پژوهشی

بررسی مصادیق سالمندآزاری و ارتباط آن با سن و جنس در سالمندان بستری در بیمارستان

دکتر آرش قدوسی* - الهام فلاح یخدانی**- دکتر حیدرعلی عابدی***

* استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه آزاد خوراسگان
** کارشناسی ارشد آموزش پرستاری گرایش سلامت جامعه
*** دانشیار و عضوهیات علمی دانشگاه ازاد خوراسگان

چکیده

مقدمه: سالمندان از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر در جامعه می‌باشند و سوءرفتار نسبت به آن‌ها توسط مراقبین یکی از اشکال خشونت می‌باشد که به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی در سراسر جهان شناخته شده است. هدف از این پژوهش بررسی اشکال سوءرفتار نسبت به سالمندان در طول بستری آن‌ها در بیمارستان بود.

روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی بود که به شکل نمونه‌گیری غیر تصادفی از نوع آسان بر روی ۲۰۰ سالمند بالاتر از ۶۵ سال که در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان میبد بستری شده بودند، صورت گرفت. برای جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه‌ی ساختارمند و یک پرسشنامه‌ی محقق ساخته تحت عنوان بررسی سوءرفتار با سالمند بستری استفاده شد.

یافته‌ها: بیشترین نمونه‌ی پژوهش را زنان (۵۲٪) و گروه سنی ۷۰-۶۵ سال (۶۵٪) تشکیل می‌دادند. شیوع سوءرفتارهای جسمی ۱۱/۱۸٪، روانی ۹/۶۸٪، مالی ۵/۰۸٪، غفلت ۲۱/۱۷٪، خودغفلتی ۲۱/۱۴٪ بود. تفاوت بین زنان و مردان در حیطه‌ی سوءرفتارهای جسمی (P = ۰/۰۲)، روانی و خودغفلتی (P = ۰/۰۱) و همین طور در حیطه‌ی سوءرفتارهای جسمی (P = ۰/۰۰۵) و غفلت (P = ۰/۰۲) بین گروه‌های سنی معنی‌داری بود.

نتیجه‌گیری: با وجود تأکید زیادی که در فرهنگ ما برای احترام به بیمار و سالمندان وجود دارد، سالمندان بستری در بیمارستان انواع مختلف سوءرفتار را تجربه می‌کنند. بنابراین شناخت دقیق سوءرفتار با سالمندان در بیمارستان می‌تواند آگاهی و حساسیت افراد، مدیران، کارکنان و سازمان‌های مرتبط با این پدیده را افزایش دهد تا برای پیشگیری و طراحی سیستم شناسایی سالمندان در معرض خطر اقدامات مؤثری انجام دهند.

کلیدواژه‌ها: سالمندآزاری، سالمند بستری، غفلت، خودغفلتی، بیمارستان

وصول مقاله: ۱۳۹۲/۷/۱۰ تایید مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۱۴

پست الکترونیک: efallah62@yahoo.com شماره تماس: ۰۳۵۲۷۷۴۰۲۴۰

مقدمه

انسان دارای دوره‌ی تحولی است که از ضعف شروع می‌شود و پس از مدتی توانمندی دوباره به ضعف و ناتوانی کشیده خواهد شد. ضعف دوره‌ی سالمندی مانند ضعف دوره‌ی کودکی است. یعنی همان طور که یک کودک نیازمند حمایت، توجه و کمک در ابعاد عاطفی، اقتصادی، روانی، اجتماعی دارد، سالمند نیز نیازمند چنین توجهی است (۱).

با پیشرفت بهداشت و ارایه‌ی مراقبت‌های پیشگیرانه و کنترل بیماری‌های واگیر، طول عمر افزایش و به تبع آن شمار سالمندان به ویژه در کشورهای در حال توسعه افزایش چشمگیری داشته است (۲). از جمله پیامدهای افزایش تعداد سالمندان در خانواده، می‌توان به تاثیرات منفی بر وضعیت جسمانی و ذهنی، فشارهای اقتصادی، اختلالات روانی و تنش‌های عاطفی، عدم تحمل بار مسوولیت، خستگی فردی و انزوای اجتماعی افراد خانواده اشاره کرد. به دنبال این تغییرات، بروز رفتارهای ضد اجتماعی و خشونت نیز افزایش یافته است (۳).

در خصوص مراقبت و درمان سالمندان، به طور مرتب مسایل اخلاقی خاص مطرح می‌شود. از آن جا که جمعیت رو به پیر شدن و پیشرفت‌های تکنولوژی رو به توسعه می‌روند، هر روز مسایل اخلاقی و قانونی پیچیده‌ای مطرح می‌شود. اکثر مسایل رایج در این زمینه

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]

شامل بررسی توانایی مددجو برای تصمیم گرفتن، تعیین جانشین مناسب برای تصمیم‌گیری به جای وی، در اختیار گذاشتن اطلاعات برای تصمیم‌گیری آگاهانه، سطح مراقبت مورد نیاز بر اساس عملکرد و خاتمه دادن به درمان در پایان زندگی می‌باشد. یکی از مسایل مربوط به سالمندان که اغلب نادیده گرفته می‌شود، سوءرفتار نسبت به آن‌ها است (۴). در حال حاضر سالمندآزاری مخفی‌ترین شکل سوءرفتار و کلید پاسخ‌های دولت به جمعیت در حال پیر شدن است. با این همه این موضوع یک مشکل خشونت خانوادگی، نگرانی از نسلی به نسل دیگر، بهداشت، عدالت و مساله‌ی حقوق بشر را در بر می‌گیرد؛ زیرا پدیده‌ی سالمندآزاری و غفلت یک مساله‌ی چند بعدی و پیچیده است که باید به وسیله‌ی چندین متخصص و روش‌های بین حرفه‌ای هدایت شود.. شیوع سالمندآزاری به وسیله‌ی سطح آگاهی افراد و سالمندان، میزان دانش آن‌ها و آمادگی متخصصان مراقبت بهداشتی، تحت تاثیر قرار می‌گیرد (۵).

