Iranian Journal of Health Education & Promotion

Volume 14, Issue 1, Winter 2026

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

Fatemeh Goldani 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

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 ofthis 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

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-29]

[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.
* مرکزتحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)
peymann@mums.ac.ir

تاریخ دریافت:۱۴۰۳/۱۲/۲۶
تاریخ پذیرش:۱۴۰۴/۰۵/۲۳
نوع مقاله: پژوهشی

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 تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: : میانگین سنی شرکت‌کنندگان۱۱/۷۰±۳۲/۹۴، میانگین نمره‌ی کل سبک زندگی ۲۴/۲۲±۱۲۸/۲۳ و میانگین نمره‌ی کل سواد سلامت دهان، ۳/۷۵± ۱۰/۶۳ بود و ۳۲/۷٪ سواد سلامت ناکافی داشتند. مسئولیت‌پذیری سلامت در سبک زندگی با سواد سلامت دهان رابطه معنی‌داری داشت (p=۰/۰۲۹). 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<۰/۰۵).

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 ارتقادهنده‌ی 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. *فصلنامه ی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت.* زمستان۱۴۰۴;۱۴(۱): ۴۰- ۵۵.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/14.1.1]

مقدمه

زنان به‌عنوان عنصری فرهنگ‌ساز با داشتن نقش مادری، در ساختن فردای جامعه و فرایند هویت‌یابی و جامعه‌پذیری فرزندان و نسل‌های آینده تاثیر 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 موادغذایی 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 متاثر از عوامل گوناگونی است. یکی از آن موارد بهره¬مندی 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 پریودنتال 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, ۱۷). به‌عنوان مثال، بسکارادوس و همکاران دریافتند که افراد با سواد سلامت دهان محدود بیشتر در معرض خطر بیماری پریودنتال هستند (۱۷). هم‌چنین، پریودنتیت می‌تواند خطر ابتلا به بیماری‌های فشار خون و قلبی-عروقی را افزایش دهد و رابطه‌ای دو سویه با

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/14.1.1]

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

با توجه به اهمیت بهداشت دهان و دندان به‌عنوان شاخصی اساسی در سبک زندگی ارتقادهنده سلامت (۱۶) و نقش کلیدی زنان در جامعه (۱۸)، این مطالعه با هدف " تعیین رابطه بین سواد سلامت دهان و سبک زندگی ارتقادهنده 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 به‌دلیل 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 ارتقادهنده 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 آن‌جایی 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 به‌عنوان خوشه انتخاب شد. این چهار مرکز به گونه‌ای درنظر 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 به‌منظور دریافت مراقبت‌های معمول خود به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد مراجعه کرده بودند، آن‌هایی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند به‌صورت 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.

به‌منظور تعیین حجم نمونه مناسب در این پژوهش با مراجعه به مطالعه‌ی مشابه (۲۱) با درنظر گرفتن خطای آلفای ۰/۰۵، توان ۸۰ ٪ و میزان همبستگی ۰/۳۴۲ حجم نمونه برابر با ۶۵ نفر برآورد شد. با عنایت به این‌که 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 نقیبی 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، گوش‌دادن 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 حدس‌زدن یا از

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/14.1.1]

دست‌ندادن پاسخ‌ها، اضافه شده است. به‌عنوان مثال، در جمله‌ی «مسواک‌زدن با خمیردندانی که حاوی ..... است، می‌تواند از پوسیدگی دندان جلوگیری کند»، چهار گزینه: طعم‌دهنده، سفیدکننده، مواد شوینده و فلوراید برای اولین کلمه حذف شده، بودند. پاسخگو پس از مطالعه پاراگراف مشخص شده، جاهای خالی را تکمیل کرد. بخش محاسبه شامل چهار سوال مربوط به دو موضوع است: نسخه‌ی مصرف آموکسی‌سیلین (۲ سوال) و دستورالعملی برای دهانشویه فلوراید سدیم (۲ سوال). نسخه و دستورالعمل‌ها در یک کادر نوشته شده اضافه شده‌اند و از شرکت‌کنندگان درخواست شد که پاسخ‌ها را بنویسند یا انتخاب کنند. بخش گوش‌دادن شامل دو سوال در مورد دستورالعمل‌های بعد از کشیدن دندان است. این بخش همراه با مصاحبه بود. مصاحبه‌کننده سه جمله از دستورالعمل‌های پس از کشیدن دندان را دو بار با صدای بلند برای شرکت‌کنندگان خواند، سپس پاسخگو به پرسش‌های مدنظر پاسخ داد. بخش تصمیم‌گیری شامل پنج سوال مربوط به مشکلات شایع سلامت دهان است. شرکت‌کنندگان پس از مطالعه متن به پرسش‌ها پاسخ دادند. به پاسخ‌های صحیح نمره ۱ و به پاسخ‌های نادرست، نمی‌دانم و بی‌جواب، نمره‌ی صفر داده شد. سپس مجموع پاسخ‌های صحیح برای ارائه‌ی نمره‌ی کل پرسشنامه از ۰ تا ۱۷ محاسبه شد. در نهایت، نمرات بین ۹-۰ نشان‌دهنده‌ی سواد سلامت دهان و دندان ناکافی (کم)، ۱۰-۱۱ متوسط و ۱۷-۱۲ به‌عنوان نمره‌ی سواد سلامت دهان و دندان کافی (بالا) در نظر گرفته شد.

پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده‌ی سلامت

در این پژوهش از پرسشنامه‌ی سبک زندگی ارتقادهنده‌ی سلامت (HPLP II) استفاده شد. در پژوهش محمدی‌زیدی و همکاران (۱۳۹۰) (۲۳) روایی پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت. پایائی آن نیز با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ صورت گرفت که نشان داد ابزار سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در هر یک شش بُعد (تغذیه (۰/۷۹)، ورزش (۰/۸۶)، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت (۰/۸۱)، مدیریت استرس (۰/۹۱)، حمایت بین‌فردی (۰/۷۹) و خودشکوفایی (۰/۸۱) از همسانی درونی مناسبی برخوردار بود. این پرسشنامه دارای ۵۲ سوال بوده (به‌عنوان مثال، برنامه منظمی برای ورزش‌کردن دارم) و هدف آن اندازه‌گیری رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت (شامل شش بُعد تغذیه (۱۱ سوال)، ورزش (۱۳ سوال)، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت (۸ سوال)، مدیریت استرس (۶ سوال)، حمایت بین‌فردی (۸ سوال) و خودشکوفایی (۸ سوال)) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت چهار گزینه‌ای (هرگز- برخی-اغلب-همیشه) است. کمترین نمره ۱ و بالاترین نمره برای هر سوال ۴ است و بر این اساس، پایین‌ترین نمره‌ی سبک زندگی در این پرسشنامه ۵۲ و بالاترین ۲۰۸ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بهتر است و بالعکس.

تحلیل آماری

در این پژوهش پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها وارد نرم‌افزار و کدگذاری شد. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای توصیف داده‌ها از جدول توزیع فراوانی، نمودار و هم‌چنین شاخص‌های میانگین، میانه، انحراف‌معیار و دامنه‌ی میان چارکی استفاده شد. در قسمت آمار استنباطی، با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف (با تصحیح لی‌لی‌فورس) نرمال‌بودن توزیع متغیرها بررسی و در صورت نرمال بودن از آزمون‌های پارامتری مانند تحلیل واریانس یکطرفه جهت مقایسه میانگین یک متغیر کمی در بیش از دو گروه و در صورت نرمال‌نبودن توزیع، از آزمون‌های ناپارامتری چون ضریب همبستگی اسسپیرمن برای بررسی ارتباط بین دو متغیر کمی، از آزمون کروسکال-والیس برای مقایسه میانه یک متغیر کمی در بیش از دوگروه، آزمون من-ویتنی-ویلکاکسون برای مقایسه میانه بین دو گروه مستقل استفاده شد. علاوه بر این، از آزمون کای‌دو جهت بررسی ارتباط بین دو متغیر کیفی استفاده شد. آنالیزها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS۲۵ صورت پذیرفت. در تمام موارد سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۶۰ مادر مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد از بهمن سال ۱۴۰۲ تا خرداد ۱۴۰۳ مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف‌معیار سنی شرکت‌کنندگان ۱۱/۴۴±۳۲/۵۳ بود. اکثر زنان متاهل (۷۴/۲٪)، دارای تحصیلات دیپلم و

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/14.1.1]

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 انحراف‌معیار نمره‌ی کل سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ۱۲۸/۲۳±۲۴/۲۲ بود. میانگین و انحراف‌معیار ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت به تفکیک رشد معنوی و خودشکوفایی ۵/۵۳± ۲۴/۹۴، مسئولیت‌پذیری سلامت ۵/۶۹± ۲۳/۳۸، روابط بین‌فردی ۴/۹۷± ۲۴/۰۲، مدیریت استرس ۴/۲۵± ۱۸/۲۱، فعالیت بدنی ۵/۴۵± ۱۵/۳۱ و عادات غذایی ۴/۵۹± ۲۲/۳۸ بود. هم‌چنین میانگین و انحراف‌معیار نمره‌ی کل سواد سلامت دهان ۳/۷۵± ۱۰/۶۳ بود. ۱۳۱ نفر (۵۰/۴٪) از مادران دارای سواد سلامت دهان کافی، ۴۴ نفر (۱۶/۹٪) متوسط و ۸۵ نفر (۳۲/۷٪) ناکافی بودند (**جدول۱**).

جدول ۱. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر		انحراف‌معیار±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±۲۳/۲۲
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	۶۰(۲۳/۱)
	متاهل	۱۹۳(۷۴/۲)
	مطلقه و بیوه	۷(۲/۷)
وضعیت بارداری	بلی	۱۲(۴/۶)
	خیر	۲۴۸(۹۵/۴)
سطح تحصیلات	دیپلم و کمتر	۱۳۲(۵۰/۸)
	دانشگاهی	۱۲۸(۴۹/۲)
سطح تحصیلات همسر	دیپلم و کمتر	۱۵۰(۵۷/۷)
	دانشگاهی	۱۱۰(۴۲/۳)
شغل	خانه‌دار	۱۷۴(۶۶/۹)
	کارمند	۴۲(۱۶/۲)
	آزاد	۳۷(۱۴/۲)
	بازنشسته	۷(۲/۷)
شغل همسر	کارمند	۵۳(۲۰/۴)
	آزاد	۱۲۱(۴۶/۵)
	بازنشسته	۸۶(۳۳/۱)
سطح درآمد خانواده	کمتر از ۵ میلیون تومان	۲۷(۱۰/۴)
	۵ تا ۷ میلیون تومان	۳۷(۱۴/۲)
	۷ تا ۱۰ میلیون تومان	۷۶(۲۹/۲)

