

## بررسی سواد سلامت دهان شهروندان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۴

۱: نویسنده مسؤل: استادیار، مرکز تحقیقات دندان پزشکی، گروه سلامت دهان و دندان پزشکی جامعه نگر، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. Email: smollemi@mui.ac.ir  
۲: دانشجوی دندان پزشکی، کمیته پژوهش‌های دانشجویی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

زهرا سیدمعلمی<sup>۱</sup>مهديه حقیقی<sup>۲</sup>

## چکیده

**مقدمه:** سواد سلامت دهان، یکی از تعیین کننده‌های مهم سلامت دهان و دندان است. با توجه به اهمیت این موضوع در برنامه‌ریزی برای ارتقای سلامت دهان جامعه، این مطالعه با هدف بررسی سواد سلامت دهان شهروندان شهر اصفهان انجام گردید.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه‌ی مقطعی بر روی ۷۵۸ نفر از شهروندان بزرگسال اصفهان، با نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام شد. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه جمع‌آوری گردید که شامل ۱۷ سؤال سواد سلامت دهان در چهار بخش درک مطلب خواندن، درک اعداد، گوش دادن و تصمیم‌گیری؛ سه سؤال در مورد رفتارهای سلامت دهان؛ سؤالاتی در مورد منابع کسب اطلاعات سلامت دهان، خودارزیابی وضعیت سلامت دهان، سن، جنس و تحصیلات بود. شهروندان به سه گروه دارای سواد سلامت دهان ناکافی (۹-۰)، مرزی (۱۱-۱۰) و کافی (۱۷-۱۲) تقسیم شدند. از آزمون‌های T-test، ANOVA، پس‌آزمون (Least significant difference) LSD، Chi square، Spearman و رگرسیون خطی چند متغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۳ جهت تحلیل آماری داده‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها:** از شهروندان اصفهانی، ۵۳ درصد دارای سواد سلامت دهان کافی بودند. میانگین نمره‌ی سواد سلامت دهان افراد ۱۱/۱ (انحراف معیار ۳/۴) از ۱۷ بود. سواد سلامت دهان خانم‌ها، بزرگسالان مسن‌تر و افراد دارای تحصیلات بالاتر بیشتر بود ( $p \text{ value} < 0/05$ ). افرادی که رفتارهای سلامت دهان مطلوب‌تری گزارش کردند، سواد سلامت دهان بالاتری نسبت به سایرین داشتند ( $p \text{ value} = 0/006$ ). همچنین افرادی که وضعیت سلامت دهان خود را ضعیف ارزیابی کردند در مقایسه با دو گروه دیگر، سواد سلامت دهان پایین‌تری داشتند ( $p \text{ value} = 0/006$ ). بیشترین منابع کسب اطلاعات سلامت دهان شهروندان اصفهانی به ترتیب دندان پزشکی، رادیو-تلویزیون و اینترنت بود.

**نتیجه‌گیری:** سواد سلامت دهان شهروندان اصفهانی در این مطالعه ناکافی بود. لازم است متولیان سلامت دهان، برنامه‌ریزی‌های لازم را برای بهبود سواد سلامت دهان جامعه انجام دهند.

**کلید واژه‌ها:** سواد سلامت، سواد سلامت دهان، سلامت دهان و دندان

تاریخ پذیرش: ۹۵/۶/۱۶

تاریخ اصلاح: ۹۵/۶/۱۵

تاریخ ارسال: ۹۵/۱/۲۵

استناد به مقاله: سیدمعلمی ز، حقیقی م: بررسی سواد سلامت دهان شهروندان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۴. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان، ۱۳۹۵، ۱۲(۳)، ۲۶۸-۲۷۹.

## مقدمه

سواد سلامت، شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و توانایی بکارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی‌گردد (۱). سازمان بهداشت جهانی (WHO) (World Health Organization)، سواد سلامت را به صورت مهارت‌های شناختی و اجتماعی که تعیین‌کننده‌ی انگیزه و قابلیت افراد در دستیابی، درک و بکارگیری اطلاعات به طریقی که منجر به حفظ و ارتقای سلامت آن‌ها گردد، معرفی کرده است (۲). همچنین، سواد سلامت را نه فقط به عنوان یک ویژگی و مشخصه‌ی فردی، بلکه به عنوان یک تعیین‌کننده‌ی کلیدی بهداشت و سلامتی در سطح جمعیت در نظر گرفته است. سواد سلامت، کلید توانمندسازی مردم است و به نوبه خود به عنوان یک ابزار برای رسیدگی به نابرابری‌های سلامت و بهبود دانش و مهارت اعضای جامعه عمل می‌کند و نقش آن در سلامت جامعه به اندازه‌ای است که برخی محققان آن را در مقایسه با سن، درآمد، وضعیت اشتغال، سطح آموزش و نژاد پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری در رابطه با سلامت می‌دانند (۳).

سواد سلامت دهان، زیرمجموعه‌ای از مهارت‌های سواد سلامت است (۴). با اقتباس از سواد سلامت، رایج‌ترین تعریف سواد سلامت دهان، درجه‌ای از توانایی افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات سلامت عمومی دهان و تصمیم‌گیری مناسب در زمینه‌ی حفظ سلامت دهان است (۵). این تعریف به کاربرد سواد مرتبط با سلامت دهان توجه می‌کند. مهارت‌های سواد سلامت دهان برای کاهش نابرابری‌های سلامت دهان و ترویج اطلاعات سلامت دهان مهم است (۶). عوامل زیادی در تداوم بیماری‌های دهانی جامعه نقش دارند که به دو دسته عوامل بیرونی مانند موضوعات مالی و عدم دسترسی به خدمات و عوامل درون فردی مانند: ویژگی‌های شخصیتی و رفتارهای مراقبتی، تقسیم‌بندی می‌شوند (۷). یکی از عوامل درونی مهم و

تأثیرگذار بر بیماری‌های دهان و دندان در جامعه، سطح سواد سلامت دهان افراد است (۸). سواد سلامت دهان نه تنها بر بهداشت دهان و دندان تأثیر می‌گذارد بلکه می‌تواند بر کیفیت زندگی نیز اثر داشته باشد (۹).

