Nurses' perception in Tehran of Elder Abuse

Bahramnezhad F[1], Navab E*[2], Bakhshi R[3], Asadi Noghabi AA[4], Mehran A[5]

Abstract

Introduction and purpose: Number of elderly population is increasing and according to WHO estimation, this number rise up to 22% in 2050. Elderly are prone to several challenges such as elder abuse due to aging population. Therefore, this study aimed to investigate nurses' perception of elder abuse in the city of Tehran.

Materials and Methods: This Cross-sectional study was conducted by convenience sampling method to select 400 nurses from February to March 2014. Samples selected from nurses working in the emergency departments affiliated to Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. A researcher-made questionnaire was used and the reliability was ensured using Cronbach's alpha (α =82%). SPSS version 13 was used to analyze the data via descriptive statistics.

Findings: Findings from this study indicated that mean age of our participants was 40.12 (SD=7.05) years old. Nurses perceived financial and sexual elder abuse as the most frequent type of elderly abuse.

Conclusion: Nurses spend a large amount of time with patients compared to other health care practitioners which represent nurses as the frontline in proving care to elderly. Therefore, it is necessary to expand our knowledge about elder abuse and different type of abuse.

Keywords: Elder abuse, Perception, Old people, Nurse, Tehran

Received: 2016/05/3 Accepted: 2016/09/5

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 - BS, Ms, PhD candidate, Critical Care Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, IR Iran
2 - BS,Ms, PhD, Head of Critical care and Geriatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, IR Iran. (**Corresponding Author):E-mail:** E-navab@sina.tums.ac.ir
3 - BS, Ms, Geriatric Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, IR Iran
4 - BS, Ms, PhD,Geriatric Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, IR Iran
5 - BS,MS, Critical care and Geriatric Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, IR Iran

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.61]

درک پرستاران شهر تهران از سوء رفتار با سالمند

فاطمه بهرام نژاد[۱]، الهام نواب*[۲]، رقیه بخشی[۳]، احمدعلی اسدی نوقابی[۴]، عباس مهران[۵]

تاریخ دریافت مقاله: ۲/۱۴ /۱۳۹۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۵/ ۶/ ۱۳۹۵

چکیده

مقدمه و هدف: با افزایش جمعیت سالمندان میزان سوء رفتار با آنها در حال افزایش است. علیرغم افزایش این معضل اما میزان گزارش دهی آن حتی از سوی کادر درمانی بخصوص پرستاران که ساعات متمادی با بیمار سپری می کنند، بسیار پایین است. هدف این مطالعه با هدف درک پرستاران شهر تهران از سوء رفتار با سالمند انجام شده است.

مواد و روش: این مطالعه توصیفی- مقطعی جهت بررسی درک از سوء رفتار با سالمند با شرکت ۴۰۰ پرستار در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. جهت ارزیابی درک از سوء رفتار از پرسشنامه پژوهشگر ساخته با روایی محتوا و آلفای کرونباخ (α =82%) استفاده شد. داده ها با کمک نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و با کمک آمار توصیفی، تحلیل شدند.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد که میانگین سنی پرستاران ۷/۰۵± ۴۰/۱۲ بود. امتیاز مطلوب درک از سوء رفتار با سالمند در پرستاران در سوء رفتار مالی و جنسی بالاتر از سایر موارد بودند و سوء رفتارهای عاطفی، غفلت، جسمی و خود غفلتی در مراتب بعدی قرار داشتند.

