

# 口腔健康行为的影响因素

张文静综述 蒋 勇审校

(安徽医科大学口腔医院预防科 安徽 合肥 230032)

[摘要] 个体的口腔健康行为直接影响到个体的口腔健康状况。而个体的口腔健康行为受个体因素、家庭因素和社会因素等的影响。口腔健康教育和口腔健康促进就是通过改善人群的口腔健康行为,达到改善人群的口腔健康状况的根本目的。所以,只有深刻认识口腔健康行为的各种影响因素,才能为更好地实施口腔健康教育和口腔健康促进提供依据。本文对口腔健康行为的影响因素作一综述。

[关键词] 口腔健康行为; 口腔健康教育; 牙科畏惧症

[中图分类号] R 78 [文献标志码] A [doi] 10.3969/j.issn.1673-5749.2010.01.024

**The effective factors of oral health behavior** ZHANG Wen-jing, JIANG Yong. (Dept. of Preventive Dentistry, Hospital of Stomatology, Anhui Medical University, Hefei 230032, China)

[Abstract] People's oral health states is directly effected by their oral health behaviors. While their oral health behaviors are influenced by themselves, their families and the society. The fundamental purpose of oral health education project and oral health promotion is to improve the states of people's oral health. And the pathway is changing their oral health behaviors. We could make the foundation of putting oral health education projects and oral health promotion projects into practice only by deeply awareness the various effective factors of oral health behaviors. This paper is a review about the influence factors on oral health behaviors.

[Key words] oral health behavior; oral health education; dental fear

健康行为是由社会、文化、经济、信念和态度等要素构成的。只有深刻认识对建立和保持健康行为起作用的各种影响因素,了解其是如何起作用的,才能更好地实施口腔健康教育计划。Rise等<sup>[1]</sup>认为,口腔健康行为包括:1)口腔卫生行为,如刷牙行为、使用牙线和牙签行为等;2)自我口腔保健行为,如自我诊断行为、自我预防行为和自我治疗行为等;3)选用预防保健措施的行为,如选用氟化物和窝沟封闭行为等;4)口腔服务设施利用行为,如定期口腔健康检查和求医行为等。本文对口腔健康行为的影响因素进行探讨,以期对今后开展口腔健康教育工作提供依据。

## 1 个人因素

### 1.1 个体因素

个人的经济条件、文化水平和个人对口腔保健的态度均影响到个人的口腔保健行为。由于受经济条件、文化、教育和卫生条件的影响,城市

人群定期口腔健康检查、使用氟化物预防龋齿的措施和清洁牙齿等的口腔预防保健行为、正确刷牙方法的掌握率、定期更换牙刷率、早晚刷牙率和含氟牙膏使用率均高于农村<sup>[2]</sup>。个人的经济收入和受教育程度不同,其口腔保健行为所依赖的各种物质条件如选用牙线、保健牙刷、可选择的口腔诊所、可选择的治疗和预防措施以及接受口腔保健知识等都存在差异,这些差异直接导致经济收入和文化水平较高的人其口腔健康行为明显优于经济和文化水平较低的人。个体对口腔健康的重视度越高,口腔健康行为就越好。例如社交活动较多的人,其刷牙频率、使用牙线和漱口水的频率以及牙科就诊的频率都明显较高<sup>[3]</sup>。女性的口腔卫生行为明显优于男性,其改善口腔健康的愿望、刷牙率和牙科就诊率都明显高于男性<sup>[4]</sup>。在人际交往过程中,重视个人形象的人就特别关注自身口腔的健康,会自觉采取利于口腔健康的措施。另一方面,口腔健康状况越好的人对口腔健康越关注,对口腔保健知识了解得越多其健康行为也就越好<sup>[3]</sup>。相反,对预防牙科疾病持消极态度的人对于预防疾病的常识和疾病产生的后果都知之甚

