجود برنامه‌ریزی‌های متعدد به نظرمی‌رسد که هنوز مواردی از تبعیض سالمندی وجود دارد که نیازمند توجه است. در این رابطه، اگرچه تغییرات مثبتی رخ داده است ولی همچنان سالمندان زیادی در مقابل سوءرفتار جسمی، عاطفی و مالی آسیب‌پذیر باقی مانده‌اند(۱۹). در حال حاضر اکثریت قریب به اتفاق پژوهش‌های محدود موجود در زمینه سالمندآزاری مربوط به کشورهای توسعه یافته بوده و از کشورهای در حال توسعه آمار درستی در دست نیست. گزارش‌های مربوط به سالمند آزاری نیز از دقت لازم برخوردار نیست چنانچه از هر ۱۰ مورد سالمندآزاری تنها یکی گزارش می‌شود(۲۱،۲۰،۱۵). با این وجود سازمان جهانی بهداشت میزان سالمند آزاری را برابر ۴ تا ۱۰ درصد تخمین زده است(۲۲). در ایران نیز نتایج مطالعات مختلف وجود سالمندآزاری در را تایید کرده است(۲۳- ۲۵). به دلیل تاثیر فرهنگ بر مفهوم سالمند و سالمندآزاری باید در هنگام مقایسه آمار کشورها در رابطه با سالمندآزاری، بااحتیاط رفتار کرد(۲۶). آنچه که حایز اهمیت است این است که سالمندآزاری به عنوان یک تهدید جدی برای سالمندان مطرح بوده و همه اقوام و گروه‌ها را درگیر می‌کند و می‌تواند در گستره ای از تهدید و ناسزاگویی تا آسیب جسمی و اجبارهای جنسی نمود پیدا کند(۲۶). آن چه مشخص است آن است که سالمند آزاری از جمله چالش‌های مطرح در حیطه مراقبتی و حمایت از سالمندان و سیستم بهداشت و درمان کشور است چراکه هزینه‌های صرف شده در جهت درمان سوء رفتارها هزینه سنگینی را بر سیستم بهداشتی تحمیل می‌کند که در بخش دیگری از نظام مراقبتی و یا بهداشتی می‌تواند صرف شود. با توجه به اهمیت سالمندان به عنوان قشر آسیب‌پذیر در جوامع و نیز افزایش تعداد آن‌ها و همچنین نقشی که ایشان بر سلامت و ارتقاء جامعه می‌توانند داشته باشند. این مطالعه به منظور دستیابی به دو هدف انجام شد:۱- تعیین میزان سوء رفتار با سالمندان ۲- تعیین ارتباط سوء رفتار با عوامل دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، شاخص توده بدنی، وضعیت اقتصادی، شغل) در سالمندانی که در شهر مراغه زندگی می‌کردند.

مواد و روش ها

مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بر روی ۵۵۵ سالمند زن و مرد شهر مراغه در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

نمونه‌گیری در این مطالعه به روش دو مرحله‌ای انجام شد. به این ترتیب که ابتدا شهر مراغه به ۹ منطقه مختلف براساس مناطق تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی (خوشه‌ها) در نقشه تقسیم و سپس از بین این مناطق ۳ منطقه به روش تصادف ساده انتخاب شد. مناطق انتخاب شده ۱، ۵ و ۶ بودند. سپس در مرحله دوم

