ORIGINAL ARTICLE

Analyzing the Concept of Elder Neglect in Elderly Homes Using a Three-Stage Hybrid Model

Parand Pourghane[1],
Maryam Rajab pour Nikfam[2],
Faezeh Gholami Shielsar[3]

[1] Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
[2] Nursing Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
[3] MSc Student in Elderly Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

(Received November 12, 2017 ; Accepted March 9, 2018)

Abstract

Background and purpose: Neglect is amongst the deficits in family functioning in Iranian population which is caused by lack of adequate knowledge on related factors. A major problem on this issue is lack of clear definition of this term. The purpose of this study was to analyze the concept, operational definition, and empirical references of neglect in health care system in Guilan province, Iran, using hybrid approach.

Materials and methods: The research was conducted using a three-stage model: the review of studies, working in the field, and final analysis of hybrid. At the theoretical stage, we investigated national and international articles, dissertations, and indexing databases for relevant information published between 2000 and 2017. Working in the field was accomplished by collecting clinical data in which 12 participants (selected via targeted sampling) were interviewed. The information was then analyzed.

Results: By reviewing the articles, the operational definition of negligence was expressed as forgetting and ignorance. Negligence was recognized as deprivation of human rights and was associated with the function of elderly people. According to the interviews, three main themes and eight sub themes were identified: interactive separation (inevitable avoidance, bitter oblivion, and forgotten by close relatives), psychological conflicts (traumatic experiences, perceived violence, and emotional failure), psychosis (mental excitement and companion concern).

Conclusion: There is always an emphasis on respect for the elderly in Iranian culture, however, this vulnerable population is ometimes subject to negligence. Iran is aging and nurses can play a major role in identifying elderely at risk of negligence. Theefore, effective steps can be taken to improve the health of the community by appropriate planning.

Keywords: neglect, elderly, hybrid model

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (166): 49-61 (Persian).

* **Corresponding Author: Maryam Rajab pour Nikfam -** Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran (E-mail: rajabpur.maryam@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هشتم شماره ۱۶۶ آبان سال ۱۳۹۷ (۶۱-۴۹)

تحلیل مفهوم غفلت از سالمندان ساکن در آسایشگاه های سالمندان با به کارگیری مدل سه مرحله ای هیبرید

پرند پورقانع[۱]
مریم رجب پورنیکفام[۲]
فائزه غلامی شیل سر[۳]

چکیده

سابقه و هدف: غفلت در خانواده های ایرانی، نقص در عملکرد خانواده بوده و عدم آگاهی کافی از عوامل مرتبط با این موضوع، سبب غفلت می شود. مهمترین مشکل، نبود تعریف روشن از این واژه است. تحقیق حاضر با هدف تحلیل مفهوم، تعریف عملیاتی و ارجاعات تجربی غفلت با رویکرد هیبرید در سیستم مراقبت سلامت ایران در استان گیلان صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: روش تحقیق، مدل سه مرحله نظری مروری بر مطالعات،کار در عرصه و تحلیل نهایی هیبرید بود. در مرحله نظری، بررسی مقالات داخلی و خارجی، پایان‌نامه و سایت های مرجع سال های ۲۰۱۷-۲۰۰۰ انجام وکار در عرصه جمع آوری داده های بالینی بود و ۱۲ مشارکت کننده با نمونه گیری هدفمند، مورد مصاحبه قرار گرفته و درپایان، یافته ها تحلیل شدند.

یافته‌ها: با مرورمتون، تعریف عملیاتی"غفلت"، فراموش کردن وبی خبر شدن ذکر شد، و حس "غفلت" یکی از مصادیق محرومیت از حقوق انسانی و مرتبط با چگونگی عملکرد سالمند شناخته شد. بر اساس نتایج مصاحبه، هشت زیر طبقه و سه طبقه اصلی نمایان شد: جدایی تعاملاتی (دوری اجتناب ناگزیر، فراموشی تلخ، قرب فراموش شده نزدیکان)، تعارض‌های روان‌شناختی (تجربه آسیب‌زا، درک خشونت‌ها، شکست عاطفی)، روان آزردگی (هیجان روانی، دغدغه همراه).

استنتاج: علی رغم تاکید زیاد فرهنگ ما به احترام به سالمند، این گروه در معرض انواع غفلت قرار دارند. با توجه به اهمیت سالمندان به عنوان قشر آسیب پذیر و سالمند شدن ایران و اهمیت نقش پرستار در شناسایی این مهم، می توان با برنامه ریزی دقیق و شناسایی موارد غفلت، گام های موثری در ارتقای سطح سلامت جامعه سالمندان برداشت.

واژه های کلیدی: غفلت، سالمند، مدل هیبرید

مقدمه

ترکیب جمعیت جهان در حال تغییر بوده و پیشرفت‌های دانش پزشکی و فن آوری‌های شگفت انگیز جهان امروز، این روند را سرعت بخشیده است و به تبع آن، افزایش امید به زندگی به عنوان یکی از پیامدهای این

مولف مسئول: مریم رجب پور نیکفام- لنگرود- خیابان شهیدشیخی-دانشکده پرستاری،مامایی و پیراپزشکی شرق گیلان E-mail: rajabpur.maryam@yahoo.com
۱. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، مامایی وپیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۲. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، مامایی وپیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری، مامایی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۶/۸/۲۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۶/۸/۲۷ تاریخ تصویب : ۱۳۹۶/۱۲/۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

