

Presenting a Personal Knowledge Management Model of Self-Care and Experience in Individuals with Bipolar Disorder and Families: A Study Protocol

Leila Banifatemeh¹ , Nadjla Hariri^{1*} , Mostafa Farahbakhsh² 

¹ Department of Knowledge and Information Science, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Research Centre of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:
Protocol

Article History:

Received: 15 Jan 2024

Accepted: 14 May 2024

ePublished: 18 May 2024

Keywords:

Bipolar Disorder,
Self-Care,
Personal Knowledge
Management

Abstract

Background. Bipolar disorder is a chronic condition that necessitates lifelong medication, therapeutic interventions, and self-care. People with bipolar disorder and their families may have varied experiences regarding sleep management, stress, interpersonal relationships, and anger, which are frequently overlooked. In the current study, the knowledge acquired by patients with bipolar disorder and their families was evaluated. Then, an appropriate model for managing self-care knowledge among individuals with bipolar disorder was proposed.

Methods. The current mixed-methods study was conducted in four stages. The first stage involved a systematic review and meta-synthesis study in the field of knowledge management in the healthcare system. The second stage involved assessing the self-care experiences of patients with bipolar disorder. In the third stage, the codes obtained from the previous stages were prioritized by experts using Delphi techniques. In the fourth stage, a researcher prepared, validated, and distributed a questionnaire among mental health service providers stages. Finally, the personal knowledge management model of self-care and experience in individuals with bipolar disorder and their families was presented.

Conclusion. Almost half of patients with bipolar disorder do not adhere to their long-term treatment. Also, this disease requires patients to perform self-care activities in addition to drug therapy. So, the design and implementation of a knowledge management model for self-care and experience in people with bipolar disorder can be effective in improving their self-care behaviors and quality of life.

Banifatemeh L, Hariri N, Farahbakhsh M. Presenting a Personal Knowledge Management Model of Self-Care and Experience in Individuals with Bipolar Disorder and Families: A Study Protocol. *Depiction of Health*. 2024; 15(2): 237-248. doi: 10.34172/doh.2024.18. (Persian)

Extended Abstract

Background

Bipolar disorder is a chronic condition that requires lifelong medication, other therapeutic approaches, and self-care. People with bipolar disorder and their families may have diverse experiences related to sleep, stress,

interpersonal relationships, and anger, which are often overlooked. Most of the previous studies have been focused on knowledge management among healthcare providers; however, there is a lack of research on knowledge management among patients with mental

* Corresponding author; Nadjla Hariri, E-mail: nadjlahariri@gmail.com



disorders. Medical information experts serve as a bridge between specialists, healthcare providers, and patients enabling them to gather and exchange information through advanced technological methods. In the current study, the knowledge generated among patients with bipolar disorder and their families was evaluated, and subsequently, an appropriate model for managing self-care knowledge among individuals with bipolar disorder was proposed.

Methods

The current mixed-methods study was conducted in four stages. The first stage involved a systematic review and meta-synthesis study in the field of knowledge management in healthcare system. The second stage, which was qualitative, included assessing the self-care experiences of individuals with bipolar disorder. At this stage, the data were collected via semi-structured interviews. The interviews were continued until data saturation was reached. MAXQDA software (version 2020) was used for qualitative data analysis. In the third stage, the codes obtained from the previous stages were prioritized by the Delphi technique from the experts' point of view in the areas of knowledge management and mental health education. The fourth stage, which was quantitative, was conducted using a questionnaire. For

this purpose, a researcher-made questionnaire was designed by combining the codes obtained from the previous steps. After finalizing the questionnaire, it was distributed among mental health service providers (psychiatrists, psychologists, family doctors, psychiatric assistants, and nurses) to be filled out. The sample size was estimated to be 100 people using the formula $n = Z^2 PQ / d^2$ and considering $P=0.5$, a confidence factor of 95%, and a standard error of 0.1. The participants were recruited via convenience sampling and considering the eligibility criteria. SPSS was used to analyze the data. Finally, the personal knowledge management model of self-care and experience in people with bipolar disorder and their families was presented.

Conclusion

Given that almost half of the patients with bipolar disorder do not adhere to their long-term treatment, and considering that this disease requires the patients to engage in self-care activities in addition to drug therapy, it can be concluded that designing and implementing a knowledge management model for self-care and experience in individuals with bipolar disorder can be effective in improving their self-care behaviors and quality of life.

ارائه الگوی مدیریت دانش شخصی خودمراقبتی و تجربه‌ای در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی و خانواده آن‌ها: پروتکل مطالعه

لیلا بنی فاطمه^۱، نجلا حریری^{۱*}، مصطفی فرح بخش^۲

^۱ گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. اختلال دو قطبی یک شرایط مزمن است که فرد مبتلا در تمام طول عمر خود به مصرف دارو یا سایر رویکردهای درمانی و خودمراقبتی نیاز دارد. افراد مبتلا به اختلال دو قطبی و خانواده آن‌ها می‌توانند تجارب مختلفی در زمینه مدیریت خواب، استرس، روابط بین فردی و خشم داشته باشند که اغلب این تجارب مورد استفاده قرار نمی‌گیرند. در مطالعه حاضر، ابتدا دانش ساخته شده در بین بیماران با اختلال دو قطبی و خانواده آن‌ها ارزیابی شده و سپس مدل مناسبی جهت مدیریت دانش خودمراقبتی و تجربه‌ای در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی و خانواده آن‌ها ارائه خواهد شد.

