

Personal Knowledge Management in Self-Care for Individuals with Bipolar Disorder: A Qualitative Study involving Patients, Families, and Healthcare Providers

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:
Original Article

Article History:
Received: 17 Aug 2024
Revised: 26 Oct 2024
Accepted: 17 Dec 2024
ePublished: 19 Feb 2025

Keywords:
Bipolar Disorder,
Personal Knowledge
Management,
Self-Care,
Qualitative Study

Abstract

Background. Bipolar disorder is a chronic condition that requires lifelong self-care. Many personal experiences are obtained in self-care. Therefore, gathering and utilizing these experiences is crucial for managing the condition effectively. This qualitative study explores the perspective of stakeholders on personal knowledge management in the context of bipolar disorder.

Methods. The current qualitative study was conducted in 2024 in Tabriz. First, semi-structured interviews were carried out with patients diagnosed with bipolar disorder, their families, and healthcare staff working in psychiatric departments to identify self-care experiences. The content analysis approach and MAXQDA software version 2020 were used for data analysis. Then, the Delphi technique was employed to assess the level of agreement among experts regarding the indicators of personal knowledge management for self-care among patients with bipolar disorder.

Results. By coding the interview transcripts, seven themes and 24 categories were identified. Two of these themes pertained to patients, including: 1) educational strategies for patients and their families, and 2) strategies for enhancing patients' engagement in the treatment process. Additionally, five themes related to healthcare providers were identified: 1) attention to the privacy of service recipients, 2) barriers to self-care knowledge management, 3) essential input for self-care knowledge management, 4) processes for managing patients' personal experiences and 5) education in information technology. In the second stage, 41 out of 65 codes received an average score above 7.5 in the first round of Delphi process, while the remaining codes proceeded to the second round. According to the results of the second round, only seven codes achieved an agreement above 0.6. The remaining codes were removed due to having an agreement below 0.6.

Conclusion. According to the results, providing face-to-face training to patients with bipolar disorder and their families can enhance patients' self-care practices. Also, sharing reliable experiences among patients via social media can enhance self-care behaviors. In addition to providing education, fostering the positive attitude among patients and their families toward the impact of sharing experiences can lead to effective behavioral changes.

Banifatemeh L, Hariri N, Farahbakhsh M. Personal Knowledge Management in Self-Care for Individuals with Bipolar Disorder: A Qualitative Study involving Patients, Families, and Healthcare Providers. *Depiction of Health*. 2025; 16(1): 20-36. doi: 10.34172/doh.2025.04. (Persian)

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



Extended Abstract

Background

Bipolar disorder is a chronic condition that requires ongoing medication or other treatment approaches throughout a person's life. Therefore, patients must be able to manage their self-care effectively. There are numerous personal experiences in self-care associated with self-care, and collecting and utilizing these personal experiences can play a crucial role in managing chronic diseases. Families of patients with bipolar disorder may face various challenges related to sleep management, stress, interpersonal relationships, and anger. These experiences are frequently overlooked or not explored. For the first time, this qualitative study presents the perspectives of stakeholders on personal knowledge management in the context of bipolar disorder.

Methods

The current research was a qualitative study conducted at Tabriz University of Medical Sciences in 2024. To achieve the study's objectives, the research was carried out in two steps: 1) to identify the self-care experiences of patients with bipolar disorder, and 2) to assess the level of agreement among experts regarding the indicators of self-care and knowledge management of these patients.

In the first step, to determine the self-care experiences of patients with bipolar disorder, semi-structured interviews were conducted with patients, their families, and healthcare staff working in psychiatric departments who were involved in the care and treatment of these patients. The diagnosis of bipolar disorder in patients was made one year prior by a psychiatrist during hospitalization. The inclusion criteria were patients 1) who had at least one hospitalization, 2) diagnosed with bipolar disorder at least one year ago, 3) were clinically stable in terms of symptoms, and 4) had at least one caregiver at home. Exclusion criteria included unwillingness to continue participating in the study. The interview questions were based on a guide questionnaire and the process was directed according to the participants' responses. The interviews were conducted to elicit the genuine and in-depth experiences of patients and their families in relation to the main research question. The interviews continued until the responses reached saturation. At the end of each interview, any ambiguous points noted during the conversation were clarified by asking the participant follow-up questions to ensure all aspects were clear. In addition to taking notes, the interviews were recorded to ensure that all responses were accurately documented. Finally, the recorded answers were classified and coded by the researcher. MAXQDA version 2020 software was used for data analysis in this study. In the second step of study, the

Delphi technique was employed to assess the level of agreement among experts regarding the indicators of self-care and knowledge management for patients with bipolar disorder.

Results

The research participants included 12 patients and 13 healthcare staff working in psychiatric departments. Through coding the interview transcripts using content analysis approach, seven themes and 24 main categories were identified. Out of the seven themes identified, two emerged from interviews with patients: 1) strategies for educating patients and their families (three main categories), and 2) strategies for enhancing patients' agency in the treatment process (two main categories). Additionally, five themes emerged from interviews with healthcare providers: 1) attention to the privacy of service recipients (three main categories), 2) barriers to self-care knowledge management (four main categories), 3) essential input for self-care knowledge management (four main categories), 4) processes for managing patients' personal experiences (four main categories), and 5) education in information technology (four main categories). In the second stage, the first round Delphi questionnaire, consisting of 65 codes extracted from the previous stages, was distributed to the panel members in person. The panel members scored each code on a scale from 1 to 10. According to the results of the first round of the Delphi process, 41 out of 65 codes received an average score above 7.5. The remaining codes which scored between 4 and 5.7, proceeded to the second round. In the second round, a questionnaire containing these 24 codes was distributed to the panel members, who then scored each code on a scale from 1 to 10. After collecting the responses, the agreement between the scores from the first and second round of Delphi results for each of the 24 codes was calculated using Cronbach's alpha. According to the results of the second round, only 7 codes achieved an agreement level above 0.6. The remaining codes were removed due to having an agreement level below 0.6.

Conclusion

According to the results, providing face-to-face training to patients with bipolar disorder and their families can enhance patients' self-care. Additionally, sharing reliable experiences among patients via social media can further improve self-care behaviors. In addition to providing education, fostering a positive attitude among patients and their families toward the impact of sharing experiences can lead to effective behavioral changes in these patients. Considering strategies such as enhancing internal and external cooperation, along with facilitators such as strengthening internet and communication

infrastructure within the healthcare system, can improve the self-care behaviors of bipolar patients and ultimately enhancing their quality of life.

Practical Implications of Research

Applying experiences related to personal self-care knowledge management in people with bipolar disorder

can be a step towards designing and presenting a model to show the stages of the knowledge management pattern among patients with bipolar disorder. It can also improve self-care behaviors in these patients and lead to an improvement in their quality of life.

مدیریت دانش شخصی در خود مراقبتی برای اختلال دو قطبی: یک مطالعه کیفی در خصوص دیدگاه بیماران، خانواده‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

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 بیماری مزمن است که در آن بیمار در تمام عمر به خودمراقبتی نیاز دارد. در خودمراقبتی تجارب شخصی زیادی حاصل می‌شود که جمع‌آوری و استفاده از این تجارب در مراقبت از بیماری نقش مهمی دارد. این مطالعه برای اولین بار با رویکرد کیفی، دیدگاه ذینفعان در خصوص مدیریت دانش شخصی در اختلال دو قطبی را به اشتراک می‌گذارد.

روش کار. پژوهش کیفی حاضر در سال ۱۴۰۳ در تبریز انجام شد. ابتدا به منظور تعیین تجارب خودمراقبتی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی، با بیماران و خانواده آن‌ها و پرسنل شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی، مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انجام شده و برای تحلیل داده‌ها از رویکرد تحلیل محتوای کیفی و نرم‌افزار MAXQDA ورژن ۲۰۲۰ استفاده شد. سپس جهت تعیین میزان توافق متخصصین در خصوص مولفه‌های مدیریت دانش شخصی خودمراقبتی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی، از تکنیک دلفی استفاده شد.