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

در داخل خوشه‌های انتخاب شده، اماکن عمومی (شامل مساجد، پارک‌ها، مکان‌های ورزشی و مراکز خرید) و منزل به عنوان طبقه در نظرگرفته شدند، زیرا انتخاب مناطق مختلف باعث می‌شود تا تاثیر پذیری عوامل اجتماعی با اریبی کم‌تر مورد تحلیل قرار گیرد. توضیح اینکه بعد از تقسیم بندی شهر و مشخص شدن تعداد خوشه‌ها، نمونه‌های حائز شرایط با حجم برابر از این زیر مناطق به روش در دسترس وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۶۰ سال و بالاتر، بومی بودن، اقامت در شهر مراغه، توانایی برقراری ارتباط کلامی و پاسخگویی به سوالات، عدم مصرف داروهای موثر بر سطح هوشیاری و تفکر، مراجعه بدون همراه و به تنهایی به محل پژوهش، داشتن توانایی برای انجام فعالیت‌های روزمره، هم‌چنین داشتن اختلال کلامی یا شنوایی، عدم برقراری ارتباط، عدم تمایل به شرکت در مطالعه از جمله معیارهای خروج از مطالعه پیش‌رو بود. جهت محاسبه حجم نمونه لازم از فرمول ککران برای نسبت‌ها استفاده گردید. که در آن مقدار z با ۹۵ درصد اطمینان برابر با ۱/۹۶، مقدار P برابر با ۰/۸۶ و همچنین مقدار خطای برآورد D برابر با ۰/۰۵ در نظرگرفته شد. حجم نمونه با اعمال دیزاین افکت برابر با ۵۵۵ برآورد شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از نسخه فارسی پرسشنامه سوء رفتار با سالمند Elders Assessment Intrument (EAI) (۲۸) استفاده شد که روایی و پایایی آن در مطالعات ایرانی، تایید و در سال ۱۳۸۷ نیز توسط کریمی و همکاران مورد استفاده قرارگرفته است(۴). روایی صوری و محتوایی ابزار مطالعه توسط ۸ نفر از اعضای هیأت علمی پرستاری بررسی و بر اساس نظریات ارایه شده، تغییرات لازم در پرسشنامه اعمال شد. پایایی پرسشنامه نیز از طریق آزمون-آزمون مجدد با ضریب ۸۷ درصد به دست آمد. این پرسشنامه دارای دو بخش می‌باشد که بخش اول مربوط به ویژگی‌های فردی سالمند و بخش دوم نیز شامل ۵ آیتم است که در هر آیتم سؤالات جداگانه‌ای در رابطه با سوء رفتار جسمی، روانی (کلامی و غیرکلامی)، غفلت، طرد سالمند و سوء رفتار مالی وجود دارد. در رابطه با سوء رفتار جسمی، وضعیت پوست، وجود آثار شکستگی و سوختگی و در رابطه با سوء رفتار روانی، بروز رفتارهای خشونت آمیز به صورت کلامی و غیرکلامی، در رابطه با غفلت، بهداشت فردی، انجام فعالیت روزانه، مدیریت امور مالی و مراقبت پزشکی و در رابطه با طرد سالمند، تجربه زندگی در مکانی غیر از منزل شخصی سالمند و رضایت از این موضوع و نیز در رابطه با سوء رفتار مالی، استفاده افراد و سازمان ها از منابع مالی سالمند بدون اجازه وی مطرح شد.

پرسشنامه‌ها به‌وسیله پژوهشگر و پرسشگران آموزش دیده و مصاحبه در روزهای متوالی در مکان‌های نامبرده تکمیل شد، بدین صورت که پس از معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش و بیان اهداف مطالعه و نیز ذکر حفظ رازداری در مورد مسائل شخصی، رضایت آن‌ها جهت شرکت در پژوهش جلب شد. پرسشنامه‌ها به صورت مصاحبه رو در رو (متوسط ۴۵دقیقه) و در محل حضور سالمند تکمیل شد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت. شاخص فراوانی، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی برای بررسی آمار توصیفی استفاده شد. به منظور ارزیابی تاثیر عوامل فردی و اجتماعی و همبستگی آن‌ها در سوء رفتار از آزمون‌های کای دو و ککران مانتل- هانزل استفاده شده است. همه آزمون‌ها در سطح اطمینان ۹۵درصد تحلیل شده‌اند.

یافته ها

تعداد ۲۶۱ (۴۷ درصد) نفر مرد و تعداد ۲۹۴ (۵۳ درصد) نفر زن در این مطالعه شرکت داشتند. شرکت‌کنندگان بین ۶۰ تا ۹۲ سال سن (۷/۱±۷۱/۲) داشتند. همگی حداقل دارای۱ و حداکثر دارای ۹ فرزند بودند. اطلاعات دقیق مربوط به مشخصات دموگرافیک

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

در جدول شماره ۱ آورده شده است. طبق یافته های مطالعه میزان کلی سوء رفتار با سالمندان این شهر برابر ۴۵/۸ به دست آمد که شیوع سوء رفتار جسمی ۶۴/۹ درصد، روحی ۷۶/۳ درصد، غفلت ۴۲ درصد، طردسالمند ۱۶/۸ درصد و سوء رفتار مالی ۲۹/۷ درصد بوده است، اطلاعات مربوط به هر یک از انواع سوء رفتارها به تفکیک زیرگروه‌های آن در جدول شماره ۲ نمایش داده شده است. طبق اظهارات سالمندان تقریبا نزدیک به نصفی از ایشان خشونت‌های کلامی توسط فرزند را تجربه کرده بودند (۲۳۵نفر، ۴۲/۳۴ درصد) سپس به ترتیب توسط دیگران (۱۰۱ نفر، ۱۸/۱۹درصد) و عروس (۴۱ نفر، ۷/۳۸ درصد) اعمال شده بود. در مورد خشونت‌های غیرکلامی نیز فرزندان مسئول بیش‌ترین میزان خشونت (۲۳۲ نفر برابر با ۴۱/۸ درصد) بودند، سایرین (۹۹ نفر، ۱۷/۸درصد) و عروس (۴۹ نفر، ۸/۸ درصد) در مقام‌های بعدی قرار داشتند. در مورد غفلت نیز، خود غفلتی برابر با۳/۷۹ درصد و غفلت دیگران ناچیز و برابر با ۰/۰۳۶ درصد بود. بیش‌ترین مورد خود غفلتی در رابطه با مدیریت امور مالی و سپس فعالیت‌های روزمره به ترتیب برابر با ۱۴/۲۳ درصد و ۱۳/۳۳ درصد بود، ۰/۹ درصد سالمندان نیز برای انجام فعالیت‌های روزمره از سوی سایرین مورد غفلت واقع شده بودند (جدول شماره ۳).

