

تأثیر بکارگیری مدل بهینه سازی فرهنگ سازمانی آموزش به بیمار بر میزان اضطراب و رضایتمندی بیماران سوختگی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

لیلا حصیمی^۱، مهین غیبی زاده^۲، سیمین جهانی^{۳*}، کورش زارع^۳، بهمن چراغیان^۲

^۱دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران؛ ^۲دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران؛

^۳مرکز تحقیقات بیماری های مزمن، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۱ تاریخ پذیرش: ۹۳/۴/۷

چکیده:

زمینه و هدف: آموزش به بیمار به عنوان یکی از محورهای حاکمیت بالینی، در تمامی بیماران از جمله قربانیان سوختگی اهمیت دارد. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی مدل بهینه سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار بر میزان اضطراب و رضایتمندی بیماران سوختگی انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی که به صورت نیمه تجربی انجام شد، ۸۰ بیمار سوختگی در دو گروه مداخله (۴۰ بیمار) و کنترل (۴۰ بیمار) قرار گرفتند. جلساتی جهت نهادینه سازی آموزش بیمار در پرستاران و مدیران پرستاری در ابعاد فرآیند برقراری ارتباط موثر، تصمیم گیری مشارکتی، هدف گذاری، برنامه ریزی، اجرا، ثبت، نظارت و افزایش انگیزه برگزار شد و اثربخشی این آموزش در بیماران توسط پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر ارزیابی و رضایتمندی سنجیده شد.

یافته ها: در مجموع ۸۰ بیمار مطالعه را به اتمام رساندند. قبل از مداخله میانگین اضطراب موقعیتی در گروه کنترل و مداخله به ترتیب $47/12 \pm 4/40$ و $45/55 \pm 4/86$ بود که از نظر آماری معنی دار نبود ($P=0/13$)؛ این مقادیر پس از مداخله به ترتیب در گروه کنترل و مداخله به $43/70 \pm 5/36$ و $38/45 \pm 4/08$ رسیدند و اختلاف معنی داری را بین دو گروه نشان دادند ($P=0/002$). همچنین میانگین رضایتمندی افراد در گروه کنترل و مداخله قبل از مداخله به ترتیب $18/82 \pm 5/76$ و $20/75 \pm 4/22$ بود که پس از انجام مداخله، به ترتیب به $21/02 \pm 6/56$ و $26/75 \pm 4/51$ افزایش یافت که افزایش مقادیر، در گروه مداخله به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود ($P=0/001$).

نتیجه گیری: نتایج نشانگر راهبردی بودن این مدل در ارتقای آموزش بیماران سوختگی از طریق ارتقای مهارت های آموزشی و انگیزه پرستاران، افزایش تعهد و مسئولیت پذیری سیستم بر اجرای بهینه آموزش بیمار بود؛ لذا به کارگیری این مدل در ارتقای سلامت این بیماران پیشنهاد می گردد.

واژه های کلیدی: آموزش بیمار، فرهنگ سازمانی، سوختگی، اضطراب، رضایتمندی.

مقدمه:

تشکیل می دهد (۲)؛ به طوری که هرگونه کمبود در این زمینه موجب بروز نارضایتی در بیماران می گردد. با وجود تأکید بسیار زیاد بر اجرای برنامه آموزش به بیمار، تحقیقات نشان می دهد بیماران از برنامه های فعلی آموزشی راضی نیستند و آموزش به بیمار به ندرت به عنوان یک فرآیند رسمی در جریان بستری مددجویان

حاکمیت خدمات بالینی ادغام تمام فعالیت هایی است که مراقبت از بیمار را در یک استراتژی واحد تلفیق می کند و شامل ارتقاء کیفیت اطلاعات، بهبود همکاری، بهبود روحیه کار تیمی و مشارکت است (۱). یکی از محورهای حاکمیت بالینی، آموزش به بیمار است که بخش مهمی از مراقبت های پرستاری را

در زمینه مراقبت، بیماران را با عوارض متعدد سوختگی مواجه می سازد (۵، ۱۱). نقصان آگاهی در زمینه پانسمان زخم، قرار گرفتن در وضعیت مناسب، فیزیوتراپی و تغذیه مناسب، بیمار را در معرض خطراتی مانند تأخیر در بهبودی، عفونت، نوروپاتی، اسکار، کنتراکچر، بدشکلی ناحیه آسیب دیده (۵)، انحراف در راه رفتن و ناپایداری مفاصل و نیز کاهش کیفیت زندگی قرار می دهد. بیمارانی که اطلاعات مختصری درباره روش های درمانی خاص، منابع و روش های کنترل درد دارند، ناراحتی و درد خود را به صورت اضطراب نشان می دهند (۶).

مطالعات مختلفی در ارتباط با تأثیر آموزش بر اضطراب ناشی از بیماری انجام شده است؛ از جمله L0 و همکاران نشان داده اند که اضطراب بیماران سوختگی پس از اجرای برنامه آموزشی کاهش می یابد و لزوم آموزش بیمار و تغییر در نحوه آموزش نمایان می شود (۸). در دیگر مطالعه عمده نگرانی بیماران و خانواده های آنان در ارتباط با عدم آگاهی، پانسمان زخم ها و بازگشت به اجتماع و بازتوانی ذکر شده است (۱۲) و بیان شده است که نقص در زمینه آموزش، کاهش رضایتمندی را بدنبال خواهد داشت؛ به طوری که نتایج مطالعه Wikehult و همکاران در زمینه تعیین میزان رضایتمندی از مراقبت بیماران سوختگی، نشان دادند که در میان مراقبت های پزشکی و پرستاری، جنبه آموزشی و ارائه اطلاعات به بیماران کمترین امتیاز را دارند (۱۳). در مطالعه جولایی و همکاران نیز ۴۹/۱٪ بیماران رضایت متوسط و ۴۸/۶٪ ناراضی خود را از آموزش های پرستاران بیان کردند (۱۴). بنابراین جهت ارتقای کیفیت زندگی، آموزش بیماران اهمیت می یابد.

