ORIGINAL ARTICLE

Relationship between General Health and Elder Abuse in Older Adults

Zahra Khalili[1],
Abolfazl Hosseinnataj[2],
Ehteram Sadat Ilali[3]

[1] PhD Student in Gerontology, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Associate Professor, Department of Geriatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received February 1, 2023 ; Accepted May 3, 2023)

Abstract

Background and purpose: Elder abuse is one of the challenges in caring the seniors that can disrupt their general health. The goal of the current study was to determine the relationship between general health and elder abuse among older adults referring to health centers in Sari, Iran 2021.

Materials and methods: A descriptive-analytical study was conducted in 347 older people who were selected by cluster random sampling. Data were collected using a demographic questionnaire, General Health Questionnaire–28 (GHQ-28), and Domestic Elder Abuse Questionnaire through interviews. Data analysis was carried out in SPSS V22 applying descriptive statistics, independent t-test, analysis of variance, multiple linear regression, and Pearson correlation coefficient.

Results: In this study, the mean age of the older people was 72.86±8.62 years and 53.9% of the participants were men. The highest and lowest prevalence of abuse were associated with emotional neglect (72.9%) and ostracism (9.8%), respectively. According to findings, 57.3% of the older people had poor general health. Significant correlation coefficients were found between most of the components of general health and elder abuse, except between neglect and physical health (P=0.105), anxiety and insomnia (P=0.707), and social functioning (P=0.211) and also between financial abuse and physical health (P=0.156).

Conclusion: Considering the high rate of abuse of older adults and its adverse effect on general health, preventive programs are needed to increase awareness and educate the seniors.

Keywords: abuse, general health, older adults

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (221): 105-116 (Persian).

Corresponding Author: Ehteram Sadat Ilali - Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (E-mail: paradis2082000@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-17]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و سوم شماره ۲۲۱ خرداد سال ۱۴۰۲ (۱۱۶-۱۰۵)

ارتباط سلامت عمومی با سوءرفتار در سالمندان

زهرا خلیلی[۱]
ابوالفضل حسین نتاج[۲]
احترام سادات ایلالی[۳]

چکیده

سابقه و هدف: سوءرفتار یکی از چالش‌های مطرح در حیطه مراقبت از سالمندان است که می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد اختلال در سلامت عمومی سالمندان باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سلامت عمومی با سوءرفتار در سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان ساری در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع همبستگی می‌باشد که بر روی ۳۴۷ سالمند به‌صورت خوشه‌ای و تصادفی انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه جمعیت‌شناختی، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) و پرسشنامه سوءرفتار با سالمند در خانواده بود. پس از گردآوری اطلاعات به روش مصاحبه، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی، تی مستقل، تحلیل واریانس، رگرسیون خطی چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه میانگین سنی سالمندان ۸/۶۲±۷۲/۸۶ سال و ۵۳/۹ درصد از شرکت‌کنندگان مرد بودند. بیش‌ترین و کم‌ترین شیوع سوءرفتار به ترتیب مربوط به زیر مقیاس غفلت عاطفی(۷۲/۹ درصد) و طرد شدگی(۹/۸ درصد) بود. ۵۷/۳ درصد از سالمندان از وضعیت سلامت عمومی نامطلوبی برخوردار بودند. نتایج همبستگی بین ابعاد متغیرهای سلامت عمومی و سوءرفتار نشان داد که در اکثر روابط به جز غفلت مراقبتی با زیرمقیاس‌های سلامت جسمانی (P=۰/۱۰۵)، اضطراب و بی‌خوابی(P=۰/۷۰۷)، عملکرد اجتماعی(P=۰/۲۱۱) و هم‌چنین سوءرفتار مالی با زیرمقیاس سلامت جسمانی(P=۰/۱۵۶)، ارتباط آماری معناداری وجود داشت.

استنتاج: باتوجه به میزان بالای سوءرفتار در سالمندان و هم‌چنین تاثیر سوء آن بر سلامت عمومی، وجود برنامه‌هایی جهت افزایش آگاهی و آموزش به سالمندان و هم‌چنین انجام اقدامات پیشگیرانه ضروری به نظر می‌رسد.

واژه های کلیدی: سوءرفتار، سلامت عمومی، سالمند

مقدمه

افزایش جمعیت سالمندان، بیانگر موفقیت نظام‌سلامت در ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبتی است، اما می‌تواند بیانگر جمعیت بالایی از سالمندان که دارای مسائل و مشکلات مختلف اجتماعی، اقتصادی، روانشناختی و جسمانی هستند نیز باشد(۱). سوءرفتار با سالمندان یکی از مشکلات مربوط به بهداشت سالمندی است که با ورود

مولف مسئول: احترام سادات ایلالی- ساری، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه E-mail: paradis2082000@yahoo.com
۱. دانشجوی دکتری تخصصی سالمند شناسی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. دانشیار، گروه سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۱/۱۱/۱۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۱/۱۱/۲۶ تاریخ تصویب : ۱۴۰۲/۲/۱۳

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-17]

