

Violence Experiences against the Elderly in Tehran in 1397

Manijeh Iranfar * 

Safety Promotion and Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding Author: m.iranfar2014@sbmu.ac.ir

Abstract

Background and Objectives: The most common forms of violence against the elderly are financial, psychological, physical and social violence. The prevalence of violence against the elderly varies between 2.2 and 14 percent in high- or middle-income countries. The present study was conducted to identify the experiences of violence against the elderly in Tehran in 1397.

Materials and Methods: This qualitative study was conducted in 2013 using semi-structured clinical interviews and group interviews on 36 males and females aged 60 and over in different regions of Tehran. To observe ethical considerations and twenty six codes of protection for the subject, the purpose of the study, the confidentiality of the name, informed consent, the right to leave the study at each stage of the work was carried out. After ensuring the willingness to participate in the study and create a safe atmosphere, group interviews were held. First, demographic, economic, and social information was recorded with the elderly question. Then, violence experiences were analyzed from the beginning of the age of 60 to the time of study, recording, and immediately after the end of the implementation session and using the content analysis method. The purpose of sampling was content and content saturation. In interviews, general and open semi-structured questions were used based on the topic guide. Data validity was obtained using qualitative study criteria: credibility, transferability, confirmability and dependability. Data collected from interviews were analyzed using MAXQDA version 2018 software.

Result: Four types of experienced violence including physical, psychosocial, financial and social violence were identified among the elderly.

Conclusion: Identifying the experiences of violence against the elderly can lead to the design, planning and implementation of necessary interventions to improve the quality of life and prevention of harm in the elderly community.

Key words: elderly; violence; experience

How to cite this article:

Iranfar M. Violence Experiences against the Elderly in Tehran in 1397. J Saf Promot Inj Prev. 2018; 6(4):223-28.

تجارب خشونت علیه سالمندان شهر تهران سال ۱۳۹۷

منیژه ایران فر*

مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: رایج ترین اشکال خشونت علیه سالمندان خشونت مالی، روانی، فیزیکی و اجتماعی است. شیوع خشونت علیه سالمندان در کشورهای با درآمد بالا یا متوسط در بین ۲,۲ تا ۱۴ درصد متغیر است. مطالعه حاضر با هدف شناسایی تجارب خشونت علیه سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۷ اجرا شد.

روش بررسی: مطالعه به صورت کیفی در سال ۱۳۹۷ با استفاده از مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته و جلسه مصاحبه گروهی بر روی تعداد ۳۶ سالمند زن و مرد ۶۰ سال و بالاتر ساکن در مناطق مختلف ۲۲ گانه شهر تهران انجام شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی و کدهای بیست و شش گانه حفاظت از آزمودنی، هدف مطالعه، محرمانه ماندن نام، اخذ رضایت آگاهانه، محفوظ ماندن حق خروج از مطالعه در هر مرحله از کار انجام شد. پس از کسب اطمینان از تمایل به شرکت در مطالعه و ایجاد فضای امن، جلسات مصاحبه گروهی برگزار شد. ابتدا اطلاعات جمعیت شناختی، اقتصادی و اجتماعی با پرسش از سالمند ثبت شد. سپس تجربیات مربوط به خشونت از بازه زمانی آغاز سالمندی ۶۰ سالگی تا زمان مطالعه، ضبط و بلافاصله بعد از پایان جلسه پیاده سازی و با روش تحلیل محتوا، تحلیل شدند. روش نمونه گیری مبتنی بر هدف و اشباع محتوا بود. در مصاحبه ها از سؤالات کلی و باز نیمه ساختاریافته طراحی شده بر اساس راهنمای موضوعی استفاده شد. اعتبار داده ها با استفاده از معیارهای مطالعه کیفی: مقبولیت، انتقال پذیری، همسانی و تأیید پذیری تأمین شد. اطلاعات جمع آوری شده از مصاحبه ها با استفاده از نرم افزار MAXQDA نسخه ۲۰۱۸ تحلیل شدند.

