

اپیدمیولوژی سوء رفتار با سالمندان شهر نیشابور در سال ۱۳۹۶

نویسندگان:

عاطفه دهنوعلیان^۱، معصومه سعادت^۲، سمیه جعفریانی^۳، مهدی بکائیان^۴، اقدس سعادت^۵*

- ۱- کارشناس ارشد داخلی جراحی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران
 ۲- کارشناس ارشد داخلی جراحی، گروه اتاق عمل، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران
 ۳- کارشناس ارشد آمار، گروه آمار، معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران
 ۴- کارشناس ارشد روان پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران
 ۵- کارشناس ارشد داخلی جراحی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.16, No.4, Winter 2019

چکیده:

مقدمه: سالمندی مرحله حساسی از زندگی بشر بوده و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. بروز سوء رفتار نسبت به سالمندان در چند سال گذشته به سرعت افزایش یافته و مورد توجه جوامع و متخصصان مراقبت های بهداشتی قرار گرفته است. مطالعه حاضر با هدف تعیین اپیدمیولوژی سوء رفتار و عوامل همراه با آن در سالمندان شهر نیشابور در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی- مقطعی با مشارکت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ساکن شهر نیشابور انجام شد. روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی و براساس معیارهای ورود بود. ابزارهای مورد استفاده شامل فرم داده‌های دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد سوء رفتار با سالمندان بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از بین ۱۷۶ نفر شرکت کننده در پژوهش ۶۵/۳ درصد مرد و میانگین سنی سالمندان ۶۸/۱۱±۹/۱۱ بود. نتایج نشان داد شیوع سوء رفتار در بین سالمندان ۵۶/۸ درصد است که بیشترین سوء رفتار از نوع سوء رفتار روان شناختی ۴۷/۷ درصد و کمترین آن مربوط به طرد شدگی ۲/۸ درصد است. براساس آزمون آمار مجذور کای بین سوء رفتار و متغیرهای سن، وضعیت اقتصادی و سوء مصرف مواد ارتباط معناداری مشاهده شد ($p < 0.001$).

نتیجه گیری: به طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد که سوء رفتار با سالمندان در سطح شهر نیشابور بالا است.

واژگان کلیدی: سالمند، سوء رفتار، اپیدمیولوژی

Pars J Med Sci 2019;16(4):65-72

مقدمه:

امروزه موضوع سالمندی و پیری جمعیت یکی از مسائل بسیار مهمی است که در اکثر کشورها مورد توجه قرار گرفته است. پیر شدن جمعیت به ویژه جمعیت کهن سالان برای کشورهایی که به دنبال فراهم آوردن امنیت و رفاه برای تعداد رو به رشد افراد سالمند خود هستند، چالشی واقعی و اساسی محسوب می‌شود [۱]. طبق ارزیابی واحد جمعیت سازمان ملل، روند جمعیتی سالخورده‌گی رو به گسترش بوده به طوری که تا سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر می‌رسد [۲]. به نظر می‌رسد جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه مانند ایران سرعت فوق العاده ای داشته باشد و باید آمادگی رویارویی با چنین وضعیتی را داشت [۳]. طبق آماري که در سال ۱۳۹۰ ارائه شده است ۸/۲ درصد از جمعیت ایران را سالمندان تشکیل داده اند [۲] و پیش بینی می‌شود از سال ۱۴۱۵ به بعد، با ورود متولدین سال‌های ۱۳۵۵-۱۳۷۰ (نسل انفجار جمعیتی) به گروه سنی بالای ۶۰ سال، ایران با پدیده "انفجار جمعیت سالخوردگان" روبرو شود [۴]. با وجود افزایش جمعیت سالمندان و تغییرات هرم جمعیتی کشور هنوز روی نیازهای

امروزه موضوع سالمندی و پیری جمعیت یکی از مسائل بسیار مهمی است که در اکثر کشورها مورد توجه قرار گرفته است. پیر شدن جمعیت به ویژه جمعیت کهن سالان برای کشورهایی که به دنبال فراهم آوردن امنیت و رفاه برای تعداد رو به رشد افراد سالمند خود هستند، چالشی واقعی و اساسی محسوب می‌شود [۱]. طبق ارزیابی واحد جمعیت سازمان ملل، روند جمعیتی سالخورده‌گی رو به گسترش بوده به طوری که تا سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر می‌رسد [۲]. به نظر می‌رسد جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه مانند ایران سرعت فوق العاده ای داشته باشد و باید آمادگی رویارویی با چنین وضعیتی را داشت [۳]. طبق آماري که در سال ۱۳۹۰ ارائه شده است ۸/۲ درصد از جمعیت ایران را سالمندان تشکیل داده اند [۲] و پیش بینی می‌شود از سال ۱۴۱۵ به بعد، با ورود متولدین سال‌های ۱۳۵۵-۱۳۷۰ (نسل انفجار جمعیتی) به گروه سنی بالای ۶۰ سال، ایران با پدیده "انفجار جمعیت سالخوردگان" روبرو شود [۴]. با وجود افزایش جمعیت سالمندان و تغییرات هرم جمعیتی کشور هنوز روی نیازهای

* نویسنده مسئول، نشانی: خراسان رضوی، نیشابور، معاونت آموزشی و پژوهشی دانشکده علوم پزشکی نیشابور، ایران.

