

Research Paper**Domestic Elder Abuse in Rural Area of Dezful, Iran and Its Relation with Their Quality of Life**Leila Mohebbi¹, *Shahla Zahednejad², Sheida Javadipour³, Azadeh Saki⁴

1. Department of Rehabilitation Management, Musculoskeletal Rehabilitation Research Centre, Rehabilitation College, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2. Department of Physiotherapy, Musculoskeletal Rehabilitation Research Centre, Rehabilitation College, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

3. Department of Occupational Therapy, Musculoskeletal Rehabilitation Research Centre, Rehabilitation College, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

4. Department of Statistics and Epidemiology, Health College, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Received: 19 Jun. 2015

Accepted: 10 Oct. 2015

ABSTRACT

Objectives Elderly people are the most vulnerable group of the society and elder abuse phenomenon is one of the most considerable challenges in the field of protecting and caring the elders. The present study was conducted in order to determine domestic elder abuse in rural area of Dezful City, Iran, and its relation with their quality of life in 2013.

Methods & Materials The present study is a correlational cross-sectional study. By cluster random sampling method, 210 elders, aged ≥ 60 years and resident of Dezful City, were selected to participate in the study. Those elders, who had no cognitive disorder based on Persian version of short test of cognitive status, were entered into the study after obtaining their consent. Afterwards, the questionnaire of family elder abuse; Persian version of SF-36 questionnaire for measuring life quality from health perspective; and also questionnaire of demographic and personal information were fulfilled for them. Collected data were analyzed using descriptive statistics, the Chi-square, and t-tests.

Results Results of the present study indicated that 60.5% of studied sample experienced at least one type of abuse. Maximum prevalence of abuse was related to emotional negligence (38.6%) and minimum level to care negligence (7.3%). At the present study, group of elders without experience of abuse had significantly better life quality than others in all 8 aspects of life quality, except for 2 aspects of physical performance and general health ($P < 0.05$).

Conclusion In spite of high emphasis on respecting elders in our culture, the elders experience different types of abuse. Hence, specific consideration and inducing sensitivity in relevant organizations and individuals is required to prevent the long-term consequences and effects of this issue.

Key words:

Elder abuse, Quality of life, Rural region

*** Corresponding Author:**

Shahla Zahednejad, PhD

Address: Department of Physiotherapy Musculoskeletal Rehabilitation Research Centre, Rehabilitation College, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Tel: +98 (611) 3743105

E-mail: dr.shzahed@gmail.com

سوء رفتار خانگی با سالمندان روستایی شهرستان دزفول و ارتباط آن با کیفیت زندگی آنان

لیلامحبی^۱، شهلا زاهدنژاد^۲، شیدا جوادی پور^۳، آزاده ساکی^۴

۱- گروه مدیریت توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی-اسکلتی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۲- گروه فیزیوتراپی، مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی-اسکلتی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۳- گروه کاردرمانی، مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی-اسکلتی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۴- گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۹ خرداد ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۱۸ مهر ۱۳۹۴

اهداف: سالمندان از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند و پدیده سالمندآوری از جمله چالش‌های مطرح در حیطه مراقبت و حمایت از سالمندان است. پژوهش حاضر با هدف تعیین سوءرفتار خانگی با سالمندان روستایی شهرستان دزفول و ارتباط آن با کیفیت زندگی آنان در سال ۱۳۹۲ صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی از نوع همبستگی بود که نمونه‌گیری آن به شکل خوشه‌ای تصادفی انجام گرفت و در آن ۲۱۰ سالمند ۶۰ سال و بالاتر ساکن روستاهای شهر دزفول شرکت کردند. سالمندانی که براساس نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی فاقد اختلال شناختی بودند، پس از کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. سپس پرسشنامه بررسی سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان، نسخه فارسی پرسشنامه SF-۳۶ به منظور سنجش کیفیت زندگی از منظر سلامت و نیز پرسشنامه جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک و فردی برای آنان تکمیل گردید. داده‌ها پس از جمع‌آوری با به‌کارگیری آمار توصیفی و آزمون‌های مجذور کای و تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که ۶۰/۵ درصد از نمونه‌های پژوهش، حداقل یکی از انواع سوءرفتار را تجربه کرده بودند. بیشترین میزان شیوع سوءرفتار مربوط به غفلت عاطفی (۳۸/۶ درصد) و کمترین آن مربوط به غفلت مراقبتی (۷/۳ درصد) بود. در این مطالعه، گروه سالمندان بدون تجربه سوءرفتار، نسبت به سالمندان با تجربه سوءرفتار در کلیه ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی به جز ۲ بُعد عملکرد جسمانی و سلامت عمومی، به‌طور معنی‌داری از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با وجود تأکید زیادی که در فرهنگ ما برای احترام به سالمند وجود دارد، سالمندان انواع مختلف سوءرفتار را تجربه می‌کنند؛ بنابراین، توجه ویژه و ایجاد حساسیت در افراد و سازمان‌های مرتبط با این پدیده به منظور پیشگیری از نتایج بلندمدت آن مورد نیاز است.

کلیدواژه‌ها:

سوء رفتار نسبت به سالمندان، کیفیت زندگی، روستا

مقدمه

که جمعیت جوان گسترده‌ای دارد که در آینده نه‌چندان دور، این قشر بدنه سالمند جامعه را تشکیل خواهد داد [۳]. بنابراین نیاز به انجام مطالعات عمیق، وسیع و مؤثر روی موضوعات وابسته به جمعیت سالمندان احساس می‌شود.