یافته ها: چهار شکل خشونت تجربه شده شامل خشونت جسمانی، روانی-عاطفی، مالی و اجتماعی در بین سالمندان مورد مطالعه شناسایی شد. **نتیجه گیری:** شناسایی تجارب خشونت علیه سالمندان می تواند زمینه ساز طراحی، برنامه ریزی و اعمال مداخلات لازم متناسب با ارتقای کیفیت زندگی و پیشگیری از آسیب در جامعه سالمندان باشد.

واژگان کلیدی: سالمند، خشونت، تجربه

مقدمه

مطرح است و تقاضا برای مراقبت های بهداشتی اولیه و درازمدت را افزایش می دهد (۱).

شیوع خشونت علیه سالمندان در کشورهای با درآمد بالا یا متوسط در بین ۲,۲ تا ۱۴ درصد متغیر است. رایج ترین اشکال خشونت به ترتیب: مالی (۱ تا ۹,۲٪)؛ روانی (۰,۷ تا ۶,۳٪)؛ غفلت (۰,۲ تا ۵,۵٪)؛ فیزیکی (۰,۲ تا ۴,۹٪)؛ جنسی (۰,۴ تا ۰,۸۲٪) است (۲). زن بودن، سن بالای ۷۴ سال، ناتوانی و ضعف جسمانی، اختلالات روانی-افسردگی، درآمد کم، وابستگی مالی، نژاد، اختلالات شناختی، انزوای اجتماعی، مصرف الکل و مواد مخدر، تنها زندگی کردن، هنجارهای فرهنگی و نگرش منفی نسبت به سالمندی به عنوان عوامل خطر خشونت علیه سالمندان مطرح شده است (۲). پریشانی روانی (۳)،

هرساله، در سراسر جهان ۱,۴ میلیون نفر جان خود را به دلیل خشونت از دست می دهند. به ازای هر فردی که در اثر خشونت می میرد، تعداد بسیاری از افراد دیگر آسیب دیده و از طیف وسیعی از مشکلات جسمی، جنسی، باروری و سلامت روان رنج می برند. علاوه بر این، خشونت بار عظیمی را بر اقتصاد ملی تحمیل می کند. از سویی جمعیت جهان به سرعت در حال پیر شدن است. تعداد افراد ۶۰ سال و بالاتر، بین سال های ۲۰۱۵ تا ۲۰۵۰ هر ۹۰۰ میلیون نفر به ۲ بلیون نفر افزایش خواهد یافت. پیری به عنوان چالش و فرصت

عمومی، سیاست‌ها و عملکرد تحقیقات در راستای افزایش دانش و درک کنونی درباره خشونت علیه زنان می‌تواند کمک‌کننده باشد (۱۱). از آنجایی که اطلاعات دقیق درباره شیوع خشونت در بین سالمندان محدود است (۲) و خشونت سالمندان، به‌ویژه با نظر به توسعه جمعیتی، موضوعی است که نه‌تنها هنوز در سیاست بهداشتی و اجتماعی بلکه در تحقیقات علمی نیز مورد غفلت قرار دارد (۱۰)، ضرورت بررسی را می‌طلبد. لذا مطالعه با هدف شناسایی تجربه خشونت در زندگی سالمندان ساکن در شهر تهران در سال ۱۳۹۷ اجرا شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه به‌صورت کیفی در سال ۱۳۹۷ با استفاده از مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته، جلسه مصاحبه گروهی بر روی تعداد ۳۶ شهروند سالمند ۶۰ سال و بالاتر ساکن در مناطق مختلف ۲۲ گانه شهر تهران انجام شد. ابتدا با استفاده از لیست سرای محلات و فرهنگ‌سراهای اخذشده از سازمان شهرداری شهر تهران، به‌طور تصادفی از پنج منطقه جغرافیایی: شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز شهر تهران، انتخاب و با روش تصادفی ساده نمونه‌ها انتخاب شد.

