Designing the questionnaire to evaluate mother's knowledge, attitude, and practice about oral health

Original Article

Abstract

Background: Parental knowledge about oral health is the first step in oral health education interventions. It is necessary to have a standard questionnaire. The purpose of this study was to design a standard questionnaire to evaluate parents' knowledge, attitude and practice.

Materials and methods: In this study, the expected areas were identified by pediatric dental and oral health professionals. Then the questions related to each area were identified. After determining the face validity, a questionnaire was designed and expert opinions of pediatric dentists (n = 10) and subjects (n = 20 mothers) were used. To determine the content validity, the questionnaires were reviewed by experts and their transparency, simplicity, relevance and suitability were determined. The final questionnaire was completed by 47 mothers and Cronbach's alpha coefficient of reliability of the tool. The agreement and the amount of kappa statistic for each question were determined and reported.

Results: The questionnaire of mothers' knowledge, attitude and practice has questions with sufficient content validity. The final questionnaire has 35 questions including 11 knowledge questions, 9 attitude questions, 6 practice questions. It also contains 9 questions about demographic characteristics. Also, Cronbach's alpha coefficient was 0.813 in assessing the mothers' reliability of the questionnaire.

Conclusion: Given the use of standard techniques for designing research tools and their results on validity and reliability indices, it seemed that this designed questionnaire could be used as a valid and reliable tool for determining parents' knowledge, attitude and practice in oral health

Keywords: Knowledge Assessment, Attitude, Oral Health Behavior, Mothers, Questionnaire, Validity, Reliability

Hessari H[1]
Gaeini P[1]
Soheili S.R[2]
Jafari A[1, 3, *]

1. Research Center for Caries Prevention (RCCP), Dental Research Institute, Department of Community Oral Health, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Department of Community Oral Health, School of Dentistry, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

3. Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author:
ajafari@tums.ac.ir

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.15.1.17]

طراحی پرسشنامه سنجش دانش، نگرش و عملکرد مادران در زمینه سلامت دهان

تحقیقی

چکیده

زمینه و هدف: بررسی آگاهی والدین از سلامت دهان و دندان گام نخست در مداخلات آموزش سلامت دهان می باشد. داشتن یک پرسشنامه استاندارد برای این امر ضروری است. تحقیق حاضر با هدف طراحی یک پرسشنامه‌ی استاندارد برای مطالعه سنجش دانش، نگرش و عملکرد والدین طراحی شد.

مواد و روش ها: در این تحقیق؛ ابتدا حوزه های مورد انتظار توسط متخصصین دندانپزشکی کودکان و سلامت دهان مشخص شد. سپس سؤالات مرتبط با هر حوزه مشخص گردید. پس از تعیین اعتبار ظاهری؛ پرسشنامه‌ی اولیه طراحی و نظرات متخصص دندانپزشکی کودکان خبرگان (10 نفر) و افراد (20 نفر مادر) در سؤالات اعمال گردید. برای تعیین روایي محتوا؛ پرسشنامه توسط خبرگان بازبيني شده و میزان شفافیت، سادگی، ارتباط و مناسب بودن آنها تعیین شد. پرسشنامه‌ی نهایی هم توسط 47 مادر تکمیل و پایایی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد. میزان توافق و مقدار آماره‌ی کاپا برای هر یک از سؤالات تعیین و گزارش گردید.

یافته ها: پرسشنامه‌ی سنجش آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در 26 سؤال دارای شاخص روایی محتوای کافی برخوردار گردید. تعداد سوالات پرسشنامه نهایی 35 سوال شامل 11 سوال دانشی، 9 سوال نگرشی، 6 سوال عملکرد بود. پرسشنامه حاوی 9 سوال مشخصات دموگرافیک نیز می باشد. همچنین؛ ضریب آلفای کرونباخ در بررسی تکرارپذیری پاسخ مادران به سؤالات پرسشنامه هم برابر 0/813 به دست آمد.

نتیجه گیری: با توجه به استفاده از تکنیک‌های استاندارد برای طراحی ابزار تحقیق و نتایج به دست آمده در آن درباره‌ی شاخص‌های روایی و پایایی؛ به نظر می‌رسید که این پرسشنامه‌ی طراحی شده بتواند با اطمینان لازم به عنوان یک ابزار روا و پایا برای تعیین میزان دانش، نگرش و عملکرد والدین در حوزه سلامت دهان به کار گرفته شود.

کلمات کلیدی: سنجش آگاهی، نگرش، رفتار سلامت دهان، مادران، پرسشنامه، روایی، پایایی

حسین حصاری[1]
پرستو گایینی[1]
سیده راحله سهیلی[2]
احمد جعفری[1,3]*

1. مرکز تحقیقات پیشگیری پوسیدگی، گروه آموزشی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

2. گروه آموزشی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

3. گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده مسئول:
دکتر احمد جعفری
ajafari@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: 97/6/3
تاریخ پذیرش: 98/2/13