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/14.1.1]

	بالای ۱۰ میلیون تومان	۱۲۰(۴۶/۲)
ارزیابی وضعیت درآمد خانواده	خوب	۴۴(۱۶/۹)
	متوسط	۱۶۲(۶۳/۳)
	ضعیف	۵۴(۲۰/۸)

نتایج رفتارهای بهداشت دهان و دندان مشارکت‌کنندگان نشان داد که اکثر مشارکت‌کنندگان (۵۸/۸٪) یک بار در روز دندان‌هایشان را مسواک می‌زنند، طی شش ماه گذشته به دندانپزشک مراجعه کرده‌اند (۳۳/۸٪) و وضعیت سلامت دهان خود را خوب ارزیابی کرده‌اند (۵۵/۰٪) (**جدول ۲**). هم‌چنین مشخص شد که اکثر افراد اطلاعات مربوط به سلامت دهان را از اینترنت (۱۵۸ نفر) و دندانپزشک (۱۵۶ نفر) به‌دست می‌آورند (**جدول ۳**).

جدول ۲. توصیف رفتارهای بهداشت دهان و دندان (درصد)تعداد

معمولا هر چند وقت یک بار دندانهای‌تان را مسواک می‌زنید؟	آیا به هنگام مسواک زدن از خمیردندان هم استفاده می‌کنید؟	آخرین باری که به دندانپزشک مراجعه کردید چه زمانی بوده است؟	معمولا در میان وعده‌ها چند بار در روز تنقلات شیرین (بیسکوییت، شکلات، شیرینی و ...) یا نوشیدنی شیرین (نوشابه، چای شیرین، آبمیوه آماده و ...) در بین وعده‌های غذایی اصلی می‌خورید؟	آیا در حال حاضر سیگار می‌کشید؟	فکر می‌کنید وضعیت سلامت دهان و دندان شما چگونه است؟
خیلی کم یا هیچ وقت ۶(۲/۳)	همیشه ۱۹۲(۷۳/۸)	طی ۶ ماه گذشته ۸۸(۳۳/۸)	حدود سه بار در روز یا بیشتر ۳۸(۱۴/۶)	خیر، هرگز نکشیده ام ۲۳۷(۹۱/۲)	نمی دانم ۱۵(۵/۸)
یک بار در هفته ۱۲(۴/۶)	اکثر اوقات ۴۵(۱۷/۳)	بین ۶ ماه تا یک سال قبل ۵۱(۱۹/۶)	حدود دو بار در روز ۵۹(۲۲/۷)	خیر، قبلا می‌کشیدم ولی اکنون ترک کرده ام ۵(۱/۹)	خیلی خوب ۲۴(۹/۲)
دو یا سه بار در هفته ۴۳(۱۶/۵)	به ندرت ۱۷(۶/۵)	بین یک تا دو سال قبل ۳۹(۱۵/۰)	یک بار در روز ۳۵(۱۳/۵)	بلی، یک نخ در ماه یا کمتر ۸(۳/۱)	خوب ۱۴۳(۵۵/۰)
یک بار در روز ۱۵۳(۵۸/۸)	هیچ وقت ۶(۲/۳)	بین دو تا پنج سال قبل ۳۵(۱۳/۵)	گاهی اوقات، نه هر روز ۹۰(۳۴/۶)	بلی، ۳-۲ نخ در هفته ۵(۱/۹)	بد ۵۷(۲۱/۹)
دو بار در روز یا بیشتر ۴۶(۱۷/۷)		بیشتر از پنج سال قبل ۲۱(۸/۱)	خیلی به‌ندرت، یا اصولا در بین وعده‌های غذایی چیزی نمی خورم ۳۸(۱۴/۶)	بلی، یک نخ در روز ۴(۱/۵)	خیلی بد ۲۱(۸/۱)
		به یاد نمی آورم ۱۴(۵/۴)		بلی، چند نخ در روز ۱(۰/۴)	
		تاکنون به دندانپزشک مراجعه نکرده ام ۱۲(۴،۶)			

جدول ۳. توصیف منابع دریافت اطلاعات

اطلاعات مربوط به سلامت دهان و دندان (دندانپزشکی) را معمولا از کدام منبع به دست می‌آورید؟ (شما می‌توانید بیش از یک گزینه انتخاب نمایید)							
کتاب	اینترنت	خانواده	دندانپزشک	روزنامه	دوستان و خانواده	سایر	نوع سایر
۲۵	۱۵۸	۵۰	۱۵۶	۱۳	۶۶	۳۶	اینستاگرام-برنامه‌های پزشکی تلویزیون-بهداشت-دانشگاه-دروس دانشگاه-نمی‌دانم

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/14.1.1]

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=۰/۰۲۹) (**جدول ۴**).

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

متغیر	سواد سلامت دهان و دندان			p-value
	ناکافی	متوسط	بالا	
سبک زندگی ارتقادهنده سلامت	۱۲۴/۵۷±۲۳/۵۶	۱۲۶/۶۸±۲۱/۷۹	۱۳۱/۱۵±۲۳/۲۴	#۰/۱۱۲
رشد معنوی و خودشکوفایی	۲۳/۸۱±۵/۹۷	۲۵/۲۹±۵/۱۱	۲۵/۵۵±۵/۳۰	#۰/۰۶۹
مسئولیت‌پذیری سلامت	۲۲/۵۰±۵/۸۵	۲۲/۲۰±۵/۵۸	۲۴/۳۵±۵/۵۰	۰/۰۲۹
روابط بین فردی	۲۳/۳۲±۴/۵۷	۲۳/۷۲±۵/۶۹	۲۴/۵۷±۴/۹۴	#۰/۱۸۳
مدیریت استرس	۱۸/۰۲±۴/۷۰	۱۸/۴۷±۳/۷۰	۱۸/۲۵±۴/۱۳	۰/۷۳۵
فعالیت بدنی	۱۴/۹۶±۵/۳۱	۱۴/۵۹±۵/۴۳	۱۵/۷۹±۵/۵۳	۰/۳۵۸
عادات غذایی	۲۲/۰۱±۴/۶۲	۲۲/۲۷±۴/۲۸	۲۲/۶۶±۴/۶۸	۰/۵۱۹

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=۰/۰۱)، تعداد فرزند پسر (P=۰/۰۰۹)، وضعیت تاهل (P=۰/۰۰۲)، سطح تحصیلات (P=۰/۰۰۳)، سطح تحصیلات همسر (P<۰/۰۰۱)، شغل (P=۰/۰۰۲)، شغل همسر (P=۰/۰۳۰)، سطح درآمد خانواده (P=۰/۰۴۷) و وضعیت درآمد خانواده (P<۰/۰۰۱) ارتباط آماری معنی‌داری داشت. هم‌چنین متغیر سواد سلامت دهان از بین اطلاعات دموگرافیک مورد بررسی با وضعیت تاهل (P=۰/۰۰۹)، سطح تحصیلات (P<۰/۰۰۱)، سطح تحصیلات همسر (P=۰/۰۰۲)، شغل (P=۰/۰۱۷)،شغل همسر (P=۰/۰۰۱) و سطح درآمد خانواده (P=۰/۰۰۲) 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=۰/۰۱۸)، وضعیت تاهل (P<۰/۰۰۱)، سطح درآمد خانواده (P=۰/۰۲۳) و وضعیت درآمد خانواده (P<۰/۰۰۱)؛ بعد مسئولیت‌پذیری سلامت با سن (P=۰/۰۱۴)، تعداد فرزند پسر (P=۰/۰۳۹)، وضعیت تاهل (P<۰/۰۰۱)، سطح تحصیلات (P<۰/۰۰۱)، سطح تحصیلات همسر (P<۰/۰۰۱)، شغل (P=۰/۰۰۱)، شغل همسر (P=۰/۰۰۳)، سطح درآمد خانواده (P=۰/۰۴۱) و وضعیت درآمد خانواده (P=۰/۰۱۴)؛ جزء روابط بین فردی با سطح تحصیلات (P=۰/۰۴۰) و وضعیت درآمد خانواده (P=۰/۰۱۲)؛ مولفه مدیریت استرس با سن (P=۰/۰۴۴)، تعداد فرزند پسر (P=۰/۰۲۰)، وضعیت تاهل (P=۰/۰۰۸)، سطح تحصیلات همسر (P=۰/۰۰۳) و وضعیت درآمد خانواده (P<۰/۰۰۱)؛ بعد فعالیت بدنی با سطح تحصیلات همسر (P=۰/۰۰۲)، شغل (P=۰/۰۰۴)، شغل همسر (P=۰/۰۲۵)، سطح درآمد خانواده (P=۰/۰۰۸) و وضعیت درآمد خانواده (P=۰/۰۲۹) و مولفه عادات غذایی با سن (P<۰/۰۰۱)، تعداد فرزند پسر (P<۰/۰۰۱)، وضعیت تاهل (P=۰/۰۰۱)، سطح تحصیلات (P=۰/۰۲۲)، سطح تحصیلات همسر (P<۰/۰۰۱) و شغل (P=۰/۰۰۹) ارتباط آماری معناداری داشتند. جزئیات در **جداول ۵ و ۶** ارائه شده است.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/14.1.1]

جدول ۵. ارتباط بین اطلاعات دموگرافیک و سواد سلامت دهان و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت

متغیر		سواد سلامت دهان و دندان			P-value[1]	سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	P-value[2]
		ناکافی	متوسط	بالا			
سن		۳۴/۱۱±۱۳/۹۸	۲۹/۹۱±۹/۸۳	۳۲/۳۹±۹/۹۳	۰/۲۳۴	-	۰/۰۱۸[۰/۱۴۶]*
تعداد فرزند دختر		۰/۹۲±۱/۲۵	۰/۸۴±۰/۹۸	۰/۶۶±۰/۷۳	۰/۷۶۰	-	۰/۹۱۵*
تعداد فرزند پسر		۱/۰۴±۱/۲۵	۰/۵۷±۰/۷۵	۰/۷۳±۰/۸۸	۰/۱۸۲	-	۰/۰۰۹ [۰/۱۶۲]*
تعداد افراد خانوار		۴/۴۲±۲/۴۸	۳/۸۶±۱/۰۶	۳/۸۵±۱/۱۰	۰/۴۵۳	-	۰/۸۶۸ *
وضعیت تاهل	مجرد	۱۶(۱۸/۸)	۱۵(۳۴/۱)	۲۹(۲۲/۱)	۰/۰۰۹	۱۱۸/۵۱±۲۰/۳۸	۰/۰۰۲
	متاهل	۶۳(۷۴/۱)	۲۸(۶۳/۶)	۱۰۲(۷۷/۹)		۱۳۱/۳۱±۲۲/۷۶	
	مطلقه و بیوه	۶(۷/۱)	۱(۲/۳)	-		۱۲۷/۰۰±۳۶/۸۵	
وضعیت بارداری	بلی	۶(۷/۱)	-	۶(۴/۶)	۰/۱۹۴	۱۳۰/۵۸±۳۴/۳۴	۰/۸۸۴
	خیر	۷۹(۹۲/۹)	۴۴(۱۰۰/۰)	۱۲۵(۹۵/۴)		۱۲۸/۱۳±۲۲/۶۴	
سطح تحصیلات	دیپلم و کمتر	۵۵(۷۴/۷)	۳۲(۷۲/۷)	۴۵(۳۴/۴)	<۰/۰۰۱	۱۲۴/۰۸±۲۲/۴۹	۰/۰۰۳
	دانشگاهی	۳۰(۳۵/۳)	۱۲(۲۷/۳)	۸۶(۶۵/۶)		۱۳۲/۵۳±۲۳/۲۷	
سطح تحصیلات همسر	دیپلم و کمتر	۵۱(۶۰/۰)	۳۵(۷۹/۵)	۶۴(۴۸/۹)	۰/۰۰۲	۱۲۲/۸۴±۲۲/۰۱	<۰/۰۰۱
	دانشگاهی	۳۴(۴۰/۰)	۹(۲۰/۵)	۶۷(۵۱/۱)		۱۳۵/۶۰±۲۲/۸۹	
شغل	خانه دار	۶۰(۷۰/۶)	۲۹(۶۵/۹)	۸۵(۶۴/۹)	۰/۰۱۷	۱۲۸/۰۲±۲۳/۸۹	۰/۰۰۲
	کارمند	۸(۹/۴)	۶(۱۳/۶)	۲۸(۲۱/۴)		۱۳۸/۰۹±۲۰/۹۱	
	آزاد	۱۱(۱۲/۹)	۹(۲۰/۵)	۱۷(۱۳/۰)		۱۱۸/۴۳±۱۹/۳۲	
	بازنشسته	۶(۷/۱)	-	۱(۰/۰۸)		۱۲۶/۵۷±۱۷/۵۰	
شغل همسر	کارمند	۱۴(۱۶/۵)	۲(۴/۵)	۳۷(۲۸/۲)	۰/۰۰۱	۱۳۷/۳۰±۲۲/۲۱	۰/۰۳۰
	آزاد	۳۶(۴۲/۴)	۲۲(۵۰/۰)	۶۳(۴۸/۱)		۱۲۷/۶۰±۲۲/۴۵	
	بازنشسته	۳۵(۴۱/۲)	۲۰(۴۵/۵)	۳۱(۲۳/۷)		۱۲۳/۵۶±۲۳/۵۷	
سطح درآمد خانواده	کمتر از ۵ میلیون تومان	۱۴(۱۶/۵)	۶(۱۳/۶)	۷(۵/۳)	۰/۰۰۲	۱۳۱/۴۰±۳۰/۴۸	۰/۰۴۷
	۵ تا ۷ میلیون تومان	۱۰(۱۱/۸)	۵(۱۱/۴)	۲۲(۱۶/۸)		۱۲۰/۸۶±۲۱/۰۶	
	۷ تا ۱۰ میلیون تومان	۲۹(۳۴/۱)	۱۹(۴۳/۲)	۲۸(۲۱/۴)		۱۲۴/۹۳±۲۳/۳۵	
	بالای ۱۰ میلیون تومان	۳۲(۳۷/۶)	۱۴(۳۱/۸)	۷۴(۵۶/۵)		۱۳۱/۹۰±۲۱/۲۸	
ارزیابی وضعیت درآمد خانواده	خوب	۱۴(۱۶/۵)	۵(۱۱/۴)	۲۵(۱۹/۱)	۰/۶۵۱	۱۳۴/۱۵±۲۳/۴۷	<۰/۰۰۱
	متوسط	۵۳(۶۲/۴)	۲۷(۶۱/۴)	۸۲(۶۲/۶)		۱۳۰/۵۰±۲۳/۰۵	
	ضعیف	۱۸(۲۱/۲)	۱۲(۲۷/۳)	۲۴(۱۸/۳)		۱۱۶/۶۶±۱۹/۸۲	

*آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شده است.