به دوران سالمندی افزایش می‌یابد. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی «سو ءرفتار با سالمند یا سالمندآزاری یک عبارت عمومی است که شامل انجام یا عدم انجام یک رفتار منفرد یا تکرار شونده است که موجب اذیت یا آسیب رساندن و صدمه به فرد و پریشانی وی می‌شود و می‌تواند از طرف افراد مورد اطمینان وی مانند خانواده و فرزندان یا افراد دیگر اعمال شود(۲). تحمیل درد و رنج به سالمند از سوی اعضای خانواده که ممکن است از طریق ارتکاب عملی آزاردهنده یا ترک عملی ضروری به‌صورت عمدی یا غیرعمدی رخ دهد می‌تواند به اشکال مختلف نظیر غفلت، سلب اختیار، بهره‌برداری مالی، آزارهای روانشناختی و بدنی و طردشدگی رخ دهد(۳). آزار روانشناختی سالمند، تحمیل درد و فشار روحی به او از طریق بی‌احترامی و تهدید است. سلب اختیار، از طریق محروم ساختن سالمند از حق انتخاب و نیز تحمیل نظرات خود به سالمند صورت می‌گیرد. بهره‌برداری مالی، استفاده غیر قانونی، بی اجازه یا نامناسب از دارایی و سرمایه‌های شخصی سالمند است. آزار بدنی، الگویی رفتاری است که تمامیت جسمی یا جنسی فرد سالمند را مورد تهاجم قرار می‌دهد. طردشدگی، در قالب راندن سالمند از منزل یا نپذیرفتن وی توسط اعضای خانواده تعریف می‌شود(۴). تعیین شیوع واقعی سوء رفتار در سالمندان مشکل است، چرا که گروه حرف بهداشتی ممکن است در گزارش این موارد به دلایل انکار وسعت مشکل در جامعه و چشم پوشی از گزارش سوء رفتار با مشکل مواجه شوند. اگرچه مطالعات نشان داده است که اپیدمیولوژی و نوع سوء رفتار با سالمند ممکن است در کشورهای مختلف متفاوت باشد، اما شیوع آن بین ۲۷/۵-۳/۲ درصد جمعیت سالمندان است(۵). نتایج برخی مطالعات، وجود سوءرفتار نسبت به سالمندان را در جوامع ایرانی تأیید نموده‌اند. نجفی مقدم و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای بر روی سالمندان شهری و روستایی نشان دادند که ۶۰ درصد از سالمندان شهری و ۶۴/۸ درصد از سالمندان روستایی حداقل یکی از انواع سوءرفتار را تجربه می‌کنند(۶). پاپی و همکاران (۱۴۰۱) نیز در مطالعه‌ای شیوع سوءرفتار در سالمندان شهر یاسوج را ۵۵/۲ درصد گزارش کردند(۷). هم‌چنین در مطالعه قاسمی و همکاران (۱۴۰۰) و حسینی‌مقدم و همکاران (۱۳۹۹) نیز میزان شیوع سوءرفتار نسبت به سالمند در خانواده، به‌ترتیب ۵۰/۹ و ۴۴/۶ درصد گزارش شده است(۸،۹).

سوءرفتار با سالمند مشکلی فراگیر برای سلامت و ناقض حقوق سالمندان است و پیامدهای جسمانی، روانی، و اجتماعی متعددی را به همراه دارد و منجر به عوارض جدی برای سالمندان می‌شود که از جمله می‌توان به افسردگی، اضطراب، ناامیدی، انزوای اجتماعی و اختلالات جسمانی اشاره کرد. سوء رفتار یکی از عواملی است که می‌تواند باعث ایجاد بحران در سلامت عمومی سالمندان شود(۱۰). سلامت عمومی در دوره سالمندی نسبت به سایر دوره‌های زندگی، با مخاطرات بیشتری رو به رو هستند. مشکلات و مسائل متعدد فیزیولوژیک که در سنین بالا رخ می‌دهند و نیز کمبودهای دوره سالمندی که سبب کاهش سازگاری شناختی و کاهش خوداتکایی می‌شوند، ممکن است سلامت عمومی سالمندان را تهدید کنند(۱۱). به‌طورکلی، سلامت عمومی در دوران سالمندی مطلوب نمی‌باشد و بیماری‌های شایع این دوره مانند فشارخون بالا، بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان، افسردگی، اضطراب، دمانس و اختلالات خواب درصد زیادی از سالمندان را مبتلا می‌سازد. بنابراین، تأمین سلامت عمومی سالمندان از جمله مسائلی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد(۱۲). سلامت عمومی تنها فقدان اختلال روانی نیست بلکه سلامت عمومی را سطحی از سلامتی می‌توان تعریف کرد که در آن افراد توانایی برقراری ارتباط مناسب با محیط فردی و اجتماعی، برخورد منطقی با تضادها و استرس‌های زندگی و حل مشکلات را به شیوه‌ای مناسب داشته باشند(۱۳). به عبارت دیگر، سلامتی روندی پویاست و دارای ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است که شرط لازم و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-17]

ضروری برای ایفای نقش‌های فردی و اجتماعی می‌باشد و همه انسان‌ها در صورتی می‌توانند در جامعه فعالیت داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن‌ها را سالم بداند(۱۴). یکی ازمهم‌ترین اهداف بهداشتی، ارتقاء سلامت افراد محسوب می‌شود که در سال‌های اخیر از مهم‌ترین عوامل مؤثر در زندگی افراد به‌خصوص سالمندان شناخته شده است(۱).

در بسیاری از مطالعات، شواهد نشان می‌دهد که سلامت عمومی ضعیف ممکن است به میزان کم تا متوسطی با تجربه سوءرفتار در سالمندان در ارتباط باشد. با این حال، این چنین مطالعات به ندرت در ایران انجام شده است. تنها در یک مطالعه، کیانی و همکاران به بررسی ارتباط سلامت روان سالمندان با سوءرفتار مالی پرداختند و نتایج مطالعه حاکی از وجود ارتباط مثبت و معناداری بین ابعاد سلامت روان و سوءرفتار مالی بود. در این مطالعه به ابعاد دیگر سوءرفتار پرداخته نشده است(۱۵). هم‌چنین Makaroun و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که میزان سلامتی ضعیف در دوره کووید ۱۹ یکی ازعوامل خطر موثر در تجربه سوءرفتار در سالمندان بود(۱۶). نتایج مطالعه‌ای که توسط Arango و همکاران در کلمبیا بر روی بررسی وضعیت سلامت سالمندان انجام شد، نشان داد اکثر سالمندانی که مشکلات مرتبط با سلامت دارند، تجربه نوعی از سوءرفتار را داشتند(۱۷). در مطالعه دیگری نیز به وجود سوءرفتار در سالمندانی که علائم افسردگی و سلامتی ضعیفی داشتند اشاره شده است(۱۸). با این حال، ارتباط بین سلامت عمومی سالمندان و انواع سوءرفتار در این مطالعات به صورت دقیق ذکر نشده است. هم‌چنین از دیگر نقاط ضعف مطالعات انجام شده در این زمینه می‌توان به استفاده از ابزارها و معیارهای سنجش متفاوت جهت بررسی سوءرفتار و سلامت عمومی اشاره کرد. علی‌رغم رشد جمعیت سالمندان در کشور، هنوز بر روی نیازهای سالمندان و مشکلات آنان به‌عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه توجهی نشده است. شناسایی تجربه سوءرفتار در سالمندان می‌تواند در کمک و توجه ویژه به این قشر آسیب‌پذیر کمک کند. هم‌چنین با توجه به تأثیر انکار ناپذیر فرهنگ بر پدیده سوءرفتار، کمبود اطلاعات و متفاوت بودن فرهنگ و سیستم‌های بهداشتی ایران با دیگر کشورها و ضرورت تعیین موارد سالمند آزاری، برای طراحی مداخلات چندگانه و هم‌چنین پیشگیری از عوارض سوءرفتار بر سلامت جسمانی و روانی سالمندان و آگاه‌سازی مسئولان و تصمیم‌گیران از شدت آن و لزوم حمایت بیش‌تر از سالمندان آزاردیده ضروری می‌باشد. از آن‌جایی‌که مطالعه‌ای با مضمون بررسی ارتباط سلامت عمومی سالمندان با میزان سوءرفتار در داخل کشور یافت نشده است، بنابراین این مطالعه با هدف بررسی ارتباط سلامت عمومی با سوءرفتار در سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان ساری انجام شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع همبستگی می باشد. از میان مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان ساری، ۷ مرکز به صورت خوشه‌ای و تصادفی واقع در شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر انتخاب شدند. سپس متناسب با حجم هر خوشه نمونه‌گیری تصادفی انجام شد. بدین صورت که اسامی دو برابر ظرفیت هر خوشه، لیست شده و هر بار با استفاده از اعداد خروجی تابع RANDBETWEEN در نرم‌افزار اکسل به‌صورت تصادفی از بین اسامی سالمندان موجود یک نفر انتخاب و با ایشان تماس گرفته می‌شد و در صورت داشتن شرایط ورود به مطالعه و اعلام رضایت، وارد مطالعه می شدند. در مواردی که سالمند به هر دلیلی تمایل به شرکت و شرایط ورود به مطالعه را نداشت، براساس جدول اعداد تصادفی، نفر بعدی وارد مطالعه می‌شد. پرسشنامه‌ها به صورت مصاحبه، توسط محقق در مراکز بهداشت تکمیل شد. حجم نمونه با توجه به نتایج مطالعه کیانی و همکاران(۱۵) و با در نظر گرفتن ضریب همبستگی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-17]