یکی از رنج‌بارترین مشکلاتی که کمتر به آن توجه شده، مسئله سوءرفتار نسبت به سالمندان است [۴] که می‌تواند سلامت و

در طول قرن اخیر، با بهبود روش‌های کنترل جمعیت و افزایش امید به زندگی و نیز بهبود روش‌های درمانی، جمعیت جهانی در حال پیرشدن است [۱]. تخمین زده می‌شود که تا ۴۰ سال آینده، جمعیت بالای ۶۵ سال جهان دو برابر شود [۲]. ایران نیز از این تغییرات جمعیتی مستثنی نیست و در زمره کشورهای است

* نویسنده مسئول:

دکتر شهلا زاهدنژاد

نشانی: اهواز، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور، مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی-اسکلتی، دانشکده علوم توانبخشی، گروه فیزیوتراپی.

تلفن: ۳۷۴۳۱۰۵ (۶۱۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: dr.shzahed@gmail.com

روش مطالعه

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی از نوع همبستگی است که با مشارکت سالمندان دارای ۶۰ سال و بالاتر ساکن روستاهای شهرستان دزفول انجام شد. ۳ مرکز بهداشتی-درمانی روستایی به صورت تصادفی از مجموع ۱۱ مرکز روستایی انتخاب گردید. سپس افراد سالمند براساس پرونده، شماره‌گذاری و بعد از طریق جدول اعداد تصادفی، نمونه‌ای از سالمندان به نسبت جمعیت سالمندان هر مرکز، به‌عنوان نمونه انتخاب شد. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار SSCN و با ضریب اطمینان ۹۵٪ و نرخ ریزش ۲۰٪، ۲۱۰ نفر در نظر گرفته شد.

به‌منظور دستیابی به اهداف پژوهش معیارهای ورود به مطالعه برای سالمندان عبارت بودند از: سن ۶۰ سال یا بالاتر، سکونت در یکی از روستاهای شهرستان دزفول، توانایی تکلم به زبان فارسی، تمایل به شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به ناشنوایی، عدم بیماری تأییدشده روانی و اختلالات شناختی (کسب نمره ۶ یا بالاتر از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی) [۲۳]. مصاحبه با سالمندان در منزل سالمند انجام گرفت و از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید.

گردآوری اطلاعات در این پژوهش در چهار مرحله صورت گرفت:

۱. در قدم اول جهت تشخیص وضعیت شناختی سالمند، نسخه آزمون کوتاه وضعیت شناختی شامل ۱۰ سؤال تکمیل گردید. در صورت کسب نمره ۶ یا بالاتر از این آزمون دیگر پرسشنامه‌ها تکمیل شد [۲۳]. پایایی و روایی نسخه اصلی [۲۴] و همچنین نسخه فارسی پرسشنامه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است [۲۳].

۲. برای افراد شرکت‌کننده در پژوهش پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، تعداد فرزندان، شغل، نحوه زندگی سالمند با خانواده، ابتلا به بیماری‌های مزمن، بستری مکرر در بیمارستان به علت بیماری‌های مزمن، بیمه درمانی، وضعیت سوءمصرف مواد تکمیل گردید. به‌منظور سنجش وضعیت اقتصادی، دیدگاه سالمندان نسبت به کفایت منابع مالی‌شان در چهار سطح «اصلاً کافی نیست»، «در حد کم»، «متوسط» و «کاملاً کافی» سنجیده شد.

۳. پرسشنامه بررسی سوءرفتار در خانواده نسبت به سالمندان شامل ۴۹ عبارت در هشت زیر مقیاس غفلت مراقبتی (۱۱ عبارت)، سوءرفتار روان شناختی (۸ عبارت)، سوءرفتار جسمی (۴ عبارت)، سوءرفتار مالی (۶ عبارت)، سلب اختیار (۱۰ عبارت)، طردشدگی (۴ عبارت)، غفلت مالی (۴ عبارت) و غفلت عاطفی (۲ عبارت) تکمیل گردید. ابزار مذکور دارای گزینه‌های «بله»، «خیر» و «موردی ندارد» است. گزینه «موردی ندارد» دلالت بر شرایطی دارد که عبارت موردنظر با شرایط زندگی سالمند همخوانی و تناسب

کیفیت زندگی شخص سالمند را به‌خطر بیاندازد و برای او شرایط رنج‌آوری ایجاد کند [۸-۵]. سوءرفتار با سالمندان در خانواده عبارت است از: تحمیل درد و رنج به سالمند از سوی اعضای خانواده که ممکن است از طریق ارتکاب عملی آزاردهنده یا ترک عملی ضروری به‌صورت عمدی یا غیرعمدی در یک یا چندین مرتبه رخ دهد [۵] و ممکن است به اشکال مختلف نظیر غفلت، سلب اختیار، بهره‌برداری مالی، آزارهای روان شناختی و بدنی و طردشدگی رخ دهد [۱۵-۹ و ۵].

سازمان جهانی بهداشت [۲۰۰۲] میزان سوءرفتار را در خانواده برای جمعیت سالمند ۶-۴ درصد تخمین می‌زند [۵]. باور بر این است که آمار گزارش‌شده از انواع سوءرفتار، ۲۵ درصد موارد واقعی را نشان می‌دهد. به‌طورکلی، ۱ نفر از ۴ نفر سالمند در معرض خطر سوءرفتار قرار دارد؛ درحالی‌که تاکنون فقط نسبت کوچکی از این مسئله شناخته شده است [۱۶].

