

بررسی ارتباط خودکارآمدی با فشار مراقبتی و عوامل مرتبط با آن در مراقبین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

فاطمه کرمی^۱، سهیلا آهنگرزاده رضایی*^۲، وحید علی‌نژاد^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۵/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۸/۱۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اختلال دوقطبی، نوعی اختلال روان‌پزشکی شدید و مزمن است که منجر به اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی بیماران می‌شود. با این وجود، این تنها بیمار، نیست که پیامدهای منفی بیماری را تجربه می‌کند، مراقبین این افراد در طول دوره مراقبت، فشار مراقبتی زیادی را تجربه می‌کنند. احساس توانمندی و خودکارآمدی مراقبین می‌تواند میزان فشار مراقبتی وارد شده به آن‌ها را تعدیل کند. هدف از مطالعه حاضر تعیین ارتباط خودکارآمدی با فشار مراقبتی و عوامل مرتبط با آن، در مراقبین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می‌باشد.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر به صورت همبستگی- مقطعی بر روی ۷۰ نفر از مراقبین بیماران دوقطبی مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی رازی ارومیه انجام شد. روش نمونه‌گیری در دسترس بود. جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه‌های فشار مراقبتی زاریت و خودکارآمدی عمومی شرر استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام گرفت.

یافته‌ها: ۶۷/۱ درصد از واحدهای مورد پژوهش زن بودند. میانگین نمره فشار مراقبتی و خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش به ترتیب، ۴۵/۲ با انحراف معیار ۱۶/۰۵ و ۴۱/۹۹ با انحراف معیار ۷/۶۴ محاسبه شد. فشار مراقبتی برای ۵۸/۶ درصد از واحدهای مورد پژوهش متوسط و شدید بود. همچنین ۴/۳ درصد از آن‌ها دارای نمره‌ی خودکارآمدی مطلوب بودند. ارتباط آماری معناداری بین فشار مراقبتی و وضعیت خودکارآمدی مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** به‌طور کلی مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی از وضعیت خودکارآمدی و فشار مراقبتی مطلوبی برخوردار نبودند. بنابراین برنامه‌ریزی توسط پرستاران در زمینه بهبود وضعیت خودکارآمدی مراقبین می‌تواند در توانمندسازی آنان برای مدیریت شرایط و مشکلات مربوط به بیماران کارساز باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال دوقطبی، فشار مراقبتی، خودکارآمدی

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره نهم، پی‌درپی ۱۳۴، آذر ۱۳۹۹، ص ۶۸۹-۷۰۰

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو دانشکده پرستاری مامایی، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: sorezayee@yahoo.com

مقدمه

یک چالش جدی و پیچیده به حساب می‌آیند (۳). بار عظیم و روزافزون اختلالات روانی، ارتباط آن با شرایط نامساعد اجتماعی، کاهش بازده اقتصادی و شکاف‌های درمانی قابل توجه در سطوح درآمد کشورهای، سلامت روان را به یک نقطه عطف جهانی تبدیل کرده است (۴). این بیماری‌ها همواره در جوامع بشری وجود داشته و افراد در هیچ دوره‌ای در برابر ابتلا به این اختلالات در امان نبوده‌اند. آمار و ارقام منتشرشده توسط سازمان جهانی بهداشت

تغییر در الگوی علل مرگ‌ومیر و رخداد بیماری‌ها، به‌طور عمده بار جهانی بیماری‌ها^۴ را از بیماری‌های قابل انتقال^۵، مادران، کودکان و مشکلات تغذیه‌ای به‌سوی بیماری‌های غیرقابل انتقال^۶ سوق داده است (۱، ۲). در بین بیماری‌های غیرقابل انتقال، اختلالات حوزه سلامت روان از نظر میزان بالای شیوع و بار حاصل از ناتوانی آن‌ها بالاترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند و از این نظر به‌عنوان

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد گرایش روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استادیار، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

⁴ global burden of disease

⁵ communicable diseases

⁶ non-communicable diseases (NCDs)

نقش‌ها، انتظارات، آرزوها و امیدها برهم می‌زند (۱۶). در حقیقت اعضای خانواده بیماران روانی اغلب با احساس ناتوانی، پریشانی، اضطراب و افسردگی ناشی از مراقبت از بیمار روبرو هستند و مشکلات اقتصادی فراوانی دارند. این پیامدها در افرادی که نقش بیشتری در مراقبت از بیمار دارند، برجسته‌تر است (۱۷). در نتیجه تمامی اعضای خانواده به‌ویژه مراقب اصلی بیمار، در فرایند مراقبت از آن‌ها فشار مراقبتی و رنج زیادی را تجربه می‌کنند (۱۸). فشار مراقبتی می‌تواند موجب استرس زیاد، افسردگی و خودکارآمدی پایین مراقب شود. مراقبین با سطح خودکارآمدی کمتر، استرس و فشار مراقبتی بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۹). تفاوت در میزان فشار مراقبتی در خانواده‌های دارای بیمار روانی به دلیل احساس توانمندی و خودکارآمدی ۳ آن‌ها است که عوامل استرس‌زا و در نتیجه میزان فشار مراقبتی را تعدیل می‌کند (۲۰). خودکارآمدی مفهومی است که از نظریه یادگیری اجتماعی بندورا استخراج شده و اشاره به باور فرد به داشتن توانایی برای اثرگذاری مثبت بر رفتارهای سلامتی خودش دارد (۲۱). به عبارت دیگر خودکارآمدی به توانایی فردی در کنار آمدن با موقعیت‌های چالش‌برانگیز و تنش‌زا یا خود ارزیابی ظرفیت فرد برای اجرای یک فعالیت یا وظیفه، جهت دستیابی به یک هدف اختصاصی اطلاق می‌گردد (۲۱، ۲۲).

