

# بررسی اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان ۱۱ تا ۱۴ ساله شهر اصفهان

دکتر پروین خادم<sup>۱</sup>، دکتر مریم حاجی احمدی<sup>۲</sup>، دکتر سید ابراهیم جباری فر<sup>\*</sup>، دکتر کتایون میرانی<sup>۳</sup>

## چکیده

**مقدمه:** سلامت دهان شامل سلامت دهان و بافت‌های مربوطه به آن است که امکان فعالیت‌هایی مانند خوردن، صحبت کردن و روابط اجتماعی مطلوب را بدون ناراحتی فراهم می‌آورد. هدف از این پژوهش، بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در کودکان ۱۱-۱۴ ساله شهر اصفهان بود.

**مواد و روش‌ها:** برای انجام این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی، ۱۲۸ کودک ۱۱-۱۴ ساله از مدارس شهر اصفهان به صورت تصادفی انتخاب گردید. کودکان به پرسش‌نامه Child Perception Questionnaire (CPQ) پاسخ دادند. سپس مورد معاینه بالینی قرار گرفتند و شاخص‌های DMFT (Decay, Missing, Filling Tooth) و dmft و (Molar incisor hypoplasia) MIH و TDI (Traumatic dental injuries) و مال اکلوژن در آن‌ها تعیین شد. برای بررسی پایایی پرسش‌نامه، ۶۰ نفر از کودکان شرکت کننده دو هفته بعد دوباره پرسش‌نامه را در حالی که هیچ‌گونه مداخله دندان‌پزشکی طی این مدت برای آن‌ها صورت نگرفته بود، تکمیل کردند. برای محاسبه رابطه بین شاخص‌ها از آزمون همبستگی Pearson و ANOVA استفاده شد. Cronbach's alpha و ضریب توافق نیز محاسبه گردید ( $\alpha = 0/05$ ).

**یافته‌ها:** میانگین نمره CPQ ۲۰/۶ و با انحراف معیار ۱۶/۶ به دست آمد که در دختران بالاتر از پسران بود. ضریب Cronbach's alpha ۰/۹۲ و ضریب توافق ۰/۸۲ به دست آمد. CPQ با شاخص‌های dmft، DMFT، MIH و TDI و مال اکلوژن ارتباط داشت اما ارتباط آن‌ها معنی‌دار نبود ( $p \text{ value} > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نسخه فارسی پرسش‌نامه CPQ در کودکان ۱۱-۱۴ ساله از روایی و پایایی خوبی برخوردار بوده است و می‌تواند اثرات بیماری و سلامت دهان و دندان را بر کیفیت زندگی برآورد نماید.

**کلید واژه‌ها:** کیفیت زندگی، پوسیدگی دندانی، هایپوپلازی مینای دندان، مال اکلوژن.

\* دانشیار، عضو مرکز تحقیقات دندان‌پزشکی تربیتی‌نژاد، گروه دندان‌پزشکی کودکان، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (مؤلف مسؤول)

jabarifar@dnt.mui.ac.ir

۱: استادیار، گروه دندان‌پزشکی جامعه‌نگر، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، اصفهان، ایران.

۲: استادیار، گروه دندان‌پزشکی کودکان، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

۳: دندان‌پزشک، اصفهان، ایران.

این مقاله در تاریخ ۹۰/۶/۲۱ به دفتر مجله رسیده. در تاریخ ۹۰/۹/۱۲ اصلاح شده و در تاریخ ۹۰/۹/۲۲ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان‌پزشکی اصفهان  
۱۳۹۰، ویژه‌نامه (۵)، ۷۷۶ تا ۷۸۳

## مقدمه

دندان‌پزشکی با رویکرد زیست پزشکی به طور عمده به ابعاد فیزیکی و پاتولوژیک بیماری‌های دهان و دندان پرداخته است و ابعاد اجتماعی و روحی- روانی آن‌ها را کمتر مورد توجه قرار می‌دهد و از طرفی نظر خود بیمار نیز کمتر مورد دقت قرار می‌گیرد [۱]. امروزه در دندان‌پزشکی مدرن علاوه بر توجه به ابعاد جسمی و آسیب‌شناسی بیماری‌ها و سلامت دهان و دندان، پیامدها و ابعاد اقتصادی- اجتماعی و روحی روانی و رضایت بیمار و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان نیز ارزیابی می‌شود.

