SALMAND
IRANIAN JOURNAL OF AGEING

Autumn 2025. Vol 20. Issue 3

Research Paper

The Lived Experience of Iranian Older Adults Suffering From Obsessive-compulsive Disorder

Sedighe Afshar[1], ***Fahimeh Namdarpour**[1], **Mohammadreza Abedi**[2]

1. Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.
2. Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation Afshar S, Namdarpour F, Abedi M. [The Lived Experience of Iranian Older Adults Suffering From Obsessive-compulsive Disorder (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2025; 20(3):372-385. http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3825.1

http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3825.1

ABSTRACT

Objectives Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic condition with recurrent and persistent nature and can affect the functioning of affected people regardless of age. This study aims to explore the lived experience of older adults with OCD in Iran.

Methods & Materials This is a qualitative and phenomenological study. From among the older adults with OCD (A score >23 in the Yale-Brown Obsessive–Compulsive scale) referring to counseling centers in Isfahan city, 10 people were selected using a purposive sampling method and after reaching data saturation in 60-minute semi-structured interviews. The interviews were recorded and transcribed. The themes and sub-themes were extracted using Colaizzi's method.

Results We extracted four main themes and 11 sub-themes, including fluctuating self-esteem (self-deprecation, helplessness, being wronged in life, waste of life, and social stigma of OCD), dysfunctional attitudes (normalizing obsessions, and superstitious thinking), relational dissatisfaction (problematic interactions with spouse and troublesome social interactions), and lack of self-compassion (emotional distress, neglect of physical care, and fruitless struggles).

Conclusion Iranian older adults with OCD experience many limitations; they have less family and marital support, suffer from the social stigma, experience high emotional distress, and are not compassionate to themselves. More studies are recommended in this field in order to reduce the psychological burden of older adults with OCD.

Keywords Older adult, Lived experience, Obsessive-compulsive disorder (OCD), Qualitative study

Article Info:
Received: 04 Feb 2024
Accepted: 22 Sep 2024
Available Online: 01 Oct 2025

* ***Corresponding Author:***
Fahimeh Namdarpour, Assistant Professor.
Address: Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.
Tel: +98 (913) 2659631
E-mail: namdarpour@iau.ac.ir

Copyright © 2025 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Based on the diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5) obsessive-compulsive disorder (OCD) is defined as the experience of recurrent and persistent thoughts, urges, or images (obsessions) that are intrusive and unwanted, causing significant anxiety or distress. Despite the limited literature on OCD in the elderly, it is estimated that approximately 0.7 percent of older adults may be affected by this condition. This disorder can be one of the most disabling mental health conditions. The World Health Organization (WHO) has classified it as one of the top 10 most disabling illnesses worldwide. Understanding the first-hand experiences of older adults with OCD can provide useful information for therapists and caregivers of this population.

Methods & Materials

This is a descriptive phenomenological study. The study population consists of older adults diagnosed with OCD, referred to counseling centers in Isfahan, Iran, in 2022. A purposeful sampling method was used to select eligible people. The inclusion criteria were the OCD diagnosis based on the DSM-5 criteria and a score above 23 on the Yale-Brown OCD scale, no severe physical or psychological comorbidities, a minimum age of 60, and willingness to participate in the study. Semi-structured interviews were conducted, lasting 60 minutes. After 10 interviews, data saturation was achieved.

Each interview was conducted in a room located in a counseling clinic. The interviews began with general questions about their lived experiences of OCD followed by probing questions to gather more in-depth information. The general questions addressed the problems caused by the disorder, effective factors, coping mechanisms, and perceptions about the causes of the disorder. Probing questions such as “What do you mean?”, “Can you explain more?”, “Can you give an example?” were used to explore various aspects of the lived experiences. The interviews were recorded with the participants’ consent. The recordings were transcribed verbatim. To address any ambiguities in the coding process, the interview transcripts were reviewed in collaboration with the participants. The data were analyzed using Colaizzi’s seven-step method as following: Thoroughly reading the transcripts, extracting significant statements, interpreting the statements (drawing meaning), grouping the meanings into clusters of themes, deriving comprehensive descriptions based on the phenomenon, reporting the importance of the phenomenon, and verifying the findings by returning to the participants, asking them about the findings, and confirming their accuracy.

Results

The investigation of the lived experiences of older adults with OCD revealed four main themes: Fluctuating self-esteem, dysfunctional attitudes, relational dissatisfaction, and lack of self-compassion. The first theme had the following sub-themes: Self-deprecation, helplessness, being wronged in life, waste of life, and social stigma of OCD. The second theme had the following sub-themes: Normalizing obsessions and superstitious thinking. The third theme had the following sub-themes: Problematic interactions with spouse and troublesome social interactions. The final theme had the following sub-themes: Emotional distress, neglect of physical care, and fruitless struggles.

Conclusion

This is the first study that explored the lived experiences of Iranian older adults with OCD. The findings suggest that they experience relational, social, and attitudinal problems. They experience more feelings of loneliness, not being understood, or missing out on life than other older adults.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Prior to the study, the study objectives were explained to the participants, and informed consent was obtained from them. They were assured of the confidentiality of their information. This study was approved by the Ethics Committee of Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Iran (Code: IR.IAU.KHSH.REC.1402.011).

Funding

This study was extracted from the PhD thesis of Sedighe Afshar, at the Department of Counseling, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Iran. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for profit sectors.

Authors' contributions

The authors contributed equally to preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all the participants for their cooperation in this research.

مقاله پژوهشی

وسواس در سالمندان: بررسی تجربه زیسته سالمندان مبتلا به وسواس فکری‌عملی؛ یک مطالعه کیفی

صدیقه افشار[۱]، *فهیمه نامدارپور[۱]، محمدرضا عابدی[۲]

۱. گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران.
۲. گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation Afshar S, Namdarpour F, Abedi M. [The Lived Experience of Iranian Older Adults Suffering From Obsessive-compulsive Disorder (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2025; 20(3):372-385. http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3825.1

http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3825.1

چکیده

اهداف ازآنجایی‌که وسواس فکری‌عملی اغلب اختلالی با ماهیت مزمن و عمدتاً با عود همراه است، بدون توجه به سن شروع می‌تواند تا پایان عمر عملکرد افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد. ازاین‌رو باتوجه‌به افزایش روزافزون جمعیت سالمندی در کشور و محدودیت‌های جسمی و سلامتی متعاقب با آن، این پژوهش به بررسی و کاوش تجربه زیسته سالمندان دارای وسواس فکری‌عملی درباره بیماری‌شان پرداخت.

مواد و روش‌ها این پژوهش با رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی انجام شد. بدین‌منظور از بین سالمندان مبتلا به وسواس فکری‌عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان که توسط متخصص روان‌شناس تشخیص دریافت کرده بودند و در پرسش‌نامه ییل بروان نیز نمره بالاتر از ۲۳ به دست آورده بودند و برای شرکت در پژوهش رضایت داشتند ۱۰ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب و تحت مصاحبه عمیق ۶۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. همچنین مصاحبه‌ها ضبط و تا زمانی ادامه یافت که با انجام مصاحبه‌های جدید تغییری در ساختار یافته‌ها ایجاد نشد. پس از آن تمامی مکالمات، به‌طور 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 زیرمضمون، 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 (عادی‌انگاری وسواس و خرافه زیستی)، 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. باتوجه‌به پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود به‌منظور کاهش هزینه‌های روانی خانواده و جامعه، مطالعات گسترده‌تری در حوزه سالمندی انجام شود.

