# کیفیت زندگی سالمندان و تجربه سوء رفتار توسط اعضای خانواده

**مجیده هروی کریموی[1*]، ناهید رژه[1]، علی منتظری[2]**

۱. مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی دانشگاه شاهد، دانشکده پرستاری و مامایی، تهران، ایران
۲. گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش
سال دوازدهم شماره پنجم مهر ـ آبان ۱۳۹۲ صص ۴۸۸-۴۷۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۳/۶
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۵ تیر ۹۲]

## چکیده

سوء رفتار با سالمندان یکی از اشکال خشونت در خانواده است که به صورت عمدی یا غیرعمدی به وسیله اعضای خانواده یا مراقب، به سالمند تحمیل شده وسبب ایجاد آسیب و اذیت به شخص سالمند می‌گردد و تأثیر به‌سزایی در کاهش سلامتی و امنیت سالمندان دارد. مطالعه حاضر، با هدف تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان با تجربه سوءرفتار در مقایسه با گروه سالمندانی که سوءرفتار توسط اعضای خانواده را تجربه نکرده اند، انجام گرفت. در این مطالعه مقطعی، ۳۶۰ سالمند ساکن شهرتهران (۱۸۰ نفر با تجربه سوءرفتار و۱۸۰ نفر بدون تجربه سوءرفتار)، در محدوده سنی ۶۵ سال و بالاتر عضو کانون‌های جهاندیدگان شهر تهران شرکت نمودند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه چهره به چهره با سالمندان در کانون‌های جهاندیدگان یا منازل سالمندان انجام شد. سالمندانی که بر اساس نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی فاقد اختلال شناختی تشخیص داده شدند پس از کسب رضایت آگاهانه وارد پژوهش شدند. سپس، پرسشنامه بررسی سوءرفتار خانواده نسبت به سالمندان، نسخه فارسی پرسشنامه SF-36 جهت سنجش کیفیت زندگی از منظر سلامت و پرسشنامه محقق ساخته جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک و فردی برای آنان تکمیل گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه سالمندان بدون تجربه سوءرفتار، نسبت به سالمندان با تجربه درکلیه ابعاد هشت‌گانه به طور معنی‌دار از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند و درگروه سالمندان آزار دیده، سالمندان با تجربه هر یک از اشکال در مقایسه با سالمندان بدون تجربه همان شکل از سوءرفتار، به‌طور معنی‌دار در تمامی ابعاد نمره کمتری کسب نمودند ($P<۰/۰۰۱$). در بررسی رابطه متغیر جنسیت با کیفیت زندگی وابسته به سلامت تفاوت آماری معنی‌دار مشاهده شد ($P<۰/۰۰۱$). نتایج این مطالعه، بیانگر اهمیت و ضرورت ارائه خدمات بهداشتی، مراقبتی و حمایتی در جهت شناسایی قربانیان سوءرفتار نسبت به سالمندان، و پیشگیری و ارائه خدمات جهت حل این معضل با یک رویکرد میان رشته‌ای و تیمی است.

**کلیدواژه:** کیفیت زندگی، سوءرفتار نسبت به سالمندان، اعضای خانواده، تهران

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، دانشکده پرستاری، دانشگاه شاهد و مرکز تحقیقات مدیریت و آموزش مددجو، گروه سلامت سالمندی
تلفن: ۶۶۴۱۸۵۹۰
E-mail: heravi@shahed.ac.ir

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.4.1 ]