از سوی دیگر مطالعات نشان می‌دهد سوءرفتار نسبت به سالمندان سبب کاهش کیفیت زندگی و افزایش مرگ‌ومیر در آنان می‌شود [۱۷]. این در حالی است که اگر چالش اصلی در قرن بیستم فقط «زنده‌ماندن» بود، چالش قرن جدید، «زندگی با کیفیت برتر» است [۱۸]. در سال‌های اخیر یکی از شاخص‌ها و معیارهای قابل سنجش برای تعیین نیازها و شرایط سلامتی سالمندان و همچنین بهبود آن، شاخص «کیفیت زندگی» است [۱۹].

بنابر تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی موضوعی کاملاً ذهنی است و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است. از طرفی کیفیت زندگی ابعاد مختلفی دارد. بیشتر دانشمندان توافق دارند که مفهوم کیفیت زندگی عموماً شامل ۵ بُعد فیزیکی، روانی، اجتماعی، روحی و علایم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان است. با وجود این، کیفیت زندگی افراد سالمند شاید از نظر وضعیت عملکرد، استقلال و توانایی شرکت در فعالیت‌های زندگی توصیف شود [۲۰]. به‌عبارت دیگر، می‌توان گفت کیفیت زندگی، یک رویکرد معتبر برای توسعه مفهوم سلامتی فراهم کرده است؛ به‌طوری‌که حوزه‌های سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را نیز دربرمی‌گیرد [۲۱].

مطالعات در زمینه سوءرفتار با سالمندان در ایران بسیار محدود است [۲۲ و ۵] و سالمندان روستایی در مقایسه با سالمندان شهری، بسیار کمتر مورد توجه پژوهشگران بوده‌اند. با توجه به وجود اختلافات وسیع اقتصادی-اجتماعی، ساختار فAMILI، خدمات درمانی، وضعیت عملکردی و ویژگی‌های روانی و نیز مهاجرت جوانان از روستاها به شهرها که باعث از بین رفتن تعهداتشان نسبت به سالمندان در خانواده و آسیب‌پذیری بیشتر آنها می‌شود؛ بنابراین، هدف از انجام این مطالعه تعیین سوءرفتار خانگی با سالمندان روستایی شهرستان دزفول و ارتباط آن با کیفیت زندگی آنان است.

پرسشنامه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است [۲۶]. نظر به بی‌سوادی یا کم‌سوادی بیشتر سالمندان، برای یکسان‌سازی نحوه تکمیل، تک‌تک عبارات پرسشنامه‌ها برای سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش خوانده و پاسخ آنان عیناً یادداشت گردید. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها با استفاده از نسخه ۲۰ نرم‌افزار آماری SPSS و به‌کارگیری آمار توصیفی و آزمون‌های مجذور کای و تی مستقل داده‌ها تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

۵۵/۲ درصد از نمونه‌ها مرد و ۴۴/۸ درصد آنان زن بودند. بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۶۰-۶۴ سال (۲۸/۱ درصد) بوده است. بیشتر نمونه‌ها از نظر میزان تحصیلات بی‌سواد (۷۹ درصد)، ازکارافتاده (۴۱ درصد)، متأهل (۷۰ درصد)، دارای ۷-۹ فرزند (۴۰/۵ درصد) بودند. بیشتر آنان با همسرانشان زندگی می‌کردند (۶۹/۵ درصد) و از نظر اقتصادی در حد متوسط (۳۶/۲ درصد) بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۲، تعداد اشخاص سالمندی را نشان می‌دهد که یکی از اشکال سوءرفتار را تجربه نموده‌اند. میزان شیوع سوءرفتار در سالمندان ۶۰/۵ درصد بوده است که بیشترین میزان شیوع مربوط به غفلت عاطفی (۳۸/۶ درصد) و کمترین آن مربوط به غفلت مراقبتی (۷/۳ درصد) است.

ندارد. امتیازهای اخذشده در محدوده ۱۰۰-۰ هستند و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده وجود میزان بیشتری از علائم سوءرفتار است.

ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار مذکور مورد بررسی قرار گرفته است 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 ابزار با برخورداری از ویژگی‌هایی نظیر طراحی ابزار براساس درک مفهوم سوءرفتار از دیدگاه سالمندان ایرانی و مبتنی بر تجربیات زیستی آنان، تبیین طیف کامل اشکال سوءرفتار با سالمند در خانواده، نمره‌گذاری ساده، پایایی و روایی مناسب و قابلیت به‌کارگیری در موقعیت‌های مختلف، ابزاری مناسب برای بررسی سوءرفتار با سالمند در خانواده‌های ایرانی محسوب می‌شود [۵].

۴- نسخه فارسی پرسشنامه SF-۳۶ به‌منظور سنجش کیفیت زندگی از منظر سلامت دارای ۳۶ گویه در ۳ بُعد سلامت است که عبارتند از: عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش به‌علت مشکلات جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به‌علت مشکلات عاطفی، سلامت روان.

امتیازهای هر مقیاس از ۱۰۰-۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس موردنظر گزارش می‌کند. پایایی و روایی نسخه اصلی [۲۵] و همچنین نسخه فارسی

جدول ۱. توزیع سالمندان برحسب مشخصات دموگرافیک.

