

ĐỘNG LỰC CHĂM SÓC SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG VÀ MỘT SỐ CHỈ SỐ RĂNG MIỆNG Ở HỌC SINH TIỂU HỌC TẠI HÀ NỘI

Trịnh Minh Bá, Ngô Văn Toàn và Vũ Mạnh Tuấn✉

Trường Đại học Y Hà Nội

Động lực chăm sóc sức khỏe răng miệng là khía cạnh chưa được nghiên cứu nhiều, cũng như mối liên quan với bệnh răng miệng. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu chủ đích, được thực hiện trên 354 học sinh lớp 3 tại Trường Tiểu học Kim Liên và Trường Tiểu học Khương Thượng, Hà Nội. Kết quả nghiên cứu ghi nhận học sinh ở hai trường chủ yếu thuộc nhóm ngoại động lực (93,2%). Tỷ lệ sâu răng chung ở hai trường là 83,3% (KTC 95%: 79,1 - 86,9). Điểm động lực trung bình ở Khương Thượng cao hơn Kim Liên ($15,81 \pm 1,53$ so với $15,03 \pm 1,56$; $p < 0,001$). OHI-S trung bình của Kim Liên cao hơn Khương Thượng ($1,70 \pm 0,45$ so với $1,13 \pm 0,57$; $p < 0,001$). Điểm động lực không khác biệt theo tình trạng sâu răng hoặc phân loại OHI-S. Chỉ số cao răng đơn giản (CI-S) ở nhóm nội động lực cao hơn nhóm ngoại động lực ($p = 0,004$).

Từ khóa: Động lực chăm sóc sức khỏe răng miệng, sâu răng, chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản, chỉ số sâu-mất-trám, học sinh tiểu học.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sâu răng cũng như những bệnh lý răng miệng khác, cùng với thói quen chăm sóc răng miệng chưa tốt là những vấn đề phổ biến gặp ở lứa tuổi học sinh, đặc biệt là tiểu học. Tình trạng này nếu không được can thiệp sớm sẽ ảnh hưởng đến ăn nhai, thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống, làm gia tăng chi phí điều trị. Theo Báo cáo tình trạng sức khỏe răng miệng toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới, bệnh răng miệng vẫn là nhóm bệnh không lây nhiễm rất phổ biến, trong đó sâu răng không được điều trị có thể sẽ dẫn đến bệnh lý tủy hoặc cuống, gây đau đớn, làm tăng tỷ lệ mắc bệnh răng miệng trong cộng đồng.¹ Một số nghiên cứu khác cũng nhấn mạnh sâu răng là bệnh đa nguyên nhân, liên quan đến mảng bám, những thói quen chăm sóc răng miệng và các yếu tố xã hội.²⁻⁴

Ở độ tuổi học sinh, đặc biệt học sinh khối lớp 3, kỹ năng đọc hiểu đã cải thiện hơn và trẻ có thể hình thành thói quen chăm sóc, vệ sinh răng miệng nếu được hướng dẫn đúng cách. Một số lý thuyết hành vi sức khỏe, đặc biệt là lý thuyết tự quyết, cho thấy động lực cá nhân có vai trò cần thiết trong duy trì hành vi chăm sóc răng miệng, lý thuyết này cho rằng học sinh có mức nội động lực cao sẽ duy trì hành vi vệ sinh răng miệng tốt hơn.⁵⁻⁹ Mô hình niềm tin sức khỏe của Becker 1978 cũng đề cập rằng hành vi phòng bệnh chịu ảnh hưởng bởi nhận thức về nguy cơ, mức độ nghiêm trọng, lợi ích, rào cản và các động lực thúc đẩy.¹⁰ Nghiên cứu trên trẻ 7–9 tuổi tại một trường tiểu học ở Việt Nam cũng cho thấy động lực chăm sóc răng miệng có liên quan với tình trạng vệ sinh răng miệng và đề xuất cần tăng cường các chương trình giáo dục theo hướng thúc đẩy nội động lực cho trẻ.¹¹

Việc triển khai các chương trình truyền thông sức khỏe răng miệng tại trường học hiện nay thường tập trung vào cung cấp kiến thức,

Tác giả liên hệ: Vũ Mạnh Tuấn

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: manhtuan@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 03/06/2026

Ngày được chấp nhận: 18/06/2026

kỹ năng vệ sinh răng miệng và tăng thời lượng truyền thông sức khỏe, trong khi các nội dung hướng tới động lực chăm sóc răng miệng của học sinh chưa được chú trọng tương xứng. Các nghiên cứu về can thiệp giáo dục sức khỏe răng miệng cho thấy giáo dục tại trường có thể cải thiện kiến thức và làm giảm mảng bám, nhưng hiệu quả đối với tỷ lệ sâu răng thường không ổn định nếu thiếu nền tảng lý thuyết hành vi và sự tham gia của gia đình.¹²⁻¹⁵ Bên cạnh đó, chưa có nhiều nghiên cứu trên lứa tuổi học sinh, đặc biệt là học sinh lớp 3, giai đoạn trẻ đã có khả năng đọc hiểu và hình thành nhận thức ban đầu về hành vi chăm sóc sức khỏe. Tại Việt Nam, các nghiên cứu nha học đường chủ yếu mô tả sâu răng, kiến thức và thực hành vệ sinh răng miệng; nghiên cứu đánh giá động lực chăm sóc răng miệng ở học sinh tiểu học còn hạn chế. Nghiên cứu này bổ sung dữ liệu nền bằng cách mô tả đồng thời động lực, sâu răng, OHI-S, chỉ số sâu-mất-trám ở học sinh lớp 3 tại hai trường tiểu học ở Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là học sinh, đang học khối lớp 3 tại Trường Tiểu học Kim Liên và Trường Tiểu học Khương Thượng, Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn gồm: học sinh đang học khối lớp 3 tại hai trường nghiên cứu và đồng ý tham gia.

Tiêu chuẩn loại trừ gồm: học sinh không phải lớp 3, không đủ sức khỏe tại thời điểm khám hoặc không hợp tác trong quá trình khám và trả lời phiếu khảo sát.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại hai trường công lập: Trường Tiểu học Kim Liên và Trường Tiểu học Khương Thượng, cùng thuộc địa bàn phường Kim Liên, Hà Nội, từ tháng 10 đến tháng 12/2024.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu trong nghiên cứu mô tả cắt ngang:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p \cdot q}{d^2} DE$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu

$Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy ở mức xác suất 95%

p: tỷ lệ ước lượng ngoại động lực của học sinh (p = 78%)

q: tỷ lệ ước lượng nội động lực của học sinh (q = 22%)

d: độ chính xác mong muốn 5%

DE: hệ số thiết kế = 1,2

Nghiên cứu tham khảo tỷ lệ ước lượng ngoại động lực của học sinh trong nghiên cứu trước đây của Vũ Mạnh Tuấn là 87,5%.¹¹ Tuy nhiên, với tỷ lệ này cỡ mẫu bằng 225 học sinh. Để đảm bảo tính phù hợp với mục tiêu cũng như làm tăng cỡ mẫu cần thiết, tăng độ tin cậy, nghiên cứu lựa chọn p = 78%. Do đó, cỡ mẫu tính được là 317 học sinh. Để xác định tỷ lệ động lực chăm sóc răng miệng cũng như các yếu tố liên quan, làm phương hướng cho nghiên cứu can thiệp, chúng tôi chọn mẫu chủ đích theo số học sinh có phiếu đồng ý và tham gia đầy đủ khảo sát. Tổng số học sinh được đưa vào phân tích là 354, gồm 249 học sinh Trường Tiểu học Kim Liên và 105 học sinh Trường Tiểu học Khương Thượng.

Phương pháp thu thập số liệu

Động lực chăm sóc sức khỏe răng miệng được đánh giá bằng phiếu điều tra gồm 15 câu hỏi dựa trên bộ câu hỏi được tham khảo từ các nghiên cứu trước về động lực trong chăm sóc răng miệng của Syrjälä, đối chiếu với nghiên cứu của Kumar và cộng sự về mối liên quan giữa động lực, vệ sinh răng miệng và sâu

răng.^{16,17} Bộ câu hỏi được Việt hóa bởi người dịch có chuyên môn và năng lực ngoại ngữ, sau đó được dịch ngược sang tiếng Anh để đối chiếu và chỉnh sửa. Bộ câu hỏi được phỏng vấn thử trên một lớp học sinh, cho kết quả Cronbach's alpha = 0,67, ngưỡng chấp nhận được do đây là nghiên cứu bước đầu có tính chất thăm dò. Mỗi câu có hai lựa chọn: đồng ý được mã hóa 1 điểm và không đồng ý được mã hóa 2 điểm. Điểm số được tính ở 12 câu hỏi đầu, với tổng điểm lý thuyết từ 12 đến 24. Điểm 18 được lựa chọn vì tương ứng với điểm giữa lý thuyết của thang điểm và được dùng nhằm bảo đảm khả năng so sánh với các nghiên cứu tham khảo; tổng điểm < 18 được phân loại là ngoại động lực, tổng điểm ≥ 18 được phân loại là nội động lực. Điểm động lực cũng được xem xét dưới dạng biến liên tục trong các phân tích mô tả và so sánh.

Khám lâm sàng răng miệng được thực hiện bởi nhóm 4 bác sĩ răng hàm mặt. Nhóm khám được tập huấn thống nhất việc ghi nhận các chỉ số, hiệu chuẩn trên 40 học sinh, với chỉ số Kappa 0,62. Các chỉ số được ghi nhận là chỉ số cặn bám đơn giản (Debris Index-Simplified, DI-S), chỉ số cao răng đơn giản (Calculus Index-Simplified, CI-S), chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản (Oral Hygiene Index-Simplified, OHI-S) theo Greene và Vermillion.¹⁸ OHI-S được phân loại thành bốn mức: rất tốt, tốt, trung bình và kém. Chỉ số sâu-mất-trám răng vĩnh viễn (Decayed, Missing, Filled Teeth, DMFT) và chỉ số sâu-mất-trám răng sữa (decayed, missing, filled teeth, dmft) được ghi nhận theo nguyên tắc của Klein, Palmer và Knutson.¹⁹ Trong phân tích tỷ lệ sâu răng, học sinh được xác định có

sâu răng khi có ít nhất một răng sâu chưa điều trị ở bộ răng vĩnh viễn hoặc răng sữa, tức D hoặc d > 0, lấy nền tảng là hệ thống phát hiện và đánh giá sâu răng ICDAS.²⁰

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập bằng Microsoft Excel, sau đó xử lý bằng phần mềm SPSS. Phân phối biến định lượng được đánh giá bằng Shapiro-Wilk. Biến định tính được thể hiện bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; so sánh các giá trị bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher exact khi tần số mong đợi nhỏ. Biến định lượng được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, so sánh các giá trị bằng kiểm định t – test. Bên cạnh phân tích theo nhóm nội/ngoại động lực, điểm động lực được phân tích như biến liên tục. So sánh điểm động lực theo tình trạng sâu răng sử dụng kiểm định Mann–Whitney U; so sánh điểm động lực theo phân loại OHI-S sử dụng kiểm định Kruskal–Wallis. Ngưỡng ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi nhận được sự đồng ý của nhà trường, học sinh và/hoặc người giám hộ. Thông tin cá nhân được mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Quá trình khám răng miệng không gây can thiệp xâm lấn; học sinh có vấn đề răng miệng được tư vấn theo dõi và điều trị phù hợp.

III. KẾT QUẢ

Trong tổng số 354 học sinh, có 249 học sinh thuộc Trường Tiểu học Kim Liên và 105 học sinh thuộc Trường Tiểu học Khương Thượng. Tỷ lệ nam là 51,4% và nữ là 48,6%; tất cả học sinh đều thuộc khối lớp 3.

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo động lực chăm sóc răng miệng

Đặc điểm	Chung (n = 354)	Ngoại động lực (n = 330)	Nội động lực (n = 24)	p
Tổng số, n (%)	354 (100)	330 (93,2)	24 (6,8)	
Nam, n (%)	182 (51,4)	170 (51,5)	12 (50,0)	0,886
Nữ, n (%)	172 (48,6)	160 (48,5)	12 (50,0)	
Trường Kim Liên, n (%)	249 (70,3)	239 (72,4)	10 (41,7)	0,001
Trường Khương Thượng, n (%)	105 (29,7)	91 (27,6)	14 (58,3)	
Điểm động lực, TB $\pm$ SD	15,26 $\pm$ 1,59	15,01 $\pm$ 1,28	18,71 $\pm$ 1,46	

Phần lớn học sinh thuộc nhóm ngoại động lực (93,2%), trong khi nhóm nội động lực chỉ chiếm 6,8%. Tỷ lệ nội/ngoại động lực không khác biệt theo giới ($p = 0,886$), nhưng khác biệt theo trường ($p = 0,001$). Khương Thượng có tỷ

lệ học sinh nội động lực cao hơn Kim Liên; tuy nhiên, nhóm nội động lực chỉ có 24 học sinh nên khoảng tin cậy rộng và thiếu công suất thống kê.

Bảng 2. Tỷ lệ sâu răng theo trường và theo động lực chăm sóc răng miệng

Nhóm phân tích	n	Sâu răng n	Tỷ lệ %	KTC 95%	Không sâu n	p
Hai trường	354	295	83,3	79,1 – 86,9	59	
Kim Liên	249	208	83,5	78,4 – 87,6	41	0,876
Khương Thượng	105	87	82,9	74,5 – 88,9	18	
Ngoại động lực	330	273	82,7	78,3 – 86,4	57	0,395
Nội động lực	24	22	91,7	74,2 – 97,7	2	

Tỷ lệ sâu răng chung ở mức cao (83,3%). Tỷ lệ sâu răng gần như tương đương giữa Kim Liên và Khương Thượng ($p = 0,876$). Nhóm nội động lực có tỷ lệ sâu răng cao hơn về mặt

mô tả so với nhóm ngoại động lực (91,7% so với 82,7%), nhưng khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,395$).

Bảng 3. Điểm số OHI-S, DI-S, CI-S và chỉ số sâu-mất-trám

Chỉ số	Chung hai trường TB $\pm$ SD	Kim Liên TB $\pm$ SD	Khương Thượng TB $\pm$ SD	p
DI-S	1,48 $\pm$ 0,57	1,69 $\pm$ 0,44	0,98 $\pm$ 0,52	< 0,001
CI-S	0,05 $\pm$ 0,20	0,01 $\pm$ 0,07	0,16 $\pm$ 0,34	< 0,001
OHI-S	1,53 $\pm$ 0,55	1,70 $\pm$ 0,45	1,13 $\pm$ 0,57	< 0,001

Chỉ số	Chung hai trường TB $\pm$ SD	Kim Liên TB $\pm$ SD	Khương Thượng TB $\pm$ SD	p
DMFT-D	0,60 $\pm$ 1,06	0,43 $\pm$ 0,89	1,01 $\pm$ 1,30	< 0,001
DMFT-M	0,00 $\pm$ 0,00	0,00 $\pm$ 0,00	0,00 $\pm$ 0,00	1,000
DMFT-F	0,20 $\pm$ 0,72	0,22 $\pm$ 0,76	0,15 $\pm$ 0,62	0,350
DMFT	0,81 $\pm$ 1,28	0,66 $\pm$ 1,20	1,16 $\pm$ 1,39	< 0,001
dmft-d	2,89 $\pm$ 2,55	2,82 $\pm$ 2,49	3,05 $\pm$ 2,70	0,592
dmft-m	0,09 $\pm$ 0,43	0,11 $\pm$ 0,50	0,03 $\pm$ 0,17	0,134
dmft-f	0,81 $\pm$ 1,47	0,90 $\pm$ 1,57	0,57 $\pm$ 1,20	0,056
dmft	3,78 $\pm$ 2,96	3,84 $\pm$ 2,97	3,65 $\pm$ 2,94	0,581
D+d	3,49 $\pm$ 2,97	3,25 $\pm$ 2,82	4,06 $\pm$ 3,24	0,039
DMFT+dmft	4,59 $\pm$ 3,45	4,49 $\pm$ 3,40	4,81 $\pm$ 3,57	0,472

Các chỉ số DI-S, CI-S và OHI-S khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai trường; trong đó, Trường Tiểu học Kim Liên có OHI-S cao hơn. Chỉ số DMFT của Kim Liên thấp hơn Khương Thượng với $p < 0,001$.

Bảng 4. Điểm số trung bình động lực chăm sóc răng miệng

	n	Điểm trung bình $\pm$ SD	p
Theo trường			
Kim Liên	249	15,03 $\pm$ 1,56	< 0,001
Khương Thượng	105	15,81 $\pm$ 1,53	
Cả 2 trường	354	15,26 $\pm$ 1,59	
Tình trạng răng miệng			
Không sâu răng	59	15,07 $\pm$ 1,42	0,447
Có sâu răng	295	15,30 $\pm$ 1,62	
OHI-S: Rất tốt	7	15,57 $\pm$ 1,40	0,260
OHI-S: Tốt	99	15,42 $\pm$ 1,56	
OHI-S: Trung bình	248	15,19 $\pm$ 1,60	
OHI-S: Kém	0	-	

Điểm động lực trung bình chung là 15,26 $\pm$ 1,59. Khương Thượng có điểm động lực trung bình cao hơn Kim Liên và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điểm động lực không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có và không

có sâu răng ($p = 0,447$). Điểm động lực cũng không khác biệt theo phân loại OHI-S ($p = 0,260$). Điều này cho thấy điểm động lực tại thời điểm khảo sát chưa phản ánh rõ sự khác biệt về tình trạng sâu răng hoặc mức vệ sinh răng miệng.

Bảng 5. Mối liên quan giữa động lực và các chỉ số răng miệng tại thời điểm khảo sát

Chỉ số	Ngoại động lực: TB $\pm$ SD	Ngoại động lực: Trung vị (IQR)	Nội động lực: TB $\pm$ SD	Nội động lực: Trung vị (IQR)	Kiểm định	p
OHI-S	1,54 $\pm$ 0,55	1,50 (1,17 – 2,00)	1,44 $\pm$ 0,63	1,50 (0,83 – 1,88)	Mann–Whitney U	0,501
DI-S	1,49 $\pm$ 0,56	1,50 (1,00 – 1,96)	1,31 $\pm$ 0,62	1,33 (0,83 – 1,83)	Mann–Whitney U	0,204
CI-S	0,04 $\pm$ 0,19	0,00 (0,00 – 0,00)	0,14 $\pm$ 0,31	0,00 (0,00 – 0,04)	Mann–Whitney U	0,004
DMFT	0,78 $\pm$ 1,24	0,00 (0,00 – 1,00)	1,17 $\pm$ 1,71	0,00 (0,00 – 2,00)	Mann–Whitney U	0,365
dmft	3,76 $\pm$ 2,99	3,00 (1,00 – 6,00)	4,00 $\pm$ 2,50	4,00 (2,75 – 6,00)	Mann–Whitney U	0,499

Các chỉ số răng miệng không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nội/ngoại động lực, ngoại trừ CI-S. CI-S ở nhóm nội động lực cao hơn nhóm ngoại động lực KTC 95% ($p = 0,004$). Các chỉ số DMFT và dmft không khác biệt theo nhóm nội/ngoại động lực.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy ngoại động lực là dạng động lực chiếm ưu thế ở học sinh hai trường tiểu học, với tỷ lệ 93,2%, tại thời điểm khảo sát, động lực có thể bị chi phối bởi nhiều yếu tố từ cha mẹ, giáo viên, thời gian học tập cũng như các hình thức nhắc nhở hoặc khen thưởng tại trường học. Vì vậy, tỷ lệ nội động lực thấp trong nghiên cứu này là dữ liệu ban đầu gợi ý rằng các chương trình giáo dục sức khỏe răng miệng tại trường học nên quan tâm hơn đến thành phần động lực; tuy nhiên, hiệu quả của việc thúc đẩy nội động lực cần có nghiên cứu can thiệp trước khi đưa ra khuyến nghị thực hành.

Tỷ lệ sâu răng chung trong nghiên cứu là 83,3%, phản ánh gánh nặng sâu răng cao ở nhóm học sinh được khảo sát. Kết quả này phù hợp với nhận định rằng sâu răng là bệnh

phổ biến ở trẻ em và là kết quả của quá trình tương tác kéo dài giữa mảng bám răng, đường, fluoride, hành vi chăm sóc và điều kiện xã hội.¹⁻⁴ Đáng chú ý, nhóm nội động lực có tỷ lệ sâu răng cao hơn nhóm ngoại động lực (91,7% so với 82,7%) và CI-S cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,004$). Kết quả này trái với giả thuyết kỳ vọng rằng nội động lực liên quan tới việc cải thiện tình trạng răng miệng tốt. Có thể giải thích rằng sâu răng là quá trình tích lũy, học sinh đã mắc bệnh hoặc đã có những điều trị trước đó. Động lực đo tại thời điểm khảo sát có thể là do trải nghiệm bệnh hoặc sự nhắc nhở, yếu tố gia đình và hành vi chưa được kiểm soát có thể gây nhiễu. Ngoài ra, nhóm nội động lực chỉ có 24 học sinh nên ước lượng tỷ lệ sâu răng và CI-S còn thấp. Vì vậy, kết quả hiện tại chưa thể kết luận rằng nội động lực có vai trò liên quan với sâu răng hoặc tình trạng vệ sinh răng miệng.

Tình trạng vệ sinh răng miệng theo OHI-S khác biệt rõ giữa hai trường. Trường Tiểu học Kim Liên có OHI-S trung bình cao hơn Khương Thượng, cho thấy tại thời điểm thăm khám, học sinh Kim Liên có mức vệ sinh răng miệng kém hơn học sinh Khương Thượng.

Bộ câu hỏi sau Việt hóa có Cronbach's alpha = 0,67, do đây là nghiên cứu ban đầu và đối tượng là học sinh nên có thể xem đạt mức chấp nhận được cho nghiên cứu thăm dò. Khi xem xét điểm động lực như biến liên tục, điểm trung bình của cả hai trường là $15,26 \pm 1,59$, cho thấy xu hướng chung vẫn thiên về ngoại động lực. Khương Thượng có điểm động lực trung bình cao hơn Kim Liên và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, điểm động lực không khác biệt theo tình trạng sâu răng hoặc theo phân loại OHI-S, cho thấy điểm động lực tại thời điểm khảo sát chưa phản ánh rõ sự khác biệt về tình trạng răng miệng.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thiết kế cắt ngang nên chưa thể khẳng định mối quan hệ nhân quả giữa động lực và tình trạng răng miệng. Việc chọn mẫu chủ đích có thể làm hạn chế khả năng khái quát hóa Nhóm nội động lực có cỡ mẫu nhỏ, làm giảm độ chính xác của các so sánh giữa hai nhóm.

V. KẾT LUẬN

Động lực chăm sóc sức khỏe răng miệng ở học sinh khối lớp 3 tại hai trường tiểu học chủ yếu thuộc nhóm ngoại động lực (93,2%). Tỷ lệ sâu răng chung ở mức cao và không khác biệt giữa hai trường hoặc giữa hai nhóm động lực. Tình trạng vệ sinh răng miệng Kim Liên có OHI-S trung bình cao hơn Khương Thượng. Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa động lực chăm sóc răng miệng với tình trạng sâu răng, OHI-S hoặc chỉ số sâu-mất-trám.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cung cấp dữ liệu ban đầu về động lực chăm sóc sức khỏe răng miệng ở học sinh tiểu học làm phương hướng cho nghiên cứu can thiệp trong tương lai, đặc biệt trong các chương trình nha học đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030. World Health Organization; 2022.
2. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019; 394(10194): 249-260. doi:10.1016/S0140-6736(19)31146-8.
3. Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, et al. Dental caries. *Nat Rev Dis Primers*. 2017; 3:17030. doi:10.1038/nrdp.2017.30.
4. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31 Suppl 1:3-23. doi:10.1046/j..2003.com122.x.
5. Deci EL, Ryan RM. Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. Plenum; 1985.
6. Halvari AEM, Halvari H, Bjørnebekk G, Deci EL. Motivation for dental home care: testing a self-determination theory model. *J Appl Soc Psychol*. 2012; 42(1): 1-39. doi:10.1111/j.1559-1816.2011.00867.x.
7. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*. 2000; 55(1): 68-78. doi:10.1037/0003-066X.55.1.68.
8. Ng JYY, Ntoumanis N, Thøgersen-Ntoumani C, et al. Self-determination theory applied to health contexts: a meta-analysis. *Perspect Psychol Sci*. 2012; 7(4): 325-340. doi:10.1177/1745691612447309.
9. Patrick H, Williams GC. Self-determination theory: its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012; 9:18. doi:10.1186/1479-5868-9-18.

10. Haefner DP. The Health Belief Model and preventive dental behavior. *Health Educ Monogr.* 1974; 2(4): 420-432. doi:10.1177/109019817400200408.
11. Vu MT, Luu VT, Nguyen QH, Ngo VT, Trinh MB, Dang CS, et al. Oral hygiene status and oral care motivation in children aged 7–9 years in a Vietnam primary school: a cross-sectional study. *J Epidemiol Popul Health.* 2024; 72(4): 202519. doi:10.1016/j.jep.2024.202519.
12. Kwan SYL, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ.* 2005; 83(9): 677-685.
13. Peerbhay F, Mash R, Khan S. Effectiveness of oral health promotion in children and adolescents through behaviour change interventions: A scoping review. *PLoS One.* 2025; 20(1): e0316702. doi:10.1371/journal.pone.0316702.
14. Marashi SZ, Hidarnia A, Kazemi SS, et al. The effect of educational intervention based on self-efficacy theory on promoting adolescent oral health behaviors through mobile application: a randomized controlled trial study. *BMC Oral Health.* 2024; 24: 1283. doi:10.1186/s12903-024-04970-8.
15. Albino J, Tiwari T. Preventing childhood caries: a review of recent behavioral research. *J Dent Res.* 2016; 95(1): 35-42. doi:10.1177/0022034515609034.
16. Syrjälä AM, Knuuttila ML, Syrjälä LK. Intrinsic motivation in dental care. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1992; 20(6): 333-338. doi:10.1111/j.1600-0528.1992.tb00693.x.
17. Kumar PS, Doshi D, Kulkarni S, Reddy P, Reddy S, Srilatha A. Effect of motivation on oral hygiene and caries status among young adults in Hyderabad City. *Indian J Dent Res.* 2019; 30(1): 15-20. doi:10.4103/ijdr.IJDR_220_17.
18. Greene JC, Vermillion JR. The Simplified Oral Hygiene Index. *J Am Dent Assoc.* 1964; 68: 7-13. doi:10.14219/jada.archive.1964.0034.
19. Klein H, Palmer CE, Knutson JW. Studies on dental caries. I. Dental status and dental needs of elementary school children. *Public Health Rep.* 1938; 53(19): 751-765.
20. Ismail AI, Sohn W, Tellez M, et al. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35(3): 170-178. doi:10.1111/j.1600-0528.2007.00347.x.

Summary

ORAL HEALTHCARE MOTIVATIONS AND ORAL INDICATORS IN PRIMARY SCHOOL STUDENTS IN HANOI

Motivation for oral health care is an aspect that has not been extensively studied, as well as its relationship with oral disease. This descriptive cross-sectional, purposive sampling study was conducted on 354 third-grade students at Kim Lien Primary School and Khuong Thuong Primary School, Hanoi. The study results showed that students at both schools mainly belonged to the extrinsic group (93.2%). The overall caries rate at both schools was 83.3% (CI 95%: 79,1 - 86,9). The average motivation score of Khuong Thuong was higher than Kim Lien (15.81 ± 1.53 vs. 15.03 ± 1.56 ; $p < 0.001$). The average OHI-S score of Kim Lien was higher than Khuong Thuong (1.70 ± 0.45 vs. 1.13 ± 0.57 ; $p < 0.001$). Motivation scores did not differ according to caries status or OHI-S classification. Simple calculus index (CI-S) was higher in the intrinsic group than in the extrinsic group ($p = 0.004$).

Keywords: Oral health care motivation, dental caries, Oral Hygiene Index-Simplified, Decayed Missing Filled Teeth index, primary school students.