

درآمدی به جنبه‌های گوناگون سالمند آزاری

فاطمه زندی*

چکیده:

این مقاله تلاش می‌کند تا جنبه‌های گوناگون سالمند آزاری را از دیدگاه جرم‌شناختی بررسی کند. بدین منظور، و برای درک بهترین مفهوم و سهولت در مطالعه، جنبه‌های گوناگون این پدیده بر اساس دو معیار ماهیت و خاستگاه آن از هم تفکیک شده‌اند. سالمند آزاری براساس ماهیت آزار، به نوع آسیب وارد بر تمامیت جسمی یا روانی - عاطفی، یا اموال و دارایی‌های بزه‌دیده یا به نوع و ماهیت خود آسیب اشاره دارد. در حالی که سالمند آزاری براساس خاستگاه آزار، به محیط پیرامون بزه‌دیده و آسیب‌ها و زیان‌هایی که از آن ناشی می‌شوند، مربوط‌اند. در این میان، تعریفها، نمونه‌ها و نشانه‌های مختلف سالمند آزاری، مفاهیمی هستند که به منظور پی بردن به علل این پدیده، چگونگی پیش‌گیری از آن و کاهش آسیب‌ها و زیان‌های وارد بر سالمندان بزه‌دیده، مطرح می‌شوند.

واژگان کلیدی:

سالمند، سالمندان بزه‌دیده، سالمند آزاری، آزار، آزار جسمی، آزار روانی - عاطفی، سوءاستفاده مالی - مادی، آزار اجتماعی، آزار پزشکی، آزار جنسی، آزار خانگی، آزار مؤسسه‌ای، بی‌توجهی، سیاست جنائی افتراقی.

مقدمه

سالمندی حقیقتی زیست‌شناختی است که در تمام طول تاریخ وجود داشته است. کاهش سریع مرگ و میر همراه با رشد ضعیف زاد و ولد باعث شده است که جمعیت سالمندان در همه کشورها به سرعت افزایش یابد. امروزه مسائل و مشکلات سالمندان که با افزایش تعداد و نسبت آنان مرتبط است، به اندازه‌ای در میان ملل جهان اهمیت پیدا کرده است که سال ۱۹۹۹ میلادی سال بین‌المللی سالمندان نامیده شد. یکی از مشکلات مربوط به سالمندان، افزایش میزان آزار، خشونت و غفلت نسبت به آنهاست.

بر اساس ملاک‌های بین‌المللی بازتاب یافته در «اعلامیه سازمان ملل درباره اصول بنیادی عدالت برای بزه‌دیدگان و قربانیان سوء استفاده از قدرت»، بزه‌دیدگان سالمند را می‌توان چنین تعریف کرد: «سالمندانی که از رهگذر فعل یا ترک فعل ناقض قوانین کیفری از جمله قوانینی که سوء استفاده مجرمانه از قدرت را ممنوع کرده‌اند - به شکل فردی یا گروهی - متحمل آسیب، از جمله: آسیب جسمانی یا روانی، درد و رنج عاطفی، ضرر و زیان اقتصادی یا آسیب اساسی نسبت به حقوق بنیادی خود شده‌اند» [۲۰: ۹]. افزون بر این، رفتارهایی وجود دارند که از منظر قوانین کیفری دولت‌ها، جرم به حساب نیامده‌اند، ولی به شدت بر سالمندان و محیط پیرامون آنها تأثیر می‌گذارند. در نتیجه، پرداختن به آنها در کنار فعل‌ها یا ترک فعل‌های ناقض قوانین کیفری ضروری به نظر می‌رسد. این واقعیت از این مسئله نشئت می‌گیرد که سالمندآزاری اصولاً در نوشتگان حقوقی مفهوم‌سازی نشده و در بسیاری از موارد به منزله یک بزه مستقل جرم‌انگاری نشده است.

سالمندآزاری مفهومی بسیار عام‌تر از بزه‌دیدگی سالمندان دارد، اما تعریف‌های ارائه شده از مفاهیم بدرفتاری و بی‌توجهی به سالمندان آنچنان

گونه‌گون و گسترده بوده که تعریف سالمندآزاری را اغلب فاقد روشنی و دقت ساخته‌اند. یکی از مشکلات مشخص در این زمینه آن است که محققان و نویسندگان از جنبه‌ها و دیدگاه‌های علمی مختلفی به سالمندآزاری پرداخته‌اند. برای نمونه، عملکرد مأموران پلیس تحت تأثیر تعریف موجود سالمندآزاری در قانون کیفری قرار می‌گیرد، ولی یک کارگر یا کارمند خانه سالمندان به طور قریب به یقین تعریفی از آزار ارائه می‌دهد که رخدادهای گسترده‌ای در جامعه را تحت پوشش قرار دهد. نبود یک تلقی عمومی و مورد پذیرش در این زمینه، تعریف‌های متعددی را در مورد آزار و بی‌توجهی نسبت به سالمندان به وجود آورده که به بحث‌ها و مناقشه‌هایی نیز منتهی شده است. به نظر می‌رسد که تعریف شبکه بین‌المللی پیش‌گیری از سالمندآزاری کامل‌تر بوده و دربرگیرنده مفاهیم آزار و بی‌توجهی و غفلت است: فعل، ترک فعل یا عدم اقدام مناسب به صورت واحد یا مکرر، در هر رابطه‌ای که توأم با توقع اعتماد است و موجب آسیب یا ناراحتی و سلب آسایش سالمند شود [۲۹:۱۶]. باری، سالمند موجود انسانی کاملی است که با توجه به وضعیت جسمی و گاه روانی یا عاطفی، در برابر بزه و آزار، آسیب‌پذیری بیشتری داشته و در نتیجه، سزاوار توجه و تدابیری متفاوت با دیگر بزرگسالان است. گرایش‌های نوین جرم‌شناسی - به‌ویژه، بزه‌دیده‌شناسی - در چند دهه گذشته تحولی را در عرصه حقوق کیفری رقم زده است که به نام «حقوق کیفری فنی یا خاص» و در زبان سیاست جنائی، «سیاست جنائی افتراقی» شناخته می‌شود. حقوق فنی یا خاص از یک ارزش یا پدیده نو و در عین حال فنی به گونه‌ای تخصصی حمایت می‌کند؛ ارزش یا پدیده‌ای که در جامعه به اهمیت قابل توجهی برای حیات اجتماعی انسان‌ها، دولت‌ها و... دست یافته است. حقوق کیفری فنی در مقام حمایت از پاره‌ای دستاوردهاست که به دلیل

تخصصی و فنی بودن «حمایت کیفری ویژه‌ای» را همراه با اعمال سازوکارهای مناسب و به‌ناچار متفاوت، می‌طلبد. [۲:۲۴۵] در نتیجه نگرش ویژه به سالمندان بزه‌دیده که می‌توان آن را نوعی سیاست جنائی ویژه در قبال سالمندآزاری نامید، ایجاب می‌کند که چگونگی رفتار با آنها با چگونگی رفتار با دیگر بزرگسالان بزه‌دیده و آزاردیده یکسان نباشد. زیرا، سالمندان به علت ضعف جسمی و گاه روانی و ویژگی‌های دیگر ممکن است مورد سوءاستفاده دیگران قرار گیرند یا به ابزارهایی برای ارتکاب جرم تبدیل شوند. با وجود این، عدم مفهوم‌سازی این پدیده در نوشتگان حقوقی، و عدم جرم‌انگاری آن در قوانین کیفری مهم‌ترین مانع دست‌یابی به این سیاست جنائی افتراقی یا ویژه در قبال سالمندان بزه‌دیده است. از این رو، در وضعیت حاضر، برای هموار ساختن مسیر نیل به این مقصود، باید با ارائه تعریفی روشن و مشخص از منظر بزه‌دیده‌شناسی، گرد ابهام از چهره این پدیده مفهوم‌سازی نشده زدود و بدین منظور بر پایه مفهومی جرم‌شناختی از بزه، گونه‌های مختلف این پدیده را بررسی کرد.^۱

این مقاله نیز بر همین اساس می‌کوشد به تبیین و شناسایی جنبه‌های گوناگون سالمندآزاری در ذیل دو گفتار «گونه‌های آزاردیدگی سالمندان بر حسب ماهیت» و «گونه‌های آزاردیدگی سالمندان بر حسب خاستگاه پیردازد».

گفتار نخست: گونه‌های آزاردیدگی سالمندان بر حسب ماهیت

در این قسمت، مهم‌ترین گونه‌های سالمندآزاری که به نوع آسیب وارد شده بر

۱. همچنان که می‌دانیم، مفهوم جرم‌شناختی بزه، بر خلاف تعریف حقوقی یا قانونی آن، این پدیده را فراتر از فعل‌ها یا ترک فعل‌های منع شده در قوانین کیفری بررسی می‌کند. این مقاله نیز پدیده سالمندآزاری را در همین چهارچوب به منزله رفتاری ضداجتماعی که باید توسط حقوق کیفری جرم‌انگاری شود، تحلیل می‌کند.

تمامیت جسمی یا روانی - عاطفی یا اموال و دارایی‌های بزه‌دیده یا به نوع و ماهیت خود آسیب مربوط‌اند، مورد بررسی قرار می‌گیرند. این گونه‌ها عبارت‌اند از: آزار جسمی، آزار روانی-عاطفی، سوءاستفاده مالی-مادی، آزار اجتماعی، آزار پزشکی و آزار جنسی.

۱. آزار جسمی

آزار جسمی عبارت است از به‌کارگیری اجبار، زور فیزیکی، هرگونه آزار یا خشونت نسبت به سالمند که به آسیب بدنی یا هرگونه ناراحتی جسمی دیگر منتهی می‌شود.

سلامت از سرمایه‌های بسیار مهم فرد است. سطح بالای سلامت جامعه برای رشد اقتصادی و توسعه جامعه نقش اساسی دارد. ضرورت دارد که مزیت‌های بی‌شمار طول عمر سالم با همه انسان‌ها در میان گذاشته شود. در اثر تحلیل رفتن نیروی جسمی و روانی سالمندان، گونه‌گونی مشکلات ایجاد شده در دوران سالمندی امری کاملاً طبیعی به نظر می‌رسد. از این رو، شاید هیچ دوره‌ای از زندگی مانند سالمندی پر مسئله و نگران‌کننده نباشد. به همین دلیل، سالخورده‌گان برای سالم زیستن به سازگاری فراوانی نیاز دارند. مشکلات حسی (به‌ویژه دیداری و شنیداری)، مشکلات حرکتی^۱ (معمولاً درد مفاصل موجب عدم تحرک و خانه‌نشینی سالمندان می‌شود)، کاهش نیرو (به علت دگرگونی‌های فیزیولوژیکی بدن)، و بی‌خوابی برخی از مسائل این دوره‌اند. تأثیرهای آسیب دیدگی و ناتوانی اغلب به سبب برخوردهای قالبی و پندارهای سنتی درباره افراد ناتوان بیشتر می‌شود که ممکن است به کاسته شدن توان مورد انتظار و درپیش گرفتن سیاست‌هایی که اجازه بروز همه توان‌های سالمندان را

۲. برای نمونه، بر پایه برخی از پژوهش‌های اخیر، ۵۰ درصد سالمندان ایران دچار اختلال حرکتی اند [امیری

(فاطمه)، حذف سالمندان از تقویم زندگی، روزنامه ایران، ۲۷ دی ۱۳۸۳، شماره ۳۰۳۲، ص ۷].

نمی‌دهد، منتهی شود [۲۳: ۱۴].

آزار جسمی دربرگیرنده موارد زیر است (ولی به این موارد منحصر نمی‌شود): حمله ور شدن (با یک شیء یا بی‌آن)، کتک زدن، ضربه زدن، هل دادن، تکان دادن، سیلی زدن، لگد زدن، نیشگون گرفتن، سوزاندن، ایجاد محدودیت‌های بدنی (برای نمونه، بازداشتن از حرکت)، غذا دادن اجباری و محرومیت از غذا، جای گرم، لباس و راحتی.

یکی دیگر از یافته‌هایی که با موضوع سالمندآوری ارتباط پیدا می‌کند، به بحث سلامت فیزیکی سالمندان بازمی‌گردد. در این میان، برخی از سالمندان بیشتر در معرض خطر سوء تغذیه‌اند؛ از جمله، سالمندانی که از نظر فیزیکی از اجتماع جدا افتاده‌اند یا افرادی که تنها زندگی می‌کنند - به‌ویژه کسانی که همسر خود را به تازگی از دست داده - و به لحاظ اجتماعی جدای از دیگران‌اند، سالمندانی که اختلال‌های حسی یا مغزی دارند یا دچار بیماری‌های سیستمی مزمن‌اند و افرادی که بسیار پیر و فقیرند. برای نمونه، تحقیقی در مورد ۱۷۰ سالمند در تهران نشان داد که نیمی از سالمندان دچار فقر غذایی بوده و کمبود انرژی داشتند. یافته‌های این بررسی حاکی از آن‌اند که سالمندان تحت مطالعه از حیث بیشتر مواد مغذی کمبود داشته و در خطر بالای کمبودهای تغذیه‌ای و عدم تعادل‌اند [۲۵۴: ۱].

به هر حال، با شناسایی عوامل خطر بروز سوء تغذیه در این دوران که دربرگیرنده بیماری‌ها، تغذیه نامناسب، از دست دادن دندان‌ها، مشکلات اقتصادی - اجتماعی، مصرف داروهای مختلف و کاهش یا افزایش وزن است، می‌توان برای حفظ و ارتقای سلامت سالمندان برنامه‌ریزی‌های بهتری ارائه کرد. زیرا، اگر به نیازهای تغذیه‌ای سالمندان پاسخ مناسبی داده نشود و برای پیش‌گیری یا درمان مشکلات آنان اقدامی به عمل نیاید، زندگی بر آنان به

گونه‌ای فزاینده مشکل‌تر خواهد شد که خود می‌تواند زمینه بروز آنچه سالمندآزاری خوانده می‌شود علیه آنان را هموارتر سازد. در نتیجه، به منظور حفظ حداکثر ظرفیت کارکردی در سراسر زندگی و ارتقای مشارکت کامل سالمندان دچار ناتوانی، اقدام‌های زیر ضروری به نظر می‌رسد:

۱. توجه سیاست‌ها و برنامه‌های هماهنگ‌کننده‌ای که با افراد ناتوان سروکار دارند، به سالمندان مبتلا به ناتوانی؛

۲. در صورت لزوم اتخاذ سیاست‌های ملی متناسب با جنس و سن و نقشه‌ها و برنامه‌هایی برای درمان ناتوانی‌ها و پیش‌گیری از آنها و در این راه، توجه به عامل‌های محیطی و اجتماعی؛

۳. فراهم کردن خدمات توان‌بخشی جسمی و روانی برای سالمندان دچار ناتوانی؛

۴. تقویت برنامه‌های مردمی برای ارائه آموزش در مورد علت‌های ناتوانی و اطلاع‌رسانی درباره‌ی شیوه‌ی پیش‌گیری از آنها در همه‌ی عمر؛

۵. طرح‌ریزی استانداردها و محیط‌هایی که مساعد و خوشایند سالمندان بوده و به آنان در پیش‌گیری از بروز ناتوانی یا جلوگیری از بدتر شدن آن کمک می‌کنند؛

۶. تشویق ایجاد تغییر در محل زندگی سالمندان مبتلا به ناتوانی به صورتی که موانع حرکت آنان در خانه و وابستگی آنان به دیگران کمتر شود و نیز فراهم کردن مکان‌های عمومی، تسهیلات رفت‌وآمد و دیگر خدمات مورد نیاز سالمندان دچار ناتوانی؛

۷. فراهم کردن خدمات توان‌بخشی و مراقبت‌های مناسب و فناوری‌های کمک‌کننده برای همه‌ی سالمندان دچار ناتوانی بی‌هیچ‌گونه تبعیض از جمله برای قشرهای آسیب‌پذیرتر جامعه و نیز از نظر دارو یا فناوری‌های پزشکی به گونه‌ای که همه از جمله گروه‌های محروم‌تر جامعه از عهده هزینه‌های مالی

آن برآیند؛

۸. ایجاد توجه و حساسیت در کارفرمایان نسبت به آن دسته از سالمندان دچار ناتوانی که هنوز دارای توان کافی برای خلاقیت و تولید بوده و توان کار را همراه با مزد یا به شکل داوطلبانه دارند [۳۴: ۱۴].