یافته‌ها. با کدگذاری متون مصاحبه، هفت تم و ۲۴ طبقه استخراج شد که دو تم مربوط به بیماران بوده و عبارتند از: (۱) استراتژی‌های آموزش به بیماران و خانواده‌های آنها و (۲) استراتژی‌های افزایش تعامل بیماران در فرایند درمان. همچنین پنج تم مربوط به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بود که عبارتند از: (۱) توجه به حریم شخصی گیرندگان خدمت، (۲) عوامل بازدارنده در مدیریت دانش خودمراقبتی، (۳) درون‌دادهای لازم برای مدیریت دانش خودمراقبتی، (۴) فرایندهای مدیریت تجربه‌های شخصی بیماران، و (۵) فناوری اطلاعات آموزش. در مرحله دوم، ۴۱ کد از ۶۵ کد، در راند اول دلفی میانگین نمره بالای ۷/۵ کسب کرده و مابقی کدها وارد راند دوم دلفی شدند. بر اساس نتایج راند دوم، تنها ۷ کد دارای توافق بالای ۰/۶ بودند. مابقی کدها به دلیل توافق کمتر از ۰/۶ حذف شدند. **نتیجه‌گیری.** طبق نتایج مطالعه حاضر، ارائه آموزش‌های حضوری به بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی و خانواده آن‌ها می‌تواند منجر به ارتقای خودمراقبتی در بیماران گردد. همچنین به اشتراک‌گذاری تجربیات موثق بین بیماران در فضای مجازی نیز می‌تواند در راستای بهبود رفتار خودمراقبتی بیماران کمک کننده باشد. علاوه بر ارائه آموزش، بهبود نگرش بیماران و خانواده آن‌ها نسبت به تأثیر به اشتراک‌گذاری تجربیات، می‌تواند منجر به تغییر موثر رفتار در این بیماران گردد.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۲۷

اصلاح نهایی: ۱۴۰۳/۰۸/۰۵

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۲۷

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۱۲/۰۱

کلیدواژه‌ها:

اختلال دو قطبی، مدیریت دانش شخصی، خود مراقبتی، مطالعه کیفی

مقدمه

دو قطبی نیز ۱۵/۱ - ۲/۴ درصد گزارش شده است.^۲ تحقیقات در بین بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نشان می‌دهد که بیش از ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی پای‌بند به درمان نیستند.^۱ در حالی که این اختلال می‌بایست از طریق ترکیبی از مداخلات پزشکی و روان درمانی مدیریت شده^۳ و ایجاد اتحاد درمانی موفق در

اختلال دو قطبی یک اختلال خلقی مزمن است که نوسانات چشمگیر و مداوم افسردگی و مانیا در طول زندگی افراد مبتلا پدیدار می‌شود. در سال ۲۰۱۹، حدود ۱ از ۱۵۰ بزرگسال (حدود ۴۰ میلیون نفر یا ۵۳٪ درصد از مردم جهان) مبتلا به اختلال دو قطبی بوده‌اند.^۱ شیوع تمام عمر اختلال دو قطبی ۷/۵ - ۰/۱ درصد و شیوع طیف اختلال

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

همکاران با توسعه یک وب‌سایت (مرکز سلامتی دوقطبی)، که ابزارها و استراتژی‌های مبتنی بر شواهد را برای خود مدیریتی بیماران دوقطبی در خود جای می‌داد، دریافتند که اشتراک‌گذاری مقوله‌های خودمدیریتی در بهبود کیفیت زندگی در اختلال دوقطبی به‌خصوص در حیطه‌های خلق و خو، خواب، سلامت جسمانی و تعامل با اجتماع تأثیر مثبت دارد.^{۱۷}

در نظام سلامت معمولا به دانش تخصصی و تجارب بالینی اکتفا می‌شود، به طوری که اغلب مطالعات مدیریت دانش در ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی طراحی و اجرا شده است.^{۱۶} در زمینه جمع‌آوری تجربه‌های بالینی بیماران و خانواده آن‌ها کار چندانی انجام نیافته است. خانواده افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در حیطه‌های مدیریت خواب، استرس، روابط بین فردی و خشم می‌توانند چالش‌ها و عملکردهای متفاوتی داشته باشند^{۱۸} که اغلب این تجربه‌ها مورد استفاده و حتی مورد پرسش قرار نمی‌گیرد. کارشناسان اطلاع‌رسانی پزشکی می‌توانند با استفاده از روش‌های پیشرفته فناوری نسبت به جمع‌آوری و اشتراک‌گذاری آن‌ها اقدام نموده و پلی بین متخصصان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی، بیماران و خانواده آن‌ها باشند. این مطالعه برای اولین بار با رویکرد کیفی، دیدگاه ذینفعان در خصوص مدیریت دانش شخصی در اختلال دوقطبی را به اشتراک می‌گذارد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی است. این مطالعه در سال ۱۴۰۳ در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. جهت تحقق اهداف مطالعه، پژوهش حاضر در دو گام انجام شد. ابتدا به منظور تعیین تجارب خودمراقبتی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، با بیماران و خانواده آن‌ها و پرسنل شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی، مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انجام شد. سپس جهت تعیین میزان توافق متخصصین حیطه مدیریت دانش و آموزش سلامت روان در خصوص مولفه‌ها و شاخص‌های مدیریت دانش شخصی خودمراقبتی و تجربی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و خانواده آن‌ها (کدهای حاصل از مرحله قبلی)، از تکنیک دلفی استفاده شد. جزئیات انجام هر یک از مراحل در ادامه آمده است.

اختلال دوقطبی با یک ارتباط دو طرفه و متقابل بین بیمار و پزشک آغاز می‌شود.^۴ علاوه بر این، اختلال دوقطبی یک بیماری مزمن است که در آن بیمار در تمام عمر به مصرف دارو^۵ و یا دیگر رویکردهای درمانی نیاز دارد، بنابراین بیمار باید بتواند از خود مراقبت کند.^۶

خودمراقبتی در کنترل بیماری‌های مزمن، جایگاه اساسی دارد. خودمراقبتی یعنی بیمار و خانواده او در مراقبت از بیمار تلاش می‌کنند.^۷ مشارکت بیمار در مراقبت از سلامت روان خود دارای سنت دیرینه‌ای است،^{۸،۹} اما در دهه‌های گذشته، پیشرفت‌های متعددی منجر به مسئولیت‌پذیری فزاینده مردم در قبال سلامتی خود شده و آن‌ها را به مشارکت در تولید دانش ترغیب کرده است.^۳ دانشی که توسط افراد به‌طور فردی خلق می‌شود، دانش شخصی نام دارد.^{۱۰} مدیریت دانش شخصی اشاره به راهبرد و فرایند گسترش دانش شخصی دارد که طی آن، افراد، اطلاعات مهم را به‌عنوان بخشی از دانش خود سازماندهی و متمرکز می‌کنند.^{۱۱} بر اساس نتایج مطالعات، مزایای اصلی مدیریت دانش در سیستم مراقبت‌های بهداشتی عبارتند از: کاهش خطاهای پزشکی، بهبود همکاری و نوآوری، بهبود کیفیت مراقبت، کاهش هزینه‌های سلامت و یادگیری سازمانی سلامت.^{۱۲} سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی اخیراً دریافته‌اند که دانش پزشکی نه تنها باید مدیریت شود، بلکه باید بین متخصصان و بیماران به اشتراک گذاشته شود.^{۱۳}

طبق نظر لین (Lin)، ارائه خدمات ایمن و با کیفیت بالا به بیماران به شدت به اشتراک‌گذاری انواع دانش، یعنی دانش پزشکی، دانش علمی، دانش حوادث و دانش تجربه بستگی دارد.^{۱۴} دانش، به‌ویژه دانش تجربه، دارای با ارزشی است که اغلب به‌عنوان منبع قدرت در نظر گرفته می‌شود. در خودمراقبتی تجربه‌های شخصی زیادی پیش می‌آید. جمع‌آوری و استفاده از این تجارب شخصی می‌تواند در مراقبت از بیماری‌های مزمن نقش مهمی داشته باشد.^{۱۵،۱۶}

ایگر (Eggher) و همکاران در پژوهش خود در سال ۲۰۱۹، ضمن برجسته کردن اهمیت تجربیات بیماران دوقطبی در سیر بهبودی این بیماران به این نتیجه دست یافتند که بیماران دوقطبی به عنوان مبادلات مولد هستند که منجر به تولید دانش جدید می‌شوند و فضای تعامل بیماران با متخصصین پزشکی باعث بالا رفتن کیفیت زندگی روزمره بیماران دوقطبی می‌شود.^۳ مورای (Murray) و

دیگر شروع و سپس سوالات کلی، براساس پرسشنامه راهنما، مطرح شد. چند نمونه از سوالات که به عنوان راهنمای مصاحبه بودند، در زیر آمده‌اند:

- نقش خودتان را در بهبودی بیماری‌تان چقدر می‌دانید؟
- تاکنون چه آموزش‌هایی برای مراقبت از خودتان دریافت کرده‌اید؟
- در چه زمینه‌هایی می‌توانید از خودتان مراقبت بکنید؟
- لطفاً در مورد فعالیت‌های خودمراقبتی روزانه خودتون صحبت کنید؟
- از تجارب خودتان در زمینه‌های خواب، ارتباط با اعضای خانواده، نحوه مصرف دارو و مصرف مواد مشروب بگویید.
- اغلب منابع اطلاعاتی خودتان برای کنترل بیماری‌تان را از کجا تهیه می‌کنید؟

جهت رسیدن به عمق تجارب شرکت‌کنندگان از سوالات اکتشافی (Probing) استفاده گردید. به طوری که طبق پاسخ مشارکت‌کنندگان روند مصاحبه هدایت می‌شد و مصاحبه ادامه پیدا می‌کرد تا چگونگی این فرایندها واکاوی شده و تجربیات واقعی و عمیق بیمار و خانواده آن‌ها در ارتباط با سوال اصلی پژوهش به دست آورده شود.