r= -۰/۱۵ ، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد با استفاده از فرمول زیر محاسبه و حداقل حجم نمونه n=۳۴۷ به دست آمد.

$$n = \left[\frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{0.5 * ln\left[\frac{1+r}{1-r}\right]}\right]^2 + 3 = 346.2$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۶۰ سال و بالاتر، توانایی تکلم به زبان فارسی، تمایل به شرکت در مطالعه (رضایت داوطلبانه)، مبتلا نبودن به ناشنوایی و بیماری تأیید شده روانی و اختلالات شناختی (کسب نمره ۷ و یا بالاتر از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی) بود. هم‌چنین معیار خروج نیز انصراف نمونه از پاسخگویی به پرسشنامه و عدم همکاری بود(۱۹). جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهایی شامل پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی و بالینی، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و پرسشنامه بررسی سوء رفتار نسبت به سالمند در خانواده استفاده شد. پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و بالینی سؤالاتی مرتبط با سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت درآمد، وضعیت تأهل، بیماری‌های زمینه‌ای، تعداد داروهای مصرفی و تعداد فرزندان می‌باشد. پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ GHQ-28 (Goldberg Health Questionnaire) حاوی ۲۸ سوال می‌باشد که ۴ خرده مقیاس سلامت جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، عملکرد اجتماعی و افسردگی را می‌سنجد(۲۰). به‌منظور نمره‌دهی سلامت عمومی آزمودنی‌ها از مقیاس ۴ ارزشی لیکرت استفاده شد که از کم‌ترین به بیش‌ترین و با نمره‌های (۳،۲،۱،۰) تنظیم می‌شود. نمره کل به‌دست آمده از صفر تا ۸۴ متغیر است(۲۰). پس از نمره‌گذاری سؤالات پرسشنامه، طبقه‌بندی سلامت با در نظر گرفتن نقطه برش در امتیاز ۲۳، سالمندان به دو دسته مطلوب (کم‌تر از ۲۳) و نامطلوب (۲۴ و بالاتر) طبقه‌بندی شدند؛ در این روش جمع امتیازات پایین‌تر، نشان‌دهنده سلامت عمومی بهتر و امتیاز بالاتر نشانگر اختلال است(۲۱). ملکوتی و همکاران در مطالعه روان‌سنجی مقیاس سلامت عمومی با فرم ۲۸ سوالی در سالمندان ایران، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۴ گزارش کردند(۲۲).

پرسشنامه بررسی سوءرفتار نسبت به سالمند در خانواده شامل هشت مقیاس و ۴۹ پرسش است که توسط هروی کریموی در سال ۱۳۸۹ طراحی شد. زیر مقیاس‌ها شامل غفلت عاطفی (۲ پرسش)، غفلت مراقبتی (۷ پرسش)، غفلت مالی (۴ پرسش)، سوء رفتار مالی (۴ پرسش)، سلب اختیار (۶ پرسش)، سوء رفتار روانشناختی (۶ پرسش)، سوء رفتار جسمی (۳ پرسش)، سوء رفتار مالی (۵ پرسش) و طردشدگی (۳ پرسش) می‌باشد. این ابزار دارای گزینه‌های (بلی)، (خیر) و (موردی ندارد) بود. 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 با گزینه (موردی ندارد) حذف می‌شد. امتیازهای اخذ شده در محدوده ۱۰۰-۰ هستند و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده وجود میزان بیش‌تری از علائم سوءرفتار است. ویژگی‌های روان سنجی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است و از اعتبار صوری، محتوا و سازه برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش شده است(۲۳).

این مطالعه پس از طی مراحل قانونی و اخذ مجوز لازم در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد IR.MAZUMS.REC.1400.299 تایید شد. هم‌چنین به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، توضیحات لازم در خصوص اهداف مطالعه، ارائه و رضایت آگاهانه کتبی از سالمندان جهت شرکت در مطالعه گرفته شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. در قسمت توصیفی، متغیرها با استفاده از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد توصیف شدند. جهت بررسی فرض نرمالیتی از آزمون کولموگروف

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-17]

اسمیرنوف استفاده شد و پس از تایید، از آزمون‌های تی مستقل و تحلیل واریانس جهت مقایسه نمره پرسشنامه‌های سلامت عمومی و سوء رفتار در زیر گروه‌ها استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی از همبستگی پیرسون و جهت شناسایی عوامل تاثیرگذار بر نمره سوءرفتار از رگرسیون خطی تک متغیره و چندگانه استفاده شد.

یافته ها

میانگین سنی شرکت کنندگان ۸/۶۲±۷۲/۸۶ سال بود و اکثر افراد (۴۳/۲ درصد) در رده سنی ۷۴-۶۵ سال قرار داشتند. در این مطالعه ۵۳/۹ درصد از شرکت کنندگان مرد، ۶۹/۴ درصد متاهل و ۳۸ درصد بی سواد بودند و ۴۳/۵ درصد از شرکت‌کنندگان درآمد برابر با هزینه‌های زندگی داشتند. از نظر بیماری‌های مزمن، بیماری اسکلتی-عضلانی با ۵۵/۶ درصد بیشترین شیوع را داشت (جدول شماره ۱).

