

بررسی روایی صوری و محتوایی و پایایی پرسشنامه بررسی چرخه تغییر در افراد سیگاری

زهرا حسینی*، زهرا قربانی**، آرزو ابن احمدی***

* دندانپزشک، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

** استادیار سلامت دهان و دندان اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

*** دانشیار سلامت دهان و دندان اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۹۳/۵/۲ - تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۲۵

Face and Content Validity and Reliability Assessment of Change Cycle Questionnaire in Smokers

Zahra Hosseini*, Zahra Ghorbani**, Arezoo Ebn Ahmady***

* Dentist, School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

** Assistant Professor, Dept of Community Oral Health, School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*** Associate Professor, Dept of Community Oral Health, School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 24 July 2014 ; Accepted: 14 February 2015

Introduction: Considering the importance of the dentist role in smoking cessation of smoker patients, the aim of this study was to develop a valid and reliable questionnaire for assessment of dentist counseling effect on knowledge, attitude and the smoker's stage of change in dental centers.

Materials & Methods: After literature review, an initial questionnaire containing three demographic questions, 16 phrases that showed a history of tobacco use, 5 phrases for specifying patient's stage in the change cycle, 7 phrases for knowledge assessment, and 27 phrases for attitudes assessment, was designed. To standardize and validate the questionnaire, qualitative assessment was done using an expert panel and quantitative assessment was done using content validity ratio (CVR) and content validity index (CVI). Reliability assessment was done by a test-retest method and use of Cronbach's alpha.

Result: After validity assessment, questions with CVI and CVR less than the limit were corrected and modified. The validation process was repeated until the desired amount of CVR of 0.62 and the CVI greater than 0.79 were obtained. The reliability was confirmed with Cronbach's alpha value greater than 0.7.

Conclusion: This study provided a valid and reliable instrument for assessment of effect of the dentist counselling on knowledge, attitude and the smoker stage of change in dental centers.

Key words: Questionnaire, psychometric, change cycle, dentist counseling.

Corresponding Author: aebnahmady@yahoo.com

J Mash Dent Sch 2015; 39(2): 147-54.

چکیده

مقدمه: به دلیل اهمیت نقش دندانپزشک در ترک سیگار بیماران سیگاری، هدف این مطالعه تهیه پرسشنامه استاندارد و معتبر برای ارزیابی اثر مشاوره دندانپزشک بر دانش، نگرش و مرحله بیمار سیگاری در چرخه تغییر در مراکز دندانپزشکی بود.

مواد و روش‌ها: پس از گردآوری مقالات مرتبط، پرسشنامه‌ای حاوی ۳ سؤال دموگرافیک، ۱۶ سؤال در مورد تاریخچه‌ای از مصرف تنباکو، ۵ سؤال برای تعیین مرحله تغییر بیمار، ۷ سؤال برای بررسی دانش و ۲۷ سؤال برای بررسی نگرش طراحی شد. برای استانداردسازی و معتبر کردن پرسشنامه از پانل متخصصین برای بررسی کیفی پرسشنامه استفاده شد. همچنین در بررسی روایی محتوای کمی، از شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا استفاده شد. سپس پایایی پرسشنامه با دو روش آزمون-آزمون مجدد و آلفا-کرونباخ بررسی شد.

یافته‌ها: پس از بررسی نتایج روایی، سوالاتی که شاخص روایی محتوایی آنها کمتر از حد مجاز بود، اصلاح شد و تغییرات لازم در آن‌ها صورت گرفت. سپس مراحل روایی آنها تکرار شد تا مقدار مطلوب، یعنی نسبت روایی محتوا بیش از ۰/۶۲ و شاخص روایی محتوا بیشتر از ۰/۷۹

مؤلف مسؤول، نشانی: تهران، بلوار دانشجو، منطقه اوین، دانشکده دندانپزشکی، گروه سلامت دهان و دندان اجتماعی، تلفن: ۰۹۱۲۲۱۲۰۳۹۸

E-mail: a.ebnahmady@sbm.ac.ir, aebnahmady@yahoo.com

حاصل شد. پایایی آن‌ها با تست آلفا-کرونباخ و مقدار بیشتر از ۰/۷ تایید شد.

