

بررسی وضعیت نگرش نسبت به مسواک زدن و روایی پرسشنامه آن بر اساس خودکارآمدی مسواک زدن در نوجوانان ۱۵-۱۳ ساله شهر اصفهان

ایمانه عسگری^{۱*}، مینا طباطبائی فخار^۲

^۱ استادیار گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات مواد دندانی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ دندانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ ارائه مقاله: ۹۷/۴/۶ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۷/۱۰

Attitude toward Tooth Brushing and the Validity of the Questionnaire Based on Self-efficacy in Brushing in the 13-15 Years Adolescents in Isfahan, Iran

Imaneh Asgari^{1*}, Mina Tabatabaei Fakhar²

¹ Assistant Professor, Department of Oral Public Health, Dental Material Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² Dentist, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Received: 27 June 2018; Accepted: 2 October 2018

Introduction: Although oral health behaviors are associated with the personal attitude of individuals, proper behaviors through instilling positive attitudes should be discussed. Self-efficacy in tooth brushing is an effective predictor of oral health behaviors. The present study aimed to describe the attitude toward tooth brushing among the adolescent students in Isfahan and investigate the association between the attitudes and self-efficacy in brushing.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 400 students aged 13-15 years in the public schools of Isfahan, Iran. The participants were selected via random two-stage stratified sampling. Data were collected using the questionnaire of brushing (40 items) and self-efficacy brushing tool (six items), and the two constructs were measured within the score ranges of 0-160 and 6-24, respectively. After extracting the descriptive findings, attitude and its domains and the association with self-efficacy in tooth brushing were analyzed using Mann-Whitney U test and Spearman's correlation-coefficient.

Results: In total, 381 questionnaires were completed, and the mean age of the students was 14.2 years. In addition, the gender ratio was the same. The mean score of attitude was 76 ± 13.3 . Total score of attitude ($P=0.021$) and score of the responsibility domain ($P=0.008$) were significantly higher in girls compared to boys. The mean score of self-efficacy was 15.9 ± 4.3 , and the total score of attitude had no significant correlation with self-efficacy. However, significant associations were observed between the values, emotions, and accountability domains. Moreover, the scores of attitude ($P=0.01$) and self-efficacy ($P=0.001$) were significantly correlated with the frequency of tooth brushing.

Conclusion: According to the results, the overall status of the attitudes toward tooth brushing was at an average level. Although the questionnaire of attitude showed a significant correlation with self-reported tooth brushing habits, the criterion validity was not confirmed based on self-efficacy. Moreover, gender was observed to affect the attitude toward tooth brushing, while it had no effect on self-efficacy.

Key words: Attitude, Questionnaire, Adolescents, Tooth Brushing, Criterion Validity, Self-efficacy.

Corresponding Author: asgari_i@dent.mui.ac.ir

J Mash Dent Sch 2019; 42(4): 329-39.

چکیده

مقدمه: با اینکه رفتار بهداشتی دهان و دندان با نگرش مرتبط است، رفتار مثبت در پی نگرش مثبت قابل بحث است. خودکارآمدی مسواک زدن، ابزار پیش بینی کننده مناسبی برای رفتار بهداشتی محسوب می شود. هدف این مطالعه بررسی توصیفی نگرش نسبت به مسواک زدن در نوجوانان اصفهان و ارتباط آن با خودکارآمدی مسواک زدن و عادت آن بود.

* مولف مسؤل، نشانی: اصفهان، هزارجریب، دانشکده دندانپزشکی، گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، تلفن: ۰۹۱۳۳۱۰۸۳۷۴

مواد و روش ها: مطالعه از نوع مقطعی-تحلیلی و روی ۴۰۰ دانش آموز ۱۵-۱۳ ساله مدارس دولتی شهر اصفهان صورت گرفت. نمونه گیری تصادفی دومرحله‌ای طبقه بندی شده انجام شد. با استفاده از پرسشنامه‌های روا شده ۴۰ گزاره‌ای نگرش نسبت به مسواک زدن و ۶ گزاره‌ای خودکارآمدی مسواک زدن، این دو سازه به ترتیب با طیف ۰ تا ۱۶۰ و ۶ تا ۲۴ سنجیده شد. پس از استخراج یافته‌های توصیفی وضعیت نگرش و حیطه‌های آن، ارتباط آن با خودکارآمدی افراد در زمینه مسواک زدن توسط آزمون‌های آماری من ویتنی و همبستگی اسپیرمن بررسی شد.

یافته ها: در مجموع ۳۸۱ پرسشنامه کامل شده، در دانش آموزان با میانگین سنی $14/2 \pm 0/3$ سال و نسبت جنسیتی برابر مورد مطالعه قرار گرفت. میانگین نمره کل نگرش در جمعیت مورد مطالعه $76 \pm 13/3$ بود. نمره کل نگرش ($P=0/021$) و حیطه مسئولیت‌پذیری ($P=0/008$) در دختران بیشتر بود. میانگین نمره خودکارآمدی $15/9 \pm 4/3$ بوده و نمره کل نگرش با خودکارآمدی ارتباط معنی‌داری نشان داد، اما حیطه‌های ارزش ها، احساسات و مسئولیت‌پذیری ارتباط معنی‌داری داشتند. ارتباط نگرش ($P=0/01$) و خودکارآمدی ($P=0/001$) با دفعات مسواک زدن معنادار بود.

