

Impact of counseling on the awareness of elderly women's family about elder abuse according to the transtheoretical model

S. Oveisi¹, Sh. Jahed², F. Olfati²

¹ Metabolic Disease Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

² School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Corresponding Address: Frozan Olfati, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

Tel: +98-28-33760620-667; Email: papoy6olfati@yahoo.com

Received: 14 Mar 2018; Accepted: 17 Jun 2018

*Abstract

Background: The population of the elderly has grown in recent years in the world and similarly in Iran.

Objective: The aim of this study was to investigate the impact of counseling on the elderly women's family and raising their awareness about the elder abuse.

Methods: This clinical trial study was conducted from August to December 2017 in the health centers of Shahiryar, Tehran Province. Sixty five elderly women were selected by convenient sampling. Then, their first grade families were randomly assigned to two groups: intervention (n=34) and control (n=31). The intervention group received four sessions based on transtheoretical model. Modified questionnaire was evaluated elder abuse and the data analyzed by Pearson chi-square.

Findings: The findings showed that counseling sessions, according to the transtheoretical model, can cause a significant reduction in negligence ($P<0.005$), psychological abuse ($P=0.006$) and financial harassment ($P<0.005$) in elderly women's family. None of the elderly reported any physical abuse.

Conclusion: The results showed that counseling based on transtheoretical model could be effective on raising awareness of the elderly women's family. It is proposed to create a program of counseling for families, elderly women and increase sensitivity of this phenomenon.

Keywords: Counseling, Elder abuse, Transtheoretical model, Awareness

Citation: Oveisi S, Jahed Sh, Olfati F. Impact of counseling on the awareness of elderly women's family about elder abuse according to the transtheoretical model. J Qazvin Univ Med Sci 2018; 22(3): 32-39.

تأثیر مشاوره بر آگاهی خانواده دارای زنان سالمند در مورد آزار سالمندی طبق مدل مراحل تغییر

دکتر سونیا اویسی^۱، شیما جاهد^۲، دکتر فروزان الفتی^۲

^۱ مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
^۲ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

آدرس نویسنده مسؤل: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن ۰۶۶۷-۰۶۲۰-۳۳۷۶-۰۲۸
تاریخ دریافت: ۹۶/۱۱/۲۳؛ تاریخ پذیرش: ۹۷/۴/۲۷

* چکیده

زمینه: جمعیت سالمندان در سال‌های اخیر در جهان رشد کرده است و در ایران نیز وضعیت مشابهی دارد.
هدف: این مطالعه با هدف بررسی اثر مشاوره بر آگاهی خانواده دارای زنان سالمند در مورد آزار سالمندی انجام شد.
مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی از مرداد تا آذر ماه سال ۱۳۹۶ در خانه‌های بهداشت شهریار در استان تهران انجام شده است. زنان سالمند به صورت دسترسی آسان انتخاب شدند. سپس افراد درجه یک خانواده که از آن‌ها مراقبت می‌کردند به صورت تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله (۳۴ نفر) و شاهد (۳۱ نفر) تقسیم شدند. گروه مداخله چهار جلسه مشاوره را براساس مدل مراحل تغییر دریافت کردند. ابزار مطالعه پرسش‌نامه اصلاح شده بررسی سوء رفتار سالمندان بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون کای دو استفاده شد.
یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که برگزاری جلسه‌های مشاوره برای خانواده درجه یک زنان سالمند طبق مدل مراحل تغییر می‌تواند باعث افزایش آگاهی شرکت‌کنندگان در مورد مصادیق سالمند آزاری و کاهش معنی‌داری در غفلت ($P < 0/005$)، آزار روانی ($P = 0/006$) و آزار مالی ($P < 0/005$) شود. در مورد آزار جسمی نیز موردی گزارش نشد.
نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که مشاوره براساس مدل مراحل تغییر می‌تواند بر افزایش آگاهی افراد درجه یک خانواده زنان سالمند مؤثر باشد. پیشنهاد می‌شود با ایجاد برنامه مشاوره‌ای برای خانواده‌های دارای زنان سالمند، حساسیت این پدیده را بالا برد.

