

Relationship between Oral Health Literacy and Health-Promoting Lifestyle in Mothers who refer to Health Centers in Mashhad in 2023

Fatemeh**Moghaddam**

Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. Ph.D. Candidate, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Nasrin Talkhi

Ph.D. Candidate, Department of Biostatistics, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Nooshin Peyman

Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. * Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. (Corresponding Author) peymann@mums.ac.ir

Goldani**Abstract**

Background and Purpose: Women's healthy lifestyle, as a cultural factor in promoting their health, is influenced by various factors, of which health literacy is one of the most important. Therefore, this study was conducted to determine the relationship between oral health literacy and a health-promoting lifestyle in mothers referring to community health centers in Mashhad.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 260 mothers who referred to health centers in Mashhad in 1402-1403. Sampling was by cluster method. Data were collected using standard lifestyle and oral health literacy questionnaires and analyzed with SPSS 25 software and chi-square, Kruskal-Wallis and Spearman correlation coefficient tests.

Results: The average age of the participants was 32.94 ± 11.70 , the average total lifestyle score was 128.24 ± 23.22 , and the average oral health literacy score was 10.63 ± 3.75 , and 32.7% had insufficient health literacy. Health responsibility in lifestyle had a significant relationship with oral health literacy ($p=0.029$). Women's lifestyle had a significant relationship with age, number of male children, marital status, individual and spouse's education level, individual's and spouse's occupation, family income level and family income status. Oral health literacy also had a significant relationship with marital status, education level of individual and spouse, occupation of individual and spouse, and family income level ($P<0.05$).

Conclusion: Considering the significant relationship between health responsibility and oral health literacy of mothers, it is necessary to pay attention to individual dimensions and empower people to adopt a healthy lifestyle through effective interventions in promoting oral health literacy.

Keywords: Health Promoting Lifestyle, Oral health literacy, Mothers, Community Health Centers.

Open Access Policy: This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this licence, visit <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

► **Citation:** Goldani Moghaddam F, Talkhi N, Peyman N. Relationship between Oral Health Literacy and Health-Promoting Lifestyle in Mothers who refer to Health Centers in Mashhad in 2023. *Iran J Health Educ Health Promot.* Winter 2026; 14(1):40-55.

Received: 2025/03/16

Accepted: 2025/08/14

Doi: 10.22034/14.1.1

رابطه‌ی بین سواد سلامت دهان و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲

فاطمه گلدانی‌مقدم

گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
دانشجوی دکتری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

نسرین تلخی

دانشجوی دکتری، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

نوشین پیمان

گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

* مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
(نویسنده مسئول)

peymann@mums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: سبک زندگی سالم زنان به‌عنوان یک عامل فرهنگی در ارتقای سلامت آن‌ها، تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد که سواد سلامت یکی از مهم‌ترین آن‌هاست. لذا این مطالعه به تعیین رابطه‌ی بین سواد سلامت دهان و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه‌ی مقطعی بر روی ۲۶۰ مادر مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ انجام شد. نمونه‌گیری به‌روش خوشه‌ای بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد سبک زندگی و سواد سلامت دهان جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS۲۵ و آزمون‌های کای‌اسکوئر، کروسکال-والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان $32/94 \pm 11/70$ ، میانگین نمره‌ی کل سبک زندگی $128/23 \pm 24/22$ و میانگین نمره‌ی کل سواد سلامت دهان، $10/63 \pm 3/75$ بود و $0/327$ سواد سلامت ناکافی داشتند. مسئولیت‌پذیری سلامت در سبک زندگی با سواد سلامت دهان رابطه معنی‌داری داشت ($P=0/029$). سبک زندگی زنان با سن، تعداد فرزند پسر، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات فرد و همسر، شغل فرد و همسر، سطح درآمد خانواده و وضعیت درآمد خانواده ارتباط معنی‌داری داشت. سواد سلامت دهان نیز با وضعیت تاهل، سطح تحصیلات فرد و همسر، شغل فرد و همسر و سطح درآمد خانواده رابطه‌ی معناداری داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط معنادار بین مسئولیت‌پذیری سلامت و سواد سلامت دهان مادران، توجه به ابعاد فردی و توانمندسازی افراد برای اتخاذ سبک زندگی سالم از طریق مداخلات مؤثر در ارتقای سواد سلامت دهان ضروری است.

کلیدواژه‌ها: سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، سواد سلامت دهان، مادران، مراکز بهداشتی-درمانی.

◀ **استناد:** گلدانی‌مقدم ف، تلخی ن، پیمان ن. رابطه‌ی بین سواد سلامت دهان و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲. *فصلنامه‌ی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت*. زمستان ۱۴۰۴؛ ۱۴(۱): ۴۰-۵۵.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۲۳

نوع مقاله: پژوهشی

زنان به‌عنوان عنصری فرهنگ‌ساز با داشتن نقش مادری، در ساختن فردای جامعه و فرایند هویت‌یابی و جامعه‌پذیری فرزندان و نسل‌های آینده تأثیر به‌سزایی دارند (۱، ۲) و سلامت و تندرستی آنان می‌تواند در داشتن جوامع سالم و شاداب نقش مهمی داشته باشد (۳). از این‌رو، یکی از عوامل موثر در ارتقا سلامت زنان، سبک زندگی آنان است (۲).

سبک زندگی به شیوه‌ای اشاره دارد که افراد در آن زندگی می‌کنند و می‌تواند بر سلامت آن‌ها تأثیر بگذارد (۴). این سبک بسته به انتخاب‌های فرد می‌تواند سالم یا ناسالم باشد (۵). سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت شامل فعالیت‌هایی است که افراد با ابتکار عمل برای بهبود سلامتی خود انجام می‌دهند (۴) و دارای ۶ بُعد مدیریت استرس (استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی مانند مدیتیشن، یوگا و برنامه‌ریزی برای کاهش تنش‌های روزمره)، رشد معنوی (تلاش برای رشد فردی، هدف‌گذاری و رضایت از زندگی)، فعالیت بدنی (انجام ورزش روزانه یا هفتگی مانند پیاده‌روی و یوگا)، مسئولیت‌پذیری سلامت (انجام معاینات دوره‌ای، رعایت توصیه‌های پزشکی و توجه به سلامت فردی)، روابط بین‌فردی (حفظ روابط اجتماعی سالم و دریافت حمایت عاطفی از خانواده و دوستان) و تغذیه (مصرف مواد غذایی متنوع، میوه‌ها، سبزیجات، غلات کامل و پرهیز از غذاهای پرچرب و فرآوری‌شده) است (۵).

سبک زندگی انتخابی فرد بر طول عمر و سلامتی وی موثر است (۶). به‌طوری‌که سبک زندگی نامناسب عامل مهمی در بروز بیماری‌های روانی و مزمن مانند بیماری‌های قلبی، سرطان، دیابت و اعتیاد است. این سبک زندگی نه‌تنها بیماری‌ها را تشدید می‌کند، بلکه باعث کاهش امید به زندگی، نارضایتی و افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۷).

مطالعه‌ی سازمان بهداشت جهانی در ۳۵ کشور نشان داد که تقریباً ۱۲ درصد از کیفیت زندگی و سلامت افراد به سبک زندگی و رفتارهای شخصی آن‌ها وابسته است (۸) و سالانه ۴۰ میلیون مرگ (۷۰٪ کل موارد مرگ‌ومیر) قابل پیشگیری هستند (۹). هم‌چنین، مطالعه‌ای در تایوان

نشان داد که پیروی از پنج رفتار سالم شامل ترک سیگار، فعالیت بدنی منظم، مصرف میوه و سبزیجات، حفظ وزن مناسب و مصرف معتدل الکل، به‌طور متوسط ۷/۱۳ سال به امید زندگی می‌افزاید و هزینه‌های مراقبت بهداشتی را ۲۸/۱۲ درصد کاهش می‌دهد (۱۰). بنابراین، سبک زندگی سالم نقش مهمی در کاهش مرگ‌ومیر و بهبود سلامت عمومی دارد (۹).

بر اساس داده‌های مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰، حداقل ۱۸۰،۰۰۰ مورد از ۳۸۰،۰۰۰ مرگ به هفت عامل عمده مرتبط با سبک زندگی (مانند کم‌تحرکی، چاقی، تغذیه ناسالم، کلسترول بالا، فشار خون، دیابت و مصرف سیگار) مربوط می‌شود. پیش‌بینی می‌شود در ادامه این روند تا سال ۱۴۰۴، حدود ۷۰٪ بیماری‌ها در ایران ناشی از بیماری‌های غیرواگیر و عفونی باشد. بنابراین، ارتقای سبک زندگی افراد به‌عنوان یکی از اهداف اصلی در قرن حاضر مطرح است (۷).

سبک زندگی سالم متأثر از عوامل گوناگونی است. یکی از آن موارد بهره‌مندی از سواد سلامت کافی است (۱۱). سواد سلامت دهان نیز بخشی از سواد سلامت است (۱۲) که توانایی افراد در کسب، درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی دهان و دندان برای حفظ سلامت و اتخاذ تصمیمات مناسب را شامل می‌شود (۱۳). سواد پایین سلامت دهان باعث کاهش حضور در ملاقات‌های دندانپزشکی، مشارکت کمتر در درمان (۱۳) و افزایش مشکلات دهان و دندان مانند پوسیدگی و بیماری‌های پریدونتال می‌شود که کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد (۱۴، ۱۵). هم‌چنین، از آن‌جا که کودکان به والدین خود برای دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان وابسته‌اند، سواد سلامت دهان ضعیف در بزرگسالان به‌طور مستقیم بر سلامت دهان و دندان فرزندان تأثیر می‌گذارد (۱۳).

نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهند که سواد سلامت دهان با وضعیت سلامت دهان و دندان ارتباط دارد (۱۶)، به‌عنوان مثال، بسکارادوس و همکاران دریافتند که افراد با سواد سلامت دهان محدود بیشتر در معرض خطر بیماری پریدونتال هستند (۱۷). هم‌چنین، پریدونتیت می‌تواند خطر ابتلا به بیماری‌های فشار خون و قلبی-عروقی را افزایش دهد و رابطه‌ای دو سویه با

معمول خود به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد مراجعه کرده بودند، آن‌هایی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند به صورت در دسترس انتخاب و وارد مطالعه شدند .

معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد ذیل بود

مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد که رضایت خود را برای شرکت در مطالعه اعلام نمودند، براساس اطلاعات سامانه سینا (پرونده الکترونیک سلامت) از نظر ملیت و وضعیت سکونت مورد بررسی قرار گرفتند؛ سپس مادرانی که ایرانی‌تبار و ساکن شهر مشهد بودند، وارد مطالعه شدند. معیار خروج در این مطالعه شامل تکمیل ناقص پرسشنامه بود.

به منظور تعیین حجم نمونه مناسب در این پژوهش با مراجعه به مطالعه‌ی مشابه (۲۱) با در نظر گرفتن خطای آلفای ۰/۰۵، توان ۸۰٪ و میزان همبستگی ۰/۳۴۲ حجم نمونه برابر با ۶۵ نفر برآورد شد. با عنایت به این که از بین کلیه مراکز بهداشتی درمانی حاضر در شهر مشهد، ۴ مرکز به عنوان خوشه در نظر گرفته شد، لذا حداقل حجم نمونه لازم برای این پژوهش برابر با ۲۶۰ نفر تخمین زده شد . در این پژوهش ابزار گردآوری اطلاعات به شرح زیر بود:

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (۱۲ سوال)

در این بخش اطلاعاتی شامل سن، وضعیت تاهل، تعداد فرزند (دختر-پسر)، باردار بودن، تحصیلات فرد و همسر، شغل فرد و همسر، میزان درآمد خانواده، ارزیابی وضعیت درآمد خانواده و تعداد افراد خانوار از پاسخگو پرسیده شد.

پرسشنامه سواد سلامت دهان

در این مطالعه از پرسشنامه سواد سلامت دهان بزرگسالان (OHL-AQ) که توسط نقیعی و همکاران (۲۲) برای جامعه‌ی ایرانی روایی و پایایی شد؛ استفاده شد. پایایی درونی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ و (ICC (correlation Intraclass coefficient) آن معادل ۰/۸۴ بود OHL-AQ. شامل چهار بخش: درک مطلب، محاسبه، گوش دادن و تصمیم‌گیری است. بخش درک مطلب شامل شش گویه با حذف کلمات از یک متن (۳ جمله) در مورد دانش بهداشت دهان و دندان است. از چهار گزینه ممکن برای هر کلمه حذف شده، یکی صحیح و یک گزینه نمی‌دانم برای جلوگیری از حدس زدن یا از

دیابت دارد (۱۴). بنابراین، ارتقای سواد سلامت دهان به عنوان یک اولویت حیاتی برای بهبود نتایج سلامت دهان و دندان مطرح است (۱۴).

با توجه به اهمیت بهداشت دهان و دندان به عنوان شاخصی اساسی در سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت (۱۶) و نقش کلیدی زنان در جامعه (۱۸)، این مطالعه با هدف " تعیین رابطه بین سواد سلامت دهان و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در مادران مراجعه‌کننده به این موضوع از آن جهت است که سواد سلامت دهان نقش مهمی در بهبود رفتارهای بهداشتی و سلامت مادران دارد و با توجه به جایگاه مادران در خانواده و جامعه، ارتقای آن می‌تواند سلامت نسل‌های آینده را بهبود بخشد. مطالعات نشان داده‌اند که افزایش سواد سلامت دهان با بهبود عادات بهداشتی و کاهش مشکلات دهان و دندان مرتبط است و به کاهش بار بیماری‌ها و هزینه‌های درمانی کمک می‌کند (۱۹، ۲۰). با وجود تحقیقات متعدد، تمرکز بر مادران به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و جغرافیایی اهمیت دارد و مطالعات محلی می‌تواند داده‌های دقیق‌تر و کاربردی‌تری فراهم کند. هم‌چنین، تحقیقات قبلی کمتر به تأثیرات اجتماعی و اقتصادی در سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت مادران پرداخته‌اند که نیازمند مطالعات جامع‌تر و چندبعدی برای طراحی برنامه‌ها و مداخلات مؤثرتر است.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر به روش مقطعی در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بر روی مادران تحت پوشش مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد، انجام شد. تمامی مراکز بهداشتی درمانی در شهر مشهد مدنظر بوده است. اما از آن جایی که کلیه‌ی مراکز قابل بررسی نبودند، در این مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، از بین کلیه‌ی مراکز بهداشتی درمانی حاضر در شهر مشهد به تصادف ۴ مرکز به عنوان خوشه انتخاب شد. این چهار مرکز به گونه‌ای در نظر گرفته شدند که تنوع جمعیت مادران منتخب در این خوشه‌ها به لحاظ جغرافیایی و اجتماعی رعایت شده باشد و مادران با شرایط اقتصادی و اجتماعی مختلف وارد مطالعه شده باشند. سپس با مراجعه به مراکز از بین کلیه مادرانی که به منظور دریافت مراقبت‌های

کمتر (۵۰/۸٪) و خانه‌دار (۶۶/۹٪) بودند و درآمد خانواده را در حد متوسط (۶۲/۳٪) ارزیابی کردند. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کل سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت ۱۲۸/۲۳±۲۴/۲۲ بود. میانگین و انحراف معیار ابعاد سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت به تفکیک رشد معنوی

و خودشکوفایی ۲۴/۹۴ ±۵/۵۳، مسئولیت‌پذیری سلامت ۲۳/۳۸ ±۵/۶۹، روابط بین‌فردی ۲۴/۹۷ ±۴/۰۲، مدیریت استرس ۱۸/۲۱ ±۴/۲۵، فعالیت بدنی ۲۲/۳۸ ±۴/۵۹ و عادات غذایی ۱۵/۳۱ ±۵/۴۵ هم‌چنین میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کل سواد سلامت دهان ۱۰/۶۳ ±۳/۷۵ بود. ۱۳۱ نفر (۵۰/۴٪) از مادران دارای سواد سلامت دهان کافی، ۴۴ نفر (۱۶/۹٪) متوسط و ۸۵ نفر (۳۲/۷٪) ناکافی بودند (جدول ۱).

جدول ۱. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیر | انحراف معیار ± میانگین |
|-----------------------------|-------------------------------|
| سن | ۳۲/۵۳ ± ۱۱/۴۴ |
| تعداد فرزند دختر | ۰/۷۸ ± ۰/۹۷ |
| تعداد فرزند پسر | ۰/۸۰ ± ۱/۰۱ |
| تعداد افراد خانوار | ۴/۰۴ ± ۱/۶۹ |
| سواد سلامت دهان و دندان | ۱۰/۶۳ ± ۳/۷۵ |
| سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت | ۱۲۸/۲۴ ± ۲۴/۲۲ |
| رشد معنوی و خودشکوفایی | ۲۴/۹۴ ± ۵/۵۳ |
| مسئولیت‌پذیری سلامت | ۲۳/۳۸ ± ۵/۶۹ |
| روابط بین فردی | ۲۴/۰۲ ± ۴/۹۷ |
| مدیریت استرس | ۱۸/۲۱ ± ۴/۲۵ |
| فعالیت بدنی | ۱۵/۳۱ ± ۵/۴۵ |
| عادات غذایی | ۲۲/۳۸ ± ۴/۵۹ |
| متغیر | سطح (درصد) تعداد |
| وضعیت تاهل | مجرد (۲۳/۱) |
| | متاهل (۷۴/۲) |
| | مطلقه و بیوه (۲/۷) |
| وضعیت بارداری | بلی (۴/۶) |
| | خیر (۹۵/۴) |
| سطح تحصیلات | دیپلم و کمتر (۵۰/۸) |
| | دانشگاهی (۴۹/۲) |
| سطح تحصیلات همسر | دیپلم و کمتر (۵۷/۷) |
| | دانشگاهی (۴۲/۳) |
| شغل | خانه‌دار (۶۶/۹) |
| | کارمند (۱۶/۲) |
| | آزاد (۱۴/۲) |
| | بازنشسته (۲/۷) |
| شغل همسر | کارمند (۲۰/۴) |
| | آزاد (۴۶/۵) |
| | بازنشسته (۳۳/۱) |
| سطح درآمد خانواده | کمتر از ۵ میلیون تومان (۱۰/۴) |
| | ۵ تا ۷ میلیون تومان (۱۴/۲) |
| | ۷ تا ۱۰ میلیون تومان (۲۹/۲) |

نتایج آزمون کروسکال-والیس نشان داد که از بین ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده‌ی سلامت تنها مولفه‌ی

مسئولیت‌پذیری سلامت با سطوح سواد سلامت دهان ارتباط آماری معناداری دارد ($P=0/029$) (جدول ۴).

جدول ۴. بررسی ارتباط بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و سواد سلامت دهان

| p-value | سواد سلامت دهان و دندان | | | متغیر |
|---------|-------------------------|--------------|--------------|----------------------------|
| | بالا | متوسط | ناکافی | |
| #0/112 | 131/15±23/24 | 126/68±21/79 | 124/57±23/56 | سبک زندگی ارتقادهنده سلامت |
| #0/069 | 25/55±5/30 | 25/29±5/11 | 23/81±5/97 | رشد معنوی و خودشکوفایی |
| 0/029 | 24/35±5/50 | 22/20±5/58 | 22/50±5/85 | مسئولیت‌پذیری سلامت |
| #0/183 | 24/57±4/94 | 23/72±5/69 | 23/32±4/57 | روابط بین فردی |
| 0/735 | 18/25±4/13 | 18/47±3/70 | 18/02±4/70 | مدیریت استرس |
| 0/358 | 15/79±5/53 | 14/59±5/43 | 14/96±5/31 | فعالیت بدنی |
| 0/519 | 22/66±4/68 | 22/27±4/28 | 22/01±4/62 | عادات غذایی |

آزمون کروسکال-والیس انجام شده است.
آزمون آنالیز واریانس یکطرفه (ANOVA) انجام شده است.

نتایج مطالعه‌ی حاضر بیان کرد که سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان مورد مطالعه با سن ($P=0/01$)، تعداد فرزند پسر ($P=0/009$)، وضعیت تاهل ($P=0/002$)، سطح تحصیلات ($P=0/003$)، سطح تحصیلات همسر ($P<0/001$)، شغل ($P=0/002$)، شغل همسر ($P=0/030$)، سطح درآمد خانواده ($P=0/047$) و وضعیت درآمد خانواده ($P<0/001$) ارتباط آماری معنی‌داری داشت. هم‌چنین متغیر سواد سلامت دهان از بین اطلاعات دموگرافیک مورد بررسی با وضعیت تاهل ($P=0/009$)، سطح تحصیلات ($P<0/001$)، سطح تحصیلات همسر ($P=0/002$)، شغل ($P=0/017$)، شغل همسر ($P=0/001$) و سطح درآمد خانواده ($P=0/002$) رابطه آماری معناداری داشت. علاوه بر این نتایج نشان داد که از بین مولفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت مولفه‌های رشد معنوی و خودشکوفایی با تعداد فرزند پسر ($P=0/018$)، وضعیت تاهل ($P<0/001$)، سطح درآمد خانواده ($P=0/023$) و وضعیت درآمد خانواده ($P<0/001$)؛ بعد مسئولیت‌پذیری سلامت با سن ($P=0/014$)، تعداد فرزند پسر ($P=0/039$)، وضعیت تاهل ($P<0/001$)، سطح