در این بین پرستاران نقش بسزایی در مراقبت حاد، توانبخشی جسمی و روانی و آموزش به بیماران ایفا می کنند (۸). دسترسی و ارتباط بیشتر پرستاران با بیمار و خانواده وی، فرصت های مکرر جهت آموزش فراهم می کند (۱۵، ۱۶). آموزش مؤثر

برنامه ریزی و اجرا می شود و اغلب به صورت غیر رسمی و ضمن ارائه مراقبت های پرستاری صورت می گیرد (۳، ۴). نتایج تحقیقات در مراکز آموزشی و درمانی علوم پزشکی ایران نیز نشانگر وضعیت آموزش نامطلوب به بیماران است (۴). در همین راستا گروهی از بیماران که نیاز به آموزش در آن ها به شدت احساس می شود، آسیب دیدگان ناشی از حوادث سوختگی هستند. سوختگی و آسیب های ناشی از آن، یکی از مهم ترین مشکلات سلامتی (۵) و از عمده ترین دلایل مرگ و میر و ناتوانی در جهان است (۶) که شیوع سالیانه آن در حدود ۵۱۸-۱۱۲ نفر در هر صد هزار نفر می باشد (۷). در آمریکا نیز سوختگی چهارمین علت مرگ و میر بوده و سالانه بیش از ۵۰۰ هزار نفر جهت درخواست کمک های پزشکی به مراکز مربوطه مراجعه می کنند (۸). این حادثه به عنوان ششمین علت مرگ در کشور ایران شناخته شده و آمار رسمی حاکی از آن است که در سال ۱۳۸۵ تعداد ۴۸۰۰۰ مورد سوختگی منجر به بستری در کشور گزارش شده است (۹). سوختگی تأثیری منفی بر کلیه ابعاد زندگی بیماران مبتلا به سوختگی دارد (۵)؛ از نظر جسمی باعث تغییرات فیزیولوژیک نظیر تغییرات قلبی- عروقی، آب و الکترولیت، ریوی، کلیوی، گوارشی، سیستم ایمنی و اختلال در مرکز تنظیم درجه حرارت بدن می گردد (۶). بسیاری از بیماران سوختگی حتی سال ها پس از سوختگی با بسیاری از مشکلات فیزیکی و روانی مربوط به پوست از قبیل درد، خارش، کنتراکچر، اسکار هیپرتروفیک و اعتماد به نفس پائین، اضطراب، افسردگی و اختلال استرسی پس از سانحه مواجه هستند (۱۰). همچنین شواهد نشان می دهند سوختگی عمده ترین تأثیر را بر کیفیت زندگی بیماران گذاشته و سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیماران می شود (۵، ۱۰).

کیفیت زندگی بیماران سوختگی به شدت تحت تأثیر سطح آموزش قرار داشته و کمبود آگاهی

بهبود سازی فرهنگ سازمانی با استفاده از استراتژی Kurt Lewin طراحی شده است. Kurt Lewin بیان می کند که یک فضای انسان مدار، ایجاد کننده سطح بالایی از عملکرد و رضایتمندی خواهد بود و لازمه آن توجه به انسان ها، انگیزه ها و نیازهای آنان در عوامل تشکیل دهنده فرهنگ سازمانی است که شامل هفت فاکتور فرآیندهای رهبری، انگیزه، ارتباطات، تصمیم گیری، هدف گذاری، فرآیند کنش متقابل و کنترل می باشد. این مدل با تأکید بر فرهنگ مشارکتی و درگیر کردن کارکنان در فرآیند تصمیم گیری، دعوت از همه افراد به تفکر استراتژیک در راستای نهادینه سازی آموزش به بیمار در پرستاران و مدیران پرستاری در شش گام برقراری ارتباط مؤثر، تصمیم گیری مشارکتی، هدف گذاری، برنامه ریزی، اجرا و ثبت، نظارت و کنترل با تمرکز بر افزایش انگیزه طراحی شده است. این الگو با هدف بهبود سازی فرهنگ سازمانی در بیماران با اختلالات عروقی در ایران مورد ارزیابی قرار گرفته و نشان داده شده است که اضطراب بیماران در گروه مداخله بعد از به کارگیری الگوی بهبود سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار، به صورت معنی داری کاهش و رضایتمندی افزایش داشته است (۲۴).

از آنجایی که بیمارستان سوانح و سوختگی بیمارستان آیت اله طالقانی اهواز که تنها مرکز فوق تخصصی سوختگی در جنوب غرب کشور و پوشش دهنده تمام بیماران دچار سوختگی استان خوزستان و سه استان هم جوار (ایلام، لرستان و کهگیلویه و بویراحمد) می باشد و از جمله بیمارستان های مجری نظام حاکمیت بالینی استان محسوب می گردد. همچنین با توجه به نامناسب بودن شرایط آموزش بیمار و لزوم تغییر فرهنگ سازمانی در راستای استقرار حاکمیت بالینی و نیز اهمیت مسئله آموزش در جهت کاهش عوارض ناشی از صدمات در بیماران سوختگی، این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی

پرستاران به بیماران، به افزایش دانش و آگاهی از بیماری منجر می شود. همچنین افزایش استقلال، اعتماد به نفس و توانایی خود مدیریتی، پایبندی به درمان، بهبود کیفیت زندگی، وضعیت عملکردی و مدیریت علائم و کاهش عوارض و ناراحتی های روانی را در پی خواهد داشت (۱۷). نتایج چندین مطالعه نیز نشان داده است که آموزش به بیماران به بهبود پیامدهای بیماری و افزایش انطباق با درمان کمک خواهد کرد (۸).

آموزش به بیمار در حلال انجام نمی شود و پرستاران به عنوان بزرگ ترین گروه مراقبت کننده نظام سلامت برای اجرای بهبود آموزش به بیمار با موانعی روبرو هستند (۱۸، ۱۹). طبق مطالعات انجام شده مهم ترین موانع آموزش به بیمار از دیدگاه پرستاران و مدیران پرستاری عدم تناسب تعداد بیماران با تعداد پرستاران، کمبود وقت، تراکم زیاد وظایف و عدم توجه و حمایت از سوی مدیران (۲۰)، کمبود حمایت سازمانی و عدم ارزش گذاری سیستم بر اجرای آموزش به بیمار بر شمرده شده است (۱۸). همچنین در یک مطالعه کیفی، مدیریت ناکارآمد، فرهنگ سازمانی نامناسب و موانع فرهنگی به عنوان موانع اصلی آموزش موثر به بیمار معرفی شده است (۲۱). بر این اساس بهبود سازی فرهنگ سازمانی جهت بهبود عملکرد پرستاران و افزایش انگیزه آن ها برای ارائه خدمات با کیفیت در نظام ملی سلامت از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۲۲، ۲۳).