## مقدمه

بهبود شرایط زندگی و افزایش طول عمر و امید به زندگی پدیده سالمندی را در جوامع به دنبال داشته است. پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی برای ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی، برای اعضای خانواده و جامعه در قرن بیست و یکم به شمار می‌رود[۱،۳]. این چالش به موقعیت جمعیتی کشور ایران نیز مربوط می‌شود. در کشور ما بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۸۵، حدود ۷/۲۷ درصد از جمعیت کشور، و ۶ درصد از جمعیت شهر تهران در سنین ۶۵ سالگی و بالاتر قرار دارند[۵-۴]. در چنین شرایطی عدم آمادگی خانواده برای پذیرش مراقبت از سالمندان و همچنین شرایط خاص اجتماعی نظیر شهرنشینی، تجددگرایی، تغییر در ارزش‌های سنتی، تضاد نظام ارزشی نسل جدید و قدیم و عدم آمادگی برای پذیرش مراقبت از یک سالمند سبب می‌گردد که خانواده قادر به ایفای مناسب نقش و وظایف خود در قبال سالمندان نباشد؛ و ممکن است سالمند را در معرض خطر سوءرفتار توسط اعضای خانواده (Domestic Elder Abuse) قرار دهد[۷-۶]. امروزه سوءرفتار نسبت به سالمندان در متن خانواده، جایی که اعضای خانواده مراقبت از عضو سالمند را فراهم می‌آورند، به عنوان یک مشکل جدی و یکی از اشکال خشونت در خانواده مطرح است[۸]. مفهوم سوءرفتار نسبت به سالمند در خانواده عبارت است از تحمیل درد و رنج از طرف اعضای خانواده نسبت به شخص سالمند که ممکن است از طریق ارتکاب عملی آزاردهنده و یا ترک عملی ضروری به صورت عمدی یا غیرعمدی در یک یا چندین مرتبه رخ دهد. سوءرفتار یکی از مصادیق محرومیت از حقوق و شئونات انسانی است که به شکل غفلت، سلب اختیار، بهره برداری مالی، آزارهای روان شناختی و بدنی، و طردشدگی رخ می دهد[۹]. در حالی که بسیاری از صاحب نظران، نگرانی عمیقی نسبت به افزایش خشونت در خیابان‌ها و اماکن عمومی دارند، احتمال مورد خشونت قرار گرفتن یک فرد در خانواده به مراتب بیشتر از بیرون خانواده است[۱۰]. میزان سوءرفتار در منزل برای جمعیت سالمند توسط Newton ۶۷ درصد و Buka و Sookhoo ۷۳/۳ درصد از کل موارد سوءرفتار نسبت به سالمندان گزارش شده است[۱۲-۱۱]. جای هیچ‌گونه شک و تردید نیست که عواقب خشونت خانوادگی می‌تواند بسیار ناخوشایند باشد[۱۰]. شواهد نشان می‌دهد درجات مختلف سوءرفتار تأثیر به سزایی در کاهش سلامتی و امنیت سالمندان دارد[۱۲]. Lachs و همکارانش گزارش نمودند میزان مرگ و میر با وجود سوءرفتار افزایش می‌یابد[۱۳]. نتایج مطالعه Mouton و Espino نشان داد زنان سالمند با تجربه سوءرفتار به مراتب بیش از کسانی که تجربه این پدیده را ندارند جهت امور درمانی همچون جراحات جسمی، اختلالات ژنیکولوژی و گوارشی، دردهای عضلانی، افسردگی، اضطراب، سردرد، و خستگی به مراکز درمانی مراجعه می‌نمایند[۱۴]. شواهد وجود ارتباط معنادار را بین تجربه سوءرفتار با افزایش ابتلا به دمانس، افسردگی[۱۵]، احساس تنهایی[۱۶] تأیید می‌نمایند. همچنین متخصصان احساس درماندگی، بیگانگی، گناه، ترس، خجالت، یأس، ناامیدی، سندرم پس از ضربه و اقدام به خودکشی را به عنوان اثرات سوءرفتار ذکر نموده‌اند؛ لکن اعتبار و میزان این اثرات مورد بررسی قرار نگرفته است[۱۸-۱۷]. کاهش کیفیت زندگی به عنوان یکی از پیامدها و نتایج سوءرفتار نسبت به سالمندان در تعدادی از مقالات معرفی گردیده است[۱۹]. این درحالی است که یکی از چالش‌های اصلی و عمده بهداشت در قرن بیست و یکم زندگی با کیفیت برتر است. کیفیت زندگی دامنه‌ای از نیازهای عینی انسان است که در ارتباط با درک شخصی وگروهی افراد از و بهبود کیفیت زندگی سالمندان از جنبه‌های مهم مراقبت سالمندان به شمار می‌رود و تلاش برای بهبود کیفیت زندگی و ایجاد محیطی مناسب برای زندگی سالمندان به یک نگرانی مشترک جهانی تبدیل شده است[۲۰]. صاحب نظران معتقدند در روند درمان و مراقبت از سالمندان باید همواره به عوامل مؤثر در کیفیت زندگی آنها توجه شود و زمانی راهکارهای مراقبتی، درمانی مفید و مؤثر می باشد که کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشد[۲۱]. از این رو در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای مؤثر بر سطح کیفیت زندگی دوران سالمندی دارای اهمیت بالقوه‌ای است و می‌تواند راه را برای ارائه هر چه بهتر روش‌های ارتقای کیفیت زندگی هموار سازد[۲۲]. بنابراین دانستن این که سالمندان با تجربه سوءرفتار تا چه حد احساس خوب بودن دارند و در چه جنبه‌هایی چنین احساسی را ندارند، کمک می‌کند تا به گونه‌ای برنامه‌ریزی کنیم تا آلام آنها کاهش یابد. بررسی شواهد نشان می‌دهد گرچه سوءرفتار نسبت به سالمندان به عنوان یک عامل تهدیدکننده زندگی شناخته شده است؛ لکن تحقیقات بسیار اندکی در خصوص اندازه‌گیری کیفیت زندگی قربانیان انجام گرفته است[۲۳]. به رغم جستجوی نویسندگان هیچ مطالعه‌ای در ایران، در زمینه سنجش کیفیت زندگی سالمندان با تجربه سوءرفتار صورت نگرفته است، لذا



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06 ]

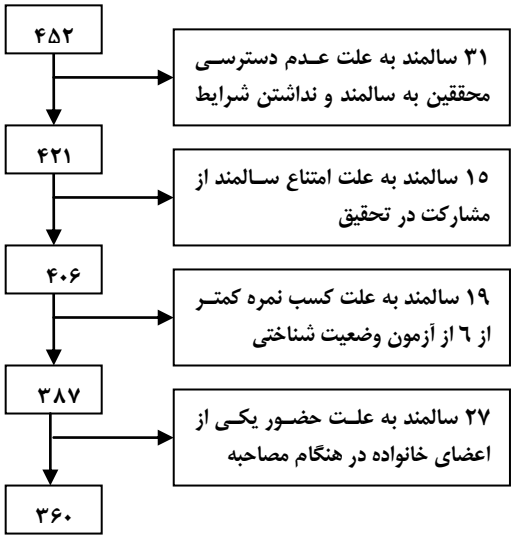
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.4.1 ]

پژوهشگران، تصمیم گرفتند مطالعه‌ای را با هدف تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این دسته از سالمندان و مقایسه آن با گروه سالمندانی که سوءرفتار توسط اعضای خانواده را تجربه نکرده‌اند، انجام دهند تا از رهگذر آن، به ابعادی از کیفیت زندگی که بیشتر تحت تأثیر سوءرفتار نسبت به سالمندان دچار اختلال گردیده‌اند و نیاز بیشتری به توجه و برنامه‌ریزی دارند، پی برده شود.

