

Axes of intervention in the prevention of elder abuse (Review Article)

Moradi Z¹, Pourhadi S^{2*}

1- MSc in Elderly Health, Education Development Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Public Health and Elderly Health, School of Health, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran (**Corresponding Author**).

E-mail: Samaneh.Pourhadi@gmail.com

Received: 19 July 2020

Accepted: 6 Sep 2020

Abstract

Introduction: Elder abuse is common and global and it affects the various aspects of health and quality of life in the elderly. Therefore, successful management of elder abuse requires the implementation of various and effective interventions in its prevention. This study aimed to review the axes of intervention in the prevention of elder abuse.

Method: This study is a review, in which 1200 articles about elderly abuse since 2000-2019 were searched using online English databases such as Google Scholar, Pubmed, Scopus, Science Direct, and Web of Science. Iranian articles were obtained from SID, Iran Medex, Magiran and Google Scholar websites. Overall, 35 articles were selected which had inclusion criteria.

Results: The study articles were divided into the following axes 1- Reducing the occurrence of risk factor for abuse in family caregivers 2- Increasing the detection rate of prevention in elder abuse 3- Interventions in victims of elder abuse 4- Introducing specialized teams for prevention of elder abuse 5- prevention of caregiver abuse of the elderly in nursing homes 6- prevention and stop of resident-to-resident elder abuse 7- Preventive interventions based on the role of health professionals

Conclusions: Usual forms of intervention programs may include public education, support groups, advocacy service interventions, and coordination in care for the elderly. Although family caregivers are the most vulnerable population providing unpaid care to family members, they have not been investigated as the deserved.

Keywords: Aged; Elder Abuse; Violence; Crime Victims.

محورهای مداخلاتی در پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان (مقاله مروری)

زهرا مرادی^۱، سمانه پورهادی^{۲*}

۱- کارشناس ارشد سلامت سالمندان، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
 ۲- استادیار، گروه بهداشت عمومی و سلامت سالمندی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. (نویسنده مسئول)
 ایمیل: Samaneh.Pourhadi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۲۹

چکیده

مقدمه: سوء رفتار نسبت به سالمندان شیوع بالایی دارد و بر ابعاد مختلف سلامتی و کیفیت زندگی سالمندان موثر می باشد. از این رو مدیریت موفق سوءرفتار در سالمندان، مستلزم اجرای مداخلات مختلف و موثر در پیشگیری از آن است. هدف از این بررسی مرور محورهای مداخلاتی در پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان است.

روشن کار: این مطالعه با روش مروری انجام شده است و در آن ۱۲۰۰ مقاله با موضوع سوءرفتار نسبت به سالمندان طی سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ در پایگاه های مقالات انگلیسی زبان همچون پابمد، گوگل اسکالر، اسکوپوس، ساینس دایرکت و وب آو ساینس به دست آمد و برای جستجوی مقالات در ایران از طریق پایگاه های اینترنتی اس آی دی، ایران مدکس، مگیران و گوگل اسکالر مقالاتی در این زمینه حاصل شد. در نهایت، ۳۵ مقاله که مشمول معیارهای ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند.

یافته ها: مقالات مورد مطالعه به محورهای زیر تقسیم شدند: ۱- کاهش بروز عوامل خطر سوءرفتار در مراقبین خانواده ۲- افزایش تشخیص میزان پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان ۳- مداخلات در قربانیان سوءرفتار سالمندی ۴- معرفی تیم های تخصصی در پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان ۵- پیشگیری از سوءرفتار مراقبان نسبت به سالمندان در خانه های سالمند ۶- پیشگیری و توقف سوءرفتار سالمند نسبت به سالمند ۷- مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر نقش متخصصان بهداشت.

نتیجه گیری: اشکال معمول برنامه های مداخلاتی ممکن است شامل آموزش عموم، گروه های حمایتی، مداخلات خدمات مدافع و هماهنگی ها در مراقبت از سالمندان باشد اما با اینکه مراقبان خانوادگی آسیب پذیرترین جمعیتی هستند که مراقبت های بدون دستمزد از اعضای خانواده را ارائه می دهند، بطور شایسته مورد توجه تحقیقات قرار نگرفته اند. **کلید واژه ها:** سالمندی؛ سوءرفتار سالمندی؛ خشونت؛ قربانیان جنایت.

مقدمه

مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵، در حدود ۹/۲۷ درصد از کل جمعیت ایران را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند (۲، ۳).

از جمله پیامدهای افزایش تعداد سالمندان در خانواده ها می توان به تأثیرات منفی وضعیت جسمانی و ذهنی، فشارهای اقتصادی، اختلالات روانی و تنش های عاطفی، عدم تحمل بار مسئولیت، خستگی فردی و انزوای اجتماعی افراد خانواده اشاره نمود. در نتیجه، تحول نقش خانواده،

امروزه جمعیت جهان به سرعت در حال پیر شدن است و پیش بینی می شود تعداد سالمندان از ۶۵۰ میلیون نفر در سال ۲۰۰۶ به دو میلیارد نفر تا سال ۲۰۵۰ برسند (۱). هم اکنون ۶۰ درصد از کل سالمندان جهان در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند، که این رقم تا سال ۲۰۵۰ میلادی به ۸۰ درصد خواهد رسید. جمعیت سالمندی در کشور ایران نیز رو به افزایش است و بر طبق گزارشات

شامل انواع ناتوانی های شناختی و عملکردی و مرگ و میر در سالمند سبب به وجود آمدن سیکل معیوبی از وابستگی بیشتر، کاهش وضعیت سلامت، افزایش نیاز به مراقبت طولانی و از یک سو تسریع در روند سالمندی می گردد (۱۴). یک مطالعه طولی نشان داد که احتمال مرگ در طول ۳ سال در ۴۹ نفر از افرادی که مورد سوءرفتار قرار گرفته بودند ۱-۳ مرتبه بیشتر از آنهایی بود که سوءرفتاری ندیده بودند. حتی بعد از تطبیق بیماری ها و سایر فاکتورهای مرتبط با مرگ در پایان ۱۳ سال پیگیری ۹ درصد کسانی که مورد سوءرفتار قرار گرفته بودند در مقایسه با ۴۱ درصد کسانی که سوءرفتاری ندیده بودند، زنده ماندند (۱۵، ۱۶).

سوءرفتار با سالمندان اغلب معضلی است که در محدوده ای دور از مشاهده و بررسی پنهان می ماند (۱۷). با وجود تعداد زیاد قربانیان سوءرفتار سالمندی، بیش از نیمی از آنها در خصوص سوءرفتار صحبت نمی کنند. رایج ترین علل عدم گزارش سوءرفتار در آمارهای رسمی بی اهمیت شمردن حادثه، بی اعتمادی به اطرافیان، ترس از درگیری، عدم تمایل سالمندان در مجازات مرتکب و ترس از انتقام مجرم عنوان شده است. اطلاعات مربوط به پلیس و خدمات بهداشتی تنها کوه یخی از موارد سوءرفتار نسبت به سالمندان را نشان می دهند. استرلی و همکاران برآورد کردند که تنها ۲۰ درصد از قربانیان به یک یا چند سازمان معرفی شده اند در حالیکه طی برآورد اکف و همکاران، تنها ۳ درصد موارد توسط سازمان حفاظت از بزرگسالان (APS) معرفی شده اند (۱۸، ۱۹). سوءرفتار در سالمندی را نمی توان انکار کرد بلکه باید آنرا پذیرفت و در مورد آن اقدامی انجام داد (۹). با اینکه سوءرفتار نسبت به سالمندان رایج و جهانی می باشد استراتژی های پیشگیری و مداخله ای مبتنی بر شواهد اندکی با نتایج مبهم برای کمک به قربانیان سوءرفتار وجود دارد. هیچ مطالعه مقایسه ای بین المللی در خصوص برنامه پیشگیری از سوءرفتار در دوران سالمندی انجام نشده است و علاوه بر آن هیچ اطلاعاتی در خصوص هزینه بهره وری برنامه ها نیز وجود ندارد (۲۰، ۲۱). از طرف دیگر با وجود تاکید

بحران های موجود، فشارهای روانی زندگی مدرن و نظایر آن، پایگاه اجتماعی سالمند را سست می کنند و موجب بروز سوءرفتار توسط اعضای خانواده نسبت به سالمند می گردند (۴، ۵). از طرف دیگر افزایش بیماری های مزمن در دوران سالمندی اغلب باعث افزایش معلولیت، ناتوانی و وابستگی آن ها در جامعه می شود. این عوامل همراه با وجود فاکتورهای خطری چون نقائص شناختی، بهداشت ضعیف و نقائص عملکردی در سالمندان و وجود سوء مصرف مواد یا بیماری های روانی در مراقبین، سالمندان را نسبت به سوء رفتار آسیب پذیرتر می کنند (۶).