نتیجه گیری: وضعیت کلی نگرش به مسواک در جمعیت مورد مطالعه متوسط ارزیابی شد. با وجودی که پرسشنامه نگرش به مسواک زدن با خود گزارشی مسواک زدن ارتباط معنی‌دار نشان داد. اما براساس خودکارآمدی مسواک زدن در جمعیت حاضر روایی معیاری نداشت. جنسیت در نمره نگرش نسبت به مسواک زدن موثر و در خودکارآمدی بی تاثیر بود.

کلمات کلیدی: نگرش، پرسشنامه، نوجوانان، مسواک زدن، روایی معیاری، خودکارآمدی.
مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۷ دوره ۴۲ / شماره ۴ : ۳۹-۳۲۹.

مقدمه

بود. مطالعه‌ی Piperakis و همکاران^(۵) نشانگر ارتباط معنی‌داری بین آگاهی، نگرش و رفتار بهداشتی در سلامت دهان بود.

در کنار سنجش وضعیت خود مراقبتی سلامت دهان بر اساس گفته‌ی افراد، سازه‌ی خودکارآمدی به قلمرو دندانپزشکی وارد شده است. در زمینه بهداشتی، خودکارآمدی شامل تمامی فعالیت‌ها و تصمیم‌گیری‌هایی است که فرد در ارتباط با پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری یا کنترل آن بر عهده می‌گیرد. بر اساس مدل تغییر رفتار تئوری رفتار برنامه ریزی شده، قصد رفتار مسواک زدن به عنوان تابعی از نگرش نسبت به عمل مسواک، توانایی ادراک شده افراد بر انجام عمل (خودکارآمدی مسواک) و هنجارهای ذهنی فرد نسبت به رفتار مسواک که بر اساس انتظارات و نظرات دوستان، آشنایان و پزشک ایجاد می‌شود شکل گرفته و منجر به رفتار مطلوب می‌گردد.^(۶) در حال حاضر خودکارآمدی برای دامنه وسیعی از رفتارهای مرتبط با سلامت و بهداشت به کار برده می‌شود و در حوزه‌ی سلامت دهان و دندان به عنوان

دهان سالم شخص را قادر به خوردن، حرف زدن، برقراری ارتباط بهتر و اجتماعی شدن می‌کند.^(۱) مراقبت فردی دهان، با تأکید بر مسئولیت شخص در قبال سلامت دهان و دندان، پایه و اساس پیشگیری یا توقف پوسیدگی و بیماری‌های پرئودنتال محسوب می‌شود. مجموعه رفتارهای فرد شامل استفاده منظم از مسواک و نخ دندان، استفاده از فلوراید و سایر مواد شیمیایی مناسب، رژیم غذایی مناسب و چک کردن وضعیت دهان توسط دندانپزشک، مراقبت فردی دهان و دندان تعریف می‌شود.^(۲) رفتارهای بهداشتی دهان، منعکس‌کننده نگرش فرد راجع به سلامت دهان و دندان است و نگرش تحت تأثیر عوامل گوناگون فردی و اجتماعی است. براساس مطالعه‌ی Astrom^(۳)، تغییر نگرش نسبت به اهمیت مسواک زدن و مصرف مواد قندی می‌تواند منجر به بهبود بهداشت دهان و دندان شود. در مطالعه Smyth و همکاران^(۴) رفتار بهداشتی دهان و دندان در نوجوانان با نگرش آنها قابل توصیف بوده و نگرش مثبت باعث ایجاد رفتار مثبت شده

عسگری و عسگرانی^(۱۵) پرسشنامه اختصاصی نگرش نسبت به رفتارهای مراقبت دهان را در گروه سنی ۱۳ تا ۱۸ ساله‌ها ابداع و از لحاظ روایی صوری، محتوایی و سازه در یک نمونه ۲۰۰ نفری اعتبارسنجی نمودند.

در مطالعه حاضر، ضمن بررسی توصیفی وضعیت نگرش به رفتار بهداشت دهان در مقیاس بزرگتر که قابلیت تعمیم‌پذیری بهتری دارا باشد، وضعیت خود کارآمدی مسواک زدن نیز در این گروه مورد سنجش قرار گرفته است. همچنین طی این مطالعه، روایی معیاری همزمان پرسشنامه‌ی حاضر بر اساس خود کارآمدی مسواک زدن و وضعیت عادت مسواک در نوجوانان گروه هدف بر اساس همبستگی دو متغیر و انعکاس رفتار واقعی فرد در پرسشنامه خود کارآمدی بهداشت دهان مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی توصیفی-تحلیلی و در چهارچوب جمعیتی دانش آموزان دوره اول متوسطه در طیف سنی ۱۳-۱۵ سال در مدارس دولتی شهر اصفهان انجام شده است. پس از اخذ کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره ۳۹۵۵۷۹ و مجوز از معاونت پژوهش سازمان آموزش و پرورش استان، نمونه‌گیری تصادفی به روش دومرحله‌ای طبقه بندی شده از مدارس پنج ناحیه‌ی شهر اصفهان، انجام شد. با احتساب انحراف معیار ۱۵ در نمره نگرش در مطالعه قبلی^(۱۵)، ضریب اطمینان ۹۵ درصد و حداقل اختلاف ۱/۸ و Design effect معادل ۱/۵، تعداد ۴۰۰ نفر به این صورت انتخاب شدند که پس از تأیید و طی مراحل قانونی، از لیست مدارس موجود در آموزش و پرورش کل استان اصفهان، ۱۰ مدرسه، ۵ دبیرستان دوره اول دخترانه و ۵ مورد پسرانه و از هر مدرسه ۴۰ نفر از

خودکارآمدی مراقبت دهان (Oral health self-efficacy) اشاره شده و نشان دهنده مسئولیت بیمار برای رعایت بهداشت دهان و دندان شخصی است.^(۷)

