

نقش خودکارآمدی و عوامل مربوط به مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتار بهداشتی مسواک زدن و نخ دندان کشیدن در مراجعان به مطب‌های خصوصی تبریز

رحیم بدری گرگری^۱، نگار سالک حدادیان^۲

تاریخ دریافت ۸۹/۱۰/۰۸ تاریخ پذیرش ۸۹/۱۲/۲۲

چکیده

پیش زمینه و هدف: بهداشت دهان و دندان یکی از مهم‌ترین شاخه‌های بهداشت عمومی به شمار می‌رود. توجه به این مقوله یکی از برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی در حوزه پیشگیری از بیماری‌های مزمن و ارتقای سلامت می‌باشد.

مواد و روش‌ها: تعداد ۱۰۰ بیمار (۵۰ زن و ۵۰ مرد) از مطب‌های خصوصی دندانپزشکی تبریز با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند، و با روش توصیفی مقطعی مورد مطالعه قرار گرفتند. مقیاس مربوط به عوامل مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع و موانع ادراکی) و مقیاس خودکارآمدی مسواک زدن و نخ دندان کشیدن برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. نرم افزار SPSS و AMOS برای تحلیل اطلاعات به کار گرفته شد.

یافته‌ها: از بین متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی و خودکارآمدی تنها موانع ادراکی استفاده از مسواک، عامل پیش‌بینی کننده رفتار بهداشتی مسواک زدن بود. همچنین یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد که خودکارآمدی برای استفاده از نخ دندان، حساسیت درک شده و موانع ادراکی استفاده از نخ دندان، سه عامل پیش‌بینی کننده رفتار بهداشتی استفاده از نخ دندان بود.

بحث و نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که موانع ادراکی با رفتار مسواک کردن در ارتباط است. بنابراین برای آموزش مسواک زدن، باید این موانع ادراکی مورد توجه متخصصان بهداشت دهان و دندان قرار گیرد. از طرف دیگر خودکارآمدی مهم‌ترین متغیر پیش‌بینی کننده نخ کشیدن دندان بیماران بوده است لذا، متخصصان بهداشت دهان و دندان باید اعتماد به خود را در بیماران برای استفاده از نخ دندان مورد تقویت دهند.

کلیدواژه‌ها: مدل اعتقاد بهداشتی، خودکارآمدی، مسواک زدن، نخ کشیدن دندان‌ها

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره سوم، پی در پی ۳۲، مرداد و شهریور ۱۳۹۰، ص ۱۳۸-۱۳۰

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، تلفن: ۰۹۱۴۴۰۵۱۳۰۶

Email: badri_rahim@yahoo.com

مقدمه

دهان و دندان بر تغذیه، صحبت کردن، کیفیت صدا و تکلم تأثیر گذار است. علاوه بر آن، برخی از بیماری‌های مزمن مانند دیابت، بیماری قلبی و برخی خصوصیات روانی مانند تصویر ذهنی مثبت از خود و به تبع آن سلامت روان با بهداشت دهان و دندان مرتبط است. لذا توجه به این مقوله یکی از برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی در حوزه جلوگیری از بیماری‌های مزمن و ارتقای سلامت می‌باشد (۱).

سازمان بهداشت جهانی، بهداشت دهان را یک ضرورت و بخشی از سلامت عمومی در تمام عمر دانسته، بیان می‌دارد که بهداشت ضعیف دهان و بیماری‌های درمان نشده دهانی می‌تواند تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی بگذارد. بهداشت دهان و دندان به تمامی جنبه‌های سلامت و عملکرد دهان، به ویژه لثه و دندان‌ها اشاره دارد. عدم رعایت رفتارهای مرتبط با سلامت