#آزمون کای-اسکوئر و گروسسکال-والیس استفاده شده است .

p-value۱ ارتباط بین اطلاعات دموگرافیک و سواد سلامت

P-vaue۲ ارتباط بین اطلاعات دموگرافیک و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت

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

متغیر	رشد معنوی و خودشکوفایی p-value (corr)	مسئولیت‌پذیری سلامت p-value (corr)	روابط بین فردی p-value (corr)
سن	۰/۱۲۱	۰/۰۱۴ (۰/۱۵۲)	۰/۴۷۶
تعداد فرزند دختر	۰/۲۲۷	۰/۹۶۵	۰/۱۰۰
تعداد فرزند پسر	۰/۰۱۸(۰/۱۴۶)	۰/۰۳۹(۰/۱۲۸)	۰/۲۲۹
تعداد افراد خانوار	۰/۲۸۳	۰/۲۷۵	۰/۴۷۱

متغیر	سطح	رشد معنوی و خودشکوفایی	p-value1	مسئولیت پذیری سلامت	p-value2	روابط بین فردی	p-value3
وضعیت تاهل	مجرد	۲۲/۶۵±۴/۹۲	<۰/۰۰۱	۲۰/۷۱±۴/۵۹	<۰/۰۰۱	۲۳/۱۰±۵/۲۵	۰/۱۷۷
	متاهل	۲۵/۶۷±۵/۵۲		۲۴/۳۲±۵/۷۳		۲۴/۳۸±۴/۸۵	
	مطلقه و بیوه	۲۴/۴۲±۶/۰۵		۲۰/۴۲±۵/۴۷		۲۲/۰۰±۵/۰۰	
وضعیت بارداری	بلی	۲۵/۵۸±۸/۳۲	۰/۸۶۶	۲۵/۱۶±۷/۴۶	۰/۵۰۷	۲۴/۸۳±۶/۶۴	۰/۵۶۶
	خیر	۲۴/۹۵±۵/۳۸		۲۳/۳۰±۵/۶۰		۲۳/۹۸±۴/۸۹	
سطح تحصیلات	دیپلم و کمتر	۲۴/۳۹±۵/۳۰	۰/۰۶۱	۲۲/۲۱±۵/۶۵	<۰/۰۰۱	۲۳/۴۱±۵/۱۰	۰/۰۴۰
	دانشگاهی	۲۵/۵۰±۵/۷۳		۲۴/۵۹±۵/۵۰		۲۴/۶۴±۴/۷۸	
سطح تحصیلات همسر	دیپلم و کمتر	۲۴/۱۴±۵/۱۶	۰/۰۰۲	۲۲/۰۸±۵/۶۰	<۰/۰۰۱	۲۳/۴۹±۵/۱۸	۰/۰۶۴
	دانشگاهی	۲۶/۰۲±۵/۸۵		۲۵/۱۶±۵/۳۴		۲۴/۷۴±۴/۶۱	
شغل	خانه دار	۲۵/۰۰±۵/۶۲	۰/۱۲۸	۲۳/۲۵±۵/۷۵	۰/۰۰۱	۲۴/۰۷±۵/۱۷	۰/۲۴۶
	کارمند	۲۶/۰۹±۵/۱۷		۲۶/۱۴±۵/۱۶		۲۵/۰۹±۴/۷۸	
	آزاد	۲۳/۲۷±۴/۴۶		۲۱/۰۸±۴/۳۱		۲۲/۷۸±۲۱,۴	
	بازنشسته	۲۵/۲۸±۹/۰۸		۲۲/۴۲±۷/۸۷		۲۲/۸۵±۳/۷۶	
شغل همسر	کارمند	۲۶/۶۴±۵/۲۱	۰/۱۰۷	۲۵/۶۷±۴/۸۳	۰/۰۰۳	۲۵/۰۷±۳/۹۲	۰/۰۸۵

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/14.1.1]

	آزاد	۲۵/۱۷±۵/۲۸		۲۳/۱۹±۵/۵۹		۲۳/۷۳±۵/۰۶	
	بازنشسته	۲۳/۵۶±۵/۷۹		۲۲/۲۴±۵/۹۷		۲۳/۷۷±۵/۳۸	
	کمتر از ۵ میلیون تومان	۲۵/۲۹±۵/۴۸		۲۲/۴۸±۶/۴۸		۲۴/۸۵±۵/۷۴	
سطح درآمد خانواده	۵ تا ۷ میلیون تومان	۲۳/۷۵±۳/۶۹	۰/۰۲۳	۲۲/۳۲±۵/۳۵	۰/۰۴۱	۲۳/۲۱±۵/۳۵	۰/۱۳۶
	۷ تا ۱۰ میلیون تومان	۲۳/۷۶±۶/۰۲		۲۲/۶۰±۵/۶۹		۲۳/۴۰±۵/۱۰	
	بالای ۱۰ میلیون تومان	۲۵/۹۷±۵/۵۴		۲۴/۴۱±۵/۵۰		۲۴/۷۰±۴/۵۵	
	خوب	۲۶/۹۵±۵/۲۱		۲۳/۸۴±۶/۱۸		۲۵/۲۰±۴/۲۲	
ارزیابی وضعیت درآمد خانواده	متوسط	۲۵/۲۴±۵/۷۲	<۰/۰۰۱	۲۳/۹۸±۵/۵۹	۰/۰۱۴	۲۴/۲۹±۵/۱۴	۰/۰۱۲
	ضعیف	۲۲/۳۸±۴/۲۲		۲۱/۲۲±۵/۱۲		۲۲/۲۵±۴/۶۴	