به منظور تعیین ارتباط سلامت دهان و کیفیت زندگی ابزارهایی طراحی شده‌اند که تأکید آن‌ها بر ارزیابی تجربیات کیفی فرد و ارتباط آن‌ها با سلامت و بیماری او می‌باشد [۲]. ارزیابی عملکرد و کیفیت زندگی اگر به صورت علایم و نشانه‌ها توسط خود فرد گزارش شود، در ارزیابی نتایج درمان مؤثرتر است [۳]. بنابراین علاوه بر شاخص‌هایی مانند dmft, DMFT (Decay, Missing, Filling tooth) Traumatic MIH (Molar incisor hypoplasia) و TDI (dental injuries) و... به ابعاد اجتماعی نیز توجه شده است و در منابع علمی (World Health Organization) یا WHO (Children perception) شاخص‌هایی مانند (CPQ, Oral Impact daily questionnaire Infantile toddler quality of), OIIP (performance Child oral health impact profile) و ITQOL (life COHIP) به منظور بررسی پیامدهای کیفی سلامت و بیماری‌های دهان و دندان در سنین مختلف کودکان وجود دارند [۴].

از مزایای کاربرد شاخص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان ارزیابی نیازها و پیامدهای درمان‌های انجام شده می‌باشد [۵].

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در کشورهایی با فرهنگ و اقتصاد و روند توسعه یافته متفاوت از کشورهای در حال توسعه می‌باشد. شاخص‌های متعدد مرتبط با سلامت دهان و دندان در کشورهای انگلیسی زبان طراحی شده‌اند که در بعضی از زبان‌های دیگر مانند اسپانیایی، برزیلی،

چینی و عربی هنجاریابی شده است و در بعضی کشورها فرم‌های ترجمه‌ای آن بومی‌سازی نیز شده است [۶-۹]. جدیدترین شاخص CPQ برای کودکان، توسط Jokovic و همکاران [۱] در تورنتو کانادا و به زبان انگلیسی تهیه شده است و هم‌اکنون در فرهنگ و زبان چینی، فرانسوی، اسپانیایی، عربی، انگلیسی، یونانی و برزیلی بومی‌سازی شده است [۱۳-۱۰، ۳]. بر اساس منابع موجود لازم است که پرسش‌نامه‌های از قبل آماده، به روش استاندارد ترجمه رفت- برگشت (از زبان مبدأ به مقصد و بالعکس) ترجمه شده و ابعاد روان‌سنجی آن در زبان مقصد مورد ارزیابی قرار گیرد [۱۷-۱۴].

اطلاعات اندکی درباره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در کودکان فارسی زبان در اختیار می‌باشد. با توجه به روان‌شناسی تکاملی کودکان، تغییرات سنی، رشد زبان، تکلم، ایجاد ارتباط و نیز تفاوت توانایی‌های آن‌ها با بزرگسالان، ابزارهای اندازه‌گیری متفاوتی برای سنین ۶ تا ۸، ۷ تا ۱۰ و ۱۱ تا ۱۴ سال طراحی و مورد بررسی قرار گرفته‌اند [۱۸].

بر اساس اطلاعات ما تاکنون ارزیابی و روند بومی‌سازی این شاخص در زبان و فرهنگ فارسی رسمی انجام نگرفته و یا گزارش نشده است. هدف از انجام این پژوهش، بررسی روایی و پایایی صوری و محتوایی ترجمه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودکان ۱۱ تا ۱۴ ساله شهر اصفهان و همچنین ارتباط آن با شاخص‌های DMFT, MIH, TDI و مال اکلوژن بود.

## مواد و روش‌ها

قبل از شروع مطالعه اصلی، پرسش‌نامه در دسترس ۱۱-۱۴ CPQ به روش استاندارد ترجمه رفت و برگشتی، توسط دو دانشجوی PhD دندان‌پزشکی جامعه‌نگر مسلط به زبان فارسی و انگلیسی، به فارسی ترجمه و سپس به انگلیسی برگردانده شد. سپس توسط تیم پژوهش اشکالات و ابهامات آن برطرف گردید. به ده نفر از کودکان ۱۱-۱۴ ساله پرسش‌نامه فارسی به طور آزمایشی برای رفع ابهامات پرسش‌ها و بررسی زمان لازم برای پاسخ دادن و درک کودکان و شیوه پاسخ‌دهی، داده شد.