با توجه به ضرورت مراقبت خانواده محور از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی جهت کنترل مطلوب بیماری و تنش‌زا بودن فرآیند مراقبت از بیمار برای مراقب، انجام مطالعات در زمینه سلامت و کیفیت زندگی مراقبین، از اهمیت خاصی برخوردار است. وقتی که مراقب از احساس تندرستی و رضایت از زندگی برخوردار نباشد، کیفیت فرآیند مراقبت از بیمار پایین خواهد آمد. علاوه بر این سلامتی مراقب نیز با خطر جدی روبرو می‌گردد. با توجه به شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی و افزایش روزافزون شمار مبتلایان در کشور، مزمن بودن بیماری و چالش‌های متعددی که ابعاد مختلف زندگی خانواده این بیماران را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد، لزوم انجام مطالعه در زمینه‌ی نقش خودکارآمدی بر فشار مراقبتی مراقبین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، بیش از پیش نمایان می‌گردد. لازم به ذکر است در زمینه مراقبت سلامتی کشورمان نیز مطالعه‌ای با این ویژگی‌ها انجام نیافته است. بنابراین ضروری بود تا این شکاف دانشی برطرف شود، لذا پژوهش حاضر باهدف تعیین ارتباط خودکارآمدی با فشار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی طراحی و اجرا شد.

نشان می‌دهد که بیش از پانصد میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از انواع اختلالات روانی هستند که در این میان نزدیک به پنجاه میلیون نفر از اختلالات شدید رنج می‌برند (۵). در حال حاضر، ارتقای کمی و کیفی ارائه خدمات به افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی، مهم‌ترین اولویت سلامت روان در جهان محسوب می‌شود؛ زیرا هرساله تا ۳۰ درصد جمعیت دنیا، به‌نوعی دچار اختلال روانی می‌شوند و حداقل دوسوم آن‌ها، حتی در کشورهای پیشرفته، خدماتی دریافت نمی‌کنند (۶). اختلالات روانی در ایران از شیوع نسبتاً بالایی برخوردار هستند. شیوع مادام‌العمر اختلالات روان‌شناختی در ایران به ترتیب ۱۰/۸ درصد و اختلالات اضطرابی با شیوع ۴/۴ درصد می‌باشد. بررسی بار بیماری‌ها در ایران نشان می‌دهد که اختلالات روانی پس از آسیب‌های ناخواسته از لحاظ بار بیماری در رتبه دوم قرار دارند که شامل ۱۶ درصد کل بار بیماری‌ها می‌شود (۷).

یکی از بیماری‌های روان‌پزشکی متداول، اختلال دوقطبی^۱ است که مشخصه‌ی اصلی آن اختلالات خلقی با دوره‌های متناوب شیدایی و افسردگی می‌باشد که این دوره‌ها در چرخه خواب‌وبیداری به فراوانی قابل مشاهده است (۸، ۹). بر اساس تعریف انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲ در اختلالات دوقطبی، خلق (مود) فرد یا به‌طور مستمر و غیرعادی خیلی خوب است یا بدون تناسب و بیجا، از حالت خیلی خوب به حالت خیلی بد و افسرده تغییر می‌کند (۱۰). این اختلال، ماهیتی دوره‌ای دارد و عودکننده است به‌گونه‌ای که بر اساس برخی از داده‌ها، تنها در ۷ درصد موارد، علائم این اختلال عود نمی‌کند و هزینه بسیاری را بر فرد مبتلا، خانواده بیمار و جامعه تحمیل می‌کند (۱۱، ۱۲). اختلال دوقطبی، حدود یک درصد از جمعیت بزرگ‌سال را درگیر می‌کند و منجر به اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی این بیماران می‌شود. (۱۳). همچنین این بیماری با پیامدهای نامطلوب تندرستی و افزایش خطر خودکشی همراه است (۱۴).

اختلال دوقطبی معمولاً با کیفیت پایین زندگی، میزان مرگ‌ومیر و بیماری‌زایی بالا، استفاده‌ی بیشتر از خدمات پزشکی و هزینه‌های بالای درمانی به‌صورت هزینه‌های مستقیم (پیشگیری، بار مالی اقدامات تشخیصی، درمانی و بازتوانی) و هزینه‌های غیرمستقیم (کاهش توان فردی و کاهش نیروی مولد جامعه) همراه می‌باشد. باین‌وجود، این تنها بیمار، نیست که پیامدهای منفی بیماری را تجربه می‌کند (۱۵). زمانی که بیماری شدیدی وارد خانواده می‌شود، تعادل حیاتی موجود در نظام خانواده را در مرزها،

³ Self-efficacy

¹ Bipolar disorder

² American Psychiatric Association

مواد و روش کار

پژوهش همبستگی- مقطعی حاضر باهدف تعیین ارتباط خودکارآمدی با فشار مراقبتی، در مراقبین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی ارومیه، صورت گرفت. حجم نمونه پژوهش با استفاده از مطالعه حسن زاده و همکاران (۱۹) و با در نظر گرفتن خطای ۵ درصد و توان مطالعه ۸۰ درصد، ۷۰ نفر برآورد شد.

$$n = [(Z_{\alpha} + Z_{\beta}) / C]^2 + 3$$

در پژوهش حاضر نمونه گیری به روش در دسترس بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن رضایت آگاهانه از شرکت در مطالعه، انتخاب مراقبت کننده اصلی از بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی و عدم وجود مشکل عمده جسمی و روان پزشکی در فرد انتخاب شده بود. عدم انتخاب نمونه ها از بین مراقبین بیماران بستری در بیمارستان و تمایل نداشتن به تکمیل کردن پرسشنامه توسط مراقب معیارهای خروج از پژوهش حاضر بودند. واحدهای مورد پژوهش با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه های جمعیت شناختی، فشار مراقبتی زاریت ۱ و خودکارآمدی عمومی شری ۲ انجام گرفت. مقیاس سنجش فشار مراقبتی به کار برده شده در این مطالعه توسط زاریت (۱۹۸۵) طراحی شده است (۲۳). این پرسشنامه جهت سنجش فشار تجربه شده به وسیله مراقبت کنندگان از بیماران مبتلا به بیماری های جسمی و روانی مورد استفاده قرار گرفته است. سؤالات این پرسشنامه در قالب ۲۲ آیتم، با پاسخ هایی در مقیاس لیکرت شامل هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه با حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۴ طراحی شده است. امتیازات خام حاصل از جمع جبری سؤالات پرسشنامه هر فرد در دامنه ۰ تا ۸۸ قرار می گیرد. شدت فشار مراقبتی در چهار سطح شامل بدون فشار مراقبتی (۰-۲۰)، خفیف (۲۱-۴۰)، متوسط (۴۰-۶۰) و شدید (۶۱-۸۰) طبقه بندی می گردد. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط نویدیان و همکاران (۱۳۸۷) و شفیع زاده و همکاران (۱۳۹۸) بررسی و تأیید شده است. پایایی آن با استفاده از شیوه بازآزمایی در دو مطالعه ذکر شده به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۶ محاسبه شد. ضریب پایایی نسخه اصلی زاریت به روش آزمون مجدد ۰/۷۱ و همسانی درونی آن با آلفای کرونباخ به ترتیب در دو پژوهش ذکر شده ۰/۹۱ و ۰/۹۳ بود (۲۴، ۲۵).