نتیجه گیری: این مطالعه ابزار مناسب پایا و روا جهت ارزیابی اثر مشاوره دندانپزشک در چرخه تغییر و ارزیابی دانش و نگرش بیماران سیگاری نسبت به سیگار و اثر آن بر سلامت دهان و دندان فراهم نمود.

کلمات کلیدی: پرسشنامه، روانشناختی، چرخه تغییر، مصاحبه دندانپزشک. مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۴ دوره ۳۹ / شماره ۲: ۵۴-۱۴۷.

مقدمه

مناسبی برای برقراری ارتباط با بیمار به منظور ترک سیگار دارند. از طرف دیگر، هدف جامعه دندانپزشکی ایجاد بهداشت دهان و دندان مناسب برای جامعه بوده و برای رسیدن به این هدف، دندانپزشک باید به بیمار به صورت کل نگاه کرده و بیمار خود را از جنبه‌های مضر و سیستمیک مصرف تنباکو آگاه نماید. همچنین، بسیاری از بیماری‌ها و شرایط نامناسب دندانپزشکی مانند بیماری‌های پرپودنتال، ضایعات مخاطی مرتبط با تنباکو، شکست در درمان‌های جراحی یا اعمال دندانپزشکی، ارتباط مستقیم با مصرف تنباکو دارند. پس بیمار حق دارد تا خطرات و ریسک‌های ناشی از مصرف تنباکو را از زبان دندانپزشک خود بشنود. دلایل عدم توجه کافی دندانپزشکان نسبت به مصرف دخانیات توسط بیماران شامل وقت‌گیر بودن یا نداشتن صرفه اقتصادی این کار برای آنها گزارش شده است. هدف سازمان سلامت عمومی آمریکا به صورت کلی این است که خدمات مشاوره‌ای ترک سیگار به تمامی بیماران سیگاری در هر یک از ملاقات‌های پزشکی یا دندانپزشکی ارائه شود.^(۱)

اولین و اساسی‌ترین قدم برای مشاوره ترک سیگار، شناسایی و ارزیابی مصرف دخانیات در بیماران می‌باشد. برای این منظور، فرم‌های تاریخچه سلامت دندانپزشکی باید سؤالاتی درباره این موضوع داشته باشند.^(۲)

براساس تئوری Richmond و همکاران^(۳) مراحل آمادگی برای تغییر شامل ناآماده، مردد، آماده، نگهداری و عود می‌باشد. این مدل برای ایجاد تغییر در رفتارهای

حدود ۱۰ میلیون فرد سیگاری در ایران وجود دارد. میزان مرگ‌ومیر ناشی از استعمال دخانیات نیز در میان این افراد، حدود ۷۰۰۰۰ نفر در سال تخمین زده شده است. پیش‌بینی می‌شود در صورتی که الگوی مصرف کنونی به همین صورت تداوم داشته باشد، میزان مرگ‌ومیر ناشی از آن به ۲۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۲۵ افزایش خواهد یافت.^(۱) اعتیاد به انواع مختلف مواد دخانی و از آن جمله سیگار، وابستگی فیزیکی و روحی به این ماده مضر می‌باشد، در نتیجه، برای ترک مصرف آن، شخص باید از سه جنبه روانی، جسمی و اجتماعی اعتیاد رها شود. ترک اعتیاد برای فرد از همان لحظات و دقیق اولیه رهایی تا سال‌های سال موجب جلوگیری از خسارت و ضررهای متعدد می‌گردد.^(۲) توصیه متخصصین بهداشتی به ترک سیگار اثر مهمی در ترک سیگار در افراد سیگاری دارد. دخالت هر چه بیشتر متخصص باعث افزایش ترک سیگار می‌شود.^(۳-۵) وظایف دندانپزشکان در ارائه مشاوره‌های ترک سیگار به صورت قابل توجهی مهم بوده و از آنجا که بیش از ۵۰٪ افراد سیگاری، حداقل یک بار در سال به مطب‌ها و کلینیک‌های دندانپزشکی مراجعه می‌کنند، دندانپزشک عضوی از کادر پزشکی به شمار می‌رود که فرصت ایده‌آلی برای پیاده‌سازی برنامه مشاوره‌ای ترک دخانیات به بیمار خود دارد.^(۲)

