

مقایسه سوء رفتار درک شده نسبت به سالمندان شهری و روستایی

میلاد برجی^۱، خیرالله اسداللهی^{۲*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، پرستاری سلامت جامعه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
 * نویسنده مسئول: خیرالله اسداللهی، استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران. ایمیل: masoud_1241@yahoo.co.uk

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۰۷

چکیده

مقدمه: سوء رفتار با سالمندان، از جمله آسیب های روانی اجتماعی است که با افزایش جمعیت سالمندان در خانواده ها و جوامع شیوع آن افزایش می یابد. به همین دلیل پژوهش حاضر با هدف مقایسه سوء رفتار درک شده نسبت به سالمندان شهری و روستایی شهرستان ایلام در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر به صورت مقطعی، با مشارکت تعداد ۳۶۰ نفر از سالمندان ۶۵ سال و بالاتر شهرستان ایلام به روش نمونه گیری خوشه ای و تصادفی ساده انجام شد. پرسشنامه مورد استفاده پرسشنامه سوء رفتار نسبت به سالمندان بود که در مطالعات مختلف پایایی و روایی آن به اثبات رسیده است.

یافته ها: در این پژوهش، تعداد ۳۶۰ سالمند مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۲۲۱ نفر (۶۱،۴٪) زن و ۲۹۰ نفر (۸۰/۶) سالمند شهری بودند. بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۸۰-۷۶ (۳۶/۸٪) و بیشتر سالمندان ۲۲۸ نفر (۶۳/۳٪) متأهل بودند. در سالمندان شهری بیشترین میزان سوء رفتار مربوط به غفلت مالی (۳۶/۸٪) ۱۰۷ نفر و کمترین میزان سوء رفتار مربوط به سوء رفتار مالی بود. در سالمندان روستایی بیشترین میزان سوء رفتار مربوط به غفلت مالی (۵۷/۱٪) ۴۰ نفر و کمترین میزان سوء رفتار مربوط به سوء رفتار جسمی (۱/۵٪) ۱ نفر بود.

نتیجه گیری: با توجه به اینکه میزان سوء رفتار گزارش شده نسبت به سالمندان شهرستان ایلام از میزان بالایی برخوردار بوده است، بنابراین اقدامات لازم را از سوی سیاست گذاران بهداشت و درمان و حوزه های مختلف اجتماعی اقتصادی استان در کاهش سوء رفتار نسبت به سالمندان می طلبد.

واژگان کلیدی: سوء رفتار، سالمند، شهری، روستایی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

پیشرفت های پزشکی و بهداشتی باعث افزایش طول عمر انسان ها شده و بر جمعیت سالمندان افزوده شده است (۱). طبق ارزیابی واحد جمعیت سازمان ملل، روند جمعیتی سالخوردگی رو به گسترش بوده و پیش بینی می شود که جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه مانند ایران، عربستان، کویت و چین سرعت فوق العاده ای داشته و تعداد سالمندان به دو میلیارد نفر در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید. طبق آماري که در سل ۱۳۹۰ ارائه شده است ۸/۲ درصد از جمعیت ایران را، سالمندان تشکیل داده است (۲). از آنجایی که تعداد سالمندان در حال افزایش است توجه به مسئله سالمندی به سرعت در حال افزایش است، توجه به مسئله بهداشت و تأمین آسایش و رفاه آنان و ابعاد مختلف سلامت آنان در جامعه از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۳). سالمند آزاری در واقع انجام یا عدم انجام عملی خاص به صورت عمدی است

پیشرفت های پزشکی و بهداشتی باعث افزایش طول عمر انسان ها شده و بر جمعیت سالمندان افزوده شده است (۱). طبق ارزیابی واحد جمعیت سازمان ملل، روند جمعیتی سالخوردگی رو به گسترش بوده و پیش بینی می شود که جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه مانند ایران، عربستان، کویت و چین سرعت فوق العاده ای داشته و تعداد سالمندان به دو میلیارد نفر در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید. طبق آماري که در سل ۱۳۹۰ ارائه شده است ۸/۲ درصد از جمعیت ایران را، سالمندان تشکیل داده است (۲). از آنجایی که تعداد سالمندان در حال افزایش است توجه به مسئله بهداشت و تأمین آسایش و رفاه آنان و ابعاد مختلف سلامت آنان در جامعه از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۳). سالمند آزاری در واقع انجام یا عدم انجام عملی خاص به صورت عمدی است

۴) سؤال،) غفلت مالی (۴ سؤال) و سوء رفتار عاطفی (۲ سؤال) بود. این ابزار بر اساس یافته‌های مطالعه‌ای کیفی بر روی سالمندان آزار دیده و در ایران با توجه به ویژگی‌های فرهنگی این جامعه تدوین و سپس اعتبار سنجی شده است (۱۶، ۱۷). گویه‌های ابزار مذکور دارای گزینه‌های بلی - خیر و موردی نداشت بود. گزینه‌ی موردی ندارد دلالت بر شرایطی داشت که عبارت مورد نظر با شرایط زندگی سالمند همخوانی و تناسب نداشته است. امتیازهای اخذ شده در محدوده‌ی ۱۰-۱ بود و امتیاز بالاتر نشان دهنده وجود شدت بیشتری از علائم سوء رفتار بود. همان طور که در بالا اشاره شد ویژگی‌های روان سنجی ابزار مذکور مورد بررسی قرار گرفته است و از اعتبار صوری، محتوا و سازه برخوردار بوده است (۴). محاسبه ضریب آلفا کرونباخ (۰/۹۰) و ثبات از طریق آزمون مجدد (۰/۹۹) موید پایایی مطلوب پرسشنامه است. پایایی ابزار مورد نظر در پژوهش حاضر، ۰/۸۶ گزارش گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و با استفاده از آزمونهای آماری t-test (برای متغیرهای دو گروهی) و ANOVA (برای متغیرهای بیشتر از دو گروه) انجام شد. برای تحلیل همه متغیرها مقدار $p \leq 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۳۶۰ سالمند مورد مطالعه قرار گرفتند که از این تعداد ۲۲۱ نفر (۶۱/۴٪) زن و ۲۹۰ نفر (۸۰/۶٪) سالمند شهری بودند. بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۸۰-۷۶ (۳۹/۸٪) بود. بیشتر سالمندان ۲۲۸ نفر (۶۳/۳٪) متأهل و ۳ نفر (۰/۸٪) مجرد بودند. اکثر سالمندان مورد مطالعه بی سواد و دارای درآمد ماهیانه کمتر از ۱۰۰ هزار در ماه بودند (جدول ۱).