ارتباط بین انواع سوءرفتار با مشخصه‌های فردی و اجتماعی سالمندان در جدول شماره ۴ قرار دارد. نتیجه داده های آماری نشان می‌دهد که سالمندان سنین ۷۰ و بالاتر و همچنین سالمندانی که بیش تر از ۴ فرزند دارند دچار سوء رفتار جسمی بیش‌تری هستند. آزمون ککران و مانتل–هانزل نشان می‌دهد رده سنی در سوء رفتار جسمی موثر است(P< ۰/۰۰۰۱)، نتایج آزمون نشان می‌دهد نسبت بخت سوء رفتار جسمی در رده سنی ۶۰ تا ۷۰ نسبت به دو گروه سنی رده ۷۰ تا ۸۰ و بالاتر از ۸۰ تقریبا یک سوم می‌باشد، در مورد سوءرفتار روانی نیز بین وضعیت تاهل، گروه سنی ۷۰ و ۸۰ سال و درآمد کم‌تر از ۵۰ هزار تومان با آزار روانی در ماه ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت(P= ۰/۰۰۰۳). طبق نتایج حاصل از آزمون آماری سالمندانی که دارای ۴ فرزند و یا بیش‌تر هستند و درآمدشان بین ۲۰۰ تا ۳۵۰ هزار تومان در ماه است احتمال آن‌که مورد سوء استفاده مالی قرار بگیرند بیش‌تر است (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی سالمندان مورد بررسی براساس مشخصه های فردی و اجتماعی

عوامل جمعیت شناختی		تعداد(درصد)
سن(سال)		
	۷۰-۶۰	(۴۳/۴)۲۴۱
	۸۰-۷۰	(۳۹/۵)۲۱۹
	۸۰=<	(۱۷/۱)۹۵
وضعیت تاهل		
	مجرد	(۲)۱
	متاهل	(۷۹/۸)۴۴۳
	مطلقه	(۴/۵)۲۵
	بیوه	(۱۵/۵)۸۶
تعداد فرزندان		
	کم تر از ۳	(۱۶/۸)۹۳
	۳و۴	(۳۶/۹)۲۰۵
	بیشتر از ۴	(۴۶/۳)۲۵۷
وضعیت درآمد		
	تحت سرپرستی خانواده	(۱۱/۵)۶۴
	کم تر از ۵۰	(۱۱/۱)۶۱
	۵۰-۲۰۰	(۶/۷)۳۷
	۲۰۰-۳۵۰	(۹/۵)۵۳
	۳۵۰-۵۰۰	(۱۸)۱۰۰
	بالاتر از ۵۰۰	(۴۳/۲)۲۴۰
متغیر شاخص توده بدنی		
	لاغری	(۷)۴
	متناسب	(۳۴/۸)۱۹۳
	اضافه وزن	(۴۷/۹)۲۶۶
	چاقی درجه ۱	(۱۱/۴)۶۳
	چاقی درجه ۲	(۲/۷)۱۵
	چاقی درجه ۳	(۲)۱

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی انواع سوء رفتار به تفکیک هر بعد

انواع سوءرفتار	تعداد(درصد)	
	دارد	ندارد
سوءرفتار جسمی		
آسیب پوستی(خراشیدگی،کبودی،زخم وغیره)	(۵۱)۲۸۷	(۴۹)۲۶۸
شکستگی و آثار شکستگی	(۶۸/۴۷/۳۸۰	(۳۱/۵۳)۱۷۵
سوختگی و یا آثار آن	(۸۱/۹۹/۴۵۵	(۱۸/۰۱)۱۰۰
سوءرفتار روانی		
خشونت های کلامی (تهدید،ناسزاگویی و تحقیر)	(۶۵/۹/۳۶۶	(۳۴/۱)۱۸۹
خشونت غیر کلامی(اخم،عدم توجه به صحبت، کوبیدن در، تغییر قیافه)	(۶۴)۳۵۵	(۳۶)۲۰۰
سوءرفتارطرد		
زندگی در جایی غیر از خانه خود	(۱۶/۸/۹۳	(۸۳/۲)۴۶۲
رضایتمندی	(۶۴/۳/۳۵۷	(۳۵/۷)۱۹۸
سوءرفتار مالی		
سوء استفاده مالی	(۳۱/۳۵)۱۷۴	(۶۸/۶۵)۳۸۱
باج گرفتن	(۲۸/۲۹)۱۵۷	(۷۱/۷۱)۳۹۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی انواع غفلت از سالمندان مورد بررسی