میانگین نمره پرسشنامه سلامت عمومی سالمندان شرکت کننده برابر با ۱۴/۶۶±۲۸/۳۰ و میانگین نمره سوء رفتار برابر با ۱۸/۴۰± ۳۱/۰۴ بود. در جدول ۱ سطح معنی داری پرسشنامه سلامت عمومی و سوء رفتار به تفکیک متغیرها گزارش و مقایسه شد. همانطور که مشاهده می شود اکثر متغیرها دارای ارتباط معنی‌دار با نمره سلامت عمومی و سوء رفتار می باشند.

در این مطالعه میزان شیوع زیر مقیاس‌های پرسشنامه سوءرفتار به ترتیب شامل غفلت عاطفی (۷۲/۹ درصد)، سوءرفتار روانشناختی (۳۵/۷ درصد)، غفلت مالی (۳۱/۴ درصد)، سوءرفتار مالی (۳۱/۱ درصد)، سوءرفتار جسمی (۲۵/۱ درصد)، سلب اختیار (۲۴/۲ درصد)، غفلت مراقبتی (۲۱/۳ درصد) و طرد شدگی (۹/۸ درصد) بود. هم چنین با در نظر گرفتن نقطه برش ۲۳ مربوط به نمرات سلامت عمومی و تقسیم بندی آن به دو سطح مطلوب و نامطلوب، مشخص شد که ۵۷/۳ درصد از سالمندان وضعیت سلامت عمومی نامطلوبی داشتند(جدول شماره۲).

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی و مقایسه سطح معناداری سلامت عمومی و سوء رفتار در سطوح متغیرها

	متغیر	تعداد (درصد)	سطح معنی‌داری سلامت عمومی	سطح معنی داری سوء رفتار
سن	۶۴-۶۰	۶۳ (۱۸/۲)	<۰/۰۰۱+	<۰/۰۰۱+
	۷۴-۶۵	۱۵۰ (۴۳/۲)		
	۷۵>	۱۳۴ (۳۸/۶)		
جنسیت	زن	۱۶۰ (۴۶/۱)	۰/۷۳۴+	۰/۲۵۰+
	مرد	۱۸۷ (۵۳/۹)		
تاهل	متاهل	۲۴۱ (۶۹/۴)	<۰/۰۰۱+	۰/۰۰۳+
	مجرد	۲۹ (۸/۴)		
	بیوه	۷۷ (۲۲/۲)		
تحصیلات	بی سواد	۱۳۲ (۳۸/۰)	<۰/۰۰۱+	<۰/۰۰۱+
	زیر دیپلم	۱۲۲ (۳۵/۲)		
	دیپلم	۴۷ (۱۳/۵)		
	دانشگاهی	۴۶ (۱۳/۳)		
درآمد	کمتر از هزینه های زندگی	۱۴۴ (۴۱/۵)	<۰/۰۰۱+	<۰/۰۰۱+
	برابر هزینه های زندگی	۱۵۱ (۴۳/۵)		
	بیشتر از هزینه های زندگی	۵۲ (۱۵/۰)		
بیماری اسکلتی-عضلانی	-	۱۹۳ (۵۵/۶)	<۰/۰۰۱+	<۰/۰۰۱+
بیماری گوارشی	-	۱۳۵ (۳۸/۹)	۰/۰۲۲+	۰/۰۰۲+
کم کاری تیروئید	-	۳۶ (۱۰/۴)	۰/۹۳۴+	۰/۲۱۲+
بیماری قلبی و عروقی	-	۹۱ (۲۶/۲)	۰/۰۰۱+	۰/۱۵۳+
بیماری کلیوی	-	۳۲ (۹/۲)	۰/۰۸۵+	۰/۴۴۷+
بیماری تنفسی	-	۴۸ (۱۳/۸)	<۰/۰۰۱+	<۰/۰۰۱+
دیابت	-	۱۱۰ (۳۱/۷)	۰/۴۰۹+	<۰/۰۰۱+
بیماری اعصاب و روان	-	۳۶ (۱۰/۴)	۰/۰۰۲+	۰/۰۱۲+
پرفشاری خون	-	۱۲۲ (۳۵/۲)	۰/۴۷۰+	۰/۱۴۱+
تعداد داروهای مصرفی	۵>	۱۶۴ (۴۷/۳)	<۰/۰۰۱+	<۰/۰۰۱+
	۵<	۱۸۳ (۵۲/۷)		
همراهان زندگی	همسر	۱۳۲ (۳۸/۰)	<۰/۰۰۱+	<۰/۰۰۱+
	فرزندان	۴۰ (۱۱/۵)		
	همسر و فرزندان	۱۰۵ (۳۰/۳)		
	تنها	۷۰ (۲۰/۲)		
		Mean ± Sd		
تعداد فرزند	-	۲/۱۵± ۴/۶۲	<۰/۰۰۱++	۰/۰۰۶++
IADL	-	۳/۰۹± ۴/۷۳	<۰/۰۰۱++	<۰/۰۰۱++

*:تحلیل واریانس ، +:آزمون تی مستقل ، ++: آزمون همبستگی پیرسن

جدول شماره ۲: اطلاعات توصیفی ابعاد متغیرهای سلامت عمومی و سوء رفتار

	پرسشنامه	میانگین	انحراف معیار	Median
سلامت عمومی	کل	۲۸/۳۰	۱۴/۶۶	۲۶/۰۰
	سلامت جسمانی	۷/۴۸	۴/۷۱	۷/۰۰
	اضطراب و بی خوابی	۶/۶۱	۴/۰۱	۶/۰۰
	عملکرد اجتماعی	۹/۴۳	۴/۷۵	۹/۰۰
	افسردگی	۵/۱۶	۵/۲۷	۴/۰۰
سوء رفتار	کل	۳۱/۰۴	۱۸/۴۰	۲۶/۵۰
	غفلت عاطفی	۶۰/۵۵	۴۲/۰۹	۵۰/۰۰
	غفلت مراقبتی	۲۹/۹۱	۲۶/۳۷	۲۰/۰۰
	غفلت مالی	۳۰/۷۹	۳۱/۴۸	۲۵/۰۰
	سلب اختیار	۳۱/۲۳	۲۲/۵۳	۳۰/۰۰
	سوءرفتار روانشناختی	۳۸/۴۸	۲۵/۹۶	۳۷/۵۰
	سوءرفتار جسمی	۲۳/۹۴	۲۷/۵۸	۲۵/۰۰
	سوءرفتار مالی	۳۲/۹۸	۲۷/۰۰	۳۳/۳۰
	طرد شدگی	۱۱/۲۹	۱۸/۷۸	۰/۰۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-17]