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

۱P-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[4]	فعالیت بدنی	p-value[5]	عادات غذایی	p-value[6]
	مجرد	۱۶/۷۶±۴/۱۹		۱۴/۷۸±۴/۵۴		۲۰/۵۸±۳/۸۰	
وضعیت تاهل	متاهل	۱۸/۶۴±۳/۹۸	۰/۰۰۸	۱۵/۳۸±۵/۵۰	۰/۸۶۷	۲۲/۹۱±۴/۶۳	۰/۰۰۱
	مطلقه و بیوه	۱۸/۸۵±۸/۴۵		۱۸/۱۴±۹/۹۰		۲۳/۱۴±۶/۰۹	
وضعیت بارداری	بلی	۱۹/۵۰±۶/۲۰	۰/۷۹۳	۱۴/۰۰±۶/۷۱	۰/۲۲۷	۲۲/۵۸±۴/۵۴	۰/۷۸۷
	خیر	۱۸/۱۵±۴/۱۴		۱۵/۳۸±۵/۳۹		۲۲/۳۷±۴/۶۰	
سطح تحصیلات	دیپلم و کمتر	۱۷/۶۹±۳/۹۲	۰/۰۹۴	۱۴/۶۶±۴/۹۳	۰/۱۱۵	۲۱/۷۵±۴/۵۰	۰/۰۲۲
	دانشگاهی	۱۸/۷۵±۴/۵۱		۱۵/۹۹±۵/۸۷		۲۳/۰۳±۴/۶۰	
سطح تحصیلات همسر	دیپلم و کمتر	۱۷/۵۴±۴/۱۹	۰/۰۰۳	۱۴/۲۸±۴/۸۲	۰/۰۰۲	۲۱/۳۸±۴/۰۶	<۰/۰۰۱
	دانشگاهی	۱۹/۱۳±۴/۱۷		۱۶/۷۲±۵/۹۳		۲۳/۷۴±۴/۹۳	
شغل	خانه دار	۱۸/۱۷±۴/۱۳	۰/۰۸۰	۱۵/۰۸±۵/۷۷	۰/۰۰۴	۲۲/۴۳±۴/۶۹	۰/۰۰۹
	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	۰/۲۶۷	۱۷/۰۷±۶/۳۵	۰/۰۲۵	۲۳/۶۰±۴/۷۶	۰/۱۸۲
	آزاد	۱۸/۲۶±۳/۹۴		۱۴/۷۶±۵/۴۱		۲۲/۵۲±۴/۷۷	
	بازنشسته	۱۷/۵۹±۴/۴۴		۱۵/۱۰±۴/۶۸		۲۱/۴۴±۴/۰۴	
سطح درآمد خانواده	کمتر از ۵ میلیون تومان	۱۹/۱۸±۶/۳۷	۰/۱۶۷	۱۷/۲۲±۶/۸۹	۰/۰۰۸	۲۳/۴۴±۵/۲۵	۰/۴۲۳
	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	
	بالای ۱۰ میلیون تومان	۱۸/۱۸±۳/۹۳		۱۶/۰۰±۵/۱۶		۲۲/۶۵±۴/۴۶	
ارزیابی وضعیت درآمد خانواده	خوب	۱۸/۴۷±۴/۴۶	<۰/۰۰۱	۱۶/۳۶±۵/۷۸	۰/۰۲۹	۲۳/۲۹±۵/۴۱	۰/۰۸۶
	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 نهتنها می‌تواند کیفیت زندگی آن ها 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

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/14.1.1]