در مطالعه‌ی مرور نظام مند Scheerman و همکاران^(۸) خودکارآمدی با ضریب همبستگی وزنی معنی‌دار یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اجتماعی روانی برای کل رفتارهای مراقبت بهداشتی و نیز مسواک زدن در افراد گروه سنی ۹-۱۹ سال به دست آمد. Syrjala و همکاران^(۹) نشان دادند، خودکارآمدی بهداشت دهان و دندان دارای نقش قطعی در رفتارهای مراقبتی سلامت دهان و دندان در بیماران دیابتی است. همچنین سلطانی و همکارانش^(۱۰) گزارش کردند خودکارآمدی و آگاهی مادران قویترین پیشگویی‌کننده برای مراقبت‌های بهداشت دهان کودکان است. Buglar و همکاران^(۱۱) نشان دادند، خودکارآمدی پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتار بهداشتی مسواک زدن مراجعان به کلینیک‌های دندانپزشکی است. در مطالعه‌ی Syrjala^(۱۲)، منابعی که باعث خودکارآمدی بالا یا عدم آن می‌شوند شامل ابعاد شناختی تجربی حمایتی و احساسی زندگی یک فرد و همچنین ارزش‌ها و اعتقادات فرد نشان داده شد. Skaret و همکاران^(۱۳) در مطالعه خود در جمعیت ۲۰ ساله‌ها، ارتباط خودکارآمدی با ترس از دندانپزشکی و به دنبال آن اجتناب از مراجعه جهت درمان را مورد بررسی قرار دادند و خودکارآمدی پایین را به عنوان یکی از پیشگویی‌کننده‌های مقیاس ترس استاندارد به دست آوردند. Woelber و همکاران^(۱۴) همبستگی معنی‌داری بین نمرات بالا در خودکارآمدی و درجات پایین خونریزی از لثه نشان دادند. مطالعه‌ی حائریان اردکانی و همکاران^(۷) نشان داد، خودکارآمدی مسواک و نخ دندان زدن به همراه شاخص سواد سلامت پیشگویی‌کننده‌ی مناسبی برای سلامت دهان خود گزارشی دانشجویان محسوب می‌شود.

(سوالات ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۹، ۸، ۴، ۲، ۱) و تاثیر والدین و اجتماع (سوالات ۳۸، ۳۶، ۳۵، ۳۲، ۳۱، ۲۹، ۲۷، ۲۴، ۱۸) بود. هر گزاره با مقیاس لیکرت (۰ تا ۴) نمره گذاری شد. لذا نمرات کل نگرش، نمره‌ای بین ۰ تا ۱۶۰ را شامل شد. پرسشنامه خودکارآمدی مسواک شامل ۶ پرسش با موقعیت‌های مختلف (کاملاً مطمئنم انجام نمی‌دهم: ۱ تا کاملاً مطمئنم انجام می‌دهم: ۴) بود که هر فرد نمره‌ای بین ۶ تا ۲۴ را به خود اختصاص می‌داد. به علاوه در یک پرسش، عادت دفعات مسواک زدن در فرد با مقیاس هرگز، معادل نمره ۱ تا روزی دو مرتبه، معادل نمره ۴ از نوجوان پرسیده می‌شد.

بر اساس نتیجه آزمون نرمالیته کولموگروف اسمیرنف، توزیع دو متغیر نگرش و خودکارآمدی در این جمعیت نرمال نبود، لذا تحلیل آماری با آزمون من - ویتنی و کروسکال والیس برای بررسی ارتباط دو متغیر جنس و محل تحصیل به عنوان یک شاخص سطح اجتماعی با نمرات نگرش و خودکارآمدی انجام شد. ارتباط این دو متغیر با دفعات مسواک زدن افراد نیز با آزمون کای-دو آزمون شد. پس از توصیف هریک از سازه‌های نگرش و خودکارآمدی در جمعیت توسط شاخص‌های فراوانی و مرکزی، ارتباط نمرات دو متغیر نگرش با خودکارآمدی و عادت مسواک با آزمون همبستگی اسپیرمن و نیز مقایسه بین گروه‌های آزمون بررسی گشت.

یافته‌ها

در کل ۴۰۰ دانش آموز ۱۳ تا ۱۵ ساله مورد بررسی، پرسشنامه‌های قابل ارزیابی به ۳۸۱ نمونه رسید (ضریب پاسخ‌دهی کامل: ۹۵ درصد)، که از این تعداد، ۱۹۲ نفر (۵۰/۴ درصد) پسر بودند.

نمره کل نگرش نسبت به مسواک زدن در این جمعیت با طیف نمره ۲۶ تا ۱۱۱ و دارای میانگین و انحراف معیار

کلاس‌های هفتم و هشتم و نهم به طور تصادفی وارد مطالعه شدند. معیار عدم ورود از مطالعه عدم همکاری و عدم تمایل دانش آموزان به شرکت در مطالعه بود. همچنین پس از جمع آوری داده‌ها، پرسشنامه‌هایی که سفید تحویل داده شده بود، یا بیش از یک چهارم از سوالات بدون پاسخ بود یا غالب سوالات را با "نظری ندارم" پاسخ گفته بودند، مخدوش در نظر گرفته و حذف شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات در این مطالعه برای ارزیابی نگرش نسبت به مسواک زدن، پرسشنامه‌ی سنجش نگرش نسبت به رفتارهای خود مراقبتی ابداع و رواشده توسط عسگری و عسگرانی^(۱۵) بود. به منظور سنجش خودکارآمدی مسواک زدن از پرسشنامه‌ای که اولین بار در سال ۱۹۹۹ توسط Syrjala و همکاران^(۹) برای بیماران دیابتی طراحی و توسط Woelber و همکاران^(۱۴) تغییر مختصر یافته بود، استفاده گردید. بخش مسواک این پرسشنامه مشتمل بر سه بخش مسواک زدن، نخ دندان و ملاقات دندانپزشک و شامل ۶ پرسش با محتواهای مسواک زدن در زمان خستگی، قبل از رفتن به دندانپزشکی، در تعطیلات، با داشتن مشغله کاری، در زمان سردرد و زمان بیماری بود؛ که پس از ترجمه در اختیار ۶ نفر از متخصصان رشته سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی قرار گرفت و از لحاظ صوری و معادل سازی واژگان اصلاح و رواسازی شد. همچنین علاوه بر نظر خواهی کیفی، روایی محتوایی آن با شاخص CVI برای هر آیت‌م و کل مقیاس سنجیده شد.