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ای از نوع مقطعی مقایسه‌ای[۲۴] است که با مشارکت زنان و مردان سالمند عضو کانون‌های جهاندیدگان شهر تهران انجام شد. پس از کسب مجوز و هماهنگی با مسئولین، ۱۰ مورد از کانون جهاندیدگان به صورت تصادفی ساده از ۵ منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر تهران انتخاب گردید. سپس افراد عضو کانون‌ها براساس پرونده، شماره‌گذاری، و بعد از طریق جدول اعداد تصادفی نمونه‌ای از سالمندان به نسبت جمعیت سالمندان هر کانون، به عنوان نمونه انتخاب شد. مطالعه مقدماتی نشان داد، حدود ۴۰ درصد از سالمندان عضو کانون جهاندیدگان شهر تهران، با استفاده از پرسشنامه پیشنهادی در طرح مذکور، سوء رفتار توسط اعضای خانواده را تجربه نموده بودند. براین اساس حجم نمونه در هر گروه ۱۶۲ نفر محاسبه شد. با در نظر گرفتن حدود ده درصد احتمال ناقص بودن اطلاعات در هنگام جمع آوری داده‌ها، حجم نمونه در هر گروه ۱۸۰ نفر و در مجموع ۳۶۰ نفر در نظر گرفته شد. به منظور دستیابی به اهداف پژوهش معیارهای ورود به مطالعه برای سالمندان عبارت بودند از: سن ۶۵ سال یا بالاتر؛ سکونت در مناطق مختلف شهر تهران؛ توانایی تکلم به زبان فارسی؛ تمایل به شرکت در پژوهش (رضایت داوطلبانه شرط اصلی انجام تحقیق بود)؛ و معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به ناشنوایی و بیماری تأیید شده روانی و اختلالات شناختی (کسب نمره کمتر از ۶ از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی (Iranian version of the Abbreviated Mental Test Score)[۲۵]. بدین‌ترتیب ۳۶۰ نفر مشارکت‌کننده از بین ۴۵۲سالمند بر اساس معیارهای فوق انتخاب گردید. دیاگرام مطالعه در شکل یک نشان داده شده است. در مورد اهداف تحقیق به صورت شفاهی به شرکت‌کنندگان توضیحات لازم ارائه و از نظر زمان و مکان تکمیل پرسشنامه هماهنگی‌های لازم انجام شد. مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش در جدول شماره یک نشان داده شده است. گردآوری اطلاعات در این پژوهش با ابزاری چهار قسمتی انجام شد:

۱- در قدم اول جهت تشخیص وضعیت شناختی سالمند، نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت‌شناختی شامل ۱۰ سؤال تکمیل گردید. امتیاز شش دهم در این آزمون، تعادل مناسب را بین حساسیت و ویژگی ایجاد می‌کند. در صورت کسب نمره ۶ یا بالاتر از این آزمون سایر پرسشنامه‌ها تکمیل شد[۲۵]. پایایی و روایی نسخه اصلی[۲۶] و همچنین نسخه فارسی پرسشنامه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است[۲۵].




شکل ۱- دیاگرام مطالعه

۲- پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل سن، جنس، 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 بررسی شد. به منظور سنجش وضعیت اقتصادی، دیدگاه سالمندان نسبت به کفایت منابع مالی شان در چهار سطح اصلاً کافی نیست، در حد کم، متوسط و کاملاً کافی سنجیده‌شد.

۳- پرسشنامه بررسی سوءرفتار در خانواده نسبت به سالمندان شامل ۴۹ عبارت در هشت زیر مقیاس غفلت مراقبتی (۱۱ عبارت)، سوءرفتار روان شناختی (۸عبارت)، سوءرفتار جسمی (۴ عبارت)، سوءرفتار مالی (۶ عبارت)، سلب اختیار (۱۰ عبارت)، طردشدگی (۴ عبارت)، غفلت مالی (۴ عبارت) و عاطفی (۲ عبارت) تکمیل شد. ابزار مذکور دارای گزینه‌های "بلی"، "خیر"، و "موردی ندارد" است. گزینه "موردی ندارد" دلالت بر شرایطی دارد که عبارت مورد نظر با شرایط زندگی سالمند همخوانی و تناسب ندارد. امتیازهای اخذشده در محدوده ۱۰۰-۰ هستند و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده وجود میزان بیشتری از علایم سوءرفتار است. ویژگی‌های روان سنجی ابزار



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.4.1 ]

مذکور مورد بررسی قرار گرفته است و از اعتبار صوری، محتوا و سازه برخوردار است. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۷۵-۰/۹)، و ثبات از طریق آزمون مجدد (۰/۹۹) مؤید پایایی مطلوب پرسشنامه است. این ابزار با برخورداری از ویژگی‌هایی نظیر طراحی ابزار بر اساس 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 به کارگیری درموقعیت‌های مختلف، ابزاری مناسب جهت بررسی سوءرفتار با سالمند در خانواده‌های ایرانی است[۲۸-۲۷].

۴- نسخه فارسی پرسشنامه SF-36 جهت سنجش کیفیت زندگی از منظر سلامت دارای ۳۶ گویه در ۸ بعد سلامت است که عبارتند از: عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، دردجسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی، سلامت روان. هر یک از ابعاد پرسشنامه مذکور متناسب با سؤالات، گزینه‌های مختلفی را مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهد که بر حسب نیاز آن سؤال از دو گزینه (بله، خیر) الی شش گزینه در تمام اوقات، بیشتر اوقات، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بعضی وقت‌ها، هیچ وقت را شامل می‌شود. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند. پایایی و روایی نسخه اصلی[۲۹] و همچنین نسخه فارسی پرسشنامه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است[۳۰]. نظر به بی‌سوادی و یا کم‌سوادی اکثریت سالمندان ایرانی، برای یکسان‌سازی نحوه تکمیل، تک تک عبارات پرسشنامه‌ها برای سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش خوانده و پاسخ آنان عیناً یادداشت گردید. مصاحبه با سالمندان در کانون جهاندیدگان یا منزل سالمند انجام گرفت. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها با به‌کارگیری آمار توصیفی و همچنین آزمون‌های مجذور کای (Square Test-chi) جهت مقایسه فراوانی هر یک از متغیرهای مورد بررسی در گروه‌های مورد مطالعه و آزمون من ویتنی (Mann Whitney U Test) جهت مقایسه داده‌های دو گروه، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16 داده‌ها تجزیه و تحلیل شدند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، از مسئولین فرهنگسرای سالمند و کانون‌های جهاندیدگان شهر تهران اجازه دریافت شد. همچنین قبل از شروع پژوهش، شرکت‌کنندگان از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت نمودند. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات بدست آمده صرفاً در جهت اهداف تحقیق مورد استفاده قرار می‌گیرد و در اختیار افرادی غیر از گروه پژوهش قرار نمی‌گیرد. همچنین به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که در هر مرحله‌ای از پژوهش می‌توانند انصراف خود را از ادامه شرکت در آن اعلام نمایند و مشخصات آنان در طول تحقیق و بعد از آن به صورت محرمانه حفظ خواهد شد.

## یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۳۶۰ سالمند ساکن شهرتهران (۱۸۰ نفر با تجربه سوءرفتار و۱۸۰ نفر بدون تجربه سوءرفتار) شرکت نمودند. سالمندان با تجربه سوءرفتار (۵۸ نفر مرد و۱۲۲ نفر زن) در محدوده سنی ۶۵ تا ۹۰ سال با میانگین سنی (۵/۷۶ ±)۷۳/۶۷ و میانگین تعداد فرزندان (۲/۱۶ ±)۴/۸۶ بودند. اکثریت آنها به ترتیب متأهل (۴۸/۹) و همسر فوت کرده (۴۸/۳)، بی‌سواد (۵۱/۱ درصد)، خانه‌دار (۷۳/۸ درصد) با وضعیت اقتصادی در حد متوسط (۴۱/۲ درصد) بودند و به ترتیب با همسرانشان (۳۹/۴ درصد) و یا به تنهایی (۳۶/۱ درصد) زندگی می‌کردند و از حداقل یک بیماری‌های مزمن (۸۲/۸ درصد) رنج می‌بردند (جدول شماره یک). همچنین سالمندان بدون تجربه سوءرفتار (۷۹ نفر مرد و ۱۰۱ نفر زن) با میانگین سنی (۴/۸۵ ±)۷۱/۵۶ و میانگین تعداد فرزندان (۲/۱۵ ±)۵/۲۶ در این پژوهش مشارکت نمودند. اکثریت آنها متأهل (۵۸/۲ درصد)، بی‌سواد (۳۸/۳ درصد)، خانه‌دار (۵۱/۷ درصد) با وضعیت اقتصادی در حد متوسط (۴۷/۸ درصد) بودند و اکثریت آنان با همسرانشان زندگی می‌کردند (۵۲/۸ درصد) و از حداقل یک بیماری مزمن (۷۵/۶ درصد) رنج می برند (جدول شماره یک).

جدول شماره ۲، تعداد اشخاص سالمندی را نشان می‌دهد که یکی از اشکال سوءرفتار را تجربه نموده اند. بیشترین میزان سوءرفتار مربوط به غفلت عاطفی (۷۴/۴۵درصد) و سوءرفتار روان شناختی (۶۲/۲۲ درصد)، و کمترین آن مربوط به طردشدگی (۱۳/۳۴درصد) و سوءرفتار جسمی (۲۳/۳۴ درصد) است. در این مطالعه، گروه سالمندان بدون تجربه سوءرفتار، نسبت به سالمندان با تجربه درکلیه ابعاد کیفیت زندگی شامل عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی و سلامت روان نمره بیشتری کسب نمودند و این تفاوت، از لحاظ آماری معنی‌دار بود (آزمون من ـ ویتنی)؛ به عبارت



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.4.1 ]

دیگر، کیفیت زندگی گروه سالمندان بدون تجربه سوءرفتار از سالمندان با تجربه سوءرفتار بهتر بوده است (جدول شماره۳). شایان ذکر است درگروه سالمندان آزاردیده، سالمندان با تجربه هریک از اشکال سوءرفتار در مقایسه با سالمندان بدون تجربه همان شکل از سوءرفتار، در تمامی ابعاد نمره کمتری کسب نمودند و این تفاوت، از لحاظ آماری معنی‌دار بود. از نظر تفاوت کیفیت زندگی بین مردان و زنان، یافته‌های پژوهش نشان داد که مردان درگروه سالمندان با تجربه سوءرفتار در بعد سلامت روان نمره بیشتری نسبت به زنان همان گروه کسب کردند و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود (۰/۰۴۳). در سایر ابعاد، به‌رغم میانگین بیشتر نمره مردان نسبت به زنان تفاوت معنادار بین زنان و مردان مشاهده نشد. همچنین یافته‌های پژوهش حاکی از آن بودند که زنان درگروه سالمندان آزاردیده، در کلیه ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی نمره کمتری را نسبت به زنان بدون تجربه سوءرفتار کسب کردند و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود. همچنین مردان سالمند بدون تجربه سوءرفتار در کلیه ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی نمره بیشتری را نسبت به مردان درگروه سالمندان آزاردیده کسب کردند و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود. (جدول شماره۴).

## بحث و نتیجه‌گیری

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر بوده و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به کیفیت زندگی در سالمندان نیز امر بسیار مهمی است که عمدتاً مورد غفلت قرار می‌گیرد[۳۱]. سوءرفتار با سالمندان به عنوان یک عامل تهدیدکننده بقا و کیفیت زندگی قربانیان[۱۴-۱۳] یکی از علل قابل توجه صدمات فیزیکی، بیماری‌ها، از دست رفتن کارآیی، انزوا، یأس، ناامیدی، افسردگی و کاهش رضایت از زندگی، سلامتی و امنیت است[۱۲-۱۱،۳]. در مطالعه حاضر، همان‌طور که انتظار می‌رفت، گروه سالمندان بدون تجربه سوءرفتار درکلیه ابعاد کیفیت زندگی نمره بیشتری را نسبت به سالمندان با تجربه سوءرفتار کسب کردند. همچنین درگروه سالمندان آزاردیده، سالمندان با تجربه هر یک از اشکال سوءرفتار در مقایسه با سالمندان بدون تجربه همان شکل از سوءرفتار در تمامی ابعاد نمره کمتری کسب نمودند. شواهد بیانگر آن است که سوءرفتار نسبت به سالمندان می‌تواند، کیفیت زندگی قربانیان را به علت کاهش توانایی‌های عملکردی، افزایش وابستگی و سوءتغذیه، افزایش احساس ناامیدی، افزایش استرس، تهدید سلامت روان و افزایش افسردگی و دمانس کاهش دهد[۳۲]. نتایج مطالعات Schofield و Mishra و Fisher و همکاران نقش سوءرفتار را بر کاهش سلامت جسمی و روانی، و کیفیت زندگی سالمندان تأیید نموده است[۱۹،۳۳]. یافته‌های چندین مطالعه کیفی بر روی سالمندان با تجربه سالمندآزاری مؤید نقش این معضل بر کیفیت زندگی از دیدگاه مشارکت‌کنندگان بود[۳۶-۳۴،۲۸]. از طرفی مطالعه علی پور وهمکاران مؤید تأثیر مثبت حمایت خصوصاً حمایت عاطفی بر کیفیت زندگی سالمندان است[۳۷]. در مورد رابطه ابعاد مختلف کیفیت زندگی برحسب جنسیت یافته‌های پژوهش حاکی از آن بودند که زنان و مردان درگروه سالمندان آزاردیده، به ترتیب نسبت به زنان و مردان یدون تجربه سوءرفتار از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند که این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که مردان درگروه سالمندان آزاردیده در تمامی ابعاد وضعیت بهتری نسبت به زنان داشته‌اند، اما فقط در بعد سلامت روان تفاوت معنادار را نشان داد. به نظر می‌رسد که مردان درون گراتر از زنان هستند و به سبب نقشی که در خانواده به عهده دارند کمتر به بازگویی و ابراز مشکلات خود تمایل نشان می‌دهند. مردان بیشتر در محیط خارج از منزل به سر می‌برند و ارتباطات بیشتری نیز با دوستان و همکاران خود برقرار می‌کنند. زنان روحیه حساس‌تر و آسیب‌پذیرتری دارند و به همین دلیل افسردگی و اضطراب در این گروه بیشتر دیده می‌شود که خود باعث کاهش درعملکرد اجتماعی نیز می‌شود. همچنین به نظر می‌رسد که قدرت تطابق با وضعیت موجود در مردان بیشتر از زنان باشد[۳۸].