مورد غفلت واقع شدن	تعداد (درصد)			
	بهداشت فردی	انجام فعالیت‌روزانه	مدیریت مالی	مراقبت پزشکی
عدم توانایی سالمند و عدم انجام اطرافیان	(۰/۳۶)۲	(۰/۹)۵	(۱/۶۲)۹	(۱/۳)۷
عدم توانایی سالمند و انجام توسط اطرافیان	(۱۸/۵۵)۱۰۳	(۳۰/۲۷)۱۶۸	(۴۳/۶)۲۴۲	(۵۲/۱)۲۸۹
داشتن توانایی سالمند اما عدم انجام سالمند	(۳/۷۹)۲۱	(۱۳/۳۳)۷۴	(۱۴/۴۳)۷۹	(۷/۷)۴۳
داشتن توانایی و انجام امور توسط خود	(۷۷/۳)۴۲۹	(۵۵/۵)۳۰۸	(۴۰/۵۵)۲۲۵	(۳۸/۹)۲۱۶

جدول شماره۴: شاخص های آماری انواع سوء رفتار بر حسب متغیرهای دموگرافیکی

متغیر دموگرافیک / سوء رفتار	ن	جنس	وضعیت تاهل	تعداد فرزندان	توده بدنی	درآمد
سوءرفتار جسمی	*P=۰/۰۰۰	P=۰/۲۵۸	P=۰/۲۸۴	*P=۰/۰۰۰	P=۰/۵۸۲	P=۰/۳۶
سوء رفتار روانی	*P=۰/۰۳۱	P=۰/۱۰۳	*P=۰/۰۴۷	P=۰/۸۸۸	P=۰/۰۶۹	*P=۰/۰۰۳
طرد (زندگی در خارج از خانه خود)	P=۰/۲۲۱	P=۰/۳۳	P=۰/۱۸۳	P=۰/۰۸۵	P=۰/۲۰۷	P=۰/۱۲۷
طرد (رضایت)	P=۰/۵۶۳	P=۰/۳۷۸	P=۰/۵۴۸	P=۰/۴۰۹	P=۰/۶۳۲	P=۰/۱۸۱
مالی(باج گرفتن)	P=۰/۳۸	P=۰/۶۱	P=۰/۱۶۶	P=۰/۶۹۸	P=۰/۸۷	*P=۰/۰۰۲
مالی(سوءاستفاده)	P=۰/۳۳۸	P=۰/۱۷۵	P=۰/۳۱۵	*P=۰/۰۳۶	P=۰/۲۵۲	*P=۰/۰۰۱

* آزمون کای دو از نظر آماری معنادار است.

بحث

مطالعه حاضر با روش توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی در شهر مراغه انجام گرفت. گفته می‌شود بیش‌ترین نوع سوء رفتارها در محیط خانه رخ می‌دهد(۲۸). همان‌طورکه در اکثر مطالعاتی که از ایران(۶،۱۵،۲۳،۳۱-۲۹) و سایر کشورها(۲۲،۳۶-۳۲) نیز گزارش شده است وجود سالمندآزاری مورد تایید است، در این پژوهش نیز تقریبا نیمی از سالمندان مورد پژوهش (۴۵/۸ درصد) به نوعی با یکی از انواع سوء رفتار مواجه بوده‌اند، با این وجود درمقایسه با میزانی که از مطالعات مختلف از جنوب کشور(۳۱) و تهران(۳۷) گزارش شده است،کم تراست. میزان بالاتر شهر تهران را می‌توان در ارتباط با زندگی ماشینی‌تر و شرایط اقتصادی زندگی در پایتخت مرتبط دانست که افراد فرصت و تمایل کم‌تری برای ارتباط با یکدیگر دارند و حتی ناچارند قسمتی از امور روزمره زندگی مانند نگهداری از کودکان کوچک را نیز به افراد دیگر واگذار نمایند(۳۸). فاصله طولانی بین محل کار و زندگی فرزندان با والدینشان و وجود ترافیک‌های سنگین و خود محوری بیش‌تر انسان‌ها از دیگر عوامل می‌تواند باشد. سالمندآزاری در مراغه در مقایسه با مطالعه نوری که در شمال کشور انجام شده بود و این میزان را ۲۶/۷ درصد گزارش کرده بود(۳۰) به صورت چشم‌گیری بالاتر بود. وجود وابستگی و دلبستگی افراد و روابط شدید عاطفی بین والدین و فرزندان و همچنین انتظارات بیش از حد والدین از فرزندانشان و بالعکس را می‌توان علت اکثر سوء رفتارها دانست. پیدایش اشکال نوین خانواده و تغییر پیوندهای خویشاوندی، تغییر در کنش‌های متقابل و بحران‌ها و فشارهای روانی زندگی را از موجبات این رخداد می‌دانند(۳۹). به نظر می‌رسد امروزه در فرایند فرزند پروری، احترام به بزرگترها به عنوان حیطه تربیتی پراهمیت در نظر گرفته نمی‌شود و والدین تمایل دارند اولویت‌های خود را صرف حل مشکلات روزمره زندگی و همچنین تلاش برای رفع نیازهای کودکانشان و صرفا رشد تک‌بعدی فردی آن‌ها و تحصیل کنند. از آن جمله، کلاس‌های فوق برنامه‌ای که از خردسالی کودک را وادار به شرکت در آن می‌کنند و پس از آن نیز به شکل حمایت برای کسب شغل و هم‌چنین حل مشکلات زندگی مشترک فرزندان توسط والدین تغییر شکل می‌دهد اما ماهیت تک بعدی آن همچنان دست نخورده باقی می‌ماند و افرادی وارد حیات جامعه می‌شوند که به لحاظ بعد عاطفی و انسانی رشد کم‌تری داشته‌اند و بیش‌تر در جهت حفظ منافع، راحتی و رشد فردی تلاش می‌کنند. لذا با وجود چنین الگوی تربیتی که به مرور زمان شدت و وفور بیش‌تری نیز پیدا کرده است و در حال تبدیل به روند غالب و طبیعی در جامعه امروز ایرانی شده است، شکل‌گیری الگوی رفتاری فردی نگر و در نتیجه مسئولیت‌پذیری کم‌تر در زندگی و این امر که دیگر در خانواده‌ها فرزندان معمولا به دلایل گستاخی به بزرگترها تنبیه نمی‌شوند در پدیده سوء رفتار با سالمندان خود را نشان خواهد داد(۴۰). در مقایسه با مطالعه رحیمی وحسینی، میزان بالایی از سوء رفتارجسمی برابر با ۶۴/۹ درصد در مطالعه حاضر مشاهده می‌شود(۳۱،۲۶) وهر سه نوع جسمی شامل سوء رفتارهای