کلیدواژه‌ها: مشاوره، آزار سالمندی، مدل مراحل تغییر، آگاهی

* مقدمه

گاهی به دلیل تغییر در فرایند و ساختار خانواده نظیر؛ تغییر در ارزش‌های سنتی، تضاد نظام ارزشی نسل جدید و قدیم، وجود مشکلات ارتباطی و فشارهای روانی، خانواده قادر به ایفای مناسب نقش و وظایف خود در قبال سالمندان نیست و باعث بروز سوءرفتار توسط اعضای خانواده نسبت به سالمند می‌شود که به صورت آزار روحی، سهل‌انگاری و غفلت، آزار مالی و جسمی بروز پیدا می‌کند، لذا مشاوره برای حل این مشکلات جایگاه غیرقابل انکاری دارد.^(۳و۴) هنگامی که سوءرفتار با سالمند رخ می‌دهد، مداخلاتی نظیر؛ خدمات حمایتی آموزشی، مشاوره، حمایت روحی و روانی و... مورد نیاز است.^(۵)

سالمندی یکی از مراحل مهم زندگی است. پیشرفت‌های پزشکی در نیمه دوم قرن بیستم موجب افزایش جمعیت سالمندان شد و پیش‌بینی می‌شود که تعداد سالمندان از ۶۵۰ میلیون نفر در سال ۲۰۰۶ به دو میلیارد نفر تا سال ۲۰۵۰ برسد.^(۱) در ایران نیز نسبت جمعیت سالمندان به علت کاهش میزان زاد و ولد و دسترسی بهتر به مراقبت‌های بهداشتی در حال افزایش است و ایران نیز از این وضعیت مستثنی نمی‌باشد.^(۲) سالمندان به دلیل آسیب‌پذیری؛ نیاز به مراقبت و توجه از سوی خانواده و دولت دارند و بدون شک خانواده بهترین مکان برای فراهم کردن آسایش فرد سالمند است. اما

رفتارش و خودکاو و درون‌نگری و تشریح مخاطرات رفتار فعلی می‌باشد. ۲- قصد کردن که شامل ارزیابی مزایا و معایب تغییر رفتار و تأیید آمادگی برای تغییر و تقویت اطمینان به توانایی‌های خود می‌شود. ۳- آمادگی ۴- اقدام مستقیم در جهت دستیابی به هدف و عمل ۵- نگره‌داری و حفظ یک رفتار جدید ۶- بازگشت که شامل شناسایی موانع موفقیت و اقدام برای غلبه بر آن‌ها و تأیید و تأکید مجدد هدف‌ها و تعهد به انجام تغییر می‌باشد.^(۱۴) لذا، با توجه به این که مشاوره با خانواده‌های سالمندان در مورد سالمند آزاری و افزایش آگاهی آنان در مورد این موضوع می‌تواند نقش قابل توجهی را در کاهش سالمند آزاری ایفا کند؛ این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مشاوره بر اساس مدل مراحل تغییر بر میزان آگاهی خانواده زنان سالمند در مورد سالمند آزاری صورت گرفته است.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه کارآزمایی بالینی از مرداد تا آذر سال ۱۳۹۶ در مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان شهریار در استان تهران انجام شد. جامعه پژوهش در این مطالعه را ۶۵ نفر از سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران تشکیل دادند. از آن‌جا که برچسب آزار برای خانواده‌ها خوشایند نیست، این برنامه از نوع برنامه جهانی می‌باشد، لذا افراد شرکت‌کننده از نظر آزار مورد غربال‌گری قرار نمی‌گیرند و تغییر آگاهی شرکت‌کنندگان در این مداخله ارزیابی می‌گردد. نمونه‌گیری به‌صورت دسترسی آسان از بین سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی انجام و از خانواده‌های آنان دعوت شد تا در این پژوهش شرکت کنند. مداخله این پژوهش بر روی افراد درجه یک خانواده زنان سالمند انجام گرفت. طبق مقاله آلون و همکاران^(۱۵) و با ۰/۰۵ = و ۰/۲ = تعداد نمونه در هر گروه ۴۰ مورد بود که به دلیل تغییر محل زندگی، پیدا کردن شغل جدید، عدم رضایت خانواده‌ها به ادامه مطالعه تعدادی از شرکت‌کنندگان

در مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۷ براساس شواهد، نشان داده شد که در سال گذشته، ۱۵/۷ درصد از افراد ۶۰ ساله و بالاتر در معرض برخی از اشکال سوءاستفاده قرار گرفته‌اند و بیش‌تر قربانیان مؤنث بوده‌اند.^(۶) آمار دقیقی از سوءرفتار در کشورهای در حال پیشرفته از جمله ایران وجود نداشته؛ اما مطالعات انجام شده در ایران، وجود سوءرفتار با سالمندان در خانواده‌های ایرانی را تأیید می‌کند.^(۷-۹) با این حال مطالعه‌ای در مورد بررسی میزان آگاهی خانواده‌ها در مورد سالمند آزاری در ایران وجود ندارد.