۲. آزار روانی - عاطفی

آزار روانی و عاطفی عبارت است از هرگونه رفتار با سالمند که به تحمیل درد و رنج روانی و عاطفی یا فشار عصبی بروی منتهی شود و شرافت، هویت، آبرو و اعتماد به نفس وی را خدشه دار کند.

روان‌شناسی سالمندی، به منزله یک رشته مطالعاتی جدید، پس از روان‌شناسی کودک، در سال ۱۹۹۲ با مطالعه پدیده سالمندی، به عنوان نیمه دوم زندگی، مطرح شد و سال‌ها بعد، براساس یافته‌های تحقیقاتی گسترده، جنبه‌های این رشته پیش‌تر مورد بررسی قرار گرفت [۳: ۱].

دوره سالمندی مانند دیگر دوره‌های زندگی به اقتضای رشد سنی و زیستی و تحولات روانی افراد ویژگی‌ها و مسائل خاص خود را دارد. بی‌خوابی، فراموشی، (به علت تغییرات فیزیولوژیکی مغز به ویژه در حافظه کوتاه مدت)، کمبود درآمد (به علت از کارافتادگی و نداشتن شغل تمام وقت)، بازنشستگی (که نه تنها به کمبود درآمد، بلکه به از دست دادن نقش اجتماعی نیز منتهی می‌شود)، تنهایی، عدم توانایی تولید مثل (به ویژه در زنان به علت یائسگی)، استقلال فرزندان، کاهش سطح انگیزش (با این تصور که به مرگ نزدیک می‌شوند)، تغییر اجباری محل سکونت، از دست دادن عزیزان، افزایش وابستگی به دیگران و نگرش منفی نسبت به سالخوردگان از جمله مشکلات درخور توجه در این دوره‌اند. البته، نه تنها افراد با یکدیگر متفاوت‌اند، بلکه هر شخص سالمند به درجاتی تحت تأثیر تغییراتی است که در وی به وجود می‌آید.

به بیان دیگر، سالمندان تفاوت‌های میان فردی و درون فردی^۲ بسیاری بایکدیگر دارند. نتایج یک پژوهش انجام گرفته حاکی از آن است که نیازهای روانی قریب یک دوم (۴۴ درصد) از سالمندان برآورده نمی‌شود و همبستگی معناداری بین عدم برآورده شدن نیازهای روانی با سوء رفتار، غفلت، تجاوز به حقوق و عدم اوقات فراغت مطلوب در بین سالمندان وجود دارد [۱۷].

نبود دغدغه نسبت به مشکل سالمند آزاری روانی در میان روان‌شناسان و روان‌پزشکان در نوشتگان روان‌شناسان آشکار است. روان‌شناسانی که در زمینه بهبود کیفیت زندگی انسان‌ها مطالعه و کار می‌کنند، پرداختن به این مسئله را امر مهمی محسوب نکرده‌اند [۷:۴۶]. به هر حال، تشخیص بالینی نشانه‌ها و آثار روانی سالمند آزاری روانی — چه در فرد سالمند و چه در مرتکب آزار — ضروری است. فرد سالمند بزه‌دیده آزار روانی احساس محرومیت از حمایت احساسی، تنهایی، ترس و نداشتن جایگاه مشخص را دارد [۱۳:۳۷].

آزار روانی و عاطفی موارد زیر را در بر می‌گیرد (ولی به این موارد منحصر نمی‌شود): تحقیر کردن، خجالت زده کردن، سرزنش کردن، مسخره کردن، طرد کردن، فحاشی، تهدید کردن، ترساندن، دلوپس کردن، باج‌گیری، تعرض لفظی^۳، رفتار کودکانه با فرد سالمند، درانزوا و تنهایی قرار دادن، ندادن اطلاعات، دادن اطلاعات نادرست، محروم کردن از روابط عاطفی بدون دلیل معقول، مداخله در تصمیم‌گیری.

مسائل بهداشت روان در همه جای جهان از علت‌های عمده ناتوانی و

۳. تفاوت در الگوهای تغییر میان افراد را تفاوت‌های میان فردی و تغییرات یک فرد از جهت مقایسه رفتار واقعی با رفتار ظاهری را تفاوت‌های درون فردی می‌نامند [نوابی‌نژاد (شکوه)، روان‌شناختی سالمندان و روش‌های ارتقای سلامت روانی آنان؛ در: مجموعه مقالات سالمندی، جلد سوم، انتشارات گروه بانوان نیکوکار، چاپ اول، ۱۳۷۹، ص ۳].

کاهنده کیفیت زندگی است. به طور قطع، مسائل بهداشت روان از پیامدهای پیش‌گیری ناپذیر سالمندی نیست، ولی افزایش بسیار شمار سالمندان مبتلا به اختلال‌های روانی را می‌توان از سالمندی جمعیت ناشی دانست [۱۴:۳۶]. از دست دادن چیزهای مختلف و تغییرهایی که در زندگی روی می‌دهد، به گستره‌ای از ناخوشی‌های روانی منتهی می‌شود که اگر به درستی تشخیص داده نشوند، ممکن است به درمان ناقص یا درمان نشدن عارضه و به بقای بیهوده آن منتهی شود. راهکارهای برخورد با این اختلال‌ها دربرگیرنده دادن دارو، حمایت روحی، برنامه‌های آموزش شناخت، آموزش دادن افرادی از خانواده که مراقبت از سالمندان را بر عهده دارند، آموزش دادن کارکنان مراقب سالمندان و پیش‌بینی ساختارهای خاص برای بستری کردن آنان است. اقدام‌هایی که تا اندازه‌ای می‌توانند نیازهای سالمندان را در زمینه بهداشت روانی فراهم کنند، عبارت‌اند از:

۱. ایجاد راهکارهای مؤثر به منظور افزایش ارزیابی کیفی و تشخیص فراموشی و اختلال‌های وابسته به آن در مرحله‌های نخستین بیماری؛
۲. تنظیم برنامه‌هایی برای کمک به سالمندان مبتلا به فراموشی و ناخوشی‌های روانی ناشی از دیگر علل فراموشی؛ به گونه‌ای که، آنان مدت بیشتری در خانه خود بمانند و زندگی کنند و نیازهای بهداشتی آنان برآورده شود؛
۳. طرح‌ریزی و اجرای راهکارهایی ملی و محلی به قصد بهبود بخشیدن به پیش‌گیری، کشف به هنگام و درمان ناخوشی‌های روانی در سالمندان؛ مانند روش‌های تشخیص، داروهای مناسب، روان‌درمانی و آموزش کارکنان خدمات بهداشتی و مراقبت‌کنندگان غیررسمی؛
۴. طرح‌ریزی برنامه‌هایی برای روان‌درمانی اجتماعی به منظور کمک به سالمندان مرخص شده از بیمارستان؛

۵. ایجاد خدمات و تسهیلاتی برای عزت و وقار فردی برای برآورده شدن نیاز سالمندانی که از ناخوشی‌های روانی رنج می‌برند؛

۶. افزایش آگاهی عمومی جامعه درباره‌ی نشانگان، درمان، پیامدها و پیش‌آگهی ناخوشی‌های روانی؛

۷. ارائه‌ی آموزش به کارکنان خدمات بهداشتی درباره‌ی شناسایی و ارزیابی همه‌انواع ناخوشی‌های روانی و افسردگی.

۳. سوءاستفاده مالی - مادی

سوءاستفاده مالی - مادی سالمندان عبارت است از مجموعه‌ی اعمالی که به بهره‌برداری غیرقانونی یا نادرست از منابع مالی، اموال و سرمایه‌ی سالمند منتهی شود یا در روابط مالی و اقتصادی وی خلل ایجاد کند.

بازنشستگی معمولاً درآمد افراد سالمند را حدود پنجاه درصد پایین می‌آورد. کاهش درآمد ناامنی اقتصادی را موجب می‌شود [۶:۱۲۰] و ناامنی اقتصادی با از دست دادن ارزش شخصی ارتباط دارد. این امر خود نیز بر سازگاری افراد تأثیر منفی می‌گذارد. اگر افراد به طور نسبی دارای امنیت اقتصادی باشند، بهتر می‌توانند به فعالیت‌ها و سرگرمی‌های متناسب و مطلوب بپردازند و با خانواده و محیط پیرامون خود ارتباط و تعامل مثبت و بهتری برقرار سازند. [۸:۷۴] منابع مالی بر سلامت، امنیت و استقلال سالمند و بسیاری از انتخاب‌های وی در زندگی که می‌توانند با سلامت و امنیت جسمانی - روانی او ارتباط پیدا کنند، تأثیر می‌گذارد.

سوءاستفاده‌های مالی از سالمندان دربرگیرنده‌ی موارد زیر است (ولی، به این موارد منحصر نمی‌شود): خودداری از پول دادن به سالمندان از رهگذر فریب و نیرنگ (یا بی‌فریب و نیرنگ)، سوءاستفاده از اموال یا پول‌ها، فروش اجباری خانه یا سایر اموال، تغییر و تعویض اجباری وصیت‌نامه، سوءاستفاده در

سرپرستی از سالمند، وابستگی مالی، بهره‌کشی، نقد کردن چک‌های سالمند بدون اختیار و اجازه وی، جعل امضای وی، سرقت پول و دارایی وی، وادار کردن یا فریب وی در امضای هر گونه سند، استفاده نادرست از سمت قیمومت یا وکالت، و اجازه نداشتن سالمند در مدیریت امور مالی خود.

سن شاخص امید به زندگی در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و کشورهای دارای اقتصاد در حال گذار، از سن مقرر برای بازنشستگی فراتر می‌رود. در این کشورها، افزون بر آن، به دلیل کاهش میزان تولدها، شمار کم‌تری از افراد وارد بازار کار می‌شوند. این روند معمولاً با تبعیض سنی همراه است. [۱۴:۱۵] کمبود نیروی کار احتمالاً در نتیجه کاسته شدن از ذخیره افراد جوانی که وارد بازار کار می‌شوند، از سالخوردگی نیروی کار، و از گرایش به سوی بازنشسته شدن پیش از وقت ناشی می‌شود. در چنین شرایطی، سیاست‌هایی که ادامه اشتغال را امکان‌پذیر می‌کنند - مانند انعطاف‌پذیری در سن بازنشستگی، ترتیبات تازه برای کار، فراهم ساختن محیط‌های سازگارتر و توان بخشی حرفه‌ای برای سالمندان دچار ناتوانی - اهمیت اساسی یافته و امکان می‌دهند که سالمندان اشتغال همراه با درآمد را با دیگر فعالیت‌های خود همراه سازند.

عوامل مؤثر بر وضعیت زنان در بازار کار شایسته توجه خاص است؛ به ویژه از نظر عوامل تأثیرگذار بر آن دسته از کارهای زنان که با پرداخت مزد همراه است (مانند مزد کمتر، نبود ارتقای شغلی به علت قطع مکرر کار، اجبار در مراقبت از خانواده، توان زنان در برقراری حقوق بازنشستگی و دیگر منابع حمایتی دوران بازنشستگی و نبود سیاست‌های خانواده‌گرا درباره سازماندهی کار) این گونه دشواری‌ها را افزون‌تر می‌کند. فقر و درآمد کم در دوران کار کردن زنان در اغلب موارد به فقر آنان در دوران سالمندی منتهی می‌شود. بنابراین، یکی از هدف‌های

مهم رسیدن به گونه‌گونی سنی و تعادل جنسیتی در محیط‌های کار است. از جمله اقدام‌های تأثیرگذار بر کاهش فقر سالمندان عبارت‌اند از:

۱. توجه به سالمندان در سیاست‌ها و برنامه‌های کاهش فقر؛
۲. فراهم کردن دسترسی برابر به فرصت‌های اشتغال و تولید درآمد، دریافت اعتبار، بازار و سرمایه برای سالمندان؛
۳. توجه به نیازهای ویژه‌ی زنان سالمند، سالمندان سالخورده‌تر، سالمندان دچار ناتوانی و سالمندان تنها در تدوین راهبردهای فقرزدایی و اجرای برنامه‌های آن؛
۴. تشویق همکاری‌های بین‌المللی برای حمایت از کوشش‌هایی که کشورها با حفظ هدف‌های مورد توافق جهانی برای فقرزدایی به کار می‌بندند، در جهت استمرار حمایت اقتصادی و اجتماعی از سالمندان؛
۵. تقویت توان کشورهای در حال توسعه برای از میان برداشتن موانع مشارکت آنها در اقتصاد جهانی شدن در جهت کمک به این‌گونه کشورها در تلاش برای فقرزدایی به ویژه در میان سالمندان.

۴. آزار اجتماعی

آزار اجتماعی عبارت است از مجموعه رفتارها و اعمالی که موجب محرومیت سالمندان از حقوق و روابط اجتماعی می‌شود.

سهیم شدن سالمندان در امور اقتصادی و اجتماعی چیزی بیش از فعالیت اقتصادی آنان است. سالمندان اغلب نقشی حساس در خانواده‌ها و جامعه و مشارکت‌های بسیار با ارزش دارند که از دیدگاه اقتصادی سنجش پذیر نیست؛ برای نمونه، مراقبت از اعضای خانواده، تولید مؤثر برای امرار معاش، نگهداری از خانواده و کارهای داوطلبانه در جامعه. افزون بر آن، این نقش‌ها به بارآوری نیروی کار در آینده نیز کمک می‌کند. همه این مشارکت‌ها و نیز کارهایی که

به‌ویژه زنان در همه بخش‌ها انجام می‌دهند و در ازای آنها مزدی پرداخت نمی‌شود، نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

آزارهای اجتماعی سالمندان موارد زیر را در بر می‌گیرند (ولی، به این موارد منحصر نمی‌شوند): محرومیت از خدمات اجتماعی، جدا کردن سالمند از خانواده یا دوستان، جدا کردن سالمند از فعالیت‌های روزمره زندگی، رفتار همراه با سکوت، تنهایی یا انزوای اجتماعی اجباری.

مشارکت در کارهای اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، ورزشی، تفریحی و داوطلبانه به رشد و محافظت از سلامت شخصی سالمندان کمک می‌کند. سازمان‌های مربوط به افراد سالمند از راه ترویج و ارتقای کارهایی که در انجام دادن آنها چند نسل در کنار یکدیگر فعالیت می‌کنند، ابزاری مهم برای بالا بردن روحیه مشارکت خواهد بود [۱۴:۱۴].

اقدام‌های زیر به منظور مشارکت اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی سالمندان در جامعه ضروری به نظر می‌رسند:

۱. ایجاد فرصت‌ها و برنامه‌های حمایتی به منظور مشارکت سالمندان در جنبه‌های فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی زندگی و ارائه آموزش برای ادامه دادن به فعالیت‌ها؛

۲. بهره‌مند کردن سالمندان از همه حقوق انسانی و آزادی‌های اساسی از راه اجرای ملاک‌ها و مقررات حقوق بشر و مبارزه با هرگونه تبعیض؛

۳. تشویق و حمایت از مشارکت سالمندان در کارهای خانواده، جامعه و اقتصاد؛

۴. تأمین دسترسی یافتن سالمندان به اطلاعات برای تسهیل مشارکت افراد سالمند در کمک کردن به یکدیگر و به گروه‌های مرکب در جامعه؛

۵. ایجاد محیطی مناسب برای کار داوطلبانه در سنین سالمندی؛

۶. افزایش شناخت عمومی درباره نقش‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی و

تداوم مشارکت سالمندان در امور اجتماعی و کارهایی که در ازای آنها مزدی پرداخت نمی‌شود؛

۷. احترام به سالمندان و نادیده گرفتن ناتوانی آنان و سهم اندک‌شان در تولید اقتصادی؛

۸. برآوردن نیازهای سالمندان در همه سطوح و احترام به حق مسلم آنان در داشتن زندگی همراه با عزت؛

۹. ایجاد نگرش مثبت در میان کارفرمایان نسبت به ظرفیت تولیدی کارگران سالمند و ادامه به‌کارگیری آنان و افزایش توجه عمومی به ارزش سالمندان و خودآگاهی آنان در بازار کار؛

۱۰. تقویت مشارکت مدنی و فرهنگی به منزله راهبرد مبارزه با دورماندگی از جامعه و افزودن به میزان حمایت اجتماعی.

۵. آزار پزشکی

آزار پزشکی عبارت است از هرگونه رفتار در محدوده اعمال پزشکی، درمانی یا دارویی نسبت به سالمند که بدون خواست و رضایت وی یا قائم مقام قانونی وی انجام شده و به ایراد آسیب به سالمند منتهی شود.

حفظ و تداوم سلامت به چیزی بیش از اقدام‌هایی که بر سلامت فردی تأثیر می‌گذارند، نیاز دارد. سلامت به شدت تحت تأثیر عوامل اقتصادی، محیطی، اجتماعی، محیط فیزیکی و جغرافیایی و آموزش، شغل، درآمد، موفقیت اجتماعی، بهره‌مندی از حمایت اجتماعی، فرهنگ و جنسیت قرار دارد. بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی سالمندان سبب بهبود سلامت آنان نیز خواهد شد. در بسیاری از کشورها، بهره‌مندی از فرصت‌های برابر در همه زندگی زنان سالمند تحقق نیافته است. برای زنان، یک نگاه مشمول تأمین رفاه دوره سالمندی اهمیت ویژه دارد. زیرا، زنان در همه عمر با تنگناهایی روبه‌رو

هستند که بر زندگی اجتماعی، اقتصادی، جسمی و آسایش روانی آنان در سال‌های بعد تأثیر انباشتی دارد [۲۸: ۱۴].

برخی از نمونه‌های آزار پزشکی عبارتند از: مراقبت و سرپرستی نکردن از سالمند بیمار، تجویز یا کاربرد نادرست دارو (دارو ندادن، دادن داروی نامناسب، خودداری از دادن داروی تجویز شده و دادن دارو با وجود آثار سوء)، تحت درمان قرار ندادن سالمند بیمار، تهیه نکردن عینک و سمعک و تأمین نکردن دیگر نیازهای پزشکی.

در این میان، فراهم کردن دسترسی سالمندان به مراقبت‌های پیش‌گیری و درمانی و توان بخشی همانند دیگر گروه‌ها ضرورت دارد. در عین حال، خدمات مربوط به برآوردن نیازهای خاص سالمندان باید فراهم باشد و پزشکی سالمندان را به برنامه‌های مرتبط دانشگاه‌ها و نظام خدمات بهداشتی وارد کند. متأسفانه تعریف مناسبی از ارائه خدمات درمانی و بهداشتی به سالمندان در ایران وجود ندارد. [۲۱]. رئیس سازمان بهزیستی ایران یکی از مشکلات فعلی را کمبود پزشک متخصص طب سالمندی در کشور دانسته است به طوری که در کشور ما فقط دو نفر متخصص طب سالمندی وجود دارد. در حالی که برای نمونه در انگلستان با جمعیت مشابه ایران دوهزار نفر متخصص طب سالمندی به کار مشغول‌اند. همچنین رئیس اداره سلامت جمعیت خانواده وزارت بهداشت درباره مشکلات سالمندان ایرانی اعلام کرد که ۵۵ درصد سالمندانی که به عینک نیاز دارند به دلیل مشکلات مختلف به این وسیله به طور مناسب دسترسی نداشته و ۴۲ درصد سالمندان نیازمند دندان مصنوعی و ۷۵ درصد سالمندان نیازمند ویلچر و واکر نیز به این وسایل دسترسی ندارند. [۱۹] نتایج یک تحقیق در دانشگاه علوم پزشکی ایران نیز عدم درمان کم‌شنوایی را عاملی برای ایجاد اختلالات روانی از جمله افسردگی، خشم و اضطراب نشان داد. در

حال حاضر سالمندان زیادی به دلیل کم‌شنوایی نیازمند استفاده از وسایل کمک شنوایی از جمله سمعک هستند که به دلیل مشکلات مختلف از جمله تأمین هزینه‌های خرید این وسایل (هزینه‌های وسایل کمک شنوایی هنوز توسط بیمه‌های درمانی تقبل نمی‌شود) از آن استفاده نکرده و دچار مشکلات بسیاری ناشی از کم‌شنوایی خود می‌شوند. [۲۰]

سالمندان به آلودگی‌های مختلف محیطی بیش از سایر افراد حساسیت دارند و آلودگی‌های اندک نیز بر آنان تأثیر بدی می‌گذارد. شرایط ناشی از آلودگی محیط خلایقیت آنان را کاهش می‌دهد و بر کیفیت زندگی‌شان تأثیر منفی می‌گذارد. بد غذایی و کم غذایی نیز سالمندان را به نسبتی بیشتر در مخاطره می‌نهد و بر سلامت و حیات آنان اثر منفی می‌گذارد. مهم‌ترین علت‌های بیماری، ناتوانی و مرگ سالمندان را می‌توان از راه ارتقای سلامت و پیش‌گیری از بیماری‌ها که تأکید خود را بر تغذیه، فعالیت جسمی، ترک سیگار و الکل قرار می‌دهد، کاهش داد [۲۹: ۱۴].

اقدام‌هایی که تا اندازه‌ای می‌توانند خطر ابتلای سالمندان به بیماری را کاهش دهند و روند بهبودی آنان را در انواع بیماری‌ها و ناتوانی‌ها سریع‌تر کرده و در نتیجه، احتمال وابسته شدن افراد را در دوران سالمندی کمتر کنند، عبارت‌اند از:

۱. اقدام در مورد مهم‌ترین عامل‌های خانوادگی، محیطی، اجتماعی و اقتصادی که به بیماری و ناتوانی در سال‌های بعدی عمر می‌انجامد؛
۲. در صورت لزوم، ایجاد شرایطی که خانواده‌ها و جامعه مراقبت و محافظت از افراد سالمند را بر عهده گیرند؛
۳. ایجاد بسیج اطلاع‌رسانی عمومی برای کاستن از احتمال تماس با آلاینده‌های محیط در سراسر زندگی؛

۴. تأکید بر خطرهای شناخته شده‌ی ناشی از رژیم غذایی ناسالم، کم حرکتی جسمی، سیگار کشیدن و نوشیدن الکل در برنامه‌های ارتقای سلامت، آموزش بهداشت و سیاست‌های پیش‌گیری؛
۵. ارتقای استفاده درست از همه داروها از راه نظم بخشیدن به آموزش در مورد استفاده نابجا از داروهای تجویز شده با مشارکت صنایع دیگر و افراد حرفه‌ای مرتبط با این موضوع؛
۶. مداخله‌های زودهنگام برای پیش‌گیری از بیماری و ناتوانی سالمندان یا به تأخیر انداختن شروع بیماری و ناتوانی؛
۷. تطبیق استانداردهای کشوری با استانداردهای بین‌المللی برای تأمین ایمنی و پیش‌گیری از حوادث در سنین سالمندی؛
۸. وضع شاخص‌های آماری درباره بیماری‌های شایع دوران سالمندی به منظور جهت دادن به سیاست‌های ناظر به پیش‌گیری از بیماری؛
۹. آموزش سالمندان و افراد مسئول مراقبت از سلامت جامعه و سالمندان درباره نیازهای تغذیه‌ای خاص آنان (از جمله، خوردن آب کافی، ویتامین، پروتئین و مواد معدنی)؛
۱۰. ارتقای خدمات دندان پزشکی به نوعی که سالمندان از عهده هزینه‌های آن برآیند؛
۱۱. دسترسی به داروهای اساسی و دیگر موازین درمانی به‌ویژه برای سالمندان تهیدست و آنانی که در منطقه‌های روستایی و دوردست زندگی می‌کنند؛
۱۲. اجرای تعهدات بین‌المللی به منظور دسترسی افراد سالمند به مراقبت‌های اولیه بهداشتی بی‌هیچ گونه تبعیض سنی یا تبعیض‌های دیگر؛
۱۳. آموزش اصول و مبانی پزشکی سالمندان به کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی و مددکاران اجتماعی.

۶. آزار جنسی

آزار جنسی عبارت است از هرگونه رفتار که به امیال و اعمال مشروع جنسی سالمندان خدشه وارد کند و نیز هر نوع تماس جنسی با سالمندی که رضایت نداشته یا ناتوان از اعلام رضایت است.

کوشش سالمندان برای فرونشاندن تمایلات جنسی اغلب بی‌فایده است. جامعه سالمندان را محکوم می‌کند که دور از تمایلات جنسی و به اصطلاح عقیف و پاکدامن بمانند. ولی، انسان سالمند اغلب به دنبال تجربه‌هایی است که تکرار آنها امکان ندارد. او زیر فشار افکار عمومی قرارداد آرمانی‌ای را که جامعه به بهانه کاهش فعالیت‌های جنسی به وی پیشنهاد می‌کند، می‌پذیرد؛ او از رسوایی و جنجال و به بیان ساده‌تر از تمسخر و استهزای دیگران می‌ترسد؛ برده چیزی می‌شود که ممکن است دیگران درباره‌اش بگویند؛ دستورهای شایستگی و اصول پرهیزگاری و عفت را که از جامعه تحمل می‌کند، در وجود خود درونی کرده و آنها را می‌پذیرد؛ از امیال درونی خود احساس شرم کرده و داشتن چنان امیالی را منکر می‌شود؛ از اینکه با داشتن روابط، مناسبات و عشق‌های قانونی چون پیرمردی هرزه و شهوت‌پرست یا پیرزنی بی‌شرم در انظار جلوه کند، پرهیز می‌کند؛ و با جاذبه‌ها و کشش‌های جنسی پیکار می‌کند؛ تا جایی که آنها را به منطقه ناخودآگاه وجدان خویش روانه می‌سازد.^۵

آزار جنسی موارد زیر را دربر می‌گیرد (ولی، به این موارد منحصر نمی‌شود): تماس ناخواسته، انواع تعرض جنسی یا ضرب و جرح جنسی، تجاوز جنسی،
۵. در بیست و دومین کنگره انجمن پزشکی آمریکا، دکتر رانسیمان (Runciman) نتیجه تحقیقاتی را که روی دویست نفر ۴۰ تا ۸۹ ساله اجرا کرده بود، ارائه کرد. وی به این نتیجه رسید که عوامل روان‌شناسانه مانع فعالیت‌های جنسی در سالمندان می‌شود. [دوبار، سیمون؛ کهنسالی؛ ترجمه: طوسی (محمدعلی)، جلد دوم، چاپ پنجم، انتشارات شب‌ویز، ۱۳۷۴، ص ۵۱۸].

برهنگی اجباری، عکس برداری آشکار جنسی، تحت فشار یا انزوا قرار دادن امیال مشروع جنسی.

همان گونه که از ظاهر امر پیداست، با توجه به تفاوت در سرنوشت زیستی و پایگاه اجتماعی، وضع مردان به طور کامل متفاوت با وضع زنان است. مردان توجه کمتری به آرای عمومی دارند و این بی توجهی با پایین رفتن مرتبت فرد در میزان درجه بندی اجتماعی افزایش می یابد. در عوض، مردان کمتر سال های آخر عمر خود را در تنهایی طی می کنند و زنان بیشتر به تنهایی که منشأ بسیاری از حالت های نامتعادل روانی سالمندان از قبیل افسردگی، خودکشی و نومیدی شدید است، گرفتار می شوند. البته، ناگفته نماند که ازدواج دوباره در سنین پیری به قدرت سازگاری و انعطاف پذیری بسیاری نیاز دارد. اگر دو نفر که قرار است با یکدیگر ازدواج کنند به خوبی همدیگر را نشناسند، نمی توانند با یکدیگر کنار آمده و نقش های جدید خود را بپذیرند و خود را با سایر تغییرات ناشی از سالمندی هماهنگ کنند. ولی، آنچه را این بحث به چالش کشیده است، نوع نگاه و عقاید جامعه و عموم مردم به سالمندان است.

گفتار دوم: گونه های آزار دیدگی سالمندان بر حسب خاستگاه

از آنجا که بخش عمده ای از آزارهایی که بر سالمندان وارد می شود از محیط پیرامون آنها نشئت می گیرد، گونه شناسی این دسته آزارها را به طور جداگانه باید مطالعه کرد. مهم ترین گونه های سالمند آزاری در این دسته عبارت اند از: آزارهایی که در پی پدیده خشونت خانگی یا دیگر شکل های خشونت در محل زندگی یا سکونت (نگهداری) سالمندان رخ می دهند که آنها را تحت سه عنوان آزار خانگی، آزار مؤسسه ای و بی توجهی می توان به شرح زیر بررسی کرد.

۱. آزار خانگی

سالمند آزاری خانگی معمولاً به آن دسته از گونه‌های سوء رفتار با سالمندان اطلاق می‌شود که مرتکب آن دارای رابطهٔ نسبی یا سببی خانوادگی یا روابط ویژه دیگری با فرد سالمند است؛ مانند همسر، برادر، خواهر، فرزند، دوست یا مراقب در خانه فرد سالمند یا منزل فرد مراقب.

این نوع آزار به این دلیل آزار خانگی نامیده می‌شود که بیشتر در محیط خانه صورت می‌گیرد تا در مؤسسه‌ها و سازمان‌هایی از قبیل آسایشگاه‌ها، و ممکن است آسیب‌هایی را از قبیل آسیب جسمی، پزشکی، روانی و عاطفی، جنسی، اجتماعی و مالی برای فرد سالمند موجب شود.

۲. آزار مؤسسه‌ای

آزار مؤسسه‌ای نسبت به سالمندان عبارت است از هرگونه فعل یا ترک فعل نسبت به سالمند ساکن یک مؤسسه که موجب ایراد آسیب - اعم از آسیب جسمی، پزشکی، روانی، جنسی، اجتماعی و مالی - نسبت به وی می‌شود. عبارت مؤسسه معمولاً به قلمرو گسترده‌ای از مکان‌ها مانند بیمارستان‌ها، آسایشگاه‌های مراقبت بلندمدت، مراکز پرستاری و خانه‌های سالمندان اطلاق می‌شود. [۱۰:۳۷] البته، این توضیح لازم است که آزار دهنده سالمند در یک مؤسسه می‌تواند شخصی به جز فرد مورد اعتماد سالمند مانند عضو خانواده یا دوست باشد. [۱۲:۴] سالمندان ساکن در مؤسسه‌ها نسبت به سالمندانی که در خانواده و خانه زندگی می‌کنند، نسبت به انواع آزارها آسیب‌پذیرتر و حساس‌ترند. زیرا، آنان نیازمند محیطی امن و آرام‌اند. همچنین، مؤسسه‌ها می‌توانند صحنهٔ آزار و غفلت نظام‌مند باشند که دربرگیرنده موقعیت‌های خطرناکی است که به واسطهٔ رویه‌های داخلی مؤسسه‌ای که ظاهراً برای فراهم کردن آسایش و مراقبت طرح‌ریزی شده‌اند، ایجاد یا تجویز

و تسهیل شده‌اند. [۱۰:۱۲] برای نمونه نتایج تحقیقات محققان دانشگاه علوم پزشکی شیراز نشان می‌دهد که ۳۶/۳۶ درصد از مردان و ۵۷/۶۹ درصد زنان ساکن در آسایشگاه معلولین و سالمندان شیراز از عفونت‌های ادراری بدون علائم رنج می‌برند. [۱۸]

آزار مؤسسه‌ای نسبت به آزار خانگی کمتر مورد پژوهش قرار گرفته است؛ شاید بدین علت که سالمندان کمتری در مؤسسه‌ها زندگی می‌کنند. برای نمونه، حدود ۷ درصد سالمندان در آسایشگاه‌های کانادا زندگی می‌کنند. [۴:۴۰] مطابق برخی استدلال‌ها علت بی‌توجهی به آزار مؤسسه‌ای آن است که آزار به منزله یکی از شکل‌های خشونت خانگی در نظر گرفته شده است، در نتیجه، این امر مانع مطالعه آزار مؤسسه‌ای به شکل مستقل می‌شود. [۱۱:۴۷]

با وجود این، شواهدی وجود دارد که رفتار آزاردهنده یکی از جنبه‌های گسترده و همیشگی در زندگی مؤسسه‌ای است. [۵:۱۷۰] گاهی اتفاق می‌افتد که سالمند به شکلی اضطراری به بیمارستان یا آسایشگاه آورده می‌شود، اما برای همیشه در آنجا می‌ماند و دیگر هیچ‌وقت به خانه‌اش برنمی‌گردد. هنگامی که سالمند از نظر جسمی یا روانی در وضعیتی باشد که به مراقبت ۲۴ ساعته نیاز دارد، آوردن وی به بیمارستان یا آسایشگاه طبیعی است. ولی، وقتی در نتیجه اطلاعات ناقص اجتماعی یا پزشکی این پذیرش و نگهداری دائم می‌شود، سالمند احساس می‌کند که رها شده، فریب خورده یا مورد سوءرفتار قرار گرفته است.

۳. بی‌توجهی

بی‌توجهی عبارت است از رفتار زیان‌آور عمدی یا غیرعمدی پرستار یا مراقب رسمی یا غیررسمی که سالمند به وی اعتماد کرده و به خودداری یا کوتاهی در

فراهم کردن لوازم زندگی مانند آب، غذا، پوشاک، مسکن، بهداشت شخصی، دارو، آسایش، امنیت شخصی و دیگر لوازم برای سالمند منتهی می‌شود. بی‌توجهی غیر عمدی شامل کوتاهی مراقب در انجام وظیفه خود است. بی‌توجهی عمدی هنگامی است که مراقب آگاهانه و از روی عمد در فراهم کردن نیازهای سالمند کوتاهی کرده و به ایراد آسیب‌های مختلف به وی منتهی می‌شود. بی‌توجهی به خود نیز به رفتاری اطلاق می‌شود که خود سالمند انجام داده و سلامت و امنیت وی را به مخاطره می‌اندازد. چنین رفتاری هنگامی رخ می‌دهد که سالمند از تدارک لوازم زندگی برای خود خودداری کرده یا در آن کوتاهی کند. البته، این تعریف موقعیت‌هایی را که سالمند دارای اهلیت روانی آگاهانه تصمیمی داوطلبانه برای انجام کاری اتخاذ می‌کند که امنیت وی را تهدید می‌کند، دربر نمی‌گیرد.

بی‌توجهی فعال^۶ عبارت است از خودداری از انجام تکالیف مراقبتی یا کوتاهی در انجام آنها به گونه‌ای که نتیجه تلاش آگاهانه و عمدی مرتکب برای تحمیل فشار جسمی یا روحی یا مالی بر فرد سالمند است. [۶۹:۱۵] مهم‌ترین مصداق‌های بی‌توجهی فعال عبارت‌اند از: خودداری از مراقبت سالمند، پی‌گیری نکردن معالجات پزشکی، خودداری از فراهم کردن نیازهای ضروری سالمند از قبیل بهداشت، لباس و غذا، و بی‌توجهی نسبت به سرقت اموال سالمند.

بی‌توجهی منفعل^۸ عبارت است از پرهیز از انجام تکالیف مراقبتی یا کوتاهی در انجام آنها که نتیجه تلاش آگاهانه و عمدی مرتکب برای تحمیل فشار جسمی یا روحی یا مالی بر سالمند نیست. [۷۰:۱۵] در این نوع سوءرفتار،

6. self-neglect

7. active neglect

8. passive neglect

مشکل آشکارا و به آهستگی به وجود آمده و گسترش می‌یابد و به‌ویژه هنگامی رخ می‌دهد که فرد به یک بیماری پیش‌رونده مانند آلزایمر یا اسکیزوفرنی مزمن مبتلا می‌شود. در این میان، اغلب یک اختلال شخصیتی نیز به وجود می‌آید که به انزوای سالمند منتهی می‌شود. [۷:۵۳] بدین ترتیب، اگرچه ممکن است اعضای خانواده و دیگران در مقام کمک برآیند، حسن نیت آنان به زودی از میان می‌رود و این وضع به رها کردن سالمند به حال خود، عدم تهیه غذا و مراقبت‌های بهداشتی منتهی می‌شود که می‌تواند دلیلی از قبیل عدم آگاهی کافی، تنبلی، بیماری مراقب یا تردید در اهمیت خدمات تجویز شده داشته باشد.

نتیجه‌گیری

آزار و بزه دیدگی سالمندان پدیده‌ی جدیدی نیست، آنچه تازگی دارد تلاش برای آگاهی از دلیل وقوع این پدیده، پیش‌گیری از آن، مفهوم‌سازی آن در نوشتگان حقوقی و جرم‌انگاری آن در قوانین کیفری برای حمایت ویژه از سالمندان آزار دیده است. سالمند آزاری از نوع روابط میان افراد، خانواده، ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی، برتری‌ها و هدف‌ها، فقر و بیکاری، نارسایی تدابیر اجتماعی و قوانین ناشی می‌شود. رویکرد سیاست جنائی ویژه در قبال سالمندان که در برخی از کشورها مانند فرانسه – به‌ویژه در سطح سیاست جنائی تقنینی – تعریف و اجرا می‌شود و در برخی کشورها مانند ایران وارد سیاست جنائی نشده است، در اسناد بین‌المللی مانند طرح بین‌المللی اقدام در مورد سالخورده‌گان ۱۹۸۲ معروف به طرح وین یا برنامه عمل بین‌المللی سال ۲۰۰۲ درباره سالمندی مورد تأکید قرار گرفته و شایسته است مورد توجه قانون‌گذار ایران نیز قرار گیرد. برای نمونه فقط سه ماده از قانون

مجازات اسلامی ایران به شکل مستقیم (مواد ۲۰۶، ۲۷۱ و ۶۴۲)^۹ و دو ماده به شکل غیرمستقیم (مواد ۵۹۶ و ۶۳۳)^{۱۰} به حمایت کیفری ویژه از سالمندان پرداخته اند که نمی توانند نشانگر سیاست جنائی ویژه ای در قبال سالمندان باشند. خدمات مشاوره ای، حمایت طی تحقیقات درباره جرم، حمایت طی تعقیب و محاکمه، حمایت پس از تصمیم گیری درباره پرونده، آموزش ضابطان دادگستری و دیگر افرادی که با بزه دیده در ارتباط اند، آگاه کردن بزه دیده از حقوق و مسئولیت های خود، احترام به شأن و منزلت وی، جبران خسارت و مانند آن از حداقل حقوق بزه دیده اند که فرایند عدالت ملزم به رعایت آنهاست. در این میان، در مقررات آیین دادرسی کیفری ایران تدابیر حمایتی ویژه ای برای بزه دیدگان سالمند که به شدت نیازمند این حمایت ها، هستند پیش بینی نشده است. باری، شناسایی علل سالمند آزاری و حذف یا کاهش آنها می تواند در کاهش این پدیده ضد اجتماعی تأثیر بسیاری داشته باشد. در اولویت قرار دادن سیاست های

۹. در مواد ۲۰۶-ج و ۲۷۱-ج قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۰، «پیری» یکی از ملاک های آسیب شناختی در رکن مادی جرائم قتل، قطع یا جرح عضو در حکم عمد شناخته شده است. ماده ۶۴۲ قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۵ نیز عدم تأدیه نفقه اشخاص واجب النفقه را با شرایطی جرم انگاری کرده است. تردیدی نیست که سالمندان هم می توانند جزء اشخاص واجب النفقه مندرج در این ماده باشند. ماده ۱۱۹۶ قانون مدنی (که نفقه ابوین را با رعایت الاقرب فالاقرب به عهده اولاد و اولاد اولاد گذاشته است) و نظریه های ۷/۳۳۹۴ - ۱۳۸۲/۵/۱۱ - ۷/۶۳۲۴ - ۱۳۸۳/۸/۲۱ و ۷/۸۳۱۸ - ۱۳۸۳/۱۱/۵ اداره حقوقی قوه قضائیه نیز مؤید این مطلب اند. ر.ک: مجموعه قانون مدنی، اداره کل تدوین و تنقیح قوانین و مقررات [تهیه و تنظیم]، ریاست جمهوری: معاونت حقوقی و امور مجلس، چاپ ششم، تابستان ۱۳۸۴، صص ۳-۳۹۱.

۱۰. ماده ۵۹۶ قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۵، سوء استفاده مالی از ضعف نفس شخصی ... یا حوائج شخصی افراد غیر رشید را جرم انگاری کرده است که سالمندان را نیز می توان یکی از افراد مورد حمایت در آن به شمار آورد. ماده ۶۳۳ همان قانون نیز که رها کردن شخصی که قادر به محافظت از خود نیست در یک محل خالی از سکنه را جرم خاصی شناخته است نمونه دیگری است که یکی از مصداق های آن می تواند سالمندان باشند.

فقرزدایی در برنامه‌های دولت، آموزش همگانی در مورد نیازها و ویژگی‌های سالمندان، وجود سیستم‌های جبران خسارت دولتی، تحت پوشش قرار دادن تمام سالمندان به وسیله خدمات تأمین اجتماعی و پرداخت مستمری، کاهش خشونت خانوادگی و اجتماعی و... تأثیر بسزایی در کاهش سالمندآزاری و بهبود وضعیت آنها دارد. نهایت آنکه تنظیم حقوق کیفری سالمندان و به تبع آن سیاست جنائی ناظر به سالمندان در سطوح تقنینی، قضائی، اجرائی و مشارکتی به ویژه از رهگذر جرم‌انگاری آزارهای علیه سالمندان، تشدید ضمانت اجراها یا تعیین آیین دادرسی ویژه و نیز جلب همکاری جامعه مدنی برای حمایت از حقوق سالمندان آسیب‌پذیر ضرورتی انکارناپذیر است که در پیش‌گیری از بروز بسیاری از آزارها علیه سالمندان می‌توانند مؤثر باشند.

فهرست منابع

۱. رکوعی (لامیا)، کیمیاگر (مسعود)، بررسی وضع تغذیه سالمندان ساکن شهر تهران در سال ۱۳۷۶. در: مجموعه مقالات سالمندی، انتشارات گروه بانوان نیکوکار، تهران، چاپ اول، ۱۳۷۹، جلد سوم.
۲. نجفی ابرندآبادی (علی حسین)، سیاست جنائی؛ در: علوم جنائی (گزیده مقالات آموزشی برای ارتقاء دانش دست‌اندار کاران مبارزه با مواد مخدر در ایران)، انتشارات سلسبیل، تهران، چاپ اول، ۱۳۸۴، جلد دوم.
۳. نوایی نژاد (شکوه)، روان‌شناختی سالمندان و روشهای ارتقای سلامت روانی آنان، در: مجموعه مقالات سالمندی، انتشارات گروه بانوان نیکوکار، تهران، چاپ اول، ۱۳۷۹، جلد سوم.

4. Beaulieu, M.; and BÅlanger, L.; ***Intervention inlong Term Care Institutiuns with Respect to Elder Mistreatment***; In M.J. Maclean (Ed.), *Abuse and Neglect of Older Canadians: Strategies for change*. Toronto, On: Thompson Educational Publishing, 1995.
5. Beaulieu, M.; and Tremblay, M.J; ***Abuse and Neglect of Older Adults in institutional Settings***; Discussion Paper Building from French language Sources. Ottawa, On: Health Canada, 1995.
6. Bon, M.; Gregory, J.; Gill, B.; Ladder, D.; ***Retirement and Retirement plans***; H,Mso. London, 1992.
7. Decalmer (Pcter), ***Clinical Prersrtation***, in: *The Mistreatment of Elderly People*, Sage Publication, London, Newbury Park, New Delhi, 1993.
8. Gaullier, X.; ***Economic Crisis And Old Age***; *Old Age Policies in Feance, Agcing and Society*, 1982.
9. Guide for Policy Makers on the Implementation of the United Nations ***“Declaration of Basic Principles of Justice for Victims of Crime and Abuse of Power”***; NewYork, Centre for Human Rights United Nations, Geneva, 1994.
10. McDonald, L.; ***Abuse and Neglect of elders***; In J.E. Birren (Ed), *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging, and the Aged*. Volume 1. San Diego, Ca: Academic Press, 1990.
11. Phillipson, C.; ***Abuse of Older People: Sociological Perspectives***; in P.Decalmer and F.Glendenning (Eds), *The Mistreatment of Elderly People*. London, England: Sage Publications, 1993.
12. Spencer, C.; and Beaulieu; ***Abuse and Neglect of Older Adults in Institutional Settings***; A Discussion Paper Building from English language sources. Ottawa, On: Health Canada, 2003.
13. Tomlin, S.; ***Abuse of Elderly People: An Unnecessary and Preventable Problem***; London, British Geriatrics Society, 1989.
14. United Nations; ***International Plan of Action on Ageing 2002***; New York, 2003.

15. Wolf, R. S; and Pillemer, K.A; *Helping Elderly Victims: The Reality of Elder Abuse*; New York: Columbia University Press. 1989.
16. World Health Organization; *Active Ageing A Policy Framework*; World Health Organization to Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, 2002.
17. WWW.aakharazi. blogfa.com
18. WWW.Aftab.ir.com
19. WWW.hamshahri.org
20. WWW.medisna.ir.com
21. WWW.server30.irna.com