مقدمه: بهداشت دهان و دندان ضعیف می تواند یک تاثیر مضر بر روی کیفیت زندگی کودکان، عملکردشان در مدرسه و موفقیت شان در زندگی آینده داشته باشد (1، 2). علاوه بر این مشکلات دهانی از طریق ایجاد درد قابل ملاحظه و رنجی که در پی آن به وجود می آید و نیز با تغییر رژیم غذایی، گفتار، کیفیت زندگی و رفاه، روی سلامت عمومی تاثیر می گذارد. مشکلات دهانی همچنین روی دیگر بیماری های مزمن اثر گذار است (3). اگر چه بهره مندی از سلامت خوب دهان و دندان چیزی بیش از داشتن فقط دندان های سالم است، بسیاری از کودکان به دلیل وجود پوسیدگی های دندانی فعال و کنترل نشده، از سلامت عمومی و دهانی کافی برخوردار نیستند. پوسیدگی های دندانی درمان نشده منجر به درد و از دست رفتن دندان می شوند. همچنین می توانند خوردن، خوابیدن، آموزش و تغذیه ی

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.15.1.17]

سالم کودک را تحت تاثیر قرار دهند (4). این در صورتی است که بیماری های دهان و دندان قابل پیشگیری هستند. علاوه بر این هزینه ی درمان بیماری های دهان و دندان هم برای افراد، هم برای جامعه بالاست (1). پیشگیری از پوسیدگی دندانی هزینه ی بسیار پایین تری در مقایسه با درمان های دندان پزشکی برای خانواده ها و جامعه دارد (4). بنابراین روش های پیشگیری مبتنی بر شواهد، برای رسیدگی به این مشکل بزرگ بهداشت عمومی، لازم است (1). به منظور ارتقاء سلامت دهان باید برنامه هایی بر اساس شاخص های بیماری های دهان، تدوین گردد. نگرش کودکان و والدین شان نسبت به سلامت دهان و مراقبت های دندانی نیاز به ارتقاء و بهبود دارد که برای رسیدن به این هدف نیاز به برنامه های جامع آموزشی سلامت دهان و دندان برای کودکان می باشد (5). انجام مداوم برنامه هایی در رابطه با سلامت دهان و دندان مبتنی بر مدارس برای ارتقاء سلامت دهان حائز اهمیت است. از این طریق مدرسه به عنوان محیط مناسبی برای ارتقاء سلامت دهان می توان به کل جامعه دسترسی داشت. لذا بهتر است کودکان را در سنین مدرسه تشویق به ارتقاء سطح بهداشت و سلامت دهان و دندان نمود (6). در طول دوران مدرسه کودکان ذهن نفوذ پذیری نسبت به دریافت پیام های ارتقاء سلامت دهان دارند و بنابراین این پیام ها می تواند روی طرز برخورد و مهارت های آنها تاثیر بگذارد (2). همچنین در مواردی که کودکان مورد آموزش سلامت دهان و دندان قرار گرفته اند، رفتارهای منظم سلامت دهان از قبیل مسواک زدن، مراجعه به دندان پزشک، استفاده از خمیر دندان حاوی فلوراید و نیز تکرر کمتر مصرف کیک و بیسکوییت در مقایسه با مواردی که مورد آموزش قرار نگرفته اند دیده شده است (2). در مدارسی که به مادران و آموزگاران در مورد سلامت دهان و دندان دانش آموزان آموزش داده شده بود، مادران پیشرفت های مهمی در مورد سلامت و دندان کودکانشان نشان داده اند. این در حالی است که آموزگاران نسبت به مادران دانش و گرایش بیشتر و طرز برخورد مثبت تری در مورد سلامت دهان و دندان کودکان نشان داده اند. همچنین در مورد برگزاری کلاس های آموزشی، روش های به کار برده شده، مواد مورد استفاده و ارتباط با کودکان در مورد آموزش سلامت دهان (Oral Health Education (OHE)) رضایت مندی بیشتری داشتند (2، 7). درکل نگرش مثبت نسبت به طرح ارتقای سطح سلامت بهداشت دهان و دندان مبتنی برمدارس نشان داده شده است. والدین در فعالیت های مربوط به سلامت دهان و دندان درگیرتر هستند. یافته های دلگرم کننده ای درباره ی اثرات بالقوه ی آموزش در زمینه ی بهداشت دهان و دندان روی شیوه ی سلامت دهان به دست آمده است (8). بنابراین برنامه هایی برای آموزش سلامت دهان و دندان طراحی شد و کارگاه های آموزشی برای آموزگاران به وسیله ی یک تیم دندانپزشکی در رابطه با مدیران مدارس برگزار شد. بعد از برگزاری کارگاه ها آموزگاران انواع آموزش های مربوط به دهان و دندان را به دانش آموزان آموزش دادند و دانش آموزان به طور فعال مفهوم و مهارت های کاربردی برای انتخاب رژیم غذایی و مسواک زدن را مطالعه کردند. این برنامه ها و کارگاه ها تاثیر آموزش بهداشت دهان و دندان آموزگاران قبل و بعد از شرکت در کارگاه های آموزشی و نیز تاثیر آموزش های بعد از آن بر تغییر دانش، نگرش و عملکرد دانش آموزان را نشان می دهد که بر طبق این نتایج گروهی از دانش آموزان که توسط آموزگارانی که در این کارگاه ها شرکت کرده بودند، آموزش دیده بودند دانش سلامت دهان و دندان بهتری داشتند، مصرف غذا های شیرین در آنها کمتر بود، تعداد دفعات مسواک زدن در ان ها بیش تر بود و نشانه هایی از بهبود بهداشت دهان و دندان در آن ها دیده می شد (9). با توجه به مطالب بیان شده و نبود یک پرسشنامه‌ی استاندارد برای تعیین

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.15.1.17]

میزان دانش، نگرش و عملکرد والدین، به ویژه مادران، این مطالعه، با هدف طراحی یک پرسشنامه‌ی استاندارد و بررسی روایی و پایایی آن انجام شد.