مصاحبه‌ها تا زمانی ادامه یافت که پاسخ‌ها به حد اشباع برسد. در نهایت، پاسخ‌های به دست آمده توسط پژوهشگر طبقه‌بندی و کدبندی شد. برای اطمینان از نوشتن همه حرف‌ها علاوه بر یادداشت برداری، مصاحبه ضبط شد. در پایان مصاحبه بر اساس یادداشت، نقاط مبهم دوباره از بیمار سوال شد تا همه مطالبه گویا و شفاف باشند.

قوام، صحت و درستی داده‌ها (Rigor): برای افزایش و صحت نتایج مطالعه از معیارهایی که توسط گوبا و لینکولن پیشنهاد گردیده استفاده شد. به این صورت که جهت بررسی مقبولیت (Credibility) و تاییدپذیری (Confirmability) داده‌ها، درگیری طولانی‌مدت، بازبینی توسط همکاران و نظرات متخصصین و افراد صاحب‌نظر به کار گرفته شد. همچنین از بازبینی شرکت‌کنندگان استفاده شد. بدین ترتیب که بعد از اتمام جلسات و جمع‌بندی نظرات افراد، خلاصه‌ای از گفته‌های افراد از روی یادداشت‌های به عمل آمده در حین جلسات برای افراد بازگو شد تا موارد اشتباه و مبهم اصلاح و برطرف گردد. جهت تعیین قابلیت وابستگی (Dependability) از دو نفر

گام اول: مصاحبه با بیماران، خانواده آن‌ها و پرسنل جهت تعیین تجارب خودمراقبتی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

مشارکت‌کنندگان: در این مرحله، مشارکت‌کنندگان شامل بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و خانواده‌هایشان بودند که از یک سال قبل با تشخیص اختلال دوقطبی تحت درمان بوده‌اند. تشخیص اختلال دوقطبی در این بیماران توسط روان‌پزشک و در زمان بستری انجام شده بود. معیارهای ورود، بیمارانی بودند که (۱) حداقل یک بار بستری داشته، (۲) حداقل یک سال از تشخیص اختلال دوقطبی در آن‌ها گذشته، (۳) از نظر علائم بالینی در وضعیت پایدار قرار داشته و (۴) حداقل یک نفر به عنوان مراقب در خانه وجود داشت که داوطلب یادگیری در مورد مراقبت از بیمار خودشان بودند. معیار خروج شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه بود. علاوه بر بیماران، پرسنل شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی که به نوعی در مراقبت و درمان این بیماران درگیر بوده‌اند، در مطالعه مشارکت داده شدند. در این مطالعه، از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و نامتناس استفاده گردید.

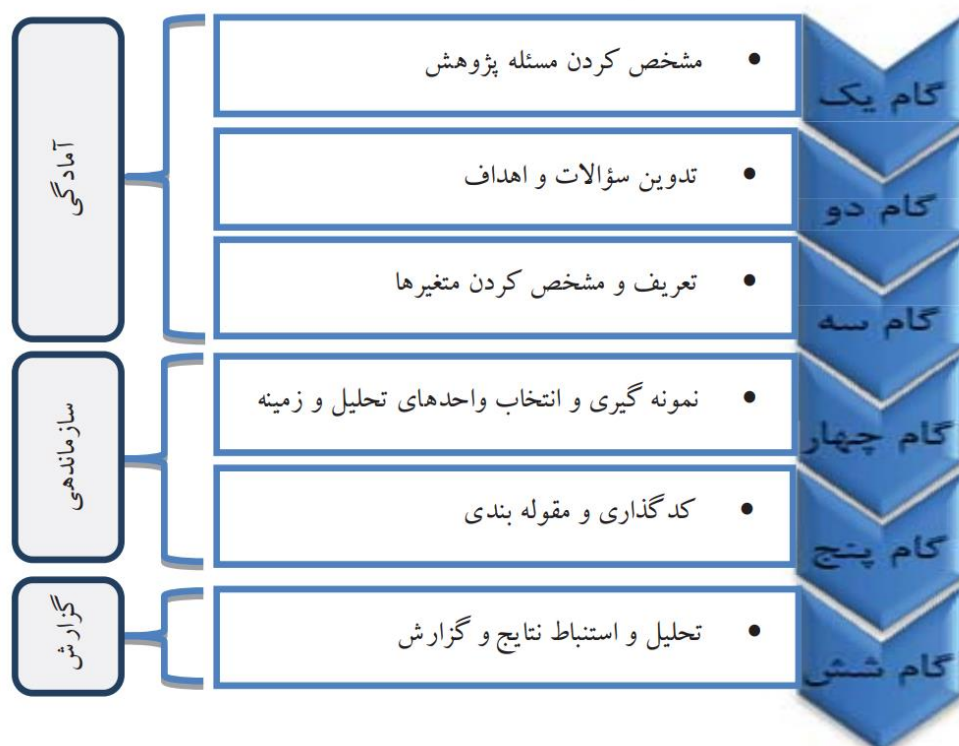
گردآوری داده‌ها: در این مرحله از پژوهش، روش اصلی گردآوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته (با بیماران و خانواده‌های آن‌ها و نیز با کادر بیمارستان) بود. قبل از انجام مصاحبه، ضمن برقراری تماس با خانواده بیماران مشارکت‌کننده و معرفی خود، هماهنگی برای انجام مصاحبه صورت گرفت و با شرکت‌کنندگان ارتباط مناسبی برقرار گردید و توضیحات لازم در مورد تحقیق و هدف از انجام مصاحبه، هم به بیمار و هم به خانواده او داده شد. در صورتی که مشارکت‌کنندگان موافقت خود را در این خصوص اعلام می‌کردند با آن‌ها برای تعیین وقت مصاحبه هماهنگی و در موعد مقرر اقدام به انجام مصاحبه می‌شد. پیش از مصاحبه از مشارکت‌کنندگان، رضایت‌نامه کتبی دریافت شده بود و به آنها این اطمینان داده شده بود که اسامی و اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه خواهد ماند و با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان، صدای مصاحبه آن‌ها به دلیل نیاز به پیاده‌سازی متن، ضبط گردید.

در پژوهش حاضر، مصاحبه در ابتدا با احوالپرسی برای وارد شدن به مصاحبه و سوالات اولیه دموگرافیک مانند سن، سابقه خدمت، تحصیلات، پست سازمانی و موارد

کدها در قالب عبارتهای شفاف و قابل فهم استخراج شدند. کدهای فرعی از نظر تکراری بودن و قابلیت ادغام توسط دو نفر بررسی شدند؛ سپس از نظر تشابه معنایی این کدها طبقه‌بندی شده و نام متناسب برای آنها نوشته شد که همان کد اصلی است. در گام بعدی با بررسی کدهای اصلی، آنها را در تم‌های اصلی طبقه‌بندی کردند. در این مطالعه برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار MAXQDA ورژن ۲۰۲۰ استفاده شد.

برای کدگذاری استفاده شد و به‌منظور تعیین قابلیت انتقال (Transferability) از نظرات صاحب‌نظران، افراد خبره و همچنین نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و نامتجانس استفاده گردید.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: رویکرد تحلیل محتوای کیفی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید که مراحل آن در شکل ۱ آمده است. مصاحبه‌ها چندین بار جهت به‌دست آوردن یک درک کلی از متن خوانده شدند.



شکل ۱. مراحل تحلیل محتوای کیفی

پرستاران) و کارشناسان مدیریت اطلاعات بودند. جهت اولویت‌بندی کدهای حاصل، از تکنیک دلفی استفاده شد. دلفی در دو مرحله انجام یافت. در مرحله اول پرسش‌نامه به پانل خبرگان ارسال شد. پس از جمع‌آوری، گویه‌های بالای هفت و نیم پذیرفته شد و بقیه گویه‌ها به راند دوم دلفی فرستاده شد.

در مطالعه حاضر، متخصصین به کدهای حاصل، از یک تا ده امتیاز دادند. اگر میانگین امتیاز گویه‌ها $7/5$ و بالاتر بود، انتخاب شده و اگر میانگین امتیاز کمتر از 4 بود، کنار گذاشته می‌شدند. گویه‌های بین 4 و $7/5$ دوباره ارزیابی و انتخاب شدند. گویه‌های انتخاب شده به راند دوم دلفی

گام دوم: اجرای روش دلفی جهت تعیین میزان توافق خبرگان در خصوص مولفه‌ها و شاخص‌های مدیریت دانش شخصی خودمراقبتی و تجربی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی و خانواده آن‌ها

در این گام، ابتدا کدهای استخراج شده در مرحله قبل، جمع‌بندی و خلاصه‌سازی شد. سپس جلسه‌ای با حضور پانل خبرگان تشکیل شده و از آن‌ها درخواست شد با بررسی کدهای حاصل از مرحله قبلی، پیشنهادات تکمیلی و ایده‌های جدید خود را مطرح نمایند. پانل خبرگان شامل ۹ نفر از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان (روان‌پزشکان، روان‌شناسان، پزشکان خانواده، دستیاران روان‌پزشکی و

(۸ مرد و ۴ زن) که از یک سال قبل با تشخیص اختلال دوقطبی تحت درمان بوده‌اند (جدول ۱). همچنین ۱۳ نفر پرسنل شاغل (۸ زن و ۵ مرد) در بخش‌های روان‌پزشکی (شامل ۳ نفر پرستار، ۵ نفر روان‌شناس مستقر در بخش و ۳ نفر هیئت علمی گروه روان‌شناسی و ۲ نفر روان‌پزشک با میانگین سنی ۴۱/۸ سال و سابقه خدمتی ۱۴/۶ سال) در این مطالعه مشارکت داشتند (جدول ۲).

فرستاده شده و اگر همبستگی گویه‌ها در راند دوم بیش از ۰/۶ بود آنها را قبول کرده و راندها پایان می‌یافت.

یافته‌ها

نتایج گام اول: مصاحبه با بیماران و پرسنل

مشارکت‌کنندگان در پژوهش شامل ۱۲ نفر بیمار (با میانگین سنی ۳۸/۷۵ سال) به همراه خانواده‌هایشان بودند

جدول ۱. مشخصات مشارکت‌کنندگان مبتلا به اختلال دوقطبی (۱۲ نفر)

کد شرکت‌کننده	جنس	سن	مدت بیماری
۱	مرد	۳۵	۱۵
۲	زن	۵۰	۲۵
۳	زن	۴۵	۱۵
۴	مرد	۲۵	۱۴
۵	زن	۴۱	۱۵
۶	مرد	۲۵	۱۰
۷	مرد	۳۹	۱۷
۸	مرد	۴۰	۲۴
۹	مرد	۵۴	۳۵
۱۰	مرد	۳۰	۱۲
۱۱	زن	۴۸	۱۸
۱۲	مرد	۳۳	۸

جدول ۲. مشخصات پرسنل شاغل مشارکت‌کننده در پژوهش (۱۳ نفر)

کد شرکت‌کننده	جنس	سن	سابقه کاری	تحصیلات	موقعیت شغلی
۱	زن	۳۵	۱۵	کارشناسی پرستاری	کارشناس واحد مراقبت‌های پس از ترخیص
۲	زن	۴۱	۱۵	کارشناسی پرستاری	کارشناس واحد مراقبت‌های پس از ترخیص
۳	مرد	۳۳	۲	دکترای روان‌شناسی بالینی	هیئت علمی گروه روان‌شناسی
۴	زن	۳۲	۵	دکترای روان‌شناسی بالینی	هیئت علمی گروه روان‌شناسی
۵	مرد	۳۸	۳	دکترای روان‌شناسی بالینی	هیئت علمی گروه روان‌شناسی
۶	مرد	۵۴	۲۳	دکترای روان‌شناسی عمومی	روانشناس واحد مراقبت‌های پس از ترخیص
۷	زن	۴۰	۱۴	کارشناسی ارشد روان‌شناسی	پرستار شاغل در بخش روان
۸	زن	۴۱	۱۶	دکترای روان‌شناسی سلامت	روان‌شناس درمانگاه
۹	زن	۴۶	۲۰	کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی	روان‌شناس بخش روان
۱۰	مرد	۴۸	۲۳	کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی	روان‌شناس بخش روان
۱۱	زن	۳۷	۱۷	کارشناسی ارشد پرستاری	سوپر وایزر آموزشی بیمارستان
۱۲	زن	۴۰	۱۰	رزیدنت روان‌پزشکی	رزیدنت روان‌پزشکی
۱۳	مرد	۵۹	۲۸	روان‌پزشکی	هیئت علمی گروه روان‌پزشکی

(جدول ۳) و پنج تم مربوط به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (جدول ۴) بود.

در پژوهش حاضر، با کدگذاری متون مصاحبه با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای کیفی، هفت تم و ۲۴ طبقه اصلی استخراج شد که دو تم مربوط به بیماران

نتایج حاصل از مصاحبه با بیماران

خانواده‌های آنها، استراتژی‌های افزایش تعامل بیماران در فرایند درمان.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های بیماران شامل دو تم بود که عبارتند از: استراتژی‌های آموزش به بیماران و

جدول ۳. تم، طبقات اصلی و فرعی حاصل از مصاحبه با بیماران

تم	طبقات اصلی	طبقات فرعی
	آموزش حضوری و گروهی بیماران جهت مراقبت از خود	ارائه آموزش حضوری به بیماران در راستای مراقبت از خود ارائه تجارب به بیماران از طریق جلسات آموزشی و گروه درمانی
استراتژی‌های آموزش به بیماران و خانواده‌های آنها	آموزش بیماران و خانواده‌های آنها جهت مدیریت و استفاده از تجارب کسب شده	آموزش خانواده‌های بیماران براساس تجارب به‌دست آمده از طریق ارائه پمفلت و سایر آموزش‌ها تشکیل جلسات آموزشی با حضور بیماران و خانواده آنها در بیمارستان
	آموزش به بیماران در فضای مجازی	فراهم کردن امکانات و تجهیزاتی نظیر گوشی و تبلت جهت به اشتراک‌گذاری تجربیات تشکیل گروه‌های همیار در نرم‌افزارهایی مثل واتساپ و تلگرام
استراتژی‌های افزایش تعامل بیماران در فرایند درمان	بهبود نگرش و ارتقای خودآگاهی بیماران جدا کردن بیماران بد حال از سایرین	ایجاد باور و تغییر فرهنگ و دیدگاه بیماران نسبت به اشتراک‌گذاری تجربیات تغییر باور بیماران نسبت به محرمانه ماندن حرف‌های آنها جلوگیری از انتقال تجارب بد و آسیب‌رسان رعایت حریم شخصی بیماران

و ارتقای خودآگاهی بیماران، و جدا کردن بیماران بد حال از سایرین بود؛ که هر کدام شامل دو طبقه فرعی بودند. مشارکت‌کننده شماره ۲ اشاره کرد: "فکر کنم اگر بتونم مطالبی در خصوص بیماری‌ام از بقیه دریافت کنم، می‌تونم وضعیت خودمو بیشتر کنترل کنم. مثلاً در خصوص جنبه‌های مختلف بیماری و عوارض داروها، و کنترل خشم ناشی از بیماری‌ام، استفاده از تجربه‌های بقیه میتونه مفید باشه"

نتایج حاصل از مصاحبه با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

در کل پنج تم از مصاحبه با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت حاصل شد که عبارتند از: توجه به حریم شخصی گیرندگان خدمت، عوامل بازدارنده در مدیریت دانش خودمراقبتی، درون‌داده‌های لازم برای مدیریت دانش خودمراقبتی، فرایندهای مدیریت تجربه‌های شخصی بیماران، و فناوری اطلاعات آموزش.

الف) استراتژی‌های آموزش به بیماران و خانواده‌های آنها:

این تم خود متشکل از سه طبقه اصلی بود که عبارتند از: آموزش حضوری و گروهی بیماران جهت مراقبت از خود، آموزش بیماران و خانواده‌های آنها جهت مدیریت و استفاده از تجارب کسب شده، و آموزش به بیماران در فضای مجازی.

مشارکت‌کننده شماره ۳ اظهار نمود: "خونواده‌م در کنترل بیماری من نقش اساسی دارن. مثلاً وقتی که یادم می‌ره داروها رو بخورم خونواده‌م به من یادآوری می‌کنن".

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان (شماره ۷) بیان کرد: "من هر موقع حالم بد شه اول به خونواده‌م می‌گم تا جایی که می‌تونن با سایر تجربیات وضعیت منو کنترل کنن برا همین فکر می‌کنم هر چقدر آگاهی خونواده‌ها درباره بیماری بیشتر باشه می‌تونه به کنترلش کمک کنه"

ب) استراتژی‌های افزایش تعامل بیماران در فرایند درمان:

این تم خود متشکل از دو طبقه اصلی بهبود نگرش

جدول ۴. تم، طبقات اصلی و فرعی حاصل از مصاحبه با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

تم	طبقه اصلی	طبقات فرعی (فراوانی تکرار کد)
توجه به حریم شخصی گیرندگان خدمت	حفظ محرمانگی	حفظ اسرار بیماران (۵) مسائل اخلاقی و خصوصی به‌عنوان عامل بازدارنده در اشتراک‌گذاری تجارب بیماران عدم اطمینان بر سیستم درمان (ترس بیماران از سوءاستفاده از داده‌های او) ترس از قضاوت شدن بزرگ‌ترین مانع اشتراک‌گذاری تجارب (۲) عدم صحبت بیماران از لحاظ فرهنگی به‌خاطر قبح بیماری در جلسات (۳) گرفتن رضایت از خانواده بیمار جهت اشتراک‌گذاری تجارب
عوامل بازدارنده در مدیریت دانش خودمراقبتی	موانع مالی	مشکل در ایاب و ذهاب (۲) محدودیت مالی و زمانی برای بیماران (۵) تعرفه جلسات گروه درمانی عدم دسترسی همه بیماران به امکان اشتراک‌گذاری تجارب مثل شبکه‌ها و گروه‌های مجازی عدم اطلاع از وجود شبکه‌های مجازی عدم دسترسی به امکانات مولتی مدیا، گوشی همراه و اینترنت در بیماران و خانواده‌هایشان
موانع مرتبط با بیمار	موانع مدیریتی	سیاست‌های غلط حاکمیتی ترس از نبود پشتوانه (۲) نبود مدیران با انگیزه (۲) نبود قانون‌های حمایت‌کننده (۲) نبودن تعهد و انگیزه در کارکنان نبودن تیم‌های بین بخشی در بیمارستان‌ها مستلزم این اشتراک‌گذاری می‌باشد عدم آگاهی خانواده‌ها از وجود چنین آموزش‌هایی (۳) عدم حضور مرتب در جلسات گروهی نبود توجه و تمرکز کافی در بیماران (۲) نبود انگیزه لازم توسط بیماران به علت پایین یا بالا بودن خلق‌شان (۳) نبود سواد رسانه‌ای در بیماران تفاوت‌های فردی بیماران
درون‌داده‌های لازم برای مدیریت دانش خودمراقبتی	نیروی انسانی	نیاز به نیروی انسانی و تجهیزات آموزشی کافی برای نشان دادن فیلم و اسلاید (۲) تسهیل‌گرهای متخصص پرستاران بهبود کیفیت می‌توانند در راه‌اندازی سامانه جمع‌آوری تجارب قدم بردارند. تشکیل گروه‌هایی که از لحاظ علمی و تجربی در این زمینه کار کرده‌اند نبود مکان، هزینه و تسهیلات لازم برای برگزاری جلسات گروهی و آموزش بیماران (۴) وجود فضای فیزیکی (حداقل یک اتاق برای آموزش‌های گروهی لازم) (۴) در نظر گرفتن مشوق‌هایی جهت ارائه تجارب تهیه منابع مالی و حمایتی از بیماران (۳) تهیه ژتون‌های تقویت رفتار جهت شرکت در گروه درمانی کتابچه‌های آموزشی
فرایندهای مدیریت تجربه‌های شخصی بیماران	آموزشی	تهیه بروشور و مستندهایی در زمینه زندگی بیماران (۳) توزیع تجارب پذیرفته شده در قالب پمفلت و ویدیوهای کوتاه آموزشی در صدا و سیما و مراکز سلامت بین روان‌شناسان و پرستاران (۳)
ارایه خدمت	موانع مالی	مشارکت بیمار در درمان خودش بالا بودن سطح بینش خانواده بیمار در کمک به سیر درمان بیمار خودش ثبت سیستماتیک تجارب بیماران به‌خصوص در ویزیت‌های بالینی و بیمارستانی مستندسازی دقیق و درست اطلاعات تجارب در سیستم پزشکان یا پرستاران ضبط شود تا بیمار بتواند ببیند.

تم	طبقه اصلی	طبقات فرعی (فراوانی تکرار کد)
	جمع‌آوری تجربه‌ها	<p>ثبت و اشتراک‌گذاری تجارب باید در سنجه‌های بهبود کیفیت بیماران گنجانده شود. مستندسازی تجارب بیماران به صورت یادکست یا تصویربرداری استانداردسازی فرایند اشتراک‌گذاری</p> <p>پرستاران در ارزیابی اولیه و علایمی که بیمار مطرح می‌کند راجع به مطرح کردن تجربیات‌شان سوال کنند. مثلا موقع دلتنگی چه می‌کنید؟ استفاده از تجربه‌های پرستاران و روان‌شناسان با سابقه (۲)</p> <p>می‌توان به‌طور حضوری و یا از طریق سمعی و بصری در جریان تجربیات بیماران قرار گرفت مشاهده تجارب در یک بیمار یا دیگری می‌تواند در بهبود فرد موثر باشد همکاری لازم پرسنل و پزشکان در راستای سنجش تجارب</p> <p>برقراری کلاس‌های آموزشی</p> <p>آموزش گروهی بیماران در بخش و خانواده‌هایشان (۷)</p> <p>برقراری کلاس‌های گروهی برای استفاده از تجارب هم‌دیگر</p> <p>آموزش در سطح مدارس و دانشگاه‌ها (۳)</p> <p>گروه درمانی با هدایت یک رهبر در گروه (۱۲)</p> <p>آموزش گروهی تخصصی برای روان‌شناسان بخش‌ها</p>
	طراحی و توسعه سامانه	<p>ایجاد اپ خودمراقبتی و بروز رسانی آن</p> <p>ایجاد دیتا بانک و استفاده از تکنولوژی‌هایی مثل هوش مصنوعی</p> <p>طراحی اپلیکشین جهت تجاری که افزوده می‌شود هر زمان برای استفاده بیماران وجود سامانه‌ای مستقل در صفحه دانشگاه برای تجارب (۳)</p> <p>تشکیل گروه‌های مجازی با وجود یک ناظر یا هدایت‌گر (۲)</p> <p>شبکه‌های مجازی اشتراک تجارب و جلسات آنلاین</p> <p>استفاده از ظرفیت‌های رسانه‌های اجتماعی برای اشتراک‌گذاری تجربیات بیماران (۳)</p> <p>وجود اهل فن و اساتید باید شواهد و تجربیات را ارزیابی کنند تا از فیلتر علمی رد شوند (۳)</p> <p>تحقیق و بررسی شود که اثربخشی دارد یا نه</p> <p>احتمال تجارب آسیب‌رسان</p> <p>راستی‌آزمایی سخنان بیماران و خانواده‌هایشان</p> <p>قبل از انتشار تجارب باید بومی‌سازی شوند (هدفمان مشخص شود برای چه گروهی و چه طبقه‌ای از بیماران) (۳)</p> <p>معیار انتخاب تجارب: تکرارپذیری- نتیجه دادن پایلوت- تایید شواهد علمی- آسیب‌رسان نبودن تجربه</p> <p>بومی‌سازی کردن تجارب و عدم تعمیم یک تجربه در یک بخش به سایر بخش‌ها (۳)</p> <p>آنلاین کردن جلسات</p> <p>امکانات مولتی مدیا (۴)</p>
	انتشار تجربه‌ها	
	تحلیل تجربه‌ها	
	آموزش مجازی	

مشارکت‌کننده شماره ۲ در این خصوص بیان نمود:
 "اگه بیمار به سطحی از آگاهی نرسه که در درمان خودش مشارکت کنه، و خانواده به اون سطح بینش دست نیابن که کنترل علایم در بهبود و کنترل بیماری موثر هستن، درمان داری موفق واقع نمیشه"
ج) درون‌داده‌های لازم برای مدیریت دانش خودمراقبتی: این تم خود متشکل از چهار طبقه اصلی

الف) توجه به حریم شخصی گیرندگان خدمت: این تم خود متشکل از سه طبقه اصلی بود که عبارتند از: حفظ محرمانگی، انگ و تبعیض، و رضایت آگاهانه.
ب) عوامل بازدارنده در مدیریت دانش خودمراقبتی: این تم خود متشکل از چهار طبقه اصلی موانع مالی، موانع فناوری، موانع مدیریتی، و موانع مرتبط با بیمار و با ۱۸ طبقه فرعی بود.