ابزار سنجش خودکارآمدی مراقبین در این پژوهش، توسط شری و همکاران (۱۹۸۲) طراحی شده است (۲۶). این پرسشنامه

دارای ۱۷ سؤال مربوط به خودکارآمدی عمومی است که عقاید فرد مربوط به توانایی اش برای غلبه بر موقعیت های مختلف را اندازه گیری می کند. پاسخ به هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم شده است. نمره گذاری مقیاس به این صورت است که به جواب های هر سؤال از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می گیرد. بنابراین حداکثر نمره ای که فرد می تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. با توجه به نداشتن نقطه برش در پرسشنامه و توزیع نرمال داده ها نمرات در محدوده میانگین \pm انحراف معیار به عنوان متوسط و نمرات کمتر از آن به عنوان خودکارآمدی پایین و بالاتر از آن به عنوان خودکارآمدی بالایی تقسیم بندی شده است. روایی و پایایی این پرسشنامه به وسیله مطالعه انجام شده توسط وودروف و همکاران (۱۹۸۵)، با استفاده از روش اعتبار محتوا تأیید شده است. همچنین روایی و پایایی پرسشنامه مذکور در ایران توسط اصغر نژاد و همکاران (۱۳۸۵) مورد بررسی قرار گرفته است. بر اساس نتایج این مطالعه، ضریب همسانی درونی این مقیاس برابر ۰/۸۳ است و برای مطالعه ی روایی ملاکی، همبستگی آن با «مسند مهار گذاری درونی راتر» برابر با $r=0/342$ به دست آمد که در سطح $P>0/01$ معنادار است و ضریب پایایی آن ۰/۹۲ گزارش شد (۲۷، ۲۸). سایر اطلاعات مورد نیاز واحدهای مورد پژوهش از طریق پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی طراحی شده توسط محقق با ۱۰ سؤال جمع آوری شد. سؤالات عبارت بودند از: اطلاعات جمعیت شناختی مراقبین شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، طول دوره ی مراقبت، نسبت با بیمار، شغل و همچنین سن و جنس بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی.

پس از تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشکده و اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و کمیته ی اخلاق دانشگاه با کد ir.umsu.rec.1397.335 و اخذ مجوزهای اداری و اخلاقی و با ارائه معرفی نامه، پژوهشگر پس از هماهنگی های لازم با مرکز تعیین شده جهت جمع آوری داده ها به درمانگاه سرپایی بیمارستان روان پزشکی رازی ارومیه مراجعه نمود. جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر شامل مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند بود. از افراد در بازه ی زمانی فروردین تا خرداد سال ۱۳۹۸ برای جمع آوری داده ها و رسیدن به حجم نمونه ی مورد نظر استفاده شد. بدین صورت که از بین مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی که در طی هفته (روزهای شنبه تا پنجشنبه) و شیفت های کاری صبح و عصر جهت انجام معاینات دوره ای توسط پزشک معالج یا انجام درمان های تکمیلی

² Sherer's General Self-efficacy Questionnaire

¹ Zarit caregiver burden scale

بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر ۶۷/۱ درصد از مراقبین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی زن بودند. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۴۲/۹۴ سال با انحراف معیار ۹/۹۸ بود. همچنین ۵۴/۳ درصد بیماران دوقطبی زن بودند و میانگین سنی آن‌ها ۳۲/۸۶ سال با انحراف معیار ۱۶/۷۷ بود. جدول فوق نشان می‌دهد که متأهلین بیشترین سهم را در این مطالعه به خود اختصاص دادند (۸۰ درصد). همچنین بیشترین تعداد واحدهای مورد پژوهش دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند (۵۰ درصد). ۴۰ درصد واحدهای مورد پژوهش از وضعیت اقتصادی پایینی برخوردار بودند. از لحاظ نسبت مراقب اصلی با بیماران دوقطبی تحت پژوهش، سهم مادران (۳۰ درصد) بیشتر از بقیه بوده است. پس از مادران، فرزند (۲۵/۷ درصد) و همسر بیماران (۲۰ درصد) بیشترین بار مراقبتی را متحمل شدند. ۵۰ درصد از واحدهای مورد پژوهش در حین اجرای مطالعه شاغل بودند. همچنین ۴۴/۳ درصد از آن‌ها خانه‌دار بودند. طول دوره‌ی مراقبت برای ۳۵ نفر (۵۰ درصد) از واحدهای مورد پژوهش کمتر از ۵ سال گزارش گردید (جدول شماره ۱).

همراه با بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی به درمانگاه مرکز تعیین شده مراجعه می‌کردند، ملاقات در اتاقی که برای تکمیل پرسشنامه اختصاص داده شده بود صورت می‌گرفت و اطلاعات اولیه در مورد مطالعه به آن‌ها داده شد و سپس در صورت تمایل، بعد از اخذ رضایت از واحد مورد پژوهش، برای ارائه رضایت‌نامه کتبی و تکمیل پرسشنامه اقدام شد. به منظور رعایت موازین اخلاقی، پرسشنامه‌ها به صورت بی‌نام و کدگذاری شده توزیع گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 22 استفاده شد. برای داده‌های کمی میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی فراوانی و درصد گزارش شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری نیکویی برازش کولموگروف-اسمیرنوف^۱، برابری واریانس‌ها^۲، ضریب همبستگی پیرسون^۳، ضریب همبستگی اسپیرمن^۴، آزمون آماری تی مستقل^۵ و آزمون آنالیز واریانس یکطرفه^۶ استفاده شد.