روش بررسی: جهت تدوین پرسشنامه ای برای سنجش دانش، نگرش و عملکرد مادران در زمینه سلامت دهان یک مطالعه طراحی پرسشنامه (Questionnaire development) انجام شد. ابتدا برای مطالب مورد نیاز در پرسشنامه، یک مطالعه در شبکه اینترنت به صورت مرور منابع در پایگاه های اطلاعاتی Google scholar، pubmed، Ovid و SID با استفاده از کلید واژه‌های Questionnaire designing, Knowledge, attitude and practice, oral health questionnaire, oral health behavior, children's oral health, school based, به صورت مجزا یا ترکیبی صورت گرفت. در منابع الکترونیک فارسی نیز کلید واژه های معادل، در فارسی به صورت مجزا یا ترکیبی از کلمات، انجام گردید. مقالات مرتبط مطالعه و عنوان مباحث سلامت دهان که در دانش، نگرش و عملکرد مورد توجه قرار گرفته بودند، استخراج گردید. ابتدا سؤالات پرسشنامه های منتخب بررسی، ثبت و در انتها برخی سؤالات نیز به آنها اضافه شدند (10-19). حیطه های سوالات نیز از مقالات منتخب استخراج و در کنار هم تجمیع شدند. در هر حیطه یک پرسش نوشته شد. سپس سوالات و عنوان حیطه هایی که باید در دانش مادران از سلامت دهان مورد بررسی قرار گیرد، در کمیته تخصصی مطالعه شامل یک متخصص دندانپزشکی کودکان، یک متخصص سلامت دهان و دو نفر دانشجوی سال ششم دندانپزشکی، مطرح گردید. سوالات مشابه طبق دسته‌بندی های موجود در پرسشنامه‌های معتبر دسته‌بندی شدند. در صورت مشابهت زیاد، دو سوال مشابه ادغام شده و اگر مشابهت سوالات به حدی نبود که قابل ادغام باشند، هر دو سوال درج گردید. تلاش شد تا پرسشها حتی الامکان کوتاه باشد. در نهایت یک پرسشنامه اولیه تدوین شد. در مرحله دوم تعیین روایی و پایایی آن بود. انتخاب نمونه‌ها برای این امر، به صورت غیرتصادفی انجام شد. جامعه‌ی مورد استفاده در مطالعه شامل خبرگان (متخصصین دندانپزشکی کودکان، سلامت دهان) و نیز مادران، به عنوان افراد غیرمتخصص بودند که ضمن ارزیابی پرسشنامه، نظرات آنها توسط محققان در پرسشنامه اعمال گردید. پرسشنامه به 4 نفر متخصص دندانپزشکی کودکان، 6 نفر متخصص سلامت دهان داده شد. در سنجش روایی محتوای، شاخص Content validity ratio (CVR)، از حیث ضرورت و شاخص Content validity index (CVI)، از نظر ساده بودن، سلیس بودن، و شفافیت در نظر گرفته شد. ابتدا برای تعیین نسبت روایی محتوا(CVR) ، ضرورت پرسش ارزیابی شد. آیا این سؤال ضروری هست یا خیر؟ چنانچه موضوع مهم نبود، تکراری بود و یا اصولا ارزیابی KAP بیمار را ارزیابی نمیکرد، از مورد ضروری بودن خارج می شد. بر اساس فرمول محاسبه شاخص CVR به صورت CVR=(Ne - N/2)/(N/2)، که در آن Ne، تعداد افرادی بود که ضرورت گزینه را تایید کرده بودند و N، تعداد کل افراد نظر دهنده بود، CVR محاسبه شد. بر اساس میزان های مندرج در جدول شماره 2، حداقل مقدار CVR قابل قبول مد نظر قرار گرفت (20 و 21). برای تعیین شاخص روایی محتوا(CVI) ، خبرگان "مربوط بودن"، "واضح بودن" و "ساده بودن" هر گویه را بر اساس یک طیف لیکرتی 4 قسمتی مشخص کردند. آنان مربوط بودن هر گویه را از نظر خودشان از 1 "مربوط نیست"، 2

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.15.1.17]

"نسبتاً مربوط است"، 3 "مربوط است"، تا 4 "کاملاً مربوط است" مشخص نمودند. ساده بودن گویه نیز به ترتیب از 1 "ساده نیست"، 2 "نسبتاً ساده است"، 3 "ساده است"، تا 4 "کاملا ساده است" و واضح بودن گویه نیز به ترتیب از 1 "واضح نیست"، 2 "نسبتاً واضح است"، 3 "واضح است"، تا 4 "کاملا واضح است" مشخص می گردید. حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص CVI برابر با 0/79 بود. گویه های بالاتر از 0/70 مورد بازبینی و چنانچه شاخص CVI گویه ای کمتر از آن بود حذف شد. همچنین از آنان خواسته شده بود تا پیشنهادهای احتمالی خود را به صورت واضح برای هر گزینه بنویسند، و حتی در صورت عدم موافقت با ضرورت گویه ها نظرات خود را در بقیه موارد بیان کنند. چنانچه در مجموع در مرحله آنالیز، CVR یک گویه پایین بود، حذف می شد. در پایان این مرحله و اعمال نتایج آنالیزهای CVR وCVI، یک پرسشنامه اصلاح شده به دست آمد. سپس مرحله سوم با بررسی پایای آن ادامه یافت. به منظور بررسی پایایی آن، پرسشنامه بین 47 نفر از مادران در شهر قم توزیع و تکمیل گردید. تمام خبرگان و مادران با تمایل شخصی خویش در تحقیق شرکت کرده و هیچ اجباری برای این کار نداشته‌اند.

