# بررسی میزان استفاده از مسواک و نخ دندان بر اساس سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی توسط افراد مراجعه‌کننده به واحد درمانی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۱

حسین شهنازی [۱]، سیده شهربانو دانیالی [۲]، علی احمدپور [۳]، سمانه سلطانی [۳]، سید محسن صادقی [۳]، شکوفه صداقت‌منش [۳]، گلشن فرزانه [۳]، نیلوفر فلاح چم آسمانی [۳]، مهدی کچویی [۳]

**مقاله پژوهشی**

## چکیده

**مقدمه:** بیماری‌های دهان و دندان به عنوان شایع‌ترین بیماری‌ها در دنیا، با رفتارهای فرد ارتباط تنگاتنگ دارد. این مطالعه با هدف تعیین پیشگویی کنندگی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در رفتارهای مرتبط با بهداشت دهان ودندان (مسواک زدن و استفاده از نخ دندان) در میانسالان صورت گرفت.

**روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی بود که روی ۲۷۴ نفر از مراجعه‌کنندگان به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که به شکل نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده بودند، صورت گرفت. ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های آمار توصیفی و تحلیلی صورت گرفت. سطح معنی‌دار آزمون‌ها۰/۰۵ ۰در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۱/۴۷±۳۰/۴۵ سال بود. ارتباط معنی‌داری بین مشخصات دموگرافیک به جز خود ارزیابی وضعیت درآمد با رفتارهای بهداشتی سلامت دهان و دندان وجود نداشت. از بین سازه‌های مدل موانع درک شده مسواک و نخ دندان با (R= -۰/۵۳ ، P<۰/۰۰۱) بیشترین عامل پیش‌بین در رفتار بهداشتی دهان و دندان بود که به همراه منافع درک شده نخ دندان و منافع درک شده مسواک زدن۳۸٪ رفتار استفاده از نخ دندان و ۳۳٪ رفتار مسواک زدن را پیش‌بینی می کرد.

**نتیجه‌گیری:** با طراحی و اجرای مداخلات آموزشی متمرکز برکاهش موانع، می‌توان افراد را به انجام رفتارهای مرتبط با بهداشت دهان و دندان تشویق نمود.

**واژه‌های کلیدی:** بهداشت دهان و دندان، ،مسواک زدن، مدل اعتقاد بهداشتی، بزرگسالان

**ارجاع:** شهنازی حسین، دانیالی سیده شهربانو، احمدپور علی، سلطانی سمانه، صادقی سید محسن، صداقت منش شکوفه و همکاران. **بررسی میزان استفاده از مسواک و نخ دندان بر اساس سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی توسط افراد مراجعه‌کننده به واحد درمانی دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۱.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۲):۲۴۴-۲۳۵

**تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۷/۱۰** **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۱۹**

۱. استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email:sh_daniali@yahoo.com

۳. دانشجوی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]

## مقدمه

بیماری‌های دهان و دندان به خصوص پوسیدگی‌ها و بیمارهای پریودنتال از جمله شایع‌ترین بیماری‌ها در دنیا هستند. این بیماری دردناک و هزینه بر بوده و سلامت تغذیه‌ای و سلامت کلی انسان را متأثر می‌سازد (۱) و منجر به کاهش کیفیت زندگی فرد می‌گردد (۲). این در حالی است که این بیماری جزو بیماری‌هایی است که با رفتارهای فرد ارتباط تنگاتنگ دارد (۳). بهداشت دهان و دندان نقش کلیدی در سلامت عمومی بدن دارد (۴). اهمیت بهداشت دهان و دندان آن چنان است که حتی بیماری‌های قلبی، تنفسی و بیماری‌های مزمن دیگری چون سوء تغذیه و دیابت ارتباط مستقیمی با بیماری‌های دهان و دندان دارند (۵). التهاب لثه ناشی از پلاک‌های دندانی یکی از انواع بیماری‌های پریودنتال است (۶). این بیماری افراد زیادی را در گیر می‌کند، بر اساس مطالعات انجام گرفته در ایالات متحده آمریکا علی‌رغم بهبود و توسعه شرایط بهداشت دهان و دندان، ۵۹ ٪ از جوانان آمریکایی که به سن ۱۹ سالگی می‌رسند پوسیدگی دندان را تجربه کرده‌اند (۷).

در دو دهه اخیر بسیاری از کشورهای توسعه یافته کاهش چشمگیری در شیوع پوسیدگی و بیماری‌های دهان و دندان در کودکان و نوجوانان داشته‌اند (۴). این در حالی است که امروزه با وجود پیشرفت‌های بسیار علم و فناوری، هم چنان میزان بیماری‌های دهان و دندان در کشورهای در حال توسعه و حتی توسعه یافته بالاست (۸). اطلاعات بین‌المللی نیز نشان می‌دهد که پوسیدگی دندان یکی از بیماری‌های مهم و با اهمیت کودکان در کشورهای پیشرفته و نیز در حال پیشرفت می‌باشد (۹). همچنین بر اساس داده‌های سازمان جهانی بهداشت کشور ما در سطح بالایی از شاخص قرار دارد که در بین کشورهای منطقه کشور ما بدترین وضع را دارد (۲۰). از آنجایی که رعایت بهداشت دهان و دندان یکی از عوامل مهم پیشگیری از پوسیدگی دندان می‌باشد و مطالعات مبتنی بر تئوری، یک شیوه منظم و یک مطالعه مبتنی بر شواهد است که امکان فهم دقیق دینامیک رفتار و فرایند تغییر رفتار را امکان‌پذیر می‌سازد، در این مطالعه برآن شدیم تا با کمک یکی از مهمترین تئوری‌های تغییر رفتار به بررسی این مهم بپردازیم. الگوی اعتقاد بهداشتی از جمله الگوهای مهمی است که توسط روانشناسان اجتماعی برای تشویق مردم به انجام رفتاری خاص پایه‌ریزی شده است. این تئوری رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار را نشان می‌دهد و قادر به شرح رفتارهای بهداشتی بلند مدت و کوتاه مدت بوده و بر این فرضیه استوار است که رفتار پیشگیری کننده زمانی صورت می‌گیرد که فرد خود را نسبت به یک بیماری مستعد دانسته (حساسیت درک شده)، بیماری را جدی ارزیابی کرده (شدت درک شده)، و با پرداخت هزینه لازم اعم از صرف وقت، پول و ...(موانع درک شده)، قادر به کاهش تهدید درک شده و رسیدن به منافع ادراک شده حاصل از انجام رفتار باشد. در این صورت اگر فرد، خود را در انجام رفتار توانمند نیز احساس کند ( ازخودکارآمدی لازم برخوردار باشد)، فرد آماده عمل و تغییر رفتار است (۱۰). اشرفی‌زاده در پژوهش خود نشان داد که فقط ۴۸٪ دانش‌آموزان شهر اهواز بعضی اوقات مسواک می‌زنند و ۹۲/۵٪ دانش آموزان از نخ دندان استفاده نمی‌کنند (۱۱). فلاحی‌نژاد نیز در پژوهش خود بیان داشت ۲۱/۸٪ از افراد مورد پژوهش هیچ وقت یا فقط بعضی اوقات مسواک می‌زنند (۱۲). گرگری و حدادیان در تحقیق خود نشان دادند که خودکارآمدی برای استفاده از نخ دندان، حساسیت درک شده و موانع ادراکی استفاده از نخ دندان، سه عامل پیش بینی کننده رفتار بهداشتی استفاده از نخ دندان است (۱۳). مطالعه Buglar نیز نشانگر آن است که خودکارآمدی پیش‌بینی کننده رفتارهای بهداشتی مسواک زدن و استفاده از نخ دندان در مراجعه کنندگان به واحدهای درمانی استرالیا است (۱۴).

از آنجایی که بر اساس نتایج جستجوی محقق، مطالعات داخلی صورت گرفته بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در گروه‌های جمعیتی خاص (دانش آموزان، دانشجویان و زنان باردار) صورت گرفته، این مطالعه با هدف تعیین پیشگویی کنندگی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در رفتارهای مرتبط



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]

با بهداشت دهان ودندان (مسواک زدن و استفاده از نخ دندان) در میانسالان صورت گرفت. به این امید که نتایج این پژوهش در مداخلات و برنامه‌های آموزشی مؤثر واقع گردد.

## روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی بود که روی ۲۷۴ نفر از مراجعه کنندگان به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهر اصفهان که به شکل نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده بودند، صورت گرفت. معیار ورود به مطالعه شامل سکونت در شهر اصفهان، دارای سواد حداقل خواندن و نوشتن و داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود. معیار خروج نیز شامل اشتغال در حرفه‌های مرتبط با دندانپزشکی یا تحصیلات مرتبط و یا ابتلا به بیماری‌های پیشرفته دهان و دندان بود.

در این پژوهش ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بود.

پرسش‌نامه به صورت پایلوت برای ۳۰ نفر از مراجعین تکمیل شد و پایایی سازه‌های مختلف حساسیت درک شده، شدت درک شده، خود کارآمدی، موانع درک شده و عملکرد به ترتیب ۰/۶۹/۷۲ ،۰/۸۲، ۰/۷۹و ۰/۸۵ و پایایی کلیه سئوالات ۰/۷۶ به دست آمد. پرسش‌نامه طبق نظرات اساتید آموزش بهداشت و ارتقا سلامت معتبر تشخیص داده شد. اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، خود ارزیابی وضعیت اقتصادی مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش ارزیابی وضعیت اقتصادی به شکل خیلی خوب، خوب، متوسط و بد تقسیم‌بندی شد.

سؤال‌های ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک شده ۴ سؤال از جمله این که آیا خود را در معرض ابتلا به پوسیدگی دندان می‌بینند و آیا شانس ابتلا به پوسیدگی دندان و بیماری‌های لثه را در آینده نزدیک برای خود را زیاد می‌دانند یا خیر، سؤالات مربوط به شدت درک شده ۷ سؤال ( شامل پرسش در مورد شدت عوارض ناشی از ابتلا به پوسیدگی دندان و بیماری‌های لثه مثل شدت درد و ناراحتی ایجاد شده، بوی بد دهان، بد شکل شدن ظاهر، از دست دادن دندان‌ها و غیره) بود. سؤالات منافع درک شده ۸ سؤال (شامل پرسش در مورد منافع مسواک و نخ دندان به طور مجزا از جمله صرفه جویی در هزینه‌ها، ظاهر بهتر، پیشگیری از مشکلات دهان و دندان و ... بود. ۴ سؤال خود کارامدی، میزان اطمینان فرد از توانایی خود برای دو بار مسواک زدن روزانه و حدقل یکبار استفاده از نخ دندان را به شکل روزانه می‌سنجید. ۸ سؤال موانع درک شده (شامل مواردی همچون ناآشنا بودن با تکنیک‌های صحیح مسواک زدن یا استفاده از نخ دندان، نداشتن وقت و هزینه جهت تهیه خمیر دندان و نخ دندان، مراجعه به دندانپزشک، احساس کسالت و تنبلی، فراموشی، ترس از خونریزی لثه و ... را در بر می‌گرفت. عملکرد نیز با ۴ سؤال در مورد دفعات مسواک زدن و استفاده از نخ دندان به شکل روزانه و هفتگی سؤال می‌شد. تمام سؤال‌ها بر اساس طیف استاندارد ۳ گزینه‌ای لیکرت و از دامنه موافقم تا مخالفم طراحی شد. نمرات کل در هر سازه ۱۰۰ در نظر گرفته شد. پرسش‌نامه‌ها به شکل خود ایفا تکمیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و از آزمون‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و از آزمون‌های تحلیلی شامل ضریب همبستگی Pearson برای تعیین ارتباط بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با عملکرد بهداشت دهان و دندان در افراد شرکت کننده در مطالعه و ارتباط مشخصات دموگرافیک با سازه‌ها و عملکرد رفتارهای بهداشت دهان و دندان، آنالیز رگرسیون خطی برای تعیین قدرت پیشگویی‌کنندگی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتارهای بهداشت دهان و دندان و آزمون One way ANOVA جهت مقایسه میانگین‌ها در بیش از دو گروه مانند میانگین نمره عملکرد بر حسب تحصیلات و آزمون independent sample T tests برای مقایسه تأثیر جنسیت بر سازه‌های مدل و اتخاذ رفتارهای بهداشت دهان و دندان استفاده شد. سطح معنی‌دار آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]

## یافته‌ها

۲۷۴ نفر (۹۴ نفر مرد و ۱۸۰ نفر زن) در این مطالعه شرکت داشتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۱/۴۷±۳۰/۴۵ سال (حداقل ۸ و حداکثر ۶۳ سال ) بود. ۹۸/۹٪ (۲۷۱نفر) دارای مسواک شخصی بودند و ۶۲/۴٪ ( ۱۷۱ نفر) نخ دندان شخصی داشتند. ۶۱/۷٪ (۱۶۹ نفر) اوضاع مالی خود را متوسط، ۲۱/۹٪ (۶۰ نفر) خوب، ٪ ۶/ ۱۷(۴۱ نفر) بد و ۱/۵ ٪ (۴ نفر خیلی خوب) ارزیابی کردند. از این تعداد ۶۳/۹٪ (۱۴۵ نفر) تحصیلات دیپلم یا زیر دیپلم، ۱۱/۳٪ (۳۱ نفر) فوق دیپلم و ۱۹٪ (۶۸ نفر) تحصیلات لیسانس و بالاتر داشتند.۱۴/۱٪ افراد اکثر اوقات یا همیشه برای حداقل ۲ بار دندانهای خود را روزانه مسواک می کردند.۳۹ ٪ اکثر اوقات یا همیشه حداقل یک بار روزانه از نخ دندان استفاده می‌کردند. ۱۷/۶٪ اصلاً از نخ دندان استفاده نمی‌کردند و ۱۶/۲٪ به ندرت از نخ دندان استفاده می‌کردند. میانگین نمره، حداقل و حداکثر نمره کسب شده سازه‌های مورد بررسی در مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد رفتارهای بهداشت دهان و دندان در جدول ۱ مشخص شده است.

ارتباط معنی‌داری بین دوجنس از نظر عملکرد در بهداشت دهان و دندان وجود نداشت. آزمون T مستقل نشان داد ارتباط معنی‌داری بین جنس و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی به جز خودکارآمدی در استفاده از نخ دندان و خود کارآمدی در مسواک زدن وجود نداشت. گرچه این خود کارآمدی بالاتر تفاوت معنی‌داری بین رفتارهای بهداشتی سلامت دهان و دندان در دو جنس را ایجاد نکرده بود.

ارتباط معنی‌داری بین میزان تحصیلات و سازه‌های مختلف مدل اعتقاد بهداشتی و همچنین رفتارهای بهداشتی سلامت دهان و دندان (استفاده از نخ دندان و مسواک زدن) وجود نداشت. ارتباط معنی‌داری بین سن و منافع درک شده نخ دندان وجود داشت ( R= ۰/۱۲, P<۰/۰۱ ). در حالی که ارتباط معنی‌داری بین سن و منافع درک شده مسواک و نیز بین سن و دیگر سازه‌های مدل وجود نداشت.

آزمون همبستگی اسپیرمن ارتباط معنی‌داری بین خودارزیابی میزان درآمد و رفتار مسواک زدن و کشیدن نخ دندان را نشان داد ( R= ۰/ ۱۳, P<۰/۰۵ ).

ارتباط معنی‌داری بین سن با حساسیت درک شده وجود داشت. به طوری که با افزایش سن، افراد حساسیت درک شده بالاتری داشتند ( R= ۰/ ۳۲, P<۰/۰۰۱ ) و خود را مستعد ابتلا به بیماری‌های لثه و دندان دانسته و شانس ابتلا به بیماری‌های لثه و دندان را در آینده نزدیک، بالا ارزیابی می‌کردند.

از بین سازه‌های مدل بیشترین ارتباط بین موانع درک شده نخ دندان و مسواک زدن وجود داشت. سپس سازه‌های موانع درک شده نخ بیشترین ( R= -۰/۵۳ , P<۰/۰۰۱ )، موانع درک شده مسواک ( R= -۰/۵۰ , P<۰/۰۰۱)، منافع درک شده نخ دندان ( R =۰/ ۱۹,P< ۰/۰۰۱ ) و سپس حساسیت درک شده کمترین ارتباط (R= ۰/۱۲ , P<۰/ ۰۰۱ ) وجود داشت. فراموشی، گرانی خمیر دندان، خستگی، تنبلی، احتمال خونریزی لثه، نداشتن وقت کافی به ترتیب بیشترین فراوانی را به عنوان موانع مسواک زدن داشته است. همانطور که در جدول ۲ مشخص شده است. آنالیز رگرسیون گام به گام نشان داد،۳۳ ٪ واریانس رفتار مسواک زدن توسط سازه‌های موانع درک شده نخ دندان، موانع درک شده مسواک زدن و فواید درک شده نخ دندان تبین شده است. این رابطه در مورد موانع، به شکل منفی و در مورد منافع درک شده به شکل مثبت بود. ارتباط معنی‌داری بین دیگر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد مسواک زدن وجود نداشت.

ارتباط معکوس معنی‌داری بین موانع درک شده استفاده از نخ دندان و عملکرد استفاده از نخ دندان ( P<۰/۰۰۱ , R= -۰/۵۸) وجود داشت. همین‌طور بین استفاده از نخ دندان و موانع درک شده مسواک (P<۰/۰۰۱ , R=۰/۳۴ ) و منافع درک شده نخ دندان (P<۰/۰۰۱ , R=۰/۲۵ ) ارتباط معنی‌دار به دست آمد. موانع درک شده استفاده از نخ دندان به ترتیب خستگی، فراموشی، خونریزی لثه، دوست نداشتن، گرانی نخ دندان، ترس از کنده شدن قسمت‌های پر شده



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]

دندان و وقت نداشتن بیشترین فراوانی را داشتند. همان‌طور که در جدول ۳ مشخص شده است ۳۸٪ واریانس رفتار استفاده از نخ دندان توسط سازه‌های موانع درک شده نخ دندان، منافع درک شده نخ دندان و منافع درک شده مسواک زدن تعیین شدند. دیگر سازه‌های مدل در این رفتار نقشی نداشتند.

**جدول ۱: توزیع فروانی نمره سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد رفتارهای اعتقاد بهداشتی از ۱۰۰**

| سازه های مورد بررسی در مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد | انحراف معیار ± میانگین | حداکثر-حداقل |
|---|---|---|
| حساسیت درک شده | ۵۵/۷۹±۲۹/۳۰ | ۰-۱۰۰ |
| شدت درک شده | ۸۱ ±۱۹/۳۵ | ۱۴/۲۹-۱۰۰ |
| منافع درک شده مسواک زدن | ۹۰/۱۹±۱۷/۲۲ | ۲۵-۱۰۰ |
| منافع درک شده کشیدن نخ دندان | ۸۲/۷۵± ۲۲/۰۳ | ۰-۱۰۰ |
| موانع درک شده مسواک زدن | ۲۹/۱۶±۱۹/۲۹ | ۰-۱۰۰ |
| موانع درک شده کشیدن نخ دندان | ۲۷/۸۴±۲۰/۵۰ | ۰-۸۰ |
| خود کارآمدی مسواک زدن | ۵۲/۸۳±۱۳/۱۵ | ۰-۱۰۰ |
| خود کار آمدی کشیدن نخ دندان | ۵۳/۵۶±۱۲/۲۴ | ۲۵-۱۰۰ |
| عملکرد مسواک زدن | ۵۴±۲۵/۲۶ | ۰-۱۰۰ |
| عملکرد کشیدن نخ دندان | ۴۵/۰۸±۲۹/۷۱ | ۰-۸۷/۵ |

**جدول ۲: آزمون رگرسیون گام به گام رفتار بهداشتی مسواک زدن**

| | متغییر | ضریبb | ضریبß | t | p | $R^2$ | f | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| قدم اول | موانع درک شده نخ دندان | -۰/۶۵ | -۰/۵۳ | -۱۰/۱۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۸ | ۱۰۳/۷۳ | ۰/۰۰۱ |
| قدم دوم | موانع درک شده نخ دندان | -۰/۴۳ | -۰/۳۵ | -۵/۳۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۲ | ۶۴/۷۳ | ۰/۰۰۱ |
| | موانع درک شده مسواک زدن | -۰/۳۶ | -۰/۲۸ | -۴/۳۳ | | | | |
| قدم سوم | موانع درک شده مسواک زدن | -۰/۴۰ | -۰/۳۲ | -۴/۹۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳ | ۴۵/۱۰ | ۰/۰۰۱ |
| | موانع درک شده نخ دندان | -۰/۳۷ | -۰/۲۸ | -۴/۴۱ | | | | |
| | فوائد درک شده مسواک زدن | ۰/۱۲ | ۰/۱۲ | ۲/۰۶ | ۰/۰۴ | | | |



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]

**جدول ۳: آزمون رگرسیون گام به گام رفتار بهداشتی کشیدن نخ دندان**

| | متغییر | ضریب b | ضریب ß | t | p | $R^2$ | f | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| قدم اول | موانع درک شده نخ دندان | -۰/۸۵ | -۰/۵۹ | -۱۱/۸۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۴ | ۱۴۰/۸۷ | ۰/۰۰۱ |
| قدم دوم | موانع درک شده نخ دندان | -۰/۸۱ | -۰/۵۵ | ۱۱/۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۶ | ۷۸/۳۱ | ۰/۰۰۱ |
| | فوائد درک شده نخ دندان | ۰/۲۲ | ۰/۱۶ | ۳/۲۹ | | | | |
| قدم سوم | موانع درک شده نخ دندان | -۰/۸۰ | -۰/۵۴ | -۱۱/۲۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۸ | ۵۵/۲۹ | ۰/۰۰۱ |
| | فوائد درک شده نخ دندان | -۰/۲۹ | ۰/۲۱ | ۳/۹۹ | | | | |
| | فوائد درک شده مسواک زدن | ۰/۲۲ | ۰/۱۳ | ۲/۵۰ | | | | |

## بحث

۲۷۴ نفر در این مطالعه شرکت داشتند. در مطالعه ما از بین متغییرهای دموگرافیک سن، جنس و سطح تحصیلات با رفتارهای بهداشتی ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد که نتایج مطالعه ترابی و همکاران نیز با مطالعه ما همسو بود (۱۵) درحالی که در مطالعه Buglar از سن، جنس و داشتن نخ شخصی به عنوان عوامل پیش بین در رفتار بهداشتی دهان و دندان یاد شده است (۱۴).

مطالعات محققین نشان داده است که دو بار مسواک کردن دندان‌ها در کنار استفاده از نخ دندان موجب کاهش تشکیل پلاک دندانی گردیده است. چنانچه انجمن بهداشت دهان آمریکا و استرالیا مسواک زدن منظم دو بار در روز و استفاده از نخ دندان به طور روزانه را از اصول مراقبت بهداشت دهان و دندان ذکر کرده است (۱۶). در این مطالعه درصد کسانی که به طور مرتب دو بار در روز مسواک می‌زدند نسبت به مطالعه Basak و Buglar که در استرالیا در جمعیتی مشابه و ترکیه در نوجوانان انجام گرفته بود، پایین‌تر و درصد کسانی که از نخ دندان استفاده می‌کردند بالاتر بود (۱۴, ۱۷). تفاوت‌های جغرافیایی می‌تواند دلیل چنین تفاوتی باشد. نتایج مطالعه مظلومی و Lang با مطالعه ما همسو بود (۱۸، ۱۹) در مطالعه ما درصد افرادی که از نخ دندان استفاده می‌کردند نسبت به مطالعه ترابی و همکاران، رمضانخانی و همکاران و صلحی و همکاران بالاتر بود که می‌توان علت این امر را به بالا بودن میانگین سنی جمعیت تحت مطالعه ما نسبت داد به طوری که این افراد با میانگین سنی ۳۰ سال تجربیات بیشتری در مورد عوارض عدم رعایت بهداشت دهان و دندان داشتند پس برای استفاده از نخ دندان تمایل بیشتری نشان دادند و از طرفی این افراد خود به دانشکده دنداپزشکی مراجعه کرده بودند که ممکن است نشان دهنده حساسیت این افراد در مورد سلامت دهان و دندان و طبعاً رفتار مناسب‌تر در این خصوص باشد (۳، ۱۵، ۲۰). گرچه به طور کلی میزان استفاده از نخ دندان کم گزارش شده است (۲۱).

ارتباط معنی‌داری بین جنس و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در سازه‌های خودکارآمدی در استفاده از نخ دندان، فواید درک شده مسواک زدن و نخ دندان وجود داشت. گرچه این خود کارآمدی بالاتر تفاوت معنی‌داری بین رفتارهای بهداشتی سلامت دهان و دندان در دو جنس را ایجاد نکرده بود. به نظر می‌رسد نسبت ۲ به ۱ خانم‌ها در حجم نمونه فوق در آزمون‌های آماری، این ارتباط را معنی‌دار نشان داده است. گرچه فاخران و همکاران، Kırtıloğlu و همکاران رفتارهای



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]

بهداشت دهان و دندان بالاتری را در خانم‌ها نسبت به آقایان گزارش کردند (۲۲، ۲۳). تفاوت سن و میزان تحصیلات در جمعیت مورد مطالعه می‌تواند توجیه کننده این تفاوت باشد.

در این پژوهش ارتباط معنی‌داری بین ارزیابی وضعیت اقتصادی و رفتارهای بهداشتی به دست آمد. نتیجه مطالعات Taleka و سایر مطالعات اپیدمیولوژی از درآمد پایین به عنوان یکی از موانع رفتارهای بهداشت دهان و دندان یاد شده است، به طوری که درآمد به عنوان یکی از نشانگر های اجتماعی سلامت مورد توجه قرار گرفته است (۲۴-۲۷). در این مطالعه ۳۳٪ رفتار مسواک زدن به ترتیب توسط سازه‌های موانع درک شده نخ دندان، موانع درک شده مسواک زدن و فواید درک شده نخ دندان پیش‌بینی شد و ۳۸٪ واریانس رفتار استفاده از نخ دندان توسط سازه‌های موانع درک شده نخ دندان، فواید درک شده نخ دندان و فواید درک شده مسواک زدن پیش‌بینی شد. موانع درک شده مؤثرترین سازه در مدل فوق الذکر بود. دیگر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در رفتار سلامت دهان و دندان نقشی نداشتند. به نظر می‌رسد افراد عوارض ناشی از بی‌توجهی به بهداشت دهان و دندان را به اندازه بدخیمی‌ها، ایدز و .... خطرناک و شدید ارزیابی نمی‌کنند. در عوض وقتی فرد استفاده از نخ دندان و مسواک را امری زمان بر، خسته کننده، گران که ممکن است منجر به خونریزی لثه یا کندگی قسمت‌های پر شده دندان شود و همچنین نگرش مثبتی نیز به تأثیر این رفتارهای پیشگیرانه درکاهش بیماری‌های دندان و لثه، ایجاد زیبایی ظاهر و صرفه‌جویی در هزینه‌های مصروفه نداشته باشد، طبعاً کمتر به رفتارهای بهداشت دهان و دندان مثل استفاده از نخ دندان و مسواک مبادرت می‌ورزد. به نظر می‌رسد می‌توان با انجام آموزش‌هایی متمرکز بر منافع حاصل از مسواک زدن و استفاده از نخ دندان و اطلاع رسانی صحیح در خصوص عدم تأثیر منفی نخ دندان بر سلامت لثه‌ها و قسمت‌های پر شده دندان و به طور کلی کم رنگ نمودن موانع در قبال منافع حاصل از آن، افراد را به انجام رفتارهای بهداشتی که سطح اول پیشگیری بیماری‌های دهان و دندان است تشویق نمود. در این زمینه مطالعات مختلف نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند. نتایج مطالعه بدری و حدادیان از موانع درک شده به عنوان تنها عامل پیش بین رفتار مسواک زدن و از خودکارآمدی، حساسیت درک شده و موانع درک شده استفاده از نخ دندان به عنوان۳ عامل پیش‌بینی کننده رفتار بهداشتی استفاده از نخ دندان یاد کرده است (۱۳). در مطالعه مهری و مروتی نیز از خودکارآمدی، منافع درک شده و احساس مثبت به عنوان عوامل مثبت تأثیرگذار روی رفتارهای بهداشتی سلامت دهان و دندان و موانع درک شده و احساسات منفی به عنوان عوامل منفی تأثیرگذار یاد شده است (۲۸). رمضانخانی و همکاران نیز خودکارآمدی و حساسیت درک شده را عوامل مرتبط با مسواک زدن گزارش کرده‌اند و دیگر هیچ یک از سازه‌های مدل را در استفاده از نخ دندان را تأثیرگذار ارزیابی نکردند (۳). مظلومی نیز موانع درک شده و حساسیت درک شده را تأثیرگذار گزارش کرده است (۱۸). نتایج مطالعه Tan در خصوص تأثیر موانع درک شده بر رفتارهای سلامت دهان و دندان و نتیجه مطالعه Buglar مبنی بر عدم تأثیر سازه‌های حساسیت درک شده و شدت درک شده بر رفتارهای بهداشتی دهان و دندان با مطالعه ما همسو بود، گر چه در این مطالعه و دیگر مطالعات از تأثیر مثبت خودکارآمدی نیزسخن به میان آمده است (۱۴، ۲۹، ۳۰). در اکثر مطالعات ارتباط معنی‌دار موانع درک شده با رفتارهای بهداشت دهان و دندان به اثبات رسیده است (۱۸، ۲۸، ۲۹، ۳۱). بر اساس مطالعه حاضر به نظر می‌رسد بتوان ازسازه موانع و منافع درک شده به عنوان الگویی در آموزش‌های مرتبط با رفتار بهداشتی دهان و دندان بهره گرفت. مطالعات چندی معتقد به استفاده از این مدل در ارتقا رفتارهای بهداشت دهان و دندان هستند (۱۸، ۲۰، ۳۲).

