

تأثیر به کارگیری مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار بر اضطراب و رضایتمندی بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر

دکتر منصوره فراهانی اشغلی^۱ - دکتر عیسی محمدی^۲ - دکتر فضل‌الله احمدی^۳ - دکتر محمد ملکی^۴ - دکتر ابراهیم حاجی‌زاده^۵

چکیده

مقدمه: بیماری‌های قلبی و عروقی، عوارض، ناتوانایی‌ها و مرگ و میر ناشی از آن هر ساله در ایران رو به افزایش است. طراحی و به کارگیری مدل‌های بومی یکی از مهم‌ترین راهبردهایی است که می‌تواند در کنترل این عوارض تأثیر به‌سزایی داشته باشد. مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار حاصل تحقیق کیفی و بومی است، که در این پژوهش مورد ارزشیابی قرار گرفته است. هدف تعیین تأثیر به کارگیری مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار بر میزان رضایتمندی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر می‌باشد.

روش: در این مطالعه نیمه تجربی ۶۰ بیمار مبتلا به اختلالات عروق کرونر در گروه مداخله و ۵۰ بیمار در گروه شاهد و ۵ مدیره پرستاری و ۵ پرستار که به صورت مبتنی بر هدف انتخاب شده بودند شرکت کردند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های اضطراب اشیپیل‌برگر و سنجش رضایتمندی بیماران استفاده شده است. داده‌ها مربوط به تعیین و مقایسه میزان اضطراب در دو گروه در قبل از به کارگیری مدل و یک ماه، سه ماه و شش ماه بعد از مداخله جمع‌آوری گردیده و اطلاعات مربوط به تعیین و مقایسه سطح رضایتمندی بیماران قبل و بعد از مداخله نیز جمع‌آوری گردید. مداخله شامل یک بسته برنامه‌ریزی شده مبتنی بر مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی در راستای نهادینه‌سازی آموزش به بیمار در پرستاران و مدیران پرستاری در ابعاد فرآیند برقراری ارتباط مؤثر، تصمیم‌گیری مشارکتی، هدف‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ثبت، نظارت و کنترل و افزایش انگیزه بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS v.15 و با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری و آزمون‌های آماری من‌ویتنی و آزمون فریدمن تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: داده‌ها نشان داد، اضطراب بیماران در گروه شاهد، قبل و بعد از به کارگیری الگوی بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار به ترتیب ۵۸/۷۴ و ۵۴/۳۶ و در گروه مداخله نیز به ترتیب ۵۸/۸۱ و ۳۰/۱۵ بوده و آزمون آماری تی مستقل اختلاف معناداری را بین تفاوت میانگین‌های اضطراب دو گروه نشان داد ($p < 0/0001$)، و همچنین رضایت بیماران در گروه شاهد، قبل و بعد از به کارگیری الگوی بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار به ترتیب ۲۴/۸۸ و ۲۶/۷ و در گروه مداخله نیز به ترتیب ۲۳/۸۳ و ۵۲/۵۷ بوده و آزمون آماری من‌ویتنی اختلاف معناداری را بین تفاوت میانگین‌های اضطراب دو گروه نشان داد ($p < 0/0001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی و قابل اجرا بودن الگوی بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار، به کارگیری این مدل موجب انگیزش و تغییر رفتار پرستاران در جهت جدی گرفتن امر آموزش به بیمار و تعهد و مسؤولیت‌پذیری بیشتر آن‌ها نسبت به این مسؤولیت مهم گردیده است. لذا این مدل می‌تواند به عنوان یک راهبرد عملی برای نهادینه کردن آموزش به بیمار در پرستاری به کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: آموزش بیمار، فرهنگ سازمانی، اختلالات عروق کرونر، اضطراب و رضایتمندی

تاریخ دریافت: ۱۶/۱۰/۸۷

تاریخ پذیرش: ۲/۲/۸۸

۱ - دانش‌آموخته دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ایران

۲ - دانشیار گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران (نویسنده مسؤول)

آدرس: تهران، تقاطع بزرگراه جلال آل احمد و دکتر چمران، دانشگاه تربیت مدرس

پست الکترونیکی: mohamade@modares.ac.ir

۳ - عضو هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

۴ - عضو هیأت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۵ - عضو هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

امروزه بیماری‌های قلبی و عروقی تبدیل به مهم‌ترین علت مرگ و میر انسان‌ها در جهان تبدیل شده است. بر اساس آمارهای جدید ۵۰٪-۴۰٪ مرگ و میر کشورهای پیشرفته و ۴۵٪-۲۵٪ مرگ و میر در خاورمیانه را بیماری‌های قلبی و عروقی تشکیل می‌دهند، این آمار رو به افزایش است (۱). سکتة قلبی بعد از تصادفات، عامل دوم مرگ و میر مردم ایران را تشکیل می‌دهد (۲).

میزان هزینه‌های برآورد شده برای بیماری عروق کرونر ۱۴۱/۱ بلیون دلار تخمین زده شده است (۳). نتیجه تحقیقی در ایران در سال ۱۳۸۴ نشان می‌دهد که بیماری‌های قلبی حاد در حدود ۱۰۰ میلیارد تومان هزینه را به خود اختصاص داده‌اند (۴). در کنار این، تحقیقات نشان می‌دهند که آموزش بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر کاهش قابل ملاحظه‌ای در میزان هزینه‌های مصرفی آنان خواهد داشت (۳).

آموزش به بیمار وسیله‌ای برای دستیابی به ارتقای سلامت و ترکیبی از فعالیت‌های آموزشی برنامه‌ریزی شده به منظور کمک به افرادی است که هم اکنون در حال تجربه یک بیماری یا عوارض آن هستند. این برنامه به این افراد کمک می‌کند تا بتوانند به‌گونه‌ای در رفتار خود تغییر ایجاد کنند که بهبودی حاصل شود (۵).

علاوه بر این یکی از موضوعاتی که در اعتبار بخشی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی نقش دارد، نحوه ارائه برنامه آموزش بیمار است (۶). آموزش بیمار یکی از اساسی‌ترین و حیاتی‌ترین برنامه‌های مراقبتی در سیستم‌های درمانی بوده و به عنوان مرکز ثقل وظایف همه حرفه‌های بهداشتی شناخته شده است (۳، ۷ و ۵).