از آن جایی که دندانپزشکان قادر هستند بیماری‌های ناشی از تنباکو را تشخیص و درمان نمایند، لذا موقعیت

نفره تخصصی با حضور متخصصین سلامت دهان و دندان (۶ نفر)، کنترل دخانیات (۲ نفر) و سلامت عمومی (۲ نفر) برای یافتن سطح دشواری، میزان عدم تناسب، ابهام عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات انجام گرفت که نظرات آنان به صورت تغییراتی جزئی در پرسشنامه اعمال شد.

برای تعیین کمی روایی صوری، Impact score هر سوال محاسبه شد. ابتدا برای هریک از ۵۵ آیتم ابزار، طیف لیکرتی ۵ قسمتی در نظر گرفته شد: امتیاز کاملاً موافقم (امتیاز ۵)، موافقم (امتیاز ۴)، نظری ندارم (امتیاز ۳)، مخالفم (امتیاز ۲) و کاملاً مخالفم (امتیاز ۱). سپس پرسشنامه جهت تعیین روایی در اختیار ۲۰ بیمار سیگاری قرار گرفت. پس از تکمیل پرسشنامه توسط گروه هدف، با استفاده از فرمول روش تأثیر آیتم، روایی صوری محاسبه شد. $(\text{Impact Score} = \text{Frequency}(\%) \times \text{Importance})$

در بررسی کیفی روایی محتوا از ۵ نفر از متخصصین دندانپزشکی درخواست شد پس از مطالعه دقیق ابزار، دیدگاه‌های اصلاحی خود را به صورت کتبی ارائه نمایند. همچنین تاکید شد که در ارزیابی کیفی روایی محتوا، موارد رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، اهمیت سوالات، قرارگیری سوالات در جای مناسب خود، زمان تکمیل ابزار طراحی شده را مدنظر قرار دهند.

پس از جمع‌آوری نظرات متخصصین، تغییرات لازم در ابزار مورد توجه قرار گرفت، سپس برای ارزیابی کمی روایی محتوا و جهت اطمینان از این که مهم‌ترین و صحیح‌ترین محتوا (ضرورت سوال) انتخاب شده است، نسبت روایی محتوا (Content validity ratio) و برای اطمینان از اینکه سوالات ابزار به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری محتوا طراحی شده، از شاخص روایی محتوا (Content validity index) استفاده شد. جهت تعیین روایی

زیستی به کار می‌رود. در این مدل شیوه‌های متفاوت درمانی برای افراد در مراحل مختلف جهت تغییر رفتار نیاز است و با استفاده از این مدل شیوه برخورد، متناسب با مرحله فرد انتخاب می‌شود. همچنین زمان بیشتری برای گروه‌های آماده نسبت به گروه ناآماده صرف می‌شود.

در تحقیقاتی که تاکنون اثر مشاوره ترک سیگار را در محیط دندانپزشکی نشان می‌دهند از ابزاری که مرحله بیمار در چرخه تغییر و میزان دانش و نگرش را نشان دهد، استفاده نشده است.^(۸)

تحقیق حاضر با هدف تهیه پرسشنامه دانش، نگرش و تشخیص مرحله بیمار سیگاری در چرخه تغییر در مراکز دندانپزشکی و بررسی روایی صوری و محتوایی و پایایی آن انجام گردیده است.

مواد و روش‌ها

در ابتدا پس از مروری بر مطالعات پیشین، پرسشنامه‌ای حاوی ۵۸ سوال توسط محققان طراحی شد. پرسشنامه‌ای حاوی ۳ سؤال دموگرافیک (سن، جنس، میزان تحصیلات)، ۱۶ سوال در مورد تاریخچه مصرف تنباکو (سوالات ۱ تا ۱۶)، ۵ سوال برای تعیین مرحله تغییر (سوالات ۵۱ تا ۵۵)، ۷ سوال برای بررسی دانش (سوالات ۱۷ تا ۲۳) و ۲۷ سوال (سوالات ۲۴ تا ۵۰) برای بررسی نگرش (با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای شامل کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم با امتیازهای ۱-۲-۳-۴-۵) طراحی شد.