روش کار. مطالعه حاضر در چهار مرحله انجام خواهد شد. در مرحله اول یک مطالعه مروری از نوع فراترکیب در حیطه مدیریت دانش در نظام سلامت انجام می‌گردد. مرحله دوم شامل مطالعه‌ای کیفی است که به بررسی تجارب خود مراقبتی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی می‌پردازد. در مرحله سوم، متخصصین حیطه مدیریت دانش و سلامت روان، با تکنیک دلفی به اولویت‌بندی کدهای حاصل از مرحله یک و دو خواهند پرداخت. در مرحله چهارم، پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته تهیه شده و با استفاده از آن، جمع‌آوری داده از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان انجام خواهد شد. در نهایت، بر اساس نتایج مراحل چهارگانه، چهارچوب نهایی مدیریت دانش شخصی خود مراقبتی و تجربه‌ای در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی و خانواده آن‌ها ارائه خواهد شد.

نتیجه‌گیری. با توجه به اینکه تقریباً نیمی از بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی به درمان طولانی‌مدت خود پای‌بند نیستند و از طرفی این بیماری علاوه بر دارودرمانی بیماران را ملزم به انجام فعالیت‌های خودمراقبتی نیز می‌کند، می‌توان نتیجه گرفت که طراحی و اجرای یک مدل مدیریت دانش برای خودمراقبتی و تجربه در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی می‌تواند در بهبود رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی آنها موثر باشد.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

پروتکل

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۵

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۲۵

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۳/۲۹

کلیدواژه‌ها:

اختلال دو قطبی،

خودمراقبتی،

مدیریت دانش شخصی

مقدمه

است که فرد مبتلا در تمام طول عمر خود به مصرف دارو یا سایر رویکردهای درمانی و خودمراقبتی نیاز دارد.^۴ خودمراقبتی در کنترل بیماری‌های مزمن، نقش اساسی دارد. رفتارهای خودمراقبتی، اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و هدف‌مندی است که فرد برای حفظ حیات و تامین و ارتقای سلامت خود و خانواده انجام می‌دهد.^۵ تخمین زده می‌شود ۶۵ تا ۸۵ درصد از مراقبت‌های سلامت به وسیله خود شخص و خانواده او، بدون دخالت متخصصین صورت می‌گیرد.^۶ گیبسون

اختلالات روانی از معضلات شایع نظام سلامت در سراسر جهان به شمار می‌روند؛^۱ به‌طوری‌که ۱۴ درصد از بار جهانی بیماری‌ها به اختلالات روانی نسبت داده می‌شود.^۲ اختلال دو قطبی، یک اختلال خلقی است که افراد مبتلا به آن، دوره‌های افسردگی و شیدایی (Mania) را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند. بر اساس نتایج مطالعات، شیوع تمام عمر اختلال دو قطبی ۱/۰ تا ۵/۷ درصد و شیوع طیف اختلال دو قطبی نیز ۴/۲ تا ۱۵/۱ درصد گزارش شده است.^۳ اختلال دو قطبی یک شرایط مزمن

* پدیدآور رابط: نجلا حریری، آدرس ایمیل: nadjlhariri@gmail.com

مدیریت دانش در ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی پرداخته‌اند و مطالعه در خصوص مدیریت دانش شخصی یا خود مراقبتی و آرایه الگوی آن در ایران انجام نیافته است. در بهبودی اختلال روانی و مراقبت از بیماری‌های مزمن، خودمراقبتی نقش اساسی دارد و جمع‌آوری و انتقال تجربه‌های شخصی می‌تواند راهگشای خیلی از چالش‌های این بیماران باشد.

بر اساس جستجوی منابع علمی و مطالعه مقاله‌های به‌دست آمده اغلب مطالعات در زمینه مدیریت دانش ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی بوده است و خیلی کم به مدیریت دانش شخصی بیماران و خانواده‌های آنها پرداخت شده بود. با توجه به تاثیر زیاد خودمراقبتی در کنترل اختلالات روانی جمع‌آوری و به اشتراک‌گذاری تجربه‌های شخصی خودمراقبتی ضروری به نظر می‌رسد. فلذا در مطالعه حاضر، ابتدا دانش ساخته شده در بین بیماران با اختلال دو قطبی و خانواده آن‌ها ارزیابی شده و سپس مدل مناسبی جهت مدیریت دانش شخصی خودمراقبتی و تجربه‌ای در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و خانواده آن‌ها ارائه خواهد شد.