جهت اطمینان از رعایت ملاحظات اخلاقی و کدهای بیست‌وشش گانه حفاظت از آزمودنی‌ها، هلسینکی، قبل از انجام مصاحبه، هدف مطالعه به‌روشنی توضیح داده شد. محرمانه ماندن نام و اخذ رضایت آگاهانه مصاحبه‌شونده جهت ضبط مکالمات انجام شد. در صورت مشاهده نیاز به هرگونه مشاوره یا حمایت روانی و اجتماعی راهنمایی‌ها و ارجاعات لازم انجام گرفت. پس از کسب اطمینان از تمایل به شرکت در مطالعه و محفوظ ماندن حق خروج از مطالعه در هر مرحله از کار و ایجاد فضای امن، جلسات مصاحبه گروهی با شرکت ۶ سالمند، تشکیل شد. ابتدا اطلاعات جمعیت شناختی، اقتصادی و اجتماعی با پرسش از سالمند ثبت شد. سپس تجربیات مربوط به خشونت از بازه زمانی آغاز سالمندی ۶۰ سالگی تا زمان مطالعه، ضبط و بلافاصله بعد از پایان جلسه پیاده‌سازی و با روش تحلیل محتوا، تحلیل شدند. هر جلسه با لحاظ نمودن خستگی و میزان همکاری سالمند حداکثر ۴۰ دقیقه طول کشید. سالمندان مبتلا به بیماری آلزایمر از مطالعه خارج شدند. برای برگزاری جلسات مصاحبه از افراد آموزش‌دیده و مجرب آشنا با شرایط مصاحبه بالینی و سالمندی استفاده شد. روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و اشباع محتوا بود. در انتخاب افراد از گروه جنسی زن و مرد استفاده شد. در مصاحبه‌ها از سؤالات کلی و باز نیمه ساختاریافته بر اساس راهنمای موضوعی^۱ که با استناد به پیشینه مطالعات طراحی شده بود استفاده شد. اطلاعات جمع‌آوری شده از مصاحبه‌ها با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA

داشتن بستگان مبتلا به اختلالات روان‌شناختی (۴) و مراقبت خانگی (۵) به‌عنوان عوامل خطر خشونت علیه سالمندان مطرح هستند. بین مواجهه با خشونت فیزیکی و کاهش کیفیت زندگی رابطه مستقیم وجود دارد (۶). تجربه خشونت روانی در طول زندگی در زنان بیش از مردان گزارش شده است (۷). در معرض خشونت بودن در دوران زندگی، می‌تواند در سن سالمندی منجر به ناتوانی شود. تجربه خشونت فیزیکی در هر مرحله از زندگی با ناتوانی حرکتی مرتبط است (۸).

سالمندان اغلب به طرق مختلف از سوی افراد قابل‌اعتمادشان با پیامدهای قابل‌توجه و پایدار بدرفتاری مواجه می‌شوند. بنا بر گزارش جهانی سالمندی و سلامت، آسیب یا ناراحتی ناشی از یک عمل و تکرار آن، یا عدم اقدام مناسب در هر اتفاقی که انتظار اعتماد می‌رود، خشونت محسوب می‌شود. هرگونه سوءاستفاده، ترک و رها شدن و نادیده گرفتن جدی شأن و احترام سالمند نیز خشونت محسوب می‌شود (۲).

قربانیان آزار و اذیت سالمندان احتمال بیشتری دارد از بین زنان، معلولین جسمی، سالمندان با سلامت جسمی و روانی بد، کم‌درآمد و فاقد حمایت اجتماعی باشند (۲). به نظر می‌رسد کیفیت روابط نزدیک و تسهیلات زندگی مشترک بر خشونت تأثیر می‌گذارد. سلامت روان در بین سالمندانی که توسط اعضای خانواده مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرند، بیش از سایر سالمندان در خطر است (۲).

علیرغم فرهنگ قوی ایرانی مبنی بر تأکید به احترام سالمندان، اظهار خشونت تجربه‌شده سالمندان قزوینی، به‌ویژه خشونت روانی خیلی بیشتر از حد انتظار گزارش شده است (۹).