سپس مطالعه اصلی که توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد در سال ۱۳۸۹ با استفاده از ترجمه فارسی پرسش‌نامه

CPQ در کودکان ۱۱ تا ۱۴ ساله شهر اصفهان اجرا گردید. پس از کسب اجازه‌نامه کتبی از آموزش و پرورش و پس از هماهنگی لازم با مدیران مدارس و والدین کودکان، چهار مدرسه از سطح شهر اصفهان و در هر مدرسه، سه کلاس به صورت خوشه‌های تصادفی انتخاب گردید.

با توجه به محاسبه حجم نمونه توسط متخصص آمار، تعداد ۱۲۸ دانش‌آموز کلاس اول تا سوم مقطع راهنمایی با دامنه سنی ۱۱-۱۴ سال که دارای سلامت جسمی بودند و همکاری لازم را در پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه داشتند انتخاب گردید و از آن‌ها خواسته شد که آزادانه و داوطلبانه به پرسش‌نامه پاسخ دهند. به منظور بررسی پایایی پرسش‌نامه، ۶۰ نفر از دانش‌آموزان دو هفته بعد، مجدداً پرسش‌نامه را تکمیل کردند. سلامت دهان این دانش‌آموزان طی این دو هفته تغییری نکرده و تحت درمان یا مداخله دندان‌پزشکی قرار نگرفته بودند. انجام معاینات دندان‌پزشکی تأثیری در پاسخ‌دهی مجدد شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه پس از ۲ هفته نداشت.

سپس این کودکان در نور طبیعی محیط با آینه و سوند معاینه شدند و شاخص‌های DMFT، dmft، MIH، TDI و مال اکلوژن در آن‌ها توسط فرد کالیبره شده و آشنا به شاخص‌های مذکور تعیین گردید. هدف از قرار دادن این شاخص‌ها کمک به تعیین روایی ساختاری، صوری، همگرایی و مبتنی بر معیار بود.

شاخص DMFT: جزء D زمانی ثبت می‌شد که با کمک یک سوند تیز، نرمی کف ضایعه قابل تشخیص باشد. مواردی مانند لکه‌های سفید گچی روی دندان، لکه‌های رنگین و ناهموار، اگرچه نوک سوند مختصری در آن‌ها گیر کند اما کف آن‌ها نرم نباشد جزء پوسیدگی به حساب نمی‌آیند. جزء M زمانی ثبت می‌شود که دندان‌ها به علت پوسیدگی شدید از دست رفته باشند. در صورتی که ضربه یا ارتودنسی علت کشیدن دندان‌ها باشد جزء شاخص به حساب نمی‌آیند. جزء F زمانی ثبت می‌شود که دندان‌ها با یکی از مواد ترمیمی دائمی پر شده باشند. دندان‌هایی که به هر علتی غیر از پوسیدگی ترمیم شده باشند جزء شاخص به حساب نمی‌آیند [۱۹].

شاخص MIH: وجود هیپوپلازی در دندان‌های اینسایزور و مولر اول را تعیین می‌کند که به شکل نواحی مات سفید یا

قهوه‌ای روشن که سطح صاف، سخت و دست نخورده دارد، مشاهده می‌شود.

شاخص TDI: شامل دندان‌هایی است که دچار مشکلاتی مانند شکستگی، جابه‌جایی و بیرون افتادگی از جای خود شده‌اند. مال اکلوژن: طبق طبقه‌بندی انگل سه نوع مال اکلوژن وجود دارد که در این مطالعه ناهنجاری کلاس I نرمال و کلاس II و III مال اکلوژن در نظر گرفته شده است. تمامی شاخص‌های ذکر شده بالا بر اساس فرم سازمان بهداشت جهانی و اصول راهنمای آن، در نمونه‌های ذکر شده برآورد گردید [۴].

