

## Research Paper

## Exploring Challenges and Obstacles in Psychosocial Rehabilitation for Individuals With Chronic Mental Disorders: A Qualitative Study

Fardin Alipour<sup>1, 2</sup> , \*Zoleikha Arabkari<sup>1</sup> , Mostafa Mardani<sup>1</sup> , Shokoufeh Ahmadi<sup>3</sup>, Hosein Afsharpouya<sup>1</sup>, Mehrangiz Shoa Kazemi<sup>4</sup>

1. Department of Social Work, School of Social Health, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Health in Emergency and Disaster Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Women's and Family Studies, Faculty of Social Sciences and Economics, Alzahra University, Tehran, Iran.



**Citation** Alipour F, Arabkari Z, Mardani M, Ahmadi Sh, Afsharpouya H, Shoa Kazemi M. Exploring Challenges and Obstacles in Psychosocial Rehabilitation for Individuals With Chronic Mental Disorders: A Qualitative Study. *Archives of Rehabilitation*. 2024; 25(3):476-499. <https://doi.org/10.32598/RJ.25.3.2880.2>

<https://doi.org/10.32598/RJ.25.3.2880.2>

## ABSTRACT

**Objective** Individuals with chronic mental disorders face various challenges, which are not merely confined to the individual but also involve family caregivers and specialists in the field. Psychological and social rehabilitation assists in improving the functioning of individuals with mental disorders and facilitates their return to mainstream life. This study aims to investigate the challenges encountered in the rehabilitation process of these individuals.

**Materials & Methods** This study employed a qualitative directional content analysis method. The sample consisted of 13 individuals with chronic mental illnesses, 3 family members, and 6 specialists with experience in patient care. Following ethical approval and obtaining informed consent, in-depth, unstructured interviews were conducted, aligning with the research objectives. Purposeful sampling and maximum diversity strategies were utilized to select and invite participants subjected to in-depth, semi-structured interviews. Data analysis followed Granheim and Lundman's approach.

**Results** The analysis of the interviews revealed that the essence of this study is "striving to respond to weakened identity." The categories and subcategories extracted in this study include social limitations (social exclusion, societal negligence), instability (turbulent lifestyle, family as an overlooked entity, and economic pressures), therapeutic challenges (treatment inconsistency, therapist-related challenges, the complex nature of the illness, and postdischarge concerns), structural and macro challenges (social media neglect, incomplete perspectives, financial and credibility challenges) and loss of agency and volition (identity weakening, lack of balance between independence and support).

**Conclusion** The rehabilitation of individuals with chronic mental disorders faces various challenges at individual, interpersonal, familial, organizational and structural levels. Strengthening the psychological and social aspects of rehabilitation can provide a better and more sustainable basis for treatment for these patients. Enhancing the roles and interventions of psychological and social rehabilitation teams, coordinating therapeutic interventions, supporting the families of patients, socializing behaviors toward these patients and their families, and paying more attention to the psychological and social rehabilitation of patients can result in better short-term and long-term outcomes for various stakeholders involved in the rehabilitation process.

**Keywords** Chronic mental patients, Social rehabilitation, Psychosocial rehabilitation, Qualitative study

Received: 02 Nov 2023

Accepted: 15 Apr 2024

Available Online: 01 Oct 2024

### \* Corresponding Author:

Zoleikha Arabkari, PhD.

Address: Department of Social Work, School of Social Health, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 8053504

E-Mail: [z.arabgari@gmail.com](mailto:z.arabgari@gmail.com)



Copyright © 2024 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.

## English Version

### Introduction

Health encompasses various dimensions, including psychological well-being, which can profoundly influence individuals' lives, encompassing their social functioning and extending to their families and communities. Mental illness brings about significant disruptions in cognition, emotional regulation and behavior, often impairing crucial aspects of life [1]. In 2019, global statistics indicated that one in every eight individuals had a mental disorder, amounting to approximately 970 million people worldwide [2]. The prevalence of these disorders has surged with the COVID-19 pandemic, exacerbating vulnerabilities in affected populations [3, 4]. Individuals grappling with chronic mental disorders encounter multifaceted challenges, including discrimination and diminished social quality of life (QoL) [5]. They are frequently subjected to physical or emotional violence and misconceptions, compounding their struggles. Moreover, societal stigma often labels them as disorganized, destructive, or aggressive [6], leading to adverse consequences such as disrupted treatment, hindered recovery [7, 8], effects on personal, familial, educational, emotional, and occupational aspects [9] and heightened suicide risks [10].

Additionally, they face significant disparities in health-care, with life expectancy estimates trailing the general population by up to 20 years [11]. The integral role of families in the care of individuals with mental disorders becomes apparent as they serve as primary caregivers, spending significant amounts of time providing direct and indirect support. This familial responsibility brings forth many challenges, ranging from reduced social interactions and experiences of ostracism to practical difficulties like limited access to public transportation, further complicating the caregiving dynamic [12] and potentially necessitating specialized services for family members [13].

Recent studies have delved into the challenges faced by families of individuals with mental disorders [14], as well as the psychological and social hurdles encountered by youth with chronic illnesses [15] and migrants during the pandemic [16]. Moreover, there's emerging research on the interplay between psychological disorders and medical conditions [17], such as cardiovascular diseases [18]. Despite this scholarly attention, there remains a noticeable gap in understanding the psychosocial rehabilitation process for these individuals, highlighting the

need for further investigation. Psychosocial rehabilitation, in tandem with therapeutic interventions, holds promise for expediting and enhancing the reintegration of individuals with mental disorders into mainstream social life. Relying solely on medication-based treatments while neglecting psychosocial interventions risks impeding their path to relative independence. Social workers, alongside other supportive professionals, play a pivotal role in facilitating this process, leveraging their expertise within treatment teams. Psychiatric hospitals serve as key settings where social workers assess and fortify social support systems, provide interventions to reduce caregiving burdens, and foster a supportive environment for patients and their families.

Identifying and addressing the psychological and social challenges inherent in rehabilitating this group is crucial for improving their overall well-being. Examining these challenges from the perspectives of patients, family members, and professionals promises positive outcomes for all stakeholders involved in the rehabilitation process.

### Materials and Methods

This study employed a qualitative research method with a contractual content analysis approach. Participants were selected using purposive sampling from November 2021 to December 2021 to achieve maximum diversity. The inclusion criteria for participants required individuals to have a chronic psychiatric illness (such as depression, schizophrenia, or bipolar disorder), a minimum of three years of experience living with the illness, and the capacity to undergo an interview diagnosed by a psychiatrist. For families, the inclusion criteria included having at least one family member with the aforementioned characteristics willing to participate in the study.

Additionally, specialists such as social workers, psychiatrists, and psychologists with at least three years of experience working in psychiatric treatment centers were included. Based on these inclusion criteria, individuals with chronic mental disorders in psychiatric hospitals in Tehran City, Iran (such as *Razi* and *Roozbeh* hospitals) who expressed interest in participating were invited for interviews through coordination with their treating physician. Sampling continued until saturation was reached, meaning no new data emerged from the interviews. The participants in this study comprised 13 individuals diagnosed with chronic mental illnesses, 3 family members (spouse, father and mother) and 6 specialists (social worker, psychiatrist, and psychologist).

Following the acquisition of ethical approval and introduction letters, interviews were conducted and recorded with participants' consent, outlining the objectives clearly. The interview questions centered on psychosocial needs both during hospitalization and after discharge. Data collection occurred through in-depth and semi-structured interviews conducted within hospital settings. Open-ended questions were employed during interviews, and data analysis followed the Graneheim and Lundman (2004) method across several stages.

Initially, interviews were transcribed verbatim, then meticulously condensed into concise units aligned with research goals. Subsequently, each sentence or paragraph was coded and codes representing common themes were organized into subcategories, which formed main categories. This iterative process was repeated to derive main categories and subcategories. To ensure validity, findings from 9 interviews were shared with 3 participants to ensure alignment with their experiences. Additionally, interviews underwent peer review with two colleagues alongside the extracted codes. Confidence and validation criteria were upheld throughout the study by having a researcher analyze the data. Credibility was maintained by thoughtfully selecting participants based on sampling criteria, maximizing diversity, holding multiple sessions to resolve coding differences and identify themes, summarizing and revising interviews with participants, and reviewing data and codes by the research team and professors. Field notes and reminders alongside interviews were utilized, underscoring the researchers' focus. Adherence to ethical research principles included obtaining consent from participants for recording interviews and selecting interview environments based on participants' comfort in the hospital, with assurance of confidentiality and withdrawing from the study at any time.

## Results

This research was conducted to study the psychosocial rehabilitation challenges of individuals with chronic mental disorders. The average age of female participants was 40 years; for males, it was 41 years. Among all participants, there were 11 men and 10 women. Sixteen participants were married. Educationally, 6 participants had education below high school, 5 had a high school diploma, 2 had an associate degree, 4 had a bachelor's degree, 2 had a master's degree and 3 had a doctoral degree (Table 1).

After analyzing the data and codes, 5 main Categories with 15 subcategories were extracted: 1) Social limitations (social exclusion, societal negligence); 2) Instability (turbulent lifestyle, family as an overlooked entity,

and economic pressures); 3) Therapeutic challenges (treatment inconsistency, therapist-related challenges, the complex nature of the illness, and postdischarge concerns); 4) Structural and macro challenges (social media neglect, incomplete perspectives, financial and credibility challenges); 5) Loss of agency and volition (identity weakening, lack of balance between independence and support). Additionally, the primary theme of this research, "striving to respond to weakened identity," emerged from the aforementioned categories. These categories, along with subcategories, are presented in Table 2.

The primary focus of this study was the "striving to respond to weakened identity," indicating that the rehabilitation process for individuals with chronic mental disorders is a complex endeavor characterized by both facilitating and hindering factors. Patients, their families, and rehabilitation teams aim to improve illness and stabilize their life situations. However, various challenges at different levels have resulted in conflicts, leading to delays in this improvement and stability. Some of the most significant challenges are outlined as follows.

### Subcategory 1: Social exclusion

Participants and their families in this study perceived chronic mental illness accompanied by social stigma and discrimination, resulting in significant disruptions in their social relationships. Participant 1 describes the initial stages of illness as follows:

"Since I was diagnosed with this illness, my world completely changed; their behavior towards me completely changed. They would distance themselves from me as much as possible, and their interaction with me decreased significantly. Suddenly, I was excluded from many gatherings, left aside; even some of my closest friends abandoned me when I told them about my illness."

Communication problems were among the recurring issues that paved the way for social ostracism:

"When I saw my family or friends, I felt anxious, and sometimes I didn't want to see anyone" (Participant No. 7 [P7]).