پیشرفت و توسعه سریع، تعداد افراد سالمند را افزایش داده است. در ۴۰ سال آینده جمعیت بالای ۶۵ سال دنیا دو برابر خواهد شد و ۵۲ درصد این میزان در کشورهای آسیایی و۴۰ درصد کل جمعیت سالمند در کشورهای پیشرفته خواهد بود(۱). سالمندی عبارت است از تغییرات زیست شناختی مشترک برای تمام موجودات زنده، و براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سن سالمندی از ۶۰ سال و بالاتر تعریف شده است(۲). افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری در دنیا، باعث به وجود آمدن پدیده سالمندی در جهان و ایران شده است. بر اساس آمار های سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰، حدود ۶۰۰ میلیون سالمند در جهان زندگی می کردند و این میزان در سال ۲۰۵۰، به ۲ میلیارد نفر خواهد رسید. براساس سرشماری سال ۱۳۹۰، بیش از ۸/۲ درصد جمعیت ایران را افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌دادند(۳). در سال ۱۳۸۵، بیش ترین درصد سالمندان مربوط به استان‌های گیلان، خراسان جنوبی، سمنان و مرکزی بوده است. بیش‌ترین تغییر درصد سالمندی طی سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵ مربوط به استان گیلان بوده است که از ۳/۷۴ به ۷/۳ درصد، و در سال ۱۳۹۰، به ۸ درصد افزایش یافته است(۴، ۵). با توجه به مطالب فوق، لازم است پدیده سالمندی به‌عنوان یکی از مهم ترین چالش های ایران آینده در نظر گرفته شود(۳). تحول نقش خانواده، بحران‌های مددجو، فشارهای روانی زندگی مدرن و نظایر آن، پایگاه اجتماعی سالمندان را سست کرده و سبب بروز سوء رفتار توسط اعضای خانواده نسبت به سالمند می گردد(۶). تعریف سوء رفتار در قبال سالمند شامل، تحمیل درد و رنج به فرد سالمند از طریق ارتکاب عملی آزار دهنده یا ترک عملی ضروری، به صورت عمدی یا غیر عمدی، در یک یا چندین مرتبه است. سوء رفتار از مصادیق محرومیت از حقوق و شئونات انسانی است که به شکل غفلت، سلب اختیار، بهره‌برداری مالی،آزارهای روان‌شناختی و بدنی و طرد شدگی رخ می‌دهد(۷). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سوء رفتار نسبت به سالمندان عبارت است از انجام یک عمل یا اعمال پی‌در پی یا فقدان عملکرد مناسب که منجر به آسیب، درد، پریشانی و اضطراب، و سلب آسایش سالمند گردد و به صورت سوء رفتار جسمی، روان شناختی، جنسی، بهره‌برداری مالی و غفلت رخ دهد(۸). سوء رفتار با سالمند می تواند عوارضی نظیر کاهش اعتماد به نفس، احساس ناامیدی، بی کفایتی (مشکلات روحی و روانی) و ناتوانی را برای سالمند در پی داشته باشد(۹). همچنین سوء رفتار نسبت به سالمندان، سبب کاهش کیفیت زندگی و افزایش مرگ و میر در آنان می شود(۱۰). از جمله عوامل خطر زای سوء رفتار با سالمندان شامل اختلالات روانشناختی وآسیب شناسی شخصیت، سابقه خشونت خانوادگی، درآمد کم، انزوای اجتماعی، سطح پایین دانش و اطلاعات، ضعف و ناتوانی در عملکرد و ناامیدی و تخریب قوای ادراکی می‌باشد(۹). شواهد بیانگر آن است که علت سوء رفتار و غفلت در بیشتر خانواده های ایرانی، نقص در عملکرد خانواده است. عدم آگاهی کافی، نداشتن انگیزه مراقبت و انجام اموری که از عملکرد ناقص خانواده ناشی شده، سبب سوء رفتار و غفلت می گردد(۱۱).

در مطالعات Konig و Kallberg و هم‌چنین مطالعه Arai در سال ۲۰۰۶، غفلت را از اشکال بسیار شدید سوء رفتار در سالمندان دانسته‌اند(۱۲، ۱۳). هروی و همکاران در سال ۱۳۹۰ و کریمی و الهی در سال ۱۳۸۷، در مطالعات خود وجود غفلت از سالمند را در خانواده‌های ایرانی تأیید کردند(۱۴، ۱۵). در مطالعه ای تفاوت میزان سوء رفتار نسبت به سالمندان بین ۲/۲ درصد تا ۱۵/۹ درصد عنوان شده است(۱۶). این در حالی است که شواهد نشان داده است در کشور ایران نیز، همانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه، گزارش دقیقی از انواع سوء رفتار با سالمندان موجود نیست(۱۷). اولین و مهم‌ترین مشکل در زمینه شناسایی موارد سوء رفتار نسبت به سالمندان، فقدان تعریف

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

واضح و روشن از واژه سوء رفتار در این موارد است(۱۸).

کارکنان حرفه پزشکی برای شناسایی موارد سوء رفتار نسبت به سالمندان و پیشگیری از آن به یک تعریف واضح و روشن از ماهیت و مفهوم این پدیده نیاز دارند. با وجودی که پدیده سوء رفتار نسبت به سالمندان از اواسط دهه ۱۹۷۰ میلادی به عنوان مشکل جدی مطرح شده است، هنوز تعریف استانداردی که مورد قبول همگان باشد، از مفهوم سوء رفتار نسبت به سالمندان ارائه نشده است(۱۹). مفهوم سوء رفتار نسبت به سالمندان، از یک سو مفهومی پیچیده و دارای ابعاد فرهنگی است و از سوی دیگر، تعاریف موجود اغلب براساس دیدگاه فردی و نیاز های حرفه ای محققان ارائه شده است، بنابراین شفاف سازی مفهوم ضروری به نظر می‌رسد(۲۲-۲۰).

الگوهایی نظیر الگوی هیبرید برای وضوح مفاهیمی که در بالین به طور غیر شفاف استفاده می‌شوند، کاربرد دارد. این الگو، برای تحلیل مفاهیم در مراحل اولیه توسعه یک تئوری استفاده شده و از آن‌جا که در این الگو از تحلیل نظری و مشاهدات تجربی استفاده می‌گردد، بیش‌ترین کاربرد را برای پرستاری دارد(۲۳، ۲۴). نظر به این که شفاف‌سازی ابعاد و خصوصیات مفهوم، در درک بهتر مفهوم برای استفاده در تحقیق و عمل و تعیین معیارها و استاندارد سازی ابزارهای سنجش غفلت و ارزیابی آن کمک کننده خواهد بود، مطالعه حاضر با هدف تحلیل مفهوم، تعریف عملیاتی و ارجاعات تجربی غفلت با رویکرد هیبرید و در بستر سیستم مراقبت سلامت ایران و در آسایشگاه‌های سالمندان استان گیلان صورت گرفت.

مواد و روش ها

در این مطالعه به منظور تحلیل و تصریح مفهوم غفلت، از مدل هیبرید استفاده شده است. الگوی هیبرید، نگرش و بصیرت‌های عمومی و کلی را در عمل بالینی ترسیم می‌نماید و به صورت اختصاصی در مطالعه پدیده‌های مهم پرستاری کاربرد دارد. الگوی هیبریدی مبتنی بر توسعه مفهوم از طریق بررسی کیفی پدیده‌ها در همان محلی است که رخ می‌دهد(۲۵). این مدل از سه مرحله نظری مروری بر مطالعات، مرحله کار در عرصه و تحلیل نهایی تشکیل شده است. مرحله نظری [1]مروری بر مطالعات، به میزان بالایی دارای ماهیت نظری می‌باشد، هر چند که از یک تجربه بالینی مشتق شده است. مرحله کار در عرصه [2]از نظر زمانی تا حدی با مرحله اول همپوشانی داشته و روی جزء تجربی فرایند تاکید دارد. در این مرحله به منظور تحلیل کامل‌تر مفهوم مورد نظر، از روش جمع‌آوری کیفی داده‌ها استفاده شده است. مرور همه جانبه مقالات که در مرحله اول شروع گشته، در این مرحله نیز ادامه یافت و این مرور به عنوان پایه‌ای برای مقایسه داده‌های جمع‌آوری شده در عرصه حفظ شد. تحلیل نهایی [3] شامل ترکیب نمودن تحلیل نظری همراه با بینش و بصیرت‌های کسب شده از مشاهدات تجربی و گزارش یافته‌ها می‌باشد. در این مرحله با استفاده از رویکردی تحلیلی به جمع‌بندی، تحلیل و ارائه پیشنهادات ممکن به منظور تعریف مجدد مفهوم کمک می‌شود(۲۶). در مرحله نظری جهت مروری بر مطالعات، جستجو و بررسی، از طریق تمام مقالات چاپ شده در مجلات داخلی و خارجی، پایان نامه و سایت‌های مرجع انجام شد. بررسی متون فارسی و انگلیسی مرتبط در بانک‌های اطلاعاتی ملی SID، Magiran، Irandoc، IranMedex و Medlib و بانک های بین‌المللی Scopus، Web of Sciences، PubMed، Science-Direct، Cochrane، Embase، Springer، Wiley Online Library، Ebsco، CEBM، CINHAL، SAGE و موتور جستجوی Google Scholar انجام شد. جستجوی مقالات با استفاده از کلید واژه‌های فارسی و معادل انگلیسی مطابق