علی‌رغم اهمیت نقش آموزش به بیمار، اعضای تیم درمانی خصوصاً پرستاران به دلیل موانع مختلف قادر نیستند که این نقش را به خوبی ایفا نمایند. در این راستا نتیجه یک مطالعه کیفی در ایران نشان می‌دهد، عوامل مهمی که منجر به عدم ارائه آموزش مؤثر شده عبارتند از: مدیریت ناکارآمد، موانع فرهنگی و فرهنگ سازمانی نامناسب است. داده‌ها منتج از این تحقیق نشان می‌دهد فرهنگ و جو حاکم بر سازمان درمانی مهم‌ترین عامل است که موجب بروز رفتارها و کنش‌های نامناسب و نهایتاً منجر به بی‌انگیزگی پرستاران در تمام رده‌های شغلی شده

است. به طوری که در این فضای فرهنگ کاری، نه مدیر به برنامه‌ریزی، هماهنگی، سازماندهی و کنترل و نظارت بر آموزش به بیمار توجه و تمرکز دارند و نه پرستاران انگیزه و شرایط لازم را برای ایفای نقش ویژه آموزش بیمار را داشتند (۸).

فرهنگ سازمانی، سیستمی متشکل از ارزش‌ها (چه چیزی اهمیت دارد و چه چیزی مهم نیست) و عقاید (افراد چگونه عمل می‌کنند و چگونه عمل نمی‌کنند) تشکیل می‌شود. فرهنگ سازمانی در ارتباط متقابل با نیروی انسانی، ساختار سازمانی و سیستم کنترل قرار دارد و هنجارهای رفتاری را در سازمان شکل می‌دهد، در واقع آن نیروی قدرتمندی است که نحوه عمل کردن و چگونگی عملیات‌ها را تعیین می‌کند (۹).

لذا این فرضیه قابل توجه بوده است که «بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی» می‌تواند به عنوان مبنای تئوریک و عملی در ایجاد و توسعه مدیریت کارآمد و رفع موانع آموزش بیمار و فراهم آوردن تسهیلات مورد نیاز؛ با وجود کمبود نیرو و زمان؛ منجر به ارائه برنامه مؤثر و در نهایت نهادینه‌سازی آموزش بیمار مطرح گردد.

در این راستا محققین این مطالعه بر اساس مطالعه زمینه‌ای، مدلی را بر مبنای این فرضیه طراحی کردند (۸). سپس در این مطالعه با طراحی مداخله‌ای (که در بخش روش پژوهش بیشتر توضیح داده خواهد شد) به ارزشیابی تأثیر این مدل (بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی) بر میزان اضطراب و رضایت بیماران عروق کرونر اقدام نمودند. محققین انتظار دارند که با انجام این پژوهش بتوانند گامی را در جهت احیا و حفظ حق آموزش به بیماران و بهبود هزینه-اثر بخشی منابع در سیستم درمانی برداشته باشند.

روش مطالعه

این مطالعه از نوع نیمه تجربی است. از بین بخش‌های مراقبت ویژه^۱ و بخش‌های داخلی یکی از بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران، یک بخش بعد از مراقبت ویژه^۲ و دو بخش (داخلی زنان و مردان) به صورت تصادفی ساده (با قرعه) انتخاب شدند. تعداد کافی نمونه‌ها

1 - CCU

2 - Post CCU

گرفته است (۱۰) و دقت مناسب با اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون بالای ۹۰٪ تعداد نمونه‌های لازم برای ارزشیابی مدل برآورد گردید، بر این اساس، برای هر گروه مطالعه ۵۰ نفر برآورد شده بود. با توجه به احتمال ریزش نمونه، تعداد ۷۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد، که مطالعه در پایان با ریزش نمونه‌ها ۱۰ نفر در هر گروه آزمون و ۲۰ نفر در گروه شاهد روبرو بود. علت ریزش در دو گروه به دلیل طولانی بودن زمان بررسی متغیرهایی وابسته (۶ ماه) می‌باشد؛ زیرا این متغیر در مدت ۶ ماه باید پیگیری می‌شد، لذا در این بین برخی از بیماران از ادامه همکاری منصرف شده بودند، اما دلیل بعدی در رابطه با ریزش بیشتر نمونه‌ها در گروه شاهد، می‌تواند، به دلیل نداشتن انگیزه برای ادامه همکاری به دلیل بهره‌مند نشدن از آموزش حضوری توسط پرستاران بوده باشد.

روش و ابزارهای گردآوری داده‌ها

سیاهه اضطراب اسپیل برگر^۲: این سیاهه به وسیله اسپیل برگر در سال ۱۹۸۳ به عنوان مقیاس خود سنجی به شکل دو فرم جداگانه ساخته شده است. این سیاهه شامل چهار سؤال است که به پاسخ‌دهنده امکان می‌دهد که احساس خود را با نمره ۱ برای عدم اضطراب و نمره ۴ برای اضطراب بالا رده‌بندی کند، این پرسشنامه برای تعیین میزان اضطراب بیماران به کار می‌رود. حداقل نمرات اضطراب موقعیتی و شخصیتی ۲۰ و حداکثر ۸۰ می‌باشد، بدین ترتیب نمره اضطراب کل هم از ۴۰ تا ۱۶۰ می‌باشد. اعتبار علمی این تست توسط محققین زیادی سنجیده شده است و پژوهشگران زیادی در کشور ما نیز آن را به کار برده‌اند. این ابزار یک مقیاس معتبر بین‌المللی است که توسط دادستان پناهی نیز در کشور ما هنجاریابی و پایایی و یا اعتماد علمی این ابزار تعیین شده است (۱۱).

جهت تعیین پایایی از ثبات درونی ۳ مقیاس‌های از برآورد آلفای کرونباخ، استفاده شد. به طوری که آلفای کرونباخ برای هر یک از مقیاس‌ها بین ۷۰/۰ تا ۷۸/۰ بوده، و برای کل پرسشنامه ۰/۷۳ بوده است (۱۲).