در مرحله بعد پایایی (Reliability) و روایی محتوایی (Content validity) کمی و کیفی پرسشنامه برای حیثه‌های دانش، نگرش و مرحله تغییر به صورت زیر مورد بررسی قرار گرفت.

در بررسی روایی صوری از دو روش کمی و کیفی استفاده گردید. تعیین روایی صوری کیفی در یک پانل ۱۰

برای این منظور نسخه روا شده پرسشنامه به بیست بیمار سیگاری داده شد؛ سپس سه هفته بعد از آنها خواسته شد تا مجدداً پرسشنامه‌ها را پر کنند. از روش آلفا-کرونباخ جهت تایید پایایی استفاده شد.^(۱۲)

یافته‌ها

نتایج Impact score حاکی از آن بود که تمامی سوالات به جز سوال ۷، نمره مساوی یا بیشتر از ۱/۵ داشتند، بنابراین در پرسشنامه گنجانده شدند.

نتایج CVI حاکی از آن بود که تمامی سوالات به جز سوال ۷ و ۱۷ نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹ داشتند و لذا مناسب تشخیص داده شدند. سوال ۱۷ نمره CVI بین ۰/۷۹ تا ۰/۷۰ داشت، که بدان معنی بود که به اصلاح و بازنگری نیاز داشت و سوال ۷، نمره CVI کمتر از ۰/۷۰ داشت که غیرقابل قبول بود. آیتم نیازمند اصلاح در سوال ۱۷ به صورت «سیگار کشیدن من اثر مخرب روی سلامت دهان و دندان افراد خانواده‌ام که در معرض دود سیگار هستند، دارد.» اصلاح شد و مقدار CVI از ۰/۷۳ به ۰/۹۳ ارتقا یافت.

نتایج CVR حاکی از آن بود که تمامی سوالات به جز سوال ۷ مساوی یا بزرگتر از عدد جدول Lawshe (۰/۶۲) بود. این مطلب حاکی از آن بود که سوالات ضروری و مهم در این ابزار به کار گرفته شده بود.

میزان ICC برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد که برای بخش‌های مختلف پرسشنامه از ۰/۶۸ تا ۰/۸۹ متغیر بود که در محدوده قابل قبول قرار داشت.^(۱۱) میزان ضریب اعتماد با روش آلفای کرونباخ برای بخش دانش ۰/۸۹ و برای بخش نگرش ۰/۹۴ محاسبه شد. در نهایت با حذف سوال ۷، ابزار به صورت پرسشنامه‌ای با ۵۶ سوال آماده شد.

محتوایی پرسشنامه، به ۱۴ نفر از متخصصین در رشته‌های سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی (۶ نفر)، متخصص بیماری‌های پریدونتال (۲ نفر)، سلامت عمومی (۲ نفر)، کنترل دخانیات (۲ نفر) و روانشناس (۲ نفر) ارسال و از آنان درخواست شد که درخصوص هر یک از ۵۵ سوال ابزار به صورت «ضروری است»، «ضروری نیست ولی مفید است» و «ضرورتی ندارد»، پاسخ دهند. پاسخ‌ها براساس فرمول (Content Validity) CVR محاسبه و با جدول Lawshe^(۹) انطباق داده شد. اعداد بالاتر از ۰/۵۹ مورد قبول واقع شد.

پس از تعیین و محاسبه CVR، بررسی CVI (Content Validity Index) بر اساس شاخص روایی محتوای Waltz and Basel^(۱۰) صورت گرفت. بدین منظور مجدداً پرسشنامه جهت محاسبه CVI به ۱۵ نفر از متخصصین ذکر شده داده شد و از آنان خواسته شد که در مورد هر یک از ۵۵ سوال، سه معیار زیر را بر اساس طیف لیکرتی چهار قسمتی اظهار نظر نمایند: مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن. (مثلاً ۱: غیرمرتبط، ۲: تاحدودی مرتبط، ۳: مرتبط و ۴: کاملاً مرتبط). بدین منظور امتیاز CVI به وسیله مجموع امتیازات موافق برای هر آیتم که رتبه ۳ و ۴ (بالاترین نمره) کسب کرده‌اند بر تعداد کل رای‌دهندگان محاسبه خواهد شد. در این مطالعه با استفاده از فرمول CVI شاخص روایی محتوا محاسبه شد.^(۱۱) پذیرش آیتم‌ها براساس نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹ بود.^(۱۱)