This issue affects the individual and extends to the individual's family. One family member describes the issue as follows:

**Table 1.** Characteristics of the study participants

Participant	Age (y)	Gender	Education	Marital Status	Type of Illness	No. Years Since Diagnosis of the Illness
P <sub>1</sub>	38	F	Middle school	Married	Schizophrenia	7
P <sub>2</sub>	33	M	High school diploma	Married	Schizophrenia	8
P <sub>3</sub>	40	F	High school diploma	Married	Depression	11
P <sub>4</sub>	31	F	Associate degree	Divorced	Bipolar disorder	6
P <sub>5</sub>	40	F	High school diploma	Divorced	Schizophrenia	12
P <sub>6</sub>	56	M	Elementary	Married	Bipolar disorder	24
P <sub>7</sub>	39	M	Bachelor's degree	Single	Schizophrenia	11
P <sub>8</sub>	36	F	Middle school	Single	Chronic depression	7
P <sub>9</sub>	37	M	Bachelor's degree	Single	Chronic depression	10
P <sub>10</sub>	36	M	Associate degree	Married	Schizophrenia	9
P <sub>11</sub>	40	M	High school diploma	Married	Schizophrenia	13
P <sub>12</sub>	34	F	High school diploma	Divorced	Bipolar disorder	7
P <sub>13</sub>	60	M	Illiterate	Married	Bipolar disorder	25
P <sub>14</sub>	39	M	Bachelor's degree in social work	Married	-	-
P <sub>15</sub>	47	F	Master's degree in social work	Married	-	-
P <sub>16</sub>	38	F	Psychiatry	Married	-	-
P <sub>17</sub>	35	M	Psychiatry	Married	-	-
P <sub>18</sub>	55	M	Doctorate in psychology	Married	-	-
P <sub>19</sub>	53	F	Master's degree in social work	Married	-	-
P <sub>20</sub>	58	F	Bachelor's degree	Married	-	-
P <sub>21</sub>	60	M	Middle school	Married	-	-
P <sub>22</sub>	65	F	Middle school	Married	-	-

“Visiting and socializing with family has become difficult for us, and we are afraid he may react inappropriately and cause trouble. Many have reduced their connection with us, or we have reduced it and in fact, we have become somewhat isolated” (P13).

### Subcategory 2: Societal negligence

Another social constraint experienced directly by participants, primarily from their families and acquaintances, was the lack of social support. Participant No. 5

described his perception of the lack of social support as follows:

“Gradually, attention and looks towards me decreased, friends and acquaintances reduced their relationships, and suddenly, you feel like only a handful of people left around you, and you feel alone.”

**Table 2.** Dimensions of psychosocial rehabilitation challenges in individuals with chronic mental disorders

Primary Theme	Main Category	Subcategory
Striving to respond to weakened identity	Social limitations	Social exclusion
		Societal negligence
		Turbulent lifestyle
	Instability	Family as an overlooked entity
		Economic pressures
		Treatment inconsistency
	Therapeutic challenges	Therapist-related challenges
		The complex nature of the illness
		Postdischarge concerns
		Social media neglect
	Structural and macro challenges	Incomplete perspectives
		Financial and credibility challenges
	Lack of agency and will	Identity weakening
		Lack of balance between independence and support

### Instability

The findings from this category include turbulent lifestyle, family as an overlooked entity, and economic pressures.

#### Subcategory 1: Turbulent lifestyle

One of the personal challenges faced by individuals with chronic mental disorders and their families is the disruption of lifestyle, which is facilitated by factors such as the lack of attention to other physical illnesses, time mismanagement, and poor self-management.

P6 (a mental patient) described this issue as follows:

“Since I became ill, many of my daily routines have been disrupted. From eating and sleeping to studying and working. Now, because I take medication, I often sleep until noon, and this often makes my day chaotic.”

Regarding the lack of attention to the physical illnesses of these individuals, one psychiatrist (P16) expresses:

“Some of these patients have diseases such as diabetes, cardiovascular diseases, nutritional problems, and even sexual problems that are mostly overlooked.”

Additionally, regarding the importance of education in this regard, P17 (a psychiatrist) stated:

“It is very important for patients to be aware of their condition, help themselves improve their situation, and prevent it from deteriorating. If they can control or even understand some aspects of their illness themselves, they will have fewer problems.”

#### Subcategory 2: Family as an overlooked entity

Families are often recognized as the primary caregivers, burdened with caregiving responsibilities in the treatment process, which, in addition to social pressures, disrupts the functioning of the family. This condition sometimes leads to neglect as an overlooked institution, and sometimes, one family member bears a heavier caregiving burden, leading to experiencing more problems. A mother of one of the patients expressed in this regard:

“Since he became ill, we have all been deeply shocked, and all our plans and activities have been affected. We were very stressed and worried. Everyone was somehow involved in this illness and its accompanying problems.”

The lack of knowledge and sufficient education exacerbate these conditions. The mother and caregiver of a patient said:

“No one told us anything, what expectations we should have, what we should do about his work, studies, recreation.”

### Subcategory 3: Economic pressures

The findings of this study indicate that chronic mental illnesses, in addition to treatment costs, also have other economic problems, such as job disruption or unemployment, which exacerbate instability. Participant No. 11 (a patient) expressed in this regard:

“With the situation we have, we usually have two options: Either we have to lie to the employer and somehow hide it and not tell anything about our illness, or we have to tell the truth. If we talk about the illness, they often either don’t hire us, give us less wages, or give us meaningless tasks. If we don’t say anything about the illness, we are always stressed about what to do if they find out or if any signs or symptoms of the illness occur.”

In this regard, one of the specialists (social worker) expressed his opinion about the employment problems of people with a mental health condition as follows:

“One of the important areas for rehabilitation and stability in the lives of this group of patients is employment. However, the important point, in my opinion, is that the attitude and perspective of patients and their families towards employment should be adjusted, and they should not expect these individuals to work full-time or even as before. Instead, they should have reasonable expectations in line with the patient’s condition to avoid putting too much pressure on these individuals.” (Participant No. 19).

### Therapeutic challenges

The category of therapeutic challenges in this study consists of four subcategories: Treatment inconsistency, therapist-related challenges, the complex nature of the illness, and postdischarge concerns, which will be addressed in this section.

### Subcategory 1: Treatment inconsistency

One of the extracted subcategories related to the therapeutic challenges of individuals with mental illness was the absence of a comprehensive and cohesive treatment plan. Participants in this study considered the lack of a long-term view of the treatment plan and the dominance of medical interventions over psychological and social interventions as the most important factors contributing to therapeutic challenges for them. A specialist (psychiatrist) described these conditions as follows:

“In hospitals where psychiatric patients are hospitalized, especially in the case of chronic patients, there is no cohesive program for integrating various treatment and rehabilitation units, and most of the time, the goal is simply to keep the patients in the same conditions. Although psychological and social interventions are somewhat performed for these patients, they have not yet reached the level of coherence and coordination with other treatment programs that would be most effective.” (Participant No. 17).

### Subcategory 2: Therapist-related challenges

In addition to individuals and families, therapists also face many challenges in the treatment process, which may lead to demotivation and despair from treatment. One of the specialists (psychologist) described these conditions as follows:

“Indeed, working properly and professionally with these patients is difficult. Unfortunately, some colleagues do not have the necessary motivation due to various problems in society and the work environment. They may become somewhat tired and may experience neglect and despair about their treatment situation.”

On the other hand, ignoring referrals and disregarding them in the treatment process is one of the challenges faced by individuals with chronic mental illness. Participants in this study emphasized the importance of paying attention to the presence and participation of patients themselves in treatment programs and demanded awareness of their treatment status and progress:

“Every day, many people in white coats come and go. Sometimes, they say things we don’t understand, and sometimes we fear our condition may worsen. I wish we knew what would happen next and when we would be discharged. How are we doing?” (P3, mental patient).

### Subcategory 3: The complex nature of the illness

The prolongation of the treatment process and the time-consuming nature of adapting to the disease are among the challenges related to the disease in patients with mental disorders, which some participants describe as follows:

“Well, at first, we thought that after a few months of treatment and being here, our work would be done, and we would be discharged. But the more time passes, the more we realize that we still have work and are stuck and have to deal with these conditions.” (P8, mental patient).

### Subcategory 4: Postdischarge concerns

Given that during the period when the individual lives outside the treatment environments, challenges such as relapse and discontinuation of medication treatments may occur. Many participants have concerns about discharge and independent living. One of the participating patients expressed:

“After we leave the hospital, things will be different, and I have to be able to manage my affairs myself. But honestly, I am always afraid that with the condition I have and with the medications I take, I can manage my life.” In this regard, a specialist No. 21 (social worker) stated:

“In fact, discharge plans for patients, especially psychiatric patients, should be designed and considered from the beginning of their entry, which unfortunately is not the case here. We should educate patients and their families in a way that they are prepared for discharge, and a successful discharge is one that does not cause much harm to the patient and does not lead to the patient’s quick return to the hospital. Of course, a successful discharge also depends on the family and social environment and the cultural networks of the people, which should be systematically considered in all these aspects.”

### Structural and macro challenges

Alongside individual, familial, and professional influential factors, structural and macro-level factors were among the recurring themes of this study. This category includes three subcategories: Incomplete perspectives, social media neglect, and financial and credibility challenges.

### Subcategory 1: Incomplete perspectives

One of the challenges in this domain is the attitude of policymakers and health planners, which lacks a comprehensive and systematic approach. A participant (social worker) in this regard expressed:

“Our officials do not consider the importance of mental health in society, how much budget is allocated to this area, what infrastructure we have, and if the view of these patients is seen as troublemakers for society and nothing is done for them, the situation will remain the same as we see it.”

### Subcategory 2: Social media neglect

The professional handling of the media, along with their precision and sensitivity in the dissemination of news related to mental illnesses, is one of the important issues that participants have pointed out. Participant No. 12 (an individual with a mental disorder) describes this issue as follows:

“Unfortunately, sometimes in movies and series, words like crazy, lunatic, etc. are highlighted, and there are fewer movies and series that educate people on how to accept these patients, how to support them, how to behave with them and their families to reduce the burden of the disease.”

### Subcategory 3: Financial and credibility challenges

One of the challenges mentioned by all participants, especially professionals in providing comprehensive rehabilitation services to the target group, is facing low allocations compared to service recipients. P18 (specialist-psychologist) acknowledged this:

“Rehabilitation services in psychological and social levels are essential for individuals and even their families, but we are faced with minimal funding and budget, which greatly affects the entire rehabilitation team and their services.”

### Loss of agency and volition

This category addresses challenges that individuals experience regarding their abilities and willpower. Loss of agency includes two subcategories: Identity weakening and lack of balance between independence and support, which, according to the findings of this study, indicates that a significant role for these individuals should be

considered in the rehabilitation process and their return to family and society.

### Subcategory 1: Identity weakening

Some of the psychological challenges these individuals face endanger their identity, manifesting in negative psychological feelings. Participants in this study referred to feelings of worthlessness, ineffectiveness, and despair that distress them. P1 described this distressing situation as follows:

“Sometimes all this illness and medications make one weary. I feel like I’m useless. I don’t see any positive outcomes.”

### Subcategory 2: Lack of balance between independence and support

The balance between independence and support in dealing with individuals and families with mental disorders acts like a double-edged sword that can greatly impact their situation. P16 (psychiatrist) expressed in this regard:

“Supporting these patients and their families can be helpful and effective in various ways. However, in some cases, this support is observed to move towards a direction where the patient’s rights and roles are not considered and somewhat neglected in the treatment or rehabilitation process. It should not proceed so patients have no role and freedom in major life choices.”

