



Effectiveness of Empowerment-Based Training on Preventing Elder Abuse Among the Older Adults in Tehran

Khosravi M¹, Zanjani S^{2*}, Zendehbad AS³

1. Master Student of Aging Health, Department of Aging Health, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. PhD in Health Education and Health Promotion, Assistant professor of Dep of Health Education and Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3. MD, Geriatric Medicine Specialist (Board Certified) Assistant Professor of Geriatric Health Department of Geriatric Health, Faculty of Medical Sciences & Technology, Tehran science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Samaneh Zanjani, Assistant Professor of Dep of Health Education and Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: Zanjani.samaneh@gmail.com

Received: 2025/11/28

Accepted: 2026/05/20

Abstract

Introduction: The growth of the aging population, along with increasing psychological tensions and the impact of various aspects of elder abuse on the quality of life of older adults, on the one hand, and the influence of empowerment-based training in enhancing their independence and awareness, on the other hand, necessitated this study. Therefore, this study aimed to evaluate the effectiveness of empowerment-based training in preventing elder abuse among older adults in Tehran in 2023–2024.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with control and experimental groups, in which a simple random sampling method was used for sampling. A total of 90 eligible older adults were randomly selected and divided into experimental and control groups. The experimental group participated in an intensive training program consisting of 8 sessions over 8 weeks, while the control group did not receive any training program. The MMSE questionnaire was used to assess cognitive status, and only individuals with a score above 23 were included in the study. Additionally, the experience of elder abuse was measured using the Domestic Elder Abuse Questionnaire, and quality of life was measured using the OPQOL-31 questionnaire. Data were analyzed using SPSS software (version 27).

Results: The results showed that the mean score of elder abuse before the intervention was similar in both experimental and control groups. In the experimental group, the mean of elder abuse before the intervention was $58/59 \pm 9/44$, which decreased to $53/57 \pm 9/80$ immediately after the intervention, and then reached $55/5 \pm 12/44$ three months later. Analysis of variance indicated that the differences between the means in the experimental group were statistically significant ($P < 0/01$).

Conclusion: The findings indicate that an empowerment-based training program can effectively reduce elder abuse and improve the quality of life in older adults. This intervention increases older adults' awareness and self-confidence, enabling them to identify and deal with mistreatment and develop a greater sense of independence.

Keywords: Aged, Elder Abuse, Health Education, Secondary Prevention, Empowerment.



اثربخشی آموزش مبتنی بر توانمند سازی بر پیشگیری از سالمند آزاری در سالمندان شهر تهران

مهسا خسروی^۱، سمانه زنجانی^{۲*}، آزاده سادات زنده باد^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد سلامت سالمندی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.
 ۲- دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت و گروه سلامت سالمندی دانشکده علوم و فناوری های پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.
 ۳- متخصص طب سالمندان (دارای بورس تخصصی)، استادیار گروه سلامت سالمندان دانشکده علوم و فناوری های پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: سمانه زنجانی، استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت و گروه سلامت سالمندی دانشگاه علوم و فناوری های پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.
 ایمیل: Zanjani.samaneh@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۲/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۹/۷

چکیده

مقدمه: رشد جمعیت سالمندان، همچنین افزایش تنش های روانی و تأثیری که جنبه های مختلف سالمند آزاری بر کیفیت زندگی سالمندان دارد، از سوی دیگر، تأثیر آموزش مبتنی بر توانمند سازی در افزایش استقلال و آگاهی سالمندان، مطالعه ای با هدف اثربخشی آموزش مبتنی بر توانمند سازی بر پیشگیری از سالمند آزاری در سالمندان شهر تهران در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با گروه های کنترل و آزمایش است که در آن از روش تصادفی ساده برای نمونه گیری استفاده شد. ۹۰ سالمند واجد شرایط به طور تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش در یک برنامه آموزشی فشرده شامل ۸ جلسه طی ۸ هفته شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ گونه برنامه آموزشی دریافت نکردند. برای ارزیابی وضعیت شناختی از پرسشنامه MMSE استفاده شد و تنها افراد با نمره بالاتر از ۲۳ وارد مطالعه شدند. همچنین، تجربه سالمند آزاری با استفاده از پرسشنامه بررسی سوء رفتار با سالمند در خانواده و کیفیت زندگی با پرسشنامه OPQOL-31 سنجیده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل گردید.

یافته ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره سالمند آزاری قبل از مداخله در هر دو گروه آزمایش و کنترل مشابه بود. در گروه آزمایش، میانگین سالمند آزاری قبل از مداخله $58/9 \pm 44/59$ بوده که بلافاصله بعد از مداخله به $53/57 \pm 9/80$ کاهش یافته و سپس سه ماه بعد به $55/5 \pm 44/12$ رسیده است. آنالیز واریانس نشان می دهد که تفاوت میانگین های مختلف در گروه آزمایش از نظر آماری معنی دار است ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: یافته ها نشان می دهند که برنامه آموزشی در جهت توانمند سازی می تواند به طور مؤثری سالمند آزاری را کاهش دهد و کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشد. این مداخله باعث افزایش آگاهی و اعتماد به نفس سالمندان می شود، به طوری که قادر به شناسایی و مقابله با سوء رفتارها هستند و احساس استقلال بیشتری پیدا می کنند.

کلیدواژه ها: سالمند، سالمند آزاری، آموزش بهداشت، پیشگیری، توانمند سازی

سلامت شخصی و ایمنی فرد می شود، سوء رفتار مالی: سوء استفاده از اموال و اندوخته های فرد سالمند که معمولاً توسط مراقبین با اشکال مختلف اعمال می شود، غفلت: نوعی از سالمند آزاری است که فرد سالمند دچار بی توجهی و فراموشی می شود که به دو صورت غفلت فعال و غیر فعال است. غفلت فعال (سرپیچی عمدی از تعهدات، اعمال استرس، آسیب و رها کردن سالمند) و غفلت غیر فعال (نا توانی غیر عمدی مراقب در انجام تعهدات، اعمال استرس بدون قصد آگاهانه یا عمدی) اطلاق می شود، سوء رفتار جنسی: تماس جنسی با فرد که شامل نوازش، گفت و گوی جنسی، تجاوز و لمس بدن سالمند بدون درخواست وی است (۱۰)، سوء رفتار عاطفی یا روانشناختی: هر نوع عملی که هویت، عزت نفس و یا خود ارزشی فرد سالمند را مورد تهدید قرار دهد، طرد شدگی: ترک و رها سازی فرد سالمند بدون پیگیری، غفلت مراقبتی: کوتاهی و غفلت عمدی یا غیر عمدی فرد مسئول سالمند در وظایفی که به او محول شده است (۱۱)، غفلت مالی: علی رغم نیاز سالمند به پول برای تامین مایحتاج اولیه زندگی و داشتن زندگی آبرومند و در خور فرد سالمند نسبت به تامین آن کوتاهی بشود (۱۲)، از رایج ترین اشکال سالمند آزاری سوء استفاده مالی است (۱۳) و طرد شدگی کمترین میزان شیوع سالمند آزاری را به خود اختصاص داده است (۱۴). سالمند آزاری به عنوان یک موضوع مهم بهداشتی و یک رویداد استرس زا بر سلامت جسمی و روانی سالمندان تأثیرات منفی می گذارد. با توجه به روند روبه رشد سالمندی در ایران انجام مداخلات پیشگیرانه در جهت تدوین مقررات برای حمایت از سالمندان پس از آزار و اجرای برنامه های آموزشی در جهت درک مناسب از طبیعت فرد و آسیب پذیر بودن آن مورد نیاز است (۱۵). در ایران با توجه به تصویب نامه هیئت وزیران به شماره ۳۴۷۸ ت ۵۲۷۳۳۰ مورخ ۱۳۸۳/۱/۲۶ مبنی بر اتخاذ اقدامات لازم دستگاه های مربوطه به منظور پیشگیری از اعمال خشونت علیه افراد سالمند در خانواده و جامعه، تا به حال هیچ اقدامی برای تعیین میزان این مشکل صورت نگرفته است (۷). بررسی مطالعات انجام شده نشان می دهد، آموزش در خصوص سالمند آزاری گامی موثر در پیشگیری از سالمند آزاری است. هم چنین آموزش در این حوزه موجب افزایش آگاهی، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و ارتقاء سبک زندگی سالمندان می شود و خطر سالمند آزاری را به طور