پس از ارزیابی روایی، جهت بررسی پایایی پرسشنامه از تست آزمون-آزمون مجدد که نشانگر قابلیت تکرارپذیری یک شاخص است استفاده شد؛ بدین ترتیب بیان می‌شود که نتایج اندازه‌گیری یک کمیت در یک نمونه اما در دو زمان مختلف تا چه حد با هم همخوانی دارد.

جدول ۱: شاخص روایی محتوای پرسشنامه توسط نسبت روایی محتوا CVR و شاخص روایی محتوا CVI، قبل و بعد از اصلاح و بازنگری

سوالات پرسشنامه

CVR	CVI	سوال
۰/۷۳	۰/۸۶	۱- آیا شما سیگار می کشید؟
۰/۸۶	۰/۸۶	۲- اگر نوع دیگر دخانیات مثل قلیان یا پیپ نیز استفاده می کنید، نام ببرید.
۱	۰/۸۶	۳- از چه سنی سیگار کشیدن را شروع کردید؟
۰/۷۳	۰/۸۱	۴- اگر سیگار می کشید به چه میزان ...
۰/۸۶	۰/۹۳	۵- چه نوع سیگاری می کشید؟
۰/۷۳	۰/۹۳	۶- چه تعداد سیگار در روز می کشید؟
۰/۶۰	۰/۴۳	۷- محتوای نیکوتین سیگاری که مصرف می کنید، چقدر است؟
۰/۷۳	۰/۸۳	۸- چه مدت بعد از بیدار شدن از خواب شروع به سیگار کشیدن می نماید؟
۰/۷۳	۰/۹۳	۹- آیا پک های عمیق می زنیید؟
۰/۷۳	۰/۷۴	۱۰- آیا صبح ها بیشتر از بعد از ظهرها سیگار می کشید؟
۰/۸۶	۰/۸۶	۱۱- آیا حتی زمانی که آنقدر بیمار هستید که باید در بستر بمانید به سیگار کشیدن ادامه می دهید؟
۱	۰/۷۳	۱۲- آیا سیگار نکشیدن در مکان های ممنوع (سینما، وسایل حمل و نقل عمومی و غیره) برای شما مشکل است؟
۰/۷۳	۰/۸۳	۱۳- آیا شما در حال ترک سیگار هستید؟
۰/۸۶	۰/۸۶	۱۴- تا به حال در طول زندگی سعی کرده اید که واقعاً سیگار را ترک کنید، به طوری که حتی در طی ۲۴ ساعت یک پک هم سیگار نکشیده باشید؟
۰/۸۶	۰/۸۶	۱۵- آخرین باری که سعی کردید واقعاً سیگار را ترک کنید به طوری که حتی در طی ۲۴ ساعت یک پک هم نکشیده باشید، کی بود؟
۱	۰/۸۶	۱۶- آیا از اثرات مخرب سیگار بر سلامت دهان و دندان خود آگاهی دارید؟
۰/۸۶	۰/۷۳	۱۷- سیگار کشیدن من باعث اثر مخرب روی سلامت دهان و دندان افراد خانواده ام که در معرض دود سیگار هستند می شود.
۱	۰/۹۳	۱۸- سیگار کشیدن من بر روی سلامت عمومی من تأثیر بدی می گذارد.
۱	۰/۸۶	۱۹- سیگار کشیدن من بر روی سلامت دهان و دندان من اثر مخرب دارد.
۰/۷۳	۰/۸۶	۲۰- سیگار کشیدن من فقط روی سلامتی من تأثیر دارد نه دیگر افراد خانواده ام که در معرض دود آن هستند.
۰/۸۶	۰/۸۶	۲۱- قلیان نسبت به سیگار تأثیر کمتری روی سلامت عمومی من دارد.
۰/۷۳	۰/۸۶	۲۲- قلیان نسبت به سیگار تأثیر کمتری روی سلامت دهان و دندان من دارد.
۰/۸۶	۰/۸۱	۲۳- زیان های سیگار بیش از منافع آن است.
۱	۰/۸۱	۲۴- مشاوره ترک سیگار توسط دندانپزشک برای من مفید است.
۰/۸۶	۰/۸۶	۲۵- علاقه ای به ترک سیگار ندارم.
۱	۰/۹۳	۲۶- از اینکه سیگاری هستم خوشحالم.
۱	۰/۸۶	۲۷- از سیگار کشیدن لذت می برم.
۱	۰/۹۳	۲۸- در جهت ترک سیگار به کمک احتیاج دارم.
۰/۸۶	۰/۸۶	۲۹- به ترک سیگار علاقمند هستم.
۱	۰/۹۳	۳۰- نگران اثرات سیگار بر روی سلامت خود هستم.

- ۳۱- از اینکه دندانپزشکم در مورد مصرف دخانیات از من سوال کند خوشحال می‌شوم. ۰/۸۱ ۰/۸۶
- ۳۲- از اینکه دندانپزشکم اثر مخربی را که سیگار روی سلامت دهانم گذاشته توضیح دهد خوشحال می‌شوم. ۰/۸۱ ۱
- ۳۳- از اینکه دندانپزشکم اثر ترک دخانیات را بر بهبود وضعیت دهان و دندانم در آینده گوشزد کند خوشحال می‌شوم. ۰/۸۶ ۱
- ۳۴- از اینکه دندانپزشکم نکاتی را در رابطه با ترک دخانیات برایم توصیه نماید خوشحال می‌شوم. ۰/۸۶ ۱
- ۳۵- ترجیح می‌دهم دندانپزشکم تمرکزش بر روی درمان دهان و دندان من باشد تا ارائه توصیه‌های لازم برای ترک دخانیات. ۰/۸۶ ۰/۸۶
- ۳۶- سیگار کشیدن من امر خصوصی و شخصی است و ترجیح می‌دهم دندانپزشک وارد این حریم شخصی من نشود. ۰/۸۶ ۰/۷۳
- ۳۷- ارائه توصیه‌های ترک دخانیات از وظایف دندانپزشکم نیست. ۰/۸۱ ۰/۷۳
- ۳۸- احساس خوبی در مورد صحبت کردن در رابطه با مصرف دخانیات و ترک آن با دندانپزشکم ندارم. ۰/۹۳ ۰/۷۳
- ۳۹- دندانپزشک من باید در مورد مصرف دخانیات از من سوال کند. ۰/۸۶ ۱
- ۴۰- دندانپزشک من باید در مورد اثر مخرب سیگار بر سلامت دهان و دندان من توضیح دهد. ۰/۹۳ ۱
- ۴۱- اثر ترک دخانیات را بر بهبود وضعیت دهان و دندانم گوشزد نماید. ۰/۸۶ ۱
- ۴۲- دندانپزشک من باید نکاتی را در مورد ترک دخانیات به من توصیه نماید. ۰/۸۱ ۱
- ۴۳- دندانپزشک من باید تمایل مرا برای ترک دخانیات بررسی نماید. ۰/۸۶ ۰/۷۳
- ۴۴- دندانپزشک من باید مرا در ترک دخانیات یاری و راهنمایی نماید. ۰/۸۶ ۰/۷۳
- ۴۵- دندانپزشک من باید در صورت تمایلم به ترک دخانیات برنامه ترک مرا پیگیری نماید. ۰/۸۱ ۰/۷۳
- ۴۶- با وجود آنکه تمایلی به ترک دخانیات در حال حاضر ندارم ولی دندانپزشک من باید در مورد مصرف دخانیات از من سوال کند. ۰/۸۶ ۰/۸۶
- ۴۵- با وجود آنکه تمایلی به ترک دخانیات در حال حاضر ندارم ولی دندانپزشک من باید -در مورد ترک دخانیات به من توصیه‌های لازم را بدهد. ۰/۹۳ ۰/۷۳
- ۴۶- با وجود آنکه تمایلی به ترک دخانیات در حال حاضر ندارم ولی دندانپزشک من باید در مورد ارتباط دخانیات با سلامت دهان و دندان من صحبت نماید. ۰/۸۱ ۰/۷۳
- ۴۷- با وجود آنکه تمایلی به ترک دخانیات در حال حاضر ندارم ولی دندانپزشک من باید خطرات ناشی از مصرف دخانیات را بیان نماید. ۰/۸۶ ۰/۷۳
- ۴۸- با وجود آنکه تمایلی به ترک دخانیات در حال حاضر ندارم ولی دندانپزشک من باید مزایای ترک دخانیات را به من بگوید. ۰/۹۳ ۰/۸۶
- ۴۹- با وجود آنکه تمایلی به ترک دخانیات در حال حاضر ندارم ولی دندانپزشک من باید در رابطه با رفع موانع موجود در سر راه ترک دخانیات من صحبت کند. ۰/۹۳ ۰/۸۶
- ۵۰- با وجود آنکه تمایلی به ترک دخانیات در حال حاضر ندارم ولی دندانپزشک من باید در هر بار ویزیت مزایای ترک دخانیات را برای من تکرار کند. ۰/۹۳ ۰/۷۳
- ۵۱- اگر من بتوانم به شمدار جهت ترک سیگار کمک کنم آیا اکنون آمادگی ترک را دارید؟ ۰/۸۶ ۰/۸۶
- ۵۲- در حال حاضر به ترک دخانیات فکر نمی‌کنم. ۰/۸۱ ۰/۷۳
- ۵۳- مطمئن نیستم که الان آماده ترک کردن باشم. ۰/۸۳ ۰/۷۳
- ۵۴- همین الان می‌خواهم ترک کنم. ۰/۹۳ ۰/۸۶
- ۵۵- واقعاً می‌خواهم ترک کنم اما نمی‌دانم چگونه؟ ۰/۸۶ ۱

بحث

این مطالعه ابزار طراحی شده روا و پایا برای ارزیابی مراحل تغییر در دانش و نگرش بیماران سیگاری نسبت به ترک سیگار و اثر آن بر سلامت دهان و دندان بعد از یک مشاوره ساده با دندانپزشک ارائه داد.

مطالعه حاضر، جزء اولین مطالعاتی است که به طراحی ابزاری پایا و روا در تعیین مراحل تغییر در بیماران سیگاری مراجعه کننده به مراکز دندانپزشکی پرداخته است. این پرسشنامه را می توان قبل و بعد از مشاوره ترک سیگار در مراکز دندانپزشکی به کار برد تا در نهایت اثربخشی مشاوره دندانپزشک در ترک دخانیات با توجه به چرخه تغییر تعیین گردد.

در مطالعه ابن احمدی و همکاران^(۱۳) از پرسشنامه‌ای شامل سوالاتی در رابطه با عادات استفاده از دخانیات و تلاش برای ترک آن و سوالاتی بر اساس روش 5A و تعیین نگرش استفاده شد. تفاوت این مطالعه این بود که سوالات پرسشنامه چرخه تغییر را نشان نمی داد و از CVI و CVR برای مشخصات روانشناختی استفاده نکرده بود؛ و تنها از روش پانل خبرگان (Expert panel) و روایی صوری (Face validity) استفاده شده بود.

در مطالعه‌ای که von Garnier و همکاران^(۱۴) انجام دادند، از پرسشنامه‌ای برای نشان دادن مرحله انگیزشی (Motivational stage) بیماران سیگاری استفاده شد. ولی از روش CVI و CVR برای مشخصات روانشناختی پرسشنامه استفاده نشده بود.

در مطالعه‌ای که Ramseier و همکاران^(۱۵) انجام دادند، از روش 5A همراه با فارموکوترابی استفاده شد. در این مطالعه از پرسشنامه تاریخچه مصرف دخانیات استفاده شد که شامل ۹ سوال بود که تاریخچه‌ای از مصرف تنباکو و مرحله بیمار را در چرخه نشان می داد. ولی از روش CVI

و CVR برای بررسی مشخصات روانشناختی استفاده نکرده بود و فاقد هر گونه سوالی در مورد دانش و نگرش بیماران بود.

در مطالعه Al-Shammari و همکاران^(۱۶) انجام دادند از پرسشنامه‌ای شامل سوالات دموگرافیک و سوالاتی که میزان دانش بیماران را در مورد اثر سیگار روی سلامت دهان نشان می داد، استفاده شد. این پرسشنامه، ابتدا روی ۱۵ بیمار تست شد و سوالات ناواضح تغییر پیدا کرد. ولی از روش CVI و CVR برای مشخصات روانشناختی استفاده نشده بود و فاقد هر گونه سوالی در مورد نگرش بیماران و مرحله بیماران در چرخه تغییر بود.

مطالعه حاضر، اولین مطالعه‌ای است که از روش CVI و CVR برای روانشناختی کردن پرسشنامه‌ای که مرحله تغییر افراد سیگاری را به دندانپزشک نشان می دهد، استفاده کرده است. این روش، شامل بررسی روایی محتوایی از لحاظ کمی می باشد که مکمل روش سابق بررسی روایی محتوایی کیفی می باشد. در بسیاری از مطالعات تنها از روش کیفی استفاده شده است و نقطه قوت این مطالعه استفاده از روش ترکیبی کمی - کیفی می باشد. محدودیت اصلی این مطالعه عدم بررسی روایی سازه

(Construct validity) است که نیازمند نمونه گیری و انجام تحلیل عاملی جهت تعیین زیر سازه‌های ابزار می باشد که در مراحل آینده و با انجام نمونه گیری به تعداد و روش مناسب، به این مقوله پرداخته خواهد شد.

تشکر و قدردانی

با تقدیر و تشکر از اساتید بخش سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی که ما را در انجام این پژوهش راهنمایی نمودند. در ضمن مقاله برگرفته شده از پایان نامه

به شماره ۳۲۰۰ در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۲ از دانشکده
دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد.

منابع

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package. Available at: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/4381>
2. Gordon JS, Albert DA, Crews KM, Fried J. Tobacco education in dentistry and dental hygiene. *Drug and Alcohol Review* 2009; 28(5): 517-32.
3. Cameron P, Robertson D. Effect of home environment tobacco smoker on family health. *Journal of Applied Psychology* 1973; 52(2): 142-7.
4. Mitchell E, Scragg R, Stewart A, Becroft D. Results from the first year of the New Zealand cot death study. *N Z Med J* 1991; 104(906): 71-6.
5. Hirayama T. Non smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer – A study in Japan. *British Medical Journal* 1981; 183-5; and 1981; 283: 1466.
6. Gelskey SC. Tobacco-use cessation programs and policies at the University of Manitoba's faculty of dentistry. *J Can Dent Assoc* 2001; 67(3): 145-8.
7. Richmond R, Mendelsohn C, Elkins L, Rollnick S, Webster I. Smoke screen for the 1990s. The stop smoking programme for use by General Practitioners School of Community Medicine. *Aust Fam Physician* 1994; 23(5): 841-5.
8. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 6: CD005084.
9. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psych* 1975; 28: 563-75.
10. Waltz CF, Bausell RB. *Nursing Research: Design, Statistics, and Computer Analysis*. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1981. P. 45.
11. Munro BH: *Statistical Methods for Health Care Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. P. 105.
12. Santos JRA. Cronbach's alpha: A tool for assessing the reliability of scales. *J Extension* 1999; 37(2):575.
13. Ahmady AE, Homayoun A, Lando H, Haghpanah F, Khoshnevisan M. Patients' attitudes towards the role of dentists in tobacco cessation counselling after a brief and simple intervention. *East Mediterr Health J* 2014; 20(2): 82-9.
14. von Garnier C1, Meyer M, Leuppi J, Battagay E, Zeller A. Smoking cessation counseling: Impact of chart stickers and resident training. *Swiss Med Wkly* 2010; 140(11-12): 175-80.
15. Ramseier CA, Fundak A. Tobacco use cessation provided by dental hygienists. *Int J Dent Hyg* 2009; 7(1): 39-48.
16. Al-Shammari KF, Moussa MA, Al-Ansari JM, Al-Duwairy YS, Honkala EJ. Dental patient awareness of smoking effects on oral health: Comparison of smokers and non-smokers. *J Den* 2006; 34(3): 173-8.