

Comparing Elder Abuse and Related Factors between Urban and Rural Elderly

Samira Najafi Moghadam¹,
Zohre Taraghi²,
Reza Ali Mohammadpour³,
Ehteram Sadat Ilali²

¹ MSc Student in Geriatric Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Associate Professor, Department of Geriatric Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received February 23, 2022 ; Accepted August 16, 2022)

Abstract

Background and purpose: Around the world, about one in six older people has experienced some form of abuse. This study aimed at comparing the rate of abuse and related factors in urban and rural senior people attending health centers in Ghaemshahr, 2020.

Materials and methods: In this descriptive-analytical study, 250 older people were selected by systematic random sampling. Data were collected using Domestic Elder Abuse Questionnaire, Abbreviated Mental Test (AMT), Geriatric Depression Scale (GDS), Assessment of Daily Activities of Instrumental Activity of Daily Living (IADL), and Demographic-Medical Questionnaire. Data were analyzed in SPSS V22 applying descriptive statistics tests, independent t-test, and one-way analysis of variance.

Results: The mean age of participants was 69.10 ± 8.57 years of whom 58.8% were women. At least one type of abuse was experienced by 60% of elder people in urban areas and 64.8% of the seniors living in rural regions. Psychological abuse was found to be more prevalent in both groups while rejection was the least common form of abuse. Findings revealed significant associations between elder abuse and gender, education, income, disease status, number of drugs used, urinary incontinence, life companions, number of children, and occupation ($P < 0.05$).

Conclusion: High rate of elder abuse calls for alerting aged people and their caregivers. Appropriate interventions can also help in preventing the consequences of this problem.

Keywords: abuse, urban, rural, aged

J Mazandaran Univ Med Sci 2022; 32 (211): 75-81 (Persian).

مقایسه سوء رفتار و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهری و روستایی

سمیرا نجفی مقدم^۱زهرة ترقی^۲رضاعلی محمدپور^۳احترام السادات ایلالی^۲

چکیده

سابقه و هدف: در سراسر جهان، از هر شش سالمند، یک نفر نوعی از سوء رفتار را تجربه کرده است. لذا این پژوهش با هدف تعیین مقایسه سوء رفتار و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهری و روستایی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان قائم شهر (۱۳۹۹) انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۲۵۰ سالمند با روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. جمع آوری داده‌ها با پرسشنامه‌های بررسی سوء رفتار با سالمند در خانواده، بررسی وضعیت شناخت (AMT)، بررسی وضعیت افسردگی (GDS)، ارزیابی فعالیت‌های روزمره زندگی ابزاری سالمندان (IADL) و جمعیت شناختی-طبی انجام شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲، آزمون‌های آمار توصیفی، آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس یکطرفه صورت گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی سالمندان $69/10 \pm 8/57$ سال بوده است که ۵۸/۸ درصد از شرکت کنندگان، زن بودند. ۶۰ درصد از سالمندان شهری و ۶۴/۸ درصد از سالمندان روستایی حداقل یکی از انواع سوء رفتار را تجربه کرده بودند. در هر دو جامعه، بیشترین میزان سوء رفتار مربوط به سوء رفتار روان شناختی و کمترین میزان سوء رفتار مربوط به طردشده بود. همچنین بین عوامل جنسیت، تحصیلات، درآمد، وضعیت بیماری، تعداد داروی مصرفی، بی اختیاری ادرار، همراهان زندگی، تعداد فرزندان و شغل با سوء رفتار ارتباط معناداری وجود داشت ($P < 0/05$).

استنتاج: با توجه به میزان بالای سوء رفتار نسبت به سالمندان بایستی آگاهی بخشی نسبت به آن در سالمندان و مراقبین آن‌ها انجام گیرد و با طراحی مداخلات مناسب از عواقب این پدیده جلوگیری گردد.

واژه های کلیدی: سوء رفتار، شهری، روستایی، سالمندان

مقدمه

سالمندان شناخته شده است: جسمی، عاطفی یا روانی، مالی، جنسی و غفلت (به وسیله دیگران یا خودش) (۴). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که سوء رفتار روان شناختی در سالمندان شهری ۳۱/۳ درصد و در سالمندان روستایی ۳۵/۷ درصد بود (۵).