بیمارشون و همچنین کنترل زمان داروها آموزش ببینن، می تونن نقش مفیدی در مدیریت بیماری داشته باشن... برای همین ارائه آموزش های گروهی به بیماران و خانواده شون از اهمیت زیادی برخورداره"

ه) فناوری اطلاعات آموزش: این تم خود متشکل از چهار طبقه اصلی طراحی و توسعه سامانه، انتشار تجربه ها، تحلیل تجربه ها، و آموزش مجازی و با ۱۶ طبقه فرعی بود. براساس متون مصاحبه یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت: "می توان پلتفرم های مجازی برای جمع آوری چگونگی مراقبت ها استفاده کرد."

نتایج گام دوم: تکنیک دلفی

نتایج راند اول دلفی

پرسش نامه دور اول دلفی مشتمل بر ۶۵ کد مستخرج از مراحل قبلی، به صورت حضوری بین اعضای پانل توزیع شده و اعضای پانل امتیازی از ۱ تا ۱۰ به هر یک از کدها دادند. بر اساس نتایج راند اول دلفی، ۴۱ کد از ۶۵ کد، میانگین نمره بالای ۷/۵ کسب کردند. مابقی کدها (۲۴ کد)، میانگین نمره ای بین ۴ تا ۷/۵ داشتند، بنابراین وارد راند دوم دلفی شدند. نتایج راند اول دلفی در جدول ۵ آمده است.

نیروی انسانی، فضای فیزیکی، منابع مالی، و آموزشی و با دوازده طبقه فرعی بود.

بر اساس متون مصاحبه، یکی از مشارکت کنندگان (شماره ۱) اظهار داشت: "به اشتراک گذاری تجارب بیماران باعث کاهش تجربه های ناموفق و ناکارآمد و صرفه جویی در زمان و افزایش کیفیت درمان می شه، بنابراین بهتره تجربیات بیماران در قالب پمفلت و فیلم آموزشی تهیه و از طریق رسانه پخش شه"

د) فرایندهای مدیریت تجربه های شخصی بیماران:

این تم خود متشکل از چهار طبقه اصلی ارایه خدمت، ثبت تجربه ها، جمع آوری تجربه ها، و آموزش و با ۱۹ طبقه فرعی بود.

مشارکت کننده شماره ۱ اشاره کرد: "برای ثبت تجربیات، در جلسه ها یا کلاس ها باید روان پزشکی یا یه فرد متخصص وجود داشته باشه تا تجربیات از فیلتر علمی اونا رد شه؛ و بهتره این تجربیات به صورت فایل صوتی و یادکست مستندسازی شن"

مشارکت کننده شماره ۵ اظهار داشت: "به همون اندازه که دارو بر بهبود این بیماری تاثیر داره، آگاهی بیماران از بیماریش و خانواده ایشان هم از طریق حمایت لازم می تونه در درمان و بهبودی بیمار کمک موثر داشته باشه؛ مثلا خانواده ها اگه در خصوص نحوه کنترل خشم و پرخاشگری

جدول ۵. نتایج راند اول تکنیک دلفی در خصوص مولفه های به اشتراک گذاری تجارب شخصی خودمراقبتی

عوامل	ابعاد	میانگین پاسخ ها	عوامل	ابعاد	میانگین پاسخ ها
	زیرساخت قوی اینترنتی و ارتباطی	۷/۸۹	ایجاد باور در ذینفعان به اثربخشی استفاده از شواهد در مدیریت	۸/۳۳	
	فناوری اطلاعاتی در دسترس	۸	بهبود روند کار	۸	
تسهیل کننده های به اشتراک گذاری	رهبری حمایتی در سازمان	۷/۷۸	مدیریت بهتر زمان	۷/۶۷	
تجربه های شخصی خودمراقبتی	ارتباط موثر بین فردی	۸/۲۲	کانال ارتباطی موثر	۸/۳۳	
	انگیزه	۸/۵۶	کاهش تعداد کمیته ها و شوراها	۷/۷۸	
	دسترسی به منابع لازم	۷/۷۸	اصلاح سیستم ارزیابی و استفاده از منابع ارزیابی متعدد (دریافت کنندگان خدمات، ارائه دهندگان) و استفاده سیستماتیک از نتایج آن.	۷/۷۸	
	جو سازمانی	۷/۷۸	فراهم کردن دسترسی ذینفعان به فرآیند تصمیم گیری	۸	
	امنیت درک شده از انتقال دانش	۸/۶۷	اصلاح نظام تنبیه و تشویق بر اساس میزان پای بندی به رهنمودها	۷/۶۷	
	پشتیبانی مدیریت از اشتراک دانش	۸/۳۳	انتشار نتایج اعمال نظر ارائه دهندگان خدمات در نظام سلامت	۷/۶۷	
	فرهنگ اشتراک گذاری در سازمان	۸/۲۲			

عوامل	ابعاد	میانگین پاسخ‌ها	عوامل	ابعاد	میانگین پاسخ‌ها
			راه‌اندازی سامانه جمع‌آوری و پردازش اطلاعات در	تماایل به اشتراک‌گذاری	
۷/۶۷	نظام سلامت	۸/۶۷	بررسی دستورالعمل‌ها، و توجه به استانداردهای علمی با ذینفعان	زمینه تشویق و پاداش در سازمان	
۷/۷۸	ارتقاء سطح همکاری‌های درون و برون سازمانی	۸/۳۳	تربیت تسهیلمان مدیریت دانش شخصی	جمع‌آوری و آماده‌سازی دانش میزان مشارکت	
۸/۵۶	فقدان خطمشی‌ها و رهبری شفاف به اشتراک‌گذاری دانش	۷/۷۸	موانع به اشتراک‌گذاری	دسترسی به مشاور	
۷/۶۷	بی‌اعتقادی به نیاز به تسهیلمان	۸/۱۱	تجربه‌های شخصی	اطلاعات کافی برای احساس اطمینان در نقش مراقب	
۷/۷۸	فقدان ساختار سیستماتیک برای استفاده از تجربیات ارائه‌دهندگان خدمات	۷/۶۷	خودمراقبتی در بیماران	کیفیت محتوای دانش	عناصر به اشتراک‌گذاری
۸/۱۱	بی‌اعتمادی مدیران به نظرات ارائه‌دهندگان خدمات	۷/۶۷	عدم تطبیق محتوای آموزشی با نیازهای واقعی	کیفیت سیستم‌های مدیریت دانش	تجربه‌های شخصی
۸	نظام سلامت	۷/۸۹	عدم توجه یکسان به تمامی بخش‌های نظام سلامت	سودمندی درک شده از سیستم‌های مدیریت دانش	خودمراقبتی در بیماران
۸/۱۱	باور داشتن به نقش مردم	۸/۲۲	احتمال وجود تجربه‌های آسیب‌رسان	تخصیص منابع	
۷/۷۸		۷/۷۸			

نتایج راند دوم دلفی

پایان یافت. از جمله کدهای حذف شده در حیطه تسهیل‌کننده‌ها می‌توان به نوع تلفن، تعاملات غیر رسمی و دانش کاربران؛ در حیطه موانع به حجم کار بالا، خرابی شبکه، عدم توانمندسازی و آموزش پایدار؛ در حیطه عناصر، به یافتن اطلاعات، فرهنگ به اشتراک‌گذاری و در حیطه استراتژی‌ها، به بکارگیری تجارب سازمان‌های موفق و آموزش آن‌ها به مدیران نظام سلامت، ایجاد سیستم ثبت تجربیات ذینفعان و تشویق به ثبت تجربیات آن‌ها اشاره نمود. نتایج مربوط به توافق بین نمرات راند اول و دوم در جدول ۶ گزارش شده است.