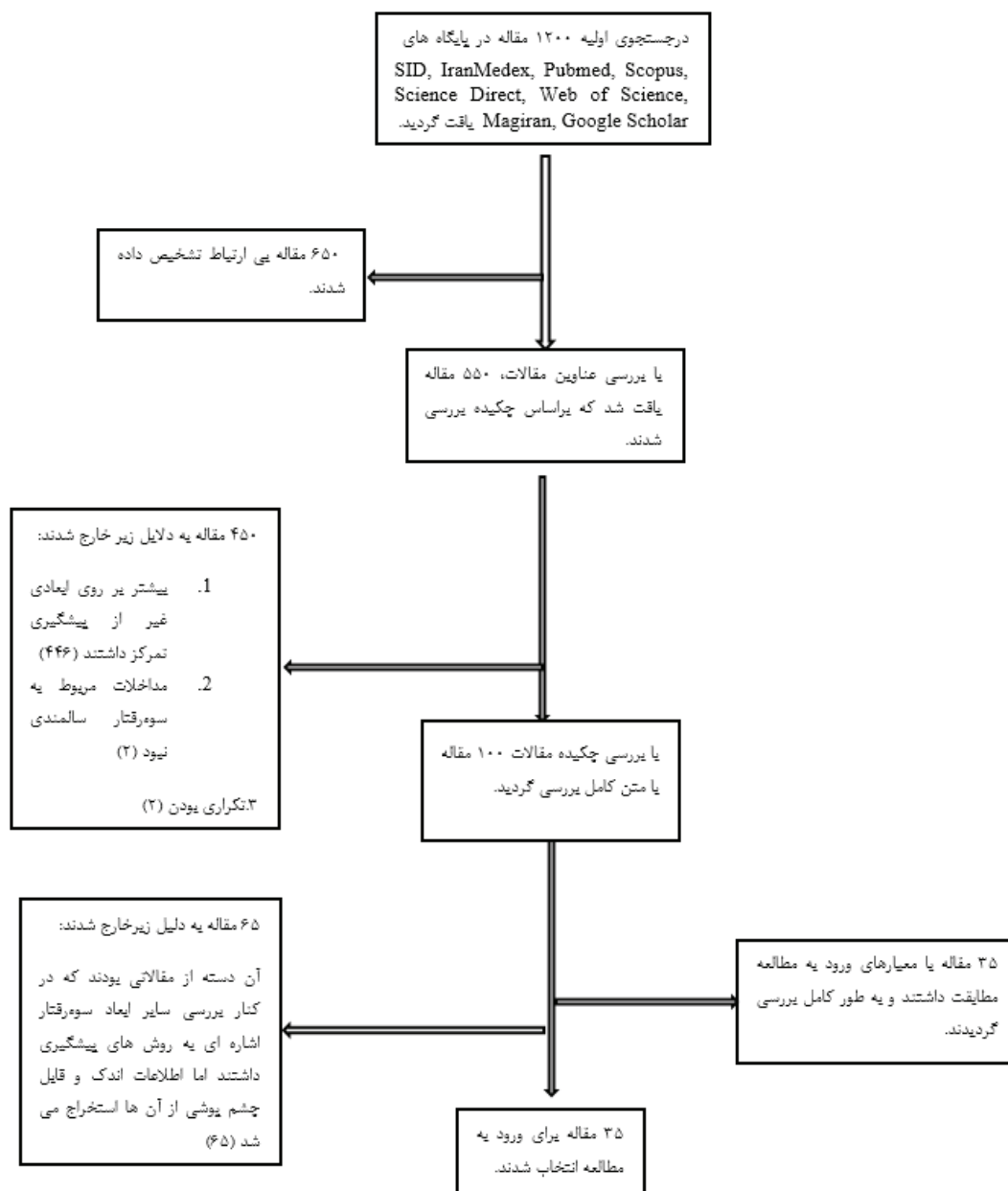
سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سوءرفتار سالمندی را هرگونه اقدام یا عدم اقدام مناسب که موجب صدمه به سالمند شوند، تعریف می کند (۷). دو سوم این آزارها توسط کسی که در موضع اعتماد است همچون شریک زندگی، خانواده، مراقبت کننده، دوستان، همسایه ها، آشنایان یا غریبه ها اعمال می شوند (۸). سوءرفتار نسبت به سالمندان به عنوان یک تهدید جدی در افراد بالاتر از ۶۵ سال مطرح می شود و همه اقوام و گروه ها را درگیر می کند. براساس مطالعات صورت گرفته، سالمندان اشکال مختلفی از سوء رفتار را تجربه می کنند که شامل سوءرفتار جسمی، جنسی، روانی یا عاطفی، غفلت، رها شدن و سوءرفتار مالی می باشد (۶، ۹، ۱۰). از جنبه اپیدمیولوژیکی می توان گفت که سوءرفتار نسبت به سالمندان، پدیده ای رایج است و در روش شناسی بعضی از تحقیقات فرض است که تمام خانواده ها این کشمکش را دارند و اینکه این کشمکش چطور حل می شود، جنبه ی قابل اندازه گیری و مرتبط سوءرفتار است (۱۱). آمارها نشان می دهند که ۳/۲ تا ۲۷/۵ درصد از سالمندان سوءرفتار را تجربه می کنند. اما دیگر یافته ها بطرز نگران کننده ای شیوع سوءرفتار را تا حدود ۴۴/۶ درصد گزارش کرده اند (۲، ۱۲). این در حالی است که یک مطالعه متاآنالیز در ایران، شیوع کلی سوءرفتار با سالمندان را ۵۶/۴ درصد برآورد کرده است (۱۰، ۱۳). سوءرفتار بر روی سلامت جسمی، روانی و عاطفی سالمندان موثر می باشد و با کاهش کیفیت زندگی و افزایش ابتلا به بیماری

مقالات انگلیسی زبان همچون پامپد، گوگل اسکالر، اسکوپوس، ساینس دایرکت و وب آوساینس صورت گرفت و با ترکیب کلمات کلیدی elder maltreatment elder mistreatment, elder neglect, violence, elder abuse و کلمه prevention توسط ترکیب گره‌های «AND» و «OR» مقالاتی در این زمینه به دست آمد و برای جستجوی مقالات در ایران از پایگاه‌های اینترنتی اس آی دی، ایران مدکس، مگیران و گوگل اسکالر با ترکیب کلید واژه‌های سالمندی، سالمندآزاری، پیشگیری، سوءرفتار با سالمندان، خشونت و غفلت مقالاتی در این زمینه حاصل شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل انواع مقالات مروری و پژوهشی منتشر شده بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ بودند که به زبان انگلیسی یا فارسی بوده و صرفاً درخصوص مداخلات و راهکارهای پیشگیری از سوءرفتار در بین سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن جامعه یا ساکن موسسات بحث می‌کردند؛ مقالاتی که در کنار بررسی سایر ابعاد مسئله سوءرفتار در سالمندان به بررسی راه کارهای پیشگیری از آن نیز پرداخته بودند؛ معیار دیگر، مقالات دربردارنده مداخلات برای هر دو قربانی و سوءرفتارکننده بعلاوه متخصصین بودند. معیارهای خروج نیز شامل: مطالعاتی که صرفاً با موضوع توصیف سوءرفتار و اشکال مختلف سوءرفتار یا اپیدمیولوژیک آن انجام شده بودند. مقالات در چند مرحله به طور جداگانه بررسی شدند: مرحله بررسی عناوین، مرحله بررسی خلاصه‌ها و در مرحله بعدی متن کامل مقاله‌های انتخاب شده مورد بررسی قرار گرفتند تا راهکارهایی جهت پیشگیری از سوءرفتار انتخاب شوند. در این مطالعه براساس جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی در مرحله اول ۱۲۰۰ مقاله یافت شد. پس از مرور عناوین، ۵۵۰ مقاله مرتبط با موضوع شناسایی و براساس چکیده بررسی شدند. پس از ارزیابی چکیده، ۱۰۰ مقاله مرتبط انتخاب و متن کامل آن‌ها بررسی شد. در این مرحله ۶۵ مقاله غیر مرتبط بودند که حذف شدند. در نهایت، ۳۵ مقاله مرتبط با موضوع انتخاب شدند که مشمول معیارهای مطالعه بودند (شکل ۱).

سازمان بهداشت جهانی مبنی بر هوشیاری بین‌المللی درخصوص شناسایی و پیشگیری از اعمال سوءرفتار با سالمندان، تاکنون اقدام خاصی برای جمع‌آوری نظام‌مند اطلاعات آماری در کشورهای در حال توسعه صورت نگرفته است. اما شواهد بسیاری مبنی بر وجود قربانیان سوءرفتار در این کشورها ثبت شده است (۲۲). در کشور ایران نیز همانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه گزارش دقیقی از انواع سوءرفتار با سالمندان موجود نیست زیرا مرکز یا سازمان خاصی که درخصوص سوءرفتار با سالمندان پاسخگو یا مسئول باشد، وجود ندارد (۲۳). لذا با توجه به اثرات منفی سوءرفتار بر کیفیت زندگی، رفاه، سلامتی و مرگ در سالمندان و از طرفی حجم زیاد جمعیت سالمندان کشور و وسعت مسئله سوءرفتار نسبت به سالمندان در ایران باید به دنبال راه حلی برای این مشکل بود (۲۲). همچنین به دلیل کمبود داده‌های دقیق از طرح‌های کنترل سوءرفتار نسبت به سالمندان، انجام اقداماتی از سوی انجمن‌ها و کشورها جهت پیشگیری از آن نیز ضروری می‌باشد. مهمترین نیاز در زمینه جلوگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان مداخلاتی است که بطور بالقوه از سوءرفتار پیشگیری می‌کنند. هرچند انتخاب و ارزیابی شیوه‌های پیشگیری یک چالش قابل توجه را نیز ایجاد می‌کند (۲۱). بنابراین با توجه به افزایش جمعیت سالمندان و اهمیت مسئله سوءرفتار و پیشگیری از آن و همچنین وجود تعداد محدودی از مطالعات در زمینه پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان، هدف از انجام این مطالعه، مرور محورهای مداخلاتی در پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان است. امیدواریم که نتایج این مطالعه اطلاعاتی برای مسئولین، مدیران، پزشکان، مراقبان خانواده و سالمندان در تصمیم‌گیری فراهم کند تا بتوانند در زمینه مراقبت از سالمندان برنامه‌ریزی‌های باکیفیت بالاتری داشته باشند.

روش کار

در این مطالعه، مرور عمیق و جامعی در رابطه با روش‌های پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ از طریق جستجو در پایگاه‌های



شکل ۱: فلوجارت مراحل ورود مقالات به مطالعه حاضر

یافته ها

نسبت به سالمندان است. بر طبق شواهد، سوءرفتار مالی نیز از درصد بالایی برخوردار است (۲۵، ۹). بر طبق شواهد حاصل از مطالعات، مداخله ها باید روی هردو قربانی و مجرم متمرکز شوند و انواع مختلف سوءرفتار و غفلت با در نظر گرفتن مکان های مختلف (جامعه و موسسات)، ویژگی های مجرم و قربانی و ارتباط آن ها، نقش ها و فرهنگ مد نظر قرار گیرند. علاوه بر آن هر مداخله باید با ارائه خدمات در ارتباط باشد. سرانجام باید رویکردهای چند تخصصی و چند بعدی به کار گرفته شوند (۲۵). (شکل ۱) از مطالعه حاضر نشان می دهد ۳۵ مقاله مربوط به موضوع انتخاب شدند که بطور

در این بررسی مداخلاتی در جهت پیشگیری از سوءرفتار در سالمندان به عنوان استراتژی هایی که به طور بالقوه از سوءرفتار نسبت به سالمندان در جوامع و موسسات پیشگیری می کنند، در نظر گرفته شدند. به دلیل شیوع متفاوت سوءرفتار در جوامع و موسسات به جنبه های مختلفی از سوءرفتار در این مکان ها پرداخته شد. در موسسات رایج ترین شکل سوءرفتار، سوءرفتار سالمند نسبت به سالمند (R-REM) می باشد و تخمین زده شده است که در ۲۰ درصد سالمندان اتفاق می افتد. شکل غیر معمول دیگری از سوءرفتار در موسسات، سوءرفتار کارکنان

و درمان های روانی-عصبی و علائم شناختی بود و در نهایت سوءرفتار از طرف مراقبین توسط ابزار مقیاس تاکتیک اصلاح شده تعارض (MCTS) طی ۴، ۸، ۱۲ و ۲۴ ماه بعد از مداخله مورد ارزیابی قرار گرفتند. هرچند که نتایج نشان داد هیچ شواهدی وجود ندارد که برنامه استارت باعث پیشگیری از سوءرفتار مراقبین نسبت به سالمندان شود و هیچ شواهدی از اختلاف سطح سوءرفتار بین دو گروه در طول دوره مداخله مشاهده نشد (۲۸). با این وجود در یک مداخله با عنوان برنامه درمانی رفتاری شناختی (CBT) توسط خانلری و همکاران در شهر تهران، تاثیر مددکاری رفتاری شناختی مبتنی بر خانواده در کاهش سوءرفتار نسبت به سالمندان بررسی شد. نتایج نشان داد که این برنامه درمانی در کاهش سوءرفتار نسبت به سالمندان از طریق تسهیل ارتباط و درک مثبت و حمایت بین اعضای خانواده با سالمندان، حل منازعات بین والدین و فرزندان و در نهایت کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی سالمندان موثر می باشد. این مداخله در ۵ جلسه اجرا شد. اولین جلسه با هدف ایجاد انگیزه و تشویق خانواده ها برای شرکت در جلسات و برای ایجاد و درک مفهوم سوءرفتار و عوامل برانگیزاننده آن برگزار شد، جلسه دوم متمرکز بر مسئله غفلت نسبت به سالمندان و رفتارهای جایگزین بود و هدف جلسه سوم افزایش آگاهی اعضای خانواده در مورد اصول مراقبت از سالمندان بود، جلسه چهارم و پنجم با هدف افزایش آگاهی اعضای خانواده در مورد اصول و تکنولوژی های حل تعارض انجام شد و مراسم اختتامیه در ۴۵ دقیقه پایانی، جلسه پنجم این برنامه را تشکیل داد (۲۹).

ب-مدل توانمندسازی در پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان: فرآیند توانمندسازی در جهت بیرون آوردن قربانی از موقعیت سوءرفتار و آگاهی دادن به وی از حقوق خود و چگونگی دسترسی به منابع، خدمات پزشکی و اجتماعی و همچنین مشاوره برای کاهش شرم و اضطراب و افسردگی و فراهم آوردن مراقبت فرجه ای کمک می کند. لذا این مداخلات هم برای سوءرفتار کننده و هم برای سالمندان قربانی سوءرفتار مفید می باشند. این مدل بویژه به سوءرفتار کنندگان در جهت تغییر در رفتار خود برای مثال از طریق گسترش شبکه های اجتماعی، تشویق به کمک در درمان سوءمصرف مواد و مشکلات روانی کمک می کند (۲۶). در مداخله کارآزمایی بالینی که توسط استبصاری و همکاران در شهر تهران با عنوان مدل توانمندسازی

خلاصه به ۵ محور زیر تقسیم می شوند: ۱- مطالعاتی که برنامه هایی در جهت کاهش بروز عوامل خطر سوءرفتار در مراقبین خانواده ارائه داده بودند ۲- مداخلاتی در جهت افزایش تشخیص میزان پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان ۳- برنامه هایی که هدف آن ها قربانیان سوءرفتار سالمندی می باشند ۴- مطالعاتی که تیم های تخصصی در پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان را معرفی می کردند ۵- مداخلات در جهت پیشگیری از سوءرفتار مراقبان نسبت به سالمندان در خانه های سالمندان ۶- مداخلات در پیشگیری و توقف سوءرفتار سالمند نسبت به سالمند ۷- مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر نقش متخصصان بهداشت. یک مدل منطقی برای دستیابی به طیف وسیعی از رویکردهایی که ممکن است برای پیشگیری یا کاهش سوءرفتار نسبت به سالمندان استفاده شود، نیز ایجاد شد (شکل ۲).

۱- برنامه هایی در جهت کاهش بروز عوامل خطر سوءرفتار در مراقبین:

الف- مداخلات در مراقبین خانوادگی: مداخلات مراقب در جهت افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس بر مراقبین سالمندان اجرا می شوند (۲۵). این مداخلات خدماتی را برای تسکین بار مراقبت از قبیل خانه داری و تهیه غذا، مراقبت فرجه ای، آموزش و مراقبت روزانه فراهم می کنند. بر طبق مطالعات بسیاری از نیویورک، کانادا و ایالات متحده آمریکا (USA)، گروه حمایتی خانواده نیز رویکرد حمایتی دیگری می باشد که در پیشگیری از سوءرفتار از طریق کاهش انزوای مراقبین و ارائه پیشنهاد منابع اطلاعاتی و حمایت ها به مراقبین تشکیل شده است (۲۱، ۲۶، ۲۷). در یک مطالعه کارآزمایی بالینی توسط کوپر و همکاران در انگلستان اثر مداخله روانشناختی استارت (استراتژی هایی برای نزدیکان)، که اضطراب و افسردگی را در مراقبین خانواده کاهش می دهد، بر کاهش سوءرفتار مراقبین خانواده نسبت به سالمندان مبتلا به دمانس در مقایسه با برنامه درمان معمول (TAU) به تنهایی بررسی شد. در این مداخله کارآزمایی بالینی بین دو گروه از مراقبین تخصیص یافته مقایسه به عمل آمد. در حالیکه تعداد ۲۶۰ نفر از مراقبین به برنامه استارت وارد شدند، تعداد ۸۷ نفر از آن ها تحت برنامه درمان معمول قرار گرفتند. درمان معمول متشکل از ارزیابی، تشخیص، ارائه اطلاعات، ارزیابی خطر و مدیریت، درمان دارویی، درمان انگیزش های شناختی، حمایت عملی

باشند. بنابراین استفاده از بازدیدکنندگان منزل ممکن است در پیشگیری از سوءرفتار سالمندی موثر باشند (۲۵).

ج-رفیق داوطلب: یک داوطلب غیر رسمی آموزش داده شده می باشد که به طور منظم سالمند قربانی سوءرفتار و مراقب سوءرفتارکننده را با هدف کاهش انزوای آنها و ارائه توصیه و مشاوره و همراه بودن با آنها در مواقع نیاز، ملاقات می کند (۲۶).

چ-آموزش مددکاران و مراقبان بهداشت: آموزش تخصصی و برنامه های آموزشی به افزایش آگاهی و دانش سوءرفتار سالمندی در بین متخصصین بهداشت، پزشکان و مددکاران می انجامد. این برنامه های آموزشی اغلب شامل شناخت علائم و نشانه های سوءرفتار در سالمند، نحوه مدیریت موارد مشکوک و نقش متخصصین در حفاظت بالقوه قربانی و حفظ مسائل اخلاقی می باشند (۱۸).

۳-برنامه هایی که هدف آن ها قربانیان سوءرفتار سالمندی می باشند:

الف-پناه گاه اضطراری: هرچند مدل پناه گاه گویای نیازهای منحصر بفرد سالمندان نمی باشد، اما پناه گاه ها بطور گسترده برای سالمندان قربانی خشونت خانگی استفاده می شوند. این برنامه ها جابجایی موقت را برای قربانیان پیشنهاد می کنند که نه تنها یک محیط امن، بلکه همچنین خدمات پزشکی مناسب را برای آنها ارائه می دهند. به این ترتیب ممکن است از انتقال دائمی قربانی به خانه سالمندان جلوگیری شود. مدل پناه گاه به متخصصین اجازه می دهد تا علل سوءرفتار سالمند را در حالیکه سالمند در یک محیط امن و حفاظت شده قرار دارد، ارزیابی کنند (۲۱، ۳۰).

ب-سازمان حفاظت بزرگسالان (APS): بر طبق مطالعاتی در ایالات متحده آمریکا، APS یک سازمان عمومی مسئول با مراکز تماس تلفنی ۲۴ ساعته و کارکنان آنکال، جهت انجام تحقیقات رسمی، بررسی و تایید سوءرفتار، غفلت و سوءاستفاده مالی علیه سالمندان و افراد معلول و همچنین تهیه یک برنامه خدماتی جهت از بین بردن یا کاهش خطر سوءرفتار می باشد (۱۹، ۲۵). برنامه های این سازمان دارای سیاست های مختلف، روش های مختلف، منابع و کارکنان مختلف است. هسته اصلی شامل دفاع از حقوق اساسی هر فرد، استقلال و مراقبت از حقوق فردی و حفظ ظرفیت تصمیم گیری فرد می باشد. مداخلات سازمان مذکور را می توان بصورت: سازماندهی خدمات

آموزشی در جهت پیشگیری از سوءرفتار بر روی سالمندان انجام شد، دریافتند که مداخلات آموزشی می توانند در پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان موثر باشند. در این مداخله حداقل ۲۰ جلسه آموزشی به مدت ۴۵-۶۰ دقیقه در طول ۱۸ ماه مداخله به طول انجامید که در هر جلسه از یک محتوای آموزشی و از روشهای مختلف فناوری آموزشی با ایجاد انگیزه برای سالمندان استفاده شد. منابع رسمی برای اجرای مداخلات از طرف وزارت بهداشت شامل کتابچه اصول سالخوردهگی سالم و پروتکل های پیشگیری از سوءرفتار سالمندی بودند (۷).

۲-مداخلاتی در جهت افزایش تشخیص میزان پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان:

الف-درخواست کمک تلفنی: طلب کمک توسط سالمند قربانی سوءرفتار به عنوان اولین قدم در جهت پیشگیری و مدیریت سوءرفتار، مستلزم ایجاد رفتارهای توانایی حل مسئله در موقعیت های حساس زندگی است. طلب کمک در سالمندان قربانی سوءرفتار دامنه ی گسترده ای دارد و از فردی به فرد دیگر متفاوت است و تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله ناتوانی های جسمی و روانی، ساختار فرهنگی و درک سالمند از سوءرفتار می باشد. به عنوان مثال برخی از سالمندان سوءرفتار را تنها یک نزاع خانوادگی می پندارند و برخی دیگر خود را سزاوار سوءرفتار می دانند و برخی به دلیل شرم و احساس وابستگی به سوءرفتارکننده، از گزارش سوءرفتار امتناع می کنند. از این رو شناسایی موانع درخواست کمک توسط سالمندان می توانند به ایجاد استراتژی های پیشگیرانه و حمایتی موثر کمک کنند (۲). از آنجایی که بسیاری از سالمندان در مورد ابراز وضعیت و صحبت در خصوص افرادی که آنها را مورد آزار قرار داده اند، شرم دارند بنابراین درخواست کمک بصورت تلفنی این مزایا را برای سالمندان دارد که تماس گیرندگان درحالیکه مشاوره می شوند، ناشناس می مانند (۲۱). فواید این مورد باعث افزایش آگاهی و تسکین موقعیت سوءرفتار خواهد شد (۲۵).

پ- تیم مداخله مراقبت خانگی: واحدی است که ارزیابی خانه و دیگر خدمات را ارائه می دهند و سوءرفتار و غفلت را شناسایی می کنند (۲۶). تکنولوژی های نظارت بر کیفیت ویزیت در منزل و مداخلات غربالگری که بصورت تئوری محور هستند و شمار محدودی از فاکتورهای سببی را هدف قرار می دهند گفته شده است که موفقیت آمیزتر می

۴- پاسخ های اجتماعی از طریق متخصصین (۳۳، ۳۴).
 ۴- تیم های تخصصی در پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان: مراقبت سالمندانی که قربانی سوءرفتار شده اند نیازمند هماهنگی متخصصان از رشته های مختلف است. موارد سوءرفتار و غفلت عمدتاً با مسائل پیچیده ای روبه رو می شوند که ممکن است اجتماعی، پزشکی، اخلاقی، قانونی و مالی باشند. در نتیجه نیازمند متخصصان در رشته های مختلف جهت حل مسئله می باشند. بنابراین یک تیم چند تخصصی برای مدیریت موثر آنها لازم است. بسته به نوع و کار تیم، اعضا ممکن است شامل متخصصان مختلفی اعم از پزشکان، پرستاران، کاردرمانگران، کارکنان APS، پرسنل قانون، روحانیون و نمایندگان موسسات مالی باشند. تیم APS (یکی از تیم های تخصصی که به همراه برنامه های آن در بخش های قبلی توضیح داده شد) از استقلال سالمندان حمایت می کند و یک رابط بین سالمندان جامعه و خدمات در دسترس برای کمک به آنها است (۱۹). در این مقاله سعی شده است چند نوع از تیم هایی که سوءرفتار نسبت به سالمندان را مدیریت می کنند، معرفی گردند.

تیم چند تخصصی (MDT): مطالعاتی از آمریکا و کانادا تیم چند تخصصی را امید بخش ترین مدل مداخلاتی در پیشگیری از سوءرفتار سالمندی معرفی کرده اند که شامل پزشک، پرستار، ارائه دهندگان خدمات بهداشت روان، مددکاران اجتماعی، کارکنان APS، خدمات حفاظتی و متخصصان سیستم های قانونی می باشند (۲۰، ۳۵). تأیید سوءرفتار، اثبات ظرفیت آسیب پذیری و نشان دادن عوامل خطر سوءرفتار، بررسی داروها و وضعیت پزشکی، تسهیل پروسه متقاعد کردن سالمند یا خانواده ها برای اقدام و حمایت از مشکلات در راستای اجرای قانون و آموزش سالمندان و مراقبین از اقدامات این تیم است. رویکرد تیم چند تخصصی در مراقبت تسکینی و بیمارستانی نیز استفاده شده است که مدیریت بیماران سالمند قربانی سوءرفتار را مطلوب کرده است (۲۰، ۳۶). مطالعات نشان داده است که تیم های چند تخصصی پاسخی موثر در هماهنگی مراقبت ها، کاهش بی نظمی، شیوه بکارگیری منابع، افزایش دانش حرفه ای و بهبود نتایج است. تیم های چند تخصصی اکنون در کشورهای با درآمد بالاتر مناسب تر هستند اما باید در سطح بین المللی اجرا و آزمایش شوند (۲۱). شواهد نشان می دهند برنامه هایی که یک رویکرد چند تخصصی نظیر

منزل از جمله اسکان اضطراری، خدمات نظافتی، تعمیرات خانگی، اصلاحات خانگی برای رفع نیازهای افراد معلول، فراهم کردن خدمات پزشکی شامل داروهای موقتی، ارجاع به مراقبین بهداشت جهت ارزیابی، رسیدگی به نیازهای شخصی فرد شامل فراهم کردن و تحویل غذا، تامین امنیت مراقبین یا دیگر ارائه دهندگان خدمت، ارائه هماهنگی خدمات، فراهم کردن ارتباط با سایر گروه های خدماتی، به کار گرفتن وکیل برای افراد، اجرای مداخلات قانونی از قبیل سرپرستی و تعهدات بهداشت روان، گروه بندی کرد. مداخلات حقوقی محدودترین اقدامی است که یک کارمند در سازمان حفاظت بزرگسالان می تواند از آن استفاده کند. فقط در مواردی از این مداخله استفاده می شود که سایر مداخلات با شکست روبه رو شده یا نامناسب باشند (۱۹). پ-گروه های حمایتی: گروه های حمایتی نیز برنامه ای نسبتاً جدید و نادر برای قربانیان سوءرفتار خانگی هستند و هنوز اضطراری ترین خدمات پیشنهادی به زنان بی خانمان در پناهگاه ها و دیگر اورژانس های اجتماعی می باشند. گروه های حمایتی توانمندسازی، برای آگاه کردن سالمندان قربانی سوءرفتار از اعمال سوءرفتار و شناسایی ابزار رسیدگی به مشکلات آنها و گاهی در توانایی دادن به سالمندان در ترک فرد سوءرفتار کننده ایجاد شده اند (۲۶، ۲۷).

ج-برنامه های مدیریت مالی: این برنامه برای پیشگیری از سوءرفتار در افرادی که درجاتی از نقص شناختی دارند و کسانی که از لحاظ اجتماعی ایزوله هستند می تواند مفید باشد و شامل کمک های مدیریت مالی روزانه از جمله کمک به پرداخت صورتحساب، ایجاد سپرده های بانکی، مذاکره با طلبکاران و پرداخت هزینه های مراقبین در منزل می باشند (۲۱). علاوه بر آسیب پذیری که خطر سوءرفتار مالی را افزایش می دهد، تقریباً همه مدل های پیشنهاد شده در ارزیابی موارد سوءرفتار مالی به اهمیت شبکه اجتماعی سالمندان نیز پی برده اند. در نتیجه، تلاش های پیشگیرانه باید بر کاهش انزوای اجتماعی برای تقویت حمایت ها نیز استوار باشند (۳۱، ۳۲). از طرف دیگر عدم آشنایی با مسائل مالی نیز به طور کلی می تواند فرد را در معرض سوءرفتار مالی قرار دهد. موسسه مثلث تحقیقاتی (RTI) و بنیاد غفلت و سوءرفتار سالمندان (EANI) استراتژی هایی را در جهت پیشگیری از سوءرفتار در چهار دسته زیر توصیه کرده اند: ۱- آگاهی عمومی، آموزش و پژوهش ۲- تشخیص کلی و غربالگری سراسری ۳- حمایت ها و مداخلات قانونی

و کلا هستند. وظیفه آن‌ها متوقف کردن رفتارهای مجرمانه و محافظت از قربانیان و جامعه از اعمال جنایی می‌باشند. نقش مداخله قانون، ارزیابی سوءرفتار و اعمال قانون، حمایت و ارجاع می‌باشد. مداخلات عدالت کیفری شامل: ۱- پیگرد قانونی پرونده‌ها، دادرسی و اجرای قانون در طول تحقیقات، اجرای عالی تحقیقات هیئت منصفه، صدور احضارنامه و اخذ مجرمیت و دستگیری متخلفان ۲- کمک به قربانیان با فراهم آوردن اطلاعات در مورد سیستم قانونی، اخذ حکم دادگاه، رسیدگی به جبران خسارت ۳- پاسخ مناسب به گزارشات جرائم، جمع آوری شواهد، بررسی شواهد قانونی، شناسایی عاملان و دستگیری متخلفان ۴- اجرای حکم دادگاه مانند حکم دستگیری و سایر اعمال در جهت حفاظت قربانی ۵- افزایش ایمنی با توقیف سلاح، بررسی وضعیت رفاهی و همراهی متخصصان و اعضای تیم در بازدیدهای خانگی ۶- اخذ کمک‌های پزشکی برای قربانیان آسیب دیده و بیماران و مراقبت روان پزشکی برای افراد دچار اختلال روان، می‌باشند. هم‌چنین مثالی دیگر از تیم مداخله حقوقی، سیستم عدالت مدنی است. اعضای این تیم شامل خانواده، برنامه ریزان املاک، مالیات، وکلای مشروط هستند که می‌توانند مجموعه روش‌های درمانی را با هدف حمایت از قربانیان دنبال کنند و امنیت و بازیابی دارایی آنها و ارزیابی مسئولیت و انتصاب تصمیم‌گیرندگان جانشین برای سالمندان را مهیا کنند. مداخلات عدالت مدنی شامل موارد زیر می‌باشند: ۱- دنبال کردن حکم دادگاه و قیومیت برای حمایت از موکل ۲- اقدام به طرح دعوی قضایی برای موکل به دلایل اقداماتی چون دزدی، خشونت، تغییر عقیده، نقص قرارداد و قصور (۱۹).

تیم‌های تخصصی سوءرفتار امانت (FASTs): نمونه‌ای از تیم متمرکز عدالت مدنی است که هدف آن اجرا و پیگیری موارد سوءرفتار مالی می‌باشد. این تیم شامل کارکنان نیروی انتظامی، وکلای منافع خصوصی و عمومی، بانکداران و کارگزاران املاک، متخصصان طب سالمندی و سالمندشناسان، روان‌پزشک و اعضای برنامه دادرسی در مراقبت طولانی می‌باشند.

دیگر مداخلات مبتنی بر جامعه، شامل تیم‌های اجرای قانون، تیم بررسی مرگ و برنامه دفاع از قربانیان است که متخصصان پزشکی می‌توانند در هر کدام از این تیم‌ها شرکت کنند: ۱- تیم اجرای کد: این تیم به بازرسی مکان‌ها و تسهیلاتی که گزارشاتی مبنی بر سوءرفتار یا مراقبت

ترکیب خدمات اجتماعی و سیستم‌های دادرسی کیفری را در بر می‌گیرند، می‌توانند از قربانی شدن مجدد افراد پیشگیری کنند. برای مثال ریزو و همکاران در این راستا با استفاده از ارزیابی مدل مداخله‌ای مددکار اجتماعی با استفاده از رویکرد چند متغیره نشان دادند که حفاظت از موکل و قرار گرفتن در معرض MDT با کاهش سوءرفتار در بسته شدن پرونده مرتبط بودند (۲۵). آنچه این تیم را از سایر مدل‌های مراقبت جدا می‌کند سطح جامعیت و ارتباطات آن می‌باشد. لازم به ذکر است که مدل تیم چند تخصصی جامع‌ترین مراقبت را نیز برای سالمندان دچار سوءرفتار مالی فراهم می‌کنند (۳۴).

تیم مدیریت موارد درمانی: هدف این تیم فراهم آوردن مشاوره و پشتیبانی از کارکنان بیمارستان و ارزیابی جامع سالمندی (CGA) از بیماران سالمند مظنون به سوءرفتار و همچنین برنامه‌های درمانی می‌باشند. CGA شامل ارزیابی وضعیت اجتماعی و وضعیت عملکردی و سلامتی می‌باشد و از رویکرد چند تخصصی استفاده می‌کند. تیم مدیریت موارد درمانی متشکل از پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی است که بصورت هفتگی جهت بررسی موارد ارجاع شده، جلسه تشکیل می‌دهند. مداخلات تیم مذکور شامل: ۱- درمان موارد بیماری از طریق کمک به بهبود عملکرد شناختی توسط ارائه داروها و آموزش مهارت‌های ذهنی ۲- بهبود وضعیت عملکردی توسط تجویزهای درمانی یا ابزارهای کمکی و درمان اختلالات رفتاری و کنترل رژیم‌های دارویی ۳- جلوگیری از وخامت مسئله توسط نظارت بر وضعیت سلامتی و پاسخ مناسب به تغییرات حاد جسمی و روانی ۴- بهبود وضعیت تغذیه و توصیه‌ها به تغییرات مناسب وضعیت زندگی ۵- آموزش بیماران در خصوص بیماری آن‌ها و آموزش مراقبین ۶- ارائه مراقبت تسکینی در سال‌های پایانی عمر با کنترل درد و علائم بیماری ۷- سرانجام ارائه شهادت در امور کیفری و دادرسی می‌باشند.

تیم مداخله حقوقی: سالمندان ممکن است قربانی سوءرفتار فیزیکی، غفلت جنایی و سوءرفتار جنسی باشند. بنابراین باید سیستم‌های عدالتی وجود داشته باشند تا دغدغه‌های قانونی را نشان دهند. لذا برای رسیدگی به این مسائل قانونی به تیم‌های تخصص یافته‌ای نیاز هست. مطالعه‌ای در ایالات متحده آمریکا به چند نوع از این تیم‌ها اشاره کرده است. سیستم عدالت کیفری نمونه‌ای از تیم مداخله حقوقی است که شامل ماموران اجرای قانون و

در ایالات متحده نشان داد که برای جلوگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان لازم است مراقبان در خصوص تعاریف و سیاست های مربوط به سوءرفتار آگاهی داشته باشند. همچنین در بررسی وانگمو شرکت کنندگان مطالعه پیشنهاد دادند اقداماتی در خصوص بهبود شرایط کلی کار همراه با استخدام بیشتر نیروهای مراقبتی، مدیریت فعال، آموزش مداوم و هدفمند کارکنان کم تجربه در خصوص سوءرفتار و اخلاق مراقبت، داشتن یک فرهنگ تیمی در کارکنان و حمایت از همدیگر و مراقبت چرخشی صورت گیرد. مطالعات متعدد نشان داده است که تعویض متعدد پرستار، فرسودگی شغلی و استرس بعلاوه حجم بالای کار بر کیفیت کلی مراقبت متاثر است (۴۴). نتایج مداخله کارآزمایی بالینی آنلو و همکاران در مالزی با عنوان I-NEED (آزمون بهبود تشخیص و مدیریت سوءرفتار سالمندی و غفلت در پرستاران)، که در جهت ارزیابی اثرات تداوم آموزش در پرستاران بر تشخیص و مدیریت سوءرفتار سالمندی انجام شد، افزایش توانمندی در دانش و آگاهی بر سوءرفتار نسبت به سالمندان و شناسایی بهتر موارد سوءرفتار و مدیریت موارد را نشان داد. این مطالعه در ۳ فاز براساس مدل پرسید - پرسوید انجام شد. فاز اول شامل بحث و بررسی، فاز دوم اجرای بخش آموزشی و فاز سوم اجرا و ارزیابی تمرین های آموزشی بودند (۴۵).

۶- مداخلات در پیشگیری و توقف سوءرفتار سالمند نسبت به سالمند (R-REM): در ادامه قابل ذکر است بر طبق مطالعات، رویکرد مداخله ای زیر در پیشگیری از سوءرفتار سالمند نسبت به سالمند در موسسات موثر می باشد:

رویکرد SEARCH: بر اساس مطالعاتی در استرالیا، رویکرد سرچ (حمایت، ارزیابی، اقدام، گزارش، برنامه مراقبتی و کمک جهت پیشگیری) به کارکنان در مدیریت سوءرفتار و راهنمایی در جهت پیگیری R-REM کمک می کند (۴۶، ۴۷). سوءرفتار از نوع R-REM شامل صدمه جسمی یا تجاوز جنسی یا آزارهای کلامی توسط سالمندان در موسسات می باشد، که بطور بالقوه باعث صدمه در آن ها می شود. اینگونه سوءرفتار در این مکان ها می تواند موجب صدمه به کارکنان در نتیجه مداخله و اثرات منفی بر پیامدهای شغلی آنها داشته باشد و همچنین موجب خسارت به تسهیلات موسسه نیز بشود (۲۵). حمایت، به نوع سوءرفتار و پیامد های آن بستگی دارد. مثلا سوءرفتار فیزیکی نیازمند توجه فوری است. خصوصا صدمات وارده

ناکافی دارند، می پردازد. اعضای این تیم شامل نیروهای قانون، خدمات آتش نشانی، مقامات کنترل بلایا، بازرسان ساختمان، دفتر وکلای عمومی و مشاوران شهر می باشند. ۲- تیم بررسی مرگ (FRTs): نقش این تیم، بررسی مرگ سالمندانی است که طبق شواهد در نتیجه سوء رفتار فوت شده اند. این تیم نیاز به مشارکت پزشکی قانونی نیز دارد. ۳- سازمان مدافع قربانی: مدافع (advocacy) یک اصطلاح گسترده است که شامل بسیاری از آژانس ها و سازمان های عمومی و خصوصی مختلف که به قربانیان سوءرفتار و غفلت خدمت رسانی می کنند، هستند (۱۹).

در بررسی استراتژی های پیشگیری از سوءرفتار، ۷ مقاله زیر نیز بطور خلاصه اشاره ای به راهکارهایی در کمک به پیشگیری از سوءرفتار در سالمندان داشتند: ۱- توصیف ماهیت، وسعت، توزیع و عواقب خشونت (۳۷) ۲- ایجاد شبکه جامع خدمات سوءرفتار سالمندی و فرصت های آموزشی (۳۸) ۳- آموزش کارکنان و متخصصان (۳۹-۴۱) ۴- آموزش و آگاهی عموم و خانواده ها در خصوص سوءرفتار (۴۰) ۵- غربالگری و تشخیص بالقوه سوءرفتار از طریق شناسایی عوامل خطر و حفاظتی و علل و عوامل مرتبط با خشونت (۳۷، ۳۹-۴۲) ۶- گزارش دهی موارد سوءرفتار (۳۹، ۴۱، ۴۳) ۷- تشویق تحقیق در مورد سوءرفتار سالمندی به خصوص در نواحی با سوءرفتار بالا و ایجاد یک دانش پایه در خصوص سوءرفتار (۳۸، ۴۳) ۸- ایجاد و اجرای ارزیابی مداخلات (۳۷، ۴۲) ۹- شرکت دادن وکلای و مدافعین و استفاده از سیستم های حمایتی و مشاوره ای (۴۰، ۴۱، ۴۳) ۱۰- هماهنگی سیاست ها برای کاهش سوءرفتار سالمندی (۳۸).

۵- مداخلات در جهت پیشگیری از سوءرفتار مراقبان نسبت به سالمندان در خانه های سالمندان یکی از مهم ترین زمینه های مداخله در خانه های سالمندان آموزش با هدف افزایش آگاهی الگوهای ارتباطی در مسئولان حرفه ای جهت پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان می باشد. هدف اکثر این مداخلات، افراد سالمند مبتلا به زوال عقل است. این مطالعات به طور عمده بر ابزار آموزشی در بهبود مراقبت های ارائه شده به افراد مسن ساکن خانه های سالمندان و با کمک به مراقبین در تشخیص و ارائه اطلاعات در مورد مراقبت از سالمندان مبتلا به زوال عقل تاکید می کنند. بسیاری از این مداخلات همچنین پیشنهاد دادند حضور یک متخصص در این زمینه برای مشاوره ضروری است (۲۴). نتایج یک مطالعه

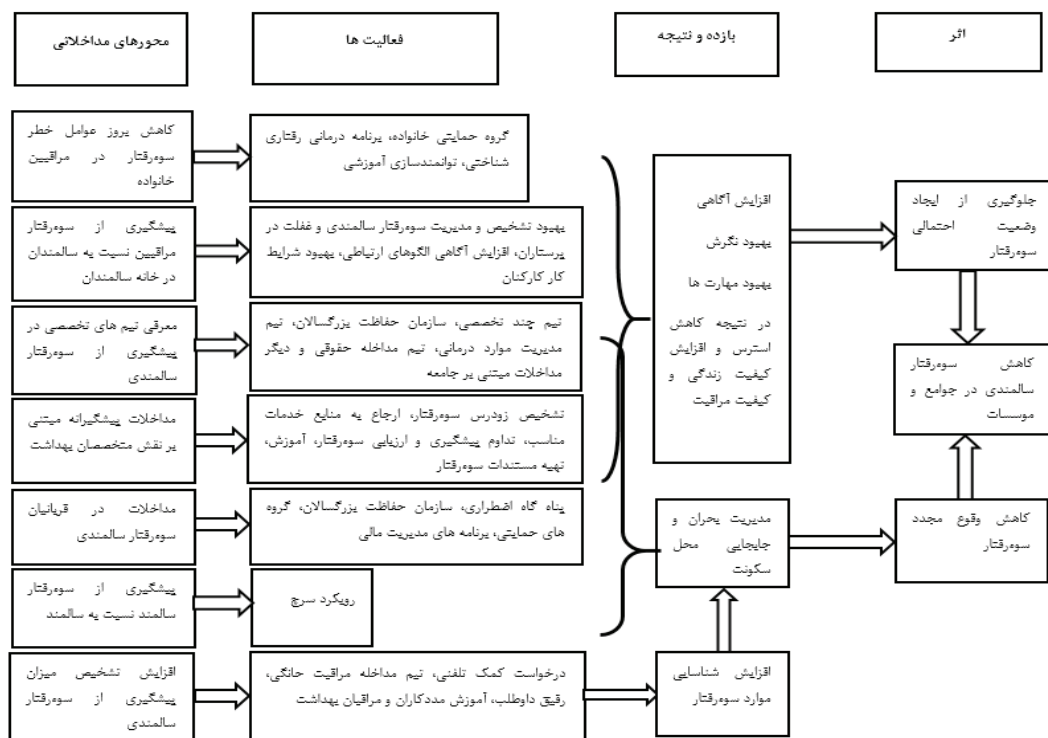
زیادی بر استفاده از شواهد علمی در سیاستگذاری ها دارد. لذا در جهت دستیابی به پیشگیری از خشونت بایستی سیاست ها و برنامه های پیشگیری مانند سایر تلاش های بهداشت عمومی به طور علمی پایه ریزی شوند (۴۸). از آنجائیکه تشخیص زودرس و مداخله، ایجاد خدمات مبتنی بر جامعه و بطور کلی درگیری مناسب خانواده ها ممکن است به تاخیر یا جلوگیری از سوءرفتار کمک کنند و از طرفی به دلیل ارتباط سالمندان قربانی سوءرفتار با سیستم های خدمات بهداشتی، بنابراین افزایش غربالگری و درمان سوءرفتار در محیط های خدمات بهداشتی باید نهادینه شوند. وقتی نسبت به سوءرفتار در مورد سالمندی شک داریم اقدام ضروری تهیه مستندات در این باره می باشند. همچنین ضروری است این مستندسازی در ضابط جنبه های سوءرفتار به صورت جامع انجام شوند. در این خصوص متخصصین بهداشت باید تاریخچه ای دقیق از وضعیت سالمندان مخصوصا جنبه های فرهنگی و روانی اجتماعی را جمع آوری نمایند. ضمنا بایستی یافته هایی از مشاهدات و معاینات فیزیکی، تست های آزمایشگاهی و تصویربرداری برای قربانیان مستند شوند. جهت اصلاح سوءرفتار و حفاظت از سالمندان آسیب پذیر علاوه بر اینکه متخصصین بهداشت باید طرح های بیمار محور را جهت ایجاد حمایت، آموزش و پیگیری طراحی کنند بایستی سوءرفتارهای در حال پیشرفت را نیز پایش کنند (۴۹، ۵۰). بسیار مهم است که کارکنان قادر به شناسایی موقعیت های سوءرفتار باشند و به مدیریت خود اطمینان داشته باشند. با توجه به اینکه شناسایی، مستندسازی و گزارش سوءرفتار سالمندی به طور مداوم انجام نمی شوند یک دوره آموزشی با در نظر گرفتن اطلاعات پایه ای به نوعی در جهت بهبود این کار نیاز است. از آنجائیکه سالمندان معمولا خود گزارشی از سوءرفتار ندارند مسئولیت گزارش دهی و مداخله بعد از آن بر عهده متخصصین بهداشتی، سازمان های خدمات اجتماعی و پلیس می باشد. تقریبا در همه کشورها گزارش قانونی شواهدات سوءرفتار توسط متخصصین بهداشت اجباری است. این گزارش ها می توانند از منابع مختلف باشند. علاوه بر آن تعهدات قانونی و پزشکی پزشکان به منظور مراقبت از سالمندان دچار سوءرفتار و گزارش سوءرفتار به اورژانس های اجتماعی لازم است. در صورت عدم گزارش موارد مظنون به سوءرفتار با جریمه کردن نقدی یا جریمه شدیدتر نظیر گرفتن پروانه

به سر جدی می باشد و ساکنینی که دچار صدمه به سر شده اند باید نظارت و پیگیری شوند. ممکن است قربانی در خصوص سوءرفتار عاطفی، پریشان شود. بنابراین حمایت ها باید شامل اجازه به آنها در توضیح آنچه که احساس می کنند باشد. حتی مجرم هم ممکن است دچار پریشانی شود و نیاز به حمایت عاطفی داشته باشد. در مواقعی که فرد دچار اختلال شناخت است شاید بیان دلایل و توضیحات ممکن نباشد، در این چنین موارد حمایت غیر کلامی بهترین روش می باشد. ارزیابی، شامل بررسی موقعیت ها و محیط ها برای شناسایی کسانی که به طور مستقیم و یا غیر مستقیم در یک اتفاق شرکت می کنند و بررسی عوامل دخیل در سوءرفتار می باشند. اقدام، اعمالی است که بستگی به نوع واقعه و محیطی که واقعه در آن اتفاق افتاده است، دارد. اولین اقدام در ابتدای یک واقعه، تلاش کلامی برای متوقف کردن حادثه است. اقدامی می تواند موفقیت آمیز باشد که با استفاده از زبان بدون تهدید و با آرامش صورت گیرد. گزارش در سوءرفتار R-REM و مستندسازی بستگی به پروتکل های خانه سالمندان دارد. بسیاری از مشاجرات بین ساکنین گزارش نمی شوند. لذا کارکنان باید از طرف مدیریت، جهت گزارش سوءرفتار ساکنین تشویق شوند. برنامه مراقبتی می تواند در مستندسازی مداخلات یا پی ریزی استراتژی هایی که برای مدیریت موارد سوءرفتار استفاده می شوند، مفید باشند. کمک در اجتناب از وقوع سوءرفتار R-REM، وظیفه تمام کارکنان موسسات می باشد که نیاز است بطور فعال در بحث و ایجاد استراتژی های مدیریتی و برنامه مراقبتی شرکت کنند (۴۷).

۷- مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر نقش متخصصان بهداشت بخش بهداشت عمومی به طور مستقیم به مسئله خشونت می پردازد. نه تنها به دلیل تاثیر بسزایی که خشونت بر بهداشت و خدمات بهداشتی دارد بلکه به دلیل مشارکت قابل توجهی که کارکنان بهداشت عمومی در کاهش عواقب آن می توانند داشته باشند. بهداشت عمومی می تواند از طریق تلاش در این زمینه با تمرکز بر پیشگیری، رویکرد علمی، پتانسیل هماهنگ کردن تلاش های چند تخصصی و چند بخشی و نقش در اطمینان دادن خدمات در دسترس به قربانیان، مزیت داشته باشد و با تمرکز بر تغییر عوامل رفتاری، اجتماعی و محیطی که خشونت را افزایش می دهند، می تواند رویکرد های موجود بر خشونت را ارتقا دهد. همچنین بهداشت عمومی تاکید

تشخیص و پیشگیری از سوءرفتار سالمندان، ارائه داده اند: ۱- تشخیص واقعی و بالقوه سوءرفتار ۲- ارجاع به منابع خدمات مناسب جهت مداخله ۳- تداوم پیشگیری و ارزیابی سوءرفتار. این اقدامات نیاز به غربالگری سوءرفتار و وجود شواهد و مستندات علاوه بر گزارش دهی موارد بالقوه سوءرفتار به آژانس های تحقیقاتی و مرجع مناسب دارند (۴۲). در آخر لازم به ذکر است که خدمات ارائه شده به قربانیان سوءرفتار بسته به خواست و نیاز بیمار خواهند بود. بسیاری از قربانیان سوءرفتار از گروه های خدماتی سوءرفتار بطور رایگان سود می برند که شامل پناه گاه های اضطراری (در صورتیکه قربانی انتخاب کند که سوءرفتارکننده را ترک کند یا نه)، گروه های حمایتی، مشاوره دو نفره و خطوط بحران می باشند. اما اقدامات زیر ممکن است شرایط سالمند دچار سوءرفتار را وخیم تر کنند. در نتیجه متخصصان مراقبت های بهداشتی قبل از انجام هر کاری باید در مواردی همچون تجویز داروهای ضد افسردگی یا آرام بخش بدون ارزیابی کامل سوءرفتار به جای حمایت و کمک به سالمند، انجام توصیه به زوجین یا مشاوره به خانواده بدون درمان فرد سوءرفتارکننده، سرزنش کردن قربانی، سازش با سوءرفتارکننده، دست کم گرفتن خطر بالقوه برای قربانی یا ارائه دهنده خدمت احتیاط لازم را به عمل آورند (۵۲).

کسب می توان آنها را مجازات نمود (۵۱). ارائه دهندگان خدمات بهداشتی سهم آشکاری در پایان دادن به خشونت خانگی می توانند ایفا کنند. با این حال مبارزه با خشونت در سال های پایانی عمر سالمندان، یک تغییر سیستمیک بسیار مشکل است. ارائه دهندگان خدمات بهداشتی می توانند برای ایجاد خدمات و به چالش کشیدن باورهای اجتماعی و هنجارهایی که فرهنگ تداوم رشد سوءرفتار را در خانواده تثبیت می کنند با سایر متخصصان همکاری کنند. چندین روش وجود دارد که ارائه دهندگان می توانند از طریق آنها در تغییرات سیستمیک به منظور ریشه کنی سوءرفتار شرکت کنند: ۱- همکاری با متخصصان خشونت خانگی در جهت ایجاد گروه حمایت از زنان در بیمارستان ها و درمانگاه ها ۲- کمک به آموزش دیگر متخصصان مراقبت های بهداشتی و مردم در مورد سوءرفتار سالمندی ۳- پیوستن به تیم چند تخصصی ۴- عضو شدن در هیئت های جمع آوری کمک های مالی برای برنامه سوءرفتار خانگی یا اتحاد با کارگزاران سالمندی در جهت مبارزه با سوءرفتار سالمندی ۵- پیوستن به تلاش های سازمان های مراقبت بهداشتی که در جهت حذف خشونت عمل می کنند (۵۲). کاپیزوتی و همکاران نیز ۳ رویکرد پیشنهادی برای مراقبین سلامت جهت پیگیری و بهبود



شکل ۲: محورهای مداخلاتی در پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان

بحث

در مقایسه با گزینه‌هایی مانند زندان مقرون به صرفه باشند. یکی دیگر از چالش‌های عمده این است که مؤسسات بهداشت عمومی ملی و محلی را متقاعد سازیم که پیشگیری از خشونت بخش مهمی از مأموریت آن‌ها است. در حال حاضر پیشگیری از خشونت به طور کلی به عنوان یک اولویت بهداشت عمومی محسوب نمی‌شود. با این حال این نگرش به آرامی در حال تغییر است. به عنوان مثال وزارت بهداشت در موزامبیک از ایجاد یک برنامه پیشگیری از خشونت در سطح ملی حمایت کرده است و در این راستا مدارس بهداشت عمومی به طور فزاینده‌ای دوره‌های آموزشی در زمینه اپیدمیولوژی خشونت و مباحث مربوط به پیشگیری از خشونت را به برنامه‌های درسی خود پیوند می‌دهند. یک چالش مهم ایجاد حس مالکیت و مسئولیت در رسیدگی به مسئله خشونت در سطح جامعه و ضرورت توانمندسازی جوامع می‌باشد. زیرا بسیاری از مهم‌ترین راه‌حل‌ها باید در سطح محلی اجرا شوند. بدون ایجاد سازمان‌های بین‌المللی با رهبری و اجرای سیاست‌های موثر مبارزه با خشونت، برنامه‌ها با مشکل مواجه خواهند شد. علاوه بر آن، این رهبری می‌تواند توانایی ملت‌ها را در یادگیری از همدیگر بهبود بخشد. در خصوص جلوگیری از خشونت باید قادر به اندازه‌گیری و نظارت بر آن باشیم. لذا توسعه سیستم‌های نظارتی برای جمع‌آوری اطلاعات اساسی به طور سیستماتیک و پیوسته بر روی میزان و ویژگی آسیب‌ها و مرگ و میر ناشی از خشونت در تمامی نقاط جهان یک چالش است (۴۸).

بر طبق این بررسی همچنین مؤسسات نگه‌داری از سالمندان نیز باید در سیاست‌گذاری‌ها و آموزش مراقبین فعال‌تر عمل کنند. واحد مراقبت خصوصی به طور خاص و خانه‌های سالمندان بطور کلی سالمندان آسیب‌پذیر در معرض ریسک بالایی از سوءرفتار را اسکان می‌دهند. لذا بر اساس برخی بررسی‌هایی که در این مطالعه اشاره شد بهبود کار تیمی، افزایش وضعیت ایمنی و کاهش عوامل فشارزا به عنوان نقاط امیدوارکننده مداخله برای کاهش سوءرفتار در خانه‌های سالمندان لازم می‌باشند. مطالعات نشان می‌دهند سوءرفتار در این مکان‌ها بسته به استرس مراقب در نتیجه فشار کاری و میزان درک سالمندان بستگی دارد. از طرف دیگر کار تیمی مثبت و وضعیت ایمن با میزان کمتری از سوءرفتار عاطفی و غفلت همراه است. بنابراین مداخلات در زمینه‌های کاهش عوامل استرس‌زا و بهبود کار

بررسی حاضر با هدف مروری بر محورهای مداخلاتی در پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان طراحی شد. بر طبق این مطالعه علی‌رغم بررسی‌های بسیاری که در خصوص سوءرفتار نسبت به سالمندان وجود دارند، اما با توجه به اهمیت و شیوع مسئله سوءرفتار در بین ملل مختلف مطالعات محدودی به پیشگیری از آن پرداخته‌اند (۲۴، ۲۵، ۵۳). اغلب گزارشات منتشر شده از مداخلات سوءرفتار نیز توصیفی هستند و در واقع شامل گروه‌های مقایسه‌ای نیستند.

انواعی از مداخلات توسط استراتژی‌های مختلف شامل آموزش، حمایت و استراتژی‌های قانونی برای نشان دادن مسئله سوءرفتار نسبت به سالمندان نشان داده شد. در کل مداخلات نسبت به سوءرفتار در قسمت پیشگیری اولیه و ثانویه به سه بخش طبقه‌بندی می‌شوند: اول مداخلاتی که هدف آن‌ها کاهش بار سوءرفتار نسبت به سالمندان و بهبود وضعیت سلامتشان است. این مداخلات را استراتژی‌های سالمند محور نیز می‌نامند که در جهت توانمندسازی سالمندان با استفاده از استراتژی‌های ارتقا دهنده سلامت در آن‌ها می‌باشند. دوم مداخلات طراحی شده جهت توانمندسازی متخصصان در تشخیص و متوقف کردن سوءرفتار و همچنین توانمندسازی سازمان‌های مرتبط با سلامت سالمندان می‌باشند. سوم مداخلاتی که مراقبین را هدف قرار می‌دهند. نتایج این مطالعه با مطالعات دیگر نشان دادند مداخلات آموزشی می‌توانند در بهبود دانش مرتبط با سوءرفتار و برنامه‌های مداخله برای پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان موثر باشند و منجر به پیشرفت‌های کوتاه مدت در سطح دانش سالمندان در زمینه سوءرفتار شوند.

علی‌رغم وجود شکاف‌های فراوان در متون موجود در زمینه سوءرفتار نسبت به سالمندان، جهت حفاظت از این قشر آسیب‌پذیر بایستی راهبرد‌های درمانی و پیشگیرانه بیمار محور و فرهنگی مناسبی اتخاذ شوند و می‌بایست تلاش‌های هماهنگ شده‌ای در سطح ملی جهت حفظ و حمایت از حقوق سالمندان آسیب‌پذیر تداوم یابند (۲۰). جنبش‌ها برای جلوگیری از خشونت با چالش‌های بسیاری مواجه است. اول و مهم‌تر از همه، متقاعد ساختن سیاست‌گذاران، وزرای بهداشت و مردم در این خصوص است که برنامه‌ها و سیاست‌های پیشگیری از خشونت می‌توانند

رفع نیازها و نگرانی های سالمندان باشند. در عین حال مطالعات مبتنی بر شواهد باید برای بررسی اثربخشی و پایداری برنامه های مداخله ای در زمینه های گوناگون انجام شوند. با توجه به انواع مختلف سوءرفتار نسبت به سالمندان و تنوع در عوامل خطر و عوامل محافظتی و ویژگی های مرتکبین، بررسی های پیشگیرانه و مداخله گرانه باید بر خطرات بالای خاصی تمرکز کنند. مطالعات پیشگیرانه و مداخله ای باید مقرون به صرفه بوده و مقیاس پذیری در سطح وسیعی داشته باشند (۲۰).

نتیجه گیری

سوءرفتار با سالمندان یکی از معضلات عمده اجتماعی در عصر کنونی است. سالمندان قربانی سوءرفتار تنش های شدید و مشکلات روانی بسیاری را تجربه می کنند. لذا برنامه های مدیریت و پیشگیری مربوط به سوءرفتار با سالمندان و اتخاذ رویکردهای مثبت مقابله ای بایستی طراحی شوند تا موقعیت هایی که می توانند منجر به ایجاد زمینه سوءرفتار با سالمندان شوند شناسایی و پیشگیری گردند. از طرفی موسسات مراقبت از سالمندان باید در جهت آموزش پرسنل خود تلاش کنند. همچنین ارائه آموزش های لازم به خانواده ها و مراقبان در خصوص نیازهای منحصر به فرد سالمندان و چگونگی ارتباط مناسب با آن ها و آموزش رسمی وظیفه سخت مراقبت با حفظ شان و منزلت سالمندان در خانواده و آموزش ها در جهت کمک به خانواده برای قبول محدودیت های ناشی از سالمندی می توانند پذیرش وضع موجود را تسهیل کرده و شرایط زندگی آنان را بهبود بخشند. بعلاوه پروتکل های مناسب جهت شناسایی و گزارش سوءرفتار در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی باید پایه ریزی شوند. ارائه سیستم حقوقی و تیم پاسخگویی سازمان یافته و تحقیقات پایه ای قوی تر نیز می توانند در حفاظت از سالمندان سودمند باشند. برای محافظت از جمعیت آسیب پذیر سالمندان باید راهکارهای درمانی و پیشگیرانه مبتنی بر بیمار و از نظر فرهنگی مناسب ایجاد شوند. اگرچه شکاف های گسترده در زمینه سوءرفتار با سالمندان باقی مانده است اما تلاش های یکپارچه و هماهنگ در سطح ملی باید برای حفظ و حمایت از این جمعیت آسیب پذیر همچنان ادامه یابند. تلاش های ملی و بین المللی برای افزایش آگاهی به موضوع سوءرفتار با سالمندان و ایجاد تغییرات قانونی برای کاهش یا جلوگیری از سوءرفتار سالمندان وجود دارند

تیمی و وضعیت ایمنی می توانند در کاهش سوءرفتار نقش داشته باشند (۵۴). با توجه به اینکه مراقبت از سالمندان مسئله پیچیده ای است بر طبق این بررسی مداخلات پیشگیری از سوءرفتار بایستی شامل مدیریت سوءرفتار سالمند نسبت به سالمند نیز بشوند. مطالعات نشان می دهند این مسئله در موسسات نگه داری از سالمندان، جایی که آسیب پذیرترین سالمندان زندگی می کنند، رایج می باشد. با این حال به این نوع از سوءرفتار توجه کمی شده است و مطالعات اندکی به این مورد پرداخته اند. شاید یک علت آن عدم موفقیت سیستم گزارش دهی توسط پرستاران باشد. با اینکه پرستاران نقش مهمی در مدیریت و شناسایی این موارد دارند، ممکن است هرگز این سوءرفتار را گزارش نکنند. علت آن ممکن است عدم توانایی آن ها در پاسخ به این نوع سوءرفتار باشد یا اینکه آن ها این مسئله را یک اتفاق غیر قابل اجتناب و معمول بین سالمندان می پندارند و در نتیجه گزارش آن را غیر ضروری می دانند که این خود باعث تداوم خشونت در بین سالمندان و آسیب جدی به آن ها خواهند شد. بسیاری از سالمندان این نوع از سوءرفتار را تجربه می کنند و حتی جراحات های کوچک می توانند پیامدهای منفی بزرگی در این سالمندان به همراه داشته باشند (۴۶).