## نتیجه‌گیری

به نظر می رسد با انجام مداخلات آموزشی مبتنی بر اصلاح موانع درک شده، بتوان رفتارهای پیشگیرانه در خصوص بهداشت دهان و دندان را ارتقا بخشید.



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]

## محدودیت‌ها

خود گزارش دهی و حجم نمونه نامتناسب از نظر جنسیت و انتخاب نمونه که از مراجعین به دانشکده دندانپزشکی صورت گرفته است امکان تعمیم‌پذیری نتایج به کل جمعیت را با محدودیت روبرو می‌کند. از طرفی حجم نمونه نسبتاً بالا و میانگین سنی جمعیت متنوع شرکت کننده در این مطالعه از جمله مزایای این مطالعه محسوب می‌شود.

## پیشنهادها

انجام آموزش‌ها در خصوص بهداشت دهان و دندان با کمک سایر الگوهای تغییر رفتار که دیگر عوامل مؤثر در رفتارهای بهداشتی دهان و دندان را مورد مداقه قرار می‌دهد و مداخلات آموزشی مبتنی بر تئوری در این زمینه پیشنهاد می‌گردد.

## تشکر و قدردانی

. نویسندگان بر خود لازم می دانند از کلیه مراجعه کنندگان به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در انجام این پژوهش همکاری نمودند کمال تشکر و قدردانی نمایند.

## References

1. Al Agili DE. A systematic review of population-based dental caries studies among children in Saudi Arabia. Saudi Dent J 2013;25(1):3-11.
2. Yee R, Sheiham A. The burden of restorative dental treatment for children in third world countries. Int Dent J 2002;52(1):1-9.
3. Ramezankhani A, Mazaheri M, Dehdari T, Movahedi M. Relationship between health belief model constructs and DMFT among five-grade boy students in the primary school in Dezfool. Scientific Medical Journal of Ahwaz University of Medical Sciences 2011;10(71): 221-8. [In Persian].
4. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century–the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003;31 Suppl 1:3-23.
5. Li X, Kolltveit KM, Tronstad L, Olsen I. Systemic diseases caused by oral infection. Clin Microbiol Rev 2000;13(4):547-58.
6. Albandar JM, Tinoco E. Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. Periodontology 2000 2002;29(1):153-76.
7. Tomar SL. Social determinants of oral health and disease in U.S. men. Journal of Men's Health 2012;9(2):113-9.
8. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bull World Health Organ 2005;83(9):711-8.
9. Edelstein BL. Pediatric caries worldwide: implications for oral hygiene products. Compend Contin Educ Dent 2005;26(5 Suppl 1):4-9.
10. National Cancer Institute, US. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. Theory at a glance: A guide for health promotion practice. US: National Cancer Institute; 2005.
11. Ashrafizadeh S, Soori H, Ashrafizadeh M. Appraisal of DMET in school children of Ahvaz. J Sci Med Ahvaz 2002;34:60-6.[In Persian]
12. Fallahi Nejad MZ, Razavi Sh. Knowledge and attitude toward oral and dental health among ahedZan's guidance school students. J Dent Sch 2007;24(4):499-502.
13. Badri Gargari R, Salek Hadadian N. The role of self-efficacy and factors of health belief model in dental patients brushing and flossing. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty2011; 9(3):130-8.
14. Buglar ME, White KM, Robinson NG. The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: testing an extended Health Belief Model. P Educ Couns 2010;78(2):269-72.



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]

15. Torabi M, Karimi Afsha S, Sheikhzadeh S, Karimi Afshar M. Effect of Antioxidant agents on coronal microleakage of bleached non- vital anterior teeth. Journal of Isfahan Dental School 2009; 5(2):93-8.
16. Bellamy P, Barlow A, Puri G, Wright K, Mussett A, Zhou X. A new in vivo interdental sampling method comparing a daily flossing regime versus a manual brush control. The Journal of clinical dentistry 2004;15(3):59-65.
17. Basak CA, Nilufer K, Murtomaa H. Self-efficacy perspective on oral health among Turkish pre-adolescents. Oral Health Prev Dent 2005;3(4):209-15.
18. Mazloomi Mahmoodabad S, Roohani Tanekaboni N. Survey of some related factors to oral health in high school female students in Yazd, on the basis of health behavior model (HBM). Journal of Birjand University of Medical Sciences 2008, 15(3): 40-47.
19. Lang WP, Ronis DL, Farghaly MM. Preventive behaviors as correlates of periodontal health status. Journal of public health dentistry 1995;55(1):10-7.
20. Solhi M, Shojaei Zadeh M, Seraj B, Faghih Zadeh S. Oral health education through health belief model. Iran J Public Health 2010;39(4):114-9.
21. Schüz B, Sniehotta FF, Schwarzer R. Stage-specific effects of an action control intervention on dental flossing. Health Education Research 2007; 22(3):332-41.
22. Fakheran Esfahani O, Yaghini J, Sayedyahossein A. Relationship between oral hygiene behaviors and self-esteem among students of Isfahan University of Medical Sciences. Journal of Isfahan Dental School 2012;7(5):559-66.
23. Kırtıloğlu T, Yavuz ÜS. An assessment of oral self-care in the student population of a Turkish university. Public Health 2006;120(10):953-7.
24. Talekar BS, Rozier RG, Slade GD, Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. The Journal of the American Dental Association 2005;136(3):364-72.
25. Sanders AE, Spencer AJ. Social Inequality: Social inequality in perceived oral health among adults in Australia. Aust N Z J Public Health 2004; 28(2):159-66.
26. Kelly SE, Binkley CJ, Neace WP, Gale BS. Barriers to care-seeking for children's oral health among low-income caregivers. American Journal of Public Health 2005;95(8):1345-51.
27. De Maio FG. Income inequality as a social determinant of health. Salud Colectiva. 2010;6(2):195-209.
28. Mehri A, Morowatisharifabad M. Utilizing the Health Promotion Model to predict oral health behaviors in the students of Islamic Azad University of Sabzevar(2008). Journal of Dental Medicine Tehran University of Medical Sciences 2009; 22(1):81-7.
29. Shamsi M, Hidarnia A, Niknami S. A Survey of Oral Health Care Behavior in Pregnant Women of Arak: Application of Health Belief Model. Journal of mazandaran university of medical sciences 2012; 22(89):103-15.
30. Tan BS, Ng KH, Esa R. Health beliefs in oral cancer: Malaysian estate Indian scenario. Patient Education and Counseling 2001;42(3):205-11.
31. Kühner MK, Raetzke PB. The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. J Periodontol 1989;60(1):51-6.
32. Shamsi M, Headarnia A, Niknami S, Rafiee M. Development and psychometric assessment of an oral health instrument based on Health Belief Model in pregnant women. Arak Medical University Journal 2012;15(6):45-56.

[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]

# The benefits, barriers, self-efficacy and perceived severity of the brushing and flossing among patients admitted to medical units of School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, 2012

Hossin Shahnazi[1], Seyede shahrbanoo Daniali [2], Ali Ahmadpoor [3], Samane Soltani [3], Seyed Mohsen Sadeghi [3], Shekoufe Sedaghatmanesh [3], Farzane Golshan [3], Nilofar Falah Cham Asemani[3], Kachoei Mehdi [3]

**Original Article**

## Abstract

**Background:** Oral and dental caries are the most prevalent diseases in the world. The aim of this study was to determine the predictors of oral health care in adults based on health belief model in Isfahan, Iran.

**Methods:** In this cross-sectional (descriptive and analytical) study on 274 patients from the School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences were selected by a simple random sampling. Means of data collection was a questionnaire designed according to oral health beliefs model.

The obtained data was analyzed by means of SPSS 20 . P<0.05 was taken as the significant level.

**Findings:** The mean age of subjects was 30.47 ± 11.47 years. Significant relationship between demographic characteristics, except income did not exist with oral health behavior (flossing and brushing). Perceived barriers were the Most construct of the HBM for predicting of flossing and brushing(r=-0.53,p<0.001) .this construct plus to perceived benefits were the greatest predictor of oral health, As it anticipated 38 % of dental floss behavior and 33 % of brushing .

**Conclusion:** Designing and implementing Educational interventions focused on reducing barriers and increasing benefits of oral health behaviors can encourage individuals to prevent dental disease.

**Key Words:** Oral health, Tooth Brushing, Health Belief Model, Adult

**Citation:** Shahnazi H, Daniali SSh, Ahmadpoor A, Soltani S, Sadeghi SM, Sedaghatmanesh Sh. Golshan F, et al. **The benefits, barriers, self-efficacy and perceived severity of the brushing and flossing among patients admitted to medical units of School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, 2012.** J Health Syst Res 2014; 10(2):235-244

**Received date: 02.10.2013** **Accept date: 10.03.2014**

1. Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2. PhD Student, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: sh_daniali@yahoo.com

3. Student of Dentistry, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24 ]