نتیجه گیری: با توجه به کسب امتیاز پایین در پرستاران در زمینه درک از سوء رفتار با سالمند،نیاز به آموزش در این خصوص ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه ها: درک، سوء رفتار، سوء رفتار با سالمند، سالمندان، پرستاران، تهران

۱- دانشجوی دکتری آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲- استادیار، هیات علمی ، دانشکده پرستاری و مامائی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** E-navab@sina.tums.ac.ir
۳- کارشناس ارشد سالمندشناسی، دانشکده پرستاری و مامائی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴- استادیار، هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامائی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵- مربی، هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامائی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.61]

مقدمه

سوء رفتار با سالمندان شامل خشونت و یا بد رفتاری با سالمندان است که می تواند به صورت انجام یا عدم انجام(غفلت) رفتاری خاص باشد. سوء رفتار می تواند آگاهانه یا ناآگاهانه باشد و می تواند باعث تجاوز به حقوق انسانی و یا کاهش کیفیت زندگی فرد شود. سوء رفتار با سالمندان پیامدهای قابل توجهی مانند افسردگی، ترس، اضطراب، رنج و درد عاطفی، صدمات فیزیکی، سوء تغذیه، کاهش اعتماد به نفس و کاهش طول عمر سالمند را در پی دارد (۱-۴).

در حالی که بسیاری از صاحب نظران نگرانی عمیقی را در خصوص خشونت در خیابان ها و اماکن عمومی ابراز می کنند، متاسفانه احتمال مورد خشونت قرار گرفتن افراد در خانواده به مراتب بیشتر از بیرون خانواده هاست (۵). سوء رفتار با سالمندان به عنوان آخرین شکل تعریف شده خشونت های خانگی، پس از همسرآزاری و کودک آزاری برای اولین بار، در سال ۱۹۷۵ تقریباً به طور همزمان، در آمریکا و انگلستان مورد توجه قرار گرفت(۶). هرچند سوء رفتار با سالمندان به همان فراوانی سایر اشکال خشونت های خانگی است اما میزان گزارش و تشخیص آن فوق العاده پایین تر است(۷). تعداد موارد گزارش شده سوء رفتار با سالمندان در تمامی فرهنگ ها، کمتر از میزان واقعی آن است. به عبارت دیگر رقم سیاه بزهکاری(فاصله موجود بین موارد ثبت شده و موارد واقعی) در سوء رفتار با سالمندان بسیار بالاست و فقط یک مورد از هر ده مورد سوء رفتار نسبت به سالمندان گزارش می شود(۸, ۹). متخصصان معتقدند، آمار رسمی گزارش شده تنها نوک کوه یخِ سوء رفتار با سالمندان را نشان می دهد. سازمان بهداشت جهانی موارد گزارش شده را بین یک مورد از هر شش مورد تا یک مورد از هر پانزده مورد سوء رفتار برآورد کرده است(۱۰).

عوامل بسیاری بر کم بودن گزارشات مربوط به سوء رفتار با سالمندان موثر است، از جمله اینکه قربانی، از گزارش مسئله خودداری کند زیرا به آزار دهنده از نظر نیازهای حیاتی یا از نظر عاطفی وابستگی دارد و یا ممکن است ترس از بیرون انداخته شدن از خانه و سپرده شدن به موسسات و یا ترس از مورد تلافی واقع شدن، مانع گزارش مسئله شود(۱۱). عدم گزارش سوء رفتار همچنین می تواند به علت سعی سالمند در مراقبت از سوء رفتار کننده (که اغلب فردی از خانواده ویا دوستان او می باشد) اتفاق بیفتد(۱۲).همچنین سوء رفتار با سالمندان اغلب معضلی است که در محدوده ای دور از مشاهده و بررسی پنهان می ماند. برخلاف کودکان که خانه را ترک می کنند تا در مدرسه حضور یابند، سالمندان در منزل باقی می مانند، یعنی دقیقا در همان مکانی که سوء رفتار نهانی در آن آغاز شده است و در آن ادامه می یابد(۱۳).