امروزه سالمندآزاری و غفلت به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی گسترش یافته است. تخمین زده شده است که ۱۰-۴٪ از افراد بالاتر از ۶۵ سال در حال حاضر به وسیله‌ی بستگان، مراقبان و یا دیگران مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرند (۶). شیوع سالمندآزاری به وسیله‌ی مراقبان خانگی ۱۵-۱۲٪ می‌باشد (۷). هیچ اطلاعات قابل اطمینانی درباره‌ی شیوع سالمندآزاری یا غفلت در بیمارستان‌ها وجود ندارد. اما انواع سالمندآزاری در بیمارستان‌ها و خانه‌ی سالمندان مشابه انواعی است که در محیط جامعه رخ می‌دهد. رایج‌ترین نوع سالمندآزاری در بیمارستان‌ها و محیط جامعه، با توجه به فرهنگ و نگرش اطرافیان متفاوت است (۸). مقایسه‌ی شیوع بین‌المللی سالمندآزاری و غفلت مشکل است زیرا روش‌های متفاوتی در مطالعات مختلف استفاده شده است (۹). برای مثال در انگلستان، اولین مطالعه در رابطه با شیوع سالمندآزاری و غفلت در سال ۲۰۰۶ انجام شده بود. در این مطالعه ۲/۶٪ از پاسخ‌دهندگان، سالمندآزاری را به وسیله‌ی اعضای خانواده، دوستان نزدیک و یا کارکنان مراقبت گزارش کردند و بیشترین نوع سالمندآزاری گزارش‌شده غفلت بود که به دنبال سوءاستفاده‌ی مالی ایجاد شده بود.. به علاوه زنان بیشتر از مردان سوءاستفاده را تجربه کرده بودند (۱۰). داده‌های مختلفی که از بخش‌های مختلف جهان به دست آمده است، نشان می‌دهد که بیشترین نوع سالمندآزاری، سوءاستفاده‌ی روانی و کمترین نوع آن، سوءاستفاده‌ی جنسی است (۹). با توجه به این که در مطالعات مختلف از روش‌های مختلفی برای توصیف سالمندآزاری استفاده شده است، تعیین شیوع سالمندآزاری و غفلت در جمعیت مشکل است (۱۱). با توجه به روال بررسی‌ها می‌توان گفت که سالمندآزاری در بیمارستان‌ها مانند جامعه وجود دارد، اما شایع‌ترین نوع آن با جامعه متفاوت است.

در ایران تاکنون هیچ بررسی خاصی در این زمینه در محیط بیمارستان‌ها صورت نگرفته است، بنابراین آگاهی از وسعت این مشکل در بیمارستان به پرستاران، پزشکان، مراقبین و پرسنل بهداشتی کمک می‌کند که در مواجهه و بررسی اشخاص سالمند، سوءرفتار با سالمندان را مد نظر قرار دهند و با آمادگی لازم نقش حرفه‌ای خود را در زمینه‌ی تأمین سلامت سالمندان ایفا نمایند. به همین دلیل این مطالعه با هدف تعیین شیوع سالمندآزاری در سالمندان در طول بستری آن‌ها در بیمارستان انجام شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی توصیفی و تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۱ انجام شد. جامعه‌ی مورد پژوهش شامل کلیه‌ی سالمندان ۶۵ سال و بالاتر با حداقل سه روز بستری در بخش‌های بیمارستان ۱۵۰ تخت‌خوابی میبد، بودند. سالمندانی که مبتلا به مشکلات شناختی بودند و یا قادر به پاسخگویی به سوالات نبودند، وارد مطالعه نشدند. بیمارستان میبد تابع دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد است و دارای بخش‌های داخلی، جراحی، زنان، قلب، مراقبت‌های ویژه می‌باشد. حجم نمونه با در نظرگرفتن میزان شیوع سوءرفتار با سالمندان در سایر کشورها بین ۱۲-۱ درصد و با توجه به آمار سالمندان بستری در بیمارستان میبد که ماهیانه ۱۵۰ نفر بود، ۲۰۰ نفر تعین شد. نمونه‌گیری به روش غیر تصادفی آسان انجام شد.

اطلاعات مورد نظر توسط پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته که روایی و پایایی آن تایید شده بود، به صورت مصاحبه‌ی حضوری جمع‌آوری گردید. این پرسشنامه دارای ۲ بخش بود. سوالات دموگرافیک (به سن و جنس) در بخش اول و سوالات مربوط به سوءرفتار (جسمی، روانی، مالی، غفلت، خودغفلتی) در بخش دوم قرار داشتند. جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه، از روش اعتبار محتوی استفاده شد. پرسشنامه‌ی مورد نظر با مطالعه و استفاده از چندین پرسشنامه معتبر مانند پرسشنامه‌ی سوءرفتار نسبت به سالمندان در خانواده (Facts on Aging Quiz یا FAQI) و سایر پرسشنامه‌هایی که در تحقیقات مشابه به کار رفته بود و نیز مطالعه‌ی کتاب‌های مربوط به سالمندآزاری تهیه و تنظیم گردید. سپس پرسشنامه‌ی فوق توسط ۸ تن از اساتید عضو هیات علمی رشته‌ی پرستاری دانشگاه آزاد خوراسگان از نظر اعتبار محتوایی مورد بررسی قرار گرفت. پس از انجام اصلاحات لازم با توجه به پیشنهادها ابزار گردآوری دادهها مهیا گردید. سپس پرسشنامه توسط ۵۰ سالمند تکمیل گردید و با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ، پایایی هر یک از سوالات محاسبه گردید. چندین سوال پایایی کمتر از ۰/۳۵ داشتند که از پرسشنامه حذف گردیدند و پایایی سوالات به طور مجدد محاسبه گردید. در نهایت پایایی کل آزمون ۸۰٪ به دست آمد.

