

تبیین معنای ذهنی بازسازی خویشتن در زنان دارای سابقه بستری روانپزشکی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۸/۰۴

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۹/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۰۹

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

چکیده

هدف این پژوهش، تبیین معنای ذهنی بازسازی خویشتن در زنان دارای سابقه بستری روانپزشکی از طریق تحلیل تجربه زیسته آن‌ها بود. این مطالعه با رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۹ زن دارای سابقه بستری روانپزشکی در شهر تهران گردآوری شد. شرکت‌کنندگان به صورت هدفمند انتخاب شدند و مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. تمامی مصاحبه‌ها ضبط، پیاده‌سازی و با استفاده از نرم‌افزار NVivo تحلیل شد. تحلیل داده‌ها با رویکرد کدگذاری مضمون‌محور و در سه سطح کدگذاری باز، محوری و انتخابی صورت گرفت. تحلیل داده‌ها منجر به استخراج سه مقوله اصلی شامل «بازتعریف هویت فردی»، «بازیابی روابط اجتماعی» و «بازتوانی روانی و معنوی» شد. این مقولات شامل زیرمقوله‌هایی همچون کشف دوباره خویشتن، پذیرش گذشته، ترمیم روابط خانوادگی، بازتعریف نقش‌های اجتماعی، تجربه بهبودی ذهنی، استفاده از منابع معنابخش و راهبردهای خودمراقبتی بودند. شرکت‌کنندگان فرآیند بازسازی خویشتن را ترکیبی از تلاش درونی، معناجویی و تعامل با دیگران توصیف کردند. بازسازی خویشتن در زنان دارای سابقه بستری روانپزشکی، فرآیندی پیچیده، پویا و چندبعدی است که در آن عناصر هویت، روابط اجتماعی و توانمندسازی روانی در هم تنیده‌اند. این یافته‌ها می‌توانند زمینه‌ساز طراحی مداخلات درمانی مؤثرتر و حساس‌تر به جنسیت و زمینه فرهنگی بیماران باشند.

کلیدواژه‌گان: بازسازی خویشتن؛ تجربه زیسته؛ زنان؛ بیماری روانی؛ پدیدارشناسی؛ بازیابی روانی

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

افسانه رفیعی^{فر*}

۱. گروه مدیریت آموزشی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:
RafiefarAfsne1980@gmail.com

شیوه استناددهی: رفیعی‌فر، افسانه. (۱۴۰۳). تبیین معنای ذهنی بازسازی خویشتن در زنان دارای سابقه بستری روانپزشکی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۳(۴)، ۸-۱.

Explaining the Subjective Meaning of Self-Reconstruction in Women with a History of Psychiatric Hospitalization