یکی دیگر از مشکلات شناسایی موارد سوء رفتار نسبت به سالمندان و در واقع مهمترین آنها، فقدان تعریف واضح و روشن از واژه سوء رفتار در این موارد است. کارکنان حرف پزشکی برای شناسایی موارد سوء رفتار نسبت به سالمندان و پیشگیری از آن به یک تعریف روشن از ماهیت و مفهوم این پدیده نیاز دارند(۱۴). درک از سوء رفتار با سالمند در سالمندان در مطالعات بسیاری اغلب مورد غفلت قرار گرفته است. (۱۵). درک و تعریف کارکنان حرفه ای از مفهوم سوء رفتار اغلب بر دیدگاه های فردی و نیازهای حرفه ای ایشان مبتنی می باشد(۱۶).

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.61]

طبق مطالعات انجام شده، بین درک کارکنان حرفه ای از سوء رفتار و گزارش موضوع ارتباط مستقیمی وجود دارد، بدین معنا که هر چه درک از سوء رفتار صحیح تر باشد، میزان گزارش آن نیز بیشتر و دقیق ترخواهد بود(۱۷).

بنا بر مطالب ذکر شده و با توجه به اینکه پرستاران به عنوان قشری از تیم بهداشت و درمان، که بیشترین تماس را با مددجویان دارند در موقعیت مناسبی برای تشخیص، ارزیابی و مداخله در خشونت های خانگی هستند(۱۸) و نظر به اینکه در آینده‌ی نزدیک سالمندان بزرگترین گروه مددجویان را در کشور ما تشکیل خواهند داد و با توجه به نا شناخته بودن ابعاد درک از پدیده سوء رفتار در پرستاران مطالعه حاضر شکل گرفت.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی- مقطعی در فاصله فروردین تا شهریور ۱۳۹۳ با حجم نمونه ۴۰۰ نفر انجام شد. نمونه های پژوهش شامل پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منطقه شش تهران که تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. در این مطالعه نمونه گیری به روش در دسترس انجام شد، بدین ترتیب که جهت نمونه گیری از بیمارستان‌هایی که تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در این منطقه بودند، به صورت تصادفی یک بیمارستان انتخاب و تمام پرستاران دارای معیارهای ورود(داشتن حداقل شش ماه سابقه کار پرستاری و تمایل به پاسخگویی به سوالات) تحت پوشش قرار گرفتند. پس از نمونه گیری از این بیمارستان، یک بیمارستان دیگر انتخاب و به همین روال تا زمان رسیدن به حجم نمونه مطلوب ادامه داده شد.

ابزارگردآوری اطلاعات، پرسشنامه پژوهشگرساخته بود که با مرور متون و مطالعات طراحی گردید. پرسشنامه شامل دو قسمت بود، قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک مانند سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی ووضعیت تاهل و قسمت دوم پرسشنامه، شامل سوالات مربوط به درک سوءرفتار بود. پس از کسب رضایت آگاهانه و بیان اهداف پژوهش، پرسشنامه ها، بصورت خودگزارشی تکمیل شدند.

برای روایی پرسشنامه از روایی محتوا استفاده شد. بطوری‌که نظرات ده تن از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تهران در خصوص این پرسشنامه اخذ و اعمال گردید. تعداد سوالات پرسشنامه ۲۴ عدد تدوین شد که برمبنای طیف لیکرت(کاملا مخالفم: ۱ امتیاز، مخالفم: ۲ امتیاز، نظری ندارم: ۳ امتیاز، موافقم: ۴ امتیاز، کاملا موافقم: ۵ امتیاز) نمره گذاری گردید. بطوری که کسب نمره بالاتر نشان دهنده درک بالاتری از سوء رفتار با سالمند بود. از ۲۴ سوال پرسشنامه ۳ سوال مربوط به سوء رفتارمالی، هفت سوال مربوط به غفلت، ۲ سوال مربوط به سوء رفتار جنسی و به سوء رفتارهای عاطفی، فیزیکی و خود غفلتی هر کدام ۴ سوال اختصاص یافت. جهت محاسبه پیوستگی درونی از آلفای کرونباخ استفاده شد به طوری که پرسشنامه ی ۲۰ نفر از پرستاران انتخاب شده و با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ و با استفاده از ابزار SPSS پایایی آن در پرستاران(α =٪۸۲) به دست آمد.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. برای دستیابی به اهداف و سوالات پژوهش، از آمار توصیفی مانند شاخص های آماری و تنظیم جداول توزیع فراوانی استفاده شد.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.61]