یافته‌ها

جدول (۱): مشخصات جمعیت شناختی کیفی واحدهای مورد پژوهش

متغیر	سطوح متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۴۷	۶۷/۱
	مرد	۲۳	۳۲/۹
تأهل	مجرد	۶	۸/۶
	متأهل	۵۶	۸۰
	بدون همسر به دلیل فوت (زن و مرد)	۴	۵/۷
	مطلقه	۴	۵/۷
تحصیلات	بی‌سواد	۸	۱۱/۴
	زیر دیپلم	۲۷	۳۸/۶
	دیپلم	۱۶	۲۲/۹
	تحصیلات دانشگاهی	۱۹	۲۷/۱
طول دوره‌ی مراقبت	کمتر از ۵ سال	۳۵	۵۰
	۵-۱۰ سال	۱۴	۲۰
	۱۰-۱۵ سال	۶	۸/۶
	۱۵ سال و بیشتر	۱۵	۲۱/۴
وضعیت اقتصادی	دخل کمتر از خرج	۲۸	۴۰
	دخل برابر خرج	۳۴	۴۸/۶
	دخل بیشتر از خرج	۸	۱۱/۴
نسبت با بیمار	همسر	۱۴	۲۰
	فرزند	۱۸	۲۵/۷
	خواهر	۵	۷/۱
	برادر	۶	۸/۶

⁴ Spearman's rho Correlation

⁵ Independent Sample t test

⁶ One-way ANOVA

¹ one-sample Kolmogorov Smirnov

² Leven's Test for Equality of Variances

³ Pearson Correlation

۴/۳	۳	پدر	
۳۰	۲۱	مادر	
4/3	۳	سایر	
۴۵/۷	۳۲	مرد	جنسیت بیمار
۵۴/۳	۳۸	زن	
۲/۹	۲	بیکار	شغل مراقب
۵۰	۳۵	شاغل	
۴۴/۳	۳۱	خانه‌دار	
۲/۹	۲	بازنشسته	

بر اساس یافته‌های این مطالعه میانگین نمره‌ی خودکارآمدی عمومی واحدهای مورد پژوهش ۴۱/۹۹ با انحراف معیار ۷/۶۴ محاسبه شد. همچنین میانگین نمره فشار مراقبتی آن‌ها ۴۵/۲ با انحراف معیار ۱۶ بود.

جدول (۲): وضعیت فشار مراقبتی در واحدهای مورد پژوهش

متغیر	سطوح متغیر	فراوانی	میانگین	مینیمم	ماکزیمم	درصد
	بدون بار مراقبتی (۰-۲۰)	۴	۱۶/۲	۱۵	۱۷	۵/۷
فشار مراقبتی	ضعیف (۲۱-۴۰)	۲۵	۳۱/۵	۲۱	۳۹	۳۵/۷
	متوسط (۴۱-۶۰)	۲۴	۴۹/۵	۴۱	۵۹	۳۴/۳
	شدید (۶۱-۸۰)	۱۷	۶۶/۱	۶۱	۷۲	۲۴/۳

جدول فوق نشان می‌دهد که در پژوهش حاضر، فشار مراقبتی وارد شده به واحدهای مورد پژوهش به دلیل مراقبت از افراد مبتلا به اختلالات دوقطبی، برای ۵۸/۶ درصد (۴۱ نفر) از آن‌ها متوسط و شدید بود.

جدول (۳): وضعیت خودکارآمدی عمومی در واحدهای مورد پژوهش

متغیر	سطوح متغیر	فراوانی	میانگین	مینیمم	ماکزیمم	درصد
	ضعیف (<34/4)	۴	۲۸	۲۲	۳۴	۵/۷
خودکارآمدی عمومی	متوسط (۳۴/۴-۴۹/۶)	۶۳	۴۲/۲	۳۵	۴۹	۹۰
	مطلوب (>۴۹/۶)	۳	۵۳/۷	۵۰	۵۸	۴/۳

جدول فوق مبین آن است که بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۹۰ درصد) دارای نمره‌ی خودکارآمدی متوسط بودند. این در حالی است که تنها ۴/۳ درصد از واحدهای مورد پژوهش دارای نمره‌ی خودکارآمدی مطلوب بودند. یافته‌های حاصل از آزمون آماری فیشر حکایت از عدم وجود ارتباط آماری معناداری بین فشار مراقبتی مراقبین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با وضعیت خودکارآمدی آن‌ها دارد ($P=۰/۲۵$). همچنین نتایج آزمون آماری اسپیرمن نشان داد که بین دو متغیر خودکارآمدی و فشار مراقبتی ارتباط خطی معناداری وجود ندارد ($r=۰/۲۶$ و $P=۰/۵۶$). بر اساس نتایج حاصل از آزمون‌های آماری تی مستقل، همبستگی پیرسون، ANOVA و آنالیز واریانس یکطرفه بین وضعیت فشار مراقبتی با جنسیت ($P=۰/۰۰۲$)، سن ($P=۰/۰۰۳$)، وضعیت اقتصادی ($P=۰/۰۰۴$) و سطح تحصیلات ($P<۰/۰۰۱$) مراقبین بیماران دوقطبی اختلاف آماری معناداری مشاهده شد. به عبارت دیگر فشار مراقبتی در مردان، افراد مسن‌تر، وضعیت اقتصادی پایین‌تر و سطح تحصیلات پایین‌تر بیشتر بوده است. بر اساس نتایج حاصل از آزمون آماری آنالیز واریانس یکطرفه رابطه‌ی معناداری بین طول دوره‌ی مراقبت از بیمار دوقطبی ($P=۰/۰۰۴$) و نسبت مراقب با بیمار دوقطبی ($P=۰/۰۰۵$) با فشار مراقبتی مراقبین مشاهده شد. همچنین بین جنسیت بیماران دوقطبی ($P=۰/۴۶$)، سن بیماران ($P=۰/۲۵$)، وضعیت تأهل ($P=۰/۵۲$) و اشتغال ($P=۰/۳$) با فشار مراقبتی آن‌ها هیچ گونه

ارتباط معناداری مشاهده نشد. ارتباط معناداری بین وضعیت خودکارآمدی با هیچ کدام از متغیرهای مربوط به مراقبین و بیماران دوقطبی بررسی شده در پژوهش حاضر، مشاهده نشد ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره‌ی فشار مراقبتی برای مراقبین بیماران دوقطبی ($45/2$)، بالاتر از میانگین فشار مراقبتی محاسبه شده توسط ماتور و همکاران¹ ($20/18$) و رضایی و همکاران² ($20/19$) بوده است (29 ، 30). دلیل اختلاف مشاهده شده را می‌توان به متفاوت بودن جمعیت هدف در مطالعه حاضر با دیگر مطالعات ذکر شده مربوط دانست. در پژوهش ماتور و همکاران جمعیت هدف مراقبین کلیه بیماران روانی و در مطالعه‌ی رضایی و همکاران از مراقبین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی استفاده شده است.