پرسشنامه سنجش رضایتمندی بیماران از آموزش‌های ارائه شده: از آنجا که رضایت بیماران به عنوان سیستم دریافت‌کننده مراقبت‌ها یک شاخص مهم در آموزش بیمار است. این پرسشنامه به منظور سنجش

و یکنواختی فرهنگ حاکم بر محیط پژوهش علت انتخاب این محیط بود.

نمونه‌هایی که به طور مستقیم تحت مداخله بر اساس الگوی بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی قرار گرفتند شامل پرستاران و بیماران است. پرستاران شامل دو گروه بوده که گروه اول تمام مدیران رده‌های مختلف پرستاری شامل مترون، سوپروایزر آموزشی، سوپروایزر بالینی بیمارستان و سرپرستار دو بخش مورد مطالعه بودند و گروه دوم شامل پرستاران بالینی بوده که به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند. خصوصیات این پرستاران عبارت بود از: حداقل تجربه دو سال کار مداوم در بخش‌های مراقبت ویژه و یا داخلی قلب. تعداد کل پرستاران (مدیران و پرستاران بالین) جمعاً ۱۰ نفر برآورد شده است.

لازم به ذکر است علت انتخاب مدیران پرستاری به دلیل اهمیت نقش آنان در پیاده‌سازی قوانین و خط مشی‌های لازم برای اجرای برنامه آموزش با توجه به مدل بوده است، زیرا مدیران با برقراری ارتباط مناسب، تعیین خط‌مشی و قوانین در راستای ارایه برنامه آموزش، ارزش‌گذاری به آن، نظارت و کنترل برنامه و افزایش انگیزه پرستاران نقش به‌سزایی در ارایه این برنامه داشته‌اند. در ضمن بر اساس مدل مجریان اصلی امر آموزش پرستاران بوده‌اند، لذا پرستاران جز نمونه‌های این پژوهش بوده‌اند.

نمونه‌های بعدی که به طور غیرمستقیم تحت مداخله بوده و برآیند مداخله بر اساس مدل به صورت متغیر وابسته در آن‌ها ارزیابی می‌شد، شامل بیماران بودند که به صورت مبتنی بر هدف بر اساس دارا بودن خصوصیات چون؛ ابتلا به اختلالات عروق کرونر، گروه سنی ۷۰-۴۰ سال، انفارکتوس وسیع قلبی و نارسایی درجه سوم و چهارم، داشتن تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش و برخورداری از هوشیاری کامل نسبت به زمان، مکان و شخص انتخاب شده‌اند.

برای تخمین حجم نمونه بیماران با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات نیمه تجربی و بر اساس مطالعات مشابه قبلی و استفاده از جدول نرموگرام آلتمن^۱ و بر اساس میانگین کیفیت زندگی بیماران کرونری قبل و بعد از مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۰ در تهران انجام

2 - Eshpel Burger

3 - Internal Consistency

1 - Althman Normogram

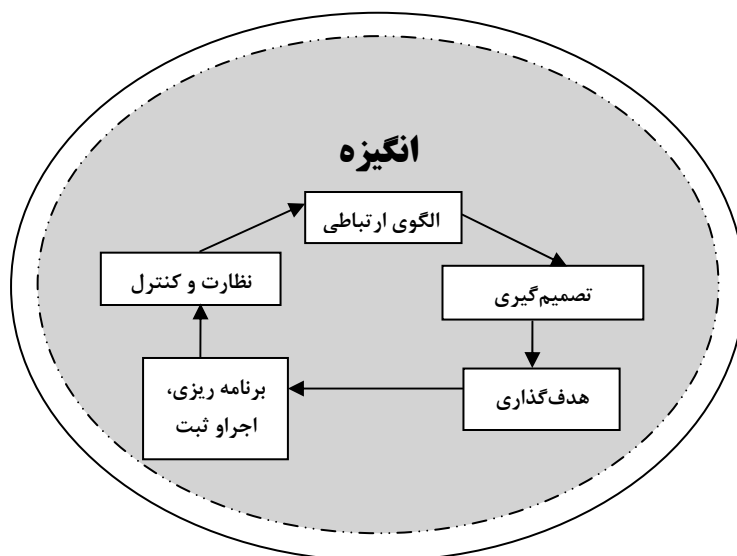
بتواند در طی این دوره جلسات توجیهی رسمی و غیر رسمی را با عاملین اصلی بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی (رده‌های مختلف پرستاری؛ از جمله مترون، سوپروایزر آموزشی و بالینی، سرپرستاران، پرستاران و همچنین پزشکان و اتندینگ) را داشته باشد. لذا در این مرحله علاوه بر این که محقق اطلاعات مربوط به گروه شاهد را جمع می‌نمود، بستر تغییر فرهنگ سازمانی را فراهم آورد، به قول کرت‌لوین در این مرحله زمینه‌های ذوب شدن یخ به آهستگی آغاز شد؛ البته لازم به ذکر است که با توجه به مرتفع نشدن زمینه‌ها اجرای برنامه آموزش، وضعیت برنامه آموزش بیمار همانند قبل بود به گونه‌ای که بیماران گروه شاهد هیچ مداخله‌ای را جز برنامه‌های روتین درمانی و مراقبتی قبلی را دریافت نمی‌نمودند. متغیرهای وابسته پژوهش (اضطراب و رضایت بیمار) در شروع مطالعه، حین ترخیص مورد بررسی قرار گرفتند.

۲) مرحله دوم تحقیق مرحله اجرای آزمون مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار بود؛ در این مرحله نمونه‌ها همانند قبل به صورت مبتنی بر هدف انتخاب شدند. این مدل در گروه آزمون توسط پرستاران اجرا گردید، متغیرهای وابسته در شروع مطالعه، حین و بعد از ترخیص مورد بررسی قرار گرفتند. این مدل برای بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی با استفاده از استراتژی کرت‌لوین در ۶ گام یا مرحله شامل برقراری ارتباط مؤثر، تصمیم‌گیری مشارکتی، هدف‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ثبت، نظارت و کنترل با تمرکز بر افزایش انگیزه طراحی شده است.