در جدول شماره ۳ همبستگی بین ابعاد پرسشنامه‌های سلامت عمومی و سوء رفتار گزارش شد و نتایج نشان داد که اکثر روابط دارای ارتباط معنی‌دار بودند، به جز غفلت مراقبتی که با زیر مقیاس‌های سلامت جسمانی (P=۰/۱۰۵)، اضطراب و بی‌خوابی (P=۰/۷۰۷)، عملکرد اجتماعی (P=۰/۲۱۱) و هم‌چنین سوء رفتار مالی با زیر مقیاس سلامت جسمانی (P=۰/۱۵۶) از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. مطابق نتایج این جدول روابط بین ابعاد پرسشنامه‌ها دارای جهت مستقیم بود، به‌طوری که با افزایش نمره هر کدام از ابعاد پرسشنامه سلامت عمومی، نمره ابعاد پرسشنامه سوء رفتار نیز افزایش می‌یابد. جهت شناسایی عوامل تاثیرگذار بر نمره سوءرفتار از رگرسیون خطی تک متغیره و چندگانه استفاده شد. در مجموع ۵۲ درصد از واریانس نمره سوءرفتار با استفاده از متغیرهای وارد شده در مدل تبیین شد. براساس نتایج رگرسیون چندگانه بیماری‌های کلیوی، کم کاری تیروئید، دیابت، تعداد مصرف دارو، همراهان زندگی و نمره سلامت عمومی ارتباط معنی‌داری با نمره سوء رفتار داشتند.

افرادی که بیش‌تر از ۵ دارو مصرف می‌کردند، نمره سوء رفتار بیش‌تری (۴/۰۵ واحد) داشتند. نمره سوءرفتار در سالمندانی که دارای همراهی هم زمان همسر و فرزند بودند، به‌طور میانگین ۴/۱۳ واحد کم‌تر از همراه همسر بود. با افزایش هر نمره سلامت عمومی (وضعیت بدتر)، نمره سوءرفتار ۰/۷۵ افزایش می‌یابد (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۳: همبستگی ابعاد متغیرهای سلامت عمومی و سوء رفتار

سوء رفتار / سلامت عمومی		سلامت جسمانی	اضطراب و بی خوابی	عملکرد اجتماعی	افسردگی
غفلت عاطفی	ضریب همبستگی	۰/۳۱	۰/۳۶	۰/۳۲	۰/۳۶
	سطح معنی داری	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
غفلت مراقبتی	ضریب همبستگی	۰/۰۹	۰/۰۲	۰/۰۷	۰/۱۶
	سطح معنی داری	۰/۱۰۵	۰/۷۰۷	۰/۲۱۱	۰/۰۰۳
غفلت مالی	ضریب همبستگی	۰/۳۴	۰/۳۱	۰/۳۱	۰/۴۰
	سطح معنی داری	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
سلب اختیار	ضریب همبستگی	۰/۳۳	۰/۳۴	۰/۴۵	۰/۵۷
	سطح معنی داری	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
سوءرفتار روانشناختی	ضریب همبستگی	۰/۲۸	۰/۳۷	۰/۳۵	۰/۵۵
	سطح معنی داری	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
سوءرفتار جسمی	ضریب همبستگی	۰/۲۹	۰/۳۲	۰/۳۷	۰/۴۸
	سطح معنی داری	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
سوءرفتار مالی	ضریب همبستگی	۰/۰۸	۰/۱۵	۰/۲۱	۰/۳۱
	سطح معنی داری	۰/۱۵۶	۰/۰۰۵	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
طرد شدگی	ضریب همبستگی	۰/۱۸	۰/۱۵	۰/۱۷	۰/۱۹
	سطح معنی داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۶	۰/۰۰۲	<۰/۰۰۱

جدول شماره ۴: بررسی عوامل موثر بر نمره سوءرفتار با استفاده از رگرسیون های تک متغیره و چندگانه

متغیر		رگرسیون تک متغیره			رگرسیون چندگانه		
		B	SE	سطح معنی داری	B	SE	سطح معنی داری
سن	۶۵-۷۴	۴/۵۶	۲/۵۸	۰/۰۷۷	-۰/۳۳	۲/۰۱	۰/۸۷۰
	>۷۵	۱۶/۲۲	۲/۶۲	<۰/۰۰۱	-۰/۶۶	۲/۶۸	۰/۸۰۵
وضعیت تاهل	مجرد	۷/۷۹	۳/۵۵	۰/۰۲۸	-۰/۶۹	۴/۶۲	۰/۸۸۲
	بیوه	۷/۱۰	۲/۳۶	۰/۰۰۳	۱/۹۱	۴/۲۳	۰/۶۵۲
تحصیلات	زیر دیپلم	-۶/۲۶	۲/۲۰	۰/۰۰۴	۰/۱۳	۲/۰۰	۰/۹۴۸
	دیپلم	-۱۳/۴۷	۲/۹۸	<۰/۰۰۱	-۲/۱۷	۲/۸۵	۰/۴۴۷
	دانشگاهی	-۱۳/۹۰	۳/۰۰	<۰/۰۰۱	-۲/۱۵	۳/۰۵	۰/۴۸۱
وضعیت درآمد	برابر هزینه های زندگی	-۸/۴۵	۲/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۸۲	۰/۷۰۳
	بیشتر از هزینه های زندگی	-۱۶/۲۳	۲/۰۳	<۰/۰۰۱	-۰/۲۳	۲/۶۸	۰/۹۳۱
بیماری اسکلتی-عضلانی	-	۸/۵۶	۱/۹۳	<۰/۰۰۱	-۰/۰۵	۱/۵۹	۰/۹۷۷
بیماری گوارشی	-	۶/۲۴	۱/۹۹	۰/۰۰۲	-۰/۱۰	۱/۶۱	۰/۹۴۹
کم کاری تیروئید	-	-۴/۰۴	۳/۲۳	۰/۲۱۰	-۴/۶۱	۲/۳۴	۰/۰۴۹
بیماری قلبی و عروقی	-	۳/۲۱	۲/۲۴	۰/۱۵۱	-۲/۲۶	۱/۸۴	۰/۲۱۸
بیماری کلیوی	-	-۲/۶۰	۳/۴۱	۰/۴۴۵	-۶/۴۴	۲/۴۱	۰/۰۰۸
بیماری تنفسی	-	۱۱/۲۹	۲/۷۹	<۰/۰۰۱	-۰/۴۷	۲/۲۲	۰/۸۳۱
دیابت	-	-۸/۸۷	۲/۰۶	<۰/۰۰۱	-۸/۶۴	۱/۵۹	<۰/۰۰۱
بیماری اعصاب و روان	-	۸/۱۴	۳/۲۰	۰/۰۱۱	-۰/۵۲	۲/۴۲	۰/۸۲۹
پرفشاری خون	-	-۳/۰۵	۲/۰۶	۰/۱۳۹	-۳/۲۲	۱/۷۱	۰/۰۶۰
تعداد داروهای مصرفی	>۵	۸/۵۱	۱/۹۲	<۰/۰۰۱	۴/۰۵	۱/۷۵	۰/۰۲۰
همراهان زندگی	فرزند	-۴/۲۷	۳/۱۴	۰/۱۷۳	-۶/۹۹	۴/۳۳	۰/۱۰۷
	همسر و فرزند	-۷/۳۹	۲/۲۷	۰/۰۰۱	-۴/۱۳	۱/۶۷	۰/۰۱۴
	تنها	۹/۲۹	۲/۵۷	<۰/۰۰۱	۱/۶۴	۴/۳۵	۰/۷۰۹
تعداد فرزند		۱/۲۷	۰/۴۵	۰/۰۰۵	-۰/۰۴	۰/۳۹	۰/۹۱۶
IADL		۲/۵۷	۰/۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۰۷	۰/۳۵	۰/۸۳۲
سلامت عمومی		۰/۸۴	۰/۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۵	۰/۰۵	<۰/۰۰۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-17]