نتایج: آنالیز داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS (Statistical package for social sciences V21)، انجام شد. نتایج ارزیابی پاسخ‌های 47 نفر از مادران هنگام بررسی تکرارپذیری سؤالات با آزمون کاپا و نیز درصد توافق‌ها در جدول 2 ارائه شده است. حداقل و حداکثر مقدار ضریب ICC بترتیب برابر با 0/77 و 0/98 بود. ضریب ICC نمره مجموع سوالات (با درنظر گرفتن وزن یکسان برای همه سوالات) در دو نوبت برابر 0/97 (p>0/001) محاسبه گردید. ضریب آلفای کرونباخ در بررسی پایایی (تکرارپذیری) پاسخ‌های مادران به سؤالات مختلف هم معادل 0/813 گزارش گردید. علاوه بر این، میزان درجه‌ی توافق در رویکرد کمتر محافظه‌کارانه برای سؤالات محاسبه و در قسمت ضمائم ارائه گردید. برای محاسبه‌ی مناسبت، سادگی و شفافیت کلی ابزار، مجموع تعداد سؤالاتی که توسط تمامی متخصصان مطلوب تشخیص داده شده بود، بر تعداد کل سؤالات تقسیم شده و نتایج آنها گزارش شد. برای محاسبه‌ی مناسبت، سادگی و شفافیت هر سؤال، مجموع تعداد متخصصینی که مناسبت، سادگی و شفافیت هر سؤال را مطلوب یا کاملاً مطلوب تشخیص داده بودند، بر تعداد کل متخصصان تقسیم گردید و حاصل آن در قسمت ضمائم گزارش شد.تمامی سوالات در همه ی حیطه ها وزن یکسان گرفتند اما برای احتساب نمره ی کل اثر مداخلات آموزشی در نگرش، دانش و عملکرد مادران از 12 حیطه مورد نظر، وزن یکسانی تعریف نشد. بنابراین سهم هر حیطه در نمره ی کل بر اساس وزن ها متفاوت است.

جدول شماره 1: حداقل مقدار CVR قابل قبول بر اساس تعداد متخصصین نمره گذار

تعداد متخصصین	مقدار CVR
5 تا 7	0/99
8	0/85
9	0/78
10	0/62
11	0/59

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.15.1.17]

جدول شماره 2: مقادیر CVR، CVI و آلفای کرونباخ در بررسی میزان روایی و پایایی **سؤالات** پرسشنامه

سوال	Content validity		Reliability
	CVR	CVI	درصد توافق
1	1	0.91	0.954
2	1	0.85	0.834
3	1	0.88	0.802
4	1	0.85	0.942
5	1	0.85	0.895
6	1	0.91	0.708
7	1	0.85	0.844
8	1	0.88	0.739
9	0.82	0.88	0.838
10	1	0.85	0.858
11	0.82	0.91	0.811
12	0.82	0.82	0.845
13	1	0.88	0.871
14	0.82	0.85	0.848
15	0.82	0.88	0.843
16	1	0.91	0.857
17	1	0.85	0.856
18	1	0.88	0.766
19	0.82	0.88	0.739
20	0.82	0.88	0.835
21	0.82	0.82	0.797
22	0.82	0.88	0.903
23	1	0.91	0.923
24	1	0.79	0.855
25	0.82	0.85	0.830
26	0.82	0.91	0.920

بحث: مطالعه حاضر به طراحی یک پرسشنامه‌ی استاندارد شده برای بررسی میزان اثر بخشی مداخلات آموزشی بر روی دانش،نگرش و عملکرد مادران پرداخته است. ضرورت این امر، داشتن یک نسخه مشترک و جامع می باشد. حیطه های مهم را در خود داشتن، راهنمایی برای آموزش مادران، امکان سنجش اثربخشی آموزش از جمله ویژگی های داشتن یک پرسشنامه استاندارد شده می باشد. از طرفی دیگر، سنجش KAP مادران از ضروریات اولیه برای هر فرد حرفه ای برای سنجش اثربخشی حضور خودش در یک مرکز می باشد. وجود چنین پرسشنامه ای به فرد حرفه ای کمک می کند تا امکان سنجش KAP اولیه و نهایی را تسهیل کند و از گرفتن وقت اضافه برای طراحی آن جلوگیری میکند. وجود چنین پرسشنامه ای به منظور بکارگیری در مطالعات مختلف که نیاز به مقایسه با هم را دارد نیز بسیار ضروری می باشد. از این رو می توان این پرسشنامه را برای این اهداف پیشنهاد نمود. گر چه، ممکن است اهداف ویژه دیگری علاوه بر آنچه در این پرسشنامه آمده است، به طور خاص، نیاز به بررسی و ارزیابی باشد که می تواند به این پرسشنامه اضافه نمود. مانند آن چه در خصوص موارد مرتبط با ارتودنسی بیان شد. محققین و اساتید شرکت کننده در این طرح این مورد و مواردی از این قبیل را به عنوان موارد اساسی و عام سنجش دانش و نگرش مادران