رضایت بیماران از نحوه انجام آموزش به بیمار قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی ارایه شده توسط پرستاران به کار برده شده است. پرسشنامه مشتمل بر ۱۸ گویه بوده که طبق مقیاس لیکرت طراحی شده، این پرسشنامه توسط بیمار و یا در صورت بی‌سوادی بیمار توسط محقق و یا یکی از نزدیکان بیماران تکمیل می‌گردد. بیماران نظر خود را راجع به هر گویه در یک مقیاس سه درجه‌ای (راضی هستیم، تاحدودی راضی هستیم و راضی نیستیم) بیان خواهند نمود. جهت تعیین اعتماد علمی این پرسشنامه از روش دو نیمه کردن سؤالات استفاده شد. و با استفاده از فرمول کودریچاردسون، ضریب پایایی بدین صورت برآورد گردید، و بر این اساس ضریب پایایی $I = 0.99$ مورد تأیید قرار گرفته است. ضمناً تدوین و روایی این ابزار در یک مطالعه دیگر (۱۳۸۱) صورت گرفت (۱۳).

نحوه انجام کار این تحقیق بر پایه مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار بنا شده است، همان‌طور که قبلاً نیز اشاره گردید این مدل حاصل تحقیق رساله دکتری (۱۳۸۷) است (۸)، بدین منظور جهت آزمون مدل حاضر مراحل زیر به ترتیب صورت گرفت (شکل ۱-۱):

۱) مرحله قبل از مداخله: با توجه به این که متغیر مستقل این مطالعه بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی است، لذا قبل از شروع مداخله و برای پرهیز از تورش یا تأثیر مداخله بر گروه پرستاران و بیماران در دو گروه محقق ناچار بود که ابتدا بیماران گروه شاهد را نمونه‌گیری کرده و در مرحله بعد مداخله را در گروه آزمون اجرا نماید. جمع‌آوری اطلاعات در رابطه با بیماران گروه شاهد؛ فرصت مناسبی را برای محقق فراهم آورده بود که او



برنامه اجرایی بر اساس مراحل مدل شامل موارد ذیل است:

الف- کارگاه آموزشی در مورد چگونگی برقراری ارتباط مناسب با بیمار در حین اجرای برنامه آموزش بیمار. در این رابطه دو کارگاه آموزشی در زمینه نحوه برقراری ارتباط با بیمار تشکیل شد. کارگاه در دو روز متفاوت در یک هفته به شکل سخنرانی و بحث و گفتگو، مطالعه موردی و ارائه جزوات آموزشی پیرامون موضوع مورد نظر اداره شد. در این تحقیق ارتباط شامل طیف گسترده‌ای از رابطه بین مدیر- پرستار، پزشک- پرستار، پرستار- بیمار و پزشک- بیمار بود لذا محقق در مدل ارائه شده، سعی نموده علاوه بر این که بعد ارتباط پرستار- بیمار را در مورد توجه قرار بدهد، سایر ابعاد این طیف را نیز در نظر بگیرد، در همین راستا با توجه به اهمیت جایگاه پزشک در فرهنگ جامعه ایرانی و همچنین اهمیت نقش آنان در جلب اعتماد بیمار به پرستار از آتندینگ و رزیدنت‌ها خواسته شد که در نزد بیمار وظیفه آموزش را به پرستاران محول نمایند.

ب- تصمیم‌گیری مشارکتی، در مرحله نخست بعد از جلسه توجیهی در آزمون مدل طراحی شده با مترون، سوپروایزران، سوپروایزر آموزشی و سرپرستاران محقق اهداف مدل و نحوه اجرا را توصیف نمود، در این جلسه قرار بر تشکیل کمیته‌ای برای برنامه‌ریزی، اجرا، نظارت و کنترل برنامه آموزش بیمار شد؛ که اعضای آن علاوه بر افراد شرکت‌کننده در جلسه توجیهی پرستارانی که برای ارائه برنامه آموزش انتخاب شده بودند نیز شرکت داشتند.

در همین راستا ۲ جلسه دیگر تشکیل شد، که در آن پرستاران پیرامون مشکل عدم اجرای برنامه آموزش و راه‌حل‌های ارائه شده در تحقیق حاضر و سایر راه‌حل‌های ممکن که از طرف اعضا اعلام می‌شد، به بحث و گفتگو پرداختند. تمامی اعضای گروه در زمینه مراحل اجرا و چگونگی اجرا با یکدیگر به توافق رسیدند. لذا بر این اساس مراحل بعدی به شرح زیر انجام گردید. در طی این جلسات محقق اعضا را با مفاهیم، فلسفه، اهداف و نحوه اجرای مدل آشنا کرد.

در نهایت گروه به این نتیجه رسیدند که، برای این که برنامه به صورت رسمی در سازمان به اجرا در آید لازم است که خط‌مشی‌ها و قوانین و مقرراتی در زمینه آموزش بیمار وضع شده و به اجرا در آید.

پ- هدف‌گذاری: در این مرحله هدف کلی (آموزش بیمار) و اهداف جزئی با توجه به نیازها و مشکلات بیماران به صورت مرحله‌ای و بر اساس استانداردهای آموزشی تعیین گردیدند، و همچنین فرم ارزیابی نیازهای آموزشی بیماران که بر اساس استانداردهای آموزشی از قبل طراحی شده بود در اختیار اعضای گروه بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی قرار گرفت، در ضمن از آنان خواسته شد که اگر نظری و یا پیشنهادی در مورد فرم داشتند، اعلام نمایند تا فرم بر اساس پیشنهادات آنان تجدید نظر شود.

ت- برنامه‌ریزی و اجرا: برنامه آموزشی بر اساس اهداف کلی و جزئی آموزش برای مدت ۷ روز برای هر گروه از بیماران برنامه‌ریزی شده بود که پس از این که بیمار در وضعیت پایدار از نظر جسمی، روانی و روحی قرار گرفته و با اهداف برنامه آموزشی و تشکیل جلسات آموزشی آشنا می‌گردید، اجرای برنامه آموزش آغاز می‌شد، در این رابطه بسته‌ای آموزشی نیز تهیه شده بود که به صورت مرحله‌ای طبق برنامه اجرا می‌گردید، همچنین روز قبل از هر برنامه سؤالاتی که حکم برانگیزاننده برنامه آموزش در روز بعد را داشت، از بیماران پرسیده می‌شد؛ مثلاً روز قبل از آموزش در مورد رژیم غذایی، سؤالاتی چون: آیا می‌دانید، چه نوع رژیم غذایی برای شما مناسب و مفید است؟ و یا در مورد داروی آسپرین پرسیده می‌شد که، آیا می‌دانید چرا برای شما داروی آسپرین تجویز شده؟ و یا این که می‌دانید بهتر است چه ساعتی آسپرین خود را مصرف کنید؟ و در طی جلسات آموزشی پرستاران برای روشن شدن مطالب تفهیم بهتر برنامه‌های آموزشی مثال‌هایی را ارائه داده و از استراتژی‌های چون مرور مطالب، ارائه الگو و یا مدل و تشویق برای تسهیل در امر یادگیری و برانگیزاندن بیمار استفاده می‌کردند. روز ۶ و ۷ برنامه آموزشی ارائه شده مرور شده و مجدداً به سؤالات و ابهامات بیماران در زمینه برنامه آموزش پاسخ داده می‌شد. لازم به ذکر است که برنامه آموزش به دلیل ضیق وقت پرستاران، در گروه‌های ۷-۲ نفره بیماران ارائه می‌گردید.

علاوه بر جزوه آموزشی دو پوستر به ابعاد ۱۷۰×۶۰ در هر بخش در محل‌هایی که بیشترین امکان استفاده را داشت (اتاق تلویزیون و نمازخانه بخش) نصب گردید.

لازم به ذکر است نحوه آموزش، اجرای مراحل آموزش و حتی محل نصب پوسترها با توجه به نظرات و پیشنهادات افراد گروه انجام می‌گرفت.

در انتها هر مرحله پرستار مسؤول آموزش، برنامه‌های ارایه شده را ثبت می‌کرد.

ث- نظارت و کنترل: یکی از مهم‌ترین قسمت‌های اجرایی این مدل که حکم تضمین‌کننده اجرای مؤثر برنامه را نیز بر عهده دارد، نظارت و کنترل است. مدیران پرستاری اعم از سرپرستاران، سوپروایزرها و مترون به صورت مستقیم و غیر مستقیم اجرای برنامه آموزش را نظارت و کنترل می‌کردند. در این رابطه چک لیستی بر اساس استانداردهای ارزیابی برنامه آموزشی تهیه شده بود که سرپرستاران، عملکرد پرستاران را مورد ارزشیابی قرار می‌دادند و در ضمن نتایج ارزشیابی را جهت تقویت نقاط قوت و اصلاح نقاط ضعف به پرستاران بازتاب می‌دادند. همچنین مدیران با به‌کارگیری استراتژی‌هایی که موجب ارزش‌گذاری و نهادینه‌سازی امر آموزش می‌شد پرستاران را بر ارایه این امر مورد تشویق و حمایت قرار می‌دادند. در ضمن ثبت برنامه آموزشی نیز مورد نظارت، کنترل و ارزشیابی قرار می‌گرفت و بازتاب آنان به پرستاران داده می‌شد.

ج- افزایش انگیزه: از یک سو تمام مراحل فوق موجب انگیزش پرستاران و مدیران برای توجه و اقدام به آموزش بیمار بوده است و از سوی دیگر منابع مکتوب سازمانی و سایر منابع پرستاران را به عنوان عاملین اصلی این امر معرفی نموده‌اند، لذا برای موفقیت در اجرای این امر ضروری است عوامل بر انگیزنده برای عاملین آن فراهم شود، علاوه بر این لازم است که انگیزه بیماران نیز افزایش پیدا کند. البته لازم به ذکر است که در این مدل انگیزه خود برآیندی از اجرا مراحل قبل می‌باشد، زیرا مشارکت، هدف‌گذاری، توجه به نیازهای آموزشی پرستاران و فراهم آوردن امکانات توانمندسازی آنان برای اجرای این امر، بهبود الگوهای ارتباطی مؤثر، نظارت و کنترل و ارزشیابی مناسب پرستاران؛ تماماً موجب افزایش انگیزه پرستاران می‌شود. علاوه بر این پرستاران بر اساس عملکرد خود مورد تشویق مادی و معنوی به صورت دریافت کارمزد و تشویق‌های کتبی و شفاهی و درج آن‌ها در پرونده قرار می‌گرفتند.

با توجه به این که یکی از ارکان مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی بیماران/ خانواده بودند، لذا در این رابطه نیز اقدامات برانگیزنده‌ای چون آگاه نمودن بیمار از حقوق، آگاهی از بیماری و روند درمان، تهیه جزوه و پوستره‌های جذاب و مناسب، تشویق همتایان بیمار به آموزش یکدیگر، پرسیدن سؤالات برانگیزنده، تشویق بیماران به پیدا کردن رابطه علی و معلولی بیماری، درمان و مراقبت بر اساس پاتوفیزیولوژیک آترواسکلروز به زبان ساده و قابل فهم و بالاخره ارزشیابی سطح آگاهی، عملکرد و نگرش بیمار در زمینه آموزش دریافت شده و بازتاب ارزشیابی به بیمار؛ تمامی این عوامل موجب افزایش انگیزه بیماران برای یادگیری و به طور قطع افزایش تبعیت بیمار از توصیه‌ها و برنامه آموزشی خواهد شد.

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی زیر، مدنظر پژوهشگر بوده است: معرفی‌نامه و اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به ریاست بیمارستان تحت مطالعه. توضیح اهداف و روش پژوهش به پرستاران و بیماران/ خانواده‌ها شرکت‌کننده، و یادآوری اختیاری بودن در شرکت و یا خروج از مطالعه، اخذ رضایت کتبی و آگاهانه، اطمینان دادن به شرکت‌کنندگان در خصوص محرمانه ماندن داده‌ها و هویت آن‌ها، ضمناً پژوهشگر بعد از اتمام کار پژوهش در گروه شاهد، کتابچه‌های آموزشی را در اختیار آنان هم قرار داد.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. جداول فراوانی و تهیه شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی در قالب آمار توصیفی انجام گرفت. برای بررسی ارتباط متغیرهای کیفی از آزمون کای دو و برای مقایسه میانگین‌ها در صورت برخوردار بودن از توزیع نرمال از آزمون آماری تی مستقل و آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری^۱، و در صورت عدم برخوردار بودن از توزیع نرمال از آزمون‌های آماری من‌ویتنی و آزمون فریدمن استفاده گردید. سطح معناداری آزمون برای آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS ۱5.۷ استفاده گردید.

1 - Repeated Measure

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ و ۲ نشان داده شده است، همان‌گونه که در جدول شماره ۱ و ۲ مشاهده می‌شود، آزمون آماری کای دو و آزمون تی مستقل اختلاف معناداری به لحاظ آماری بین بیماران گروه آزمون و شاهد در مورد متغیرهای دموگرافیک نشان نداده‌اند. به عبارت دیگر تفاوت معناداری در توزیع بیماران در دو گروه از نظر عوامل اثرگذار بر اضطراب و رضایت مشاهده نگردید.

در رابطه با هدف اول پژوهش «تعیین و مقایسه سطح رضایتمندی بیماران در دو گروه مداخله و شاهد در روز دوم و روز ترخیص» نتایج مندرج در جدول شماره ۳ حاکی از این است آزمون آماری من ویتنی اختلاف معناداری را بین تفاوت میانگین‌های قبل و بعد از مداخله دو گروه شاهد و آزمون نشان می‌دهد ($p \leq 0/001$).

در رابطه با هدف دوم پژوهش «تعیین و مقایسه میانگین میزان اضطراب در گروه‌های مداخله و شاهد» جدول شماره ۴ در مورد اضطراب موقعیتی قبل، یک و شش ماه پس از به‌کارگیری مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار، آزمون آماری آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری (Repeated Measures Anova) با سطح معناداری ($p \leq 0/001$) اختلاف معناداری را بین دو گروه نشان می‌دهد.

همان‌طوری که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌گردد تغییر میزان اضطراب موقعیتی تجربه شده در سه مرحله قبل، بعد از مداخله، سه و شش ماه بعد از آن در داخل هر دو گروه شاهد و آزمون معنادار است. اما همین آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر این تغییرات را بین دو گروه با $p < 0/001$ معنادار نشان داده است. به عبارت دیگر تغییرات میزان اضطراب موقعیتی به طور معناداری در گروه مداخله بیشتر بوده است.

جدول شماره ۵ در مورد اضطراب شخصیتی قبل، یک و شش ماه پس از به‌کارگیری مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار، آزمون آماری آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری (Repeated Measure) با سطح معناداری ($p \leq 0/001$) اختلاف معناداری را بین دو گروه نشان می‌دهد.

همان‌طوری که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌گردد تغییر میزان اضطراب شخصیتی تجربه شده در سه مرحله قبل، بعد از مداخله، سه و شش ماه بعد از آن در داخل هر دو گروه شاهد و آزمون معنادار است. اما همین آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر این تغییرات را بین دو گروه با $p < 0/001$ معنادار نشان داده است. به عبارت دیگر تغییرات میزان اضطراب شخصیتی هم به طور معناداری در گروه مداخله بیشتر بوده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی (مطلق و نسبی) مشخصات دموگرافیک بیماران در دو گروه شاهد و آزمون

سطح معناداری	نام آزمون	گروه			برحسب متغیر	نام متغیر
		آزمون	شاهد	تعداد		
$p=0/97$	χ^2	۴۱	۳۴	فراوانی	مرد	جنس
		۳۱/۷	۶۸	درصد		
		۱۹	۱۶	فراوانی	زن	
		۳۱/۷	۳۲	درصد		
$p=0/18$	χ^2	۹	۶	فراوانی	بیسواد	تحصیلات
		۱۵	۱۲	درصد		
		۱۹	۲۶	فراوانی	ابتدایی	
		۳۱/۷	۵۲	درصد		
		۲۴	۱۳	فراوانی	متوسطه و دیپلم	
		۴۰	۲۶	درصد		
۸	۵	فراوانی	عالی			

جدول ۲- توزیع میانگین و انحراف معیار سن و طول مدت ابتلا به بیماری در دو گروه آزمون و شاهد

سطح معناداری	نام آزمون	آزمون		شاهد		گروه
		S.D	M	S.D	M	
$p=0/24$	تی مستقل	۶/۴۵	۵۵/۱۳	۵/۳۰	۵۵/۱۲	سن
$p=0/47$	تی مستقل	۱۲/۶	۵/۶۳	۲/۹	۳/۸۸	طول مدت ابتلا به بیماری

M= میانگین S.D= انحراف معیار

جدول ۳- توزیع میانگین و انحراف معیار رضایتمندی بیماران در دو گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله

سطح معناداری	نام آزمون	بعد		قبل		مرحله
		S.D	M	S.D	M	
$p\leq 0/0001$	من ویتنی	۶/۷۴	۲۶/۷۰	۵/۶۹	۲۴/۸۸	شاهد
		۱/۷۶	۵۲/۵۷	۴/۶۴	۲۳/۸۳	آزمون

M= میانگین S.D= انحراف معیار

جدول ۴- توزیع میانگین و انحراف معیار اضطراب موقعیتی در گروه شاهد و آزمون قبل، یک ماه بعد، سه ماه و شش ماه بعد از مداخله

سطح معناداری	شش ماه بعد		سه ماه بعد		یک ماه بعد		قبل		مرحله
	S.D	M	S.D	M	S.D	M	S.D	M	
$p\leq 0/0001$	۱۰/۹۶	۳۰/۱۵	۷/۷۲	۲۹/۹۲	۱۰/۷۳	۳۲/۱۸	۱۰/۹۷	۵۸/۸۱	آزمون
$p\leq 0/0001$	۹/۶۸	۵۴/۳۶	۹/۳۳	۵۶/۳۲	۸/۲۳	۵۰/۵۶	۸/۹۸	۵۸/۷۴	شاهد

M= میانگین S.D= انحراف معیار Repeated Measures Anova

جدول ۵- توزیع میانگین و انحراف معیار اضطراب شخصیتی در گروه شاهد قبل، بعد و سه و شش ماه بعد از مداخله