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین ابعاد سلامت عمومی و سوء رفتار ارتباط معناداری وجود دارد و با کاهش سلامت عمومی در سالمندان احتمال بیش‌تری وجود دارد که سوءرفتار را تجربه کنند. در مطالعه حاضر بعد غفلت عاطفی بیش‌ترین و بعد طردشدگی کم‌ترین فراوانی را در بین ابعاد سوءرفتار داشت. در مطالعه قاسمی و همکاران بیش‌ترین میزان شیوع سوءرفتار، غفلت عاطفی ۲۹/۱ درصد و کم‌ترین آن مربوط به سوءرفتار جسمی ۰/۵ درصد بود(۸). براساس مطالعه مولایی و همکاران شایع‌ترین نوع سوءرفتار سالمندان سوءرفتار عاطفی بود و طردشدگی و سوءرفتار جسمی کم‌ترین میزان فراوانی را در بین ابعاد سوءرفتار در جامعه ایرانی را داشت(۲۴). هم‌چنین در مطالعه نجفی‌مقدم و همکاران بیش‌ترین میزان سوءرفتار مربوط به سوءرفتار روانشناختی و کم‌ترین میزان سوءرفتار مربوط به طردشدگی در دو جامعه سالمندان شهری و روستایی بود(۶).

در مطالعه ستودن حق و همکاران نیز غفلت عاطفی ۲۶/۸ درصد، شایع‌ترین نوع سوءرفتار بود و سوءرفتار جسمی نیز کم‌ترین میزان را به خود اختصاص داده بود(۲). در مطالعه حسینی مقدم و همکاران بعد غفلت مراقبتی با ۸۹/۳ درصد بیش‌ترین و بعد طرد شدگی با ۱۳/۲ درصد کم‌ترین فراوانی را در بین ابعاد سوءرفتار داشت(۹). محبی و همکاران در مطالعه خود بعد غفلت عاطفی را با ۳۸/۶ درصد بیش‌ترین سوءرفتار و غفلت مراقبتی را با ۷/۳ درصد، کم‌ترین فراوانی گزارش کردند(۳). در مطالعه فرخ‌نژاد افشار و همکاران نیز بیش‌ترین و کم‌ترین شیوع سوءرفتار به ترتیب غفلت مراقبتی، ۶۵/۶ درصد و سوءرفتار جسمی ۳۰/۴ درصد، گزارش شده است(۲۵).

در مطالعه حاضر مشخص شد که ۴۲/۷ درصد از سالمندان وضعیت سلامت مطلوب و ۵۷/۳ درصد وضعیت سلامت عمومی نامطلوبی داشتند. هم راستا با مطالعه حاضر نتایج مطالعه نگهبان و همکاران نشان داد، ۵۶/۷ درصد سالمندان سلامت روان مطلوب داشتند و ۴۳/۳ درصد نیز مشکوک به اختلالات روانی بودند(۲۶). در مطالعه شاهرودی و همکاران، مشخص شد ۶۹/۷ درصد سالمندان سالم و ۳۰/۳ درصد مشکوک به اختلالات روانی بودند(۲۷). قنبری مقدم و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که ۶۵ درصد از سالمندان مورد مطالعه از نظر سلامت عمومی سالم و ۳۵ درصد مشکوک به اختلالات روانی بودند(۲۱). هم‌چنین در مطالعه کیانی و همکاران، ۳۰ درصد سالمندان سلامت روان در حد مطلوب، ۳۷/۷ درصد سالمندان سلامت روان در حد متوسط و ۳۲/۳ درصد سلامت روان نامطلوبی داشتند(۱۵). در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت؛ تفاوت در روش‌های مطالعه، برخی عوامل تاثیرگذار بر سوءرفتار و سلامت عمومی از جمله عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، نمونه‌گیری‌های غیرتصادفی، استفاده از ابزارهای متفاوت جهت سنجش، مشکلات مرتبط با جمع‌آوری داده‌های معتبر و گزارش نکردن و بیان دقیق سوءرفتار توسط سالمندان، سبب اختلاف درنتایج حاصل از مطالعات مختلف شده است. براساس رگرسیون تک متغیره نتایج مطالعه حاضر حاکی از این بود که افزایش سن، مجرد یا بیوه بودن، تحصیلات پایین‌تر، وضعیت درآمد، بیماری‌های مزمن، مصرف متعدد داروها، همراهان زندگی، تعداد فرزندان بیش‌تر و ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزانه از عوامل موثر بر نمره سوءرفتار بودند. هم راستا با مطالعه حاضر در مطالعه نجفی مقدم و همکاران نیز بین تحصیلات، وضعیت درآمد، بیماری‌های مزمن، تعداد داروهای مصرفی، تعداد فرزندان و همراهان زندگی با سوءرفتار رابطه معناداری وجود داشت(۶).