Submit Date: 2024-10-24

Revise Date: 2024-11-22

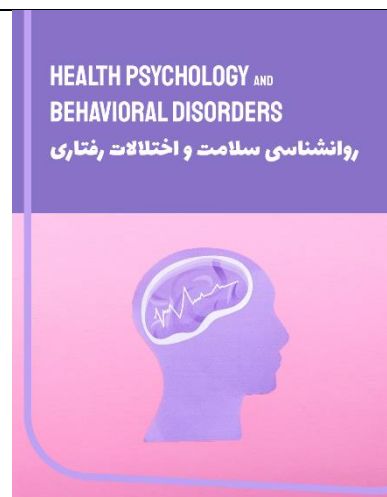
Accept Date: 2024-11-30

Publish Date: 2024-12-20

Abstract

This study aimed to explain the subjective meaning of self-reconstruction in women with a history of psychiatric hospitalization through an in-depth analysis of their lived experiences. This qualitative study employed a phenomenological approach. Data were collected through semi-structured interviews with 19 women who had previously been hospitalized in psychiatric settings in Tehran. Participants were selected purposefully, and interviews continued until theoretical saturation was achieved. All interviews were audio-recorded, transcribed verbatim, and analyzed using NVivo software. Thematic analysis was conducted through open, axial, and selective coding. Three main themes emerged from the data: “Redefining Personal Identity,” “Reclaiming Social Relationships,” and “Psychological and Spiritual Rehabilitation.” These encompassed subthemes such as rediscovering the self, acceptance of the past, repairing family ties, redefining social roles, experiencing mental recovery, relying on spiritual resources, and engaging in self-care strategies. Participants described self-reconstruction as a process shaped by inner reflection, meaning-making, and relational experiences. Self-reconstruction in women with a history of psychiatric hospitalization is a complex, multidimensional, and dynamic process involving identity transformation, social reintegration, and psychological empowerment. These findings can inform the development of more effective, gender-sensitive, and culturally responsive therapeutic interventions.

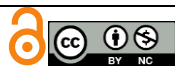
Keywords: *Self-reconstruction; Lived experience; Women; Mental illness; Phenomenology; Psychological recovery*

Afsaneh Rafieifar^{1*}

1. Department of Educational Management,
University of Isfahan, Isfahan, Iran

*Corresponding Author's Email:
RafieifarAfsne1980@gmail.com

How to cite: Rafieifar, A. (2024). Explaining the Subjective Meaning of Self-Reconstruction in Women with a History of Psychiatric Hospitalization. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 2(4), 1-8.



© 2024 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

فرآیند بازسازی خویشتن پس از تجربه اختلالات شدید روانی و بستری روانپزشکی یکی از مهم‌ترین مراحل در مسیر بهبودی و بازیابی سلامت روان است. این بازسازی، صرفاً بهبودی از علائم بالینی بیماری روانی نیست، بلکه تلاشی چندبعدی برای بازتعریف خود، معنا دادن به تجربه زیسته، بازسازی روابط بین‌فردی، و احیای عاملیت و هویت شخصی است (Slade, 2009). در واقع، بازیابی روانی یا «ریکاوری روانی» نوعی تحول عمیق روان‌شناختی است که فرد را از وضعیت «بیمار بودن» به وضعیت «انسان بودن با تجربه بیماری» منتقل می‌کند؛ تغییری که به ویژه در زنان، با چالش‌های خاصی همراه است که باید با دقت نظری و تجربی بررسی شود (Topor et al., 2011).

زنان دارای تجربه بستری روانپزشکی، معمولاً در بسترهای اجتماعی و فرهنگی‌ای زندگی می‌کنند که در آن بیماری روانی با داغ‌نگ (Stigma) و طرد همراه است. این داغ‌نگ می‌تواند فرآیند بازسازی هویت و خویشتن را دشوارتر کند، زیرا نه تنها فرد باید با علائم و پیامدهای درونی بیماری کنار بیاید، بلکه باید با نگاه‌های قضاوت‌گرایانه، برچسب‌های منفی و کاهش حمایت اجتماعی نیز مواجه شود (Corrigan & Watson, 2002). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که زنان پس از تجربه اختلالات روانی شدید، با نوعی فروپاشی درونی هویت مواجه می‌شوند که نیازمند بازتعریف خود در بستر تجربه زیسته و روابط اجتماعی جدید است (Jacobson, 2001). این مسئله به‌ویژه در جوامعی چون ایران، که ارزش‌های جمع‌گرایانه و هنجارهای جنسیتی خاصی در آن حاکم است، پیچیده‌تر و حساس‌تر می‌شود (Sharifi et al., 2019).

از سوی دیگر، در ادبیات بازیابی روانی، تأکید بر «معنابخشی» (Meaning-making) به تجربه بیماری، نقش محوری دارد. بسیاری از نظریه‌پردازان معتقدند که فرآیند ریکاوری در واقع نوعی تلاش درونی برای یافتن معنا در رنج، شکست، و ازهم‌گسیختگی روانی است؛ تلاشی که در نهایت به نوعی بازسازی هویت، امیدواری، و بازیابی عاملیت منجر می‌شود (Davidson et al., 2005). این معنا ممکن است از طریق تجربیات عرفانی، بازخوانی روایت زندگی، نوشتن، مشارکت در گروه‌های حمایتی یا ارتباطات معنادار با دیگران حاصل شود (Yanos et al., 2008). در این میان، زنان به واسطه نقش‌های متداخل (مادری، همسری، مراقبت‌گر بودن) و حساسیت‌های اجتماعی بیشتری که متحمل می‌شوند، فرآیند بازیابی را در بسترهای پیچیده‌تر روانی و اجتماعی تجربه می‌کنند (Lafrance & Stoppard, 2006).