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

مربوط به آسیب‌های پوستی، شکستگی و سوختگی در سالمندان این مطالعه شیوع بالایی داشت. به طوری‌که ۸۲ درصد سالمندان مبتلا به سوختگی و یا آثاری از آن بودند. حال سوال پیش آمده این است که چطور ممکن است در زمانی که میزان غفلت از طرف سایرین کم و در حدود ۰/۰۳۹ درصد برآورد شده است و از سوی دیگر و در زمینه مراقبت پزشکی و بهداشت فردی و انجام امور روزانه خود غفلتی و غفلت از طرف سایرین کم است چگونه چنین درصد بالایی از آسیب‌های جسمی وجود دارد. به نظر می‌رسد سالمندان به دلایلی مانند ترس از عواقب گزارش مانند وابستگی به آزار دهنده به خاطر احتیاجات حیاتی و یا وابستگی عاطفی، ترس از بیرون انداخته شدن از خانه و سپردن به موسسات و تلافی(۱۸) از گفتن حقیقت راجع به امر مورد واقع شدن از سوی سایرین خودداری نموده‌اند. میزان غفلت در مطالعه ما ۴۲درصد گزارش شده است که با نتایج مطالعه کریمی همسو می‌باشد(۴).

در مطالعه ما ۱۶/۸درصد از سالمندان مورد طرد از جانب خانواده‌ها قرار گرفته بودند که حسینی نیز در مطالعه خود این میزان را ۲۳/۳درصد بیان کرده بود که تقریبا با مطالعه حاضر همخوانی دارد(۲۶).

طبق نتایج به‌دست آمده سوء رفتار جسمی در گروه سنی بالاتر یعنی ۷۰ تا ۸۰ سال و بالاتر از آن شایع تر بود به نظر می رسد با افزایش سن سالمندان همراه با پدیده خود غفلتی به دلیل عدم توانایی و بی‌حوصلگی سالمند و در کنار آن غفلت سایرین که به نظر می‌رسد از گزارش امتناع نموده‌اند افزایش خطر آسیب جسمانی سالمندان موجب شده است، این نتایج با یافته‌های مطالعه Naughton همخوانی دارد(۴۱). آن‌چه که حاصل شد نشان دهنده آن است که در سالمندان دارای ۴ فرزند و یا بیش‌تر احتمال وجود سوء رفتار جسمی بیش‌تر بود، به نظر می‌رسد با افزایش تعداد فرزندان، پذیرش مسئولیت نیز از جانب فرزندان چالش برانگیز می‌شود و کسی مسئولیت مستقیم مراقبت را قبول نمی‌کند و دیگری را مسئول می‌داند. طبق آن‌چه در فرهنگ مردمان تُرک وجود دارد اغلب مسئولیت مراقبت از سالمند به فرزندان پسر بزرگ تر یا کوچک تر خانواده سپرده می‌شود و یا در بین پسران تقسیم می‌شود، اما این مربوط به رسوم بوده و در سال‌های اخیر آداب و رسوم و سنن و ارزش‌های خانواده به طرز چشمگیری دستخوش تغییر شده است دیگر از هیچ عروسی نمی‌توان انتظار داشت که پس از گذراندن روز کاری سخت، خانه داری و رسیدگی به فرزندان، مراقبت از سالمند را نیز به دوش بکشد (باید توجه داشت طبق رسوم ایرانی زمانی که مراقبت به خانواده پسری سپرده می‌شود معمولاً این وظیفه را همسر فرد به تنهایی انجام می‌دهد)، لذا عدم رسیدگی موثر و عدم توانایی سالمند موجب ایجاد آسیب‌های جسمی در سالمندان می‌شود(۴۲،۴۰).