در مطالعه خلیلی و همکاران نیز بین سوءرفتار با سن، تعداد فرزندان، وضعیت تاهل، همراهان زندگی، ناتوانی جسمی در راه رفتن و سابقه بیماری‌های زمینه‌ای ارتباط معنی‌داری مشاهده شد(۲۸). هم‌چنین در مطالعه برجی و همکاران ارتباط معناداری بین سوءرفتار با متغیرهایی هم‌چون سن، وضعیت تاهل، تحصیلات،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-17]

وضعیت درآمد، همراهان زندگی و بیماری‌های مزمن گزارش شده است(۲۹). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افزایش سن، سطح تحصیلات پایین‌تر و کمبود آگاهی نسبت به حقوق خود، وضعیت درآمد کم‌تر، داشتن سوابق بیماری‌های مزمن و مصرف متعدد داروها و هم‌چنین وابسته بودن سالمند برای انجام کارهای روزانه به دیگران می‌توانند باعث خستگی و افزایش بار روانی مراقبین سالمند شوند و به مرور زمان احساس درماندگی، پریشانی و احساس خشم نسبت به سالمند را افزایش دهند که می‌تواند در افزایش سوءرفتار با سالمندان نقش اساسی داشته باشد. از طرفی، تعداد فرزندان بیش‌تر نیز می‌تواند موجب افزایش تجربه سوءرفتار در سالمندان شود. احتمالاً زمانی‌که تعداد فرزندان بیشتر است امکان دارد تعدادی از فرزندان از کمک و مراقبت از والدین خودداری نمایند و فرزندانی که مجبور به ارائه این خدمات هستند بیش‌تر در معرض اعتراض همسر و فرزندان خود قرار می‌گیرند که این امر می‌تواند موجب افزایش سوءرفتار نسبت به والدین سالمند شود(۲۸).

در مطالعه حاضر اکثر ابعاد متغیرهای سلامت عمومی و سوءرفتار دارای ارتباط معنی‌داری بودند. هم راستا با مطالعه حاضر، کیانی و همکاران در مطالعه‌ای، به بررسی ارتباط سوءرفتار مالی با سلامت روان در سالمندان پرداختند و یافته ها حاکی از این بود که ۶۱/۴ درصد از شرکت‌کنندگان با سوءرفتار مالی متوسط و ۳۸/۶ درصد از آن‌ها با سوءرفتار مالی شدید مواجه بودند. هم‌چنین بین ابعاد سلامت روان و سوءرفتار مالی ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود داشت. در این مطالعه فقط سوءرفتار مالی مورد ارزیابی قرار گرفت در حالی‌که در مطالعه حاضر تمام ابعاد سوءرفتار با سالمندان ارزیابی شد(۱۵). Soares و همکاران نیز نشان دادند سوءرفتار مالی با شدت افسردگی و اضطراب سالمندان ارتباط دارد که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود(۳۰).

در مطالعه Melchiorre و همکاران که یک مطالعه مقطعی تحت عنوان ارتباط حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی- اجتماعی و سلامتی با سوءرفتار در سالمندان هفت کشور اروپایی بر روی ۴۴۶۷ سالمند انجام دادند نتایج حاکی از این بود که بین سوءرفتار با وضعیت سلامتی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت(۳۱). هم‌چنین Patel و همکاران در یک مطالعه تحت عنوان بررسی سوءرفتار و تعیین وضعیت سلامتی سالمندان نشان دادند که بیش از ۱۶ درصد سالمندان تمامی انواع سوءرفتار را تجربه می‌کنند که بیش‌تر توسط فرزندان آن‌ها صورت می‌گیرد وهم‌چنین وضعیت سلامتی سالمندان شرکت‌کننده که سوءرفتار را تجربه‌کرده بودند، نامطلوب گزارش شده بود(۱۰).

از آن‌جایی‌که با بالارفتن سن شیوع بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد که این مسئله منجر به ایجاد ناتوانی و وابستگی در سالمند می‌شود و عوارض آن بر توانایی‌های مربوط به انجام وظایف روزانه و استقلال تاثیر می‌گذارد. هر چه شخص آسیب‌پذیرتر باشد، گرایش دیگران به این که او را مورد سوءرفتار قرار دهند بیشتر می‌شود، تا این که سالمند وابسته به عنوان منبعی از استرس و سرباری دیده می‌شود که این عوامل می‌تواند سلامت عمومی آنان را تهدید کند و موجب افزایش تجربه سوءرفتار توسط دیگران شود. بنابراین آگاه‌سازی جامعه در رابطه با شرایط و مسائل خاص سالمندان مانند مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ضروری، سوء استفاده و آزار سالمندان، حمایت عاطفی و اجتماعی و هم‌چنین تلاش برای ایجاد حساسیت در اقشار مختلف جامعه نسبت به نیازها و نگرانی‌های سالمندان امری ضروری است. با توجه به شیوع بالای سوء رفتار، لزوم شناسایی سوءرفتار نسبت به سالمندان، پیشگیری و ارائه خدماتی جهت حل این مسئله با یک رویکرد قانونی ضروری به نظر می‌رسد. آگاهی دادن به خانواده و جایگزینی تکریم و احترام سالمند به جای خشونت و بی‌اعتنایی که ناگزیر در جامعه صنعتی به وجود آمده، می‌تواند نقش موثری داشته باشد. هم‌چنین سازمان‌های مسئول، بایستی مشکلات موجود و سایر نیازهای اساسی سالمندان را

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-17]

شناسایی نموده و اقدامات لازم را در این خصوص با اولویت بندی دقیق انجام دهند.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به زیاد بودن تعداد سوالات پرسشنامه سوءرفتار با سالمند در خانواده (۴۹ سوال) اشاره کرد، که باعث خسته شدن سالمند و عدم همکاری با پژوهشگر در حین تکمیل پرسشنامه می‌شد. هم‌چنین نمونه‌های این مطالعه از سالمندان ساکن جامعه انتخاب شدند، بنابراین نمی‌توان به‌طور قطعی نتایج مطالعه حاضر را به سالمندان بستری در بیمارستان و ساکن خانه سالمندان تعمیم داد.

