



The Impact of Education Based on the BASNEF Model in Abuse toward Elders in the Family

Shohreh Behrouz (MSc)¹ , Raziye Sadat Mortazavi Nezhad (MSc)² , Hossein Karimi Monaghi (PhD)^{3,4,5*} 
, Hamid reza Zendehtalab (MSc)⁴ , Ali Emadzadeh (PhD)^{3,5} 

1. Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
2. Department of Geriatric Nursing, Mashhad School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Iran.
3. Medical Sciences Education Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
4. Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
5. Department of Nursing, Mashhad Midwifery Nursing Faculty, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Article type Research article	Introduction: The increase in the elderly population causes an increase in the intolerance of caregiving pressure and an increase in violence and misbehavior towards the elderly. The present study aimed to determine the effect of education based on the BASNEF Model on abuse toward elders in the family.
Article history Received: 07.03.2023 Accepted: 14.06.2023	Materials & Methods: A semi-experimental pre- and post-test study was conducted on 90 elderly people who were referred to comprehensive health service centers in Mashhad, Iran. Two comprehensive health service centers were divided into intervention and control by simple random allocation. The research units (elderly and caregivers of elderly misbehaving) in each center were selected by convenient sampling method up to 45 people for each group. Before the start of the intervention, the "Abuse with the Elderly Questionnaire" and "BASNEF model questionnaire" were completed by elderly caregivers for both groups. Then, education based on the BASNEF model was carried out for 5 weeks and one 60-minute session every week in the intervention group. One month after the last session, the questionnaires were completed again by the caregivers of both groups.
Keywords BASNEF Model, Abuse, Education, Elders.	Results: In this study, the average age of the elderly was 71 ± 6.7 and the caregivers who misbehaved were 28.36 ± 6.9 years old. The results of the intervention group showed that there was a significant decrease in the average score of Abuse towards the elderly after the intervention compared to before the intervention ($P < 0.001$) and all dimensions of the BASNEF model structures increased significantly after the intervention ($P < 0.001$). The control group did not show a significant change.
  10.22038/hmed.2023.67024.1262	Conclusion: Developing an education program based on the BASNEF model is beneficial and effective in reducing the abuse toward elders.

Cite this paper as:

Behrouz Sh, Mortazavi Nezhad R, Karimi Moonaghi H, Zendehtalab H, Emadzadeh A. The Impact of Education Based on BASNEF Model in Abuse toward Elders in the Family. *Horizon of Medical Education Development*. 2025;16(1):7-19

* Corresponding author: Hossein Karimi Monaghi

Email: karimih@mums.ac.ir

Address: Department of Medical Education, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.



تاثیر آموزش مبتنی بر مدل بزنف بر میزان سوءرفتار مراقبین خانوادگی نسبت به سالمندان در خانواده

شهره بهروز (MSc)^۱، راضیه سادات مرتضوی نژاد (MSc)^۲، حسین کریمی موقتی (PhD)^{۳،۴،۵}، حمیدرضا زنده طلب (MSc)^۴، علی عمادزاده (PhD)^{۳،۵}

۱. مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. گروه پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

چکیده	مشخصات مقاله
<p>مقدمه: افزایش جمعیت سالمندی سبب افزایش عدم تحمل فشارمراقبتی و افزایش خشونت و سوء رفتار نسبت به سالمندان می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر مدل بزنف بر میزان سوءرفتار مراقبان خانوادگی نسبت به سالمندان به انجام رسید.</p> <p>روش کار: این مطالعه بر روی ۹۰ سالمند مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت در مشهد، به صورت نیمه تجربی پیش و پس از آزمون انجام شد. دو مرکز جامع خدمات سلامت به روش نمونه گیری تصادفی ساده به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. واحدهای پژوهش (سالمندان و مراقبین سوء رفتار کننده سالمندان) در هر مرکز به روش نمونه گیری در دسترس تا ۴۵ نفر برای هر گروه انتخاب شدند. قبل از شروع مداخله "پرسشنامه سوءرفتار با سالمند" و "پرسشنامه مدل بزنف" توسط مراقبین سالمندان برای هر دو گروه تکمیل شد. سپس آموزش بر اساس مدل بزنف در طی ۵ هفته و هر هفته یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در گروه مداخله انجام شد. یک ماه بعد از آخرین جلسه، مجدداً پرسشنامه‌ها توسط مراقبین هر دو گروه تکمیل و اطلاعات جمع آوری شد.</p> <p>نتایج: در این مطالعه میانگین سنی سالمندان 67 ± 7 و 71 ± 9 و مراقبین سوء رفتار کننده $28/36 \pm 6/9$ سال بود. نتایج نشان داد در گروه مداخله میانگین نمره سوءرفتار نسبت به سالمندان، بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش معنی داری داشت ($P < 0/001$) و تمام ابعاد سازه‌های مدل بزنف بعد از مداخله افزایش معنی داری یافته است ($0/001 < P$). گروه کنترل تغییر معنی داری نداشت.</p> <p>نتیجه گیری: برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنف در کاهش سوءرفتار نسبت به سالمندان اثربخش است.</p>	<p>نوع مقاله مقاله پژوهشی</p> <p>پیشینه پژوهش تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۲۴</p> <p>کلمات کلیدی مدل بزنف، سوءرفتار، آموزش، سالمند.</p>   <p>10.22038/hmed.2023.67024.1262</p>

نحوه ارجاع به این مقاله

Behrooz Sh, Mortazavi Nezhad R, Karimi Moonaghi H, Zendehtalab H, Emadzadeh A. The Impact of Education Based on BASNEF Model in Abuse toward Elders in the Family. *Horizon of Medical Education Development*. 2025;16(1):7-19

ایمیل: karimih@mums.ac.ir

*نویسنده مسئول: حسین کریمی موقتی

آدرس: گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.



مقدمه

بهبود شرایط زندگی، افزایش طول عمر و امید به زندگی، سالمندی جوامع را به دنبال داشته است. سالمند شدن جهان، به یکی از مهمترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در سال‌های کنونی تبدیل شده است (۱) که هم برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی و هم برای اعضای خانواده و جامعه‌ای که سالمندان در آن زندگی می‌کنند یک چالش مهم محسوب می‌گردد (۲،۳). در کشور ایران نیز طبق سرشماری سال ۱۳۹۵ حدود ۶/۱٪ از جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند (۴،۵). افزایش سالانه جمعیت ایران ۱/۷٪ است که این رشد برای جمعیت بالای ۶۰ سال ۲/۵٪ تخمین زده شده است (۶) و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۱۴۰۴ بیش از ۱۰٪ و تا سال ۱۴۳۰ بین ۲۵-۲۱٪ جمعیت کشور را سالمندان تشکیل دهند (۷). بنابراین در کشور ما نیز پدیده سالمندی و مسائل متعاقب آن باید به عنوان یکی از مهمترین چالش‌های آینده در نظر گرفته شود (۸). تحول نقش خانواده بحران‌های موجود، فشارهای روانی زندگی مدرن و نظایر آن پایگاه اجتماعی سالمندان را سست نموده و سبب بروز سوءرفتار توسط اعضای خانواده نسبت به سالمند می‌گردد (۹). براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی سوءرفتار عبارت است از تحمیل درد و رنج از طرف اعضای خانواده یا مراقب نسبت به شخص سالمند که ممکن است از طریق ارتکاب عملی آزاردهنده و یا ترک عملی ضروری به صورت عمدی یا غیر عمدی در یک یا چندین مرتبه رخ دهد (۱۰) و به شکل غفلت عاطفی، غفلت مالی، غفلت مراقبتی، سلب اختیار، سوءرفتار مالی، آزارهای روان‌شناختی و بدنی و طردشدگی است (۱۱). اعضای خانواده با وانهادن سالمند به حال خود و سهل‌انگاری در تأمین نیازهای عاطفی، مراقبتی و ایمنی، همچنین کوتاهی در یاری رساندن به انجام امور داخل و خارج منزل و تأمین زندگی آبرومندانه و در شأن افراد سالمند سبب رخداد غفلت به صورت عمدی یا غیر عمدی می‌شوند. آزار روان‌شناختی سالمند، تحمیل درد و فشار روحی به او از طریق بی‌احترامی و ایجاد ارباب و تهدید است. سلب اختیار از طریق محروم ساختن سالمند از حق انتخاب و نیز تحمیل نظرات خود به

سالمند و تصمیم‌گیری به جای سالمند صورت می‌گیرد. بهره‌برداری مالی استفاده غیرقانونی، بی‌اجازه یا نامناسب از وجوه، دارایی و سرمایه‌های شخصی سالمند است. آزار بدنی الگویی رفتاری است که تمامیت جسمی و یا جنسی فرد سالمند را مورد تهاجم قرار می‌دهد. طردشدگی، در قالب راندن سالمند از منزل و یا نپذیرفتن وی توسط اعضای خانواده تعریف می‌شود (۹،۱۲). شواهد بیانگر آن است علت سوءرفتار و غفلت در اکثر خانواده‌های ایرانی نقص در عملکرد خانواده است. عدم آگاهی کافی، نداشتن انگیزه مراقبتی و انجام اموری که از عملکرد ناقص خانواده ناشی شده، سبب سوءرفتار و غفلت می‌گردد (۱۳). میزان رخداد سوءرفتار نسبت به سالمندان متفاوت گزارش شده است (۱۲). سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸) بر اساس پژوهش‌های متفاوت؛ میزان سوءرفتار با سالمندان را بین ۱ تا ۳۵ درصد (۱۴) و مرکز ملی سوءرفتار با سالمندان در سال ۲۰۱۴ شیوع این مشکل را در آمریکا ۹/۵ درصد گزارش کرده است (۱۵).

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 در خصوص سوءرفتار با سالمندان پاسخگو یا مسئول باشد، وجود ندارد. بنابراین، سازمان خاصی جهت رسیدگی به امور سالمندان و ارائه خدمات به آنان مسئولیت مستقیم ندارد و در عین حال چند سازمان، نظیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی، کمیته امداد حضرت امام (ره) و سازمان بازنشستگی به طور موازی فعالیت نموده و هر کدام قسمتی از بودجه عمومی کشور را به خود اختصاص می‌دهند. همین امر باعث اختلال در خدمت رسانی به این گروه آسیب‌پذیر جامعه می‌شود (۱۶). مطالعات در زمینه سوءرفتار با سالمندان مبتنی بر مدل آموزشی در ایران بسیار محدود و ناچیز بوده است (۹). نتایج تحقیقات خلیلی و همکاران (۱۳۹۰)، محبی و همکاران (۱۳۹۰)، هروی و همکاران (۱۳۹۰)، نوروزی و همکاران (۱۳۸۸)، منوچهری و همکاران (۱۳۸۷)، زندی و فدایی (۱۳۸۶)، وجود سوءرفتار نسبت به سالمندان در خانواده‌های ایرانی را تأیید می‌نماید (۱۶-۱۳).

دیده، خانواده و جامعه و علاقه پژوهشگر، پژوهش حاضر با هدف تأثیر آموزش مبتنی بر مدل بزنف بر میزان سوء رفتار مراقبان خانوادگی سالمند نسبت به سالمندان در خانواده انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی، دو گروهی (مداخله و کنترل) با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. جمعیت مورد مطالعه شامل زنان و مردان سالمند مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهری بافتی تحت پوشش مرکز بهداشت شماره ۲ و مرکز بهداشتی درمانی شهری ادویه‌چی تحت پوشش مرکز بهداشت شماره ۳ مشهد بودند. در این مراکز خدمات برنامه سلامت سالمندان شامل شناسایی افراد بالای ۶۰ سال، برگزاری کلاس‌های آموزشی ویژه سالمندان با توجه به اولویت منطقه، همچنین ارائه آموزش‌های مربوط به شیوه زندگی سالم در سالمندی انجام می‌شد که از این نظر هر دو مرکز همگن بودند. ابتدا مراکز بهداشتی درمانی به صورت تخصیص تصادفی ساده (پرتاب سکه) به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند و سپس نمونه‌گیری به روش در دسترس و با داشتن معیارهای ورود به مطالعه سالمندان، تا تعمیم حجم نمونه انجام شد.

پژوهش حاضر روی ۹۰ سالمند بالای ۶۰ سال انجام شد. به منظور تعیین حداقل حجم نمونه از فرمول «مقایسه میانگین در دو جامعه» و بر اساس یافته‌های پژوهش هروی کریموی و همکاران (۱۶) استفاده شد. در این مطالعه انحراف معیار نمره سوءرفتار با سالمند گروه مداخله $(S_1^1 = 28/28)$ ، انحراف معیار نمره سوءرفتار با سالمند گروه کنترل $(S_2^1 = 17/17)$ ، میانگین نمره سوءرفتار با سالمند در گروه مداخله $(\mu_1 = 43/61)$ ، میانگین نمره سوءرفتار با سالمند گروه کنترل $(\mu_2 = 58/02)$ ، $Z_{1-\alpha/2}$ (سطح اطمینان $0.95 = 1/96$)

با توجه به مباحث مطرح شده احساس نیاز می‌شود که با روش‌های مناسبی از بروز سوءرفتار در افراد سالمند جلوگیری کرد. آموزش به خانواده افراد سالمند، می‌تواند به عنوان اولین گام جهت پیشگیری از بروز پیامدهای سوءرفتار باشد. اولین گام در آموزش سلامت، طراحی مدل آموزشی است. مدل آموزش، فرآیندی برای آموختن رفتارهایی به افراد یا گروه‌ها در جهت ارتقاء، حفظ و بازسازی سلامت آن‌ها و عامل مهمی برای ارتقاء تندرستی، بالا بردن کیفیت زندگی و استانداردهای زندگی سالم، مشارکت جامعه در فعالیت‌های رفاهی، جسمی، روانی و اجتماعی است. گذر از آموزش سنتی مستلزم درک و مطالعه تئوری‌ها و مدل‌های آموزش نوین است. برای موفقیت در تغییر و تثبیت رفتار سالم، آموزش‌دهندگان سلامت باید از عوامل مؤثر بر یادگیری مردم آگاه باشند (۱۷).

از مدل‌های آموزشی می‌توان به مدل بزنف^۱ اشاره کرد که توسط جان هابلی^۲ در سال ۱۹۸۸ ارائه شد. این مدل جامع‌ترین مدلی است که به منظور مطالعه رفتار و برنامه‌ریزی جهت تغییر آن و تعیین عواملی که در تصمیم‌گیری افراد برای انجام رفتار مؤثر هستند، به کار گرفته می‌شود (۱۸). BASNEF از اول کلمات زیر تشکیل شده است: اعتقاد^۳، نگرش^۴، نرم‌های انتزاعی^۵ و عوامل قادرکننده^۶ (۱۹). منظور از باورها، اعتقاد به درستی یا حقیقت یک پدیده و منظور از نگرش، اعتقاد در مورد پیامد رفتار انجام شده و ارزش‌گذاری روی پیامدهای احتمالی آن است. نرم‌های انتزاعی گویای آن است که افراد، تحت تأثیر اشخاص مختلفی در جامعه نظیر پدر، مادر، همسر، رهبران مذهبی، فامیل، کارکنان بهداشتی و ... قرار گرفته، در اثر نفوذ و یا فشارهای آن‌ها رفتاری را انجام داده و یا انجام نمی‌دهد. عوامل قادرکننده عواملی هستند که در کنار انگیزه و علاقه فرد در بروز یک رفتار مؤثرند مثل پول، زمان، مهارت و غیره (۲۰، ۱۷).

بنابراین با توجه به اهمیت موضوع و محدود بودن مطالعات مبتنی بر مدل‌های آموزش در کشور در راستای پیشگیری از سوءرفتار نسبت به سالمندان و ارتقای سلامت این قشر آسیب

Attitude^۴
Subjective Norms^۵
Enabling Factors^۶

BASNEF^۱
J. Hubley^۲
Beliefs^۳

خانوادگی آنها) شرح داده شد و مشارکت کنندگان با رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت نمودند.

برای گردآوری اطلاعات از فرم اطلاعات فردی، پرسشنامه بررسی سوءرفتار در خانواده نسبت به سالمندان که مشتمل بر ۴۹ سوال و در ۸ زیر مقیاس غفلت مراقبتی (۱۱ عبارت)، سوءرفتار روان شناختی (۸ عبارت)، سوءرفتار جسمی (۴ عبارت)، سوءرفتار مالی (۶ عبارت)، سلب اختیار (۱۰ عبارت)، طردشدگی (۴ عبارت)، غفلت مالی (۴ عبارت) و غفلت عاطفی (۲ عبارت) بود، استفاده شد. این ابزار بر اساس یافته‌های مطالعه ای کیفی بر روی سالمندان آزار دیده و در ایران با توجه به ویژگی‌های فرهنگی این جامعه تدوین و سپس اعتبار سنجی شده است (۲۲). گویه‌های ابزار مذکور دارای گزینه‌های "بلی" (نمره یک)، "خیر" (نمره صفر)، و "موردی ندارد" (نمره ندارد) و در انتها از پرسشنامه حذف می‌شود) است. گزینه "موردی ندارد" دلالت بر شرایطی دارد که عبارت مورد نظر با شرایط زندگی سالمند همخوانی و تناسب ندارد. امتیازهای اخذ شده در محدوده ۰-۱۰۰ هستند و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده وجود شدت بیشتری از علایم سوءرفتار است. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۷۵-۰/۹۹)، و ثبات از طریق آزمون مجدد (۰/۹۹) که توسط سازندگان ابزار انجام شده است، مؤید پایایی مطلوب پرسشنامه است. روایی این ابزار در سال ۱۳۸۹ توسط مجیده هروی کریموی و همکاران بررسی شد. جهت بررسی روایی از سه شیوه روایی صوری، روایی محتوا و روایی سازه استفاده گردید (۹). پرسشنامه سوء رفتار با سالمند در هر دو گروه مداخله و کنترل توسط مراقبین خانوادگی سالمند (فرد سوء رفتار کننده) در قبل از مداخله و یک ماه بعد از آخرین جلسه مداخله تکمیل و اطلاعات جمع آوری شد.

پرسشنامه مدل بزنف دارای ۳۶ سوال در شش زیرمقیاس آگاهی (۴ سوال)، اعتقاد (۸ سوال)، نگرش (۹ سوال)، اعتقادات نرمی (۴ سوال)، نرم‌های انتزاعی (۶ سوال) و عوامل قادرکننده (۵ سوال) می‌باشد. این پرسشنامه با مطالعه متون و منابع علمی توسط نویسندگان مقاله، تهیه شد. برای تعیین روایی صوری و محتوا، در اختیار ۱۰ تن از اساتید متخصص و خبره قرار گرفت و نظرات اصلاحی آنها اعمال گردید. برای

و $Z_{1-\beta}$ (توان آزمون $0.80 = 0.84$) در نظر گرفته شد که حداقل حجم نمونه ۴۵ نفر در هر گروه بدست آمد.

$$N = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

به منظور دستیابی به اهداف پژوهش معیارهای ورود به مطالعه برای سالمندان شامل: داشتن سن ۶۰ سال و بیشتر، ساکن شهر مشهد، توانایی تکلم به زبان فارسی، عدم ابتلا به نابینایی و ناشنوایی (داشتن ناتوانی امکان تشدید سوءرفتار را به همراه دارد)، عدم ابتلا به بیماری تأیید شده روانی و اختلال شناختی (کسب نمره ۷ یا بالاتر از نسخه فارسی آزمون کوتاه شناختی (AMT) که در ابتدای پژوهش از سالمندان اندازه گیری شد) و رنج بردن حداقل از یک نوع سوءرفتار توسط اعضای خانواده که با استفاده از پرسشنامه سوء رفتار نسبت به سالمند در خانواده، تکمیل و مورد تأیید قرار گرفت، می‌باشد. معیارهای خروج از مطالعه سالمند شامل عدم تمایل به ادامه همکاری و شرکت در مطالعه و مبتلا شدن به مشکل حاد جسمی یا روانی در طول مطالعه، بود.

معیار ورود عضو سوءرفتار کننده از خانواده سالمند، شامل تمایل به شرکت در مطالعه، انجام یکی از انواع سوءرفتار (بنا به اظهار شفاهی سالمند در مصاحبه و تکمیل پرسشنامه سوءرفتار با سالمند) و عدم ابتلا به بیماری جسمی و روانی تأیید شده، داشتن ابزار جهت تماشای فایل مولتی‌مدیا می‌باشد بعلاوه فرد سوء رفتار کننده الزاماً نباید با سالمند زندگی می‌کرد. معیار های خروج از مطالعه عضو سوء رفتار کننده شامل عدم تمایل به ادامه همکاری و شرکت در مطالعه، مبتلا شدن به مشکل حاد جسمی یا روانی در طول مطالعه و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات آموزشی بود.

مصاحبه با سالمندان در هر دو گروه مداخله و کنترل، در سالن آموزش موجود در مراکز بهداشتی انجام گرفت. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، این پژوهش با مجوز معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مسئولین مراکز بهداشت انجام گرفت. قبل از شروع مطالعه اهداف انجام پژوهش برای مشارکت کنندگان (سالمندان و مراقبین

این کلیپ‌ها جهت آمادگی افراد پیرامون مطالب جلسه بعد و آمادگی برای شرکت در بحث و گفتگو مطالبه در قالب کلیپ در اختیار افراد قرار میگرفت. سپس در هر جلسه پیرامون کلیپ آموزشی با شرکت‌کنندگان بحث و گفتگو انجام گرفت. همچنین در جلسات برای تغییر در نگرش مراقبین سالمندان، فیلم‌های کوتاه سوءرفتار با سالمند توسط اعضای خانواده، برای شرکت‌کنندگان پخش و پیرامون آن بحث می‌شد (تغییر در نگرش مراقبین توسط زیرگروه‌های پرسشنامه مدل بزنف قابل سنجش بود). در این مداخله تلاش شد در گام اول، واحدهای پژوهش به این نتیجه برسند که بیشترین فایده ناشی از تغییر رفتار متوجه خود آن‌هاست و بر روی کیفیت زندگی آن‌ها و سالمندشان تأثیر مثبت خواهد داشت. در گام دوم، رفتار مورد انتظار (مثلاً مهارت چگونگی رفتار با سالمند) به اجزای کوچک تقسیم شد؛ تا واحدهای پژوهش درک روشن و بدون ابهامی از آن داشته و قادر به انجام رفتار باشند. محتوای جلسات آموزشی مبتنی بر مدل بزنف در جدول شماره ۱ آورده شده است.

یک ماه بعد از پایان جلسه آخر آموزش، برای گروه مداخله و کنترل، مجدداً ارزیابی وضعیت سوءرفتار با پرسشنامه بررسی سوءرفتار نسبت به سالمندان در خانواده انجام شد (هدف از یک ماه بعد از آخرین جلسه مداخله، فرصت کافی برای مراقبین سالمندان جهت استفاده از آموزش‌های لازم و ایجاد تغییر در نگرش نسبت به سالمندان و بعد مدتی ایجاد تغییر رفتار ثابت با سالمندان بود). همچنین جهت بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر بزنف و بررسی نمرات سازه‌های مدل بزنف در هر دو گروه، پرسشنامه مدل بزنف نیز تکمیل شد. سپس اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری مربوطه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و نتایج آن گزارش شد. برای توصیف مشخصات واحدهای پژوهش در هر یک از مراحل تحقیق از آمار توصیفی شامل شاخص‌های مرکزی و پراکندگی از قبیل میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی مطلق و نسبی استفاده شد. در ابتدا، برای بررسی همگنی دو گروه (مداخله و کنترل) از لحاظ متغیرهای کمی مثل سن با توجه به غیرنرمال بودن متغیر

سنجش پایایی ابزار، از روش آزمون مجدد استفاده شد، بدین ترتیب که آزمون در مورد یک گروه ۱۰ نفری از واحدها با فاصله زمانی ۱۴ روز، ۲ بار اجرا و ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای آگاهی ۸۵ درصد و سازه‌های مدل بزنف ۸۰ درصد محاسبه شد. پرسشنامه مدل بزنف توسط فرد سوءرفتارکننده در دو مرحله قبل مداخله و یک ماه بعد از پایان مداخله تکمیل شد و مورد ارزیابی قرار گرفت.

پس از تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از پرسشنامه مدل بزنف و تعیین نمره حاصل از آن مراقبین خانوادگی سالمندان در هر دو گروه قبل از مداخله، محتوای آموزشی که شامل توضیحاتی درباره سالمندی، تغییرات این دوران، نقش خانواده در حمایت سالمند و سوءرفتار با سالمند بود، تدوین شد. فاصله زمانی بین تکمیل پرسشنامه تا زمان اجرای مداخله آموزشی، یک ماه بود. تدوین برنامه آموزشی بر مبنای نمرات حاصل از تکمیل پرسشنامه سوءرفتار خانواده با سالمند بود به طوریکه نمرات هر سازه، موجب تاکید بر محتوی همان سازه بر طراحی مدل آموزشی بود.

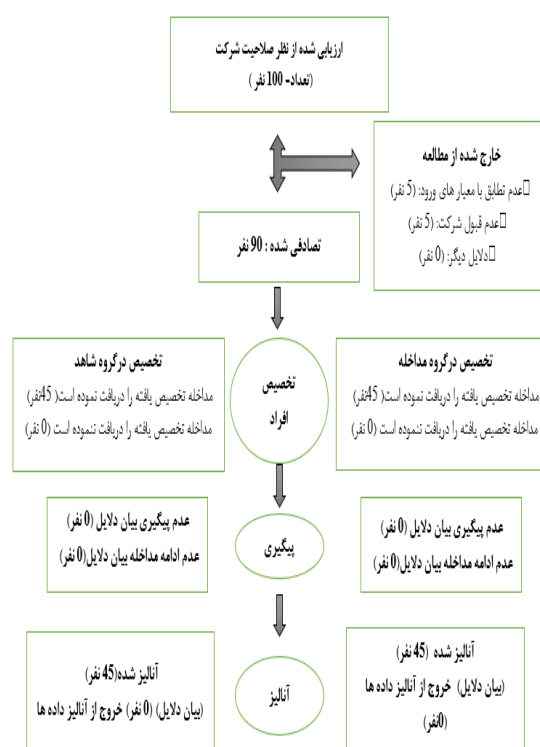
برای سهولت در اجرای برنامه آموزشی و کنترل بهتر جلسات، عضو سوءرفتارکننده در مراقبت از سالمند در گروه مداخله، با در نظر گرفتن سطح تحصیلات و امکان حضور در کلاس‌ها به گروه‌های حداکثر ۱۰ نفری تقسیم شدند (به طور کلی شرکت‌کنندگان گروه مداخله خود به ۵ گروه ۹ نفری تقسیم شدند). فرد سوءرفتارکننده (مراقبین سالمندان) به مدت ۵ هفته، هفته‌ای جلسه و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه در جلسات آموزش مبتنی بر مدل بزنف شرکت کردند. جلسات در اتاق کنفرانس مراکز منتخب با کسب اجازه از مسئول مرکز برگزار شد. برنامه از طریق آموزش چهره به چهره، استفاده از دیپا پروژکتور به صورت پخش کلیپ و جلسات بحث و گفتگو برای واحدهای پژوهش (فرد سوء رفتارکننده) ارائه شد. یک ساعت پیش از شروع هر جلسه خلاصه‌ای از مطالبی که قرار بود در آن جلسه ارائه شود را در قالب کلیپ آموزشی به شرکت‌کنندگان هر گروه داده (با استفاده از ارسال کلیپ در فضای پیام رسان تلگرام یا گپ مراقبین سالمند) و از آنان خواسته شد پیش از شروع جلسه این کلیپ را مشاهده کنند.

جدول ۱. خلاصه ترتیب و مراحل روش کار

<p>الف) مرحله قبل از مداخله</p> <ul style="list-style-type: none"> • کسب مجوز از کمیته اخلاق • دریافت معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد • هماهنگی با مسئولین شامل مرکز بهداشتی درمانی شهری بافتی تحت پوشش مرکز بهداشت شماره ۲ در شهرداری منطقه ۵ و مرکز بهداشتی درمانی شهری ادویه چی تحت پوشش مرکز بهداشت شماره ۹ در شهرداری منطقه ۶ • تکمیل فرم انتخاب واحد پژوهش (معیارهای ورود به مطالعه) <ul style="list-style-type: none"> • تکمیل فرم رضایت آگاهانه و کتبی • تکمیل فرم اطلاعات دموگرافیک • سنجش سوءرفتار نسبت به سالمند در خانواده با پرسشنامه بررسی سوءرفتار نسبت به سالمند در خانواده، بررسی وضعیت شناختی سالمند با پرسشنامه آزمون کوتاه شناختی، تکمیل پرسشنامه مدل بزنف توسط فرد سوءرفتار کننده جهت تدوین محتوای آموزشی
<p>ب) حین مداخله</p> <p>✓ گروه مداخله: فرد سوءرفتارکننده (مراقبین خانوادگی سالمند) به مدت ۵ هفته، هفته ای یک جلسه و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه در جلسات آموزش مبتنی بر مدل بزنف شرکت کردند. یک ساعت پیش از شروع هر جلسه بخشی از مطالبی که قرار بود در آن جلسه ارائه شود در قالب کلیپ آموزشی برای موبایل شرکت کنندگان از طریق شبکه های اجتماعی تلگرام و یا گپ داده و از آنان خواسته شد پیش از شروع جلسه این کلیپ را مشاهده کنند. سپس در هر جلسه پیرامون کلیپ آموزشی با شرکت کنندگان بحث و گفتگو انجام گرفت. در آخرین جلسه هدایایی تقدیم سالمند و عضو فعال در مراقبت وی شد.</p> <p>✓ گروه کنترل: در این گروه هیچگونه جلسه آموزشی برای فرد سوءرفتار کننده انجام نشد. به گروه کنترل اطمینان خاطر داده شد پس از اتمام جلسات در گروه مداخله، در اولین فرصت، جلسات با همان کیفیت برایشان برگزار میشود.</p> <p>❖ محتوای جلسات اول و دوم:</p> <p>در این جلسات به بحث و گفتگو پیرامون سالمندی، تغییرات این دوران و نقش خانواده در حمایت از سالمند پرداخته شد.</p> <p>❖ محتوای جلسات سوم، چهارم و پنجم:</p> <p>در این جلسات به بحث و گفتگو پیرامون سوءرفتار با سالمند و انواع سوءرفتار پرداخته شد.</p>
<p>ج) مرحله بعد از مداخله:</p> <p>یک ماه بعد از پایان جلسه آخر آموزش، برای گروه مداخله و کنترل، مجددا ارزیابی وضعیت سوءرفتار با پرسشنامه بررسی سوءرفتار نسبت به سالمندان در خانواده انجام شد. همچنین جهت بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر بزنف، پرسشنامه مدل بزنف نیز تکمیل شد.</p>

کمی از آزمون من ویتنی یو استفاده شد؛ و از لحاظ متغیرهای کیفی (مثل جنسیت) از آزمون مجذورکای و یا آزمونهای دقیق فیشر و دقیق مجذورکای استفاده شد. در بخش یافته های اصلی، با توجه به این که متغیر وابسته در این پژوهش سوء رفتار نسبت به سالمند در خانواده از نوع کمی و دارای مقیاس سنجش فاصله ای میباشد؛ بنابراین، برای مقایسه بین گروهی از لحاظ این متغیرها از آزمونهای تی مستقل استفاده شد. به منظور مقایسه درون گروهی در دو مرحله قبل و بعد از مداخله نیز از آزمونهای تی زوجی استفاده گردید.

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد تحت عنوان "تأثیر آموزش مبتنی بر مدل بزنف بر سوءرفتار نسبت به سالمندان در خانواده" و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد مورخ ۱۳۹۶/۱۰/۲۶ به کد اخلاق شماره IR.MUMS.REC.1395.596 می باشد.



نمودار ۱. جریان فرایند کانسورت

یافته‌ها

۹۰ سالمند بدون ریزش نمونه (۶۰ زن و ۳۰ مرد) در محدوده سنی ۶۰ تا ۹۰ سال با میانگین سنی 67 ± 71 در این پژوهش مشارکت نمودند. اکثریت مشارکت کنندگان سالمند، بی‌سواد ($44/4\%$) و با فرزندان خود ($34/4\%$) زندگی می‌کردند. در این پژوهش فرد سوءرفتارکننده (مراقبین خانوادگی سالمند) در محدوده سنی ۱۹ تا ۷۳ سال و با میانگین سنی 36 ± 28 بودند. اکثریت سوءرفتارکنندگان زنان ($64/4\%$) و شغل اکثریت آنان خانه‌دار ($41/1\%$) بود (جدول ۲).

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک سالمندان و فرد سوءرفتارکننده نسبت به سالمند

مشخصات دموگرافیک	سالمندان شرکت کننده	تعداد (درصد)	سوءرفتارکننده نسبت به سالمند	تعداد (درصد)
جنس	مرد	۳۰ (۳۳/۳)	مرد	۳۲ (۳۵/۶)
	زن	۶۰ (۶۶/۷)	زن	۵۸ (۶۴/۴)
سن	۶۵-۶۰ سال	۲۶ (۲۸/۹)	۱۹-۳۰ سال	۲۲ (۲۴/۴)
	۶۶-۷۰ سال	۲۷ (۳۰/۰)	۳۱-۴۰ سال	۴۲ (۴۶/۷)
	۷۵-۷۱ سال	۲۰ (۲۲/۲)	۴۱-۵۰ سال	۲۲ (۲۴/۴)
	۷۶-۸۰ سال	۱۰ (۱۱/۱)	۵۱-۶۰ سال	۱ (۱/۱)
	۸۵-۸۱ سال	۵ (۵/۶)	۶۱-۷۰ سال	۱ (۱/۱)
	۸۶-۹۰ سال	۲ (۲/۲)	۷۱-۸۰ سال	۲ (۲/۲)
میزان تحصیلات	بیسواد	۴۰ (۴۴/۴)	بی سواد	۲ (۲/۲)
	در حد خواندن و نوشتن	۱۲ (۱۳/۳)	در حد خواندن و نوشتن	۱ (۱/۱)
	ابتدایی	۹ (۱۰/۰)	ابتدایی	۴ (۴/۴)
	راهنمایی	۱۴ (۱۵/۶)	متوسطه	۲۸ (۳۱/۱)
نوع زندگی	متوسطه	۹ (۱۰/۰)	دانشگاهی	۴۵ (۵۰/۰)
	به تنهایی	۱۳ (۱۴/۴)	به تنهایی	۴ (۴/۴)
	با همسر	۱۷ (۱۸/۹)	با همسر	۱۰ (۱۱/۱)
	با فرزندان	۳۱ (۳۴/۴)	با فرزندان	۱ (۱/۱)
	با همسر و فرزندان	۲۳ (۲۵/۶)	با همسر و فرزندان	۵۰ (۵۵/۶)
	با فرزندان و نوه	۵ (۵/۶)	با فرزندان و نوه	۱ (۱/۱)
	با دیگران	۱ (۱/۱)	با دیگران	۲۴ (۲۶/۷)

نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که در مرحله قبل از مداخله بین میانگین نمره سوءرفتار نسبت به سالمندان در دو

گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P=0/666$). اما نتیجه آزمون تی مستقل در مرحله بعد از مداخله، بین میانگین نمره سوءرفتار نسبت به سالمندان دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نشان داد به طوریکه میزان سوءرفتار نسبت به سالمند در گروه کنترل $4/2 \pm 12/8$ و در گروه مداخله $3/6 \pm 1/9$ بود که به طور معنی‌داری کاهش داشته است ($P<0/001$).

نتیجه آزمون تی زوجی جهت مقایسه درون گروهی نشان داد که در گروه مداخله میانگین نمره سوءرفتار نسبت به سالمندان بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد ($P<0/001$) ولی در سالمندان گروه کنترل این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0/176$) (جدول ۳).

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار سوءرفتار نسبت به سالمندان در دو گروه مداخله و کنترل

نمره سوءرفتار نسبت به سالمند	گروه مداخله		گروه کنترل		نتیجه آزمون تی مستقل
	انحراف معیار \pm میانگین	df	انحراف معیار \pm میانگین	df	
قبل از مداخله	$16/3 \pm 5/2$	۴۵	$15/8 \pm 4/9$	۴۳	$P=0/666$
بعد از مداخله	$3/6 \pm 1/9$	۴۵	$12/8 \pm 4/2$	۴۳	$P<0/001$
تغییرات بعد نسبت به قبل از مداخله	$-12/7 \pm 4/6$	۴۵	$-3/0 \pm 3/4$	۴۳	$P<0/001$
نتیجه آزمون تی زوجی	$P<0/001$ df=۴۵		$P=0/176$ df=۴۳		

نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که در مرحله قبل از مداخله بین میانگین نمره سازه‌های مدل بزنف فرد سوءرفتارکننده نسبت به سالمندان دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد. اما نتیجه آزمون تی مستقل در مرحله بعد از مداخله، بین میانگین نمره سازه‌های مدل بزنف فرد سوءرفتارکننده سالمندان دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نشان داده است ($P<0/001$). همچنین نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد بین میانگین تغییرات نمره سازه‌های مدل بزنف فرد سوءرفتارکننده دو گروه در مرحله بعد از مداخله نسبت به قبل از آن تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد ($P<0/001$).

مطالعه نشان داده که پس از اجرای برنامه مداخله، نمرات مربوط به اجزای مدل بزنف شامل آگاهی، نگرش، نرم انتزاعی و عوامل قادرکننده، نسبت به قبل از مداخله، به نحو معناداری افزایش یافته است.

نتایج مطالعه حاضر در مورد تأثیر مداخله آموزشی بر ارتقای آگاهی، نشان می‌دهد که میانگین نمرات آگاهی در گروه آزمون، قبل از مداخله نسبت به بعد از مداخله، افزایش معنی‌دار داشته است. به طور کلی، پیش زمینه تغییر رفتار در کلیه برنامه‌های آموزش سلامت، ارتقای سطح آگاهی است (۲۵). نتایج این تحقیق، هم جهت با سایر مطالعات، تأییدکننده آن می‌باشد. هر چند افزایش و ارتقای سطح آگاهی نتیجه طبیعی مداخلات آموزشی است؛ اما به نظر می‌آید که استفاده از یک مدل آموزشی نظیر بزنف باعث ارتقای بیشتر میزان آگاهی مددجویان شود. چنانچه مطالعه هزاوه‌ئی و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که کاربرد مدل بزنف در مقایسه با آموزش کلاسیک باعث ارتقای بیشتر سطح آگاهی افراد شده است (۲۶). دلیل این مسأله شاید این باشد که در مدل‌هایی نظیر بزنف، رفتار و کلیه عوامل مؤثر در آن در یک ساختار کلی بررسی می‌شود و عوامل مؤثر بر آن از جمله نرم‌های اجتماعی همچون نقش اعضای خانواده با تأکید بیشتری ارزیابی می‌شود؛ که نتیجه طبیعی چنین رویکردی، افزایش بیشتر سطح آگاهی آموزش‌گیرندگان خدمات بهداشتی و درمانی خواهد بود.

نتایج مطالعه حاضر در مورد تأثیر مداخله آموزشی بر ارتقای اعتقاد، نشان می‌دهد که میانگین نمرات اعتقاد در گروه مداخله بعد از مداخله نسبت به قبل آن، افزایش معنی‌دار داشته است (جدول ۳). در مطالعه شریفی‌راد (۲۷) و رحمان (۲۸) که مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام شده است، نتایج نشان داده است که آموزش مبتنی بر مدل‌های آموزشی تأثیر به‌سزایی در بهبود اعتقاد و نگرش مثبت افراد نسبت به رفتار می‌شود.

یافته دیگر این مطالعه، افزایش معنی‌دار نگرش واحدهای مورد پژوهش، بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله است (جدول ۳). نتایج مطالعه هزاوه ای و همکاران (۱۳۹۳) بر روی رفتار خود درمانی در بین بیماران دیابتی نوع ۲ در شهر کرمانشاه

نتیجه آزمون تی زوجی جهت مقایسه درون گروهی نشان داد که در گروه مداخله میانگین نمره سازه‌های مدل بزنف فرد سوءرفتارکننده سالمندان بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$) ولی در فرد سوءرفتارکننده سالمندان گروه کنترل این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول ۴).

جدول ۴. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات سازه‌های مدل بزنف در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد مداخله

نتایج آزمون تی مستقل	گروه مداخله		نمرات سازه‌های مدل بزنف
	گروه کنترل	گروه مداخله	
	انحراف معیار و میانگین	انحراف معیار و میانگین	
			میانگین نمره اعتقاد
$P = 0/411$	$8/9 \pm 3/9$	$9/5 \pm 2/4$	قبل
$P < 0/001$	$8/5 \pm 3/6$	$11/3 \pm 1/6$	بعد
	$p = 0/069$	$P < 0/001$	نتیجه آزمون تی زوجی
			میانگین نمره نگرش
$P = 0/444$	$15/7 \pm 6/2$	$15/4 \pm 6/4$	قبل
$P < 0/001$	$15/7 \pm 5/9$	$24/3 \pm 3/2$	بعد
	$P = 0/253$	$P < 0/001$	نتیجه آزمون تی زوجی
			میانگین نمره نرم انتزاعی
$P = 0/417$	$12/1 \pm 4/1$	$12/8 \pm 3/1$	قبل
$P < 0/001$	$12/2 \pm 3/8$	$16/6 \pm 1/6$	بعد
	$P = 0/726$	$P < 0/001$	نتیجه آزمون تی زوجی
			میانگین نمره عوامل قادرکننده
$P = 0/099$	$2/2 \pm 1/1$	$1/8 \pm 1/1$	قبل
$P < 0/001$	$2/4 \pm 0/9$	$3/8 \pm 0/8$	بعد
	$P = 0/107$	$P < 0/001$	نتیجه آزمون تی زوجی

بحث

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر بوده و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران توجه به نوع برخوردها و مراقبت‌های ارائه شده به سالمندان نیز امر بسیار مهمی است که عمده‌تاً مورد غفلت قرار می‌گیرد (۲۳). سوءرفتار نسبت به سالمندان یکی از اشکال جدی و خطرناک خشونت خانگی است که در چند سال گذشته مورد توجه جوامع و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی قرار گرفته است (۲۴).

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر مدل بزنف بر سوءرفتار نسبت به سالمند در خانواده بود. نتایج

مهم‌ترین عامل در پیش‌بینی رفتار خود پایشی بیماران فشارخون مشخص کردند (۳۹). نتایج مطالعه حاضر با تحقیقات دیگران در زمینه مدل بزنف از جمله تأثیر آموزش در مراقبت از چشم بیماران دیابتی (۴۰)، رفتار شیردهی مادران (۳۰)، بهبود مهارت قاطعیت (۴۱) و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت (۱۹) همخوانی دارد. همچنین نمرات مربوط به سوءرفتار نسبت به سالمند در خانواده نیز در مرحله بعد مداخله نسبت به قبل افزایش معنی‌داری داشته است (جدول ۳). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدل بزنف در کاهش سوءرفتار نسبت به سالمندان مؤثر بوده است. هروی کریموی و همکاران (۱۳۸۳) در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر برنامه مشاوره با خانواده بر کاهش سوءرفتار روان‌شناختی نسبت به زنان سالمند شهر تهران پرداختند. نتایج مطالعه نشان‌دهنده تأثیر مثبت برنامه مشاوره با خانواده در کاهش سوءرفتار روان‌شناختی بود (۴۲). همچنین در مطالعه‌ای دیگر هروی کریموی و همکاران با بررسی اثربخشی برنامه مشاوره با خانواده در پیشگیری غفلت نسبت به سالمندان، به این نتیجه دست یافتند که برنامه مشاوره با خانواده به عنوان یک روش درمانی برای پیشگیری از غفلت نسبت به سالمندان مؤثر است (۴۳). به طور کلی در تحقیقات مداخله‌ای سلامت محور، استفاده از یک چارچوب نظری مفید می‌باشد؛ زیرا استفاده از مدل‌ها و تئوری‌های آموزش سلامت باعث کارایی هر چه بیشتر برنامه‌های مداخله‌ای می‌شود و یک رویکرد سازماندهی شده به مطالعه می‌دهد.

نتیجه گیری

با توجه به اینکه آموزش مبتنی بر مدل بزنف تأثیر معنی‌داری بر کاهش سوءرفتار نسبت به سالمندان در خانواده داشت، می‌توان از این برنامه آموزشی در برنامه ریزی‌های طولانی مدت جهت دست یافتن به نتایج بهتر استفاده کرد. زیرا این برنامه آموزشی کم هزینه و در دسترس می‌باشد و می‌تواند با اثرات مثبت در باور و نگرش مراقبین سالمندان باعث بهبود کیفیت زندگی هم مراقبین و هم سالمندان شود. همچنین از

بر اساس مدل بزنف نشان‌دهنده تأثیر این مدل بر تغییر نگرش و بهبود رفتارهای خوددرمانی می‌باشد (۲۹). شریفی‌راد و همکاران (۱۳۸۹) طی مطالعه نیمه تجربی روی ۸۸ مادر شیرده، پس از ۴ جلسه آموزش مبتنی بر مدل بزنف به این نتیجه رسیدند که این مدل با بهبود نگرش باعث بهبود رفتار فرد می‌شود (۳۰). از علل احتمالی همخوانی این مطالعات می‌توان به نوع مداخله آموزشی که برگرفته از سازه‌های مدل بزنف می‌باشد، اشاره کرد. مطالعه شارما و همکاران (۳۱) و اسلام و همکاران (۳۲) اشاره کرد که مداخله آموزشی ارائه کتابچه تغذیه صحیح، تغییر معنی‌داری بر نمره نگرش افراد مورد مطالعه ایجاد نکرد. بنابراین، حرکت از افزایش آگاهی به سمت ایجاد نگرش مثبت و در نهایت، رسیدن به انجام یک رفتار مطلوب، مسیری است که یک مداخله مؤثر باید بپیماید. نتایج حاصل از این مطالعه در مورد نرم‌های انتزاعی نشان می‌دهد که نمره به دست آمده در سازه مذکور، بعد از مداخله نسبت به قبل افزایش معنی‌داری پیدا کرده است. منظور از نرم‌های انتزاعی، نظرات و آرای افرادی که برای ما مهم هستند؛ نظیر: خانواده، دوستان و... (۱۹). افزایش نمره نرم‌های انتزاعی به دنبال مداخله آموزشی در سایر مطالعات نیز تأیید شده است از جمله مطالعات انجام شده توسط زارعی‌پور و همکاران (۳۳)، روشنایی و همکاران (۳۴)، شریفی‌راد و همکاران (۳۰)، جیحونی و همکاران (۳۵) و انا و همکاران (۳۶). دیگر یافته این مطالعه، تفاوت معنی‌دار در متغیر عوامل قادرکننده، قبل و بعد از مداخله بود (جدول ۴). عوامل قادرکننده که در کنار انگیزه و علاقه فرد در بروز یک رفتار مؤثرند مانند: پول، زمان، مهارت و غیره نقش به‌سزایی در کاهش یا افزایش خشونت و سوء رفتار با سالمند ایفا می‌کند. در همین راستا هیلوس (۳۷) در مطالعه خود عوامل قادرکننده و نرم انتزاعی را مهم‌ترین جزء پیش‌بینی‌کننده رفتار دانسته‌اند. صادقی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه خود باهدف "تعیین تأثیر آموزش بر اساس مدل بزنف بر عملکرد خودآزمایی پستان در زنان" نتیجه گرفتند که بعد از مداخله آموزشی نمرات بعد عوامل قادرکننده افزایش یافته بود (۳۸). رهائی و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود عوامل قادرکننده را

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه سالمندان گرامی و اعضای خانواده ایشان که اعتماد کرده و در مطالعه حاضر شرکت نموده‌اند تقدیر و تشکر می‌گردد. همچنین از حمایت‌های مادی و معنوی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

در این پژوهش تضاد منافع وجود نداشت

حمایت مالی

این طرح حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری است که با کد ۹۵۰۳۲۷ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد تصویب شده است.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد تحت عنوان "تأثیر آموزش مبتنی بر مدل بزنف بر سوءرفتار نسبت به سالمندان در خانواده" و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد مورخ ۱۳۹۶/۱۰/۲۶ به کد اخلاق شماره IR.MUMS.REC.1395.596 می‌باشد.

نتایج این پژوهش میتوان در زمینه ارتقاء دانش پرستاری و بهبود وضعیت آگاهی پرستاران، پرستاران سالمندی، پزشکان و کاهش سوءرفتار نسبت به سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشت و مقیم خانه های سالمندان از جمله در موارد زیر استفاده کرد.

محدودیت های پژوهش

در این مطالعه تنها سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مورد بررسی قرار گرفتند، لذا در تعمیم نتایج به سایر سالمندان باید احتیاط شود. بعلاوه منتشر نشدن مطالعه مشابه جهت مقایسه نتایج مطالعه نیز در بحث نتایج این مطالعه مشکل ایجاد کرده بود.

در این مطالعه یک مشکل بزرگ محل برگزاری جلسات آموزشی بود چراکه زمان‌هایی که شرکت کنندگان توان شرکت در جلسات را داشتند محل پیشنهادی مسؤل مرکز درگیر جلسات رابطین بهداشت بود و تعدادی از جلسات در محل اجاره شده خارج از مرکز برگزار شد.

از جمله پیشنهادات برای پژوهش‌های آینده بر اساس یافته های پژوهش میتوان به توصیه به بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر مدل بزنف در کاهش سوءرفتار سالمندان مقیم خانه سالمندان اشاره کرد.

* راهنمای رنگ‌ها:

مشارکت نویسندگان

۲۵٪ ≥ ۲۶ تا ۵۰٪ ۵۱ تا ۷۵ ۷۶٪ ≤

پاسخگویی	نهایی	بررسی	نگارش	تجزیه و	جمع آوری	طراحی طرح	مفهوم
به تمام جنبه‌های کار	سازي	انتقادی و ویرایش	پیش نویس اصلی	تحلیل و/یا تفسیر	و/یا پردازش داده‌ها	طراحی طرح	سازي

							ش. بهروز
							ر. مرتضوی نژاد
							ح. کریمی مونقی
							ح. زنده طلب
							ع. عمادزاده

References

- Salehi L, Selki S, Alizadeh L. Evaluation of health-related quality of life of elderly members aged care center in Tehran in 2009. *Iranian Journal of Epidemiology* 2012; 8(1):14-20.
- Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Montazeri A. Health-related quality of life among abused and non-abused elderly people: a comparative study. *Payesh (Health Monitor)*. 2013 Oct 15; 12(5):479-88
- Karimi S, Jjavadi M, Irvani M, Chavoshi E. Investigating health team viewpoints about cost-effective alternatives in elderly caring. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2013; 1(11): 71-83.
- Yazdani A, Fekrazad H, Sajadi H, Salehi M. Relationship between social participation and general health among the elderly. *J Kermanshah Uni Med Sci* 2015;18(10):599-606. (Persian)
- Selection Census Result of population and Housing 2011. Tehran, Iran statistics Center: Office of the President, Public Relations and Iranian Cooperation; 2012. Available from: <http://www.amar.org.ir>
- Tajvar M. Evaluation the health care of the elderly in Iran. *Set of Esfahan Aging articles and seminar*. 2004:292.
- Islamic Republic News Agency. (2007). Social; Elderly. (On-line). Available: <http://www.2irna.com/en/news/line-8.html>. Accessed June 3, 2007.
- Sheykhi M T. the Elderly and Family Change in Asia with a Focus in Iran: A Sociological Assessment. *Journal of Comparative Family Studies*. 2006; 37 (4): 583-588. (Persian).
- Heravi-Karimooi M. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire (PhD thesis). Tehran: Tarbiat Modares University; 2009.
- Kinsella K, Phillips DR. Global Aging: The Challenge of Success. *Population Bulletin*. 2005; 60(1). 5-17.
- Heravi Karimooi M, Jadid Milani M. Evaluation of Family Awareness about the Types of Abuse of Elderly Women in Tehran. 2005; 6(2): 105-110.
- Heravi Karimooi M, Anooosheh M, Foroughan M, Hajizadeh E, Sheykhi MT. The meaning of domestic elderly abuse concept. *Journal of Daneshvar*. 2010; 17:39-51..
- Zandi F, Fadaei F. Victimization of elderly. *Proceeding of the Second congress of Analysis of Geriatrics Issues in Iran*. Tehran: Andisheh Kohan; 2008. (Persian)
- World Health Organization. A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide. France: WHO 2008.
- Elderly Abuse Statistics. Available from: <http://www.statisticbrain.com/elderly-abuse-statistics/>
- Manoochechri, H, Ghorbi B, Hosseini M, Nasiri Oskuyee N. Degree and types of domestic abuse in the elderly referring to Parks of Tehran. *SBMU Faculty of Nursing & Midwifery Quarterly* 2009;18:37-43. (Persian)
- Tavakol K, Azimi S, Sharifirad G, Hoseini S. Attitude change toward child abuse after educating behavioral intention model to mothers referred to Falavarjan health homes in 2007-2008. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2008; 6(1):37-44.
- Khani Jeihooni A, Hatami M, Kashfi SM, Heshmati H. The Effectiveness of Education Based on BASNEF Model Program in Promotion of Preventive Behavior of Leishmaniasis among Health Workers and Families under Health Centers Coverage. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2012; 2(1):26-33.
- Zendehtalab H, Vaghei S, Emamimoghadam Z. Effect of intervention based on BASNEF model on quality of life in patients with type 2 diabetes. *Evidence Based Care*. 2013; 3(1):7-16.
- Heidarnia A. subjects in health education process. 1st ed. Tehran: Zmani Naser publication; 2003; 94-101.
- Foroughan M, Bakhtiyari F, Fakhrzadeh H, et al. Validation Of The Persian Version Of Abbreviated Mental Test (AMT) In Elderly Residents Of Kahrizak Charity Foundation. *Iranian journal of Diabetes and Metabolism*. 2014; 13(6): 487-494.
- Heravi-Karimooi M, Anooosheh M, Foroughan M, Hajizadeh E, Sheykhi MT. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire. *Iranian Journal of Ageing* 2010; 5, 7-21. (Persian)
- Vahdaninia M, Goshtasbi A, Montazeri A, Maftoun F. (Health related quality of life in an elderly population in Iran: a population based study (Persian)). *Payesh* 2005; 4:113.
- Lachs M, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet* 2004; 364:1263-1272.
- Noohi E, Khandan M, Mirzazadeh. Effective of Electronic Education on Knowledge Attitude and



- Self-Care in Patient's Diabetic Type 2 Refer to Diabetic Center of Kerman University of Medical Science. Iranian Journal of Nursing Research. 2011; 6(22):72-80. (Persian)
26. Hazavehei MM, Sharifirad GhR, Kargar M. The Comparison of Educational Intervention Effect Using BASNEF and Classic Models on Improving Assertion Skill Level. J Res Health Sci 2008; 8(1):1-11. (Persian).
27. Sharifirad G, Hazavehei SMM, Mohabi S. The effect of Educational program based on Health Belief Model on diabetic foot care. Int J Diab Dev Ctries 2007; 27: 18-23.
28. Rahaman KS, Majdzadeh R, Naieni KH, Raza O. Knowledge, attitude and practices (KAP) regarding chronic complications of diabetes among patients with type 2 diabetes in Dhaka. International journal of endocrinology and metabolism. 2017 Jul;15(3).
29. Hazavehei mm, Kabodi S, Rahimi M, Roshanaei Gh. Application of BASNEF Model in Analyzing Self-Treatment Behavior among Type 2 Diabetic Patients in 2014. Journal of Education and Community Health. 2015; 2(1): 38-49.
30. Sharifirad GR, Golshiri P, Shahnazi H, Barati M, Hasanzadeh A5, Charkazi AR, Moudi M. The impact of educational program based on BASNEF model on breastfeeding behavior of pregnant mothers in Arak. Arak Medical University Journal (AMUJ). 2010; 13(1): 63-70.
31. Sharma V, Singh V. Impact assessment of nutrition education programme on nutritional status of adolescent girls. J. Nutr. Food Sci. 2017;7(3):1-5.
32. Islam MS, Rahman SS, Kamruzzaman M, Raza MS, Saifuzzaman M, Aktar MJ, Hossain MS. Impact of nutrition education on nutritional status of adolescent girls in South-west Region of Bangladesh. American Journal of Nutrition and Food Science. 2015;2(1):1-6.
33. Zareipour MA, Sadeghi R, Sadeghi AR, Seyedi S. Factors Affecting the Smoking Behavior Based on the BASNEF Model in Male Students of Tehran University of Medical Sciences in 2009. Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia. 2011; 9(1): 23-29.
34. Application of the BASNEF Model in the Analysis of Self-Therapy Behavior among Patients with Type 2 Diabetes in Kermanshah, Iran. Journal of Education and Community Health. 2015; 2(1):38-49.
35. Khani jihoni A, Hazavehie SMM. Effect of educational programs based on BASNEF model on glycemic control in patients with Type II diabetes. Ijdd 2010; 10(1):67-75. (Persian).
36. Enah C, Sommers M, Moneyham L, Long CA, Childs G. Piloting an HIV prevention intervention for Cameroonian girls. J Assoc Nurses AIDS Care 2010; 21(6):512-21.
37. Hillhouse JJ, Turrisi R, Kastner M. Modeling tanning salon behavioral tendencies using appearance motivation, self-monitoring and the Theory of Planned Behavior. Health Educ Res. 2000; 15(4):405-14. 35.
38. Sadeghi R, Rezaeian M, Mohseni M. The Effect of an Educational Program Based on BASNEF Model on Breast Self- Examination Practice of 20-45 year-old Women in Sirjan City: A Training Trail Study. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2015; 14(9): 769-80. (Persian).
39. Rahaii Z, Baghianimoghadam M, Morovati sharifabad M. Predictors of self-monitoring based on BASNEF model of blood pressure in patients with hypertension. Pyesh. 2012; 11(5): 621-7. (Persian)
40. Hazavehei MM, Khani Jyhouni A, Hasanzade A, Rashidi M. The Effect of Educational Program Based on BASNEF Model on Diabetic (Type II) Eyes Care in Kazemi's Clinic, (Shiraz). Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2008; 10(2): 145-154.
41. Hazavehei SMM, Sharifirad GhR, Kargar M. The comparison of educational intervention effect using BASNEF and classic models on improving assertion skill level. Journal Research in Health sciences. 2008; 8(1):7-11.
42. Heravi-Karimooi M, Jadid Milani M, Faghihzadeh S. Effectiveness Of Family Counseling On Reduction Of Psychological Abuse Of Elderly Women In Tehran. Journal of the Life. 2005; 11(2): 79-86.
43. Heravi-Karimooi M. A survey on effects of family counselling on prevention of elderly neglect. Irn J Leg Med. 2003; 9(3):139-1.