^۱ استادیار روانشناسی تربیتی دانشگاه تبریز

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

امروزه معتقدند که مهم‌ترین راه کاهش بیماری‌های دهان و دندان روی آوردن به امر پیشگیری است و نخستین گام در پیشگیری نیز ارتقای فرهنگ بهداشت و پیشگیری در مردم است. ارتقاء سلامت دهان و دندان نیز به تلاش‌هایی مربوط است که جهت افزایش سلامت و پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان از طریق سه عنصر آموزش بهداشت، پیشگیری و حفظ سلامتی انجام می‌شود (۲). در کشورهای پیشرفته جهان اقدامات بسیاری در جهت پیشگیری از این بیماری‌ها صورت گرفته است. تحقیقات نشان می‌دهد با آموزش بهداشت می‌توان ۸۰ درصد موارد بیماری‌های دهان و دندان را کاهش داد (۳). در زمینه مراقبت از سلامت دهان و دندان روش‌های مختلفی از قبیل مسواک، خمیر دندان‌های حاوی فلوراید، نخ دندان، مکمل‌های فلوراید، مراجعه منظم به دندانپزشک پیشنهاد شده است (۴). مطالعات نشان داده است که شیوه‌های مراقبت از دهان و دندان در بین نوجوانان به ترتیب مسواک زدن (۹۹ درصد)، خمیر دندان‌های فلوراید دار (۸۱ درصد)، دهان شویه (۴۷ درصد)، اجتناب از غذاهای شیرین (۲۰ درصد)، نخ دندان (۱۳ درصد) و مکمل‌های فلورایدی (۲ درصد) بوده است (۵). در پژوهش دیگر اشرفی زاده، سوری و اشرفی زاده نشان دادند که در میان دانش آموزان شهر اهواز تنها ۴۸ درصد بعضی اوقات مسواک می‌زنند. نتایج این تحقیق نشان داد ۹۲/۵ درصد از وسایل کمکی بهداشتی مثل نخ دندان و خلال دندان استفاده نمی‌کنند و فقط ۷/۵ درصد دانش آموزان استفاده کننده وسایل کمکی بهداشت هستند (۶).

یافته‌های پژوهش امینی و همکاران نیز نشان می‌دهد که بیشترین شیوه مراقبت از دندان‌ها در دانش آموزان مسواک زدن (۸۹/۷ درصد) بود. علاوه بر آن یافته‌های آن‌ها نشان داد

که ۲۵/۱ درصد از دانش آموزان از نخ دندان استفاده می‌کنند (۴). نتایج مطالعات متعدد دیگر نیز نشان می‌دهد که روش رایج مراقبت از دهان و دندان در میان افراد، مسواک زدن می‌باشد (۸-۶). ترابی و همکاران نشان دادند ۶۶/۸ درصد از بزرگسالان شهر کرمان حداقل یک بار در روز مسواک می‌زنند و تنها ۵/۸ درصد به طور مرتب از نخ دندان استفاده می‌نمایند (۹). مطالعه خدیر در جمعیت ۶۵-۱۵ ساله اردنی نشان داد که یکی از عوامل بیماری‌های دهان و لثه عدم استفاده از مسواک بوده است (۱۰).

در زمینه رفتارهای بهداشتی مدل‌های مختلفی وجود دارد. یکی از قدیمی‌ترین این مدل‌ها، مدل اعتقاد بهداشتی^۱ است که توسط گروهی از روانشناسان اجتماعی که سعی در شناسایی و تعیین نارسایی برنامه‌های پیشگیری یا تشخیص بیماری‌ها داشتند، مطرح شد. فرض این محققین این بود که مردم از بیماری‌ها می‌ترسند و به واسطه درجه ترس (تهدید درک شده) و انتظار کاهش ترس در نتیجه عمل، به انجام فعالیت‌های بهداشتی برانگیخته می‌شوند؛ به شرطی که کاهش احتمالی مهم‌تر از موانع عملی و روانی برای انجام عمل باشد. این مدل مبتنی بر تئوری انتظار ارزش است و از دو مولفه ادراک تهدید و ارزیابی رفتاری تشکیل یافته است. ادراک تهدید شامل دو اعتقاد و باور اساسی حساسیت درک شده^۲ «عقیده شخص درباره شانس قرار گرفتن در یک موقعیت خاص» و شدت درک شده^۳ «عقیده شخص در مورد این که این شرایط تا چه حد جدی است» و ارزیابی رفتاری نیز شامل مزایای^۴ اجرای رفتارهای بهداشتی و موانع^۵ درک شده یعنی عقیده شخص در مورد هزینه‌های عینی و روانی فعالیت‌های توصیه شده می‌باشد. این مدل یکی از مدل‌های قدیمی در درون حوزه رفتارهای بهداشتی دهان و دندان محسوب می‌شود (۱۱).