## Discussion

The current study aimed to delve deeply into the psychological and social challenges encountered by individuals with chronic mental illnesses, their family caregivers, and professionals in the field on the path to rehabilitation. In essence, 5 primary themes and 15 secondary themes were distilled from the data. Themes such as “social limitation,” “instability,” “therapeutic challenges,” “structural and macro challenges,” and “loss of agency and volition” were instrumental in identifying the obstacles present in the journey of psychological and social rehabilitation for individuals with chronic mental illnesses. Broadly speaking, a notable portion of these challenges, like the first, third, and fourth themes, pertained to structural and social dimensions. In contrast, the second and fifth themes highlighted individual and familial issues. The first theme, “social limitations,” signifies challenges rooted in societal dynamics, involving the ostracism of individuals and their families by society

and peers and deficiencies in social support structures—a pivotal aspect of the rehabilitation process. These individuals and their families contend with issues like societal stigma and discrimination, leading to a form of social alienation [19-21]. Moreover, the relationships of individuals and families affected by mental illness are impacted by this phenomenon, resulting in a lack of social support. Put differently, families encounter difficulties in addressing the challenges of a member’s mental illness due to inadequacies in support frameworks and assistance measures, thereby constraining their communication and facing significant hurdles in seeking aid and assistance [21-23]. The second main theme of this study was “instability,” which highlights challenges specifically encountered by families. These challenges and difficulties include unhealthy and turbulent family lifestyles, the neglect of families within support and healthcare systems, as well as economic pressures faced by families. In a way, families with a member experiencing a mental disorder, in addition to the caregiving burden [21, 24], also grapple with disruptions in their functioning, deviating from the natural course and undergoing changes in their structure at various levels such as marital relationships, parenting systems, familial dynamics, and various economic issues [21]. Examining the results of other studies, it can be observed that individuals with mental illness also confront serious challenges in their life trajectory regarding instability, including the onset of symptoms, medication side effects, and poor academic progress, leading to significant hurdles in their educational, occupational and personal stability [25-27]. Within the third theme, labeled “therapeutic challenges,” study participants acknowledged that dealing with disease-related issues and navigating treatment approaches were among the most significant and complex obstacles encountered in the journey of psychosocial rehabilitation. In essence, the lack of coherence in treatment plans and therapeutic interventions, coupled with factors such as deficient team coordination, can present substantial hurdles for all involved parties [28, 29]. Notably, the nature of the illness and its intricate and unpredictable trajectory can leave individuals bewildered and uncertain about timely discharge. Worries regarding disease relapse, discontinuation of medication, anxieties about transitioning to independent living, and uncertainties surrounding treatment and discharge constitute some of the challenges discussed in the realm of treatment and rehabilitation. It is important to highlight the challenges stemming from patients’ limited access to medications due to their complex nature and ongoing concerns among patients, caregivers, and professionals regarding medication adherence postdischarge, com-



pounded by a lack of comprehensive information about postdischarge medication duration and potential side effects, all contributing to individuals' struggles along this path [28, 29]. Moreover, mental health practitioners face various challenges arising from larger healthcare system structures. Structural barriers hindering timely and adequate service provision, insufficient medical, psychological, and social support resources for individuals and their caregivers, and administrative red tape all impact mental health service delivery [30]. Additionally, individuals and their primary caregivers grapple with challenges and obstacles in their interactions with healthcare providers, with a significant portion of these issues attributed to misdiagnosis by specialists, inadequate time allocated for patient consultations and the absence of conducive environments for active patient and caregiver involvement in the treatment process [22].

In the fourth theme, challenges assumed a structural and overarching form, targeting the highest echelons of the healthcare system and society. Often, the dissemination of non-scientific information regarding individuals with mental disorders leads to the perpetuation of discrimination and social stigma. In this context, social media platforms often depict individuals with mental disorders as more prone to violent crimes, influencing the perceptions of their audience. However, some studies indicate that the use of media by professionals and peer groups for accurate awareness-raising can mitigate social stigma toward individuals with mental disorders and provide access to reliable information in this field [31]. Notably, the lack of consensus between policy-making and implementation systems, alongside insufficient funding allocation and insurance support, poses significant challenges to therapeutic and rehabilitation objectives at macro and structural levels [32, 33].

Another discovery from this research, falling into the category of "loss of agency and volition," highlights the imbalance between independence and assistance. This subcategory indicates that individuals with mental disorders and their families often feel a sense of deprivation of their will and autonomy, despite receiving support. In line with this, findings from a study suggest that caregivers frequently emotionally over-involve with individuals with mental disorders and strive to fulfill their wishes excessively [22].

Among the constraints of this study, we can mention issues, such as the illness of the primary participants, difficulty accessing individuals with mental disorders, their families, and social work specialists with adequate experience and expertise in the fields of mental health

and social work. To address the first constraint, efforts were made to conduct interviews in collaboration with a psychiatrist under conditions where the individual had sufficient mental stability. The participants of this study were chosen from among hospitalized patients in psychiatric hospitals, and since many of them confront severe mental and social challenges and have been marginalized by their families, this could potentially influence the research outcomes. It is recommended that in future research, the challenges of family caregivers and specialized individuals in this field be separately addressed, and participants from the community level be selected in various centers.

## Conclusion

This study aimed to understand the challenges faced by individuals with chronic mental illness from the perspectives of those with disorders, family caregivers and experts in the field. The findings demonstrate that participants in this study encounter various problems and challenges throughout the rehabilitation process, which do not depend on a single factor but emerge at different levels in individual, interpersonal, familial, societal, and structural dimensions. Therefore, addressing them requires consideration of various aspects.

Efforts to alleviate social limitations, address structural challenges, strengthen therapeutic and rehabilitation interventions, promote patient and family independence and empowerment, emphasize participatory approaches in therapeutic teams, and involve families and communities, as well as orient media programs, develop and establish support for non-governmental organizations in the field of psychosocial rehabilitation of people with a mental health condition, are among the most important points. These efforts can accelerate the improvement of patients and families by strengthening the process of mental and social rehabilitation. Policymakers and planners in the country's health, family, welfare, and well-being sectors should pay special attention to this target group and their families to provide a foundation for reducing stigma, facilitating community integration, equalizing opportunities in society, enhancing community and family understanding of illnesses and patients' capabilities, rehabilitating patients and families psychologically and socially, and reducing the caregiving burden and treatment costs for healthcare providers and families.

### Social limitations

The main theme extracted from this study is social limitations experienced directly or indirectly by individuals with chronic mental illness. Social limitations encompass two subcategories: Social exclusion and societal negligence.

## Ethical Considerations

### Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#) (Code: IR.USWR.REC.1400.098). Before taking part, all participants received an informed consent form to read and sign. No ethical concerns arose throughout the study, and there were no dropouts. Participants were assured of the confidentiality of their data throughout and after the study.

### Funding

This research was funded by Office of Social Welfare of [Iran Ministry of Health and Medical Education](#).

### Authors' contributions

Study design: Fardin Alipour, Zoliekha Arabkari, Shokoufeh Ahmadi and Mostafa Mardani; Conceptualization and formal analysis: Fardin Alipour, Zoliekha Arabkari and Hosein Afsharpouya; Data curation: Fardin Alipour, Zoliekha Arabkari, Shokoufeh Ahmadi, and Mostafa Mardani; Review and editing: Fardin Alipour, Mostafa Mardani and Mehrangiz Shoa Kazemi; Investigation, methodology, resources, visualization and final approval: All authors.

### Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

### Acknowledgments

Authors want to express their sincere gratitude to all participants, experts and officials who contributed to the implementation of this research.

This Page Intentionally Left Blank



## مقاله پژوهشی

## بررسی چالش‌ها و موانع توانبخشی روانی اجتماعی افراد دارای اختلالات روان مزمن: یک مطالعه کیفی

فردین علی‌پور<sup>۱\*</sup>، زلیخا عربکری<sup>۱</sup>، مصطفی مردانی<sup>۱</sup>، شکوفه احمدی<sup>۲</sup>، حسین افشارپویا<sup>۱</sup>، مهرانگیز شعاع کاظمی<sup>۳</sup>

۱. گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایه، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۴. گروه مطالعات زنان و خانواده، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online



**Citation** Alipour F, Arabkari Z, Mardani M, Ahmadi Sh, Afsharpouya H, Shoa Kazemi M. Exploring Challenges and Obstacles in Psychosocial Rehabilitation for Individuals With Chronic Mental Disorders: A Qualitative Study. *Archives of Rehabilitation*. 2024; 25(3):476-499. <https://doi.org/10.32598/RJ.25.3.2880.2>

**doi** <https://doi.org/10.32598/RJ.25.3.2880.2>

### چکیده

**هدف** افراد دارای اختلال روانی مزمن با چالش‌های مختلفی روبه‌رو هستند، این چالش‌ها تنها معطوف به فرد نبوده و مراقبان خانوادگی و افراد متخصص در این حوزه را نیز درگیر می‌کنند. توانبخشی روانی و اجتماعی بیماران دارای اختلال روان به بهبود عملکرد آن‌ها کمک می‌کند و بازگشت آن‌ها به جریان اصلی زندگی را تسهیل می‌نماید. این مطالعه در پی واکاوی چالش‌هایی است که در مسیر توانبخشی این افراد وجود دارد.

**روش بررسی** این مطالعه به روش کیفی و با استفاده از تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. مشارکت‌کنندگان پژوهش متشکل از ۱۳ نفر از افراد مبتلا به بیماری‌های روانی مزمن، ۳ نفر از اعضای خانواده آن‌ها و ۶ نفر از متخصصان و افراد دارای تجربه کار با این بیماران بودند. مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند و استراتژی حداکثر تنوع انتخاب شدند و از طریق مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته مورد بررسی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از رویکرد گرانهایم و لاتمن انجام شد.

**یافته‌ها** تحلیل مصاحبه‌های مشارکت‌کنندگان نشان داد درون‌مایه اصلی این مطالعه «در تکاپوی پاسخ به هویت تضعیف‌شده» است. طبقات و زیرطبقات استخراج‌شده این مطالعه شامل: ۱. محدودیت‌های اجتماعی (طرد اجتماعی، غفلت‌های پیرامونی)؛ ۲. بی‌ثباتی (سبک زندگی، متلاطم، خانواده به‌مثابه نهاد مغفول و فشارهای اقتصادی)؛ ۳. چالش‌های درمانی (عدم انسجام درمانی، چالش‌های درمانگران، ماهیت پیچیده بیماری و دغدغه‌های پس از ترخیص)؛ ۴. چالش‌های ساختاری و کلان (کم‌توجهی رسانه‌های اجتماعی، دیدگاه‌های ناقص، چالش‌های اعتباری و مالی) و ۵. فقدان عاملیت و اراده (تضعیف هویت، کمبود تعادل بین استقلال و حمایت) است.

**نتیجه‌گیری** توانبخشی افراد دارای اختلال روانی مزمن با چالش‌های مختلفی مواجه است. این چالش‌ها در سطوح فردی، بین‌فردی، خانوادگی، سازمانی و ساختاری هستند. تقویت جنبه‌های روانی و اجتماعی توانبخشی می‌تواند زمینه را برای درمان بهتر و بادوام‌تر در این بیماران فراهم کند. تقویت نقش و مداخلات روانی و اجتماعی در تیم توانبخشی، انسجام مداخلات درمانی، حمایت از خانواده‌های بیماران، فرهنگ‌سازی اجتماعی در مورد رفتار با این بیماران و خانواده‌های آن‌ها و توجه بیشتر به توانبخشی روانی و اجتماعی بیماران می‌تواند پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت بهتری را برای گروه‌های مختلف ذی‌نفع فرایند توانبخشی به‌دنبال داشته باشد.

**کلیدواژه‌ها** بیماران روان مزمن، توانبخشی روانی، توانبخشی اجتماعی، مطالعه کیفی

تاریخ دریافت: ۱۱ آبان ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۲۷ فروردین ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۱۰ مهر ۱۴۰۳

### \* نویسنده مسئول:

زلیخا عربکری

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، دانشکده سلامت اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی.

تلفن: ۷۷۱۳۳۲۸۷۳ (۲۱) ۹۸+

رایانامه: z.arabgari@gmail.com



Copyright © 2024 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

چالش‌های خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلال روان [۱۴]، چالش‌های روانی اجتماعی جوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن در طول همه‌گیری کووید-۱۹ [۱۵]، مسائل روانی و اجتماعی و سلامت روان مهاجران در دوره همه‌گیری کرونا [۱۶]، ارتباط بین اختلالات روانی و شرایط پزشکی [۱۷]، بیماری قلبی عروقی و اختلال روان [۱۸] از جمله مسائلی هستند که در مطالعات اخیر به آن‌ها پرداخته شده است.

باتوجه به بررسی‌های انجام‌شده، به فرایند توانبخشی روانی و اجتماعی این بیماران و چالش‌هایی که در این مسیر وجود دارد، توجه کمتری شده است و شکاف پژوهشی قابل توجهی دیده می‌شود. توانبخشی روانی و اجتماعی در کنار اقدام‌های درمانی، زمینه را برای بازگشت سریع‌تر و بهتر افراد دارای اختلال روان به جریان اصلی زندگی اجتماعی فراهم خواهد کرد. رویکرد صرف درمان دارویی و غفلت از مداخلات روانی و اجتماعی می‌تواند یکی از دلایلی باشد که افراد دارای اختلال روانی به استقلال نسبی نمی‌رسند. مددکاران اجتماعی در کنار دیگر حرفه‌های یاورانه می‌توانند با دانش و مهارت‌هایی که دارند در کنار سایر افراد تیم درمان، زمینه را برای تسهیل این فرایند فراهم کنند. از جمله مراکزی که مددکاران اجتماعی با این گروه از افراد مواجه‌اند، بیمارستان‌های روان‌پزشکی است. آن‌ها در این مراکز پس از ارزیابی، به برنامه‌ریزی برای تقویت سامانه‌های حمایت اجتماعی، مداخله‌های اجتماعی، افزایش تاب‌آوری، توانمندسازی روانی و اجتماعی، آموزش و حمایت از خانواده‌های بیماران، تغییر نگرش و کاهش انگ اجتماعی نسبت به این گروه از افراد می‌پردازند. مددکاران اجتماعی علاوه بر بیماران با خانواده‌های آن‌ها نیز در تعامل بوده و مداخله‌هایی جهت کاهش بار مراقبت، حمایت‌یابی و آموزش، جهت تسهیل شرایط زندگی آن‌ها انجام می‌دهند.

شناسایی چالش‌های روانی و اجتماعی در راستای توانبخشی این گروه می‌تواند در راستای بهبود وضعیت آن‌ها مؤثر باشد. بررسی چالش‌های روانی و اجتماعی توانبخشی بیماران روان مزمن از دیدگاه بیماران، اعضای خانواده و افراد حرفه‌ای می‌تواند همراه با نتایج مثبتی برای گروه‌های مختلف ذی‌نفع این فرایند باشد.

## روش‌ها

در این پژوهش از روش تحقیق کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی استفاده شده است. مشارکت‌کنندگان این مطالعه از آبان‌ماه تا آذرماه سال ۱۴۰۰ به روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. معیار ورود نمونه‌ها به پژوهش شامل ابتلا به یک بیماری روان‌پزشکی مزمن (افسردگی، اسکیزوفرنی، دوقطبی)، سابقه حداقل ۳ سال زندگی با بیماری و توانایی انجام مصاحبه با تشخیص روان‌پزشک بود. برای خانواده‌ها، دارا بودن حداقل یک فرد بیمار در خانواده با مشخصات فوق و تمایل به شرکت در مطالعه به‌عنوان ملاک ورود در نظر گرفته

سلامت دارای ابعاد مختلفی است که از این بین، اختلال در بعد روان می‌تواند تمام ابعاد زندگی اشخاص از جمله عملکرد اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار دهد و علاوه بر فرد مبتلا، خانواده و جامعه را نیز درگیر کند. بیماری روان، اختلالات قابل توجهی در شناخت، تنظیم هیجان و رفتار فرد را شامل می‌شود که اغلب با اختلال عملکرد در زمینه‌های مهم زندگی فرد همراه است [۱]. طبق آمار موجود، در سال ۲۰۱۹ از هر ۸ نفر ۱ نفر در سراسر دنیا به یک اختلال روانی مبتلا بود. به عبارتی، ۹۷۰ میلیون نفر در سراسر جهان حداقل با یک اختلال روانی زندگی می‌کردند [۲]. آمارها نشان می‌دهند با شیوع کرونا این اختلالات در سطح دنیا افزایش یافته‌اند که موجب آسیب‌پذیری بیشتر این گروه شده است [۳، ۴].

افراد دارای اختلال روان مزمن با مسائل و چالش‌های فراوانی روبه‌رو هستند و نتایج مطالعات حاکی از آن است که این افراد همواره در معرض تبعیض و قربانی شدن قرار دارند و کیفیت زندگی پایینی را در بعد اجتماعی تجربه می‌کنند [۵]. این گروه ممکن است همواره مورد خشونت جسمانی یا عاطفی قرار گیرند. از سوی دیگر، باورهای غلط رایجی همچون بیماری روان غیرقابل درمان بوده یا نتیجه گناه افراد است و همچنین افراد مبتلا به بیماری روانی، بی‌نظم، مخرب و پرخاشگرند، وجود دارد [۶]، که عواقب منفی شدید این برچسب‌ها می‌تواند موجب اختلال در فرایند درمان و کاهش شانس بهبودی شود [۷، ۸] و نیز در زمینه فردی، خانوادگی، شکست‌های تحصیلی و عاطفی و عدم بهره‌وری شغلی تأثیرگذار باشد [۹]، به‌نحوی که نتایج یک فراتحلیل نشان داد نرخ خودکشی در میان این افراد بالاتر از میانگین عمومی است [۱۰]. از طرفی، این افراد با نابرابری‌های فراوانی در زمینه بهداشت مواجه‌اند، به طوری که برآورد می‌شود میانگین امید به زندگی آن‌ها ۲۰ سال کمتر از میانگین عمومی است [۱۱].

اغلب بیماران با خانواده‌هایشان به‌عنوان مراقبین اصلی، زندگی می‌کنند و خانواده‌هایشان حدود ۲۰ ساعت در طول شبانه‌روز را با این افراد سپری کرده و خدمات مستقیم و غیرمستقیم به آن‌ها ارائه می‌کنند. همین امر موجب شده است خانواده نیز با مسائل و چالش‌های متعددی همچون کاهش ارتباطات اجتماعی، تجربه طرد و انگ از سوی جامعه، ایجاد محدودیت در استفاده از حمل‌ونقل عمومی و غیره مواجه شوند و در نتیجه علاوه بر بار مراقبت، در ابعاد مختلف کارکردی نیز دچار اختلال شوند [۱۲]. بنابراین اعضای خانواده نیز ممکن است به دریافت خدمات تخصصی نیاز داشته باشند [۱۳].

اصول اخلاقی پژوهش، برای ضبط تمامی مصاحبه‌ها ابتدا از مشارکت‌کنندگان اجازه گرفته شد. همچنین محیط مصاحبه‌ها باتوجه به راحتی مشارکت‌کنندگان در بیمارستان انتخاب شد و به آن‌ها اطمینان داده شد ضمن حفظ اصل رازداری، هر زمان که بخواهند می‌توانند پژوهش را ترک کنند.

### یافته‌ها

این پژوهش با هدف مطالعه چالش‌های توانبخشی روانی اجتماعی بیماران روان مزمن انجام گرفت. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان زن ۴۰ سال و مردان ۴۱ سال بود. در میان کل مشارکت‌کنندگان ۱۱ نفر مرد و ۱۰ نفر زن حضور داشتند. ۱۶ نفر از افراد متأهل بودند و ۶ نفر تحصیلات زیردیپلم، ۵ نفر تحصیلات دیپلم، ۲ نفر فوق‌دیپلم، ۴ نفر کارشناسی، ۲ نفر کارشناسی‌ارشد و ۳ نفر تحصیلات دکتری داشتند. مشخصات مشارکت‌کنندگان مطالعه در **جدول شماره ۱** ارائه شده است.

در این پژوهش پس از تحلیل داده‌ها و کدها، ۵ طبقه اصلی و ۱۵ زیرطبقه شامل: ۱. محدودیت‌های اجتماعی (طرد اجتماعی، غفلت‌های پیرامونی)؛ ۲. بی‌ثباتی (سبک زندگی متلاطم، خانواده به‌مثابه نهاد مغفول و فشارهای اقتصادی)؛ ۳. چالش‌های درمانی (عدم انسجام درمانی، چالش‌های درمانگران، ماهیت پیچیده بیماری و دغدغه‌های پس از ترخیص)؛ ۴. چالش‌های ساختاری و کلان (کم‌توجهی رسانه، دیدگاه‌های ناقص، چالش‌های اعتباری و مالی)؛ ۵. فقدان عاملیت و اراده (تضعیف هویت، کمبود تعادل بین استقلال و حمایت) استخراج شدند. همچنین درون‌مایه اصلی این پژوهش شامل «در تکاپوی پاسخ به هویت تضعیف‌شده» از طبقات مذکور به دست آمد. این طبقات همراه با زیرطبقات در **جدول شماره ۲** نمایش داده شده‌اند.

درون‌مایه اصلی این مطالعه در تکاپوی ثبات در تعارض بود که حاکی از آن است که فرایند توانبخشی افراد دارای اختلال روان مزمن فرایند پیچیده‌ای است که این فرایند دارای عوامل تسهیل‌کننده و موانعی است. تلاش‌های بیماران، خانواده‌های آن‌ها و تیم توانبخشی در راستای بهبود بیماری و ثبات وضعیت زندگی آن‌هاست، اما چالش‌های متعددی در سطوح مختلف، این تلاش‌ها را دچار تعارض‌هایی کرده است که به تأخیر در این بهبود و ثبات منجر خواهد شد. برخی از مهم‌ترین این چالش‌ها به شرح زیر است:

### محدودیت‌های اجتماعی

ازجمله مهم‌ترین طبقات استخراج‌شده از این مطالعه، محدودیت‌های اجتماعی است که بیماران روانی مزمن به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم آن را تجربه می‌کنند. محدودیت‌های اجتماعی دربردارنده دو زیرطبقه طرد اجتماعی و غفلت‌های پیرامونی است.

شد. افراد متخصص شامل مددکاران اجتماعی، روان‌پزشکان و روان‌شناسان با حداقل ۳ سال سابقه کار در مراکز درمان بیماران روان‌پزشکی وارد مطالعه شدند. باتوجه به معیارهای ورود، افراد دارای اختلال روان مزمن در بیمارستان‌های روان‌پزشکی شهر تهران (رازی و روزبه) که علاقه‌مند به مشارکت در پژوهش بودند، از طریق هماهنگی با پزشک معالج، به مصاحبه دعوت شدند. این نمونه‌گیری براساس اصل اشباع در نمونه‌گیری کیفی، تا زمانی که داده جدیدی به دست می‌آمد، ادامه داشت.

مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر را ۱۳ نفر از افراد مبتلا به بیماری‌های روانی مزمن، ۳ نفر از اعضای خانواده آن‌ها (همسر، پدر و مادر) و ۶ نفر از متخصصان (مددکار اجتماعی، روان‌پزشک و روان‌شناس) تشکیل دادند. پس از دریافت کد اخلاق و معرفی‌نامه، با ذکر اهداف و کسب اجازه، مصاحبه‌ها انجام و ضبط شد. سؤالات مصاحبه به‌طور کلی درمورد نیازهای روانی اجتماعی در طول دوران بستری و پس از ترخیص بود. داده‌ها با استفاده از مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته در محیط بیمارستان انجام شد. در فرایند مصاحبه از پرسش‌های بازپاسخ استفاده شد و سپس تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش پیشنهادی گرانهایم و لاندمن در چند مرحله صورت گرفت. ابتدا در مرحله اول، متن مصاحبه‌ها جزء به جزء پیاده‌سازی شدند. در گام دوم، متن پیاده‌سازی شده با دقت زیاد در جهت اهداف تحقیق به واحدهای معنایی مختصر تبدیل شد. در گام سوم، هر جمله یا پاراگراف کدگذاری شد. در گام چهارم، براساس تناسب، کدهایی که بر موضوع واحدی دلالت می‌کردند، در یک زیرطبقه قرار گرفتند، سپس از مجموع چند زیرطبقه طبقه‌ها شکل گرفتند. برای کاهش تعداد طبقات، این فرایند چندین بار انجام شد تا درنهایت طبقه و زیرطبقات اصلی استخراج شدند.

برای اعتبارسنجی یافته‌ها بعد از انجام ۹ مصاحبه، یافته‌ها با ۳ نفر از مشارکت‌کنندگان به اشتراک گذاشته شد تا از انطباق یافته‌ها با تجارب آن‌ها اطمینان حاصل شود. همچنین با روش بازنگری ناظرین، مصاحبه‌ها همراه با کدهای استخراجی با دو نفر از تیم همکاران به اشتراک گذاشته شد. قابل‌ذکر است جهت افزایش دقت در طول مطالعه، معیارهای اطمینان<sup>۱</sup> و تأیید<sup>۲</sup> با داشتن یک محقق برای انجام تحلیل مورد استفاده قرار گرفت. همچنین معیار اعتبار<sup>۳</sup> از طریق دقت لازم در انتخاب شرکت‌کنندگان براساس معیارهای نمونه‌گیری، توجه به حداکثر تنوع، جلسات متعدد جهت دستیابی به اجماع در خصوص کدگذاری متفاوت و شناسایی مضامین، خلاصه کردن و بازنگری مصاحبه توسط شرکت‌کنندگان، بازبینی داده‌ها و کدها توسط تیم تحقیق و اساتید، استفاده از یادداشت در عرصه و یادآورها در کنار مصاحبه، موردتوجه محققین بود. به‌منظور رعایت

1. Dependability
2. Confirmability
3. Credibility

جدول ۱. مشخصات مشارکت‌کنندگان مطالعه

شماره	سن (سال)	جنسیت	سطح تحصیلات	وضعیت تأهل	نوع بیماری	تعداد سال گذشته از تشخیص بیمار
P1	۳۸	زن	سیکل	متاهل	اسکیزوفرنی	۷
P2	۳۳	مرد	دیپلم	متاهل	اسکیزوفرنی	۸
P3	۴۰	زن	دیپلم	متاهل	افسردگی	۱۱
P4	۳۱	زن	فوق‌دیپلم	مطلقه	دوقطبی	۶
P5	۴۰	زن	دیپلم	مطلقه	اسکیزوفرنی	۱۲
P6	۵۶	مرد	ابتدایی	متاهل	دوقطبی	۲۴
P7	۳۹	مرد	لیسانس	مجرد	اسکیزوفرنی	۱۱
P8	۳۶	زن	سیکل	مجرد	افسردگی مزمن	۷
P9	۳۷	مرد	لیسانس	مجرد	افسردگی مزمن	۱۰
P10	۳۶	مرد	فوق‌دیپلم	متاهل	اسکیزوفرنی	۹
P11	۴۰	مرد	دیپلم	متاهل	اسکیزوفرنی	۱۳
P12	۳۴	زن	دیپلم	مطلقه	دوقطبی	۷
P13	۶۰	مرد	بی‌سواد	متاهل	دوقطبی	۲۵
P14	۳۹	مرد	کارشناس (مددکار اجتماعی)	متاهل	-	-
P15	۴۷	زن	کارشناس ارشد (مددکار اجتماعی)	متاهل	-	-
P16	۳۸	زن	دکتری (روان‌پزشک)	متاهل	-	-
P17	۳۵	مرد	دکتری (روان‌پزشک)	متاهل	-	-
P18	۵۵	مرد	دکتری (روان‌شناس)	متاهل	-	-
P19	۵۳	زن	کارشناس ارشد (مددکار اجتماعی)	متاهل	-	-
P20	۵۸	زن	خانواده بیمار (همسر)	متاهل	-	-
P21	۶۰	مرد	خانواده بیمار (پدر)	متاهل	-	-
P22	۶۵	زن	خانواده بیمار (مادر)	متاهل	-	-

توانبخشنی

### طرد اجتماعی

از نزدیک‌ترین دوستانم زمانی که در مورد بیماری خودم به آن‌ها گفتم، مرا ترک کردند.»

مشکلات ارتباطی از جمله موارد پرتکرار بود که زمینه را برای کناره‌گیری اجتماعی افراد فراهم می‌کرد.

«وقتی افراد فامیل یا دوستانم را می‌دیدم یک جور اضطراب داشتم و این باعث می‌شد خیلی وقت‌ها دوست نداشته باشم کسی را ببینم» (مشارکت‌کننده شماره ۷).

این مسئله نه تنها فرد مبتلا، بلکه شامل خانواده فرد نیز می‌شود. یک نفر از اعضای خانواده این مسئله را این گونه مطرح می‌کند:

افراد و خانواده‌های مشارکت‌کننده در این پژوهش، ابتدا به بیماری روانی مزمن را همراه با انگ و تبعیض اجتماعی می‌دانستند؛ به گونه‌ای که حوزه روابط اجتماعی آن‌ها با اختلال جدی مواجه شده است. مشارکت‌کننده شماره ۱ مراحل ابتدایی ابتلا به بیماری را در این زمینه این گونه توصیف می‌کند:

«از زمانی که به این بیماری دچار شدم، دنیای من به کلی عوض شد، رفتارشون با من به کلی تغییر کرد. تا حد ممکن از من دوری می‌کردند و ارتباطشون با من خیلی کم شد. یک دفعه من از خیلی جمع‌ها حذف شدم، کنار گذاشته شدم... حتی برخی

جدول ۲. ابعاد چالش‌های توانبخشی روانی اجتماعی افراد دارای اختلال روان مزمن

زیرطبقات	طبقات	درون‌مایه اصلی
طرد اجتماعی غفلت‌های پیرامونی	محدودیت‌های اجتماعی	
سبک زندگی متلاطم خانواده به‌مثابه نهاد مغفول فشارهای اقتصادی	بی‌ثباتی	
عدم انسجام درمانی چالش‌های درمانگران ماهیت پیچیده بیماری دغدغه‌های پس از ترخیص	چالش‌های درمانی	در تکاپوی پاسخ به هویت تضعیف‌شده
کم‌توجهی رسانه‌های اجتماعی دیدگاه‌های ناقص چالش‌های اعتباری و مالی	چالش‌های ساختاری و کلان	
تضعیف هویت کمبود تعادل بین استقلال و حمایت	فقدان عاملیت و اراده	

## توانبخشنی

مشارکت‌کننده شماره ۶ (بیمار روان) این مسئله را این گونه توصیف می‌کند:

«من از وقتی که بیمار شدم خیلی از برنامه‌های روزانه‌ام به هم خورد. از خوردن و خوابیدن گرفته تا درس خواندن و کار. الان چون دارو مصرف می‌کنم خیلی وقت‌ها تا لنگ ظهر می‌خوابم و همین باعث می‌شه روزم به هم بریزد.»

در خصوص عدم توجه به بیماری‌های جسمی این افراد، یکی از روان‌پزشکان (مشارکت‌کننده شماره ۱۶) اظهار می‌کند:

«برخی از این بیماران دارای بیماری‌هایی مثل دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی، مشکلات تغذیه‌ای و حتی مشکلات جنسی هستند که عمدتاً توجه زیادی به آن‌ها نمی‌شود.»

همچنین در رابطه با اهمیت آموزش در این راستا، مشارکت‌کننده شماره ۱۷ (روان‌پزشک) اظهار می‌کند:

«خیلی مهم است که بیماران از وضعیت خودشان آگاه باشند و بتوانند خودشان به بهبود وضعیت خود کمک کنند و نگذارند اوضاع‌شان بدتر شود. اگر خودشان بتوانند برخی از جوانب بیماری‌شان را کنترل یا حتی درک کنند، مشکلات کمتری خواهند داشت.»

## خانواده به‌مثابه نهاد مغفول

اغلب خانواده‌ها به‌عنوان مراقبان اصلی بیماران شناخته می‌شوند که در فرایند درمان بار مراقبتی بر آن‌ها تحمیل می‌شود. این امر علاوه بر فشارهای اجتماعی، کارکرد خانواده را نیز مختل می‌کند که موجب می‌شود به‌عنوان نهاد مغفول مورد غفلت قرار گیرد. گاه یک نفر از اعضای خانواده بار مراقبتی بیشتری را بر دوش می‌کشد که موجب می‌شود مشکلات بیشتری را تجربه کند. مادر یکی از بیماران در این راستا بیان می‌کند:

«مهمونی و سر زدن به فامیل برامون سخت شده و می‌ترسیم که اونجا واکنش نامناسبی انجام بدهد و دردسری درست شود. خیلی‌ها ارتباطشان را با ما کم کرده‌اند یا ما کم کرده‌ایم و درواقع یک جورایی تنهای تنهای شدیم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۳).

## غفلت‌های پیرامونی

از دیگر محدودیت‌های اجتماعی مشارکت‌کنندگان که به‌طور مستقیم از طرف خانواده و اطرافیان خود به‌صورت غفلت‌های پیرامونی تجربه کرده بودند، کمبود حمایت‌های اجتماعی بود. مشارکت‌کننده شماره ۵ ادراک خود را در خصوص کمبود حمایت‌های اجتماعی این گونه شرح می‌دهد:

«...کم‌کم توجه‌ها و نگاه‌ها به من کم شد. دوستان و آشنایان روابط خود را خیلی کم کردند و یک‌هویی احساس می‌کنی تعداد انگشت‌شماری دور و برت باقی مانده‌اند و خودت را تنها احساس می‌کنی...»

## بی‌ثباتی

نتایج به‌دست‌آمده از این طبقه شامل سبک زندگی متلاطم، خانواده به‌مثابه نهاد مغفول و فشارهای اقتصادی است.

## سبک زندگی متلاطم

از جمله چالش‌های شخصی که افراد دارای اختلال روان مزمن و خانواده‌ها با آن مواجه هستند، به هم ریختن سبک زندگی است که زمینه‌های آن با مورد توجه قرار نگرفتن دیگر بیماری‌های جسمی، عدم کنترل زمان یا انحلال زمان و ضعف در خودمدیریتی فراهم می‌شود.



### فقدان انسجام درمانی

یکی از زیرطبقات استخراج شده مرتبط با چالش‌های درمانی افراد دارای بیماری روان، عدم وجود یک برنامه جامع و منسجم برای درمان بود. مشارکت کنندگان در این تحقیق، عدم وجود نگاه بلندمدت به برنامه درمانی و سلطه دارودرمانی بر مداخلات روانی و اجتماعی را از مهم‌ترین عواملی می‌دانستند که باعث چالش‌های درمانی برای آن‌ها می‌شود. یک نفر از متخصصان (روان‌پزشک) به‌عنوان مشارکت‌کننده، این شرایط را این گونه توضیح می‌دهد:

«در بیمارستان‌هایی که بیماران روان بستری می‌شوند و به‌ویژه در مورد بیماران مزمن برنامه منسجمی برای پیوند بخش‌های مختلف درمان و بازتوانی دیده نمی‌شود و بیشتر اوقات هدف صرفاً نگهداری بیماران در همان شرایط است. با وجود اینکه مداخلات روانی و اجتماعی برای این بیماران تا حدودی انجام می‌شود، ولی هنوز به اون مرحله از انسجام و هماهنگی با سایر برنامه‌های درمانی نرسیده است که بیشترین اثربخشی را داشته باشد» (مشارکت‌کننده شماره ۱۷).

### چالش‌های مرتبط با درمانگران

علاوه بر افراد و خانواده، درمانگران نیز در فرایند درمان با چالش‌های زیادی مواجه هستند که ممکن است موجب بی‌انگیزگی و ناامیدی از درمان شود. یکی از متخصصان (روان‌شناس) این شرایط را این گونه شرح می‌دهد:

«حقیقتاً کار درست و حساسی با این بیماران سخت است. متأسفانه به دلیل مشکلات مختلفی که در جامعه و محیط کار وجود دارد، برخی از همکاران هم اون انگیزه لازم را ندارند و به جورایی خسته می‌شوند و ممکن است دچار یک نوع غفلت و ناامیدی در مورد وضعیت درمان شوند.»

از طرفی، عدم توجه به مراجع و نادیده گرفتن آنان در فرایند درمان، یکی از چالش‌های افراد دارای بیماری روان مزمن است. مشارکت‌کنندگان در این تحقیق بر اهمیت توجه به حضور و مشارکت خود بیمار در برنامه‌های درمانی تأکید داشتند و خواستار آگاهی از وضعیت و روند درمان خود بودند:

«هر روز افراد روپوش سفید زیادی میان و میرن. یک وقت‌هایی حرف‌هایی می‌زنند که ما اصلاً متوجه نمی‌شویم و گاهی هم می‌ترسیم نکنه بیمارمون بدتر شده باشه. کاش می‌فهمیدیم آخرش چی میشه و کی ترخیص می‌شیم. وضع و حالمون چطور است» (مشارکت‌کننده شماره ۳، بیمار روان).

### ماهیت پیچیده بیماری

طولانی شدن فرایند درمان و زمان بر بودن تطابق یافتن با بیماری، یکی از چالش‌های مرتبط با بیماری در بیماران روان

«از زمانی که بیمار شد شوک شدیدی به همه ما وارد شد و همه برنامه‌ها و کارهامون تحت تأثیر قرار گرفت. استرس و نگرانی شدید داشتیم. همه یک جورایی درگیر این بیماری و مشکلات همراه با اون شده بودیم.»

نبود دانش و آموزش کافی در این زمینه این شرایط را نیز تشدید می‌کند:

«کسی چیزی به ما نگفت، چه انتظاری باید داشته باشیم، چه کاری باید بکنیم در مورد کارش، درسش، تفریحش» (مادر و مراقب بیمار).

### فشارهای اقتصادی

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد بیماری‌های روانی مزمن علاوه بر هزینه‌های درمان، مشکلات اقتصادی دیگری را نیز دارند که به‌صورت اختلال در شغل یا بیکاری خود را نشان می‌دهد و زمینه را برای تشدید بی‌ثباتی فراهم می‌کند. مشارکت‌کننده شماره ۱۱ (بیمار) در این رابطه بیان می‌کند:

«با این وضعیتی که ما داریم معمولاً دو راه بیشتر نداریم. یا باید به صاحب‌کار دروغ بگوییم و یک جورایی پنهان‌کاری کنیم و چیزی در مورد بیماری خودمان نگوییم یا مجبوریم که واقعیت را بگوییم. اگر در مورد بیماری بگوییم خیلی وقت‌ها یا به ما کار نمی‌دهند یا حقوق کم می‌دهند یا کارهای الکی می‌دهند. اگر چیزی در مورد بیماری نگوییم همیشه با این استرس هستیم که اگر بفهمد یا یک وقتی علامتی یا عوارضی از بیماری رخ بدهد چکار کنیم.»

در همین راستا یکی از متخصصان (مددکار اجتماعی) نظر خود را در مورد مشکلات اشتغال بیماران روان این گونه بیان می‌کند:

«یکی از حوزه‌های مهم برای بازتوانی و ایجاد ثبات در زندگی این گروه از بیماران، اشتغال است. البته نکته مهم به نظر من این است که نگرش و نگاه بیماران و خانواده‌ها نسبت به شغل برای این افراد باید اصلاح شود و نباید انتظار داشته باشند که این افراد بتوانند تمام‌وقت کار کنند یا حتی مثل قبل کار کنند. بلکه باید انتظارات منطقی و مطابق با شرایط بیمار داشته باشند تا فشار زیادی به این افراد وارد نشود» (مشارکت‌کننده شماره ۱۹).

### چالش‌های درمانی

طبقه چالش‌های درمانی در این مطالعه از ۴ زیرطبقه فقدان انسجام درمانی، چالش‌های مرتبط با درمانگران، چالش‌های مرتبط با بیماری و دغدغه‌های پس از ترخیص تشکیل شده است که در این بخش به ترتیب به آن‌ها پرداخته خواهد شد.

«مسئولین ما چه اهمیتی برای سلامت روان جامعه قائل هستند؟ چقدر بودجه برای این حوزه اختصاص داده می‌شود؟ چه زیرساخت‌هایی ما داریم؟ و اگر نوع نگاه به این بیماران، به‌مثابه افرادی باشد که برای جامعه دردسر هستند و کاری نمی‌شود برای آن‌ها کرد، خوب وضعیت به همین صورت خواهد شد که می‌بینیم.»

### کم‌توجهی رسانه‌های اجتماعی

برخورد کارشناسی‌شده رسانه‌ها، همراه با دقت و حساسیت آن‌ها در حوزه انتشار اخبار مربوط به بیماری‌های روان، یکی از موضوعات مهمی است که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کرده‌اند. مشارکت‌کننده شماره ۱۲ (فرد دارای اختلال روان) این موضوع را این‌گونه شرح می‌دهد:

«متأسفانه برخی مواقع در فیلم‌ها و سریال‌ها واژه‌هایی مثل دیوانه، خل‌وچل و ... پررنگ می‌شود و کمتر فیلم و سریالی هست که به مردم آموزش دهد که چطور این بیماران را بپذیرند، چطور آن‌ها را حمایت کنند، چگونه با آن‌ها و خانواده‌هایشان رفتار کنند تا بار بیماری را کم کنند.»

### چالش‌های مالی و اعتباری

یکی از چالش‌های موردنظر کلیه مشارکت‌کنندگان به‌ویژه متخصصین در راستای ارائه خدمات توانبخشی جامع به گروه هدف، مواجهه با سطح پایین اعتبارات تخصیصی به نسبت گیرندگان خدمات بوده است. مشارکت‌کننده شماره ۱۸ (متخصص - روان‌شناس) در همین راستا چنین اذعان داشت:

«خدمات توانبخشی در سطوح روانی و اجتماعی بسیار برای افراد و حتی خانواده‌های آن‌ها ضروری است. اما ما با یک اعتبار و بودجه مالی بسیار محدودی مواجه هستیم که کل تیم توانبخشی و خدمات آن‌ها را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد.»

### فقدان عاملیت و اراده

این طبقه به چالش‌هایی می‌پردازد که افراد در ارتباط با توانایی و اراده خودشان تجربه می‌کنند. فقدان عاملیت شامل دو زیرطبقه تضعیف هویت و کمبود تعادل بین استقلال و حمایت است. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد در فرایند توانبخشی و بازگشت بیماران به خانواده و جامعه باید نقشی پررنگ برای خود این افراد در نظر گرفته شود.

### تضعیف هویت

برخی از چالش‌های روانی این افراد که هویت آن‌ها را در خطر قرار می‌دهد، احساسات منفی روانی است که در این افراد پدیدار می‌شود. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه به احساس بیهودگی،

است که تعدادی از مشارکت‌کنندگان این موضوع را این‌گونه شرح می‌دهند:

«خوب ابتدا فکر می‌کردیم که ممکن است بعد از چند ماه درمان و اینجا بودن و بستری، کارمان تمام شود مرخص شویم. ولی هرچه بیشتر می‌گذرد متوجه می‌شوی که حالا حالاها کار داری و گرفتار هستی و باید با این شرایط سر کنیم» (مشارکت‌کننده شماره ۸، بیمار روان).

### دغدغه‌های پس از ترخیص

باتوجه به اینکه در دورانی که فرد خارج از محیط‌های درمانی، زندگی می‌کند ممکن است چالش‌هایی همچون عود و رها کردن درمان‌های دارویی رخ دهد، بسیاری از مشارکت‌کنندگان دغدغه ترخیص و زندگی مستقل را دارند. یکی از بیماران مشارکت‌کننده بیان می‌کند:

«بعد از اینکه از بیمارستان بریم دیگه اوضاع فرق می‌کنه و باید بتونم خودم کارهام را جمع و جور کنم. ولی راستش همش می‌ترسم که آیا با این وضعیتی که من دارم و با این داروهایی که می‌خورم می‌تونم زندگی‌م را جمع و جور کنم.»

در همین راستا متخصص شماره ۲۱ (مددکار اجتماعی) اظهار می‌دارد:

«درواقع برنامه‌های ترخیص بیماران و به‌طور خاص بیماران روان باید از همان ابتدای ورودشان طراحی و در نظر گرفته شود که متأسفانه اینجا این طوری نیست. ما باید بیماران و خانواده‌های آن‌ها را طوری آموزش بدهیم و آگاه کنیم که آمادگی ترخیص را داشته باشند و یک ترخیص موفق، ترخیصی است که صدمات زیادی به بیمار وارد نکند و به بازگشت سریع بیمار به بیمارستان منجر نشود. البته ترخیص موفق به خانواده و محیط اجتماعی و فرهنگ مردم و شبکه‌های اجتماعی هم بستگی دارد که بتوانند محیطی امن و مناسب را برای توانبخشی بیمار فراهم کنند و باید به تمام این جنبه‌ها به‌صورت سیستماتیک فکر شود.»

### چالش‌های ساختاری و کلان

در کنار عوامل فردی، خانوادگی و حرفه‌ای تأثیرگذار، عوامل ساختاری و کلان جزو موارد پرتکرار این تحقیق بودند. این طبقه شامل ۳ زیرطبقه دیدگاه‌های ناقص، کم‌توجهی رسانه‌های اجتماعی و چالش‌های اعتباری و مالی است.

### دیدگاه‌های ناقص

یکی از چالش‌های این حوزه، نگرش سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بهداشتی است که دربرگیرنده نگاهی جامع و سیستماتیک نیست. یکی از مشارکت‌کنندگان (مددکار اجتماعی) در این زمینه اظهار می‌کند:

حمایت‌های اجتماعی محروم می‌شوند. به بیان دیگر، خانواده‌ها در خصوص مقابله با مشکلات یکی از اعضای خود، با ضعف در ساختارها و اقدامات حمایتی مواجه می‌شوند و به همین واسطه ارتباطات خود را محدود ساخته و چالش‌های جدی در خصوص درخواست کمک و حمایت را تجربه می‌کنند [۲۱-۲۳].

