

سوء رفتار نسبت به سالمندان در شهرستان کلالة (۱۳۹۱)

عابد نوری^۱، عبدالحلیم رجبی*^۲، فیروز اسماعیل زاده^۳

۱- کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، واحد توسعه و گسترش بهداشت خانواده، مرکز بهداشت شهرستان کلالة، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۲- دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۳- دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

چکیده

زمینه و هدف: بروز سوء رفتار با سالمندان یا سالمندآوری در دو دهه اخیر به سرعت افزایش یافته است. پدیده سالمندآوری از جمله چالش‌های مطرح در حیطه مراقبت و حمایت از سالمندان است. این مطالعه به منظور تعیین فراوانی سالمندآوری در شهرستان کلالة از استان گلستان انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی - تحلیلی روی ۲۴۷ فرد بالای ۶۰ سال (۱۳۷ مرد و ۱۱۰ زن) در شهرستان کلالة طی سال ۱۳۹۱ انجام شد. برای همه سالمندان پرسشنامه بررسی سوء رفتار در خانواده نسبت به سالمند تکمیل گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی سالمندان $68/8 \pm 7/08$ سال بود. فراوانی غفلت عاطفی $34/8$ درصد، غفلت مراقبتی $33/6$ درصد، غفلت مالی $29/1$ درصد، سلب اختیار $22/3$ درصد، سوء رفتار روان‌شناختی $26/7$ درصد، سوء رفتار جسمی $2/8$ درصد، طردشدگی $12/6$ درصد و سوء رفتار مالی $21/9$ درصد تعیین گردید. بین سوء رفتار با سالمندان دارای سطح درآمد ماهیانه کمتر از ۵۰ هزار تومان و بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان و سالمندان متأهل نسبت به سالمندان بیوه و مطلقه ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: سوء رفتار از نوع روان‌شناختی و غفلت عاطفی و غفلت مراقبتی در مورد سالمندان شهرستان کلالة از میزان بالایی برخوردار بود.

کلید واژه‌ها: سالمند، سوء رفتار، سالمندآوری

* نویسنده مسؤول: عبدالحلیم رجبی، پست الکترونیکی rajabiepid@gmail.com

نشانی: تهران، بزرگراه همت، بین شیخ فضل‌اله نوری و شهید چمران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده بهداشت، تلفن ۸۸۶۲۲۷۲۱-۰۲۱، شماره ۸۸۶۲۲۷۰۷

وصول مقاله: ۹۲/۹/۱۹، اصلاح نهایی: ۹۳/۴/۳، پذیرش مقاله: ۹۳/۴/۱۰

مقدمه

شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که روند سالمند شدن جمعیت ایران نیز در حال گسترش است. در سرشماری سال ۱۳۷۵ ۶/۶ درصد از جمعیت کشور را افراد ۶۰ سال و بالاتر تشکیل دادند و این نسبت در سرشماری عمومی سال ۱۳۸۵ به ۷/۲۷ درصد افزایش یافت (۵). پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۲۹ جمعیت سالمندان به ۲۴/۹ درصد برسد (۲). هدف سازمان بهداشت جهانی از اجرای برنامه‌های بهداشتی سالمندان، کمک به سالمندان برای پیشگیری از ناتوانی یا حداقل به تاخیر انداختن وابستگی و معرفی بهداشت آنان به‌طور علمی و انجام فعالیت‌های اجتماعی مورد نیازشان است تا بتوانند سالم و مستقل باشند و نقش فعالی را در اجتماع ادامه دهند (۴).

هرچه احترام و جایگاه فرد سالمند نزد فرزندان، اطرافیان، دوستان و جامعه بیشتر باشد و از تجربه و توانایی‌هایش استفاده شود؛ با امیدواری و دلگرمی بیشتری به آغوش جامعه باز می‌گردد و حضور مجدد و مشارکت وی در عرصه‌های اجتماعی و مشاغل