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.29252/ijpd.15.1.17]

تشخیص ندادند. اما این به این معنی نیست که در این مورد نباید تحقیقی صورت گیرد. آن چه این پرسشنامه برای استفاده در مطالعات پیشنهاد میکند، توجه به نیازهای دانشی، نگرشی و عملکردهای پایه ای می باشد. این واقعیت وجود دارد که ابزار و پرسشنامه‌هایی که برای برآورد مداخلات آموزشی در یک جامعه کاربرد دارد، ممکن است از دقت کافی برای برآورد آن در جامعه‌ی دیگر برخوردار نباشد. در این صورت ضرورت طراحی یک پرسشنامه‌ی اختصاصی برای این منظور مورد تأکید قرار گرفته است. اما چنانچه موارد به هم نزدیکتر باشد، امکان مقایسه کردن آنها با یکدیگر دقیقتر بوده و میتوان از نتایج آنها برای برنامه ریزی خود استفاده کرد. دو مطالعه Maranhão دربرزیل و Ramroop در ترینیداد (در نزدیکی برزیل)، با یک عنوان برای سنجش دانش و نگرش آموزگاران در مورد سلامت دهان انجام شد (14، 11). اما در محتوا کاملا مختلف بودند. در پرسشنامه برزیل به تغذیه، پلاک، نحوه برداشت پلاک، بروز ژنژیویت، ظهور پوسیدگی، و انتقال پوسیدگی از فردی به فرد دیگر و دندانپزشکی پیشگیری توجه کرده بودند. حال آن که پرسشنامه ترینیداد به نقش ویتامین ها، مدیریت ضربه های دندانی و میکروب های داخل دهان نیز اشاره داشت. خبرگان مطالعه ما ضروریات دانش اولیه مادران را با توجه به سطح تحصیلات و نتایج کلی مطالعات در مورد آگاهی آنان از سلامت دهان، بررسی برخی موارد را ضروری ندانستند. مطالعه حاضر به طراحی یک پرسشنامه‌ی استاندارد شده برای بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد والدین میپردازد. تعداد سوالات پرسشنامه نهایی 35 سوال شامل 11 سوال دانشی، 9 سوال نگرشی، 6 سوال عملکرد و 9 سوال مشخصات دموگرافیک می باشد. ضریب پایایی آنها برابر 0/813 بوده است. شاخص روایی محتوا برای تمامی سؤالات نیز در اکثر موارد 90٪ و در برخی موارد 85٪ به دست آمد. میزانهای فوق بیانگر باقی ماندن سوالات با اجماع بالاتر می باشد. در تانزانیا در سال 2009 به منظور بررسی سنجش KAP مادران از یک پرسشنامه شامل 9 سوال دانشی (6 سوال در مورد دندان و 3 سوال در مورد لثه)، همچنین چهار سوال نگرشی، و پنج سوال در مورد عملکرد استفاده کردند (15). آنان چهار متغیر سن، خانوادگی، تحصیلات، و شغل را نیز بررسی کردند. پرسشنامه ما در بخش دانشی گرچه همین تعداد سوال را در خود جای دارد اما حیطه های بیشتری را پوشش می دهد. مطالعه ای در هند در سال 2013 انجام شد. آنان نیز از یک پرسشنامه برای بررسی KAP والدین در مورد سلامت دهان استفاده کردند. البته مطالعه مذکور بر روی مادران دارای نوزاد بود. آنان در چهار قسمت پرسشنامه خود را طراحی کردند. پنج سوال در خصوص مشخصات دموگرافیک شامل جنس، سن، اشتغال، تحصیلات و درآمد بود. ده سوال در مورد دانش، 9 سوال در مورد نگرش، و 8 سوال در مورد عملکرد در آن پرسشنامه طراحی کرده بودند (16). در پرسشنامه ما، به بخش درآمد با ظرافت خاصی اشاره شده است. در بخش عملکرد نیز سوالات گرچه کافی به نظر میرسد، اما به دلیل ماهیت داشتن نوزاد، بخش عمومی بیشتری دارد. مطالعه دیگری در سال 2014 هند در مورد سنجش KAP مادران انجام شد. آنان ۱۰ سوال دانشی، ٦ سوال نگرشی، و دو سوال عملکرد را در پرسشنامه خود قرار داده بودند (17). آنان علیرغم داشتن دو بخش دانشی و نگرشی با کیفیت خیلی خوب، در بخش عملکرد بسیار محدود عمل کرده بودند. تنها دو پرسش و پرداختن به معاینات توسط دندانپزشک و نحوه آن، نمی تواند عملکرد را به طور کامل پوشش دهد. مطالعه Suresh و همکاران در سال 2010 نیز با یک پرسشنامه با چهار مشخصه دموگرافیک انجام گردید. سوالات دانشی در سه حیطه تغذیه، بهداشت دهان و اهمیت دندانهای شیری طراحی شده بود که در مجموع 10 موضوع را بررسی میکرد (18). حیطه های پرسشهای دانشی محدود

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.15.1.17]