پایین‌تر بودن نمره سنجش‌های کیفیت زندگی زنان سالمند نسبت به مردان در مطالعات دیگر نیز تأیید شده است [۴۱-۳۹-۳۱]، هر چند در برخی مطالعات، متغیر جنسیت در تعامل با سایر متغیرهای زمینه‌ای به عنوان یک عامل مرتبط شناسایی نشده است[۴۲].

از آنجا که کیفیت زندگی در دوران سالمندی می‌تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد، در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان از اهمیت بالقوه‌ای برخوردار است. سالمندی، به عنوان یک مسأله زیستی، روانی و اجتماعی که ابعاد گوناگون زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، وقتی با تجربه سوءرفتار همراه باشد، بسیاری از مؤلفه‌های کیفیت



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.4.1 ]

**جدول۱: مشخصات جمعیتی سالمندان مشارکت کننده در مطالعه برحسب تجربه سوءرفتار (n=۳۶۰)**

| | عدم سوءرفتار (n=۱۸۰) | | وجود سوءرفتار (n=۱۸۰) | | P* |
|---|---|---|---|---|---|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| **جنسیت** | | | | | |
| زن | ۱۰۱ | ۵۶/۱ | ۱۲۲ | ۶۷/۸ | ۰/۰۲۳ |
| مرد | ۷۹ | ۴۳/۹ | ۵۸ | ۳۲/۲ | |
| **سن** | | | | | |
| ۷۰-۶۵ سال | ۸۶ | ۴۷/۸ | ۶۲ | ۳۴/۴ | ۰/۰۲ |
| ۷۵-۷۱ سال | ۶۰ | ۳۳/۳ | ۵۳ | ۲۹/۴ | |
| ۸۰-۷۶ سال | ۲۵ | ۱۳/۹ | ۴۱ | ۲۲/۸ | |
| ۸۱ سال< | ۹ | ۵ | ۲۴ | ۱۳/۴ | |
| **میزان تحصیلات** | | | | | |
| بی سواد | ۶۹ | ۳۸/۳ | ۹۲ | ۵۱/۱ | ۰/۰۱۹ |
| در حد خواندن و نوشتن | ۳۸ | ۲۱/۱ | ۳۳ | ۱۸/۳ | |
| ابتدایی | ۲۸ | ۱۵/۶ | ۲۸ | ۱۵/۶ | |
| متوسطه | ۳۵ | ۱۹/۴ | ۱۵ | ۸/۳ | |
| دانشگاهی | ۱۰ | ۵/۶ | ۱۲ | ۶/۷ | |
| **وضعیت تأهل** | | | | | |
| مجرد | ۵ | ۲/۸ | ۰ | ۰ | ۰/۰۳۷ |
| متأهل | ۱۰۵ | ۵۸/۲ | ۸۸ | ۴۸/۹ | |
| مطلقه و متارکه | ۶ | ۳/۴ | ۵ | ۲/۸ | |
| همسر فوت کرده | ۶۴ | ۳۵/۶ | ۸۷ | ۴۸/۳ | |
| **تعداد فرزندان** | | | | | |
| فاقد فرزند | ۳ | ۱/۷ | ۰ | ۰ | |
| ۳-۱ | ۲۹ | ۱۶/۱ | ۵۱ | ۲۸/۳ | ۰/۰۱۳ |
| ۶-۴ | ۱۰۰ | ۵۵/۶ | ۹۲ | ۵۱/۱ | |
| ۷> | ۴۸ | ۲۶/۷ | ۳۷ | ۲۰/۶ | |
| **شغل** | | | | | |
| خانه‌دار | ۹۳ | ۵۱/۷ | ۱۳۳ | ۷۳/۸ | ۰/۰۰۱ |
| شاغل | ۱۴ | ۷/۸ | ۷ | ۳/۹ | |
| بازنشسته | ۶۵ | ۳۶/۱ | ۳۷ | ۲۰/۶ | |
| از کار افتاده | ۸ | ۴/۴ | ۳ | ۱/۷ | |
| **زندگی سالمند با خانواده** | | | | | |
| تنها | ۳۷ | ۲۰/۷ | ۶۵ | ۳۶/۱ | ۰/۰۱ |
| با همسر | ۹۵ | ۵۲/۸ | ۷۱ | ۳۹/۴ | |
| با فرزندان | ۳۴ | ۱۸/۹ | ۳۳ | ۱۸/۳ | |
| با همسر و فرزندان | ۱۲ | ۶/۷ | ۱۱ | ۶/۲ | |
| **کفایت منابع مالی** | | | | | |
| اصلاً کافی نیست | ۱۲ | ۶/۷ | ۲۶ | ۱۴/۴ | ۰/۰۰۱ |
| کمی کافی است | ۲۹ | ۱۶/۱ | ۴۹ | ۲۷/۲ | |
| درحد متوسط | ۸۶ | ۴۷/۸ | ۷۴ | ۴۱/۲ | |
| کاملاً کافی است | ۵۳ | ۲۹/۴ | ۳۱ | ۱۷/۲ | |
| **ابتلا به بیماری های مزمن** | | | | | |
| بلی | ۱۳۶ | ۷۵/۶ | ۱۴۹ | ۸۲/۸ | ۰/۰۹۲ |
| خیر | ۴۴ | ۲۴/۴ | ۳۱ | ۱۷/۲ | |
| **سوءمصرف مواد** | | | | | |
| بلی | ۶ | ۳ | ۸ | ۴/۴ | ۰/۰۱۸ |
| خیر | ۱۷۹ | ۹۹/۴ | ۱۷۲ | ۹۵/۶ | |
| **بستری مجدد در بیمارستان** | | | | | |
| بلی | ۳۸ | ۲۱/۱ | ۹۸ | ۵۴/۴ | ۰/۰۰۱ |
| خیر | ۱۴۲ | ۷۸/۹ | ۸۲ | ۴۵/۶ | |