میانگین نمره‌ی خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش $41/99$ محاسبه شد که با نتایج بررسی صورت گرفته توسط انور و همکاران³ ($20/16$) بر روی خودکارآمدی مراقبین افراد سالمند (میانگین نمره خودکارآمدی $29/31$) در کشور ترکیه همخوانی ندارد (31). در توجیه اختلاف مشاهده شده می‌توان به این نکته اشاره کرد که جمعیت هدف این پژوهش با مطالعه ذکر شده متفاوت بود. مراقبت از بیمار دوقطبی در مقایسه با سالمند نیازمند صرف وقت و انرژی بیشتری است. از طرف دیگر دوره‌ای بودن بیماری دوقطبی و عودهای مکرر آن و همچنین تغییر سیر بیماری سبب فرسایش روانی و افت عملکرد شخصی مراقب و کاهش اعتماد به نفس وی می‌گردد. همچنین در مطالعه‌ی آبراهام و همکاران⁴ ($20/14$) میانگین نمره‌ی خودکارآمدی برای مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی پایین گزارش شده است ($4/6$ از 10) (32).

بین جنسیت با خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش ارتباط معناداری مشاهده نشد. بین جنسیت و فشار مراقبتی واحدهای مورد پژوهش ارتباط معناداری مشاهده شد. به عبارت دیگر فشار مراقبتی در مراقبین مرد بیشتر از مراقبین زن بود. رابطه بین جنسیت و فشار مراقبتی واحدهای مورد پژوهش، با نتایج مطالعه پرلیک و همکاران⁵ ($20/16$) همخوانی دارد، به این دلیل که در هر دو مطالعه سطوح بالاتر فشار مراقبتی با جنسیت مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، در ارتباط بوده است (33). ارتباط مشاهده شده بین جنسیت و فشار مراقبتی مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در پژوهش حاضر، با نتایج پژوهش جورج و

همکاران⁶ ($20/15$)، پرلیک و همکاران⁴ ($20/14$) و الزهرانی و همکاران⁵ ($20/17$) همخوانی ندارد ($33-35$). در مطالعه حارث آبادی⁶ ($20/12$) و همکاران و غنیه و همکاران⁵ ($20/19$) فشار مراقبتی در زنان بالاتر از مردان بوده است و با نتایج این مطالعه همخوانی ندارد به این دلیل که در پژوهش حاضر فشار مراقبتی مردان بالاتر از زنان بود (36 ، 37). شاید دلیل وضعیت نامناسب تر فشار مراقبتی در مردان نسبت به زنان، به مشغول بودن آن‌ها به فعالیت‌های شغلی خارج منزل جهت کسب درآمد، غیر از مراقبت از بیمار دوقطبی بازگردد، چرا که همزمان بودن مراقبت بیمار با کار خارج از منزل به انرژی بیشتری نیاز دارد و خستگی ناشی از شغل جانبی، هم کیفیت مراقبت از بیمار دوقطبی را پایین می‌آورد و هم کیفیت زندگی مراقب را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

عدم رابطه بین جنسیت و خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش، با نتایج مطالعات محمدی و همکاران⁴ ($20/06$) در یک راستا می‌باشد ولی با نتایج مطالعه انور و همکاران³ ($20/16$) همخوانی ندارد (31 ، 38).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین نمره خودکارآمدی با سن مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، رابطه‌ی معناداری وجود ندارد. همچنین افراد دارای سنین بالاتر دارای فشار مراقبتی شدیدتری بودند. یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه‌ی ارتباط بین فشار مراقبتی و سن مراقبین، با مطالعه‌ی پرلیک و همکاران⁵ ($20/14$) و جورج و همکاران³ ($20/15$)، همخوانی ندارد (33 ، 34). در مطالعه‌ی آمپلام و همکاران⁵ ($20/12$)، غنیه و همکاران⁵ ($20/19$) و حارث آبادی و همکاران⁶ ($20/12$) بین فشار مراقبتی و سن افراد ارتباط آماری معناداری گزارش شد، که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد (36 ، 37 ، 39). با افزایش سن مراقبین، به تدریج مشکلات جسمی، نیاز به مراقبت از خود و کاهش توانایی سازگاری با مشکلات در آن‌ها ظاهر می‌گردد، در نتیجه فرآیند مراقبت از بیمار دوقطبی باعث تحمیل شدن فشار مراقبتی بالاتری به آن‌ها می‌شود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که جنسیت و سن بیماران دوقطبی بر روی وضعیت فشار مراقبتی و خودکارآمدی مراقبین آن‌ها، بی تأثیر بوده است. نتایج پژوهش تانر و همکاران⁶ ($20/19$) با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد (40). یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه تأثیر جنسیت و سن بیماران دوقطبی با وضعیت فشار مراقبتی مراقبین آن‌ها، با نتایج پژوهش پرلیک و همکاران⁵ ($20/14$) و الزهرانی و همکاران⁴ ($20/17$) در یک راستا