1. Theoretical Stage
2. Fieldwork Stage
3. Final Analytic

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

با Mesh آن، Elder-abuse -Neglect و تمام ترکیبات احتمالی کلمات با استفاده از عملگرهای بولین به صورت ترکیبی برای پایگاه‌های انگلیسی زبان انجام گرفت. هم‌چنین جستجوی دستی برای یافتن مقاله‌های بیش‌تر نیز به صورت بررسی فهرست منابع مقاله‌های شناسایی شده انجام شد. محدودیت زمانی در جستجو داده ها از ۲۰۱۷-۲۰۰۰ اعمال شد و مقالاتی که موضوع نامرتبط با موضوع مطالعه، مربوط به گروه‌های سنی غیر از سالمندان و موارد نامه به سردبیر و مقالات تکراری حذف گردید. در مجموع ۵۴۱ مقاله به دست آمد که پس از حذف موارد فوق، ۳۰ مقاله باقی ماند که مورد مطالعه قرار گرفت. مرحله کار در عرصه با جمع‌آوری داده‌های بالینی شروع شد. محیط مطالعه، آسایشگاه‌های سالمندان استان گیلان بوده است. علت انتخاب این مکان، تنوع سالمندان، دسترسی به خانواده آنان و مراقبت‌کنندگان از سالمندان بود. جامعه مطالعه، سالمندان مقیم این مرکز، خانواده آنان و پرستاران شاغل در این مراکز بودند که براساس نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و مورد مصاحبه قرار گرفتند. مصاحبه تا رسیدن به اشباع اطلاعات ادامه یافت. در مجموع با ۱۲ مشارکت کننده (۸ سالمند، ۲ عضو خانواده درجه یک و ۲ پرستار)، مصاحبه به عمل آمد. سالمندان با معیار های سن ۶۰ سال و بالاتر، تمایل به شرکت در مطالعه، هوشیاری به زمان و مکان و شخص، وارد مطالعه شدند. معیار های خروج از مطالعه، اختلال عملکرد شناختی، اختلال ذهنی و حافظه بوده است. خانواده سالمندان و پرستاران مرکز نیز در صورت تمایل به در اختیار گذاشتن اطلاعات خود، در مطالعه شرکت داده شدند. پس از کسب اجازه از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و دریافت مجوز تحقیق و کسب اجازه از مدیر محترم مسئول و ریاست آسایشگاه های سالمندان و توضیح اهداف مطالعه برای آن ها قبل از انجام مصاحبه طی یک جلسه آشنایی ضمن تکمیل رضایت نامه آگاهانه توسط شرکت کنندگان به سوالات مقدماتی آنان در مورد مطالعه پاسخ داده شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات، با شرکت کنندگان مطالعه به صورت چهره به چهره و گروهی مصاحبه گردید. در طی مصاحبه، ملاحظات اخلاقی رعایت شد و بدون هدایت بحث و با سوالات روشن و باز پاسخ به شرکت کنندگان کمک شد تا تجارب خود را توصیف نمایند. گفته‌های شرکت کنندگان با اطلاع و اجازه آنان ضبط و دست نوشته تهیه شد و با انجام مصاحبه مجدد به جمع آوری داده های کیفی پرداخته شد. بلافاصله بعد از مصاحبه به اطلاعات ضبط شده گوش داده و از معنی‌داری آن‌ها اطمینان حاصل شد. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها از هم جدا نبوده و با شروع جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل هم صورت گرفت. جهت انجام فرایند تحلیل داده‌ها، از مراحل پیشنهادی Graneheim & Lundman (۲۰۰۴) بهره گرفته شد. مصاحبه‌های ضبط شده، پیاده و چند بار، با هدف رسیدن به یک درک کلی، بازخوانی گردید. همه مصاحبه‌ها واحد تحلیل در نظر گرفته شد و کلیه کلمات و جملات به عنوان واحدهای معنایی که از نظر محتوا با یکدیگر مرتبط باشند، لحاظ گردیدند. در ادامه، واحدها با توجه به محتوا درونشان، جمع‌بندی شدند. در مرحله بعد، مفاهیم مستتر در واحدهای معنایی، به سطح انتزاع و مفهوم پردازی رسیده و نام‌گذاری آن ها با کد ها تعیین شد. کلیه کدهای استخراج شده با توجه به موارد مشابه و اختلاف‌هایشان، با هم مقایسه و تحت طبقات انتزاعی‌تر با بر چسب مشخص، دسته بندی گردیدند. در مرحله پایانی، با مقایسه طبقات استخراج شده با یکدیگر و تأمل عمیق و دقیق، محتوای نهفته در داده‌ها، با عنوان درون مایه یا تم مطالعه، معرفی گردیدند(۲۷). درستی، صحت و استحکام مطالعه، با به کارگیری معیارهای پیشنهادی Guba & Lincoln انجام شد(۲۸). پژوهشگران با شرکت طولانی مدت در روند مطالعه و داشتن ارتباط و تعامل موثر با شرکت‌کنندگان، جمع‌آوری اطلاعات دقیق و معتبر و تایید اطلاعات کسب شده توسط شرکت‌کنندگان، جهت افزایش قابلیت اعتبار (Credibility) در مطالعه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

تلاش نمودند. قابلیت اعتماد (Dependability) داده‌ها، با تکرار دقیق مرحله به مرحله جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و بهره‌گیری از بازبینی افراد صاحب‌نظر انجام شد.