^۱ Health Belief Model (HBM)

^۲ susceptibility

^۳ consequences (severity)

^۴ benefits

^۵ barriers

یکی دیگر از مدل‌های تبیین کننده رفتارهای بهداشتی، مدل شناختی اجتماعی^۱ است. این مدل معتقد است که رفتار تابعی است از: انتظارات فرد از نتایج عمل (انتظار پیامد)، توانایی افراد برای اجرای عمل (خودکارآمدی)^۲ و باورهای آن‌ها مبنی بر این که عمل نتایج مطلوب دریافت خواهد نمود (کارآمدی پاسخ). در این مدل بر سازه خودکارآمدی تأکید می‌شود (۱۱). علاوه بر مدل مدل شناختی اجتماعی، رویکرد فرایند عمل بهداشتی^۳ نیز بر نقش خودکارآمدی در رفتار بهداشتی تأکید می‌کند (۱۲). در این مدل‌ها خودکارآمدی به ادراک اطمینان فرد برای انجام اعمالی که برای تعامل با یک موقعیت ضروری است، مربوط می‌شود (۱۳).

در حال حاضر خودکارآمدی تصویری برای دامنه گسترده‌ای از قلمروهای مختلف بهداشتی به کار برده شده است. برای مثال تحقیقات نشان داده است خودکارآمدی با توانایی کنترل درد رابطه دارد. همچنین نتایج تحقیقات نشان داده است که افراد دارای خودکارآمدی بالا پیش از اعمال جراحی مربوط به دهان، دارای اضطراب پایینی بودند (۱۴). بنتسون و همکاران در پژوهش خود بر روی بیماران اختلالات تنفسی نشان دادند خودکارآمدی بالا، اثرات روانشناختی بیماری‌های تنفسی را پیش بینی می‌نماید. همچنین احساس خودکارآمدی یکی از عوامل پیش بینی کننده بهبود بیماری بوده است (۱۰).

مطالعه محدودی در زمینه خودکارآمدی و بهداشت دهان و دندان صورت گرفته است. مطالعه اسکوازر و همکاران بیانگر آن است که ترکیبی از دو عامل خودکارآمدی و برنامه ریزی راهبردی ۳۶ درصد متغیر رفتار بهداشتی استفاده از نخ دندان را تبیین می‌نماید (۱۲). مطالعه بوگولار، وایت و رابینسون نیز نشانگر آن است که خودکارآمدی پیش بینی کننده رفتارهای بهداشتی

مسواک زدن و نخ دندان کشیدن مراجعان درمانگاه‌های دندانپزشکی استرالیا است (۱۱).

با توجه به آسان‌تر بودن استفاده از روش‌های مکانیکی در بهداشت دهان و دندان (۱۰) و با عنایت به بهره‌گیری از مدل اعتقاد بهداشتی در بسیاری از رفتارهای بهداشتی (۱۴، ۱۲) و تأکید محققان بر استفاده از خودکارآمدی به همراه سایر مدل‌های بهداشتی (۱۱) پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش خودکارآمدی و عوامل مربوط به مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتار بهداشتی مسواک زدن و نخ کشیدن دندان‌های بیماران انجام گرفت. مسئله‌ای که در این پژوهش مطرح بود عبارت از این بود که: کدام یک از عوامل مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتار مسواک زدن و نخ کشیدن دندان‌ها موثر است؟ آیا خودکارآمدی پیش بینی کننده رفتار بهداشتی مسواک کردن و نخ کشیدن به دندان‌ها است؟

مواد و روش کار

این تحقیق یک مطالعه توصیفی - تحلیلی بود که به صورت مقطعی انجام شد. تعداد ۱۰۰ بیمار بزرگسال (۵۰ زن و ۵۰ مرد) از مراجعه کنندگان به مطب‌های خصوصی دندانپزشکی تبریز با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند. دامنه سنی بیماران بین ۶۲-۲۵ سال بود.