⁴ George & et al

⁵ Gania & et al

⁶ Tanr & et al

¹ Mathur et al

² Abraham et al

³ Perlick & et al

می‌باشد (۳۳، ۳۵). نتایج پژوهش انور و همکاران (۲۰۱۶)، حاکی از وجود ارتباط آماری معنادار بین سن بیماران با وضعیت خودکارآمدی مراقبین آن‌ها دارد و با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی ندارد ولی در زمینه رابطه جنسیت و وضعیت خودکارآمدی یافته‌های یکدیگر را تأیید کرده‌اند (۳۱). بیماران مسن‌تر، فشار مراقبتی بیشتری را به مراقبین خود وارد می‌کنند. با افزایش سن علاوه بر مشکلات جسمی، شیوع فراموشی تأثیر سوء خود را بر سلامتی بیماران بروز می‌دهد و متعاقب آن کیفیت زندگی بیماران و اطرافیان آن‌ها کاهش پیدا خواهد کرد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین میانگین فشار مراقبتی در افراد متأهل و مجرد تفاوت چندانی وجود ندارد و ارتباط آماری معناداری بین وضعیت تأهل مراقبین بیماران دوقطبی و وضعیت فشار مراقبتی آن‌ها مشاهده نشد که با نتایج پژوهش پرلیک و همکاران (۲۰۱۴)، جورج و همکاران (۲۰۱۵) و الزهرانی و همکاران (۲۰۱۷) همخوانی دارد (۳۳-۳۵). یافته‌های پژوهش غنیه و همکاران (۲۰۱۹) با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۳۷). تأهل به خودی خود نمی‌تواند سبب کاهش یا افزایش سطح فشار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی گردد، ولی این امکان وجود دارد که مراقبت از بیمار دوقطبی در انجام وظایف مرتبط با تأهل مانند: خانه‌داری یا مراقبت از فرزندان تداخل ایجاد کند و از این طریق بر فشار مراقبتی آنان تأثیر گذار باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی در افراد دارای همسر و افراد مجرد (هرگز ازدواج نکرده، مطلقه و بیوه) تقریباً یکسان می‌باشد. نتایج پژوهش محمدی و همکاران (۲۰۰۶) و انور و همکاران (۲۰۱۶) با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۳۱، ۳۸).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که وضعیت اقتصادی واحدهای مورد پژوهش بر وضعیت خودکارآمدی آن‌ها بی تأثیر بوده است ولی فشار مراقبتی آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده است. یافته‌های پژوهش انور و همکاران (۲۰۱۶) و الزهرانی و همکاران (۲۰۱۷) با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۳۱، ۳۵). نتایج پژوهش غنیه و همکاران (۲۰۱۹) و تیتوس و همکاران (۲۰۱۲) با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد (۳۷، ۴۱). در مطالعه عباسی و همکاران (۲۰۱۳) وضعیت اقتصادی بهتر به‌عنوان عامل حفاظت‌کننده در برابر افزایش فشار مراقبتی معرفی شده است (۴۲). وجود مشکلات اقتصادی کیفیت مراقبت را تحت تأثیر می‌دهد چرا که بیشتر دغدغه‌های افراد در راستای رفع این مشکلات خواهد بود و مراقب زمان کمتری را صرف نگهداری از بیمار دوقطبی می‌کند. از

طرفی با وجود مشکلات اقتصادی، خانواده در تأمین داروها برای بیمار با مشکل روبرو خواهد بود و عدم کنترل مطلوب بیماری فشار مضاعفی را بر مراقب وارد می‌کند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که سطح تحصیلات واحدهای مورد پژوهش بر وضعیت فشار مراقبتی آن‌ها تأثیر گذار می‌باشد. به نحوی که فشار مراقبتی بالاتر در افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر مشاهده گردید. در طرف مقابل با وجود تفاوت در میانگین نمرات خودکارآمدی در سطوح مختلف تحصیلات، تفاوت آماری معناداری بین تحصیلات مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و وضعیت خودکارآمدی آن‌ها مشاهده نشد. نتایج بدست آمده با یافته‌های مطالعات پرلیک و همکاران (۲۰۱۶)، آمپلام و همکاران (۲۰۱۲) و عباسی و همکاران (۲۰۱۳) در زمینه رابطه بین تحصیلات و فشار مراقبتی همخوانی ندارد (۳۳، ۳۹، ۴۲). افزایش تعداد سال‌های تحصیل منجر به بالا رفتن دانش و آگاهی مراقب در زمینه بیماری دوقطبی و علایم آن می‌شود. در نتیجه مراقب می‌تواند در روند درمان بیمار تأثیرات مثبتی بگذارد و بیماری وی سریع‌تر کنترل گردد در نتیجه از شدت فشار مراقبتی وارده بر مراقب کاسته خواهد شد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ارتباط آماری معناداری بین طول مدت مراقبت از بیمار دوقطبی با فشار مراقبتی در واحدهای مورد پژوهش وجود دارد. همچنین طول مدت مراقبت از بیماران دوقطبی، تأثیری در وضعیت خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش نداشته است. وجود ارتباط مشاهده شده بین طول مدت مراقبت با فشار مراقبتی در بررسی پرلیک و همکاران (۲۰۱۴) و آمپلام و همکاران (۲۰۱۲) با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد (۳۳، ۳۹). در توصیف این نتایج می‌توان اینگونه اظهار نظر کرد که با افزایش طول مدت مراقبت از بیمار دوقطبی، فرسودگی جسمی و روانی ناشی از مراقبت در مراقبین آن‌ها افزایش خواهد یافت و در نهایت سبب افزایش فشار مراقبتی می‌گردد. در طرف مقابل ممکن است که با گذشت زمان، مراقب با اصول مراقبت آشنا شده، روش‌های تأمین وسایل با هزینه کمتر را پیدا کرده، با استرس ناشی از مراقبت و هزینه و زمان و فشار ناشی از مراقبت سازگار شده و کم‌کم به خودکارآمدی رسیده و بر فشار مراقبتی نائل آید. لذا با گذر زمان خیلی راحت‌تر بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی را مدیریت نماید. همچنین دانش وی نیز در گذر زمان در زمینه بیماری، علایم بیماری، داروها و عوارض آن‌ها و کلیه عوامل مؤثر بر روند بیماری بیشتر شده و در نهایت کنترل مطلوب‌تری بر بیمار خود خواهد داشت.

خانواده محور از این بیماران را افزایش داد. با توجه به نامطلوب بودن وضعیت خودکارآمدی و فشار مراقبتی واحدهای مورد پژوهش، لزوم تدوین برنامه‌های آموزشی کوتاه مدت و بلند مدت در زمینه ارتقاء وضعیت خودکارآمدی و کاهش فشار مراقبتی برای مراقبین بیماران دوقطبی خصوصاً افراد مسن و افراد دارای تحصیلات پایین به‌عنوان گروه هدف ضروری به نظر می‌رسد. طراحی و اجرای مداخلات مناسب می‌تواند در ارتقای سطح سواد سلامت و خودکارآمدی بیماران و مراقبین آنها و در نهایت مدیریت مطلوب بیماری و کاهش فشار مراقبتی مراقبین کمک‌کننده باشد. بنابراین پرستاران شاغل در بیمارستان‌های روان‌پزشکی، می‌توانند با مطالعه یافته‌های این پژوهش و به‌کار بردن آن در بالین نقشی مؤثر در این امر مهم داشته باشند. همچنین نویسندگان پیشنهاد می‌کنند مطالعات بیشتری در مورد بررسی ارتباط خودکارآمدی با فشار مراقبتی و عوامل مرتبط با آن در مراقبین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و سایر بیماری‌های روانی با متدها و متغیرهای بیشتر انجام گیرد. شاید تعداد زیاد سؤالات پرسشنامه‌های استفاده شده در جمع‌آوری داده‌ها و اضطراب مراقبین به دلیل بستری بودن بیماران روی توجه و دقت آنها در پاسخگویی به سؤالات تأثیرگذار بوده باشد که کنترل آن از دست پژوهشگران خارج بوده و از محدودیت‌های مطالعه محسوب می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه از پایان نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه استخراج گردیده است. محققین بر خود لازم می‌دانند که از بیماران گرامی و مراقبین آنها به جهت شرکت در پژوهش، مسئولین محترم بخش‌ها و سوپروایز آموزشی بیمارستان روان‌پزشکی ارومیه به خاطر کمک به روند جمع‌آوری داده‌ها و تمامی اشخاصی که آنان را در انجام این پژوهش یاری رساندند تقدیر و تشکر نمایند.