بهبود شرایط زندگی، افزایش طول عمر و امید به زندگی موجب پدیده سالمندی در جوامع کنونی شده است (۱). در سال ۱۹۷۵ میلادی جمعیت افراد ۶۰ سال و بالاتر در ایران ۵/۴ درصد بوده و به نظر می رسد تا سال ۲۰۲۵ به ۱۰/۵ درصد و در سال ۲۰۵۰ به ۲۱/۷ درصد برسد (۲). به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی و آناتومی در دوران سالمندی که موجب افزایش بیماری های جسمی، روانی، انزوای اجتماعی به دلیل بازنشستگی و قطع ارتباط با همکاران، کاهش فعالیت های اجتماعی، مرگ اقوام و دوستان و دوری از فرزندان، سالمندان احساس تنهایی و افسردگی بیشتری نسبت به سایر گروه های سنی دارند و این امر آنها را در برابر خطرات سلامتی از جمله سالمند آزاری آسیب پذیرتر می کند (۳،۴). طبق گزارشی که سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۷ منتشر کرد و برگرفته از مطالعه یون و همکاران است، از هر ۶ سالمند ۶۰ سال و بالاتر در محیط های اجتماعی، یک نفر سوء رفتار را تجربه می کند (۵). شیوع پدیده سالمند آزاری در مناطق مختلف جهان متفاوت گزارش شده است، به طوری که مطالعات اروپایی شیوعی بین ۱۰ تا ۲۵ درصد، مطالعات آمریکایی نرخ ۱۱ تا ۲۴ درصد (۶) و براساس مطالعه ایی در ایران میزان شیوع سالمند آزاری ۵۶/۴٪ بیان شده، که به طور قابل توجهی از میانگین جهانی بالاتر است (۷). براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سوء رفتار با سالمند یا سالمند آزاری یک عبارت عمومی است که شامل انجام یا عدم انجام یک رفتار منفرد یا تکرار شونده که موجب اذیت یا آسیب رساندن و صدمه به فرد و پریشانی وی می شود و می تواند از طرف افراد مورد اطمینان وی مانند خانواده و فرزندان یا افراد دیگر اعمال شود (۸). سوء رفتار با سالمندان به ویژه در زمینه های بی توجهی عاطفی، آزار روانی و سوء استفاده مالی یکی از مهم ترین مسائل جامعه امروز ایران است که به علت تغییرات ایجاد شده در ارزش های عاطفی، اقتصادی، اجتماعی و محو شدن باور ها و اخلاقیات مذهبی در افراد ایجاد شده است (۹). جنبه های مختلف سالمند آزاری عبارتند از: سوء رفتار جسمی: به صدمات و آسیب های جسمی که فرد مراقبت کننده در برابر فرد سالمند اعمال می کند (دامنه از کبودی، خراشیدگی تا مرگ) گسترده است، خودغفلتی: غفلت و کوتاهی از طرف خود سالمند که موجب تهدید

معنی داری کاهش می دهد (۱۶). در فرهنگ آکسفورد واژه توانمند سازی، قدرتمند شدن، مجوز دادن، ارائه خدمت و توانا شدن معنی شده است. در معنای خاص قدرت بخشیدن و دادن آزادی عمل به افراد برای اداره خود است (۱۷). توانمند سازی شامل، توانایی استفاده از منابع لازم برای زندگی، که اعتماد به نفس، احساس خوشبختی و قدرت را تحریک می کند. استفاده از توانمند سازی با مفاهیم ارتقاء سلامت و آموزش به سالمندان اجازه می دهد با اطمینان و اتکا به توانایی های خود برای کنترل بیماری ها، پیشگیری و انتخاب روش مناسب مراقبت، توانمند و فعال تر باشند (۱۸). توانمند سازی به عنوان یکی از مفاهیم ارتقاء سلامت می تواند به افراد سالمند در جهت محافظت از خود در برابر تهدیدات بهداشتی از جمله سالمند آزاری کمک کند (۱۶). هدف از انجام این مطالعه بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر توانمند سازی بر پیشگیری از سالمند آزاری در سالمندان مراجعه کننده به کانون های جهاندیدگان شهر تهران بود.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی مداخله ای با طرح پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه کنترل و آزمایش است که با هدف بررسی اثربخشی یک برنامه آموزشی مبتنی بر توانمند سازی در پیشگیری از جنبه های مختلف سالمند آزاری انجام شده است. جامعه آماری شامل سالمندان ۶۰ سال و بالاتر مراجعه کننده به کانون های جهاندیدگان مناطق ۱۴، ۲۱، ۲۶ شهر تهران بود. نمونه گیری به صورت تصادفی ساده در بازه زمانی خرداد ماه ۱۴۰۳ تا آذر ماه ۱۴۰۳ انجام شده است. در مجموع، ۹۰ سالمند واجد شرایط به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۴۵ نفر) تخصیص داده شدند. تعیین حجم نمونه بر اساس مطالعه هروی کریموی و همکاران، با در نظر گرفتن شیوع ۲۵/۹ درصدی سوء رفتار با سالمندان، اندازه اثر مورد انتظار، توان آزمون ۸۰ درصد و سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شده است. با لحاظ احتمال ۵ درصد ریزش، تعداد نهایی هر گروه ۴۵ نفر تعیین شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۶۰ سال و بالاتر، توانایی برقراری ارتباط، رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش و نداشتن اختلال شناختی قابل توجه (نمره بالاتر از ۲۳ در آزمون MMSE) بوده است. معیارهای خروج نیز شامل داشتن بیماری های