کلیدواژه‌ها سالمندی، تجربه زیسته، وسواس فکری‌عملی، مطالعه کیفی

اطلاعات مقاله:
تاریخ دریافت: ۱۵ بهمن ۱۴۰۲
تاریخ پذیرش: ۰۱ مهر ۱۴۰۳
تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۴۰۴

* نویسنده مسئول:
دکتر فهیمه نامدارپور
نشانی: اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی شهر، گروه مشاوره.
تلفن: ۲۶۵۹۶۳۱ (۹۱۳) ۹۸+
پست الکترونیکی: namdarpour@iau.ac.ir

Copyright © 2025 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

اختلال وسواس فکری‌عملی[1] در راهنمای تشخیصی اختلالات روانی ویراست پنجم[2] به‌صورت وسواس‌ها[3] و اجبارها[4] توصیف می‌شود. وسواس‌ها به‌صورت افکار، امیال[5] یا تصاویر مکرر[6] و مداوم[7] که در یک زمان در طول اختلال تجربه می‌شوند، مزاحم و ناخواسته هستند و در بیشتر افراد باعث اضطراب یا پریشانی مشخص می‌شوند. فرد مبتلا تلاش می‌کند تا چنین افکار، اغراض یا تصاویری را نادیده بگیرد یا سرکوب کند یا آن‌ها را با فکر یا عمل دیگری خنثی کند (یعنی با انجام یک اجبار). اجبارها نیز به افراد این حس را می‌دهند که در پاسخ به یک هوس یا براساس قوانینی که باید به‌شدت اعمال شوند، به انجام رفتارهای تکراری (مانند شستن دست‌ها، دستور دادن، چک کردن) یا اعمال ذهنی[8] (مثلاً دعا کردن، شمردن، تکرار کلمات در سکوت) مجبور هستند. رفتارها یا اعمال ذهنی با هدف پیشگیری یا کاهش اضطراب یا پریشانی، یا جلوگیری از برخی رویدادها یا موقعیت‌های ترسناک انجام می‌شود. بااین‌حال این رفتارها یا اعمال ذهنی به روشی واقع‌بینانه با چیزی که برای خنثی کردن یا جلوگیری از آن طراحی شده‌اند مرتبط نیستند و یا به‌وضوح بیش‌ازحد هستند [۱]. وسواس فکری‌عملی وقت‌گیر است و می‌تواند با درجاتی از بینش خوب تا ضعیف تشخیص داده شود.

همچنین تأثیرات احتمالی مراحل رشدی افراد در بروز علائم تأیید و درباره کودکان نیز آورده شده است، اما درباره افراد مسن مبتلا به وسواس فکری‌عملی پیشنهادی ارائه نشده است [۱]. از این لحاظ وسواس فکری‌عملی اگرچه زمانی به‌عنوان یک بیماری نادر در نظر گرفته می‌شد، اما اکنون به‌عنوان یک اختلال روان‌پزشکی شایع شناخته می‌شود که در طول زندگی به میزان ۲ تا ۳ درصد می‌تواند شیوع داشته باشد. شیوع این بیماری براساس سن متفاوت است و شیوع مادام‌العمر در محدوده سنی ۳۳ تا ۴۴ سال به میزان ۲/۳ درصد برآورد شده است، اما در افراد مسن بالای ۶۰ سال و بیشتر در محدوده ۰/۷ درصد شایع بوده است [۲].

گرچه شیوع این اختلال نسبت به اختلالات خلقی و اضطرابی در اواخر عمر کمتر بوده است، اما موضوعی که به‌طور کلی برآوردهای شیوع این اختلال در اواخر عمر و سالمندی[9] را مهم جلوه می‌دهد محیطی است که بزرگسالان مسن در آن زندگی می‌کنند یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد شیوع اختلال وسواس فکری‌عملی در افراد مسن که تحت محیط‌های حمایت‌شده زندگی می‌کنند برای مردان حدود ۱/۴ و برای زنان حدود ۴/۷ درصد بوده است. این در حالی است شیوع اختلال وسواس فکری‌عملی در افراد مسن که به‌طور مستقل زندگی می‌کنند برای مردان حدود ۰/۹ درصد و برای زنان ۱ درصد بوده است [۳، ۴]. این نتایج حاکی از آن است که برآوردهای شیوع در محیط‌های با شرایط زندگی پشتیبانی‌شده همچون مراکز نگهداری و سالمندان بسیار بالاتر بوده است. دیزیر و آیرس [۲] در این‌باره خاطرنشان می‌کنند به دلیل اثرات ناتوان‌کننده بخصوصی که اختلال وسواس فکری‌عملی برای افراد مسن در پی دارد بیشتر احتمال دارد که این افراد در یک محیط زندگی پشتیبانی‌شده همچون مراکز سالمندان باشند.

این موضوع از چند منظر بسیار با اهمیت است؛ اول آنکه امروزه جمعیت جهان به‌سرعت در حال پیشروی به سمت سالمندی است [۵] و هم‌اکنون بخش زیادی از هرم جمعیتی کشورهای توسعه‌یافته و درحال‌توسعه به افراد سالمند اختصاص یافته است [۶، ۷] که این موضوع در کشور ما نیز در حال وقوع است [۸]. براساس آمار ارائه‌شده حدود ۶/۹ درصد از کل جمعیت ایران را در سال ۹۵ افراد سالمند تشکیل داده‌اند و پیش‌بینی‌ها حاکی از افزایش آن به ۱۱/۳ درصد در سال ۱۴۰۴ است. همچنین براساس پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی[10]، ایران تا سال ۲۰۵۰ یکی از پیرترین کشورهای جهان ازلحاظ هرم جمعیتی می‌شود [۹]. از این لحاظ سالمندی یکی از چالش‌های مهم پیش‌رو در کشور ما در سال‌های آینده خواهد بود.

از سوی دیگر سالمندی مرحله‌ای از تکامل انسان است که با ضعف توانایی‌های جسمانی، مهارت‌های شناختی و تجربه فقدان‌ها بعد سنین ۶۰ سالگی شناخته می‌شود [۱۰] و نتیجه اضمحلال تدریجی ساختمان و ارگانیسم بدن است که به مرور زمان ایجاد می‌شود و می‌تواند به ناتوانی، بیماری و درنهایت مرگ فرد بینجامد [۱۱]. افزایش تعداد سالمندان به‌خودی‌خود یکی از نگرانی‌های عمده جوامع است و علاوه بر کاهش نیروی انسانی کارآمد و فعال در جامعه می‌تواند هزینه‌های پزشکی و خدمات اجتماعی سنگینی را به جوامع تحمیل کند [۱۲، ۱۳].

همچنین یافته‌های پژوهشی در این‌باره نشان می‌دهد ابتلا به بیماری‌های روانی در سنین سالمندی بیشتر شایع است [۱۴] و قریب به ۶/۶ درصد از ناتوانی سالمندان در محدوده سال‌های عمر مربوط به این اختلالات است [۵]. از این لحاظ وسواس فکری‌عملی یکی از اختلالات بسیار پررنگ در این دوره سنی است و جزو ۴ اختلال شایع در کل بازه عمر محسوب می‌شود [۱۵].

1. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th edition (DSM-5)
3. Obsessions
4. Compulsions
5. Urges
6. Recurrent
7. Persistent
8. Mental acts
9. Old age
10. World Health Organization (WHO)

درواقع این اختلال می‌تواند کاهش چشمگیری در عملکرد و کیفیت زندگی به وجود آورد و منجر به ناتوانی بیشتر شود [۱۶]. ناتوانی ناشی از وسواس فکری‌عملی تا حدی است که سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان یکی از ۱۰ عامل عمده ناتوانی در ارتباط با بیماری‌ها از آن یادکرده است [۱۷]. این درحالی است که علی‌رغم تأثیر بسزای این بیماری در ناتوانی افراد در بازه عمر همچنان سبب‌شناسی[11] این بیماری به‌طور دقیق مشخص نیست و درمان‌های انتخابی مؤثر بر آن همچنان با عود همراه است [۱۸] که این موضوع توجه به این اختلال در بازه عمر، به‌ویژه سالمندی را بسیار بااهمیت‌تر می‌کند. یافته‌های پژوهشی در ارتباط با سالمندی و اختلال وسواس حاکی از آن است که کمال‌گرایی و حرمت نفس می‌تواند افسردگی و وسواس را در سالمندی پیش‌بینی کند [۱۹] و حتی برخی از مطالعات گویای آن است که اختلال وسواس می‌تواند به‌طور نادر در سالمندی پس از ۶۵ سالگی نیز بروز یابد [۲۰]. مطالعات در این‌باره نشان می‌دهد شیوع وسواس در میانسالی (دیررس) در زنان بیشتر محتمل است و اصولاً پس از یک رویداد آسیب‌زای بزرگ (مثل بارداری و غیره) می‌تواند بروز یابد [۲۱]. مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهند جهت‌گیری مذهبی بیرونی و سلامتی معنوی نقش تعیین‌کننده‌ای در پیش‌بینی وسواس درباره مرگ دارند [۲۲].

یافته‌های طولی محدود درباره وسواس در سالمندی حاکی از آن است که وسواس در سالخوردگی همچون دوره بزرگسالی است و در چند رسته شست‌وشو، نظم، وارسی، شمارش و تکرار ادامه می‌یابد و می‌تواند بر مسائل مرتبط با سلامت جسمی افراد متمرکز شود. همان‌گونه که شیوع آن در سالمندان ساکن در مراکز نگهداری بسیار بالاتر است و این خود گویای تشدید اختلال وسواس، عدم سازگاری ناشی از بیماری، نیاز به حمایت و مراقبت‌های بیشتر در این افراد است [۲۳].

مطالعات درباره تغییرات مهم و چالش‌های اواخر عمر که ممکن است با سایر فرایندهای مخاطره‌آمیز در تسریع مشکلات سلامت روان در بزرگسالان مسن‌تر تعامل داشته باشند، حاکی از آن است که نگرانی‌های ذهنی‌شناختی (نگرانی درباره عملکرد شناختی) با باورهای ناکارآمد مرتبط با وسواس فکری‌عملی به‌عنوان یک عامل خطرشناختی برای این اختلال ارزیابی می‌شوند. به‌طوری که رابطه بین باورهای ناکارآمد و شدت علائم را واسطه‌گری می‌کند [۲۴]. یافته‌ها نشان می‌دهد خودآگاهی شناختی یک سازه مهم در پیشرفت و شدت اختلال وسواس فکری‌عملی، به‌ویژه در سالخوردگی است [۲۵].

ادبیات پژوهشی در ارتباط با مداخلات درمانی مرتبط با وسواس در بزرگسالان تا آستانه سالمندی اثرگذاری رویکردهای درمانی همچون شناختی‌رفتاری[12]، فراشناخت‌درمانی[13]، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی[14] و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[15]، آموزش روانی، آموزش شفقت به خود[16]، درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ[17] و دارودرمانی را نشان می‌دهد [۲۶-۲۹]، اما نتایج پژوهشی که به‌طور انحصاری درمان وسواس فکری‌عملی افراد در بازه سالمندی را مورد مطالعه قرار داده باشد یافت نشد و اطلاعات در این زمینه محدود است. باید به این نکته توجه داشت که در عمده پژوهش‌های صورت‌گرفته در حیطه بزرگسالی یکی از ملاک‌های ورود به پژوهش محدوده سنی (۱۸ تا ۶۵ سال) است. بنابراین گرچه پژوهش‌های بسیاری درزمینه اختلال وسواس فکری‌عملی انجام شده است، اما اطلاعات محدودی درباره چگونگی آن در حیطه سالمندی و مداخلات مرتبط با آن در این سن وجود دارد که این خود یک تناقض و خلأ پژوهشی بزرگ است. از طرفی مشکلات جسمی و روانی ناشی از کهولت سن برای این افراد نیز وجود دارد و می‌تواند فرد را با تداخل و محدودیت‌های دارویی نیز روبه‌رو کند. ماهیت اختلال وسواس فکری‌عملی به‌خودی‌خود مزمن است و برای مبتلایان و به‌ویژه برای اطرافیان و نزدیکان می‌تواند فرساینده باشد. بنابراین کسب اطلاعات درباره تجربه وسواس در سالمندی و بررسی تجارب زیسته آنان به نظر کاری ارزشمند می‌آید. باتوجه‌به اینکه مطالعات صورت‌گرفته در این بازه سنی بیشتر به‌صورت رابطه‌ای بوده است و مطالعه‌ای که به‌طور دقیق تجربه زیسته سالمندان درباره بیماری‌شان را (وسواس فکری‌عملی) مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد، این پژوهش در قالب یک سؤال پژوهشی به بررسی تجربه زیسته سالمندان مبتلا به وسواس فکری درباره بیماری‌شان پرداخته شد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک پژوهش پدیدارشناسی با رویکرد توصیفی است. ازآنجاکه هدف این پژوهش بررسی و تبیین کیفی تجارب زیسته سالمندان مبتلا به وسواس فکری‌عملی درباره بیماری‌شان بود، بنابراین برای ورود به درون تجربه زیسته افراد و بررسی تجارب زندگی آنان در ارتباط با بیماری‌شان از روش پدیدارشناسی توصیفی کلایزی بهره برده شد.

مشارکت‌کنندگان

مشارکت‌کنندگان پژوهش شامل سالمندان مبتلا به وسواس فکری‌عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ بودند که توسط متخصص روان‌شناس وسواس آنان تشخیص داده شده بود. نمونه‌گیری در پژوهش حاضر با روش هدفمند انجام گرفت و ۱۰ نفر پس از احراز شرایط ورود به پژوهش (کسب نمره بالاتر از ۲۳ در پرسش‌نامه ییل بروان)

11. Etiology
12. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
13. Metacognitive Therapy (MCT)
14. Mindfulness Based Therapy (MBT)
15. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
16. Self-compassion
17. Exposure Response Prevention (ERP)

و رضایت شخصی تحت مصاحبه نیمه‌ساختاریافته به مدت ۶۰ دقیقه قرار گرفتند. مصاحبه‌ها ضبط و تا زمانی ادامه یافت که با انجام مصاحبه‌های جدید تغییری در ساختار یافته‌ها ایجاد نشد. از ملاک‌های ورود به پژوهش می‌توان به دریافت تشخیص وسواس فکری‌عملی براساس ملاک بالینی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[18]، عدم اختلال جسمی یا روان‌شناختی شدید هم‌زمان، دارای حداقل تحصیلات راهنمایی و حداقل سن ۶۰ سال و رضایت برای شرکت در پژوهش اشاره کرد. همچنین عدم توانایی کلامی فرد در انتقال تجارب زیسته خود در هنگام مصاحبه و انصراف فرد از ادامه روند پژوهش، ملاک‌های خروج از پژوهش بود. قبل از شروع کار، هدف پژوهش برای مشارکت‌کنندگان شرح داده شد و از آن‌ها برای ضبط کردن مصاحبه‌ها اجازه گرفته شد همچنین درمورد محرمانه ماندن اطلاعات به آن‌ها اطمینان داده شد.