از تایید اساتید هیئت علمی دانشگاه و نظرات تکمیلی آنان جهت افزایش معیار تاییدپذیری (Confirmability) داده‌ها بهره‌گرفته شد. جهت قابلیت انتقال (Transferability) مطالعه، پژوهشگران تلاش نمودند تا با ارائه توصیف غنی از گزارش مطالعه، به ارزیابی و قابلیت کاربرد مطالعه در سایر زمینه‌ها کمک نمایند. در مرحله تحلیل نهایی نیز، تحلیل کلی از ترکیب دو مرحله قبل انجام شد. در طول مصاحبه روش‌های خاصی برای اطمینان از صحت، روایی و پایایی مطالعه، مورد استفاده قرارگرفت. از بازنگری مشارکت‌کنندگان برای تایید صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده، استفاده شد. برای بازنگری ناظرین، متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده، علاوه بر محققین، توسط دو نفر از محققین دیگر پرستاری مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها

در مرحله اول مطالعه، مروری بر متون با هدف تحلیل مفهوم غفلت از سالمندان صورت گرفت (جدول شماره۱). یافته های مطالعه در این مرحله نشان داد شایع‌ترین نوع سوء رفتار، سوء رفتار روانی، بی اعتنایی یا غفلت بوده است(۲۹). در ایالت متحده، حدود ۱/۲ میلیون سالمند مورد خود غفلتی قرار می‌گیرند و بین خود غفلتی در سالمندان و افزایش خطر مرگ و میر آن‌ها رابطه بالایی وجود داشته است، به طوری که خود غفلتی در سالمند به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی مطرح می باشد(۳۰). هیچ تعریف عملکردی واضحی در رابطه با غفلت وجود ندارد و سن، نژاد، فقر، معلولیت و ناتوانی‌های جسمی، اختلالات شناختی، نقص در عملکرد شبکه‌های اجتماعی و هم‌چنین فقدان ابزارهای بررسی استاندارد، از جمله موانع شناسایی غفلت از سالمندان، محسوب می‌شود(۱۵، ۳۲-۳۰). واژه غفلت در فرهنگ دهخدا، فراموش کردن، بی خبر گشتن و توجه نداشتن به چیزی معنی شده است(۳۳). واژه لاتین غفلت (Neglect) در آکسفورد نیز رها شده و فراموش شده معنا شده است(۳۴). غفلت، از اشکال بسیار شدید سوء رفتار در قبال سالمندان تعریف شده است و شایع‌ترین شکل خود غفلتی، عدم انجام فعالیت‌های روزمره و خدشه‌دار شدن رابطه مناسب با اطرافیان و تیم سلامت ذکر

جدول شماره ۱: خلاصه ای از تعاریف و مفاهیم حاصله از مروری بر متون

نام نویسنده	عنوان مقاله	مفهوم
Rana و همکاران (۲۰۱۶)(۳۵)	سوء استفاده، خشونت و غفلت در سالمندان در هاریانا؛ مطالعه موردی	شایع ترین نوع سوءاستفاده در سالمندان از نوع فیزیکی بوده و به دنبال غفلت و یا بی توجهی رخ می دهد.
Burnes و همکاران (۲۰۱۵) (۳۶)	شیوع و عوامل خطر سوء استفاده و غفلت در سالمندان جامعه، مطالعه مبتنی بر جمعیت	سوء رفتار با سالمند به یک اقدام عمدی (سوء استفاده جسمی، جنسی، احساسی یا مالی) یا بی توجهی (غفلت) در رابطه اعتماد اشاره دارد.
مولایی و همکاران (۲۰۱۷)(۳۷)	بررسی میزان شیوع سوء رفتار با سالمندان در ایران از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۴ با استفاده از مرور ساختار یافته و متا آنالیز	انجام ندادن رفتاری خاص به صورت عمدی یا غیر عمدی توسط مراقبت کننده یا فرد قابل اعتماد دیگر که باعث افزایش خطر صدمه یا تجاوز به حقوق انسانی و کاهش کیفیت زندگی در فرد سالمند می شود و شامل سوء رفتار فیزیکی، جنسی، روانی عاطفی، غفلت، ترک کردن و یا بهره برداری مالی است
کیقبادی و همکاران (۲۰۱۴)(۳۸)	بررسی شیوع سوء رفتار و عوامل مرتبط با آن در زنان سالمند	هرگونه سوء استفاده و غفلت در مورد افراد ۶۰ سال و بالاتر که از سوی مراقبت کننده و یا فرد قابل اعتماد دیگری وارد می شود، که این سوء رفتار شامل، سوء استفاده فیزیکی، جنسی، روانی یا عاطفی، غفلت، ترک کردن و بهر ه برداری مالی می باشد.
منوچهری و همکاران (۲۰۰۸)(۳۹)	میزان و انواع سوء رفتار خانگی با سالمندان مراجعه کننده به پارک های شهر تهران	انجام یا عدم انجام رفتاری خاص به صورت عمدی یا غیر عمدی می باشد که ممکن است ماهیت جسمی، عاطفی یا روحی داشته و باعث عوارضی از جمله زجر بیهوده، صدمه یا درد بدنی، تجاوز به حقوق انسانی و کاهش کیفیت زندگی در فرد سالمند شود
قدوسی و همکاران (۲۰۱۴)(۴۰)	بررسی مصادیق سالمند آزاری و ارتباط آن با سن و جنس در سالمندان بستری در بیمارستان	سالمندآزاری مخفی ترین شکل سوء رفتار و کلید پاسخ های دولت به جمعیت در حال پیر شدن است. این موضوع یک مشکل خشونت خانوادگی، نگرانی از نسلی به نسل دیگر، بهداشت، عدالت و مساله ی حقوق بشر را در بر می گیرد، زیرا پدیده ی سالمند آزاری و غفلت یک مساله ی چند بعدی و پیچیده است.
مجبی و همکاران (۲۰۱۶)(۴۱)	سوء رفتار خانگی با سالمندان روستایی شهرستان دزفول و ارتباط آن با کیفیت زندگی آنان	تحمیل درد و رنج به سالمند از سوی اعضای خانواده که ممکن است از طریق ارتکاب عملی آزار دهنده یا ترک عملی ضروری به صورت عمدی یا غیر عمدی در یک یا چندین مرتبه رخ دهد و به اشکال مختلف نظیر غفلت، سلب اختیار ، بهره برداری مالی، آزار های روانشناختی و بدنی و طرد شدگی نمایان می شود.
Dong و همکاران (۲۰۰۹)(۴۲)	خودکفایی و سوء استفاده از افراد مسن و خطر مرگ و میر در یک جمعیت ساکن جامعه	سوء استفاده از سالمندان، شامل سوء استفاده روانشناختی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت (غفلت مراقبین و غفلت از خود)، و بهره کشی مالی می باشد.
کریمی و الهی (۲۰۰۸)(۱۵)	سالمند آزاری در شهر اهواز و ارتباط آن با برخی مشخصه های فردی و اجتماعی، مقاله پژوهشی	سوء رفتار با سالمندان به صورت بد رفتاری با اشخاص سالمند در اشکال فیزیکی، جنسی، احساسی، غفلت، مالی و طرد کردن می باشد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

گردیده است(۱۲، ۱۳، ۴۰). این موضوع در مطالعه هروی کریموی و همکاران بر روی سالمندان نیز بیان شده است و هم‌چنین آنان در مطالعه خود، بی‌محبتی، کم‌توجهی و رها شدن را به عنوان آزار دهنده‌ترین رفتار در سالمندان شناختند(۳۲).غفلت به عنوان یکی از مصادیق محرومیت از حقوق و شئونات انسانی شناخته می‌شود که به شکل غفلت، سلب اختیار، بهره‌برداری مالی، آزارهای روان شناختی و بدنی و طرد شدگی رخ می‌دهد(۷). غفلت را با آشنا نکردن اخبار مهم مربوط به روند بیماری به عنوان شایع‌ترین نوع سوء رفتار، می‌شناسند(۴۰).