شناختی پیش رونده نظیر آلزایمر، عدم تکمیل پرسشنامه ها در مراحل مختلف پژوهش و بروز شرایط ناگهانی تأثیرگذار بر روند مطالعه بوده است. داده ها از طریق سه پرسشنامه استاندارد شامل پرسشنامه وضعیت شناختی MMSE (براساس مطالعه سیدیان و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ در کل مطالعه ۰/۸۱ و از دو شاخص روایی تمایز و روایی تشخیصی استفاده شد. نتایج روایی تمایز نشان داد که آزمون قادر به تمایز معنادار بین دو گروه سالم با میانگین ۲۶/۳ و مبتلا به دمانس با میانگین نمره ۱۳/۶، روایی تشخیصی در نقطه برش ۲۲ دارای حساسیت ۹۰٪ و ویژگی ۹۳/۵٪ گزارش شده است (۱۹). پرسشنامه سالمند آزاری (پرسشنامه از ۸ عامل تشکیل شده است که عبارت اند از: غفلت مراقبتی، سوء رفتار روان شناختی، سوء رفتار جسمی، سوء رفتار مالی، سلب اختیار طردشدگی، غفلت مالی و غفلت عاطفی. این ۸ عامل جمعا ۷۹/۹۳٪ واریانس کل آزمون را تبیین می کنند. در تعیین پایایی آزمون نیز نتایج محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، مؤید همسانی درونی بالای پرسشنامه (۰/۹۷۵-۰/۹۰) و ثبات از طریق آزمون مجدد (بازآزمایی) برابر با ۰/۹۹، هم چنین نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت چهار درجه ایی که شامل: هرگز (نمره صفر)، گاهی (نمره یک)، اغلب (نمره دو) و همیشه (نمره سه) بود (۲۰). و پرسشنامه کیفیت زندگی (OPQOL-31) این پرسشنامه توسط هروی کریموی و همکاران (۲۱) ترجمه و اعتباریابی گردید. اگرچه نسخه اصلی اعتباریابی شده دارای ۳۵ گویه بود، اما نویسنده مسئول نسخه ۳۱ گویه ای پرسشنامه را که برای کاربردهای میدانی اصلاح شده بود، در اختیار پژوهشگر قرار داد. روایی و پایایی نسخه اصلی در پژوهش هروی و همکاران با آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تا ۰/۹۵ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ تایید شده است. دامنه نمره گذاری پرسشنامه ۳۱ تا ۱۵۵ است به صورتی که، کاملاً موافق = نمره ۵، موافق = نمره ۴، نه موافق و نه مخالف = نمره ۳، مخالف = نمره ۲، کاملاً مخالف = نمره ۱ (گردآوری شد. مداخله آموزشی شامل ۸ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه ای طی ۸ هفته بوده که به صورت گروهی برگزار شده است. محتوای آموزشی (۱۱، ۱۶، ۱۸) به صورت سناریو محور در جهت آشنایی با ابعاد مختلف سالمند آزاری، راهکارهای پیشگیری، تقویت اعتماد به نفس، توانمندسازی اجتماعی، مهارت های ارتباطی، و آگاهی از حقوق سالمندان متمرکز بوده و از ابزارهای کمک آموزشی

مهسا خسروی و همکاران

های تحلیلی واریانس مکرر و one way anova داده‌های گردآوری شده با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل و مقایسه متغیرها در دو گروه مداخله و کنترل انجام شد. رعایت اصول اخلاقی، حفظ محرمانگی اطلاعات شرکت کنندگان و استفاده صرف از داده‌ها برای اهداف پژوهشی از الزامات این مطالعه بوده است. ضمناً این مقاله دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.SRB.REC.1403.130 در تاریخ ۱۴۰۳/۰۳/۱۹ دانشکده علوم و فناوری های پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران می باشد.

متعددی نظیر بروشور، کتابچه، پوستر، فیلم‌های آموزشی، کارت های خلاصه و تمرینات عملی بهره گرفته شده است. ارزیابی اولیه قبل از مداخله، بلافاصله بعد از انجام مداخله و سه ماه پس از پایان مداخله انجام شد. در این پژوهش، به منظور توصیف ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان از آمار توصیفی استفاده شد. بدین صورت که متغیر های کیفی از جمله جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و همچنین سن (به صورت طبقه بندی شده) با استفاده از فراوانی و درصد گزارش شدند. با استفاده از آزمون

جدول ۱. طرح درس جلسات آموزشی

جلسه	محتوا
جلسه اول	ابتدا معرفی کامل در مورد رشته تحصیلی مدرس و حیطه کاری آن هم چنین، اهمیت انجام این مطالعه توضیح داده شد. رضایت تمام افراد شرکت کننده در مطالعه جلب شد. در مورد روش های انجام این مطالعه به افراد توضیحات کامل داده شد. و پرسشنامه آزمون کوتاه وضعیت شناختی برای افراد شرکت کننده جهت ورود به مطالعه تکمیل شد. افراد با توجه به نتایج پرسشنامه وارد مطالعه شدند و به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند.
جلسه دوم	در ابتدای شروع جلسه پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان و سوء رفتار با سالمند در هر دو گروه تکمیل شد. در گروه آزمایش توضیحات تکمیلی در مورد روند آموزشی و لزوم شرکت منظم در جلسات توضیح داده شد.
جلسه سوم	در خصوص سوء رفتار فیزیکی و جسمی و راه های پیشگیری از آن فیلم کوتاه، سناریو، پوستر و مطالب شفاهی به گروه آزمایش ارائه شد.
جلسه چهارم	مروری بر مطالب جلسه قبل و هم چنین بحث و گفت و گو در مورد حیطه غفلت مراقبتی، ارائه فیلم آموزشی و بیان مطالب آموزشی با مثال های متعدد.
جلسه پنجم	مروری بر مطالب جلسات قبل و مطرح کردن سناریوای از حیطه سوء رفتار عاطفی، غفلت عاطفی و غفلت مالی، هم چنین ارائه مطلب آموزشی و راه های پیشگیری از این چهار حیطه داده شد.
جلسه ششم	مروری بر مطالب جلسات قبل، بحث و گفت و گو، هم چنین ارائه سناریو و آموزش در خصوص سوء رفتار طرد شدگی و سوء رفتار مالی ارائه شد.
جلسه هفتم	مرور مطالب کل جلسات ارائه شده و بیان سوء رفتار روانشناختی و ارائه مطالب آموزشی و بحث و گفت و گو با سالمندان.
جلسه هشتم	بعد از سه هفته سالمندان فراخوان شدند و پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان و سوء رفتار با سالمند، مجدد تکمیل شد.

یافته ها

در این مطالعه ۹۰ نفر از سالمندان واجد شرایط مراجعه کننده به کانون های جهاندیدگان در دو گروه آزمایش (۴۵ نفر) و کنترل (۴۵ نفر) با میانگین سنی ۷۳/۱۲ سال و انحراف معیار ۷/۱ در گروه کنترل و میانگین سنی ۷۰/۸ سال با انحراف معیار ۶/۳ در گروه آزمایش، در مطالعه شرکت نمودند. نتایج نشان می دهد (جدول ۲) که در گروه آزمایش، بیشترین رده سنی افراد ۶۰-۷۰ سال (۵۰٪)، زن (۷۰٪)، افراد متأهل (۵۶/۵۵٪)، (۴۴٪) با تحصیلات دیپلم، (۵۳/۳۳٪)

خانه‌دار، (۵۵/۵۶٪) عدم مصرف دخانیات، تحصیلات همسر (۴۰٪) دیپلم، (۳۸/۴۶٪) ۴ تا ۶ فرزند، در زمینه وضعیت بیمه درمانی (۹۵/۵۶٪) دارای بیمه درمانی و (۴۰٪) تنها زندگی می کنند در مطالعه مشارکت نمودند. در گروه کنترل، بیشترین رده سنی افراد ۶۰-۷۰ سال (۴۰٪)، (۵۳٪) زن، (۶۰٪) متأهل، (۵۴٪) دیپلم، (۴۲/۲۲٪) خانه‌دار، (۶۷/۶۶٪) عدم مصرف دخانیات، تحصیلات همسر (۳۷/۰۴٪) زیر دیپلم، (۴۱/۶۷٪) ۱ تا ۳ فرزند، (۸۸/۸۹٪) بیمه درمانی و (۳۷/۷۸٪) تنها زندگی می کنند.