خشونت در مکان‌های عمومی، در خانواده (۲۵٪) و موقعیت‌های سازمانی مانند بیمارستان (بین ۱۱ و ۲۴٪ متغیر) رخ می‌دهد. عمل خشونت معمولاً با اصطلاح عجز و ناتوانی، شرم، حمایت ضعیف، کار بیش‌ازحد و عدم آگاهی ابراز می‌شود. اعمال خشونت عواقب وخیمی دارد. در اصل هر عمل خشونت نقض قانون است ولی تاکنون هیچ مرجع تماس و کمک حرفه‌ای برای قربانیان سالمند وجود ندارد (۱۰).

با این وجود، خشونت قابل‌پیشگیری است (۱). مداخله برای مقابله با خشونت به‌عنوان بخشی از یک رویکرد بهداشت عمومی و در چهار مرحله: تعریف مشکل، شناسایی علل و عوامل خطر، طراحی و آزمایش مداخلات و افزایش میزان مداخلات مؤثر در راستای کاهش خطر مطرح است (۱).

به‌منظور پیشگیری از خشونت علیه زنان سالمند، عدالت اجتماعی، تغییر اجتماعی، تمرکز بر توجه عمومی به این موضوع، تغییر درک

نسخه ۲۰۱۸ تحلیل شدند.

اعتبار داده‌ها با استفاده از معیارهای مطالعه کیفی: مقبولیت^۲، انتقال‌پذیری^۳، همسانی یا قابلیت تصدیق^۴ و تأییدپذیری یا قابلیت اعتماد^۵ تأمین شد. مقبولیت با مشارکت مصاحبه‌گران آموزش‌دیده و دقیق در طی مطالعه انجام شد. همچنین دقت و زمان کافی برای تحلیل داده‌ها در نظر گرفته شد. جهت انتقال‌پذیری تمام مراحل مطالعه ثبت شد تا امکان پیگیری در هر مرحله وجود داشته باشد و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به‌طور هم‌زمان انجام شد. برای همسانی یک نسخه از مدارک و مصاحبه‌ها در اختیار ۳ نفر محقق که در مطالعه شرکت نداشتند، قرار گرفت تا نظر خود را اعلام کنند. برای تأییدپذیری متن مصاحبه‌ها توسط فرد دیگری خوانده شد و در خصوص کدبندی و تغییرات لازم تأیید شد.

یافته‌ها

مطالعه بر روی تعداد ۳۶ سالمند زن و مرد ۶۰ سال و بالاتر ساکن در مناطق مختلف ۲۲ گانه شهر تهران انجام شد. متوسط سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۶۷ سال بود. بالاترین سن در بین مصاحبه‌شوندگان ۷۵ سال و کمترین ۶۰ سال بود. نیمی از شرکت‌کنندگان خانم بودند. اشکال اصلی خشونت تجربه‌شده در بین سالمندان مورد مطالعه خشونت جسمانی، روانی-عاطفی، مالی و اجتماعی بودند. موارد مرتبط با هر شکل از خشونت تجربه‌شده به شرح ذیل بود.

۱. **خشونت جسمانی:** بنا به اظهارات مصاحبه‌شوندگان ضعف و ناتوانی جسمانی، بیماری‌های شناختی - بینایی - شنوایی - آرتروز - پادرد - آلزایمر، ترس از سقوط، نیاز به مراقبت بهداشتی و درمانی، کافی نبودن برنامه‌ها و سیاست‌های مرتبط با سلامت جسمانی سالمند، پریشانی روانی، مراقبت خانگی غیر تخصصی و نایمن، داشتن سبد دارویی با تعداد داروی زیاد، فقدان مرکز کمک حرفه‌ای برای قربانیان مراقبت نایمن خانگی، از اشکال تجربه خشونت جسمانی بودند.

یکی از سالمندان شرکت‌کننده در این زمینه چنین گفت:

«دیگه مثل قدیم نمی‌تونم خودم کارامو انجام بدم. دستام می‌لرزه، گوشم سنگین شده، چشمم سوشو از دست داده، واسه هرکاری به دیگران وابسته شدم.»

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان در این خصوص چنین گفت:

«یه زمانی کوه رو کوه می‌داشتم و آخ نمی‌گفتم؛ اما حال برا خرید یه کیلو سیب زمینی بیاز هم باید بچه هام کمک کنن. خیلی از این وضع شرمندم.»