علاوه بر این، مفهوم بازسازی خویشتن در مطالعات کیفی به عنوان یک پدیده میان‌رشته‌ای شناخته شده است که در آن عناصر روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، و مطالعات جنسیت به هم می‌رسند. بازسازی خویشتن، شامل بازتعریف روایت‌های زیسته، ایجاد هویت‌های جدید، و فاصله‌گرفتن از هویت‌های بیمارگونه‌ای است که سیستم پزشکی و جامعه به فرد تحمیل کرده‌اند (Deegan, 1996). افراد در این مسیر، نه تنها به بازسازی ذهنی خود می‌پردازند، بلکه مرزهای جدیدی برای روابط بین‌فردی تعریف می‌کنند و گاهی تجربه زیستهٔ بیماری را به یک منبع قدرت و بینش درونی تبدیل می‌کنند (Pitt et al., 2007).

در این راستا، زنان دارای تجربه بستری روانپزشکی، تجربه‌ای چندوجهی از بازسازی خویشتن دارند که شامل چالش‌های درونی (همچون شرم، خودسرزنشی، ناامیدی)، چالش‌های بین‌فردی (مانند طرد از سوی خانواده یا جامعه)، و چالش‌های ساختاری (نظیر تبعیض‌های جنسیتی در نظام درمانی) است. با وجود اهمیت فراوان این تجربه، ادبیات پژوهشی فارسی‌زبان در این زمینه بسیار محدود است و اغلب پژوهش‌های انجام‌شده نیز ماهیت کمی داشته و کمتر به ژرفای تجربه‌های ذهنی زنان توجه کرده‌اند (Rahimi et al., 2020).

با توجه به خلأهای مذکور، مطالعه حاضر با رویکردی کیفی و پدیدارشناختی به دنبال تبیین معنای ذهنی بازسازی خویشتن در زنان دارای سابقه بستری روانپزشکی است. هدف این پژوهش، نه فقط توصیف سطحی تجربه زنان، بلکه کشف ابعاد پنهان، پیچیده و معنادار این فرایند در بستر زیسته، فرهنگی و جنسیتی آن‌هاست. چنین رویکردی می‌تواند علاوه بر ارتقاء دانش نظری در حوزه سلامت روان زنان، زمینه‌ساز طراحی مداخلات بالینی مؤثرتر، حساس‌تر به جنسیت، و مبتنی بر روایت‌های اصیل بیماران گردد.

همچنین یافته‌های چنین مطالعه‌ای می‌تواند در آموزش روان‌درمانگران، طراحی پروتکل‌های بازتوانی روانی، و کاهش داغ‌نگ اجتماعی پیرامون بیماری روانی مفید واقع شود. از آنجا که تجربه زیسته بستری روانپزشکی می‌تواند ساختار ذهنی فرد را متحول کند، بررسی نحوه معنابخشی

به این تجربه و راه‌های بازسازی روانی می‌تواند شناختی عمیق‌تر از فرآیند ریکآوری ارائه دهد. در نهایت، این پژوهش در تلاش است تا صدای خاموش زنان درگیر با بیماری روانی را بازتاب دهد؛ زنانی که با وجود بحران‌های عمیق روانی، تلاش کرده‌اند معنایی جدید برای خویشتن بسازند و زندگی را از نو تعریف کنند.