جدول ۲. ویژگی های جمعیت شناختی سالمندان مراجعه کننده به کانون جهانگردان استان تهران در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲

متغیر	گروه کنترل		گروه آزمایش		کای دو
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	۶۰-۷۰ سال	۱۸	۴۰	۲۳	۵۰
	۷۰-۸۰ سال	۱۶	۳۵	۱۸	۴۰
	۸۰-۹۰ سال	۱۱	۲۵	۴	۱۰
جنسیت	مرد	۲۱	۴۷	۱۴	۳۰
	زن	۲۴	۵۳	۳۱	۷۰
تاهل	مجرد	۹	۲۰	۶	۱۳/۳۲
	متاهل	۲۷	۶۰	۲۵	۵۵/۵۶
	بیوه	۴	۹	۷	۱۵/۵۶
	مطلقه	۵	۱۱	۷	۱۵/۵۶
	ابتدایی	۷	۱۵	۵	۱۱/۱۱
تحصیلات	زیر دیپلم	۹	۹	۱۰	۲۲/۲۲
	دیپلم	۱۹	۵۴	۲۰	۴۴/۴۴
	دانشگاه	۱۰	۲۲	۱۰	۲۲/۲۲
شغل	از کار افتاده	۸	۱۷/۷۸	۶	۱۳/۳۳
	بازنشسته	۱۶	۳۵/۵۶	۱۱	۲۴/۴۴
	خانه دار	۱۹	۴۲/۲۲	۲۴	۵۳/۳۳
	سایر	۲	۴/۴۴	۴	۸/۸۹
مصرف دخانیات	بلی	۱۵	۳۳/۳۳	۲۰	۴۴/۴۴
	خیر	۳۰	۶۶/۶۷	۲۵	۵۵/۵۶
تحصیلات همسر	بی سواد	۲	۷/۴۱	۴	۱۶
	زیر دیپلم	۱۰	۳۷/۰۴	۵	۲۰
	دیپلم	۹	۳۳/۳۳	۱۰	۴۰
	دانشگاهی	۶	۲۲/۲۲	۶	۲۴
	فاقد فرزند	۳	۸/۳۳	۵	۱۲/۸۲
تعداد فرزندان	۱ تا ۳ فرزند	۱۵	۴۱/۶۷	۱۰	۲۵/۶۴
	۴ تا ۶ فرزند	۱۰	۲۷/۷۸	۱۵	۳۸/۴۶
	۷ تا ۹ فرزند	۸	۲۲/۲۲	۵	۱۲/۸۲
	۱ تا ۳ فرزند	۱۵	۴۱/۶۷	۱۰	۲۵/۶۴
وضعیت بیمه درمانی	دارد	۴۰	۸۸/۸۹	۴۳	۹۵/۵۶
	ندارد	۵	۱۱/۱۱	۲	۴/۴۴
	تنها	۱۷	۳۷/۷۸	۱۸	۴۰
وضعیت زندگی سالمند	با همسر	۱۵	۳۳/۳۳	۱۸	۴۰
	با فرزندان	۴	۸/۸۹	۳	۶/۶۷
	با همسر و فرزندان	۸	۱۷/۷۸	۴	۸/۸۹
	با دیگران	۱	۲/۲۲	۲	۴/۴۴

جدول ۳. تأثیر مداخله بر تغییرات میانگین سالمند آزاری در طول زمان

گروه	سالمند آزاری (قبل از مداخله)	سالمند آزاری (بلافاصله بعد از انجام مداخله)	سالمند آزاری (سه ماه بعد)	آنالیز واریانس	زمان ۱ در مقابل زمان ۲	زمان ۱ در مقابل زمان ۳	زمان ۲ در مقابل زمان ۳
کنترل	۶۰/۶۵±۴۵/۷۶	۶۴/۹۸±۱۰/۴۳	۶۱/۵۹±۴/۳۲		۰/۹۸۹	۰/۴۸۵	۰/۱۰۰
آزمایش	۵۸/۹±۴۴/۵۹	۵۳/۵۷±۹/۸۰	۵۵/۴۴±۵/۱۲		۰/۰۰۳	<۰/۰۱	۰/۰۴
P	۰/۷۲۲	۰/۰۲۳	<۰/۰۱		>۰/۰۱	>۰/۰۱	

کاهش یافته و سپس سه ماه بعد به ۵۵/۵±۴۴/۱۲ رسیده است. آنالیز واریانس نشان می‌دهد که تفاوت‌های میانگین‌های مختلف در این گروه از نظر آماری معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$)، به‌ویژه تفاوت میان زمان قبل از مداخله و زمان بلافاصله بعد از مداخله معنادار است ($p = ۰/۰۰۳$). همچنین، مقایسه زمان‌های مختلف در گروه مداخله نشان می‌دهد که تفاوت میان زمان قبل از مداخله و زمان سه ماه بعد نیز معنی‌دار است ($p = ۰/۰۴$). به طور کلی، مداخله تأثیر قابل توجهی در کاهش میزان سالمندآزاری در طول زمان داشته است، در حالی که در گروه کنترل این تغییرات معنی‌دار نبوده اند.

با توجه به جدول ۳، تأثیر مداخله بر تغییرات میانگین سالمندآزاری در طول زمان برای دو گروه کنترل و آزمایش بررسی شده است. در گروه کنترل، میانگین سالمندآزاری قبل از مداخله ۶۰/۴۵±۶/۷۶ بوده که پس از مداخله به ۶۴/۹۸±۱۰/۴۳ افزایش یافته و سپس سه ماه بعد از مداخله به ۶۱/۵۹±۴/۳۲ کاهش یافته است. آنالیز واریانس مکرر در این گروه نشان می‌دهد که تغییرات میانگین در زمان‌های مختلف از نظر آماری معنی‌دار نیستند ($p = ۰/۴۸۵$) و تفاوت‌ها در میان زمان‌ها از نظر آماری قابل توجه نبوده است. در گروه مداخله، میانگین سالمندآزاری قبل از مداخله ۵۸/۹±۴۴/۵۹ بوده که بلافاصله بعد از مداخله به ۵۳/۵۷±۹/۸۰