۲. **خشونت روانی - عاطفی:** بنا به اظهارات مصاحبه‌شوندگان غفلت، رها شدن، نادیده گرفته شدن کسوت، تنها زندگی کردن، سر زدن دیربه‌دیر فرزندان، بی‌محلی فرزندان به احساس دل‌تنگی، افسردگی، غم و غصه، خستگی ناشی از یکنواختی روزها، شاد نبودن، زندگی در مراکز نگهداری سالمند از اشکال تجربه خشونت روانی - عاطفی بودند. خشونت عاطفی تجربه‌شده در زنان بیش از مردان گزارش شد.

یکی از سالمندان شرکت‌کننده در این زمینه چنین گفت:

«این آخر عمری روزها و ساعت‌ها تنها توخونه می‌شینم و چشم به در و دیوار می‌دوزم دریغ از این‌که یکی از بچه‌هام یا نوه هام بهم زنگی بزنن و احوالی از من بگیرن.»

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان در این خصوص چنین گفت:

«هر وقت راجع به تربیت نوه‌هام و یا این‌که چه کاری خوبه و چه کاری نه حرفی می‌زنم، پسر می‌گه به شما ربطی نداره، شما دخالت نکن. ولی من نمی‌خوام دخالت کنم. من خیر و صلاح اونا رو می‌خوام. آخه من این موها رو که تو آسیاب سفید نکردم، سرد و گرم روزگارو چشیدم. می‌خوام از تجربه هام استفاده کنن.»

۳. **خشونت مالی:** از کارافتادگی، بازنشستگی، سوءاستفاده مالی، عدم تشخیص مقدار و ارزش پول، وابستگی مالی به فرزندان، نداشتن مسکن مستقل، درآمد ناکافی، فقدان بیمه خدمات درمانی، تحمل هزینه دارو-درمان و تجهیزات کمک درمانی، زندگی در جنوب شهر و محله کم‌درآمد از اشکال تجربه خشونت مالی بودند.

یکی از سالمندان شرکت‌کننده در این زمینه چنین گفت:

«با این سن و سال دیگه وقت استراحت منه. باید خیالم از هزینه‌های زندگی و دوا درمون خودم و زخم راحت باشه. ولی با این وضع و اوضاعی گرونی مجبورم هنوزم کار کنم. بازم همش شرمنده اهل و عیالم.»

یکی دیگر از سالمندان شرکت‌کننده در این زمینه چنین گفت:

«یه حقوق بازنشستگی و این همه هزینه، پول پیش و اجاره خونه، قبض آب و گاز و برق روکه میدی کمر حقوق می‌شکنه. خدا شاهده که تا آخر برج خرج خورد و خوراکو به زور می‌روسونم. حالا اگه یه مناسبی چیزی هم باشه که بخوای کادویی بگیري یا یه مهمونی که باهش رودرواسی داری بخواد بیاد که دیگه می‌افتی به قرض دستی.»

۲. Credibility
۳. Transferability
۴. Confirmability
۵. Dependability

سالمندان مورد مطالعه حاضر تا حد زیادی نشأت گرفته از اعتقادات مذهبی و فرهنگ غنی ایران و احترام به مقام والای بزرگ‌ترها باشد.