در پایان می‌توان گفت با توجه به آسیب‌پذیری سالمندان در برابر سوء رفتار و تهدید سلامت آنان لازم است تا برنامه‌ریزی‌هایی در زمینه آگاه‌سازی جامعه مدنظر قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود آموزش‌هایی برای سالمندان در مورد آگاهی از حقوق خود مبنی بر رفتارهای آزار رسان از سوی دیگران و چگونگی مقابله با سوءرفتار که می‌تواند تا حد زیادی سلامت آنان را ارتقاء دهد، در نظر گرفته شود.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود واجب می‌دانند که از کلیه سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه و هم‌چنین معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی مازندران تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Raei M, Rohani H, Yaghubi N, Eidy F, Sadeghi A. The Survey of Association Between General Health and Quality of Life in Esfarayen Elderly People 2017. Journal of Military Health Promotion 2020; 1(1): 50-56 (Persian).
2. Seutodan Hagh H, Rezaeipandari H, Mousavi S, Allahverdipour H. Prevalence and gender differences of elder abuse among community-dwelling older adults in Tabriz, Iran. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2021; 15(4): 458-471 (Persian).
3. 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 (Persian).
4. Nassiri H, Heravi KM, Jouybari L, Sanagoo A, Chehrehgosha M. The prevalence of elder abuse in Gorgan and Aq-Qala cities, Iran in 2013. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2016; 10(4): 162-173 (Persian).
5. 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 (Persian).
6. Najafi Moghadam S, Taraghi Z , Mohammadpour RA, Ilali ES. Comparing Elder Abuse and Related Factors between Urban and Rural Elderly. J Mazandaran Univ Med Sci 2022; 32(211): 75-81 (Persian).
7. Papi S, Akbari S, Foroughan M, Zanjari N, Moghadasi AM, Zandieh Z. Prevalence of Elder Abuse and its Related Factors among Elderly Referring to Social Security Outpatient Clinic in Yasouj, Iran. Elderly Health Journal 2022; 8(2): 89-97 (Persian).
8. Ghasemi Marzba S, Zakizad abkenar M, Mohammadpour R, Ilali ES. Relationship between Loneliness and Abuse in Elderly People. J Mazandaran Univ Med Sci 2021; 31(199): 186-192 (Persian).
9. Hosseini Moghaddam F, Nikkhah Beydokhti E, Noori R, Sajjadi M, Khajavian N, Kameli F, et al. Prevalence of Elder Abuse by Family Members and its Related Factors in Gonabad,

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-17]

Iran. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2022; 17(3): 338-351 (Persian).

10. Patela SK, Katariab V. Elderly abuse and health status of ageing population in West Delhi, India. J Public Health Photon 2013; 115: 191-200.
11. Kahrazei F, Akbarizadeh A. Comparison of the general health and happiness of the elderly living in nursing homes, private homes with and without family-based rehabilitation Services. JOGE 2020; 4(3): 56-67 (Persian).
12. Zarei F, Mohammadi M, Aboozade Gatabi k, Ghanbari Moghaddam A. General health and its related factors among elderly in sabzevar 2016. JOGE 2017; 2(2): 26-33 (Persian).
13. Izadkhah FS, Azadi N, Mansourian M. Investigating the Relationship Between General health and Depression in the Elderly Living in Urban and Rural Areas of Zanjan city in 2019. TB 2023; 21(5): 64-79 (Persian).
14. Zarei F, Mohammadi M, Gatabi A, Ghanbari Moghaddam A. General health and its related factors among elderly in Sabzevar 2016. JOGE 2017; 2(3): 26-33 (Persian).
15. Kiani P, Mottaghi M, Ghoddoosy A. Investigating the relationship between financial abuse and mental health among aldery population in Shahre-Kord. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2019; 14(2): 212-223 (Persian).
16. Makaroun LK, Bachrach RL, Rosland A-M. Elder abuse in the time of COVID-19—Increased risks for older adults and their caregivers. Am J Geriatr Psychiatry 2020; 28(8): 876-880.
17. Arango DC, Cardona AS, Duque MG, Cardona AS, Sierra SMC. Health status of elderly persons of Antioquia,Colombia. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2016; 19(1): 71-86.
18. Chokkanathan S. Elder mistreatment and health status of rural older adults. J Interpers Violence 2015; 30(18): 3267-3282.
19. Khalili Z, Taghadosi M, Heravi-Karimooi M, Sadrollahi A, Gilasi H. Assessment of the associations of depression with elder abuse among the elderly in Kashan city, Iran. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2016; 10(4): 8-17 (Persian).
20. Alavai S, Zar A, Salimi Avansar M, Ahmadi F. Evaluate the Effectiveness of Physical Activity on General Health, Happiness and Life Expectancy in Postmenopausal and Elder Women. JOGE 2017; 2(1): 11-19 (Persian).
21. Ghanbari Moghadam A, Mohammadi Shahbolaghi F, Dalvandi A, Hoseinzade S. Relationship between lifestyle and general health among elderly people in Tehran. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2015; 1(3): 90-99 (Persian).
22. Malakouti SK, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Zandi T. Reliability, validity and factor structure of the GHQ-28 used among elderly Iranians. Int Psychogeriatr 2007; 19(4): 623-634.
23. Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire. Salmand: Iranian Journal Of Ageing 2010; 5(1): 0 (Persian).
24. Molaei M, Etemad K, Taheri Tanjani P. Prevalence of Elder Abuse in Iran: A Systematic Review and Meta Analysis. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2017; 12(2): 242-253 (Persian).
25. Farokhnezhad Afshar P, Sabeti A, Kamalzadeh L, Shariati B. Family abuse with older adults hospitalized and related factors in Hazrat Rasool Akram Hospital in Tehran in 2018. JOGE 2021; 6(1): 1-7 (Persian).
26. Negahban Z, Arab M, Tajvar M, Rahimi FA, Rashidyan A. Investigating the association

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-17]

between social capital and mental health in the ageing population of Tehran. Journal of Health Management 2015;6(1):79-89 (Persian).

27. Izadirad H, Siyasar A, Dastras M. the relationship between social support and general health of the elderly in Khash city, 1399. IJNR 2022; 16(6): 64-72 (Persian).
28. 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 (Persian).
29. Borji M, Asadollahi K. Comparison between perceived misbehavior by urban and rural elderlies. IJPN 2016; 4(3): 41-50 (Persian).
30. Soares JJ, Viitasara E, Stankunas M, Sundin O, Melchiorre MG, Barros H, et al. The relationship between the chronicity and severity of abuse, socio-economics, psychosocial factors and mental health. International Journal of Healthcare, Insurance and Equity 2015; 2(1).
31. 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).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-17]