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 نسبتا خوب آن‌ها از سلامت دهان و دندان، این آگاهی به اقدامات عملی تبدیل نشده است. به‌طوری‌که ۹۷/۳٪ از زنان باردار معاینه منظم دهان را ضروری می‌دانستند، اما تنها ۲۲/۸٪ تحت معاینه قرار گرفتند. هم‌چنین، فقط ۲۰/۱٪ به‌طور فعال در معاینات قبل از بارداری شرکت کردند. همین‌طور برخلاف این‌که ۸۴/۸٪ دندان‌های خود را دو بار در روز مسواک می‌زدند، تنها ۴۹/۶٪ مسواک‌زدن صحیح را انجام می‌دادند و ۷۱/۹٪ لزوم استفاده از نخ دندان را می‌دانستند، اما تنها ۲۶/۳٪ بیش از یک بار در روز نخ دندان کشیدند (۲۵). علی‌رغم رعایت نسبی رفتارهای مثبت بهداشت دهان و دندان در جمعیت‌های مورد مطالعه، تفاوت‌هایی به‌دلیل 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 انحراف‌معیار نمره‌ی کل سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ۱۲۸/۲۴±۲۳/۲۲ (در محدوده‌ی نمره‌ی ۲۰۸-۵۲) بود. میانگین و انحراف‌معیار ابعاد سبک زندگی به تفکیک رشد معنوی و خودشکوفایی ۵/۵۳± ۲۴/۹۴، مسئولیت‌پذیری سلامت ۵/۶۹± ۲۳/۳۸، روابط بین فردی ۴/۹۷± ۲۴/۰۲، مدیریت استرس ۴/۲۵± ۱۸/۲۱، فعالیت بدنی ۵/۴۵± ۱۵/۳۱ و عادات غذایی ۴/۵۹± ۲۲/۳۸ بود. در مطالعات خانی و همکاران، حامد بیابانی و همکاران، خواجه‌نصیری و همکاران، میانگین نمره‌ی کل رفتارهای ارتقاءدهنده‌ی سلامت به‌ترتیب ۲۰/۴۰±۱۳۵/۹۶، ۲۱/۱۷±۱۳۱/۵۳ و ۱۶/۷±۱۳۵/۵ از نمره‌ی قابل حصول ۵۲ تا ۲۰۸ بود. هم‌چنین بیشترین و کمترین میانگین نمرات به‌ترتیب 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 ارتقاءدهنده سلامت ۱۳/۳۴ ± ۱۲۳/۰۹ بود. نمرات خرده مقیاس، نمرات پایینی در فعالیت بدنی ۱/۶۶ ± ۸/۷۹ و مدیریت استرس ۲/۰۹ ± ۱۵/۱۳ 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 ارتقادهنده سلامت است؛ تفاوت‌ها نیز به‌دلیل تفاوت‌های جمعیتی، فرهنگی و جغرافیایی نمونه‌ها و تفاوت در روش‌های نمونه‌گیری و تحلیل داده‌ها می‌باشد. در مجموع، توجه به اهمیت سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان نه‌تنها به بهبود وضعیت فردی آن‌ها کمک می‌کند، بلکه می‌تواند تأثیرات مثبتی بر جامعه به طور کلی داشته باشد.

هم‌چنین در مطالعه‌ی حاضر میانگین و انحراف‌معیار نمره‌ی کل سواد سلامت دهان ۳/۷۵± ۱۰/۶۳ (در محدوده‌ی نمره‌ی ۱۷-۰) 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 ۳/۶۸±۱۱/۴۷ برآورد شد (۲۴). نتایج مطالعه ملک‌محمدی و همکاران نشان داد که میانگین نمره‌ی سواد سلامت دهان ۱۲/۰۷ (از ۱۷) بود و اکثر مشارکت‌کنندگان از سطح سواد سلامت دهان کافی برخوردار بودند (۲۹). که این یافته ها با توجه به استفاده از پرسشنامه یکسان جهت سنجش سواد سلامت دهان، همسو با نتایج پژوهش حاضر است. در مطالعه¬ی دیگری که با استفاده از فرم کوتاه پرسشنامه سواد سلامت در دندانپزشکی (HeLD-۱۴) بر روی پرستاران در چین انجام شد، میانگین نمره‌ی سواد سلامت دهان ۱۰/۵۳±۳۶/۷۲ بود که ۲۱/۸٪ به عنوان خوب، ۳۴/۱٪ متوسط و ۴۴/۲٪ 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 به‌علت متفاوت‌بودن ابزار اندازه‌گیری و دسته‌بندی سوالات نسبت داد. در مطالعه‌ی باتیستا و همکاران نیز تقریباً ۷۱/۵٪ جمعیت بزرگسال

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/14.1.1]

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 ارتقادهنده سلامت تنها مولفه ی مسئولیت پذیری 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 مطالعه ی تابع بردبار و همکاران در دانشجویان شیرازی نشان داد که بین مولفه مسئولیت‌پذیری سلامت به عنوان یکی از ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده 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 مطالعه ی 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 ازجمله راهکارهای مؤثر و هزینه اثربخش 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 ارتقاءدهنده 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 ارتقاءدهنده 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 ارتقادهنده سلامت زنان مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سلامت شهر اراک پرداخت، سن، شغل فرد، تعداد فرزندان، تحصیلات فرد و همسرش با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ارتباط معنی داری را نشان داد (۹). نتایج پژوهش محسنیان و همکاران نشان داد که درآمد خانوار ازجمله مهم‌ترین عوامل مرتبط با سبک زندگی ارتقاء 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 ارتقادهنده 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

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/14.1.1]

کلی بررسی ارتباط سبک زندگی ارتقادهنده 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، تأثیرقابل 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.

نقاطقوت، 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

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 منافعی 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.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/14.1.1]

سهم نویسندگان: ایده و طراحی مطالعه: نوشین پیمان - فاطمه گلدانی‌مقدم، جمع‌آوری داده‌ها: فاطمه گلدانی‌مقدم، آنالیز و تفسیر نتایج: نسرین تلخی- فاطمه گلدانی‌مقدم، نگارش نسخه نهایی مقاله: همه نویسندگان نتایج را بررسی نموده و نسخه نهایی مقاله را تایید نموده‌اند.

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/S1463423618000208PMid: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/fid.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

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/14.1.1]

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

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/14.1.1]

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_17PMid: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

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/14.1.1]