سالمندی به عنوان پدیده زیست‌شناختی، طبیعی و ناگزیر به‌شمار می‌رود (۱). نیازهای جسمانی و روانی در سنین سالمندی از اهمیت فراوانی برخوردار است و تنها با داشتن زندگی سالم و مراقبت‌های ویژه می‌توان این دوران را به دورانی مطلوب و لذت‌بخش، توأم با سلامتی تبدیل کرد (۲). جمعیت جهانی سالمندان در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه نشان‌دهنده بهبود سلامت جهانی است. جمعیت جهانی سالمندان (افراد ۶۰ سال و بالاتر) ۶۵۰ میلیون نفر است که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ به ۲ میلیارد نفر برسد (۳). پیرشدن جمعیت، نتیجه توسعه است. دستاوردهای توسعه مانند بهبود شرایط اقتصادی - اجتماعی، ارتقای وضعیت بهداشت، تغذیه، مسکن و پیشرفت دانش فناوری پزشکی از عوامل عمده افزایش امید به زندگی به‌شمار می‌روند. این تحولات همراه با معرفی روش‌های موفق کنترل موالید که آن را نیز باید از دستاوردهای توسعه دانست؛ درصد سالمندان را در کل جمعیت افزایش داده است (۴).

بین این جامعه آماری به صورت نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده و تصادفی سیستماتیک انجام شد. ابتدا خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی - درمانی شهری طبقات مختلف نمونه‌گیری در نظر گرفته شدند و در مرحله دوم با استفاده از شماره خانوار، سالمندان به نسبت سالمندان موجود در روستا و شهر به صورت تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند.

برای همه شرکت کنندگان پرسشنامه بررسی سوء رفتار در خانواده نسبت به سالمندان تکمیل گردید (۱۰). تیم پرسشگر متشکل از یک کارشناس مرد و یک کارشناس زن آموزش دیده بود. سپس با مراجعه به درب منازل، پرسشنامه‌ها را به روش مصاحبه با خود سالمندان تکمیل نمودند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش ویژگی‌های دموگرافیک و پرسش‌های مربوط به سوء رفتار بود. پرسشنامه شامل هشت مقیاس و ۴۹ پرسش بود. زیرمقیاس‌ها شامل غفلت (غفلت عاطفی (۲ پرسش)، غفلت مراقبتی (۷ پرسش) و 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 طرد شدگی (۳ پرسش) بود. این ابزار دارای گزینه‌های «بلی»، «خیر» و «موردی ندارد» بود. گزینه «موردی ندارد» دلالت بر شرایطی دارد که عبارت موردنظر با شرایط زندگی سالمند همخوانی و تناسب ندارد. جواب‌های پرسشنامه به صورت ۱ تا ۳ به ترتیب امتیازبندی شد. جواب‌های پرسشنامه به صورت مقیاس کمی آنالیز نشد و فقط به صورت فراوانی نسبی (درصد) گزارش گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۹۷ درصد محاسبه گردید (۱۰).

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-19 و آماره‌های توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آزمون کای اسکوئر و تی تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری در همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

سالمندان شامل ۱۳۷ نفر (۵۵/۵ درصد) مرد و ۱۱۰ نفر (۴۵/۵ درصد) زن بودند. سالمندان دارای قومیت ترکمن (۱۹۵ نفر، ۷۸/۹ درصد)، سیستانی (۳۷ نفر، ۱۵ درصد)، فارس (۵ نفر، ۲ درصد) و سایر (۱۰ نفر، ۴ درصد) بودند.

میانگین سنی سالمندان $68/8 \pm 7/08$ سال بود. بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۷۰-۶۰ سال (۶۶/۷ درصد) تعیین شد. بیشترین فراوانی مربوط به گروه متاهل (۷۱/۷ درصد) و کمترین به افراد مطلقه (۱/۶ درصد) تعلق داشت. اکثر سالمندان (۳۰/۴ درصد) درآمد ماهیانه بین ۵۰ تا ۲۰۰ هزار تومان داشتند و ۲۱/۵ درصد از نظر مالی به خانواده وابسته بودند. ۵۰/۸ درصد سالمندان شاخص

مختلف، امیدبخش و نشاط‌آور خواهد بود. در نتیجه، شرایط مناسب خانوادگی و جامعه می‌تواند به پذیرش موقعیت جدید از سوی فرد سالخورده کمک کند و بر عکس شرایط نامطلوب، زمینه‌های انزوا و افسردگی را در وی فراهم و تشدید می‌نماید. متأسفانه زندگی نوین امروزه و مشکلات و دشواری‌های ناشی از آن باعث شده به نیازهای عاطفی، احساسی و روانی سالمندان کمتر توجه شود (۱).