### روش تکمیل پرسش‌نامه:

نسخه انگلیسی پرسش‌نامه تأثیر سلامت دهان بر کیفیت زندگی کودکان ۱۱-۱۴ ساله (CPQ<sub>11-14</sub>) که در تورنتو کانادا تکامل و اعتبار یافته بود به فارسی ترجمه شده و دو بار بازنگری گردید و به منظور تأیید آن مجدداً به زبان انگلیسی ترجمه شد [۱]. اصل این پرسش‌نامه دارای ۴۱ سؤال بود که در برگرداندن سؤالات به ترجمه فارسی، برای مفهوم‌تر شدن بعضی سؤالات، چند سؤال به پرسش‌نامه اضافه و نسخه فارسی شامل ۴۹ سؤال گردید. از کودکان خواسته شد درون کلاس پس از تکمیل قسمت اطلاعات فردی، تجربیات خود را طی سه ماه گذشته علامت بزنند.

اصل پرسش‌نامه، کیفیت زندگی را در چهار حیطه ارزیابی می‌کند. این چهار حیطه عبارتند از: علایم دهانی، نقص عملکردی، سلامت احساسی و اجتماعی.

پاسخ هر سؤال ۵ گزینه دارد که به صورت هیچ وقت تا هر روز نمره‌گذاری (از ۰ تا ۴) و با مقیاس لیکرت تنظیم گردید. ۰: هیچ وقت، ۱: یکی دو بار، ۲: گاهی اوقات، ۳: اغلب اوقات، ۴: هرروز

نمره CPQ<sub>11-14</sub> با جمع کردن کدهای پاسخ‌های پرسش‌نامه به دست آمد. از آن‌جا که پرسش‌نامه دارای ۴۹ سؤال می‌باشد نمره نهایی می‌تواند بین ۰-۱۹۶ باشد که کد بالاتر نشانگر درجه بالاتر تأثیر شرایط دهانی بر کیفیت زندگی می‌باشد.

بر اساس اصول راهنمای مؤلف پرسش‌نامه، دو پرسش به

منظور بررسی روایی ساختاری و مبتنی بر معیار پرسش‌نامه تعیین گردید که عبارتند از:

۱- سلامت دندان‌ها، لب‌ها، فکین و دهان خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

۲- در مجموع وضعیت دندان‌ها، لب‌ها، فکین و دهان چه اندازه در زندگی شما تأثیر دارند؟

سؤال (به نظر شما متن پرسش‌نامه ساده و قابل فهم بود؟) به منظور بررسی روایی محتوا و صوری و سهولت خواندن در نظر گرفته شد.

تمام اطلاعات دموگرافیک و شاخص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان و پرسش‌های CPQ در نرم‌افزار SPSS<sup>۱۸</sup> وارد گردید و با آزمون ANOVA، ضریب همبستگی Pearson، آزمون Chi-Square و آمارهای توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و فراوانی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته‌ها

این پژوهش بر روی ۱۲۸ کودک ۱۱-۱۴ ساله با میانگین سنی ۱۲/۵ سال صورت گرفت که به صورت تصادفی از مدارس شهر اصفهان انتخاب شدند (جدول ۱). از تعداد ۱۲۸ کودک شرکت کننده در مطالعه، ۶۰/۲ درصد طی سه ماه گذشته درد دندان‌ها یا درد در ناحیه دهان نداشته‌اند. ۳۸/۸ درصد از آن‌ها تنفس دهانی نداشته‌ند و ۴۸/۴ درصد از راه دهان تنفس می‌کردند.

۴۸/۴ درصد از کودکان طی سه ماه گذشته بوی بد دهان به

طوری که خود و اطرافیان آن‌ها را اذیت کرده باشد نداشتند. تقریباً نیمی از کودکان (۵۰/۸ درصد) طی این مدت خون‌ریزی از لثه را گزارش نمودند و ۲۸/۹ درصد در سه ماه گذشته احساس ناخوشایندی را تجربه کرده‌اند.

پرسش‌نامه، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان را در پنج حیطه بررسی کرد که نتایج به دست آمده به شرح زیر است (جدول ۲):

حیطه علایم دهانی: ۳/۹ درصد از کودکان هیچ‌گونه علایم دهانی مبنی بر درد دندان یا درد در ناحیه دهان، سوزش دهان و ... را گزارش نکردند.