در این خصوص یکی از الگوهای که در جهت ارتقای فرهنگ سازمانی آموزش به بیمار به کار برده شده است، مدل بهبود سازی فرهنگ سازمانی آموزش به بیمار می باشد که این مدل مختص آموزش به بیمار و متناسب با فرهنگ ایرانی است و با اجرای بهبود آن می توان به ایجاد و برقراری رابطه موثر بین بیمار و پرستار، افزایش سطح آگاهی، رضایت و بهبود مهارت بیماران در مراقبت از خود و کاهش اضطراب دست یافت. این الگو در زمینه

بیماران در دو فرم جداگانه اضطراب صفتی و اضطراب موقعیتی ساخته شده است و دارای محدودیت زمانی نمی باشد. هر کدام از این دو فرم شامل بیست سؤال می باشند که به پاسخ دهندگان امکان می دهند که احساس خود را با نمره ۱ برای عدم اضطراب و نمره ۴ برای اضطراب بالا رده بندی کنند. حداقل نمره ای که فرد از تکمیل این پرسشنامه می تواند دریافت کند ۲۰ و حداکثر ۸۰ می باشد و ملاک تفسیری جهت این ابزار به صورت نمرات ۳۱-۲۰: اضطراب خفیف، نمرات ۴۲-۳۲: اضطراب متوسط به پایین، نمرات ۵۳-۴۳: اضطراب متوسط به بالا، نمرات ۶۴-۵۴: اضطراب نسبتاً شدید، نمرات ۷۵-۶۵: اضطراب شدید و نمرات ۷۶ به بالا: اضطراب بسیار شدید است. این ابزار یک مقیاس معتبر بین المللی است که توسط پناهی نیز در کشور ما هنجاریابی شده و اعتماد علمی این ابزار مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵). همچنین پایایی بر اساس آلفای کرونباخ برای هر یک از مقیاس ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۳ به دست آمده است (۲۴).

ابزار دیگر استفاده شده در این پژوهش، پرسشنامه سنجش رضایتمندی بیماران از آموزش بود که توسط پژوهشگر جهت سنجش رضایت بیماران از آموزش های ارائه شده توسط پرستاران، قبل و بعد از اجرای برنامه های آموزشی ساخته شد و مشتمل بر ۱۶ گویه بود که طبق مقیاس لیکرت درجه بندی شد. این پرسشنامه توسط بیمار و یا در صورت لزوم، توسط محقق و یا یکی از نزدیکان بیماران تکمیل گردید. بیماران نظر خود را راجع به هر گویه در مقیاس های راضی هستم، تا حدودی راضی هستم و راضی نیستم بیان نمودند. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۳۲ بود. جهت تعیین اعتبار علمی یا روایی این پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین صورت که با مطالعه کتب، مجلات و استفاده از پایگاه های اطلاعات الکترونیک و بهره گیری از نظرات اساتید راهنما و مشاور این فرم تهیه و سپس براساس نظرات ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصلاحات لازم انجام شد.

مدل بهینه سازی فرهنگ سازمانی که متناسب با فرهنگ و شرایط جامعه ایرانی طراحی شده بر سطح اضطراب و رضایتمندی بیماران سوختگی انجام شده است.

روش بررسی:

این مطالعه کارآزمایی بالینی به صورت نیمه تجربی و بر اساس مدل بهینه سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار در بیمارستان سوانح و سوختگی آیت اله طالقانی اهواز در سال ۱۳۹۲ طراحی و اجرا گردید. واحدهای پژوهش شامل بیماران با آسیب سوختگی بستری در بیمارستان بودند که براساس معیارهای ورود، انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل آگاهی کامل نسبت به زمان، مکان و شخص، سن ۱۸ تا ۶۰ سال، درصد سوختگی ۵٪ تا ۵۰٪، سطح اضطراب خفیف تا متوسط بر اساس نمره پرسشنامه اشپیل برگر، عدم اقدام به خودسوزی، عدم ابتلا به بیماری های اعصاب و روان طبق تشخیص پزشک و معیار خروج این بیماران شامل انتقال بیمار به ICU به دلیل بدتر شدن وضعیت بیماری بود. حجم نمونه براساس مطالعه پابلوت و براساس فرمول زیر و با توجه به مقادیر α برابر ۰/۰۵، β برابر ۰/۲، S_1 برابر ۸/۷، S_2 برابر ۴/۳۵، μ_1 برابر ۸/۸۳ و μ_2 برابر ۴/۴۵، برای هر گروه ۴۰ نفر محاسبه شد.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} | Z_{1-\beta} |^2 (S_1^2 | S_2^2))}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

برای انجام مطالعه با اخذ مجوز از دانشگاه و بیمارستان و تأیید کمیته اخلاق، پس از بیان صریح اهداف طرح، نمونه های گروه کنترل بر اساس معیارهای ورود، قبل از شروع مداخله و برای پرهیز از تورش یا تأثیر مداخله بر گروه پرسنل به صورت غیر تصادفی انتخاب گردیدند.

ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه های دموگرافیک، اضطراب اشپیل برگر و رضایتمندی بیماران از آموزش ارائه شده بود. سیاهه اضطراب اشپیل برگر توسط اشپیل برگر در سال ۱۹۸۳ برای تعیین میزان اضطراب

به منظور تعیین پایایی پرسشنامه، دو جنبه مهم پایایی یعنی پایداری و پیوستگی درونی بررسی شدند؛ که برای پایداری، ضریب همبستگی اسپیرمن برابر با ۰/۹۱۱ و برای ثبات درونی (Internal Consistency) آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۶۸ محاسبه شد.

محقق پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک، اضطراب اشپیل برگر و فرم رضایتمندی از آموزش های ارائه شده را در زمان بدو ورود (پس از پایدار شدن وضعیت بیماران) و هنگام ترخیص در اختیار بیماران قرار داد تا آن ها را تکمیل کنند. بیماران گروه کنترل فقط برنامه های روتین آموزشی (آموزش چهره به چهره) را طبق روتین بیمارستان دریافت می کردند. لازم به ذکر است که در محیط مورد پژوهش نظارت خاصی بر امر آموزش و ثبت مستندات بصورت رسمی انجام نمی شد. پژوهشگر در این مرحله با بررسی نیازهای آموزشی بیماران سوختگی، اقدام به تهیه چک لیست نیازهای آموزشی کرد تا در مرحله بعد (مداخله) مورد استفاده قرار گیرد.