دومین مضمون اصلی این پژوهش «بی‌ثباتی» بود که حاکی از مشکلاتی است که خانواده‌ها به صورت خاص با آن مواجه می‌شوند. این مشکلات و چالش‌ها دربرگیرنده سبک زندگی ناسالم و پرتلاطم خانواده، مغفول ماندن خانواده در نظام حمایتی و سلامت و همچنین فشارهای اقتصادی است که خانواده با آن مواجه می‌شود. به نوعی خانواده‌های دارای فرد با اختلال روان، علاوه بر بار مراقبتی [۲۱، ۲۴]، با اختلال در کارکرد خود نیز مواجه شده و از مسیر طبیعی خارج می‌شوند و ساختارشان دستخوش تغییرات در سطوحی همچون روابط زناشویی، نظام والدگری، هرج و مرج در روابط خانوادگی و مشکلات اقتصادی مختلف می‌شود [۲۱]. با بررسی نتایج سایر مطالعات می‌توان به این موضوع اشاره کرد که فرد دارای بیماری روان نیز در راستای بی‌ثباتی با شروع علائم بیماری، عوارض جانبی داروها و پیشرفت تحصیلی ضعیف، با چالش‌های جدی در مسیر طبیعی زندگی خود همچون اختلال در روند تحصیلی، پیشرفت شغلی و ثبات شخصیتی مواجه می‌شود [۲۵-۲۷].

طی مضمون سوم یعنی «چالش‌های درمانی» مشارکت‌کنندگان مطالعه اذعان کردند چالش‌های مرتبط با بیماری و نحوه درمان بیماری از مهم‌ترین و پرچالش‌ترین مشکلاتی هستند که آن‌ها در مسیر توانبخشی روانی اجتماعی با آن مواجه شده‌اند. به بیان دیگر، عدم انسجام در برنامه‌ها و مداخلات درمانی در کنار عواملی همچون ضعف در هماهنگی بین تیمی می‌تواند چالش‌های جدی برای کلیه گروه‌های درگیر به ارمغان بیاورد [۲۸، ۲۹].

قابل‌ذکر است که ماهیت بیماری و شکل پیچیده و پیش‌بینی‌ناپذیر آن، افراد را نسبت به ترخیص به‌موقع دچار سردرگمی و ابهام می‌کند. نگرانی بابت عود بیماری، ترک درمان دارویی، نگرانی از شروع زندگی مستقل و عدم قطعیت در مورد درمان و ترخیص از دیگر چالش‌هایی است که در حوزه درمان و مسیر توانبخشی مطرح شده است. عدم دسترسی بیماران به داروها به‌دلیل ماهیت پیچیده آن و نگرانی دائم بیماران، مراقبین و متخصصین در خصوص عدم پایبندی به درمان دارویی پس از ترخیص در کنار کمبود اطلاعات کافی و ساده در خصوص مدت‌زمان درمان دارویی پس از ترخیص و عوارض احتمالی، از دیگر چالش‌های افراد در این مسیر است [۲۸، ۲۹].

همچنین متخصصین و درمانگران حوزه روان نیز با چالش‌های زیادی مواجه هستند که ناشی از ساختارهای کلان‌تر در سیستم و نظام سلامت است. موانع ساختاری در راستای ارائه خدمات

مؤثر نبودن و ناامیدی اشاره کردند که آن‌ها را آزار می‌دهد. مشارکت‌کننده شماره ۱ این وضعیت آزاردهنده را این‌گونه شرح می‌دهد:

«برخی اوقات از این بیماری و آن همه دوا درمان آدم خسته می‌شود. احساس می‌کنم هیچ فایده‌ای ندارم. کار مثبتی که نمی‌کنیم»

### کمبود تعادل بین استقلال و حمایت

تعادل بین استقلال و حمایت در مواجهه با افراد و خانواده‌های دارای اختلال روان همانند یک تیغ دولبه عمل می‌کند که می‌تواند بر وضعیت آن‌ها تأثیر زیادی داشته باشد. مشارکت‌کننده شماره ۱۶ (روان‌پزشک) در این زمینه اظهار می‌کند:

«حمایت از این بیماران و خانواده‌های آن‌ها از جنبه‌های مختلف می‌تواند کمک‌کننده و مؤثر باشد. اما در برخی موارد ملاحظه می‌شود که این حمایت‌ها به سمتی حرکت می‌کند که هیچ حق و نقشی برای خود بیمار در نظر گرفته نمی‌شود و یک جورایی در فرایند درمان یا توانبخشی نادیده انگاشته می‌شود. نباید این‌گونه پیش برود که بیماران هیچ‌گونه نقش و آزادی در مورد انتخاب‌های عمده زندگی خود نداشته باشند»

### بحث

مطالعه حاضر سعی کرده است بینشی عمیق در خصوص چالش‌های روانی و اجتماعی افراد دارای بیماری روان مزمن، مراقبان خانوادگی و درمانگران این حوزه در مسیر توانبخشی ارائه دهد. به‌طور کلی، ۵ مضمون اصلی و ۱۵ مضمون فرعی از داده‌ها انتزاع شد. ۵ مضمون «محدودیت‌های اجتماعی»، «بی‌ثباتی»، «چالش‌های درمانی»، «چالش‌های ساختاری و کلان» و «فقدان عاملیت و اراده» از جمله مضامینی بودند که همراه با زیرطبقات خود توانستند چالش‌های موجود در مسیر توانبخشی روانی و اجتماعی افراد دارای بیماری روان مزمن را مشخص کنند. به‌طور کلی بخش قابل‌توجهی از چالش‌ها همچون مضامین اول، سوم و چهارم جنبه ساختاری و اجتماعی دارد و مضامین دوم و پنجم بیشتر نشان‌دهنده مشکلات فردی و خانوادگی است.

مضمون اول یعنی «محدودیت‌های اجتماعی» حاکی از چالش‌هایی است که جنبه اجتماعی دارند و به‌نوعی طرد افراد و خانواده‌های آنان توسط جامعه و اطرافیان و همچنین ضعف در ساختار حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از کلیدی‌ترین مفاهیم در مسیر توانبخشی را شامل می‌شوند. این افراد و خانواده‌های آن‌ها با مواردی همچون انگ و تبعیض اجتماعی مواجه شده و به‌نوعی وارد جریانی تحت عنوان انفصال اجتماعی می‌شوند [۱۹-۲۱]. همچنین ارتباطات افراد و خانواده‌های دارای بیمار روان نیز تحت تأثیر این موضوع قرار می‌گیرد، به‌گونه‌ای که فرد و خانواده از

آن‌ها نیز مستلزم در نظر گرفتن جوانب مختلف است. تلاش برای رفع محدودیت‌های اجتماعی، رفع چالش‌های ساختاری، تقویت مداخلات درمانی و توانبخشی تیمی، کمک به استقلال و توانمندی بیمار و خانواده، تأکید بر رویکردهای مشارکتی هم در تیم‌های درمانی و هم با حضور خانواده و جامعه، جهت‌دهی برنامه‌های رسانه‌ای، توسعه و راه‌اندازی و حمایت از سازمان‌های غیردولتی در حیطه توانبخشی بیماران روانی اجتماعی، از جمله مهم‌ترین نکاتی هستند که می‌توانند با تقویت فرایند توانبخشی روانی و اجتماعی، بهبودی بیماران و خانواده را تسریع کنند. سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان کشور در حوزه سلامت، خانواده، بهزیستی و رفاه باید به این گروه هدف و خانواده‌های آن‌ها توجه ویژه داشته باشند تا بتوان بستری برای کاهش انگ، حضور در جامعه، برابری فرصت‌ها در جامعه، ارتقای دانش مردم جامعه و خانواده بیماران از بیماری‌ها و توانمندی بیماران، توانبخشی روانی و اجتماعی بیماران و خانواده‌ها و همچنین کاهش بار مراقبتی و هزینه درمان کادر درمان و خانواده اقدامی اساسی اتخاذ کرد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مواردی همچون: بیمار بودن مشارکت‌کنندگان اصلی، دشواری دسترسی به بیماران مبتلا به اختلال روان، خانواده‌های آن‌ها و متخصصان مددکاری اجتماعی که در حوزه مددکاری اجتماعی بهداشت و روان تجربه و تخصص کافی داشته باشند، اشاره کرد. برای رفع محدودیت اول تلاش شد با همکاری روان‌پزشک مصاحبه‌ها در شرایطی صورت گیرد که فرد از ثبات روانی کافی برخوردار باشد. مشارکت‌کنندگان این پژوهش از میان بیماران بستری در بیمارستان انتخاب شدند و از آنجایی که اغلب آن‌ها با مشکلات حاد روانی و اجتماعی مواجه هستند و از سوی خانواده طرد شده‌اند این امر می‌تواند به نوبه خود نتایج پژوهش را متأثر کند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی مشکلات مراقبان خانوادگی و افراد متخصص در این حوزه به صورت جداگانه مورد توجه قرار گیرد و مشارکت‌کنندگان از سطح جامعه در مراکز مختلف انتخاب شوند.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

همچنین قبل از شرکت در مطالعه، کلیه شرکت‌کنندگان یک فرم رضایت‌نامه کتبی آگاهانه را مطالعه و امضا کردند و تمام سؤالات آن‌ها با دقت و حوصله توسط محقق پاسخ داده شد. هیچ موضوع اخلاقی خاصی در طول مطالعه گزارش نشد و هیچ شرکت‌کننده‌ای از مطالعه انصراف نداد. همه شرکت‌کنندگان از محرمانه بودن اطلاعات خود در طول مطالعه و پس از مطالعه کاملاً اطمینان داشتند.

به‌موقع و مناسب، فقدان منابع کافی جهت حمایت دارویی، روانی و اجتماعی از افراد و مراقبین آن‌ها و بروکراسی اداری از دیگر چالش‌هایی هستند که ارائه خدمات در حوزه سلامت روان را تحت تأثیر خود قرار داده‌اند [۳۰]. همچنین افراد و مراقبین اصلی آن‌ها نیز در ارتباط با درمانگران دچار چالش و مشکلاتی هستند که بخش قابل توجه این مشکلات معطوف به تشخیص نادرست بیماری توسط متخصصین، عدم اختصاص زمان کافی به ویزیت مراجعین و فراهم نبودن زمینه مشارکت فعال بیماران و مراقبین آن‌ها در فرایند درمان است [۲۲].

در مضمون چهارم چالش‌ها شکل ساختاری و کلان داشته و سطح بالایی از نظام سلامت و جامعه را هدف قرار داده‌اند. در بسیاری از مواقع انتشار اطلاعات غیرعلمی در خصوص افراد دارای اختلال روانی موجب بازتولید تبعیض و انگ اجتماعی می‌شود. در همین راستا، اغلب در رسانه‌های اجتماعی این‌گونه نشان داده می‌شود که افراد دارای اختلال روانی بیشتر مرتکب جرایم خشونت‌آمیز می‌شوند و مخاطبان نیز تحت تأثیر این نگرش قرار می‌گیرند. این در حالی است که برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند استفاده از رسانه‌ها توسط افراد متخصص و حرفه‌ای و گروه‌های هم‌تا، جهت آگاهی‌رسانی صحیح می‌تواند موجب کاهش انگ اجتماعی نسبت به افراد مبتلا به اختلال روان و دسترسی به اطلاعات معتبر در این زمینه شود [۳۱]. عدم اتفاق نظر بین نظام سیاست‌گذاری و نظام اجرا در کنار کمبود اعتبار و تخصیص حمایت مالی و بیمه‌ای از دیگر چالش‌هایی است که اهداف درمانی و توانبخشی در سطوح کلان و ساختاری با آن‌ها مواجه هستند [۳۳، ۳۲].

از دیگر یافته‌های این پژوهش که در طبقه «فقدان عاملیت و اراده» قرار می‌گیرد، کمبود تعادل بین استقلال و حمایت است. این زیرطبقه نشان می‌دهد افراد دارای اختلال روان و خانواده‌هایشان در عین حال که گاهی مورد حمایت واقع می‌شوند، احساس می‌کنند اراده و اختیار از آن‌ها سلب شده است. در همین راستا نتایج یکی از مطالعات حاکی از آن است که مراقبان در بسیاری از مواقع بیش از اندازه به صورت احساسی و عاطفی با فرد دارای اختلال روان برخورد می‌کنند و تلاش می‌کنند خواسته‌های آن‌ها را اجابت کنند [۲۲].

## نتیجه‌گیری

این پژوهش در پی فهم چالش‌های افراد دارای بیماری روانی مزمن از دیدگاه افراد دارای اختلال، مراقبان خانوادگی و افراد متخصص این حوزه بود که نشان داد مشارکت‌کنندگان در این پژوهش در فرایند توانبخشی دارای مشکلات و چالش‌های متنوعی هستند که وابسته به یک عامل نیست و در سطوح مختلف در ابعاد فردی، بین‌فردی، خانوادگی، جامعه‌ای و مرتبط با ساختارها و سیاست‌گذاری‌ها پدید می‌آیند. بنابراین پاسخ به

این مطالعه دارای کد اخلاق IR.USWR.REC.1400.098 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی است.

#### حامی مالی

تحقیق حاضر برگرفته از طرح پژوهشی تدوین پروتکل مداخلات برای افراد دارای اختلال روان است که با همکاری اداره مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده است.

#### مشارکت نویسندگان

طراحی مطالعه و جمع‌آوری داده: فردین علی‌پور، زلیخا عربکری، مصطفی مردانی و شکوفه احمدی؛ مفهوم‌سازی: فردین علی‌پور، زلیخا عربکری و حسین افشارپویا؛ بازبینی و نهایی‌سازی نسخه: فردین علی‌پور، مصطفی مردانی و مهرانگیز شعاع کاظمی؛ تحقیق: همه نویسندگان.

#### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

#### تشکر و قدردانی

از کلیه مشارکت‌کنندگان، متخصصین و مسئولین که در انجام این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## References

- [1] WHO. Mental disorders. Geneva: WHO; 2022. [\[Link\]](#)
- [2] Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx).USA: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2021. [\[Link\]](#)
- [3] Mojarrad Kahani AH, Ghanbari Hashem Abadi BA, Modares Gharavi M. [The efficacy of group psycho educational interventions in promoting quality of life and quality of relationships on family of patients with bipolar disorders (Persian)]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2012; 10(2):114-23. [\[Link\]](#)
- [4] Sukut O, Ayhan Balik CH. The impact of COVID-19 pandemic on people with severe mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021; 57(2):953-6. [\[DOI:10.1111/ppc.12618\]](#) [\[PMID\]](#)
- [5] Tong Chien W, Thompson DR, Fong Leung S, Bressington D. Quality of life, symptom severity and level of functioning in people with severe mental illness ready for hospital discharge. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2022; 29(1):14-24. [\[DOI:10.1111/jpm.12703\]](#) [\[PMID\]](#)
- [6] Tanyuy CB, Aguocha CM, Nwefoh EC, Wankam MG. Social representation of abuse of persons with severe mental illness in Jakiri, Cameroon: A qualitative study. *International Journal of social Psychiatry*. 2021; 67(7):946-54. [\[DOI:10.1177/0020764020972432\]](#) [\[PMID\]](#)
- [7] Möhring M, Krick NK, Ditzel A. The influence of social support and characteristics of the stigmatisers on stigmatising attitudes towards people with mental illness. *European Journal of Health Communication*. 2021; 2(2):66-96. [\[DOI:10.47368/ejhc.2021.204\]](#)
- [8] Díaz-Mandado O, Periañez JA. An effective psychological intervention in reducing internalized stigma and improving recovery outcomes in people with severe mental illness. *Psychiatry Research*. 2021; 295:113635. [\[DOI:10.1016/j.psychres.2020.113635\]](#) [\[PMID\]](#)
- [9] Emami Z, Kajbaf MB. [The effectiveness of quality of life therapy on anxiety and depression in female high school students (Persian)]. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2015; 4(2):89-102. [\[Link\]](#)
- [10] Fu XL, Qian Y, Jin XH, Yu HR, Wu H, Du L, et al. Suicide rates among people with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2023; 53(2):351-61. [\[DOI:10.1017/S0033291721001549\]](#) [\[PMID\]](#)
- [11] Spanakis P, Peckham E, Mathers A, Shiers D, Gilbody S. The digital divide: Amplifying health inequalities for people with severe mental illness in the time of COVID-19. *The British Journal of Psychiatry*. 2021; 219(4):529-31. [\[DOI:10.1192/bjp.2021.56\]](#) [\[PMID\]](#)
- [12] Torabi Z, Eghlima M, Khanke HR, Reza Soltani P. [Examine between family burden and family function (family with chronic neurosis children) (Persian)]. *Social Welfare Quarterly*. 2014; 13(51):133-49. [\[Link\]](#)
- [13] Mojarad Kahani AH, Ghanabari Hashem Abadi BA. [The efficacy of group psycho educational interventions on family performance of patients with mood disorders (Persian)]. *Journal of Family Counseling & Psychotherapy*. 2012; 1(3):399-412. [\[Link\]](#)
- [14] Akbari M, Alavi M, Irajpour A, Maghsoudi J. Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: A narrative review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2018; 23(5):329-37. [\[DOI:10.4103/ijnmr.IJNMR\\_122\\_17\]](#) [\[PMID\]](#)
- [15] Serlachius A, Badawy SM, Thabrew H. Psychosocial challenges and opportunities for youth with chronic health conditions during the COVID-19 pandemic. *JMIR Pediatrics and Parenting*. 2020; 3(2):e23057. [\[DOI:10.2196/23057\]](#) [\[PMID\]](#)
- [16] Singh GP. Psychosocial and mental health issues of the migrants amidst covid-19 pandemic in India: A narrative review. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2021; 43(6):473-8. [\[DOI:10.1177/02537176211044802\]](#) [\[PMID\]](#)
- [17] Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, Benros ME, Børglum AD, Christensen MK, et al. Association between mental disorders and subsequent medical conditions. *The New England Journal of Medicine*. 2020; 382(18):1721-31. [\[DOI:10.1056/NEJMoA1915784\]](#) [\[PMID\]](#)
- [18] De Hert M, Detraux J, Vancampfort D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2018; 20(1):31-40. [\[PMID\]](#)
- [19] Vaghee S, Salarhaji A. [Stigma in family caregivers of patients with schizophrenia hospitalized in Ibn-Sina Psychiatric Hospital of Mashhad in 2014-2015 (Persian)]. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2015; 3(3):23-30. [\[Link\]](#)
- [20] Koschorke M, Padmavati R, Kumar S, Cohen A, Weiss HA, Chatterjee S, et al. Experiences of stigma and discrimination faced by family caregivers of people with schizophrenia in India. *Social Science & Medicine*. 2017; 178:66-77. [\[DOI:10.1016/j.socscimed.2017.01.061\]](#) [\[PMID\]](#)
- [21] Jourshari RR, Aria AM, Alavizadeh SM, Entezari S, Hosseinkhanzadeh AA, Amirzadeh SM. Structural relationships between assertiveness and parenting styles with mediating self-esteem and anxiety of singleton children. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2022; 20(4):539. [\[Link\]](#)
- [22] Dolatfard A, Fathi M. [Experiences and challenges of families with mental disorders (Persian)]. *Research Journal on Social Work*. 2021; 8(27):97-124. [\[Link\]](#)
- [23] Sadeghi M, Kaviani H, Rezaei R. [Stigma of mental disorder among families of patients with major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia (Persian)]. *Journal of Advances in Cognitive Sciences*. 2003; 5(2):16-25. [\[Link\]](#)
- [24] Nouri Khajavi M, Ardeshirzadeh M, Doulatshahi B, Afigheh S. [Comparative evaluation of psychological burden in caregivers of patients with chronic schizophrenia and caregivers of patients with chronic bipolar disorder (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14(1 (52)):80-4. [\[Link\]](#)
- [25] Thomas TL, Prasad Muliya K, Jayarajan D, Angothu H, Thirathalli J. Vocational challenges in severe mental illness: A qualitative study in persons with professional degrees. *Asian Journal of Psychiatry*. 2019; 42:48-54. [\[DOI:10.1016/j.ajp.2019.03.011\]](#) [\[PMID\]](#)

- [26] Folb N, Lund C, Fairall LR, Timmerman V, Levitt NS, Steyn K, et al. Socioeconomic predictors and consequences of depression among primary care attenders with non-communicable diseases in the Western Cape, South Africa: Cohort study within a randomised trial. *BMC Public Health*. 2015; 15:1194. [DOI:10.1186/s12889-015-2509-4] [PMID]
- [27] Booysen D, Mahe-Poyo P, Grant R. The experiences and perceptions of mental health service provision at a primary health centre in the Eastern Cape. *South African Journal of Psychiatry*. 2021; 27:1641. [DOI:10.4102/sajpsychiatry.v27i0.1641] [PMID]
- [28] Rose LE, Gerson L, Carbo C. Transitional care for seriously mentally ill persons: A pilot study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2007; 21(6):297-308. [DOI:10.1016/j.apnu.2007.06.010] [PMID]
- [29] Velligan DI, Roberts DL, Sierra C, Fredrick MM, Roach MJ. What patients with severe mental illness transitioning from hospital to community have to say about care and shared decision-making. *Issues in Mental Health Nursing*. 2016; 37(6):400-5. [DOI:10.3109/01612840.2015.1132289] [PMID]
- [30] Sarikhani Y, Bastani P, Rafiee M, Kavosi Z, Ravangard R. Key barriers to the provision and utilization of mental health services in low-and middle-income countries: A scope study. *Community Mental Health Journal*. 2021; 57:836-52. [DOI:10.1007/s10597-020-00619-2] [PMID]
- [31] Battaglia AM, Mamak M, Goldberg JO. The impact of social media coverage on attitudes towards mental illness and violent offending. *Journal of Community Psychology*. 2022; 50(7):2938-49. [DOI:10.1002/jcop.22807] [PMID]
- [32] Betton V, Borschmann R, Docherty M, Coleman S, Brown M, Henderson C. The role of social media in reducing stigma and discrimination. *The British Journal of Psychiatry*. 2015; 206(6):443-4. [DOI:10.1192/bjp.bp.114.152835] [PMID]
- [33] Saha K, Torous J, Ernala SK, Rizuto C, Stafford A, De Choudhury M. A computational study of mental health awareness campaigns on social media. *Translational Behavioral Medicine*. 2019; 9(6):1197-207. [DOI:10.1093/tbm/ibz028] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank