

Original article

Relationship between Learning Needs and Health Literacy of Patients with COVID-19

Shamsuddin Ahrari¹Moosa Sajjadi²MohammadReza Mansoorian³Mohammad Ghaderi⁴Tahereh Baloochi Beydokhti^{5*}

1. Master of Medical-Intensive Care Nursing, School of Nursing, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
2. Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing, Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
3. Associate Professor, Department of Community Health Nursing and Nursing Management, School of Nursing, Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
4. Instructor, Department of Medical Emergencies, School of Nursing, Nursing Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
5. Assistant Professor, Department of Medical Emergencies, School of Nursing, Nursing Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

***Corresponding author:** Tahereh Baloochi Beydokhti, Department of Medical Emergencies, School of Nursing, Nursing Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

Email: tbaloochi@gmail.com

Received: 17 June 2025

Accepted: 30 August 2025

ABSTRACT

Introduction and purpose: Patients with COVID-19 need education to provide post-discharge care. Determining the learning needs of these patients is paramount for their education. Various factors affect patients' learning needs. One of the concepts that seems to be related to patients' learning needs is health literacy. The present study aimed to assess the relationship between learning needs and health literacy of patients with COVID-19.

Methods: This descriptive correlational study was conducted on 140 patients with COVID-19 hospitalized at Khatam Al-Anbia Hospital in Taybad at the time of hospital discharge in 2021. Sampling was performed using a convenience sampling method. Data were collected using a demographic characteristics form, Patients' Learning Needs Scale (PLNS), and Health Literacy Instrument for Adults (HELIA), and were analyzed in SPSS software (version 20) using Kolmogorov-Smirnov and Pearson correlation tests, independent t-test, one-way ANOVA, and multiple linear regression at a significance level of $P < 0.05$.

Results: The results of this study demonstrated that the mean score of patients' learning needs out of 5 scores, with a mean of 3.63 ± 0.57 , was relatively high. The most critical needs pertained to the dimensions of treatments and complications, medication use, and improving the quality of life, and patients' health literacy score, with a mean of 2.12 ± 0.61 , was relatively low. There was also a significant inverse relationship between health literacy and the learning needs, suggesting that patients' learning needs decrease with increasing health literacy ($P = 0.001$).

Conclusion: As evidenced by the obtained results, patients had the most critical learning needs in the areas of treatment management and its complications, medication use, and improving the quality of life. The findings also indicated an inverse relationship between the level of health literacy and the level of learning needs. In this regard, by promoting health literacy, the need for education decreases in patients. Accordingly, it is recommended that the educational programs of patients focus on these areas of high demand in a targeted manner. Furthermore, the interventions, such as face-to-face education and the use of media, are suggested as effective strategies to promote health literacy and reduce the educational gap.

Keywords: Covid-19, Health literacy, Learning need, Self-care

► **Citation:** Ahrari Sh, Sajjadi M, Mansoorian MR, Ghaderi M, Baloochi Beydokhti T. Relationship between Learning Needs and Health Literacy of Patients with COVID-19. Journal of Health Research in Community. Summer 2025;11(2): 47-62

مقاله پژوهشی

نیازهای یادگیری خودمراقبتی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در زمان ترخیص و ارتباط آن با سواد سلامت

چکیده

شمس‌الدین احراری^۱
موسی سجادی^۲
محمدرضا منصوریان^۳
محمد قادری^۴
طاهره بلوچی بیدختی^{۵*}

مقدمه و هدف: بیماران مبتلا به کووید-۱۹ نیاز به آموزش برای انجام مراقبت‌های بعد از ترخیص دارند. تعیین نیاز یادگیری این بیماران یکی از ضروریات برای آموزش آن‌ها می‌باشد. عوامل مختلفی بر نیازهای یادگیری بیماران تأثیر دارد. یکی از مواردی که به نظر می‌رسد با نیازهای یادگیری بیماران ارتباط دارد، سواد سلامت است. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط نیازهای یادگیری با سواد سلامت بیماران مبتلا به کووید-۱۹ انجام گرفته است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-همبستگی است که در سال ۱۴۰۰ بر روی ۱۴۰ نفر از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بستری در بیمارستان خاتم‌الانبیاء تأیید در زمان ترخیص از بیمارستان انجام شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. داده‌ها با استفاده از چک‌لیست مشخصات دموگرافیک، پرسش‌نامه‌های استاندارد نیازهای یادگیری بیماران (PLNS) و سواد سلامت (HELIA)، جمع‌آوری و با آزمون‌های آماری کولموگرواف-اسمیرنوف و ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل، ANOVA یک طرفه و رگرسیون خطی چندگانه در سطح معناداری $p < 0/05$ با کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد میانگین نمره نیاز یادگیری بیماران از پنج نمره با میانگین $3/63 \pm 0/57$ ، نسبتاً بالا می‌باشد. بیشترین نیازها در ابعاد درمان‌ها و عوارض، داروها و ارتقای کیفیت زندگی می‌باشد. نمره سواد سلامت بیماران با میانگین $2/12 \pm 0/61$ ، نسبتاً پایین بود. همچنین، بین سواد سلامت و نیازهای یادگیری واحدهای پژوهش ارتباط معکوس و معناداری وجود داشت؛ بدین معنی که با افزایش سواد سلامت، نیازهای یادگیری بیماران کاهش یافت ($P = 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاکی از آن است که بیماران، بیشترین نیاز آموزشی را در حیطه‌های مدیریت درمان و عوارض آن، مصرف داروها و بهبود کیفیت زندگی دارند. همچنین، یافته‌ها بیانگر رابطه معکوس بین سطح سواد سلامت و میزان نیازهای یادگیری است؛ به‌طوری که با ارتقای سواد سلامت، نیاز به آموزش در بیماران کاهش می‌یابد. بر این اساس، توصیه می‌شود برنامه‌های آموزشی بیماران به‌صورت هدفمند بر این حوزه‌های پرنیاز متمرکز گردد. همچنین، اجرای مداخلاتی مانند آموزش‌های حضوری و بهره‌گیری از ظرفیت رسانه‌ها به‌عنوان راهکارهایی برای ارتقای سواد سلامت و کاهش شکاف آموزشی پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: نیاز یادگیری، خود مراقبتی، سواد سلامت، کووید-۱۹

۱. کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
۲. استاد، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
۳. دانشیار، دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
۴. مربی، دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
۵. استادیار، دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

* نویسنده مسئول: طاهره بلوچی بیدختی، دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

Email: tbaloochi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۰۸

مقدمه

بیماری کووید-۱۹ به‌عنوان یک بیماری عفونی به شدت مسری، نخستین‌بار در دسامبر ۲۰۱۹ در چین شناسایی شد و به

سرعت به یک بحران جهانی تبدیل گردید. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی تا ژانویه ۲۰۲۵، بیش از ۷۷۸,۰۰۰,۰۰۰ نفر در دنیا به این بیماری مبتلا شده و حدود ۷,۰۰۰,۰۰۰ نفر جان خود را از دست داده‌اند. در ایران نیز طبق گزارش رسمی وزارت بهداشت، تاکنون بیش از ۷,۵۰۰,۰۰۰ نفر مبتلا و بالغ بر ۱۴۷,۰۰۰ نفر فوتی ناشی از کووید-۱۹ به ثبت رسیده است بیماری کووید-۱۹ یک بیماری عفونی است و از طریق تماس نزدیک فرد به فرد نیز منتقل می‌شود [۱،۲]. در موارد شدید، کووید-۱۹ می‌تواند منجر به پنومونی‌های شدید تا نارسایی شدید تنفسی و مرگ در اثر نارسایی اندام‌های متعدد شود [۳]. این بیماری مرگ و میر بالایی دارد [۴]. بر اساس بررسی‌های به عمل آمده، میزان مرگ در بین بیماران بدحال ۴۱/۱ تا ۶۱/۵ درصد افزایش می‌یابد [۵]. در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ که سابقه بستری داشته‌اند، با توجه به نبود درمان اختصاصی برای این بیماری، اقدامات درمانی عمدتاً جنبه حمایتی و درمان علامتی داشته و گاهاً منجر به بهبودی قطعی نمی‌شوند همچنین، شواهد محدودی درباره پیامدهای بلندمدت و بهبودی کامل این بیماران موجود است [۶،۷].

مطالعات نشان می‌دهند که برخی از این بیماران پس از ترخیص، مجدداً مراجعه و در بیمارستان بستری می‌شوند. بررسی‌های به عمل آمده، میزان بستری مجدد این بیماران را در هفته اول پس از ترخیص بین ۲ تا ۵ درصد و در مدت ۶۰ روز پس از ترخیص ۱۵/۱ درصد گزارش کرده‌اند [۸]. بنابراین، با توجه به آمار بالای بستری مجدد و اهمیت عوارض بیماری، انجام اقدامات حمایتی برای پیشگیری از ایجاد عوارض و بستری مجدد این بیماران، حائز اهمیت می‌باشد [۹،۱۰].

یکی از جنبه‌های حمایتی بیماران، حمایت اطلاعاتی می‌باشد که می‌توان از طریق آموزش برای بیماران فراهم نمود. آموزش به بیمار یکی از اساسی‌ترین نقش‌ها و وظایف شناخته شده و حرفه‌ای پرستاران می‌باشد [۱۱]. لازم است پرستار، آموزش‌های لازم به بیمار و خانواده او را پیش از ترک بیمارستان ارائه دهد تا

بتوانند فعالیت‌های مراقبت از خود را در خانه انجام دهند. بر اساس نتایج پژوهش‌ها، بیمارانی که آموزش قبل از ترخیص را دریافت می‌کنند، احساس آمادگی برای ترک بیمارستان در روز ترخیص و حس سازگاری بهتری را بعد از ترخیص، دارا هستند [۱۲]. اولین گام برای آموزش به بیمار، تعیین نیازهای یادگیری و اولویت‌بندی آن‌ها از نظر بیمار می‌باشد [۱۱]. در واقع، نیاز یادگیری فاصله میان آن چیزی است که فرد می‌داند و آنچه را که باید بداند و این فاصله می‌تواند ناشی از کمبود دانش، نگرش یا مهارت باشد [۱۲]. در مطالعات مختلف، واژه نیاز یادگیری، نیاز اطلاعاتی و نیاز آموزشی به جای یکدیگر به کار رفته‌اند. گودمن (Goodman) معتقد است آموزش بیماران باید بر اساس بررسی و تعیین نیازهای آنان صورت پذیرد که جهت انجام این امر نیازهای هر بیمار باید در مدت بستری او در بیمارستان شناخته شود. در واقع، نیازهای آموزشی بیان شده از طرف بیماران حائز اهمیت می‌باشد، نه آنچه که از نظر کارکنان بهداشتی مهم تلقی می‌شود [۱۳].

در سال‌های اخیر، در مدل‌های مراقبتی، تغییر از رویکرد پدرسالارانه به رویکردهای بیمارمحور ایجاد شده است که در آن‌ها، ترجیحات، تجربیات و نیازهای بیمار مورد تمرکز اصلی هستند [۱۴]. در مراقبت‌های بیمارمحور توصیه می‌شود تا بر نیازهای بیماران تمرکز شده و این نیازها هر چه بیشتر از دیدگاه بیماران مورد درک و شناسایی قرار گیرند تا پرستاران بهتر بتوانند به بیماران کمک نموده تا آنان با درمان و عوارض جانبی درمان سازگار شوند و در نتیجه عوارض روان‌شناختی کمتری را تجربه کنند [۱۵].

تعیین نیازهای یادگیری بیماران و ارائه آموزش متناسب با نیازها و اولویت‌های بیماران در بیماری‌های مختلف، مورد بررسی قرار گرفته است؛ از جمله شریفی‌راد و همکاران در برنامه تأثیر آموزش در برنامه مراقبت از پا در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، نشان دادند که میانگین نمره تهدید درک‌شده از عواقب ابتلا به زخم پای دیابتی در بیماران بستری، پایین‌تر از حد متوسط بود

و دانش و آگاهی کافی در این بیماران وجود نداشت [۱۶]. یافته‌های غضنفرپور و همکاران در مورد میزان آگاهی، نگرش و رفتارهای خودمراقبتی کارکنان دانشگاه‌های بوشهر مشخص نمود که آگاهی شرکت‌کنندگان درباره بیماری کووید-۱۹ پایین‌تر از حد متوسط بود؛ همچنین، شرکت‌کنندگان در پژوهش از سطح اضطراب بالایی برخوردار بودند [۱۷]. از آنجایی که انجام اقدامات خودمراقبتی در بیماران پس از ترخیص از بیمارستان از ایجاد عوارض و بستری شدن مجدد بیماران جلوگیری می‌کند، برای ارتقای خودمراقبتی در این بیماران ارائه این آموزش‌ها حائز اهمیت می‌باشد [۱۰].

یکی از روش‌های آموزشی که موجب ارتقای رفتار بهداشتی بیمار می‌شود، آموزش خودمراقبتی است [۱۸]. برنامه‌های خودمراقبتی با هدف حفظ سلامتی از طریق رفتارهای سالم و توجه و مدیریت بیماری از عوامل مؤثر بر ارتقای سلامت فرد و جامعه و کاهش نیاز به مراقبت‌های اولیه سیستم‌های بهداشتی است. خودمراقبتی مهم‌ترین عامل برای تحت کنترل درآوردن بیماری در پاندمی‌ها به خصوص در پاندمی کرونا ویروس است [۱۷]. خودمراقبتی در بیماری کرونا شامل رعایت پروتکل‌های بهداشتی، رعایت فاصله‌ی اجتماعی، استفاده از ماسک و مواد ضدعفونی‌کننده می‌باشد [۱۹]. در افرادی که سواد سلامت پایینی دارند، خودمراقبتی کاهش یافته و هزینه‌های درمان و استفاده از خدمات درمانی در جوامع افزایش می‌یابد [۲۰].

سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سال‌های تحصیل بر نمی‌گردد [۲۱]. سواد سلامت طیف گسترده‌ای از فهم اطلاعات سلامت تا انجام رفتارهای سالم را نیز در بر می‌گیرد. به دلیل پیشرفت‌های پزشکی، سواد سلامت و نقش آن در سیستم‌های پیچیده خدمات بهداشتی، بیش از پیش مورد نیاز است. سازمان بهداشت جهانی، سواد سلامت را به‌عنوان عامل تعیین‌کننده مهم

در سلامت جامعه معرفی کرده است [۲۲]. برخی مطالعات نشان می‌دهند که افراد در جوامع مختلف، سواد سلامت پایین داشتند؛ به طوری که شواهد نشان داد که افراد با سطح سواد سلامتی پایین، دانش پایین‌تری نسبت به سلامتی خود داشتند و مرگ‌ومیر در آن‌ها بالاتر بود [۲۳-۲۵]. در ایران نیز، اغلب مشارکت‌کنندگان، سواد سلامت پایین داشته یا در تمام ابعاد آن در سطح «نه چندان کافی» قرار داشته‌اند [۲۶، ۲۷]. همچنین، نتایج مطالعه دیگری در مورد بررسی وضعیت سلامت الکترونیک در سالمندان ساکن تهران، نشان داد که سواد سلامت الکترونیک شرکت‌کنندگان کمتر از حد متوسط می‌باشد [۲۸]. اگر چه هنوز به درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامتی تأثیرگذار است، اما دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است [۲۹].

مطالعات مختلفی به بررسی سواد سلامت در افراد جامعه در دوران پاندمی کووید پرداخته‌اند. در رابطه با بررسی سواد سلامت بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در مطالعه انگوین (۲۰۲۰) مزایای بالقوه سواد سلامت را در بیماران کووید-۱۹ بیان نمود؛ به طوری که نتایج نشان داد سواد سلامت یک اثر محافظتی بر افسردگی و کیفیت زندگی در طول پاندمی دارد [۳۰]. نتایج مطالعه‌ای در آلمان نشان داد که ۵۰/۱ درصد بزرگسالان سواد سلامت ناکافی یا مشکلات زیادی در رابطه با سواد سلامت مرتبط با کووید-۱۹ دارند [۳۱]. جستجو در منابع علمی نشان داد که اگرچه مطالعاتی به بررسی سطح سواد سلامت افراد در برخی بیماری‌ها پرداخته ولی در مورد بیماران مبتلا به کووید-۱۹ و ارتباط آن با نیازهای یادگیری آن‌ها، شواهد کافی در دسترس نبود.

با توجه به نوپدید بودن و در موارد شدید بیماری، بسیار کشنده بودن بیماری کووید-۱۹ و با در نظر گرفتن اهمیت مراقبت‌های پس از ترخیص در کاهش عوارض و بستری مجدد و لزوم دریافت آموزش‌های زمان ترخیص برای تقویت مراقبت از خود، پژوهش حاضر قصد دارد با هدف تعیین نیازهای یادگیری

به بیماری روانی بر اساس سوابق پزشکی مندرج در پرونده و پرسش از بیماران، نبودن بیمار جزو پرسنل بهداشتی و درمانی بوده است و تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها (در صورتی که اطلاعات جمعیت شناختی ناقص بود و کلیه سؤالات پرسش‌نامه‌های نیازهای یادگیری و سواد سلامت پاسخ داده نشده باشد) از معیارهای خروج از مطالعه بود.

اطلاعات مورد نیاز با استفاده از چک‌لیست مشخصات دموگرافیک، پرسش‌نامه نیازهای یادگیری بیماران Patient Learning Needs Scale (PLNS)، پرسش‌نامه سواد سلامت

Health Literacy Instrument for Adults (HELIA) جمع‌آوری شد. مشخصات دموگرافیک شامل: سن، وضعیت تأهل، جنس، محل سکونت، سابقه بیماری، شغل، درآمد، منبع اطلاعات، تحصیلات بود.

پرسش‌نامه نیاز یادگیری بیماران (PLNS) دارای ۴۸ گویه است و از هفت بعد (داروها، فعالیت‌های روزمره زندگی، جامعه و پیگیری، احساسات مربوط به موقعیت، درمان‌ها و عوارض، ارتقای کیفیت زندگی و مراقبت از پوست) تشکیل شده است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که از امتیاز ۱ تا ۵ (اصلاً مهم نیست، کمی مهم، به نسبت مهم، بسیار مهم، بسیار زیاد مهم) داده شد. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع کرده و این امتیاز دامنه‌ای از ۴۳ تا ۲۱۵ را داشت. هر چه این امتیاز بیشتر باشد، بیانگر میزان نیاز یادگیری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود و بر عکس [۳۲]. روایی محتوایی و پایایی نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط بلوچی و همکاران (۱۳۹۹) تایید گردیده است [۳۳]. این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر و با توجه به مطالعات گذشته بر اساس اجماع نظرات تیم تحقیق، متناسب با نیازهای یادگیری بیماران مبتلا به کووید، اصلاح و بعد مراقبت از پوست به دلیل نامربوط بودن حذف گردید و در نهایت به ۴۳ سؤال در ۶ بعد کاهش یافت. به این منظور توسط تعدادی از

بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در زمان ترخیص و ارتباط آن با سواد سلامت، فرصت برنامه‌ریزی مناسب برای آموزش این بیماران را فراهم کند و امید دارد با ارتقای مراقبت از خود، زمینه‌ساز کاهش عوارض و ناتوانی‌های ناشی از این بیماری در جامعه شود.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی بوده و جامعه پژوهش، شامل کلیه بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در زمان ترخیص بیمارستان خاتم‌الانبیاء تایباد در شرق خراسان رضوی در سال ۱۴۰۰ بودند. نمونه‌گیری به روش در دسترس و بر اساس معیارهای ورود تا تکمیل حجم نمونه انجام شد. بدین صورت که پژوهشگر هر روز با مراجعه به بیمارستان، افراد مبتلا به کووید-۱۹ را که در حال ترخیص بودند، در طی مدت حدود ۴۵ روز، شناسایی و با توجه به معیارهای ورود به پژوهش، آن‌ها را وارد مطالعه نمود. مطالعه آزمایشی با استفاده از ابزارهای مطالعه با تعداد ۳۰ نمونه واجد شرایط ورود به مطالعه از بیماران کووید انجام شد و با استفاده از ضریب همبستگی بین نیازهای یادگیری و سواد سلامت واحدهای پژوهش با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه در مطالعات همبستگی در سطح اطمینان ۹۹ درصد و توان ۹۰ درصد، حدود ۱۱۹ نفر به دست آمد. با توجه به در نظر گرفتن ۱۵ درصد احتمال ریزش نمونه به ۱۳۷ نفر نیاز بود و در نهایت ۱۴۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. لازم به ذکر است که این نمونه‌های مطالعه آزمایشی وارد مطالعه اصلی نشدند.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(Zr)^2} + 3 = \frac{(2.58 + 1.29)^2}{(0.36)^2} + 3 = 110.6 + 3 = 113.6 \approx 119$$

$$Z_r = \left(\frac{1}{r} \ln \frac{1+r}{1-r} \right)$$

$$r = 0.345 \quad Z_r = 0.376$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در مطالعه، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن، سن بالای ۱۸ سال، عدم ابتلا

منتظری و همکاران، روایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روایی محتوای کیفی و همچنین روایی سازه آن روش تحلیل عامل اکتشافی و پایایی آن نیز با محاسبه ضریب همبستگی درونی، ارزشیابی نمودند که پایایی آن در فاصله ۰/۸۹-۰/۷۲ بوده که نشان از پایایی قابل قبولی است [۳۴].

روش جمع‌آوری داده‌ها:

پس از تصویب این مطالعه در شورای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گناباد با مراجعه به مشارکت‌کنندگان و توضیح اهداف پژوهش، رضایت‌نامه‌ی کتبی آگاهانه از آن‌ها برای شرکت در مطالعه اخذ گردید. سپس چک‌لیست مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه‌های نیازهای یادگیری بیماران و سواد سلامت توسط بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در زمان ترخیص به صورت خود گزارشی تکمیل گردید. مدت تکمیل پرسش‌نامه حدود ۳۰ دقیقه بود. در نهایت داده‌های به دست آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، تعداد، درصد) و آزمون‌های آماری کولموگرواف-اسمیرنوف و ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل، ANOVA یک طرفه و رگرسیون خطی چندگانه در سطح معناداری $P < 0.05$ با کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

نتایج مطالعه حاضر مربوط به ۱۴۰ نفر از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در زمان ترخیص از بیمارستان ۱۴۰۰ می‌باشد. میانگین سنی نمونه‌ها در مطالعه حاضر ۳۸/۹۴ سال با انحراف معیار ۱۱/۴۴ سال بود. سایر مشخصات دموگرافیک در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

توزیع نمرات سواد سلامت و نیازهای یادگیری بیماران به وسیله آزمون آماری کولموگرواف-اسمیرنوف بررسی شد و

اعضای هیئت علمی صاحب نظر، ابعاد پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفت و پس از مشورت و رسیدن به اجماع، بعد مراقبت از پوست حذف گردید. پس از تأیید نسخه نهایی پرسش‌نامه اصلاح شده توسط تیم تحقیق، به وسیله ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری گناباد مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. برای تأیید پایایی پرسش‌نامه در مطالعه حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ پس از تکمیل پرسش‌نامه توسط ۳۰ نفر از واحدهای پژوهش تعیین که با $I = 0.704$ پایایی پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفت. برای مقایسه و اولویت‌بندی کردن نمرات هر بعد با توجه به متفاوت بودن تعداد گویه‌های هر بعد از میانگین نمرات تراز شده استفاده شد و بر این اساس میانگین نمره هر بعد بین ۵-۱ محاسبه شد.

پرسش‌نامه سواد سلامت (HELIA) توسط منتظری و همکاران در سال ۱۳۹۳ طراحی گردیده است که شامل ۳۳ گویه و ۵ مؤلفه می‌باشد. مؤلفه‌ها عبارت هستند از: دسترسی، شامل گویه‌های ۱ الی ۶؛ مهارت خواندن، شامل گویه‌های ۷ الی ۱۰؛ فهم، شامل گویه‌های ۱۱ الی ۱۷؛ ارزیابی شامل گویه‌های ۱۸ الی ۲۱ و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت شامل گویه‌های ۲۲ الی ۳۳ می‌باشد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه بر این اساس از ۱ تا ۵ امتیازبندی شده و بر اساس شاخص لیکرت به هر یک از سؤالات، جواب‌های «همیشه: نمره ۱، بیشتر اوقات: نمره ۲، گاهی اوقات: نمره ۳، به ندرت: نمره ۴ و به هیچ وجه: نمره ۵ و به کاملاً آسان است نمره ۵، آسان است نمره ۴، نه آسان است نه سخت است نمره ۳، سخت است نمره ۲، کاملاً سخت است نمره ۱ داده شد. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع کرده و این امتیاز دامنهای از ۱۶۵-۳۳ را داشت. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان سواد سلامت بیشتر فرد پاسخ دهنده بود و بر عکس.

برای مقایسه و اولویت‌بندی کردن نمرات هر بعد با توجه به متفاوت بودن تعداد گویه‌های هر بعد از میانگین نمرات تراز شده برای پرسش‌نامه‌های سواد سلامت و نیازهای یادگیری استفاده شد.

نرمال بود. مطابق یافته‌های جدول ۲، نمره نیاز یادگیری بیماران از ۵ نمره با میانگین $3/63 \pm 0/57$ ، نسبتاً بالا بود و سه اولویت نیاز یادگیری آنان به ترتیب شامل: ابعاد درمان‌ها و عوارض، داروها و ارتقای کیفیت زندگی می‌باشد. کمترین اهمیت نیاز یادگیری در ابعاد احساسات و فعالیت‌های زندگی بودند.

بر اساس یافته‌های جدول ۲، بیشترین نیاز یادگیری بیماران به ترتیب شامل: ابعاد درمان‌ها و عوارض و کمترین آن احساسات

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در زمان ترخیص

متغیر جمعیت‌شناختی	زیرمجموعه متغیر	فراوانی	درصد
وضعیت تأهل	مجرد	۲۹	۲۰/۷
	متاهل	۹۸	۷۰/۰
	همسر جداشده	۱۳	۹/۳
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۴۷	۳۳/۶
	دیپلم	۱۶	۱۶/۴
	بالتر از دیپلم	۷۷	۵۵
جنس	زن	۷۹	۵۶/۴
	مرد	۶۱	۴۳/۶
	شهر	۹۹	۷۰/۷
محل سکونت	روستا	۴۱	۲۹/۳
	دارد	۵۷	۴۰/۷
	ندارد	۸۳	۵۹/۳
سابقه بیماری	بیکار	۷	۵/۰
	خانه‌دار	۲۷	۱۹/۳
	بازنشسته	۵	۳/۶
شغل	محصل	۳	۱/۲
	شاغل	۹۸	۷۰/۰
	کمتر از حد کفاف	۱۹	۱۳/۶
درآمد	در حد کفاف	۱۱۱	۷۹/۳
	بیشتر از حد کفاف	۱۰	۷/۱
	کارکنان درمانی	۴۹	۳۵/۰
منبع اطلاعات	اینترنت	۳۲	۲۲/۹
	تلفن گویا	۳	۱/۲
	رادیو و تلوزیون	۳۵	۲۵/۰
	روزنامه و مجلات	۸	۵/۷
	دوستان	۸	۵/۷
	کتبچه و بروشور	۵	۳/۶

بیماران می‌باشد. همچنین ارتباط نیاز یادگیری با جنس و محل سکونت با استفاده از آزمون تی مستقل و با وضعیت تأهل و سطح تحصیلات با استفاده از آنالیز واریانس یک طرفه مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که نیاز یادگیری با متغیرهای مذکور ارتباط معناداری ندارد ($P=0/89$, $P=0/54$, $P=0/61$, $P=0/66$).

نتایج مطالعه نشان داد که نمره سواد سلامت بیماران با میانگین $2/12 \pm 0/61$ ، نسبتاً پایین می‌باشد و بیشترین نمره سواد سلامت مربوط به ابعاد ارزیابی، تصمیم‌گیری و دسترسی بود.

بر اساس جدول ۳، بیشترین و کمترین نمره سواد سلامت بیماران به ترتیب مربوط به ابعاد ارزیابی و فهم بود. همچنین ارتباط سواد سلامت با جنس و محل سکونت با استفاده از آزمون تی مستقل و با وضعیت تأهل و سطح تحصیلات با استفاده از آنالیز واریانس یک طرفه مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که سواد سلامت با متغیرهای جنس و تأهل ارتباط معناداری ندارد ($P=0/09$, $P=0/07$) ولی با محل سکونت و سطح تحصیلات ارتباط معناداری داشت ($P<0/001$) به طوری که میانگین نمرات سواد سلامت افراد روستایی بیشتر از شهری بود ($67/26 \pm 14/32$ = شهری و $80/22 \pm 14/59$ = روستایی).

در راستای تعیین رابطه سواد سلامت و نیاز یادگیری این بیماران، نتایج آزمون پیرسون نشان داد بین سواد سلامت و نیازهای یادگیری واحدهای پژوهش ارتباط معکوس و معناداری وجود دارد ($P=0/001$) (جدول شماره ۴).

نتایج آزمون پیرسون نشان می‌دهد که بین سواد سلامت و نیازهای یادگیری واحدهای پژوهش ارتباط معکوس و معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که با افزایش سواد سلامت، نیازهای یادگیری بیماران کاهش می‌یابد.

برای تعیین پیش‌بینی‌کننده‌های نیازهای یادگیری، آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج نشان داد در حضور متغیرهای سن، تحصیلات، محل سکونت بین سواد سلامت و نیازهای یادگیری ارتباط معنادار و معکوسی وجود دارد ($P=0/02$) و سواد

جدول ۲: میانگین امتیاز نمرات نیازهای یادگیری و حیطه‌های آن در واحدهای پژوهش

ابعاد نیازهای یادگیری	تعداد موارد	حاصل جمع				میانگین	
		حداقل	حداکثر	انحراف معیار $\pm$ میانگین	حداقل	حداکثر	انحراف معیار $\pm$ میانگین
درمان‌ها و عوارض	۹	۹	۴۵	۳۰/۱۲۴/۲۱	۱	۵	۳/۷۶ $\pm$ ۰/۵۲
داروها	۷	۷	۳۵	۲۶/۲۴۳/۸۶	۱	۵	۳/۷۴ $\pm$ ۰/۵۵
ارتقای کیفیت زندگی	۸	۸	۴۰	۲۹/۷۵۴/۴۹	۱	۵	۳/۷۱ $\pm$ ۰/۵۶
جامعه و پیگیری	۵	۵	۲۵	۱۴/۴۹۲/۴۷	۱	۵	۳/۶۲ $\pm$ ۰/۶۱
فعالیت‌های زندگی	۹	۹	۴۵	۳۲ $\pm$ ۵/۱۹	۱	۵	۳/۵۵ $\pm$ ۰/۵۷
احساسات	۵	۵	۲۵	۱۷/۱۲۳/۱۴	۱	۵	۳/۴۲ $\pm$ ۰/۶۲
کل	۴۳	۴۳	۲۱۵	۱۴۹/۷۳۲۰/۶۸	۱	۵	۳/۶۳ $\pm$ ۰/۵۷

سلامت پیش‌بینی کننده نیاز یادگیری بود؛ به طوری که با افزایش یک واحد در سواد سلامت، ۰/۳۶ واحد نیاز یادگیری کاهش یافت. همچنین بین متغیر سن و نیاز یادگیری ارتباط معناداری وجود داشت ($P=0/036$) به طوری که با افزایش سن، ۰/۴۴ واحد نیاز یادگیری افزایش یافت؛ اما بین متغیرهای سطح تحصیلات و محل سکونت و نیازهای یادگیری ارتباط معناداری وجود نداشت (جدول ۵).

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای سن و سواد سلامت، نیازهای یادگیری را پیش‌بینی می‌کند که بر این اساس سواد سلامت پیش‌بینی کننده نیاز یادگیری می‌باشد و رابطه معنادار و معکوسی با نیازهای یادگیری دارد.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین نیازهای یادگیری خودمراقبتی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در زمان ترخیص و ارتباط آن با سواد سلامت انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد نمره نیاز به یادگیری بیماران به نسبت بالا بوده است. در راستای این هدف، اگرچه مطالعه‌ای در مورد بررسی نیازهای یادگیری بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در دسترس نبود ولی در مطالعات مختلف، نیاز یادگیری بیماران بالا گزارش شده است و بیماران میزان اطلاعات دریافتی زمان ترخیص را کم گزارش نموده‌اند. از جمله آنسلمو (Anselmo) و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای به بررسی نظرات بیماران ترخیص‌شده در مورد ارائه اطلاعات در زمینه مراقبت‌های انجام‌شده پرداخته و نشان دادند که ۴۱ درصد بیماران هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد مراقبت‌های معمولی کسب نکرده بودند [۳۵]. اسرکوماری (Sreekumary, ۲۰۱۰) نیز در مطالعه‌ای آگاهی

جدول ۳: میانگین امتیاز نمرات سواد سلامت و حیطه‌های آن در واحدهای پژوهش

ابعاد سواد سلامت	تعداد موارد	حاصل جمع				میانگین	
		حداقل	حداکثر	انحراف معیار $\pm$ میانگین	حداقل	حداکثر	انحراف معیار $\pm$ میانگین
ارزیابی	۴	۴	۲۰	۹/۰۵۳/۰۴	۱	۵	۲/۲۶ $\pm$ ۰/۷۶
تصمیم‌گیری	۱۲	۱۲	۶۰	۲۶/۸۱۵/۹۷	۱	۵	۲/۲۳ $\pm$ ۰/۴۹
دست‌رسی	۶	۶	۳۰	۱۳ $\pm$ ۳/۶۳	۱	۵	۲/۱۶ $\pm$ ۰/۶۰
خواندن	۴	۴	۲۰	۸/۰۱۲/۴۸	۱	۵	۲ $\pm$ ۰/۶۲
فهم	۷	۷	۳۵	۱۳/۷۹۴/۳۳	۱	۵	۱/۹۷ $\pm$ ۰/۶۱
کل	۳۳	۳۳	۱۶۵	۷۰/۶۷۱۵/۳۳	۱	۵	۲/۱۲ $\pm$ ۰/۶۱

جدول ۴: ارتباط نیازهای یادگیری و سواد سلامت بیماران مبتلا به بیماری کووید-۱۹

متغیر	سواد سلامت
نیازهای یادگیری	$r = -0.278$ $P = 0.001$

بیماران را درباره عوارض خاص پس از عمل تعویض دریچه، پایین نشان داد [۳۶]. نتایج مطالعه ون دامه (Van Damme, ۲۰۰۹) درباره آگاهی بیماران درباره مصرف آنتی کوآگلانت ها قبل از عمل تعویض دریچه نیز نشان داد که اطلاعات بیماران در زمینه بیماری کم بوده و نیازهای یادگیری در آنها بالا است (۳۷). همچنین اسکیورن و همکاران (Skiveren, ۲۰۱۵) نشان دادند که آگاهی بیماران در مورد خطر ابتلا به بیماری های همراه پسوریازیس مانند سندرم متابلیک کم است و نیاز به آموزش در مورد این بیماری وجود دارد که با نتایج مطالعه حاضر همسو است [۳۸]. این نتایج نشان دهنده ضعیف بودن آموزش به بیمار در بیمارستان ها و نیاز به توجه بیشتر به ارائه آموزش به بیمار به خصوص در زمان ترخیص از بیمارستان می باشد.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سه اولویت نیاز یادگیری بیماران مبتلا به کووید-۱۹ به ترتیب شامل: درمان ها و عوارض، داروها و ارتقای کیفیت زندگی می باشد. در راستای این پژوهش، پولات و همکاران (Polat, ۲۰۱۴) در پژوهشی، نیازهای یادگیری بیماران بستری در یک بیمارستان را به ترتیب اهمیت، ابعاد داروها، فعالیت های روزمره زندگی، جامعه و پیگیری،

احساسات مربوط به موقعیت، درمان ها و عوارض، ارتقای کیفیت زندگی و مراقبت از پوست نشان داد [۳۹]. سندیر و همکاران (Sendir, ۲۰۱۳) که به بررسی نیازهای یادگیری بیماران بعد از آرتروپلاستی مفصل ران پرداختند، مهمترین نیازهای یادگیری بیماران مربوط به درمان ها، عوارض و ارتقای کیفیت زندگی بیان کردند که با نتایج مطالعه حاضر همسو است [۴۰]. دلیل این امر می تواند ناشی از نگرانی ها و دغدغه های آنها در رابطه با بیماری و سلامتی شان باشد.

همچنین نتایج نشان داد که کمترین اهمیت نیاز یادگیری در ابعاد احساسات و فعالیت های زندگی می باشد. در راستای این مطالعه، اشا (Eshah, ۲۰۱۱) گزارش کرده اند که کمترین نیازهای یادگیری بیماران سندرم حاد کرونری مربوط به مراقبت از پوست، احساسات مربوط به موقعیت، جامعه و پیگیری است [۴۱]. در مطالعه رستمی (۱۳۹۰) درباره ی نیازهای آموزشی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، فعالیت های فیزیکی در اولویت آخر قرار داشت به نظر، بیماران از سطح فعالیت فیزیکی در بازتوانی و پیشگیری از بیماری قلبی آگاهی کمی دارند [۴۲].

در مقابل، نتایج مطالعه نصیری و همکاران (۱۳۹۲) که به بررسی سطوح نیازهای اطلاعاتی بیمارانی که در طی سه سال گذشته تحت عمل تعویض دریچه قرار گرفته بودند پرداخته است، نشان داد که بیشترین نیازهای اطلاعاتی به ترتیب در حیطه فعالیت، عوارض، آگاهی از ماهیت بیماری، رژیم غذایی و آگاهی از داروها بودند

جدول ۵: پیش بینی نیازهای یادگیری بیماران کووید-۱۹ بر اساس رگرسیون چندگانه

مدل	ضرایب استاندارد		ضرایب غیر استاندارد		آماره t	مقدار p
	Beta	خطای استاندارد	B			
مقدار ثابت		۱۷/۳۳	۱۷۴/۳۷۵		۸/۹۰	۰/۰۰۱
سواد سلامت	-۰/۲۶	۰/۱۵۳	-۰/۳۶		-۲/۳۵	۰/۰۲
سن	۰/۲۲	۰/۲۰۲	۰/۴۳۹		۲/۱۲	۰/۰۳۶
تحصیلات	۰/۱۲	۰/۵۷۹	۰/۵۵۰		۰/۹۳	۰/۳۴
محل سکونت	۰/۰۶	۴/۵۷۹	۲/۸۹۱		۰/۶۳	۰/۵۳

که با نتایج مطالعه حاضر ناهمسو است [۴۳]. دلیل این امر را می توان مربوط به نوع بیماران مورد مطالعه دانست که فعالیت در آن ها مهم بوده است. به نظر می رسد ماهیت بیماری و همچنین تفاوت های فرهنگی در جوامع مختلف بر نیازهای یادگیری بیماران می تواند تأثیر گذار باشد. در مطالعه حاضر، پایین بودن اهمیت احساسات و فعالیت فیزیکی می تواند ناشی از کم اهمیت دانستن این ابعاد یا عدم آگاهی از تأثیر آن ها بر بهبودی توسط بیماران باشد. همچنین تأثیر رسانه ها در زمان اپیدمی و بحران کرونا مبنی بر عدم خروج از منزل، می تواند از اهمیت فعالیت فیزیکی کاسته باشد.

همچنین نتایج حاصل از این مطالعه حاکی از آن است که نمره سواد سلامت بیماران با میانگین $2/12 \pm 0/61$ ، پایین بود. سواد سلامت نیز در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ مورد بررسی قرار نگرفته بود. در رابطه با تعیین سواد سلامت دانشجویان، شوکت و نوید (۲۰۲۱، Shaukat and Naveed) نشان دادند که اکثر دانشجویان دانشگاه های پاکستان در دوره همه گیری بیماری کووید-۱۹، در نظرسنجی سواد سلامت، سطح پایین تر از حد مطلوب داشتند؛ به طوری که بیش از دو سوم دانشجویان دانشگاه دارای سطح سواد سلامت پایین تا متوسط بودند [۴۴]. نتایج حاصل از مطالعه اوکان و همکاران (۲۰۲۰، Okan) نیز که به بررسی سواد سلامت در میان بزرگسالان بالای ۱۶ سال در آلمان پرداختند، نشان دادند که حدود نیمی از شرکت کنندگان دارای سطح سواد سلامت مطلوب در رابطه با بیماری کرونا هستند در حالی که ۱۵ درصد دارای سطح سواد متوسط و ۳۵ درصد هم دارای سطح سواد نامطلوب ارزیابی گردیدند که با نتایج مطالعه حاضر همسو است [۳۱].

در مقابل مطالعه جوادزاده و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که بزرگسالان شهر اصفهان سواد سلامت مطلوب داشتند [۴۵]. در مطالعه کریمی و همکاران (۱۳۹۲) اکثریت افراد سطح سواد سلامت متوسط و خوب داشتند که با نتایج مطالعه حاضر ناهمسو است [۴۶]. شاید دلیل احتمالی در توجیه نتایج این مطالعه مربوط به درک مفاهیم بیماری و سواد سلامت و تفاوت های فرهنگی در افراد باشد.

همچنین نتایج نشان داد که واحدهای پژوهش مطالعه حاضر بالاترین سطح سواد سلامت را در ابعاد ارزیابی، تصمیم گیری و دسترسی داشتند. کمترین نمره سواد سلامت، مربوط به ابعاد فهم و خواندن بود. شاید دلیل احتمالی بالا بودن بعد تصمیم گیری و دسترسی، مربوط به درک مفاهیم بیماری و سلامت، توصیه های پزشکی و دسترسی به اطلاعات باشد که با توجه به آگاهی بیماران از برخی از مباحث سلامت و بالا بودن نمره در این بعد قابل توجیه می باشد. نتایج حاصل از مطالعه اوکان و همکاران (۲۰۲۰) نیز که به بررسی سواد سلامت در میان بزرگسالان بالای ۱۶ سال در آلمان پرداختند، نشان داد که، مهم ترین ابعاد نیازمند بهبود در زمینه سواد سلامت مرتبط با بیماری کرونا، توانایی ارزیابی اطلاعات و توانایی اعتماد به اطلاعات دریافتی بودند و بیشتر افراد دارای سواد سلامت ناکافی و فاقد قدرت تصمیم گیری در استفاده از اطلاعات دریافتی شناخته شدند [۳۱]. در مطالعه پناهی و همکاران (۲۰۱۸) بعد تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت و در مطالعه مارتین و همکاران، مهارت استفاده از اطلاعات سلامت بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده تأثیر داشت [۴۷، ۴۸]. همچنین، یافته های محمودی و طاهری (۱۳۹۴) نشان داد که در میان ابعاد سواد سلامت، بیشترین میانگین مربوط به بعد دسترسی است که با نتایج مطالعه حاضر همسو است [۴۹]. در توجیه این یافته می توان گفت احتمالاً بعد استفاده از اطلاعات سلامت بیشتر از ابعاد دیگر سواد سلامت، می تواند با اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری کووید-۱۹ ارتباط داشته باشد؛ زیرا، این بعد به نوعی هم جنس با رفتار است. بنابراین، در کنار توجه به ابعاد پنج گانه سواد سلامت، باید به بعد استفاده از اطلاعات سلامت، توجه ویژه ای مبذول داشت.

در مقابل، صفاری و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود مبنی بر عوامل مرتبط با سواد سلامت در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری کووید-۱۹ نشان داد که میانگین نمره کلی سواد سلامت ۳/۴۹ از ۴ نمره با انحراف معیار ۰/۲۸ به دست آمد. ارزیابی سواد سلامت در گروه هدف نشان داد علی رغم این که میانگین نمره

سواد سلامت تقریباً در همه ابعاد قابل قبول می‌باشد، نمره سواد سلامت در بعد رفتار از بقیه ابعاد بالاتر بوده ولی در ابعاد مربوط به ارتباطات و تجزیه و تحلیل از بقیه پایین‌تر است [۵۰]. در این مطالعه به نظر می‌رسد سواد سلامت تأثیر خود را از طریق دانش مربوط به کووید-۱۹ ایفا کرده است.

دو و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که در افراد مبتلا به کووید-۱۹ افزایش یک نمره سواد سلامت ۸ درصد و بیشتر با احتمال غذای سالم، ۴ درصد و بیشتر با احتمال فعالیت بدنی همراه بود؛ اما نکته قابل توجه در این نتیجه آن است که افراد دارای سابقه ابتلا در برخی از حیطه‌ها مانند تجزیه و تحلیل و جستجوی اطلاعات دارای سواد سلامت بالاتری نسبت به سایرین بودند که این مسئله نشان می‌دهد وقتی فرد در تماس با این بیماری قرار می‌گیرد، غالباً تلاش بیشتری برای بهبود سواد سلامت خود در رابطه با این بیماری انجام می‌دهد که البته چندان عجیب هم به نظر نمی‌رسد؛ چرا که افرادی که معمولاً از نزدیک با مشکلات روبه‌رو می‌شوند، نسبت به دیگرانی که صرفاً از طریق تجارب دست دوم خود با مشکلات مواجه می‌گردند انتظار می‌رود که تلاش بیشتری برای حل مشکل و یافتن راه‌حل‌های احتمالی آن از خود نشان دهند که این مسئله در مورد بیماری کووید-۱۹ که منجر به پاندمی و ایجاد شرایط بحرانی شده بود و رسانه‌ها در رعایت اصول بهداشتی و پیشگیری و درمان نقش پر رنگی داشتند نیز صدق می‌کند [۵۱].

همچنین نتایج نشان داد که بین سواد سلامت و نیازهای یادگیری واحدهای پژوهش یک ارتباط معکوس و معناداری وجود داشت؛ بدین معنی که با افزایش سواد سلامت، نیازهای یادگیری بیماران کاهش می‌یابد. سیولوا و سانتوز (۲۰۲۱) مطالعه‌ای تحت عنوان تأثیر سواد سلامت بر دانش و نگرش‌ها، راهکارهای پیشگیرانه در برابر کووید-۱۹ انجام دادند. نتایج نشان داد که سواد سلامت بر رفتارهای پیشگیری از کووید-۱۹ تأثیر می‌گذارد. همچنین نشان داده شد که افرادی که دانش بالاتری دارند، سواد سلامت بالاتری دارند. همچنین، افرادی که سواد سلامت مرتبط

با کووید-۱۹ ندارند، شیوه‌های محافظتی کمتری در ارتباط با کووید-۱۹ دارند [۵۲]. چن و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که سواد بهداشتی با میزان خودمراقبتی بیماران قلبی ارتباط مثبتی داشت و سبب بهبود پیامدهای بیماری شد [۵۳]. نتایج اوکان و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که ۴۹/۹ درصد از نمونه‌ها دارای سواد سلامت کافی، ۵۰/۱ درصد مرزی و ۳۴/۹ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند. اگرچه سطح کلی سواد بهداشتی بالا است، اما تعداد زیادی از شرکت‌کنندگان مشکلات مربوط به ویروس کرونا و اطلاعات کووید-۱۹ را گزارش می‌دهند که شرکت‌کنندگان در مورد ویروس کرونا به خوبی آگاهی داشتند، اما ۴۷/۸ درصد گزارش کردند که در قضاوت این که آیا می‌توانند به اطلاعات رسانه در کووید-۱۹ اعتماد کنند، با مشکل روبه‌رو شده‌اند. سردرگمی در مورد اطلاعات ویروس کرونا در بین کسانی که سواد بهداشتی کمتری داشتند، به طور قابل توجهی بیشتر بود [۳۱]. نتایج اشمیت و همکاران (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که علاوه بر ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی بیماران شرکت‌کننده، سطح سواد سلامت و وضعیت شغلی آن‌ها بر نیازهای اطلاعاتی تأثیر دارد. به بیماران مبتلا به سرطان پستان، در هنگام بستری شدن در بیمارستان اغلب اطلاعات زیادی داده می‌شود. استفاده زودهنگام از اطلاعات بیمار، مربوط به وضعیت واقعی بیماران، می‌تواند بار بیماری را کاهش دهد. شرکت‌کنندگانی که جوان‌تر بودند نیازهای اطلاعاتی بیشتری داشتند. همچنین افرادی که سواد سلامت بالایی داشتند، نیاز اطلاعاتی کمتری داشتند [۵۴]. بنابراین، لازم است که اقدامات آموزشی برای بیماران با توجه به نیازهای آموزشی آن‌ها تنظیم گردد.

در این مطالعه، پیش‌بینی‌کننده‌های نیاز یادگیری تعیین شد. برای این منظور تأثیر متغیرهای دموگرافیک همراه با سواد سلامت بر نیازهای یادگیری، مورد بررسی قرار گرفت. سواد سلامت پیش‌بینی‌کننده نیاز یادگیری بود؛ به طوری که با افزایش یک واحد در سواد سلامت، ۰/۳۶ واحد نیاز

یادگیری کاهش یافت. مطالعه‌ای که سواد سلامت را در رابطه با نیازهای یادگیری پیش‌بینی کند در دسترس نبود اما در برخی مطالعات، رابطه سواد سلامت و نیازهای یادگیری بررسی شده بود. یک مطالعه مقطعی در بلژیک نشان داد که افرادی با سواد سلامت بالاتر وضعیت روانی بهتر و پایبندی بیشتری به اقدامات پیش‌گیرانه کووید-۱۹ دارند و نیازهای آموزشی کمتری دارند [۵۵]. مطالعه‌ای در ژاپن نیز تأکید می‌کند، افرادی با سواد سلامت بالاتر، دانش بیشتری درباره کووید-۱۹ دارند و این شواهد، نتایج مطالعه حاضر را حمایت می‌کند و بیانگر این است که سواد سلامت نقش مهمی در تعیین نیازهای یادگیری بیماران کووید-۱۹ دارد؛ هر چند نیاز به مطالعات بیشتری در این زمینه می‌باشد [۵۶].

همچنین بین متغیر سن و نیاز یادگیری ارتباط معناداری وجود دارد و نیاز یادگیری را پیش‌بینی می‌کند؛ به طوری که با افزایش سن، ۰/۴۴ واحد نیاز یادگیری افزایش می‌یابد. مطالعه‌ای در این مورد در دسترس نبود. نتایج پژوهش‌ها در کشورهای مختلف، از جمله مطالعه‌ای در چین، نشان داد که افراد مسن‌تر پاسخ‌های متفاوتی به نیازهای آموزشی و اطلاعاتی نسبت به جوانان دارند و نیازمندی بیشتری به آموزش هدفمند دارند [۵۷].

همچنین، ارتباط سواد سلامت با جنس و محل سکونت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که سواد سلامت با محل سکونت و سطح تحصیلات ارتباط معناداری دارد؛ به طوری که سواد سلامت افراد روستایی بالاتر بود. نتایج مطالعه‌ای در آلمان با هدف بررسی تفاوت سواد سلامت افراد شهری و روستایی انجام شد، نشان داد که سواد سلامت افراد روستایی بالاتر است از دلایل احتمالی این بالا بودن سواد سلامت روستاییان می‌توان به سرعت چشمگیر رشد تکنولوژی ارتباطات در دهه‌های اخیر و تلاش مضاعف برای رفع نیازمندی‌های حوزه سلامت از طریق فضای

مجازی در مناطق روستایی اشاره کرد [۵۸]. هر چند مطالعه‌ای در چین نشان داد که سواد سلامت افراد شهری بیشتر است و بررسی این تفاوت‌ها نیاز به مطالعات اختصاصی‌تر در این زمینه دارد [۵۷].

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، شیوع پاندمی کووید-۱۹ در شهر تایباد در زمان گردآوری داده‌ها بود. این محدودیت با آموزش نحوه‌ی گردآوری داده‌ها در شرایط کرونا و رعایت پروتکل‌های بهداشتی در موقع گردآوری داده‌ها و... تا حدی برطرف شد. از دیگر محدودیت‌ها این بود که نمونه‌گیری به روش در دسترس ممکن است باعث سوگزینی (Selection Bias) شود که به دلیل کمبود نمونه و عدم امکان نمونه‌گیری به روش تصادفی، اجتناب‌ناپذیر بود. همچنین، در این پژوهش برای پیشگیری از تورش اطلاعاتی، نمونه‌های بی‌سواد حذف شدند که این می‌تواند قابلیت تعمیم را کاهش دهد.

با توجه به این که در این مطالعه، مطابق با هدف پژوهش نیازهای یادگیری در زمان ترخیص با سواد سلامت بیماران مبتلا به کووید-۱۹ ارتباط داشت، می‌توان توصیه کرد که پرستاران باید پیش از ارائه اطلاعات به بیماران، سطح سواد سلامت آن‌ها و مهارت‌های مرتبط با آن را مورد ارزیابی قرار داده و اطلاعات متناسب با سطح سواد سلامت بیماران به آن‌ها ارائه کنند؛ چرا که اگر متخصصین سلامت، اطلاعات و آموزش‌های لازم را متناسب با سطح سواد سلامت بیماران ارائه نمایند، توسط مخاطبین بهتر درک شده و اثربخشی بیشتری خواهد داشت. همچنین، با توجه به جدید بودن و قابلیت ایجاد شرایط بحرانی توسط بیماری کووید-۱۹ پیشنهاد می‌شود مداخلات آموزشی مبتنی بر سواد سلامت، برنامه‌ریزی گردد و طراحی ابزار سواد سلامت برای پرستاران، اثرات رسانه در شرایط بحران و تأثیر آن بر سواد سلامت و نیازهای یادگیری در مطالعات بعدی مد نظر پژوهشگران قرار گیرد.

قادرانی

آماري داده‌ها، نگارش پيش‌نويس مقاله و تأييد نهايي پيش‌نويس مقاله؛ موسي سجادي: طراحي مطالعه، گردآوري داده‌ها، تحليل آماري داده‌ها و تأييد نهايي پيش‌نويس مقاله؛ محمدرضا منصوريان: طراحي مطالعه، گردآوري داده‌ها، تحليل آماري داده‌ها و تأييد نهايي پيش‌نويس مقاله؛ محمد قادري: تحليل آماري داده‌ها، نگارش پيش‌نويس مقاله و تأييد نهايي پيش‌نويس مقاله؛ طاهره بلوچي بيدختي: مديريت تحقيق شامل طراحي مطالعه، گردآوري و تحليل آماري داده‌ها، نگارش پيش‌نويس مقاله و تأييد نهايي پيش‌نويس مقاله.

دسترسي داده‌ها

دسترسي به داده‌هاي مطالعه از طريق مکاتبه با نويسنده مقاله امکان پذير مي باشد.

مقاله حاضر برگرفته از پايان‌نامه کارشناسي ارشد پرستاري مراقبت ويژه دانشگاه علوم پزشكي گناباد با شناسه اخلاق IR.GMU.REC.1400.014 مي باشد و بدین‌وسيله از معاونت آموزشي دانشگاه و تمامي افراد و بيماراني که در انجام اين پژوهش ياري نموده‌اند، تشکر و قدرداني مي گردد. اين مطالعه هيچ گونه حمايت مالي دريافت نکرده است.

تضاد در منافع

اين پژوهش هيچ گونه تعارض منافع را براي نويسندگان به دنبال نداشته است.

مشارکت نويسندگان

شمس‌الدين احراري: طراحي مطالعه، گردآوري و تحليل

References

1. Organization WH. COVID-19 Cases, World . Who . 2025.
2. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020;395(10223):497-506.
3. Yang W, Cao Q, Qin L, Wang X, Cheng Z, Pan A, et al. Clinical characteristics and imaging manifestations of the 2019 novel coronavirus disease (COVID-19): a multi-center study in Wenzhou city, Zhejiang, China. J Infection. 2020;80(4):388-93.
4. Weekly epidemiological update on COVID-19-6 January 2022. World Health Organiz. 2022.
5. Zhang X-B HL, Ming Q, Wei X-J, Zhang Z-Y, Chen L-D, Wang MH, et al. . Risk factors for mortality of coronavirus disease-2019 (COVID-19) patients in two centers of Hubei province, China: A retrospective analysis. . PLOS ONE. 2021;16(1):0246030.
6. Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W, Si HR, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. Nature. 2020;579(7798):270-3.
7. Wang X, Zhou Y, Jiang N, Zhou Q, Ma WL. Persistence of intestinal SARS-CoV-2 infection in patients with COVID-19 leads to re-admission after pneumonia resolved. Int J Infect Dis. 2020;95:433-5.
8. Chen J, Xu X, Hu J, Chen Q, Xu F, Liang H, Liu N, et al. Clinical course and risk factors for recurrence of positive SARS-CoV-2 RNA: a retrospective cohort study from Wuhan, China. Aging. 2020;12(17):16675.
9. Hirani R, Podder D, Stala O, Mohebpour R, Tiwari RK, Etienne M. Strategies to reduce Hospital length of stay: evidence and challenges. Med. 2025;61(5):922.

10. Malekzadeh R, Assadi T. Managed care after discharge of COVID-19 patients in North Iran. *Iran J Health Sci.* 2024;12(1):49-58.
11. Bastable SB. Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice. Boston: Jones Bartlett Publish; 2002 .
12. Shafipour V, Yarandi NA. Comparative study of educational needs during discharge from the perspective of male and female patients undergoing coronary artery bypass grafting in Tehran hospitals. *J Mazandaran Uni Med Sci.* 2006;16(55):145-51. [persian]
13. Goodman H. Patients' perceptions of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery. *J Adv Nurs.* 1997;25(6):1241-51.
14. Al-Mohaimeed AA, Sharaf FK. Breaking bad news issues: a survey among physicians. *Oman Med J.* 2013;28(1):20-5.
15. Lei CP, Har YC, Abdullah KL. Informational needs of Breast Cancer patients on chemotherapy: differences between patients' and nurses' perceptions. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2011;12(3):797-802.
16. Sharifirad G, Mohebbi S, Matlabi M. Survey of the feet care based on health belief model in diabetes type ii patients referring to the diabetes research center of Kermanshah in 2006. *J Birjand Uni Med Sci.* 2008;15(4):84-90.
17. GHazanfarpour S, Pouladi S, Vahedparast H, Bagherzadeh R. Knowledge, attitude and self-care behaviors of em-ployees of Universities of Bushehr during the COVID-19 pandemic and its relationship with anxiety. *Iran South Med J.* 2023;25(6):531-46.
18. Gangi S, Peyman N, Meysami bonab S, Esmaily H. Comparative study of two methods of fluid therapy with Ringer's Lactate and Ringer's solution. *Med J Mashhad uni Med Sci.* 2018;60(6):792-803.
19. Boudaghi A, Arabi A. The mediating role of Covid-19 attitudes in the relation of health literacy with Citizens' Health behaviors during pandemic Covid-19 (Case Study: 15-65-year-old citizens in Ahvaz). *Strategic Res Social Problem.* 2021;10(3):45-68.
20. Sheikhi S, Khaledi A, Safari S. The relationship between Health Literacy and social commitment with health self-care during the Covid-19 disease pandemic. *Social Welfare.* 2021;21(82):161-88.
21. Bitzer EM, Sørensen K. Gesundheitskompetenz–health literacy. *Das Gesundheitswesen.* 2018;80(08/09):754-66.
22. Mousavi SH, Bagherian-saraoudi R, Meschi F, Khalatbari J, Tajeri B. The role of mediating resilience in the relationship between health literacy and specific quality of life in breast cancer patients. *J Health Psychol.* 2020;9(1):79-94.
23. Van Der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the dutch adult literacy and life skills survey. *J Health Commun.* 2013;18(sup1):172-84.
24. Williams J. The Skills for life survey: a national needs and impact survey of literacy, numeracy and ICT skills: The stationery office; 2003.
25. Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, Harris TB, Newman AB, Satterfield S, et al. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *J Am Geriatric Societ.* 2006;54(5):770-6.
26. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Baneshi MR. Health literacy and utilization of health services in Kerman urban Area 2011. *Tolooebehdasht.* 2013;11(4):123-34.
27. Hoseinzadeh E, Tavakoli N, Safari M. Health literacy and its related factors amongadults referring to healthcare centers of Saveh city, Iran. *Zanko J Med Sci.* 2021;21(71):69-78.
28. Nikkhoo H, Mohammadi Shahboulaghi F, Nourozi Tabrizi K, Haghi M, Vahedi M. THE level of e-health literacy and its related factors among the elderly living in the community of TEHRAN. *Nurs Midwifery J.* 2024;22(6):495-507.
29. Reisi M, Mostafavi F, Hasanazade A, Sharifirad GR. The Relationship between health literacy, health status and healthybehaviors among elderly in Isfahan, Iran. *J Health System Res.* 2011;7(4).
30. Nguyen HC, Nguyen MH, Do BN, Tran CQ, Nguyen TT, Pham KM, et al. People with suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: the potential benefit of health literacy. *J Clin Med.* 2020;9(4):965.
31. Okan O, Bollweg TM, Berens E-M, Hurrelmann K, Bauer U, Schaeffer D. Coronavirus-related health literacy: a cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. *Int J Environ Res public health.* 2020;17(15):5503.
32. Beydokhti TB, Nabavi FH, Ilkhani M, Moonaghi HK. Information need, learning need and educational need, definitions and measurements: A systematic review. *Patient edu counsel.* 2020;103(7):1272-86.
33. Baloochi Beydokhti T. Planning a self-care program

- Based on the Learning Needs and Educational Preferences of Women with Breast Cancer: A sequential explanatory study.[Thesis]. Mashhad University of Medical Science; 2021.
34. Montazeri AL, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh (Health Monitor)*. 2014;13(5):589-99.
 35. Anselmo MI, Nery M, Parisi MC. The effectiveness of educational practice in diabetic foot: a view from Brazil. *Diabetol Metab Syndrome*. 2010;2(1):45.
 36. Sreekumary D. Effect of educational intervention on the specific post-operative complications in patients of heart valve replacement. *Nurs J India*. 2010;101(3):66-7.
 37. Van Damme S, Van Deyk K, Budts W, Verhamme P, Moons P. Patient knowledge of and adherence to oral anticoagulation therapy after mechanical heart-valve replacement for congenital or acquired valve defects. *Heart Lung*. 2011;40(2):139-46.
 38. Skiveren J, Philipsen P, Therning G. Patients with psoriasis have insufficient knowledge of their risk of atherothrombotic disease and metabolic syndrome. *Clin Exp Dermatol*. 2015;40(6):600-4.
 39. Polat S, Celik S, Erkan HA, Kasali K. Identification of learning needs of patients hospitalized at a University Hospital. *Pakistan J Med Sci*. 2014;30(6):1253.
 40. Sendir M, Büyükyilmaz F, Muñovi D. Patients' discharge information needs after total hip and knee Arthroplasty: a quasi-qualitative pilot study. *Rehabilit Nurs J*. 2013;38(5):264-71.
 41. Eshah NF. Jordanian acute coronary syndrome patients' learning needs: Implications for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs. *Nurs Health Sci*. 2011;13(3):238-45.
 42. Rostami H, Ghahramanian A, Golchin M. Educational needs of myocardial infarction patients. *Nurs Midwifery J*. 2011;9(3).
 43. Nasiri A., Amirabadi T. Kazemi T. The impact of a planned educational program on patients' informational needs after heart valve replacement. *Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty*. 2013; 10 (1):26-33.
 44. Shaukat R, Naveed MA. Health Literacy of university students in Covid-19 Pandemic and infodemic: A Pakistani perspective. *Library Philosophy Practice*. 2021.
 45. Javadzade SH, Sharifirad G, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health literacy among adults in Isfahan, Iran. *J Health System Res*. 2013;9(5):540-9.
 46. Karimi S, Keyvanara M, Hosseini M, Jafarian M, Khorasani E. Health literacy, health status, health services utilization and their relationships in adults in Isfahan. *Health Infor Manage*. 2014;10(6):862-75.
 47. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Niknami S. Adding health literacy to the health belief model: effectiveness of an educational intervention on smoking preventive behaviors among university students. *Iran Red Crescent Med J*. 2018;20(2):13773.
 48. Martin LT, Haas A, Schonlau M, Derosé KP, Rosenfeld L, Rudd R, et al. Which literacy skills are associated with smoking? *J Epidemiol Commun Health*. 2012;66(2):189-92.
 49. Mahmoudi H, Taheri A. Relation between information literacy and health literacy of students in Ferdowsi University of Mashhad. *Human Inform Interact*. 2015;2(2):31-41.
 50. Saffari M, Sanacinasab H, Rashidi-jahan H, Rahmati F, Pakpour A. Factors related to health literacy on prevention and control of COVID-19: a cross-sectional study. *J Military Health Promotion*. 2021;2(1):256-66.
 51. Do BN, Nguyen P-A, Pham KM, Nguyen HC, Nguyen MH, Tran CQ, et al. Determinants of health literacy and its associations with health-related behaviors, depression among the older people with and without suspected COVID-19 symptoms: a multi-institutional study. *Front Public Health*. 2020;8:581746.
 52. Silva MJ, Santos P. The impact of health literacy on knowledge and attitudes towards preventive strategies against COVID-19: a cross-sectional study. *Int J Environment Res Public Health*. 2021;18(10):5421.
 53. Chen AM, Yehle KS, Plake KS, Murawski MM, Mason HL. Health literacy and self-care of patients with heart failure. *J Cardiovascular Nurs*. 2011;26(6):446-51.
 54. Schmidt A, Kowalski C, Pfaff H, Wesselmann S, Wirtz M, Ernstmann N. The influence of health literacy on information needs among women newly diagnosed with Breast Cancer, with special reference to employment status. *J Health Commun*. 2015;20(10):1177-84.
 55. Hermans L, Van den Broucke S, Gisle L, Demarest S, Charafeddine R. Mental health, compliance with measures and health prospects during the COVID-19

- epidemicthe role of health literacy. BMC Public Health. 2021;21(1):1365.
56. Inoue M, Shimoura K, Nagai-Tanima M, Aoyama T. The Relationship between information sources, health literacy, and COVID-19 Knowledge in the COVID-19 Infodemic: cross-sectional online study in Japan. J Med Int Res. 2022;24(7):38332.
 57. Tao Z XQ, Zhu Y, Mei Q, Feng H, Jin Q, Ding S and Dong Y. Relationship between health literacy and COVID-19 knowledge: A cross-sectional study. Front Public Health. 2023;11:1058029.
 58. Haeger C, Lech S, Messer M, Gellert P. Urban–rural differences in health literacy in the metropolitan area of Berlin, Germany, and its surroundings. Eur J Public Health. 2023;33(4):561–7.