

Research Paper

Knowledge, Attitude, and Practice of Office Employees in Qom, Iran Regarding Dental Treatment During the COVID-19 Pandemic Based on the Health Belief Model



Samaneh Rezaei Dehnamaki¹ , Samad Darabian² , Mohammad Aligol³ , Ali Saleh^{4,5} , Abolfazl Mohammadbeigi⁶ ,
*Aida Mehdipour^{5,7} , Mohammad Chehreghani⁴ 

1. Department of Restorative Dentistry, School of Dentistry, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
2. Department of Epidemiology, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
4. Student Research Committee, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
5. Cellular and Molecular Research Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
6. Department of Epidemiology and Biostatistics, Research Center for Environment Pollutants, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
7. Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.



Citation Rezaei Dehnamaki S, et al. Knowledge, Attitude, and Practice of Office Employees in Qom, Iran Regarding Dental Treatment During the COVID-19 Pandemic Based on the Health Belief Model. *Qom Univ Med Sci J*. 2023; 17:E2026.2. <https://doi.org/10.32598/qums.17.2026.2>

 <https://doi.org/10.32598/qums.17.2026.2>

Received: 12 Oct 2022

Accepted: 09 Apr 2023

Available Online: 10 Jul 2023

ABSTRACT

Background and Objectives COVID-19 can spread from human to human primarily through respiratory secretions. In this regard, dental procedures can pose a high risk of COVID-19 transmission. This study aims to investigate the knowledge, attitude and practice (KAP) of office employees in Qom, Iran regarding dental treatment during COVID-19 pandemic based on health belief model (HBM).

Methods This cross-sectional study was conducted on 510 office employees in Qom Province. Data collection tools included a demographic form and a KAP questionnaire based on the HBM constructs.

Results The mean age of participants was 36.7±9.1 and 252(52%) were female. The practice variable had a statistically significant relationship with perceived susceptibility ($P<0.001$), perceived barriers ($P<0.001$), history of vaccination ($P<0.001$), and history of chronic diseases ($P<0.001$). Age had a significant relationship with perceived severity ($P<0.001$) and perceived benefits ($P<0.001$). Gender had a significant relationship only with perceived severity ($P<0.001$). Marital status had a significant relationship with knowledge ($P<0.001$), perceived severity ($P<0.001$) and perceived barriers ($P=0.03$). Educational level had a significant relationship with knowledge ($P=0.01$), perceived severity ($P<0.001$), perceived benefits ($P<0.001$), perceived barriers ($P<0.001$). History of vaccination had a significant relationship with knowledge ($P<0.001$), perceived susceptibility ($P<0.001$), perceived severity ($P=0.02$), and perceived benefits ($P=0.02$). History of chronic disease had a significant relationship with perceived susceptibility ($P<0.001$), perceived severity ($P<0.001$), perceived benefits ($P<0.001$), and perceived barriers ($P<0.001$).

Conclusion knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and perceived barriers of office employees in Qom regarding dental treatment during COVID-19 pandemic are at moderate level. Their perceived susceptibility and severity have a positive relationship with visiting dental clinics.

Keywords:

Knowledge, Attitude, Practice, COVID-19, Health belief model

* Corresponding Author:

Aida Mehdipour, PhD.

Address: Cellular and Molecular Research Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Tel: +98 (912) 6344677

E-Mail: mehdipour_aida@yahoo.com



Copyright © 2023 Qom University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

The coronavirus disease 2019 (COVID-19), caused by the SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2), was one of the most important global concerns.

According to the World Health Organization (WHO), 505 million and 294 thousand people were infected by SARS-CoV-2 in the world until April 26, 2022. People may be infected by SARS-CoV-2 through respiratory secretions and aerosols. Therefore, in dental treatments, the risk of COVID-19 spread is high from infected patients to dental staff or vice versa. In these conditions, some people were hesitant to visit dental clinics during the COVID-19 pandemic and postponed their treatment. In addition, people's anxiety increased during the pandemic. There is a strong relationship between perception of COVID-19 and motivation for dental treatment. Due to the lack of sufficient evidence and studies on the attitude and knowledge of people in Iran regarding the necessity of dental treatment during the COVID-19 pandemic based on the health belief model (HBM), this study aims to evaluate the knowledge, attitude, and practice of office employees in Qom Province of Iran regarding dental treatment during the COVID-19 pandemic based on the HBM.

Methods

This descriptive cross-sectional study was conducted on 510 office employees in Qom Province. The used questionnaire had 48 items and seven subscales: Knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, behaviors, and adherence to health protocols. The "knowledge" subscale consisted of 12 items rated on a three-point Likert scale (true, false, and I do not know). Other subscales of perceived susceptibility (four items), perceived severity (five items), perceived benefits (five items), and perceived barriers section (six items) had a five-point Likert scale. The "behaviors" subscale had nine items answered by yes or no. After collecting the required data, they were analyzed in SPSS software, version 20. $P < 0.05$ was considered as statistically significance.

Results

Of 510 participants, 265(52%) were female. The mean age of the participants was 36.7 ± 9.1 years. Most of them ($n=451$, 88.4%) had received the COVID-19 vaccine. The mean score of the knowledge, perceived sensitivity,

perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and behaviors subscales was 8.49 ± 2.49 , 13.35 ± 2.78 , 18.74 ± 3.25 , 16.49 ± 3.79 , 20.82 ± 4.36 , and 2.78 ± 2.37 , respectively. The age factor had a statistically significant relationship with perceived severity ($P < 0.001$), perceived benefits ($P < 0.001$), and adherence to health protocols during dental treatment ($P = 0.01$), it had no statistically significant relationship with the dimensions of knowledge, perceived sensitivity, perceived barriers, and behaviors ($P > 0.05$). Gender factor had a statistically significant relationship only with perceived severity ($P = 0.00$). Vaccination history had a statistically significant relationship only with knowledge ($P < 0.001$), perceived sensitivity ($P < 0.001$), perceived severity ($P = 0.02$), perceived benefits ($P = 0.02$), and behaviors ($P < 0.001$). Marital status had a statistically significant relationship only with knowledge ($P < 0.001$), perceived severity ($P < 0.001$), and perceived barriers ($P = 0.03$). Education level had a statistically significant relationship only with knowledge ($P = 0.01$), perceived severity ($P < 0.001$), perceived benefits ($P < 0.001$), and perceived barriers ($P < 0.001$). Disease history had a statistically significant relationship only with perceived severity ($P < 0.001$), perceived benefits ($P < 0.001$), perceived barriers ($P < 0.001$), perceived sensitivity ($P < 0.001$), and behavior ($P < 0.001$). The behaviors of patients had a statistically significant relationship only with their perceived sensitivity ($P = 0.00$) and perceived barriers ($P < 0.001$).

Conclusion

In this study, it was observed that with the increase in perceived sensitivity, the number of visits to dental clinics to receive dental treatments decreased in employees. Also, vaccinated people, married people, and people with higher education had a higher level of knowledge of dental treatment during the COVID-19 pandemic. The non-vaccinated employees people and those with chronic diseases had higher sensitivity. Overall, it was found that the knowledge, perceived sensitivity, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers in employees were at moderate level.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of [Qom University of Medical Sciences](#) (Code: IR.MUQ.REC.1400.232)

Funding

This study was funded by [Qom University of Medical Sciences](#).

Authors contributions

Conceptualization, study design: Samaneh Rezaei Dehnamaki and Aida Mehdipour; Data collection: Samad Darabian and Mohammad Chehreghani; Statistical analysis: Mohammad Aligol and Abolfazl Mohammadbeigi; Draft preparation, review & editing: All authors.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank the Deputy for Research of [Qom University of Medical Sciences](#) for their financial support.

مقاله پژوهشی

بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان ادارات استان قم درباره درمان های دندان پزشکی در زمان همه گیری بیماری کووید-۱۹ براساس مدل اعتقاد بهداشتی

سمانه رضایی دهنمکی^۱، صمد دارابیان^۲، محمد علی گل^۳، علی صالح^۴، ابوالفضل محمدبیگی^۵، آیدا مهدی پور^۶، محمد چهره قانی^۷

۱. گروه دندان پزشکی ترمیمی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۲. گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۴. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۵. مرکز تحقیقات سلولی مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۶. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، مرکز تحقیقات آلایندگی های محیطی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۷. گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.



Citation Rezaei Dehnamaki S, et al. Knowledge, Attitude, and Practice of Office Employees in Qom, Iran Regarding Dental Treatment During the COVID-19 Pandemic Based on the Health Belief Model. *Qom Univ Med Sci J*. 2023; 17:E2026.2. <https://doi.org/10.32598/qums.17.2026.2>

 <https://doi.org/10.32598/qums.17.2026.2>

چکیده

زمینه و هدف: ویروس کرونا، مسئول بیماری کووید-۱۹ است که از انسان به انسان از طریق تماس و ترشحات تنفسی منتقل می شود. درمان های دندان پزشکی به عنوان یکی از راه های انتقال مهم این بیماری شناخته شده است. هدف از انجام این مطالعه، بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان ادارات استان قم در سال ۱۴۰۰ درمورد درمان های دندان پزشکی در زمان همه گیری بیماری کووید-۱۹ براساس مدل اعتقاد بهداشتی بود.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی بر روی ۵۱۰ نفر از کارکنان ادارات شهرستان قم در سال ۱۴۰۰ انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان و پرسش نامه آگاهی، نگرش و عملکرد شرکت کنندگان براساس مدل اعتقاد بهداشتی بود.

یافته ها: میانگین سنی افراد شرکت کننده ۳۶/۷±۹/۱ سال بوده و ۲۶۵ نفر (۵۲ درصد) زن بودند. بین متغیرهای حساسیت درک شده ($P=0/00$)، موانع درک شده ($P=0/00$)، سابقه واکسیناسیون کرونا ($P=0/00$) و سابقه بیماری مزمن ($P=0/00$) با رفتار رابطه معنی دار آماری مشاهده شد. بین شدت درک شده ($P=0/00$) و موانع درک شده ($P=0/00$) با سن، بین جنسیت با شدت درک شده ($P=0/00$)، بین آگاهی ($P=0/00$)، شدت درک شده ($P=0/00$) و موانع درک شده ($P=0/03$) با وضعیت تأهل، بین آگاهی ($P=0/01$)، شدت درک شده ($P=0/00$)، موانع درک شده ($P=0/00$) و حساسیت درک شده ($P=0/00$) با وضعیت تحصیلات، بین آگاهی ($P=0/00$)، حساسیت درک شده ($P=0/00$)، شدت درک شده ($P=0/02$) و موانع درک شده ($P=0/00$) با سابقه واکسیناسیون، بین شدت درک شده ($P=0/00$)، موانع درک شده ($P=0/00$)، حساسیت درک شده ($P=0/00$) و حساسیت درک شده ($P=0/00$) با سابقه بیماری مزمن رابطه معنی داری وجود داشت.

نتیجه گیری: میزان آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده و موانع کارکنان در سطح متوسطی بود. حساسیت و شدت درک شده با میزان مراجعه افراد به مراکز دندان پزشکی ارتباط مستقیم داشت.

تاریخ دریافت: ۲۰ مهر ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۲۰ فروردین ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۹ تیر ۱۴۰۲

کلیدواژه ها:

آگاهی، نگرش، عملکرد، کووید-۱۹، مدل اعتقاد بهداشتی

* نویسنده مسئول:

دکتر آیدا مهدی پور

نشانی: قم، دانشگاه علوم پزشکی قم، مرکز تحقیقات سلولی مولکولی.

تلفن: ۶۳۴۴۶۷۷ (۹۱۲) ۹۸+

رایانامه: mehdipoor_aida@yahoo.com



Copyright © 2023 Qom University of Medical Sciences.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

مقدمه

به موقع برخی بیماری‌ها مانند سرطان دهان و غیره) دارد [۱۲]. بنابراین بسیاری از نهادهای مسئول از مراکز دندان پزشکی خواسته‌اند اقدامات سخت‌گیرانه‌ای را اتخاذ کنند. این اقدامات شامل غربالگری بیماران، ارائه خدمات درمانی اورژانس، محدود کردن تولید آئروسول تا حد ممکن و ضدعفونی کردن محیط است. از آنجا که برخی از ناقلین هیچ‌گونه علامت بالینی ندارند، کنترل بیماری کووید-۱۹ در مراکز دندان پزشکی کار دشواری است [۱۳].

«مدل اعتقاد بهداشتی»^۱ یکی از نظریه‌های روان‌شناختی است. این مدل بر این واقعیت استوار است که افراد زمانی رفتارهای مرتبط با سلامت را انجام می‌دهند که انتظارات مثبتی داشته باشند و تهدیداتی که وجود دارد را درک کنند و معتقد باشند که این رفتارها می‌تواند آن‌ها را از این تهدیدات محافظت کند [۱۴]. این مدل بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد تا کنترل آن و بر این فرضیه استوار است که رفتار پیشگیری‌کننده مبتنی بر اعتقادات شخص است [۱۵]. HBM رفتار را تابعی از دانش و نگرش فرد می‌داند و با توجه به اجزایی که دارد براساس این اندیشه تدوین شده است که موجب ادراک افراد از یک تهدید سلامتی می‌شود و رفتارهای آن‌ها را به سمت سلامتی سوق می‌دهد [۱۶، ۱۷]. با توجه به عدم وجود شواهد و مطالعات کافی در مورد ارزیابی نگرش و آگاهی افراد جامعه در راستای ضرورت یا عدم ضرورت مراجعه به مراکز درمانی دندان پزشکی در دوران همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ براساس مدل اعتقاد بهداشتی در آن‌ها، این مطالعه با هدف بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان ادارات استان قم درباره درمان‌های دندان پزشکی در زمان همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ براساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت توصیفی مقطعی در استان قم در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

جامعه مورد بررسی

روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت آسان و در دسترس بود؛ به این صورت که تمام کارکنان شاغل در سطح استان قم (به استثناء کارکنان وزارت بهداشت) پس از کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. حجم نمونه مورد نیاز در این مطالعه با در نظر گرفتن خطای نوع اول معادل ۵ درصد و دقت مطالعه (d) برابر ۰/۰۵ که عددی بین ۰/۱ تا ۰/۳ مقدار P جامعه است و براساس مطالعه تیوانینگ شکارپا و همکاران که در آن درصد نگرش افراد نسبت به بیماری ۵۲ درصد برآورد شد [۱۸]، طبق فرمول شماره ۱ محاسبه شد:

1. Health Belief Model (HBM)

همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ امروزه یکی از بزرگ‌ترین نگرانی‌های جهان شده است. اولین مورد این بیماری در ووهان چین، در تاریخ ۳۱ دسامبر ۲۰۱۹ با عنوان ذات‌الریه با علت نامشخص گزارش شد و پس از آن به سرعت شیوع پیدا کرد [۱]. طبق آمار رسمی سازمان بهداشت جهانی تا تاریخ ۲۶ آوریل ۲۰۲۲، ۵۰۵ میلیون و ۲۹۴ هزار نفر در کل دنیا به کووید-۱۹ مبتلا شدند که در این بین ایالات متحده با حدود ۸۲ میلیون مبتلا بالاترین آمار ابتلا را در بین کشورها داشت [۲]. در ایران نیز طبق آمار رسمی سازمان بهداشت جهانی، تا تاریخ مذکور ۷ میلیون و ۲۱۰ هزار مبتلا اعلام شده است که در این بین ۱۴۰ هزار و ۸۷۷ نفر مبتلا به‌خاطر این ویروس جان خود را از دست دادند [۲]. از زمان ظهور جهانی بیماری کووید-۱۹، همه‌گیری SARS-CoV-2 با امواج بعدی انتشار ویروس توسط واریانت‌های مختلف ویروسی با قابلیت انتقال مستقیم، شدت بیماری، خطر مرگ و فرار بالقوه از پاسخ ایمنی مشخص شده است [۳]. در طی این بیماری، شخص مبتلا علائمی همچون سردرد، گلودرد، آبریزش بینی، سرفه، اسهال، تنگی نفس و از دست دادن حس چشایی و بویایی را احتمالاً تجربه خواهد کرد. همچنین برخی تظاهرات بالینی کمتر متداول مانند آلزایمر، ایسکمیک قلبی، علائم پوستی، اختلالات غدد درون‌ریز و متابولیک نیز توسط افراد مبتلا به این بیماری گزارش شده بود [۴-۶].

کووید-۱۹ می‌تواند به راحتی افراد را از طریق ترشحات و آئروسول‌های تنفسی آلوده کند. در نتیجه به‌خاطر ویژگی‌های درمان‌های دندان پزشکی خطر انتقال عفونت بین بیماران و کارکنان دندان پزشکی بالاست [۷]. در مارس ۲۰۲۰ مجله نیویورک تایمز مقاله‌ای را منتشر کرد مبنی بر اینکه دندان‌پزشکان به دلیل تماس نزدیک با بیمار نسبت به پرستاران و پزشکان عمومی بیشتر در معرض انتقال کووید-۱۹ هستند و حرفه دندان پزشکی را پرخطرترین حرفه برای انتقال کرونا مطرح نمود [۸]. با توجه به این شرایط، بعضی از افراد درباره مراجعه به مراکز دندان پزشکی در زمان همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ تردید دارند و درمان خود را به تعویق می‌اندازند [۹]. علاوه بر این، بعضی از گزارشات نشان دادند اضطراب افراد در طی دوران همه‌گیری کرونا بیشتر شده و ارتباط قوی بین درک افراد از همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ و انگیزه آن‌ها جهت مراجعه دندان پزشکی وجود دارد [۹-۱۱]. براساس مطالعات، تکرر مراجعات و ویزیت‌های دوره‌ای دندان پزشکی در دوران همه‌گیری کاهش یافت و به‌جز افرادی که نیاز به جلسات فالوآپ منظم مانند ارتودنسی داشتند مراجعه بقیه افراد فقط در موارد نیاز به درمان‌های اوزانسی انجام می‌شد. با این وجود، عدم مراجعه به موقع به دندان پزشکی نیز در دوران همه‌گیری کرونا عواقبی (همچون پیشرفت بیماری‌های دهان و دندان، از دست رفتن قابلیت نگهداری دندان، عدم شناسایی

نفر از جامعه هدف اجرا شد و با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ همبستگی درونی سؤالات ۰/۸ به دست آمد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

پس از جمع آوری اطلاعات، برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی شامل محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکندگی برای متغیرهای کمی و فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تی مستقل، تحلیل واریانس (آنووا) و همبستگی پیرسون استفاده شد. کلیه آزمون‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد و $P < 0.05$ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در نهایت، ۵۱۰ نفر وارد مطالعه شدند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد شرکت‌کننده 36.7 ± 9.1 سال بود. ۲۶۵ نفر (۵۲ درصد) زن بودند. اکثریت افراد یعنی ۴۵۱ نفر (۸۸/۴ درصد) واکسن کووید دریافت کرده بودند. ۴۱۵ نفر (۸۱/۱ درصد) متأهل بودند. ۳۳۳ نفر (۶۵/۴ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. از نظر سابقه بیماری، ۳۳۳ نفر (۶۶/۳ درصد) سالم بودند و از بین ۱۷۷ شخص مبتلا به بیماری زمینه‌ای، ۵۴ نفر (۳۰/۵ درصد) بیماری‌های قلبی و ۴۶ نفر (۲۶ درصد) فشار خون بالا داشتند (جدول شماره ۱).

میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی $49 \pm 2/49$ ، میانگین و انحراف معیار نمره حساسیت درک‌شده $35 \pm 2/78$ ، میانگین و انحراف معیار نمره شدت درک‌شده $37 \pm 3/25$ ، میانگین و انحراف معیار نمره منافع درک‌شده $49 \pm 3/79$ ، میانگین و انحراف معیار نمره موانع درک‌شده $42 \pm 4/36$ و میانگین و انحراف معیار نمره رفتار $78 \pm 2/37$ بود.

برای بررسی همبستگی بین سن با متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود تنها بین شدت درک‌شده ($P=0/00$)، منافع درک‌شده ($P=0/00$) و پروتکل‌های بهداشتی در طی درمان دندان‌پزشکی ($P=0/01$) با سن همبستگی معنی‌دار آماری مشاهده شد، ولی بین متغیرهای آگاهی، حساسیت درک‌شده، موانع درک‌شده و رفتار با سن همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد ($P>0/05$) (جدول شماره ۲).

برای بررسی رابطه بین جنسیت با متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی از آزمون تی مستقل استفاده شد. همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود بین شدت درک‌شده با جنسیت رابطه معنی‌دار آماری مشاهده شد ($P=0/00$)، ولی بین متغیرهای آگاهی، حساسیت درک‌شده، منافع درک‌شده، موانع درک‌شده و رفتار با جنسیت رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($P>0/05$) (جدول شماره ۳).

1.

$$n = \frac{Z_1 - \frac{\alpha^2 \times P \times (1-P)}{2}}{d^2}$$

طبق روش فوق حجم نمونه ۴۹۰ نفر برآورد شد که با توجه به از دست رفتن داده‌ها، ما ۵۵۰ پرسش‌نامه را بین کارکنان توزیع کردیم که حدود ۴۰ عدد از پرسش‌نامه‌ها ناقص تکمیل شده بود و از مطالعه کنار گذاشته شد و در نهایت ۵۱۰ پرسش‌نامه وارد مطالعه شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل اشتغال در ادارات استان قم و عدم اشتغال در ادارات وزارت بهداشت به گونه‌ای که حداقل ۶ ماه از شاغل بودن آن‌ها در ادارات گذشته باشد و معیار خروج شامل تکمیل ناقص پرسش‌نامه بود. افراد پس از ورود به مطالعه پرسش‌نامه‌هایی متشکل از اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، تحصیلات و غیره) و پرسش‌نامه آگاهی، نگرش و عملکرد براساس «مدل اعتقاد بهداشتی» درمورد درمان‌های دندان‌پزشکی را به صورت خودایفا تکمیل کردند.

پرسش‌نامه آگاهی، نگرش و عملکرد درمان‌های دندان‌پزشکی براساس مدل اعتقاد بهداشتی

این پرسش‌نامه شامل ۴۸ سؤال در ۷ بخش آگاهی، حساسیت درک‌شده (شناخت فرد درباره حساسیت بیماری) [۱۹]، شدت درک‌شده (ادراک فرد درباره شدت و وخامت بیماری) [۱۹]، منافع درک‌شده (ادراک شخص درباره مزیت انجام رفتار پیشگیرانه) [۱۹]، موانع درک‌شده (ادراک شخص درباره اینکه عوامل بازدارنده از اقدام به عمل را کم‌هزینه‌تر از فواید آن بیابد) [۱۶]، رفتار و رعایت پروتکل‌های بهداشتی بود. بخش آگاهی شامل ۱۲ سؤال بود که پاسخ سؤالات این قسمت به صورت «درست»، «نادرست» و «نمی‌دانم» بود. بخش‌های بعدی با عناوین «حساسیت درک‌شده» شامل ۴ سؤال، «شدت درک‌شده» شامل ۵ سؤال، «منافع درک‌شده» شامل ۵ سؤال و «موانع درک‌شده» شامل ۶ سؤال بود که پاسخ سؤالات این قسمت‌ها نیز در یک طیف لیکرت (خیلی موافقم، موافقم، نه موافق نه مخالف، مخالف، و خیلی مخالف) بود. بخش بعدی پرسش‌نامه با عنوان «رفتار» شامل ۹ سؤال با پاسخ‌های بله و خیر بود. پرسش‌نامه مطالعه حاضر براساس مطالعات انجام‌شده پیشین و پروتکل‌های ابلاغی وزارت بهداشت توسط نویسندگان مطالعه تدوین شده بود. برای تأیید روایی، شامل روایی صوری و روایی محتوا، پرسش‌نامه به ۸ نفر متخصص شامل ۴ نفر متخصص آموزش بهداشت و ۴ نفر از اساتید هیئت‌علمی دانشکده دندان‌پزشکی قم ارائه شد. نسبت روایی محتوا^۲ و شاخص روایی محتوا^۳ محاسبه شد. مقدار CVR، ۰/۷ و مقدار CVI برای هریک از گویه‌ها حداقل ۰/۸ بود. برای تأیید پایایی این پرسش‌نامه نیز مطالعه‌ای پایلوت بر روی ۴۰

2. Content validity ratio (CVR)

3. Content validity index (CVI)

جدول ۱. توزیع فراوانی کارکنان شاغل در ادارات استان قم در سال ۱۴۰۰ براساس شاخص‌های جمعیت‌شناختی

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	مرد ۲۴۵ (۴۸/۰)
	زن ۲۶۵ (۵۲/۰)
سابقه واکسن کووید-۱۹	بله ۵۹ (۱۱/۶)
	خیر ۴۵۱ (۸۸/۴)
وضعیت تأهل	متاهل ۴۱۵ (۸۱/۴)
	مجرد ۹۵ (۱۸/۶)
تحصیلات	ابتدایی ۱۸ (۳/۵)
	راهنمایی ۴۹ (۹/۶)
	دبلم ۱۱۰ (۲۱/۵)
	دانشگاهی ۳۳۳ (۶۵/۴)
سابقه بیماری	سالم ۳۳۸ (۶۶/۳)
	بیماری قلبی ۵۴ (۱۰/۶)
	فشار خون ۴۶ (۹/۰)
	دیابت ۳۳ (۶/۵)
	بیماری کلیوی ۲۹ (۵/۷)
	بیماری تنفسی ۱۰ (۲/۰)

واکسیناسیون رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد و فقط بین موانع درک‌شده با سابقه واکسیناسیون رابطه معنی‌دار مشاهده نشد ($P > 0/05$) (جدول شماره ۳ و جدول شماره ۴).

برای بررسی رابطه بین وضعیت تأهل با متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی از آزمون تی مستقل استفاده شد. همان‌طور که مشاهده

برای بررسی رابطه بین سابقه واکسیناسیون با متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی از آزمون تی مستقل استفاده شد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین آگاهی ($P = 0/00$)، حساسیت درک‌شده ($P = 0/00$)، شدت درک‌شده ($P = 0/02$)، منافع درک‌شده ($P = 0/02$) و رفتار ($P = 0/00$) با سابقه

جدول ۲. بررسی همبستگی بین سن و نمرات متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی کارکنان شاغل در ادارات استان قم در سال ۱۴۰۰

متغیر	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
آگاهی	۵۱۰	-۰/۰۳	۰/۴۶
حساسیت درک‌شده	۵۱۰	۰/۰۴	۰/۲۸
شدت درک‌شده	۵۱۰	۰/۱۲	۰/۰۰
منافع درک‌شده	۵۱۰	۰/۱۲	۰/۰۰
موانع درک‌شده	۵۱۰	-۰/۰۵	۰/۲۴
رفتار	۵۱۰	۰/۰۶	۰/۱۲

جدول ۳. بررسی نمرات متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی براساس جنسیت و سابقه واکسیناسیون کارکنان شاغل در ادارات استان قم در سال ۱۴۰۰

متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح معنی داری
آگاهی	مرد	۲۴۵	۸۳ $\pm$ ۲/۴	۰/۲۶
	زن	۲۶۵	۸۶ $\pm$ ۲/۵	
حساسیت درک شده	مرد	۲۴۵	۱۳/۴ $\pm$ ۲/۷	۰/۲۸
	زن	۲۶۵	۱۳/۲ $\pm$ ۲/۷	
شدت درک شده	مرد	۲۴۵	۱۹/۷ $\pm$ ۲/۹	۰/۰۰
	زن	۲۶۵	۱۷/۸ $\pm$ ۲/۲	
منافع درک شده	مرد	۲۴۵	۱۶/۶ $\pm$ ۳/۶	۰/۴۶
	زن	۲۶۵	۱۶/۳ $\pm$ ۳/۸	
موانع درک شده	مرد	۲۴۵	۲۱/۲ $\pm$ ۴/۱	۰/۰۵
	زن	۲۶۵	۲۰/۴ $\pm$ ۴/۵	
رفتار	مرد	۲۴۵	۲/۷ $\pm$ ۲/۳	۰/۷۹
	زن	۲۶۵	۲/۸ $\pm$ ۲/۴	

سابقه واکسیناسیون				
آگاهی	خیر	۵۹	۷/۵ $\pm$ ۲/۱	۰/۰۰
	بله	۴۵۱	۸/۶ $\pm$ ۲/۵	
حساسیت درک شده	خیر	۵۹	۱۴/۱ $\pm$ ۲/۱	۰/۰۰
	بله	۴۵۱	۱۳/۲ $\pm$ ۲/۸	
شدت درک شده	خیر	۵۹	۱۹/۶ $\pm$ ۲/۶	۰/۰۲
	بله	۴۵۱	۱۸/۶ $\pm$ ۳/۳	
منافع درک شده	خیر	۵۹	۱۷/۵ $\pm$ ۳/۵	۰/۰۲
	بله	۴۵۱	۱۶/۳ $\pm$ ۳/۸	
موانع درک شده	خیر	۵۹	۲۱/۳ $\pm$ ۳/۵	۰/۳۴
	بله	۴۵۱	۲۰/۷ $\pm$ ۴/۴	
رفتار	خیر	۵۹	۳/۸ $\pm$ ۲/۵	۰/۰۰
	بله	۴۵۱	۲/۶ $\pm$ ۲/۳	


 مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

اعتقاد بهداشتی از آزمون آنووا استفاده شد. همان طور که مشاهده می شود بین آگاهی ($P=0/01$)، شدت درک شده ($P=0/00$)، منافع درک شده ($P=0/00$) و موانع درک شده ($P=0/00$) با سطح تحصیلات رابطه معنی داری مشاهده شد، ولی بین حساسیت درک شده و رفتار با سطح تحصیلات رابطه معنی دار آماری مشاهده نشد ($P>0/05$) (جدول شماره ۴).

می شود بین آگاهی ($P=0/00$)، شدت درک شده ($P=0/00$) و موانع درک شده ($P=0/03$) با وضعیت تأهل رابطه معنی دار آماری نشان داده شد، ولی بین حساسیت درک شده، منافع درک شده و رفتار با وضعیت تأهل رابطه معنی دار آماری مشاهده نشد ($P>0/05$) (جدول شماره ۴).

برای بررسی رابطه بین سطح تحصیلات با متغیرهای مدل

جدول ۴. بررسی نمرات متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی بر حسب وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و سابقه بیماری کارکنان شاغل در ادارات استان قم در سال ۱۴۰۰

متغیر مدل اعتقاد بهداشتی	متغیر جمعیت شناختی	تعداد	میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح معنی داری
وضعیت تأهل				
آگاهی	متاهل	۴۱۵	۸/۶ $\pm$ ۲/۵	۰/۰۰
	مجرد	۹۵	۷/۸ $\pm$ ۲/۳	
حساسیت درک شده	متاهل	۴۱۵	۱۳/۳ $\pm$ ۲/۸	۰/۹۸
	مجرد	۹۵	۱۳/۳ $\pm$ ۲/۳	
شدت درک شده	متاهل	۴۱۵	۱۸/۸ $\pm$ ۳/۳	۰/۰۰
	مجرد	۹۵	۱۸/۲ $\pm$ ۲/۵	
منافع درک شده	متاهل	۴۱۵	۱۶/۴ $\pm$ ۳/۷	۰/۷۰
	مجرد	۹۵	۱۶/۶ $\pm$ ۴/۰	
موانع درک شده	متاهل	۴۱۵	۲۱/۰ $\pm$ ۴/۵	۰/۰۳
	مجرد	۹۵	۲۰/۰ $\pm$ ۳/۶	
رفتار	متاهل	۴۱۵	۲/۷ $\pm$ ۲/۳	۰/۲۴
	مجرد	۹۵	۳/۰ $\pm$ ۲/۶	
سطح تحصیلات				
آگاهی	ابتدایی	۴۸	۷/۵ $\pm$ ۲/۳	۰/۰۱
	راهنمایی	۹۹	۸/۳ $\pm$ ۲/۵	
	دیپلم	۱۸۰	۸/۵ $\pm$ ۲/۵	
	دانشگاهی	۱۸۳	۸/۷ $\pm$ ۲/۳	
حساسیت درک شده	ابتدایی	۴۸	۱۲/۹ $\pm$ ۲/۷	۰/۱۰
	راهنمایی	۹۹	۱۳/۷ $\pm$ ۲/۸	
	دیپلم	۱۸۰	۱۳/۵ $\pm$ ۲/۹	
	دانشگاهی	۱۸۳	۱۳/۰ $\pm$ ۲/۵	
شدت درک شده	ابتدایی	۴۸	۱۹/۲ $\pm$ ۳/۵	۰/۰۰
	راهنمایی	۹۹	۱۹/۸ $\pm$ ۲/۶	
	دیپلم	۱۸۰	۱۸/۸ $\pm$ ۳/۰	
	دانشگاهی	۱۸۳	۱۷/۸ $\pm$ ۳/۴	
منافع درک شده	ابتدایی	۴۸	۱۶/۸ $\pm$ ۳/۶	۰/۰۰
	راهنمایی	۹۹	۱۷/۷ $\pm$ ۲/۹	
	دیپلم	۱۸۰	۱۶/۷ $\pm$ ۳/۸	
	دانشگاهی	۱۸۳	۱۵/۵ $\pm$ ۳/۹	

متغیر مدل اعتقاد بهداشتی	متغیر جمعیت‌شناختی	تعداد	میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح معنی‌داری
موانع درک‌شده	ابتدایی	۴۸	۱۹/۴ $\pm$ ۵/۲	۰/۰۰
	راهنمایی	۹۹	۲۱/۰ $\pm$ ۳/۹	
	دیپلم	۱۸۰	۲۱/۶ $\pm$ ۳/۹	
	دانشگاهی	۱۸۳	۲۰/۲ $\pm$ ۴/۶	
رفتار	ابتدایی	۴۸	۲/۵ $\pm$ ۲/۲	۰/۴۱
	راهنمایی	۹۹	۲/۹ $\pm$ ۲/۵	
	دیپلم	۱۸۰	۲/۵ $\pm$ ۲/۳	
	دانشگاهی	۱۸۳	۲/۹ $\pm$ ۲/۳	
سابقه بیماری				
آگاهی	سالم	۳۳۸	۸/۵ $\pm$ ۲/۴	۰/۳۹
	بیماری قلبی	۵۴	۷/۹ $\pm$ ۲/۸	
	فشار خون	۴۶	۸/۱ $\pm$ ۲/۷	
	دیابت	۳۳	۸/۸ $\pm$ ۲/۰	
	بیماری کلیوی	۲۹	۸/۴ $\pm$ ۲/۱	
	بیماری تنفسی	۱۰	۹/۱ $\pm$ ۱/۹	
حساسیت درک‌شده	سالم	۳۳۸	۱۳/۰ $\pm$ ۲/۷	۰/۰۰
	بیماری قلبی	۵۴	۱۳/۴ $\pm$ ۲/۸	
	فشار خون	۴۶	۱۵/۲ $\pm$ ۲/۸	
	دیابت	۳۳	۱۳/۶ $\pm$ ۱/۹	
	بیماری کلیوی	۲۹	۱۳/۹ $\pm$ ۳/۰	
	بیماری تنفسی	۱۰	۱۱/۵ $\pm$ ۱/۲	
شدت درک‌شده	سالم	۳۳۸	۱۸/۵ $\pm$ ۳/۲	۰/۰۰
	بیماری قلبی	۵۴	۱۸/۵ $\pm$ ۳/۸	
	فشار خون	۴۶	۲۰/۴ $\pm$ ۲/۵	
	دیابت	۳۳	۱۸/۸ $\pm$ ۳/۰	
	بیماری کلیوی	۲۹	۱۷/۷ $\pm$ ۳/۵	
	بیماری تنفسی	۱۰	۱۹/۸ $\pm$ ۰/۴	
منافع درک‌شده	سالم	۳۳۸	۱۶/۶ $\pm$ ۳/۷	۰/۰۰
	بیماری قلبی	۵۴	۱۴/۷ $\pm$ ۵/۵	
	فشار خون	۴۶	۱۷/۷ $\pm$ ۲/۱	
	دیابت	۳۳	۱۷/۰ $\pm$ ۲/۷	
	بیماری کلیوی	۲۹	۱۶/۸ $\pm$ ۲/۹	
	بیماری تنفسی	۱۰	۱۳/۷ $\pm$ ۲/۳	

متغیر مدل اعتقاد بهداشتی	متغیر جمعیت شناختی	تعداد	میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح معنی داری
موانع درک شده	سالم	۳۳۸	۲۰/۶ $\pm$ ۴/۴	۰/۰۰
	بیماری قلبی	۵۴	۲۰/۳ $\pm$ ۴/۴	
	فشار خون	۴۶	۲۲/۴ $\pm$ ۴/۱	
	دیابت	۳۳	۲۲/۵ $\pm$ ۳/۱	
	بیماری کلیوی	۲۹	۲۰/۷ $\pm$ ۳/۰	
	بیماری تنفسی	۱۰	۱۶/۷ $\pm$ ۳/۹	
رفتار	سالم	۳۳۸	۲/۵ $\pm$ ۲/۳	۰/۰۰
	بیماری قلبی	۵۴	۳/۷ $\pm$ ۲/۹	
	فشار خون	۴۶	۱/۹ $\pm$ ۱/۸	
	دیابت	۳۳	۳/۶ $\pm$ ۱/۷	
	بیماری کلیوی	۲۹	۲/۹ $\pm$ ۲/۳	
	بیماری تنفسی	۱۰	۴/۷ $\pm$ ۱/۱	

شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده) سنجیدیم. همان طور که مشاهده می شود بین متغیرهای حساسیت درک شده ($P=0/00$) و موانع درک شده ($P=0/00$) با رفتار همبستگی معنی دار آماری مشاهده شد، ولی بین متغیرهای آگاهی، منافع درک شده و شدت درک شده با متغیر رفتار همبستگی معنی دار مشاهده نشد ($P>0/05$) (جدول شماره ۵).

بحث

در مطالعه کنونی بین متغیرهای حساسیت درک شده و موانع درک شده با انجام درمان های دندان پزشکی رابطه معکوس و معنی دار آماری مشاهده شد، ولی بین متغیرهای آگاهی، منافع درک شده و شدت درک شده با انجام درمان های دندان پزشکی رابطه معنی دار آماری مشاهده نشد. بین آگاهی با

برای بررسی رابطه بین سابقه بیماری با متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی از آزمون آنووا استفاده شد. همان طور که مشاهده می شود بین شدت درک شده ($P=0/00$)، منافع درک شده ($P=0/00$)، موانع درک شده ($P=0/00$)، حساسیت درک شده ($P=0/00$) و رفتار ($P=0/00$) با سابقه بیماری رابطه معنی داری مشاهده شد، ولی بین آگاهی و سابقه بیماری رابطه معنی دار آماری مشاهده نشد ($P=0/39$) (جدول شماره ۴).

برای بررسی همبستگی بین متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی با کسانی که درمان دریافت کرده اند از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. در بررسی این رابطه، ما متغیر رفتار را به عنوان ملاک برای افرادی که درمان گرفته اند در نظر گرفتیم و رابطه آن را با آگاهی و متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده،

جدول ۵. بررسی همبستگی بین متغیر رفتار با آگاهی و متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی

متغیر	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
آگاهی	۵۱۰	۰/۰۹	۰/۰۵
حساسیت درک شده	۵۱۰	-۰/۱۸۰	۰/۰۰
شدت درک شده	۵۱۰	۰/۰۳	۰/۴۸
منافع درک شده	۵۱۰	-۰/۰۵	۰/۱۹
موانع درک شده	۵۱۰	-۰/۱۲	۰/۰۰

همسو نبود [۲۱]. از دلایل مشاهده تناقض در یافته‌ها می‌توان تفاوت در حجم نمونه بین دو مطالعه را در نظر گرفت.

در مطالعه حاضر نشان داده شد با افزایش موانع درک‌شده، انجام درمان‌های دندان‌پزشکی کمتر می‌شود. همچنین میانگین موانع درک‌شده در بین افراد مورد مطالعه در سطح متوسطی بود. موانع درک‌شده با مشخصه‌های درمانی و اقدامات پیشگیری‌کننده ارتباط دارد که ممکن است ناراحت‌کننده، گران، ناخوشایند، دردآور یا آشفته باشد. این مشخصه‌ها می‌توانند فرد را وادار یا هدایت به اجتناب از اتخاذ یک اقدام مطلوب نمایند. این یافته‌ها با مطالعه‌های دلال یوسف و همکاران که رابطه معنی‌داری بین موانع درک‌شده با تمایل به واکسن در بین کارکنان خدمات سلامت نشان دادند [۲۲] و نیز مطالعه کارل و همکاران که گزارش کردند بین موانع درک‌شده و چهار رفتار پیشگیری از کرونا (شستن دست‌ها، اجتناب از تماس با افراد مبتلا، لمس نکردن صورت و ضدعفونی کردن سطوح) رابطه معنی‌داری وجود دارد، همسو بود [۲۳].

در یافته‌های مطالعه حاضر گزارش شد که افرادی که واکسینه شدند، افراد متأهل و افراد با تحصیلات بالاتر، از سطح آگاهی بالاتری برخوردار بودند. مطالعه حاضر با مطالعه یو و همکاران که نشان دادند افراد متأهل نسبت به افراد مجرد و همچنین افراد تحصیلات بالاتر از سطح آگاهی بالاتری نسبت به بیماری کوید برخوردار بودند [۲۴]. و همچنین با مطالعه محمد علی و همکاران که تفاوت معنی‌داری را در سطح آگاهی از بیماری کرونا بین افراد متأهل نسبت افراد مجرد و بیوه، همچنین افراد با تحصیلات بالا نسبت به افراد با تحصیلات پایین‌تر مشاهده کرده بودند، همسو بود [۲۵].

در پژوهش کنونی افرادی که از واکسن زدن خودداری کرده بودند و همچنین افراد دارای بیماری‌های مزمن از حساسیت بالاتری برخوردار بودند. این یافته‌ها با مطالعه ماراکا و همکاران که در آن، افراد واکسینه‌نشده از حساسیت بالاتری نسبت به افراد واکسینه‌شده برخوردار بودند همسو بود [۲۶]. برنی و همکاران در مطالعه خود نتیجه گرفتند بین حساسیت درک‌شده و تعداد افراد دریافت‌کننده واکسن ارتباط معناداری وجود دارد و از این جهت مطالعه آنان با مطالعه حاضر همسو نیست. این یافته بدین شکل قابل توجه است که هرچه حساسیت درک‌شده بیشتر باشد، احتمال بیشتری برای دریافت واکسن برای فرد وجود دارد که خطرات قرار گرفتن در معرض کووید-۱۹ را کاهش می‌دهد. دلایل احتمالی این امر ممکن است به «نگرانی‌های هیپوکندری» (نگرانی درمورد آلوده شدن خانواده) و وحشت از اینکه کنترل بیماری دشوار است مرتبط باشد [۲۷].

در مطالعه حاضر نشان داده شد با افزایش سن، در مردان، در افراد غیرواکسینه، در افراد متأهل، در افراد با تحصیلات کمتر و

سابقه واکسیناسیون، وضعیت تأهل و تحصیلات، بین حساسیت درک‌شده با سابقه واکسیناسیون و سابقه بیماری، بین شدت درک‌شده با سن، جنسیت، سابقه واکسیناسیون، وضعیت تأهل، تحصیلات و سابقه بیماری، بین منافع درک‌شده با سن، سابقه واکسیناسیون، تحصیلات و سابقه بیماری، بین موانع درک‌شده با وضعیت تأهل، سابقه بیماری و تحصیلات رابطه معنی‌داری از لحاظ آماری مشاهده شد.

در این تحقیق مشاهده شد که با افزایش حساسیت درک‌شده انجام درمان‌های دندان‌پزشکی کمتر می‌شود. میانگین حساسیت درک‌شده در بین افراد مورد مطالعه در سطح متوسطی بود. حساسیت درک‌شده بیانگر این مطلب است که آن‌ها معتقدند تهدید خطر و ابتلا به بیماری در آن‌ها بالاست؛ بنابراین درک فرد از خطر مواجهه با کووید-۱۹ ممکن است باعث ایجاد رفتارهای پیشگیرانه مطلوب در جمعیت مورد بررسی شود. دلشاد و همکاران در مطالعه خود بین رفتارهای پیشگیری‌کننده و حساسیت درک‌شده رابطه معنی‌دار قوی گزارش کردند که از این لحاظ همسو با یافته‌های مطالعه حاضر است و حاکی از آن است که اکثر افراد خود را نسبت به ابتلا به کرونا حساس می‌دانند و از اینکه ممکن است به بیماری مبتلا شوند رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری را اتخاذ می‌کنند [۲۰].

در یافته‌های مطالعه حاضر، میانگین شدت درک‌شده در بین افراد مورد مطالعه در سطح متوسطی گزارش شد. شدت درک‌شده به معنای این است که فرد بیماری را خیلی وخیم و جدی نمی‌داند و تصور می‌کند در صورت ابتلا نتایج جبران‌ناپذیری به دنبال نخواهد داشت. در مطالعه گودرزی و همکاران و مطالعه خزائی و همکاران رابطه معنی‌داری از لحاظ آماری بین مؤلفه بهداشت دهان و دندان و شدت درک‌شده مشاهده نشد که با مطالعه حاضر همسو بود [۱۶، ۲۱]. ولی در مطالعه دلشاد و همکاران رابطه معنی‌دار بین شدت درک‌شده و رفتارهای پیشگیری‌کننده مشاهده شد که با مطالعه حاضر همخوانی نداشت [۲۰]. در توجیه نتیجه به دست آمده، شاید دلیل شدت درک‌شده متوسط ذکر شده مشابهت علائم این بیماری با آنفولانزا و سرماخوردگی باشد که با توجه به اینکه اکثر افراد بی‌علامت هستند در نتیجه بیماری را شدید تلقی نمی‌کنند و درک افراد مورد بررسی از عوارض جدی بیماری در حد متوسط است [۱۶].

در یافته‌های مطالعه حاضر، میانگین منافع درک‌شده در بین افراد مورد مطالعه در سطح متوسطی بود. منافع درک‌شده به معنای این است که فواید ناشی از رفتار توصیه‌شده بیشتر از ناراحتی‌ها و هزینه‌های وضع موجود است و این فواید درواقع از طریق رفتار توصیه‌شده به دست می‌آید. این یافته‌ها با مطالعه گودرزی و همکاران که در مطالعه خود گزارش کردند که از مهم‌ترین ساختارهای مدل اعتقاد بهداشتی در پیش‌بینی رفتار مراجعه به دندان‌پزشک هر ۶ ماه یک‌بار، منافع درک‌شده است،

مراجعه جهت انجام درمان‌ها و دریافت خدمات دندان پزشکی در زمان همه‌گیری کرونا بیشتر است.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه این است که این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد، بنابراین امکان بررسی علیت بین متغیرها وجود نداشت. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه نمونه‌گیری به روش آسان و در دسترس است که تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل مواجه می‌کند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش دیگری با حجم نمونه بزرگ‌تر و محدوده جغرافیایی وسیع‌تر انجام گیرد. این کار هم قابلیت تعمیم‌پذیری را افزایش می‌دهد و هم امکان مقایسه را فراهم می‌کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله توسط شورای پژوهشی و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قم با کد اخلاق IR.MUQ.REC.1400.232 مورد تأیید و تصویب قرار گرفت.

حامی مالی

دانشگاه علوم پزشکی قم از مقاله حاضر حمایت مالی کرده است.

مشارکت‌نویسندگان

ایده‌پردازی: سمانه رضایی دهنمکی، آیدا مهدی‌پور؛ طراحی مطالعه: سمانه رضایی دهنمکی، محمد علی گل، آیدا مهدی‌پور؛ جمع‌آوری داده: صمد دارابیان، محمد چهره قانی؛ آنالیز آماری: محمد علی گل، ابوالفضل محمدبیگی؛ آماده‌سازی مقاله: تمام نویسندگان؛ تأیید نهایی مقاله: تمام نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهارات نویسندگان، این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی نداشته است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم به‌عنوان سازمان حامی و کلیه کارکنان ادارات استان قم که در این تحقیق شرکت داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

در افراد دارای بیماری‌های مزمن، شدت درک‌شده بالاتر است. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه کامران و همکاران که نشان داد با افزایش سن و همچنین در افراد متأهل نسبت به افراد مجرد شدت درک‌شده بالاتر است همسو بود، اما در مطالعه کامران و همکاران رابطه معنی‌داری بین شدت درک‌شده و جنسیت دیده نشد که با مطالعه حاضر همسو نبود [۲۸]. همچنین مطالعه حاضر با مطالعه ماراکا و همکاران که در آن افراد واکسینه‌نشده از شدت درک‌شده بالاتری برخوردار بودند همسو بود. از دلایل توجیه نتایج به‌دست‌آمده می‌توان به این نکته اشاره کرد که افراد واکسن‌نزده نسبت به ایمنی واکسن، کارایی آن در جلوگیری از انتقال بیماری و مدت‌زمان مصونیت مشکوک بودند. همچنین آن‌ها خواهان کسب اطلاعات بیشتری درمورد واکسن‌ها بودند [۲۶].

در این مطالعه، با افزایش سن، در افرادی که واکسن نزدند، در افراد با تحصیلات پایین‌تر و افراد دارای بیماری‌های مزمن منافع درک‌شده بالاتری مشاهده شد. این یافته‌ها با مطالعه کامران و همکاران که گزارش دادند در افراد با میانگین سنی بالاتر منافع درک‌شده بالاتر است همسو بود [۲۸]. ولی با مطالعه ماراکا و همکاران که در آن، رابطه معنی‌داری بین منافع درک‌شده با سابقه واکسیناسیون وجود نداشت همسو نبود. در توجیه نتایج به‌دست‌آمده می‌توان به این نکته اشاره کرد که افراد با سنین بالاتر و افراد دارای بیماری‌های مزمن و واکسینه‌نشده به‌علت اطلاع‌رسانی گسترده از طریق رسانه‌های ملی و رسانه‌های اجتماعی و شعار سازمان بهداشت جهانی مبنی بر رعایت بهداشت فردی و ماندن در خانه در راستای پیشگیری از بیماری، به‌دلیل بودن در معرض خطر بیشتر ابتلا به ویروس کرونا منافع درک‌شده بالاتری داشتند [۲۶].

در مطالعه حاضر، در افراد متأهل، در افراد دارای سابقه بیماری مزمن و با تحصیلات بالاتر موانع درک‌شده بالاتری گزارش شد که این یافته‌ها با مطالعه شیرازی‌زاده و همکاران که نشان دادند افراد با تحصیلات بالاتر موانع درک‌شده بالاتری برای اتخاذ رفتار پیشگیرانه برای سرطان دهانه رحم داشتند همسو بود [۲۹]. ولی با مطالعه کریمی و همکاران که در آن افراد متأهل و همچنین افراد با تحصیلات بالا موانع درک‌شده پایینی برای رفتارهای پیشگیری‌کننده از کرونا از خود نشان دادند همسو نبود [۳۰]. به نظر می‌رسد از دلایل همسو نبودن یافته‌ها، وجود تفاوت‌های شغلی و فرهنگی در جمعیت مورد مطالعه باشد.

نتیجه‌گیری

از یافته‌های این مطالعه چنین نتیجه‌گیری می‌شود که میزان آگاهی، حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع درک‌شده و موانع درک‌شده کارکنان ادارات استان قم در سطح متوسطی است و با افزایش حساسیت درک‌شده و موانع درک‌شده در افراد میزان

References

- [1] Baghizadeh Fini M. Oral saliva and COVID-19. *Oral Oncol.* 2020; 108:104821. [DOI:10.1016/j.oraloncology.2020.104821] [PMID] [PMCID]
- [2] WHO. COVID-19 Epidemiological Update - 27 October 2023. Geneva: WHO; 2023. [Link]
- [3] Micheli V, Bracchitta F, Rizzo A, Mancon A, Mileto D, Lombardi A, et al. First identification of the new severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 omicron variant (B.1.1.529) in Italy. *Clin Infect Dis.* 2022; 75(3):522-4. [DOI:10.1093/cid/ciab1044] [PMID] [PMCID]
- [4] Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci.* 2020; 12(1):9. [DOI:10.1038/s41368-020-0075-9] [PMID] [PMCID]
- [5] Pan L, Mu M, Yang P, Sun Y, Wang R, Yan J, et al. Clinical characteristics of COVID-19 patients with digestive symptoms in Hubei, China: A descriptive, cross-sectional, multicenter study. *Am J Gastroenterol.* 2020; 115(5):766-73. [DOI:10.14309/ajg.0000000000000620] [PMID] [PMCID]
- [6] Sharma A, Ahmad Farouk I, Lal SK. COVID-19: A review on the novel coronavirus disease evolution, transmission, detection, control and prevention. *Viruses.* 2021; 13(2):202. [DOI:10.3390/v13020202] [PMID] [PMCID]
- [7] Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Emerging and future challenges for dental and oral medicine. *J Dent Res.* 2020; 99(5):481-7. [DOI:10.1177/0022034520914246] [PMID] [PMCID]
- [8] Ahmadi H, Ebrahimi A, Ghorbani F. The impact of COVID-19 pandemic on dental practice in Iran: A questionnaire-based report. *BMC Oral Health.* 2020; 20(1):354. [DOI:10.1186/s12903-020-01341-x] [PMID] [PMCID]
- [9] Peloso RM, Pini NIP, Sundfeld Neto D, Mori AA, Oliveira RCG, Valarelli FP, et al. How does the quarantine resulting from COVID-19 impact dental appointments and patient anxiety levels? *Braz Oral Res.* 2020; 34:e84. [DOI:10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0084] [PMID]
- [10] Cotrin P, Peloso RM, Oliveira RC, de Oliveira RCG, Pini NIP, Valarelli FP, et al. Impact of coronavirus pandemic in appointments and anxiety/concerns of patients regarding orthodontic treatment. *Orthod Craniofac Res.* 2020; 23(4):455-61. [DOI:10.1111/ocr.12395] [PMID] [PMCID]
- [11] Moharrami M, Bohloul B, Amin M. Frequency and pattern of outpatient dental visits during the COVID-19 pandemic at hospital and community clinics. *J Am Dent Assoc.* 2022; 153(4):354-64. [DOI:10.1016/j.adaj.2021.09.007] [PMID] [PMCID]
- [12] Khader Y, Al Nsour M, Al-Batayneh OB, Saadeh R, Bashier H, Alfaqih M, et al. Dentists' awareness, perception, and attitude regarding COVID-19 and infection control: Cross-sectional study among Jordanian dentists. *JMIR Public Health Surveill.* 2020; 6(2):e18798. [DOI:10.2196/18798] [PMID] [PMCID]
- [13] Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020; 395(10223):497-506. [DOI:10.1016/S0140-6736(20)30183-5] [PMID]
- [14] Xiang B, Wong HM, Perfecto AP, McGrath CPJ. Modeling health belief predictors of oral health and dental anxiety among adolescents based on the Health Belief Model: A cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2020; 20(1):1755. [DOI:10.1186/s12889-020-09784-1] [PMID] [PMCID]
- [15] Shamsi M, Tajik R, Mohammadbegee A. [Effect of education based on health belief model on self-medication in mothers referring to health centers of Arak (Persian)]. *J Arak Uni Med Sci.* 2009; 12(3):57-66. [Link]
- [16] Khazaee-Pool M, Shahrousvand S, Naghibi SA. Predicting Covid-19 preventive behaviors based on health belief model: An Internet-based study in Mazandaran Province, Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2020; 30(190):56-66. [Link]
- [17] Masoudiyekta L, Rezaei-Bayatiyani H, Dashtbozorgi B, Gheibizadeh M, Malehi AS, Moradi M. Effect of education based on health belief model on the behavior of breast cancer screening in women. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2018; 5(1):114-20. [DOI:10.4103/apjon.apjon_36_17] [PMID] [PMCID]
- [18] Shekarappa HT, Guttal KS, Iyer V, Gupta V, Shetty P. Knowledge, attitude and preventive practices related to novel Coronavirus Infection (COVID-19) among patients attending dental hospital in Dharwad. *Asian J Med Sci.* 2020; 11(5):1-7. [DOI:10.3126/ajms.v11i5.29857]
- [19] Parvaie P, Osmani F. Dentistry during COVID-19: Patients' knowledge and satisfaction toward health protocols COVID-19 during dental treatment. *Eur J Med Res.* 2022; 27(1):3. [DOI:10.1186/s40001-021-00629-0] [PMID] [PMCID]
- [20] Delshad Noghabi A, Yoshany N, Mohammadzadeh F, Javanbakht S. [Predictors of Covid-19 preventive behaviors in Iranian population over 15 years old: An application of health belief model (Persian)]. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2020; 30(191):13-21. [Link]
- [21] Goodarzi A, Heidarnia A, Tavafian SS, Eslami M. Association between dental caries and body mass index-for-age among 10-12-year-old female students in Tehran. *Int J Prev Med.* 2019; 10:28. [DOI:10.4103/ijpvm.IJPVM_528_18] [PMID] [PMCID]
- [22] Youssef D, Abou-Abbas L, Berry A, Youssef J, Hassan H. Determinants of acceptance of Coronavirus disease-2019 (COVID-19) vaccine among Lebanese health care workers using health belief model. *Plos One.* 2022; 17(2):e0264128. [DOI:10.1371/journal.pone.0264128] [PMID] [PMCID]
- [23] Karl JA, Fischer R, Druică E, Musso F, Stan A. Testing the effectiveness of the health belief model in predicting preventive behavior during the COVID-19 pandemic: The case of Romania and Italy. *Front Psychol.* 2022; 12:627575. [DOI:10.3389/fpsyg.2021.627575] [PMID] [PMCID]
- [24] Yue S, Zhang J, Cao M, Chen B. Knowledge, attitudes and practices of COVID-19 among urban and rural residents in China: A cross-sectional study. *J Community Health.* 2021; 46(2):286-291. [DOI:10.1007/s10900-020-00877-x] [PMID] [PMCID]

- [25] Ali M, Uddin Z, Banik PC, Hegazy FA, Zaman S, Ambia ASM, et al. Knowledge, attitude, practice, and fear of COVID-19: An online-based cross-cultural study. *Int J Ment Health Addict*. 2021. 21:1-16. [DOI:10.1007/s11469-021-00638-4]
- [26] Maraqa B, Nazzal Z, Rabi R, Sarhan N, Al-Shakhra K, Al-Kaila M. COVID-19 vaccine hesitancy among health care workers in Palestine: A call for action. *Prev Med*. 2021; 149:106618. [DOI:10.1016/j.ypmed.2021.106618] [PMID] [PMCID]
- [27] Berni I, Menouni A, Filali Zegzouti Y, Kestemont MP, Godderis L, El Jaafari S. Factors associated with COVID-19 vaccine acceptance in Morocco: Applying the health belief model. *Vaccines*. 2022; 10(5):784. [DOI:10.3390/vaccines10050784] [PMID] [PMCID]
- [28] Kamran A, Isazadehfar K, Heydari H, Nasimi Doost Azgomi R, Naeim M. Risk perception and adherence to preventive behaviours related to the COVID-19 pandemic: A community-based study applying the health belief model - CORRIGENDUM. *BJPsych Open*. 2021; 7(6):e210. [DOI:10.1192/bjo.2021.980] [PMID] [PMCID]
- [29] Shirazi Zadeh Mehraban S, Namdar A, Naghizadeh MM. Assessment of Preventive Behavior for Cervical Cancer with the Health Belief Model. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018; 19(8):2155-63. [DOI:10.22034/APJCP.2018.19.8.2155] [PMID] [PMCID]
- [30] Karimy M, Bastami F, Sharifat R, Heydarabadi AB, Hatamzadeh N, Pakpour AH, et al. Factors related to preventive COVID-19 behaviors using health belief model among general population: A cross-sectional study in Iran. *BMC Public Health*. 2021; 21(1):1934. [DOI:10.1186/s12889-021-11983-3] [PMID] [PMCID]