رویکرد اسلام در بهداشت روان سالمند به خانواده و نیز شخص سالمند نقشی مهم واگذار می‌کند. یکی از روش‌های اسلام در اجرای فنون موردنظر و عملی کردن آن بهره‌گیری از عواطف حاکم بر والدین و فرزندان است (۶).

سالمندان امروزه فعال‌تر بوده، امید به زندگی و وضعیت سلامت بهتری نسبت به گذشته دارند؛ اما مشکلات پنهانی فراوانی از جمله سوء رفتار نسبت به سالمندان وجود دارد (۷). گاه نرسیدن به مرحله بلوغ فرزندی یا قبول مسؤولیت به صورت اجباری، همچنین تحول نقش خانواده، بحران‌های موجود، فشارهای روانی زندگی مدرن، ضعف ایمان و نظایر آن پایگاه اجتماعی سالمند را سست نموده و سبب بروز سوء رفتار توسط اعضای خانواده نسبت به سالمند می‌گردد (۸). این سوء رفتار ممکن است به اشکال مختلف نظیر سهل‌انگاری و غفلت در تأمین نیازهای جسمی سالمند، سوء رفتار روان‌شناختی، بهره‌برداری مالی، نادیده گرفتن حقوق سالمند و حتی موارد هتک حرمت توسط اعضای خانواده تظاهر یابد (۷). سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که بین ۴ تا ۶ درصد افراد مسن در سراسر جهان شکلی از سوء رفتار را تجربه می‌کنند. سالمندآزاری، قانون‌شکنی حقوق بشر است (۳). در آمریکا هر ۵ ثانیه یک سالمند مورد بدرفتاری قرار می‌گیرد (۹). گزارش دقیقی از انواع سوء رفتار نسبت به سالمندان در ایران موجود نیست. زیرا مراکز و سازمان خاصی که متولی این امر باشد؛ وجود ندارد. طبق تحقیق انجام شده در تهران طی سال ۱۳۷۵ یکی از علل عدم ارضاء نیازهای روانی سالمندان، سوء رفتار توسط اعضای خانواده بود (۷). این مطالعه به منظور تعیین فراوانی سالمندآزاری در شهرستان کلاله در استان گلستان انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی روی ۲۴۷ فرد بالای ۶۰ سال (۱۳۷ مرد و ۱۱۰ زن) در شهرستان کلاله طی سال ۱۳۹۱ انجام شد. معیار ورود به مطالعه شامل همه سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ساکن در شهرستان کلاله به مدت حداقل شش‌ماه بود.

معیار عدم ورود به مطالعه شامل سکونت کمتر از شش‌ماه در کلاله، دارای اختلال حافظه، و دارای بیماری‌هایی که قادر به پاسخگویی نبودند و سالمندان بستری در بیمارستان بود.

کل سالمندان شهرستان کلاله ۶۸۳۷ نفر بودند. انتخاب نمونه از

توده بدنی طبیعی داشتند (جدول یک). سالمندان حداقل یک بار تحت غفلت عاطفی (۳۴/۸ درصد)، غفلت مراقبتی (۳۳/۶ درصد)، غفلت مالی (۲۹/۱ درصد)، سلب اختیار (۲۲/۳ درصد)، سوء رفتار روان‌شناختی (۲۶/۷ درصد)، سوء رفتار جسمی (۲/۸ درصد)، طردشدگی (۱۲/۶ درصد) و سوء رفتار مالی (۲۱/۹ درصد) قرار گرفته بودند (جدول ۲).

توده بدنی طبیعی داشتند (جدول یک). سالمندان حداقل یک بار تحت غفلت عاطفی (۳۴/۸ درصد)، غفلت مراقبتی (۳۳/۶ درصد)، غفلت مالی (۲۹/۱ درصد)، سلب اختیار (۲۲/۳ درصد)، سوء رفتار روان‌شناختی (۲۶/۷ درصد)، سوء رفتار جسمی (۲/۸ درصد)، طردشدگی (۱۲/۶ درصد) و سوء رفتار مالی (۲۱/۹ درصد) قرار گرفته بودند (جدول ۲).