اثربخشی مداخلات آموزشی در تغییر تحمل و نیات رفتاری دانشجویان جوان نسبت به سالمندان در سال ۲۰۱۴ در تگزاس مورد بررسی قرار گرفت که ارایه مداخلاتی در زمینه استفاده ترکیبی از آموزش خشونت سالمندان، آموزش دوره سالمندی، آموزش خانواده‌ها، تأثیر مثبتی در تغییر نگرش خانواده‌ها و کاهش آزار سالمندی داشت.^(۱۰) مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۹ در کشور تایوان نشان داد که شناسایی عوامل خطرزای مراقبتی مرتبط با آزار روانی برای پیشگیری و مدیریت آزار روانی و ارایه مداخلاتی در زمینه مدیریت تنش و یافتن منابع اجتماعی برای کاهش سوءرفتار روانی نسبت به سالمندان بسیار مؤثر است.^(۱۱)

مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۱ ارایه مداخلاتی در راستای کاهش اضطراب، افسردگی و تنش در آزاردهندگان را در کاهش کلی میزان آزار مؤثر دانست.^(۱۲) اما نتایج مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۶ در کشور کانادا در جهت کاهش میزان آزار در زنان سالمندی که از جانب خانواده‌هایشان مورد آزار قرار می‌گرفتند، نشان‌دهنده عدم وجود تفاوت معناداری در بین گروه مداخله و شاهد بود و می‌توان از دلایل اثربخش نبودن مداخله را حجم کوچک نمونه و عدم داشتن اطلاعات کافی در مورد شرکت‌کنندگان دانست.^(۱۳)

مدل مراحل تغییر شامل ۶ مرحله است: ۱- قبل از قصد کردن که شامل تشویق فرد برای بازنگری در

حاضر به ادامه مطالعه نشده و بنابراین در مجموع ۱۵ نفر ریزش وجود داشت.

شرایط ورود به مطالعه؛ خانواده‌هایی که سالمند بالاتر از ۶۰ سال دارند و خروج از مطالعه؛ نبود امکان حضور کامل در جلسه‌های مشاوره توسط افراد خانواده بود. افراد درجه یک خانواده زنان سالمند با روش تخصیص تصادفی از نوع تصادفی سازی بلوکی به دو گروه مداخله (۳۴ نفر) و شاهد (۳۱ نفر) تقسیم شدند. مطالعه سه سوکور بود چون افراد درجه یک خانواده، آموزش‌دهنده و آنالیزکننده از نحوه تقسیم افراد اطلاعی نداشتند. یک نظرسنجی جهت بررسی نظرات خانواده‌ها توسط خود محقق گردآوری شد و شامل ۱۷ عبارت می‌باشد که افراد نظرات خود را به صورت گزینه‌های موافق، مخالف و نظری ندارم، اعلام داشتند. جهت بررسی روایی نظرسنجی، به رویت سه نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی قزوین که در این زمینه تجربه کافی داشتند رسید. همچنین به صورت آزمایشی ۱۵ نفر آن را تکمیل و پایایی درونی آن با شاخص آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شد.

گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند و فقط نظرسنجی را تکمیل کردند. مداخله در پنج جلسه انجام شد. جلسه اول تا چهارم ۴۵ دقیقه با فاصله یک هفته و جلسه پنجم ۳۰ دقیقه و ۴ هفته بعد از جلسه چهارم بود. فواصل جلسه‌ها در گروه مداخله در جلسه اول (مرحله پیش تفکر) معارفه با شرکت‌کنندگان صورت گرفته و اطلاعاتی در مورد پژوهش به آن‌ها داده شد و اطمینان دادیم که اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. خانواده‌ها در این جلسه نظرسنجی را پُر کرده و زمان برگزاری جلسه دوم با آن‌ها هماهنگ و به سؤالات آن‌ها پاسخ داده شد. طبق مدل مراحل تغییر افراد حاضر در این جلسه در مرحله پیش تفکر و تفکر قرار داشتند. محتوای مشاوره‌ای جلسه دوم (مرحله پیش تفکر و تفکر) با آموزش دوره سالمندی، تعریف آزار و انواع آن برگزار شد که افراد به سمت مرحله آماده‌سازی مدل مراحل تغییر سوق داده شدند. در جلسه سوم (مرحله آماده‌سازی)

مهارت‌های بین فردی برای ارتباط سالم با سالمند آموزش و یک بحث گروهی جهت رفع سؤال‌های پیش آمده برگزار گردید. در این جلسه از خانواده‌ها درخواست شد تا با به کارگیری روش‌های آموزش داده شده و استفاده از مهارت‌های بین فردی در رفتار خود تغییر و توازن ایجاد کنند. در جلسه چهارم چند پمفلت جهت حمایت آموزشی، جلوگیری از بازگشت و انجام مرحله ابقا، در اختیار آن‌ها قرار گرفت و در جلسه پنجم بعد از گذشت ۴ هفته مجدداً فرم نظرسنجی تکمیل گردید. برای مقایسه متغیرها از آزمون کای اسکور استفاده و سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

* یافته‌ها:

۶۵ نفر از همراهان درجه یک سالمندان به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله (۳۴ نفر) و شاهد (۳۱ نفر) قرار گرفتند. میانگین سن در گروه مداخله $47/2 \pm 13/05$ سال و در گروه شاهد $47/4 \pm 10/01$ سال بود و این تفاوت بین دو گروه معنادار نبود ($P=0/07$).

۹۱/۲ درصد شرکت‌کنندگان زن و در گروه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال قرار داشتند. ۸۸/۲ درصد شرکت‌کنندگان متأهل و ۳۵/۳ درصد دارای تحصیلات راهنمایی بودند. ۸۲/۴ درصد افراد فرزندان سالمند بودند. همراهان سالمندان از نظر سن، وجود بیماری، تحصیلات، میزان درآمد ماهانه و نسبت با سالمند در دو گروه همگن بودند (جدول شماره ۱).

در ارزیابی میزان اطلاعات با استفاده از فرم نظرسنجی پیش از مداخله شرکت‌کنندگان، ۷۹/۴ درصد از شرکت‌کنندگان از مصادیق غفلت مطلع بوده و ۹/۸ درصد آن‌ها نسبت به مصادیق آن اظهار بی‌اطلاعی داشتند. در مورد آزار روانی، ۶۷/۷ درصد نسبت به مصادیق آن اطلاع داشته و ۱۴/۱ درصد هیچ اطلاعی در مورد عبارات نداشتند. همچنین در مورد آزار مالی نتایج به این صورت بود که ۸۵/۲ درصد شرکت‌کنندگان در مورد مصادیق آزار مالی مطلع و ۳/۶ درصد آن‌ها اظهار بی‌اطلاعی کردند.

نتایج آزمون نشان داد که میانگین امتیاز آگاهی افراد بعد از برگزاری جلسه‌های مشاوره و آموزش به‌طور معناداری بیش‌تر از گروه شاهد بود (جدول شماره ۲).

قبل از انجام مداخله تمامی نمونه‌ها در دو گروه آگاهی کامل نسبت به مصادیق آزار جسمی داشتند، لذا در این زمینه تغییری مورد انتظار نبود. قبل از مداخله دو گروه از نظر امتیاز کسب شده تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند.