مطالعات نشان می‌دهند که سطح پایین سواد سلامت دهان افراد اجتماع موجب می‌شود که آن‌ها از خدمات پیشگیرانه یا درمانی که توسط خدمات دهندگان رایج می‌شود یا اطلاعاتی که سازمان‌های بهداشتی در اختیار جامعه قرار می‌دهند، استفاده‌ی لازم را نبرند. افراد اغلب وقتی به دندان‌پزشک مراجعه می‌کنند که کار جنبه‌ی پیشگیری خود را از دست داده و راهی جز درمان ندارد. عدم مراجعه‌ی به موقع به دندان‌پزشک برای خدمات پیشگیری، ریشه در مسایل فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و روانی افراد دارد (۱۰، ۱۱). سواد سلامت دهان با عوامل مختلفی نظیر سن، جنس و تحصیلات ارتباط دارد (۱۲). در برخی مطالعات، خانم‌ها (۱۲) و در مطالعه دیگر (۱۳) آقایان سواد سلامت دهان بیشتری داشتند. به علاوه در پژوهش‌های انجام گرفته نتایج متفاوتی از نظر بالا رفتن سن افراد با افزایش یا کاهش سواد سلامت دهان به دست آمده است. سواد سلامت دهان، همچنین می‌تواند بر رفتارهای سلامت دهان نظیر مسواک زدن و انجام معاینات دندانی تأثیر بگذارد (۱۷-۴). لذا، هرگونه برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در خصوص برنامه‌های سلامت دهان و دندان مستلزم اطلاع و آگاهی از وضعیت موجود سواد سلامت دهان، رفتارها و عادات فردی مرتبط با سلامت دهان در جامعه می‌باشد (۱۸). پژوهش‌ها با هدف ارزیابی سواد سلامت دهان در ابتدای راه خود قرار دارند. به ویژه، در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، شناخت کمی در مورد سواد سلامت دهان وجود دارد، لذا هنوز ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتری برای به دست آوردن اطلاعات جامع در این زمینه وجود دارد. در تنها مطالعه‌ی بررسی سواد سلامت دهان در ایران که در سال ۲۰۱۳ توسط نقیبی و همکاران تحت عنوان «برآورد سواد سلامت دهان افراد» در تهران انجام شد، در

کل سواد سلامت دهان شهروندان تهرانی ضعیف گزارش شد (۱۲).

به علت ناکافی بودن مطالعات انجام شده در ایران و تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی شهرهای مختلف ایران و با توجه به اهمیت سواد سلامت دهان در برنامه‌ریزی، آموزش و ارتقای سلامت دهان جامعه، این مطالعه با هدف بررسی سواد سلامت دهان به عنوان یکی از تعیین کننده‌های سلامت دهان و دندان شهروندان شهر اصفهان انجام گردید.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی و از دسته مطالعات مبتنی بر پرسش‌نامه بود. جامعه‌ی پژوهش، بزرگسالان (افراد بالای ۱۸ سال) ساکن شهر اصفهان بودند که سواد خواندن و نوشتن فارسی داشتند. بر اساس آمار جمعیت شهری اصفهان در سال ۱۳۹۲ و با استفاده از فرمول نمونه‌گیری تصادفی ساده با احتساب حداکثر حجم نمونه ( $p \text{ value} = 0/5$ ) و میزان دقت (d) ۰/۰۶، حجم نمونه ۳۶۸ محاسبه شد، که به علت خوشه‌ای بودن انتخاب مناطق، این مقدار دو برابر و حجم نمونه ۷۳۷ نفر شد، در هر نقطه، باید ۱۷/۱ خانه مورد پژوهش قرار می‌گرفت، بنابراین برای حذف اعشار، در هر منطقه به تناسب جمعیت از یک تا سه پرسش‌نامه بیشتر توزیع شد و حجم نمونه‌ی نهایی به ۷۵۸ نفر رسید.

پژوهش آزمایشی، برای بررسی چگونگی اجرای پژوهش بر روی ۳۰ نفر از شهروندان اصفهانی انجام گردید و پس از تأیید روش اجرای پژوهش، جمع‌آوری اطلاعات از دی ماه سال ۱۳۹۳ تا فروردین ماه ۱۳۹۴ انجام شد. شرکت افراد در این طرح اختیاری بود و رضایت افراد به صورت شفاهی گرفته می‌شد. در ضمن، علاوه بر بدون نام بودن پرسش‌نامه‌ها، اطلاعات افراد و تمامی پاسخ‌های ارائه شده توسط آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی استاندارد بر اساس مطالعه‌ی نقیبی و همکاران (۱۲)، که به صورت خود-ایفا

همراه با یک مصاحبه‌ی کوتاه بود، استفاده گردید. این پرسش‌نامه شامل ۱۷ سؤال سواد سلامت دهان در چهار بخش درک مطلب خواندن، درک اعداد، گوش دادن و تصمیم‌گیری؛ سه سؤال در مورد رفتارهای سلامت دهان و دندان، یک سؤال در مورد منابع کسب اطلاعات سلامت دهان و دندان و یک سؤال در مورد خود ارزیابی وضعیت سلامت دهان و دندان افراد و همچنین سؤالات مربوط به عوامل دموگرافیک شامل سن، جنس و تحصیلات بود.

بخش درک مطلب، مهارت خواندن و دانش سلامت دهان افراد را ارزیابی کرد که شامل شش سؤال به صورت جملات با جای خالی و در مورد سواد سلامت دهان و دندان شامل ارتباط مشکلات دهان با سایر بیماری‌ها، روش‌های جلوگیری از پوسیدگی، تعداد دندان‌ها و زمان رویش دندان‌ها بود.

بخش مهارت درک اعداد، مهارت خواندن، نوشتن و شمردن را ارزیابی کرد. این بخش شامل چهار سؤال بود که بیمار باید پس از مطالعه یک نسخه مرتبط با مصرف آنتی‌بیوتیک و یک دستورالعمل مصرف دهان‌شویه، به دو سؤال مرتبط به هر قسمت پاسخ می‌داد.

بخش گوش دادن، مهارت گوش دادن، خواندن، نوشتن و شمردن را ارزیابی کرد که شامل دو سؤال بود. در این بخش یک دستورالعمل درباره‌ی نکاتی که بعد از کشیدن دندان باید رعایت شود، توسط پرسش‌گر دو بار با صدای بلند برای بیمار خوانده می‌شد و بیمار بعد از شنیدن این نکات به سؤالات پاسخ می‌داد.

بخش تصمیم‌گیری، مهارت خواندن، درک و تصمیم‌گیری را ارزیابی کرد که شامل سه سؤال در مورد نحوه‌ی برخورد با مشکلات دهان و دندان (خوریزی از لثه حین مسواک زدن، احساس درد و تورم در دهان، بهترین راه حذف جرم) و دو سؤال در مورد مفاهیم پرونده‌ی بیمار بود.