روشناسی

این پژوهش از نوع کیفی و با رویکرد پدیدارشناسی بوده است. هدف از این مطالعه، تبیین معنای ذهنی بازسازی خویشتن در زنان دارای سابقه بستری روانپزشکی است.

روش گردآوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته بوده که تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافته است. تعداد شرکت‌کنندگان ۱۹ زن با سابقه بستری روانپزشکی بودند که به صورت هدفمند و از مراکز درمانی و حمایتی شهر تهران انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه، داشتن سابقه بستری حداقل یک بار در مراکز روانپزشکی و آمادگی برای مشارکت در مصاحبه بود.

مصاحبه‌ها به صورت فردی و نیمه‌ساختاریافته انجام شد تا امکان کشف تجربه‌های عمیق و معنادار شرکت‌کنندگان فراهم گردد. هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید و با رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان ضبط صوتی شد. مصاحبه‌ها با پرسش‌های باز آغاز و در حین مصاحبه بر اساس پاسخ‌ها پیگیری و تعمیق شدند.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا و کدگذاری تماتیک استفاده شد. تمام مصاحبه‌ها به صورت دقیق تایپ و به نرم‌افزار NVivo وارد شدند. فرایند تحلیل شامل کدگذاری باز، کدگذاری محوری و استخراج تم‌های اصلی بود. داده‌ها تا رسیدن به اشباع نظری تحلیل شدند؛ یعنی زمانی که دیگر کد و موضوع جدیدی حاصل نشد. برای افزایش اعتبار داده‌ها، از روش بررسی مکرر، بازخوانی متن‌ها و بازخورد شرکت‌کنندگان استفاده گردید.

یافته‌ها

۱. کشف دوبارهٔ خویشتن:

زنان شرکت‌کننده فرآیند بازسازی خویشتن را با مواجهه مجدد با هویت فردی خود آغاز کرده بودند. این بازنگری شامل درک عمیق‌تری از خود واقعی، مرور تجارب گذشته، و تمایز میان خود قبل و بعد از بستری بود. بسیاری از آن‌ها به خودارزیابی مجدد و نوعی نوشتن مجدد روایت خود پرداختند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «تازه فهمیدم کی بودم، انگار قبلش به نقش بازی می‌کردم ولی الان با خودم روبه‌رو شدم».

۲. ساخت هویت جدید پس از بحران:

بسیاری از زنان پس از دوران بستری، به بازتعریف نقش‌ها و ارزش‌های زندگی خود پرداخته بودند. این بازسازی هویتی در قالب معنا دادن به تجربه بیماری، ساخت تصویری نو از خویش و تعیین اهداف جدید نمود یافت. به گفته یکی از آن‌ها: «اون بحران به جورایی منو مجبور کرد دوباره فکر کنم برای چی زندگی می‌کنم، کی هستم و چی می‌خوام».

۳. پذیرش و آشتی با گذشته:

پذیرش گذشته یکی از محورهای کلیدی در فرایند بازسازی خویشتن بود. زنان از گذشتن از سرزنش‌های مداوم، پذیرش ناپایداری‌های روانی و حتی بخشش خود سخن گفتند. یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشت: «قبلاً دائم خودمو سرزنش می‌کردم که چرا اون اتفاق افتاد، ولی الان می‌گم خب، افتاده، حالا چی کار کنم بهتر باشم».

۴. تجربه‌های خودافشایی و بازگو کردن تجربه:

برخی شرکت‌کنندگان بیان کردند که صحبت کردن در مورد تجربه روانپزشکی در جمع‌های حمایتی، با دوستان یا حتی در شبکه‌های اجتماعی به آن‌ها در بازیابی خویشتن کمک کرده است. گفت‌وگوهای درمانی و نوشتن خاطرات نیز ابزارهای مهمی در این فرایند بوده‌اند. یکی از زنان گفت: «وقتی تو گروه درمانی درباره بستری شدنم حرف زدم، انگار یه بار سنگین از روی شونه‌هام برداشته شد».