از بین ابعاد سوء رفتار در سالمندان شهری بیشترین میزان سوء رفتار مربوط به غفلت مالی (۳۶/۸٪) ۱۰۷ نفر و کمترین میزان سوء رفتار مربوط به سوء رفتار مالی بود. در سالمندان روستایی بیشترین میزان سوء رفتار مربوط به غفلت مالی (۵۷/۱٪) ۴۰ نفر و کمترین میزان سوء رفتار مربوط به سوء رفتار جسمی (۱/۵٪) ۱ نفر بود. از بین سؤالات مطرح شده در پرسشنامه سوء رفتار در بین سالمندان شهری بیشترین میزان سوء رفتار درک شده مربوط به کوتاهی نسبت به خرابی وسایل طبی نظیر عینک (۸۵/۵٪) ۲۴۸ نفر، عدم تهیه اسباب راحتی و آسایش سالمند (۸۳/۸٪) ۲۴۳ نفر بود و در سالمندان روستایی از بین گویه‌های سوء رفتار بیشترین میزان سوء رفتار درک شده مربوط به سرزنش بی دلیل (۰/۹۰) ۶۳ نفر و عدم کمک در تحرک و جابجایی (۴۸/۶٪) ۴۸ نفر بود (جدول ۲).

در سالمندان شهری بیشترین میزان سوء رفتار مربوط به غفلت مالی (۳۶/۸٪) ۱۰۷ نفر و کمترین میزان سوء رفتار مربوط به سوء رفتار مالی بود و در سالمندان روستایی بیشترین میزان سوء رفتار مربوط به غفلت مالی (۵۷/۱٪) ۴۰ نفر و کمترین میزان سوء رفتار مربوط به سوء رفتار جسمی (۱/۵٪) ۱ نفر بود (جدول ۳).

بین کلیه مشخصات دموگرافیکی و سوء رفتار بجز وضعیت زندگی سالمند با خانواده در سالمندان روستایی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$). (جدول ۴).

یک یا چندین مرتبه رخ دهد (۷). سوء رفتار یکی از مصادیق محرومیت از حقوق و شئون انسانی است که به شکل‌های غفلت، سلب اختیار، بهره برداری مالی، آزارهای روان شناختی و بدنی، و طردشدگی رخ می‌دهد. اعضای خانواده با رها کردن سالمند به حال خود و سهل انگاری در تأمین نیازهای عاطفی، مراقبتی و ایمنی، همچنین کوتاهی در یاری رساندن به انجام امور داخل و خارج منزل و تأمین زندگی آبرومندانه و در شأن افراد سالمند سبب رخداد غفلت به صورت عمدی یا غیر عمدی می‌شوند. آزار روان شناختی سالمند، تحمیل درد و فشار روحی به او از طریق بی احترامی و ایجاد ارباب و تهدید است. سلب اختیار از طریق محروم ساختن سالمند از حق انتخاب و نیز تحمیل نظرات خود به سالمند و تصمیم گیری به جای سالمند صورت می‌گیرد. بهره برداری مالی، استفاده غیرقانونی، بی اجازه یا نامناسب از وجوه، دارایی و سرمایه‌های شخصی سالمند است. آزار بدنی الگویی رفتاری است که تمامیت جسمی و یا جنسی فرد سالمند را مورد تهاجم قرار می‌دهد. طردشدگی، در قالب راندن سالمند از منزل و یا نپذیرفتن وی توسط اعضای خانواده تعریف می‌شود (۸-۱۰). در زمینه سوء رفتار با سالمندان مطالعات بسیار محدود و ناچیزی در ایران انجام شده است (۸). نتایج تحقیقات زندی و فدایی (۱۳۸۶)، منوچهری و همکاران (۱۳۸۷)، نوروزی و همکاران (۱۳۸۸)، محبی و همکاران (۱۳۹۰)، هروی و همکاران (۱۳۹۰)، نصیری و همکاران (۱۳۹۲)، قدوسی و همکاران (۱۳۹۲) وجود سوء رفتار نسبت به سالمندان در خانواده‌های ایرانی را تأیید می‌نماید (۶-۱۰-۱۵). لذا با توجه به عدم وجود مطالعه در زمینه سوء رفتار در سالمندان شهرستان ایلام و همچنین در جهت توسعه برنامه‌ها و سیاست‌های جهانی بهداشت بررسی علمی این موضوع ضرورت دارد. از آنجایی که استان ایلام یک جامعه سنتی بوده و در حال صنعتی شدن است و این پدیده بعضاً باعث اختلافات خانواده‌ها شده و سالمندان به عنوان قشری آسیب پذیر در معرض خشونت‌های احتمالی قرار خواهند گرفت پژوهش حاضر با هدف تعیین، میزان سوء رفتار نسبت به سالمندان شهری و روستایی شهر ایلام در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

روش کار

در مطالعه‌ی توصیفی-مقایسه‌ای حاضر، ۳۶۰ نفر از افراد بالای ۶۵ سال شهرستان ایلام که از نظر ظاهری و با توجه به گفتگوی اولیه که با پرسشگر داشتند اختلال ذهن و حواس نداشته و متمایل بودند در مطالعه شرکت کنند. روش نمونه گیری به صورت ترکیبی از نمونه گیری خوشه‌ای و تصادفی ساده بود. بر این اساس پژوهشگر با مراجعه به ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی موجود در شهر ایلام و ۳ خانه بهداشت روستایی از روستاهای اطراف شهر ایلام پرونده خانوار افراد سالمند را شناسایی می‌کرد. سپس با توجه به سهم هر منطقه و به صورت تصادفی نمونه گیری را انجام می‌داد. پرسشنامه توسط پژوهشگر آموزش دیده و به روش مصاحبه تکمیل می‌شد. پرسشنامه مورد استفاده پرسشنامه بررسی سوء رفتار توسط اعضای خانواده نسبت به سالمندان بود. این پرسشنامه شامل ۴۹ سؤال در هشت زیر بخش غفلت مراقبتی (۱۱ سؤال)، سوء رفتار روان شناختی (۸ سؤال)، سوء رفتار جسمی (۴ سؤال)، سوء رفتار مالی (۶ سؤال)، سلب اختیار (۱۰ سؤال)، طرد شدگی

