

Accepted Manuscript

Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)

Title: The Lived Experience of the Elderly with Obsessive-Compulsive Disorder: A Qualitative Study

Authors: Sedigheh Afshar¹, Fahimeh Namdarpour^{1,*}, Mohamadreza Abedi¹

1. *Department of Counseling, Faculty of Humanities, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.*

***Corresponding Author:** Fahimeh Namdarpour, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran. Email: namdarpour@iaukhsh.ac.ir

To appear in: **Salmand: Iranian Journal of Ageing**

Received date: 2024/02/04

Revised date: 2024/09/21

Accepted date: 2024/09/22

First Online Published: 2024/09/26

This is a “Just Accepted” manuscript, which has been examined by the peer-review process and has been accepted for publication. A “Just Accepted” manuscript is published online shortly after its acceptance, which is prior to technical editing and formatting and author proofing. Salmand: Iranian Journal of Ageing provides “Just Accepted” as an optional service which allows authors to make their results available to the research community as soon as possible after acceptance. After a manuscript has been technically edited and formatted, it will be removed from the “Just Accepted” Website and published as a published article. Please note that technical editing may introduce minor changes to the manuscript text and/or graphics which may affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

Please cite this article as:

Afshar S, Namdarpour F, Abedi M. [The Lived Experience of the Elderly with Obsessive-Compulsive Disorder: A Qualitative Study (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing, Forthcoming 2024. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3825.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3825.1>

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

عنوان: تجربه زیسته سالمندان مبتلا به وسواس فکری- عملی: یک مطالعه کیفی

نویسندگان: صدیقه افشار^۱، فهیمه نامدارپور^{۱*}، محمدرضا عابدی^۱

۱. گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران.

*نویسنده مسئول: فهیمه نامدارپور، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران. ایمیل: namdarpour@iaukhsh.ac.ir

نشریه: سالمند: مجله سالمندی ایران

تاریخ دریافت: 1402/11/15

تاریخ ویرایش: 1403/06/31

تاریخ پذیرش: 1403/07/01

این نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» مقاله است که پس از طی فرایند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است. این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرایند ویراستاری منتشر می‌شود. نشریه سالمند گزینه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» را به عنوان خدمتی به نویسندگان ارائه می‌دهد تا نتایج آن‌ها در سریع‌ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشد. پس از آنکه مقاله‌ای فرایند آماده‌سازی و انتشار نهایی را طی می‌کند، از نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» خارج و در یک شماره مشخص در وبسایت نشریه منتشر می‌شود. شایان ذکر است صفحه آرایی و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می‌شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیطة مسؤلیت دفتر نشریه خارج است.

لطفا این‌گونه استناد شود:

Afshar S, Namdarpour F, Abedi M. [The Lived Experience of the Elderly with Obsessive-Compulsive Disorder: A Qualitative Study (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. Forthcoming 2024. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3825.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3825.1>

Abstract

Intrudaction and aimed: Today, the world population, especially a significant part of our country's population, is aging. People in this period are faced with physical limitations and illness, and problems related to mental health such as obsession can increase the limitations of this period. Therefore, in this research, the lived experience of the elderly with intellectual-practical obsessions about their illness is explored. paid.

Method: The present research was carried out using qualitative and phenomenological methods. For this purpose, among the elderly people with obsessive-compulsive disorder referring to counseling centers in Isfahan city, who were diagnosed by a psychologist and scored higher than 23 in the Yale-Brown questionnaire and agreed to participate in the research, 10 people were selected in a targeted manner. They were selected and subjected to a 60-minute in-depth interview. Also, the interviews continued until saturation and repetition of the data and were recorded using a voice recorder, after which all the conversations were accurately recorded on paper and coding and topics were extracted using the Claysey method.

Finding: The findings indicate the achievement of 4 general themes and 11 sub-themes, including fragile self-esteem (self-deprecation, helplessness, being oppressed and ruining one's life and social stigma, obsession), dysfunctional attitude (obsessional normalcy) and superstition), relational dissatisfaction (problematic interactions with spouse and troublesome social interactions) and lack of self-compassion (emotional suffering, neglect of physical care and fruitless struggles).

Conclusion: The results showed that the elderly with obsessions experience many limitations, they have less family and marital support, the stigma of the disease bothers them, they experience high emotional suffering, and they do not feel sorry for themselves.

Keywords: Elder, Lived experience, Intellectual-practical obsession

چکیده

هدف و زمینه: امروزه جمعیت جهان به ویژه بخش قابل توجهی از جمعیت کشور ما رو به سالمندی است. افراد در این دوره با محدودیت‌های جسمی و بیماری مواجه‌اند و مشکلات مرتبط با سلامت روان همچون وسواس می‌تواند محدودیت‌های این دوران را افزایش دهد از این جهت در این پژوهش به کاوش تجربه زیسته سالمندان دارای وسواس فکری-عملی درباره بیماری شان پرداخته شد.

روش: این پژوهش با رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی انجام شد. بدین منظور از بین سالمندان مبتلا به وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان که توسط متخصص روانشناس تشخیص دریافت کرده بودند و در پرسشنامه ییل-بروان نیز نمره بالاتر از ۲۳ بدست آوردند و برای شرکت در پژوهش رضایت داشتند ۱۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و تحت مصاحبه عمیق ۶۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. همچنین مصاحبه‌ها تا زمان اشباع و تکرار داده‌ها ادامه یافت به وسیله ضبط صوت ثبت گردید پس از آن تمامی مکالمات، به طور دقیق بر روی کاغذ آورده شد و با استفاده از روش کلایزی، کدگذاری و مضامین استخراج شد.

یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از دستیابی به ۴ مضمون کلی و ۱۱ زیر مضمون شامل عزت نفس شکننده (حقیر دیدن خود، عجز و ناتوانی، مورد ظلم واقع شدن و به فنا رفتن عمر و انگ اجتماعی وسواس)، نگرش ناکارآمد (عادی‌نگاری وسواس و خراف‌زیستی)، نارضایتی ارتباطی (تعاملات مشکل‌ساز با همسر و تعاملات اجتماعی دردسرساز) و عدم خودشفقتی (رنج هیجانی، غفلت از مراقبت جسمی و تقلاهای بی‌ثمر) بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد سالمندان مبتلا به وسواس محدودیت‌های زیادی تجربه می‌کنند، از حمایت خانوادگی و زناشویی کمتری برخوردارند، انگ بیماری آنان را آزار می‌دهد، رنج هیجانی بالایی تجربه می‌کنند و نسبت به خود مشفق نیستند.

کلید واژه: سالمندی، تجربه زیسته، وسواس فکری-عملی

امروزه جمعیت جهان به طور گسترده ای به سمت سالمندی^۱ در حال حرکت است (۱)، با افزایش امید به زندگی، و کاهش مرگ و میر به واسطه صنعتی شدن جوامع در قرن گذشته، هم اکنون بخش عظیمی از هرم جمعیتی کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به افراد سالمند اختصاص یافته است (۲). آمارهای جهانی نشان می دهد که جمعیت جهان به سرعت در حال پیرشدن است به طوری که در سال ۲۰۱۲ ۸ درصد از کل جمعیت جهان در محدوده ۶۵ ساله و بالاتر بودند پیش بینی می شود که تا سال ۲۰۲۷، جمعیت افراد سالخورده و مسن به ۸.۵ درصد از کل جمعیت جهان برسد (۳). در ایران نیز جمعیت سالمندان به سرعت در حال افزایش است (۴) و نزدیک به پنج میلیون نفر از جمعیت ایران برحسب سرشماری سال ۱۳۹۵ بیش از ۶۵ سال سن دارند که ۶/۹ درصد از کل جمعیت ایران را تشکیل می دهد همچنین پیش بینی می شود در سال ۱۴۰۴ جمعیت سالمندی به ۱۱/۳ درصد از کل جمعیت برسد (۵) و برحسب پیش بینی سازمان جهانی بهداشت ایران تا سال ۲۰۵۰ یکی از پیرترین کشورهای جهان از لحاظ جمعیت می گردد (۳) به همین جهت در کشور ما ایران نیز سالمندی یکی از چالش های مهم همانند دیگر جوامع محسوب می شود.

برای دوره سالمندی تعاریف مختلفی ارائه شده است که به طور کلی سنین بعد ۶۰-۶۵ سالگی که فرد حائز شرایط بازنشستگی باشد را به عنوان سالمندی تعبیر می کنند (۶). سالمندی نتیجه اضمحلال تدریجی ساختمان و ارگانسیم بدن است که به مرور زمان ایجاد می شود و می تواند منجر به ناتوانی، بیماری و در نهایت مرگ فرد بیانجامد (۷). سالمندی در واقع مرحله ای از تکامل انسان است که با ضعف توانایی های جسمانی، مهارت های شناختی و تجربه فقدان ها بعد سنین ۶۰ سالگی شناخته می گردد (۸). با توجه به آنکه مشکلات سلامتی و بیمارشدن در افراد سالخورده به طور طبیعی بیش از دیگران است بنابراین افزایش تعداد افراد سالمند یکی از نگرانی های عمده جوامع به ویژه سازمان های مرتبط با مباحث بهداشتی و مراقبتی آن جامعه می باشد چرا که می تواند هزینه های پزشکی و خدمات اجتماعی هنگفتی را به این سازمان ها تحمیل کند (۹)، با توجه به آنکه ارائه خدمات با کیفیت نیز یکی از دغدغه های نهادهای زیر ربط به این افراد می باشد (۱۰).

از آنجایی که سالمندی کاهش توانایی های جسمی و روانی را به دنبال دارد می تواند زمینه انواع بیماری های جسمی و روانی را نیز به همراه داشته باشد یافته های پژوهشی در این باره نشان می دهد ابتلا به بیماری های روانی در این سنین بیشتر شایع است (۱۱) به طور مثال بیش از ۲۰ درصد سالمندان از یک اختلال عصبی و روانی (به غیر از سردرد) رنج می برند و قریب به ۶/۶ درصد از ناتوانی سالمندان در محدوده سالهای عمر به این اختلالات مرتبط می باشد (۱). از این جهت به نظر می آید بایستی انتظارات و ترجیحات خاصی متعاقب آن وجود داشته باشد تا بتوان به انطباق و سازش با این دوره دست یافت (۱۲). دیدگاه پدیدارشناسی در این باره اظهار می دارد که؛ "سالمندی را بایستی از دیدگاه سالمندان سنجید" (۱۳). یافته های مرتبط با تجربه زیسته افراد سالمند نشان می دهد که اختلالات اضطرابی یکی از شایع ترین اختلالات در این دوره می باشد که می تواند ناشی از کاهش نقش اجتماعی و عملکردی فرد سالمند، کاهش کیفیت زندگی و مشکلات خواب در این دوران باشد (۱۴).

¹ elderly

یکی دیگر از اختلالات دوره سالمندی که بسیار پر رنگ می باشد اختلالات مرتبط با وسواس فکری- عملی^۱ است این اختلال که شیوع ۱ تا ۳ درصد در طول عمر را دارد جزو چهار اختلال شایع در کل بازه عمر نیز محسوب می گردد (۱۵)، این اختلال به طور کلی می تواند کاهش چشمگیری در عملکرد و کیفیت زندگی افراد به وجود آورد و منجر به ناتوانی آنان گردد (۱۶).

اختلال وسواس فکری- عملی با حضور وسواسها^۲ به معنی افکار، انگیزشها^۳ یا تصاویر تکراری^۴ و مقاوم^۵ ناخواسته و اجبارها^۶ به معنی رفتارها و اعمال ذهنی^۷ تکراری که شخص در مقابل عمل کردن به آنها احساس اجبار می کند (۱۷) مشخص می شود. اختلال وسواس فکری عملی به طور عمده یکی از اختلالات مزمن و تاثیرگذار بر حوزه های مختلف زندگی می باشد به طوری که به عنوان یکی از ۱۰ عامل عمده ناتوانی مربوط به بیماری از طرف سازمان بهداشت جهانی شناخته شده است (۱۸)، با این وجود علی رغم تاثیر بسزای این بیماری در ناتوانی افراد همچنان سبب شناسی^۸ این بیماری به طور دقیق مشخص نیست و درمانهای انتخابی موثر بر آن همچنان با عود همراه هستند (۱۹). پیشینه پژوهشی حاکی از تاثیر عوامل فیزیولوژیکی و نورولوژیکی، ژن ها، عوامل ژنتیکی، علل عصب شناختی و ناهنجاری های ساختار مغز در ایجاد این بیماری می باشد (۱۹ و ۲۰) و بر نقش عوامل رفتاری (محیط) و شناختی (۲۱) نیز اشاره می گردد. مطالعات حاکی از آن است که کمالگرایی و حرمت نفس می تواند افسردگی و وسواس را در سالمندی پیش بینی کند (۲۲) همچنین برخی مطالعات دیگر نشان می دهد که اختلال وسواس جبری می تواند به طور نادر در سالمندی پس از ۶۵ سالگی نیز اتفاق بیافتد (۲۳). مطالعات دیگر نیز گویای آن است که جهت گیری مذهبی بیرونی و سلامتی معنوی نقش تعیین کننده ای در پیش بینی وسواس مرگ داشتند (۲۴). ادبیات پژوهشی در ارتباط با مداخلات درمانی در بزرگسالان تا آستانه سالمندی همچون شناختی رفتاری^۹، فراشناخت درمانی^{۱۰}، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی^{۱۱} و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۲}، آموزش روانی، آموزش شفقت به خود^{۱۳}، درمان مواجهه و پیشگری از پاسخ^{۱۴} و دارو درمانی را نشان می دهد (۲۵-۲۸). همانطور که مطالعات انجام شده گویای آن است نتایج حاصل با محدودیت هایی برای گروه سنی سالمندی مواجه است چرا که بیشتر پژوهش های صورت گرفته حداکثر تا بازه سنی ۶۵ سال را در نظر گرفته اند در حالی که طبق تعریف از سنین ۶۰ تا ۶۵ سال به بعد سالمندی اطلاق می گردد و بنابراین تعمیم پذیری نتایج گزارش شده برای این گروه با محدودیت همراه است همچنین با توجه به آنکه در دوره سالمندی اغلب سالمندان تحت درمان دارویی برای دیگر