پست الکترونیک: saadatiaghdas@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۵۱-۴۳۳۴۴۰۱۱

پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵

اصلاح: ۱۳۹۷/۱۲/۲۱

دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۱۲

به ارتقاء سطح سلامت جامعه و داشتن سالمندان سالم و فعال کمک کرد.

روش کار:

این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی با مشارکت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ساکن شهر نیشابور انجام شد. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد، به این صورت که از بین ۱۳ مرکز بهداشتی - درمانی شهری، ۳ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس افراد سالمند براساس پرونده، شماره گذاری و بعد از طریق جدول اعداد تصادفی، نمونه‌ای از سالمندان به نسبت جمعیت سالمندان هر مرکز به عنوان نمونه انتخاب شد. حجم نمونه با استفاده از ضریب اطمینان ۹۵٪ و نرخ ریزش ۲۰٪، ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

به منظور دست‌یابی به اهداف پژوهش، معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۶۰ سال و بالاتر، بومی و ساکن شهر نیشابور بودن، قادر به برقراری ارتباط، توانایی تکلم به زبان فارسی، تمایل به شرکت در پژوهش و عدم ابتلا به ناشنوایی بود.

این پژوهش پس از تصویب در معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی نیشابور با کد IR.NUMS.REC.1394.14 و اخذ مجوز کتبی از مسئولان دانشکده و نیز کسب اجازه از مسئولان مراکز بهداشتی آغاز شد. قبل از شروع پژوهش، اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی از آنان گرفته شد. همچنین نظر به بی‌سوادی یا کم‌سوادی بیشتر سالمندان برای یکسان‌سازی نحوه تکمیل پرسشنامه، تک عبارات برای شرکت‌کنندگان خوانده و پاسخ آنان عیناً یادداشت شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه سوء رفتار با سالمندان بود که مشتمل بر دو قسمت سوالات دموگرافیک و سوالات مرتبط با سوء رفتار بود. در قسمت اول، جنسیت، وضعیت تاهل، سن، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی (براساس خودگزارش دهی سالمند)، شغل، سوء مصرف مواد (سیگار و مواد مخدر)، سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن مانند فشارخون، دیابت و سرطان، نحوه زندگی سالمند با خانواده و بستری مکرر در بیمارستان (دوبار در ماه و بیشتر) از سالمندان پرسیده شد. سوالات سنجش سوء رفتار شامل ۴۹ عبارت در هشت حیطه غفلت مراقبتی (۱۱ عبارت)، سوء رفتار روان‌شناختی (۸ عبارت)، سوء رفتار جسمی (۴ عبارت)، سوء رفتار مالی (۶ عبارت)، سلب اختیار (۱۰ عبارت)، طرد شدگی (۴ عبارت)، غفلت مالی (۴ عبارت) و عاطفی (۲ عبارت) بود. این ابزار بر اساس یافته‌های مطالعه‌های کیفی بر روی سالمندان آزار دیده و در ایران با توجه به ویژگی‌های فرهنگی این جامعه

سالمندان به عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه توجه خاصی انجام نشده است [۵].

یکی از مشکلاتی که کمتر به آن توجه شده است، مسئله سوء رفتار نسبت به سالمندان است که به عنوان یکی از پنهان‌ترین اشکال خشونت در خانواده توسط بسیاری از سالمندان در جوامع مختلف تجربه می‌شود [۶]. سوء رفتار با سالمندان به عنوان آخرین شکل تعریف شده خشونت‌های خانگی، پس از همسرآزاری و کودک‌آزاری برای اولین بار، در سال ۱۹۷۵ تقریباً به طور همزمان در آمریکا و انگلستان مورد توجه قرار گرفت [۷]. سوء رفتار نسبت به سالمندان عبارت است از انجام عمل یا اعمال پی در پی یا فقدان عملکرد مناسب که در هر نوع رابطه توأم با توقع اعتماد رخ داده و منجر به آسیب، درد، پریشانی، اضطراب و سلب آسایش سالمند شده و به شکل سوء رفتار جسمی، روان‌شناختی، جنسی، بهره‌برداری مالی و غفلت رخ می‌دهد [۶]. هر چند سوء رفتار با سالمندان به همان فراوانی سایر اشکال خشونت‌های خانگی است، اما میزان گزارش و تشخیص آن پایین‌تر است [۸]. سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است فقط ۴ درصد سوء رفتارها گزارش می‌شوند [۹] و در واقع موارد گزارش شده را بین یک مورد از هر شش مورد سوء رفتار برآورد کرده است [۱۰]. نتایج حاصل از مطالعه‌ای وسیع در ایالات متحده آمریکا حاکی از آن است که بیش از ۱۰ درصد از جوامع سالخورده با مسأله‌ی سوء رفتار، در حال زندگی هستند و یا به طور بالقوه طی سال‌های گذشته نادیده گرفته شده‌اند [۱۱]. سازمان بهداشت جهانی بیان می‌کند ۹۰ درصد سوء رفتار نسبت به سالمندان به طور عمده در منازل رخ می‌دهد [۹]. با وجود برنامه‌ریزی‌های متعدد به نظر می‌رسد 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 سوء رفتار جسمی، عاطفی و مالی آسیب‌پذیر باقی‌مانده‌اند [۱۲]. کوششی بیان می‌کند که اعمال سوء رفتار نسبت به سالمندان سبب کاهش و از دست دادن اعتماد به نفس، احساس ناامیدی، ناتوانی و عدم امنیت، تشدید بیماری‌ها و در نتیجه افسردگی می‌شود [۱۳]. با وجود برآوردهای گوناگون شیوع سوء رفتار علیه سالمندان، آنچه از مجموع این پژوهش‌ها بر می‌آید این است که این پدیده در جامعه در حال گذار ایران رو به گسترش است و به نظر می‌رسد با پیچیده‌تر شدن مناسبات خانوادگی تشدید نیز خواهد شد. بنابراین، با توجه به اهمیت سالمندان به عنوان قشر آسیب‌پذیر در جامعه و عدم وجود مطالعات دقیق در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف تعیین اپیدمیولوژی سوء رفتار و عوامل همراه با آن در سالمندان شهر نیشابور در سال ۱۳۹۶ انجام شد. امید است با در دست داشتن اطلاعاتی از سوء رفتار در جامعه بتوان با این موضوع آگاهانه‌تر برخورد کرده و بدین ترتیب

استفاده شد. هم چنین سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

در مجموع داده های ۱۷۶ نفر از افراد ۶۰ سال و بالاتر ساکن شهر نیشابور در این مطالعه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (۲۴ نفر به دلیل کامل نکردن پرسشنامه از مطالعه خارج شدند). ۶۱ نفر (۳۴/۷ درصد) از سالمندان زن بودند (جدول ۱). بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۶۴-۶۰ سال (۴۱/۵ درصد) و میانگین سنی سالمندان $68/11 \pm 9/11$ بود. بیشتر مشارکت کنندگان بیوه یا مطلقه (۶۲/۵ درصد)، و بی سواد (۳۲/۴ درصد) بودند. در این پژوهش تعداد فرزندان بیشتر مشارکت کنندگان (۴۱/۵ درصد) بین ۶-۴ نفر بود. در جدول یک ارتباط عوامل فردی با سوء رفتار را در دو گروه سالمندان با تجربه سوء رفتار و بدون تجربه سوء رفتار نشان می دهد. شیوع سوء رفتار در بین سالمندان ۵۶/۸ درصد بوده است که بیشترین مورد مربوط به سوء رفتار روان شناختی ۴۷/۷ درصد و کمترین آن مربوط به طرد شدگی ۲/۸ درصد است (جدول ۲).

براساس آزمون آمار مجذور کای بین سوء رفتار و متغیرهای سن، وضعیت اقتصادی و سوء مصرف مواد ارتباط معناداری مشاهده شد ($p < 0/001$). در واقع با افزایش سن، سوء رفتار کاهش و با افزایش وضعیت اقتصادی، سوء رفتار افزایش داشت (جدول ۱).

تدوین و سپس اعتبار سنجی شده است [۱۴]. گویه های ابزار مذکور دارای سه گزینه «بلی»، «خیر»، و «موردی ندارد» بود. گزینه «موردی ندارد» دلالت بر شرایطی داشت که عبارت مورد نظر با شرایط زندگی سالمند هم خوانی و تناسب نداشت. امتیازها در محدوده ۰-۱۰۰ به صورت امتیاز صفر بهترین و ۱۰۰ بدترین وضعیت در مقیاس مورد نظر بود. در واقع امتیاز بالاتر مشخص کننده شدت بیشتر میزان سوء رفتار بود.