هر سؤال دارای یک جواب صحیح، یک یا چند جواب اشتباه و یک جواب نمی‌دانم بود. نحوه‌ی امتیاز دهی به این صورت بود که برای پاسخ‌های صحیح نمره‌ی یک، برای

پاسخ‌های اشتباه، نمی‌دانم و سؤالات بدون پاسخ نمره‌ی صفر در نظر گرفته شد. با توجه به تعداد سؤالات، نمره‌ی پرسش‌نامه از ۰-۱۷ بود و افراد بر اساس نمرات کسب شده به سه گروه ناکافی (۰-۹)، مرزی (۱۰-۱۱) و کافی (۱۲-۱۷) طبقه‌بندی شدند (۱۲).

سؤالات مربوط به عادات رفتاری بهداشت دهان و دندان شامل دفعات مسواک زدن، استفاده از خمیر دندان و مصرف میان وعده‌های قندی بود. همچنین سؤال خود ارزیابی سلامت دهان به سه گروه خوب، متوسط و بد تقسیم شد. در سؤالات مربوط به عوامل اجتماعی- جمعیتی، شهروندان بر اساس سن به دو گروه کمتر از ۳۰ سال و بیشتر از ۳۰ سال تقسیم شدند و در سؤال مربوط به تحصیلات به سه گروه کمتر از دیپلم، دیپلم و تحصیلات دانشگاهی تقسیم شدند.

در ابتدا هر یک از مناطق پانزده‌گانه‌ی شهری اصفهان به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد و با توجه به توزیع جمعیتی هر یک از خوشه‌ها (کم جمعیت‌ترین خوشه ۵۵۷۰۱ نفر و پرجمعیت‌ترین خوشه ۳۰۰۵۷۳ نفر) (۱۹) و به صورت کاملاً تصادفی از روی نقشه‌ی شهر اصفهان تعدادی نقطه (خیابان) انتخاب شد، به این صورت که در مناطق دارای جمعیت کمتر از صد هزار نفر که شامل پنج منطقه‌ی شهرداری بود، دو نقطه، مناطق دارای جمعیت بین صد تا دویست هزار نفر که شامل هفت منطقه‌ی شهرداری بود، سه نقطه و مناطق دارای جمعیت بیشتر از دویست هزار نفر که شامل سه منطقه‌ی شهرداری بود، چهار نقطه انتخاب شد. در مجموع ۴۳ نقطه (خیابان) انتخاب گردید.

با توجه به جمع‌آوری اطلاعات درب منازل، مصاحبه‌گر در محل انتخابی مشخص شده حاضر شد و در خیابان‌های شرقی- غربی، نمونه‌گیری را از اولین منزل مسکونی شرقی شروع و به سمت غرب ادامه می‌داد، همچنین در خیابان‌های شمالی- جنوبی، نمونه‌گیری از اولین منزل مسکونی شمالی به سمت جنوب انجام می‌شد. از شهروندان درخواست شد که فقط یک نفر از اعضای

خانواده پرسش‌نامه را تکمیل کند. همچنین، در مجتمع‌های مسکونی، فقط یک واحد با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب می‌شد و یکی از اعضای خانواده پرسش‌نامه را تکمیل می‌کرد. اگر در منزلی فرد بزرگسال حضور نداشت یا مایل به همکاری نبود، سراغ منزل بعدی رفته و نمونه‌گیری به همین صورت انجام می‌شد تا به حجم نمونه در نظر گرفته شده در آن خوشه برسد. پس از تکمیل پرسش‌نامه، یک جزوه‌ی آموزشی در مورد تغذیه و سلامت دهان به افراد داده شد.

با توجه به حجم نمونه علاوه بر پژوهشگر از دو مصاحبه‌گر استفاده شد و به منظور اطمینان از یکنواختی در جمع‌آوری داده‌ها و اجتناب از تنوع مصاحبه، مصاحبه‌گرها در یک جلسه‌ی عملی توسط پژوهشگر آموزش داده شدند. مصاحبه‌گر موظف بود در مورد تکمیل بخش‌های مختلف پرسش‌نامه توضیح دهد و مصاحبه‌ای را که مربوط به قسمت گوش دادن بود انجام داده و تا پایان تکمیل پرسش‌نامه نظارت داشته باشد، ولی در خواندن، پاسخ دادن و یا به درک مفهوم هیچ یک از موارد کمک نکند.

داده‌های پرسش‌نامه‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۳ ( , SPSS Inc., Chicago, version 23) شدند و توسط آمار توصیفی شامل میانگین و درصد فراوانی و نیز با استفاده از نمودار و جدول‌ها نمایش داده شدند. از آمار تحلیلی جهت مقایسه‌ی داده‌ها بر اساس متغیرهای زمینه‌ای استفاده شد. آزمون ANOVA و T-test برای بررسی رابطه‌ی متغیرهای دموگرافیک و میانگین نمره‌ی سواد سلامت شهروندان استفاده شد. با استفاده از رگرسیون خطی چند متغیره، رابطه‌ی بین سواد سلامت دهان با سن، جنس و تحصیلات بررسی گردید.

برای بررسی توزیع فراوانی رفتارهای سلامت دهان و دندان شهروندان به تفکیک سن، جنس و تحصیلات، آزمون Chi square مورد استفاده قرار گرفت. همچنین، از Spearman جهت بررسی رابطه‌ی سواد سلامت دهان با رفتارهای سلامت دهان استفاده شد.

افراد با تحصیلات پایین تر ( $p \text{ value} < 0/001$ ) از سواد سلامت دهان بیشتری برخوردار بودند (جدول ۱).

جدول ۱: میانگین نمره‌ی سواد سلامت دهان شهروندان اصفهانی در رابطه با عوامل اجتماعی- جمعیتی

عنوان	میانگین $\pm$ انحراف معیار	p value
جنس		
مرد	$10/3 \pm 5/5$	$< 0/001^*$
زن	$11/7 \pm 3/2$	
سن		
کمتر از ۳۰ سال	$10/8 \pm 3/5$	$0/002^*$
بیشتر از ۳۰ سال	$11/7 \pm 3/2$	
تحصیلات		
کمتر از دیپلم	$9/37 \pm 3/8$	$< 0/001^{**}$
دیپلم	$11/1 \pm 3/2$	
تحصیلات دانشگاهی	$11/9 \pm 3/1$	
سواد سلامت دهان کل	$11/1 \pm 3/4$	

\*T-test  
\*\*ANOVA

شهروندان اصفهانی در این پژوهش بیشترین پاسخ صحیح را به بخش درک اعداد داده بودند (۷۷ درصد) و کمترین پاسخ صحیح مربوط به بخش گوش دادن (۵۳ درصد) بود (نمودار ۱).