بود و جامعیت آن نسبت به پرسشنامه طراحی شده ما کمتر بود. در مطالعه Sogi و همکاران در سال 2016 در خصوص دانش، نگرش و عملکرد والدین در مورد پیشگیری از پوسیدگی های کودکان نیز از یک پرسشنامه استفاده کردند. در بخش دموگرافیک به سن، تحصیلات، شغل و تعداد فرزندان توجه شده بود. به مادران آنان ۱۰ سوال در هر یک از بخشهای دانشی، نگرشی و عملکرد طراحی کرده بودند (19). آنچه در این پرسشنامه مشاهده گردید که برای ارتقاء کیفیت پرسشنامه خود از آنن استفاده کردیم این بود که علیرغم تعداد سوالات مناسب، حیطه های مورد بررسی کمتر بود. به عنوان مثال آنان پنج سوال از ده سوال عملکرد را به تغذیه اختصاص داده بودند. Hattne و همکاران (22) سه فاکتور اصلی و هفت فاکتور فرعی را در مورد نگرش نسبت به سلامت دهان به دست آوردند. این فاکتورها در سه دسته کلی آگاهی، احساسات و ارزش ها خلاصه می شد. ما هم در طراحی این پرسشنامه سوالاتی در حیطه ی آگاهی و نگرش طراحی نمودیم. علاوه بر آن به بررسی عملکرد و فاکتورهای سوشودموگرافیک پرداختیم تا بتوانیم با نتایج حاصله از مطالعه این پرسشنامه اطلاعات مفیدی در زمینه ی ارتقا بهداشت سلامت دهان و دندان بدست بیاوریم. در مطالعه Tolvanen و همکاران(23) هم سه عامل «اهمیت مسواک زدن برای موقیت های اجتماعی»، «اهمیت مسواک زدن در سلامتی و ظاهر زیبا» و «نگرانی در مورد گسترش پوسیدگی» در شکل گیری نگرش نسبت به بهداشت دهان و دندان بیان شده بود و ما هم در طراحی این پرسشنامه در رابطه با تعداد دفعات مسواک زدن در بخش سنجش عملکرد و اهمیت مسواک زدن و ارتباطش با پیشگیری از پوسیدگی در بخش سنجش آگاهی سوالاتی را مطرح نمودیم. علاوه بر آن بصورت جامع تر به بررسی میزان آگاهی و دانش والدین در رابطه با سلامت دهان و دندان فرزندانشان پرداختیم.

مطالعه ای توسط آل تمیمی و همکارانش در سال 2011 (7) بر روی کودکان، مادران و معلمان مدارس در شهر مدینه ی عربستان سعودی انجام شد. در پاسخ به پرسشنامه هایی که به مادران داده شده بود، به عادات سلامت دهان و دندان، مصرف قند را در کودکان، و مراجعه ی سالانه به دندانپزشک در کودکان نشان می داد. ما نیز سوالاتی را به تفضیل در بخش سنجش عملکرد در رابطه با عادات بهداشتی دهان و دندان من جمله نحوه مراجعه به دندانپزشک، تعداد دفعات مسواک زدن، استفاده از خمیر دندان و نخ دندان و تعداد دفعات مصرف خوراکی های شیرین طراحی نمودیم. علاوه بر آن لازم دیده شد سوالاتی را در رابطه با طریقه ی دریافت آموزش بهداشت مطرح بنماییم تا بتوانیم با استفاده از این پرسشنامه تصمیم گیری بهتری در رابطه با ارتقا رفتارهای بهداشتی دهان و دندان ارائه بنمایم. ما نیز علاوه بر موضوعات مطرح شده در بخش سنجش آگاهی لازم دیدیم که آگاهی والدین را در رابطه با نقش دندان های شیری و اهمیت آن نیز مورد ارزیابی قرار دهیم، که آنان در مطالعه به بررسی آن نپرداخته بودند.

نتیجه گیری: در این تحقیق، یک پرسشنامه‌ی استاندارد برای سنجش دانش، نگرش و عملکرد والدین طراحی گردید. در مجموع، با توجه به حضور دو گروه متخصصین دندانپزشکی کودکان و سلامت دهان، موارد مورد نیاز ضروری با توجه به جمعیت ایرانی در آن دیده شده است. استفاده از تکنیک‌های استاندارد برای طراحی ابزار تحقیق و نتایج به دست آمده در آن درباره‌ی شاخص‌های روایی و پایایی، نتیجه‌گیری گردید که این پرسشنامه‌ی طراحی شده می‌تواند با به عنوان یک ابزار روا و پایا می تواند به عنوان اطلاعات پایه، برای تعیین میزان اثر بخشی مداخلات آموزشی بر روی دانش، نگرش و عملکرد والدین به کار گرفته شود.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.15.1.17]

پرسشنامه بررسی دانش، نگرش و عملکرد والدین در خصوص بهداشت و سلامت دهان و دندان

کد برگه: ☐☐ ☐ ☐☐

1. نحوه مراجعه شما به دندانپزشک چگونه است؟

در صورت بروز مشکل☐ هر 6 ماه یکبار☐ سالی یکبار☐ دو سال یکبار☐ مراجعه منظم ندارم☐

2. معمولا هر چند وقت یکبار دندانهایتان را مسواک می زنید؟

نامنظم یا هیچوقت ☐ یک بار در هفته☐ دو یا سه بار در هفته☐ یک بار در روز☐ بیش از یکبار در روز☐