پرسشنامه نگرش نسبت به مسواک، شامل ۴۰ سوال و در برگیرنده زیر حیطه‌های ارزش‌های ظاهری و عملکردی (سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۰، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۹، ۴۰)، احساسات (سوالات ۱۱، ۱۴، ۱۹، ۳، ۵، ۶، ۷)، مسئولیت‌پذیری

با ۳/۱۴ به حیطة ارزش‌ها و پایین‌ترین نمره معادل ۰/۹ به زیرحیطة مسئولیت‌پذیری اختصاص یافت. در جدول ۱، وضعیت پاسخ‌های نوجوانان به تفصیل آمده است. نمره کل نگرش ($P=۰/۰۲۱$) و حیطة مسئولیت‌پذیری ($P=۰/۰۰۸$) به طور معنی‌داری در دختران بیشتر بود. طبق نتایج آزمون کروسکال والیس، تفاوت معنی‌داری در میانگین نمره نگرش به مسواک بر اساس نواحی مختلف آموزش و پرورش و مدارس مختلف مشاهده نشد. نتایج روایی سنجی ابزار سنجش خودکارآمدی مسواک زدن با سؤال "چقدر اطمینان دارید که در هریک از موقعیت‌های زیر مسواک می‌زنید؟" بر اساس شاخص روایی محتوایی در جدول ۲ آمده است. بر این اساس روایی این پرسشنامه فارسی (S-CVI) ۱۰۰ درصد (یک) به دست آمد.

به دست آمد. بر اساس مطالعه پیشین ۵ زیرحیطة برای پرسشنامه تعریف شده بود. اما به دلیل متوسط بودن برازندگی مدل، با داده‌های این طرح نیز تحلیل عاملی اکتشافی مجدداً اعمال شد. در این مدل ۱۲ نقطه با مقدار ایگن بالاتر از ۱ مجموعاً ۶۰ درصد واریانس سازه را تبیین نمودند. مقدار KMO ۰/۷۶۷ و آزمون بارتلت معنی‌دار ($P=۰/۰۰۰۱$) بود. تحلیل عاملی با قید ۵ عامل انجام شد و نهایتاً سؤالات یکی از عوامل به دلیل حجم اندک (۳ گزاره) در عامل دیگر ادغام و با عنوان کلی تری مطرح شد. البته این عوامل تنها ۳۷ درصد واریانس را تبیین می‌کردند. به این ترتیب، پرسشنامه نگرش در عامل‌های "ارزش‌ها (ظاهری و عملکردی)، احساسات، مسئولیت‌پذیری، تاثیر والدین و اجتماع" قابل حیطة بندی شد. بالاترین میانگین وزنی نمره حیطة‌ها برابر

جدول ۱: حیطة بندی و محتوای پرسشنامه نگرش و بارهای عاملی پرسش‌ها و میانگین (انحراف معیار) نمرات گزینه‌ها و زیر حیطة‌ها

حیطة	شماره پرسش	محتوای پرسش	بارهای عاملی پرسش‌ها در حیطة‌ها بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی	Mean±SD میانگین وزنی پرسش‌ها	میانگین نمره حیطة‌ها
ارزش‌ها	۲۰	زردی ظاهر	۰/۳۴	۲/۱±۱/۵	۰/۵۵±۳/۱۴
	۲۱	ترس از هزینه‌ها	۰/۵۴	۲/۷±۱/۳	
	۲۲	اعتماد به نفس	۰/۳۹	۳/۶±۲/۳	
	۲۳	بوی بد دهان	۰/۶۵	۳/۵±۰/۹	
	۲۵	ترس از بی‌دندانی	۰/۶۸	۳/۳±۱	
	۲۶	ترس از پیشرفت پوسیدگی	۰/۶۱	۳/۲±۱	
	۲۸	بهداشت عمومی	۰/۴۶	۳/۶±۰/۸۳	
	۳۰	مسواک زدن حتی در خستگی	۰/۶۷	۲/۶±۱/۳	
	۳۳	ظاهر تمیز	۰/۶۹	۳/۵±۰/۹	
	۳۴	احساس طراوت	۰/۷۲	۳/۵±۰/۹	
	۳۷	تمیزی در محیط اجتماعی	۰/۶۷	۳/۱±۱/۲	
	۳۹	ناتوانی در غذا خوردن	۰/۴۶	۲/۸±۱/۱۴	
	۴۰	علاقه به دندان سفید	۰/۵۹	۳/۳۶±۱/۷۵	