مشخصات همه‌گیرشناسی	فراوانی	درصد
سن (سال)	۶۰-۶۴	۲۸/۱
	۶۵-۷۰	۲۴/۳
	۷۱-۷۵	۲۵/۷
	۷۶-۸۰	۱۰
	>۸۱	۱۱/۹
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۷۹
	در حد خواندن و نوشتن	۱۶/۷
	ابتدایی	۳/۳
	متوسطه	۱
	دانشگاهی	۰
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۳۷/۶
	شاغل	۱۰/۵
	بازنشسته	۱۱
	ازکارافتاده	۴۱

درصد	فراوانی	مشخصات همه گیرشناسی	
۷۰	۱۴۷	متاهل	وضعیت تاهل
۰	۰	مجرد	
۲۹	۶۱	همسر فوت شده	
۱	۲	مطلقه	
۰	۰	صفر	تعداد فرزندان
۹	۱۹	۳-۱	
۳۴/۳	۷۲	۶-۴	
۴۰/۵	۸۵	۹-۷	
۱۶/۲	۳۴	>۱۰	
۲/۹	۶	تنها	وضعیت زندگی سالمند با خانواده
۶۹/۵	۱۴۶	با همسر	
۳۷/۱	۵۷	با فرزندان	
۰/۵	۱	با دیگران	
۱۷/۶	۳۷	اصلاً کافی نیست	کفایت منابع مالی
۳۲/۴	۶۸	در حد کمی	
۳۶/۲	۷۶	در حد متوسط	
۱۳/۸	۲۹	کافی است	
۴۱/۴	۸۷	بلی	وضعیت ابتلا به بیماری های مزمن
۵۸/۶	۱۲۳	خیر	
۱۱/۹	۲۵	بلی	وضعیت بستری مجدد در بیمارستان بعثت بیماری های مزمن
۸۸/۱	۱۸۵	خیر	
۴۰/۵	۸۵	بلی	مصرف دارو
۵۹/۵	۱۲۵	خیر	
۲۲/۹	۴۸	بلی	مصرف سیگار
۷۷/۱	۱۶۲	خیر	
۵/۲	۱۱	بلی	مصرف مواد مخدر
۹۴/۸	۱۹۹	خیر	
۰	۰	بلی	مصرف الکل
۱۰۰	۲۱۰	خیر	

در گروه بدون تجربه سوءرفتار نسبت به گروه با تجربه سوءرفتار به طور معنی داری بیشتر است ($P < 0/05$).

همان طور که در جدول شماره ۳ دیده می شود نمرات کلیه ابعاد کیفیت زندگی به جز بُعد عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی

جدول ۲. فراوانی سوءرفتار نسبت به سالمندان.

انواع سوءرفتار	وجود سوءرفتار		عدم وجود سوءرفتار	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
غفلت عاطفی	۸۱	۳۸/۶	۱۳۹	۶۱/۴
غفلت مراقبتی	۱۵	۷/۳	۱۹۵	۹۲/۸
غفلت مالی	۴۸	۲۲/۸	۱۶۲	۷۷/۲
سلب اختیار	۳۲	۱۵/۳	۱۷۸	۸۴/۷
سوءرفتار روان‌شناختی	۲۶	۱۲/۴	۱۸۴	۸۷/۶
سوءرفتار جسمی	۳۰	۱۴/۳	۱۸۰	۸۵/۷
سوءرفتار مالی	۳۰	۱۴/۳	۱۸۰	۸۵/۸
طرشدگی	۲۷	۱۲/۹	۱۸۳	۸۷/۱
انواع سوءرفتار	۱۲۷	۶۰/۵	۸۳	۳۹/۵

سالمند

جدول ۳. مقایسه میانگین امتیازهای ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان با تجربه سوءرفتار و بدون تجربه سوءرفتار.

P-value*	عدم سوءرفتار		وجود سوءرفتار		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P < 0.0001$	۲۵/۰۴۷	۶۸/۷۳	۲۴/۴۷۸	۵۶/۱۰	عملکرد جسمانی
۰/۰۱۹	۴۵/۹۸۸	۵۷/۵۳	۳۸/۳۴۵	۴۳/۱۱	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی
$P < 0.0001$	۲۹/۳۷۱	۸۷/۱۵	۳۹/۸۲۲	۵۹/۳۲	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت عاطفی روحی
۰/۰۰۴	۱۷/۳۰۹	۵۷/۵۳	۱۸/۶۸۷	۵۰/۰۸	خستگی یا نشاط
$P < 0.0001$	۱۲/۲۰۷	۶۹/۰۱	۱۶/۷۱۵	۵۶/۷۹	سلامت روان (سلامت عاطفی)
۰/۰۱۴۶	۲۶/۰۵۱	۵۶/۸۱	۲۵/۳۶۶	۶۰/۵۳	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	۲۷/۵۳۹	۶۴/۵۵	۲۷/۵۸۷	۵۱/۶۷	درد جسمانی
۰/۰۹۸	۲۲/۸۴۸	۴۲/۸۹	۲۲/۷۰۰	۴۸/۲۳	سلامت عمومی

سالمند

جدول ۴. ارتباط عوامل فردی با سوءرفتار در سالمندان.