جدول ۱: مشخصات دموگرافیکی سالمندان شهرستان ایلام

روستایی	شهری		تعداد	درصد
	تعداد	درصد		
سن				
۵۴/۳	۳۸	۳۵/۹	۱۰۴	۶۵-۷۰
۱۵/۷	۱۱	۱۴/۸	۴۳	۷۱-۷۵
۱۴/۳	۱۰	۳۴/۵	۱۰۰	۷۶-۸۰
۱۵/۷	۱۱	۱۰/۷	۳۱	۸۱-۸۵
۰	۰	۴/۱	۱۲	۸۶ به بالاتر
جنس				
۳۷/۱	۲۶	۳۹/۱	۱۱۳	مرد
۶۲/۹	۴۴	۶۱/۱	۱۷۷	زن
تحصیلات				
۶۲/۹	۴۴	۵۰/۳	۱۴۶	بی سواد
۱/۴	۱	۲۲/۸	۶۶	در حد خواندن و نوشتن
۱۸/۶	۱۳	۱۵/۹	۴۶	ابتدایی
۱۵/۷	۱۱	۷/۶	۲۲	متوسطه
۱/۴	۱	۳/۴	۱۰	دانشگاهی
بیمه درمانی				
۶۵/۷	۴۶	۸۶/۶	۲۵۱	بلی
۳۴/۳	۲۴	۱۳/۴	۳۹	خیر
شغل				
۴۸/۶	۳۴/۶	۵۸/۶	۱۷۰	خانه دار
۳۲/۹	۲۳	۱۱/۴	۳۳	شاغل
۱/۴	۱	۲۱/۷	۶۳	بازنشسته
۱۷/۱	۱۲	۸/۳	۲۴	از کارافتاده
درآمد				
۶۲/۹	۴۴	۵۷/۲	۱۶۶	کمتر از ۲۰۰ هزار در ماه
۳۲/۹	۲۳	۲۹/۳	۸۵	بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ هزار در ماه
۴/۳	۳	۱۳/۴	۳۹	بیشتر از ۴۰۰ هزار در ماه
وضعیت زندگی سالمند با خانواده				
۱۵/۷	۱۱	۳۲/۱	۹۳	تنها
۳۱/۴	۲۲	۴۱/۷	۱۲۱	با همسر
۵۱/۵	۳۶	۲۶/۲	۷۶	با فرزند
۱/۴	۱	۰	۰	با دیگران
وضعیت سوء مصرف مواد				
۵۸/۶	۴۱	۴۳/۴	۱۲۶	بلی
۴۱/۴	۲۹	۵۶/۶	۱۶۴	خیر
بیماری مزمن				
۲۵/۷	۱۸	۴۶/۹	۱۳۶	بلی
۷۴/۳	۵۲	۵۳/۱	۱۵۴	خیر

جدول ۲: میزان شیوع سوء رفتار نسبت به سالمندان به تفکیک عبارت پرسشنامه متغیر

عدم وجود سوء رفتار		وجود سوء رفتار		سوء رفتار شناختی
روستایی	شهری	روستایی	شهری	
سوء رفتار شناختی				
۶۹(۹۸/۶)	۲۸۹(۹۹/۷)	۱(۱/۴)	۱(۱/۳)	تهدید سالمند نظیر تهدید به کتک، زندانی کردن، محرومیت از دریافت کمک
۶۵(۹۲/۹)	۲۷۱(۹۳/۴)	۵(۷/۱)	۱۹(۶/۶)	ایجاد ترس و وحشت با شکستن یا تخریب وسایل منزل
۲۹(۴۱/۴)	۲۱۶(۷۴/۵)	۴۱(۵۸/۶)	۷۴(۲۵/۵)	فاش نمودن اسرار سالمند نزد دیگران
۳۲(۴۵/۷)	۸۰(۲۷/۶)	۳۸(۵۴/۳)	۲۱۰(۷۲/۴)	اهمیت قائل نشدن برای شخصیت، دانش، توانایی و تجارب سالمند
۷(۱۰)	۶۱(۲۱)	۶۳(۹۰)	۲۲۹(۷۹)	سرزنش بی دلیل
۶۶(۹۴/۳)	۲۷۵(۹۴/۸)	۴(۵/۷)	۱۵(۵/۲)	مورد خطاب قرار دادن با اسامی ناشایست، لحن نامناسب یا دشنام
۲۳(۳۲/۹)	۱۲۹(۴۴/۵)	۴۷(۶۷/۱)	۱۶۱(۵۵/۵)	داد و فریاد زدن
۶۸(۹۷/۱)	۲۷۸(۹۵/۹)	۲(۲/۹)	۱۲(۴/۱)	انجام حرکات توهین آمیز مانند شکلک درآوردن
سلب اختیار				
۴۷(۶۷/۱)	۲۰۱(۶۹/۳)	۲۳(۳۲/۹)	۸۹(۳۰/۷)	ممانعت از انجام فعالیت های اجتماعی نظیر ارائه خدمات داوطلبانه
۴۶(۶۵/۷)	۱۷۱(۵۹/۰)	۲۴(۳۴/۳)	۱۱۹(۴۱/۰)	ممانعت از رفت و آمد با دوستان و خویشاوندان
۶۳(۹۰/۰)	۱۶۱(۵۵/۵)	۷(۱۰/۰)	۱۲۹(۴۴/۵)	محروم ساختن از ملاقات نوه‌ها
۳۴(۴۸/۶)	۱۹۳(۶۶/۶)	۳۶(۵۱/۴)	۹۷(۳۳/۴)	ممانعت از آگاهی یافتن اخبار مهم مربوط به خود
۶۹(۹۸/۶)	۲۸۲(۹۷/۲)	۱(۱/۴)	۸(۲/۸)	تحمیل نظرات در خصوص انتخاب همسر، ازدواج مجدد یا محل زندگی
۳۴(۴۸/۶)	۱۹۳(۶۶/۶)	۳۶(۵۱/۴)	۹۷(۳۳/۴)	عدم اجازه استفاده از اموال و دارایی بر اساس میل خود
۳۴(۴۸/۶)	۲۰۲(۶۹/۷)	۳۶(۵۱/۴)	۸۸(۳۰/۳)	ممانعت از دسترسی به وسایل زندگی نظیر تلفن، تلویزیون، رادیو
۶۹(۹۸/۶)	۲۸۸(۹۹/۳)	۱(۱/۴)	۲(۱/۷)	تغییر در ظاهر بدون رضایت سالمند مثلاً کوتاه کردن موی سر
۷۰(۱۰۰)	۲۸۸(۹۹/۳)	۰(۰)	۲(۱/۷)	برقراری ارتباط جنسی بدون رضایت سالمند
۶۷(۹۵/۷)	۲۶۴(۹۱/۰)	۳(۴/۳)	۲۶(۱/۹)	لمس قسمت‌های حساس بدن بدون رضایت سالمند
سوء رفتار جسمی				
۷۰(۱۰۰)	۲۸۹(۹۹/۷)	۰(۰)	۱(۱/۳)	اقدام به ضرب و جرح
۶۹(۹۸/۶)	۲۹۰(۱۰۰)	۱(۱/۴)	۰(۰/۰)	پرتاب اشیاء و وسایل منزل به طرف سالمند
۷۰(۱۰۰)	۲۹۰(۱۰۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	اقدام به خفه نمودن سالمند
۶۷(۹۵/۷)	۲۵۱(۸۶/۶)	۳(۴/۳)	۳۹(۱۳/۴)	تجویز بی مورد داروهای خواب آور یا مسکن
مالی				
۷۰(۱۰۰)	۲۸۵(۹۸/۳)	۰(۰/۰)	۵(۱/۷)	قرض نمودن از دیگران به اسم و بدون اطلاع سالمند
۵۷(۸۱/۴)	۲۴۴(۸۴/۱)	۱۳(۱۸/۶)	۴۶(۱۵/۹)	عدم استرداد پول قرض گرفته شده از سالمند
۴۴(۶۲/۹)	۲۳۴(۸۰/۷)	۲۶(۳۷/۱)	۵۶(۱۹/۳)	تحمیل مخارج زندگی به دوش سالمند بدون رضایت وی
۵۷(۸۱/۴)	۲۳۴(۸۰/۷)	۱۳(۱۸/۶)	۵۶(۱۹/۳)	تصاحب بدون رضایت حقوق ماهیانه، پول، وسایل منزل و یا املاک
۷۰(۱۰۰)	۲۸۰(۹۶/۶)	۰(۰)	۱۰(۳/۴)	عدم پرداخت سهم الارث
۷۰(۱۰۰)	۲۸۷(۹۹/۰)	۰(۰)	۳(۰/۱)	گرفتن وکالت نامه اجباری یا تغییر وصیت نامه بدون رضایت سالمند
طرد شدگی				
۴۶(۶۵/۷)	۲۵۴(۸۷/۶)	۲۴(۳۴/۳)	۳۶(۱۲/۴)	رانده شدن سالمند از منزل اعضای خانواده
۷۰(۱۰۰)	۲۸۹(۹۹/۷)	۰(۰)	۱(۱/۳)	رانده شدن سالمند از منزل خود
۷۰(۱۰۰)	۲۸۵(۹۸/۳)	۰(۰)	۵(۱/۷)	رها کردن سالمند در بیمارستان
۷۰(۱۰۰)	۲۸۹(۹۹/۷)	۰(۰)	۱(۱/۳)	رها کردن سالمند در آسایشگاه سالمندان
مراقبتی				
۲۲(۳۱/۴)	۸۵(۲۹/۳)	۴۸(۶۸/۶)	۲۰۵(۷۰/۷)	عدم کمک در حرکت و جابه جایی
۷۰(۱۰۰)	۲۸۳(۹۷/۶)	۰(۰)	۷(۲/۴)	عدم کمک در خوردن و آشامیدن
۴۶(۶۵/۷)	۱۷۲(۵۹/۳)	۲۴(۳۴/۳)	۱۱۸(۴۰/۷)	عدم کمک برای مراجعه به پزشک
۵۷(۸۱/۴)	۲۳۳(۸۰/۳)	۱۳(۱۸/۶)	۵۷(۱۹/۷)	عدم کمک برای تهیه و یا مصرف دارو
۲۰(۲۸/۶)	۶۸(۲۳/۴)	۵۰(۷۱/۴)	۲۲۲(۷۶/۶)	عدم کمک برای نظافت شخصی و استحمام

۲۹(۴۱/۴)	۱۱۴(۳۹/۳)	۴۱(۵۸/۶)	۱۷۶(۶۰/۷)	عدم کمک برای دستشویی رفتن و طهارت
۲۳(۳۲/۹)	۴۲(۱۴/۵)	۴۷(۶۷/۱)	۲۴۸(۸۵/۵)	کوتاهی نسبت به خرید وسایل طبی مانند عینک
۲۹(۴۱/۴)	۶۴(۲۲/۱)	۴۱(۵۸/۶)	۲۲۶(۷۷/۹)	کوتاهی در دریافت به موقع مواد غذایی و یا آب و مایعات
۳۰(۴۲/۹)	۸۵(۲۹/۳)	۴۰(۵۷/۱)	۲۰۵(۷۰/۷)	عدم رعایت رژیم غذایی به رغم بضاعت
۲۳(۳۲/۹)	۷۸(۲۶/۹)	۴۷(۶۷/۱)	۲۱۲(۷۳/۱)	کوتاهی در انجام امور خارج از منزل نظیر خرید و پرداخت قبوض
۵۰(۷۱/۴)	۱۱۰(۳۷/۹)	۲۰(۲۸/۶)	۱۸۰(۶۲/۱)	کوتاهی در انجام امور داخل منزل نظیر نظافت و یا امور تعمیراتی
غفلت عاطفی				
۶۲(۸۸/۶)	۲۷۹(۹۶/۲)	۸(۱۱/۴)	۱۱(۳/۸)	بی اعتنائی اعضای خانواده
۲۳(۳۲/۹)	۸۸(۳۳/۳)	۴۷(۶۷/۱)	۲۰۲(۶۹/۷)	عدم تماس حضوری یا تلفنی اعضای خانواده
غفلت مالی				
۳۳(۴۷/۱)	۱۰۸(۳۷/۲)	۳۷(۵۲/۹)	۱۸۲(۶۲/۸)	کوتاهی نسبت به تأمین پول مورد نیاز برای تأمین مایحتاج اولیه زندگی
۲۳(۳۲/۹)	۸۶(۲۹/۷)	۴۷(۶۷/۱)	۲۰۴(۷۰/۳)	پرداخت غیر محترمانه پول در صورت نیاز مبرم
۳۷(۵۲/۹)	۵۲(۱۷/۹)	۳۳(۴۷/۱)	۲۳۸(۸۲/۱)	عدم پرداخت پول برای تهیه هدیه یا ادای نذر به رغم بضاعت
۲۷(۳۸/۶)	۴۷(۱۶/۲)	۴۳(۶۱/۴)	۲۴۳(۸۳/۸)	عدم تهیه اسباب راحتی و آسایش مورد نیاز و متناسب با شأن سالمند

اطلاعات در جدول به صورت (درصد) تعداد آمده است.