حیطه عملکرد دهانی: ۱۴/۸ درصد از کودکان هیچ علایمی شامل مشکل در مدت زمان خوردن به علت مشکلات دهانی و دندان‌ها و یا مشکل در گفتن بعضی از کلمات و حروف نداشتند.

حیطه سلامت اجتماعی: ۲۸/۱ درصد از کودکان در ارتباطات با همکلاسان و دوستان خود مشکلی نداشتند.

حیطه سلامت احساسی: ۷۵/۸ درصد از کودکان ناراحتی، بی‌قراری، آشفتگی یا نگرانی را به واسطه مشکلات دهان و دندان گزارش کرده‌اند.

۴۵/۳ درصد از کودکان وضعیت دهان و دندان خود را عالی و خیلی خوب، ۳۶/۷ درصد خوب و ۱۸ درصد متوسط ضعیف و بد می‌دانستند. ۴/۷ درصد وضعیت سلامت دهان و دندان را در زندگی خود بی‌تأثیر و ۹۵/۳ درصد مؤثر تلقی کردند.

جدول ۱. توزیع فراوانی شاخص‌های بالینی و انحراف معیار شاخص CPQ<sub>(۱۱-۱۴)</sub> در کودکان

انحراف معیار	CPQ	تعداد	
۱۹/۴۶	۲۰/۹۶	۶۴	دختر
۱۳/۲۴	۱۹/۱۵	۶۴	پسر
۱۸/۱۲	۱۹/۸۷	۲۵ درصد	۱۱ ساله
۲۰/۹۶	۲۶/۳۷	۲۵ درصد	۱۲ ساله
۱۴/۰۲	۱۹/۲۸	۲۵ درصد	۱۳ ساله
۹/۶۷	۱۴/۷۱	۲۵ درصد	۱۴ ساله
۱۴/۶۳	۲۶/۱۶	۹/۴ درصد	سابقه تروما داشته‌اند
۱۶/۷۲	۱۹/۴۳	۹۰/۶ درصد	نداشته‌اند
۱۱/۷۰	۲۱/۲۶	۱۸ درصد	هیپوپلازی داشته‌اند
۱۷/۵۳	۱۹/۸۰	۸۲ درصد	نداشته‌اند
۱۴/۴۹	۲۴/۷۱	۲۷/۳ درصد	مال اکلوژن داشته‌اند
۱۷/۰۸	۱۸/۳۱	۷۲/۷ درصد	نداشته‌اند

## جدول ۲. Cronbach's alpha حیطه‌های پنجگانه

پرسش‌نامه فارسی (CPQ <sub>(8-10)</sub> )		
کل پرسش‌نامه	پرسش‌ها	۰/۹۲
علایم دهانی	۶	۰/۶۲
نقص عملکردی	۹	۰/۷۲
سلامت اجتماعی	۱۳	۰/۵۲
سلامت احساسی	۹	۰/۸۷

جدول ۳. میانگین CPQ<sub>(11-14)</sub> و حیطه‌های آن

میانگین	انحراف معیار	
۵/۷۳	۴/۴۸	علایم دهانی
۵	۴/۸۵	نقص عملکردی
۴/۴۳	۵/۱۸	سلامت اجتماعی
۴/۸۵	۴/۷۵	سلامت احساسی

**بحث**

میزان Cronbach's alpha برای پرسش‌نامه CPQ<sub>11-14</sub> در این مطالعه ۰/۹۲ می‌باشد که روایی بسیار خوب این شاخص را نشان می‌دهد. Barbosa و همکاران [۱۰] Cronbach's alpha نسخه برزیلی پرسش‌نامه CPQ را ۰/۹۵ گزارش کردند. Mjor و همکاران [۱۹] Cronbach's alpha نسخه دانمارکی پرسش‌نامه CPQ را برای کودکان ۱۱-۱۴ ساله ۰/۸۷ گزارش دادند. Brown و Al-khayal [۳] Cronbach's alpha نسخه عربی پرسش‌نامه CPQ را ۰/۸۱ بیان کردند. نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر همسو و متناسب با نسخه‌های عربی، دانمارکی، انگلیسی و برزیلی پرسش‌نامه CPQ می‌باشد.