تحصیلات ($P<0/001$)، سطح تحصیلات همسر ($P<0/001$)، شغل ($P=0/001$)، شغل همسر ($P=0/003$)، سطح درآمد خانواده ($P=0/041$) و وضعیت درآمد خانواده ($P=0/014$)؛ جزء روابط بین فردی با سطح تحصیلات ($P=0/040$) و وضعیت درآمد خانواده ($P=0/012$)؛ مولفه مدیریت استرس با سن ($P=0/044$)، تعداد فرزند پسر ($P=0/020$)، وضعیت تاهل ($P=0/008$)، سطح تحصیلات همسر ($P=0/003$) و وضعیت درآمد خانواده ($P<0/001$)؛ بعد فعالیت بدنی با سطح تحصیلات همسر ($P=0/002$)، شغل ($P=0/004$)، شغل همسر ($P=0/025$)، سطح درآمد خانواده ($P=0/008$) و وضعیت درآمد خانواده ($P=0/029$) و مولفه عادات غذایی با سن ($P<0/001$)، تعداد فرزند پسر ($P<0/001$)، وضعیت تاهل ($P=0/001$)، سطح تحصیلات همسر ($P<0/001$) و شغل ($P=0/022$)، ارتباط آماری معناداری داشتند. جزئیات در جداول ۵ و ۶ ارائه شده است.

| | | | | | |
|-------|------------|------------|------------|------------------------|--------|
| | ۲۳/۷۳±۵/۰۶ | ۲۳/۱۹±۵/۵۹ | ۲۵/۱۷±۵/۲۸ | آزاد | |
| | ۲۳/۷۷±۵/۳۸ | ۲۲/۲۴±۵/۹۷ | ۲۳/۵۶±۵/۷۹ | بازنشسته | |
| | ۲۴/۸۵±۵/۷۴ | ۲۲/۴۸±۶/۴۸ | ۲۵/۲۹±۵/۴۸ | کمتر از ۵ میلیون تومان | |
| ۰/۱۳۶ | ۲۳/۲۱±۵/۳۵ | ۲۲/۳۲±۵/۳۵ | ۲۳/۷۵±۳/۶۹ | ۵ تا ۷ میلیون تومان | ۰/۰۲۳ |
| | ۲۳/۴۰±۵/۱۰ | ۲۲/۶۰±۵/۶۹ | ۲۳/۷۶±۶/۰۲ | ۷ تا ۱۰ میلیون تومان | |
| | ۲۴/۷۰±۴/۵۵ | ۲۴/۴۱±۵/۵۰ | ۲۵/۹۷±۵/۵۴ | بالای ۱۰ میلیون تومان | |
| | ۲۵/۲۰±۴/۲۲ | ۲۳/۸۴±۶/۱۸ | ۲۶/۹۵±۵/۲۱ | خوب | |
| ۰/۰۱۲ | ۲۴/۲۹±۵/۱۴ | ۲۳/۹۸±۵/۵۹ | ۲۵/۲۴±۵/۷۲ | متوسط | <۰/۰۰۱ |
| | ۲۲/۲۵±۴/۶۴ | ۲۱/۲۲±۵/۱۲ | ۲۲/۳۸±۴/۲۲ | ضعیف | |

آزمون‌های ضریب همبستگی اسپیرمن، من ویتنی-ویلکاکسون و کروسکال-والیس استفاده شده است. P-value ارتباط بین اطلاعات دموگرافیک و بعد رشد معنوی و خودشکوفایی

ادامه جدول ۶. بررسی ارتباط بین اطلاعات دموگرافیک و ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت

| متغیر | مدیریت استرس p-value (corr) | فعالیت بدنی p-value (corr) | عادات غذایی p-value (corr) |
|--------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| سن | ۰/۰۴۴ (۰/۱۲۵) | ۰/۵۱۶ | <۰/۰۰۱ (۰/۲۲۵) |
| تعداد فرزند دختر | ۰/۵۸۸ | ۰/۱۰۲ | ۰/۲۹۳ |
| تعداد فرزند پسر | ۰/۰۲۰ (۰/۱۴۴) | ۰/۱۲۲ | <۰/۰۰۱ (۰/۲۳۲) |
| تعداد افراد خانوار | ۰/۹۲۶ | ۰/۸۱۷ | ۰/۲۳۸ |

| متغیر | سطح | مدیریت استرس p-value ^۴ | فعالیت بدنی p-value ^۵ | عادات غذایی p-value ^۶ |
|-----------------------------|------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| وضعیت تاهل | مجرد | ۱۶/۷۶±۴/۱۹ | ۱۴/۷۸±۴/۵۴ | ۲۰/۵۸±۳/۸۰ |
| | متاهل | ۱۸/۶۴±۳/۹۸ | ۱۵/۳۸±۵/۵۰ | ۲۲/۹۱±۴/۶۳ |
| | مطلقه و بیوه | ۱۸/۸۵±۸/۴۵ | ۱۸/۱۴±۹/۹۰ | ۲۳/۱۴±۶/۰۹ |
| وضعیت بارداری | بلی | ۱۹/۵۰±۶/۲۰ | ۱۴/۰۰±۶/۷۱ | ۲۲/۵۸±۴/۵۴ |
| | خیر | ۱۸/۱۵±۴/۱۴ | ۱۵/۳۸±۵/۳۹ | ۲۲/۳۷±۴/۶۰ |
| سطح تحصیلات | دیپلم و کمتر | ۱۷/۶۹±۳/۹۲ | ۱۴/۶۶±۴/۹۳ | ۲۱/۷۵±۴/۵۰ |
| | دانشگاهی | ۱۸/۷۵±۴/۵۱ | ۱۵/۹۹±۵/۸۷ | ۲۳/۰۳±۴/۶۰ |
| سطح تحصیلات همسر | دیپلم و کمتر | ۱۷/۵۴±۴/۱۹ | ۱۴/۲۸±۴/۸۲ | ۲۱/۳۸±۴/۰۶ |
| | دانشگاهی | ۱۹/۱۳±۴/۱۷ | ۱۶/۷۲±۵/۹۳ | ۲۳/۷۴±۴/۹۳ |
| شغل | خانه دار | ۱۸/۱۷±۴/۱۳ | ۱۵/۰۸±۵/۷۷ | ۲۲/۴۳±۴/۶۹ |
| | کارمند | ۱۹/۳۵±۴/۵۴ | ۱۷/۶۴±۴/۹۷ | ۲۳/۹۰±۴/۰۸ |
| | آزاد | ۱۶/۸۹±۴/۳۰ | ۱۳/۵۹±۳/۷۶ | ۲۰/۷۸±۴/۴۸ |
| | بازنشسته | ۱۹/۲۵±۳/۶۸ | ۱۶/۲۸±۲/۸۷ | ۲۰/۴۲±۱/۹۰ |
| شغل همسر | کارمند | ۱۹/۱۱±۴/۵۰ | ۱۷/۰۷±۶/۳۵ | ۲۳/۶۰±۴/۷۶ |
| | آزاد | ۱۸/۲۶±۳/۹۴ | ۱۴/۷۶±۵/۴۱ | ۲۲/۵۲±۴/۷۷ |
| سطح درآمد خانواده | بازنشسته | ۱۷/۵۹±۴/۴۴ | ۱۵/۱۰±۴/۶۸ | ۲۱/۴۴±۴/۰۴ |
| | کمتر از ۵ میلیون تومان | ۱۹/۱۸±۶/۳۷ | ۱۷/۲۲±۶/۸۹ | ۲۳/۴۴±۵/۲۵ |
| | ۵ تا ۷ میلیون تومان | ۱۷/۰۰±۳/۳۶ | ۱۳/۲۴±۴/۶۶ | ۲۱/۵۱±۴/۷۹ |
| | ۷ تا ۱۰ میلیون تومان | ۱۸/۵۱±۴/۱۴ | ۱۴/۵۶±۵/۳۵ | ۲۲/۰۱±۴/۴۲ |
| ارزیابی وضعیت درآمد خانواده | بالای ۱۰ میلیون تومان | ۱۸/۱۸±۳/۹۳ | ۱۶/۰۰±۵/۱۶ | ۲۲/۶۵±۴/۴۶ |
| | خوب | ۱۸/۴۷±۴/۴۶ | ۱۶/۳۶±۵/۷۸ | ۲۳/۲۹±۵/۴۱ |
| | متوسط | ۱۸/۸۳±۴/۳۳ | ۱۵/۶۲±۵/۵۷ | ۲۲/۵۴±۴/۳۴ |
| ضعیف | ۱۶/۱۴±۳/۰۷ | ۱۳/۵۳±۴/۳۹ | ۲۱/۱۴±۴/۴۴ | |

آزمون‌های ضریب همبستگی اسپیرمن، من ویتنی-ویلکاکسون و کروسکال-والیس استفاده شده است.

۴ p-value ارتباط بین اطلاعات دموگرافیک و بعد مدیریت استرس

۵ p-value ارتباط بین اطلاعات دموگرافیک و بعد فعالیت بدنی

۶ p-value ارتباط بین اطلاعات دموگرافیک و بعد عادات غذایی

بحث

توجه به سواد سلامت دهان در مادران نهمتنها می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تاثیر قرار دهد بلکه بر روی سلامت خانواده و جامعه نیز تاثیرگذار است. از این‌رو مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین رابطه بین سواد سلامت دهان و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در

مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد انجام شد.

نتایج رفتارهای بهداشت دهان و دندان نشان داد که اکثر مشارکت‌کنندگان رفتارهای مثبت در زمینه‌ی بهداشت دهان و دندان را رعایت می‌کنند. به طوریکه غالب مشارکت‌کنندگان (۵۸/۸٪) بیان کردند که یک بار در روز دندان‌هایشان را مسواک می‌زنند و هنگام استفاده از مسواک از خمیردندان نیز استفاده می‌کنند (۷۳/۸٪) و

نمرات به ترتیب در ابعاد رشد معنوی و فعالیت بدنی مشاهده شد (۹، ۲۶، ۲۷). در پژوهش دیگری که بر روی زنان باردار در نپال صورت گرفت، میانگین نمره‌ی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت $13/34 \pm 123/09$ بود. نمرات خرده مقیاس، نمرات پایینی در فعالیت بدنی $1/66 \pm 8/79$ و مدیریت استرس $2/09 \pm 15/13$ نشان دادند (۲۸). که این یافته‌ها موید نتایج پژوهش حاضر است. علت تشابه یافته‌های مطالعات فوق با نتایج مطالعه حاضر، استفاده از پرسشنامه‌های مشابه و بررسی ابعاد یکسان سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت است؛ تفاوت‌ها نیز به دلیل تفاوت‌های جمعیتی، فرهنگی و جغرافیایی نمونه‌ها و تفاوت در روش‌های نمونه‌گیری و تحلیل داده‌ها می‌باشد. در مجموع، توجه به اهمیت سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در زنان نه تنها به بهبود وضعیت فردی آن‌ها کمک می‌کند، بلکه می‌تواند تأثیرات مثبتی بر جامعه به طور کلی داشته باشد.

هم‌چنین در مطالعه‌ی حاضر میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کل سواد سلامت دهان $10/63 \pm 3/75$ (در محدوده‌ی نمره‌ی ۰-۱۷) بود. در مطالعه‌ای که به بررسی رابطه سواد سلامت دهان با رفتار بهداشتی دهان و دندان در زنان باردار شیراز پرداخت، میانگین نمره سواد سلامت دهان $11/47 \pm 3/68$ برآورد شد (۲۴). نتایج مطالعه ملک‌محمدی و همکاران نشان داد که میانگین نمره‌ی سواد سلامت دهان $12/07$ (از ۱۷) بود و اکثر مشارکت‌کنندگان از سطح سواد سلامت دهان کافی برخوردار بودند (۲۹). که این یافته‌ها با توجه به استفاده از پرسشنامه یکسان جهت سنجش سواد سلامت دهان، همسو با نتایج پژوهش حاضر است. در مطالعه‌ی دیگری که با استفاده از فرم کوتاه پرسشنامه سواد سلامت در دندانپزشکی (HeLD-14) بر روی پرستاران در چین انجام شد، میانگین نمره‌ی سواد سلامت دهان $10/53 \pm 36/72$ بود که $21/8\%$ به عنوان خوب، $34/1\%$ متوسط و $44/2\%$ سواد سلامت دهان ضعیف طبقه‌بندی شدند (۳۰). با توجه به این‌که پرستاران جزو کادر درمان هستند و نتایج نشان‌دهنده‌ی سطح پایین سواد سلامت دهان در بین آن‌هاست، لذا این ارزیابی نیاز به بررسی دارد و تفاوت در یافته‌ها را می‌توان به علت متفاوت بودن ابزار اندازه‌گیری و دسته‌بندی سوالات نسبت داد. در مطالعه‌ی باتیستا و همکاران نیز تقریباً $71/5\%$ جمعیت بزرگسال

طی شش ماه گذشته به دندانپزشک مراجعه کرده‌اند (۳۳/۸٪). در این راستا مطالعه‌ی قادری و همکاران عملکرد زنان در رفتارهای بهداشت دهان و دندان را در حد متوسط ارزیابی کرد (۲۴). یافته‌های یک مطالعه بر روی زنان باردار در شانگهای نیز نشان داد که با وجود آگاهی نسبتاً خوب آن‌ها از سلامت دهان و دندان، این آگاهی به اقدامات عملی تبدیل نشده است. به طوری که $97/3\%$ از زنان باردار معاینه منظم دهان را ضروری می‌دانستند، اما تنها $22/8\%$ تحت معاینه قرار گرفتند. هم‌چنین، فقط $20/1\%$ به طور فعال در معاینات قبل از بارداری شرکت کردند. همین‌طور برخلاف این‌که $84/8\%$ دندان‌های خود را دو بار در روز مسواک می‌زدند، تنها $49/6\%$ مسواک‌زدن صحیح را انجام می‌دادند و $71/9\%$ لزوم استفاده از نخ دندان را می‌دانستند، اما تنها $26/3\%$ بیش از یک بار در روز نخ دندان کشیدند (۲۵). علی‌رغم رعایت نسبی رفتارهای مثبت بهداشت دهان و دندان در جمعیت‌های مورد مطالعه، تفاوت‌هایی به دلیل عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سطح سواد سلامت دهان مادران در مناطق مختلف وجود دارد که بر میزان مشارکت در مراقبت‌های دندانی و کیفیت رفتارهای بهداشتی تأثیر می‌گذارد. به طور کل، عملکرد زنان در رفتارهای بهداشت دهان و دندان تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد که می‌تواند به بهبود یا کاهش سلامت دهان و دندان آن‌ها منجر شود. لذا توجه به این مقوله می‌تواند به ارتقا سلامت مادر و اشاعه فرهنگ سلامت در بین اعضای خانواده منجر شود.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کل سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت $128/24 \pm 23/22$ (در محدوده‌ی نمره‌ی ۲۰۸-۵۲) بود. میانگین و انحراف معیار ابعاد سبک زندگی به تفکیک رشد معنوی و خودشکوفایی $24/94 \pm 5/53$ ، مسئولیت‌پذیری سلامت $23/38 \pm 5/69$ ، روابط بین فردی $4/97 \pm 24/02$ ، مدیریت استرس $18/21 \pm 4/25$ ، فعالیت بدنی $15/31 \pm 5/45$ و عادات غذایی $22/38 \pm 4/59$ بود. در مطالعات خانی و همکاران، حامد بیابانی و همکاران، خواجه‌نصیری و همکاران، میانگین نمره‌ی کل رفتارهای ارتقا دهنده‌ی سلامت به ترتیب $135/96 \pm 20/40$ ، $131/53 \pm 21/17$ و $135/5 \pm 16/7$ از نمره‌ی قابل حصول ۵۲ تا ۲۰۸ بود. هم‌چنین بیشترین و کمترین میانگین

برزیل سواد سلامت دهان پایین ارائه کردند (۳۱). از دلایل مغایرت این یافته با نتایج پژوهش حاضر می‌توان به تفاوت در ابزار اندازه‌گیری و جامعه‌ی هدف مطالعه اشاره کرد. نتایج پژوهش حاضر و مقایسه آن با سایر مطالعات مرتبط، اهمیت اساسی سواد سلامت دهان را نمایان می‌سازد؛ چراکه برخورداری از سطح بالای سواد در این حوزه به‌عنوان عاملی کلیدی در بهبود وضعیت بهداشت دهان و دندان، به پیشگیری از بیماری‌های دهانی و ارتقاء رفتارهای بهداشتی کمک می‌کند.

از بین ابعاد سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت تنها مولفه‌ی مسئولیت‌پذیری سلامت با سطوح سواد سلامت دهان ارتباط آماری معناداری داشت. یافته‌های مطالعه جهانی افتخاری و همکاران بر روی داوطلبین سلامت شهرستان نیشابور و همچنین نتایج مطالعه‌ی تابع بردبار و همکاران در دانشجویان شیرازی نشان داد که بین مولفه مسئولیت‌پذیری سلامت به عنوان یکی از ابعاد سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، با سطوح سواد سلامت رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود دارد (۳۲، ۳۳). تأکید مشترک بر اهمیت مسئولیت‌پذیری سلامت به‌عنوان عامل کلیدی در ارتباط با سواد سلامت، از دلایل تشابه پژوهش‌های فوق با نتایج مطالعه‌ی حاضر است، در حالی که تفاوت نمونه‌ها و زمینه‌های فرهنگی-اجتماعی مطالعات مختلف، دلیل تناقض احتمالی آن‌ها می‌باشد. ارتباط معنادار مولفه مسئولیت‌پذیری با سواد سلامت، توجه به مسائلی که به نحوی با مسئولیت‌پذیری در حوزه سلامت مرتبط است را حائز اهمیت می‌کند و نشان می‌دهد که جهت ارتقای وضعیت بهداشتی، برنامه‌ریزی در زمینه توانمندسازی افراد از جمله راهکارهای مؤثر و هزینه‌اثر بخش در ارتقای سلامت جامعه است.

نتایج مطالعه‌ی حاضر بیان کرد که سبک زندگی زنان مورد مطالعه با سن، تعداد فرزند پسر، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و شغل فرد و همسر و وضعیت درآمد خانواده ارتباط آماری معنی داری داشت. علاوه بر این نتایج نشان داد که از بین مولفه‌های سبک زندگی مولفه‌های رشد معنوی و خودشکوفایی با تعداد فرزند پسر، وضعیت تاهل، سطح درآمد خانواده و وضعیت درآمد خانواده؛ بعد مسئولیت‌پذیری سلامت با سن، تعداد فرزند پسر، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات فرد و همسر، شغل فرد و همسر، درآمد خانواده و وضعیت درآمد خانواده؛ جزء

روابط بین فردی با سطح تحصیلات و وضعیت درآمد خانواده؛ مولفه مدیریت استرس با سن، تعداد فرزند پسر، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات همسر و وضعیت درآمد خانواده؛ بعد فعالیت بدنی با سطح تحصیلات همسر، شغل فرد و همسر، سطح درآمد خانواده و وضعیت درآمد خانواده و مولفه عادات غذایی با سن، تعداد فرزند پسر، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات فرد و همسر و شغل فرد ارتباط آماری معناداری داشتند. نتایج یک مطالعه‌بر روی زنانی که فرایند ماستکتومی را پشت سر گذاشتند نشان داد که سن و بهبود وضعیت تحصیلی همسر پیش‌بینی‌کننده‌های سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت هستند (۲۷). نتایج مطالعه‌ای دیگر که بر روی ۳۰۰ زن باردار در سه‌ماهه‌ی دوم و سوم بارداری انجام شد، نشان داد که سطح تحصیلات مشارکت‌کنندگان بزرگ‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتار سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت آنان بود؛ به‌طوری‌که با افزایش سطح تحصیلات، میانگین نمره‌ی سبک زندگی سالم زنان باردار نیز افزایش می‌یابد (۲۸). در مطالعه‌ای که به بررسی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت زنان مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سلامت شهر اراک پرداخت، سن، شغل فرد، تعداد فرزندان، تحصیلات فرد و همسرش با سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت ارتباط معنی داری را نشان داد (۹). نتایج پژوهش محسنیان و همکاران نشان داد که درآمد خانوار از جمله مهم‌ترین عوامل مرتبط با سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بود؛ به طوری که درآمد بالاتر خانوار با سبک زندگی سالم‌تر و نمرات بالاتر در حوزه سواد سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباط مثبت داشت. این یافته‌ها بیانگر تأثیر قابل توجه وضعیت اقتصادی خانواده بر رفتارهای سلامت‌محور افراد است و نشان می‌دهد که درآمد بیشتر می‌تواند زمینه‌ساز انتخاب سبک زندگی سالم‌تر شود (۱۱). همچنین نتایج مطالعه‌ای که بر روی زنان باردار استان هرمزگان صورت گرفت حاکی از وجود ارتباط معنادار بین تحصیلات، شغل و وضعیت اجتماعی و اقتصادی به عنوان عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بود (۳۴). علت تشابه یافته‌ها، تأثیر عوامل مشابهی مانند سن، تحصیلات، وضعیت تاهل و درآمد بر سبک زندگی زنان است؛ تفاوت‌ها نیز ناشی از تفاوت‌های جمعیتی، فرهنگی و شرایط نمونه‌گیری در مطالعات مختلف می‌باشد. به طور

یافته‌های حاضر نشان داد که بین بُعد مسئولیت‌پذیری سلامت در سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و سواد سلامت دهان مادران ارتباط آماری معناداری وجود دارد. این موضوع اهمیت نقش فرد در اتخاذ رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت دهان و لزوم توجه بیشتر به سواد سلامت دهان مادران را به عنوان عوامل مؤثر در سلامت خانواده برجسته می‌کند. افزایش سواد سلامت دهان و اصلاح سبک زندگی زنان نه تنها سلامت خود آنان را بهبود می‌بخشد، بلکه بر سلامت خانواده و جامعه نیز تأثیرگذار است. بنابراین، مداخلات آموزشی و ترویج شیوه‌های زندگی سالم باید در اولویت برنامه‌های بهداشتی قرار گیرد. هم‌چنین توصیه می‌شود مطالعات طولی برای بررسی تأثیر مداخلات آموزشی بر رفتارهای سلامت دهان و سبک زندگی مادران در بازه‌های زمانی مختلف انجام شود تا پایداری تغییرات رفتاری و تأثیر آن بر سلامت خانواده بهتر شناخته شود.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی مشهد به خاطر حمایت مالی، همکاری تمامی شرکت‌کنندگان و کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد و خانم‌ها: ایرجی، مهتدی و منتخبی جهت تسهیل در جمع‌آوری داده‌ها اعلام می‌دارند.

تعارض منافع: هیچ‌گونه تعارض منافی در پژوهش حاضر بین نویسندگان وجود ندارد.

حمایت مالی: این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه پس از تصویب و اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد (کد طرح: ۴۰۲۱۴۴۹) با کد اخلاق: IR.MUMS.FHMPM.REC.1402.158 و با رعایت موازین اخلاق پژوهش در تمامی مراحل اجرا شد. محقق پس از حضور در مراکز بهداشتی درمانی، هدف تحقیق را برای مشارکت‌کنندگان توضیح داد و سپس از تمامی آنان پیش از تکمیل پرسشنامه، رضایت آگاهانه دریافت شد. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی می‌ماند و شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه است.

کلی بررسی ارتباط سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با متغیرهای دموگرافیک افراد، نه‌تنها برای شناخت بهتر وضعیت سلامت زنان ضروری است، بلکه می‌تواند به طراحی راهکارهای مؤثر برای ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها با توجه به شرایط موجود نیز کمک کند.

هم‌چنین متغیر سواد سلامت دهان از بین اطلاعات دموگرافیک مورد بررسی با وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و شغل فرد و همسر و سطح درآمد خانواده رابطه آماری معناداری داشت. در مطالعه‌ای مشخص شد که سطح تحصیلات، تأثیر قابل توجهی بر سواد سلامت دهان دارد، به‌طوری‌که افرادی که دارای مدرک فوق دیپلم و لیسانس بودند، سطوح سواد بالاتری از سواد سلامت دهان نشان دادند (۲۴). درآمد ماهانه خانوار نیز در مطالعه آن و همکاران با نمرات سواد سلامت دهان مرتبط بود (۳۰). در پژوهش نیازی و همکاران مشاهده شد زنانی که از سطح سواد سلامت دهان مناسبی برخوردارند، به احتمال زیاد دارای مدرک تحصیلات عالی هستند (۳۵). هم‌چنین در تحقیقی که بر روی بزرگسالان کرمانی انجام شد، مشخص شد که بین نمرات سواد سلامت دهان و سطح تحصیلات بالا و رفتارهای بهداشت دهان و دندان رابطه معناداری وجود دارد (۲۹). در نهایت، توجه به این عوامل و ارتباط آن‌ها با سواد سلامت دهان زنان می‌تواند به طراحی برنامه‌های آموزشی و مداخلات مؤثر برای ارتقاء سلامت دهان و دندان در جامعه کمک کند.

نقاط قوت، محدودیت‌ها و پیشنهادات: یکی از محدودیت‌های این مطالعه نمونه‌گیری تنها از مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهری مشهد بود که باعث محدودیت در تعمیم یافته‌ها به سایر زنان جامعه می‌شود. توصیه می‌شود در مطالعات آینده نمونه‌گیری شامل زنان غیرمراجعه‌کننده و ساکن مناطق روستایی یا دیگر شهرها نیز باشد تا نمایندگی جامعه هدف افزایش یابد. هم‌چنین، ماهیت خودگزارش‌دهی پرسشنامه‌ها ممکن است باعث پاسخ‌دهی اجتماعی مطلوب و مخدوش شدن نتایج شود که این محدودیت قابل اجتناب نبود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از روش‌های ترکیبی مانند مصاحبه‌های عمیق، مشاهده مستقیم یا داده‌های ثبت‌شده استفاده شود.

نتیجه‌گیری

گلدانی‌مقدم، نگارش نسخه نهایی مقاله: همه نویسندگان نتایج را بررسی نموده و نسخه نهایی مقاله را تایید نموده‌اند.

سه‌م نویسندگان: ایده و طراحی مطالعه: نوشین پیمان - فاطمه گلدانی‌مقدم، جمع‌آوری داده‌ها: فاطمه گلدانی‌مقدم، آنالیز و تفسیر نتایج: نسرين تلخی - فاطمه

References

1. Sajjadi H, Hosseinpour N, Sharifian Sani M, Mahmoodi Z. Association between health literacy and life style in married rural women in Izeh, Iran. *Journal of health*. 2016;7(4):479-89.
2. Safarishali R, Gatabi KH. Typology of Women Lifestyle in Tehran City. *Womens Strategic Studies*. 2020;22(85):7-27.
3. Razie M, Khalili ER, Beygi AS. Analyzing the Meaning Structure of the Lifestyle of the Women of the "Y" Generation in Tehran. *Journal of Culture - Communication Studies*. 2023;24(62):195-223.
4. Mak YW, Kao AH, Tam LW, Virginia W, Don T, Leung DY. Health-promoting lifestyle and quality of life among Chinese nursing students. *Primary health care research & development*. 2018;19(6):629-36. <https://doi.org/10.1017/S1463423618000208> PMID:29623871 PMCID:PMC6692834
5. Almutairi KM, Alonazi WB, Vinluan JM, Almigbal TH, Batais MA, Alodhayani AA, et al. Health promoting lifestyle of university students in Saudi Arabia: a cross-sectional assessment. *BMC public health*. 2018;18(1093):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5999-z> PMID:30185167 PMCID:PMC6126031
6. Reisi M, Tavassoli E, Javadzade H. Health Literacy and the Status of Health-promoting Behaviors in Shahrekord Adults. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2020;6(2):93-103.
7. Zareipour M, Jadgal M-S, Khazir Z, Moradi Z, Amirzehni J. Study of lifestyle and its relationship between health literacy in health ambassadors in Urmia. *Journal of Health Literacy*. 2021;2(6):33-40
8. Mahboubeh Soleimanpouromran MS. The relationship between health literacy with health promoting lifestyle and environmental behavior. *Quarterly Journal of Socio-Cultural Development Studies*. 2018;6(4):191-216.
9. Khani F, Inanlou M, Ganjeh F, Haghani H. Study of Health Promotion Lifestyle and Psychological Well-being in Women Attending the Health Centers of Arak City in 2019. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2021;25(4):730-47. <https://doi.org/10.32598/jams.24.5.6342.1>
10. Lo W-C, Hu T-H, Shih C-Y, Lin H-H, Hwang J-S. Impact of healthy lifestyle factors on life expectancy and lifetime health care expenditure: nationwide cohort study. *JMIR Public Health and Surveillance*. 2024;10(1):1-18. <https://doi.org/10.2196/57045> PMID:39018094 PMCID:PMC11292159
11. Mohsenian M, Hajian S, Pazandeh F, Razzaghi Z, Fashami MA. Comparison of Health Promoting Lifestyle and Health Literacy between Men and Women. An Analytical-Comparative Study Among the Tehranian Middle-Aged Population. *Islamic Life Journal*. 2022;6(2):41-50.
12. Fazli M, Yazdani R, Mohebbi SZ, Shamshiri AR. Oral Health Literacy and Its Determinants in Young Couples. *Frontiers in Dentistry*. 2023;20(27):1-8. <https://doi.org/10.18502/ffd.v20i27.13345> PMID:37701653 PMCID:PMC10493116
13. Barasuol JC, Daros BCI, Fraiz FC, Menezes J. Caregiver oral health literacy: relationship with socioeconomic factors, oral health behaviors and perceived child dental status. *Community Dent Health*. 2020;37(2):110-4.
14. King S, Thaliph A, Laranjo L, Smith BJ, Eberhard J. Oral health literacy, knowledge and perceptions in a socially and culturally

- diverse population: a mixed methods study. *BMC Public Health*. 2023;23(1446):1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-16381-5> <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2715927/v1>
15. Velasco SRM, Moriyama CM, Bonecker M, Butini L, Abanto J, Antunes JLF. Relationship between oral health literacy of caregivers and the oral health-related quality of life of children: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2022;20(117):1-9.
<https://doi.org/10.1186/s12955-022-02019-4> PMID:35907863
 PMCID:PMC9338565
16. Sun Y, Sun J, Zhao Y, Cheng A, Zhou J. A new comprehensive oral health literacy scale: Development and psychometric evaluation. *BMC Oral Health*. 2021;21(429):1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12903-021-01795-7> PMID:34482838
 PMCID:PMC8419934
17. Baskaradoss JK, AlThunayan MF, Alessa JA, Alobaidy SS, Alwakeel RS, Alshubaiki AH, et al. Relationship between caregivers' oral health literacy and their child's caries experience. *Community Dent Health*. 2019;36(2):1-7.
<https://doi.org/10.1186/s12903-018-0640-1> PMID:30355347 PMCID:PMC6201552
18. Peironaziri AA-S. Explaining Employed Womens Quality of Life in Rasht City Based on the Changes and Consequences of Modern Lifestyle. *Journal of Socio-Cultural Changes*. 2022;19(73):39-63.
19. Sheikhi S, Shekarchizadeh H, Saied-Moallemi Z. The relationship between mothers' oral health literacy and their children's oral health status. *Journal of Dental Medicine*. 2018;31(3):175-84.
20. Ghaderi F, Sharif Zadeh Ardakani M, Bakhtiar M. The Relationship between Oral Health Literacy and Oral Health Behavior in Pregnant Women Referring to Health Centers in Shiraz. *Journal of Mashhad Dental School*. 2024;48(3):773-85.
21. Ghanbari Taluki A, Zakizadeh Abkenar M, Modanloo S, Yaghoubi T, Sadat Ilali E, Mousavi Nasab SN. Investigating the relationship between health literacy and lifestyle in the elderly with hypertension. *Journal of Gerontology*. 2023;8(2):56-66.
22. Naghibi Sistani MM, Montazeri A, Yazdani R, Murtomaa H. New oral health literacy instrument for public health: development and pilot testing. *Journal of investigative and clinical dentistry*. 2014;5(4):313-21.
<https://doi.org/10.1111/jicd.12042> PMID:23559571
23. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2011;22(1):102-13.
24. Ghaderi F, Sharif Zadeh Ardakani M, Bakhtiar M. The Relationship between Oral Health Literacy and Oral Health Behavior in Pregnant Women Referring to Health Centers in Shiraz. *Journal of Mashhad Dental School*. 2024;48(3):773-85.
25. Hu W, Wang Y, Chen R, Pan T. Oral health status and literacy/knowledge amongst pregnant women in Shanghai. *international dental journal*. 2023;73(2):212-18.
<https://doi.org/10.1016/j.identj.2022.06.005> PMID:35835596 PMCID:PMC10023588
26. Khajehnasiri F, Hokmabadi E, Lotfi M, Dabiran S, Khosravi S, Sharifi N. Study of health-promoting lifestyle and its effective factors in the employees of Tobacco Company. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2022;10(1):70-9.
<https://doi.org/10.52547/ijhehp.10.1.70>
27. Bieyabanie MH, Mirghafourvand M. Health promoting lifestyle and its relationship with self-efficacy in Iranian mastectomized women. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2020;21(6):1667-72.
<https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.6.1667> PMID:32592362 PMCID:PMC7568872
28. Dhungana M, Kaphle HP, Shrestha N. Predictors of Health-Promoting Lifestyle Behaviors Among Pregnant Women of Siyari Rural Municipality, Rupandehi, Nepal. 2024.
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4253472/v1>

29. Mohammadi TM, Malekmohammadi M, Hajizamani HR, Mahani SA. Oral health literacy and its determinants among adults in Southeast Iran. *European journal of dentistry*. 2018;12(03):439-42. https://doi.org/10.4103/ejd.ejd_429_17P Mid:30147413 PMCID:PMC6089060
30. An R, Chen W-f, Li S, Wu Z, Liu M, Sohaib M. Assessment of the oral health literacy and oral health behaviors among nurses in China: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2022;22(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02658-5> PMid:36514081 PMCID:PMC9746556
31. Batista MJ, Lawrence HP, Sousa MdLRd. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC public health*. 2018;18(60):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4443-0> PMid:28747157 PMCID:PMC5530456
32. Jahanieftekhari M, Peyman N, Doosti H. Health literacy and health-promoting lifestyle among health volunteers in neyshabour. *Journal of Ilam University of medical sciences*. 2018;26(3):7-15. <https://doi.org/10.29252/sjimu.26.3.7>
33. Burdbar FT, Esmaeili M, Shafiee FS. Investigating the relationship between health literacy and health-promoting lifestyle in Youth. *Archives of Pharmacy Practice*. 2020;11(3):86-91.
34. Pazandeh F, Banihashem F, Mohseni S, Mohseni M, Firouzi H. Social Determinants of Health and Health-promoting Lifestyle of Pregnant Women in Hormozgan Province, Southern Iran. *Journal of Preventive Medicine*. 2024;10(4):398-411.
35. Niazi S, Eusufzai SZ, Saddki N. Predictors of oral health literacy in pregnant women. *Health Care Women Int*. 2023;44(10-11):1466-80. <https://doi.org/10.1080/07399332.2022.2046751> PMid:35302903