در این پژوهش، مراجعان بزرگسال به مطب‌های دندانپزشکی مقیاس عوامل مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع ادراک شده موانع ادراکی) و مقیاس خودکارآمدی را تکمیل نمودند. همه گویه‌ها در طیف درجه بندی لیکرت ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) قرار داشتند. این مقیاس‌ها در ادبیات پژوهشی به دفعات استفاده شده است (۱۶-۱۷). مقیاس مربوط به اعتقاد بهداشتی و خودکارآمدی ابتدا

¹ Social Cognitive Theory (SCT)

² self-efficacy

³ The Health Action Process Approach (HAPA)

توسط محققان به فارسی ترجمه شد و سپس روایی سازه آن برای عاملی تأییدی با نرم افزار AMOS انجام گرفت. شاخص‌های هر یک از خرده مقیاس از طریق تحلیل عاملی تأییدی و پایایی آن آن از طریق ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل

مربوط به تحلیل عامل تأییدی و پایایی هریک از خرده مقیاس‌ها پس از حذف برخی گویه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول شماره (۱): نتایج تحلیل عامل تأییدی و پایایی خرده مقیاس‌های مختلف پژوهش

مقیاس‌ها	مدل نهایی	CFI	RMSEA	α
حساسیت درک شده	۴ گویه	۰/۹۵	۰/۰۴	۰/۶۸
شدت درک شده	۶ گویه	۰/۹۱	۰/۰۵	۰/۷۴
منافع ادراک شده مسواک زدن	۵ گویه	۰/۹۱	۰/۰۶	۰/۶۷
منافع استفاده از نخ دندان	۵ گویه	۰/۹۹	۰/۰۳	۰/۷۱
موانع مسواک	۵ گویه	۰/۹۴	۰/۰۶	۰/۷۴
موانع نخ دندان	۶ گویه	۱	۰/۰۲	۰/۸۲
خودکارآمدی مسواک زدن	۳ گویه	۱	۰/۰۳	۰/۵۶
خودکارآمدی استفاده از نخ دندان	۳ گویه	۱	۰/۰۳	۰/۶۰

CFI: comparative Fit Index, RMSEA: Root mean square error of approximation

رفتار مسواک زدن و استفاده از نخ دندان نیز با دو سؤال جداگانه اندازه‌گیری شد. سؤال مربوط به مسواک زدن عبارت از این بود که: «در طول هفته گذشته چند بار دندان‌های خود را مسواک زده‌اید؟» گزینه‌های پاسخ به صورت درجه بندی هرگز (۱)، یک‌بار در هفته (۲)، هر دو روز یک‌بار (۳)، یک بار در روز (۴)، دو بار در روز (۵) تنظیم شده بود، و سؤال مربوط به استفاده از نخ دندان عبارت بود از: «در طول هفته گذشته چقدر از نخ دندان برای تمیز نمودن دندان‌های خود استفاده نموده‌اید؟» پاسخ

مراجعان به این سؤال به صورت چند درجه‌ای هرگز (۱)، یک‌بار در هفته (۲)، هر دو روز یک‌بار (۳)، یک بار در روز (۴) انجام گرفت.

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان می‌دهد منافع ادراک شده برای مسواک زدن با میانگین (۴/۲۷) و استفاده از مسواک با میانگین (۴/۰۹) بالاترین میانگین و حساسیت ادراک شده با میانگین (۲/۱۷) و موانع به کار بردن نخ دندان با میانگین (۲/۲۳) پایین‌ترین میانگین را دارد (جدول ۲).

جدول شماره (۲): میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	متغیرها	میانگین	انحراف معیار
حساسیت درک شده	۲/۱۷	۰/۶۵	موانع نخ دندان	۲/۲۳	۰/۷۱
شدت درک شده	۳/۹۲	۰/۶۸	خودکارآمدی مسواک زدن	۳/۸۴	۰/۶۸
منافع ادراک شده مسواک زدن	۴/۲۷	۰/۴۴	خودکارآمدی استفاده از نخ دندان	۳/۶۹	۰/۷۳
منافع استفاده از نخ دندان	۳/۵۶	۰/۵۶	استفاده از مسواک	۴/۰۹	۰/۶۰
موانع مسواک	۳/۲۷	۰/۴۴	استفاده از نخ دندان	۲/۵۴	۱/۴۵

جدول شماره (۳): رگرسیون گام به گام رفتار بهداشتی مسواک زدن روی خودکارآمدی و عوامل مربوط به مدل اعتقاد بهداشتی

گام	متغیر	ضریب b	ضریب β	T	p	ضریب تبیین	F	p
اول	موانع ادراکی استفاده از مسواک	-۰/۰۷۴	-۰/۴۸۳	-۵/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۲۳۳	۲۹/۸۴	۰/۰۰۰۱