جدول ۳: فراوانی سوء رفتار نسبت به سالمندان شهرستان ایلام

	عدم وجود سوء رفتار		وجود سوء رفتار		شهری		روستایی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سوء رفتار شناختی	۹۱	۳۱/۳	۲۵	۳۵/۷	۱۹۹	۶۸/۷	۴۵	۶۴/۳
سلب اختیار	۶۶	۲۲/۸	۱۷	۲۴/۲	۲۲۴	۷۷/۲	۵۳	۷۵/۸
سوء رفتار جسمی	۴۰	۱۳/۸	۱	۱/۵	۲۵۰	۸۶/۲	۶۹	۹۸/۵
مالی	۲۹	۱/۱	۹	۱۲/۸	۲۶۱	۹۰	۶۱	۸۷/۲
طرد شدگی	۴۳	۳/۶	۳۴	۸/۵	۲۴۷	۹۶/۴	۳۶	۹۱/۵
مراقبتی	۱۶۸	۵۷/۹	۳۳	۴۷/۱	۱۲۲	۴۲/۱	۳۷	۵۲/۸
غفلت عاطفی	۱۰۷	۳۶/۸	۲۷	۳۸/۵	۱۸۳	۶۳/۲	۴۳	۶۱/۵
غفلت مالی	۲۱۷	۷۴/۸	۴۰	۵۷/۱	۷۳	۲۵/۲	۳۰	۴۲/۹
انواع سوء رفتار	۹۵	۳۱/۳	۲۴	۳۴/۲	۱۹۵	۶۸/۷	۴۶	۶۵/۸

بحث

در پژوهش حاضر سوء رفتار روان شناختی در سالمندان شهری ۳۱/۳٪ و در سالمندان روستایی ۳۵/۷٪ بود. میزان سوء رفتار روان شناختی در مطالعه کریمی (۱۸) بر روی سالمندان عضو کانون‌های جهاندیدگان شهر تهران ۲۵/۴ درصد، در مطالعه رجبی بر روی سالمندان شهرستان کلاله (۱۹) ۲۶/۷ درصد و در مطالعه Fulmer (۲۰) برابر ۷/۷ درصد بود. کایسال و همکاران (۲۰۱۱)، آمستادترو همکاران (۲۰۱۱)، پرس کارلس و همکاران (۲۰۰۹) و اوه و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود نشان دادند که بیشترین نرخ سوء رفتار نسبت به سالمندان از نوع روان شناختی بود که با نتایج پژوهش حاضر که سوء رفتار روان شناختی بیشترین نوع نمی‌باشد، همخوانی ندارد (۲۱-۲۴). این عدم همخوانی می‌تواند مربوط به اختلافات فرهنگی اقتصادی اعتقادی و منطقه‌ای در رابطه با نحوه برخورد و نگهداری افراد سالمند بین مناطق مختلف و

ملل مختلف باشد. در حیطه سوء رفتار روان شناختی، در سالمندان شهری، به ترتیب بیشترین میزان مربوط به سرزنش بی دلیل و اهمیت قائل نشدن برای شخصیت، دانش و توانایی و تجارب سالمند بود. در حالی که در سالمندان روستایی بیشترین میزان به ترتیب مربوط به سرزنش بی دلیل و داد و فریاد زدن بود. در مطالعه کریمی و همکاران (۱۸) بیشترین میزان به ترتیب مربوط به داد و فریاد زدن بود است که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. در این مطالعه میزان سلب اختیار در سالمندان شهری ۲۲/۸٪ و در سالمندان روستایی ۲۴/۲٪ بود. این میزان در مطالعه کریمی (۱۸) ۱۰ درصد بود. مرحله گذار از زندگی سنتی به مدرنیته در استان ایلام که در سالهای اخیر سرعت قابل ملاحظه‌ای داشته است می‌تواند تا حدودی توجیه کننده این اختلاف باشد.

جدول ۴: ارتباط عوامل دموگرافیکی و وضعیت سوء رفتار درک شده توسط فرد سالمند

متغیر	وجود سوء رفتار		عدم وجود سوء رفتار		P-value
	شهری	روستایی	شهری	روستایی	
سن					
۶۵-۷۰	۱۷	۱۶	۸۷	۲۲	۰/۰۰۱
۷۱-۷۵	۲۱	۱۰	۲۲	۱	۰/۰۰۱
۷۶-۸۰	۹۲	۱۰	۸	۰	۰/۰۰۱
۸۱-۸۵	۲۳	۹	۸	۲	۰/۰۰۱
۸۶ به بالاتر	۱۲	۰	۰	۰	۰/۰۰۱
جنس					
مرد	۴۹	۱۲	۶۴	۱۴	۰/۰۰۱
زن	۱۱۶	۳۳	۶۱	۱۱	۰/۰۰۱
وضعیت تأهل					
دارای همسر	۷۲	۱۶	۱۱۷	۲۳	۰/۰۰۱
بدون همسر	۹۳	۲۹	۸	۲	۰/۰۰۱
تحصیلات					
بی سواد	۱۳۸	۳۴	۸	۰	۰/۰۰۱
در حد خواندن و نوشتن	۱۳	۱۰	۵۳	۲۲	۰/۰۰۱
ابتدایی	۱۴	۱۰	۳۲	۱	۰/۰۰۱
متوسطه	۰	۰	۲۲	۲	۰/۰۰۱
دانشگاهی	۰	۰	۱۰	۰	۰/۰۰۱
بیمه درمانی					
بلی	۱۵۷	۲۳	۹۴	۲۳	۰/۰۰۱
خیر	۸	۲۲	۳۱	۲	۰/۰۰۰
شغل					
خانه دار	۱۲۱	۳۴	۴۹	۰	۰/۰۰۰
شاغل	۰	۱	۳۳	۲۲	۰/۰۰۱
بازنشسته	۲۰	۰	۴۳	۱	۰/۰۰۱
از کارافتاده	۲۴	۱۰	۰	۲	۰/۰۰۱
درآمد					
کمتر از ۲۰۰ هزار	۱۴۰	۴۲	۲۶	۲	۰/۰۰۱
بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ هزار	۲۰	۰	۶۵	۲۳	۰/۰۰۱
بیشتر از ۴۰۰ هزار	۵	۳	۳۴	۰	۰/۰۰۱
وضعیت زندگی سالمند با خانواده					
تنها	۸۵	۹	۸	۲	۰/۰۰۱
با همسر	۱۴	۰	۱۰۷	۲۲	۰/۰۰۱
با فرزند	۶۵	۲	۱۰	۱	۰/۰۰۱
با دیگران	۱	۳۳	۰	۰	۰/۰۰۱
بیماری مزمن					
بلی	۱۱۴	۱۸	۲۲	۰	۰/۰۰۱
خیر	۵۱	۲۷	۱۰۳	۲۵	۰/۰۰۱

همسر، ازدواج مجدد و یا محل زندگی و در مطالعه رجیبی (۱۹) مربوط به ممانعت در انجام فعالیت‌های اجتماعی بود. در این مطالعه میزان سوء رفتار جسمی در سالمندان شهری ۱۳/۸٪ و در سالمندان روستایی ۱/۵٪ بود. این میزان در مطالعه کریمی و الهی (۲۵) بر روی سالمندان

در حیطه سلب اختیار بیشترین میزان در سالمندان شهری مربوط به محروم ساختن از ملاقات نوه‌ها و در سالمندان روستایی مربوط به ممانعت دریافت از اخبار مهم مربوط به خود بود. در مطالعه کریمی (۱۸) بیشترین میزان مربوط به تحمیل نظرات در رابطه با انتخاب

سالمندان عضو کانون‌های جهاندیدگان شهر تهران (۱۸) ۳۱/۷ درصد، در آمریکا ۴۵ درصد و در ترکیه ۲۷/۴-۱۱/۲ درصد گزارش شده است. از علل تفاوت غفلت مراقبتی درک شده نسبت به سالمندان شهرستان ایلام در مقایسه با پژوهش‌های ذکر شده، می‌توان وضعیت تأهل، تنها زندگی کردن فرد سالمند و همچنین شرایط اقتصادی و تحصیلات پایین‌تر اشاره کرد. به طور مثال در مطالعه کریموی (۱۸) سالمندان مراجعه کننده به کانون‌های جهاندیدگان مورد بررسی قرار گرفته بود که این کانون‌های خود باعث حمایت‌های مراقبتی از سالمند شده و به همین علت غفلت مراقبتی نسبت به این پژوهش کمتر می‌باشد. در مطالعه رجیبی و همکاران اکثریت افراد مورد پژوهش (۷۱/۷ درصد) متأهل بودند که در مقایسه با پژوهش حاضر احتمال می‌رود تأهل افراد سالمند باعث کاهش سوء رفتار مراقبتی در آنها شده است. در حیطه مراقبتی بیشترین میزان سوء رفتار در سالمندان شهری مربوط به کوتاهی نسبت به خرید وسایل طبی مانند عینک و در سالمندان روستایی مربوط به عدم کمک برای نظافت شخصی و حمام بود. در مطالعه رجیبی عدم رعایت رژیم غذایی به رغم بضاعت و در مطالعه کریموی (۱۸) کوتاهی در انجام امور داخل و خارج از منزل و همچنین عدم کمک برای مراجعه به پزشک بود.

در بررسی حیطه‌های سوء رفتار غفلت عاطفی، شایع‌ترین نوع سوء رفتار عدم تماس حضوری یا تلفنی اعضای خانواده سالمند بود که در مطالعه رجیبی (۱۹) و کریموی (۱۸) بی‌اعتنایی خانواده بیشترین میزان را به خود اختصاص داد. در تحقیق و همکاران (۲۰۰۶) (۲۴) ین و تنگ (۲۰۰۱) (۳۲)، بیشترین فراوانی آزار مربوط به آزار روانی بوده است. یافته‌های پژوهش منوچهری و همکاران (۱۱) نشان داد که ۸۴/۸ درصد از سالمندان مراجعه کننده به پارک‌های شهر تهران سوء رفتار عاطفی و ۶۸/۳ درصد غفلت را تجربه نموده‌اند. در پژوهش کریموی و الهی (۲۵) به ترتیب غفلت، آزار مالی و آزار روانی بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند. در این مطالعه بین سن و تمام گویه‌های سوء رفتار ارتباط معنی داری مشاهده شد به طوری که سالمندان مسن‌تر از سوء رفتار بیشتری برخوردار بودند که با مطالعه رجیبی (۱۹) همخوانی دارد. همچنین بین درآمد و سوء رفتار ارتباط معنی داری مشاهده شد بطوری که سالمندانی که از میزان درآمد کمتری برخوردار بودند سوء رفتار بیشتری را درک کرده بودند که با نتایج مطالعه کریموی (۱۸)، رجیبی (۱۹) و منوچهری (۱۱) همخوانی دارد. در پژوهش حاضر، بین جنس و سوء رفتار ارتباط معنی داری مشاهده شد. بطوری که میزان سوء رفتار در سالمندان زن بیشتر از سالمندان مرد بود که با نتایج کریموی (۱۸) (P < ۰/۰۰۰۱) و همچنین در مطالعه رجیبی (۱۹) همخوانی دارد.

اگرچه در این پژوهش میزان سوء رفتار درک شده سالمندان روستایی بیشتر از سالمندان شهری بود اما اختلاف آماری معنی داری بین سوء رفتار درک شده در سالمندان شهری و روستایی مشاهده نشد. نتایج پژوهش سوکلف و همکاران (۲۰۰۵) و تامکا (۲۰۰۸) نشان دادند که فرهنگ و قومیت در رخداد سوء رفتار مؤثر می‌باشد که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد (۳۳، ۳۴). در پژوهش نصیری و همکاران (۱۳۹۲) و کادموس (۲۰۱۱) که شیوع سوء رفتار درک شده در سالمندان ساکن در شهر بیش از سالمندان ساکن در روستاها بوده است، با نتایج پژوهش حاضر که سوء رفتار درک شده در سالمندان روستایی بیشتر بوده است،

شهر اهواز، ۱۰/۵ درصد، در مطالعه منوچهری (۱۱) بر روی سالمندان مراجعه کننده به پارک‌های شهر تهران، ۳۵/۲ درصد و در مطالعه رجیبی (۱۹) بر روی سالمندان شهرستان کلاله، ۲/۸ درصد بود.

در مطالعه حاضر سوء رفتار جسمی در سالمندان روستایی کمترین میزان را داشته است. در پژوهش اوه و همکاران (۲۴) (۲۰۰۶)، دانگ و همکاران (۲۶) (۲۰۰۷)، منوچهری و همکاران (۱۱)، کریموی و الهی (۲۵) و همچنین در مطالعه ملی میزان بروز سوء رفتار در کشور آمریکا، آزار جسمی کمترین فراوانی را به خود اختصاص داده است (۲۷). از سوی دیگر در مطالعات پیلر و فینکلهور (۱۹۸۸) آزار جسمی و روانی بیشترین شیوع را داشت (۲۸). در حیطه سوء رفتار جسمی بیشترین میزان در سالمندان شهری و روستایی مربوط به تجویز بی مورد داروهای خواب آور یا مسکن بود. در مطالعه قدوسی و همکاران (۲۹) شایع‌ترین نوع سوء رفتار جسمی، ضربه وارد کردن به عمد به بدن بود. در بررسی سوء رفتار نسبت به سالمندان در سال ۲۰۰۰ در آمریکا نشان داده شد که ۳۶ درصد از کارکنان خانه سالمندان بیان کردند که آمادگی برای بدرفتاری جسمی با یک سالمند را داشته‌اند و ۱۰٪ از آنان حداقل یک نوبت بدرفتاری جسمی را مرتکب شده بودند. از علل تفاوت در نوع سوء رفتار در مطالعه حاضر با مطالعات ذکر شده می‌توان به تفاوت در جامعه مورد پژوهش اشاره کرد به طوری که در مطالعه حاضر جامعه مورد مطالعه سالمندان شهری و روستایی بوده‌اند اما در مطالعات نامبرده سالمندان بستری در بیمارستان و یا سالمندان عضو خانه سالمندان مورد بررسی قرار گرفته است.

در پژوهش حاضر میزان سوء رفتار مالی در سالمندان شهری ۰/۱٪ و در سالمندان روستایی ۱۲/۸٪ بود. میزان سوء رفتار مالی در مطالعه رجیبی (۱۹) بر روی سالمندان شهرستان کلاله ۲۱/۹ درصد، در مطالعه کریموی (۱۸) بر روی سالمندان عضو کانون‌های جهاندیدگان شهر تهران ۷/۹ درصد بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. از علل این تفاوت می‌توان گفت که در مطالعه کریموی و همکاران (۱۸) ۷۳/۳ درصد از سالمندان از حد متوسط کیفیت مالی برخوردار بودند که همین علت زمینه را برای ایجاد سوء رفتار مالی در مقایسه با پژوهش حاضر کمتر کرده است. بر این اساس می‌توان ادعا کرد که تمکن مالی سالمندان می‌تواند زمینه ساز این سوء رفتار برای آنان شود. شایع‌ترین عامل در حیطه سوء رفتار مالی در سالمندان شهری و روستایی مربوط به تحمیل مخارج زندگی بر دوش سالمند بدون رضایت سالمند بود. در حالی که در مطالعه رجیبی (۱۹) و کریموی (۱۸) عدم استرداد پول گرفته شده از سالمند بیشترین میزان سوء رفتار بود. در پژوهش کریموی (۱۸) زنان سالمند بهره برداری مالی و عدم تأمین پول مورد نیاز به وسیله فرزندان و مراقبان‌شان را به عنوان بی‌احترامی و یک رفتار آزار دهنده توصیف کردند. در رابطه با انواع حیطه‌های سوء رفتار در سالمندان شهری، غفلت مالی و مراقبتی بیشترین میزان و در سالمندان روستایی غفلت مالی و طرد شدگی بیشترین میزان را داشتند. در پژوهش نصیری و همکاران (۱۰)، دانگ و همکاران (۲۰۰۷) (۲۶)، سانچز سالگادو (۲۰۰۷) (۳۰) و آسیرنو و همکاران (۲۰۱۰) (۳۱) غفلت بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است.

در پژوهش حاضر غفلت مراقبتی برای سالمندان شهری ۵۷/۹٪ و برای سالمندان روستایی ۴۷/۱٪ بود. در مطالعه رجیبی و همکاران (۱۹) بر روی سالمندان شهرستان کلاله ۳۳/۶ درصد، مطالعه کریموی بر روی

متناسب با فرهنگ سالمندان شهرستان ایلام، انجام پژوهش‌های کیفی در زمینه تجارب سالمندان آزاری در سالمندان شهر ایلام توصیه می‌شود.

سیاسگزاری

بدین وسیله از کلیه سالمندان گرامی به خاطر صبر و حوصله ایی که برای شرکت در این مطالعه داشته‌اند، تقدیر و تشکر می‌گردد. همچنین از حمایت‌های مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام و مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی این دانشگاه، قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافع برای نویسندگان در این مقاله وجود ندارد.