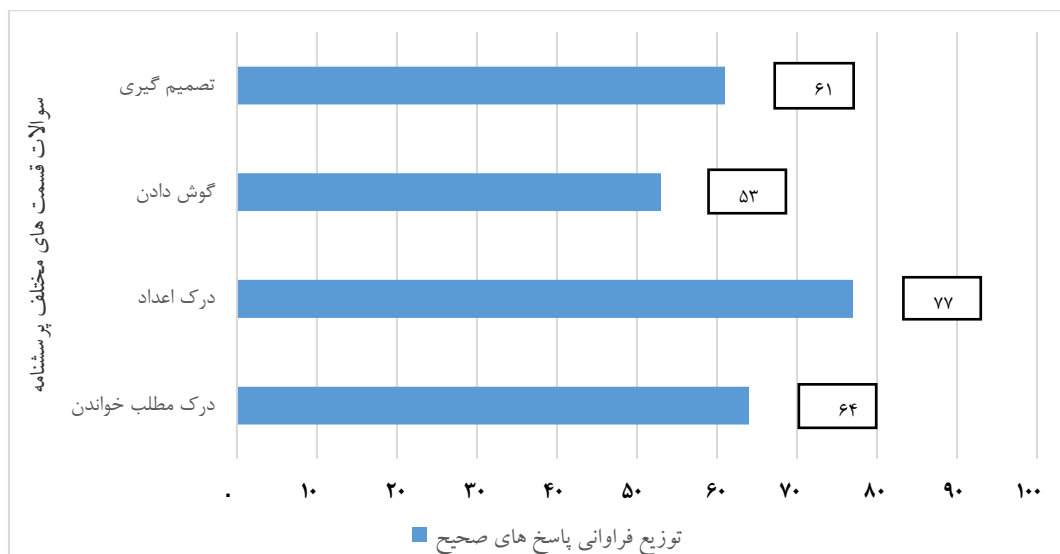
آزمون آنالیز واریانس یک طرفه و پس آزمون (Post Hoc LSD) رابطه‌ی میانگین نمره‌ی سواد سلامت دهان افراد با خود ارزیابی آن‌ها از وضعیت دهان و دندان‌شان را بررسی کرد.

## یافته‌ها

بازه‌ی سنی افراد شرکت کننده در مطالعه ۱۸ تا ۶۹ سال، با میانگین سنی ۳۱ سال (انحراف معیار =  $10/1$ ) بود و  $55/8$  درصد از جمعیت را خانم‌ها تشکیل دادند. از میان افراد شرکت کننده،  $20/9$  درصد دارای تحصیلات کمتر از دیپلم،  $32/4$  درصد دارای دیپلم و  $46/7$  درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

از شهروندان اصفهانی شرکت کننده در مطالعه،  $53$  درصد دارای سواد سلامت دهان کافی ( $12-17$ )،  $19$  درصد مرزی ( $10$ ،  $11$ ) و  $28$  درصد دارای سواد سلامت دهان ناکافی ( $9-0$ ) بودند. میانگین نمره‌ی سواد سلامت دهان شهروندان اصفهانی در این مطالعه،  $11/1$  با انحراف معیار  $3/4$  بود.

در این مطالعه خانم‌ها نسبت به آقایان ( $p \text{ value} < 0/001$ )، افراد دارای سن بیش از ۳۰ سال نسبت به افراد زیر ۳۰ سال ( $p \text{ value} = 0/002$ ) و افراد با تحصیلات بالاتر نسبت به



نمودار ۱: توزیع فراوانی پاسخ‌های صحیح شهروندان اصفهانی به بخش‌های مختلف پرسشنامه

اجتماعی - جمعیتی فوق بر روی سواد سلامت دهان تأثیر داشتند.

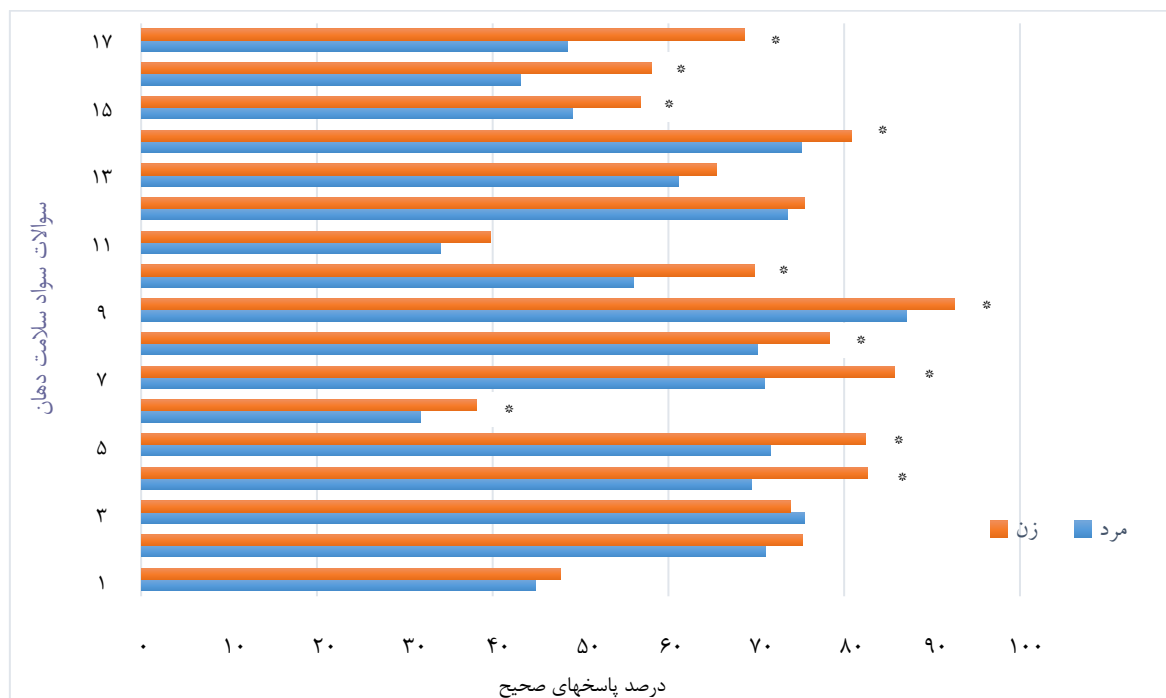
در این پژوهش، افراد بالای ۳۰ سال دفعات مصرف مواد قندی کمتری نسبت به افراد زیر ۳۰ سال داشتند ( $p = ۰/۰۲$  value). افراد با تحصیلات بالاتر رفتار مطلوب‌تری برای مسواک زدن و استفاده از خمیردندان نسبت به افراد با تحصیلات پایین‌تر گزارش کردند ( $p \text{ value} < ۰/۰۵$ ). بیشترین تعداد دفعات مسواک زدن در هر دو جنس یک بار در روز بود و خانم‌ها بطور معنی‌داری بیشتر از آقایان دندان‌های خود را مسواک می‌زدند ( $p \text{ value} < ۰/۰۰۱$ ) و از خمیر دندان استفاده می‌کردند ( $p \text{ value} = ۰/۰۰۶$ ) (جدول ۲).