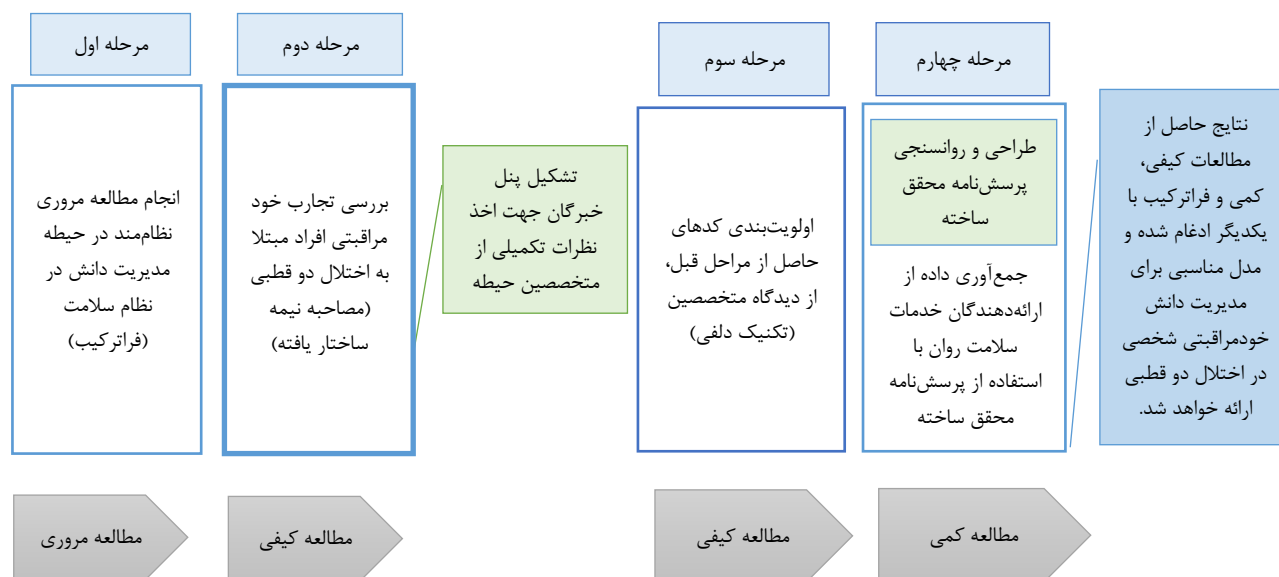
روش کار

مطالعه حاضر از نوع مطالعات ترکیبی است که در چهار مرحله و از دی ماه ۱۴۰۲ تا خرداد ۱۴۰۳ انجام خواهد شد. مرحله اول شامل انجام مطالعه مروری در حیطه مدیریت دانش در نظام سلامت بوده و از نوع فراترکیب می‌باشد. مرحله دوم شامل بررسی تجارب خودمراقبتی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی بوده و از نوع کیفی می‌باشد. در مرحله سوم، کدهای حاصل از مراحل قبلی از دیدگاه متخصصین حیطه مدیریت دانش و آموزش سلامت روان با تکنیک دلفی اولویت‌بندی خواهند شد. در مرحله چهارم، بر اساس داده‌های حاصل از مراحل قبلی، نسخه اولیه پرسش‌نامه محقق ساخته تهیه شده و اعتبارسنجی شده و با استفاده از آن، جمع‌آوری داده از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان انجام خواهد شد. در نهایت، بر اساس نتایج مراحل قبل، الگوی مدیریت دانش شخصی خودمراقبتی و تجربه‌ای در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی ارائه خواهد شد. شکل ۱، فرایند کلی مطالعه را نشان می‌دهد.

(Gibson) و همکاران بیان کردند که بین رفتار خودمراقبتی، کیفیت زندگی و تندرستی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن می‌تواند تا حد زیادی استفاده از منابع نظام ارائه خدمات سلامت را کاهش دهد.^۷ خودمراقبتی بیمار بر اساس تجارب، هشدارها و بازخوردهای شخصی باعث بهبود خودمدیریتی و روند درمان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نیز می‌گردد.^۸ در خودمراقبتی، تجارب شخصی زیادی حاصل می‌شود که جمع‌آوری و استفاده از این تجارب شخصی و مدیریت دانش خودمراقبتی می‌تواند در مراقبت از بیماری‌های مزمن نقش مهمی داشته باشد.^۹

مدیریت دانش به کلیه فرآیندهای مربوط به ایجاد، ذخیره‌سازی، اشتراک‌گذاری و کاربرد دانش مربوط می‌شود.^{۱۰} با توجه به این‌که منافع دانش در صورت عدم اشتراک‌گذاری آن محدود می‌شود، به اشتراک‌گذاری دانش به عنوان مهم‌ترین فرآیند مدیریت دانش به شمار می‌رود.^{۱۱} دانشی که توسط افراد به طور فردی خلق می‌شود، دانش شخصی نام دارد. مدیریت دانش شخصی به راهبرد و فرایند گسترش دانش شخصی اشاره دارد که طی آن، افراد اطلاعات مهم را به‌عنوان بخشی از دانش خود سازماندهی و متمرکز می‌کنند.^{۱۲} یکی از حیطه‌های بالینی که می‌توان از تجارب بیماران و خانواده آن‌ها استفاده کرد، پای‌بندی به رعایت توصیه‌های درمانی و دارویی است.^۸ تعاملات و به میان گذاشتن تجارب بین بیماران انگیزه می‌دهد تا شدت بیماری خود را با سایر اعضای گروه مقایسه کرده و این مقایسه، امید به بهبود را در بیمارانی که با مشکلات بزرگی مواجه می‌شوند القا می‌کند.^۹

در نظام سلامت معمولاً به دانش تخصصی و تجارب بالینی اکتفا شده و به جمع‌آوری تجارب بالینی بیماران و خانواده آن‌ها پرداخته نشده است؛^{۱۳-۱۷} در حالی که افراد مبتلا به اختلال دو قطبی و خانواده آن‌ها می‌توانند تجارب مختلفی در زمینه مدیریت خواب، استرس، روابط بین فردی و خشم داشته باشند که می‌بایست این تجارب مورد استفاده قرار گیرند. کارشناسان اطلاع‌رسانی پزشکی پلی بین متخصصین، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی، بیماران و خانواده آن‌ها بوده^{۱۸} و می‌توانند با استفاده از روش‌های پیشرفته فناوریانه، نسبت به جمع‌آوری و اشتراک‌گذاری این تجارب اقدام نمایند. اغلب مطالعات انجام شده،^{۱۳-۱۷} به



