Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2025; Vol 10(4), spring, pp 425 - 438

Investigating the prevalence of family misbehavior with the elderly and its related causes in Sanandaj community health centers in 2023

Ainaz Bakhshandeh[1], Ahdieh Parhizkar[2]*, Sharareh Bagheri[3]

1. Student Research Committee, Tehran University of Research Sciences, Tehran, Iran.
2. M.Sc in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Department of Community Health Nursing, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
3. Ph.D, Vice Chancellor for Health Affairs, Health Network of Sanandaj, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

***Corresponding author:** Ahdieh Parhizkar**, Email:** parhizkar_ahdieh@yahoo.com

Received: 27/04/2025 **Accepted: 21/06/2025**

Abstract

Background & Aim: The prevalence of elder abuse in Iran is higher than in other countries in the world, and perhaps the high prevalence of elder abuse cannot be attributed solely to the severity of this phenomenon, because this issue is one of the social problems in society that is undoubtedly affected by various and diverse factors. Therefore, this study aimed to investigate the prevalence of family elder abuse and its related causes in community health centers in Sanandaj city in 2024.

Materials & Methods: This is a cross-sectional (descriptive analytical) study. The statistical population in this study included all elderly people living in Sanandaj city. The sample size was 419 people who were selected by simple random method. The data collection method was a questionnaire that was completed by interview method. Chi-square, t-test and one-way analysis of variance tests were used to analyze the data in SPSS version 23 software.

Results: In this study, 60.6% of the elderly have been subjected to psychological abuse. 76.1% have been deprived of authority, 10% have been physically abused, 44.6% have been financially abused, 22.4% have been abandoned, 51.6% have been neglected, 17.9% have been emotionally neglected, 78.5% have been financially neglected, and finally 91.9% have experienced one or more types of violence. 74.8% have been abused by a child and 21.7% was done by the spouse.

Conclusion: The results of this study indicate the fact that violence against the elderly is done for various reasons. Therefore, it is necessary to increase the level of awareness of individuals, expand the culture of dialogue and negotiation within the family, and by reducing conflict in the family and managing it, as well as by carrying out educational measures, violent behaviors of the family and those around them can be corrected and eliminated as much as possible.

Keywords: Violence, Prevalence, Elderly

How to cite this article: Bakhshandeh A, Parhizkar A, Bagheri S. Investigating the prevalence of family misbehavior with the elderly and its related causes in Sanandaj community health centers in 2023. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2025; 10 (4) :407-424
https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-669-fa.html

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

بررسی میزان شیوع سوء رفتار خانواده با سالمندان و علل مرتبط با آن در مراکز سلامت جامعه شهر سنندج در سال ۱۴۰۳

آیناز بخشنده[۱]، عهدیه پرهیزکار*[۲]، شراره باقری[۳]

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران

۲. کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۳. دکتری تخصصی، معاونت بهداشتی، مرکز بهداشت شهرستان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

* **نویسنده مسئول:** عهدیه پرهیزکار، **ایمیل:** parhizkar_ahdieh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۲/۷ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۳۱**

چکیده

زمینه و هدف: میزان شیوع سوء رفتار با سالمندان در ایران از دیگر کشورهای جهان بیشتر است و شاید نتوان میزان شیوع زیاد سوء رفتار را تنها به وخامت این پدیده نسبت داد زیرا این مسئله یکی از معضلات اجتماعی موجود در جامعه است که بی‌شک از عوامل مختلف و متنوعی متأثر است. لذا این مطالعه با هدف بررسی میزان شیوع سوءرفتارخانواده با سالمندان وعلل مرتبط با آن در مراکز سلامت جامعه شهر سنندج در سال۱۴۰۳ انجام شد.

مواد وروش کار: این مطالعه از نوع مقطعی (توصیفی تحلیلی)می‌باشد. جامعه آماری در این مطالعه شامل کلیه سالمندان ساکن شهر سنندج بود. حجم نمونه ۴۱۹ نفر بود که به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. روش گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که با روش مصاحبه تکمیل شد. جهت آنالیز داده‌ها از آزمون‌های کای اسکوئر، تی تست و انالیز واریانس یک طرفه در نرم افزار SPSS ورژن ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۶۰/۶ درصد از سالمندان مورد خشونت از نوع سوءرفتار روانشناختی قرار گرفته‌اند. ۷۶/۱ درصد سلب اختیار، ۱۰ درصد سوءرفتار جسمی، ۴۴/۶ درصد سوءرفتار مالی، ۲۲/۴ درصد طردشدگی، ۵۱/۶ درصد غفلت مراقبتی، ۱۷/۹ درصد غفلت عاطفی، ۷۸/۵ درصد غفلت مالی و در نهایت ۹۱/۹ درصد یک یا چند مورد از انواع خشونت را تجربه نموده‌اند. ۷۴/۸ درصد از خشونت توسط فرزند و ۲۱/۷ درصد توسط همسر انجام شده است.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه بیانگر این واقعیت است که خشونت علیه سالمندان به دلائل مختلف انجام می‌شود .بنابراین ضروری است که با افزایش سطح آگاهی افراد، فرهنگ گفتگو و مذاکره را در درون خانواده گسترش داده و با کاهش تضاد در خانواده و مدیریت آن و همچنین با انجام اقدامات آموزشی بتوان رفتارهای خشونت آمیز خانواده و اطرافیان را تا حد امکان اصلاح و برطرف نمود.