پس از تکمیل نمونه های گروه کنترل، مرحله مداخله آغاز گردید. در ابتدا، پنج جلسه طی سه هفته با مدیریت و پرسنل بیمارستان برگزار شد که جلسه اول، جهت هماهنگی با مدیریت بیمارستان و بیان اهداف مطالعه بود. پس از جلسه اول و هماهنگی با مدیریت، پژوهشگر با مراجعه به مدیر داخلی و مدیریت پرستاری و با هماهنگی و همکاری سرپرستاران بیمارستان، از میان پرستارانی که تمایل به شرکت در پژوهش و حداقل ۶ ماه سابقه کاری در بیمارستان سوختگی را داشتند، دعوت به همکاری نمود. تعداد کل پرستاران (مدیران و پرستاران بالینی)، ۱۲ نفر بود که شامل مترون، سوپروایزرها و سرپرستاران و پرستاران بخش ها بود. پس از تعیین اعضا، جلسه دوم جهت بیان کلیات پژوهش و صحبت در زمینه آموزش به بیمار و ارتباط با بیمار؛ جلسه سوم جهت هدف گذاری و تصمیم گیری مشارکتی در مورد تعیین نیازهای آموزشی؛ جلسه چهارم جهت

برنامه ریزی مشارکتی برای تعیین زمان و نحوه اجرای برنامه آموزش به بیماران، تهیه جزوات آموزشی، محتوای آموزش (شامل نحوه پانسمان، نحوه تغذیه و مراقبت از محل گرافت) و روش تدریس (آموزش چهره به چهره، پرسش و پاسخ بنابر موقعیت بیمار) تشکیل گردید و جلسه پنجم نیز جهت چگونگی نظارت و کنترل بر اجرای آموزش، نحوه ایجاد انگیزه در کارکنان برگزار شد. روش پیشنهادی برای کنترل و نظارت بر چگونگی ارائه آموزش به بیماران، ثبت آموزش ارائه شده توسط پرستاران در چک لیست تهیه شده بود. همچنین سوپروایزرها و سرپرستاران نیز توسط چک لیستی که تهیه شد، اقدام به بررسی آموزش انجام شده توسط پرستاران و ثبت آن می کردند. نقاط قوت و ضعف توسط سرپرستاران به پرستاران جهت ارتقای آموزش بازتاب داده می شد. پژوهشگر نیز با حضور در بخش، به چک کردن لیست های آموزشی پرونده و نیز بررسی میزان آگاهی بیماران از کیفیت آموزش ارائه شده می پرداخت.

پس از اتمام جلسات و یک هفته پس از در اختیار قرار دادن چک لیست ها و بسته های آموزشی به افراد حاضر در جلسه، نمونه های گروه مداخله بر اساس معیارهای ورود انتخاب و از آن ها درخواست شد تا فرم رضایت آگاهانه و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک را تکمیل کنند. سپس پژوهشگر پرسشنامه های اضطراب اشپیلبرگر و رضایتمندی از آموزش ها را در زمان های بدو ورود (پس از پایدار شدن وضعیت بیماران) در اختیار آنان قرار داده و در طول زمان بستری، براساس نیازهای آموزشی تعیین شده، آموزش توسط پرستاران (آموزش دیده توسط پژوهشگر) ارائه شده و در نهایت در زمان ترخیص، مجدداً فرم اضطراب و رضایتمندی تکمیل شد. لازم به ذکر است در پایان کار، پمفلت ها و کتابچه های آموزشی در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

در انتهای مطالعه، داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی شامل آزمون های آماری کای

و ۴۷/۵٪ را مردان تشکیل می دادند و اکثریت افراد (۵۲٪) در این گروه دارای تحصیلات متوسطه بودند. در گروه مداخله ۴۵٪ شرکت کنندگان زن و ۵۵٪ مرد و ۴۵٪ افراد دارای تحصیلات متوسطه بودند. شایعترین عامل و محل سوختگی در هر دو گروه به ترتیب تماس با مایعات داغ و در دست و پا بوده بود. آزمون دقیق فیشر و کای اسکور اختلاف معنی داری را از لحاظ آماری بین گروه مداخله و کنترل در هیچکدام از متغیرهای جمعیت شناختی نشان نداد (جدول شماره ۱).

اسکور، دقیق فیشر و تی تست در نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها:

در این مطالعه نیمه تجربی ۸۰ بیمار دچار سوختگی در دو گروه مداخله (۴۰ نفر) و کنترل (۴۰ نفر) مطالعه را به پایان رساندند. میانگین سنی افراد در گروه کنترل و مداخله به ترتیب $27/65 \pm 6/64$ و $30/20 \pm 10/14$ بوده است ($P=0/91$). در گروه کنترل، ۵۲/۵٪ نمونه ها را زنان

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی بیماران در دو گروه کنترل و مداخله

| P | آزمون | گروه ها | | | | متغیرها |
|------|--------|---------|------|------------|------|------------------------|
| | | مداخله | | کنترل | | |
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| ۰/۵ | فیشر | ۴۵ | ۱۸ | ۵۲/۵ | ۲۱ | جنسیت |
| | | ۵۵ | ۲۲ | ۴۷/۵ | ۱۹ | مذکر |
| ۰/۶۳ | کای دو | ۱۲/۵ | ۵ | ۷/۵ | ۳ | سطح تحصیلات |
| | | ۲۵ | ۱۰ | ۳۰ | ۱۲ | بی سواد |
| | | ۴۵ | ۱۸ | ۵۲/۵ | ۲۱ | ابتدایی |
| | | ۱۷/۵ | ۷ | ۱۰ | ۴ | متوسطه |
| ۰/۷۱ | کای دو | ۳۷/۵ | ۱۵ | ۴۵ | ۱۸ | وضعیت تأهل |
| | | ۵۷/۵ | ۲۳ | ۵۲/۵ | ۲۱ | مجرد |
| | | ۵ | ۲ | ۲/۵ | ۱ | متأهل |
| ۰/۵۳ | کای دو | ۱۰ | ۴ | ۲۰ | ۸ | مطلقه |
| | | ۱۲/۵ | ۵ | ۲/۵ | ۱ | شغل |
| | | ۳۵ | ۱۴ | ۴۷/۵ | ۱۹ | کارگر |
| | | ۳۵ | ۱۴ | ۱۲/۵ | ۵ | کارمند |
| | | ۷/۵ | ۳ | ۱۷/۵ | ۷ | خانه دار |
| | | ۳۵ | ۱۴ | ۱۲/۵ | ۵ | آزاد |
| | | ۷/۵ | ۳ | ۱۷/۵ | ۷ | بیکار |
| ۰/۹۵ | فیشر | ۲۵ | ۱۰ | ۲۲/۵ | ۹ | علت آسیب سوختگی |
| | | ۳۵ | ۱۴ | ۳۵ | ۱۴ | نفت و بنزین |
| | | ۷/۵ | ۳ | ۱۲/۵ | ۵ | آتش |
| | | ۳۲/۵ | ۱۳ | ۳۰ | ۱۲ | جریان برق |
| ۰/۲۶ | فیشر | ۱۷/۵ | ۷ | ۲۷/۵ | ۱۱ | ناحیه دچار آسیب سوختگی |
| | | ۳۷/۵ | ۱۵ | ۳۰ | ۱۲ | دست |
| | | ۱۵ | ۶ | ۳۰ | ۱۲ | پا |
| | | ۵ | ۲ | - | - | دست و پا |
| | | ۵ | ۲ | - | - | قفسه سینه |
| | | ۵ | ۲ | - | - | کمر |
| | | ۵ | ۲ | ۲/۵ | ۱ | قفسه سینه و کمر |
| ۱۵ | ۶ | ۱۰ | ۴ | دست و سینه | | |

رضایتمندی افراد در هر دو گروه افزایش معنی داری نشان داد ($P=0/01$). همچنین میزان افزایش در گروه مداخله به طور معنی داری ($P=0/001$) بیشتر از گروه کنترل بود (جدول شماره ۲).