افرادی که دارای سواد سلامت دهان بیشتری بودند، در مورد مسواک زدن و استفاده از خمیر دندان، رفتار مطلوب‌تری گزارش کردند ( $p \text{ value} < ۰/۰۵$ ) (جدول ۳).

در نمودار ۲، توزیع فراوانی پاسخ صحیح شهروندان اصفهانی در خصوص هر یک از سؤالات پرسش‌نامه‌ی سواد سلامت دهان، به تفکیک زن و مرد آمده است که بیشترین درصد پاسخ صحیح مربوط به سؤال ۹ (مدت زمان ممنوعیت خوردن غذای داغ بعد از کشیدن دندان) و کمترین پاسخ صحیح مربوط به سؤال شش (ممنوعیت بلعیدن دهان‌شویه) بود. در تمامی سؤالات به جز سؤال دو (پیشگیری از پوسیدگی دندانی با استفاده از خمیر دندان فلورایددار)، درصد پاسخ‌های صحیح خانم‌ها بیشتر از آقایان بود. که این اختلاف در ۹ عدد از سؤالات از نظر آماری معنی‌دار شد ( $p \text{ value} < ۰/۰۵$ ).

در یک تحلیل چندگانه با استفاده از رگرسیون خطی چند متغیره، رابطه‌ی بین سواد سلامت دهان با سن، جنس و تحصیلات بررسی گردید و نتایج نشان داد که ضرایب همه‌ی این متغیرها معنی‌دار و مثبت است. یعنی عوامل

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷
زن	۴۷/۷	۷۵/۳	۷۳/۹	۸۲/۷	۸۲/۴	۳۸/۲	۸۵/۷	۷۸/۳	۹۲/۶	۶۹/۸	۳۹/۷	۷۵/۵	۶۵/۵	۸۰/۸	۵۶/۸	۵۸/۱	۶۸/۶
مرد	۴۴/۹	۷۱	۷۵/۵	۶۹/۵	۷۱/۶	۳۱/۸	۷۰/۹	۷۰/۱	۸۷/۱	۵۶	۳۴/۱	۷۳/۶	۶۱/۱	۷۵/۱	۴۹/۱	۴۳/۲	۴۸/۵



نمودار ۲: توزیع فراوانی پاسخ‌های صحیح شهروندان اصفهانی در خصوص هر یک از سؤالات پرسش‌نامه‌ی سواد سلامت دهان

ستاره‌ها نشان دهنده‌ی اختلاف معنی‌دار درصد پاسخ‌های صحیح زن و مرد به سؤالات است ( $p \text{ value} < 0/05$ ).

جدول ۲: درصد توزیع فراوانی شهروندان اصفهانی بر اساس رفتارهای سلامت دهان به تفکیک سن، جنس و تحصیلات

کل	تحصیلات			جنس		سن			رفتارهای سلامت دهان		
	p value*	دانشگاهی	دیپلم	کمتر از دیپلم	p value*	مرد	زن	p value*		بیشتر از ۳۰ سال	کمتر از ۳۰ سال
دفعات مسواک											
زدن در روز											
۲۲/۶	< 0/001	۱۵/۵	۲۴/۹	۳۵/۵	< 0/001	۳۱/۶	۱۵/۷	0/۶۱	۲۳/۶	۲۰/۵	کمتر از یک بار
۴۹/۹		۵۳/۹	۵۲/۳	۳۷/۴		۴۵/۸	۵۳/۱		۴۹/۵	۵۱/۶	یک بار
۲۷/۴		۳۰/۷	۲۲/۸	۲۷/۱		۲۲/۶	۳۱/۲		۲۶/۹	۲۷/۹	دو بار یا بیشتر
استفاده از خمیر دندان <sup>۱</sup>											
۷	0/004	۴/۳	۷/۲	۱۲/۵	0/006	۹/۸	۴/۸	0/۱۹	۷/۴	۵/۵	رفتار نامطلوب
۹۳		۹۵/۷	۹۲/۸	۸۷/۵		۹۰/۲	۹۵/۲		۹۲/۶	۹۴/۵	رفتار مطلوب
مصرف میان وعده‌های قندی <sup>۲</sup>											
۴۴	0/46	۴۶	۴۰/۹	۴۴/۸	0/30	۴۵/۲	۴۳	0/02	۳۹/۱	۴۷	رفتار نامطلوب
۵۶		۵۴	۵۹/۱	۵۵/۲		۵۴/۸	۵۷		۶۰/۹	۵۳	رفتار مطلوب

\* Chi square test

<sup>۱</sup> رفتار نامطلوب: به ندرت، هیچ وقت  
<sup>۲</sup> رفتار نامطلوب: سه بار در روز یا بیشتر، دو بار در روز  
 رفتار مطلوب: یک بار در روز، گاهی اوقات، نه هر روز، خیلی به ندرت، یا اصولاً بین وعده‌های غذایی چیزی نمی‌خورم.

دهان افراد با خودارزیابی آن‌ها از وضعیت دهان و دندان‌شان رابطه وجود دارد ( $p \text{ value} = 0/006$ ). پس‌آزمون (Post Hoc LSD) نشان داد که نمره‌ی سواد سلامت دهان در افرادی که وضعیت سلامت دهان خود را بد ارزیابی کرده بودند، کمتر از دو گروه دیگر (افراد با خود ارزیابی خوب و متوسط) بود.

بیشترین منابع کسب اطلاعات سلامت دهان در شهروندان اصفهانی به ترتیب دندان‌پزشک (۲۹/۳ درصد)، رادیو و تلویزیون (۲۳ درصد) و اینترنت (۱۵/۳ درصد) بوده است و کمترین منابع کسب اطلاعات در این افراد روزنامه (۳/۲ درصد) بود.

جدول ۳: همبستگی سواد سلامت دهان و رفتارهای سلامت دهان شهروندان اصفهانی

رفتار سلامت دهان	سواد سلامت دهان	p value
دفعات مسواک زدن	$r_s = 0/18$	< 0/001
استفاده از خمیر دندان	$r_s = 0/20$	< 0/001
دفعات استفاده از میان وعده‌های قندی	$r_s = 0/03$	0/33

ضریب همبستگی (Correlation Spearman)

بر اساس خود ارزیابی شهروندان از وضعیت سلامت دهان و دندان‌شان، تنها ۳۴ درصد افراد وضعیت دهان و دندان خود را خوب گزارش کردند. آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که بین میانگین نمره‌ی سواد سلامت

## بحث

پژوهش حاضر که با هدف بررسی سواد سلامت دهان شهروندان شهر اصفهان انجام شد، نشان داد که در مجموع، سواد سلامت دهان شهروندان اصفهانی ناکافی است و میانگین نمره‌ی سواد سلامت دهان آن‌ها ۱۱/۱ از ۱۷ می‌باشد. در این مطالعه، افراد بیش از ۳۰ سال از سواد سلامت دهان بالاتری برخوردار بودند و سواد سلامت دهان خانم‌ها از آقایان بیشتر بود. همچنین، میان سطح تحصیلات شهروندان و سواد سلامت دهان آن‌ها رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت، بطوری که افراد با تحصیلات بالاتر سواد سلامت دهان بیشتری داشتند.

در مطالعه‌ی حاضر ۵۳ درصد شهروندان دارای سواد سلامت دهان کافی بودند، درحالی‌که در مطالعه‌ی نقیبی و همکاران در شهر تهران ۴۰ درصد افراد دارای سواد سلامت دهان کافی بودند (۱۲). همچنین، در این مطالعه، میانگین نمره‌ی سواد سلامت دهان شهروندان اصفهانی ۱۱/۱ می‌باشد و در پژوهش نقیبی و همکاران میانگین نمره‌ی سواد سلامت دهان شهروندان تهرانی ۱۰/۵ بود. علت این امر می‌تواند بالاتر بودن سطح تحصیلات شهروندان اصفهانی نسبت به شهروندان تهرانی (۱۲) با توجه به وجود اختلاف طبقاتی شدیدتر و وجود افراد محروم‌تر در شهر تهران با تحصیلات پایین باشد.

در مطالعه‌ی Jones و همکاران (۱۶) و همچنین پژوهش‌های دیگری (۲۰، ۲۱) که در هند و کارونیلای شمالی انجام شده بود، سطح سواد سلامت دهان افراد جامعه پایین گزارش شد، ولی در مطالعه‌ای در کانادا (۲۲)، بیشتر شرکت کنندگان (۸۹ درصد) از سواد سلامت دهان کافی برخوردار بودند، صباح و همکاران علت این امر را تحصیلات بالای بیماران مراجعه کننده به کلینیک شهر تورنتو (Toronto) می‌دانستند (۲۲).

در مطالعه‌ی حاضر و تحقیق مشابه (۲۳) مشاهده شد که سواد سلامت دهان خانم‌ها از آقایان بیشتر است. این امر می‌تواند به این دلیل باشد که معمولاً خانم‌ها بیشتر از آقایان

به دندان‌پزشک مراجعه می‌نمایند (۲۴) و به علت داشتن اوقات فراغت بیشتر، تلویزیون تماشا می‌کنند (۲۵). همچنین، تحقیق انجام شده در ایران نشان داده است که خانم‌ها از برنامه‌های سلامت دهان، بهتر بهره می‌گیرند (۲۶). تحقیقات در آمریکا، کانادا (۲۲، ۲۷، ۲۸) و هند (۲۰) نشان داد تفاوت‌های جنسیتی اثری بر سواد سلامت دهان ندارد، در صورتی که در مطالعه‌ی دیگر (۲۹) سواد سلامت دهان آقایان بیشتر از خانم‌ها گزارش شد.

در مطالعه‌ی حاضر و پژوهش Jones و همکاران (۱۶) بزرگسالان مسن‌تر سواد سلامت دهان بالاتری داشتند. در پژوهش نقیبی (۲۳) نیز سواد سلامت دهان در افراد در همین بازه سنی بیش از افراد جوان‌تر و مسن‌تر بود.

در مطالعه‌ی حاضر و تحقیق مشابه در ایران (۲۳)، میان سطح تحصیلات و سواد سلامت افراد رابطه معنی‌داری مشاهده شد، بطوری که افراد با تحصیلات بالاتر سواد سلامت دهان بیشتری داشتند. افراد با تحصیلات بالاتر احتمالاً در دوران تحصیل مطالبی در مورد سلامت دهان دریافت می‌نمایند. از سوی دیگر، این افراد بیشتر می‌توانند از برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای بهره‌مند شوند؛ در ضمن درک درست و واضح‌تری از آموزش‌ها دارند و تأثیرگذاری بهتری در این افراد ایجاد می‌شود. با توجه به نتایج فعلی و مطالعات قبلی (۱۳، ۲۸، ۲۹)، مداخلات آینده برای بهبود سواد سلامت دهان افراد باید در میان بزرگسالان دارای تحصیلات پایین متمرکز شود (۳۰).

در این تحقیق، ۷۷ درصد از افراد یک بار در روز مسواک می‌زدند؛ در مطالعه‌ی نقیبی و همکاران (۱۲)، ۸۲ درصد افراد، بزرگسالان چینی، ۸۵ درصد (۳) و بورکینافاسیو (۳۲)، ۵۷ درصد گزارش شد. در حالی که در آمریکای شمالی این آمار بیش از ۹۵ درصد بود. همچنین، در این پژوهش و مطالعه‌های مشابه (۲۳-۳۳) افرادی که بیشتر مسواک می‌زدند، سواد سلامت دهان بیشتری داشتند. بطورکلی، مطالعه‌ی حاضر و پژوهش‌های مشابه (۲۳، ۳۴) سواد سلامت دهان با رفتارهای سلامت دهان ارتباط داشت،



بطوری که افراد دارای سواد سلامت دهان بالاتر رفتارهای سلامت دهان مطلوب‌تری گزارش کردند. بر اساس مدل‌های رفتاری نظیر مدل نظریه عمل منطقی (۳۵) و مدل باور سلامتی (۳۶)، می‌توان تأثیر سواد سلامت دهان بر روی رفتارهای سلامت دهان را منطقی دانست. در عین حال نمی‌توان از تأثیر رفتارهای سلامت دهان بر سواد سلامت دهان غافل شد و می‌توان میان این دو مورد یک رابطه‌ی دو طرفه در نظر گرفت.

در مطالعه‌ی حاضر بیشترین درصد پاسخ‌های صحیح مربوط به بخش درک اعداد و در مطالعه‌ی مشابه در تهران (۲۳) مربوط به بخش درک اعداد و گوش دادن بود، در صورتی که در مطالعه‌ی ما کمترین پاسخ‌های صحیح مربوط به قسمت گوش دادن می‌باشد. بنابراین، لزوم تکرار آموزش و تلاش جهت بهبود مهارت گوش دادن شهروندان اصفهانی وجود دارد (۳۶). به علاوه، کادر درمانی اعم از پزشک، دندان‌پزشک و پرستار در هنگام تجویز نسخه و یا دستورالعمل‌های بهداشتی - درمانی باید از یادگیری و درک افراد از دستورات داده شده اطمینان حاصل کنند.

مطالعه‌ی حاضر و پژوهش نقیبه و همکاران (۱۲) نشان داد افرادی که خودارزیابی بدی از سلامت دهانشان داشتند، دارای سواد سلامت دهان کمتری نیز بودند. بر اساس مدل رفتاری خودکارآمدی (۳۷) سواد سلامت دهان پایین می‌تواند باعث شود افراد خود را در رعایت بهداشت دهان، کم‌توان ارزیابی کنند. همچنین، سواد سلامت دهان پایین، با تأثیر منفی بر روی رفتارهای بهداشتی، باعث افت وضعیت سلامت دهان فرد از نظر شاخص‌های بالینی می‌گردد و در واقع فرد با اطلاع از وجود بیماری‌های دهانی مانند پوسیدگی دندان در دهان خود، وضعیت خود را بد ارزیابی می‌نماید.

بر اساس مطالعه‌ی حاضر، دندان‌پزشک و رادیو-تلویزیون منابع اصلی برای کسب اطلاعات سلامت دهان شهروندان اصفهانی هستند که با مطالعه‌ی نقیبه (۲۳) و مطالعه‌ای که در عربستان (۲۴) انجام شد، همخوانی داشت.

در صورتی که منبع اصلی مورد استفاده در آمریکا، تلویزیون بوده است (۲۵). بنابراین، مراقبان حرفه‌ای سلامت دهان از جمله دندان‌پزشکان و بهداشت‌کاران دهان و دندان و مراقبان حرفه‌ای سلامت از جمله پزشکان و پرستاران، مسؤولیت ارایه‌ی پیام‌های بهداشت دهان و دندان را با توجه به سطح سواد سلامت دهان افراد بر عهده دارند. از سویی، با توجه به تأثیرپذیری بیشتر افراد از آموزش‌های دریافتی از طریق دندان‌پزشکان و رسانه‌های جمعی، به نظر می‌رسد افزایش آگاهی دندان‌پزشکان در این زمینه و درخواست از آن‌ها جهت افزایش آموزش به بیماران خود در حین ارایه‌ی خدمات می‌تواند اقدامی مؤثر در ارتقای سطح سواد سلامت دهان افراد جامعه باشد. علاوه بر این، رادیو و تلویزیون به عنوان دومین منبع کسب اطلاعات سلامت دهان در ایران، باید برای انتشار صحیح و علمی اطلاعات سلامت دهان و دندان به صورت صوتی و تصویری در خدمت قرار گیرد. مطالعه‌ی حاضر همانند سایر مطالعات در این زمینه، به بررسی سطح سواد سلامت دهان بزرگسالان با سواد پرداخته است (۱۶، ۲۰، ۲۳). گرچه، بیش از ۹۲ درصد بزرگسالان ایرانی با سواد هستند (۳۸)، ارزیابی سواد سلامت دهان افراد بی‌سواد نیز برای نتیجه‌گیری در مورد وضعیت سلامت دهان مهم خواهد بود.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه بر روی شهروندان اصفهانی نشان داد که ساکنین شهر اصفهان دارای سواد سلامت دهان ناکافی می‌باشند. سواد سلامت دهان در زنان، بزرگسالان مسن‌تر و افراد با تحصیلات بیشتر، بالاتر بود. لازم است متولیان سلامت دهان با استفاده از نتایج حاضر، برنامه‌ریزی‌هایی جهت ارتقای سواد سلامت دهان گروه‌های مختلف جامعه با بهره‌گیری از روش‌های مختلف آموزشی انجام دهند.

\* این مقاله حاصل پایان‌نامه شماره ۳۹۳۸۳۴ بوده و کلیه حقوق این طرح برای دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان محفوظ است.

## References

1. Sihota S, Lennard L. Health literacy: being able to make the most of health. London: National Consumer Council; 2004.
2. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, et al. Health literacy-a new concept for general practice? *Aust Fam Physician* 2009; 38(3): 144-7.
4. Holtzman JS, Atchison KA, Gironde MW, Radbod R, Gornbein J. The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university- based general dental clinic. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42(3): 263-70.
5. Isman B. Healthy people 2010: oral health toolkit. Maryland: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR), National Institutes of Health. 2007.
6. Horowitz AM, Kleinman DV. Oral health literacy: a pathway to reducing oral health disparities in Maryland. *J Public Health Dent* 2012; 72(Suppl 1): S26-30.
7. US Department of Health and Human Services. Oral health in America: a report of the surgeon general- Executive Summary. Maryland: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR), National Institutes of Health; 2000.
8. Buunk- Werkhoven YA, Dijkstra A, van der Schans CP. Determinants of oral hygiene behavior: a study based on the theory of planned behavior. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39(3): 250-9.
9. Bress LE. Improving oral health literacy - the new standard in dental hygiene practice. *J Dent Hyg* 2013; 87(6): 322-9.
10. Horowitz AM, Kleinman DV. Oral health literacy: the new imperative to better oral health. *Dent Clin North Am* 2008; 52(2): 333-44
11. Burt BA, Eklund SA. Dentistry, dental practice, and the community. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2005.
12. Naghibi Sistani MM, Yazdani R, Virtanen J, Pakdaman A, Murtomaa H. Determinants of oral health: does oral health literacy matter? *ISRN Dentistry* vol. 2013, Article ID 249591, 6 pages, 2013. doi:10.1155/2013/249591.
13. Banihashemi Tehrani SA, Amirkhani MA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, Barghamdi M, et al. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. *Strides in Development of Medical Education* 2007; 4(1): 1-9.
14. Ueno M, Takeuchi S, Oshiro A, Kawaguchi Y. Relationship between oral health literacy and oral health behaviors and clinical status in Japanese adults. *J Dent Sci* 2013; 8(2): 170-6.
15. D'Cruz AM, Shankar Aradhya MR. Health literacy among Indian adults seeking dental care. *Dent Res J* 2013; 10(1): 20-4.
16. Jones M, Lee JY, Rozier RG. Oral health literacy among adult patients seeking dental care. *J Am Dent Assoc* 2007; 138(9): 1199-208.
17. Wehmeyer MM, Corwin CL, Guthmiller JM, Lee JY. The impact of oral health literacy on periodontal health status. *J Public Health Dent* 2014; 74(1): 80-7.
18. Khoshkhoonejad AA, Moradmirvani SH. The knowledge and behaviors towards oral hygiene in the students of Shahid Dastgheib teacher training center. *Journal of Mashhad Dental School* 2000 24(1&2): 21-7.
19. Isfahan Municipality E-portal. Isfahan population statistics. [online]. 2014 [cited 2014 Nov 26]; Available from: URL: <http://isfahan.ir/index.aspx?tempname=jamiat&lang=1&sub=36>
20. Haridas R, Ajagannanavar SL, Tikare S, Maliyil MJ, Kalappa AA. Oral health literacy and oral health status among adults attending dental college hospital in India. *J Int Oral Health* 2014; 6(6): 61-6.
21. Hom JM, Lee JY, Divaris K, Baker AD, Vann WF. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. *J Am Dent Assoc* 2012; 143(9): 972-80.
22. Sabbah W, Tsakos G, Chandola T, Sheiham A, Watt R. Social gradients in oral and general health. *J Dent Res* 2007; 86(10): 992-6.
23. Naghibi Sistani M. Oral health literacy and its determinants among adults in Tehran, Iran: a population-based study. [PhD thesis]. Tehran, Iran: Dental School; Tehran University of Medical Sciences; 2013. [In Persian].

