

بررسی اثربخشی برنامه مشاوره با خانواده بر کاهش سوء رفتار روان‌شناختی نسبت به زنان سالمند شهر تهران

مجیده هروی کریموی* (کارشناس ارشد پرستاری) - مریم جدید میلانی** (کارشناس ارشد پرستاری) - دکتر سقراط

فقیه‌زاده*** (دانشیار آمار زیستی)

** عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد

*** عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت مدرس

فصلنامه حیات

سال یازدهم شماره ۲۵ و ۲۴ بهار و تابستان ۱۳۸۴ صص ۸۶-۷۹

تاریخ دریافت مقاله: آبان ماه ۱۳۸۳

تاریخ پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۸۳

چکیده

مقدمه: توجه به اهمیت سوء رفتار روان‌شناختی و عوارض آن نسبت به زنان سالمند که یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه می‌باشند و همچنین تأمین برنامه مشاوره با خانواده در کاهش سوء رفتار روان‌شناختی بسیار با اهمیت است.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است. ۳۰ زن سالمند و خانواده مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که به وسیله‌ی آن اطلاعات مربوط به مشخصات فردی سالمند و اعضای خانواده تعیین و نیز پرسشنامه ارزیابی میزان سوء رفتار روان‌شناختی توسط خانواده نسبت به او از طریق مصاحبه و برگ مشاهده‌ای علایم رفتاری فرد سالمند تکمیل می‌شد. تعداد دفعات مصاحبه و مشاهده سه جلسه ابتدایی در منزل و ملاقات با خانواده و فرد سالمند توسط پژوهشگر بود. سپس جلسات مشاوره که ۶ جلسه و هر جلسه به مدت ۲-۱/۵ ساعت طول می‌کشید با موافقت خانواده و بر اساس برنامه برگزار شد. پس از دو ماه در سه جلسه آخر، ارزشیابی نهایی، با تکمیل مجدد ابزار گردآوری داده‌ها صورت گرفت.

یافته‌ها: تحقیق بر روی ۳۰ خانواده نشان داد، ۹۰ درصد از افراد سوء رفتار کننده زن بودند. ۴۳/۳ درصد علت سوء رفتار در خانواده، نقص عملکرد خانواده بود. میانگین امتیازات در زمینه سوء رفتار روان‌شناختی قبل از مشاوره ۲۶/۳ و بعد از مشاوره ۳۱/۲ بود که آمار t وابسته و ویلکاکسون با $p < 0/001$ اختلاف معناداری را نشان داد. میانگین امتیازات علایم رفتاری سوء رفتار قبل از مشاوره ۱۴/۵ و بعد از مشاوره ۱۸/۲ بود که آمار t وابسته و ویلکاکسون اختلاف معنادار آماری را نشان داد ($p < 0/001$) و همبستگی پیرسون با $r = 0/90$ نشان داد بین میزان سوء رفتار روان‌شناختی و علایم رفتاری سوء رفتار همبستگی تقریباً کامل و مثبت وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر مثبت برنامه مشاوره با خانواده در کاهش سوء رفتار روان‌شناختی نسبت به زنان سالمند، انجام پژوهش‌هایی جهت تعیین تأثیر برنامه مشاوره با خانواده در کاهش دیگر انواع سوء رفتار پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: مشاوره خانواده، سوء رفتار با سالمندان، سوء رفتار روان‌شناختی

* نویسنده مسئول مقاله: تهران - خیابان ولیعصر - نرسیده به خیابان طالقانی - پلاک ۵۱۹ - دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد

تلفن و نمابر: ۶۶۴۱۸۵۹۰

E-mail: heravi@shahed.ac.ir

مقدمه

امروزه جمعیت سالمند جوامع افزایش یافته است. سالمندان امروزه فعال‌تر بوده، امید به زندگی و وضعیت سلامت بهتری نسبت به گذشته دارند اما مشکلات پنهانی فراوانی هم دارند از جمله سوء رفتار نسبت به سالمندان^۱ است (۱) که از مشکلات جدی آنان به شمار می‌رود که متأسفانه هنوز پنهان بوده و گزارش نمی‌شود (۲).