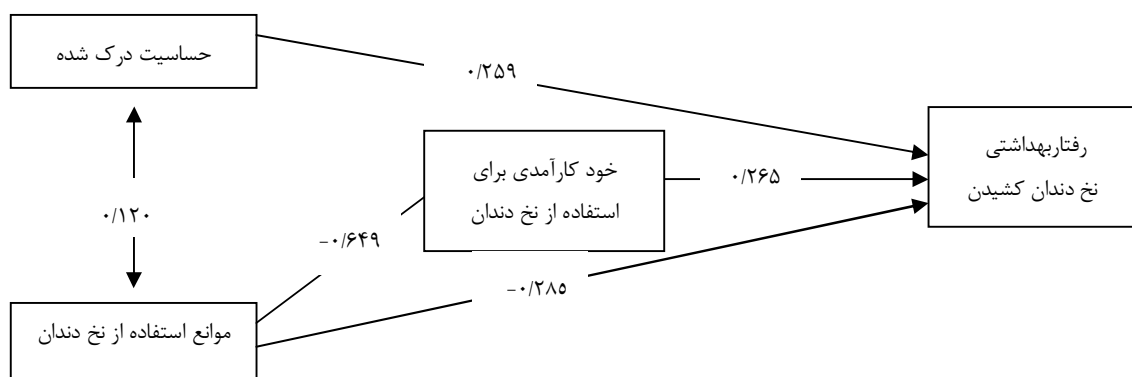
از بین متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی و خودکارآمدی تنها موانع ادراکی استفاده از مسواک عامل پیش بینی کننده رفتار بهداشتی مسواک زدن است. با توجه نتایج به دست آمده، می‌توان بیان داشت که ضریب تبیین ($R^2=0/23$) در سطح ($p=0/001$)، از لحاظ آماری معنی‌دار است. پس روشن می‌شود که ۲۳ درصد از واریانس مسواک زدن بیماران از طریق موانع ادراکی تعیین می‌شود. همچنین ضریب β و میزان t، بیانگر وجود رابطه منفی موانع ادراکی با رفتار بهداشتی مسواک زدن است (جدول ۳).

جدول شماره (۴): رگرسیون گام به گام رفتار بهداشتی استفاده از نخ دندان روی خودکارآمدی و عوامل مربوط به مدل اعتقاد بهداشتی

گام	متغیر	ضریب b	ضریب β	t	p	ضریب تبیین	F	p
اول	خودکارآمدی برای استفاده از نخ دندان	۰/۲۹۱	۰/۴۳۷	۴/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸۳	۲۲/۸۳	۰/۰۰۰۱
دوم	خودکارآمدی برای استفاده از نخ دندان	۰/۳۰۰	۰/۴۵۰	۵/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۲۳۷	۱۵/۸۱	۰/۰۰۱
	حساسیت درک شده	۰/۱۳۵	۰/۲۴۰	۲/۷۰	۰/۰۰۸			
سوم	خودکارآمدی برای استفاده از نخ دندان	۰/۱۷۷	۰/۲۶۵	۲/۳۶	۰/۰۰۲	۰/۲۷۲	۱۳/۲۱	۰/۰۰۱
	حساسیت درک شده	۰/۱۴۶	۰/۲۵۹	۲/۹۸	۰/۰۰۴			
	موانع استفاده از نخ دندان	-۰/۰۹۹	-۰/۲۸۵	-۲/۵۰	۰/۰۱۴			

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. با توجه نتایج به دست آمده، می‌توان بیان داشت که ضریب تبیین ($R^2=0/272$) در سطح ($p=0/001$)، از لحاظ آماری معنی‌دار است. پس روشن می‌شود که ۲۷ درصد از واریانس استفاده از نخ دندان بیماران از طریق خودکارآمدی برای استفاده از نخ دندان، حساسیت درک شده و موانع ادراکی استفاده از نخ تعیین می‌شود. همچنین ضرایب β و میزان t، بیانگر وجود رابطه منفی موانع ادراکی به کارگیری نخ دندان با استفاده از نخ دندان و وجود رابطه مثبت بین خودکارآمدی و حساسیت درک شده با نخ دندان کشیدن است (جدول ۴).