ویژگی های روان سنجی ابزار مذکور نیز مورد بررسی قرار گرفته و از اعتبار صوری، محتوا و سازه برخوردار است. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۷۵-۰/۹۰) و ثبات از طریق آزمون مجدد (۰/۹۹) مؤید پایایی مطلوب پرسشنامه است. این پرسشنامه با برخورداری از ویژگی هایی همچون طراحی بر اساس درک مفهوم سوء رفتار از دیدگاه سالمندان ایرانی و مبتنی بر تجربیات زیستی آنان، تبیین طیف کامل اشکال سوء رفتار با سالمند در خانواده، نمره گذاری ساده، پایایی و روایی مناسب و قابلیت به کارگیری در موقعیت های مختلف، ابزاری مناسب برای بررسی سوء رفتار با سالمند در خانواده های ایرانی است [۶].

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای بررسی توصیفی از فراوانی، شاخص های مرکزی و پراکندگی و برای بررسی تحلیلی از آزمون مجذور کای

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای مورد مطالعه و ارتباط عوامل فردی با سوء رفتار در سالمندان شهر نیشابور در سال ۱۳۹۶

متغیر	گروه بندی	تعداد (درصد)	وجود سوء رفتار (درصد)	عدم وجود سوء رفتار (درصد)	P-value
جنس	زن	۶۱ (۳۴٫۷)	۳۴ (۳۴)	۲۷ (۳۵٫۵۳)	۰٫۳۴
	مرد	۱۱۵ (۶۵٫۳)	۶۶ (۶۶)	۴۹ (۶۴٫۴۷)	
وضعیت تاهل	متاهل	۱۱۰ (۶۳٫۱)	۷۲ (۷۲)	۳۸ (۵۰)	۰٫۸۳
	مطلقه همسر فوت شده	۶ (۳٫۴) ۶۰ (۳۳٫۵)	۶ (۶) ۲۲ (۲۲)	۰ ۳۸ (۵۰)	
سن	۶۴-۶۰	۷۳ (۴۱٫۵)	۵۰ (۵۰)	۲۳ (۳۰٫۲۶)	< ۰٫۰۰۱
	۶۹-۶۵	۴۱ (۲۳٫۳)	۲۷ (۲۷)	۱۴ (۱۸٫۴۲)	
	۷۴-۷۰	۳۱ (۱۷٫۶)	۱۲ (۱۲)	۱۹ (۲۵)	
	۷۰-۷۵	۱۱ (۶٫۳)	۴ (۴)	۷ (۹٫۲۱)	
	۸۴-۸۰	۵ (۲٫۸)	۲ (۲)	۳ (۳٫۹۵)	
	۸۹-۸۵ ۹۰ و بالاتر	۶ (۳٫۴) ۹ (۵٫۱)	۳ (۳) ۲ (۲)	۳ (۳٫۹۵) ۷ (۹٫۲۱)	
تعداد فرزندان	فاقد فرزند	۱۶ (۹٫۱)	۱۱ (۱۱)	۵ (۶٫۵۸)	۰٫۲۹
	۳-۱	۵۰ (۲۸٫۴)	۳۷ (۳۷)	۱۳ (۱۷٫۱۱)	
	۴-۶	۷۳ (۴۱٫۵)	۴۱ (۴۱)	۳۲ (۴۲٫۱۱)	
	۷-۹ ۱۰ و بالاتر	۳۷ (۲۱٫۰) ۰ (۰٫۰)	۱۱ (۱۱) ۰ (۰)	۲۶ (۳۴٫۲۱) ۰ (۰)	

ادامه جدول ۲: توزیع فراوانی متغیرهای مورد مطالعه و ارتباط عوامل فردی با سوء رفتار در سالمندان شهر نیشابور در سال ۱۳۹۶