سطح معناداری	شش ماه بعد		سه ماه بعد		یک ماه بعد		قبل		مرحله
	S.D	M	S.D	M	S.D	M	S.D	M	
$p\leq 0/001$	۱۰/۴۹	۳۹/۰۷	۹/۱۵	۳۹/۸۵	۹/۷۰	۴۲/۵۲	۹/۲۷	۴۷/۹۸	آزمون
$p\leq 0/002$	۷/۹۰	۵۱/۸۸	۸/۴۱	۵۲/۶۲	۸	۴۹/۸۴	۸/۴۱	۵۲/۸۸	شاهد

M= میانگین S.D= انحراف معیار Repeated Measures Anova

بحث

نظارت بالینی در امر آموزش رضایتمندی بیماران در گروه مداخله افزایش یافته بود (۱۳). مقایسه میزان تأثیر مداخله در این مطالعه که با تحقیق حشمتی که فقط بر نظارت بالینی تمرکز داشت نمایانگر تأثیر بیشتر به‌کارگیری مدل حاضر می‌باشد. در رابطه با این تفاوت شاید بتوان ادعان نمود که اثرات تقویت‌کننده سایر عوامل به کار گرفته شده در مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار نظیر، تصمیم‌گیری مشارکتی، هدف‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرا، افزایش انگیزه و بهبود الگوهای ارتباطی در طیف ارتباط بین مدیر، پزشک، پرستار علاوه بر نظارت و کنترل توانسته باشد رضایت بیماران را افزایش بیشتری بدهد.

نتایج تحقیق ردمن^۱ و همکارانش (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی در غالب نوع

علی‌رغم این واقعیت که آموزش بیمار موجب افزایش سطح دانش و رضایتمندی بیماران می‌شود (۱۴) مطالعات نشان می‌دهند که اغلب بیماران از میزان و ماهیت اطلاعات ارایه شده توسط اعضای تیم درمانی رضایت کافی را ندارند (۱۵). با توجه به این که یکی از اهداف مهم نظام سلامت، رضایت بیمار از خدمات مراقبت بهداشتی است، محققین سعی نموده‌اند با به‌کارگیری راه‌کارهای متفاوت، آموزش بیمار را با کیفیت بهتر ارایه نموده تا بدین‌وسیله بتواند رضایت بیماران را افزایش دهند. مطابق نتایج تحقیق حاضر (به‌کارگیری مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار) نمایانگر اثرات مثبت به‌کارگیری مداخله بر سطح رضایتمندی بیماران است. در این راستا نتایج مطالعه حشمتی (۱۳۸۲) نشان می‌دهد که بعد از اجرای سیستم

1 - Redman et al

زمینه اضطراب شخصیتی تغییرات میانگین‌ها نیز در دو گروه دارای سیر نزولی بوده اما این روند در گروه آزمون کاهش بیشتری را نشان می‌دهد. آزمون آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری اختلاف معناداری را در دفعات مکرر نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخله دارای اثر مثبت بر میزان اضطراب شخصیتی بوده است.

در مجموع می‌توان اذعان داشت که مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار در کاهش سطح اضطراب بیماران کرونری در ابعاد موقعیتی و شخصیتی نسبت به مطالعات قبلی تأثیر بیشتری داشته است.

محدودیت‌های پژوهش

علی‌رغم این که نوع مطالعه از نوع مداخله‌ای و نیمه تجربی است، ولی به دلیل این که مداخله و یا متغیر مستقل این پژوهش بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار است، و از قبل چارچوب نمونه‌ها و بیمارانی که به بیمارستان مراجعه می‌کردن مشخص نبود، نمونه‌گیری این پژوهش در گروه بیماران نمی‌توانست به صورت تصادفی انجام شود، لذا همان‌طور که قبلاً نیز آورده شده است، بیماران به صورت مبتنی بر هدف انتخاب خواهند شد. از سوی دیگر نمونه‌های مداخله مستقیم یعنی پرستاران و مدیران به صورت قبل و بعد بوده و فاقد گروه شاهد مستقل بوده است.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر بیانگر این واقعیت است که به‌کارگیری الگوی بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار در پارامترهای اضطراب و سطح رضایتمندی دارای تأثیر بیشتر در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد بود، یعنی به‌کارگیری مدل بهینه‌سازی فرهنگ سازمانی آموزش بیمار موجب انگیزش و تغییر رفتار پرستاران در جهت جدی گرفتن امر آموزش به بیمار و تعهد و مسؤلیت‌پذیری بیشتر سیستم نسبت به این مسؤلیت مهم گردیده است. در پایان از پرستاران و مدیران پرستاری و مسؤولین بیمارستان شهید رجایی و بیماران و خانواده‌های آن‌ها که به طور داوطلبانه در مطالعه شرکت کرده و در اجرای این تحقیق همکاری و همیاری نمودند صمیمانه تشکر می‌شود. از معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی که این تحقیق را حمایت مالی نمودند نیز صمیمانه تقدیر می‌گردد.

پرداخت‌ها، سیاست‌ها، ارتقا، نظارت و همکاری به خوبی و به طور مؤثری پیش‌بینی‌کننده رضایت پرستاران و بیماران می‌باشد (۱۶).

در ارتباط با دومین متغیر وابسته یعنی میزان اضطراب در گروه‌های مداخله و شاهد، شواهد اپیدمیولوژی حاکی از این است که اضطراب خطر بیماری قلبی و عروقی را افزایش می‌دهد. اضطراب به عنوان یک عامل خطر با چند مکانیسم نظیر؛ تمایل و اعتیاد به استعمال دخانیات، افزایش ضربان قلب، افزایش بار کاری قلب، افزایش مصرف اکسیژن قلب، افزایش فشارخون، افزایش دیس‌ریتمی‌های قلبی، شکستن پلاکت‌ها، کاهش پاسخ ایمنی، وازواسپاسم عروق کرونر^۲، افزایش سطح کلسترول و افزایش احتمال ترومبوزیس موجب افزایش پیشرفت روند آترواسکلروزیس شده و در نتیجه موجب افزایش عود مجدد سکته قلبی و تعداد دفعات بستری می‌گردد (۱۹-۱۷). افرادی که مبتلا به بیماری قلبی هستند نمی‌توانند کاهش اکسیژن ناشی از اضطراب را تحمل کنند و اضطراب در بیماران قلبی منجر به وسعت ایسکمی قلب می‌شود (۱۷).