این سوء رفتار ممکن است به اشکال مختلف نظیر سهل‌انگاری و غفلت^۲ در تأمین نیازهای جسمی سالمند، سوء رفتار روان‌شناختی^۳، بهره‌برداری مالی^۴، نادیده گرفتن حقوق سالمند^۵ و حتی موارد هتک حرمت توسط اعضای خانواده تظاهر یابد.

شیوع سوء رفتار با سالمندان در کشور آمریکا حدود یک میلیون نفر در سال ۱۹۹۶ بود (۳). از بین هر ۱۴ مورد سوء رفتار نسبت به سالمندان تنها یک مورد گزارش می‌شود (۴). پژوهش‌ها بیشترین موارد سوء رفتار نسبت به سالمندان را در زنان نشان داده است (۵ و ۶). گزارش دقیقی از انواع سوء رفتار با سالمندان در ایران موجود نیست زیرا مراکز و سازمان خاصی که متولی سالمندان باشد وجود ندارد. بدیهی است رشد سوء رفتار و عدم پذیرش سالمندان در خانواده منجر به افزایش تعداد آسایشگاه‌های سالمندان بدون در نظر گرفتن استانداردهای لازم و کافی گردیده است (۷). بیشتر موارد سوء رفتار با سالمند در خانه

اتفاق می‌افتد زیرا تعداد زیادی از سالمندان با خانواده خود زندگی می‌کنند (۱). امروزه با پیدایش اشکال نوین خانواده و تغییر پیوندهای خویشاوندی، تغییر در کنش متقابل نسل‌ها را شاهد هستیم (۶) از سویی دیگر بحران‌های موجود، فشار روانی زندگی مدرن، ضعف ایمان و نظایر آن پایگاه اجتماعی سالمند را سست نموده و سبب بروز سوء رفتار توسط اعضای خانواده نسبت به وی می‌گردد (۸). وضعیت مشابهی نیز در ایران مشاهده می‌شود، طبق تحقیقی که در سال ۱۳۷۵ در تهران انجام شد یکی از علل عدم ارضاء نیازهای روانی در سالمندان سوء رفتار توسط اعضای خانواده می‌باشد (۹).

در هنگام سوء رفتار مداخلات مورد نیاز شامل خدمات حمایتی آموزشی و مشاوره خدماتی بهداشتی و مالی، حمایت روحی روانی و ... می‌باشد. مشاوره با تمام اعضای خانواده یکی از بهترین اقدامات است زیرا همه اعضای خانواده در سوء رفتار تأثیرپذیر هستند (۱۰) بدین ترتیب می‌توان با نفوذ در عمق باورها و رفتارهای مردم و با ترویج فرهنگ بهداشت روان و شیوه‌های زندگی از خشونت و سوء رفتار جلوگیری کرد (۱۱). به نظر می‌رسد پرستاران بهداشت جامعه با حضور فعال در عرصه‌های مختلف زندگی در محیط خانواده بهترین موقعیت را نسبت به دیگر اعضای تیم بهداشتی در شناسایی مشکل و درمان سوء رفتار با سالمندان دارند، تا بدین ترتیب از عوارض سوء رفتار که شامل کاهش اعتماد به نفس، احساس ناامیدی، بی‌کفایتی و ناتوانی سالمندان می‌شود تا حد ممکن جلوگیری شود (۱۲).

نتایج تحقیقات حاکی از تفاوت در میزان سوء رفتار نسبت به سالمندان است که بین ۲/۲ درصد تا ۱۵/۹ درصد گزارش شده است.

1 - Abuse of elderly

2 - Neglect

3 - Psychological abuse

4 - Financial abuse

5 - Violation

همچنین بین انواع سوء رفتارها، نیز تناقضاتی وجود دارد و بین ۷/۷ درصد تا ۳۵ درصد گزارش شده است. اما در زمینه تأثیر مشاوره خانواده بر سوء رفتار تحقیقی انجام نشده یا حداقل پژوهشگر به آن دسترسی نیافت.

تحقیق در زمینه سوء رفتار نسبت به سالمندان یک بحث جدید می‌باشد (۳، ۶ و ۱۴) پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه مشاوره با خانواده در پیشگیری از سوء رفتار روان‌شناختی نسبت به زنان سالمند شهر تهران انجام گرفت.

امید است نتایج این پژوهش بتواند سهمی در تدوین برنامه مشاوره خانواده بر اساس مستندات و تأمین سلامت جسمی و روانی سالمندان داشته باشد و از صرف هزینه‌های قابل توجه ناشی از مشکلات جسمی و روانی سوء رفتار و درمان عوارض آن جلوگیری کند.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی بوده با روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده از بین مراجعین به درمانگاه‌های چهار بیمارستان آموزشی شهر تهران در سال ۱۳۷۹ در مدت شش ماه انتخاب شدند. پژوهشگر با مراجعه به درمانگاه‌های چهار بیمارستان آموزشی شهر تهران، تعداد ۴۸ خانواده سالمند که دارای مشخصات: ساکن شهر تهران با گویش زبان فارسی، زندگی با سالمند زن بالای ۶۵ سال، عدم ابتلا به بیماری‌های سرطان، فلج اندام‌ها و بیماری تأیید شده روانی در سالمند و فقدان بحران حاد در خانواده در طی سه ماه گذشته و رضایت شرکت در پژوهش بودند را انتخاب کرده و به علت مواردی چون مخالفت خانواده در مراحل بعدی، بستری در بیمارستان و فوت تنها ۳۰

خانواده باقی ماندند که جزء نمونه پژوهش قرار گرفتند. سپس پژوهشگران با کسب اجازه و هماهنگی با خانواده به منزل آنها رفته و پس از آشنایی با اعضای خانواده به جمع‌آوری اطلاعات بر پایه ابزار گردآوری اطلاعات پرداختند.

ابزار مزبور عبارت بودند از: پرسشنامه اطلاعات مشخصات فردی خانواده، مشخصات فردی زنان سالمند، پرسشنامه ارزیابی میزان سوء رفتار روان‌شناختی توسط اعضای خانواده نسبت به سالمند و برگ مشاهده علایم رفتاری سالمند. برگ اطلاعات مشخصات خانواده با مصاحبه با خانواده و برگ اطلاعات فردی سالمند و پرسشنامه سوء رفتار روان‌شناختی از طریق مصاحبه با سالمند توسط پژوهشگر و برگ مشاهده‌ای علایم رفتاری سالمند بر اساس مشاهده رفتاری سالمند در طی سه جلسه اول برنامه مشاوره به صورت هفته‌ای یک بار تکمیل شد. مشکلات سالمند و خانواده، وجود سوء رفتار و مشخصات فرد خانواده سوء رفتار کننده و دلیل ایجاد سوء رفتار برای هر خانواده تعیین گردید. منظور از سوء رفتار روان‌شناختی شامل تمسخر و تحقیر، سرزنش و ملامت، رفتار خشونت‌آمیز، استفاده از کلمات ناخوشایند، عدم احترام به رسوم مذهبی، استفاده از دشنام و تهدید به اخراج از منزل و علایم رفتاری سالمند تحت سوء رفتار شامل بی‌حوصلگی، ترس آشکار از اعضای خانواده، عدم همکاری سالمند و وابستگی و اتکا به دیگران، انزوا طلبی و کناره‌گیری بود. جهت تعیین اعتبار ابزار از روش اعتبار محتوی استفاده گردید، پایایی پرسشنامه سوء رفتار روان‌شناختی با استفاده از آزمون مجدد $I=0/85$ و پایایی برگ مشاهده‌ای علایم رفتاری

سالمند با استفاده از روش دو مشاهده‌گر^۱
 $t=0/8$ تأیید گردید.

تعداد جلسات در نظر گرفته شده ۶ جلسه بود که با سه جلسه اول که صرف بررسی سالمند و خانواده شد، جمعاً ۹ جلسه بود که با هماهنگی خانواده و سالمند هفته‌ای یک بار و به مدت ۲-۱/۵ ساعت برگزار گردید. هر جلسه دارای برنامه از پیش تعیین شده‌ای بود که بر اساس بررسی خانواده، سعی در تقویت رفتارهای روان‌شناختی خانواده در برخورد با سالمند و تعیین راه‌حل‌های مناسب برای پیشگیری از سوء رفتار روان‌شناختی نسبت به سالمند، طراحی شده بود. در برنامه مشخص گردیده بود هر جلسه با حضور چه کسانی (سالمند تنها، یا یکی از اعضای خانواده که همان فرد سوء رفتار کننده بود، یا با تمام اعضای خانواده و یا با حضور سالمند و اعضای خانواده) تشکیل شود. بعد از اتمام جلسات دو ماه به خانواده فرصت داده شد تا مواردی که راهنمایی شدند را به کار برند، سپس در سه جلسه آخر ارزشیابی نهایی با تکمیل مجدد پرسشنامه سوء رفتار روان‌شناختی و برگ مشاهده‌ای رفتاری از طریق پرس آزمون صورت گرفت. مشاوره با خانواده توسط کارشناس ارشد آموزش پرستاری بهداشت جامعه که در زمینه مشاوره خانواده تخصص داشتند انجام گرفت.

ابزار پژوهش بر حسب امتیاز به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. دامنه امتیاز در پرسشنامه سوء رفتار روان‌شناختی بین ۸ تا ۳۵ و در برگ مشاهده‌ای رفتاری بین ۵ تا ۲۰ بود. با استفاده از آزمون‌های t

وابسته و ویلکاکسون^۲ و ضریب همبستگی پیرسون^۳ داده‌های پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

به علت عدم همکاری خانواده سالمندان و کمبود تعداد نمونه‌های پژوهش این پژوهش گروه شاهد نداشت که می‌توان گفت از نقاط ضعف پژوهش محسوب می‌گردد.

یافته‌ها

تحقیق بر روی ۳۰ خانواده نشان داد خانواده‌ها دارای بُعد 5 ± 3 ، در آمد ماهیانه 50 ± 20 هزار تومان بودند. $56/7$ درصد مراقبت‌کنندگان پسر، $33/3$ درصد دختر و 10 درصد نوه فرد سالمند بودند. $76/7$ درصد دارای منزل شخصی و $23/3$ درصد منزل استیجاری که 50 درصد منازل ۲-۱ اتاق و بقیه از دو اتاق بیشتر داشتند. $43/3$ درصد سالمندان دارای اتاق خصوصی و $56/7$ درصد آنان اتاق خصوصی نداشتند. 20 درصد سالمندان وسایل سرگرم کننده شخصی داشتند و 80 درصد فاقد این وسایل بودند. سیستم حمایتی $23/3$ درصد خانواده‌ها به ترتیب دوستان، خویشاوندان و همسایه‌ها و $3/3$ درصد سازمان‌های دولتی و خیریه بودند و 40 درصد سیستم حمایتی نداشتند. سن زنان سالمند 70 ± 5 سال، 80 درصد همسر فوت شده، $13/3$ درصد جدا از همسر خود بودند و $6/7$ درصد مطلقه بودند. $13/3$ درصد سالمندان ۲-۱ فرزند، $26/7$ درصد ۴-۳ فرزند و 6 درصد بیشتر از ۵ فرزند داشتند. $83/3$ درصد سالمندان بی‌سواد و $16/7$ درصد دارای سواد در سطح ابتدایی بودند. $43/3$ درصد دارای مستمری ماهانه، $6/7$ درصد

2 - Wilcoxon

3 - Pearson

1 - Interrater

امتیازات قبل و بعد از برنامه مشاوره به لحاظ آماری معنادار تلقی می‌شود (جدول شماره ۲).

ضریب همبستگی پیرسون با $r=0/90$ نشان داد بین علایم رفتاری سوء رفتار با سوء رفتار روان‌شناختی همبستگی تقریباً کامل و مثبتی وجود دارد.

جدول شماره ۱ - توزیع سوء رفتار روان‌شناختی نسبت به زنان سالمند شهر تهران در سال ۱۳۷۹

زمان بررسی	قبل از برنامه مشاوره	بعد از برنامه مشاوره
ضعیف کمتر از ۲۵	۱۰ (۳۲/۳)	۰
متوسط ۲۵-۲۹	۹ (۳۰)	۳ (۱۰)
خوب ۳۰-۳۵	۱۱ (۳۶/۷)	۲۷ (۹۰)
جمع	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)
میانگین	۲۶/۳	۲۱/۲
نتیجه آزمون t وابسته و ویلکاکسون	$p < 0/001^*$	

جدول شماره ۲ - توزیع علایم رفتاری زنان سالمند شهر تهران در سال ۱۳۷۹

زمان بررسی	قبل از برنامه مشاوره	بعد از برنامه مشاوره
ضعیف کمتر از ۱۵	۱۷ (۵۶/۷)	۰
خوب ۱۵-۲۰	۱۳ (۴۳/۳)	۳۰ (۱۰۰)
جمع	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)
میانگین	۱۴/۵	۱۸/۲
نتیجه آزمون t وابسته و ویلکاکسون	$p < 0/001^*$	

بحث و نتیجه‌گیری

چالش اصلی و عمده بهداشت در قرن بیست و یکم «زندگی کردن با کیفیت برتر» است. با توجه به مسأله بهبود کیفیت زندگی، ایجاد رفاه و تندرستی و پیشگیری از سوء

بازنشسته، ۱۰ درصد شغل آزاد و ۴۰ درصد از نظر مالی وابسته به فرزندان بودند.

اموال و دارایی سالمندان را ۵۰ درصد خود فرد، ۶/۷ درصد همسر و ۴۳/۳ درصد فرزندان اداره می‌کردند. ۹۰ درصد موارد فرد سوء رفتار کننده زن بوده، ۵۰ درصد سوء رفتار کنندگان عروس، ۴۰ درصد فرزند، ۶/۷ درصد نوه و ۳/۳ درصد همسر نوه بود و میانگین سنی آنها سن 74 ± 7 سال بود. ۳۰ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۳۶/۷ درصد راهنمایی، ۲۳/۳ درصد دیپلم و ۱۰ درصد دانشگاهی بودند و ۴۶/۷ درصد خانه دار، ۲۶/۷ درصد کارمند، ۶/۷ درصد دارای شغل آزاد و ۲۰ درصد کارگر بودند. ۴۳/۳ درصد علت سوء رفتار در خانواده نقص در عملکرد خانواده بود و تنها ۳/۳ درصد به ترتیب به چارچوب انتقام و تعاملات ضعیف خانواده مربوط بود.

در زمینه سوء رفتار روان‌شناختی، ۳۶/۷ درصد سالمندان قبل از برنامه مشاوره دامنه‌ی امتیازی ۳۵-۳۰ (از امتیاز بین ۸ تا ۳۳) و بعد از برنامه مشاوره بیشتر آنان ۹۰ درصد دامنه‌ی امتیازی ۳۵-۳۰ را کسب نمودند. آماره t وابسته و ویلکاکسون با $p < 0/001$ نشان داد این اختلاف بین میانگین امتیازات قبل و بعد از برنامه مشاوره به لحاظ آماری معنادار می‌باشد (جدول شماره ۱).

۵۶/۷ درصد زنان سالمند مورد بررسی قبل از برنامه مشاوره دامنه‌ی امتیازی ۱۴-۱۰ (از امتیاز بین ۵ تا ۲۳) را که در حد ضعیف بود در زمینه علایم رفتاری سوء رفتار نشان دادند و بعد از اتمام برنامه مشاوره ۱۰۰ درصد زنان سالمند دامنه‌ی امتیازی ۲۰-۱۵ را که خوب بود کسب نمودند. آمار t وابسته و ویلکاکسون با $p < 0/001$ نشان داد این اختلاف بین میانگین

قرار گیرد و تمهیداتی در جهت ایجاد سیستم حمایتی خانواده‌ها بیندیشند.

اکثریت سوء رفتارکنندگان (۹۰ درصد) زن، عروس سالمند (۵۰ درصد) و خانه‌دار (۶۷/۷ درصد) و دارای تحصیلات راهنمایی (۳۶/۷ درصد) بودند. در مطالعات انجام گرفته توسط مرکز ملی پژوهش سوء رفتار سالمندان ۹۰ درصد موارد سوء رفتار نسبت به سالمندان توسط اعضای خانواده صورت گرفته بود (۱۸) و در مطالعه دیگر ۵۳ درصد توسط فرزند سالمند انجام گرفته بود (۱۴). ساندن و استوارت^۳ نیز در مطالعه خود نشان دادند که ۵۰ درصد موارد سوء رفتار توسط فرزند یا همسر فرزند سالمند می‌باشد (۲۲). مراقبین سالمندان به علت شرایط خاص نگهداری فرد سالمند دچار استرس یا تحریک‌پذیری می‌شوند و امکان دارد نسبت به فرد سالمند سوء رفتار نمایند. بنابراین نیاز است به مراقبین هم توجه شود و با ایجاد شرایطی جهت تخلیه روانی یا دوره‌های استراحت برای آنان از میزان استرس آنها کاست. ۴۳/۳ درصد سوء رفتار در خانواده ناشی از نقص در عملکرد خانواده بود. عدم آگاهی کافی، نداشتن انگیزه مراقبتی و هر موردی که منشاء عملکرد ناقص خانواده است سبب سوء رفتار می‌شود. تحقیقات نشان داده است که یکی از علل اساسی سوء رفتار نسبت به سالمندان نداشتن اطلاعات کافی، انگیزه مراقبتی و استرس مراقبت‌کننده می‌باشد (۲۳). با ایجاد جلسات آموزشی و مشاوره‌ای می‌توان عملکرد خانواده را بهبود بخشید و یکی از زمینه‌های سوء رفتار را نیز کاهش داد.

بین امتیازات علایم رفتاری سوء رفتار نظیر بی‌حوصلگی، ترس آشکار از اعضای

رفتار نسبت به سالمندان بسیار ضروری است (۹). در این پژوهش اثربخشی برنامه مشاوره با خانواده در پیشگیری از سوء رفتار روان‌شناختی نسبت به زنان سالمند از طریق تأثیر آن بر ۲ پارامتر علایم رفتاری و سوء رفتار روان‌شناختی در زنان سالمند مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که سن زنان سالمند مورد بررسی ۷۰±۵ سال و اکثریت آنان همسر فوت شده، بودند. بر اساس مطالعات ویلر^۱ و همکاران در آمریکا ۴۸ درصد مبتلایان به سوء رفتار را زنان همسر فوت کرده و در گروه سنی ۶۵-۷۴ سال (۳۶ درصد) (۱۹) و در مطالعات انجام گرفته توسط مرکز ملی پژوهش سوء رفتار سالمندان (۱۹۹۸) اکثر موارد سوء رفتار (۷۲/۲ درصد) در گروه سنی ۶۰-۷۰ سال انجام شده است (۱۴). به نظر می‌آید نیاز خاص این گروه سنی زنان به توجه در زمینه‌های فیزیکی و روانی علت سوء رفتار نسبت به آنان می‌باشد. بنابراین نیاز است توجه خاص به این قشر از زنان سالمند شود تا از سوء رفتار نسبت به آنان جلوگیری گردد. ۴۰ درصد سالمندان سیستم حمایتی نداشتند، در پژوهش هلمن^۲ همسایگان و دوستان مهم‌ترین منبع حمایتی برای خانواده بیان شده است (۲۰). معمولاً خانواده‌ها با منابع حمایتی جامعه و طرق استفاده از آن آشنایی ندارند و خانواده‌هایی که از منابع حمایتی استفاده نمی‌نمایند یا از سیستم حمایتی ضعیفی برخوردارند، بیش از سایر خانواده‌ها در معرض سوء رفتار قرار دارند (۲۱). این مهم باید مورد توجه مسئولین امر

1 - Weiler

2 - Helman

3 - Sundeen and Stuart

خانواده، عدم همکاری سالمند و وابستگی و اتکا به دیگران، انزوا طلبی و کناره‌گیری قبل و بعد از برنامه مشاوره اختلاف معناداری مشاهده شد به این معنا که بعد از انجام برنامه مشاوره به نحو مطلوبی امتیاز علایم رفتاری افزایش یافته بود به طوری که ۵۶/۷ درصد زنان سالمند امتیاز ضعیف را قبل از مشاوره و ۱۰۰ درصد آنان امتیاز خوب را بعد از مشاوره کسب کردند. بنابراین برنامه مشاوره در کاهش علایم رفتاری ناشی از سوء رفتار روان‌شناختی مؤثر می‌باشد. از آنجایی که علایم رفتاری در نتیجه تداوم سوء رفتار ایجاد می‌گردد و با پیشگیری، علایم رفتاری نیز از بین خواهد رفت بنابراین جلسات مشاوره در پیشگیری از سوء رفتار مؤثر می‌باشد.

قبل از برنامه مشاوره ۳۶/۷ درصد زنان سالمند در زمینه سوء رفتار روان‌شناختی امتیاز خوب (۳۵-۳۰) را کسب کرده‌اند که این میزان بعد از برنامه مشاوره به ۹۰ درصد دارای امتیاز خوب (۳۵-۳۰) افزایش یافت و میانگین امتیازات از ۲۶/۳ قبل از مشاوره به ۳۱/۲ بعد از مشاوره ارتقاء یافت. آزمون‌های آماری نیز با $p < 0/001$ اختلاف معناداری را به لحاظ آماری نشان می‌دهند یعنی میزان سوء رفتار روان‌شناختی نسبت به زنان سالمند بعد از برنامه مشاوره با خانواده در مقایسه با قبل از برنامه مشاوره کاهش یافته است. نتایج نشان داد بین علایم رفتاری سوء رفتار و سوء رفتار روان‌شناختی همبستگی مثبت وجود دارد یعنی هر چه میزان سوء رفتار روان‌شناختی کاهش یابد از علایم رفتاری سوء رفتار سالمند نیز کاسته می‌شود. کارل^۱ در تحقیقات خود نشان داد که مشاوره یکی از راه‌های مؤثر در

پیشگیری از سوء رفتار روان‌شناختی می‌باشد (۲۴). از آنجایی که سوء رفتار روان‌شناختی به صورت کلامی یا غیر کلامی روی احساسات سالمند، عزت نفس، اعتماد به نفس و تعامل وی با دیگران تأثیر می‌گذارد و سبب بروز مشکلات جسمی، رفتاری و روانی سالمند می‌گردد (۱۷) و با توجه به نتایج پژوهش حاضر که جلسات مشاوره خانواده را مؤثر نشان داده است توصیه می‌شود با تأسیس مراکز ارایه‌دهنده خدمات مشاوره به سالمند و خانواده از سوء رفتار نسبت به سالمندان جلوگیری کرد و بهداشت جسمی و روحی آنها و در نتیجه سطح بهداشت جامعه را ارتقاء داد.

در زمینه پژوهش پرستاری پژوهشگران امیدوارند یافته‌های این مطالعه ضمن علاقمند کردن پژوهشگران، بتواند پایه و راهنمای مناسبی برای پژوهش‌های بعدی در خصوص راه‌های پیشگیری از سوء رفتار، برنامه مشاوره به خانواده و سوء رفتار در سالمندان باشد.

تشریح و قدردانی

بدین وسیله از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد در انجام این پژوهش قدردانی می‌گردد.

منابع

- 1 - Elder abuse. 2003. [Online]. <www. Apa. org/pi/agiag/ elderabuse. html>. [10 July 2003].
- 2 - Practical issues: Violence and abuse, a hidden reality. 2002. [Online]. <http://www. Helpage. org/ practice/ Abuse hidden abuse hidden middle. html>. [10 July 2003].
- 3 - Allender JA, Spradley BW. Community health nursing. Fifth edition. Philadelphia; Lipincott; 2001. P. 500-501.
- ۴ - سالمندان ایران: یک تحلیل اجتماعی، مجله زن روز. شماره ۱۴۶۷، مرداد ۱۳۷۲. ص ۱۸.
- 5 - The national elder abuse incidence study. final report, September 1998. 1999. [Online]. <http://www. elderabusecenter. org>. [20 July 2004].
- 6 - Bacon J. Elder abuse. 2004. [Online]. <http:// www. womanabuseprevention. com/ html/ elder_abuse.htm>. [20 July 2004].
- ۷ - شیپارا بریان، ال رایدل، روبرت جی. روان‌شناسی پیری. ترجمه حمزه گنجی و همکاران. تهران: انتشارات اطلاعات ۱۳۶۵. ص ۷۵.
- 8 - Stanhope M, Lancaster J. Community health nursing. fifth edition. ST Louis; Mosby Co; 2000.
- ۹ - هروی مجیده و همکاران. وضعیت نیازهای روانی سالمندان شهر تهران. دانشور. ۱۳۸۲؛ ۴۸: صفحات ۶۶-۵۹.
- 10 - James M. Abuse and neglect of older people. 2002. [Online] <www. Apa. org/pi/agiag/ elderabuse . html >. [10 July 2003].
- 11 - Nakajima H, Mayor F. Culture and health. World Health. 1996; 49(2): 30.
- 12 - Criner JA. The Nurses role in preventing abuse of elderly patient. rehabilitation nursing. 1994; 19(5): 277.
- 13 - Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. Gerontologist. 1988; 28(1): 51-7.
- 14 - Comijs HC, Pot AM, Smit JH, Bouter LM, Jonker C. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. J Am Geriatr Soc. 1998; 46(7): 885-8.
- 15 - National elder abuse incidence study. Elder & disabled adult abuse statistics in the U.S. 2002. [Online] < http:// www. mt-hotline. org/ elderabuse. htm>. [20 July 2004].
- 16 - American College of Obstetricians and Gynecologists. interpersonal violence against women throughout the life span. 2004. [Online] <http:// www. acog. org/ from_home/ departments/ category. cfm? recno= 17 & bulletin = 186 # elder>. [20 July 2004].
- 17 - Burn KS. Elder abuse. 2004. [Online] < http:// www. karisable. com/ elderabuse. htm>. [20 July 2004].
- 18 - 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.
- 19 - Weiler K, et al. Geriatric mental health; Journal of Psychosocial Nursing. 1997; 30(9): 32-36.
- 20 - Hellman EA, Stewart C. Social support and the elderly client. Home Health Nurse. 1994; 12(5): 51-60.
- 21 - Fulmer T, McMahon DJ, Baer-Hines M, Forget B. Abuse, neglect, abandonment, violence, and exploitation: an analysis of all elderly patients seen in one emergency department during a six-month period. J Emerg Nurs. 1992; 18(6): 505-10.
- 22 - Stuart GW, Sundeen SJ. Principles and Practice at Psychiatric Nursing, St Louis, Mosby Co; 1967. P. 925-8.
- 23 - Jervis LL. Community Health Nursing. Philadelphia. FA. Davis Co; 1985. P. 257-259.
- 24 - Kurrle SE, Sadler PM, Cameron ID. Patterns of elder abuse. Med J Aust. 1992; 157(10): 673-6.