جدول ۴. تأثیر مداخله بر تغییرات متغیرهای سالمندآزاری در طول زمان

متغیر	قبل از مداخله	بلافاصله پس از انجام مداخله	سه ماه پس از انجام مداخله	P value
کنترل	۸۰/۶۵±۸/۲۵	۷۹/۵۷±۷/۳۰	۸۰/۳۵±۷/۳۵	۰/۶۶۰
مداخله	۷۸/۵۷±۶/۹۸	۷۰/۲۳±۶/۶۶	۶۶/۲۳±۷/۸۵	۰/۰۲
کنترل	۷۵/۵۷±۶/۷۸	۷۰/۵۳±۴/۷۶	۶۹/۳۲±۲/۴۵	۰/۴۵۶
مداخله	۷۵/۵۳±۵/۷۶	۶۶/۵۲±۳/۷۹	۶۶/۳۱±۳/۴۲	۰/۰۲۵
کنترل	۴۵/۵۴±۲/۸۰	۴۴/۵۴±۵/۷۷	۴۳/۳۰±۲/۴۶	۰/۶۷۸
مداخله	۴۸/۵۸±۸/۷۷	۴۵/۵۵±۶/۷۸	۴۴/۳۲±۲/۴۳	۰/۷۸۳
کنترل	۶۵/۵۵±۶/۷۹	۶۶/۵۶±۷/۸۰	۶۵/۳۳±۲/۴۷	۰/۴۵۹
مداخله	۶۳/۵۲±۵/۷۵	۵۸/۵۲±۶/۷۶	۶۰/۳۰±۳/۴۵	۰/۶۸۳
کنترل	۶۳/۵۱±۶/۷۸	۶۳/۵۵±۴/۷۹	۶۲/۳۰±۲/۴۲	۰/۸۹۰
مداخله	۶۵/۵۶±۷/۸۰	۶۰/۵۳±۵/۷۸	۵۶/۳۱±۳/۴۳	۰/۰۴

گفلت مراقبتی	کنترل	۵۵/۵۸±۵/۷۹	۵۶/۵۶±۳/۷۷	۵۵/۳۴±۲/۴۶	۰/۶۷۳
	مداخله	۵۳/۵۴±۵/۷۷	۵۲/۵۸±۶/۷۹	۴۸/۳۰±۲/۴۷	۰/۰۰۱
گفلت عاطفی	کنترل	۶۶/۵۹±۶/۷۵	۷۱/۵۴±۷/۸۰	۶۸/۳۳±۳/۴۵	۰/۶۹۰
	مداخله	۶۳/۵۰±۷/۸۰	۵۴/۵±۵۷/۷۸	۵۷/۲±۳۲/۴۳	۰/۰۳
گفلت مالی	کنترل	۶۶/۵۳±۷/۷۸	۶۵/۵۰±۴/۷۶	۶۵/۳۱±۲/۴۶	۰/۷۸۰
	مداخله	۶۹/۵۲±۶/۷۹	۶۸/۵۲±۶/۷۸	۶۸/۳۳±۳/۴۴	۰/۹۲۳

گروه‌ها مشاهده نشده است و مداخله تأثیر معناداری نداشته است.

این نتایج نشان می‌دهند که مداخله در برخی از جنبه‌ها، مانند سوء رفتار روانشناختی، سلب اختیار، طرد شدگی، و غفلت مراقبتی تأثیر قابل توجهی داشته است، در حالی که در دیگر جنبه‌ها تغییرات کمی دیده شده است.

در جدول ۵ نشان می‌دهد که در گروه کنترل، کیفیت زندگی در طول زمان تغییرات بسیار اندکی داشته و افزایش ناچیزی مشاهده شده است، اما این تغییرات از نظر آماری معنادار نبوده‌اند در مقابل، در گروه آزمایش، کیفیت زندگی بلافاصله پس از مداخله بهبود معناداری داشته و این بهبود در بازه سه ماه بعد نیز حفظ شده است. این نتایج بیانگر تأثیر مثبت مداخله بر کیفیت زندگی افراد است، در حالی که در گروه کنترل تغییری معنادار مشاهده نشده است. بر اساس این یافته‌ها، مداخله موردنظر توانسته است به‌طور مؤثری کیفیت زندگی را بهبود بخشد و پایداری نسبی این تغییرات نیز نشان‌دهنده اثربخشی کوتاه‌مدت آن است. با این حال، برای ارزیابی اثرات بلندمدت مداخله، مطالعات بیشتری پیشنهاد می‌شود. در نتیجه، مداخله توانسته است تأثیر معناداری بر بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمایش داشته باشد، در حالی که در گروه کنترل کاهش کیفیت زندگی مشاهده شده است، اما این تغییرات از نظر آماری معنادار نبوده‌اند. این نتایج اهمیت و اثربخشی مداخله را در بهبود کیفیت زندگی نشان می‌دهند، هرچند برای بررسی پایداری اثرات آن در بلندمدت، مطالعات بیشتری مورد نیاز است.

نتایج جدول ۴، نشان‌دهنده تأثیر مداخله بر تغییرات متغیرهای سالمندآوری در طول زمان است. در این جدول، تغییرات در میانگین و انحراف معیار در سه زمان مختلف (قبل از مداخله، بلافاصله پس از مداخله، و سه ماه پس از مداخله) برای گروه‌های کنترل و آزمایش مورد بررسی قرار گرفته است.

- در مورد سوء رفتار روانشناختی، مداخله تأثیر معناداری داشته و تغییرات در گروه آزمایش بهبود یافته است، در حالی که گروه کنترل تغییرات قابل توجهی نشان نداده است.
- در متغیر سلب اختیار نیز مداخله موجب کاهش معناداری در گروه آزمایش شده است، در حالی که گروه کنترل تغییرات کمتری داشته است.
- در سوء رفتار جسمی، تغییرات در گروه کنترل بدون تغییر باقی مانده و در گروه آزمایش تغییرات کمتری مشاهده شده است.
- در سوء رفتار مالی، تغییرات در هر دو گروه مشابه بوده و مداخله تأثیر معناداری نداشته است.
- در مورد طرد شدگی، مداخله باعث کاهش قابل توجهی در گروه آزمایش شده است.
- در غفلت مراقبتی، تأثیر مداخله بسیار مثبت بوده و تغییرات معناداری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مشاهده شده است.
- در غفلت عاطفی نیز تغییرات معناداری در گروه آزمایش مشاهده شده و مداخله تأثیرگذار بوده است.
- در نهایت، در مورد غفلت مالی، هیچ تغییر قابل توجهی در

جدول ۵. تأثیر مداخله بر تغییرات میانگین کیفیت زندگی در طول زمان

گروه	کیفیت زندگی (قبل از مداخله)	کیفیت زندگی (بلافاصله بعد از انجام مداخله)	کیفیت زندگی (سه ماه بعد)	تأثیر واریانس	زمان ۱ در مقابل زمان ۲	زمان ۱ در مقابل زمان ۳	زمان ۲ در مقابل زمان ۳
کنترل	۴۸/۷۰±۲/۲۸	۴۸/۵۷±۱/۹۹	۴۹/۳۰±۳/۸			۰/۵۴۰	۰/۷۸۰
آزمایش	۴۷/۷۳±۳/۱۶	۵۲/۵۷±۱/۴۱	۵۱/۱۶±۳/۸			۰/۰۴۵	۰/۷۸۰
P	۰/۰۸۳	۰/۰۴	۰/۵۳۷	>۰/۰۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۰۲۵	۰/۷۸۰

بحث

در مطالعه حاضر که برای سالمندان مراجعه کننده به کانون های جهانگردان شهر تهران انجام شد، بیشترین میانگین سوء رفتار پیش از انجام مداخله در هر دو گروه کنترل و آزمایش به سوء رفتار روان شناختی اختصاص داشت. این نوع سوء رفتار، که شامل عواملی چون استرس، اضطراب، افسردگی یا ناراضی‌ت‌ی از شرایط مراقبتی است، می‌تواند تأثیرات عمیقی بر سلامت روان سالمندان داشته باشد. از آنجا که سوء رفتار روان شناختی می‌تواند اثرات درازمدتی بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی سالمندان برجای بگذارد، توجه ویژه به ابعاد روان شناختی مراقبت از سالمندان ضروری است. این یافته‌ها با نتایج برخی مطالعات مشابه از جمله مطالعه نجفی مقدم و همکاران (۲۲) همخوانی دارد، که در آن نیز سوء رفتار روان شناختی به عنوان شایع‌ترین نوع سوء رفتار در بین سالمندان گزارش شده است. با این حال، در مطالعات دیگر تفاوت‌هایی مشاهده می‌شود. به عنوان مثال، در مطالعه خلیلی و همکاران (۱۴)، غفلت عاطفی به عنوان شایع‌ترین نوع سوء رفتار گزارش شده است. همچنین، در مطالعه حسینی و همکاران (۱۰)، غفلت مراقبتی به عنوان شایع‌ترین نوع سوء رفتار سالمندان شناسایی شده است. این تفاوت‌ها ممکن است به دلایل مختلفی از جمله تفاوت‌های جمعیتی، فرهنگی و اجتماعی در نمونه‌های مورد مطالعه، متغیرهای محیطی، یا حتی روش‌های ارزیابی و

دسته‌بندی سوء رفتارها مرتبط باشد. برای مثال، در برخی از جوامع یا فرهنگ‌ها ممکن است غفلت عاطفی به طور طبیعی بیشتر نمایان شود، در حالی که در جوامع دیگر غفلت مراقبتی و سوء رفتارهای فیزیکی بیشتر در معرض توجه قرار می‌گیرند. همچنین، ممکن است تفاوت‌های روش‌شناسی بین مطالعات مختلف، مانند نوع ابزارهای مورد استفاده برای ارزیابی سوء رفتار یا نحوه جمع‌آوری داده‌ها، بر نتایج تأثیر گذاشته باشد. به طور کلی، این تفاوت‌ها نشان‌دهنده پیچیدگی‌های مراقبت از سالمندان در شرایط مختلف است و اهمیت نیاز به رویکردهای متنوع و جامع در مدیریت سوء رفتار سالمندان را برجسته می‌کند.

در مقابل در مطالعه حاضر، کمترین میانگین سوء رفتار در گروه کنترل و در گروه آزمایش به سوء رفتار جسمی اختصاص داشت که با نتایج مطالعات دیگر نیز هم‌راستا است. به طور خاص، در مطالعه قاسمی و همکاران (۲۳) نیز کمترین میزان سوء رفتار مربوط به سوء رفتار جسمی بود. این موضوع در مطالعات مولایی و همکاران (۷) نیز تأیید شده است، جایی که سوء رفتار جسمی کمترین میزان فراوانی را در بین انواع مختلف سوء رفتار در جامعه ایرانی داشت. همچنین، نتایج مطالعه فرخ‌نژاد و همکاران (۲۴) و ستودن و همکاران (۸) نیز مشابه این یافته‌ها بود و سوء رفتار جسمی کمترین فراوانی را نشان داد. دلیل این همخوانی می‌تواند به ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی

جامعه ایرانی مربوط باشد، جایی که در بسیاری از موارد، رفتارهای جسمی به عنوان نوعی رفتار نادر و غیرقابل قبول در نظر گرفته می شود و به همین دلیل، کمتر از سایر انواع سوء رفتارها مشاهده می شود. علاوه بر این، ممکن است در برخی جوامع، نظارت های اجتماعی و قوانین موجود بر آسیب های جسمی بیشتر تأکید داشته باشند و این امر باعث شود تا سوء رفتار جسمی کمتر در مقایسه با سایر سوء رفتارها گزارش شود. همچنین، این هم راستایی ممکن است به تأثیرات متقابل عوامل فرهنگی، مذهبی و اجتماعی در شکل گیری رفتارهای افراد در جامعه مربوط باشد که به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر سوء رفتارهای جسمی تأثیر می گذارند.

در مطالعه حاضر، تأثیر مداخله بر تغییرات میانگین سالمندآزاری در طول زمان برای دو گروه کنترل و آزمایش بررسی شد. این نتایج هم راستا با مطالعه کارامن و همکاران (۲۵)، نمره کل آزمون غربالگری سوءاستفاده از سالمندان H-S/EAST معادل ۴/۲۲ بود که نشان دهنده وجود خطر متوسط سوءاستفاده در سالمندان مورد مطالعه است. نتایج به طور واضح نشان داد که توانمندسازی سلامت سالمندان تأثیر منفی و معناداری بر خطر سوءاستفاده دارد. به این معنا که با افزایش سطح توانمندی سالمندان، احتمال سوءاستفاده از آنان کاهش می یابد نتایج این دو مطالعه هم راستا با یکدیگر نشان می دهد که توانمندسازی سالمندان نه تنها می تواند موجب بهبود کیفیت زندگی آنان شود، بلکه خطر سوءاستفاده از آنها را به طور معناداری کاهش می دهد. توانمندسازی سالمندان به آنها این امکان را می دهد که حس خودکفایی، اعتماد به نفس و آگاهی از حقوقشان را پیدا کنند و در نتیجه در برابر سوءاستفاده های جسمی، روانی و اجتماعی مقاوم تر شوند. به عبارت دیگر، سالمندانی که از آموزش ها بهره مند می شوند، توانایی تشخیص و مقابله با رفتارهای سوءاستفاده گرانه را به دست می آورند و از قرار گرفتن در شرایط آسیبزا و تهدیدات مختلف پیشگیری می کنند. این موضوع به ویژه در جوامعی که سالمندان به دلیل سن بالا و محدودیت های جسمی و ذهنی ممکن است در معرض سوءاستفاده های مختلف قرار گیرند، اهمیت زیادی پیدا می کند. بسیاری از سالمندان به دلیل نداشتن آگاهی از حقوق خود یا ناتوانی در دفاع از خود در برابر سوءاستفاده های مختلف قرار می گیرند. به همین دلیل، آموزش و توانمند شدن افراد به عنوان یک

راهکار پیشگیرانه و حمایتی می تواند نقشی حیاتی در بهبود وضعیت آنها ایفا کند.

با افزایش توانمندی سالمندان، نه تنها از میزان سوءاستفاده های فیزیکی و روانی کاسته می شود، بلکه آنها قادر خواهند بود ارتباطات اجتماعی سالم تری برقرار کنند، انتخاب های بهتری در زندگی داشته باشند و به طور کلی در مسیر حفظ استقلال خود گام بردارند. این امر نه تنها به طور مستقیم بر بهبود کیفیت زندگی آنها اثر می گذارد، بلکه موجب ارتقای احساس امنیت و آرامش در زندگی سالمندان می شود. همچنین، افزایش توانمندی سالمندان می تواند بر کاهش استرس های روحی و روانی آنها تأثیرگذار باشد که این خود به بهبود وضعیت سلامت روانی و جسمانی آنان کمک می کند.

مطالعه حاضر نشان دهنده تأثیر مثبت آموزش بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان در گروه آزمایش بود، در حالی که در گروه کنترل تغییری مشاهده نشد. نتایج این مطالعه با یافته های خضری و همکاران (۲۶) هم سو است؛ آنان دریافتند که اجرای برنامه ی توانمندسازی سالمندان، موجب بهبود میانگین نمره ی کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه آزمون پس از مداخله شد، به ویژه در بُعد محدودیت فعالیت تفاوت معناداری نسبت به قبل از مداخله نشان داد. همچنین، قفرانی پور و همکاران (۲۷) در پژوهش خود تأکید کردند که افزایش آگاهی سالمندان درباره ی تغذیه ی صحیح، ورزش، خواب، استراحت و مصرف مناسب داروها، نه تنها از بسیاری از مشکلات آنان پیشگیری می کند، بلکه در صورت بروز، امکان کنترل مؤثر آنها را فراهم کرده و در نهایت، به ارتقای کیفیت زندگی سالمندان کمک می کند. مطالعه ی زندیه و همکاران (۲۸) نیز نشان داد که برنامه های آموزش بهداشت تأثیر مثبتی در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان دارد، که این یافته ها با نتایج مطالعه ی حاضر هم راستا است. در همین راستا، پیر آینه و همکاران (۲۹) دریافتند که آموزش خودمراقبتی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در تمامی ابعاد می شود. همچنین، مطالعه ی جهان تاج اکبری و همکاران (۳۰) که تأثیر آموزش تعادل را بر کیفیت زندگی زنان سالمند مبتلا به استئوپروز بررسی کرده بود، نشان داد که این آموزش ها، به ویژه در محیطی امن و با تعامل اجتماعی میان شرکت کنندگان و آموزش دهنده، تأثیر چشمگیرتری در بهبود کیفیت زندگی دارد. در نهایت، نتایج مطالعه ی حاضر و تحقیقات مشابه نشان می دهند که

که سیاست‌گذاران و نهادهای مسئول در زمینه سالمندان، به عوامل اجتماعی و محیطی که می‌توانند منجر به سالمندآوری شوند، توجه ویژه‌ای داشته باشند. در این راستا، ارتقای سطح تحصیلات، بهبود شرایط زندگی سالمندان از طریق حمایت‌های اجتماعی، فراهم کردن امکانات مسکن مناسب و ایجاد برنامه‌های حمایتی برای سالمندان از کار افتاده، می‌توانند در کاهش میزان سالمندآوری مؤثر باشند. همچنین، ترویج فرهنگ احترام و توجه به حقوق سالمندان و فراهم کردن مشاوره‌های روانشناختی و اجتماعی برای مراقبان می‌تواند به‌طور قابل توجهی به کاهش این پدیده کمک کند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که انجام مداخله‌ای آموزشی در سالمندان گروه آزمایش، تأثیر معناداری در کاهش سوءرفتار نسبت به گروه کنترل داشت. آموزش‌ها باعث کاهش چشمگیر میزان سالمندآوری، بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان سالمندان شد. آموزش‌ها موجب توانمند شدن افراد و افزایش آگاهی و اعتماد به نفس سالمندان شد و آنها را قادر ساخت که در برابر سوءرفتارهای جسمی، روانی و اجتماعی مقاومت کنند. با توجه به اجرای آموزش‌ها در مناطق تصادفی تعیین شده در سطح تهران، محدودیت‌های موجود در تامین شرایط استاندارد آموزشی منجر به ناهمگونی در شیوه‌های اجرایی بین مناطق شد؛ همچنین بعضی مناطق به‌طور کلی فاقد شرایط لازم برای مشارکت در مطالعه بودند. بر این اساس، توصیه می‌شود برنامه‌های آموزشی مرتبط با سالمندان در مقیاسی گسترده‌تر و یکپارچه در جامعه عملیاتی شوند تا از بروز سوء رفتار نسبت به این قشر پیشگیری شده و کرامت و منزلت ایشان حفظ گردد.

سیاسه‌گذاری

بدین وسیله نویسندگان از اساتید محترم، اداره کل شهرداری تهران و مشارکت کنندگان (سالمندان کانون‌های جهاندیدگان) شهر تهران، در عملیاتی نمودن بستر آموزشی در خصوص افزایش آگاهی و پیشگیری از سالمندآوری در سالمندان و اجرای پرسشنامه‌های این پژوهش، نهایت تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

سرمایه‌گذاری در برنامه‌های آموزشی، نه تنها یک راهکار مؤثر برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان است، بلکه به عنوان یک ضرورت در نظام سلامت و رفاه اجتماعی شناخته می‌شود. این برنامه‌ها می‌توانند از طریق آموزش سبک زندگی سالم، خودمراقبتی، مدیریت بیماری‌های مزمن، فعالیت بدنی، تغذیه مناسب، و حمایت‌های روانی-اجتماعی، تأثیرات قابل توجهی بر سلامت و رفاه سالمندان داشته باشند.

برای بررسی ارتباط بین متغیرهای زمینه‌ای و سالمندآوری، از آزمون‌های آنوا و تی‌تست استفاده شد که نتایج آن‌ها نشان داد: بین سطح تحصیلات، وضعیت زندگی و شغل سالمندان با میزان سالمندآوری رابطه معناداری وجود دارد. به‌ویژه، سالمندانی که در منزل فرزند خود یا با دیگران زندگی می‌کردند، درصد شیوع بالاتری از سالمندآوری را گزارش کرده‌اند. همچنین، سالمندانی که خانه‌دار یا از کار افتاده بودند، بیشترین میزان تجربه سالمندآوری را گزارش کرده‌اند. این یافته‌ها به‌وضوح نشان می‌دهند که عوامل اجتماعی، وضعیت سکونت و شغل می‌توانند تأثیر چشمگیری بر میزان تعرض به سالمندان داشته باشند. مطالعات مشابه نیز نتایج مشابهی را گزارش کرده‌اند. برای مثال، مطالعه حقیقتیان و همکاران نشان داد که بین میزان تحصیلات و وضعیت زندگی سالمندان با میزان سالمندآوری رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، مطالعات نشان داد که سالمندانی که با خویشان خود زندگی می‌کنند نسبت به آنان که به‌تنهایی زندگی می‌کنند، بیشتر مورد سالمندآوری قرار می‌گیرند و هم‌چنین، سالمندآوری اغلب ریشه در وابستگی‌های مالی و اجتماعی دارد که می‌تواند موجب بروز رفتارهای آزاردهنده شود. این مطالعه با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است. میزان تأثیر مطالعه بر متغیرهای سالمندآوری و کیفیت زندگی براساس پرسشنامه تکمیل شده توسط فرد بود که این احتمال وجود دارد این مقادیر توسط افراد غیر واقعی گزارش شده باشند. امکان کنترل برخی متغیرهای مداخله‌گر در طی انجام مطالعه از جمله، محدودیت ابزار آموزشی در مناطق مختلف، عدم تمرکز و بی‌حوصلگی سالمندان در پاسخ دهی به سوالات و حجم نمونه کم، از محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. برای اینکه بتوانیم در این حوزه به نتایج پایاتر و کاربردی‌تر برسیم باید بتوانیم محدودیت‌های مبتنی بر تعمیم‌پذیری را به حداقل برسانیم. بر اساس یافته‌های این مطالعه و تحقیقات مشابه، پیشنهاد می‌شود