قبل از مداخله میانگین اضطراب موقعیتی در گروه کنترل و مداخله به ترتیب $47/12 \pm 4/40$ و $45/55 \pm 4/86$ بود که از نظر آماری اختلاف معنی دار وجود نداشت ($P=0/13$)؛ ولی پس از مداخله

جدول شماره ۲: مقایسه رضایتمندی بیماران در دو گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از مداخله

| P | مراحل | | گروه ها |
|---------|---|---|---------|
| | بعد از مداخله (میانگین ± انحراف معیار) | قبل از مداخله (میانگین ± انحراف معیار) | |
| ۰/۰۰۲ | ۲۱/۰۲ ± ۶/۵۶ | ۱۸/۸۲ ± ۵/۷۶ | کنترل |
| < ۰/۰۰۱ | ۲۶/۷۵ ± ۴/۵۱ | ۲۰/۷۵ ± ۴/۲۲ | مداخله |

در این مطالعه همچنین میزان اضطراب موقعیتی پس از مداخله در هر دو گروه به طور معنی داری ($P \leq 0/001$) کاهش یافت؛ اما کاهش اضطراب شخصیتی پس از مداخله در هیچیک از گروه ها معنی دار نبود ($P > 0/05$) (جدول شماره ۳). مقایسه گروه ها در زمینه میزان اضطراب موقعیتی نشان داد که کاهش اضطراب موقعیتی در گروه مداخله به طور معنی داری ($P = 0/002$) بیشتر از گروه کنترل بوده است.

در این مطالعه همچنین میزان اضطراب موقعیتی پس از مداخله در هر دو گروه به طور معنی داری ($P \leq 0/001$) کاهش یافت؛ اما کاهش اضطراب شخصیتی پس از مداخله در هیچیک از گروه ها معنی دار نبود ($P > 0/05$) (جدول شماره ۳). مقایسه گروه ها در زمینه میزان اضطراب موقعیتی نشان داد که کاهش اضطراب موقعیتی در گروه مداخله به طور معنی داری ($P = 0/002$) بیشتر از گروه کنترل بوده است.

جدول شماره ۳: اضطراب بیماران در دو گروه قبل و بعد از مداخله

| P | مراحل | | گروه ها | انواع اضطراب |
|---------|--------------------------|--------------------------|---------|--------------|
| | پس از مداخله | قبل از مداخله | | |
| | (میانگین ± انحراف معیار) | (میانگین ± انحراف معیار) | | |
| ۰/۰۰۱ | ۴۳/۷۰ ± ۵/۳۶ | ۴۷/۱۲ ± ۴/۴۰ | کنترل | موقعیتی |
| < ۰/۰۰۱ | ۳۸/۴۵ ± ۴/۰۸ | ۴۵/۵۵ ± ۴/۸۶ | مداخله | |
| ۰/۱۳۲ | ۴۰/۴۲ ± ۶/۹۸ | ۴۱/۸۵ ± ۷/۰۵ | کنترل | شخصیتی |
| ۰/۰۶۸ | ۳۴/۳۵ ± ۵/۱۷ | ۳۵/۴۰ ± ۵/۹۱ | مداخله | |

بحث:

در این پژوهش میزان اضطراب و رضایتمندی بیماران از آموزش های ارائه شده توسط پرستاران مورد بررسی قرار گرفت. یافته های این مطالعه در زمینه تغییرات میانگین اضطراب موقعیتی در دو گروه مداخله و کنترل دارای سیر نزولی بود؛ اما این روند در گروه مداخله کاهش بیشتری را نشان داد که بیانگر اثرات مثبت مداخله بر میزان اضطراب موقعیتی است. در این رابطه تحقیق Lo و همکاران نیز نشان داد اجرای برنامه های آموزشی چند رسانه ای، اضطراب بیماران سوختگی را کاهش می دهد که با یافته های مطالعه حاضر هم راستا می باشد (۸). نتایج مطالعه فراهانی اشقلی و همکاران با هدف تأثیر به کارگیری مدل بهینه سازی فرهنگ سازمانی بر میزان اضطراب بیماران قلبی نیز بیانگر تأثیر مثبت مداخله بر بیماران گروه

مداخله می باشد (۲۴)؛ ولی تأثیر مداخله انجام شده در مطالعه ما کمتر بوده است که دلیل این تفاوت را می توان در تفاوت نمونه های این دو مطالعه دانست. مبتلایان به سوختگی برخلاف مبتلایان به بیماری های غیر سوختگی و حتی تهدید کننده حیات، صدمات عاطفی را بلافاصله بعد از وقوع سوختگی تجربه می کنند و شیوع اضطراب ناشی از درد، سندرم استرس پس از حادثه و افسردگی در مبتلایان به سوختگی بالاتر از بیماری های دیگر و حتی بیماری های بدخیم است (۲۶). سوختگی بر بهزیستی روانی فرد تأثیر گذاشته و موجب طرد، اضطراب، افسردگی، اضطراب اجتماعی و تنیدگی مزمن پس از سانحه در فرد می شود؛ به طوری که با گذشت چند سال از حادثه سوختگی تنش های ناشی از آن همچنان ادامه دارد (۲۷). بنابراین برای تأثیر

که با توجه به زمان و نوع مطالعه حاضر این کار برای پژوهشگر مقدور نبود.

یافته های مطالعه ما در مورد میزان رضایتمندی که یکی از شاخص های مهم در کیفیت مراقبت پرستاری است (۳۴-۳۲)، نشان داد که میانگین رضایت بیماران از آموزش پرستاران قبل از انجام مداخله با بعد از مداخله تفاوت معنی دار آماری داشت. در تأیید این تفاوت می توان به آشنایی محدود پرستاران با روش های آموزش به بیمار و عدم درک اهمیت آموزش به بیمار اشاره کرد (۳۵)؛ زیرا با برگزاری جلسات، ارتقای مهارت های ارتباطی پرستاران، روشن سازی اهمیت آموزش بیمار و درگیر کردن افراد در امر آموزش میزان رضایت بیماران افزایش یافت. در همین راستا مطالعه فراهانی اشقلی و همکاران نیز نشان داد، به کارگیری این مدل رضایتمندی بیماران را در گروه مداخله به میزان بیشتری ارتقا می بخشد (۲۴).