واژه‌های کلیدی: خشونت، شیوع، سالمندان

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

سوءرفتار و غفلت نسبت به سالمندان از جمله مشکلات اصلی سلامت عمومی مرتبط با تغییرات جمعیتی جهانی در جمعیت است که نه تنها بر رفاه سالمندان بلکه بر رشد ملت یا اقتصاد نیز تأثیر می‌گذارد(۱). این موضوع از آنجایی که اکثر کشورها به سمت جمعیت‌های مسن‌تر حرکت می‌کنند، مهم است. بهبود نظارت جهانی و پایش موارد برای اطلاع‌رسانی در مورد اقدامات سیاستی برای جلوگیری از سوءرفتار با سالمندان ضروری است. علاوه بر این، ارزیابی کاملی از عوامل خطر شناسایی شده برای خشونت و گام‌هایی برای جلوگیری از خشونت مورد نیاز است(۱). سوءاستفاده و غفلت از سالمندان، نقض جدی حقوق بشر است که نیاز به اقدام فوری دارد. این مشکل همچنین می‌تواند به عنوان یک مسئله مهم بهداشت عمومی در نظر گرفته شود زیرا خطر ابتلا به بیماری، مرگ و میر، بستری شدن در آسایشگاه و بستری شدن در بیمارستان را افزایش می‌دهد که همه این‌ها تأثیر مالی منفی و قابل توجهی بر سلامت و خانواده‌ها و جامعه به طور کلی دارند. بنابراین درک دامنه این مشکل و انجام اقدامات لازم برای جلوگیری از سوءاستفاده و غفلت از سالمندان بسیار مهم است.

محققان تعاریف متعددی برای سوءرفتار و غفلت از سالمندان ارائه داده‌اند. اولین تعریف توسط اومالی و همکاران (۲) در سال ۱۹۷۹ ارائه شد که اظهار داشتند شامل «تحمیل عمدی درد جسمی، آسیب یا رنج روانی ناتوان‌کننده و همچنین حبس یا محرومیت غیرمنطقی از خدماتی است که توسط مراقب برای حفظ سلامت روانی و جسمی ضروری است.» در سال ۱۹۸۴، Eastman سوءرفتار با سالمندان را به عنوان بدرفتاری سیستماتیک (جسمی، عاطفی یا مالی) با فرد سالمند توسط یکی از بستگان مراقب توصیف کرد (۳). علاوه بر این، غفلت از سالمندان نوع خاصی از سوءرفتار با سالمندان است که در آن فرد مسن قادر به مراقبت از خود نیست یا مراقبت لازم برای حفظ سلامت جسمی و روانی خود را دریافت نمی‌کند.

مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) سوء استفاده از سالمندان را به پنج دسته اصلی تقسیم می‌کند(۴) که در زیر فهرست شده‌اند: (۱) سوء استفاده فیزیکی: با استفاده عمدی از نیروی فیزیکی شامل ضرب و شتم لگد زدن، هل دادن، سیلی زدن و سوزاندن مشخص می‌شود که باعث می‌شود فرد مسن بیماری، رنج، آسیب، اختلال عملکردی، پریشانی یا مرگ را تجربه کند. (۲) سوء استفاده جنسی: رفتار اجباری یا ناخواسته شامل تماس جنسی با یک فرد مسن؛ می‌تواند شامل تلاش یا تکمیل ناخواسته تماس یا دخول جنسی یا حتی رفتارهای غیرتماسی مانند آزار و اذیت کلامی باشد. (۳) سوء استفاده

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

عاطفی یا روانی: شامل اعمال کلامی یا غیرکلامی است که باعث می‌شود سالمندان احساس غم، اندوه روانی، ترس یا ناراحتی کنند. نمونه‌هایی از آن شامل خجالت یا بی‌احترامی، تهدیدهای کلامی و غیرکلامی، آزار و اذیت و انزوای اجتماعی یا جغرافیایی است. (۴) غفلت: به عنوان ناتوانی در تأمین نیازهای اساسی یک فرد مسن (مانند غذا، آب، سرپناه، لباس، بهداشت و درمان پزشکی لازم) تعریف می‌شود، که به عنوان نوعی سوء استفاده از سالمندان در نظر گرفته می‌شود. (۵) سوءاستفاده مالی: استفاده غیرقانونی، غیرمجاز یا نادرست از وجوه، مزایا، دارایی‌ها، اموال یا دارایی‌های یک سالمند به نفع شخصی غیر از یک فرد مسن.

آمار مربوط به سوء استفاده از سالمندان، به دلیل عدم توافق در مورد تعریف و اندازه‌گیری سوءاستفاده از سالمندان، بسیار متفاوت است. به عنوان مثال، برآوردهای ملی گزارش شده از شیوع سوءاستفاده از سالمندان از ۲٫۶٪ در بریتانیا (۵) تا ۱۸. ٪۴ در اسرائیل (۶) و ۲۹. ۳٪ در اسپانیا (۷) متغیر است. بیش از ۴۵۰ هزار مورد در سال، سوءرفتار با سالمندان در خانواده‌ها گزارش شده است(۸). سوءرفتار نسبت به سالمند درخانواده عبارت است از تحمیل درد و رنج ازطرف اعضای خانواده نسبت به شخص سالمند که ممکن است ازطریق ارتکاب عملی آزاردهنده و یا ترک عملی ضروری به صورت عمدی یا غیرعمدی در یک یا چندین مرتبه رخ دهد. با توجه به اینکه سالمندان قادر نیستند پاداشی (مادی یا غیرمادی) را درعوض حمایت دیگران ارائه دهندکه این مسئله میتواند باعث سالمندآزاری شود(۹). براساس مطالعات انجام شده، سوءرفتار نسبت به سالمند در محیط منزل بین ۶۷ تا ۷۳/۳ درصد تخمین زده شده است(۱۰). در ایران نیز سوءرفتار با سالمندان تأیید شده است (۱۱-۱۳).

علیرغم تأکید سازمان بهداشت جهانی مبنی بر لزوم پیشگیری و تشخیص سوءرفتار با سالمندان، متأسفانه درکشورهای درحال توسعه از جمله ایران هنوز اقدامی جدی برای جمع آوری نظام مند اطلاعات آماری صورت نگرفته است، با این حال شواهد بسیاری مبنی بر وجود قربانیان سوءرفتار ثبت شده است(۱۴). در کشورهای جهان سوم آمار صحیحی در مورد سوء رفتار وجود ندارد و در ایران نیز میزان شیوع سوء رفتار با سالمندان مشخص نمی‌باشد و مطالعات اندکی در این زمینه انجام شده است. بررسی‌های خشونت نسبت به سالمندان هنوز مراحل اولیه خود را سپری می‌کند و آنچه مسلم به نظر می‌رسد این است که سالمند آزاری در خانواده‌های ایرانی نیز وجود دارد (۱۵)؛ اما تاکنون بررسی‌های محدودی در این زمینه صورت گرفته است(۱۶). با توجه به گستردگی اقوام ایرانی و تفاوت‌های فرهنگی در بین آن‌ها لازم است در این مورد تحقیقات گسترده‌تری با توجه به بافت و فرهنگ جامعه، انجام پذیرد.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

ارزیابی مراقبت‌های سالمندان و نحوه برخورد و رفتار دیگران با آن‌هاکمک می‌کند تا چالش‌ها و معضلات آن‌ها شناسایی گردند و برنامه ریزان و سیاستگزاران بهداشتی، مداخلات لازم را در جهت رفع مشکلات طراحی کنند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان شیوع سوءرفتارخانواده با سالمندان وعلل مرتبط با آن در مراکز سلامت جامعه شهر سنندج در سال۱۴۰۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی(توصیفی تحلیلی) می‌باشد. جامعه آماری در این مطالعه شامل کلیه سالمندان ساکن شهر سنندج بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تحت پوشش بودن در مراکز خدمات جامع سلامت شهری سنندج (براساس سامانه‌ی سیب)، سن ۶۰ سال و بالاتر، رضایت برای شرکت در مطالعه و قدرت پاسخگویی به سؤالات پرسشگر بود. تکمیل ناقص پرسشنامه، معیار خروج از مطالعه بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول شیوع حجم نمونه و مطالعات مقطعی و براساس مطالعه حسینی مقدم و همکاران و در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش، برابر با ۴۱۹ نفر محاسبه گردید(۱۱). نمونه گیری در این مطالعه به صورت چند مرحله‌ای انجام شد. ابتدا شهر سنندج را به ۵ منطقه‌ی شمال، جنوب، مغرب، مشرق و مرکز شهرتقسیم نموده و به شکل خوشه‌ای در هر منطقه ۲ درمانگاه به طور تصادفی با استفاده از اعداد زوج و فرد انتخاب شد. سپس در مراکز خدمات جامع سلامت پس از استخراج لیست سالمندان، با استفاده از جدول اعداد تصادفی، اقدام به نمونه گیری شد. شماره تماس افراد از طریق سامانه سیب استخراج و با آن‌هاتماس گرفته شد و پس از هماهنگی با آنان یا بصورت حضور در منزل و یا در صورت امکان حضور سالمند در مرکز خدمات جامع سلامت، نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام گردید. قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها، محقق به توجیه سالمندان در خصوص هدف از اجرای طرح، حفظ محرمانگی اطلاعات و اخذ رضایت نامه کتبی اقدام نمود. در صورت عدم توانایی سالمند در جهت تکمیل پرسشنامه، از طریق مصاحبه با پرسشنامه تکمیل می‌شد. به منظور حفظ محرمانگی اطلاعات، نام و نام خانوادگی، شرکت کنندگان در مطالعه، روی پرسشنامه ثبت نشده و به هر شرکت کننده یک کد اختصاص داد شد.

ابزار جمع آوری اطلاعات یک پرسشنامه ۴ قسمتی بود. بخش اول پرسشنامه، شامل ویژگی‌های فردی سالمند (سن، جنس، وضع تأهّل، شغل، بیمه، تعداد فرزند، محل سکونت) می‌باشد. بخش دوم و سوم، پرسشنامه قلی پور و همکاران (۱۳۹۹) بود که پایائی و روایی (در هر دو بخش، فعالیت روزانه و ابزاری با آلفای کرونباخ ۹۵ ٪ تایید شده بود) آن تائید شده است. این پرسشنامه شامل ۵ آیتم در مورد فعالیت‌های روزانه زندگی است (نظافت شخصی، غذا خوردن، لباس پوشیدن، راه رفتن،

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

دستشوئی رفتن).نمره دهی این بخش از پرسشنامه به این شیوه بود که افراد مستقل نمره ۲، افراد نیازمند کمک، نمره ۱ و افراد وابسته، نمره صفر داده می‌شد. بخش سوم پرسشنامه شامل ۵ آیتم در مورد فعالیت‌های ابزاری زندگی است (استفاده از تلفن همراه، غذا درست کردن، مصرف دارو، انجام کارهای منزل، استفاده از وسایل نقلیه) که به جواب بلی نمره ۲ و جواب خیر نمره صفر داده شد. نمره کلی این پرسشنامه در هر بخش از ۰ تا ۱۰ محاسبه می‌شود. نمره ۰ تا ۴ وابسته، ۵ تا ۷ نیازمند کمک و ۸ تا ۱۰ مستقل می‌باشند(۹). در بخش چهارم پرسشنامه، جهت تعیین سوء رفتار در سالمندان، از پرسشنامه سوءرفتار هروی و همکاران استفاده شد (۷). فرخ نژاد و همکاران روائی و پایائی این پرسشنامه را با آلفای کرونباخ ۹۷ درصد تأیید کرده‌اند(۱۳). همچنین در این مطالعه، پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۹۹ درصد تأیید شد. پرسشنامه سوء رفتارحاوی ۴۹ سوال است. ۱۱ سوال در مورد غفلت مراقبتی، ۸ سوال در مورد سوءرفتار روانشناختی، ۴ سوال در مورد سوء رفتار جسمی، ۴ سوال سوءرفتار مالی، ۸ سوال در مورد سلب اختیار، ۵ سوال در مورد طرد شدگی و ۲ سوال برای غفلت عاطفی و ۲ سوال در مورد سوءرفتار جنسی است. روش نمره گذاری این بخش بصورت طیف لیکرت ۳ نقطه‌ای بود که به پاسخ بلی نمره ۲، به پاسخ خیر نمره ۱ و پاسخ موردی ندارد نمره صفر داده شد این پرسشنامه دارای ۸ بعد بود که نمره سوءرفتار روانشناختی۸- ۱، سوء رفتار جسمی۲۲-۱۹، سوءرفتار مالی۲۸-۲۳، ۸ سوال در مورد سلب اختیار۱۸-۹، طرد شدگی ۳۲-۲۹ و غفلت عاطفی ۴۵-۴۴، غفلت مراقبتی ۳۳-۴۳ و غفلت مالی ۴۹-۴۶ بود. پس از تکمیل پرسشنامه داده‌ها وارد نرم افزار SPSS-23 شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق محاسبه میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی و برای متغیرهای کیفی از فراوانی و درصد استفاده شد. همچنین برای بررسی فرضیات از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. سطح معنی دار در همه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۴۱۹ نفر از سالمندان شهر سنندج وارد مطالعه شدند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در مطالعه ۹/۸۲±۷۸/۵۶ (دامنه ۶۵ تا ۹۰ سال) بود. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱: توزیع شاخص‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه (۴۱۹ نفر)

متغیر		فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۹۹	۲/۶
	زن	۳۲۰	۷۶/۴
وضعیت تأهّل	متأهّل	۱۱۰	۲۶/۳

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

	همسر فوت شده	۲۱۶	۵۱/۶
	مطلقه	۹۳	۲۲/۲
شغل	بازنشسته	۲۳۴	۵۵/۸
	شاغل	۰	۰
	بیکار	۱۸۵	۴۴/۲
بیمه	دولتی	۲۶۶	۶۳/۵
	تکمیلی	۱	۰/۲
	هردو	۵۰	۱۱/۹
	هیچکدام	۱۰۰	۲۳/۹
تعداد فرزند	بی‌فرزند	۳	۰/۷
	۱تا۲	۹۶	۲۲/۹
	۳تا ۴	۱۳۳	۳۱/۷
	۵ بیشتر	۱۸۷	۴۴/۶
محل سکونت	مرکز شهر	۲۹۳	۶۹/۹
	حاشیه شهر	۱۲۶	۳۰/۱
زنده بودن همسر	بلی	۱۱۷	۲۷/۹
	خیر	۳۰۲	۷۲/۱
در کنار هم زندگی کردن	بلی	۱۱۱	۲۶/۵
	خیر	۳۰۸	۷۳/۵
مراقبت از همسر	بلی	۲۴۰	۵۷/۳
	خیر	۱۷۹	۴۲/۷
حقوق بگیر بودن	بلی	۳۹۴	۹۴
	خیر	۲۵	۶
بیماری زمینه‌ای	بلی	۳۱۶	۷۵/۴
	خیر	۹۷	۲۳/۲
تحصیلات	بی سواد	۳۱۹	۷۶/۱
	ابتدایی	۴۲	۱۰
	راهنمایی	۹	۲/۱
	دیپلم	۴۹	۱۱/۷
شخص سوء رفتار کننده	فرزند	۱۵۵	۷۴/۹
	همسر	۴۵	۲۱/۷
	هردو	۷	۳/۵

در بخش مربوط به فعالیت‌های روزانه زندگی، برای نظافت شخصی تعداد ۸۷/۴ درصد مستقل بودند، برای غذا خوردن تعداد ۸۸/۱ درصد، برای لباس پوشیدن ۷۹ درصد، برای راه رفتن ۷۹ درصد، برای دستشویی ۸۸/۱ درصد مستقل بودند (جدول شماره ۲)

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

جدول شماره ۲: توصیف فراوانی فعالیت‌های روزانه زندگی شرکت کنندگان در مطالعه (۴۱۹ نفر)

متغیر		فراوانی	درصد
نظافت شخصی	مستقل	۳۶۶	۸۷/۴
	نیازمند کمک	۵۰	۱۱/۹
	وابسته	۳	۰/۷
غذا خوردن	مستقل	۳۶۹	۸۸/۱
	نیازمند کمک	۵۰	۱۱/۹
	وابسته	۰	۰
لباس پوشیدن	مستقل	۳۳۱	۷۹
	نیازمند کمک	۸۸	۲۱
	وابسته	۰	۰
راه رفتن	مستقل	۳۳۱	۷۹
	نیازمند کمک	۸۸	۲۱
	وابسته	۰	۰
دستشویی	مستقل	۳۶۹	۸۸/۱
	نیازمند کمک	۵۰	۱۱/۹
	وابسته	۰	۰

در بخش مربوط به استفاده از وسایل ابزاری۸۸/۳ درصد از سالمندان توانایی استفاده از تلفن همراه را داشتند ۸۸/۱ درصد توانایی غذا درست کردن ۹۸/۶ درصد توانایی مصرف دارو ۶۵/۴ درصد توانایی انجام کار منزل و ۵۲/۵ درصد توانایی استفاده از وسایل نقلیه. نتایج مطالعه نشان داد که بیشترین سوء رفتار (۷۴/۸ درصد) توسط فرزند و ۲۱/۷ درصد توسط همسر سالمندان صورت می‌گرفت. ۶۰/۶ درصد از سالمندان مورد خشونت از نوع سوءرفتار روانشناختی قرار گرفته اند. ۷۶/۱ درصد سلب اختیار ۱۰ درصد سوءرفتار جسمی، ۴۴/۶ درصد سوءرفتار مالی، ۲۲/۴ درصد طردشدگی، ۵۱/۶ درصد غفلت مراقبتی، ۱۷/۹ درصد غفلت عاطفی، ۷۸/۵ درصد غفلت مالی و در نهایت ۹۱/۹ درصد یک یا چند مورد از انواع خشونت را تجربه نموده اند.

جدول شماره۳: تعیین ارتباط شاخص‌های دموگرافیک با انواع خشونت در شرکت کنندگان در مطالعه

		سوءرفتار روانشناختی تعداد(درصد)	سلب اختیار تعداد(درصد)	سوءرفتار جسمی تعداد(درصد)	سوءرفتار مالی تعداد(درصد)	طردشدگی تعداد(درصد)	غفلت مراقبتی تعداد(درصد)	غفلت عاطفی تعداد(درصد)	غفلت مالی تعداد(درصد)	خشونت کلی تعداد(درصد)
تاهل	متاهل	۱۰۷(۹۷/۳)	۸۸(۸۰)	۳۸(۳۴/۵)	۳۸(۳۴/۵)	۳۸(۳۴/۵)	۳۸(۳۴/۵)	۳۸(۳۴/۵)	۸۸(۸۰)	۱۰۷(۹۷/۳)
	همسر فوت شده	۵۴(۲۵)	۱۸۲(۸۴/۳)	۴(۱/۹)	۱۴۹(۶۹)	۵۳(۲۴/۵)	۱۷۸(۵۲/۴)	۳۷(۱۷/۱)	۱۵۱(۶۹/۹)	۱۸۵(۸۵/۶)

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

	مطلقه	۶۳(۱۰۰)	۴۹(۵۲/۷)	۰	۰	۳(۳/۲)	۰	۰	۹۰(۹۶/۸)	۹۳ (۱۰۰)
	*p-value	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
شغل	بازنشسته	۲۳۱ (۹۸/۷)	۱۸۷ (۷۹/۹)	۴۱ (۱۷/۵)	۶۱(۲۶/۱)	۸۸ (۳۷/۶)	۸۵ (۳۶/۳)	۶۸ (۲۹/۱)	۲۲۶ (۹۶/۲)	۲۳۱(۸۹/۷)
	شاغل	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	بیکار	۲۳ (۱۲/۴)	۱۳۲(۷۱/۴)	۱ (۰/۵)	۱۲۶ (۶۸/۱)	۶(۳/۲)	۱۳۱ (۷۰/۸)	۷(۳/۸)	۱۰۴ (۵۶/۲)	۱۵۴ (۳/۲)
	*p-value	۰/۰۰۱	۰/۰۴۱	۰/۰۰۱	۰/۱۵۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
تعداد فرزند	بی فرزند	۹۶(۱۰۰)	۴۹ (۵۱)	۰	۰	۳ (۳/۰۱)	۰	۰	۹۰ (۹۳/۸)	۹۶ (۱۰۰)
	۱ تا ۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	۳ تا ۴	۱۰۲ (۷۶/۷)	۸۶ (۶۴/۷)	۳۹(۲۹/۳)	۵۹(۴۴/۴)	۸۲(۶۱/۷)	۸۳(۶۲/۴)	۶۶(۴۹/۶)	۸۳(۶۲/۴)	۱۰۲ (۷۶/۷)
	بیشتر از ۵	۵۶ (۲۹/۹)	۱۸۴ (۹۴/۸)	۳ (۱/۶)	۱۲۸ (۶۸/۴)	۹(۴/۸)	۱۳۳ (۷۱/۱)	۹ (۴/۸)	۱۵۶(۸۳/۴)	۱۸۷ (۱۰۰)
	*p-value	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
تحصیلات	بی‌سواد	۱۵۹(۴۹/۸)	۲۲۵ (۷۰/۵)	۳ (۰/۹)	۱۲۸(۴۰/۱)	۴ (۱/۳)	۱۲۸(۴۰/۱)	۴ (۱/۳)	۲۴۱ (۷۵/۵)	۲۸۵(۸۹/۳)
	ابتدایی	۴۲(۱۰۰)	۳۹(۲۹/۹)	۳۹(۲۹/۹)	۳۹(۹۲/۹)	۳۸ (۹۰/۵)	۳۹ (۲۹/۹)	۳۹(۲۹/۹)	۳۹ (۲۹/۹)	۴۲ (۱۰۰)
	راهنمایی	۹ (۱۰۰)	۶ (۶۶/۷)	۰	۳ (۳۳/۳)	۳ (۳۳/۳)	۰	۰	۰	۹ (۱۰۰)
	دیپلم	۴۴(۸۹/۸)	۴۹ (۱۰۰)	۰	۱۷ (۳۴/۷)	۴۹(۱۱۰)	۴۹ (۱۰۰)	۳۲ (۶۵/۳)	۴۹ (۱۰۰)	۴۹ (۱۰۰)
	*p-value	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۹
جنسیت	مرد	۹۵ (۹۶)	۹۶(۹۷)	۴۲(۴۲/۴)	۴۲(۴۲/۴)	۴۵(۴۵/۵)	۴۲(۴۲/۴)	۴۳(۴۳/۴)	۹۳ (۹۳/۹)	۹۶(۹۷)
	زن	۱۹۵ (۴۹/۷)	۲۲۳ (۶۹/۷)	۰	۱۴۵ (۴۵/۳)	۴۹ (۱۵/۳)	۱۷۴(۵۴/۴)	۳۲ (۱۰)	۲۳۶(۷۳/۷)	۲۸۹ (۹۰/۳)
	*p-value	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۳۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۳۴
محل سکونت	شهری	۱۶۴ (۵۶)	۲۶۸ (۹۱/۵)	۴۲ (۱۴/۳)	۱۸۷(۶۳/۸)	۸۹(۳۰/۴)	۲۱۱ (۷۲)	۷۰ (۲۳/۹)	۲۳۴(۷۹/۹)	۲۹۰ (۹۹)
	حاشیه	۹۰ (۷۱/۴)	۵۱(۴۰/۵)	۰	۰	۵(۴)	۵ (۴)	۵(۴)	۹۵ (۷۵/۴)	۹۵ (۷۵/۴)
	*p-value	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۰۷	۰/۰۰۱
زنده بودن همسر	بله	۱۱۴ (۹۷/۴)	۹۲(۷۸/۶)	۴۲(۳۵/۹)	۴۲(۳۵/۹)	۴۱(۳۵)	۴۲(۳۵/۹)	۴۲(۳۵/۹)	۹۲ (۷۸/۶)	۱۱۴ (۹۷/۴)
	خیر	۱۴۰ (۶۴/۴)	۲۲۷ (۷۵/۲)	۰	۱۴۵ (۴۸)	۵۳(۱۷/۵)	۱۷۴ (۵۷/۶)	۳۳ (۱۰/۹)	۲۳۷ (۷۸/۵)	۲۷۱(۸۹/۷)
	*p-value	۰/۰۰۱	۰/۴۴۵	۰/۰۰۱	۰/۰۲۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲	۰/۰۱۰
کنار هم زندگی کردن	بله	۱۱۱ (۱۰۰)	۹۲(۸۲/۹)	۴۲(۳۷/۸)	۴۲(۳۷/۸)	۴۱(۳۶/۹)	۴۲(۳۷/۸)	۴۲(۳۷/۸)	۹۲(۸۲/۹)	۱۱۱(۱۰۰)
	خیر	۱۴۳(۴۶/۴)	۲۲۷ (۷۳/۷)	۰	۱۴۵ (۴۷/۱)	۵۳ (۱۷/۲)	۱۷۴ (۶۵/۵)	۳۳(۱۰/۷)	۲۳۷ (۷۶/۹)	۲۴۷(۸۹)
	*p-value	۰/۰۰۱	۰/۰۵۲	۰/۰۰۱	۰/۰۹۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۹۲	۰/۰۰۱
مراقبت از همسر	بله	۲۰۱ (۸۳/۸)	۱۴۳ (۵۹/۰۶)	۳۹ (۱۶/۳)	۳۹(۱۶/۳)	۴۶(۱۹/۲)	۴۴(۱۸/۳)	۴۴(۱۸/۳)	۱۸۴(۷۶/۷)	۲۰۶(۸۵/۸)
	خیر	۵۳(۲۹/۶)	۱۷۶(۹۸/۳)	۳(۱/۷)	۱۴۸(۸۲/۷)	۴۸ (۲۶/۸)	۱۷۹ (۹۶/۱)	۳۱(۱۷/۳)	۱۴۵ (۸۱)	۱۷۹ (۱۰۰)
	*p-value	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۶۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲۶	۰/۲۸۵	۰/۰۰۱
حقوق بگیر بودن	بله	۲۲۹ (۵۸/۱)	۳۱۳(۷۹/۴)	۳۹ (۹/۹)	۱۸۴ (۴۶/۷)	۸۸ (۲۲/۳)	۲۱۳ (۵۴/۱)	۷۲(۱۸/۳)	۳۲۶ (۸۲/۷)	۳۶۰(۹۱/۴)
	خیر	۲۵(۱۰۰)	۶(۲۴)	۳(۱۲)	۳(۱۲)	۶(۲۴)	۳(۱۲)	۳(۱۲)	۳(۱۲)	۲۵(۱۰۰)
	*p-value	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶۹	۰/۰۰۱	۰/۱۲۵
بیماری زمینه‌ای	بله	۱۵۹ (۵۰/۳)	۲۲۲ (۷۰/۳)	۳ (۰/۹)	۱۴۸(۶۸/۴)	۴۸ (۱۵/۲)	۱۷۲ (۵۴/۵)	۳۱(۹/۸)	۲۳۵ (۷۴/۴)	۲۸۵ (۹۰/۲)
	خیر	۹۲ (۹۴/۸)	۹۷ (۱۰۰)	۳۹(۴۰/۲)	۳۹ (۴۰/۲)	۴۶ (۴۷/۷)	۴۴ (۴۵/۴)	۴۴(۴۵/۴)	۹۴(۶۹/۹)	۹۷(۱۰۰)
	*p-value	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۵۱	۰/۰۰۱	۰/۱۱۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

*آزمون کای اسکوئر

نتایج بررسی ارتباط بین وضعیت فعالیت‌های روزانه سالمندان با خشونت نشان داد که ارتباط معنی داری بین فعالیت‌های روزانه زندگی (نظافت شخصی، غذا خوردن، لباس پوشیدن، راه رفتن و دستشوئی رفتن) با انواع خشونت بجز سوءرفتار

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مالی وجود دارد(P= ۰/۰۰۱). خشونت از نوع سوءرفتار روانشناختی، سلب اختیار، طردشدگی، غفلت مراقبتی، غفلت عاطفی و غفلت مالی در سالمندان نیازمند کمک از نظر فعالیت های روزانه زندگی بیشتر از سالمندان مستقل بوده است. در مورد استفاده از وسایل ابزاری نیز ارتباط معنی داری در انواع خشونت بجز سلب اختیار، سوءرفتار جسمی، غفلت عاطفی و مالی مشاهده گردید(P= ۰/۰۰۱). ارتباط معنی داری بین خشونت کلی و استفاده از وسایل ابزاری مشاهده نشد (P= ۰/۱۴۳).

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان شیوع سوءرفتارخانواده با سالمندان وعلل مرتبط با آن در مراکز سلامت جامعه شهر سنندج در سال۱۴۰۳ انجام شد. سوءرفتار نسبت به سالمندان یکی از اشکال جدی و خطرناک خشونت خانگی است که در چند سال گذشته مورد توجه جوامع و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی قرار گرفته است. در مطالعه حاضر۹۱/۹ درصد از سالمندان، یک یا چند مورد از انواع خشونت را تجربه نموده‌اند. اگر چه مطالعات مختلف شیوع متفاوتی از سوء رفتار با سالمندان را گزارش کرده‌اند. بعنوان مثال، در مطالعه رحیمی و همکاران (۱۳۹۶)، ۴۰/۶ درصد (۱۷)،حسینی مقدم و همکاران ۴۴/۶ درصد(۱۱) حضرتی و همکاران ۳۹/۸ درصد (۱۸) و نعمتی وکیل آباد و همکاران (۱۴۰۲) ۷۵/۴ درصدگزارش شده است(۱۹).تفاوت در نتایج مطالعات ممکن است مربوط به باورها، تفاوت فرهنگی، ارزش‌های خانوادگی و اعتقادات دینی است، که در جوامع مختلف از جایگاه‌های متفاوتی برخوردار است. از طرفی ابزار مطالعه و زمان انجام مطالعه‌ها با هم متفاوت است. همچنین سالمندان در جوامع گوناگون دیدگاهشان نسبت به حق و حقوق خود متفاوت بوده و درنتیجه بروز سوءرفتار را درک نمی‌کنند.

در این مطالعه فرزندان بیشترین درصد (۷۴/۸) سوء رفتار را با والدینشان داشتند و همسر سالمند ۲۱/۷ درصد سوءرفتار با سالمند را داشتند. مشابه با یافته مطالعه حاضر، حضرتی و همکاران نیز گزارش کردند که ۲۱ درصد از سالمندان توسط فرزندان خود مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند(۱۶). هچنین نتایج مطالعه فرخ نژاد و همکاران (۱۳۹۷) نیز همسو با این یافته مطالعه حاضربود(۱۳). دلیل این امر شاید بخاطر تعارض‌های بین نسلی و نقش پر رنگ فرزندان در حال حاضر در تصمیم گیری و مراقبت از آنان باشد. از طرفی بخاطر مشغله کاری و زندگی شهرنشینی شاید فرزندان فرصت کم‌تری برای مراقبت از سالمندان داشته باشند.

در این مطالعه غفلت مراقبتی سلب اختیار و سوءرفتار روانشناختی به ترتیب بالاترین نوع خشونت در سالمندان بود. همسو با این یافته، در مطالعه حضرتی و همکاران (۲۰۲۰)، غفلت مراقبتی، سوء استفاده روانی، غفلت عاطفی شایع‌ترین انواع خشونت در سالمندان بود(۱۸).نعمتی وکیل آباد و

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

همکاران نیز گزارش کردند که بیشترین میزان سوءرفتار با سالمندان مربوط به غفلت عاطفی و سوءرفتار روانی است(۱۹). حسینی مقدم و همکاران نیز غفلت مراقبتی را بعنوان بیشترین شیوع سوء رفتار در سالمندان گزارش کردند(۱۱). چالیس و باسنت (۲۰۱۷) نیز اظهار داشتند که بیشترین فراوانی مربوط به غفلت در نپال است (۲۰). با توجه به این نتایج، می‌توان نتیجه گرفت که غفلت شایع‌ترین نوع سوء رفتار در اکثر کشورها صرف نظر از فرهنگ و سنت‌های آن‌ها است. غفلت می‌تواند از طریق امتناع عمدی یا غیرعمدی یا عدم ارائه مراقبت جسمی یا روانی یا خودداری از دادن غذا، آب یا دارو به آن‌ها آشکار شود. برخلاف یافته مطالعه حاضر، در مطالعه‌ی فرخ نژاد (۱۳۹۷) ۶/۶۵ درصد سالمندان دارای غفلت مراقبتی بودند(۹). علت این اختلاف ممکن است به دلیل برخی عوامل تأثیرگذار بر این پدیده ازجمله عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، تعاریف و مفهوم‌های متفاوت از سالمندآزاری بوده است، گزارش نکردن، عدم بیان دقیق این واقعه، نبود ابزارهای مناسب و استاندارد و مشکلات مرتبط با جمع آوری اطلاعات را میتوان برشمرد.

در مجموع در همین مطالعه نتایج نشان داد که ارتباط معنی داری بین همه انواع خشونت با جنسیت، تأهّل، محل سکونت، زنده بودن همسر، در کنار هم زندگی کردن، بیماری زمینه‌ای و تحصیلات وجود دارد. مطالعه حسینی مقدم (۱۳۹۹) و هروی (۱۳۹۳) نشان داد که سوءرفتار خانگی در افراد با تحصیلات پایین‌تر بیشتر مشاهده می‌شود(۱۰, ۱۱). در مطالعه نعمتی وکیل آباد و همکاران، سوءرفتار با سالمندان به طور قابل توجهی با بیماری مزمن ارتباط داشت(۱۹). همچنین در مطالعه‌ی فرخ نژاد، سوءرفتار با سن، بار مراقبتی، محل سکونت و تاهل تفاوت معناداری داشت؛ اما سوء رفتار با سالمندان باجنس، تحصیلات و بیماری زمینه‌ای اختلاف معنی داری نداشت(۱۳). که این هم راستا نبودن شاید بدلیل متفاوت بودن جامعه‌ی پژوهشی باشد.

نوع شغل، تعداد فرزندان و شهر نشینی از دیگر متغیرهای مرتبط با انواع خشونت در مطالعه حاضر بود. در این راستا، در مطالعه‌ی هروی و همکاران، بین سطح تحصیلات، شغل، تعداد فرزند، جنس، بیمه درمانی، وضعیت مالی، تفاوت معناداری با انواع خشونت وجود داشت(۱۰). در خصوص، ارتباط معنی داری شغل با همه انواع خشونت بجز سوء رفتار مالی ممکن است موید این مطلب باشد که هر چه افراد دارای شغل و در آمد باشند و امنیت خاطر داشته باشند و بیکار نباشند کمتر مرتکب سوءرفتار مالی می‌شوند.

از دیگر یافته‌های این مطالعه می توان به استقلال اکثریت سالمندان در بخش‌های مربوط به فعالیت‌های روزانه زندگی و استفاده از وسایل ابزاری اشاره نمود. نتایج بررسی ارتباط بین وضعیت فعالیت‌های روزانه سالمندان با خشونت نشان داد که ارتباط معنی داری بین فعالیت‌های روزانه زندگی (نظافت شخصی، غذا خوردن، لباس پوشیدن، راه رفتن و دستشوئی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

رفتن) با انواع خشونت وجود دارد. به این ترتیب که خشونت از نوع سوءرفتار روانشناختی، سلب اختیار، طردشدگی، غفلت مراقبتی، غفلت عاطفی و غفلت مالی در سالمندان مستقل از نظر فعالیت‌های روزانه زندگی بیشتر از سالمندان وابسته بوده است. در تبیین این یافته میتوان گفت، ممکن است سالمند مستقل فعالیت‌های روزانه را بدلیل کهولت سن قادر نیست به نحو احسن انجام دهد لذا از طرف اطرافیان مورد نکوهش، سرزنش، طرد شدگی و غفلت قرار خواهد گرفت.

نتیجه گیری

تفاوت در میزان شیوع سالمند آزاری در مطالعه حاضر با دیگر مطالعات، ممکن است به دلیل عدم توافق در مورد تعریف و ابزار اندازه‌گیری سوءاستفاده از سالمندان، باشد. اما براساس نتایج مطالعه حاضر، آنچه مسلم است. وجود پدیه خضونت علیه سالمندان و بویژه از طرف اعضای خانواده است. بنابراین استفاده از نتایج این مطالعه و بیان وسعت مشکل و تأیید میزان شیوع سوء رفتار با سالمندان میتواند نقطه عطفی برای رسیدگی و تحقیقات بیشتر در زمینه سوء رفتار با سالمند و جنبه‌های گوناگون آن ازجمله اپیدمیولوژی، عوامل مرتبط، عوامل خطر، راه‌های پیشگیری، مداخله باشد. خودگزارشی بودن داده‌ها، یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر است. همچنین، با توجه به اینکه مطالعه حاضر در شهر سنندج که از نظر قومیت، کرد هستند انجام شده است ممکن است به دلیل تفاوت‌های فرهنگی قابلیت تعمیم به سایر قومیت‌ها و فرهنگ‌ها را نداشته باشد. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات در اقوام و فرهنگ‌های مختلف توسط سایر محققین انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل استخراج طرحی تحقیقاتی است که در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان کد اخلاق IR.MUQ.ir.1403.056 تصویب شده است. بدینوسیله، پژوهشگران از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه و سالمندان شرکت‌کننده کمال تشکر را دارند.

تعارض منافع

هیچگونه تعارضی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Alias AN, Mokti K, Ibrahim MY, Saupin S, Madrim MF. Elderly Abuse and Neglect on Population Health: Literature Review and Interventions from Selected Countries. Korean J Fam Med. 2023;44(6): 311-8. https://doi.org/10.4082/kjfm.23.0046

2. O'Malley H, Segars H, Perez R, Mitchell V, Knuepfel GE. Elder abuse in Massachusetts: A

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

survey of professionals and paraprofessionals. Boston: Legal Research and Services for the Elderly. 1979 Jun; 2.

3. Eastman M. Old age abuse. Mitcham: Age Concern England; 1984 Feb.

4. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2021. Preventing elder abuse[Internet] [cited 2023 May 10]. Available from: https: //www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/elder/preventingElderAbuseFactsheet.pdf. 2021.

5. Biggs S, Manthorpe J, Tinker A, Doyle M, Erens B. Mistreatment of older people in the United Kingdom: findings from the first National Prevalence Study. J Elder Abuse Negl. 2009 Jan-Mar;21(1):1-14. doi: 10.1080/08946560802571870. PMID: 19197619.

6. Lowenstein A, Eisikovits Z, Band-Winterstein T, Enosh G. Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. Journal of Elder Abuse & Neglect. 2009;21(3):253-77. https://doi.org/10.1080/08946560902997629

7. 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. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2

8. Sommerfeld DH, Henderson LB, Snider MA, Aarons GA. Multidimensional measurement within adult protective services: Design and initial testing of the tool for risk, interventions, and outcomes. Journal of elder abuse & neglect. 2014;26(5):495-522. https://doi.org/10.1080/08946566.2014.917598

9. Gholipour F, Khalili Z, Abasian M. Definitions and theories of elder abuse. Elderly Health Journal. 2020 Dec 29. https://doi.org/10.18502/ehj.v6i2.5022

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

11. 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, Iran. Iranian Journal of Ageing. 2022;17(3):338-51. [Persian]. https://doi.org/10.32598/sija.2022.2850.3

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

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

13. 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. Journal of Gerontology. 2021;6(1):1-7. [Persian]

14. Seutodan Hagh H, Rezaeipandari H, Mousavi S, Allahverdipour H. Prevalence and gender differences of elder abuse among community-dwelling older adults in Tabriz, Iran. Iranian Journal of Ageing. 2021;15(4):458-71. [Persian]. https://doi.org/10.32598/sija.15.4.1124.1

15. Iranfar M. Violence Experiences against the Elderly in Tehran in 1397. Journal of Safety Promotion and Injury Prevention. 2019;6(4):223-28. [Persian]

16. 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. [Persian]

17. Rahimi V, Heidari M, Nezarat S, Zahedi A, Mojadam M, Deris S. Factors Related to Elder Abuse within the Family. Journal title. 2016;3(1):89-100. https://doi.org/10.21859/jgn.3.1.89

18. Hazrati M, Mashayekh M, Sharifi N, Motalebi SA. Screening for domestic abuse and its relationship with demographic variables among elderly individuals referred to primary health care centers of Shiraz in 2018. BMC geriatrics. 2020;20(1):291. https://doi.org/10.1186/s12877-020-01667-9

19. Nemati-Vakilabad R, Khalili Z, Ghanbari-Afra L, Mirzaei A. The prevalence of elder abuse and risk factors: a cross-sectional study of community older adults. BMC geriatrics. 2023;23(1):616. https://doi.org/10.1186/s12877-023-04307-0

20. Chalise H, Basnet M. Abuse of older adults residing in the community of Nepal. J Gerontol Geriatr Res. 2017;6(2):1-5. https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000415

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]