شکل ۱. مراحل انجام مطالعه

انگلیسی در حیطه مدیریت دانش سلامت خواهد بود. بدین منظور بر اساس سوال پژوهشی مطالعه، فرایند مروری بر مطالعات شروع خواهد شد. ابتدا محققین با استفاده از واژه‌های کلیدی مرتبط، در پایگاه‌های اطلاعاتی جستجو خواهند کرد. پس از جستجوی پایگاه‌های اطلاعاتی، جهت بالا بردن اطمینان از شناسایی و بررسی مقالات موجود، لیست منابع مقالات مرتبط نیز بررسی خواهد شد. واژه‌های کلیدی و پایگاه‌های اطلاعاتی در جدول ۱ آمده‌اند.

مرحله یک: انجام مطالعه مروری نظام‌مند (فراترکیب) در حیطه مدیریت دانش در نظام سلامت

در این مرحله از مطالعه، یک مطالعه مروری نظام‌مند از نوع فراترکیب درباره مدیریت دانش در نظام سلامت انجام خواهد شد تا مشخص گردد چالش‌ها و متغیرهای کلیدی در مطالعات انجام یافته چه بوده است و به اصطلاح کدهای ضروری از این مطالعات به دست آید.

روش‌های جستجو: جامعه پژوهش در این مطالعه مروری، شامل متون و منابع منتشر شده به زبان فارسی و

جدول ۱. واژه‌های کلیدی و پایگاه‌های اطلاعاتی

Health Care	Knowledge	Self-care	کلیدواژه‌ها
Health	Knowledge Management	Care	
Health System	Knowledge Storage	Patient	
Mental Health	Knowledge Share	Experts	
Mental	Knowledge Use	Care provider	
Mental Disorders	Create of Knowledge	Nurses	
Psychiatry	Knowledge Management Strategies	Psychologist	
Psychology	Knowledge Management Transfer	Chronic care	
	Core Knowledge Management		
	Sharing of Knowledge		
	Information Management		
	Personal Knowledge		
	Knowledge Analysis		
	Knowledge Distribution		
	Knowledge Creating		
PubMed			پایگاه‌های اطلاعاتی
Psych INFO			
Web of Science			
Scopus			
Magiran			
SID			

فرایند انتخاب مقالات: تمام مقالات شناسایی شده، توسط محقق اصلی مطالعه خواهد شد. ابتدا مقالات تکراری حذف خواهند شد. سپس عنوان و خلاصه مقالات بررسی خواهد شد. عنوان‌ها یا خلاصه آن‌ها باید متناسب با اهداف پژوهش باشند، یعنی کیفی بوده و در رابطه با مدیریت دانش سلامت باشند. در گام بعدی، متن کامل مقالات مرتبط بررسی خواهد شد. مقالاتی که مطابق با

معیارهای ورود باشند، انتخاب خواهند شد. سپس مقالات انتخاب شده، ارزیابی کیفی شده و مقالاتی که کیفیت مناسبی داشته باشند، وارد مرحله نهایی مطالعه خواهند شد. ارزیابی کیفی مقالات بر اساس مدل CASP خواهد بود (جدول ۲). در نهایت، مقالات مرتبط که از کیفیت مناسبی برخوردار بودند، توسط دو نفر از محققین ارزیابی شده و اطلاعات مرتبط استخراج خواهد شد.

جدول ۲. ارزیابی کیفیت مطالعات شناسایی شده بر اساس مدل CASP

معیارها	کاملاً مربوط	نسبتاً مربوط	نامربوط
آیا بیان واضحی از اهداف تحقیق وجود داشت؟			
آیا روش‌شناسی کیفی مناسب است؟			
آیا طرح تحقیق برای پرداختن به اهداف تحقیق مناسب بود؟			
آیا استراتژی استفاده شده با اهداف تحقیق مناسب بود؟			
آیا داده‌ها به گونه‌ای جمع‌آوری شده است که به موضوع تحقیق پاسخ دهد؟			
آیا رابطه بین محقق و شرکت کنندگان به اندازه کافی در نظر گرفته شده است؟			
آیا مسائل اخلاقی در نظر گرفته شده است؟			
آیا تجزیه و تحلیل داده‌ها به اندازه کافی دقیق بود؟			
آیا بیانیه واضحی از یافته‌ها وجود دارد؟ (یافته‌ها واضح بیان شده‌اند؟)			
تحقیق چقدر ارزشمند است؟			

معیارهای ورود: مقالات کیفی به زبان فارسی یا انگلیسی و در حیطه مدیریت دانش در نظام سلامت که در مجلات معتبر چاپ شده باشند، انتخاب خواهند شد. در انتخاب مقالات، هیچ‌گونه محدودیت زمانی در نظر گرفته نخواهد شد.

معیارهای خروج: مقالاتی که از نوع کیفی نباشند، مقالاتی که کمینه امتیاز چک لیست CASP را کسب نکنند و مقالاتی که دسترسی به متن کامل آن‌ها وجود نداشته باشد، وارد این مطالعه مروری نخواهند شد.