سوء رفتار با سالمند، پدیده ای پیچیده در این گروه سنی است (۲) و عبارت است از انجام یک عمل مکرر یا عدم اقدام مناسب در رابطه با سالمند، توسط افرادی که مورد اعتماد او هستند؛ به طوری که منجر به آسیب وی گردد (۳). براساس مطالعات، پنج نوع سوء رفتار در

E-mail: Paradis2082000@yahoo.com

مؤلف مسئول: احترام السادات ایلالی - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری - مامایی نسیبه

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری - مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشیار، گروه پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری - مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

✉ تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۱/۱/۱۵ تاریخ تصویب: ۱۴۰۱/۴/۲۵

شهری (۱۴،۱۵،۱۸-۲۰) و ۳۹/۲۳ درصد میزان سالمندآزاری در روستا (۱۴،۱۳) برای هر یک از دو جامعه شهری و روستایی ۱۱۰ نفر تعیین شد و با در نظر گرفتن ریزش ۱۰ درصد، برای هر گروه ۱۲۵ نفر و در مجموع ۲۵۰ نفر برآورد شد.

پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران و تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشگاه با کد IR.MAZUMS.REC.1399.8361 دریافت معرفی نامه، به مراکز تعیین شده مراجعه کرد. در هر مرکز به نسبت تعداد نمونه، نمونه‌ها از بین کلیه افراد واجد شرایط که پرونده الکترونیکی در سامانه سیب داشتند به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شد. از افراد تعیین شده که از قبل طی تماس تلفنی توسط همکاران مرکز بهداشتی جهت مراجعه به مرکز دعوت شدند، پس از معرفی اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه و کتبی و با توجه به اصل محرمانه بودن اطلاعات، اقدام به تکمیل پرسشنامه شد. برای یکسان بودن نتایج مطالعه، تمام پرسشنامه‌ها به صورت فردی و با مصاحبه چهره به چهره و با حفظ حریم شخصی توسط محقق تکمیل شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۶۰ سال یا بالاتر، سکونت در شهرستان قائم شهر، توانایی برقراری ارتباط و تمایل به شرکت در پژوهش (رضایت داوطلبانه کتبی) بود (۲۱). معیارهای خروج عبارت از بیماری تایید شده روانی (براساس پرونده پزشکی)، اختلالات شناختی (کسب نمره کمتر از ۷ از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی مقیاس (AMT)^۱ (۲۲) و کسب نمره بیش‌تر از ۱۱ جهت وجود افسردگی شدید با استفاده از ابزار (GDS)^۲ (۲۳) بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی - طبی (سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل، محل سکونت، وضعیت درآمد، تعداد فرزندان، همراهان زندگی، بیماری‌های مزمن، بی‌اختیاری ادراری،

سوء رفتار با سالمند به عوامل متعددی بستگی دارد که شامل سن، وضعیت تاهل (۶)، سطح تحصیلات (۷)، حمایت و مشارکت اجتماعی سالمند (۹،۸)، ایزولاسیون اجتماعی، تهایی و بی‌اختیاری ادرار می‌باشد (۱۱،۱۰). سالمندان روستایی در مقایسه با سالمندان شهری، کمتر مورد مطالعه قرار گرفته‌اند (۱۳،۱۲). در یافته‌های مطالعات مختلف در مورد نوع سوء رفتار، تناقضاتی وجود دارد؛ به عنوان مثال یافته‌های یک مطالعه نشان داد بیش‌ترین نوع سوء رفتار، مالی و کم‌ترین نوع آن، جسمی می‌باشد و سوء رفتار در زنان بیش‌تر از مردان است (۱۴). در صورتی که در مطالعه‌ای دیگر شیوع سوء رفتار روان شناختی در رده اول و سوء رفتار جسمی در رده بعدی قرار داشت، همچنین در این پژوهش، مردان نسبت به زنان در معرض خطر بیش‌تری بودند (۱۵). با توجه به اهمیت موضوع سوء رفتار و عوامل مرتبط با آن در سالمندان و از آنجایی که تفاوت‌های فرهنگی بر روی ادراک سالمندان موثر است (۱۶) و نیز نژاد و وضعیت مهاجرتی همبستگی مستقیم با سوء رفتار ادراک شده از سوی سالمندان دارد (۱۷)، و نیز تناقضات پژوهش‌های انجام شده، این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سوء رفتار و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهری و روستایی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان قائم شهر در سال ۱۳۹۹ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه همبستگی از نوع توصیفی - تحلیلی می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه را ۲۵۰ نفر از سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهری و روستایی شهرستان قائم شهر تشکیل داده‌اند. نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد. شهرستان قائم شهر دارای ۹ مرکز شهری و ۱۸ مرکز روستایی می‌باشد. در ابتدا مراکز روستایی و شهری به صورت تصادفی انتخاب گردید. حجم نمونه بر اساس مطالعات مشابه و با استفاده از رابطه محاسبه حجم نمونه برای مقایسه دو گروه و با در نظر گرفتن نسبت ۵۷/۹ درصد سالمند آزاری برای جوامع

1. Abbreviated Mental Test Score

2. Validation Of Geriatric Depression Scale

سال و بیشترین فراوانی سنی، مربوط به گروه سنی ۶۴-۶۰ بوده است (۴۶/۸ درصد). بیشترین سالمندان (۷۷/۲ درصد) متأهل و دارای تحصیلات ابتدایی (۳۳/۲ درصد) بودند و درآمدی کم‌تر از هزینه‌های زندگی داشتند (۶۴/۴ درصد). ۵۸/۲ درصد از سالمندان از حمایت اجتماعی برخوردار نبودند. ۷۶/۸ درصد بیماری مزمن داشتند و ۴۲/۸ درصد دچار بی‌اختیاری ادراری بودند. ۶۰ درصد (۷۵ نفر) از سالمندان شهری و ۶۴/۸ درصد (۸۱ نفر) از سالمندان روستایی یکی از انواع سوء رفتار را گزارش کردند. میانگین نمره سوء رفتار در سالمندان شهری $۷/۷۰ \pm ۹/۹۹$ و در سالمندان روستایی $۱۳/۰۲ \pm ۱۴/۸$ بود (جدول شماره ۱). با توجه به این که میانگین سوء رفتار پایین است، سوء رفتار همه جانبه وجود دارد و حداقل در یک رفتار شیوع بالایی وجود دارد.

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین نمره کل سوء رفتار بین سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان قائم شهر به تفکیک محل سکونت (۱۳۹۹)

سوء رفتار کل	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	نتایج آزمون تی مستقل
محل سکونت			t
شهر	۱۲۵	$۹/۹۹ \pm ۷/۷۰$	-۳/۳۳
روستا	۱۲۵	$۱۴/۸۰ \pm ۱۳/۰۲$	۰/۰۰۰

جدول شماره ۲، میانگین نمره کل سوء رفتار سالمندان شهری و روستایی را براساس متغیرهای جمعیت شناختی-طبی نشان می‌دهد. در مطالعه حاضر، میانگین نمره کل سوء رفتار در سالمندان روستایی بیش‌تر از سالمندان شهری بوده است. این یافته با نتایج مطالعه برجی و همکاران (۱۴) و oluoha و همکاران در نیجریه (۲۴) همسو بوده است. اما با یافته‌های مطالعه خلیلی و همکاران در کاشان (۱۵)، همسو نمی‌باشد (۲۵).

در مطالعه حاضر، سوء رفتار روانشناختی بیشترین میزان سوء رفتار را در هر دو جامعه شهری و روستایی به خود اختصاص داد. این یافته با مطالعات نصیری و همکاران (۲۱) و خلیلی و همکاران (۱۵) و Perez-carceles (۲۶) همخوانی دارد. اما با مطالعات حسینی و همکاران (۲۷) که

عوامل اجتماعی، پرسش‌نامه بررسی سوء رفتار در خانواده نسبت به سالمندان، آزمون وضعیت شناخت، مقیاس وضعیت افسردگی و پرسش‌نامه ارزیابی فعالیت‌های روزمره زندگی سالمندان بوده است که سه پرسشنامه آخر، جهت معیار ورود استفاده شدند. پرسشنامه بررسی سوء رفتار در خانواده نسبت به سالمندان شامل ۴۹ عبارت در ۸ زیرمقیاس غفلت مراقبتی، سوء رفتار روان شناختی، سوء رفتار جسمی، سوء رفتار مالی، سلب اختیار، طردشدگی، غفلت مالی و عاطفی است. پاسخ‌گویی گزینه‌ها به شکل "بلی"، "خیر" و "موردی ندارد" می‌باشد. امتیازهای اخذ شده در محدوده صفر تا ۱۰۰ هستند و امتیاز بالاتر نشان دهنده وجود میزان بیش‌تری از علائم سوء رفتار است. بدین ترتیب ۱۰۰ نشان‌دهنده حداکثر میزان سوء رفتار و صفر نشان دهنده عدم وجود شواهدی از سوء رفتار است. این ابزار براساس یافته‌های مطالعه‌ای کیفی بر روی سالمندان آزار دیده در ایران با توجه به ویژگی‌های فرهنگی جامعه ایرانی توسط هروی و همکاران (۱۳۸۹) تدوین و اعتبارسنجی شده است. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، نشان دهنده همسانی درونی بالای پرسشنامه (۰/۹۷۹-۰/۹) و ثبات از طریق آزمون مجدد ۰/۹۹ بود (۱۲). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. برای توصیف داده‌های کمی از میانگین و انحراف معیار و برای توصیف داده‌های کیفی از درصد استفاده شد. برای مقایسه نمره سوء رفتار در مناطق شهری و روستایی از آزمون تی مستقل (به علت توزیع نرمال) و تحلیل واریانس و برای مقایسه عوامل کیفی در دو گروه از آزمون کای دو استفاده شد. در ضمن سطح معنی‌داری، کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها و بحث

اکثر شرکت‌کنندگان این پژوهش ۱۴۷ نفر (۵۸/۸ درصد) زن بودند. میانگین سنی سالمندان شهری $۶۹/۶۴ \pm ۸/۹۳$ سال و سالمندان روستایی $۶۸/۵۶ \pm ۸/۲۲$

منوجهری و همکاران (۶۳/۳ درصد) (۲۸) و نصیری و همکاران (۶۰/۳ درصد) (۲۱) همسو بوده است، اما نسبت به دیگر کشورها به طور چشمگیری بیش تر بوده است. در کشور نیجریه (۳۰ درصد) (۲۹) کشورهای اروپای شمالی (۲ درصد)، آلمان (۹/۶ درصد)، ایتالیا (۱۲/۴ درصد) (۳۰) گزارش شده است. پایین تر بودن میزان سوء رفتار گزارش شده در پژوهش های غربی نسبت به پژوهش های ایران را می توان برخاسته از عوامل فرهنگی از جمله آداب معاشرت و اهمیت نهاد خانواده و نقش پدر و مادر در فرهنگ شرقی، ایرانی و اسلامی دانست که باعث بالاتر بودن توقع حسن رفتار از سوی سالمندان شده و هرگونه کاستی را به عنوان سوء رفتار در نظر گرفته اند. هم چنین در مطالعه حاضر، سوء رفتار حداقل در یک نوع رفتار اتفاق افتاده است.

در میان سالمندان شهری تحصیلات، تعداد فرزندان، همراهمان، شغل، وضعیت بیماری، تعداد داروی مصرفی، بی اختیاری ادرار، سن و جنسیت و برای سالمندان روستایی تحصیلات، تعداد فرزندان، همراهمان، شغل، وضعیت بیماری، تعداد داروی مصرفی، بی اختیاری ادرار، سن و جنسیت و درآمد بر سوء رفتار اثرگذار بوده است. در مطالعه ی روحانی و همکاران (۱۳۹۶) در شهر تهران همراهمان زندگی، تاهل و افسردگی باعث ایجاد تفاوت معنی داری در سوء رفتار ادراک شده بوده اند که با نتایج پژوهش حاضر در سالمندان شهری مطابقت دارد و جنسیت و تحصیلات بر خلاف این پژوهش بر سوء رفتار ادراک شده تفاوت معناداری نداشته است. بنابراین با توجه به بالا بودن سوء رفتار در پژوهش حاضر، آگاهی رسانی به سالمند و مراقبین از انواع سوء رفتار لازم می باشد. شناسایی و اولویت بندی عوامل مرتبط با سوء رفتار، از اهمیت بالایی برخوردار است و دست اندرکاران سلامت می توانند حمایت های اجتماعی، اقتصادی، رفاهی و بهداشتی لازم را برای سالمندان و خانواده های آنان فراهم کرده و با به کارگیری تیم های تخصصی، نقش موثری در پیشگیری از سوء رفتار ایفا کنند.

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کل سوء رفتار با متغیرهای جمعیت شناختی - طبی سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان قائم شهر سال (۱۳۹۹)

متغیر	سوء رفتار کل	
	شهر	روستا
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
	سطح معنی داری	سطح معنی داری
جنسیت		
زن	۱۱,۳۷ ± ۹,۳۵	۰,۳۶
مرد	۸,۰۲ ± ۵,۶۰	۱۱,۶۰ ± ۱۴,۲۰
سن		
۶۶-۶۰	۱۰,۰۸ ± ۷,۲۱	۱۰,۴۸ ± ۸,۷۶
۷۲-۶۷	۹,۱۵ ± ۹,۵۹	۲۱,۵۹ ± ۲۱,۹۳
۷۸-۷۳	۰,۹۲ ± ۰,۵۲	۱۳,۱۳ ± ۱۹,۰۱
۸۴-۷۹	۷,۹۸ ± ۱۹,۳۸	۷,۵۶ ± ۲۰,۵۶
۹۰-۸۵	۵,۷۱ ± ۱۶,۵۸	
تاهل		
متاهل	۱۰,۱۷ ± ۷,۲۰	۱۵,۹۸ ± ۱۲,۱۳
بیوه	۹,۲۴ ± ۹,۵۲	۹,۵۵ ± ۱۵,۵۵
سطح تحصیلات		
بی سواد	۱۰,۲۸ ± ۱۶,۹۸	۱۱,۲۱ ± ۱۶,۸۰
ابتدایی	۷,۵۸ ± ۷,۹۵	۱۱,۰۱ ± ۸,۱۱
سیکل	۲,۳۷ ± ۱,۵۳	۳۱,۴۳ ± ۳۳,۹۳
دیپلم	۱۱,۸۰ ± ۷,۶۰	.
دانشگاهی	.	.
همراهمان زندگی		
همسر	۸,۶۳ ± ۳,۹۰	۱۸,۵۴ ± ۱۷,۸۷
همسر و فرزندان	۱۰,۶۱ ± ۱۰,۱۲	۶,۲۸ ± ۴,۵۷
فرزند دختر	۹,۸۴ ± ۰,۳۸	۷,۵۳ ± ۲۰,۴۰
فرزند پسر	۴,۱۹ ± ۲,۶۵	۴,۶۲ ± ۲,۸۰
تنها	۲,۴۴ ± ۱۹,۳۸	۱,۶۶ ± ۲۱,۰۸
وضعیت شغل فعلی		
شاغل	.	.
بازنشسته	۸,۵۳ ± ۵,۵۵	۱۰,۹۱ ± ۵,۰۴
خانه دار	۱۰,۷۱ ± ۹,۱۶	۱۱,۰۳ ± ۱۳,۷۹
سایر	۷,۴۴ ± ۱۵,۳۰	۱۳,۲۶ ± ۱۴,۱۱
وضعیت درآمد		
کسر از هزینه های زندگی	۹,۴۶ ± ۷,۶۱	۱۶,۱۰ ± ۱۷,۲۱
برابر با هزینه های زندگی	۱۰,۹۰ ± ۷,۸۵	۶,۲۴ ± ۴,۷۶
بیماری مزمن		
بلی	۱۰,۱۷ ± ۸,۹۵	۱۵,۸۹ ± ۱۳,۴۱
خیر	۷,۹۱ ± ۳,۱۷	۱۱,۰۳ ± ۱۱,۸۴
بی اختیاری ادراری		
ندارد	۷,۳۳ ± ۵,۴۱	۱۰,۳۷ ± ۷,۵۹
روزانه	۸,۶۵ ± ۷,۸۲	۸,۳۶ ± ۲۱,۸۸
هفته ای یکبار	۱۷,۰۵ ± ۱۶,۸۸	۲۷,۳۸ ± ۵۱,۰۲
هفته ای چندبار	۱۰,۰۷ ± ۸,۶۷	.
ماهانه	۱۲,۶۱ ± ۱۰,۷۱	۱۲,۳۴ ± ۱۴,۶۹

در مطالعه ایشان، سوء رفتار جسمی بیش ترین میزان را به خود اختصاص داده بوده و هم چنین با مطالعه برجی و همکاران (۱۴) که غفلت مالی بیش ترین نوع سوء رفتار بوده است، همخوانی ندارد. این تفاوت، شاید به علت دیدگاه افراد، آداب معاشرت و درک و نگرش متفاوت افراد در جوامع مختلف باشد. هم چنین میزان سوء رفتار در مطالعه حاضر، در جوامع شهری (۶۰ درصد) و در جوامع روستایی (۶۴/۸ درصد) گزارش شده است. این میزان با مطالعات

References

1. Marzbal SG, Mohammadpour RA, Ilali ES. Relationship between Loneliness and Abuse in Elderly People. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2021; 31(199): 186-192 (Persian).
2. Adib M, Esmaeili M, Zakerimoghdam M, Nayeri ND. Barriers to help-seeking for elder abuse: A qualitative study of older adults. *Geriatr Nurs* 2019; 40(6): 565-571.
3. United Nations. World Elder Abuse Awareness Day. New York: United Nations; 2022.
4. Johnson MJ, Fertel H. Elder Abuse. Island: StatPearls Publishing. 2020.
5. Borji M, Asadollahi K. Comparison of perceived abuse of urban and rural elderly. *IJPN* 2016; 4(3): 41-50.
6. Yeung P, Cooper L, Dale M. Prevalence and associated factors of elder abuse in a community-dwelling population of Aotearoa New Zealand: A cross-sectional study. *Aotearoa N Z Soc Work* 2015; 27(3): 29-43.
7. Skirbekk V, James K. Abuse against elderly in India—The role of education. *BMC Public Health* 2014; 14(1): 336.
8. Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J, et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PloS One* 2013; 8(1): e54856.
9. Simone L, Wettstein A, Senn O, Rosemann T, Hasler S. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss Med Wkly* 2016; 146: w14273.
10. Ananias J, Strydom H. Factors contributing to elder abuse and neglect in the informal caregiving setting. *Social Work* 2014; 50(2): 268-284.
11. Ostaszkievicz J. A conceptual model of the risk of elder abuse posed by incontinence and care dependence. *Int J Older People Nurs* 2018; 13(2): e12182.
12. Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire. *Iran J Ageing* 2010; 5(1): 7-21.
13. Mohebi L, Heravi-Karimooi M, Zahednezhad S. Comparison of the rates and types of Domestic Elder Abuse and the impact on their quality of life in Dezful. *NJMBS* 2016; 4(4): 1-9.
14. Borji M, Asadollahi K. Comparison between Perceived Misbehavior by Urban and Rural Elderlies. *IJPN* 2016; 4(3): 41-50.
15. Khalili Z, Sadrollahi A. Relationship between Socio-Demographic Factors and the Prevalence of Abuse among the Elderly Population Covered by Health Centers in Kashan. *Iran J Forensic Med* 2018; 24(3): 219-227.
16. Tomita SK. The consideration of cultural factors in the research of elder mistreatment with an in-depth look at the Japanese. *J Cross-Cult Gerontol* 1994; 9(1): 39-52.
17. Haukioja HSM. Exploring the Nature of Elder Abuse in Ethno-Cultural Minority Groups: A community-based participatory research study. *The Arbutus Review* 2016; 7(1): 51-67.
18. Heravi Karimoei M, Reje N, Foroughan M, Montazeri A. Elderly abuse rates within family among members of senior social clubs in Tehran. *Iran J Ageing* 2012; 6(4): 37-50.
19. Dehnoalian A, Saadati M, Jafariyany S, Bakaeian M, Saadati A. Epidemiology of Elderly Abuse in Neyshabur in 2017. *JMJ* 2018; 16(4): 65-72.

20. 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.
21. 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): 162-173.
22. Rahmani M, Darvishpour A, Atrkarroushan Z. Application of MoCA, MMSE and AMTs tests in diagnosing the cognitive status of the elderly under hemodialysis in Medical centers of Guilan University of Medical Sciences in 2019. *J Gerontol* 2020; 5(2): 64-76.
23. Noorzad B, Minaei A, Farokhi N. Psychometric properties of Geriatric Depression Scale (GDS) among elderlies in Tehran using multidimensional Rasch model. *JGN* 2018; 4(3): 91-109.
24. Oluoha U, Obionu C, Uwakwe K, Diwe K, Duru C, Merenu I, et al. Assessing the prevalence and patterns of elder's abuse in Imo State, Nigeria: A rural-urban comparative study. *JAMPS* 2017; 13(2): 1-11.
25. 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.
26. Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Penhale B. Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 49(1): 17-21.
27. 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 Uni Med Sci* 2016; 23(1): 75-83 (Persian).
28. Manoochehri H, Ghorbi B, Hosseini M, Oskuyee NN, Karbakhsh M. Degree and types of domestic abuse in the elderly referring to. *Adv Nurs Midwifery* 2008; 18(63): 43-50.
29. 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.
30. 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: 197-202.