۰/۷۵±۱/۱۱	۰/۳۶±۰/۸	۰/۳۹	اتکال به دندان پزشک	۳	احساسات
	۰/۸±۱/۱	۰/۶۷	نداشتن وقت	۵	
	۱/۴±۱/۴	۰/۷۸	فراموش کردن	۶	
	۲/۰۳±۱/۵	۰/۷۶	خستگی	۷	
	۰/۷±۱/۰۴	۰/۵۳	لجبازی	۱۱	
	۱/۷۵±۱/۳۵	۰/۴۲	ناخوشایندی خونریزی لثه	۱۴	
	۰/۷۳±۱/۱۲	۰/۳۱	فقط زمان درد	۱۹	
۰/۵۴±۰/۹	۱/۷۱±۱/۳	۰/۶۴	عدم فایده مسواک	۱	مسئولیت پذیری
	۱/۵±۱/۲	۰/۵۸	جنس بد دندان	۲	
	۰/۸±۱/۰۳	۰/۳۵	عدم نیاز بهداشت دندان پوسیده	۴	
	۱/۲۶±۱/۰۴	۰/۵۱	بها نه گیری	۸	
	۰/۷۱±۱	۰/۴۳	تکیه بر جنس دندان	۹	
	۰/۴۶±۰/۸	۰/۴۴	ژنتیک خوب	۱۰	
	۱/۱±۱/۲۵	۰/۳۸	عدم توجه والدین	۱۲	
	۰/۳۷±۰/۷۴	۰/۴۱	عدم آموزش مسواک صحیح	۱۳	
	۰/۶۵±۱	۰/۴۱	مضر بودن مسواک	۱۵	
	۰/۵۵±۱	۰/۴	طعم بد	۱۶	
	۰/۴۱±۲/۳۶	۰/۴۵	عدم کارآمدی	۱۷	
۰/۶۵±۲	۲/۲۴±۱/۳۳	۰/۴	تشویق والدین	۱۸	تاثیر والدین
	۲/۲±۱/۴	۰/۴۴	ترس از دندانپزشکی	۲۴	و اجتماع
	۱/۸۵±۱/۳۱	۰/۵	پیروی از خانواده	۲۷	
	۰/۸۴±۱/۱۴	۰/۶۲	اجبار والدین	۲۹	
	۲/۳±۱/۱	۰/۴۸	عملکرد عموم مردم	۳۱	
	۳±۱/۲	۰/۵	نظر مردم	۳۲	
	۱/۴±۱/۳	۰/۶	سرزنش والدین	۳۵	
	۱/۶±۱/۳	۰/۵۸	نیاز به تمجید	۳۶	
	۲/۴±۱/۲	۰/۴۳	ترس از درد	۳۸	

نمره خودکارآمدی مسواک زدن به تفکیک جنس (P=۰/۲۴) تفاوت معنی داری نداشته و نمرات خودکارآمدی مسواک زدن به تفکیک نواحی آموزش و پرورش (P=۰/۳۳) و مدارس (P=۰/۳۶) نیز تفاوت معنی داری نداشت.

نمره میانگین (انحراف معیار) و میانه پرسشنامه خودکارآمدی در این جمعیت ۱۵/۹ (۴/۳) و ۱۶ می باشد، مسواک زدن در تعطیلات و قبل از مراجعه به دندانپزشکی بالاترین نمرات و مسواک زدن در زمان خستگی و سردرد کمترین نمرات را به خود اختصاص داده بودند. میانگین

جدول ۲: روایی محتوایی پرسشنامه خودکارآمدی مسواک

سوال	CVI: نسبت افراد با پاسخ ۳ یا ۴ به کل در هر گزاره	نتیجه روایی ایتم
۱ عصر روزی که خسته هستید.	۱	مورد قبول
۲ وقتی در آینده‌ای نزدیک قصد رفتن به دندانپزشکی را دارید.	۰/۸۳	مورد قبول
۳ وقتی در تعطیلات هستید.	۱	مورد قبول
۴ وقتی کارهای زیادی برای انجام دادن دارید.	۱	مورد قبول
۵ وقتی دچار سردرد شده اید.	۱	مورد قبول
۶ وقتی احساس بیماری میکنید.	۱	مورد قبول

پرسشنامه نگرش نسبت به مسواک زدن با نمره خودکارآمدی مسواک زدن ارتباط معنی‌داری داشتند که این ارتباط در حیطه احساسات، نشان دهنده همبستگی متوسط میان افزایش نمره خودکارآمدی با کاهش احساس منفی به مسواک زدن بود. زیر حیطه‌ی تاثیر والدین و اجتماع و همینطور کل پرسشنامه نگرش با پرسشنامه خودکارآمدی ارتباط معنی‌داری نشان نداد.

وضعیت دفعات مسواک در این جمعیت در جدول ۳ آورده شده است. بیش از ۸۰ درصد نوجوانان مطالعه، یک بار یا بیشتر مسواک زدن در روز را که قابل قبول محسوب می‌شود، گزارش کردند. بر این اساس، جنسیت عامل معنی‌داری در وضعیت عادت مسواک بر اساس گزارش خود افراد نبوده است ($P=0/83$).
با توجه به جدول ۴، زیر حیطه‌های ارزش‌ها (با بار مثبت)، احساسات و مسئولیت‌پذیری (با بار منفی)

جدول ۳: توزیع فراوانی عادت مسواک زدن در دانش آموزان ۱۵-۱۳ ساله به تفکیک جنس

دفعات مسواک زدن	هرگز	هفته‌ای چند بار	روزی یک بار	روزی دو بار یا بیشتر
پسر (۱۹۲)	۱ (۰/۵)	۲۸ (۱۴/۶)	۹۷ (۵۰/۵)	۶۶ (۳۴/۴)
دختر (۱۸۹)	۲ (۱/۱)	۲۹ (۱۵/۳)	۱۰۰ (۵۲/۹)	۵۸ (۳۰/۷)
کل (۳۸۱)	۳ (۰/۸)	۵۷ (۱۵)	۱۹۷ (۵۱/۷)	۱۲۴ (۳۲/۵)