استخراج اطلاعات: جهت استخراج داده‌ها، ابتدا چک لیست استخراج بر اساس هدف پژوهش طراحی و به صورت دستی در محیط نرم‌افزاری Excel، درج خواهد شد. سپس مقالات نهایی وارد شده به فرایند مطالعه، توسط چک لیست، آماده استخراج اطلاعات خواهند شد. این چک لیست شامل عنوان مقاله، نام نویسندگان، سال انتشار، هدف مطالعه، روش جمع‌آوری دانش، چالش‌ها و موانع خواهد بود. جریان اجرای مطالعه فراترکیب در شکل ۲ آمده است.



شکل ۲. نمودار جریان اجرای مطالعه فراترکیب

مرحله دو: بررسی تجارب خود مراقبتی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و خانواده آن‌ها

در این مرحله، جامعه آماری شامل افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و خانواده آن‌هاست. به این ترتیب که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بستری شده در بیمارستان

رازی تبریز که برای پیگیری و مراقبت به واحد مراقبت پس از ترخیص مراجعه می‌کنند و یا در آنجا پرونده پیگیری دارند، وارد مطالعه خواهند شد. بدین منظور، حدود ۳۰ نفر از بیماران به روش نمونه‌گیری در دسترس و گلوله برفی، بر اساس معیارهای ورود و خروج، انتخاب خواهند شد. خانواده این بیماران نیز وارد مطالعه خواهند شد.

معیارهای ورود: تشخیص اختلال دو قطبی توسط روانپزشک، گذشتن حداقل یک سال از زمان تشخیص، دارا بودن علائم بالینی پایدار، داشتن حداقل یک بار سابقه بستری، وجود حداقل یک نفر به عنوان مراقب در منزل بیمار که داوطلب یادگیری درباره مراقبت از بیمار خود باشد.

معیارهای خروج: عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه

روش گردآوری داده در این مرحله، مصاحبه نیمه ساختار یافته خواهد بود. بدین منظور، در ابتدا با مصاحبه‌شونده‌ها تماس تلفنی گرفته خواهد شد تا هدف از انجام مصاحبه و توضیحات لازم درباره پژوهش داده شود. برای کسانی که موافقت خود را برای شرکت در مصاحبه اعلام نمایند، زمان مناسبی جهت انجام مصاحبه مشخص می‌شود. تمامی مصاحبه‌ها توسط محقق اول مطالعه و بر اساس راهنمای مصاحبه انجام خواهد شد. این پرسش‌نامه دانش بیماران در زمینه خودمراقبتی، تجربه به اشتراک‌گذاری، چالش‌ها و رویکردهای مدیریت دانش شخصی را بررسی می‌کند. مصاحبه‌ها تا زمان به اشیاع رسیدن داده‌ها ادامه خواهد یافت. حوزه‌های اصلی که در مصاحبه‌ها پوشش داده خواهد شد، شامل تجارب بیمار در حیطه خواب، روابط بین فردی، کنترل خشم، ولخرجی خواهد بود. این موارد چالش‌ها و مشکلات اساسی در کنترل و مراقبت اختلال دو قطبی بر اساس منابع علمی می‌باشد. در نهایت، داده‌های حاصل از مصاحبه‌های کیفی، به روش تحلیل محتوا ارزیابی خواهند شد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ استفاده خواهد شد.

مرحله سه: جمع‌بندی و اولویت‌بندی کدهای حاصل از مطالعه کیفی و مطالعه مروری

در این مرحله، ابتدا کدهای استخراج شده در مرحله اول و دوم، جمع‌بندی و خلاصه‌سازی می‌شود. سپس جلسه‌ای با حضور پنل خبرگان تشکیل شده و از آن‌ها درخواست می‌شود با بررسی کدهای حاصل از مراحل قبلی، پیشنهادات تکمیلی و ایده‌های جدید خود را مطرح نمایند. پنل خبرگان شامل ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان (روان‌پزشکان، روان‌شناسان، پزشکان خانواده، دستیاران روان‌پزشکی و پرستاران) و کارشناسان مدیریت اطلاعات خواهند بود.

جهت اولویت‌بندی کدهای حاصل، از تکنیک دلفی استفاده خواهد شد. جامعه هدف در تکنیک دلفی شامل متخصصین مدیریت دانش و آموزش سلامت روان خواهد بود. بدین صورت که متخصصین به کدهای حاصل، امتیاز خواهند داد. اگر میانگین امتیاز گویه‌ها ۷ و بالاتر باشد، انتخاب خواهند شد. اگر میانگین امتیاز کمتر از ۴ باشد، کنار گذاشته می‌شوند. گویه‌های بین ۴ و ۷ دوباره ارزیابی و انتخاب خواهند شد. گویه‌های انتخاب شده به راند دوم دلفی فرستاده می‌شوند. اگر همبستگی گویه‌ها در راند دوم بیش از ۰/۸ باشد آن‌ها را قبول کرده و راندها پایان می‌یابد.

مرحله چهار: جمع‌آوری داده‌های کمی از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان

در این مرحله، مطالعه‌ای کمی با استفاده از پرسش‌نامه انجام خواهد شد. بدین منظور، ابتدا از تلفیق کدهای حاصل از مراحل قبلی، پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته طراحی خواهد شد. سپس معیارهای روایی و پایایی پرسش‌نامه اولیه بررسی خواهد شد. جهت تعیین روایی، پرسش‌نامه حداقل به ده نفر از صاحب‌نظران حیطه مدیریت دانش ارائه شده و ضرایب نسبت روایی محتوی و شاخص روایی محتوی محاسبه می‌شود. برای تعیین پایایی، پرسش‌نامه توسط حداقل ۳۰ نفر و به فاصله ده روز تکمیل خواهد شد.

پس از نهایی شدن پرسش‌نامه، آن را در اختیار ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان قرار داده و داده‌ها گردآوری خواهد شد. تکمیل پرسش‌نامه، ترکیبی از روش آنلاین و مراجعه به افراد خواهد بود و در فاصله زمانی ۲ ماهه، صورت خواهد گرفت. جامعه آماری در این مرحله، شامل ارائه‌دهندگان خدمات مرتبط با سلامت روان (روان‌پزشکان، روان‌شناسان، پزشکان خانواده، دستیاران روان‌پزشکی و پرستاران) خواهد بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول $n = Z^2 PQ/d^2$ و با در نظر گرفتن $P=0/5$ ، ضریب اطمینان ۹۵ درصد و خطای معیار ۰/۱، ۱۰۰ نفر برآورد شد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی و در دسترس و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج وارد مطالعه خواهند شد. داده‌های به‌دست آمده از این مرحله در ارائه مدل مدیریت دانش شخصی بیماران مبتلا به دو قطبی استفاده خواهد شد.

مراقبتی تجارب شخصی زیادی پیش می‌آید که بهره‌مندی از این تجارب شخصی می‌تواند در مراقبت از بیماری‌های مزمن نقش کلیدی داشته باشد. مشارکت بیمار در مراقبت از سلامت روان خود دارای سنت دیرینه‌ای است اما در دهه‌های اخیر، پیشرفت‌های متعددی منجر به مسئولیت‌پذیری فزاینده مردم در قبال سلامتی خود شده و آن‌ها را به مشارکت در تولید دانش ترغیب کرده است.^{۲۲} بسیاری از سازمان‌ها در حال توسعه سیستم‌های مبتنی بر کامپیوتر هستند که برای تسهیل اشتراک‌گذاری و یکپارچه‌سازی دانش شخصی طراحی شده‌اند.^{۱۶} اینترنت می‌تواند فضایی را برای افراد مبتلا به اختلال دوقطبی فراهم کند که می‌خواهند بینش‌هایی درباره تجربیات درمانی خود به اشتراک بگذارند و در نتیجه به توسعه دانش جدید و بهبود کیفیت زندگی کمک کنند.^{۲۳} وبلاگ‌ها می‌توانند با گرد هم آوردن افرادی با اختلالات مشابه اما دارای انواع مختلف دانش و مهارت، با تسهیل گفتگو و حفظ تبادلاتشان، به تسهیل فرآیندهای جمعی تولید دانش کمک کنند.^{۲۴}

یکی از حیطه‌های بالینی که می‌توان از تجارب بیماران و خانواده آن‌ها استفاده کرد پای‌بندی به رعایت توصیه‌های درمانی و دارویی است.^۸ بررسی‌ها نشان می‌دهد به طور متوسط حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، داروهای خود را به طور منظم مصرف نمی‌کنند.^{۲۵، ۲۶} تعاملات و به اشتراک گذاشتن تجارب بین بیماران انگیزه می‌دهد تا شدت بیماری خود را با سایر اعضای گروه مقایسه کنند. این مقایسه امید به بهبود را در بیمارانی که با مشکلات بزرگی مواجه می‌شوند القا می‌کند و شدت این اختلال را برای بیماران پایدار نشان می‌دهد.^۹ بر اساس نتایج مطالعات، ارائه مراقبت‌های مشترک مبتنی بر مراقبت‌های اولیه با کاهش علائم اختلال دوقطبی و بهبود عملکرد در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی همراه بوده^{۲۷} و مراقبت‌های مشترک، به طور قابل توجهی مؤثرتر از مراقبت‌های معمول در درمان بیماران مبتلا به افسردگی و اختلالات اضطرابی است.^{۲۸، ۲۹}

در این پژوهش از ترکیب مطالعه کمی و کیفی استفاده شده است. زیرا مطالعه کیفی می‌تواند نگاه عمیق‌تری به موضوع داشته و در فرصت مصاحبه کیفی با بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی، نگرش‌ها و ایده‌های

معیارهای ورود: تمایل به شرکت در مطالعه، شاغل بودن در سیستم سلامت در یکی از مشاغل روان‌پزشک، روان‌شناس، پزشک خانواده، دستیار روان‌پزشکی یا پرستار

معیارهای خروج: عدم تمایل به شرکت در ادامه مطالعه، تکمیل ناقص پرسش‌نامه، عدم تطابق با معیارهای ورود

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در این مرحله، از نرم‌افزار SPSS 25 و آزمون‌های پارامتری و ناپارامتری مناسب استفاده خواهد شد.

در نهایت، بر اساس نتایج حاصل از مطالعه کیفی (مصاحبه با بیماران، پنل خبرگان و تکنیک دلفی)، مطالعه مروری و مطالعه کمی انجام شده در این پژوهش، مدل مناسبی برای مدیریت دانش شخصی خود مراقبتی و تجربه‌ای در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و خانواده آن‌ها ارائه خواهد شد.

بحث

در مطالعه حاضر، الگوی مدیریت دانش شخصی خود مراقبتی و تجربه‌ای در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و خانواده آن‌ها ارائه خواهد شد. امروزه مدیریت دانش در اغلب سازمان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی درمانی، یک رویکرد رو به رشد است. هدف اصلی مدیریت دانش، یافتن راهی جهت خلق، شناسایی، شکار و توزیع دانش سازمانی جهت اتحاد مجموعه‌های کاری و اجرایی است. مدیریت دانش در تلاش است تا نحوه تبدیل اطلاعات فردی و سازمانی به معرفت علمی و مهارت‌های گروهی را تبیین نماید.^{۱۹} هدف مدیریت دانش شخصی نیز ارائه چارچوبی برای کارکنان دانش فردی است تا اطلاعات جدید را مدیریت کرده و آن‌ها را یکپارچه سازد. انجام موفقیت آمیز این امر به هر فردی این امکان را می‌دهد که به راحتی دانش شخصی خود را در مواجهه با مشکلات جدید و قدیمی به کار گرفته، از تجربیات جدید بیاموزد و دانش جدید خلق کند.^{۲۰}

بر اساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد سلامتی مردم از طریق نظام ارائه خدمات سلامت به دست آمده و بیش از ۷۰ درصد آن توسط خود بیمار، خانواده و جامعه تحقق می‌یابد.^{۲۱} در بیماری‌های مزمن، نیاز به خود مراقبتی بیشتر احساس می‌شود. در خود

با عنوان "ارائه الگوی مدیریت دانش شخصی خود مراقبتی و تجربه ای در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی و خانواده آنها" می باشد. نویسندگان بر خود لازم می دانند تا بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات (تهران) اعلام نمایند.

مشارکت پدیدآوران

نجلا حریری در قسمت مفهوم سازی، مدیریت پروژه؛ مصطفی فرح بخش در بخش نظارت بر پروژه، نوشتن، ویرایش و مرور، طراحی روش تحلیل و لایا بنی فاطمه در امور مربوط انجام تحقیق، نوشتن پیش نویس اصلی، تجزیه و تحلیل داده ها نقش داشتند. همچنین مولفان، نسخه نهایی پیش نویس مقاله را خوانده و تایید نموده اند.

منابع مالی

این مقاله حمایت مالی ندارد.

ملاحظات اخلاقی

در طول پژوهش حاضر، ملاحظات اخلاقی در زمینه جمع آوری داده های پرسش نامه و حفظ اطلاعات و حریم شخصی افراد و نیز شرط صداقت و رعایت امانت در نوشتار در نظر گرفته شده است. تاییدیه اخلاق این مطالعه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات (تهران)، با کد مصوبه IR.IAU.SRB.REC.1403.044 اخذ شده است.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می دارند که هیچ گونه تعارض منافی در انتشار این مقاله ندارند.

آن ها را استخراج و تحلیل نماید. با توجه به اینکه در این حیطه مورد پژوهش، مطالعات کمی در گردآوری داده ها با اشکالات زیادی همراه هستند، در پژوهش حاضر سعی شده است با افراد متنوعی مصاحبه شده و به کمک تکنیک دلفی جمع آوری داده ها صورت گیرد. این روش می تواند تا حدودی تکمیل کننده محدودیت های مطالعه کمی بوده و بر غنای آیت های استخراج شده بیفزاید.

نتیجه گیری

بررسی منابع علمی و جستجوی اینترنت نشان داد که در حیطه مدیریت دانش شخصی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی پژوهش چندان صورت نگرفته است. نظر به اینکه تقریباً نیمی از بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی در طول درمان طولانی مدت به آن پای بند نیستند و با توجه به اینکه این بیماری علاوه بر دارودرمانی، نیاز به درگیر شدن بیمار در فعالیتهای خودمراقبتی دارد، طراحی و اجرای الگوی مدیریت دانش شخصی خود مراقبتی و تجربه ای در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی، می تواند در راستای بهبود رفتارهای خودمراقبتی و ارتقای کیفیت زندگی آنان موثر واقع شود.

پیامدهای عملی پژوهش

به کارگیری الگوی مدیریت دانش شخصی خودمراقبتی و تجربه ای در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی، می تواند با به اشتراک گذاری دانش و تجارب جدید بین مبتلایان، رفتارهای خودمراقبتی را در آنان بهبود بخشیده و منجر به ارتقای کیفیت زندگی آن ها شود.

قدردانی ها

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکترای علم اطلاعات و دانش شناسی، گرایش مدیریت اطلاعات و دانش شناسی

References

1. Chen YR, Swann AC, Johnson BA. Stability of diagnosis in bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1998; 186(1): 17-23. doi: 10.1097/00005053-199801000-00004
2. Blacker D, Tsuang MT. Contested boundaries of bipolar disorder and the limits of categorical diagnosis in psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1992; 149(11): 1473-1483. doi: 10.1176/ajp.149.11.1473
3. Dell'Aglia JC Jr, Basso LA, Argimon II, Artech A. Systematic review of the prevalence of bipolar disorder and bipolar spectrum disorders in population-based studies. *Trends Psychiatry Psychother*. 2013; 35(2): 99-105. doi: 10.1590/s2237-60892013000200002
4. Dessie G. Knowledge sharing practice and associated factors among health care workers at public hospitals