ابزار

در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری داده‌ها به‌منظور تعیین تجارب زیسته از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. سؤالات پژوهش باتوجه‌به اهداف و بازخورد اساتید در قالبی منسجم طراحی شد. مصاحبه با سؤالات کلی درمورد چگونگی تجارب آنان از زندگی با بیماری وسواس فکری‌عملی شروع شد و در طول مصاحبه نیز از سؤالات کاوشی برای غنی‌تر کردن اطلاعات پرسیده شد. سؤالات کلی بیشتر درباره مشکلات به‌وجودآمده ناشی از بیماری، عوامل مؤثر بر آن، سازوکار و شیوه‌های کنار آمدن با بیماری و علت بیماری ازنظر آنان بود. سؤالات کاوشی (منظورت چیه؟، بیشتر توضیح بده، می‌شه مثال بزنی، و غیره) نیز جهت بررسی بیشتر جنبه‌های مختلف تجربه زیسته افراد سالمند باتوجه‌به محتوای گفت‌وگو مورد استفاده قرار گرفت.

پرسش‌نامه فکری‌عملی ییل براون[19]

مقیاس وسواس فکری‌عملی توسط گودمن و همکاران [۳۰] برای سنجش شدت اختلال وسواس فکری‌عملی ساخته شده است. این پرسش‌نامه شامل دو بخش سیاهه نشانه و مقیاس شدت است. در بخش اول ۱۶ گویه به‌صورت خودگزارشی در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای و به‌صورت صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. نمره هر قسمت بین صفر تا ۲۰ و نمره کلی پرسش‌نامه بین صفر تا ۴۰ است. این بخش از مقیاس ۵۸ نوع وسواس فکری‌عملی را دربر می‌گیرد. در بخش دوم شدت اختلال توسط ۵ بعد میزان آشفتگی، فراوانی، تداخل، مقاومت و کنترل نشانه‌ها، هرکدام از وسواسها و اجبارها سنجیده می‌شوند. براین‌اساس نمره کلی بیماران، به ۵ دسته تقسیم‌بندی می‌شود؛ بیماران با نمره صفر تا ۷ در رسته وسواس فکری‌عملی تحت بالینی، ۸ تا ۱۵ خفیف، ۱۶ تا ۲۳ متوسط، ۲۴ تا ۳۱ شدید و ۳۲ تا ۴۰ در دسته وسواس فکری‌عملی خیلی شدید قرار می‌گیرند [۳۱]. در ایران این پرسش‌نامه اعتباریابی شده است و همسانی درونی به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵ و پایایی دونیمه‌سازی به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی ۰/۹۹ گزارش شده است [۳۲].

جمع‌آوری داده‌ها

اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از روش توصیفی کلایزی تحلیل شدند. تک‌تک مصاحبه‌ها در اتاق مشاوره کلینیک تماشا و تمامی آن‌ها به‌صورت کامل و با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط شد و بلافاصله پس از آن به‌صورت کامل و دقیق بر روی کاغذ پیاده‌سازی شد و به‌منظور رفع ابهام در کدگذاری، متن مصاحبه با همکاری خود مشارکت‌کننده مرور شد. جهت کدگذاری و استخراج مقوله‌ها (مضامین و زیرمضامین) متن‌ها و نوشته‌ها براساس روش حاضر (کلایزی) در ۷ گام مورد بررسی و شناسایی قرار گرفتند؛ ۱. تمام توصیف‌های به‌عمل‌آمده 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 عبارت‌های مهم نوشته شد (فرمول‌بندی). ۴. معانی فرمول‌بندی‌شده در قالب خوشه‌هایی از تم‌ها سازمان داده شد. در این مرحله خوشه‌ها به‌صورت مکرر به روایت‌های اولیه جهت معتبرسازی آن‌ها برگردانده شد. ۵. نتایج مراحل قبلی در قالب یک توصیف مفصل و کامل از موضوع مورد بحث قرار گرفتند. ۶. توصیف مفصل و کامل از پدیده مورد بررسی تا حد امکان در قالب یک عبارت شناختی ناهم‌ارز صورت‌بندی شد. ۷. معتبرسازی نهایی با بازگشت به مشارکت‌کنندگان و پرسیدن درباره یافته‌ها [۳۳].

یافته‌ها

در این بخش تلاش شده است با مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، به بررسی تجارب زیسته افراد سالمند مبتلا به وسواس فکری‌عملی در ارتباط با بیماری‌شان و تأثیر آن بر زندگی‌شان پرداخته شود. اطلاعات به‌دست‌آمده در وجوه گوناگون عاطفی، شناختی، رفتاری، عملکردی و ارتباطی قابل‌بحث و بررسی است که در ادامه به تشریح هریک پرداخته می‌شود. یافته‌های حاصل با کدگذاری در سطوح مضامین اصلی و زیرمضمون‌ها و با اتکا به عبارات و گفته‌های مشارکت‌کنندگان تقسیم‌بندی شده است و با شیوه پدیدارشناسانه به وجوه مختلف تجربیات آنان در مواجهه با وسواسشان پرداخته شده است. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ آورد شده است. مضامین و زیرمضمون‌های حاصل از پژوهش در جدول شماره ۲ آورده شده است.

18. Diagnostic and statistical manual of mental disorders
19. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

جدول ۱. مشخصات افراد شرکت‌کننده در پژوهش

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

سالمند

همان‌طور که یافته‌ها نشان می‌دهد کاوش تجارب زیسته سالمندان مبتلا به وسواس فکری‌عملی حاکی از دستیابی به ۴ مضمون اصلی شامل عزت نفس شکننده، نگرش ناکارآمد، نارضایتی ارتباطی و عدم خودشفقتی است که زیرمضمون‌های 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 مشکل‌ساز با همسر، تعاملات اجتماعی دردسرساز، رنج هیجانی، غفلت از مراقبت جسمی و تقلاهای بی‌ثمر را دربر می‌گیرد. در ادامه مضامین اصلی بیشتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

جدول ۲. مضمون‌ها و زیرمضمون‌های به‌دست‌آمده در تحلیل ترکیبی مبتنی بر سؤال پژوهش

مضامین اصلی	زیر مضمون
عزت نفس شکننده	حقیر دیدن خود
	عجز و ناتوانی
	مورد ظلم واقع شدن در زندگی
	به فنا رفتن عمر
	انگ اجتماعی وسواس
نگرش ناکارآمد	عادی‌انگاری وسواس
	خرافه زیستی
نارضایتی ارتباطی	تعاملات مشکل‌ساز با همسر
	تعاملات اجتماعی دردسرساز
عدم خودشفقتی	رنج هیجانی
	غفلت از مراقبت جسمی
	تقلاهای بی‌ثمر

عزت نفس شکننده

این مضمون که شامل ۵ زیرمضمون حقیر دیدن خود، عجز و ناتوانی، مورد ظلم واقع شدن در زندگی، به فنا رفتن عمر و انگ اجتماعی وسواس است حاکی از آن است که مشارکت‌کنندگان اغلب به‌خاطر بیماری‌شان احساس‌های منفی همچون تحقیر، ناتوانی، قربانی بودن، از دست دادن عمر و قضاوت شدن را تجربه می‌کنند که این احساسات منجر به شکنندگی خود و عزت نفس آنان شده است: «همیشه این فکر رو داشتم که مامان بابا دوستم ندارند، خودم رو خیلی کوچیک می‌دیدم» (مشارکت‌کننده شماره ۱). تجربه چنین احساساتی به نوبه خود دردناک هستند. همان‌طور که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره دارند: «۳۵ ساله این افکار داره اذیتم می‌کنه» (مشارکت‌کننده شماره ۲).