3. آیا به هنگام مسواک زدن از خمیر دندان حاوی فلوراید نیز استفاده می کنید؟

همیشه یا تقریبا همیشه☐ اکثر اوقات☐ به ندرت☐ هیچوقت☐

4. معمولاهرچند وقت یکبار ازنخ دندان استفاده می کنید؟

هیچوقت☐ گاهی اوقات☐ دو یا سه باردرهفته☐ یک بار در روز☐ بیش از یک بار در روز☐

5. معمولا چند بار تنقلات شیرین یا نوشیدنیهای شیرین در بین وعده های غذایی اصلی می خورید؟ حدود سه بار در روز یا ببیشتر☐ حدود دو بار در روز☐ یک بار در روز ☐ گاهی اوقات، نه هر روز☐ خیلی به ندرت، و یا اصولا در بین وعده های غذایی چیزی نمی خورم ☐

6. از چه طریق آموزش بهداشت دهان و دندان را دریافت می کنید؟

مراکز بهداشتی درمانی☐ روزنامه یا مجله☐ مطب دندانپزشکی☐ دوستان و آشنایان☐ رادیو یا تلویزیون☐

سایر موارد: (لطفا نام ببرید)

لطفا میزان موافقت خود با عبارات زیر را بیان کنید:

شماره	سوالات مربوط به نگرش	کاملا موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملا مخالفم
7	مراجعه منظم به دندانپزشک جهت معاینه حتی در صورت عدم وجود پوسیدگی ضروری است.					
8	سلامت دندانهای شیری برای داشتن دندانهای دائمی سالم مهم است.					
9	دهان شویه فلوراید برای سلامت دندانی اهمیت دارد.					
10	دندانی که در اثر ضربه از دهان خارج شده را می توان دوباره در محلش قرار داد.					
11	دندانی که در اثر ضربه کمی لق شده است نیازی به درمان ندارد.					
12	عادتهای دهانی کودکان روی رویش مرتب دندانها تاثیری ندارد.					
13	پوسیدگی دندانهای شیری روی پوسیده شدن دندانهای دائمی اثر دارد.					
14	پوشاندن شیارهای عمیق دندانها برای جلوگیری از پوسیدگی مهم است.					
15	اگر دندانهای قدامی دائمی پایین کودک از طرف داخل و پشت دندان شیری رویش پیدا کند، کشیدن دندان شیری لازم است.					

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.15.1.17]

16. مسواک زدن با خمیر دندان حاوی فلوراید تا چه حد در پیشگیری از پوسیدگی کمک کننده است؟

1- زیاد☐ 2- تا حدودی (متوسط)☐ 3- کم☐ 4- خیلی تاثیری ندارد☐ 5- نمی دانم☐

17. آموزش بهداشت دهان به بیماران تا چه حدی در حفظ سلامت دهان و دندان کمک کننده است؟

1- زیاد☐ 2- تا حدودی (متوسط)☐ 3- کم☐ 4- خیلی تاثیری ندارد☐ 5- نمی دانم☐

18. استفاده از نخ دندان تا چه حدی در پیشگیری از پوسیدگی کمک کننده است؟

1- زیاد☐ 2- تا حدودی (متوسط)☐ 3- کم☐ 4- خیلی تاثیری ندارد☐ 5- نمی دانم☐

19. تعداد دفعات استفاده از میان وعده های غذایی حاوی قند تا چه حد در ایجاد پوسیدگی موثر است؟

1- زیاد☐ 2- تا حدودی (متوسط)☐ 3- کم☐ 4- خیلی تاثیری ندارد☐ 5- نمی دانم☐

20. دندان شیری چه نقشی در دهان دارد؟(انتخاب چند گزینه ای ممکن می باشد).

صحبت کردن☐ زیبایی☐ تغذیه☐ حفظ فضا برای دندان دائمی☐

دندانی موقت است و نقش و اهمیت چندانی ندارد☐ نمی دانم☐

21. اگر دندان شیری پوسیده شود چه باید کرد؟

خارج کردن(کشیدن) دندان☐ ترمیم دندان☐ نیاز به اقدام خاصی نیست، زیرا دندان شیری دیر یا زود باید از بین برود تا دندان دائمی بروید☐ نمی دانم☐

22. برای حفظ سلامت دندانهای کودکان چه باید کرد؟ (انتخاب چند گزینه ای ممکن می باشد).

مراجعه ی مرتب به دندانپزشک☐ ایجاد عادت مسواک زدن در کودک☐ جلوگیری از مصرف مواد قندی و تنقلات به دفعات زیاد در فواصل بین وعده های غذایی☐

23. اولین مراجعه ی کودک به دندانپزشک باید در چه سنی باشد؟

پس از رویش اولین دندان شیری☐ سه تا شش سالگی☐ پس از رویش دندان های دائمی☐ در صورت بروز مشکل☐

24. اولین دندان آسیای دائمی حدودا در چه سنی رویش پیدا می کند؟

سه سالگی☐ شش سالگی☐ ده سالگی☐ دوازده سالگی☐

25- فیشورسیلنت(شیار پوش) چگونه از پوسیده شدن دندان جلوگیری می کند؟

با افزایش مقاومت مینای دندان☐ با خنثی کردن اثر مواد قندی☐ با جلوگیری از گیر غذایی در سطح جونده دندان☐

هر سه مورد☐

26. کدام یک از موارد زیر در مقاوم شدن دندان به پوسیدگی نقش دارد؟

آهن☐ ویتامین ها☐ نمک☐ فلوراید☐

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.15.1.17]

اطلاعات دموگرافیک کد برگه: ☐☐ ☐ ☐☐

27. سن مادر:

28. آخرین مدرک تحصیلی مادر: 1- ابتدایی و پایینتر☐ 2- سوم راهنمایی☐ 3- دیپلم☐ 4- دانشگاهی☐

29. شغل مادر: 1- خانه دار☐ 2- کارمند☐ 3- شغل آزادر 4- کارگر☐ 5- بازنشسته☐ 6- سایر☐

30. سن پدر:

31. آخرین مدرک تحصیلی پدر: 1- ابتدایی و پایینتر☐ 2- سوم راهنمایی☐ 3- دیپلم ☐4- دانشگاهی☐

32. شغل پدر: 1- کارمند☐ 2- شغل آزاد☐ 3- کارگر☐ 4- بازنشسته☐ 5- سایر☐

33. تعداد افراد خانوار: ..... نفر 34. زیربنای مسقف خانه: حدودا ..... متر

35. به نظر شما هزینه های دندانپزشکی چگونه است؟

ارزان است☐ در حد توان خانواده است☐ گران است☐ اطلاعی ندارم☐

Refrences

1. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bull World Health Organ. 2005;83(9):711-8.

2. Kwan SY ،Petersen PE ،Pine CM،Borutta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. Bull World Health Organ. 2005;83(9):677-85.

3. Sheiham A. Oral health ،general health and quality of life. Bull World Health Organ. 2005;83(9):644-.

4. Selecky MC ،Hayes M ،Mares A ،Grinnell S ،Nandi P،Alves-Dunkerson J ،et al. School- based Sealant and Fluoride Varnish Program Guidelines. 3 ed. Washington State: Washington State Department of Health 2012.

5. Conrado CA،Maciel SM ،Oliveira MR. A school-based oral health educational program: the experience of Maringa-PR ،Brazil. J Appl Oral Sci. 2004;12(1):27-33.

6. Petersen PE, Peng B ،Tai B،Bian Z ،Fan M. Effect of a school-based oral health education programme in Wuhan City ،Peoples Republic of China. Int Dent J. 2004;54(1):33-41.

7. Al-Tamimi S ،Petersen PE. Oral health situation of schoolchildren ،mothers and schoolteachers in Saudi Arabia.Int Dent J. 1998;48(3):180-6.

8. Kranz AM،Rozier RG،Zeldin LP،Preisser JS. Oral health activities of early head start teachers directed toward children and parents. J Public Health Dent. 2011;71(2):161-9.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.15.1.17]

9. NYANDINDI U ،MILÉN A ،PALIN-PALOKAS T ، ROBISON V. Impact of oral health education on primary school children before and after teachers' training in Tanzania. Health Promotion International. 1996; 11(3):193-201.

10. KUBO, Fabíola Mayumi Miyauchi; DE PAULA, Janice Simpson; MIALHE, Fábio Luiz. Teachers' views about barriers in implement oral health education for school children: A qualitative study. Brazilian Dental Science, 2014, 17.4: 65-73.

11. RAMROOP, V.; WRIGHT, D.; NAIDU, R. Dental health knowledge and attitudes of primary school teachers toward developing dental health education. West Indian Medical Journal, 2011, 60.5: 576-580.

12. Wylie AH. teachers oral health knowledge ،attitude and practices. Saudi Med J. 2002;23(1):77-81

13. Lang P ،Woolfolk MW ،Faja BW. Oral health knowledge and attitudes of elementary schoolteachers in Michigan. J Public Health Dent. 1989;49(1):44-50.

14. MARANHÃO, Monique Cansanção, et al. Dental health knowledge and attitudes of primary school teachers toward dental health education in Maceió, Brazil. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, 2014, 14.2: 115-128.

15. RWAKATEMA, D. S., et al. Oral health knowledge, attitudes and practices of parents/guardians of pre-school children in Moshi, Tanzania. East African Medical Journal, 2009, 86.11: 520-525.

16. NAGARAJAPPA, Ramesh, et al. Infant oral health: Knowledge, attitude and practices of parents in Udaipur, India. Dental research journal, 2013, 10.5: 659.

17. JAIN, Romi; OSWAL, Kunal C.; CHITGUPPI, Rajeev. Knowledge, attitude and practices of mothers toward their children's oral health: A questionnaire survey among subpopulation in Mumbai (India). J Dent Res Sci Develop, 2014, 1.2: 40-5.

18. SURESH, B. S., et al. Mother's knowledge about pre-school child's oral health. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry, 2010, 28.4: 282.

19. SOGI, HP Suma, et al. Knowledge, attitude, and practices of oral health care in prevention of early childhood caries among parents of children in Belagavi city: A Questionnaire study. Journal of family medicine and primary care, 2016, 5.2: 286.

20. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Personnel psychology. 1975; 28(4):563–75. doi: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x

21. ZAMANZADEH, Vahid, et al. Design and implementation content validity study: development of an instrument for measuring patient-centered communication. Journal of caring sciences, 2015, 4.2:165.

22. HATTNE, Kerstin; FOLKE, Solgun; TWETMAN, Svante. Attitudes to oral health among adolescents with high caries risk. Acta Odontologica Scandinavica, 2007, 65.4: 206-213.

23. TOLVANEN, Mimmi, et al. Changes in children's oral health-related behavior, knowledge and attitudes during a 3.4-yr randomized clinical trial and oral health-promotion program. European Journal of Oral Sciences, 2009, 117.4: 390-397.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.15.1.17]