جدول ۴: ضریب همبستگی اسپیرمن بین نمره نگرش نسبت به مسواک زدن و زیر حیطه‌های آن با نمره خودکارآمدی مسواک زدن در دانش

آموزان ۱۵-۱۳ ساله

ارزش‌ها	احساسات	مسئولیت‌پذیری	تاثیر والدین و اجتماع	نگرش کل	خودکارآمدی
$r=0/28$	$r=-0/37$	$r=-0/15$	$r=0/076$	$r=-0/08$	
$P=0/0001$	$P=0/0001$	$P=0/0005$	$P=0/184$	$P=0/12$	

حیطه‌ها مشابهت زیادی داشت؛ در مطالعه حاضر بالاترین میانگین نمره نگرش به زیر حیطه ارزش‌های ظاهری و عملکردی اختصاص یافت. در مطالعه‌ی Tolvanen و همکاران^(۱۶) عامل سلامتی و زیبایی و در مطالعه Hattne و همکاران^(۱۷) بیشترین اهمیت در حیطه ارزش‌های فردی برای بهداشت دهان بود؛ اگرچه مطالعه پاک پور و همکاران^(۱۸)، والدین را در مسواک زدن موثر دانسته بود ولی در جمعیت مورد بررسی ما، تأثیر والدین و اجتماع چندان پررنگ نبود. شاید علت این تفاوت آن است که در مطالعه‌ی حاضر دقیقاً گزاره‌هایی با مفهوم تأثیر والدین بر نگرش نوجوان به مسواک زدن پرسیده شده بود ولی در مطالعه پاک پور با روش کیفی، بیشتر مفهوم عملکرد والدین و اثر آن در نگرش مدنظر بوده است. احساس استقلال طلبی در نوجوانان و علاقه به اظهار آن نیز می‌تواند پاسخ‌های آنها را متأثر کرده باشد.

نمره پرسشنامه نگرش نسبت به مسواک زدن که دارای طیف ممکن تا ۱۶۰ بود، در این مطالعه بین ۲۶ تا ۱۱۱ و میانگین ۷۶ به دست آمد. در حالی که این میزان در مطالعه قبلی در سال ۱۳۹۵ برابر با $12/1 \pm 112/13$ بوده است، که این مغایرت می‌تواند به دلیل تعداد نمونه‌ی کمتر و روش نمونه‌گیری آسان در طرح قبلی باشد. با این تفاسیر به نظر می‌رسد میانگین اعلام شده در مطالعه اخیر، با توجه به تعداد نمونه‌ی بالاتر و پراکندگی نمونه‌گیری از تمام نواحی با روش تصادفی دو مرحله‌ای، قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشد. مطالعه‌ی فلاحی نژاد و همکاران^(۱۹) بر روی دانش‌آموزان دوره راهنمایی زاهدان نشان داد ۱۷/۳ درصد دانش‌آموزان دارای نگرش مثبت نسبت به رعایت بهداشت دهان و دندان و ۴۵ درصد دارای نگرش متوسط بودند که با توجه به میانگین نمره نگرش

نتایج آزمون من ویتنی، اختلاف معنی‌داری در نمره نگرش ($P=0/001$) و نمره خودکارآمدی ($P=0/001$) بر اساس دو گروه با دفعات مسواک زدن مختلف (هرگز یا گاهی: نامطلوب، یک یا دو بار در روز: مطلوب) نشان داد. اختلاف میانگین نگرش بین این دو گروه، اگرچه از لحاظ آماری معنی‌دار بود ولی از نظر کلینیکی قابل ارزش به نظر نیامد. از سوی دیگر گروهی که دو بار در روز مسواک می‌زدند بالاترین میانگین نمره خودکارآمدی ($18/2$) و پس از آن به ترتیب عادت یکبار در روز و به ندرت میانگین $15/5$ و $12/4$ را داشتند.

بحث

در این تحقیق از ابزار پرسشنامه سنجش نگرش نسبت به رفتارهای خودمراقبتی بهداشت دهان و دندان، که توسط محقق طی مطالعه پیشین به طور اختصاصی برای گروه سنی نوجوان برای اولین بار در ایران تهیه و رواسازی گشته بود، استفاده شد. در این پژوهش علاوه بر توصیف وضعیت نگرش در نمونه‌ای معرف (Representative) از جمعیت هدف، روایی ملاکی پرسشنامه نگرش بر اساس دو متغیر معرف رفتار بهداشتی یعنی خودکارآمدی مسواک و خود گزارشی عادت مسواک مورد ارزیابی قرار گرفت. به دلیل اهمیت بارز و کلیدی رفتار مسواک زدن در بین کلیه رفتارهای خود مراقبتی دهان و نیز تمرکز عمده سؤالات پرسشنامه بر نگرش فرد به مسواک، عنوان پرسشنامه به صورت اختصار به "نگرش به مسواک زدن" تغییر یافت.