تعداد کل مصاحبهکنندگان ۳ نفر بودند که قبل از شروع کار چندین جلسه‌ی توجیهی برای آن‌ها گذاشته شد. مدت زمان تکمیل پرسشنامه به طور متوسط ۳۵ دقیقه بود. تکمیل پرسشنامه بدون حضور مراقب سالمند و در یک اتاق خصوصی و اطمینان دادن به سالمند مبنی بر محرمانه بودن پاسخ‌ها، با رضایت آگاهانه‌ی کتبی وی انجام شد. در

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]

انتهای پرسشنامه، از سالمندان خواسته شد که اگر موردی از آزار را در ذهن دارند، که از آن‌ها سوال نشده است، بیان کنند.
این پرسشنامه پنج سوال در حیطه‌ی سوءرفتار جسمی، یازده سوال در حیطه سوء رفتار روانی، شش سوال در حیطه سوءرفتار مالی، ده سوال در حیطه سوء رفتار از نوع غفلت و پنج سوال در حیطه سوءرفتار از نوع خودغفلتی می باشد وپاسخها به صورت بله، خیر، نظری ندارم می باشد.
جمع‌آوری داده‌ها از تاریخ ۱۳۹۱/۰۷/۲۵ شروع شد و در تاریخ ۱۳۹۱/۱۱/۲۵ پایان یافت. اطلاعات جمع‌آوری‌شده پس از استخراج و کد گذاری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ با استفاده از آمار توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و آزمون Student-t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

اکثریت واحدهای پژوهش (۵۲٪) زن بودند. بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۷۰-۶۵ سال (۶۵٪) بود. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات به دست آمده در ۵ حیطه‌ی مورد بررسی را در کل سالمندان نشان می‌دهد. در بررسی حیطه های مربوط به سوءرفتارها، حیطه‌ی غفلت و خودغفلتی شیوع بیشتری نسبت به سایر حیطه ها دارد.
جداول ۲ تا ۶ فراوانی و میانگین نمره‌ی افراد را در حیطه‌های سوءرفتار جسمی، روانی، مالی، غفلت و خودغفلتی نشان می‌دهند.
نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که لمس قسمت‌های مختلف بدن بدون رضایت و ضربه وارد کردن عمدی به بدن با در حیطه‌ی سوءرفتار جسمی شیوع بیشتری داشتند.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار سوءرفتار در حیطه‌های پنج گانه در سالمندان مورد مطالعه

حیطه‌های سوءرفتار	بله	خیر	میانگین	انحراف معیار
	تعداد (٪)	تعداد (٪)		
جسمی	۲۳ (۱۱٫۱۸)	۱۷۷ (۸۸٫۸۲)	۰٫۱۲	۰٫۲۳
روانی	۲۰ (۹٫۶۸)	۱۸۰ (۹۰٫۳۲)	۰٫۰۹	۰٫۱۶
مالی	۱۱ (۵٫۰۸)	۱۸۹ (۹۴٫۹۲)	۰٫۰۵	۰٫۱۴
غفلت	۴۳ (۲۱٫۱۷)	۱۵۷ (۷۸٫۸۳)	۰٫۲۱	۰٫۲۱
خودغفلتی	۴۲ (۲۱٫۱۴)	۱۵۸ (۷۸٫۸۶)	۰٫۲۱	۰٫۲۶

جدول ۲ - فراوانی و میانگین و انحراف معیار نمره در مورد سوالات حیطه‌ی سوءرفتار جسمی در افراد مورد مطالعه

سوءرفتار جسمی	بله تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)	میانگین	انحراف معیار
ایجاد زخم به علت بستر نامناسب	۱۲ (۵٫۹)	۱۸۸ (۹۴٫۱)	۰٫۰۵۹	۰٫۲۳
تغییر ظاهر فرد بدون رضایت	۱۳ (۶٫۳)	۱۸۷ (۹۳٫۷)	۰٫۰۶۳	۰٫۲۴
زمین خوردن به علت فراهم نبودن امکانات	۱۹ (۹٫۴)	۱۸۱ (۹۰٫۶)	۰٫۰۹۴	۰٫۲۹
ضربه وارد کردن عمدی به بدن	۲۹ (۱۴)	۱۷۲ (۸۶)	۰٫۱۴	۰٫۳۴
لمس قسمت‌های مختلف بدن بدون رضایت	۴۲ (۲۰٫۳)	۱۵۸	۰٫۲۰۲	۰٫۴

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بیاعتنایی و سر نزدن افراد خانواده (حضوری یا تلفنی) حیطه سوءرفتار روانی شیوع بیشتری دارند.
در بررسی متغیرهای حیطه‌ی سوءرفتار مالی، کوتاهی کردن در تأمین پول مورد نیاز و کوتاهی کردن نسبت به امور بانکی شیوع بیشتری داشتند (جدول ۴).
آشنا نکردن از اخبار مهم مربوط به روند بیماری و عدم رعایت رژیم غذایی در بررسی متغیرهای حیطه‌ی سوءرفتار غفلت، شیوع بیشتری داشتند (جدول ۵).
در بررسی متغیرهای حیطه‌ی خودغفلتی، عدم انجام فعالیت‌های روزمره و عدم رعایت بهداشت فردی شیوع بیشتری داشتند (جدول ۶).
جدول ۷ مقایسه‌ی فراوانی و میانگین نمره‌ی کل را در حیطه‌های ۵گانه‌ی سوءرفتار در افراد مورد مطالعه به نفکیک جنس نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که در حیطه‌های سوءرفتار جسمی، روانی و خود غفلتی با استفاده از آزمون Student-t و اطمینان ۹۵٪، تفاوت معنی‌داری بین دو جنس وجود داشت.
جدول ۸ مقایسه‌ی فراوانی و میانگین نمره‌ی کل را در حیطه‌های ۵گانه‌ی سوءرفتار در افراد مورد مطالعه به نفکیک دو گروه سنی ۶۵ تا ۷۰ سال و بیشتر از ۷۰ سال نشان می‌دهد.
آزمون Student-t با اطمینان ۹۵٪ نشان داد که در حیطه‌های سوءرفتار جسمی و غفلت بین دو گروه سنی تفاوت معنی‌داری وجود داشت (جدول ۸).