P-value	عدم سوءرفتار (۸۳ نفر)		وجود سوءرفتار (۱۲۷ نفر)		متغیر
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۱۲۲	۱۷ (۲۰/۵)	۴۲ (۳۳/۱)	۲۶ (۲۰/۵)	۳۰ (۲۳/۶)	۶۰-۶۴
	۲۵ (۳۰/۱)	۲۶ (۲۰/۵)	۱۱ (۸/۷)	۱۸ (۱۴/۲)	۶۵-۷۰
	۲۴ (۲۸/۹)	۱۰ (۱۲)	۷ (۵/۴)		۷۱-۷۵
	۱۰ (۱۲)				۷۶-۸۰
	۷ (۸/۴)				۸۱ <

P-value	متغیر	
	عدم سوءرفتار (۸۳ نفر)	وجود سوءرفتار (۱۲۷ نفر)
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۰/۰۴۲	۳۰ (۳۶/۱)	۶۴ (۵۰/۴)
	۵۳ (۶۳/۹)	۶۳ (۴۹/۶)
۰/۳۰۳	۶۴ (۷۷/۱)	۱۰۲ (۸۰/۳)
	۱۵ (۱۸/۱)	۲۰ (۱۵/۷)
	۲ (۲/۴)	۵ (۳/۹)
	۲ (۲/۴)	۰
۰/۱۲۹	۶۴ (۷۷/۱)	۸۳ (۶۵/۴)
	۰	۰
	۱۹ (۲۲/۹)	۴۲ (۳۳/۱)
۰/۲۴۸	۰	۲ (۱/۶)
	۲ (۲/۴)	۴ (۳/۱)
	۶۴ (۷۷/۱)	۸۲ (۶۴/۶)
	۱۷ (۲۰/۵)	۴۰ (۳۱/۵)
۰/۲۴۰	۰	۱ (۰/۸)
	۱۵ (۱۸/۱)	۲۲ (۱۷/۳)
	۲۴ (۲۸/۹)	۴۴ (۳۴/۶)
	۳۶ (۴۳/۴)	۴۰ (۳۱/۵)
۰/۰۰۳	۸ (۹/۶)	۲۱ (۱۶/۵)
	۱۰ (۱۲)	۲۸ (۲۹/۹)
۰/۰۰۳	۷۳ (۸۸)	۸۹ (۷۰/۱)

سالمند

[۲۹]، در اسپانیا (۴۴/۶ درصد) [۳۰]، در کشورهای اروپای شمالی (۲ درصد)، در آلمان (۹/۶ درصد)، در ایتالیا (۱۲/۴ درصد) [۳۱]، در هنگ‌کنگ (۲۱/۴ درصد) [۳۲]، در چین (۳۶/۲ درصد) [۳۳]، در روسیه (۲۸/۶۳ درصد) [۲۷] بوده است که در مقایسه با نتایج مطالعه حاضر به‌طور بارزی کمتر است.

میزان رخداد سوءرفتار نسبت به سالمندان در اشکال مختلف در مطالعه «کریمی» و «الهی» (۱۳۸۷) در سالمندان بالاتر از ۶۰ سال شهر اهواز بین ۱۰/۵-۲۵ درصد [۱۶]، در مطالعه «هروی» و همکاران (۱۳۹۰) در سالمندان بالاتر از ۶۵ سال شهر تهران (۲۵/۹ درصد) [۲۷] و در تحقیق «منوچهری» و همکاران (۱۳۸۷) در سالمندان ۶۰ سال و بالاتر شهر تهران این میزان شیوع ۸۷/۸ درصد گزارش شده است [۳۴].

صاحب‌نظران معتقدند تعیین شیوع واقعی سوءرفتار در

جدول شماره ۴ توزیع متغیرهای جنس، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت زندگی، کفایت منابع مالی و مصرف سیگار را در دو گروه سالمندان با تجربه سوءرفتار و بدون تجربه سوءرفتار نشان می‌دهد. بر اساس آزمون آماری مجذور کای بین میزان سوءرفتار و متغیرهای جنس و وضعیت مصرف سیگار در اشخاص سالمند تفاوت معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$).

بحث

سوءرفتار نسبت به سالمندان یکی از پنهان‌ترین اشکال خشونت در خانواده است که توسط بسیاری از سالمندان در جوامع مختلف تجربه می‌شود [۲۷]. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد میزان رخداد سوءرفتار نسبت به سالمندان مورد مطالعه در اشکال مختلف سوءرفتار ۶۰/۵ درصد است. شیوع سوءرفتار گزارش شده در آمریکا (۴-۱۰ درصد) [۲۸]، در نیجریه (۳۰ درصد)

مهم‌تر جوامع سنتی، سوءرفتار عاطفی فراوانی بیشتری داشته است. این امر را شاید بتوان به وجود پیوندهای شدید عاطفی و دلبستگی‌های افراد به یکدیگر به‌ویژه وابستگی‌های شدید عاطفی بین والدین و فرزندان نسبت داد. این نوع روابط سبب ایجاد تعاملات گسترده و گاهی انتظارات بیش‌ازحد والدین و فرزندان نسبت به یکدیگر می‌شود و نوعی سوءرفتار تلقی می‌گردد.