اویسی و همکارانش در مطالعه‌ای بنا بر اظهار خشونت تجربه شده سالمندان قزوینی، علی‌رغم فرهنگ قوی ایرانی مبنی بر تأکید به احترام سالمندان، خشونت روانی خیلی بیشتر از حد انتظار را گزارش کردند (۹) که با یافته مطالعه حاضر نیز همخوانی داشت. همسو با مطالعه کاسترو که رها شدن و غفلت در زنان بالای ۸۰ سال شایع‌تر بود (۱۲) زنان سالمند مطالعه حاضر نیز با غفلت و نادیده شدن خشونت روانی و عاطفی بیشتری را تجربه کرده بودند. در گزارش دی سانتانا شایع‌ترین عوامل خطر خشونت علیه سالمندان خشونت روانی، فیزیکی و سرقت بودند (۱۳). همانند یافته مطالعه حاضر که سالمندان شرکت‌کننده به‌ویژه سالمندان زن از سرقت و کلاهبرداری رنج می‌بردند. این موضوع خصوصاً هنگام استفاده سالمند از خودپردازها رخ می‌داد. رادکی‌نویسر، خشونت خانگی علیه سالمندان را پدیده قابل توجهی در جمعیت لهستان ذکر کرد. حدود ۵۰ درصد از شرکت‌کنندگان در مطالعه وی ادعا کردند که با خشونت فیزیکی، اقتصادی یا روانی علیه سالمندان برخورد کرده‌اند (۱۴). همچنین بنا بر مطالعه سئوتو، خشونت روانی یکی از شایع‌ترین اشکال خشونت خانگی است که زنان را نسبت به مردان بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهد. علیرغم این واقعیت که شرکت‌کنندگان از نظر روان‌شناختی مورد آزار قرار گرفته‌اند، اذعان داشتند که مورد تهدید، تحقیر، بی‌احترامی، نادیده گرفته شدن، آزار مالی و مجبور به انجام کارهای خانه شده‌اند. زنان مسن‌تر احساس غم و اندوه، خشم و ترسی را ابراز کردند که تأثیر منفی بر سلامت آن‌ها داشت (۱۵) که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو بود.

به‌طور کلی طراحی یک شبکه حمایتی و پشتیبانی برای به حداقل رساندن کمیت و کیفیت تجارب خشونت در بین سالمندان، اجرای تحقیقات بیشتر برای مداخله پیشگیرانه در عوامل خطر مرتبط با اشکال خشونت، ایجاد برنامه‌های آموزشی مراقبتی برای قربانیان ضروری است.

محدودیت‌ها

احساس شرم از بازگویی خشونت تجربه شده توسط سالمند که از طریق جلب اعتماد سالمند رفع شد. در غیر این صورت نمونه جایگزین شد. خستگی، عدم تمایل و همکاری به شرکت در مطالعه حین مصاحبه که برحسب مورد، نمونه دیگری جایگزین شد.

۴. **خشونت اجتماعی:** نادیده گرفته شدن جدی شأن و احترام اجتماعی، رفاه و حمایت اجتماعی، فقدان مراکز فرهنگی و ورزشی، عدالت اجتماعی، تغییر نگرش اجتماعی به سالمند، وابستگی، ناتوانی در دفاع از خود، سرقت و کلاهبرداری (به‌ویژه سالمند زن)، محدودیت تردد در سطح شهر و معابر، فقدان مراکز تفریحی مناسب از اشکال تجربه خشونت اجتماعی بودند.

یکی از سالمندان شرکت‌کننده در این زمینه چنین گفت:

«چند روز پیش می‌خواستم برم جشنواره موسیقی فجر. از بچه هام خواستم تا برام بلیط تهیه کنن. یه طوری با من برخورد کردن که انگار گناه بزرگی مرتکب شدم. گفتن دیگه از تو گذشته که دنبال این کارها بری.»

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان در این خصوص چنین گفت:

«راست میگه. من هم گاهی خیلی دلم می‌خواد سینمایی، تئاتری جایی برم. ولی نوه هام بهم می‌خندن. یا وقتی از شون می‌خوام بهم یاد بدن تو تلگرام و اینا برم، می‌گن اینجور جاها مال جووناست.»

همچنین یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان در این خصوص چنین گفت:

«تردد تو سطح شهر خیلی سخته، بیشتر پیاده‌رو ها کم عرض و سنگفرش‌های نا مناسب دارن، سوار شدن به اتوبوس هم که حکایت خودشو داره. اگه از صف جمعیت نوبتی برا سوار شدن گیرت بیاد، با ارتفاع ورودی اتوبوس که رد شدن ازش کار رستمه، نمیدونی چکار کنی. یه بار خودم دیدم خانوم پیری موقع سوار شدن به اتوبوس پاش گیر کرد و افتاد زمین. خدا رحم کرد که پاش نشکست.»