در مطالعه Mattoo و همکاران در سال ۲۰۱۰، غفلت در سالمندان، با عوامل روانی، خشونت به دلیل فاصله نسل‌ها، وابستگی اقتصادی به بستگان، انزوا، بی‌کاری، استرس مراقبان، ازدحام بیش از حد خانواده، دمانس و اختلالات جسمی مرتبط، شناخته شد و مطرح گردید که غفلت با تنهایی مرتبط بوده و اکثریت بیماران سالمندی که از غفلت رنج می‌برند تنها هستند زیرا با آن‌ها مشورت نمی‌شود. آن‌ها از تصمیمات مربوط به بیماری‌شان آگاه نمی‌گردند و به علاوه فعالیت‌های آن‌ها برای اعضای خانواده و پرسنل خانه‌های سالمندان غیر قابل تحمل است(۴۳).

در مطالعه‌ای دیگر، غفلت و بی‌توجهی را نتیجه سوء رفتار عاطفی و جسمی دانسته‌اند(۳۶). همچنین، یک نظرسنجی بزرگ در اروپا در سال ۲۰۰۹ و همچنین مطالعه قدوسی و همکاران، نشان داد سالمندانی که مشکلات افسردگی و شناختی دارند میزان شیوع بالاتری از غفلت را نسبت به سالمندانی که مشکلات درمانی دیگری دارند گزارش می‌دهند(۴۴،۴۰).

Mattoo و همکاران، شایع‌ترین علت بروز غفلت را عدم آگاهی دادن به سالمندان بیان کردند(۴۳). مطالعات مختلف، لزوم توجه و اهمیت دقیق به شناسایی غفلت را با آگاهی از تعریف دقیق و صریح این واژه جهت شناخت و پیشگیری از آن را نشان می‌دهد. بررسی و مرور متون بیانگر این موضوع بوده است که غفلت مشکلی جدی و خطرناک و بالقوه کشنده محسوب می‌گردد و شواهد نشانگر این است که در تعریف و شناسایی غفلت، سهل‌انگاری در تأمین نیازهای بهداشتی و مراقبتی و توان‌بخشی، مرکز توجه صاحب‌نظران و محققان بوده است(۴۶،۴۵). از سویی دیگر، ذکر می‌گردد که غفلت و تنهایی در سالمندان می‌تواند زمینه را برای بروز خودکشی در آن ها فراهم کند(۴۳). کلیه این شواهد نشان می‌دهد که خود غفلتی در سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و زمینه را برای بروز سایر انواع سوء رفتار فراهم می‌کند(۴۰). مددکاران اجتماعی و پرسنل بهداشت و درمان که هسته اصلی آژانس خدمات حمایتی هستند، باید توجه ویژه‌ای به موضوع غفلت در سالمندان که اغلب همراه با مشکلات مربوط به نیازهای بهداشتی، وضعیت عملکردی و محیط اجتماعی سالمند است و زمینه را برای عدم انجام فعالیت‌های روزمره فراهم می‌کنند، داشته باشند(۴۷). با توجه به مرور مقالات، محققان بر این باورند که نمی‌توان تنها یکی از این تعاریف را کامل دانست. به این جهت با در نظر گرفتن تمامی تعاریف موجود و علل مرتبط، تلاش گردید تعریف جامع و عملیاتی ارائه گردد. بر این اساس، تعریف عملیاتی غفلت، به معنای فراموش کردن، بی‌خبر گشتن و توجه نداشتن به چیزی و رها شده و بی‌محبتی، آشنا نکردن اخبار مهم مربوط به روند بیماری، سهل‌انگاری در تأمین نیازهای بهداشتی و مراقبتی و توان بخشی معنا می‌گردد و شایع‌ترین نوع سوء رفتار در حیطه سوء رفتارروانی بوده است(۴۶،۴۵،۴۰،۳۴،۳۳). حس غفلت یکی از مصادیق محرومیت از حقوق و شئونات انسانی و به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی و مرتبط با چگونگی عملکرد جسمی و حرکتی سالمند شناخته می‌شود(۳۰،۷). در مرحله کار در عرصه، نتایج مصاحبه با سالمندان و چند تن از پرستاران و همچنین خانوده بیماران نیز، تعاریفی در تایید مروری بر متون در مطالعه حاضر بیان گردید و در نهایت، از مصاحبه ۱۲ نفر (۸ سالمند، ۲ عضو خانواده درجه یک و ۲ پرستار)، هشت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

زیر طبقه و سه طبقه اصلی نمایان شد (جدول شماره ۲). گزیده‌هایی از صحبت‌های مشارکت‌کنندگان در ادامه شرح داده شده است.

دول شماره ۲: طبقات و زیر طبقات استخراج شده از مصاحبه با مشارکت کنندگان

طبقات اصلی	زیر طبقات
جدایی تعاملاتی	دوری اجتناب ناگزیر
	فراموشی تلخ
	قرب فراموش شده نزدیکان
تعارض های روان شناختی	تجربه آسیب‌زا
	درک خشونت ها
	شکست عاطفی
روان آزردگی	هیجان روانی
	دغدغه همراه

بیمار ۱، غفلت یعنی فراموش کردن من، یعنی گویا من دیگر وجود ندارم. من انتظارم از بچه‌هام مثل زمانی هست که جوان بودم، دوست دارم با من صحبت کنند، نظرم را بخواهند. برای حرف‌هایم احترام قائل باشند. بیمار ۷، فراموش کردن یک سالمند، ضربه محکمی را به من وارد می‌کند. گاهی مردن را به بودن بی‌تاثیر در زندگی ترجیح می‌دهم. من همانم که همیشه برای من احترام قائل بودند. حالا هم هستم، همین را از همه فرزندانم، از همه پزشکان، پرستاران می‌خواهم.

پرستار ۵، غفلت به نظرم همان دور از چشم کردن و فراموش کردن یک نفر است. در سالمندانی که ما از آن‌ها مراقبت می‌کنیم، موضوع بسیار مهم، توجه به آنان است. همیشه باید با آن‌ها صحبت کنیم و به آن‌ها یادآوری کنیم که وجودشان چقدر برای ما اهمیت دارد. حال، برخی روزها به دلیل مشغله‌های زیاد کاری، ارتباط و گفتگو با آن‌ها کم می‌شود و به خوبی، نشانه‌های افسردگی و گوشه نشینی را می‌توانی در آن‌ها دید.

دختر سالمند ۱۱، تا چند ماه مادرم با ما زندگی می‌کرد، ولی متاسفانه به دلیل این که تنها فرزندی هستم که در ایران زندگی می‌کنم و تنها برادرم درخارج از کشور سکونت دارد، نگهداری مادرم، با توجه به درگیری‌های خانوادگی بسیار برایم مشکل شده بود و ناچار به آوردن مادرم به مرکز سالمندی شدم. اما تلاش می‌کنم تا حداقل هفته‌ای دو تا سه بار به مادرم سر بزنم، چرا که غیر از این یعنی مورد غفلت واقع شدن مادرم، یعنی مادرم را فراموش کردم.

بحث

هدف از این مطالعه، تبیین تحلیل مفهوم غفلت از سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های سالمندان استان گیلان با به کارگیری مدل سه مرحله‌ای هیبرید بوده است. با جستجو در منابع، مفهوم غفلت و سوء رفتار با سالمند طبق تعریف مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC)، عبارت است از انجام ندادن رفتاری خاص به صورت عمدی یا غیر عمدی توسط مراقبت کننده یا فرد قابل اعتماد دیگر که باعث افزایش خطر صدمه یا تجاوز به حقوق انسانی و کاهش کیفیت زندگی در فرد سالمند می‌شود و شامل سوء رفتار فیزیکی، جنسی، روانی عاطفی، غفلت، ترک کردن و یا بهره‌برداری مالی است(۴۸،۳۸،۱۴). سالمندآزاری مخفی ترین شکل سوء رفتار و کلید پاسخ های 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 مساله حقوق بشر را در بر می‌گیرد، زیرا پدیده سالمند آزاری و غفلت یک مساله چند بعدی و پیچیده است(۴۹). هم‌چنین، در ادامه مطالعه، بر اساس نتایج مصاحبه‌ها، سه طبقه اصلی جدایی تعاملاتی، تعارض‌های روانشناختی و روان آزردگی سالمندان استخراج شد. با توجه به نظر شرکت کنندگان در این مطالعه دوری اجتناب ناپذیر، فراموشی تلخ و قرب فراموش شده نزدیکان موجب جدایی تعاملاتی در سالمندان شده است. از دیدگاه سالمندان زندگی با کیفیت بهتر وقتی اتفاق می‌افتد که آنان در کنار خانواده و تحت حمایت همسر، فرزندان و فامیل باشند(۹).

در مطالعه هروی و همکاران، وانهادن سالمند به حال خود در تجربه های شرکت کنندگان پدیدار بود. در واقع اعضای خانواده با وانهادن سالمند به حال خود و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

سهل انگاری در تامین نیازهای عاطفی و مراقبتی و ایمنی، به صورت عمدی یا غیر عمدی موجبات غفلت از او را فراهم می‌ساختند(۳۲).

در مطالعه Zhenmei و همکاران نیز سالمندانی که نیاز به مراقبت طولانی مدت دارند، چهار برابر بیش‌تر از سایر سالمندان مورد بی اعتنایی قرار گرفتند و توسط همراهانشان به خانه ی سالمندان آورده شده بودند(۲۹). در مطالعه قدوسی و همکاران، بی اعتنایی و سر نزدن افراد خانواده (حضوری یا تلفنی) در حیطه سوء رفتار روانی با سالمند، شیوع بیش‌تری داشته است(۴۰). در مطالعه ربیعی و همکاران، اشاره شده است که سالمندان با توجه به تغییرات فیزیولوژیک حاصل شده و حساسیت خاص این دوره، از روحیه و عزت نفس خاصی برخوردار هستند و اگر مورد توجه و تکریم اعضای خانواده قرار نگیرند، به طور قطع مشکلات حادی را به دنبال خواهد داشت(۵۰).

از دیدگاه Alexandre و همکاران، زندگی با خانواده و درگیر شدن با رشد کودکان خانواده و امور مالی، باعث فعال بودن و اجتماعی شدن سالمندان می شود(۵۱). در واقع، سالمندانی که در منزل زندگی می‌کنند، نسبت به سالمندان مقیم سرای سالمندان، از لحاظ شبکه اجتماعی تکامل بیشتری دارند و از نظر ارتباطات اجتماعی موجود، رضایت بیش‌تری از خود نشان می دهند(۹). براساس مصاحبه‌های صورت گرفته در این مطالعه، تخریب آسیب‌زا، درک خشونت ها و شکست عاطفی از مضامین تعارض‌های روانشناختی در سالمندان تعریف شده است. و همچنین هیجان روانی و دغدغه‌های همراه سالمندان، موجب روان آزردگی آن‌ها می‌شود. در مطالعه مروری سیستماتیک مولایی و همکاران، بد رفتاری عاطفی، فراوان‌ترین نوع سالمند آزاری و پس از آن به ترتیب بد رفتاری روانی، غفلت، بد رفتاری مالی، جسمی و طرد شدگی از سایر جنبه‌های سالمند آزاری عنوان شده است(۳۷).

در مطالعه کیقبادی و همکاران، تنها به طرد شدگی، سوء رفتار جسمی و روانی، به عنوان انواع سوء رفتار اشاره شده است(۳۸).

در مطالعه Matto و همکاران نیز، یکی از مهم‌ترین عوامل غفلت در سالمندان، عوامل روانی و خشونت بود(۴۳). هم‌چنین، در مطالعه دانگ و همکاران، نتایج حاکی از این است سالمندانی که مورد سوء رفتار قرار گرفته‌اند، از میان اشکال پریشانی روانشناختی، علائم افسردگی، اضطراب، ترس و بی‌ارزشی را نشان دادند(۴۲).

در مطالعه کیقبادی و همکاران و همچنین، منوچهری و همکاران نیز، سوء رفتار و غفلت عاطفی، به عنوان شایع‌ترین نوع سوء رفتار به‌دست آمده است(۳۸، ۳۹). در واقع، بی اعتنایی به نیاز های عاطفی سالمند، پاسخ ندادن به سوالات وی، همدلی نکردن و بی‌توجهی به احساسات او، زمینه را برای سوء رفتار با سالمند فراهم می‌کند و احساس مهم نبودن، ناامیدی و یاس را در وی ایجاد می‌نماید. بر اساس نظریه اریکسون، هرگاه ناامیدی الگوی غالب روانشناختی سالمند باشد، یکپارچگی و انسجام روانشناختی در روندی نزولی قرار خواهد گرفت(۵۲).

در مطالعه نوری و همکاران، غفلت عاطفی، غفلت مراقبتی و سوء رفتار روانشناختی، بالا ترین میزان غفلت را به خود اختصاص داده است(۵۳). در بسیاری از مطالعات دیگر نیز به غفلت عاطفی و سوء رفتار روانشناختی در سالمندان اشاره شده است(۱۵،۴۱،۵۴). اختلال‌های روانشناختی در سالمندان عواقب نا مطلوب بسیاری به همراه دارد و علاوه بر افزایش میزان نا توانی جسمانی آن‌ها، یکی از علل اساسی خودکشی در بین سالمندان می‌باشد(۵۵).

در مطالعه Rana و همکاران نیز به این مسئله اشاره شده است و در مطالعه آن‌ها بیان شد، سالمندانی که مورد سوء رفتار و غفلت قرار می‌گیرند، به درجات بیشتری از افسردگی و ناراحتی و افکار خودکشی دچار هستند(۵۵). به نظر می‌رسد که اطرافیان و مراقبین افراد سالمند، آگاهی‌ها و آمادگی های لازم برای مراقبت و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

همزیستی این افراد را کسب نکرده و خواسته یا ناخواسته موجبات ناامیدی و عدم سلامت روان شناختی آنان را فراهم می آورند.

در مطالعه Boldy و همکاران، شیوع آزار سالمندان ۵۰ ساله و بالاتر، ۵۸ درصد گزارش شده است و نتیجه این مطالعه، اهمیت آموزش و پرورش هدفمند جهت عموم مردم، افراد مسن و در حرفه های مختلف را نشان داد که این مداخلات سودمند شامل مراقبت، حمایت و مشاوره می‌باشد(۵۶).

در مطالعه Morgam و همکاران، نتایج نشان داد که اعتقاد مردم بر این است که باید آزار دادن سالمند به صورت جرم تعریف شده و مجازات برای آن در نظر گرفته شود که خود نتیجه به سزایی در کاهش سالمند آزاری خواهد داشت(۲۲). احترام، جزء یکی از نیازهای اساسی سالمند است، به طوری که بسیاری از سالمندان بیان می کنند که آن ها بیش از آب و غذا به احترام نیاز دارند و بی احترامی برای آن ها بدتر از گرسنگی و تشنگی است(۱۱).

در مطالعه فرزانگان و همکاران نیز اشاره شده است که احترام به سالمند نقش برجسته‌ای در پیشگیری از سالمند آزاری دارد(۵۷). خانواده ایرانی در نوع خود از بهترین خانواده‌ها برای پذیرش سالمندان است ولی شرایط خاص اجتماعی نظیر شهرنشینی، تجدد گرایی، تغییر در ارزش‌های سنتی، تضاد در نظام ارزشی نسل جدید و قدیم و عدم آمادگی برای پذیرش مراقبت از سالمند، سبب می‌شود که خانواده‌ها قادر به ایفای مناسب نقش و وظایف خود در قبال سالمندان نباشند(۵۸).

انجام مرحله دوم کار در عرصه در استان گیلان صورت گرفت. کار در عرصه در استان گیلان که به دلیل دسترسی مناسب پژوهشگران به این مراکز بوده است، می تواند از محدودیت های تحقیق حاضر در نظر گرفته شود. حال، علی رغم تاکید زیادی که در فرهنگ ما به احترام به سالمند شده است، این گروه در معرض غفلت و انواع سوء رفتارها قرار دارند. بنابراین، با توجه به اهمیت سالمندان به عنوان قشر آسیب‌پذیر و نیز سالمند شدن کشور ایران، و همچنین نقشی که پرستار می تواند در شناسایی سوء رفتار و غفلت در سالمندان داشته باشد، پیشنهاد می‌شود با توجه به وجود تفاوت‌های فرهنگی در کشور ایران، مطالعات مشابه جهت اخذ نتایج بیشتر و مبسوط‌تر، در سایر استان ها نیز صورت گیرد تا بتوان با برنامه ریزی دقیق تر و شناسایی موارد غفلت، گام های موثری را در ارتقای سطح سلامت جامعه سالمندان برداشت.

سپاسگزاری

مطالعهَ حاضر، نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی گیلان با کد، IR. GUMS. Res. 1395.392 می باشد. بدین‌وسیله از کلیه مشارکت کنندگان در تحقیق حاضر که با به اشتراک گذاشتن تجارب خود، پژوهشگران را در انجام این تحقیق یاری نمودند، سپاس و قدردانی می‌شود و همچنین پژوهشگران، کمال تشکر و قدردانی خود را جهت همراهی و تامین اعتبار معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه جهت انجام مطالعه حاضر اعلام می دارند.

References

1. Moshfeghi G, Rezabakhsh H, Danesh E. Effectiveness of horticulture therapy on depression. J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci 2015; 24(86): 328-335 (Persian).
2. Nabavi S, Alipoor F, Hejazi A, Rabanie E, Rashidi W. Relationship between social support and mental health in older adults. J Mashad Univ Med Sci 2014; 57(7): 841-846 (Persian).
3. Nazari H, Rashedi V, Mohammadi H, Yousefi M. Relationship between cognitive status and activities of daily living among the

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

elderly of nursing homes. J Kermanshah Univ Med Sci 2015; 18(12):744-746 (Persian).

4. Mehri Nejad SA, Ramezan Saatchi L, Paydar S. Death Anexity and its Relationship with social support and Adherence to Religion in the Eldrly. Iranian journal of Ageing. 2017; 11(4): 495-503 (Persian).
5. Shelkholeslami F, RezaMasoleh S, Khodadadi N, Yazdani M. Loneliness and general health of elderly. J Holist Nurs Midwifery 2011; 21(2): 28-34 (Persian).
6. Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi M, Hajizadeh E. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire. SIJA 2010; 5(1): 7-21 (Persian).
7. Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Hajizadeh E, Sheykhi M. The meaning of domestic elderly abuse concept. Daneshvar Medicine 2010; 17(85): 39-51 (Persian).
8. World Health Organization. A global response to elder abuse and neglect: Building Primary health care capacity to deal with the problem worldwide. Geneva, World Health Organization; 2008.
9. Abdollahi F, Mohammadpour R. Health Related Quality of life among the Elderly Living in Nursing Home and Homes. J Mazand Univ Med Sci 2013; 23(104): 20-25 (Persian).
10. Garre Olmo J, Planas Pujol X, López Pousa S, Juvinyà D, Vilà A, Vilalta Franch J. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. J Am Geriatr Soc 2009; 57(5): 815-822.
11. Heravi Karimoi M, Jadid Milani M, Faghihzadeh S. The effect of family counseling programs on prevention of psychological abuse of elderly women. Hayat 2005; 11(2): 79-86 (Persian).
12. Arai M. Elder Abuse in Japan; Educational Gerontology 2006; 32(1): 13-23.
13. Konig JE, Leembruggen-Kallberg E. Perspectives on Elder Abuse in Germany. Educational Gerontology. 2006;32(1):25-35
14. Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Foroughan M, Montazeri A. Frequency of elder abuse within family in members of SeniorSocial Clubs in Tehran City. SIJA 2012; 6(4): 37-50 (Persian).
15. Karimi M, Elahi N. elderly abuse in Ahwaz city and its relationship with individual and social characteristics. SIJA 2008; 3(7): 42-46 (Persian).
16. Bacon J. Elder abuse. http: www.woman abuseprevention. com/html/elder_abuse.htm. Accessed July 20, 2004.
17. Nassiri H, Heravi Karimooi M, Jouybari L, Sanagoo A, Chehrehgosha M. The Prevalence of Elder Abuse in Gorgan and Aq-Qala Cities, Iran in 2013. Salmand 2016; 10(4): 162-173 (Persian).
18. Bonnie R, Wallace R. Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America. Washington, DC; The National Academies Press; 2003.
19. Kimbell A. A psychometric study of items predicting decisions on allegations of elder abuse, neglect and exploitation (Dissertation). Texas. A&M University: 2003.
20. Graham H. Domestic violence and abuse: elder abuse. Practice Nurse 2006; 31(8): 59-63.
21. Malley-Morrison K, Nolido N E.-V. Chawla S. International Perspectives on Elder Abuse: Five Case Studies. Educational Gerontology 2006; 32(1): 1-11.
22. Morgan E, Johnson I, Sigler R. Public definitions and dorsement of the criminalization of elder abuse. J Crim Justice 2006; 34(3): 275-283.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