یافته ها

میانگین سنی پرستاران ۰۵ /۷± ۱۲/ ۴۰ بود. اکثریت پرستاران زن و با تحصیلات در سطح کارشناسی بودند (۹۷/۵ درصد) و ۷۰ درصد جمعیت سابقه کاری زیر ۱۰ سال را داشتند. ۴/۵ درصد از پرستاران،خودشان از یک سالمند در خانه مراقبت می کردند و هیچ یک از پرستاران شاغل،آموزشی در خصوص سوء رفتار با سالمندان را نگذرانده بودند.

۱۶ درصد از پرستاران اظهار کردند که در محیط کار خود، شاهد سوء رفتار با سالمندان بوده اند که تنها ۲٪ از آنها سوء رفتار با سالمند را در محیط کار خود، گزارش داده اند. یافته ها نشان داد امتیاز مطلوب درک از سوء رفتار با سالمند در پرستاران در سوء رفتار مالی و جنسی بالاتر از سایرین و به دنبال آن سوء رفتارهای عاطفی، غفلت،جسمی و خود غفلتی قرار داشتند(جدول شماره۱).

جدول شماره ۱: درک از انواع سوء رفتار با سالمند در پرستاران

انواع سوء رفتار	عاطفی		جسمی		مالی		خود غفلتی		غفلت		جنسی	
امتیاز	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ضعیف	۱۰۷	۲۶/۸	۶۱	۱۵/۳	۷۸	۱۹/۵	۹۱	۲۲/۸	۹۲	۲۳	۹۱	۲۲/۸
متوسط	۵۸	۱۴/۵	۱۲۸	۳۲	۶۲	۱۵/۵	۲۴۴	۶۱	۸۱	۲۰/۳	۵۳	۱۳/۳
مطلوب	۲۳۵	۵۸/۸	۲۱۱	۵۲/۸	۲۶۰	۶۵	۶۵	۱۶/۲	۲۲۷	۵۶/۸	۲۵۶	۶۴
مجموع	۴۰۰	۱۰۰	۴۰۰	۱۰۰	۴۰۰	۱۰۰	۴۰۰	۱۰۰	۴۰۰	۱۰۰	۴۰۰	۱۰۰

بحث و نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که امتیاز مطلوب درک از سوء رفتار در پرستاران در سوء رفتار مالی و جنسی بالاتر از سایرانواع سوء رفتار قرار دارد. طبق مرور متون انجام شده مطالعه ای که به بررسی درک از انواع سوء رفتار با سالمند در پرستاران بپردازد، یافت نشد. طبق مطالعه ای که توسط Lo و همکاران بر روی درک از سوء رفتار با سالمند در دانشجویان پرستاری انجام داده بودند. دانشجویان در درک از انواع سوء رفتار به ترتیب در انواع جسمی، غفلت، عاطفی، مالی و جنسی امتیاز بالاتری کسب کرده بودند که با مطالعه حاضر متفاوت می باشد. به خصوص در سوء رفتار مالی و جنسی که در مطالعه حاضر بیشترین امتیاز را در گروه

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.61]

پرستاران کسب کرد(۱۲). در این بخش می توان گفت، تفاوت در پرسشنامه استفاده شده و یکسان نبودن شدت سوالات در انواع سوء رفتار می تواند موجب تفاوت در امتیازات کسب شده باشد. همچنین متفاوت بودن جامعه پژوهش (پرستاران و دانشجویان پرستاری) و تفاوت فرهنگی جوامع (تهران و هنگ کنگ) نیز می تواند در این تفاوت موثر می باشد.