جدول ۱: توزیع فراوانی سالمندان شهرستان کلاله برحسب مشخصه‌های فردی در سال ۱۳۹۱

متغیر	تعداد (درصد)	
مجرد	۰ (۰)	
متاهل	۱۷۷ (۷۱/۷)	وضعیت تاهل
مطلقه	۴ (۱/۶)	
بیوه	۶۶ (۲۶/۷)	
کمتر از ۵۰	۶۰ (۲۴/۳)	میزان درآمد (به هزار تومان)
۵۰-۲۰۰	۷۵ (۳۰/۴)	
۲۰۰-۳۵۰	۳۰ (۱۲/۱)	
۳۵۰-۵۰۰	۱۳ (۵/۳)	بیش از ۵۰۰ تحت سرپرستی
بیش از ۵۰۰	۱۶ (۶/۵)	
بدون فرزند	۵۳ (۲۱/۵)	
بدون فرزند	۲ (۰/۸)	تعداد فرزندان
۱-۴	۷۰ (۲۸/۴)	
۵-۹	۱۴۲ (۵۷/۵)	
بیش از ۹	۳۳ (۱۳/۳)	سن (سال)
۶۰-۷۰	۱۶۴ (۶۶/۷)	
۷۱-۸۰	۶۱ (۲۴/۸)	
۸۱-۹۱	۲۱ (۸/۶)	شاخص توده بدنی
کمتر از ۱۸/۵	۹ (۳/۷)	
۱۸/۵-۲۴/۹	۱۲۴ (۵۰/۸)	
۲۵-۲۹/۹	۷۸ (۳۲)	بیش از ۳۰
بیش از ۳۰	۳۳ (۱۳/۵)	

بین سن و سوء رفتار روان‌شناختی (۷۱/۰۷±۷/۵۸ سال) (P<۰/۰۰۳)، غفلت مالی (۷۱/۰۲±۷/۴ سال) (P<۰/۰۰۱) ارتباط آماری معنی‌داری حاصل شد.

بین سوء رفتار با سالمندان دارای سطح درآمد ماهیانه کمتر از ۵۰ هزار تومان و بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان بین سالمندان متاهل نسبت به سالمندان مطلقه و بیوه تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد (P<۰/۰۰۵) (جدول ۳).

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه، سوء رفتار به خصوص از نوع روان‌شناختی و غفلت نسبت به سالمندان شهرستان کلاله از فراوانی بالایی برخوردار بود.

در مطالعه ما سوء رفتار روان‌شناختی با سالمندان ۲۶/۷ درصد تعیین شد. این میزان در مطالعه کریمی ۲۵/۴ درصد (۹) و در مطالعه Fulmer ۷/۷ درصد (۱۱) بود.

سوء رفتار جسمی در مطالعه کریمی و الهی ۱۰/۵ درصد (۹) و در مطالعه منوچهری و همکاران ۳۵/۲ درصد (۱۲) گزارش شده است که با یافته مطالعه حاضر (۲/۸ درصد) همخوانی ندارد.

در مطالعه Cooper و همکاران در زمینه سوء رفتار با سالمندان نشان داد که تقریباً ۲۵ درصد از سالمندان سوء رفتار روانی را تجربه کرده‌اند (۱۳).

در مطالعه ما غفلت مراقبتی ۳۳/۶ درصد و غفلت مالی ۲۹/۱ درصد تعیین شد. در مطالعه کریمی میزان غفلت ۳۱/۷ درصد بود و به اشکال غفلت تغذیه (۱۵/۳ درصد) و غفلت در امور درمانی (۸/۵ درصد) و سایر اشکال غفلت مانند انجام فعالیت‌های روزمره و بهداشت شخصی بود (۹). شیوع غفلت در آمریکا ۴۵ درصد (۱۴) و در ترکیه ۲۷/۴-۱۱/۲ درصد گزارش شده است (۱۵).

مطالعه‌ای در جمعیت شهری نانجینگ چین نشان داد که ۳۵ درصد تحت سوء رفتار و غفلت بوده‌اند و غفلت مراقبت‌کننده شایع‌ترین شکل سوء رفتار بود و پس از آن سوء رفتارهای مالی، روانی، جسمی، جنسی و ترک سالمندان به ترتیب بیشترین موارد را به خود اختصاص داد (۱۶). در مطالعه ما نیز پس از غفلت عاطفی و غفلت مراقبتی و مالی، سوء رفتار روان‌شناختی، سلب اختیار، سوء رفتار مالی، طردشدگی و سوء رفتار جسمی بالاترین میزان را به خود اختصاص داد. به نظر می‌رسد که در جوامع شرقی به دلیل تشابهات فرهنگی نسبت‌های سوء رفتار تقریباً مشابه است. وجود غفلت در در سالمندان می‌تواند به علت فقدان خانواده یا تماس اجتماعی یا وضعیت اقتصادی ضعیف در سالمندان باشد. از سویی

فراوانی کلی سوء رفتار در سالمندان ۲۶/۷-۲/۸ درصد و بیشترین مورد سوء رفتار از نوع روان‌شناختی (۲۶/۷ درصد) بود.

بین درآمد و غفلت مراقبتی (P<۰/۰۱)، غفلت مالی (P<۰/۰۰۳) و سوء رفتار مالی (P<۰/۰۰۲) ارتباط آماری معنی‌داری یافت شد.

بین جنسیت و غفلت مراقبتی (زنان ۴۴ درصد، مردان ۲۵/۷ درصد) (P<۰/۰۰۳)، سوء رفتار جسمی (زنان ۵/۵ درصد، مردان ۰/۷ درصد) (P<۰/۰۰۴) و طردشدگی (زنان ۲۰ درصد، مردان ۶/۶ درصد) (P<۰/۰۰۲) ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد.

بین وضعیت تاهل و غفلت عاطفی (متاهلین ۳۰/۵ درصد، مطلقه و بیوه ۴۵/۷ درصد) (P<۰/۰۰۲)، غفلت مراقبتی (متاهلین ۲۷/۳ درصد، مطلقه و بیوه ۵۰/۷ درصد) (P<۰/۰۰۱)، سوء رفتار روان‌شناختی (متاهلین ۲۲/۶ درصد، مطلقه و بیوه ۳۷/۱ درصد) (P<۰/۰۰۲) و غفلت مالی (متاهلین ۲۳/۷ درصد، مطلقه و بیوه ۴۲/۹ درصد) (P<۰/۰۰۵) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت.

بین میانگین تعداد فرزندان و غفلت مراقبتی (۵/۵±۲/۷ فرزند)

جدول ۲: توزیع فراوانی انواع سوء رفتار نسبت به سالمندان (n=۲۴۷) در شهرستان کلاله طی سال ۱۳۹۱

موردی ندارد تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)	بلی تعداد (درصد)	انواع سوء رفتار	
(۰/۸) ۲	(۶۸/۴) ۱۶۹	(۳۰/۸) ۷۶	بی‌اعتنایی اعضای خانواده	غفلت عاطفی
(۱/۲) ۳	(۷۸/۱) ۱۹۳	(۲۰/۶) ۵۱	سراغ نگرفتن اعضای خانواده	
(۰) ۰	(۸۷) ۲۱۴	(۱۳) ۳۲	کمک نکردن در جابه‌جایی و حرکت کردن	غفلت مراقبتی
(۲/۸) ۷	(۸۵/۸) ۲۱۲	(۱۱/۳) ۲۸	کمک نکردن در خوردن و آشامیدن	
(۰/۸) ۲	(۸۷/۴) ۲۱۶	(۱۱/۷) ۲۹	کمک نکردن برای مراجعه به پزشک	
(۳/۶) ۹	(۸۵/۴) ۲۱۱	(۱۰/۹) ۲۷	کمک نکردن در تهیه و مصرف دارو	
(۵/۷) ۱۴	(۸۸/۳) ۲۱۸	(۶/۱) ۱۵	کمک نکردن برای نظافت شخصی و استحمام	
(۲/۴) ۶	(۸۸/۳) ۲۱۸	(۹/۳) ۲۳	در اختیار نگذاشتن به موقع مواد غذایی یا آب	غفلت مالی
(۳/۶) ۹	(۸۱/۸) ۲۰۲	(۱۴/۲) ۳۵	عدم رعایت رژیم غذایی توسط اعضای خانواده	
(۲/۴) ۶	(۸۱/۸) ۲۰۲	(۱۵/۸) ۳۹	کوتاهی در تامین محتاج اولیه زندگی	
(۰/۴) ۱	(۸۱/۸) ۲۰۲	(۱۷/۸) ۴۴	منت در پرداخت پول توسط اعضای خانواده	غفلت مالی
(۳/۲) ۸	(۸۳/۸) ۲۰۷	(۱۳) ۳۲	خودداری اعضای خانواده در پرداخت پول برای تهیه هدیه یا نذر	
(۵/۳) ۱۳	(۸۳/۸) ۲۰۷	(۱۰/۹) ۲۷	کوتاهی در فراهم نمودن اسباب راحتی و آسایش	
(۱/۶) ۴	(۸۹/۱) ۲۲۰	(۹/۳) ۲۳	ممانعت در انجام فعالیت‌های اجتماعی	سلب اختیار
(۰/۸) ۲	(۹۰/۷) ۲۲۴	(۸/۵) ۲۱	ممانعت اعضای خانواده از رفت و آمد شما با دوستان و خویشاوندان	
(۶/۱) ۱۵	(۸۶/۶) ۲۱۴	(۷/۳) ۱۸	عدم اطلاع از اخبار مربوط به خود	
(۲۳/۵) ۵۸	(۷۴/۱) ۱۸۳	(۲/۴) ۶	تحمیل در انتخاب همسر و یا ازدواج مجدد و یا انتخاب محل زندگی	
(۲/۴) ۶	(۹۵/۵) ۲۳۶	(۲) ۵	مانع شدن از دسترسی به وسایل زندگی	
(۶/۹) ۱۷	(۹۱/۹) ۲۲۷	(۱/۲) ۳	تغییر دادن ظاهر بدون رضایت خودتان	سوء رفتار روان شناختی
(۴) ۱۰	(۹۳/۱) ۲۳۰	(۲/۸) ۷	تهدید به کتک زدن، زندانی شدن، محرومیت دریافت کمک	
(۲/۸) ۷	(۹۴/۷) ۲۳۴	(۲/۴) ۶	ایجاد ترس و وحشت در شما با شکستن یا تخریب وسایل منزل	
(۲/۴) ۶	(۸۹/۵) ۲۲۱	(۸/۱) ۲۰	فاش کردن اسرار شما نزد دیگران	
(۱/۶) ۴	(۹۱/۱) ۲۲۵	(۷/۳) ۱۸	اهمیت ندادن به شخصیت، دانش و توانایی و تجارب شما	
(۳/۶) ۹	(۸۷/۹) ۲۱۷	(۸/۵) ۲۱	سرزنش بی‌دلیل	سوء رفتار جسمی
(۱/۲) ۳	(۹۳/۱) ۲۳۰	(۵/۷) ۱۴	خطاب قرار دادن شما با اسامی ناشایست، لحن نامناسب و دشنام دادن	
(۴/۵) ۱۱	(۹۵/۱) ۲۳۵	(۰/۴) ۱	مورد ضرب و جرح قرار دادن (سیلی، مشت، لگدزدن، هل دادن، نیشگون گرفتن)	
(۲/۴) ۶	(۹۶/۸) ۲۳۹	(۰/۸) ۲	پرتاب کردن اشیاء و وسایل منزل به سمت شما	سوء رفتار مالی
(۱/۲) ۳	(۹۶/۸) ۲۳۹	(۲) ۵	دادن بی‌مورد داروهای خواب‌آور و یا مسکن	
(۱/۶) ۴	(۹۱/۵) ۲۲۶	(۶/۹) ۱۷	بدون اطلاع به اسم شما از دیگران پول قرض گرفتن	
(۰/۴) ۱	(۸۷/۴) ۲۱۶	(۱۲/۱) ۳۰	امتناع از پس دادن قرضی که از شما گرفته‌اند	سوء رفتار مالی
(۲) ۵	(۹۲/۷) ۲۲۹	(۵/۳) ۱۳	بدون رضایت شما بخشی از مخارج زندگی را به دوش شما بیندازند	
(۴/۹) ۱۲	(۹۰/۳) ۲۲۳	(۴/۹) ۱۲	حقوق ماهیانه، پول، منزل و یا املاک شما را بدون رضایتتان تصاحب یا فروخته‌اند	
(۷/۷) ۱۹	(۹۰/۳) ۲۲۳	(۲) ۵	وادار کردن شما به وکالت دادن یا تغییر وصیت‌نامه	طرد شدگی
(۲/۴) ۶	(۹۶) ۲۳۷	(۱/۶) ۴	رانده شدن از منزل اعضای خانواده	
(۱/۲) ۳	(۹۷/۲) ۲۴۰	(۱/۶) ۴	رانده شدن از منزل خود	
(۲/۸) ۷	(۹۵/۵) ۲۳۶	(۱/۶) ۴	زمانی که شما را به بیمارستان برده‌اند؛ از شما سراغی نگرفته باشند	

جدول ۳: توزیع ارتباط بین درآمد و وضعیت تاهل با سوء رفتار سالمندان شهرستان کلاله در سال ۱۳۹۱

p-value	ندارد تعداد (درصد)	دارد تعداد (درصد)		
۰/۰۰۳	(۲۵) ۴	(۷۵) ۱۲	بیش از ۵۰۰	درآمد (به هزار تومان)
	(۶۱/۵) ۸	(۳۸/۵) ۵	۳۵۰-۵۰۰	
	(۵۳/۳) ۱۶	(۴۶/۷) ۱۴	۲۰۰-۳۵۰	
	(۴۸) ۳۶	(۵۲) ۳۹	۵۰-۲۰۰	
	(۲۵/۹) ۱۵	(۷۴/۱) ۴۳	کمتر از ۵۰	
۰/۰۱	(۲۴/۵) ۱۳	(۷۵/۵) ۴۰	تحت سرپرستی	وضعیت تاهل
	(۴۲/۶) ۷۵	(۵۷/۴) ۱۰۱	متاهل	
	(۲۴/۶) ۱۷	(۷۵/۴) ۵۲	مطلقه و بیوه	

قومیت‌های مختلف در شهرستان کلاله، احتمال دارد میزان واقعی سوء رفتار بالاتر از نتیجه حاصله باشد. لذا بایستی در تعمیم یافته‌های این مطالعه به کل جامعه احتیاط نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که سوء رفتار از نوع روان‌شناختی و غفلت در مورد سالمندان شهرستان کلاله از میزان بالایی برخوردار است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همه کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهری و خانه‌های بهداشت شهرستان کلاله و نیز سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه، تشکر می‌نماییم.

References

1. Kashfi SM. [Aging in Persian literature: Wisdom, depression and illness]. 1st. Tehran: Hamsayeh Publication. 2010; pp: 69, 130-1. [Persian]
2. [Guide to special education elder care physician integration]. Tehran: Ministry of health and medical education, Department of health, bureau of family health and population aged. 2009; p:9. [Persian]
3. WHO. 10 facts on ageing and the life course. Available at: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>
4. Tajvar M. [Health the elderly and review of various aspects of their lives]. 1st. Tehran: Nasle Farda Publication. 2003; pp: 19, 28. [Persian]
5. Hesamzadeh A, Maddah S, Mohammadi F, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. [Comparison of elderly "quality of life" living at homes and in private or public nursing homes]. *Salmand Iran J Ageing*. 2010;4(4): 66-74. [Article in Persian]
6. Bahrami F, Ramezani Farani A. [The elderly mental health in the holy Quran]. *Salmand Iran J Ageing*. 2009; 4(1): 70-83. [Article in Persian]
7. Heravi Karimoi M, Jadid Milani M, Faghihzadeh S. [The effect of family counseling programs on prevention of psychological abuse of elderly women]. *Hayat*. 2005; 11 (1-2): 79-86. [Article in Persian]
8. Heravi Karimoi M, Jadid-Milani M. [Family knowledge about attitudes towards older women in Tehran 2004]. *Journal of Mental Health*. 2004; 6 (23-24):105-10. [Article in Persian]

تعدادی از سالمندان دریافت مراقبت را تهدیدی نسبت به استقلال خود می‌دانند. لذا ممکن است این گروه قادر به تامین نیازهای ابتدایی (بهداشت و تغذیه) خود نباشند. شاید نوع روابط والدین - فرزندی در جامعه ما سبب ایجاد تعاملات گسترده و گاهی انتظارات بیش از حد آنان از یکدیگر شود.