نتایج برخی دیگر از مطالعات نیز بیانگر این مطلب است که برای اجرای موثر آموزش به بیمار، لازم است پرستاران طیف وسیعی از دانش و مهارت های لازم جهت برقراری ارتباطات موثر بین فردی و همچنین دانش تخصصی در زمینه بیماری ها و خود مراقبتی در بیماران مبتلا را کسب نمایند (۳۸-۳۶). همچنین نشان داده شده است که چنان چه سطح آگاهی پرستاران در زمینه آموزش بیمار ارتقا یابد، میزان عملکرد آنان افزایش خواهد یافت (۳۵) و سطح رضایت بیماران از آموزش بالاتر خواهد رفت (۳۹). در نهایت افزایش سطح رضایتمندی باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران می شود که این موضوع، هدف عمده فعالیت های گروه بهداشتی به شمار می رود (۳۳).

نتایج مطالعه Visser و همکارش نیز نشان داد که بعد از ارتقای مهارت های ارتباطی پرستاران در امر آموزش، رضایتمندی بیماران در گروه مداخله افزایش می یابد که با مطالعه ما هم راستا است (۴۰). مقایسه میزان تأثیر مداخله در مطالعه حاضر با تحقیق مذکور که تنها روی مهارت های ارتباطی تأکید داشت، نیز نمایانگر

بیشتر این مداخله، توانبخشی در حیطه روانی درمانی برای این افراد بسیار با اهمیت است. با این حال محمودی و همکاران در مطالعه خود نشان داده اند که اجرای پروتکل برقراری ارتباط موثر با بیمار در اورژانس توسط پرستاران باعث کاهش معنی دار میزان افسردگی، استرس و اضطراب بیماران نمی شود که با مطالعه ما هم راستا نیست (۲۸). دلیل تضاد می تواند تفاوت در محیط پژوهش این دو مطالعه باشد. نمونه های مطالعه مذکور، در محیط اورژانس و در ساعات اولیه آسیب و ابتلا به بیماری که اضطراب، استرس و نگرانی شدیدی را تجربه می کنند، مورد مطالعه قرار گرفته اند و به طور کلی میزان استرس، اضطراب و افسردگی در میان بیماران اورژانس زیاد است، اما مطالعه ما در بخش های بستری انجام شده؛ در ضمن اینکه یکی از معیارهای ورود بیماران به مطالعه، قرار گرفتن در یک وضعیت پایدار از نظر روحی و جسمی بوده است.

در مورد اضطراب شخصیتی تغییرات میانگین ها در دو گروه مداخله و کنترل به یک میزان کاهش داشته، ولی هیچ اختلاف معنی داری را نشان نداده است. مطالعه فراهانی اشقلی و همکاران که طی ۶ ماه پیگیری انجام شد، نشان داد که آزمون آماری در مورد اضطراب شخصیتی پس از بکارگیری مدل بهینه سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار اختلاف معنی داری را میان میانگین دو گروه نشان می دهد که با مطالعه ما هم راستا نمی باشد (۲۴).

دوره کوتاه پیگیری بیماران و ثبات نسبی شخصیت در افراد می تواند دلیل عدم معنی داری مطالعه ما باشد. شخصیت به الگوی نسبتاً پایدار و ثابت اندیشه، هیجان ها و رفتار یک فرد قلمداد می شود. اگرچه افراد در شرایط و محیط های گوناگون در ظاهر رفتار متضاد و مختلفی دارند، ولی در طول زمان (مثلاً چندین دهه)، رفتار واکنش و همچنین شیوه تفکر آن ها دارای یک ثبات نسبی دائمی است و برای تغییر در شخصیت افراد نیاز به صرف زمان و به کارگیری روش های مختلف روانشناسی و استفاده از افراد متخصص است (۳۱-۲۹)

داشتند، توانایی پاسخ‌گویی به سوالات ما را نداشتند و یا اصلاً تمایلی به شرکت در مطالعه نداشتند؛ که موارد مذکور به نوعی محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشند.

نتیجه‌گیری:

بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان اذعان کرد که به کارگیری مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی بر میزان رضایتمندی و اضطراب بیماران تأثیر مثبتی دارد. با این حال پیشنهاد می‌شود که تأثیر این مدل بر سایر پارامترهای مربوط به بیمار و کیفیت مراقبت پرستاران سنجیده شود. همچنین به عقیده پژوهشگر توجه به نظرات و عقاید پرستاران در مراحل مختلف برنامه آموزشی به عنوان فرا دهندگان اصلی آموزش می‌تواند باعث ارتقای حس تعهد و مسئولیت‌پذیری پرستاران در امر آموزش شود که این امر نقش مهمی در ارتقای سلامتی آسیب‌دیدگان حوادث سوختگی خواهد داشت؛ لذا با توجه به اهمیت آموزش به بیمار و نقش آن در بهبود وضعیت بیماران توصیه می‌شود دوره‌های ضمن خدمت در برنامه‌های آموزش پرستاران گنجانده شود تا پرستاران با روش‌های نوین آموزش به بیمار آشنا شوند.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

در مطالعات انجام شده بر تأثیر میزان اضطراب بر میزان درد، کیفیت خواب، به تأخیر افتادن درمان و ترمیم کند زخم‌های بیماران سوختگی تأکید شده است. نتایج مطالعه حاضر بیانگر تأثیر مثبت به کارگیری مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار بر میزان اضطراب بوده است؛ بنابراین با به کارگیری مدل حاضر در برنامه ریزی آموزشی بیمارستان‌ها می‌توان به بهبود اضطراب و عوارض ناشی از آن کمک کرد. همچنین با توجه به مدل حاضر که بر مشارکت دادن کارکنان در امر برنامه ریزی آموزشی، نظارت و کنترل مدیران بر اجرای بهینه آموزش به بیمار تأکید دارد، می‌توان گفت مشارکت کارکنان در انجام دادن کارهایی که به آنان مربوط می‌شود و نظارت صحیح مدیران بر این امر، موجب دلگرمی، تعلق شغلی و