جدول ۱- توزیع همراهان سالمندان براساس مشخصات جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌های مداخله و شاهد

سطح معنی‌داری کای اسکوئر	گروه شاهد تعداد (درصد)		گروه مداخله تعداد (درصد)		متغیر	
	۰/۳۹	۰	۰	۵/۸	۲	بله
۱۰۰		۳۱	۹۴/۱	۳۲	خیر	
۰/۹۳	۶/۵	۲	۸/۸	۳	مجرد	وضعیت تأهل
	۹۰/۳	۲۸	۸۸/۲	۳۰	متاهل	
	۳/۲	۱	۲/۹	۱	مطلقه	
۰/۷۱	۶/۵	۲	۱۴/۷	۵	همسر	نسبت با سالمند
	۹۰/۳	۲۸	۸۲/۴	۲۸	فرزند	
	۳/۲	۱	۲/۹	۱	اقوام	
۰/۶۸	۱۶/۱	۵	۱۴/۷	۵	بی‌سواد	میزان تحصیلات همراهان
	۳۲/۳	۱۰	۱۷/۶	۶	ابتدایی	
	۲۵/۸	۸	۳۵/۳	۱۲	راهنمایی	
	۱۹/۴	۶	۲۶/۵	۹	دیپلم	
	۶/۵	۲	۵/۹	۲	دانشگاهی	
۰/۹۹	۳۸/۷	۱۲	۲۸/۲	۱۳	کم	میزان درآمد ماهانه
	۵۸/۱	۱۸	۵۸/۸	۲۰	متوسط	
	۳/۲	۱	۲/۹	۱	بالا	

جدول ۲- مقایسه میزان آگاهی صحیح شرکت‌کنندگان در مورد انواع آزار به تفکیک گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله

گروه	تعداد نفرت (درصد)									متغیر
	آزار مالی			آزار روانی			غفلت			
	عدم آگاهی	آگاهی غلط	آگاهی صحیح	عدم آگاهی	آگاهی غلط	آگاهی صحیح	عدم آگاهی	آگاهی غلط	آگاهی صحیح	
مداخله	قبل	۱ (۳/۶)	۴ (۱۱)	۲۹ (۸۵/۲)	۵ (۱۴/۱)	۶ (۱۸/۲)	۲۳ (۶۷/۷)	۴ (۱۰/۷)	۳ (۹/۸)	۲۷ (۷۹/۴)
	بعد	۱ (۰/۷)	۲ (۸)	۳۱ (۹۱/۲)	۱ (۱/۴۵)	۳ (۸/۸)	۳۰ (۸۹/۴)	۲ (۴/۴)	۳ (۸/۸)	۲۹ (۸۶/۷)
شاهد	قبل	۲ (۶/۴)	۲ (۷/۲)	۲۷ (۸۶/۲)	۴ (۱۲/۹)	۴ (۱۲/۲)	۲۳ (۷۴/۸)	۳ (۱۱/۸)	۳ (۸/۶)	۲۵ (۷۹/۵)
	بعد	۲ (۸)	۲ (۶/۴)	۲۷ (۸۵/۴)	۳ (۹/۴)	۴ (۱۴/۸)	۲۴ (۷۶/۱)	۵ (۱۵/۶)	۴ (۱۲/۳)	۲۲ (۷۲)
سطح معنی‌داری		*۰/۰۰۵			*۰/۰۰۶			*۰/۰۰۵		

* سطح معنی‌داری

* بحث و نتیجه گیری:

نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله مشاوره‌ای می‌تواند باعث افزایش معنادار آگاهی خانواده دارای زنان سالمند در مورد سالمند آزاری شود. هنگامی که در یک خانواده سوءرفتار و آزار رخ می‌دهد مداخلاتی نظیر خدمات حمایتی آموزشی، برگزاری جلسه‌های مشاوره، حمایت‌های لازم مورد نیاز است.^(۱۶) در این مداخله‌ها، بازسازی شناختی مراقبان و نحوه تعامل با سالمند و شیوه‌های مراقبت از خود اهمیت ویژه‌ای دارد.^(۱۷) از طرفی مشاوران و مددکاران اجتماعی با در نظر گرفتن خانواده به‌عنوان یک سیستم، شناسایی نیازهای خانواده، کاهش تنش اعضای خانواده، حل مشکل ارتباطی و بالا بردن ظرفیت عملکردی خانواده برای مراقبت از سالمند مهم‌ترین نقش را برای کاهش سوءرفتار دارند.^(۱۸-۲۰) نتایج این پژوهش نشان‌دهنده این بود که بعد از برگزاری جلسه‌های مشاوره و آموزش، مداخله اثربخش بوده که با نتایج پژوهش‌های ذکر شده مطابقت دارد.