References:

1. Kassebaum NJ, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown J, Carter A, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388(10053):1603-58.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که نسبت با بیمار دوقطبی، وضعیت فشار مراقبتی واحدهای مورد پژوهش را تحت تأثیر قرار داده است. همچنین نسبت فامیلی با بیمار دوقطبی تأثیری در وضعیت خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش نداشته است. پرلیک و همکاران (۲۰۱۶) و جورج و همکاران (۲۰۱۵) در بررسی خود یافته‌های این مطالعه در زمینه ارتباط بین نسبت فامیلی واحدهای مورد پژوهش با فشار مراقبتی آنها را تأیید کرده‌اند (۳۳، ۳۴). از آن جایی که مادر و همسر بیماران مدت زمان بیشتری را با آنها هستند بنابراین اینکه فشار مراقبتی بالاتری را تجربه می‌کنند قابل توجه خواهد بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین وضعیت اشتغال مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی با فشار مراقبتی و خودکارآمدی آنها هیچ ارتباطی وجود ندارد. نتایج این مطالعه با مطالعه‌ی پرلیک و همکاران (۲۰۱۶)، جورج و همکاران (۲۰۱۵) و عباسی و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی دارد (۳۳، ۳۴، ۴۲). در پژوهش انور و همکاران (۲۰۱۶) بین خودکارآمدی مراقبین و وضعیت اشتغال آنها ارتباط آماری معناداری مشاهده شده است (۳۱).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین فشار مراقبتی و خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش، ارتباط خطی مستقیم و معناداری وجود نداشت. به عبارت دیگر افزایش یا کاهش خودکارآمدی مراقبین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی تأثیری در فشار مراقبتی واحدهای مورد پژوهش نداشته است. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر با نتایج گزارش شده در مطالعه انور و همکاران (۲۰۱۶) و محمدی و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی ندارد چرا که در پژوهش مذکور بین فشار مراقبتی و خودکارآمدی ارتباط آماری خطی و معناداری مشاهده شده است (۳۱، ۳۸).

در یک جمع‌بندی، نتایج این پژوهش نشان داد با تعدیل یک سری از متغیرها از جمله افزایش سطح تحصیلات و بهبود وضعیت اقتصادی، می‌توان از شدت فشار مراقبتی مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی به میزان قابل توجهی کاست و کیفیت مراقبت

2. Atun R. Transitioning health systems for multimorbidity. *Lancet* 2015;386(9995):721-2.
3. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016;3(2):171-8.
4. Vigo DV, Patel V, Becker A, Bloom D, Yip W, Raviola G, et al. A partnership for transforming mental health globally. *Lancet Psychiatry* 2019;6(4):350-6.

5. Mousavi I, Alizadeh-Chaharborj T, Sheikh M-R, Yavari-kermani M. Frequency of Psychiatric Disorder Symptoms in Diabetic Patients of Yasuj City in 2014. *J Neyshabur Univ Med Sci* 2016;4(1):65-71. (Persian)
6. Pad B, Alavi K, Hajebi A. A randomized controlled trial of telephone follow-up in patients with severe mental illness: Study protocol. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2017;23(1):108-17. (Persian)
7. Hajebi A, Motevalian SA, Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Radgoodarzi R, et al. Major anxiety disorders in Iran: prevalence, sociodemographic correlates and service utilization. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):261.
8. Nováková M, Praško J, Látalová K, Sládek M, Sumová A. The circadian system of patients with bipolar disorder differs in episodes of mania and depression. *Bipolar disorders* 2015;17(3):303-14.
9. Buoli M, Caldiroli A. Psychotic Bipolar Disorder. *Clinical Cases in Psychiatry: Integrating Translational Neuroscience Approaches*. Springer; 2019. p. 59-72.
10. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
11. Khosravi, Z., Rahmatinejad, P. The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder type II based on Borderline Personality Organization. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 2014; 8 (32): 37-46. (Persian)
12. Mohajjel Rezaie S, Hashemi T. The Comparison of Cognitive Functions in Bipolar Disorder Type I Patients and Normal Subjects. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 2018;13(49):27-36. (Persian)
13. Banazadeh N, Khalili N, Mazhari S, Anaridokht F. Validity and Reliability of a Persian Version of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry Scale in Patients with Bipolar Type One Disorder. *Afzalipour Journal of Clinical Research* 2017;2(1-2):14-22. (Persian)
14. Clemente AS, Diniz BS, Nicolato R, Kapczinski FP, Soares JC, Firmo JO, et al. Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Braz J Psychiatry* 2015;37(2):155-61.
15. Kiaei M, Ferdosi M, Moradi R, Chelongar Q, Ahmadzadeh MS, Bahmanziari N. Association between self-efficacy and quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *J Qazvin Univ Med Sci* 2016;20(2):58-65. (Persian)
16. Kiani A, Solati K. The effect of quality of life therapy (QOLT) on mental health for the families of chronic psychotic patients. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2018; 20(3): 51-8. (Persian)
17. Shamsaei F, Cheraghi F, Bashirian S. Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. *Iran J Psychiatry* 2015;10(4):239. (Persian)
18. Chua C, Wu J, Wong Y, Qu L, Tan Y, Neo P, et al. Caregiving and Its Resulting Effects—The Care Study to Evaluate the Effects of Caregiving on Caregivers of Patients with Advanced Cancer in Singapore. *Cancers* 2016;8(11):105.
19. Hasan Zadeh M, Vasli P, Estebarsari F, Nasiri M. The relationship of the perception of family-centered care, burden of care and self-efficacy in the mothers of children with chronic illness. *Hayat* 2020; 25(4): 429-43. (Persian)
20. Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nursing Clinics* 2010;45(4):613-26.
21. Maddux JE, Kleiman EM. Self - Efficacy: A Foundational Concept for Positive Clinical Psychology. In: Wood AM, Johnson J, editors. *The Wiley handbook of positive clinical psychology*. John Wiley & Sons; 2016. P. 89-101.