نتایج این مطالعه نشان داد که ۷۶/۳ درصد از سالمندان مورد مطالعه تحت سوء رفتار روانی بودند در حالی که Naughton سوءرفتار روانی را در مطالعه خود ۲۱/۷درصد بیان کرده است(۴۱)، دلیل این تفاوت را می‌توان در تفاوت فرهنگ حاکم بر جوامع مختلف دانست. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که بیش‌ترین مورد روان‌آزاری سالمندان چه از نوع کلامی و چه از نوع غیر کلامی آن، از طریق فرزندان نسبت به سالمند اعمال شده بود که در سایر مطالعات نیز سالمندان بیش‌ترین مورد سوء رفتارها را از جانب فرزندانشان متحمل شده بودند(۴۱،۳).

مطالعه رحیمی نشان می‌دهد که خشونت کلامی به میزان۶۵/۹ درصد و خشونت غیرکلامی نیز ۶۴ درصد در تمامی ایران رایج است(۳۱) و علت آن را شاید نتوان به عدم آگاهی خانواده‌ها از سوء رفتار نسبت داد به طوری که هروی به آگاهی مثبت خانواده‌ها در این زمینه می‌پردازد و اشاره می کند که ۹۸/۷ درصد افراد نسبت به خشونت‌ها و سوء رفتار بودن آن آگاه هستند(۴۳).

همسو با مطالعه حسینی یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از ارتباط بین میزان درآمد مالی و سن سالمند با

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

مورد سوء رفتار واقع شدن بود، وجود ۷۶/۳ درصد خشونت‌های روانی در گروه سنی بالاتر یعنی ۷۰ تا ۸۰ سال و بالاتر می‌تواند به خاطر عدم توانایی سالمندان برای رسیدگی به امور فردی در سنین بالاتر باشد وهم چنین درآمد ماهیانه کم‌تر از ۵۰ هزار تومان موجب ایجاد فشار مضاعف مسئولیتی، مراقبتی و همینطور مالی بر خانواده‌ها می‌شود احتمالا افراد خانواده تحت تاثیر بحران قرار گرفته و به صورت عمد و یا غیر عمد خشونت کلامی را روا می‌دارند و یا نارضایتی خود را به صورت غیرکلامی بیان می‌دارند(۲۶).

در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین سوءرفتار و جنسیت مشاهده نشد که با نتایج مطالعه محبی و همکاران ناهمسو می باشد(۲۹) بر خلاف فرهنگ غالب گذشته در ایران که زنان ضعیف‌تر پنداشته شده و نقش مدیریتی و ارزشی هم سنگی با مردان نداشتند(۴۴)، زنان در این منطقه از آذربایجان مورد حرمت بوده و نقش پررنگی در خانواده داشته‌اند و لذا احتمال سوء رفتار با سالمند نیز به همین سبب در رابطه با جنسیت ایشان نیست. علی‌رغم مطالعه نوری که زنان مطلقه و بیوه مستعد متحمل شدن سوء رفتارهایی از نوع غفلت مراقبتی، جسمی و طردشدگی معرفی شده‌اند(۳۰)، در مطالعه حاضر این زنان متاهل هستند که احتمال بروز روان آزاری نسبت به ایشان بیش‌تر است. شاید دلیل این اختلاف این باشد که اکثریت شرکت‌کنندگان در این مطالعه متاهل بودند.

نتایج نشان داد که ۳۹ درصد سالمندان دچار خود غفلتی هستند، تمایل به استقلال، باورهای نادرست در مورد این‌که صرفا با توکل به خدا اتفاقی برای ایشان نخواهد افتاد، انتظار انجام امور توسط سایرین و فرزندان، عدم آگاهی از مخاطرات ویژه سنی و جدی بودن آن‌ها و عدم دریافت آموزش درباره آسیب‌پذیری ایشان در این سن و به یکباره اتفاق افتادن حوادث و نداشتن انگیزه مراقبت می‌تواند از عوامل ایجادکننده خود غفلتی باشد.

در مطالعه حاضر نسبت به سایر مطالعات گزارش شده از کشورمان میزان طرد ۱۶/۸ درصد به صورت چشمگیری پایین‌تر بود(۴۵،۳۱،۲۶)، در مطالعه کریمی ۱۲درصد از سالمندان مورد طرد قرارگرفته بودند که تقریبا با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد(۴)، پایه‌های فرهنگی موکد بر حفظ استقلال و زندگی مستقل سالمندان، عدم وابستگی و یا وابستگی کم‌تر مالی سالمندان و یا درآمد بیش‌تر ایشان در کمی طرد شدگی در این زمینه می‌توانسته موثر باشد.

مطالعه حاکی از وجود سوء رفتار نسبت به سالمندان مراغه است. علی رغم تاکید زیادی که در فرهنگ ایران به احترام سالمند شده است این گروه در معرض انواع سوءرفتار می‌باشندکه به نظر می‌رسد نبود زیرساخت‌های فرهنگی، مدیریتی در بحث کلان و سازمانی، بهداشتی و تربیتی همانند نبود سازمان متولی و پاسخگو در زمینه پیشگیری از سالمند آزاری، نظام تربیتی وعملکرد ناقص خانواده و نظام آموزشی کشور و مشکلات اقتصادی نقش به سزائی در پدیده سالمند آزاری دارد. جهت جلوگیری از سالمند آزاری نیاز است که انسان و جامعه به بازگشت به صمیمیت، مهربانی و همبستگی و خروج از انزوا تشویق شود، درک منفی و کلیشه ای از سالمندی کنار گذاشته شده و سالمندان نه به عنوان نیروی مصرف گرا بلکه به عنوان نیروی فعال و سرمایه‌ای پنهان از معنویت و پشتوانه تجربه‌ای و نیروی نسبتا عظیم برای کار داوطلبانه که می‌توانند باری از دوش خانواده و جامعه بردارند و زندگی فعال و هدفمند داشته باشند نگریسته شوند. لذا برنامه‌های مدیریت و پیشگیری از سوءرفتار با سالمندان باید طراحی شده و از لحاظ اجتماعی، بهداشتی و تغذیه‌ای مورد توجه قرار گیرند تا با شناسایی موقعیت‌هایی که می‌تواند منجر به سوء رفتار با سالمندان شود، از این پدیده پیشگیری نمود. از جمله مواردی که در این مطالعه به عنوان محدودیت می‌باشد متاهل بودن اکثریت شرکت‌کنندگان و عدم در نظر گرفتن جوامع دیگر سالمندان مانند سالمندان مقیم آسایشگاه و یا بستری در بیمارستان است که خود می‌تواند به عنوان پیشنهادی برای تحقیقات بعدی منظور گردد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از یک طرح پژوهشی است که در دانشکده علوم پزشکی مراغه با کد ۲۴۰۲/د۶۴/۱ و کد اخلاق IR.maraghehphc.rec.1395.7 ثبت شده است، لازم است که از مسئولین محترم دانشکده و تمامی سالمندان شرکت کننده در این طرح کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم.

References

1. Mohammadi Shahbolaghi F. Self- Efficacy and Caregiver Strain in Alzheimer's Caregivers. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2006; 1(1): 26-33 (Persian).
2. Nooritajer M, Hosseini R, Haidari S. Factors associated with abuse in the elderly. Middle East Journal of Age and Aging 2011; 8(1): 12-16.
3. Skirbekk V, James KS. Abuse against elderly in India-The role of education. BMC Public Health 2014; 14(1): 336.
4. Karimi M, Elahi N. Elderly abuse and its correlation with social and demographic factors in Ahvaz. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2008; 3(1): 42-47.
5. Buka P, Sookhoo D. Current legal responses to elder abuse. Int J Older People Nurs 2006; 1(4): 194-200.
6. Alizadeh-Khoei M, Sharifi F, Hossain SZ, Fakhrzadeh H, Salimi Z. Elder abuse: risk factors of abuse in elderly community-dwelling Iranians. Educ Gerontol 2014; 40(7): 543-554.
7. Latha K. Elder abuse and neglect. Indian J Gerontol 2008; 22: 467-479.
8. Criner J. The Nurses role in preventing abuse of elderly patient. Rehabil Nurs. 1994; 19(5): 277-297.
9. Hom Nath C. Abuse of the Elderly: A Neglected Issue in Developing Countries. J J Geronto 2017; 3(1): 024
10. X, Dong Simon M. Elder abuse as a risk factor for hospitalizationin older persons. JAMA Intern Med 2013; 173(10): 911-917.
11. Dong X, Chen R, Chang E, Simon M. Elder abuse and psychological well-being:a systematic review and implications for research and policy--a mini review. Gerontology 2013; 59(2): 132-142.
12. Lachs M, Williams C, O'Brien S, Pillemer K, Charlson M. The mortality of elder abuse. JAMA 1998; 280(5): 428-432.
13. Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. J Am Geriatr Soc 2000; 48(2): 205-208.
14. Donovan K, Regehr C. Elder abuse: Clinical, ethical, and legal considerations in social work practice. Clin Soc Work J 2010; 38(2): 174-182.
15. 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. Journal of Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery2008; 18(61): 26-38.
16. Asgari P, Bahramnezhad F, Mehrdad N, Asadi Noughabi AA, Hekmatpou D, Mahmoudi M. Depression, functionality and adaptability of elderly patients after open heart surgery off- or on-pump. Jundishapur J Chronic Dis Care 2015; 4(4) :e30508.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