نمره CPQ<sub>11-14</sub> با حیطه‌های علایم دهانی، نقص عملکردی، سلامت اجتماعی و سلامت احساسی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار دارد (سطح معنی‌داری  $p \text{ value} = ۰/۰۰۱$ ). ضریب ارتباط بین حیطه‌های CPQ<sub>11-14</sub> بر اساس شاخص ICC ۰/۹۴ و مقایسه ضریب همبستگی CPQ نشان دهنده پایایی پرسش‌نامه می‌باشد. ICC در مطالعه Barbosa و همکاران [۱۰] ۰/۹۶ و در پژوهش Jokovic و همکاران [۲۰] ۰/۷۰ و در تحقیقی دیگر از Jokovic و همکاران [۱]، ۰/۹۰ گزارش شد که در تمامی این مطالعات، CPQ پایایی مطلوب دارد که با نتایج مطالعه حاضر مشابهت دارد.

میانگین نمره CPQ<sub>11-14</sub> ۲۰/۶ با انحراف معیار ۱۶/۶۰ به دست آمد که دختران نمره بالاتری از پسران داشتند. این امر می‌تواند نشان دهنده این باشد که سلامت و بیماری‌های دهان و دندان تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی دختران در نمونه حاضر دارند که این نتایج با نتایج Barbosa و همکاران [۱۰] همسویی دارد.

۹۸/۹ درصد از کودکان ۱۱-۱۴ ساله بیان کردند که متن پرسش‌نامه ساده و قابل فهم بود که روایی صوری و محتوایی و سهولت درک و خواندن پرسش‌نامه CPQ<sub>11-14</sub> را نشان می‌دهد. روایی صوری یک نوع اعتبار ابزار اندازه‌گیری CPQ است که بیان کننده روایی ظاهر پرسش‌نامه بود و در برگزیده ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان می‌باشد و در این مطالعات مقدماتی تأیید گردید.

۷۲ درصد از افراد وضعیت دهان و دندان خود را (در سؤال:

میانگین نمره CPQ<sub>11-14</sub> افراد در این مطالعه ۲۰/۰۶ با انحراف معیار ۱۶/۶۰ به دست آمد که با میانگین نمره ۴ حیطه پرسش‌نامه ارتباط معنی‌دار داشت. حداقل نمره CPQ، ۰ و حداکثر آن ۱۰۱ بود و ۱/۶ درصد کودکان نمره صفر را گزارش کردند. ۲۵ درصد کودکان CPQ کمتر از ۹، ۲۷/۳ درصد CPQ ۹ تا ۱۷، ۲۵ درصد CPQ ۱۸ تا ۲۷ و ۲۲/۷ درصد CPQ ۲۸ تا ۱۰۱ داشته‌اند (جدول ۳).

CPQ با شاخص‌های DMFT، dmft، MIH، TDI و مال اکلوژن ارتباط داشت اما ارتباط آن‌ها معنی‌دار نبود ( $p \text{ value} > ۰/۰۵$ ) (جدول ۴).

جدول ۴. آزمون Pearson (CPQ<sub>(11-14)</sub>) و شاخص‌های بالینی و

حیطه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان

متغیر	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
(r) Pearson		
سن	-۰/۱۵	۰/۰۸
جنس	-۰/۰۵	۰/۵۳
تروما	۰/۱۱	۰/۱۸
هیپوپلازی	۰/۰۳	۰/۷۰
شاخص پوسیدگی دندان دایمی	۰/۱۷	۰/۰۴
شاخص پوسیدگی دندان شیری	۰/۱۳	۰/۱۳
مال اکلوژن	۰/۱۷	۰/۰۵
علایم دهانی	۰/۷۱	۰/۰۰
نقص عملکردی	۰/۸۶	۰/۰۰
سلامت اجتماعی	۰/۸۴	۰/۰۰
سلامت احساسی	۰/۸۳	۰/۰۰

سلامت دندان، لب‌ها، فکین و دهان خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟) عالی، خیلی خوب و خوب ذکر کردند که CPQ آن‌ها کمتر از کسانی است که وضعیت دهان و دندان خود را متوسط و بد بیان کرده‌اند. رابطه معنی‌داری بین احساس کودک درباره سلامت دهان و دندان‌هایش با CPQ و علایم دهانی و محدودیت عملکرد دندان و سلامت روحی و اجتماعی وجود دارد و این از نشانه‌های روایی مبتنی بر مقیاس و ساختاری و همگرایی سلامت دندانانی پرسش‌نامه CPQ<sub>11-14</sub> می‌باشد. Barbosa و همکاران [۱۰] ضریب توافق سلامت دهانی و CPQ را ۰/۸۳ گزارش کردند که همسو با نتایج به دست آمده در این مطالعه است. Jokovic و همکاران [۲۰] نیز این رابطه را معنی‌دار گزارش نمود.