در این مرحله، پرسش‌نامه‌ای شامل ۲۴ کد بین اعضای پانل توزیع شده و اعضای پانل امتیازی از ۱ تا ۱۰ به هر یک از ۲۴ کد دادند. تمامی پاسخ‌دهندگان در دور دوم دلفی در دور اول نیز شرکت کرده بودند. پس از تکمیل پاسخ‌ها، با استفاده از آلفای کرونباخ، توافق بین نمره راند اول و راند دوم برای هر کدام از ۲۴ کد محاسبه شده و به درصد گزارش شد. بر اساس نتایج، تنها ۷ کد دارای توافق بالای ۰/۶ بودند (جدول ۵). مابقی کدها (۱۷ کد) به دلیل توافق کمتر از ۰/۶ کنار گذاشته شده و به این ترتیب راندهای دلفی

جدول ۶. توافق بین نمرات راند اول و دوم تکنیک دلفی در خصوص مولفه‌های به اشتراک‌گذاری تجارب شخصی خودمراقبتی

درصد توافق*	ابعاد	عوامل
۸۵	دسترسی به کامپیوتر	تسهیل‌کننده‌های به اشتراک‌گذاری تجربه‌های شخصی خودمراقبتی
۶۴	رضایت شغلی	موانع به اشتراک‌گذاری تجربه‌های شخصی خودمراقبتی
۷۳	سازوکارهای حکمرانی	استراتژی‌های به اشتراک‌گذاری تجربه‌های شخصی خودمراقبتی
۷۰	کمبود وقت	موانع به اشتراک‌گذاری تجربه‌های شخصی خودمراقبتی
۶۵	کمبود پرسنل	موانع به اشتراک‌گذاری تجربه‌های شخصی خودمراقبتی
۸۱	تعامل با سازمان‌ها یا گروه‌هایی از افراد که اطلاعات ارائه می‌کنند	استراتژی‌های به اشتراک‌گذاری تجربه‌های شخصی خودمراقبتی
۷۳	بررسی جامع (برنامه‌های درسی) و محتوای آموزشی	استراتژی‌های به اشتراک‌گذاری تجربه‌های شخصی خودمراقبتی

* این عدد از حاصلضرب مقدار عددی آلفای کرونباخ در ۱۰۰، بدست آمده است.

بحث

ارزیابی تجارب و صحت‌سنجی آنها حضور داشته باشد تا فقط تجارب موثق به بیماران انتقال داده شده و از انتقال تجاربی که احتمال آسیب رساندن به بیماران را دارند، خودداری گردد. در پژوهشی که توسط ایگر (Eggher) با عنوان "بیماران دوقطبی و شیوه‌های خلاقانه آنلاین: به اشتراک گذاری تجربیات درمان‌های بحث‌برانگیز" انجام شد، ضمن برجسته کردن اهمیت تجربیات بیماران دوقطبی در سیر بهبودی این بیماران، نشان داد که بیماران دوقطبی به عنوان مبادلات مولد هستند که منجر به دانش جدید می‌شوند. همچنین تعامل بیماران با متخصصین پزشکی باعث بالا بردن کیفیت زندگی روزمره بیماران دوقطبی می‌شود.^۳

در مطالعه حاضر به استفاده از بستر فضای مجازی برای ارائه آموزش به بیماران و نیز اشتراک گذاری تجارب میان بیماران تاکید شد که این موضوع می‌تواند در نظام سلامت جهت بهبود رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مورد توجه قرار گیرد. در مطالعه‌ای که توسط مورای و همکاران با هدف حمایت از خود‌مدیریتی در اختلال دوقطبی انجام گرفت، با توسعه یک وب‌سایت (مرکز سلامتی دوقطبی) که ابزارها و استراتژی‌های مبتنی بر شواهد را برای خود‌مدیریتی بیماران دوقطبی در خود جای می‌داد، دریافتند که مقوله‌های خود‌مدیریتی در بهبود کیفیت زندگی در اختلال دوقطبی به‌خصوص در حیطه‌های خلق و خو، خواب، سلامت جسمانی و تعامل با اجتماع تاثیر مثبت دارد. همچنین تماس با همتایان به‌طور مداوم به‌عنوان یک جنبه مفید یادگیری از دیگران، در مدیریت شرایط مشابه از طریق تجربیات مشترک در این مطالعه تاکید شده است.^{۱۷} بلاندر (Bellander) و همکاران در مطالعه‌ای به این مهم دست یافتند که وبلاگ‌ها می‌توانند با گرد هم آوردن افرادی با تشخیص یکسان، اما دارای انواع مختلف دانش، مهارت‌ها و منابع، با تسهیل گفتگو و حفظ تبادلاتشان، به تسهیل فرآیندهای جمعی تولید دانش کمک کنند.^{۲۰} دووال و همکاران پژوهشی کیفی با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزش درمانی گروهی بر بهبود فردی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و عوامل تعیین کننده آن انجام دادند. این مطالعه کیفی، شواهدی را برای حمایت از مزایای برنامه‌های آموزش گروهی درمانی در بهبود شخصی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی ارائه می‌کند.^{۱۹} علاوه بر این، در مطالعه حاضر بیان شد که در جلسات آموزشی بیماران، می‌بایست یک فرد آگاه و خبره برای

در مطالعه حاضر، دیدگاه ذینفعان در خصوص مدیریت دانش شخصی در اختلال دوقطبی با استفاده از رویکرد کیفی، استخراج شد. در پژوهش حاضر سعی شد با افراد متنوعی در خصوص تجارب شخصی حاصل از خودمراقبتی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مصاحبه شده و به کمک تکنیک دلفی، جمع‌آوری داده‌ها صورت گیرد. این روش می‌تواند تا حدودی تکمیل‌کننده محدودیت‌های مطالعات کمی بوده و بر غنای آیت‌های استخراج شده بیفزاید و در نهایت، بهره‌مندی از تجارب شخصی حاصل می‌تواند در مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نقش کلیدی داشته باشد.

طبق نتایج به دست آمده از مصاحبه‌ها در مطالعه حاضر، ارائه آموزش‌های حضوری فردی و گروهی به بیماران و نیز خانواده آن‌ها در جنبه‌های مختلف از جمله مصرف داروها می‌تواند به ارتقای خودمراقبتی در این دسته از بیماران کمک نماید. کومار (Kumar) و همکاران در تحقیقی با عنوان "ارزیابی دانش و نگرش مرتبط با لیتیوم در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در مورد درمان طولانی مدت نگهدارنده لیتیوم" ضمن تایید اینکه لیتیوم هنوز در عمل بالینی برای مدیریت اختلال دوقطبی ارجحیت دارد و از جمله عوامل نگهدارنده خط اول است؛ به این نتیجه رسیدند که نداشتن دانش کافی درباره طرز مصرف این دارو می‌تواند آن‌ها را در معرض خطر مسمومیت قرار دهد و علاوه بر نگرانی‌های ایمنی، بر نگرش بیماران نسبت به دارو تاثیر منفی بگذارد.^۷ مطالعه چاکرابارتی (Chakrabarti) با عنوان "پای‌بندی به درمان در اختلال دوقطبی"، نشان داد که ارتقای دانش و آگاهی اعضای خانواده نسبت به بیماری و درمان آن، تأثیر قابل توجهی بر باورها و نگرش خود بیمار در پذیرش بیماری و درمان آن و نیز پای‌بندی بیماران دو قطبی به دارو دارد.^۴ دووال (Duval) و همکاران پژوهشی کیفی با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزش درمانی گروهی بر بهبود فردی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و عوامل تعیین کننده آن انجام دادند. این مطالعه کیفی، شواهدی را برای حمایت از مزایای برنامه‌های آموزش گروهی درمانی در بهبود شخصی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی ارائه می‌کند.^{۱۹} علاوه بر این، در مطالعه حاضر بیان شد که در جلسات آموزشی بیماران، می‌بایست یک فرد آگاه و خبره برای

استراتژی‌های درمانی را برای بیماران بهینه کند. در این مطالعه، پس از اجرای راند دوم دلفی، در خصوص ۱۷ کد توافق حاصل نشد که از جمله این کدها می‌توان به تعاملات غیر رسمی و دانش کاربران، حجم کار بالا، خرابی شبکه، عدم توانمندسازی و آموزش پایدار، یافتن اطلاعات، فرهنگ به اشتراک‌گذاری و به کارگیری تجارب سازمان‌های موفق و آموزش آن‌ها به مدیران نظام سلامت، ایجاد سیستم ثبت تجربیات ذینفعان و تشویق به ثبت تجربیات آن‌ها اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

طبق نتایج مطالعه حاضر، ارائه آموزش‌های حضوری فردی و گروهی به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و خانواده آن‌ها می‌تواند منجر به ارتقای خودمراقبتی در بیماران در زمینه‌های مختلف اعم از مصرف داروها گردد. همچنین ارائه آموزش و به اشتراک‌گذاری تجربیات موثق بین بیماران در فضای مجازی نیز می‌تواند در راستای بهبود رفتار خودمراقبتی بیماران کمک کننده باشد. در نظر گرفتن استراتژی‌هایی نظیر ارتقاء سطح همکاری‌های درون و برون سازمانی و تسهیل‌کننده‌هایی نظیر تقویت زیرساخت قوی اینترنتی و ارتباطی در نظام سلامت می‌تواند منجر به بهبود رفتارهای خودمراقبتی بیماران دوقطبی و در نهایت ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها گردد. علاوه بر این، جهت ارتقای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، مدیران نقش مهمی در تولید دانش شخصی و تبدیل آن به دانش سازمانی داشته و باید در تشکیل کمیته مدیریت تجربه در زیر مجموعه دفتر بهبود کیفیت بیمارستان‌ها اقدام کرده و در راستای جهت‌دهی تجربیات از شخصی به گروهی و سازمانی طی مراحل عملیاتی تلاش نمایند.