تجربه انگ اجتماعی یا قضاوت شدن از سمت دیگران برای آنان آزاردهنده است. به‌طوری که مشارکت‌کننده شماره ۹ بیان می‌کرد: «هرجا یک نفر چیزی می‌گفت، من می‌گفتم نکنه با من بودن و منظورشون من بودم» و یا این عبارت مشارکت‌کننده شماره ۹ که همسرش درباره وسواس‌هایش به او تذکر می‌داد: «شوهرم همه‌ش می‌گفت این کارا که تو می‌کنی و این‌قدر خودت را اذیت می‌کنی به خاطر وسواس هست.» مشارکت‌کنندگان همچنین در برابر بیماری احساس قربانی بودن و تلف شدن عمر را داشتند. به‌طور مثال اغلب احساس عقب افتادن از زندگی به علت بیماری‌شان و محرومیت از برخی نیازهای طبیعی، مثل فقدان روابط زناشویی به دلیل گیر افتادن در بیماری وسواس را داشتند. همچنین وسواس خود را ناشی از مشاهده و یادگیری در محیط خانواده و مقصر شمردن والدین (به‌ویژه مادر) می‌دانستند و از دست دادن فرصت‌ها (ترک تحصیل) را به دلیل عدم توجه و همراهی دیگران با بیماری‌شان و یا به علت وسواسی بودن خود یا مادر می‌دانستند و مسبب آن را رفتارهای دیگران برمی‌شمردند: «اصلاً کارهای شوهرم باعث شد من وسواس بگیرم» (مشارکت‌کننده شماره ۳).

همان‌طور که مشاهده می‌شود مشارکت کنندگان برای اجتناب از تجربه احساسات منفی(ترس از قضاوت) درباره افکار و اعمالشان نسبت به بیماری اکراه دارند و یا به‌منظور رودررو نشدن با سرزنش دیگران به‌خاطر اعمال و رفتار وسواسی‌شان نگرانی و استرس داشتند. به‌طور مثال مشارکت‌کننده شماره ۹ درباره ترس از دعوا شدن توسط همسر به خاطر اعمالش نگرانی داشت: «وقتی می‌خواستم یه چیزی بشورم حس می‌کردم الان منم می‌بینه و دعوام می‌کنه ولی نمی‌کردند» و یا همین مشارکت‌کننده در قسمت دیگری صحبت‌هایش عنوان کرد: «دوست نداشتم و بدم می‌اومد بهم بگن وسواسی.» همان‌طور که مشاهده می‌شود مشارکت‌کنندگان به‌خاطر شکنندگی عزت نفسشان به طرق مختلف از خود محافظت می‌کردند برخی بیماری را نمی‌پذیرفتند مانند مشارکت‌کننده شماره ۲: «دکتر روان‌پزشکم یه بار بهم گفت تو دلت درد می‌کنه، گناه می‌کنی اینام افکاره و وسواسیم هستن و بیماریه ولی من نمی‌تونم قبول کنم اصلاً نمی‌تونم قبول کنم که این افکار به‌عنوان 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 وسواسیه، ولی من دوست نداشتم کسی بفهمه، دوست نداشتم و بدم می‌اومد بهم بگن وسواسی» (مشارکت‌کننده شماره ۹).

نگرش ناکارآمد

مضمون نگرش ناکارآمد که از ۲ زیرمضمون عادی‌انگاری وسواس و خرافه زیستی تشکیل شده است حاکی از آن است که افراد مشارکت‌کننده درباره وسواسشان شناخت کافی ندارند و یا آن را معتبر نمی شناسند: «فکر می‌کردم حرف بدیه، عمل زشتیه و دوست نداشتم اطرافیانم بدونند» (مشارکت‌کننده شماره ۲). اغلب مشارکت‌کنندگان رفتارهای خود را وسواس نمی‌دانستند یا به دلیل حضور این خصوصیات از دوره نوجوانی، آن را عادی برمی شمردند: «من این وسواس را از بچگی داشتم، یعنی از بچگیم یادم می‌آد» برخی دیگر از مشارکت‌کنندگان نیز درباره علل آن عقاید نامرتبط دارند: «وقتی باد می‌اومد، خیلی می‌ترسیدم، اصلاً این برگ‌ها که می‌جنبیید من می‌ترسیدم که حالا یه اتفاق بدی می‌افته» (مشارکت‌کننده شماره ۱)، یا آن را به برخی از خصوصیات خود انتساب می‌دهند: «من ۱۷، ۱۸ سالم بود عقد کردم، الان می‌تونم مجسم کنم وقتی شوهرم می‌نشست کنار من، از همون لحظه می‌گفتم که این حتماً یکی دیگه رو می‌گیره.این با یکی دیگه ازدواج می‌کنه. اصلاً ندیده بودمش. باهاش آشنا هم نبودم، ولی همین‌طوری نمی دونم چرا خودبه‌خود، این حس رو داشتم. این رشد کرد. هی رشد کرد. من نتونستم زندگی درستی بکنم از بس فکرای منفی داشتم» (مشارکت‌کننده شماره ۱).

نارضایتی ارتباطی

مضمون نارضایتی ارتباطی ۲ زیرمضمون تعاملات مشکل‌ساز با همسر و تعاملات دردسرساز اجتماعی را دربر می‌گیرد. تعاملات مشکل‌ساز با همسر حاکی از آن است که برخی از افراد مشارکت‌کننده از همراهی با همسر به علت وسواسشان اجتناب می‌کنند یا احساس می‌کنند که همسرشان آنان را دوست ندارند، برخی دیگر احساس می‌کنند که در منزل احترامی ندارند: «بعدم که خانم دکتر ازدواج کردم دوباره همین‌طور بودم. من خیلی دوست داشتم احترام داشتن رو و خب این‌طوری هم نبود. من مریض‌احوال بودم. خودمم نمی‌دونستم (مشارکت‌کننده شماره ۱). به‌طورکلی می‌توان گفت شیوه ارتباطی آنان با اطرافیان، به‌ویژه همسر به دلیل بیماری‌شان اصولاً ناموثر است. اغلب در قهر به سر می‌برند و یا به فکر تلافی هستند: «من همیشه قهر بودم با همسرم. ارتباط باهاش نمی‌گرفتم. لجبازی می‌کردم. حرف نمی‌زدم باهاش» (مشارکت‌کننده شماره ۱). یا از ارتباط صمیمانه

و زناشویی ممانعت می‌کنند؛ به‌طور مثال مشارکت‌کننده شماره ۳ عنوان می‌کرد: «وقتی می‌خواست بیاد، من از خونه می‌رفتم بیرون تا حمامش رو بره و لباساش عوض کنه بره. بعد من می‌اومدم و همه‌جا رو می‌شستم و وایتکس می‌ریختم. می‌گفتم ایدز داره مریض می‌شیم.»

زیرمضمون تعاملات دردسرساز اجتماعی در مشارکت‌کنندگان حاکی از آن است که اغلب افراد مشارکت‌کننده در زندگی‌شان از ارتباط با دیگران با وجود تمایل به ارتباط اجتناب می‌کنند. برای مثال مشارکت‌کننده شماره ۱ بیان می‌کرد: «من صبح که از خواب بیدار می‌شم کلاً تو فکرای منفی بودم؛ مثلاً با خواهر شوهرام مشکل داشتم. با آن‌ها دعوا می‌کردم. آن‌ها باهام دعوا می‌کردند. با خانواده خودم، با همسایه و با دوست همین‌طوری بود. این اتفاق‌ها نمی‌افتاد، ولی توی ذهن من بود.» اهل گفت‌وگو و همکاری در جمع‌های خانوادگی نیستند: «مثلاً می‌رفتم خونه خواهرشوهرم. خب همه بودیم. حدود ۴۰ نفر بودیم. خب اونا می‌گفتند، می‌شنفتن، من نه»؛ «من نمی‌تونستم با اونا رابطه بگیرم. فکر منفی می‌کردم. خب اونام خیلی بهم احترام نمی‌ذاشتن» (مشارکت‌کننده شماره ۱). همچنین افراد در الیم زیرمضمون به دیگران برای کمک گرفتن نمی‌توانند اعتماد کنند مشارکت‌کننده شماره ۹ در این‌باره عنوان می‌کرد: «کارها رو خودم فقط باید انجام می‌دادم. ظرفارو خودم باید می‌شستم، ملافه‌ها رو همه رو خودم باید می‌شستم و می‌دوختم. خب همین باعث شد دیسک کمر و دیسک گردن بگیرم.»

عدم خودشفقتی

این مضمون از ۳ زیرمضمون رنج هیجانی، غفلت از مراقبت جسم و تقلاهای بی‌ثمر تشکیل شده است که نشان‌دهنده آن است که مشارکت‌کنندگان طیف وسیعی از هیجانات ناسازگار را تجربه می‌کنند که گویای بدتنظیمی هیجانی در آنان است. افراد مشارکت‌کننده به‌طورکلی در رنج هیجانی خود غرق می‌شوند که حاکی از تنظیم هیجانی پایین در آن‌هاست. اصطلاحاً این افراد در احساسات خود مستغرق هستند؛ به‌طور مثال مشارکت‌کننده شماره ۳ عنوان می‌کرد: «ولی گوشه‌کنار مثلاً می‌گفتن ببین چون تو وسواس داری، فلانی این حرف رو زد یا چون تو وسواس داری فلانی نیومد خونه‌مون. من ناراحت می‌شدم. می‌گفتم چرا می‌گید وسواس. وسواس تمیزیه دیگه. اگه همسرم، بچه‌هام یا اطرافیانم می‌گفتن خیلی ناراحت می‌شدم.» توصیف مشارکت‌کننده شماره ۴ حاکی از تجربه رنج هیجانی به‌خاطر عدم درک شدن و احساس تنهایی شدید است: «من الان خیلی حالم بده. تنهام (با گریه). خیلی نیاز به محبت دارم.»

این افراد با یک مجموعه رفتار مانع تجربه هیجانات خود می‌شوند که می‌توان این مجموعه رفتارها را جزو تقلاهای بی‌ثمر در نظر گرفت. به‌طور مثال آنان به کارهای دینی یا غیردینی می‌پردازند یا در اجتماع حضور می‌یابند، فیلم می‌بینند یا کارهای یدی مثل بافتنی بافتن انجام می‌دهند. برخی دیگر با مشارکت نکردن در فعالیت‌های درخواستی دیگران، مثل اجتناب از کمک کردن از تجربه هیجانی خود بازداری می‌کنند: «نه می‌تونستم کمکشون کنم نه یه کاری بکنم» (مشارکت‌کننده شماره ۱).

در زیرمضمون غفلت از مراقبت جسم توصیفات مشارکت‌کنندگان گویای آن است که چگونه پرداختن به رفتارهای وسواسی برای آنان مشکلات جسمی به وجود آورده است؛ به‌طوری‌که حتی پزشک درباره عدم مراقبت از جسم به ایشان تذکر نیز داده است. مشارکت‌کننده شماره ۹ عنوان می‌کند: «من خیلی می‌سابیدم قابلمه‌ها رو و دوست داشتم سفید باشه. الانم همین‌جورم و با سیم می‌سابم. روی میزا دوست ندارم خاک باشه و دوست داشتم هر روز جارو بکشم و تمیزکاری کنم. همینا بدن و داغون می‌کنه خب. دکتر به من می‌گه همه مهره‌ها پشتت آسیب داره. می‌گه نباید اصلاً بشینی روی زمین. یه کیلو بار هم نباید برداری. نمازت رو باید روی صندلی بخونی.» مشارکت‌کننده شماره ۳ درباره تأثیرات وسواس عنوان می‌کرد: «جسمم نابود کرد. بدن درد گرفتم. استخوان‌هام همه نابود شد. از بس چیزا رو گرفتم زیرآب و برگردوندم.»

بحث

همان‌طور که مشاهده شد هدف پژوهش حاضر کاوش تجربیات زیسته سالمندان مبتلا به وسواس فکری‌عملی نسبت به بیماری‌شان بود. یافته‌های پژوهشی حاکی از دست‌یابی به ۴ 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 (عادی‌انگاری وسواس و خرافه زیستی)، نارضایتی ارتباطی (تعاملات مشکل‌ساز با همسر و تعاملات دردسر ساز اجتماعی) و عدم خودشفقتی (رنج هیجانی، غفلت از مراقبت جسم و تقلاهای بی‌ثمر) بود. باتوجه‌به اینکه پژوهشی مشابه با پژوهش اخیر به‌طور دقیق یافت نشد، می‌توان گفت نتایج این مطالعه با مطالعات مرتبط با وسواس در دوره سالمندی همچون فرناندس و همکاران [۲۰] و جازی و اصغر علی [۳۴] که ضرورت توجه به وسواس در دوره سالمندی را خاطر نشان می‌کنند همسو است. همچنین یافته‌های پژوهش حسینی زارع و همکاران [۳۵] نشان می‌دهد سلامت جسمی در سالمندان مهم‌ترین عامل مخدوش کردن اوقات فراغت و سلامت روان آنان است. از این جهت اختلال وسواس در دوره سالمندی آنان را با محدودیت‌های بیشتری مواجه می‌کند. همان‌طور که یافته‌های اخیر نیز درباره تجربه زیسته سالمندان با اختلال وسواس فکری‌عملی نشان داد اغلب سالمندان مبتلا به وسواس محدودیت‌های ارتباطی، اجتماعی و جسمی بیشتری تجربه می‌کنند، بنابراین به‌طور طبیعی بیشتر از دیگر سالمندان احساس تنهایی، درک نشدن و یا از دست رفتن زندگی را تجربه می‌کنند.

یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که اختلال وسواس فکری‌عملی به مثابه یک چالش در این سنین شناخته شده است و می‌تواند منجر به افزایش آمار نگهداری آنان در محیط‌های تحت مراقبت، همچون خانه سالمندان شود که این به‌خودی‌خود می‌تواند هزینه‌های مراقبتی گزافی به خانواده و جامعه تحمیل کند. علاوه‌براین شناسایی تفاوت‌های وسواس در بزرگسالی و افراد سالمند، به‌عنوان یک چالش در نظر گرفته می‌شود. یافته‌ها در این‌باره نشان می‌دهد نگرانی‌های وسواسی خاص یا رفتارهای اجباری که در تظاهرات بالینی در هر گروه سنی دیده می‌شود می‌تواند بسیار متفاوت باشد. علی‌رغم این ناهمگونی قابل‌توجه، به‌طورکلی ۴ تا ۵ دسته از علائم (مانند وسواس آلودگی با اجبار در شست‌وشو) در این گروه شناسایی شده است [۳۶].

با وجود اینکه یافته‌های طولی در این‌باره محدود است، اطلاعات موجود حاکی از آن است که گرچه علائم خاص یک فرد ممکن است در طول دوره اختلال وسواس فکری‌عملی متفاوت باشد، اما وسواس آن‌ها و نگرانی‌های مرتبط با آن عمدتاً در یک خوشه علائم خاص باقی می‌ماند؛ به‌طور مثال کالاماری و همکاران [۳] در بررسی خود نشان دادند هیچ مدرکی دال بر متفاوت بودن اختلال وسواس فکری‌عملی در سالخوردگی و افراد مسن وجود ندارد. گرچه برخی یافته‌ها نیز حاکی از تأثیر نگرانی‌های فعلی زندگی افراد مسن بر علائم آنان است. یافته‌های اخیر حاکی از ارتباط بین نگرانی‌های آخر عمر با علائم اختلال وسواس فکری و تأثیر آن بر نگرانی‌های مرتبط با سلامتی مربوط به سن، همچون دستگاه گوارش (روده)، عملکرد شناختی کلی و از دست دادن حافظه است [۲۳]. مطالعه دیگری تنها تغییر مرتبط با سن را در اندازه‌گیری علائم وسواس فکری‌عملی عنوان می‌کند [۲]. این مطالعه گویای گستردگی و تشدید بیشتر بیماری در این دوره سنی است. در این راستا نتایج مطالعه دیگری که به بررسی طیف بزرگی از سالمندان مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی پرداخت، حاکی از آن است که افراد مسن‌تر بزرگسال طیف کاملی از علائم اختلال وسواس فکری‌عملی همچون آلودگی و شست‌وشو (۲۲ درصد)، نظم (۲۲ درصد)، وارسی (۱۷/۱ درصد)، شمارش (۱۴/۶ درصد) و تکرار (۱۲/۲ درصد) را تجربه می‌کنند [۲، ۳].

علاوه‌براین یافته‌های پژوهشی مرتبط با حوزه سالمندی نشان می‌دهد با بالا رفتن سن افراد و شروع دوره سالمندی به‌طور طبیعی، احتمال افزایش اضطراب، افسردگی، احساس ناامیدی، انزوا، کاهش عزت نفس و حتی مرگ افزایش می‌یابد. از این لحاظ باتوجه‌به آنکه اختلال وسواس فکری‌عملی 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 فرو بردن در اعماق افکار ناراحت‌کننده وامی‌دارد [۳۷] و یکی از بیماری‌های همراه با این اختلال، افسردگی است، سالمند مبتلا به وسواس فکری‌عملی آمادگی بیشتری برای نارضایتی، کناره‌گیری و انزوای اجتماعی دارد [۳۵]. همان‌طور که یافته‌های اخیر در مضمون نارضایتی ارتباطی در تعاملات با همسر و روابط اجتماعی به‌خوبی آن را نشان داده است.

نظر به اینکه افراد سالمند مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی نسبت به بیماری‌شان بینش و پذیرش آن‌چنانی ندارند، کمتر در پی دریافت مراقبت‌های بهداشتی و مسائل مرتبط با آن هستند و باتوجه‌به اینکه از انگ و برچسب بیماری دچار رنج هیجانی و دریافت حس عدم درک شدن می‌شوند، ممکن است کمتر از دیگران طلب حمایت اجتماعی کنند و تنهایی بیشتری را احساس کنند که این مسئله می‌تواند نگرش‌های ناکارآمد ایشان درباره بیماری‌شان را بیشتر کند؛ همان‌طور که تجارب زیسته افراد سالمند مبتلا به وسواس فکری‌عملی در مضمون نگرش ناکارآمد به این موضوع اشاره داشته‌اند.

یافته‌های پژوهشی در این‌باره نشان می‌دهد نگرانی‌های ذهنی‌شناختی (نگرانی درباره عملکرد شناختی) با باورهای ناکارآمد مرتبط با وسواس فکری‌عملی به‌عنوان یک عامل خطر شناختی ارزیابی می‌شوند؛ به‌طوری که رابطه بین باورهای ناکارآمد و شدت علائم در این اختلال را واسطه‌گری می‌کند [۲۴]. یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که خودآگاهی شناختی یک سازه مهم در ممانعت از پیشرفت و شدت اختلال وسواس فکری‌عملی، به‌ویژه در سالخوردگی است [۲۵].

نتیجه‌گیری نهایی

باتوجه‌به آنچه تاکنون 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 است، به‌طور طبیعی هزینه‌های درمانی و مراقبت‌های بهداشتی در آینده پیش‌رو می‌تواند به یکی از مسائل مهم جامعه پزشکی تبدیل شود. ازاین‌رو پرداختن به پژوهش‌های مرتبط با حیطه سالمندی، به‌ویژه 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.

با در نظر گرفتن این نکته که اختلال وسواس به‌خودی‌خود جزو ۱۰ اختلال ناتوان‌کننده سازمان جهانی بهداشت است و در سنین سالمندی می‌تواند تعداد افراد نیازمند مراقبت در محیط‌های نگهداری را به میزان بالایی افزایش دهد و هزینه‌های زیادی را به پیکره خانواده و جامعه در این راستا وارد کند، پرداختن به موضوع وسواس و تجارب زیسته سالمندان مبتلا در این‌باره ارزشمند است؛ چراکه می‌تواند پیش‌آگهی مناسبی به افراد درگیر در این موضوع، چه در سطح فردی و چه در سطح اجتماعی و کلان ارائه دهد. باتوجه‌به اینکه سازوکارهای درمانی در این حیطه نیز همواره با خطر عود همراه بوده است، بنابراین توجه

به ملزومات و نگاه افراد مبتلا به وسواس فکری‌عملی شاید بتواند راهبردهای حمایتی بهتری در محیط پیرامون، به‌ویژه در نزدیکان و محیط زندگی فراهم کند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به دشواری مصاحبه با افراد سالمند مبتلا به اختلال وسواس اشاره کرد؛ چراکه در پاسخ‌گویی و بازگوکردن خاطرات به لحاظ شرایط جسمی احساس خستگی داشتند و تحمل ۶۰ دقیقه زمان مصاحبه برای ایشان سخت بود که این مسئله روند پژوهش را با کندی مواجه کرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم دسترسی مناسب به مخاطبان پژوهش اشاره داشت. مراجعه این قشر از افراد به مراکز مشاوره بسیار پایین‌تر است و اغلب این گروه از افراد بیشتر در خانه‌های شخصی و یا مراکز نگهداری سالمندان حضور دارند و خانواده‌ها نیز رغبتی جهت همکاری پژوهشی ندارند که این‌ها در کنار سازوکارهای اداری و سازمانی دسترسی به این گروه از افراد را با محدودیت روبه‌رو کرد. همچنین از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به دسترسی کمتر به آقایان مسن مبتلا به اختلال وسواس اشاره کرد. باتوجه‌به اینکه به‌طور معمول آقایان در هر گروه سنی جهت دریافت خدمات روان‌شناختی به‌خودی‌خود بسیار کمتر مراجعه می‌کنند، دسترسی به افراد سالمند مذکر مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی با محدودیت زیادی مواجه بود. پیشنهاد می‌شود در سازمان‌های هدف مرتبط با این قشر، همچون مراکز نگهداری سالمندان و غیره مراقبت‌های حمایتی در قالب آموزش‌های مبتنی بر توان‌بخشی در نظرگرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در قالب یک پژوهش مجزا تجربیات زیسته نزدیکان و مراقبان اصلی سالمندان مبتلا به وسواس فکری‌عملی مورد بررسی قرار گیرد. باتوجه‌به اینکه وسواس سالمندان در خانواده ممکن است سالیان سال آنان را نیز با فرسودگی مواجه کرده باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش از طرف کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر دارای تأییدیه و شناسه اخلاق (IR.IAU.KHSH.REC.1402.011) است. قبل از شروع مطالعه، اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه از آن‌ها اخذ گردید. به آن‌ها در مورد محرمانه ماندن اطلاعاتشان اطمینان داده شد.

حامی مالی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه دکترای صدیقه افشار، در گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر است و هیچ کمک مالی خاصی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های دولتی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به‌طور یکسان در مفهوم و طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج و تهیه پیش‌نویس مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی شرکت‌کنندگان به‌دلیل همکاری‌شان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Virginia: American Psychiatric Association; 2013. [DOI:10.1176/appi.books.9780890425596]

[2] Dozier ME, Ayers CR. Description and prevalence of OCD in the elderly. In: Abramowitz J,McKay D, Storch E, editors. The Wiley handbook of obsessive-compulsive related disorders. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd; 2017. [DOI:10.1002/9781118890233.ch3]

[3] Calamari, JE, Wilkes CM, Prouvost C. The nature and management of older adults' obsessive-compulsive and obsessive-compulsive-related disorders. In: Abramowitz J,McKay D, Storch E, editors. The Wiley handbook of obsessive-compulsive related disorders. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd; 2017. [DOI:10.1002/9781118890233.ch61]

[4] Carmin C, Calamari JE, Ownby R. OCD and spectrum conditions in older adults. In: Steketee G, editor. Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders. Oxford: Oxford University Press; 2012. [DOI:10.1093/oxfordhb/9780195376210.013.0098]

[5] World Health Organization. Mental health of older adults.Geneva: World Health Organization; 2017. [Link]

[6] Sharifzadeh G, Moodi M, Akhbari H. [Investigating health status of older people supported by Imam (Persian)]. Salmand:Iranian Journal of Ageing. 2010; 5(3):52-60. [Link]

[7] World Health Organization. Ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2018. [Link]

[8] Mirzaie M, Darabi S. [Population aging in Iran and rising health care costs (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2017; 12 (2):156-69. [DOI:10.21859/sija-1202156]

[9] Statistics Center of Iran. [Elderly population in Iran (Persian)]. Tehran: Statistics Center of Iran; 2016. [Link]

[10] Moatamedy A, Borjali A, Sadeqpur M. [Prediction of psychological well-being of the elderly based on the power of stress management and social support (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2018; 13(1):98-109. [DOI:10.21859/sija.13.1.98]

[11] 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 [PhD dissertation]. Tiruchirappalli: KAP Viswanatham Government Medical College; 2020.

[12] Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. Lancet. 2016; 387(10033):2145-54. [DOI:10.1016/S0140-6736(15)00516-4] [PMID]

[13] Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. BMC Nursing. 2016; 15:5. [DOI:10.1186/s12912-016-0124-z] [PMID]

[14] Seddigh M, Hazrati M, Jokar M, Mansouri A, Bazrafshan MR, Rasti M, et al. 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. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2020; 25(2):160-5. [DOI:10.4103/ijnmr.IJNMR_109_18] [PMID]

[15] Janardhan Reddy YC, Sundar AS, Narayanaswamy JC, Math SB. Clinical practice guidelines for obsessive-compulsive disorder. Indian Journal of Psychiatry. 2017; 59(Suppl 1):S74-90. [DOI:10.4103/0019-5545.196976] [PMID]

[16] Shahi Sadrabadi F, Khosravi Z, Banijamali S, Cheraghmollaei L. [A phenomenological study of experience of the anger in individual with obsessive compulsive disorder (Persian)]. Journal of Research in Psychological Health. 2018; 12(4):28-47. [DOI:10.52547/rph.12.4.28]

[17] Ahmari SE, Dougherty DD. Dissecting OCD Circuits: From animal models to targeted treatments. Depression and Anxiety. 2015; 32(8):550-62. [DOI:10.1002/da.22367] [PMID]

[18] Monteiro P, Feng G. Learning from animal Models of Obsessive-Compulsive Disorder. Biological Psychiatry. 2016; 79(1):7-16. [DOI:10.1016/j.biopsych.2015.04.020] [PMID]

[19] Rajabi S. [Anxiety sensitivity, perfectionism, loneliness and self-esteem of elderly with obsessive-compulsive disorder and major depression (Persian)]. Aging Psychology. 2018; 4(2):119-29. [Link]

[20] Fernandes CP, 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. Journal of Nervous and Mental Disease. 2021; 209(3):208-11. [DOI:10.1097/NMD.0000000000001284] [PMID]

[21] Frydman I, do Brasil PE, Torres AR, Shavitt RG, Ferrão YA, Rosário MC, et al. Late-onset obsessive-compulsive disorder: risk factors and correlates. Journal of Psychiatric Research. 2014; 49:68-74. [DOI:10.1016/j.jpsychires.2013.10.021] [PMID]

[22] Yadegari R, Hayati M, Yousefi Afrashteh M. [The relationship between spiritual health and religious orientation with death obsession in elderly: The mediation role of ambiguity tolerance (Persian)]. Aging Psychology. 2018; 4(1):39-50. [Link]

[23] Calamari JE, Carmin CN, Messerlie A, Sacrac S. Obssessive-compulsive and related disorders in adults. In: Tolin DF, editor. The Oxford handbook of obsessive-compulsive and related disorders (2nd edn). Oxford: Oxford University Press; 2023. [DOI:10.1093/oxfordhb/9780190068752.013.26]

[24] Steketee G, Frost RO. Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment. Amsterdam: Elsevier Science; 2002. [Link]

[25] Prouvost C, Calamari JE, Woodard JL. Does cognitive self-consciousness link older adults' cognitive functioning to obsessive-compulsive symptoms? Behaviour Research and Therapy. 2016; 85:23-32. [DOI:10.1016/j.brat.2016.07.012] [PMID]

[26] Wetherell JL, Hershey T, Hickman S, Tate SR, Dixon D, Bower ES, et al. 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):e734-43 [DOI:10.4088/JCP.16m10947] [PMID]

[27] 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):S104-13. [DOI:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_531_18] [PMID]

[28] 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):120-35. [DOI:10.1007/s10608-019-10049-4]

[29] Halldorsson B, Salkovskis PM. 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):616-28. [DOI:10.1017/S1352465817000376] [PMID]

[30] Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. Archives of General Psychiatry. 1989; 46(11):1006-11. [DOI:10.1001/archpsyc.1989.01810110048007] [PMID]

[31] Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, 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. [DOI:10.1038/sj.mp.4001798] [PMID]

[32] Esfahani SR, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahiredin A, Janbozorgi M. Reliability and Validity of the Persian version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale (Y-BOCS). Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2012; 17(4):297–303. [Link]

[33] Colaizzi PE. Psychological research as the phenomenologist view it. In: Valle RS, King M, editors. Existential-phenomenological alternatives for psychology. New York: Oxford University Press; 1978. [Link]

[34] Jazi AN, Asghar-Ali AA. Obsessive-Compulsive Disorder in Older Adults: A comprehensive literature review. Journal of Psychiatric Practice. 2020; 26(3):175-84. [DOI:10.1097/PRA.0000000000000463] [PMID]

[35] 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 (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2020; 15(3):366-79. [DOI:10.32598/sija.15.3.2704.1]

[36] McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE, Kyrios M, Radomsky A, Sookman D, et al. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. Clinical Psychology Review. 2004; 24(3):283-313. [DOI:10.1016/j.cpr.2004.04.003] [PMID]

[37] Riahi ME. Comparative study of the position and status of elderly people in the past and contemporary societies. Iranian Journal of Ageing. 2008; 3(3&4):10-21. [Link]