۳۸/۸ درصد از افراد بیان کردند که در طی سه ماه گذشته درد در ناحیه دهان و دندان داشته‌اند که با ارزیابی خود کودک از وضعیت دهان و دندان او دارای ارتباط معنی‌دار بود.

میانگین نمره CPQ<sub>11-14</sub> با شاخص‌های TDI, MIH, dmft, DMFT و مال اکلوژن ارتباط مستقیم داشت. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در افرادی که هیپوپلازی و یا سابقه ترومای دندان‌ی و یا دارای اکلوژن غیر طبیعی بودند ضعیف‌تر بود و از این شاخص‌ها برای ارزیابی روایی افتراقی و همگرایی استفاده گردید.

میانگین نمره CPQ در افراد دارای اکلوژن کلاس II و III

بیش از افراد با اکلوژن کلاس I به دست آمد. Jokovic و همکاران [۱] نیز میانگین نمره CPQ در کودکان با مشکلات اکلوژنی را بیشتر از کودکان با اکلوژن طبیعی و کودکان با درمان ارتودنسی بیان کردند. Do و Spencer [۲۱] بیان کردند کودکان با پوسیدگی بیشتر و وضعیت اکلوژالی غیر قابل قبول CPQ بالاتری داشتند. Brown و Al-khayal [۳] در عربستان تفاوت معنی‌داری بین CPQ و وضعیت اکلوژن کودکان به دست آوردند. Caglayan و همکاران [۲۲] در ترکیه بیان کردند که رابطه‌ای بین کیفیت زندگی و بیماری‌های دهان مانند مشکلات مفصل گیجگاهی- فکی وجود دارد.

یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که ترجمه فارسی CPQ<sub>11-14</sub> از خصوصیات روان‌سنجی قابل قبولی برخوردار بوده است و با ابعاد این شاخص در زبان‌های عربی، انگلیسی، یونانی، چینی و برزیلی مشابهت دارد [۱، ۳، ۱۰].

### نتیجه‌گیری

با توجه به مطالب فوق، پرسش‌نامه CPQ<sub>11-14</sub> از پایایی و روایی خوبی برخوردار است و می‌تواند در نیازسنجی و ارزیابی برنامه‌های کلان سلامت دهان و دندان برای ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در این گروه سنی و همچنین تأثیر درمان‌های دندان‌پزشکی در ابعاد فردی کودکان فارسی زبان مورد استفاده قرار گیرد.

### References

1. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res* 2002; 81(7): 459-63.
2. Marques LS, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006; 129(3): 424-7.
3. Brown A, Al-Khayal Z. Validity and reliability of the Arabic translation of the child oral-health-related quality of life questionnaire (CPQ11-14) in Saudi Arabia. *Int J Paediatr Dent* 2006; 16(6): 405-11.
4. World Health Organization. WHO Oral Health Data Bank. Geneva: World Health Organization; 2002.
5. World Health Organization. Oral health country/area profile project. Available from: URL: <http://www.mah.se/capp/>.
6. Astrom AN, Okullo I. Validity and reliability of the oral impacts on daily performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda. *BMC Oral Health* 2003; 3(1): 5.
7. Robinson PG, Nalweyiso N, Busingye J, Whitworth J. Subjective impacts of dental caries and fluorosis in rural Ugandan children. *Community Dent Health* 2005; 22(4): 231-6.
8. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. *Community Dent Health* 2004; 21(2): 161-9.
9. Foster Page LA, Thomson WM, Jokovic A, Locker D. Validation of the child perceptions questionnaire (CPQ 11-14). *J Dent Res* 2005; 84(7): 649-52.