پیامدهای عملی پژوهش

به کارگیری تجربیات مرتبط با مدیریت دانش شخصی خودمراقبتی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، می‌تواند گامی برای طراحی و ارائه مدلی جهت نشان دادن مراحل الگوی مدیریت دانش در بین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی باشد. همچنین می‌تواند رفتارهای خودمراقبتی را در این بیماران بهبود بخشد و منجر به ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها گردد.

درک شدن توسط دیگران، کاهش احساس تنهایی و احساس تعلق به یک گروه را افزایش می‌دهد.^{۱۹} در مجموع می‌توان اعلام نمود که بیشتر مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر، بر ارائه آموزش به بیماران و خانواده آن‌ها تأکید داشتند اما در کنار ارائه هرگونه آموزشی، بهتر است اقداماتی در خصوص تغییر نگرش بیماران و خانواده آن‌ها نسبت به تأثیرگذاری آموزش و بهره‌مندی از تجارب دیگران بر بهبود روند بیماری آنها صورت گیرد. زیرا طبق مدل دانش، نگرش، عملکرد، ارتقای دانش و آگاهی می‌تواند موجب تغییر در نگرش افراد شده و در نهایت منجر به تغییر رفتار موثر گردد. بنابراین، ارائه آموزش به تنهایی کافی نبوده و در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای و آموزشی می‌بایست بهبود نگرش بیماران و خانواده آن‌ها نیز در نظر گرفته شود. علاوه بر این، در کنار آموزش‌های سطح فردی و خانوادگی، مسئولین و سیاست‌گذاران می‌بایست نسبت به راه‌اندازی آموزش‌های ملی و رسانه‌ای برنامه‌ریزی نمایند.

در مطالعه حاضر، نتایج به دست آمده از تکنیک دلفی نشان داد که اعضای پانل خبرگان در راند اول در خصوص ۴۱ کد و در راند دوم در خصوص ۷ کد به توافق رسیدند. کدهای حاصل در ۴ دسته طبقه‌بندی شدند که عبارتند از: تسهیل‌کننده‌ها، عناصر، استراتژی‌ها و موانع به اشتراک‌گذاری تجارب شخصی در خودمراقبتی از بیماران. از جمله این کدها می‌توان به زیرساخت قوی اینترنتی و ارتباطی، رهبری حمایتی در سازمان و ارتباط موثر بین فردی در حیطه تسهیل‌کننده‌ها، بهبود روند کار، مدیریت بهتر زمان و ارتقاء سطح همکاری‌های درون و برون سازمانی در حیطه استراتژی‌ها، فقدان خط‌مشی‌ها و رهبری شفاف به اشتراک‌گذاری دانش در حیطه موانع، کیفیت محتوای دانش و کیفیت سیستم‌های مدیریت دانش در حیطه عناصر اشاره کرد. جهت بهبود فرایند به اشتراک‌گذاری تجارب خودمراقبتی و نیز ارتقای رفتار خودمراقبتی در بیماران دوقطبی و خانواده آن‌ها، می‌بایست موارد فوق توسط سیاست‌گذاران و مسئولین کشوری و نیز روان‌پزشکان در نظر گرفته شود. در نظر گرفتن این نکته ضروری است که بیماران بر اساس تشخیص، می‌توانند نیازهای متفاوتی داشته باشند. شخصی‌سازی بر اساس نیازهای فردی بیماران می‌تواند مداخله و تأثیر

قدردانی‌ها

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکترای علم اطلاعات و دانش‌شناسی، گرایش مدیریت اطلاعات و دانش‌شناسی می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند 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 مفهوم‌سازی، مدیریت پروژه؛ مصطفی فرح‌بخش در بخش نظارت بر پروژه، نوشتن، ویرایش و مرور، طراحی روش تحلیل و لیلا بنی‌فاطمه در امور مربوط به انجام تحقیق، نوشتن پیش‌نویس اصلی، تجزیه و تحلیل داده‌ها نقش داشتند. همچنین مولفان، نسخه نهایی پیش‌نویس مقاله را خوانده و تایید نموده‌اند.

منابع مالی

این مقاله حمایت مالی ندارد.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1403.044 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم تحقیقات تهران به تصویب رسیده است. در انجام مصاحبه ابتدا پژوهشگر خود را به مشارکت‌کنندگان معرفی کرده و اهداف پژوهش را برای آنها توضیح داده و فرم رضایت آگاهانه کتبی را در اختیار آنها قرار داد. به‌علاوه به مشارکت‌کنندگان اطلاع داده شد که مجاز هستند که در هر زمان و بدون نیاز به هیچ‌گونه توضیح یا توجیهی از مشارکت در پژوهش کناره‌گیری کنند. از مشارکت‌کنندگان جهت استفاده از ضبط صدای آنها اجازه گرفته شد. همچنین به مشارکت‌کنندگان در مورد رعایت رازداری، بی‌نام بودن و محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در انتشار این مقاله ندارند.

References

- Nierenberg AA, Agustini B, Köhler-Forsberg O, Cusin C, Katz D, Sylvia LG, et al. Diagnosis and treatment of bipolar disorder: a review. *JAMA*. 2023; 330(14): 1370-1380. doi: 10.1001/jama.2023.18588
- Dell'Aglio JC Jr, Basso LA, Argimon II, Arteché 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
- Egher C. Bipolar patients and creative online practices: Sharing experiences of controversial treatments. *Health (London)*. 2019; 23(4): 458-477. doi: 10.1177/1363459319838315
- Chakrabarti S. Treatment-adherence in bipolar disorder: a patient-centred approach. *World J Psychiatry*. 2016; 6(4): 399-409. doi: 10.5498/wjp.v6.i4.399
- 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
- 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
- Kumar S, Singh S, Mahal P, Vishwakarma A, Deep R. Assessment of lithium-related knowledge and attitudes among patients with bipolar disorder on long-term lithium maintenance treatment. *Indian J Psychiatry*. 2020; 62(5): 577-581. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_339_19
- 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
- Chakrabarti S. What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World J Psychiatry*. 2014; 4(2): 30-36. doi: 10.5498/wjp.v4.i2.30
- Cheong RK, Tsui E. The roles and values of personal knowledge management: an exploratory study. *Vine*. 2010;40(2):204-227. doi: 10.1108/03055721011050686
- 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)

12. 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
13. 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
14. Lin L, Geng X, Whinston AB. A sender-receiver framework for knowledge transfer. *MIS Q.* 2005; 29(2):197-219. doi: 10.2307/25148677
15. 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
16. Suto M, Murray G, Hale S, Amari E, Michalak EE. What works for people with bipolar disorder? Tips from the experts. *J Affect Disord.* 2010; 124(1-2): 76-84. doi: 10.1016/j.jad.2009.11.004
17. Murray G, Suto M, Hole R, Hale S, Amari E, Michalak EE. Self-management strategies used by 'high functioning' individuals with bipolar disorder: from research to clinical practice. *Clin Psychol Psychother.* 2011; 18(2): 95-109. doi: 10.1002/cpp.710
18. Tse S, Yuen WWY, Murray G, Davidson L, Lai Q, Kan A. Combining technical and expert-by-experience knowledge in the quest for personal recovery from bipolar disorder: a qualitative study. *BMC psychiatry.* 2019; 19(1): 1-12. doi: 10.1186/s12888-019-2357-3
19. Duval M, Harscoët YA, Jupille J, Grall-Bronnec M, Moret L, Chirio-Espitalier M. Patients' perspectives of the effects of a group-based therapeutic patient education program for bipolar disorder: a qualitative analysis. *BMC psychiatry.* 2022; 22(1): 1-14. doi: 10.1186/s12888-022-04241-2
20. Bellander T, Landqvist M. Becoming the expert constructing health knowledge in epistemic communities online. *Inf Commun Soc.* 2020; 23(4): 507-522. doi: 10.1080/1369118X.2018.1518474