۵. ترمیم ارتباط با خانواده:

برخی از زنان از بهبود روابط خانوادگی پس از دوره بستری سخن گفتند. گفت‌وگوهای دوباره با والدین، بازسازی اعتماد و کاهش تنش‌های گذشته در این فرایند مؤثر بوده است. مشارکت‌کننده‌ای اشاره کرد: «اوایل مامانم نمی‌فهمید چی می‌گذره بهم، ولی کم‌کم یاد گرفت حرف‌هامو گوش بده، حالا دیگه تنهام نمی‌ذاره».

۶. تجربه طرد و داغ‌نگ اجتماعی:

احساس طرد شدن، پنهان‌کاری درباره تجربه بستری و ترس از قضاوت دیگران، از تجربه‌های رایج در میان زنان شرکت‌کننده بود. یکی از آن‌ها گفت: «به کسی نمی‌گم بستری بودم. وقتی قبلاً گفتم، دیدم رفتارشون عوض شد، مثل اینکه خطرناکم».

۷. بازتعریف نقش اجتماعی:

زنان پس از بهبودی، تلاش کرده‌اند نقش‌های اجتماعی خود مانند مادری، شغلی یا مشارکت‌های اجتماعی را بازسازی کنند. این تلاش به آن‌ها کمک کرده احساس مفید بودن و بازگشت به اجتماع را تجربه کنند. یکی از زنان عنوان کرد: «دوباره رفتم سر کار. اونجا بودن بهم حس زنده بودن می‌ده، انگار هنوز می‌تونم مفید باشم».

۸. بازسازی روابط عاطفی:

بازسازی روابط عاطفی سالم، به‌ویژه با شریک زندگی یا دوستان نزدیک، یکی دیگر از زمینه‌های بازسازی خویشتن بود. جلب اعتماد مجدد، درک متقابل و دوری از روابط آسیب‌زا در اولویت زنان قرار داشت. به گفته یک شرکت‌کننده: «قبلاً رابطه‌هام پر از دعوا بود، ولی حالا یاد گرفتم اول خودمو بشناسم، بعد وارد رابطه شم».

۹. مراقبت از مرزهای بین‌فردی:

زنان در مسیر بازسازی، به اهمیت حفظ حریم شخصی و مرزگذاری در روابط بین‌فردی پی برده بودند. این مرزبندی به آن‌ها در حفظ استقلال روانی کمک کرده است. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان کرد: «دیگه مثل قبل خودمو درگیر هر مشکلی نمی‌کنم، یاد گرفتم نه بگم و از خودم مراقبت کنم».

۱۰. تجربه بهبودی ذهنی:

احساس آرامش نسبی، کاهش نشانه‌های روان‌پریشی و توانایی در تنظیم هیجانات، از مؤلفه‌های اصلی تجربه بهبودی در زنان بود. یکی از آن‌ها گفت: «هنوز هم بعضی وقتا حس می‌کنم دارم به هم می‌ریزم، ولی حالا می‌تونم کنترلش کنم، فرق داره با قبل».

۱۱. منابع معنابخش بهبود:

توسل به منابع معنوی و فلسفی از جمله دین، دعا، یوگا، معناجویی در رنج و الهام‌گیری از روایت‌های شفابخش، به عنوان عوامل مؤثر در بازسازی روانی ذکر شدند. به گفته یکی از شرکت‌کنندگان: «نماز خوندن و حرف زدن با خدا تنها چیزی بود که آرومم می‌کرد، حس می‌کردم هنوز یکی هست که منو می‌فهمه».

۱۲. راهبردهای خودمراقبتی:

زنان از راهبردهایی همچون نوشتن روزانه، ورزش، تغذیه سالم، تنظیم خواب و فاصله‌گرفتن از محرک‌های استرس‌زا برای مراقبت از خود استفاده می‌کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «نوشتن برام یه جور درمانه، هر شب می‌نویسم چی گذشت، این باعث می‌شه خالی شم».

۱۳. مواجهه با بازگشت بحران:

بیشتر زنان بر آمادگی برای بازگشت علائم و داشتن برنامه مقابله‌ای تأکید داشتند. یکی از آن‌ها گفت: «الان اگه بفهمم دارم دوباره بهم می‌ریزم، سریع با روان‌درمانگر تماس می‌گیرم. دیگه نمی‌دارم دیر بشه».

۱۴. نقش درمان‌های حرفه‌ای:

نقش مؤثر روان‌درمانی، تداوم دارودرمانی، گروه‌درمانی و رابطه درمانی حمایتی در فرآیند بازسازی خویشتن به کرات مورد اشاره قرار گرفت. یکی از شرکت‌کنندگان گفت: «مشاورم نه تنها کمک کرد بفهمم چی شده، بلکه یادم داد چطور با خودم مهربون‌تر باشم».

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بازسازی خویشتن در زنان دارای سابقه بستری روانپزشکی، فرآیندی پیچیده، چندبعدی و در عین حال عمیقاً شخصی است که در سه محور اصلی بازتعریف هویت فردی، بازیابی روابط اجتماعی و بازتوانی روانی و معنوی تجلی می‌یابد. در این فرایند، زنان از طریق مواجهه مجدد با تجربه زیسته، تلاش برای معنا دادن به رنج، بازسازی نقش‌های اجتماعی و اتخاذ راهبردهای خودمراقبتی، به بازآفرینی خویشتن دست یافته‌اند؛ امری که با تأیید یافته‌های نظریه‌های بازیابی شخصی هم‌راستا است (Slade, 2009).

در محور بازتعریف هویت فردی، تجربه کشف دوباره خویشتن، ساخت هویت جدید، پذیرش گذشته و خودافشایی، نشان‌دهنده تلاشی فعال برای بازنویسی روایت زندگی است. این یافته با آنچه دیگان (Deegan, 1996) تحت عنوان «بازسازی داستان خویشتن» در مسیر ریکاوری مطرح کرده، تطابق دارد. شرکت‌کنندگان با عبور از احساس شرم و سرزنش، به پذیرش تجربه بستری به‌عنوان بخشی از زندگی خود رسیدند. این روند با مطالعاتی مانند یانوس و همکاران (Yanos et al., 2008) هم‌راستا است که تأکید می‌کنند معنابخشی به هویت بیمارگونه و فاصله‌گیری از آن، بخشی کلیدی از ریکاوری است. همچنین، تمایل برخی زنان به خودافشایی در فضای عمومی و شبکه‌های اجتماعی، با یافته‌های مطالعاتی چون پیت و همکاران (Pitt et al., 2007) همخوان است که بر نقش روایت‌گری جمعی در توانمندسازی بیماران تأکید دارند.

در محور بازیابی روابط اجتماعی، یافته‌ها نشان داد که ترمیم ارتباط با خانواده، بازتعریف نقش اجتماعی، بازسازی روابط عاطفی و مراقبت از مرزهای بین فردی، از مؤلفه‌های مهم بازسازی خویشتن هستند. این نتایج با مطالعات لافرانس و استاپارد (Lafrance & Stoppard, 2006) همخوانی دارد که نشان می‌دهند زنان پس از افسردگی، از طریق بازتعریف نقش‌ها و مرزبندی‌های جدید در روابط، به بازسازی هویت دست می‌یابند. با این حال، تجربه طرد و داغ‌ننگ اجتماعی نیز در اظهارات شرکت‌کنندگان مشهود بود. این یافته با پژوهش‌های کورریگان و واتسون (Corrigan & Watson, 2002) درباره پیامدهای منفی داغ‌ننگ و احساس شرم در بیماران روان‌پزشکی همخوانی دارد. زنان در این مطالعه اغلب از پنهان‌سازی تجربه بستری خود سخن گفتند؛ امری که نشانه‌ای از تداوم داغ‌ننگ در فضای اجتماعی ایران است (Sharifi et al., 2019).

در محور بازتوانی روانی و معنوی، تجربه بهبودی ذهنی، استفاده از منابع معنابخش، راهبردهای خودمراقبتی و آمادگی برای مواجهه با بازگشت بحران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بودند. یافته‌ها نشان می‌دهند که بسیاری از زنان با استفاده از تکنیک‌هایی چون نوشتن روزانه، مراقبه، تغذیه سالم و فاصله‌گیری از محرک‌های استرس‌زا، نوعی خوددرمانی غیررسمی را تجربه کرده‌اند. این یافته با مطالعات دیویدسون و همکاران (Davidson et al., 2005) هماهنگ است که بر نقش سبک زندگی معنادار در فرآیند ریکاوری تأکید دارند. همچنین، تأکید زنان بر نقش دعا، ارتباط با خدا و معنابخشی در رنج، با پژوهش‌هایی مانند جاکوبسون (Jacobson, 2001) مطابقت دارد که استفاده از منابع معنوی را عامل مهمی در بازسازی خویشتن می‌دانند.

یکی از مؤلفه‌های مهم در بازتوانی روانی، رابطه درمانی مؤثر و تداوم حمایت حرفه‌ای بود. زنان شرکت‌کننده بارها به نقش روان‌درمانگران دلسوز، گروه‌درمانی و تداوم دارودرمانی اشاره کردند. این یافته با ادبیات جهانی در مورد اهمیت رابطه درمانی حمایت‌گرایانه و مستمر هم‌راستا است (Topor et al., 2011). همچنین آمادگی ذهنی زنان برای بازگشت احتمالی علائم روانی و داشتن برنامه عملیاتی برای مدیریت آن‌ها، حاکی از افزایش خودآگاهی و عاملیت روانی است که در مطالعات اسلید (Slade, 2009) به‌عنوان شاخصی از بازیابی موفقیت‌آمیز مطرح شده است. در مجموع، یافته‌های این پژوهش بر این نکته تأکید دارند که بازسازی خویشتن نه یک فرآیند خطی و ساده، بلکه فرآیندی پویا، پیچیده و وابسته به زمینه‌های اجتماعی، جنسیتی و فرهنگی است. زنان شرکت‌کننده از دل تجربه زیسته بیماری، نوعی خود جدید را شکل داده‌اند که در آن عناصر آسیب‌پذیری، قدرت، آگاهی و عاملیت در هم تنیده‌اند. این یافته‌ها نیاز به بازنگری در دیدگاه‌های درمانی سنتی و جایگزینی رویکردهای کل‌نگر و مبتنی بر روایت را برجسته می‌کند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

فهرست منابع

References

- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2005). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, 56(5), 640–645. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.640>
- Deegan, P. E. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 19(3), 91–97. <https://doi.org/10.1037/h0095720>
- Jacobson, N. (2001). Experiencing recovery: A dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), 248–256.

- Lafrance, M. N., & Stoppard, J. M. (2006). Constructing a non-depressed self: Women's accounts of recovery from depression. *Feminism & Psychology*, 16(3), 307–325. <https://doi.org/10.1177/0959353506067841>
- Pitt, L., Kilbride, M., Nothard, S., Welford, M., & Morrison, A. P. (2007). Researching recovery from psychosis: A user-led project. *Psychiatric Bulletin*, 31(2), 55–60. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.105.008532>
- Rahimi, A., Ghaffari, M., & Shariat, S. V. (2020). Women and mental health in Iran: A review of current issues. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(2), e101234. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.101234>
- Sharifi, V., Amin-Esmaili, M., Hajebi, A., Motevalian, A., Radgoodarzi, R., Hefazi, M., & Rahimi-Movaghar, A. (2019). Mental health survey of the Iranian adult population in 2011. *Archives of Iranian Medicine*, 22(1), 6–15.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 90–99. <https://doi.org/10.1177/0020764009345062>
- Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2008). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(1), 73–93. <https://doi.org/10.1080/15487760701880725>