10. Barbosa TS, Tureli MC, Gaviao MB. Validity and reliability of the Child Perceptions Questionnaires applied in Brazilian children. *BMC Oral Health* 2009; 9: 13.
11. Wogelius P, Gjorup H, Haubek D, Lopez R, Poulsen S. Development of Danish version of child oral-health-related quality of life questionnaires (CPQ8-10 and CPQ11-14). *BMC Oral Health* 2009; 9: 11.
12. Montero-Martin J, Bravo-Perez M, Albaladejo-Martinez A, Hernandez-Martin LA, Rosel-Gallardo EM. Validation the oral health impact profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14(1): E44-E50.
13. Tubert-Jeannin S, Pegon-Machat E, Gremeau-Richard C, Lecuyer MM, Tsakos G. Validation of a French version of the Child-OIDP index. *Eur J Oral Sci* 2005; 113(5): 355-62.
14. Gandek B, Ware JE, Jr. Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: the IQOLA Project approach. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol* 1998; 51(11): 953-9.
15. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Rev Saude Publica* 2006; 40(2): 249-55.
16. Li L, Wang HM, Shen Y. Chinese SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation, validation, and normalisation. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(4): 259-63.
17. Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument translation process: a methods review. *J Adv Nurs* 2004; 48(2): 175-86.
18. Torres CS, Paiva SM, Vale MP, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Oliveira AC, et al. Psychometric properties of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14) - short forms. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7: 43.
19. Mjor IA, Holst D, Eriksen HM. Caries and restoration prevention. *J Am Dent Assoc* 2008; 139(5): 565-70.
20. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. *Pediatr Dent* 2004; 26(6): 512-8.
21. Do LG, Spencer AJ. Evaluation of oral health-related quality of life questionnaires in a general child population. *Community Dent Health* 2008; 25(4): 205-10.
22. Caglayan F, Altun O, Miloglu O, Kaya MD, Yilmaz AB. Correlation between oral health-related quality of life (OHQoL) and oral disorders in a Turkish patient population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14(11): e573-e578.

## Validity and reliability of Persian translation of the Child Perception Questionnaire (CPQ<sub>11-14</sub>) in 11–14 year-old children in Isfahan

Parvin Khadem, Maryam Hajiahmadi, Seyed Ebrahim Jabarifar\*, Katayoon Mirani

### Abstract

**Introduction:** Oral health includes healthy mouth and its healthy tissues, which allows for eating, speaking, and social encounters without active disease, discomfort, and dissatisfaction. In this research, validity and reliability of Persian translation of Quality of Life related to oral and dental health questionnaire was studied in children aged 11–14 years in Isfahan.

**Materials and Methods:** In this descriptive, analytical and cross-sectional study the subjects consisted of 128 children aged 11–14 randomly selected from schools in Isfahan. The children completed the Children Perception Questionnaire (CPQ), and then they were examined. DMFT, dmft, molar-incisor hypoplasia (MIH), traumatic dental injuries (TDI) and malocclusion indexes were determined. To study the reliability of CPQ, 60 of these children completed the questionnaire again without dental intervention two weeks later. To understand the relation between the indexes, ANOVA and Spearman's correlation coefficient were used. In addition, Cronbach's alpha and interclass correlation coefficient (ICC) were determined ( $\alpha = 0.05$ ).

**Results:** The average score of CPQ was 20.6 with a standard deviation of 16.60, with higher scores in females compared to males. Cronbach's alpha and ICC were 0.92 and 0.82, respectively. CPQ had an insignificant correlation with DMFT, dmft, TDI, MIH and malocclusion ( $p$  value  $> 0.05$ ).

**Conclusion:** The Farsi version of the questionnaire is valid and reliable for use for Iranian children aged 11–14 and can be used as a useful tool to assess the effect of oral and dental disorders on quality of life.

**Key words:** Dental Caries, Hypoplasia, Malocclusion, Quality of life.

**Received:** 8 Jul, 2011

**Accepted:** 23 Nov, 2011

**Address:** Associate Professor, Torabinejad Dental Research Center, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**Email:** jabarifar@dnt.mui.ac.ir

Journal of Isfahan Dental School 2012; Specila Issue 7 (5): 776-783.