* (آزمون مجذور کای)



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.4.1 ]

**جدول۲: فراوانی رخداد هر یک از اشکال سوءرفتار درگروه سالمندان با تجربه سوءرفتار (n=۱۸۰)**

| انواع سوءرفتار | عدم رخداد | | وجود رخداد | |
|---|---|---|---|---|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| غفلت عاطفی | ۴۶ | ۲۵/۵۵ | ۱۳۴ | ۷۴/۴۵ |
| غفلت مراقبتی | ۷۶ | ۴۲/۲۲ | ۱۰۴ | ۵۷/۷۸ |
| غفلت مالی | ۱۲۲ | ۶۷/۷۸ | ۵۸ | ۳۲/۲۲ |
| سوءرفتار روان شناختی | ۶۸ | ۳۷/۷۸ | ۱۱۲ | ۶۲/۲۲ |
| سلب اختیار | ۱۰۲ | ۵۶/۶۷ | ۷۸ | ۴۳/۳۳ |
| سوءرفتار مالی | ۱۱۷ | ۶۵/۰۰ | ۶۳ | ۳۵/۰۰ |
| سوءرفتار جسمی | ۱۳۸ | ۷۶/۶۶ | ۴۲ | ۲۳/۳۴ |
| طردشدگی | ۱۵۶ | ۸۶/۶۶ | ۲۴ | ۱۳/۳۴ |

**جدول ۳: مقایسه میانگین امتیازهای ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت گروه سالمندان با تجربه و بدون تجربه سوءرفتار(n=۳۶۰)**

| | عدم سوءرفتار(n=۱۸۰) | وجود سوءرفتار(n=۱۸۰) | P* |
|---|---|---|---|
| | میانگین(انحراف معیار) | میانگین(انحراف معیار) | |
| عملکرد جسمانی | ۶۸/۳۸(۲۳/۵۲) | ۴۷/۷۲(۲۳/۸۰) | ۰/۰۰۰۱ |
| محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی | ۷۴/۱۶(۳۷/۲۶) | ۲۸/۳۳(۳۸/۳۳) | ۰/۰۰۰۱ |
| دردجسمی | ۶۲/۲۷(۲۲/۴۹) | ۳۹/۲۷(۲۰/۰۴) | ۰/۰۰۰۱ |
| سلامت عمومی | ۴۱/۴۸(۱۷/۹۷) | ۴۱/۴۸(۲۳/۵۲) | ۰/۰۰۰۱ |
| نشاط | ۶۲/۳۳(۱۸/۶۲) | ۴۱/۴۴(۱۸/۶۲) | ۰/۰۰۰۱ |
| عملکرد اجتماعی | ۷۱/۷۳(۱۸/۳۲) | ۴۹/۵۸(۱۹/۰۹) | ۰/۰۰۰۱ |
| محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی | ۸۱/۴۸(۳۲/۳۳) | ۱۵/۰۰ (۲۸/۶۸) | ۰/۰۰۰۱ |
| سلامت روان | ۷۰/۱۵(۱۳/۴۳) | ۴۷/۸۶(۱۵/۲۴) | ۰/۰۰۰۱ |

* (آزمون من ویتنی)

| | جنسیت (زنان) | | | جنسیت (مردان) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | زنان سالمند بدون تجربه سوءرفتار (n=۱) | زنان سالمند با تجربه سوءرفتار (n=۱۲۲) | P* | مردان سالمند بدون تجربه سوءرفتار (n=۷۹) | مردان سالمند با تجربه سوءرفتار (n=۵۸) | P* |
| | میانگین(انحراف معیار) | میانگین(انحراف معیار) | | میانگین(انحراف معیار) | میانگین(انحراف معیار) | |
| عملکرد جسمانی | ۶۷/۷۲ (۲۳/۷۳) | ۴۶/۰۲(۲۴/۲۱) | | ۶۹/۲۴ (۲۳/۳۷) | ۵۱/۲۹(۲۲/۷۰) | |
| محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی | ۷۰/۵۴ (۳۸/۹۵) | ۲۷/۲۵(۳۸/۵۷) | | ۷۸/۷۹ (۳۴/۶۸) | ۳۰/۶۰(۳۸/۰۵) | |
| دردجسمی | ۶۳/۱۶ (۲۲/۱۳) | ۳۸/۱۱(۲۰/۶۲) | | ۶۱/۱۳ (۲۳/۰۳) | ۴۱/۷۲(۱۸/۳۳) | |
| سلامت عمومی | ۵۸/۳۲ (۱۷/۶۴) | ۳۹/۹۳(۱۸/۸۹) | | ۵۸/۰۸ (۱۹/۱۰) | ۴۴/۷۴(۱۵/۴۹) | |
| نشاط | ۶۰/۶۴ (۱۶/۵۶) | ۳۹/۷۱(۱۸/۳۸) | | ۶۴/۴۹ (۲۰/۸۷) | ۴۵/۰۸(۱۸/۷۶) | |
| عملکرد اجتماعی | ۷۲/۷۷ (۱۸/۷۴) | ۴۷/۸۴ (۲۰/۱۸) | | ۷۰/۴۱ (۱۷/۸۱) | ۵۳/۲۳(۱۶/۱۴) | |
| محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی | ۸۳/۴۹ (۳۰/۴۱) | ۱۲/۵۶ (۲۵/۸۲) | | ۷۸/۹۰ (۳۴/۶۶) | ۲۰/۱۱ (۳۳/۵۸) | |
| سلامت روان | ۶۹/۶۲ (۱۱/۵۴) | ۴۶/۳۲ (۱۳/۹۶) | | ۷۰/۸۳ (۱۵/۵۷) | ۵۱/۱۰ (۱۷/۳۱) | |