چهار زیر حیطه ارزش‌ها، احساسات، مسئولیت‌پذیری، تأثیر والدین و اجتماع که با آنالیز تحلیل عاملی اکتشافی روی پرسشنامه‌ی ۴۰ سوالی نگرش استخراج شد نیز در آنالیزها لحاظ شد. مطالعه‌ی حاضر با برخی از مطالعات نگرشی سلامت دهان از نظر نتایج در زیر

مطالعه جامع تری لازم است. در مطالعه Woelber و همکاران نیز کل نمره خودکارآمدی بهداشت دهان با تفاوت اندکی ولی معنی‌دار در خانم‌ها بهتر بود^(۱۴)، البته در این مطالعه با وجود شباهت ابزار، داده‌های توصیفی خودکارآمدی مسواک در جمعیت گزارش نشده بود. هدف ثانویه مطالعه اخیر بررسی روایی معیاری (ملاکی) ابزار پرسشنامه نگرش بوده است. منظور از روایی وابسته به معیار، مقایسه نمرات آزمون یا یک یا چند معیار می‌باشد و بدین ترتیب آزمون یا مقیاسی معتبر است که نمرات آن با معیارهای موردنظر همبستگی بیشتری دارد. معیار مورد نظر محقق، عادت رفتاری مسواک زدن در نوجوانان بر اساس دو ابزار سنجش خود گزارشی و خودکارآمدی مسواک بود که میان خودکارآمدی و نمرات نگرش همبستگی معنی‌داری به دست نیامد، اما زیرحیطه‌های نگرش در حیطه‌ی ارزش‌ها، احساسات و مسئولیت‌پذیری ارتباط معنی‌داری را نشان دادند که شاید دلیلی بر پراکندگی و ابعاد وسیع ابزار طراحی شده باشد. همچنین انتخاب پرسشنامه شش گزاره‌ای خودکارآمدی در نوجوانان برخی از ابعاد رفتاری را نادیده گرفته بود.

از سوی دیگر نتایج حاصل ارتباط معنی‌داری بین نمره نگرش و دفعات مسواک زدن خود گزارش شده نشان داد. این موضوع در بسیاری از مطالعات KAP^۱ با فرضیه ارتباط یا تاثیر نگرش در رفتار بهداشتی مسواک زدن مطرح شده است.^(۲۳ و ۲۱ و ۳) البته به دلیل تفاوت ماهیت دو موضوع نگرش و رفتار، شاید نتوان عنوان روایی ملاکی را به آن اطلاق کرد. از محدودیت‌های طرح‌های نوجوانان بایستی به جلب همکاری و اعتماد آنان در پاسخ‌دهی اشاره کرد. همچنین محیط حاکم بر کلاس‌های مدرسه و تکمیل فرم‌ها به طور دسته جمعی می‌تواند داده‌ها را

در مطالعه حاضر تاحدودی با نتایج جمعیت اصفهان مشابهت دارد.

در این جمعیت، با اینکه نمره کل نگرش و حیطه مسئولیت‌پذیری در دختران به طور معنی‌داری بیشتر به دست آمد، عادت مسواک زدن تفاوت معنی‌داری در دو جنس نداشت. Tada و Hanada^(۲۰) در جوانان ژاپنی، وضعیت رفتارهای بهداشتی را در خانم‌ها بهتر از مردان به دست آوردند، ولی نتایج مطالعه Al Subait و همکاران^(۲۱) در نوجوانان عربستان ارتباطی میان جنس و اهمیت سلامت دهان نشان نداد. میرزایی علویجه و همکاران^(۲۲) در کودکان سال آخر دبستان در یزد نگرش خوب به سلامت دهان را گزارش کردند که البته در پسران وضعیت بهتر بود. به نظر می‌رسد موضوع جنس به دلایل اختصاصات سنی و نیز اجتماعی و فرهنگی در ساختار جمعیت‌ها نمود متفاوتی داشته باشد.

در مبحث عدم مشاهده تفاوت در نگرش دانش آموزان بر اساس توزیع جغرافیایی مدارس که به عنوان شاخصی از وضعیت اقتصادی اجتماعی در نظر گرفته شده بود، همگن بودن نسبی دانش آموزان محصل در مدارس دولتی شهر اصفهان در حال حاضر و نبود مدارس غیر دولتی در چهارچوب جمعیتی مطالعه دلیل قانع کننده‌ای به نظر می‌رسد.

میانگین نمره پرسشنامه خودکارآمدی مسواک زدن در پژوهش حاضر در حد متوسط به دست آمد، خودکارآمدی مسواک در بیماران دندانپزشکی مورد مطالعه توسط Buglar و همکاران^(۱۱) با طیف واقعی ۱ تا ۵ و میانگین ۳/۸۸ گزارش شد و با وجود پیشگویی معنی‌دار خودکارآمدی از رفتارهای بهداشتی افراد، به طور مشابه، ارتباطی بین جنس و خودکارآمدی به دست نیامد، اما در مورد بررسی عوامل تأثیرگذار در خودکارآمدی افراد،

ارزش‌ها بود. جنس در نمره نگرش موثر و در نمره خودکارآمدی بی تاثیر بود و محل تحصیل با نتایج هیچ یک از نمرات نگرش و خودکارآمدی ارتباطی نشان نداد. پرسشنامه حاضر بر اساس خودگزارشی رفتار مسواک زدن روایی ملاکی داشت ولی براساس خودکارآمدی مسواک زدن روایی ملاکی نداشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای حرفه‌ای دوره عمومی دندانپزشکی می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و با حمایت معاونت پژوهشی دانشکده دندانپزشکی با شماره طرح ۳۹۵۵۷۹ انجام گرفت.

مخدوش سازد. یکی از مواردی که برای مطالعات آینده پیشنهاد می‌گردد، تهیه فرم کوتاه ابزار پس از اجرای مطالعات توصیفی وسیع بر اساس آنالیزهای تحلیل عاملی و مقایسه همبستگی دو ابزار یا روایی ملاکی همزمان در جمعیت هدف می‌باشد.

نتیجه‌گیری

بر اساس مطالعه حاضر، میانگین نمره نگرش نسبت به مسواک زدن در جمعیت دانش آموزان ۱۳ تا ۱۵ ساله مدارس دولتی شهر اصفهان در حد متوسط به دست آمد. کمترین نمره‌ی افراد در نگرش مربوط به زیر حیطه‌ی مسئولیت‌پذیری و بیشترین آن مربوط به زیر حیطه

منابع

1. Kwan SY, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Health-promoting schools: An opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ* 2005; 83(9): 677-85.
2. Harris O, Garcia-Godoy F, Nielsen N. Primary preventive dentistry. 8th ed. New York: Julie Levin Alexander; 2014. P. 28,138,165.
3. Åström AN. Changes in oral health related knowledge, attitudes and behaviours following school based oral health education and atraumatic restorative treatment in rural Tanzania. *Norsk Epidemiologi* 2012; 22(1): 21-30.
4. Smyth E, Caamaño F, Fernández-Riveiro P. Oral health knowledge, attitudes and practice in 12-year-old schoolchildren. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12(8): 614-20.
5. Piperakis SM, Kritsi A, Garagouni-Araiou F, Gialama X. A survey on the knowledge, attitude and behavior of Greek elementary school students about oral health and dental care. *Pediatr Dent J* 2008; 18(2): 167-75.
6. Adair P, Ashcroft A. Theory-based approaches to the planning and evaluation of oral health education programmes. In: Pine CBE, Harris R. *Community oral health*. 2nd ed. United Kingdom: Quintessence Publishing Co; 2007. P. 320-3.
7. Haerian Ardakani A, Morowatisharifabad M, Rezapour Y, Pourghayumi Ardakani A. Investigation of the relationship of oral health literacy and oral hygiene self-efficacy with self-reported oral and dental health in students. *Tollo-e-Behdasht* 2015; 13(5): 125-40. (Persian)
8. Scheerman JFM, van Loveren C, van Meijel B, Dusseldorp E, Wartewig E, Verrips GHW, et al. Psychosocial correlates of oral hygiene behaviour in people aged 9 to 19—a systematic review with meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol* 2016; 44: 331-41.
9. Syrjälä AM, Knecht MC, Knuutila ML. Dental self-efficacy as a determinant to oral health behaviour, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients. *J Clin Periodontol* 1999; 26(9): 616-21.
10. Soltani R, Eslami AA, Mahaki B, Alipoor M, Sharifirad Gh. Do maternal oral health-related self-efficacy and knowledge influence oral hygiene behavior of their children? *Int J Pediatr* 2016; 4(7): 2035-42.
11. Buglar ME, White KM, Robinson NG. The role of self-efficacy in dental patients brushing and flossing: testing an extended Health Belief Model. *Patient Educ Couns* 2010; 78(2): 269-72.
12. Syrjälä A-MH, Knuutila MLE, Syrjälä LK. Self-efficacy perceptions in oral health behavior. *Acta Odontol Scand* 2001; 59(1): 1-6.
13. Skaret E, Kvale G, Raadal M. General self-efficacy, dental anxiety and multiple fears among 20-year-olds in Norway. *Scand J Psychol* 2003; 44(4): 331-7.
14. Woelber JP, Bienas H, Fabry G, Silbernagel W, Giesler M, Tennert C, et al. Oral hygiene-related self-efficacy as a predictor of oral hygiene behaviour: a prospective cohort study. *J Clin Periodontol* 2015; 42(2): 142-9.

15. Asgari I, Asgarani S. Development and validation of "attitudes toward oral self-care" questionnaire among 13- to 18-year-old adolescents in Isfahan. *Journal of Mashhad Dental School* 2016; 40(4): 353-64. (Persian)
16. Tolvanen M, Lahti S, Miettunen J, Hausen H. Relationship between oral health-related knowledge, attitudes and behavior among 15-16-year-old adolescents- A structural equation modeling approach. *Acta Odontol Scand* 2012; 70(2): 169-76.
17. Hattne K, Folke S, Twetman S. Attitudes to oral health among adolescents with high caries risk. *Acta Odontol Scand* 2007; 65(4): 206-13.
18. Pakpour A, Hidarnia A, Hajizadeh E, Kumar S, Fridlund B. Why Iranian adolescents do not brush their teeth: a qualitative study. *Int J Dent Hyg* 2012; 10(2): 86-90.
19. Falahinezhad M, Mirshekar Z, Razavi S. Knowledge and attitude toward oral and dental health among zahedan`s guidance school student. *Journal of Dental School of Shahid Beheshti University of Medical Sciences* 2007; 24(4): 492-8.
20. Tada A, Hanada N. Sexual differences in oral health behaviour and factors associated with oral health behaviour in Japanese young adults. *Public Health* 2004; 118(2): 104-9.
21. Al Subait AA, Alousaimi M, Geeverghese A, Ali A, El Metwally A. Oral health knowledge, attitude and behavior among students of age 10-18 years old attending Jenadriyah festival Riyadh; A cross-sectional study. *Saudi J Dent Res* 2016; 7(1): 45-50.
22. Mirzaei Alavijeh FJ, Baghiani Moghadam M, Hatamzadeh N, Zinat Motlagh F, Dahaghin N. Knowledge, attitude and practice of elementary schools students about oral health in Yazd. *Iran J Pediatr* 2014; 9(17): 43-50.
23. Verrips G, Frencken J, Kalsbeek H, Filedt K-WT. Oral health and dental behaviour in 11-year-old children of different ethnic groups. *Community Dent Health* 1993; 10(1): 41-8.