متغیر	گروه بندی	تعداد (درصد)	وجود سوء رفتار (درصد)	عدم وجود سوء رفتار (درصد)	P-value
میزان تحصیلات	بی سواد	۵۷(۳۲,۴)	۲۳(۲۳)	۳۴(۴۴,۷۴)	۰,۸۱
	خواندن و نوشتن	۳۶(۲۰,۵)	۱۵ (۱۵)	۲۱(۲۷,۶۳)	
	ابتدایی	۴۷(۲۶,۷)	۳۱(۳۱)	۱۶(۲۱,۰۵)	
	متوسطه	۲۷(۱۵,۳)	۲۲ (۲۲)	۵(۶,۵۸)	
	دانشگاهی	۹(۵,۱)	۹(۹)	۰(۰)	
شغل	خانه دار	۵۵(۳۱,۳)	۲۸ (۲۸)	۲۷(۳۵,۵۳)	۰,۰۷۱
	شاغل	۴۸(۲۷,۳)	۴۱(۴۱)	۷(۹,۲۱)	
	بازنشسته	۴۱(۲۳,۳)	۲۳ (۲۳)	۱۸(۲۳,۶۸)	
	از کار افتاده	۳۲(۱۸,۲)	۸(۸)	۲۴(۳۱,۵۸)	
وضعیت اقتصادی	اصلاً کافی نیست	۱۵(۸,۵)	۸(۸)	۷(۹,۲۱)	<۰,۰۰۱
	کم	۴۶(۲۶,۱)	۲۲ (۲۲)	۲۴(۳۱,۵۸)	
	متوسط	۸۵(۴۸,۳)	۴۹(۴۹)	۳۶(۴۷,۳۷)	
	کاملاً کافی	۳۰(۱۷)	۲۱ (۲۱)	۹ (۱۱,۸۴)	
نحوه زندگی سالمند با خانواده	تنها	۶۴(۳۶,۳۶)	۲۹(۲۹)	۳۹(۵۱,۳۲)	۰,۷۷
	با همسر	۵۶(۳۱,۸۳)	۲۹ (۲۹)	۲۳ (۳۰,۲۶)	
	با همسر و فرزندان	۵۴(۳۰,۶۸)	۴۰(۴۰)	۱۴(۱۸,۴۲)	
	با دیگران	۲(۱,۱۳)	۲ (۲)	۰ (۰)	
وضعیت سوء مصرف مواد	ندارد	۵۴(۳۰,۷)	۱۸(۱۸)	۳۶(۴۷,۳۷)	<۰,۰۰۱
	دارد	۱۲۲(۶۹,۳)	۸۲ (۸۲)	۴۰ (۵۲,۶۳)	
ابتلا به بیماری های مزمن	دارد	۱۰۲(۵۸)	۶۶(۶۶)	۳۶(۴۷,۳۷)	۰,۴۵
	ندارد	۷۴(۴۲,۰)	۳۴ (۳۴)	۴۰ (۵۲,۶۳)	
بستری مکرر در بیمارستان به علت بیماری های مزمن	دارد	۷۶(۴۲,۲)	۴۰(۴۰)	۳۶(۴۷,۳۷)	۰,۴۱
	ندارد	۱۰۰(۵۶,۸)	۶۰ (۶۰)	۴۰ (۵۲,۶۳)	

جدول ۳: توزیع فراوانی انواع سوء رفتار در سالمندان شهر نیشابور در سال ۱۳۹۶

انواع سوء رفتار	بلی		خیر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
روان شناختی	۸۴	۴۷/۷	۹۲	۵۲/۳
جسمی	۱۴	۸/۰	۱۶۲	۹۲/۰
مالی	۱۳	۷/۴	۱۶۳	۹۲/۶
طرد شدگی	۵	۲/۸	۱۷۱	۹۷/۲
غفلت مراقبتی	۶۳	۳۵/۸	۱۱۳	۶۴/۲
غفلت عاطفی	۱۴	۸/۰	۱۶۲	۹۲
غفلت مالی	۲۳	۱۳/۱	۱۵۳	۸۶/۹
سلب اختیار	۳۵	۱۹/۹	۱۴۱	۸۰/۱
انواع سوء رفتار	۱۰۰	۵۶/۸	۷۶	۴۳/۲

بحث:

گزارش شده است [۳]. شیوع سوء رفتار گزارش شده در برزیل ۱۴/۴ درصد [۱۶]، در نیجریه ۳۵/۶ درصد [۱۷]، در پرتغال ۱۲/۳ درصد [۱۸]، در آمریکا ۴/۶ درصد [۱۹]، در ایرلند ۲/۲ درصد [۲۰] و در مالزی ۴/۵ درصد [۲۱] می باشد که در مقایسه با نتایج مطالعه حاضر به طور چشمگیری کمتر است. علت این تفاوت می تواند

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شیوع سوء رفتار در بین سالمندان شهر نیشابور ۵۶/۸ درصد است. شیوع سوء رفتار در مطالعه محبی و همکاران روی سالمندان شهرستان دزفول ۶۰/۵ درصد [۱۵]، در مطالعه هروی و همکاران ۲۵/۹ درصد [۶]، و در مطالعه سیستماتیک و متاتحلیل مولایی و همکاران در ایران ۵۶/۴ درصد

طردشدگی یا حمایت از سالمندان در سطح خانواده نیز متفاوت خواهد بود [۱].