تأثیر بیشتر به کارگیری مدل حاضر می‌باشد. دلیل این تفاوت می‌تواند سایر عوامل موجود در این مدل (بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی) از قبیل تصمیم‌گیری مشارکتی، هدف‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرا، افزایش انگیزه و بهبود الگوهای ارتباطی، همچنین نظارت بالینی و کنترل باشد که موجب ارتقای مهارت‌های بالینی پرستاران در آموزش بیمار و در راستای آن افزایش رضایتمندی می‌شود. در این خصوص آشنایی و توجه پرستاران و مدیران در زمینه شرح وظایف اختصاصی پرستاران در رابطه با امر آموزش، فراهم آوردن محتوای آموزشی مناسب و واحد و توانمندسازی آن‌ها در امر آموزش با برگزاری کارگاه آموزشی در زمینه محتوی برنامه آموزشی مورد نیاز بیماران، موجب افزایش انگیزه در پرستاران و در راستای آن ارتقای آموزش بیمار می‌شود. هم‌راستی مطالعه ما، مطالعه Vanbeek و همکارش نیز در این زمینه نشان داد که فرهنگ تیمی یا مشارکتی که تأکید بر کار تیمی، مشارکت، تفویض اختیار و تعهد زیاد کارکنان به سازمان است و تمرکز بر مشتری، توافق نظر و ترویج اعتماد و صداقت از اصول عمده این فرهنگ به شمار می‌رود، مناسب‌ترین فرهنگ در مراقبت دراز مدت در بیماران دمانس به شمار می‌رود (۴۱). در مطالعه حشمتی نیز پس از اجرای سیستم نظارت بالینی، با تبیین نقش آموزشی پرستار و برقراری یک تعامل آموزشی معنی‌دار بین بیماران و پرستاران، سطح رضایتمندی بیماران در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌داری یافت و مهم‌ترین مانع اجرای آموزش به بیمار عدم سازماندهی و کنترل نظارت این مراقبت توسط مدیران پرستاری ذکر گردید (۴۲).

در پایان لازم به ذکر است که با توجه به اینکه متغیر مستقل این مطالعه بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی بود؛ لذا قبل از شروع مداخله و برای پرهیز از تورش یا تأثیر مداخله بر گروه پرستاران و بیماران در دو گروه، پژوهشگران ابتدا بیماران گروه کنترل را نمونه‌گیری کرده و در مرحله بعد مداخله را در گروه آزمون اجرا کردند. از سوی دیگر بسیاری از بیماران به علت شرایط خاصی که

معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه مورد حمایت قرار گرفته است که بدینوسیله پژوهشگران مراتب سپاس خود را از مسئولان آن دانشگاه اعلام می نمایند. همچنین پژوهشگران وظیفه خود می دانند که از مسئولان بیمارستان سوانح و سوختگی آیت اله طالقانی اهواز، کادر پرستاری و سایر کارکنان آن و نیز بیمارانی که در اجرای این تحقیق همکاری نمودند، صمیمانه قدردانی نمایند.

سازمانی کارکنان، افزایش قوه ی ابتکار و روحیه ی کارکنان شده و تعارض، رقابت کوبنده و ناسالم را کاهش می دهد؛ همچنین تعهد و مسئولیت پذیری آن ها را نسبت به اجرای برنامه آموزش به بیمار افزایش خواهد داد.

تشکر و قدردانی:

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مصوب دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به شماره ثبت U-92184 می باشد که توسط

منابع:

1. Mosavi A. Clinical Governance Role in the Realization of Patients' Rights. Medical Ethics Journal. 2011; 5(18): 161-78.
2. Taylor CL, Lemone LP, Lynn P. Fundamentals of nursing the art and science of nursing care. Lippincott: Williams & Wilkins; 2008.
3. AshghaliFarahani M. Developing and evaluating of Patients Education Nursing model in patients' coronary artery disease [PhD Dissertation]. Tehran: Tarbiat Moddares University. 2008.
4. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Mohajjel Aghdam A, Gholifam R. Actual patient education: Nurse's perception of Tabriz teaching hospitals. Tabriz Nursing & Midwifery Journal. 2010; 5(19): 39-46.
5. Elsherbiny OE, Salem MA, El-Sabbagh AH, Elhadidy MR, Eldeen SM. Quality of life of adult patients with severe. Burns. 2011; 37(5): 776-89.
6. Brunner & Suddarth's. Textbook of medical-surgical nursing (Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical). London: LWW; 2013.
7. Othman N, Kendrick D. Epidemiology of burn injuries in the east Mediterranean region: a systematic review. BMC Public Health. 2010; 10(83): 2-10.
8. Lo SF, Hayter M, Hsu M, Lin SE, Lin SI. The Effectiveness of multimedia learning education programs on knowledge, anxiety and pressure garment compliance in patients undergoing burns rehabilitation in Taiwan: an experimental study. Journal of Clinical Nursing. 2010; 19: 129-37.
9. Burns, the sixth cause of death in Iran. [Cited 2009 Oct5]. Available From: [Http://www.Hamshahrionline.Ir/News.aspx?Id=92205](http://www.Hamshahrionline.Ir/News.aspx?Id=92205).
10. Liang CY, Wang HJ, Yao KP, Pan HH, Wang KY. Predictors of health-care needs in discharged burn patients. Burns. 2012; 38(2): 172-79.
11. Pishnamazi Z, Kiani Asiabar A, Heravi Karimavi M, Zaeri F, Norooz Zadeh R. Quality of life in burn patients. Payesh Journal. 2012; 11(1): 103-10.
12. Goyata SL, Rossi LA. Nursing diagnoses of burned patients and relatives' perceptions of patients' needs. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 2009 Jan-Mar; 20(1): 16-24.
13. Wikehult B, Ekselius L, Gerdin B, Willebrand M. Prediction of patient satisfaction with care one year after burn. Burns. 2009 Mar; 35(2): 194-200.
14. Jolae S, Hajibabae F, Jalal AJ, Bahrani N. Evaluation of patients' satisfaction with nursing care provided in hospitals. Hayat. 2011; 17(1): 35-44.
15. Safavi M, Brzvy T. Principles of patient education, according to latest topic planning council. 1st Ed. Tehran: Salemi Pub; 2009.
16. Bastable SB. Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice. 3rd Ed. New York: Jones & Bartlett Learning Pub; 2008.
17. Jones JM, Papadacos J, Bennett C, Blacker S, Catton P, Harth T, et al. Maximizing your Patient Education Skills (MPES): a multi-site evaluation of an innovative patient education