22. Schwarzer R. Self-efficacy: Thought control of action. Taylor & Francis; 2014.
23. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20(6):649-55.
24. Navidian A, Zaheden FB. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. *Pakistan Journal of Psychological Research* 2008;23(1):19-28.
25. Shfiezadeh A, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Sharif-Nia H, Montazeri A. Translation and primarily validation of the Persian Version of Caregiver Burden Inventory. *Payesh* 2019; 18(4): 405- 14. (Persian)
26. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychol Rep* 1982;51(2):663-71.
27. Asgharnejad T, Ahmadi DM, Farzad VE, Khodapanahi MK. Psychometric properties of sherer's general self-efficacy scale. *Journal of psychology* 2006; 3 (39) :262-74. (Persian)
28. Morshed BM, Hayati D. Causal relationship of diffused identity and self-efficacy with addiction potential: the mediating role of sense seeking. *research on addiction* 2018; 11 (44) :257-72. (Persian)
29. Mathur S, Chandran S, Kishor M, Prakrithi S, Rao TSS. A comparative study of caregiver burden and self-efficacy in chronic psychiatric illness and chronic medical illness: A pilot study. *Archives of Mental Health* 2018;19(2):115.
30. Ramzani A, Zarghami M, Charati JY, Bagheri M, Lolaty HA. Relationship between Self-efficacy and Perceived Burden among Schizophrenic Patients' Caregivers. *J Nurs Midwifery Sci* 2019;6(2):91. (Persian)
31. Unver V, Basak T, Tosun N, Aslan O, Akbayrak N. Care burden and self-efficacy levels of family caregivers of elderly people in Turkey. *J Holist Nurs Midwifery* 2016;30(3):166-73.
32. Abraham KM, Miller CJ, Birgenheir DG, Lai Z, Kilbourne AM. Self-efficacy and quality of life among people with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis* 2014;202(8):583.
33. Perlick DA, Berk L, Kaczynski R, Gonzalez J, Link B, Dixon L, et al. Caregiver burden as a predictor of depression among family and friends who provide care for persons with bipolar disorder. *Bipolar disorders* 2016;18(2):183-91.
34. George LS, Sharma P, Nair S. Effect of psycho-education on Knowledge, Attitude and Burden among caregivers of persons with Bipolar Disorder—Randomized Controlled Trial. *J Adv Res* 2015;3(7):199-208.
35. Alzahrani SH, Fallata EO, Alabdulwahab MA, Alsafi WA, Bashawri J. Assessment of the burden on caregivers of patients with mental disorders in Jeddah, Saudi Arabia. *BMC psychiatry* 2017;17(1):202.
36. Haresabadi M, Bibak B, HOSEIN ZE, Bayati M, Arki M, Akbari H. Assessing burden of family caregivers of patients with schizophrenia admitted in Imam Reza Hospital-Bojnurd 2010. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2018, 11(44): 257-72. (Persian)
37. Gania AM, Kaur H, Grover S, Khan A, Suhaff A, Baidya K, et al. Caregiver burden in the families of the patients suffering from bipolar affective disorder. *Br J Gen Pract* 2019;12(1) :a006.
38. Mohamadi Shahbalaghi F. Self-Efficacy and caregiver strain in alzheimer's caregivers. *Iran J Ageing* 2006;1(1):26-33. (Persian)
39. Ampalam P, Gunturu S, Padma V. A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian j psychiatry* 2012;54(3):239.

40. Tanr AB, Ya SA, Metehan A. Caregiver burden in bipolar disorder with patients: preliminary report. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2019;29:43.
41. Beentjes TA, Goossens PJ, Poslawsky IE. Caregiver burden in bipolar hypomania and mania: a systematic review. *Perspect Psychiatr Care* 2012;48(4):187-97.
42. Abbasi A, Shamsizadeh M, Asayesh H, Rahmani H, Hosseini S, Talebi M. The relationship between caregiver burden with coping strategies in Family caregivers of cancer patients. *Iranian Nursing Scientific Association* 2013;1(3):62-71. (Persian)

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-EFFICACY WITH CAREGIVER BURDEN AND ITS RELATED FACTORS IN CAREGIVERS OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER

Fatemeh Karami¹, Soheila Ahangarzadeh Rezaei^{2*}, Vahid Ali Nejhad³

Received: 08 August, 2020; Accepted: 01 November, 2020

Abstract

Background & Aims: Bipolar disorder is a severe and chronic psychiatric disorder that leads to impaired occupational and social performance of patients. The patient experiences the negative consequences of the disease, and also their caregivers experience an excess caregiver burden during their care. Caregivers' sense of empowerment and self-efficacy can moderate the amount of caregiver burden imposed on them. The purpose of this study is to determine the relationship between self-efficacy and care pressure and its related factors in caregivers of patients with bipolar disorder.

Materials & Methods: This cross-sectional-correlation study was carried out on 70 caregivers of patients with bipolar disorder referred to Razi Psychiatric Hospital in Urmia. The sampling method was Convenience Sampling. A standard caregiver burden questionnaire (Zarit) and Sherer's General Self-efficacy questionnaire were used to collect the required data. Data analysis was performed using SPSS-22 software.

Results: 67/1% of the caregivers were female. The mean score of caregiver burden and self-efficacy of the caregivers were 45/2 with standard deviation of 16/05 and 41/99 with standard deviation of 7/64, respectively. Caregiver Burden was moderate and severe for 58.6% of the studied units. Also, 4.3% of them had a good self-efficacy score. There was no significant relationship between caregiver burden and self-efficacy status of caregivers of patients with bipolar disorder.

Conclusion: Generally, Caregivers of patients with bipolar disorder did not have adequate self-efficacy and caregiver burden. Therefore, planning by nurses to improve caregivers' self-efficacy can be effective in empowering them to manage conditions and problems related to bipolar patients.

Keywords: Bipolar Disorder, Caregiver Burden, Self-Efficacy

Address: Nursing and Midwifery Faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: (+98) 4432754961

Email: sorezayee@yahoo.com

¹ MSc Student in Psychiatric Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Assistant Professor, PhD in Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Dept. of Biostatistics, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran