

- Percutaneous Coronary Intervention: A Collaborative Meta-analysis of Randomized Trials With Cardiac Magnetic Resonance Imaging Data. *Can J Cardiol.* 2018;34(12):1573-1580. doi:10.1016/j.cjca.2018.07.480
3. **Dai W, Ye Z, Li L, Su Q.** Effect of preoperative loading dose ticagrelor and clopidogrel on no-reflow phenomenon during intervention in patients with ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis. *Drug Des Devel Ther.* 2018;12:2039-2049. doi:10.2147/DDDT.S165431.
 4. **Gibson CM, de Lemos JA, Murphy SA, et al.** Combination therapy with abciximab reduces angiographically evident thrombus in acute myocardial infarction: a TIMI 14 substudy. *Circulation.* 2001;103(21): 2550-2554. doi:10.1161/01.cir.103.21.2550.
 5. **Greco C, Pelliccia F, Tanzilli G, et al.** Usefulness of local delivery of thrombolytics before thrombectomy in patients with ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention (DISSOLUTION randomized trial). *Am J Cardiol.* 2013;112(5): 630-635. doi:10.1016/j.amjcard.2013.04.036
 6. **Ibanez B, James S, Agewall S, et al.** 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2018;39(2): 119-177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393.
 7. **Magdy AM, Demitry SR, Hasan-Ali H, Zaky M, Abd El-Hady M, Abdel Ghany M.** Stenting deferral in primary percutaneous coronary intervention: exploring benefits and suitable interval in heavy thrombus burden. *Egypt Heart J.* 2021;73(1):78. doi:10.1186/s43044-021-00203-3.
 8. **McCartney PJ, Eteiba H, Maznyczka AM, et al.** Effect of Low-Dose Intracoronary Alteplase During Primary Percutaneous Coronary Intervention on Microvascular Obstruction in Patients With Acute Myocardial Infarction. *JAMA.* 2019; 321(1): 56-68. doi:10.1001/jama.2018.19802.

HÀNH VI THĂM KHÁM NHA KHOA Ở NGƯỜI MƯỜNG TRƯỞNG THÀNH TỪ 18-30 TUỔI DỰA TRÊN MÔ HÌNH NIỀM TIN SỨC KHOẺ

Trương Đình Khởi¹, Lưu Văn Tường¹

Từ khoá: Mô hình niềm tin sức khoẻ (HBM), hành vi thăm khám nha khoa.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố liên quan đến hành vi chăm sóc sức khoẻ răng miệng ở người Mường trưởng thành từ 18-30 tuổi năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang bằng phiếu khảo sát dựa trên mô hình niềm tin sức khoẻ (HBM) trên 247 đối tượng người Mường trưởng thành từ 18-30 tuổi (116 nam, 131 nữ). **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 24,45±6,52; tỉ lệ đã có gia đình là 45,75%; tỉ lệ có bảo hiểm y tế là 34,41%; 100% có chải răng hàng ngày và 10,93% có dùng chỉ nha khoa; tỉ lệ sử dụng thuốc lá 12,15% chủ yếu ở nam giới; 30,77% từng đi khám nha khoa. Nhận thức về lợi ích và rào cản nhận thức ở nữ lớn hơn ở nam có ý nghĩa thống kê, các đặc điểm khác không có sự khác biệt giữa nam và nữ. **Kết luận:** Nhận thức về lợi ích và rào cản nhận thức ở nữ lớn hơn ở nam; cảm nhận nguy cơ, rào cản nhận thức, hiệu quả cảm nhận ở nhóm điều trị lớn hơn nhóm khám định kỳ; nhận thức về lợi ích, cảm nhận mức độ nghiêm trọng ở nhóm định kỳ lớn hơn nhóm điều trị; hành vi thường xuyên đi khám nha khoa không thực sự là động lực để các đối tượng tham gia các dịch vụ chăm sóc răng miệng chuyên sâu, cần có phương pháp tiếp cận thay đổi hành vi từ nhận thức, trải nghiệm và lợi ích mang lại cho người bệnh một cách tổng hợp và toàn diện.

SUMMARY

DENTAL VISITING BEHAVIOR AMONG MUONG ADULTS AGED 18–30 USING THE HEALTH BELIEF MODEL

Objective: An evaluation of selected factors associated with oral health care behavior among Muong adults aged 18–30 years in 2025. **Subject and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted using a questionnaire based on the health belief model (HBM) among 247 adult Muong participants aged 18–30 years (116 males, 131 females). **Results:** The average age was 24,45 ± 6,52 years; the proportion of married individuals was 45,75%; the proportion with health insurance was 34,41%; all participants brushed their teeth daily, and 10,93% used dental floss. The smoking rate was 12,15% mostly among males. A total of 30,77% had previously visited a dentist. Perceived benefits and perceived barriers were significantly higher among females compared to males, while other characteristics showed no significant differences between the sexes. **Conclusions:** Perceived benefits and perceived barriers were higher among females than males; perceived susceptibility, perceived barriers, and self-efficacy were greater in the treatment group compared to the regular check-up group; meanwhile, perceived benefits and perceived severity were higher in the regular check-up group than in the treatment group. Regular dental visiting behavior alone may not serve as a sufficient motivator for individuals to engage in comprehensive oral healthcare services.

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Khởi

Email: bskhoirhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.7.2025

Ngày duyệt bài: 14.8.2025

Therefore, a more integrated and holistic behavior change approach—grounded in awareness, experience, and perceived benefits should be considered to effectively encourage patients to seek advanced dental care. **Keywords:** Health Belief Model (HBM), dental visiting behavior.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình niềm tin sức khỏe (Health Belief Model – HBM), là một trong những nghiên cứu cần thiết để xây dựng kế hoạch can thiệp ở cộng đồng¹. Mô hình được hình thành dựa trên cơ sở lý thuyết về thay đổi hành vi và sử dụng rộng rãi nhằm mục đích dự đoán hành vi sức khỏe, không chỉ giúp hiểu được cốt lõi các yếu tố ảnh hưởng mà còn là công cụ hữu ích thúc đẩy hành động can thiệp hành vi tại cộng đồng^{1,2}, đặc biệt đối với khu dân cư thiếu số hoặc vùng sâu, vùng xa đòi hỏi có những chính sách, biện pháp can thiệp hành vi đơn giản và hiệu quả. Dân tộc Mường ở vùng miền núi Ninh Bình có những tiếp cận ban đầu với việc giáo dục chăm sóc sức khỏe nha khoa, tuy nhiên, hiện nay chưa có nhiều chương trình can thiệp tại khu vực này nói riêng và cho các dân tộc thiểu số khác nói chung. Mô hình HBM dựa trên 6 đặc điểm bao gồm cảm nhận nguy cơ (Perceived Susceptibility), nhận thức về lợi ích (Perceived Benefits), rào cản nhận thức (Perceived Barriers), cảm nhận mức độ nghiêm trọng (Perceived Severity), tín hiệu thúc đẩy hành động (Cues to Action) và hiệu quả cảm nhận (Self-Efficacy)^{1,3,4}. Trong cộng đồng người Mường trưởng thành, tình trạng bệnh răng miệng như sâu răng, viêm lợi vẫn có tỉ lệ mắc bệnh cao, đòi hỏi những nghiên cứu về hành vi chăm sóc răng miệng để tìm ra nguyên nhân và biện pháp cải thiện hơn.

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu áp dụng mô hình HBM như nghiên cứu của Sumita I et al (2022)⁴, Nagarjuna P et al (2016)⁵, Mohd FN et al (2021)⁶, Appukuttan D et al (2022)⁷ và Jagadeeswara Rao Sukhabogi et al (2024)⁸ đã tìm ra được một số đặc điểm hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng tại Nhật Bản, Ấn Độ và Malaysia. Tại Việt Nam đa số nghiên cứu tập trung về vấn đề kiến thức, thái độ và hành vi theo mô hình (KAP- Knowledge Attitude Practice model) như nghiên cứu của Đỗ Hoàng Việt và cộng sự (2022)⁹, Trần Thị Hương Trà và CS (2023)¹⁰ cho thấy được các yếu tố ảnh hưởng đến chăm sóc răng miệng, tuy nhiên chưa có nghiên cứu sử dụng mô hình niềm tin sức khỏe HBM trên đối tượng người trưởng thành. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

"Đánh giá một số yếu tố liên quan đến hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng ở người Mường trưởng thành từ 18-30 tuổi năm 2025".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2025 - 4/2025.

Địa điểm: Sử dụng điều tra bộ câu hỏi tại xã Quảng Lạc, xã Phú Long, xã Kỳ Phú (Cúc Phương), xã Thạch Bình, tỉnh Ninh Bình.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người dân tộc Mường tuổi từ 18-30, có bố mẹ, ông bà nội, ngoại đều là người dân tộc Mường.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đồng ý tham gia khảo sát, có các chấn thương lớn vùng hàm mặt hoặc mắc các bệnh về thần kinh, tâm thần ảnh hưởng đến chất lượng cuộc khảo sát.

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện tất cả các đối tượng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ đến khảo sát, cách chọn mẫu có chủ đích. Trên thực tế tiến hành nghiên cứu trên 247 đối tượng bao gồm 116 nam và 131 nữ.

2.5. Biến số/chi số/nội dung/chủ đề nghiên cứu

- Các đối tượng được hướng dẫn sử dụng bảng câu hỏi khảo sát trong một buổi thăm khám nha khoa cộng đồng.

- Bảng câu hỏi bao gồm 19 câu hỏi chia thành 6 đặc điểm của mô hình HBM, mỗi câu hỏi được chọn lựa 5 câu trả lời theo thang đo Likert (hoàn toàn đồng ý, đồng ý, trung lập (không ý kiến), không đồng ý, hoàn toàn không đồng ý tương ứng từ 1-5 điểm quy đổi).

- Bảng câu hỏi được xây dựng trước đó, khảo sát thử nghiệm trên 30 đối tượng và tính các chỉ số liên quan để thay đổi, thêm hoặc bớt câu hỏi phù hợp. Chỉ tiến hành khảo sát chính thức khi khảo sát thử nghiệm có hệ số Cronbach's Alpha $\geq 0,7$; hệ số tải nhân tố (Factor loading) $>0,5$; mỗi câu hỏi có tương quan hiệu chỉnh $>0,5$.

- Phân phối kết quả điểm chia thành 3 mức độ: Tích cực (điểm 4,5), trung lập (điểm 3), tiêu cực (điểm 1,2) của thang đo Likert.

2.6. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để nhập liệu từ cơ sở số liệu Excel, xử lý bằng các thuật toán thống kê phù hợp.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Đối tượng tham gia được giải thích rõ ràng về nghiên cứu và tự

nguyện tham gia, được tư vấn chăm sóc răng miệng, xử lý sâu răng, viêm lợi miễn phí (nếu có).

Nghiên cứu trên 247 người Mường trưởng thành từ 18-30 tuổi bao gồm 116 nam và 131 nữ có kết quả như sau:

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm nhân khẩu, vệ sinh răng miệng và thăm khám nha khoa (n=247)

Biến số		Nam		Nữ		Chung	
		n	%	n	%	n	%
Tuổi	M±SD	116	23,86±5,64	131	24,97±7,30	247	24,45±6,52
Tình trạng hôn nhân	Đã có	21	18,10%	92	70,23%	113	45,75%
	Chưa có	95	81,90%	36	29,77%	131	54,25%
Bảo hiểm y tế	Có	37	31,90%	48	36,64%	85	34,41%
	Không	79	68,10%	83	63,36%	162	65,59%
Thu nhập (triệu VNĐ)	<1	5	4,31%	2	1,53%	7	2,83%
	>1 và <5	14	12,07%	9	6,87%	23	9,31%
	>5 và <10	81	69,83%	92	70,23%	173	70,04%
	>10 và <15	9	9,48%	16	12,21%	25	10,94%
	>15 và <20	3	2,59%	8	6,11%	11	4,45%
	>20	2	1,72%	4	3,05%	6	2,43%
Chải răng	Có	116	100%	131	100%	247	100%
	Không	0	0%	0	0%	0	0%
Dùng chỉ nha khoa	Có	9	7,76%	18	13,74%	27	10,93%
	Không	107	92,24%	113	86,26%	220	89,07%
Sử dụng thuốc lá	Có	28	24,14%	2	1,53%	30	12,15%
	Không	88	75,86%	129	98,47%	217	87,85%
Từng khám nha khoa	Có	21	18,10%	55	41,98%	76	30,77%
	Không	95	81,90%	76	58,02%	171	69,23%
Lần khám gần nhất	≤12 tháng	12	57,14%	31	56,36%	43	56,58%
	>12 tháng	9	42,86%	24	43,64%	33	43,42%
Lý do khám gần nhất	Định kỳ	8	38,10%	23	41,82%	31	40,79%
	Điều trị	13	61,90%	29	52,73%	42	55,26%
	Khác	0	0%	3	5,45%	3	3,95%

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 24,45±6,52; tỉ lệ đã có gia đình là 45,75%; tỉ lệ có bảo hiểm y tế là 34,41%; thu nhập hàng tháng từ 5-10 triệu VNĐ chiếm đa số với 70,04%; 100% có chải răng hàng ngày và 10,93% có dùng chỉ nha khoa; tỉ lệ sử dụng thuốc lá 12,15% chủ yếu ở nam giới; 30,77% từng đi khám nha khoa.

Bảng 3.2: Đặc điểm chi tiết theo câu hỏi 6 yếu tố (n=247)

STT	Câu hỏi	Thái độ					
		Tiêu cực		Trung lập		Tích cực	
		n	%	n	%	n	%
Cảm nhận nguy cơ							
1	Nếu không đi khám nha khoa, có khả năng mắc các bệnh về răng miệng	3	1,21%	66	26,73%	178	72,06%
2	Nếu không chải răng đúng cách, có khả năng mắc các bệnh về răng miệng	11	4,45%	147	59,51%	89	36,01%
Nhận thức về lợi ích							
3	Khám nha khoa thường xuyên giúp cải thiện đáng kể sức khoẻ răng miệng	0	0%	13	5,26%	234	94,74%
4	Khám nha khoa thường xuyên giúp ngăn chặn tiến triển của bệnh răng miệng	18	7,29%	181	73,28%	48	19,43%
5	Khám nha khoa thường xuyên giúp phát hiện sớm bệnh răng miệng	21	8,50%	154	62,35%	72	29,15%
6	Khám nha khoa định kỳ giúp ngăn ngừa nhu cầu điều trị tổn kém và mất thời gian hơn trong tương lai	34	13,77%	167	67,61%	46	18,62%

7	Khám nha khoa thường xuyên giúp dự đoán và tiên lượng tốt hơn	66	26,72%	148	59,92%	33	13,36%
Rào cản nhận thức							
8	Sợ đến gặp nha sĩ/bác sĩ nha khoa	87	35,22%	64	25,91%	96	38,87%
9	Lo lắng không có đủ tiền để đi khám bệnh	49	19,84%	37	14,98%	161	65,18%
10	Việc đi khám nha khoa là tốn kém tiền bạc, mất thời gian và gây phiền phức	56	22,67%	45	18,22%	146	59,11%
11	Phòng khám quá xa để tiếp cận dịch vụ	78	31,58%	96	38,87%	73	29,55%
Cảm nhận mức độ nghiêm trọng							
12	Nếu không đi khám nha khoa thường xuyên có thể khiến bệnh tiến triển nặng hơn	14	5,67%	82	33,20%	151	61,13%
13	Nếu không thăm khám điều trị, bệnh có thể gây đau đớn, mất răng, tổn kém chi phí hơn	9	3,64%	75	30,36%	163	66,00%
Tín hiệu thúc đẩy hành động							
14	Khám nha khoa khi người thân, gia đình, bạn bè nhắc nhở	88	35,63%	116	46,96%	43	17,41%
15	Khám khi thấy quảng cáo về sức khỏe răng miệng trên phương tiện truyền thông	56	22,67%	142	57,49%	49	19,84%
16	Khám định kỳ theo thói quen do đã từng trải nghiệm thăm khám nha khoa	63	25,51%	159	64,37%	25	10,12%
Hiệu quả cảm nhận							
17	Chỉ đi khám nha khoa khi răng miệng có vấn đề gây khó chịu	57	23,08%	19	7,69%	171	69,23%
18	Thường lơ là khám nha khoa do áp lực công việc, gia đình	71	28,75%	47	19,03%	129	52,22%
19	Lịch trình bận rộn, khó sắp xếp thời gian đi thăm khám nha khoa	65	26,31%	76	30,77%	106	42,92%

Nhận xét: Cảm nhận nguy cơ câu 1 (tích cực 72,06%) và câu 2 (trung lập 59,51%); nhận thức về lợi ích câu 3 (tích cực 94,74%); rào cản về nhận thức câu 9,10 tích cực chiếm đa số trong khi câu 8, 11 phân bố đồng đều hơn; cảm nhận mức độ nghiêm trọng chủ yếu là tích cực (61,13% và 66%); tín hiệu thúc đẩy hành động đa số là trung lập; hiệu quả cảm nhận đa số là tích cực.

Bảng 3.3: Điểm số trung bình theo thang đo Likert (n=247)

Đặc điểm	Nam (n=116)	Nữ (n=131)	Chung (n=247)	p
Cảm nhận nguy cơ	3,85±0,91	3,92±0,88	3,89±0,90	0,5406
Nhận thức về lợi ích	3,48±1,02	3,76±0,94	3,63±0,98	0,0257*
Rào cản nhận thức	3,37±0,97	3,72±0,93	3,56±0,95	0,0042**
Cảm nhận mức độ nghiêm trọng	4,14±0,73	4,19±0,69	4,17±0,71	0,5807
Tín hiệu thúc đẩy hành động	2,86±0,64	2,75±0,70	2,80±0,67	0,2007
Hiệu quả cảm nhận	4,02±0,90	4,11±0,85	4,07±0,87	0,4200

(p: Kiểm định T-test so sánh giữa nam và nữ)

Nhận xét: Nhận thức về lợi ích và rào cản nhận thức ở nữ lớn hơn ở nam có ý nghĩa thống kê, các đặc điểm khác không có sự khác biệt giữa nam và nữ.

Bảng 3.4: So sánh tổng điểm theo thang đo Likert nhóm khám định kỳ và điều trị (n=73)

Đặc điểm	Định kỳ (n=31)	Điều trị (n=42)	p
Cảm nhận nguy cơ	7,14±1,29	7,82±1,37	0,0351*
Nhận thức về lợi ích	21,79±2,24	19,78±2,36	0,0005***
Rào cản nhận thức	12,97±1,78	16,12±2,04	<0,0001****
Cảm nhận mức độ nghiêm trọng	7,48±1,23	6,51±1,28	0,0017**
Tín hiệu thúc đẩy hành động	9,06±1,31	8,92±1,42	0,6684
Hiệu quả cảm nhận	9,92±1,77	11,87±1,83	<0,0001****

(p: Kiểm định T-test so sánh giữa hai nhóm khám định kỳ và điều trị)

Nhận xét: Hầu hết các đặc điểm đều khác biệt có ý nghĩa thống kê, cảm nhận nguy cơ, rào cản nhận thức, hiệu quả cảm nhận ở nhóm điều trị lớn hơn nhóm khám định kỳ, nhận thức về lợi ích, cảm nhận mức độ nghiêm trọng ở nhóm định kỳ lớn hơn nhóm điều trị, chỉ có tín hiệu

thúc đẩy hành động là không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi chăm sóc sức khỏe ở người Mường trưởng thành từ 18-30

tuổi cho thấy tỉ lệ đã kết hôn chiếm 45,75% tuy nhiên tỉ lệ tham gia bảo hiểm y tế chỉ có 34,41%; khi hỏi lý do không tham gia bảo hiểm thì những đối tượng cho rằng không phát hiện các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng buộc phải đến bệnh viện nên không muốn tham gia bảo hiểm y tế mặc dù đều nhận ra được ý nghĩa của bảo hiểm y tế khi mắc bệnh hiểm nghèo, điều này cho thấy hành vi bị động trong cách tiếp cận cơ sở y tế. Thu nhập trung bình tương đồng với mức thu nhập bình quân của người Việt Nam nói chung (năm 2024), hành vi chải răng hàng ngày được thực hiện ở tất cả các đối tượng, mặc dù vậy khi được hỏi để trình bày chi tiết cách chải răng thì hầu như không có đối tượng nào thực hiện được đúng cách và thời điểm, thời lượng chải răng; việc sử dụng chỉ nha khoa chỉ có ở 10,93% và 30,77% từng đi khám nha khoa, trong đó 55,26% khám để điều trị bệnh răng miệng, chỉ có 40,79% đi khám định kỳ 6 tháng hoặc một năm/lần. Điều này cho thấy hành vi thường xuyên đi khám nha khoa không thực sự là động lực để các đối tượng tham gia các dịch vụ chăm sóc răng miệng chuyên sâu.

Khi sử dụng mô hình HBM để phân tích hành vi, hầu hết các đối tượng đều hiểu được nguy cơ khi không thăm khám nha khoa thường xuyên và mức độ nghiêm trọng của bệnh nếu không được khám và điều trị kịp thời các bệnh răng miệng, tuy nhiên gặp phải rào cản nhận thức và chưa chủ động trong việc thăm khám, chăm sóc sức khỏe răng miệng định kỳ, không liên quan đến thu nhập hoặc thói quen chăm sóc răng miệng hàng ngày. Các đối tượng nhận thức được nguy cơ nhưng hầu như không nhận thức được lợi ích của việc thăm khám, chăm sóc nha khoa thường xuyên, bên cạnh đó nhận thức về lợi ích và rào cản nhận thức ở nữ cao hơn ở nam, điều này phù hợp với tâm lý của giới tính ở độ tuổi từ 18-30^{1,2,3}. Tỉ lệ từng đi khám nha khoa khác với nghiên cứu của Nagarjuna P et al (2016)⁵, cho thấy tỉ lệ đi khám răng miệng định kỳ là 36%; nghiên cứu của Mohd FN et al (2021)⁶ là 16,5% (nhưng từng khám nha khoa là 97%); nghiên cứu của Appukuttan D et al (2022)⁷ là 75,9%; nghiên cứu của Jagadeeswara et al (2024)⁸ là 30,3% (tỉ lệ từng khám nha khoa là 48%). Khi so sánh giữa hai nhóm khám định kỳ và nhóm điều trị bệnh, cảm nhận nguy cơ, rào cản nhận thức và hiệu quả cảm nhận ở nhóm điều trị lớn hơn nhóm khám định kỳ; ngược lại nhận thức về lợi ích, cảm nhận mức độ nghiêm trọng ở nhóm định kỳ lớn hơn nhóm điều trị và chỉ có tín hiệu thúc đẩy hành động là tương đồng giữa hai nhóm. Điều này cho thấy trải nghiệm điều trị

bệnh giúp cho đối tượng có cảm nhận về nguy cơ và chủ động hành vi hơn trong các tiếp cận nha khoa nhưng lo sợ khi đối diện với bác sĩ điều trị nhiều hơn, vì vậy bác sĩ điều trị cần phải thay đổi cách tiếp cận, giao tiếp và tư vấn phù hợp để tạo được cầu nối với người bệnh. Tuy nhiên, tín hiệu thúc đẩy hành động tương đồng giữa hai nhóm cho thấy trải nghiệm nha khoa không giúp tăng thêm động lực hành vi thăm khám và chăm sóc sức khỏe răng miệng thường xuyên hoặc định kỳ, do đó cần có phương pháp tiếp cận thay đổi hành vi từ nhận thức, trải nghiệm và lợi ích mang lại cho người bệnh một cách tổng hợp và toàn diện hơn.

V. KẾT LUẬN

Nhận thức về lợi ích và rào cản nhận thức ở nữ lớn hơn ở nam; cảm nhận nguy cơ, rào cản nhận thức, hiệu quả cảm nhận ở nhóm điều trị lớn hơn nhóm khám định kỳ; nhận thức về lợi ích, cảm nhận mức độ nghiêm trọng ở nhóm định kỳ lớn hơn nhóm điều trị; hành vi thường xuyên đi khám nha khoa không thực sự là động lực để các đối tượng tham gia các dịch vụ chăm sóc răng miệng chuyên sâu, cần có phương pháp tiếp cận thay đổi hành vi từ nhận thức, trải nghiệm và lợi ích mang lại cho người bệnh một cách tổng hợp và toàn diện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rosenstock IM** (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monographs*, 2(4), 328-335.
2. **Ashoori F et al** (2020). Using health belief model to predict oral health behaviors in girl students: a structural equation modeling. *Pediatr Dent J*, 30(1):24-32.
3. **Moridi E et al** (2021). Effect of educational intervention based on health belief model on accident prevention behaviors in mothers of children under 5-years. *BMC Wom Health*, 21(1):428.
4. **Sumita I et al** (2022). The impact of oral health behaviors, health belief model, and absolute risk aversion on the willingness of Japanese university students to undergo regular dental check-ups: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Publ Health*, 19(21), 13920.
5. **Nagarjuna P et al** (2016). Utilization of dental health-care services and its barriers among the patients visiting community health centers in Nellore District, Andhra Pradesh: a cross-sectional, questionnaire study. *J Indian Assoc Public Health Dent*, 14(4):451-455.
6. **Mohd FN et al** (2021). Factors associated with dental attendance pattern among adults attending IIUM health facilities in kuantan, Malaysia. *Malays Dent J*, 2:42-57.
7. **Appukuttan D et al** (2022). Assessment of dental care seeking behavior and attitude among adults in a metropolitan city in southern India-an

- observational study. J Clin Diagn Res, 16(2):ZC46–ZC52.
8. **Jagadeeswara Rao Sukhabogi et al** (2024). Development and validation of dental visiting behavior among adults based on health belief model. Journal of Oral Biology and Craniofacial Research, 14, 620-625.
9. **Đỗ Hoàng Việt và CS** (2022). Kiến thức, thái độ, thực hành và tình trạng lợi của sinh viên răng hàm mặt Trường Đại học Y Hà Nội, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 151(3), 209-219.
10. **Trần Thị Hương Trà và CS** (2023). Thực hành chăm sóc vệ sinh răng miệng của học sinh Trung học phổ thông tại Nam Định năm 2023. Tạp chí Y dược học Lâm sàng 108, 5(18), 103-108.