بحث

نتایج اصلی مطالعه نشان داد اشکال خشونت تجربه شده در بین سالمندان مورد مطالعه خشونت جسمانی، روانی-عاطفی، مالی و اجتماعی بودند.

بنا بر گزارش جهانی سالمندی و سلامت، رایج‌ترین اشکال خشونت: مالی، روانی، غفلت، فیزیکی و جنسی بود. زن بودن، سن بالای ۷۴ سال، ناتوانی و ضعف جسمانی، اختلالات روانی-افسردگی، درآمد کم، وابستگی مالی، اختلالات شناختی، انزوای اجتماعی، مصرف الکل و مواد مخدر، تنها زندگی کردن، هنجارهای فرهنگی و نگرش منفی نسبت به سالمندی به‌عنوان عوامل خطر خشونت علیه سالمندان مطرح شده است (۲) که صرف‌نظر از خشونت فیزیکی، جنسی و مصرف الکل و مواد مخدر، در سایر اشکال خشونت با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت. به نظر می‌رسد عدم تجربه خشونت فیزیکی و جنسی

تشکر و قدردانی

است. لذا نویسنده از مسئولین مرکز به خاطر حمایت‌های مادی و معنوی قدردانی می‌کند. همچنین از سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه به خاطر همکاری و سعه‌صدرشان تشکر می‌کند.

مقاله حاضر از طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، با کد اخلاق ۱۳۹۷.۳۸۳. IR.SBMU.RETECH.REC. استخراج شده

References

1. World Health Organization. Violence prevention. 2018; Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/.
2. World Health Organization. World report on ageing and health. swiss: World Health Organization; 2015.
3. Evandrou M, Falkingham JC, Qin M, Vlachantoni A. Elder abuse as a risk factor for psychological distress among older adults in India: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017;7(10):2017-017152.
4. Labrum T. Factors related to abuse of older persons by relatives with psychiatric disorders. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;68:126-34.
5. Schwedler A, Konopik N, Heber L, Wellenhofer M, Oswald F, Zenz G, et al. [Violence against the elderly in domestic care settings : Short profile of an interdisciplinary research project]. *Z Gerontol Geriatr*. 2017;50(4):294-7.
6. Sorensen J, Kruse M, Gudex C, Helweg-Larsen K, Bronnum-Hansen H. Physical violence and health-related quality of life: Danish cross-sectional analyses. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10(113):1477-7525.
7. Guedes DT, Curcio CL, Llano BA, Zunzunegui MV, Guerra R. [The gender gap in domestic violence in older adults in Latin America: the IMIAS Study]. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(4-5):293-300.
8. Guedes DT, Vafaei A, Alvarado BE, Curcio CL, Guralnik JM, Zunzunegui MV, et al. Experiences of violence across life course and its effects on mobility among participants in the International Mobility in Aging Study. *BMJ Open*. 2016;6(10):2016-012339.
9. Oveisi S, Karimi R, Mahram M. Note from Iran: Self-reported elder abuse in Qazvin, 2012. *J Elder Abuse Negl*. 2014;26(3):337-40.
10. Hirsch RD. [Violence against elderly people. Recognize--Sensitize--Act!]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2016;59(1):105-12.
11. Mears J. Violence Against Older Women: Activism, Social Justice, and Social Change. *J Elder Abuse Negl*. 2015;27(4-5):500-13.
12. Castro VC, Rissardo LK, Carreira L. Violence against the Brazilian elderlies: an analysis of hospitalizations. *Revista brasileira de enfermagem*. 2018;71 2:777-85.
13. De Santana IO, De Vasconcelos DC, De Lima Coutinho MP. Prevalence of violence against elderly in the Brazil: Analytic review. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2016;68(1):126-39.
14. Radkiewicz P, Korzeniowski K. Justification and Indifference: Diverse Permissive Attitudes Toward Witnessed Violence Against the Elderly and Disabled. *Journal of Interpersonal Violence*. 2017;32(24):3797-821.
15. Souto RQ, Merighi MAB, Guruge S, De Jesus MCP. Older Brazilian women's experience of psychological domestic violence: A social phenomenological study. *International Journal for Equity in Health*. 2015;14(1).