به منظور کاهش سطح اضطراب بیماران قلبی تحقیقاتی زیادی انجام شده است، در این راستا نتایج تحقیق بارناسون و همکاران^۳ (۱۹۹۵) نشان می‌دهد که موسیقی اضطراب بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر را کاهش می‌دهد (۲۰). و یا نتایج تحقیق لیندکویس و همکاران^۴ (۲۰۰۳) نشان داد که بعد از شش هفته از گرفت عروق کرونر اضطراب نسبت به قبل از جراحی کاهش داشته است (۲۱).

در مطالعه حاضر، اضطراب بیماران در دو بعد موقعیتی و شخصیتی مورد بررسی قرار گرفته است. در این راستا تغییرات میانگین اضطراب موقعیتی در دو گروه شاهد و آزمون دارای سیر نزولی بوده اما این روند در گروه آزمون کاهش بیشتری را نشان می‌دهد. آزمون آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری اختلاف معناداری را در دفعات مکرر نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخله دارای اثر مثبت بر میزان اضطراب موقعیتی بوده است. در

- 1 - Plaque rupture
- 2 - Coronary vasospasm
- 3 - Barnason et al
- 4 - Lindquist et al

منابع

- 1 - Branuwald E. Heart disease. 7th edition. Elsevier saunders, USA. 2005.
- 2 - <http://www.seminarnews.ir/index.php?newsid=2638>.
- 3 - American Heart Association. Cardiovascular disease statistics, Available at: <http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1105390918119HDSSStats>, Accessed 30/08/2005.
- 4 - <http://www.magiran.com/npview.asp?id=1710894>.
- 5 - Coates VE. Education for patient and client. London: Routledge, 1999.
- 6 - Turner DS, Wellard S, Bethune E. Registered nurses' perception of teaching : constraints to teaching moment. *Int J Nurs Pract*. 1999; 15(1): 14-20.
- 7 - Redman BK. The practice of patient education. 8nd ed, New York: Mosby; 2001.
- 8 - Ashgali farahani, M. Developing and evaluating of patient education nursing model in patient's coronary artery disease, PhD Dissertation. Tarbiat Modares University. Tehran, 2008.
- 9 - Luker K, Caress AL. Rethinking patient education. *J Adv Nurs*, 1989; 14,198,711- 718.
- 10 - Ahmadi F. Developing and evaluating of continous care model in patient's coronary artery disease, PhD Dissertation. Tarbiat Modares University. Tehran, 2002.
- 11 - Mohammadi E. Developing and evaluating of partnership care model in patient's high blood pressure. PhD Dissertation. Tarbiat Modares University. Tehran, 2002.
- 12 - DeVillis RF. Scale Development: Theory and Applications. Newbury Park: Sage 1991.
- 13 - Heshmati Nabavi F. Effective application of clinical supervision program on quality of patient education. Msc. Thess. Tarbiat Modares University. Tehran, 2003.
- 14 - Martinali J, Bolman C, Brug J, Bar F. A checklist to improve patient education in a cardiology outpatient setting. *Patient Educ Couns*. 2001;42: 231-238.
- 15 - Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychol*. 1995; 14(5): 388-98.
- 16 - Redman RW, Tzeng HM, Ketefian SH. Relationship of nurses assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *International journal of nursing studies*. 2002; 39: 79-84.
- 17 - Kubzansky LD, Kawachi I, Weiss ST, Sparrow D. Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence. *Ann Behav Med*. 1998; 20(2): 47-58.
- 18 - Fraizier S, Moser D, Brien J, Garvin B, Kyungeh A, Mcko M. Management of anxiety after acute myocardial infarction. *Heart Lung*. 2002; 31: 411-420.
- 19 - Woods S L, Sivarajon E S, Underhill S. *Cardiac Nursing*. Philadelphia: Lippincott; 2005.
- 20 - Barnason S, ZimmermanL, Nieveen J. The effects of music interventions on anxiety in the patient after coronary artery bypass grafting. *Heart Lung*. 1995; 24(2): 124-132.
- 21 - LinKu SH, Hungku CH, Chima F. Effect of phase 1 cardiac rehabilitation on anxiety of patients hospitalized for coronary artery bypass graft in Taiwan. *Heart Lung*. 2002; 31: 131-140.

The effect of using The Organizational Culture Improvement Model of patient education on anxiety and satisfaction of patients with coronary artery disease

Farahani Eshgholi¹ M (Ph.D) - Mohammadi² E (Ph.D) - Ahmadi³ F (Ph.D) - Maleki⁴ M (MD) - Hajizadeh⁵ E (Ph.D).

Introduction: Cardiovascular diseases and their related complications, disability and mortality are proliferating in Iran. Developing and applying native models can be an important strategy to control such complications, more effectively. Organizational Culture Improvement Model of patient education was developed through a native qualitative research study which was tested in this study. The study aimed at investigating the effect of Organizational Culture Improvement Model of patient education on anxiety and satisfaction of patient with coronary artery disease.

Method: Using quasi- experimental method, 70 patients with coronary artery diseases purposely and five nurses through randomized sampling were selected. Data were collected using “The Eshpel Burgers’ anxiety questionnaire” and “patients’ satisfaction questionnaire”.

Results: Findings demonstrated significant statistically reduced level of anxiety [before 58.81 and after 30.15 in intervention group and / before 58.74 and after 54.36 in control group] and increased patients’ satisfaction [before 23.86 and after 52.57 in intervention group and / before 24.88 and after 26.7 in control group] in intervention group, compared to control group, after the intervention.

Conclusion: Organizational Culture Improvement Model of patient education can have impacts on anxiety and satisfaction in patient with coronary artery disease.

Key words: Patient Education, Organizational Culture, coronary artery diseas, anxiety and satisfaction

1 - Faculty Member, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2 - Corresponding author: Associate Professor, Faculty member, Nursing Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

e-mail: mohamade@modares.ac.ir

3 - Faculty Member, Nursing Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

4 - Faculty Member, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5 - Faculty Member, Nursing Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.