از طرفی در آموزه‌های دینی و فرهنگی کشورمان خشونت‌های بدنی و ناسزاگویی عقوبت شدیدی دارد و بسیاری از افراد از انجام این خشونت‌ها واهمه یا آگراه دارند. البته فراوانی سوءرفتار جسمی و مالی (۱۴/۳ درصد) نشان‌دهنده آن است که در تمام اقشار جامعه به‌ویژه در جوانان و نوجوانان، خشونت‌ها شایع شده است. از طرفی، معضلات اقتصادی و رشد نرخ تورم در سال‌های اخیر نه تنها قدرت حمایت‌های مالی را از فرزندان سلب‌نموده است، بلکه در صورت وجود فشارهای اقتصادی بسیار شدید روی فرزندان، ممکن است موجب بروز سوءرفتارهای مالی از سوی آنان شود [۳۹ و ۳۴].

باید اذعان کرد امروزه با تغییرات اجتماعی نظیر شهرنشینی، کم‌رنگ شدن ارزش‌ها و باورهای سنتی، تغییر ساختار خانواده از قالب سنتی آن به شکل امروزی، چندپیشگی و پیچیدگی روابط محیط کار، مهاجرت جوانان از روستا به شهرها و کاهش تعهدات آنها نسبت به مراقبت از افراد مسن، معضلات اقتصادی و رشد نرخ تورم در سال‌های اخیر [۴۰ و ۳۳]، سالمندان را بیش‌ازپیش آسیب‌پذیر کرده و ممکن است منجر به افزایش بروز غفلت از سالمندان شود. شیوع بالای سوءرفتار ۶۰/۵ درصدی در این پژوهش مؤید این مطلب است.

کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب می‌شود و از آنجاکه ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیکی و عملکردی فرد را دربرمی‌گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است [۴۱]. سوءرفتار با سالمندان به‌عنوان یک عامل تهدیدکننده بقا و افت کیفیت زندگی محسوب می‌شود [۷]. در مطالعه حاضر، گروه سالمندان بدون تجربه سوءرفتار در کلیه ابعاد کیفیت زندگی به‌جز ۲ بُعد عملکرد جسمانی و سلامت عمومی نمره بیشتری را نسبت به سالمندان با تجربه سوءرفتار کسب کردند که نشان‌دهنده تأثیر منفی سوءرفتار بر کیفیت زندگی است.

این نتایج در راستای مطالعات «اسچوفیلد»^۵، «میشرا»^۶ و «فیشر» و همکاران^۷ است که نقش سوءرفتار را بر کاهش سلامت جسمی و روانی و کیفیت زندگی سالمندان نشان داده‌اند [۴۲ و ۴۳]. در مطالعه هروی و همکاران (۱۳۹۲) نیز نقش سوءرفتار در کاهش تمامی ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی در سالمندان آزر دیده گزارش شده است [۳۸].

سالمندان به‌دلیل برخی عوامل تأثیرگذار بر این پدیده از جمله عوامل اجتماعی و فرهنگی، تعاریف و تفسیرهای مختلف و متفاوت از پدیده سوءرفتار در سالمندان، عدم گزارش‌دهی این وقایع، فقدان ابزارهای مناسب و استاندارد و مشکلات مرتبط با جمع‌آوری اطلاعات مشکل است؛ بنابراین، منجر به اختلاف در نتایج حاصل می‌شود و در این زمینه مانعی در برابر مقایسه علمی نتایج مطالعات مختلف محسوب می‌شود [۳۵ و ۱۷].

در مطالعه حاضر، غفلت عاطفی با ۳۸/۶ درصد و غفلت مالی با ۲۲/۸ درصد گسترده‌ترین نوع سوءرفتار بود و سلب اختیار، سوءرفتار مالی و سوءرفتار جسمی به‌ترتیب در رده‌های بعدی قرار داشت و کمترین سوءرفتار مربوط به غفلت مراقبتی^۱ با ۷/۳ درصد بوده است. در بسیاری از مطالعات انجام‌شده در این زمینه در کشورهای مختلف [۳۶ و ۳۴] نیز غفلت عاطفی^۲ فراوانی بیشتری نسبت به دیگر انواع سوءرفتار داشته است که با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

از سوی دیگر در چندین مطالعه سوءرفتار روان‌شناختی بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است از جمله پژوهش «پرسکارلس» و همکاران^۳ (۲۰۰۹) در کشور اسپانیا (۲۰/۷ درصد)، «جوگیم» و همکاران^۴ (۲۰۱۰) در چندین کشور اروپایی از جمله سوئد (۲۹/۷ درصد)، آلمان (۲۷/۱ درصد)، لیتوانی (۲۴/۶ درصد) و پرتغال (۲۱/۹ درصد) نشان داده شد [۳۷ و ۳۰] که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد.

همچنین نتایج یافته‌های مطالعات هروی و همکاران (۱۳۹۲ و ۱۳۹۰) درباره تعیین میزان سوءرفتار توسط اعضای خانواده نسبت به سالمندان عضو کانون‌های جهان‌دیدگان شهر تهران و نیز مطالعه بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان با تجربه سوءرفتار در مقایسه با گروه سالمندانی که سوءرفتار توسط اعضای خانواده را تجربه نکرده بودند [۳۸ و ۲۷] و همچنین مطالعه منوچهری و همکاران (۱۳۸۷) درباره میزان و انواع سوءرفتار خانواده با سالمندان مراجعه‌کننده به پارک‌های شهر تهران [۳۴] و یافته‌های مطالعه «نوروزی» و همکاران (۱۳۸۸) درباره سالمندآوری و عوامل خانوادگی مرتبط با آن در سالمندان پذیرش‌شده در سراهای سالمندان شهر تهران [۳۹] نیز نشان داد که غفلت عاطفی، فراوانی بیشتری نسبت به دیگر انواع سوءرفتار داشته است که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