- skills training course for oncology health care professionals. *Patient Education and Counseling*. 2011 Aug; 84(2): 176-84.
18. Friberg F, Granum V, Bergh AL. Nurses' patient-education work: conditional factors - an integrative review. *Journal of Nursing Management*. 2012 Mar; 20(2): 170-86.
19. Fakhr Movahedi A, Salsali M, Negarandeh R, Rahnavard Z. Exploring contextual factors of the nurse-patient relationship: A qualitative study. *Komesh*. 2011; 13(1): 23-35.
20. Borhani F. Nurses and nurse-managers' opinions about the importance of patients' training barriers. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2002; 5 (4): 84-90
21. Reach G. Obstacles to patient education in chronic diseases: a trans-theoretical analysis. *Patient Education and Counseling*. 2009 Nov; 77(2): 192-6.
22. Herald LR, Alexander JA, Fraser I, Jiang HJ. How Do Hospital Organizational Structure And Processes Affect Quality Of Care? *Medical Care Research Review*, 2008; 65(3): 259-99.
23. Henderson A, Creedy D, Boorman R, Cooke M, Walker R. Development and psychometric testing of the clinical learning organizational culture survey (CLOCS). *Nurse Education today*, 2010; 30(7): 598-602.
24. Ashgalfarahani M, Mohammadi E, Ahmadi F, Malaki M, Hagizadeh E. The effect of using the organizational culture improvement model of patient education on anxiety and satisfaction of patients with coronary artery disease. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2008; 3 (9): 59-69.
25. Shahripanahi M. A preliminary study of reliability and validity finding lists of soft state trait anxiety (STAI-Y). Tehran: Tarbiat Modares University. 1993.
26. Takase B, Nagata M, Hattori H, Tanaka Y, Ishihara M. Combined therapeutic effect of probucol and cilostazol on endothelial function in patients with silent cerebral lacunar infarcts and percholesterolemia: a preliminary study. *Medical principles and practice : International Journal of the Kuwait University, Health Science Centre*. 2014; 23(1): 59-65.
27. Rahbarian M, Tarkhan M, Jalali M. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on self-concept and body image in burnt women. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 2012; 15(4): 45-52.
28. Mahmoudi H, Ebadi A, Salimi SH, Najafi Mehri S, Mokhtari Noori J, Shokrollahi F. Effect of nurse communication with patients on anxiety, depression and stress level of emergency ward patients. *Iranian Journal of Critical Nursing*. 2010; 3(1): 7-12.
29. Boyd, M. *Psychiatric nursing contemporary practice*. 4th ed. Philadelphia: PA Lippincott Wilkins; 2008.
30. Kooshan M, Vagee S. *Mental Health Nursing*. 9nd Ed. Tehran: Andisheh Rafia Pub; 2011.
31. Haidari J. *Mahmodi GH. Mental Health*. 1nd Ed. Tehran: Jameah Negar Pub: 1387.
32. Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ, et al. Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes*. 2010 Mar; 3(2): 188-95.
33. Funderburk JS, Fielder RL, Demartini KS, Flynn CA. Integrating behavioral health services into a university health center: Patient and provider satisfaction. *Family System Health*. 2012; 21(5): 765-70.
34. Leahy M, Krishnasamy M, Herschtal A, Bressel M, Dryden T, Tai KH, et al. Satisfaction with nurse-led telephone follow up for low to intermediate risk prostate cancer patients treated with radical radiotherapy. A comparative study. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2013 Apr; 17(2): 162-9.
35. Mehdipour Rabori R, Jamshidi N, Soltaninejad A, Sabzevari S. Effects of nurse education on both patients' satisfaction of teaching patients, and nurses' knowledge, attitude and performance in intensive care units of teaching hospitals. *Iranian Journal of Health & Care*, 2011; 13(1): 30-36.
36. Cross WM, Moore AG, Sampson T, Kitch C, Ockerby C. Implementing clinical supervision for ICU Outreach Nurses: a case study of their journey. *Australian Critical Care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*. 2012 Nov; 25(4): 263-70.
37. Cummins A. Clinical supervision: The way forward? A review of the literature. *Nurse Education in Practice*. 2009 May; 9(3): 215-20.
38. Cummins A. Clinical supervision: The way forward? A review of the literature. *Nurse Education in Practice*. 2009 May; 9(3):215-20.

39. Lamiani G, Furey A. Teaching nurses how to teach: An evaluation of a workshop on patient education. *Patient Education and Counseling Journal*, 2009; 79(2): 270-73.
40. Visser A, Wismans M. Improving patient education by in-service communication training for health care providers at a cancer ward: communication climate, patient satisfaction and the need of lasting implementation. *Patient Education and Counseling*. 2010 Mar; 78(3): 402-8.
41. van Beek AP, Gerritsen DL. The relationship between organizational culture of nursing staff and quality of care for residents with dementia: questionnaire surveys and systematic observations in nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*. 2010 Oct; 47(10): 1274-82.
42. Heshmati F, Memarian R, Vanaki Z. Effect of implementing clinical supervision model on the patient education outcomes. *Health Promotion Management*, 2012; 1(3): 28-37.

The effect of applying organizational culture improvement model of patient education on anxiety and satisfaction of burned hospitalized patients: a clinical trial

Hasimi L¹, Gheibizadeh M², Jahani S^{*2}, Zarea K^{2,3}, Cheraghian B²
¹Student, Nursing Dept., Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, I.R. Iran;
²Nursing Dept., Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, I.R. Iran;
³Ahvaz, Chronic Disease Care Research Center, I.R. Iran.
Received: 21/April/2014 Accepted: 28/June/2014

Background and aims: Patient education as one of the pillars of clinical governance has a special importance in all patients including burn victims. This study employed a model of organizational culture in order to optimize the institutionalization of patients' education for anxiety and increasing burned patients' satisfaction.

Methods: In this clinical trial quasi experimental study, 80 burned hospitalized patients were included in the intervention group and control group. First, the intervention was consisted of sessions based on Organizational Culture Improvement Model of Patient Education in order to institutionalize patient education for nurses and nurse managers in dimensions of the effective communication process, cooperative decision making, goal setting, planning, implementing and recording, supervision and control, and incentive increasing.

Results: Findings showed that the means of situational anxiety in the control group and intervention group were 47.12 ± 4.40 and 45.55 ± 4.86 , respectively before the intervention which was not be statistically significance. But the mean of situational anxiety were 43.70 ± 5.36 and 38.45 ± 4.08 in the control and intervention groups respectively after the intervention which showed statistical significance ($P=0.002$). The means of satisfaction in control and intervention groups before the intervention were 18.82 ± 5.76 and 20.75 ± 4.22 respectively which reached to 21.02 ± 6.56 and 26.75 ± 4.51 respectively after the intervention, that showed a significant increase in satisfaction of education in intervention group ($P=0.001$).

Conclusion: This model represents the results of a strategy to improve patient education through the promotion of academic skills and motivation of nurses increasing of the system's commitment on and responsibility for optimized implementation of patient education. So, applying this model will play an important role in the patients' health.

Keywords: Patient Education, Organizational Culture, Burns, Anxiety, Satisfaction.

Cite this article as: Hasimi L, Gheibizadeh M, Jahani S, Zarea K, Cheraghian B. The effect of applying organizational culture improvement model of patient education on anxiety and satisfaction of burned hospitalized patients: a clinical trial. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2014; 3(3): 16-28.

***Corresponding author:**

Nursing Dept., Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, I.R. Iran.
Tel:00989125479267, E-mail: jafari.shku@yahoo.com.