¹ Obsessive-compulsive disorder (OCD)

² Obsessions

³ Urges

⁴ Recurrent

⁵ Persistent

⁶ Compulsions

⁷ Mental acts

⁸ Etiology

⁹ cognitive behavioral therapy (CBT)

¹⁰ Metacognitive therapy (MCT)

¹¹ Mindfulness based therapy (MBT)

¹² Acceptance and commitment therapy (ACT)

¹³ self-compassion

¹⁴ exposure response prevention (ERP)

مشکلات و مسائل سنی خود می باشند بدین جهت ممکن است فرد مبتلا دچار محدودیت مصرف دارویی گردد و یا تداخل دارویی تجربه کند و حتی ممکن است مداخلات انجام شده تنها در کوتاه مدت اثرگذار باشند و در بلندمدت و دوره های پیگیری تاثیرگذاری گزارش نگردد. باتوجه به این نکته که اغلب مطالعات در این رده سنی به صورت رابطه ای انجام شده است و مطالعه ای که به طور دقیق تجربه سالمندان را درباره بیماریشان (وسواس فکری- عملی) مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد بر همین اساس در این پژوهش این موضوع مورد توجه قرار گرفت و در قالب یک سوال پژوهشی به بررسی تجربه زیسته سالمندان مبتلا به وسواس فکری درباره بیماریشان پرداخته شد.

روش

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی از نوع توصیفی انجام شد. بدین منظور از بین سالمندان مبتلا به وسواس فکری-عملی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان که توسط متخصص روانشناس وسواس آنان تشخیص داده شده بود و برحسب پرسشنامه ییل-بروان نمره بالاتر از ۲۳ را کسب نموده بودند و جهت شرکت در پژوهش رضایت داشتند ۱۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شد و تحت مصاحبه عمیق به مدت ۶۰ دقیقه قرار گرفت و تلاش شد تا به دنیای واقعی و تجربیات زندگی فرد مشارکت کننده دسترسی پیدا کرد از ملاک های ورود به پژوهش می توان به دریافت تشخیص وسواس عملی بر اساس ملاک بالینی درسنامه تشخیصی اختلالات روان^۱، عدم اختلال جسمی یا روان شناختی شدید همزمان، دارای حداقل تحصیلات راهنمایی و حداقل سن ۶۰ سال، و رضایت برای شرکت در پژوهش اشاره داشت. همچنین عدم توانایی کلامی فرد در انتقال تجارب زیسته خود در هنگام مصاحبه، و انصراف فرد از ادامه روند پژوهش، ملاک های خروج از پژوهش بود. لازم به ذکر است که قبل از شروع کار، هدف پژوهش برای مشارکت کنندگان شرح داده شد و از آن ها برای ضبط کردن مصاحبه ها اجازه گرفته شد همچنین در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به آن ها اطمینان داده شد.

ابزار

پرسشنامه ی فکری-عملی ییل براون^۲: مقیاس وسواس فکری-عملی توسط گودمن و همکاران (۲۹) برای سنجش شدت اختلال وسواس فکری-عملی ساخته شده است. این پرسشنامه شامل دو بخش سیاهه نشانه (SC) و مقیاس شدت (SS) است. دربخش اول ۱۶ گویه به صورت خودگزارشی در مقیاس لیکرت پنج درجه ای و به صورت ۰ تا ۴ نمره گذاری می شود. نمره هر قسمت بین ۰ تا ۲۰ و نمره کلی پرسشنامه بین ۰ تا ۴۰ است. این بخش از مقیاس ۵۸ نوع وسواس فکری عملی را در بر می گیرد. در بخش دوم شدت اختلال توسط پنج بعد میزان آشفتگی، فراوانی، تداخل، مقاومت و کنترل نشانه ها هر کدام از وسواس ها و اجبارها سنجیده می شوند. براین اساس نمره کلی بیماران، به ۵ دسته تقسیم بندی می شود؛ بیماران با نمره ۰ تا ۷ در رسته وسواس فکری عملی تحت بالینی، ۸ تا ۱۵ خفیف، ۱۶ تا ۲۳ متوسط، ۲۴ تا ۳۱ شدید و ۳۲ تا ۴۰ در دسته وسواس فکری عملی خیلی شدید قرار می گیرند (۳۰). در ایران این پرسشنامه اعتباریابی شده است و همسانی درونی به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵ و پایایی دو نیمه سازی به

¹DSM-5

² Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

ترتیب ۹۳، ۸۹ و پایایی بازآزمایی ۹۹. گزارش شده است (۳۱). شایان ذکر است که این پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی شهر، با شناسه اخلاق IR.IAU.KHSH.REC.1402.011 تصویب شده است.

شیوه اجرا

جهت اجرای پژوهش مشارکت‌کنندگان با استفاده از مصاحبه عمیق و بدون ساختار با سوالات باز که شامل ۴ سوال کلی؛ و سواس چه مشکلاتی برای شما به وجود آورده است؟، علت آن از نظر شما چیست؟، چه چیزهایی بر آن تاثیر داشته است؟ تاکنون چه کارهایی برای مدیریت آن (کاهش) انجام داده اید؟ در این بین با سوالات اکتشافی بیشتر (منظورت چیه؟، بیشتر توضیح بده، میشه مثال بزنی، و غیره) جنبه های مختلف تجربه زیسته افراد سالمند با توجه به محتوای گفتگوی آنان مورد کاوش قرار گرفت. مصاحبه با این افراد تا زمان رسیدن به اشباع ادامه یافت در حین مصاحبه تمامی گفتگو به وسیله ضبط صوت ثبت گردید پس از آن مصاحبه های ضبط شده با مشارکت کنندگان چندبار شنیده شد و متن آن ها به صورت کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده گردید و در انتها براساس متن ها، کدگذاری و مقوله ها (مضامین و زیرمضامین) براساس روش کلایزی در هفت گام شناسایی و استخراج شد (۳۲). با توجه به اینکه جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل داده‌ها در پژوهش توصیفی به صورت مداوم و همزمان بود بنابراین داده‌ها زمانی که به اشباع رسید نمونه‌گیری و انجام مصاحبه متوقف گردید. در ادامه مشخصات جمعیت شناختی مشارکت‌کننده در جدول (۱) آورده شده است.

جدول ۱. مشخصات افراد شرکت‌کننده در پژوهش

مشارکت‌کننده	سن	جنسیت	تحصیلات	وضعیت تأهل	شغل	سابقه بیماری پزشکی
۱	۶۳	زن	ابتدایی	متاهل	خانه دار	کمر درد
۲	۶۲	زن	دیپلم	متاهل	مربی قرآن	-
۳	۶۶	زن	سیکل	متاهل	خانه دار	فشارخون - پادرد
۴	۶۳	زن	ابتدایی	متاهل	خانه دار	کمر درد - پادرد - چربی خون
۵	۶۴	زن	ابتدایی	مطلقه	خانه دار	پادرد
۶	۶۶	زن	ابتدایی	متاهل	خانه دار	چربی و فشار خون
۷	۷۰	مرد	ابتدایی	متاهل	مغازه دار	-
۸	۶۵	زن	ابتدایی	متاهل	خانه دار	کمر درد - پادرد -
۹	۶۴	زن	دیپلم	متاهل	مغازه دار	-
۱۰	۶۲	زن	دیپلم	متاهل	خانه دار	-

یافته‌ها

تحلیل یافته‌ها با روش کلایزی در هفت گام شامل؛ (۱) تمام توصیف‌های به عمل آمده از مشارکت‌کنندگان جهت دستیابی به احساسی درباره آنها بازخوانی شد، (۲) به هریک از روایت‌ها، برگشته و عبارتهای مهم استخراج شد، (۳) معنای هریک از عبارات‌های مهم نوشته شد (فرمول بندی)، (۴) معانی فرمول بندی شده در قالب خوشه‌هایی از تم‌ها سازمان داده شد، در این مرحله خوشه‌ها به صورت مکرر به روایت‌های اولیه جهت معتبر سازی آنها برگردانده

شد، ۵) نتایج مراحل قبلی در قالب یک توصیف مفصل و کامل از موضوع مورد بحث شدند، ۶) توصیف مفصل و کامل از پدیده مورد بررسی تا حد امکان در قالب یک عبارت شناختی ناهم ارز صورت بندی شد، ۷) معتبر سازی نهایی با بازگشت به مشارکت کنندگان و پرسیدن درباره یافته ها، بدست آمد. در ادامه قسمتی از متن یکی از مصاحبه ها به صورت نمونه در جدول ۲ آورده شده است.

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

جدول ۲. نمونه ای از تفکیک واحدهای معنایی، واحدهای معنایی بازنویسی شده و عبارات روانشناختی برحسب مصاحبه با مشارکت کننده شماره ۲

متن اصلی مصاحبه	استخراج عبارات مهم	واحدهای معنایی بازنویسی شده	عبارات روانشناختی	بیانیه منسجم
من ۱۵ سالم بود ازدواج کردم و سر بچه سومم باردار بودم اون موقع ۳۰ سالم بود و دار القرآن میرفتم سر نماز نشسته بودم تو خونه یهو پیش خودم گفتم اگه یهو زمین دهن باز کنه منو ببلعه بعد یهو گفتم نه بابا خدا نمیتونه ازش نمیداد و همین باعث وسواس شد	- من ۱۵ سالم بود ازدواج کردم و سر بچه سومم باردار بودم اون موقع ۳۰ سالم بود و دار القرآن میرفتم سر نماز نشسته بودم تو خونه یهو پیش خودم گفتم اگه یهو زمین دهن باز کنه منو ببلعه بعد یهو گفتم نه بابا خدا نمیتونه ازش نمیداد و همین باعث وسواس شد	-شروع وسواس از ۳۰ سالگی و در زمان بارداری فرزند سوم با خطور کردن یک فکر در زمان انجام نماز درباره ناگهانی از بین رفتن درحالی که محتوای فکر با باورهای وی درباره خدا هماهنگ نبوده است	-سن شروع وسواس ۳۰ سالگی با خطور یک فکر در هنگام ادای نماز	- مشارکت کننده از سن ۳۰ سالگی پس از تجربه یک فکر درحین ادای نماز دچار وسواس فکری از نوع مذهبی می شود و طی ۳۵ سال افکار مشابه با آن را تجربه می کند، نسبت به بیماری بینش ندارد و آن را ناشی از ضعف ایمانی و افکار خود برمی شمارد
همین فکر و چیزای دیگه هم به دنبالش امد	- من افکار مذهبی و وسواس آب و آبکشی هیچی ندارم	- تجربه افکار مشابه با این فکر پس از تجربه اول	-تجربه مجدد افکار مشابه و تکرار افکار پس از فکر اولیه	فکر درحین ادای نماز دچار وسواس فکری از نوع مذهبی می شود و طی ۳۵ سال افکار مشابه با آن را تجربه می کند، نسبت به بیماری بینش ندارد و آن را ناشی از ضعف ایمانی و افکار خود برمی شمارد
من افکار مذهبی و وسواس آب و آبکشی هیچی ندارم . فقط افکار مذهبی دارم ۳۵ ساله این افکار داره اذیتم میکنه	- من افکار مذهبی و وسواس آب و آبکشی هیچی ندارم . فقط افکار مذهبی دارم ۳۵ ساله این افکار داره اذیتم میکنه	- طول مدت افکار وسواسی ۳۵ سال است و فرد بابت داشتن آن آزار دیده است	-تجربه وسواس افکار مذهبی است	فکر درحین ادای نماز دچار وسواس فکری از نوع مذهبی می شود و طی ۳۵ سال افکار مشابه با آن را تجربه می کند، نسبت به بیماری بینش ندارد و آن را ناشی از ضعف ایمانی و افکار خود برمی شمارد
فکر میکنم اون ورم (اون دنیام) بر باده با این دکترو روانپزشکم ی بار بهم گفت تو دلت درد میکنه گناه میکنی اینام افکاره و وسواسیم هستن و بیماریه ولی من نمیتونم قبول کنم اصلا نمیتونم قبول کنم که این افکار به عنوان یک بیماری باشه	- فکر میکنم اون ورم (اون دنیام) بر باده با این دکترو روانپزشکم ی بار بهم گفت تو دلت درد میکنه گناه میکنی اینام افکاره و وسواسیم هستن و بیماریه ولی من نمیتونم قبول کنم اصلا نمیتونم قبول کنم که این افکار به عنوان یک بیماری باشه	- باور به خراب شدن عاقبت اخروی به خاطر داشتن این افکار	-دادن عاقبت اخروی بخاطر افکار مذهبی	فکر درحین ادای نماز دچار وسواس فکری از نوع مذهبی می شود و طی ۳۵ سال افکار مشابه با آن را تجربه می کند، نسبت به بیماری بینش ندارد و آن را ناشی از ضعف ایمانی و افکار خود برمی شمارد
فکر میکنم اون ورم (اون دنیام) بر باده با این دکترو روانپزشکم ی بار بهم گفت تو دلت درد میکنه گناه میکنی اینام افکاره و وسواسیم هستن و بیماریه ولی من نمیتونم قبول کنم اصلا نمیتونم قبول کنم که این افکار به عنوان یک بیماری باشه، فکرم رو مقصر میدونم ولی خب از نظر ایمانی خیلی ضعیفم	- فکر میکنم اون ورم (اون دنیام) بر باده با این دکترو روانپزشکم ی بار بهم گفت تو دلت درد میکنه گناه میکنی اینام افکاره و وسواسیم هستن و بیماریه ولی من نمیتونم قبول کنم اصلا نمیتونم قبول کنم که این افکار به عنوان یک بیماری باشه، فکرم رو مقصر میدونم ولی خب از نظر ایمانی خیلی ضعیفم	-توصیف دیدگاه روانپزشک درباره بیماری وسواس و علایم جسمی مشاهده شده که به وسواس انتساب داده شده است و عدم پذیرش فرد نسبت به این دیدگاه	-عدم بینش نسبت به بیماری و پذیرش آن	فکر درحین ادای نماز دچار وسواس فکری از نوع مذهبی می شود و طی ۳۵ سال افکار مشابه با آن را تجربه می کند، نسبت به بیماری بینش ندارد و آن را ناشی از ضعف ایمانی و افکار خود برمی شمارد
فکر میکنم اون ورم (اون دنیام) بر باده با این دکترو روانپزشکم ی بار بهم گفت تو دلت درد میکنه گناه میکنی اینام افکاره و وسواسیم هستن و بیماریه ولی من نمیتونم قبول کنم اصلا نمیتونم قبول کنم که این افکار به عنوان یک بیماری باشه، فکرم رو مقصر میدونم ولی خب از نظر ایمانی خیلی ضعیفم	- فکر میکنم اون ورم (اون دنیام) بر باده با این دکترو روانپزشکم ی بار بهم گفت تو دلت درد میکنه گناه میکنی اینام افکاره و وسواسیم هستن و بیماریه ولی من نمیتونم قبول کنم اصلا نمیتونم قبول کنم که این افکار به عنوان یک بیماری باشه، فکرم رو مقصر میدونم ولی خب از نظر ایمانی خیلی ضعیفم	-مقصر دانستن افکار خود - ضعیف دانستن خود از نظر ایمانی	-ایمانی درباره خود	فکر درحین ادای نماز دچار وسواس فکری از نوع مذهبی می شود و طی ۳۵ سال افکار مشابه با آن را تجربه می کند، نسبت به بیماری بینش ندارد و آن را ناشی از ضعف ایمانی و افکار خود برمی شمارد

همانطور که در جدول فوق نیز مشاهده می گردد در ادامه پس از تکمیل بیانات درباره هر مشارکت کننده، تحلیل ترکیب برای سوال پژوهشی صورت گرفت و اختلافات موجود در تجارب افراد حذف و بر ابعاد مشترک تجارب تاکید شد، که این امر منجر به ظهور توصیف نهایی پدیده به عنوان یک کلیت گردید که متعاقب آن مضامین، و زیرمضمون

های تجارب مشارکت کنندگان در پژوهش بدست آمد. مضامین و زیرمضمون ها تنها یک گروه بدنی اسمی نیستند بلکه ایجاد ساختارنهایی یک تجربه می باشد که ادامه مضامین و زیرمضمون های حاصل از پژوهش در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. مضمون ها و زیر مضمون های به دست آمده در تحلیل ترکیبی مبتنی بر سوال پژوهش

مضامین اصلی	زیر مضمون
عزت نفس شکننده	حقیر دیدن خود
	عجز و ناتوانی
	مورد ظلم واقع شدن در زندگی
نگرش ناکارآمد	به فنا رفتن عمر
	انگ اجتماعی وسواس
	عادی انگاری وسواس
نارضایتی ارتباطی	خراف زیستی
	تعاملات مشکل ساز با همسر
	تعاملات اجتماعی درد سر ساز
عدم خود- شفقتی	رنج هیجانی
	غفلت از مراقبت جسمی
	تقلاهای بی ثمر

همانطور که یافته ها نشان می دهد کاوش تجارب زیسته سالمندان مبتلا به وسواس فکری- عملی حاکی از دستیابی به چهار مضمون اصلی شامل عزت نفس شکننده، نگرش ناکارآمد، نارضایتی ارتباطی و عدم خودشفقتی می باشد که زیر مضمون های حقیر دیدن خود، عجز و ناتوانی، مورد ظلم واقع شدن در زندگی، به فنا رفتن عمر و انگ اجتماعی وسواس، عادی انگاری وسواس، خرافه زیستی، تعاملات مشکل سازی با همسر، تعاملات اجتماعی درد سر ساز؛ رنج هیجانی، غفلت از مراقبت جسمی، و تقلاهای بی ثمر را در بر می گیرد. در ادامه مضامین اصلی به طور تفصیلی تر مورد بررسی قرار گرفته اند.

۱- عزت نفس شکننده

این مضمون که شامل ۵ زیر مضمون؛ حقیر دیدن خود، عجز و ناتوانی، مورد ظلم واقع شدن در زندگی، به فنا رفتن عمر، و انگ اجتماعی وسواس می باشد حاکی از آن است که مشارکت کنندگان اغلب به خاطر بیماری شان احساس های منفی همچون؛ تحقیر، ناتوانی، قربانی بودن، از دست دادن عمر، و قضاوت شدن را تجربه می کنند که این احساسات منجر به شکنندگی خود و عزت نفس آنان شده است " همیشه این فکر رو داشتم که مامان بابا دوستم ندارند، خودمو خیلی کوچیک می دیدم. م ۱" تجربه چنین احساساتی به نوبه خود دردناک هستند همانطور که مشارکت کنندگان به آن اشاره دارند " ۳۵ ساله این افکار داره اذیتم میکنه. مشارکت کننده شماره ۲"، همچنین تجربه انگ اجتماعی یا قضاوت شدن از سمت دیگران برای آنان آزاردهنده است به طوری که مشارکت کننده شماره (۹) بیان می دارد " هر جا یک نفر چیزی می گفت من می گفتم نکنه با من بودن و منظورشون من بودم" و یا این

عبارت مشارکت کننده (۹) که همسرش درباره وسواس هایش به او تذکر می داد " شوهرم همش می گفت این کارا که تو می کنی و اینقدر خودت را اذیت می کنی به خاطر وسواس هست". همانطور که مشاهده می گردد مشارکت کنندگان برای اجتناب از تجربه احساسات منفی درباره افکار و اعمالشان نسبت به بیماری اکراه دارند و یا به منظور رودر رو نشدن با سرزنش دیگران به خاطر اعمال و رفتار وسواسی شان نگرانی داشتند به طور مثال مشارکت کننده ۹ درباره ترس از دعوا شدن توسط همسر به خاطر اعمالشان نگرانی داشتند؛ " وقتی می خاستم یه چیزی بشورم حس می کردم الان می بیندم و دعوام می کنه ولی نمی کردند" و یا همین مشارکت کننده در قسمت دیگری صحبت هایش عنوان می دارد که "دوست نداشتم و بدم میومد بهم بگن وسواسی"، همانطور که مشاهده می شود مشارکت کنندگان به خاطر شکنندگی عزت نفس شان به طرق مختلف از خود محافظت می کردند برخی بیماری را نمی پذیرفتند مانند مشارکت کننده ۲ "دکتر روانپزشکم ی بار بهم گفت تو دلت درد میکنه گناه میکنی اینام افکاره و وسواسیم هستن و بیماریه ولی من نمیتونم قبول کنم اصلا نمیتونم قبول کنم که این افکار به عنوان یک بیماری باشه" و برخی دیگر با اینکه نسبت به بیماری بینش نسبی داشتند اما همچنان از اینکه به آنان این بیماری نسبت داده شود احساس ناراحتی داشتند "میدونستم بهم میگفتن وسواسه ولی من دوست نداشتم کسی بفهمه، دوست نداشتم و بدم میومد بهم بگن وسواسی. مشارکت کننده ۹"

۲- نگرش ناکارآمد

مضمون نگرش ناکارآمد که از دو زیر مضمون عادی انگاری وسواس و خرافه زیستی تشکیل شده است حاکی از آن است که افراد مشارکت کننده درباره وسواسشان شناخت کافی ندارند " و یا آن را معتبر نمی شناسند " فکر میکردم حرف بدیهه عمل زشتیه و دوست نداشتم اطرافیانم بدونند. م ۲. " اغلب مشارکت کنندگان رفتارهای خود را وسواس نمی دانند"، یا به دلیل حضور این خصوصیات از دوره نوجوانی، آن را عادی می دانند " من این وسواس را از بچگی داشتم، یعنی از بچگیم یادم می یاد" و یا آن را به دیگران نسبت می دهند " اصلا کارهای شوهرم باعث شد من وسواس بگیرم. م ۳، برخی دیگر از مشارکت کنندگان نیز درباره علل آن عقاید نامرتبط دارند " وقتی باد می آمد، خیلی می ترسیدم، اصن این برگ ها که می جنبید من می ترسیدم که حالا یه اتفاق بدی می افته. م ۱. " یا آن را به برخی از خصوصیات خود انتساب می دهند " من هفده، هجده سالم بود عقد کردم، الان می تونم مجسم کنم وقتی شوهرم می نشست کنار ما، از همون لحظه می گفتم که این حتما یکی دیگه رو می گیرد، این با یکی دیگه ازدواج می کنه اصن ندیده بودمشا، باهاش آشنا هم نبودم، ولی همینطوری نمی دونم چرا خودبه خود، این حسو داشتم، این رشد کرد، هی رشد کرد، من نتونستم زندگی درستی بکنم از بس فکرا منفی داشتم. م ۱"

۳- نارضایتی ارتباطی

مضمون نارضایتی ارتباطی که دو زیر مضمون تعاملات مشکل ساز با همسر و تعاملات دردسر ساز اجتماعی را در بر می گیرد تعاملات مشکل ساز با همسر حاکی از آن است که برخی از افراد مشارکت کننده از همراهی با همسر به علت وسواسشان اجتناب می کنند یا احساس می کنند که همسرشان آنان را دوست ندارند، برخی دیگر احساس

می کنند که در منزل احترامی ندارند" بعدم که خانم دکتر ازدواج کردم دوباره همین طور بودم، من خیلی دوست داشتم احترام داشتن و خب این طوری هم نبود، من مریض احوال بودم، خودمم نمی دونستم. م ۱ " به طور کلی می توان گفت که شیوه ارتباطی آنان با اطرافیان به ویژه همسر به دلیل بیماریشان اصولاً ناموثر است، اغلب در قهر به سر می برند و یا به فکر تلافی هستند" من همیشه قهر بودم با همسرم، مثل خانواده سکوت، ارتباط باهاش نمی گرفتم، لجبازی می کردم، حرف نمی زدم باهاش. م ۱" یا از ارتباط صمیمانه و زناشویی ممانعت می کنند به طور مثال مشارکت کننده ۳ عنوان می دارد که " وقتی میخواست بیاد من از خونه میرفتم بیرون تا حمامش بره و لباسش عوض کنه بره بعد من میومدم. و همه جا رو میشستم و وایتکس میریختم. میگفتم ایدز داره مریض میشیم" زیر مضمون تعاملات دردسر ساز اجتماعی در مشارکت کنندگان حاکی از آن است که اغلب افراد مشارکت کننده در زندگی شان از ارتباط با دیگران با وجود تمایل به ارتباط اجتناب می کنند برای مثال مشارکت کننده ۱ عنوان می دارد که؛ "من صبح که از خواب بیدار میشم کلا توفکر منفی بودم، مثلاً با خواهر شوهرام مشکل داشتم با آنها دعوا می کردم، آنها باهام دعوا می کردند، با خانواده خودم با همسایه با دوست، همینطوری بود، این اتفاق ها نمی افتدا ولی توی ذهن من بود"، اهل گفتگو و همکاری در جمع های خانوادگی نیستند" مثلاً این بود که حالا میرفتم خونه خواهر شوهرم. خب همه بودیم حدود ۴۰ نفر بودیم. خب اونا می گفتند میشنفتن من نه. م ۱"، و یا مشارکت کننده ۱ عنوان می دارد که " تازه من نمی تونستم با اونا رابطه بگیرم. با اونا فکر منفی می کردم. خوب اونام خیلی بهم احترام نمی داشتن" و یا به دیگران برای کمک گرفتن نمی توانند اعتماد کنند به طور مثال مشارکت کننده ۹ در این باره عنوان می دارد که " بله چون کارها رو خودم قبول داشتم ک فقط انجام بدم ظرفارو خودم بشورم و ملافه ها رو همه رو بشورم و بعد خودم بدوزم خب همین باعث شد دیسک کمر دیسک گردن بگیرم"

۴- عدم خودشفقتی

این مضمون از سه زیر مضمون رنج هیجانی، غفلت از مراقبت جسم و تقلاهای بی ثمر تشکیل شده است که نشان دهنده آن است که مشارکت کنندگان طیف وسیعی از هیجانات ناسازگار را تجربه می کنند که گویای بد تنظیمی هیجانی در آنان می باشد افراد مشارکت کننده به طور کلی یا در رنج هیجانی خود غرق می شوند که حاکی از تنظیم هیجانی پایین در آن ها می باشد، اصطلاحاً این افراد در احساسات خود مستغرق هستند به طور مثال مشارکت کننده عنوان می دارد که " ولی گوشه کنار مثلاً میگفتن بین چون تو وسواس داری فلانی این حرف زد یا چون تو وسواس داری فلانی نیومد خونه مون من ناراحت میشدم میگفتم چرا میگید وسواس وسواس تمیزیه دیگه، اگه همسرم بچه هام یا اطرافیانم میگفتن خیلی ناراحت میشدم. م ۳." توصیف مشارکت کننده دیگر حاکی داشتن رنج هیجانی به خاطر عدم درک شدن و احساس تنهایی شدیدی می باشد "من الان خیلی حاله بده. تنهام (با گریه). خیلی نیاز به محبت دارم."

یا این افراد با اقدام به یک مجموعه رفتاری از تجربه هیجانات خود بازداری کنند که می توان این مجموعه رفتارها را جزو تقلاهای بی ثمر در نظر گرفت. به طور مثال آنان به کارهای دینی یا غیر دینی می پردازند، یا در اجتماع حضور می یابند، فیلم می بینند، یا کارهای یدی مثل بافتنی بافتن انجام می دهند، برخی دیگر با مشارکت نکردن

در فعالیت های درخواستی دیگران مثل اجتناب از کمک کردن " نه می تونستم کمکشون کنم نه یه کاری بکنم. م ۱" از تجربه هیجانی خود بازداری می کنند.

در زیر مضمون غفلت از مراقبت جسم توصیفات مشارکت کنندگان گویای آن است که چگونه پرداختن به رفتارهای وسواسی برای آنان مشکلات جسمی به وجود آورده است به طوری که حتی پزشک درباره عدم مراقبت از جسم به ایشان تذکر نیز داده است به طور مثال مشارکت کننده ۹ عنوان می دارد که " من خیلی میساییدم قابلمه ها رو و دوست داشتم سفید باشه الانم همینجورم و با سیم میسایم ، روی میزا دوست ندارم خاک باشه و دوست داشتم از قرار هر روز جارو بکشم تمیزکاری کنم و همینا بدن و داغون میکنه خب، دکتر به من میگه همه مهره ها پشتت آسیب داره میگه نباید اصلا بشینی روی زمین ی کیلو بار هم برنداری نمازت روی صندلی بخونی" و یا مشارکت کننده شماره ۳ درباره تاثیرات وسواس عنوان می دارد که " جسمم نابود کرد. بدن درد گرفتم، استخوانهام همه نابود شد، از بس چیزارو بگیر زیر آب و برگردون"

بحث و نتیجه گیری

همانطور که مشاهده شد هدف پژوهش حاضر کاوش تجربیات زیسته سالمندان مبتلا به وسواس فکری-عملی نسبت به بیماریشان بود که یافته های پژوهشی حاکی از دست یابی به چهار مضمون نهایی عزت نفس شکننده (حقیر دیدن خود، عجز و ناتوانی، مورد ظلم واقع شدن در زندگی، به فنا رفتن عمر، و انگ اجتماعی وسواس)، نگرش ناکارآمد (عادی انگاری وسواس و خرافه زیستی)، نارضایتی ارتباطی (تعاملات مشکل ساز با همسر و تعاملات در دسر ساز اجتماعی)، و عدم خودشفقتی (رنج هیجانی، غفلت از مراقبت جسم و تقلای بی ثمر) بود با توجه به اینکه پژوهشی مشابه با پژوهش اخیر به طور دقیق یافت نشد اما می توان گفت نتایج این مطالعه با مطالعات مرتبط با وسواس در دوره سالمندی همچون فرناندس و همکاران (۲۲)، چیانگ (۲۰۲۰)، جازی و اصغر علی (۳۳) که ضرورت توجه به وسواس در دوره سالمندی را خاطر نشان می کنند همسو می باشد. همچنین یافته های پژوهشی حسینی زارع و همکاران (۶) نشان می دهد که سلامت جسمی در سالمندان مهمترین عامل مخدوش کردن اوقات فراغت و سلامت روان آنان می باشد. از این جهت با توجه به اینکه اختلال وسواس در دوره سالمندی آنان را با محدودیت های بیشتری مواجه گرداند همانطور که یافته های اخیر نیز درباره تجربه زیسته سالمندان با اختلال وسواس فکری-عملی نشان داد اغلب سالمندان مبتلا به وسواس محدودیت های ارتباطی، اجتماعی و جسمی بیشتری تجربه می کنند، بنابراین به طور طبیعی بیشتر از دیگر سالمندان احساس تنهایی، درک نشدن و یا از دست رفتن زندگی را تجربه می کنند.

علاوه بر آن از آنجایی که دوره سالمندی با ناتوانی های جسمی و افول بدنی بیشتری نسبت به دوره های سنی دیگر همراه است بنابراین سالمندان محدودیت های جسمی و فیزیکی بیشتری به طور خاص تجربه می کنند با توجه به اینکه احتمال بروز بیماری در دوره سالمندی بیشتر از قبل نمود دارد بنابراین فرد سالمند محدودیت های بیشتری را در حوزه عملکردی خود تجربه خواهد کرد این در حالی است که سالمندان از لحاظ بدنی و پوستی نیز دچار انحطاط و خشکی می گردند و این در برخی از سالخوردگان مبتلا به وسواس فکری-عملی که با وسواس های مرتبط با استفاده از دستان همچون (شستشو، تمیزی و نجسی و پاک و غیره) درگیر می باشند دوچندان است که

می‌تواند خود محدودیت‌های جسمی بیشتری (مشکلات بدنی، تغییر فرمت استخوان‌ها و غیره) برای آنان به همراه آورد و نارضایتی آنان را نسبت به زندگی بیشتر افزایش دهد همانطور که یافته‌های پژوهش اخیر نیز در مضمون عزت نفس شکننده به خوبی آن را نشان می‌دهد.

یافته‌های پژوهشی مرتبط با حوزه سالمندی همچنین نشان می‌دهد با بالا رفتن سن افراد و شروع دوره سالمندی به طور طبیعی احتمال افزایش اضطراب، افسردگی، احساس ناامیدی، انزوا، کاهش عزت نفس و حتی مرگ افزایش می‌یابد. از این لحاظ با توجه به آنکه اختلال وسواس فکری عملی جزو یکی از بیماری‌ها و اختلالات ناتوان‌کننده است که با افکار و عوامل مزاحم و تکراری ناخواسته فرد را به انجام اعمال اجباری بیهوده و فروردن در اعماق افکار ناراحت‌کننده و می‌دارد (۳۴)، با توجه به این نکته که یکی از همبودهای اختلال وسواس اغلب افسردگی است بنابراین سالمند مبتلا به وسواس فکری-عملی آمادگی بیشتری برای نارضایتی، کناره‌گیری و انزوای اجتماعی دارد همانطور که یافته‌های اخیر در مضمون نارضایتی ارتباطی در تعاملات با همسر و روابط اجتماعی به خوبی آن را نشان داده است.

با نظر به اینکه افراد سالمند مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی نسبت به بیماریشان بینش و پذیرش آنچنانی ندارند بنابراین کمتر در پی دریافت مراقبت‌های بهداشتی و مسائل مرتبط با آن هستند و با توجه به اینکه از انگ و برچسب بیماری دچار رنج هیجانی و دریافت حس عدم درک شدن می‌گردند بنابراین محتملاً کمتر از دیگران طلب حمایت اجتماعی می‌کنند و از این جهت احساس تنهایی بیشتری را تجربه می‌کنند و نگرش‌های ناکارآمد ایشان درباره بیماری‌شان بیشتر تحکیم می‌گردد همانطور که تجارب زیسته افراد سالمند مبتلا به وسواس فکری عملی در مضمون نگرش ناکارآمد بدان اشاره داشته‌اند.