Reference

1. Moradi M MH, Noori R, Basiri Moghadam K, Sadeghmoghadam L. Effect of a sleep hygiene education program using telephone follow-up method on the sleep quality of the elderly. *Iranian Journal of Ageing*. 2021;15(4).
2. Aghaei MA, Norouzi S, Vakilzadeh AK, Abedi F. Cause and outcome of preventable accidents in the elderly; an epidemiologic study. *Iranian journal of emergency medicine*. 2016;3(1):28-33.
3. Liu L, Gou Z, Zuo J. Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of health psychology*. 2016;21(5):750-8. <https://doi.org/10.1177/1359105314536941>
4. Bakhshi F, Safavi SR, Sadeghi R. Social Cognitive Theory and Healthy Lifestyle among Elderly. *Health Education and Health Promotion*. 2024;12(2):315-322.
5. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017;5(2):e147-e56. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)
6. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*. 2016;56(Suppl_2):S194-S205. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw004>
7. Molaei M, Etemad K, Taheri Tanjani P. Prevalence of elder abuse in Iran: A systematic review and meta analysis. *Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(2):242-53. <https://doi.org/10.21859/sija-1202242>
8. Seutodan Hagh H, Rezaeipandari H, Mousavi S, Allahverdi pour H. Prevalence and gender differences of elder abuse among community-dwelling older adults in Tabriz, Iran. *Iranian Journal of Ageing*. 2021;15(4):458-71. <https://doi.org/10.32598/sija.15.4.1124.1>
9. Oveissi S, Fadayevatan R, Ghanbari-Boroujeni M, Hatamabadi H. Prevalence of abuse and neglect in Iranian elderly population. *Journal of Safety Promotion and Injury Prevention*. 2021;8(4):260-5.
10. Hosseini Moghaddam F, Nikkhah Beydokhti E, Noori R, Sajjadi M, Khajavian N, Kameli F, et al. Prevalence of elder abuse by family members and its related factors in Gonabad, Iran. *Iranian Journal of Ageing*. 2022;17(3):338-51. <https://doi.org/10.32598/sija.2022.2850.3>
11. Estébsari F, Mostafaei D, Khalifehkandi ZR, Estébsari K, Taghdisi MH. Concepts and indexes of elder abuse: The conceptual framework for applied studies in the field of elder abuse. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2017;5(1):15-9. <https://doi.org/10.18869/acadpub.ihepsaj.5.1.15>
12. Papi Sh, Akbari S, Foroughan M, Zanjari N, Moghadasi AM, Zandieh Zh. Prevalence of elder abuse and its related factors among elderly referring to social security outpatient clinic in Yasouj, Iran. *Elderly Health Journal*. 2022;8(2):89-97. <https://doi.org/10.18502/ehj.v8i2.11548>
13. Carr F. The Canadian approach to elder financial abuse from a legal and clinical perspective: A narrative review. *Medico-Legal Journal*. 2023;91(4):218-22. <https://doi.org/10.1177/00258172221112710>
14. Khalili Z, Hosseinnataj A, Ilali ES. Relationship between general health and elder abuse in older adults. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2023;33(221):105-16.
15. Abdi A, Tarjoman A, Borji M. Prevalence of elder abuse in Iran: a Systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*. 2019;39:120-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.12.005>
16. Estébsari F, Dastoorpoor M, Mostafaei D, Khanjani N, Khalifehkandi ZR, Foroushani AR, et al. Design and implementation of an empowerment model to prevent elder abuse: a randomized controlled trial. *Clinical interventions in aging*. 2018:669-79. <https://doi.org/10.2147/CIA.S158097>
17. Asadi E, Oreyzi HR. The Relationship Between Entrepreneurial Knowledge and Business Intelligence: The Mediating Role of Self-Efficacy and Entrepreneurial Passion. *Industrial and Organizational Psychology Studies*. 2025;12(1):1-18.
18. Tho jampa S, Daengthern L, Kumpeera K. The effects of an empowerment program to have a good quality of life and long life for elderly people in Phrae Province, Thailand. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2020;12:100201. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100201>
19. Seyedian M, Fallah M, Norouzian M, Nejat S, Delavar A, Ghasemzadeh H. Validity of the farsi version of mini-mental state examination. 2007.
20. Rinker Jr AG. Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-

- based care providers. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2009; 48(1):110-5. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.11.002>
21. Nikkhah M, Heravi-Karimooi M, Montazeri A, Rejeh N, Sharif Nia H. Psychometric properties the Iranian version of older People's quality of life questionnaire (OPQOL). Health and quality of life outcomes. 2018;16(1):174. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1002-z>
22. Najafi Moghadam S, Taraghi Z, Mohammadpour RA, Ilali ES. Comparing elder abuse and related factors between urban and rural elderly. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2022;32(211):75-81.
23. Mohammadpour R. Relationship between loneliness and abuse in elderly people. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2021;31(199):186-92.
24. Farokhnezhad Afshar P, Sabeti A, Kamalzadeh L, Shariati B. Family abuse with older adults hospitalized and related factors in Hazrat Rasool Akram Hospital in Tehran in 2018. Journal of Gerontology. 2021;6(1):1-7.
25. Karaman S, Özer Z, Bahçecioğlu Turan G, Yilmaz Karabulutlu E. The effect of health empowerment on elder abuse in older adults. Psychogeriatrics. 2024;24(1):80-6. <https://doi.org/10.1111/psyg.13043>
26. Khezri R, Ravanipour M, Motamed N, VAHEDPARAST H. Effect of self-management empowering model on the quality of life in the elderly patients with hypertension. 2016.
27. Ghofranipour F, Moshki M, Maddahi SE, Jafari Baghkheirati A. A comparative study on the effects of self-care program education run by health volunteers and health care staff on the elderly's quality of life. Elderly Health Journal. 2016;2(1):14-20.
28. Zandi Yeh Z, Zare E, Mehrabi T, Shiri M. The effect of need-oriented educational intervention on the general health of the elderly. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2017;22(1):51-56. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.202072>
29. Pirayandeh A, Khankeh HR, Arslani N, Vahedi M. The effect of the implementation of the 5A self-management program on the self-care ability of hemodialysis patients admitted to Hazrat Rasool Akram (PBUH) hospital in Kalaleh city. Iranian Journal of Rehabilitation Research. 2024;10(4):49-58.
30. Jahantigh Akbari N, Niknam H, Sadat Naimi S, Tahan N, Danesh Shahreki B, Jahantigh Akbari A, et al. The effect of exercise therapy on muscular strength, bone mineral density and quality of life in postmenopausal women with osteoporosis: a systematic review. Archives of Rehabilitation. 2024;25(3):372-95. <https://doi.org/10.32598/RJ.25.3.3768.1>