به منظور بررسی تاثیرات مستقیم و غیر مستقیم عوامل خودکارآمدی در استفاده از نخ دندان، حساسیت درک شده و موانع ادراکی استفاده از نخ دندان بر رفتار بهداشتی نخ دندان از تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج نشان داد خودکارآمدی برای استفاده از نخ دندان، حساسیت درک شده و موانع ادراکی استفاده از نخ بر رفتار بهداشتی به کار گرفتن نخ دندان، اثر مستقیم دارد. عامل موانع ادراکی استفاده از نخ دندان تنها متغیری است که از طریق خودکارآمدی، اثر غیرمستقیم بر رفتار بهداشتی به کارگیری نخ دندان دارد (شکل ۱).



شکل شماره (۱): تحلیل مسیر عوامل مؤثر بر رفتار بهداشتی استفاده از نخ دندان

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش روشن می‌شود از بین مولفه‌های مدل اعتقاد بهداشتی تنها موانع ادراکی، تبیین کننده رفتار مسواک زدن است و این مدل تنها ۲۳ درصد رفتار بهداشتی مسواک زدن را تبیین می‌کند. پس این داده‌ها حمایت بسیار محدودی از مدل اعتقاد بهداشتی برای تبیین رفتار بهداشتی مسواک زدن دارد و همچنین یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که خودکارآمدی به عنوان یک مولفه از مدل شناختی اجتماعی نیز نقشی در این رفتار بهداشتی ندارد.

نتایج دیگر این پژوهش نشان داد خودکارآمدی برای استفاده از نخ دندان، حساسیت درک شده و موانع ادراکی استفاده از نخ، سه عامل پیش بینی کننده رفتار بهداشتی استفاده از نخ دندان است. به عبارت دیگر بیمارانی که به توانایی بهره گیری از نخ دندان از طرف خود اطمینان دارند و از طرف دیگر، آن‌هایی که که معتقدند در صورت عدم مراعات بهداشت دهان دندان دچار خونریزی لثه، پوسیدگی دندان شده و دهانشان بد شکل خواهد شد و بالاخره آن‌هایی که موانعی مانند درد آور بودن، شکستن دندان‌ها، خونریزی لثه را به هنگام نخ کشیدن به دندان‌ها را کم‌تر تصور می‌کنند، رفتار بهداشتی نخ کشیدن دندان را بیشتر انجام

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش خودکارآمدی و عوامل مربوط به مدل اعتقاد بهداشتی بر بهداشت دهان و دندان انجام گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد در زمینه رفتار بهداشتی مسواک زدن در بین عوامل مختلف مدل اعتقاد بهداشتی، تنها موانع ادراکی پیش بینی کننده این رفتار بود. خودکارآمدی در استفاده از مسواک، در رفتار بهداشتی مسواک زدن نقش پیش بینی کننده نداشته است. به عبارت دیگر بیمارانی که درد آور بودن، شکستن دندان‌ها، خونریزی لثه را به هنگام مسواک زدن تصور می‌کنند و یا بیمارانی که گران بودن خمیر دندان، یا بدمزه بودن آن را احساس می‌کنند و یا بیمارانی که احساس خستگی می‌کنند، این موانع ادراکی بیمار را موجب بازداری رفتار بهداشتی مسواک زدن می‌شود. یافته‌های این پژوهش مبنی بر ارتباط موانع درک شده با رفتار بهداشتی مسواک زدن با یافته‌های پژوهش‌های مختلف مانند بارکر، ناکازو، بوگولار و همکاران، صلیحی، زمانی، مظلومی محمودآباد و روحانی تنکابنی همسو است (۲۰-۱۷، ۱۱، ۵). اما نتایج پژوهش کهنر و راتزاک با یافته‌های این پژوهش همسویی ندارد (۲۱).

می‌دهند. همچنین نتایج تحلیل مسیر نیز نشان داد که موانع ادراکی علاوه از تأثیر مستقیم بر رفتار بهداشتی نخ دندان از طریق غیر مستقیم یعنی تأثیر منفی بر خودکارآمدی نیز با رفتار بهداشتی نخ دندان اثر گذار است به عبارت دیگر هنگامی که بیماران موانعی را برای انجام رفتار بهداشتی نخ دندان ادراک می‌کنند این موانع ادراکی بر خودکارآمدی آن‌ها تأثیر گذاشته و از این طریق نیز رفتار نخ دندان تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

مطالعه مروتی و مهری شریف آباد نیز با عنوان عوامل موثر بر بهداشت دهان و دندان در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار نشان داد که متغیرهای خودکارآمدی، تأثیر گذارنده‌های بین فردی، احساس مثبت مرتبط با رفتار، موانع و تعهد به طرح در مجموع ۲۹ درصد واریانس رفتارهای بهداشتی دهان و دندان را توضیح می‌دادند که اثر مستقیم خودکارآمدی ($\beta = 0/252$) بیش از سایر متغیرها بود. یافته‌های پژوهشی اسکوازر و همکاران (۱۲)، بوگولار و همکاران (۱۱)، پادولا و سولیوان (۲۳)، یاراجسکی و همکاران (۲۳) نیز در تأیید پژوهش حاضر است.

پس این داده‌ها حمایت کننده آن است که مدل اعتقاد بهداشتی به همراه مدل شناختی اجتماعی تبیین کننده مناسبی برای رفتار بهداشتی نخ کشیدن دندان‌ها است. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت خودکارآمدی مهم‌ترین پیش بینی کننده رفتار بهداشتی نخ کشیدن دندان‌ها است. این یافته به این معنا است که تصمیم برای انجام رفتار بهداشتی نخ کشیدن در مرحله اول تحت تأثیر این است که آیا افراد تصور می‌کنند که می‌توانند آن را با موفقیت انجام دهند یا نه. به نظر می‌رسد افراد زمانی برای انجام چنین رفتارهای بهداشتی بر انگیزه می‌شوند که احساس کنند بر رفتار بهداشتی کنترل دارند. یک تبیین برای این یافته می‌تواند این باشد که افراد با سطح بالای خودکارآمدی، شایستگی و اعتماد بالای برای انجام و اجرای رفتارهای بهداشتی مانند مسواک کردن و نخ کشیدن دارند.

جنبه‌های کاربردی پژوهش حاضر این است که وقتی افراد موانع مختلفی مانند کمبود وقت، احساس بد از انجام رفتار و یا گران بودن آن را ادراک کنند و همچنین ادراک ضعیفی مبنی بر این داشته باشد که مسواک زدن و استفاده از نخ دندان موجب خونریزی لثه‌ها و یا خالی شدن دندان‌های پر شده می‌شود، در این صورت احتمال انجام رفتار مسواک کردن و نخ دندان کاهش می‌یابد. پس می‌توان با آموزش‌های مناسب بهداشتی این موانع ادراکی را بر طرف نمود. از آنجا که یکی از موانع عمده بیماران کمبود وقت آن‌ها برای مسواک زدن و نخ کشیدن است. یکی از راهکارهای مناسب، آموزش مدیریت زمان، روش‌های برنامه ریزی و مهارت‌های زندگی است.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر خودکارآمدی بر استفاده از رفتار بهداشتی استفاده از نخ دندان می‌توان گفت آموزش‌های بهداشت دهان و دندان مخصوصاً رفتار بهداشتی نخ دندان باید به گونه‌ای صورت گیرد که از یک طرف فراگیران با استفاده سرمشق‌ها و مدل‌ها (تجارب جانشین) و تجارب موفق مستقیم به این باور برسند که آن‌ها توانایی انجام این فعالیت را دارند (انتظار کارآمدی) و از طرف دیگر آموزش‌ها و تبلیغات انجام یافته به گونه‌ای باشد که آنها به این باور شناختی برسند که با استفاده از نخ دندان سلامت دندان‌های خود را حفظ خواهند نمود (انتظار پیامد).

محدودیت پژوهش حاضر در این است که نتایج این پژوهش از بیماران بزرگسال مراجعه کننده به مطب‌های خصوصی شهر تبریز به دست آمده است لذا قابل تعمیم به همه بیماران مخصوصاً به بیماران مراکز بهداشتی دهان و دندان عمومی نیست. لذا بهتر است پژوهش‌های آینده در بیماران مراجعه کننده به مراکز دولتی نیز صورت گیرد تا نتایج قابل تعمیمی به دست آید. محدودیت دیگر این پژوهش استفاده از ابزار خودگزارش دهی برای گردآوری اطلاعات است. پژوهشگران آینده می‌توانند از معاینات کلینیکی

تقدیر و تشکر

در پایان از جناب آقای دکتر ابراهیم رحیمی جراح و دندانپزشک به خاطر مساعدت در جمع آوری اطلاعات از مطب‌های خصوصی تشکر و قدردانی می‌شود.

کامل مانند اندازه گیری پلاک دندان و یا نمونه‌های نخ باقیمانده برای اندازه گیری رفتار مسواک کردن و یا نخ کشیدن استفاده نمایند.

References:

1. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010: understanding and improving health. Washington (DC): U.S. Government Printing Office (GPO); 2000.
2. Zarchi M, Talebani AM. Oral health knowledge, attitudes and behavior of highschool students in Yazd (Dissertation). Yazd: Shahid Sadoghi University of Medical Sciences; 1999. (Persian)
3. Soleimani SY. Survey the rate of K. AP in private clinics in Orumia about oral hygiene instructions. J Dent Tehran Univ Med Sci 1999; 12: 33- 40. (Persian)
4. Amini K, Amini A, Madani H, Poormeamari MH, Fallah R. The study of styles of oral self-care in Zanjan high school students. J Med Sci Zanjan Univ 2006; 54: 47-55. (Persian)
5. Solhi M, Shojaee Zadeh D, Seraj B, Faghih Z. Application of HBM in oral health education. Toloo-e- Behdasht 2003; 2: 99. (Persian)
6. Ashrafizadeh S, Soori H, Ashrafizadeh M. Appraisal of DMET in school children of Ahvaz. J Sci Med Ahvaz 2002; 34: 60-6. (Persian)
7. Petersen PE, Hoerup N, Poomviset N, Prommajan J, Watanapa A. Oral health status and oral health behavior of urban and rural schoolchildren in Southern Thailan. Int Dent J 2001; 51: 95-102.
8. Jamieson LM, Bailie RS, Beneforti M, Koster CR, Spencer AJ. Dental self-care and dietary characteristics of remote-living indigenous children. Rem Health 2006; 6: 50-3.
9. Torabi M, Karimi Afshar SA, Sheyghzadeh A, Karimi Afshar M. Appraisal of DMET in Kerman adults aged 35 to 44. J Dent Isfahan 2009; 2: 93-8.
10. Khader YS. Factors associated with periodontal diseases in Jordan: principal component and factor analysis approach. J Oral Sci 2006; 48: 77-84.
11. Buglar M, White K, Robinson N. The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: Testing an extended Health Belief Model. Pat Educ Couns 2010; 78: 269-72.
12. Schwarzer R, Schulz B, Ziegelmann J, Lippke S. Adoption and maintenance of four health behaviors: theory-guided longitudinal studies on dental flossing, seat belt use, dietary behavior, and physical activity. Ann Behav Med 2007; 33: 156-66.
13. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Educ Behav 2004; 31: 143-64.
14. Skaret K, Kvale G, Raadal M. General self-efficacy, dental anxiety and multiple fears among 20-year-olds in Norway. Scand J Psychol 2003; 44, 331-7.
15. Stewart JE, Strack S, Graves P. Development of oral hygiene self-efficacy and outcome expectancy questionnaires. Commun Dent Oral Epidemiol 1997; 25: 337-42.
16. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Dec Proc 1991; 50: 277-9.
17. Barker T. Role of health belief in patient compliance with preventive dental advice. Commun Dent Oral Epidemiol 1994; 22: 327-30.

18. Nakazono TT, Davidson PL, Andersen RM. Oral health beliefs in diverse population. *Adv Dent Res* 1997; 11: 235-44.
19. Zamani Alavijeh F. HBM trail in controlling tooth plaque in Araki primary school students in 2003-2004. *Tabib Shargh* 2005; 4: 9. (Persian)
20. Mazlumi MS, Ruhani TN. The study of factors related to oral self-care with Health Belief Model in Yazds' high school students. *J Med Sci Birjand Univ* 1999; 3: 40-8. (Persian)
21. Kuhner MK, Raetzke PB. The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. *J Periodontal* 1989; 60: 51-6.
22. Mehry A, Sharifabadi MA. The study of effective factors on oral hygiene in Sabzvar Azad University students. *J Dent Tehran Univ Med Sci* 2009; 22: 81-7.
23. Padula CA, Sullivan M. Long- term married couples' decision-making. *Gerontological Nurs* 2006; 32: 37-48.
24. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Cannella BL. A meta-analysis of predictors of positive health practices. *Nurs Scholarsh* 2004; 36: 102-8.