دلیل این تشابه و تفاوت انواع سوءرفتار در جوامع غرب و شرق را می‌توان تأثیرپذیری پدیده سوءرفتار از تفاوت فرهنگی حاکم بر این جوامع دانست. در جوامع شرقی به‌ویژه ایران و از آن

1. Negligent care
2. Emotional neglect
3. Perez-carceles
4. Joaquim

5. Schofield
6. Mishra
7. Fisher

- [2] Fotoukian Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Fallahi Khoshknab M. [Analytical on empowerment interventions in older people with chronic disease: A review literature (Persian)]. Journal of Management of Health Improvement. 2013; 2(4):65-76.
- [3] Rezaee K, Haddadnia J, Delbari A, Madanian M. [Predicting and Monitoring of the Elderly Falls Based on Modeling of the Motion Patterns Obtained from Video Sequences (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2014; 8(4):15-23.
- [4] Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E, Seyed Bagher Maddah M, et al. [Elder abuse from the perspectives of elderly people (Persian)]. Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery. 2008; 18(61):28-39.
- [5] Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E. [Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2010; 5(1):7-21.
- [6] Farzanegan S, Fadayevatan R, Mobasheri M, Seraj R, Mansurian Y. [Investigate elderly abuse in Persian literature (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2012; 6:52-57.
- [7] Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E. [The Meaning of Domestic Elderly Abuse Concept (Persian)]. Daneshvar Medicine. 2010; 17(85):39-51.
- [8] Luo Y, Waite LJ. Mistreatment and psychological well-being among older adults: Exploring the role of psychosocial resources and deficits. Journals of gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2011; 66(2):217-29.
- [9] Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. International Journal of Nursing Studies. 2006; 43(2):203-14.
- [10] Brandl B, Raymond JA. Policy Implications of Recognizing that Caregiver Stress Is Not the Primary Cause of Elder Abuse. Generations. 2012; 36(3):32-9.
- [11] Shinan-Altman S, Cohen M. Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: The effect of work stressors and burnout. Gerontologist. 2009; 49(5):674-84.
- [12] Sparkes D, Jackson L. Elder abuse: Effectiveness and outcomes of an awareness campaign. Sandgate, Australia: Lifeline Community Care; 2011. Available from: http://www.eapu.com.au/uploads/research_resources/Awareness_Campaign_Report_MAY_2011-EAPU.pdf.
- [13] Hardin E, Khan-Hudson A. Elder abuse "society's dilemma". Journal of the National Medical Association. 2005; 97(1):91.
- [14] Kennedy RD. Elder abuse and neglect: The experiences, knowledge, and attitudes of primary care physicians. Family Medicine-Kansas City. 2005; 37(7):481.
- [15] Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. New England Journal of Medicine. 1995; 332(7):437-43.
- [16] Karimi M, Elahi N. [Elderly abuse in Ahwaz city and its relationship with individual and social characteristics (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2008; 3(1):42-47.
- [17] Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, López-Pousa S, Juvinyà D, Vilà A, Vilalta-Franch J. Prevalence and Risk Factors of Suspected Elder Abuse Subtypes in People Aged 75 and Older. Journal of the American Geriatrics Society. 2009; 57(5):815-22.
- [18] Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F, Sahranavard M. [The effect of healthy lifestyle educational program on rural elderly's

در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین سوءرفتار با سالمندان و متغیرهای اجتماعی و جمعیتی نظیر جنسیت و مصرف سیگار مشاهده شد. این نتایج با یافته‌های مطالعات قبلی [۲۷ و ۲۹] که نشان داده‌اند زنان سالمند بیش از مردان در معرض خطر تجربه سوءرفتار قرار دارند، همسواست. از طرفی در مطالعات بسیاری سن [۲۷]، وضعیت تأهل [۳۳]، وضعیت زندگی سالمند با خانواده [۱۶] و میزان تحصیلات [۴۴] به‌عنوان عوامل افزایش‌دهنده خطر سوءرفتار در سالمندان محسوب می‌شوند؛ درحالی‌که نتایج مطالعه حاضر رابطه معناداری را بین آنها و سوءرفتار در سالمندان نشان نداد.

بنابراین در صورتی که سالمندان با دیگران (فرزندان و دیگر مراقبان) زندگی کنند، پیوندهای قوی میان اعضای خانواده و دیگران به‌عنوان حامی سبب کاهش افسردگی و کاهش تنش و افزایش عملکرد در آنها می‌گردد. علاوه بر این، تحصیلات نقطه‌ای مثبت در برخورداری از یک زندگی سالم در دوران سالمندی مؤثر است و باعث رضایت از زندگی می‌گردد.

نتیجه‌گیری نهایی

با وجود تأکید زیادی که در فرهنگ ما بر احترام به سالمند شده است، مشاهده میزان بالای سوءرفتار با سالمندان در این پژوهش، نشانه‌ای از فراگیری این مسئله در جامعه است. این امر لزوم رسیدگی سریع، مداوم و اصولی از سوی ارگان‌های مرتبط نسبت به این مشکل اجتماعی و بهداشتی را گوشزد می‌کند تا موقعیت‌هایی را که می‌تواند منجر به ایجاد زمینه سوءرفتار در سالمندان شود، شناسایی و از آنها پیشگیری نمود و از این رهگذر باعث تقویت جایگاه سالمندان و تأمین سلامت جسمی و روانی آنها شد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد خانم لیلا محبی به شماره ۹۳۰۷-thp است که با پشتیبانی مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی-اسکلتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز تصویب و حمایت مالی شده است. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از دانشگاه مذکور و کلیه بزرگوارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، ابراز می‌دارند.