* (آزمون من ویتنی)

زندگی را تخریب کرده و سطح کیفیت زندگی سالمندان را پایین می‌آورد. نتایج این مطالعه، بیانگر اهمیت و ضرورت ارائه خدمات بهداشتی، مراقبتی و حمایتی در جهت شناسایی قربانیان سوءرفتار نسبت به سالمندان، و پیشگیری و ارائه خدمات جهت حل این معضل با یک رویکرد میان رشته‌ای و تیمی است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور، امور سالمندی شهرداری (فرهنگسرای سالمندان و کانون‌های جهاندیدگان)، سازمان پزشکی قانونی، نیروی انتظامی و قوه قضاییه می‌توانند با اتخاذ راهکارهای مناسب جهت کشف و شناسایی قربانیان سوءرفتار، استفاده بهینه از خدمات موجود، ایجاد خدمات منسجم اجتماعی، تقویت شبکه



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.4.1 ]

حمایت‌های اجتماعی، تدوین قوانین حمایت از سالمندان و اساسنامه برای ارزیابی و رسیدگی به موارد سوءرفتار نسبت به سالمندان گام‌های بلندی را در جهت حل این معضل مهم بهداشتی و اجتماعی بردارند. محدودیت‌های تحقیق: از آنجا که تحقیق حاضر بر روی سالمندان عضو کانون‌های جهاندیدگان انجام شده که عمدتاً از سلامت نسبی و میزان مشارکت اجتماعی بالاتری برخوردارند، احتمال دارد میزان کیفت زندگی سالمندان در کل جامعه متفاوت باشد؛ لذا باید در تعمیم یافته‌های این تحقیق به کل جامعه احتیاط نمود.

## سهم نویسندگان

مجیده هروی کریموی: مدیریت مشترک پروژه، تحلیل داده‌ها ناهید رژه: مدیریت مشترک پروژه، تحلیل داده‌ها، مشارکت در تهیه علی منتظری: مدیریت مشترک پروژه، تحلیل داده‌ها، مشارکت در تهیه مقاله

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی ازطرح تحقیقاتی به شماره۱۱۰۷/۸۹/۱۱ /۲/م ـ پ،م است که توسط معاونت پژوهشی و مرکز تحقیقات دانشگاه شاهد تصویب و حمایت مالی شده است. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی و مرکز تحقیقات دانشگاه شاهد، مسئولین فرهنگسرای سالمند وکانون های جهاندیدگان شهر تهران و همچنین سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه به خاطر صبر، حوصله و همچنین اعتمادشان به محققین، ابراز می‌دارند.

## منابع

**1.** Kinsella K, Phillips DR. Global Aging: the Challenge of Success. Population Bulletin, Population Reference Bureau 2005; 60: 1-5

**2.** Lunenfeld B. The ageing male: demographics and challenges. World Journal of Urology 2002; 20:11-16

**3.** Marais S, Conradie G, Kritzinger A. Risk factors for elder abuse and neglect: brief descriptions of different scenarios in South Africa. International Journal of Older People Nursing 2006; 1: 186-89

**4.** Sheykhi MT. Social Security and the Elderly People's Pathology in Tehran: a Sociological Study. Iranian Journal of Ageing 2008; 2:454-61[Persian]

**5.** Training manual and comprehensive care, integration of the elderly. Report of the Ageing Department of Ministry of Health and Medical Education (Online) Available:http://hd.lums.ac.ir/parameters/lums/modules/cdk/upload/content/portal_content/File/behdashti/MatalebAmoozeshi/Rahnama%20salmandi%20gheir%20pezeshk.pdf [Persian]

**6**. Heravi-Karimooi M. The effect of family counseling on prevention of elder neglect. Scientific Journal of Forensic Medicine 2001; 9: 139-142[Parsion]

**7.** Sheykhi M T. The elderly and family change in Asia with a focus in Iran: a Sociological assessment. Journal of Comparative Family Studies 2006; 37: 583-88

**8.** Schiamberg LB& Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. Journal of Elder Abuse & Neglect 1999; 11: 79 -103

**9.** Heravi-Karimooi M. Anoosheh M, Foroughan M, Hajizadeh E, Sheykhi MT. The meaning of domestic elder abuse concept. Journal of Daneshvar 2010; 17, 39-51[Persian]

**10.** Pournaghash-Tehrani, S. Assessment of domestic violence in families in Tehran. Daneshvar Raftar 2006; 23-36 [Persian]

**11.** Newton JP. Abuse in the elderly: a perennial problem; Gerontology 2005; 22:1-2

**12.** Buka P & Sookhoo D. Current legal responses to elder abuse. International Journal of Older People Nursing 2006; 1: 194-200

**13.** Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder abuse. Journal of the American Medical Association 1998; 280:428-32

**14.** Mouton CP, Espino DV. Problem-orientated diagnosis: health screening in older women. American Family Physician Physician 1999; 59: 1835-42

**15.** Bitondo Dyer C, Pavlik VN, et al. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. Journal of the American Geriatrics Society 2000; 48: 205-8