از نظر ارتباط سوء رفتار با متغیرهای دموگرافیک، بین سوء رفتار و متغیر سن ارتباط معناداری مشاهده شد. نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که با افزایش سن، سوء رفتار کاهش می‌یابد. در پژوهش منوچهری نیز بین بروز سوء رفتار با سن رابطه معناداری مشاهده شده است [۲۷]. مطالعه نیکبخت نصرآبادی نشان داد که سن عامل اصلی در افزایش میزان بروز سوء رفتار است، به طوری که با افزایش سن میزان سوء رفتار نیز افزایش می‌یابد [۲۸]. علت تفاوت در نتایج مطالعات با مطالعه حاضر احتمالاً به دلیل کم بودن تعداد نمونه‌ها در سنین بالاتر از ۷۰ سال است.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر همانند یافته‌های پیشین نشان داد که سالمندان با سطح اقتصادی پایین‌تر، سوء رفتار بیشتری را دریافت می‌کنند که نشان دهنده وابستگی‌های مالی در ارائه مراقبت از سالمندان است. این یافته با مطالعه حقیقتیان و همکاران [۲۹] و نوری تاجر و همکاران [۳۰] هم خوانی دارد. در واقع سالمندآزاری به طور عمده ریشه در مشکلاتی مانند تنگناها و وابستگی‌های مالی دارد که مراقبان سالمندان با آن دست به گریبان هستند به طوری که هزینه‌های جسمی و عاطفی نگهداری بیش از درآمدهای آن است [۲۸] که این خود می‌تواند عاملی برای بروز سوء رفتار در سالمندان باشد. در این وضعیت با توجه به این که سالمندان میلند تحت هر شرایطی با اعضای خانواده خود زندگی کنند حتی اگر مورد سوء رفتار یا مراقبت‌های غیراستاندارد قرار گیرند، مهم‌ترین کمک می‌تواند رفع نیازهایی باشد که افزایش فشار روی مراقبین را به دنبال دارد [۱۲].

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، با سوء رفتار بالاتری نسبت به افرادی که این گونه مواد را مصرف نمی‌کنند مواجه هستند. مطالعه محبی و همکاران [۱]، هروی کریموی و همکاران [۲] نشان داد که بین سوء رفتار با سالمندان و مصرف مواد ارتباط معناداری وجود دارد. در تفسیر این یافته می‌توان گفت ممکن است خانواده سالمندانی که از مواد مخدر استفاده می‌کنند از آن‌ها بهره برداری مالی انجام دهند. به عبارت دیگر، خانواده به بهانه خرید مواد مخدر برای سالمند یا ناتوانی در حفظ و نگه داری اموال، تمام پس انداز سالمندان را از آن‌ها می‌گیرند. همچنین این احتمال وجود دارد عاملین سوء رفتار یعنی خانواده و آشنایان، منزل سالمند مصرف کننده مواد را به عنوان پایگاهی برای قاچاق یا مصرف مواد توسط دیگران تبدیل کنند که این‌ها خود نشانه‌های سوء رفتار با سالمند تلقی می‌شود.

ناشی از تفاوت در حجم نمونه، داشتن خرده فرهنگ‌ها و نگرش‌های مختلف اقوام باشد. صاحب نظران معتقدند تعیین شیوع واقعی سوء رفتار در سالمندان به دلیل برخی عوامل تأثیرگذار از جمله عوامل اجتماعی و فرهنگی، تعاریف و تفسیرهای مختلف و متفاوت از پدیده سوء رفتار در سالمندان، عدم گزارش دهی مشکل بوده و بنابراین، منجر به اختلاف در نتایج خواهد شد [۲۲، ۲۳].

براساس یافته‌های به دست آمده سوء رفتار روان شناختی (۴۷/۷ درصد) بیشترین نوع سوء رفتار بوده است. مولایی و همکاران در مطالعه متاتحلیل خود با بررسی ۱۰ مقاله در مورد سوء رفتار در سالمندان به این نتیجه رسیدند که شایع‌ترین نوع سالمند آزاری در ایران به ترتیب عاطفی و پس از آن روانی است [۳]. همچنین رحیمی و همکاران در مطالعه خود سوء رفتار روان شناختی را ۴۰/۶ درصد گزارش کردند [۲۴]. پژوهش‌های آمستادتر و همکاران [۲۵] و کیسال و همکاران [۲۶] و راجینی و همکاران [۲۱] نیز بیشترین سوء رفتار را از نوع روان شناختی گزارش کرده اند که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد. کوششی می‌نویسد که سالمندان ایرانی در دریافت برخی حمایت‌ها همانند کمک به هنگام بیماری و نیاز به پرستاری و یا جا به جایی و حمل و نقل و حتی دریافت کمک مالی بیش از هر گروه و شبکه اجتماعی دیگر به فرزندان، همسر و اعضای خویشاوند نزدیک وابسته هستند. این چنین بستر اجتماعی به ویژه در وابستگی‌های بلندمدت، می‌تواند به بروز بار منفی در روابط اجتماعی و بین نسلی منجر شده و در نتیجه احتمال بروز سوء رفتار روانی افزایش یابد [۱۳]. البته ذکر این نکته لازم است که در جوامع شرقی به خصوص ایرانی و از آن مهم‌تر جوامع سنتی احترام به والدین و حتی حاکمیت آنان بر امور زندگی و مسایل خصوصی فرزندان مانند انتخاب همسر، انتخاب محل زندگی و غیره بخشی از فرهنگ و آداب و سنن بوده و مخالفت با نظرات سالمندان می‌تواند به منزله بی‌احترامی و نوعی سوء رفتار تلقی شود. از این رو، میزان سوء رفتار به صورت کاذب بالا می‌رود. در صورتی که در فرهنگ غربی این نوع مخالفت‌ها با سالمندان به منزله سوء رفتار تلقی نمی‌شود [۱۲].

در مطالعه حاضر کمترین سوء رفتار، طردشدگی با ۲/۸ درصد گزارش شد. در مطالعه حسینی و همکاران ۲۳/۳ درصد سالمندان اظهار داشتند که از جانب خانواده طرد شده‌اند [۱۲]. در ایران با وجود برخی اعتقادات فرهنگی و دینی و وجود ارزش‌های فرهنگی مثبت، هم در نهاد خانواده و هم در نظام فامیلی، کمتر سالخورده‌ای را می‌توان یافت که از حمایت‌های خانوادگی محروم باشد، اما این چنین نیست که خانواده‌ها در هر شرایطی پذیرای سالمندان خویش باشند. از سوی دیگر، همان‌گونه که میزان جمعیت سالمندی در کشورها و جوامع، متفاوت است، میزان

نتیجه گیری:

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مواردی همچون دشوار بودن انجام مصاحبه با سالمندان به علت بی‌سوادی و یا سواد پایین و کم‌حوصلگی اشاره کرد.

به طور کلی شیوع سوء رفتار با سالمندان در این مطالعه بالا بود که نشان از گستردگی این مسئله در سطح شهر نیشابور است. براساس یافته‌های پژوهش حاضر و سایر مطالعات در این زمینه پیشگیری از شیوع سوء رفتار علیه سالمندان یک مبارزه اجتماعی را می‌طلبد و نیازمند یک بسیج عمومی و همگانی است. بنا بر این پیشنهاد می‌شود علائم سوء رفتار در سالمندان و نحوه گزارش آن آموزش داده شود. همچنین آشنایی با سیستم‌های حمایت‌کننده و تقویت خانواده جهت پذیرش و سازگاری بیشتر با نیازهای سالمندان نیز می‌تواند کمک کننده باشد.

تعارض منافع:

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

تشکر و قدردانی:

پژوهش گران مراتب سپاس خود را از سالمندان شرکت کننده در این مطالعه به دلیل صبر، حوصله و اعتمادشان و همچنین عزیزانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، ابراز می‌دارند.

References:

1. Tajmazinani AA, Larijani M. A Study of Factors Influencing Social Exclusion of the Elderly in Varamin City. *Journal of Applied Sociology* 2015;59(3).
2. Statistical Center of Iran. Public Census of Population and Housing - 2011. Tehran: Statistical Center of Iran; 2012.
3. Molaei M, Etemad K, Taheri Tanjani P. Prevalence of Elder Abuse in Iran: A Systematic Review and Meta Analysis. *Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(2):242-53.
4. Imani A, Dastgiri S, Azizi Zeinalhajlou A. Population Aging and Burden of Diseases (A Review). *Depiction of Health*. 2015;6(2):54-61.
5. Sheikholeslami F, Reza Masouleh S, Khodadadi N, Yazdani MA. Loneliness and general health of elderly. *Journal of Holistic nursing and midwifery*. 2011;21(2):28-34.
6. Heravi Karimoei M, Reje N, Foroughan M, Montazeri A. Elderly Abuse Rates Within Family Among Members of Senior Social Clubs in Tehran. *Iranian Journal of Ageing*. 2012;6(4):37-50.
7. Erlingsson C, Carlson S, Åström S, Saveman B-I. Dilemmas in witnessing elder abuse in caregiving situations: a family member perspective. *Southern Online Journal of Nursing Research*. 2009;9(1):1-18.
8. Bahramnezhad F, Navab E, Bakhshi R, Asadi Noghabi A, Mehran A. Nurses' perception in Tehran of Elder Abuse. *Journal of Geriatric Nursing*. 2016;2(4):61-69.
9. World Health Organization. Violence and Injury Prevention 2018. [cited 2018 June 20]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/elder_abuse/en/.
10. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017;5(2):e147-e56.
11. Dong X. Elder abuse: Research, practice, and health policy. The 2012 GSA Maxwell Pollack award lecture. *The Gerontologist*. 2013;54(2):153-62.
12. Hosseini R, 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*. 2015;23(1):75-83.
13. Kosheshi M, Valadvand L. A Study on the Psychological Abuse against the Elderly, Case of Elderly Visiting Omid Cultural Center, City of Tehran. *Journal of Population Association of Iran*. 2014;9(18):146-80.
14. Heravy Karimvy M, Anoshe M, Forughan M, Sheykhi M, Hajizadeh E. Design and psychometric of elder abuse questionnaire in family. *Iranian Aging Journal*. 2010 5(15):7-21.
15. 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. *Iranian Journal of Ageing*. 2016;10(4):50-9.
16. Blay SL, Laks J, Marinho V, Figueira I, Maia D, Coutinho ES, et al. Prevalence and correlates of elder abuse in São Paulo and Rio de Janeiro. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2017;65(12):2634-8.
17. Yussuf AJ, Baiyewu O. Elder abuse and neglect in Zaria northern Nigeria. *The Nigerian postgraduate medical journal*. 2014;21(2):171-6.
18. Gil AP, Kislalya I, Santos AJ, Nunes B, Nicolau R, Fernandes AA. Elder abuse in Portugal: findings from the first national prevalence study. *Journal of elder abuse & neglect*. 2015;27(3):174-95.
19. Burnes D, Pillemer K, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR, Jr., Berman J, et al. Prevalence of and Risk Factors for Elder Abuse and Neglect in the Community: A Population-Based Study. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(9):1906-12.
20. 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 and ageing*. 2012;41(1):98-103.
21. Sooryanarayana R, Choo WY, Hairi NN, Chinna K, Hairi F, Ali ZM, et al. The prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a rural community of

- Negeri Sembilan state: baseline findings from The Malaysian Elder Mistreatment Project (MAESTRO), a population-based survey. *BMJ open*. 2017;7(8):e017025.
22. Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, Lopez-Pousa S, Juvinya D, Vila A, Vilalta-Franch J. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(5):815-22.
23. Baker PR, Francis DP, Hairi M, Naqiah N, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing elder abuse: applying findings of a new Cochrane review. *Age and ageing*. 2017;46(3):346-8.
24. rahimi v, heidari m, nezarat s, zahedi a, mojadam m, deris s. Factors Related to Elder Abuse within the Family. *Journal of Geriatric Nursing*. 2016;3(1):89-100.
25. Amstadter AB, Zajac K, Strachan M, Hernandez MA, Kilpatrick DG, Acierno R. Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: the South Carolina elder mistreatment study. *Journal of interpersonal violence*. 2011;26(15):2947-72.
26. Kissal A, Beşer A. Elder abuse and neglect in a population offering care by a primary health care center in Izmir, Turkey. *Social Work in Health Care*. 2011;50(2):158-75.
27. Maneuchehry H GB. The amount and types of domestic abuse in the elderly referred to Park lyrics Tehran. *Journal of School of Nursing and Midwifery Beheshti* 2008;18(62):37-43.
28. Nikbakht Nasrabadi A, Hossein Abbasi N, Mehrdad N. The prevalence of violence against Iranian women and its related factors. *Global journal of health science*. 2014;7(3):37-45.
29. Haghghatian M FM. Sociocultural Factors Affecting Elderly abuse. *J Health Syst Res* 2013; 8(7):1117-26.
30. Nooritajer M HR, Haidari SH. Factors associated with abuse in the elderly. *Middle east Journal of age and aging*. 2011; 8(1):12-6.

Epidemiology of Elderly Abuse in Neyshabur City in 2017

Dehnoalian Atefeh¹, Saadati Masoomeh², Jafariany Somaye³, Bakaeian Mehdi⁴
Saadati Aghdas^{5*}

Received: 2018.09.05

Revised: 2018.05.12

Accepted: 2019.05.16

1. Department of Nursing, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran
2. Department of Operating Room, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran
3. Department of Statistics, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran
4. Department of Nursing, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran
5. Department of Nursing, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.16, No.4, Winter 2019

Pars J Med Sci 2019;16(4):65-72

Abstract:

Introduction:

Elderly is a sensitive period in human life and attention to the needs of this stage is a social necessity. Elderly Abuse has grown rapidly over the last few years and has attracted the attention of communities and healthcare professionals. The present study was conducted to determine the epidemiology of Abuse with the elderly and Related Factors in Neyshabour city in 2017.

Materials and Methods:

This descriptive-analytic study was conducted with participation of elderly people aged 60 years and over in Neyshabur city. Sampling method was random. The instruments used included demographic information form and standard Elderly Abuse questionnaire. Data were analyzed by SPSS software version 16.

Results:

Among the 176 participants in the study, 65.3% were male and the mean age of the elderly was 68.11 ± 9.11 . The results showed that the prevalence of abuse among the elderly was 56.8% that the highest level of abuse was psychological abuse of 47.7% and the least of them was Abandonment 2.8%. According to Chi-square test, there was a significant relationship between elder- abuse and age, Drug abuse economic status ($p < 0.001$).

Conclusion:

Overall, the results of this study showed that the level of abuse among the elderly in this study is relatively high and this indicates the extent of the issue at the Neyshabour city level.

Keywords: Elder, Abuse, Epidemiology

* Corresponding author Email: saadatiaghdas@yahoo.com