منابع

- [1] Peiman H, Yaghubi M, Seyyed Mohammadi A, Delpisheh A. [Prevalence of chronic diseases in the elderly in Ilam (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2012; 6(4):7-13.

- in People's Republic of China: A cross-sectional study. *PloS One*. 2012; 7(3):33857.
- [34] Manoochehri, H, Ghorbi B, Hosseini M, Nasiri Oskuyee N, Karbakhsh M. [Degree and types of domestic abuse in the elderly referring to Parks of Tehran (Persian)]. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*. 2009; 18(63):37-43.
- [35] Choo WY, Hairi NN, Othman S, Francis DP, Baker PRA. *Interventions for preventing abuse in the elderly*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2013.
- [36] 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):2947-2972.
- [37] Melchiorre MJ, di Rosa M, Lamura J, Jindert J, Stankunas M, Ioannidi-Kapolou E. Abuse of Older Men in Seven European Countries: A Multilevel Approach in the Framework of an Ecological Model. *PloS One*. 2016; 11(1): e0146425. doi: 10.1371/journal.pone.0146425.
- [38] Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Montazeri A. [Health-related quality of life among abused and non-abused elderly people: A comparative study (Persian)]. *Payesh*. 2013; 12(5):479-488.
- [39] Nowrouzi S. [Assessment of Elder Abuse in Tehran (Persian)] [MA thesis]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2009.
- [40] Sheykhi MT. [Social Security and the Elderly People's Pathology in Tehran: A Sociological Study (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2008; 2(4):454-461.
- [41] Habibi A, Nemadi-Vosoughi M, Habibi S, Mohammadi M. [Quality of Life and Prevalence of Chronic Illnesses among Elderly People: A Cross-Sectional Survey (Persian)]. *Journal of Health Ardabil University Medical Sciences*. 2012; 3(1):58-66.
- [42] Schofield MJ, Mishra GD. Three-year health outcomes among older women at risk of elder abuse: Women's Health Australia. *Quality of Life Research*. 2004; 13(6):1043-52.
- [43] Fisher BS, Regan SL. The Extent and Frequency of Abuse in the Lives of Older Women and Their Relationship with Health Outcomes. *Gerontologist*. 2006; 46(2):200-9.
- [44] Yan ECW, Tang CSK. Elder abuse by caregivers: A study of prevalence and risk factors in Hong Kong Chinese families. *Journal of Family Violence*. 2004; 19(5):269-77.
- quality of life in Dashti District of Boushehr Province (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2013; 8(3):35-43.
- [19] Alipour F, Sajadi H, Fourozan A, Biglarian A, Jalilian A. [Life quality of elders in district 2 of Tehran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(3-4):75-83.
- [20] Agha Nouri A, Mahmoudi M, Salehi H, Jafarian K. [Quality of life in the elderly people covered by health centers in the urban areas of Markazi Province, Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2012; 6(4):20-29.
- [21] Agha Nouri A, Mahmoudi M, Asadi M, Mortaji F, Salehi H, Djafarian K. [Quality of life and its relationship with quality of diet among elderly people in urban areas of Markazi province, Iran (Persian)]. *Arak University of Medical Sciences Journal*. 2013; 15(9):1-11.
- [22] Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E. [Elder abuse by family members: An exploration in the lived experiences of older people (Persian)]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2010; 5(18):6-17.
- [23] Foroughan M. [Validity and reliability of Iranian version of the abbreviated mental test score in Iranian elders (Persian)]. *Proceedings of the Third Congress of Aging Issues in Iran and Other Countries*. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 2008, pp. 36.
- [24] Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim S. The abbreviated mental test: its use and validity. *Age and Ageing*. 1991; 20(5):332-6.
- [25] Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1998; 51(11):903-12.
- [26] Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey: Translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*. 2005; 14:875-82.
- [27] Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Foroughan M, Montazeri A. [Elderly abuse rates within family among members of senior social clubs in Tehran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2012; 6(4):37-50.
- [28] Strasser S, Smith M, Weaver S, Zheng S, Cao Y. Screening for Elder Mistreatment among Older Adults Seeking Legal Assistance Services. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2013; 14(4):309-15.
- [29] Cadmus EO, Owoaje ET. Prevalence and correlates of elder abuse among older women in rural and urban communities in South Western Nigeria. *Health Care for Women International*. 2012; 33(10):973-84.
- [30] 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. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009; 49(1):132-7.
- [31] Santos CM, Marchi RJ, Martins AB, Hugo FN, Padilha DMP, Hilgert JB. The prevalence of elder abuse in the Porto Alegre metropolitan area. *Brazilian Oral Research*. 2013; 27(3):197-202.
- [32] Abath MD, Leal MC, Melo Filho DA, Marques AP. Physical abuse of older people reported at the Institute of Forensic Medicine in Recife, Pernambuco State, Brazil. *Cadernos de Saude Publica*. 2010; 26(9):1797-806.
- [33] Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community