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]

جدول ۳ - فراوانی و میانگین و انحراف معیار نمره در مورد سوالات حیطه‌ی سوءرفتار روانی در افراد مورد مطالعه

سوءرفتار روانی	بله تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)	میانگین	انحراف معیار
زندانی کردن بعد از ترخیص و اذیت و آزار	۴ (۲)	۱۹۶ (۹۸)	۰٫۰۱۹	۰٫۱۳
بی‌احترامی برای پیشنهادات به منظور اصلاح وسایل داخل اتاق	۱۲ (۵٫۹)	۱۸۸ (۹۴٫۱)	۰٫۰۵۹	۰٫۲۳
فاش کردن اسرار زندگی	۱۲ (۶)	۱۸۸ (۹۴)	۰٫۰۶	۰٫۲۳
فاش کردن اسرار بیماری	۱۴ (۶٫۸)	۱۸۶ (۹۳٫۲)	۰٫۰۶۸	۰٫۲۵
ممانعت در ملاقات با دوستان بدون دلیل منطقی	۱۴ (۷)	۱۸۶ (۹۳)	۰٫۰۷	۰٫۲۵
اهمیت قائل نشدن نسبت به تجارب، دانش و توانایی	۱۷ (۸٫۵)	۱۸۳ (۹۱٫۵)	۰٫۰۸۴	۰٫۲۷
خطاب قرار دادن با لحن نامناسب و ناشایست	۲۰ (۹٫۸)	۱۸۰ (۹۰٫۲)	۰٫۰۹۸	۰٫۲۹
سرزنش کردن بی دلیل	۲۰ (۹٫۸)	۱۸۰ (۹۰٫۲)	۰٫۰۹۹	۰٫۲۹
منت گذاشتن افراد هنگام کمک کردن	۲۰ (۹٫۸)	۱۸۰ (۹۰٫۲)	۰٫۰۹۹	۰٫۲۹
سر نزدن افراد خانواده (حضوری یا تلفنی)	۲۹ (۱۴٫۱)	۱۷۱ (۸۵٫۹)	۰٫۱۴۱	۰٫۳۴
بی اعتنایی	۵۶ (۲۶٫۸)	۱۴۴ (۷۳٫۲)	۰٫۲۶۷	۰٫۴۴

جدول ۴- فراوانی و میانگین و انحراف معیار نمره در مورد سوالات حیطه‌ی سوءرفتار مالی در افراد مورد مطالعه

سوءرفتار مالی	بله تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)	میانگین	انحراف معیار
دریافت هزینه‌ی اضافی برای ارایه‌ی خدمات	۸ (۴)	۱۹۲ (۹۵٫۹)	۰٫۰۳۹	۰٫۱۹
دریافت پول بدون رضایت	۸ (۴/۱)	۱۹۲ (۹۵٫۹)	۰٫۰۴	۰٫۱۹
عدم توانایی در استفاده از اموال بر اساس میل خود	۹ (۴/۵)	۱۹۱ (۹۵٫۵)	۰٫۰۴۵	۰٫۲
امضای سند یا نامه بدون توجه به مفاد آن	۱۲ (۵/۸)	۱۸۸ (۹۴٫۲)	۰٫۰۵۸	۰٫۲۳
کوتاهی کردن نسبت به امور بانکی	۱۴ (۶)	۱۸۶ (۹۴)	۰٫۰۵۹	۰٫۲۳
کوتاهی کردن در تأمین پول مورد نیاز	۱۴ (۶)	۱۸۶ (۹۴)	۰٫۰۵۹	۰٫۲۳

بحث

مطالعه‌ی کنونی نشان داد که اکثریت نمونه‌های پژوهش را زنان و گروه سنی ۷۰-۶۵ سال تشکیل می‌دادند. در مطالعه‌ی کریمی و همکاران (۱۲) و هروی کریموی و همکاران (۱۳) ۵۳/۳٪ از افراد مورد بررسی را زنان در محدوده سنی ۷۰-۶۰ سال تشکیل میدهند که با مطالعه‌ی ما هم‌خوانی داشت.

در بررسی حیطه‌های سوءرفتار، غفلت و خود غفلتی شایع‌ترین نوع سوءرفتار بودند. در مطالعه‌ای که Acierno و همکاران در سال ۲۰۱۰ در آمریکا انجام دادند، بیشترین نوع سوءرفتار، غفلت با فراوانی ۵/۱٪ بود (۱۴)، که با نتایج مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی دارد. در حالی که مطالعه‌ی دیگری که Kissal و همکاران در ترکیه در سال ۲۰۱۱ انجام دادند، نشان داد که بیشترین نوع سوءرفتار از نوع روانی بود (۹). این نتایج مغایر با نتایج مطالعه‌ی حاضر بود که می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فرهنگی حاکم بر کشور ما و وجود تأکیدات مکرری که در متون مذهبی نسبت به سالمندان وجود دارد . از طرفی ممکن است کم بودن حجم نمونه‌ی مورد پژوهش از علل دیگر دستیابی به چنین یافته‌ای باشد. به علاوه در مطالعات مختلف در سراسر جهان از روش‌های متفاوتی برای توصیف سالمندآزاری استفاده شده است. در این مطالعه چون ما از سالمندان سوال کردیم، غفلت از نظر آن‌ها ذکر شده است که می‌تواند علت دیگر تفاوت نتایج مطالعه‌ی ذکرشده با مطالعه‌ی حاضر باشد.

در بررسی حیطه‌ی سوءرفتار جسمی، شایع‌ترین نوع سوءرفتار جسمی، ضربه وارد کردن عمدی به بدن بود و ایجاد زخم به علت بستر نامناسب از اهمیت کمتری برخوردار بود. در بررسی سوءرفتار با سالمندان مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۰ در آمریکا انجام شد، نشان داد که ۳۶٪ از کارکنان خانه‌های پرستاری بیان کردند که آمادگی برای

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]

جدول ۵ - فراوانی و میانگین و انحراف معیار نمره در مورد سوالات حیطه‌ی سوءرفتار غفلت در افراد مورد مطالعه

سوء رفتار غفلت	بله تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)	میانگین	انحراف معیار
تجویز بی مورد مسکن یا داروهای خواب‌آور	۹ (۴٫۴)	۱۹۱ (۹۵٫۶)	۰٫۰۴۳	۰٫۲
خودداری در تامین لباس تمیز و وسایل برای آرایش	۱۵ (۷٫۴)	۱۸۵ (۹۲٫۶)	۰٫۰۷۳	۰٫۲۶
خودداری در تامین عینک، سمعک و سایر وسایل مورد نیاز	۲۰ (۱۰٫۱)	۱۸۰ (۸۹٫۹)	۰٫۱	۰٫۳
نامناسب بودن نور اتاق	۲۱ (۱۰٫۲)	۱۷۹ (۸۹٫۸)	۰٫۱۰۲	۰٫۳
عدم همکاری و کمک هنگام نظافت شخصی	۳۲ (۱۶)	۱۶۸ (۸۴)	۰٫۱۶	۰٫۳۶
عدم همکاری در تامین دارو	۳۵ (۱۷٫۳)	۱۶۵ (۸۲٫۷)	۰٫۱۷۳	۰٫۳۷
تاخیر در درمان	۵۹ (۲۸٫۹)	۱۴۱ (۷۱٫۱)	۰٫۲۸۹	۰٫۴۵
در اختیار قرار ندادن مایعات و مواد غذایی هنگام نیاز	۵۹ (۲۸٫۹)	۱۴۱ (۷۱٫۱)	۰٫۲۹۵	۰٫۴۵
عدم رعایت رژیم غذایی	۸۲ (۴۱)	۱۱۸ (۵۹)	۰/۴۱	۰٫۴۹
آشنا نکردن از اخبار مهم مربوط به روند بیماری	۹۴ (۴۷٫۵)	۱۰۶ (۵۲٫۵)	۰٫۴۷۴	۰٫۵

بدرفتاری جسمی با یک سالمند را داشته‌اند و ۱۰٪ از آنان حداقل یک نوع بدرفتاری جسمی را مرتکب شده بودند (۱۲). این مطالعه نشان می‌دهد که در محیط بیمارستان هم سوءرفتار جسمی اتفاق می‌افتد، اما ممکن است به دلیل تفاوت‌های فرهنگی هر منطقه، شیوع حیطه‌های مختلف آن متفاوت باشد. در مطالعه‌ای که Schiamberg و همکاران در سال ۲۰۱۲ در خانه‌های سالمندان به منظور بررسی انواع سوءرفتار جسمی اعمال‌شده به سالمندان انجام دادند، محدودیت در فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی، مشکلات رفتاری افراد سالمند و ایجاد ضربه به بدن به وسیله‌ی پرسنل خانه‌ی پرستاری شایع‌ترین موارد

جدول ۶- فراوانی و میانگین و انحراف معیار نمره در مورد سوالات حیطه‌ی سوءرفتار خودغفلتی در افراد مورد مطالعه

خودغفلتی	بله تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)	میانگین	انحراف معیار
خدشه‌دار کردن رابطه‌ی خوب با تیم سلامت	۱۱ (۵٫۶)	۱۸۹ (۹۴٫۴)	۰٫۰۵۶	۰٫۲۳
مصرف خودسرانه‌ی دارو	۳۹ (۱۹٫۳)	۱۶۱ (۸۰٫۷)	۰٫۱۹۳	۰٫۳۹
عدم مصرف داروی تجویزشده از سوی پرستار	۴۴ (۲۱٫۸)	۱۵۶(۷۸٫۲)	۰٫۲۱۷	۰٫۴۱
عدم رعایت بهداشت فردی	۴۷ (۲۳٫۲)	۱۵۳ (۷۶٫۸)	۰٫۲۳۱	۰٫۴۲
عدم انجام فعالیت‌های روزمره	۷۳ (۳۵٫۸)	۱۲۷ (۶۴٫۲)	۰٫۳۵۷	۰٫۴۸

جدول ۷- مقایسه‌ی فراوانی و میانگین نمره‌ی حیطه‌های پنج گانه سوءرفتار به تفکیک جنس در گروه مورد مطالعه

حیطه	جنس	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	مقدار P
جسمانی	مرد	۹۶	۴۸	۰٫۰۸۷	۰٫۱۸	-۲٫۲۵	۰٫۰۲
	زن	۱۰۴	۵۲	۰٫۱۶۱	۰٫۲۶		
روانی	مرد	۹۶	۴۸	۰٫۰۷۱	۰٫۱۳	-۲٫۴۲	۰٫۰۱
	زن	۱۰۴	۵۲	۰٫۱۲۸	۰٫۱۹		
مالی	مرد	۹۶	۴۸	۰٫۰۵۹	۰٫۱۸	۰٫۴	۰٫۶۸
	زن	۱۰۴	۵۲	۰٫۰۵	۰٫۱۱		
غفلت	مرد	۹۶	۴۸	۰٫۱۹۳	۰٫۲۱	-۱٫۳۸	۰٫۱۶
	زن	۱۰۴	۵۲	۰٫۲۳۶	۰٫۲۲		
خودغفلتی	مرد	۹۶	۴۸	۰٫۱۷۸	۰٫۲۳	-۲٫۵۴	۰٫۰۱
	زن	۱۰۴	۵۲	۰٫۲۷۳	۰٫۲۸		

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]

سوءاستفاده جسمی بود (۱۵)، که این نتایج کمابیش با مطالعه‌ی اخیر مشابه بود. اگر چه مطالعات انجام‌شده در این زمینه اغلب به طور مستقیم به نوع سوءرفتارجسمی اعمال‌شده بر روی سالمند بستری در بیمارستان تمرکز نداشته‌اند. ممکن است بر خلاف تصور عموم که سالمند بستری در بیمارستان دچار سوءاستفاده جسمی نمی‌شود و به همین دلیل کمتر به نوع آن اشاره می‌کنند، نتایج مطالعه‌ی اخیر این نکته را آشکار کند که سالمند بستری در بیمارستان هم انواع سوءرفتار جسمی را تجربه می‌کند که در فرهنگ‌های مختلف ممکن است نوع بروز و شیوع آن متفاوت باشند.

شایع‌ترین نوع سوءرفتار در حیطه‌ی سوءرفتار روانی، بیاعتنایی بود و زندانی کردن بعد از ترخیص و اذیت و آزار در این حیطه از اهمیت کمتری برخوردار بودند. در مطالعه‌ای که Zhang و همکاران در سال ۲۰۱۲ در خانه‌های سالمندان انجام داد، نشان مداده شد که سالمندانی که نیاز به مراقبت طولانی مدت دارند چهار برابر بیشتر از سالمندان مورد بی اعتنایی قرار می‌گیرند و توسط همراهانشان به خانه‌ی سالمندان آورده می‌شوند (۱۶). نتایج این مطالعه با مطالعه‌ی اخیر هم‌خوانی دارد. در مطالعه‌ای که Jing در سال ۲۰۰۶ انجام داد، ۸۱٪ از کارکنان موسسه‌ی نگهداری سالمندان ادعا کردند که آمادگی سوءرفتار روانی را داشته‌اند. آمار سوءرفتار در کانادا در سال ۲۰۰۶، ۴ تا ۱۶٪ گزارش شده است که شایعترین نوع آن مربوط به پرخاشگری کلامی بود (۶-۱/۴٪)، در حالی که این میزان در شیکاگو ۹٪ (۱۷) و در مطالعه‌ی اخیر ۹/۸٪ بود. به نظر می‌رسد دلیل این تفاوت را می‌توان در تفاوت فرهنگ حاکم بر جوامع غرب و شرق دانست، زیرا در جوامع شرقی به خصوص ایران و از آن مهم‌تر جوامع سنتی احترام به والدین و حتی حاکمیت آنان بر امور زندگی حتی مسایل خصوصی فرزندان مانند انتخاب همسر، انتخاب محل زندگی و غیره بخشی از فرهنگ و آداب و سنن می‌باشد و کوچک‌ترین مخالفت با عقاید سالمندان به منزله‌ی بی‌احترامی است و نوعی سوءرفتار احساسی تلقی می‌شود. به همین دلیل آمار ممکن است به صورت کاذب افزایش یابد. در صورتی که در فرهنگ غربی این نوع مخالفت‌ها با سالمندان به منزله‌ی بی احترای نمی‌باشد. در همین راستا در مطالعه‌ای که هروی کریموی و همکاران در سال ۲۰۰۸ انجام دادند، سالمندان بی محبتی، کم توجهی و رها شدن را به عنوان آزاردهنده‌ترین رفتار معرفی کردند که این نتایج، تاییدی بر یافته‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشد.

شایع‌ترین نوع در حیطه‌ی سوءرفتار مالی، کوتاهی کردن نسبت به امور بانکی و تامین پول مورد نیاز بود و دریافت هزینه‌ی اضافی برای ارایه‌ی خدمات از اهمیت کمتری برخوردار بود. در مطالعه‌ی هروی کریموی و همکاران زنان سالمند بهره‌برداری مالی و عدم تامین پول مورد نیاز به وسیله‌ی فرزندان و مراقبانشان را به عنوان بی احترامی و یک رفتار آزاردهنده توصیف کردند. در حالی که آمریکایی‌های کره‌ای تبار استفاده‌ی بی قید و شرط اموالشان توسط فرزندان را قابل قبول اعلام نموده‌اند و در مقابل اکثریت آمریکایی‌های بومی از ۱۸ قومیت مختلف استفاده از پول والدین توسط فرزندان را به عنوان سوءرفتار و غیر قابل قبول معرفی کرده‌اند (۱۸). در مطالعه‌ی کنونی دریافت پول بدون رضایت و کوتاهی کردن در تأمین پول مورد نیاز به عنوان سوءرفتار شناخته شد که تا حدودی با مطالعات ذکر شده مشابه بود و اگر هم تفاوتی وجود دارد ناشی از فرهنگ حاکم بر کشور ما و تأکیدات مکرری است که در متون مذهبی نسبت به مراقبت از سالمندان ذکر شده است.

در بررسی حیطه‌ی سوءرفتارغفلت، شایع‌ترین نوع سوءرفتار، آشنا نکردن از اخبار مهم مربوط به روند بیماری بود و تجویز بی مورد مسکن یا داروهای خواب‌آور از اهمیت کمتری برخوردار بود. در مطالعه‌ای که Mattoo و همکاران در سال ۲۰۱۰ انجام دادند، مهم‌ترین عواملی که باعث غفلت در سالمندان بود شامل عوامل روانی، خشونت به دلیل فاصله‌ی نسل‌ها، وابستگی اقتصادی به بستگان، انزوا، بی‌کاری، استرس مراقبان، ازدحام بیش از حد خانواده، دمانس، اختلالات جسمی بود. اکثریت بیماران سالمندی که از غفلت رنج می‌برند تنها هستند زیرا با آن‌ها مشورت نمی‌شود و آن‌ها را از تصمیمات مربوط به بیماریشان آگاه نمی‌کنند. به علاوه فعالیت‌های آن‌ها برای اعضای خانواده و پرسنل خانه‌های سالمندان غیر قابل تحمل است. غفلت و تنهایی در سالمندان می‌تواند زمینه را برای بروز خودکشی در آن‌ها فراهم کند. مطالعه‌ی Mattoo و همکاران شایع‌ترین علت بروز غفلت را عدم آگاهی دادن به سالمندان بیان می‌کند (۱۹) که با یافته‌های مطالعه‌ی ما هم‌خوانی دارد. یک نظرسنجی بزرگ در اروپا در سال ۲۰۰۹ (۲۰) و هند در سال ۲۰۰۵ (۲۰) نشان داد که افسردگی در میان سالمندانی که سوءرفتار را گزارش می‌دهند به طور قابل توجهی وجود دارد و سالمندانی که مشکلات افسردگی و شناختی دارند میزان شیوع بالاتری از غفلت را نسبت به سالمندانی که مشکلات درمانی دیگری دارند گزارش می‌دهند. این یافته‌ها دلیلی بر تایید نتایج مطالعه‌ی اخیر می‌باشد.

شایع‌ترین شکل خودغفلتی، عدم انجام فعالیت‌های روزمره بود و خدشه‌دار کردن رابطه‌ی خوب با تیم سلامت ۶ از اهمیت کمتری برخوردار بود. در مطالعه‌ای که Dong و همکاران در سال ۲۰۰۹ انجام دادند، نشان داده شد که حدود ۱/۲ میلیون سالمند در ایالت متحده مورد خودغفلتی قرار می‌گیرند. به علاوه بین خودغفلتی در سالمندان و افزایش خطر مرگ و میر آن‌ها رابطه‌ی بالایی وجود داشت، به طوری که خودغفلتی در سالمند به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی مطرح شد. همچنین بین عملکرد جسمی و حرکتی سالمند با خودغفلتی رابطه‌ی مستقیم وجود داشت (۲). این شواهد نشان می‌دهد که خودغفلتی در سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و زمینه را برای بروز سایر انواع سوءرفتار فراهم می‌کند. نتایج مطالعه‌ی حاضر نیز مشابه مطالعه‌ی ذکر شده بود.

در همین راستاErnst و Smith در مطالعه‌ی خود بیان کردند که مددکاران اجتماعی و پرسنل بهداشت و درمان که هسته‌ی اصلی آژانس خدمات حمایتی هستند، باید توجه ویژه‌ای به موضوع خودغفلتی در

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]

سالمندان داشته باشند. این موضوع اغلب همراه با مشکلات مربوط به نیازهای بهداشتی، وضعیت عملکردی و محیط اجتماعی سالمند است. این مشکلات زمینه را برای عدم انجام فعالیت‌های روزمره فراهم می‌کنند (۲۳). نتایج این مطالعه کمابیش با مطالعه‌ی ما هم‌خوانی دارد و اگر هم تفاوتی باشد به این دلیل است که هنوز هیچ تعریف عملکردی واضحی در این رابطه وجود ندارد (۲۴).

Anonymous در سال ۲۰۰۸ در بررسی خود بیان کرد که ۳۷ نفر از ۴۷ سالمند بیمار مورد بررسی، خودغفلتی را تجربه کرده‌اند. شایع‌ترین مورد در این مطالعه هم عدم رعایت بهداشت و عدم انجام فعالیت‌های روزمره ذکر شد (۲۵) که با مطالعه‌ی حاضر مشابه است.

نتایج این مطالعه نشان داد که زنان بیشتر دچار سوءرفتار جسمی، روانی و خودغفلتی قرار می‌گیرند. دلیل این امر را می‌توان وابستگی اقتصادی و عدم وجود منابع مالی کافی برای زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند ذکر کرد. این موضوع زمینه را برای بروز سوءرفتار فراهم می‌کند.

همچنین افرادی که در محدوده‌ی سنی ۷۰-۶۵ سال قرار داشتند بیشتر مورد سوءرفتار جسمی و غفلت قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری

با وجود تأکید زیادی که در فرهنگ ما به احترام به سالمند و بیمار شده است، این گروه در معرض انواع سوءرفتار می‌باشند. نتایج سایر مطالعات نیز مؤید این یافته است که ارتباط بالایی بین سوءرفتار و وابستگی جسمی و اقتصادی سالمندان دیده می‌شود، به خصوص زمانی که بار مالی بر مراقبت‌دهندگان اضافه شود. یافته‌های مطالعه‌ی اخیر هم به این نکته اشاره داشت که شاید به دلیل این که زنان سالمند از لحاظ اقتصادی وابستگی بیشتری به مراقبان خود دارند، بیشتر در معرض انواع سوءرفتار قرار می‌گیرند. این مطالعه نشان داد که بسیاری از رفتارهایی که از نظر سالمند و مراقبان وی به عنوان رفتار معمولی تلقی می‌شود، یک سوءرفتار می‌باشد. علت این امر عدم آگاهی سالمند و مراقبان وی می‌باشد. در این زمینه موسسات مربوط به این پدیده و پرستاران بهداشت جامعه باید برنامه‌هایی را برای افزایش آگاهی سالمندان، مراقبان آن‌ها و پرسنل بهداشت و درمان، در این زمینه ترتیب دهند تا از شیوع سوءرفتار در سالمندان در بیمارستان‌ها بکاهد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه به دلیل صبر، حوصله و همچنین اعتماد آن‌ها به پژوهشگران و کلیه‌ی عزیزانی که در اجرای این پژوهش با همکاری داشتند، ابراز می‌دارند.

References

1- Bahrami F, Farani A. Elderly's Mental Health in Quran and Hadith. Iranian Journal of Ageing. 2009; 4 (11): 78-83

2- Davatgaran K. An Introduction to Elderly Phenomenon. Elderly Rehabilitation Message Quarterly. 2008; 5 (13): 2.

3- Machenzie A. Nursing older people. 3 Edition Londan Churchill Living Stanc.2007.

4- Longester. Community Health Nursing (2). Translated by Hoseini & Jafari Varjoshani N, Tehran: Jame'e Negar Publication; 2008.

5- Luzny J, Jurickova L. Prevalence of elder abuse and neglect in seniors with psychiatric morbidity - example from central moravia, czech republic. J Public Health. 2012; 41(8): 27–32

6- Taylor DK, Bachuwa G, Evans J, Jackson-Johnson V, Michigan V. Assessing barriers to the identification of elder. 2006.

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

8- Dehart D, Webb, J. Prevention of elder mistreatment in nursinghomes: competencies for direct-care staff. Journal of Elder Abuse & Neglect, 2009; 21: 360–378

9- Kissal A, Beser A. Elder abuse and neglect in a population offering care by a primary health care center in Izmir, Turkey. Soc Work Health Care. 2011; 50(2): 158–75.

10- Biggs S, Manthorpe J, Tinker A, et al. Mistreatment of older people in the United Kingdom: findings from the first National Prevalence Study. J Elder

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]

Abuse Negl. 2009; 21(1): 1–14.

11- Latalova K. Bipolar disorder and aggression. Int J Clin Pract. 2009; 63(6): 889–99.

12- Karimi M, Elahi N. Elder Abuse in Ahvaz City and its Relationship with Some Individual and Social Characteristics, Iranian Journal of Ageing, 2008; 3 (7): 42-47.

13- Heravi Karimooi M, Anousheh M, Foroughan M, Sheikhi M, Hajizadeh A, Seyyed Baqer Maddah M, et al. Explaining the Perspective of Elderly Women on Elder Abuse Phenomenon: A Phenomenological Study. Journal of Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti Unversity. 2008; 18 (61): 1-8

14- Acierno Ron, Hernandez Melba A, Amstadter Ananda B, Resnick Heidi S, Steve Kenneth, Muzzy W, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, andfinancial abuse and potential neglect in the united states: The national elder mistreatment study. American. Journal of Public Health. 2010; 100(2): 292-297

15- Schiamberg Lawrence B. , Oehmke James , Zhang Zhenmei , Barboza Gia E , Griffore Robert J , Heydrich Levente Von , et al . Physical abuse of older adults in nursing homes: a random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home. Journal of Elder Abuse & Neglect. 2012; 24(1): 65-83

16- Zhang Zhenmei , Connie Page , Tom Conner , Lori A. Post. Family members' reports of non-staff abuse in michigan nursing homes. Journal of Elder Abuse & Neglect. 2012; 24(4): 357-369.

17- Jing Wang. Psychological abuse and its characteristic correlates among elderly taiwanese. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2006; 42(3): 307-318

18- Moon A. Perceptions of elder abuse among various cultural groups: Similarities and differences. Generations. 2006; 24 (2) 75-81.

19- Mattoo KA, Shalabh K, Khan A. Geriatric forensics: A dentist's perspective and contribution to identify existence of elder abuse among his patients. Journal of Forensic Dent. 2010; 2(2):81-85

20- Chokkanathan, S., & Lee, A. E. Y. Elder mistreatment in urban India: A community based study. Journal of Elder Abuse & Neglect, 2005; 17(2), 45–61.

21- Garre-Olmo, J., Planas-Pujol, X., Lopez-Pousa, S., Juvinya, D., Vila, A., & Vilalta-Franch, J. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. Journal of the American Geriatric Society, 2009; 57: 815–922.

22- Dong, X., Simon, M., Mendes de Leon, C., Fulmer, T., Beck, T., Hebert, L. et al. Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. Journal of the American Medical As¬sociation. 2009; 302, 517–526.

23- Ernst Joy Swanson, Smith Charles A. Adult protective services clients confirmed for self-neglect: characteristics and service use.Journal of Elder Abuse & Neglect.2011; 23: 289–303.

24- Pavlou, M. P., & Lachs, M. S.Could self-neglect in older adults be a geriatric; 2006.

25- Anonymous. High rates of depression, dementia seen in abused and neglected; 2008.

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]

Studying the Instances of Elder Abuse and Their Relationship With Age and Sex in the Hospitalized Elderly

Arash Ghodousi* - Heidarali Abedi - Elham Fallah Yakhdani***†**

* MD, Assistant Professor and Faculty Member of Khorasgan Azad University
**MD, Associate Professor and Faculty Member of Khorasgan Azad University
***MSc, Master's in Nursing Education, Community Health

Abstract

***Backgroung**: The elderly are among the vulnerable groups in society, and elder abuse by caregivers is one of the forms of violence known as a public health problem throughout the world. The present study aimed to investigate different forms of elder abuse during hospital stay.*

***Methods**: Using non-random convenience sampling, this cross-sectional study was conducted on 200 elderly people over the age of 65 admitted to Meybod Hospital in 2012. A structured interview and a researcher-made questionnaire entitled "Studying the Abuse of the Hospitalized Elderly" were used to collect information.*

***Findings**: Most study samples were women (52%) and the 65 to 70 age group (65%). The prevalence of physical, psychological and financial abuses, as well as neglect and self-neglect were 11.8%, 9.68%, 5.08%, 21.17% and 21.14%, respectively. There was a significant difference between men and women in terms of physical (P = 0.02), psychological and self-neglect (P = 0.01) abuses. There was also a significant difference between the age groups in terms of physical (P = 0.005) and neglect (P = 0.02) abuses.*

***Conclusions**: Despite the great emphasis our culture puts on respecting patients and the elderly, the hospitalized elderly experience different types of abuse. Therefore, an accurate understanding of elder abuse in hospitals could increase the awareness and sensitivity of people, managers, personnel and organizations associated with this phenomenon so that they can take effective measures for prevention and design of a system identifying the elderly at risk.*

***Keywords**: Elder Abuse, Hospitalized Elderly, Neglect, Self-Neglect, Hospital*

Received: 2 Oct 2013 *Accepted: 3 Feb 2014*

†Correspondenc: Tel: 0352-27740240 Email: efallah62@yahoo.com

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]