24. Villalobos-Rodelo JJ, Medina-Solís CE, Maupomé G, Lamadrid-Figueroa H, Casanova-Rosado AJ, Casanova-Rosado JF, et al. Dental needs and socio-economic status associated with utilization of dental services in the presence of dental pain: a case control study in children. *J Orofac Pain* 2010; 24(3): 279-86.
25. Bartarinha life style. Women or men who love television more? [online]. 2015 [cited 2015 Apr 1]; Available from: URL: <http://www.bartarinha.ir/fa/news/191922>.
26. Saied-Moallemi Z, Murtomaa H, Virtanen JI. Change in conceptions of Iranian pre-adolescents' oral health after a school-based programme: challenge for boys. *Oral Health Prev Dent* 2014; 12(1): 21-8.
27. Atchison KA, Gironde MW, Messadi D, Der-Martirosian C. Screening for oral health literacy in an urban dental clinic. *J Public Health Dent* 2010; 70(4): 269-75.
28. Lee JY, Divaris K, Baker AD, Rozier RG, Lee SY, Vann WF Jr. Oral health literacy levels among a low-income WIC population. *J Public Health Dent* 2011; 71(2): 152-60.
29. Lee KE, Yom YH, Kim SS, Han JH. Gender differences in oral health literacy related factors among elderly people. *J Korean Acad Community Health Nurs* 2014; 25(1): 54-64.
30. Kazemi Z. The effect of family variables on information rate of guidance school female students about maturity health. *Journal of Family Research* 2012; 8(31): 319-35.
31. Zhu L, Petersen PE, Wang HY, Bian JY, Zhang BX. Oral health knowledge, attitudes and behaviour of adults in China. *Int Dent J* 2005; 55(4): 231-41.
32. Varenne B, Petersen PE, Ouattara S. Oral health behaviour of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. *Int Dent J* 2006; 56(2): 61-70.
33. Parker EJ, Jamieson LM. Associations between Indigenous Australian oral health literacy and self-reported oral health outcomes. *BMC Oral Health* 2010; 10: 3..
34. Haerian Ardakani A, Morowati Sharifabad MA, Rezapour Y, Pourghayumi Ardakani A. Investigation of the relationship of oral health literacy and oral hygiene self-efficacy with DMFT and gingival index in students of Ardakan University. *Payesh* 2015; 14(3): 351-62.
35. Syrjälä AM, Niskanen MC, Knuutila ML. The theory of reasoned action in describing tooth brushing, dental caries and diabetes adherence among diabetic patients. *J Clin Periodontol* 2002; 29(5): 427-32.
36. Hollister MC, Anema MG. Health behavior models and oral health: a review. *J Dent Hyg* 2004; 78(3): 6.
37. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84(2): 191-215.
38. Statistical Centre of Iran. National population and housing census 2011: Selected Findings. [online]. 2012 [Cited 2013 June 7]; Available from: <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=500>

## Assessing oral health literacy among the residents of Isfahan in 2014–2015

Zahra Saied Moallemi<sup>1</sup>

Mahdiyeh Haghighi<sup>2</sup>

1. **Corresponding Author:** Assistant Professor, Dental Research Center, Department of Oral Public Health, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.  
**Email:** smoallemi@mui.ac.ir

2. Dental Student, Dental Students Research Center, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

### Abstract

**Introduction:** Oral health literacy (OHL) is one of the most important determinants of oral health. Given the importance of the subject in program planning for promotion of the oral health of the community, this study evaluated OHL among citizens in Isfahan, Iran.

**Materials & Methods:** This cross-sectional study was conducted on 758 adults living in Isfahan, who were selected by simple random sampling technique. Data were collected with the use of a questionnaire which consisted of 17 questions on OHL in 4 sections of reading comprehension, perception of numbers, listening and decision making. There were 3 questions on oral health behaviors; a question on potential sources for oral health information, the self-assessment of oral health of participants as well as age, sex and education. The citizens were categorized into three groups with inadequate OHL (0–9), borderline (10–11) and adequate OHL (12–17). T-test, ANOVA, LSD tests, chi-squared, Spearman's coefficient and multivariate linear regression were applied for statistical analyses verbal consents were achieved.

**Results:** Of participants, 53% had adequate OHL. The mean (SD) of OHL was 11.1 (4.3) of a total of 17. Woman, older adults and those with higher education scored higher for OHL ( $p$  value  $< 0.05$ ). The score of OHL was higher among those who reported favorable oral health behaviors ( $p$  value = 0.006). In addition, participants who believed they had a poor oral health status had low OHL scores compared to the other two groups. Dentists, radio and television, and the internet were the main sources of oral health information of citizens in Isfahan.

**Conclusion:** The study showed insufficient OHL among Isfahan citizens. Health policy maker should have prepare oral health programs to promote OHL in the community.

**Key words:** Health literacy, Oral health, Oral health literacy.

Received: 13.4.2016

Revised: 5.9.2016

Accepted: 6.9.2016

**How to cite:** Saied Moallemi Z, Haghighi M. Assessing oral health literacy among the residents of Isfahan in 2014–2015. J Isfahan Dent Sch 2016; 12(3): 268-279.