References

- Eshaghi SR, Shahsanai A, Ardakani MM. [Assessment of the Physical Activity of Elderly Population of Isfahan, Iran]. J Isfahan Med Sch. 2012;29(147):247-59.
- Seyyedrasooli A, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Gasemi O, Nasiri K. [The effect of reflexology on sleep quality of elderly: A single-blind clinical trial]. Med Surg Nurs J. 2013;2(1):18-1.
- Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. [Health promoting behaviors and its related factors in elderly]. Iran J Nurs. 2006;19(47):35-48.
- Hudson MF. Elder mistreatment: A taxonomy with definitions by Delphi. J Elder Abuse Negl. 1991;3(2):1-20.
- Wieland D. Abuse of older persons: an overview. Holist Nurs Pract. 2000;14(4):40-50. PMID: 12119650
- Heravi Karimoei M, Reje N, Foroughan M, Montazeri A. [Elderly abuse rates within family among members of senior social clubs in Tehran]. Iran J Age. 2012;6(4):37-50.
- Ageing WHO, Unit LC, gérontologie UdGCid. A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report: World Health Organization; 2008.
- Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E. [Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire]. Iran J Age. 2010;5(1):0-.
- Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Hajizadeh E, Sheykhi M. [The meaning of domestic elderly abuse concept]. J Daneshvar. 2010;17:39-51.
- Nassiri H, Heravi Karimooi M, Jouybari L, Sanagoo A. [The Prevalence of Elder Abuse in Gorgan and Aq-Qala City in 2013]. Iran J Age. 2016;10(4):0-.
- Manouchehri H, Ghorbi B, Hosseini M, Nasiri ON, Karbakhsh M. [Degree and types of domestic abuse in the elderly referring to Parks of Tehran]. J Shahid Beheshti Sch Nurs Midwifery. 2009;16(83).
- Mohebbi L, Zahednejad S, Javadi Pour S, Saki A. [Domestic elder abuse in rural area of Dezfoul and its relation with their quality of life]. Iran J Age. 2016;10(4):0-.
- Nowrouzi S. Assessment of Elder Abuse in Tehran. Tehran: Tehran University 2009.
- Zandi F, Fadaei F, editors. Victimization of elderly. Second congress of Analysis of Geriatrics Issues in Iran Tehran: Andisheh Kohan; 2008; Tehran.
- Ghodoosi A, Fallah Yakhani E, Abedi HA. [Studying the Instances of Elder Abuse and Their Relationship With Age and Sex in the Hospitalized Elderly]. Sci J Forens Med. 2014;20(1):367-76.
- Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
- Foroughan M, editor Validity and reliability of Iranian version of the abbreviated mental test score in Iranian elders. Third Congress of Aging Issues in Iran and Other Countries; 2008; Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation.
- 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(22):37-50.
- Nori A, Rajabi A, Esmailzadeh F. [Prevalence of elder misbehavior in northern Iran (2012)]. J Gorgan Univ Med Sci. 2014;16(4):93-8.
- Fulmer T. Elder abuse and neglect assessment. J Gerontol Nurs. 2003;29(1):8-9.
- Perez-Carceles MD, Rubio L, Pereniguez JE, Perez-Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: the extent and risk factors. Arch Gerontol Geriatr. 2009;49(1):132-7. DOI: 10.1016/j.archger.2008.06.002 PMID: 18676036
- Kissal A, Beser A. Elder abuse and neglect in a population offering care by a primary health care center in Izmir, Turkey. Soc Work Health Care. 2011;50(2):158-75. DOI: 10.1080/00981389.2010.527570 PMID: 21347984
- 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. *J Interpers Violence*. 2011;26(15):2947-72. [DOI: 10.1177/0886260510390959](#) [PMID: 21602200](#)
24. Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(2):203-14. [DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.03.005](#) [PMID: 15913631](#)
 25. Karimi M, Elahi N. [Elderly abuse in Ahwaz city and its relationship with individual and social characteristics]. *Salmand*. 2008;3(7):42-6.
 26. 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. [DOI: 10.1300/J084v19n03_05](#) [PMID: 18160382](#)
 27. Tataro T, Kuzmeskus L, Duckhorn E, Bievens L, Thomas C, Gertz J. National elder abuse incidence study: Final report. Washington DC: National Center on Elder Abuse, American Public Human Services Association, 1998.
 28. Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist*. 1988;28(1):51-7. [PMID: 3342992](#)
 29. Ghodoosi A, Fallah Yakhdani E, Abedi HA. Studying the Instances of Elder Abuse and Their Relationship With Age and Sex in the Hospitalized Elderly. *SJFM*. 2014;20(4):367-76.
 30. Sanchez Salgado CD. [Features of elder abuse and mistreatment in Puerto Rico]. *P R Health Sci J*. 2007;26(1):35-41. [PMID: 17674872](#)
 31. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health*. 2010;100(2):292-7. [DOI: 10.2105/AJPH.2009.163089](#) [PMID: 20019303](#)
 32. Yan E, Tang CS. Proclivity to elder abuse: a community study on Hong Kong Chinese. *J Interpers Violence*. 2003;18(9):999-1017. [PMID: 19771706](#)
 33. Sokoloff NJ, Dupont I. Domestic violence at the intersections of race, class, and gender: challenges and contributions to understanding violence against marginalized women in diverse communities. *Violence Against Women*. 2005;11(1):38-64. [DOI: 10.1177/1077801204271476](#) [PMID: 16043540](#)
 34. Gillum TL. Community response and needs of African American female survivors of domestic violence. *J Interpers Violence*. 2008;23(1):39-57. [DOI: 10.1177/0886260507307650](#) [PMID: 18087031](#)
 35. Cadmus E, Owoaje E, Akinyemi O, Nwachukwu C. P2-377 A rural-urban comparison of the prevalence and patterns of elder abuse in Oyo state, south western Nigeria. *J Epidemiol Commun Health*. 2011;65(Suppl 1):A327-A.
 36. Logan T, Walker R, Cole J, Ratliff S, Leukefeld C. Qualitative differences among rural and urban intimate violence victimization experiences and consequences: A pilot study. *J Fam Violence*. 2003;18(2):83-92.

Comparison between Perceived Misbehavior by Urban and Rural Elderlies

Milad Borji ¹, Khairollah Asadollahi ^{2,*}

¹ MSc Student in Community Health Nursing, Department of Nursing, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

² Associate Professor, Research Center of Prevention of Psychosocial Damages, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

* **Corresponding author:** Khairollah Asadollahi, Research Center of Prevention of Psychosocial Damages, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran. E-mail: masoud_1241@yahoo.co.uk

Received: 07 Mar 2016

Accepted: 15 Sep 2016

Abstract

Introduction: Misbehavior towards elderlies is among psychosocial damages, with an increasing prevalence along with the increase in age of families and societies. Therefore, the aim of the current study was to compare perceived misbehavior with urban and rural elderlies living in Ilam Province during year 2014.

Methods: In this cross-sectional study, using clustering and simple random sampling, 360 individuals among those more than 65 years old in Ilam Province were selected. Data was collected via a standard questionnaire, with its validity confirmed by different studies.

Results: In this study, 360 individuals including 221 (61.4%) females and 290 (80.6%) urban elderlies were evaluated. Most elderlies (228 (63.3%)) were married and the highest frequency (39.8%) was observed among the age group of 76 to 80 year-olds. Among urban elderlies, the greatest frequency of misbehavior was attributed to financial neglect (107 (36.8%)) and the least common misbehavior was financial misbehavior. However, among rural participants, the most frequent misbehavior was financial neglect (40 (57.1%)) and the least common (1 (1.5%)) misbehavior was bodily misbehavior.

Conclusions: Considering the high rate of misbehaviour reported by elderlies in Ilam Province, interventional programs are needed by policy makers of either health and treatment responsibilities or other social and economical responsibilities in Ilam province for reduction of misbehaviour by families of elderlies.

Keywords: Misbehaviour, Elderly, Elderly Hurting