23. Anthony S, Jack S. Qualitative case study methodology in nursing research an integrative review. J Adv Nurs 2009; 65(11): 71-81.
24. Liang S, Chuang Y, Wu S. Preliminarily application of content analysis to qualitative nursing data. Hu Li Za Zhi 2012; 59(5): 84-90.
25. Negarandeh R, Mardani Hamooleh M, Rezaee N. Concept Analysis of Palliative Care in Nursing: Introducing a Hybrid Model. J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(130): 40-51 (Persian).
26. Ghafari S, Mohammadi F. Concept analysis of nursing care: a hybrid model. J Mazandaran Univ Med Sci 2012; 21(1): 153-164 (Persian).
27. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004; 24(2): 105-112.
28. Strubert Speziale H, Alen J, Carpenter D. Qualitative Research in Nursing. 3th ed. Philadelphia. Williams & Wilkings; 2003.
29. Zhenmei Z, Page C, Conner T, Lori A. Post. Family members' reports of nonstaff abuse in michigan nursing homes abuse in michigan nursing homes. J Elder Abuse Negl 2012; 24(4): 357-369.
30. Davatgaran K. An Introduction to Elderly Phenomenon. Elderly Rehabilitation Message Quarterly 2008; 5(13): 2 (Ppersian).
31. Pavlou M, Lachs M. Could self-neglect in older adults be a geriatric. J Am Geriatr Soc 2006; 54(5): 831-842.
32. Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Foroughan M, Ebadi A. Designing and determining psychometric properties of the Elder Neglect Checklist. Salmand Iran J Ageing 2013; 8(3): 25-34 (Persian).
33. Dehkhoda A. Loghat Name. Tehran, University of Tehran Publication; 2006 (Persian).
34. Hornby A. Oxford Advanced Learners Dictionary of Current English. 7th ed. Oxford. Oxford University; 2005.
35. Rana S, Siddiqui L, Siddiqui M, Devi L. Elderly Abuse, Violence and Neglect in Haryana-A Case Study. Asian Man (The)-An International Journal 2016; 10(1): 26-31.
36. Burnes Dl, Pillemer K, Caccamise PL, Henderson C, Berman J, Cook MA, et al. Prevalence of and Risk Factors for Elder Abuse and Neglect in the Community: A Population-Based Study. J Am Geriatr Soc 2015; 63(9): 1906-1912.
37. Molaei M, Etemadi A, Taheri Tanjani P. Prevalence of Elder Abuse in Iran: A Systematic Review and Meta Analysis. SIJA 2017; 12(2): 242-253 (Persian).
38. Keyghobadi F, moghaddam Hisseini V, keyghobadi F, rakhshani M. Prevalence of Elder Abuse against women and Associated factors. J Mazandaran Univ Med Sci. 2014; 24(117): 125-132 (Persian).
39. Manouchehri H, Ghorabi B, Hoseini M, Oskouie Nasiri N, Karbakhsh M. Degree and types of domestic abuse with elderly people refering to parks in Tehran. Journal of Shahid Beheshti Nursing and Midwifery Faculty 2008; 18(63): 37-43 (Ppersian).
40. Ghodousi A, Abedi H, Fallah Yakhdani E. Studying the Instances of Elder Abuse and Their Relationship With Age and Sex in the Hospitalized Elderly. Journal of Legal Medicine 2014; 19(4): 367-375 (Persian).
41. Mohebbi L, Zahednejad S, Javadipour S, Saki A. Domestic Elder Abuse in Rural Area of Dezful, Iran and Its Relation with Their Quality of Life. Iranian Journal of Aging 2016; 10(4): 50-59 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

42. Dong X, Simon M, Mendes de leon C, Flumer T, Baeck T, Hebert L, et all. Elder self- neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. JAMA. 2009;302(5):517-526.
43. Mattoo K, Shalabh K, Khan A. Geriatric forensics: A dentist's perspective and contribution to identify existence of elder abuse among his patients. J Forensic Dent Sci 2010; 2(2): 81-85.
44. Chokkanathan S, Lee A. Elder mistreatment in urban India: A community based study. J Elder Abuse Negl. 2005; 17(2): 45-61.
45. Fulmer T, Firpo A, Guadagno L, Easter T, Kahan F, Paris B. Themes from a grounded theory analysis of elder neglect assessment by experts. Gerontologist 2003; 43(5): 745-752.
46. Fulmer T, Paveza G, Vandeweerd C, Guadagno L, Fairchild S, Norman R, et al. Neglect assessment in urban emergency departments and confirmation by an expert clinical team. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2005; 60(8): 1002-1006.
47. Swanson E, Smith Charles A. Adult protective services clients confirmed for selfneglect: characteristics and service use. J Elder Abuse Negl 2011; 23(4): 289-303.
48. Naughton C, Drennan J, Treacy M, Lafferty A, Lyons I, Phelan A, et al. Abuse and neglect of older people in Ireland: Report on the national study of elder abuse and neglect, Report summary. Ireland: National Centre for the Protection of Older People. 2010.
49. Luzny J, Jurickova L. Prevalence of elder abuse and neglect in seniors with psychiatric morbidity- example from central moravia, czech republic.Iran J Public Health 2012; 41(8): 27-32 (Persian).
50. Rabiei L, Mostafavi F, Masoudi R, Hasanzadeh A. Effect of Family-Centered Interventions on Empowerment pf the Elderly. Health Research Journal 2012; 8(2): 301-311 (Persian).
51. Alexandre T, Cordeiro R, Ramos L. Factors associated to quality of life in active elderly. Rev Saude Publica 2009; 43(4): 613-621.
52. Seydy M, Mohebbi Z, Rezaee K. The mediating role of elderly abuse in the relationship between generativity and Ego integity. Journal of Aging Psychology 2015; 1(2): 49-56 (Persian).
53. Nori A, Rajabi A, Esmailzadeh F. Prevalence of elder misbehavior in northern Iran [2012]. J Gorgan Uni of Med Scie 2015; 16(4): 93-98 (Persian).
54. Khalili Z, Taghadosi M, Heravi-Karimooi M, Sadrollahi A, Gilasi H. Assessment of the Associations of Depression with Elder Abuse among the Elderly in Kashan City, Iran. SIJA 2016; 10(4): 8-16 (Persian).
55. Etemadi A, Ahmadi K. The survey of concerns and psychological disorders in elderly sanatorium. J Qazvin Univ Med Sci 2010; 14(1): 71-77 (Persian).
56. Boldy D, Horner B, Crouchley K, Davey M, Boylen S. Addressing elder abuse: Western Australian case study. Australasian Journal on Ageing 2005; 24(1): 3-8.
57. Farzanegan S, fadaee vatan R, mobasheri M, mansoorian Y. Describtion of concepts related to elderly abuse in persian. Iranian Journal of Aging 2012; 6(23): 51-57 (Persian).
58. Hoseyni R, Saleh Abadi R, Javanbakhtiyan R, Alijanpour Agamaleki M, Borhaninejad V, Pakpour V. A Comparison on Elderly Abuse in Persian and Turkish Race in Chaharmahal Bakhtiari Province. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2016; 23(1): 75-38 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]