در مطالعه سال ۱۹۸۹ تأثیر آموزش بر مراقبین سالمندان بررسی شد. نتایج نشان داد که آموزش هیچ تأثیری بر مراقبین نداشته است که یکی از دلایل تأثیرگذار نبودن آموزش؛ همگن نبودن گروه مداخله و کنترل هنگام ورود به پژوهش بود.^(۲۱) همچنین در سال ۱۹۸۵ در پژوهشی نداشتن انگیزه کافی در مورد مراقبت از سالمندان و نداشتن اطلاعات کافی را علت اصلی آزار دانسته و در بعضی از موارد بار مراقبتی از سالمند را یک فرزند تقبل کرده و فرزندان دیگر مراقبت کم‌تری از سالمند داشته و به‌همین علت میزان آزار افزایش می‌یابد.^(۲۲) مطالعه انجام شده سال ۱۳۹۳ در تهران در بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی بر کاهش آزار سالمندان ذکر نمود که میانگین میزان آزار روانی و آزار مالی و غفلت به‌طور معنی‌داری کاهش پیدا کرده است که با نتایج مطالعه ما همسو بود.^(۲۳)

در پژوهشی که به‌صورت نیمه تجربی در تهران (۱۳۸۴) انجام شد، نشان داد که ۳/۴۳ درصد علت

سوءرفتارها مربوط به نقص در عملکرد خانواده‌ها بود و مشاوره به‌طور معنی‌داری باعث کاهش آزار روانی گردید.^(۶) در مطالعه حاضر نیز آگاهی خانواده‌ها در بُعد آزار مالی و غفلت معنادار بود که از دلایل آن تفاوت در روش کار است. همچنین در سال ۲۰۰۸ مطالعه‌ای با هدف بهبود روابط بین خانواده‌ها و سالمندان مبتلا به زوال عقل انجام شد. برگزاری دوره‌هایی برای تشویق خانواده‌ها به مشارکت در مراحل درمانی و مراقبت از سالمندان بسیار مؤثر است. مشاوره‌های درمانی به خانواده‌ها کمک می‌کند تا مراقبین بتوانند آموزش‌های لازم را در زمینه‌های مختلف مراقبت از سالمند ببینند و خود را با چنین شرایطی بهتر وفق دهند^(۲۴) که با نتایج مطالعه ما همسو بود.

پژوهش‌هایی که تأثیر مداخله و مشاوره را بر افزایش آگاهی خانواده‌ها و مراقبین بررسی کرده باشند معدود است. پژوهش‌های انجام شده مشاوره را در افزایش میزان آگاهی خانواده‌های سالمندان در مورد آزار مؤثر دانسته است. مشاوره با خانواده‌های سالمندان و آموزش مشکلات دوره سالمندی، مهارت‌های ارتباطی و کنترل خشم موجب تغییر نظرات شرکت‌کنندگان و مؤثر دانستن جلسه‌های مشاوره در رفتارشان شد. در این پژوهش میزان اطلاع شرکت‌کنندگان هر دو گروه مداخله و شاهد در مورد مصادیق آزار جسمی بیش‌ترین مقدار را داشت و هیچ تفاوتی در مقدار آگاهی شرکت‌کنندگان قبل و بعد مداخله مشاهده نشد. همچنان که در مطالعه‌های گذشته نشان داده شده است که فراوانی آزار جسمی از بقیه موارد شیوع کم‌تری دارد.^(۹)

یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده مؤثر بودن تأثیر مشاوره مبتنی بر مدل مراحل تغییر می‌باشد و باعث تغییر نظرات شرکت‌کنندگان و افزایش آگاهی آنان شده است. لذا پیشنهاد می‌شود که مشاوران شیوه‌ها و روش‌های مشاوره طبق مراحل تغییر در جهت تغییر آگاهی و در نهایت تغییر در رفتار خانواده سالمندان را اتخاذ نمایند.