مطابق با یافته های مطالعه‌ی حاضر، پرستاران درک پایینی از سوء رفتار عاطفی داشتند. که البته این امر می تواند، دلایل مختلفی داشته باشد. بر اساس مرور متونی که انجام گرفت،مطالعه ای که به بررسی درک سوء رفتار روانشناختی در بین پرستاران بپردازد، یافت نشد. در مطالعه ای که به مقایسه درک از سوء رفتار عاطفی بین سالمندان و پزشکان پرداخته، پزشکان امتیاز پایین تری در درک از سوء رفتار عاطفی با سالمند به دست آوردند(۱۹). پژوهشگر این احتمال را می‌دهد از آنجا که سوءرفتارعاطفی،علایم عینی بر فردسالمند ندارد، این عینی نبودن ممکن است باعث کاهش میزان تشخیص و درک از رنجی که سالمند در این خصوص متحمل می شود، باشد.

سوء رفتار فیزیکی یک از انواع سوء رفتار می باشد که علایم مشخصی را داشته و نسبت به سوء رفتار روانشناختی پی بردن به این مسئله راحتتر می باشد. علیرغم عینی بودن این سوء رفتار و وجود علایم اعلام شده از طرف مطالعات انجام شده در این خصوص(۲۰)، در مطالعه ی حاضر پرستاران درک کمی نسبت به این سوء رفتار نشان دادند که این امر عدم وجود آموزشهای مناسب در این زمینه را نشان می دهد.

سوء رفتار مالی یکی از انواع سوء رفتارهایی می باشد که طبق مطالعات انجام شده، بعد از غفلت (۵۷ درصد) و سوء رفتار فیزیکی (۱۹ درصد) درصد قابل توجهی (۱۵ درصد) را به خود اختصاص می دهد(۲۱). در خصوص سوء رفتار مالی با سالمند در مطالعه ی حاضر می توان گفت که همانند دو سوء رفتار مورد بحث، پرستاران نیز در مورد این سوء رفتار درک پایینی داشتند. گرچه مطالعاتی درک پرستاران در خصوص پدیده ی سوء رفتار با سالمند بپردازد، یافت نگردید، مطالعه ای که به مقایسه ی درک پزشکان با سالمندان پرداخته بود، این مطالعه ی بیان نمود که پزشکان در خصوص پدیده ی سوء رفتار مالی درک پایین تری را نسبت به سالمندان دارند(۱۹). در مطالعه ای که در کره انجام شد تنها حدود ۲ درصد از دانشجویان پرستاری شرکت کننده، سوء رفتار مالی را یک نوع سوء رفتار با سالمند می دانستند(۱۲) . با توجه به اینکه ۶۵ درصد از پرستاران امتیاز مطلوبی در خصوص سوء رفتار مالی در این مطالعه کسب کرده بودند، نتایج مطالعه حاضر با این مطالعه متناقض می باشد. علت این امر می تواند مربوط به تفاوت جوامع پژوهش مطالعه باشد. مطالعه LO در هنگ کنگ انجام شد و شرکت کنندگان آن دانشجویان پرستاری بودند. همچنین سوء رفتار مالی با ویژگی های دموگرافیک و اقتصادی مرتبط می باشد؛ انجام مطالعاتی که به بررسی اطلاعات دموگرافیک و سوء رفتار با سالمند بپردازد، می تواند مفید باشد و علل تفاوتها را آشکارتر کند.

غفلت یکی از انواع سوء رفتار می باشد که درصد قابل توجهی را در مطالعات به خود اختصاص می دهد و تقریبا می توان گفت که نیمی از سوء رفتارها از این نوع می باشند(۲۱). مطالعه ی حاضر نشان داد که پرستاران درک کمی از این نوع سوء رفتار داشتند. بر اساس مرور متون انجام شده، مطالعه ای که درک پرستاران را

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.61]

نسب به این نوع سوء رفتار مورد بررسی قرار دهد، یافت نشد. البته در مطالعه ای که به مقایسه درک از سوء رفتار با سالمند در میان پزشکان انجام شد آنها نیز همانند مطالعه‌ی حاضر درک پایینی نسبت به این سوء رفتار با سالمند داشتند(۱۹).

خود غفلتی در مطالعات مربوط به سوء رفتار با سالمند اغلب مورد بی توجهی قرار گرفته است. این در حالی می باشد که طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، خودغفلتی از انواع سوء رفتار با سالمند محسوب می شود (۶). مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران درک کمی نسبت به خود غفلتی داشتند که نشان دهنده نیاز به آموزش پرستاران در این خصوص می باشد.

در خصوص درک از سوء رفتار جنسی با سالمند، مطالعه ای که به بررسی درک دانشجویان پرستاری در هنگ کنگ از انواع سوء رفتار با سالمند می پرداخت، فقط ۱/۵ درصد از دانشجویان سال سوم شرکت کننده سوء رفتار جنسی را یک نوع سوء رفتار با سالمند می دانستند و هیچکدام از دانشجویان سال یک شرکت کننده سوء رفتار جنسی را یک نوع سوء رفتار با سالمند نمی دانستند(۱۲). با توجه به اینکه در مطالعه حاضر۶۴ درصد پرستاران امتیاز مطلوبی از سوء رفتار جنسی به دست آوردند نتایج مطالعه حاضر برخلاف این مطالعه می باشد. برخی از مطالعات انجام شده در خصوص سوء رفتار با سالمند به علت مسایل فرهنگی به مسئله سوء رفتار جنسی نپرداخته بودند. به طور کلی سوء رفتار با سالمند مسئله ای وابسته به فرهنگ می باشد که این موضوع در سوء رفتار جنسی خود را پر رنگ تر نشان می دهد و نیاز به مطالعات بیشتری را طلب می کند.

پرستاران نسبت به سایر اعضای تیم بهداشت و درمان بیشترین وقت را با بیماران می گذرانند و شاید اولین کسانی باشند که با مراجعین برخورد می کنند. با افزایش جمعیت سالمندان در ایران، تعداد مراجعین سالمند نیز افزایش داشته است. پرستاران می توانند در پیشگیری از سوء رفتار با سالمند، بالا بردن مهارتهای تشخیص سوء رفتار با سالمند و آموزش عموم جامعه در خصوص این پدیده فعالانه تلاش کنند. آموزش پرستاران می تواند در افزایش دانش و درک پرستاران در خصوص سوء رفتار با سالمند کمک کننده باشد و در نهایت باعث افزایش مهارت پرستاران در مداخله در خصوص سوء رفتار با سالمند گردد. از محدودیتهای این پژوهش می توان به به علت بالا بودن حجم نمونه، نمونه گیری به صورت تصادفی انجام نشد و به روش آسان و دسترس انجام شد، همچنین این مطالعه تنها در منطقه شش تهران بدون در نظر نگرفتن تفاوتهای اقتصادی- اجتماعی منطقه ی شش تهران با سایر مناطق انجام شد. گرچه این مطالعه بر روی انجام گرفت، ولی مرور متون انجام گرفته نشان می دهد که تمام افراد درگیر با سالمندان ازجمله پزشکان، مراقبین نیز نیاز به آموزش در این زمینه دارند بنابراین پیشنهاد می گردد مطالعه بر روی سایر گروههای درگیر نیز انجام شود. همچنین میتوان مطالعاتی در خصوص سالمندان ساکن در خانه های سالمندان انجام داد. این مطالعه تنها به بررسی درک از سوء رفتار با سالمند پرداخته است مطالعات آتی می توانند به بررسی شیوع سوء رفتار با سالمند، علل و عوامل خطر مرتبط با آن بپردازند. حتی پیشنهاد می شود که شیوع سوء رفتار با سالمند و پیامدهای آن به صورت یک طرح ملی انجام شود.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.61]

تقدیر و تشکر

این مطالعه بخش از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامائی تهران به شماره 17730-98-01-93 بوده است. بدین وسیله برخود لازم می دانیم از همکاری مجدانه معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و پرستارانی که در این مطالعه ما را یاری نمودند، کمال امتنان و قدردانی را داشته باشیم.

▪ *References*

1. Donovan K, Regehr C. Elder abuse: Clinical, ethical, and legal considerations in social work practice. Clinical Social Work Journal. 2010;38(2):174-82.

2 Lowenstein A. Caregiving and elder abuse and neglect—developing a new conceptual perspective. Ageing International. 2010;35(3):215-27.

3. 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.

4. Asgari P, Bahramnezhad F, Mehrdad N, Noughabi AAA, Hekmatpou D, Mahmoudi M. Depression, Functionality and Adaptability of Elderly Patients After Open Heart Surgery Off-or On-Pump. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care. 2015;4(4.(

5. Pournaghash S. Study of domestic violence in Tehran,. Tehran :Daneshvar; 2004.

6. Erlingsson C, Carlson S, Åström S, Saveman B-I. Dilemmas in witnessing elder abuse in caregiving situations: a family member perspective. Southern Online Journal of Nursing Research. 2009;9(1.(

7. Cooley-Strickland M, Quille TJ, Griffin RS, Stuart EA, Bradshaw CP, Furr-Holden D. Community violence and youth: Affect, behavior, substance use, and academics. Clinical child and family psychology review. 2009;12(2):127-56.

8. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. Age and ageing. 2008;37(2):151-60.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.61]

9. Afshar PF, Asgari P, Shiri M, Bahramnezhad F. A Review of the Iran's elderly status according to the census records. Galen Medical Journal. 2016;5(1):1-6.
10. Gorbien MJ, Eisenstein AR. Elder abuse and neglect: an overview. Clinics in geriatric medicine. 2005;21(2):279-92.
11. Daly JM, Merchant ML, Jogerst GJ. Elder abuse research: A systematic review. Journal of Elder Abuse & Neglect. 2011;23(4):348-65.
12. Lo SKL, Lai CKY, Tsui CM .Student nurses' perception and understanding of elder abuse. International journal of older people nursing. 2010;5(4):283-9.
13. Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Foroughan M, Ebadi A. Designing and determining psychometric properties of the Elder Neglect Checklist. Iranian Journal of Ageing. 2013;8(30):25-34.
14. Anetzberger GJ. The reality of elder abuse. Clinical Gerontologist. 2005;28(1-2):1-25.
15. Glendennina F, Kingston P. Elder Abuse and Neglect in Residential Settings: different national backgrounds and similar responses: Routledge; 2014.
16. Heravi M, Milani M, Faghihzade S. The effect of family counseling in preventing the abuse of older women. Hayat. 2005;24(3):77-9(Persian.(
17. Chan KL, Brownridge DA, Fong DY, Tiwari A, Leung WC, Ho PC. Violence against pregnant women can increase the risk of child abuse: A longitudinal study. Child abuse & neglect. 2012;36(4):275-84.
18. Almogue A, Weiss A, Marcus E-L, Beloosesky Y. Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. Archives of gerontology and geriatrics. 2010;51(1):86-91.
19. Helmes E, Cuevas M. Perceptions of elder abuse among Australian older adults and general practitioners. Australasian Journal on Ageing. 2007;26(3):120-4.
20. Fulmer T, Anetzberger G. Knowledge about family violence interventions in the field of elder abuse. Unpublished paper for the Committee on the Assessment of Family Violence Interventions of the National Research Council and Institute of Medicine. 1995.
21. Kennedy RD. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-. 2005;37(7):481.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.61]