**16.** Dong XQ, Simon MA, Gorbien M, Percak J, Golden R. Loneliness in Older Chinese Adults: a Risk Factor for Elder Mistreatment. Journal of the American Geriatrics Society 2007; 55:1831-835

**17.** Wolf RS. The nature and scope of elder abuse. Generations 2000; 24: 6–11

**18.** Y Conwell. Elder abuse--A risk factor for suicide. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention 1995; 16: 104-5

**19.** 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: 1043-52

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.4.1 ]

**20.** Neamati Dehkordy S, Dasht Bozorgy B, Pakseresht S, Rasekh A. The effect of reminiscence therapy on elderly quality of life. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2008; 9:75-82[Persian]
**21.** Coats AJS. Life, quality of life and choice in an ageing society. International Journal of Cardiology 2001; 78: 1-3
**22.** Bazrafshan MR, Hosaini MA, Rahgozar M, Madah M. Quality of elderly's life in Shiraz, jahandidegan club. Iranian Journal of Ageing 2008; 3:33-41 [Persian]
**23.** Jogerst GJ, Dawson JD, Hartz AJ, et al. Community characteristics associated with elder abuse. Journal of the American Geriatrics Society 2000; 48: 513-18
**24.** Rafiee H, Sajjadi H, Narnjyha H, Farhadi MH, Noruzy joveynany S and etal. Interdisciplinary research methods in addiction and other problems and deviations (injury), social (qualitative and quantitative). 1st Edition, Danjeh Publication: Tehran, 2007 [Persian]
**25.** Foroughan M, et al. Validity and reliability of Iranian version of the abbreviated mental test score in Iranian elders. Proceedings of the Third Congress of Aging Issues in Iran and Other Countries. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation, 2008 [Persian]
**26.** Jitapunkul S, Pillay I, Ebraham Saha. Abbreviated Mental Test: its use and validity. Age & Ageing 1991; 20: 332-36
**27.** Heravi-Karimooi M. Anoosheh M, Foroughan M, Hajizadeh E, Sheykhi MT. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire. Iranian Journal of Ageing 2010; 5, 7-21 [Persian]
**28.** Heravi-Karimooi M. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire. PhD Dissertation. Tarbiat Modares university, 2009 [Persian]
**29.** Ware JEJr, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment: IQOLA project. Journal of Clinical Epidemiology 1998; 51: 903-12
**30.** Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey study of the Iranian version. Quality of Life Research 2005; 14:875-82
**31.** Vahdaninia M, Goshtasbi A, Montazeri A, Maftoun F. Health-related quality of life in an elderly. population in Iran: a population-based study .Payesh 2005; 4:113-120[Persian]
**32.** Dong X. Medical implications of elder abuse and neglect. Clinics in Geriatric Medicine 2005; 21, 293-313
**33.** Fisher BS, Regan SL. The Extent and Frequency of Abuse in the Lives of Older Women and Their Relationship with Health Outcomes. The Gerontologist 2006; 46: 200-9
**34.** Podnieks E. Global response against elder abuse report from Canada. World Health Organization (WHO) & International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA); 2001 http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_ea_can.pdf(22 December2010)
**35.** Machado L et al. Report on Elder Abuse in Brazil. World Health Organization (WHO) & International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA); 2001
**36.** Erlingsson C L, Carlson S L, Saveman BI. Perceptions of elder abuse: voices of professionals and volunteers in Sweden–an exploratory study. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2006; 20: 151-59
**37.** Alipour F, Sajadi H, Fourozan A, Biglarian A. The role of social support in elderly quality of life. Social Welfare 2009; 9:147-65[Persian]
**38.** Hadi N, Rahmani Z, Montazeri A. Health-related quality of life in chronic renal failure patients Receiving Hemodialysis. Payesh 2010; 9:349-54[Parsion]
**39.** Tsai SY. Chi LY. Lee LS. Chou P. Health-related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. Journal of the Formosan Medical Association 2004; 103:196-204
**40**. Knurowski T, Lazić D, van Dijk JP, Geckova AM, Tobiasz-Adamczyk B, van den Heuvel WJ. Survey of health status and quality of life of the elderly in Poland and Croatia. Croatian Medical Journal 2004; 45:750-6
**41.** Zunzunegui MV, Alvarado BE, Béland F, Vissandjee B.Explaining health differences between men and women in later life: a cross-city comparison in Latin America and the Caribbean. Social Science & Medicine 2009; 68:235-42
**42.** Lee Y, Shinkai S. A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. Archives of Gerontology and Geriatrics 2003, 37)**:**63-76

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.4.1 ]

# ABSTRACT

## Health-related quality of life among abused and non-abused elderly people: a comparative study

Majideh Heravi-Karimooi [1*], Nahid Rejeh [1], Ali Montazeri [2]

1. Elderly Care Research Center- Shahed University, College of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran
2. Mental Health Research Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 479-488
Accepted for publication: 26 May 2012
[EPub a head of print-26 June 2013]

**Objective (s):** This study aimed to investigate the quality of life in older people suffering from abuse by family members in comparison with older patients without such experiences.
**Methods:** Using a quantitative design and a cross-sectional approach, 360 older people (180 abused and 180 non- abused older people) aged over 65 years was entered into the study. Data were collected using the Iranian version of Abbreviated Mental Test Score, the Domestic Elder Abuse Questionnaire and the Iranian version of 36-item Short form Health Survey (SF-36) via face-to-face interviews.
**Results:** It was found that the older people who did not experience abuse from family members reported higher quality of life in comparison with the abused older people($P<0.00001$). Significant differences were observed between male and female with regard to health-related quality of life ($P<0.00001$).
**Conclusion:** The findings suggest that detecting the symptoms of abuse in older people is important. Indeed providing preventive and supportive care for this population seems necessary.

**Key Words:** quality of life, elder abuse, family members, Tehran

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.4.1 ]

[*] Corresponding author: Shahed University, Research Center of Client Education and Management - Elderly Health Research Group, Tehran, Iran
Tel: 66418590
E-mail: heravi@shahed.ac.ir