مطالعات و شواهد در خصوص مداخلاتی که سوءرفتار روانی را مورد هدف قرار می دهند محدود بود. با این حال این مداخلات اجزای آموزشی را برای افزایش آگاهی الگوهای ارتباطی پیشنهاد دادند. هم چنین مراقبان خانوادگی بطور شایسته مورد توجه تحقیقات قرار نگرفته اند و هنوز در حال حاضر شواهدی از مداخلاتی که هدف آن ها پیشگیری از غفلت نسبت به سالمندان و افزایش آگاهی مراقبین خانواده باشند، محدودند (۲۴). همچنین باید به وضعیت شناختی گیرندگان مراقبت نیز توجه بیشتری شود. تغییرات و توانایی های شناختی ممکن است منجر به آسیب پذیری برای سوءرفتار شوند. تحقیقات گذشته نشان داده است که وضعیت شناختی خطر عمده سوءرفتار با سالمندان است و نیاز فوری به تحقیقات اختصاصی و ارزیابی راهبردهای پیشگیری با استفاده از روش های تحقیق مقایسه ای و تخصیص مداخلات انجام شده از طریق تصادفی کردن برای بهبود کیفیت شواهد وجود دارد. بنابراین تلاش های پژوهشی در آینده بایستی در جهت ارتقاء و تقویت هماهنگی بین سازمان های اجتماعی و موسسات تحقیقاتی در جهت

به فوریت برای ارزیابی منظم اثربخشی این مداخلات وجود دارد. علاوه بر آن تحقیقات آینده باید به طور خاصی به مسئله سوءرفتار در سالمندان بپردازند.

اما اثربخشی این تلاش ها به طور علمی بررسی نشده است. با توجه به سرمایه گذاری فعلی در برنامه های آموزشی متخصصان برای کاهش سوءرفتار با سالمندان نیاز

References

1. Oveisi S, Jahed S, Olfati FJTJoQUoMS. Impact of counseling on the awareness of elderly women's family about elder abuse according to the transtheoretical model. 2018;22(3):32-9.
2. Adib M, Esmacili M, Zakerimoghadam M, Nayeri NDJGn. Barriers to help-seeking for elder abuse: A qualitative study of older adults. 2019;40(6):565-71.
3. Yekeh Fallah MI, S.Burji, M. Sedighpour, M. Ghayatrani, B.Kheradmand, M. et al. Comparison of depression and general health In normal elderly and victim elderly of domestic violence in Savojbolagh-Iran. Community Health. 5(2):132-40.
4. MANOUCHEHRI H, Ghorbi B, HOSSEINI M, NASIRI ON, Karbakhsh M. Degree and types of domestic abuse in the elderly referring to parks of Tehran. 2009.
5. Sadegh Moghadam LF, M. Mohammadi, F. Ahmadi, F. Farhadi, A. Nazari, S. et al Aging Perception in Older Adults. . Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2016;10(4):202-9.
6. Karimi M, Elahi NJJJoA. Elderly abuse in Ahwaz city and its relationship with individual and social characteristics. 2008;3(1):42-7.
7. Estebarsari 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. 2018;13:669.
8. O'Keefe M, Hills A, Doyle M, McCreadie C, Scholes S, Constantine R, et al. United Kingdom study of abuse and neglect of older people. 2007.
9. Estebarsari F, Mostafaei D, Khalifehkandi ZR, Estebarsari K, Taghdisi MHJJoHE, Promotion. Concepts and Indexes of Elder Abuse: The Conceptual Framework for Applied Studies in the Field of Elder Abuse. 2017;5(1):15.
10. Mohseni M, Rashedi V, Iranpour A, Naghibzadeh Tahami A, Borhaninejad VJJoEA, neglect. Prevalence of elder abuse and associated factors among community-dwelling older adults in Iran. 2019;31(4-5):363-72.
11. Hazzard WR, Halter JB. Hazzard's geriatric medicine and gerontology: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2017.
12. Baker PR, Francis DP, Mohd Hairi NN, Othman S, Choo WYJA, ageing. Interventions for preventing elder abuse: applying findings of a new Cochrane review. 2017;46(3):346-8.
13. Rashedi V. Prevalence of and demographic factors associated with domestic violence among Iranian older adults: the results of Urban HEART-2. 2019.
14. Frazão SL, Correia AM, Norton P, Magalhães TJJof, medicine I. Physical abuse against elderly persons in institutional settings. 2015;36:54-60.
15. Johannesen M, LoGiudice DJA, ageing. Elder abuse: A systematic review of risk factors in community-dwelling elders. 2013;42(3):292-8.
16. Heravi Karimooi MA, M. Foroughan, M. Sheykhi, MT. Hajizadeh, E. Elder abuse by family members: An exploration in the lived experiences of older people Nursing Research. 2010;5(18):6-17.
17. Kaindl K. A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report. 2008.
18. De Donder L, De Witte N, Brosens D, Dierckx E, Verté DJP-S, Sciences B. Learning to detect and prevent elder abuse: the need for a valid risk assessment instrument. 2015;191:1483-8.
19. Dyer CB, Heisler CJ, Hill CA, Kim LCJJCgm. Community approaches to elder abuse. 2005;21(2):429-47.
20. Dong XQJJoAGS. Elder abuse: Systematic review and implications for practice. 2015;63(6):1214-38.
21. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MSJTG. Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. 2016;56(Suppl_2):S194-S205.
22. Molaei M, Etemad K, Taheri Tanjani PJJJoA. Prevalence of elder abuse in Iran: A systematic review and meta analysis. 2017;12(2):242-53.
23. Heravi Karimoei MR, N. Foroughan, M. Montazeri, A. Elderly Abuse Rates Within Family Among Members of Senior Social Clubs in Tehran. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2012;6(4):37-50.
24. Ayalon L, Lev S, Green O, Nevo UJA, Ageing. A systematic review and meta-analysis of interventions designed to prevent or stop elder maltreatment. 2016;45(2):216-27.
25. Teresi JA, Burnes D, Skowron EA, Dutton MA, Mosqueda L, Lachs MS, et al. State of the science on prevention of elder abuse and lessons learned from child abuse and domestic violence prevention: Toward a conceptual framework for research. 2016;28(4-5):263-300.
26. Nahmias D, Reis MJJoEA, Neglect. Most successful intervention strategies for abused older adults. 2001;12(3-4):53-70.
27. Wolf RSJJoW, Aging. Support groups for older

- victims of domestic violence. 2001;13(4):71-83.
28. Cooper C, Barber J, Griffin M, Rapaport P, Livingston GJIp. Effectiveness of START psychological intervention in reducing abuse by dementia family carers: randomized controlled trial. 2016;28(6):881-7.
 29. Khanlary Z, Maarefvand M, Biglarian A, Heravi-Karimooi MJJoes, neglect. The effect of a family-based intervention with a cognitive-behavioral approach on elder abuse. 2016;28(2):114-26.
 30. Vognar L, Gibbs LMJCigm. Care of the victim. 2014;30(4):869-80.
 31. Liu P-J, Wood S, Xi P, Berger DE, Wilber KJIia. The Role of Social Support in Elder Financial Exploitation Using a Community Sample. 2017;1(1).
 32. DeLiema MJTG. Elder fraud and financial exploitation: Application of routine activity theory. 2018;58(4):706-18.
 33. Rabiner DJ,O)Keeffe J, Brown DJJoes, policy s. Financial exploitation of older persons: Challenges and opportunities to identify, prevent, and address it in the United States. 2006;18(2):47-68.
 34. Reeves S, Wysong JJJoes, neglect. Strategies to address financial abuse. 2010;22(3-4):328-34.
 35. Wang XM, Brisbin S, Loo T, Straus SJC. Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention. 2015;187(8):575-81.
 36. Jayawardena KM, Liao SJJopm. Elder abuse at end of life. 2006;9(1):127-36.
 37. Mikton CR, Tanaka M, Tomlinson M, Streiner DL, Tonmyr L, Lee BX, et al. Global research priorities for interpersonal violence prevention: a modified Delphi study. 2017;95(1):36.
 38. Pillemer K, Connolly M-T, Breckman R, Spreng N, Lachs MSJTG. Elder mistreatment: Priorities for consideration by the White House Conference on Aging. 2015;55(2):320-7.
 39. Johnson TE, Boccia AD, Strayer MSJSCiD. Elder abuse and neglect: detection, reporting, and intervention. 2001;21(4):141-6.
 40. Podnieks E, Penhale B, Goergen T, Biggs S, Han DJJoes, neglect. Elder mistreatment: an international narrative. 2010;22(1-2):131-63.
 41. Women CoHCfU. Elder Abuse and Women's Health. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2013;122(1):187-91.
 42. Burnett J, Achenbaum WA, Murphy KPJCigm. Prevention and early identification of elder abuse. 2014;30(4):743-59.
 43. Knapp RJNC. The impact of interpersonal violence on health care. 2011;46(4):465-70.
 44. Wangmo T, Nordström K, Kressig RWJGN. Preventing elder abuse and neglect in geriatric institutions: Solutions from nursing care providers. 2017;38(5):385-92.
 45. Loh DA, Choo WY, Hairi NN, Othman S, Mohd Hairi F, Mohd Mydin FH, et al. A cluster randomized trial on improving nurses' detection and management of elder abuse and neglect (I-NEED): study protocol. 2015;71(11):2661-72.
 46. Ellis JM, Ayala Quintanilla BP, Ward L, Campbell FJJoan. Implementation and evaluation of an education programme for nursing staff on recognising, reporting and managing resident-to-resident elder mistreatment in aged care facilities. 2019;75(1):187-96.
 47. Ellis JM, Teresi JA, Ramirez M, Silver S, Boratgis G, Kong J, et al. Managing resident-to-resident elder mistreatment in nursing homes: The SEARCH approach. 2014;45(3):112-21.
 48. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi ABJTI. The world report on violence and health. 2002;360(9339):1083-8.
 49. Fulmer T, Guadagno L, Bitondo Dyer C, Connolly MTJJotAGS. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. 2004;52(2):297-304.
 50. Phelan A. Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. British Journal of Community Nursing. 2010;15(10):472-8.
 51. Richardson B, Kitchen G, Livingston GJA, ageing. The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. 2002;31(5):335-41.
 52. Brandl B, Horan DLJW, Health. Domestic violence in later life: An overview for health care providers. 2002;35(2-3):41-54.
 53. Ploeg J, Fear J, Hutchison B, MacMillan H, Bolan GJJoEA, Neglect. A systematic review of interventions for elder abuse. 2009;21(3):187-210.
 54. Arens OB, Fierz K, Zúñiga FJG. Elder abuse in nursing homes: do special care units make a difference? A secondary data analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project. 2017;63(2):169-79.