8. Vida S, Monks RC, Des Rosiers P. Prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a geriatric psychiatry service. *Can J Psychiatry* 2002; 47(5): 459-67. doi: 10.1177/070674370204700507.
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. doi: 10.1080/08946566.2014.883947.
10. Hayslip B Jr, Reinberg J, Williams J. The impact of elder abuse education on young adults. *J Elder Abuse Negl* 2015; 27(3): 233-53. doi: 10.1080/08946566.2014.1003264.
11. Wang JJ, Lin MF, Tseng HF, Chang WY. Caregiver factors contributing to psychological elder abuse behavior in long-term care facilities: a structural equation model approach. *Int Psychogeriatr* 2009; 21(2): 314-20. doi: 10.1017/S1041610208008211.
12. Williamson GM, Shaffer DR. Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: how we were then, how we are now. *The Family Relationships in Late Life Project. Psychol Aging* 2001; 16(2): 217-26. doi: 10.1037/0882-7974.16.2.217.
13. Davis RC, Medina-Ariza J. Results from an elder abuse prevention experiment in New York City. US Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice Washington, DC (NCJRS); 2001.
14. Shojaeizadeh AH, Ghofranipour F, Pakpour A, Saffarizadeh M. Theories, models and methods of health education and health promotion. Tehran. Sobhan; 2010. 224.
15. Alon S, Berg-Warman A. Treatment and prevention of elder abuse and neglect: where knowledge and practice meet-a model for intervention to prevent and treat elder abuse in Israel. *J Alder Abuse Negl* 2014; 26(2):

✱سپاس‌گزاری:

این مقاله حاصل پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین است. بدین‌وسیله از مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایران که در این مطالعه دخیل بودند سپاس‌گزاری می‌گردد. این مطالعه در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT2017061234496N1 تأیید گردیده است.

✱مراجع:

1. WHO. Aging and health. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>. Accessed in: 2015.
2. Yektamaram M. Elderly health guide. In: Organization SW, editors. 1st ed. Tehran: Public relations department of the State Welfare Organization 2013. 7.
3. Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet* 2004; 364(9441): 1263-72. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17144-4.
4. Hoover RM, Polson M. Detecting elder abuse and neglect: assessment and intervention. *Am Fam Physician* 2014; 89(6): 453-60.
5. Baker PR, Francis DP, Mohd Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing elder abuse: applying findings of a new Cochrane review. *Age Ageing* 2017; 46(3): 346-8. doi: 10.1093/ageing/afw186.
6. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017; 5(2): e147-e56. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
7. Heravi-Karimooi M, Rezhe N, Foroughan M, Montazeri A. Investigation of elderly abuse by family members Jahandidegan institute in Tehran. *Salmand Iran J Ageing* 2011; 22(6): 37-50. [In Persian]

- 150-71. doi: 10.1080/08946566.2013.784087.
16. Heravi-Karimooi M, Milani M, Faghihzadeh S. Effectiveness of consultation with family in reducing psychological abuse of elderly women living Tehran. *Hayat* 2005; 25(11): 79-86. [In Persian]
17. James M. Abuse and neglect of older people. *Family Matters* 1994; 37: 94-97.
18. Ganser HG, Münzer A, Witt A, Plener PL, Muche R, Rosner R, et al. Effectiveness of manualized case management on utilization of evidence-based treatments for children and adolescents after maltreatment: a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl* 2017; 67: 371-82. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.03.008.
19. Newman BM, Newman PR. *Development through life: a psychosocial approach*. 12th ed. Cengage Learning; 2015.
20. Hinsliff-Smith K, Feakes R, Whitworth G, Seymour J, Moghaddam N, Denning T, Cox K. What do we know about the application of the Mental Capacity Act (2005) in healthcare practice regarding decision-making for frail and older people? A systematic literature review. *Health Soc Care Community* 2017; 25(2): 295-308. doi: 10.1111/hsc.12310.
21. Scogin F, Beall C, Bynum J, Stephens G, Grote NP, Baumhover LA, et al. Training for abusive caregivers: an unconventional approach to an intervention dilemma. *J Elder Abuse Negl* 1990; 1(4): 73-86. doi: 10.1300/J084v01n04_05.
22. Jarvis LL. *Community health nursing: Keeping the public healthy*: FA Davis Co; 1985. 257-59.
23. Khanlary Z, Maarefvand M, Heravi Karimoo M, Biglarian A. Study of the effect of social work intervention on the elderly abuse reduction. *Salmand Iran J Ageing* 2016; 10(4): 102-11. [In Persian]
24. Bradway C, Hirschman KB. Working with families of hospitalized older adults with dementia: caregivers are useful resources and should be part of the care team. *Am J Nurs* 2008; 108(10): 52-60. doi: 10.1097/01.NAJ.0000336967.32462.2d.