17. Schofield MJ, Mishra GD. Three year health outcomes among older women at risk of elder abuse: Women's Health Australia. Qual Life Res 2004; 13(6): 1043-1052.
18. Daly JM, Merchant ML, Jogerst GJ. Elder abuse research: A systematic review. J Elder Abuse Negl 2011; 23(4): 348-365.
19. Rajab pour Nikfam M, Gholami Shielsar F. Analyzing the Concept of Elder Neglect in Elderly Homes Using a Three-Stage Hybrid Model. J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28(166): 49-61 (Persian).
20. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. Age Ageing 2008; 37(2): 151-160.
21. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: A systematic review of risk factors in community-dwelling elders. Age Ageing 2013; 42(3): 292-298.
22. Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA. World Report on Violence and Health. Geneva; World Health Organization. 2002.
23. Borji M, Asadollahi K. Comparison between Perceived Misbehavior by Urban and Rural Elderlies. IJPN 2016;4(3):41-50 (Persian).
24. Rezaeipandari H, Morowatisharifabad MA, Bahrevar V, Rahaei Z, Hakimzadeh A. Relationship between Abuse Experience and General Health among Older Adults in Yazd City-Iran. Elderly Health Journal 2016; 2(1): 21-26.
25. Khalili Z,Taghadosi M, Gilasi H, Sadrollahi A. The prevalence of elder abuse and associated factors among the elderly in Kashan city, Iran. JBRMS 2016; 3(2): 26-34.
26. Hosseini RS, SalehAbadi R, Ghahfarokhi J, Alijanpouraghamaleki M, Borhaninejad V, Pakpour V. A Comparison on Elderly Abuse in Persian and Turkish Race in Chaharmahal Bakhtiari Province. J Sabzevar Univ Med Sci 2016; 23(1): 75-83 (Persian).
27. Fulmer T. Elder abuse and neglect assessment. J Gerontol Nurs 2003; 29(1): 8-9.
28. Violence D. Kentucky State Mandated Domestic Violence/Intimate Partner Violence and Elder Abuse: Applying Best Practice Guidelines. Florida; Continuing Education inc. 2002
29. 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. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2016; 10(4): 50-59.
30. Nori A, Rajabi A, Esmailzadeh F. Prevalence of elder misbehavior in northern Iran (2012). J Gorgan Univ Med Sci 2014;16(4): 93-98.
31. Rahimi V, Heidari M, Nezarat S, Zahedi A, Mojadam M, Deris S. Factors Related to Elder Abuse within the Family. JGN 2016; 3(1): 89-100.
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): 973-984.
33. 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. Arch Gerontol Geriatr 2009; 49(1): 132-137.
34. Santos CMd, Marchi RJD, Martins AB, Hugo FN, Padilha DMP, Hilgert JB. The prevalence of elder abuse in the Porto Alegre metropolitan area. Braz Oral Res 2013; 27(3): 197-202.
35. Strasser SM, Smith M, Weaver S, Zheng S, Cao Y. Screening for elder mistreatment among older adults seeking legal assistance services. West J Emerg Med 2013; 14(4): 309-315.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

36. 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.
37. Manoochehri H, Ghorbi B, Hosseini M, Nasiri Oskuyee N, Karbakhsh M. Degree and types of domestic abuse in the elderly referring to. Advances in Nursing & Midwifery 2009; 18(63): 37-43.
38. Estebsari F, Mostafaei D, Khalifehkandi ZR, Estebsri K, Taghdisi MH. Concepts and Indexes of Elder Abuse: The Conceptual Framework for Applied Studies in the Field of Elder Abuse. Iran J Health Educ Health Promot 2017, 5(1): 15-19.
39. Stanhope M, Lancaster J. Public health nursing-E-book: Population-centered health care in the community. 8th ed. Amsterdam, Elsevier Health Sciences; 2015.
40. Heravi-Karimooi M, Jadid Milani M. Family knowledge about the types of abuse against elderly women in Tehran. J Men Health 2004; 6(23-24):105-110 (Persian).
41. Naughton C, Drennan J, Lyons I, Lafferty A, Treacy M, Phelan A, et al. Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. Age Ageing 2011; 41(1): 98-103.
42. Esmat Saatlou M, Hossaini F, Sakeni Z. Assessment of elder abuse in adult day care centers. JGN 2015; 2(1): 91-103.
43. Heravi Karimoi M, Jadid Milani M, Faghihzadeh S. The effect of family counseling programs on prevention of psychological abuse of elderly women. Hayat 2005; 11(2): 79-86 (Persian).
44. Kolaei E, Hafezian MH. The Role of Women in Muslim Countries' Development. Women in Development and Politics 2006; 14(4): 33-60.
45. Keyghobadi F, Moghaddam Hosseini V, Keyghobadi F, Rakhshani MH. Prevalence of elder abuse against women and associated factors. J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 24(117): 125-132 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]