[收稿日期] 2009-02-12; [修回日期] 2009-10-10

[作者简介] 张文静(1984—),女,河南人,硕士

[通讯作者] 蒋 勇, Tel: 0551-5118677

少,也就很少采取预防保健措施和口腔健康行为<sup>[2]</sup>。由此可见,口腔健康态度决定口腔健康行为,口腔健康状况又反过来影响口腔健康的态度。

## 1.2 牙科畏惧症

牙科畏惧症是指患者对牙科诊治过程或其中某些环节表现出紧张、焦虑和恐惧的情绪,引起恐惧的原因除了牙科治疗本身外,也包括患者对牙科治疗以外因素的畏惧,例如害怕在治疗过程中传染乙肝或艾滋病等其他疾病。牙科畏惧症是影响人群牙科就诊率的重要因素之一。Pohjola等<sup>[5]</sup>的调查表明,不规则牙科就诊里的患者约有41%是由牙科畏惧引起的;同时,不规则就诊的人群较规则就诊的人群更畏惧口腔医生。由于对牙科诊疗过程不了解或在以往治疗过程中有不愉快的经历都会导致患者产生牙科畏惧症。牙科畏惧症与个人的生活习惯和文化水平密切相关。口腔健康行为较差和有吸烟等不良行为习惯的人更惧怕到口腔科就诊<sup>[5]</sup>,因为这类人群口腔健康状况较差,通常会产生自卑心理而抗拒到口腔科就诊。而对口腔健康较为重视的人群和个别从小就定期口腔检查的人群,即使自身有严重的牙科畏惧症也会坚持定期口腔检查<sup>[6]</sup>。个人受教育的程度也会影响患者到口腔科就诊,学历较低和从未看过口腔医生的人其牙科畏惧指数则较高<sup>[6]</sup>。但也有研究表明,高等学历的人群较中等学历的人群更畏惧到口腔科就诊<sup>[7]</sup>。Meng等<sup>[8]</sup>的研究表明,在控制了其他健康因素的影响后,牙科畏惧症可以独立地对口腔设施的利用行为起负作用,同时这种对于口腔科就诊的畏惧会导致在制订诊疗计划时医患之间沟通困难,从而导致治疗难以实施。此外,牙科畏惧症会直接影响患者定期的口腔健康检查,对于口腔健康较差的人则会导致口腔疾病的恶化,这种恶化又会导致个体拒绝到口腔科就诊,从而形成恶性循环。5~8岁儿童的牙科畏惧症较其他年龄的儿童更为严重<sup>[9]</sup>,但这一时期正是对第一恒磨牙进行窝沟封闭的最佳时期,也是乳牙和年轻恒牙最易患龋的时期。该年龄段的儿童对于口腔科就诊的畏惧直接影响窝沟封闭等防龋措施的实施,同时也会延误乳牙和年轻恒牙龋病和根尖周病的治疗。

## 2 家庭和学校的因素

儿童口腔健康行为受家庭的影响较大,家长在预防子女的口腔疾病和进行口腔健康行为教育

方面起着重要的作用。父母对口腔健康知识了解越多,其子女的口腔科就诊率、刷牙频率和含氟牙膏的使用率越高,窝沟封闭和使用氟化物等预防保健措施的比例也就越高<sup>[10]</sup>。父母受教育程度越高,家庭的社会经济状况越好,其子女的就诊率、使用牙线的频率和龋齿充填率也就越高<sup>[11]</sup>。由于儿童时期模仿能力和学习能力均较强,所以具有良好口腔健康行为的父母可以通过言传身教使子女养成良好的口腔健康行为;相反,如果父母的口腔健康行为较差,其子女的口腔健康行为一般也较差。母亲的行为对子女的影响和教育较父亲大。母亲关于龋病预防的知识越多,其子女使用窝沟封闭等氟化物防龋的预防措施就越多,开始刷牙的时间也越早<sup>[12]</sup>;母亲文化程度越高,对口腔保健越重视,口腔健康促进知识的应答率越高,其子女的口腔保健行为就越好,刷牙的频率和效率也就越高<sup>[10]</sup>;同时,母亲的就诊行为、刷牙行为和口腔保健措施的使用会极大地影响子女的就诊行为和保健措施的实施行为<sup>[13]</sup>。刷牙作为一项长期有效的防龋行为,只有得到儿童母亲的重视,儿童才能够在其监督下将这一行为认真地坚持执行。母亲对正确刷牙方法的掌握、对氟化物防龋机制的了解和定期进行口腔健康检查的习惯,都会影响子女口腔健康行为习惯的养成。

学校教育对青少年的口腔健康行为也有较大影响。处于叛逆期的青少年受家庭的影响较小,在此阶段学校开展的口腔健康教育对提高青少年口腔健康知识和改善口腔保健行为有显著作用。在学校直接开展的口腔健康促进项目,如使用氟化物含漱和集中进行窝沟封闭等都能取得较好的效果。口腔医学院的学生经过5年的专业学习,其口腔保健行为、态度、刷牙率以及使用牙线和漱口水的频率都有显著提高<sup>[14]</sup>。这些学生由于系统地了解到口腔健康的重要性、口腔疾病的后果以及未来职业的原因,均会自觉地采取正确的口腔健康措施。以往实施的学校口腔健康教育项目主要是宣传口腔健康知识,但是在学校进行针对刷牙方法的教育可以明显提高青少年的刷牙频率和效率<sup>[15]</sup>。Petersen等<sup>[16]</sup>的研究表明,以老师和学校为媒介的口腔健康教育模式对中学生口腔卫生状况和行为的改善优于以家长为媒介的口腔健康教育模式。青少年正处于生活习惯的养成阶段,学校作为青少年阶段最主要的生活学习场所,对学生养成口腔健康习惯起着重要的作用。学校老

师对于口腔保健行为的态度和对口腔保健知识的宣传往往对学生有直接的影响,使学生主动实施口腔健康行为。因此,在学校开设口腔卫生保健课程是对学生进行口腔健康教育的一种有效手段,有利于学生口腔健康行为的养成。

### 3 社会因素

社会经济状况直接且显著地影响患者到口腔科的就诊率,同时还影响到个体的口腔健康行为、态度、口腔健康知识、对口腔设施的利用状况和牙科畏惧症。Ståhlacke等<sup>[17]</sup>的调查表明,随着社会发展,个体的口腔健康行为、态度、知识水平和对口腔设施的利用均有不同程度地提高,同时也降低了对口腔科的畏惧。社会经济的改善可提高个体的经济水平,增加个体可选择的口腔保健设施、口腔治疗和预防措施,使定期进行口腔健康检查和选择治疗口腔疾病的人数明显增加,从而大大提高了患者口腔科的就诊率。社会经济的发展和国家经济状况的改善可以直接增加国家对口腔健康的资金投入,有利于口腔健康促进项目的顺利实施,直接扩大获得口腔保健知识的人群范围,增加人群对于保健和预防知识的了解,从而使人群的卫生行为得到改善,提高预防措施的使用率。超出大多数人经济承受能力较高的口腔科诊疗费用,也是导致口腔科就诊率不高的重要因素之一。因此,医疗保险持有者的牙科就诊率明显高于未参与医疗保险的人群<sup>[18]</sup>。社会经济改善可以扩大医疗保险的覆盖范围,持有医疗保险的人群增加会使牙科就诊率随之提高。此外,国家的经济状况直接影响到口腔保健设施的建立,从而直接影响人群口腔科的就诊率。中国作为低收入水平国家,口腔医生人口比例明显低于其他经济发达的国家<sup>[19]</sup>。因此,缺乏专业人员对大众进行口腔健康知识和口腔保健行为的宣教,而且公共健康机构提供的口腔保健服务也不能满足人民大众对于口腔保健和治疗的需求<sup>[20]</sup>。口腔诊所和口腔医生主要分布在大城市和一些经济发达地区的现状,也限制了农村人口口腔治疗和口腔保健措施的实施。

### 4 结束语

针对中国“看牙贵、看牙难”的国情,国家财政和口腔教育机构应该投入更多的资金以及培养更多的专业人员建立基础保健设施,为增加口

腔科就诊率提供设施保障,也为实施口腔健康促进项目提供人员保障。同时,还应该进一步推进农村医疗合作项目,使更多的农村人口享有口腔保健的权利。另一方面,应该加大口腔保健促进项目的政策投入,对人群进行口腔保健知识宣教。近年来,在一些发达国家,由于突出了以预防为重点的大众口腔保健项目,人群的口腔健康状况有了明显改善。由此产生了一种新的社会口腔医学模式,其基本构架是以初级卫生保健为途径,以3级医疗卫生保健网为依托,将口腔卫生保健纳入这一运行机制,通过口腔健康教育和促进、自我口腔保健、社会防护措施以及社区口腔保健服务,推动口腔健康项目的全面发展。所以,口腔健康促进项目的重点应放在社区。同一社区居民的经济文化环境背景差异较小,有利于制定切合实际、有针对性的促进项目,而且也较易取得成效。为了成功地开展社区健康促进项目,口腔医务工作者就应积极配合实施社区口腔保健促进项目,采取实用、简单且有效的方法,即重视口腔卫生措施以及改善刷牙方法来配合口腔卫生知识宣教。同时,针对国内口腔专业人员匮乏的现况,在社区进行的口腔保健促进项目应联合专业以外组织的参与和合作,如联合社区干部等非口腔专业人员、文化水平较高的离退休人员和社区志愿者等对社区实施广泛且有针对性的宣教。这些社区的内部人员与外部的健康促进工作者相比较,能为他们自己的社区提供更为准确的信息,从而使社区健康促进项目得到顺利实施。只有国家政府、口腔医务工作者和人群自身3个方面共同参与、共同努力,才能实现2015年人人享有口腔保健的目标。

### 5 参考文献

- [1] Rise J, Hølund U. Prediction of sugar behavior[J]. Community Dent Health, 1990, 7(3) 267-272.
- [2] Zhu L, Petersen PE, Wang HY, et al. Oral health knowledge, attitudes and behaviour of adults in China[J]. Int Dent J, 2005, 55(4) 231-241.
- [3] Dumitrescu AL, Kawamura M, Toma C, et al. Social desirability, social intelligence and self-rated oral health status and behaviours[J]. Rom J Intern Med, 2007, 45(4) 393-400.
- [4] Kawamura M, Takase N, Sasahara H, et al. Teenagers' oral health attitudes and behavior in Japan: Comparison by sex and age group[J]. J Oral Sci, 2008, 50(2) :167-174.

[5] Pohjola V, Lahti S, Tolvanen M, et al. Dental fear and oral health habits among adults in Finland[J]. *Acta Odontol Scand*, 2008, 66(3) :148-153.

[6] Pohjola V, Lahti S, Vehkalahti MM, et al. Association between dental fear and dental attendance among adults in Finland[J]. *Acta Odontol Scand*, 2007, 65(4) 224-230.

[7] Lahti S, Vehkalahti MM, Nordblad A, et al. Dental fear among population aged 30 years and older in Finland[J]. *Acta Odontol Scand*, 2007, 65(2) 97-102.

[8] Meng X, Heft MW, Bradley MM, et al. Effect of fear on dental utilization behaviors and oral health outcome[J]. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2007, 35(4) 292-301.

[9] Lee CY, Chang YY, Huang ST. Prevalence of dental anxiety among 5- to 8-year-old Taiwanese children[J]. *J Public Health Dent*, 2007, 67(1) 36-41.

[10] Akpabio A, Klausner CP, Inglehart MR. Mothers'/guardians' knowledge about promoting children's oral health [J]. *J Dent Hyg*, 2008, 82(1) :12.

[11] Kanli A, Kanbur NO, Dural S, et al. Effects of oral health behaviors and socioeconomic factors on a group of Turkish adolescents[J]. *Quintessence Int*, 2008, 39(1) 26-32.

[12] Saied-Moallemi Z, Virtanen JI, Ghofranipour F, et al. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health[J]. *Eur Arch Paediatr Dent*, 2008, 9(2) :79-83.

[13] Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, et al. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits[J]. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2007, 35(4) 272-281.

[14] Maatouk F, Maatouk W, Ghedira H, et al. Effect of 5 years of dental studies on the oral health of Tunisian dental students[J]. *East Mediterr Health J*, 2006, 12(5) : 625-631.

[15] Livny A, Vered Y, Slouk L, et al. Oral health promotion for school children-evaluation of a pragmatic approach with emphasis on improving brushing skills[J]. *BMC Oral Health*, 2008, 8 4.

[16] Petersen PE, Peng B, Tai B, et al. Effect of a school-based oral health education programme in Wuhan City, Peoples Republic of China[J]. *Int Dent J*, 2004, 54(1) : 33-41.

[17] Ståhlhaccke K, Söderfeldt B, Unell L, et al. Changes over 5 years in utilization of dental care by a Swedish age cohort[J]. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2005, 33(1) : 64-73.

[18] Manski RJ, Cooper PF. Dental care use :Does dental insurance truly make a difference in the US[J]. *Community Dent Health*, 2007, 24(4) 205-212.

[19] de la Fuente-Hernández J, Acosta-Gío AE. The effect of poverty on access to oral health care[J]. *J Am Dent Assoc*, 2007, 138(11) :1443-1445.

[20] Hobdell MH. Poverty, oral health and human development :Contemporary issues affecting the provision of primary oral health care[J]. *J Am Dent Assoc*, 2007, 138 (11) :1433-1436.

(本文编辑 王 晴)

(上接第76页)

[9] Jafarzadeh H, Javidi M, Zarei M. Endodontic retreatment of a maxillary second molar with three separate buccal roots[J]. *Aust Endod J*, 2006, 32(3) :129-132.

[10] de Almeida-Gomes F, Maniglia-Ferreira C, dos Santos RA. Two palatal root canals in a maxillary second molar [J]. *Aust Endod J*, 2007, 33(2) 82-83.

[11] Julian B. *Dental anatomy*[M]. 5th ed. Ohio :Williams and Wilkins, 1990 274-278.

[12] 张翠贤, 王 宇, 袁渝萍. 再论磨牙髓腔解剖研究及临床意义[J]. *牙体牙髓牙周病学杂志*, 1997, 7(1) 32-34.

[13] Weine FS, Healey HJ, Gerstein H, et al. Canal configuration in the mesiobuccal root of the maxillary first molar and its endodontic significance[J]. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1969, 28(3) :419-425.

[14] Vertucci FJ. Root canal anatomy of the human permanent teeth[J]. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1984, 58 (5) 589-599.

[15] 岳保利, 吴友宏. 中国人恒牙及根管形态图谱[M]. 北京 :世界图书出版公司, 1995 24.

[16] 高 燕, 凌均荣. 上颌磨牙近中颊根第二根管口的解剖定位[J]. *口腔医学*, 2004, 24(3) :135-136.

[17] 梁广智, 范 兵. 上颌第二磨牙近中颊根MB2根管的临床研究[J]. *现代口腔医学杂志*, 2005, 19(1) 38-40.

[18] Weine FS. *Endodontic therapy*[M]. 5th ed. St. Louis :Mosby-Yearbook Inc., 1996 242-243.

[19] Eskoz N, Weine FS. Canal configuration of the mesio-buccal root of the maxillary second molar[J]. *J Endod*, 1995, 21(1) 38-42.

[20] Ulusoy OI, Görgül G. Endodontic treatment of a maxillary second molar with 2 palatal roots :A case report[J]. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2007, 104(4) 95-97.

[21] 唐道鹤, 谢 华, 周 磊. 磨牙侧副根管及其根尖孔位置的解剖学研究[J]. *广东医学院学报*, 2002, 20(1) 5-6.

[22] 周春飞, 翁雨来. 前牙牙根及根管形态的研究进展[J]. *口腔材料器械杂志*, 2007, 16(2) 81-82.

(本文编辑 王 晴)