- in North Shoa, Amhara. *American Journal of Health Research*. 2017; 5(5): 149-153. doi: 10.11648/j.ajhr.20170505.16
5. Hajibagher Najar MR, Khodabakhshi-Koolaei A, Falsafinejad MR. The Role of Self-Care Behaviors and Self-Efficacy in Predicting the Mental Health of employees in Offshore Industry. *Journal of Marine Medicine*. 2022; 4(2): 124-130. doi: 10.30491/4.2.124. (Persian)
6. Zarimoghaddam Z, Davoodi H, Ghafari K, Jamilian H. The Effects of Mental Self-care Training on Mental Health and Academic Achievement in Students. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2021; 24(1): 150-167. doi: 10.32598/jams.24.1.6155.1. (Persian)
7. Gibson Smith K, Paudyal V, Klein S, Stewart D. Health, self-care and the offshore workforce - opportunities for behaviour change interventions, an epidemiological survey. *Rural Remote Health*. 2018; 18(2): 1-20. doi: 10.22605/RRH4319
8. Bos FM, Snippe E, Bruggeman R, Doornbos B, Wichers M, van der Krieke L. Recommendations for the use of long-term experience sampling in bipolar disorder care: a qualitative study of patient and clinician experiences. *Int J Bipolar Disord*. 2020; 8(1): 1-14. doi: 10.1186/s40345-020-00201-5
9. Carey Prof TA. Beyond patient-centered care: enhancing the patient experience in mental health services through patient-perspective care. *Patient Exp J*. 2016; 3(2): 46-49. doi: 10.35680/2372-0247.1139
10. Alavi M, Leidner DE. Knowledge management and knowledge management systems: Conceptual foundations and research issues. *MIS quarterly*. 2001; 25(1): 107-136. doi: 10.2307/3250961
11. Ali N, Whiddett D, Tretiakov A, Hunter I. The use of information technologies for knowledge sharing by secondary healthcare organisations in New Zealand. *Int J Med Inform*. 2012; 81(7): 500-506. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2012.02.011
12. Khademizadeh S, Abdolahi F, Bigdeli Z. The Study of Personal Knowledge Management Status of Shahid Chamran University (of Ahvaz) Staff. *Academic Librarianship and Information Research*. 2019; 53(1): 51-74. doi: 10.22059/JLIB.2019.252628.1301. (Persian)
13. Banifateme L, Farahbakhsh M, Mohammad Esmail S. Investigating the Knowledge Management Model in the Primary Healthcare System of Tabriz in the Field of Suicide Prevention. *Depiction of Health*. 2023; 14(1): 148- 160. doi: 10.34172/doh.2023.11. (Persian)
14. King WR. Knowledge management and organizational learning. New York, Springer: 2009. doi: 10.1007/978-1-4419-0011-1
15. Mittelman A. Personal knowledge management as basis for successful organizational knowledge management in the digital age. *Procedia Comput Sci*. 2016; 99: 117-124. doi: 10.1016/j.procs.2016.09.105
16. Richardson SM, Courtney JF, Haynes JD. Theoretical principles for knowledge management system design: Application to pediatric bipolar disorder. *Decis Support Syst*. 2006; 42(3): 1321-1337. doi: 10.1016/j.dss.2005.11.001
17. Tabrizi NM, Morgan S. Models for describing knowledge sharing practices in the healthcare industry: Example of experience knowledge sharing. *International Journal of Management and Applied Research*. 2014; 1(2): 48-67. doi: 10.18646/2056.12.14-004
18. Ma J, Stahl L, Knotts E. Emerging roles of health information professionals for library and information science curriculum development: a scoping review. *J Med Libr Assoc*. 2018; 106(4) :432-444. doi: 10.5195/jmla.2018.354
19. Bhatt GD. A resource-based perspective of developing organizational capabilities for business transformation. *Knowledge and process management*. 2000; 7(2): 119-129. doi: 10.1002/1099-1441(200004/06)7:23.0.CO;2-Z
20. Mohammadighslagh P, Seyed Abbaszadeh MM. Providing a Model for Promoting Personal Knowledge Management (PKM) in Teachers: an Applied Research, Grounded Theory Approach. *Journal of New Approaches in Educational Administration*. 2022; 13(1): 50-64. doi: 10.30495/JEDU.2022.24560.4920. (Persian)
21. Strous RD, Karni T. Ethics of sharing medical knowledge with the community: is the physician responsible for medical outreach during a pandemic? *J Med Ethics*. 2020; 46(11): 732-735. doi: 10.1136/medethics-2020-106348
22. Egger C. Bipolar patients and creative online practices: Sharing experiences of controversial treatments. *Health (London)*. 2019; 23(4): 458-477. doi: 10.1177/1363459319838315
23. Zhou L. Patient-centered knowledge sharing in healthcare organizations: identifying the external barriers. *Inform Health Soc Care*. 2017; 42(4): 409-420. doi: 10.1080/17538157.2016.1269106
24. Sosnowy C. Practicing patienthood online: Social media, chronic illness, and lay expertise. *Societies*. 2014; 4(2): 316-329. doi: 10.3390/soc4020316
25. Berk L, Hallam KT, Colom F, Vieta E, Hasty M, Macneil C, et al. Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Hum Psychopharmacol*. 2010; 25(1): 1-16. doi: 10.1002/hup.1081

26. Leclerc E, Mansur RB, Brietzke E. Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: a comprehensive review. *J Affect Disord.* 2013; 149(1-3): 247-252. doi: 10.1016/j.jad.2013.01.036
27. Cerimele JM, Ratzliff A, Sexton JM. Collaborative care for a patient with bipolar disorder in primary care: a case example. *Gen Hosp Psychiatry.* 2015; 37(2): 144-146. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2014.11.004
28. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 10. doi: 10.1002/14651858.CD006525.pub2
29. Katon WJ, Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B, et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med.* 2010; 363(27): 2611-2620. doi: 10.1056/NEJMoa1003955