افزایش طول عمر در بین جمعیت منتهی به رشد تعداد سالمندانی می‌شود که مبتلا به مشکلات شناختی، تحرک و ناتوانی هستند (۱۷). علی‌رغم این که جمعیت سالمندان به بالاترین حد خود در طول تاریخ حیات اجتماعی بشر رسیده؛ اقتدار و اعتبار خانوادگی آنان به کمترین حد تنزل نموده است (۹).

در مطالعه حاضر سالمندان عمدتاً از سلامت نسبی و میزان مشارکت اجتماعی بالایی برخوردار بودند. همچنین با وجود

9. Karimi M, Elahi N. [Elderly abuse in Ahwaz city and its relationship with individual and social characteristics]. *Salmand Iran J Ageing*. 2008; 3(1): 42-47. [Article in Persian]
10. Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi M, Hajizadeh E. [Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire]. *Salmand Iran J Ageing*. 2010; 5(1): 7-21. [Article in Persian]
11. Fulmer T. Elder abuse and neglect assessment. *J Gerontol Nurs*. 2003 Jan;29(1):8-9.
12. Manoochehri H, Ghorbi B, Hosseini M, Nasiri Oskuyee N, Karbakhsh M. [Degree and types of domestic abuse in the elderly referring to Tehran's parks]. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci*. 2008; 18(3): 37-43. [Article in Persian]
13. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing*. 2008 Mar; 37(2):151-60.
14. Tavakol KH, Karimi M. [Abuse in the family]. 1st. Qom: Aftab Khoban Publication. 2006; pp: 158-9. [Persian]
15. Keskinoglu P, Pýcackýefe M, Bilgic N, Giray H, Karakus N, Ucku R. Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in Izmir, Turkey. *Int Psychogeriatr*. 2007 Aug;19(4):719-31.
16. Dong X, Simon MA, Gorbien M. Elder abuse and neglect in an urban chinese population. *J Elder Abuse Negl*. 2007;19(3-4):79-96.
17. O'Dowd A. Recognizing and preventing the abuse of older people. *Nursing Times*. 2007; 103(27): 21-22.

Original Paper

Prevalence of elder misbehavior in northern Iran (2012)

Nori A (M.Sc)¹, Rajabi A (M.Sc)*², Esmailzadeh F (M.Sc)³

¹M.Sc in Medical Education, Development and expansion unit, Golestan University of Medical Sciences, Kalaleh, Iran.

²Ph.D Candidate in Epidemiology, Faculty of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³Ph.D Candidate in Economic Health, Faculty of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Background and Objective: The incidence rate of elderly misbehavior increased in the past two decades. This study was conducted to determine the prevalence of elderly misbehavior in northern Iran.

Method: This descriptive - analytic study was done on 247 more than 60 years old (137 males, 110 females) in north of Iran during 2012. In order to determine misbehavior, an elderly questionnaire was filled for each subject.

Results: The mean age of subjects was 68.8 ± 7.08 years. The prevalence of lack of attention, care, financial, authentic was 34.8%, 33.6%, 29.1% and 22.3%, respectively. The prevalence of psychological, physical, isolation and financial misbehavior were 26.7%, 26.7%, 2.6% and 21.9%, respectively. There was a significant relationship between income and marital status with misbehavior maner ($P < 0.05$).

Conclusion: Elderly misbehavior particularly lack of attention and care are more pervalant in northern Iran.

Keywords: Elderly, Misbehavior, Attention, Care

* Corresponding Author: Rajabi A (M.Sc), E-mail: rajabiepid@gmail.com

Received 10 Dec 2013

Revised 24 Jun 2014

Accepted 1 Jul 2014