بنابراین با توجه به آنچه که تا کنون گفته شد و در نظر گرفتن این موضوع که هم‌اکنون ۱۰ درصد جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می‌دهند و همچنین جمعیت سالمندی براساس برآوردها رو به افزایش فزاینده می‌باشد از این لحاظ به طور طبیعی هزینه‌های درمانی و مراقبت‌های بهداشتی در آینده‌نچندان دور می‌تواند به یکی از مسائل مهم جامعه پزشکی در مقوله تبدیل‌گردد از این رو پرداختن به پژوهش‌های مرتبط با حیطة سالمندی به ویژه سالمندان مبتلا به اختلالاتی همچون وسواس ضروری است از این جهت که می‌تواند به متخصصان برای تدوین بسته‌های مداخله‌ای ویژه این گروه از افراد یاری‌رسان باشد و می‌تواند کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی این افراد را به همراه داشته باشد.

تقدیر و تشکر

بدین گونه از تمامی سالمندان مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر تشکر و قدر دانی می‌گردد.

Reference

1. World Health Organization. *Mental health of older adults*. 2017. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>. [09.07. 2018].
2. Sharifzadeh G, Moodi M, Akhbari H. Investigating Health Status of Older People Supported by Imam. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 2010; 5 (3).
3. World Health Organization. *Ageing and health*. 2018.
4. Mirzaie M, Darabi S. Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 2017; 12 (2) :156-169
5. Statistics and Registration Center of Iran. Elderly population in Iran. 2016
6. Hosseinizare S M, Tajvar M, Abdi K, Esfahani P, Geravand B, Pourreza A. Leisure Spending Patterns and their Relationship with Mental Health in the Elderly in Iran. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 2020; 15 (3) :366-379.
7. Sindhuja, K. *A Study of Right Ventricular Myocardial Infarction in Association with Inferior Wall Myocardial Infarction Correlating with Risk Factors, Electrocardiographic Changes and Biochemical Markers* (Doctoral dissertation, KAP Viswanatham Government Medical College, Tiruchirappalli). 2020.
8. Moatamedy A, Borjali A, Sadeqpur M. Prediction of Psychological Well-Being of the Elderly Based on the Power of Stress Management and Social Support. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 2018; 13 (1): 98-109
9. Beard, J. R., Officer, A., De Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., ... & Chatterji, S. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The lancet*, 2016; 387(10033), 2145-2154.
10. Bing-Jonsson P C, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk I. T, & Foss, C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC nursing*, 2016; 15(1), 1-11.
11. Seddigh M, Hazrati M, Jokar M, Mansouri A, Bazrafshan MR., Rasti M, & Kavi E. A Comparative Study of Perceived Social Support and Depression among Elderly Members of Senior Day Centers, Elderly Residents in Nursing Homes, and Elderly Living at Home [Original Article]. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2020; 25(2), 160-65.
12. Apouey BH. Preparation for old age in France: The roles of preferences and expectations. *The Journal of the Economics of Ageing*, 2018; 12, 15-23
13. Pardo MÁDJ, Russo MT, & Sánchez MVR. A hermeneutic phenomenological exploration of living in old age. *Geriatric Nursing*, 2018; 39(1), 9-17.
14. Pachana, N. A., & Laidlaw, K. (Eds.). *The Oxford handbook of clinical geropsychology*. Oxford Library of Psychology. 2014.
15. Reddy YJ, Sundar AS, Narayanaswamy JC, & Math SB. Clinical practice guidelines for obsessive-compulsive disorder. *Indian journal of psychiatry*, 2017; 59(Suppl 1), S74.
16. Shahisadrabadi F, Khosravi Z, Banijamali S, Cheraghmolae L. a Phenomenological Study on the experience of the anger in individual with obsessive compulsive disorder. *Journal title*, 2019; 12 (4), 28-47
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. 2013.
18. Ahmari SE, & Dougherty DD. Dissecting OCD circuits: from animal models to targeted treatments. *Depression and anxiety*, 2015; 32(8), 550-562.
19. Monteiro P, & Feng G. Learning from animal models of obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*, 2016; 79(1), 7-16.

20. Ogata N, Gillis TE, Liu X, Cunningham SM, Lowen SB, Adams, BL, and et al. Brain structural abnormalities in Doberman pinschers with canine compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2013; 45, 1-6.
21. Coles ME, Schofield CA, & Nota JA. Initial data on recollections of pathways to inflated responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 2015; 43(4), 385.
22. Rajabi, S. Anxiety Sensitivity, Perfectionism, Loneliness and Self-esteem of elderly with obsessive-compulsive disorder and Major Depression. *Aging Psychology*, 2018; 4(2): 119-129.
23. Fernandes C. P, Vilaverde D, Freitas D, Pereira F, & Morgado P. Very Late Onset of Obsessive-Compulsive Disorder: Case Report and Review of Published Cases in Those More Than 60 Years Old. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2021; 209(3), 208-211.
24. Yadegari R, Hayati M, Yousefi afraشته M. The Relationship Between Spiritual Health and Religious Orientation with Death Obsession in Elderly: The Mediation role of Ambiguity Tolerance. *Aging Psychology*, 2018; 4(1): 39-50.
25. Wetherell JL, Hershey T, Hickman S., Tate SR., Dixon D, Bower ES, & Lenze EJ. Mindfulness-based stress reduction for older adults with stress disorders and neurocognitive difficulties: a randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 2017; 78(7), 734-43.
26. Manjula M, & Sudhir PM. New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: Moving toward integrated behavioral therapies. *Indian journal of psychiatry*, 2019; 61(Suppl 1), S104-S113
27. Leeuwerik T, Cavanagh K, & Strauss C. The association of trait mindfulness and self-compassion with obsessive-compulsive disorder symptoms: results from a large survey with treatment-seeking adults. *Cognitive Therapy and Research*, 2020; 44(1), 120-135.
28. Halldorsson B, & Salkovskis P. Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Excessive Reassurance Seeking in an Older Adult: A Single Case Quasi-Experimental Design. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2017; 45(6), 616-628.
29. Goodman WK, Price LH., Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, and et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 1989; 46(11), 1006-1011.
30. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, and et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular psychiatry*, 2006; 11(5), 495-504.
31. Rajerzi Esfahani S, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahireidin A, Janbozorgi M. Reliability and validity of the persian version of the YALE-BROWN obsessive-compulsive (Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry and clinical Psychology*. 2012; 17(4 (67)):297-303.
32. Colaizzi PE. *Psychological research as the phenomenologist view it existential phenomenology*: Oxford University press. 1978.
33. Jazi AN, & Asghar-Ali A A. (2020). Obsessive-Compulsive Disorder in Older Adults: A Comprehensive Literature Review. *Journal of Psychiatric Practice®*, 2020; 26(3), 175-184.
34. Riahi M. A comparative study of the position and position of the elderly in past and contemporary societies, *Iranian Geriatrics Journal*, 2008; 2, autumn and winter.